
10/2010

ročník LXXXII

ČASOPIS ČESKÝCH LÉKÁRNÍKŮ



měsíčník stavovské lékárnické komory



Psát o změně vzájemných vztahů mezi lékárníky by bylo nošením dříví do lesa. Jsou součástí každodenního folkloru, ale do zpěvu z toho jednomu není, a do skoku už vůbec ne. A co vztahy mezi lékárníky a lékaři, logicky vzato – pracovně nejbližšími lidmi?

Taky jste si nechali jako památku na staré časy, které se v podobě, jak si je mnozí z nás pamatují, opravdu nevrátí, kopie veselých nebo kuriózních receptů? Mám před sebou dva, někdy těsně před listopadem 1989 je dostala kolegyně z Litvínova. Lékař z polikliniky na něj magistře napsal: *Dejte tomuto pacientovi panu XY 2x urologický čaj. Díky, líbám na čeličko.* Stalo se tak v časech, kdy vedoucí lékárnici z nedaleké lékárny ještě „měl rád“. Brzy na to odešel do soukromí a „láska“ se tak nějak přetavila v ironii na receptu: *Předepsaný Atenolol lékárny nemají, proto mi jistě s úsměvem napočítáte do nákladů cenu Atenololu, ne Tenorminu, jinak bych musel hnát pacienta až do Deltu.* Nebo: *Pacientce byl předepsán Pankreon comp., který nesehnala – žádná lékárna jej údajně nemá. Z tohoto důvodu akceptuji do nákladů cenu Pankreonu, nikoliv Panzynomu. V opačném případě při reg. – smířčím řízení.*

Když nastal obnovený český kapitalismus, i zdravotníci si začali závidět, co jiného, než peníze a kompetence. Lékaři nejásají nad generickou preskripcí, lékárník prý nemá co měnit terapii; zpochybňují smysl měření krevního tlaku u lékárnách apod. Lékárníkům se nelíbí směřování pacientů do určitých lékáren nebo vydávání léků v ordinacích, protože právě od pacientů vědí, že zdaleka nejde o firemní vzorky. Oba tábory hledají v činnosti druhé strany něco, co považují za dobrý džob, jehož výnos si přivlastňují ti nesprávní.

Viděla jsem i recept, kde se neuctivého komentáře na adresu lékárny nezdržel lékař ze Zlína. Asi proto jsem si vzpomněla na slova prvního ředitele Baťovy nemocnice, MUDr. Bohuslava Alberta, a není důležité, že v roce 1932 zazněla v jiné souvislosti: Cílem veškerého dění ve zdravotnictví musí být pacient.

Chci věřit, že „v globále“ na to lékaři ani lékárníci nezapomínají.

Jaroslava HOŘANSKÁ

šéfredaktorka

Mgr. Jaroslava Hořanská

redakční rada

PharmDr. Jan Horáček (předseda),

Mgr. Tomáš Cikrt, PharmDr. Pavel Grodza,

PharmDr. Petr Haltuf, PharmDr. Dušan Holečko,

PharmDr. Kamil Hrubý, doc. RNDr. Jozef Kolář, CSc.,

Mgr. Jiří Kotlář, Mgr. Aleš Krebs, PharmDr. Miloš Potužák,

PharmDr. Pavel Škvor

vydavatel

Lékařnická akademie, s. r. o.

Rozárčina 1422, 140 02 Praha 4

Vydavatel je zapsán v obchodním rejstříku vedeném Krajským obchodním soudem v Praze, oddíl C vložka 74194.

distribuce

PNS Grosso, s. r. o., Výškovická 25, 700 44 Ostrava 44

grafická úprava

Kateřina Vévodová

tisk

Ringier Print CZ a. s.

Na Rovince 876, 720 00 Ostrava-Hrabová

předplatné a inzerce

Objednávky v redakci časopisu

redakční uzávěrka

č. 11/2010 – 1. listopadu 2010

ISSN 1211-5134

Registrováno MK ČR E 6651

MIC 46330

Podávání novinových zásilek povoleno

Oblastní správou pošt v Ostravě

čj. 1559/96-P/1 ze dne 19. 6. 1996

autorům

• Maximální rozsah redakci nevyžádaného příspěvku je do 165 řádků normovaného rukopisu (NR; 1 řádek = 60 úhozů) • K příspěvkům přes 65 řádků NR požadujeme tematickou nebo ilustrační fotografii (kresbu, reprodukci apod.) •



Prívovská 6, 702 00 Ostrava
tel.: 596 115 372, tel. + fax: 596 114 844
e-mail: casopis@noveranet.cz

obsah

Zatím roletu nestahujte	4
Zeptali jsme se	5
Na poradě předsedů k legislativě i sjezdu komory	6
Máme co říct a co nabídnout	8
Naše budoucnost je v podpoře vzdělávání	9
Šedivý průměr není dobrou startovní pozicí	10
Kam spějí lékárnické služby (nejen) v Evropě	11
Osvědčení k výkonu soukromé praxe	12
OTC 2010, Interaktivní dispenzační semináře	14
Nabídka seminářů společnosti PHC	15
Proč je LOS pro mne přijatelné, a GML ne	16
Správné dispenzační minimum: Ivabradin	17
Evropský antibiotický týden v prostředí lékáren	18
Jako vyhánět myš atomovkou	19
Ceny a úhrady léčivých přípravků v Německu	20
EU k dopadům krize aneb Čekání na zázrak	22
Tak to vidím já: Je lepší se zeptat	26
Molekula měsíce: Linaclotide acetát	27
Nově registrované látky: Prasugrel	28
Nové nebo méně známé léčivé rostliny: Catha edulis Forsk.	29
My jsme totiž úplně obyčejná lékárna...	30
Parabeny versus „paraben free“ konzervanty	32
Co jsem viděl ve světě (III.)	33

titulní strana



Čekanka obecná

Cichorium intybus (Cichoriaceae)

Vytrvalá, až 1 metr vysoká bylina s úbory modrých květů, vyskytuje se však i rostliny kvetoucí bíle nebo růžově. Hojná od nížin do podhůří u cest, na mezích a náspech. Oficinální jsou nať (Cichorii herba) a kořen (Cichorii radix). Čekanka obsahuje deriváty kyseliny kávové, flavonoidy, kumariny, poliny.

Foto: Vladimír VRBOVSKÝ

Dr. Petr Ondřej Mathioli, „Herbář neboli bylinář“ (1562):

Čekanka vařená s ječným sladem jest dobrá v obkladu při bolestech v jícnu nebo hrdle. Listí modré čekanky přikládáné na všechny horké vředy a otoky tlumí bolest a hasí horkost; v obkladu slouží také k léčení horké podagry a palčivé horkosti na hlavě malých dětí. Proti uvedeným nedostatkům jest nejlepší obklad ze šátků namočených do vypálené vody. V tomto způsobu má být dobrá i proti morovým neštovicím. Voda pálená z modrých kvítků jest znamenitým lékem proti horkým a zatemnělým očím.

Zatím roletu nestahujte

Někteří je mají za naivky: „Je to ztráta času. Stejně se nic nevyřeší, lékárenství jde do háje, tak se snažím zachraňovat, co se dá, a ty konečně taky začni myslet na sebe.“ Tou ztrátou myslí čas kolegů, kteří mají sice stejné starosti, ale přesto pracují ještě v okresních sdruženích lékárníků, čestných radách a revizních komisích České lékárnické komory.

Jaroslava Hořanská

Předsedové OSL musejí mít přehled o okrese, sledují členskou základnu, tzn. přihlášky, přestupy, osvědčení, spolupracují se SÚKL, s distributory, s příslušným krajským úřadem, zúčastňují se výběrových řízení, jsou k dispozici sdělovacím prostředkům, vyřizují veškerou korespondenci, je toho všeho daleko více. Na otázku položenou s údivem otevřenými očima „A to všechno děláš zadarmo?“ odpovídají kladně. Předsedové (nebo místopředsedové, jestliže je předseda méně aktivní) vyjmenovaných komorových orgánů nemají žádné úřední hodiny, takže lékárníci, kteří něco potřebují, očekávají, že předseda všim praští a začne se jim okamžitě věnovat, i když má v lékárně pacienty.

Revizní komise kromě jiného vyřizují stížnosti pacientů na doplatky, na neetické jednání v lékárnách. Posuzují závažnost výsledků kontrol, zabývají se také případy odborných zástupců pracujících bez osvědčení a absolventů fakult, kteří nastoupí do lékárně, ale nejsou členy komory. Předsedkyně Revizní komise ČLnK PharmDr. Jana Schwarzová lituje, že někdy čeká postih jen ty, kteří se dopustí drobných nebo formálních přestupků, přesto svůj prohřešek uznají a případný trest nebo domluvu přijmou. Bohužel na prodejce kartonů přípravků s pseudoefedrinem nemá revizní komise a následně čestná rada páku, protože to nejsou lékárníci. Vinu potom nese odborný zástupce a provozovateli se nic nestane. Součinnost státních orgánů je ve většině případů nulová. I tak si Jana Schwarzová myslí, že práce komise má smysl, protože je to právě Česká lékárnická komora, která dbá, aby její členové vykonávali své povolání odborně, v souladu s jeho etikou. Ve výsledku jde zase o prospěch pacienta.

