



ZDRAVOTNICTVÍ

MEDICÍNA



9/2017

vyšlo: 18. 9. 2017

MĚSÍČNÍK PRO ODBORNÍKY VE ZDRAVOTNICTVÍ, FARMACII A OŠETŘOVATELSTVÍ



Konference Zdravotnictví 2018 (str. 11–24)

SYMPOZIUM
AGEL XI.

5.–6. 10. 2017

NH COLLECTION OLOMOUC CONGRESS

NOVÉ TECHNIKY A TECHNOLOGIE
V MEDICÍNĚ



Vzdělávací
a výzkumný institut
AGEL

AGEL



symposium.agel.cz

Předplatte si POSTGRADUÁLNÍ MEDICÍNU

a získáte jako dárek

kávovar

Cafissimo TUTTOCAFFÉ

v hodnotě 2999 Kč ZDARMA.



Postgraduální medicína

ODBO RNÝ ČASOPIS PRO LÉKÁŘE



Postgraduální medicína
JE OFICIÁLNÍM TITULEM
LEKOVITELNĚHO VZDĚLÁVÁNÍ
LEKÁŘŮ ČESKÉ LÉKÁŘSKÉ KOMORY

Z obsahu

- Pacient s malou asymptomatickou proteinurií
- Starší pacient s chronickým onemocněním ledvin
- Pacient po transplantaci ledviny

Postgraduální nefrologie v kazuistikách

4/2017
ROČNÍK 19 • 129 Kč

Tato nabídka platí jen do 22. 11. 2017

Cena ročního předplatného
je 749 Kč



Předplatte si bezpečně e-mailem

na e-mailovou schránku mf@send.cz,
uvedte své **jméno** a **doručovací adresu**.

Do předmětu napište kód **PM 0517**.

Předplatit si můžete také **on-line** na našich stránkách

www.mf.cz



Volejte zdarma 225 985 225

Jednoduše zavolejte své osobní údaje
a info o požadovaném předplatném a periodiku.

Uvedte kód **PM 0517**

Tato akce je určena pouze pro nové předplatitele a platí do vyčerpání zásob. V případě vyčerpání zásob si vydavatel vyhrazuje právo na zaslání náhradního dárku. Dárky jsou rozesílány do 6 týdnů od obdržení platby za předplatné. Předplatitel svojí objednávkou odborného titulu potvrzuje, že je lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví. Předplatitel bere na vědomí, že předplatné s dárkem nebo slevou nelze po dobu jednoho roku ode dne provedení objednávky vypovědět. Předplatitel dále bere na vědomí, že předplatné se automaticky prodlužuje na další období v délce jednoho roku, pokud předplatitel svým písemným oznámením adresovaným společností Mladá fronta a. s. nesdělí, že trvá na jeho ukončení. Svojí objednávkou předplatitel potvrzuje, že s těmito dodacími podmínkami souhlasí a zavazuje se jimi řídit. Svojí objednávkou dále dává předplatitel souhlas se zařazením všech jím vyplněných osobních údajů (dále jen údaje) do databáze společnosti Mladá fronta a. s., se sídlem Mezi Vodami 1952/9, Praha 4, jakožto správce, a s jejich následným zpracováním pro účely nabízení výrobků a služeb a pro účely zaslání obchodních sdělení prostřednictvím elektronických a tištěných prostředků dle zákona č. 480/2004 Sb., o některých službách informační společnosti, a to na dobu neurčitou, tj. do odvolání souhlasu. Předplatitel rovněž uděluje souhlas k tomu, aby poskytnuté osobní údaje byly zpracovány i prostřednictvím třetích osob pověřených správcem. Bere na vědomí, že má práva dle § 11, 21 zák. č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, tj. zejména že poskytnuté údaje je dobrovolně, že svůj souhlas může bezplatně kdykoli na adrese správce odvolat, že má právo přístupu k osobním údajům a právo na opravu těchto osobních údajů, blokování nesprávných osobních údajů, jejich likvidaci atd. V případě pochybností o dodržování práv správcem se může na správce obrátit a případně se s podnětem může obrátit i přímo na Úřad pro ochranu osobních údajů. Více informací a všeobecné dodací podmínky naleznete na www.mf.cz

Příspěvek k 20. narozeninám dočasného, provizorního zákona o veřejném zdravotním pojištění

Následující řádky věnuji jednomu nenápadnému oslavenci. Dne 1. 4. 2017 jsme totiž bez velké pozornosti oslavili 20. narozeniny provizorního zákona o veřejném zdravotním pojištění. Zákon byl schválen jako předpis dočasný, překlenovací. Bylo předpokládáno jeho nahrazení skutečně propracovaným a komplexním zákonem hned, jak to podmínky umožní. Dvacáté narozeniny původně nechtěného dítěte dokreslují skutečnost, že jsme ani po letech vývoje nedokončili přechod od systému státního zdravotnictví k systému samosprávného veřejného zdravotního pojištění.

Nic proti samotnému oslavenci, za tu dobu se samozřejmě změnil a vyrostl. Z textu zákona, který v roce 1997 obsahoval 12 722 slov, dnes máme předpis o 38 313 slovech! Je tedy, co do objemu, více než trojnásobný. Je také třikrát lepší? Vyrostl, nebo jenom ztloustl? V čem se vlastně změnil obsahem a charakterem? A je ještě pořád provizorní?

Co se změnilo za 20 let?

Podívejme se na jeho vývoj a zrekapitulujme, jak postupně moudřel a sofistikoval. Co vlastně přijal za své? Kromě úprav zjevných chyb a nedostatků toho překvapivě není mnoho. Vlastně bych si dovolil tvrdit, že ze systémového hlediska nabyl během dospívání pouze jednu zásadní kladnou charakterovou změnu – zavedení procesu určování cen léčivých přípravků. V uvedeném ohledu šlo skutečně o krok vpřed.

Vedle toho prodělal několik záchvěvů odvahy, které patří k dospívání, takových emotivních intermezz, ze

kterých ho okolí rychle vyléčilo. Mám na mysli významná ustanovení, která do zákona přibyla, aby pak zase nenápadně zmizela, jmenovitě zavedení regulačních poplatků.

Nakonec možná největší změny prodělal jaksi mimotělně, prostřednictvím jiných právních předpisů, jež sice nejsou publikovány pod číslem 48/1997 Sb., ale fakticky neupravují nic jiného než právě způsob a obsah fungování veřejného zdravotního pojištění.

Zde považuji za systémovou změnu zejména převzetí přímo závazných předpisů EU, které od základu přehodnotily základní parametry systému co do osobní a věcné působnosti, zavedly totiž nové kategorie pojištěnců, které do českého systému přibýly, nebo z něj naopak byly vyňaty. Přivedly rovněž nové právní pojmy a instituty, jež náš národní zákon nezná, jako je skutečné bydliště, nezaopatřený rodinný příslušník nebo odvozené pojištění. Rozšířily tak de facto působnost českého veřejného pojištění na několik desítek dalších zemí a jejich zdravotnických zařízení. Naproti tomu rozmnožily okruh pojištěnců, za něž na našem území hradí péči zdravotní



pojišťovny, na téměř půl miliardy potenciálních pacientů. A to všechno, aniž by si toho český zákonodárce v zásadě vůbec všiml.

Další a možná významnější mimotělní změnou bylo posílení vlivu státní administrativy a politické reprezentace na řízení zdravotních pojišťoven. Novela, která v roce 2006 změnila složení správní a dozorčí rady největší zdravotní pojišťovny, znamenala do jisté míry odklon od porevoluční myšlenky převzetí vlivu na fungování instituce jejími členy (u nás neobvyklý pojem přebírám z němčiny, kde se o pojištěncích skutečně hovoří jako o členech pojišťovny).

Určitě jsem ve výše uvedeném výčtu nezminil vše, co se

v zákoně měnilo, možná by stálo za to zmínit 100% přerozdělení nebo úpravy ustanovení §17. Ačkoliv byly další změny důležité, nezasahovaly systematicky do ničeho z toho, co bylo zakotveno již původním textem zákona. Jen možná postupně dále oslabovaly jeho původní smysl a koncept.

Pokračování na straně 15

Co se chystá na české zdravotnictví?

Vypadá to, že nás v říjnu čekají volby, v nichž zdravotnictví nebude klíčovým tématem kandidujících stran. Po několika žabomyších válkách, v nichž se zdravotnická politika redukovala na spor o třicetikorunové poplatky, je to vlastně úleva. Stranám se tím ve volebních programech otevírá prostor pro systémovější úvahy nad českým zdravotnictvím a jeho potřebami. Jak se s touto šancí vypořádaly? Žádná veselá podívaná to není.

Jednoznačně největším zklamáním je program hnutí ANO. Přes všechny výhrady k působení Andreje Babiše v politice patří zdravotnická kapitola v jeho „vizionářské“ knize obsahově k tomu lepšímu, co bylo o českém zdravotnictví napsáno. Ale volební program hnutí tomu ani v nejmenším neodpovídá. Babišovi marketingoví mágové, kteří program chystali, zjevně poslali zdravotnického experta hnutí ANO Adama Vojtěcha na dovolenou. Pak jeho knižní kapitola, v níž byly zmíněny potřebné problémy i některé návrhy, vyklestili do podoby obecných frází, které asi žádného voliče neurazí, ale o představě řízení rezortu zdravotnictví neřikají vůbec nic. Je to samé „nebudeme privatizovat“, „zajistíme kvalitní péči“, „podpoříme kultivaci úhradových mechanismů“ nebo „zaměříme se na dostupnost“. Stručně řečeno, kdyby případný budoucí ministr zdravotnictví z hnutí ANO neudělal za čtyři roky nic, podařilo by se mu celkem solidně volební program naplnit.

Druhý pól tvoří program TOP 09, který je naopak (vzhledem k tomu, o jakém žánru je řeč) sympaticky

konkrétní a pro mnohé jistě málo líbivý. Strana se zcela jasně hlásí k zavedení nadstandardu a potřebě zvýšení spoluúčasti pacientů, chce posilovat roli a konkurenci pojišťoven, úhrady výkonů, zdravotnických prostředků i léků a navázat na HTA. Poměrně překvapivě působí v programu pravicové strany zavedení pevných doplteků na léky ve všech lékárnách.

Na ose mezi těmito dvěma body, tedy mezi zklamáním z promarněné příležitosti a vcelku příjemným překvapením, se pohybují programy ostatních stran. ODS ve svých bodech ke zdravotnictví sice rovněž velmi opatrně zmiňuje zavedení nadstandardu a hlásí se k úhradám podle DRG, ale jinak je zoufale nekonkrétní, zejména ve srovnání s někdejší Modrou knihou. ČSSD se drží boje s chimérickou privatizací zdravotnictví a slibuje, že zabrání znovuzavedení regulačních poplatků, ale kromě záměru vytvořit zdravotnický fond, kam půjde část peněz ze spotřební daně na tabák a alkohol, nenavrhuje vlastně vůbec nic.



Také v programech ostatních stran je zdravotnictví zanedbanou kapitolou vepsanou do dokumentu spíš z povinnosti než ze zájmu o rezort. Lídovci zmiňují DRG, ale jinak se topí v obecných frázích. A podobné je to také se Starosty a nezávislími, u nichž lze nalézt zmínku o zavedení nadstandardů, ale jinak také jen povinné floskule. Pro férovost dodejme, že dost konkrétní jsou ve svém programu komunisté. Kdyby bylo libo, prosazují jednu státní zdravotní pojišťovnu, páteční síť neziskových nemocnic, ambulancí i lékáren, „zastavení liberalizace a privatizace (služeb) i zvyšování finanční spoluúčasti občanů“ a „špičkovou lékařskou péči všem“.

Co z volebních programů vyplývá pro budoucnost zdravotnictví, samozřejmě nevíme. Nicméně – nepočítáme-li komunisty, kteří to mají v náplni práce, žádná revoluce se zřejmě konat nebude.

Martin Čaban,
autor je komentátorem deníku E15



ZDRAVOTNICTVÍ MEDICÍNA

ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA

číslo 9/2017

Šéfredaktorka

MUDr. Andrea Skálová
(Medicína a kongresové zpravodajství),
tel. 225 276 418, e-mail: skalova@mf.cz

Redakce

Mgr. Pavlína Perlíková,
tel. 225 276 295, e-mail: perlíkova@mf.cz

Editor

Mgr. Denis Drahoš, e-mail: drahos@mf.cz

Korektorka

Mgr. Daniela Kučmašová, e-mail: kucmasova@mf.cz

Stálí spolupracovníci redakce

Martin Caban,
Martin Ježek

Grafika a technické zpracování

Radek Koňářík, tel. 225 276 455, e-mail: konarik@mf.cz

Redakční rada ZAM

prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA
(předseda)

MUDr. Václava Bártů

doc. MUDr. Libuše Čeledová, Ph.D.

prim. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.

MUDr. Radkin Honzák, CSc.

prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.

MUDr. Ondřej Měšťák

Mgr. Jana Nováková, MBA

MUDr. Hana Roháčová

prof. MUDr. Miloš Táborský, CSc., MBA, FESC, FACC

doc. MUDr. Petra Tesařová, CSc.

prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.

MUDr. Jana Vojtišková

doc. PaedDr. et Mgr. Eva Zacharová, Ph.D.

Obchodní ředitelka

Ing. Kristína Kupcová, tel.: 225 276 355, e-mail: kupcova@mf.cz

Personální inzerce

tel. 225 276 380, e-mail: personalni.inzerce@mf.cz

mladá fronta

Generální ředitel

Ing. David Hurta

Ředitel divize Medical Services

Karel Novotný, MBA

DTP

Miloslav Pařík (vedoucí), Milan Kubička, Petr Novák

Marketing a distribuce

Ředitel marketingu a distribuce:

Bc. David Svanda

Brand Manager:

Petra Trojanová

Manažerka výroby a distribuce:

Lucie Bittnerová, e-mail: bittnerova@mf.cz

Vydává MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o.

Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4, IČ: 01847082

Adresa redakce: Zdravotnictví a medicína,

Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4,

sekretariát: 225 276 111, fax 225 276 222, e-mail: zdn@mf.cz

DISTRIBUCE TITULU

Předplatné pro Českou republiku vyřizuje:

SEND Předplatné, spol. s r. o., Ve Zlíbkou 1800/77, hala A3,

193 00 Praha 9, tel.: 225 985 225, mobil: 777 330 370

e-mail: mf@send.cz, www.send.cz

Objednávky do zahraničí:

Mediaservis, s. r. o., Zákaznické centrum,

Vídeňská 995/63, 639 63 Brno,

tel. 532 165 165, e-mail: export@mediaservis.cz

Objednávky SR:

Mediaprint Kapa Pressegrasso, a. s.,

oddelenie inej formy predaja, P. O. Box 183, Vajnorská 137,

830 00 Bratislava 3, tel. +421 244 458 821, fax +421 244 458 819

e-mail: predplatne@abompkapa.sk

Smluvní vztah mezi vydavatelem a předplatitelem se řídí

všeobecnými obchodními podmínkami pro předplatitele.

Předplatné se automaticky prodlužuje.

Vydavatel a redakční rada nenesou odpovědnost za obsah

inzerátů ani jiných materiálů komerční povahy.

Snímky označené jako „Shutterstock“ použity na základě

licence od Shutterstock.com.

Tisk TRIANGL, a. s.

Číslo dáno do tisku 14. 9. 2017

Přetisk a jakékoli šíření pouze se souhlasem vydavatele.

Tištěný náklad ověřuje ABC ČR, člen IF ABC.

© MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o., 2017

Evidenční číslo MK ČR: E 20524, ISSN 2336-2987



Ilustrační foto: Shutterstock

Nejasnosti kolem rezidenčního programu

Čeští zákonodárci a pisatelé novely zákona o specializačním vzdělávání na Ministerstvu zdravotnictví ČR vyděsili část absolventů lékařských fakult. Řádně zkomplikovali přihlášení do rezidenčního programu, který má pomoci mladým praktikům zařadit se do oboru, řádně zkomplikovali. Podmínku přihlásit se do programu v termínu do 30. 6. totiž vyhlásili až po uplynutí dané lhůty. Bez diplomů, jež absolventi dostávají při promoci až v průběhu července, to totiž není vůbec možné.

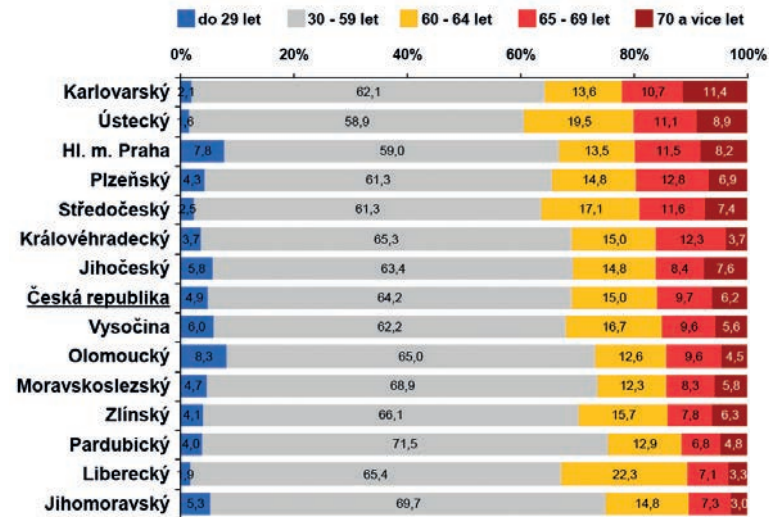
Lékaři se ihned po zjištění problému obrátili na Ministerstvo zdravotnictví s žádostí o nápravu. K té však nedošlo. Ministerstvo ovšem 22. 8. vydalo tiskovou zprávu, ve které se zavázalo problém vyřešit překlenovacím programem. Samozřejmě, chybu může udělat každý, zvláště je ovšem odůvodnění problému. V tiskové zprávě se přímo uvádí, že vlivem legislativního procesu a přechodu na novelu zákona č. 95 došlo k situaci, kdy legislativou předepsané termíny nedaly zhruba stovce budoucích praktických lékařů, a také některým dalším školencům

z jiných oborů, kterých se dotáční program týká, dostačnou možnost včas zareagovat a přihlásit se o dotaci.

„Mně se zdá, jako kdyby onen legislativní proces bylo nějaké zvíře, které z ničeho nic přijde a zaútočí. Zákon přeci připravoval stejný odbor ministerstva, který má na starosti rovněž rezidenční místa. Buď levá ruka nevěděla, co dělá pravá, ale spíš jim ani souvislost vlastně nedošla,“ pozastavil se nad vágní formulací předseda profesního sdružení praktických lékařů MUDr. Petr Šonka.

Pozdě, ale přece?

Kritická situace by se podle praktiků dala řešit výjimkou, podle níž by se do rezidenčního programu mohli přihlásit čerství absolventi, kteří si požádali o zařazení po 30. 6. Tedy tak jako v minulých letech. Letos dostalo všeobecné praktické lékařství celkem 100 rezidenčních míst. Dotace na jedno místo po dobu tří let činí 1 440 000 Kč. „Oficiální zdůvodnění je, že ve specializační přípravě došlo vzhledem k novele zákona 95/2004 Sb. ke změnám. V oboru Všeobecné praktické lékařství se ale na rozdíl od jiných specializací nemění její název, nemění se ani výše dotace nebo její struktura,“ uvedl



Věk lékařů v krajích

Zdroj: SPL ČR

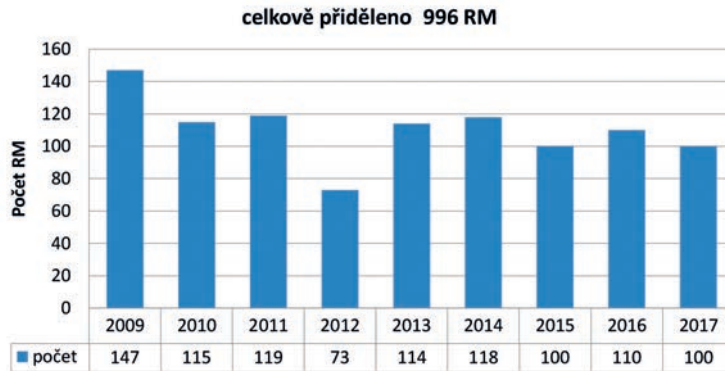
Ilustrační foto: Shutterstock

doc. MUDr. Svatopluk Býma, předseda Společnosti všeobecného lékařství (SVL).

„Rezidenční místa jsou jedinou šancí absolventů, jak se stát praktickými lékaři. Dotace na toto místo alespoň zčásti kryje povinnou specializační přípravu. Bez ní to zkrátka nejde. Program rezidenčních míst vyhláší MZČR vždy počátkem roku, kde podmínka nebyla,“ dodal doc. Býma.

Slibem neurazíš

I když ministr podle vyjádření MUDr. Petra Šonky dal veřejný příslib, panuje tu stále určitá nejistota. „Absolventi totiž nyní čekají na prováděcí předpis. Doufáme, že se



Lékaři, kteří nastoupili specializační vzdělávání na základě přidělených rezidenčních míst od roku 2010

Zdroj: SPL ČR

vše vyřeší. Zvláštní je, že my jsme na tento fakt upozorňovali, ale teprve po medializaci problému se začalo něco dít,“ podívoval se nad laxností MZ ČR předseda praktických lékařů.

„Rozhodně bychom uvítali, kdyby prováděcí předpis nebo metodika překlenovacího programu byly známy co nejdříve. Pan ministr slíbil, že se to v podstatě mladých lékařů nedotkne a že budou moci na svá rezidenční místa nastoupit,“ řekla MUDr. Markéta Pfeiferová, předsedkyně Mladých praktiků. Doufejme tedy, že se situace rychle vyřeší a že na MZ nebudou vymýšlet nějakou novou administrativní zátěž pro školitele. Předsedkyně Mladých praktiků se rovněž obává, že by si absolventi mohli zvolit jiný obor, nebo dokonce odejít do zahraničí. „Mladí kolegové se na nás obraceli, protože my se právě o zájemce o obor i o čerstvé lékaře staráme. Říkali nám, že vlastně nevědí, co mají dělat, jestli vůbec za takové situace do oboru nastoupit.“ Mnohým proto nezbyvá než se vzdělávat za své peníze nebo odejít do zahraničí, protože mnoho z nich jiný obor dělat nechce.

Důchodce: náplast českých praktiků

Ačkoli se na ÚZIS udělala spousta dobré práce, ve zdravotnictví stále chybějí aktuální tvrdá data. Počet všeobecných praktických lékařů i praktických lékařů pro děti a dorost je totiž v oficiálních statistických materiálech uváděn vždy značně zpětně a ne zcela jednotně. Výstupy se mohou poněkud lišit podle zvolené metodiky, počtu respondentů, aktuální situace či validity odevzdaných dotazníků. „Celkový počet všeobecných praktických lékařů se v současné době podle kvalifikovaného odhadu uvádí mezi 5200 a 5400 lidí. Další aktuální data budou k dispozici v říjnu, jsme na ně velmi zvědaví, protože už máme informace o určitém počtu starších praktiků, kteří hodlají v souvislosti s narůstající administrativní i ekonomickou zátěží a plánovanou e-preskripcí tento rok ukončit svoji praxi,“ řekla na dotaz MUDr. Jana Uhrová ze Sdružení praktických lékařů ČR.

Podle informací je zájemců o obor stále poměrně dost. Počty atestovaných se od roku 2010 pohybují mezi 130–200, z nichž je však pouze část (zhruba 60–70 %) absolventů, neboť ostatní jsou lékaři jiných oborů, kteří chtějí přidat i činnosti VPL. „Přesto však máme pětinu praktických lékařů v důchodovém věku a řekněme, že další pětina se k tomu velmi rychle blíží. Ačkoli o generačním problému víme, máme spočítáno, že pokud do oboru budeme dál dostávat 200 lidí ročně, podaří se nám situaci udržet. Ano, kdyby všichni lékaři, kteří mají jít do penze, odešli, byl by to problém. Je ale nepravděpodobné, že by chodili v 65 letech do důchodu,“ uvedl k personální otázce MUDr. Šonka.

Mgr. Denis Drahoš

Co trápí české praktiky

E-preskripce

„Máme opravdu problém s tzv. elektronickým receptem. Budeme tuto záležitost rozhodně medializovat. Podle informací, které dává SÚKL, se jeví, že software je úžasná věc. Bohužel, nám ho nikdo zatím neukázal ani nepředstavil. Dokonce ani na pracovištích, kde by měl fungovat, tomu tak není. Údajně má koncem září proběhnout informativní schůzka, zdá se mi to poněkud pozdě, když vyřízení přístupových práv trvá minimálně měsíc. Myslím si, že se zavedení systému do ledna nestihne. Vždyť neumí ani funkce, které nám prezentovali jako jeho hlavní benefity. Nyní ho u nás používá pár nadšenců a je to v podstatě stejné, pouze místo razítka vyjede čárový kód. Pacient musí fyzicky jak k lékaři, tak také do lékárně. Taková elektronizace ‚počesku‘. Paradoxní je, že i ti zmiňovaní nadšenci si budou muset vyřizovat přístupový kód znovu. Zvláště tristní je fakt, že když jste vlastníkem ordinace a zároveň pracujete, musíte mít přístupové kódy dva. Chtěli bychom, aby systém fungoval duálním způsobem, jak klasicky, tak i elektronicky. Ať si každý vybere.“

MUDr. Petr Šonka

Kapitační platby

Ani po roce se praktici nedočkali slibovaného navýšení kapitační platby a nedostali se na slibovaných 6 % navýšení. S ministerstvem se dohodli, že navýšení se bude týkat ceny lékařské práce, přistoupili na 3% kompromis, protože ministerstvo dát jednorázově peníze odmítlo. „Zatím máme nulový nárůst a ministerstvo právě píše úhradovou vyhlášku. Opakovaně jsem s nimi komunikoval a říkali jsme jim, co chceme. Odpověděli nám, že to chápou. V tuto chvíli čekám na schůzku s náměstkem MUDr. Tomem Philippem, která má proběhnout na konci srpna či začátkem září. Uvidíme, ale jsem skeptický, protože ministerstvo avizuje, že peníze na ambulantní sektor a navýšení letos nemá a že všechno v podstatě skončí v nemocnicích, v centrových léčích a ve snížení doplatku seniorů. To je zajímavé, protože letos jde do zdravotnictví asi o několik miliard korun více než loni. Na ambulantní sektor zbylo pouhých pár desítek milionů. Musíme ale doufat...“

MUDr. Petr Šonka



Obsah

Z domova

- Příspěvek k 20. narozeninám dočasného, provizorního zákona o veřejném zdravotním pojištění 3
- Co se chystá na české zdravotnictví? 3
- Nejasnosti kolem rezidenčního programu 4
- „Julínkové“ a nadstandard 7
- V prevenci jsme daleko za Západem 7
- Úvodní slovo ředitele Medical Services 8
- Vybrané problémy českého zdravotnictví 10
- Jak charakterizovat stav českého zdravotnictví a je cesta ven? 12
- Zdravotnictví 2018, nebo zdravotnictví 2030? 14
- Strunu nelze napínat donekonečna 14
- Příspěvek k 20. narozeninám... 15
- Státní hodnocení kvality nemocnic a právně-politické dopady 16
- Nové léky: finanční katastrofa se nerýsuje 17
- Spravedlivá spoluúčasť pacientů 18
- Povinná elektronická preskripce 18
- Rezervy lékové politiky 19
- Léková politika 20
- Výzvy a úskalí poskytování a financování zdravotní péče v ČR 21
- Lepší pracovní podmínky, více personálu, konec diskriminace v odměňování 22
- Integrovaná sociálně-zdravotní péče 23
- Zdravotnictví je pro pacienty, vše ostatní se musí podřídit 24
- Praha dohlédne na dodržování ordinačních hodin v ambulancích 26

Speciál

- Inkontinence není okrajovým tématem 27
- Vaginální atrofie a compliance její léčby – kazuistika 23

Z domova

- První kombinovaná transplantace srdce a jater v IKEM 29

Sestra

- Kazuistika hojení rozsáhlé operační rány 30
- Budoucím zdravotníkům začal nový život 32
- Darování vajíček 33
- Nepletete si kvalitu péče s její kvantitou? 34
- Ocenění pro studenty FEL ČVUT Praha za nový glukometr 35
- Objasníme příčinu hromadění poruch DNA? 35

Medicína

- Můžeme měřit tendenci k podvádění? 35
- Primární a sekundární onkologická prevence 38
- Nejmodernější inkubátor na brněnské klinice 38
- Prostředí zdravotnických zařízení může podpořit léčbu 39
- Studie RETIC potvrdila význam podání fibrinogenu 40
- Homeopatická léčba je spíše umění než technika 42
- Potřebujeme patientské organizace? 44
- Roztroušená skleróza a personalizovaná medicína 46
- K čemu je dobrá alternativa? 48

Personální inzerce

50



„Samozřejmě jsme to museli předjednat. Protože já nemám ve zvyku dát dvojnásobné cifry a čekat polovinu. My to máme všechno zdokladované.“

JUDr. Ing. Miloslav Ludvík, MBA, ministr zdravotnictví ČR

Po zveřejnění prvního návrhu rozpočtu v květnu ministr řekl, že bude potřebovat navíc 4,3 miliardy korun. V prvním návrhu bylo pro zdravotnictví 6,947 miliardy korun, o 311 milionů méně než letos. Návrh podle Ludvíka nepočítal ani se schválenými investicemi přes deset miliard korun.



„Jde o částečně paradoxní situaci, že se lidé obávají méně pravděpodobných rizik.“

Ing. Michal Knapp, generální ředitel společnosti Broker Trust

Češi se více pojišťují proti riziku úrazu než proti nebezpečí vážné nemoci, přestože ta je obecně mnohem častější, jak vyplývá z údajů pojišťoven.



„Jsme si vědomi, že se všichni zaměstnanci na výsledku podíleli, proto každého, napříč všemi profesemi v nemocnici, od pomocného personálu přes střední zdravotnický až po lékaře, odměníme jednorázovým bonusem.“

MUDr. Luděk Nečasný, MBA, ředitel liberecké nemocnice

Krajská nemocnice Liberec vyplatí díky dobrému hospodaření svým zaměstnancům mimořádné odměny v průměru 10 000 korun.



„Vyhodnotili jsme, že účast některých obviněných naplňuje znaky organizované zločinecké skupiny, kde jsou jasně rozdělené úkoly.“

JUDr. Ondřej Šťastný, státní zástupce

V kauze údajného uplácení lékařů ze strany distributorů léků policie obvinila zhruba 200 lidí. Někteří z doktorů se mohou stíhání vyhnout, pokud zaplatí jedenapůlnásobek přijatých úplatků na odškodnění obětí trestných činů.



„Postupujeme tak, abychom administraci dotací maximálně urychlili. Nepromeškáme jediný den.“

Mgr. Martin Kupka, středočeský radní pro zdravotnictví, ODS

Kraj v nejbližších týdnech rozdělí 43 milionů korun na zvýšení platů zdravotních sester, rozhodli o tom zastupitelé. Peníze hejtmanství přidělilo Ministerstvo zdravotnictví.





„Julínkovně“ a nadstandard

O názory na chybějící finance ve zdravotnictví a na spoluúčast pacientů se podělili tajemník ministra financí **Mgr. et Mgr. Adam Vojtěch** a náměstkyně ministra zdravotnictví ČR **JUDr. Lenka Teska Arnoštová, Ph.D.**

Foto: archiv Adama Vojtěcha



Mgr. et Mgr. Adam Vojtěch

1. V první řadě je třeba říci, že finance chybějí nejen v českém zdravotnictví. Stejněmu problému čelí zdravotní systémy na západ i na východ od našich hranic. Daleko bohatší země, než je Česká republika, například Německo či Švýcarsko, mají zavedenu mírnou spoluúčast. Osobně nejsem pro obnovení regulačních poplatků v původní podobě a výši. Domnívám se však, že by mohl být zaveden příspěvek pacienta na hospitalizaci, který by aspoň částečně pokrýl náklady na ubytování, stravu či energii. Jeho výše však musí být sociálně únosná a musí být omezena celkovým ročním limitem. Akceptovatelná je varianta 60 Kč za den hospitalizace s ročním limitem 2500 Kč. Není však rozhodně možné spoléhat se pouze na poplatky. Ruku v ruce s tím musí jít snaha o zvýšení efektivity systému, kde existují značné rezervy.

2. Pokud jde o příspěvek na nezdravotní služby v rámci hospitalizace, pokládám jej za spravedlivý. Pacient by náklady na stravu či energii musel stejně hradit, pokud by nebyl hospitalizován. Jak jsem již uvedl v předchozí otázce, příspěvek by měl být sociálně únosný a omezený celkovým ročním limitem. Výjimky jsou k diskusi. Vyňaty by mohly být například osoby v hmotné nouzi či novorozenci.

3. Jednoznačně ano. Měl by být vytvořen legální prostor pro dobrovolnou spoluúčast či připojištění. Současný stav, kdy pacientovi není umožněno vybrat si variantu zdravotnického prostředku a doplatit rozdíl mezi úhradou ze strany zdravotní pojišťovny a cenou jím vybraného prostředku, považuji za neudržitelný. Samozřejmě je třeba respektovat rozhodovací praxi Ústavního soudu, který ve svých nálezech opakovaně konstatoval, že je ústavně konformní rozdělit péči na hrazenou a nehrazenou za předpokladu zachování stejné vhodnosti a účinnosti léčby. Mělo by jít tedy o případy léčby komfortnější. Současný systém je výhodný jen pro ty pacienty, kteří mají známosti anebo si nadstandardní péči připlatí „bokem“, což považuji za mimořádně asociální a nemorální. Pokud zlegalizujeme dobrovolnou spoluúčast, může to znamenat i rychlejší vyzkoušení a zlevnění nových technologií, jež nebudou ihned zařazeny do úhrady z veřejného zdravotního pojištění. Při jejich osvědčení potom ve zdůvodněných indikacích možnost zrychleného zařazení do úhrad. Častější používání nových prostředků povede i k vyšší erudici personálu a rovněž ke zvýšení kvality poskytované péče.

1. Je notoricky známo, že v českém zdravotnictví chybějí finance. Někteří politici proto přemýšlejí, jak nakrmit vlka, aby koza zůstala celá. Měly by se opět zavést regulační poplatky za návštěvu lékaře, recept nebo pobyt v nemocnici?
2. Je spoluúčast pacienta v diferencované společnosti sociálně spravedlivá a měli by mít sociálně slabí, handicapovaní či senioři výjimku?
3. V dnešním systému zdravotní péče je možné si za nadstandardní služby, např. za lepší pokoj či stravu, připlatit. Pokud však jde o kvalitnější materiál, musí člověk uhradit nejen rozdíl oproti standardu, ale rovněž celý zákrok. Je to správná cesta, jak umožnit pacientům volbu a jak zkvalitnit zdravotnictví?

Foto: archiv Lenky Tesky Arnoštové



JUDr. Lenka Teska Arnoštová, Ph.D.

1. Regulační poplatky dopadají na občany mnohem tvrději, než se obecně předpokládá. Dnes je průměrná doba hospitalizace šest dní. Kdyby šlo o poplatek za hospitalizaci 100 Kč za den, tak je to 600 korun. Pokud je někdo hospitalizovaný, tak je na neschopence. První tři dny nedostane ani korunu, takže v tu chvíli už to při výdělku 20 tisíc měsíčně a v průměru 20 pracovních dnů dělá 3600 korun jen na tom, co zaplatíte a co nedostanete. Proto za ČSSD odmítáme hospitalizační poplatky. Do nemocnice nikdo nejde rád. Poplatky by jen zvýšily riziko, že lidé nevyhledají pomoc včas. Třeba by tak i ohrozily jejich zdravotní stav. Navíc kolem regulačních poplatků bylo i mnoho administrativní práce pro nemocnice, kterou neuměl nikdo přesně vyčíslit. Často se poplatky musely i vymáhat. Je daleko efektivnější dostat peníze do zdravotnictví z daní.

2. Vnímám to tak, že většina lidí si vyšší hotovostní spoluúčast nemůže, vzhledem k příjmům, dovolit. Medián hrubých mezd (23 704 Kč) vzrostl proti stejnému období předchozího roku o 5,2 %, u mužů dosáhl 25 905 Kč, u žen pak 21 162 Kč. Lidé si již platí zdravotní pojištění. Ze mzdy samozřejmě hradí rovněž náklady na bydlení, stravu či výživu dětí. Při těchto příjmech nevidím prostor pro další platby přímo z kapes pacientů. Stát by měl hledat jiné cesty ke zlepšení financování českého zdravotnictví. Ministerstvo zdravotnictví podniká konkrétní kroky. Například dne 16. 8. 2017 schválil Senát dvě novely, a to zákona č. 592/1992 Sb., zaručující navýšení plateb za státní pojištění pro roky 2019 a 2020, a novely zákona č. 48/1997 Sb., zajišťující snížení limitů na doplatky na léky, jíž snižujeme spoluúčast pojištěnců, kteří patří do sociálně zranitelných skupin obyvatelstva. Plánované navýšení pojistného na veřejné zdravotní pojištění za státní pojištění pro roky 2019 a 2020 je jedním z kroků, který má přispět ke střednědobé stabilizaci financování systému veřejného zdravotního pojištění, a tím i ke stabilizaci českého zdravotnictví jako takového.

3. Osobně zásadně odmítám zavádění jakýchkoli nadstandardů. Došlo by pouze k rozdělení pacientů na ty, kteří si to mohou dovolit, a ty, kteří na to nemají. Dvourychlostní medicínu nesmíme připustit. Šlo by o neuvážený zásah do systému, který by přinesl pouze další problémy. Kdo by pak zaručil, že se postupně vše, co je kvalitní, neocitne na doplatkové listině? Jaká je konkrétní pojistka a jak zabránit tomu, aby touha po zisku nezastínila zájem pacienta? Já takovou jistotu v systému nadstandardů nevidím, proto jsem proti dvourychlostní medicíně, proti zdravotnictví pro bohaté a ty ostatní.

Připravil Mgr. Denis Drahoš



V prevenci jsme daleko za Západem

Potřebujeme výraznější a účinnější edukaci, říká **Mgr. Karel Torner**, Country manager společnosti Sanofi Pasteur, a dodává, že v očkování proti chřipce hrají praktičtí lékaři zásadní roli.

V Británii nebo v Holandsku je v rizikových skupinách proti chřipce proočkováno 50-70 % lidí. V čem se situace v těchto zemích liší od ČR?

