


**ODBORNÉ AKCE**  
Dopady současné lékové politiky a přínosy inovace

STRANA 10


**Z HISTORIE**  
Nemoci našich mocných ve 20. století – první dva českoslovenští prezidenti z patobiografického pohledu.

STRANA 24


**NOVOROČNÍ  
PŘÍLOHA ZDN**  
Bilance událostí (nejen) ve zdravotnictví v roce 2011

UVNITŘ ČÍSLA

## Personální vyhláška umožní nemocnicím šetřit

Už na jaře pravděpodobně vejde v platnost nová personální vyhláška, kterou ministerstvo zdravotnictví minulý týden zaslalo do vnějšího připomínkového řízení. Lékaři, kteří již v této fázi nemohou do vyhlášky zasahovat, se obávají, že určené minimální personální vybavení budou ředitelé českých nemocnic chápat jako optimální.

Ohlášené zvýšení platů zdravotníků o 6,25 % s ministerským příslibem na dorovnání do 10 % dle „Memoranda o úpravě poměrů ve zdravotnictví“ nakonec zdravotníkům nemusí být nic platné. Připravovaná vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, která by měla platit již od dubna tohoto roku, dovolí managementům nemocnic zredukovat počet nutných úvazků

na jednotlivých pracovištích, což jim umožní eliminovat počty přesčasových hodin. Vše bude záležet na tom, jak ředitelé nemocnic využijí možností, které jim vyhláška poskytne. Mohlo by se stát, že lékaři i ostatní zdravotníci si navzdory navýšení platů v tomto roce fakticky nepolepší. Tabulkové platy zdravotníků se obvykle pohybují hluboko pod úrovní skutečných výdělků, které jsou ve finále vyšší

právě kvůli velkému množství odpracovaných hodin.

Nejde však jen o konečné výdělky zdravotníků. Nižší počet úvazků by totiž znamenal rovněž slabší obsazení služeb, a tedy i více pacientů na jednoho lékaře či sestru. To by podle lékařů mohlo v konečném důsledku negativně ovlivnit kvalitu a bezpečnost poskytovaných služeb.

(pokračování na straně 2)

## Zákon o zdravotních službách před Ústavním soudem

Skupina dvaceti senátorů v čele se senátkou a členkou představenstva ČLK Alenou Dernerovou (Severočeši.cz) podala k Ústavnímu soudu stížnost na některá ustanovení reformního zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

Neústavnost spatřují v ustanoveních týkajících se Národního zdravotního informačního systému, přeregistraci zdravotnických zařízení, nového registru zdravotnických pracovníků a sankci za správné delikty.

Návrh na zrušení uvedených ustanovení zákona o zdravotních službách senátoři podali na podnět České lékařské komory (ČLK), která se proti problematickým pasážím neúspěšně stavěla již v době schvalování normy. Návrh byl signován

celkem 20 senátory z řad hnutí Severočeši.cz, KDU-ČSL a ČSSD.

**Vysoké riziko zneužití**

V případě Národního zdravotního informačního systému (§ 70-78)

(pokračování na straně 2)



**Petr Nosek: Lékaři chtěli vytvořit pocit, že jich je nedostatek, a tím zvýšit svou cenu.**

# Personální vyhláška umožní nemocnicím šetřit

(pokračování ze strany 1)

## Minimální, či optimální?

Obraz toho, jak by mohla být nová personální vyhláška a ustanovení o minimálním personálním vybavení ředitelů chápána, poskytl minulý týden médiím ředitel Fakultní nemocnice Motol Miloš Ludvík. „Ve službách nebude tolik lidí, tím klesnou přesčasové hodiny a ušetříme. To je pro mě zásadní,“ sdělil.

Primární záměr ministerstva, se kterým byla vyhláška připravována, pak naznačil i náměstek ministra Petr Nosek. „Lékaři chtěli vytvořit pocit, že jich je nedostatek, a tím zvýšit svou cenu. Takto se ale trh práce zpružní, což bude v oblasti zdravotnictví něco naprosto nového,“ vysvětlil Nosek.

Podle Miloše Volemana z Lékařského odborového klubu je návrh vyhlášky nepřijatelný a lékaři očekávali posílení, nikoli oslabení služeb. „Návrh dává prostor pro výrazné omezení personálního zabezpečení zdravotní péče. Z naše-

ho pohledu je to nepřijatelné, nemůžeme akceptovat zhoršení kvality péče o naše pacienty. Přestože se ve vyhlášce píše o minimálních požadavcích a ministr to tak i prezentuje, reakce managementů nemocnic – snad nejtýpější je vyjádření pana Ludvíka z FN Motol – nás utvrzuje v přesvědčení, že ředitelé nemocnic si budou vyhlášku interpretovat jako optimální. Ředitelé nemocnic totiž dle vyhlášky nemají žádnou odpovědnost v případě, že nezajistí potřebné vybavení nad rámec vyhlášky,“ varoval Voleman.

Ministerstvo však přímo do vyhlášky zakomponovalo ustanovení, ve kterém se praví, že „další personální zabezpečení nad rámec minimálních požadavků se odvíjí podle druhu poskytované zdravotní péče, oboru a spektra prováděných výkonů tak, aby byla zajištěna kvalita, bezpečí a dostupnost zdravotní péče“.

Podle prezidenta ČLK Milana Kubka se ve světle dosavadních prohlášení lze o váze a vymahatelnos-

ti tohoto ustanovení pouze dohadovat. V tomto případě je podle šéfa komory zajímavé například srovnání s platnou obdobnou právní normou u našich sousedů. „Na Slovensku se určuje aktuální stav přítomných zdravotníků vzhledem k počtu aktuálně hospitalizovaných pacientů, takže kontrolu jejího naplňování je možno provést v jakémkoli reálném čase. Při porovnání požadavků zjistíme, že například slovenský anesteziolog se může v době ústavní pohotovostní služby starat maximálně o čtyři pacienty, zatímco český zvládne dvanáct lůžek,“ srovnává Milan Kubek.

## Svaz pacientů: Vyhláška je špatnou zprávou

Dopadů vyhlášky na kvalitu a bezpečnost péče se obává i Svaz pacientů ČR. „Jak se zdá, pánové Nosek a Ludvík dělají z občanů naprosté hlupáky. Potřebný počet lékařů není volně volitelné číslo, ale vychází z rozsahu služeb nutných k zabezpečení pacientů. Snížení

tohoto počtu znamená, že se sníží toto zabezpečení, a to se dá trochu kompenzovat službami přesčas. Přesčasy jsou dost běžnou skutečností, a proto lékaři navrhovali, aby za potřebný počet lékařů byl považován jejich větší počet. To, co udělal ministr, je pravý opak a vyjádření náměstka Noska a ředitele Ludvíka jsou v rozporu s normálním uvažováním a zpočtybují jejich kompetentnost,“ prohlásil za Svaz pacientů jeho viceprezident Josef Mrázek.

Podle jeho názoru by měl ministr Petra Noska i Milošlava Ludvíka rovnou odvolat. „To by ale musel přiznat, že jeho vyhláška směřuje k omezení bezpečnosti pacientů a že ji chce vydat, aby vyhověl těm soukromým nemocnicím, které jsou nedostatečně personálně zajištěné, aby na pacientech více vydělaly. Nebo umožnit nemocnicím, aby některé lékaře propustily. Pro pacienty jsou to samé špatné zprávy,“ dodal Mrázek.

## Kubek: Nikdo nás neposlouchá

Česká lékařská komora dostala v létě minulého roku možnost vyhlášku k připomínkování. Podle prezidenta ČLK však většina zásadních námitek ze strany komory nebyla ministerstvem akcepto-

vána. „V listopadu 2011 jsme z ministerstva zdravotnictví obdrželi písemnou zprávu o vypořádání svých připomínek v rámci vnitřního připomínkového řízení k návrhu nové vyhlášky, kterou ministerstvo připravilo jako prováděcí předpis k zákonu o zdravotních službách. Osobně s námi ale nikdo nejednal. To, že ministerstvo, jež má dbát na dodržování pravidel ve zdravotnictví, samo porušuje dosud platný zákon, který mu již šest let příkazuje vypracovat vyhlášku ve spolupráci s ČLK, je asi zbytečné komentovat,“ prohlásil Milan Kubek.

Podle prezidenta ČLK se ministerstvo při zamítání připomínek komory často zaštiťuje dohodou poskytovatelů, MZ ČR, zástupců zdravotních pojišťoven a konzultacemi s odborníky. „Se kterými odborníky? Kdo tyto odborníky nominoval?“ ptá se Milan Kubek. „Z představitelů odborných společností, kteří zasedají ve vědecké radě ČLK, se k vyhlášce nehlásí nikdo,“ dodává.

(Související dokumenty včetně přehledu vypořádání připomínek ČLK z vnitřního připomínkového řízení naleznete na webových stránkách [www.ZDN.cz](http://www.ZDN.cz).)

Filip Kút Citores

# Zákon o zdravotních službách před Ústavním soudem

(pokračování ze strany 1)

jsou signatáři toho názoru, že způsob shromažďování důvěrných informací o zdravotním stavu pacientů obsažený v zákoně nezajišťuje jejich řádnou ochranu, čímž porušuje základní práva občanů. „Ustanovení zákona je jednak v rozporu se směrnicí 95/46/ES, o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním jejich osobních údajů, a dále pak s článkem 10 odst. 3 Listiny základních práv a svobod a člán-

kem 10 odst. 1 Úmluvy o ochraně lidských práv v biomedicině. Obsahem registrů budou citlivé osobní údaje a údaje o zdravotním stavu občanů, jejichž riziko zneužití je neúměrně vysoké, neboť tyto údaje budou o občanech shromažďovány po dobu několika let v neanonymizované podobě,“ zdůvodňuje svou iniciativu ČLK.

## Diskriminační registry, nepřiměřené sankce

Registry zdravotníků jsou podle

iniciátorů stížnosti nejen zbytečné, protože profesní komory již takové registry mají (vedené podle zákona č. 220/1991 Sb.), ale také diskriminační. Podle ČLK nežádoucím způsobem zasahují do osobních práv zdravotníků. „Údaje s výjimkou rodného čísla a adresy obvyklého pobytu mají být veřejně přístupné na internetu, přičemž pro jiné občany ČR obdobné povinnosti neplatí,“ vysvětluje lékařská komora.

Sankce obsažené v ustanoveních § 114 a 117 předmětného zákona jsou dle názoru iniciátorů z řad ČLK a skupiny senátorů nepřiměřené a umožňují prý krajským úřadům šikanovat soukromé lékaře. „Zákon nerespektuje pravidla přiměřenosti a účelnosti sankce, jež jsou ukládány za delikty, které jsou v současné právní úpravě definovány nejasně. Signatáři nesouhlasí s vysokými sankcemi za takové delikty, u kterých nejsou



Ústavní soud. | Foto: Wikimedia

pravidla chování zákonem definována jasně a kde zákon umožňuje několik právních výkladů,“ uvádějí.

## Neústavní zásah do dříve nabytých práv

Zdravotnická zařízení mohou podle ustanovení obsaženého v § 121 odst. 1 a odst. 5 kritizovaného zákona poskytovat služby na základě stávajících registrací pouze po dobu 36 měsíců od nabytí účinnosti zákona (do 31. 3. 2015). Pokud mají zájem o další existenci, musí do 9 měsíců (do 31. 12. 2012)

od nabytí účinnosti zákona požádat správní orgán (krajský úřad) o povolení činnosti. Zde iniciátoři stížnosti poukazují na fakt, že se jedná o retroaktivní zásah do dříve nabytých práv a s povinností zdravotnických zařízení dokládat již dříve doložené skutečnosti nesouhlasí. „Signatáři považují tato ustanovení zákona za neústavní. Někteří pacienti kvůli němu mohou být ukřádeni na svém právu svobodně si zvolit svého ošetřujícího lékaře,“ zdůvodňují svou stížnost.

Filip Kút Citores

Komplexní zásobování ordinací zdravotnickým materiálem

**eShop** [www.medipos.cz](http://www.medipos.cz)

objednávky a informace **800** VOLÁTE ZDARMA 800 136 136

MEDIPOS P&P, s.r.o. 675 52 Lipník 44, Tel.: 568 858 989  
Fax: 568 858 985, e-mail: [medipos@medipos.cz](mailto:medipos@medipos.cz)

Inzerce A111 017670

# Je tu rok 2012. Soukromníci, plačte

Vláda, která chtěla hýčkat primární a ambulantní péči, připravila těmto segmentům velmi peprný rok.

Začal rok, v němž pravicová koalici vláda oslaví polovinu svého mandátu. Ve zdravotnictví se ovšem tento rok projeví krutým paradoxem. Nejvíce budou trpět ti, kteří byli ještě v programovém prohlášení téže vlády vynáše- ni do nebes a slibovaly se jim hory doly – praktičtí lékaři, ambulantní specialisté a soukromníci vůbec.

## Hořká ochutnávka

Ochutnávku hořkých pilulek, jichž budou nuceni spolýkat během roku ještě spoustu, už dostali na konci roku loňského. VZP se poprvé po šesti letech pozdřila s platbami za péči, takže stovky lékařů nedostaly

peníze za listopadové výkony. To se brzy sprá- ví, protože VZP dorazí na účet peníze ze „zná- rodněných“ přebytků ostatních pojišťoven. Ale jako ukázka toho, jak se letos soukromí lékaři pomějí, je to krutě symbolické.

Jistě, dá se namítnout, že chrochtat blahem nebude letos ve zdravot- nictví nikdo. Teoreticky by k tomu měli mít nejbližší nemocniční léka- ři, jimž mají jako jedněm z mála v české ekonomice hromadně vzrůst platy, minimálně o 6,25%. Ovšem vzhledem k napjatým rozpočtům



Martin Čaban

nemocnic a nevalné ochotě jejich managementů směřovat disponibilní prostředky právě na vý- platní pásy se odborářští lídři bezpochyby ještě hodně zapotí, aby slíbené prostředky z ředitelů a zří- zovatelů vymámili. Jestli- že však uspějí, budou ne-

mocniční lékaři v rámci zdravotnic- kého systému jednoznačnými vítě- zi letošního roku.

## Zelená pro pojišťovny

Všechny ostatní klíčové součástky systému (vynecháme-li pacienty, u nichž lze dopady vládní politiky

stěží predikovat) na tom budou hůř. Zdravotní pojišťovny se budou potýkat se současnou fází ekono- mického cyklu, z níž poplynou vý- padky ve výběru zdravotního pojiš- tění. Mohou se ovšem utěšovat jed- nak příslibem úspor plynoucích z dokončené revize léků a jednak tím, že jim letošní rok na oplátku vloží do rukou dosud nebyvalou moc při uzavírání nových smluv s nemocnicemi. To by mělo vést k rušení části lůžek a hledání nové efektivity nemocniční sítě. Pojiš- ťovny mají v tomto vysoce citlivém procesu téměř volnou ruku, limi- tují je pouze nařízení týkající se časové a místní dostupnosti péče. Odolají-li korupčním svodům, jichž se v tomto úkolu skrývá skutečně mnoho, mohou pojišťovny odvést kus užitečné práce a také ušetřit so- lidní peníze.

Ředitelé nemocnic na tom také ne- budou tváří v tvář platovým poža- davek valně, ale zase je může hřát alespoň pocit, že mezi zdravotnic- kými zařízeními dostaly nemocni- ce jasnou prioritu a jsou jedinými

šťastlivci, jimž meziročně stoupají úhrady za péči. Nemluvě o tom, že nesmělý nástup systému DRG mů- že alespoň některým nemocnicím také trochu vylepšit účetnictví.

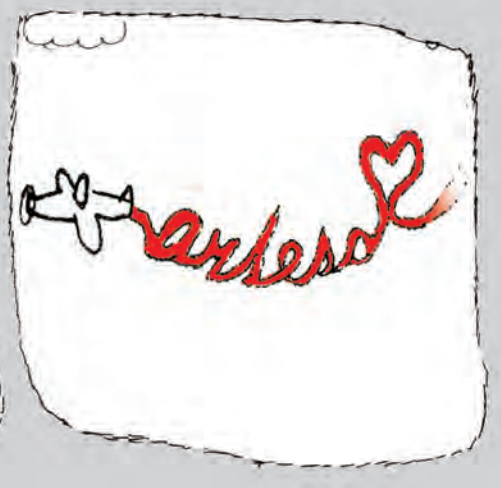
## Tristní vyhlídky

Soukromí lékaři se ovšem ve svých černých vizích nemohou utěšovat ničím. Peněz dostanou v nejlepší- m případě stejně jako loni. A to sku- tečně v nejlepší případě. Jestliže VZP došly peníze v prosinci a platit včas mohla začít jen díky znárod- něným 4 miliardám z „fondu pře- rozdělení“, mohou se začít uzavírat sázky, kdy tento jednorázový zdroj opět vyschne. Březen? Duben? A co přijde pak? No, a zřejmě aby toho nebylo málo, čeká soukromníky přeregistrace – bídně vysvětlená by- rokratická povinnost, která pro mnohé znamená přes všechno ujiš- ťování přinejmenším důvod k oba- vám.

Na to, že primární a ambulantní péče měly být podle vládního pro- gramu hýčkanou prioritou, jsou to dost tristní vyhlídky.

Inzerce A111019753

## Potřebujete úvěr?



My zbytečnosti  
nezkoumáme.

- \* prověřeno historií již od roku 1999
- \* úvěry právníkům i fyzickým osobám
- \* až do výše 30 milionů Kč
- \* rychlé vyřízení – schválení do 24 hodin

\* **artesa**

# Změny po zrušení regulace dle KORKO

Lékaři vítají ústup od regulace dle KORKO neboli korekčního koeficientu, který zrušila novela zákona o zdravotním pojištění. Prostřednictvím KORKO se kontrolovalo čerpání prostředků zdravotního pojištění jednotlivými zdravotnickými zařízeními.

Z novely zákona o veřejném zdravotním pojištění, která vešla v platnost v prosinci loňského roku, byl zcela vypuštěn § 41 o Informačním centru zdravotního pojištění (ICZP), který regulace dle KORKO vypočítával. „Kompletní zrušení tohoto pravidla hodnotíme pozitivně. Nyní pouze řešíme, jak bude vypadat regulace dle KORKO za 2. pololetí roku 2011, když přestalo platit uprostřed 4. čtvrtletí,“ říká předseda Sdružení smluvních specialistů (SAS) Zorjan Jojko.

VZP informuje poskytovatele zdravotní péče, že za 4. čtvrtletí 2011 již KORKO nebude počítáno a pro výpočet úhrady se použije hodnota 1,00. V letošním roce už nebude KORKO do úhrad vstupovat vůbec, respektive bude z úhrad vypuštěno. Pojišťovna ponechá v provozu ICZP, které bude do konce června 2012 vyřizovat reklamační týkající se 3. čtvrtletí 2011 a starších období.

## Nová regulace se zatím nechystá

SAS se také dle slov Zorjana Jojky zajímá, zda zdravotní pojišťovny



Zorjan Jojko. | Foto: Leoš Chodura

projeví snahu tento typ regulace nahradit jiným způsobem. „Pokud by k nějaké nové (nejen časové) regulaci mělo dojít, muselo by to být jednou z následujících možností. Buď dle zákona, kde v tuto chvíli žádná taková regulace zmíněna není, nebo v úhradové vyhlášce, ale v návrhu na rok 2012 jsme nic takového nezaznamenali. Poslední možnost je zanést regulaci do úhradového dodatku ke smlouvě mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními a ZP. V ta-

kovém případě by ale šlo o jinou dohodu, pro jejíž platnost je potřebný souhlas obou smluvních stran, takže zdravotnická zařízení mohou takový návrh, pokud by se jim nelíbil, odmítnout,“ vypočítává možnosti předseda SAS s tím, že od VZP nemá žádné signály, že by pojišťovna chtěla nahrazovat KORKO jiným typem regulace.

## Změny v nahlašování nositelů výkonů

Zrušený § 41 zákona o veřejném zdravotním pojištění však přinese i změnu v povinnosti zdravotnických zařízení sdělit správci centra za uplynulé čtvrtletí, a to nejpozději do 60 dnů, seznam jednotlivých nositelů výkonů k poslednímu dni daného období. Tato povinnost skončila s účinností od 1. 12. 2011. VZP ale zároveň připomíná, že povinnost sdělovat zdravotním pojišťovnám za uplynulé čtvrtletí, a to nejpozději do 60 dnů, seznam jednotlivých nositelů výkonů ukládá zdravotnickým zařízením § 40 odst. 6 písm. b) téhož zákona.

Petra Klusáková

## Pilotním programem ASAC prošly desítky ambulancí

Systém uznávání kvality provozu specializované ambulancí péče (The system of accreditations of the specialised ambulatory outpatient's care, ASAC), který byl vytvořen Sdružením ambulantních specialistů (SAS), má za sebou první fázi své implementace – pilotní program.

Pilotní program skončil 15. prosince loňského roku a zúčastnilo se jej celkem 398 zdravotnických zařízení provozujících specializovanou ambulancí zdravotní péči. Zájemci o akreditaci ASAC musí nejprve vyplnit dotazník umístěný na internetových stránkách [www.asac.cz](http://www.asac.cz). Zde se dozví, jestli jejich zařízení prošlo do dalšího kola, a mohou se rozhodnout, zda chtějí pokračovat. Poté zařízení navštíví dvoučlenná akreditační skupina, jejímž úkolem je kontrola správnosti vyplnění dotazníku a sepsání komplexního protokolu. V hodnocení provozu se například zohledňuje i estetický vzhled ordinace komplexu. Pokud ambulantní zdravotnické zařízení uspěje, obdrží certifikát kvality, který se vydává smluvně na pět let.

## Zlepšení kvality bez navýšení nákladů

„Podstatné procento účastníků pilotního programu tvořili anonymové. Ti se samozřejmě do dalšího kola dostat nemohli. Celkem 102 účastníků, kteří z anonymity vystoupili, však uspělo a několik desítek z nich již bylo navštíveno akreditačními skupinami,“ říká

místopředseda SAS Jan Štátný, který doufá, že se ASAC začlení mezi systémy hodnocení kvality, jež budou uznávány ministerstvem zdravotnictví i zdravotními pojišťovnami.

Sdružení nyní připravuje změnu statutu systému ASAC. V budoucnu půjde o právní osobu stojící mimo SAS, nejspíše o obecně prospěšnou společnost s vlastní správní a dozorčí radou. „Systém ASAC přispěje k podstatnému zlepšení ambulantně poskytovaných služeb, a to bez zbytečného navýšování nákladů zdravotnických zařízení a odlévání peněz mimo systém,“ uzavírá Jan Štátný.

(ktu)



Ilustrační foto: Shutterstock

## Změny na řídicích postech ve zdravotnictví

### Prvním náměstkem MZ Marek Ženíšek

Ministr zdravotnictví Leoš Hejger (TOP 09) jmenoval počátkem ledna svým prvním náměstkem místopředsedu TOP 09 PhDr. Marka Ženíška, Ph.D., který byl dosud náměstkem ministra spravedlnosti.

Bude mít na starosti řízení úřadu, fakultních nemocnic a státních ústavů. Ženíšek ve funkci nahradil svého stranického kolegu Vladimíra Pavelku, kterého mi-

nistr v prosinci jmenoval ředitelem IPVZ.

### Tři přednostové nových klinik v ÚVN

Počátkem ledna vznikly v Ústřední vojenské nemocnici (ÚVN) v Praze ve spolupráci s 1. lékařskou fakultou Univerzity Karlovy a Všeobecnou fakultní nemocnicí v Praze tři kliniky. Nově v ÚVN funguje klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, kterou vede MUDr. Tomáš Tyll, Ph.D. V če-

le kliniky traumatologie pohybového aparátu stojí prof. MUDr. Jan Bartoniček, DrSc. Přednostou onkologické kliniky se stal prof. MUDr. Luboš Petruželka, CSc. Kliniky se vedle léčby budou věnovat i přípravě mediků a vědeckým projektům.

### Nové vedení v Nymburce a Kutné Hoře

Ředitelka pověřená řízením Nemocnice Kutná hora JUDr. Alice Opočenská nyní povede Nemocnici Nymburk. Dosavadní krizový ředitel Nemocnice Nymburk Ing. Vladimír Měrka již ve vedení nemocnice po vypršení smlouvy pokračovat nechtěl. Post ředitele Nemocnice Kutná

hora stále zastává ředitel kolínské nemocnice MUDr. Petr Chudomel, ředitelem pověřeným řízením je MUDr. Zdeněk Heřmánek, který ji bude vést od 1. února.

### Změny v Novém Jičíně

Od 1. ledna provozuje Nemocnici s poliklinikou v Novém Jičíně Radioterapie, a. s., která je dceřinou firmou společnosti Agel. Od nového roku se nemocnice sloučí s Komplexním onkologickým centrem Nový Jičín a zařízení se přejmenuje na Nemocnici Nový Jičín, a. s. Zmíněné zdravotnické zařízení povede MUDr. Karel Dostálík, který od roku 2005 až do letošního března řídil Nemocnici Podlesí, kterou

nyní povede zdejší kardiolog MUDr. Karel Lukeš.

### Vítkovická nemocnice má novou ředitelku

Novou ředitelkou Vítkovické nemocnice, a. s., v Ostravě je MUDr. Marie Marsová, MBA, která dosud působila jako lékařská ředitelka společnosti Středomoravská nemocniční, kde řídila nemocnice v Prostějově, Přerově a Šternberku. Na tomto místě vystřídala MUDr. Petra Uhlíga, ten bude jako manažer pro zdravotní péči nadále působit v managementu zdravotnické skupiny Agel, do níž patří i ostravská nemocnice.

(ktu, ČTK)

# „Odfakultnění“ nebude mít vliv na péči ani výuku

Nemocnice Na Bulovce odstranila ze své brány přídomek „fakultní“ a definitivně tak zakončila předchozí dvacetiletou éru. Na faktické fungování to však nemá mít žádný hlubší dopad, tvrdí její ředitel Petr Zajíc.

Proces „odfakultnění“ se podle Petra Zajíce projevuje především formálními změnami, např. úpravou názvu klinik. Za nejnáročnější považuje administrativní kolotoč odstraňování přídomku „fakultní“ z úředních dokumentů, vývěsních cedulí a webových stránek. Navzdory tomu, že se jedná o skutečně velké zdravotnické zařízení, by náklady spojené s přerodem nemocnice v první fázi neměly přesáhnout řádově desítky tisíc korun.

## Výuka bude pokračovat

Jedním z argumentů podporujících „odfakultnění“ dvou významných pražských nemocnic (vedle Bulovky se obdobný proces týká i Thomayerovy nemocnice) bylo, že v hlavním

městě sídlí pouze tři lékařské fakulty, a tudíž není třeba mít pět fakultních nemocnic. Přesto se z nejvyššího vedení dotčených nemocnic ozývá, že v rámci výuky mediků a sester zůstane vše při starém. „Některé kliniky, jež spolupracovaly s lékařskými fakultami, jsou v rámci pregraduální i postgraduální výuky unikátní, a proto není důvod, aby zde výuka nepokračovala. Na jejím zajištění mají zájem lékařské fakulty a samozřejmě i ministerstvo,“ upřesnil Petr Zajíc. Zda bude příprava studentů medicíny i dalších oborů pokračovat na Bulovce ve stejné míře, však zdaleka není jisté. Podle Zajíce totiž jednání s vedením jednotlivých fakult stále ještě probíhají.

## Management zeštíhlil

Ředitel Zajíc nyní přistoupil k další redukci managementu nemocnice. K 11. lednu byli ze svých funkcí odvoláni dva náměstci: primář Svojmil Petránek a primář Tomáš Podlešák, oba vykonávali funkci náměstků na úvazek 0,5 nad rámec svých primariátů. Funkci obou převzala Andrea Vrbovská, která dříve působila jako náměstkyně ředitele IPVZ. K první rekonstrukci managementu došlo již na konci loňského roku, kdy byla zrušena pozice náměstkyně pro kvalitu, akreditaci a infekční problematiku, kterou zastávala Hana Roháčková, a pozice náměstkyně pro onkologickou péči, již vykonávala Jitka Abrahámová. „Domnívám se, že toto zeštíhlení



Foto: Filip Kůt Citores

managementu nijak neohrozí chod nemocnice, ale naopak přispěje k vyšší efektivitě procesů. V konečném důsledku zafunguje i jako úsporné opatření,“ vysvětlil tehdy Petr Zajíc.

## Metropolitní nemocnice v mlze

Hlavní město Praha před časem projevilo o Nemocnici Na Bulovce zájem. Rádo by z ní mělo v budoucnu svou metropolitní nemocnici. Překážkou však byly její vnitřní dluhy. I po změně politické situace na pražské radnici je situace stále poměrně nejasná. Bulovka tak zatím zůstane i nadále pod kuratelou ministerstva zdravotnictví.

„Co se týká medializovaného procesu přechodu na metropolitní nemocnici, v současnosti zůstáváme stále pod ministerstvem zdravotnictví a s napětím očekáváme, jak dopadnou jednání zastupitelstva. V tomto roce je proces převodu na takzvanou metropolitní nemocnici pod město Praha poměrně nejistý. Jedná se o složitý administrativní i legislativní proces, do kterého nemůžeme zasahovat a vyjadřovat se k němu do té doby, než bude znám výsledek jednání na radnici. Poté si město nepochybně udělá detailní přehled o ekonomice zařízení, jeho vnitřním dluhu a zaujme své stanovisko,“ sdělil ředitel.

Filip Kůt Citores

Inzerce A121000455

Hledáte seriózní ekonomické zprávy? Čtěte deník E15

WWW.E15.CZ



Každý den v prodeji za 10 Kč. Předplatné na [www.E15.cz/chci-predplatne](http://www.E15.cz/chci-predplatne)

# Slovensko chce zavést systém DRG

Slovenské úřady připravují zavedení systému DRG. Zda se tento způsob plateb nakonec dostane i do praxe, však zatím není jisté.



Ilustrační foto: Shutterstock

Jak připomíná slovenský deník Pravda, pokusy o zavedení DRG zažila země již v minulosti. Poprvé se o něj snažilo ministerstvo zdravotnictví v roce 1995, stihlo ovšem pouze vypracovat standardní postupy pro výpočet nákladů a přezkoumat možnost klasifikace diagnóz a výkonů – kvůli nedostatku finančních prostředků totiž o necelé dva roky později veškerou tuto činnost zastavilo. Také v roce 2006 přislíbila vláda v programovém prohlášení podporu objektivnějším úhradovým mechanismům, žádné konkrétní kroky však nepodnikla.

## Oboustranná výhoda

V současnosti slovenský Úřad pre dohľad nad zdravotnou sta-

rostlivostou spustil ve spolupráci s německým Institutem pro systém odměňování v nemocnicích (Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus; InEK) první fázi přípravy DRG systému, v jejímž rámci sestavují katalog výkonů.

Lékaři snahy o změnu systému úhrad vítají. „Jde o spravedlivější postup rozdělování peněz a plateb za zdravotnické výkony. Zároveň je ale dražší, takže bude záviset na politicích, zda na něj najdou peníze,“ uvedl prezident Slovenskej lekárskej komory Milan Dragula. Také Asociácie nemocnic Slovenska považuje přechod na DRG za důležitý krok. „Systém přináší výhodu i pro pacienty. Pokud ředitel nemocnice dostane více peněz, část použije na odměny zaměstnanců a zbytek na zvýšení kvality zdravotní péče, aby se udržel na trhu,“ vysvětluje viceprezident asociace Peter Öttinger, jenž je sám členem týmu, který na zavedení DRG do slovenského zdravotnictví pracuje.

## Ambiciózní deadline

Zatím není jasné, kolik bude přechod na systém DRG stát. Před-

седа Úřadu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou Ján Gajdoš nejprve tvrdil, že vláda bude muset vynaložit přibližně 350 až 360 milionů eur, později však tuto částku dementoval. „Jaká bude realita, je otázkou politických rozhodnutí v následujícím období,“ uvedla mluvčí úřadu Miroslava Muchová. Zatím jsou všechny přípravné práce hrazené z prostředků Úřadu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, jenž má ve svém rozpočtu na tuto činnost vyčleněno 9,2 milionu eur. Zmíněnou částku pak bude od slovenské vlády požadovat nazpět. Pomoci má rovněž Evropský sociální fond, země již zažádala o přidělení 6,2 milionu eur na implementaci DRG.

Nový systém plateb by měl začít fungovat od roku 2013, mnozí odborníci však již nyní upozorňují, že tento termín nemusí být reálný. „Je nutné si uvědomit, že i ve vyspělých zemích trval vývoj a zavedení systému několik let, někde i desetiletí. Proto je deadline v podobě roku 2013, který máme stanovený, více než ambiciózní,“ cituje deník Pravda Ján Gajdoš.

(Zdroj: Pravda)

Květa Havlová

## USA: Nemocnice hlásí pouze každé sedmé pochybení

Američtí federální vyšetřovatelé zveřejnili zprávu, podle níž zdravotníci rozeznají a nahlásí pouze každou sedmou událost, k níž dojde v nemocnici a která vede k poškození pacientova zdraví.

Vyšetřovatelé amerického ministerstva zdravotnictví navíc zjistili, že i když zaměstnanci zdravotnického zařízení své pochybení či jinou událost vedoucí k poškození pacienta (nejčastěji se jedná o zranění, nález neozokomiální infekcí, špatnou medikaci apod.) nahlásí a nemocnice provede příslušné vyšetřování, pouze v mízném procentu případů přijme opatření, aby již k situaci napříště nedošlo.

## Nevědomost, nikoli zatajování

Ministerští úředníci se v rámci svého vyšetřování zaměřili na zdravotní záznamy pojištěnců programu Medicare, jež prozkoumávali nezávislí lékaři. Jak zjistili, většina chyb zdravotníků či zdravotních problémů, k nimž u nemocných došlo v důsledku pobytu v nemocnici, nebyla nikdy nahlášena, ačkoli to zdravotnickým zařízením ve většině amerických států ukládá platná legislativa. Podle odhadů jednoho z autorů vyšetřovací zprávy Daniela R. Levinsona se s pochy-

bením personálu nebo s příhodou ohrožující pacientův život či zdraví setká každý měsíc více než 130 tisíc pojištěnců Medicare.

Jak Daniel Levinson uvádí, hlavním problémem přitom není, že by zdravotníci chtěli tyto události zatajit; často totiž vůbec nepoznají, že právě ony jsou příčinou zhoršení stavu nemocného, případně nepovažují událost za natolik závažnou, aby bylo nutné ji hlásit. Obecně platný seznam situací ohrožujících pacientovo zdraví, k nimž dojde v nemocnici a které zaměstnanci musejí nahlásit, dosud neexistuje. Představitelé programu Medicare se proto již zavázali k jeho vytvoření a vyzvali vedení zdravotnických zařízení, aby své zaměstnance proškolili. Snížení počtu chyb v nemocnicích je i jednou z priorit kabinetu prezidenta Baracka Obamy. Byla proto přijata řada opatření, jak ovšem podotýká zpráva ministerstva zdravotnictví, jen malý počet nemocnic je převedl do praxe.

(Zdroj: New York Times)

(kha)

## Maďarské „Děkujeme, odcházíme“ odloženo

K podobné akci jako jejich slovenští, respektive čeští, kolegové se chystali maďarští lékaři. Nakonec svůj protest odložili.

Neutěšená finanční situace v maďarském zdravotnictví, neadekvátní ohodnocení tamních lékařů a nedostatečné podmínky pro začínající lékaře – to byly hlavní důvody zamýšlených protestů zdravotníků.

## Tříměsíční odklad

Asociace maďarských lékařů zvolila pro protestní akci stejnou podobu jako český LOK, tedy podání hromadných výpovědí, a to ke konci roku 2011. Ty podle ní podepsalo a předalo do úschovny na 2500 lékařů, další pak podepsali petici proti dobrovolné práci přesčas. Vláda Viktora Orbána v prosinci vyzvala ministerstva spravedlnosti a národních zdrojů, aby vypracovala plán, jenž by měl předejít krizové situaci, která nastala po výpovědích zdravotníků na Slovensku. Tento plán počítal mimo jiné se vznikem místních nouzových výborů, v nichž by byli zastoupeni představitelé zdravot-



Viktor Orbán. | Foto: Britannica

nictví i veřejné správy, kteří by v případě potřeby přidělovali lékaře do oblastí s akutním nedostatkem zdravotníků.

K naplnění hrozeb lékařů však zatím nedošlo – po sérii jednání s premiérem a zástupci ministerstva zdravotnictví asociace oznámila, že se rozhodla kampaň o tři

měsíce odložit. Důvodem se stal slib Viktora Orbána, že lékařům v novém roce stoupnou platy, navíc kabinet do resortu zdravotnictví převedl koncem loňského prosince 27 miliard forintů, jež mají pokrýt dluhy nemocnic a částečně i zvýšení mezd.

(Zdroj: ČTK)

(kha)

# Británie debatuje o asistované sebevraždě

Britská expertní skupina znovu otevřela v zemi diskusi o povolení asistované sebevraždy, když došla k závěrům, že by tato praxe měla být v Anglii a Walesu legalizována.

Podle Komise pro asistované umírání (Commission on Assisted Dying), jejímiž členy jsou zastupci lékařů, právníků a dalších odborníků, je současná britská legislativa nedostatečná a vyžaduje radikální změnu.

## BMA i vláda proti

Skupina navrhuje, aby byla asistovaná sebevražda povolena u pacientů starších 18 let, kteří jsou nevyлéčitelně nemocní a zbývá jim méně než 12 měsíců života. Tito pacienti musejí

být mentálně naprosto v pořádku a jejich stav by měli nezávisle na sobě posoudit dva lékaři. Autoři zprávy navíc předpokládají, že by si nemocní museli vzít „smrtící léky“ sami – podání látky cizí osobou, tedy eutanazie,

by mělo být i nadále zakázáno. Pacienti by rovněž dostali nějakou dobu „na rozmyšlenou“. Komise mimo jiné upozorňuje, že aby mohlo v otázce asistované sebevraždy dojít k tak radikální změně, je nutné zlepšit úroveň paliativní péče, aby nedocházelo k případům, kdy se pacienti pro asistovanou sebevraždu rozhodnou na základě nedostatečného přístupu k tomuto druhu péče.

Zpráva Komise pro asistované umírání vyvolala vlnu kritiky – řada odborníků ji označila za neobjektivní (poukazují především na skutečnost, že členy komise

jsou téměř výhradně zastánci legalizace asistované sebevraždy a financována je spisovatelem Terry Pratchettem trpícím Alzheimerovou chorobou a bojujícím za asistovanou sebevraždu). Od iniciativy se distancovala i Britská lékařská asociace (BMA). „Existuje mnoho různých pohledů na asistovanou sebevraždu, BMA přesto věří, že většina lékařů je proti její legalizaci,“ uvedla mluvčí asociace. Také vládní představitelé deklarovali, že o změně zákonů v této oblasti neuvažují.

(Zdroje: BBC, MedIndia)

(kha)

## Krátce ze zahraničí

- Třetí evropskou zemí, v níž se lékařům úspěšně podařilo provést transplantaci obličeje, se stala **Belgie**. Zákrok, na němž se podílelo 65 zdravotníků a který trval 20 hodin, dopadl podle vedoucího týmu Phillipa Blondeela nad očekávání dobře. Belgičan, jenž si přál zůstat v anonymitě, je již devatenáctým pacientem na světě, je muž byl obličej transplantován.

- První protivládní protest roku 2012 v **Řecku** zorganizovali tamní lékařští zaměstnanci veřejných zdravotnických zařízení a lékárníci, kteří 2. ledna zahájili několikadenní stávkou, během níž hodlali poskytovat jen bezodkladnou akutní péči. Protestovali tak proti snížení výdajů na zdravotnictví, jež pro ně podle jejich slov bude mít existenční dopady. Řecký kabinet se brá-

nil nutností úsporných kroků, k nimž se zavázal.

- Geisingerova nemocnice v americkém státě **Pensylvánie** hodlá od 1. února zavést při přijímání nových zaměstnanců tzv. nikotinový screening, jemuž se zájemci musejí podrobit. Zdravotnické zařízení totiž v budoucnu nechce přijímat do pracovního poměru kuřáky – ti mají půl roku na to, aby se své závislosti zbavili a mohli se o práci ucházet znovu. Opatření se nebude vztahovat na kuřáky, kte-

ří již v nemocnici pracují. K podobnému kroku přistoupila i jedna z nemocnic v Ohiu, eliminace zájemců o práci podle toho, zda kouří, je legální v 19 amerických státech.

- Panamerická zdravotnická organizace (OPS) uvedla, že za poslední rok podleho epidemii cholery na **Haiti** již téměř 7 tisíc obyvatel. Více než 520 tisíc se nemocí nakazilo, každý den navíc přibývá dalších 200 případů. Podle organizace může situaci ještě zhoršit nadcházející období dešťů.

- Zatím nevyšvětlenou chorobou, k jejímž příznakům patří především třes rukou a nekontrolované kývání hlavou, onemocněly v **Ugandě** na 3 tisíce dětí. Úřady neznají původ nákazy ani způsob přenosu, spekuluje se o otravě jedy, jež v oblasti používali povstalci Armády božského odporu. Ugandská vláda nařídila vyšetřování, jehož výsledky by měly být známy v nejbližší době. Za poslední dva roky si tato záhadná nemoc vyžádala již 60 obětí.

(Zdroje: ČTK, Reuters)

(kha)

Inzerce A121000448

Mladá fronta  
divize Medical  
Services  
představuje

### Akutní kardiologie do kapsy

Přehled současných diagnostických a léčebných postupů v akutní kardiologii

Příručka krátce a stručně informuje lékaře o nejčastějších akutních příhodách v kardiologii a na základě současných platných doporučení České kardiologické společnosti uvádí jak co nejlépe postupovat u jednotlivých popsaných akutních stavů. V každé kapitole jsou stručně popsány příznaky onemocnění, jež charakterizují srdeční příhodu, a diferenciálnědiagnostické možnosti i léčebné algoritmy tak, aby se lékař mohl rychle rozhodnout o strategii léčebného zákroku a dalších nezbytných opatřeních jak v rámci přednemocniční péče, tak v nemocničním zařízení.

Autor: prof. MUDr. Jan Vojáček, DrSc., FESC, FACC  
Doporučená cena 220 Kč



### Hematologické kazuistiky nejen pro hematology

aneb jak nepřehlédnout leukemii v každodenní praxi

Publikace vychází ze zkušeností a každodenních kontaktů autorů s jejich pacienty. Cílem je zdůraznit příznaky krevních nemocí a ukázat jak se od nich lze dostat ke stanovení diagnózy i co všechno tento proces znesnadňuje. Dosud se totiž neřídká stává, že pacienti s krevními nemocemi jsou i při typickém klinickém obrazu nesprávně léčeni řadu měsíců. Mnohé z nich lze přitom při včasné zachytu velmi dobře léčebně ovlivnit, některé dokonce vyléčit zcela.

Autoři: doc. MUDr. Andrea Janíková, Ph.D., prof. MUDr. Michael Doubek, Ph.D.

Doporučená cena 250 Kč



AESKULAP



MEDICAL  
SERVICES

Komplexní informační servis ve zdravotnictví

Mladá fronta a. s., Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4 - Modřany, tel. 225 276 168, www.medical-services.cz, e-mail: imihyms@mfi.cz

Při objednání na **knihy.cz**  
sleva 15%



# IV. kongres medicínského práva

V souvislosti s nově schválenými klíčovými zákony zdravotnické reformy, kterými jsou zákon o zdravotních službách, zákon o specifických zdravotních službách a zákon o zdravotnické záchranné službě, přinesl IV. kongres medicínského práva (konaný 1.–2. 12. v pražském hotelu Pyramida) zamyšlení nad novými právními předpisy a nově vymezenými pojmy. Diskutovali o nich zástupci z řad lékařů, právníků, poslanců a akademiků. Ústředním tématem kongresu bylo nové znění pojmu *lege artis*.

Konferenci zahájila přednostka Ústavu veřejného zdravotnictví a medicínského práva I. LF UK a předsedkyně Společnosti medicínského práva ČLS JEP MUDr. Mgr. Jolana Těšínová. „Téma poskytování zdravotních služeb *lege artis* je klíčovou povinností všech zdravotníků. Začínáme diskutovat nad novou definicí tohoto pojmu, novými povinnostmi a právy pacientů i poskytovatelů, a mohu konstatovat, že tyto diskuse jsou hodně polarizované,“ uvedla MUDr. Těšínová. Poukázala rovněž na otázky, které se objevují se zmíněnou novou právní úpravou pojmu *lege artis*: Znamená omezení dostupnosti péče pro pacienty? Dochází ke snížení odpovědnosti zdravotníků? Nebo jde jen o *status quo* vyjádřený jinými slovy? Přání, aby se zvyšovala kvalita legislativního procesu a nový zákon o zdravotních službách platil beze změn alespoň několik let, vyjádřil děkan I. LF UK v Praze prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA, který nad kongresem převzal záštitu. „Člověk by měl mít úctu k právu, na druhé straně právo přináší někdy ulehčení, jindy ztížení manažerské práce. Mnohé zákony nejsou v takové kvalitě, aby je společnost mohla akceptovat. Případá mi to, jako bychom měli operovat pacienta, otevřeli jej, odstranili mu 60 procent nádoru, pak ho nechali zašít a za týden si vzpomněli, že tam je ještě zbytek – a tak se to opakuje několikrát... Někdy se to svádí na rychlost, jindy na politické důvody. Nad některými částmi zákona o zdravotních službách si kladu otázku, co tím zákonodárce chtěl říci. Některá ustanovení nepřinášejí benefit ani z hlediska legislativy, ani z hlediska chodu zdravotnického zařízení,“ posteskl si profesor Zima.

## Zákon o zdravotních službách

O základních změnách, k nimž dochází v souvislosti s přijetím

zákona o zdravotních službách (č. 372/2011 Sb.), který nahrazuje zastaralý zákon č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu, informovala ředitelka odboru zdravotních služeb MZ ČR MUDr. Helena Sajdllová:

- Zákon stanoví jednotné podmínky pro udělování oprávnění k poskytování zdravotních služeb pro všechny poskytovatele.
- Je definován pojem zdravotnické zařízení.
- Definuje se pojem *lege artis*.
- Mění se postavení pacienta, který bude hlavním účastníkem procesu poskytování zdravotních služeb.
- Jasně se stanovují práva a povinnosti pacientů, poskytovatelů zdravotních služeb a zdravotnických pracovníků. Zákon definuje právo pacienta na informace o zdravotním stavu a léčebném plánu včetně možnosti odmítnout tyto informace, určit osoby k přijetí informací o jeho zdravotním stavu či možnosti vyslovení nesouhlasu s navrhovanou zdravotní péčí. Tyto náležitosti jsou součástí informovaného souhlasu. Zákon reguluje použití dříve vysloveného přání pacienta a zakotvuje jeho právo na druhý názor či právo nahlížet do zdravotní dokumentace. Pacient má právo na informace o možnostech následné zdravotní a sociální péče. Na druhé straně umožňuje propustit neukázněného pacienta ze zdravotnického zařízení či ambulantní péče, zakotveno je i právo odmítnout přijetí pacienta. Precizně je definována povinnost poskytovatelů předávat si navzájem informace s tím, že všechny by měly končit u praktických lékařů.
- Nově se zavádí povinnost zavést systém hodnocení kvality a bezpečnosti poskytovaných zdravotních služeb.
- Taktéž nově je přidán rozpor s etickým přesvědčením a možnost využití „výhrady svědomí“.

- Práva budou vymahatelná, za neplnění povinností budou ukládány sankce.
- Dochází ke zjednodušení registračního procesu poskytovatelů péče, zavádí se institut pozastavení oprávnění poskytování zdravotní péče až na dobu 1 roku.
- Nově se zavádí samostatná zdravotnická praxe, kdy jeden lékař bude moci poskytovat zdravotní služby ve zdravotnickém zařízení více poskytovatelům, tak jako se dnes již běžně děje v případě gynekologů či anesteziologů.
- Zákonem je dále upraveno nakládání se zdravotnickou dokumentací a vedení Národního zdravotnického informačního registru. Nově vznikají Národní registr poskytovatelů a Národní registr zdravotnických pracovníků.
- Zákon řeší i problematiku ohledání těla zemřelého a provádění pitev – nově se umožňuje neprovést pitvu ve specifických případech, jako je úmrtí dítěte na onkologickém oddělení.
- Upravena je problematika řešení stížností pacientů, kompetence správních úřadů k provádění kontroly či provoz center vysoce specializované péče.

## Nové pojetí *lege artis*

Srovnání pojmu *lege artis* tak, jak byl chápán v souvislosti se zákonem o péči o zdraví lidu a jak na něj bude třeba nahlížet v kontextu nové právní úpravy zákona o zdravotních službách, nastínil JUDr. MUDr. Roman Žďárek, Ph.D., MBA. „*Lege artis* není pojem, s nímž by běžně pracovaly právní předpisy. Ve ‚zdravotnických‘ zákonech však nacházíme analoga tohoto pojmu. V užším slova smyslu je pojem *lege artis* myšlen odborně správný postup. V širším slova smyslu jde navíc o soulad s dalšími právními povinnostmi, jako je například vyžádání si informovaného souhlasu. V právní praxi se pojem



Foto: Společnost medicínského práva ČLS JEP

*lege artis* běžně užívá v užším slova smyslu a znalcům bývá položena otázka: Byl daný postup *lege artis*? Přičemž se očekává právě jen odborné lékařské posouzení. Běžně tedy pojmem míníme odborně správný postup,“ vysvětlil doktor Žďárek.

Odkázal se rovněž na další právní předpisy. Např. Úmluva o lidských právech a biomedicíně v článku 4 stanoví, že jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví včetně vědeckého výzkumu je třeba provádět v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy (analogie postupu *lege artis*). Podobně v zákoně o péči o zdraví lidu se uvádí, že zdravotní péče je poskytována v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy. Nový zákon o zdravotních službách předchází definici opouští a zavádí právo pacienta na poskytování zdravotních služeb na náležité odborné úrovni (§ 28 odst. 2). Ta je v § 4 odst. 5 definována jako poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů při respektování individuality pacienta a s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti.

„Je třeba varovat před příliš extenzivním výkladem pojmu ‚dostupnost‘ stejně jako se vystříhat široké interpretace ohledu na konkrétní podmínky v definici náležité odborné úrovně zákona o zdravotních službách,“ upozorňuje Roman Žďárek. „V případném právním sporu se nelze odvolávat na skutečnost, že v konkrétním zařízení byla momentálně péče nedostupná. Pacientovi je třeba tuto péči zprostředkovat.“

## Trestněprávní odpovědnost zdravotníka

Předseda senátu Nejvyššího soudu ČR JUDr. František Púry seznámil přítomné s problematikou trestní odpovědnosti za nedodržení postupu *lege artis* v medicíně. Připo-

mněl, že trestní právo by mělo být uplatňováno jako nejzáštitivnější prostředek u případů společensky škodlivých a po vyčerpání jiných právních možností, jako je občanské a správní právo či disciplinární řízení. Nový trestní zákoník z roku 2009 navazuje na předchozí právní předpisy a nepřináší žádné podstatné rozšíření trestní odpovědnosti zdravotníků za nedodržení postupu *lege artis*. Podle doktora Púryho se nadále budou nejčastěji postihovat trestně činy proti životu a zdraví, zpravidla z nedbalosti. Zejména se jedná o usmrcení, těžké ublížení na zdraví, ublížení na zdraví a neposkytnutí pomoci. Co se týče zavinění, prozatím může nést trestní odpovědnost jen fyzická osoba, uvažuje se ale o rozšíření odpovědnosti na právnické osoby. Nový trestní zákoník dále upravil dva právní instituty jako okolnosti vylučující protiprávnost činu: svolení poškozeného a přípustné riziko. Do kategorie svolení poškozeného však nelze řadit souhlas se zákroky vedoucími k ublížení na zdraví nebo usmrcení (eutanazie). Přípustné riziko se týká například uplatňování nových poznatků vědy. Problematiku formálního pojetí trestného činu s materiálním korektivem u trestných činů v oblasti zdravotnictví, jak ji vymezuje nový trestní zákoník, přednesl ředitel analytického a legislativního odboru Nejvyššího státního zastupitelství ČR JUDr. Miroslav Růžička, Ph.D. Uvedené ustanovení umožňuje diferencovat postihy podle závažnosti trestných činů. „Vzhledem k tomu, že trestné činy páchané ve zdravotnictví spadají do oblasti méně závažných trestných činů a úmyslné zavinění je spíše zásadní, je na místě uplatnit zásadu subsidiarity trestní represe a upřednostnit dekriminalizační postupy, respektive mírnější trestní postihy, například finanční odškodnění,“ upřesnil JUDr. Růžička. Přihléd-



nout je vždy třeba k individuálnímu případu, věc nelze zobecnovat. Uvedená právní úprava slouží i k tomu, aby se trestně nestíhala jednání, která trestným činem nejsou. Orgány v trestním řízení by podle doktora Růžičky měly vycházet z této zásady. Policejní orgán či státní zástupce tak mohou zastavit řízení v období prověřování, před podáním obžaloby a zahájením trestního stíhání, které pro obžalovaného (i v případě zproštění obvinění) nezřídka má negativní společenský dopad.

### Škoda na zdraví a zásah do osobnostních práv

Předseda senátu Nejvyššího soudu ČR JUDr. Petr Vojtek vymezil oblast občanskoprávní odpovědnosti za škodu na zdraví pacienta. Smyslem tohoto právního institutu je napravit (alespoň částečně) vzniklou újmu na zdraví. Občanský zákoník upravuje odpovědnost za škodu obecnou, způsobenou pochybením zdravotníka či postupem *non lege artis* (§ 420), a škodu zvláštní, způsobenou okolnostmi, které mají původ v povaze přístroje, přípravku či jiné látky použité při poskytnutí zdravotnických služeb (§ 421a). Strana požadující náhradu škody přitom musí v žalobě prokázat, že a) došlo k porušení právní povinnosti, b) došlo ke vzniku škody, c) mezi oběma je příčinný vztah. Právě prokazání příčinné souvislosti bývá podle JUDr. Vojtky obtížné a často je důvodem, proč žalující strana ve sporu neuspěje.

Na právní odpovědnost zdravotníků při poskytování zdravotní péče *non lege artis* a zásah do osobnostních práv se zaměřil soudce Krajského soudu v Brně JUDr. Michal Ryška. „Žaloby z titulu ochrany osobnosti bývají často podávány ze strany sekundárních obětí, kdy například usmrcením či fatálním poškozením pacienta došlo k zásahu do práva na ochranu soukromí a rodinného života osoby blízké. Jiným případem mohou být spory vzniklé z nucené péče bez svobodného informovaného souhlasu či spory pro porušení povinné mlčenlivosti zdravotníka,“ vysvětlil doktor Ryška.

Zároveň upozornil na skutečnost, že není možné dvojí odškodnění za identický skutek (z titulu náhrady škody i z titulu ochrany osobnosti), jak stvrdil svým rozhodnutím i nejvyšší soud v případě pacientky, která se tohoto duplicitního odškodnění domáhala po voperování nesprávně nastrojených čoček a následném zhoršení zraku. Předmětný judikát byl zařazen do Sbírký soudních rozhodnutí nejvyššího soudu.