Proč to funkcionáři dělají, když velká část členské základny už odpískala kolegiální vztahy a někdy i to, čemu se říká lidská slušnost?

Mgr. Ada Holubová pracuje v Čestné radě ČLnK třetí funkční období, první

období jako její předsedkyně. Současné složení považuje za kompatibilní, nejvíce erudované a pracovité. Hodiny na zasedáních se podle Ady Holubové nedají jen odsedět: „Máme řadu let odpracováno a ve farmacii jsme leccos zažili, žebříček našich životních hodnot je už ustálený. Je výhodou, že v čestné radě jsme lékárníci z malých i větších lékáren, v pozici majitelů i zaměstnanců. Jména mnohých jsou v naší farmacii opravdovým pojmem. Přednášejí na zdravotních školách, působí v představenstvech farmaceutických společností a spolků, všichni mají vysoký morální kredit. To všechno je velmi důležité, protože rozhodování mnohdy není lehké. Každý případ >obžalovaného< má své pozadí. V této době řada kolegů nenesou tlak vyvíjený na naše povolání, někteří se dostanou do situace, kdy je existence jejich lékárně ohrožena, jiní jsou pod tlakem zaměstnavatele. To jsou velké kauzy, často spojené i s deliktem, který

dokonce vyšetřuje policie. Pak jsou další, kteří na povinnosti ukládané řády ČLnK nedbají, a ani se tím netají. Vezmou si právníka, proto se s nimi scházíme opakovaně. Není málo případů, že dostávám výhrůžné e-maily a telefonáty. Jiní kolegové jen zapomenou zaplatit členský příspěvek nebo pozdě přihlásí svého zaměstnance do ČLnK, a když dostanou obsílku s modrým pruhem, okamžitě reagují, telefonují, přijedou i z velké dálky. Členové čestné rady musejí mít chladnou hlavu, protože mnohdy tu vládne emoce – vyslechnou i životní a osobní tragédie, potkávají se tu spolužáci, kolegové z OSL, bývalí spolupracovníci.“

Funkcionáři komory v okresních sdruženích lékárníků, v čestných radách nebo revizních komisích pomáhají zachovat úroveň profese. Patří jim poděkování. Jejich činnost ve prospěch lékárnického stavu je bohužel často nedoceněna, bez nich by ale společenství lékárníků mohlo sklouznout na úroveň trhovců a handlovníků. Lékárníci zatím mají být na co hrdi.

Myslíte, že pracovat pro lékárnickou komoru je ztráta času, protože české lékárenství v tradiční podobě má na kahánku? Že je lepší včas vrátit léky distributorovi, prodat nábytek, propustit zaměstnance a naposledy zatáhnout na dveřích roletu? Na to je dost času. Stejně byste si ale dříve nebo později vyčítali, že jste uvolnili cestu do lékárenství těm, kteří vám nesahají ani po paty.

Představenstvo České lékárnické komory na základě ustanovení § 14, odst. 3, písm. e) Organizačního řádu České lékárnické komory svolává

XX. SJEZD DELEGÁTŮ ČLnK na dny 5.–6. 11. 2010

Místo konání:

Institut pro místní správu, Ke stadionu 1918, 256 01 Benešov
Prezentace delegátů: **11–13 hod.**

Zahájení sjezdu: **13 hod.**

Volební klíč: **1 delegát na každých započatých 50 členů OSL**

Delegáti sjezdu musí být zvoleni okresním shromážděním.

Jména delegátů sjezdu nahlásí předsedové OSL na sekretariát České lékárnické komory do 29. října 2010.

Ubytování pro delegáty sjezdu je zajištěno přímo v budově Institutu pro místní správu v Benešově.

Další pokyny ke sjezdu včetně programu sjezdu budou zveřejňovány na www.lekarnici.cz a zároveň předávány prostřednictvím předsedů OSL.

**Za představenstvo České lékárnické komory
PharmDr. Stanislav Havlíček**

Výzva SÚKL pro výrobce, distributory i lékárníky

Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) vyzývá na základě spolupráce se Sjednocenou organizací nevidomých a slabozrakých ČR výrobce a distributory léčiv a lékárníky, aby věnovali zvýšenou pozornost informacím pro nevidomé a slabozraké, které jsou uvedeny na obalech léčivých přípravků.

Na základě podnětu Sjednocené organizace nevidomých a slabozrakých ČR upozorňuje SÚKL na skutečnost, že na některých léčivých přípravcích nelze informace na sekundárním obalu v Braillově písmu vždy jednoznačně identifikovat. Příčina je často v nedostatečné „ostrosti“ písma, dané zejména výškou bodu vyraženého do materiálu sekundárního obalu vzhledem k okolí bodu.

SÚKL se proto obrací na výrobce s výzvou, aby při výrobě léčivých přípravků v rámci vstupní kontroly potiskovaných materiálů věnovali zvýšenou pozornost údajům vytištěným v Braillově písmu s ohledem na normu EN 15 823.

Současně vyzývá rovněž pracovníky lékáren k takovému zacházení s léky, u kterého by nedocházelo ke znehodnocování znaků Braillova písma na sekundárních obalech léčivých přípravků např. přelepky s cenou apod.

V neposlední řadě upozorňuje distributory léčivých přípravků na nutnost šetrné manipulace s léčivými přípravky, jelikož jednotlivé znaky Braillova písma jsou snáze mechanicky poškoditelné.

Povinnost uvedení názvu léčivého přípravku Braillovým písmem na obalu všech léků stanovuje zákon o léčivech. Zákonnou povinnost je třeba splnit nejpozději do 31. 12. 2012.

ZEPTALI JSME SE

Co je podle vašeho názoru důvodem nezájmu značné části kolegů o účast na komorových a dalších, i odborných lékárnických akcích?



PharmDr. Ing. ALENA VAJOVÁ
Nová lékárna, Moravské Budějovice

Nemyslím si, že jde jen o jeden důvod. Spíše o celý soubor, jako povaha člověka, nedostatek času a existenční starosti, nechutí někam jezdit a něco řešit, a s tím související pocit, že je to stejně zbytečné, nedůvěra ve schopnosti komory, neznalost možností, jak se do činností pro komoru a lékárníky zapojit. Ale dívejme se na věci pozitivně – povahu člověka sice neovlivníme, ale nechutí, nedůvěru a neznalost ano.

PharmDr. MARCELA BLAHOVÁ
Lékárna Aura, Velká Bíteš

Nulová motivace. Všichni členové komory mají stejná práva a povinnosti, ať jsou aktivní nebo pasivní. Členství v komoře je povinné a drtivá většina těch tzv. pasivních členů v ní vůbec být nechce (a soudě podle účasti na OSL jich je mnohde až 50 procent), nedá se tedy očekávat, že se na její činnosti budou jakkoliv podílet. Bohužel tím znemožňují práci i těm ostatním.

Co takhle zkusit „zamotivovat“ část členů třeba vyšším bodovým ohodnocením do kontinuálního vzdělávání? Nakonec aktivní práce v komoře je jistě odborně přínosnější než pasivní účast na přednášce, a výsledek přinese prospěch všem.



Mgr. DOBROSLAVA ŠRÁMKOVÁ
Lékárna U Zlatého draka, Kladno

Odpověď na tuto otázku mě vlastně zajímala už dřív, kdy jsme se snažili na okrese scházet s ostatními lékárníky a nikdy se to ve skutečnosti úplně nedařilo. Věděli jsme, na koho je možné se obrátit s jistotou a kdo by opravdu překvapil, kdyby se objevil. A s ČLnK je to podobné.

Členství je povinné: je to v nás (snad z totáče?), co musím, tomu se snažím vyhnout. Většina farmaceutů jsou ženy, dají přednost domovu, nemají potřebu se jakkoliv angažovat. Práce + domácnost je záběr.

Lenost. A když už někam půjdu, tak raději s kamarády, ne s lékárníky.

Nedůvěryhodnost. Ráda bych komoře věřila, ale co když má grémium trochu pravdu a jde o něco jiného. A nejčastěji: Musím tam platit takové peníze a nic z toho nemám. Stále to rozdělení ONI = komora a MY = ti chudáci.

Mgr. VĚRA RAPPOVÁ
Lékárna Hvězda, Ústí nad Labem

Pohybují se mezi mladšími lékárníky, cítím, že mají svůj obor rádi, nebo by ho chtěli prezentovat podle svých vědomostí a znalostí. Je to posláním, ale když se vrátí do pracovní reality, je to o něčem jiném. Proč? Nedodržují se etická pravidla ve vlastních řadách, je tu tlak nadnárodních řetězců na komercializaci našeho oboru, unavená generace lékárníků, kteří po revoluci privatizovali nebo zakládali nové lékárny. Jsme feminizovaný obor, kolegyně zajišťují péči o rodinu i o pacienty, jak mají mít čas jít ještě na akce komory? Mám velmi dobré zkušenosti s částečným úvazkem mladých lékárníků – maminek. A dokonce se zajímají o odborné akce komory, ale nezajímají se o hašteření komory a grémia. Chtějí servis od komory jako celku, ale to chci i já. Přesto jsem stále idealista, ale vůbec to té mladé generaci nezavidím. Přejí našemu krásnému oboru lepší budoucnost.