Jsem přesvědčený, že úspěch v uvedených zemích je výsledkem dlouhodobé práce. Věřím, že je to jednak tím, že tamní obyvatelé mají aktivní zájem o ochranu svého zdraví a konzultují se svým lékařem, jaké jsou nejlepší způsoby a formy ochrany zdraví. Jde to ruku v ruce s aktivitou národních autorit, jež připravují celé programy a které přesně vědí, jak má očkování probíhat a kdo má být očkovan. Důležité je, že předávají informace vůči veřejnosti, tak také lékařům. A hlavně pravidelně vyhodnocují, kdo je očkovan a v jaké míře dochází k naplňování programu.

Jestli to není způsobeno také spoluúčastí pacientů. Když lidé zaplatí více za zdravotní péči, rovněž se aktivněji zajímají.

Investice do prevence se určitě vyplatí. A to jak z pohledu jednotlivce, tak i státu. V nedávné minulosti byl u nás formulován Národní akční plán pro zvýšení proočkování proti chřipce. Ale lhůta pro naplnění jeho cílů uplynula bez výraznější aktivity a nepřinesla kýžený výsledek. Takže navzdory doporučením proočkovat 75 % rizikových skupin populace se dnes úroveň proočkování pohybuje kolem necelé pětiny. Lékaři mají přitom aplikaci hrazenou a lidem hradí pojišťovna zase vakcínu. Populaci kolují různé mýty, ale nedostávají se jí objektivní a podložené informace o nebezpečnosti chřipky na straně jedné a o přínosech očkování na straně druhé.

Farmakoekonomické studie poukazují na vztah mezi mírou proočkování a úsporami, které zdravá populace generuje systému. Mělo by se něco změnit v postoji státu nebo plátců v podpoře očkování?

Zdravější populace ze systému méně čerpá a víc do něj přispívá. Myslím, že zde nejde jenom o finance, ale rovněž o čas lékařů, sester či kapacitu zdravotnických zařízení. Člověk, který má komplikace, musí podstoupit další vyšetření nebo v horším případě – musí být hospitalizován. To jsou další náklady. Očkování je jedním ze základních pilířů ochrany veřejného zdraví. V přístupu k prevenci a zodpovědnosti za své vlastní zdraví jsme přesto daleko za západními zeměmi. Potřebujeme asi výraznější a hlavně účinnější edukaci, větší objektivní informovanost a snad dojde i ke zvýšení aktivity jednotlivců.

V souvislosti s očkováním proti chřipce se také hodně mluví o roli praktických lékařů. Je podle vás jejich motivace k očkování dostatečná?

Dnešní doba klade na lékaře jiné nároky. Když jdou lidé někde něco vyřídit, už se dopředu informují na internetu a přicházejí již s pocitem, že tématu rozumějí a že jsou na stejné úrovni jako odborník. Nestací, aby lékař z odborného hlediska dané téma znal, ale aby také uměl komunikovat a předávat informace dál

a aby měl energii i čas diskutovat. I přestože, že existuje skupina lidí, která bezmezně věří anonymním článkům na internetu a lidem, o nichž vlastně nic neví, hrají praktičtí lékaři jako zdroj informací zásadní roli. Jsou totiž v každodenním kontaktu s pacienty, znají je a přesně vědí, kdo z nich může z vakcinace nejvíce profitovat.

Není to spíše práce farmaceutických firem, aby v rámci dalšího vzdělávání lékařů organizovaly školení? Je možné, že lékaři neumějí pacientům vysvětlit benefity a zvládat jejich námitky?

Já bych spíše řekl, že to je prací vzdělávacího systému. Jedna věc je působit na současné lékaře a jiná připravit ty budoucí. Zde by se mělo začít. Sice to nepřinese ovoce hned, ale mělo by to směřovat k tomu, že lékař bude umět trpělivě pacientovi vysvětlit, co je pro něj dobré a proč. Současní lékaři mají k dispozici odborné a profesní organizace. Myslím, že pomoc by měla přijít také z jejich strany. Nezapomínejme, že lékaři mají spoustu různých povinností, musejí se vzdělávat, komunikují s pojišťovnami, musejí rozumět zákonům a zároveň zaměstnávají sestry.

Výrobci vakcín jsou často terčem kritiky za výpadky, respektive za přerušování dodávek. Zdá se, že ne vždy dokáží pacientům srozumitelně vysvětlit důvody.

V první řadě si musíme uvědomit, že výroba vakcín je naprosto odlišná od běžné farmaceutické produkce. Dostupnost ovlivňuje mnoho různých faktorů a jde opravdu o složitý proces. Výroba vakcíny může trvat dokonce i tři roky, protože po každém výrobním kroku následuje řada kontrol. Dělal se různé testy, čeká se na výsledky, pracuje se s živými materiály. Kontrola kvality může představovat až 70 % z celkové doby výroby. Není divu, že výrobci plánují dodávky na mnoho let dopředu. Když si pak vezmete rozměr celého portfolia a celého světa a když navíc přičtete náročnou distribuci, která probíhá při teplotě 2 až 8 °C, pochopíte, jak je to složitý proces. Děláme maximum pro to, aby v České republice byla zajištěna nejvyšší míra dostupnosti vakcín.

Jakou roli hraje v míře proočkování strach z jehly? Z výzkumů postojů pacientů to vypadá, že obava z injekce je stále relativně důležitým faktorem. Probíhá výzkum ne-injekčních forem podání?

Všechno je především o trpělivé komunikaci. Čím více budete rozumět tomu, proč je pro vás ochrana očkováním dobrá, tím méně se budete bát jehly. Když někde vidím článek o očkování, tak se, bohužel, často stává, že je přiložen ilustrační obrázek, na němž je stříkačka větší než dítě a ještě s barevným roztokem. To vůbec neodpovídá realitě. Žádnou alternativní formu aplikace nyní k dispozici v plošném měřítku nemáme. Nová metoda musí projít mnoha studiemi a až následně může být uvedena do oběhu. U chřipkových vakcín je důležitou podmínkou také to, že výrobce je schopen



Foto: archiv Karla Tornera

v krátké době vyrobit poměrně velký objem. Uvítal bych, kdyby byly i další aplikační formy. Lze předpokládat, že by se poté proočkování zvýšila.

Pomineme-li strach z injekce či lenost zajít k lékaři, pak mnoho lidí jako argument proti očkování zmiňuje nízkou účinnost vakcín. Lidé občas říkají, že se očkovali, a stejně onemocněli. Jaká je průměrná účinnost vakcín?

Okolo očkování existuje, bohužel, spousta mýtů, mimo jiné i to, že očkování proti chřipce může vyvolat onemocnění chřipkou. Musím zdůraznit, že používané vakcíny proti chřipce onemocnění vyvolat nemohou. Je potřeba si uvědomit, že se člověk pohybuje ve světě, v němž se vyskytují i viry a že s nimi může přijít do kontaktu těsně před, ale i bezprostředně po aplikaci vakcíny. Po očkování trvá nejméně jeden až dva týdny, než se vytvoří ochranné protilátky. Vznik onemocnění v uvedené době se tak nesprávně přisuzuje vakcíně. Účinnost očkování proti chřipce se u zdravého jedince uvádí okolo 70 až 90 %, u starší populace ale v důsledku snížené funkce imunitního systému klesá. Pokud jste očkovan, a přesto onemocníte, je průběh nemoci zpravidla mírnější a vyskytuje se rovněž méně komplikací, což je právě u rizikové skupiny seniorů významným benefitem.

Češi budou mít letos vůbec poprvé k dispozici čtyřvalentní vakcínu proti chřipce, která poskytuje širší ochranu, protože chrání nejen proti A kmenům chřipky, ale také proti oběma B kmenům. Věříte, že se počet očkovaných Čechů díky tomu zvýší?

Světová zdravotnická organizace predikuje každý rok složení chřipkových virů a odhaduje, v jaké míře budou v populaci cirkulovat základní chřipkové kmene A a B. Vzhledem k tomu, že dosavadní trivalentní vakcíny mohly obsahovat pouze dva A kmene a právě jeden B kmen, představuje příchod čtyřvalentní vakcíny, která již obsahuje oba B kmene a která tak poskytuje širší ochranu očkovanému, obrovský pokrok v celé šedesátileté historii očkování. Věřím, že právě širší ochrana, kterou čtyřvalentní vakcína poskytuje, bude novou motivací a impulsem pro lékaře i lidi, aby se začali očkovat ve vyšší míře.

Děkuji za rozhovor.

Mgr. Denis Drahoš



PORADNA

Všeobecné zdravotní
pojišťovny ČR

Všeobecná zdravotní pojišťovna má zájem o maximálně korektní vztahy se smluvními partnery. Rozhodla se proto čas od času přicházet s konkrétními radami pro praxi. Podrobnější informace najdete na www.vzp.cz.

Zjednodušili jsme systém měsíčního vyúčtování poskytnuté zdravotní péče

Od 1. května 2017 zavedla Všeobecná zdravotní pojišťovna novou formu měsíčního vyúčtování zdravotní péče. Tato změna se týká poskytovatelů zdravotních služeb, kterým je prováděno měsíční vyúčtování zdravotní péče (mimo lékárny a výdejny PZT) a nejsou hrazeni zálohově, formou tzv. předběžné měsíční úhrady s následným ročním vyúčtováním zdravotní péče.

Jak se vás změna dotkne?

Má-li poskytovatel zdravotních služeb v předložených dokladech v daném období odmítnuté výkony (např. chybně vykázané číslo pojištěnce, vykázaný pojištěnec jiné zdravotní pojišťovny, překročení frekvence vykázaní kódu výkonu atd.), jsou mu takové doklady odečteny přímo z faktury, která je předložena k těmto dokladům v rámci daného zúčtovacího období. **V praxi to znamená, že faktura bude uhrazena v hodnotě předložených a pojišťovnou uznaných dokladů.** Pokud je hodnota výkonů v předložených dokladech vyšší než hodnota předložené faktury, je mu tento rozdíl doplacen na bankovní účet.

Kde naleznete finanční vyčíslení zpracovaných dávek dokladů a předložených faktur?

Tyto informace naleznete v sestavě „Přehled zúčtování zdravotních výkonů“, kterou vždy po uzavření zúčtovacího období obdržíte do datové schránky nebo doporučenou poštou.

Co znamenají jednotlivé položky sestavy „Přehled zúčtování zdravotních výkonů“?

- **Odmítnuto** – jedná se o finanční vyjádření odmítnutých dokladů v měsíčním vyúčtování. **Tuto částku nehradíte, bude vám odečtena z předložené faktury k těmto dokladům.**
- **Uznáno nad rámec fakturace** – jedná se o finanční vyjádření rozdílu v případech, kdy je hodnota předložených dokladů vyšší než fakturovaná částka. **Tuto částku nehradíte, bude vám pod uvedeným variabilním symbolem uhrazena na bankovní účet.**
- **Další výkony v Kč – k úhradě (závazek VZP)** – jedná se o finanční vyjádření dokladů předložených bez faktury (ve většině případů to jsou doplatky za kompenzační kód 09543 nebo za předložené opravné doklady). **Tuto částku nehradíte, bude vám pod uvedeným variabilním symbolem uhrazena na bankovní účet.**
- **Další výkony v Kč – snížení úhrady (pohledávka VZP)** – jedná se o finanční vyjádření např. při



Bc. Jan Švec
vedoucí referátu finančních služeb

odatečném přecenění dokladů po jejich úhradě (většinou při zpětné změně druhu pojištění u vykázaného pacienta). **Tuto částku máte možnost pod uvedeným variabilním symbolem uhradit do 10 pracovních dnů na bankovní účet VZP uvedený v úvodu sestavy. Pokud tak neučiníte, bude vám tato částka započtena z následující předložené faktury.**

- **Revidované výkony v Kč (pohledávka VZP)** – jedná se o finanční vyjádření výsledku revizní

činnosti VZP. Revidované výkony vám jsou vždy v předstihu oznámeny revizní zprávou. **Tuto částku máte možnost pod uvedeným variabilním symbolem uhradit do 10 pracovních dnů na bankovní účet VZP uvedený v úvodu sestavy. Pokud tak neučiníte, bude vám tato částka započtena z následující předložené faktury.**

Jak zjistíte, které doklady vám jsou v měsíčním zúčtování odmítnuty?

Tuto informaci naleznete v sestavě „Protokol o zpracování dávek“. Odmítnuté doklady je možné opravit a znovu předložit pojišťovně ke zpracování.

Jak zjistíte, jaká bude výše úhrady v případě odmítnutých dokladů a provedených zápočtů?

Tyto informace naleznete v sestavě „Oznámení o výsledku zpracování dávek výkonu a o provedeném zápočtu“, která vám je odeslána do datové schránky, nebo doporučenou poštou v den úhrady faktury. Tato sestava rekapituluje odečtené částky odmítnutých dokladů z měsíčního zúčtování a provedené zápočty k faktuře. V položce „Z faktury zbývá“ naleznete částku, která vám bude zaslána na váš bankovní účet.

Na koho se obrátit v případě dotazů?

V záhlaví sestavy „Přehled zúčtování zdravotních výkonů“ je uveden kontakt na pracovníka regionální pobočky VZP ČR, který je připraven zodpovědět vaše dotazy.

VZP dá letos na péči **161,73 miliardy Kč**. Oproti loňsku je to o **9 miliard více**. Přidáno dostanou všechny segmenty.

Být naším partnerem se vyplatí!



UZS

UNIE ZAMĚSTNAVATELSKÝCH
SVAZŮ ČESKÉ REPUBLIKY

www.medical-services.cz
www.uzs-konference.cz



MLADÁ FRONTA

ODBORNÁ KONFERENCE

pod záštitou
předsedy vlády ČR Mgr. Bohuslava Sobotky,
ministra zdravotnictví JUDr. Ing. Miloslava Ludvíka, MBA,
primátorky hlavního města Prahy Mgr. Adriany Krnáčové, MBA
a radního hlavního města Prahy pro oblast zdravotnictví a bydlení Ing. Radka Lacka

ZDRAVOTNICTVÍ

2018

MANAGEMENT
ZDRAVOTNICKÝCH
ZAŘÍZENÍ

12.–13. ŘÍJNA 2017

HOTEL GRANDIOR
NA POŘÍČÍ 42, PRAHA 1

Generální partner



Hlavní partneři



Partneři





Úvodní slovo ředitele Medical Services

Vážení partneři, milí přátelé, tradiční konference Zdravotnictví 2018, kterou divize Medical Services nakladatelství Mladá fronta, a. s., pořádá ve spolupráci s Uníí zaměstnavatelských svazů ČR, proběhne letos již počtvrté v řadě, a to ve dnech 12. a 13. října.

Konference, jejíž aktivní účastníci jsou zásadními hráči v oblastech politiky, ekonomiky i odborné péče ve zdravotnictví, je letošní rok opět naplánována na dva dny. Záštitu nad akcí převzali předseda vlády ČR Mgr. Bohuslav Sobotka a ministr zdravotnictví JUDr. Ing. Miloš Luďvík, MBA, kteří společně s Ing. Jiřím Horeckým, Ph.D., MBA, prezidentem Unie zaměstnavatelských svazů ČR, přednesou úvodní projevy.

První den konference představí v politickém bloku své příspěvky ministr zdravotnictví, zástupci krajů, komorových organizací a představitelé zdravotních pojišťoven.

V následujících diskusních panelech, které vytvářejí komunikační platformu mezi MZ ČR, poskytovateli zdravotní péče a zdravotními pojišťovnami, vystoupí přední odborníci, kteří budou reflektovat aktuální témata ve zdravotnictví. Diskutovat se bude o odměňování ve zdravotnictví, DRG či o registru smluv. První



den uzavře společná večeře všech účastníků konference. Divize Medical Services rovněž předá šek Dětskému centru Jihočeského kraje ve Strakonici.

Součástí programu je také slavnostní předání ocenění Manažer roku ve zdravotnictví. Soutěž o nejlepšího zdravotnického manažera vyhlašuje Unie zaměstnavatelských svazů a vydavatelství Mladá fronta, a. s., divize Medical Services. Jejím cílem je především zviditelnit úspěšné manažery ve zdravotnictví, ukázat příklady dobré praxe, inspirovat, motivovat a podpořit rozvoj v oblasti systému zdravotní péče.

Druhý den konference je věnován odborným sekcím a diskusním kulatým stolům. Tradiční jsou sekce lékové politiky a dlouhodobé péče, ale debatovat se bude také o řízení zdravotnického zařízení nebo o vzdělávání lékařů.

Chtěl bych poděkovat i našim partnerům: Generálnímu partnerovi konference – společnosti HARTMANN – RICO, společnosti AGEL, Zdravotní pojišťovně Ministerstva vnitra, farmaceutické společnosti Sanofi/Zentiva a Asociaci poskytovatelů sociálních služeb ČR.

Karel Novotný, MBA,
ředitel divize Medical Services Mladé fronty a. s.

Zdravotnictví 2018

Odborná konference zdravotnictví je již tradiční a zásadní událostí, která vytváří diskusní a informační platformu týkající se výhledu zdravotnictví v příštích obdobích.



O vůdčí roli konference svědčí nejen účast drtivé většiny osobností českého zdravotnictví, stálý zájem účastníků, partnerů, ale i médií. Já osobně oceňuji nejen její nabitý a profesionální program, který je namířen jak na management nemocnic, tak také na poskytovatele dlouhodobé péče, zdravotní pojišťovny či farmaceutický segment. Důležitou složkou je i sociální část konference, slavnostní galavečer a všechny momenty, kdy má člověk možnost potkat přátele a kolegy. To jsou momenty, které nám přinášejí povzbuzení, potěšení a důležitou možnost sdílení.

Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MBA,
prezident Asociace poskytovatelů sociálních služeb,
prezident Unie zaměstnavatelských svazů
a prezident Evropské asociace ředitelů a poskytovatelů
dlouhodobé péče pro staré občany

Vybrané problémy českého zdravotnictví

V současném zdravotnictví ČR najdeme řadu oblastí, které si zaslouží pozornost státu. Jednak je to udržení sítě veřejných poskytovatelů zdravotnických služeb, dále pak zvyšování mezd zaměstnanců ve zdravotnictví a řešení letecké záchranné služby.

Jako prioritu vidím udržení sítě veřejných poskytovatelů zdravotnických služeb. Dostupnou zdravotní péči musí totiž mít jak obyvatelé měst, tak i venkova. Je zapotřebí rovněž stabilizovat systém vzdělávání zdravotnického personálu. Bez řešení se neobejdou ani rozdílné platby za stejnou práci ze strany zdravotních pojišťoven. Nynější podmínky jsou směřovány do základních platových sazeb, ale ty jsou nastaveny historicky. Je potřeba je přehodnotit a neopodstatněné rozdíly v platbách vyrovnat. Zabývat bychom se měli i strukturou kapitační platby. Je nutné ji rozebrat a doplnit některé



části péče o klienta především v mimopracovní době. Nemocnice již nemohou pokrýt náklady pacientů 24 hodin denně a 365 dní v roce. Z našeho zdravotnictví by měl zmizet i boj o pojištěnce a jeho přetahování mezi zdravotními pojišťovnami.

O nezbytnosti zvyšování mezd všech pracovníků ve zdravotnických zařízeních není pochyb, avšak odměňování by se mělo rozhodně odvíjet od jejich výkonnosti. Pouze plošné navýšování tarifních platů podmínky v jednotlivých nemocnicích nesrovná.

Neúprosně se také krátí i lhůta k udržitelnému řešení provozu letecké záchranné služby. Nešťastný zásah exministra financí a politizace odborného věcného problému celou záležitost zkomplikovaly a neustálé další průtahy situaci rovněž nepomáhají. Bez úzké spolupráce státu a krajů ale nebude možné pokročit vpřed. Taktéž podíl krajů, jak se už nyní ukazuje, je nezbytný.

Pokud dojde na plánovanou změnu systému, jak se o ní nyní uvažuje, budou popřeny všechny původní výkřiky o vysoké ceně, protože investiční a provozní náklady budou přibližně dvakrát větší než dosud. Porovnání úrovně poskytovaných leteckých záchranných služeb, jejich výsledků i nákladovosti s daty současného systému nám pomůže dopracovat se ke kvalitní a efektivní péči o obyvatele našeho státu.

MUDr. Jiří Běhounek,
hejtman Kraje Vysočina

Jak charakterizovat stav českého zdravotnictví a je cesta ven?

České zdravotnictví trpí mnoha neduhy. Liberalizace systému je nejdůležitějším opatřením, které vede ke zvýšení efektivity, konkurenceschopnosti a tržnímu prostředí.

Současné české zdravotnictví lze charakterizovat:

1. personální krizí (nespokojeností a odchody pracovníků mimo obor i do zahraničí),
2. nadměrným, až extrémním počtem kontaktů lékařů s pacienty, a přitom nízkou zdravotní gramotností populace,
3. roztržitostí ambulantní péče a oborů,
4. malou rolí praktických lékařů v systému,
5. rozkladem péče v některých regionech,
6. nelogickou distribucí techniky,
7. zcela nefungujícím systémem zdravotního pojištění, respektive stavem, na který se slovo pojištění nehodí,
8. komplikovanými vazbami a řetězci dodavatelů,
9. extrémní administrativní náročností všech procesů ve zdravotnictví od vlastní péče až po akreditace, nákupy, přístup k lékům a zdravotnické technice,
10. neschopností systému se rozvíjet – chovat se konkurenčně, motivačně či tržně.

Odstanění všech nedostatků je reálné při určité vůli a vyměnění podivných motivací v systému. Některé regiony si již samy redukovují síť zařízení. Nutné je zjednodušení všech typů administrativy, příkladem může být naprosto nutné zavedení e-Health v jednoduché, průhledné a nezdržující formě, výhodné by rovněž bylo snížení atestačních oborů a redukování náročnosti akreditačních řízení. Otázka mezd zdravotníků je podstatná a je dnes v některých regionech zcela jasná, jaká je zde tržní cena práce.

V současné době souvisí vyzkoušení zdravotního pojištění a reálná péče o pacienta zcela minimálně. Jde o virtuální hru na



ustálený stav, z něhož mimo jiné vyplývá nezájem o prevenci a motivaci pacientů. Konkurence zdravotních pojišťoven a větší flexibilita systému je může přivést k efektivnější péči o sebe.

Jednou z klíčových cest je odstátnění zdravotnictví a modelování dopadů jednotlivých procesů a změn. Liberalizace systému je nepochybně nejdůležitějším opatřením, které může vést ke změnám a zvýšení efektivity.

prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., MBA,
předseda České lékařské společnosti
Jana Evangelisty Purkyně

Inzerce M17100439

Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR
a Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR
vyhlašují

**TÝDEN
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB ČR**
2.–8. října 2017

Jedeme v tom společně

Partneři Týdne sociálních služeb ČR

Asociace veřejně prospěšných organizací ČR

Česká asociace streetwork

Jihočeský kraj | Jihomoravský kraj

Karlovarský kraj | Kraj Vysočina

Královéhradecký kraj | Liberecký kraj

Město Prachatice | Moravskoslezský kraj

Česká rada sociálních služeb

Olomoucký kraj | Pardubický kraj

Plzeňský kraj | Slezská diakonie

Statutární město Brno | Statutární město Ostrava

Středočeský kraj | Ústecký kraj

Unie zaměstnavatelských svazů ČR | Zlínský kraj

Mediální partneři

Sociální služby

**Listy
sociální práce**

Práce f. sociální politika

**ZDRAVOTNICTVÍ
MEDICÍNA**

**FÓRUM
sociální politiky**

DEZINFEKČNÍ PÉČE



JcTED.cz



TÁBORSKO

www.tyden-socialnich-sluzeb.cz



Zdravotnictví 2018, nebo zdravotnictví 2030?

Při hodnocení výhledu na situaci v českém zdravotnictví v roce 2018 bychom mohli poměrně seriózně konstatovat, že financování i fungování českého zdravotnictví nebude nijak kriticky ohroženo a mohli bychom pokračovat detailními analytickými pohledy na vývoj v jednotlivých segmentech a hlavních nárůstových oblastech.

Hodnocení následujícího roku je správné a potřebné. Současně bychom se však měli zaměřit i na předpokládaný vývoj střednědobý a spojená rizika i příležitosti. Uvedený pohled je na místě zvláště proto, že v krátké době vyberou občané ve volbách ty, kteří ponесou zodpovědnost za vývoj zdravotnictví nejméně v následujících čtyřech letech.

Financování zdravotní péče poskytované v systému veřejného zdravotního pojištění je stále dominantnější složkou zdravotnictví České republiky. I v roce 2018 se tak dále posiluje závislost na platbách z veřejného zdravotního pojištění, nově se očekává 500 milionů korun jako náklad na zvýšené kompenzace limitů na započitatelné doplatky u pojištěnců. Podíl přímých plateb občanů na zdravotní péči tak v roce 2018 dále poklesne a posílí pozici ČR jako státu s nízkou participací občanů mezi srovnatelnými státy. Posílíme svoji zodpovědnost za finanční vývoj celého sektoru, protože i příspěvek ze státního rozpočtu svoji váhu mezi zdroji upevňuje.

Nárůst nákladů péče a zdravotní pojištění

Z pohledu zdravotnictví 2018 tak nemusíme dělat



růstu příjmů.

Lze odhadnout, že musíme dlouhodobě a nad rámec inflace počítat s nárůstem nákladů z titulu rozvoje léčebných metod, technologií i vlivem stárnutí populace ČR. Tempo růstu výdajů bude beze změn v systému převyšovat o 2 až 3 % průměrný nárůst pojistného a alespoň srovnatelnou valorizaci státního příspěvku. To však současně znamená, že v době ekonomického růstu se situace jeví jako zvládnutelná (2014 až 2017), ale v době recese jako velmi krizová (2008 až 2013). A to i s ohledem na zcela nedostatečné rezervy fondových zůstatků.

skoro nic. Při pohledu na aktuální finanční vývoj a s ohledem na budoucí střednědobá finanční rizika je však pro další vývoj zdravotnictví rozhodující, zda bude i nadále posilována zákonná i neformální kompetence MZ ČR při řízení zdravotnictví. Pak je nutné akceptovat, že úloha a postavení veřejných zdravotních pojišťoven budou dále klesat spolu s jejich schopností řešit a eliminovat poruchy ve financování systému, které nepochybně reálně hrozí. V takovém případě je nutné, aby stát dostatečně garantoval, že bude vždy schopen finančně sanovat výpadek tempa

Z hlediska celkového hodnocení stavu a vývoje českého zdravotnictví a systému veřejného zdravotního pojištění lze konstatovat:

- České zdravotnictví je při porovnání se srovnatelnými státy poměrně kvalitní.
- Zdravotní péče je v rozhodujícím rozsahu financována z veřejného zdravotního pojištění.
- Financování zdravotní péče je v hlavní míře řízeno vládou a MZ ČR.
- Nárok pojištěnce na čerpání „bezplatné“ zdravotní péče je stanoven převážně velmi široce, ale často nekonkrétně a netransparentními procesy.
- Dostupnost zdravotní péče je časově i místně až na náhodné výjimky velmi dobrá.
- Nákladová efektivita celého systému je v makroukazatelích dobrá, ale u poskytované zdravotní péče je v řadě případů velmi nevyrovnaná a není dostatečně věrohodně hodnocena.

Pokud bychom chtěli řešit očekávaný rozpor mezi trvalým nárůstem nákladů na poskytovanou zdravotní péči, která se v současnosti pohybuje nad 5 % ročně, a růstem zdrojů, jenž se snadno může dostat k nízkým až nulovým nárůstům jinak než jen k tíži státního rozpočtu, budeme muset přikročit k úpravám současného systému řízení veřejného zdravotního pojištění. Změny by musely směřovat k posílení autonomie systému veřejného zdravotního pojištění, zpřesnění zákonných postupů pro určování nároků pro pojištěnce a významnému posílení flexibility a nákladové efektivity cestou smluvní a cenové konkurence poskytovatelů i plátců.

Doporučení Svazu zdravotních pojišťoven

Svaz zdravotních pojišťoven nabízí pro případnou diskusi některá doporučení a návrhy. Na nich a na případných úpravách systému tímto směrem jsou členské zdravotní pojišťovny připraveny se podílet:

- významné posílení autonomních a individuálních cenových dohod mezi poskytovateli a zdravotními pojišťovnami,
- vznik zákonem definovaných procesů k průběžným úpravám nároků na bezplatnou zdravotní péči na principu HTA, a tím i stabilní a přesnější definice rozsahu veřejného zdravotního pojištění a také zdravotní péče z tohoto pojištění nehrazené. Nenároková péče by pak měla být předmětem transparentní a informované volby a úhrady ze strany občanů,
- úprava práv a povinností pojištěnců a zdravotních pojišťoven směřující k vyšší angažovanosti a stimulaci v oblasti prevence a zodpovědné léčby u chronických civilizačních chorob,
- zavedení dvousložkového pojistného k posílení konkurence a variability produktů poskytovaných pojišťovnami pro občany.

Ing. Ladislav Friedrich, CSC.,
prezident Svazu zdravotních pojišťoven ČR



Ohlédnutí za konferencí Zdravotnictví 2017

Foto: Jana Schrammová



Strunu nelze napínat donekonečna

České zdravotnictví se v současné době potýká s velkým množstvím problémů: personál, ambulance i financování.

Jednoznačně nejpalčivější komplikací je personální devastace českých nemocnic, která se datuje zhruba od roku 2007. Ani akce Děkujeme, odchází výrazný trend odchodů zásadněji nezměnila, především proto, že Česká republika nedodržela závazky plynoucí z memoranda, jímž byla akce ukončena. Do zahraničí odchází ročně skoro 500 lékařů. Z toho je přibližně 200 absolventů českých lékařských fakult, což představuje téměř 20 % promoujících. K tomu se v poslední době přidávají i sestry.

O tom, že chybí sestry, se v poslední době mluví často, ale o lékařích se nepravdivě informuje, že jejich nedostatek není zásadní. Tento dojem je ale dán tím, že lékaři stále mnohonásobně překračují maximální povolený limit přesčasové práce. Je velmi ostudné, že nepřetržitá péče v nemocnicích je zajišťována pouze kvůli neustálému porušování zákoníku práce. Pracovní podmínky jsou takto neudržitelné.

Ambulance nemocnic jsou trvale zavaleny pacienty, i těmi bez akutních problémů, což výrazně



zhoršuje podmínky pro poskytování neodkladné péče. Je to dáno i tím, že dostupnost péče v ambulantním sektoru již počíná klesat a že poskytování naléhavé péče mimo nemocnice již fakticky zaniklo.

Na úbytek lékařů má vliv i špatný systém specializačního vzdělávání, který k našemu zklamání nevyřešila ani novela zákona o specializačním vzdělávání přijatá v letošním roce. I když byl prvotně předložen návrh, jenž mohl situaci skutečně výrazně zlepšit, byl nakonec zákon přijat v podobě, která stávající situaci může ještě paradoxně zhoršit. Zde je jednoznačná odpovědnost Ministerstva zdravotnictví, vlády ČR i Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR, které v tomto případě fatálně selhaly.

Zoufalou situaci ještě umocňuje fakt, že stále neexistuje jednotná norma odměňování nemocničních zdravotníků. Situace, kdy se skoro polovina nemocničních zaměstnanců případná vládní opatření nijak nedotknou, je neudržitelná. Řešení problému se ani v náznacích nerýsuje.

Česká republika platí v rámci OECD na zdravotnictví jen velmi málo, což je základem špatné situace. Méně platí jen Korea, Mexiko a Polsko. Místo doporučených 9 % HDP dává ČR na zdravotnictví o 2 % méně. Na druhé straně je pravda i to, že i s nedostatečnými prostředky se zdaleka nenakládá optimálně.

Nemocniční systém rovněž dusí neodůvodnitelné rozdíly v úhradách zdravotních pojišťoven pro jednotlivé nemocnice. Dokud tomu tak bude, nelze nemocnice validně hodnotit a porovnávat. Dalším velkým problémem jsou nespravedlivé odvody do solidárního zdravotního pojištění. Financování systému je na bedrech zaměstnanců a jejich zaměstnavatelů, kdy zaměstnanec i s odvody zaměstnavatele přispívá měsíčně v průměru zhruba 3500 Kč. Oproti tomu OSVČ odvádí z nepochopitelných důvodů v průměru pouze polovinu částky. Největším dlužníkem ale zůstává stát, který za jednoho státního pojištěnce odvádí ostudných 920 Kč měsíčně. Schválený nárůst na 969 Kč měsíčně od 1. 1. 2018 působí v současné situaci jako výsměch občanům.

Představitelé státu stále spoléhají na to, že pro většinu občanů vypadá zdravotnictví stále velmi dobře. Kdo ale vidí pod svrchní slupku, tomu je jasné, že je to pouze za cenu neustále se zvyšujících nároků na lidi, kteří v systému pracují.

MUDr. Martin Engel,
předseda Lékařského odborového klubu – svazu českých lékařů

Inzerce M171000159

PROFESIONALITA A PRESTIŽ

Vyzkoušejte oděvy
Cadenza a vytvořte si
svůj profesní styl.



WWW.CADENZA.CZ



Cadenza®

Foto: archiv UZS

Příspěvek k 20. narozeninám...

(pokračování ze strany 3)

Jaká jsou vlastně základní východiska vzniku pluralitního systému veřejného zdravotního pojištění? Pokud nejsem otupen téměř dvaceti lety spolupráce se systémy jiných států a sledováním periodicky se opakujícího domácího vývoje, řekl bych, že jde v zásadě o několik základních parametrů.

Zprvė budování pojištoven jako samosprávných organizací zastupujících primárně zájmy svých členů/pojištěnců, a nikoliv státních orgánů nebo politických reprezentací má smysl. Významná míra nezávislosti na přáních aktuální politické reprezentace je pro systémové fungování veřejného zdravotního pojištění klíčová a je jedním z předpokladů smysluplnosti jeho existence. O tom, že jsme se v tomto smyslu od záměru zákona posunuli spíše zpět, jsem se zmiňoval v předchozí části.

Dalším a zcela základním parametrem systému veřejného zdravotního pojištění je dohoda jako základní kámen vztahu mezi pojišťovnami, jež zastupují své členy, a společnostmi, které jejím členům poskytují hrazené zdravotní služby. Tím se struktura liší od systémů státních, z podstaty de facto přidělových. V české realitě je ovšem takový koncept oslaben dlouhodobým využíváním původně ústupové varianty pro mimořádné situace. Již samotná existence možnosti zasahovat do smluvních vztahů ministerskou vyhláškou je trojským koněm celého veřejného zdravotního pojištění, neboť reálně oslabuje schopnost střednědobé dohody mezi klíčovými partnery systému.

K tomu je možné přičíst ad hoc zasahování aktuální politické reprezentace do očekávaných příjmů veřejného zdravotního pojištění prostřednictvím platby za tzv. státní pojištěnce. Přestože jde z hlediska celkových příjmů o drobné, stav, kdy může být pouhou politickou dohodou příjem kdykoliv o něco zvýšen, nebo naopak zmrazen, snižuje předvídatelnost, která je klíčová pro jakékoli systémové plánování a uzavírání střednědobých dohod.

Účelem plurality je mimo jiné možnost nabízet pojištěncům/členům v rámci jednotlivých institucí přidanou hodnotu. Ta může mít různě podoby, od širšího rozsahu hrazených služeb nebo slev na pojistném až po lepší klientský servis. Ani zde neučinil zákon potřebný

vývoj kupředu. Naštěstí pro poskytování klientsky orientovaných služeb není zákonná úprava nutná. Díky tomu disponují přinejmenším některé ZP přidanou hodnotou například v oblasti využití komunikačních technologií nebo asistenčních služeb, které mohou svým klientům nabídnout a které jdou daleko za rámec služeb, na něž jsou zvyklí z jiných oblastí sociálního zabezpečení.

Ze systémového hlediska pak považují pluralitu za hodnotu samu o sobě. V prostředí pluralitního systému je mimo jiné snazší dlouhodobě udržet odborníky, kteří zachovávají historickou paměť a kontinuitu výkonu veřejné správy (co bylo a proč, co lze a co nelze, jakou cestou se více nedat atd.). Ta přitom ve státní správě zoufale chybí.

Shrnou-li eufemisticky výše uvedené hodnocení, konstatuji, že z hlediska naplnění původních východisek nebyl oslabenec za dvacet let své existence příliš úspěšný a lze jej stále považovat za předpis provizorní.

Co nikdy nebylo doupraveno

Jubilant tedy s přibývajícimi kily příliš nezkrásněl ani nenaplnil původní očekávání rodičů, v zásadě zůstal mentálně ve stavu rozpracovanosti a dočasnosti. Co mu chybí, aby mohl být považován za dospělého?

V našich krajích není běžně vnímána jedna důležitá okolnost. I zdravotní pojištění je totiž součástí sociálního zabezpečení a jako takové neposkytuje nic jiného než dávky, byť v jiné než peněžní formě (v Evropě se pro tento účel používá pojem „věčná dávka“), jež poskytuje zdravotní pojišťovna, nikoliv ministerstvo, stát, poskytovatel nebo jiný subjekt. Přesto nám, na rozdíl od jiných systémů sociálního zabezpečení, chybí právní úprava některých zásadních okolností jejího poskytování.

Tou první je samotné vymezení rozsahu a obsahu dávky, kterou musí pojišťovna svému klientovi zajistit. Ta je zde dána tak široce a vágně, že lze spíše s úspěchem pochybovat, zda existuje něco, co by nebylo možné za dávku považovat. Zákonné stanovení (ohraničení) rozsahu nároku pojištěnce je přitom podle mého názoru základním předpokladem jakékoli další systémové změny směřující k diverzifikaci a zvýšení příjmů systému, věcné konkurenci pojištoven

a nakonec i k úspěšné možnosti pojištěnců požadovat důsledně, na co mají nárok. Není nadstandardu bez standardu...

Neexistence přesnějšího vymezení nároku na služby a zboží, které jsou hrazené ze zdravotního pojištění, je pouze částí většího problému, je nedostatečným vymezením odpovědnosti, kompetencí a vztahů mezi jednotlivými subjekty. Zákon až na výjimečné situace nestanoví procesní pravidla pro vztah pojištěnce a pojišťovny, která jsou přítom i v ostatních pojistných systémech sociálního zabezpečení běžná. Stejná výtka může být uplatněna i pro postavení a vztah ostatních aktérů systému, pojištoven, poskytovatelů i státní správy. Jinými slovy, ze zákona není v zásadě patrné, kdo komu za co odpovídá. Co má být orgány kontrolováno, pokud není přesně řečeno, co má být kontrolovaným zajištěno? Jaká je povaha smluvního vztahu mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením? Co je úkolem ústředních orgánů státní správy – dohlížet, nebo řídit? Kdo zodpovídá za naplnění nároku? Výsledkem je stav, ve kterém za vše zodpovídají všichni a nikdo zároveň.