### Problémy se soudními znalci

JUDr. Ryška dále upozornil na možné důsledky odklonu v chápání *lege artis* ve smyslu „dle pravidel lékařského umění“ směrem k celostnímu nazírání na tento pojem, kdy *lege artis* zahrnuje postup v souladu s medicínským právem. Tento posun chápání má podle něj dva kritické body: Jednak kolizi medicínské a právní optiky – takový konflikt může typicky nastat v případě negativního reverzu (nebo dříve vysloveného právního), kdy právo nemocného odmítnout léčbu přináší lékaři dilema i určité trauma. Za druhé předkládá otázku, kdo a v jakém rozsahu posoudí, zda byl postup *lege artis*. Znalec se totiž může vyjádřit jen k odbornému postupu, ne k právním otázkám.

V samotném odborném posouzení *lege artis* vidí velký problém ředitel právní kanceláře České lékařské komory JUDr. Jan Mach. „U soudu je názor znalce pokládán téměř za Písmo svaté. Ale víme vždy, kdo je tím znalcem, jakou má kvalifikaci? Mnohdy se vyjadřuje i k postupům, které mu nepřísluší. Přitom se takový názor těžko vyvrací. Různí znalci navíc předkládají protichůdné posudky. Často si jako znalci přivydělávají důchodci, kteří už léta nepracují ve svém oboru. Znalec by přitom měl být vysoce kvalifikovaný odborník, což je při jejich současném finančním ohodnocení obtížné.“ Nový zákon o znalcích by podle doktora Macha měl mít samostatnou část věnovanou znalectví ve zdravotnictví a podčást zaměřenou na relevanci znaleckého posudku. „Nebude-li fungovat kvalitní znalecká činnost, soudy nemají šanci soudit spravedlivě,“ upozorňuje Jan Mach.

### Ústavněprávní limity

Soudce Ústavního soudu ČR prof. JUDr. Pavel Holländer, DrSc., ve své kritické filozofující reflexi „Ústavněprávní limity regulace plateb za zdravotní péči“ naznačil, že počátek 21. století charakterizuje posun medicínského práva od tradičních témat a etických otázek směrem k ekonomické problematice. Příčinu vidí ve dvou skupinách okolností: Zaprvé v mimořádném rozvoji medicíny, který spolu se stárnutím populace a nárůstem chronických onemocnění vede k výraznému zvýšení nákladů na medicínskou péči, což je prohlubováno současnou krizí veřejných financí. Zadruhé v ekonomizaci přístupu k veřejnoprávní věcem, přičemž ambicí ekonomie je snaha stát se univerzální sociální vědou, včetně for-

mulace univerzální metodologie analýzy lidského chování. Tento trend se podle něj odráží i v rozhodování Ústavního soudu, kdy se judikatura soustřeďuje více na otázky ekonomické než mravní.

„Jedním ze základních, ústavně garantovaných sociálních práv je zajištění lidsky důstojné zdravotní péče. Následně právní předpisy nesmějí zmařit smysl tohoto ústavního práva,“ zdůraznil profesor Holländer. „Domnívám se, že článek 31 ve spojení s článkem 4 Listiny základních práv a svobod vytváří pro zákonodárce prostor pro přijetí zákonné úpravy částečného hrazení zdravotní péče mimo systém veřejného pojištění za podmínku, že nebude docházet k omezení přístupu k potřebné zdravotní péči. Zakotvení těchto plateb by tak nemělo být překvapivé.“

Pavel Holländer na závěr poukázal na příkladný posun myšlení ekonoma Richarda Posnera – od racionality a maximalizace účinku směrem k etickému a lidsky spravedlivému hledisku – a dodal, že judikatura ústavního soudu nemůže nahradit demokratický diskurz, který by měl probíhat v co nejširším veřejném prostředí.

### Nedostupnost indikované péče

Zástupkyně Ligy lidských práv Mgr. Zuzana Candigliota poukázala na napětí mezi právy pacientů (pojištěnců) na kvalitní zdravotní péči a existencí regulačních omezení této péče, vyplývajících ze zákona o veřejném zdravotním pojištění a zákona o zdravotních službách. Vyjádřila obavy, že nová právní úprava *lege artis* a možnost odvolat se na „konkrétní podmínky“ nahrává zdravotním pojišťovnám a může omezit práva pacientů. Současně citovala rozhodnutí Ústavního soudu, z něhož vyplývá, že je možné překročit tyto li-

mity, a to nejen v případě neodkladné péče.

Podle Mgr. Candiglioty však takový krok může být pro zdravotnické zařízení riskantní a mohl by mít za následek vypovězení smlouvy ze strany zdravotní pojišťovny. Obává se proto, že z důvodu regulačních opatření lékaři nebudou informovat své pacienty o veškerých léčebných možnostech. „Pacient domáhající se indikované péče má možnost podat žalobu, musel by však prokázat, že bez této péče u něj dojde k újmě, což je obtížné. Jinou možností je vycestování za péčí do zahraničí. Tu je však nutné nejprve uhradit a až poté se může domáhat úhrady u své pojišťovny, která nemusí zaplatit péči v plné výši, takže toto si budou moci dovolit jen majetnější pacienti,“ domnívá se Zuzana Candigliota.

### Regulace plateb vs. kvalita péče?

Na skutečnost, že nežijeme v ideálním světě, ale ve světě reálném, s rozdíly a limity danými historicky, politicky i regionálně, upozornil poradce ministra zdravotnictví MUDr. Pavel Vepřek. Připomněl, že nový zákon o veřejném zdravotním pojištění definuje základní hrazenou péči a tzv. ekonomicky nákladnější variantu, která bude vymezena v dalších předpisech. Zdravotnické zařízení má povinnost informovat o této možnosti s tím, že pacient, který se rozhodne pro nákladnější péči, doplatí rozdíl.

JUDr. Ryška doplnil, že k omezení péče nesmí docházet ani s odkazem na „konkrétní podmínky“ zdravotnického zařízení a pacient by měl být informován o dostupné péči, kterou např. poskytuje jiné zdravotnické zařízení.

Ve stejném duchu konstatoval JUDr. Ondřej Dostál, Ph.D., LL.M.,

z Platformy zdravotních pojištěnců ČR, že není možné, aby omezení úhrada ze zdravotního pojištění opravňovala poskytovatele nabízet pacientům nekvalitní péči.

Na závěr vyjádřený v rozsudku Ústavního soudu z dubna 2011 poukázal JUDr. Tomáš Doležal, Ph.D., z Ústavu státu a práva Akademie věd ČR. „V rozhodnutí je uvedeno, že pokud zdravotnické zařízení poskytuje pojištěnci nutnou a neodkladnou péči, je příslušná zdravotní pojišťovna povinna tuto péči uhradit i v případě, že byl v tomto období již vyčerpán finanční limit.“

Podle právníků bude s ohledem na tento rozsudek obtížnější uplatňovat regulační srážky paušalizujícím způsobem, ale bude nutno zkoumat překročení limitu ve vztahu k jednotlivému pojištěnci. Tomáš Doležal dále řekl, že důsledky překročení limitů by neměl nést pacient ani lékař, ale stát. Ústavní soud se v případném posuzování bude ptát, zda konkrétní péče byla nezbytná, problémem však podle něj zůstává vymezení pojmu „nezbytná péče“.

### Nárok na zdravotní péči

Předseda Výboru pro zdravotnictví Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR MUDr. Boris Šťastný uvedl, že zákon o zdravotních službách nepovažuje za zdravotnickou reformu. Skutečnou reformou podle něj musí být změna financování zdravotní péče a s tím související změny v systému zdravotního pojištění.

Za revoluční považuje změnu v zákoně č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, týkající se definice nároku pacienta. „Jde o definování toho, co může mít každý z nás jako vymahatelný statek. Do přijetí této novely měl každý nárok na věc. S novelou zákona 48/1997 nastávají nové časy pro pacienty i právníky. Pacienti se budou domáhat toho, na co mají nárok, a případný rozdíl mezi touto představou a realitou bude využíván i k soudním sporům,“ upozornil Boris Šťastný a poukázal na skutečnost, že tento nárok je v novém zákoně definován negativně a bude třeba jej rychle a transparentně doplnit o podzákoné normy.

Vznikly již první nadstandardy (lepší čočka, lehká sádra, jiná vakcína), mnoho procesů však podle MUDr. Šťastného dosud probíhá na hraně zákona. „Třeba příplácení za lepší pokoj v nemocnici je stále nelegální. Musíme nastavit systém jak tyto věci definovat, aby byl vyloučen klientelismus a korupce,“ uzavřel poslanec.

Andrea Skálová



Foto: Společnost medicínského práva ČLS JEP

# Nedostupná inovativní léčba způsobuje ztráty pacientovi i společnosti

Změny v lékové politice a vztah k inovativním originálním lékům z pohledu odborníků ve zdravotnictví přinesla konference nazvaná „Dopady současné lékové politiky a přínosy inovace“, jež se konala 3. listopadu 2011 v Tower Centre v Praze na Pankráci.

Z hlediska celkového financování systému zdravotnictví nejsou náklady na léky problémem. Zatímco náklady na ambulantní a lůžkovou péči rok od roku stoupají, náklady na léky již několik let stagnují. Náklady ze zdravotních fondů zdravotních pojišťoven, počítáme-li léky na předpis a ZULP, se pohybují stabilně kolem 30 miliard korun,“ uvedl MUDr. Tomáš Doležal, Ph.D., z Institutu pro zdravotní ekonomiku a technology assessment (iHETA) s tím, že však nikdo neví, zda jsou peníze investovány racionálně.

Nízké náklady na léky (na hlavu) vycházejí také z porovnání s ostatními evropskými státy, kde má Česko spolu se Slovinskem a Estonskem nejnížší podíl léků na celkových výdajích ve zdravotnictví. V porovnání s evropskými zeměmi naopak vedeme v počtu kontaktů s lékařem za rok, zde jsme s jedenácti návštěvami druzi (po Slovensku). Podobně je na tom ČR i v podílu nemocničních výdajů na celkových nákladech ve zdravotnictví.

## Levně léčený pacient je nákladný

Co se týče lékové politiky, Tomáš Doležal kritizoval přísnou regulaci inovativních léků, dlouhý průběh vstupních řízení a jejich nízkou dostupnost z důvodu omezování indikace. „Rychlý vstup skutečných inovací je v zájmu všech. Pro pacienta znamenají takové léky vyšší kvalitu a délku života, pro plátce maximalizaci užítka v rámci investovaných financí, vyšší kvalitu léčby a spokojeného pacienta, výrobcům inovativní léky přinášejí rychlejší a reálnější návratnost vložené investice a nakonec státu zdravější populaci, znamenají vyšší pracovní produktivitu i ekonomickou bilanci,“ vypočítal doktor Doležal a připomněl, že zpoždění vstupu inovativních léků na trh je nesrovnatelně vyšší než v ostatních evropských zemích.

Podle jeho názoru je mylné se domnívat, že zpomalování vstupu na český trh nemá žádný negativní vliv. „Je to velká ztráta pro pacienty. Nedostupná inovativní léčba znamená vyšší mortalitu, morbiditu a ztrátu roků života. Finanční dopad lze vyčíslit také pro společnost, na kterou negativně dopadají nepřímé sociální náklady spojené s pracovní neschopností či se snížením pracovního výkonu v důsledku neúčinné terapie.“ Zdravotní pojišťovny nejsou motivovány ke kontrole kvality, pouze ke kontrolám cen. Pokud například diabetik nebude včas a účinně léčen, vyjde jeho dočasná léčba levně. To však jen do té doby, než jeho zdravotní stav dojde do polymorbidní fáze, kdy z něj najednou bude vysoce nákladný pacient.

## MZ musí omezit přímé řízení

MUDr. Doležal zdůraznil, že systém vedoucí k rozhodnutí o úhradě nových léků by měl zahrnovat nejen dopady na rozpočet a celkový zdravotní dopad, ale i náklady na QALY (rok získaného života v plné, standardní kvalitě), dále metodu ICER (*incremental cost-effectiveness ratio*) neboli poměr rozdílu nákladů a účinnosti či metodu WTP (*willingness to pay*), tedy „ochotu platit“. Rovněž je třeba zohlednit potřeby cílové populace a nároky na léčbu dle současných poznatků, ale také míru inovace nového léku, což zahrnuje klinický přínos, přínos pro pacienta (PRO) a účinnost v klinické praxi. Nedílnou součástí hodnocení musí být cenová strategie, která stanoví možné slevy, cenovou paritu nebo *risk-sharing*.

Tomáš Doležal upozornil na principy HTA (*health technology assessment* – hodnocení zdravotních intervencí), které u nás při hodnocení léků téměř vůbec nejsou využívány. Mezi čtyři kroky posuzování léků patří zhodnocení terapeutického přínosu (*added value*), poměr nákladů a přínosů (*value for money*) neboli přidaná hodnota, dopad na rozpočet (*budget impact*) a cenová jednání či individuální schémata.



Ilustrační foto: Shutterstock

Na chybějící proces vyhodnocení inovací a potřebu standardizace hodnocení (HTA) upozornil i poradce ministra zdravotnictví MUDr. Pavel Vepřek, který vedle toho připomněl, že MZ by mělo v přímém řízení finančních toků hrát čím dál menší roli. „Ministerstvo nastavuje pravidla, ale zároveň má své zástupce ve zdravotních pojišťovnách a řídí zdravotnická zařízení, čímž nastává konflikt zájmů. Proto by se mělo vyvléci z poskytování zdravotní péče,“ myslí si doktor Vepřek.

## Změny u dočasné úhrady

Náměstek MZ pro zdravotní pojištění Ing. Petr Nosek poukázal také na změny, které inovativním lékům přinesla novela zákona o veřejném zdravotním pojištění, platná od 1. prosince 2011. Zmínil především dosavadní nedokonalé ukotvení tzv. dočasné úhrady, kterou lze vysoce inovativnímu léku přiznat maximálně třikrát na 12 měsíců v případě, že lék zatím nemá stanovenou trvalou úhradu.

Ze zákona před novelizací podle inženýra Nosky plynulo, že volný vstup do režimu dočasné úhrady měla většina léčiv, u nichž však často nebyly dostatečné důkazy

o nákladové efektivitě ani nebylo prokázáno, že jsou skutečně vysoce inovativní. Od 1. prosince 2011 je vstup do režimu dočasné úhrady zpřísněn a ukládá výrobci povinnost prokázat, jak zajistí nejen průběžné hodnocení terapie dočasně hrazeným přípravkem, ale i limitaci dopadu dočasné úhrady prostředky zdravotního pojištění či hodnocení nákladové efektivitativy. Vysoce inovativní léky bude možné používat pouze v centrech specializované péče (CSP).

„Pacient, na kterém je inovativní lék zkoušen, by měl být seznámen s faktem, že pokud se účinek léku neprokáže, úhrada se za čas změní v jeho neprospěch. Proto novela výrobci ukládá také uhrazení nákladů na doléčení pacienta po uplynutí doby, na kterou byla stanovena dočasná úhrada, až do převedení pacienta na jinou terapii,“ poukazuje na úskalí úhrad během klinického zkoušení léků náměstek Nosek.

Změna u dočasné úhrady se dotkne i jejího prodloužení. První lhůta úhrady je stanovena na 24 měsíců a lze ji prodloužit na další rok. Nově musí být přípravek hrazen alespoň ve třech zemích referenčního koše. O prodloužení dočasné úhrady musí výrobce požádat 6 měsíců před uplynutím první dočasné úhrady. Pozdější žádosti budou dle novely odmítnuty pro opožděnost.

## Risk-sharing

Náměstek Nosek připomněl, že novela zákona o veřejném zdravotním pojištění přináší rovněž posílení smluvní svobody mezi výrobcem a zdravotní pojišťovnou, které je definováno jako tzv. *risk-sharing agreement*. Ve společné dohodě se subjekty domluví, jakou měrou použití inovativního léku ovlivní náklady systému zdravotního pojištění, a společně také upraví možnost hrazení nákladů na doléčení pacientů, kterým začala léčba během dočasné úhrady. Postoupení do trvalé úhrady je možné jen právě v případech prokázání nákladové efektivitativy, ale i dalších kritérií.

Slova Petra Nosky doplnil prezident Svazu zdravotních pojišťoven ČR (SZP) Ing. Jaromír Gajdáček, Ph.D., MBA, s tím, že stanovení nákladové efektivitativy u dočasné úhrady je poměrně obtížné. „*Risk-sharing* by měl zjistit nákladovou efektivitativu a upravit ji tak, aby to bylo přínosné především pro pacienta. Ve vztahu k nákladům pojišťovny nemusí mít *risk-sharing* efekt. Máme platit za léky, které splní očekávání,“ tvrdí Jaromír Gajdáček. Připomněl i další problematickou situaci, kdy firmy poskytují zbytek léků, u nichž se nakonec neprokáže léčebný efekt, zdravotnickému zařízení bezúplatně. SÚKL takový postup firmám nedávno zakázal a požaduje pro něj legislativní úpravu.

## Léková komise

V lékové politice SZP bude podle prezidenta Gajdáčka hrát i nadále důležitou roli Léková komise. „Pojišťovny budou do budoucna oprávněny k vyjednávání úhrad s jednotlivými výrobci léčivých přípravků. Neopomenutelnou roli v tomto procesu zcela jednoznačně sehraje Léková komise, která vyjednává co nejnvýhodnější podmínky pro všechny zaměstnanecské a oborové zdravotní pojišťovny v oblasti lékové politiky v zájmu svých pojištěnců. Stejně tak působí i v oblasti správních řízení vedených SÚKL pro stanovení cen a úhrad a podmínek úhrad hromadně vyráběných léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely,“ uvedl Ing. Gajdáček. Podle nové legislativy se navíc od roku 2013 chystá vznik „Kanceláře zdravotních pojišťoven“, která bude zastřešovat činnost všech pojišťoven.

Úpravu legislativy u vysoce inovativních léků Jaromír Gajdáček vítá. „Pokud bude výrobce muset prokázat přínos v terapii, je to jediné dobře. Plátce zase terapii může kriticky zhodnotit. V případě hrozby nepříznivého dopadu

na systém má pojišťovna možnost jednat s výrobcí o sdílení rizik. Podporujeme užívání generických verzí léků a *biosimilars*, aby se uvolnily prostředky pro inovativní léčebný průmysl," dodal Jaromír Gajdáček s tím, že celkově léky znamenají položku, kde z pohledu plátce náklady příliš nerostou.

### Inovativní léky v onkologii jsou oprávněnou volbou

Onkoložka doc. MUDr. Petra Tesařová, CSc., z Onkologické kliniky 1. lékařské fakulty UK a VFN v Praze upozornila na fakt, že například nákladné onkologické léky rozhodně nepředstavují zásadní problém v nárůstu finančních prostředků ve zdravotnictví. Více podle ní roste především počet vyšetření a náklady na hospitalizaci. Právě inovativní léky jsou přitom vždy jako první „obviňovány“ z ne hospodárného čerpání zdravotního pojištění.

„Léky, které by se na základě výsledků klinických studií již mohly uplatnit v zajišťovací adjuvatní léčbě, mají přímý nezanedbatelný vliv na úmrtnost pacientů se zhoubnými nádory. Trastuzu-

mab v adjuvanci snižuje riziko recidivy na základě výsledků studií téměř o 50 procent. To, že se většina z léků využívá zatím jen v paliativních indikacích s cílem prodloužit život v co nejvyšší kvalitě, nic neubírá na jejich významu pro každého jednotlivého nemocného,“ říká onkoložka s tím, že každoroční problém s úhradou onkologických léků vyplývá především z nárůstu incidence a prevalence pacientů se zhoubnými nádory, což představuje zvýšení počtu nemocných s malignitou ročně o 10 %.

V onkologii se podle Petry Tesařové plyná především kvůli pravidlům plátce, kdy lékař například nemůže předepsat některé léky na běžné komplikace onkologické léčby nebo samotné nemoci, jako je osteoporóza, refluxní obtíže či obstrukce žlučových cest. Navíc je podle ní řada léčebných procedur, které by mohly probíhat ambulantně, lépe hrazena za hospitalizace pacienta. „SÚKL například povoluje klinické studie či léčebné programy s drahými léky mimo komplexní onkologická centra. V rámci soutěží o cenu lé-

ku ve zdravotnických zařízeních zase dochází ke stlačení cen pod únosnou mez, takže léky mizí z našeho trhu do zahraničí. Levné léky k léčbě nemáme a musíme je nahrazovat drahými,“ komentuje zkušenosti z praxe docentka Tesařová.

### Kromě léků se ceny a náklady neposuzují

Jak podotkl Tomáš Doležal, zatímco léky podléhají řadě posuzovacích procedur, podobné závažné testy se vůbec nevztahují

na zdravotnické prostředky, tedy materiál, a na nákupy zdravotnické techniky, jako jsou přístroje robotické chirurgie, MRI, CT či kybernetické nože. Posuzování se nedotýká rovněž investic, například do výstavby nových oddělení, ale ani rozsahu ambulantní péče. „V žádném jiném segmentu než u léků se neposuzují ceny nebo náklady, ať už ve srovnání se zahraničím či ostatními produkty, nehodnotí se ani očekávané náklady a přínosy,“ poukazuje na rozpory v poměrování efekti-

vity různých segmentů zdravotní péče MUDr. Doležal.

Docentka Tesařová v této souvislosti upozornila i na neexistenci přímého vztahu mezi plátcem a pojištěncem, což negativně zasahuje do etické roviny jejich vztahu. „Je to lékař, který je nucen interpretovat situaci, kdy léčba nemocnému není uhrzena z důvodů finančních a nikoli odborných. Pojišťovna kontroluje cenu léčby, nikoli její kvalitu,“ uzavírá Petra Tesařová.

Petra Klusáková

## Pokles vyjadřovacích schopností po chemoterapii

Po vysokých dávkách chemoterapeutik bývají u pacientů narušeny verbální vyjadřovací schopnosti. Zjistil to tým švédských lékařů z göteborgské Sahlgrenska Universitet.

Problémy s řečí se u onkologických pacientů vyskytovaly po chemoterapii dvakrát častěji než u pacientů, kteří se chemoterapii nepodrobili. Pacienti léčení chemoterapií častěji užívají nesprávný slovosled, mají problémy s dokončením vět a častěji volí slova neodpovídající obsahu vět. Studie vychází z testů tisícovky mužů léčených na nádorové

onemocnění varlat. Hodnocení vyjadřovacích schopností bylo provedeno 11 let po diagnóze. Pacienti léčení chemoterapií si obecně stěžují na poruchy paměti a problémy se soustředěním. Protože však byla většina dosavadních studií prováděna na ženách léčených pro karcinom prsu, nebylo jisté, zda tyto problémy nemají souvislost i s hor-

monálními změnami navozenými léčbou. Změny v hladinách a účincích steroidů mají významný vliv na kognitivní funkce. Autoři švédské studie testovali cíleně jen verbální vyjadřovací schopnosti pacientů, a proto nevyklučují, že pacienti trpí dalšími poruchami kognitivních funkcí.

(Zdroj: Acta Oncologica)

(jap)

# Růst nákladů na léky by měl být přijatelný, předvídatelný a racionální

Na trhu stále přibývají jak nové léky, tak i „staré“ léky pro nové indikace (a to za kontinuálního nárůstu počtu například onkologických pacientů), úhrady pojišťoven však s tímto trendem ne drží krok. Jak si s tím mají za stávající ekonomické situace poradit poskytovatelé zdravotních služeb? O vyjádření jsme požádali předsedu Lékové komise Svazu zdravotních pojišťoven ČR doc. MUDr. Karla Němečka, CSc.

Problém spotřeby léků bych rozdělil na tři oblasti: originály, generika a léky pro vzácná onemocnění (*orphan drugs*). S originálními přípravky přichází možnost léčby v nových indikacích nebo alespoň významné vylepšení našich současných terapeutických. Jejich cena je vždy vyšší než u dosavadních a je na regulačních autoritách, jak ohodnotí jejich lepší vlastnosti nebo inovativní přínos z ekonomického hlediska. Výsledkem kategorizačního procesu je stanovení úhrady, to jest kolik a za jakých podmínek mají pojišťovny platit.

Samozřejmě, že automatické nahrazení dosavadních léků léky dražšími by vedlo ke značnému nárůstu nákladů. V praxi to ale tak jednoduše neplatí. Na nový lék nepřechází okamžitě všichni nemocní, protože řada z nich je uspokojivě léčena dosavadní terapií a nemá potřebu ji měnit.



Foto: Vladimír Brada

Mnohdy dochází i ke zlevnění dosavadní léčby z konkurenčních důvodů a tento proces by měl být vždy spojen s příchodem generik, která by měla dosavadní léčbu významně zlevnit. Vstup generik na trh spojený s podstatným snížením úhrady potom umožní buď uvolnit prostředky na nové originální přípravky, nebo léčit více nemocných za stejné finanční prostředky. Probíhají-li tři výše zmíněné procesy (tedy že nové léky mají rozumně nastavené úhrady, preskripční

a indikační omezení, generické léky vstupují na trh s nižšími úhradami a u zavedených léků úhrada v čase plynule klesá) v ideální harmonii, potom je tlak na objem finančních prostředků „přijatelný“. Samozřejmě, že z hlediska fungování systému je potřeba, aby se rozumně chovali i další účastníci tohoto řetězce – zejména lékaři, ale i lékárníci, distribuce a výrobci.

### Co s novými léky a orphan drugs s „nerozumnou“ cenou, pokud jsou pro pacienta šanci?

Používání vysoce inovativních a *orphan* léků stojí trochu mimo standardní proces. Jejich cena se liší od dosavadní léčby (pokud nějaká byla) mnohdy řádově a jejich použití má specifická pravidla jak z hlediska kategorizace, tak i používání v praxi. V této skupině rostly náklady zdravotních pojišťoven v minulých letech o desítky pro-

cent. Nová úprava legislativy u vysoce inovativních přípravků na jedné straně umožní jejich rychlejší vstup do systému úhrad, na straně druhé bude vytvářet mnohem větší tlak na průkaz předpokládaných efektů a přínosů v léčbě.

### Jak se vyřizují úhradové dodatky k uzavřeným smlouvám, kdo a kdy o ně může požádat?

Úhradové dodatky jsou uzavírány v souladu s příslušnou úhradovou vyhláškou MZ ČR, a to zpravidla na jeden rok. Jejich obsahem je definice způsobu a výše úhrad včetně případných bonifikačních a regulačních mechanismů. Úhradové dodatky zasílají počátkem úhradového období (leden) automaticky jednotlivé zdravotní pojišťovny svým smluvním partnerům. Úhrady v nich stanovené mohou přesně odpovídat ustanovením příslušné úhradové vyhlášky MZ nebo mo-

hou být dohodnuty individuálně mezi smluvními stranami v souladu s platnými právními předpisy a možnostmi danými zdravotní pojištnými plány. Navazují na rámcové smlouvy, které jsou uzavřeny na 5 let.

### Jaký dopad podle vás bude mít novelizace pravidel kategorizace?

Z dlouhodobého hlediska náklady na léky neustále rostou a budou růst. K růstu samozřejmě přispívá i to, že pacientů přibývá. Ze zkušeností se ví, že administrativními opatřeními lze krátkodobě náklady na léky snížit, ale z dlouhodobého hlediska je potřeba kalkulovat s růstem nákladů. Růst nákladů by však měl být přijatelný, předvídatelný a racionální a k tomu je potřeba systém v celém rozsahu kontinuálně přizpůsobovat novým podmínkám. V posledních čtyřech letech jsme svědky zásadních změn, které však zatím nepřinášejí ty efekty, které jsme očekávali. Věřím, že nynější novelizace pravidel kategorizace současnou situaci vylepší a zajistí, aby všichni účastníci tohoto složitého řetězce byli trochu spokojenější. Současná nelehká ekonomická situace však bude příčinou toho, že všichni se budou muset něčeho „vzdát“.

Z pohledu pacienta je rozhodující, aby dostal potřebnou léčbu v rámci zdravotního pojištění a aby současně měl možnost si ostatní koupit nebo doplatit.

Jana Jilková

# XIII. sympozium klinické farmacie René Macha

S podtitulem „Farmakoterapie v pediatrii a infekční onemocnění“ uspořádala sekce klinické farmacie České farmaceutické společnosti ČLS JEP ve spolupráci s katedrou sociální a klinické farmacie Farmaceutické fakulty v Hradci Králové již potřinácté sympozium zaměřené na lékovou problematiku, jež proběhlo 25.–26. 11. 2011 v Mikulově.

Jak v úvodu zdůraznil předseda organizačního výboru prof. RNDr. Jiří Vlček, CSc., setkání bylo zaměřeno na dětské pacienty a prevenci a léčbu infekcí. „Věřím, že sympozium přispěje ke zvýšení dovedností v řešení lékových problémů. Úkolem klinického farmaceuta i lékárníka je v rámci farmaceutické péče a během klinicko-farmaceutického servisu rozpoznat v krátké době problém tak, aby měl pacient šanci dosáhnout cílů terapie. Toho může být docíleno maximalizací účinku, snížením rizik a optimalizací compliance nejen u léčiv předepisovaných lékařem, ale i u volně prodejných přípravků a zdravotnických prostředků,“ zdůraznil profesor Vlček.

## Registrace léčiv a off label indikace u dětí

Jak upozornila PharmDr. Vlasta Kákošová z Detskéj fakultnej nemocnice s poliklinikou Bratislava, v současnosti neexistuje dostatek léků či lékových forem vhodných pro děti, a to navzdory faktu, že děti mladší 16 let tvoří v Evropské unii 20% populace. Mnoho léčiv nemá schválenou pediatrickou indikaci a používá se v terapeutické praxi jako *off label*. Procesem klinických zkoušek u dětí neprošlo 50–90% léků používaných v pediatrii. Jednou z institucí, jež usiluje o zlepšení stavu farmakoterapie v pediatrii, je i Evropská léková agentura (EMA), především prostřednictvím své pediatrické komise.

Léky mohou být v EU registrovány tzv. centralizovanou procedurou (za tu je zodpovědná právě EMA), nebo národní registrační procedurou. Centralizovaná procedura je povinná pro:

- léky vyrobené na základě biotechnologických procesů (např. pomocí genetické manipulace),
- nové skupiny léčiv (genová terapie, léčba kmenovými buňkami apod.),
- léky pro léčbu HIV/AIDS, diabetu, rakoviny, neurodegenerativních, autoimunitních či imunopatologických onemocnění,
- léky na vzácné choroby.



Profesor Roman Prymula.

Foto: Josef Malý

Registraci centralizovanou procedurou schvaluje na základě stanoviska EMA Evropská komise. Podmínkou registrace v rámci EU je také adekvátní vývoj léku pro dětskou populaci. S přihláškou musí výrobce předložit rovněž výsledky studií podle schváleného plánu pediatrického výzkumu (PIP; schvaluje jej EMA na základě doporučení pediatrické komise). Jestliže se nemoc, na niž je lék určen, u dětí nevyskytuje (případně není léčba tímto přípravkem pro děti vhodná, bezpečná či účinná), může EMA poskytnout výjimku z uvedeného požadavku. Aby vývoj léčiv pro děti neblokoval použití léků pro dospělé, některé pediatrické studie mohou být odloženy na období po udělení registrace. V případě splnění celého PIP je zvýšená zátěž výrobce kompenzována prodloužením patentové ochrany léku o 6 měsíců.

Důvod, proč poznatky o používání léčiv u dětí zaostávají za dospělými, spočívá podle MUDr. Kákošové především v nedostatku informací z klinických studií. Jak vyplývá ze zahraničních výzkumů, často dochází k předepisování léků pro dospělé dětem v odvozených dávkách, aniž by byly zohledněny farmakokinetické, farmakodynamické a klinické odlišnosti. Děti navíc mohou mít problémy i s určitými lékovými formami nebo způsobem podávání léčiv.

Kritérii pro lékové formy vhodné pro děti jsou:

- dostatečná biologická dostupnost,
- netoxické pomocné látky,
- akceptovatelné chuťové a organoleptické vlastnosti,
- akceptovatelná jednodušnost dávkování,
- jednoduché a bezpečné podávání,
- sociálně-kulturní akceptovatelnost bez stigmatizace,
- přesné a jasné informace o léku (srozumitelné i pro rodiče).

## Racionální užívání OTC a spolupráce s lékárníky

Volně prodejné přípravky (*over the counter*, OTC) hrají v péči o zdraví stále významnější roli a z hlediska praxe mají význam především v pokrytí stavů s vysokou prevalencí v populaci s malým rizikem komplikací. U dětí se jedná především o mírné respirační infekce, teplotu, bolest, podráždění očí, zažívací obtíže či postižení kůže.

Podle praktické lékařky pro děti a dorost MUDr. Jarmily Seifertové přinášející OTC přípravky řadu výhod (úspora nákladů na preskripci, samoléčení jako projev odpovědnosti za svůj zdravotní stav, vyšší efektivita telefonických konzultací s lékařem apod.), je však třeba mít na paměti i určitá rizika (možnost předávkování, výskytu nežádoucích účinků, nevhodná kombinace přípravků, ale také zlehčování či zanedbání vážné nemoci).

K OTC přípravkům, jež rodiče nej-



Prim. Vlastimil Jindrák.

Foto: Josef Malý



Profesor Jiří Vlček.

Foto: Josef Malý

častěji kupují svým dětem, patří nosní kapky (zde je třeba upozornit na riziko vzniku tachydysrytmii u kapek s obsahem adrenalinu nebo látek jemu podobných, riziko atrofie nosní sliznice při častém užívání a vzniku návyku), oční kapky (vedlejší účinky jsou velmi vzácné, rizikem je spíše zanedbání vážnějšího onemocnění), přípravky proti bolesti v krku (opět minimální vedlejší účinky; pokud mají podobu tvrdých bonbonů, je zde nebezpečí vděchnutí), antipyretika, antirevmatika a analgetika (existuje u nich především riziko předávkování a nebezpečné kombinace různých látek nebo lékových forem), léky na kašel (nutné rozlišit suchý dráždivý a vlhký produktivní kašel – vážnější chybou je podat na suchý kašel mukolytikum než na vlhký kašel antitusikum), přípravky na zažívací obtíže (MUDr. Seifertová nedoporučuje bez konzultace s lékařem podávat jakékoli OTC při náhle vzniklých obtížích; bez odborného doporučení nejsou pro děti vhodné ani projímadla, naopak malé riziko pochybení existuje při podávání léků proti nadýmání či probiotik) a přípravky na kožní postižení (při používání mastí nehrozí závažnější rizika, při používání některých gelů je třeba upozornit na nebezpečí vzniku fotodermatózy; důrazného upozornění je třeba při prodeji hypermanganu pro dítě, existuje zde nebezpečí požití a následní perforace zažívacího traktu).

## Desatero při prodeji OTC pro děti

1. OTC neprodávat u náhle vzniklých a nejasných obtíží, u dětí s chronickým onemocněním.
2. Samoléčba se doporučuje pro mírné a nezávažné zdravotní obtíže. Zhorší-li se stav během samoléčby nebo nedojde-li po několika dnech ke zlepšení, měl by být vyhledán lékař.
3. Před prodejem léku by mělo být jasné, jaký zdravotní problém podmiňuje obtíže. U kojenců by jiné léky než na snížení teploty měly být konzultovány s lékařem.
4. Odborné poradenství v lékárně by mělo být samozřejmé, přispívá k tomu diskretní zóna. Vždy by měla být vznesena otázka: „Co již berete?“
5. Je potřeba doporučovat přečtení příbalového letáku.
6. Je třeba upozornit na nevhodné kombinace u léčby.
7. Opatrně s alkoholem. Je třeba též upozornit u starších dětí na snížení reakční schopnosti při řízení u některých léků.
8. Upozornit na správné skladování léků. Časté je umístění v koupelně – vlhkost je u většiny léků nevhodná.
9. Léky je třeba uchovávat v originálním balení i s příbalovým letákem. Je zde informace o složení a expiraci. Zvláště důležité je to při cestování do ciziny.
10. Děti nejsou zmenšení dospělí.

## Léčba bolesti u novorozenců

V roce 1993 publikovali K. J. Anand a K. D. Craig novou definici bolesti, jež byla na rozdíl od předchozích prokazatelně použitelná i pro novorozence. Podle těchto autorů je bolest dědičná kvalita života, projevující se časně po narození a sloužící jako signální systém pro poškození tkání. Podle primáře novorozeneckého oddělení Krajské nemocnice Tomáše Bati MUDr. Jozefa Macka bylo v uplynulých 25 letech publikováno několik set prací popisujících bolest novorozenců a bylo vytvořeno více než 40 schémat hodnotících projevy bolesti u těchto dětí. V podstatě všechny návody se zaměřují na popis akutní, procedurální bolesti, ale nevěnují si projevům bolesti chronické a jen minimum hodnotících kritérií popisuje bolest nezralých novorozenců.

Procedurální bolest zahrnuje nociceptivní podněty a stimulace, kterým je dítě vystaveno při každodenním pobytu na JIP, při diagnostických a terapeutických intervencích (je známo několik desítek potenciálně bolestivých intervencí). Jak MUDr. Macko zdůraznil, je prokázáno, že bolest, zejména

## ODBORNÉ AKCE

opakovaná, má nejen akutní projevy a dopady na stav dítěte, ale také dlouhodobě negativní efekt (především změny ve vnímání bolesti v pozdějším věku).

Anatomický substrát pro percepci bolesti je vytvořen již u dětí narozených po 24. týdnu gravidity, není však jasné, zda odpověď na nociceptivní podnět zahrnuje i kortikální percepci bolesti. Relativně novou, moderní metodou objektivizace percepcie bolesti je měření elektrické vodivosti kůže a jejich změn v souvislosti s bolestivým podnětem.

Farmakologická prevence bolesti je dobře definována, jsou zpracovány postupy pro jednotlivé kategorie bolestivých stimulů. Nefarmakologická prevence je dnes dominantní metodou využívanou pro procedurální bolest. Zahrnuje behaviorální postupy (aplikace cukerných roztoků, senzoričká stimulace, polohování...) a environmentální postupy (především *minimal handling*, úprava světelné a hlukové situace na JIRP apod.). Přislíbem je použití metody senzoričké saturace, jedné z dominantních metod systému péče NIDCAP (*Neonatal Individual Developmental Care and Assessment Program*).

Ačkoli je problematika bolesti u novorozenců dobře známá a popsána, zůstává v této oblasti podle primáře Macka řada nedořešených otázek: žádné z používaných schémat hodnocení bolesti není „zlatým standardem“ (všchna schémata mají své nedostatky, především nehodnotí chronickou bolest a s výjimkou dvou schémat ani bolest u nezralých); biologické markery nejsou prakticky využitelné, využití vyšetření jiných materiálů než krve je náročnější a nepřilíš použitelné pro hodnocení procedurální bolesti; odhadu-



Foto: Josef Malý

je se, že postupy prevence bolesti při běžných výkonech má zpracována necelá polovina velkých novorozeneckých JIRP v Evropě, nicméně prakticky je používá méně než 30 % pracovišť; personál nemá vždy dostatečné znalosti o podstatě bolesti, neidentifikuje běžné výkony denní praxe jako bolestivé. Jozef Macko proto doporučuje, aby JIRP měla zpracován protokol prevence procedurální bolesti, dodržovala jej, případně aplikovala některý z validních, známých a popsaných protokolů bolesti.

### Současné trendy v dětském očkování

Očkování prodělalo v posledních letech v odborné rovině výrazný rozmach. S periodicitou několika málo let se objevují stále nové vakcíny. V blízké budoucnosti podle prof. MUDr. Romana Prymuly, CSc., Ph.D., z Fakultní nemocnice Hradec Králové a Fakulty vojenského zdravotnictví Hradec Králové

vé můžeme očekávat vakcíny, jež dosud nebylo možné vyvinout, a to nejčastěji kvůli variabilitě původce choroby (např. proti meningokokovu typu B, výrazně vylepšená vakcína proti tuberkulóze, vakcína proti chřipce na bázi M2 proteinu či vakcína proti MRSA).

V současnosti nastupuje era proteinových vakcín, postupně bude narůstat také důležitost reverzní vakcinologie, DNA vakcín a vakcín chimérických. Podle profesora Prymuly je zřejmé, že se dále budou rozvíjet nové adjuvantní systémy, které výrazně sníží expozici vlastním antigenům. Nemalou roli budou hrát i nové aplikační systémy (snahou je především imitovat přirozenou cestu vstupu). Očekává se rovněž, že budou vyvinuty specifické vakcíny pro děti, adolescenty, dospělé i starší osoby. Rovněž se blíží doba, kdy se bude imunizovat plod prostřednictvím matky již intrauterinně (výhodou je ochrana dítěte bezprostředně po narození).

Roman Prymula upozornil, že po celém světě v současnosti dochází k organizování skupin tzv. odpíračů očkování, kteří se v řadě zemí snaží zvrátit tradiční postupy. V České republice probíhá několik posledních let debata nad otázkou povinného očkování dětí – zvažuje se posun k dobrovolnému systému (za předpokladu zachování dostatečné proočkování).

### Screening malnutrice u dětí

Na nebezpečí podvýživy u dětí mladších 3 let upozornil ve své přednášce primář Kliniky dětského a dorostového lékařství 1. LF UK a VFN MUDr. Pavel Frühaufer, CSc. Děti zmíněné věkové kategorie jsou vůči špatné výživě vulnerabilnější především proto, že u nich dochází k velmi rychlému růstu (v případě malnutrice hrozí růstová retardace), nemají zralý imunitní systém (existuje u nich zvýšené riziko častých a závažných

infekcí) a navíc je v tomto období formován kognitivní a emocionální vývoj dítěte (hrozí snížení intelektuálních, sociálních a emocionálních schopností).

K označení neprospívání kojenců a malých dětí, jejichž tělesná hmotnost a váhové přírůstky jsou ve srovnání s vrstevníky podstatně nižší, se používá termín *failure to thrive syndrome* (FTT). Ten je u dětí narozených s normální váhou a délkou definován jako pokles pod 3. percentil váhy a/nebo spád o více než 2 percentilové pásma. Hlavními příčinami FTT jsou u dětí do 3. měsíce věku psychosociální faktory, perinatální infekce, gastroezofageální reflux (GER), vrozené vady metabolismu (VVM) nebo cystická fibróza (CF). U dětí mezi 3. a 6. měsícem pak k nejčastějším příčinám patří opět psychosociální aspekty, HIV, GER, VVM, alergie na bílkovinu kravského mléka, CF či renální tubulární acidóza (RTA). Od 7. do 12. měsíce se na vzniku FTT podílejí především boj o autonomii, opožděné zavádění pevné stravy, GER, parazitární onemocnění a RTA. U dětí starších 12 měsíců jde především o násilné krmení a GER.

Pro zjištění nutričního stavu u dětí (a posouzení rizika malnutrice) je používán tzv. nutriční screening, v jehož rámci je hodnoceno několik aspektů: klinické hodnocení nutričního stavu, zjišťuje se také, zda dítě trpí některou z chorob s vysokým rizikem vzniku podvýživy, případně zda jej čeká velký chirurgický výkon, hodnotí se podíl nutričního příjmu a ztrát, ale také nepřibývání na váze či váhový úbytek u dítěte. Pokud u dítěte existuje vysoké riziko malnutrice, je nutná odborná intervence, další sledování a upřesnění diagnózy.

Květa Havlová

## „Diabetologie pro farmaceuty“ pokřtěna na sympoziu

Křest publikace „Diabetologie pro farmaceuty“ z divize Medical Services vydavatelství Mladá fronta a. s. proběhl 25. 11. 2011 v rámci XIII. symposia klinické farmacie René Macha v Mikulově.

Sympozia se zúčastnilo přibližně 200 účastníků (*podrobné zprávy o této akci naleznete v tomto vydání ZDN na str. 22*). Křest se uskutečnil za účasti autorů doc. MUDr. Aleny Šmahelové, Ph.D., která knihu stručně představila. Jejými kmotry se stali PharmDr. Pavel Grodza a prof. RNDr. Jiří Vlček, CSc.

### Role lékárníka v péči o diabetiky

Cílem autorem Aleny Šmahelové a Martiny Láštivé je podat čtenáři-lékárníkovi potřebné informace k tomu, aby byl schopen erudovaně a srozumitelně poučit pacienta o jeho nemoci, možnostech léčby i prevenci komplikací a doplnit či upřesnit tak informa-

ci, jichž se mu dostalo při návštěvě lékaře.

V publikaci jsou přehledně popsány diagnóza, klasifikace a klinický obraz diabetu, léčebné možnosti diabetu 1. a 2. typu včetně léčby akutních hyperglykemických stavů, potenciální lékové interakce, pozdní a další komplikace diabetu, nechybějí ani kapitoly zabývající



Křest knihy: zleva Mgr. Šárka Mašková z vydavatelství MF, PharmDr. Pavel Grodza, doc. Alena Šmahelová a prof. Jiří Vlček. | Foto: Josef Malý

se prevencí a perspektivami v léčbě diabetu. Speciální část knihy je přehledem praktických doporučení v jednotlivých situacích, s nimiž se lékárník může setkat přímo

v lékárně. Probrány jsou mj. principy edukace pacienta lékárníkem týkající se selfmonitoringu, inzulínové léčby, potravinových doplňků a dalších témat. (red)

## ODBORNÉ AKCE

# Celostátní lékařský kongres – setkání lékařů Zlínského kraje

Ve dnech 24.–25. listopadu 2011 proběhl odborný kongres uspořádaný k výročí založení interního oddělení Krajské nemocnice T. Bati ve Zlíně docentem Vojtěchem Tolarem.

Kongres ve Zlíně, který byl uskutečněn ve spolupráci s Českou gerontologickou a geriatrickou společností ČLS JEP, Diabetickou asociací ČR, Spolkem lékařů Zlín – Kroměříž – Uherské Hradiště – Vsetín, Krajskou nemocnicí T. Bati, a. s., a Profesní a odbornou unií zdravotnických pracovníků, přinesl aktuální informace z široké palety lékařských oborů. V jeho rámci proběhly přednášky z kardiologie, neurologie, diabetologie, endokrinologie, angiology, gastroenterologie, nefrologie, geriatry a gerontologie – zvláště se zřetelem na moderní principy medikamentózní terapie u starších osob. Tradičně došlo i na aktualitu ve farmakoterapii, zaměřené především na oblast farmakoekonomiky.

V zahajovacím proslovu předseda České lékařské společnosti ČLS JEP profesor Jaroslav Blahoš připomněl, že kongres je reminiscencí na odborné akce pořádané po desítky let ve Zlíně, a prezident kongresu profesor Jaroslav Rybka pak upozornil na založení nemocnice Tomášem Baťou jako na příklad toho, jak je možné při soukromém podnikání naplňovat i cíle a zájmy zdravotně-sociální.

### Zaostřeno na diabetes

Odborný program byl zaměřen především na interní problematiku. Více pozornosti bylo věnováno diabetologii a geriatry, ale zazněly i přednášky dalších odborníků, například profesora Rostislava Vyžuly, který se věnoval biologické léčbě solidních nádorů a dalším moderním terapeutickým trendům v onkologii.

Ve stěžejních přednáškách věnovaných diabetologii byl zvláštní blok zaměřen na etiologii a patofyziologii diabetu a problematiku diabetických komplikací. Profesor Jan Škrha shrnul nové poznatky o etiopatogenezi diabetu následovně: Průběh selhání beta-buňky jako klíčového hráče v rozvoji diabetu je prakticky shodný u obou typů diabetu, moderní trendy terapie povedou k ochraně beta-buňky před apoptózou. Účinná terapie bude muset zahrnovat vedle cílené farmakoterapie i režimová a dietní opatření. Prevence diabetu vy-

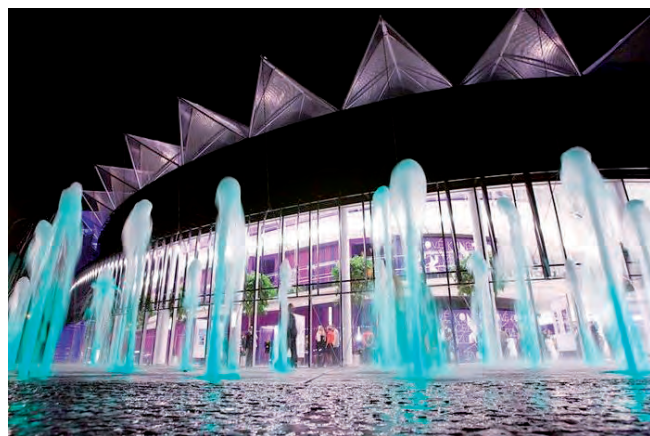


Foto: Kongresové centrum Zlín (arch. Eva Jilichová)

žaduje správný životní styl od nejučtějšího věku.

Profesorka Tereza Pelikánová pak seznámila posluchače s nejnovějšími patofyziologickými poznatky diabetické mikroangiopatie, zvláště pokud se týká etiopatogeneze diabetické retinopatie a nefropatie, a to i ve vztahu k současným možnostem terapie. Z těchto nových poznatků pak vyplývají nové doporučené postupy při diabetickém onemocnění ledvin i diagnostika a léčba diabetické retinopatie. Základním preventivním a léčebným opatřením zůstává normalizace krevního tlaku a hladin glykemie a taktéž agresivní léčba dyslipidemie.

### Nové postupy a perspektivy

Profesor Michal Anděl se spolupracovníky v přednášce, která se rovněž věnovala patofyziologickým problémům diabetu, rozebral problematiku chronického mírného zánětu, metabolického syndromu i vztahu diabetu a aterosklerózy. Koncept mírného chronického zánětu (*low grade inflammation*) a inzulinová rezistence jsou vzájemně provázané jevy, jež většinou na základě této synergie mají funkční patofyziologicko-anatomické důsledky. Zánětlivé i protizánětlivé působící cytokiny jsou produkovány jak tukovou, tak svalovou tkání. Přehled současných znalostí v genetice přednesl profesor Iwar Klimeš (genetika MODY diabetu) a profesor Jan Vavřínek (rozvoj diagnostických možností genetického rizika – predikce diabetu 1. typu). O závěrech svých experimentál-

ních studií týkajících se diabetické makroangiopatie hovořil profesor Ivan Tkáč.

Následovala řada aktuálních přednášek z diabetologie týkajících se terapie diabetu – profesorka Jindřiška Perušičová (inzulinová analogie), docentka Alena Šmahelová (budoucnost farmakoterapie diabetu), profesorka Alexandra Jirkovská (evropská doporučení terapie diabetické nohy), MUDr. Emil Záhumenský (nové možnosti terapie diabetické ulcerace), prim. Jindřich Olšovský (nové technologie v diabetologii). Profesor Štěpán Svačina se pak věnoval léčbě obezity (novým postupům a jejich účinnosti), ale rozebral i perspektivy terapie v této oblasti.

### Inkretiny stále v centru pozornosti

Zvláštní pozornost byla přirozeně věnována inkretinům. V první přednášce nazvané „Inkretiny změnily a mění strategii terapie diabetu 2. typu“ profesor Milan Kvapil uvedl, že léčba inkretiny je fyziologickou léčbou především proto, že snižuje riziko hypoglykemií. *Compliance* pacienta zlepšuje nejen z tohoto důvodu, ale také tím, že inkretiny snižují hmotnost diabetiků 2. typu (agonisté GLP-1) nebo jsou váhově neutrální (gliptiny). Jsou rovněž bezpečné – všechna podezření (malignity, pankreatitida atd.) byla prakticky vyvrácena a existují důvodné předpoklady, že tyto preparáty zpomalují progresi diabetu, snižují kardiovaskulární rizika, mají pozitivní vliv na hodnoty krevního tlaku aj. Inkretiny nejen zlepšují

kompenzaci, což je doloženo velmi dobrými výsledky, ale jsou zde i předpoklady, že jich bude možno využít v prevenci diabetu. Inkretiny již mají své nezastupitelné místo, a to jak ve formě monoterapie, tak i v kombinované terapii s inzulinem (sitagliptin, liraglutid) či ve specifických situacích renální insuficience.

Ve druhé přednášce, která se rovněž zabývala patofyziologickými podklady léčby inkretiny, profesor Martin Haluzík dospěl k závěru, že prakticky všechny studie potvrzují zlepšení markerů kardiovaskulárních rizik při léčbě pomocí GLP-1 agonistů, avšak dlouhodobé mortalitní studie zaměřené na toto riziko stále probíhají a výsledky budou známy cca za 4 roky. GLP-1 agonisté zatím vesměs potvrzují naděje do nich vkládané na základě experimentálních studií, avšak profesor Haluzík zároveň připomněl, že dostatečně silné přímé důkazy o ochraně beta-buňek a ochranném vlivu před kardiovaskulárními komplikacemi zatím ještě chybí, a na výsledky probíhajících studií si tedy musíme počkat.

### Internistické „křížovatky“

Na kongresu zaznělo i několik přednášek odborníků z oboru kardiologie ve vztahu k diabetologii –

profesora Jindřicha Špinara (farmakoterapie po IM), profesorky Lenky Špinarové (terapie srdečního selhání), profesora Miroslava Součka (subklinická orgánová poškození mozku ve vztahu k hypertenzi) a docenta Martina Fiály (terapie fibrilace síní). Zazněla přirozeně i řada sdělení předních autorů z oboru geriatry (profesorky Hany Matějovské Kubešové, profesorky Evy Topinkové, docentky Ivy Holmerové, profesora Pavla Webera, profesora Zdeňka Zadáka, prim. Milana Forejtara a dalších).

Přítomné internisty, diabetology i praktické lékaře zaujala přednáška profesora Jaroslava Blahoše o současných možnostech terapie osteoporózy i přednáška profesora Richarda Češky, jenž se věnoval novinkám v léčbě dyslipidemie. Plný sál byl také při přednášce profesora Milana Koláře na téma antibiotické léčby akutních bakteriálních onemocnění, ve kterých se věnoval jednomu z nejzávažnějších problémů v současné medicíně. Jeho doporučení ohledně antibiotické léčby těžce probíhajících pneumonií komunitního charakteru, vyžadujících hospitalizaci, nebo možnosti iniciální antibiotické léčby nozokomiálních infekcí by si vyžadovala podrobnější sdělení.

Kongres byl zakončen, jak tomu je zvykem, dvěma zajímavými přednáškami s širším přesahem: MUDr. Radkin Honzák promluvil na téma „Jak se má praktik dnes dívat na psychosomatickou medicínu“ a Mgr. Jaroslav Hořejší rozebíral paraxu současné medicíny: „Proč (ne)být lékařem.“ Snad zlínský kongres splnil své poslání a účastníkům utkví v paměti.

prof. MUDr. Jaroslav Rybka, DrSc.

## Nová naděje pro diabetiky

Nežádoucí vedlejší účinky komplikovaly uplatnění některých nových léků pro diabetiky. To vytvořilo poptávku po principiálně nových lécích s antidiabetickými účinky.