Na poradě předsedů k legislativě i sjezdu komory

Porada předsedů OSL, revizních komisí a čestných rad okresních sdružení lékárníků byla 18. září v Praze, do prezenční listiny se zapsalo 64 účastníků. V úvodu referoval prezident ČLnK PharmDr. Stanislav Havlíček o změnách v personálním obsazení sekretariátu komory.

Jaroslava Hořanská

Došlo k nim zejména proto, že po změně zákoníku práce nebylo znovu možné se třemi zaměstnanci v důchodovém věku uzavřít pracovní smlouvu na dobu určitou. Původně 2,5 úvazku bylo možné sloučením agend snížit na 1,5. Druhým významným prvkem je úspora mzdových nákladů ve výši zhruba půl milionu korun ročně.

Upozornil dále na možnost každého člena editovat své údaje v evidenci (změna příjmení, pracoviště apod.) na webu komory. Odborní zástupci mohou editovat údaje o lékárně, což uvidí všichni, kdo hledají informace ve veřejné části webu.

Předsedové mají další možnosti ve vztahu k informacím o členech okresního sdružení. Důležitou součástí karty člena je záložka „moje vzdělávání“, její význam poroste s počtem kursů, na které se bude možno přihlásit přes web komory. Připomínky, které pomohou tento systém zlepšit, jsou vítány.

Stanislav Havlíček pak přiblížil situaci kolem Lékárnického občanského sdružení. V polovině září mělo zmocnění od 60 provozovatelů provozujících 66 lékáren, není tedy splněna podmínka k tomu, aby mohla být činnost sdružení zahájena. Tím dementoval, že by se snad LOS snažilo dostat na některá jednání, což zaznělo zejména v souvislosti s činností komise pro metodiku VZP, kam byla vyslána PharmDr. Lucie Nedopilová jako zástupkyně ČLnK. Vzhledem k tomu, že LOS dosud nezačalo fungovat, měli by pověřeni delegáti na XX. sjezdu delegátů ČLnK prezentovat stanovisko OSL, jak s tímto občanským sdružením dále.

K aktivitám komory mj. řekl, že nejjednodušší bylo založení sbírkového účtu na pomoc postiženým kolegům při povod-

ních (nejvíce byl zasažen Liberecký kraj). Vybraná částka bude použita stejně jako při předcházejících povodních podle žádostí postižených lékáren.

Hovořil také o průzkumu Mystery Shopping – utajený zákazník: „Měla by to být protiváha experimentů, které si objednávají různá média. Bude to náš vlastní průzkum a je na nás, jakým způsobem informace zveřejníme. Nejde o nějaký virtuální výsledek, chceme vědět, jak na tom skutečně jsme. Zákazník by měl na první pohled poznat, jestli jedná s lékárníkem nebo laborantkou.“ Individuální zprávu obdrží každá navštívená lékárna.

Česká lékárnická komora se v listopadu zapojí do Evropského antibiotického dne.

S podrobnými informacemi a bohatou obrazovou dokumentací o sídle ČLnK na Rozárcině ulici v Praze 4, kam se komora letos v březnu přestěhovala, vystoupila PharmDr. Lucie Nedopilová (více v příštím čísle).

Právní zástupce komory Mgr. MUDr. Jaroslav Maršík prezentoval navržené změny řádů - licenčního, disciplinárního, pro celoživotní vzdělávání a organizační-

Zástupci redakční rady DP na EuroPharm Foru

Představenstvo ČLnK rozhodlo na jednom ze svých zasedání, že bude koncem roku 2010 ukončeno naše členství v EPF, v podstatě kvůli výši registračního poplatku a částečné duplicitě některých akcí či sdělení s PGEU.

Na poslední výroční zasedání 1.–2. 10. 2010 v Kodani, sídle WHO, vyslalo představenstvo ČLnK zástupce redakční rady Doporučených postupů (D. Seberová, J. Vaníček, I. Sokolová a M. Zajícová), aby se seznámili také s aktivitami jiných lékárnických sdružení Evropy. Za ČR bylo předneseno sdělení o projektech naší komory (IDS jako společný projekt se sekci KE, Léčba obezity – zkušenosti z lékárny ve Frýdku-Místku).

Konference v Kodani se zabývala definováním a náplní lékárenské péče a stanovením vhodných indikátorů, podle kterých ji lze vyhodnotit. Celé evropské lékárenství žije pod velkým hospodářským tlakem a hledá nové vyjádření náplně práce lékárníka. Na konci jednání byla sepsána deklarace, která bude dostupná na www.europharmforum.org. (M. Z.)

Zástupci redakční rady Doporučených postupů se v Kodani seznámili také s aktivitami jiných lékárnických sdružení Evropy. Na snímku zleva: Josef Vaníček, Daniela Seberová, Ivana Sokolová a Marie Zajícová.



ho. Účastníky porady dále seznámil s řádným postupem pro konání voleb delegátů na okresních shromážděních lékárníků. Postup voleb byl pro předsedy OSL připraven tak, aby nebyli nuceni listovat organizačním, jednacím a volebním řádem. Jaroslav Maršík vysvětlil způsob, kterým by mohlo být rozděleno nefunkční Pražské sdružení lékárníků na menší obvodní sdružení, a následně odpovídal na otázky z pléna.

O možnostech rozdělení nefunkčních OSL diskutovali také účastníci porady, hovořilo se rovněž o možnostech úpravy výše bodů za účast na různých komorových akcích i o významu garantů vzdělávacích akcí. Zazněla též úvaha jednoho

středků veřejného zdravotního pojištění. Jde též o odvádění pozornosti směrem k léčivům tak, aby se neřešily skutečné příčiny neefektivnosti vynakládání veřejných prostředků ve zdravotnictví. Marek Hampel řekl, že lékárníky musí být více slyšet. Fakta sice hovoří pro nás, ale trumfy mají paradoxně lékaři, kteří budou bojovat o vyšší platy, zachování nemocnic apod. Pojišťovny budou naopak řešit problémy se zachováním své existence a do způsobu přerozdělování prostředků mezi segmenty poskytovatelů se nebudou vkládat.

Za Pracovní skupinu P ČLnK pro odměňování hovořil Mgr. Martin Mátl. Tato skupina identifikovala základní rizikové

Vážený pane magistře Pecháčku,

v minulém čísle Časopisu českých lékárníků jste se vyjádřil v tom smyslu, že v mém článku *Odměňování lékařů v EU – je čas na změnu i v Česku!*, publikovaném v Časopise českých lékárníků č. 7–8/2010, strana 20–21, chybí zdroje informací. Text jste pravděpodobně nepřčetl pozorně. Na straně 21 ČČL č. 7–8/2010, tedy ve zmíněném textu, jsem uvedl zdroje informací, ze kterých jsem vycházel při psaní článku, mimo jiné i Vámi zmiňovaný zdroj DG Competition Questionnaire. Při psaní svého článku jsem vycházel také z dalších zdrojů informací, i ty jsem samozřejmě v textu uvedl, jak se může každý pozorný čtenář přesvědčit.

Mgr. Marek Hampel



Na poradě předsedů OSL vystoupil právní zástupce komory MUDr. Jaroslav Maršík.

z přítomných, zda dojde ke změnám řádu pro kontinuální vzdělávání.

Možnosti odměňování lékařské péče byly tématem dvou odpoledních vystoupení.

Mgr. Marek Hampel v úvodu vzpomněl 70. Kongres FIP v Lisabonu, kde delegáti z řady zastoupených zemí potvrdili, že máme podobné problémy, související mj. s poměrně dramatickým nástupem řeťců.

Při komentování výhledů na odměňování lékařské péče u nás v letech 2011 až 2014 zdůraznil, že náklady na léčiva se v absolutní hodnotě meziročně zvyšují, podíl těchto nákladů na nákladech systému veřejného zdravotního pojištění od roku 2005 klesá. Jednotlivé segmenty poskytovatelů bojují o peníze z koláče pro

oblasti pro odměňování lékařské péče. Je to propojení regulačního poplatku za položku na receptu s cenou a úhradou LP, odečet regulačního poplatku od doplatku, závislost odměňování za lékařskou péči na ceně expedovaných léčivých přípravků, a dále rozdílné doplatky. *(Tento i ostatní materiály, prezentované na poradě, naleznete na www.lekarnici.cz.)*

Okresy, které na poradě neměly zastoupení: **Beroun, Bruntál, Český Krumlov, Frýdek-Místek, Havlíčkův Brod, Hodonín, Jablonec nad Nisou, Kolín, Litoměřice, Mladá Boleslav, Pardubice, Pelhřimov, Plzeň-sever, Prostějov, Sokolov, Trutnov, Vsetín, Znojmo.**

Nová metoda ošetření zubů

Zabránit včas rozvoji zubního kazu, zachránit zdravou zubní tkáň a vyhnout se bolestivému vrtání je snem každého pacienta bez ohledu na věk.

Nová revoluční metoda to všechno teď slibuje: zaplnění dutin postiženého zubu v raném stadiu speciálním tekutým materiálem. Pokud profylaxe nepřináší požadované výsledky, tato nová metoda pomůže kaz „uzavřít“ předtím, než je nutné zub vyplnit.