Budoucnost?

O nahrazení provizorního zákona se za dvacet let jeho existence kromě jediné výjimky nikdo ani vážně nepokusil. Za přípravu koncepční změny přitom nepovažují sběr a prezentaci nápadů, to probíhá průběžně, ale skutečnou práci na obsahu normy. Ta může být otázkou více než jednoho volebního období (v Holandsku probíhala příprava reformních zákonů více než 15 let). Je to velká škoda, protože nedostatky zákona jsou určitou překážkou i pro úvahy o změnách na úrovni organizace celého sociálního zabezpečení, zejména pak směrem k sjednocení agendy dávek v nemoci (věcných i peněžitých) v rámci ZP tak, jak je to běžné v jiných zemích. Tuto racionální úvahu by si přitom český systém zasloužil.

Možná je současný stav i důsledkem názoru sdíleného zkušenými matadory, že jedinou možnou cestou je rozvoj pozvolnými kroky neboli cesta mírného pokroku v mezích zákona. Tento přístup ale podle mě, bohužel, nevede k rozvoji systému, ale naopak k dalšímu oslabování jeho principů, což uplynulých dvacet let dobře ilustruje.

A snad právě proto, že se příliš nedaří pokročit vpřed, provozujeme raději postfaktické woodoo posedlosti ultimátními daty a odborníky, kteří nám vše spočítají. Čekání na zázračná data je přitom efektivním způsobem, jak systémové úpravy spíše odkládat než řešit. Nebo skutečně věříme, že je problémem naší státní a veřejné správy nedostatek informací? Není to spíše nedostatek odvahy a schopnosti ze známých dat vyvozovat důsledky a na jejich základě rozhodovat?

Máme ale vůli ke změnám? Jsme schopni odpracovat systémové koncepty, aniž bychom slibovali a potřebovali dodat zázraky na počkání? Naučíme se pracovat a uvažovat přes volební období? To jsou otázky, které mne napadají, když přemítám, zda bude jubilující 20letý provizorní zákon č. 48/1997 i nadále přešlapovat z nohy na nohu a čekat na nějakou z kataklyzmatických změn, či se jednou dočkáme zodpovědné a odvážné politické i odborné reprezentace, která bude schopna systémové změny rozumně připravit a realizovat a která sice neodstraní problémy, jež jsou svou podstatou věčné, ale alespoň postaví základ, na němž se dá plánovat a stavět.

JUDr. Ladislav Švec,
ředitel Kanceláře zdravotního pojištění



Ohlédnutí za konferencí Zdravotnictví 2017

Foto: Jana Schrammová

Státní hodnocení kvality nemocnic a právně-politické dopady

V tisku byl v srpnu prezentován záměr státu hodnotit kvalitu nemocnic na základě dat o péči. V článku se objevily úvahy o zveřejňování žebříčků nemocnic, nebo dokonce o redukci sítě smluvních nemocnic podle toho, jak je která kvalitní.

Během několika hodin stihl nápad mezi lékaři vyvolat kritickou diskusi. Z pohledu právníka se zkušeností s patientskými spory stojí za otázku, co ze záměru vyplývá pro fungování systému zdravotnictví.

Právo na volbu nemocnice

Teoreticky máme ze zákona právo zvolit si poskytovatele, tedy i kteroukoliv nemocnici. Pokud jde o nemocnici smluvní, nemůže, nejsou-li splněny velmi úzce vymezené právní důvody, pojištění odmítnout. Mezi ně ale nepatří ani spádovost, ani absence doporučení praktickým lékařem. Pokud by občané měli přístup k žebříčku kvality, budou pak pro sebe či své blízké pochopitelně vždy volit nejkvalitnější nemocnici, čímž ji brzy zahltí (a patrně též zruinují, vzhledem k de facto rozpočtovému financování nemocnic).

V reálném životě ovšem právo volby poskytovatele nefunguje, respektive jeho prosazení vyžaduje kombinaci dobré znalosti zdravotnické legislativy a osobní průbojnosti. Z konzultací pro pacienty by šlo sestavit kuriózní sbírku výmluv a kliček, proč nespádového pacienta odmítnout či co nejrychleji vyexpedovat z „vyššího“, typicky pražského pracoviště zpět tam, odkud přišel. V kontextu pak žebříček kvality jen prohloubí frustraci většiny populace, která se do nemocnic z horní části prostě nedostane, zákon nezákón.

Kvalita nemocnice nebo kvalita vztahu lékař – pacient?

Ve stížnostní a sporové praxi se docela často objevují případy, kdy i ve špičkových velkých nemocnicích došlo k vážné újmě na právech pacienta – právě pro jejich velikost. Typické situace namátkou zahrnují delegování obtížného zákroku na nezkušeného absolventa, ignorování stížností a vážných příznaků, opožděné schválení nasazení léků, zkrátka právní diagnóza „zemřelý ne-kulich, ztracen v systému“. Naopak bez ohledu na velikost a kvalitu nemocnice lze narazit na lékaře, který v půl čtvrté ráno řádně vyšetří po devíti falešných poplašcích i to desáté křičící batole donesené paranoidní matkou a odhalí život ohrožující stav.

Žebříčky kvality nemocnic mohou být zavádějící, protože kvalita péče není nutně aspektem vztahu pacient – nemocnice. Mnohem více jde o aspekt vztahu pacienta a konkrétního zdravotníka. Hledisko kvality mohou zhodnotit osoby odpovědné za vedení a správu nemocnice, cílená revize zdravotní pojišťovny, pacienti, kteří si kvalitu či nekvalitu vyzkoušeli osobně, ale nemůže ji řešit statistický úřad, už pro enormní množství citlivých dat, které by musel zpracovávat. Nadto patrně bezvýsledně, protože jak ví každý, kdo někdy řešil spor pacient – nemocnice, vědomá organizační selhání nebyvají dokumentována a nelze je odhalit jen z výkazů bez důsledného cíleného šetření.



Kvalita dat o kvalitě a ochrana dobrého jména poskytovatele

Očima práva jsou nemocnice soutěžiteli na trhu zdravotních služeb, protože teoreticky soutěží o smlouvy s plátcí a o přízeň pacientů. Předpokládejme, že státní žebříček kvality nebude těmi či oněmi zcela ignorován a že nemocnice označená za nekvalitní utrpí na pověsti a ekonomice (příjde třeba o smlouvy, jak bylo avizováno). Pokud bude její vlastník bojovný, může zpochybnit sebraná data nebo metodiku hodnocení a zkusit přes ochranu dobré pověsti vysoudit na státu nějakou tu korunu, trochu po vzoru Diag Human. Kvalita sběru dat i kvalita metodiky bude proto klíčová.

Z tohoto pohledu je vcelku bezpečně zveřejňovat statistické údaje o nemocničních úhradách či nákupech, zejména jde-li o informace, které samy nemocnice vykazaly k úhradě veřejným pojišťovnám. Přesto se resort zveřejňování intenzivně brání s poukazem na ochranu práv nemocnic – dokonce i v případě benigních informací o vykázaných počtech porodů či procentech císařských řezů, což po ÚZIS požadují organizace rodiček. Je překvapivé, že se tentýž resort odhodlal k hodnocení kvality, což je výrazně riskantnější dílo, v němž lze následkem chybné metodiky nebo chyb ve zdrojových datech snadno dospět k chybnému (tedy žalovatelnému) závěru.

Kvalita, peníze a místní dostupnost

Ze sféry soutěžního práva je i další poznámka. Některé nemocnice, zejména velké státní, jsou finančně dosti jinde než ty regionální – v celkových rozpočtech, v dotacích, ale i ve výši úhrady za případ. Přísun peněz má dopad na personální i věcné zajištění, tedy i na možnosti nabídnout kvalitnější péči. Programové prohlášení vlády obsahovalo závazek „srovnatelná úhrada za srovnatelnou péči“, výsledek se, bohužel, dosud nedostavil, stejně tak dosud nebyl naplněn princip, že peníze mají jít za pacientem, byť proklamovanou rolí nového ÚZIS měl být právě „DRG Restart“ a narovnání úhrad.

Teprve tím by vzniklo prostředí, ve kterém by dávaly žebříčky nemocnic ekonomický smysl. Český systém ale zůstal na půli cesty mezi státní zdravotní službou s direktivně danými spády, rozpočty a pevnou hierarchií nemocnic a přechodem na soukromoprávní prostředí s rovnou soutěží poskytovatelů. Současná realita úhrad poškozuje některé poskytovatele, neboť jim dává za stejnou péči horší finanční ohodnocení bez dobrých důvodů, jen na základě udržování dávných nerovností v důsledku historické úhradové reference. Jiné poskytovatele systém zvýhodňuje tím, že jim bylo bez řádných kritérií výlučně přiznáno právo na poskytování a úhradu specializované léčby, což jednak samo o sobě umožňuje lepší odborný rozvoj pracoviště, jednak to

s sebou nese nemalé finanční zdroje z provizí od dodavatelů léků a přístrojů. Říci nyní znevýhodněným poskytovatelům, že se v žebříčku kvality umístili hůře než jejich úhradově preferovaní konkurenti, protože měli historicky nízké úhrady a nemají na personál ani provoz, a že proto dostanou ještě méně peněz, až příliš připomíná rčení „adding insult to injury“. Navíc to není žádné řešení – čím více systém přiskřípne levnější a slabší nemocnice v regionech, tím více se budou pacienti přesouvat do dražších pracovišť v centrech, kde to bude muset systém náležitě zaplatit. A ještě dojde k porušení právní záruky místní dostupnosti péče.

Support your local hospital

Co s tím? Většinově platí, že skončíme v té nemocnici, v jejímž spádu bydlíme. Proto se snažme, dokud jsme zdraví, aby byla kvalitní. Praxe bez ohledu na žebříčky kvality ukazuje, že nebezpečná je především nemocnice s nebezpečnými úhradovými smlouvami (à la „smluvní strany se dohodly, že profit nemocnice je závislý na tom, jak úspěšně bude odmítat pacientům potřebnou péči“, tzn. dnes takřka všechny smlouvy). Nebezpečná je nemocnice s nebezpečnými vnitřními předpisy, jejíž vedení zasahuje do vztahu lékař – pacient („když dojde paušál, lékařům se zakazuje léčit lege artis bez schválení ekonomického náměstka“; „za dodržení budgetu ručí svými odměnami celý personál oddělení podle principu kolektivní viny“; „indikovat léčbu na výjimečnou úhradu se zakazuje, protože by nám šla do paušálu“). Nic z toho nelze poznat z žádného žebříčku kvality – mnohem lepší je popovídat si důvěrně s místním doktorem. Slovy klasika: „Jeď do Pelhřimova (Rokycan, Chomutova... doplňte podle bydliště) a prohlídni si nemocnici, ať víš, do čeho jdeš.“ Proto se z pohledu občana a pacienta zajímejme o kvalitu řízení místní nemocnice, o její nastavení úhrad, o dotace a investice od krajů a měst či o situaci zdravotníků a zkusme se podílet na zlepšování poměrů. Máme k tomu právní nástroje: právo žádat o informace, právo volit a být volen, volby místní, krajské i celostátní.

JUDr. Ondřej Dostál, Ph.D., LL. M.,
expert na zdravotnické právo



Ohlédnutí za konferencí Zdravotnictví 2017 Foto: Jana Schrammová



Nové léky: finanční katastrofa se nerýsuje

Asociace inovativního farmaceutického průmyslu si dala za cíl vnést světlo do problematiky nákladů spojených s inovativními léky, které čekají na vstup do systému.

„Spočítali jsme, že schválených inovativních přípravků, u nichž držitelé rozhodnutí o registraci požádali o zařazení do systému úhrad, je aktuálně třiašedesát. Jedná se převážně o zcela nová léčiva. Žádá se však také o nové indikace u léčiv starších,“ uvedl výkonný ředitel Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP) Mgr. Jakub Dvořáček, MBA. „Číslo nelze zaměňovat s počtem léků, které v nejbližších měsících skutečně do systému vstoupí. To se občas děje. Potom může vzniknout dojem, že nové přípravky budou představovat neúnosné náklady. Zapomíná se, že vstupování léčiv bude rozloženo v čase. Ať chceme, nebo ne, některé žádosti budou zamítnuty. Inovace však rozhodně pro systém neznamenají ohrožení,“ dodal Dvořáček.



Jakub Dvořáček

Nahlédnutí za obzor

Se zainteresovanými odborníky na straně pojišťoven, na Ministerstvu zdravotnictví i ve Státním ústavu pro kontrolu léčiv by AIFP ráda navázala užší dialog o uvedené problematice a detailně je informovala o svých postojích.

Od podzimu loňského roku se její Farmakoeconomická pracovní skupina ve spolupráci s Pracovní skupinou pro vztahy a legislativu zabývala možností implementace v zahraničí již známé metody Horizon Scanning (tj. něco jako „pozorování obzoru“) v ČR.

„Metoda umožňuje s předstihem určit předpokládané období vstupu konkrétních inovativních léčivých přípravků na trh a odhadnout náklady pro zdravotní systém. Výsledky tak umožní přesněji plánovat náklady na straně plátců i politické reprezentace. Jedná se o standardní postup, který se aplikuje ve většině evropských zemí,“ vysvětlila farmakoeconomka MUDr. Jana Skoupá, MBA, která připravila finální podobu přehledu. Klíčovým zjištěním je,

že předpokládané náklady spojené s příchodem nových molekul budou pro český systém únosné a že se nebudou vymykat nákladům z předchozích let. Navíc je třeba upozornit, že se vesměs jedná o přípravky pro léčbu závažných a život ohrožujících onemocnění, která dosud nebylo možno uspokojivě léčit.

Členové pracovních skupin v průběhu přípravy a implementace spolupracovali s experty z The Association of the British Pharmaceutical Industry, kteří metodu úspěšně zavedli ve Velké Británii, a také se zástupci The European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations. V blízké budoucnosti bude AIFP seznamovat

s výsledky zástupce zdravotních pojišťoven, státních institucí, ale také pacientských organizací.

Přístup nových léčiv na trh se v ČR v poslední době značně zkomplikoval. Za poslední půlrok získal úhradu jediný inovativní léčivý přípravek. Pro rozhodnutí o úhradě stanovuje zákon lhůtu 165 dní, aktuálně se však najdou přípravky, u nichž od podání žádosti uplynuly i tři roky. „Je to patová situace, z níž vycházejí jako poražení nejen naše společnosti, ale také pacienti, jimž se nedostává léčby podle nejnovějších vědeckých poznatků, a rovněž lékaři, kteří se celý život vzdělávají, studují možnosti nejnovějších léků, ale v praxi je nemají k dispozici anebo je za cenu obrovské administrativní zátěže pro své pacienty shánějí s využitím paragrafu 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění,“ sdělil Dvořáček.

Roste dostupnost léčby, nebo ne?

Podle průzkumu veřejného mínění, jehož výsledky AIFP představila v červnu 2017, by jakékoliv prostředky ušetřené ve zdravotnictví – což jsou například úspory přinášené vstupem relativně levných generik a biosimilars – chtěla

většina (64 %) lidí investovat zpátky do kvality léčby a rozšiřování její dostupnosti.

Z výše uvedeného by se mohlo zdát, že dostupnost moderní léčby se v ČR nezvyšuje. Nutno říct, že takto jednostranné to není. Počty pacientů léčených ve specializovaných centrech prostřednictvím moderních léků, často biologik, se rok od roku zvyšují. Průměrné náklady na každého z nich přitom podle údajů zdravotních pojišťoven stagnují. Že podíl centrových léků na výdajích pojišťoven na péči postupně mírně roste (z 3 % v roce 2010 na 6 % v roce 2016), je dáno zlepšující se „extenzivní dostupností“ léčiv.

Je tu však i další úhel pohledu. Z hlediska pacientů, kteří čekají na nové léčebné možnosti (patří sem zejména pacienti onkologičtí, dále třeba pacienti s cystickou fibrózou, roztroušenou sklerózou, neurologickými chorobami či chronickými autoimunitními chorobami), je naopak dostupnost léčby kvůli prakticky zastavenému přístupu nových léčiv do systému špatná.

Politici často označují zdravotnictví za prioritu nebo alespoň za jednu z klíčových oblastí. Pro 74 % lidí je podle zmíněného průzkumu veřejného mínění důležitý přístup politických stran ke zdravotnictví. „Pokud nám však jde o kvalitu péče, nestačí bezmyšlenkovitě nalít miliardy korun do platů lékařů a myslet si, že adekvátně stoupne úroveň poskytované péče. Daleko důležitější je provést několik systémových změn, které umožní našemu zdravotnictví průběžnou adaptaci na vývoj medicíny a potřeby občanů,“ uvedl odborník na fungování a reformy zdravotnických systémů MUDr. Pavel Vepřek, zakladatel platformy Zdravotnictví 2.0.

Podle něj je potřebné stanovit rozsah hrazené péče zákonem a zavést cenovou konkurenci pojišťoven. Pacient pak může být veden k péči o své zdraví systémem malusů a bonusů. Dále je vhodné uvést co nejdříve v život elektronické zdravotnictví, nadstandardy a poplatky za hospitalizaci. Do systému by se tím dostaly další prostředky využitelné na péči a omezilo by se plýtvání.

Bc. Jan Typl,

Asociace inovativního farmaceutického průmyslu

Inzerce M171000048



APSS ČR pořádá odborný seminář

VYKAZOVÁNÍ A ÚHRADY ZDRAVOTNÍ PÉČE V ROCE 2017 A 2018



Datum konání: 30. listopadu 2017 od 9 do 14 hodin

Místo konání: Centrum Univerzita Tábor, Vančurova 2904, 390 01 Tábor



Obsah:

- Vyúčtování roku 2016, zálohové úhrady VZP v roce 2017
- Regulace zdravotních pojišťoven, současná právní úprava a judikatura, revizní činnost a soudní spory
- Vyjednávání o úhradovém dodatku 2017
- Zveřejňování smluv se zdravotními pojišťovnami a vykazování S1 a S2 sester
- Podmínky úhrad pro rok 2018, úhradová vyhláška, seznam zdravotních výkonů

Přihláška: www.institutvzdelavani.cz/ Otevřené kurzy

Kontakt: Mgr. Magda Dohnalová, email: institut@apsscr.cz, tel.: 724 940 126



Spravedlivá spoluúčast pacientů

Dlouhodobě prosazovanou vizí České lékařské komory je spravedlivá a předvídatelná spoluúčast pacientů na lécích předepsaných lékařem. V České republice je totiž, bohužel, již léta praktikován systém, který nemá obdobu v žádné jiné vyspělé evropské zemi.

Doplatky na léky nejsou českým pacientům ani jejich ošetřujícím lékařům předem známé a v čase se zásadně mění. Místní i cenová dostupnost léčivých přípravků je navíc značně deformovaná jejich výrobci a dovozci, kteří rozhodují o exkluzivních bonusech a přednostním zásobování pouze části lékáren, na což doplácí ostatní pacienti. Pochopil bych motivační jednociferné bonusy. Zpětné bonusy ve výši desítek procent ale svědčí o nesprávně nastaveném systému pro stanovení cen a úhrad léků. Stejně jako v ostatních odvětvích vede tato „neviditelná ruka trhu“ k redukci nabídky a dostupnosti některých léčivých přípravků pro pacienty.

Lidem i zdravotníkům je nesrozumitelný „unikátní“ český model ochrany před vysokými doplatky na předepsované léky. Do ochranného limitu spoluúčasti se zahrnuje jen jejich minimální část – tzv. „započítatelné“ doplatky. Nepřehlednost systému navíc potencuje zdravotní pojišťovny vydáváním svých „pozitivních“ listů. Doufám, že nová politická reprezentace se bude důkladněji zajímat o dopady této aktivity na výši „nezapočítatelných“ doplatků, zejména



v případech, kdy dostává přednost výrobce se zcela zanedbatelným zastoupením dodávek svého přípravku na český trh. Spoluúčast obyvatel se díky výše uvedeným „hrátkám“ v jednotlivých regionech podstatně liší, což považujeme v rámci solidárního zdravotnického systému za nepřijatelné.

Pro lékárníky jsou dále zásadními tématy rozvíjení odborných kompetencí, forma a výše odměňování. V nejvyspělejších zemích se lékařská péče dynamicky vyvíjí, lékárníci a kliničtí farmaceuti stále významněji přispívají ke kvalitní a bezpečné farmakoterapii, zapojují se do oblasti prevence a screeningových programů. Česká lékařská komora trendy pečlivě sleduje a maximálně jim přizpůsobuje rozvoj svých výukových programů. Ve spolupráci s lékaři řady odborností je naším cílem nalézt praktické formy užší týmové spolupráce, která je nezbytná pro zkvalitnění léčebných procesů. Příkladem může být pilotní projekt ČLnK a VZP realizovaný v loňském roce, v jehož rámci vybrané lékárny poskytovaly odborné služby při péči o občany s Alzheimerovým onemocněním, při vyhodnocování lékového

profilu ambulantně léčených pacientů, věnovaly se screeningu diabetu a poskytovaly konzultace pro odvykání kouření.

Rozvoj odborných služeb lékáren stále výrazněji potvrzuje nutnost principiální změny odměňování lékařské péče. Model financování lékáren ve výlučné závislosti na ceně léku je nespravedlivý a již dávno překonaný. Je žádoucí dosahovat úspor v oblasti nákladů na běžně předepsované léky. Nemůže se tak ale díť na vrub zdravotnického personálu lékáren, opakovaně snižovat příjem lékáren a nařizovat další a další povinnosti spojené s nemalými finančními náklady. Uspořené finanční prostředky musí lékárnám zůstat k dispozici. Nejen pro další zkvalitňování poskytované lékařské péče, ale i pro splnění náročných administrativních opatření, které budou muset v dohledné době zavést. Aktuálně se jedná o model plošné e-preskripce, implementaci „protipadělkové“ směrnice EU a o další povinnosti, jež vyžaduje ministerstvo zdravotnictví a SÚKL.

Třetím důležitým tématem je síť lékáren. Považujeme za nutné podpořit rozvoj lékařské péče ve venkovských oblastech, a naopak regulovat vznik nových lékáren v místech již přesycených. V zemích EU jsou za tímto účelem přijímána kritéria demo- a geografická. Návrh obdobného modelu aktualizujeme na současných datech i pro Českou republiku.

PharmDr. Lubomír Chudoba,
prezident České lékařské komory

Povinná elektronická preskripce

Od 1. ledna příštího roku čeká lékaře, lékárníky a pacienty poměrně zásadní změna – na základě zákona o léčivech se budou veškeré lékařské předpisy vystavovat pouze v elektronické podobě.

Na první pohled by se mohlo zdát, že půjde o zcela striktní záležitost bez možnosti jakýchkoli výjimek. Opak je ale pravdou. Ministerstvo zdravotnictví ČR v současné době připravuje vyhlášku, která vyjmenuje situace, kdy bude možné i nadále vystavovat recepty v papírové podobě. Mezi takové případy jistě budou patřit výpadky elektrické energie či internetové sítě. Kromě toho by prováděcí předpis měl umožnit preskripci „na papír“ také pro osobní účely nebo pro účely předepsání léčivých přípravků rodinným příslušníkům lékaře.

Elektronická preskripce však rozhodně není žádnou novinkou. Již od roku 2011 se eRecepty používají a do této chvíle jich bylo vystaveno více než sedm milionů, přičemž zapojeno je aktuálně 7700 lékařů, 1400 zdravotnických zařízení, skoro 6000 lékárníků a 2200 lékáren. Každý měsíc se stále zapojují stovky nových subjektů.



V souvislosti s povinnou elektronickou preskripcí zprovoznil Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) zcela nové webové stránky www.epreskripce.cz, kde jsou průběžně zveřejňovány informace pro všechny dotčené skupiny, včetně dodavatelů lékařských a lékařských softwarů. Web však rozhodně není jediným komunikačním kanálem. SÚKL využívá zejména těch možností, kde lze napřímo komunikovat s cílovými skupinami. Od konce roku 2016 se tak zúčastnil celé řady setkání, seminářů a konferencí, kde povinnou elektronickou preskripcí prezentoval a diskutoval o ní. Od září letošního roku pak bude zahájena i placená část informační kampaně.

Často se hovoří o tom, že výhody eReceptu v tuto chvíli nepřevažují nad zvýšenou nutností aktivity a záležitostí lékařů a lékárníků. Je zcela zřejmé, že elektronická

preskripce přinese plný požadovaný efekt až ve chvíli, kdy zákon umožní používat rovněž lékový záznam pacienta či modul kontroly duplicit a interakcí při předepisování léčivých přípravků. SÚKL je na tyto funkcionality technicky připraven a je schopen je uvést do provozu v podstatě okamžitě.

Od lékařů, zejména těch starších, často slyšíme, že pro ně není výhodné používat počítač a nakupovat nové softwarové vybavení, prostřednictvím něhož by mohli elektronické recepty vystavovat. SÚKL však myslel i na uvedenou eventualitu a připravil zcela bezplatnou aplikaci, kterou bude moci lékař používat např. na svém chytrém mobilním telefonu nebo také v tabletu či notebooku. Není proto nutné, aby lékaři, kteří doposud žádný software nepoužívali, investovali do jeho nákupu.

Kterýkoli ze subjektů, ať už je do systému elektronické preskripce zapojen, nebo se k zapojení teprve chystá, může bezplatně využít služeb call centra eReceptu SÚKL. To je k dispozici každý všední den od 8 do 17 hodin, a to buď na telefonní lince 800 900 555, anebo na e-mailu erecept@sukl.cz.

PharmDr. Zdeněk Blahuta, MHA,
ředitel Státního ústavu pro kontrolu léčiv



Rezervy lékové politiky

V oblasti lékové politiky má stát koncepci založenou na stanovení nejnižší ceny léčiva, v oblasti poskytování lékařské péče neexistuje koncepce oboru žádná – provozování lékáren, a tedy poskytování lékařské péče je z pohledu majitelů nezávislých lékáren nepředvídatelné a nestabilní, ponecháno jen na působení tržních sil.

Léková politika a lékařská péče v České republice v poslední dekádě vykazují prvky značné rozkolísanosti a nepředvídatelnosti. Nic na tom nezměnila ani skutečnost, že se jedná o oblast zdravotnictví. Tvorba cen léčiv je regulovaná státem. Na druhé straně chybí jakákoliv regulace vzniku lékáren. V takových podmínkách se nevyskytuje lékárenství v žádné jiné vyspělé zemi v Evropě.

Veřejné lékárny jsou systematicky vytlačovány z trhu působením nadnárodních finančních skupin a majitelů distributorů léčiv majetkově propojených s maloobchodem. V zásobování lékáren postupně nastávaly situace tzv. krácení objednávek a cíleného nedodávání léčiv, které negativně dopadly především na nezávislé lékárny, jež proto nejsou schopné zajistit léčiva pro své pacienty. Situace se zlepšila novelou zákona o léčivech z letošního roku, která stanoví povinnost distributora léčiv dodat lékárně léčivo do dvou pracovních dnů.

Financování lékáren

Odměňování lékařské péče je v České republice založené na čistě maržovém principu, tedy na rozdílu

nákupní a prodejní ceny léčiva. Regulace ceny hrazených léků je prováděna jen stanovením maximální ceny původce, respektive úhrady, a v oblasti volně prodejných léčiv je ponechána na trhu. Ve značné míře určují velikost a výši odměny farmaceutické firmy, které mají nastaven obchodní model na principu poskytnuté slevy z objemu prodaných nebo vydaných kusů léčiva v lékárnách. Podle uvedené obchodní logiky pak výrobce dohodne tzv. zpětný finanční bonus, který je v řetězcových lékárnách řádově vyšší než v konkrétní jednotlivé nezávislé lékárně. Nejviditelnějším důsledkem je pak poskytnutá sleva u doplňkových léčiv, na kterou řetězcové lékárny lákají pacienty. Nezávislá lékárna stejné léčivo nakoupí za extrémně nevýhodnou cenu a s vysokým doplatkem pro pacienta. Není to tedy obchodní politika jednotlivé lékárny, jak je mylně Státním ústavem pro kontrolu léčiv sdělováno veřejnosti, ale je to obchodní politika jednotlivých výrobců, kteří určují, kolik bude pacient doplácet na jednotlivá léčiva.

V Česku tak dochází k diskriminaci pacientů při čerpání lékařské péče. Ve světě se od poloviny 90. let nastavil systém kombinované platby jednak za léčivo, ale také za poskytnuté služby spojené s jeho výdejem neboli za lékařskou péči. Pomineme-li platbu tzv. signálního kódu za recept, který byl jakýmsi pokusem o zavedení dispenzační taxy za výdej léčiva, pak

to tedy obchodní politika jednotlivé lékárny, jak je mylně Státním ústavem pro kontrolu léčiv sdělováno veřejnosti, ale je to obchodní politika jednotlivých výrobců, kteří určují, kolik bude pacient doplácet na jednotlivá léčiva.

V Česku tak dochází k diskriminaci pacientů při čerpání lékařské péče. Ve světě se od poloviny 90. let nastavil systém kombinované platby jednak za léčivo, ale také za poskytnuté služby spojené s jeho výdejem neboli za lékařskou péči. Pomineme-li platbu tzv. signálního kódu za recept, který byl jakýmsi pokusem o zavedení dispenzační taxy za výdej léčiva, pak



Česká republika na svou koncepci vícezdrojového odměňování lékařské péče čeká.

Struktura vlastnictví a jeho omezení na odbornost lékárníka je v některých zemích kodifikována a jiné země, jako jsou Polsko, Maďarsko či Estonsko, v posledních letech přistupují k omezení vzniku a vlastnictví lékáren v zájmu stability systému poskytování lékařské péče a ve prospěch pacientů daných zemí. Je otázkou uvědomění souvislosti mezi dostupností lékárny a poskytováním standardní lékařské péče za shodných podmínek, tedy bez projevu ekonomické diskriminace.

Ve Španělsku jsou ceny konkrétních léčiv stabilní na celém území po dobu dvou let. Španělské lékárny si konkurují v oblasti volně prodejných léčiv a dalšími službami. V portugalských nebo v irských lékárnách může probíhat i očkování pacientů. V mnoha zemích je běžné sledování lékových záznamů (se souhlasem pacienta) nebo vyhodnocování farmakoterapeutického plánu pacienta.

Spektrum služeb poskytovaných pacientům v lékárnách je široké (poradenství při použití inhalátorů, programy výměny jehel, určení rizika poškození ledvin při užívání antibiotik apod.). Z hlediska podnikatelského prostředí je v těchto zemích vyřešeno financování lékáren z veřejného zdravotního pojištění v kombinaci s příjmem za prodej volně prodejných léčiv a doplňků. Kvalita poskytování lékařské péče je na velmi vysoké úrovni a je sledována a pravidelně kontrolována. V Česku se poskytování lékařské péče systematicky nevyhodnocuje. Rovněž v této oblasti čeká české lékárenství na změnu.

Mgr. Marek Hampel,
předseda Grémia majitelů lékáren



Ohlédnutí za konferencí Zdravotnictví 2017

Inzerce ▼ M171000168



Přidejte se k největší zaměstnanecké pojišťovně

211

ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA
MINISTERSTVA VNITRA ČR

**Přestupní termín pro změnu zdravotní pojišťovny
platí od 1. července do 30. září, mezi našimi
spokojenými pojištěnci vás přivítáme
od 1. ledna následujícího roku.**

Přihlásit se můžete z pohodlí domova na www.211.cz



ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA
MINISTERSTVA VNITRA ČR **211**

www.zpmvcr.cz

Léková politika

Cílem lékové politiky je zajištění účinných, bezpečných a kvalitních léčiv pro celou populaci v objektivně potřebném množství, za přijatelnou cenu a za sociálně akceptovatelných podmínek. Při určité míře zjednodušení je možné říci, že v České republice vykonává lékovou politiku prostřednictvím dvou klíčových zákonů stát.

Zákon o léčivech stanovuje pravidla, která mají zajišťovat, že se k pacientům dostanou pouze účinná, bezpečná a kvalitní léčiva. Zákon o veřejném zdravotním pojištění ve spojení s dalšími právními předpisy potom nejenom určuje, které léky budou pacientům uhrazeny z veřejných prostředků, ale také jestli budou cenově regulovány. Pokud jde o zajištění dostatečného množství léků, pak nedávná historie přijímání opatření proti reexportům ukázala, že tato oblast je společná pro oba zákony – zákon o léčivech má ambici kontrolovat pohyb léků z ČR, ale ten je primárně způsoben cenovými rozdíly vůči zahraničí, což je oblast regulovaná zákonem o veřejném zdravotním pojištění.



Léková politika bývá nezhřídkou předmětem vášnivých diskusí. Když se však podíváme, co se událo v legislativě v právě končícím volebním období, skoro to vypadá, že se jedná o poklidnou oblast veřejného života. Může se jednat i o paradoxní výsledek nesmiřitelných postojů, které většinu změn nakonec zablokovaly.

Pokud odhlédneme od „technických novelizací“ nebo novelizací vyvolaných reforemou jiných oblastí veřejného života, tak zákon o léčivech byl v končícím volebním období novelizován pouze třikrát. Dvakrát se jednalo o stručné novelizace zajišťující jednorázový převod 1,7 mld. Kč z účtu SÚKL do státního rozpočtu a odložení povinné elektronické preskripce z 1. 1. 2015 na 1. 1. 2018. Třetí novelizace byla oproti tomu poměrně rozsáhlá. Impulsem k ní byla nutnost uzpůsobit naši legislativu novým pravidlům EU pro klinické hodnocení léčiv, k čemuž se již v zárodku připojila snaha řešit problém, který způsobuje skutečnost, že ceny v ČR patří mezi ty nižší v EU. Z uvedeného důvodu se léky z ČR distribuují do zemí s vyšší cenovou hladinou. V některých případech pak, bohužel, chybí dostatek léků pro pokrytí potřeb českých pacientů.

Projednávání této novely v Parlamentu „přilákalo“ spoustu pozměňovacích návrhů. Jeden z nich měnil zákon o veřejném zdravotním pojištění v souvislosti se stanovením ceny generik a biosimilars. To byla shodou okolností jediná změna v části zákona, která řeší ceny a úhrady léčiv. Cílem bylo kompenzovat rostoucí náklady na centrovou léčbu a vstup nových léků tlakem na snížení cen již zavedených léčivých přípravků.

Navrhaná úprava nebyla příliš zdařilá a při nejbližší příležitosti si vyžádala opravu. Pokud k výše uvedenému připočteme ještě změny, jež se týkají úhrad za očkování, můžeme krátký přehled o vývoji na poli klíčových zákonů lékové politiky uzavřít.

Lze očekávat, že se témata budou opakovat i v nadcházejícím volebním období. Opatření proti reexportům již sice máme v legislativě ukotvené, nedostalo však ještě příležitost prokázat svoji účinnost. Vzhledem k tomu, že primární příčina, tedy cenový rozdíl, zůstává, je pravděpodobné, že se s problémem úniků léčivých přípravků z ČR budeme potýkat i v budoucnu.

V případě elektronické preskripce se pouze posunulo datum jejího povinného plošného „nasazení“. K němu dojde těsně po říjnových volbách. V podstatě se ale stále jedná o řešení z roku 2007, které nepočítá s využitím dat, jež při elektronické preskripci vzniknou. To jsou však technické problémy. Z hlediska udržitelnosti systému hrazení je do budoucna klíčové, jak se podaří nastavit rovnováhu mezi úhradou nových nákladných technologií i již zavedených a v širokém měřítku používaných léků. Dosavadní trend, kdy se náklady na nové technologie kompenzovaly úsporami na generických léčivých přípravcích, dříve či později narazí, nebo možná už narazil, na svůj limit.

Mgr. Martin Mátl,
výkonný ředitel České asociace farmaceutických firem

6. KONGRES ČESKÉ GASTROENTEROLOGICKÉ SPOLEČNOSTI

30. 11. – 2. 12. 2017
CLARION CONGRESS HOTEL OSTRAVA



TECHNICKÝ SEKRETARIÁT KONGRESU
(registrace, ubytování, sponzorování, výstava, technická organizace akce)
GUARANT International spol. s r.o. / Gastro Ostrava 2017
Na Pankráci 17, 140 21 Praha 4
Tel.: +420 284 001 444 | Fax: +420 284 001 448
E-mail: gastro2017@guarant.cz | Web: www.guarant.cz

www.gastro2017.cz

Výzvy a úskalí poskytování a financování zdravotní péče v ČR

Rozhovor s **PharmDr. Michalem Krejstou, MBA**, generálním ředitelem farmaceutické společnosti **OMEGA Pharma – Perrigo**, Česká republika a Slovensko, a předsedou představenstva **České asociace farmaceutických firem (ČAFF)**.

Je v současném systému poskytování a financování zdravotní péče existující model úhradových výhlásek výhodou?

Osobně se domnívám, že stále ano. Existence úhradové vyhlášky tvoří záchytný rámec, který stanovuje obecný princip úhrad a garantuje rozsah, objem a strukturu zdravotní péče po jednotlivých segmentech vůči referenčnímu období, a to na periodu jednoho kalendářního roku. Bohužel se ale stále nevymanila z koncepce, kde regulace probíhá na úrovni poskytovatele a ve smluvním vztahu pojišťovna – poskytovatel a ne pojišťovna – pacient. Úhrada tak stále jednoznačně nejde za pacientem. Dalším úskalím je tzv. historická reference. Paušály a limity pro poskytovatele se vypočítávají procentem z předloňských úhrad, tzv. referenčních období. Takže logicky platí, že kdo poskytoval v minulosti péči nákladně, dostane i letos více. Obráceně pak, kdo dostával historicky málo, bude tratný, byť by léčil efektivněji. Úhrady počítané historicky jsou proto popřením hospodářské soutěže. Péče se, bohužel, nenakupuje od poskytovatelů schopných nabídnout nejlepší cenu a kvalitu. Stále chybí potřebný gatekeeping, širší risksharing a rozvinutější model následné péče.

Jaké výzvy a úskalí se projevují v segmentu akutních lůžek, ambulantních specialistů a praktických lékařů v roce 2017?

