

ZDRAVOTNICTVÍ MEDICÍNA



10/2014

ČTRNÁCTIDENÍK PRO ODBORNÍKY
VE ZDRAVOTNICTVÍ A FARMACII

Toto číslo vyšlo 19. 5. 2014



ONKOLOGIE

Rakovina je jako povodeň, jen je pomalá
Doc. Ladislav Dušek hovoří o práci Institutu biostatistiky a analýz MU

STRANA 18



ZAHRA NIČNÍ ZKUŠENOST

Jiřího Froňka a Libora Janouška z IKEM s nepálským transplantačním programem

STRANA 30



LÉKAŘSKÉ LISTY

05/2014 – Revmatologie
Naleznete jako přílohu v tomto čísle



Bohuslav Svoboda:
Ústavní soud nerozhodl, že se poplatek nesmí vybírat, ale že to musí být zajištěno jiným právním způsobem.

Foto: Robert Zlatohrávek/EIS

Poslanci schválili peníze na kompenzaci poplatku za hospitalizaci

Poslanecká sněmovna schválila vládní návrh novely zákona o zdravotním pojištění, která navyšuje platby státu za státní pojištění. Opatření přinese ještě letos do zdravotnictví cca 2,1 miliardy, jež mají být určeny ke kompenzaci zrušených poplatků za hospitalizaci.

Dle schváleného návrhu dojde od července ke zvýšení měsíční platby za státní pojištění o 58 Kč ze 787 Kč na 845 Kč. Podle odhadů předkladatelů, jež byly formulovány i v samotném návrhu, by toto navýšení mělo přinést do systému veřejného zdravotního pojištění během roku 2014 přibližně 2,1 miliardy korun a každý další rok cca 4,2 miliardy. Novela určuje zdravotním pojišťovnám kompenzovat poskytovatelům lůžkových zdravotních služeb (včetně lázeňské léčebné rehabilitační péče a ozdravení) výpadek příjmů z hospitalizačních regulačních poplatků, které by byly v tomto roce vybrány,

pokud by Ústavní soud tento regulační poplatek nezrušil.

„Kompenzace bude probíhat formou měsíčních zálohových plateb, kdy pojišťovna uhradí smluvnímu poskytovateli zdravotních služeb v měsíci červenci 2014 částku ve výši sedmi dvanáctin a v každém dalším měsíci roku 2014 jedné dvanáctiny z úhrnu regulačních poplatků, které byl tento poskytovatel povinen vybrat za poskytnutou lůžkovou péči v roce 2013 a vykázal vybraní takového regulačního poplatku příslušné zdravotní pojišťovně. Tato předběžná úhrada bude smluvnímu poskytovateli uhradena nejpozději k poslednímu

dni příslušného kalendářního měsíce,“ upřesňují navrhovatelé mechanismus úhrady.

Akutní legislativní pomoc

Podle ministra zdravotnictví Svatopluka Němečka (ČSSD) představuje schválení tohoto návrhu okamžité řešení akutního stavu českého zdravotnictví, které má zabránit tomu, aby se finanční potíže nemocnic projeví v oblasti kvality a dostupnosti zdravotních služeb. Dle jeho slov už tyto výpadky nemohou pokrýt sami poskytovatelé zdravotních služeb nebo zdravotní pojišťovny ze svých rezerv.

(pokračování na straně 2)

Inzerce M141000684

25LET



www.promedcs.eu



PRO.MED.CS
Praha a.s.

ČESKÁ NEZÁVISLÁ FARMACEUTICKÁ SPOLEČNOST
VLASTNÍ VÝZKUM A VÝVOJ
ŠIROKÉ PORTFOLIO
OVĚŘENÉ, ÚČINNÉ A BEZPEČNÉ PŘÍPRAVKY
VÝVOZ DO 25 ZEMÍ SVĚTA



Poslanci schválili peníze na kompenzaci poplatku za hospitalizaci

(pokračování ze str. 1)

Vzhledem k naléhavosti situace byla novela schválena již v prvním čtení, a to i díky opozičním poslancům, kteří návrh na zrychlené projednání nevetovali, ačkoli k němu měli vážné připomínky a poukazovali zejména na nesystemovost tohoto řešení. Podle Svatopluka Němečka by v případě nechválení opatření ve zrychleném režimu hrozilo, že by dotčení poskytovatelé zdravotních služeb neobdrželi v roce 2014 dostatečné kompenzace, což by vedlo k prohloubení jejich již tak vážné ekonomické situace.

ODS: Nešlo o regulaci

Hlavním bodem střetu mezi opozicí a koalicí byla i při projednávání tohoto návrhu otázka míry a formy spoluúčasti pacientů na financování systému veřejného zdravotního pojištění. Přesto však nakonec pro návrh hlasovali i někteří poslanci opozice. Získal tak podporu 132 ze 167 přítomných poslanců, a to z řad koaličních stran, dále KSČM a hnutí Úsvit. Naopak téměř jednotně proti byli zástupci ODS i TOP 09 a starostů.

Podle Bohuslava Svobody (ODS) se v případě poplatků za hospitalizaci nejednalo o regulační poplatky, nýbrž o platbu za stravu. „Ústavní soud nerozhodl o tom, že se tento poplatek nesmí vybírat. On rozhodl, že to musí být zajištěno jiným právním způsobem, a současná vláda a většina v této poslanecké sněmovně takové řešení odmítla,“ připomněl poslanec Svoboda v narážce na to, že současná koalice odmítla obnovit poplatek za pobyt v nemocnici i ve snížené variantě, kterou navrhoval v době působení přechodné vlády tehdejší ministr zdravotnictví Martin Holcát.

KSČM chce hlubší změnu systému

Opoziční KSČM naproti tomu návrh koalice přivítala a slibuje si od něj narovnaní kritické finanční situace. Podle komunistické poslankyně Soni Markové ovšem dlouhodobou stabilitu zajistí jen hlubší změna systému, kterou však tato novela nepřináší. „Není v tuto chvíli mým cílem opakovat postoje KSČM a kolikrát jsme vůbec proti zavedení regulačních poplatků jako takových vystupovali.

Vítám však snahu současné vlády alespoň částečně situaci napravit. Předkládaný materiál předpokládá zachování navýšení odvodu za státní pojištění i do dalších let. Neobsahuje však systémové řešení do budoucna, neřeší prostředky na kompenzace zrušení dalších typů regulačních poplatků, neobsahuje žádný nástroj k narovnání výše odvodu za státní pojištění ani tolik skloňované automatické navyšování těchto vyměřovacích základů. Diskusi nad těmito, ale i dalšími systémovými opatřeními je ovšem určitě nutné vést, neboť je nezbytná,“ konstatovala Soňa Marková.

TOP 09: Spoluúčast funguje

Expert TOP 09 v otázkách zdravotnictví Leoš Heger považuje trvání koalice na odstraňování jakýchkoli regulačních poplatků ve zdravotnictví za populismus. „Je potřeba říci, že po mnohaletém úsilí, když si všichni na regulační poplatky zvykli a kdy se staly výrazným a vítaným příjmem, na tom koalice trvá celkem tvrdohlavě a řešení má dost populistický charakter. Z tohoto důvodu bude

TOP 09 hlasovat proti posilování peněz plynoucích do zdravotnictví ze státního rozpočtu, protože koalice zde udělala chybu, poplatky zrušila, a neměla přitom zajištěné náhradní zdroje. Navíc svými opakovanými sliby, že peněz pro zdravotnictví ze státního rozpočtu dodá dostatek, odblokovali brzdy a nastartoval se typický mechanismus morálního hazardu, kdy vyvolaná očekávání popustila otežte šetření a na peníze nyní všichni zoufale čekají,“ konstatoval Leoš Heger s tím, že právě z tohoto důvodu ani TOP 09 nebude vetovat zrychlené projednání návrhu.

Rušení regulačních poplatků – jako jeden z hlavních bodů programu vlády Bohuslava Sobotky – bývalý ministr Leoš Heger sice označil za legitimní krok středolevé vládní koalice, ale tento postup je podle něj chybný. „Nejúčinnější regulace jsou samozřejmě na straně poskytovatelů a jejich kapacity, ale regulace na straně příjemce péče – tudíž přímá spoluúčast pacientů – funguje a ze zákona, jak potvrdil i Ústavní soud, je možná,“ naznačil své preference Leoš Heger.

MZ: Je třeba zamezit zneužívání péče

Opačný názor na regulační poplatky má ministr zdravotnictví. Podle Svatopluka Němečka sice představují potřebný příjem do systému, ale časem ztratily svůj regulační smysl. „Když se podíváme na data (a já se díval na celou časovou řadu od doby zavedení těchto poplatků až do doby, než je Ústavní soud zrušil), měly vliv na spotřebu péče první rok až dva. Poté regulační efekt v podstatě přestal fungovat,“ konstatoval ve sněmovně ministr Němeček s tím, že nyní představují spíše bariéru a snižují dostupnost péče.

Argument pravicových poslanců o zneužívání zdravotních služeb však nezpochybnil. „Souhlasím s tím, že je třeba plánovat mechanismy proti zneužívání péče, řešit poměr zdravotní a sociální péče a nastavit pravidla pro dlouhodobou péči,“ dodal. Později oznámil, že již připravil znění novely, kterou se v příštím roce ruší i další regulační poplatky – tedy v ordinacích praktických lékařů, ambulantních specialistů a za recept. Ministerstvo již zaslalo novelu do meziresortního připomínkového řízení. Jakmile ji vláda projedná, dostanou ji k dispozici i poslanci.

Filip Kút Citores

Evropa zvedla prst – MZ musí prověřit dotované programy

Evropská komise (EK) pozastavila certifikační proces Integrovaného operačního programu (IOP) – Služby v oblasti veřejného zdraví. Důvodem jsou chyby, ke kterým došlo v projektech z let 2009–2010.

Ministerstvo zdravotnictví chce urychleně prověřit související systém kontrolních mechanismů, což je také podmínkou EK pro obnovu certifikačního procesu. „Pozastavení certifikačního procesu znamená, že Evropská komise pozastavuje do doby přijetí jí udělených nápravných opatření proplácení finančních prostředků členskému státu, nemá však žádný vliv na pozastavení jakýchkoli implementačních činností, jako je vydávání právních aktů či pozastavení plateb příjemcům, kteří realizují své projekty,“ uvádí MZ. Realizátoři jednotlivých projektů se však podle ministerstva ne-

musejí obávat – krok EK prý neznamená zastavení realizace, administrace ani proplácení projektů v oblasti služeb veřejného zdraví z národních zdrojů. „Dostali jsme do ruky dopis, který poslala Evropská komise (EK) ministerstvu pro místní rozvoj. Ten potvrzuje již dříve uvedené informace, že dochází k pozastavení certifikace IOP v oblasti služeb veřejného zdraví. Chtěl bych zdůraznit, že za vůbec nejdůležitější považují rychle tuto situaci napravit tak, aby mohlo být obnoveno plné čerpání bez jakýchkoli pochybností v tomto integrovaném operačním programu,“ slíbil ministr zdravotnictví Svato-

pluk Němeček (ČSSD) na mimořádném setkání s novináři.

Přísný byl už Leoš Heger

Podle Svatopluka Němečka byly důvodem k pozastavení certifikace současných projektů již uzavřené a certifikované projekty z let 2009 a 2010. V roce 2011 se ale zpřísnil systém kontroly a k podobným chybám by již nemělo docházet. Kontrolní mechanismy, které dnes ministerstvo uplatňuje, prý daleko lépe zajišťují transparentnost a efektivitu nákupů. „Systém, který tady na MZ v současnosti je, se velmi výrazně liší od let 2009 a 2010. Už v roce 2011, s nástupem pana ministra Hege-

ra, byly výrazně zpřísněny všechny kontrolní mechanismy v oblasti IOP. Mimo jiné je zde nutnost rozdělení veřejných zakázek na dílčí plnění, aby nemohly být realizovány takzvanými komplektátory, což byl stěžejní bod kritiky Evropské komise. Došlo k zavedení hloubkové externí kontroly cen a každý projekt a každá veřejná soutěž v této oblasti prochází ještě před jejím vyhlášením pečlivou kontrolou v oblasti evropských fondů,“ ujistil novináře ministr zdravotnictví s tím, že externí audit projektů IOP probíhá již nyní.

Čas intervencí i jednání

Svatopluk Němeček dle svých slov považuje obnovu certifikace za jednu ze svých priorit, a chce proto jednat s příslušnými ministerstvy i EK a pokračovat v auditech. „Nemohu teď přirozeně za předchozí ministry garantovat, že vše bylo v pořádku, ale chci rychlé a jasné řešení tohoto problému. Proto vyvolám jednání jak s ministerstvem pro místní rozvoj

a ministerstvem financí, tak s Evropskou komisí. Projekty sice už prošly i auditem za doby ministra Hegera, přesto jsem odhodlán spolupracovat na jakémkoli dalším auditu. Chci, aby odborníci jednoznačně potvrdili nebo vyvrátili jakékoli pochybnosti,“ zdůraznil ministr s tím, že všechny podklady nutné k posouzení jednotlivých projektů jsou již na ministerstvu, nebude tedy vyžadovat žádné dodatečné informace z nemocnic.

Svatopluk Němeček mírnil i spekulace hovořící o možných sankcích pro Česko za porušení pravidel při čerpání evropských peněz, podle kterých by země mohla být penalizována až miliardovou pokutou. „Jsem přesvědčen, že tak vysoká sankce České republice nehrozí. To by znamenalo zcela zásadní pochybení v těchto projektech, které však nepředpokládáme. Nicméně nemohu dávat ruku do ohně za situaci, která zde byla v době působení mých předchůdců,“ uzavřel Svatopluk Němeček.

(fkc)

Zanikne tikot v cinkání peněz?

Kompenzace regulačního poplatku namísto jeho znovuzavedení odvádí pozornost od skutečných problémů.

Jako nůž máslem prosvištěla sněmovnou v jediném čtení novela zákona o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. Ten zákon se vážně pořád jmenuje takhle a vydrží mu to až do začátku příštího roku, i když skoro všude jinde už se píše o pojištění veřejném; právníky to může dráždit, ale kdyby to byl největší nesoulad v českém zdravotnictví, bylo by hej.

Hej má ostatně být i díky této novele. Hlavně nemocnicím. Ty si díky ní letos přijdou na něco přes dvě miliardy korun, jimiž by měly zalepit díry vzniklé v účetnictví po zrušeném, přesněji znovu nezavedeném regulačním poplatku za pobyt na špitálním lůžku. Slovo dostane ještě senát a prezidentské pero, ale ani jedna z těchto institucí putování nor-

my do sbírky zákonů téměř jistě neztráží.

Morální hazard

Netřeba dodávat, že ty dvě miliardy jsou jen začátek, částka v dalších letech utěšeně poroste. Čistě pro představu – státní

rozpočet bude jen toto navýšení plateb za státní pojištěnce každý rok zatěžovat výrazněji než třeba pravidelná splátka tolik proklínaných církevních restitucí. Přitom je to tak zbytečné a všechen rozum velel poplatek za pobyt v nemocnici do legislativy v nějaké přijatelné formě vrátit. Jeho smysluplnost na rozdíl od dalších regulací uznával ve slabších chvílích i takový Kraken, jakým býval David Rath. Předvo-



Martin Čaban

lební doba ovšem rozumu nepřeje, sliby se slibovaly a teď se plní. Na dluh.

Bezprostřední ekonomický dopad však není nejhlubším problémem zrušeného regulačního poplatku. Tím je snížení spolu-

účasti pacientů a z něj plynoucí změna motivací a posílení nebezpečného dojmu, že zdravotnictví je zdarma. Je to v zásadě jedna z forem toho, čemu ekonomové říkají morální hazard. Považovat zdravotnictví za něco, co stojí mimo běžnou ekonomickou rozvahu, znamená přistupovat k němu jako k něčemu danému, vždy automaticky přítomnému a neměnnému. Což je samozřejmě špatně. Služby zdravotníků jsou

statkem, za nějž je třeba nějak zaplatit. Třicet korun v ordinaci či šedesát v nemocnici k tomuto povědomí přispívalo.

U kořenů krize

Morálním hazardem je ostatně české zdravotnictví prodchnuto od nemocnic k pojišťovnam. Odpovědnost za špatné hospodaření se pravidelně ztrácí v mlze a jeho důsledky se řeší dodatečným přerozdělením nebo státní injekcí.

Není přitom žádné tajemství, že princip morálního hazardu, sázka na individualizaci zisků a socializaci ztrát stály na počátku poslední globální finanční krize. Přesvědčení některých bank, že jsou *too big to fail*, a rozhodování států, které je v tom podporovaly, vedly v důsledku k provázání životních funkcí vlád a bank – z dopadů této závislosti se Evropa dodnes nevzpamatovala a hned tak nevzpamatuje.



Ilustrační foto: Tomáš Novák/Euro

Podobně nezdravé vztahy jsou, samozřejmě v řádově menším měřítku, vidět v českém zdravotnictví na každém kroku. Regulační poplatky samozřejmě problémy nevyřeší, ale mohou sloužit jako symbolické připomenutí, abychom na ně mysleli. Současná vláda na ně myslet nechce. Raději bude tikot ekonomické časované bomby přehlášovat cinkáním dalších a dalších erárních peněz.

Inzerce M141000514

Prevence s OZP – bezpečná cesta ke zdraví

Samozřejmý přístup k prevenci je základním stavebním kamenem zdraví každého člověka a zdravotní pojišťovna by mu k tomu měla umět vytvořit vhodné podmínky. My v oborové zdravotní pojišťovně to umíme, protože to děláme už téměř 15 let a jsme v tom vážně nejlepší.

V čem je smysl zdravotní pojišťovny? Podle nás by měla správná zdravotní pojišťovna především umět podporovat preventivní aktivity svých klientů. V OZP se touto myšlenkou dlouhodobě řídíme a vidíme díky tomu i skutečný přínos našeho počínání. Vždyť řadu preventivních programů zaměřených na screening civilizačních chorob provádíme již od začátku tohoto století. Díky tomu můžeme spolehlivě říci, že víme, co je pro naše klienty nejlepší. To není reklamní slogan. To je fakt a my to můžeme dokázat.

Nejširší nabídka prevence v ČR

Dlouhodobě nabízíme našim nejmenším, ale i nestarším klientům desítku nadstandardních preventivních programů zaměřených na civilizační nemoci, a to se zájemem specialistů po celé republice. Prakticky každý klient bez rozdílu věku a pohlaví, který má zájem prověřit, či dokonce zlepšit svoje zdraví, může tyto služby díky nám využít. Týká se to jak srdečních chorob, tak

OZP OBOROVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ZAMĚSTNANCŮ BANK, POJIŠŤOVEN A STAVEBNICTVÍ

celé řady nádorových onemocnění, atopických ekzémů, astmatu, nemocí pohybového či zažívacího aparátu.

Letitá zkušenost nás poučila, že u mnoha vyšetřených klientů OZP jsme díky systematické prevenci zachytili potenciálně nebezpečné onemocnění a klientům jsme také okamžitě zajistili následně lékařské řešení. A co je potěšitelné – například každý druhý kuřák z našeho programu STOP KOUŘENÍ se ze své nemoci závislosti na tabáku úspěšně vyléčil.

Vysoká kvalita – zdarma

Síť lékařů, se kterými spolupracujeme na preventivních programech, vybíráme pečlivě s ohledem na vysoké požadavky na kvalitu těchto programů. Tato kvalita se projevuje jak v nadstan-

dárním přístrojovém vybavení (podporujeme např. screening rakoviny kůže prostřednictvím digitálního dermatoskopu), tak i ve výstupech (např. lékařských zprávách), které mohou naši klienti obdržet.

Všechny screeningové programy na civilizační nemoci jsou našim klientům poskytovány zcela zdarma. Klienti absolvují vyšetření a my toto vyšetření následně lékařům uhradíme. Částky za jednotlivce se pohybují okolo 1000 Kč, v ojedinělých případech dosahují dokonce až 6000 Kč.

Komfortní servis jako samozřejmost

Víme, že i nejlepší vůle a odhodlání být zodpovědný ke svému zdraví může zkrachovat na takových detailech, jako je obsazená telefonní linka či plná čekárna doktorky, ke které se chcete objednat. Proto klientům nabízíme nejen spolehlivé kontakty na všechny smluvní doktory, které najdou na našich internetových stránkách, ale také jednu linku Asistenční služby OZP, která může starosti s objednávkami vyřešit za vás. Stačí zavolat či napsat a my se vám ozveme s termínem, kdy se máte dostavit na zvolené vyšetření. Pro nás je to samozřejmost, pro vás je to nedocenitelný komfort, který od nás máte zdarma jako bonus.

Ve všech těchto aktivitách chceme a budeme pokračovat i v následujících letech, protože si myslíme, že to má svůj smysl. Důležitost našeho počínání podpořilo také Ministerstvo zdravotnictví ČR, které nás vyzvalo ke spolupráci na zvaní klientů na vyšetření včasného zachytu rakoviny prsu či rakoviny tlustého střeva a konečníku. Jen pro představu: za posledních 5 let jsme jen za screening těchto nemocí uhradili prevenci více než za 220 000 našich klientů!

České nemocnice loni hospodařily ztrátově

Nemocnice v České republice za loňský rok vykázaly souhrnnou ztrátu ve výši 1,9 miliard korun. Zatímco v předchozích letech bylo hospodaření v souhrnu všech typů nemocnic bez ohledu na zřizovatele vyrovnané, ba dokonce mírně plusové, loni se propadly i státní nemocnice. Vyplývá to z údajů Ústavu pro zdravotnické informace a statistiku (ÚZIS).

Celkové náklady nemocnic dosáhly ke konci minulého roku výše 131,3 miliardy korun a oproti předchozímu roku tak vzrostly o 0,4 %. Naproti tomu výnosy nemocnic poklesly ve stejném období o 1,3 % (1,7 mld.) na 129,4 miliardy korun, přičemž příjmy nemocnic od zdravotních pojišťoven se oproti předešlému roku snížily o 2,2 % a v porovnání s rokem 2011 o 1,5 %. Úhrady od zdravotních pojišťoven se přitom podílejí na financování nemocnic největší měrou – v roce 2012 to podle ÚZIS bylo z 81,1 %. Kromě úhrad získávají nemocnice finance i mimo zdravotní pojištění (2,3 %), z prodaného zboží (6,6 %),

provozních dotací od zřizovatele (1,9 %) a dalších zdrojů (8,1 %).

Osobní náklady beze změn

Nejvíce nemocnice vydaly v oblasti osobních nákladů, jež v roce 2013 činily 60,8 miliardy (tj. 46,3 % z celkových nákladů) a oproti předchozímu období se nijak významně nezměnily. Vzrostly ovšem náklady na léky, které spolu s náklady na zdravotnické prostředky představují finančně významný druh nákladů. Loni se náklady nemocnic na léčiva podílely na celkových nákladech 14 % a meziročně vzrostly cca o 6 %. Naopak náklady na zdravotnické prostředky, jež

tvorí 12,8 % celkových nákladů, poklesly o 2 %. „Kromě nárůstu nákladů na energie o přibližně 3 % a dalších nákladů (blíže neurčených) zůstaly ostatní sledované nákladové položky buď na hodnotách minulého roku, nebo poklesly,“ konstatoval ve zprávě ústav.

Kdo jak hospodařil?

Celková ztráta nemocnic za minulý rok činí 1,9 miliardy korun. V černých číslech však skončilo hned 101 ze 163 nemocnic, tedy 62 %. Ztrátu zaznamenalo 62 subjektů (38 %), z nich však 45 % vykazovalo ztrátu pouze ve výši do 10 milionů korun. S katastrofálním

propadem nad 290 milionů korun se potýkala pouze 4 zařízení.

„Zastoupení jednotlivých zřizovatelů na celkových nákladech a výnosech se v posledních letech významně nemění. Největší podíl na těchto finančních ukazatelích (49 %) mají státní nemocnice, tj. 19 zařízení v působnosti ministerstva zdravotnictví a 3 subjekty ostatních centrálních orgánů. Následují nemocnice řízené jinou právnickou osobou (37 %), dále krajské nemocnice ve formě příspěvkových organizací (9 %) a městské nemocnice typu příspěvkových organizací (4 %),“ vysvětluje ÚZIS.

Potíže s placením závazků

Kromě nákladů a výnosů ÚZIS pravidelně sleduje i pohledávky a závazky nemocnic z obchodního styku. Celkový objem těchto pohledávek za minulý rok činil 13,2 miliardy korun a oproti stavu

na konci roku 2012 se snížil o 9 %. Podle informací, jež ústav zveřejnil, se meziročně snížily i pohledávky po lhůtě splatnosti, a to o 20 % na hodnotu 1,6 miliardy.

„Polovinu nesplacených pohledávek ve lhůtě tvořily pohledávky po splatnosti do 30 dnů. Z pohledávek po lhůtě splatnosti připadalo 48 % na pohledávky za zdravotními pojišťovnami, největší část je soustředěna do lhůty 30 dnů po splatnosti. Celková výše pohledávek z obchodního styku krajských a městských nemocnic – obchodních společností k 31. 12. 2013 byla 3,1 mld. Kč, z toho 11 % představovaly neuhrazené pohledávky po termínu splatnosti,“ upřesnil ÚZIS. Hodnota závazků nemocnic se však o 1 % zvýšila, na 17,4 miliardy korun, a hodnota závazků po lhůtě splatnosti vzrostla hned o 32 % na 5,3 miliardy korun.

(Zdroj: ÚZIS)

(fkc)

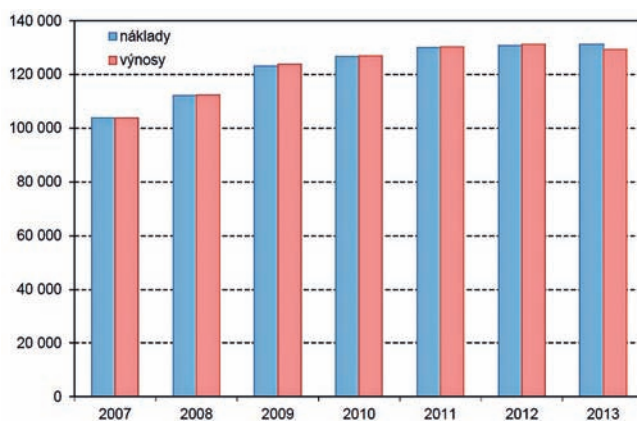
Tab. 1 Náklady, výnosy, hospodářský výsledek nemocnic k 31. 12. 2013 podle zřizovatele

Nemocnice podle zřizovatele	Počet	Náklady	Výnosy	Hospodářský výsledek
		v mil. Kč		
MZ	19	61 590	60 707	-882
Kraj (příspěvkové organizace)	23	12 313	12 238	-75
Obec, město (příspěvkové organizace)	17	5 752	5 667	-86
Jiná právnická osoba, církev	101	48 466	47 630	-836
z toho krajské, městské obchodní společnosti	42	33 980	32 831	-1 148
Ostatní centrální orgány	3	3 195	3 196	1
Celkem	163	131 316	129 438	-1 878

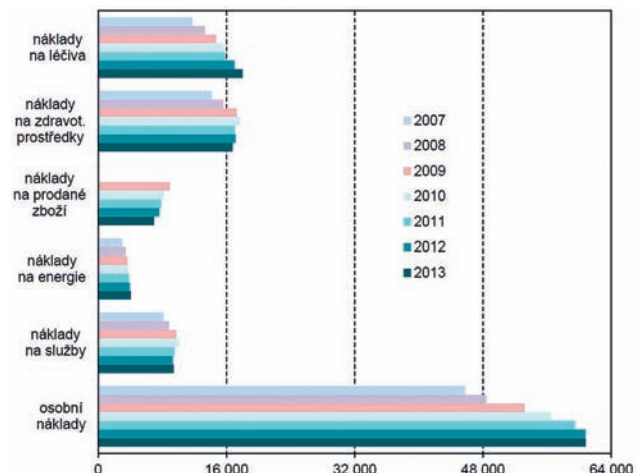
Tab. 2 Vybrané ekonomické ukazatele nemocnic podle krajů k 31. 12. 2013

Kraj	Náklady	Výnosy	Hospodářský výsledek	Pohledávky z obchodního styku		Závazky z obchodního styku	
				celkem v mil. Kč	po lhůtě splatnosti v %	celkem v mil. Kč	po lhůtě splatnosti v %
	v mil. Kč						
Hl. m. Praha	34 127	33 777	-350	4 238	15	4 410	29
Středočeský	8 738	8 653	-85	756	23	1 402	32
Jihočeský	6 384	6 414	30	617	3	501	2
Plzeňský	6 971	6 898	-73	586	12	667	17
Karlovarský	2 365	2 240	-125	193	13	216	49
Ústecký	7 427	7 093	-334	695	18	600	28
Liberecký	4 781	4 729	-52	596	12	396	26
Královohradecký	7 784	7 753	-31	935	8	722	22
Pardubický	3 749	3 711	-39	324	11	464	29
Vysočina	4 078	4 058	-21	335	8	566	46
Jihomoravský	17 804	17 179	-625	1 418	16	3 575	43
Olomoucký	7 906	8 006	100	729	8	842	6
Zlínský	4 586	4 306	-280	417	7	1 193	55
Moravskoslezský	14 617	14 623	6	1 367	3	1 839	15
Celkem	131 316	129 438	-1 878	13 205	12	17 392	31

Graf 1 Vývoj nákladů a výnosů nemocnic (v mil. Kč)



Graf 2 Vývoj vybraných položek nákladů nemocnic (v mil. Kč)



eRecepty zůstanou i nadále nepovinné

Ministerstvo zdravotnictví naší redakci potvrdilo, že resort připravuje novelu zákona o léčivech, která ruší povinnou plošnou elektronickou preskripci od 1. 1. 2015. Novela i po tomto datu zachová stávající – tedy dobrovolnou – elektronickou preskripci. MZ chce nyní více diskutovat o možných rizicích eReceptů a odstraňovat je.

Projekt eReceptů je jedním z významných stavebních kamenů elektronického zdravotnictví. Obecně je záměr odbornou lékařskou veřejností považován za správný, ale současný projekt vykazuje podle ministerstva dva závažné nedostatky.

Postupně motivované zavádění

Prvním je nevhodně zvolený model komunikace se zdravotnickou veřejností. Dosud chyběla pozitivní motivace, která by přesvědčila zdravotnická zařízení, aby do systému vstupovala. „Nové prvky elektronického zdravotnictví mají být do rutinního provozu zaváděny postupně a s pomocí různých forem pozitivní motivace všech aktérů. Takovou pozitivní motivací u zdravotnických zařízení by měly být především prokazatelné přínosy provozní a ekonomické, ať již v přímé úspoře nákladů nebo v šetření práce kvalifikovaných zdravotnických pracovníků. Pokud by byla zdravotnická zařízení zjistila, že použití systému je pro ně výhodné, neváhala by naprostá většina z nich se zavedením. Pokud ovšem tato přirozená motivace chybí, není

správné a ani účelné ji nahrazovat direktivním přístupem a hrozbami sankcí,“ sdělila ZaM mluvčí ministerstva zdravotnictví Štěpánka Čechová.

Chybí odborná diskuse

Druhým problémem, který MZ v souvislosti s eRecepty zaznamenalo, je nedostatečné zapojení zdravotnického sektoru do přípravy projektu. Jak uvedla mluvčí Čechová, dosud neproběhla dostatečná oponentura navrženého řešení ze strany zdravotnických zařízení a lékařů, dostatečný prostor k vyjádření nedostaly profesní organizace ani odborné společnosti.

„Odpovědnost lékařské veřejnosti, která upozorňuje na možná rizika projektu, je někdy vydávána za konzervativismus a neochotu lékařů pracovat s informačními technologiemi. Zdravotnický provoz na všech úrovních je ale nesmírně komplikovaný, proto principiálně považujeme za nesprávné, pokud se ve zdravotnictví přistupuje k povinnému zavádění nových technologií bez dostatečného domyšlení řešení případných netypických a kritických situací,“ dodala mluvčí

a nepřímou tak podpořila prezidentka České lékařské komory (ČLK) Milana Kubka, který zavedení povinnosti vypisovat eRecepty dlouhodobě kritizuje, zejména s ohledem na labilitu internetového připojení, nákladovost elektronického vybavení pro ordinace či omezené vzdělání některých lékařů-seniorů v práci s počítačem.

„Elektronické preskripci jako modernímu nástroji, který zjednoduší nakládání s informacemi a tím zefektivní systém zdravotnictví, se v budoucnu nevyhne. Lékaři se však shodují, že by měl vedle eReceptů zůstat i systém předepisování na papírové recepty,“ podotýká pediatr Milan Cabrnch.

Nejprve odstranit rizika

Úspora v řádu miliard korun, zjednodušení administrativy, konec zneužívání a falšování receptů či záměn léků při výdeji. To jsou argumenty, které eRecepty stále drží ve hře. Ministerstvo ale nyní začne hodnotit rizika, na něž zástupci odborné veřejnosti dosud bez úspěchu poukazovali. „Identifikace a eliminace všech provozních rizik lze dosáhnout



Ilustrační foto: Shutterstock

jen systematickým zaváděním nového řešení do provozu. Teprve po odstranění rizik je možné uvažovat o povinném používání, pokud je taková povinnost vůbec účelná a není vhodnější ji nahradit například přiměřeným zvýšením elektronicky komunikujících,“ doplnila mluvčí Čechová a připomněla také stanovisko, které k elektronické preskripci vydala Česká lékařská společnost JEP. „Povinné vynucování účasti zdravotnických zaříze-

ní v nových projektech elektronizace zdravotnictví je nesprávné a kontraproduktivní. Je třeba se naopak zaměřit na postupné a dobrovolné zavádění, využívající různých motivačních nástrojů. Je vhodné prosazovat aktivní a systematické zapojení lékařů ve všech fázích přípravy a realizace takto náročných projektů elektronizace zdravotnictví,“ uvádí ve svém vyjádření ČLS JEP.

Petra Klusáková

eRecepty nyní nevyužívají svůj potenciál

K problematice elektronické preskripce se pro náš list vyjádřil také generální ředitel CompuGroup Medical Vladimír Příkryl. Systému podle něj chybí zejména pozitivní motivace pro jeho uživatele.

Ministerstvo zdravotnictví nyní připravuje návrh novely zákona o léčivech, která zruší povinnost vystavovat elektronické recepty, jež měly zjednodušit administrativu, omezit falza a ušetřit systému zdravotnictví miliony. Je takový přístup ministerstva správný? Odpověď na tuto otázku není jednoznačná. My obecně považujeme elektronickou preskripci za důležitou věc, která má potenciál přinést úspory systému a zvýšit komfort pacientovi i lékařovi. Bohužel v současné době systém

eReceptu tento potenciál nevyužívá. Zároveň nepodporují plošné direktivní zavádění. Jsem přesvědčen, že každá elektronizace musí přinášet nepochybnitelné výhody uživatelům, a pokud je tato podmínka splněna, připojí se většina uživatelů sama, aniž by ji někdo musel nutit. Direktivní nařízení vždy systém od této podmínky oprošťuje, proto jsem proti plošné povinnosti.

Souhlasíte s názorem prezidenta ČLK Milana Kubky, že systém eReceptů nemůže fungovat, protože část lékařů nemá vybavené ordinace počítačem, neumí jej používat, a v Česku hrozí časté výpadky internetového připojení, které by práci s eRecepty zpomalovaly?

Ano, direktivní a plošné zavedení eReceptu narazí na nevybavenost některých ordinací. To, že někteří lékaři nevyužívají pro svoji práci PC, není tajemstvím. Proto je třeba se vyvarovat plošné povinnosti a spíše se snažit pozitivně motivovat ty, kteří již do PC investovali a do systému elektronické preskripce se tak mohou připojit.

Co podle vás brání nastolení pružného systému předepisování na eRecept?

V současné době vnímáme dvě základní skutečnosti. Zaprvé – zapojení do systému je poměrně složitý proces, který může některé lékaře odradit. Bohužel identitu, kterou takto získají, mohou následně použít pouze pro eRecept. Ale pokud by tato identita vedle toho sloužila pro další účely (například pro komunikaci s pojišťovnou a s ostatními lékaři či vedení elektronické zdravotní dokumentace), lékař by cítil silnější motivaci absolvovat registrační proces. Zadruhé dnes u eReceptu chybí pozitivní motivace, která by pro

lékaře byla dostatečně silná, aby do jeho pořízení investoval svoji energii. Tato motivace nemusí být jen finanční, ale může spočívat v úspoře času nebo zvýšení komfortu a informovanosti lékaře při použití eReceptu.

Mělo by MZ do budoucna o jeho znovuzavedení usilovat?

Současné aktivity MZ nevnímám jako snahu ukončit eRecept, ale pouze jako snahu zrušit plošnou povinnost ho využívat. Podle mého názoru by MZ nemělo do budoucna usilovat o znovuzavedení plošné povinnosti využívat eRecept, spíše by se mělo zaměřit na zvyšování přínosů systému pro lékaře.

(klu)

Kolik bude stát přeshraniční péče a kdo ji bude využívat

Jaký objem prostředků začne kvůli implementaci přeshraniční péči kolovat mezi zeměmi EU, nyní nelze odhadnout. Počátečním vodítkem ale mohou být data Centra mezistátních úhrad (CMÚ), jež doposud účtovalo léčbu mezi jednotlivými státy EU. Náklady začínají vznikat zdravotním pojišťovnám, které se již nyní připravují na komunikaci a vyúčtování péče napříč Evropou.

Informace z připravované statistické ročenky Centra mezistátních úhrad za rok 2013 přináší detailní pohled na financování dosavadní přeshraniční péče, tedy před legislativou platnou od 22. dubna 2014. Tabulka vypočítává celkové počty případů, nákladů a průměrů na jeden případ, pokud jde o přeshranič-

ní zdravotní péči poskytnutou, respektive vykázanou na základě přímo závazných nařízení EU za rok 2013.

„Jak je patrné ze souhrnné tabulky (viz tab. 3), v loňském roce jsme zpracovávali více než 127 tisíc případů léčení českých pojištěnců v jiném státě EU, EHP a Švýcarsku za téměř tři čtvrtě miliardy

Kč (mimochodem je to asi čtyřikrát více pojistných událostí, než kolik ročně vykazují po celém světě všechny české komerční pojišťovny dohromady). Naopak v Česku jsme poskytli péči dle nařízení 119 tisícům cizích pojištěnců za téměř 600 milionů Kč,“ shrnul pro naši redakci ředitel CMÚ Ladislav Švec.

Nová aplikace pro pružnější komunikaci

Se softwarovou novinkou pro účtování a komunikaci mezi pojišťovnami v rámci EU, Evropského hospodářského prostoru a Švýcarska přišla mezi prvními v Evropě a jako vůbec první v ČR Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP). „Technická inovace bude mít konkrétní reálný dopad na pacienty. Čím dál více Čechů pracuje v jiném státě EU, kde jsou i zdravotně pojištěni. Zdravotní péči včetně preventivních prohlídek však chtějí čerpat v Česku u svých lékařů. Aby jim takové ošetření zahraniční pojišťovna uhradila, potřebují od ní souhlas, který se uděluje prostřednictvím standardizovaných evropských formulářů. Místní pojišťovna pak zaplacenou péči přeúčtuje té zahraniční, a to prostřednictvím Centra mezistátních úhrad, které vypořádává pohledávek tuzemských zdravotních pojišťoven s pojišťovnami v zahraničí zajišťuje,“ vysvětlil mluvčí VZP Oldřich Tichý.

Dodal, že zatímco se doposud vše vyřizovalo „papírovou formou“ (kvůli ochraně dat nebylo možné posílat data například e-mailem), nová aplikace umožní veškerou komunikaci elektronicky, tudíž rychleji. „Pro představu – například v loňském roce si VZP vyměnila se svými partnery z ciziny 87 tisíc evropských formulářů. VZP již v rámci projektu upravila svůj informační systém a pomohla s vývojem aplikace pro Centrum mezistátních úhrad. Pilotní projekt, který poté testoval komunikaci mezi VZP a CMÚ, ukázal, že nová aplikace funguje a splňuje vše, co se od ní očekává – vedle zpracování standardizovaných formulářů a samotného přenosu dat například i zpracování statistik pro potreby Evropské komise,“ doplnil Oldřich Tichý.

Novinka bude v praxi spuštěna



Ladislav Švec. | Foto: Jan Hrouda/Euro

až ve chvíli, kdy své systémy zelektronizují i ostatní pojišťovny v ČR a EU a tamní národní kontaktní místa. Tato aplikace se ovšem netýká možnosti, která od 22. dubna letošního roku umožňuje českému pacientovi vyjet za zdravotní péčí po Evropě, aniž by na to potřeboval souhlas zdravotní pojišťovny. Jak směrnice o poskytování přeshraniční nové péče stanoví, pacient si péči v zahraničním zdravotním zařízení zaplatí hotově a pojišťovna ji poté refunduje do výše, kterou by uhradila českému poskytovateli.

Skutečné právo volby

Platforma zdravotních pojištěnců ČR a s ní také zástupci pacientských sdružení jako například Česká asociace pro revmatické choroby (CARD), Diagnóza CML (občanské sdružení pacientů s chronickou myeloidní leukémií), Lymfom help (občanské sdružení pacientů s maligním lymfomem) či Unie Roska (občanské sdružení pacientů s roztroušenou sklerózou) dlouhodobě považují směrnici o přeshraniční péči za změnu k lepšímu. A to nejen kvůli rozšíření nabídky zdravotnických služeb, kterou otevření evropského zdravotnického trhu přinese.

Další pozitivum vidí zástupci pacientů v tom, že peníze z pojištění „půjdou za pacientem“. „Přestože má dle zákona pacient právo volby, je ve skutečnosti odkázán na smluvního poskytovatele, kterého mu vybrala pojišťovna, ministerstvo či nějaká komise.