Německá společnost Dental Material Gesellschaft vyvinula infiltrační produkt Icon (Infiltration Concept), který je založen na speciálním tekutém plnicím materiálu. Tím lze nemocnou část zubu vyplnit a utěsnit, a to bez vrtání a při jednom sezení.

Na vývoji materiálu Icon se podíleli vědci z fakultní kliniky německé univerzity Charité Berlin, univerzitní kliniky v Kielu a společnosti DMG. „Pro pacienty je tento přístup k léčbě nedocenitelný, neboť je-li kaz zjištěn včas, lze zachovat téměř veškerou část zubu a jeho životnost může být prodloužena,“ říká S. Stegenhová, výkonná prezidentka společnosti DMG.

Je potěšitelné, že tato nová infiltrační léčba je nyní k dispozici i v České republice. **(PROTEXT)**



tuálních témat a k rozvoji lékárenství. Myšlenky, které nebudou poplatné nynější době, mohou ovlivnit to, jak se bude dále vyvíjet náš obor. Spojení nevyhořelých zkušených farmaceutů a „mladých“ farmaceutů má určitě význam.

Naše vize: zapojit (mladé) lékárníky do dění v oboru; diskuse k aktuálním tématům; vyjádřit a prosazovat své názory a postoje.

Cíle: zapojit (nejen) mladé lékárníky s podobným smýšlením a názorem; nabídnout jim myšlenkovou platformu a pomoc v seberealizaci v oboru; sledovat a komentovat aktuální dění a trendy; podporovat vývoj lékárenství odborným směrem; najít širší uplatnění farmaceuta v podpoře zdraví obyvatel; prosazovat větší porozumění s odbornou i laickou veřejností; vnímat a přijmout společenskou odpovědnost.

Témata: atestační a kontinuální vzdělávání; odbornost a prestiž profese; postavení a systém lékařské péče.

Úkoly: vývoj lékárenství odborným směrem; specializační a kontinuální vzdělávání odpovídající potřebám společnosti; nové odborné služby v lékárně; zprůhlednění a srozumitelnost cenotvorby léků; omezení pohybu léků mimo odborná pracoviště.

Mladí lékárníci se představují:

MÁME CO ŘÍCT A CO NABÍDNOUT

Na začátku října se ve Frýdku-Místku konaly XXVI. Lékárnické dny, pořádané každoročně Sekcí veřejného lékárenství České farmaceutické společnosti ČLS JEP. V neděli 10. 10. 2010 zde byl vymezen čas a prostor pro nás Mladé lékárníky. Měli jsme možnost poprvé vystoupit a představit se.

K založení Mladých lékárníků přispěla nejen aktuální problematika specializačního vzdělávání, ale také celková situace v našem oboru.

Specializační vzdělávání a podoba atestací je téma, které se nás týká. Hlavně my bychom se o to měli zajímat a vyjádřit své názory. Chceme se vzdělávat a chceme odbornost. Jsme přesvědčeni, že atestace mají svůj smysl.

Zcela jistě máme co říci a máme také co nabídnout k řešení ak-

■
Jsme přesvědčeni, že jedinou cestou, jak zlepšit úroveň naší profese, je ovlivňovat vývoj našeho oboru.

Pokud vás tento článek zaujal, máte podobný názor a chcete se zapojit, budeme rádi. Na facebooku jsme založili skupinu Mladí lékárníci a vlákno Mladí lékárníci je připraveno i na našem lékárnickém webu. Zde můžeme vést diskuse a posouvat se dál. Zajímají nás vaše názory, připomínky a nápady.

Mgr. Antonín SVOBODA

PharmDr. Josef VANÍČEK

PharmDr. Drahomíra KUBÍKOVÁ

Autorem loga je PharmDr. Josef Vaníček



Snímky: Vladimír VRBOVSKÝ



Naše budoucnost je v podpoře vzdělávání

Novinový papír, lékárnické webové stránky a e-maily v posledních týdnech tématem specializace doslova žily. Toto je souhrn událostí posledních měsíců:



Mgr. Michal Hojný

Březen 2010 – vystoupením klinické farmacie (KF) padá původní dohoda o společném kmeni tří hlavních farmaceutických specializačních oborů. Argumentem je údajná snaha o vytvoření „superlékárenství“ z oboru nemocniční lékárenství (NL). Autoři uvedených myšlenek přitom odkazují na koncepci oboru NL. Co tedy uvádí koncepce?

U vedoucích jednotlivých oddělení lékáreny se vyžaduje specializace v příslušných oborech (nemocniční lékárenství, veřejné lékárenství, klinická farmacie, farmaceutická technologie, farmaceutická analýza)...

Lze-li pojem „superlékárenství“ chápat tak, že v nemocniční lékárně vedle sebe působí v ideálním případě zástupci všech oborů, pak ano. Ale to zjevně autoři myšlenky „superlékárenství“ na mysli neměli. Společný kmen byl tedy zbořen kvůli zástupnému argumentu. Tím hlavním byla podle mého názoru snaha části reprezentantek oboru KF posunout, jak uvádějí, obor dál a zakládat v nemocnicích na lékárně nezávislá oddělení KF. Při zachování společného kmene by ale pracovníci těchto oddělení neměli možnost bez praxe v lékárně získat specializaci. Žijící klasik debat o specializačním vzdělání PharmDr. Horáček přitom opakovaně na veřejných fórech trefně konstatoval, že **klinická farmacie je hlavně metoda práce farmaceuta**. S tímto jeho názorem bez zbytku souhlasím. Prerušeni přímého spojení tří tradičních specializačních sourozenců se dotkne negativně každého z nich. A dále už ve zkratce s komentářem na závěr.

Červen – nekoncepční přístup MZD ke specializačnímu vzdělávání lékařů a farmaceutů vyvrcholil – místo vydáním vyhlášky o činnostech (dosud nebyla z této

základní normy upravující kompetence zdravotníků zveřejněna ani jediná věta) – snahou o novelizaci **rok staré** vyhlášky č. 185/2009 Sb., „o oborech“. ČLnK návrh nepodpořila.

Září – v připomínkovém řízení zjištěné validní argumenty ČLnK, ČFS a FaF proti přijetí novely vyhlášky avizuje MZD řešit novelou zákona. Novelou, na jejíž připomínkování byly všehovšudy tři pracovní dny..., která měla podle původních představ MZD následovat až po vydání vyhlášky „o oborech“ a uvést tak ex post do souladu text zákona a prováděcí vyhlášky. ČLnK jako organizace tradičně preferuje logicky přístup v časovém sledu zákon – vyhláška(y) – náplně specializačních oborů.

A jak by měla „kauza specializace“ pokračovat?

Kontinuita = jistota pro školence

Tři změny jsou v čtyřletém cyklu opravdu příliš! Zvláště, když od poslední uplynul pouhý jeden rok. Žádnou ohnivější debatu na toto téma jsem loni před přijetím vyhl. č. 185/2009 Sb. nezaznamenal.

Změna až po vyhodnocení pozitiv a negativ stávajícího stavu

Naprostou podporuji názor výboru ČFS, že dělat změny bez analýzy toho, co dobrého/špatného přinesl stávající stav, je chyba.

Změna až po debatě s těmi, kterých se to bytostně týká

Jsou to především lékárníci v předatesační přípravě, studenti FaF, farmaceutické fakulty obecně, ČLnK, ČFS a nepochybně provozovatelé, schopní podívat se na situaci bez postranních úmyslů směřujících k vytvoření systému, který bude primárně hájit vlastní ekonomický profit.

Výčet institucí, které se do debaty zapojí, musí být (na rozdíl od stavu z jara letošního roku) v souladu se zněním §11, odst. 6 zák. č. 95/2004 Sb., který říká: *Specializační vzdělávání a doplňující odborná praxe se uskutečňuje při výkonu povolání farmaceuta podle vzdělávacích programů jednotlivých specializačních oborů, které ministerstvo schvaluje a zveřejňuje ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví; přitom spolupracuje s Českou lékárnickou komorou, odbornými společnostmi, akreditovanými a vzdělávacími zařízeními.*

Specializace v činnostech aplikovatelných v praxi

Náplně jednotlivých oborů musejí nabídnout takový obsah, který školenec nedemotivuje tím, že bude nucen zpravidla ve vlastním volnu a za svoje peníze absolvovat nákladné kurzy a stáže. A to kvůli neúměrně rozsáhlému programu oboru, v zájmu zakotvení co nejširší palety kompetencí.

V opačném případě můžeme jednoduše dospět do stavu, ve kterém je nyní připravované specializační vzdělávání farmaceutických asistentek (FA). Jejich původně připravené programy pro veřejné a nemocniční lékárenství se setkaly u části provozovatelů se zásadním nesouhlasem. Výsledkem bylo vytvoření oboru specifické lékárenské činnosti, který pak dostal do vínku od každého oboru něco. Výsledek je podobný dortu v pohádce o pejskovi a kočičce. Kdo z FA z veřejné lékárny bude chtít strávit na stáži v přípravě zvláště náročných lékových forem pět dnů teoretické výuky a deset dnů odborné praxe? Ale právě o to možná jde...