I přes velké úsilí stále absenteje nastavení DRG Restart báze, která by objektivně reflektovala strop úhrady na standardizovaný výkon. Strop je svou povahou stále paušální a nástroje DRG se použijí pouze pro měření výkonu potřebného k dosažení paušálu, přičemž nástroje výpočtu vycházejí z jednotlivé historické reference a individuálních základních sazeb. To bude mít za následek pomalejší dofinancování regionálních nemocnic oproti těm s mnohem vyšším historickým základem. Úskalím ambulantních specialistů jsou historické průměry na unikátního pojištěnce a obsolentní hodnoty bodu podle seznamu výkonů. Letošní vyhláška v případě praktických lékařů obsahuje mírné navýšení kapitační platby a odměnu za prevence či navýšení úhrad ve vyloučených lokalitách. Kapitace však není platbou za péči, ale za registrovaného pojištěnce. Paradoxně se tedy vyplatí registrovat, ale neléčit. Rizikem kapitace je prostředí, kdy pojištěnec může vyhledat rovnou nemocnici či specialistu (a v některých případech i musí, kvůli preskripčním omezením). Prokazatelně tak dochází k neefektivnímu využívání nemocniční péče a záchranné služby místo primární péče. V současné době máme stále významný počet pojištěnců bez prevence a statistice těch, kteří obcházejí praktika a zneužívají nemocnice. Je tedy nutné nastavit alespoň vlnější formu gatekeepingu, která bude motivovat pacienta navštívit nejprve svého ošetřujícího praktického lékaře.

Co si myslíte o organizaci řízení akutní péče v nemocnicích formou jednodenní chirurgie?

Řešením situace s akutními lůžky v nemocnicích je mimo jiné i přechod k takzvané „one day surgery“ (jednodenní chirurgii). V podstatě se jedná o operace, které nevyžadují delší hospitalizaci. Na tento způsob se přechází po celém světě. Důležitou věcí je, aby je provádělo zařízení, které je v případě nečekaných komplikací schopné okamžitě reagovat a poskytnout potřebnou péči. Se změnou je potřeba začít co nejdříve. Demografická prognóza Organizace spojených národů totiž předpokládá, že obyvatelé České republiky budou okolo roku 2055 jedni z nejstarších obyvatel na světě. Tím nastane situace, kdy bude přibývat lidí v neproduktivním věku, ubude plátců pojištění a systém bez vnitřní efektivity zkolabuje. Mimo jednodenní chirurgie bude výhodou organizovat modely řízení zdravotní péče, které jsou kladně hodnoceny především z hlediska hospodárnosti a efektivity. V systému řízení zdravotní péče je odpovědnost za regulaci nákladů na zdravotní péči přenesena jednoznačně na stranu nabídky, tedy na poskytovatele zdravotní péče. Dochází tedy ke spojení plátce (pojišťovny) a poskytovatele zdravotní péče v jeden subjekt.

vat a poskytnout potřebnou péči. Se změnou je potřeba začít co nejdříve. Demografická prognóza Organizace spojených národů totiž předpokládá, že obyvatelé České republiky budou okolo roku 2055 jedni z nejstarších obyvatel na světě. Tím nastane situace, kdy bude přibývat lidí v neproduktivním věku, ubude plátců pojištění a systém bez vnitřní efektivity zkolabuje. Mimo jednodenní chirurgie bude výhodou organizovat modely řízení zdravotní péče, které jsou kladně hodnoceny především z hlediska hospodárnosti a efektivity. V systému řízení zdravotní péče je odpovědnost za regulaci nákladů na zdravotní péči přenesena jednoznačně na stranu nabídky, tedy na poskytovatele zdravotní péče. Dochází tedy ke spojení plátce (pojišťovny) a poskytovatele zdravotní péče v jeden subjekt.



Jak se budou vyvíjet náklady na centrovou péči? Bude se jim moci financovat?

Náklady na centrové léky rostou velmi významně. Mezi lety 2009 až 2016 se u VZP náklady celkově zdvojnásobily a u Svazu zdravotních pojišťoven dosáhly růstu téměř tisíc procent. Celkový podíl uvedených léků na výdajích zdravotních pojišťoven byl v roce 2016 kolem 6 %, objemově představoval zhruba 16 miliard korun. Hlavními otázkami a riziky segmentu jsou nejednoznačnost a nepředvídatelnost. Centrové léky jsou totiž uplatnitelné ve více skupinách s různým indexováním. Navíc se překrývají samotné indikace díky významovému mixu obor–diagnóza. Úhrada je nyní stropována úrovní roku 2015 navýšenou o různá procenta u různých indikací, tedy různou indexací na indikační skupinu. Oblast specializované léčby pro vážná onemocnění je tedy ukázkovým příkladem oblasti, kam objemová limitace nepatří, neboť lékař nemůže dát rakovinu na čekací listinu a chovat se podle paušálu. Přitom jde o nákladné pacienty, kterých je podle srovnání prolečenosti předvídatelné množství, a proto by měla být nástrojem první volby cílená revize potřebnosti péče. Možným řešením situace s centrovými náklady je nejen revize jejich cen, ale i doporučených indikací nasazení léků, které navrhnou odborné lékařské společnosti. VZP je velmi efektivní v zajištění růstu počtu pacientů na zavedených centrových lécích při držení jejich průměrné ceny na jednoho pojištěnce. Nyní jsou před námi ale další nové inovativní centrové léky a vstup klíčových biosimilárních léků, což systém v budoucích pěti letech prodraží o dalších více než 6 miliard korun.

Jaká bude podle vás finanční stabilita úhradového systému v roce 2017 a 2018?

Navzdory mnoha opakovaným snahám o zavedení komerčního připojištění je financování zdravotnictví stále více závislé na veřejném zdravotním pojištění, tedy nejvíce na odvodech pojistného za zaměstnance a platbě státu. Rozvoj významné části kapacit pro poskytování zdravotní péče nemá, bohužel, prakticky žádnou vazbu na jejich potřeb-

nost, kvalitu a efektivnost. V posledních letech pouze zesiluje tlak na růst úhrad a jejich vysoké tempo růstu zároveň neumožňuje zvyšovat zůstatky na základních účtech zdravotních pojišťoven (rezervy), aby došlo k obnově jejich hodnoty před krizí 2006–2008. I přestože jsme již dlouho po finanční krizi a zažíváme nebyvalý hospodářský růst, nedaří se nám zvyšovat rezervy ani dosáhnout těch před krizí. Systém naopak ještě spotřebovává rezervy z minulých let. Hospodaření je tak jen těžce udržitelné. Suboptimální úroveň rezerv činí systém zranitelným vůči jakémukoli vnějšímu negativnímu šoku (např. návrat recese či zpomalení hospodářského růstu).

Systém se proto nákladově pravděpodobně od roku 2017 a výdajově od roku 2018 dostane do deficitu i při současném rekordním růstu pojistného. Bude tedy muset dojít k optimalizaci sítě, racionalizaci úhrad a kontribuci ze strany pojištěnců namísto deregulace, přerozdělování a sanování.

Je nutná reforma systému ve smyslu revoluce, nebo spíše evoluce v podobě kultivace?

Chybou systému úhrad zdravotních služeb a rozdělování prostředků z veřejného zdravotního pojištění jsou neustálé změny ve strategickém plánování a přenášení historických nesrovnalostí. Nejdůležitější změnou do budoucna musí být dlouhodobé nastavení systému jen s případnými parametrickými změnami. Reformy je nutné zavádět po shodě mezi odborníky a zdravotnickou veřejností jako systémová opatření, která by dlouhodobě řešila nesoulad mezi nároky na systém a jeho disponibilními zdroji. Systém ještě není ve finanční krizi, proto stačí realokace zdrojů a podpora efektivnosti od začátku nového volebního období. Podmínkou úspěšné reformy je vytvoření národní strategie zdravotnictví, tedy objednávka státu. V případě, že se nezmění struktura lůžkových zařízení, bude nutné zvětšit objem finančních prostředků. Jako jedno z východisek pro zajištění péče ve stejném rozsahu je navýšení výdajů o 1 % HDP. Podíl současných českých výdajů na zdravotnictví je o čtvrtinu nižší než průměr zemí OECD, přičemž máme o polovinu více lůžek per capita. Vysoký počet akutních lůžek (nemocničních) jde na vrub nedostatku lůžek následné péče (LDN, hospic atd.).

Jaká je kvalita našeho zdravotnictví a jak alarmující je nutnost dofinancování?

Přes všechny problémy si české zdravotnictví a systém úhrad zdravotních služeb drží dlouhodobě vysoký standard. Podle srovnávacích studií je naše péče srovnatelná s péčí v Německu a Rakousku, přičemž oproti nim vydáváme na zdravotnictví o 20 % méně finančních prostředků. Skutečné náklady jsou tedy vzhledem k hodnotě HDP těchto zemí poloviční. Navíc v našem zdravotnictví platí stále axiom „kolik peněz se vloží do zdravotnictví, tolik dokáže systém utratit“. I přesto je srovnatelné. Důvodem jsou však nízké osobní náklady. (red)

Lepší pracovní podmínky, více personálu, konec diskriminace v odměňování

Problémů, které zhoršují zdravotnictví a poskytování péče, je hodně a mnohé jsou velmi závažné – například stále trvající nespravedlivé rozdíly v úhradách za zdravotní péči, které doslova potápějí některé nemocnice.

Chci se věnovat pouze dvěma okruhům problémů, které se týkají nemocnic a které Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR považuje za zcela zásadní. Jejich řešení pokládáme za prioritní, nechceme-li se bavit o tom, že v roce 2018 musíme ve srovnání s předcházejícími lety očekávat zhoršení kvality poskytované zdravotní péče.

Kvalita je dána lidmi, kteří ji poskytují, jejich počtem, lidskou a odbornou úrovní. Víme-li, že přes všechny existující problémy je poskytovaná zdravotní péče v České republice stále na vysoké úrovni, je to zásluhou právě těchto lidí. Pořád ještě v nemocnicích pracují, i když je jich na pracovištích stále méně a pracovní podmínky jsou stále horší.

Od odborářky se teď asi čeká, že za viníka současných problémů s nedostatkem personálu označím nízké platy či mzdy a za řešení, které odstraní současné potíže, jejich výrazné zvýšení. Zklamám vás. Příčinu současného nedostatku personálu vidím v celkové špatných pracovních podmínkách, které jsou dlouhodobě nesnesitelné. Mzdové a platové záležitosti jsou jen jednou částí, byť hodně důležitou.

Likvidační personální minima

Odborový svaz se ze všech sil snažil zabránit tomu, aby personální standardy připustily minimální počty zaměstnanců. Požadoval, aby byly stanoveny optimální počty. Varoval, že když se jednou dovolí personální minima, je jen otázkou času, kdy se z nich stanou optima. Marně. Političtí prosazovatelé standardů tvrdili, že to přece zodpovědní poskytovatelé péče nedopustí... Šlo to rychleji, než se čekalo. Je vlastně jedno, jaké důvody (většinou finanční) k sešupu vedly. Ale stalo se přesně to, před čím odbory varovaly a co personální vyhláška umožnila.

Uštváný personál, který nestíhá pacienty v klidu ani obejít, natož jim věnovat patřičnou péči. Navíc je zavalený hromadou administrativy a stoupajícím stresem z toho, že ani přes všechnu snahu nelze stihnout udělat vše, co je třeba. Kritika pacientů a jejich rodin, že péče není dostatečná, se mění v agresivitu. Zhoršují se rovněž vzájemné vztahy mezi personálem. Narůstá psychické a fyzické vyčerpání, násobené vědomím, že vysoká únava může vést k chybě, pro niž neutěšené pracovní podmínky nebudou omluvou.

Může se někdo divit, že vyčerpaná sestra odejde za stejné, nebo dokonce lepší peníze pracovat do obchodního řetězce? V České republice dnes chybí přes 3000 zdravotních sester. K tomu, aby neodcházely další, aby se některé vrátily zpět ke své profesi a aby absolventky škol nastoupily do nemocnic a zůstaly v nich, se musí zásadním způsobem změnit pracovní podmínky.



Ano, slušný výdělek odpovídající náročnosti práce je nezbytný a odborový svaz bude dál prosazovat jeho zvyšování. Ale musí se rovněž zvýšit počet personálu všech profesí, protože nedostatek se netýká pouze sester. To je třeba zabezpečit finančně (ČR stále dává do zdravotnictví menší část HDP, než je v Evropě obvyklé) i legislativně (personální vyhláška musí vycházet z optimálních počtů). Bez toho zdejší kvalitní zaměstnance v nemocnicích neudržíme, a tím pádem nezachováme ani současnou kvalitu poskytované péče, o jejím potřebném zlepšování ani nemluvě. Změna

systemu vzdělávání sester problém nevyřeší, dovoz zaměstnanců ze zahraničí už vůbec ne.

Nejen vyjednané, ale i vyplacené

V nesnesitelných pracovních podmínkách se dlouhodobě působit nedá, ani když výplata bude vysoká, což ta ve zdravotnictví není. Proto zdůrazňuji potřebu změnit celkové pracovní podmínky, včetně finančních. Odborový svaz vyjednal, aby se tarifní platy a základní mzdy zvýšily v roce 2015 o 5 %, v letech 2016 o 5 % a 2017 o 10 %. Pečlivě kontroloval, zda se tak opravdu stalo. Zároveň prosazuje odstranění diskriminace v odměňování. Zaměstnanci v nemocnicích totiž berou za stejnou práci o tisíce korun méně jen proto, že jejich pracoviště má formu obchodní společnosti, a proto jim může vyplácet nízké mzdy.

Když odbory vyjednávají zvýšení platů a mezd, dostanou přidáno lidé, kteří berou plat, a tady se jedná o zaměstnance fakultních a dalších nemocnic neboli příspěvkových organizací. U těch, kteří berou mzdu, se musí o každou přidanou korunu svádět další boj, aby lidé

peníze skutečně dostali, i když bylo zajištěno, že nemocnice prostředky na zvýšené mzdy obdržely. Zaměstnanci ale v praxi i po mnoha jednáních nakonec většinou dostanou přidáno méně, později, nebo dokonce vůbec. Pro odbory je nerovnost principiálně nepřijatelná.

Zdravotnictví je veřejnou službou, je hrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění, platí v něm stejná pravidla a regulace. Je proto třeba, aby také odměňování zaměstnanců bylo postaveno na jednotných principech a aby bylo zajištěno, že peníze určené zaměstnancům opravdu skončí ve výplatách. Odborový svaz proto požaduje sjednocení odměňování pod systémem platů.

Špičková oddělení krajských nemocnic jsou svou odborností, svými výkony i prací zaměstnanců na úrovni fakultních – s výjimkou mezd personálu, které jsou o tisíce korun měsíčně nižší (namátkou lze s fakultními nemocnicemi srovnat nemocnici ve Zlíně, Českých Budějovicích atd.). Velké mzdové rozdíly jsou i mezi menšími nemocnicemi, třeba mezi příspěvkovou organizací nemocnice Frýdek-Místek a Oblastní nemocnicí Trutnov. To je diskriminace, nic jiného. Pro odbory je každá diskriminace nepřijatelná.

Nejde o socialismus, ani o platovou nivelizaci, ani o nepatřičné vměšování do podnikání soukromým subjektům. Do fungování opravdu soukromého zdravotnictví, které nežije z prostředků veřejného zdravotního pojištění, ale z přímých plateb klientů, odbory nemluví. To je zdravotnický byznys, trh, nabídka a poptávka.

Nemocnice financované z veřejných prostředků jsou však regulovanou veřejnou službou, i když je vlastní soukromník, kraj či město. Trpět ve veřejných službách diskriminací v odměňování je ostudou tohoto státu a odborový svaz udělá vše pro to, aby se v ní nepokračovalo. Sjednocení odměňování odstraní velké roztrpčení mnoha zaměstnanců, zlepšit pracovní podmínky a bude stabilizačním prvkem systému.

*Bc. Dagmar Žitníková,
předsedkyně Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče ČR*



Ohlédnutí za konferencí Zdravotnictví 2017

Foto: Jana Schrammová



Integrovaná sociálně-zdravotní péče

Zdravotní péče je nenahraditelnou součástí sociálních služeb v kontextu schválené Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025.

Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025 je základní rámcový dokument sociální politiky České republiky navazující na Národní strategii rozvoje sociálních služeb na rok 2015. Popisuje nejen aktuální trendy v oblasti sociálních služeb, ale především přináší střednědobý výhled na systém sociálních služeb v širším kontextu, včetně definovaných oblastí, které je třeba dále rozvíjet. Účelem strategie je úprava nastavení systému sociálních služeb, aby odpovídal potřebám lidí v nepříznivé sociální situaci a aby jim umožnil žít, pokud je to možné, v jejich přirozeném prostředí. Souhrnně by cíle strategie měly vést k tomu, že budou v České republice poskytovány kvalitní a dostupné sociální služby, jež budou řešit individuální potřeby klientů sociálních služeb, jejich rodinných příslušníků či blízkých.

Jedno z klíčových témat, které je součástí zmíněné strategie, je na pomezí sociální a zdravotní oblasti, jež se silně prolínají s většinou ostatních tematických oblastí ve strategii. Žádná jiná strategicky řešená sféra není ve svých cílech a opatřeních navázána na tolik různých dalších vrstev. Problematika je velmi rozsáhlá a předpokládá provázání všech zainteresovaných aktérů péče, kteří jsou z různých profesí a kteří mají často i jiná teoretická východiska, a proto je nutná součinnost s Ministerstvem zdravotnictví.

Naší trvalou snahou je podporovat poskytování pomoci a podpory v přirozeném prostředí, tedy vznik komunitních sociálních služeb a snižování kapacit stávajících ústavních velkokapacitních služeb. Ve změně spatřujeme velký potenciál. Jednou z priorit Ministerstva práce



a sociálních věcí je tedy vytvoření prostupného systému zdravotních a sociálních služeb, respektive snaha o uvedení obou těchto složek péče do souladu, aby žádná z nich nebyla upřednostňována před jinou a aby problematika byla integrována na všech úrovních.

Nezpochybnitelným faktem je, že v sociálních službách jsou lidé, kteří v důsledku neuspokojivého zdravotního stavu a nepříznivé sociální situace potřebují zdravotní a sociální služby zároveň. Poskytovatelé pobytových sociálních služeb jsou často nuceni řešit, jakým způsobem zajistit svým klientům zdravotní péči.

Palčivými problémy tak jsou nejenom problémy pocijící se k financování péče, ale také její dostupnost. V případě, že poskytovatel pobytové sociální služby vyřeší problém nedostupnosti lékaře, nastane mu další nesnáze – přesvědčit lékaře, aby potřebnou péči svým pacientům také prostřednictvím odbornosti 913 indikoval v dostatečné míře (chronickým problémem v uvedené oblasti je podávání léků per os). Dalšími oblastmi, které je často sužují, bývá nutriční péče, fyzioterapie i péče o duševně nemocné.

Ministerstvo práce a sociálních věcí ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví vytvořilo v roce 2016 návrh Doporučeného postupu pro sociální část k Centrálnímu duševního zdraví (CDZ) pro oblast sociálních služeb a sociální rehabilitace. Cílem péče o osoby s duševními poruchami je co nejvíce podpořit schopnosti klienta/pacienta a jeho přirozené zázemí, aby byl schopen se sám se svými obtížemi co nejvíce vypořádat. Snahou je napomoci osobám s duševní poruchou k dosažení produktivního a subjektivně uspokojivého života v co

nejpřirozenějších podmínkách. Lidé s psychiatrickou diagnózou bývají často vzhledem k obavám veřejnosti a tabuizaci psychických onemocnění opomíjeni.

Jedním z ústředních sociálních problémů spojených s duševním onemocněním je také uplatnění na trhu práce a celkové zlepšení podmínek pro zaměstnávání osob se zdravotním postižením, což je v současné době velice diskutovaným tématem. Ministerstvo práce a sociálních věcí v této oblasti vyvíjí i vlastní aktivity, kterými se snaží podpořit žádanou změnu. Kromě poskytování dotací na sociální služby, jejichž cílovou skupinou jsou osoby s chronickým duševním onemocněním, byly v rámci Operačního programu zaměstnanost vytvořeny výzvy na podporu Center duševního zdraví. Ministerstvo práce a sociálních věcí v této oblasti poskytne i nadále plnou součinnost k úspěšné realizaci reformy péče o duševní zdraví pro všechny občany České republiky.

Jinou oblastí, jež signalizuje zjevná úskalí, je dostupnost zdravotní péče a návazná možnost doléčení pro lidi bez přístřeší a bez domova. Také problematika ucelené koordinované rehabilitace zůstává jako stěžejní předmětem zájmu, proto v roce 2017 připravuje MPSV návrh řešení.

Dlouhodobě usilujeme o zlepšení podmínek, včetně aktivní účasti na zpracování návrhů pozitivních změn, jež ve spolupráci s jinými resorty a odborníky hodláme i nadále podporovat. Bohužel má naše činnost mnoho úskalí i problematických momentů, které svojí mezirezortní povahou a vývojem v minulosti brání v nalezení uspokojivých a hlavně systémových řešení. Přesto spolupráce napříč resorty funguje a postupem času je stále intenzivnější. A to je velká devíza pro to, aby velmi brzy Ministerstvo práce a sociálních věcí ve spolupráci s ostatními předložilo návrh řešení prostupné/integrované sociálně-zdravotní péče.

*Mgr. Jan Vrbický,
vedoucí Oddělení koncepce sociálních služeb,
Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR*



Ohlédnutí za konferencí Zdravotnictví 2017



Ohlédnutí za konferencí Zdravotnictví 2017

2x foto: Jana Schrammová

Zdravotnictví je pro pacienty, vše ostatní se musí podřídit

Ve zdravotnictví je mnoho sporů a problémů. Někdy se zdá, že jde o oblast tak komplikovanou, že prakticky není možné se v ní zorientovat, natož ji řídit. Zdravotnictví je pro pacienty a tomu je zapotřebí podřídit veškeré rozhodování.

V kontextu zaměření konference Zdravotnictví 2018 bych rád zmínil témata univerzitních nemocnic, financování vzdělávání a výzkumu i nedostatečnou komunikaci s pacienty, jež považuji z pohledu lékaře a rektora veřejné vysoké školy za aktuální.

Prvním tématem jsou univerzitní nemocnice. Současné vedení Ministerstva zdravotnictví se snažilo vyřešit definování sítě univerzitních nemocnic. Jde o klíčový problém. Nemocnice především poskytují péči všem pacientům, kteří jinde pomoc nenašli, ať už z důvodů medicinských, či nemedicinských. Nemohou totiž pacienty posílat do zařízení vyššího řádu nebo si vybírat jen lukrativní výkony a ty méně atraktivní nechat na jiných zařízeních. Síť univerzitních nemocnic musí být tedy dostatečná kapacitně, ale je také zapotřebí, aby byla udržena jejich vazba s jednotlivými lékařskými fakultami. Není přitom nutné pokrýt všechny kraje. To je spíše otázka páteční sítě a navazujících kapacit krajských a dalších nemocnic.

Univerzitní nemocnice mají klíčovou roli v oblasti vzdělávání i výzkumu, a proto musí být zachována jejich jednoznačná vazba na konkrétní lékařské fakulty. Současná forma příspěvkové organizace je však nedostatečná a zastaralá. V Evropě jsou univerzitní nemocnice standardními institucemi, měli bychom se tudíž u nich inspirovat. Jde o novou úpravu odpovědnosti a pravomocí subjektů, které se na chodu univerzitních nemocnic podílejí – Ministerstvo zdravotnictví, univerzity, ale i zaměstnanci. Všichni by měli určitým způsobem participovat na řízení nemocnic a samozřej-



mě také nést náležitou odpovědnost.

O změně formy na univerzitní nemocnice se u nás hovoří už velice dlouho a bylo by zapotřebí, abychom konečně našli konsenzus. Proto také oceňuji pokus současné vlády udělat v tomto směru zásadní krok – připravit odpovídající legislativu. Transformace fakultních nemocnic na univerzitní je nástrojem ke zvyšování úrovně péče, kterou v těchto zařízeních pacientům poskytujeme.

Druhým tématem, ke kterému bych se rád krátce vyjádřil, je otázka financování vzdělávání a výzkumu. Uvedené oblasti jsou

u nás dlouhodobě podfinancovány a nedaří se nám tento problém řešit. Nejde ovšem jen o lékařské obory, ale o obecnou a velice závažnou otázku celé naší společnosti. Uvážíte-li průměrné mzdy na vysokých školách nebo výše stipendií doktorandů ve srovnání s příjmy v jiných oborech, dospějete k velmi depresivním výsledkům. Hovoříme zde o lidech, bez nichž nebude možné naplnit smělé vize o dohánění vyspělých zemí Západu, o přechodu na společnost znalostí a na vývoz služeb s vyšší přidanou hodnotou.

Pokud jde o téma třetí, komunikaci lékaře s pacientem, není třeba pro příklady chodit daleko. Přicházíme do profesního života s tím, že chceme pomáhat lidem. Tento postoj si však potřebujeme udržet i v průběhu celé kariéry a musíme systematicky i přes veškerá úskalí udržovat vztahy se svými pacienty. Zde vidím velký dluh. Lékaři často poskytují špičkovou medicínu, ale buď nemají čas, nebo už zapoměli se svými pacienty mluvit. Jenže právě v těchto kontaktech

a rozhovorech se vytváří vzájemná důvěra – pacienti si při nich uvědomují erudici svých lékařů. Pokud se vzájemná důvěra neudrží, pak dochází ke zbytečným nedorozuměním, které končí před právníky a soudci. Přitom to, co děláme, děláme pro své pacienty.

prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc.,
rektor Univerzity Karlovy v Praze



Ohlédnutí za konferencí Zdravotnictví 2017



- Preventivní programy pro migraci do třetích zemí
- Preventivní programy pro migraci azyl
- Preventivní programy pro rezidence
- Vzdělávací programy pro odboje (neznámé nemoci)



Ohlédnutí za konferencí Zdravotnictví 2017

3x foto: Jana Schrammová



Má vrchní sestra právo neumožnit mi přestup na jiné oddělení ve stejné nemocnici z obavy nedostatku pracovníků? Anebo mi nebuďte nic jiného než podat výpověď a odejít do jiné nemocnice?

Váš pracovní poměr byl založen pracovní smlouvou, tedy dvoustranným právním jednáním, jehož obsah nelze (až na zákonné výjimky, např. převedení na jinou práci ze zdravotních důvodů) měnit pouze na základě vůle jedné strany. Nemůžete tedy samostatně rozhodnout o tom, jakou práci budete vykonávat. O přidělování práce, aby byla v souladu s vaší pracovní smlouvou a náplní práce, rozhoduje zaměstnavatel. V uvedeném případě, kdy chcete změnit oddělení, je tedy změna pracovního zařazení závislá na vaší dohodě se zaměstnavatelem. Ve vašem dotazu nepíšete, jaké postavení má vrchní sestra v rámci zaměstnavatele ve vztahu k pracovníprávním otázkám. Často se však setkáváme s tím, že pro rozhodnutí zaměstnavatele, zda se změnou pracovní smlouvy či pracovní náplně bude souhlasit, se poradním hlasem stává právě vyjádření vrchní sestry. Rovněž nepíšete, jak máte pracovní pozici a pracovní náplň vymezenou ve své pracovní smlouvě (zda máte uvedeno jen „sestra“ či „sestra na interním oddělení“), tedy zda změna oddělení bude znamenat i změnu pracovní smlouvy či bude postačovat změna pracovní náplně.

Z výše uvedených důvodů tak bohužel nemůžeme na váš dotaz konkrétně odpovět. Pokud má vrchní sestra v rámci zaměstnavatele pracovním řádem určenou pravomoc vyjadřovat se k personálním otázkám sester a jejich zařazení na konkrétní oddělení, pak máme za to, že je jen na jejím (samozřejmě odůvodněném, aby zde nedošlo z její strany k diskriminaci či šikaně vaší osoby) uvážení, zda vám přechod na jiné oddělení povolí, nebo nikoli, respektive jaké vyjádření dá zaměstnavateli. Pokud však vrchní sestra takové postavení nemá, nemůže se k personálním otázkám vyjadřovat. V obou případech bychom vám doporučovali oslovit s žádostí o přeložení přímo personální oddělení nemocnice.

JUDr. Antonín Valuš, Ph.D.,
advokátní koncipient

Pracuji v jedné firmě ve státním zdravotnictví již od roku 2002. Počínaje lednem 2007 jsem byla jmenována do funkce staniční sestry našeho odboru. Se zaměstnavatelem jsme podepsali Dohodu o změně pracovní smlouvy v souladu s ustanovením § 40 zákona č. 262/2006 Sb., o změně sjednaných pracovních podmínek. Dohoda se týkala změny druhu práce: staniční sestra. Nyní, vzhledem k neustálým drobným konfliktům s vrchní sestrou, mají přímou nadřízenou, bych ráda ukončila výkon vedoucí funkce. Jak postupovat? Mohu zaměstnavatele požádat o odvolání z funkce či mohu na danou funkci rezignovat?

Zodpovězení otázky jednoduchým způsobem, bohužel, není možné. Pro přesnou radu by bylo nutné seznámit se přímo s textem uvedené „Dohody o změně pracovní smlouvy“, a to z důvodu, že je nutné rozlišovat, zda došlo pouze k jednostrannému jmenování na vedoucí pracovní místo, případně zda se jednalo o dvoustrannou dohodu o změně pracovní smlouvy. Tyto dva instituty se velmi často zaměňují, čímž vznikají nepříjemné situace. V případě, že by se totiž jednalo o dvoustrannou dohodu, jejímž předmětem je čistě dohoda o změně druhu práce, pak se institut jmenování na tuto změnu neuplatní, a bylo by nutné opět provést změnu druhu práce na základě dvoustranné dohody se zaměstnavatelem anebo by bylo, bohužel, nutné tento stav řešit jednostranným ukončením pracovního poměru (výpovědí).

Budu-li však vycházet z toho, že uvedený dokument je pouhé potvrzení formálního jmenování do funkce vedoucího zaměstnance, pak platí ustanovení § 73 a § 73a zákoníku práce. Vedoucí zaměstnanec může být ze svého místa odvolán, případně je oprávněn se místa rovněž vzdát. I vy tak můžete přistoupit k jednostrannému vzdání se příslušného pracovního místa vedoucího zaměstnance s tím, že vzdání se je nutné provést písemně a doručit jej zaměstnavateli. Výkon práce na pracovním místě vedoucího zaměstnance poté končí dnem následujícím po doručení vzdání se místa, nevedete-li v dokumentu den pozdější. Pokud ano, výkon práce končí k určenému dni.

Pro jistotu však upozorním, že v případě, kdy se pozice vedoucího místa vzdáte, je zaměstnavatel povinen navrhnout vám změnu vašeho dalšího pracovního zařazení na jinou práci odpovídající vašemu zdravotnímu stavu a kvalifikaci. Jestliže zaměstnavatel pro vás odpovídající práci nemá nebo ji odmítne, jedná se o výpovědní důvod pro nadbytečnost dle § 52c) zákoníku práce, což znamená, že v tomto případě pravděpodobně nesplníte ani podmínky pro přiznání odstupného. V uvedeném kontextu tedy zvažte, zda se vzdáním se vedoucího místa nevystavíte riziku ukončení pracovního poměru. Osobně bych doporučila obrátit se nejdříve přímo na svého zaměstnavatele, zda je schopen vám zajistit adekvátní pracovní místo, případně zda by nebylo možné nalézt jiné řešení.

Mgr. Petra Maryšková,
advokátka



WORLD FORUM FOR MEDICINE



13 – 16 NOVEMBER 2017
DÜSSELDORF GERMANY

www.medica-tradefair.com

SVĚT MEDICÍNY NA JEDNO ZHLÉDNUŤÍ:

- elektromedicína/zdravotnická technika
- laboratorní technika/diagnostika
- fyzioterapie/ortopedická technika
- spotřební materiál
- informační a komunikační technika

Kdo chce všechno vidět, všechno vědět a chce všechno zažít, ten přijede na největší světové fórum zdravotnického oboru do Düsseldorfu!

BE PART OF THE NO. 1!



Informace pro návštěvníky, prodej vstupenek,
komplexní cestovní služby:
Veletřhy Brno, a.s. Miroslav Kožnar
Výstaviště 1_603 00 Brno
Tel.: +420 54115 9190_GSM: +420 602 594 810
mkoznar@bv.cz
www.bv.cz/veletřhy-v-zahranici/cestovni-sluzby



Praha dohlédne na dodržování ordinačních hodin v ambulancích

Na území hlavního města Prahy se stále častěji vyskytují problémy s dodržováním ordinační doby lékařů v ambulantní sféře. Usnesením Rady hl. m. Prahy ze dne 15. 8. 2017 byla proto schválena nová závazná metodika výběrových řízení.

Podle nové metodiky je nyní dodržování ordinačních hodin jednou z podmínek, které musí splnit každý poskytovatel zdravotních služeb, jenž chce poskytovat své služby v rámci všeobecného zdravotního pojištění. Novou metodiku Radě předložil radní Radek Lacko. K problémům dochází častěji v období kolem svátků a v pátečních odpoledních hodinách, kdy ambulantní lékaři nejsou v ordinacích a pouze informují pacienty o možnosti využít lékařskou pohotovostní službu nebo je nasměrují do nejbližší nemocnice, aniž by ji předem informovali. V lůžkových zařízeních se pak hromadí pacienti s banálními zdravotními problémy. Lidé tudíž musí na ošetření neúměrně dlouho čekat a zdravotníci v lůžkových zařízeních jsou neadekvátně zatěžováni ošetřováním pacientů, kteří by správně měli být ošetřeni v ambulancích.

Poskytovatelé zdravotních služeb, kteří chtějí nabízet zdravotní služby na území hlavního města Prahy a zároveň se zapojit do úhradového systému veřejného zdravotního pojištění, kdy jsou výkony propláceny prostřednictvím zdravotních pojišťoven, musí před uzavřením smlouvy o poskytování a úhradě

Při výběrových řízeních se budou posuzovat zejména:

- Stížnosti na poskytování zdravotních služeb, které byly s daným uchazečem (poskytovatelem zdravotních služeb) v minulosti řešeny, a to s ohledem na závěr šetření konkrétních stížností.
- Dodržování ordinační doby poskytovatele zdravotních služeb (uplatní se u stávajících poskytovatelů zdravotních služeb, byť v jiném oboru).
- Ochota přijmout závazek k poskytování zdravotních služeb i formou pohotovosti.

zdravotní péče mezi zdravotnickým zařízením a zdravotní pojišťovnou absolvovat výběrové řízení, které probíhá v souladu se zákonem č. 48/1997 o veřejném

zdravotním pojištění. Magistrát vyhláší výběrová řízení, zřizuje komisi a jednání se aktivně účastní. Členy výběrových komisí jsou vedle zástupců magistrátu také delegáti příslušné komory, zdravotní pojišťovny a odborníci z příslušné odborné společnosti.

„Při výběrovém řízení posuzuje komise záměr uchazeče podle řady parametrů. Souhlasné stanovisko zástupců magistrátu je v rámci nové metodiky podmíněno tím, že bude posouzeno také hledisko dodržování ordinačních hodin. Věříme, že uvedený mechanismus zlepší situaci v dodržování ordinačních hodin na území hlavního města a přispěje k větší spokojenosti pražských pacientů. Těm by tím měla být zajištěna lepší časová dostupnost jejich ambulantních lékařů, přičemž do budoucna se rovněž očekává i větší zapojení ambulantních lékařů do pohotovostních služeb. Pokud je příslušný lékař nepřítomen, musí oznámit pacientům, kam se mají se svým problémem obrátit, a v doporučeném zdravotnickém zařízení to musí být předem domluveno,“ říká radní pro oblast zdravotnictví a bydlení Ing. Radek Lacko.

(red)

Inzerce M17100432

Léčba suchého a dráždivého kašle



BOIRON®



Drosetux® neo

Léčba suchého a dráždivého kašle

- Pro děti od narození a dospělé
- Vhodný i pro těhotné a kojící ženy
- Neobsahuje alkohol

Složení: 100 g sirupu obsahuje: Arnica montana 4 CH 0,1 g; Belladonna 4CH 0,1 g; Cina 4 CH 0,1 g; Coccus cacti 5 CH 0,1 g; Corallium rubrum 4 CH 0,1 g; Cuprum metallicum 5 CH 0,1 g; Drosera 4 CH 0,1 g; Ferrum phosphoricum 5 CH 0,1 g; Ipeca 4 CH 0,1 g; Solidago virga aurea 3 DH 0,1 g. Pomocné látky: natrium-benzoát, monohydrát kyseliny citronové, čišťená voda, prostý sirup (roztok sacharózy). **Držitel rozhodnutí o registraci:** BOIRON, 2 avenue de l'Ouest Lyonnais, 69510 Messimy, Francie. **Indikace:** Homeopatický léčivý přípravek užívaný tradičně v homeopatii k léčbě suchého kašle, dráždivého kašle nebo jiných forem neproduktivního kašle. **Dávkování:** Děti mladší 5 let: 2,5 ml sirupu 3–4× denně. Děti starší 5 let: 5 ml sirupu 3–5× denně. Dospělí: 15 ml sirupu 2–3× denně. **Způsob podání:** Perorální podání; pro odměření uvedených dávek použít přiloženou odměrku. Množství v ml je uvedeno na odměrce. Jednotlivé dávky je třeba užívat v pravidelných intervalech během celého dne, nejlépe mimo dobu jídla. Poslední dávku je vhodné užít před spaním. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky, rostliny z čeledi hvězdnicovitých nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Nežádoucí účinky:** Žádné nežádoucí účinky se neočekávají. **Interakce:** Neužívat současně s expectorancií. **Upozornění:** Tento léčivý přípravek nesmí být užíván v případě produktivního kašle. Obsahuje sacharózu (100 g sirupu obsahuje 64,14 g sacharózy). Je nutno zohlednit v případě diety s nízkým obsahem cukru nebo u diabetiků. Pacienti se vzácnými dědičnými problémy s intolerancí fruktózy, malabsorpcí glukózy a galaktózy nebo sacharózo-izomaltázové deficiencí by tento přípravek neměli užívat. Tento léčivý přípravek může být užíván v době těhotenství a kojení. Datum první registrace: 17. 8. 2016. Přípravek je volně prodejný a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Inkontinence není okrajovým tématem

Díky osvětě odborných společností, neziskových organizací, ale i každodenní praxi v ordinacích gynekologů, urologů i praktických lékařů je dnes již zřejmé, že inkontinence představuje celospolečenský problém.