Tab. 1 Průměrné náklady dle jednotlivých druhů péče

Druhy péče		Cizí pojištěnci ošetření v ČR	Naši pojištěnci ošetření v zahraničí
Lékařská péče	počet	85 023	81 409
	náklady CZK	179 818 087,15	115 039 240,94
	průměr CZK	2114,93	1413,10
Stomatologická péče	počet	28 181	11 743
	náklady CZK	24 645 858,15	12 391 839,10
	průměr CZK	874,56	1055,25
Léky	počet	47 834	47 895
	náklady CZK	66 524 572,17	72 435 645,76
	průměr CZK	1390,74	1512,38
Hospitalizace	počet	9581	7927
	náklady CZK	205 643 198,19	395 166 212,79
	průměr CZK	21 463,65	49 850,66
Ostatní dávky	počet	47 698	41 031
	náklady CZK	111 903 674,50	126 311 999,90
	průměr CZK	2346,09	3078,45

Tab. 2 Průměrné náklady dle jednotlivých skupin osob

Skupina osob		Cizí pojištěnci ošetření v ČR	Naši pojištěnci ošetření v zahraničí
Přechodné pobyty	počet	37 876	32 567
	náklady CZK	199 545 853,78	380 925 375,07
	průměr CZK	5268,40	11 696,67
Pojištění v jiném státě než je stát bydliště	počet	80 253	94 533
	náklady CZK	344 970 513,17	327 826 799,84
	průměr CZK	4298,54	3467,86
Plánovaná péče	počet	1072	132
	náklady CZK	44 019 023,21	12 592 763,58
	průměr CZK	41 062,52	95 399,72

Tab. 3 Celkové průměrné náklady

Skupina osob		Cizí pojištěnci ošetření v ČR	Naši pojištěnci ošetření v zahraničí
Celkové náklady	počet	119 201	127 232
	náklady CZK	588 535 390,16	721 344 938,49
	průměr CZK	4937,34	5669,52

VZP vydala základní informace o možnostech přeshraniční péče pro své pojištěnce

Co se pro klienty VZP změní?

Podle evropské směrnice, která je nyní v Česku zpracována do legislativy novelou zákona o veřejném zdravotním pojištění s účinností od 22. dubna 2014, může pojištěnec vyjet do jiné země EU za ambulantní i lůžkovou péči. Sám si ji na místě zaplatí v plné výši a po návratu může požádat svoji zdravotní pojišťovnu o refundaci. Směrnice platí pouze v EU, nikoli ve státech EHP a Švýcarsku.

Jakou plánovanou péči v EU může pojišťovna klientům následně refundovat?

Refundována může být pouze léčba, které je v domovské zemi pojištěnce hrazena z veřejného zdravotního pojištění. V cizině tedy nelze čerpat a následně požadovat refundaci u péče, která v domovském státě pojištěnce doposud není zařazena mezi péči běžně hrazenou ze zdravotního pojištění.

Co musí klient splňovat, aby mu mohla být refundována plánovaná péče v EU?

V první řadě je potřeba mít splněny všechny podmínky pro úhradu této péče naprosto stejně, jako kdyby měla být poskytnuta v ČR – tedy například indikaci lékařem určené odborností, popřípadě schválení revizním lékařem. Před

odjezdem do zahraničí by si měl klient vyzvednout potřebnou zdravotní dokumentaci. Aby péče následně mohla být refundována, musí pojištěnec doložit překlady i originály lékařských zpráv z ciziny a podrobný doklad o zaplacení.

Refunduje pojišťovna celou částku, kterou klient za plánovanou péči zaplatil?

Pojišťovna uhradí jen takovou částku, kterou by za stejnou péči zaplatila v Česku (a ne víc než pojištěnec zaplatil). Na to by si lidé měli dát velký pozor, protože v některých zemích EU je zdravotní péče výrazně dražší než v ČR. Protože však pojišťovna refunduje jen „českou cenu“, může klient často dostat zpět jen zlomek částky, kterou v zahraničí zaplatil.

Kde a jak podat žádost o refundaci péče?

Je potřeba vyplnit formulář pro žádost o refundaci, který klienti najdou na všech pobočkách i na internetových stránkách VZP. Jak již bylo výše řečeno, spolu se žádostí je také nutné doložit originály faktur a dokladů o zaplacení a lékařské zprávy z ciziny, u kterých postačí kopie. To vše i v českém překladu.

Hrozí riziko, že pojišťovna léčbu zpětně neproplatí?

tistik pacienti horší přístup ke hrazené péči.

Podle Ondřeje Dostála si budou pacienti moci doplatit za „nadstandard“ a zanikne tak potřeba „platit bokem“. „Pojišťovna v Česku zaplatí náhradu do výše zdejší úhrady. Je na pacientovi, zda bude v zahraničí čerpat jen péči, do které se česká úhrada vejde, nebo si vybere dražší péči – vznikne tedy legální možnost zkombinovat vlastní prostředky s úhradou pojištění,“ doplnil právník s tím, že pacient bude muset znát několik základních pravidel jako například nutnost doložit potřebnost čerpané péče a znát výši částky, do které je pojišťovna povinna náklady nahradit. S tím mu nejlépe poradí patientská sdružení.

Léky, lázně, rehabilitace

Oblasti, kde předpokládají nejčastější využívání přeshraniční

Klienti by měli velmi pozorně dbát na to, aby splňovali veškeré výše uvedené podmínky pro refundaci plánované péče v EU. Rizik může být řada – například pokud lékař doporučí lékař jiné odbornosti, než jak to pojišťovna běžně požaduje u tuzemské péče.

Velký pozor by si klienti měli dát i na to, zda péče, kterou hodlají v EU čerpat, není v Česku vázána na předchozí schválení revizním lékařem. Pokud by totiž tento krok obešli, vystavovali by se možnosti, že pojišťovna jim následně nic refundovat nebude. V každém případě je vhodné předem získat maximum informací o podmínkách platných pro konkrétní případ.

Za jak dlouho klient dostane peníze od zdravotní pojišťovny proplacené?

Pojišťovna bude o refundaci rozhodovat ve správním řízení, které stanovuje lhůtu 30 dnů (respektive 60 dnů ve zvláště složitých případech).

Kde se klient dozví ceny zákroků v ČR?

Zde je doporučení jednoznačné, a to kontaktovat Centrum mezistátních úhrad (www.cmu.cz). To je přímo v zákoně určeno jako kontaktní místo pro poskytování potřebných informací, a je to tedy plně v jeho kompetenci. Potřebné informace

můžete získat i od své zdravotní pojišťovny (info@vzp.cz).

Co když má klient po návratu ze zahraničí komplikace? Kdo uhradí léčbu?

Pokud by se komplikace dostavily ještě při léčení v cizině, budou uhrazeny jakou součástí léčby. Bavíme-li se však o komplikacích, které nastanou až poté, co se klient vrátil z ciziny do Česka, tak záleží na tom, kde kvůli komplikacím vyhledá lékaře. Pokud v České republice, pak bude ošetřen a léčba bude uhrazena standardním způsobem z veřejného zdravotního pojištění. Pokud v cizině, začíná celé kolečko znovu od začátku – klient musí sám uhradit léčbu, pak může požádat o refundaci atd.

Musí některé zákroky klientovi stále nejprve odsouhlasit pojišťovna?

Vláda může nařízením stanovit, že u některé plánované péče v zahraničí bude i nadále refundace podmíněna předchozím souhlasem pojišťovny. Zatím vláda žádné takové omezení nevydala. Bude záležet na tom, jak bude vše fungovat, jestli například neopodstatněně neporostou náklady zdravotních pojišťoven na péči v cizině, přestože by ji bez problémů mohla poskytnout tuzemská zařízení.

Jaká praxe v tomto směru panovala doposud?

Čerpat plánovanou péči v zahraničí bylo možné v rámci zemí EU, EHP a Švýcarska i dříve, ale u lůžkové péče to vyžadovalo předchozí souhlas pacientovy zdravotní pojišťovny. Ta tím zdravotnickému zařízení garantovala úhradu. Pacient sám na místě hradil jen případnou povinnou spoluúčast. Pojišťovna souhlas vydávala v případech, kdy šlo například o péči, která nebyla v České republice dostupná bez zbytečného odkladu nebo to pro pacienta byla z medicínského hlediska jediná možnost.

Takzvanou nezbytnou péči (tedy nikoli předem plánovanou) mají klienti VZP doposud v zahraničí hrazenou do té výše, v jaké ji mají hrazenou i pojištěnci státu, kde je péče čerpána. Pro lepší pochopení: Pokud například Čech vyjel do Německa na nákup, naboural a skončil v německé nemocnici, měl nárok na poskytnutí a uhrazení stejné péče, jako by měl v daném případě německý pojištěnec. Platil jen spoluúčast, stejně jako německí pojištěnci, ale náklady za samotnou péči si měl ze sobou přeučtovávaly zdravotní pojišťovny. Na této praxi se z hlediska klientů VZP nadále nic nemění.

(Zdroj: VZP)

Smlouvy jsou nadto nastaveny tak, že pacient je často pro nemocnici ekonomicky nevýhodný, což může mít vliv na ochotu, kvalitu a včasnost péče. V přeshraniční péči pacient zaplatí tomu zařízení, které si vybral, což je skutečně právo volby, kde zvolený poskytovatel nebude žádnou třetí stranou motivován k tomu, aby péči omezoval,“ uvedl pro naši redakci právník Platformy zdravotních pojištěnců Ondřej Dostál.

Na hrazenou péči tak nebude třeba čekat, jak se v současnosti děje kvůli kapacitním důvodům. Jako příklad právník uvedl Ústecký kraj, kde podle informací platformy pacienti čekají na výměnu kyčelního kloubu o 100 % času déle, než je stanovena čekací doba, tedy dva roky. S tím souvisí také zlepšení postavení pacientů z regionů, kde zejména v příhraničních regionech mají dle sta-

péče například zástupci pacientů s roztroušenou sklerózou (RS), jsou tři – půjde o léky, lázeňskou péči a rehabilitaci. „Víme o léku, který prošel klinickým testováním, v Česku zatím nemá stanovenou úhradu, ale lze jej na recept koupit bez úhrady. Je ovšem velmi nákladný. V Německu naproti tomu vyjde o 1500 korun měsíčně levněji,“ uvedl příklad prezident Unie Roska Karel Hrkal.

Lázeňskou péči pro pacienty s roztroušenou sklerózou nabízí v ČR dle nové indikační vyhlášky 30 lázeňských míst, ale jen zlomek z nich má smlouvu se zdravotními pojišťovnami. Specializované lázně pro onemocnění RS jsou v Česku jen dvě a nabízí se možnost podstoupit zdravotní lázeňské služby na Slovensku. Specializované rehabilitační zařízení pro pacienty s RS je u nás pouze jedno, díky přeshraniční péči se

tedy nabízí možnost podstoupit rehabilitaci v Bavorsku, kde funguje specializované rehabilitační pracoviště s kapacitou 350 osob. Velký význam má směrnice o přeshraniční péči pro pacienty s chronickou myeloidní leukémií. Dle slov předsedkyně sdružení Diagnóza CML Jany Pelouchové budou nyní moci snáze vstupovat do klinických studií po celé EU. „Dle evropské legislativy by již pacient neměl čelit administrativním překážkám a může za klinickými studii cestovat po Evropě. Nyní vzniká nová celoevropská databáze vzácných onemocnění i patientských organizací, jehož výsledkem bude navigační mapa. Celá situace by měla vést ke zlepšení diagnostiky a léčby, což je u vzácných onemocnění důležité i s ohledem na fakt, že 40 procent z nich je chybně diagnostikováno,“ poznamenala Jana Pelouchová.

Také pacienti s revmatickými chorobami, které sdružuje CARD, by mohli v přeshraniční péči využít zejména léky, konkrétně biologické či biosimilars. „Nástupem biosimilars na trh došlo ke snížení ceny klasických biologických léků o 15 procent. Pokud vznikala obava, že takto levné léky budou předmětem reexportu, mohou si pro ně nyní pacienti za hranice dojet. Jsou natolik indikovaní k léčbě, že mají na tyto léky jasný nárok,“ uvedl prezident CARD Karel Vedral a dodal, že u těchto pacientů skutečně může nastat „útlék“ do zahraničí, protože pokud nejsou správně léčeni, pouze v pravidelných intervalech kontrolování a je jim předepisován lék, ani ten – přestože biologický – po nějaké době již nefunguje. Takto frustrovaný pacient pak může hledat efektivnější léčbu v zahraničí.

Petra Klusáková

Zdravotnický holding Královéhradeckého kraje má nové vedení

Holding, který v Královéhradeckém kraji sdružuje všechny krajské nemocnice, má nového ředitele. Stal se jím chirurg Jiří Skřivánek. V čele organizace nahradí Miroslava Vávru, který zůstává ředitelem Oblastní nemocnice Náchod a s ní spojené Nemocnice Rychnov nad Kněžnou.

Jiří Skřivánek, který do této doby působil na rehabilitační klinice Malvazinky v Praze, obdržel ve výběrovém řízení, kterého se zúčastnilo 14 zájemců.

Nový ředitel, nové plány

„Miroslav Vávra odvedl pro krajské zdravotnictví velký kus práce. Jeho zásluhou došlo ke zefektivnění hospodaření jednotlivých nemocnic i jejich užší spolupráci.

Daří se tak naplňovat krajskou koncepci zdravotnictví, jež má za cíl zajistit odpovídající síť zdravotnických služeb v souladu s potřebami obyvatel kraje,“ uvedl hejtmán Královéhradeckého kraje Lubomír Franc.

Nový ředitel se chce zasadit o další zefektivnění zdravotních služeb, své záměry bude prezentovat na podzim, až se dostatečně seznámí s fungováním holdingu.

Zdravotnický holding Královéhradeckého kraje sdružuje nemocnice v Trutnově, Jičíně, Náchodě, Rychnově nad Kněžnou a Dvoře Králové nad Labem.

Krajskou záchranku čeká modernizace

Rada kraje schválila vyhlášení veřejné zakázky na technologii pro operační středisko záchranné služby. Chce také požádat o dotaci na nové sanitky, výbavu vozů a nový komunikační systém. Předpokládané náklady jsou vy-

počítány na téměř 120 milionů korun. První na řadě je nákup nových sanitek.

„Náklady v tomto projektu odhadujeme na téměř 80 milionů korun, které by z 85 procent pokryla dotace z integrovaného operačního programu. Financování však ještě musí schválit zastupitelstvo kraje,“ doplnil hejtmán Lubomír Franc. Při úspěchu žádosti by mohlo být vybaveno až 12 nových záchranných vozů i s přístrojovou výbavou. S novou výbavou počítá kraj i pro stávající vozy.

eHealth pro záchranky

Další peníze z operačního programu by měly posloužit k financování nového systému, který by výrazně zlepšil dorozumění mezi posádkami sanitek a nemocnicemi. „Záchranáři budou například vědět, která okolní nemocnice má nejlepší předpoklady k příjmu pacienta, a naopak – nemocnice se budou moci lépe připravit na pacientův příjem,“ uvedla tisková mluvčí kraje Martina Götzová.

„V případě projektu ‚Operační středisko zdravotnické záchranné služby Královéhradeckého kraje‘ jsme už schválili vyhlášení veřejné zakázky na dodavatele nové technologie,“ dodal hejtmán Franc. Středisko tak bude mít novou ústřednu a radiovou síť. Na výjezdových základnách a v sanitkách pak budou k dispozici navigační přístroje a tablety. Tento projekt byl vyčíslen na necelých 39 milionů korun. (ISO)

ZZS na Vysočině uspořádala konferenci pro zdravotníky

Zdravotnická záchranná služba Kraje Vysočina uspořádala pro zdravotníky ze svého kraje odbornou konferenci, jejíž součástí bylo i praktické školení resuscitačních technik.

Akce byla organizována za podpory města Velké Meziříčí a Nemocnice Sv. Zdislavy v Mostištích. Konference poskytla informace z oblasti robotické chirurgie a práce ZZS.

Dobré propojení zdravotních služeb

„První ročník akce se soustředil především na kazuistiku, v rámci druhého ročníku byla konference doplněna o setkání na půdě Nemocnice sv. Zdislavy v Mostištích, aby bylo záchranářům přiblíženo fungování nemocnice a naopak. Jedná se o odbornou vzdělávací akci, která je hodnocena kredity jak pro lékaře, tak pro nelékařský

zdravotnický personál,“ uvedl přímáři oblasti Nové Město na Moravě ZZS Kraje Vysočina Milan Korsa.

Projekt Kryštůfek

Konference se zúčastnilo celkem 123 návštěvníků. Odborný program byl zahájen přednáškou o projektu „Kryštůfek“, která seznámila posluchače s hračkou pro děti, jež je využívána k navázání kontaktu s malými pacienty při ošetření zdravotníky ZZS. Přítomní zdravotníci si také mohli vyzkoušet nácvik základní neodkladné resuscitace, zajištění dýchacích cest a seznámení se s přístrojovým vybavením záchranných vozů. (ISO)

Nový systém datové komunikace s nemocnicemi zkouší v Jihomoravském kraji

Zdravotnická záchranná služba Jihomoravského kraje oznámila spuštění zkušebního provozu nového systému propojení mezi dispečery záchranné služby a nemocnicemi.

Posádka zapíše stav pacienta a přepoše jej dispečinku, čímž se vyhne nedorozuměním v komunikaci. Systém má vyloučit zkomolení či ztrátu informací při domluvě s operátorem tísňové linky.

Možnost selhání

„Současná praxe je taková, že někdo zavolá na tísňovou linku 155, sdělí operátorce informace a ta na základě toho, co si zapíše nebo pamatuje, pošle na místo zdravotnickou posádku. Potom obvolává nemocnice, kam může personál pacienta odvést,“ popsal postup při-

mář oddělení urgentního příjmu Fakultní nemocnice Brno Martin Doleček. Problém ovšem nastává například v momentě, když nemocnice pacienta odmítnou kvůli nedostatku urgentních lůžek nebo když dispečerka zajišťuje více pacientů najednou.

Přesná a rychlá komunikace

Nový projekt „Bezpečný region“, v rámci kterého je spuštěna i datová komunikace, stojí cca 20 milionů korun, z nichž 80 % hrají dotace z Evropské unie. Projekt nahradí

verbální spojení posádky s operátorem tísňové linky datovou komunikací. „Údaje o pacientovi i jeho stavu zapíše posádka do takzvané datové věty do tabletu a informace odešle. Díky systému se pak dostanou na dispečink, kde operátor situaci vyhodnotí, pošle je do koncového zařízení a posádce oznámí, kam má pacienta odvézt,“ uvedla mluvčí jihomoravských záchranářů Barbora Zuchová. Celý proces se tím má urychlit. Po půl roce zkušebního provozu, tedy od začátku příštího roku, chce kraj spustit osmtrý provoz. (ISO, ČTK)

Středočeský kraj proplatí poplatky za dalších 24 milionů

Rada Středočeského kraje na svém posledním zasedání odsouhlasila proplacení zdravotnických regulačních poplatků za období říjen až prosinec loňského roku. Rozhodla se tak vyhovět téměř 18 tisícům žádostí o jeho navrácení.

Středočeský kraj proplácí regulační poplatky formou daru již od roku 2010.

Změna proplácení

V lednu Krajský úřad pozměnil podmínky pro proplácení regulačních poplatků. „Kraj od 28. ledna 2014 hradí regulační poplatky pouze za uplynulé čtvrtletí. To znamená, že

pokud žadatel podal žádost o proplacení zdravotnických poplatků například ve 2. čtvrtletí 2014, mohou mu být proplaceny pouze za 1. čtvrtletí 2014, nikoli starší,“ uvedla radní pro zdravotnictví Jiřina Fialová. Důvodem změny podmínek bylo dosavadní předkládání žádostí o proplacení poplatků zpětně,

kdy lidé mohli zasílat své žádosti o úhradu poplatků od srpna 2010, kdy kraj začal jako jediný z krajů poplatky proplácet. „Nový systém zrychlil schvalování žádostí,“ doplnil hejtmán Josef Řihák. Kraj proplácí poplatky za všechna zdravotnická zařízení ve svém regionu. Dosud vyplatil celkem 42,6 milionu korun. (ISO)

Novým ředitelem Nemocnice Frýdlant je Jiří Benedikt

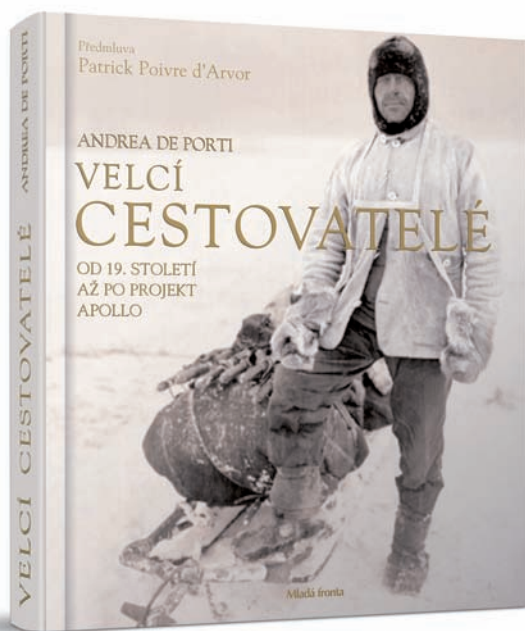
Nemocnice poskytující péči pacientům z celého Frýdlantského výběžku má od začátku května nového ředitele. Stal se jím Jiří Benedikt, bývalý ředitel Krajské pobočky VZP.

„Měli bychom přilákat více pacientů z širšího okolí, a to i z Polska, případně z Německa. Rozsah služeb chci nejen zachovat, ale postupně i zkvalitňovat a rozšiřovat, především v oborech, v nichž si lékaři a další zdravotníci pracovníci vedou dobře,“ uvedl Jiří Benedikt. Nemocnice Frýdlant má dvě stovky zaměstnanců. Disponuje 126 lůžky,

oddělením interny, chirurgie, gynekologie a ARO. V minulém roce zde byly hospitalizovány přes 4 tisíce pacientů. Areál nemocnice patří městu Frýdlant. Provoz až do loňského roku zajišťovala soukromá společnost, od července 2013 je jediným společníkem Nemocnice Frýdlant akciová společnost Euro-clinicum. (ISO)

Předplatte si ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNU

a získejte knihu
v hodnotě 799 Kč!



53 slavných objevných výprav na rozkládacích stranách s biografiemi cestovatelů, výjimečnými archivními dokumenty, fotografiemi a mapami

Kompletní nabídka knih na
knihy.cz

Neváhejte! Tato nabídka platí jen do 1. 6. 2014
Předplatné na rok pouze za 590 Kč



Předplatte si bezpečně e-mailem

na e-mailovou schránku mladafronta@predplatne.cz, uveďte své **jméno, doručovací adresu** a informaci, zdali jste nebo nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví. Do předmětu napište kód **ZM 0514**. Předplatit si můžete také **on-line** na našich stránkách www.mf.cz



Volejte zdarma 800 248 248

Jednoduše zavolejte své osobní údaje a info o požadovaném předplatném a periodiku. Uveďte kód **ZM 0514**. 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 společností Mladá fronta a. s. nesdělí, že trvá na jeho ukončení. Svoji objednávku 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 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., 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 práva dle § 11, 21 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, tj. zejména, že poskytnuté údaje 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

Peer Review v Německu

Německá lékařská komora zveřejnila 140stránkový dokument popisující její představu, jak by měly probíhat tzv. *peer review* kontroly v rámci profese.

Bez ohledu na to, že v SRN existují i vnější, na komoře nezávislejší kontroly lékařů a nemocnic (například začínající praktik musí u svazu pojišťoven absolvovat vstupní kurz a v segmentu ústavní péče existují audity kvality rovněž s účastí pojišťoven), profesní organizace hodlá zvyšovat úroveň péče i samosprávnými mechanismy.

Prevence namísto sankcí

Základní koncepci *peer review* kontrol německá komora představila v roce 2011 a na konci loňského roku bylo jejími zemskými

pobočkami vyškoleny už 500 zájemců o kontrolní činnost. Vedení profesní organizace uvádí, že na této úrovni nepůjde o sankce, ale spíše o edukativní úsilí – tedy preventivně sledovat činnost lékařů, rozebírat případné nedostatky a předávat nové zkušenosti do praxe.

Nyní zveřejněná rozsáhlá příručka se zabývá metodikou, právním rámcem (například rozbor léčebných případů je nutno projednávat s kolegy anonymní formou, nicméně lékaři mají pacientům nabízet možnost poskytnout souhlas k předávání konkrétnějších

dat) a souhrnem zahraničních zkušeností.

Inspirace z USA

Peer review v minulosti zavedla Americká lékařská asociace (AMA), a to nejen ke kontrole lékařů, ale také k tomu, aby je přiměla dodržovat jednotné standardy kvality péče. Postupně se vyvinuly různé formy, od anonymizovaného rozboru chování lékařů až po kontroly konkrétních případů. Německá komora chce bez obav ze sankcí přimět své členy, aby informovali i o svých selháních. Zdůrazňuje, že na úrov-

ni spolkových zemí budou za členy kontrolních týmů vybráni skutečně nejerudovanější kolegové. Nicméně v USA úřady nakonec potrestaly právě tyto kontroly za jejich vlastní nedostatky. Německá komora nezastírá, že systém kontrol není bez rizik,

kritici ve světě poukazují například na to, že pokud hlášení pochybení zůstane jen uvnitř profesní organizace, nebude adekvátní přehled o nedostatecích a náprava tak bude nejistá. V SRN se však zatím lékaři spoléhají na to, že prospěch z *peer review* vysoce převáží. Tyto týmy odborníků mohou mj. pomáhat poradenstvím i třeba nově ustanoveným šéfům klinik a rovněž půjde o zlepšení dalšího i celoživotního vzdělávání, uvádějí autoři tohoto projektu. **Vladimíra Bošková**

Krátce ze světa

• **Italská** policie vyšetřuje rozsáhlou síť lupičů a překupníků drahých léčiv, jejichž činnost se neomezovala pouze na tamní území. Úřady proto varovaly i ostatní členské země Evropské unie, panuje totiž podezření, že k trestné činnosti docházelo i zde. Vyšetřování inicioval italský úřad pro léčiva AIFA, když zjistil, že v zemi byl ze skladů ukraden například lék na rakovinu prsu trastuzumab, který se však následně opět objevil na trhu. Podobná praxe byla objevena i u dalších nejen onkologických přípravků. Podle vyšetřovatelů se navíc zdá, že se z Itálie stala jakási základna pro shromažďování naloupených léčiv, jež se pak prodávají i v dalších zemích Unie.

• U malé skupiny tučňáků kroužkových (*Pygoscelis adeliae*) vědci v **Antarktidě** objevili nový kmen tzv. ptačí chřipky A/H1N2. Podle jejich zkoumání není virus přenosný na savce a nepředstavuje žádné výraznější nebezpečí (příznaky nemoci nevyvolává ani mezi tučňáky). „Zjistili jsme, že tento virus se nepodobá žádnému z těch, které dosud byly ve světě objeveny,“ oznámil jeden z vědců spolupracujících se Světovou zdravotnickou organizací (WHO) a odborník na virologii gmii Aeron Hurt. „Domnívám se, že zmíněný kmen nedává velký důvod k obavám ohledně zdraví zvířat žijících ve volné přírodě, je však jasným důkazem, že se ptačí chřipka dostala až do Antarktidy,“ doplnil s tím, že nakažlivost A/H1N2 otestovali na fretkách, zvířata se však virem neinfikovala. Aeron Hurt je proto přesvědčen, že nákaza člověka je nepravděpodobná.

• **Koronaviru MERS** již v **Saúdské Arábii** podleho přibližně 140 pacientů. Celkem tamní úřady evidují od září 2012, kdy se nákaza začala poprvé šířit, 536 laboratorně potvrzených případů. Stoupající počet nemocných vyvolává v zemi paniku a má i politické důsledky. V dubnu byl zbaven funkce saúdkoarabský ministr zdravotnictví, začátkem května byl pak v souvislosti s MERS odvolán ředitel největší nemocnice v Džiddě, kde je zaznamenán nejvyšší počet nemocných (řada z nich jsou zdravotníci zmíněné nemocnice, kteří pečovali o nakažené).

Infikované MERS hlásí i další země (většinou se jedná o lidi, kteří nějakou dobu pobývali na Blízkém východě), první případ na konci dubna ohlásily i **Spojené státy americké**, tamní pacient je již mimo ohrožení života.

• **Virus horečky chikungunya**, který je přenášen komárem *Aedes aegypti* (rovněž přenáší virus horečky dengue), se šíří **Karibikem**. V oblasti je již potvrzeno více než 4 tisíce případů onemocnění, u dalších 31 tisíc pacientů panuje podezření na nákazu horečkou *chikungunya*. Nejvíce nemocných je na ostrovech Martinik, Guadeloupe a Svatý Martin.

• **Pákistánská vláda** oznámila, že od 1. července hodlá na hranicích, letečtích a v přístavech povinně očkovat proti dětské obrně každého, kdo bude chtít zemi opustit a nebude mít potvrzení o vakcinaci. Reagovala tak na výtku Světové zdravotnické organizace (WHO), jež ve své zprávě označila Pákistán za jednu ze zemí (společně se Sýrií a Kamerunem,

které nebrání přenosu dětské obrny za hranice. Zda bude slib skutečně dodržen, však není jasné – očkování proti této nemoci se v zemi potýká s vážnými problémy, zdravotnické týmy, jež vakcinaci provádějí, se často stávají obětmi útoků islamistů, kteří jsou přesvědčeni, že je očkování nástrojem špionáže a zneužívá se pro sterilizaci dětí. Podle agentury AFP bylo v Pákistánu od prosince 2012 zabito 56 lidí.

• **Světová zdravotnická organizace (WHO)** varovala před klesajícím účinkem **antibiotik** „poslední záchrany“ (např. karbapenemů či fluorochinolonů). Stoupající rezistence antibiotik není ničím novým, WHO však upozorňuje, že v této míře rezistence představuje vážné nebezpečí do budoucna.

„Pokud společně nezačínáme rychle a koordinovanou protiakcí, zamíří svět do postantibiotické éry, kdy se běžné infekce i menší zranění, jež jsme dokázali po desetiletí úspěšně léčit, opět stanou smrtelnými,“ upozornil zástupce generálního ředitele WHO Keidži Fukuda.

• **Nejméně 63 lidských životů** si v **Kenii** vyžádal pančovaný, podomácku pálený alkohol, do něhož byl s největší pravděpodobností přidán methanol. Oběti jsou hlášeny ze 4 krajů, nejvíce pak z oblasti Ebu. Konzumace domácích pálenek je v Kenii kvůli jejich příznivé ceně poměrně rozšířená. Více než polovina obyvatel země žije pod hranicí chudoby a mnozí z nich si nemohou dovolit kupovat zdaněný alkohol v obchodech.

(Zdroj: ČTK)

(kha)

Ilustrační foto: Shutterstock



Vědci vyzvali WHA k zachování viru neštovic

Světové zdravotnické shromáždění (WHA) Světové zdravotnické organizace (WHO) bude na svém zasedání opět rozhodovat o osudu vzorků viru pravých neštovic.

Mezinárodní skupina vědců pod vedením Ingera Damona z amerického Centra pro kontrolu a prevenci nemocí (CDC) vyzvala WHA v článku uveřejněném v časopisu *PLOS Pathogens*, aby rozhodlo ve prospěch zachování zbývajících vzorků tohoto viru. Důvodem je podle nich řada otázek, jež v souvislosti s variolou stále zůstávají nezodpovězeny.

Pravé neštovice byly v roce 1980 prohlášeny za eradikované a dodnes zůstávají jediným lidským patogenem, u něhož bylo tohoto úspěchu dosaženo. V současnosti jsou vzorky viru uloženy pouze ve dvou laboratořích – v Rusku a ve Spojených státech amerických – a jsou stále předmětem výzkumu, zaměřeného zejména na diagnostické možnosti či vakcinaci a léčbu pravých neštovic. Důvodem pro ponechání vzorků je především obava, že virus se může znovu objevit, a to po úmyslném vypuštění.

Lepší vakcíny i léky

Autoři článku v *PLOS Pathogens*

zhodnotili přínosy, jichž bylo díky zachování viru varioly dosaženo. Zdůrazňují především objev několika nových vakcín (ve srovnání s dříve užívanými jsou účinnější a bezpečnější) a dvou léků, jež jsou zatím ve fázi testů. Navzdory těmto úspěchům jsou vědci přesvědčeni, že „výzkumný potenciál varioly zatím nebyl plně využit“.

„Variola je neobvyklý virus především v tom, že je jediným známým výhradně lidským patogenem. Podstata této skutečnosti a faktory, jež ji způsobují, však dodnes zůstávají neznámé,“ píše se v článku. „Využití moderních technologií navíc může vést k objevu dalších terapeutických či diagnostických prostředků, jež budou účinnější v případě opětovného výskytu pravých neštovic,“ zdůrazňují vědci a zároveň si pokládají otázku, zda poté, co byla publikována sekvence genomu varioly, a za současných možností syntetické biologie je zničení vzorků viru opravdu „žádoucí a smysluplné“.

(Zdroj: Medindia)

(kha)

Mateřská úmrtnost celosvětově klesá, stále však každou hodinu umírá 33 žen

Nejnovější zpráva Organizace spojených národů (OSN) ukazuje, že od roku 1990 poklesla mateřská úmrtnost o plných 45 %. Zatímco před 24 lety kvůli komplikacím spojeným s těhotenstvím a porodem zemřelo 523 tisíc žen, loni to bylo 289 tisíc.

Souběžně prezentovaná studie Světové zdravotnické organizace (WHO) s názvem „Globální příčiny mateřské úmrtnosti: systematická analýza WHO“, jejíž výsledky otiskl časopis *The Lancet Global Health*, se pak zaměřila na nejčastější příčiny mateřské úmrtnosti. Více než čtvrtina žen podle této práce umírá kvůli již existujícím nemocím, jako je diabetes, malárie, HIV/AIDS či obezita, přibližně stejné množství rodiček podléhá během těhotenství a porodu závažnému krvácení. „Tyto dvě zprávy společně ukazují, jak je důležité investovat do jednoduchých a osvědčených postupů, jako je například kvalitní péče o těhotné a rodičí ženy, především pak ty, které navíc bojují s nějakou nemocí,“ zdůrazňuje dr. Flavia Bustreoová ze sekce WHO pro zdraví žen a dětí.

O 33 žen více

Mezi nejdůležitější závěry studie OSN nazvané „Trendy v mateřské úmrtnosti 1990 až 2013“ patří již zmíněný pokles tohoto ukazatele ve světě o 45 %, dále pak skutečnost, že k 60 % případů mateřské úmrtnosti dochází v 10 zemích: v Indii (50 tisíc), Nigérii (40 tisíc), Demokratické republice Kongo (21 tisíc), Etiopii

(13 tisíc), Indonésii (8800), Pákistánu (7900), Tanzanii (7900), Keni (6300), Číně (5900) a Ugandě (5900). Nejvyššímu riziku úmrtí v souvislosti s těhotenstvím a porodem pak čelí ženy v Somálsku (1 : 18) a Čadu (1 : 15). „Třiatřicet žen, jež ve světě každou hodinu umírají v souvislosti s těhotenstvím či porodem, je příliš mnoho – přesněji řečeno o 33 více,“ dodává Tim Evans z programu pro zdraví a výživu Skupiny Světové banky. „Je nutné, abychom každý takový tragický případ zdokumentovali, zjistili jeho pozadí a okamžitě začali pracovat na nápravě,“ je přesvědčen.

11 zemí, které měly v roce 1990 vysokou mateřskou úmrtnost (Bhútán, Kambodža, Kapverdy, Rovnicková Guinea, Eritrea, Laos, Maledivy, Nepál, Rumunsko, Rwanda a Východní Timor), již dosáhlo splnění tzv. Rozvojového cíle tisíciletí (MDG), tedy snížení mateřské úmrtnosti o 75 % do roku 2015. Jak ale studie OSN zdůrazňuje, řada zemí s nízkými či středními příjmy tohoto úspěchu nedosáhla. Nejrizikovějším regionem z hlediska těhotenství a porodu i nadále zůstává subsaharská Afrika. „Pro představu – 15letá dívka žijící v subsaharské Africe má pravděpodobnost 1 ku 40, že

zemře během gravidity či porodu. Stejně stará Evropanka má toto riziko v životě 1 ku 3300,“ upozorňuje výkonná ředitelka Dětského fondu OSN (UNICEF) Geeta Rao Guptaová.

Mění se příčiny

Navzdory všeobecnému pokroku, kterého bylo v oblasti péče o těhotnou a rodičí ženu za posledních 20 let dosaženo, se v mnoha zemích stále nedaří předcházet ve větší míře těhotenství u dospívajících dívek, potratům, úmrtí během porodu, přenosu pohlavních chorob či HIV, navíc kromě velkých rozdílů v kvalitě zdravotní péče mezi jednotlivými státy existují i rozdíly mezi dostupností sexuální výchovy. „Každoročně ve světě rodí 15 milionů dívek mezi 15 a 19 lety věku, přičemž každá pátá dívka ještě před svými 18. narozeninami. Mnoho z těchto těhotenství je navíc důsledkem znásilnění,“ upřesňuje Kate Gilmoreová z Populačního fondu OSN (UNFPA).

Studie WHO se zaměřila především na příčiny mateřské úmrtnosti. Její autoři vycházeli z údajů o více než 60 tisících případech úmrtí těhotných či rodičích žen získaných ze 115 zemí (nejčastější příčiny viz rámeček). „Naše závěry ukazují měnící se profil těchto příčin, především zvyšující se podíl nepřenosných chorob. Je tedy nutné zaměřit se nejen na snížení komplikací spojených se samotnou graviditou či porodem, ale také

Nejčastější příčiny mateřské úmrtnosti

- již existující choroba matky (diabetes, malárie, HIV/AIDS, obezita apod.): 28 %
- závažné krvácení (především při a po porodu): 27 %
- vysoký krevní tlak v důsledku těhotenství: 14 %
- infekční choroby: 11 %
- dystokie a další přímé příčiny: 9 %
- komplikace v souvislosti s potratem: 8 %
- embolie: 3 %.

(Zdroj: WHO)

na choroby matky, jež s tímto stavem nesouvisí, například diabetes nebo obezita,“ říká jedna z autorek výzkumu dr. Marleen Temmermanová z WHO.

Dalším z problémů, na něž boj s mateřskou úmrtností naráží, je nedostatek přesných dat. Ačkoli se statistiky o počtu zemřelých žen zpřesňují, mnoho případů zůstane zcela nenahlášeno. Především v rozvojových zemích často nejsou zjišťovány nebo zdokumentovány například příčiny smrti těhotné či rodičí ženy (týká se to především těch, jež zemřou mimo zdravotnické zařízení). WHO upozorňuje, že pro jednotlivé státy je pak těžké rozpoznat, do kterých oblastí je nejvíce nutné investovat.

USA: Opačný trend

Navzdory příznivému celosvětovému trendu se v některých regionech snížila mateřská úmrtnost nedaří. Jednou z mála rozvinutých zemí, kde došlo dokonce k trendu opačnému, jsou Spojené státy americké. Riziko úmrtí při porodu či během těhotenství se zde od roku 1990 zvýšilo o 136 % (v roce 2013 zemřelo 28 žen na 100 tisíc živých porodů, v roce 1990

to bylo 12 žen). Žádná další země tak výrazně navýšení nezaznamenala. K dalším bohatým státům, kde se mateřská úmrtnost zhoršila, patří i Kanada (ze 6 na 11 úmrtí/100 000 živých porodů).

Odborníci z WHO si nejsou jisti, zda za navýšením počtu zemřelých těhotných a rodičích žen v USA stojí větší rizika spojená s obezitou, diabetem či vyšším věkem rodičky, nebo zda nedošlo ke statistické chybě. Marleen Temmermanová je přesvědčena, že je potřeba zaměřit se na tuto zemi v dalších analýzách. „Je těžké říci, kolik úmrtí rodiček je skutečně spojeno například s jejich vyšším věkem. Je ale pravda, že starší těhotné mají vyšší riziko komplikací,“ říká.

„Ve Spojených státech amerických navíc žije i velká skupina obyvatel bez zdravotního pojištění, což může být rovněž jedním z faktorů negativně ovlivňujících mateřskou úmrtnost,“ je přesvědčen Colin Mathers z WHO, podle něhož je nutné zlepšit sbírání a vyhodnocování podkladů pro stanovení příčin mateřské úmrtnosti.

(Zdroje: WHO, Reuters)

(kha)



Ilustrace foto: Laurence Geal/MSF (Lékaři bez hranic)

Ebola je v Guineji pod kontrolou

Po více než měsíci otevřel Senegal počátkem května hranice s Guineou, které se rozhodl uzavřít kvůli šíření viru Ebola.

K tomuto kroku se senegalské úřady rozhodly poté, co guinejský prezident Alpha Conde prohlásil, že po 4 měsících se epidemii, která se šířila především na jihovýchodě země až do hlavního města Konakry a zasáhla i sousední Libérii, podařilo dostat pod kontrolu. Zatímco Senegal viděl v uzavření hranic odvrácení hrozby pro národní bezpečnost, guinejské úřady tento krok označi-

ly za přehnaný. Ani Organizace spojených národů (OSN) nepovažovala opatření za nutné, navzdory tomu, že její zástupci mluvili o nejkomplikovanějším šíření viru Ebola, jakému kdy OSN čelila.

Do začátku května bylo v Guineji laboratorně potvrzeno 127 případů Eboly, 81 nakažených nemocí podlehl. Pokud by byla započítána i úmrtí, u nichž nebyla pří-

čina jednoznačně potvrzena, ale panovalo podezření na Ebolu, pak by počet zemřelých dosáhl v zemi 122. Libérie hlásí 13 obětí infekce, u pacientů s podezřením na Ebolu v Sierra Leone, Mali a Gambii se nemoc laboratorně nepotvrdila. Virus Ebola je endemický v řadě středoafričských států. Odborníci byli přesvědčeni, že epidemii v Guineji způsobil záirský kmen viru. Studie však prokázaly, že se v Guineji objevil nový kmen.