Budoucnost je v užší specializaci farmaceuta, a ne v „superspecializaci“ z všeobecného lékárenství

Množství odborných poznatků v lékárenství roste geometrickou řadou. Proto je třeba podporovat aktivity vedoucí k užší odborné specializaci, a to cestou jasně definovaných specializačních oborů i certifikovaných kurzů (CK) pro vymezené činnosti. Klasickým příkladem takové užší specializace je podle mého názoru certifikovaný kurz farmaceutická péče o geriatrické pacienty. Proč by neměl být nadprůměrně vzdělaný lékárník v tomto oboru konkurenčně zvýhodněn? Proč při jednání o novele vyhlášky požadovali zástupci provozovatelů tento certifikovaný kurz vyškrtnout? Pro jakékoliv vzdělání je přeci třeba motivace. U specializací a CK by jí měly být přesně určené dodatečné kompetence.

Budoucnost našeho oboru je nutné vidět v podpoře konkurence na poli vzdělání a ve veřejné propagaci lidí, kteří se nebojí přicházet s novými myšlenkami (nemyslím tím zrovna marketingové kampaň). V podpoře těch, co se chtějí třeba jen dozvědět víc než průměr, uplatnit to v praxi a být za to ohodnoceni.

Děkan Farmaceutické fakulty VFU v Brně, doc. RNDr. Milan Žemlička, CSc., a prezident ČLnK PharmDr. Stanislav Havlíček byli účastníky vypořádání připomínek k návrhu změn zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta. Zeptali jsme se jich, jaký mají dojem z tohoto jednání a co si myslí o poměrně často diskutovaném názoru, že nejlepší je jeden vzdělávací obor pro všechny.

Doc. Milan Žemlička:

„V průběhu schůzky na Ministerstvu zdravotnictví ČR jsem si sám položil otázku, o co vlastně Grémiu majitelů lékáren jde, a došel jsem k názoru, že jde hlavně o ztížení přístupu farmaceutů k získání atestace. Logicky navazující je otázka, jakou výhodu z toho GML očekává. Další vzdělávání farmaceutů může být docela lukrativní činnost a je tedy jisté,

V poslední době se běžně setkávám s tím, že různé skupiny hledají argumentační podporu pro své ekonomické zájmy na fakultách. Panuje totiž představa, že fakulta může sloužit jako nestranný a zvláštním způsobem „čistý“ arbitr. Její názor ovšem chce slyšet jen ten, komu momentálně vyhovuje.

Chtěl bych, aby se FaF VFU Brno teď ani v budoucnosti nezaplétala do ryze ekono-



Prezident České lékárnické komory PharmDr. Stanislav Havlíček.

Šedivý průměr není dobrou startovní pozicí

že v této oblasti se GML angažovat nehodlá. Protože provozování lékárny není jen služba veřejnosti, ale i předmět podnikání, zbývá mi jediné vysvětlení. Jde o snahu postupně snižovat počet farmaceutů, kteří budou splňovat kvalifikační podmínky pro činnost odborného zástupce, a redukovat tím počet lékáren. V konkurenčním prostředí je to snaha celkem pochopitelná, jen se mi nelíbí, že je maskována zástupnými aktivitami.

Jeden vzdělávací obor pro všechny nepovažuji za rozumný, protože většina farmaceutů pracuje ve veřejných lékárnách, a velmi specializované činnosti, vyžadující pracoviště se zvláštním režimem, by další vzdělávání jen zbytečně omezovaly a prodražovaly.



Děkan Farmaceutické fakulty VFU v Brně doc. RNDr. Milan Žemlička, CSc.

mických sporů a konkurenčního boje mezi různými zájmovými skupinami a byla hlavně poskytovatelem vzdělání a garantem jeho kvality. Musím se ovšem smířit s tím, že za tento postoj nesklidím potlesk od žádné z angažovaných stran.

Dr. Stanislav Havlíček:

Důvodem pro změnu zákona v roce 2004 byl zejména vstup ČR do EU a nutnost respektovat pravidla zakazující dvou- a tří-úrovňové postgraduální vzdělávání. Neznalost právě této historické skutečnosti a následných souvislostí bylo to, co mě na zmiňovaném jednání na ministerstvu od iniciátorů změn překvapilo nejvíce. Absence jakékoliv analýzy, která by zhodnotila specializační přípravu od roku 2004 dodnes, mě utvrdila v přesvědčení, že se změna připravuje jako okamžité řešení bez odůvodnitelného a prospěšného cíle a bez dostatečné znalosti dopadů do praxe.

Názor, že „nejlepší je jeden vzdělávací obor pro všechny“, podpořit nemohu. Už jen proto, že i v časech, kdy byl symbolem doby šedivý průměr a platil jeden jediný správný názor, se lékárníci vzdělávali ve čtyřech základních a jedenácti nástavbových specializacích. Přijetím zákona č. 94/2004 Sb., byl celkový počet specializačních oborů o 3/5 redukován na šest základních. Z části nástavbových specializací vznikla jejich sloučením širší specializace v základním oboru. Vývoj ve farmaceutickém průmyslu a v lékárenství obecně, příliš široký záběr a nárůst kvalifikačních požadavků vedl v některých oborech k obrovskému poklesu zájmu školenců. Zatímco

v oboru veřejné lékárenství jde o stovky, u nemocničního lékárenství o desítky a u klinické farmacie o jednotky atestačních zkoušek ročně, součet atestujících ve všech zbývajících oborech jen o málo převyšuje prsty na ruce za celé období.

Proto se s každou novelizací zákona snažíme kultivovat vzdělávací program základních oborů tak, aby co nejvíce odpovídal reálnému využití v praxi a neobsahoval přehled teorie a požadavky na praxi v oblastech, které specialista ve svém profesním životě nevyužije. Pro rozvoj úzce specializovaných dovedností se snažíme připravit vzdělávací programy certifikovaných kursů, které se v zákoně objevily při novelizaci v roce 2008. Čtyři certifikované kursy, které se podařilo v novele prosadit, byly obrovským úspěchem komory v legislativním procesu při projednávání zákona a vyhlášky. Příkladem úspěchu může být i předpokládané rozšíření počtu certifikovaných kursů o kurs farmakoekonomika v připravované novele vyhlášky.

Aktivity vedoucí k omezení počtu základních oborů (nemocniční lékárenství) a omezení počtu certifikovaných kursů (farmaceutická péče o geriatrické pacienty) vnímám právě jako snahu o šedivý průměr. A šedivý průměr není dobrou startovní pozicí v době, která vyžaduje individuální přístup zejména v rychle se rozvíjejících oblastech, ať už se jedná o cytostatika, biosimilars, genovou terapii nebo individuální péči o specifické skupiny pacientů. **(red)**

Kam spějí lékárnické služby (nejen) v Evropě

V Lisabonu se ve dnech 28. 8. – 3. 9. 2010 konal 70. Mezinárodní kongres FIP. Setkání s Mezinárodní federací farmaceutů (International Pharmaceutical Federation) bylo velmi inspirativní, kongres přinesl rozmanitost programu i vesměs vysokou kvalitou příspěvků. Tématem bylo „From molecule to Medicine, to Maximising Outcomes Pharmacy's Exploratory Journey“, vedle sekce vzdělávání zaujala sekce veřejného lékárenství.

PharmDr. Alena Petříková, PharmDr. MVDr. Vilma Vranová

Příspěvky se mj. týkaly motivačního hlediska (proč zavádět služby), praktického pohledu (jak zavádět služby), ale i racionálního zhodnocení (překážky a možná selhání).

Proč a jak zavádět služby v lékárnách? Rozumíme jimi např. poradenství v odvykání kouření, kontrolu astmatu, diabetu, hypertenze a jiných chronických onemocnění či snižování nadváhy. To, že mnohé služby již v našich lékárnách poskytujeme, je nezpochybnitelný fakt. Povinnost být rádcem pacientům ukládá nejen etický kodex lékárníka, ale i vyhláška o správné lékárenské praxi.

V čem se ovšem lišíme, např. od Portugalska, Švédska či Velké Británie, je „organizovanost a ocenění“ poskytovaných služeb. Překvapivý je rozsah „strukturovaného“ poradenství (propracování propagace směrem k laické i odborné veřejnosti, informační materiály pro pacienty pro každou službu či edukační kampaň), nezbytností je i dotazníkové šetření mezi pacienty dotazující se na spokojenost pacienta (data tohoto typu dávají lékárnickým ko-

morám účinnou zpětnou vazbu i přesvědčivé argumenty pro jednání s partnery).

Ve Švédsku musí být služby pacientům zpoplatněny již od okamžiku jejich zavedení, neboť zdravotní pojišťovny pak nepříliš ochotně přistupují na úhradu za služby, pokud byly v předcházejícím období poskytovány bezplatně. Postoj švédských pacientů je pro nás překvapivě pozitivní – jsou ochotni připlatit si za své zdraví, např. za poradenství v oblasti zdravého životního stylu.

Proč zavádět lékárenské služby v lékárnách? Měli bychom ukázat pacientům, že nejsme pouze podavači krabiček, ale že lékárna je zdravotnické zařízení s vysoce kvalifikovaným personálem (snad by zmizely i poznámky „a vy máte vysokou školu?“), že je to místo, kam pacient chodí pro odbornou radu, která není bezcenná – ve smyslu informačním, ale i finančním. Nejen FIP, ale i PGEU vidí, že posun od financování podle stávajícího modelu k financování za výkon činnosti je vzrůstajícím trendem, přirozeným vývojem situace, která byla způsobena změnou systému

FIP má více než 122 členských organizací. Členové mají možnost se zapojit do výboru lékárenské praxe „Board of the pharmaceutical practice“, která spravuje několik sekcí, např. veřejné/nemocniční lékárenství, industriální farmacie, akademická farmacie, aj. Druhou oblastí činnosti FIP organizuje Výbor farmaceutické vědy ve speciálních zájmových skupinách, např. biodostupost a bioekvivalence, radiofarmaka, přírodní medicína atd.