Incidence inkontinence moči je v populaci poměrně vysoká. Odhaduje se, že v České republice jí trpí zhruba 1,2 milionu osob, z toho je asi 250 tisíc seniorů, přičemž dvakrát až třikrát častěji postihuje ženy. Po 80. roce věku jsou na tom ale muži a ženy zhruba stejně. Projevy inkontinence se uvádějí u 12–57 % z celé ženské populace. Problém sužuje až 40 % žen starších šedesáti let. S věkem se však počet pacientek dále zvyšuje. Obtěžující příznaky syndromu hyperaktivního močového měchýře (OAB) pociťuje 17 % lidí nad 40 let a každý druhý geriatrický pacient.

Mezinárodní společnost pro kontinenci (International Continence Society, ICS) definovala inkontinenci jako stížnost na jakýkoliv neovladatelný únik moči. Podle Mezinárodní klasifikace nemocí se stresová inkontinence označuje diagnózou N 39.3 a urgentní inkontinence společně se syndromem hyperaktivního močového měchýře diagnózou N 39.4. Inkontinence může být rovněž příznakem mnoha nemocí.

K rizikovým faktorům vzniku patří kromě vyššího věku a pohlaví také obezita, těhotenství (po porodu většinou příznaky odezní) a vaginální porod, který může přímo poškodit strukturu pánevního dna. Rizikovým obdobím v životě ženy je dále rovněž menopauza. Na vzniku močové inkontinence se také podílejí anatomické změny nebo denervace dolních močových cest, které vznikají po operacích v oblasti malé pánve.

U mužů se za jednu z příčin inkontinence považuje benigní hyperplazie prostaty, karcinom prostaty a také ostatní onemocnění, jejichž incidence s věkem roste – kardiovaskulární onemocnění, které ovlivňuje CNS a cévní zásobení orgánů, neurologická onemocnění, jako jsou neuropatie a diskopatie. Po radikální prostatektomii pro karcinom prostaty bývá 5–10 % mužů inkontinentních. Záleží na definici, sledování a chirurgické technice. OAB trápí 40–80 % inkontinentních pánů.

Diagnostika a specializovaná vyšetření

Praktičtí lékaři by pacienty s močovou inkontinencí měli vyhledávat v rámci běžných prohlídek. Měli by provést podrobnou anamnézu, základní klinické a laboratorní vyšetření, vyšetření moči (chemické, močového sedimentu a bakteriologické, zhodnocení postmikčního reziduua, jednoduché stresové testy, mikční deník). Součástí anamnézy by měly být nejen dotazy na únik moči při běžných aktivitách, ale také speciální otázky, které by mohly lépe objasnit příčiny obtíží. Chronický kašel, zácpa, neurologická onemocnění jako Parkinsonova choroba nebo roztroušená skleróza, diabetes mellitus, alkoholismus nebo nikotínismus totiž inkontinenci zhoršují. Teprve po důkladném vyšetření je třeba rozhodnout, jestli u pacienta zahájit konzervativní léčbu nebo ho odeslat ke specialistům, kteří provedou běžná fyzikální a neurologická vyšetření.

K diagnostice zejména stresové močové inkontinence a mobility pánevního dna se dříve používaly i jednoduché testy (Marshallův, Bonneyho nebo Froewissův). V klinické praxi se aplikuje řada validovaných dotazníků, které prošly důkladným statistickým hodnocením. Jejich cílem je posoudit vývoj onemocnění nebo symptomu či účinnost léčby.

Urologové a urogynekologové mají dnes k dispozici moderní zobrazovací metody. Ultrasonografické vyšetření se indikuje proto, aby se vyloučily morfologické změny v oblasti horních i dolních močových cest i močového měchýře a aby se případně zjistila velikost postmikčního reziduua. Pomocí uretroskopie a cystoskopie se zjišťují patologické nálezy v oblasti uretry a močového měchýře. Za velmi přesné metody, které přispívají k diagnostice dysfunkcí dolních močových cest, lze označit škálu urodynamických vyšetření. Nejužívanější z nich je plnicí a mikční cystometrie, při níž se měří vztah intravezikálního tlaku a objemu močového měchýře. V rámci cystometrie se někdy provádí videourodynamické vyšetření, které umožňuje snímat a zaznamenávat ultrasonografický nebo rentgenový obraz dolních močových cest.

K léčbě hyperaktivního močového měchýře se přistupuje konzervativně – modifikací životního stylu, případně elektrostimulací. Stežejním terapeutickým přístupem zůstává farmakoterapie (podání anticholinergik působících na muskarinových receptorech močového měchýře). Mužům trpícím mírnou či střední subvezikální obstrukcí a symptomy OAB se mohou podávat alfalytika, která redukuje počet nykturií, zlepšují močový průtok a zmírňují mikční symptomy. Nykturie a noční polyurie se léčí pomocí syntetického analogu antidiuretického hormonu. U pacientů, kteří nereagují na farmakologickou léčbu, se přistupuje

TYPY INKONTINENCE

- **Urgentní močová inkontinence**, již předchází náhlý a silný pocit nucení na močení bez předchozích varovných signálů. Tento stav je typický například při infekcích močových cest. Za časté močení se považuje vylučování více než osmkrát za den a také noční močení (nykturie).
- **Stresová inkontinence** – moč uniká při nitrobřišním tlaku při kašli, kýchnutí či zvýšené fyzické námaze.
- **Smíšená inkontinence**, kombinuje obě předchozí, zvažuje se tudíž, který ze symptomů pacienta nejvíce obtěžuje.
- **Inkontinence z přetékání** (paradoxní ischurie), k níž dochází při přeplněném močovém měchýři, přičemž moč sponánně odkapává. Měchýř se tak nedokáže dostatečně vyprázdnit.



Ilustrační foto: Shutterstock

k miniinvasivní terapii – k aplikaci botulotoxinu do stěny močového měchýře.

Léčba stresové inkontinence se neobejde bez behaviorální terapie, včetně eliminace zátěže. U žen, jež netrpí močovým zánětem, hraje klíčovou roli individualizovaná fyzioterapie. Rehabilitační plán opřeny o soustavu cviků směřuje k posílení svalů pánevního dna. Smyslem terapie je naučit ženy, aby svaly pánevního dna aktivně používaly, např. při zvedání těžkého břemene nebo při urgenci. Fyzioterapii je vhodné po doporučení gynekologa zapojit i v době těhotenství a po porodu, kdy funguje jako prevence inkontinence.

Inkontinence v klimakteriu

Nechtěný únik moči v souvislosti s klimakteriem postihuje více než 25 % žen. Nedostatek hormonů produkovaných ovarií, zejména pokles až absence ovariálních estrogenů, způsobuje kromě zjevných příznaků (návaly horka, migrény, výkyvy nálad) také proaterogenní změny, negativní změny v metabolismu tuků a inzulinu, snížení funkce endotelu a svaloviny cévních stěn. Kůže a sliznice atrofují, obzvláště v oblasti zevního genitálu, pochvy, močového měchýře a uretry. Nedostatek estrogenů způsobuje v oblasti močového traktu pokles přirozené imunity sliznic dolních močových cest a zvyšuje riziko výskytu močových infekcí. Recidivující záněty často vedou až k inkontinenci. Gynekologové proto přistupují k hormonální substituční terapii. Výhody přináší estrogen aplikovaný vaginálně pomocí poševních čípků, krému, tablet nebo pesaru, který se rychle absorbuje, má výrazný trofický účinek na vaskularizaci urogenitální tkáně a stimuluje také močový měchýř, uretru i pánevní dno. První pozitivní efekt lze očekávat po 4 až 6 týdnech. Terapie by měla být ale pravidelná a dlouhodobá. Konzervativní léčba, která zahrnuje kromě cvičení také snížení tělesné hmotnosti, úpravu stravovacích návyků, prevenci chronické obstipace, omezení kouření, však zůstává nezbytným a účinným doplňkem celkové terapie.

Močová inkontinence je závažný problém, který pro pacienty představuje stresový stav a negativně zasahuje do jejich profesního, sociálního a partnerského života. V klinické praxi je nejdůležitější dobře rozpoznat daný typ inkontinence, aby se mohla zavést adekvátní léčba, včetně terapie symptomů.

Mgr. Pavlína Períková

Zdroj:

Inkontinence moči v každodenní praxi



Vaginální atrofie a compliance její léčby – kazuistika

Vaginální atrofie je jedním z atributů estrogenního deficitu. Projevuje se poševním dyskomfortem – pálením, svěděním, výtokem, sníženou lubrikací a bolestí při styku.

Ženy s vaginální atrofií se vyhýbají koitálním aktivitám, což vede k jejímu dalšímu prohlubování a v začarovaném kruhu pak k rezignaci na sexuální aktivitu. Při neochotě či neschopnosti nahradit je aktivitami nekoitálními anebo v lepším případě kauzální léčby vaginálními estrogény dochází k narušování partnerských vztahů, a tím k dalšímu prohloubení komplexu klimakterického syndromu se snížením celkové kvality života. Vaginální atrofie je jednou z příčin postmenopauzální sexuální dysfunkce.

Komunikace o vaginální atrofií

Podle metaanalýzy studií z roku 1998 trpí příznaky vaginální atrofie 10–40 % žen po menopauze, ale jen zhruba 25 % z nich hledá lékařskou pomoc. Hovořit se zdravotníky o sexuálním životě a tedy i o poševním zdraví je pro ženy obtížné. Výzkum International Vagina Dialogue Survey probíhal ve 13 zemích a zjistil, že i mladé ženy (18–44 let) ve více než polovině případů nejsou schopny se zdravotníky o problematice spojené s pochvou hovořit. Tím spíše lze tento komunikační problém očekávat u žen starších.

Hodnocením problematiky se v roce 2009 zabývala studie 4246 žen ve věku 55–65 let ze Švédska, Finska, Velké Británie, Spojených států a Kanady. V souboru bylo 98 % žen (4178) po menopauze a 71 % více než pět let od poslední menstruace. Z postmenopauzálních žen pak 39 % respondentek udávalo příznaky vaginálního dyskomfortu spojené s menopauzou a 52 % z nich uvádělo, že potíže ovlivnily kvalitu jejich života. Přesvědčení, že se ženy při diskuzi o poševním dyskomfortu spojeném s menopauzou necítí dobře, mělo 77 % dotázaných. Nepřekvapí tedy, že se 71 % žen s potížemi nesvěří svému praktickému lékaři a 70 % ani svému gynekologovi, což je závislé na tom, kdo v dané zemi gynekologické problémy řeší. Nicméně celá třetina se nesvěří žádnému odborníkovi. U čtvrtiny z léčených žen trvaly potíže před zahájením léčby déle než jeden rok, u 8 % více než tři roky. Existenci edukačního materiálu, který vysvětlí, s čím se na lékaře obracet a s čím ne, by uvítala bezmála polovina žen a zahájení diskuse o problému ze strany lékaře 31 %.

Studie VIVA v souboru 3250 žen ve věku 55–65 let minimálně jeden rok po menopauze udává prevalenci příznaků poševní atrofie 45 %. Průměrně ženy se sdělením problémů spojených s vaginální atrofií váhají půl roku. Osm z deseti pak zkusilo léčbu, ale 49 % zvolilo symptomatickou terapii lubrikanty, 22 % systémovou hormonální terapii a jen 12 % se vydalo správnou cestou vaginální estrogenní léčby.

Kazuistika

Pacientka (60let) navštěvuje naši specializovanou ambulanci pro poruchy v klimakteriu již devět let, kdy měla projevy akutního klimakterického syndromu. V rodinné anamnéze nemá žádná nádorová ani kardiovaskulární onemocnění, ale její matka trpěla těžkou osteoporózou.

Od 51 let užívala kombinovanou nízkodávkovanou hormonální substituční terapii, jež výborně řešila projevy akutního klimakterického syndromu. V 54 letech se pokusila léčbu vysadit, ale mírnější projevy akutního klimakterického syndromu

přetrvávaly, proto byly spolu s rodinnou anamnézou osteoporózy indikací k prodloužení léčby o další dva roky. V 56 letech pod vlivem nálezu rakoviny prsu další hormonální substitucí odmítala.

Nyní již projevy akutního klimakterického syndromu nemá. Při preventivní kontrole – mamografie v normě, DEXA – osteopenie, cytologie – ASCUS a atrofie. Subjektivně udává slabý nažloutlý fluor, který jí ale nevadí. Koitální aktivity nemá. Moč udrží.

Kontrolní cytologie po třech měsících stejná. Proto proveden projasňovací/proliferativní test – 14 dní podáván Ovestin supp vag na noc. Další kontrolní cytologie v normě. Doporučeno pokračování terapie stejnou dávkou dvakrát týdně. Při další kontrole za půl roku zjišťujeme, že pacientka léčbu neužívá. Opět má nažloutlý fluor a občasné poševní dyskomfort, který však neřeší.

Za rok přichází klientka akutně pro ragády na zevním genitálu a na přímý dotaz udává, že má po osmi letech nového partnera. Nicméně styk je i při užití lubrikantů velmi bolestivý. Doporučena lokální estrogenní terapie – Ovestin creme vag na 10 dní a dále pak pokračovat Ovestin glob vag dvakrát týdně vaginálně. Po třech měsících si pacientka přichází pro další recept. S léčbou je spokojena, dyspareunie neguje.

Diskuse

Atrofie kůže způsobená nedostatkem estrogenu včetně kožních adnex vulvy a sliznice poševní je podkladem obrazu atrofické vulvovaginitidy spojené s dyspareunií, pruritem a chronickou vaginitidou. Dochází ke ztenčení kůže a k úbytku podkožního tuku, labia se zmenšují, ustupuje ochlupení genitálu, snižuje se elasticita pochvy. Nedostatečná stimulace estrogenních receptorů v buňkách poševní sliznice vede k poklesu vaskularizace a snížení obsahu glykogenu v epitelu. To má za následek snížení počtu laktobacilů, pokles pH poševního prostředí a následně dysmikrobie spojenou se zánětem a žlutavým fluorem.

Nižší prokrvení urogenitálního traktu a degenerace sliznice ve svém důsledku snižují uzávěrový uretrální tlak i odolnost vůči uroinfekci. Z toho vyplývají nykturie, dysurie a urgentní inkontinence, které jsou výraznými projevy estrogenního deficitu.

Potíže mohou být přítomny bez objektivně zjištěných změn (uretrální syndrom) či s jasnými známkami atrofie urogenitálního traktu (atrofická senilní uretritis, hypoestriinní cystopatie). Pro komplex potíží vulvární a vaginální atrofie (VVA) vyvolaný estrogenním deficitem recentně doporučují NAMS a ISSWSH označení menopauzální genitourinární syndrom (GSM). Urogenitální atrofie je typickým projevem subakutního (organického) klimakterického syndromu, ale může se projevit i při jiné příčině nedostatku estrogenu – postpartální období, při laktaci, užívání antiestrogenů, kouření či při nízké sexuální aktivitě.

Tato kazuistika neukazuje výjimečný případ, ale naopak klasickou pacientku naší ambulance. Přes opakované ujišťování o bezpečnosti lokální estrogenní terapie je vidět nízkou adhezenci k léčbě, dokud není compliance podpořena jasným nejen laboratorním, ale i klinickým profitem. Do ambulance nám pacientku přivedla sexualita jako nejdůležitější součást moderního životního stylu. Lubrikanty sice umožní styk, nejsou však kauzální léčbou, kterou je jediné estrogenní léčba, jež obnoví trofiku poševní stěny, zlepší lubrikaci a vede k znovuosídlení pochvy přirozenou poševní flórou. Tím je také odstraněn pro atrofickou vaginitidu typický fluor. U pacientek bez systémových projevů akutního klimakterického syndromu volíme lokální terapii. Systémová hladina estrogenu při doporučeném dávkování je minimální. Kontraindikace hormonální substituční terapie jsou tak pro uvedenou formu pouze relativní a podle většiny autorů není ani nutná opozice progestiny u žen s děložou in situ.

Závěr

Ať již zvolíte přístup více psychologický, či více pragmatický, je vhodné se na projevy urogenitální atrofie žen cíleně ptát. Studie ukazují, že je pro ně snazší na otázku odpovědět než se aktivně svědřit. Přes záplavu informací mnohé ani netuší, jak snadno, účinně a bezpečně můžeme pouhou vaginální aplikací estrogenu zmírnit či odstranit potíže, a zvýšit tak kvalitu jejich života.

doc. MUDr. Tomáš Fait, Ph.D.,
Gynekologicko porodnická klinika 2. LF UK a FN Motol

Tabulka 1: Četnost projevů urogenitální atrofie

	Finsko	Švédsko	USA	Kanada	Velká Británie
počet respondentek	606	604	1012	1016	1008
% žen s příznaky urogenitální atrofie	43	35	43	34	38
Další údaje se vztahují k ženám se subjektivními příznaky atrofie poševní, které uvádějí (%)					
ovlivnění kvality života	62	60	49	48	50
potíže vyvolávají pocit stárnutí	23	21	36	38	32
stydí se o problému hovořit	50	47	66	64	65
problém nediskutují s praktickým lékařem	77	91	78	53	66
problém nesdělí svému gynekologovi	33	50	66	85	96
nehledají odbornou pomoc	11	22	33	34	39
chtějí, aby diskusi zahájil lékař	50	38	33	30	13



První kombinovaná transplantace srdce a jater v IKEM

Týmy z pražského Institutu klinické a experimentální medicíny provedly historicky první kombinovanou transplantaci srdce a jater v průběhu jednoho dne. Pacienta ohrožovalo na životě nejen těžké srdeční selhání, ale i cirhóza jater.

Operaci společně začátkem června 2017 provedly operační týmy Kliniky kardiiovaskulární chirurgie IKEM pod vedením přednosty doc. MUDr. Ivana Netuky, Ph.D., a Kliniky transplantační chirurgie IKEM pod vedením přednosty doc. MUDr. Jiřího Froňka, Ph.D., FRCS. „V první fázi byla důležitá zejména detailní strategie nového programu v IKEM. Podstatná byla také důkladná indikace. Vše probíhalo na úrovni jednání a spolupráce se Společností pro orgánové transplantace ČLS JEP. Po důkladné rozvaze jsme se navíc v IKEM rozhodli i pro inovativní přístup, že i v případě možné oběhové nestability pacienta po transplantaci srdce provedeme v zápatí transplantaci jater. Pro tento případ jsme byli připraveni okamžitě zavést dlouhodobý mimotělní oběh s vícecestupňovou žilní drenáží, tzv. ECMO (Extracorporeal membrane oxygenation). Ve finále jsme díky vhodné zvolené strategii nemuseli ke stabilizaci pacienta přistoupit k ECMO podpoře. Pro hladký průběh i řešení případných neočekávaných situací bylo klíčové, aby spolu oba operující týmy úzce spolupracovaly, a aby tak zajistily optimální průběh výkonu, který dohromady trval přibližně devět hodin,“ říká přednosta Kliniky kardiiovaskulární chirurgie IKEM doc. MUDr. Ivan Netuka, Ph.D.



Operovaný pacient Petr Ton

Zdroj a foto: IKEM

Transplantační týmy se rozhodly zariskovat a provést transplantaci jater i v případě že srdce nebude ihned optimálně pracovat, což je v rozporu s celosvětově doporučovanými postupy. „Transplantace jater ve spoustě případů zachraňuje život. I proto jsme se odvážili překročit zavedené standardy a zvolili sekvenci izolované transplantace, kdy ke stabilizaci pacientova stavu při transplantaci jater využijeme podporu ECMO. Světová zkušenost je taková, že po-

kud by byla prokázána nestabilita funkce srdce před transplantací jater, zdravotnická zařízení již druhou transplantaci neprovádějí. My se však rozhodli jinak, nechtěli jsme připustit neprovedení transplantace jater z důvodu nestability časné po transplantaci srdce. Podpora oběhu s užitím ECMO nakonec nebyla nutná, i tak byl pro nás zvolený postup cennou zkušeností. Oba orgány začaly fungovat ihned po transplantaci, částečně jistě i díky rychlému průběhu obou výkonů a sebranosti týmů. Vše se zdárně zvládlo, pacientovi jsme zachránili život,“ podotýká přednosta Kliniky transplantační chirurgie IKEM doc. MUDr. Jiří Froňka, Ph.D., FRCS.

IKEM je jedním z mála center v České republice, která provádějí kombinované programy transplantací srdce a dalšího orgánu. Program transplantace srdce a ledvin byl v IKEM odstartován v roce 2002 a zatím jej podstoupilo sedm pacientů.

Transplantaci srdce a plic lékaři v IKEM ve spolupráci s III. chirurgickou klinikou ve FN v Motole provádějí od roku 2007 a doposud zákrok proběhl u tří pacientů. Další kombinovaná transplantace srdce a jater by měla proběhnout ještě v tomto roce.

Kombinovaná transplantace orgánů je týmovou prací - od koordinátorů přes operační týmy až po anesteziology a následnou péči o pacienta. Stejně tomu bylo i v případě této operace, kdy spolupracovaly i dva anesteziologické týmy: jeden z Kardiocentra a druhý z Transplantcentra. „Operační výkon byl bez komplikací, i tak ale následovala speciální pooperační intenzivní péče. Především se jednalo o zahájení imunosupresivní léčby podle speciálního dávkování. A abychom předešli možnému riziku infekce, podávali jsme pacientovi preventivně také antibiotika a antivirotika,“ vysvětluje MUDr. Eva Kieslichová, Ph.D., přednosta Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče IKEM, a dodává: „Protože pacientův stav byl opravdu dobrý, mohli jsme ho odpojit od podpůrných přístrojů už po 60 hodinách a po pěti dnech byl přeložen na transplantační JIP.“ Nyní, tři měsíce od výkonu, je jeho stav velmi dobrý, pravidelně chodí na lékařské kontroly a pomalu se vrací k běžnému životu.

„Nastartováním nového a ještě k tomu kombinovaného programu transplantace srdce a jater náš Institut dokazuje, že se nebojí neustále posouvat hranice českého zdravotnictví. Nejenže naši chirurgové provádějí operace světového charakteru, ale navíc vždy přijdou ještě s inovativními prvky.“



Pavel Jungwirth

Zdroj a foto: ÚOCHB AV ČR

Jak se sítnice lidského oka adaptuje na změnu osvětlení?

Prestížní časopis Americké chemické společnosti ACS Central Science otiskl článek týmu prof. Pavla Jungwirtha, Ph.D., z Ústavu organické chemie a biochemie AV ČR.

V článku vědci popsali okamžik, který z fyziologického hlediska hraje zásadní roli při adaptaci pigmentových buněk sítnice na změnu osvětlení. Na tomto procesu se podílí rekovertin - bílkovina, která funguje jako vápníkový senzor. Na molekulové úrovni hraje klíčovou roli navázání molekuly rekovertinu na membránu světločivé buňky. Přestože v literatuře existuje hrubá představa, jak navázání probíhá, teprve současné molekulové simulace umožnily detailně popsat jednotlivé fáze navázání a také regulační roli vápníku.

Profesor Pavel Jungwirth se studenty a dalšími kolegy objasnili proces, při němž se po navázání dvou iontů vápníku na molekulu rekovertinu „vystrčí“ hydrofobní řetězce (tzv. myristoyl), jímž se následně rekovertin „zakotví“ do membrány buňky. Na ni se přitom naváže v uspořádání, díky kterému může bránit v činnosti enzymu rodopsin kinázy, jehož úlohou je regulovat aktivitu zrakového pigmentu rodopsinu. Tím, že se potlačí činnost uvedeného enzymu, umožní rekovertin sítnici oka efektivně se adaptovat na změněné osvětlení. Výzkumný tým prokázal, že molekulové simulace jsou jedinečným nástrojem k detailnímu popisu fyziologicky zásadního momentu v procesu vidění, který na této úrovni v současné době lze jen těžko studovat experimentálně.

-pp-



Kazuistika hojení rozsáhlé operační rány

Šedesátiletá klientka strávila na chirurgickém oddělení tři měsíce. Během hospitalizace byla léčena několika druhy antibiotik jednotlivě i v kombinaci, byla jí několikrát podána transfuze a její celkový váhový úbytek byl 14 kg.

Klientka, 60 let, svobodná, bezdětná, extrémně obézní, s pyknickým typem postavy, s podkožním tukem uloženým zejména v oblasti břicha. V anamnéze dřívější operace dělohy, žlučníku a krčních mandlí, sleeve operace žaludku (resekce žaludku se zmenšením kapacity o zhruba 70 %). Přichází k plánované operaci bolestivého vyklenutí kýly v jizvě, zejména v pravém a středním hypogastriu, má viditelný venter pendulus (povolení břišní stěny, kdy dochází k převisu břišní stěny přes kost stydkou) po předchozím váhovém úbytku. Přesto má aktuální hmotnost 141 kg, BMI 38. Je poučena o plastice kýly se zpevněním břišní stěny s použitím prolenové sítky, omfalektomií (odstranění pupku) a abdominoplastice s odstraněním venter pendulus. Preventivně je zajištěna profylaktickou ATB clonou a je poučena o pooperační vnější fixaci rány břišním pásem. Charakter operačního výkonu vyžaduje bezprostřední pooperační péči na JIP.

3. den

Dochází k nepatrné iritaci operační rány. Preventivně aplikujeme lokálně sterilní krytí s betadinovým roztokem, ponecháváme 2x podtlakové sání z operační rány.

6. den

Pacientka je přeložena na standardní chirurgické oddělení, střed rány se jeví lividní (zhruba 5 cm).

8. den

Rána ve středním pólu 8 x 5 cm nekrotizuje, objevuje se rovněž drobná nekróza nad jizvou velikosti 4 x 4 cm. Aplikujeme lokálně sterilní krytí s Višněvského balzámem.

12. den

Odstraňujeme třetinu kožních svorek ve středu operační rány, evakuujeme absces se zkalenou, ale jen mírně zápachající hnisavou sekrecí. Provádíme stěr z rány, který je odeslán na mikrobiologii. Nově také podtlakové drény, vyvedené pravostranně a levostranně z operační rány, vedou stejný charakter výpotku. Lokálně provádíme důkladný proplach sterilním roztokem a následně do rány vkládáme obložky s Prontosanem. Zvyšujeme také frekvenci převazů na tři denně.

14. den

Přetrvává masivní sekrece z rány, vytahuje všechny kožní svorky, ránu revidujeme a poté v celé střední části rozpouštíme a uvolňujeme. Nacházíme dehiscenci podkoží v celém rozsahu. Odstraňujeme podtlakové drenáže.

16. den

Výsledek z mikrobiologie potvrzuje záchyt gramnegativních bakterií produkujících beta-laktamázy (ESBL – extended spectrum-beta-lactamases). Prokazuje rovněž přítomnost *Morganella morganii* (AMPCi+) a *Klebsiella pneumoniae* (ESBL+). Podle standardu hygienického režimu provádíme při výskytu rezistentních bakteriálních kmenů izolaci klientky a zahajujeme veškerá bariérová opatření.

V rámci intenzivní lokální terapie provádíme pravidelně debridement rány. Odstraňujeme nekrotické části tkáně v takovém rozsahu, aby došlo k odkrytí zdravé tkáně s následnou podporou hojení. V počáteční fázi jsme zvolili šetrný debridement metodou „wet-to-dry“, která k odstranění nekrotické tkáně využívá vlhké gázové krytí namočené v oplachovém antiseptickém roztoku. Dále používáme vlhkou terapii s využitím veškeré nabízené škály prostředků, v našem případě zejména čisticí gely, alginátové krytí a alginát se stříbrem.

18. den

Pokračuje masivní zápachající sekrece z operační rány, v dalším kroku indikujeme pacientku k zavedení podtlakové terapie V. A. C. (vacuum assisted closure). Podtlaková terapie je neinvazivní metoda léčby infikované rány, která využívá kombinované působení řízeného podtlaku a následné drenáže. Způsob uvedené terapie kontrolované drénuje nežádoucí sekret z rány, zvyšuje prokrvení a následně podporuje granulaci postižené tkáně. Neprodyšné uzavření pomocí aplikační fólie pak minimalizuje další možnou infekci rány. Aplikujeme za přísně sterilních podmínek. Po hlubokém debridementu je do rány vložena speciální polyuretanová pěna s již vytvořenými póry. Pěnou musí být vyplněn celý defekt, poté je rána překryta neprodyšnou průhlednou fólií s odsávací hadicí napojenou na sběrný box. Takto překrytá rána je snadno kontrolovatelná, sání jsme u naší klientky ponechali celých 12 dní. Během této doby jsme 4x vyměnili naplněný sběrný box.

30. den

Ukončili jsme podtlakovou terapii V. A. C. systémem. Klientka ji velmi dobře tolerovala a po celou dobu neudávala progresi bolesti. Neobjevily se ani obvyklé vedlejší nepříjemné kožní projevy jako svědění nebo exantém.

31. den

Zjišťujeme pokles nutričních parametrů. Překládáme klientku na JIP ke krátkodobé intenzivní nutriční terapii, pro pokles krevního obrazu podáváme transfuze. Denně provádíme lokální převazy. Používáme pouze prontosanovou obložku z důvodu přetrvávající masivní sekrece, již bez zápachu.

35. den

Realizujeme ostrou nekrektomii podkoží vrchní vnitřní vrstvy rány (strop). Zjišťujeme dutinu hloubky velikosti tří mužských dlaní. Zahajujeme znovu lokální terapii vlhkým hojením. Během týdne jsme zcela vyčistili spodinu rány, která byla bez povlaků, ale s ojedinělou granulací. Nekróza vrchní vnitřní části je bez viditelného zlepšení.

43. den

Stále přetrvává masivní sekrece, která nám znemožňuje vlhké hojení, proto indikujeme druhé zavedení podtlakové terapie V. A. C. Tentokrát ponecháváme týden. Zavedení klientka netoleruje pro značný zápach. Sběrný box vyměňujeme 2x.

50. den

Opět zahajujeme lokální terapii vlhkým hojením a přikládáme alginátové krytí se stříbrem, převazujeme obden.

60.-70. den

Provádíme opakovaně lokální ostré nekrektomie, kdy se snažíme odstranit množství tukových nektróz. Sekrece z rány se výrazně zmenšuje, také zápach je již minimální. Hojení rány stagnuje a nikam se neposunuje. Přestože je klientka trpělivá, je na ní již patrné, že hospitalizace je pro ni psychicky náročná. Komunikuje málo, nevyhledává témata k dialogu, komunikaci s námi omezuje pouze na nezbytně nutnou, což je do značné míry ovlivněno i nepřetržitou izolací a bariérovými opatřeními. Monitorujeme úbytek tělesné hmotnosti (10 kg) i laboratorně přetrvávající pokles proteinů. Na podporu hojení podáváme dlouhodobě stravu obohacenou bílkovinami, 2x denně bílkovinný přídatek ve formě jogurtů, do medikace rovněž přidáváme rozpustnou sušenou bílkovinu. Rozhodujeme se o radikální změně převazového materiálu.

71. den

Rozhodli jsme se použít lokálně bio-keramický sterilní převazový materiál zahraniční firmy. Krytí používáme na oddělení zatím krátce, ale jsme s výsledky hojení spokojeni. Sterilní krytí je tvořeno polštářky naplněnými bio-keramickým granulátem, jež obsahují oxid hlinitý, který má vysokou absorpční schopnost a zadržuje značné množství výpotku. Keramika svou strukturou způsobuje jak mechanické, tak chemické dráždění rány, čímž nejprve zvýší jeho produkci, ale po rychlém vyčištění rány výrazně snižuje frekvenci prováděných převazů. Granulát je odolný vůči tlaku, jeho pórovitost umožňuje proudění atmosférického kyslíku, takže rána „dýchá“. Výrobce nabízí několik velikostí. Vyzkoušeli jsme více druhů uvedeného materiálu, ale nejspokojenější jsme byli s polštářky naplněnými granulátem bez perforace, kdy se granulát v rezervoáru mohl pohybovat. Nezbytnou je samozřejmě důkladná vnější fixace, aby materiál v defektu vydržel několik dní.

80. den

Zaznamenáváme výrazné celkové zlepšení stavu chronické rány.

85. den

Monitorujeme postupující granulace v celém rozsahu defektu. Aktuální stav rány hodnotíme jako velmi uspokojivý a připravujeme klientku na brzké propuštění do domácího léčení.

90. den

Pacientka je propuštěna a převedena k převazům v režii domácí ošetrovatelské agentury, se kterou dlouhodobě spolupracujeme. Domlouváme zpočátku jednou týdně klinickou kontrolu chirurgem v převazové ambulanci našeho zdravotnického zařízení. Hospitalizace klientky je ukončena po třech měsících.

Léčba chronických ran je dlouhodobá záležitost. Jde přitom o výdrž a trpělivost. Každý klient reaguje na převazový materiál individuálně, mnohdy je proto třeba vyzkoušet více druhů. Specializované firmy v současné době naštěstí nabízejí širokou škálu různých materiálů, takže i výměna nevyhovujícího krytí nebývá problémem. V každém případě to bývá běh na dlouhou trať s kolektivní spoluprací jak lékařů, tak i nelékařského zdravotnického personálu.

*Text a foto: Bc. et Bc. Jarmila Čipová,
Chirurgické oddělení Slezské nemocnice v Opavě*



Nekróza středního pólu operační rány, včetně nasedající nektrózy kůže, povleklá spodina, okolí rány silně zarudlé



Celá rána je vyplněna polyuretanovou pěnou VAC systémem



Před nekrektomií vrchní vnitřní vrstvy



Spodina a vrchní vrstva zcela čistá, vpravo ještě odlučující se nektróza

Budoucím zdravotníkům začal nový život

Celkem 112 studentů ve třech prezenčních a jednom dálkovém oboru se začalo vzdělávat v AGEL Střední zdravotnické škole, která byla nově otevřena v Ostravě-Koblově.

„Situaci v českém zdravotnictví, které sužuje nedostatek zdravotnického personálu, jsme se rozhodli řešit pro nás jediným možným způsobem a zřídili jsme vlastní školu. Máme všechny předpoklady k tomu, abychom zdravotnickou školu provozovali a vychovali v ní kvalitní absolventy s jasnou pracovní perspektivou. Studenti budou již od počátku svého studia těsně propojeni s praxí a navíc získají zájem silného a stabilního zaměstnavatele, jistotu budoucího uplatnění a profesní perspektivy,“ uvedl předseda představenstva společnosti AGEL MUDr. Milan Leckěší. Studenti denní formy studia nebudou platit žádné školné, ale budou naopak moci využít zajímavých motivačních programů.

Ve školním roce 2017/2018 bude škola vzdělávat žáky v denní formě studia v oborech praktická sestra (dříve zdravotnický asistent), laboratorní asistent a zdravotnické lyceum. V dálkové formě studia se rovněž otevřela jedna třída praktických sester. Všechny studijní obory jsou zakončeny maturitní zkouškou. „V budoucnu bychom rádi rozšířili náš studijní program o obor diplomovaná všeobecná sestra na vyšší odborné škole,“ prozradil ředitel AGEL Střední zdravotnické školy Ing. Bc. Vladimír Janus. Cílem školy je vychovávat další budoucí zdravotníky, a pomoci tak stabilizovat stále se prohlubující problém českého zdravotnictví, kterým je nedostatek kvalifikovaného personálu.



Výuka se ponese v těsném propojení s praxí. Studenti na první exkurzi ve Vítkovické nemocnici v Ostravě.

První dojmy studentů z nové AGEL Střední zdravotnické školy

Marie Lakyová, Orlová, obor laboratorní asistent

„Nová škola mne hodně zaujala. Obor laboratorní asistent jsem si vybrala, protože v budoucnu bych se chtěla věnovat lékařnictví. Zatím mám jen pozitivní první dojmy, učitelé jsou velmi přátelští a milí.“



Erika Zahaluková, Jablunkov, obor praktická sestra

„Zdravotnickou školu jsem chtěla studovat už velmi dlouho. Vzhledem k tomu, že bydlím v Jablunkově, budu v Ostravě ubytovaná na internátu. První dny v nové škole na mě udělaly veliký dojem, je to tady pěkně zrekonstruované a je vidět, že se udělalo hodně práce. Už se moc těším na výuku.“



Novou AGEL Střední zdravotnickou školu slavnostně otevřeli (zleva) místostarostové Slezské Ostravy Roman Goryczka a Ivona Vaňková, hejtman Moravskoslezského kraje Ivo Vondrák, ředitel školy Vladimír Janus a předseda představenstva společnosti AGEL Milan Leckěší

Nová škola vznikla v nevyužívané budově bývalého gymnázia, kterou má nyní dlouhodobě pronajatu od Úřadu městského obvodu Slezská Ostrava. „Byli jsme velmi příjemně překvapeni, když nás společnost AGEL s nabídkou zřízení školy oslovila. Těší nás, že i Slezská Ostrava může přispět ke zlepšení situace v českém zdravotnictví, a uděláme vše pro to, aby se zde studenti cítili dobře,“ řekla starostka městského obvodu Slezská Ostrava MVDr. Barbora Jelonková.

Budova školy se skládá z jednoho pavilonu, tří podlaží, dvanácti učeben a tělocvičny. Celková kapacita školy bude 250 studentů. Žáci mají prozatím k dispozici celkem šest učeben – tři klasické třídy pro všeobecnou výuku a tři odborné učebny. V dopoledních hodinách mohou žáci se svými pedagogy využívat také přilehlé venkovní multifunkční hřiště, které dala Slezská Ostrava škole bezplatně k dispozici.

I přestože budova v minulosti sloužila ke vzdělávání a nebylo tak nutné stavebně měnit její dispozice, potřebovala již značnou modernizaci. Díky rekonstrukci za 2,2 milionu korun, kterou hradil městský obvod Slezská Ostrava a jež probíhala během jarních a letních měsíců letošního roku, mají studenti k dispozici moderní a útulné prostředí. „V budově bylo nutné vyměnit rozvody, elektroinstalace, podlahy, dveře a rekonstruovala se sociální zařízení. Úpravami prošlo také přilehlé veřejné prostranství se zelení,“ upřesnil místostarosta obvodu Slezská Ostrava Ing. Roman Goryczka. V modernizaci prostor se bude pokračovat i příští rok v létě. „Je zájmem našeho obvodu, aby studenti měli k dispozici školu 21. století,“ doplnil místostarosta.

Dalších téměř 1,5 milionu korun si vyžádaly investice do vybavení školy. „Do tříd jsme pořídili zcela nový nábytek, moderní keramické tabule, počítačová učebna je vybavena špičkovou technikou. V rámci odborné výuky budou mít žáci k dispozici kvalitní moderní nemocniční lůžka či anatomické modely, na kterých si budou prakticky zkoušet základní ošetřovatelské úkony,“ vyjmenoval inventář školy ředitel Janus.