(Zdroj: Reuters)

(kha)

ZE ZAHRANIČÍ

Alarmující statistiky **spotřeby alkoholu**

Více než 3 miliony lidí zemřely v roce 2012 v důsledku konzumace alkoholu. Vyplývá to ze zprávy Světové zdravotnické organizace (WHO), jež mimo jiné nabádá vlády k přijetí dalších opatření ke změně této statistiky.

„Je třeba většího úsilí, abychom ochránili populaci před škodlivými zdravotními následky konzumace alkoholu,“ říká odborník WHO na chronické nemoci a duševní zdraví Oleg Čestnov a dodává, že nadměrné pití zabíjí častěji muže než ženy a zvyšuje riziko onemocnění více než dvěma stovkami různých chorob. Zpráva WHO uvádí, že v roce 2012 si alkohol vyžádal na 3,3 milionu lidských životů. V průměru vypije každý člověk na světě starší 15 let 6,2 litru čistého alkoholu ročně.

Jak ale dokument zdůrazňuje, je třeba vzít v úvahu, že alkohol konzumuje pouze 38,3 % světové populace – příslušníci této skupiny tedy v průměru vypijí 17 litrů čistého alkoholu za rok.

„Přibližně 16 % konzumentů alkoholu se pak věnuje takzvanému nárazovému pití, které má nejhorší dopady na zdraví,“ upozorňuje Shekhar Saxena z WHO, jenž se zabývá zneužíváním návykových látek. Nejvíce jsou podle něho negativními faktory vyplývajícími z pití alkoholu po-

stiženi lidé z nižších sociálních skupin. „Často se jim nedostává kvalitní zdravotní péče a jsou méně chráněni funkční rodinou či vlastní komunitou,“ dodává Shekhar Saxena.

Smutné prvenství Evropy

Jak zpráva WHO uvádí, některé země již posílily opatření mířící ke snížení počtu rizikových pijáků. Patří mezi ně například vyšší daňové zatížení alkoholických nápojů, zvyšování věkového limitu pro legální konzumaci alkoholu nebo regulace reklamy a marketingu alkoholových výrobků. Stále však podle organizace panují velké mezery v informovanosti obyvatelstva o škodlivosti alkoholu a také ve včasném zachytu lidí patřících mezi rizikové pijáky.

Nejhůře dopadla z hlediska spotřeby alkoholu Evropa – její obyvatelé zkonsumují v průměru téměř dvakrát více alkoholu než zbytek světa. I přesto poklesla v letech 2008–2010 ve srovná-



Ilustrační foto: Tomáš Novák/Euro

ní s obdobím 2003–2005 spotřeba alkoholu v regionu o 10 % (další informace viz box). Nárazovému pití se věnuje 31,8 % evropských mužů a 12,6 % žen. K nejhůře postiženým zemím regionu patří státy střední a východní Evropy – více než 12,5 litru čistého alkoholu

ročně na hlavu vypijí v průměru kromě obyvatel Ruska a některých postsovětských zemí také například Poláci, Maďari, Slováci a Češi (průměrná spotřeba alkoholu u nás dosahuje 13 litrů na 1 obyvatele).

(Zdroje: WHO, Reuters)

(kha)

Evropská spotřeba alkoholu v číslech

- Spotřeba alkoholu v evropských členských státech WHO je o 4,7 litru vyšší než světový průměr.
- Roční spotřeba alkoholu v tomto regionu dosahuje 10,9 litru/1 obyvatele.
- Roční spotřeba alkoholu na 1 obyvatele poklesla v evropských

členských státech WHO v období 2008–2010 (ve srovnání s lety 2003–2005) z 12,2 litru na 10,9 litru.

- Podíl všech pijáků alkoholu v regionu ve stejném období poklesl z 68,8 % na 66,4 %.

(Zdroj: WHO)

Zemřel objevitel vakcíny proti lepre

Ve věku 100 let zemřel 12. května 2014 venezuelský vědec a lékař **Jacinto Convit**, který se do historie medicíny zapsal objevem vakcín proti lepre a leishmanióze.

Jacinto Convit García se narodil 11. listopadu 1913 do rodiny španělských imigrantů ve Venezuele. V roce 1932 byl přijat na lékařskou fakultu univerzity v Caracasu, kterou o 6 let později dokončil. Již během studií jej zasáhl osud pacientů s leprou, kteří kvůli silné stigmatizaci pobývali na okraji společnosti. Dr. Convit se proto rozhodl zaměřit svou práci právě na tuto chorobu – neváhal se vydat do odlehklých oblastí, kde pacienti žili a kde je mohl léčit. V roce 1987 zkombinoval léčivou látku používanou pro léčbu tuberkulózy s bakterií, která se vyskytovala u pásovců, a vyvinul tak vakcínu proti lepre, jež se začala používat v mnoha zemích světa. Venezuelská vláda Jacinta Convita o rok později nominovala na Nobelovu cenu za fyziologii a medicínu, tu však Venezuelan nakonec neobdržel. Stal se ovšem laureátem řady významných vědeckých i dalších ocenění (včetně francouzského Řádu čestné legie či španělské Ceny prince Asturského).



Foto: Venezuela al Día

Nobelovu cenu, ale kvůli snaze najít lék na rakovinu,“ prohlásil.

„Doktor Convit se stal ve Venezuele hrdinou díky své obětavosti a tomu, že zasvětil svou práci těm nejchudším a pacientům s obávanými chorobami. Za celou svou kariéru si nenechal zaplatit od jediného pacienta.“ píše se mimo jiné na jeho webové stránce v oznámení o jeho úmrtí.

„Byl výjimečnou osobností. Spojoval v sobě lékaře a člověka v tom nejzákladnějším a nejlepší smyslu – všechny své pacienty znal jménem a i po letech si pamatoval každého z nich. Rozhodl se zasvětit život dvěma chorobám, jež patří k nejvíce stigmatizovaným – lepre a leishmanióze. Podařilo se mu zlepšit zdraví a život lidí, na které téměř celý svět, včetně toho vědeckého, zapomněl,“ uvedl při vzpomínce na Jacinta Convita jeho bývalý kolega dr. Barry Bloom, jenž s ním pracoval 15 let.

(Zdroje: Reuters, BBC)

(kha)

Lékař a člověk v tom nejlepší smyslu

Poslední roky svého aktivního vědeckého života se Jacinto Convit věnoval výzkumu rakoviny a svou poslední práci na toto téma publikoval v loňském roce, tedy ve 100 letech. „Netrápí mě nespavost kvůli tomu, že jsem nezískal

**DRMAX, BÍLÁ
NEMOCI, BĚŽÍ
V RYTMU, TUPÁ
K UDRŽENÍ
DICHOTOMIE
E SRAŽENY
ULTRAVIOLET
H I B A J**

**DOKTOR
FEST** **2014**

**Sobota 31. 5.
12.00–22.00H
PÍSECKÁ BRÁNA
K Brusce 5, Praha
HRADČANY**

VSTUP ZDARMA

www.doktorfest.cz

Pofádá: **taktum** Porte/o.s. Za podpory: **PRAHA PRAHA PRAHA** **6** **VEŠKÉ LÁSKY PRONĚLÉ**

Inzerce M141000528

Jednání o převzetí společnosti AstraZeneca i na vládní úrovni

Dva výbory britského parlamentu si předvolaly zástupce americké společnosti Pfizer a britské farmaceutické dvojky AstraZeneca, kterou chce Pfizer koupit. Poslanci se jich budou ptát na záležitosti okolo možného převzetí.

Předseda výboru pro vědu a technologie Andrew Miller naznačil, že hlavním tématem jednání bude ochrana národních zájmů v případě uskutečnění transakce. Jak dodal, jeho výbor nemá pravomoc převzetí zablokovat, chce však prý „mnohem více informací“ ohledně jeho dopadu na britskou vědeckou základnu a práva duševního vlastnictví. Vedení firmy AstraZeneca odmítlo i vylepšený návrh na pře-

vti od Pfizeru ve výši 106 miliard dolarů (2,1 bilionu Kč) a označilo jej za podhodnocený. Pfizer je podle tržeb druhým a AstraZeneca osmým největším výrobcem léčiv na světě. Jejich sloučením by vznikla největší světová farmaceutická skupina. Pfizer dal najevo, že bude o britskou firmu dál usilovat. AstraZeneca předestřela své argumenty proti převzetí za nabízenou cenu. Poukázala na to, že má ve vývo-

ji řadu nových léků, díky nimž by po dočasném několikaletém útlumu měly do roku 2023 její tržby přesáhnout 45 miliard dolarů. Loni firma zaznamenala tržby ve výši 25,7 miliardy USD.

Prodej v národním zájmu?

Opoziční labouristé vyzvali vládu k důkladnému přezkoumání, zda možné převzetí britské firmy Pfizerem je „v národním zájmu“, a obviňují konzervativ-

ně-liberální kabinet, že obě firmy ke spojení povzbuzuje. Vláda označuje zájem Pfizeru za doklad úspěchu své politiky přitahování zahraničních investic a od americké firmy si vymohla přísliby

ohledně pracovních míst a pokračování investic do výzkumu a vývoje ve Velké Británii. Šéf Pfizeru Ian Read premiérovi Davidu Cameronovi slíbil dokončení nového výzkumného střediska, které AstraZeneca plánuje v Cambridge, a zachování výrobního závodu v severoanglickém Macclesfieldu.

Premiérův mluvčí prohlásil, že vláda bude s oběma podniky nadále diskutovat o pracovních místech a farmaceutickém výzkumu. Zdůraznil však, že do podmínek jejich možného spojení zasahovat nehodlá. (ČTK, kha)

ÚOHS rozhodl o převzetí laboratoří

Úřad pro ochranu hospodářské soutěže (ÚOHS) svým prvostupňovým rozhodnutím povolil skupině Mid Europa Partners Llp převzít společnosti Imuno, s. r. o., a Laboratoře Euromedic, s. r. o.

Spojení bylo povoleno až po detailním posouzení v tzv. druhé fázi řízení, kde se původní obavy z možného narušení hospodářské soutěže nepotvrdily. Rozhodnutí dosud není pravomocné a může proti němu být podán rozklad.

Skupina Mid Europa Partners působí na území České republiky mimo jiné v oblasti poskytování klinických laboratorních vyšetření, a to prostřednictvím společnosti Aesku-Lab Holding. Nabývané společnosti jsou v ČR rovněž činné v oblasti poskytování klinických laboratorních vyšetření, a to ve stejných odbornostech jako skupina Mid Europa

Partners (biochemie, hematologie, mikrobiologie, imunologie, alergologie a patologie).

Celkové i lokální dopady

Úřad posuzoval spojení soutěžitelů jak z hlediska jeho dopadů na celorepublikový trh klinických laboratorních vyšetření obecně, tak i na věcných subtržích laboratorních vyšetření v oborech biochemie, hematologie, mikrobiologie, alergologie a imunologie a patologie. Kromě toho se ÚOHS zabýval také vlivem spojení na lokální (krajské) trhy v Praze, Středočeském a Ústeckém kraji.

S ohledem na skutečnosti, že na trzích, na nichž se činnosti spojujících se soutěžitelů překrývají, budou mít odběratelé zachováno možnost výběru dodavatelů služeb klinických laboratorních vyšetření, kteří pro ně představují plnohodnotnou alternativu ke spojujícím se soutěžitelům, a že působení ve spojení dotčené oblasti je do značné míry regulováno (včetně ceny služeb laboratorních vyšetření), úřad uzavřel své šetření s tím, že v důsledku spojení nedojde k podstatnému narušení hospodářské soutěže.

(Zdroj: ÚOHS)

(red)

Výzva k účasti ve studii

Novorozenci a děti do věku 5 let, kteří trpí poruchou ornithintranskarnbamylázy (OTC), karbamoylfosfátsyntetázy (CPS) typu I či argininosukcinnátsyntetázy (ASS, citruliniemie typu I) se stále ještě mohou zapsat do studie jaterních buněk SELICA V1.

Cílem otevřené, prospektivní multicentrické klinické studie je demonstrovat bezpečnost a účinnost terapie jaterními buňkami u dětí s uvedenými poruchami močovinového cyklu. Předběžné analýzy výsledků studie, které byly nedávno prezentovány na výroční konferenci Asociace metabolických poruch u pediatrických pacientů (APS) v německé Fuldě, ukazují očekávaný přínos pro pacienty, kteří podstupují léčbu jaterními buňkami. „Tato prvotní data nás motivují k tomu, abychom ve studii pokračovali v roce 2014 a poskytl tak vážně nemocným dětem čas do doby, než mohou mimo jiné podstoupit transplantaci jater,“ vysvětlil hlavní řešitel studie prof. Georg Friedrich Hoffmann z Univerzity nemocni-

ce v Heidelbergu. Společnost Cyto-ent zaslala žádost o souhlas regulačních orgánů s léčbou jaterními buňkami Evropské lékové agentuře (EMA) v prosinci 2013.

Máte pacienti trpící poruchami močovinového cyklu a chtěli byste, aby se zúčastnili studijního programu SELICA, zaměřeného na terapii jaterními buňkami? Podrobné informace o zařazení do studie a kritériích pro vyloučení získáte od hlavního řešitele.

Kontakt: prof. Dr. med. Georg Friedrich Hoffmann, Heidelberg University Hospital, Im Neuenheimer Feld 430, 69120 Heidelberg, Německo, tel.: +49 6221 56 4101, e-mail: georg.hoffmann@med.uni-heidelberg.de

(Zdroj: ČTK Protect)

(red)

Krátce z (farma)byznysu

- Společnost **GlaxoSmithKline** (GSK) dosáhla v prvním čtvrtletí roku 2014 2% růstu zisku na akcii. Celá skupina GSK přitom zaznamenala 2% pokles tržeb i přes růst obrátu v divizi léků a vakcín na rozvojových trzích, v Evropě a Japonsku. Tržby v oblasti volně prodejných produktů divize Consumer Healthcare ve stejném období vzrostly na úroveň 1,1 miliardy liber, což celosvětově představovalo 6% růst. Divize Viiv Healthcare, která vyrábí léky proti HIV, dosáhla 4% růstu obrátu. „V oblasti výzkumu a vývoje máme ve II. a III. fázi klinických studií přibližně 40 nových molekul, které představují naději do budoucna pro pacienty s nejzávažnějšími onemocněními,“ dodává generální ředitelka GSK PharmDr. Monika Horníková.

Celkový obrát společnosti za 1. čtvrtletí 2014 činil 5,6 miliardy liber.

- Německá farmaceutická společnost **Bayer** koupí za 14,2 miliardy dolarů divizi výroby volně prodejných přípravků pro péči o zdraví amerického konkurenta **Merck & Co.** Bayer se tak stane druhým největším světovým dodavatelem těchto léků. Transakce ještě musí získat souhlas ze strany regulačních orgánů. Její dokončení se očekává ve druhé polovině letošního roku. Podle agentury Reuters jde o největší akvizici v německém farmaceutickém sektoru od roku 2006, kdy Bayer převzal konkurenta Schering. „Akvizice je významným milníkem na naší cestě k vedoucímu postavení v atraktivním sektoru léků bez

předpisu,“ uvedl ředitel německé společnosti Marijn Dekkers. Merck hodlá výtěžek z prodeje divize využít k investicím do oblastí s vysokým růstovým potenciálem.

- Čistý zisk největší světové farmaceutické společnosti **Pfizer** klesl v 1. čtvrtletí meziročně o 15% na 2,33 miliardy dolarů. Za tímto výsledkem stojí především propad tržeb z prodeje generických přípravků. Zisk na akcii po odečtení jednorázových položek dosáhl 57 centů a o 2 centy překonal průměrný odhad analytiků agentury Reuters. Celkové tržby společnosti klesly o 9% na 11,35 miliardy dolarů a skončily pod odhady trhu.

- Izraelská farmaceutická skupina **Teva Pharmaceutical Industries** vy-

kázala v 1. čtvrtletí nárůst zisku i tržeb. Zisk firmy v přepočtu na akcii a po očištění od jednorázových položek vzrostl na 1,22 dolaru, tj. 10 centů nad výsledek loňského 1. čtvrtletí. Její výnosy se zvýšily o 2% na rovných 5 miliard dolarů. Zatímco v USA příjmy vzrostly o 17%, v Evropě kvůli příliš mírné zimě klesly o 4%. Nový šéf společnosti Erez Vigodman uvedl, že Teva bude zkoumat možnosti nových akvizic. Zajímat se bude hlavně o rozvojové trhy a zaměřit se chce na generika. Firma letos směruje ke snížení nákladů o miliardu dolarů a do roku 2017 by měla ušetřit 2 miliardy dolarů ročně, uvedl Erez Vigodman. Společnost plánuje uzavření nebo odprodej 11 závodů a uzavře o osudu dalších 16 provozů.

- Francouzské farmaceutické společnosti **Sanofi** klesl v 1. čtvrtletí čis-

tý zisk o 3,2% na 1,547 miliardy eur. Výsledky byly slabší, než se očekávalo, především kvůli zpoždění dodávek očkovacích látek pro děti na rozvíjející se trhy a levnější konkurenci veterinárních přípravků. Tržby se snížily o 2,7% na 7,84 miliardy eur. Zisk na akcii činil 1,17 eura a zaostal tak za odhady analytiků Reuters, kteří čekali zisk na akcii 1,2 eura při tržbách 8,08 miliardy eur. Tržby zbrzdil také vývoj směnných kurzů. Při konstantních směnných kurzech se tržby na rozvíjejících se trzích zvýšily o 5,5% a v USA o 7,5%. V západní Evropě a Japonsku zůstaly téměř beze změny. Vysoký růst prodeje zaznamenala Sanofi u léků na diabetes a vzácné nemoci a ve spotřební divizi, kam spadají volně prodejné léky a další produkty pro běžné spotřebitele.

(Zdroj: ČTK, GSK)

(kha)

Deficit vitamínu C a skorbut

– hrozba, která nepominula

Vitamin C (kyselina askorbová) je pro lidské tělo nepostradatelná látka, která hraje nezastupitelnou roli v řadě významných biochemických procesů. Jeho deficit (který může i nemusí mít klasickou podobu skorbutu) proto významně ohrožuje lidský organismus. Jak ukázal výzkum z posledních let, toto nebezpečí neodstranila ani současná civilizace.

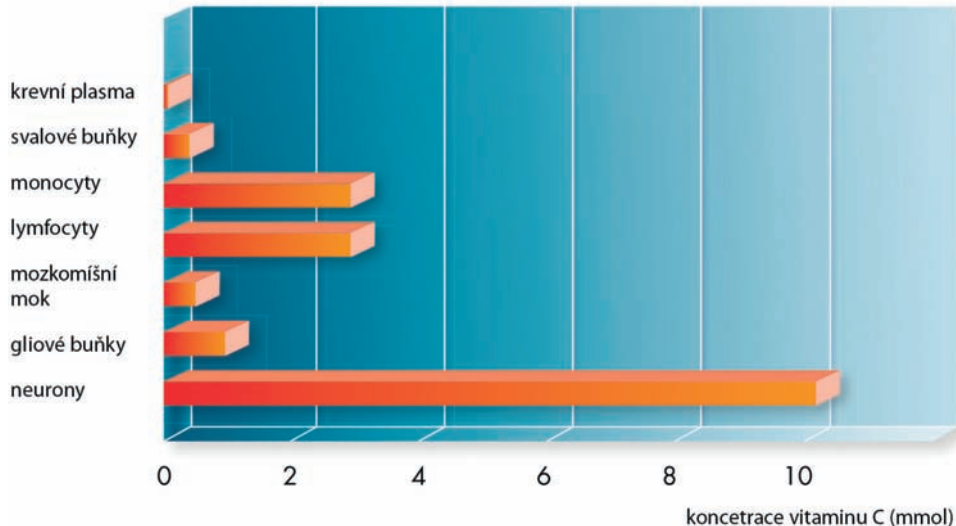
Přítomnost vitamínu C je potřebná pro syntézu kolagenu, neurotransmiterů, karnitinu, histaminu, steroidů, transformaci cholesterolu na žlučové kyseliny, biotransformaci xenobiotik, ovlivňuje resorpci a mobilizaci železa. Působí jako *scavenger* reaktivních sloučenin kyslíku a chrání tím tkáň před oxidativním stresem – etiologickým faktorem rozvoje řady chronických chorob včetně onkologických onemocnění.

Nedostatečná hladina kyseliny askorbové negativně ovlivňuje funkci různých systémů včetně CNS, kardiovaskulárního systému, imunity, inhibuje detoxikační funkci jater. Byl prokázán vztah mezi poklesem koncentrace kyseliny askorbové a rizikem vzniku kardiovaskulárních chorob, diabetu, hypertenze, oxidativním stresem, zvýšením hladiny markerů zánětu a mortality z jakýchkoli příčin.

Nízká hladina kyseliny askorbové v séru tedy představuje skrytou hrozbu, která se nemusí projevat klasickými příznaky skorbutu, ale může vést ke vzniku řady chronických onemocnění včetně fatálních.

Deficit askorbátu – základní fakta

Za normální hladinu kyseliny askorbové v séru se považují hodnoty > 28 $\mu\text{mol/l}$. Pásmo suboptimálních hodnot je mezi 11 a 28 $\mu\text{mol/l}$, jako deficit se označují hodnoty < 11 $\mu\text{mol/l}$. Za hlavní determinanty snížené hladiny kyseliny askorbové u zdravých osob se považují nedostatečný příjem



Četnými projevy deficitu vitamínu C jsou nejvíce postiženy ty oblasti, které vitamin C poptávají nejintenzivněji, což jsou buňky imunitního a nervového systému. | Zdroj: Vysokodávkovaná infuzní terapie vitamínem C

vitamínu C, kouření, nižší sociální status, svůj vliv mají i genetické faktory.

Donedávna se nebezpečí výskytu skorbutu, respektive deficitu vitamínu C považovalo v rozvinutých zemích za zanedbatelné. Jak ovšem ukázala řada kazuistik a studií, deficit vitamínu C je i v těchto oblastech relativně častý a nemusí být vždy spojen s rozvinutým klinickým projevem skorbutu. V průzkumu z roku 2011 bylo zjištěno, že až 20 % jinak zdravých Evropanů má nedostatečný příjem vitamínu C. Kuřáci mají (kvůli chronickému oxidativnímu stresem) oproti nekuřácké populaci téměř trojnásobnou potřebu vitamínu C, která není pokryta příjmem. Výsledky některých studií, jež mapovaly výskyt deficitu vitamínu

C v populaci rozvinutých západních zemí, jsou alarmující.

Příkladem může být kanadská studie z roku 2009, ve které byla sledována sérová hladina vitamínu C u 1183 osob. Výsledky ukázaly, že 33 % populace mělo suboptimální a 14 % deficitní hladinu vitamínu C; celkem 47 % do studie zařazených osob tedy mělo sníženou hladinu askorbátu. Osoby s deficitem vitamínu C měly významně zvýšenou koncentraci C-reaktivního proteinu, což svědčí o přítomnosti zánětlivého procesu v souvislosti s oxidativním stresem doprovázejícím deficit askorbátu. Studie NHANES-III potvrdila, že 10 % vyšetřených Američanů trpí závažným deficitem a 15–20 % subklinickým poklesem. Celkem se tedy jednalo o třetinu obyvatelstva. Deficit vitamínu C přítom koreloval s nadváhou, hypertenzí a výskytem zánětlivých markerů. Příčiny tohoto nedostatečného zásobování vitamínem C jsou mnohostranné; rozhodujícími faktory jsou na vitamíny chudá strava a nárůst výskytu chronických metabolických a zánětlivých onemocnění, která kvůli souvisejícímu oxidativnímu stresemu přispívají ke zvýšené spotřebě vitamínu C a poklesu jeho systémové hladiny.

Role oxidativního stresu

Na vzniku značného množství závažných chronických chorob se zásadním způsobem podílí chronický zánět. Významným příčinným faktorem vzniku chronického zánětu je oxidativní stres, který se rozvíjí v situaci, kdy je v organismu přebytek reaktivních sloučenin kyslíku (ROS). Tyto sloučeniny jsou produkovány v určitém množství i za fyziologických okolností, ale za patologických stavů jejich produkce stoupá. K odstraňování nadbytečných ROS slouží antioxidanty; vitamin C je jedním z nejvýznamnějších scavengerů ROS. Nadbytek ROS může vznikat jak z příčin exogenních (například působením znečištění životního prostředí), tak endogenních – v průběhu zánětlivého procesu a nedostatku antioxidantů. Vysoká hladina ROS způsobuje závažná poškození tkání a vznik onemocnění, jejichž podkladem je chronický zánětlivý proces. Výskyt těchto onemocnění stoupá; mezi důvody tohoto jevu patří zvýšená produkce ROS a zároveň nedostatek antioxidantů.

S přechodem akutního zánětu do chronického stadia se zvyšuje intenzita prooxidativních signálů a dochází k rychlému vyčerpání zásob antioxidantů včetně

vitamínu C; vzniká tak oxidativní stres. Oxidativní stres a chronifikace zánětu spolu úzce souvisí a současně poznatky ukázaly, že tyto jevy představují významný etiopatogenetický faktor řady chronických chorob. Askorbát se při nich akumuluje v zanícené tkáni na úkor systémové hladiny, snižuje se kapacita pro jeho regeneraci a dále se prohlubuje jeho systémový deficit. Tento nedostatek vitamínu C se projevuje především kardiovaskulárními poruchami, například endoteliální dysfunkcí, poruchami hojení ran, sníženou funkcí imunity (zvýšenou vnímavostí k infekcím), sníženou tolerancí stresu, depresivní poruchou a dalšími patologickými stavy; představuje rizikový faktor i pro vznik onkologických onemocnění.

Zvýšené riziko deficitu

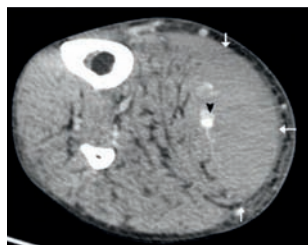
Z průzkumů vyplývá, že výskyt deficitu roste s věkem. Staří lidé mají zvýšené riziko podvýživy a zvýšeného oxidativního stresu. Plasmatické koncentrace kyseliny askorbové se s věkem snižují. Souvisí to i s oxidativním stresem doprovázejícím degenerativní onemocnění, jejichž frekvence se s věkem zvyšuje. Rizikovou skupinu představují členové nízkopříjmových skupin, jejichž výživa neobsahuje dostatek vitamínů. Významným faktorem vzniku deficitu vitamínu C je kouření, které zvyšuje oxidativní stres a tím i spotřebu antioxidantů. Deficit askorbátu může být způsoben zvýšenou spotřebou, například při stresu či katabolických stavech.

Ke vzniku deficitu vitamínu C přispívá i řada chronických onemocnění spojených s oxidativním stresem, včetně onkologických. Deficit askorbátu má u těchto onemocnění dvojí roli – zprvu je etiologickým faktorem jako doprovodný faktor oxidativního stresu, ale deficit se dále prohlubuje i jako následek zvýšené spotřeby askorbátu v průběhu těchto chorob. Mezi patologické stavy související s oxidativním stresem a deficitem vitamínu C patří zánětlivá revmatická onemocnění (např. revmatoidní artritida), alergie (např. astma, atopická dermatitida), kardiovaskulární choroby spojené s endoteliální dysfunkcí (např. hypertenze, ateroskleróza), bakteriální a virové recidivující a chronické infekce bakteriální (např. chronická bronchitida, sinusitida, infekce močových cest) i virové (např. herpes zoster), spojené s nedostatečnou funkcí imunity, snížená tolerance stresu



Jedenáctileté dítě se epileptickou encefalopatií, hemoragickou gingivitidou a anemií, jednostrannou gonalgii a zhrubělým povrchem kůže. Byl u něj prokázán deficit vitamínu C. Obrázky ukazují stav před a po suplementaci vitamínu C. | Zdroj: The Journal of Pediatrics

NOVINKY VE FARMAKOTERAPII



Hematom na pravé noze 58letého alkoholika se objevil spontánně a byl zapříčiněn skorbudem. | Zdroj: Permanent Journal

a deprese. Deficit tedy nemusí mít klasickou podobu skorbutu (krváčení z dásní, vypadávání zubů, kožní změny, anemie), ale může se projevovat řadou onemocnění, v jejichž etiologii hraje roli oxidativní stres. K deficitu askorbátu přispívají i léčiva z některých skupin, např. cytotatik, perorálních kontraceptiv či diuretik.

Příklad deficitu – onkologická onemocnění

Příkladem onemocnění spojených s oxidativním stresem a deficitem askorbátu jsou onkologické choroby. Podle doporučení Evropské společnosti pro klinickou výživu a metabolismus (ESPEN) je potřeba vitamínu C u onkologických pacientů zvýšená. Vyšší potřeba vitamínu C u těchto nemocných vyplývá z několika faktorů – z role, kterou hraje oxidativní stres a zánětlivý proces v etiologii onkologických chorob, a dále z výskytu deficitu vitamínu C u onkologicky nemocných (ke kterému přispívá i léčba, např. cytostatika a radioterapie). Tento deficit, který je významným faktorem zhoršujícím stav onkologicky nemocných a snižujícím jejich schopnost čelit oxidativnímu stresu, dosahuje často až skorbutických hodnot a byl předmětem několika studií. Ve studii z roku 1952 autoři zjistili, že ve skupině pacientů s různými onkologickými onemocněními byla významně snížena

průměrná plasmatická hladina askorbátu oproti normě. Studie z roku 1982 ukázala, že ve skupině pacientů s karcinomem plic je u 64 % hladina vitamínu C významně snížena. Ve studii z roku 2005 se autoři zaměřili na výskyt deficitu askorbátu u pacientů s různými onkologickými onemocněními v pokročilém stadiu. Prokázali přítomnost tohoto deficitu u 30 % pacientů. Dále byla prokázána korelace mezi plasmatickým deficitem askorbátu, sníženou dobou přežití a hladinou zánětlivého markeru (C-reaktivního proteinu), tedy příčinná souvislost mezi nádorovým a zánětlivým procesem.

V práci z roku 2009 se autoři zaměřili na plasmatickou hladinu askorbátu (a další parametry) u pacientů se skvamózním karcinomem hlavy a krku. Průměrná plasmatická hladina askorbátu byla v této skupině pacientů velmi významně snížena oproti normě ($p < 0,005$). Fain et al. v práci z roku 1998 pátrali po pacientech, u kterých se už rozvinuly klinické projevy skorbutu (což znamená, že u nich byl deficit askorbátu zvlášť výrazný a dlouhodobý). Ve skupině onkologicky nemocných našli přibližně 6 % osob postižených klinicky manifestním skorbudem. Při porovnání s kontrolní skupinou, kterou tvořili pacienti s nenádorovými chronickými chorobami (např. s *diabetes mellitus* a dalšími) se ukázalo, že výskyt manifest-

ního skorbutu ve skupině onkologických pacientů byl přibližně 18x vyšší. V přehledovém článku z roku 2011, který se zabývá rolí zánětlivého procesu u onkologicky nemocných a možnostmi jeho ovlivnění intravenózním vitamínem C, Ichim et al. konstatují, že u onkologických onemocnění je často přítomen deficit askorbátu, shrnují základní práce k této problematice a popisují kompenzační účinky intravenózně podávaného vitamínu C.

Deficit askorbátu je u onkologických pacientů častý, vysoký je i výskyt klinicky manifestního skorbutu (který se rozvíjí až při výrazném a dlouhodobém deficitu askorbátu). Deficit vitamínu C představuje nejen závažný doprovodný fenomén onkologických onemocnění; je způsoben nejen malnutricí, ale i zvýšenou spotřebou antioxidantů následkem změn způsobených samotnou chorobou, s ní často souvisejícími systémovými zánětlivými změnami a rovněž dopadem chemoterapie a radioterapie na organismus. Autoři posledně jmenované práce proto doporučují suplementaci intravenózně podávaným vitamínem C jako antioxidantivně a protizánětlivě působící látky v rámci adjuvantní a paliativní léčby pomáhající snížit oxidační stres organismu a přispívající i k prevenci a léčbě sepse související s onkologickým onemocněním.

Náprava deficitu askorbátu a jeho následků

Řešením deficitu askorbátu je suplementace vitamínu C, která může mít perorální či intravenózní formu. Zabezpečení dostatečné koncentrace kyseliny askorbové v tkáních chrání organismus před negativními dopady oxidativního poškození a následným vznikem patologických změn. Na rozdíl od preventivní funk-

ce askorbátu, k jejímuž zajištění stačí perorální suplementace, je pro rychlé řešení důsledků výrazného deficitu vhodná forma intravenózní, která umožňuje podání dávek vitamínu C v řádu gramů, zatímco perorální aplikací má smysl podávat pouze dávky do 400 mg; vyšší perorálně podané dávky se vzhledem k omezené kapacitě střevních transportérů nevstřebávají a jsou vyloučeny z organismu.

K zabezpečení protizánětlivého efektu askorbátu u zánětlivých onemocnění spojených s oxidativním stresem je třeba výrazně navýšení hladiny, dosažitelné intravenózním podáním, k ochranně endotelu též. Například podle některých studií u onkologických nemocných i. v. podání vitamínu C v dávkách v řádu gramů přispívá k lepšímu snášení základní terapie, snížení jejich nežádoucích účinků a zlepšuje kvalitu života pacientů.

V tomto smyslu shrnuje data k využívání vysokodávkovaného intravenózního vitamínu C (IVC) v onkologii americký Národní onkologický ústav (NCI/NIH). V publikovaném souhrnu se uvádí, že v klinických studiích bylo při podávání IVC prokázáno zlepšení kvality života pacientů a snížení nežádoucích účinků spojených s léčbou a že v dosavadních klinických studiích byl IVC onkologickými pacienty dobře snášen. Ve studiích byl podáván pacientům bez urolitiázy v anamnéze a s normální funkcí ledvin. V této souvislosti je třeba připomenout, že maximum vitamínu C se po podání z plasmy přesunuje do buněk zejména imunitního a nervového systému, zatímco v plasmě zůstává jen minimální zbytek askorbátu, který se vyloučí ledvinami většinou v nezměněné formě, necelých 0,5 % pak v podobě oxalátu (podíl transformace askorbátu na oxalát s nárůstem dávek IVC klesá).

Závěr

Deficit vitamínu C je i v civilizovaných zemích relativně častý; může mít subklinickou formu, ale je třeba na něj myslet i ve spojitosti s příznaky, které mohou souviset s rolí askorbátu v organismu. Deficit se může projevit nejen charakteristickými známkami skorbutu, ale i méně obvyklými známkami nedostatku askorbátu, vzniklými v souvislosti s rolí vitamínu C pro funkci různých systémů. Deficit vitamínu C také vede ke vzniku oxidativního stresu a rozvoji onemocnění, v jejichž etiologii hraje roli chronický zánětlivý proces.

Protože základní příčinou deficitu je nedostatečný příjem vitamínu C, je důležité zjištění dietních zvyklostí nemocného. Významnou skupinu lidí ohrožených deficitem vitamínu C představují pacienti s chronickými chorobami, včetně onkologických. V etiologii těchto onemocnění hraje roli oxidativní stres, který vede k poklesu zásob askorbátu. Samotný průběh pak nežádá vede k dalšímu poklesu zásob vitamínu C. Ke vzniku deficitu vitamínu C často přispívá i léčba užívaná k terapii těchto nemocí (např. cytostatika či radioterapie).

Řešením stavů spojených s deficitem askorbátu a oxidativním stresem je suplementace vitamínu C. Pro rychlé vyrovnání důsledků výrazného deficitu, protizánětlivý účinek, k ochraně endotelu i kardiiovaskulárních onemocnění a jako součást adjuvantní a paliativní léčby u onkologicky nemocných je vhodná forma intravenózní, která umožňuje podání dávek vitamínu C v řádu gramů.

Literatura je k dispozici u autorů.

MUDr. Pavel Kostlůk, CSc.
PharmDr. Lucie Kotlířová
Edukafarm, Praha

Inzerce M141 000097

Vitamin C-Injektapas 7,5 g

Infuzní terapie vitamínem C

inPHARM, tel.: 241 432 133, inpharm@inpharm.cz, www.inpharm.cz

ZKRÁCENÝ SOUHRN ÚDAJŮ O PŘÍPRAVKU

Název přípravku: Vitamin C-Injektapas 7,5 g. **Složení:** 1 ml koncentráту pro infuzní roztok obsahuje 150 mg acidum ascorbicum. **Lahvička:** 50 ml koncentráту pro infuzní roztok obsahuje 7,5 g acidum ascorbicum.

Pomocné látky: Hydrogenuhlíčan sodný, voda na injekci. **Léková forma:** Koncentrát pro infuzní roztok. **Indikace:** Prevence a terapie stavů klinického nedostatku vitamínu C, který nemůže být odstraněn výživou ani perorálním podáváním. Methemoglobinémie v dětském věku. **Dávkování a způsob podání:** Pokud není stanoveno jinak, podává se denně 5–50 ml naředěného koncentráту pro přípravu infuze. 50 ml koncentráту pro přípravu infuzního roztoku je třeba zředít 100 ml izotonického roztoku chloridu sodného a infuzi pomalu podávat. Infuze se aplikuje nitrožilně do periferní žíly. **Kontraindikace:** Přípravek by neměl být aplikován u pacientů s oxalátovou urolitiázou a nemocí metabolismu železa a jeho ukládáním v organismu (talasemie, hemochromatóza, sideroblastická anemie).

Interakce: Přípravek Vitamin C-Injektapas 7,5 g může chemicky změnit jiné léky (na základě vysokého redoxního potenciálu). Kompatibilita při kombinaci s jinými léky musí být pro každé podání vždy kontrolována. Kyselina askorbová může ovlivňovat účinek antikoagulantů. Současné podání kyseliny askorbové a flufenazinu vede ke snížení koncentrace flufenazinu v plasmě, současná aplikace kyseliny askorbové a kyseliny acetylsalicylové vede ke snížení vylučování kyseliny acetylsalicylové a ke zvýšenému vylučování kyseliny askorbové v moči. Další informace viz SPC. **Těhotenství a kojení:** Během těhotenství a kojení nemá být překročeno množství 100–500 mg kyseliny askorbové denně. Kyselina askorbová je vylučována do mateřského mléka a prochází placentou. **Nežádoucí účinky:** Velmi vzácně jsou pozorovány respirační a kožní projevy přecitlivělosti. V jednotlivých případech může krátkodobě dojít k projevům poruchy krevního oběhu (např. závrať, nauzea, poruchy vidění). Při akutních infekcích byly ojediněle pozorovány reakce jako zimnice nebo zvýšená teplota. **Předávkování:** viz „Zvláštní upozornění a bezpečnostní opatření pro aplikaci“. **Inkompatibilita:** Kyselina askorbová má silný redoxní potenciál. Chemická kompatibilita při současném podávání jiných léčiv musí být pro každé jednotlivé případě kontrolována. Doba použitelnosti: 2 roky. **Uchovávání:** Uchovávejte při teplotě do 25 °C, uchovávejte lahev v krabici, aby byl přípravek chráněn před světlem. Tento přípravek je určen pouze pro jednorázové použití. Aplikace se musí uskutečnit bezprostředně po otevření lahvičky s koncentrátem pro infuzní roztok. Nepoužité zbytky je třeba zlikvidovat. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Pascoe, Německo. Registrační číslo: 86/107/13-C. **Datum první registrace:** 27. 2. 2013. **Datum revize textu:** 27. 2. 2013. Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek Vitamin C-Injektapas 7,5 g není hrazen z prostředků zdravotního pojištění. Podrobnější informace viz SPC přípravku.

Podrobnější informace o dávkovacích režimech (včetně onkologických) lze nalézt na www.edukafarm.cz

Hormonální léčba u karcinomu prsu jako nejstarší cílený terapeutický postup

Pro hormonálně dependentní karcinomy prsu zůstává hormonální léčba (HL) základní systémovou léčebnou modalitou a její nezařazení do léčebného algoritmu je nepředstavitelné. Je nejstarší a nejbezpečnější klinicky ověřenou systémovou terapií používanou ve všech stádiích karcinomu prsu. Má pevné místo v komplexní léčbě hormonálně dependentních karcinomů prsu jak u menoaktivních, tak postmenopauzálních žen.

Kolem 75% karcinomů prsu se zvýšenou expresí estrogenových (ER) a/nebo progesteronových receptorů (PgR) je diagnostikováno u postmenopauzálních žen. Hormonální léčba je preferovaná léčebná modalita u hormonálně dependentních karcinomů prsu včetně viscerálního postižení, pokud není vysoké riziko či důkaz hormonální rezistence nebo je nutné rychle dosáhnout léčebné odpovědi (1st international consensus guidelines for advanced breast cancer 2012). Otázka širšího využití v hormonální chemoprevenci je otázkou brzké budoucnosti.

Odlíšné terapeutické modality

Pomocí tří základních molekulárních markerů (ER, PgR, HER2) je možné zjednodušeně definovat čtyři skupiny s rozdílnými terapeutickými přístupy:

1. hormonálně dependentní a zároveň HER2 independentní (HR+/HER2-)
2. hormonálně dependentní a zároveň HER2 dependentní (HR+/HER2+)
3. hormonálně independentní a zároveň HER2 dependentní (ER-/PgR-/HER2+)
4. hormonálně independentní a zároveň HER2 independentní

(ER-/PgR-/HER2- = „triple negativní“).