Více na: www.fip.org

cenotvorby a kontinuálním snižováním úhrad LP, a následně i prodejních cen LP v mnoha evropských státech. Jednou z posledních zemí, kterým se podařilo zavést nový systém odměňování lékáren, tj. částečně za výkon a z marže lékárny, byla Belgie, a lze očekávat, že ji bude následovat i řada ostatních zemí. Na jednání Economics PGEU Working Group v září 2010 daly na vědomí např. Slovinsko, Polsko, Rakousko, že je jejich cílem zavést jiný systém financování lékáren.

Při zavádění nových služeb v lékárnách je třeba brát v úvahu několik důležitých aspektů – zejména zda nabízená služba vzbudí zájem u pacientů, jestli je personál lékárny odborně vyškolen (i po komunikační stránce) a jak je motivován. Nesmíme také zapomenout na prostorové (např. konzultační místnost) a personální možnosti.

Česká výprava patřila mezi 2 500 účastníky kongresu k těm nejmenším – reprezentovalo nás pouze deset účastníků. Rozhodně jsme se na kongresu neztratili, vědecké výsledky byly prezentovány čtyři postery a zazněly čtyři přednášky (viz rámeček).

Příspěvky měly pozitivní ohlas, přednášející odpovídali na mnoho dotazů a objevil se nabídka na spolupráci na dalších vědeckých projektech, např. z Finska, Švédska, Německa, Portugalska, Irska i Indie. Příspěvky i diskutovaná témata byly velice zajímavé a inspirativní, příznivé bylo i zjištění, že úroveň naší farmacie a farmaceutů je plně srovnatelná s evropskou i světovou špičkou. Zaostáváme však v informovanosti a zájmu státních orgánů i veřejnosti o odborném potenciálu farmaceutů a možnostech služeb poskytovaných lékárnami.

Přednášky z historie farmacie:

- *The development of the promotion of remedies in Czech Lands, 19th and 20th century* (Vranová V., Rusek V.)
- *History of the military pharmacy in the Austro-Hungarian Empire and the Czechoslovak Republic (1794–1939)* (Král K., Vranová V., Petříková A.)

Přednášky z farmaceutické péče:

- *Starting the patient approach: Dealing with the deal* (Šumpichová V.)
- *Quality assessment of the Pharmaceutical Care education in relation with the students' final year practical training* (Petříková A., Vranová V.)

Posterová sdělení:

- *Quality assessment of the Pharmaceutical Care education in relation with the students' final year practical training* (Petříková A., Vranová V.)
- *Different marketing strategies for NSAIDs and analgesic medicines applied in community pharmacies in Bulgaria and the Czech Republic* (Valchanova V., Petříková A.)
- *Assessment of pharmacy students' attitude towards communication with patients* (Petříková A., Vranová V.)
- *Systematic method development is crucial in modern pharmaceutical analysis* (Nováková L. a kol.)

OSVĚDČENÍ K VÝKONU SOUKROMÉ LÉKÁRNICKÉ PRAXE

zrušená vydaná v září 2010

Zrušená osvědčení

- 51/1993 PharmDr. Jan Satrapa, U Nemocnice 380/III, Jindřichův Hradec
- 506/1993 PharmDr. Miroslav Mitro, Skupova 24, Plzeň
- 159/1995 RNDr. Růžena Tomanová, Komenského 11, Polička
- 367/1995 RNDr. Jitka Michalíková, Opatovská 1763, Praha 4
- 67/1997 Mgr. Ivana Eliášová, Lužická 6, Mariánské Lázně
- 210/2000 Mgr. Jana Bukáčková, nám. Míru 63, Svitavy
- 225/2002 PharmDr. Ivana Mašková, Pavlovova 65, Ostrava-Zábřeh
- 6/2003 Mgr. Magda Hartmanová, Petra Cingra 74, Orlová (PZP ZR)
- 218/2003 Mgr. Naděje Brahová, Eimova 294, Polička
- 150/2004 Mgr. Václava Bočková, Třída J. P. Koubka 110, Blatná
- 247/2004 Mgr. Eliška Bartková, Opletalova 4, Praha 1
- 239/2005 Mgr. Milana Bartušková, Jana Palacha 1561, Pardubice
- 37/2006 PharmDr. Vlasta Hofhansová, Janského 463/24, Olomouc
- 101/2007 Mgr. Taťána Dušovská, nám. Míru 336, Litvínov
- 228/2006 Mgr. Olga Petrovičová, Karlovo nám. 40, Praha 2
- 235/2009 PharmDr. Rostislava Helešicová, Sušilovo nám. 4, Rousínov
- 211/2007 Mgr. Ivana Kupková, Mochovská 38, Praha 9
- 55/2008 Mgr. Kateřina Muchová, Hálkova 2, Brno (ZRL, přemístěno)
- 181/2008 PharmDr. Bohumil Bednář, Michnova 1622/4, Praha 4
- 225/2008 PharmDr. Lucia Rusňáková, Palace Flora, Vinohradská 149, Praha 3
- 15/2009 Mgr. Zlatica Petrů, tř. 9. května 2886, Tábor
- 29/2009 Mgr. Jiřina Zubajová, Voctářova, Kaufland, Praha 8
- 174/2009 Mgr. Miroslava Rajnová, U Nádraží 1043/1, Písek
- 201/2009 PharmDr. Ludmila Debnárová, Pivovarská 21, Cheb
- 204/2009 Mgr. Vladimíra Svobodová, Masarykova 765, Litovel
- 222/2009 Mgr. Pavel Všeticka, Strážní 42, Lanškroun
- 347/2009 PharmDr. Jarmila Javorková, Pionýrů 2242, Frýdek-Místek
- 49/2010 Mgr. Olga Kučerová, Osvoboditelů 91, Zlín
- 65/2010 RNDr. Jitka Vaisochrová, Fryčajova 18, Brno
- 90/2010 Mgr. Agáta Hrubšová, Národní 6, Hodonín
- 121/2010 Mgr. Otakar Červenka, Pivovarská 700, Domažlice
- 202/2010 Mgr. Petra Kučerová, Pekařská 75, Lednice

Vydaná osvědčení

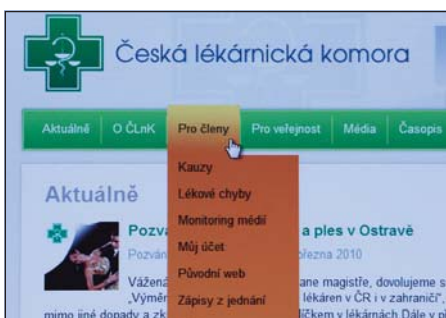
- 254/2010 * Mgr. Jitka Burešová, Holýšovská lékárna, Luční 586, Holýšov, provozovatel: DEVĚTSIL JST s.r.o.
- 255/2010 * Mgr. Alena Murdychová, Lékárna U Zlaté Koruny, Resselovo nám. 129, Chrudim, provozovatel: JB Pharma, s.r.o.
- 256/2010 * Mgr. Maroš Čupák, Lékárna Beroun v Lékařském domě, Plzeňská 1880, Beroun, provozovatel: Luppino s.r.o.
- 257/2010 Mgr. Miroslava Bednářová, Lékárna Urban, Strážní 42, Lanškroun, provozovatel: MUDr. Václav Kment
- 258/2010 PharmDr. Dana Srpová, Čankov, Železniční 1, Karlovy Vary, provozovatel: Lékárna ČEDVO s.r.o.
- 259/2010 RNDr. Jitka Vaisochrová, Lékárna Obřany, Fryčajova 77/18, Brno, provozovatel: BMA TRADING INTERNATIONAL s.r.o.
- 260/2010 Mgr. Zlatica Petrů, Dr. Max LÉKÁRNA, tř. 9. května 2886, Tábor, provozovatel: Česká lékárna, a.s.
- 261/2010 Mgr. Šárka Navrátilová, Lékárna Na okruhu, Dvořákův okruh 7, Krnov, provozovatel: Sdružené zdravotnické zařízení Krnov, příspěvková organizace
- 262/2010 * RNDr. Jitka Michalíková, Lékárna Opatovská, Opatovská 1753, Praha 4, provozovatel: APATYKA-PLUS s.r.o.
- 263/2010 Mgr. Ivana Kupková, Lékárna Havana, Mochovská 38/535, Praha 9, provozovatel: Lékárny Lloyds s.r.o.
- 264/2010* Mgr. Daniela Vondráčková, Lékárna Kbely, Tauferova 1041/2, Praha 9, provozovatel: Maledok s.r.o.
- 265/2010 RNDr. Vlasta Lacinová, Schlecker lékárna, Karlovo nám. 10, Praha 2, provozovatel: SCHLECKER a.s.
- 266/2010 Mgr. Petr Kupka, Lékárna Dr. Max LÉKÁRNA, Voctářova, Kaufland, Praha 8, provozovatel: Česká lékárna, a.s.
- 267/2010 RNDr. Petr Karpeles, Lékárna Faustův dům, Karlovo nám. 40, Praha 2, provozovatel: Lékárna Karpeles, a.s.
- 268/2010 PharmDr. Lucia Rusňáková, Lékárna Opletalova, Opletalova 4, Praha 1, provozovatel: Lékárna ELBA s.r.o.
- 269/2010 PharmDr. Miroslav Mitro, Lékárna LUNA, Skupova 490/24, Plzeň, provozovatel: Lékárna LUNA s.r.o.
- 270/2010 PharmDr. Jaroslava Matoušková, Lékárna Michnova, Michnova 1622/4, Praha 4, provozovatel: Lékárna Michnova s.r.o.