Cestu k jednomu takovému léku ukázali vědci z Harvardovy univerzity a ze Scripps Research Institute. Jejich látka s kódovým označením SR 1664 působí jedinečným mechanismem odlišným od stávajících léků. Vědci vyšli ze zjištění, že pro rezistenci k inzulinu u obézních pacientů je důležitá změna exprese řady genů vyvolaná fosforylací proteinu PPAR- $\gamma$ . Protein slouží jako receptor v buněčném jádru. Za jeho aktivující fosforylaci je zodpovědná cyklin-dependentní kináza Cdk5. Inhibitory kinázy Cdk5 se pro narušení

nežádoucích efektů fosforylovaného PPAR- $\gamma$  ukázaly jako nevhodné. Tato kináza se podílí na řadě životně důležitých buněčných procesů a její inhibice se neobejde bez vážných vedlejších efektů. SR 1664 se váže na receptorový protein PPAR- $\gamma$ , ale nevyvolává jeho aktivaci. Při srovnání s lékem Avandia provedeným na diabetických myších docházelo u zvířat ošetřených SR 1664 ke srovnatelnému poklesu glykemie, ale bez nežádoucích vedlejších účinků, jako je přírůstek tělesné hmotnosti nebo zvýšení tvorby tuku v kostech.

(Zdroj: Nature)

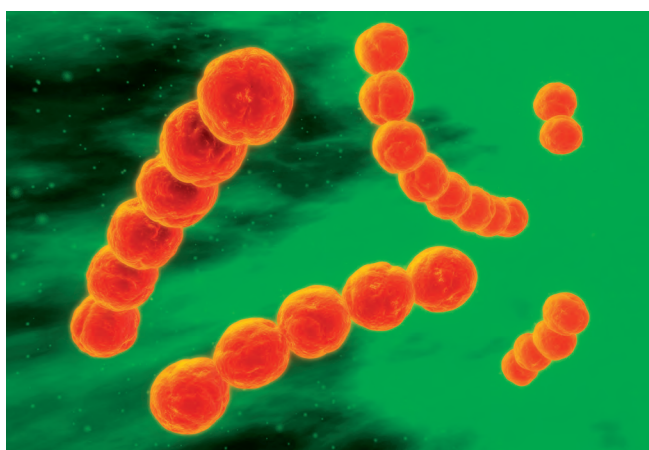
(jap)

# Nové možnosti prevence pneumokokových nákaz u dospělých

Původní pneumokokové konjugované vakcíny byly indikovány pouze do 5 let věku. Evropská léková agentura vydala v září 2011 pozitivní stanovisko k rozšíření indikace Prevenaru 13 o invazivní pneumokoková onemocnění u dospělých nad 50 let a na konci října tuto indikaci schválila Evropská komise.

**P**neumokoková onemocnění tvoří širokou škálu různých infekčních onemocnění od relativně nezávažných, ale četných otitid až po nejzávažnější invazivní onemocnění reprezentovaná meningitidami a sepsí. Původce těchto onemocnění *Streptococcus pneumoniae* byl objeven již v roce 1881. Jedná se o grampozitivní bakterii, která se vyskytuje v párech jako diplokok buď samostatně, nebo v krátkých řetízích. Pneumokoky jsou fakultativně anaerobní a většina je kryta povrchovým polysacharidem. Právě ten umožňuje jejich typizaci.

Dnes je popsáno na 40 skupin a identifikováno přes 93 různých sérotypů pneumokoků. Nově byla rozšířena skupina 6 o sérotypy 6C a 6D. Sérotyp 6C tvoří v USA po praktickém vymizení 6B i 6A dominantní sérotyp skupiny 6. Pouhých 6 skupin z výše uvedených 40 odpovídá za přibližně 70% všech invazivních onemocnění. Invazivní onemocnění jsou ta, kde je pneumokok izolován z původně sterilního prostředí, tedy hlavně meningitidy a bakteriemi. Mezi invazivní onemocnění nepatří pneumonie, ovšem tam, kde je při pneumonii například pozitivní hemokultura, již o invazivním onemocněním hovoříme.



*Streptococcus pneumoniae*. | Foto: www.bioquellus.com

## Standard vyspělých zemí

Základní cíl očkování je poměrně jednoduchý – eliminovat z populace tento patogenní mikroorganismus a zamezit tak vývoji jak invazivních, tak neinvazivních pneumokokových onemocnění. Očkování proti pneumokokům se stalo standardem v naprosté většině vyspělých zemí světa a dostalo se do plošných očkovacích kalendářů pro dětskou populaci, kde naprosto dominují konjugované vakcíny. Starší generace polysacharidových pneumokokových vakcín je použitelná u dětí nad 2 roky věku a zejména tam, kde je třeba rozšířit spektrum pokrytí jednotlivých sérotypů. Dlou-

hodobě se používá pneumokoková polysacharidová vakcína s 23 pokrytými sérotypy. Tento stav byl všeobecně akceptován a k dalšímu vývoji již nedošlo.

Konjugované pneumokokové vakcíny odstranily základní nevýhodu 23valentní polysacharidové vakcíny, tedy neúčinnost u dětí mladších dvou let, kdy je břemeno pneumokokových infekcí v dětském věku zdaleka největší. Zatímco vakcína Prevenar (Prevnar) se používá celosvětově více než 10 let, nové vakcíny Synflorix a Prevenar 13 jsou k dispozici od dubna 2009, respektive od ledna 2010. Obě posledně jmenované konjugované vakcíny jsou u nás používá-

ny v plošném režimu. V plošných evropských strategiích se uplatňují schémata 2+1 nebo 3+1. Schéma 2+1 začíná dominovat, hlavně z ekonomických důvodů.

## Blýská se na lepší časy i u dospělých

Očkování proti pneumokokovým onemocněním má velký význam i u dospělých. Zkušenosti zemí, kde již plošné očkování bylo zavedeno, ukazují, jak velký dopad má zejména na snížení výskytu invazivních pneumokokových onemocnění, pneumonií, akutních zánětů středního ucha u dětí, pozoruhodný je ale i nepřímý efekt na cirkulaci sérotypů pneumokoků obsažených ve vakcíně u starších věkových skupin, včetně ovlivnění nemocnosti, díky eliminaci primárních zdrojů – tzv. *herd effect* neboli kolektivní imunita. V důsledku tak dochází k významnému snížení incidence rovněž u dospělé populace, která vakcinována není.

Poslední zprávy ukazují, že se blýská na lepší časy právě pro dospělé. Původní pneumokokové konjugované vakcíny byly indikovány pouze do 5 let věku. 16. listopadu 2011 však poradní sbor amerického Úřadu pro kontrolu léků a potravin (FDA) hlasoval pro schválení Prevenaru 13 v indikaci pro dospělé nad 50 let s doporučením

zrychleného souhlasu FDA s odůvodněním smysluplného přínosu ve srovnání se současnými možnostmi. Podobně vydala Evropská léková agentura (EMA) v září 2011 pozitivní stanovisko k rozšíření indikace Prevenaru 13 o invazivní pneumokoková onemocnění u dospělých nad 50 let a na konci října tuto indikaci schválila Evropská komise.

## Široké pole působnosti

V současné době je u dospělých stále využívána 23valentní pneumokoková polysacharidová vakcína, která má ve srovnání s nově přicházející konjugovanou vakcínou sice širší pokrytí, ale její účinnost u imunokompromitovaných jedinců a osob nad 65 let věku byla v poslední době často diskutována. Další nevýhodou je riziko možné snížené odpovědi v případě aplikace posilovací dávky. Tento negativní dopad je však zřejmě možné minimalizovat prodloužením odstupu posilovací dávky na 8 let. Ostatní nevýhody však zůstávají a poskytují tak široké pole působnosti 13valentní konjugované vakcíně.

K dispozici jsou výsledky 6 multicentrických studií fáze III, které zahrnují více než 6 tisíc dobrovolníků a proběhly v USA i Evropě. V jednotlivých studiích konjugovaná vakcína vykazovala významně vyšší titer funkčních protilátek u 8, respektive 9 z 12 sdílených sérotypů. 23valentní polysacharidová vakcína neobsahuje sérotyp 6A. U věkové kohorty nad 70 let bylo superiority dosaženo dokonce u 10 z 12 sdílených sérotypů. Bezpečnost a snášenlivost byla u obou vakcín srovnatelná. Aplikuje se jedna samostatná dávka.

Potřeba revakcinace následnou dávkou přípravku Prevenar 13 nebyla stanovena. Bez ohledu na stav předchozí pneumokokové vakcinace, pokud je použito 23valentní pneumokokové polysacharidové vakcíny považováno za vhodné, jako první by měl být podán Prevenar 13.

prof. MUDr. Roman Prymula, CSc., PhD.

Inzerce A121000618

**MEDICAL SERVICES**

Napsali jste knihu?  
My vám ji vydáme!

Profesionální partner pro vydávání zdravotnické literatury

Kontaktujte nás e-mailem: [obchod.MS@mf.cz](mailto:obchod.MS@mf.cz)



MLADÁ FRONTA

# Význam včasného zachytu pacientů s RS z terénu a zahájení včasné léčby

V současné době v Česku funguje síť 15 MS center, která mají k dispozici veškerou špičkovou zdravotnickou techniku, intelektuální a odborný potenciál i prostředky pro vysoce účinnou léčbu RS první a druhé linie. Ukazuje se však, že existují mechanismy, které mají snahu tuto praxi komplikovat s jediným cílem – limitovat nárůst léčby nově diagnostikovaných pacientů s RS a vzít jim možnost léčby v době, kdy je nejučinnější.

**R**oztroušená skleróza mozkomíšního, „RSka“, bývá laickou veřejností nespřímně spojována s mozkovou arteriosklerózou. Ve skutečnosti se jedná o chronické zánětlivé onemocnění centrálního nervového systému (CNS) autoimunitní povahy. Nejčastěji onemocní mladí lidé mezi 20. a 40 rokem života, častěji ženy (v poměru 2–3 : 1). Retrospektivní statistické rozbor posledních let naznačují, že představy o prevalenci a incidenci této nemoci v České republice nereflektovaly realitu. Původně prezentovaná prevalence 100 nemocných na 100 tisíc obyvatel se ukázala jako nepřesná. Blíže realitě je údaj o 160–180 nemocných s RS na 100 tisíc obyvatel v ČR (prevalence popisuje daný stav v určitý čas), uvědomíme-li si, že zdrojem epidemiologických dat jsou mj. statistiky zdravotních pojišťoven a jejich pojištěnců, občanů ČR. Faktem kromě toho zůstává, že prevalence, ale také incidence (10 na 100 tisíc obyvatel), tedy podíl počtu nově hlášených nemocných jedinců za dané časové období ve sledované populaci, narůstá. Kde je příčina, že prevalence a incidence RS v ČR je téměř dvojnásobná v porovnání se stavem před 20 lety?

## Překonávání překážek

Akcelerace výzkumných aktivit a výsledků vědy napříč všemi obory medicíny od konce 70. let minulého století přináší stále nové poznatky, které v případě, že se je daří aplikovat v klinické praxi, umožňují časnou diagnostiku a následně i léčbu. Rozvoj moderních diagnostických technologií umožnil zobrazit dosud nepoznané, na druhé straně mnohdy vede k laickému přeceňování významu zobrazovacích metod, zejména v případě magnetické rezonance (MRI). Každá vyšetřovací metoda má svou míru senzitivity a specifity pro určité orgány a tkáň,



Ilustrace foto: Shutterstock

kteřá nikdy není absolutní, a je tedy na příslušném lékaři, aby určil druh a čas jejího použití.

Pro diagnostiku RS je však magnetická rezonance zobrazovací a diagnostickou metodou volby. Je vysoce senzitivní, i když klinická praxe ukázala, že patologická zobrazení mozku a míchy magnetickou rezonancí někdy mohou RS pouze imitovat a ve skutečnosti se přitom jedná o jinou příčinu poškození bílé hmoty mozku a míchy. Tyto skutečnosti determinovaly vývoj diagnostických kritérií nejen pro magnetickou rezonanci, ale též pro onemocnění RS jako takové. V klinické praxi i klinickém výzkumu je používána již třetí přepracovaná verze McDonaldových diagnostických kritérií RS z roku 2010.

Vývoj těchto kritérií zásadně ovlivnil i přístup k léčbě. Definování a stanovení kritérií první ataky RS, prvních příznaků (tzv. klinicky izolovaný syndrom) podpořených triádou diagnostických markerů (zobrazení specifických abnormalit magnetickou rezonancí mozku a míchy, nález abnormalit v mozkomíšním moku a prodloužená odpověď na stimulaci zrakové dráhy – zrakové evokované potenciály), přineslo jasné argumenty pro časné stanovení diagnózy RS a časné zahájení léčby. Překonání bariéry úhrad imuno-

modulační terapie klinicky izolovaného syndromu nejen že vedlo ke srovnání se s kritérii léčby v ostatních zemích EU, ale zároveň dalo nemocným šanci začít se léčit včas a s více než dvojnásobným účinkem oproti léčbě již rozvinuté formy RS s mnohdy převládajícími procesy neurodegenerace CNS.

## Velmi rychlý proces

Standardy diagnostiky a léčby RS v ČR, které v současné době vstoupily v platnost ([www.czech-neuro.cz](http://www.czech-neuro.cz)), jasně definují kritéria pro včasné zahájení léčby, ale i racionální volbu druhu imunomodulační terapie s ohledem na klinický stav nemocného s RS a možné genetické nebo alespoň rodinné predispozice. O těchto faktorech je obecně známo, že do jisté míry determinují formu a průběh RS ve smyslu stupně závažnosti (benigní, nebo maligní forma).

Na počátku diagnostického procesu a následně léčby stojí klinické příznaky a podezření na postižení CNS nebo přímo RS, které může být vysloveno laikem, praktickým lékařem, ambulantním neurologem či jiným specialistou a determinuje povinnost spustit v praxi diferenciálnědiagnostický proces ze kterékoliv této úrovně. Praktický lékař by měl odeslat pacienta k neurologovi, rovněž tak lékař

jiné odbornosti. Oftalmolog diagnostikující zánět zrakového nervu by měl indikovat MRI mozku. Neurolog konfrontující příznaky s neurologickým vyšetřením indikuje MRI zobrazení mozku a krční míchy a zpravidla následně vyšetření mozkomíšního moku. V případě MRI zobrazení alespoň jedné T2 léze minimálně ve dvou ze čtyř typických oblastí (periventrikulární, juxtakortikální, kmenová či míšní) a zobrazení léze vychytávající gadolinium po aplikaci této kontrastní látky lze klinické příznaky v korelaci s MRI označit za jistou RS, nikoli jen za klinicky izolovaný syndrom. Lumbální punkce a analýza mozkomíšního moku není pouze důkazem jisté diagnózy RS, ale má nenahraditelný význam i pro diferenciální diagnostiku dalších možných – zejména zánětlivých – příčin postižení CNS a jeho mozkových a míšních plen.

Diagnostický proces je zpravidla dokončen v MS centrech, kde je někdy doplněna chybějící analýza mozkomíšního moku, zrakové evokované potenciály a recentně i optická koherentní tomografie (OCT). Tato přednemocniční péče, tedy interval od prvních příznaků do stanovení jisté diagnózy RS nebo alespoň klinicky izolovaného syndromu, je procesem velmi rychlým, výjimečně brzděným nepochopením žádosti neurologa o akutní MRI vyšetření.

## První a druhá linie

O významu MRI zobrazení mozku a míchy v prvním diagnostickém kroku při podezření na RS není pochyb, přesto je tento diagnostický proces komplikován. Časnou diagnostiku a zejména léčbu zajišťuje a odborně garantuje síť superspecializovaných MS center (v ČR celkem 15) . V rámci zajištění kvalifikované kontinuity léčby a její efektivity je kromě klinického sledování nezbytné také

sledování vývoje lézí CNS magnetickou rezonancí s předpokladem možnosti srovnávat jednotlivá vyšetření v čase, zejména pro hodnocení aktivity onemocnění a efektivity léčby.

Nedostatečná účinnost léčby první linie, pokračující klinická aktivita onemocnění a zobrazení aktivity RS na MRI vyžadují eskalaci léčby. Tou zpravidla rozumíme switch-out do druhé linie léčby RS (natalizumab a fingolimod). Infuzní léčba natalizumabem 1x za 4 týdny je t. č. nejučinnější terapií RS, jež však může být komplikována s délkou trvání léčby (po 24 měsících) virovým zánětem mozku, tzv. progresivní multifokální leukoencefalopatií (PML), u pacientů, kteří mají v těle JC virus (JCV) a v anamnéze imunosupresi. Rozhodující pro diagnostiku PML je zobrazení MRI ve specifických sekvencích (mj. FLAIR, před a po aplikaci gadolinia) akutně po vyslovení klinického podezření.

Skutečnost, že zdravotní pojišťovny v Česku striktně trvají na vyšetřování magnetickou rezonancí v regionu trvalého bydliště pacienta s RS, nikoli v místě MS centra, kde se pacient s RS léčí a kde je logicky koncentrována nejenom technika, ale zejména tým kvalifikovaných odborníků specializovaných na problematiku RS, vede k jasnému riziku, že může dojít k falešně negativnímu MRI zobrazení se známými důsledky. Ani elektronické předávání dat z jednotlivých MRI pracovišť do MS center negarantuje požadavek sledování pacientů s RS v čase a jistotu diferencování PML s možným výstupem v podobě okamžitého přerušení léčby natalizumabem a zahájení výměny plazmy. Příkazy zdravotních pojišťoven plněné zdravotnickými manažery nemocnic bez pozitivní podpory argumentů MS center vystavují do rizika diagnostiku, léčbu a osud pacientů MS center v ČR.

## Netransparentní budget

Kontinuální proces časné diagnostiky klinicky izolovaného syndromu, často s jistotou vývoje RS v důsledku zobrazení MRI a vyšetření mozkomíšního moku, cíleně sleduje časné zahájení léčby. V současné době je v Česku dostupná (podobně jako v celé EU) biologická léčba první linie (interferon beta a glatiramer acetát). Biologická léčba by pacientům měla být poskytnuta na začátku terapeutického okna, kdy je nejučinnější. Ukazuje, že zdravotní pojišťovny a manažeri nemocnic v některých regionech vytvářejí bariérový systém oddalující zahájení léčby u nově diagnostikovaných nemocných



a determinují vznik čekacích listin na léčbu v MS centrech.

Nabízí se úvaha, že komplikujícím mezičlánkem mohou být ekonomické praktiky nemocnic u některých MS center. Hospodaření s budgetem určeným pro úhradu „centrových léků“ je netransparentní, využívající zisku z této léčby nikoli k vytváření finančních rezerv pro nově diagnostikované pacienty s RS. Vznikají tak nepochopitelné rozpory mezi uvolněnými financemi na léčbu RS zdravotními pojišťovnami a jejich nevyčerpáním v důsledku vytvářených regulací pro zahájení léčby nově diagnostikovaných pacientů s RS.

Nemělo by se stávat, aby se jednotlivý pacient s RS musel osobně dožadovat na své zdravotní pojišťovně úhrady indikované léčby, na kterou má nárok, jen proto, že mu ji regulační ekonomické mechanismy nemocnic neposkytnou. A to v době, kdy výběrová řízení, smlouvy s expedujícími sklady a někdy i přímo s farmaceutickými firmami generují významné finanční úspory, jež by zcela logicky mohly být zdrojem pro léčbu nových pacientů s RS.

### Šetření na nepravém místě

Je stále nutné mít na zřeteli, že RS je onemocnění mladých dospělých, kteří při správné léčbě nejen mohou, ale i chtějí pracovat, žít plnohodnotný život, na nějž si svou prací vydělají (a rovněž tak na nákladnou léčbu). Zapomíná se, že včas zahájená biologická léčba RS zásadně oddaluje nástup invalidity a snižuje její stupeň. Jenom proto, že sociální dávky při invaliditě obhospodařuje jiný resort, se zdravotnický systém nezajímá o výsledek diagnostického a léčebného procesu a osud nemocného člověka s RS, který financuje? Zapomíná se, že na léčbě RS nelze ušetřit. Pokud nebudeme léčit včas, pokud nebudeme terapii včas eskalovat při selhávání první linie, tedy v čase kdy je neefektivnější, velmi rychle nastupuje pracovní neschopnost a invalidita, jež jsou mnohem dražší.

V této souvislosti je nutno připomenout i práva pacienta, který má mj. právo na „ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči“ a na to, že „nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře od-

povídající povaze onemocnění“. Kodex práv pacientů navrhla, po připomínkovém řízení definitivně formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví ČR. Tato práva pacientů jsou prohlášena za platná počínaje 25. únorem 1992.

V současné době v Česku funguje síť 15 MS center, která mají k dispozici veškerou špičkovou zdravotnickou techniku, intelektuální a odborný potenciál i prostředky

pro vysoce účinnou léčbu RS první a druhé linie. Jde o ideální stav pro aplikaci platných diagnostických a léčebných standardů RS v reálné praxi. Ukazuje se však, že existují mechanismy, které mají snahu tuto praxi komplikovat s jediným cílem – limitovat nárůst léčby nově diagnostikovaných pacientů s RS a vzít jim možnost léčby v době, kdy je nejúčinnější. Potřeba terapie pacientů s RS biologickými preparáty

je zcela legitimní, opírá se o poznatky medicíny založené na důkazech a předpokládá až dvojnásobný nárůst léčených pacientů RS v ČR v dalších letech. Nezbytná investice do léčby RS je nejenom zodpovědná, ale nepochybně přinese v reálných číslech i méně invalidity a sociální deprese.

MUDr. Radomír Taláb, CSc.

předseda sekce neuroimunologie a likvorologie  
České neurologické společnosti ČLS JEP

## BCI pro pacienty s locked in syndromem

Za zkratkou BCI se skrývá anglický termín *brain-computer interface*. Jde o zařízení vytvářející „rozhraní“ mezi počítačem a lidským mozkem. BCI nabízejí naději pro ochrnuté pacienty nebo pro pacienty s *locked-in* syndromem.

Jedním z prvních úspěšně použitých zařízení tohoto typu byl *interface* BrainGate, který tetraplegikům dovoluje ovládat kromě počítače i další zařízení, např. osvětlení nebo topení v místnosti. BrainGate využíval elektrod voperovaných do mozku pacienta. Švýcarský tým vedený Josémem del Millánem z École Polytechnique Fédérale de Lausanne vyvinul robota ovládaného pomocí BCI snímající-

ho aktivitu neuronů prostřednictvím jemných elektrod EEG. Elektrody snímají aktivitu neuronů typickou pro pohyb končetin a prostřednictvím BCI ji převádějí na povel pro robota. Ten se pak pohybuje na podvozků směrem, jenž odpovídá pohybu, jaký si člověk jen představuje. Vědci netušili, zda budou pacienti upoutaní několik let na lůžko schopni generovat v mozku vzor aktivity neuronů,

jež bude odpovídat aktivitě mozku pohybujeícího se zdravého člověka, a zda bude aktivita jejich mozku pro systém „čitelná“. Pokusy s pacienty však dopadly na výbornou. V další fázi se del Millánův tým snaží vyvinout systémy, které by pacientům zajistily kontrolu nad elektronickými protézami dolních i horních končetin.

(Zdroj: IEEE, *Engineering in Medicine and Biology Society*) (jap)

Inzerce A111019814



**COPAXONE®**

- Je účinný u pacientů s CIS i s RRMS<sup>2, 3</sup>
- Zpomaluje progresi do klinicky prokázané RS<sup>3</sup>
- Signifikantně snižuje počet relapsů u RRMS<sup>2</sup>
- Má příznivý bezpečnostní profil z krátkodobého i dlouhodobého hlediska<sup>1-3</sup>

#### COPAXONE®: Zkrácená informace o přípravku

**Složení:** 20 mg glatirameri acetas. **Léková forma:** Injekční roztok, předplněná injekční stříkačka. **Indikace:** První klinická epizoda u pacientů s vysokým rizikem rozvoje klinicky potvrzené roztroušené sklerózy, snížení frekvence relapsů u ambulantních pacientů s RRMS, a alespoň 2 ataky neurologické dysfunkce v průběhu předchozího dvouletého období. **Dávkování:** 20 mg glatirameri acetasu – 1 předplněná injekční stříkačka s.c. 1x denně. U starších osob, a u pacientů s poruchou renálních funkcí nebyl specificky studován. Každý den je nutné měnit místo vpichu – paže, břicho, hýždě, stehno. **Použití v pediatrii:** Adekvátní klinické ani farmakokinetické studie nebyly provedeny. Omezené literární údaje naznačují, že bezpečnostní profil u dospívajících léčených přípravkem Copaxone 20 mg s.c. 1x denně je obdobný jako u dospělých. Nejsou informace o účinnosti Copaxone u dětí do 12 let, proto by přípravek Copaxone neměl být v této věkové skupině použit. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na glatirameri acetasu nebo mannitol, u těhotných žen. **Zvláštní upozornění:** Nesmí být podáván i.v. nebo i.m. je třeba zvýšené opatrnosti u pacientů s kardiologickými problémy v anamnéze. Vzácně se mohou objevit vážné hypersenzitivní reakce. Nejsou důkazy o tom, že by protilátky proti glatirameri acetasu byly neutralizující. U pacientů s renálními poruchami musí být během léčby přípravkem Copaxone sledovány renální funkce. **Interakce:** Nebyly specificky studovány. Zvýšený výskyt reakcí v místě vpichu u souběžné léčby kortikosteroidy. Fenytoin a/nebo karbamazepin: souběžné použití musí být pečlivě monitorováno. **Kojení:** Údaje o vylučování glatirameri acetasu, metabolitů nebo protilátek do mat. mléka nejsou dostupné. Musí být zváženy prospekty pro matku proti relativnímu riziku pro dítě. **Nežádoucí účinky:** reakce v místě vpichu- erytém, bolest, zatvrdnutí, pruritus, otok, zánět a hypersenzitivita. Vazodilatace, tlak na hrudi, dušnost, palpitace nebo tachykardie, byla popsána jako bezprostřední postinjekční reakce. **Velmi časté:** Infekce, chřipka, úzkost, deprese, bolest hlavy, vazodilace, dušnost, nevolnost, vyrážka, artralgie, bolest v zádech, astenie, bolest na hrudi, reakce v místě injekce, bolest. **Časté:** Bronchitida, gastroenteritida, herpes simplex, otitis media, rhinitida, absces dásní, vaginální kandidóza, benigní novotvar kůže, novotvar lymfadenopatie, hypersenzitivita, anorexie, přírůstek na váze, nervozita dysgeusie, hypertonie, migréna, poruchy řeči, synkopa, tremor, diplopie, oční poruchy, ušní poruchy, palpitace, tachykardie, kašel, senná rýma, zácpa, zubní kaz, dyspepsie, dyslagie, inkontinence stolice, zvracení, neobvyklé jaterní funkční testy, ekchymóza, nadměrné pocení, svědění, poruchy kůže, kopřivka, nucení na moč, polakisurie, retence moči, zimnice, otok tváře, atrofie v místě injekce, lokální reakce, periferní edém, edém, horečka. Méně časté, vzácné a velmi vzácné nežádoucí účinky – viz SPC. **Předávkování:** Do 80 mg nebyly spojeny s jinými nežádoucími účinky, s dávkami vyššími nejsou zkušenosti. Nesmí být mísen s jinými léky. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte stříkačky v krabici – chraňte před světlem. Uchovávejte v chladničce (2°C – 8°C) a chraňte před mrazem. Jedenkrát mohou být uchovávány při pokojové teplotě (15°C – 25°C), po dobu až jednoho měsíce. Jestliže nebyly použity a jsou v původním obalu, musí být po této lhůtě vráceny do chladničky. **Balení:** Copaxone 20 mg 7 nebo 28 předplněných inj. stříkaček. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Teva Pharmaceuticals CR s.r.o., Radlická 3185/1c, 15000 Praha 5, Česká republika **Registrační číslo:** 59/481/06-C **Datum revize:** 3. 6. 2009

Před předepsáním léku se seznamte se Souhrnem údajů o přípravku. Výdej léku je vázán na lékařský předpis.

Hrazen z prostředků zdravotního pojištění.

**Reference:** 1. Schrempf W & Ziemssen T. 2007 Autoimmunity Reviews; 6:469-475. 2. Comi G et al. The Lancet, published online October 7, 2009. 3. Ford C. Mult Scler Online, first published on January 27, 2010.



ZÁKLADNÍ LÉČBA  
ROZTROUŠENÉ SKLERÓZY



## AKTUALITY

# Patent na izolaci kmenových buněk neurální lišty z vlasových folikulů

Dne 4. října 2011 byla patentovým úřadem USA akceptována patentová přihláška „Method of isolating of neural crest stem cells“, kterou společně podali dr. Maya Sieberová-Blumová z Medical College of Wisconsin a profesor Miloš Grim z Anatomického ústavu 1. LF UK v Praze.

**P**atent č. 8,030,072 je autor-  
sky vázaný na výše uvede-  
né odborníky a jejich pra-  
covitě. Předmětem patentu je  
izolace dospělých kmenových  
buněk neurální lišty z vlasových  
folikulů. Tyto buňky jsou funkč-  
ně podobné embryonálním kme-  
novým buňkám neurální lišty.  
**Prof. MUDr. Miloš Grim, DrSc.,**  
Zdravotnickým novinám popsal  
průběh výzkumu.

## Neurální lišta jako výchozí bod

Ke studiu kmenových buněk jsem se dostal tak trochu oklikou. Zajímá se o mechanoreceptory a podíl buněk neurální lišty na jejich stavbě. Neurální lišta je embryonální útvar uložený nad neurální trubici. Její buňky v časných stádiích vývoje migrují do periférie, kde se postupně diferencují. Vzniká z nich podstatná část periferních nervů, skoro všechny pigmentové buňky, některé endokrinní buňky a v oblasti hlavy a krku i buňky vaziva, hladké svaloviny, chrupavky a kostí. Používali jsme embryonální chiméry japonské křepelky a bílé leghornky, které umožňují sledovat vývojový původ a diferenciaci buněk. Neměli jsme ale model, který by dovozoval řešit takovou problematiku u savců. Věděli jsme, že velké nakupení mechanoreceptorů se nachází ve vlasovém folikulu hmatových chlupů (především na horním rtu) řady savců včetně laboratorních myší. Vlasový folikul je tvořen hlavně buňka-

mi epidermis, které zajišťují růst a obnovu vlasu, ale obsahuje také pigmentové buňky a buňky vázané na nervová zakončení, jež pocházejí z neurální lišty. Studovali jsme nejprve význam růstových faktorů pro diferenciaci těchto receptorů. Neměli jsme však možnost řešit otázky jejich vývojového původu.

## Cesta do Milwaukee

V té době jsem byl proděkanem 1. LF UK a měl jsem možnost zúčastnit se studijní cesty do USA, jejímž cílem bylo seznámit se s organizační studií lékařství na Medical College of Wisconsin v Milwaukee. Část programu jsem mohl sám navrhnout. Pochopitelně jsem si naplánoval i pobyt v tamním anatomickém ústavu. Z literatury jsem věděl, že v něm pracuje Maya Sieberová-Blumová, která se věnuje studiu buněk neurální lišty. Několikrát jsme se sešli, diskutovali o své výzkumné problematice a našli téma, které bychom mohli řešit společně s využitím přístupů používaných v našich laboratořích. Vedl jsem v té době postgraduálního studenta, který měl velkou motivaci strávit nějakou část svého studia ve Spojených státech. Podařilo se nám zajistit mu finanční prostředky na studijní pobyt v Milwaukee a umožnit mu zpracovat tam část své doktorské práce. Ta se týkala studia receptorových zakončení ve hmatovém chlupu. Pomocí transgenních myší, ve kterých jsou buňky neurál-



Profesor Miloš Grim. | Foto: Jaroslav Tatek

ní lišty značeny takzvaným reporterovým genem, bylo možné řešit otázky jejich vývojového původu, které jsme do té doby mohli studovat pouze u ptačích embryí.

## Důležitá schopnost sebeobnovy

Postupně jsme přišli na to, že některé buňky vlasového folikulu, jež jsou značeny reporterovým genem, a jsou to tedy deriváty neurální lišty, leží v jiné lokalizaci, než je typické pro receptorové buňky a melanocyty. To nás velmi zaujalo. Doktorka Sieberová-Blumová měla velkou erudici a mnohaletou zkušenost se studiem buněk neurální lišty ve tkáňové kultuře a zjistila, že z vypreparovaného folikulu přeneseného do tkáňové kultury buňky neurální lišty migrují, v závislosti na typu kultivačního média se množí, při-

padně diferencují, a jsou schopné sebeobnovy. To znamená, že část buněk neurální lišty, jež během vývoje osídlily vlasový folikul, zůstává v nediferencovaném stavu i v dospělosti, má vlastnosti kmenových buněk a je schopná diferencovat se do většiny typů buněk, které z vývoje z neurální lišty pocházejí. V Praze jsme zpočátku pracovali se vzorky, jež jsme dostávali z Milwaukee, ale později jsme zavedli vlastní chov transgenních myší, a když byla na našem ústavu vybudována laboratoř tkáňových kultur, mohli jsme zde provádět všechny potřebné studie.

## Naděje pro regenerativní medicínu a buněčnou léčbu

Výsledky svých pozorování jsme společně publikovali v letech 2003-2005. Na nich byla založe-

na patentová přihláška, jejíž podání iniciovala Medical College of Wisconsin. Přihláška byla podána v roce 2005, ale patent byl přiznán až v říjnu 2011. Bylo nutné doplnit údaje o charakteru izolovaných buněk, stanovit, které geny jsou v nich významně exprimovány, a provést další studie s buňkami izolovanými z vlasových folikulů člověka. Pracovali jsme s vlasovými folikuly, jež jsme získali z Dermatovenerologické kliniky 1. LF UK a VFN. Ověřili jsme, že kmenové buňky neurální lišty jsou přítomny i ve vlasových folikulech člověka, a že tedy představují buňky, které lze použít v regenerativní medicíně nebo pro účely lékařského výzkumu.

V experimentální studii na myších jsme ukázali, že tyto buňky tvoří nádory, když jsou přeneseny do míchy, která byla poraněna zhmžděním, že produkují určité růstové faktory a že se některé z nich diferencují v určité typy glií a neuronů. Recentně dr. Sieberová-Blumová publikovala výsledky pokusů, které ukázaly, že aplikace těchto buněk do poraněné míchy vede ke zlepšení senzoryckých funkcí. Mohly by tedy být použitelné při poraněních nervové tkáně a zřejmě i při obnově chrupavek, kostí a vaziva.

Jejich předností je snadná dostupnost v pacientově kůži, nebudou se proti ní tvořit protilátky a s jejich přípravou nebudou spojeny etické problémy, jako je tomu u embryonálních kmenových buněk. Kmenové buňky neurální lišty izolované z vlasového folikulu tedy představují významný potenciální zdroj buněk pro účely výzkumu a pro regenerativní medicínu a buněčnou terapii.

Česká část výsledků byla získána s podporou Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR v rámci výzkumného záměru „Molekulární biologie a patologie buňky za normálních a klinicky závažných patologických stavů“ (MSM 111100003 a MSM 0021620806) a také z prostředků Centra buněčné terapie a tkáňových náhrad (LN00A065, 1M0021620803).

zapsala Marcela Svěráková

## Kmenové buňky tlustého střeva

Sliznice tlustého střeva se velmi rychle obnovuje a už tento fakt jasně dokazuje, že střevo má své vlastní kmenové buňky. Snahy o jejich lokalizaci, izolaci a kultivaci však donedávna vycházely naprázdno.

Zcela nedávno uspěl tým vedený Eduardem Batlleem z Barcelonského Instituto de Invest-

igación Biomédica. Objev je považován za významný počín na poli regenerativní medicí-

ny i na poli onkologie. Ve spolupráci s nizozemskými vědci Španěle vytvořili první linie

intestinálních kmenových buněk. Základním předpokladem byl vývoj kultivačního systému, který dovoluje množení a růst intestinálních kmenových buněk, ale zabrání jejich spontánní diferenciaci.

Jeden směr návazného výzkumu se soustředí na možnosti kultivovat tkáň tlustého střeva v podmínkách *in vitro* pro potřeby transplantací. Další výzkum

využije intestinální kmenové buňky pro výzkum závažných gastrointestinálních chorob, jako jsou nádorová onemocnění tlustého střeva a konečníku nebo Crohnova choroba. Podmínky pro rozvoj těchto nemocí mohou nastat poté, co je vážněji narušena funkce intestinálních kmenových buněk.

(Zdroj: Nature Medicine)

(jap)

# Předplatte si ZDRAVOTNICKÉ NOVINY

## Předplatné na rok + mimořádná kniha



### Angličtina pro lékaře

V publikaci najdete naprosto vše potřebné od typických vzorů konverzace s pacienty včetně jejich vyšetření až např. po slangové výrazy, synonyma a zkratky. Nechybí ani vzory profesionálních dopisů.



Neváhejte! Tato nabídka platí jen do 12. 2. 2012.  
Předplatné na rok pouze za **590 Kč**



### Předplatte si bezpečně e-mailem

na e-mailovou schránku [předplatne.mf@cpost.cz](mailto:předplatne.mf@cpost.cz), uveďte své **jméno** a **doručovací adresu**. Do předmětu napište kód **ZDN 0112**. Předplatit si můžete také **on-line** na našich stránkách [www.mf.cz](http://www.mf.cz)



### Volejte zdarma 800 300 302

Jednoduše zavolejte své osobní údaje a info o požadovaném předplatném a periodiku. Uveďte kód **ZDN 0112**



### Pošlete SMS na číslo 900 09 06

ve tvaru **ZDN ABO jméno, příjmení, adresa, lékařská specializace** předplatitele. Cena SMS je 6 Kč včetně DPH. Službu provozuje goNET s. r. o. Technicky zajišťuje MobilBonus s. r. o. Help line 777 717 535 po-pá 9.00-17.00.

Tato akce je určena pouze pro nové předplatitele a platí do vyčerpání zásob. Dárky jsou rozesílány do 6 týdnů od obdržení platby za předplatné. Svoji objednávkou 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. Bere na vědomí, že má práva dle § 11, 21 zák. č. 101/2000 Sb., tj. zejména že poskytnutí údajů je dobrovolné, že svůj souhlas může bezplatně kdykoliv 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. Podrobné informace a všeobecné dodací podmínky naleznete na [www.mf.cz](http://www.mf.cz)

## AKTUALITY

# Dostupnost paliativní péče by měla patřit k lidským právům

Ohlédnutí za 3. česko-slovenskou konferencí paliativní medicíny v Olomouci.

Kongresové centrum v Olomouci hostilo koncem listopadu více než 350 účastníků 3. česko-slovenské konference paliativní medicíny. Konference pořádá Českou společnost paliativní medicíny ČLS JEP (ČSPM) ve spolupráci se slovenskými kolegy je největším tuzemským odborným setkáním zdravotníků, kteří se zabývají péčí o nevléčitelně nemocné.

Složení účastníků vypovídá hodně o tom, jak téma paliativní péče prostupuje různými lékařskými odbornostmi, ale také různými typy zdravotnických zařízení. Mezi účastníky tak byli praktičtí lékaři, lékaři a sestry z hospiců a léčených pro dlouhodobě nemocné i z nemocnic a fakultních klinik různých odborností (onkologie, radioterapie, pneumologie, interna). Početné bylo také zastoupení dalších nelékařských profesí, mj. klinických farmakologů, sociálních pracovníků a psychologů. Dvoudenní odborný program byl rozdělen do paralelních sekcí, ve kterých zaznělo celkem 60 sdělení.

## Paliativní péče nejen v hospicích

Významným hostem olomoucké konference byl bývalý prezident Evropské asociace paliativní péče (EAPC) profesor Lukas Radbruch z Bonnu. Ve své přednášce prezentoval data, ze kterých vyplývá, že více než polovina nemocných s onkologickými, ale i neonkologickými diagnózami (ICHS, CHOPN, demence) má v pokročilých fázích nemoci prokazatelný benefit z komplexní paliativní péče. Dostupnost této péče je však v jednotlivých evropských zemích rozdílná. Je proto třeba systematicky pracovat na

tom, aby byla kvalitní paliativní péče dostupná nejen v hospicích, ale všude tam, kde se nevléčitelně nemocní a umírající pacienti reálně vyskytují – v domácím prostředí, domovech pro seniory, na lůžkách akutních (v nemocnicích, zejména na oddělení JIP či ARO) i dlouhodobých (v léčebnách).

Podle profesora Radbrucha je potřeba pracovat na zlepšení úrovně tzv. obecné paliativní péče (tj. vzdělávání všech zdravotníků, kteří s nevléčitelně nemocnými pracují), ale také vytvářet nové organizační formy specializované paliativní péče, jako jsou např. ambulance paliativ-

ní medicíny, interdisciplinární týmy domácí péče, konziliární týmy v nemocnicích a specializovaná lůžková oddělení paliativní péče. Zkušenosti z Německa ukazují, že rozvoj paliativní péče vyžaduje nejen nadšení a obětavost na straně těch, kteří péči poskytují, ale také koncepční kroky tvůrců zdravotní politiky a plátců péče.

## Potřeba rozvoje dalších forem péče

Nutnost dalšího rozvoje a větší integrace paliativní péče do činnosti komplexních onkologických center zdůraznil ve své přednášce předseda České onkologické společnosti ČLS JEP profesor Jiří Vorlíček.

Předseda České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP MUDr. Ladislav Kabelka, Ph.D., ve svém příspěvku popsal současnou situaci a perspektivy dalšího vývoje paliativní medicíny v ČR. Jedinou formou specializované paliativní péče, která je ve stávajícím systému zdravotní péče dobře zakotvená, představují lůžkové hospice. Tato zařízení poskytují velmi kvalitní komplexní paliativní péči. V hospicích však v ČR dochází k méně

než 3 % všech úmrtí. Je proto třeba usilovat o rozvoj dalších forem této péče, především mobilní (domácí), ambulantní a konziliární paliativní péče. Od ledna 2011 vznikl nástavbový specializační obor paliativní medicína. V následujících letech se tak snad postupně zvýší počet lékařů, kteří se problematikou paliativní medicíny budou zabývat.

Potřebu dostupnosti kvalitní paliativní péče v zařízeních sociální péče, především rezidenčních domovech pro seniory, zdůraznil rovněž prezident Asociace poskytovatelů sociálních služeb v ČR Ing. Jiří Horecký.

## Téma závažné i podnětné

Kromě tématu organizace paliativní péče a její integrace do systému zdravotní péče se v Olomouci hovořilo také o možnostech multiprofesní týmové spolupráce. Zazněly praktické přehledy léčby symptomů a zajímavé klinické kazuistiky. Živé diskuse po jednotlivých přednáškách i v kuloárech prokázaly, že otázka dobré péče o pacienty v závěru života je téma závažné, ale současně profesně velmi zajímavé a podnětné. 4. česko-slovenská konference paliativní medicíny proběhne příští rok v Bratislavě. Důležitou a pro paliativní medicínu v Česku velmi povzbudivou zprávou je rozhodnutí rady EAPC, že v červnu 2013 se v Praze uskuteční Evropský kongres paliativní medicíny.

MUDr. Ondřej Sláma, sekretář

České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP



Prim. Ladislav Kabelka. | Foto: ČSPM

## Prestižní certifikát potvrdil důvěryhodnost MOÚ

Masarykův onkologický ústav (MOÚ) získal certifikát systému řízení bezpečnosti informací v oblasti komplexní nemocniční péče ISO 27001:2005. Po třech letech příprav jej vedení ústavu předala certifikační firma Lloyd's Register EMEA.

Systém zahrnuje soubor opatření a činností, jež zajišťují bezpečnost informací a kontrolu nakládání s nimi. „Objem citlivých dat v patientské dokumentaci se stále zvětšuje, v současnosti je to 85 procent. To obnáší i rizika jak v oblasti informačních technologií, tak ve fyzické bezpečnosti dat,“ vysvětluje Zdeňka Fišerová z oddělení informatiky MOÚ důvody, proč vedení ústavu přistoupilo k zavedení nového systému.

„Hodně procesů již v MOÚ neformálně fungovalo i před zahájením

příprav na certifikaci, my jsme však přinesli zejména to, že si lidé v MOÚ začali bezpečnosti všimnout a podporovat ji,“ uvedl Tomáš Kubínek, ředitel firmy I3 Consultants, která zavádění systému v MOÚ metodicky zastřešila.

## Komplexně řízená bezpečnost

V první fázi museli pracovníci společnosti I3 Consultants posoudit stav bezpečnosti informací v MOÚ, tato analýza pak určila směr, kterým se následně přijímají opatření

ubírala. Šlo přitom jednak o dosažení parametrů pro získání certifikátu, jednak o optimalizaci nákladů. „Bylo nutné provést několik kroků, aby se vyloučil nahodilý nebo neoprávněný přístup k osobním údajům a aby přijatá opatření byla v souladu s legislativou. Dále procesy zpracovat a popsat tak, aby se s nimi pracovníci mohli seznámit. Třetí fází bylo školení zaměstnanců a provádění kontrol,“ popsala třetí fázi Zdeňka Fišerová.

Certifikát ISO 27001:2005, který v České republice zatím získala

jen tři zdravotnická zařízení, bude nyní nutné v MOÚ každý rok obnovovat. „Skutečnost, že jsme certifikát získali, má velký přínos především v tom, že jde o přechod ke komplexně řízené bezpečnosti. Zvýšilo se povědomí zaměstnanců o bezpečnosti při zacházení s citlivými údaji a ve výsledku se výrazně zvýší důvěryhodnost pro pacienty,“ dodala Zdeňka Fišerová.

## Informační centrum pro desetitisíce klientů

Masarykův onkologický ústav rovněž prezentoval výsledky desetiletého působení tamního Onkologického informačního centra (OIC), jež poskytuje základní informace o zhoubných onemocněních pacientům, pomáhá zvládat problémy spojené s tímto onemocněním jejich příbuzným a zaměřuje se i na prevenci.

Informační centrum vedle osobních konzultací přímo v Masarykově onkologickém ústavu nabízí služby bezplatné telefonní linky

(800 222 322) a komunikaci prostřednictvím internetu, kde mají zájemci k dispozici různé formy spojení s odborníky ústavu. Jednak je to vlastní web MOÚ ([www.mou.cz](http://www.mou.cz)), jednak je to internetová doména [www.prevencenadoru.cz](http://www.prevencenadoru.cz). „Setkáváme se s tím, že jsou lidé překvapeni rychlostí odpovědi na své dotazy. Tazatelům přitom odpovídají renomovaní lékaři včetně profesorů a veřejnost si toho váží,“ uvedla vedoucí OIC Helena Sedláčková.

Během 10 let kontaktovalo brněnské OIC přes 40 tisíc klientů. Takový rozsah a kvalita přitom u nás nemá srovnání. „V rámci České republiky jde o ojedinělou záležitost a je to škoda, protože v USA a všech západních zemích taková informační centra v onkologických zařízeních, jako je MOÚ, pracují zcela běžně. Máme stejné lékaře i vybavení, ale to, co u nás umíme špatně, je komunikace,“ zhodnotil situaci ředitel MOÚ profesor Jiří Vorlíček.

David Daniel

# S číslem na levém předloktí

Mezi Novým židovským hřbitovem a budovou, odkud z Prahy vysílá Rádio Svobodná Evropa, je místo s neméně pohnutou historií. Hagibor, hebrejsky „hrdina“. Dnes tu působí domov sociální péče, a to i s ambulantní ordinací dvou praktických lékařek.

**D**omov sociální péče Hagibor vznikl před třemi lety a je jedním z největších projektů Židovské obce v Praze. Hlavním posláním Hagiboru je poskytovat sociální služby seniorům židovského původu, kteří přežili šoa. Většinou z těchto lidí je osmdesát a více let. To má důvod prostý a tragický – mezi minimem lidí, kteří přežili holocaust (hebrejsky šoa), nebyly takřka žádné děti. Tehdejší mladí dospělí, kteří dosud žijí a pomáhá jim Hagibor, už jsou dnes často úplně sami nebo mají své blízké v cizině.

Někteří z nich přímo v Hagiboru bydlí, další sem docházejí nebo dojíždějí z různých částí Prahy. Hagibor jim nabízí kulturní program, kvalitní stravování, sociální a ošetrovatelskou péči, sociálněterapeutické služby i poměrně bohatý výběr skupinových a individuálních aktivit. Najdou tu také ordinaci praktických lékařek, přesněji lékařek. Jednou z nich je **MUDr. Karin Taussig**.

**Mluvíte se mnou slovensky – nezdá se, že byste byla zrovna „křtěná Vltavou“?**

Ani Vltavou, ani křtěná! Jsem z Bratislavy a narodila jsem se tam židovským rodičům. V tomto duchu jsem byla vychovaná a odjakživa jsme jako rodina fungovali v Bratislavě v tamní židovské obci. Moje maminka byla také lékařka a rovněž pracovala pro židovský domov důchodců v Bratislavě, jenž se jmenuje Ohel David.

Vystudovala jsem všeobecné lékařství na bratislavské Univerzitě Komenského. Pak mě starší sestra, která je psychiatryně, „zlanářila“ do Prahy, kde působí. Nastoupila jsem na internu v Ústřední vojenské nemocnici. Tam jsem pracovala pět let a atestovala z interny, pak jsem pracovala jako internistka na poliklinice, kde jsem složila atestaci ze všeobecného lékařství. V té době jsem si nechávala i nějaké služby v nemocnici, nechtěla jsem přijít o kontakt se službou u lůžka. V Praze jsem zůstala a teď jsem na rodičovské dovolené. Máme dvě malé děti, ve věku dva a půl roku a jedenáct měsíců.

**Vy nejste s holčičkami doma?**

Jsem, ale mám malý pracovní úva-



Foto: Leoš Chodura

zek, ordinuji tu dva dny v týdnu. Oslovila mě Židovská obec v Praze, protože jedna z lékařek, jež tu pracovala, šla do důchodu. Zůstali tu po ní jak ambulantní pacienti přicházející zvenčí, tak i klienti, kteří leží tady v Hagiboru nebo tu bydlí, protože potřebují pomoc při zaopatřování. Vzhledem k historii naší rodiny pro mě tito lidé nebyli úplně cizí, i proto jsem nabídku přijala... Obě skupiny našich pacientů, ti „zvenčí“ i ti „zevnitř“, jsou většinou senioři. Práce s nimi je poměrně náročná na čas, ale též společensky, hodně tu jde o skloubení medicíny a psychologických aspektů.

**Vyprávějí vám vaši pacienti, čím kdysi prošli?**

Když je mám tady na ambulanci nebo je vyšetřuji na lůžku, tak alespoň ti, se kterými jde relativně koherentně rozmlouvat, mi samozřejmě vyprávějí i o sobě. Rodinná anamnéza bývá identická; pokud se jich zeptáte na rodiče, většinou se dozvíte, že zahynuli v koncentračních táborech.

**Dávno je hodně subjektivní pojem. Jedna ze zdejších dobrovolnic telefonovala obyvatelce Hagiboru, že zítra bude koncert. A ze sluchátka se ozvalo udivené: „Cože? Zítra bude transport?“**

Emočně vnímám tyhle věci hodně citlivě nejen proto, že jsem z rodiny hluboce zasažené holocaust-

tem, ale roli v tom hrají i moje dvě malé děti. Citový nápor je to na mě veliký. Většina těch lidí má vytetované šestimístné číslo na levém předloktí... Rázem si představíte úplně konkrétní realitu, jak to všechno bylo. Slyšet tyto lidi mluvit o jejich osudech je o dost jiné než třeba sledovat filmy nebo číst knížky o šoa.

**Je psychologická podpora jenom na vás lékařkách?**

To bychom určitě nestihaly, my řešíme vždy především nějaký aktuální fyzický problém, ačkoli i ty bývají mnohdy psychosomatické. Personál je tu velmi erudovaný, sestry jsou velice empatické, věnují pacientům hodně času i mimo své pracovní povinnosti. Je tu psychologka a hodně pomáhají rovněž kulturní programy. Myslím si, že se všichni velmi snaží, aby se obyvatelé Hagiboru i lidé, kteří sem jen docházejí, cítili dobře.

**Ve vaší ambulanci vidím jen EKG a tonometr. Spolupracuje se vám dobře při předávání pacientů specialistům?**

Ambulantní vyšetření mimo Hagibor je samozřejmě mnohem komplikovanější, než když pracujete v nemocnici. Řada našich klientů jsou ležící pacienti. V nemocnici takového pacienta můžete posadit do kolečkového křesla a spodními chodbami ho prostě dovezete do vedlejšího pavilo-

nu na příslušné vyšetření. U nás v případě potřeby vyšetření nad rámec možností naší ordinace musíte víc zvažovat, „co“ a kam pošlete. Odeslat zejména ležícího pacienta na vyšetření je pro něj značně zatěžující. Tito nemocní bývají rozbolavělí a manipulace s nimi je pro ně komplikovaná.

**Podle čeho se při výběru specialisty řídíte?**

Za dobu, co pracuji v ambulantním sektoru, už mám svůj přehled zdravotnických zařízení, na která se spoléhám. Prostě vím, že tam se s kolegy dobře spolupracuje, jejich odborné názory jsou validní a o moje pacienty se postarají tak, jak si představuji, že by mělo být. Vždy se velmi snažím nejen, aby to nebyla zbytečná návštěva, ale také, aby se během takové „výpravy“ vyřešilo co nejvíc věcí naráz. Vytelenuji dopředu, co jen jde, domluvíme se s kolegou, dohodneme převozovou sanitku. Neposílám pacienta prostě „někam“ a naslepo. S ambulantním sektorem ale problémy nemíváme.

**S nemocnicemi je to jinak?**

Podstatně bývá, na koho zrovna natrefíte. Obtížněji se dohaduje, pokud si něco nedomluvíte výslovně s vedoucím oddělení, což ale nejde vždy, zejména v atypických hodinách nebo když jste odkázáni jen na člověka, který tam je právě v té chvíli přítomen. To je pak

případ od případu velmi individuální. Na některých odděleních vše proběhne hladce, měla jsem ale i negativní zkušenosti, kdy mi z nemocnice vrátili pacienta zpět ve velmi špatném stavu, aniž by s ním vůbec něco dělali.

**Nechtěli si kazit statistiku úmrtím?**

To byl asi ten důvod. Vrátili nám pacienta dušného, pomalu na CPAP masce. Poradit si s takovým stavem tady je mimo naše možnosti, naše ordinace je ambulantní. Hagibor není zdravotnické, ale sociální zařízení. Lékař zde není přítomen kontinuálně, střídáme se s kolegyní, jsme tu kromě čtvrtku každý všední den. Mimo naše ordinaci hodiny jsou sestry odkázány samy na sebe a mají tu desítky pacientů. Samozřejmě také nemohou podávat například intravenózní terapii.

**Nelutujete někdy, že jste nezůstala v nemocnici?**

Služby nemocničních lékařů, to byl důvod, proč jsem odešla z nemocnice, ačkoli mě práce v ÚVN velmi bavila a byla jsem tam moc spokojená. Jsem za tu zkušenost vděčná a hodně jsem se tam naučila. Nepovažovala jsem ale za reálnou představu, že bych skloubila práci v nemocnici a rodinu. Běžně jsem tam bývala i třicet hodin a celé víkendy. Některé lékařky takto pracují i s dětmi, ale já to nechtěla. V nějaké fázi života si člověk musí určit priority a já věděla, že chci mít děti a nechci omezovat fungování rodiny.

**Dva dny v týdnu ale pracujete. Jak se vám daří skloubit nároky profese s péčí o tak malé děti?**

Starší Sárinku máme v židovských jesličkách a byla tam už o několik měsíců dříve, než jsem dostala nabídku pracovat tady. Sárinka tam chodí velmi ráda, nedávali jsme ji tam, abych se mohla kariéru realizovat, ale proto, že máme dítě, které se už jako roční rozběhlo přes celou ulici, když uvidělo jiné dítě – je to velmi společenská holčička. U mladší dceery máme dvakrát týdně po dobu mé ordinace paní. Potom se snažím svou nepřítomnost dětem vykompenzovat.