Léčebný přístup je odlišný u hormonálně dependentních karcinomů podle HER2 exprese (amplifikace). Přibližně 20% hormonálně dependentních karcinomů je současně HER2 dependentních. Součástí léčby těchto nemocných je vždy anti-HER2 terapie v kombinaci s chemoterapií nebo HL. U postmenopauzálních žen s metastazujícím karcinomem prsu bez předchozí HL, při progresi onemocnění > 12 měsíců od ukončení adjuvantní HL nebo při diagnóze *de novo* metastazující

ho onemocnění jsou léky volby následující: inhibitory aromatáz (IA), selektivní modulátory estrogenových receptorů (SERM - tamoxifen, toremifen) nebo deregulátory estrogenových receptorů (SERD - fulvestrant). Na základě výsledků klinických studií (srovnání s tamoxifenem) jsou v 1. linii upřednostňovány IA. Další uvažovanou možností pro 1. linii je fulvestrant (na základě nové analýzy klinické studie FIRST, otázku porovnání fulvestrantu v novém dávkování s anastrozolem v 1. linii hormonální léčby řeší klinická studie FALCON) nebo kombinace IA s fulvestrantem

(rozporné výsledky studií FACT a SWOG). SERM (tamoxifen) se jeví jako rozumná alternativa u vybrané skupiny nemocných s metastazujícím onemocněním:

- intolerance léčby IA (např. pro myalgie, artralgie)
- nemocné s osteoporózou s vysokým rizikem fraktury

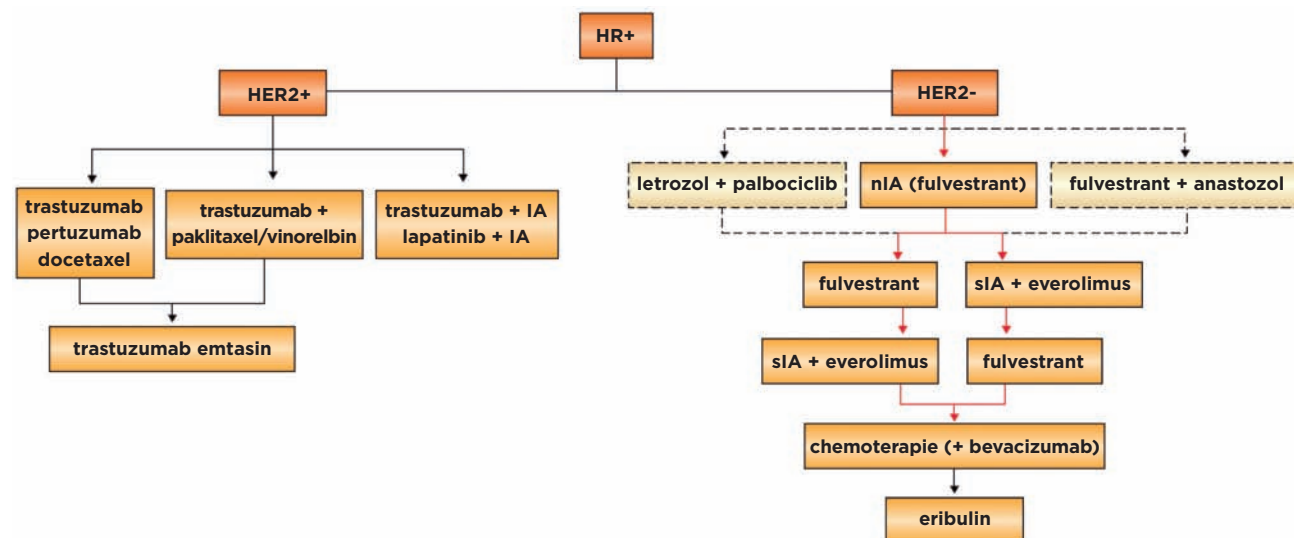
Klíčové novinky

Nevýhodou pro hodnocení dřívějších klinických studií s fulvestrantem (SoFEA, EFACT) bylo použití zastaralého dávkovacího režimu. U nemocných s progresí po dvou liniích HL musí být další léčba volena individuálně na základě předchozí léčebné odpovědi, podle rozsahu a lokalizace metastatického postižení a preference pacientky. Ne u všech je indikovaná chemoterapie, a zejména u nemocných s asymptomatickým, pomalu progredujícím onemocněním je proto další linie HL rozumnou volbou (literárně uváděné možnosti stále zahrnují progestiny, nízkodávkované estrogény a androgeny - riziko je v nárůstu nežádoucích účinků). Otázkou je účinnost selektivních antiandrogenů, které jsou zatím předmětem klinických studií u trojitě negativních karcinomů prsu s expresí androgenních receptorů.

Po delší odmlce v rozvoji hormonální léčby karcinomů prsu je možné zařadit mezi klíčové události poslední doby, jež ovlivnily (ovlivní) klinickou praxi, kromě inovativního dávkování fulvestrantu především duální inhibice estrogenové signální dráhy (ER) inhibitory aromatázy a dráhy PI3K/AKT/mTOR everolimem a nový koncept kombinované inhibice signálních drah letrozolem a selektivním inhibitory cyklin-dependentních kináz (PD 0332991 - palbociclib). Možnost oddálení rezistence při přidání inhibitory mTOR (everolimus) k nesteroidnímu inhibitory aromatázy (exemestan) po selhání předchozí hormonální léčby patří k průlomovým zjištěním. Dalšími zkoumanými kombinacemi jsou exemestan + entinostat (studie ENCORE) a letrozol + bevacizumab (studie LEA).



Obr. 1 Rozhodovací algoritmus (ESMO 2013)



Obr. 2 Sekvence HL s využitím nových postupů včetně kombinace s biologickou léčbou

Konsenzus, doporučené postupy, nebo jen obecné léčebné principy?

Variabilita onemocnění a hostitelů nemoci má vliv na výběr léčebného postupu. Je prakticky nemožné identifikovat jedinečný preferovaný léčebný program, lze stanovit pouze obecné léčebné principy (algoritmy) – viz obr. 1. Sekvence hormonální léčby má svá klinická pravidla, a pokud nedochází k rychlé viscerální progresi, není důvod ke změně modalit (chemoterapie). Indolentní průběh onemocnění též není důvodem při rezistenci pro zahájení radikální polychemoterapie. To se týká zejména izolované kostního postižení, kdy

přechod na chemoterapii musí být opatrný. A u nepředléčených nemocných HER2 negativních je možnou první volbou monoterapie taxany, kapecitabinem nebo vinorelbinem.

Zásady HL postmenopauzálních žen:

- Nejúčinnější *agens* (kombinace) patří do 1. linie léčby.
- Přínos kombinované hormonální léčby vyžaduje další validaci.
- Je prokazatelný přínos biologické terapie v kombinaci s HT:
 - u HER pozitivních – trastuzumab,
 - u HER2 negativních – everolimus.
- Sestupná pravděpodobnost lé-

čebně odpovědi následných linií hormonální léčby.

• Parametr QOL je neopominutelný faktor při volbě léčebného postupu.

Otázka nalezení optimální sekvence hormonální léčby metastatického karcinomu prsu stále zůstává otevřenou, ale je možné učinit některé závěry:

- V 1. linii jsou nejúčinnější IA nebo fulvestrant.
- Novou možností léčby pro dosud neléčené pacientky je fulvestrant ± IA.
- HL pokračuje až do dosažení rezistence bez „předčasné“ změny léčebné modalit (chemoterapie).

• Po selhání nesteroidních IA je účinnou možností fulvestrant v inovativním dávkování nebo inhibice mTOR (everolimus) v kombinaci s exemestanem.

• Slibnou možností HL 1. linie je přidání inhibitorů CD4/6 k letrozolu (studie fáze III v běhu). Sekvence HL s využitím nových postupů včetně kombinace s biologickou léčbou ukazuje obr. 2.

Závěr

Karcinom prsu je morfologicky a geneticky velmi heterogenní onemocnění. Dělení na podskupiny podle klinicko-patologických parametrů odráží klinickou diverzitu tohoto onemocnění jen částečně. Molekulární klasifika-

ce umožňuje rozlišit nádory stejného histologického obrazu, které mohou mít odlišné biologické chování a rozdílně odpovídat na léčbu. Charakteristika každého nádoru na molekulární úrovni se postupně stává základem diagnosticko-terapeutického procesu. Je otázkou času, než bude více využíváno nové taxonomické molekulární dělení karcinomů prsu jako podklad pro předpověď biologického chování a cílený výběr terapie včetně hormonální. Včasné zařazení nových léků a nových postupů do klinické praxe je urgentní potřebou.

prof. MUDr. Luboš Petruželka, CSc.
doc. MUDr. Bohuslav Konopásek, CSc.
Onkologická klinika 1. LF UK a VFN v Praze

Jak podpořit kolorektální screening

Brno koncem dubna již potřetí přivítalo účastníky mezinárodní konference Evropské dny kolorektálního karcinomu (ECCD). Odborníci z 20 zemí, které spojuje boj proti rakovině tlustého střeva a konečníku, se zde sešli, aby společným úsilím podpořili prevenci tohoto frekventovaného onemocnění.



Foto: Josef Novotný

Hlavním tématem setkání byla ekonomicko-politicko-společenská hodnota screeningu a následná péče o diagnostikované pacienty. Konference se zaměřila na problematiku účinnosti prevence, cenu screeningu, potřebu informační podpory, význam hodnocení ekonomických a etických aspektů prevence, možnosti zlepšení vzájemné komunikace a sdílení zkušeností z preventivních programů, otázky účinné propagace, roli adresného zvaní a další způsoby jak zvýšit účast občanů v preventivních programech.

2014 – zahájení plošného screeningu

Uplynulé ročníky konferencí se věnovaly především výměně zkušeností evropských zemí se screeninem kolorektálního karcinomu a hledaly možnosti standardizace tohoto preventivního programu. Mezi nejdůležitějšími závěry pak bylo doporučení přejít z oporunního screeningu na populační.

To se letos v naší zemi podařilo. Projekt „Systém podpory prevence nádorových onemocnění v ČR“, připravený ve spolupráci Ministerstva zdravotnictví ČR a zdravotních pojišťoven, má za cíl zvýšit návštěvnost preventivních vyšetření, která mohou včas odhalit nejčastější nádorová onemocnění (karcinom prsu, děložního hrdla a kolorektálního karcinomu). Využívá k tomu adresné zvaní cílových skupin a celorepublikovou informační kampaň.

Projekt musí být udržitelný

Adresné zvaní bylo zahájeno letos v lednu a v současnosti bylo osloveno asi 500 tisíc pojištěnců. Ti by měli na základě pozvánky formou dopisu navštívit svého praktického lékaře nebo gynekologa. V březnu pak odstartovala druhá část projektu, celorepubliková kampaň, zaměřená na širokou veřejnost. „Adresné zvaní se rozběhlo díky vynikající

spolupráci ministerstva zdravotnictví a zdravotních pojišťoven, přesto dychtivě očekáváme zesílení komunikační kampaň cílení na rezistentní občany, kteří se dosud screeningu neúčastnili,“ uvedl předseda programového a organizačního výboru ECCD 2014 a ředitel brněnského Institutu biostatistiky a analýz Masarykovy univerzity doc. RNDr. Ladislav Dušek, Ph.D. Podle jeho slov je třeba využít všech prostředků k maximálnímu zviditelnění problému.

Další důležitou podmínkou úspěšnosti projektu je pak dlouhodobá udržitelnost. „Aby plošný screening přinesl očekávaný efekt, nemůže skončit za dva roky,“ upozornil docent Dušek. „Projekt má stanovenou pětiletou udržitelnost po svém skončení. V případě nedodržení tohoto parametru by hrozilo vracení poskytnutých finančních prostředků,“ dodal.

„Kobercový nálet“ na pacienty

Na význam informační kampaňně poukázal také předseda výboru pro zdravotnictví poslanecké sněmovny prof. MUDr. Rostislav Vyzula, CSc. „Pacienty je třeba řádně edukovat a působit na ně mediálně. Je nutné učinit na ně doslova ‚kobercový nálet‘. Musejí být denně bombardováni informacemi o tom, jak je preventivní vyšetření důležité. Uvědomme si, že řada pacientů nemusí mít vůbec žádné příznaky a ve chvíli diagnózy již může jít o diseminovanou for-

mu. Jediným způsobem jak zabránit rozvoji tohoto zrádného onemocnění je přijít včas,“ apeloval profesor Vyzula.

Neméně významnou roli v systému screeningu mají praktičtí lékaři. „Bylo potvrzeno, že praktik představuje nejsilnější prvek v přesvědčení pacienta o důležitosti preventivního vyšetření. Problém je, že pojišťovna nám takový pohovor neproplatí, a lékaři proto k němu nejsou dostatečně motivováni,“ konstatoval přednosta Ústavu všeobecného lékařství 1. LF UK a vědecký sekretář Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

Gastroenterologie jako screeningová odbornost

Také lékaři provádějící kolonoskopii chtějí, aby jim výkony spojené s kolorektálním screeninem byly uhrazené, podobně jako u mamárního screeningu a screeningu karcinomu děložního hrdla. Nedostatečná podpora kolorektálního screeningu může ohrozit jeho výsledky.

„Potřebujeme nejen zvýšit účast občanů na screeningu, ale také mít dostatek odborníků, kteří budou vyšetření provádět,“ upozornil MUDr. Štěpán Suchánek z Interní kliniky 1. LF UK a UVN v Praze. „Pozitivní zprávou je, že ministerstvo zdravotnictví nedávno uznalo gastroenterologii a endoskopii jako screeningovou odbornost. Nyní je třeba ještě dořešit úhrady od pojišťoven,“ podotkl. Dále upozornil na sku-

tečnost, že objednávací doba na kolonoskopii by neměla přesáhnout 6 týdnů, neboť pak zase klesá motivace pacienta nechat se vyšetřit.

Jsmo teprve na začátku...

Že je prevence rakoviny během na dlouhou trať, připomenul poslanec Evropského parlamentu RNDr. Pavel Poc, který společně s docentem Duškem před 3 lety založil tradici Evropských dnů kolorektálního karcinomu. „S přispěním našich konferencí se podařilo vyvolat tlak na zavedení adresného zvaní v České republice. To se již povedlo. Nyní je třeba udržet projekt screeningových programů při životě, vylepšovat ho, motivovat lékaře i pacienty a především vytvrat,“ doplnil europoslanec. Neúnavnou snahu politiků a odborníků ocenili mnozí zahraniční hosté. „Těší nás, že Česká republika zavádí celoplošný screening kolorektálního karcinomu, což je v souladu s doporučením Evropské unie. Vidíme zde již první výsledky, avšak je třeba ve screeningu pokračovat a zkvalitňovat jej, školit odborníky a zaměřit se také na dobrou kvalitu diagnostiky a léčby. Vyhodnocení efektu screeningu trvá léta, avšak lze počítat s pozitivním dopadem nejen na zdraví pacientů, ale i na ekonomiku zdravotnictví,“ uzavřel dr. Lawrence von Karsa z Mezinárodní agentury pro výzkum rakoviny (IARC).

Více informací:

www.crcprevention.eu

Andrea Skálová

ROZHOVOR

Rakovina je jako povodeň, jen je pomalejší

Doc. RNDr. Ladislav Dušek, Ph.D., vede Institut biostatistiky a analýz Masarykovy univerzity (IBA), který spravuje data Národního onkologického registru (NOR), který je jedním z takzvaných národních zdravotních informačních systémů a sbírá údaje o všech onkologických onemocněních v ČR. Ty pak analyzujeme a analýzy zveřejňujeme, například na webových stránkách www.svod.cz. Jednou z hlavních činností ústavu je tedy nabízet onkologické statistiky laické i odborné veřejnosti.



Foto: archiv IBA

Jaká je role IBA při vytváření statistik v oblasti onkologie?

Institut zpracovává data z Národního onkologického registru (NOR), který je jedním z takzvaných národních zdravotních informačních systémů a sbírá údaje o všech onkologických onemocněních v ČR. Ty pak analyzujeme a analýzy zveřejňujeme, například na webových stránkách www.svod.cz. Jednou z hlavních činností ústavu je tedy nabízet onkologické statistiky laické i odborné veřejnosti.

O Národním onkologickém registru se někdy hovoří jako o „rodinném stříbru“. V čem spočívá jeho jedinečnost?

Zejména v unikátnosti jeho obsahu. NOR totiž standardizovaně sbírá údaje o všech onkologických onemocněních a také diagnostická data, která vzhledem k trvale špatnému stavu nemocničních informačních systémů nelze zpětně v takovém objemu a úplnosti získat jinak – plátců zdravotní péče je neshromažďují a ani ministerstvo zdravotnictví žádný takový systém kromě NOR nemá.

Podle mne je skutečnost, že se sběr dat daří udržet, určitým hrdinstvím – NOR přežil od roku 1977 socialismus, raný kapitalis-

mus a dravý tunelářský kapitalismus až do současnosti a dodnes pracuje vysoce standardizovaným postupem. To pak umožňuje dlouhodobou analýzu trendů, speciální analýzy o diagnostice a přežití onkologických pacientů či analýzu včasných záchytů onemocnění – všechny jsou naprosto unikátní, a kdybychom je neměli, byli bychom z hlediska onkologické péče téměř „slepí“. Takový úplný registr s dlouhodobě standardizovanou historií má dnes na světě jen několik států.

Jak vypadají zmíněné analýzy, které NOR nabízí?

Nabízejí jak populační reprezentativnost, tak detailní rozbor. Náš registr zahrnuje stoprocentní pokrytí populace, sledujeme všechna onkologická onemocnění a všechny pacienty v České republice, a to po celou dobu sběru dat. Takto reprezentativní data jsou v Evropě stále výjimečnou, například Polsko disponuje registrem s cca dvacetiprocentním pokrytím. Vedle toho NOR umožňuje například velmi detailní analýzy kvality péče díky tomu, že je velmi podrobný, pokud jde o diagnostiku, stadium při diagnóze, vývoj onemocnění a přežití. I v tom je přidaná hodnota NOR.

Jaké formy sebereflexe NOR zdravotnictví poskytuje?

Sebereflexi lze uplatnit na každé úrovni – od jednotlivce přes zdravotnické zařízení až po stát. Na té nejvyšší jsme díky NOR schopni státu nabídnout například data o kvalitě prevence nádorů, její efektivnosti, ale i o meziregionálních rozdílech v dostupnosti a výsledcích péče. Právě tato datová základna umožňuje lidem, kteří řídí zdravotnictví, racionálně podloženou sebereflexi. A je to na politické úrovni i nástroj určitého nátlaku – v dobrém slova smyslu. Když se totiž na základě dat ukáže, že se něco dělá špatně, může to vést k nápravě.

Sebereflexi můžeme aplikovat i na úrovni zdravotnického zařízení, i do něj lze přenést adresné údaje o přežití jeho onkologických pacientů a například tak managementu nemocnice umožnit, aby se srovnal s anonymním celkem.

Můžete to ilustrovat na příkladu?

Příkladem může být kolorektální karcinom, kde v rámci České republiky pozorujeme velké meziregionální rozdíly v dostupnosti preventivních vyšetření, ale i moderní chirurgické péče, léků a tak dále. Jsou zde regiony, kde je pokrytí screeningem jen třináctiprocentní, a jiné, jež mají tuto hodnotu na úrovni 36 procent. To není náhodné. Vyhodnocení data pak mohou sloužit k tomu, aby se například plátců péče mohli zaměřit na oblasti, kde se něco nedaří.

Jaké argumenty data z NOR poskytují pro jednání s plátců zdravotní péče?

Plátců se naučili výstupy NOR využívat, protože jim přinášejí informace, které ze svých databází získat nemohou. Výbor České onkologické společnosti ČLS JEP s plátců péče pravidelně komunikuje z hlediska predikce počtu pacientů, kteří mají být v následujících letech léčeni, pozornost je věnována i hodnocení preventiv-

ních programů a dostupnosti péče. Někdy se ovšem komunikace musí opakovat, nicméně analýzy a předávání dat směrem k plátcům v každém případě už řadu let fungují.

Lze na základě dat NOR hodnotit i screeningové programy?

NOR sám ze zhodnocení screeningových programů nestačí, je však vhodný pro vyhodnocení jejich konečného dopadu na populační úrovni, tedy zejména redukce mortality. U screeningových programů používáme daleko širší datovou základnu – jednak data od plátců, kteří monitorují všechna provedená vyšetření, jednak máme specializované sběry dat – například na mamárních centrech. Díky tomu doplňujeme komplexní datovou základnu. Dobrou zprávou z těchto dat je, že screeningové programy jsou v Česku bezpečné, kontrolované a rostou ve své síle a že jsme díky datům schopni zaměřit se na meziregionální rozdíly v dostupnosti péče.

Jak je to s vývojem přežití pacientů a důsledky, které to přináší?

Přežití onkologických pacientů v České republice verifikuje a analyzuje velmi významná evropská skupina a data, která nyní vyšla v Eurocare 5, potvrdila naše závěry z NOR, a sice že v čase se u drtivé většiny českých onkologických pacientů skutečně významně prodloužilo přežití. Zejména pokud přišli včas a nemoc tak byla zachycena v časném stadiu. České zdravotnictví v tomto směru udělalo obrovský skok, za posledních dvacet let se relativní přežití prodloužilo o 15 až 20 procent. Na druhou stranu to znamená, že mezi námi žije mnohem víc onkologických pacientů, což eskaluje náklady na celkovou péči o ně.

Další skutečností je, že onkologický pacient může mít určitou genetickou predispozici a je u něj vyšší pravděpodobnost, že onemocní znovu. Pozorujeme výrazný nárůst záchytů nádorů u lidí, kteří již někdy v minulosti nádor měli. Pokud mluvíme například o kolorektálním karcinomu, z 8,5 tisíce nových pacientů ročně je asi 16–18 procent těch, u kterých již v minulosti byl tento či jiný nádor diagnostikován.

Co to znamená pro budoucnost? Čím úspěšnější bude zdravotnictví, tím déle budou lidé žít, a bude tedy přibývat i onkologických pacientů.

Ze svého pohledu vidím tři cesty, kterými by se zdravotnický finanční management měl ubírat. Zaprvé by měl existovat důsledný a efektivní tlak na prevenci: nekouření, optimální strava, zdravotní pohyb. K tomu samozřejmě patří včasný záchyt onemocnění,

doc. RNDr. Ladislav Dušek, Ph.D.

* 2. června 1967

Je ředitelem Institutu biostatistiky a analýz Masarykovy univerzity v Brně a od 1. května 2014 působí také jako ředitel Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR. Je členem několika národních i mezinárodních odborných společností, členem výboru České onkologické společnosti ČLS JEP či Společnosti pro gastrointestinální onkologii ČLS JEP. Mezinárodně je na poli onkologie činný jako nominovaný český zástupce v evropském programu „Cancer Control“ (CanCon), dále je voleným členem vědecké rady evropské sítě pro onkologický výzkum TRANSCAN. Jeho odborné a výukové aktivity zahrnují zejména analýzy biologických a klinických dat, aplikaci statistických metod a in-



Foto: archiv IBA

formačních technologií v medicíně, biologii a environmentálních vědách nebo modelování. Je autorem a spoluautorem 180 článků v mezinárodních odborných časopisech, více než 300 prací v tuzemských časopisech a pěti monografií, z toho u dvou jako hlavní editor.

První výsledky zvaní na onkologický screening

O téměř 12 % lidí více přivedl do ordinací lékařů program adresného zvaní na onkologický screening. Vyplývá to z analýzy Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP), v níž porovnála data z ledna a února letošního roku se stejnými údaji z loňska.

Počet vyšetřených v rámci onkologického screeningu

Vyšetření	leden až únor 2013	leden až únor 2014	nárůst
Mamografický screening	109 117	130 510	19,61%
Cervikální screening	176 263	179 879	2,05%
Kolorektální screening	55 133	70 238	27,40%
Celkem	340 513	380 627	11,78%

Zdroj: VZP

(Pozn.: V počtech vyšetření jsou zahrnuti jak klienti, kteří přišli na prohlídku po obdržení pozvánky, tak ti, kteří přišli sami od sebe. Odlišit tyto dvě skupiny není z počtu vykázaných výkonů možné.)

a tím pádem v onkologii rozhodně i screeningu. Druhá cesta souvisí s neodvratným stárnutím populace a s tím, že rakovina bude na jednotku obyvatel přibývat. Je třeba se s tímto trendem smířit, dokázat jej správně predikovat a připravit podle toho zdroje. Třetí krok souvisí s managementem nákladné péče, kde je pro pacienty potřeba vyvíjet nové cesty přístupu k lékům, novým technologiím a podobně. Může jít například o nějakou formu risk-sharingových schémat, kdy by se na nákladech podílela jak firma, tak stát a další subjekty. Třeba když vypuknou povodně, všichni situaci řeší, zvedá se solidarita a stát uvolňuje finance. Rakovina je také povodeň, jen je pomalá, predikovatelná, víme, kde bude za pět nebo deset let, a můžeme se na ni připravit. Postihuje statisíce lidí, nevidím však nikdy obdobnou celospolečenskou aktivitu, jakou považujeme za normální například u přírodních katastrof.

Jak funguje financování NOR? NOR má dvě složky financování. První z nich tvoří financování datového úložiště a řekněme informatiky, to zajišťuje ministerstvo zdravotnictví a v této oblasti nevidím žádný problém. Pak je zde ovšem financování skupiny odborných garantů a validátorů dat, kteří jsou organizováni regionálně. Podle mne to jsou hrdinové současné doby – tyto kolegové odborně validují data NOR a na nich registr stojí. Validace má obrovskou cenu, kterou jsme čistě v nákladech vyčíslili na 25 milionů korun ročně (cca 340 Kč na jedno kompletně zdokumentované a zkontrolované hlášení). Na rok 2013 byla ministerstvem zdravotnictví uvolněna částka 13 milionů, což je pozitivní příspěvek, minimálně ve srovnání s některými roky v minulosti. Zbytek nákladů vždy nesou jednotlivá zdravotnická zařízení.

Špatné ale je, že financování NOR není systémové a každý rok se tak vyjednává *ad hoc*. Podle mého názoru by měli systémově nést financování plátcí zdravotní péče, protože jsou stabilní, hospodaří s rozpočtem a jsou odpovědní za financování péče. Navíc data z NOR potřebují ke svým ekonomickým analýzám. Pokud by se tak stalo, byla by to pro hodnocení onkologických dat v České republice opravdu velká podpora. V souvislosti s tím bych vnímal jako více než legitimní, aby plátcí zdravotní péče měli právo požadovat na základě dat NOR efektivní informační servis.

David Daniel

Projekt adresného zvaní na onkologický screening, na kterém VZP spolupracuje s Ministerstvem zdravotnictví ČR, je zaměřen na včasné odhalení rakoviny prsu, rakoviny děložního hrdla a rakoviny tlustého střeva a konečníku. Dohromady přišlo v lednu a únoru letošního roku na tyto tři prohlídky 380 627 klientů VZP. O rok dříve, tedy v době, kdy lidé pozvánky od pojišťovny nedostávali, bylo stejných vyšetření 340 513. Největší nárůst byl zaznamenán u screeningu kolorektálního karcinomu (*podrobnosti viz tabulka*).

„Včasné zjištění nádorového onemocnění je přitom v naprosté většině případů zcela zásadní pro šanci pacienta na uzdravení. Například rakoviny prsu je ročně v Česku zjištěno více než 6 tisíc nových případů a na následky tohoto onemocnění umírá kolem 2 tisíc žen. Odhalení nádoru v počátečním stadiu může snížit úmrtnost o třetinu,“ připomíná význam prevence mluvčí VZP Oldřich Tichý.

Regulace kvůli prevenci VZP nechystá

Za první 4 měsíce letošního roku již VZP pozvala na uvedené prohlídky více než 408 tisíc svých klientů. Celý projekt je rozložen do 18 měsíců – letos dostane pozvánku od VZP 1,2 milionu lidí, příští rok přijde znovu těm, kteří na první výzvu nereagovali. Na obeslání těch, kdo prevenci delší čas zanedbávali, pojišťovna dostala 18 milionů Kč od ministerstva zdravotnictví. Vlastní nárůst výkonů, který se odhaduje na stovky milionů korun, uhradí z vlastních zdrojů.

Zejména u kolorektálního screeningu je nárůst zájmu klientů značný. Z toho také pramení obavy části lékařů, aby náhlý prudký vzestup výkonů u nich nevedl k uplatnění regulačních mechanismů a oni v důsledku toho nedostali za část práce zaplacenou méně peněz. „VZP v žádném případě nechce své smluvní partnery trestat za důkladně prováděnou prevenci, a proto je může uklidnit – na uvedené screeningové výkony se žádné regulační mechanismy nevztahují a vztažovat nebudou. Jsme přesvědčeni, že takový krok je v zájmu zdravotníků i pacientů,“ ujišťuje mluvčí pojišťovny.

Personalizovaná léčba až napřesrok

Jiného typu regulace, tentokrát uplatňované na biologickou léčbu rakoviny, se obávají zástupci

onkologických pacientů. Jak upozorňuje sdružení Arcus – Onko centrum, přestože pacientů s rakovinou přibývá, prostředků na moderní léčbu není dost. Vysoké jsou i počty nově diagnostikovaných pacientů, kterých ročně přibývá až 80 tisíc. „Z našeho pohledu jde o úplnou explozi. Za 20 let své práce nepamatují takový nárůst pacientů jako za poslední rok,“ popisuje předsedkyně sdružení, nositelka Ceny Olgy Havlové a signatářka Pařížské charty proti rakovině Jana Koželská.

Problémem je podle sdružení i nedostupnost moderní biologické či jinak personalizované péče, která je kvůli paušálním rozpočtům komplexních onkologických center (KOC) omezoována. Vysoká cena biologické léčby, odrážející velké investice do výzkumu a vývoje léků, omezuje přístup k těmto lékům, které jsou podávány pouze v KOC. Zástupci Arcusu upozorňují, že finanční rozpočty onkologických center nedovolují léčit všechny nemocné pojištěnce, kteří by byli pro její nasazení vhodní. „Pacienti jsou například na konci roku odsování s léčbou až na příští rok, až bude mít centrum nový rozpočet. Jiní jsou vedeni na takzvaných čekatelových seznamech. Dokonce k nám chodí žádosti o fi-

nanční pomoc na soukromé zaplacení léčby, ale než se udělá veřejná sbírka, pacient bohužel umírá,“ poukazuje na současnou situaci Jana Koželská.

Indikovaných pro biologickou léčbu přibývá

Cílenou biologickou léčbu, která není tak agresivní jako chemoterapie či ozařování, odborníci u vybraných pacientů podporují. „Personalizovaná léčba sehrává v neoperovatelných nádorů stále větší roli. Modernější léčbu může využívat více pacientů, než tomu bylo doposud, a jejich počty se budou dále navyšovat. Týká se pacientů, kteří mají charakterizovaný nádor na základě genetického vyšetření. Účinné léky, nejčastěji malé molekuly (inhibitory), se podávají perorálně a mají minimum vedlejších účinků,“ potvrzuje přednosta Kliniky plicních nemocí a tuberkulózy LF UP a FN Olomouc prof. MUDr. Vítězslav Kolec, DrSc. Právě snížení nežádoucích účinků je jednou z hlavních výhod biologické léčby oproti klasické, u níž je průběh léčby pro pacienty velmi náročný. „Je bohužel jen velmi málo pacientů, kteří se dostanou k biologické nebo jiné personalizované léčbě. Většina prochází chemoterapií a ozařováním. Zasloužili by si dostávat efektivnější moderní léčbu v časných stadiích nemoci, aby se nemuseli potýkat s nežádoucími účinky,“ uzavírá Jana Koželská.

Petra Klusáková

Vzniká unikátní databáze obličejů

V Ústavu antropologie Přírodovědecké fakulty Masarykovy univerzity v Brně vzniká unikátní vědecká 3D databáze obličejů. Informace z ní antropologové využijí ve výzkumu, jak se v závislosti na různých podmínkách mění tvar obličeje. V praxi budou užitečné především lékařům a kriminalistům.

Antropologové navazují na práci svých kolegů ze 60. let minulého století, kteří vytvářeli banku fotografií. Ty ale neumí zachytit vše, co vědci potřebují, proto se jejich následovníci rozhodli vytvořit databázi 3D skenů.

„Aktuálně máme snímky 2 tisíc lidí, z toho asi tisícovku tvoří děti, k nimž se nám daří dostávat díky spolupráci se školami a rodiči. Chybí nám ovšem muži a ženy ve věkových kategoriích kolem 30, 40 a 50 let,“ sdělila

vedoucí výzkumu RNDr. Petra Urbanová, Ph.D.

Výzkumný tým se proto obrací na veřejnost s prosbou o zapojení do studie. Zájemci se mohou objednat na tel. 549 492 679 nebo e-mailem (64323@mail.muni.cz či 239293@mail.muni.cz) a dostavit se na ústav antropologie, kde si je pracovníci vyfotografují speciálním přístrojem a požádají o vyplnění dotazníku. Osobní údaje účastníků chrání speciální software, na jehož vývoji se

podílí zaměstnanci Fakulty informatiky Masarykovy univerzity. „Dobrovůli v databázi nelze vyhledat podle jména, vyskytují se v ní pouze jako čísla,“ ujistila RNDr. Urbanová. Ve vznikající databázi získávají pomůcku nejen antropologové, ale také lékaři, kteří tak mohou sledovat růstové a vývojové změny a tím pádem například lépe plánovat operaci zákroky u svých pacientů či léčbu obecně.

(Zdroj: MUNI)

(red)

AKTUALITY

Split jater zachránil život dvěma dětem

Lékaři Transplantcentra pražského Institutu klinické a experimentální péče (IKEM) rozdělili metodou split jedna játra dvěma dětským příjemcům a připsali si tak další prvenství.

Bez transplantace se chlapcům ve věku 4 a 12 let podle lékařů každou hodinou prudce snižovala šance na přežití. Chirurgové se proto rozhodli k ojedinělé operaci. Játra od zemřelého dárce byla pomocí klasického splitu rozdělena na dvě části a upravena pro potřeby obou pacientů, následně pak během současně probíhajících, 12hodinových operací transplantována.

„Běžný provoz není na tento typ výkonu, kdy dva chirurgové se svými týmy současně operují dva příjemce (v tomto případě dvě děti), připravený. Mnoho lékařů, sester i ostatního zdravotnického personálu musí přijet z domova nebo zůstat v práci déle,“ popisuje přednosta Kliniky transplantací chirurgie IKEM MUDr. Jiří Froněk, Ph.D., FRCS, který játra rozdělil a poté s vedou-

cím cévního chirurgického oddělení MUDr. Liborem Janouškem, Ph.D., současně transplantoval na dvou sálech dva malé chlapce. Dosud podobnou operaci nikdo v Česku (a s největší pravděpodobností ani ve střední a východní Evropě) neprovedl.

Úspěchy programu

Oba pacienti jsou stabilizovaní, nová játra jim od počátku fungují výborně. IKEM má pro děti i speciálně vyškolený personál. „Dětské pacienti s tak závažným onemocněním, jako je selhání jater, vyžadují vysoce specializovanou péči jak v průběhu náročného operačního výkonu, tak i v pooperačním období. Jedná se nejen o přístrojové vybavení, ale zejména o péči patřičně vzdělaným a motivovaným personálem. Děti jsou na resuscita-

ním oddělení ošetřovány v samostatných boxech a během jejich pobytu na klinice jim umožňujeme trvalý kontakt s rodiči,“ popisuje přednostka Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče IKEM MUDr. Eva Kieslichová, Ph.D.

Program splitu jater začal v IKEM fungovat teprve loni, za 16 měsíců však již bylo provedeno celkem 9 rozdělení jater technikou split a současně bylo transplantováno 18 pacientů včetně 8 dětí. „Hlavní benefit zavedení programu splitu jater pro dětské pacienty je v tom, že se v České republice razantně snížila čekací doba na transplantaci jater u dětí. Ještě před dvěma lety, kdy tento program neexistoval, na ni děti čekaly více než rok. Teď jsou to v průměru pouhé dva týdny. Většinou je tak na čekací listině



Foto: archiv IKEM

k transplantaci jater zapsáno jedno nebo žádné dítě,“ doplňuje ředitel Institutu klinické a experi-

mentální medicíny MUDr. Aleš Herman, Ph.D.

(Zdroj: IKEM)

(red)

Meziresortní skupina se zaměří na výživová a zdravotní tvrzení

Jednotný přístup k některým označením uváděným na potravinách, jak je vyžaduje nařízení Evropského parlamentu a Rady EU č. 1924/2006, nově posuzuje meziresortní skupina.

Nařízení Evropského parlamentu a Rady EU č. 1924/2006 ze dne 20. prosince 2006, o výživových a zdravotních tvrzeních při označování potravin, se vztahuje na výživová a zdravotní tvrzení, která jsou uváděna v obchodních sděleních, ať už při označování a obchodní úpravě potravin nebo v samotné reklamě. Podle platné evropské legislativy nesmějí být výživová a zdravotní tvrzení nepravdivá, dvojsmyslná či

klamavá, nesmějí nabádat k nadměrné konzumaci určité potraviny nebo například vyvolávat pochybnosti o její bezpečnosti. Od července 2007 jsou tuto legislativu povinny dodržovat všechny zainteresované subjekty.

Přísná kritéria

Meziresortní skupina je složená ze zástupců Ministerstva zemědělství ČR, Ministerstva zdravotnictví ČR,

Ministerstva průmyslu a obchodu ČR, Státní zemědělské a potravinářské inspekce, Státní veterinární správy, Státního veterinárního ústavu, Státního zdravotního ústavu, Rady pro rozhlasové a televizní vysílání, Potravinářské komory ČR a České asociace pro speciální potraviny.

Zatím bylo komisí posouzeno kolem 2600 zdravotních tvrzení z téměř 4700 předložených a k dubnu

2014 jich bylo schváleno pouze 253. Jedná se téměř výhradně o tvrzení o vitamínech a minerálech. Zbývajících 2078 zdravotních tvrzení pro rostliny zatím bylo ponecháno stranou a Evropský úřad pro bezpečnost potravin (EFSA) je bude posuzovat později, po upřesnění kritérií pro posuzování této kategorie látek.

Členské státy se shodly, že pokud se bude přijímat nová legislativa

k používání rostlin (tzv. *botanicals*) v potravinách včetně doplňků stravy, mělo by celkově dojít k větší změně – měly by být zvažovány nejen účinky rostlin ve vztahu ke zdravotním tvrzením, ale kontrola by se měla zaměřit i na kvalitu a bezpečnost rostlin. Nabízí se proto otázka, zda by nemělo dojít k harmonizaci používání rostlin a dalších látek – jiných než vitamíny a minerální látky – používaných v doplňcích stravy ve všech členských státech EU.

(Zdroj: Česká asociace pro speciální potraviny)

(red)

Inzerce M141000610



VIII. KONGRES ČESKÉ SPOLEČNOSTI INTENZIVNÍ MEDICÍNY
 11.–13. června 2014, Clarion Congress Hotel, Ostrava
www.csimkongres.cz



ČESKÁ SPOLEČNOST
 INTENZIVNÍ MEDICÍNY

eHealth systémy

– solidní základ moderního zdravotnictví

Nutnými podmínkami pro úspěšné IT ve zdravotnictví jsou bezpečnost, přesnost a efektivnost nákladů. Jak může moderní informační a komunikační technologie zvýšit kvalitu a efektivitu ve zdravotnictví? Jaké jsou výhody eHealth v každodenním zdravotní péči? Jak můžeme zajistit poskytování zdravotní péče do budoucna bez toho, abychom přetěžovali občany s tím souvisejícími povinnostmi?

Atos

Nejen, že zdravotnictví je důležitým průmyslovým odvětvím (je zde zaměstnáno více než 10 % praceschopného obyvatelstva), ale hraje také významnou společenskou a politickou úlohu. S ohledem na průběžné pokroky medicíny, zavádění nových technologií a demografický vývoj je proto stále důležitější, aby zdravotní systém fungoval bezpečně a efektivně v dlouhodobém horizontu. Náklady na zdravotní a sociální pojištění rychle rostou po mnoho let, a tak je nejvyšší čas, abychom dokázali zvládnout dva naléhavé problémy – na jedné straně rostoucí poptávku po zdravotnických službách a na straně druhé udržitelnost dalšího rozvoje celého odvětví bez strukturálních překážek.

To je oblast, kde vstupují do hry inovativní informační a komunikační technologie (ICT). Rozhodujícím faktorem pro zavedení úspěšné koncepce eHealth je nalezení optimální varianty mezi postupným zvyšováním kvality zdravotní péče a snižováním nákladů. ICT může být při hledání optimální varianty klíčovým nástrojem.

Moderní IT systémy a aplikace na míru optimalizují procesy a umožňují učinit správné rozhodnutí na správném místě ve správný čas. V Evropě v této době probíhá řada investic do inovací založených na IT, jako jsou elektronické zdravotní karty nebo sítě, které umožňují bezpečnou a efektivní výměnu dat a komunikaci mezi lékaři či mezi lékaři a pacienty.

Výzvy a cíle

Změna přístupu ke zdravotnictví v 21. století

Probíhající hluboké změny – na jedné straně možnosti léčby dané vysokou úrovní vědeckého poznání, na druhé straně možnosti financování léčby, jsou pocítovány především v nemocnicích, které čelí výzvě přeměnit

se na konkurenční poskytovatele služeb. Ale realita je jiná. Mnoho nemocnic po řadu let negeneruje zisk, řada z nich vytváří ztrátu. V dlouhodobém horizontu to vede k omezení počtu nemocnic, privatizaci a fúzím. Je dobře známo, že mnoho nemocnic začalo se snižováním počtu pracovních míst a zároveň zvyšují nároky na zbývající zaměstnance.

Na základě studie zpracované technickou univerzitou v Berlíně spolu s poradenskou společností Droege & Comp dosahuje očekávaná úspora vyplývající z důsledného využívání moderní zdravotnické techniky v Německu až 1,5 miliardy eur ročně. odborníci v této souvislosti odhadují, že v nemocnicích a lékařských ordinacích v Německu bude nutno do modernizace technického vybavení investovat až 15 miliard eur.