Společnost AGEL je nejúspěšnějším soukromým poskytovatelem zdravotní péče ve střední Evropě. V České republice v současné době provozuje jedenáct nemocnic, osm poliklinik, síť lékáren, laboratoří, distribuční společnosti a další specializovaná zdravotnická zařízení. Na Slovensku, kde skupina působí od roku 2006, provozuje devět nemocnic a další zdravotnická zařízení.

(red)



Ošetřovatelské úkony se budou studenti učit v moderně vybavené odborné učebně.

Darování vajíček

Darování vajíček je v dnešní době stále více diskutovanou metodou léčby. Současné trendy lidské reprodukce – zejména odkládání těhotenství do pozdějšího věku ženy – s sebou nesou rizika.

Pro darování vajíček, stejně jako pro jiné metody léčby, platí, že vždy je potřeba zvážit všechna pro a proti a na základě dostatku informací se přiklonit na jednu stranu. Je však potřeba konstatovat, že se jedná jednoznačně o medicínskou formu terapie. Stejně tak ale platí, že každá i sebetriviálnější metoda v medicíně je zatížena určitým procentem komplikací. Je proto potřeba každého pacienta řádně, pomalu a srozumitelně poučit. Každá metoda v medicíně by také měla mít svou jasnou a nezpochybnitelnou indikaci.

Vlastní darování vajíček je v podstatě velmi jednoduché a dobrovolné. Dárkyně se může kdykoliv v průběhu, před i při darování rozhodnout, že dále pokračovat nechce. Celý proces začíná tzv. schválením dárkyně, což je přesně medicínský a legislativně daný proces, jehož výsledkem je konstatování, že proces darování vajíček pro ženu nepředstavuje větší riziko a že závažná onemocnění u dárkyně či v její rodině nebudou do budoucna přenašena. Celý postup schvalování je záležitostí podrobných vyšetření gynekologa a genetika. Síto schvalovacího procesu mnohdy zachytí až 60 % potencionálních dárkyň. Odborník totiž může konstatovat, že procedura není pro danou dárkyni vhodná. Již v rámci prvního stupně darování vajíček jsme mnohdy schopni říci, že u konkrétní potencionální dárkyně jsou rizika spojená s darováním větší než u jiné. Ženy mají navíc tu výhodu, že jsou mnohdy vyšetřeny velmi podrobně.

Nedostatek dárkyň

Se vrůstajícím věkem žen, jež se chystají na terapii, jde ruku v ruce zvýšení nároků na počet dárkyň. Navíc celý proces schvalování s velmi podrobným poučením s sebou nese i odmítnutí ze strany dárkyň z důvodu obav ze samotného procesu. Není však dobré před nimi komplikace procesu jakýmkoliv způsobem bagatelizovat nebo zcela zamlčovat. Nesmí mít navíc pocit, že centrum asistované reprodukce nabízí pouze odběr vajíček. Vhodné je dárkyni nabídnout možnost konzultace nebo vyšetření i mimo proces darování. Buduje se tím totiž větší vzájemná důvěra. V našem centru se nám to již několikrát vyplatilo.

Rostoucí potřeba dárkyň by neměla být důvodem k jakémukoliv zmírnění jasně nastavených (medicínských i legislativních) pravidel. Centrum asistované reprodukce by navíc nemělo přistupovat k dárkyním jen jako k součásti terapie, mělo by se zodpovědně postavit i k možným komplikacím. Není to minimálně kolegiální vystavovat lékaře z okolních nemocnic pocitu, že řeší obtíže, které „nezpůsobili“, a dárkyně nepřijemnému zážitku, aby zdravotnické zařízení muselo řešit situaci, kterou „způsobilo“ centrum asistované reprodukce. Existují vzácné závažné komplikace, jež vyžadují hospitalizaci v nemocnici. V uvedeném případě je samozřejmě jasné, že nezbývá nic jiného než dárkyni vajíček k umístění do nemocnice doporučit.



Ilustrační foto: Shutterstock

Mýty a nepravdy

Nedostatek dárkyň jde ruku v ruce nejen se zvyšujícím se počtem neplodných párů, které terapii potřebují, ale také kvůli tomu, že celý proces darování vajíček je zatížen spoustou mýtů a nepravd. Diskusní fóra se opakovaně plní katastrofickými scénáři a hororovými popisy celého procesu darování. Anonymita diskutujících i sociálních sítí vede k tomu, že darování má obecně negativní obraz. V některých případech obraz spoluvytvářejí kolegové (gynekologové i praktičtí lékaři). Proto je potřeba každou ženu, která se o darování vajíček zajímá, řádně poučit, aktivně se ptát na její otázky a do darování vajíček ji nepropustit, pokud lékař nemá absolutní jistotu o skutečném rozhodnutí darovat.

S ohledem na narůstající počet párů s vyšším věkem ženy, a tudíž nutností použít darovaná vajíčka, by bylo nevhodné děsit dárkyně nepravdivými informacemi. Stejně tak je problematické prolomení anonymity darovacího programu, které by znamenalo akutní nedostatek dárkyň a v důsledku toho nemožnost léčit páry, jež terapii nutně potřebují a které ani jinou možnost nemají.

MUDr. Štěpán Budka,
vedoucí lékaře kliniky Pronatal Kolín

Inzerce M171000138

Předplaťte si ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNU

a získáte jako dárek

přírodní rašelinovou koupel Balneo pro domácí použití

Pomáhá při obtížích pohybového aparátu, podporuje regeneraci buněk a uvolňuje napětí.

Neváhejte!

Tato nabídka platí jen do 15. 10. 2017.

Předplatné na rok pouze za 399 Kč.



Předplaťte si bezpečně e-mailem

na e-mailovou schránku mf@send.cz, uveďte své **jméno**, **doručovací adresu** a informaci, zdali jste, nebo nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví. Do předmětu napište kód **ZM0917**. Předplatit si můžete také **on-line** a našich stránkách www.mf.cz



Volejte zdarma 225 985 225

Jednoduše zavolejte své osobní údaje a info o požadovaném předplatném a periodiku. Uveďte kód **ZM0917**. Nezapomeňte operátorce sdělit, zdali jste, či nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví.

Tato akce je určena pouze pro nové předplatitele a platí do vyčerpání zásob. V případě vyčerpání zásob si vydavatel vyhrazuje právo na zaslání náhradního dárku. Dárky jsou rozesílány do 6 týdnů od obdržení platby za předplatné. Předplatitel bere na vědomí, že předplatné s dárkem nebo slevou nelze po dobu jednoho roku ode dne provedení objednávky vypovědět. Předplatitel dále bere na vědomí, že předplatné se automaticky prodlužuje na další období v délce jednoho roku, pokud předplatitel svým písemným oznámením adresovaným společnosti Mladá fronta a. s. nesdělí, že trvá na jeho ukončení. Svoji objednávkou předplatitel potvrzuje, že s těmito dodacími podmínkami souhlasí a zavazuje se jimi řídit. Svoji objednávkou dále dává předplatitel souhlas se zařazením všech jím vyplněných osobních údajů (dále jen údaje) do databáze společnosti Mladá fronta a. s. se sídlem Mladá fronta 1952/9, Praha 4, jakožto správce, a s jejich následným zpracováním pro účely nabízení výrobků a služeb a pro účely zaslání obchodních sdělení prostřednictvím elektronických a tištěných prostředků dle zákona č. 499/2004 Sb., a to na dobu neurčitou, tj. do odvolání souhlasu. Předplatitel rovněž uděluje souhlas k tomu, aby poskytnuté osobní údaje byly zpracovávány i prostřednictvím třetích osob pověřených správcem. Bere na vědomí, že má právo dle § 11, 21 zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, tj. zejména, že poskytnutí údajů je dobrovolné, že svůj souhlas může bezplatně kdykoli na adrese správce odvolat, že má právo přístupu k osobním údajům a právo na opravu těchto osobních údajů, blokování nesprávných osobních údajů, jejich likvidaci atd. V případě pochybností o dodržování práv správcem se může na správce obrátit a případně se s podnětem může obrátit i přímo na Úřad pro ochranu osobních údajů. Více informací a všeobecné dodací podmínky naleznete na www.mf.cz

Nepleteme si kvalitu péče s její kvantitou?

O českém zdravotnictví jeho představitelé rádi tvrdí, že je jedno z nejkvalitnějších v Evropě. Odkazují se přitom na různé celoevropské průzkumy. Jejich metodika je ale většinou nejednoznačná a politici navíc rádi vytrhávají z kontextu jen to, co se jim hodí.

Minulým ministrem zdravotnictví byl vyzvedáván průzkum Euro Health Consumer Index 2016, ve kterém jsme se umístili na 13. místě v Evropě a jako první mezi postkomunistickými zeměmi. Hodnoceny byly ale zejména měkké parametry a Česká republika byla chválena hlavně za neomezenou dostupnost zdravotní péče. Již méně se však hovoří o tom, že v některých parametrech jsme i v tomto průzkumu zcela propadli (například v oblastech prevence, elektrinizace zdravotnictví nebo v přístupu k novým lékům).

Hodnocení jednorázové péče běžným pacientem může být velice subjektivní, pokud nemá zkušenosti a možnosti porovnat ji u jiného poskytovatele. Náš systém mu pro objektivní hodnocení lékařů a nemocnic nedává prakticky žádné informace – ani kvantitativní (kolik například nemocnice odléčí pacientů nebo provede procedur), ani kvalitativní (jaký je počet komplikací, selhání léčby či naopak úspěšně léčených). Pacient tak často podléhá dojmu, že příjemné prostředí a milý personál je to nejdůležitější, v čemž ho utvrzují některé žebříčky a soutěže mezi nemocnicemi v měkkých a pro osud pacienta nepodstatných parametrech.

Je naše zdravotnictví kvalitní?

Jak dobrá je poskytovaná péče ve srovnání s jinými evropskými zeměmi? To není jednoduchá otázka. Obecně se kvalita zdravotních systémů dá měřit zástupnými parametry, tzv. vstupy, kam patří například počet lůžek, počet lékařů a návštěv u nich či kvantita různých procedur. Mnohem vyšší vypovídací schopnost má ale měření výstupu zdravotní péče. Jednoduše řešeno, kvalitní zdravotnictví by mělo produkovat zdravé, spokojené a průceschopné jedince, ať už trpí akutní a vyléčitelnou nemocí nebo chronickým a celoživotním onemocněním. Problém českého zdravotnictví spočívá v tom, že kvalitu výsledků zdravotní péče prakticky vůbec nesleduje, a to na žádné úrovni (praktici, ambulantní specialisté, nemocnice). Ba co více, jeho představitelé často a snad i záměrně zaměňují dostupnost, tedy kvantitu, za objektivní kvalitu.

Česká republika patří mezi evropské šampióny v počtu kontaktů pacienta s lékařem za rok, v počtu nemocničních lůžek na tisíc obyvatel a překvapivě nejsme na chvostu ani v počtu lékařů, i když to tak někdy z médií nevypadá. Rozhodně ale zůstáváme v „tvrdých“ parametrech zdraví. Česká republika je například nad evropským průměrem v parametru tzv. zabránitelných úmrtí, jež se vyskytují zejména v kardiologii a onkologii. Průměr zemí EU je 33,3 %, to znamená, že jedna třetina úmrtí by nenastala, kdyby zdravotní systém plně využil potenciál moderní medicíny v oblasti prevence, včasného záchytu nemocí a zahájení terapie i přístupu k moderním technologiím. V České republice se podle Eurostatu hodnota blíží 40 %. Horší výsledky mají již jen balkánské a pobaltské země, před námi je Německo, Rakousko,

„Jednou z hlavních činností patientských organizací sdružujících chronicky nemocné je sdělování informací svým členům o léčbě jejich onemocnění nejen v ČR, ale i v zahraničí. Podle některých organizací se taky liší péče v jednotlivých centrech a pacienti jsou ochotni za lepší péči dojíždět do centra daleko od domova. Problémy nastanou, když se do centra hlásí mnohem více pacientů, než je jeho rozpočet, a ono je nuceno další pacienty odmítat, protože peníze z pojišťovny neputují za lidmi. Kdyby pojišťovny platily za výsledky, je možné, že by některá centra zanikla nebo by musela zlepšit péči, zatímco jiná by zase mohla navýšit kapacitu,“ říká Jana Petrenková z Koalice pro zdraví.



ale i Slovinsko. Neměli bychom se zabývat spíše o tento parametr výkonnosti zdravotního systému? Co udělají příští ministři zdravotnictví pro zlepšení naší pozice a skutečné zkvalitnění zdravotní péče?

Dostupnost zdravotních služeb může být jistě příjemná, pokud mne nikdo jako pacienta neomezuje v přístupu do ordinací, lékař si na mne vykáže, co uzná za vhodné a nemocnice mne může hospitalizovat i v případě, že by postačovala ambulantní léčba. Nechybějí nám ale v důsledku neomezenosti peníze někde jinde, kde by naše zdraví mohly ovlivnit mnohem více než v opakovaných vyšetřeních a nekoordinované péči o chronické nemocné? Bezpochyby ano. Paradoxně je vysoká dostupnost běžných zdravotních služeb pro pacienty, jež jsou skutečně nemocní, škodlivá, protože na moderní a drahé technologie a postupy, které by jim skutečně prodloužily nebo zkvalitnily život, již finance nezbyývají.

Platba za výsledek

V Evropě se čím dál více prosazuje mechanismus platby za výsledek, ne už za objem poskytnuté péče. Zdravotní pojišťovny až tak nezajímá, kolik výkonů lékařů či nemocnice poskytne a vykáže, ale zda pacient dosáhl vyléčení, uzdravení nebo v případě chronických nemocí patřičné kvality života, průceschopnosti a prevence komplikací. Tento princip je nutno do českého zdravotnictví zavést co nejdříve, protože jen



Ilustrační foto: Zx Shutterstock

tak můžeme dlouhodobě zvyšovat jeho kvalitu a zajistit finanční stabilitu. Občané a pacienti by se měli ptát svých zdravotních pojišťoven, zda takové pravidlo ve svých smluvních politikách uplatňují, protože je to v jejich zájmu. Je to jediná šance, jak se člověk dostane skutečně do středu zájmu zdravotního systému a nebude jen účetní položkou, kterou je třeba vyprodukovat bez ohledu na výsledek.

MUDr. Tomáš Doležal, Ph.D.,
Institut pro zdravotní ekonomiku iHETA

Ocenění pro studenty FEL ČVUT Praha za nový glukometr

V mezinárodní soutěži *Imagine Cup* a konkurenci 54 týmů z celého světa uspěli studenti z České republiky. Přišli s inovativním řešením vlastního projektu glukometru.

Zakladatel startupu X.GLU Marek Novák se spolužáky Tomášem Pikousem a Barborou Suchanovou se rozhodli rozšířit původní myšlenku o webovou a mobilní aplikaci pro diabetické děti a jejich rodiče. Nový glukometr, který poslouží i dospělým pa-



cientům, je nejtenčím na světě. S tloušťkou 4 mm má rozměry platební karty a nemá ani tlačítka či displej. Nabízí kompletní řešení pro diabetické rodiny, které díky němu mohou v případě nebezpečí ihned reagovat na situaci.

K mezinárodnímu úspěchu se vyjádřil i děkan Elektrotechnické fakulty ČVUT v Praze prof. Ing. Pavel Řípka, CSc. „Těší mne, že práci našich studentů oceňují nejen jejich profesní kolegové, ale i reprezentanti odborné lékařské komunity. My technici víme, že studenti dokázali spojit chytrý hardware a software a vytvořili technické řešení oceněné v celosvětové soutěži. Líbil se nám i grafický vzhled a kvalitní prezentace nového výrobku i odvaha mladého týmu pokusit se vyvinutý produkt dotáhnout do výroby. Úspěšné studenty přijali a ocenili také ministr zdravotnictví JUDr. Ing. Miroslav Ludvík, MBA, a náměstkyně ministra JUDr. Lenka Teska Arnoštová, Ph.D.

Studenti v současné době hledají investora, který by pokryl náklady na dokončení vývoje první výrobní šarže a uvedení na trh. Na rozjetí sériové výroby potřebují získat milion eur. V nejbližší době dále plánují vylepšovat mobilní aplikaci, již už brzy začnou testovat první diabetici v klinické studii.

V současné době žije v České republice zhruba 860 tisíc diabetiků a odhadem dalších 250 tisíc o svém onemocnění dosud ani neví. Na zdravotní komplikace spojené s diabetem zemře každý rok více než 20 tisíc pacientů. Mezi nemocnými je, bohužel, i velmi mnoho dětí.

Zdroj a foto: FEL ČVUT

Objasníme příčinu hromadění poruch DNA?

Vědci z Ústavu molekulární genetiky Akademie věd ČR ve spolupráci s kolegy z Institutu Karolinska ve Stockholmu zveřejnili objev, který může pomoci objasnit příčinu hromadění poruch DNA.

Lidské tělo se vyrovnává s poruchami, včetně těch genetických, pomocí různých mechanismů. Dlouho se předpokládalo, že pokud dojde k poškození DNA, pak buňky pozastaví svoje dělení až do té doby, než se všechny poruchy opraví. Mezinárodní badatelský tým však nyní dospěl k názoru, že se buněčné dělení může za jistých okolností znovu nastartovat i dříve, tedy ještě před dokončením potřebných oprav.

„Představte si to jako budík: když je poškození DNA velké, nastaví budík na opravu dlouhý čas, ale když je menší, tak mu stačí pár minut. Pokud ale zazvoní, buněčné dělení se znovu rozjede bez ohledu na to, že se několik málo poruch opravit ještě nestačilo,“ vysvětluje mechanismus MUDr. Libor Macůrek, Ph.D., z Oddělení nádorové buňky v Ústavu molekulární genetiky AV ČR.

Podle něj se lidské buňky podobají jednoduchým buňkám kvasinek, u nichž je předčasné dělení již známé. Na rozdíl od kvasinek mají ale lidské buňky našťastí mnohem lepší ochranu – obsahují protein p53, jakýsi „hlídač genomu“. Ten dokáže buňku v případě poruchy „zabrzdit“ a posléze zase „odbrzdit“, jakmile



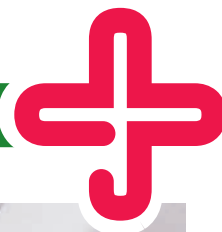
Ilustrační foto: Shutterstock

je v pořádku. „Problém nastává, pokud buňka z nějakého důvodu o protein přijde, k čemuž může dojít například náhodnou mutací. V tom případě je riziko přenosu nežádoucích změn a vzniku nádorů mnohem vyšší,“ dodává Macůrek, který výzkum prováděl na zdravých buňkách bez p53, což je pro tělo velkým ohrožením. Příkladem mohou být pacienti s takzvaným Li-Fraumeniho syndromem, kteří bojují s nekontrolovatelným nádorovým bujením v mnoha částech těla.

Macůrek tvrdí, že jde o další střípek, jenž pomůže objasnit buněčné procesy. Úkolem medicíny je najít způsob, jak poruchy léčit. Pomocí nově vytvořených sond jsou nicméně vědci už nyní schopni velmi přesně měřit hladinu signálu způsobeného poškozením

DNA a zaznamenat jeho šíření buněčným jádrem v živých buňkách. Výsledky výzkumu, který otiskl prestižní časopis *EMBO Journal*, mohou přispět k objasnění příčin hromadění poruch DNA a najít uplatnění například v radioterapii.

Zdroj: AV ČR
(pp)



Ilustrační foto: Shutterstock

Můžeme měřit tendenci k podvádění?

Lidé běžně klamou, předstírají a taktizují. Účelem může být zisk nebo zvýhodnění. Ve zdravotnictví se s klamem setkáváme rovněž. Způsobuje obtíže nejen při rozhodování o invalidních důchodech i při stanovování diagnózy, kdy je zásadní mít správné informace.

Podvádění komplikuje spolupráci na léčbě, při níž otevřenost a spolehlivé údaje ovlivňují výsledný efekt léčby. Vedle simulace, která je vědomým, záměrným klamáním, je šedá zóna jemnějších odstínů chování, zahrnující sociální žádoucnost, nevědomou tendenci zavděčit se nebo zalíbit, různé paměťové chyby, nepřesnosti, nesprávné záznamy, které se odlišují menším stupněm vědomé kontroly. Peněžní zisk je významnou součástí lidské motivace a ve zdravotnictví může mít důsledky pro získání a délku pracovní neschopnosti, finanční dávky typu invalidního důchodu, odškodnění či pojistné události.

V rámci výzkumného projektu GAČR* jsme zkoumali, zda výsledky ve dvou zdánlivě vzdálených úko-

lech mohou být propojené. Zajímalo nás, jestli lze pomocí měření integrity, obecné charakteristiky jedince postihující lidskou spolehlivost a čestnost, odhadnout tendenci k podvádění za účelem finančního zisku. Zaměřili jsme se na pacienty hospitalizované v Národním ústavu duševního zdraví diagnostikované s depresivní nebo úzkostnou poruchou.

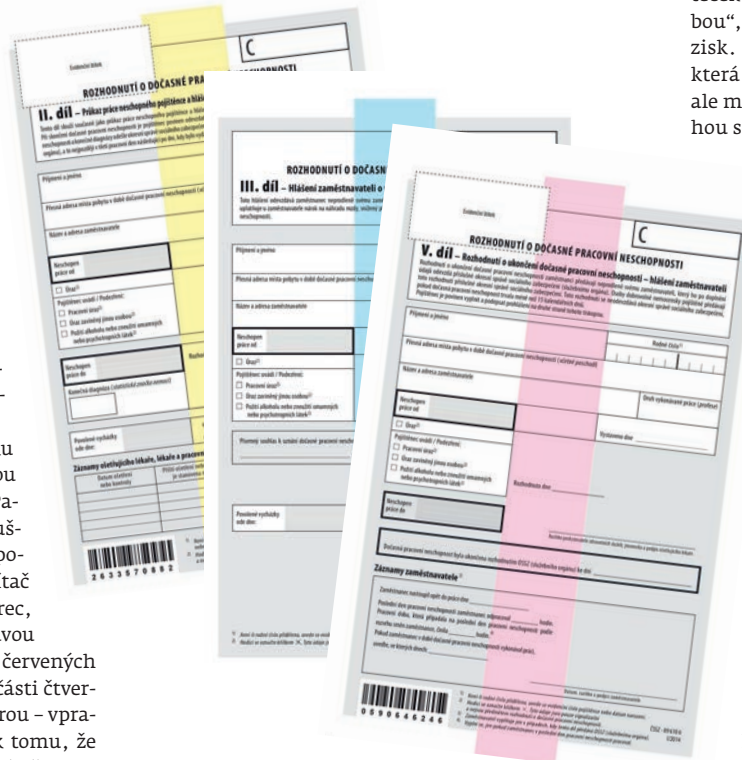
Integritu v rámci pojetí projektu lze označit jako poctivost, spolehlivost a stabilitu v osobním životě. Integrita je pokládána za obecně významnou vlastnost mající hodnotu samu o sobě. Jde o vlastnost, která se projevuje jako tendence říkat pravdu, prezentovat sebe sama opravdově a upřímně. Je tedy zřejmé, že integrita je významná i pro pracovní prostředí. V psycholo-

gickém výzkumu z pracovní oblasti je morální složka integrity většinou zkoumána v souvislosti s chováním v práci – jako je poctivost ve vztahu k zaměstnavateli – nebo jako obecnější psychologická proměnná, např. emoční stabilita, poctivost či svědomitost.

Integritu můžeme měřit dotazníkovou metodou. Konkrétní dotazník je tvořen 32 položkami, které jsou zjevné (angl. overt) a sytí osm faktorů. Faktory Poctivost ve vztahu ke společnosti, Zásadovost a Obecná čestnost se vztahují k porušování společenských norem nebo klamání za účelem osobního obohacení. Typická položka této oblasti je např. „Nikdy bych neval/a úplatek.“ Faktory Využití času, Svědomitost v práci a Zneužívání pracovních benefitů posuzují subjektivní

hodnocení efektivity práce, využívání času pro jiné než pracovní účely a tendence k rizikovému chování na pracovišti a zneužívání pracovních benefitů. Typická položka je např. „Během pracovní doby se přihlašuji na sociální síť (např. facebook, twitter).“ Faktory Rezistence vůči krádeži a Rezistence vůči podvádění hodnotí tendence k ospravedlňování krádeží nebo podvodů, interpretace uvedené oblasti se tedy blíží konceptu morálního vyvázání se. Typická položka je např. „Pokud někdo krade, aby jeho rodina měla z čeho žít, neměl by být trestaný.“ Kromě osmi faktorů měříme také celkové skóre, které považujeme za hlavní a souhrnné měřítko tendence přemýšlet a jednat.

Podvádění za účelem finančního zisku jsme zkoumali počítačově administrovanou zkouškou (tzv. visual perception task). Pacientům jsme metodu prezentovali jako zkoušku zaměřenou na soustředění - odhadování počtu červených bodů. Řekli jsme jim, že počítač bude prezentovat vždy na jednu vteřinu čtverec, který je úhlopříčkou rozdělen na levou a pravou část, a že v každé části bude vidět určitý počet červených bodů. Jejich úkolem bylo odhadnout, v jaké části čtverce je bodů více (pod čarou - vlevo nebo nad čarou - vpravo). Dostali rovněž instrukci, že vzhledem k tomu, že během krátkého časového limitu není možné všechny červené body spočítat, budou pouze odhadovat jejich počet. Dále pacienti získali důležitou informaci, že v průběhu zkoušky budou za svůj odhad odměňováni. Odměna se jim ukázala na monitoru po skončení celého testu. Věděli, že pokud rozhodnou, že více bodů bylo vlevo, dostanou méně peněz, než pokud rozhodnou opačně. Po skončení testu byla odměna přímo vyplacena. Maximální částka, kterou mohli v 30minutové zkoušce získat, byla 200 Kč. Samotné podvádění bylo operacionalizováno jako počet rozhodnutí zvolit pravou stranu obrazovky u úloh, kde vzhledem ke krátkosti prezentace a způsobu rozmístění teček bylo při některých prezentacích nejisté, zda více teček je na straně levé nebo pravé.



Ze zkušenosti víme, že kon-text klamání je důležitý, stejně jako vztah k tomu, koho klameme, i míra závažnosti, která nás ke klamání vede. V našem projektu neměli výzkumníci s pacienty osobní vztahy, neléčili je, nebyli ani součástí terapeutického týmu. Vyšetření probíhalo v poměrně neutrálním prostředí, mimo rámec oddělení, kde byli hospitalizováni (ale ve stejném zařízení). Pacienti nezískali dojem, že by pro ně byl výsledek vyšetření důležitý a byli informováni o anonymním zpracování dat.

Výsledky ukázaly zajímavou věc - integrita pozitivně korelovala s tzv. správným odmítnutím, kdy pacient zvolil správně stranu monitoru, kde bylo více

teček, ale menší odměna, a s pro něj „škodlivou chybou“, kdy zvolil stranu, kde bylo méně teček i menší zisk. Integrita tedy pozitivně korelovala s poctivostí, která pro něj byla nevýhodná - přišel o finanční zisk, ale mohl mít dobrý pocit, protože nepodváděl. Na druhou stranu pak korelovala záporně s tzv. správným potvrzením, kdy pacient zvolil správně stranu, kde bylo více teček i vyšší odměna, a „příznivou chybou“, kdy zvolil stranu, na niž bylo méně teček, ale vyšší odměna. Nižší integrita byla tedy spojena s vyšší tendencí podvádět za účelem zisku.

Vztahy (korelace) mezi integritou a podváděním v simulované úloze byly statisticky významné, i když nízké, korelace se pohybovaly mezi 0,23-0,28, což lze označit jako nízký efekt. Přesto je významné, že dva nesourodé nástroje (dotazník a počítačem prezentovaná „percepční“ zkouška) vykazují souvislosti v očekávaných směrech. Můžeme si představit, že podobné souvislosti mohou být v reálném životě. Kdo bude mít větší tendenci uvádět potíže, které nemá, nebo zveličovat ty, které má? Jedinec s vyšší, nebo nižší mírou psychologické proměnné typu spolehlivosti, poctivosti, integrity? Naše výsledky ukazují, že je vztah mezi proměnnou, kterou můžeme jednoduše měřit (integritou), a chováním, jež směřuje k zisku, který je nezasloužený, protože je založený na podvodu.

Francesca Ginová a Dan Ariely publikovali v roce 2012 studii o odvrácené straně tvořivosti. Kreativita je významnou složkou lidské psychiky, která je založená na divergentním myšlení a kognitivní flexibilitě. Obě proměnné pomáhají lidem nalézt tvořivá řešení tváří v tvář složitým úkolům, na něž je možné pohlížet z různých úhlů pohledu. Těmi mohou být i etická dilemata. Požadují totiž na lidech vyvažovat dvě protikladné síly - touhu maximalizovat zisk ve vlastní prospěch a touhu po pozitivním sebeobrazu neboli možnost vážit si sám sebe. Řešením bývá chování zaměřené oběma směry, jak k nepoctivosti - abych měl zisk, zároveň ale i tak, abych si mohl vážit sám sebe a mohl si pro sebe obhájit svoji poctivost. Lidé mají tendenci podvádět, ale „jen trochu“, aby pozitivní sebeobraz mohl zůstat zachován a nenastoupily pocity viny a studu. Stejná metoda, jakou jsme použili my (visual perception task) korelovala s mírou tří měřítek tvořivosti. Podobně jako v naší studii byly korelace nízké (0,23-0,33), ale statisticky signifikantní. Tvořivost navíc pozitivně korelovala se dvěma dalšími zkouškami, jež měřily podvádění. Ukázalo se, že má svoji pozitivní stránku, ale může díky divergentnímu myšlení a kognitivní flexibilitě vést i k neetickému chování, neboť má větší schopnost racionalizovat nepřijemné aspekty vlastního chování. Ze studie je patrné, že tvořivost, kterou většinou vnímáme jako pozitivní složku lidské psychiky, může být ve službě něčeho, co za pozitivní nepovažujeme.

Měření integrity a námi vyvinutá metoda nejsou pochopitelně samospasitelné. Výsledky naznačují jen slabé vztahy k reálnému chování a nemožnou postihnout různé faktory prostředí ovlivňující konkrétní chování ve složitém a rychle se měnícím světě. Metoda ale může být užitečným pomocníkem v případě pochybností o konkrétním jedinci, nebo naopak potvrzením našich pozitivních očekávání.

doc. PhDr. Marek Preiss, Ph.D.^{1,2}, Tereza Přihodová, MA¹
¹Národní ústav duševního zdraví
²University of New York in Prague

*Tento článek byl podpořen Grantovou agenturou České republiky, reg. 16-06264S



Ilustrační foto: Shutterstock

Primární a sekundární onkologická prevence

Snížení úmrtnosti na zhoubné nádory nepomohou nové léky a zázračné metody, nýbrž pouze systematická primární a sekundární onkologická prevence.

V České republice onemocní v průběhu života některým z mnoha druhů nádorových onemocnění bezmála každý třetí občan, skoro každý čtvrtý pak na rakovinu zemře. Primární prevence znamená odstraňovat ze životního stylu a prostředí rizikové faktory, jež prokazatelně vedou ke zvýšenému výskytu zhoubných nádorů. Jde především o boj proti kouření, alkoholismu, nezdravé výživě, některým virovým infekcím či kontaminaci životního a pracovního prostředí kancerogenními látkami a zvyšováním odpovědnosti za vlastní zdraví.

Neumíme-li dosud nádorovým onemocněním účinně předcházet u každého jednotlivce zvláště, můžeme mu nabídnout alespoň účinnou sekundární prevenci, tedy časný záchyt nádorového onemocnění preventivními vyšetřeními. V onkologii platí, že čím časněji je nádorové onemocnění zachyceno, tím lepší jsou výsledky a tím rovněž i nižší náklady na léčbu a náročnost pro nemocného. První stadia zhoubných nádorů jsou prakticky vždy vyléčitelná, poslední neboli čtvrtá stadia již obvykle vyléčit nelze. Kromě některých velmi zákeřných forem rakoviny lze nádorová onemocnění ve většině případů odhalit cílenými preventivními vyšetřeními v méně pokročilých fázích podle řady klinických příznaků, nebo dokonce ve velmi časných stadiích. Donedávna se za preventabilní nádory, tedy nádory poměrně snadno zjištělné běžnými nezatažujícími vyšetřeními, pokládaly pouze nádory kůže, prsu, plic, tlustého střeva, čípku děložního u žen a prostaty u mužů. Moderní ultrazvukové, endoskopické a laboratorní metody umožňují spektrum časně zachytitelných nádorů rozšířit i na další lokalizace. Je ovšem třeba respektovat individuální a věkově specifická rizika.

V Masarykově onkologickém ústavu (MOÚ) nabízíme novou, širší koncepci preventivních onkologických prohlídek jako nabídku dostupného optima, které jsou přizpůsobeny věku klienta a které kvantifikují



Ilustrační foto: Shutterstock

míru jistoty nepřítomnosti nádorového onemocnění, již klient provedenými vyšetřeními získá. Zdravotní pojišťovny, státní programy nebo zaměstnavatel mohou tuto onkologickou prevenci různými způsoby a v různé míře hradit či podporovat, odpovědnost za vlastní zdraví a posouzení, která onkologická rizika si kdo chce či může dovolit opomíjet a která má aktivně odstraňovat, zůstane na posouzení každého z nás. Nelze čekat na spasilskou roli státu, je možné plně využít dosavadních možností a doplnit je o nové přístupy a formy se spoluúčastí každého podle vlastní úvahy.

Cílem je zvýšení podílu vyléčitelných stadií zhoubných nádorů, snížení úmrtnosti na nádorová onemocnění a redukce individuálního onkologického rizika každého, kdo projeví zájem.

Pokud se lidem nabídne racionální preventivní program, budou si vlastní zodpovědnost vůči svému zdraví více uvědomovat. Uvedený návrh globálního preventivního programu může být vodítkem, jak preventivní program realizovat a podle získaných zkušeností zdokonalovat. Autoři si jsou vědomi nutnosti dalšího propracování, přesto se pokusili zodpovědět nejčastější otázky, kdy, komu, jak a v jakém rozsahu preventivní prohlídku na onkologická onemocnění provést. Uvedená onemocnění jsou sice genetickým onemocněním, ale doposud neznáme všechny důsledky znalosti o lidském genomu, a bude to jistě ještě dlouho trvat, než je poznáme. Získané znalosti se pak budou převádět i na cílené preventivní prohlídky a manipulace s genomem, tak abychom onemocnění vyléčili. Do té doby jsou však preventivní vyšetření jedinou cestou, jak snížit incidenci i mortalitu na onkologická onemocnění. Program MOÚ je individualizovaný na konkrétního jedince. Nezabývá se otázkami plošného skríningu, ale snaží se danému člověku říci co nejbližší pravdu o jeho zdravotním stavu a vztahu k onkologickým onemocněním. Poslední dobou se objevují možnosti finanční podpory i od zdravotních pojišťoven, i když většinou jsou pouze pro samoplátce.

Obecně je nutné zdůraznit, že povědomí o prevenci nemocí se v naší společnosti stále zvyšuje. Pomáhá tomu medializace problematiky nádorových onemocnění i zavedení základních screeningových vyšetření pro rakovinu prsu, tlustého střeva a děložního čípku s cíleným zvaním některých zdravotních pojišťoven. Společně s individualizovanými prevencemi je možné předcházet řadě tragických životních situací.

prof. MUDr. Rostislav Vyzula, CSC.,
poslanec PSP ČR

Nejmodernější inkubátor na brněnské klinice

Reprodukční klinika REPROFIT International získala inkubátor Geri, který 24 hodin denně sleduje vývoj embryí ještě před jejich zavedením do dělohy.

Odborníkům pomůže přístroj zjistit, která embrya mají největší šanci na správný vývoj. Výzkum jejich vývoje navíc pomůže v budoucnu odhalit i případnou příčinu neúspěchu při oplodnění.

„Tím, že se víko komor prakticky neotevírá, jsou kultivační podmínky mnohem lepší než ve standardním inkubátoru. Proces kultivace se nepřerušuje, a proto je ohrožení embryonálního vývoje vnějšími podněty minimální,“ vysvětluje PharmDr. Zuzana Holubcová, Ph.D., jejíž tým bude přístroj používat k výzkumu. „Nyní se můžeme hodně dozvědět o preimplantačním vývoji a tyto poznatky použít pro zlepšení léčby neplodnosti. Budeme se snažit identifikovat

znaky, které jsou důležité pro správný vývoj embrya, což do budoucna povede k lepšímu zhodnocení vývoje a implantačního potenciálu embrya. Naše průběžné výsledky se budeme snažit prezentovat odborné veřejnosti v domácím i zahraničním kontextu,“ říká Zuzana Holubcová.

Inkubátor Geri sleduje embrya pomocí vysokorychlostních kamer v reálném čase a snímá je každých pět minut. V šesti komorách může být uloženo až 96 embryí, ale každá je řízena nezávisle. Jedna komora slouží pouze embryím jedné pacientky. Výběr kvalitního embrya je pro úspěšné těhotenství totiž klíčový.

(pp)

Zdroj a foto: REPROFIT





Prostředí zdravotnických zařízení může podpořit léčbu

Neosobnost a bílé stěny ambulancí i nemocnic mohou u řady lidí vyvolávat obavy už před samotnou návštěvou. Přítomná psychická pohoda pacienta má vliv na průběh léčby a uzdravování. Jednou z možností, jak zdravotnické zařízení zharmonizovat, je zařídit ho podle zásad feng šuej. Na těchto principech byla navržena reprodukční a genetická klinika Repromeda v Brně. Více nám o tom sdělila ředitelka kliniky **MUDr. Kateřina Veselá, Ph.D.**

Jak jste přišli na myšlenku využít feng šuej v prostorách kliniky?

Moderní budovy jsou stavěny pomocí technologií, které sice zaručují požadované funkce stavby, ale jsou plné problematických geopatogenních zón a jiných negativních prvků (strukturované kabeláže, elektromagnety, klimatizační jednotky či lékařské přístroje). Narušují nejen pocit pohody a spokojenosti člověka, ale přímo negativně ovlivňují jeho zdraví. Často jsou i dnes v nemocnicích a na klinikách jen bílé zdi s kovovým nábytkem a silnými zářivkami. Takové prostředí ale klientům, kteří přicházejí v komplikované životní situaci, na klidu a pohodě moc nepřidává. Prvky feng šuej jsou na naší klinice použity v moderním pojetí, aby rezonovaly s charakterem budovy, zlepšovaly kvalitu energie čchi a působily pozitivně na lidské pocity, vitalitu a celkově i na zdraví.