**Hrají si holky na doktora?**

Hrají. Sárinka už má i spoustu fotek s fonendoskopem kolem krku. Vezme si můj fonendoskop, strčí si ho do uší a suverénně poslouchá svoje i naše srdíčko. Tady vidíte, že profesní manipulace probíhá už od útlého věku.

# Problematika osob bez přístřeší

Máme tu zase zimu a stejně jako s každým ročním obdobím i s ní jsou spojeny určité stále se opakující události, témata. Nejsou to jen Vánoce se Silvestrem, sníh na horách a sníh na silnicích. Je to také v této době periodicky opakované téma lidí bez domova, jejichž problémy jsou kvůli počasí více vidět.

Vlastně je to podobné jako s Vánoci. Neměli bychom snad celý rok být na své bližní laskaví, vzájemně se respektovat a obdarovávat? Stejně tak bezdomovci jsou zde po celý rok a mají své problémy, ovšem zapomínáme na ně stejně jako na vánoční přání a novoroční předsevzetí.

## Bez uspokojení potřeb

Kromě jiných problémů je s lidmi bez přístřeší spojena problematika zdravotní péče. Život na ulici je většinou bez přístupu k naší automaticky bráným vymoženostem, jako jsou umyvadlo, sprcha, vana, plná lednice, zato často oplývá přemírou nepřízné počasí a alkoholických nápojů s trochou chudé stravy. Dlouhodobý život bez uspokojení základních životních potřeb s sebou nese mnohem větší riziko fyzických a psychických potíží. Tak běžnou věc, jako je možnost pečovat o své zdraví s pomocí specialistů, tyto lidé většinou nemají. Lidé bez domova jsou často odkázáni pouze na neodkladnou péči v případě přímého ohrožení života. A jakmile odezní, končí zase znovu na ulici ve velmi tristních podmínkách, jež neodpovídají představám o rekonvalescenci či dokonce léčení. Tito lidé si většinou neplatí zdravotní pojištění a často nemají ani doklady. Pro systém jako by neexistovali. Sami o svůj zdravotní stav většinou příliš nedbají a lékaři z nich pochopitelně radost nemívají. Zapáchají, jsou špinaví, zabírají místo pro řádné pojištění a taky: Jak je vykážeme? Nelze se tedy příliš divit, že po základním ošetření či ve chvíli, kdy jsou mimo nebezpečí života, končí znovu na ulici, třeba s receptem v ruce. Ten si většinou ani nevyzvednou, natož aby užívali předepsané a někdy skutečně potřebné léky.

## Nemocnice pro bezdomovce?

Těžko lze s tímto přístupem očekávat, že se jejich zdravotní stav

zlepší. Co s touto situací? Neexistují snadná a jednoduchá řešení, ale cesty jsou. Na západě je relativně běžná existence „nemocnic pro bezdomovce“. Dost často je jejich provoz zajišťován dobrovolníky. I u nás některá zařízení disponují lékařem či sestrou pro základní ošetření. Nejedná se však o lůžkovou péči.

Teprve v létě 2011 proběhla pražskými médii zpráva o návrhu na vytvoření lůžkového zařízení. Autoři se brání označení nemocnice pro bezdomovce. „Jedná se spíše o azylový dům s ošetřující péčí, do kterého budou přijati bezdomovci, kteří byli hospitalizováni a z nemocničního pobytu by se měli vrátit zpět na ulici. Zařízení bude sloužit na doléčení pacientů,“ uvedl v médiích ředitel Centra sociálních služeb Tomáš Ján. Nezbyvá než takovou vizi vítat. Dům by měl být v Praze v Ďáblicích. Lidé bez domova by zde měli mít možnost se doléčit po pobytu v nemocnici nebo vyležet běžné nemoci jako angínu, virózy či pečovat o bércové vředy - pro bezdomovce tak časté onemocnění.

## Peníze až v první řadě

Problémem jsou, jako konečnou takřka všude v sociální sféře, peníze. V oblasti bezdomovectví je toto téma obzvláště aktuální. I když by to člověk neznalý problematiky možná pokládal za nepatřičné, i v neziskové a sociální oblasti fungují tržní mechanismy. Kromě nejistých a často nedostatečných dotací žijí neziskové organizace ze sponzorských darů a sbírek. Může být relativně snadnější sehnat peníze a sponzory pro skupiny, jako jsou tělesně postižení, nemocné děti, staří lidé, děti z dětských domovů či nemocní rakovinou. Máme totiž pocit, že ti si to zaslouží, protože za „to“ přece nemohou. I když už u seniorů je to na vážkách, protože fakt stárnutí si často raději příliš nepřipomínáme a staré lidi nezdědka odsouváme do ústavů, místo abychom je nechali je stár-



Ilustrační foto: Shutterstock

nout v přirozeném prostředí. Podobně raději nevidíme mentálně postižené. Ještě hůře na tom pak jsou duševně nemocní. Nezávisle na faktu, že počet různých typů duševních nemocí a problémů v naší společnosti stále narůstá, je samotný fakt duševní nemoci velmi silně poznamenán stigmatizací a negativními představami. A na pomyslném konci žebříčku zájmu a soucitu společnosti jsou pak narkomani a bezdomovci. Všimli jste si, jaké dobročinné organizace a kampaně zaštiťují mediálně známé osobnosti? Ano, právě první ligu soucitu – nemocné, postižené děti, děti z dětských domovů, nevidomé, nemocné s rakovinou prsu a rakovinou obecně apod. S bezdomovci a narkomany žádná „osobnost“ svou tvář nespojuje.

## Prázdné místo v sociální síti

Obecně a zjednodušeně lze říci, že postoj k poslední jmenovaným skupinám lze shrnout do věty: Proč jim pomáhat, vždyť si zato přece můžou sami! Kdyby pracovali a nefetovali, tyto problémy by neměli. Na první pohled jasné, pádné a logické. Ovšem právě jen na první pohled. Pokud bychom chtěli takovou logiku uplatňovat nestranně, mohlo by to vypadat kupříkladu takhle: Máte rakovinu plic? Hezky si léčbu zaplatte sami, vždyť si za to můžete sami,

kdo vás nutil kouřit. Máte problémy se střevy? Bodejť by ne, když se cpete nekvalitními uzeninami, jíte hromady tučných jídel a sladkostí, proč by vám měla společnost pomáhat? Možná přitaženo za vlasy, ale v principu stejný přístup.

Věc je samozřejmě složitější a dobře to vědí pracovníci v přímé péči. Málodko se rozhodne stát se bezdomovcem či narkomanem z vlastní vůle. V drtivé většině se za tím skrývají hluboké osobní bolesti, rodinná traumata, zvýšená citlivost, narušený osobnostní vývoj, patologické rodinné prostředí nebo nepříznivá sociální situace. Je možné říci, že kdyby člověk chtěl, tak se „z toho“ dostane. Ale jsou situace, kdy se z toho zkrátka sami bez pomoci nedostaneme. I když si třeba do té doby myslíme, že vše zvládneme sami.

## Co se dá udělat prakticky?

Současné politické a ekonomické směřování nahrává trendu zvyšování rozdílu mezi bohatší a chudší vrstvou obyvatelstva se zvyšováním podílu těch opravdu nemajetných. Počet lidí bez domova může dále růst. Určitě vyjde stát, a tedy nás samé levněji, když jim bude poskytnuta základní bezplatná péče, než nechávat dojíti věci až do krajnosti, kdy komplikovaná léčba obvykle stojí mnohem více. Navíc když uvážíme fakt, že by v lůžkových zařízeních mohli pracovat z určité části dobrovolníci...

Podobným a možná ještě větším problémem v případě lidí bez domova je stáří. Co se starými bezdomovci, kteří už nevládají bezpochyby těžký úděl života na ulici a přežívání po azylových domech? Situace se občas řeší tak, že bezproblémovým starším klientům je stále prodlužován pobyt, i když oficiálně má každý azylový dům omezenou dobu pro ubytování. Je zde podobný problém jako u nemocných bezdomovců – absence dokladů a finančních prostředků. Jsou to často lidé, kteří nemají odpracována léta potřebná pro přiznání důchodu, a tedy nemají k dispozici nutné prostředky pro pobyt v domově pro seniory. Jedná se v podstatě o prázdné místo v sociální síti.

## Chybí komplexní pomoc

Podobně je s podivem, že v rámci azylových domů zatím takřka neexistují pracovní příležitosti pro lidi bez domova. Chráněné dílny, chráněná pracovní místa, sociální firmy, to už jsou zaběhnuté formy pracovního uplatnění pro různé znevýhodněné občany. Je zaráže-

jící jak málo se této možnosti užívá u osob bez přístřeší, u nichž je právě stabilní zaměstnání velkým problémem. A nemysleme si, že je to jen proto, že sami nechťejí pracovat. Ano, někteří skutečně nemají o práci zájem, ale většina, třeba i po určité osobní, psychologické stabilizaci, by ráda opět začala fungovat za důstojnějších podmínek.

Vlastně jediný větší dlouhodobě fungující projekt je prodej časopisu Nový Prostor, což je velice málo. Co třeba nějaká forma pracovní komunity, podobně jako je mají abstinující narkomani? Určitě by takový typ aktivit přispěl i k pozitivnějšímu vnímání lidí bez přístřeší. Zároveň i jim by umožnil znovu získat ztracené pracovní návyky. Nabízet krátkodobé ubytování, polévku a šatstvo zdarma je sice záslužné a potřebné, ale v podstatě nedostatečné. Je zde třeba komplexnější přístup, pokud chceme, abychom problém bezdomovectví skutečně začali řešit, ne jej pouze drželi v určitých hranicích.

## Zanedbaná péče o duši

S tím souvisí potřeba dalších služeb, jako je například péče psychologická, protože hodně osob na ulici trpí většími či menšími psychickými problémy, což je často i příčinou toho, že na ulici končí. Stejně tak je potřebné podat pomocnou ruku v otázce alkoholismu bezdomovců, kdy alkohol slouží spíše jako možnost úniku a otupení před tristní životní realitou, než že by byl sám o sobě cílem života.

Z uvedeného můžeme vidět, že v naší společnosti zatím stále chybí či jsou nedostatečně rozvinuté podstatné články sociální péče pro osoby bez přístřeší, které by umožnily komplexnější přístup k řešení tohoto problému. I když si pochopitelně nenamlouvejme, že i kdyby zde v plné míře existovaly, sotva by to vedlo k vymizení bezdomovectví. Tento jev je zkrátka částí reality dnešní doby a na nás je spíše tuto realitu přijmout a učit se s ní pracovat než ji odsouvat a zastírat. Doufejme, že se najdou organizace a jednotlivci s vůlí, energií a schopností tato slepá místa zaplnit a poskytnout služby, které pomohou lidem bez přístřeší vést důstojnější život a nabídnou jim také možnost se znovu začlenit do společnosti. Nebyla by to služba pouze pro ně, ale pro celou společnost. Vždyť všichni jsme spojeni, jedno zda si to uvědomujeme či nikoli.

# VIP a kulich

Přečetl jsem si článek „Prodejní profesori“, napsaný viceprezidentkou Svazu pacientů paní doktorkou Alenou Gajduškovou ([www.zdn.cz](http://www.zdn.cz) 8. 11. 2011), i článek kolegy Pavla Fridricha „VIP ve veřejném zdravotnictví?“ (ZDN 24/2011). Dovolte malý komentář k oběma.

**M**yslím, že paní doktorka nemá správné informace, když uvádí, že lékaři většinou nesmějí pracovat současně v sektoru veřejné zdravotní péče a na soukromých klinikách. Právý opak je pravdou. Osobně neznám v cizině na-



prof. MUDr. Pavel Pafko, DrSc.  
3. chirurgická klinika  
1. LF UK a FN Motol

pěči o ně samozřejmě podílejí i vedoucí pracovníci jednotlivých medicínských oborů (primáři, docenti, profesori). Nevím, proč by uvedení měli být z této péče vyloučení.

## Renomé v sázce

Je správné, že autorka článku uvažuje o dvou

sektorech zdravotní péče. Mýlí se však v tom, že v soukromém si pacient platí celý náklad ošetření. Ve vyspělých zemích, jakou naše republika je, prakticky neexistují samoplátcí. Privátní pa-

cienti jsou komerčně připojištěni, platba je tedy opět na základě vzájemné pomoci ostatních pojištěnců. Privátní, komerčně pojištěný pacient si pak vybírá například operatéra, místo a čas, kdy bude operován.

Tito nemocní u nás, jak lze předpokládat, nebudou zabírat v nemocnicích místo těm, kteří komerční pojištění nemají. Nemocničních lůžek máme moc a asi 10 tisíc jich chceme uzavřít. Autorka se obává, že zkušenější lékaři se budou přednostně věnovat komerčně pojištěným pacientům. Nevím ale, z jakých poznatků vychází, když píše, že „za peníze bude pan profesor operovat banální slepé střevo, zatímco složitou operaci studenta nebo mladé matky, kteří nebudou mít na zaplacení pana profesora, nechají operovat mediky na praxi, nebo začínající lékaře“.

Proč takový odsudek, když paní doktorka, jak píše, předpokládá v lidech jen to nejlepší? Že by vedoucí pracovníci v medicínských oborech byli necharakterní lidé, o nichž tento předpoklad neplatí? Proč si myslet, že by peníze tak zatemnily mysl profesorů,

kteří i v zahraničí přece operují jak státní, tak privátní pacienty? Podstatné pro to, aby neoperovali za peníze jen slepá střeva a složité operace nechávali nezkušeným, je, že stojí v čele jim svěřených pracovišť a nesou odpovědnost za výsledky jejich práce. Jakékoliv neúspěchy by je, jako vedoucí, stály renomé a později i místo. Navíc renomé pracoviště nedělá 10 procent privátně pojištěných pacientů, ale 90 procent všeobecně, tedy státem, pojištěných!

## Nehledejme českou cestu

K příspěvku kolegy Fridricha, který pracuje ve Velké Británii, jenom malou poznámku. Doktor Fridrich se ve svém článku obává, že u nás „můžeme jenom čekat na první případ úmrtí pacienta kvůli tomu, že lékaři, kteří se o něj měli starat, byli příliš zaměstnáni oprašováním kulichů s akutním kuřím okem“. Naposledy jsem byl ve Velké Británii před dvěma měsíci a viděl jsem tam jak péči o všeobecně pojištěné pacienty v rámci systému Národní zdravotní služby (NHS), tak o pacienty privátní. To, co popisuje kolega,

jsem tam neviděl. Proč by to tedy mělo být u nás? Každý lékař, vedoucí pracovníky nevyjímaje, si přece uvědomuje možnost ztráty místa, budou-li mu umírat pacienti, zatímco on bude kulichům oprašovat kuří oka. Nebo si myslíme, že čeští lékaři, pokud zůstali pracovat doma, jsou nekompetentní (napadají mě i jiná adjektiva) osoby?

Nehledejme českou cestu. Autor, máje zkušenosti z ciziny, by měl poradit těm, kteří u nás rozhodují o systému zdravotní péče, aby nastavili takový, který by označení „pacient-kulich“ neznal. Nevím, jak se anglicky řekne kulich. Ví to pan kolega Fridrich? Já tam nic na ten způsob neslyšel.

Závěrem: Z jistého pohledu není rozdíl mezi kulichem a VIP pacientem. Oba mají přednost v ošetření, na které nemají oficiální nárok. Zdravotníci pak počítají s tím, že tito pacienti na ně později nezapomenou. Umí si autoři předmětných článků představit, že by prezidentovi, členovi vlády či jiným VIP pacientům v nemocnici řekli „potřebujete náhradu kloubu, ale přijdete na řadu za rok“?

Inzerce A111019584

## KARDIOLOGOVÉ NEMOCNICE PODLESÍ SNIŽUJÍ TLAK POMOCÍ RENÁLNÍ DENERVACE

HYPERTENZE JE NEJROZŠÍŘENĚJŠÍM KARDIOVASKULÁRNÍM ONEMOCNĚNÍM V POPULACI. V ČESKU JÍM TRPÍ TĚMĚŘ DVA MILIONY LIDÍ. KARDIOLOGOVÉ NEMOCNICE PODLESÍ ZAČALI LETOS NA PODZIM LÉČIT TUTO NEMOC NOVOU METODOU. POMŮŽE ZEJMÉNA PACIENTŮM, U NICHŽ SE DLOUHODOBĚ NEDAŘÍ SNIŽIT TLAK BĚŽNÝMI MEDIKAMENTY.

Pomocí speciálního zákroku nazývaného renální denervace lékaři utlumí reakci nervů, které prostřednictvím centrální nervové soustavy vyvolávají stažení cév a přispívají ke vzniku těžké hypertenze. Speciální metoda se v Česku provádí na čtyřech pracovištích, nejvíce pacientů letos tento zákrok podstoupilo právě v Nemocnici Podlesí, kde lékaři pomohli snížit krevní tlak už dvaceti z nich.

### Domů již druhý den

Devětapadesátiletého Milana trápil vysoký krevní tlak více než deset let. Přestože bral na snížení tlaku různé léky, zdravotníci mu pravidelně naměřili hodnoty okolo 160/110 mmHg. Milan byl jedním z dvaceti pacientů, kteří letos podstoupili v Nemocnici Podlesí speciální zákrok, díky kterému se pacientům daří snížit tlak na normální hodnoty. „Po zákroku pacientovi klesl tlak o 30 mmHg. Léky sice bude muset užívat nadále, ale s tím rozdílem, že doposud téměř neúčinná medikamentózní léčba konečně začne mít žádoucí účinek,“ vysvětluje primář kardiologického oddělení Nemocnice Podlesí MUDr. Marian Branny s tím, že se jedná o miniinvasivní zákrok pomocí katétru, který nevyžaduje celkovou narkózu, ale jen místní znecitlivění. „Pokud je vše v pořádku, pacient odchází domů už druhý den,“ dodává primář.

### Přerušení nervových vláken

V čem samotný zákrok spočívá? Lékaři nejprve zavedou do stehenní tepny speciální cévku - ablační katétr - přes malý vpich v kůži. Ten se pak postupně zavede až do ledvinových tepen. „Pomocí katétru se přeruší nervová pletěň v cévní stěně. Přerušením nervových vláken tak organismus přestává vylučovat látky, které snižují průtok krve ledvinami a zvyšují krevní tlak,“ popisuje primář Branny.

Metodu mohou podstoupit pacienti v České republice jen ve čtyřech nemocnicích, v Moravskoslezském kraji je jediným pracovištěm Nemocnice Podlesí. „Metodu jsme zavedli letos v září, od té doby u nás zákrok podstoupila dvacítky pacientů. Dosavadní výsledky jsou velmi přesvědčivé,“ prozrazuje primář s tím, že lidí, kteří by tuto pomoc potřebovali, jsou jen v Moravskoslezském kraji stovky.



# Nemoci našich mocných ve 20. století – I. část

První dva českoslovenští prezidenti – Tomáš Garrigue Masaryk a Edvard Beneš – z patobiografického pohledu.

**K**oncem loňského roku proběhl na půdě Dětské psychiatrické kliniky 2. LF UK a FN Motol seminář s názvem „Nemoci mocných ve 20. století“. Přednášejícím byl doc. MUDr. Miloš Vojtěchovský, CSc. (\*1925), psychiatr působící převážně v oboru geriatry, ale zabývající se i neurologií, internou, farmakologií, thanatologií a lékařskou etikou. Jak sám řekl, své vystoupení považuje za pokračování tradice založené v 80. letech profesorem Ivanem Lesným (1914–2002), emeritním přednostou zdejší dětské neurologické kliniky, který napsal dvě monografie na podobné téma („První a Druhá zpráva o nemocích mocných“).

Profesor Lesný se ovšem držel na „bezpečnější půdě“, protože se zabýval hlavně vládci středověky. Stanovovat zdravotní prognózu politikům se v minulém století pro řadu lékařů stalo osudným a vyslovovat se k nemocem mocným není bez rizika ani v současné době... Vedle řady osobních lékařů asistovali při léčbě československých prezidentů příležitostně i vysoce erudovaní konziliáři z okruhu pražských univerzitních profesorů. Příkladem této nevďěčné role u nás jsou osudy Ladislava Haškovec či Leo Haase, v Rusku pak leningradského psychiatra a neurologa Vladimira Bechtěreva.

## Gerontopsychiatrická vsuvka

V úvodu docent Vojtěchovský zmínil zajímavou zkušenost z gerontopsychiatrické praxe, kde používá schopnost vyjmenování našich prezidentů jako test tzv. biografické paměti. „Ptáme se, kdo je současným prezidentem a kdo byl před ním. Současného prezidenta si senioři a hlavně demenční pacienti ještě vybaví – objevuje se na televizní obrazovce velice často, zatímco na prezidenta Havla, jehož mandát skončil před devíti lety, si vzpomene málokdo z nich. Dříve, když jsem ještě působil v Horních Bečkovcích a zeptal se, kdo je naším prezidentem, většina demenčních odpovídala – no přece Tomáš Garrigue Masaryk.



„Sokolováním“ a jízdou na koni trávil TGM několik hodin denně

Jména od Gottwalda až po Husáka si pamatoval málokdo...

## Kdo nám vládí ve 20. století

Svou přednášku autor zahájil konstatováním, že v tomto roce se náš stát dožívá ve srovnání s lidským věkem pokročilého stáří – 94 let. V jeho čele stálo od skončení 1. světové války 10 prezidentů, avšak více než polovinu 20. století jsme byli v područí německých či sovětských vládců. Naši skuteční „vladaři“ sídlili v Kremle a českoslovenští prezidenti byli jenom „pražští místodržící“ plníci jejich příkazy. Opravdu demokraticky zvolenými prezidenty byli pouze první tři (Masaryk, Beneš, Hácha) a od roku 1989 poslední dva. Ovšem i demokraticky zvolený prezident Hácha byl vykonavatelem moci, kterou dirigoval z Berlína Adolf Hitler přes své říšské protektory.

Proto docent Vojtěchovský do své studie, čím stonali mocní ve 20. století a do jaké míry ovlivnil jejich zdravotní stav (zejména výskyt neuropsychiatrických po-

ruch) osudy našeho státu, zahrnul i stručnou patobiografickou sondu do života tří velkých diktátorů, kteří tak neblaze poznamenali české národní dějiny – Lenina, Stalina a Hitlera (*k jejich charakteristikám se – spolu s pohledem na zdravotní profil našich dalších prezidentů – vrátíme v následujících číslech ZDN*).

## Z vězení až na Hrad

Jak autor připomněl, prakticky všichni naši čelní státníci byli trestně stíháni, a pokud neemigrovali, pak i věznění. Pouze T. G. Masaryk, Edvard Beneš a Klement Gottwald emigrovali ještě před tím, než by byli odsouzeni. Emil Hácha byl vězněn po roce 1945, kdy ho komunistický ministr vnitra Nosek dal převézt z Lán do pankrácké nemocnice, kde zemřel po 6 týdnech věznění. Gustáv Husák strávil ve vězení 9 let, Ludvík Svoboda asi 1 rok, Antonín Novotný 5 let v Mauthausenu, Antonín Zápotocký byl vězněn asi 5 let (Pankrác, Drážďany, Sachsenhausen-Oranienburg), Václav Havel strávil v komunistických věznicích 4 roky, a tedy jedině Václav

Klaus zatím nebyl postižen trestním stíháním ani vězněním (*pozn. red. – ten ovšem z patobiografické sondy vypadává, protože nepatří do plejádý státníků 20. století; nespadá sem ani Václav Havel, protože přednáška doc. Vojtěchovského předcházela jeho úmrtí*).

Po Masarykovi u nás skutečně vládli Adolf Hitler (po začlenění Československa do Třetí, později Velkoněmecké říše), od roku 1948 pak Stalin, Chruščov, Brežněv, Andropov, Černěnko a nakonec Gorbačov. Je zajímavé, že i Hitler byl trestně stíhán a prožil ve vězení asi 1 rok, když se v roce 1924 pokusil o puč, a ve vazbě dokonce napsal slavnou knihu „Mein Kampf“, která se stala programem nacistické strany a celého Německa po dalších 21 let.

Stejně i J. V. Stalin byl trestně stíhán, a dokonce odsouzen v carském Rusku za bankovní loupež, kterou provedl v rámci stranického boje k získání financí pro podporu sociálnědemokratické strany, poté strávil několik let ve vyhnanství na Sibiři. I jeho předchůdce, V. I. Lenin byl trestně stíhán, uvězněn a před svou emigrací na západ rovněž nedobrovolně pobyl několik let na Sibiři.

## Vážné psychické poruchy

Z uvedených diktátorů se dožil seniorského věku pouze Stalin (74 let); Lenin zemřel po 7 letech vládnutí v relativně mladém věku (53 let), Hitler po 12 letech vlády nad Německem (z toho 6 téměř nad celou Evropou) spáchal sebevraždu ve svých 56 letech. Z našich představitelů se nedožil seniorského věku jen Gottwald, který zemřel v 57 letech. Ze zemřelých českých prezidentů většina trpěla nejčastějšími chorobami vyššího věku (arterioskleróza s komplikacemi cerebrovaskulárními a kardiovaskulárními či demencemi), jeden zemřel na komplikace luetické. Dva byli považováni za problémové pijany (Gottwald a Husák), dva za abstinenty (Masaryk a Beneš). Do svých funkcí nastoupili čtyři z nich brzy po padesátce (Beneš, Gottwald, Novotný, Havel) a rovněž čtyři v seniorském věku nad 65 let (Svoboda 72 let, Masaryk a Zápotocký 68 let, Hácha 66 let).

Jedině T. G. Masaryk opakovaně žádal o abdikaci, a dokonce jí ze zdravotních důvodů ve svých 85 letech dosáhl. Všichni ostatní prezidenti (až na poslední dva) byli v podstatě své funkce zbaveni a dva zemřeli ještě ve svém funkčním období – Zápotocký a Gottwald. Novotný byl v důchodu 8 let, Svoboda ještě asi pět let a Husák, který byl nucen odstoupit po sametové revoluci, 1,5 roku.

„Kdybych měl jako geriatrický psychiatr říci, kteří ze všech našich prezidentů předrevolučního období byli skutečně mentálně zdraví, asi bych musel jmenovat Zápotockého a Novotného, protože ti zemřeli na akutní infarkt myokardu. Všichni ostatní trpěli vážnými psychickými poruchami,“ shrnul přednášející.

## TGM – duševní schopnosti pod kontrolou

Docent Vojtěchovský se při pokusu o charakteristiku psychologického profilu prvního československého prezidenta, který vládl nejdéle (17 let), zaměřil především na jeho schopnost sebereflexe v otázce stárnutí, jež později vedla k jeho opakovaným pokusům o abdikaci pro psychické poruchy při progredující mozkové arterioskleróze.

Tomáš Garrigue Masaryk (1850–1937) byl známý svým zdravým životním stylem – od studentských let byl nekuřák a od 50 let abstinoval. Za podmínku úspěšného stáří pokládal střídmost v životě, cvičil, jezdil na koni, myl se ve studené vodě. Jak dokládají Čapkovy „Hovory z Lán“, sám kontroloval s pokračujícím věkem své duševní schopnosti s tím, že jakmile zaznamená jejich úbytek, uvolní ihned místo mladším.

O jeho zdraví pečoval osobní lékař Adolf Maixner, působící zprvu v kladenské nemocnici, poté jako zkušený velitel polní nemocnice za války a pozdější vysoký funkcionář Červeného kříže. K dispozici měl konziliáře – internisty profesora Ladislava Syllabu, později profesora Josefa Pelnáře a chirurga profesora Arnolda Jiráska. V 71 letech byl T. G. Masaryk oslaben důsledky útrap z válečné doby (protrhaná chřipka, komplikovaná perikarditida a tromboflebitida nohy), po 80. roce života se u něj objevil šedý zákal.

## Nenašel se nástupce

V roce 1934 kandidoval 84letý Masaryk na prezidenta počtvrté. Lékaři jeho mozkovou chorobu skrývali, protože byl stále považován za záruku stability státu. Maixner ještě před volbou konstatoval pravostrannou hemiparézu,



## Z HISTORIE



**Demokratické politiky se mají účastnit lidé s dobrým zdravím, a onemocnění vážněji, mají z politického vedení včas odejít,“ proklamoval Edvard Beneš. Sám však své krédo nenaplnil.**

expresivní afázii (prezident přestal mluvit česky a upřednostňoval angličtinu) a oslepnutí levého oka. Vedle ataxie měl i agrafii a nedokázal se podepsat. Mozkové mrtvice se poté opakovaly ještě nejméně dvakrát. V 87 letech (roku 1937, tj. necelé dva roky po abdikaci) proběhla další recidiva mrtvice s fatálním koncem.

Pitvu s balzamizací provedl profesor Heřman Šikl se závěrem: povšechná arterioskleróza, stenózy renálních arterií, staré pozánětlivé srůsty perikardu, dilatace srdce, dvě cysty na ledvinách, cholesterolové a bilirubinové kameny ve žlučníku, tuberkulózní ložisko velikosti třešně v hrotu levé plíce, atrofie pravé ruky. Mozek nebyl pitván z důvodu balzamizace (ze stejné příčiny neproběhla cerebrální anatomická analýza ani u Beneše, Háchy a Gottwalda).

TGM podle slov doc. Vojtěchovského zvažoval první odstoupení z funkce už v 71 letech po prodělané těžké chřipce. Nenašel se však vhodný náhradník. Podruhé důrazně žádal o abdikaci po recentní mozkové příhodě (tedy před svou čtvrtou volbou), ale jeho kandidátu Benešovi tehdy ještě nebylo zákonem požadovaných 50 let. Hemiparetický a kognitivně alterovaný prezident byl nucen fungovat ještě téměř celý další rok.

Autor přednášky si položil spekulativní otázku, zda abdikace TGM neměla přijít přece jen o několik let dříve a zda byl stárnoucí prezident schopen rozpoznat reálné ohrožení bezpečnosti státu po nástupu Hitlera k moci v roce 1933... Podle jeho mínění si TGM musel

svou abdikaci vynutit (což se mu podařilo až napotřetí), a nelze mu tedy upřít (na rozdíl od jeho nástupců), že ctěl zásadu „umění odejít včas“.

### Edvard Beneš – nenaplněná proklamace

V případě druhého československého prezidenta, doktora Edvarda Beneše (1884–1948), vládnoucího u nás v letech 1935–1938 a poté 1945–1948, přednášející zdůraznil především jeho doktrínu „Požadavky na vrcholného demokratického vůdce“, kterou sepsal v exilu v roce 1942, tedy ve věku svých 58 let. Uvádí v ní: „Dobrý politický demokratický vůdce má být plně fyzicky i duševně zdravý. Demokratická potřeba vyžaduje od politického vůdce stálou rozvahu, klid, trpělivost a při tom tolik práce, píle a politického úsilí, jaké člověk nezdravý nikdy nemůže poskytnout... Proto se mají demokratické politiky natrvalo účastnit lidé s dobrým zdravím, a onemocnění vážněji, mají z politického vedení včas odejít.“

Toto krédo však již o pět let později sám nedokázal naplnit. I po pěti cévních mozkových příhodách, provázených interiktální afektivní poruchou (trpěl i její organickou formou – objevovaly se u něj jak stavy deprese, tak elevace), odmítl abdikovat. Toho využili komunisté a takto nemocného člověka donutili podepsat demisi opozičních ministrů, která jim umožnila legalizovat faktický puč ústavními prostředky. Podle slov bývalého prezidentova osobního tajemníka Prokopa Drtiny spo-

čívá největší tragika Benešova velkého podílu na moderní české historii v tom, že nezemřel o 7 měsíců dříve. Pokud by jej smrt zastihla ještě před únorem 1948, byl by podle jeho názoru Benešův životní odkaz chápán jako „jednotlivý, čistý, důsledný a neposkvrněný štít boje za národ, svobodu a demokracii“.

### Historické důsledky afektivní poruchy

Edvard Beneš trpěl od mládí Ménièreovým syndromem. Jako exponovaný ministr zahraničí byl vyšetřován koncilium univerzitních lékařů – internistou Syllabou, kardiologem Weberem, neurologem Hennerem, oкулistou Kunzem, otorinolaryngologem Přecechtělem a radiology Baštekým a Polandem – se závěrem: nemoc vnitřního ucha a perforace bubínku s Ménièreovým syndromem a spasmofilní diatéza, zvláště CNS. Frustrní neurologický nálezní nevyklučoval malou mozkovou příhodu. První nervové zhroucení v roce 1926, dnes klasifikované jako psychosomatická dekompenzace s neschopností vykonávat náročné úkoly, vyžadovalo u tehdy 42letého Beneše půlroční odpočinek. Po zvolení prezidentem (v 51 letech) pozorovalo jeho okolí změny psychiky definované jako „zdravotní indispozice“. Ošetřující

cím lékařem byl opět doktor Maixner. Druhé nervové zhroucení se objevilo brzy po jeho vynucené abdikaci po mnichovském diktátu v říjnu 1938. V londýnské emigraci se stal jeho osobním lékařem Oskar Klinger (dřívější internista Borůvkova sanatoria v Praze). Ten již v květnu 1943 konstatoval u svého pacienta mírnou kolísavou arteriální hypertenzi a pseudoneurastenický syndrom při mozkové arterioskleróze.

Beneš pak od svých 60 let prodělal postupně nejméně pět mozkových příhod, dnes klasifikovaných jako TIA (tranzitorní ischemická ataka). Nejvýraznější TIA se objevila den před odletem do Moskvy (březen 1945), kdy během svého projevu na letišti ztratil na přechodnou dobu řeč. Další mozková příhoda proběhla v roce 1947 a časově koincidovala s odmítnutím Marshallova plánu Stalinem. Z následující mozkové příhody se už nikdy nezotavil. Lékařské koncilium se tehdy usneslo, že Edvard Beneš již nadále není schopen vykonávat funkci prezidenta. Ten ale abdikaci jednoznačně odmítl s tím, že není nikdo, kdo by jej mohl v této funkci nahradit.

### Intoxikace mocí, ztráta soudnosti

Jak doc. Vojtěchovský dále uvedl, v Benešově případě se opět jedná

o krédo, které vesměs prezidenti, dokud jsou u moci, nedokážou naplnit – když skutečně onemocní, raději se nechávají léčit, ale ze svých funkcí neodstupují... V této souvislosti upozornil na práci významného britského politika a zároveň neuropsychiatra Davida Owena, který se vyškolil u slavného organicky zaměřeného psychiatra Williama Sarganta, studoval Parkinsonovu nemoc, extrapyramidový systém a psychopatologii a v roce 2008 napsal knihu „In Sickness and in Power“ (u nás vyšla před dvěma lety v překladu pod názvem „Choroby nejvyšších státních představitelů uplynulého století“). Především je ale autorem termínu „hybris syndrom“ (syndrom mocenské pýchy). Hybris pochází z řečtiny a znamená prokletí, které stihne člověka na vrcholu úspěchu, ztratí-li soudnost – způsobí jeho pád a je ztrestán bohyní Nemesis.

Ve 20. století je takové duševní onemocnění nazýváno sebebestrukci či intoxikací mocí. Podle slov Miloše Vojtěchovského sám Václav Havel kdysi prohlásil, že je zvědav, zdali to, že moc destruuje, pozná i sám na sobě. „Myslím ale, že oproti dalšímu prezidentovi statně odolával pokušení a ortelu bohyně Nemesis tak unikl,“ dodal přednášející. Podle Davida Owena toto „prokletí“ postihlo například Benita Mussoliniho poté, co vstoupil do války proti spojencům, a rovněž Adolfa Hitlera, který na vrcholu své moci v roce 1941, kdy německá branná moc stála před branami Moskvy a Leningradu, zbavil své strategické generály veškerých pravomocí a sám se prohlásil výkonným rozhodujícím stratémem. O čtyři roky později je diktátor poražen a končí společnou sebevraždou s Evou Braunovou.

David Owen dále prohlašuje, že oběti hybris syndromu mohla být v novodobých dějinách i Margaret Thatcherová, která po pádu berlínské zdi vystoupila proti sjednocení NDR a NSR, v němž viděla nebezpečí, které by pro Velkou Británii plynulo ze silného Německa, a stala se tak první antievropankou. Podle jeho pojetí také proto prohrála ve volbách. Podobně podle Owena skončili i George Bush mladší a Tony Blair po invazi do Iráku a Afghánistánu (2002), která vedla ke ztrátě důvěry a rovněž k jejich volební prohře.

*V další části uvedeme pokračování přednášky Miloše Vojtěchovského, zaměřené na patobiografický profil Emila Háchy a Klementa Gottwalda.*



**Podpis abdikáční listiny oddalovala i Benešova choť Hana.**

# Osobnosti české medicíny vážně i nevážně

**prof. MUDr.  
Antonín Heveroch**

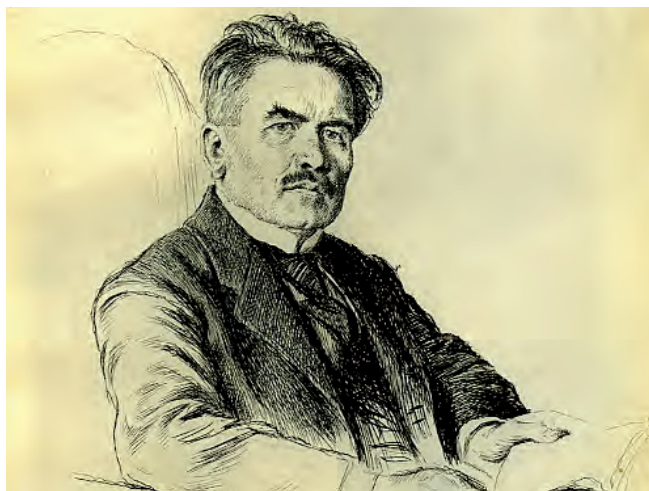
(29. 1. 1869 Minice u Slaného  
– 2. 3. 1927 Praha)

Představitel české psychiatrie počátku 20. století. Po maturitě na gymnáziu ve Slaném začal nejprve studovat práva, záhy však přešel na medicínu na pražské lékařské fakultě. Po promoci v roce 1894 působil jako externista ve Všeobecné nemocnici. V roce 1896 se stal asistentem psychiatrické kliniky profesora Karla Kuffnera, následující rok přešel do Zemského ústavu pro choromyslné v Praze a po dvou letech byl habilitován z psychiatrie a neurologie. V roce 1905 zřídil a vedl ambulanci pro nervové choroby, již rok nato byl jmenován mimořádným profesorem.

Za první světové války spolupracoval s domácím odbojem a na oddělení poskytoval útlek perzekuovaným. Po odhalení byl Heveroch za trest poslán do Haliče do frontového pásma. Po válce jeho kariéra rychle pokračovala a v roce 1919 se stal vrchním ředitelem Zemského ústavu pro choromyslné. V roce 1921 byl jmenován řádným profesorem. Zemský ústav byl krátce před jeho smrtí přejmenován na II. psychiatrickou kliniku *ad personam* pro profesora Heverocha. Jako klinika toto pracoviště zaniklo po jeho smrti v roce 1927.

## Průkopník „malé psychiatrie“

Byl člověkem nesmírně činorodým. Přednášel pro širokou veřejnost, psal popularizační články do denního tisku i periodik. Měl ordinaci, do které lidé mohli přijít se svými steskami a poradit se o svých obtížích. V povědomí veřejnosti zcela zastínil přednostu psychiatrické kliniky



Antonín Heveroch na portrétu od Maxe Švabinského

profesora Karla Kuffnera, který byl neprůbojný a nikdy se nepouštěl do jakýchkoli odborných či organizačních sporů a polemik. Heveroch žil v době, kdy ústavy pro choromyslné často poskytovaly trvalý azyl duševně nemocným. Pod pojem psychiatrie se rozuměla hlavně „velká psychiatrie“, jež tehdy ovšem byla velmi málo nadějná, léčebně neperspektivní. „Malá psychiatrie“ prakticky neexistovala, neurotici a ostatní „lehčí“ pacienti se léčili u internistů, kteří jim však často neuměli dobře pomoci. A právě tyto pacienti nyní nacházeli pomoc u prof. Heverocha.

Nezajímal se pouze o psychiatrii, byl také neurologem a pro tento obor byl rovněž habilitován. Množství jeho vědeckých prací se pohybuje v oblasti neurologie nebo na hranici oborů. Zvláště se zajímal o nejruznější poruchy fatické, agnozie, afázie a apraxie i o choroby záchvatové. Naopak neuznával psychoanalýzu a Freudovo učení. Domníval se, že obory neurologie

a psychiatrie by neměly být rozděleny; tento názor zastávali i jeho žáci Janota a Vondráček – neuspěli však a nakonec se oba obory definitivně oddělily. Heveroch mnoho publikoval, jeho nejvýznamnější dílo „Diagnostika chorob duševních pro mediky a praktické lékaře“ z roku 1904 ani dnes neztratilo svou cenu. Jeho učebnice „Neurologie“ však zůstala jen torzem.

## Duše společnosti

Antonín Heveroch měl velké nadání organizační a byl členem a funkcionářem mnoha spolků a společností. Byl místopředsdou Společnosti Národního divadla, což mu dalo příležitost seznámit se a sprátelet s mnoha umělci, herci a zpěváky. V roce 1904 byl jednohlasně zvolen předsdou české sekce lékařské komory. Měl blízký vztah ke Spolku lékařů českých, jehož byl dlouholetým místopředsdou. Považoval za povinnost každého českého lékaře být členem tohoto spolku, dokonce

jednou odmítl pronést v SLČ nekrolog za zemřelého profesora, který nebyl jeho členem. Sám se zúčastňoval téměř každé schůze a často zde přednášel. Byl rovněž členem České akademie věd a umění, Mاسarykovy akademie práce a Státní zdravotní rady. Vrcholem jeho organizační spolkové činnosti bylo, když v roce 1919 založil spolu s profesory Pelnářem, Syllabou, Babákem a Rádlem Purkyňovu společnost pro výzkum duše a nervstva, jejímž byl prvním předsdou, a to až do své smrti.

## Plné nasazení až do konce

V roce 1927 onemocněl. Sám si zjistil bílkovinu v moči, ale jediné opatření, jež udělal, bylo, že přestal kouřit. Intenzivně pracoval dál, vyřizoval soudní posudky, ale nakonec musel ulehnout na své klinice. Léčili jej profesori Josef Pelnář a Josef Charvát, v noci se u něj střídali jeho lékaři Otakar Janota a Marie Špringlová. Rozvinul se mu těžký zánět ledvin, a když se stav poněkud zlepšil, přišla pneumonie. Byl si vědom svého stavu, jasně chvíle se u něj střídaly se zákalý vědomí. Před smrtí řekl, že závidí Cyranovi de Bergerac, že se mohl se svými příšerami před smrtí potýkat vestoje, zatímco on je odkázán na lůžko. Profesor Antonín Heveroch zemřel ve svém služebním bytě ve večerních hodinách 2. března 1927 v poměrně mladém věku 58 let.

\* \* \*

Z jeho života se mi podařilo získat jen několik málo historek v užším slova smyslu, většinou to jsou jen lakonické ironické poznámky, jež ukazují jeho břitký smysl pro humor, který z něj dělal velmi obávaného protivníka ve všech debatách.

## Najdi rozdíl

Profesor Heveroch ve své nástupnické přednášce medikům někdy říkával: „Dámy a pánové, čím se liší psychiatr od svých nemocných?“ Do nastalého ticha pokračoval pan profesor: „Doktorátem.“ A po kratší pauze doplnil: „Někdy.“

## Dobrá rada nad zlato

Heveroch neměl rád pacienty-slabochy, kteří nedokázali zvládat domácí situace a byli pod pantoflem, až z toho byli depresivní. Přišel k němu do ambulance jeden takový a stěžoval si: „Pane profesore, s tou mou ženou to není k vydržení. Zachází se mnou stále častěji jako se zvířetem! Co bych mohl proti tomu dělat?“ Heveroch mu s ledovou tváří poradil: „Tak co kdybyste se raději obrátil na Spolek pro ochranu zvířat?“

## Pan blázen

Profesor Heveroch měl svou pracovnu v Zemském ústavu pro choromyslné v prvním patře. Bylo to v ulici Ke Karlovu, s okny do ulice. Jednou právě vyšetřoval pacienta, když do pracovny vletěl otevřeným oknem mič, se kterým si hráli kluci na ulici. Heveroch se překvapeně podíval z okna. Tu ho jeden z fotbalistů požádal: „Pane blázen, buďte tak hodný a hodte nám ten balon zase zpátky.“

MUDr. Svatopluk Káš

## 150 let Časopisu lékařů českých

Před 150 lety začal vycházet Časopis lékařů českých (1862). Prvními redaktory byli praktický lékař Josef Podlípický a docent vnitřního lékařství Bohumil Eiselt, kteří se ujali redigování časopisu. Duchovním otcem časopisu byl lékař a biolog Jan Evangelista Purkyně.

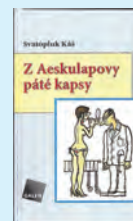
První číslo časopisu vyšlo 15. ledna 1862. Spolek pak zahájil svou činnost v červenci 1862 a na své schůzi se usnesl, že Časopis lékařů českých bude jeho spolkovým periodikem. Časopis zpočátku vycházel jako čtrnáctideník o 12 stranách, od roku 1864 jako týdeník. Největší problém byl se získáváním

originálních příspěvků. Od čtvrtého ročníku se již ale na první místo dostávají původní práce. Od roku 1880 začal časopis vycházet na 80 stranách, jeho rozsah se z ekonomických důvodů několikrát změnil. Po první světové válce se Časopis lékařů českých stává periodikem pře-

devším internistickým. Jeho význam dnes daleko přesahuje oblast lékařství a jeho dějin. Je to jeden z fenoménů, které sehrály jedinečnou úlohu v dějinách naší vědy a kultury.

(Podle článku doc. PhDr. Ludmily Hlaváčkové, CSc., ZDN 2001.) (red)

## Svatopluk Káš Z Aeskulapovy páté kapsy



Rozsah:  
346 stran  
Cena: 290 Kč  
ISBN: 978-80-  
-7262-753-0  
Vydavatel: Galén

Ačkoli se autor domníval, že po

posledním, čtvrtém dílu stejnojmenných medicínských historek bude jeho zásoba příběhů beznadějně vyčerpána, ukázalo se, že tomu tak není – jeho archiv se zdá být skutečně bezedný. Autorovi kolegovi, kteří znají jeho sběratelskou vášeň, jej stále s gusem informu-

je o každé humorné příhodě, jež se mezi „bílymi plášti“ odehrála. A protože by byla věčná škoda tyto vlídné úsměvné perličky nechat ležet ladem, zrodila se „Pátá kapsa“, o níž už ale z opatrnosti předem neříkáme, že je tou poslední...

První čtyři „Aeskulapovy kapsy“ byly svými příhodami tematicky zaměřené vždy na určitý medicínský obor (chirurgie, interna, vědecký výzkum...), „Pátá kapsa“ však zahrnuje kompletně celou medicínu. A tak se opět setkáme se zvučnými jmény slovných pánů profesorů, ale vedle toho i s historkami ze šuplíku dosud utajeného, které nemohly být za minulého režimu uveřejněny, a dále s nepřehlednou řadou historek nových, jež se zrodily během posledních let na nejrůznějších lékařských pracovištích.

# Heinrich Schliemann – smrt o Vánocích

Dne 26. prosince roku 1890 zemřel muž, který dokázal lépe než kdo jiný naplno uskutečnit své sny.

## Uskutečněný klukovský sen

Když se Heinrich Schliemann 6. ledna 1822 narodil v malé německé vesničce Neubukow, vše nasvědčovalo tomu, že nikdy neuskuteční plány, které začal spřádat už jako osmiletý chlapec. „Až budu velký, najdu Troju,“ říkal si nad stránkami Homérovy „Iliady“ a „Odyssey“.

Malý Heinrich sice začal studovat na gymnáziu, ale poté, co byl jeho otec obviněn ze zpronevěry farních peněz, musel přejít na reálku. Když se pak rodina dostala do finančních problémů, musel studia předčasně ukončit. Ani poté však neměl o životní dramata nouzi. V 19 letech se vydal do Venezuely na loď, která ztroskotala už u nizozemského pobřeží. Chybělo jen málo a Schliemann zahynul. Díky jedinečné kombinaci výjimečného talentu a pracovitosti hraničící s workoholismem se Heinrich Schliemann rychle vypracoval v úspěšného obchodníka a získal i řadu vlivných kontaktů. V roce 1859 už nashromáždil takové jmění, že si mohl dovolit ukončit dráhu byznysmena a začít s uskutečňováním dětského snu. Jako samouk se naučil plyně osmnácti jazykům a získal impozantní znalosti z historie. V roce 1869 mu univerzita v Rostocku udělila doktorát za práci „Ithaka, der Peloponnesus und Troja“ napsanou ve starořečtině. Na základě geografických dat a analýz textu Iliady v ní Schliemann dokazoval, že starověká Troja se rozkládala na tureckém pahorku Hissarlik vzdáleném asi 7 kilometrů od Dardanel.

Doktorát byl Schliemannovi udělen *in absentia*, protože v té době už jako amatérský archeolog pilně pracoval na objevení Troje. Licenci k vykopávkám na Hissarliku získal od tureckých úřadů 17. srpna 1871. Ve spolupráci s britským konzulem Frankem Calvertem Troju skutečně objevil. Když pak v roce 1873 vyzvedl kolekci zlatých předmětů, které označil za Priamův poklad, stal se rázem mezinárodní celebritou. O to větší šok pro svět znamenala jeho smrt. Zemřel o Vánocích roku 1890 v Neapoli. Daleko od svých blízkých,



## Neposlušný pacient

Heinrich Schliemann prodělal řadu infekčních onemocnění, která, jak se zdá, bez následků překonal. Jako dítě měl diagnostikovanou tuberkulózu. Během obchodní mise v Rusku onemocněl těžkou chřipkou, v Kalifornii se nakazil žlutou zimnicí a v Řecku dostal malárii. Přesto se těšil téměř železnému zdraví, za něž vděčil i tvrdému tréninku a otužování. Denně cvičil, jezdil na koni a plaval. Neslevil ani v nejnepříjemnějších dnech. Jediný vážnější zdravotní problém, který jej sužoval ještě před dosažením třicítky, byly bolesti v uších provázené postupnou ztrátou sluchu. Lékaři mu doporučili omezit plavání, ale Schliemann byl velmi neposlušný pacient. Svě vodní vášně se nevzdával.

V roce 1888 obtíže vyvrcholily náhlou ztrátou sluchu a silnými bolestmi v uchu. Schliemann vyhledal pomoc u slavného Rudolfa Virchowa, který zjistil okluzi vnějšího zvukovodu v důsledku silného otoku. Také Virchow nabádal Schliemanna, aby omezil plavání v moři. Neposlušný pacient Schliemann respektoval radu jen několik dní, dokud otok neustoupil, a pak v každodenním plavání pokračoval.

## Bez dokladů a bez hospitalizace

V roce 1890 se Schliemann dostal do péče slavného otorinolaryngologa Hermanna Schwartze v Halle a ten jej operoval. Ze Schliemannovy korespondence je známo, že chi-

rurgický zákrok na obou uších byl proveden pod celkovou anestézií chloroformem a trval hodinu a 45 minut. Při operaci mu byly zřejmě odstraněny exostózy. V pravém uchu byla kost vyjmuta zvukovodem, v levém uchu Schwartze zvolil radikálnější postup s postaurikulárním přístupem. Po operaci došlo k zánětu v obou uších a Schliemann setrval ve Schwartzeho péči. Lékař prováděl opakované výplachy operovaných uší fenolovým roztokem. Po čtyřech týdnech se netrpělivý Schliemann cítil přeci jen o trochu lépe a navzdory důrazným Schwartzeho protestům opustil nemocnici a vydal se na cesty. Nejprve navštívil Lipsko a Berlín a pak zamířil do Paříže. Odtud zamířil domů do Řecka, aby strávil Vánoce s rodinou. Během zastávky ve městě pod Vesuvem ještě absolvoval návštěvu Pompejí, ale to už jej opět trápila silná bolest v levém uchu. Bylo jasné, že Vánoce v Řecku nestihne. Navštívil místního ušního specialistu dr. Cozzolina a snažil se dodržovat jeho doporučení. Přesto bě-

hem procházky městem na Štědrý den zkolaboval na ulici. Nabyt sice vědomí, ale nebyl schopen mluvit a projevila se u něj postupující pravostranná paralýza. Neměl u sebe doklady, a tak se stalo, že jednoho z nejbohatších mužů tehdejší Evropy odmítli hospitalizovat v obavě, že by nemohl uhradit náklady spojené s léčbou. Byl odvezen nejprve na policejní stanici a pak do hotelu. Tam k němu přivolali významného německého chirurga Von Schröna působícího v Neapoli. Ten otevřel Schliemannovo levé ucho, ale stav pacienta se okamžitě zhoršil. Doktor Von Schrön byl přesvědčen, že se u Schliemanna rozvinula intrakraniální infekce a že je zapotřebí provést trepanaci. Svůj záměr už však nestačil uskutečnit a Schliemann zemřel.

## Podezření na cholesteatom

Přesné příčiny Schliemannovy smrti nejsou známy. Tělo bylo bez pitvy převezeno do Athén, kde je rodina pohřbila v mauzoleu, které si nechal Schliemann vystavět ještě za svého života. Z výsledků Virchowova vyšetření vyplývá, že Schliemann měl exostózy ve vnějším zvukovodu. Opakovaná zhoršení sluchu zřejmě souvisela s opakovanými záněty vnějšího zvukovodu nebo s nahromaděním ušního mazu. Nelze však vyloučit, že se u Schliemanna rozvinul cholesteatom.

O průběhu operace provedené dr. Schwartzem na soukromé kli-

nice se nedochoval žádný zápis. Ze Schliemannovy korespondence vyplývá, že dr. Schwartze měl podezření na cholesteatom, a proto na levém uchu volil radikálnější postup. Z dopisů však není jasné, zda se toto podezření potvrdilo. Z nepřímých svědectví lékařů, kteří měli možnost číst Schwartzeho popis Schliemannovy operace předtím, než se poznámky ztratily, vyplývá, že lékař v levém uchu cholesteatom odhalil.

## Zachránila by mu život drenáž?

Hermann Schwartze je považován za „otce mastoidektomie“, kterou popsal v roce 1873. Schliemann byl tedy v nejlepších rukou. Dlouhá rekonvalescence byla tehdy běžná. V akutních případech trvala 3 měsíce a u chronických případů se táhla až 10 měsíců. Mortalita po mastoidektomii se pohybovala okolo 6%.

Schliemannův stav byl zpočátku dobrý. Komplikace nastaly asi desátý den po operaci. Popisy těchto komplikací včetně problémů s mluvením, jež se objevily asi měsíc po operaci, svědčí o infekci, ke které došlo buď v důsledku nesterilních podmínek při chirurgickém výkonu, nebo při neúplném odstranění cholesteatomu. Někteří autoři spekulují o tom, že Schliemann mohl mít – s ohledem na onemocnění z dětství – v uchu tuberkulózní ložisko. Páchnoucí výtok z ucha, na který si stěžoval, někteří lékaři vysvětlují jako důsledek infekce operační rány bakterií *Pseudomonas aeruginosa*. Ta mohla vyvolat také zánět čelistního kloubu a ztížit tak Schliemannovi mluvení. Většina lékařů považuje za nejpravděpodobnější příčinu Schliemannovy smrti absces na spánkovém mozkoměsí. U chirurgického zákroku v uchu bez použití antibiotik taková komplikace hrozila s vysokou pravděpodobností.