Tři tržní trendy: integrace, transparentnost, konsolidace

Změna myšlení v sektoru zdravotnictví se ukazuje jako nevyhnutelná. Ačkoli všichni aktéři zapojení do zdravotnického sektoru deklarují připravenost k provedení změn, prostředky a metody, které mají být použity, jsou předmětem diskuse, protože aktéři v sektoru mají velmi odlišné zájmy.

Trojúhelník zájmů je složen z poskytovatelů služeb, zdravotních pojišťoven a občanů. Je důležité se na nové výzvy v oblasti zdravotnictví dívat optikou tohoto trojúhelníku s vyšším akcentem na transparentnost. Zdravotní pojišťovny nutně kontrolují své náklady a vyžadují jejich transparentní výkaz od poskytovatelů služeb. To má za následek porovnatelnost lékařů a nemocnic, což je přínosem pro pacienty – ti v tomto modelu mohou být považováni za „koncové zákazníky“. Tento vývoj vyžaduje větší využívání moderních a výkonných systémů shromažďování, zpracování a zpřístupňování obrov-

ského množství dat a systémů jejich vyhodnocování.

Příprava administrativních a medicínských IT systémů na digitální věk

Diverzita použitých technologií je odrazem různých zájmů všech zúčastněných. Není proto překvapením, že roztržitý zdravotnický trh dal vzniknout heterogennímu IT prostředí. I když je těžké si v dnešní době představit nemocnici bez klinického informačního systému (CIS), faktem je, že mnoho oddělení nemocnic má své vlastní interně vyvinuté systémy a technologie, takže důležité provozní problémy jsou řešeny decentralizovaně.

Drtivá většina lékařských praxí je v podobné situaci a využívá širokou škálu různorodých IT systémů. Totéž platí i v případě lékáren. To znamená, že různé oblasti zdravotnictví mají zavedeny řadu technicky samostatných řešení, ve většině případů nepropojitelných do sítí.

Význam komplexního propojení všech dat a systémů – jak v nemocnici, tak mezi jednotlivými subjekty v systému zdravotní péče – je o to důležitější, čím více je celé prostředí nehomogenní a decentralizované. Zvýšení míry integrace a transparentnosti umožní lépe se vypořádat s neustále rostoucím objemem dat. Ukládat, vytěžovat, poskytovat a zabezpečovat data vyžaduje velkou administrativní zátěž umocněnou přísnými právními požadavky, jakými jsou například až 30leté lhůty pro uchování dat v některých zemích.

Zaměření na pacienta při současné nákladové efektivnosti

Ve zdravotnictví jako službě pacientovi by vždy měl být pacient na prvním místě. Pokud k tomu při vymyšlení různých strategií budeme přistupovat jiným způsobem, degradujeme celý systém zdravotnictví například na pouhou ekonomickou záležitost. Bohužel současná ekonomická sí-



Ilustrační foto: archiv společnosti Atos

tuace neumožňuje řešení této problematiky pouze z pohledu pacienta, ale je nutné hledat optimální rovnováhu s ekonomickými faktory. Dalším silným faktorem, který ovlivňuje tuto oblast, jsou politická rozhodnutí. A právě komplexnost problematiky je důvodem, že investice do moderní IT infrastruktury se vyplatí pro všechny zúčastněné subjekty – zdravotní pojišťovny, zdravotnická zařízení i pacienty. Profesionální podpora poskytovatelů IT služeb je nepostradatelná. Nejen, že znají nejnovější technologie, ale jsou schopni pochopit složitost procesů, na kterých sektor závisí, rozvíjet jednotlivé návrhy k řešení problémů a přeměnit je do konkrétního řešení. Hlavním cílem je efektivnost procesů – od přijetí do nemocnice až k jejímu opuštění, stejně jako při správě a vyúčtování poskytovatelů IT služeb.

Atos IT Solutions and Services – partner pro inovativní eHealth systém

Jako jeden z největších světových poskytovatelů v oblasti zdravot-

nictví má bohaté zkušenosti v této oblasti společnost Atos. Společnost Atos Healthcare a Atos IT Solutions and Services řadu let pečují o IT infrastrukturu mnoha evropských institucí a veřejných orgánů. Portfolio tohoto globálního aktéra zahrnuje integrované infrastrukturní služby pokrývající celý trh zdravotní péče a sociálního zabezpečení. Společnost je i dlouhodobým vývojovým partnerem v oblasti zdravotnického průmyslu.

Předpoklady

Pro zefektivnění péče o pacienta a optimalizaci procesů ve zdravotních službách je třeba splnit následující předpoklady:

- Infrastruktura umožňující propojení a integraci všech účastníků zdravotního systému i s ohledem na budoucnost, a to včetně občanů. Existující aplikace musejí být vytvořeny tak, aby umožnily budoucí užití této infrastruktury.
- Aplikace pro administraci, účtování a výměnu dat.
- Využití infrastruktury pro klinické aplikace jako ePreskripce nebo eMedikace.

- Propojení klinických aplikací ve formě zdravotních záznamů.
- Znalostní databáze, kde mohou být nalezeny jak nejlepší možné metody léčby pro konkrétního pacienta, tak i anonymizovaná statistická data.

Prínosy

Přínosem je otevřená a flexibilní řešení pro všechny aktéry zdravotnického systému včetně zahrnutí právních a technologických požadavků. Systémy a služby Atos jsou navrženy tak, aby vyhovovaly budoucím požadavkům, jako je například možnost rozšiřovat a integrovat stávající systémy a aplikace. Na zabezpečení osobních dat a bezpečnosti v citlivé oblasti nakládání se zdravotními informacemi je kladen důraz a je jí dosaženo anonymizací a kryptováním dat tam, kde je to potřebné.

Řešení a aplikace elektronické infrastruktury Atos identifikují oprávněné osoby, zaznamenávají přístupy k jednotlivým instancím a zajišťují, aby zdravotní informace byly provázány s procesy a s postupem ošetřování pacienta. Řešení obsahuje nastavení systémů spolu s integrací systémů spolupracujících organizací tak, aby byly mapovány klinické a administrativní procesy. Řešení také zajišťuje přístup k elektronickým zdravotním záznamům, což je důležitým příspěvkem k řízení zdraví populace jako takové, z důvodu zlepšení prevence ochrany zdraví a podstatného zvýšení kvality a efektivnosti veřejné zdravotní péče.

Moduly řešení:

Komponenty řešení Atos pokrývají oblasti infrastruktury *eHealth*, aplikace *eHealth*, služby a nástroje *business intelligence* (BI) tak, aby byl pokryt celý rozsah potřeb na regionální i celonárodní úrovni.

eHealth infrastruktura

Jádrum *eHealth* infrastruktury je bezpečnost, konektivita, dostupnost a úložiště dat. Infrastruktura obsahuje následující funkcionality:

- *card application management system* optimalizovaný pro zdravotnictví (CAMS for healthcare) a zdravotní karty
- *identity and access management*
- služby pro mapování komunikačních vazeb
- konektory pro existující nemocniční informační systémy a pro RIS/PACS, využívající standardní IHE (*integrating the healthcare enterprise*) adaptéry
- IHE registr a IHE repository

- *master patient index* (MPI) k identifikaci pacienta

eHealth aplikace

Jsou zaměřeny na administraci pacienta a na integraci moderních klinických řešení jako například:

- telemedicína umožňující spolupráci poskytovatelů zdravotních služeb
- *eHealth* portály pro veřejnost, poskytovatele služeb, administraci a podpůrné organizace
- kontrola oprávněnosti (*eligibility check*) pro ověření zdravotního pojištění
- *ePrescription* a *eMedication* pro zlepšení bezpečnosti a transparentnosti předepisování léků
- elektronický zdravotní záznam v různých formách
- integrovaný monitoring léčby
- management medicínských znalostí a nástroje *business intelligence* umožňující úplný monitoring, podporu rozhodování, výzkum a vzdělávání

eHealth služby

Jsou navrženy pro identifikaci, provádění a získávání informací a dokumentace.

Implementace – realizované projekty a řešení v EU

Rozvoj komunikace všech účastníků v oblasti zdravotní péče

V mnoha nemocnicích se stávající IT vyvíjelo pomalu, v průběhu několika desetiletí. V důsledku toho dominují v IT obvykle heterogenní, interně vyvinuté, nebo dokonce zastaralé systémy s téměř žádnými standardizovanými aplikacemi. To vede k vysokým nárokům na údržbu a nikoli bezvýznamným problémům s údržbou rozhraní. Nemocnice se nyní již nebudou moci vyhnout konsolidaci obvykle proprietárních IT systémů, což znamená nejen neustálé zlepšování stávajících systémů, ale také zavádění nových pružnějších řešení.

eHealth systémy

Monitoring integrované péče

Větší transparentnost, například v integraci různých balíčků zdravotního pojištění, je zajištěna monitoringem integrované péče (ICM) od společnosti Atos IT Solutions and Services. V rámci tohoto řešení mohou zdravotní pojišťovny nabídnout svým pojištěncům různé typy koordinovaných smluv, na jejichž základě je jim poskytována péče praktických lékařů a specialistů, ambu-

lantní a ústavní služby a může být zahrnuta i spolupráce lékařů. IT řešení obsahuje potřebnou infrastrukturu včetně platformy pro výměnu informací mezi lékaři, nemocnicemi a zdravotními pojišťovnami. Je základem pro snadné a rychlé mapování všech správních transakcí souvisejících s léčbou, s pacienty a rozpočty. K dispozici jsou tři možnosti zabezpečeného přístupu k datům monitoringu integrované péče z IT systémů zdravotní praxe: s elektronickou zdravotní kartou, *on-line* s využitím biometrických bezpečnostních funkcí nebo *off-line*. ICM zpracovává údaje v souladu s právními předpisy o ochraně údajů.

Stejně jako ve všech systémech zabezpečení přístupu zde hraje důležitou roli správa identit a přístupu (IAM). Data zdravotních praxí a data nemocnic mohou být zpřístupněna pro čtení nebo editaci pouze z autorizovaných pracovištních stanic. Bezpečnost a osobní identifikace zaměstnanců je naprostou nutností. Využití biometrických přístupových prvků, které jednoznačně identifikují uživatele, adekvátně chrání citlivá data, přičemž personál není nepřiměřeně zatěžován.

K dosažení tohoto cíle, Atos vybaví pracoviště zařízeními, jako je např. ID myš s integrovanými snímači otisků prstů, a nainstaluje biometrické autentizační služby prostřednictvím implementace řešení „ID centrum“. ID centrum ukládá zašifrované biometrické profily zaměstnanců v bezpečné centrální databázi a ověřuje je proti otiskům prstů sejmutých identifikační myši. Jakékoli zásahy do dokumentace, kdy lékař nebo sestra upraví data pacienta v systému, lze snadno vystopovat a jednoznačně je propojit s jejich autorem. To poskytovatelům služeb usnadňuje plnění požadavků na dodržování bezpečnosti dat. Používání biometrických údajů nejen zjednodušuje přístup k systému, ale má i finanční výhody. Studie provedené společností Forrester a Gartner poskytují důkaz, že u konvenčních systémů ověřování pravosti uživatelským jménem a heslem stojí zapomenuté přihlašovací údaje, zapojení helpdesku a promarněný čas kolem 250 eur na jednoho uživatele ročně.

eKarta

Rakousko je průkopníkem v oblasti elektronických zdravotních karet. eKarta se používá v celé zemi, a to především jako zdravotní karta. Každá osoba, na kterou se vztahuje povinnost přispívat

na pojistné na sociální zabezpečení a každý závislý člen rodiny obdržel v roce 2005 eKartu, zpočátku jako náhradu původně používané papírové poukázky na zdravotní služby. To hraje klíčovou roli v rakouském systému zdravotní péče, kde jsou lékaři, nemocnice a agentury sociálního pojištění kompletně elektronicky propojeny.

eKarta ukládá pouze osobní údaje držitele karty, jako jsou jméno, název a číslo pojištění. Jakmile je karta přečtena, funguje jako bezpečný klíč držitele karty nebo autorizované třetí strany (například lékaře) pro přístup k aplikacím, službám či datům držitele karty. Nicméně lékař potřebuje druhý klíč v podobě autorizační karty, v Rakousku známý jako *Ordinationskarte*. To je jediný způsob jak zpřístupnit data pacienta, jež jsou jinak bezpečně uložena v centrálních databázích.

Federace rakouských sociálních pojišťoven pověřila začátkem roku 2004 Atos IT Solutions and Services rolí generálního dodavatele pro realizaci první fáze elektronického vouchery zdravotnictví – vytvoření provozního centra a vývoj jeho softwaru. Atos proto vyvinul kompletní řešení pro ordinace lékařů a pro serverovou část systému, včetně redundantního zajištění přístupu k datům. Systém byl uveden do provozu po rozsáhlých integračních a systémových testech v září 2006.

Význam eKarty dnes daleko přesahuje oblasti zdravotnictví. Je využitelná jako zdravotní průkaz, čipová karta s elektronickým podpisem, karta občana i Evropský průkaz zdravotního pojištění v jednom. Návrh systému byl motivován touhou po zjednodušení. Karta s několika funkcemi může nahradit celou sadu identifikačních karet pro různé služby. I když eKarta je především zdravotním průkazem pro svého majitele, jako karta občana dhláží cestu ke *eGovernment*. Za tímto účelem je „spící“ funkce elektronického podpisu v Rakousku zatím nevyužita. Občané po získání příslušného osvědčení mohou používat eKartu jako občanský průkaz. To dává Rakušanům dobrovolnou možnost zahrnout své eKarty mezi osobní elektronické doklady, které mohou být použity bezpečně pro transakce s úřady a v případě datových dotazů. To znamená, že transakce s úřady lze vyplňovat elektronicky z domova 24 hodin denně. eKarta vedla k vytvoření širokopásmové sítě ve zdravotnictví

v celém Rakousku a umožnila položit základy mnoha navazujících projektů. V současnosti běží řada projektů postupného rozšiřování systému.

Funkce eKarty v Rakousku:

- Nahrazuje poukázky na zdravotní služby, což eliminuje potřebu vydávat, archivovat a spravovat kolem 42 milionů poukázek ročně.
- Rychlá, bezpečná kontrola prostřednictvím centrálního systému s vysokou dostupností.
- Zabezpečená a podepsaná data pro následné systémy, například účtování.
- Elektronické ověřování uživatelů v souladu s rakouským zákonem o elektronickém podpisu.
- Občanský průkaz, *eGovernment*, elektronické sociální pojištění.
- Schvalování léků – automatické schvalování receptů, které vyžadují schválení vedoucího lékaře.
- Na základě souhlasu pacienta, přehled o všech medikacích pro pacienta.
- ePreskripce, eDoporučení.
- Evropský průkaz zdravotního pojištění (EHIC). Nahrazuje mezinárodní voucher pro využívání zdravotnických služeb v zahraničí.

Elektronická karta občana v Lombardii

Lidé žijící v severoitalské Lombardii sehráli průkopnickou úlohu při používání elektronických občanských karet. Od dubna 2005 mají jak lékaři, tak pacienti přístup z používání čipových karet během lékařských prohlídek. Před každou zdravotní kontrolou pacient vloží kartu do čtečky u lékaře, kde je aktivována. Lékař se přihlašuje použitím vlastní karty ve druhé čtečce. Program identifikuje jak pacienta, tak i lékaře a připojí je k zdravotnímu serveru Lombardie. Prostřednictvím zabezpečeného připojení jsou pak data přenesena během několika sekund. Kromě věku a adresy přístup zahrnuje nemoci, léky a výsledky předchozích vyšetření. Pokud pacient zadá PIN, může lékař navíc přistupovat k citlivým datům, jako jsou například existující infekční onemocnění. Přísný zákon o ochraně údajů stanoví, že tento druh dat je zpřístupněn pouze na základě dobrovolnosti. Například neexistuje povinnost informovat očního lékaře provádějícího vyšetření oči o tom, že pacient je HIV-positivní. Občané se mohou sami rozhodnout, zda tyto informace sdílet chtějí, nebo ne.

IT VE ZDRAVOTNICTVÍ



Foto: archiv společnosti Atos

Jakmile lékař zadá vlastní PIN, může provést objednání dalšího vyšetření nebo vydávat elektronické recepty. Systém automaticky kontroluje existenci rizika nežádoucích interakcí s jinými léky na předpis. To téměř vylučuje nebezpečí kontraindikace. Kromě toho jsou všechny předpisy uloženy na serveru a autorizovaní lékárníci k nim mohou přistupovat přímo, což prakticky brání podvodům v předepisování. Užitečným vedlejším efektem je i to, že nikdo nemusí dešifrovat výstřední rukopis některých lékařů.

Atos Informatica, společný podnik Atos a Telecom Italia, vyvinul čipové karty, na jejichž čipech může běžet operační systém. To umožňuje nejen implementovat nejvyšší bezpečnostní standardy, ale zaručuje kompatibilitu se všemi ostatními rozhraními. Elektronické zdravotní údaje o cca 9 milionech Lombardů jsou uloženy na sálových počítačích v Miláně a průběžně aktualizovány vždy, když lékař napíše recept, laboratoř provádí vyšetření krve, pacientovi jsou předepsány léky nebo si tyto léky vyzvedne v lékárně.

Navíc karta občana vytvořila významný plusový finanční efekt. Tamní zdravotní náklady klesly o 1–2 %, v celkové výši až 240 milionů eur ročně. Klíčovými faktory pro snížení nákladů byly pokles administrativní zátěže, vyhýbání se nejvíce opakovaným vyšetřením a zrychlení procesů obecně. Karta také prakticky znemožňuje podvádět zdravotní systém. Pokud navíc bude možné přenášet *on-line* nejen výsledky laboratorních testů, ale i rentgenové snímky a fotografie, náklady by

měly dále klesat a léčba by mohla být ještě účinnější.

eMedikace

Lidé se často ptají: Mám si vzít tablety před jídlem, nebo po jídle? Co když si je zapomenu vzít? Jaké další léky mohu užívat spolu s nimi? Odpovědi na tyto otázky může poskytnout eMedikace. Se souhlasem pacienta si může ošetřující lékař nebo lékárník zobrazit léky pacienta a zkontrolovat duplicitní předpisy či interakce s jinými léky. Když pacient vloží svou eKartu, systém porovná léky s údaji uloženými v databázi léků bez ohledu na to, zda jsou položky v lékárně zakoupené za hotové, nebo na lékařský předpis. Jsou-li léky nebo účinné látky duplicitní nebo mohou-li vést k nežádoucím interakcím, systém automaticky vydá varování. Kolem 1270 lékáren v Rakousku je připojeno k systému a jsou vybaveny čtečkami karet a PC softwarem. Lékárníci mají možnost získat přehled o pacientově záznamu o léčbě, bez ohledu na to, který lékař předepsal léky a ve které lékárně byly přijaty předpisy.

Společnost Atos k tomuto účelu vyvinula softwarovou aplikaci. Databáze a aplikace jsou provozovány výpočetním střediskem *Pharmazeutische Gehaltskasse der Österreichischen Apotheker*. Škálavatelnost, optimalizovaný výkon, ochrana dat a maximální uživatelská vstřícnost byly hlavními cíli řešení. Úkolem bylo vyvinout systém, který by mohl rozpoznat nebezpečné kombinace na základě mnoha parametrů léků, aniž by vyloučil kompatibilní kombinace. To v konečném důsledku umožňuje bezpečnější nákup léků pro spotřebitele

a snížení nákladů zdravotnického systému jako celku. eMedikace šetří náklady v objemu cca 150 milionů eur ročně a především umožňuje vyhnout se závažným kontraindikacím.

Elektronické zdravotní záznamy (EHR, eFile)

Digitální přístup k diagnóze, rentgenová vyšetření nebo výsledky krevních testů představují pro zdravotnický personál na Rhön-Klinikum AG jen pár kliknutí myši. Tato skupina nemocnic patří mezi inovátory webových elektronických zdravotních záznamů. *eHealth* řešení známé jako WebEPA bylo navrženo ve spolupráci se společností Atos. Odborníci z firmy Atos IT Solutions and Services přizpůsobili aplikaci během pilotní fáze takovým způsobem, že přesně splňuje požadavky na stávající IT infrastrukturu skupiny nemocnic v Rhön-Klinikum. Každý, kdo potřebuje rychlý přístup ke komplexním informacím o pacientech na oddělení, ve vyšetřovacích a léčebných místnostech nebo na operačním sále a je schopen se identifikovat, si může zobrazit soubor na standardním PC pomocí internetu. Přístup k jednotlivým zdravotním údajům je přísně regulován a je možné jej získat pouze se souhlasem pacienta. Všichni oprávnění lékaři mohou do elektronického zdravotního záznamu pacienta automaticky přidávat nové diagnózy a výsledky. Velkou výhodou je, že u pacientů léčených v jedné ze skupiny nemocnic není nutno nosit dokumenty a obrázky z předchozích vyšetření v případě, že je pacient přijat nebo převeden do nemocnice jiné, v rámci skupiny.

Přínosem pro chronicky nemocné je, že lékaři je plně k dispozici úplná zdravotní historie pacienta. Ta pomáhá lékařům předejít zbytečným duplikacím vyšetření. Například rentgenový snímek se automaticky zobrazí i v případě, že jej pacient zapomene přinést, čímž se zabrání zbytečným nákladům a zdravotním rizikům vyplývajících z dalšího rentgenového vyšetření.

Z tohoto důvodu se využití elektronického zdravotního záznamu jako vnitřní báze znalostí stále více rozšiřuje do každodenní činnosti nemocnic. V budoucnu by zúčastněné strany měly být schopny používat elektronickou dokumentaci pacienta pro přístup k datům pacienta i napříč různými institucemi. To by do určité míry vedlo ke splnění požadavků na rychlejší výměnu informací mezi praktickými lékaři, specialisty, lékárníky a pečovatelskými službami. Elektronický zdravotní záznam poskytuje značné výhody také pacientům, systém jim nabízí větší transparentnost, pokud jde o jejich vlastní zdravotní stav – například jim umožňuje kontrolovat své vlastní hodnoty cukru v krvi a sledovat je dlouhodobě.

eHealth portál

eHealth portál vybudovaný v Rakousku společností Atos IT Solutions and Services, poskytuje rychlou a bezpečnou komunikaci mezi všemi zúčastněnými stranami v systému zdravotní péče. Slouží jako centrální internetová informační a komunikační platforma, zaměřená na pacienty, lékaře, pojišťovny a lékárny. Všechna řešení *eZdravotnictví*, od eKarty přes eMedikaci až k elektronickým zdravotním záznamům, se vzájemně doplňují. Například je možné používat portál ke sjednání vyšetření, elektronickému doporučení nebo vydání digitálního předpisu. Kromě toho jej mohou občané využít k získání informací o obecných otázkách zdraví a získat přehled lékařů, nemocnic či zdravotních pojišťoven. Stejně tak mohou poskytovatelé služeb prezentovat své specifické služby na portálu a využít jej jako fórum pro výměnu informací. Pacienti mohou používat tuto platformu například k vyhledání rehabilitačního pracoviště, které nejlépe vyhovuje jejich potřebám.

V dalších krocích bude možné objednat si přes portál léky. V současné době už pacienti mohou s využitím *on-line* databáze zkontrolovat, zda léky, které mají doma, jsou kompatibilní s nově předepsanými.

Přístup bude podléhat například biometrické kontrole s cílem zajistit maximální bezpečnost.

Inovativní eHealth portál vede k:

- větší transparentnosti pro všechny zúčastněné strany (pacienti, lékaři, zdravotní pojišťovny),
- vysoké míře bezpečnosti farmaceutických přípravků s přihlédnutím k jejich neslučitelnosti,
- zamezení duplicitních vyšetření,
- lepší podpoře procesů orientovaných na pacienta prostřednictvím spolehlivého a bezpečného poskytování důležitých dat pacienta,
- okamžité *on-line* dostupnosti procesů a pracovních postupů, jako jsou laboratorní výsledky, zprávy z radiologie apod.,
- dostupnosti všech důležitých informací o pacientech nezávisle na místě přístupu,
- předávání dotazů do laboratoře nebo fyzioterapeutovi a rezervace schůzek, a to i při konzultacích,
- snížení administrativní zátěže,
- nižšímu riziku zneužití dat,
- vyšší bezpečnosti dat a lepší ochraně dat,
- integrované zdravotní péči, důslednější léčbě onemocnění,
- zahrnutí rehabilitace.

IT systémy pro poskytovatele zdravotních služeb

Řešení SAP for hospitals

SAP for healthcare: SAP IS-H a i.s.h.med

Trvalé intenzivní soustředění a vyčerpávající přesčasové hodiny jsou dnes součástí každodenního života zaměstnanců v mnoha nemocnicích. Podstatou je zlepšit kvalitu léčby a zároveň snížit náklady na léčbu. Toho může být dosaženo pouze prostřednictvím trvalé optimalizace procesů – na základě zastaralých nemocničních systémů to pro zaměstnance jistě nebude jednoduchý úkol. To vede k tomu, že nové přístupy, například ke správě, účetnictví nebo péči o pacienta, mohou být implementovány pouze částečně, pokud vůbec.

Vedle moderní a výkonné IT infrastruktury jsou důležitým předpokladem pro efektivní a cílenou podporu podnikových procesů v nemocnicích standardní softwarová řešení. Tato řešení zahrnují jak plánování podnikových zdrojů (ERP), tak nemocniční informační systémy (NIS).

IT VE ZDRAVOTNICTVÍ

SAP IS-H je jedním z předních průmyslových řešení pro zdravotnictví a poskytuje nemocnicím – v kombinaci s medicínskými funkcemi pro klinické obory *end-to-end* řešení všech administrativních a klinických procesů. Všechny procesy jsou zaměřeny na pacienta, od jeho přijetí přes ambulantní a ústavní procesy až po fakturaci a komunikaci se zdravotními pojišťovnami. Tyto informační systémy, které integrují obchodní administrativu s klinickými úkony, hrají stále důležitější roli při zvyšování efektivity a kvality ve zdravotnictví.

I.s.h med, klinické pracoviště systému *SAP for Healthcare*, kombinuje informace z lékařské péče a administrativy. Na základě standardizovaného datového a funkčního modelu a v kombinaci s IS-H administrací pacienta tvoří nemocniční informační systém SAP. SAP ERP je základem, na němž byla tato integrovaná IT řešení postavena, mapuje veškeré administrativní a logistické úkoly. Kromě toho zahrnuje všechny lékařské i.s.h med funkce pro klinické aplikace. Jeho modulární struktura usnadňuje komunikaci mezi jednotlivými odděleními a servisními jednotkami a pomáhá vedení nemocnice rychle reagovat na změněné okolnosti. Systém splňuje všechny požadavky kladené na moderní procesně orientované systémy řízení nemocnic, od jednoduché navigace elektronických pacientských souborů přes efektivní řízení zdrojů (např. lůžek) k přímému přístupu do obrazových archivů stanic radiologie nebo k řízení operačních sálů.

SAP řízení léčby (patient management)

Komplexnost procesů zdravotní péče v nemocnici musí být zajištěna flexibilitou softwaru použitého pro řízení léčby. Řízení léčby je součástí *SAP for hospitals* a nabízí funkce, které mapují všechny požadavky na integrovanou péči o pacienta v ústavní i ambulantní péči. Je zde specifické pracovní prostředí s individuálními rolemi pro všechny oblasti nemocnice, jako jsou například hospitalizace pacientů, odborné lékařské praxe a ošetřovatelství nebo vyúčtování služeb. Například funkce pro staniční personál – schopnost aktualizovat údaje o pacientově snadno a rychle – je stejně důležitá jako přístup ke stručné informaci o oddělení jako celku. Staniční personál je obvykle pod obrovským časovým tlakem a funkce

systému mu umožňují rychle přijímat rozhodnutí. Řízení léčby pacienta proto poskytuje podporu zaměstnancům i v oblasti řízení lůžkových zdrojů a přiřazení kategorií péče. Různé funkce pro rychlé a efektivní plánování a optimalizaci využití prostředků doplňují *workflow* pro řízení léčby. Otevřené komunikační technologie umožňují všem systémům používaným v nemocničním zařízení, jako jsou lékařské a klinické systémy, aby byly propojeny do SAP řízení léčby. Automatický přenos dat z podsystémů je znatelným přínosem v každodenní zátěži nemocnic, protože se lze vyhnout časově náročnému zadávání více položek a klesá četnost chyb dat. Navíc je přístup možný prostřednictvím webových prohlížečů a různých mobilních zařízení, což umožní přístup k informacím kdykoli a kdekoli. Podložky na psaní, psací potřeby a papír při vizitách by tak mohly být brzy nahrazeny tablety. Manažerské řízení závisí na relevantních a aktuálních informacích. Softwarová komponenta proto podporuje určené pracovníky ve všech oblastech vyúčtování. To znamená, že všechny zúčastněné strany jsou připraveny na časté změny v systému zdravotní péče. Integrace s finančním účetnictvím umožňuje spolehlivé řízení peněžních toků. Řešení podporuje všechny požadavky na podávání zpráv a usnadňuje podrobný audit, a dokonce i účetnictví nákladového střediska a analýzy ziskovosti. Další zprávy pro vnitřní kontrolu v nemocnici mohou být sestaveny v *SAP business information warehouse*.

SAP řízení ambulantní péče: Další prosím!

Integrovaný ambulantní management zahrnuje proces převedení pacienta z lůžkové péče k ambulantnímu ošetření. Je dobře známo, že počet nemocničních lůžek je z důvodu úspory nákladů neustále snižován. Ambulantní péče v odděleních jsou pod velkým časovým tlakem. Jakmile byla léčba pacienta dokončena, musejí být medicínské a finanční aspekty léčby již plně dokumentovány, zatímco další pacient čeká na vyšetření. SAP řízení ambulantní péče (SAP ACM) je proto šité na míru pro všechny ambulantní úkony vykonávané decentralizovaně a nezávisle, přesto však v rámci komplexního NIS. Obecné postupy vedení pacienta jsou doplněny speciálními funkcemi pro plánování schůzek a návštěv, dokumentování ambulantní léčby

a o správu vyúčtování léčebných úkonů.

Ambulantní zaměstnanci na odděleních obdrží na svých pracovištích pouze ty informace, které potřebují k řešení svých specifických úloh. Za tímto účelem je na pozadí nástroj, který řídí procesy na základě konkrétních typů případů. To vyžaduje na uživatelské zadání jen těch vstupních údajů, které jsou nezbytně nutné pro rozlišení způsobu vykázaní služby – zda je služba fakturována zdravotní pojišťovně, či soukromým pacientům, případně zda se jedná o standardní ambulantní vyšetření, nebo službu první pomoci. Výsledkem je, že řešení přispívá ke snížení čekací doby, což je kritický faktor, zajišťující vysokou spokojenost pacientů.

Enterprise content management ve zdravotnictví – ochrana před přetížením informacemi

Efektivní řízení informací se stává pro nemocnice klíčovou výzvou, protože objemy dat rostou exponenciálně tak, jak jsou digitalizována data pacienta. Současně s tím nadále nabývá na významu ochrana a archivace dat v souladu s platnými právními předpisy. Zajištění toho, aby všechny relevantní informace byly aktuální a k dispozici na správném místě a ve správném formátu, vyžaduje značné náklady. Výsledkem je, že systémy ECM (*enterprise content management*) se stávají stále rozšířenějšími v každodenní činnosti nemocnic. Jejich hlavním úkolem je zachytit, kvalifikovat, spravovat a publikovat strukturovaná i nestrukturovaná data a dokumenty. Pomocí řešení ECM od Atos IT Solutions and Services může nemocnice zjednodušit správu svých administrativních a zejména obchodních procesů a snížit objem vnitřní pošty, což šetří čas i náklady. Mohou být přesně plánovány náklady na archivaci dat, ale je zaručena dostupnost a ochrana citlivých dat.

Digitalizace dat a jejich archivace v nemocnici

Nemocnice Albert Schweitzer Ziekenhuis v nizozemském Dordrechtu byla první zemskou nemocnicí, která zavedla řešení ECM. Zaměstnanci čelili prudkému nárůstu objemů dat z velkého počtu digitálních informačních zdrojů. Navíc u pacientů, kteří s sebou přinášeli papírovou dokumentaci (rentgeny, externí lékařské zprávy), bylo nutno přidat digitální kopie k dokumentaci pacienta. Systém ECM je po-

užit k ukládání a efektivní správě všech těchto medicínských a administrativních dat v digitální podobě.

Toto řešení implementoval Atos IT Solutions and Services. Při jeho realizaci odborníci digitalizovali všechny administrativní procesy a převáděli je do celonemocničního systému pro správu dokumentů, vytvořili portálové řešení a elektronické formuláře stejně jako editační systém pro intranet. Tímto způsobem se v nemocnici v Dordrechtu šetří nejen náklady na konvenční papírové archivy, ale také čas. Lékaři mají vždy přístup k datům pacienta přes tablety či notebooky, bez ohledu na to, na kterém oddělení konzultace probíhá. Navíc jsou všechny činnosti archivovány automaticky. Pro zajištění komplexní péče o pacienty nemocnice umožňuje praktickým lékařům přístup k systému prostřednictvím zabezpečeného webového portálu.

Enterprise Content Management

Zahrnuje následující funkce:

- správa obsahu webu
- správa dokumentů
- spolupráce
- *workflow* management
- zobrazování/skenování
- management vzdělávání a archivace

Výhody:

- snížení nákladů na intranet až o 25 % v důsledku konsolidace dat intranetu
- snížení nákladů až o 30 % díky efektivní standardizaci a integraci obsahu, procesů a aplikací na internetu
- snazší údržba softwaru nahrazením softwaru klientů portálem
- snížení transakčních nákladů v průměru o 50 %
- zvýšení propustnosti procesů o více než 50 %
- snížení doby potřebné ke zpracování rutinních úkolů o více než 25 %

IT outsourcing

V důsledku neustálých změn ve zdravotnictví se IT nemocnic stále více stává strategickým konkurenčním faktorem. Je tomu tak proto, že elektronické zdravotní karty pacienta, soubory a webové aplikace vytvářejí a budou vytvářet ohromující záplavu dat. Údaje o pacientovi, které musejí být bezpečně uloženy po dobu až 30 let, rentgenová vyšetření se stále větším rozlišením a rychlejší

zobrazovací postupy představují další významné úkoly pro IT manažery v nemocnicích. A i když se musejí vyrovnat s velkým administrativním zatížením, zejména pro archivaci, zpřístupnění a zabezpečení dat, často neexistuje způsob jak zvýšit rozpočet na IT personál. Naopak je zde tlak na snížení provozních nákladů a růstu investičních nákladů je potřeba se vyhnout.

Stále větší počet zdravotnických zařízení se proto rozhoduje pro *outsourcing* podpůrných procesů nemocnic prostřednictvím externího poskytovatele IT služeb. *Outsourcing* administrativních úkonů je velmi výnosný. Standardní služby poskytované například Atos IT Solution and Services zahrnují transparentní a plánovatelný rozpočet nákladů na archivaci a poskytují vysokou dostupnost dat. Dohody o úrovni služeb (SLA) upravují kvalitu a cenovou úroveň poskytnutých služeb – od úložné kapacity k dostupnosti prostřednictvím přístupových časů a datových limitů.

Pro management nemocnic je nabídka *outsourcingu* výrazně pružnější a nákladově efektivnější, zvláště pokud je poskytována jako součást větší skupiny, než pokud jsou tyto úkoly spravovány interně. Čím více nemocnic se zúčastní, tím budou jednotkové náklady nižší. To znamená, že náklady například v systému správy a provozu datového centra mohou být plánovány spolehlivěji.

Kromě úspory nákladů hrají důležitou roli v rozhodnutí o *outsourcingu* IT také bezpečnost dat a spolehlivost. Citlivé informace musejí být bezpečně přeneseny do datového centra, uloženy a chráněny před neoprávněným přístupem. Za tímto účelem jsou šifrována ještě před tím, než opustí nemocnici, a pak odeslána prostřednictvím sítě do datového centra. To znemožňuje přístup k datům nebo jejich zobrazení obsluze datového centra. Kontrola nad klíčem zůstává nemocnici, čímž se zabrání zneužití citlivých údajů o pacientech. IT *outsourcing* poskytuje nemocnicím vynikající nástroje pro řešení rostoucích nároků i při zvyšujícím se tlaku na snižování nákladů. Umožňuje jim zcela zaměřit svou pozornost na klíčové procesy, tj. na atraktivní zdravotní služby pro své pacienty.

eHealth a telemedicína: eInkluze a eQuality – 26. díl

Minulý díl jsem věnoval tématu asistivních technologií ve zdravotnictví. Téma s nevěšdním názvem *eInkluze a eQuality* je s asistivitou úzce propojeno.

Inkluze je proces zaměřený převážně na postižené a znevýhodněné osoby a jejich integraci do společnosti, ale také do jejich institucí. Jde hlavně o osoby s mentálním či tělesným postižením nebo také dlouhodobě nemocné pacienty a starší lidi. Má jít o zapojení rovnoprávné, což vyjadřuje i slovní hříčka vyplývající z rovnice *eQuality = equality*. Anglický výraz *equality* vyjadřuje požadavek, aby začleňované skupiny měly ve společnosti stejný status a respekt. A jedním z prostředníků má být elektronická integrace, kterou vyjadřuje ono *e* na začátku, tedy hlavně internet a mobilní aplikace. Podpořit začleňování do společnosti prostřednictvím nových informačních a komunikačních technologií, takové má být cíl eInkluze. Elektronizace se plíživě včleňuje do řady sfér našeho života, počínaje třeba internetovým bankovníctvím, nákupy v e-shopech nebo elektronickou komunikací s úřady. Ale i běžný osobní kontakt zprostředkovávají stále častěji takové aplikace, jako je *WhatsApp*, *Facebook*, *Viber* nebo *Skype*, případně různé seznamovací portály, komunikační stránky či diskusní fóra, chaty a další. Přístup k telemedicínským aplikacím a elektronizovanému zdravotnictví zdaleka není na prvních místech při využívání internetu, ovšem i rozvoj *eHealth* jde vpřed a komunikace s lékaři, objednávání pacientů či konzultace přes internet, telefon (i mobilní či VoIP) je stále častější. U handicapovaných osob je důležité hledisko začlenění a vytvoření rovnocenných podmínek v přístupu k uvedeným technologiím. Jde o finanční podmínky, technické možnosti, počítačovou gramotnost i možnost „připojit se“.

Speciální vzdělávací potřeby

V některých oblastech, jako je například speciální školství, se eInkluzi a eQuality prosazovat daří. Pomáhají tak žákům se speciálními vzdělávacími potřebami, od zdravotně postižených či znevýhodněných (tělesně handicapovaní, mentálně postižení či dlouhodobě nemocní žáci a stu-

denti) až po sociálně znevýhodněné. Sociálně znevýhodnění nemusejí být jen nepopulární nepřizpůsobiví žáci, ale jde třeba i o cizince, kteří jsou znevýhodnění nedostatečnou znalostí vyučovacího jazyka a o vlastní studium mají velký zájem. Jednou z mých aktivit je řízení střední školy zaměřené na vzdělávání budoucích pečovatelek a ošetřovatelek z Filipín; jejich hlavním problémem je čeština, zato bezproblémový a naprosto příkladný je přístup filipínských studentů k pacientům, seniorům či mentálně postiženým klientům ústavů sociální péče. Zatím v rámci odborné praxe, ale věřím, že taková zůstane i do budoucna jako zaměstnanci sociálních institucí či domovů důchodců. Právě u postižených a znevýhodněných žáků jde hlavně o nezbytné technologické vybavení, jako je například počítač, webová kamera, *smart* telefon či interaktivní tabule. S tím pak souvisí rozvoj ICT gramotnosti (ICT = informační a komunikační technologie). Potřebných „gramotností“ souvisí s užíváním počítače velké množství a jde o různé typy kompetencí – nejen o zvyšování gramotnosti lingvistické, ale například i vnímání a interpretaci objektů (vizuální gramotnost) či schopnost zkoumat a analyzovat každodenní informace (mediální gramotnost) nebo se orientovat v informačních zdrojích (informační gramotnost). S tím vším souvisí spolupráce škol na dálku, a to i škol speciálních. Takové aktivity jsou v Evropě podporovány třeba v rámci projektů *eTwinning* (elektronická dvojčata).



doc. MUDr. Leoš Středa, Ph.D.
Centrum pro eHealth a telemedicínu 1. LF UK

Jde při tom o seznamování žáků partnerských škol, výměnu informací, ale třeba i společně zpracování témat z výuky. Mediálně známou eInkluzi zdravotně postižené žákyně je začlenění mladé americké dívky s leukémií, která nemohla navštěvovat výuku fyzicky a byla propojena s třídou spolužáky virtuálně přes webkameru, interaktivní tabuli a internet. Komunikace byla obousměrná, nejen v rámci videokonference, ale i při sdílení dokumentů či společné tvorbě blogů, takže se spolužáci i dívka navzájem dobře znali a později došlo k naprosto bezproblémovému fyzickému začlenění do třídy.

Mluvit sami za sebe

Termíny *eQuality* a eInkluze se často vzájemně zastupují. V rámci Evropské unie vzniklo v roce 1988 sdružení s názvem *Inclusion Europe*, ve kterém jde hlavně o eKvalitu. Sdružení spojuje lidi s mentálním postižením a jejich rodiny po celé Evropě. Společně pak bojují za rovnoprávnost a plné začlenění postižených do společnosti. Sdružení prosazuje několik cílů, například aby se k handicapovaným ostatní nechovali jinak jenom kvůli jejich nemoci. Dále také, aby měli právo sami si vybrat, jak a s kým chtějí žít. Velmi důležité je, aby postižení mohli mluvit sami za sebe, byli způsobilí k právním úkonům (pokud to jejich zdravotní stav dovoluje) a měli tak přístup ke spravedlnosti. Logem sdružení jsou označovány internetové články napsané jednoduše a srozumitelně tak, aby jim mohli porozumět i mentálně postižení spoluobča-

né. *Inclusion Europe* má rovněž svou facebookovou aplikaci.