271/2010*	PharmDr. Bohumil Bednář, Lékárna Viktoria, Seifertova 31, Praha 3, provozovatel: Lékárna Michnova s.r.o	Pivovarská 2396/21, Cheb, provozovatel: Česká lékárna, a.s.
272/2010	Mgr. Stanislava Vyhnánková, Lékárna Lobeček, Gagarinova 721, Kralupy nad Vltavou, provozovatel: Lékárna Lobeček s.r.o.	282/2010 PharmDr. Soňa Perestjuková, U Jakuba, Lužická 395/6, Mariánské Lázně, provozovatel: Pharma Plus s.r.o.
273/2010*	Mgr. Věra Buriánová, Lékárny Kryry, Hlavní 1, Kryry, provozovatel: Mgr. Marie Brůhová	283/2010 Mgr. Tatiana Borovičková, Lékárna v OD Kaufland, Pivovarská 700, Domažlice, provozovatel: MUDr. Hynek Fashingbauer
274/2010*	Mgr. Agáta Hrubšová, Milovická lékárna, V Konárnách 519, Milovice nad Labem, provozovatel: Milovická lékárna s.r.o.	284/2010 PharmDr. Jaroslav Slováček, Dr.Max LÉKÁRNA, U Nádraží 1043/1, Písek, provozovatel: Česká lékárna, a.s.
275/2010*	Mgr. Kateřina Muchová, LÉKÁRNA U ZLATÉ HUSY, Božetěchova 79, Brno, provozovatel: NEO PLUS s.r.o.	285/2010 PharmDr. Vlasta Hofhansová, Lékárna Na středisku, Janského 463/24, Olomouc, provozovatel: MEDIEFFECT PLUS, s.r.o.
276/2010*	Mgr. Martina Losová, Lékárna Ondráčkova, Ondráčkova 226/20, Brno, provozovatel: Mgr. Martina Losová	286/2010 PharmDr. Dana Chládková, Nová lékárna, Komenského 11, Polička, provozovatel: Tomanová lékárny s.r.o.
277/2010*	PharmDr. Taťána Elblová, Lékárna Černá madona, Masarykova 701, Újezd u Brna, provozovatel: PharmDr. Taťána Elblová	287/2010 Mgr. Jana Bukáčková, Nová lékárna, nám. Míru 63, Svitavy, provozovatel: Tomanová lékárny s.r.o.
278/2010	PharmDr. Ivana Mašková, PILULKA, Pavlovova 1626/67, Ostrava-Zábřeh, provozovatel: Abiasen invest, s.r.o.	288/2010 Mgr. Naděje Brahová, Nová lékárna, Eimova 294, Polička, provozovatel: Tomanová lékárny, s.r.o.
279/2010	Mgr. Markéta Záborská, Fialová lékárna, Třída J. P. Koubka 110, Blatná, provozovatel: FIALOVÁ LÉKÁRNA s.r.o.	289/2010 RNDr. Jaroslava Matoušková, Dr.Max LÉKÁRNA, Václavská 49, Jindřichův Hradec 3, provozovatel: Česká lékárna, a.s.
280/2010	PharmDr. Rostislava Helešicová, Lékárna U radnice, Sušilovo nám. 4, Rousínov, provozovatel: Lékárna U radnice Rousínov s.r.o.	290/2010 Mgr. Markéta Debeřová, Lékárna Cyrmix, Pekařská 75, Lednice, provozovatel: Cyrmix, s.r.o.
281/2010	Mgr. Pavla Jukličková, Dr.Max LÉKÁRNA,	291/2010 Mgr. Andrea Navarová, Lékárna u polikliniky, Masarykova 765, Litovel, provozovatel: Lékárna MUDr. Andrea Dostálová, s.r.o.

*=nová lékárna

(člnk)

DISKUSNÍ OKÉNKO



... aneb co se v minulých dnech také řešilo na diskusním fóru na webu komory. Nebudeme přinášet doslovné citace, ale chceme přilákat k diskusi na webu zejména ty, kteří dosud nemají (neměli) důvod, čas nebo potřebu ji navštěvovat.

ČLK > sekce [Léky, recepty a spol.](#) přináší řadu zajímavých témat: EpiPen s dobou použitelnosti do 11/2010; Veterina; Symbol A u vakcín; Další z vtípů SÚKL?; Léky na tržnici.

+ Přejde-li tedy pacient s chybně označeným balením přípravku EpiPen s použí-

telností do listopadu 2010, bude mu toto balení LP bezplatně vyměněno, avšak pouze za podmínky, že se dostaví do lékárny, ve které mu byl přípravek vydán. OK. A co provede lékárna s tímto vráceným balením? Je domluvena možnost vrátit LP z úrovně lékáren distribuci a žádat dobropisování? Zatím jsem o tomto následném kroku, pro lékárny však dost důležitém, neviděl nikde ani zmínku. Nebo snad půjde pacientem vrácené balení EpiPen do kolonky ztrát lékárny?

+ Lékárna není povinna nikomu nic vyměňovat, pouze v případě, že se na tom s distributorem domluví. Jsme povinni přijmout prošlé, rozbité a podobné léčivo k likvidaci jako nebezpečný odpad. To je snad nám všem jasné. Jestliže u mě v lékárně někdo dostal na recept přípravek, který má XY vad, ne mojí chybou, vyměním mu jej tehdy, když dostanu od někoho přípravek jiný, který tak budu takto evidovat. Proč povinnou kusovou evidenci, kterou nám kdysi přikázali, nyní nevyužíváme ku prospěchu svému?

+ Za „obvyklý distribuční kanál“ asi těžko považovat postup, že bych přijala od

pacienta LP, který nebyl expedován naší lékárnou, a pokoušela se chtít dobropis tím pádem na jakémkoli distributorovi. Z toho mi vychází, že můžu leda přijmout LP, který dokážu identifikovat, že byl expedován u nás, najdu k němu dodací list a vystavím reklamační protokol.

+ Když jsem potřeboval na SÚKL jistou informaci, tak jsem obtelefonoval asi pět lidí a nakonec mi paní ing. řekla, že to neví, ať si zavolám přímo na výrobce a ať jí potom řeknu, co jsem zjistil.

+ Dá se někde sehnat nebo najít přehled základních léčiv pro zvířata? Tím myslím, když přijde někdo do „normální“ lékárny a chce něco pro psa do očí nebo pro kočku do uší nebo na odřenou tlapku. Taková praktická domácí lékárníčka pro domácí mazlíčky.

+ Levné, dostupné: Lamka, Ducháček: Veterinární vademecum pro farmaceuty, Karolinum 2006, nebo něco socialistického osvědčeného, Černošek: Léčení drobných zvířat, 1979, v antikvariátech. Nebo seznamy veterinárních léčiv [www.medvet.cz](#) a ostatní drahá literatura, Svoboda: Nemoci psů a kočky

OTC 2010

semináře pro lékárníky a farmaceutické asistenty

2. 11. Plzeň, číslo akce 10085

Západočeské muzeum, Kopeckého sady 357/2

16. 11. Ostrava, číslo akce 10086

Dům techniky Ostrava, Mariánské náměstí 480/5

Program:

17.30–18.00 registrace účastníků

18.00–18.45 Mýty v léčbě zácpy, MUDr. Jan Martínek, Ph.D.

18.45–19.30 Přírodní látky v prevenci a terapii,
doc. RNDr. Jiřina Spilková, CSc.

19.30–19.50 přestávka

19.50–20.30 Aktuality v lékárnické problematice,

PharmDr. Stanislav Havlíček,

Mgr. Michal Hojný či Mgr. Aleš Krebs, Ph.D.

Poplatek: 300 Kč

Akce je registrovaná pod čísly 10082–10086 a je ohodnocena **6 body pro lékárníky**, pro farmaceutické asistenty pod čísly 96-100/2010 a **ohodnocena 1 kreditem**.

Lékárníci se přihlásí na www.lekarnici.cz – sekce – vzdělávací akce; farmaceutičtí asistenti na www.lekarnici.cz – sekce – pro veřejnost.