Schliemannovi jistě nepřidala ani nedočkavost, s jakou opustil nemocnici, aby mohl trávit Vánoce v rodinném kruhu. Jestli by prodloužená hospitalizace zachránila slavnému badateli život, se však s odstupem více než jednoho století nedá posoudit. Určitá šance tu ovšem byla vzhledem k tomu, že úspěšná drenáž abscesu na mozku po trepanaci byla provedena již v roce 1753 německým chirurgem Lorenzem Heisterem. Detailní okolnosti Schliemannovy smrti už zřejmě zůstanou navždy zahalené tajemstvím tak jako detaily události ve starověké Troji, jejichž odhalováním si tento pozoruhodný muž plnil dávný dětský sen.



Schliemann se spolupracovníky v Mykénách (1876–77)

# Ceny ministra zdravotnictví za zdravotnický výzkum a vývoj 2011

Ministr zdravotnictví Leoš Heger předal 12. prosince ocenění za mimořádné výsledky ve zdravotnickém výzkumu a vývoji za projekty podporované Interní grantovou agenturou MZ ČR.



Ing. Roman Kotlín, Ph.D., přebírá cenu z rukou ministra. | Foto: Robert Rambousek

Cenu ministra zdravotnictví získal řešitelský tým z Ústavu hematologie a krevní transfuze za projekt „Vrozené a získané dysfibrinogenemie a hypofibrinogenemie“. Cílem projektu bylo hledání mutací v klíčové molekule účastnící se zástavy krvácení – fibrinogenu. Mutace ve fibrinogenu, způsobující dysfibrinogenemii nebo hypofibrinogenemii, mohou vést jak ke krvácivým, tak k trombotickým příhodám. U nalezených mutací byl studován vztah strukturních změn fibrinogenu na jeho funkci. Cenu převzal řešitel projektu Ing. Roman Kotlín, Ph.D.

## Dvě čestná uznání

Čestná uznání ministr udělil Ing. Robertu Fialkovi, MBA, z Koordinačního střediska pro resortní zdravotnické informační systémy za projekt „Optimalizace vytěžování informací z klinických zdravotnických registrů NZIS“ a PharmDr. Kateřině Dvořáčkové, Ph.D., z Farmaceutické

fakulty Veterinární a farmaceutické univerzity v Brně za projekt „Mikročástečková léčivá forma pro terapii nespecifických střevních zánětlivých onemocnění“.

## Cena veřejnosti na internetu

Na slavnostním předávání ocenění byla zahájena anketa, v níž veřejnost může hlasovat na internetových stránkách ministerstva zdravotnictví [www.mzcr.cz](http://www.mzcr.cz), kde jsou i bližší informace o projektech. Internetovým hlasováním veřejnost zvolí ze tří oceněných týmů jeden, kterému bude udělena Cena veřejnosti za zdravotnický výzkum pro rok 2011. Hlasování bude ukončeno ke dni 31. 1. 2012.

## Zrekonstruované prostory KARIM otevřeny

Za 80 milionů korun byla zrekonstruována část Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny 1. LF UK a VFN (KARIM). Slavnostní otevření prostor proběhlo 12. prosince.

KARIM je jednou z největších klinik 1. LF UK a VFN v Praze. Poskytuje anesteziologickou péči operovaným pacientům, její anesteziologové denně působí na 36 operačních sálech a dalších 38 pracovištích po celém areálu VFN.

### Větší šance při selhání vitálních funkcí

Další náplní činnosti KARIM je poskytování intenzivní a resuscitační péče. Dosavadní neadekvátní nízký počet resuscitačních lůžek, zejména v poslední dekádě, nejen

neumožňoval takto hospitalizovat indikované pacienty VFN, ale také těžce limitoval příjem pacientů z terénu prostřednictvím záchranných služeb. Po rekonstrukci kapacity lůžek resuscitační péče o pacienty se selháním vitálních funkcí stoupla z pěti na deset.

### Vše na jednom místě

Pracoviště intenzivní péče na jednotlivých klinikách VFN budou pokračovat ve své činnosti, ale pro nejméně závažnější pacienty v ohrožení života je nyní určeno centrální pracoviště KARIM. „Intenzivní péče by měla jít cestou koncentrace do jednoho prostoru, a pokud je to možné, je optimální přidat k ní labora-

torní a diagnostický komplement,“ uvedl přednosta KARIM doc. MUDr. Martin Strýtešský, CSc. Koncentrace prostředků i lidí na jednom místě je součástí nové koncepce ředitelky VFN Dany Juráskové, která plánuje soustředit péči v jednom areálu a chce upustit od historického pavilonového systému.

Součástí rekonstrukce kliniky bylo i vybudování nové posluchárny a zasedací místnosti pro výuku mediků a postgraduálních studentů. „Krásné prostory nové kliniky umožní špičkovou péči pro pacienty a velmi kvalitní zázemí pro zaměstnance i studenty medicíny,“ ocenil výsledek děkan 1. LF UK profesor Tomáš Zima. (red)



Foto: Václav Kríž

## Pozvánka na kurz

Fakultní nemocnice Ostrava a Česko-slovenské fórum za podpory ČSFS pořádá ve dnech 24.–27. ledna 2012 v Clarion Congress Hotelu Ostrava 14. postgraduální kurz **Sepse a MODS** (hlavní téma: těžká sepe) a 10. symposium **Aktuality v dětské intenzivní péči** (24. ledna, hlavní téma: medicína 21. století).

Více informací a registrace:

[www.sepseostrava.cz](http://www.sepseostrava.cz) (red)

## Nová paliativa hospicového typu pro Prahu

V hlavním městě je nedostatek lůžek paliativní péče. Proto se v Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze buduje nové komplexní centrum paliativní péče, které bude poskytovat lůžkovou i ambulantní paliativní péči. Navíc chce edukovat jak odborníky, tak i laiky, zejména blízké pacientů.



### Požehnání při zahájení stavby centra paliativní péče.

| Foto: Kongregace Milosrdných sester sv. Karla Boromejského

Lůžkovou základnu centra bude tvořit oddělení paliativní péče, které vznikne v zrekonstruovaných prostorech pavilonu D nemocnice. Lůžková stanice bude mít kapacitu 19 lůžek, z nichž bude maximálně 13 využito pro pacienty, 6 pro ubytování doprovázejících (jednolůžkové a dvoulůžkové pokoje s příslušenstvím). Další součástí pak bude vyšetřovna pro ambulanci paliativní medicíny, provozní prostory, společenská místnost, kaple a venkovní terasa s výhledem na centrum Prahy. Rozpočet je stanoven na 40 milionů Kč. Po dokončení stavební fáze nemocnice převezme prostory k zařízení oddělení. Minimální potřebné vybavení je stanoveno standardy. Náklady na nové zařízení jsou rámcově odhadovány na 4 miliony korun.

Klienty oddělení budou pacienti s neléčitelným onemocněním a náročnou symptomatickou léčbou. Paliativní péče se zaměřuje především na léčbu obtíží a poskytování psychosociální a spirituální podpory nemocnému i jeho blízkým s cílem udržení kvality jejich života na nejvyšší dosažitelné úrovni.

Pro tento záměr kongregace Milosrdných sester sv. Karla Boromejského hledá podporu a možnost spolupráce se státními institucemi, Magistrátem hl. m. Prahy, městskými částmi, nadacemi, firmami i soukromými osobami. Další informace o projektu i o možnostech jak pomoci penězi nebo vhodným věcným darem:

[www.boromejky.cz](http://www.boromejky.cz) (red)

## ZE SPOLEČNOSTI

# „Dobrý anděl“ a onkologové

„Dobrý anděl“ je projekt finanční pomoci rodinám, v nichž dítě nebo rodič trpí onkologickým onemocněním a které se tím dostaly do finančních potíží. Dárci rodinám pomáhají malými, ale pravidelnými měsíčními částkami. Unikátní je, že tato nadace příspěvky ani z části sama „neprojí“.

Veškeré peníze dárců jsou do posledního haléře rozděleny rodinám nemocných. Je to umožněno tím, že provoz nadace je organizován z prostředků zakladatelů. Dárci vidí, komu pomáhají – díky „andělskému“ číslu a heslu je možné najít na webových stránkách konkrétní profil a příběh rodiny, kterou podporují. Peníze jdou jen těm, kteří to potřebují – do systému mohou být zařazeny pouze rodiny ve finanční tísní, a to jedině na základě doporučení onkologa. Podmínkou zařazení do systému je, aby čisté příjmy rodiny se

všemi přídávky nepřesáhly 25 tisíc korun měsíčně. Onkolog navíc každých 6 měsíců opětovně potvrzuje, že se pacient s onkologickým onemocněním nadále léčí. Pomoc je pravidelná – veškeré peníze od dárců, „Dobrých andělů“, které na účet nadačního fondu přišly daný kalendářní měsíc, jsou rozděleny mezi rodiny nemocných vždy první pracovní den dalšího měsíce. Minimální výše příspěvku činí 50 korun.

**Anděl dobrý, ne však naivní**  
Peníze pro rodiny pocházejí převážně

od fyzických osob. Přispívají obvykle trvalým platebním příkazem, a to na účet č. 8001008/5500, kde jako variabilní symbol zadají své „andělské číslo“. Získají jej ihned po registraci do systému. Zároveň mohou sledovat využití svých finančních prostředků po přihlášení do „andělského účtu“, který je přístupný následující pracovní den po registraci. Dárci mají jistotu, že jimi zasláné peníze již prvního dne příštího měsíce kompletně odejdou rodinám ve finanční tísní.

Nadační fond „Dobrý anděl“ u nás navazuje na pětileté úspěšné pů-

sobení na Slovensku, během něhož se mezi 4415 rodin přerozdělilo celkem 12 milionů eur.

## Jen na doporučení lékaře

Onkologové znají dobře nejen zdravotní stav pacienta, ale často i jeho rodinnou a osobní situaci. „Onemocnění rakovinou znamená pro nemocného i jeho blízké problémy fyzické, psychické, sociální, existenciální a v neposlední řadě ekonomické. V případě onemocnění dítěte je téměř nutné, aby jeden z rodičů přestal pracovat a dítěti se plně věnoval. V na-



**Pirožkoví jsou jednou z rodin pod křídly „Dobrého anděla“.**

Foto: Dobrý anděl

šich podmínkách se tím u velké části rodin zásadně snižuje životní úroveň, u sociálně slabých až kriticky. Pro tyto rodiny každá finanční pomoc znamená vysvobození z běžných velkých starostí a umožňuje jim plně se věnovat nemocnému dítěti, „uzavírá předseď české onkologické společnosti ČLS JEP profesor Jiří Vorlíček. Více informací:

[www.dobryandel.cz](http://www.dobryandel.cz)

(II)

# Auta pro handicapované z „Cest k lidem“

Společný projekt Konta bariér a společnosti Globus ČR získal finance na 15 velkoprostorových vozů Fiat Ducato pro přepravu osob se zdravotním postižením, 16. auto dodal obchodní řetězec jako bonus.

23. listopadu proběhlo na Žofíně slavnostní ukončení společného projektu nazvaného „Cesty k lidem“. Hlavním bodem slavnostního programu bylo samozřejmě předání aut. Po slavnosti se rozjela do 15 předem vybraných orga-

nizací pečujících o různé handicapované klienty. Příjemce daru vybrala Rada Konta Bariéry. Automobil dostala základní a praktická škola Svítání, škola Modrý klíč, základní a střední škola Pomněnka, centrum pro rehabilita-

ci osob se zdravotním postižením Arpida, Centrum pro zdravotně postižené Libereckého kraje, občanské sdružení DC 90, Domov Krajánek, družstvo invalidů Ergoterp, Charita Javorník, Liga vozíčkářů, Chráněné bydlení Dětského centra Kopřivnice, PZP Merlin, Svaz paraplegiků a Život bez bariér. Překvapením slavnostního ukončení projektu bylo předání 16. automobilu Diakonii ČCE do střediska Radost v Merklíně jako bonusu od obchodního řetězce.

Na projekt „Cesty k lidem“, ze kterého byla vozidla financována, přispívali lidé nákupem označených výrobků v hypermarketech po celé republice po dobu 15 týdnů.

(III)



Foto: archiv Konta Bariéry

## ČAFF si zvolila nové představenstvo

Členská schůze České asociace farmaceutických firem (ČAFF) volila celé nové představenstvo a předsednictvo na období kalendářních let 2012–2013. Výkonným ředitelem zůstává Emil Zörner.

Předsedou představenstva se stal Andrej Pardo (Sandoz, s. r. o.). Ve funkci místopředsedy bude působit Zdeněk Zahradník (Teva Pharmaceuticals CR, s. r. o.). Členy představenstva jsou Jana Bánhidaiiová (Actavis CZ, a. s.), Andrej Dobovišek (Krka ČR, s. r. o.), František Gyűrűsi (Gede-

on Richter Marketing ČR, s. r. o.), Eduard Hájek (Medicom International, s. r. o.), Vojtěch Mészáros (Egis Praha, s. r. o.). Novými členy představenstva jsou Martina Anténová (Apotex ČR, s. r. o.) a Eva Kodýdková (Zentiva, k. s.)

Předmětem činnosti ČAFF je sjed-

nocovat a hájit společné zájmy firem, které se zabývají výzkumem, vývojem, výrobou, obchodem, propagací a marketingem v oblasti humánních léčivých přípravků a také informatikou v oblasti farmaceutického průmyslu a užití léčivých přípravků.

(red)

## „Nemocné duše“ v policejním muzeu

Do konce února 2012 můžete v Muzeu policie ČR v areálu bývalého kláštera v Praze na Karlově navštívit mezinárodní výstavu „Příběh nemocné duše“.

Výstava byla vytvořena s podporou zahraničních psychiatrických muzeí, zejména německých, belgických, nizozemských a dánských. Autorem koncepce, textů, výtvarného zpracování a většiny fotografií je psychiatr MUDr. Ivan David, CSc. Expozice by podle jeho záměru měla zaujmout odbornou i laickou veřejnost, a dokonce i děti. Prezentuje historii péče o duševně nemocné jako součást kulturní historie lidstva od starověku až po současnost. Sály Muzea policie ČR určené výstavě mohly pojmout jen malou část zapůjčených exponátů a bohatství obrazové a textové dokumentace, kterou měli autoři k dispozici. Přesto si na podrobnější prohlídku rezervujte alespoň dvě hodiny.

### Artefakty i předměty denního života

Prohlédnout si tu můžete původ-

ní předměty běžně používané pacienti a zaměstnanci psychiatrických ústavů z posledních stalet, ale i kopie starších, například klecového lůžka nebo fixačního křesla z 19. století či kopie pout z 18. století, originály i kopie zaměstnaneckých uniforem a také svěřacích kazajek. Zhlédnout lze obrazové prezentace Ivana Davida a Jana Pomykacze a obrazy i keramiku, obojí vytvořené psychiatrickými pacienty, stejně tak soubor keramických figur od arteterapeutky Marie Tomanové, který znázorňuje život v současné léčebně. V rámci výstavy je promítán třicetiminutový animovaný film o historii péče o duševně nemocné, jehož hlavním autorem je student FAMU Pavel Lukáš. Výstava poputuje i do dalších českých a moravských měst a také na Slovensko a do Polska.

(red)



Foto: Ivan David

## Pavla Křížová, Luděk Rožnovský Meningokokové onemocnění



Rozsah:  
272 stran  
Cena: 495 Kč  
ISBN: 978-80-  
-7345-239-1  
Vydavatel:  
Maxdorf

Komplexní informace o invazivním meningokokovém onemocnění v knize jsou určeny širokému okruhu specialistů, kteří přicházejí do styku s pacienty v časných stadiích onemocnění, kdy je velmi obtížné určit jeho diagnózu, a dále těm, kdo se zabývají jeho diagnostikou, léčbou a prevencí – tj. praktickým lékařům pro děti a dorost i pro dospělé, infektologům, intenzivistům, mikrobiologům a epidemiologům.

## Michal Bělobrádek Kožní nemoci Repetitorium pro praxi



Rozsah:  
216 stran  
Cena: 695 Kč  
ISBN: 978-80-  
-7345-221-6  
Vydavatel:  
Maxdorf

Příručka pro ambulanci i nemocniční praxi s více než 300 barevnými fotografiemi a praktickými doporučeními k terapii umožňuje rychlou orientaci v dermatologické problematice.

## Karel Krejčí, Josef Zdražil, Tomáš Tichý Nefropatie v ultrazukovém a histologickém obrazu



Rozsah:  
190 stran  
Cena: 995 Kč  
ISBN: 978-80-  
-7345-258-2  
Vydavatel:  
Maxdorf

Monografie charakteru diagnostického atlasu (téměř 400 ultrazukových a histologických obrazů) shrnuje mnohaleté zkušenosti klinických nefrologů a nefropatologa a přináší i řadu nových po-

znatků, které byly prezentovány jak v českých periodikách, tak v zahraničních impaktovaných časopisech. Hlavním cílem je přispět k lepší orientaci v sonografických obrazech autologních a transplantovaných ledvin a pomoci v diferenciální diagnostice normálních a patologických ultrazukových a histologických nálezů.

## Jiří Widimský, Jiří Widimský, jr., Václav Monhart, Karel Horký Antagonisté renin-angiotenzin- aldosteronového systému



Rozsah:  
328 stran  
Cena: 399 Kč  
ISBN: 978-80-  
-7387-499-5  
Vydavatel:  
Triton

První monografie shrnující současný stav vědomostí o systému renin-angiotenzin-aldosteron (RAA) a možnostech jeho farmakologického ovlivnění. Antagonisté systému RAA mají rozsáhlé uplatnění v kardiologii i interním lékařství. Inhibitory ACE a AT1-blokátory představují léky první volby v léčbě hypertenze, zejména je-li provázána diabetem mellitem. Jsou zdůrazněny i jejich nefroprotektivní vlastnosti. V léčbě srdečního selhání patří inhibitory ACE spolu s betablokátry k lékům první volby, v léčbě pacientů s ICHS tvoří inhibitory ACE spolu s betablokátry, statiny a kyselinoacetylsalicylovou pilíře sekundární prevence. Velká pozornost je věnována kombinační léčbě hypertenze, kde optimální dvojkombinací představují inhibitory ACE či AT1-blokátory + blokátory kalciových kanálů. Zpracováno je i téma prevence recidivy cévní mozkové příhody a léčby hypertenze u velmi starých pacientů. Zvláštní kapitola upozorňuje na skutečnost, že ne všechny inhibitory ACE mají stejnou klinickou účinnost – v posledních deseti letech prokázaly pouze tři studie snížení celkové mortality po podávání i nejnovější poznatky o inhibitoru reninu aliskirenu. Inhibitory mineralokortikoidních receptorů se výrazně uplatňují v léčbě chronického srdečního selhání a rezistentní hypertenze.

## NOVÉ KNIHY

### Milan Nakonečný Psychologie Přehled základních oborů



Rozsah:  
864 stran  
Cena: 999 Kč  
ISBN: 978-80-  
-7387-443-8  
Vydavatel:  
Triton

Kniha je výsledkem autorova rozsáhlého srovnávacího studia učebnic psychologie a také dlouholeté pedagogické činnosti na několika vysokých i středních školách, při níž dospěl k závěru, že psychologické myšlení vyžaduje vedle znalostí empirických faktů také teoretické vědomosti a filozofický vhled. Vedle hlavních témat obecné psychologie (vnímání, imaginace, myšlení, citění a motivace) se čtenář seznámí také se základy psychologie osobnosti, v níž profesor Nakonečný klade důraz zejména na její dynamickou strukturu a funkci „jáství“ (ega). Publikace obsahuje také úvod do sociální psychologie, zejména psychologické základy dyadických vztahů (tj. vztahů já – ty), dále úvod do vývojové psychologie s přehledem psychických zvláštností dětství, dospívání, adolescence, dospělosti a stáří, a konečně je čtenář uveden také do základů psychopatologie (přehled základních poruch psychické činnosti) a psychoterapie (základní metody a směry). Autor se pokouší integrovat novodobou empirickou psychologii zaměřenou přírodovědecky s fenomenologickým směrem, který vrací psychologii k její primární zážitkové dimenzi. Proto věnoval hodně pozornosti filosofickým aspektům psychologie a také analýze imaginace, citů a dalším tématům, která souvisí s vnitřní, intrapsychemickou doménou oboru. Kniha je vybavena poměrně obsáhlým slovníčkem psychologických termínů.

### Karel Nešpor a kol. Jak překonat hazard Prevence, krátká intervence a léčba



Rozsah:  
160 stran  
Cena: 255 Kč  
ISBN: 978-80-  
-262-0009-3  
Vydavatel:  
Portál

Autor se postupně se zabývá diagnostikou, krátkou intervencí, léč-

bou i prevencí hazardního hráčství. Samostatnou kapitolu věnuje pomoci rodinám s tímto problémem, a to i tehdy, když se osoba s hazardním hráčstvím odmítá podrobit léčbě. V další části knihy čtenář najde některé terapeutické pomůcky, dotazníky, výzkumné zprávy a oficiální dokumenty.

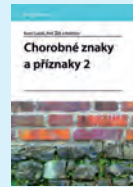
### Drahomír Ševčík, Naděžda Špatenková a kol. Domácí násilí Kontext, dynamika a intervence



Rozsah:  
192 stran  
Cena: 295 Kč  
ISBN: 978-80-  
-7367-690-2  
Vydavatel:  
Portál

Domácí násilí je nebezpečný celospolečenský jev. Publikace přináší ucelené informace o jeho podobách, formách a typech. Popisuje cyklus násilí, jeho výskyt v české populaci, pomáhajícím profesionálům nabízí metody a prostředky k jeho identifikaci. Seznamuje s projevy chování a jednání hlavních aktérů domácího násilí – ohrožených a pachatelů. Představuje systém pomoci osobám ohroženým domácím násilím, včetně jejich právních možností a možností státu při řešení domácího násilí. Detailně popisuje činnost intervenčních center – specializovaných pracovišť pro ohrožené, komunikaci a základy intervence při práci s touto cílovou skupinou. Odborný text je doplněn kazuistikami a příběhy.

### Karel Lukáš, Aleš Žák a kol. Chorobné znaky a příznaky 2



Rozsah:  
328 stran  
Cena: 459 Kč  
ISBN: 978-80-  
-247-3728-7  
Vydavatel:  
Grada

Znaky a příznaky jsou základními stavebními kameny diagnózy. Autoři do knihy zpracovali 76 vybraných znaků, příznaků a některých důležitých laboratorních ukazatelů. Hesla jsou řazena abecedně, počinaje ascitem přes nauzeu až po zvětšení mízních uzlin. Každé heslo má následující strukturu: definice, klasifikace, patofyziologie, výskyt, klinika, diagnostika, dife-

renciální diagnostika a základní použitá léčba.

### Jaroslava Raudenská, Alena Javůrková Lékařská psychologie ve zdravotnictví



Rozsah:  
304 stran  
Cena: 429 Kč  
ISBN: 978-80-  
-247-2223-8  
Vydavatel:  
Grada

Vývoj vědy v posledních letech sice významně zlepšil možnosti diagnostiky a léčby chorob, ale přistupovat k nim jako k subjektivnímu ději přináší ještě vyšší procento úspěšnosti. Vztah lékaře a pacienta se v posledních letech změnil, i souvislosti s nárůstem chronických a civilizačních chorob. V zájmu úspěšnosti jejich léčby proto lékař více usiluje o aktivní zapojení pacienta do terapie. Z autoritativní osobnosti (experta, který vydává instrukce) se v rámci biopsychosociálního pojetí léčby mění v koordinátora činnosti jednotlivých členů lékařského týmu. Kniha je určena studentům medicíny a lékařům v postgraduálním i celoživotním vzdělávání, klinickým psychologům, psychiatrům, sestřám, fyzioterapeutům, sociálním pracovníkům a duchovním.

### Iva Nováková Zdravotní nauka – 2. díl

Učebnice pro obor sociální činnost



Rozsah:  
208 stran  
Cena: 229 Kč  
ISBN: 978-80-  
-247-3709-6  
Vydavatel:  
Grada

V 1.–3. dílu učebnice je zpracován teoretický rámec 3 vzájemně provázaných problematik: stavby a funkce orgánů zdravého lidského těla; vztahu zdraví a nemoci se zaměřením na péči o fyzické a duševní zdraví a se zaměřením na vybrané nemoci se sociálním dopadem; vztahu mezi prostředím a organismem se zaměřením na hygienu a epidemiologii. Text uzavírají základy první pomoci a resuscitace. Pracovní manuály s nabídkou cvičení a úkolů korespondujících s obsahem kapitoly podněcují žáky k aktivitě jak ve výuce, tak při domácí přípravě.

# Odpovědnost za nežádoucí účinky povinného očkování

**Jako pediatr musím provést povinné očkování, protože jej nařizuje stát. Neměl by však stát nést také odpovědnost za případný nežádoucí účinek vakcíny? Považoval bych to za logické... Podle naší právní úpravy však nesu odpovědnost já**



odpovídá  
Mgr. Radek Polícar  
radek.policar@seznam.cz

**a nemohu se jí zbavit, ani když rodiče poučím o možných nežádoucích účincích vakcíny – oni ostatně nemohou souhlas upřít, protože jejich povinností je nechat své dítě očkovat, stejně jako je mou povinností očkování provést. Trochu moc konfliktů najednou. A stát-nařizovatel si myje ruce...**

Tazatel má v popisu situace pravdu. Zákon č. 258/2000 Sb., o ochra-

ně veřejného zdraví, společně s vyhláškou č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, lékaři nařizují, aby ve stanovených situacích provedli očkování. Důsledkem provedení tohoto očkování může být újma na zdraví. S výjimkou případu, kdy by se zji-

stila vada očkovací látky a kdy lze uplatnit požadavek na náhradu škody po výrobci podle zákona č. 59/1998 Sb., o odpovědnosti za škodu způsobenou vadou výrobku, nese odpovědnost za škodu lékař, který provedl očkování. Tato odpovědnost vyplývá z § 421a občanského zákoníku. Ten totiž stanoví, že každý odpovídá za škodu způsobenou okolnostmi, které mají původ v povaze přístroje nebo jiné věci, jichž bylo při plnění závazku po-



ilustrační foto: www.newsphoto.de

užito. Újma na zdraví v důsledku inokulace člověka očkovací látkou nepochybně spadá pod rozsah tohoto ustanovení. Této odpovědnosti se nelze nijak zprostit. Lékař, který zaplatí náhradu škody, nemá, na koho by se obrátil, aby mu tuto ztrátu kompenzoval.

Samozřejmě výjimkou je situace, kdy je pro tento případ pojištěn a náhradu škody zaplatí pojišťovna. Nicméně i zde vznikají lékařům náklady spočívající v úhradě pojistného. Navíc po úhradě větší částky z pojistky lze očekávat zvýšení pojistného.

## Lékař nemá na výběr

Zde rozebíraná situace je vzorová. Lékař nemá na výběr. Provedení očkování je jeho povinností stanovenou zákonem. V ničem nepochybil. Vše provedl v souladu se svými povinnostmi. Nebyl ani jen neopatrný. Přesto má zaplatit náhradu škody. Český právní řád přitom ve víceru specifických případech zná odpovědnost státu za škodu způsobenou v důsledku plnění státem uložených povinností (například dle krizového zákona).

V případech, že by se některý lékař dostal do takovéto situace, doporučil bych bránit se povinností poskytnout náhradu škody i za pomoci napadení aplikace zmíněného § 421a občanského zákoníku jakožto kroku, který je v rozporu s ústavou. To by však nepochybně vyžadovalo odbornou právní pomoc a nemuselo by nutně jít o úspěšné snažení.

## Nemoc jako překážka nástupu do práce

**Moje dcera podepsala pracovní smlouvu s novým zaměstnavatelem, s tříměsíční zkušební dobou, ale v den nástupu onemocněla a do práce vůbec nenastoupila. Dosud je na neschopence – hospitalizována v nemocnici. Může s ní zaměstnavatel ukončit pracovní poměr? Kdo jí bude platit nemocenské pojištění? Má se nahlásit na úřad práce – a jak, když leží v nemocnici?**



odpovídá  
Mgr. Petra Maryšková

Pracovní poměr vzniká dnem, který je uveden v pracovní smlouvě jako den nástupu do práce. V tento den tak, i když Vaše dcera nenastoupila do práce, vznikl pracovní poměr mezi ní a jejím zaměstnavatelem. Zákoník práce ve svém § 36 odst. 2 stanoví pro zaměstnance, který nemůže ve sjednaný den nastoupit do práce z důvodu překážek v práci (pracovní neschopnost), povinnost informovat o tom zaměstnavatele ve lhůtě jednoho týdne. Pokud zaměstnanec tuto povinnost nesplní, má zaměstnavatel právo odstoupit od podepsané pracovní smlouvy.

Pro odpověď na konkrétní dotaz tedy budu předpokládat, že zaměstnavatel byl informován, že zaměstnankyně nemůže nastoupit do práce z důvodu pracovní neschopnosti. V tomto případě pak pracovní poměr vznikl a trvá.

Pouze upozorním, že zákoník práce ve svém § 35 odst. 2 uvádí, že zkušební doba se prodlužuje o dobu, v níž zaměstnanec nekoná práci z důvodu překážek v práci. Tedy v případě, že Vaše dcera opět nastoupí do práce, počítá se jí zkušební doba od tohoto nástupu. Zároveň je vhodné dodat, že podle § 66 zákoníku práce zaměstnavatel nemůže ve zkušební době ukončit pracovní poměr v době prvních 14 kalendářních dnů trvání dočasné pracovní neschopnosti. V případě, že pracovní neschopnost Vaší dcery bude delší, může zaměstnavatel ukončit pracovní poměr ve zkušební době kdykoli bez uvedeného důvodu. Pokud by tato situace nastala, bylo by vhodné obrátit se bez prodlení na úřad práce, aby nedošlo k přerušení plateb sociálního a zdravotního pojištění.

## Diskriminační otázky uchazečům o práci

Jsem všeobecná sestra a po sedmileté přestávce vyplněné mateřskými povinnostmi si hledám práci, protože na původní místo se vrátit nemohu. Absolvovala jsem už několik pohovorů a na všech jsem se setkala s otázkami typu „máte děti,



odpovídá  
Mgr. Lucie Neubertová

Rámec informací, které je zaměstnavatel oprávněn vyžadovat před vznikem pracovního poměru, je omezen hned několika zákonnými ustanoveními. Předně je třeba zmínit § 30 odst. 2 zákoníku práce, podle kterého smí zaměstnavatel vyžadovat od uchazeče o práci při jednání před vznikem pracovního poměru jen údaje, které bezprostředně souvisí s uzavřením pracovní smlouvy. Pro příklad, avšak konkrétně-

ji, je rámec informací, které zaměstnavatel nesmí požadovat nejen před vznikem, ale i v průběhu pracovního poměru, vymezen § 316 odst. 4 zákoníku práce. Podle tohoto ustanovení zaměstnavatel nesmí v žádném případě a bez výjimek požadovat informace o sexuální orientaci zaměstnance, jeho původu, členství v odborové organizaci, členství v politických stranách nebo hnutích a příslušnosti k církvi nebo náboženské společnosti.

Kromě absolutně zakázaných informací je však v tomto zákonném ustanovení obsažen i demonstrační výčet informací, které sice nelze požadovat, ale u nichž může být tento zákaz prolomen. Jedná se o informace o těhotenství, rodinných a majetkových poměrech a trestněprávní bezúhonnosti. Tyto informace může zaměstnavatel pro zaměstnání požadovat, jestliže je pro to dán věcný důvod spočívající v povaze práce, která má být vykonávána, a je-li tento požadavek přiměřený nebo v případech, kdy to stanoví právní předpis.

## Oprávněnost a přiměřenost dotazů

Pro úplnost zmiňuji, že okruh informací, které zaměstnavatel nesmí při výběru zaměstnanců vyžadovat, je stanoven též § 12 odst. 2 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti. Jedná se konkrétně o informace týkající se národnosti, rasového nebo etnického původu, politických postojů, členství v odborových organizacích, náboženství, filozofického přesvědčení, sexuální orientace, informace, které odporují dobrým mravům, a osobní údaje, jež neslouží k plnění povinností zaměstnavatele stanovených zvláštním právním předpisem. Na žádost uchazeče o zaměstnání je zaměstnavatel povinen prokázat potřebnost požadovaného osobního údaje. Zákon o zaměstnanosti však zároveň uvádí výjimku, a to případy, kdy z povahy zaměstnání nebo souvislosti vyplývá, že požadovaná informace představuje podstatný a rozhodující požadavek pro výkon zaměstnání, které má fyzická osoba vykonávat, a je pro výkon tohoto povolání nezbytná. Cíl sledovaný takovou výjimkou však musí být oprávněný a požadavek přiměřený.

# Kalendář akcí odborných lékařských společností – únor 2012

Pořádá-li vaše společnost odbornou konferenci, seminář, přednáškový večer atd., o kterých by profesní kolegové rozhodně měli vědět, zašlete prosím základní informace na e-mail [miksova@mf.cz](mailto:miksova@mf.cz).

## Farmakoterapie po infarktu myokardu II – aktuálně v ČR

1. 2. 2012/Znojmo

**Místo konání:** Hotel Prestige

**Pořadatel:**

Bos Congress, ČLK, Apotex

**Kontakt:** [www.bos-congress.cz](http://www.bos-congress.cz)

## Pražský kazuistický seminář

1. 2. 2012/Praha

**Pořadatel:** Dermatovenerologická klinika 1. LF UK a VFN

**Kontakt:** prof. MUDr. Jiří Štork, CSc.;

e-mail: [jiri.stork@vfn.cz](mailto:jiri.stork@vfn.cz);

[www.lfhk.cuni.cz/dermat](http://www.lfhk.cuni.cz/dermat)

## RANK 2012

Rutinní analýza nukleových kyselin molekulárně biologickými postupy

1.-2. 2. 2012/Pardubice

**Místo konání:** Hotel Zlatá štika

**Pořadatel:** Česká společnost klinické biochemie ČLS JEP, oddělení klinické biochemie a diagnostiky Pardubické krajské nemocnice, MeDiLa, spol. s r. o.

**Kontakt:** Ing. František Šturm, Ph.D.; tel.: 466 500 084; e-mail: [sturm@medila.cz](mailto:sturm@medila.cz); [www.cskb.cz](http://www.cskb.cz), [www.lkcr.cz](http://www.lkcr.cz)

## Respirační kaleidoskop

Respirační onemocnění v regionu, glukokortikoidy v respirační patologii, recidivující respirační infekce, mechanismy, na něž lze u respiračních chorob útočit

2. 2. 2012/Brno

**Pořadatel:** Česká společnost alergologie a klinické imunologie ČLS JEP, Česká iniciativa pro astma (ČIPA)

**Kontakt:** doc. MUDr. Vít Petrů, CSc.; [www.cls.cz](http://www.cls.cz)

## Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

Prediabetes

2. 2. 2012/Ústí nad Labem

**Místo konání:**

Best Western Hotel Vladimír

**Pořadatel:** Společnost

všeobecného lékařství ČLS JEP

**Kontakt:** [www.svl.cz](http://www.svl.cz)

## HPV – Právo – Alergie a astma

2. 2. 2012/Ostrava

**Místo konání:** Hotel Park Inn

**Pořadatel:** Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS

JEP, Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR

**Kontakt:** [www.lkcr.cz](http://www.lkcr.cz)

## Zdravotní stav a vývoj dětí počatých po IVF

2. 2. 2012/Praha

**Místo konání:** Lékařský dům

**Pořadatel:**

Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP

**Kontakt:** [www.detskylekar.cz](http://www.detskylekar.cz)

## Seminář Oční kliniky 1. LF UK a VFN

Infekční uveitidy

2. 2. 2012/Praha

**Místo konání:**

posluchárna oční kliniky

**Pořadatel:**

Oční klinika 1. LF UK a VFN Praha

**Kontakt:** [www.vfn.cz](http://www.vfn.cz)

## Genitourinary cancers symposium

2.-4. 2. 2012/San Francisco, USA

**Místo konání:**

Marriott Marquis Hotel

**Pořadatel:** American Society of Clinical Oncology (ASCO), American Society for Radiation Oncology (ASTRO), Society of Urologic Oncology (SUO)

**Kontakt:**

[www.gucasymposium.org](http://www.gucasymposium.org)

## International congress on personalized medicine

Biomarkers in diabetes, cardiovascular disorders (CVD) and cancer, genetics, epigenetics and nutrigenetics in the pathophysiology of diseases, metabolomics and proteomics, targeted therapy (diabetes, CVD and cancer)

2.-5. 2. 2012/Florence, Itálie

**Místo konání:**

Hilton Florence Metropole Hotel

**Kontakt:** e-mail:

[ilanab@paragon-conventions.com](mailto:ilanab@paragon-conventions.com);

[www.upcp.org](http://www.upcp.org)

## Komunikační dovednosti v praxi

3. 2. 2012/Plzeň

**Místo konání:** oddělení dalšího vzdělávání FN Plzeň – Bory

**Pořadatel:** oddělení dalšího vzdělávání FN Plzeň, základní organizace FN 1 Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče ČR

**Kontakt:** [www.fnplzen.cz](http://www.fnplzen.cz)



Ilustrační foto: Shutterstock

## 14<sup>th</sup> international endoscopy symposium

3.-4. 2. 2012/Düsseldorf, Německo

**Místo konání:** Maritim Hotel

**Kontakt:**

[www.endo-duesseldorf.com](http://www.endo-duesseldorf.com)

## 16<sup>th</sup> ESCRS winter meeting

Cataract surgery in glaucomatous eyes, correction of irregular astigmatism, the evaluation of visual function in refractive and cataract surgery candidates, anterior segment complications: what to do next?

3.-5. 2. 2012/Praha

**Místo konání:**

Hotel Hilton Praha

**Pořadatel:**

European Society of Cataract & Refractive Surgeons (ESCRS)

**Kontakt:**

[www.escrs.org/prague2012](http://www.escrs.org/prague2012)

## Live Surgery 2012 v ÚVN Praha pro ESCRS WRM

4. 2. 2012/Praha

**Místo konání:**

Kongresový sál ÚVN Praha

**Pořadatel:**

Ústřední vojenská nemocnice Praha, European Society of Cataract & Refractive Surgeons (ESCRS)

**Kontakt:** doc. MUDr. Jiří Pašta, CSc.; e-mail: [jiri.pasta@uvn.cz](mailto:jiri.pasta@uvn.cz); [www.ofthalmologie.com](http://www.ofthalmologie.com)

## Management lékařské ordinace PLDD

Právní vztahy ve zdravotnictví, právní odpovědnost lékaře, cenotvorba v ordinaci, změna právní formy ordinací, podmínky provozování praxe, provozní řád, smlouvy se ZP, počítač a internet v ordinaci

## 41<sup>st</sup> SCCM Critical Care Congress

4.-8. 2. 2012/Houston, Texas, USA

**Místo konání:** George R. Brown Convention Center

**Pořadatel:** Society of Critical Care Medicine (SCCM)

**Kontakt:** [www.sccm.org](http://www.sccm.org)

## Komunikační dovednosti v praxi

6. 2. 2012/Plzeň

**Místo konání:** oddělení dalšího vzdělávání FN Plzeň – Lochotín

**Pořadatel:** oddělení dalšího vzdělávání FN Plzeň, základní organizace FN 1 Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče ČR

**Kontakt:** [www.fnplzen.cz](http://www.fnplzen.cz)

## Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

Prediabetes

6. 2. 2012/Zlín

**Místo konání:** aula Střední

zdravotnické školy Příluky

**Pořadatel:** Společnost

všeobecného lékařství ČLS JEP

**Kontakt:** [www.svl.cz](http://www.svl.cz)

## Kukulův večer

Přednáškový večer 1. chirurgické kliniky 1. LF UK a VFN Praha: aktuální onkologická chirurgie (vývoj zobrazovacích metod, trendy pankreatochirurgie, neoadjuvantní léčba v chirurgii tlustého střeva a konečníku, vývoj v operativě karcinomu prsu, rozsah lymfadenektomie u karcinomu žaludku)

6. 2. 2012/Praha

**Místo konání:** Lékařský dům

**Pořadatel:** 1. chirurgická klinika 1. LF UK a VFN, Radiodiagnostická klinika 1. LF UK a VFN, Spolek lékařů českých v Praze

**Kontakt:** prof. MUDr. Jan Kvasnička, DrSc.; tel.: 224 966 414, 224 906 412; [www.cls.cz](http://www.cls.cz)

## Infekce herpetickými viry

7. 2. 2012/Praha

**Místo konání:** Lékařský dům

**Pořadatel:**

Společnost pro epidemiologii a mikrobiologii ČLS JEP, Společnost infekčního lékařství ČLS JEP

**Kontakt:** [www.sem-cls.cz](http://www.sem-cls.cz);

[www.infekce.cz](http://www.infekce.cz)

## Farmakoterapie po infarktu myokardu II – aktuálně v ČR

7. 2. 2012/Karlovy Vary

**Místo konání:**

Sanatorium Saint Marttel

**Pořadatel:**

Bos Congress, ČLK, Apotex

**Kontakt:** [www.bos-congress.cz](http://www.bos-congress.cz)

## Respirační kaleidoskop

Respirační onemocnění v regionu, glukokortikoidy v respirační

4. 2. 2012/Pardubice

**Místo konání:**

aula Univerzity Pardubice

**Pořadatel:** Centrum praktických lékařů, Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR, Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP

**Kontakt:**

tel.: 267 184 065, 267 184 050;

e-mail: [centerum@detskylekar.cz](mailto:centerum@detskylekar.cz);

[ww.cls.cz](http://ww.cls.cz); [www.ahou.cz](http://www.ahou.cz)

## Trochanterické zlomeniny – 3. klinicko-anatomické sympozium

Anatomie kyčle a operační přístupy, klasifikace trochanterických zlomenin, operační technika DHS, ipsilaterální zlomeniny femuru, artritické zlomeniny, osteosyntéza trochanterických zlomenin, operační technika hřebování, zlomeniny PF u dětí

4. 2. 2012/Praha

**Místo konání:**

Anatomický ústav 1. LF UK

**Pořadatel:** Anatomický ústav 1. LF UK Praha, oddělení ortopedie, traumatologie a rekonstrukční chirurgie Ústřední vojenské nemocnice Praha

**Kontakt:**

[www.ortopedicke-centrum.cz](http://www.ortopedicke-centrum.cz)

## Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

Prediabetes

4. 2. 2012/Praha, Karlovy Vary

**Místa konání:**

Lékařský dům (Praha), Sanatorium Saint Marttel (Karlovy Vary)

**Pořadatel:** Společnost

všeobecného lékařství ČLS JEP

**Kontakt:** [www.svl.cz](http://www.svl.cz)



## SERVIS

patologii, recidivující respirační infekce, mechanismy, na něž lze u respiračních chorob útočit

7. 2. 2012/Zlín

**Pořadatelé:** Česká společnost alergologie a klinické imunologie ČLS JEP, Česká iniciativa pro astma (ČIPA)

**Kontakt:** doc. MUDr. Vít Petrů, CSc.; www.cls.cz

### 88. fyziologické dny

7.-9. 2. 2012/Hradec Králové

**Místo konání:** LF UK Hradec Králové, budova teoretických ústavů

**Pořadatelé:** Česká fyziologická společnost ČLS JEP, Slovenská fyziologická společnost SLS, Ústav fyziologie LF UK Hradec Králové

**Kontakt:** www.fd2012.cz

### Komunikační dovednosti v praxi

8. 2. 2012/Plzeň

**Místo konání:** oddělení dalšího vzdělávání FN Plzeň – Lochotín

**Pořadatelé:** oddělení dalšího vzdělávání FN Plzeň, základní organizace FN 1 Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče ČR

**Kontakt:** www.fnplzen.cz

### HPV – Právo – Alergie a astma

8. 2. 2012/České Budějovice

**Místo konání:**

Hotel Malý pivovar

**Pořadatelé:** Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP, Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR

**Kontakt:** www.lkcr.cz

### 5. bioptický meziregionální seminář

8. 2. 2012/Ostrava-Poruba

**Místo konání:** Přednášková síň budovy ředitelství FN Ostrava

**Pořadatelé:** Ústav patologie LF Ostravské univerzity a FN Ostrava, CGB – cytogenetická a cyto-bioptická laboratoř

**Kontakt:** MUDr. Radoslava Tomanová; tel.: 597 372 305; www.patologie.info

### Falk symposium 181, 5<sup>th</sup> Falk gastro-conference

**Innate immunity in gastrointestinal disorders: basic and therapeutic concepts**

8.-9. 2. 2012/Mnichov, Německo

**Místo konání:**

Westin Grand Hotel

**Kontakt:** www.dralfalkpharma.de/veranstaltungen

### Stockholm liver week 2012

8.-10. 2. 2012/

Stockholm, Švédsko

**Kontakt:** www.liverweek.se

### 5<sup>th</sup> international conference on Advanced Technologies & Treatments for Diabetes (ATTD)

8.-11. 2. 2012/Barcelona, Španělsko

**Kontakt:** www2.kenes.com/attd/Pages/Home.aspx

### Pracovní schůze Aerobiologie

9. 2. 2012/Praha

**Místo konání:**

Nemocnice Na Homolce

**Pořadatelé:**

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

**Kontakt:** doc. MUDr. Petr Čáp, Ph.D.; tel.: 257 273 945;

e-mail: petr.cap@homolka.cz;

doc. MUDr. Ondřej Rybníček, Ph.D.; tel.: 532 234 496;

e-mail: rybnicek.o@seznam.cz;

www.csaki.cz

### Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

**Prediabetes**

9. 2. 2012/Liberec

**Místo konání:**

Clarion Grandhotel Zlatý lev

**Pořadatel:** Společnost

všeobecného lékařství ČLS JEP

**Kontakt:** www.svl.cz

### 15. olomoucké onkologické dny

9.-10. 2. 2012/Olomouc

**Místo konání:**

velká posluchárna Teoretických ústavů LF UP Olomouc

**Pořadatelé:** Klinika ústní, čelistní a obličejové chirurgie LF UP a FN Olomouc, Česká společnost maxilofaciální chirurgie ČLS JEP, Oblastní stomatologická komora Olomouc

**Kontakt:** www.mfch.cz/akce

### ESH updates in clinical hematology

**Acute and chronic myeloid leukemia, myeloproliferative leukemia, myeloproliferative neoplasms, myelodysplastic syndromes, acute lymphoblastic leukemia, stem cells transplantation, chronic lymphocytic leukemia**

9.-10. 2. 2012/Paříž, Francie

**Místo konání:**

Hotel Pullman Paris Bercy

**Pořadatel:** European School

of Hematology (ESH)

**Kontakt:** www.esh.org

### Rare cancers conference

10. 2. 2012/Brusel, Belgie

**Místo konání:** Bedford Hotel

**Pořadatelé:** The European Society for Medical Oncology (ESMO), Rare Cancers Europe

**Kontakt:** www.esmo.org

### Falk symposium 182, 5<sup>th</sup> Falk gastro-conference

**Carcinogenesis, prevention and treatment of colorectal cancer – state of the art**

10.-11. 2. 2012/

Mnichov, Německo

**Kontakt:** www.dralfalkpharma.de/veranstaltungen

### 21. lázeňské kardiologické dny, 15. sjezd pracovní skupiny kardiologické rehabilitace ČKS

**Novinky v KV rehabilitaci, primární a sekundární prevence ischemické choroby srdeční, novinky v kardiologii – postgraduální kurz**

10.-12. 2. 2012/

Konstantinovy Lázně

**Místo konání:**

Lázeňský hotel Alžbětin dvůr

**Pořadatelé:**

pracovní skupina KV rehabilitace České kardiologické společnosti, Léčebné lázně Konstantinovy Lázně, a. s.

**Kontakt:** www.bos-congress.cz/kardio2012

### 4. liberecký pediatrický den

**Kazuistiky z oborů alergologie, neurologie, infekce, nefrologie, pneumologie, gastroenterologie, neonatologie**

11. 2. 2012/Liberec

**Místo konání:**

kongresový sál hotelu Babylon

**Pořadatelé:** Česká pediatrická společnost ČLS JEP, dětské oddělení Krajské nemocnice Liberec

**Kontakt:** www.bos-congress.cz

### Novinky v resuscitaci novorozence včetně návniku na modelu

11. 2. 2012/Praha

**Místo konání:**

Klub České lékařské komory

**Pořadatel:**

Česká lékařská komora

**Kontakt:** www.lkcr.cz

### Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

**Prediabetes**

11. 2. 2012/Plzeň

**Místo konání:**

Šafránkův pavilon

**Pořadatel:** Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

**Kontakt:** www.svl.cz

### 3<sup>rd</sup> Eurasian seminar on supportive care in cancer patients

11.-13. 2. 2012/Samara, Rusko

**Pořadatel:** Eurasian Federation of Oncology (EAFO)

**Kontakt:** www.eafo.info

### International congress for endovascular specialists

**Interventional cardiology, interventional radiology, cardiothoracic surgery, vascular surgery, vascular medicine**

12.-16. 2. 2012/

Scottsdale, Arizona, USA

**Pořadatel:** Arizona Heart

Foundation, International Society of Endovascular Specialists

**Kontakt:**

www.iconmeeting.org

### Charvátův večer

**Přednáškový večer 3. interní kliniky 1. LF UK a VFN: nové trendy ve farmakoterapii metabolických onemocnění (osteoporóza, diabetes, obezita, hyponatremie)**

13. 2. 2012/Praha

**Místo konání:** Lékařský dům

**Pořadatelé:** 3. interní klinika

1. LF UK a VFN, Spolek lékařů českých v Praze

**Kontakt:** prof. MUDr. Jan Kvasnička, DrSc.; tel.: 224 966 414, 224 906 412; www.cls.cz

### Rorschachova metoda a comprehensive system v klinické psychologii dospělých

**Certifikovaný kurz Psychiatrické léčebny Bohnice akreditovaný Ministerstvem zdravotnictví ČR**

13.-14. 2. 2012/Praha

**Místo konání:** PL Bohnice

**Pořadatel:** Psychiatrická léčebna Bohnice

**Kontakt:** Dagmar Žaludová; e-mail:

dagmar.zaludova@plbohnice.cz;

www.plbohnice.cz,

www.psychodiagnostica-viva.cz

### Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

**Prediabetes**

14. 2. 2012/Pardubice, Ostrava

**Místa konání:**

Hotel Euro (Pardubice),

hotel Imperial (Ostrava)

**Pořadatel:** Společnost

všeobecného lékařství ČLS JEP

**Kontakt:** www.svl.cz

### Postgraduální lékařské dny – Plzeň 2012

**Nové diagnostické a terapeutické postupy v lékařství**

14. 2., 15. 2., 16. 2. 2012/Plzeň

**Místo konání:**

Šafránkův pavilon

**Pořadatelé:** LF UK a FN Plzeň,

Spolek lékařů ČLS JEP Plzeň,

Okresní sdružení České lékařské

komory Plzeň-město

**Kontakt:** Vanda Stříbrná; e-mail: vanda.stribrna@lfplz.cz;

www.fnplzen.cz

### Diagnostika a monitorování dyslipidemií

**Věkové, pohlavní, rasové, dietní a další faktory ovlivňující lipidový metabolismus, poruchy metabolismu lipidů a ateroskleróza, vztah lipidů a faktorů závažnosti, externí hodnocení kvality stanovení lipidů a lipoproteinů, nové metody analýzy lipidů**

15. 2. 2012/Olomouc

**Místo konání:**

posluchárna Rotunda Dětské kliniky LF UP a FN Olomouc

**Pořadatelé:** Česká společnost klinické biochemie ČLS JEP, oddělení klinické biochemie a imunogenetiky FN Olomouc

**Kontakt:** doc. MUDr. Petr Schneiderka, CSc.; tel.: 585 632 504;

e-mail: petr.schneiderka@fnol.cz;

www.cskb.cz

**12. Kaprasův den**  
**Klinická genetika (genetické poradenství, syndromologie, cytogenetika, molekulární genetika, etika, legislativa)**

15. 2. 2012/Praha

**Místo konání:**

Anatomický ústav 1. LF UK

**Pořadatel:** sekce ambulantních genetiků Společnosti lékařské genetiky ČLS JEP

**Kontakt:** prim. MUDr. Vladimír Gregor; tel.: 261 083 636;

e-mail: vladimir.gregor@ftn.cz;

www.slg.cz

**Seminář Kliniky zobrazovacích metod LF UK a FN Plzeň**

**Nové možnosti akvizice a rekonstrukce dat pomocí nového přístroje výpočetní tomografie DSCT (definition flash)**

15. 2. 2012/Plzeň

**Místo konání:**

posluchárna kliniky zobrazovacích metod Plzeň – Lochotín

**Pořadatel:** Klinika zobrazovacích metod LF UK a FN Plzeň

**Kontakt:** www.fnplzen.cz

**Regionální setkání dermatovenerologů**

15. 2. 2012/Hradec Králové

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

**Kontakt:** doc. MUDr. Karel Ettler, CSc.; e-mail: ettler@fnhk.cz;

www.lfhk.cuni.cz/dermat

**Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP**

**Prediabetes**

15. 2. 2012/Jihlava

**Místo konání:** Presbytář hotelu Gustav Mahler

**Pořadatel:** Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

**Kontakt:** www.svl.cz (sta)

## SERVIS

# Zajímavé www stránky

## – herpes zoster

Mezi dvě nejčastější onemocnění, jejichž původcem je herpetický virus *varicella zoster*, patří plané neštovice a pásový opar (*herpes zoster*).

Ačkoli jsou plané neštovice obvykle banálně probíhajícími onemocněními dětského věku, průběh pásového oparu v dospělosti bývá často komplikovaný a navíc je spojován s imunodeficitem postiženého pacienta.

### BMJ – Treatment of herpes zoster and postherpetic neuralgia

[www.bmj.com/content/326/7392/748.full](http://www.bmj.com/content/326/7392/748.full)

Na stránkách *bmj.com* (oficiální server British Medical Journal) je k nalezení doporučený postup pro léčbu *herpes zoster* a postherpetickej neuralgie, jehož autorem je dvojice významných lékařů – Robert Johnson z Bristolu a Robert Dworkin z New Yorku. Autoři se v textu zaměřují zejména na popis klinických příznaků onemocnění, poskytují informace o prevalenci a prognostických faktorech a zásadách akutní léčby projevů *herpes zoster*. Text je volně ke stažení k dispozici i v .pdf formátu.



### DermNet – Herpes zoster

[www.dermnet.com/images/Herpes-Zoster](http://www.dermnet.com/images/Herpes-Zoster)

Rozpoznat kožní projevy pásového oparu nemusí být vždy jednoduché, zejména pro lékaře, kteří se problematikou detailněji nezabývají. Může to být způsobeno i tím, že pacienti přicházejí v různých fázích své choroby. Přitom časná diagnostika a především zahájení specifické terapie jsou pro pacienty velmi důležité. Výše uvedený odkaz nás zavede do sekce internetového portálu DermNet, která obsahuje stovky fotografií, jež dokumentují výsev typických herpetických eflorescencí u řady pacientů.