Důstojné stáří, opomíjení mladí lidé, geografické začlenění, kulturní rozmanitost, počítačová gramotnost, elektronická dostupnost (*eAccessibility*) a veřejné služby pro všechny neboli inkluzivní *eGovernment* jsou obvyklá témata různých evropských projektů v rámci eInkluze. Jak vidíte už z názvů témat, další důležitou skupinou pro eInkluzi a eQuality jsou senioři. Lidé staršího věku a důchodci jsou mnohdy znevýhodnění svojí neznalostí moderních technologií. Nejde jen o důchodce, i řada lidí středního a zralého věku nedokáže udržet tempo s rozvojem ICT. V pokročilejším věku pak bez těchto znalostí jen velmi obtížně hledají zaměstnání.

Senioři v informační společnosti

V České republice proběhl například projekt, kterému se zkráceně říká eInkluze 50+. Financován byl z Evropského sociálního fondu a ze státního rozpočtu ČR. Realizátorem bylo občanské sdružení M'am'alo založené vysokoškolskými studenty. Cílem projektu bylo zvýšit možnosti začlenění starších lidí do informační společnosti a naučit je pracovat s moderními technologiemi, jako jsou počítače, notebooky nebo mobilní telefony, a v neposlední řadě je sprátelet s internetem, aby mohli naplno využívat všech možností, které nabízí. eInkluze 50+ nebyla začlena pouze na jedince, ale také na různé nestátní a neziskové organizace zabývající se prací s lidmi nad 50 let věku. Zapojit se mohly rovněž obce, města a kraje. Projekt poskytl podporu pro vznik tzv. tréninkových center pro vzdělávání starších osob v oboru informačních a komunikačních technologií. Kromě center vznikl i portál www.zivotonline.cz, který pořádá zážitkové dny *on-line*, kde šlo o výuku počítačových a mobilních aplikací. Účastníci kurzu museli splnit pouze jednu podmínku pro zápis, a to věk minimálně 50 let. Poté se mohli naučit, jak funguje internet, jak si založit e-mailovou schránku, nakupovat v e-shopech, upravovat fotografie, hledat práci na webu apod. Koncem letošního února vypršela doba realizace projektu, proto

jen doufejme, že nešlo o klasický případ, kdy Evropská unie nevyžaduje udržitelnost projektu, a v okamžiku, kdy se vypotřebují peníze, není žádné pokračování naplánováno. Takový je bohužel osud řady jiných projektů, které evropská politika a úředníci za naše peníze připravují.

Být v obraze

eQuality symbolizuje rovnocenný přístup a stejné šance ve společnosti za pomoci elektronických aplikací. Na kvalitě systémů a služeb zejména s ohledem na zdravotně či jinak handicapované taková rovnoprávnost v mnohém závisí. *eQuality* by měl být dlouhodobý a trvalý proces. Už před rokem 2010 vznikaly aktivity zaměřené na podporu vývoje a rozšiřování programového vybavení pro znevýhodněné skupiny. Podporuje se výzkum a vývoj v oblasti elektroniky a automatizace tak, aby ve spolupráci IT expertů s odborníky v sociálních a zdravotních službách a s cílovou skupinou, kterou tvoří zdravotně postižení, vznikaly různé „gadgets“, programy a zařízení, jež mohou postiženým usnadnit každodenní život díky využívání výpočetní techniky. Byly vytvořeny mezinárodní sítě zaměřené na vývoj kompenzačních pomůcek pro různé typy postižení. Tyto sítě se snaží o vytvoření například softwarových nástrojů, vznikají fóra pro *on-line* setkávání odborníků různých oborů, kteří se zabývají výzkumem aplikací a technologií pro zdravotně postižené, konají se pravidelné workshopy a výstavy. Jde o usnadnění práce s počítačem například nevidomým občanům (hlasová a hmatová komunikace), motoricky postiženým (koncepte ovládání počítače tělesně postiženými občany), ale i dětem s autismem či Aspergerovým syndromem, kdy je jejich zájem o moderní technologie využíván například ke vzdělávání. Vzdělávat se mohou děti i senioři, mentálně postižení i zdravotně postižení. V dnešní moderní době plně technologií a umělé inteligence je velmi důležité být stále „v obraze“. Aby si byli všichni lidé rovni a měli stejné možnosti, musejí mít především přístup k informacím a možnost doplnit v případě potřeby své znalosti. A nemusí jít vždy jen o kategorie osob mimo hlavní proud. Nakonec i v medicíně mezi lékaři je řada těch, kterým „ajty“ mnoho neříká, a vzhledem k elektronizaci všech procesů i zdravotnictví proto také oni využívají vzdělávacích kurzů v oboru ICT.



Ilustrace: Shutterstock

OFTALMOLOGIE

Nová sestava pro kataraktovou a refrakční chirurgii

V oblasti kataraktové chirurgie se v posledních letech prudce zvyšují standardy péče, nároky na rychlost a přesnost operací, k čemuž přispívají kontinuální technologické inovace.

Jednu z nich představila loni na podzim na kongresu Evropské společnosti kataraktové a refrakční chirurgie (ESCRS) v Amsterdamu společnost Alcon – jde o sestavu přístrojů složenou z diagnostického a navigačního systému, operačního mikroskopu, femtosekundového laseru a fakoemulzifikační jednotky. Od letošního roku je dostupná i na tuzemském trhu.

Sestava má za úkol napomoci výraznému zlepšení refrakčních výsledků na základě automatizace a zjednodušení některých úkonů, ale i díky vyšší přesnosti a bezpečnosti. Jednotlivé přístroje jsou navrženy tak, aby mohly synergicky pracovat dohromady a vzájemně potencovat výsledný efekt. Prof. Philippe Crozafon z Clinique saint George v Nice při jejich prezentaci s trochou nadsázky podotkl, že pracovat s nimi je jako řídit vůz s tempomatem. „V podstatě se téměř nedá udělat chyba nebo jen těžko,“ dodal.

Měření, plánování, kontrola

Verion je diagnostická, plánovací a navigační jednotka zvyšující přesnost a účinnost operace. Obrazem řízený systém pomáhá optimalizovat a řídit zákrok díky přesným předoperačním měřením i efektivnímu naplánování celého postupu (jde zejména o velikost a umístění incize a kapsulorexe, tj. otvoru v předním pouzdře čočky). Dále hlídá polohu a orientaci nitrooční čočky (IOL), dokáže též eliminovat chirurgicky indukovaný astigmatismus (SIA). Pokud jde o zrakovou korekci po kataraktovém zákroku, prof. Zoltan Nagy ze Semmelweisovy univerzity v Budapešti připomněl, že jen „top 2%“ chirurgů se dostanou u 90% pacientů do optimálního pooperačního rozmezí max. +/- 0,5 D. „Top 6%“ lékařů tohoto výsledku dosáhne u 75–80% pacientů, většina pak



Prof. Philippe Crozafon.

Foto: Martin Čermák

u 60–65%. Právě systém Verion umožňuje důsledně dosahovat stanovených cílů zrakové korekce. Referenční jednotka Verion nabízí pohodlné rozhraní pro provedení keratometrie, pupilometrie a měření dalších předoperačních parametrů. Umožňuje pořízení diagnostického referenčního snímku pacientova oka ve vysokém rozlišení, což následně zajistí sledování v reálném čase a potřebné detaily pro přesné polohování incize a orientaci nitrooční čočky. Na základě snímku také systém automaticky detekuje vlastnosti sklerálních cév, limbu, zornice a duhovky. Lékařům umožňuje rychle a efektivně stanovit operační plán prostřednictvím několika pokročilých vzorců: usnadní tak výběr typu čočky a její mohutnosti, provedení incize i plánování implantační osy. Digitální marker Verion se uplatní při propojení s laserem LenSx a většinou chirurgických mikroskopů. Poskytuje sledovací přehled, díky kterému chirurg vidí všechny řezy a orientace v reálném čase. Automaticky odpovídá za cyklorotaci, vylučuje potřebu manuálního značení torického oka, registruje pacientovo oko, přesně centruje a orientuje multifokální a torické nitrooční čočky. I když tedy pacient hýbe okem, přístroj stále naviguje na střed čočky. Jelikož navíc umožňuje do-

kumentaci a archivaci údajů, napomáhá v průběhu času optimalizovat budoucí operační postupy léčby šedého zákalu. Chirurg díky tomu také může snadno provádět evaluaci svých výsledků.

Oftalmologické mikroskopy

Mikroskopy LuxOR mají univerzální využití, svou primární funkci ovšem plní během fakoemulzifikace šedého zákalu. Umožňují dokonalou vizualizaci během zákroku a snadnější manipulaci při umístování a programování mikroskopu před operací či během ní. Primární příčinou nedokonalé vizualizace při jakémkoli očním zákroku je omezené množství světla dostupného chirurgovi. Optická hlava LuxOR byla navržena tak, aby tyto limity eliminovala. Chirurg tak má neustále k dispozici více světla díky technologii ILLUMIN-i.

Na rozdíl od tradičních oftalmologických mikroskopů je čočka objektivu u přístroje LuxOR umístěna nad světelným zdrojem. Je tak vytvořena širší dráha osvětlení a větší ohnisková vzdálenost, tím pádem se zvyšuje i kvalita vizualizace, s vysokým rozlišením a kontrastem. Primární výhodou je 6x větší zóna červeného reflexu, a tedy trvale stabilní červený reflex bez ohledu na velikost zornice, centraci, náklon oka či pohyb pacienta. To chirurgovi umožňuje zachovat vizualizaci oka v průběhu celého procesu. Další výhodou technologie ILLUMIN-i je mimořádně ostrá vizualizace celé oční komory, je tedy třeba mnohem méně nastavovat zaostření.

Pomocná vizualizace Q-VUE přidává druhý 3D stereomikroskop s nezávislou dráhou světla – to znamená, že neodebírá žádné světlo z optické dráhy chirurga, což by mohlo narušit zobrazení.

Femtosekundový laser

LenSx je první femtosekundový laser schválený k použití při operaci šedého zákalu, čímž vytváří samostatnou kategorii laserové refrakční operace šedého zákalu. Tato inovace umožnila očním chirurgům provádět některé z nejnáročnějších kroků při operaci šedého zákalu s přesností moderní laserové technologie.

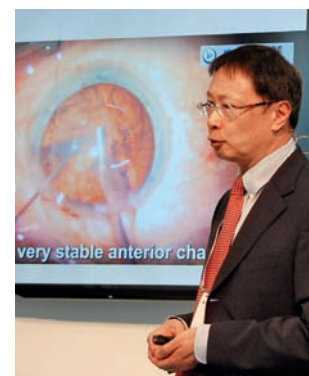
Poskytuje veškeré výhody femtosekundové technologie – predikovatelnost a vysoký stupeň přesnosti, na úrovni mikronů. Využívá soustředěných pulzů k vytváření řezů v pouzdře čočky, oční čočce a rohovce. Výsledkem je postup přizpůsobený specifikacím chirurga. Kapsulotomie, fragmentace čočky a veškeré řezy do rohovky jsou prováděny pomocí softwaru řízeného obrazem. Lze tak přesně naprogramovat velikost, tvar a umístění každého řezu. Přístroj určí průměr (4,5–6 mm, dle velikosti čočky) a hloubku přední kapsulotomie, provede fragmentaci čočky a vytvoří snadno disekovatelné segmenty. Přizpůsobí velikost a stupeň každého řezu a jeho orientaci. Chirurg je tak schopen výrazně zkrátit dobu nitroočního postupu a vytvořit přesný otvor pro optimální umístění nové čočky.

Po připojení k systému Verion si laser LenSx nahraje data z předoperačního vyšetření a dále naviguje chirurga při samotném výkonu. Videozobrazení s integrovanou optickou koherentní tomografií (OCT) poskytuje trojrozměrnou vizualizaci celého předního segmentu během dokování, plánování a operace.

Prof. Nagy podotkl, že má s tímto laserem zkušenost od roku 2008, kdy provedl první femto-asistovaný chirurgický výkon u pacienta s kataraktou. Za více než 5 let používání se nesetkal s komplikacemi, prof. Crozafon může dle svých slov říci totéž po 3 letech práce s přístrojem.

Fakoemulzifikační systém

Nejběžněji používaným operačním postupem při léčbě katarakty je fakoemulzifikace (fako). Po drobném řezu v oku a následném vložení malé sondy se k fragmentaci a odstranění šedého zákalu využívá ultrazvuková fako energie (USP). Centurion Vision System spojuje několik inteligentních technologií a tím poskytuje chirurgům lepší kontrolu a účinnost během fako operace. Automaticky a nepřetržitě se přizpůsobuje měnícím se podmínkám v oku, zajišťuje stálý nitrooční tlak (IOP) a větší stabilitu přední komory během jednotlivých kroků operace. Chirurg má díky vylepšenému ří-



Dr. Khiun Tjia. Foto: Martin Čermák

zení fluidiky a chirurgické přesnosti na dosah ruky technologií optimalizované energie.

Automatizovaný systém Active Fluidics optimalizuje stabilitu přední komory tím, že umožňuje aktivně nastavit a udržovat stálou hodnotu nitroočního tlaku v oku během operace. Dr. Khiun Tjia z Isala Clinics v nizozemském Zwolle připomněl, že IOP během zákroku silně variiuje, doslova „létá nahoru a dolů“, u starších systémů s gravitační fluidikou dosahoval až 88 mmHg. U nového systému s aktivní fluidikou si chirurg sám volí cílový IOP (např. dr. Tjia dle svých slov většinou 40 mmHg). Snižují se rázy v důsledku porušení okluze a není nutné manuálně nastavovat tlak tekutiny. „Lékař díky tomu může být ve větší pohodě, ubude mu jedna starost a lépe se soustředí na samotný výkon,“ dodal dr. Tjia.

Technologie Balanced Energy pak mj. snižuje energetické hladiny a upravuje operační nastavení pro aspiraci, protože fragmentovaný materiál čočky je udržován v rovinně nájezu pro emulzifikaci.

Vše v jedné lince

Prof. Crozafon kvitoval, že nyní lékaři nemusí propojovat přístroje různých výrobců, vše mají v jedné lince, plně kompatibilní, navíc snadno propojitelné přes USB či wi-fi. „Jen je třeba se stále učit a zdokonalovat v používání nových technologií,“ podotkl. Prof. Nagy přínos celé sestavy shrnul s tím, že se jedná o momentálně nejpřesnější systém, jaký je k dispozici. Připomněl rovněž, že pokročilé metody přispívají ke snižování rizika makulárního edému po operaci katarakty. „Fakoemulzifikace nám nabízí perfektní technologii, moderní nitrooční čočky také, proto se nyní zaměřujeme na rafinovanější, přesnější a bezpečnější postupy, které pomáhají zlepšit celkové výsledky. Díky tomu vracíme 65–70letým pacientům zrak na úroveň 18letých,“ uzavřel. (mč)

Katarakta je celosvětově hlavní příčinou preventabilní a léčitelné slepoty, jedná se o téměř 51% případů. Kataraktová chirurgie je – ruku v ruce s tím – jedním z nejběžnějších a nejčastějších zákroků, s téměř 22 miliony výkonů ročně. Počet těchto výkonů navíc rychle roste v důsledku demografických změn a lepšího se přístupu ke zdravotní péči po celém světě. Světová zdravotnická organizace (WHO) předpokládá, že v roce 2020 bude těchto operací provedeno na 32 milionů.

Investice do mladých výzkumníků je jednou z nejlepších

Cenu Discovery každoročně uděluje společnost Novartis mladým výzkumníkům do 40 let, kteří se zasloužili o výjimečný posun na poli výzkumu v oblasti medicíny a farmacie. Hovoříme s jedním z portáctů, přednostou Kliniky nefrologie 1. LF UK a VFN v Praze **prof. MUDr. Vladimírem Tesařem, DrSc.**

V čem vidíte hlavní přínos sou- těže Discovery Award?

Od začátku 90. let prošlo české zdravotnictví transformací, která jej v mnoha oblastech dostala (při výrazně nižších nákladech) na srovnatelnou úroveň se zeměmi západní Evropy či USA. Příkladem může být akutní koronární péče, onkologie nebo náhrada funkce ledvin. Hlavním problémem transformace byla od začátku představa, že špičkové péče dosáhneme nakoupením nových technologií, s trvalým podceňováním významu lidského faktoru a dlouhodobým neřešením některých personálních problémů (například přijatelný příjem lékařů a výzkumníků dosahovaný pouze za cenu nepřijatelného počtu přesčasových hodin, mírně řeče-

no neoptimální řešení postgraduálního vzdělávání a složitá situace mladých lékařů a neřešení nedostatku praktických lékařů).

Nepochybným úspěchem českého zdravotnictví je také velmi dynamický rozvoj zdravotnického výzkumu, který byl naštěstí podpořen existencí funkčních grantových agentur a možností zapojení českých zdravotnických institucí do evropských projektů. Vynikající výsledky dosažené v této oblasti publikované ve špičkových lékařských časopisech zůstávají širší veřejnosti zcela neznámé v důsledku nedostatečné informovanosti. Média bohužel stále často setrvávají na úrovni informací z doby komunistického režimu typu: „Také jsme udělali něco, co už před námi udělali v cizině.“ Na-

příklad o opravdu špičkové organizaci koronární péče a jejích výborných výsledcích přitom laická veřejnost téměř neví.

Discovery Award tedy v této oblasti působí opravdu průkopnický. Upozorňovat na objevy a inovace, které vznikly v rámci základního i klinického výzkumu v České republice by snad mohlo pomoci zlepšit pohled veřejnosti na kvalitu českého zdravotnictví (a zdravotnického výzkumu) a stimulovat zvýšení objemu prostředků, které budou na podporu zdravotnického výzkumu věnovány.

Myslíte si, že je u nás dostatek mladých odborníků s dobrými nápady? Co podle vás brání větší kreativitě a inovatorství v české medicíně a farmacii?

Jsou zde nepochybně velmi schopní mladí lékaři a výzkumníci. Nemyslím si, že je problém v nedostatečné kreativitě mladých lékařů a farmaceutů. Neexistuje však systematický program podpory opravdu kvalitních pracovišť a mladý výzkumník musí být opravdu velký nadšenec, aby u výzkumu vydržel.

V situaci, kdy se od něj očekávají velmi nadstandardní výkony (výzkum realizovaný z velké části mimo pracovní dobu, paralelní neadekvátně zaplacená zdravotnická práce, vyčerpávající množství přesčasových hodin) s tím, že v době, kdy by měl zakládat rodinu, nedosáhne ani na průměrnou mzdu a ani jeho dlouhodobá prognóza není nijak optimistická, je spíše překvapením, že



Foto: archiv redakce

se vůbec mladí nadšenci věnující se zdravotnickému výzkumu najdou, když je pro ně mnohem snazší odejít pracovat do mimofakultních zařízení nebo pracovat či zkoumat v zahraničí.

Investice do mladých kvalifikovaných a motivovaných pracovníků je z celospolečenského pohledu jistě jednou z nejlepších možných. Na rozdíl od investic do betonu, strojové techniky, informačních technologií či právních služeb je tam navíc jen malá šance na vyvedení prostředků mimo zdravotnictví. Systematickou péčí o vyhledávání a podporu mladých talentů však u nás bohužel zatím postrádám. Možná, že i Discovery Award může znamenat začátek změny v této oblasti a inspiraci pro jiné podobné projekty. (eta)

Inzerce M141000757

Budoucnost kataraktové refrakční chirurgie právě začíná.

Alcon®

a Novartis company



VERION™

Image Guided System



LenSx®

Laser



LuxOR™ LX3

with Q-VUE™ Ophthalmic Microscope



CENTURION®

Vision System

Kataraktová refrakční sestava Alcon® & Nitrooční čočky AcrySof®
Spojení jedinečných technologií pro dosažení maximálně přesných refrakčních výsledků.

SG/CRSBA/SAD/140510/CZ

VÍCE NEŽ
70
MILIÓNŮ
IMPLANTOVANÝCH ČOČEK
ACRYSOFF® PO CĚLEM SVĚTE

V zemi dvojí pravdy

Motto: Než si pravda stihnout kalhoty, lež oběhne půlku zeměkoule.

(Winston Churchill)

Pro předčasném odtoku plodové vody a v krutých porodních bolestech je tu vymodlená kompenzace za ztracené „regulační“ poplatky, věc již loni koalici zmiňovaná jako předem daná samozřejmost. To je ovšem jen ta méně významná část deficitu českého zdravotnictví, malá záplata na velkou díru, plivnutí do rybníka. Nicméně oko pozorovatelovo se zalíbením spočine na tom, jak tato vláda skvěle řeší problémy, jež svou hloupostí způsobila.

Pro ČSSD byly poplatky odjakživa klíčovým tématem, epicentrem myšlení. Vše ostatní jsou podružnosti. Na nich oranžoví postavili volební kampaně, za ně některé jejich kraje utrácely nehorázně sumy z peněz daňových poplatníků. Zvláště ty mizerně vedené, kde si kriminální policie podává dveře, pokud cestou neulomí kolo na děsivých silnicích.

Raison d'état

Co na tom, že svět blízko nás se nebezpečně proměňuje a ohrožení země se zmnohonásobilo. Že na nás dýchla atmosféra roku 1914 a je třeba rychle přehodnotit priority. Ty věci jsou příliš velké, než aby je byli schopni vidět činovníci okresního formátu. Mají problém se stromy, natož s lesem. Zásadní je pojetí našeho postavení v Unii a NATO. Životní otázka. Ne, kdepak, všechno se láme na blbých poplatcích. Toť vlastní *raison d'état* a smysl české politiky. Ona z poplatků vzhází a na ně i zachází. Není spásy mimo poplatky. Bez tohoto tématu by naše politika zhylnula. Žádné další totiž nemá. Musela by hledat jinou náhražku, vzhledem k zájmům země pokud možno ještě méně relevantní. Na okopávání kotníků pod stolem to bohatě stačí a větší ambice ani schopnosti mnoho z těch lidí nemá, nečinně si zbytečných iluzí. Babiš se teď chytá za hlavu, na co že to v koalici smlouvé kývnul. Neznal, nedomyslel či obojí. Teď bude solit. Mnohý občan zajasá. Zas bude něco zdarma. Ve škole mu zapomněli vysvětlit, že nic není zadarmo. Nebo chyběl. Přes kapsu se praští zase on, jenom přes jiné úcty. Anonymně se to rozředí. Naivním to stačí, ještě naivnějším to přijde dokonce jako výhra. Velkolepé vítězství v nesprávné válce, která hodně

připomíná tu knoflíkovou. S uřezanými knoflíky tu skončil Babiš. Ještě že mu zůstal zvoneček.

Ale čert vem Babiše. Jde o nás. A pro nás je z toho škoda politicko-psychologická. Zdravotnictví totiž už dostalo. Co bychom dál ještě chtěli? Je to hra s nulovým součtem. Jako když seberu žebřákoví sako a zase mu ho vrátím. Ještě kus chleba? No, no! „Ten je ale nenažraněj,“ nesouhlasně mručí přihlížející dav. „Vždyť už dostal. Podej prst a schlamstne ti celou ruku.“ Důležité je, jak se věci jeví, nikoli jaké jsou.

Čtyři nohy dobré, dvě nohy špatné

Vrcholem bylo televizní vystoupení (ČT) poslance Votavy (ČSSD, tedy jak se dnes říká, čé-ezez-dé) z rozpočtového výboru. Konfrontován opakovaně se svou demagogickou polopravdou, která je jak známo horší lži, neuhnul a stál si na svém. My nic, my muzikanti, poplatky přece zrušil Ústavní soud. Jako kdyby to neměli v programu a nechlubili se výsledkem! Ústavní soud však pouze zrušil ne zcela rozumný maximalismus, s nímž se zkoušelo zvýšení na 100 korun. Kdo chce víc, nemá nikdy nic. Většinou ústavní soudci vadil v první řadě přístup – paušálnost, bezvýjimečnost, absence úlev či nějakých mechanismů snižujících sociální tvrdost. Ústavní soud nikdy neřekl, že princip poplatků je protiústavní. Naopak dříve souhlasil s poplatkem 60 korun. Proč ho tedy sakra socialisté nezavedli zpátky? Protože nechtěli. A pokud byste se jich zeptali, proč vlastně, uslyšíte jen zmatené plácání. Mám podezření, že to mezitím zapomněli. Už to mají jako simplifikovanou orwellovskou poučku. Pamatujte „Farmu zvířat“? Ovce tupě přezývají a sborově opakují: „Čtyři nohy dobré – dvě nohy špatné, čtyři nohy dobré – dvě nohy...“

Lživá výmluva ovšem žije vlastním životem a občané jí uvěří. Lež bývá vždy atraktivnější – zmalovaná a navoněná cupitá na šteklických a obscenně kroutí zadkem. Pravda je skromná Popelka, již si nikdo nevíšimne a žádný princ pro ni nikdy nepřijde – to je umělý *happy end* pro děti. Na lži



MUDr. Milan Novák
neurolog@centrum.cz

je nejhorší, že vůbec byla vyslovena. Žije vlastním životem, je nevývratná jako blud a škodí. Uvízne jako špína za nehty. Zejména pokud se dost často opakuje. Což dobře znal jistý doktor propagandy. Spolehlivě to fungovalo v Ně-

mecku, funguje to v Rusku a bude to fungovat i u nás, neboť taková jest přirozenost lidské psýchy. Hare Křišna, hare, hare aneb pitetní vzpomínka na I. P. Pavlova. Hledej pravdu, slyš pravdu, uť se pravdě, miluj pravdu, prav pravdu, drž pravdu, braň pravdu až do smrti, pravil před šesti stoletími muž, který tak skutečně učinil. Uhořel kvůli tomu zaživa, což nám dnes přijde hodně drastické. Pak už bylo všechno jinak. Ostatně to máme na prezidentské vlajce: *Pravda vítězí*. Anebo: *Pravda vyděsí?* Teď honem nevíme. Leč drastično na světě trvá, jen u nás jsme teď měli chvilku šťastný *time-out*. Nemůžeme za to, byl nám darován. A co je zdarma...

Probuzení imperiální chtíče

Na východě, kousek od nás, jde do tuhého. Nedávno byla uvedena do provozu laboratoř, kde se testují, zdokonalují a trénují staronové metody. Je to imperiální polygon. Jak rozložit vyhlédnutou oběť, ekonomicky ji dusit, vydírat, infiltrovat agenturně a pak i polotajně vojensky. K tomu spustit tak drze lživou propagandu, že v civilizovaných zemích jednoduše nemožno uvěřit, že je něco takového vůbec možné. Selhává jim představitost. Absolutně se to vymyká obzoru jejich kultury i generační zkušenosti, zatímco my chápeme velmi dobře. Naše porozumění je posíleno dvojí historickou zkušeností, kdy černé bylo bílé a bílé černé. Je to zkušenost nesdělitelná. Zkuste jim ji tlumočit. Budou zdvořile pokyvnout a mít vás za paranoika. Je to právě tato kulturní mimoběžnost, která představuje pro Západ značnou nevýhodu. Jak se postavit něčemu, čemu nerozumím a mylně poměřuji vlastními kritérii? Zde nelze než vršit chybu na chybu.

Říšští Rusové ruku v ruce s Rusy sudetskými a jejich Freikorsem v rámci této *drôle de guerre*,



Socialisté mají zrušení poplatků jako simplifikovanou orwellovskou poučku. Ovce tupě přezývají a sborově opakují: „Čtyři nohy dobré – dvě nohy špatné, čtyři nohy dobré – dvě nohy...“ | Ilustrační foto: Shutterstock

podivné války, pomalu dobývájí Ukrajinu za přihlížení všech těch zmatených lordů Runcimanů. Následuje vzetí pod ochranu Říše či bratrská pomoc. Což je prašť jako uhoď. Jazyk propagandy je mrštný a ohebný jako ten hadí. Vousaté triky a provášené scénáře zase uspějí. Jsou to evergreeny. Všichni jsme ohroženi, protože se jídlem roste chuť a jednou probuzený imperiální chtíče posiluje a povzbuzuje sám sebe. Zločin zná jen eskalaci a nemění svůj *modus operandi*, jak říkají kriminalisté. Vožd Putin jede na splašeném býku a nemůže už odkráčct jakoby nic. Jeho domácí publikum by ho udupalo. Ruské obyčejstvo, jemuž v cirku ukázali syrové maso, se bude dále radikalizovat. Šílí nadšením. Každodenní trable jsou zapomenuty. Ať žije báťuška imperátor! Přineste ikony! Propaganda zase lá vtrá a sklídí bouři. Džin byl vypuštěn z láhve.

Budeme se tomu muset postavit čelem. Anebo čelit nebezpečí vyzkoušeným způsobem, totiž předstíráním, že o něm nevíme. Sobotka prý bude v Bruselu proti sankcím. Kvůli ekonomice. Panebože! Kde nechal rozum? Což nic neví, nic nečetl, nic nezná, ničemu se nenačil? Proti naší vůli nás nikdo zachraňovat nebude. Až obr udeří, budeme samozřejmě kapitulovat. Je to bohatě ověřená metoda údajně národní ochrany, po níž vždy zas klesneme o poznání hloub. Co umíme, to je skuhrat, jak nám bylo ublíženo. To ne my, to oni. Na toto téma již byl prolit oceán inkoustu.

Od vítězství rychlým krokem k Waterloo

Vláda dosáhla svých sta dnů. Je to památka na Napoleona aneb mezi Elbou a Svatou Helenou, od vítězství rychlým pochodem na Waterloo. Není zřejmé, zda se hodí oslavná trachtace, či zda je

přiměřenější tryzna. Premiér se pochlubil, že plní své sliby. Bohužel, některé ano. Už stihl zlikvidovat spoluúčast ve zdravotnictví a důchodovou reformu. Bourací práce má tedy za sebou. „Slíbili jsme, že sestavíme vládu, která se bude starat o hospodářský růst a zaměstnanost.“ To má být ta budovatelská část, která se však zakládá na omylu. Hospodářský růst se o sebe musí postarat sám a tím vznikají pracovní místa. Je rozšířenou iluzí, že vlády řídí hospodářství. Stačí však, když mu nepřekážejí svými nešťastnými zásahy, paralyzující byrokracií, korupcí a nevymahatelností práva. A neproplývají jeho zdaněné výsledky.

Vliv vlád na celkové počty pracovních míst je našťastí minimální. Jistá opatření mohou fungovat nejvýše na úrovni regionálního vyrovnávání. Ve skutečnosti je míra naší nezaměstnanosti závislá na chodu německé ekonomiky a ta zas na světové. I západní politici si zvykli hovořit, jako by pracovní místo bylo něco umělého, samoučelného, existujícího bez kontextu, mimo ekonomiku, čas a prostor, jako absolutní entita vznikající a úředně přidělovaná v ministerských kancelářích. Ne. Pracovní místo je odrazem koupěschopné poptávky po výrobcích a službách. A koupěschopnost nevytváří vláda, nejde-li o postátněnou, voluntaristicky manipulovanou ekonomiku ruského nebo čínského typu či bublinu nějaké populistické krátkodobé kampaň, později těžce vykoupené daňovým poplatníkem.

Smutné plody učebnicových neznalostí

Takový etatistický postoj, skutečné smýšlení některých politiků, z nich občas vypadne pod tlakem okamžiku. Šidélko vykoukne z pytlíčku jako v případě Amazonu u Brna. Škoda, že o tom nerozhodovala

NEJSEM SI JIST

vláda, nechal se slyšet Bohuslav Sobotka. No právě! Centrum, Praha, ministerstva, systém „jeden problém – jedna kancelář“, odborníci, vědecké řízení společnosti. Tu vidíme kormutlivé nedostatky proškolení v základních principech. A nezapomenutí principů jiných. Ti lidé opravdu nemají zažité demokratické citění, jen se snaží se střídavým úspěchem předstírat vnější formy, pokud je ovšem jejich piárové stihnou na situaci připravit.

Vždyť je to přece úplně jinak. Občané to nechtěli, takový je místní pohled a vůle, které nepodléhají kritériím nějaké „objektivní“ odborné správnosti. Tečka. A politika je právě nástrojem vyjadřování oné vůle. Proto je takovým nesmyslem vláda odborníků. Odborníci budí jistě pozornost slyšení. Pak ale platí něco, co stojí mnohem výše. Totiž „chceme/nechceme“ a tečka. Smeknu, resp. spektuji a skřípění zubů si nechám na doma. Je třeba se těmto věcem konečně naučit. A bezděčně nedávat najevo pohrdání postojem místních občanů, samosprávy a venkoncem principem subsidiarity. Abychom nemuseli poslouchat smutné plody učebnicových neznalostí a ideového dědictví pokřivené minulosti. Skoro nikdo se nad tím ani nepozastavil. Jednoduše to nemáme v sobě, není to zažité, shůry pořad nic a v apatyce nekoupíš.

Oslava dortovou bitvou

Napoleonských sto dnů oslavili Sobotka a Babiš dortovou bitvou na způsob Laurela a Hardyho. Aspoň ze tekla šlehačka a ne krev

jako u Waterloo. Bohužel však nešlo o němý film. Oba u toho mluvili, což je ta smutná část celé lapálie. *Si tacuisses...* Sobotka má totiž problém s dalšími sliby, protože na ně nebude. Což mohl a měl vědět předem. Teď to hází na spolupachatele Babiše. Prý je to na něm. Prostředky musí nějak sehnat. Nyní *ať ukáže, co umí*. To je směšné. Proč by probiha Babiš sháněl prachy na krytí předvolebních úletů své největší politické konkurence? To by musel upadnout na hlavu.

Takže máme opět opozici v rámci „koalice“, jako tomu bývalo za dob největší slávy vlád ODS. Úhlavní spojenci si jdou tvrdě po krku. ČSSD dokonce k resortům obsazeným ANO postavila stínové ministry. Sobotka se tu hrubě mýlí. Celé je to postavené na hlavu. Vůbec je to nějak na hlavu. Míč je přece na jeho straně hřiště. To on, nikoli Babiš, nyní musí ukázat, co umí, a plnit to těmi silami i prostředky, jimiž tato země reálně disponuje. Na což jsem zvědav. Pokud to nesvede, bude vypadat jako kecka. Měl před volbami lépe nastavit stavidla svých mluvidel.

Latimérie z normalizačního pravěku

Významný český historik, Švýcar Adrian Portmann-von Arburg, říká, že zhoubné dědictví komunismu je v Česku vidět stále víc a vrací se po dlouhých letech domů. To není dobré znamení, protože intelektuálních elit máme málo. Aspoň těch nepoznamenaných. Nebo jsou málo slyšet. Tento mladý muž, který v mno-

hasvazkovém díle obsáhle a seriózně zdokumentoval poválečné vyhnání, mohl být nadějí na proměnu Ústavu pro studium totalitních režimů. Jenže právě možnost změny k smrti vyděsila příslušnou „nezávislou“ radu, která se chová jako mnohé jiné veřejnoprávní rady – ustrašeně, poplatně, pokřiveně, tajnostkářsky a bez pravidel, tedy normalizačně. Nepomohlo mu ani odložení jména von Arburg, ačkoli ta předložka ve Švýcarsku neimplikuje (podobně jako „van“ v Nizozemí) žádné šlechtictví. Jenže kdo to u nás ví, že? Tak radši pro jistotu. Připomnělo mi to Černé Barony: *Hele, Šternberk, nejste vy nějaké ten „von“?*

Předvedli mu názorně, že ÚSTR je živou zkamenělinou, ukázkou ostrůvku negativní deviace, a že minulost nejen dokumentuje, ale dokonce živě uchovává její mentalitu. Cosi jako *latimérie podivná*. Hlavně ať nám sem nelezou cizí a neotevřou na nás okno. Mimo to je výklad historie ostře nabítá zbraň. *Kdo ovládá minulost, ovládá přítomnost.* (George Orwell: „1984“)

Duchovní regres Husákových dětí

Pan von Arburg nedávno vyslovil zajímavou myšlenku. Naše společnost dnes prodělává jistý duchovní regres, propad v mentalitě. K veslu přichází generace Husákových dětí, která má větší tendenci chovat se normalizovaně než jejich rodiče. Ti totiž ještě zažili 60. léta a jejich rodiče zase byli schopni přenášet aspoň zlomky prvorepublikových zkušeností, postojů a idejí. V 70. a 80. letech

se křehká kontinuita zhroutila. Pak už byl k vidění a vstřebání jen oportunismus, anetická účelovost a hodnotová dezorientace. Celá generace tím byla obráběna. Ukotvení v tom, co je normální, správné nebo aspoň únosné, se definitivně utrhlo.

Polistopadová představa, že jiné myšlení lidé mohou dodatečně pochytit z novin a televize či po bytů v zahraničí, byla příliš optimistická. Otevření se světu tu dost rychle nepomáhá. Vidíme to na příkladu elit třetího světa. Na Západě vystudovali, vypadají jako civilizovaní gentlemani, jejich angličtina je dokonalá, nesmrkají do rukávu a jedí příbořem. Pak se vrátí domů a bum! Náhle jednájí podle místních kmenových tradic. Ufezávají si končetiny mačetami či zplynují své vlastní občany ve válce proti nim. Je to dokonalá schizofrenie. Také my máme své kmenové tradice i svou schizofrenii a ty si, soudruzi, vzít nedáme. Vlastní minulosti totiž nelze uniknout. Její tekuté písky jsou jedinou jistotou, již národy na světě mají.

Obtížně edukovatelní pacienti

Byla to iluze: Odhodíme komunismus jako cizí těleso, vetřelce jakéhosi, a budeme rázem normální. Ještě dlouho ne. Komunisté přivedli zemi do maléru a my jim drželi. Narozená zrůdka se ukázala být nečekane životoschopnou i dále plodnou. Naše společnost je stále ještě v přechodu, jen nevíme odkud a kam. Jsme obtížně edukovatelní pacienti, trpící následky tota-

lity. A moc se nám nechce rehabilitovat. Nezanedbatelné části našich občanů by nevdal autoritativní režim ani státem řízená ekonomika a souhlasí s komunistickými konfiskacemi. Nestojí o demokracii a nerozumějí jí. Jsou příliš deformovaní. Chtějí jen sociální jistoty, a to za jakoukoli cenu. Nedohlížejí důsledků a neuvědomují si, jak se za takové pseudojistoty platí.

Před časem vyšel v jednom významném deníku příznačný průzkum veřejného mínění. Byl prezentován jako kupecky absurdní otázka, *zda se lidem změna režimu v roce 1989 vyplatila* (sic!). Takto děsivě mohl formulovat jen někdo z obzvláště těžce postižených zmíněnými generačními trendy. Svoboda není v této rovině měřitelná a *vyplatí se* vždycky. Je to součást jejího definičního oboru. To bychom příště mohli položit anketní otázku, *zda se lidem vyplatilo, že se narodili*. Blbost? Ne větší než ta předchozí. Jen sebevrazi dávají negativní odpověď.

Nejpodstatnější je, že už žádný režim nemáme. Neužívejme to slovo pro demokratické poměry. Výraz *režim* implikuje, že demokracie má řadu rovnocenných variant, stačí si vybrat. Jako v krámě. Bere me tu, která je právě v akci. Ne. Demokracie nemá legitimní alternativu. Existuje jako hodnota sama o sobě, bez potřeby srovnávat se. Žádný *benchmarking* tu není namístě. Režimy jsou z principu nekonečně hluboko pod její úrovní. Opakujeme si tedy jako Orwellovy ovce: V této zemi nemáme žádný režim, v této zemi... Jen aby nám to už konečně vydrželo.

Inzerce M141000148



- účinný na suchý i vlhký kašel
- šetrný sirup rostlinného původu
- bez lékových interakcí
- 200 ml balení

BOIRON®
www.stodal.cz

STODAL, sirup. Složení: 100g sirupu obsahuje: Drosera tinktura 0,95g, Pulsatilla 6 CH 0,95g, Rumex crispus 6 CH 0,95g, Bryonia 3 CH 0,95g, Ipecacuanha 3 CH 0,95g, Euspongia officinalis 3 CH 0,95g, Sticta pulmonaria 3 CH 0,95g, Kali stibii tartaras 6 CH 0,95g, Myocardium 6 CH 0,95g, Dactylopius coccus 3 CH 0,95g, Balsami tolutani sirupus 19,00g, Polygalae sirupus 19,00g. Pomocné látky: ethanol 96% V/V (součást tinktury), sacharóza (součást sirupů), karamel, kyselina benzoová, prostý sirup. Indikace: Tradiční rostlinný léčivý přípravek používaný na všechny typy kašle. Dávkování a způsob podání: Perorální podání. Děti od 2 let do 4 let: 1 čajové lžičky (2,5 ml) 3-5x denně. Děti od 5 do 11 let: 1 čajová lžička (5 ml) 3-5x denně. Dospělí a mladiství od 12 let: 1 polévková lžice (15 ml) 3-5x denně. Kontraindikace: Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku tohoto přípravku. Zánět žaludku (gastritida), žaludeční vředy. Upozornění: Tento léčivý přípravek obsahuje 1,74% V/V ethanolu (alkohol). Tento léčivý přípravek obsahuje sacharózu. Pacienti se vzácnými dědičnými problémy s intolerancí fruktózy, malabsorpcí glukózy a galaktózy nebo sacharózo-izomaltázové deficienci by tento přípravek neměli užívat. Nutno zohlednit v případě diety s nízkým obsahem cukru nebo u diabetiků. 1 čajová lžička (2,5 ml) obsahuje 0,0345g ethanolu a 1,875g sacharózy. 1 čajová lžička (5 ml) obsahuje 0,069g ethanolu a 3,75g sacharózy. 1 polévková lžice (15 ml) obsahuje 0,206g ethanolu a 11,25g sacharózy. Množství alkoholu v této dávce odpovídá 2,18 ml vína nebo 5,22 ml vína. Úžití tohoto přípravku je škodlivé pro alkoholiky. Obsah ethanolu je nutno vzít v úvahu u těhotných a kojících žen, děti a vysoce rizikových skupin, jako jsou pacienti s jaterním onemocněním, mozkovým onemocněním, poraněním mozku nebo epilepsií. Interakce: Nejsou známy. Z důvodu nedostatku specifických údajů se použití přípravku v těhotenství a při kojení nedoporučuje. Nežádoucí účinky: U citlivých osob se mohou objevit závažné obtíže. Žádný případ předávkování nebyl dosud zaznamenán. Farmakoterapeutická skupina: Fytofarmakum. Držitel registrace: BOIRON S.A., 20 rue de la Liberation, Sainte-Foy-les-Lyon, Francie. Registrační číslo: 94/700/92-C. Datum revize textu: 27. 9. 2011. Použití tohoto tradičního rostlinného léčivého přípravku je založeno výlučně na zkušenosti z dlouhodobého použití. Přípravek je k dostání v lékárnách bez lékařského předpisu. Není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Když chybí dvanáct dolarů, transplantace se nekoná

Lékaři z pražského Institutu klinické a experimentální medicíny MUDr. Jiří Froněk, Ph.D., FRCS, a MUDr. Libor Janoušek, Ph.D., učili loni v listopadu v Káthmándú tamní chirurgy jak transplantovat ledviny od žijících dárců. Stáli tak u spuštění nepálského transplantačního programu.