O jak velké změny původního prostoru se jednalo? Jde o dražší alternativu, než kolik stojí klasický design? Bylo těžké nápad prosadit u vedení?

Impuls vyšel naopak od majitelů a vedení. Sama generální ředitelka aktivně navrhla a vytvářela celou koncepci. Vedla architektky a designéry k tomu, aby si principy osvojili a respektovali je. Ukázalo se, že to byla správná volba. Veškeré prvky včetně „živé stěny“ z rostlin změnily energii v prostoru. Bohužel nebylo možné použít prvky feng šuej hned na začátku projektování a samotné výstavby budovy. Jednalo se o interiérové zásahy, které měly odclonit, odladit a zlepšit původně špatnou energii prostoru. Koncepce podle feng šuej je jistě finančně i konstrukčně náročnější než klasický design, nicméně pohodlí a dobré psychické rozpoložení našich klientů a pracovníků je pro nás to nejdůležitější. Když se v takto navržených prostorech ocitnete, poznáte hned rozdíl.

Bylo obtížné sehnat odborníky pro realizaci?

K návrhu motivu stěny z živých rostlin jsme si vybrali zkušenou zahradní architektku Magdalenu Mikšíkovou, se kterou si opravdu rozumíme, vše ostatní se pak v prostoru pro klienty přizpůsobilo tomuto prvku. Paní architektka nám rovněž doporučila i firmy k realizaci interiéru – vybrali jsme pak odborníky, kteří nejvíce odpovídali naší filozofii a mentalitě.

Jak na změnu reagují pacienti?

Velice často kladně hodnotí prostředí „tiché“ čekárny, již dominuje právě stěna z živých rostlin a květin. V je-



jím středu je umístěna recepce, kde klientům nabízíme kávu, čaj nebo vodu. Jsou zde pohodlná moderní křesla i dvojsedáky anebo vyšší barové stoličky, každý se tedy může posadit tak, jak se cítí nejlépe a jakou má zrovna náladu. Pod nábytkem jsou ukryty zásuvky pro nabíjení mobilů a notebooků. U nás mohou klienti klidně i pracovat. Máme oddělenou „hlučnou“ čekárnu pro rodiny s dětmi nebo pro muže čekající na svoji partnerku, kteří chtějí v televizi třeba sledovat probíhající sportovní utkání. V zázemí personálu je v obou patrech prostorná denní místnost s kuchyňskými linkami, kde si mohou pracovníci o přestávce odpočinout a připravit jídlo.

Využíváte při své práci i další komplementární či celostní principy? A jak se na to dívají kolegové z oboru a dalších odvětví medicíny?

Ano, používáme. Kromě akupunktury a tradiční čínské medicíny mohou naši klienti absolvovat i diagnostiku a léčbu na přístrojích využívajících princip bio-rezonance. Uvedená metoda velice pomáhá v různých zdravotních ohledech a navíc zlepšuje vyhlídky na otěhotnění i u párů, u nichž se vyskytuje kombinace faktorů. Doplnkových služeb u nás aktuálně využívá více než třetina pacientů. Zatím to v našem oboru není zce-

Princip feng šuej vychází z předpokladu, že rozmístění nábytku, dekorací či výmalba stěn může ovlivnit tok vsudypřítomné energie, která přináší zdraví a harmonii do našeho života. Filosofie se před čtyřmi tisíci lety objevila v Číně, dnes jsou však její zásady využívány architektky a designéry po celém světě.

la běžné, nicméně zkušenosti i výsledky jsou pro nás argumentem, proč portfolio služeb celostní medicíny nadále rozšiřovat.

Myslíte si, že by se měly vašim příkladem inspirovat další zdravotnická zařízení? Co byste případným zájemcům vzkázali?

Celostní i komplementární medicína vytváří obrovský prostor pro prevenci, léčbu a doléčování nejrůznějších stavů či nemocí a připravuje prostor ke kombinování s metodami západní medicíny. Umožňuje totiž zasáhnout i tam, kde západní medicína již pomocí neumí nebo se k tomu necítí kompetentní. Jsme přesvědčeni, že během dalších let se bude zvyšovat zájem klientů o její využití a že také západní lékaři budou stále častěji těžit ze spolupráce s tímto odvětvím a seznamovat se s jejími možnostmi. Dvěma východními medicínami jsou tedy otevřeny, a to ku prospěchu všech pacientů, kteří o to budou mít zájem.

Děkuji za rozhovor.

MUDr. Andrea Skálová
Foto: archiv Repromeda



Studie RETIC potvrdila význam podání fibrinogenu

V rámci XXIV. kongresu České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny proběhlo 8. 9. 2017 v Brně satellite symposium společnosti CSL Behring zaměřené na závažné krvácení v klinické praxi. Klíčovým tématem byly výsledky studie RETIC, které potvrdily superioritu podání fibrinogenu vůči mražené plazmě při řešení život ohrožujícího krvácení.

Symposiem provázel prof. Jean-Louis Vincent, MD, PhD., z Lékařské univerzity v Bruselu, jenž upozornil na trendy v oblasti anesteziologie a managementu perioperačního krvácení v éře personalizované medicíny. Odborný program zahrnoval dva hlavní příspěvky: zahraniční zkušenosti a klíčové poznatky z nedávno publikované studie RETIC shrnula doc. Dr. Petra Innerhoferová, PhD., z Lékařské univerzity v Innsbrucku a o zkušenosti z české praxe se podělil prof. MUDr. Roman Gál, Ph.D., z Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny LF MU a FN Brno.

Život ohrožující krvácení

Management těžkého a život ohrožujícího krvácení (ŽOK) stojí v posledních letech v popředí klinického zájmu intenzivistů a dalších odborníků, zejména s ohledem na implementaci nových evropských guidelineů. Zdůrazňuje se potřeba personalizovaného přístupu k pacientům s ŽOK, význam cílené hemosubstituční terapie, včasné podání antifibrinolytik, fibrinogenu a plazmy, nezbytnost vypracování léčebných protokolů na jednotlivých pracovištích a doporučení k užití tromboelastických metod v diagnostice koagulopatie.

Stavy těžkého krvácení mohou nastat v souvislosti s polytraumatem, porodem, operačním výkonem a rovněž právě v důsledku koagulopatie. „Život ohrožující krvácení je těžký stav vyžadující těsnou spolupráci více odborností a intervenci v co nejkratším čase. Koagulopatie je pak velmi komplexní fenomén, v němž se prolíná TIC neboli trauma-induced coagulopathy a TAC čili trauma-associated coagulopathy,“ uvedl v úvodu své prezentace prof. Vincent. Evropská guideliney podle něj procházejí významným vývojem. Mezi důležité aspekty, které byly nedávno implementovány a které mění pohled na management život ohrožujícího krvácení, patří například užití kyseliny tranexamové, podání fibrinogenu nebo plazmy či koncentráty protrombinového komplexu (PCC). Vyzdvihl také význam studie RETIC (Reversal of traumainduced coagulopathy using firstline coagulation factor concentrates or fresh frozen plasma), která ačkoli proběhla v jednom centru, přinesla důležité poznatky a je často citovaná v odborném tisku.

Studie RETIC

Otevřená randomizovaná studie RETIC porovnávala klinické výsledky u pacientů s posttraumatickým krvácením při použití koncentrátů koagulačních faktorů s léčbou zmrazenou plazmou (FFP) v první linii léčby. Na studii se podílel multioborový tým Univerzity v Innsbrucku pod vedením dr. Innerhoferové. Studie byla předčasně ukončena pro zcela přesvědčivé výsledky. Prokázalo se, že léčba koncentráty koagulačních faktorů (CFC) je účinnější i bezpečnější než terapie zmrazenou plazmou. Výsledky byly publikovány v červnovém vydání časopisu Lancet.

Důvodem realizace uvedené studie bylo zejména problematické vnímání léta používaného masivního transfuzního protokolu. Každá další jednotka krevních derivátů totiž zhoršuje klinické výsledky léčby ŽOK. Současná guideliney sice uvedenou skutečnost zohledňují a použití fibrinogenu nebo mražené plazmy doporučují, doposud však chyběla data o přínosu cílené léčby ŽOK substitucí CFC v porovnání s FFP. Mraženou plazmu přitom stále mnoho pracovišť upřednostňuje.

Innsbručtí lékaři se rozhodli ověřit, zda FFP přispívá ke zvýšenému riziku komplikací v podobě rekurence posttraumatické koagulopatie či multiorgánového selhání, respektive potvrdit hypotézu, že užití CFC u TIC je superiorní vůči FFP. Do studie bylo zařazeno sto pacientů s ŽOK a ověřenou koagulopatií a byli randomizováni do dvou skupin – k podání FFP (15 ml/kg) nebo k terapii fibrinogenovým koncentrátem (50 mg/kg).

CFC prokázalo superioritu vůči FFP

RETIC byla první studií, připomenula dr. Innerhoferová, která přímo srovnávala podání FFP a CFC. Musela být dokonce předčasně ukončena pro nepřijatelně vyšší riziko při podání FFP oproti fibrinogenovému koncentrátu. Výsledky ukázaly, že cílená terapie pomocí CFC je superiorní vůči FFP, a včasné podání fibrinogenu je tudíž důležité. Ke korekci TIC došlo v 96 % ve skupině s CFC a u méně než 50 % ve skupině s FFP. Ve studii selhala terapie v první linii CFC ve čtyřech procentech, zatímco FFP v 52 %. Masivní transfuzi potřebovalo 30 % léčených FFP a 12 % pacientů s CFC. Mnohočetné orgánové selhání se vyskytlo u 66 % pacientů s FFP a u po-



Jean-Louis Vincent

Foto: archiv Jean-Louis Vincent

loviny ve skupině s CFC. U pacientů, kteří byli v první linii léčeni FFP, se častěji objevilo mikrovaskulární, nebo dokonce masivní krvácení, k čemuž po CFC nedošlo. Svědčí to o tom, že FFP nedostatečně upravuje posttraumatickou koagulopatii při ŽOK.

„První linie léčby pomocí mražené plazmy je spojena s perzistující hypofibrinogenemií, tvorbou slabých koagulí, prolongovaným krvácením z důvodu koagulopatie, zvýšenou potřebou podání erytrocytů a masivního transfuzního protokolu i zvýšeným rizikem multiorgánového selhání,“ shrnula Innerhoferová. Limitem studie je podle autorů její velikost, a proto potřeba provést další prospektivní klinickou studii k ověření superiority CFC.

Vývoj směřuje k personalizaci léčby

O tom, jak život ohrožující krvácení řeší intenzivisté na brněnském pracovišti, referoval prof. Roman Gál. Ve svém příspěvku prezentoval příklady personalizovaného cíleného přístupu k ŽOK na několika kazuistikách. Zamýšlel se dále nad významem a efektem substituce koagulačních faktorů a bezpečností podání fibrinogenu (kryoprecipitátu) či mražené plazmy. Zdůraznil potřebu vypracování lokálních transfuzních protokolů, stejně jako využívání tromboelastických metod (ROTEM, TEG) v diagnostice koagulopatií a individualizaci léčby ŽOK. „V managementu život ohrožujícího krvácení a intenzivní medicíny jsme svědky vývoje k personalizaci a cílené terapii,“ uzavřel profesor Gál.



Ilustrační foto: Shutterstock

MUDr. Andrea Skálová



Africká zkušenost

Ortoped a traumatolog z Dětské nemocnice FN Brno MUDr. Karel Urbášek si přivezl z africké mise v Etiopii řadu zkušeností, které posunuly jeho pohled na situaci nejen v rozvojových zemích, ale i u nás.

Na africkou misi se Karel Urbášek dostal díky spolužačce, která jej zkontaktovala s organizací DORRA (DOctoRs foR Africa) z Hradce Králové. Její zakladatel MUDr. Dalibor Stoszek plánoval akci v Etiopii zaměřenou jednak na gynekologii, jednak na dětskou ortopedii. Po poměrně zdoluhavých administrativních procedurách se čeští lékaři vydali do Afriky. „Prostředí pro nás nebylo úplně neznámé, Dalibor Stoszek tam již před naším příjezdem byl a dohodl spolupráci v jedné místní, relativně velké nemocnici. Situace na místě se od původních představ ale naprosto lišila,“ říká brněnský lékař, podle něhož měli naši lékaři v rámci pobytu vedle péče o pacienty také přednášet pro etiopské studenty.



Během předběžného jednání přítomný na etiopské straně panovalo nadšení. Vznikla tak dohoda, že pacienti budou připraveni, aby se jim čeští lékaři mohli hned věnovat. „Když jsme tam ale přijeli, byla realita zcela jiná. Naši partneři neudělali nic, co slíbili. Výuka nakonec v nemocnici v Yirgalem Hospital probíhala a přednášky pro studenty rovněž, i když ne v tak velkém rozsahu, jak bylo plánováno. Projevila se zřejmě africká povaha, pro kterou je typické řešení problémů odsouvat. Když je mají řešit a dostanou se pod tlak, stáhnou se a přestanou komunikovat,“ popisuje situaci Karel Urbášek, podle kterého byl přístup středního personálu, tedy sestry a techniků, v nemocnici výborný. Problém byl spíše u vedení.

Nemocní hledali sami

První dny pobytu proto čeští lékaři v nemocnici své pacienty museli hledat sami. Když se sháněli po práci a ptali se, kde jsou pacienti, dozvěděli se, že tam žádní pacienti, kteří by potřebovali péči českých lékařů, nejsou. V nemocnici přítomni byli evidentně dlouhodobě neléčení nemocní. Naši zdravotníci se například setkali s mužem, který v nemocnici ležel s pět měsíců starou otevřenou zlomeninou. „Šéfchirurg úplně přestal spolupracovat, protože asi cítil, že bychom nějak mohli narušit jeho autoritu. Dohodli jsme se, že druhý den ráno půjdeme společně operovat. Když jsme ale přišli na sál, chirurg nikde. Nakonec jsme operovali sami,“ říká Karel Urbášek. Důvodem podle něj může být i to, že Afrika je pod tlakem populační exploze a že lidský život tam nemá tak vysokou cenu jako v Evropě. Vede to i k tomu, že pokud má někdo špatnou prognózu, téměř automaticky se počítá s tím, že zemře.

Také v gynekologii, na níž byla zaměřena část české mise, se v Etiopii projevuje „africký“ přístup. Devadesát procent porodů se odehrává v domácích podmínkách, v nemocnici rodí jen malá část žen. A také v porodnictví je vidět odlišný postoj k ceně života. „Když se narodilo dítě, které nedýchalo, brali je hned jako mrtvé a dál se o ně už nestarali. Zažili jsme situaci, kdy chirurg po porodu odešel, pacientku odvezli do jiné části nemocnice a dítě nechali být. Díky tomu, že s námi byl i anesteziolog, se nám dítě podařilo uvést do stavu, kdy bez jakékoli podpory dýchalo. Pak jsme ale nevěděli, co s ním. Hledali jsme v nemocnici někoho, kdo by se o ně postaral, až jsme našli jeho matku. Byl to pro nás dost emotivní příběh,“ líčí zážitek z etiopské nemocnice Karel Urbášek.



Konflikty s personálem

Česká mise ve větší nemocnici nakonec skončila po několika dnech konfliktem. Když naši lékaři viděli pacienta, kterého přivezli v noci zraněného a ve vážném stavu, začali jej připravovat na sál. Šéfchirurg jim v tom ale zabránil. „Pošval proti nám i zbytek personálu s tím, že jsme přijeli škodit, takže jsme se z nemocnice museli stáhnout. Přesunuli jsme se pak do jiného zařízení, kde už téměř nebyli lékaři, ale jen nižší personál. Tam byli vstřícní. Když se v okolí rozkřiklo, že jsme v nemocnici, začali se sjíždět lidé z širšího okolí. Pak už jsme ani neměli kapacity na to všechny uspokojit,“ říká o pokračování etiopské mise Karel Urbášek.

V Africe podle zkušeností brněnského ortopeda není problém jen s přístupem lékařů a zdravotníků k pacientům, ale i pokud jde o technická zařízení. „V obou nemocnicích, kde jsme působili, jsme viděli spoustu vybavení z Evropy, Japonska nebo Ameriky, které nikdo nepoužíval. Přístroje byly i roky netknuté. Viděl jsem dva nové inkubátory ze Švýcarska v původním balení. Takové ani u nás nejsou k dispozici,“ upozorňuje na další problém Karel Urbášek.

Spíše než pořádní misí a zaslání vybavení by podle něj bylo řešením přivádět tamní lékaře na praxe do Evropy a vracet je pak do tamní komunity, aby přenesli získané zkušenosti do praxe. „Přiblížení afrického zdravotnictví Evropě je ale cesta na desítky let. Lidé tam sice mají přístup k informacím, ale nevědí, jak s nimi zacházet, je to podobné jako s inkubátory,“ říká mladý lékař. Svou misi ale hodnotí jako obrovský osobní přínos, jen pokud jde o srovnání přístupu pacientů u nás a v Etiopii. „My z Evropy jsme z jiné kultury a nejspíše je největší problém na naší straně. Snažíme se totiž ‚tlačit‘ naše hodnoty někam, kde na to nejsou připraveni. A možná ani to, o čem se domníváme, že by měli chtít, oni nechťejí,“ shrnuje svou africkou zkušenost Karel Urbášek.

Martin Ježek

Foto z archivu Karla Urbáška



Homeopatická léčba je spíše umění než technika

*Když jsem se vydávala za **MUDr. Hanou Váňovou** do lékařské ordinace v Litvli, abychom hovořily o jejích zkušenostech s homeopatickou léčbou, napadlo mě, že s ní zkonzultuji i některé své problémy.*

Po hodině dialogu jsem měla pocit, že představa a očekávání, s nimiž jsem přijížděla, se během našeho rozhovoru nějak restrukturovaly. Vracela jsem se s jiným nastavením mysli, jiným pohledem na sebe i své symptomy...

Co se to mezi námi za uplynulou hodinu stalo?

Každý lékař, který přijme homeopatický způsob léčby, musí trochu změnit uvažování. I když využíváme exaktní metody vyšetřování, přesto pozorujeme pacienta jinak, pokládáme mu ještě otázky navíc, než je běžné v klasické ordinaci. Pro homeopata je důležitý „proces“ nemoci a zhodnocení všech symptomů, jež vycházejí z patofyziologie, kterou zná každý lékař. Je potřeba vědět, kdy zdravotní problém začal, co se tehdy stalo, kde došlo k zádrhelu, kvůli němuž organismus začal generovat určité symptomy a jakým způsobem. Mě tedy zajímá nejen aktuální symptom a laboratorní výsledek, ale celý proces pacientova stonání. Takže i vaše pocity mohou být ovlivněny. Snažím se pacienty vést k tomu, aby nahlédli na své problémy z širšího kontextu.

Případá mi to spíše jako setkání s psychosomatikem nebo psychoterapeutem...

Osobně si myslím, že každý lékař by měl mít alespoň základní vzdělání v psychosomatice. Tělo od mysli nemůžete nikdy oddělit. Vezměte si, my tu nyní sedíme v relativní pohodě a přijde někdo, kdo vám sdělí extrémně dobrou nebo extrémně špatnou zprávu. Najednou se změně celá vaše fyziologie. Budete mít jiný krevní tlak, jiný puls, jinou hladinu krevního cukru... Takže psychosomatika by měla být součástí medicíny, alespoň v homeopatii se bez ní neobejdeme. Studium homeopatie do jisté míry znamená studium psychosomatiky. Přidáním homeopatického léku dáváme možnost lépe zpracovat psychoterapeutické rady.

Homeopatické vzdělávání si může běžný lékař představit jako učení se odlišné struktuře léčby. Prochází adept homeopatie nějakým vnitřním vývojem podobně jako uchazeč psychoterapie ve výcviku?

Jednoznačně. Homeopatie je léčebná metoda s jasnou strukturou a pravidly. Lékaři během vzdělávání mají možnost pochopit a přijmout její zákonitosti, a tím obohatí svůj způsob myšlení, změně způsob vnímání nemoci, s čímž souvisí i osobní vývoj. Homeopatická léčba nespočívá jen v dosazování homeopatických léků na místo léku klasických. Základem v homeopatii je procesuální myšlení. Snažíme se mu lékaře v našich kurzech tudíž naučit. Je důležité, aby chápali, že v organismu dochází nejprve k funkčním změnám a až poté ke změnám strukturálním. Klasická medicína sice reflektuje funkční změny jako klinický symptom, ale neumí je dost dobře řešit. Homeopatie si s tím umí poradit lépe. Homeopatický lék působí ve směru fyziologie organismu.

Funkční symptomy jsou v medicíně často bagatelizovány, protože jsou „jenom“ funkční. Máte zkušenost, že se u pacientů později rozvine závažné onemocnění?

Moje zkušenost je, že pokud se u pacienta objeví závažné onemocnění, pak to začalo někde v minulosti funkčním postižením nebo nezpracovaným psychickým traumatem. Ozývaly se určité signály. Pokud je dokážeme správně léčit, a zde má právě své místo homeopatie, je možné rozvoji orgánového postižení velmi často zabránit. Pomocí homeopatie můžeme u funkčních potíží ušetřit pacienty užívání léků, které mají při dlouhodobém podávání nežádoucí účinky.

Můžete jmenovat příklady funkčních potíží, jež lze úspěšně léčit homeopatickými léky?

Nespavost, bolesti hlavy, migrény, žaludeční neuróza, počínající chronický únavový syndrom, syndrom neklidných nohou, latentní tetanie...

Myslíte, že za odmítáním homeopatie může být strach lékařů, že by jim homeopatická praxe nějak naurouala jejich myšlenkové schéma?

Zčásti to může být tento strach, částečně pak obavy, že by homeopatický způsob léčby byl náročnější. A opravdu to zpočátku náročnější je. Množství informací, které musíte integrovat, je najednou víc. Nestačí se pacientovi podívat při angíně do krku a změřit CRP. Musíte řešit pocity doprovázející nemoc, proměnu symptomů v určitých podmínkách, celkovou reaktivitu, např. žízeň, pocení apod. To vše vám dává celkový patofyziologický obraz nemoci. Běžný lékař nemusí s pacientem, který má angínu, moc hovořit. Podle nálezu v krku a laboratorních výsledků má jasnou diagnózu, ví, že má podat antibiotika, nehodnotí celý proces stonání. Vezměte si však, že až 70 % angín a bronchitid jsou virového původu, navíc některé viry dokážou zvýšit CRP. Virózy se ale antibiotiky neléčí. Co s takovým pacientem? Podání antipyretik a analgetik není kauzální léčbou. Mnoho lékařů do homeopatických kurzů přivádí skutečnost, že ve své praxi vidí limity a že si chtějí rozšířit arzenál léčebných prostředků. A to homeopatie rozhodně nabízí.

Použila jste výraz rozšíření. To je ovšem něco jiného než alternativní, jak se občas uvádí v souvislosti s homeopatickou léčbou.

Alternativní znamená jiný. To v uvedeném případě není odpovídající. Homeopatie opravdu spíše rozšiřuje léčebné možnosti. Ve výsledku je medicína jen jedna. Nezpochybňujeme, že diabetik potřebuje inzulín, člověk s infarktem, úrazem nebo jinou závažnou diagnózou adekvátní léčbu. Zde udělala medicína obrovský pokrok. Na druhé straně, když ke standardnímu ošetření zlomeniny přidáte homeopatické léky, pak se celý proces hojení zkrátí. Homeopatické léky podporují přirozený proces uzdravování. Na úrazech a po operacích se jejich efekt dá snadno ověřit.

Jak se dívá homeopat na závažná onemocnění, jako je třeba rakovina? Myslíte, že na počátku byly také alarmující symptomy a že se dalo rozvoji rakoviny zabránit?

Pravděpodobně ano. Po 35 letech praxe mám teorii, že za každým autoimunitním onemocněním je nějaký



Foto: archiv Hany Váňové

MUDr. Hana Váňová

působí jako praktická lékařka v Litvli. Homeopatii se intenzivně věnuje 25 let, téměř 20 let přednáší klinickou homeopatii v rámci mezinárodní školy CEDH.

příběh. Samozřejmě tam může být také genetická predispozice, environmentální vlivy či dlouhodobě působící stres. Pokud však za mnou přijde pacient se závažnou diagnózou, respektuji, že medicína je jen jedna. Onkologický pacient tedy dochází na onkologii, užívá chemoterapii, jde na operaci. Já mu však mohu poskytnout podporu homeopatickými léky, aby lépe zvládl operaci i radioterapii a aby netrpěl velkým zvracením při chemoterapii. Na některých zahraničních onkologických klinikách doplňují homeopatickými léky chemoterapii standardně. Mají k dispozici protokoly, v nichž je uvedeno, který homeopatický lék je vhodný pro kterou chemoterapii. To jsou převratné věci, jež by se daly okamžitě integrovat do medicíny a nijak by to nenarušovalo práci onkologa. Je to opravdu komplexní přístup.

Každý pacient nechce mluvit o svých problémech, ale právě ty mohou stát za jeho zdravotními potížemi. Může být homeopatie alternativou psychoterapie?

Pokud pacient o něčem mluvit nechce, nedá se s tím moc dělat. Pro homeopata je důležité, aby člověk své potíže popsal. Výběr homeopatického léku totiž vychází z konkrétních symptomů. Někdy však homeopatovi stačí i náznak, určitý symptom, aby za tím poznal proces a aby podle toho zvolil vhodný homeopatický lék, který pacientovi pomůže zpracovat traumata, jež vedla ke vzniku jeho potíží.

Jak se mění symptomatologie pacientových obtíží v čase? A jak na to reaguje homeopat volbou léků?

Symptomy se samozřejmě měnit mohou, protože i život je proměnlivý. Proto si někdy nevystačíme s konstitučním homeopatickým lékem, neboť ten často nepokryje celou symptomatologii v daném procesu. Může se třeba jednat o pacienta s chronickou nemocí, kterému se aktuálně zhoršil zdravotní stav. Přišla mi jedna paní s velkou kardiální dušností, chronickou ischemickou srdeční chorobou a onkologickým onemocněním.



V dané chvíli byla naprosto vyčerpaná, nebyla téměř schopná mluvit. Podala jsem jí proto symptomatický homeopatický lék Carbo vegetabilis, jenž podporuje vitální funkce. Na kontrole po třech týdnech byl její stav lepší, lépe se jí dýchalo a bylo možné odebrat podrobnější anamnézu. Lék jí posunul do příznivějšího funkčního stavu i při její velmi závažné diagnóze.

Můžete uvést další příklady, kde pomohlo podání homeopatického léku?

Mám v péči řadu pacientů s onkologickým onemocněním, kteří mi sami sdělují, že jim homeopatické léky pomáhají zvládat onkologickou léčbu. Mnohokrát jsem pomohla pacientům po úrazech, kde došlo po podání homeopatie k rychlejšímu hojení a kde rehabilitace proběhla lépe. Mám v péči sedmdesátiletého pacienta, který od dvaceti let trpí bolestmi hlavy, jež začaly právě po úrazu hlavy. Předepsala jsem mu Natrum sulfuricum, osvědčený homeopatický lék na postkomoční syndrom. Pacient přišel po roce pro další balení léku, protože bolest hlavy se znovu objevila. Bolesti po užití jednoho balení homeopatika ustaly na tři čtvrtě roku, přičemž předtím ho hlava bolela padesát let v průměru dvakrát týdně.

V čem je homeopatická léčba těžší, než kdybyste léčila klasickým způsobem?

Je trochu více náročná na čas. Také je třeba být více bdělý. Je nezbytné si pečlivě všimnout pacientových symptomů, i těch doprovodných psychosomatických, které lékař v běžné ordinaci neřeší. Homeopatie nikdy není rutina. Máte před sebou člověka, jehož symptomatologie se podobá jinému pacientovi, a přesto mu nedáte stejný lék, protože za jeho symptomy se skrývá jiný proces.

Pokud se někdo z mediků chce stát homeopatem, co by měl vlastně vědět?

Myslím, že spíše než homeopatem by se měl stát lékařem s homeopatickou praxí. Základem každého léčení je správná diagnóza, kterou je kompetentní stanovit lékař na základě všech odpovídajících vyšetření. Potom následuje hodnocení symptomů a za tím vším je individualita pacienta. Mně by se tedy líbilo, kdyby kardiolog zůstal kardiologem, ale dokázal na funkční potíže, pokud nenajde nic na EKG, použít homeopatický lék. Kdyby chirurg zůstal dobrým chirurgem, ale věděl by, že když při jakékoli operaci podá homeopatický lék Arnica montana, že zkrátí léčebný proces a zlepší komfort pacienta. Kdyby praktický lékař zůstal dobrým praktikem, ale uměl řešit pomocí homeopatie funkční psychosomatické stavy, virózy a neurovegetativní potíže. Mnoho pacientů by pak nepřecházelo do chronicity.

Co vás osobně přesvědčilo, abyste se ve své lékařské praxi věnovala homeopatii?

Zpočátku jsem si ověřila účinky homeopatie na své rodině. Můj syn trpěl recidivujícími otitidami. Od chvíle, kdy jsme nasadili homeopatické léky, se již neobjevily. Dceru jsem zase systematickým podáváním homeopatik zbavila ekzému. Zde je důležité především průběžně posilovat imunitu, čímž se zlepšuje alergický terén.

Změnil se váš pohled na homeopatii za roky používání?

Pohled na homeopatii jako takovou asi ne. Zde působí univerzální princip podobnosti, léky se vyrábí stále obdobným způsobem z minerálů, rostlinných substancí, živočišných těl a matečná tinktura, která je základem jejich výroby, zůstává stejná dnes jako za zakladatele

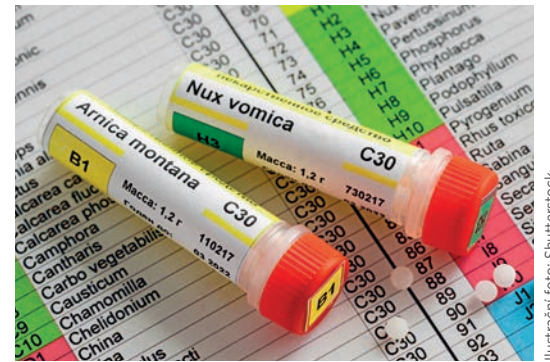
Hahnemanna. Mění se však stonání lidí. Přibývá autoimunitních onemocnění či onkologických pacientů. Procesy stonání a léčení je tedy nutné uchopovat moderně.

Je homeopatická metoda léčby pouhou technikou, nebo uměním?

Homeopatická léčba je umění. Jde o kreativní dovednost, kterou stále vylepšujete. Dnes je pro mě mnoho věcí snazších než před dvaceti lety. Ne že bych dříve své pacienty zanedbávala, ale za jejich slovy a symptomy toho nyní pozoruji více. O člověku už mnohé poznáte jen podle toho, jak přichází. Vidíte, jak mu je, když se mu podíváte do očí. Poznáte, že je smutný, i když vám to neřekne. Takové poznání přichází s praxí a v homeopatických kurzech se ho nenaučíte.

Děkuji za rozhovor.

MUDr. Andrea Skálová



Ilustrační foto: Shutterstock

Inzerce ▼M171000452

UZS
UNIE ZAMĚSTNATELSKÝCH
SVAZŮ ČESKÉ REPUBLIKY

MF
MLADÁ FRONTA

ODBORNÁ KONFERENCE

pod záštitou
předsedy vlády ČR Mgr. Bohuslava Sobotky a ministra školství,
mládeže a tělovýchovy prof. PhDr. Stanislava Štecha, CSc.

ŠKOLSTVÍ 2018

21. ZÁŘÍ 2017

TOP HOTEL PRAHA & CONGRESS CENTRE
BLAŽIMSKÁ 1781/4, PRAHA 4

Partneři:

KZPS

MP
SV

infra^{a.s.}

ETS | GLOBAL
A subsidiary of Educational Testing Service

ekoTAB*

Vystavovatel:

Z-WARE.cz

BHS
Investment of your future

OXFORD
BOOKSHOP

Mediální partner:

un
učitelské noviny

edumenu.cz

Potřebujeme pacientské organizace?

Ještě před několika léty jsem musela přesvědčovat doktory, že pacientské organizace nejsou nepřítelem, který jim chce konkurovat nebo je kontrolovat, jak léčí. Jsou tady, aby pomáhaly.

Když jsem po založení Koalice pro zdraví navštívila tehdejšího předsedu Výboru pro zdravotnictví Poslanecké sněmovny a vykládala mu o pacientských organizacích, soustrastně se na mne podíval a řekl: „Ale paní Petrenková, vždyt je to jen pár kverulantů, kteří nevědí, co s časem.“ A nebyl sám, kdo si to myslel. Naštěstí se přesvědčil, že tomu tak není, a nyní nám pomáhá, jak jen může.

Proč se sdružovat

Nově diagnostikovaný chronicky nemocný pacient se náhle s diagnózou ocitne osamocen. Má pocit, že je v tom sám bez ohledu na to, jestli se mu lékaři a příbuzní snaží pomáhat. U závažné diagnózy se život drasticky změní. Pacient i lidé kolem něj poté hledají, jak se k tomu postavit. Hledat cestu do nového „normálu“ je někdy zdlouhavý a komplikovaný proces. Vyznat se v nové realitě a v omezeních způsobených zdravotními problémy i ve spleti sociálního systému, který má pomáhat, někdy člověku připadá nad lidské síly. Nemůžeme očekávat, že lékař zná odpovědi na všechny otázky, které se vyrojí, když se začne potýkat s problémy, jež nesouvisí s diagnózou a léčbou.

Informace a pochopení

Dnešní medicína už naštěstí přestává vnímat pacienta jen jako klasifikaci symptomů a příčin, ale bere ho jako člověka postiženého nemocí. Přicházíme totiž na to, že psychika hraje při úspěšné léčbě důležitou roli. Pacient potřebuje nejen správnou diagnózu, postupy lege artis a léky, ale také psychickou podporu personálu a lidí okolo. Oporu může nejlépe poskytnout někdo, kdo už prošel tím, že se musel učit se svou diagnózou žít. Většina členů pacientské organizace si všim už prošla a je také ochotna sdílet své dobré i špatné zkušenosti s ostatními a vzájemně si tak pomáhat. Lidé si v ní mají možnost otevřeně mluvit o problémech, s nimiž se potýkají, najít přátele, kteří bez dlouhého vysvětlování plně chápou jejich problémy a kteří je neposlouchají pouze ze soucitu.

Po vzoru zahraničí přibývají pacientské organizace i v České republice. Není to jen módní trend, ale skutečně je hlavně pro chronicky nemocné pacienty potřebujeme. Také lékaři si začínají uvědomovat, že v uvolněnější atmosféře na setkáních pacientských organizací získají cenné informace, jež by v časově omezených a stresových situacích v ambulanci dostat nemohli. Spolupráce je skutečně vzájemně prospěšná. Pacientské organizace na svých webových stránkách zveřejňují informace, které si ověřily u odborné společnosti. Za poslední léta se rovněž rozšířila spolupráce českých a zahraničních



Jana Petrenková

organizací, s nimiž si vyměňují zkušenosti i informace o výzkumu a léčbě konkrétní nemoci. Pro pacienty je důležité vědět, jaké mají perspektivy, jaké jsou výhledy vyléčení nebo alespoň zpomalení progresu onemocnění.

Lékaři dnes vědí, že informovaný pacient lépe spolupracuje na léčbě, efektivněji komunikuje a dodržuje léčebný režim. Lékař může diabetikovi donekonečna opakovat, že pokud nebude dodržovat léčebný režim, může přijít dokonce o nohu. Ale zdaleka to nemá takový efekt jako návštěva v pacientské organizaci, kde potká jiného pacienta, kterému se to skutečně přihodilo. Potvrdila mi to také lázeňská lékařka. Ta při vstupním vyšetření ihned pozná,

jestli je pacient členem organizace, anebo ne. První totiž zná svou diagnózu, chce spolupracovat na léčbě, zatímco přístup druhého je orámován tvrzeními že „dodržování léčebných pokynů je buzerace, dělejte se mnou něco, vyhleďte mně a já budu spolupracovat podle toho, jak se mi to hodí“. Nejenže potřebujeme pacientské organizace, ale měly by se stát součástí zdravotního systému.

V některých krajinách je samozřejmostí, že členové organizací navštěvují pacienty s podobnou diagnózou v nemocnicích a zdravotnických zařízeních. Pomáhají tam jako dobrovolníci. Jejich návštěvy pomohou pacientům chápat, co se děje, a připraví je praktickými radami na to, co lze předvídat a očekávat. Některé české organizace na tom už taky pracují. V žádném případě neposkytují odborné rady, ale jejich zkušenosti ulehčí dalším lidem potýkáním se s problémy v každodenním životě. Pacientské organizace už dnes mají poradny i v některých zdravotnických zařízeních. Zatím jsou to jenom výjimky, ale jejich prospěšnost se postupně dostává do povědomí poskytovatelů zdravotní péče.

Dialog se systémem

S bývalým ministrem zdravotnictví Julínkem jsme založili Pacientskou radu ministra, která umožnila zástupcům pacientských organizací přístup na ministerstvo, ale rovněž se diskutovalo se zástupci ministerstva o možném řešení problémů, s nimiž se organizace potýkají. Schůze se účastnili náměstci nebo ředitelé odborů, kteří dostali za úkol vznikající otázky řešit. Není však pravidlem, že by měl každý ministr o skutečný dialog zájem. Naposled to byl doktor Holcát, který jako ministr sice spolupracovat a pomáhat chtěl, ale krátké působení v čele resortu a omezené pravomoci mu v tom bránily.

Na VZP mi trvalo deset minut, než ředitel Kabátek řekl, že pojišťovna potřebuje vědět, co si pacienti o péči myslí, protože ji pojišťovna hraří. Pacientská rada umožňuje zástupcům pacientských organizací disku-

1. Náměstkyně ministra zdravotnictví JUDr. Lenka Teska Arnoštová, Ph.D., v rozhovoru pro náš časopis uvedla, že většina stížností na lékaře vyplývá ze špatné komunikace. Jak v tom mohou pacientské organizace pomoci?