### National Shingles Foundation

[www.vzvfoundation.org](http://www.vzvfoundation.org)



Internetová prezentace National Shingles Foundation prochází v současné době přestavbou, přesto nabízí pár zajímavých informací o chorobách vyvolaných virem *varicella zoster*. *Shingles* je anglický výraz pro *herpes zoster*, výše uvedená nezisková organizace s celosvětovým působením se zaměřuje právě na podporu edukace a výzkumu tohoto onemocnění. Odpovědi na časté dotazy zde naleznou nejen zdravotničtí pracovníci, ale také pacienti a další laická veřejnost.

### Aftershingles.com

[www.aftershingles.com](http://www.aftershingles.com)

Graficky i obsahově zdařilé webové stránky *aftershingles.com* prezentují informace o pásovému oparu a jeho akutních i chronických komplikacích určené především

pacientům a široké veřejnosti. Zvláště detailně je pojednáno o problematické postherpetickej neuralgii.

### Varicella vaccination

#### [www.cdc.gov/vaccines/vpd-vac/varicella](http://www.cdc.gov/vaccines/vpd-vac/varicella)

Portál amerického Centra pro kontrolu a prevenci nemocí (CDC) velmi podrobně informuje o možnosti prevence vzniku onemocnění virem *varicella zoster* očkováním. Přečteme si například, jakým způsobem lze vytvořit skupinu pacientů ohroženou rozvojem těžké formy onemocnění a jaké jsou výhody, rizika či úspěšnost vakcinace.



### Neurological disease produced by varicella zoster virus reactivation without rash

#### [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3076592](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3076592)

Článek autorů z Coloradské univerzity v Denveru mapuje nejčastější neurologické projevy infekce virem *varicella zoster*. Jde jednak o herpetické neuralgické bolesti, meningitidu a meningoencefalitidu, Ramsay-Huntův syndrom, vaskulopatie, myelopatie či cerebelitidu. Autoři popisují klinické projevy uvedených chorob a základní diagnostické a terapeutické postupy.

### Viral infections of the central nervous system: a case-based review

#### [www.clinmedres.org/content/7/4/142.long](http://www.clinmedres.org/content/7/4/142.long)

Ve třech kazuistikách je popsán průběh onemocnění, patogeneze a důležitost specifické terapie při herpetickém postižení centrálního nervového systému.

MUDr. Michal Peříšek



MLADÁ FRONTA ZDRAVOTNICKÉ NOVINY ZDN

Číslo 1/2012, [www.zdn.cz](http://www.zdn.cz)

#### Šéfredaktorka

Mgr. Markéta Mikšová  
tel. 225 276 295, e-mail: [miksova@mfc.cz](mailto:miksova@mfc.cz)

#### Redakce

Filip Kút, DiS (on-line, Z domova)  
tel. 225 276 388, e-mail: [kut@mfc.cz](mailto:kut@mfc.cz)  
Petra Klusáková, DiS (Z domova)  
tel. 225 276 388, e-mail: [klusakova@mfc.cz](mailto:klusakova@mfc.cz)  
Květa Havlová, DiS (Téma, Ze zahraničí, Aktuality, on-line), tel. 225 276 208, e-mail: [havlova@mfc.cz](mailto:havlova@mfc.cz)  
PaedDr. Jaroslava Sladka (kongresy, reportáže)  
tel. 225 276 162, e-mail: [sladka@mfc.cz](mailto:sladka@mfc.cz)  
Mgr. Martin Čermák (Představujeme)  
tel. 225 276 436, e-mail: [cermak@mfc.cz](mailto:cermak@mfc.cz)  
PhDr. Jana Jilková (Ze společnosti, rozhovory)  
tel. 225 276 432, e-mail: [jilkova@mfc.cz](mailto:jilkova@mfc.cz)  
MUDr. Andrea Skálková (Lékařské listy)  
tel. 225 276 418, e-mail: [skalova@mfc.cz](mailto:skalova@mfc.cz)

Stálí spolupracovníci redakce  
Leoš Chodura, Mgr. Martin Čaban,  
Martin Ježek, prof. Ing. Jaroslav Petr,  
MUDr. Milan Novák

Editor/korektor  
Mgr. Martin Čermák

Grafika a technická zpracování  
BcA. Pavla Ortová  
tel. 225 276 455, e-mail: [ortova@mfc.cz](mailto:ortova@mfc.cz)

Redakční rada Lékařských listů ZDN  
prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc, MBA (předseda)  
prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc, MBA  
prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc,  
MUDr. Ivan David, CSc.  
prof. MUDr. Markéta Dušková, CSc,  
doc. MUDr. Petr Hach, CSc,  
doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.  
prof. MUDr. Karel Indrák, DrSc,  
doc. MUDr. Bohuslav Konopásek, CSc,  
prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc, MBA  
prof. MUDr. Zdeněk Malý, CSc,  
PharmDr. Radim Petráš  
prof. Ing. Rudolf Poledník, CSc,  
prof. MUDr. Jindřich Špinar, CSc,  
prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc,  
MUDr. Jana Vojtíšková

INZERCE  
fax 225 276 444

group sales manager  
Ing. Roman Polma  
724 875 897  
e-mail: [obchod.ms@mfc.cz](mailto:obchod.ms@mfc.cz)

personální inzerce  
tel. 732 881 340  
e-mail: [personalni.inzerce@mfc.cz](mailto:personalni.inzerce@mfc.cz)



generální ředitel  
Ing. David Hurta

kreativní ředitel  
René Decastelo

VÝROBA  
retuší Milan Kubička, Daniel Procházka,  
Lenka Horáková, Libor Horyna, Michal Žák

ředitel divize  
Medical Services  
MUDr. Martin Hofman

art director  
Petr Honzátko

MARKETING  
ředitelka marketingu novin  
a časopisů Hana Holková  
brand manager Ing. Hana Matejčíková

DISTRIBUCE  
vedoucí výroby a distribuce Soňa Štárová  
manažerka předplatného Jana Horáková,  
tel. 225 276 317, e-mail: [horakovaj@mfc.cz](mailto:horakovaj@mfc.cz)

Vydává Mladá fronta a. s.,  
sídlu: Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4  
IČ: 49240315, [www.mf.cz](http://www.mf.cz)

adresa redakce: Zdravotnické noviny,  
Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4,  
sekretariát: 225 276 111, fax 225 276 222  
e-mail: [zdn@mfc.cz](mailto:zdn@mfc.cz)

DISTRIBUCE TITULU  
Předplatné pro Českou republiku vyřizuje:  
Postserwis, Poděbradská 39, 190 00 Praha 9  
tel. 800 300 302, e-mail: [předplatne.mf@cpost.cz](mailto:předplatne.mf@cpost.cz)  
[www.periodik.cz](http://www.periodik.cz)  
Cena ročního předplatného je 590 Kč.  
Objednávky do zahraničí:  
Mediaservis, s. r. o., zákaznické centrum,  
Videňská 995/63, 639 63 Brno  
tel. 532 165 165, e-mail: [export@mediaservis.cz](mailto: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: [předplatne@abompkapa.sk](mailto:předplatne@abompkapa.sk)

Smluvní vztah mezi vydavatelem a předplatitelem se řídí všeobecnými obchodními podmínkami pro předplatitele. Předplatné se automaticky prodlužuje.

Doporučená cena 28 Kč.

Vydavatel a redakční rada nenesou odpovědnost za obsah inzerátů ani jiných materiálů komerční povahy.

Tisk EUROPRINT a. s.  
Číslo dáno do tisku 12. 1. 2012  
Přetisk a jakékoli šíření pouze se souhlasem vydavatele.  
Tíštěný náklad je auditován firmou Deloitte Audit, s. r. o.

© Mladá fronta a. s., 2011  
Evidenční číslo MK ČR: E 20524  
ISSN 1805-2355

## Výběrová řízení

### Vedoucí fyzioterapeut

LÁZNĚ SLATINICE, A. S.,  
vyhlašují výběrové řízení  
na obsazení místa:

#### ■ Vedoucí fyzioterapeut

Požadujeme:

- osvědčení o způsobilosti k výkonu povolání bez odborného dohledu v kategorii fyzioterapeut,
- občanskou bezúhonnost,
- zdravotní způsobilost,
- organizační a řídicí schopnosti pro koordinaci činnosti fyzioterapeutů na lůžkovém odd. OLÚ, lánzí a ambulantní části vč. zajištění komerčních rehabilitačních programů,
- minimálně bakalářské vzdělání,
- minimálně 3 roky praxe v oboru,
- znalost práce na PC.

Vítána:

- specializovaná způsobilost,
- znalost anglického nebo ruského jazyka,

Minimální mzda 19 000 Kč.

Své žádosti doložené životopisem zasíláte poštou na adresu:

Lázně Slatinice, a. s., personální oddělení, 783 42 Slatinice 29 nebo e-mailem: novakova@lazneslatinice.cz v termínu do 23. 1. 2012.

ZDN A121000248

### Zástupce přednosta

ŘEDITEL FN BRNO,  
JIHLAVSKÁ 20, 625 00,  
vyhlašuje výběrové řízení  
na obsazení funkce:

#### ■ Zástupce přednosta pro LPP kliniky nemocí plicních a tuberkulózy

Požadujeme:

- VŠ vzdělání (LF),
- specializovanou způsobilost lékaře podle zákona č. 95/2004 Sb. v oboru pneumologie a ftizeologie,
- praxi v oboru min. 10 let,
- znalost cizího jazyka,
- organizační, řídicí a komunikační schopnosti,
- morální a občanskou bezúhonnost.

Požadované dokumenty

k písemné přihlášce:

- přihláška do výběrového řízení,
- osobní dotazník,
- životopis s přehledem profesní praxe,

- doklady o dosaženém vzdělání,
- výpis z rejstříku trestů (ne starší než 90 dnů),
- licence ČLK pro výkon funkce primáře pro uvedený obor,
- lustrační osvědčení dle zákona č. 451/1991 Sb.,
- čestné prohlášení dle § 4 odst. 3 zákona č. 451/1991 Sb.,
- písemný návrh koncepce práce v uvedené funkci,
- souhlas s využitím poskytnutých osobních údajů pro účely výběrového řízení.

Písemné přihlášky doručte na adresu: FN Brno, zaměstnanecké oddělení, pí. Šubrtová, Jihlavská 20, 625 00 Brno, a to do 15. 2. 2012.

ZDN A121000241

### Primář/primářka

NEMOCNICE KYJOV,  
PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE,  
vypisuje výběrové řízení  
na obsazení funkce:

#### ■ Primář/primářka neurologického oddělení

Požadujeme:

- splnění předpokladů dle zákona č. 95/2004 Sb.,
- člen ČLK s platnou licencí vedoucího lékaře,
- minimálně 10 let praxe v oboru.

Přihláška k výběrovému řízení musí obsahovat:

- stručný životopis s přehledem dosavadní praxe,
- ověřené doklady o dosaženém vzdělání,
- výpis z rejstříku trestů (ne starší než 90 dnů).

Písemné přihlášky zasíláte na adresu:

Nemocnice Kyjov, příspěvková organizace, sekretariát, Strážovská 1247, 697 33 Kyjov. Přihláška musí být doručena do nemocnice nejpозději 27. 1. 2012.

ZDN A121000229

### Doktorské studijní programy

DĚKAN LÉKAŘSKÉ FAKULTY  
UNIVERZITY KARLOVY  
V PLZNI DOC. MUDR. BORIS  
KREUZBERG, CSC.,  
vypisuje pro akademický  
rok 2012/2013 výběrové  
řízení do těchto doktorských  
studijních programů:

- Anatomie, histologie a embryologie
- Biologie a patologie buňky
- Fyziologie a patologická fyziologie

- Gynekologie a porodnictví
- Hygiena, preventivní lékařství a epidemiologie
- Chirurgie
- Lékařská farmakologie
- Neurologie, psychiatrie
- Ortopedie
- Patologie
- Radiologie
- Stomatologie
- Vnitřní nemoci

Přihlášky přijímá oddělení vědy a vzdělání děkanátu LF UK v Plzni, Husova 3, 306 05 Plzeň, a to do 30. dubna 2012.

Bližší informace o tématech, školitelích a podmínkách přijetí jsou k dispozici na webových stránkách: www.lfp.cuni.cz

ZDN A121000235

## Volná místa

### Vedoucí lékař – LDN

PRO LDN SE 160 LŮŽKY  
přijmeme:

#### ■ Vedoucího lékaře

se specializovanou způsobilostí v oboru geriatricie nebo vnitřní lékařství, licenci ČLK pro výkon vedoucího lékaře a praxi minimálně 8 let.

Nabízíme: nadstandardní plat, firemní automobil, příjemné pracovní prostředí, odborný a kariérní růst, firemní stravování a týden dovolené navíc.

#### ■ Sekundárního lékaře

Možno i na částečný úvazek. Plat 45–60 tis. Kč.

Kontakt:

ředitel společnosti GERIMED, a. s., tel.: 317 834 311-2, e-mail: gistr@gerimed.cz

ZDN A121000321

### Odborný pracovník – analytik

SOUKROMÁ ZDRAVOTNICKÁ  
LABORATOŘ SE SÍDLEM  
VE ZLÍNSKÉM KRAJI  
hledá odborného pracovníka  
– analytika pro provoz  
biochemické laboratoře  
(odbornost 801).

Podmínkou je atestace v oboru, dobré komunikační schopnosti a řídicí průkaz.

Nabídky vč. profesního životopisu zasíláte na e-mail: traxlerova@imalab.cz

ZDN A121000200

## PERSONÁLNÍ INZERCE

### Radiologický asistent

SVITAVSKÁ NEMOCNICE, A. S.,  
přijme radiologického  
asistenta.

Požadujeme:

odbornou způsobilost dle zákona č. 96/2004 Sb., osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odb. dohledu není podmínkou. Práce na přístrojích Toshiba a GE (skiografie, CT – přímá digitalizace) a další přístroje s nepřímou digitalizací. Asistence na operačních sálech. Požadujeme zajištění zdravotního dozoru nad pracovištěm v noci (min. 4–5 služeb měsíčně).

Nabízíme:

příjemné pracovní prostředí, podporu dalšího vzdělávání zaměstnavatelem, pracovní smlouvu na dobu neurčitou, práci v akreditovaném zařízení.

Kontakt: Zdislava Slintáková,  
vedoucí radiologický asistent,  
tel.: 461 569 130 nebo 241,  
e-mail: slintakova@nemjy.cz

ZDN A121000205

### Více pozic

ČESKO-NĚMECKÁ HORSKÁ  
NEMOCNICE KRKONOŠE,  
S. R. O., VE VRCHLABÍ  
přijme:

- Primáře na gynekologicko-porodnické oddělení
- Zástupce primáře na gynekologicko-porodnické oddělení
- Zástupce primáře na interní oddělení

Požadavky: VŠ, II. atestace v oboru, organizační a řídicí schopnosti. Kontakt:

tel.: 499 502 304 nebo e-mail: srnska@nemocnice.vrchlabi.cz

ZDN A121000216

### Lékař

OBLASTNÍ NEMOCNICE  
JIČÍN, A. S.,  
přijme lékaře na rehabilitační  
oddělení v Novém Bydžově.

Požadujeme:

- občanskou a morální bezúhonnost,
- zdravotní způsobilost,
- specializovaná způsobilost výhodou.

Nabízíme:

- pracoviště s akreditací pro vzdělávání v oboru,
- dobré platové podmínky, zaměstnanecké benefity,
- možnost ubytování. Nástup možný ihned.

Bližší informace podá primářka MUDr. Jana Kolářová, tel.: 495 490 321, e-mail: jana.kolarova@nemjy.cz Písemné žádosti s profesním životopisem pošlete na personální oddělení nebo na: hana.kalenska@nemjy.cz

ZDN A121000221

### Psychiatrie

KRIZOVÉ CENTRUM  
RIAPS – CSSP

přijme na úvazek 0,6  
psychiatra s atestací  
a zájmem o psychoterapii.  
Nabídky s profesním CV  
zasílejte na e-mail:  
tomas.holcner@csspraaha.cz

ZDN A111019597

## Různé

### Prodej ordinace

PRODÁM ORDINACI  
PRAKTICKÉHO LÉKAŘE  
PRO DOSPĚLÉ VE ZLÍNĚ.  
Praxe je výborně situovaná,  
pocitivě vedena, ekonomická  
návrtnost vynaložených  
prostředků do tří let.  
E-mail: marjan55@centrum.cz

ZDN A111018500

## PERSONÁLNÍ INZERCE



je přijímána na adrese:

Zdravotnické noviny  
Mladá fronta a. s.  
Mezi Vodami 1952/9  
143 00 Praha 4 – Modřany

e-mail:  
personalni.inzerce@mf.cz

# NOVÝ PŘÍSTUP V PREVENCI INVAZIVNÍCH PNEUMOKOKOVÝCH ONEMOCNĚNÍ U DOSPĚLÝCH



## Prevenar 13\*

Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (13valentní, adsorbovaná)

OCENĚN PRESTIŽNÍ  
Prix Galien USA\*

Medaile vyřezá mistrem Albertem Jaegerem, Grand Prix de Rome.

2011



- první a jediná pneumokoková konjugovaná vakcína pro dospělé nad 50 let věku
- pokrývá více než 80 % sérotypů rezistentních na antibiotika<sup>1</sup>
- je součástí národních očkovacích programů pro děti ve více než 50 zemích světa<sup>2</sup>
- díky konjugační technologii dokáže navodit imunitní paměť<sup>3</sup>
- může být podán jak dosud neočkovaným dospělým osobám, tak i očkovaným polysacharidovou vakcínou<sup>4</sup>
- byl hodnocen ve studiích s více než 6000 dospělými; tyto klinické studie potvrdily, že vakcína je obecně dobře tolerována<sup>4</sup>

### NOVÁ INDIKACE :

**Prevenar 13 je indikován pro aktivní imunizaci k prevenci invazivních pneumokokových onemocnění způsobených *Streptococcus pneumoniae* u dospělých ve věku 50 let a starších.**

**Zkrácená informace o přípravku Prevenar 13 injekční suspenze.** Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (13-valentní, adsorbovaná). **Léčivá látka:** Jedna dávka (0,5 ml) obsahuje: Pneumococcale polysaccharidum sérotypus 1\* (2,2 µg), 3\* (2,2 µg), 4\* (2,2 µg), 5\* (2,2 µg), 6A\* (2,2 µg), 6B\* (4,4 µg), 7F\* (2,2 µg), 9V\* (2,2 µg), 14\* (2,2 µg), 18C\* (2,2 µg), 19A\* (2,2 µg), 19F\* (2,2 µg), 23F\* (2,2 µg). \*Konjugován s nosným proteinem CRM197 a adsorbován na fosforečnan hlinitý (0,125 mg). **Indikace:** Aktivní imunizace k prevenci invazivních onemocnění, pneumonie a akutní otitis media, vyvolaných *Streptococcus pneumoniae* u kojenců a dětí ve věku od 6 týdnů do 5 let. Aktivní imunizace k prevenci invazivních onemocnění způsobených *Streptococcus pneumoniae* u dospělých ve věku 50 let a starších. **Dávkování:** Imunizační schémata přípravku Prevenar 13 by měla být založena na oficiálních doporučeních. **Kojenci ve věku 6 týdnů – 6 měsíců:** Tři dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 1 měsíc mezi dávkami. První dávka se obvykle podává ve věku 2 měsíců. Čtvrtou dávku se doporučuje podat ve věku 11 až 15 měsíců. **Dříve neočkovaní kojenci a děti ve věku ≥ 7 měsíců:** Kojenci ve věku 7–11 měsíců: Dvě dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 1 měsíc mezi nimi. Třetí dávku se doporučuje podat ve druhém roce života. Děti ve věku 12–23 měsíců: Dvě dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 2 měsíce mezi nimi. Děti ve věku 2–5 let: Jedna samostatná dávka 0,5 ml. **Očkovací schéma pro Prevenar 13 u kojenců a dětí dříve očkovaných přípravkem Prevenar (7-valentní)** (*Streptococcus pneumoniae* sérotypy 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F a 23F): Kojenci a děti, u nichž bylo očkování zahájeno přípravkem Prevenar, mohou být převedeni na Prevenar 13 u kterémkoli stadiu očkování. **Děti ve věku 12–23 měsíců:** Děti, které dosud nedostali dvě dávky přípravku Prevenar 13 v rámci očkovací série u kojenců, mají dostat dvě dávky vakcíny (s intervalem nejméně 2 měsíce mezi dávkami) k dokončení imunizační série pro šest dodatečných sérotypů. Alternativně je možné dokončit imunizační sérii podle oficiálních doporučení. **Děti ve věku 2–5 let:** Jedna samostatná dávka. **Dospělí ve věku 50 let a starší:** Jedna samostatná dávka. **Potřeba revakcinace následnou dávkou přípravku Prevenar 13** u kojenců a dětí dříve očkovaných přípravkem Prevenar (7-valentní) je neznámá. **Kontraindikace:** Precitlivlost na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku nebo na differický toxoid. Podobně jako u jiných vakcín i aplikace přípravku Prevenar 13 má být odložena u jedinců trpících akutním závažným horečnatým onemocněním. Přítomnost mírné infekce jako je nachlazení, by ale neměla být příčinou oddálení očkování. **Zvláštní upozornění:** Prevenar 13 nesmí být aplikován intravaskulárně. Tato vakcína nemá být podána jako intramuskulární injekce kojencům nebo dětem s trombocytopenií nebo s jinými poruchami koagulace, které jsou kontraindikací pro intramuskulární aplikaci, ale může být podána subkutánně v případě, že potenciální přínos převáží nad rizikem podání. Prevenar 13 chrání pouze proti těm sérotypům *Streptococcus pneumoniae*, které vakcína obsahuje a nechrání proti jiným mikroorganizmům, které způsobují invazivní onemocnění, pneumonii nebo zánět středního ucha. Podobně jako jiné vakcíny nemůže ani Prevenar 13 ochránit všechny očkované jedince před pneumokokovým onemocněním. **Interakce:** Prevenar 13 může být podáván současně s jinými dětskými vakcínami podle doporučených očkovacích schémat. Přípravek Prevenar 13 může být podán současně se sezónní trivalentní inaktivovanou chřipkovou vakcínou (TIV). Různé injekční vakcíny musí být vždy podány každá do jiného místa vpichu. **Těhotenství a kojení:** Neexistují údaje o použití pneumokokového 13valentního konjugátu u těhotných žen. Není známo, zda je pneumokokový 13valentní konjugát vylučován do mateřského mléka. **Nežádoucí účinky:** Mezi nejčastěji hlášené nežádoucí účinky u dětí patřily reakce v místě vpichu, horečka, podrážděnost, nechuť k jídlu, zvýšená spavost a/nebo nespavost. U dospělých osob artralgie, myalgie, bolesti hlavy, průjem, vyrážka, zimnice, nevolnost, zarudnutí v místě aplikace, indurace/otok v místě aplikace, bolest/přecitlivlost místa aplikace, omezená pohyblivost paže, snížení chuti k jídlu. **Předávkování:** Předávkování přípravkem Prevenar 13 není pravděpodobné vzhledem ke způsobu balení v předplněné injekční stříkačce s pistovou zátkou a ochranným krytím hrotu. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Wyeth Lederle Vaccines S.A., Rue de Bosquet, 15, B-1348 Louvain-la-Neuve, Belgie. **Registrační čísla:** EU/1/09/590/001-6. **Datum poslední revize textu:** 24.10.2011. Vydejí léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek Prevenar 13 je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění pro děti splňující podmínky dané zákonem č.48/1997 Sb v aktuálním znění. Před předepsáním se, prosím, seznámte s úplnou informací o přípravku.

**Reference:** 1, Lynch JP 3rd, Zhanell GG, Streptococcus pneumoniae: epidemiology and risk factors, evolution of antimicrobial resistance, and impact of vaccines. Curr Opin Pulm Med. 2010 May;16(3):217-25. 2, Data on file. 3, Frenck RW, Yeh S, The Development of 13 pneumococcal conjugate vaccine and its possible use in adults. Expert Opin. Biol. Ther. 2011 Nov 10. doi:10.1517/14712598.2012.636348. 4, SPC Prevenar 13.

Pfizer, spol. s r.o., Stroupežnického 17, 150 00 Praha 5  
tel.: +420 283 004 111, fax: +420 251 610 270, www.pfizer.cz

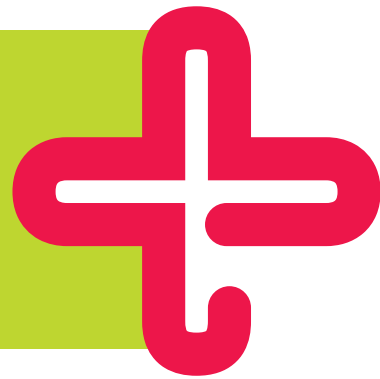
www.prevenar13.cz



Pročujeme společně pro zdravější svět™

www.pfizer.cz

# NOVOROČNÍ PŘÍLOHA



## ANKETA ZDN

Které probíhající změny nejvíce ovlivní české zdravotnictví v roce 2012? Zeptali jsme se představitelů jednotlivých oblastí resortu.



## NEJSEM SI JIST

Uplynulý rok očima neurologa a komentátora ZDN MUDr. Milana Nováka.

## Hodně štěstí v novém roce!

### Vážení čtenáři,

loňský rok rozhodně nebyl na změny ve zdravotnictví skoupý. Jistě je máte v čerstvé paměti, přesto se u několika událostí na chvíli zastavím. Kupříkladu takovými memorandy se to jen hemžilo.



V únoru ministr zdravotnictví ČR Leoš Heger a předseda Lékařského odborového klubu Martin Engel podepsali „Memorandum o úpravě poměrů ve zdravotnictví“. Podpisem dokumentu se LOK mimo jiné zavázal, že odvolá akci „Děkujeme, odcházíme“ a vyzve lékaře, aby výpovědi vzali zpět a požádali zaměstnavatele o přijetí do pracovního poměru.

V březnu ministr zdravotnictví a prezidentka České asociace sester Dana Jurásková uzavřeli „Memo-

randum o úpravě poměrů nelékařských pracovníků ve zdravotnictví“. Ministerstvo tímto aktem chtělo i nelékařským pracovníkům garantovat zlepšení podmínek. Memorandum je zaměřeno především na oblasti vzdělávání,

posilování kompetencí, reformní a protikorupční kroky ministerstva a rovněž zvyšování platů nelékařských pracovníků.

Další memorandum bylo vydáno v říjnu. Ministerstvo zdravotnictví jej podepsalo se všemi zdravotními pojišťovnami a týká se restrukturalizace a redukce lůžkového fondu poskytovatelů zdravotní péče v České republice. Předmětem je deklarace společných zájmů zaměstnaneckých pojišťoven sdružených ve Svazu ZP a VZP. Cílem je

vyšší efektivita v poskytování zdravotní péče.

Za zmínku stojí i fakt, že Leoš Heger je v úřadu již 18 měsíců (jmenován byl předloni na svatou Markétu). Svou délkou dosavadního pobytu v tomto horkém ministerském křesle překonal své dvě ženské předchůdkyně. Dana Jurásková byla ministryní 14 měsíců a Daniela Filipiová jenom 4. Držíme palce.

Velmi závažným počinem je bezesporu podzimní přijetí balíku zdravotnických zákonů, které jsou součástí reformy českého zdravotnictví. Jak budou fungovat a kdy a jakých novel si vyžádají, ukáže čas.

### Všeliké kvalitování jest...

Na sklonku roku se také hodně hovořilo o systému IZIP. Důvody jistě znáte, nebudu je zde tedy zevrubně popisovat. Spíš vám chci říct vlastní zkušenost. Na webových stránkách této instituce se dozvíte spoustu informací. Třeba že počet klientů elektronické zdravotní knížky (EZK) je 2 547 357, počet zapojených zdravotnických pracovníků činí 20 798 a zdravotnických zařízení je v systému již 8643. EZK má údajně každý čtvrtý český občan,

denně ji využívají tisíce lékařů a uživatelů, do systému zapisují lékárny a laboratoře po celé republice... Najdete zde také výzvu: „Rádi bychom od vás získali konkrétní zkušenosti, jak vám EZK pomáhá sledovat vlastní zdravotní stav.“ Elektronickou zdravotní knížku jsem si ze zvědavosti také pořídila, a tak se s vámi mohu podělit o konkrétní zkušenost. Bohužel v mém případě nějak nefunguje. Obsahuje jen údaje osobního charakteru, které jsem do knížky vložila sama, pár záznamů z lékáren o vyzvednutých léčivech za rok 2011 a přehledy vykázané zdravotní péče od roku 2007. V žádné další kolonce není ani jeden záznam, prostě NIC. Nikdo z mých lékařů do knížky nic nezapsal. Nejspíš se jich zeptám, co je k tomu vede.

Vím, že se musí šetřit, a tak mě moc zajímalo, jak jsem na tom s čerpáním zdravotní péče. Jsem na tom docela dobře, nikdy jsem neutilovala více než 21 tisíc korun za rok. Koukala jsem, že některá vyšetření jsou dost drahá. Před časem jsem měla problémy s ramenem. Chodila jsem „po doktorech“, až mě jeden poslal na MRI. V EZK jsem našla, že moje zdravotní po-

jišťovna za úkon „MR zobrazení hlavy, končetin, kloubu, jednoho úseku páteře“ zaplatila 5089,35 korun. Není to zrovna levná záležitost, ale na druhé straně může lékař významně pomoci při stanovení diagnózy a léčby. Výsledek vyšetření se hezky přeneso do počítače mého ortopeda a on hned uvidí, co s ramenem je a jak mu pomoci. Přenos ale nefungoval. I vrátila jsem se na radiodiagnostické oddělení, aby mi vyšetření nahráli na CD, a letěla zpět na ortopedii. Céďčko v ortopedově PC nešlo otevřít, a tak lékař nakonec stejně musel rozhodnout bez výsledku tohoto drahého vyšetření. Věřili byste, že se něco takového může v matutí nemocnici stát? 5 tisíc spadlo do kanálu. Mám tedy k jisté skeptičnosti stran elektronizace ve zdravotnictví důvod. Samozřejmě vím, že se jedná o problematiku mnohem složitější, ale nemějte mi za zlé, když se mi dle mých dosavadních zkušeností dere na jazyk parafráze známého Komenského výroku o všelikém kvalitování...

Přeji vám hodně zdraví po celý rok a úspěchy ve veškerém vašem počínání.

Markéta Míková, šéfredaktorka

## České zdravotnictví v roce 2011

České zdravotnictví zažilo v uplynulém roce pravděpodobně nejvíce změn od vzniku samostatné České republiky. Lékařům se díky akci „Děkujeme, odcházíme“ podařilo vybojovat vyšší platy i vizi na další zlepšení v následujících letech. Ministr Leoš Heger zase prosadil řadu významných reformních zákonů. Co nakonec přinesou? To ukáže až nadcházející rok.

### Leden

Ministr zdravotnictví Leoš Heger (TOP 09) představuje konkrétní body reformy včetně předpokládaného harmonogramu jednotlivých reformních kroků. Chce nově definovat nároky pacienta, vytvořit nové úhradové standardy, stanovit správný postup při poskytování péče, kontrolu vstupu nových technologií a také úpravu pravomocí a povinností pojišťoven.

Lékaři oznámili druhou vlnu výpovědí v rámci akce „Děkujeme, od-

cházíme“. Kvůli masovým výpovědím začíná v některých krajích hrozit omezení péče. Leoš Heger přesvědčuje hejtmány jednotlivých krajů, aby vyhlásili krizový stav. Lékařům navrhuje odklad výpovědí o půl roku.

V té době by už měly být vidět první reformní kroky. Část uspořádaných peněz by měla jít i na zvýšení platů lékařů. Zástupci lékařské komory a lékařských odborů nesouhlasí s odkladem výpovědí a chtějí jednat přímo s premiérem Petrem Nečasem.

Vláda pověřila vyjednáváním s nespokojenými lékaři ministra zdravotnictví. Chystají se jednání o termínech navýšení platů. Prostředky chce kabinet získat přeceněním léků, úsporami při nákupech zdravotnických prostředků a redukcí lůžkového fondu. Lékaři s MZ začínají nacházet společnou řeč.

Ministerstvo zdravotnictví představuje svou protikorupční strategii. Veřejné zakázky nad milion korun bude muset podepsat přímo ministr zdravotnictví. Strategie také ne-

mocnicím udává nová pravidla pro zadávání veřejných zakázek, sponzorování obchodní vztahy. Zavádí registr referenčních cen a omezuje kongresovou turistiku lékařů za peníze firem. Všechny zakázky nad 50 tisíc korun mají být zveřejňovány v elektronickém systému veřejných zakázek. Ten by měl být transparentnější – všechny smlouvy se mají zveřejňovat na stránkách ministerstva.

Národní ekonomická rada vlády (NERV) se začíná zabývat reformou



Foto: Pavla Orlová

zdravotnictví. Je ustanovena nová pracovní skupina vedená Miroslavem Zámečnickem. Zaměřit se chce zejména na financování resortu.

Předsedou České lékařské společnosti J. E. Purkyně byl opět zvolen její dosavadní dlouholetý předseda profesor Jaroslav Blahoš.

### Únor

Došlo k významnému posunu při jednáních v rámci akce „Děkujeme, odcházíme“. Vláda souhlasila s návrhem Leoše Hegera, aby lékaři

dostali 1,5 miliardy Kč v rámci tarifních platů.

Akce „Děkujeme, odcházíme“ končí podepsáním společného „Memoranda o úpravě poměrů ve zdravotnictví“, které v první fázi zajišťuje lékařům nárůst platů o 5–8 tisíc korun. Vláda se zavázala i k navýšení platů všech zdravotníků o 10 % v následujícím roce. Platy lékařů by do dvou let měly dosahovat 1,5–3násobku průměrného platu v zemi za podmínky maximálně 8 hodin přesčasové práce týdně. Odboráři vyzvali lékaře ke stažení výpovědí a návratu do pracovního poměru. Většina protestujících lékařů vyzvu následovala.

Někteří ředitelé nemocnic se zdráhají přijmout všechny lékaře zpět. Šéf Fakultní nemocnice Královské Vinohrady (FNKV) Marek Zeman odmítá přijmout zpět do pracovního poměru předsedu LOK Martina Engela. Lékaři slibují solidaritu – memorandum je ohroženo. Předseda senátu Milan Štěch zaslal otevřený dopis ministru Hegerovi, postup FNKV označuje za neakceptovatelný a takové způsoby jednání přirovnává k Barmě a Bělorusku, kde dochází k rozsáhlé perzekuci odborářů. Martin Engel uklidňuje situaci a solidaritu kolegů odmítá s tím, že nechce dopustit zpochybnění memoranda.

Poslanecká sněmovna ve zrychleném řízení schválila novelu zákona, jež má zvýšit kompetence sester, porodních asistentek a dalších nelékařů. Novelu předložil Marek Šnajdr (ODS) a podpořila ji i opozice. David Rath (ČSSD) svou podporu zdůvodnil tím, že současné zákony postavily sestry do role „lepších uklízeček“. Vyšší kompetence by měly zvýšit prestiž a atraktivitu tohoto povolání. Novela rovněž prodloužila registrační období sester z 6 na 10 let a snížila registrační poplatky z 500 na 100 korun.

## Březen

Dozvuky akce „Děkujeme, odcházíme“. Česká asociace sester (ČAS) v čele s bývalou ministryní zdravotnictví Danou Juráskovou (ODS) nesehlasí se zněním memoranda, které prý sestrám a ostatním nelékařům nezaručuje růst platů 10 %. Proti Juráskové se staví velká část sester. Jednání prezidentky ČAS považují za politicky motivované a ukazují na její stranickou příslušnost. Jurásková chce vyladit s ministrem Hegerem vlastní memorandum o navýšování platů nelékařů. Zdravotnické odbory to považují za překročení pravomocí prezidentky ČAS s tím, že vyjednávání o platech je plně v gesci Odborové

ho svazu zdravotnictví a sociální péče a Profesionální a odborové unie zdravotnických pracovníků.

Ministerstvo zdravotnictví zamítlo návrh Středočeského kraje na zápis krajských nemocnic jako veřejného neziskového ústavního zdravotnického zařízení. Hejtmán David Rath rozhodnutí označil za protiprávní. Podle ministerstva byl důvodem k zamítnutí fakt, že skupina koaličních poslanců předložila návrh na zrušení zákona o neziskových nemocnicích, který má podporu celé koalice, jež disponuje pohodlnou většinou.

Martin Engel, kterého po ukončení akce „Děkujeme, odcházíme“ ředitel FNKV Marek Zeman nepřijal zpět do pracovního poměru, se stal placeným odborářem. Plat má mít stejný jako v nemocnici. Engelovo místo ve FNKV bylo k 1. březnu stále neobsazené. Šéf lékařských odborů se tak paradoxně stal jedním z mála lékařů, kteří nemohli nastoupit zpět na své původní místo.

V Uherskohradištské nemocnici se začala vyostřovat situace. Lékaři, kteří se zúčastnili akce „Děkujeme, odcházíme“, tvrdí, že jsou odměňováni hůře než ostatní, což považují za diskriminaci. Vedení nemocnice jim také zakázalo hovořit o situaci v zařízení s médii. Lékaři se proto obrátili na poslance Alenu Hanákovou a Petra Gazdík (oba STAN) a požadovali změnu ve vedení.

Ministr Heger a NERV vytáhli do boje proti korumpování lékařů farmaceutickými firmami. V budoucnu by již nemělo být možné, aby zastupci společností ovlivňovali lékaře při předepisování jejich přípravků. Podle Transparency International se ve zdravotnictví kvůli korupci a neefektivitě „ztratí“ až 27 miliard korun ročně, tedy přibližně 10 % celkových nákladů.

## Duben

Hegerova reforma zdravotnictví získala jasné obrysy: právní odpovědnost managementu zdravotních pojišťoven, regulační poplatky jako příjem systému zdravotního pojištění, stanovení podmínek pro vznik zdravotního pojištění atd. Některé zákony chce Heger schválit ještě před letními prázdninami.

Vláda schválila tzv. malou novelu zákona č. 48/1997 Sb., kterou se mimo jiné zvyšuje poplatek za pobyt v nemocnici ze 60 na 100 Kč. Současně navrhované snížení poplatku 30 Kč za položku na receptu na 30 Kč za celý recept vláda v této fázi zamítla. Opozice zvýšení poplatku za den pobytu v nemocnici kritizova-



Foto: Pavla Ortová

la. Podle stínového ministra zdravotnictví za ČSSD Davida Ratha je asociální, protože se nezapočítává do tzv. ochranného limitu. Poplatek za recept se má znovu stát předmětem jednání v případě velké novely zákona o veřejném zdravotním pojištění, která se má dostat na vládu společně s dalším balíkem zákonů v červnu. Novela počítá i se zrychleným vstupem generických přípravků na trh (2 měsíce) a jejich průměrná cena by měla klesnout o 32 %.

Začíná se rozjíždět restrukturalizace lůžkového fondu. Některé nemocnice již mají představu i o tom, kolik propustí zaměstnanců. Zástupci odborového svazu zdravotnictví kritizují nátlakový způsob jednání VZP, která nutí nemocnice rušit lůžka s tím, že jinak s nimi uzavřou další rok smlouvy. Pojišťovna tuto interpretaci odmítá.

Leoš Heger odvolal ředitelku pražské Fakultní nemocnice Na Bulovce Kateřinu Toběrnou. Její kroky v rámci krizového řízení se ministři zdravotnictví zdály být nestandardní. Na uvolněné místo bylo vysláno nové výběrové řízení. O Bulovce se uvažuje jako o budoucí metropolitní nemocnici pod správou hlavního města Prahy.

Protikorupční policie se zabývá milionovými majetky ředitele pražského IKEM Jana Malého a jeho náměstkyně Ivana Netuky, které údajně neodpovídají jejich příjmům. Pověst vedení IKEM ohrožuje netransparentní tendr v hodnotě 1,8 miliard korun na nákup zdravotnických prostředků, který vyhrála neznámá firma Kardioport. Antimonopolní úřad však žádné pochybení ze strany vedení IKEM v tendru neshledal.

## Květen

Malá novela zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění prošla v poslanecké sněmovně prvním čtením jako první ze série re-

formních norem. Zástupci opozice kritizovali především část zákona, která by ministerstvu v budoucnu umožnila zavést standard a nadstandard. Další tři návrhy hodlal ministr Heger předložit ještě v červnu, aby mohly nabýt účinnosti k 1. lednu 2012.

Míra zadluženosti fakultních nemocnic klesla. Hospodaření 11 fakultních nemocnic a dalších čtyř přímo řízených zdravotnických zařízení skončilo celkově v kladných číslech, téměř 335 milionů Kč před zdaněním.

V rámci vyšší transparentnosti produkce nemocnic v oblasti akutní lůžkové péče a prevence korupčního prostředí ministerstvo oznámilo, že chce v následujícím roce ve vyšší míře využít systém DRG (*diagnosis-related group*). Tím by se měly zásadně změnit úhradové podmínky pro nemocnice.

Leoš Heger představil novelu zákona o zdravotních pojišťovnách. Hlavní myšlenkou je sjednocení podmínek pro VZP a ostatní zaměstnané a oborové pojišťovny, jež jsou zatím obsaženy ve dvou různých zákonech.

V Praze proběhl druhý job veletrh, na kterém nabízelo práci českým lékařům a sestrám na 46 německých klinik a dvě české nemocnice. Zájem lékařů však byl slabší než minulý rok – zatímco loni navštívilo veletrh na 5 tisíc lékařů, letos jich bylo pouhých 1200.

Česká lékařská komora společně s Lékařským odborovým klubem a devíti dalšími specializovanými organizacemi lékařů vyzvala ministra Leoše Hegera a vládu, aby při přípravě reformy respektovali názory odborníků a lékařských organizací. Podle zdravotníků jsou jejich návrhy dlouhodobě opomíjeny.

Ministr Heger představil novinku

v systému fungování zdravotních pojišťoven. Pojišťovny mají získat větší vliv na předepisování léků. Lékaři budou do budoucna limitováni seznamem – tzv. pozitivním listem, jehož sestavení má být v kompetenci pojišťoven.

Česká stomatologická komora varovala před krizí, v níž by mohl vyústit chronický nedostatek zubních lékařů. Počty zubních lékařů setrvaly klesají. Komora varovala i před problémy v akademické sféře, kde začaly ubývat kapacity, což by mohlo vést ke snížení kvality výuky nových stomatologů.

Leoš Heger stále nezískal podporu pro první fázi zdravotnické reformy od všech členů vládní koalice. Strana Věcí veřejných se s ostatními partnery nedohodla na tom, kdo má určit, co bude placeno z veřejného pojištění a co bude nadstandardem. Brojí především proti tomu, aby si pacienti u zubaře platili všechny plomby.

Výkonný výbor ČSSD v Ústeckém kraji podal tamějším zastupitelům návrh na odvolání Petra Bendy – prvního muže Krajské zdravotní, a. s. Důvodem bylo velké množství afér, které pod vedením Bendy Krajskou zdravotní provázejí.

Prezident Václav Klaus podepsal novelu zákona o veřejném zdraví. S ní skončilo například plošné očkování dětí proti tuberkulóze.

Ztráty nemocnic v Pardubickém kraji dosáhly namísto očekávaného schodku 81 milionů částky 171 milionů.

## Červen

Vláda rozhodla, že VZP z účtu každé pojišťovny získá 30 % jejich výdělku. Největší zdravotní pojišťovna tak rozhodnutím vlády získá až 3 miliardy Kč od svých konkurentů. Šéfové dotčených pojišťoven kritizovali rozhodnutí vlády s tím, že se jedná o znárodnění a trest za dobré hospodaření. Tuto kritiku částečně podpořil i NERV.

Pojišťovny se staví proti věcnému záměru zákona o zdravotních pojišťovnách, který spojuje majetkovou odpovědnost manažerů se zvýšeným vlivem státu.

První fázi reformy zdravotnictví podpořili i zdráhající se členové Věcí veřejných. Reforma tak získala podporu všech poslaneckých klubů stran vládní koalice.

Po Pardubickém kraji vykazaly vysoké ztráty i nemocnice v Plzeňském kraji. Šest krajských nemoc-

# DOMÁCÍ BILANCE

nic dosáhlo hospodářského výsledku -170 milionů Kč, tedy o 50 milionů více, než se předpokládalo.

Krise vrací sestry do nemocnic. Většina proto ohlásila „stop stav“ pro příjem nových sester.

První fáze reformy zdravotnictví díky konsenzu uvnitř vládní koalice prošla. Opozice ohlásila možnou stížnost u ústavního soudu, avšak k té mělo dojít až po vysoce pravděpodobném zamítnutí zákona senátem, kde má opozice většinu.

Petr Benda podlehl tlaku krajské organizace ČSSD v Ústeckém kraji a rezignoval na funkci předsedy představenstva Krajské zdravotní.

Diag Human požaduje exekuce českého majetku v zahraničí. Rakouský a francouzský soud uznaly verdikt arbitra z roku 2008, který firmě přiznal nárok na 10miliardové odškodnění za ušlý zisk v obchodu s krevní plazmou. Česko se proti rozsudku odvolává.

## Červenec

Vláda ministru Hegerovi posvětila i další balík reformních zákonů. Hegerův reformní triptych tvoří zákon o zdravotních službách, zákon o specifických zdravotních službách a zákon o zdravotnické záchranné službě.

Senát podle očekávání zamítl tzv. malou reformu zdravotnictví. Její opětovné schválení poslaneckou sněmovnou však bylo již tehdy téměř jisté.

Výběrové řízení na ředitele Fakultní nemocnice Na Bulovce vyhrál bývalý náměstek Městské nemocnice Ostrava Petr Zajíc.

MZ vypsalo výběrové řízení na nového ředitele IKEM. Dosavadní ředitel Jan Malý, který byl terčem kritiky kvůli neprůhlednému hospodaření, se výběrového řízení účastnil také.

NERV zveřejnil své závěry a navrhl sadu opatření, která by měla pomoci zajistit udržitelné financování českého zdravotnictví. Mezi hlavní doporučení NERV patří např. masivní podpora eHealth, elektronická preskripce či hodnocení přínosu přípravků/prostředků vzhledem k nákladům.

Vláda schválila návrh ministra zdravotnictví, kterým se snižují platby lékařů, stomatologů a farmaceutů za atestační zkoušky. Změnou vládního nařízení došlo i ke snížení poplatků k vydání osvědčení pro sestry.

Řetězec lékáren Dr. Max varoval před zánikem cenové konkurence, ke kterému by podle jeho představitelů mohlo dojít v důsledku „malé reformy zdravotnictví“. Ostrě se proti interpretaci řetězce postavilo Grémium majitelů lékáren (GML) a argumenty řetězce zpochybnila i Česká lékárnická komora (ČLnK).

Skupina senátorů prostřednictvím dopisu upozornila ministra zdravotnictví Leoše Hegera na nezákonný stav, kdy ředitel přímo řízených nemocnic po delším čase neprochází výběrovým řízením.

Zástupci řady klíčových zdravotnických profesních sdružení přijali společně prohlášení, ve kterém požadovali zvýšení úhrad z veřejného zdravotního pojištění za zdravotní péči provedenou v roce 2012. Jako důvody uvedli dlouhodobé podhodnocení režijních nákladů zdravotnických zařízení, zvýšení sazby DPH a nutnosti zvýšit platy zdravotníků v roce 2012. Vláda ani ministerstvo zdravotnictví však zvýšení plateb neplánují – měly by zůstat maximálně na úrovni předchozího roku.

Zástupci Jihomoravského kraje se dohodli s ministerstvem zdravotnictví a přistoupili k redukcí počtu akutních lůžek. V první etapě se mělo jednat o 563 lůžek.

## Srpen

Centrum pro výzkum veřejného mínění zveřejnilo výsledky šetření, které sledovalo vývoj prestiže jednotlivých povolání z pohledu české veřejnosti. Lékaři navzdory akci „Děkujeme, odcházíme“ s přehledem obhájili první pozici. Do výzkumu byly poprvé zařazeny i sestry, které se ihned umístily na třetím místě žebříčku.

Hlavní město by rádo získalo vliv na pražské zdravotnictví. Pro tento zájem si vytipovalo Fakultní nemocnici Na Bulovce, ze které by chtělo vytvořit nemocnici metropolitní. Uvažovanému převodu na hlavní město Prahu však brání vnitřní dluh v řádech stovek milionů a nutnost další miliardové investice do rekonstrukce areálu.

## Září

Poslanecká sněmovna dle veškerých očekávání hravě přehlasovala senátní veto novely zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, jež přinesla rozdělení péče na standard a nadstandard. Opozice chystá podání ústavní stížnosti. Argumentovat chce článkem 31 Listiny základních práv a svobod.

Ministru Leoši Hegerovi se navzdor

ry snaze opozice podařilo ve sněmovně prosadit další tři normy – zákony o zdravotních službách, o specifických zdravotních službách a o zdravotnické záchranné službě.

Lékaři prostřednictvím dokumentů „Kroměřížská výzva“ apelovali na ministra zdravotnictví, aby plnil dohodnutá ujednání uvedená v „Memorandu o úpravě poměrů ve zdravotnictví“. Důvodem aktivizace lékařů bylo Hegerovo prohlášení, že do nemocnic popuťe přibližně stejná částka jako předchozí rok, což by mohlo reálně ohrozit splnění slibu 10% navýšení platů všem zdravotníkům v roce 2012.

Ministerstvo začalo s přípravami nové vyhlášky, která by měla určit minimální personální vybavení zdravotnických zařízení. Vyhláška počítá se zavedením tzv. sdružených lůžkových fondů (např. o interního pacienta by se mohl starat chirurg). ČLK považuje návrh vyhlášky za ohrožení pacientů.

Ministerstvo zdravotnictví zveřejnilo svůj plán na „odfakultnění“ dvou z pěti pražských nemocnic. Následující rok přijde o svůj status Fakultní nemocnice Na Bulovce a Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou. Důvodem je prý jejich nadbytečnost, neboť v Praze sídlí pouze tři lékařské fakulty. Kritici považují rozhodnutí ministerstva za přípravu na privatizaci.

V září poprvé zasedla pracovní skupina pro legalizaci léčby a výzkumu konopí. Skupina odborníků chce do konce roku předložit vládě materiál s konkrétními návrhy.

Česká lékárnická komora oslavila 20. let své existence.

## Říjen

Europoslanci Miroslav Ouzký a Milan Cabrnach (oba ODS) v tichosti přenechali své podíly ve společnosti IZIP neznámé švýcarské firmě, která byla založena pravděpodobně pouze pro tento účel. O transakci si ce věděl ředitel VZP Pavel Horák, správní rada ani ministerstvo však informovány nebyly. Více měl objasnit audit, který byl poté nařízen. Prodej akci IZIP Švýcarům otevřel možnost mezinárodní arbitráže, ke které by mohlo dojít v případě, že by VZP chtěla ztrátový projekt zastavit.

Novým šéfem pražského IKEM byl jmenován kardiolog Aleš Herman.

VZP vyčerpala své rezervy. Vedení pojišťovny navrhlo správní radě, aby v příštím roce došlo k celkové

úspoře v úhradách ve výši 1%. Podle ředitele VZP Pavla Horáka nebudou platby za péči ohroženy, ale v příštím roce budou muset stagnovat.

Podle Leoše Hegera by v příštím roce měly vzrůst přímé platby pacientů ze 17 na 25%. Svůj záměr ministr odůvodnil tím, že lidé se chovají iracionálně a vydávají příliš mnoho peněz za léky, různé doplňky stravy či druhy péče, které nemají příliš pozitivní přínos, a jsou tedy zbytečné.

Protikorupční policie začala prošetřovat okolnosti v kauze Diag Human. Úřad pro zastupování státu ve věcech majetkových i ministerstvo zdravotnictví tvrdí, že vídeňský rozsudek, který vedl k zabavení ceniných uměleckých děl patřících Česku, byl zmanipulován podvrženým dokumentem.

## Listopad

Zdravotní pojišťovny se v rámci restrukturalizace lůžkového fondu shodly na tom, že do konce roku 2011 vypoví všem zdravotnickým zařízením lůžkové péče smlouvy. Cílem je celková redukce lůžkového fondu o 10 tisíc lůžek. Pojišťovny svůj postup stvrdily společným memorandem s ministerstvem zdravotnictví.

Ministr Heger oznámil, že platy zdravotníků v příštím roce nestoupnou od ledna 2012 o slibovaných 10%, ale jen o 6,25%. Důvodem je nejistý výhled ekonomiky. Heger slíbil dorovnání navýšení platů do 10% v průběhu roku, ale pouze za podmínky, že krize nebude hluboká a bude se dařit vybírat pojistné.

Zdravotníci začali hrozit novými protesty kvůli riziku nedodržení slibu zvýšení platů. Lékařský odborový klub, Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče a Profesní odborová unie zdravotnických pracovníků se spojily a ustavily krizový štáb „Zdravotnické trojky“ (Z3). Po ministři požadují jasné vyjádření a záruky, že únorové memorandum, které ukončilo akci „Děkujeme, odcházíme“ stále platí.

Česká asociace sester v čele s Danou Juráskovou (ODS) happeningy Z3 nepodpořila a oznámila přípravu na vznik nové komory nelékařů.

Univerzita Karlova v Praze, Univerzita Palackého v Olomouci a Masarykova univerzita v Brně uzavřely s ministerstvem zdravotnictví smlouvy, které řeší převod specializačního vzdělávání lékařů z IPVZ na lékařské fakulty.

Ministerstvo zdravotnictví předsta-

vil základní obrysy úhradové vyhlášky pro rok 2012. Většina segmentů bude stagnovat.

Ministerstvo zdravotnictví o půl roku odložilo omezení lázeňské péče. Přijalo tak argumenty poskytovatelů lázeňské péče, kteří potřebují čas na adaptaci.

Proběhl sjezd ČLK, který definoval hlavní výhrady komory k politice Leoše Hegera a aktuálním změnám. Kritika směřovala především k nedodržování memoranda v oblasti zvyšování platů, přípravě nové úhradové vyhlášky, chystaným pre-registracím a zákonu o zdravotních službách.

Česká lékárnická komora si zvolila nové vedení. Jejím prezidentem se pro následující čtyřleté období stal Lubomír Chudoba, který ve volbě těsným poměrem hlasů porazil svého předchůdce Stanislava Havlíčka. Ten nyní zastává funkci viceprezidenta.

## Prosinec

Ministerstvo zdravotnictví dokončilo svou verzi úhradové vyhlášky, která potvrdila původní předpoklad. Většina segmentů bude stagnovat. Nová úhradová vyhláška počítá se zachováním rozsahu poskytované zdravotní péče na úrovni referenčního období roku 2010 a s mírným růstem v segmentu lůžkové péče o 2-3%. Finance podle kritiků stačit nebudou. Heger posílá vyhlášku do připomínkového řízení.

Z3 zakončila sérii protestních happeningů před ministerstvem zdravotnictví setkáním přibližně 200 zástupců zdravotníků z celé ČR. S dalšími případnými akcemi budou čekat do února, kdy zdravotníci dostanou lednovou výplatu.

Na post nového ředitele IPVZ byl jmenován dosavadní první náměstek ministra zdravotnictví Vladimír Pavelka (TOP 09).