4x foto: archiv MUDr. Jiřího Froněka

Proč jste se rozhodli odjet právě do Nepálu?

JF: S vedoucím transplantačním chirurgem Nepálu dr. Pukarem Shresthou jsem se seznámil ještě za svého pobytu ve Velké Británii. Tehdy se na mě obrátil a chtěl se učit techniku miniinvasivní nefrektomie a další postupy v rámci transplantace ledviny od žijícího dárce. Poté jsme zůstali v korespondenčním styku a přijel také na několikátý denní stáž do IKEM.

Dohodli jsme se na společné právě nefrektomie od žijícího dárce miniinvasivní technikou a současně transplantace příjemci, kterou uskutečnime v nemocnici v Káthmándú. Provedli jsme ji tam historicky poprvé technikou HARS (manuálně asistovaná retróperitoneoskopická nefrektomie), kolega Janoušek pak uskutečnil následně transplantace.

Kolik nepálským pacientům jste ledviny transplantovali?

JF: Nakonec jsme provedli osm operací čtyř dárců a čtyř příjemců.

Jakou úroveň má nepálské zdravotnictví z hlediska vaší odbornosti?

LJ: Sály a jednotky intenzivní péče nás překvapily, protože jejich vybavení bylo celkem dobré, asi na úrovni méně vybavené okresní nemocnice u nás. Nicméně oddělení jsou velmi jednoduchá, zajištěná jednou nezbytně nutnou sestrou, o pacienty jinak pečují

příbuzní. Jak jsme se postupně dostávali k informacím, zjistili jsme, že s léky, transfuzními přípravky a další farmakologickou péčí se tam poměrně dost šetří. Je to chudá země a ani pacienti většinou nemají dostatek prostředků, takže péče na standardním oddělení je na nezbytném minimum – zkrátka aby pacient „přežil“.

Jak se vám tam pracovalo? Chybělo vám tam něco, co je tady z hlediska vaší odbornosti standardní?

JF: Samozřejmě jsme tam jeli s obavami. Celá transplantační medicína a její výkony jsou stresující samy o sobě, a pokud je lékař provádí mimo domácí prostředí, je stres ještě umocněn. Také jsme nečekali žádný velký komfort a přístup k veškeré potřebné technice. Naše obavy se ve většině případů naplnily, takže jsme pak nebyli překvapeni. Ale systému není celkově co vytýkat, protože je prostě jiný než evropský standard a skládám kolegovi Shresthovi velkou poklonu, protože se mu v tamních podmínkách podařilo dle mého neuvěřitelně – zorganizoval celou transplantační nemocnici, kterou vybavil přístroji, léky a personálem. Zdravotníky sám vyškolil nebo poslal na zahraniční stáž a nyní celý systém začíná fungovat. To je v tamních podmínkách naprosto obdivuhodné.

Vše proběhlo poměrně rychle, v Káthmándú jste strávili 14

dni, a neměli tudíž možnost pacienty dál sledovat. Máte o jejich stavu informace?

LJ: Komunikujeme s tamními lékaři e-mailem a telefonicky. Posledního pacienta jsme transplantovali tři dny před odletem, takže víme, že žádná časná komplikace nenastala a nepřišla ani v období dalších 7 až 10 dnů. Stav všech pacientů, jak dárců, tak příjemců se funkce ledviny rozvinula hned a průběh byl u všech nekomplikovaný. Neodjížděli jsme sice s úplně klidným svědomím, protože jsme přece jen zanechávali pacienty v časně fázi po transplanta-

ci, ale věřili jsme, že vše dobře dopadne, a to se potvrdilo.

Z jakých prostředků jste cestu a transplantace financovali?

JF: Z naší strany to byla charitativní práce, investovali jsme peníze z vlastních zdrojů do části pobytu a nepálská strana nám hradila letenky a ubytování. Měli jsme snahu pomoci, nic jiného.

Jakou měrou se nepálsí pacienti podílejí na platbě za péči?

JF: Neexistuje tam zdravotní pojištění, za léčbu a léky se platí. Pacient se selháním ledvin má po dobu jednoho roku státem plně hrazenou dialýzu, ačkoli žádná pojištění neplatil. To mi v tamních podmínkách přijde jako skvělé gesto, zejména když si uvědomíme, že Nepál má 26 milionů obyvatel, takže ročně přibude nemalé množství těchto pacientů. Po roce však nastává velmi tvrdá realita. Buď pacient do té doby najde dárce ledviny, většinou v rámci rodiny, nebo sežene prostředky na dialýzu. Jedna stojí 15 dolarů, poskytují ji dvakrát týdně, což je měsíčně 120 dolarů, přičemž průměrný měsíční plat zde činí 20 až 30 dolarů. Je to tedy pro pacienty enormně nákladná péče, na kterou většina z nich bohužel nemá... Nemocní si platí také pro-

vedení transplantace, která zde stojí 5 tisíc dolarů, ale z této částky jim stát poté 3 tisíce vrátí. I to považují za hezké gesto.

Půjčují si tedy na péči od komerčních bankovních domů?

LJ: Do konkrétního financování jsme příliš nepronikli, ale za našeho pobytu se vyskytl případ, kdy jednomu pacientovi chybělo 1200 rupií, což je asi 12 dolarů, a vypadalo to, že transplantace kvůli tomu neproběhne. Kdyby si půjčovali od banky, dostali by se k vysoké částce nejednou. Takhle to na mě spíše dělalo dojem, že objdou příbuzné a známé a po malých částkách dávají prostředky dohromady.

Ledviny, jež jste tam transplantovali, pocházely od rodinných příslušníků?

JF: Ano. Trochu jsem se obával, zda budou v Nepálu dostatečně důsledně kontrolovat, zda u transplantace nehraje roli finanční motivace. Ale byli jsme příjemně překvapeni a máme i zdokumentováno, že jejich etická komise, která posuzuje příbuzenský vztah a další otázky okolo transplantace, je zde enormně přísná. Sepisuje několikastránkový text, kde je doložena bezúhonnost zúčastněných, a dokonce jsou na každé straně otisky prstů dárce a příjemce, stvrzující pravost dokumentu.

Edukovali jste tamní zdravotníky v transplantologii?

LJ: Tato nemocnice provedla do našeho příjezdu dvacet operací ledvin, což je vysoký počet i na některá centra v Česku či jinde v Evropě. Když jsme tam zanechávali své pacienty, věděli jsme, že toto centrum je zkušeným pracovištěm a že vedoucí lékař Shrestha zvládne všechny komplikace, které



ZAHRAŇIČNÍ ZKUŠENOST



Z rukou nepálského premiéra a ministra zdravotnictví obdrželi certifikáty za přínos nepálské transplantologie.

by mohly nastat. S ohledem na počty pacientů víme, že rutinní provoz tam běží dobře.

JF: Pomohli jsme tam zavést zmíněnou techniku miniinvazivní nefrektomie, kterou jsme v této zemi provedli historicky poprvé. Naše technika transplantací se od té jejich v některých ohledech liší, takže tam jistý edukační vliv byl. Na druhé straně nevím, do jaké míry budou právě

tuto techniku používat i nadále, to ukáže čas.

Pozitivní je, že nechtějí ustrnout pouze na programu od žijících dárců. Měli jsme možnost zúčastnit se tam konference na téma dárcovství po smrti mozku, to jest od zemřelých dárců. Účastnili se jí i premiér a ministr zdravotnictví, zodpovědní za rozhodování o této problematice. A bylo zřejmé, že jim záleží na tom, aby

takový program začal v Nepálu fungovat. Což je v těchto končinách světa výjimečné.

Transplantují tam i jiné orgány, nebo zatím pouze ledviny?

LJ: Zatím pouze ledviny od žijících dárců. Mají ale smělé plány, kdy chtějí kromě odběru ledvin od zemřelých dárců transplantovat také játra. Míří vysoko a mají podporu vládních úředníků.

Neřeší Nepálci náboženský konflikt při odběru orgánů od zemřelých dárců, když své zemřelé tradičně spalují?

LJ: Náboženský problém s darováním orgánů nemají. Už nyní tam vzniká registr potenciálních dárců orgánů. V Nepálu platí v tomto ohledu princip předpokládaného nesouhlasu, takže kdo by chtěl darovat orgány, musí se nejprve zaregistrovat.

JF: Nyní se snaží zákon otočit a dostat se k principu předpokládaného souhlasu, kdy by byla naopak deklarována vůle nesouhlasu.

Setkali jste se s nějakým překvapujícím přístupem tamní tradiční medicíny?

JF: V jednom buddhistickém klášteře jsme měli možnost vidět dvě lékárny. Jednu konvenční, s léky, které známe, a druhou s léky na základě jejich tradiční medicíny – jde o různé veliké a barevné kuličky z přírodních látek, jejichž použití je pro nás absolutně neznámé. Určitě však má svá pozitiva a je nepochybně velmi pestrá, protože léků a lahviček s různými preparáty tam byly stovky.

Chystáte se do Káthmándú odjet znovu?

JF: V tuto chvíli nemáme žádný

termín, na druhou stranu zůstáváme s kolegy v kontaktu. Nebráníme se další pomoci a posunu jejich snahy dál.

LJ: Odjízděli jsme z Káthmándú s tím, že dalším krokem je multiorgánový odběr od zemřelého dárce. Předběžně jsme se domluvili, že by některý z vybraných lékařů z Nepálu přijel na stáž do IKEM, aby si zde tuto techniku osvojil. Pak bude záležet na tom, zda si nás vyžádají na pomoc, nebo již pojedou ve vlastní režii.

Petra Klusáková



Zakladatel transplantačního programu v Nepálu dr. Shrestha druhý zprava, mezi Jiřím Froňkem a Liborem Janouškem.

Inzerce M141000761

Dovolujeme si Vás
pozvat na



XXI. kongres
České internistické
společnosti ČLS J. E. Purkyně

15. – 18. 10. 2014

BRNĚNSKÉ VÝSTAVIŠTE, PAVILON E

B | R | N | O |

www.meritis.cz/interna2014

Dobře vychované včely

MVDr. Václav Fejt pracuje v Nemocnici Havlíčkův Brod jako mikrobiolog, imunolog a sérolog, původním vzděláním je veterinář. Ve volném čase se rád zabývá tvory velikostí kdesi na půli cesty mezi pacienty zvěrolékaře a těmi na sklíčku v mikroskopu. Chová totiž včely.

Jak jste přišel ke včelám?

Podědil jsem je po tatínkovi. Už dříve jsem mu občas pomáhal, ale to, co dělá včelaře opravdu včelařem, tedy rozhodování, co je se včelami právě potřeba udělat, bylo vždy na něm. Po jeho smrti jsem do toho spadl rovnýma nohama. Opatřil jsem si tedy literaturu a pustil se do toho.

Podědil jste se včelami i včelín?

Chovám včely ve včelnicích, to jsou úly volně v přírodě. Nicméně k tomu patří i spousta dalších věcí: starám se o rodinný chov ovcí, sušíme seno, udržuji roubenku a pracuji v lese. Všechno to tak nějak ladí dohromady, zvláště práce se dřevem mě baví. Umím otesat trám, sroubit stavbu. Jemnější práce je vyrobit nový úl, truhlářina ke včelaření prostě patří.

Jak dlouho vlastně včelaříte?

Nemyslím si, že bych se svým včelařením mohl nějak zvláště chlubit. Včelami se zabývám dvanáct let, ale netvrdím, že jsem zkušený včelař, kterého nic nezaskočí.

Včelaři jsou trojího druhu. Ti, kteří mají tři, čtyři nebo tak do deseti včelstev a v podstatě si s nimi hlavně hrají. Dělá jim to radost a těší je, že mohou medem zásobovat svoji rodinu a kamarády. V dobrém roce zbudě trochu víc, aby se vrátily alespoň náklady. Pak jsou ti, kteří se včelařením zabývají důkladněji a mohou se tomu věnovat intenzivněji. Pro takové středně velké chovatele to případně může být zajímavé i ekonomicky. Včelstev mívají několik desítek. A teď jsou noví včelaři a ti mají včelstev třeba pět set a zabývají se jimi naplno, podnikatelsky. Já jsem ten první druh, včelstev mám letos sedm.

Pozoruji, že v mé generaci včelařů přibývá, protože do včelaření se vždy pouštěli lidé poněkud zralejšího věku. Včely člověka trochu brzdí v rozletu, je to pracný koníček. A v sezóně omezují svobodu cestování, chce to tedy člověka už usedlého. Zajímavé je, že včelaři, kteří se to v dětství naučí třeba od dědečka, ale pak to desítky let nedělají, protože jako dospělí už mají jiné starosti, rodinu, kariéru a podobně, se

ke včelám stejně nakonec vrátí. Musejí zkrátka ke včelaření dozrát věkem.

Je jaro. Jaké je pro včely to letošní?

Letošní jaro je atypické - hodně teplé, všechno se velice rychle rozvíjí. Je sucho a to má samozřejmě velký vliv na celou přírodu. Hmyz jako všichni živočišové potřebuje vodu; včely si ji nosí z pastvy a kromě toho jim včelaři dělají na vodu napáječky. Srážky se odrazí i v množství květů, je to všechno provázané.

Letos byla dost brzy snůška pylů, kterými sezona začíná. Na jaře je včelaření nejradostnější - už vím, jak mi včely přezimovaly a v jakém jsou zdravotním stavu, a těším se na to, jak to s nimi půjde dopředu. Teď je nádherně a včely jdou do síly, odchovávají hodně plodu, na česně je čilý provoz.

Ony se pouštějí ven samy? Řeknou si „Dneska by to šlo!“ a vyrazí?

Jasně. Nenechají si rozkazovat nebo se zavírat jako dobytek do chléva. Ale teď na jaře je z hlediska včelaření nejzajímavější moment, i když právě nejde o med. Teď jdou včelstva do síly. Zvětšují jim prostor, přidávají nástavky nebo nové rámy. Včely stavějí nové dílo. Matka klade vajíčka, dělnice krmí plod, pak jej zavíčkují a z kukel se líhnou nové včely. Včelstvo se zdvojnásobí a musí být připraveno ve chvíli, kdy bude největší rozkvět kvetoucích plodin, ať už těch pěstovaných, jako jsou ovocné stromy či nektarodárné zemědělské rostliny, nebo i lučních květů. U nás na Vysočíně to letos bylo už koncem dubna. Je normální, že napříč naší zemí jde až o měsíční rozdíly. Jarní med u nás letos bude v květnu, to bude první velká snůška.

Co vše musíte udělat, když to konečně „vypukne“?

Až to přijde, nasadím si kuklu, navléknou rukavice a pustím se do vybírání úlů. To je docela náročná činnost. Původní „majitelky“ kolem mě krouží, med cítí a slétávají se i včely z vedlejších úlů. Jsou hodně naštvané, to vrátání v úlech se jim vůbec nelíbí. Nějaké to žihadlo občas dostanu,



Foto: archiv MVDr. Václava Fejta

to patří k věci. Včela však po píchnutí žihadlem sama hyne, takže ta je na tom hůř. Na díle jsou včely hustě obsedlé, musím je z něj jemně odmetat. Nechce to rychlé pohyby, to včely dráždí. Špatně je, když se po nich někdo začne ohánět, a to kdykoli.

Co na ty ústrky a krádeže říká jejich matka, včelí královna?

Ta je z nich ještě tak nejmírumilovnější, když nepočítám trubce. Ale ono to pro ně celé není až tak děsivé, jak si to asi představujete. Náhlada včel závisí i na počasí, mělo by být pěkně. Včely v slibném počasí jsou docela hodné i při vybírání úlu. Většina je někde venku a ty na rámcích mají dost jiné práce. Špatně je manipulovat s úlem před bouřkou, to vám svoji nespokojenost dají hodně znát.

Plástve medu se musejí odvíčkovat, což je dost patlavá práce. Pak se rámečky s plástvami vloží do medometu, med se odstředí a souše, tedy dílo bez medu, vrátím zpět do úlu. Když vydáte plástve z úlu, jsou teplé, jak je včely zahřály, a je dobré stáčet hned, med lépe teče. Jarní med, květový, bývá světlý a díky vysokému obsahu glukózy brzy

zkryštalizuje, což mu ale vůbec nic neubírá na kvalitě a léčivých účincích.

Kdy budete mít další med?

V červnu nebo červenci, to bude letní snůška. Ta vychází ze sběru medovice, což je hodně sladká šťáva. Jde o výlučky mšic sajících mízu stromů. Mšice tyto výlučky vypouštějí na listy nebo jehličí, tam exkrement zasychá a tak vzniká zahuštěná cukerná hmota, kterou včely sbírají. Seberou jí hodně, ale podmínkou je slunečné, horké počasí. Za deště se medovice z listů smývá, to je pak „lesního“ tmavého medu málo. Medovicový med je v zemích střední Evropy více ceněný a je vzácnější, protože ne vždy jsou v přírodě dobré podmínky pro vznik medovice. Medovicové medy bývají zpravidla tmavší barvy a krystalizují později. Mají také vyšší obsah minerálních látek. Náš med bývá vždy do jisté míry smíšený, i v létě zároveň kvetou nějaké kytičky někde na louce, tak se to namíchá. Ale to je právě to hezké.

Mají včely nějaké chuťové preference?

Nejen že mají, jde je k tomu i vy-

chovat, lze je podněcovat, aby něčemu dávaly přednost. Dělá se to například přikrmováním cukerným květovým nektarem, třeba z květů jetele. Ve velké oblibě mají včely květy akátů, to je pak báječný voňavý světlý med. Včely jdou po vůních, ale obecně vyhledávají sladké. Jdou po něm, protože včelstvo je „poháněno“ hlavně příjmem cukerných roztoků z přírody.

Včely ovšem sbírají i další látky, například pryskyřice. Smícháním s voskem vzniká propolis, včelí tmel. Používají ho k upevnění rámečky, ale i k ucpání každé škvíry, kterou by mohl do úlu vniknout jiný hmyz, jenž by jim kradl med, třeba vosu nebo mravenec. Poradí si i s myší, kdyby se dostala do úlu. Zabíjí ji žihadly, a aby v úlu nezahnila, mumifikují ji tmelem. Vosk je pak jediný produkt, který si samy vyrábějí, všechno ostatní zpracovávají ze sběru.

Plástve jsou v úlu pořád, tedy pokud je právě neproháníte medometem?

To, co máte na mysli, se nazývá dílo. Plástve mají divoké včely, ale ani ony je nemají jednou provždy, protože si stavějí stále nové, posouvají se. U nás by ovšem divoké včely ani neměly být, všechny by měly být chovány. Včely v chovu musejí mít rozzebíratelné dílo, to znamená že „plástve“ jsou na rámcích. S tímto dílem je možné hospodařit, kompletně ho prohlédnout, je-li třeba, lze jej přidávat i odebírat, když je ho potřeba méně, a uskladnit ho. Když už v nich není plod, pyl ani med, říká se tomu souš. Dílo se nedá točit včelně, mělo by se obnovovat. Staré souše se vytváří, vytěží se vosk a rámečky se znovu vloží do úlu, aby včely postavily dílo nové, čisté.

Tak uběhlo včelí léto. Jak vypadá podzim?

Užitý rok končí posledním medováním v létě. Už v srpnu, nejpozději začátkem září začíná zazimování včelstev. Včely se postupně začínají krmit cukerným roztozem, na to má každý včelař a každá oblast své zvyklosti. Jde až o desítky kilogramů cukru na včelstvo. Včely si roztoz zpracují, uloží, zavíčkují a jsou připraveny na zimu. Při zazimování včelstva je také nutné kontrolovat jeho zdravotní stav a udělat léčebné zásahy proti parazitům. Poslední ošetření včelstev se dělá koncem listopadu nebo začátkem prosince.

KONÍČEK LÉKAŘE

Pak už je klid až do jara?

Ne tak úplně. Ve včelstvu včely na zimu reagují tak, že se shluknou do chumáče a pevně sedí v tomto útvaru na rámečkách. Pomaličku se posouvají po zásobách a ujíždají z nich, vyrábějí z nich i tepelnou energii. V chumáči uvnitř je matka, udržují tam pro ni teplo. Tak čekají, až se rok překlopí. Když se přibližuje jaro, matka začne plodovat, čili klást vajíčka. Začínají vychovávat novou generaci. Zimní včely vydrží od léta do příštího jara, ale na jaře většinou začnou hynout. V tu dobu už tam jsou jarní včely připravené na snášku. Začátkem jara se cyklus včelího roku uzavírá.

Jestlipak se vaše včelíčky radují, když vás v zimě uvidí?

Radují? Pokud ano, dávají to na jevo značně svérázně. K následující příhodě musím vysvětlit, že včely v zimě nekálí. Výkaly přes zimu shromažďují ve zvláštním váčku. Za pěkného, slunného počasí vylétávají, i nad sněh, pokud je přes den aspoň na chvíli kolem 10 stupňů nad nulou, což se stává. Takový prolet jim slouží k vyprázdnění. Vypadá to úplně ne-

uvěřitelně... Jednou jsem musel dělat prohlídku úlu poměrně brzy. Šel jsem za nimi za teplého počasí, začátkem března. Předtím bylo ošklivo, a tak včely nebyly vyprázdněné. Otevřel jsem úl a ony se na mě vrhly. Posedaly na mě a... všechno pustily. Za chvíli jsem vypadal jako od hnoje.

Nepříjemně překvapený člověk se tváří, jako když mu uletěly včely. Co se to s nimi stalo?

Včelstvo je závislé na matce, bez ní končí, protože bez ní nejsou nové včelky. Ve včelstvu je vždy pouze jedna matka, a jakmile jde včelstvo do velké síly nebo naopak, když ona sama stárne, včely se začnou připravovat na odchov nových matek. Pokud je včelstvo silné a má dost prostoru, může mezi nimi být dost včel, které by potřebovaly víc její pozornosti, cítí se osiřelé – ve skutečnosti je to samozřejmě tak, že od ní nemají dostatečné množství feromonu, proto nejsou spokojené. Nedostatek feromonu je stimuluje k vytažení matečnicku z některých základových buněk, přestavují běžnou jamku v mateří

komůrku a larvičku, která byla na začátku stejná jako pro dělnici, začnou krmit daleko kvalitněji, mateří kašičkou. Larvička začne enormně růst a tak postupně vzniká nová matka. Ta se vykulí a náhle jsou v úlu dvě matky, což v monarchistickém včelím království není možné.

Za dobrého počasí se včelstvo v tu chvíli rozdělí vedví a jeden roj i s částmi zásob vyletí ven, hledat si nové místo, druhá polovina pak zůstane uvnitř. Pokud se uletěví roj nepodaří chytit a usadit, včelař právě přišel o polovinu včelstva a citelně množství zásob. Roj vyletí do výšky a je schopen zmizet a objevit se o celé kilometry dál. Včelař je smutný a kouká, no... jako když mu uletěly včely.

Co je pro včelaře největší pohromou?

Je jich spousta. Nemoci, špatné počasí, hlad – ten nastává, když prší během květu nejdůležitějších plodin. Co se týče chorob, s některými se bojuje léky, s jinými chovatelskými opatřeními, jako je udržování díla v čistotě, důležitá je i prevence proti parazitům. Pro včely je opravdu straš-

ně významný vliv počasí, to ovlivňuje a mění všechno dění kolem nich. Každý rok je nové počasí, takže se vlastně i včelařit učím znovu a znovu. A baví mě to.

Není včelařina namáhavá? Nebyl by lepší nějaký klidnější koníček umožňující odpočinek?

Naopak, přiřadil bych vše, čím se bavím na venkově, k něčemu takovému, co pro jiné znamená třeba golf. Na čerstvém vzduchu, v přírodě věnuji pozornost něčemu jinému, než jsou pracovní starosti, ať už se probírám dílem v otevřeném úlu nebo se třeba oháním širočinou. V tu chvíli opravdu nemohu myslet na nic jiného než na to, co dělám – ometám rámečky, hledám včelí matku nebo něco podobného. Oproti golfu mám navíc pocit, že to snazší má i nějaký přímý užitek.

Doslechla jsem se, že se věnujete hudbě. Zahrajete také včelám?

Včely sice tancují, ale hudbu – ani tu lidskou – k tomu nepotřebují. Včelí taneček slouží ke komunikaci, dávají tím ostatním včelám zprávu, kterým směrem

našly nový vydatný zdroj potravy. Hudba se s včelařením asi neprotíná, dosud mě to aspoň nepadlo. Možná bych mohl příště zkusit přinést kytaru. Nebo pozvat celý pěvecký sbor.

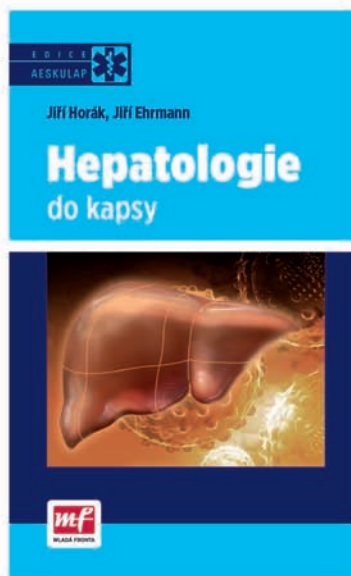
Ne, vážně – je příjemné poslouchat včelí zvukové projevy: spokojený temný hukot, ostré rozčilení před bouřkou, smutné bzučení osiřelého včelstva... k tomu z okolí zpívají ptáci, šumí les a zurčí potok. To je docela dobrá hudba, ne? A co teprve, když šustí med v medometu, jakmile vytáčím první snůšku!

Jste vzděláním veterinář. Měly by si vás včely o to víc považovat?

Neřekl bych. Pediatr se stará o děti, ale jinak, než když pak má vlastní děti. Stejně to mám i já se včelami. To všechno, co nás učili na fakultě o chorobách včel, ve svém chovu z valné části v životě neuvidím. Naopak o technologiích problémech i radostech, co se včelami zažívám, o tom se ve škole nikdo nezmínil. To prostě musí umět a vědět včelař.

Jana Jílková

Inzerce M141000765



Představujeme publikaci

Hepatologie do kapsy

Publikace postihuje do nezbytné hloubky problematiku jaterních chorob v takovém rozsahu, aby se jak specializovaný odborník, hepatolog či gastroenterolog, tak i lékař z jiného oboru snadno zorientoval a rychle si vyhledal aktuálně potřebné informace, zvolil nejvhodnější diagnostický postup a mohl následně vyslovit závěrečnou diagnózu. V první části knihy nalezne čtenář přehled historicky

starších i novějších laboratorních metod, funkčních, dynamických i zobrazovacích vyšetření. V jednotlivých kapitolách jsou vždy naznačeny dostatečně jasné závěry, proč daný postup zvolit, či ne. Druhá část publikace se zabývá konkrétními chorobami nejen u dospělých, ale i u dětí a adolescentů. Svě místo mají v knize též kapitoly týkající se genetických aspektů chorob či posudkových hledisek.

Autoři: Jiří Horák, Jiří Ehrmann

Doporučená cena 320 Kč

Při objednání na **knihy.cz** sleva 25%

MEDICAL SERVICES

Největší vydavatelství zdravotnických titulů v ČR
a pořadatel kongresů, konferencí a sympozií



Poděkování dárcům kostní dřeně

Poslední dubnový pátek proběhlo v pražském Obecním domě již po jedenácté slavnostní poděkování dárcům kostní dřeně.



Karel Lhotka s cenou Adolfa Borna.

Foto: archiv ČNRDD

Představitelé Českého národního registru dárců dřeně (ČNRDD) a Nadace pro transplantace kostní dřeně poděkovali 24 dárcům, kteří v loňském roce absolvovali odběr kostní dřeně, aby tak přispěli k záchraně života hematologicky těžce nemocných. Přítomní dárci převzali z rukou potenciálního dárce kostní dřeně, olympijského vítěze v moderním pětiboji Davida Svobody, a jednoho z vyléčených pacientů díky nepřibuzenské transplantaci kostní dřeně Hynka Sladkého kříšťalový blok vyrobený ve sklárnách Moser a pamětní list.

V rámci slavnostního večera byla udělena i další ceny. Cenu za nejvýznamnější finanční pomoc převzal zástupce společnosti Amgen,

s. r. o., Cenu za nejvýznamnější nemateriální pomoc získal Český svaz házené a Cenu za nejvýznamnější mediální pomoc si odnesla redaktorka časopisu Naděje Jana Kořínková. Dvojnásobný dárcem kostní dřeně Karel Lhotka si odnesl Cenu Adolfa Borna.

Výjimka z anonymity

Tradičně, letos již podesáté, byla učiněna výjimka z anonymity dárců a příjemců kostní dřeně a jako vyvrcholení slavnostního večera došlo k setkání pacienta s dárce. Tím byl 37letý Jaroslav Henzl z Čisté u Rakovníka,

kteří do registru vstoupil v roce 2005. V roce 2007 daroval kostní dřeň Petře Maurerové, která transplantaci podstoupila pro diagnózu myelodysplastického syndromu.

Český národní registr dárců dřeně je databáze dobrovolných potenciálních dárců kostní dřeně. Registr má dnes již 45 tisíc potenciálních dárců. Nadace pro transplantace kostní dřeně je nezisková organizace s celostátní působností, která podporuje ideu dobrovolného dárcovství kostní dřeně a finančně zajišťuje činnost registru.

Více informací naleznete na:
www.kostnidren.cz

Markéta Mikšová



Seznámená dvojice s rodinami – vlevo dárce, vpravo příjemkyně.

Foto: archiv ČNRDD

„Černobílé vzpomínání“ ve Faustově domě

V Akademickém klubu 1. LF UK právě probíhá výstava fotografií Danuše Jankáskové. Ve Faustově domě na pražském Karlově náměstí si výběr z její umělecké tvorby můžete prohlédnout až do konce května.

Fotografka Danuše Jankásková spojila svoji profesní dráhu nejprve s Mikrobiologickým ústavem ČSAV, desítky let je zároveň i fotografkou IKEM. Ve Faustově domě však nečekejte dokumentární záběry laboratorních preparátů nebo otevřeného srdce na operačním sále, tentokrát jde především o fotografku a její vidění svě-

ta „v civilu“. Svoji tvorbu autorka úspěšně představila již na desítkách samostatných výstav u nás i v zahraničí, nejdále až v americké Alabamě. Poetikou a náměty (její černobílé obrázky často zachycují děti) i jemnou melancholickou atmosférou možná návštěvníkům příjemně připomene svou slavnější kolegyni Dagmar Hochovou. **DD**

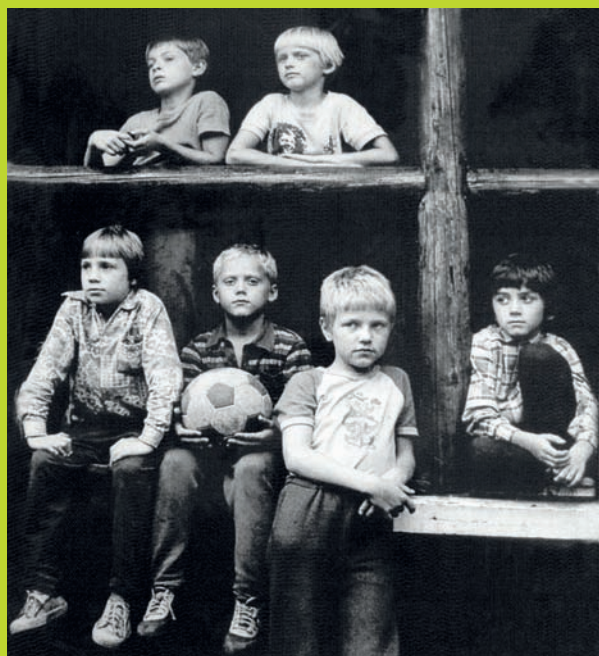


Foto: Danuše Jankásková

„Být nablízku“ – výstava fotografií o poslání nemocničních kaplanů

„Být nablízku“ je putovní výstava věnovaná službě nemocničních kaplanů. Ve dnech 19. 5. – 8. 6. si ji můžete prohlédnout v Nemocnici Milosrdných bratří Brno.

Představuje kolekci 25 černobílých snímků, které přibližují práci nemocničních kaplanů. Zachycují jejich empatické naslouchání a snahu porozumět pacientům, ohleduplnost a takt, úctu a respekt

k prožívání nemocných. Přibližují je jako průvodce nemocných v úzkostech, v hledání naděje a odpovědi na otázky po smyslu života, v prožívání víry v době nemoci, umírání a smrti.

Autorem fotografií je Filip Fojtík, dvojnásobný laureát prestižní soutěže „Czech Press Photo Canon Junior Awards“ a držitel 1. místa ve fotografické soutěži „Velehrad 2010“. Od července do září 2013 fotografoval nemocniční kaplany při jejich službě nemocným, seniorům a umírajícím v nemocnicích, hospicích a pobytových zařízeních sociálních služeb v Rajhradě, Brně, Olomouci, Holešově, Kroměříži, Praze a Ostravě. Pořadatelé výstavy jsou Arcibiskupství olomoucké a Fakultní nemocnice Olomouc s podporou Katolické asociace nemocničních kaplanů v České republice.



Foto: Filip Fojtík

(red)

Nové školicí pracoviště pro prenatalní diagnostiku ve FN Brno

Na konci dubna byl na Gynekologicko-porodnické klinice LF MU a FN Brno slavnostně zahájen provoz školicího centra pro prenatalní diagnostiku.

Na Gynekologicko-porodnické klinice LF MU a FN Brno bylo jako součást Centra prenatalní diagnostiky a fetální terapie založeno Samsung Ultrasound Training Center, které se bude zabývat školením v prenatalní diagnostice, a to lékařů i studentů jak z České republiky, tak z okolních států. V rámci ultrazvukové diagnostiky vrozených vývojových vad také bude testovat a podílet se na vývoji nových technologií a klinickém ověřování nových metod.

Díky vzniku centra pracoviště získává vybavení nejmodernější ultrazvukovou technologií, jaká v současné době přichází na trh. Jedná se o ultrazvukový přístroj poskytující nejvyšší dostupnou kvalitu obrazu, fetorealistické 4D zobrazení a technologií 5D ART umožňující intuitivní automatické měření. Výsledné 3D snímky lze zobrazit na 3D monitoru nebo zaslat do mobilní aplikace „Hello mom“. Na základě zkušeností s brněnským pracovištěm

budou podle tohoto modelu vznikat podobná centra i v dalších státech Evropy.

(red)



Foto: FN Brno

Rytmus srdce na náměstí Svobody

5. května bylo centrum jihomoravské metropole otevřeno všem zájemcům o širokou nabídku bezplatného měření testujícího stav a kondici srdce.

Akci připravilo občanské sdružení Rytmus srdce ve spolupráci s lékaři a sestrami z Kliniky kardiologie IKEM a Pracoviště preventivní kardiologie IKEM. Pro návštěvníky byla připravena i interaktivní část, kde si vyzkoušeli laickou resuscitaci, měření teploty v závislosti na fyzické zátěži a rovněž se dozvěděli více o konkrétním výdeji energie při běžných každodenních činnostech nebo při sportu.

Občanské sdružení Rytmus srdce zároveň připravilo program i pro ty nejmenší, formou výtvarného workshopu se mohli blíže seznámit se svým srdcem. „Celý den



Bezplatná arytmologická poradna na brněnském náměstí Svobody.

Foto: Rytmus srdce

měl být ideálním vodítkem k tomu, aby každý zájemce zjistil, zda svému srdci nevěnuje mé-

ně pozornosti, než by si zasloužilo,“ vysvětlila prof. MUDr. Věra Adámková, CSc., z Pracoviště preventivní kardiologie IKEM. Každoroční akci organizuje občanské sdružení Rytmus srdce, které pomáhá pacientům s poruchami srdečního rytmu spojit se s organizacemi, nadacemi i profesními sdruženími, jež se zaměřují na prevenci srdečních arytmií. Jeho cílem je zvyšování povědomí o srdečních arytmiích, jejich diagnostice i léčbě a zlepšování kvality života pacientů trpících tímto onemocněním.

Více informací:

www.rytmus-srdce.cz (red)

Ocenění za inovaci jícnového stentu

Nejlepší z českých inovátorů se jezdí inspirovat do centrály společnosti 3M v USA. Letos v únoru tam byli zástupci firmy, která tuto cenu získala za vynález degradabilního jícnového stentu.

Již třetí rok v řadě se vítězové soutěže „Česká inovace“ vydali na „Cestu za inovací“ do americké centrály globální technologické společnosti 3M. Cílem cesty byla návštěva inovačního centra, seznámení se s nejnovějšími objevy, otevřená diskuse s tamními experty a v neposlední řadě také načerpání inspirace. Soutěž „Česká inovace“ je rozdělena

do několika kategorií, které zohledňují jak fázi, ve které se inovační nápad nachází, tak skutečnost, zda se jedná o jednotlivce, nebo firmu, případně i velikost firmy. Z celé soutěže vzejde jeden absolutní vítěz, kterého si zvolí účastníci festivalu „Česká inovace“.

3M Česko poskytuje každoročně absolutnímu vítězi soutěže hlav-

ní cenu v podobě „Cesty za inovací“, návštěvu hlavního inovačního centra společnosti v americké Minnesotě. V letošním roce se cesty za inovací účastnila firma ELLA-CS, s. r. o., která zvítězila v soutěži „Česká inovace“ s vynálezem degradabilního jícnového stentu s degradabilním potahem.

(red)

Dobrovolníci ADRA naslouchají lidem v krizových situacích

Komunitní intervenční psychosociální týmy složené z laiků působí díky humanitární organizaci ADRA. Tyto dobrovolníky ADRA mobilizuje na pomoc lidem v krizových situacích, například při hromadných neštěstích.

„Ne vždy musí být na místě psycholog, a pokud ano, jeho působení je časově ohraničené. Jenže pomoc zasaženým může vyžadovat mnohem delší čas, někdy v řádu dnů, týdnů i měsíců. Také je potřeba si uvědomit, komu všemu je nutné pomoc poskytnout,“ vysvětluje roli těchto laických pomocníků koordinátor KIP týmů v České republice Josef Koláček z ADRA.

Jako příklad uvádí neštěstí, které se stalo v roce 2009 ve Zlíně na autobusové zastávce. O život tehdy přišli dva chlapci, kteří čekali na trolejbus a spadli na něj strom. Lidé, kteří jsou zasaženi událostí nebo se jich

neštěstí dotýká, je obvykle mnohem více.

Když je zle, jdou do „služby“

Komunitní intervenční psychosociální (KIP) týmy jsou organizované skupiny dobrovolníků, kteří projdou výcvikem a v případě mimořádné události nabízejí psychosociální pomoc. Týmy jsou součástí organizace ADRA, která se v této oblasti angažuje již od roku 1997, kdy Moravu zaplavily povodně. KIP tvoří asi 150 lidí. Mezi nimi jsou maminky na mateřské, studenti, důchodci, učitelé, zdravotníci i prodáv-

vačky. Jsou školeni v naslouchání, reakci i naplnění potřeb lidí, kteří prožívají krizovou událost (požár, autonehoda, pracovní úrazy, záplavy, tornáda atd.). Prostřednictvím rozhovoru pomohou lidem zorientovat se v těžké situaci, rozpoznat aktuální potřeby, zprostředkovat další kontakty nebo pomoc.

Když přijde jejich chvíle, okamžitě vyrazí „do služby“. Fungují v rámci akreditovaného programu Ministerstva vnitra ČR „KIP týmy pro mimořádné události“. Navazují na práci záchranářů a hasičů, spolupracují s představiteli obcí, církvemi a dalšími organizacemi. (red)

ZE SPOLEČNOSTI

„Den zdraví“ v Neratovicích

Den zdraví v neratovické nemocnici přivítal téměř 200 návštěvníků. Největší zájem byl o celkovou diagnostiku těla.



Foto: archiv Nemocnice Neratovice

Nemocnice Neratovice připravila na 24. dubna pro širokou veřejnost akci s názvem „Den zdraví“. Možnost nechat si zcela zdarma vyšetřit znaménka, podstoupit přístrojovou diagnostiku těla nebo si otestovat správnou techniku mytí rukou využilo téměř 200 zájemců. Většina z nich vyzkoušela alespoň dvě z nabízených procedur. Velký zájem zaznamenalo vyšetření znamének. „Ukázalo se jako velice přínosné, u několika návštěvníků dermatoložka MUDr. Vladimíra

Passovská objevila podezření na možnou hrozbu v podobě baziliomu a melanoblastomu,“ uvedl lékařský ředitel Nemocnice Neratovice MUDr. Aleš Bařinka.