Jak pacienty, tak lékaře nikdo neučí, jak spolu komunikovat. Při neformálních setkáních pacientských organizací si s lékaři a sestrami často vyříkají, co jim vzájemně vadí. Obejde se to bez toho, aby výtky brali osobně, ale opravdu se snaží zlepšit vztahy. Většinou se skutečně jedná jen o nedorozumění. Správně informovaný pacient má realističtější očekávání a nebojí se zeptat, když něčemu nerozumí.

2. Co očekáváte od Pacientské rady, která vzniká při Ministerstvu zdravotnictví?

Nechám se překvapit.

3. Na rozdíl od západních zemí pacientské organizace u nás stále fungují na principu dobrovolnosti. Jak jsou vlastně financovány? Jste pro jejich profesionalizaci i případné financování ze zdravotního pojištění?

Financování je pro většinu organizací ten největší problém. Zabere to hrozně moc času a úsilí, což je výsledkem často neúměrné. Taky se vyplývá dost peněz na nesmyslné projekty, aby si z toho organizace mohly ponechat malou částku na svůj chod a pomoc pacientům, protože zrovna na tento účel jim skoro nikdo prostředky nedá. Každý si pod profesionalizací představuje něco jiného. Kdyby si příbuzní a přátelé pacienta mohli odečíst z daní částku, kterou věnují pacientské organizaci, jak to funguje v mnoha krajinách, například i na Slovensku, určitě by to pomohlo. Navíc korporace se rády chlubí svou podporou neziskového sektoru a prostředky raději směřují tam než k rukám daňovému úřadu.

4. Koláč je jenom jeden a musí se naporcovat. Jsou skutečně všechny organizace na jedné lodi? Existuje mezi nimi kooperace, anebo si vlastně konkurují?

Svým způsobem si konkurují. Některé jsou ochotny si vzájemně pomáhat. Nejhorší je, když se v jedné lokalitě založí stejná organizace a bojují proti sobě, místo aby se sjednotily. Pak je to otázka ega a ctižádosti těch, kteří je vedou a nechtějí vzájemně spolupracovat. Naštěstí jsou to jenom výjimky.

(red)

tovat o problémech péče. Rozhodnutí o změně se někdy stane hned u stolu, anebo si pojišťovna zjistí další podobnosti v terénu a informuje o nich všechny účastníky v zápisu ze schůze. Funguje to přesně tak, jak jsem si představovala, že by měl probíhat oboustranný dialog.

Pacientských organizací přibývá, přesto je každá jiná, což závisí hlavně na tom, kdo a jak ji vede. Většina se ale snaží o totéž - pomáhat svým členům a jejich blízkým. Poskytují služby, na něž systém nemá čas či finance, a někdy, bohužel, chybí dokonce i zájem. Organizace by měly být nezávislé a politicky neutrální i v době, kdy už různé zájmové skupiny dávno pochopily, že schovávat se za pacienty v boji o vlastní zájmy může být někdy velice efektivní.

Jana Petrenková,
Koalice pro zdraví



Medix.cloud

Cloudový informační systém pro zdravotnická zařízení

- **Informační panel**
pro rychlý přehled o pacientovi
- **Předpřipravené formuláře**
pro jednodušší tisk receptů, žádanek a reportů
- **Grafický plánovač**
pro objednávání pacientů
- **EET a e-komunikace**
podpora elektronické komunikace s pojišťovnami, EET a e-recepty
- **Externí zařízení**
podpora vybraných zdravotnických přístrojů

- **Spolupráce**
Možnost práce na více pracovištích a počítačích
- **Bezpečnost dat**
Maximální bezpečnost a ochrana dat pacientů
- **Technická podpora**
až v režimu 24/7
- **Migrace dat**
Medicus, PC Doktor, Amicus, Praktik, Winmed, Medicalc a další
- **Doplňkové služby**
E-mail, Web, Telefon, správa PC

Ceny již od 950 Kč bez DPH / uživatel / měsíčně

První uživatel 1.450 Kč bez DPH / měsíčně, druhý a další uživatel 950 Kč bez DPH

Zvýhodněné ceny pro malé ordinace (lékař + sestra)

222 266 223

obchod@medix.cloud

www.medix.cloud

Inzerce ▲ M171000420 ▼ M171000404



VÁŠ KONFERENCEČNÍ PŘÍSTAV HOTEL PORT...

- ✓ Bohaté zkušenosti s velkými konferencemi i menšími školeními
- ✓ 3 salonky a další variabilní prostory
- ✓ Konferenční sál až pro 200 osob
- ✓ Možnost jednání nebo párty na lodi

★★★★
HOTEL  PORT
MÁCHOVO JEZERO
www.hotelport.cz

Roztroušená skleróza a personalizovaná medicína

Odhaduje se, že celosvětově žije s roztroušenou sklerózou (RS) okolo 2,8 milionu lidí. Včasná diagnostika onemocnění je proto velmi důležitá. Čím dříve se zahájí terapie, tím efektivněji se zasáhne do progresu choroby.

Roztroušená skleróza je autoimunitní nebo imunologicky podmíněné zánětlivé onemocnění centrálního nervového systému s projevy degenerace a je nejčastější netraumatickou příčinou invalidity mladých lidí. Nemoc se projevuje neurologickou epizodou, kterou vyvolal zánět nebo demyelinizace nervové tkáně. Dále se u většiny pacientů střídají období relapsů a remisí doprovázené více či méně výrazným neurodeficitem. Během 10–15 let dochází k rozvoji sekundárně progresivní fáze choroby, která souvisí se vznikem lézí na mozku, mitochondriální dysfunkcí a oxidativním stresem.

O příčině RS se stále mnoho neví. Na jejím vzniku se podílejí různé patogenetické mechanismy – genetická predispozice, expozice viru Epstein-Barrové, nedostatek vitamínu D, kouření a nejspíš i antigenní determinanty ve střevní mikroflóře.

Heterogenita onemocnění komplikuje terapii

Farmakoterapie u RS stejně jako u jiných onemocnění směřuje k personalizované medicíně, tedy volbě léčby, která odpovídá nejnovějším medicínským poznatkům a zároveň zohledňuje individuální potřeby pacientů. Situaci komplikuje fakt, že onemocnění je heterogenní a že prognóza se nedá předvídat. I když jsou k dispozici statistická data z velkých klinických studií a pravděpodobná efektivita léku, není možné je mechanicky převádět do praxe, protože účinnost u konkrétního pacienta není predikovatelná.

V současnosti se dá léčebně ovlivnit pouze časná, zánětlivá fáze onemocnění. Ataky, které se objevují v průběhu 24 hodin, se léčí pomocí kortikosteroidů. Cílem dlouhodobé DMD terapie je potlačit symptomy a celkově zpomalit průběh onemocnění. Aktuálně se v klinických studiích zkouší velké množství léků, proto lze očekávat, že se zaběhnuté postupy budou v příštích letech upravovat. Slibné poznatky přinášejí i výsledky studií z oblasti molekulární biologie a genetiky. Jejich převod do praxe je však velmi komplikovaný.

Projekt MultipleMS:

Individualizace farmakoterapie v oblasti RS se stala tématem i pro Evropskou komisi, která se rozhodla v rámci svého programu pro vědu, výzkum a inovace investovat na začátku roku 15 milionů eur. Jedná se o globální projekt, do něhož se zapojilo 22 univerzit, odborných pracovišť a firem z 12 zemí EU a USA, aby lépe propojily své aktivity v oblasti klinického vývoje a terapie.

Koordinátorem projektu je prof. Ingrid Kockumová ze švédského Institutu Karolinska, jež si od globální spolupráce mezi jednotlivými pracovišti slibuje lepší porozumění patogenezí a etiologii roztroušené sklerózy. Díky rozsáhlému partnerství budou mít lékaři a vědci k dispozici genetická, epigenetická a molekulární data i údaje z magnetické rezonance od více než 50 000 pacientů a 30 000 zdravých jedinců. Zároveň se budou shromažďovat informace nově diagnostikovaných pacientů.

Vedoucí projektu si slibují, že analýza rozsáhlého množství klinických a biologických dat doplněná o poznatky rozdílného životního stylu dobrovolníků pomůže stratifikovat pacienty na základě jejich rizika a terapeutické odpovědi vůči stávajícím lékům. Znalosti o odlišných patogenních cestách umožní prohloubit poznatky o heterogenně onemocnění a lépe identifikovat cíle pro novou léčbu. Po vyhodnocení dat a publikování studie bude MultipleMS iniciovat program vývoje léků.

Biomarkery

Výsledky molekulárněgenetických studií napovídají, že by v budoucím rozhodování o terapii mohly napomoci laboratorně stanovené markery, které by co nejspolehlivěji odpovíděly na otázky spojené se subklinickou aktivitou onemocnění a jeho progresí.

V současnosti se efekt léčby hodnotí pomocí aktivity onemocnění (roční relaps rate) a škálou invalidity (Expanded Disability Status Scale, EDDS), parametry hodnocené pomocí magnetické rezonance. Detekce biomarkerů a zkoumání jejich vztahu k nasazení terapii může znamenat další krok směrem k personalizované medicíně.

Byly například zkoumány neutralizační protilátky (NAbs) při perorální imunomodulační léčbě pomocí klasických interferonů beta (IFN β). Ta výrazně redukuje klinické relapsy u relaps remitující RS. Ukazuje se, že tvorba NAbs u některých pacientů vede po několika měsících od zahájení léčby ke snížení terapeutického efektu, a to zejména podkožně podaných interferonů beta (IFN β). K dalším slibným biomarkerům patří fetuin A,

který se objevuje u pacientů s RS v mozkomíšním moku (MM). Prokázalo se, že u pacientů léčených natalizumabem jeho hladina po více než půl roce poklesla.

Studován byl i osteopontin, což je protizánětlivý cytokin, který produkuje zánětlivé buňky. Jeho hladiny silně korelovaly s klinickou závažností RS a opět byly nižší u pacientů úspěšně léčených natalizumabem. Citlivým ukazatelem se v experimentech prokázal také protein S 100 či růstový faktor pro hepatocyty (HGF), jehož hladiny v MM mohou reflektovat endogenní reparační po-

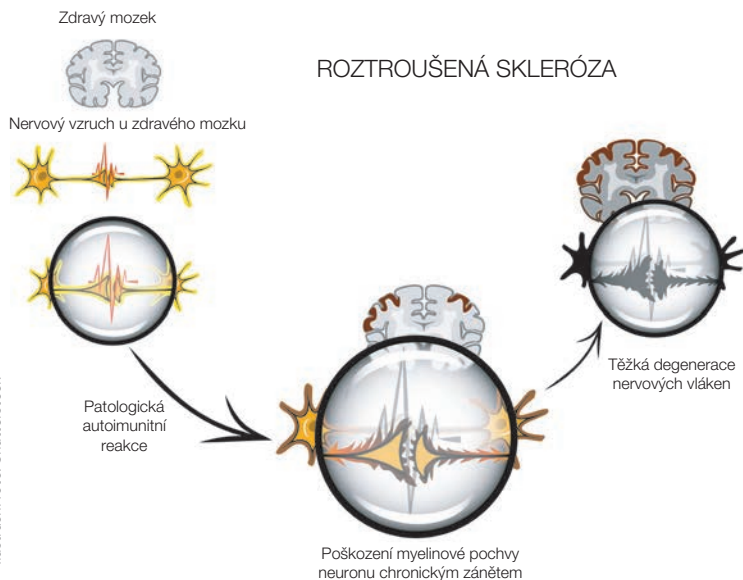
chody CNS, což může mít význam zejména u progresivních forem RS. Velká pozornost se ve výzkumu věnuje také biomarkerům oxidativního stresu, který je jedním z projevů neurodegenerace a který vede k progresi onemocnění. Možnou klinickou odpověď na léčbu cílenou na B buňky (např. rituximab) predikují biomarkery B buněčné aktivity, jako je například chemokin CXCL13. Jedná se o prognostický marker, který se ve zvýšené míře vyskytuje u pacientů v časných fázích onemocnění s rychlým přechodem do relaps remitující nemoci.

Za prognostické biomarkery lze označit i chitin vázající protein, jenž se účastní chronických zánětlivých dějů a poškození tkáně. Podle dostupných studií předpovídaly zvýšené hladiny chitinu u pacientů s první atakou (CIS) rychlejší konverzi do klinicky definitivní RS. Jeho hladina rovněž úzce korelovala s rozšířením lézí rozpoznávaných pomocí magnetické rezonance. Stanovení uvedeného biomarkeru může predikovat, jak závažné bude postižení po prodělané atace. Vhodné biomarkery pro stanovení aktivity a progresu RS se hledají i v oblasti proteogenomiky a transkriptomiky. Výzkum směřoval k objasnění genetických vlivů na účinnost IFN β .

I když všechny nové poznatky na poli molekulární biologie a genetiky vypadají slibně, do praxe se převádějí jen velmi pomalu. V roce 2012 se Česká neurologická společnost ČLS JEP připojila ke světové iniciativě neurologů a zástupců patientských organizací, která definovala společný cíl, jímž je neomezený přístup pacientů k individualizované léčbě. Jde o metu, které není lehké dosáhnout. Je nezbytné, aby jednotlivé státy podporovaly investice do základního i klinického výzkumu a pomáhaly vytvářet podmínky pro vznik a provoz dalších specializovaných RS center, jež zajišťují komplexní péči pro pacienty s RS.

Nové léky, které se na trhu objevují, představují pro nemocné i pacienty velkou naději do budoucna. Pro lékaře to však znamená, že vybrat optimální léčbu pro pacienta bude stále těžší. I přes všechny převratné i méně významné novinky zůstává úvaha lékaře, který zohlední všechny klinické aspekty, při léčbě onemocnění tím nejdůležitějším.

Mgr. Pavlína Perlíková





400. robotická operace cév

Nemocnice Na Homolce v Praze se v počtu provedených robotických operací stala světovou jedničkou v oboru cévní chirurgie.

Tým prof. MUDr. Petra Štádlera, Ph.D., provedl operaci devětapadesátileté pacientce, která trpěla bolestmi nohou v důsledku aterosklerózy a zúžení aorty i pánevních tepen. Pomocí robotického zařízení Da Vinci Xi pacientce miniinvasivně vytvořili bypass hlavních břišních cév. Podle primáře Štádlera bylo zapotřebí postižené tepny překlenout cévní protézou. Zákrok byl proveden miniinvasivně, což nikde jinde v ČR zatím není možné.



Na světě existuje jen několik pracovišť specializovaných na robotickou cévní operativu (např. ve Francii, Velké Británii, USA, Holandsku nebo Jižní Koreji). Důvodem malého počtu pracovišť je pravděpodobně nedostatek předchozích zkušeností cévních chirurgů s laparoskopii. Nemocnice Na Homolce již před nástupem robotické technologie měla vlastní zkušenosti s laparoskopickými operacemi tepen. „Přechod z laparoskopie na robotické operace nám umožnil rychlé zhotovení anastomózy, která se provádí na tepně za přerušeného průtoku krve mezi cévními svorkami. Časový interval naložené cévní svorky, který byl u laparoskopie dlouhý, se zkrátí na dobu srovnatelnou s otevřenými cévními operacemi, ale zůstala výhoda laparoskopie, tedy minimální invazivita zákroku,“ říká Štádlér.

Na Homolce se pomocí robotických operací provádějí zákroky v břišní části aorty a na pánevních tepnách. Důvodem tedy bývají buď výduť, nebo naopak aterosklerotické zúžení v důsledku kornatění cévní stěny. Robotické zákroky se provádějí rovněž na slezině nebo pánevní tepně, ledvinných tepnách či tepně zásobující břišní orgány.

Díky programu robotické chirurgie se nemocnice zařadila mezi přední světová pracoviště v oboru a působí jako mezinárodní školicí centrum.

Zdroj a foto: Nemocnice Na Homolce

Vyšetření odhalí Alzheimerovu chorobu dříve

Krajská nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně zavedla speciální vyšetření, které dokáže rozpoznat Alzheimerovu chorobu dříve, než se rozvinou klinické příznaky.

Jedná se o třetí pracoviště v České republice, jež speciální vyšetření poskytuje. „Jde o vyšetřování neuritických beta-amyloidních plaků, jejichž zvýšený výskyt je zaznamenán v mozku pacientů s Alzheimerovou chorobou. Plaky se odhalují pomocí pozitronové emisní tomografie a flutemetamolu značeného radioaktivním fluorem,“ popisuje vyšetření primář Oddělení nukleární medicíny a PET/CT KNTB



MUDr. Jaromír Bernátek a dodává, že pacientům se nitrožilně podává radiofarmakum a následně jsou snímkováni pod speciální kamerou.

Jedná se o drahou metodu plně hrazenou ze zdravotního pojištění. Vyšetření může indikovat pouze několik vybraných neurologických pracovišť, mezi nimiž je i Neurologické oddělení Krajské nemocnice T. Bati. Podle primáře oddělení MUDr. Jana Bartoníka se hodí především pro pacienty v počátečním stadiu choroby. Vyšetření je vysoce selektivní, musí se proto předem vyloučit všechny jiné možné příčiny.

Prozatím byli vyšetřeni dva pacienti. Jeden z nich se zúčastnil dlouhotrvajícího výzkumného projektu ve Středoevropském technologickém institutu CEITEC Brno, kde pod vedením prof. Ireny Rektorové podstoupil vyšetření paměti a kognitivní funkce. Nakonec pacient putoval i do Zlína, kde na Oddělení nukleární medicíny vyloučili Alzheimerovu chorobu.

V případech, kdy se diagnóza Alzheimerovy nemoci potvrdí, mají neurologové k dispozici tzv. kognitiva, která dokáží průběh nemoci zpomalit, zmírnit jednotlivé symptomy, a tím zlepšit kvalitu života. „Jejich největší přínos je však zejména v počáteční fázi onemocnění. Kauzální léčbu, která způsobuje onemocnění, zatím, bohužel, k dispozici nemáme,“ uzavírá téma MUDr. Jan Bartoník.

Zdroj a foto: Krajská nemocnice T. Bati ve Zlíně

Fyzioterapie bude v Karlových Varech už příští rok

Několikaleté přípravy rozšíření výuky oboru fyzioterapie 3. lékařské fakulty UK byly úspěšně završeny. Výuka může začít v příštím akademickém roce.

Rozšíření výuky schválil Akademický senát 3. LF UK v květnu letošního roku. Obor fyzioterapie budou moci zájemci studovat až v příštím roce. Je to dáno termínem podáváním přihlášek, který je stanoven na konec února. Letos by se studenti už nestihli přihlásit.

Koordinátorka projektu za 3. lékařskou fakultu doc. PhDr. Kamila Řasová, Ph.D., k posunutí začátku studia dodává: „Ten půlrok do podávání přihlášek určitě intenzivně využijeme. Musíme zajistit koordinaci garantů a vyučujících jednotlivých předmětů, budeme mít čas doladit spoustu detailů, zdánlivě maličkostí, ale pro výuku mohou být zásadní.“

O studium fyzioterapie na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy (vyučuje se od roku 1992) je každoročně velký zájem a počet uchazečů mnohonásobně převyšuje kapacity. Proto fakulta možnost rozšíření výuky do Karlových Varů vítá i díky vysoké úrovni zdejší lázeňské péče a možnostem praxe. Fyzioterapie je považována za obor 21. století, mimo jiné proto, že dokáže léčit obtíže, které trápí 95 % dnešní populace.

Primátor Karlových Varů Petr Kulhánek rozšíření výuky kvituje: „Léta usilujeme o to, aby v Karlových Varech bylo denní studium veřejné vysoké školy v oboru souvisejícím s lázeňstvím. Město i kraj totiž nabízí ideální podmínky nejen pro praxe, ale i možnost budoucího zaměstnání. Mluví o tom už celé generace místních a regionálních politiků. Jestli výuka začne už příští rok, a ve spolupráci s 3. lékařskou fakultou Univerzity Karlovy, jde rozhodně o historicky nejlepší výsledek, kterého kdy Karlovy Vary dosáhly.“

Zdroj: 3. LF UK



ilustrační foto: Shutterstock



K čemu je dobrá alternativa?

Přes všechny technologický a vědomostí pokrok, který charakterizuje současnou medicínu, se lékaři takřka denně setkávají s alternativní medicínou. A děje se tak z různých důvodů.

1. Navzdory vysokému stupni rozvoje moderní medicíny existovala, existuje a bude existovat skupina pacientů, která žádá v léčbě něco víc nebo se nespokojí s jedním navrženým postupem, má potřebu zvolit si léčebný postup a míru spolupráce sama anebo má zkrátka nedobrou osobní či rodinnou zkušenost s konvenčními postupy.

2. S rostoucím rozsahem poznání v medicíně dochází k jejímu dělení na menší jednotlivé obory a podobory. Nevyhnutelným následkem je pak nárůst počtu diagnóz, s nimiž se pacient potýká, a množství odborných lékařů, které navštěvuje. Tento fakt, sám o sobě snad pozitivní, však často vyvolává znejistění pacienta, jenž je zahlcen spoustou často protichůdných informací a jemuž se nedostává jednotného vysvětlení. Lékař, který umí použít symbolického alternativního popisu zdravotního stavu a který je schopen podat doplňkovou alternativní léčbu, aniž by přitom ztratil svou racionální tvář, v očích svého klienta stoupá. Dokáže jej totiž ochránit před psychickou stigmatizací z neporozumění svým nemocem.

3. Patrně každý lékař je denně konfrontován s terapeutickým neúspěchem, a to i přes použití všech lege artis postupů, které mu jeho medicínský obor nabízí. V kaž-

dém z nás je kus antropologa i badatele a není chybou či hříchem lékaře podívat se, jak se s nemocemi prali staří kolegové v dávné minulosti. Je však překvapivě zajímavé a pro rozvoj lékaře často i inspirující ponořit se do zkoumání léčebných postupů starých tisíce let a seznamovat se s nimi bez předsudků či povýšenosti. Mnohé z nich jsou překvapivě univerzální a použitelné i dnes.

4. Vzhledem k životnímu stylu dnešní populace exponenciálně narůstá množství psychosomatických funkčních onemocnění, která se stávají skutečným postrachem ordinací praktických lékařů. Skupina pacientů i přes antidepressivní léčbu nenachází ztracenou kvalitu života a trápí sebe i své ošetřující lékaře dalšími a dalšími steskami. Pro takovou klientelu je ideální podpůrně podávaná alternativní léčba, na niž velmi dobře reaguje.

5. Velmi důležité je připomenout, že povolání lékaře je značně rizikové. Po letech praxe se lékař často stává „shnilým milníkem, který správně ukazuje cestu jiným“. Kolik z lékařů prodělalo syndrom vyhoření, trpí různými funkčními nemocemi či je chronicky unavených? Znalost alternativních metod, z nichž mnohé jsou velmi prospěšné pro prevenci a adaptaci na stres, jim může pomoci v péči o sebe sama.

(red)



Ilustrační foto: Shutterstock

International Family Doctors Association presents



Mezinárodní Kongres medicíny pro praxi IFDA

Praha, 14. října 2017 – Hotel Hilton Prague, Pobřežní 1, Praha 8

Sekce 1 Laboratorní diagnostika,

moderátor R. Stejskal

Diagnostikujeme a léčíme správně lymeskou boreliózu?

– H. Kabičková

Vitamin D - kdy a proč vyšetřovat? – P. Broulík

Sekce 2 Metabolismus, moderátor L. Záhořová

Psoriáza jako rizikový faktor metabolických onemocnění

– J. Hercogová

Stoupá při metabolickém syndromu riziko glaukomu?

– K. Hložánková

Sekce 3 Obezitologie, moderátor M. Vokurka

Jaký zvolit přístup k obezitnímu pacientovi? – M. Matoulek

Sekce 4 Geriatrie, moderátor V. Chytil

Jak poznat denutrici u seniorů? – B. Jurášková

Deprese seniorů a AS změny – J. Michlová

Sekce 5 Pediatrie, moderátor R. Stejskal

Malý vzrůst jako signál vážné nemoci – P. Dréano

Sekce 6 Fokus hypertenze, moderátor V. Chytil

Komentovaný klinický případ pacienta s rozkolísaným krevním tlakem – Ph. Castellant



REGISTRACE ON-LINE:
www.vmetst.cz/ifda2017

Generální partner:



Mediaální partneri:



Sekce 7 Diabetologie, moderátor R. Stejskal

DM 2 - metformin ... a pak? komentovaný klinický případ – O. Dupuy

Terapie DM 2 u pacienta s renální insuficiencí

– M. Havrda

Sekce 8 Revmatologie, moderátor V. Chytil

Fibromyalgie - mýtus nebo realita? – B. Rioult

Sekce 9 Farmakoterapie,

moderátoři S. Konštacký a L. Záhořová

Racionální antimikrobiální terapie nehojících se ran

– J. Stryja

Konopí pro léčebné účely: ano či ne – V. Prokešová

Sekce 10 Komunikace,

moderátoři R. Stejskal a V. Chytil

5 chyb v komunikaci, kterým se můžeme vyhnout

– K. Rusinová



Martin Oliverius, Pavel Kohout et al. Selhání střeva a transplantace tenkého střeva

Rozsah: 382 stran

Cena: 648 Kč

ISBN: 978-80-204-4088-4

Vydavatel: Mladá fronta

Edice: Postgraduální medicína

Problematika selhání střeva a jeho diagnostika nebyla dosud v české literatuře komplexně zpracována. Nejnovější publikace tak představuje cenný příspěvek do medicínské oblasti, která vyžaduje mimořádné nasazení specialistů z více oborů. Tenké střevo je největším imunitním orgánem v lidském těle, jenž se významně podílí na celkové imunitě organismu. Porucha funkcí střeva, jako je motilita, trávení, vstřebávání a následná sekrece, může vést až k jeho definitivnímu selhání. Celková péče o nemocné včetně parenterální výživy je proto metodou první volby.

Jednotlivé kapitoly obsáhlejší monografie se zabývají selháním tenkého



střeva od jeho etiologie přes diagnostiku a možnosti léčby včetně transplantace, která je život zachraňujícím výkonem se stále lepšími výsledky.

Karel Roztočil, Jan Pítha a kol. Nemoci končetinových cév

Rozsah: 350 stran

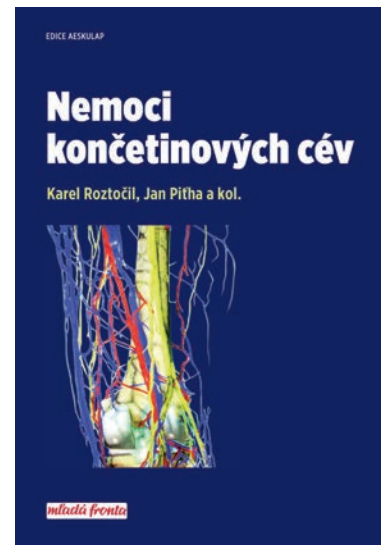
Cena: 550 Kč

ISBN: 978-80-204-4371-7

Vydavatel: Mladá fronta

Edice: Aesculap

Autoři předních českých pracovišť se v publikaci zaměřili na problematiku cévních onemocnění a snažili se lékařům a studentům poskytnout ucelené informace, které ve své klinické praxi potřebují k rozhodování o diagnostických a terapeutických postupech. Nejde jen o shrnutí běžně dostupných poznatků z obecné angiologie, ale také o cenné doplnění méně probíraných témat. Velmi podrobně je v monografii zpracována například oblast končetinových cév, a to především z pohledu lékařů na lůžkových odděleních a ambulancích. Tematika končetinových cév se často podceňuje. Na základnosti se podílí skutečností, že jejich lokalizace způsobuje nižší fyzickou aktivitu pacientů a že vede k vzestupu rizika závažných kardiovaskulárních příhod. Ateroskleróza



končetinových tepen se často pojí s horší prognózou, než je tomu například u pacientů s izolovaným postižením koronárních cév.

Marie Opatrná Etické problémy v onkologii

Rozsah: 120 stran

Cena: 270 Kč

ISBN: 978-80-204-4522-3

Vydavatel: Mladá fronta

Edice: Aesculap

Autorka se zaměřila na etiku v onkologii, již se v rámci pastorační péče na Onkologické klinice VFN a 1. LF UK dvacet let prakticky věnuje. Počet pacientů každoročně roste, a tudíž přibývá etických otázek, kterým by měla být ve zdravotnictví věnována náležitá pozornost. Kromě nejpalčivějších problémů se publikace dotýká filosofie a jejího vztahu k lékařské etice, věnuje se kodexům a etickým doporučením, právům pacientů, komunikaci mezi lékařem a pacientem, etickým otázkám souvisejícím s umíráním a smrtí, včetně přání zemřít, paliativní péči a eutanázii, pastorační péči i alternativní medicíně.



Petr Urbánek Hepatitida C

Rozsah: 359 stran

Cena: 550 Kč

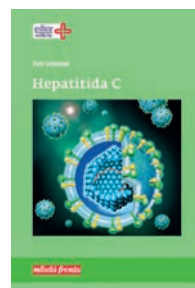
ISBN: 978-80-204-4410-3

Vydavatel: Mladá fronta

Edice: Postgraduální medicína

Publikace je nejobsáhlejší prací, která se v české literatuře věnuje tématu poškození jater virovými záněty. Jde o monografii převážně klinicky zaměřenou, obsahuje však zároveň i detailní soubor znalostí o molekulární struktuře viru i hostitelských proteinech významných pro vstup a šíření HIC infekce.

Autor se v přehledně členěných kapitolách zaměřuje na virologii, molekulární genetiku a replikační cyklus viru. Závěr knihy patří terapeutickým možnostem onemocnění, jak variantám léčby v současné době opouštěným, tak ale i moderním léčebným kombinacím přímo působících virostatik.



Martin Polák Urgentní příjem

Rozsah: 768 stran

Cena: 682 Kč

ISBN: 978-80-204-3939-0

Vydavatel: Mladá fronta

Edice: Postgraduální medicína

Druhé, doplněné vydání úspěšné knihy s podtitulem Nejčastější znaky, příznaky a nemoci na oddělení urgentního příjmu shrnuje stavy interní povahy, s nimiž se může lékař na uvedeném pracovišti setkat. Nechybějí ani poznatky z péče o pacienty v terminálním stavu. Vzhledem k tomu, že nemocnice všech typů již oddělení centrálního příjmu v nějaké podobě zavádějí, jde o velmi užitečnou příručku. První vydání se rychle rozebralo. Druhé obsahuje řadu nových a přepracovaných kapitol, jež zahrnují nejnovější informace, včetně vybraných diagnostických a terapeutických algoritmů na urgentním příjmu.



Jan Svěrák Příběh filmu Po strništi bos

Rozsah: 136 stran

Cena: 329 Kč

ISBN: 978-80-204-4429-5

Vydavatel: Mladá fronta

Režisér Jan Svěrák vypráví, jak vznikl jeho nejnovější film, a prozrazuje, co byli herci ochotni svým rolím obětovat a jak se filmový scénář liší od knižních vzpomínek Zdeňka Svěráka. Historiky z natáčení, postřehy a úvahy tvůrců, řešení autorských i technických problémů dělají knihu atraktivní nejen pro odborníky, ale pro každého milovníka českého filmu.



Marta Davouze Celej Franz!

Rozsah: 192 stran

Cena: 249 Kč

ISBN: 978-80-204-4559-9

Vydavatel: Mladá fronta

Věra Saudková žila bezmála sto let a její složitý a velice těžký osud se v nejednom ohledu podobal osudu naší země ve dvacátém století. Kdykoli svitla naděje na lepší časy, přišlo něco, co ji zmařilo. Nebyly to však jen pohnuté okolnosti politického vývoje, s nimiž se citlivá žena musela vyrovnávat.



John le Carré Noční recepční

Předloha úspěšné televizní série s Tomem Hiddlestonem a Hughem Lauriem

Rozsah: 536 stran

Cena: 379 Kč

ISBN: 978-80-204-4554-4

Vydavatel: Mladá fronta

Bývalý příslušník britské armády Jonathan Pine se nečekaně ocitá tváří v tvář Richardu Onslowmu Roperovi, miliardáři, který ve skutečnosti řídí ilegální obchod se zbraněmi. Jeho praktiky odhalil už před lety v Káhiře a následky nese dodnes. Nebezpečná dvojí hra může začít...





Inzerce M171000424

Inzerce M171000422

Inzerce M171000416

Volná místa

Fakultní nemocnice v Motole,
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5 hledá:

- **lékaře/ku pro Kardiologickou kliniku 2. LF UK a FN Motol**

Nabízíme:

- možnost profesního růstu,
- ubytování pro mimopražské,
- a další benefity.

Požadavky:

- absolvování spol. interního kmene nebo příprava ke kardiologické at. výhodou (event. absolvent LF se zájmem o obor),
- schopnost týmové práce, znalost AJ, plný úvazek.

Kontakt:

Písemné nabídky s CV zasílejte:
josef.veselka@fnmotol.cz,
irini.tasiula@fnmotol.cz.
Info telefon: 22443 4900-1

M171000450



Personální inzerce do časopisu Zdravotnictví a medicína je přijímána na e-mailu:

personalni.inzerce@mf.cz

nebo telefonicky:

225 276 380

**ZDRAVOTNICTVÍ
MEDICÍNA**

mf
MLADÁ FRONTA

**MMN, a.s., v Jilemnici
vyhlašuje výběrové řízení
na obsazení pracovního místa:**

VEDOUcí RADIOLOGICKÝ ASISTENT

KVALIFIKAČNÍ PŘEDPOKLADY:

- VŠ nebo specializovaná způsobilost v oboru radiologický asistent
- minimálně 3 roky praxe
- dobré komunikační a organizační schopnosti
- morální a občanská bezúhonnost
- znalost práce na PC

K PŘIHLÁŠCE NUTNO DOLOŽIT:

- strukturovaný životopis
- osobní dotazník
- doklady o dosaženém vzdělání
- motivační dopis
- výpis z rejstříku trestů ne starší 3 měsíců
- souhlas s využitím poskytnutých osobních údajů pro účely výběrového řízení

Písemné přihlášky s požadovanými doklady zasílejte na personální oddělení do 3 týdnů po zveřejnění inzerátu (**MMN, a.s., personální oddělení, Metysova 465, 514 01 Jilemnice**).

Liberecký kraj vyhlašuje výběrové řízení na pozici
**ŘEDITELKA/ŘEDITEL
ORGANIZACE
ZDRAVOTNICKÁ
ZÁCHRANNÁ SLUŽBA
LIBERECKÉHO KRAJE,
PŘÍSPĚVKOVÁ
ORGANIZACE:**

MÍSTO VÝKONU PRÁCE:
Zdravotnická záchranná služba
Libereckého kraje, příspěvková
organizace, Klášterní 954/5,
460 01 Liberec.

**Předpokládaný termín
nástupu:** 1. 12. 2017.
**Lhůta pro podání
přihlášky:** do 13. 10. 2017.

Podrobnosti kvalifikačních i jiných požadavků, včetně způsobu podání přihlášky, jsou zveřejněny na úřední desce Libereckého kraje a webových stránkách Krajského úřadu Libereckého kraje, odbor zdravotnictví.

Vážené lékařky, vážení lékaři, zaujal Vás obor **psychiatrie** v průběhu studia? Nelíbí se Vám práce v současném oboru nebo nejste spokojeni ve zdravotnickém zařízení, kde nyní pracujete? **Přijďte pracovat k nám do Psychiatrické nemocnice Brno.**

Nabízíme:

- stabilní pracovní prostředí a kvalitní zázemí
- práci na akreditovaném pracovišti
- odpovídající finanční ohodnocení
- možnost odborného růstu, podporu a možnost dalšího vzdělávání
- příspěvek na stravování, penzijní připojištění a dále příspěvek na kulturní a sportovní akce a rekreaci
- ubytování v blízkosti nemocnice

Své žádosti spolu se strukturovaným životopisem zasílejte Bc. Evě Stehlíkové na e-mailovou adresu:
stehlikova@pnbrno.cz
nebo na adresu PNB, osobní oddělení, Húskova 2, 618 32 Brno-Černovice.



**Nemocnice Na Bulovce,
Oddělení klinické hematologie
a krevní transfuze hledá
sekundárního lékaře/lékařku**
pro práci převážně v hematologické ambulanci, nejlépe s atestací v oboru hematologie a transfúzní lékařství, minimálně se základním interním kmenem.

Kontakt: prim. MUDr. Renata Steinbauerová, e-mail: renata.steinbauerova@bulovka.cz

Inzerce 171000411



Představenstvo Nemocnice Tábor, a. s.,
přijme

LÉKAŘE/KU PRO NEUROLOGICKÉ ODDĚLENÍ LÉKAŘE/KU PRO ODDĚLENÍ ARO

Požadavky:

- VŠ vzdělání lékařského směru
- specializovaná způsobilost v daném oboru, popř. zařazení v přípravě na specializaci
- vhodné i pro absolventy
- zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost

Nabízíme:

- trvalý pracovní poměr
- dobré mzdové podmínky
- výhodné podmínky pro specializační vzdělávání bez podmínky závazku
- zvýhodněné stravování ve vlastní jídelně
- základní výměru 5 týdnů dovolené
- příspěvek na penzijní připojištění
- ubytování na ubytovně v areálu nemocnice

Nástup dle dohody.

**Nemocnice Tábor, a. s., má akreditaci MZ ČR
v oboru neurologie – I. stupeň;
v oboru anesteziologie a resuscitace – I. stupeň**

Bližší informace podá:
MUDr. Alexandr Orel, primář oddělení
NEUR, tel. 381 606 200,
alexandr.orel@nemta.cz

MUDr. Radovan Prchlik, primář
oddělení ARO, tel. 381 605 000,
radovan.prchlik@nemta.cz

Inzerce M171000412



Cafissimo LATTE

PRÉMIOVÝ DOMÁČÍ BARISTA

nyní i do Vaší domácnosti

LATTE
~~5 555 Kč~~
2 777 Kč



TOP NABÍDKA
-50%

Akční nabídka -50 % se vztahuje na všechny kávovary Cafissimo LATTE.
Platí v obchodech Tchibo a na e-shopu Tchibo.cz od 4. 9. do 24. 9. 2017 nebo do vyprodání zásob.

Objevte jedinečný svět Tchibo

ZOOM-ZOOM



Když řídíte vůz Mazda6,
nikdy nejste sami.
V ten moment splýváte
se svým vozem v jedno.
Zažíváte pocit souznění.
Říkáme mu Jinba Ittai
a je v srdci všeho,
co vytváříme.
Taková je Mazda.

DRIVE TOGETHER.

人馬一体



VÍCE NA MAZDA.CZ NEBO FACEBOOK/MAZDA ČR
Kombinovaná spotřeba 3,9–6,3 l/100 km, emise CO₂ 104–148 g/km.