Ministerstvo zdravotnictví zveřejnilo platy vedoucích pracovníků ve fakultních nemocnicích. Nejvíce dostali přidáno primáři, naopak ředitelům se platy snížily o 56 tisíc korun.

Ministerstvo přihlíželo k některým připomínkám zdravotníků a dospělo k částečnému kompromisu. O něco více prostředků dostane například následná péče a screeningy, dialýzy se nebudou krátit tak výrazně, jak mělo ministerstvo původně v plánu. Páteří úhradové vyhlášky je vysoká míra využití systému DRG.

# Medicínské právo v roce 2011

První věta tohoto textu musí nepochybně sdělit skutečnost, že rok 2011 byl na změny v medicínském právu rokem plodným. Téměř mám chuť dodat, že až moc plodným. Neboť se zdá, že po období „malých vlnek na klidném moři“ přicházejí „vlny hodně velké“. Nebojím se dokonce označit aktuální stav na přelomu let 2011 a 2012 jako „legislativní tsunami“. Mohu jen doufat, že na rozdíl od tsunami, které před sedmi lety zasáhlo řadu ostrovů a pobřežních oblastí Indického oceánu, tato právní ofenziva přinese více dobrého než zlého.

## Změny od 1. ledna 2011

Ze změn, které nabyly účinnosti k Novému roku 2011, lze zmínit například vyhlášku č. 307/2010 Sb., o nákladových indexech věkových skupin pojištěnců veřejného zdravotního pojištění pro rok 2011, publikovanou již v půlce listopadu roku 2010.

Následně v prosinci předloňského roku Ministerstvo zdravotnictví ČR vydalo novou vyhlášku (č. 362/2010 Sb.) o způsobu podávání informací o hospodaření zdravotních pojišťoven a jejich rozsahu.

27. prosince 2010 – tradičně v závěrečných dnech roku – byly vydány dvě vyhlášky týkající se úhrad zdravotní péče. Tou významnější je vyhláška č. 396/2010 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2011.

Tou druhou je vyhláška č. 397/2010 Sb. pozměňující vyhlášku, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Změn v sazebníku však bylo pomálu.

Všechny uvedené vyhlášky nabyly účinnosti 1. ledna 2011.

Jsme-li u změn v oblasti zdravotního pojištění, upozorním též na to, že od 1. ledna 2011 nabyla účinnosti aktualizace „Klasifikace hospitalizovaných pacientů“ (IR-DRG).

Vedle toho došlo ještě k jedné významné aktualizaci. „TNM klasifikace zhoubných novotvarů“ (7. vydání 2010, česká verze 2011) nahradila dosavadní „TNM klasifikaci zhoubných novotvarů“ (6. vydání 2002, česká verze 2004) platnou od 1. ledna 2005.

Od Nového roku 2011 se stala účinnou také novela (č. 381/2010 Sb.) nařízení vlády o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě. V případě zaměstnanců zdravotnických zařízení odměňovaných v režimu platu umožnila zaměstnavatelům určit platový tarif v rámci rozpětí platových tarifů stanovených pro nejnižší až nejvyšší platový stupeň příslušné platové třídy. Se zaměst-



ilustrační foto: Shutterstock

nancem zařazeným do třinácté a vyšší platové třídy (tomu odpovídá například samostatný výkon práce „atestovaného“ lékaře) může od té doby zaměstnavatel sjednat smluvní plat a nedržet se tak „tabulkových tarifů“.

Stejný počátek regulačního působení platil i pro první z očekávaných změn v oblasti vzdělávání zdravotnických pracovníků. Mám na mysli vyhlášku č. 361/2010 Sb., kterou se mění vyhláška o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů. Nejviditelnější změnou je nový výčet tzv. základních kmenů, kterými nově jsou: anesteziologický, dermatovenerologický, gynekologicko-porodnický, hygienický, chirurgický, interní, neurologický, oftalmologický, ortopedický, otorinolaryngologický, patologický, pediatrický, psychiatrický, radiologický, urologický a základní kmen všeobecné praktické lékařství.

K 1. lednu 2011 též nabyla účinnosti novela (č. 351/2010 Sb.) měnící vyhlášku o stanovení bližších požadavků pro zajištění jakosti a bezpečnosti lidské krve a jejích složek. Oproti stávající právní úpravě došlo zejména k zavedení jednotného administrativního řešení zákonné povinnosti výrobců transfuzních přípravků zasílat výroční zprávy o své činnosti stejně jako k upřesnění některých technických požadavků na odběry krve. Současně se doplnily požadavky na dovoz a vývoz krve a jejích složek.

## Změny v průběhu roku 2011

1. února 2011 došlo ke změnám ve vyhlášce o hygienických požadavcích na zotavovací akce pro děti. Cílem novely (č. 320/2010 Sb.) bylo odstranit některé dosavadní nedostatky a zároveň zmírnit požadavky na výstavbu a provoz zařízení, kde se zotavovací akce pro děti konají, a usnadnit tak činnost jejich provozovatelům.

14. března 2011 byla dosavadní vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, nahrazena novou vyhláškou č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Tato vyhláška se v případě zdravotnických pracovníků týká výlučně nelékařských zdravotnických povolání.

25. března 2011 došlo ke změně zákona o léčivech. Kromě relativně formálních změn spočívajících v nahrazení termínu „Evropská společnost“ termínem „Evropská unie“ došlo zejména k explicitnímu uvedení tzv. léčivých přípravků pro moderní terapii v rámci výčtu druhů léčivých přípravků. Byly tak zapracovány změny, jež přineslo nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 1394/2007 ze dne 13. listopadu 2007 o léčivých přípravcích pro moderní terapii a směrnice Komise 2009/120/ES ze dne 14. září 2009, kterou se mění směrnice Evropského parlamentu a Rady 2001/83/ES o kodexu Společenství týkajícím se humánních léčivých přípravků, po-

kud jde o léčivé přípravky pro moderní terapii, do českého právního řádu. Do zákona o léčivech se tak dostala informace o této souhrnné kategorii, která zahrnuje léčivé přípravky pro genovou terapii, léčivé přípravky pro somatobuněčnou terapii, přípravky tkáňového inženýrství a také kombinované léčivé přípravky pro moderní terapii.

1. dubna 2011 po rekordně krátké přípravné fázi započala účinnost změn nařízení vlády č. 564/2006 Sb., o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě, v důsledku přijetí nařízení vlády č. 44/2011 Sb. Byla přijata nová příloha č. 4 s novými vyššími platovými tarify určenými pro zaměstnance, kteří jsou lékaři nebo zubními lékaři poskytujícími zdravotní péči ve zdravotnických zařízeních ústavní péče nebo v zařízeních zdravotnické záchranné služby.

Na Apríla také nabyly účinnosti zákon o Úřadu práce České republiky (č. 73/2011 Sb.). Jeho přijetím došlo i ke změně zákona o péči o zdraví lidu. Nově již lékaři úřadů práce nejsou oprávněni nahližet do zdravotnické dokumentace.

Stejný den nabyly účinnosti i *ad hoc* zákon č. 76/2011 Sb., o přechodném snížení cen a úhrad léčiv, který zejména snížil platné maximální ceny a výše úhrady všech léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely o 7%, a to do provedení první revize, nejdéle však po dobu jednoho roku ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona.

22. dubna 2011 se stal účinným zákon č. 105/2011 Sb., který pozměnil zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. Kromě změn ryze technických, napravujících některé dosavadní formuláční chyby v zákoně, došlo například ke zrušení členění sanitářů do dílčích kategorií. Hlavně pak byla prodloužena délka platnosti osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu z dosavadních 6 na 10 let.

Téhož dne se stal účinným také zákon č. 106/2011 Sb., který ve 33 bodech novelizuje přílohy zákona o návykových látkách ve snaze reagovat na rychle se vyvíjející situa-

ci v oblasti zneužívání nových syntetických látek jako drog. Došlo tak k uvedení těchto 33 nových drog na seznam regulovaných návykových látek, což umožňuje následný postih jejich zneužívání orgány činnými v trestním řízení.

7. června 2011 je dnem, kdy v loňském roce nastala první ze změn právní regulace provozování přírodních a umělých koupališť a saun, neboť nabyly účinnosti zákon č. 151/2011 Sb., měnící v dotčených paragrafech zákon o ochraně veřejného zdraví.

K 1. srpnu 2011 došlo ke změně nařízení vlády č. 184/2009 Sb., o stanovení výše úhrad za zkoušky. Výrazně se snížily požadované částky za atestační zkoušky a závěrečné zkoušky certifikovaného kurzu, respektive zkoušky k vydání osvědčení jak pro lékaře, zubní lékaře a farmaceuty, tak pro nelékařské zdravotnické pracovníky.

25. srpna 2011 nabyla účinnosti vyhláška č. 238/2011 Sb., o stanovení hygienických požadavků na koupaliště, sauny a hygienické limity písku v pískovištích venkovních hracích ploch, a to v reakci na přechodnou novelu zákona o ochraně veřejného zdraví. Nahradila tak dosavadní vyhlášku č. 135/2004 Sb.

31. srpna 2011 došlo ke změně vyhlášky č. 221/2010 Sb., o požadavcích na věcná a technická vybavení zdravotnických zařízení. Den před termínem, do kterého měla zdravotnická zařízení provozovaná ke dni nabytí účinnosti této vyhlášky (tj. 1. září 2010) povinnost splnit požadavky na věcná a technická vybavení stanovené touto vyhláškou, byla přijetím vyhlášky č. 234/2011 Sb. tato povinnost odsunuta až na 1. leden 2013. Nicméně v důsledku přijetí zákona č. 372/2011 Sb. bude uvedená vyhláška k 1. dubnu 2012 zrušena, a tak tato povinnost nikdy nebude muset být naplněna.

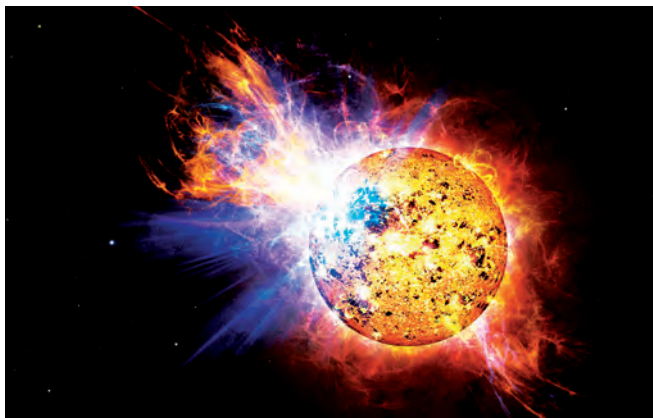
Od 3. září 2011 byla v řadě dílčích bodů změněna vyhláška č. 473/2008 Sb., o systému epidemiologické bdělosti pro vybrané infekce. Mezi infekce, jež jsou zahrnuty v systému epidemiologické bdělosti, byla nově zařazena virová hepatitida E.

Od prvního listopadového dne loňského roku je účinné nařízení vlády č. 272/2011 Sb., o ochraně zdraví před nepříznivými účinky hluku a vibrací, jenž nahradilo dosavadní nařízení vlády č. 148/2006 Sb.

23. listopadu 2011 byla ve Sbírce zákonů publikována sdělení Českého statistického úřadu jednak o aktualizaci „Klasifikace hospitalizovaných pacientů“ (IR-DRG), jednak o aktualizaci „Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů“ (MKN-10).



## NEJSEM SI JIST



**Výrony blbosti jsou mnohem častější a nebezpečnější než erupce na slunci, jimiž strašila média.** | Foto: universe-beauty.com

Strašlivý lesů pán Stráský si ve svém umanutém boji popletl kůrovce s demonstranty. Policie zasahuje brutálně a nezákonně. Úplně jako někde v Rusku. Arogance moci odhaluje, jak málo jsme se od roku 1989 vnitřně proměnili. Pokud vůbec.

Zemřel Otto Habsburský, teoretický následník českého trůnu, vzdělanec a velký Evropan.

### Srpen

Nepokoje v Londýně. Dav deprivantů se utrhel ze řetězu, kradl a bezdůvodně ničil se zjevným potěšením z destrukce. Ukázalo se, jaké běsy se skrývají pod tenkým nátěrem civilizovanosti i v takové zemi, jakou je Velká Británie.

V Ohiu zemřel v nemocnici pro veterány Ctírad Mašín. Muž, který šel ve stopách svého hrdinského otce, ale jeho doba k tomu nebyla zralá. Podplukovník Mašín měl na své straně většinu národa, v éře jeho syna byla většina naopak na straně komunistů, které si zvolila.

Pochod gayů našťoval malou partu velkých reakcionářů. Hoši a dívky si zařídili a nikoho neubýlo. O nic nejde. V normálních zemích normální sranda. Kdežto my, prdlové, z toho hned máme *homosexualismus*. Strčte si ty -ismus někam. Už jich bylo D.O.S.T. Demokracie je tolerance. Malé věci řešte ruky mávnutím, abyste nebyli jako Škrhola, jehož měli lidi za...

Na severu Čech vypuklo rasové násilí. Ze zanedbaného problému vyrašilo zlé býlí. Odpovědnost je na straně většinové společnosti, neboť jenom ona má prostředky k řešení. Pomalému, dlouhodobému, korektivnímu. Což při latentním rasismu většiny nebude snadné. Každodenní drobné zlo končí velkou katastrofou. Dějiny to dobře znají. My ne. Pro nás je všechno poprvé, jsme nejchytější a má-

me táákovýmhle svaly. Nás nikdo poučovat nebude.

Čína poručí větru, dešti a obrátí vody Jang-c-tiang. Vystěhuje kvůli tomu 3 miliony lidí. Jo jo, pokrok nezastavíš. Za starých časů by je prostě pobili. Rozhodně levnější varianta.

### Září

Čeští fašisté demonstrují ve Varnsdorfu. Policie je rozehnala. Zatím. Primitivní rváči s ikvé tykve. S těmi na ulici to šlo snadno. Je to jenom *la canaille*. Pozor na ty inteligentní. Šikují se méně nápadně, ale o to účinněji.

Nesrozumitelný krok premiéra: Změna vedení ČEZ. Ještě nevíme, jací kostlivci vypadnou a k čemu to povede.

ČT má nového ředitele. Soudím, že to spíš nepomůže. Chyba je v samých základech postavení této zpuchřelé instituce.

Zemřel Otakar Vávra, smutný představitel šedé zóny národa. Posloužil každému, kdo si o to řekl.

Absurdní smrt hokejistů u Jaroslavi. Nemocný pilot pod vlivem léků, který při startu přidával plyn a současně brzdil. Kapitán letadla, kterého pohřbili do nesprávného hrobu. Velmi symbolické. Tak to chodilo v Rusku odjakživa.

V centrále EU plánují naučit Evropany jíst hmyz. Ve světle následujícího finančního vývoje to není jenom dobrý nápad, ale přímo železná nutnost, jaká naučila Dalibora housti.

Domorodci v Tichomoří sežrali německého turistu. Případ špatně pochopené globalizace.

### Říjen

Odcházení: Uražený Jiří Paroubek opouští ČSSD, aby se udělal

pro sebe. Tak hodně štěstí! Hlavně když nás už nebude otravovat a bude se věnovat psaní dobře utajených bestsellerů. Cesty Páně i peňez jsou nevyzpytatelné.

Padla slovenská vláda. Neshodla se na svém postoji k Evropě. Zato naše pytlácké spolky a zavedené družiny mají jasno už dávno. Klídek, jsme kompletní a nikoho cizího nepotřebujeme. Čuráme si do vlastního bazénu a s tím si vystačíme.

Na Ukrajině zavřeli ex-premiérku v procesu, který by neobstál ani v Somálsku. Inspirace větším bratrem aneb Chodorkovskij zažíva pohřbený. Někřme rameny, sami jsme ještě pořád jednou nohou na kluzkém okraji. Nebo by u nás nešlo zneužít justici? Státní zastupitelství jsou v bezvadném stavu? Zatím jsou nastavena tak, aby nikdo sedět nešel. Dokázala by určitě i opak. Záleží na tom, jaké rozkazy přijdou shora. Podstata našich problémů je v normalizačním konformismu.

Lidstvo prý dosáhlo počtu 7 miliard. Jen není jasné, zda se tím chlubíme, nebo si stěžujeme.

Pro mě osobně byla inspirující návštěva třiceti západoevropských pracovníků v oboru psychiatrie. Rádi by nám nějak pomohli. Nejlépe nějakou bruselskou direktivou. Toho se dost bojíme. Moderuji spolu s MUDr. Ivanem Davidem. Aby nedošlo k nedorozumění, raději hned na počátku prezentuji českou platbu za lůžkoden ve výši 49,60 € oproti jejich 250-400 € a ochotně zodpovídám doplňující dotazy: Ano, jsou v tom i léky. Ano, jsou v tom i opravy. Ano, jsou v tom i rekonstrukce jakožto zapravení vnitřního dluhu za 50 let. Tím je debata utlumená v samém počátku. Dále není mnoho o čem diskutovat. Upřímnou soustrast.

Další ostuda, tentokrát s IZIP. Náš kabát je už hodně velký. Přebytky materiálu.

MUDr. Kubek vyhlašuje svou epochální mravní maximu: Co není protiprávní, je přeci povolené. Blahopřejeme. Sám Immanuel Kant by to neřekl lépe.

### Listopad

Hromada zákonů, které jsme už dávno měli mít, je po trapných obstrukcích schválena. Státotvorná spousta spěchá žalovat k Ústavnímu soudu.

Převrat na pražské radnici. Výjimečně nebylo třeba použít kla-

sickou pražskou metodu: Nikoho nevyhodili z okna. Kmotří se řadí a odcházejí civilizovaně otvorem, který architekt naplánoval a tesař zanechal.

Zavřete oči, Silvio Berlusconi odchází. *Finita la commedia*.

Nouzový stav na Slovensku. Lékaři přicházejí s finančními i politickými požadavky. Vláda nejprve ukázala tvrdou ruku, pak se dohodli. *Nad Tatrou sa blýska*, ale hromy moc nebyly.

Zázračné zbohatnutí matky ministry Kocourka. Špatně jí spočetli důchod a poslali doplatek? Činany hoch, dbalý blaha své matinky? Nevíme. Delikt, trapas a odchod. To je velký pokrok od dob scénářů typu: „Delikt, trapas a nic.“ Ještě dvacet let a jsme u normálního, tj. pouze dvoufázového postupu: „Delikt a odchod.“

Kolega Šmucler prodal nemocnici, ani prý neví za kolik. Frajer. To já bych to asi zvědavostí nevydržel a na výpis z konta bych se přeci jen juknul.

Na politickém nebi zazářila nová hvězda – Andrej Babiš. Nebo jen meteor? A shoří v horních vrstvách atmosféry, nebo nás treťí mezi oči?

Evropa je ve slepé uličce, nezbyvá než cesta zpět, káže pan profesor a má z toho zvrácenou rozkoš jako pyroman z požáru. Takovým lidem říkáme od dob Havlíčkových zpátečníci. „Odkud vzalo – zkouším žáky – jméno Rakous počátek? Od raků, neb oni taky chodí pořád nazpátek.“

### Prosinec

Marek Dalík je prý znechucen místními poměry a uvažuje o odchodu do zahraničí. *Chucepe* je slabý výraz. Ne, jinak. Mám nápad! Ti, kteří se o znechucení zdejších poměrů tolik zasloužili, zůstanou. Půjdem my ostatní.

Lžiprezident Medveděv, pilný zahříváč Putinova křesla, navštívil Pražský hrad, kde je instalována výstava toho, co zbylo po carském Rusku. *Odstup, Satane!*

Poděkoval se ministr Besser. Tentokrát to, až na drobnosti, bylo docela dobré. Naši hodnotáři se pomalu učí, jak se to má civilizovaně dělat. Že by se na to někde pořádal školení?

Horká zpráva: Ve sněmovně se povolavala pětistovka, kterou nikdo nepostrádal. Zřejmě nepatřila da-

ňovým poplatníkům. To by se tam neohřála ani zlomek sekundy.

Čína slavnostně zprovoznila čtvrt století starou letadlovou loď, jejíž torzo koupila v ukrajinském *second handu*. Chybí však to podstatné: námořní letci. Zatím je to tedy jenom výletní plavidlo a bezzubý strašák. Ale i varovný symbol.

Zemřel Kim Čong-il, jeden z nejdůležitějších diktátorů naší doby. Podle českých komunistů se obětoval pro blaho lidu. Ale chudinka! Kreml a naši soudruzi, jako vždy v dojemné shodě, která nás už přišla tak draho, pohotově a od srdce kondolují. Aspoň víme, kdo je kdo. Po ovoci jejich poznáte je.

Při jihoamerickém ekonomickém summitu v Motevideu, který jednal o přistoupení Chávezovy Venezuely, se ve svém hotelovém pokoji oběsil uruguayský ministr. Prý sám. A ještě rád.

Masové demonstrace v Moskvě. Rusové na sobě nechají dříví štípat, i panský stěvec ještě políbí. Ale běda, když se doopravdy naštvou. Pak je nejde zastavit. Kremlu už k „vítězství“ nestačilo, že v Rusku neexistuje normální politická struktura, skutečná soutěž stran ani svoboda médií. Oni museli volební výsledky ještě falšovat, a to tak primitivním způsobem jako někde na africkém venkově.

Odcházení: Zemřel Václav Havel. Druhý z obou státníků, které jsme za posledních sto let měli. Víc jich nebylo. Bohužel. Konec jedné éry. Rusové kondolovali-nekondolovali. *My nikagdá nēzabudēm*. Kdo choval iluze, ví aspoň, na čem je. Pravda a láska zvítězí nad lží a nenávisť. My už si na to dohlédneme. Kdo? No přeci my, pravdoláskovci. Jsem jedním z nich a pokládám si to za čest.

MUDr. Milan Novák



**Zemřel Václav Havel. Druhý z obou státníků, které jsme za posledních sto let měli.** | Foto: Wikimedia - Martin Kozák

Předposlední listopadový den pak nabyl účinnosti zákon č. 346/2011 Sb. novelizující oba zákony o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání. Přijaté změny zejména odrážejí přesun specializačního vzdělávání lékařů a zubních lékařů na lékařské fakulty a také změkčují dosavadní podmínky pro rezidenty.

1. prosince 2011 pak přišla první z velkých vln očekávané legislativní tsunami. Účinnosti nabyla naprostá většina změn, které přinesl zákon č. 298/2011 Sb., měnící zejména zákon o veřejném zdravotním pojištění, zákon o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění i oba zákony regulující chod zdravotních pojišťoven.

Jak známo, nejvýraznější změny zatím spočívají v rámci rozdělení zdravotní péče na základní a ekonomicky náročnější variantu, v nové úpravě stanovování maximálních cen léčivých přípravků a jejich úhrad z veřejného zdravotního pojištění, v novém systému úhrad zdravotnických prostředků, ve zvýšení regulačního poplatku za den v ústavní péči ze 60 na 100 korun nebo v povinnosti zdravotních pojišťoven zajistit svým pojištěn-

cům místní a časovou dostupnost hrazené péče.

O šest dnů později byla tato nová úprava v oblasti veřejného zdravotního pojištění doplněna návaznou vyhláškou č. 376/2011 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění, a to v oblasti cen a úhrad léčivých přípravků.

### Změny od 1. ledna 2012

K 1. lednu 2012 nabývá účinnosti několik málo změn zákona o veřejném zdravotním pojištění, které přinesla novela č. 298/2011 Sb. Například je to změna v konstrukci podmínek výběru regulačního poplatku spojeného s výdejem léčivých přípravků hrazených z veřejného zdravotního pojištění.

V oblasti veřejného zdravotního pojištění pak 1. ledna 2012 nabývá účinnosti hned více podzákoných právních předpisů. V pořadí dle data vydání je to vyhláška č. 386/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 384/2007 Sb., o seznamu referenčních skupin; dále pak vyhláška č. 411/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami; vy-

hláška č. 422/2011 Sb., kterou se stanoví nákladové indexy věkových skupin pojištěnců veřejného zdravotního pojištění pro rok 2012; a také veledůležitá vyhláška č. 425/2011 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2012.

Jedna ze změn účinných od Nového roku se týká rovněž předmětu právní regulace dané zákonem o ochraně veřejného zdraví, a to konkrétně v oblasti očkování. Nově může zdravotnické zařízení k pravidelnému, zvláštěmu a mimořádnému očkování použít jen očkovačské látky podle antigenního složení očkovačských látek stanoveného Ministerstvem zdravotnictví ČR. To však neplatí, jde-li o pravidelné očkování a fyzická osoba požádá o jeho provedení jinou registrovanou očkovačskou látkou.

Sdělení Ministerstva zdravotnictví ČR o antigenním složení očkovačských látek pro pravidelná, zvláště a mimořádná očkování pro rok 2012 bylo publikováno ve Sbírce zákonů již 9. listopadu 2011 pod č. 325/2011 Sb.

### Co nás čeká v roce 2012?

Zbytek legislativní tsunami, kterou přinesla Sběrka zákonů v první dekádě měsíce prosince loňského roku, nabude účinnosti až 1. dubna 2012. Změň je dlouhá řada a jsou včleněny do těchto právních předpisů: zákon č. 369/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony; zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách); zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách; zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě; a zákon č. 375/2011 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o zdravotních službách, zákona o specifických zdravotních službách a zákona o zdravotnické záchranné službě. Poslední uvedený zákon mění na 120 zákonů tak, aby byly kompatibilní s předchozími uvedenými zákony.

Tyto nové zákony nahradí zejména zákon o péči o zdraví lidu, zákon o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních a jejich prováděcí předpisy, tedy celkem asi tři

desítky předpisů. K většině těchto nových zákonů pak bude vydána řada nových prováděcích předpisů. V pokročilejších fázích přípravy již jsou zejména vyhláška o dispensární péči, vyhláška o zdravotnické dokumentaci, vyhláška o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče či třeba vyhláška o preventivních prohlídkách.

V posledních dnech roku 2011 zbývá dokončit jen několik málo formalit k vydání zákona o zrušení zákona č. 245/2006 Sb., o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních, který nabude účinnosti dnem jeho vyhlášení.

Od září zatím úspěšně prochází parlamentní procedurou novela zákona č. 296/2008 Sb., o zajištění jakosti a bezpečnosti lidských tkání a buněk určených k použití u člověka, jejíž vydání tak lze očekávat v první polovině roku 2012.

Rok 2012 také bude rokem projednávání věcného záměru zákona o zdravotních pojišťovnách a v případě shody stran vládní koalice pak též přípravy paragrafovaného znění návrhu zákona.

Mgr. Radek Polícar  
radek.policar@seznam.cz

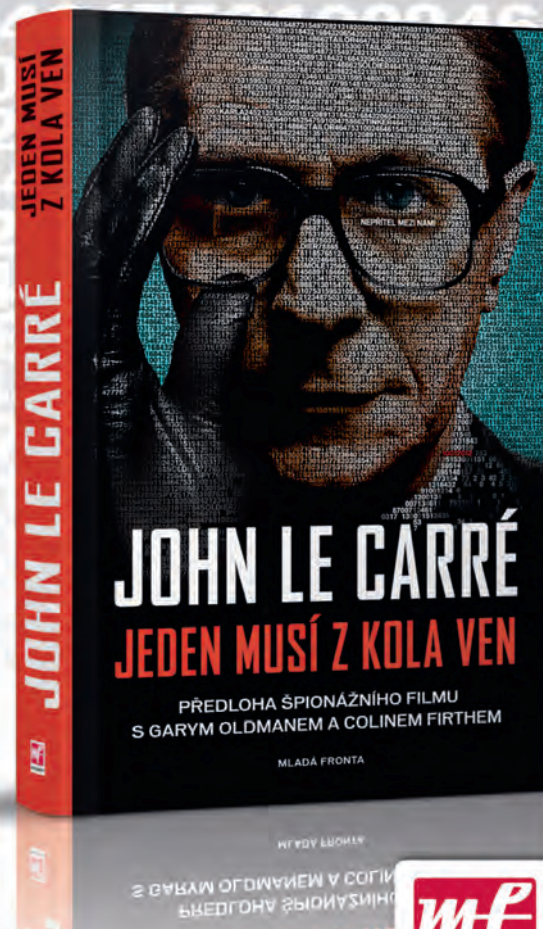
Inzerce A121000586

# PŘEDLOHA SKVĚLÉHO FILMU Z PERA JOHNA LE CARRÉ

v kinech od 2. 2. 2012

kniha.cz

Žádejte u svého knihkupce nebo se slevou 15 % na [www.kniha.cz](http://www.kniha.cz)



MLADÁ FRONTA

# Co hýbalo světem zdravotnictví v roce 2011

Česká média si loni všimla především lékařských protestů na Slovensku, jež se ostatně promítly i do zdravotnictví českého. Jaké další události ve světě však rok 2011 přinesl?

## Leden

**Britská** vláda zahájila veřejnou debatu o chystané přeměně anglického zdravotnictví. „Legislativa přinese změny, které budou ve výsledku lepší pro pacienty a ušetří Národní zdravotní službě (NHS) každoročně 1,7 miliardy liber – peníze, které mohou být znovu investovány do služeb pro pacienty,“ komentoval připravovanou reformu ministr zdravotnictví Andrew Lansley. Kritiky však nepřesvědčil a debata o podobě reformy provázela britské zdravotnictví celý rok.



Ilustrační foto: Shutterstock

**Švédská** vláda odmítla zaplatit příspěvek ve výši 167 milionů euro určený na boj s HIV/AIDS, malárií a TBC. Tamní ministryně zdravotnictví uvedla, že země potřebuje záruky, že peníze, které poskytuje, neskončí jako prostředky ke korupci mezi zprostředkovateli v zemích, kam se dostávají, ale budou využity na přímou pomoc potřebným.

**Floridský** soud označil část zdravotnické reformy amerického prezidenta Baracka Obamy za protiústavní. Zákon podle soudce narušuje některá práva garantovaná ústavou USA, a Kongres proto údajně překročil své pravomoci, když normu v této podobě schválil. Vláda se proti rozhodnutí odvolala.

**Brazilská** vláda představila plán, v jehož rámci chce zajistit pro každého občana trpícího vysokým krevním tlakem či diabetem léky zdarma.

## Únor

**Evropský** parlament schválil směrnici, jež má přispět k ochraně pacientů před padělanými léky. Dokument mimo jiné doporučuje zavedení nových ochranných prvků na balení léčiv a definuje pravidla pro provozování internetových lékáren.

**Nový Zéland** zavedl národní elektronický systém lékařské dokumentace přístupný pacientům. Úřady lékařům doporučily, aby při vkládání informací nepouží-

vali slangové výrazy, zkratky či „humorné poznámky“.

## Březen

**Slovenská** vláda pozastavila projekt elektronického zdravotnictví, který se v zemi připravoval od roku 2007 a vyžádal si desítky milionů eur.

**Australské** sestry pracující v domovech pro seniory uspořádaly protestní pochod v Melbourne. Chtěly jím upozornit nejen na své nízké platové ohodnocení, ale také na nedostatečnou úroveň péče o staré lidi.

## Duben

**Slovenský** ministr zdravotnictví Ivan Uhliarík představil návrh jak řešit situaci v zadluženém resortu – zrušení 3,5 až 5 tisíc lůžek. Záměr podpořily tamní zdravotní pojišťovny, nemocnice se k němu postavily spíše rozpačitě.

**Britský** kongres Královského sdružení ošetřovatelů (RCN) v Liverpoolu prakticky jednohlasně vyslovil nedůvěru reformám britského státního zdravotnictví z pera ministra Andrewa Lansleyho. Důvodem byly obavy, že kvůli změnám dojde k výraznému snížení počtu sester a bude ohrožena péče o pacienty.

**Polská** vláda schválila omezení volného prodeje léků, které obsahují pseudoefedrin používaný k pokoutné výrobě drogy pervitin. Zákazníci si v lékárnách mo-

hou koupit pouze jedno větší balení takového léku.

**Americký** odvolací soud zrušil zákaz používání federálních prostředků na financování výzkumu embryonálních kmenových buněk.

Lékařské odborové združení oznámilo, že **slovenští** lékaři chystají kampaň po vzoru českého „Děkujeme, odcházíme“. Rozhodli se tak upozornit na stav zdravotnictví a nízké platové ohodnocení.

## Květen

Mladí **maďarští** lékaři deklarovali, že jsou kvůli nízkým platům velmi rozladění a zvažují podání hromadných výpovědí.

**Slovenská** vláda schválila novelu zákona o zdravotních pojišťovnách navrženou ministerstvem zdravotnictví, podle níž mohou pojišťovny opět vytvářet zisk.

**Argentinská** vláda oznámila, že hodlá zakázat dovoz a prodej elektronických cigaret. Podle ní totiž neexistuje vědecky podložený důkaz, že by tyto cigarety kuřákům pomáhaly zbavit se svého návyku.

Odborníci pověření **Organizací spojených národů** (OSN) vyšetřováním příčiny epidemie cholery na Haiti označili za možné epicentrum šíření nákazy oblast, kde se nacházel nepálský mírový sbor OSN. Přímo však jednot-

ky se vznikem epidemie nespojili, příčinou byl podle nich „souběh okolností“.

**Filipínská** katolická církev prohrozila exkomunikací prezidentovi Benignu Aquinovi, který hodlal v parlamentu prosadit zákon o zpřístupnění antikoncepce.

Voliči ve **švýcarském** Curychu v referendu jasnou většinou odmítli návrhy zakázat v kantonu takzvanou asistovanou sebevraždu a zakázat přístup k eutanazii cizincům.

**Guatemalští** vyšetřovatelé identifikovali asi 1300 lidí, kteří byli ve 40. letech minulého století zapojeni do amerických lékařských pokusů, během nichž vědci nakazili okolo 700 prostitutek, vězňů a duševně nemocných lidí syfilitidou a dalších 770 Guatemalců kapavkou.

## Červen

**Světová zdravotnická organizace** (WHO) informovala, že rozhodnutí, kdy budou zničeny poslední známé vzorky viru pravých neštovic, bylo odloženo o další tři roky.

Evropský soud pro lidská práva ve Štrasburku nařídil **polské** vládě vyplatit odškodnění ve výši 45 tisíc eur ženě, již lékaři odmítli i přes podezření na genetickou vadu plodu provést odpovídající vyšetření. Podle soudu došlo k porušení Evropské úmluvy o ochraně lidských práv a svobod zakazující mučení a nelidské či ponižující zacházení.

V polovině června vypršela lhůta, kterou **slovenští** lékaři stanovili tamní vládě na splnění svých požadavků. Situace v resortu však zůstala beze změny. Lékaři proto deklarovali, že se chystají vydat českou cestou hromadných výpovědí.

Dva **iránské** lékaři, kteří byli uvězněni kvůli údajně přípravě svrhnutí vlády, získali cenu Jonathana Manna pro rok 2011, již za přínos v oblasti světového zdraví a lid-

ských práv uděluje organizace Global Health Council.

**Vatikán** uzavřel ve snaze podpořit výzkum kmenových buněk dospělých poprvé ve své historii dohodu o spolupráci s americkou farmaceutickou společností.

## Červenec

**Australská** vláda oznámila, že zvažuje zavést odškodnění pro lidi poškozené vedlejšími účinky očkovacích látek, jež je měly chránit. Požadavek na odškodnění za vážné zdravotní komplikace v důsledku očkování vznesla skupina epidemiologů v článku uveřejněném v Medical Journal of Australia.

**Britská** lékařská asociace (BMA) vyzvala lékaře, aby se svými pacienty nekomunikovali prostřednictvím sociálních sítí, jako je například Facebook nebo Twitter. Mohlo by podle ní dojít k narušení vztahu lékař – pacient.

Soud v **USA** zamítl další žalobu, která požadovala zákaz užívání federálních peněz na výzkum embryonálních kmenových buněk.

**Severní Karolína** zavedla přísnější pravidla pro interrupce – ženy žádající o potrat musejí na zákrok čekat 24 hodin a během této doby dostanou ultrazvukový snímek svého plodu, aby znovu zvážily své rozhodnutí.

## Srpen

**Slovenské** ministerstvo sociálních věcí navrhlo rozdávat nejchudším skupinám obyvatelstva antikoncepci nebo jim umožnit bezplatnou sterilizaci. Vyvolalo tím vlnu kritiky představitelů koalice pravého středu, ale i nevládní organizace Fórum života, podle které je opatření směrováno hlavně na Romy. Úřad nakonec od rozhodnutí ustoupil.

Pět ze šesti největších amerických tabákových společností vyzvalo **americký** federální soud ve Washingtonu, aby zakázal drastické obrázky na krabičkách, jež mají odradit kuřáky od jejich zlovyklu. Varování zdravotníků, na nichž jsou rozprávány trupy kuřákových nebožtíků a kusy plic napadených rakovinou, podle žaloby porušují ústavní právo na svobodu slova.

**Britské** úřady rozhodly, že homosexuální muži budou moci opět darovat krev. Musejí ovšem deklarovat, že po dobu 12 měsíců před odběrem neměli pohlavní styk s jiným mužem.

## ZAHRA NIČNÍ BILANCE

## Září

Odvolač í soud v **americkém** státě Virginie zamítl dvě žaloby proti zavádění povinného zdravotního pojištění, které je základní součástí zdravotnické reformy prezidenta Baracka Obamy. Jednalo se o další dílčí úspěch v boji o obhájení reformy.

Přes 3800 **slovenských** lékařů deklarovalo, že jsou k 30. září připraveni podat v rámci protestu proti stavu tamního zdravotnictví výpověď. Vedle ukončení procesu transformace zdravotnických zařízení slovenští lékaři požadovali také dodržování zákoníku práce, změnu systému financování resortu a zvýšení platů. Svou „hrozbu“ nakonec splnilo přes 2400 zdravotníků.

**UNICEF** zveřejnil zprávu, podle níž za posledních 20 let došlo k výraznému snížení dětské úmrtnosti. Úmrtnost dětí před dosažením pěti let věku v celosvětovém měřítku poklesla z 12 milionů v roce 1990 na 7,6 milionu v roce 2010.

**Lichtenštejnsko** v referendu odmítlo liberalizovat potratovou le-

gislativu. Proti návrhu povolit potraty v prvních 12 týdnech těhotenství nebo v případě vážného poškození vývoje plodu hlasovalo 52,3 % obyvatel.

V **Číně** se poprvé od roku 1999 objevila dětská obrna. Informovala o tom Světová zdravotnická organizace, podle níž se nemoc rozšířila na čínské území ze sousedního Pákistánu.

**Americká** vláda se rozhodla zrušit veřejný přístup do databáze (National Practitioners Data Bank) obsahující údaje o lékařích, kteří čelili nařčení ze zanedbání péče či z ní byli usvědčeni. Svůj krok kabinet odůvodnil obavami z prozrazení důvěrných informací o lékařích.

## Říjen

**Dánsko** jako první země na světě zavedlo daň na tuky v potravinách. Za kilogram nasycených mastných kyselin mají Dánové zaplatit navíc 16 dánských korun. Vláda tvrdí, že tak chce bojovat proti nadměrné konzumaci nasycených tuků, podle kritiků jde především o další příjem do státní pokladny.

Protesty lékařů zasáhly i **izraelské** zdravotnictví, kde podaly výpověď kvůli sporům o platy stovky zdravotníků. Nemocnice se ocitly na pokraji kolapsu, byly nuceny odmítat pacienty a odkládat neakutní operace.

**Ruští** poslanci přijali zákon o omezení potratů. Důvodem prý byla velmi nízká porodnost, s níž se země v posledních letech potýká.

## Listopad

Evropský soud pro lidská práva rozhodl, že zákaz dárcovství vajíček i spermatu pro účely umělého oplodnění, který platí v **Rakousku**, není v rozporu s Evropskou úmluvou o lidských právech.

**Bostonská** organizace na ochranu lidských práv zažalovala jménem 5 tisíc Haitiánů OSN kvůli zavlečení cholery na Haiti. Organizace požaduje pro oběti cholery a jejich rodiny odškodné v celkové výši stovek milionů dolarů.

Odvolač í soud ve **Washingtonu** rozhodl, že zdravotnická reforma prezidenta Baracka Obamy je v souladu s americkou ústavou. Pro Obamu to znamenalo vítanou

podporu v době, kdy se záležitosti začínal zabývat i Nejvyšší soud USA. Ten se o několik dnů později usnesl, že se záležitosti bude věnovat v březnu 2012.

Horní komora **australského** parlamentu schválila jeden z nejpřísnějších protikuřáckých zákonů světa, který nařizuje tabákovým firmám prodávat cigarety v jednotlivých, olivově zelených krabičkách bez jakýchkoli reklam a zřetelných názvů značek.

**Slovenský** prezident Ivan Gašparovič a premiérka Iveta Radičová oznámili pozastavení transformace nemocnic na akciové společnosti. Lékaři však i nadále deklarovali, že v protestu vytrvají, dokud nebudou splněny i jejich další požadavky.

## Prosinec

V souvislosti s výpověďmi více než 1200 lékařů byl v 16 **slovenských** nemocnicích vyhlášen nouzový stav. Vláda se s odbory nakonec 3. prosince dohodla na podpisu memoranda, v němž akceptovala všechny požadavky lékařů, a zdravotníci se po podpisu nových pracovních smluv vrátili do

práce. O několik dnů později Lékařské odborové združení vyhlásilo stávkovou pohotovost, jež má trvat do doby, než jeho požadavky z memoranda projdou celým legislativním procesem.

**Americká** vláda vyzvala vědce, kterým se podařilo vytvořit mutaci viru ptačí chřipky, aby nezneřehňovali podrobnosti o svém výzkumu. Kabinet se totiž obával, že by je mohli využít teroristé k vývoji biologických zbraní. Vědci však požadavek odmítli s poukazem na důležitost své práce pro další zkoumání mutací vity chřipky. Řada odborníků vládu kritizovala a poukazovala na nebezpečí případné cenzury ve vědě.

Téměř 2,5 tisíce **maďarských** lékařů se rozhodlo pro akci podobné českému „Děkujeme, odcházíme“ – deklarovali, že podepsali výpovědi, a uschovali je pro případ, že zkrachují lednová jednání s vládou. Chtějí tak upozornit na špatný finanční stav zdravotnictví a nízké platy. Kabinet před koncem roku převedl na resort 27 mld. forintů (cca 2,25 mld. Kč) a lékaři svůj protest o 3 měsíce odložili.

Květa Havlová

Inzerce A121000436

Rozhodněte to právě vy!

roku **Sestra 11**

Záštitu nad oceněním převzala Mgr. Dagmar Havlová za Nadaci Dagmar a Václava Havlových VIZE 97



XII. ročník soutěže vyhlášený redakcí odborného časopisu Sestra z vydavatelství Mladá fronta a. s.

## Hlasujte pro finalistu soutěže Sestra roku 2011

a vyznamenejte jej oceněním v kategorii **Sestra mého srdce** vyhlášené redakcí odborného časopisu Sestra z vydavatelství Mladá fronta a. s.

Každý padesátý hlasující získá vstupenku na XII. ročník prestižní soutěže Sestra roku, který se uskuteční 28. února 2012 v Paláci Žofín na Slovanském ostrově.

Vítěze budete moci vybírat z 10 finalistů soutěže Sestra roku 2011, které nominovala odborná porota. Hlasovat můžete prostřednictvím internetu na [www.sestraroku.cz/finalistky](http://www.sestraroku.cz/finalistky). Jednotlivé finalisty vám představujeme nejen na fotografiích, ale i pomocí jejich medailonků. Hlasování probíhá od ledna do 24. února 2012.

### Stručná pravidla:

Hlasovat můžete u každého finalisty takto: jedenkrát internetové hlasování. Vítězem hlasování se stane ten, který v celkovém součtu získá největší počet hlasů. Pořadatelem soutěže je Mladá fronta a. s. Odesláním hlasu dává soutěžící společnosti Mladá fronta a. s. souhlas se zpracováním poskytnutých údajů k jejím marketingovým účelům a prohlašuje, že se seznámil s poučením o ochraně osobních údajů uveřejněných na [www.mf.cz](http://www.mf.cz). Poskytnutí údajů je dobrovolné. Upozorňujeme soutěžící na práva poskytovatele údajů vyplývající ze zákona č. 101/2000 Sb. Úplné znění pravidel soutěže je k dispozici na [www.sestraroku.cz/finalistky](http://www.sestraroku.cz/finalistky). V případě dotazů pište na adresu [sestraroku@mf.cz](mailto:sestraroku@mf.cz).



[www.sestraroku.cz/finalistky](http://www.sestraroku.cz/finalistky)

MEDICAL SERVICES

MF MLADÁ FRONTA

# Zase o rok starší. A moudřejší(?)

**Motto:** Co se dálo, bude se dít zase, a co se dělalo, bude se znovu dělat; pod sluncem není nic nového  
(Kazatel 1, 9)

## Leden

Zatmění slunce bylo přechodné, kdežto zatmění lidských myslí neustává.

Václav Klaus vstoupil do dvorany slávy v žánru projevů z Červeného Hrádku výrokem, že *snowboard* je levičácký dopravní prostředek. Má pravdu. Jeden známý zrovna tuhle viděl ve Špindlu Crebenička na prkně.

Do téže dvorany pronikl zadními vrátky i MUDr. Kubek výrokem, že kdo nepodporuje lékaře, podporuje korupci.

Výbuch v Tunisku. Začíná arabské jaro. Řetězová reakce. Důvod k radosti, nebo ostražitosti? Ještě nevíme.

Výbuch v moskevském metru. Prý zdrogovaný atentátník. Bůhví jak to bylo doopravdy. Z Ruska není žádná zpráva jistá. Jen možná. Všechno je možné.

Zlatá Katka by zase chtěla pořádat nějaký mistrák. Prý ji to baví. Tomu se tedy říká recidiva!

Předsedkyně Nejvyššího soudu Iva Brožová nesouhlasí se zveřejněním členství soudců v KSČ. Víra v justici prý bude otřesena. Jaká víra? A i kdyby existovala, máme chtít víru založenou na nevědomosti?

## Únor

Výbuch v Egyptě, diktátor Mubarak se podeřoval po nepříteliš velkém vraždění. To kolega MUDr. Bašár Asad v Sýrii se ukáže jako podstatně větší řezník.

Slovanská epopej, kterou ve slabé chvíli vytvořil geniální secesio-

nista jako totální úlet, se stěhuje do Prahy za sporů a emocí náležejících do 19. století.

Prošel zákon o třetím odboji za hnusných projevů komunistů. Vyhlášení extremisté Semelová a Grebeníček tvrdě hájili zločiny komunismu. Dokázali tak, že KSČM je příjímou pokračovatelkou KSČ i s kontinuitou odpovědnosti.

Sice neděkovali, ale ani neodešli. Exodus-exitus skončil podepsáním memoranda. Jako každá správná mírová dohoda se i tento text stane podnětem k nové válce.

Zemřel Arnošt Lustig. T.N.C.B.H. (*tehi nišmato crura bi-cror ha-chajim*, necht je jeho duše svázána pouty života), jak je napsáno na každém řádném židovském hrobě.

Zemřel Pavel Vondruška, další z Cimrmanů. Kdo jednou převezme štafetu?

## Březen

Vojenské komando přepadlo Českou televizi. Trapas. Z ostudy kabát.

Supermanažer Hušák předvedl, jak vysoce výdělečná firma s dominantním postavením na trhu může zkrachovat. Vstoupí do učebnice ekonomie a managementu.

Média informují, že 20% prostředků jdoucích do českého zdravotnictví se rozplyne ve vzduchu. Je to nebezpečný omyl. Peníze se nemohou jen tak rozplynout. Podle zákona o zachování hmoty a energie je někdo určitě dostal. Blbci pracují, vysmátí si užívají.

Kauza Knetig zmanipulována státním zastupitelstvím do autu. Trest-



Sice neděkovali, ale ani neodešli. Podepsali memorandum. | Foto: Leoš Chodura

ný čin zneužití pravomoci veřejného činitele. Na Vánoce však přijde dějový zvrat na poslední chvíli. Jako v klasickém westernu. Blýskání na nové časy? Že by se skutečně podařilo odpolitizovat justici a konstituovat právní stát ještě v tomto století?

Marie Benešová je odsouzena k vysoké pokutě za výrok o justiční mafii. Žádná justiční mafie u nás neexistuje, a proto je následně právem rozehnána.

Jaderná havárie v Japonsku po zemětřesení a tsunami. To u nás nehrozí, říká věčná optimistka paní Drábová. Ať žije, soudruzi budouvatelé, náš Temelín aneb „Proti všem“, jak napsal *soudruh Jirásko*.

Kaddáfí konečně narazil. Svobodný svět ztratil trpělivost a pozvracel se z vlastního appeasementu. Poté dopadly první bomby. Psychopatický diktátor a terorista dostal, co zasluhoval. Boží mlýny a tak dále...

## Duben

Vít „Velké ucho“ Bárta odchází z místa kapitána mužstva na lavičku kouče. Jeho vliv taktickým přesunem vzrostl.

Václav Klaus navštívil Chile. Proslavil se pozorováním, že poušť je suchá, a přivezl si jako suvenýr pero. Šlohl ho obratně, přímo na kameru. „Švejku, vy jste ukradl psa!“ – „Poslušně hlásím, pane obřlajtnant, že ukradl.“

Osmnáctiletá Nikol ze Slovenska nabízí na webu své panenství za 40 tisíc eur. Zdá se mi, že děvka

celou věc silně přeceňuje. Aspoň za mých mladých let to bývalo grátis. Což nic nemění na tom, že tu a tam to někoho přišlo pěkně draho.

Ve Westminsterském opatství se oženil princ William. *God save the Queen*.

Známy česko-americký novinář Eric Best pravil, že české zdravotnictví je na tom ve srovnání s americkým ještě dobře. Nemá pravdu, vyjde to nastejno. Měl jsem na jaře příležitost vystupovat jako přednášející i moderátor diskuse půldruhé desítky amerických postgraduálních studentů zdravotnického managementu i s jejich dvěma profesory. Jeden to pregnantně shrnul slovy: „Zdá se, že český i americký pacient je na tom zhruba stejně blbě, akorát že jsme toho dosáhli diametrálně odlišnými prostředky.“

## Květen

Šťastná rána, *Lucky Strike*: Američané konečně trefili bin Ládina.

Chytili masového vraha Mladiče. To je ten chlápek, co dal na fleku povraždit 8 tisíc civilistů. Vojsko OSN přihlíželo a jeho velitel, holandský plukovník Karremans, si na to s pachatelem připil.

Vysloužilý bavič Radek John si dal ministerský odchod. Zdůvodnil to kdečím s výjimkou vlastní trapné neschopnosti.

Falešné obvinění Strausse-Kahna, v Americe zvané *frame-up*. Dobře to dopadlo, zas ho pustili. Proč také ne? Účel by splněn. Nebude francouzským prezidentem.

Evropou obchází strašidlo průjmu. Každý obviňuje každého a všichni jsou z toho podělaní.

Bárta a John vysvětlili své kecy o zvědech na ministerstvu financí a o vlivu na prezidenta „opileckým machrováním“. Noblesa se zkrátka nezapře. Ani ve zvracích pod stolem. Jsou-li toto naše elity, jak asi vypadá zbytek?

Záblesk intelektu aneb další výrok z Červeného Hrádku: Po zpoplatnění zubních plomb prý budou umírat lidé, připomněli svou únavnou politickou existenci MUDr. Rath.

## Červen

Řecko nasedlo na namydlenou skluzavku. Athény hoří, lidé tam protestují proti vlastní záchraně. Bohové to sledují z Olympu s pobavením. Koho chtějí zničit, toho totiž nejprve raní slepotou.

Plánovaná monstr akce českých odborů vyšuměla. Řecká divočina se nekoná. Většina z nás zatím považuje hromadnou sebevraždu za příliš exaltované a předčasné řešení.

Média plaší, že extrémně silný výron na Slunci způsobí na Zemi problémy. Nesmysl. Výrony blbosti jsou mnohem častější a nebezpečnější.

Dvacáté výročí odchodu ruské armády. *Jáí domů, Ivane, a už se nevracej. Nikdy*.

Výročí napadení Stalina Hitlerem – bratři v triku se rozkmořili, přestože dělení kořisti proběhlo bezvadně.

Uherský regent Viktor Orbán zavádí pracovní tábory pro nezaměstnané. Země plíživě opustila rámec demokracie. Šlo to znepokojivě snadno. A nikdo neububnuje na poplach. Do konce roku proto ještě stihne zlikvidovat poslední významné opoziční médium a zpravit ústavu.

## Červenec

Masová vražda v Norsku. Je Breivik pravcový extrémista, nebo blázen? Špatná otázka. Je to totéž.

Bulvár ve Velké Británii zašel příliš daleko. Tradiční společnost si s tím poradila. Rupert Murdoch si líže rány.

Přistál poslední raketoplán. Další americké výlety do kosmu se konají ze stanice Bajkonur. Z Cap Canaveral do stepi Kazachstánu. Bože, kam až jste to, přátelé, dopracovali?



Výbuch v Tunisku. Začíná arabské jaro. Řetězová reakce. | Foto: ongo.com

# Lékařská ocenění a další pocty v roce 2011

## Nobelova cena

Za zásluhy o dokonalejší poznání struktur imunitního systému člověka a lepší pochopení jeho funkce získali ocenění švédské Královské akademie věd v kategorii fyziologie a medicíny tři imunologové. Američan **Bruce Alan Beutler** s francouzským biologem lucemburského původu **Julesem A. Hoffmannem** obdrželi Nobelovu cenu za rozkrytí způsobu aktivace

vrozené imunity a Kanadán **Ralph Marvin Steinman** za objev dendritických buněk a objasnění jejich role v mechanismech fungování získané imunity.

Posledně jmenovanému jeho vlastní objev prodloužil život poté, co mu byla před čtyřmi lety diagnostikována rakovina slinivky břišní. Na tuto nemoc zemřel několik dnů před slavnostním vyhlášením,

čímž došlo k bezprecedentní situaci v historii Nobelových cen. Ty se totiž posmrtně neudělují. Výbor 50 profesorů Karolinska Institutet, který o držitelích ocenění v kategorii lékařství a fyziologie každý rok rozhoduje, se však usnesl, že udělení proběhlo „v dobré víře“ před tím, než příbuzní laureáta oznámili jeho skon, a Ralphu Steinmanovi proto cena zůstala.



Jules A. Hoffmann



Bruce Alan Beutler



Ralph Marvin Steinman

## Státní vyznamenání

Jediným lékařem vyznamenaným při slavnostním ceremoniálu na Pražském hradě v den 93. výročí vzniku samostatného Československa byl chirurg a transplantolog **prof. MUDr. Jan Černý, CSc.** Prezident republiky Václav Klauz mu udělil Medaili za zásluhy o stát v oblasti vědy.

Profesor Černý se kromě mnoha průkopnických počínů v oblasti kardiologie a srdečních transplantací zasloužil o rozvoj programu transplantace jater v Československu. Byl hlavním „motorem“ týmu, který pod vedením profesora Vladimíra Kořístka uskutečnil v roce 1983 na II. chirurgické klinice FN u sv. Anny v Brně první úspěšnou transplantaci jater u nás. V roce 1987 implantoval umělé srdce, vynikajících



Foto: Martin Ježek

výsledků dosáhl v oblasti záchovných operací na mitrální chlopi. V Centru kardiiovaskulární a transplantční chirurgie Brno, které řídil v letech 1991–2005, uskutečnil tým pod jeho vedením v roce 1992 první transplantaci

srdce v Brně. V roce 1995 transplantoval jako první v ČR srdce dítěti a v roce 2005 provedl první transplantaci tří orgánů (srdce, jater a ledviny) současně.