Zájem byl rovněž o kontrolu správné techniky mytí rukou nabízenou firmou Ecolab. Úspěch sklídila i diagnostika metabolického věku zprostředkovaná společností Svět zdraví. Odborníci neratovické nemocnice také poradili lidem s potížemi z oblasti interních i chirurgických onemocnění. (red)

Hokejový fanclub podpořil dětské oddělení v Havlíčkově Brodě

Být hokejový fanda je pro většinu fanoušků celoživotním hobby. O to hezčí je, když se při fandění najde i chvíle pro konání dobrých skutků a podporu nejen na zimním stadionu, jak se to podařilo v havlíčkobrodské nemocnici.



Foto: archiv Nemocnice Havlíčkův Brod

Nemocnici Havlíčkův Brod 29. dubna navštívili zástupci Fan Clubu HC Světla nad Sázavou a rodina zesnulého hokejisty Josefa Vašíčka, aby předali finanční dar ve výši 28 100 Kč dětskému oddělení. Finanční obnos byl získán vydražením dresu tragicky zesnulého hokejisty Josefa Vašíčka na hokejovém plese ve Světle nad Sázavou, ze vstupného na tuto akci a část daru věnovala rodina Josefa Vašíčka. Peníze dětské oddělení využije na zakoupení pomůcek pro polohování nedonošených miminek na stanici inter-

mediární péče o novorozence, kterou fanoušci také navštívili.

„Za dar moc děkujeme. Každá finanční částka je pro nás důležitá a přispěje na dobrou věc. V současné době se snažíme sehnat peníze na monitory dechu pro novorozence, které nám pomáhají bojovat se syndromem náhlého úmrtí dítěte, a dále na fototerapeutické lampy pro terapii miminek s novorozeneckou žloutenkou,“ okomentoval předání finančního daru zástupce primáře oddělení MUDr. Miloslav Sýkora. (red)

Acidobazická rovnováha II Workshop pro klinické farmaceuty – praktické řešení kazuistik

17. 6. 2014/Praha

Místo konání: Lékařský dům

Pořadatel:

Česká odborná společnost klinické farmacie ČLS JEP

Kontakt: www.coskf.cz

Večer Léčebny Janov

18. 6. 2014

Pořadatel:

Spolek lékařů ČLS JEP v Plzni, Okresní sdružení ČLK Plzeň

Kontakt: www.fnplzen.cz/

spolek_lekaru.asp

38. Benův den fyziologie a psychofyziologie práce

18. 6. 2014/Praha

Místo konání: Lékařský dům

Kontakt:

www.pracovni-lekarstvi.cz

Regionální setkání dermatovenerologů

18. 6. 2014/Hradec Králové

Pořadatel: Klinika nemocí kožních a pohlavních LF UK a FN Hradec Králové

Kontakt:

http://web.lfhk.cuni.cz/dermat

18. česko-slovenský kongres o infekčních nemocech

Virové hepatitidy, nemoci přenašené klíštěty, oportunní infekce, varia

18.–20. 6. 2014/Plzeň

Místo konání:

Parkhotel Plzeň-Bory

Pořadatel:

Společnost infekčního lékařství ČLS JEP, Slovenská spoločnosť infektológov, Infekční klinika LF UK a FN Plzeň, Česká asociace sester
Kontakt: www.sil2014.cz

19th congress of the FESSH 11th congress of the EFSHT

Alergeny a alergie – víceoborová konference: hypersenzitivita, intolerance a alergie na potravinová aditiva, pylové alergie, roztočové alergen, plísňe v domácnostech, lékové exantémy, nealkoholová rizika alkoholických nápojů, hypersenzitivita na včelu a vosu, alergie na kočku, psa, hlodavce...

18.–21. 6. 2014/Paříž, Francie

Místo konání: Palais

des Congrès, Porte Maillot

Pořadatel: The Federation

of European Societies for Surgery of the Hand (FESSH), The European Federation of Societies for Hand Therapy (EFSHT)

Kontakt: www.fessh2014.com

7. konference sestra v praxi

Geriatric, psychiatrie, diabetologie, novinky v medicíně pro sestry, workshop na téma profesní sebeochrana zdravotníků

19. 6. 2014/Olomouc

Místo konání:

Regionální centrum Olomouc

Pořadatel:

Solen ve spolupráci s Okresním sdružením ČLK Olomouc

Kontakt: www.solen.cz

Kardiologický seminář

19. 6. 2014/Plzeň

Místo konání: FN Plzeň – Lochotín, seminární místnost kardiologie, -1. PP, vchod B

Pořadatel:

kardiologické oddělení FN Plzeň

Kontakt: www.lkcr.cz

3. jihlavská konference fetomaternální medicíny Čeho se v porodnictví bojíme?

19. 6. 2014/Jihlava

Místo konání:

Krajská pobočka VZP

Kontakt:

prof. MUDr. Aleš Roztočil, CSc.; e-mail: roztočila@nemji.cz

20. česko-slovenské angiologické sympozium

Hypertenze, diabetická noha, cévní mozkové přírody, volná sdělení – postery, sympozium sester

19.–20. 6. 2014/Mikulov

Místo konání: hotel Galant

Pořadatel: Česká angiologická společnost ČLS JEP, Slovenská angiologická spoločnosť SLS
Kontakt: www.amca.cz

36th annual Guelph sexuality conferences

Celebrating family diversity: action, advocacy, and affirmation

19.–20. 6. 2014/Guelph, Ontario, Kanada

Místo konání:

University of Guelph

Kontakt: http://

guelphsexualityconference.ca

22. Frejkovy dny

Frejkova cena – fórum mladých ortopedů a traumatologů, kvalita péče a ekonomické

aspekty v ortopedii, multioborová spolupráce v péči o pacienta, edukace nemocného a podíl rodinných příslušníků na léčbě, novinky v ošetřovatelství, rehabilitaci a operačních výkonech

19.–20. 6. 2014/Brno

Místo konání:

hotel Maximus Resort

Pořadatel: 1. ortopedická klinika LF MU a FN u sv. Anny

Kontakt: www.ta-service.cz/

frejkovydny2014

22. výroční sjezd Oftalmologické společnosti

Trendy v oftalmologii, varia

19.–21. 6. 2014/Praha

Místo konání:

Clarion Congress Hotel

Pořadatel: Česká oftalmologická společnost ČLS JEP, Oční klinika 1. LF UK a Ústřední vojenské nemocnice v Praze

Kontakt: www.oft2014.cz

ILD conference and postgradual course

Fibrosis interstitial lung diseases of idiopathic and exogenous origin; phenotype approach

19.–21. 6. 2014/Praha

Místo konání: hotel Artemis

Pořadatel: Česká pneumologická a ftizeologická společnost ČLS JEP

Kontakt:

www.ildprague2014.com

Novinky v neurostimulační léčbě neuropsychiatrických poruch

20. 6. 2014/Brno

Místo konání: posluchárna Psychiatrické kliniky LF MU a FN Brno

Pořadatel: Psychiatrická

klinika LF MU a FN Brno

Kontakt: www.lkcr.cz

Zajištění invazivních vstupů

20. 6. 2014/Jablonec nad Nisou

Místo konání: Nemocnice Jablonec nad Nisou, pitevna oddělení patologie a ordinariátu soudního lékařství

Pořadatel:

Zdravotnická záchranná služba Libereckého kraje, p. o.

Kontakt: www.lkcr.cz

10. konference SROBF

Zevní radioterapie, brachyterapie, radiační fyzika a biologie, multidisciplinární onkologická léčba

20.–21. 6. 2014/Hradec Králové

Místo konání:

Nové Adalbertinum

Pořadatel:

Společnost radiační onkologie, biologie a fyziky ČSL JEP, nadace Východočeská onkologie
Kontakt: www.srobf.cz

13. setkání dětských alergologů a klinických imunologů

Alergie začíná v dětství

20.–22. 6. 2014/Telč-Krahučiči

Pořadatel:

Česká společnost alergologie a klinické imunologie ČLS JEP, Česká iniciativa pro astma

Kontakt: doc. MUDr. Vít Petru, CSc.; e-mail: vit.petru@homolka.cz; www.csaki.cz

V ČESKO-SLOVENSKÝ TRANSPLANTAČNÍ KONGRES

www.transplant2014.cz

2. – 4. října 2014, Olomouc



Organizační sekretariát:
Congress Business Travel



Mediální partner:



Adresa: Lidická 43/66, 150 00 Praha 5

Telefon: +420 224 942 575, 224 942 579

Fax: +420 224 942 550

Email: transplant2014@cbttravel.cz



KALENDÁŘ AKCÍ

Ostrava live endoscopy 2014

8th international workshop: krvácení do zažívacího traktu
20. 6. 2014/Ostrava
Místo konání: Clarion Congress Hotel
Kontakt: www.ole2014.cz

Dětská obezitologie v ambulantní praxi

21. 6. 2014/Praha
Pořadatel: Česká lékařská komora
Kontakt: www.lkcr.cz

Spirituální péče jako součást komplexní péče o nemocné

21. 6. 2014/Praha
Pořadatel: Česká lékařská komora
Kontakt: www.lkcr.cz

16th international congress of endocrinology

21.-24. 6. 2014/Chicago, Illinois, USA
Místo konání: McCormick Place West
Pořadatel: International Society of Endocrinology
Kontakt: www.endocrine.org/endo-2014

WorldLab 2014

21st international congress of clinical chemistry and laboratory medicine
22.-26. 6. 2014/Istanbul, Turecko
Místo konání: Istanbul Congress Center
Pořadatel: International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (IFCC)
Kontakt: www.istanbul2014.org

Bobath koncept

23. 6. 2014/Praha
Místo konání: Klinika rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN
Pořadatel: 1. LF UK
Kontakt: www.lkcr.cz

International symposium on epileptic syndromes of early infancy and childhood

The 16th annual meeting of the infantile seizure society and the 16th annual congress of the Turkish Child Neurology Association
23.-27. 6. 2014/Cappadocia, Turecko
Místo konání: Hilton Avanos Hotel
Pořadatelé: Infantile Seizure Society (ISS), Turkish Child Neurology Association
Kontakt: www.issjointcnd2014.com

Fyziologická regulační medicína

Možnosti nefrologické regulační medicíny v eliminaci xenobiotik
25. 6. 2014/Brno
Pořadatel: Edukafarm
Kontakt: www.edukafarm.cz

Večer Nemocnice Rokycany

25. 6. 2014/Plzeň
Pořadatel: Spolek lékařů ČLS JEP v Plzni
Kontakt: www.cls.cz

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

25. 6. 2014/České Budějovice
Místo konání: Clarion Congress Hotel
Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.svl.cz

64. slovensko-české farmakologické dni 24. martinské dni dýchania

25.-27. 6. 2014/Martin, Slovensko
Místo konání: Hotel Victoria
Pořadatelé: Univerzita Komenského v Bratislavě - Jeseniova lekárska fakulta v Martine, Slovenská farmakologická

spoločnosť SLS, Česká společnost pro experimentální a klinickou farmakologii a toxikologii ČLS JEP, Slovenská spoločnosť fyziológie a patológie dýchania SLS, Slovenská fyziologická spoločnosť SLS
Kontakt: <http://farmspol.cls.cz>

35. kongres České nefrologické společnosti

Co je nového v dialýze, polycystická degenerace ledvin, revmatologický pacient u nefrologa, pokroky v léčbě glomerulonefritidy a vaskulitidy, diagnostika a léčba rezistentní hypertenze u nefrologických nemocných, primární hyperaldosteronismus, renální denervace, diabetik v ambulanci nefrologa, současná imunosuprese v nefrologii...
25.-27. 6. 2014/Praha
Místo konání: Kongresové centrum Praha
Pořadatel: Česká nefrologická společnost
Kontakt: www.kongrescns2014.org

14th world congress of endoscopic surgery

25.-28. 6. 2014/Paříž, Francie
Kontakt: <http://congress.eaes.eu>

The 2014 annual meeting of IASR

25.-28. 6. 2014/Dubrovník, Chorvatsko
Pořadatel: International Academy of Sex Research (IASR)
Kontakt: www.iasr.org/CMS/node/21

ESMO 16th world congress on gastrointestinal cancer

Cancer of the pancreas and bile ducts, anal cancer, thrombosis in GI cancer, esophageal cancer, rare tumours, cancer of the liver and bile ducts, multimodality therapy for rectal

cancer, liver and peritoneal liver metastases, metastatic colorectal cancer, prevention and screening of colon cancer...

25.-28. 6. 2014/Barcelona, Španělsko
Pořadatel: European Society for Medical Oncology (ESMO)
Kontakt: <http://worldgicancer.com>

15th EVF annual meeting

26.-28. 6. 2014/Paříž, Francie
Pořadatelé: European Venous Forum (EVF), French Society of Phlebology
Kontakt: www.europeanvenousforum.org

Supportive care in cancer MASCC/ISOO

international symposium
26.-28. 6. 2014/Miami, Florida, USA
Pořadatelé: Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC), International Society of Oral Oncology (ISOO)
Kontakt: www.mascc.org

13th international congress on pediatric pulmonology

26.-29. 6. 2014/Bruggy, Belgie
Kontakt: www.cipp-meeting.org/en

SELF

27. 6. 2014/Brno
Místo konání: posluchárna Psychiatrické kliniky LF MU a FN Brno
Pořadatel: Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno
Kontakt: www.lkcr.cz

Intoxikace drogami dostupnými na „našem trhu“

27. 6. 2014/Plzeň
Místo konání: aula FN Plzeň
Pořadatel: Anesteziologicko-resuscitační klinika LF UK a FN Plzeň
Kontakt: www.lkcr.cz

Seminář Kliniky pracovního lékařství

Otravy léky, u nichž neexistuje dostatek údajů o příznacích, toxicitě nebo účinnosti terapie, aktuality z kongresu EAPCCT v Bruselu, nové nemoci z povolání - vyhledávání v rámci ČR
27. 6. 2014/Praha
Místo konání: posluchárna Kliniky pracovního lékařství, Na Bojišti 1
Pořadatel: Klinika pracovního lékařství 1. LF UK a VFN v Praze
Kontakt: www.pracovni-lekarstvi.cz

5th meeting uremic toxins and cardiovascular disease

Epidemiology of renal disease and cardiovascular outcome, pathophysiology of CVD in CKD, biomarkers of renal/CV outcome in CKD, uremic retention solutes and uremic „toxins“: from the identification to the effects, intervention in uremic „toxins“ and CV protection...
27.-29. 6. 2014/Praha
Místo konání: Kongresové centrum Praha
Pořadatelé: Česká nefrologická společnost, Česká nadace pro nemoci ledvin, European Renal Association (ERA), European Dialysis and Transplant Association (EDTA)
Kontakt: www.eutox2014.org

ESHRE 2014 annual meeting

29. 6. - 2. 7. 2014/Mnichov, Německo
Pořadatel: European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE)
Kontakt: www.eshre2014.eu

(sta)

Inzerce M141000741



58. VÝROČNÍ SJEZD ČESKÝCH A SLOVENSKÝCH REVMATOLOGŮ
www.revmatologicka-spolecnost.cz/crs2014

17. - 20. 9. 2014, Hradec Králové
Kongresové, výstavní a společenské centrum ALDIS

Pořadatelé: Česká revmatologická společnost ČLS JEP a Slovenská reumatologická spoločnosť SLS
Organizátor: Congress Prague

NOVÉ KNIHY

**Vítězslav Kolek, Viktor Kašák,
Martina Vašáková a kol.**

Pneumologie

2., rozšířené vydání



Rozsah:
608 stran
Cena: 1495 Kč
ISBN: 978-80-
-7345-387-9
Vydavatel:
Maxdorf

Aktualizované a rozšířené vydání učebnice, jejíž první vydání získalo první cenu předsednictva České lékařské společnosti JEP. Je určena především pneumologům a lékařům ostatních interních oborů.

logickými komplikacemi, avšak jejich ošetřujícími lékaři nejsou jen kardiologové, ale také internisté, praktičtí lékaři, farmakologové, pediatři a specialisté z dalších oborů. Problematika je natolik závažná, že se v této oblasti začíná vyčleňovat nová odborná specializace.

Autorka knihy je docentkou normální a patologické fyziologie na LF UK v Bratislavě. Problematice se systematicky věnuje mnoho let, je řešitelkou četných výzkumných úkolů a projektů, autorkou nebo spoluautorkou 6 monografií a více než 150 odborných sdělení.

David H. Bennett
Srdeční arytmie

Praktické poznámky
k interpretaci a léčbě
Překlad 8. vydání



Rozsah:
384 stran
Cena: 999 Kč
ISBN: 978-80-
-247-5134-4
Vydavatel:
Grada

Knihy poprvé vyšla v roce 1981, aktuální publikace je překladem již 8. vydání z nakladatelství Wiley-Blackwell, které bylo přeloženo do pěti jazyků. Podává přehledný, stručný, aktuální a praktický návod ke stanovení diagnózy, sledování a léčbě hlavních typů srdečních arytmií, s vysvětlením podstaty

problému zejména z pohledu praxe. Je sepsána především s ohledem na mladé lékaře v nemocnicích, po kterých je požadována okamžitá diagnostika a správný léčebný postup.

25 kapitol s jednotlivými tématy arytmií je bohatě obrazově dokumentováno – kniha obsahuje na 280 EKG křivek a schémat. Kapitola 26 je doplněna testem se 130 EKG křivkami, na kterých si čtenář může ověřit své znalosti.

Vladimír Staněk
Kardiologie v praxi



Rozsah:
376 stran
Cena: 590 Kč
ISBN: 978-80-
-904899-7-4
Vydavatel:
Axonite

Monografie se 140 vyobrazeními a množstvím tabulek je členěna do 25 kapitol a zahrnuje celou problematiku kardiologie – od anatomie, fyziologie a vyšetřovacích metod až po jednotlivé srdeční choroby. Závěrečná kapitola je věnována stručnému přehledu farmakoterapie kardiiovaskulárních onemocnění.

„Téměř čtvrtstoletí jsem sedával u atestačních zkoušek z kardiologie. Kromě toho, že jsem se hodně poučil, jsem také pozoroval, jak často i zkušeným lékařům chybějí teoretické základy a unikají jim

základní principy. Ty jsou základem každé odbornosti, pevnou půdou, po které se pohybujeme. Proto bylo mou snahou v této knize upozornovat spíše na principy nežli na detaily nebo na nové teorie a poznatky, které nemusejí přežít její vydání,“ objasňuje autor strukturu, zaměření a pojetí knihy.

**Eliška Sovová,
Jarmila Sedlářová a kol.**
**Kardiologie pro obor
ošetřovatelství**

2., rozšířené a doplněné vydání



Rozsah:
264 stran
Cena: 399 Kč
ISBN: 978-80-
-247-4823-8
Vydavatel:
Grada

Zcela přepracované a aktualizované první vydání z roku 2004 je doplněné o praktickou část – o kapitolu věnovanou ošetřovatelství a o doporučené ošetřovatelské postupy při jednotlivých diagnózách.

Dodržování standardních ošetřovatelských postupů má v péči o nemocné pomáhat při plánování této péče a vést ke zvyšování její kvality. Doporučené ošetřovatelské postupy jsou pouze návodem a doporučením, nejsou zavazující. Mají za cíl obeznámit čtenáře s ošetřovatelskou péčí před specializovaným výkonem či vyšetřením, v jejich prů-

běhu i po jejich ukončení. Na vytvoření pracovních postupů se podílela pracovní skupina ošetřovatelství v kardiologii České kardiologické společnosti. Tyto postupy vyjadřují konsenzus zástupců renomovaných pracovišť a prošly několika násobnou oponenturou.

Ilona Jelínková
**Klinická propedeutika
pro střední
zdravotnické školy**



Rozsah:
160 stran
Cena: 199 Kč
ISBN: 978-80-
-247-5093-4
Vydavatel:
Grada

Učebnice obsahuje základní informace o zdraví, nemoci i prevenci, vysvětluje elementární pojmy jako diagnóza, anamnéza apod. Studenti se seznámí s různými vyšetřovacími metodami, správnými postupy při vyšetřování pacienta, fyziologickými funkcemi a příznaky onemocnění. Farmakologická část přináší informace o oboru, lékových formách, způsobech podávání léčiv a lékových skupinách, kterým jsou v knize přirazena nejčastější onemocnění, aby si studenti osvojili základní informace o chorobách a jejich terapii.

Text je doplněn tabulkami, fotografiemi a obrázky.

Beata Mladosičiová a kol.
Kardioonkologie

2., přepracované
a doplněné vydání



Rozsah:
208 stran
Cena: 599 Kč
ISBN: 978-80-
-247-4838-2
Vydavatel:
Grada

Publikace komplexně shrnuje mimořádně významnou problematiku na pomezí dvou velkých medicínských oborů – kardiologie a onkologie. Onkologičtí nemocní jsou při léčbě ohroženi kardio-

Inzerce M141000607

Dovolujeme si Vás pozvat na

Sympatibulum České společnosti pro sexuální medicínu

XIX. andrologické sympozium a II. feminologické sympozium

30.–31. 5. 2014 Městské divadlo Český Krumlov

Pořádá:

Česká společnost pro sexuální medicínu, člen European Society for Sexual Medicine,
Mladá fronta a. s., divize Medical Services,
ve spolupráci s Okresním sdružením ČLK Český Krumlov
a Sexuologickou společností ČLS JEP



Registrace on-line a přihláška abstrakt na www.kongres-medical.cz

MEDICAL
SERVICES



Generální partner:
**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

Hlavní partnerci:

Lilly
Answers That Matter.

PRO.MED.CS
Praha a.s.

Pfizer

Prostujeme společně pro zdravější svět

PRÁVNÍ PORADNA

Pracovní doba řidičů sanitek

Vztahují se na řidiče sanitek předpisy upravující pracovní dobu pracovníků v dopravě? Kolik hodin v kuse bez řádného odpočinku může řídit vozidlo-sanitu řidič, který převáží pacienta na lehátku ze Slovenska?



odpovídá
JUDr. Pavel Zajíc

řadu upravuje nařízení vlády č. 168/2002 Sb., kterým se stanoví způsob organizace práce a pracovních postupů, jež je zaměstnavatel povinen zajistit při provozování dopravními prostředky.

Zaměstnavatel je tak při provozování dopravními prostředky povinen organizovat práci zaměstnanců, a to včetně řidičů sanitek, v souladu s tímto nařízením. Příloha č. 1 tohoto nařízení pak blíže stanovuje požadavky na způsob organizace práce a pracovních postupů,

kteří je zaměstnavatel povinen zajistit při provozování silniční dopravy.

Pausa po 4,5 hodinách

Toto nařízení zaměstnavateli stanovuje, aby u zaměstnance, který řídí dopravní prostředek a na kterého se nevztahuje zvláštní právní předpis (zákon o silniční dopravě), nebyla překročena maximální doba řízení, která činí 4,5 hodiny; za dobu řízení se považuje i přerušení řízení na dobu kratší než 15 minut. Nejpozději po uplynutí maximální doby musí být řízení přerušeno bezpečnostní přestávkou v trvání nejméně 30 minut.

Zaměstnavatel je dále u zaměstnance, který řídí dopravní prostředek, povinen zajistit, aby během bezpečnostní přestávky nevykonával žádnou činnost vyplývající z jeho pracovních povinností, kromě dozoru nad vozidlem a jeho nákladem.

Konečně je zaměstnavatel povinen zajistit, aby zaměstnanec, který řídí dopravní prostředek, vedl v listinné formě nebo technickým zařízením denní evidenci o době řízení dopravního prostředku a o čerpání bezpečnostních přestávek.

Zaměstnavatel je povinen zajistit, aby tyto principy byly dodržovány i řidičem sanitky při převozu pacienta na lehátku ze Slovenska.

Obecně dle zákoníku práce platí, že zaměstnavatel je povinen poskytnout zaměstnanci nejdéle po 6 hodinách nepřetržitě práce přestávku v práci na jídlo a oddech, v trvání nejméně 30 minut. Podrobněji pak tuto problema-



ilustrační foto: Miroslav Chaloupka

Preventivní prohlídky u zubaře

S jakým časovým odstupem mohou pozvat pacienta na druhou bezplatnou preventivní stomatologickou prohlídku?



odpovídá
Mgr. Ivan David

Právním předpisem, jenž upravuje problematiku bezplatných preventivních prohlídek, je aktuálně vyhláška ministerstva zdravotnictví č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách. Pokud jde o preventivní prohlídky sto-

matologické, rozlišuje uvedený předpis několik kategorií těchto prohlídek: Konkrétně děti v prvním roce života mají mezi 6. a 12. měsícem nárok na jednu prohlídku, u dětí a dorostu mezi 1. a 18. rokem života se provádějí dvě prohlídky ročně; vyhláška požaduje odstup mezi těmito prohlídkami zpravidla 5 měsíců.

V případě dospělých zakotvuje vyhláška nárok na preventivní bezplatnou zubní prohlídku pou-

ze jedenkrát ročně s tím, že každá taková prohlídka by se zpravidla měla dít po 11 měsících od uplynutí poslední prohlídky. Z uvedeného je zřejmé, že stomatologické preventivní prohlídky se mohou dít i v kratších intervalech, než je uvedeno, avšak v takovém případě by tato výjimka z pravidla měla být nějak objektivně odůvodněna; častějším konáním preventivních prohlídek však v každém případě nevzniká nárok na více bezplatných preventivních prohlídek v průběhu jednoho roku.

Neshody při rozpisu služeb

Staniční sestra mi píše jen samé odpolední směny, bez možnosti střídání se s kolegy na ranních. Prý mám na rozdíl od nich nejsnazší dopravu do práce. Jenže mám rodinu a odpolední směny mi nevyhovují. Jak se mám bránit? Má moje nadřazená na takové jednání právo?



na dotazy odpovídá
Mgr. Petra Maryšková

také zvláštní ochranu některých skupin zaměstnanců, například zaměstnanek a zaměstnanců pečujících o děti, přičemž v takových případech zaměstnavateli ukládá povinnost přihlížet při zařazování těchto

zaměstnanců do směn – kromě výše uvedeného – rovněž k jejich potřebám vycházejícím z péče o děti.

Tato povinnost není v zákoně výslovně rozvedena, protože potřeby každého zaměstnance mohou být odlišné. Zaměstnanec je samozřejmě povinen tyto potřeby související s péčí o dítě zaměstnavateli sdělit, tak aby zaměstnavatel mohl při zařazování do směn k této konkrétní potřebě zaměstnance přihlídnout.

Význam tohoto ustanovení je tedy v tom, že i přes velmi obecné stanovení povinnosti nesmí zaměstnavatel tyto potřeby ignorovat, naopak je povinen podniknout příslušné kroky k tomu, aby bylo potřebám zaměstnanců pečujících o dítě vyhověno.

Povinnost vyhovět nutnosti péče o dítě

Nicméně zákoník práce zakotvuje

Pracovní úraz na cestě k lékaři

Jedná se o pracovní úraz, když zaměstnavatel vyšle zaměstnance v pracovní době na vyšetření k závodnímu lékaři, pacient před ordinací uklouzne a způsobí si distorzi kotníku?

• cestu k nim a zpět.

Jedná-li se tedy o uvedená vyšetření či ošetření, má se za to, že proběhla v souvislosti s plněním pracovních úkolů. Jde-li však o jiná vyšetření než výše uvedená, tj. jejichž potřeba je dána jen zdravotním stavem zaměstnance obecně (i když návštěvu doporučil zaměstnavatel), nejedná se o činnost v souvislosti s plněním pracovních úkolů, a touto činností tak samozřejmě není ani cesta k nim a zpět.

Výjimka z pravidla

Výjimkou z tohoto pravidla je pouze cesta na vyšetření či ošetření konaná v objektu zaměstnavatele. Utrpí-li tedy zaměstnanec úraz cestou k lékaři v objektu zaměstnavatele, pak jde o úraz pracovní, bez ohledu na důvod návštěvy lékaře. Pokud však zaměstnanec utrpí úraz na cestě k lékaři mimo objekt zaměstnavatele, jedná se s ohledem na výše uvedenou pracovní úraz jen v případě vyšetření či ošetření v souvislosti s plněním pracovních úkolů.

Za pracovní úraz se v souladu se zákonem č. 262/2006 Sb., zákoníkem práce (ZP), považuje poškození zdraví, došlo-li k němu nezávisle na vůli zaměstnance krátkodobým, náhlým a násilným působením zevních vlivů při plnění pracovních úkolů nebo v přímé souvislosti s nimi. Návštěva lékaře se obecně nedá považovat za plnění pracovního úkolu. § 274 ZP však stanovuje, které situace se dají považovat za činnost „související s plněním pracovních úkolů“. Jedná se zejména o případy:

- vyšetření ve zdravotnickém zařízení prováděné na příkaz zaměstnavatele (zdravotnický průkaz, povinné preventivní prohlídky apod.),
- vyšetření v souvislosti s noční prací,
- ošetření při první pomoci,

Zajímavé www stránky

– zdravý životní styl

Mnoho pacientů slyší v ordinacích svých ošetřujících lékařů doporučení stran dodržování zdravého životního stylu a racionální životosprávy. Možná ani někteří lékaři však sami přesně nevědí, co si pod tímto všeobecným pojmem mají představit, názory na jednotlivá doporučení se dokonce mezi jednotlivými zdravotníky mohou lišit. Řada z nás pak hledá odpovědi právě na internetu. V záplavě komerčních projektů se ovšem odborná stanoviska nehledají snadno.

Heart and Stroke Foundation: Healthy Living
www.heartandstroke.com/site/c.ikiQLcMwJtE/b.3483949/k.967D/Healthy_Living.htm

Internetový portál neziskové organizace *Heart and Stroke Foundation* se sídlem v Kanadě, která byla založena již před více než šedesáti lety skupinou dobrovolníků z řad lékařů a vědců. Dnes čítá na 600 zaměstnanců a přes 120 tisíc dobrovolníků. Všichni přispívají ke zlepšení povědomí o prevenci kardiologických onemocnění.

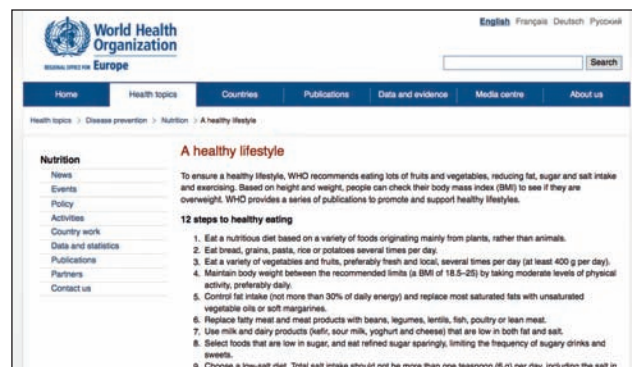


organizace také investuje nemalé finanční prostředky do výzkumu a zlepšení klinické péče o kardiologické nemocné pacienty. Část oficiálního portálu organizace je věnována relativně podrobnému souhrnu doporučení stran optimální životosprávy. Zaměřuje se například na racionální stravování – nejen

na popis zdravých jídel (k dispozici je pestrá paleta receptů), ale i na styl stravování. Další tématy se týkají kouření, fyzické aktivity, péče o děti nebo doporučení stran udržování optimální tělesné hmotnosti. Texty jsou pravidelně aktualizovány a pro zájemce je připravena možnost odběru elektronických newsletterů.

American Heart Association: Getting Healthy
www.heart.org/HEARTORG/GettingHealthy/GettingHealthy_UCM_001078_SubHomePage.jsp

Podobný obsah má i část portálu Americká kardiologická asociace (AHA). Editoři webu rozdělili texty o zdravém životním stylu do sedmi hlavních témat (volně přeloženo): výživa, optimální tělesná hmotnost, stop kouření, eliminace stresu, fyzická aktivita, péče o zdraví dětí



a péče o zdraví zaměstnanců. Zejména témata o boji se stresem se zdají jako velmi zajímavá s ohledem na současné nároky společnosti a tomu odpovídající životní styl řady lidí. Čtenáři získají zajímavé informace, mohou si vyplnit některé dotazníky a kvízy nebo se přihlásit k odběru aktualit.

WHO Europe: A Healthy Lifestyle
www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle

Zdravému životnímu stylu se pochopitelně věnují i webové stránky Světové zdravotnické organizace (WHO), v tomto případě její evropské pobočky. Heslovitě prezentují základní principy racionální životosprávy týkající se zejména zdravé výživy. Svá doporučení opírají o řadu prů-

kazných epidemiologických a výsledky studií, jež jsou na internetové stránce organizace také prezentovány (například interaktivní databáze rozložení společnosti podle tělesné hmotnosti nebo monitorování stavu kojených dětí a dětské výživy v jednotlivých zemích světa).

Centers for Disease Control and Prevention: Tips for a Safe and Healthy Life
www.cdc.gov/family/tips

I z názvu tohoto webu je patrné, jakému tématu se autoři webu věnují. Skrze odkazy prezentují doporučení stran optimální výživy, pohybové aktivity nebo informace o rizicích stresu či třeba kouření se čtenář může dostat na řadu dalších spolupracujících webů.

MUDr. Michal Peříšek



ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA

číslo 10/2014

Séfredaktorka

Mgr. Markéta Mikšová
 tel. 225 276 295, e-mail: miksova@mf.cz

Redakce

Petra Klusáková, DiS. (Z domova)
 tel. 225 276 388, e-mail: klusakova@mf.cz
 Filip Kút Citores, DiS. (Z domova, on-line)
 tel. 225 276 176, e-mail: kut@mf.cz
 Květa Havlová, DiS. (Ze zahraničí, Farmabyznys, on-line), tel. 225 276 208, e-mail: havlova@mf.cz
 Mgr. Martin Cermák (Představujeme)
 tel. 225 276 436, e-mail: cermak@mf.cz
 PhDr. Jana Jilková (Ze společnosti, rozhovory)
 tel. 225 276 432, e-mail: jilkova@mf.cz
 PaedDr. Jaroslava Sladká (Lékařské listy)
 tel. 225 276 162, e-mail: sladka@mf.cz
 MUDr. Andrea Skálová (Lékařské listy)
 tel. 225 276 418, e-mail: skalova@mf.cz

Stálí spolupracovníci redakce

Leos Chodura, Martin Caban,
 Irena Soukupová, MUDr. Milan Novák,
 David Daniel, Eva Pavlatová, Martina Rehořová,
 Vladimíra Bošková, Marcela Svěráková

Editor/korektor

Mgr. Martin Cermák

Grafika a technické zpracování

Pavla Jilková
 tel. 225 276 455, e-mail: jilkovap@mf.cz

Redakční rada Lékařských listů ZAM

prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA (předseda)
 prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA
 prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc.
 MUDr. Ivan David, DiS.
 doc. MUDr. Petr Hach, CSc.
 doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.
 MUDr. Radkin Honzák, CSc.
 doc. MUDr. Bohuslav Konopásek, CSc.
 prof. MUDr. Miloslav Kršiak, DrSc.
 prof. Ing. Rudolf Poleďne, CSc.
 prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc.
 prof. MUDr. Ivan Šterzl, CSc.
 prof. MUDr. Marek Trněný, CSc.
 MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.
 MUDr. Jana Vojtíšková

OBCHODNÍ ODDĚLENÍ

fax 225 276 444

group sales manager

František Bauer
 tel. 225 276 393
 e-mail: bauer@mf.cz

personální inzerce

Jitka Borovská
 tel. 225 276 359, 725 575 627
 e-mail: borovska@mf.cz



generální ředitel

Ing. David Hurta

kreativní ředitel

René Decastole

DTP

retuší Miloslav Pařík (vedoucí),
 Libor Horyna, Milan Kubička, Zdeněk Němec,
 Petr Novák, Jan Mach

ředitel divize Medical Services

Karel Novotný

art director

Petr Honzátko

MARKETING

ředitelka marketingu Hana Holková
brand manager Alena Kohoutová

DISTRIBUCE A VÝROBA
ředitelka distribuce a výroby Soňa Štarhová
vedoucí výroby Michal Sesták
výroba Monika Šnaidrová
manažerka předplatného Jana Horáková,
 tel. 225 276 317,
 e-mail: horakovaj@mf.cz

Vydává MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o.,
 sídlo: 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:
 A.L.L. production, s. r. o., P. O. BOX 732,
 111 21, Praha 1
 tel. 800 248 248,
 e-mail: mladafronta@predplatne.cz,
 www.mf.cz

Objednávky do zahraničí:
 Mediaservis, s. r. o., zákaznické centrum,
 Višňovská 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 komerčního povahy.

Tisk EUROPRINT a. s.
 Číslo dáno do tisku 15. 5. 2014

Přetisk a jakékoli šíření pouze se souhlasem vydavatele. Tisťený náklad ověřuje ABC ČR, člen IF ABC.

© MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o., 2014
 Evidenční číslo MK ČR: E 20524
 ISSN 2336-2987

PERSONÁLNÍ INZERCE

Volná místa

Lékař/ka – pediatr

LÉČEBNÉ LÁZNĚ
MARIÁNSKÉ LÁZNĚ, A. S.,
přijmou:

■ lékaře/-ku – pediatra

Nabízíme:

- možnost i kratšího úvazku nebo výpomoci,
- osobní zainteresovanost na růstu tržeb,
- možnost ubytování.

Požadujeme:

- specializovanou způsobilost v oboru pediatrie,
- znalost ruského jazyka,
- morální a občanskou bezúhonnost.

Kontakt:

Léčebné lázně Mariánské Lázně, a. s., Masarykova 22,
353 29 Mariánské lázně,
e-mail:
dortova@badmarienbad.cz,
tel.: 354 661 700.

M141000746

Lékař/ka

VĚZNICE KYNŠPERK NAD OHŘÍ
přijme:

- lékaře na plný úvazek
s možným nástupem ihned

Nabízíme:

- plat 47 500 Kč hrubého,
- možnost ubytování,
- 30 dnů dovolené,
- další zaměstnanecké benefity.

Kontakt: Bc. Jiří Prančl
– personalista, tel.: 352 306 231,
602 787 725, e-mail:
jprancl@vez.kyn.justice.cz

M141000750

Více pozic

FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ
přijme:

- lékaře pro geriatrické oddělení

Požadujeme:

- vysokoškolské vzdělání lékařského směru,
- specializovanou způsobilost v oboru geriatrie, případně lékaře s jinou specializovanou

způsobilostí s výhledem specializované přípravy v oboru geriatrie,
• praxi v interním oboru.

- lékaře pro psychiatrickou kliniku

Požadujeme:

- vysokoškolské vzdělání lékařského směru,
- specializovanou způsobilost v oboru psychiatrie nebo předpoklad jejího brzkého získání,
- praxi v oboru psychiatrie.

- lékaře pro interní oddělení

Požadujeme:

- vysokoškolské vzdělání lékařského směru,
- specializovanou způsobilost v oboru vnitřní lékařství nebo minimálně ukončený základní interní kmen.

- radiologického fyzika
pro obchodně-technický odbor

Požadujeme:

- radiologického fyzika
dle § 25 zákona č. 96/2004 Sb.

nebo

- absolventa magisterského studijního oboru matematicko-fyzikálního zaměření s potenciálem dostudování akreditovaného kvalifikačního kurzu radiologická fyzika.

Písemné přihlášky doložené písemným životopisem s uvedením údajů o dosavadní praxi, doklady o dosaženém vzdělání a platným výpisem z trestního rejstříku zasílejte do 10 dnů po uveřejnění na adresu: FN Plzeň, oddělení personálního řízení a organizace,
Edvarda Beneše 13, 305 99 Plzeň,
e-mail: grubrova@fnplzen.cz,
tel.: 377 402 223.

M141000768

Diabetolog

POLIKLINIKA V PRAZE 7

přijme do ordinace diabetologie lékaře/-ku (i bez atestace).

Ubytování pro mimopražské uchazeče zajistíme.

Nástup dle dohody.

Kontakt a info: tel.: 233 375 591.

M141000768



PERSONÁLNÍ INZERCE

je přijímána na adrese:
Zdravotnictví a medicína
Mladá fronta a. s.,
Mezi Vodami 1952/9
143 00 Praha 4 – Modřany

Jitka Borovská
tel.: 225 276 359,
725 575 627
e-mail: borovska@mf.cz

Inzerce M141000793

Francouzka součástí „sexu ve městě“ v New Yorku

Žádejte v knihkupectví nebo se slevou **25 %** na www.kniha.cz

„Jestli se **televizní**
reklama
vyplatí? To jsou
snadné počty!“

499 Kč

za jeden TV spot

„Radím podnikatelům a živnostníkům, jak neplatit zbytečně více. Jak ušetřit za televizní reklamu, jsem si nechala poradit od mediálního specialisty. Metropol TV informuje **každý den** o důležitých událostech veřejného života, kultury, dopravy a sportu průměrně **116 000 diváků** v Praze a okolí. To jsou všechno mí potenciální klienti. Zjistěte si také fakta o výhodách televizní reklamy tak, jak jsem to udělala já, a dostaňte se na televizní obrazovky vašich zákazníků. Stačí nezávazně zavolat či napsat mediálnímu poradci Metropol TV na číslo **725 085 085**, e-mail: reklama@metropol.cz.“



metropol
TELEVIZE PLNÁ PRAHY

www.metropol.cz/reklama

Lenka Gürlichová

jednatelka účetní firmy PONS servis,
Na Rovni 779/3, Praha 6 - Břevnov



fashion by
rieker
ANTISTRESS®



ZNAČKU RIEKER NAJDETE
V KAŽDÉ DOBRÉ PRODEJNĚ S OBUVÍ



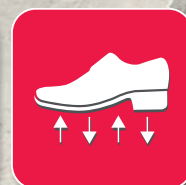
Lehčí



Flexibilnější



Prostornější



Účinnější tlumení
otřesů

www.rieker.com