„Představa, že budeme mít brzy k dispozici stáda inbredních prasat, která nám poskytnou vhodné orgány pro jejich přenos na nemocné, se stále více vzdaluje. Budoucnost vidím spíše v technice, která přinese dokonalejší umělá játra a plně implantabilní umělé srdce a systémy nahrazující činnost levé srdeční komory,“ řekl profesor Černý v obsáhlém rozhovoru pro Zdravotnické noviny v červnu 2006. Na závěr rozhovoru také prozradil, že je nadšený tenista, lyžař a houbař; největší radost mu samozřejmě udělají výstavní hříbky.

## Pamětní medaile Senátu PČR

Mimořádné zásluhy prof. RNDr. Antonína Holého, DrSc., ve výzkumu a vývoji virostatik ocenil Senát Parlamentu České republiky Stříbrnou pamětní medailí. „95 procent nových případů AIDS na světě je léčeno preparátem pana profesora Holého,“ připomněl RNDr. Zdeněk Havlas, ředitel Ústavu organické chemie a biochemie Akademie věd České republiky, kde profesor Holý se svým týmem působí. „Pan profesor je ideální ilustrací toho, že ve vědě nelze očekávat nějaký zlom z roku na rok – že si sednete ke stolu, začnete zkoumat a za rok to zpeněžíte, jak si mnohdy představují kolegové z průmyslu. Mít trpělivost a postu-



Foto: Leoš Chodura

povat krůček za krůčkem se vyplácí jak vědcům, tak společnosti,“ dodal RNDr. Havlas.

## Cena ministra školství



Foto: Masarykova univerzita

Za vynikající výsledky svého výzkumu leukemií získal cenu ministra školství student doktorského programu onkologie **MUDr. Mgr. Marek Mráz** z Lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně. Laureát vystudoval všeobecné lékařství na Lékařské fakultě MU a také molekulární biologii a genetiku na Přírodovědecké fakultě MU.

Ve své práci se zaměřuje především na chronickou lymfatickou leukemii, tedy nejčastější typ leukemie u dospělých. Zajímá jej hlavně úloha microRNA v patogenetice tohoto onemocnění a možnosti jejího využití jako prognostického markeru v klinické medicíně.

## Cena Jana Evangelisty Purkyně



Foto: Leoš Chodura

„Pětihvězdičkovým generálem medicíny“ a „důstojným pokračovatelem velkého učitele Purkyně“ nazval zatím posledního držitele nejvyššího ocenění České lékařské společnosti J. E. Purkyně její předseda profesor Jaroslav Blahoš. Z jeho rukou převzal cenu v Saturnově sálu zámku v Libochovicích (Purkyňově rodišti) internista, onkolog a hematolog **prof. MUDr. Pavel Klener, DrSc.** Jako první se u nás začal systematicky věnovat protinádorové chemoterapii, 50 let pracuje ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze a 18 let byl přednostou její 1. interní kliniky, 5 let řídil Ústav hematologie a krevní transfuze Praha (ÚHK), napsal 19 monografií, kolem dvou set odbor-

ných sdělení a mnoho učebních textů... Tato fakta připomněl ve své laudaci současný ředitel ÚHK a přednosta 1. interní kliniky 1. LF UK a VFN profesor Marek Trněný. Dodal, že spoluautorem zatím poslední publikace profesora Klenera („Nová protinádorová léčiva a léčebné strategie v onkologii“) je jeho syn MUDr. Pavel Klener, Ph.D. – jde prý o další důkaz, že jablko nepadá daleko od stromu. Profesor Vladimír Palička pak ve svém zamyšlení konstatoval, že ocenění má mnohem více „pě“ než pověstných pět: „Pan profesor přišel na svět v Prešpurku, promoval přesně před padesáti lety v Praze a preferuje potřeby pacientů před potřebami politiky.“

## POCTY A CENY

## 18. rytíř lékařského stavu

Jeho obětavost hraničila se sebeobětováním, k nemocným se choval vládně a s profesionálním svědomím. „Nikdo nedokázal sdělit diagnózu nejtěžším pacientům tak šetrně jako on,“ zdůraznil prezident České lékařské komory (ČLK) MUDr. Milan Kubek při pasování pneumologa **MUDr. Jiřího Jedličky** na rytíře lékařského stavu; stalo se tak 19. května v Břevnovském klášteře v Praze v kulisách oslav 20. výročí znovuzaložení ČLK.

Doktor Jedlička léta pracoval jako primář oddělení tuberkulózy a respiračních nemocí Klatovské nemocnice, jeho působištěm bylo i sanatorium v Tatranské Poliance a nemocnice s poliklinikou v pražských Vysočanech; v současné době je konziliářem Nemocnice Sušice. Pochází z rodu, v němž má medicína tradici sahající až k pobělohorským časům. Jeho pra-



Foto: Leoš Chodura

strýc, profesor Rudolf Jedlička, založil v Praze-Podolí reprezentativní léčebný ústav Pražské sanatorium (dnešní Ústav pro péči o matku a dítě). Otec MUDr. Kamil Jedlička byl masarykovský demokrat, který si podržel rovnou páteř i v 50. letech, kdy praktiky totalitního režimu uvrhly jeho rodinu na existenční dno. Právě letošní lau-

reát je autorem myšlenky oceňovat symbolickým pasováním lékaře, kteří se výrazně zasloužili o etiku povolání, rozvoj medicíny a humanismu nebo projevili mimořádně statečný občanský či lékařský postoj. „Čest a moudrost sedí v koutku české země a stydí se, že byly opuštěny jejími vládci,“ pronesl ve svém poděkování.

## Česká hlava

Laureátem Národní ceny vlády „Česká hlava“, jejíž udělování je díky televizním přenosům asi nejviditelnější aktivitou projektu na podporu vědecké a technické inteligence, se stal přední český kardiolog, přednosta 3. interní kliniky – kliniky kardiologie 3. LF UK a FN Královské Vinohrady a předseda České kardiologické společnosti **prof. MUDr. Petr Widimský, DrSc.** Jeho práce a výsledky zásadně změnilu léčbu a prognózu infarktu myokardu (IM). Koronární angioplastika se u nemocných s IM stala rutinní záležitostí a úmrtnost na tuto srdeční příhodu se díky tomu významně snížila. Profesor Widimský se podílel také na výzkumu využití kmenových buněk v léčbě pacientů s IM, je řešitelem mnoha vysoce hodnocených grantových projektů a často citovaným autorem domácích i zahraničních publikací.



Petr Widimský. | Foto: Česká hlava

Cenu „Doctorandus“ Nadačního fondu Česká hlava získal **MUDr. Jan Petrášek, Ph.D.**, z Institutu klinické a experimentální medicíny Praha za objasnění úlohy toll-like receptorů v patogenezi jaterních onemocnění. Cenu „Gaudeamus“ Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR si ze slavnostního večera odnesl **Ing. Lukáš Rambousek** z Vysoké školy chemicko-technologické Praha za výzkum látek, které by potenciálně mohly sloužit jako léčiva u neuropsychiatrických



Jan Petrášek. | Foto: Česká hlava

onemocnění, zejména degenerativních chorob mozku. Ve studentské soutěži „České hlavíčky“ uspěla mimo jiné **Hana Sedláčková** z Gymnázia Hodonín, jež zkoumala změny genu způsobující Rothmundův-Thomsonův syndrom, a **Eliška Zlámalová** z pražského Gymnázia Nad Štolou s návrhem metody pro monitorování molekulární podstaty vzniku závislosti na drogách; s touto prací předtím obsadila 1. místo v soutěži Střeškovská odborná činnost.

## Cena MZ za rozvoj zdravotně-sociální péče

Dvě výroční ceny udělil ministr zdravotnictví Leoš Heger 1. prosince 2011 u příležitosti Mezinárodního dne osob se zdravotním postižením na slavnostním večeru pořádaném ve spolupráci se Sjednocenou organizací nevidomých a slabozrakých ve Španělském sále Pražského hradu. Získaly je ředitelka školy Sdružení pro pomoc mentálně postiženým Modrý klíč **Mgr. Ing. Milena Remarová** za mimořádné zásluhy v oblasti

péče o děti se zdravotním postižením a kombinovanými vadami a lékařka psychiatrického oddělení FN Královské Vinohrady **MUDr. Tamara Tošnerová** za mimořádné zásluhy o edukaci a podporu pečujících v ČR. Doktorka Tošnerová se věnuje problematice poruch paměti, sociálním patologiím zejména ve vztahu k seniorům (domácí násilí, ageismus) a popularizaci zdravého a aktivního života ve stáří.

## Praemium Academiae

Předseda Akademie věd ČR profesor Jiří Drahoš letos udělil prestižní „Akademickou premií“ dvěma významným českým vědcům – vedoucímu oddělení biofyzikální chemie Ústavu fyzikální chemie J. Heyrovského AV ČR **profesoru Martinu Hofovi** a vedoucímu sekce fotoniky a oddělení optických senzorů Ústavu fotoniky a elektroniky AV ČR **docentovi Jiřímu Homolovi**. Výzkumná práce profesora Hofa se zaměřuje na stálé zlep-

šování špičkových fluorescenčních technik. Docent Homola se zabývá výzkumem biosenzorů, především optických, založených na excitaci povrchových plasmonů. Finanční podporu spojenou s Akademickou premií hodlá využít k vývoji nové generace optických biosenzorů, které umožní ještě rychlejší a přesnější detekci biologických látek a tím výrazně napomohou lékařské diagnostice i kontrole kvality potravin.



Zleva Jiří Homola, Jiří Drahoš a Martin Hof. | Foto: AV ČR



Foto: Leoš Chodura

## Cena Karla Pavlíka

Přednosta Kliniky všeobecné a transplantační chirurgie Lékařské univerzity v rakouském Innsbrucku **profesor Raimund Margreiter** převzal poslední červnový den v pražském Karolinu z rukou předsedy správní rady Nadace Karla Pavlíka MUDr. Štefana Vítka, CSc., výroční cenu České transplantační nadace za zásluhy o rozvoj transplantační medicíny.

Narodil se v roce 1941 v lékařské rodině. V roce 1983 transplantoval jako první na světě současně játra a ledviny a v roce 1995 jako první v Rakousku tenké střevo. V březnu 2000 jím vedený tým transplantoval obě ruce pacientovi, který o ně přišel při likvidaci bomby. Byl rovněž průkopníkem clusterových, tedy kombinovaných transplantací několika nitrobráňních orgánů najednou.

## Ceny Učené společnosti ČR

Cena Učené společnosti České republiky se každoročně uděluje za významný výsledek tvůrčí práce v badatelském nebo cíleném výzkumu osobnostem, které jsou občany ČR, pracují zde a nejsou členy Učené společnosti. V kategorii „Mladý vědecký pracovník“ ji letos z rukou předsedy společnosti profesora Václava Pačese na jejím 17. valném shromáždění ve Velké aule pražského Ka-

rolina převzala **MUDr. Mgr. Dana Pokorná, Ph.D.**, z Ústavu hematologie a krevní transfuze Praha za vynikající výzkumnou práci v oblasti imunologie nádorů vyvolaných viry. V kategorii „Střeškovský student“ uspěla mezi jinými i **Veronika Denková** z Arcibiskupského gymnázia v Praze s prací „Aktivizace seniorů v domech s pečovatelskou službou“.

## POCTY A CENY

### Cena ČLK za přínos vzdělávání

Cenu prezidenta České lékařské komory (ČLK) za přínos celoživotnímu vzdělávání lékařů předal šéf komory MUDr. Milan Kubek **prof. MUDr. Romanu Čerbákovi, CSc.** Učinil tak v Kaiseršteinšském paláci v Praze na semináři ČLK věnovaném právě tématu perspektiv celoživotního vzdělávání lékařů. Laureát se po většinu svého odborného života zabýval kardiologií, zejména invazivní diagnostikou chlopenních vad a problematikou dysfunkcí levé srdeční komory. V letech 1995–1999 byl předsedou České kardiologické společnosti. Jeho zásluhou začala společnost pořádat v Brně své kongresy, které se vyvinuly v jedny z nejprestižnějších odborných lékařských akcí. Zasloužil se také o vznik odborných doporučení, jež jsou dnes považována za vzor takových pravidel. Připravil řadu vzdělávacích kurzů v kardiologii, je hodnotitelem kardiologické části vzdělávacích akcí ČLK, než jsou zařazeny do systému vzdělávání.



Peter Fedor-Freybergh a Roman Čerbák. | Foto: Macciani

Mimořádnou cenu prezidenta ČLK za přínos v oblasti podpory publikační činnosti lékařů převzal dětský psychiatr **prof. Peter Fedor-Freybergh**. Promoval na bratislavské lékařské fakultě, atestoval z dětské a dospělé psychiatrie. Na Karolinska Institutet ve Stockholmu získal doktorát z gynekologie. Je nosite-

lem první evropské profesury v oblasti psycho-neuro-endokrinologie na Salcburské univerzitě a v roce 2000 byl jmenován prvním profesorem pro obor perinatální a perinatální medicíny na světě. Jeho snahou je podpořit české lékaře, aby publikovali v zahraničních časopisech a tím si zvyšovali kvalifikaci.

### Medaile Josefa Hlávky

Mezinárodně uznávaná specialista na léčbu popálenin a plastickou chirurgii **prof. MUDr. Radana Königová, CSc.**, převzala v předvečer studentského svátku 17. listopadu na zámku v Lužanech u Přeštic Medaili Josefa Hlávky. Ocenění jí na návrh rektora Univerzity Karlovy (UK) udělilo Nadání Josefa, Marie a Zdeňky Hlávkových. Cenu Josefa Hlávky získalo celkem 14 studentů a mladých pracovníků UK, mezi nimi i Mgr. Daniela Fornůšková Burská, Ph.D., z 1. LF UK, MUDr. Markéta Kubri-



Foto: Leoš Chodura

čanová Žaliová, Ph.D., z 2. LF UK, MUDr. Miroslava Čedíková z LF UK Plzeň a Mgr. Pavlína Hašková z Farmaceutické fakulty UK.

### Zlatá medaile prof. Václava Libenského

Nejvyšší ocenění České kardiologické společnosti obdržel 7. června na zámku v Poděbradech **prof. MUDr. Jan Černý, CSc.**, vyznamenaný letos i prezidentem republiky Me-

daili za zásluhy o stát v oblasti vědy (viz str. X). Letošní sedmdesátník je prvním představitelem příbuzného oboru (kardiochirurgie), který tuto kardiologickou poctu obdržel.

### Pečovatelka roku

Laureátkami a laureátem 9. ročníku celostátního ocenění udělované Diakonií Českobratrské církve evangelické (ČCE) – Střediskem křesťanské pomoci v Praze se 5. prosince na Novoměstské radnici v Praze stali: Marta Bubeníková z Charity Uničov, Milena Hrubešová z Pečovatelství služby Praha 6, Jaroslava Klímová z Charitní pečovatelské služby Zábřeh, Aloisie Křišková z Domova pokojného stáří Libošovice, Jana Mráčková ze Sociálních služeb pro seni-

ory Olomouc, Jiřina Mrkvičková z Diakonie ČCE – střediska „Domov na zámku“ v Myslibořicích, Jana Navrátilová z G-centra Tábor, Helena Portschová z Centra sociálních služeb Děčín, Zdeněk Šolc z Centra sociálních služeb Uničov a Květa Tlustá z Diakonie ČCE – Domova odpočinku ve stáří Krabčice. Slavnostní vyhlášení se uskutečnilo pod záštitou předsedkyně poslancecké sněmovny Miroslavy Němcové a ministra práce a sociálních věcí Jaromíra Drábka.

### Medical Fair Award 2011

Tradiční říjnový veletrh zdravotnické techniky, rehabilitace a zdraví na brněnském Výstavišti opět obohatila soutěž o nejlepší exponáty. Hodnotitelská komise vybrala z 9 přihlášených 3 vítězné. V kategorii „Technologie pro diagnostiku a léčbu“ byla oceněna společnost BTL zdravotnická technika, a to za mikroprocesorem řízený přístroj BTL-6000 Shortwave 400 se čtyřkloubovými rameny, určený pro kontinuální a pulzní diatermii. Vítězným exponá-

tem kategorie „Zdravotní pomůcky pro tělesné a smyslově postižené“ se stala protéza Genium od společnosti Otto Bock. Protéza umožňuje amputovaným použít švih nebo stoupat do schodů střídavou chůzí. Je bezpečnější a šetří celé pohybové ústrojí, především zachované končetiny a páteř. Cenu v kategorii „Vybavení a zařízení pro tělesné a smyslově postižené“ převzala společnost ZLKL za originální čtyřkolku ELBEE pro tělesně postižené na vo-

zíkú. Umožňuje řízení bez nutnosti přesezení z vozíku, parkování kolmo k chodníku v řadě podélně stojících automobilů a nájezd z čela vozidla. Čestné uznání hodnotitelské komise a generálního ředitele společnosti Veletrhy Brno získal exponát Tex Me společnosti DSPG Telecom, který umožňuje neslyšícím vést dialogovou konverzaci se světem slyšících, a to prostřednictvím kteréhokoli mobilního zařízení.

### Cena Makropulos

Počtvrté za sebou byla 1. října v Národním divadle v Praze udělena cena Makropulos, kterou Ministerstvo zdravotnictví ČR zřídilo v roce 2005 v návaznosti na Národní program přípravy na

stárnutí. Název ceny je inspirováný divadelní hrou Karla Čapka a myšlenka jejího udílení poselstvím, že kvantitativní prodloužení lidského života nestačí, není-li naplněno smyslem a kvalitou.



Robert Huneš, Eva Ludačková a Leoš Heger. | Foto: MZ ČR

Letošní cenu Makropulos převzali z rukou ministra zdravotnictví Leoše Hegera ředitel Hospice sv. Jana Nepomuka Neumanna v Prachaticích **PhDr. Robert Huneš** s vrchní sestrou **Mgr. Evou Ludačkovou**. Hospic sv. Jana Nepomuka Neumanna dosud posloužil více než tisícovce pacientů v terminální fázi onemocnění a jejich rodinám. Není pouze specializovaným lůžkovým zařízením, prostřednictvím domácí hospicové péče poskytuje zdravotní služby i v domovech pacientů. Návrh na jeho ocenění vzešel od Kongregace milosrdných sester sv. Karla Boromejského, která byla loni sama oceněna za Domov sv. Karla Boromejského v Praze-Řepích.

### Sestra roku 2010

Koncem února byly na pražském Žofíně slavnostně vyhlášeny výsledky XI. ročníku soutěže Sestra roku, již vyhlašuje odborný časopis Sestra vydavatelského domu Mladá fronta. Soutěž je koncipována jako poděkování sestrám za jejich vytrvalou a obětavou práci, a to nejen vítězům, finalistkám a nominovaným, ale i všem ostatním. Cílem ocenění je pozvednout prestiž a uznání tohoto povolání. Vítězkou soutěže Sestra roku 2010 v kategorii „Sestra v nemocniční a ambulantní péči“ se stala **Jiřina Špelinová**, vrchní sestra kardiologického oddělení Pardubické krajské nemocnice. V kategorii „Sestra v sociální péči“ zvítězila **Ludmila Kadlecová**, vše-

obecná sestra z Domova pro seniory, p. o., Luhačovice. Titul v kategorii „Sestra v výzkumu a vzdělávání“ si odnesla **Jitka Pancířová**, globální manažerka kvality pro dialyzační střediska, B. Braun Avitum – dialyzační střediska, Praha. Ocenění „Sestra mého srdce“ bylo uděleno **Marii Čechové**, vrchní sestře anesteziologicko-resuscitačního oddělení Nemocnice Znojmo. Čestné ocenění za celoživotní dílo v ošetřovatelském oboru obdržela **Anna Chrzová**, odborná garantka vzdělávání pro nelékařské zdravotnické pracovníky Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a předsedkyně Sekce managementu ČAS.



# Co přinesl rok 2011 ve farmaceutickém průmyslu



Ilustrační foto: Shutterstock

## Únor

**Roflumilast** (Daliresp) od firem Forest Laboratoires a Nycomed byl schválen americkým Úřadem pro kontrolu léků a potravin (FDA) k používání v indikaci prevence exacerbace CHOPN u pacientů s chronickou bronchitidou.

## Březen

Nový lék Tredaptive, určený pro pacienty s kombinovanou smíšenou dyslipidemií a primární hypercholesterolemií, uvedla na český trh společnost MSD.

Výsledky roční *head-to-head* studie POET-CHOPN ukázaly přínosy anticholinergního přípravku **tiotropium** (Spiriva) ve srovnání s dlouhodobě působícím beta-sympatomimetikem salmeterolem při snižování počtu exacerbací u pacientů s CHOPN. Závěry studie zveřejnil New England Journal of Medicine.

Evropská komise schválila léčivý přípravek firmy Novartis  **fingolimod** (Gilenya) pro pacienty s relabující-remitentní formou RS.

## Květen

Objektem kritické diskuse se sta-

la první randomizovaná, placebem kontrovaná studie s tzv. **polypill** – fixní multikombinace s obsahem kyseliny acetylsalicylové, lisinoprilu, hydrochlorothiazidu a simvastatinu. Ačkoli studie ukázala na potenciál polypill snížit kardiovaskulární riziko o více než polovinu, mnozí odborníky byl celý koncept zpochybňován i vysmíván.

Studie CALGB, prezentovaná na 15. mezinárodním workshopu o myelomu v Paříži, prokázala, že udržovací terapie **lenalidomidem** (Revlimid), podávaná pacientům s mnohočetným myelomem po transplantaci kostní dřeně, oddaluje dobu do progresu onemocnění a významně zlepšuje celkové přežití. Lenalidomid by měl indikován pro udržovací léčbu u pacientů s nově diagnostikovaným myelomem.

## Červen

Společnosti Bristol-Myers Squibb a AstraZeneca představily na kongresu Americké diabetické asociace v San Diegu nové výsledky dvou významných klinických studií, v nichž byl hodnocen **dapagliflozin**. Tento lék by se

mohl stát prvním schváleným přípravkem ze skupiny inzulín-independentních perorálních antidiabetik.

Americký Úřad pro kontrolu léků a potravin (FDA) zastavil probíhající studii s akronymem AIM-HIGH, která testovala hypotézu, zda zvyšování HDL cholesterolu (za současného snížení triglyceridů) **niacinem** u pacientů s anamnézou kardiovaskulárního onemocnění léčených statinem povede k poklesu rizika dalších vaskulárních příhod. Studie byla předčasně ukončena, protože podávání niacinu nebylo spojeno s žádným evidentním prospěchem, a v „niacinové“ větvi studie byl dokonce zaznamenán vyšší počet cévních mozkových příhod

Společnost MSD uvedla na český trh nový přípravek **golimumab** (Simponi). Jde o plně humánní monoklonální protilátku namířenou proti TNF-alfa, která se aplikuje jednou měsíčně prostřednictvím subkutánní injekce. Golimumab je určen pro léčbu středně těžké až těžké aktivní revmatoidní artritidy, aktivní a progresivní

psoriatické artritidy a těžké aktivní ankylozující spondylitidy u dospělých pacientů.

## Červenec

Společnost Biogen Idec získala od Evropské komise podmíněné schválení **dalfampridinu** (Fampyra) – perorálního léku, který zlepšuje chůzi u dospělých pacientů s roztroušenou sklerózou. Fampyra je prvním lékem, který řeší tento zdravotní problém.

**Rivaroxaban** (preparát Xarelto od firem Bayer a Johnson & Johnson) jako první perorální **antikoagulans** získal schválení FDA k používání v indikaci prevence tromboembolické nemoci po náhradě kolenního kloubu.

Evropská unie schválila použití **bevacizumabu** (Avastin) společností Roche pro ženy s metastazujícím karcinomem prsu. Rozšíření indikace se týká kombinace bevacizumabu s kapecitabinem (Xeloda) nebo paklitaxelem v primární léčbě.

## Srpen

Evropská komise schválila průlomové perorální **antikoagulans dabigatran etexilát** (Pradaxa) společností Boehringer Ingelheim pro prevenci cévních mozkových příhod u pacientů s fibrilací síní s rizikem mozkové příhody.

Společnosti Boehringer Ingelheim a Eli Lilly získaly povolení Evropské komise k registraci léčiva **linagliptin** (Trajenta) pro léčbu pacientů s diabetem 2. typu. Linagliptin je schválen v kombinaci s metforminem, v trojkombinaci s metforminem a sulfonylureou a jako monoterapie u pacientů, u nichž není úprava životního stylu a dieta dostačující a nemohou užívat metformin.

Kombinovaný přípravek **kyseliny acetylsalicylové a esomeprazolu** (Axanum) od firmy AstraZeneca byl schválen v EU k používání v sekundárně preventivní indikaci u pacientů s prodělaným kardiovaskulárním onemocněním, kteří jsou ve zvýšeném riziku vzniku gastroduodenální vředové choroby.

**Lebrikizumab** od firmy Roche, monoklonální protilátka vůči interleukinu-13, ve studii MILLY zabývající se léčbou bronchiálního astmatu signifikantně zvýšila klíčový parametr FEV<sub>1</sub> u pacientů již léčených inhalačními kortikoidy. Stalo se tak ve skupině pacientů se zvýšenou hladinou periostinu, což je protein měřitelný v krevní

plazmě, který by mohl sloužit jako vhodný biomarker aktivity tohoto onemocnění. Roche látku označuje za možný první personalizovaný lék v léčbě bronchiálního astmatu.

**Botox** (botulinum toxin typ A) od firmy Allergan byl schválen ve 14 zemích EU u forem močové inkontinence, jež jsou charakterizovány hyperaktivitou detruzoru při poranění míchy či *sclerosis multiplex*. Stalo se tak na základě studie fáze III se 700 pacienty, kteří byli nedostatečně залечeni stávající léčbou anticholinergiky.

## Září

Odborné společnosti byl představen nový lék **denosumab** (Prolia) přicházející na český trh. Denosumab je první a jedinou schválenou monoklonální protilátkou, která se cíleně váže na RANK ligand a potlačuje resorpci kostní hmoty. Přípravek je určen pro léčbu osteoporózy u postmenopauzálních žen se zvýšeným rizikem vzniku zlomenin.

Evropská léková komise schválila **erlotinib** (Tarceva) od firmy Roche pro léčbu pokročilého nebo metastazujícího nemalobuněčného karcinomu s mutací EGFR.

**Telavancin** (Vibativ) od firmy Astellas byl v Evropě povolen k užívání v indikaci nozokomiální pneumonie způsobené MRSA.

## Říjen

FDA schválila kombinaci **sitagliptinu a simvastatinu** (Juvissync) od firmy MSD. Jedná se o první kombinovaný přípravek perorálního antidiabetika ze skupiny inhibitorů dipeptidyl peptidázy 4 s hypolipidemikem.

## Listopad

V České republice se změnil způsob výdeje přípravků Escapelle a Postinor-2, které jsou indikovány jako **nouzová antikoncepce**. Přípravky jsou nyní vydávány bez lékařského předpisu s omezením – po ověření totožnosti a věku ženy (nad 16 let).

## Prosinec

Společnost Sanofi oznámila, že přípravek **lixisenatid** (Lyxumia), agonista GLP-1 receptorů, dosáhl v kombinaci s inzulínovým přípravkem Lantus (inzulín glargin) svého primárního cíle účinnosti signifikantní redukci hladiny HbA<sub>1c</sub>, se signifikantním zlepšením postprandiální glykémie v klinické studii GetGoal Duo 1.

# Novoroční anketa ZDN

Představitelů jednotlivých sfér českého zdravotnictví jsme se zeptali: Jaký vývoj našeho zdravotnictví očekáváte v roce 2012 a které právě probíhající změny jej podle vás nejvíce ovlivní?

## Mírný pokrok v mezích zákona

**MUDr. Pavel Vepřek**  
poradce ministra zdravotnictví



Zdravotnictví je svou podstatou velmi konzervativní systém a setrvačnost je hlavní silou promlouvající do jeho vývoje. Je dů-

stojným korábem, který pomalu reaguje na změnu otáček lodního šroubu a nastavení kormidla. Neprížeň počasí znepřijemňuje pobyt na palubě, ale kurz lodí a život v podpalubí ovlivní, až když trvá příliš dlouho. Pro zdravotníky je to současně dobrá, ale i špatná zpráva. Dobrá v tom, že přes očekávanou nestabilitu našeho hospodářského prostoru v roce 2012 a probíhající ekonomickou recesi dolehne případně naplnění některého z katastrofických scénářů na zdravotnictví méně a později, než tomu bude jinde. Druhou stranou stejné mince je fakt, že adaptace zdravotnictví na vývoj prostředí je zdoluhavá a i rychlá a správná reakce na kapitánském můstku se projeví až s časovým odstupem.

Jisté je, že v roce 2012 bude zdravotnictví pod silným ekonomickým tlakem. Na příjmové straně lze očekávat jen minimální růst příjmů veřejného zdravotního pojištění důsledkem stagnace mezd a nízkého či nulového růstu hrubého domácího produktu v kombinaci s neutěšeným stavem státní kasy. Prosakující informace o anekdotických případech neúčelného vynakládání veřejných prostředků ve zdravotnictví nemotivují strážce státních financí k navýšení platby státu do systému, i když by se pro to pár dobrých důvodů našlo. Na výdajové straně zatíží misku vah zvýšení základní sazby DPH z 10 na 14 %, porostou platy nemocničních lékařů a dál bude působit tlak nových technologií a poptávka po zvyšování kvality a výsledků zdravotní péče. Zájem na zvyšování efektivity zdravotnictví bude v právě vyhlášené roce nebyvale vysoký a můžeme očekávat celkem pochopitelnou snahu získat z každé vložené koruny co největší užitek.

## Příprava na velký třesk

V lůžkové péči je rok 2012 přípravou na „velký třesk“ v roce 2013. Úhrada postavená na DRG, byť zatím s nasazeným náhubkem, pomůže identifikovat neperspektivní kapacity a možnosti navýšit průchodnost pracovišť perspektivních. Zvýšení regulačního poplatku za den pobytu v nemocnici má synergické působení s DRG motivací ke zkrácování ošetřovací doby a současně zmenšuje ekonomickou hradbu mezi zdravotním a sociálním světem. Vypovězení všech smluv mezi pojišťovnami a nemocnicemi k začátku roku 2013 umožňuje pojišťovnám a vlastníkům či provozovatelům nemocnic zkorrigovat status quo.

Pojišťovny dostávají povinnost a příležitost nasmlouvat objem a především strukturu péče, která odpovídá potřebám jejich pojištěnců. Pro nemocnice je to šance soustředit se na poskytování služeb, které opravdu umějí a na které mají a budou mít pacienty. Budou muset opustit pole nepotřebných a neperspektivních aktivit, popřípadě si vymyslet zcela nový program. Vyjednávání o budoucí struktuře a podobě zdravotní a sociální ústavní péče, na kterém se budou podílet všichni zúčastnění hráči, pokládám za klíčovou aktivitu roku 2012. Zejména když se dosažené dohody přetaví ve smluvní ujednání. Pokud to letos dobře odpracujeme, bude mít zdravotnictví v příštích letech o jeden problém méně.

## Větší míra odpovědnosti

Poněkud ve stínu změn ústavní péče stojí škála kroků, které postupným působením přispějí ke zvýšení efektivity a patientské orientace zdravotnictví.

Nabízím pár příkladů za všechny. Připravované úhradové aukce na léčiva mají potenciál výrazně snížit náklady, stejně jako zjednodušení vstupu generik, zkrácení lhůt správního řízení a dokončení revize lékových skupin. Zatím skromná nabídka zdravotních služeb, u kterých si pacient může doplatit na nejdůležitější variantu léčby, se bude časem rozšiřovat a tím zvětšovat prostor pro personalizaci poskytované péče. Výhodou zvoleného postupu je právě otevření prostoru, který může a nemusí být využit dalším vývo-

jem. Redukce počtu přestupných termínů pojištěnců mezi pojišťovnami na jeden vázaný na změnu letoptočtu, pochopitelně mimo pojišťovny v potížích, směřuje k posílení odpovědnosti pojišťovny za dostupnost péče. Jednou z dosavadních strategií zdravotních pojišťoven ke snížení nákladů je nasmlouvání menšího rozsahu nákladné péče, než kolik pojištěnci potřebují. Lékaři pak sami přeměrují nákladného pacienta k pojišťovně, která se stará. Jednotný termín umožní lepší kontrolu pojišťoven v dodržování limitů časové a místní dostupnosti péče a do rozhodování pojištěnců vnášší větší míru odpovědnosti při volbě pojišťovny.

Výčet změn, které nás letos čekají, by byl ještě dlouhý, ale většinou se dotýkají jen některých odborností nebo představují regulace oblastí nových či dosud opomíjených. Obecně lze říci, že nás nečeká nic dramatického, jen evoluční ladění stávajícího systému v duchu „mírného pokroku v mezích zákona“ a možné utažení opasku. Snad maximálně o jednu díрку.

## Sedm chmurných předpovědí a na závěr alespoň jedna dobrá

**MUDr. Milan Kubek**  
prezident České lékařské komory



Podfinancované české zdravotnictví se bude v důsledku chybných politických rozhodnutí (zvýšení DPH bez kom-

penzace pro zdravotnictví, stagnace plateb za tzv. státní pojištění...) propadat do stále hlubších ekonomických problémů, které se politiky s pomocí zdravotních pojišťoven budou snažit řešit na úkor zdravotníků.

Nic dobrého však nečeká ani pacienti. Úhradová vyhláška ministra Hegera snižuje úhrady za provedenou zdravotní péči a zpříšňuje regulace u všech segmentů s výjimkou praktických lékařů. Zdravotnická zařízení tak budou omezovat dostupnost zdravotní péče

pro pacienty. Porostou rovněž poplatky za léky a zdravotní pojišťovny budou ještě více omezovat oprávněné nároky svých klientů. Peníze na zaplacení zdravotní péče sice budou chybět, ale šaškárna, kterou předvedli zástupci ministerstva zdravotnictví společně s ODS a TOP 09 při jednání správní rady VZP koncem roku 2011, dává tušit, že korupci a zlodějnám se bude ve zdravotnictví dobře dařit i nadále.

Vláda s největší pravděpodobností nesplní svůj závazek zajistit valorizaci příjmů všech zdravotníků a navýšení platů lékařů o 10 %. Důsledkem bude nejenom růst sociálního napětí v resortu, ale také ztráta kreditu pana ministra Hegera.

Pro samé řeči o reformě již ministerstvu zdravotnictví nezbude čas pro prosazování skutečně potřebných změn. Na úhradové standardy zdravotní péče, které by snížily výdaje veřejného zdravotního pojištění, budeme patrně čekat i nadále marně.

Převod specializačního vzdělávání lékařů v základních oborech s výjimkou praktického lékařství z IPVZ pod jednotlivé lékařské fakulty zvýší chaos a urychlí jeho destrukci. Mladí lékaři získají další dobrý důvod proč si hned po promoci sbalit kufr.

Pokud ministr Heger podepíše vyhlášku o personálním vybavení zdravotnických zařízení v té podobě, kterou ČLK opakovaně odmítla, dojde k legalizaci personální devastace nemocnic a ke snížení bezpečnosti a kvality zdravotní péče.

A na závěr alespoň jedna dobrá zpráva: České zdravotnictví se sice bude rozpadat, ale díky obětavé práci lékařů a ostatních zdravotníků se navzdory snažení našich politiků nezhroutí.

Přeji nám všem pevně zdraví.

## Zapojme lékárny více do prevence i léčby



**PharmDr. Lubomír Chudoba**  
prezident České lékařské komory

Vývoj našeho zdravotnictví

– jeho financování, dostupnost a kvalita péče – bude podstatně ovlivněn stavem naší ekonomiky. Doufám ale, že státní exekutiva i zákonodárci neskončí u pouhého monitorování vývoje či přijímání jednostranně a jen dočasně účinných návrhů. Je nezbytné mnohem důkladněji využít odborný potenciál zdravotníků, v našem případě lékárníků a farmaceutických asistentů.

Nyní je v oblasti lékárenství nejviditelnější změnou nový způsob výběru regulačních poplatků, zvýšení DPH u léků či plánované vyřazení části léčivých přípravků z úhrad pojišťoven. To jsou z mého pohledu opatření spíše jen „administrativního charakteru“. Rád bych, aby se České lékárnické komoře podařilo přispět k cílevědomému úsilí státu a zdravotních pojišťoven více zapojit lékárny v oblasti prevence, zdravotního stylu, samoléčení... nebo třeba v projektech lékáren, které napomohou včasnému poznání a následné léčbě diabetika či hypertonika.

Byl bych také velmi rád, kdyby se stabilizovala ekonomika lékáren, která je zejména u těch menších a venkovských v bídné kondici. Přitom právě tyto lékárny doplňují síť zdravotnických zařízení a zlepšují dostupnost péče pro pacienty. Očekávám tedy jejich podporu, jak o ní mluvil ministr zdravotnictví.

## Větší nejistota zdravotnických zařízení

**MUDr. Zorjan Jojko**  
předseda Sdružení ambulantních specialistů



Sledují-li navrhované změny, nečekám v roce 2012 žádnou velkou revoluci. V rámci nové legislativní situace však od-

haduji, že rok 2012 bude pro ambulantní specialisty v každém případě těžší, než byl rok předchozí. Vycházím z toho, že nové zákony postaví zdravotnická zařízení do větší míry nejistoty vůči pacientům i úřadům, že přinesou nové povinnosti, na něž bude vázán nárůst finančních nákladů (řada administrativních povinností včetně tzv. přeregistrace, přízpusobení se například vyhláškou o technickém a věcném vybavení), a přitom vlastně dostaneme relativně méně peněz, neboť úhradovou vyhláškou nám nebylo nic přidáno (re-

regulace dokonce budou tvrdší, než v roce 2011), zároveň bude navýšena DPH, má akcelerovat míra inflace a i emery mají být dražší. Jsem si vědom, že v nových zákonech jsou i pozitivní věci – například zjednodušení převodu praxe z fyzické osoby na s. r. o., alespoň nějaká pravidla pro dědění praxí nebo například to, že návrh tzv. jediné dohody od zdravotní pojišťovny bude muset být jen lepší než úhradová vyhláška. Vůbec si ale nejsem jistý, že tato pozitivní změny jakým detekovatelným způsobem znamenají jen výdaje a práci navíc.

## Na racionální léčbu je peněz dost

**Ing. Ladislav Friedrich, CSc.**  
viceprezident Svazu zdravotních pojišťoven ČR



Změny, které ve zdravotnictví probíhají, posouvají systém správným směrem. Rozsah a dopad těchto úprav však bohužel prozatím v roce 2012 nevyřeší rozpor mezi stále omezenými finančními zdroji a očekávaným zdravotníkem. Jsem přesvědčen, že hospodaření většiny zdravotních pojišťoven za rok 2011 skončí s deficitem, a ten se již v roce 2012 nemůže takto opakovat.

Z finančního pohledu nás tedy čeká těžký rok. Naopak pokud jde o zajištění zdravotní péče, jsem přesvědčen, že na racionální léčbu je peněz dost. Zejména v Praze a dalších velkých městech si však pacienti i lékaři občas musí položit i otázku: Opravdu byla tato návštěva u lékaře nebo toto vyšetření nutné?

## Danažský dar od vlády

**MUDr. Martin Engel**  
předseda Lékařského odborného klubu



Největším problémem zdravotnictví bude asi zvýšená sazba DPH – danažský dárek od vlády. Ve zdravotnictví nelze toto opatření promítnout do ceny ani snížit kvalitu. Vlastní zdrojů jej také nelze pokrýt. Snaha přenést záva-

zek vlády plynoucí z přijatého memoranda na jednotlivé nemocnice je rovněž zátěžným problémem. I konečné zatížení – tolerance skutečnosti, že smlouvy na prostředky čerpané z pojištění nejsou veřejné, je skandální (viz např. IKEM).

## Vše záleží na vývoji ekonomiky

**MUDr. Jiří Běhounek**  
hejtman kraje Vysočina



Celkovou problematiku péče o zdraví musíme vnímat mnohem šířeji. Zahrnuje více oblastí než pouze organizační či provozní otázky samotného zdravotnictví. Bez společné očekávané pozitivní vývoje. Bez ohledu na naše přání a tužby zdravotnictví nejvíce ovlivní ekonomická situace v České republice.

## Ucpat největší díry v potápějící se lodi

**Daniel Vavřina**  
předseda HealthCare Institute



Uvítám pokračování diskuse nad nastavením systému a jeho užitečnosti pro aktéry – tj. pojištěnce, poskytovatele a plátce zdravotní péče. Zmiňuji záměrně, že „uvítám“, protože soudě dle diskusí s jednotlivými aktéry spíše opět nastane menší vakuum, kdy budou převládat nepřilíš konstruktivní monology. Nechme se tedy raději mile překvapit...

Obecně si myslím, že bude probíhat tvrdší „boj o zdroje“ a přenos financování na bedra daňových poplatníků, nemyslím si ovšem, že je toho prvoplánově třeba. Užitečnejší by byla realizace základního manažerského pravidla kapitánů, tedy nejprve najít a ucpat největší díry v potápějící se lodi a pak teprve řešit její systémový chod.

Mám-li být konkrétní, myslím si, že podle dostupných informací bude pokračovat tlak na síť poskytovatelů a jejich množství, dále se bude postupně zavádět hodnocení kvality poskytnutých služeb ze strany plátců péče (tedy jestli by-

lo opravdu realizováno to, co bylo fakturováno). Otázkou je, jaká situace nastane – podle všeho to vypadá na další vyhocení, které bude mít vliv i na politiku státu. Uvidíme, ale prosím, přeje si raději pozitivnější vstup do nového roku 2012: Hodně zdraví (!), štěstí a dostatek pozitivní konstruktivní nálady na řešení problémů, které prostě vždycy přijdou.

## Změny vyvolávající řadu otázek

**prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA**  
děkan 1. lékařské fakulty UK



Zdravotnictví v roce 2012 významně ovlivní několik faktorů v důsledku přijetí nových zdravotnických zákonů či novel zákonů.

Zásadním způsobem do českého zdravotnického systému promluví zákon o zdravotních službách, neboť jde o normu, jež nahrazuje původní zákon, který vznikl před 45 lety. Dalším významným krokem jsou novely zákona o zdravotní pojištění ve vztahu k hrazeným službám či úhradě léků. Například vynětí léků, jež stojí méně než 50 Kč, z úhrad ze zdravotního pojištění, což se však negativně promítne do nastavení cen léků v referenčních skupinách. Tato změna ukazuje, jak jsou spolu jednotlivé věci různě propojené a jak se jedna pozitivně míněná snaha může negativně promítnout do dalších oblastí.

Výrazným faktorem, který ovlivní ekonomiku zdravotnických zařízení, je zvýšení DPH. Zdravotnic-

ké zařízení stojí na konci systému placení či vracení DPH, a tak se z prostředků zdravotního pojištění trochu DPH. Pro lůžková zařízení nastanou změny ve financování zdravotních služeb prostřednictvím systému DRG, které je v dané formě tak trochu produktem „českého typu“, takže vyvolává řadu otázek a je spíše velkou neznámou.

Jsem optimistou, a proto věřím, že i přes výše uvedená úskalí a problémy, které každá změna přináší, se především státní musíme snažit být k sobě přívětiví, chápající a vytvářet tak ve svém okolí příjemnou atmosféru, jež příznivě působí na lidskou duši a mysl.

## Co bych si přál v roce 2012

**MUDr. Milan Novák**  
neurolog, komentátor ZDN



Přál bych si, aby se v tomto roce dovedlo klíčové podařila racionalizace českého zdravotnictví, věcná i finanční. Aby-

chom přestali beztrošně plýtvat, podvádět a krást. Abychom žili v souladu s tím, na co máme, a vytěžili z toho to nejlepší. Abychom se obrátili ke kvalitě, efektivitě, úspornosti a trošku i k celostnímu pohledu na nemocné. Abychom přeměnili extenzivní růst v intenzivní. Abychom se dokázali přizpůsobit i demografické realitě. Abychom dokázali citlivěji rozlišit pacienty naléhavě potřebné od méně potřebných a intenzivně vyšetřovali a léčili jen ty první, nikdy naopak. Vodítko podle

válečné medicíny: Nejpotřebnější jsou ti, kteří nejméně křičí.

## Obory blízké budoucnosti

Přál bych si, aby se povedl zákon o dlouhodobé péči a skončily tak loupeživé nájezdy VZP proti zařazením následné péče. Tato neohrabaná následná péče musí skončit. Pokud možno teď hned. Dokonce bych si přál, aby tito popírači potřeby zdravotní péče u chroniků byli přísně potrestáni. Rád bych, aby staří, handicapovaní a duševně nemocní mohli sloužit a žít, aby bylo kde rehabilitovat a aby také bylo kde důstojně umírat. Aby došlo k převratu mentality a bylo uznáno, že rehabilitační, následná a paliativní péče jsou absolutně nejperspektivnější obory blízké budoucnosti. A aby toto uznání našlo odpovídající ekonomické vyjádření.

Přál bych si, aby akutní a závažní pacienty stíhali ve špičkových centrech, zatímco dlouhodobě následné péči byli blízko domova, ve všech těch nemocnicích, které na špičkovou péči nemohou dosáhnout a jako koule na noze jen uměle prolézají svouti smrt k ukolením lokačních patriotických utimementů. Čím dříve změní náplň své činnosti, tím lépe. A bude se jim pak nepochybně dobře dařit. Přál bych si, aby akutní péče bez ohledu na kvalitu nebyla v každém městyši, zatímco dlouhodobě nemocní se vozí do LDN i více než sto kilometrů vzdálených. Abychom u těchto pacientů řešili kvalitu života, nikoli nerudovskou otázku, navíc stylem Čunokových kontejnerů.

## Korupce není hrdinstvím

Přál bych si, aby nemocnice byly placeny za diagnózu, čili za produkt, nikoli podle různých neprůhledně dojednaných paušálů, které zamlžují skutečnou cenu zdravotní péče a vedou k nezdravému násobným rozdílům mezi zařízeními.

Přál bych si průhledná výběrová řízení, jasné standardy, férové pořadníky a slušné farmafirmy. Přál bych si, aby korupce přestala být normou, oprávněnou praxí hrdinství, oprávněnou nároku a jánošíkovského zbojnictví, ale aby byla vnímána jako hanba, hnus a osobní degradace. Přál bych si, aby se nám místo rozčilení a chamtivosti navrátilo zdravý rozum, poctivost a humanismus. Očekávám, že se k tomu v roce 2012 podaří položit solidní a nevratné základy. K čemuž nám dopomáhej Bůh a všichni svatí. Neboť dno je už znepokojivě bláto.



Ilustrační foto: Shutterstock

# Jaké změny v systému veřejného zdravotního pojištění nás čekají?

(pohled Svazu zdravotních pojišťoven ČR)

Opakující se ekonomické problémy i vývoj v celé Evropě dokládají, že i české zdravotnictví ke svému plynulému fungování nutně potřebuje změnu. Svaz zdravotních pojišťoven ČR (SZP) se dlouhodobě věnuje definování nových směrů financování zdravotní péče s hlavním cílem – efektivně zajistit dostupnou a kvalitní péči pro občany ČR v rámci možností, které systém veřejného zdravotního pojištění nabízí.

Pro současný systém fungování veřejného zdravotního pojištění se reforma stává naprostou nezbytností. Hlavním důvodem je finanční udržitelnost systému zajištění zdravotní péče pro všechny občany. SZP ČR je přesvědčen, že reformními legislativními kroky je možné přispět k dalšímu zvyšování efektivity systému veřejného zdravotního pojištění. Z tohoto důvodu reformu připravenou ministerstvem zdravotnictví jednoznačně vítá a s většinou navrhaných reformních postupů souhlasí.

Další kroky v připravované reformě zdravotnictví konečně dávají zdravotním pojišťovnám šanci získat tolik potřebné pravomoci, ale i zodpovědnost, aby se mohly chovat jako opravdoví správci peněz vybraných od občanů na jejich léčení a skutečně pohlídat, že tyto peníze budou vynakládány co nejúčelněji ve prospěch jejich zdraví. Zdravotní pojišťovny zastupují své klienty-pacienty, kteří chtějí a musejí za své peníze dostat kvalitní léčbu za rozumnou cenu. Po

## Změna zdravotní pojišťovny

Od prvního prosince loňského roku platí, že zdravotní pojišťovnu je možné změnit jednou za 12 měsíců, ale pouze k 1. lednu kalendářního roku. Přihlášku navíc musíte podat pojišťovně nejpozději 6 měsíců před požadovaným datem změny.

Poslední možný přestupní termín v loňském roce využili desetitisíce pojištěnců, kteří ocenili kvalitu služeb zajišťovaných zaměstnaneckými zdravotními po-

jišťovnami a podali přihlášku k některé z nich. Od VZP ČR tak odešlo k zaměstnaneckým zdravotním pojišťovnám přes 70 tisíc klientů.

## Standard a nadstandard

Revoluce a průlom – to jsou slova, která nejčastěji hodnotí změnu, jež přichází s účinností „první vlny“ zdravotní reformy. Odstraněním „paragrafu bývalé poslankyně Fišerové“, který znemožňoval legálně si připlatit na zdravotní péči, se otevřela zcela nová éra v podmínkách českého zdravotnictví. Každý občan si může legálně připlatit na ekonomicky náročnější variantu – tzv. nadstandard. Ministerstvo zdravotnictví zveřejnilo definitivní seznam zdravotnických nadstandardů pro příští rok. List obsahuje 18 položek ze tří odvětví – lidé si budou moci připlatit na pět druhů očkovaní (proti tetanu, sezónní chřipce, pneumokokovým nákazám, tuberkulóze, rakovině děložního čípku, vzteklině), na kvalitnější nitrooční čočky a na lehčí sádry.

## Povinné očkování

Od 1. ledna 2012 jsou k úhradě očkovacích látek pro pravidelná očkování podle antigenního složení očkovacích látek stanoveného Ministerstvem zdravotnictví ČR podle zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, NOVĚ povinný zdravotní pojišťovny působící v České republice. Svaz zdravotních pojišťoven ČR zajistil výběr distributora na dodávky očkovacích látek formou veřejné obchodní soutěže a všechny zdravotní pojišťovny s ním, v souladu s platnou právní úpravou, uzavřely smlouvu o dodávkách a distribuci očkovacích látek. K dnešnímu dni tak lze konstatovat, že pravidelná očkování jsou pro všechny pojištěnce zajištěna a zdravotní pojišťov-



Ilustrační foto: Shutterstock

ny plní své nové povinnosti včas a řádně.

## Nové postavení zdravotních pojišťoven

Zásadní úspory a zefektivnění celého systému zdravotního pojištění musí být založeno na vztahu „zdravotní pojišťovna – lékař“. Proto SZP ČR vítá, že ministr zdravotnictví chce posílit pravomoci, ale i zodpovědnost zdravotních pojišťoven. V posledních deseti patnácti letech se každoročně utrácely veškeré peníze, které do systému přišly, takže se dostával do finančních potíží. Stát však chybějící peníze vždy zajistil. V roce 2011 se tak poprvé nestalo. Bylo a je potřeba hledat systémové řešení a tím je bezesporu ministerstvem zdravotnictví připravovaný zákon o zdravotních pojišťovnách. SZP ČR se intenzivně věnoval i této oblasti a doposud se na ní podílil jak na půdě ministerstva zdravotnictví, tak na půdě Národní ekonomické rady vlády.

Zdravotní pojišťovny potřebují mít možnost reálné konkurence a měly by fungovat jako právnické osoby *sui generis*, založené na obecných principech, jaké jsou užívány

pro odlišení neziskových subjektů. S navrhovanou úpravou se dá souhlasit, a to mimo jiné i z toho důvodu, že navrhovaný zákon bude obsahovat jednotnou právní úpravu společnou pro všechny zdravotní pojišťovny. Bude tak odstraněn dosavadní nepříznivý stav, kdy je problematika upravena dvěma na první pohled velmi podobnými zákony, jež se však v důležitých detailech liší a zvyhodňují tak jednu z existujících zdravotních pojišťoven na trhu. Zákon také bude upravovat vznik a zánik zdravotních pojišťoven.

Nově by měla být definována práva a povinnosti zdravotních pojišťoven, jejichž cílem je zajištění dostupnosti (časové i místní) i kvality zdravotní péče pro pojištěnce. Za účelem efektivního vynakládání zdrojů veřejného zdravotního pojištění by pojišťovny měly získat řadu nových oprávnění. Kromě služeb zdravotnických zařízení budou ZP moci vyhlášovat výběrová řízení také na léčivé přípravky, potraviny pro zvláštní lékařské účely a zdravotnické prostředky, aby byla zajištěna nejnížší cena pro konečného spotřebitele. Výsledkem výběrových řízení pak budou pozí-

tivní listy jako oznamovací parametr úhradového standardu.

## Komerční pojištění

Zdravotní pojišťovny by měly provozovat komerční zdravotní pojištění ve formě připojištění ke veřejnému zdravotnímu pojištění nebo zdravotního pojištění osob, které nebudou kryty zákonem o veřejném zdravotním pojištění. Za tímto účelem by měla být zdravotním pojišťovnám dána možnost zakládat komerční pojišťovny (ve formě a. s.) jako své dceřiné společnosti nebo v tomto ohledu spolupracovat s již existujícími komerčními pojišťovnami. Kontrola komerčního pilíře by byla stejná jako u případě ostatních finančních institucí (ČNB). Zdravotní pojišťovny tak získají další nástroj pro vzájemně odlišení na trhu, čímž dojde k posílení konkurence a zvýšení kvality poskytovaných služeb pro pojištěnce.

## Společné činnosti

Jednou ze zásadních novinek, které výše uvedený zákon také obsahuje, je zcela nové řešení tzv. společných činností zdravotních pojišťoven, které v současnosti zajišťuje dílem VZP ČR, dílem Národní referenční centrum, Centrum mezistátních úhrad či SZP ČR. Jde o oblasti, v nichž je nutná centralizace (centrální registr pojištěnců, přerozdělení apod.), nebo kde je z jiného důvodu žádoucí, aby zdravotní pojišťovny postupovaly jednotně (např. formuláře pro plátce nebo některé revizní činnosti) a jedná se o podstatnou změnu, kterou se SZP ČR již dlouhá léta snažil prosadit.

Nově zavedená Kancelář zdravotních pojišťoven by měla zajišťovat, kromě výše zmíněných činností či ostatních společných činností, na kterých se zdravotní pojišťovny dohodnou, i přerozdělování vybraného pojistného jednotlivým zdravotním pojišťovnám. Pro výpočet výše pojistného připadajícího na jednu pojišťovnu by se mělo vycházet ze současného modelu přerozdělení, rozšířeného o další parametry. Svaz zdravotních pojišťoven ČR sdružující všech 7 zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven v Česku se i nadále bude věnovat připravovaným i realizovaným změnám v systému veřejného zdravotního pojištění s cílem zajistit ve spolupráci s lékaři, zdravotnickými zařízeními i s VZP ČR a dalšími subjekty co nejkvalitnější zdravotní péči pro své klienty a usilovat o co nejlepší budoucnost českého zdravotnictví.

JUDr. Vladimíra Těšitelová

tajemnice Svazu zdravotních pojišťoven ČR