Akci organizuje Lékárnická akademie, s.r.o.,
Rozárčina 1422/9, Praha 4, tel: 241 090 663, 734 417 441,
horakova@lekarnici.cz

INTERAKTIVNÍ DISPENZAČNÍ SEMINÁŘE

**Přihlašování pouze na www.lekarnici.cz –
vzdělávací akce – kurzy pro lékárníky**

Účastnický poplatek uhradte podle pokynů při přihlášce:
bankovním převodem na účet č.: 35-7905240297/0100 vedený u KB, variabilní symbol: členské číslo účastníka, konstantní symbol: 558, specifický symbol: kód semináře

Splatnost nejpozději **5 dnů** před konáním semináře (v **hodnotnosti na místě akce jen v nejnutnějším případě a za zvýšený poplatek**).

ŘÍJEN

So 23. 10. Olomouc (kód semináře: 10060)

LF UP, Ústav farmakologie – seminární místnost,
Hněvotínská 3, začátek v 9.30 hod.

Farmaceutická péče u pacienta s dyspepsií horního typu

Lektoři: : Mgr. Martin Doseděl, Mgr. Jaroslav Peč,

PharmDr. MUDr. Kamil Rudolf

Odborný garant: Mgr. Martin Doseděl

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 16

So 23. 10. Plzeň (kód semináře: 10061)

FN, tř. Dr. E. Beneše 13, pavilon č. 4, 1. p., začátek v 10 hod.

Rizika farmakoterapie ve vyšším věku.

Lektoři: Mgr. Ladislav Ruman, MUDr. Karel Macek, CSc.

Odborný garant: Mgr. Ladislav Ruman

Poplatek: 350 Kč, hotově 400 Kč

Počet bodů: 20

So 23. 10. Podbořany (kód semináře: 10062)

Restaurace Národní dům, Nádražní ul., začátek v 9.30 hod.

Rizika farmakoterapie u polymorbidního pacienta

Lektoři: Mgr. Renata Kuželová, Mgr. Kateřina Langmaierová,

Mgr. Pavla Cinglová, MUDr. Petr Tamlar

Odborný garant: Mgr. Kateřina Langmaierová

Poplatek: 350 Kč, hotově 400 Kč

Počet bodů: 20

Po 25. 10. Brno (kód semináře: 10057)

Kounicova 67a, výšková budova VUT (přízemí),

začátek v 16.15 hod.

Epilepsie: žena a epilepsie, jiné kazuistiky

Lektoři: Bc. PharmDr. Ivana Minarčíková, Ph.D.,

doc. MUDr. Petr Vondráček, Ph.D.

Odborný garant: Bc. PharmDr. Ivana Minarčíková, Ph.D.

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

LISTOPAD

So 6. 11. Znojmo (kód semináře: 10056)

hotel Prestige, Pražská 100, začátek v 9 hod.

Epilepsie: žena a epilepsie, jiné kazuistiky

Lektoři: Bc. PharmDr. Ivana Minarčíková, Ph.D.,

doc. MUDr. Petr Vondráček, Ph.D.

Odborný garant: Bc. PharmDr. Ivana Minarčíková, Ph.D.

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

Út 9. 11. Opava (kód semináře: 10068)

Slezská univerzita, začátek v 18 hod.

Infekce – výukové kazuistiky z praxe

Lektoři: PharmDr. Marie Zajícová, Mgr. Lukáš Láznicka,

MUDr. Lukáš Burda

Odborný garant: PharmDr. Marie Zajícová

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

Po 22. 11. Brno (kód semináře: 10067)

Kounicova 67a, výšková budova VUT (přízemí),

začátek v 16.15 hod.

Bolesti hlavy u dospělých

Lektoři: Bc. PharmDr. Ivana Minarčíková, Ph.D.,

doc. MUDr. Petr Vondráček, Ph.D.

Odborný garant: Bc. PharmDr. Ivana Minarčíková, Ph.D.

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

St 24. 11. Praha (kód semináře: 10070)

Lékárnická akademie, Rozárčina 1422/9, Praha 4,

začátek v 17.30 hod.

Racionalita lékové preskripce ve stáří

Lektoři: PharmDr. Daniela Fialová, Ph.D.,

prim. MUDr. Ivana Doleželová

Odborný garant: PharmDr. Daniela Fialová, Ph.D.

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

St 24. 11. Tábor (kód semináře: 10071)

Hotel Palcát, 9. května 2471, začátek v 17.30 hod.

Farmakoterapie bolesti

Lektoři: Mgr. Kristina Pechandová, MUDr. Josef Linhart

Odborný garant: Mgr. Kristina Pechandová

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

St 24. 11. Hradec Králové (kód semináře: 10072)

Lékárna FN HK, začátek v 18 hod.

Kazuistiky z ordinace klinického farmakologa II. – diabetes mellitus

Lektoři: Mgr. Martina Maříková, PharmDr. Pavlína Pastyříková, MUDr. Martina Prixová

Odborný garant: Mgr. Martina Maříková

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

Nabídka seminářů společnosti PHCpřihlašování na www.edukace.cz**První multioborová konference o samoléčení pro lékárníky a farmaceutické asistenty**

11. 12. Hotel Dorint Don Giovanni, Vinohradská 157a, Praha 3

8.00–09.00 Prezenze účastníků

9.00–09.05 Zahájení

09.05–9.50 **Role lékárníka při úrazech a onemocněních oka**, prim. MUDr. Věra Kalandrová

Diskuse

9.50–10.35

„Zimní“ témata: Racionální indikace mukolytik, Onemocnění horních cest dýchacích (odborná přednáška generálního partnera)

Diskuse

10.35–11.00

Role e-learningového vzdělávání v práci lékárníků a farmaceutických asistentů, přednášející bude upřesněn

11.15–12.15

Kloubní výživa (odborná přednáška hlavního partnera)

Diskuse

12.15–13.00

přestávka

13.00–14.00

Veterinární problematika, MVDr. Vít Brunclík

Diskuse

14.00–14.45

Prezentace výsledků Mystery Shoppingu realizovaného pro ČLnK ve 100 lékárnách, Mgr. Michal Hojný

Diskuse

14.45–15.30

Obvazový materiál, přednášející bude upřesněn

15.00–15.45

Zhodnocení konference, závěr a předání potvrzení o účasti

Odborný program konference může být následně doplněn, příp. změněn. Odborný program nefiremního charakteru je zařazen do celoživotního vzdělávání ČLnK a je ohodnocen kreditními body, uvedenými na www.edukace.cz

Logistickým partnerem odborné konference je firma PHOENIX, a. s.

O energii nejen v hradeckém Kotli

Na 56. prestižním Kongresu IPSF, o němž jsme psali i v minulém příspěvku, byl prezidentem celé mezinárodní studentské organizace, která sdružuje více než 350 000 studentů farmacie z 86 zemí světa, zvolen náš delegát Jan Röder. Poslední dva roky s obrovským nasazením zastával funkci prezidenta hradeckého studentského spolku, proto ho jistě už mnozí z vás znají.

Za své mimoškolní působení byl v loňském roce vyznamenán na oslavách 40. výročí naší fakulty. Svým vystupováním a organizačními schopnostmi přesvědčil většinu zástupců 56. kongresu, že i česká fakulta vysílá do světa připravené, houževnaté a nadané farmaceuty. Přijetí pozice prezidenta je zavazující, kandidát s ní získá mnohé výsady, ale především četné povinnosti. I proto nás těší, že tuto velice zodpovědnou a náročnou roli přijal

s lehkostí jemu vlastní. Navíc teď jeho prostřednictvím budeme mít i my, čeští studenti, možnost zasahovat do dění na mezinárodním farmaceutickém kolbišti.

Další změnou oproti časům před prázdninami jsou místnosti, které Spolek získal k užívání na hradeckých kolejích Na Kotli. Staré prostory slouží ke komerčním účelům, jako kopírování a prodej reklamních předmětů – ano, pokud byste chtěli manifestovat svou příslušnost k hradecké farmácii, je nyní možnost zakoupit si vydaná trička, pláště, propisky či klíčenky! V neposlední řadě také došlo ke střídání na postu šéfredaktora hradeckého fakultního časopisu Nauzea. Mé místo do svých pevných rukou „čapnul“ Lukáš Dušek z III. ročníku. Takže pokud jste příznivci literární tvorby na fakultě, můžete se těšit na menší i větší změny v náplni a designu, a pokud zatím nejste, je nejvyšší čas Nauzeu poznat.

Nezisková organizace jako je SČSF musí dodržovat platné zákony, proto se vždy začátkem akademického roku koná Valná hromada, které se zúčastňují jak mnozí členové našeho stále se rozrůstajícího Spolku, tak jeho volení zástupci a vedení fakulty. Letos se na bilancování hospodaření a volbu nového vedení přišel podívat děkan Alexandr Hrabálek. Prezidentem Spolku se stal Petr Mašát, který celý minulý rok získával zkušenosti v pozici viceprezidenta pro vnitřní záležitosti.

S rozjezdem nového roku se budou opět uskutečňovat akce pod taktovkou studentů. Na kolejích Na Kotli se ve spolupráci se SČSF od října otevírá ATP Bar, první farmaceutický a medicínský bar v ČR – www.atpbar.cz. Disponuje nešedním vybavením, cenami i personálem. Adenosintrifosfát v logu, zdroj energie pro vše živé na planetě Zemi, naznačuje, že prostředí baru pulsuje novou energií a pozitivní náladou.

Eva PROCHÁZKOVÁ
V. ročník FaF UK

Proč je LOS pro mne přijatelné, a GML ne

It's not fair play (To není fér). Možná jste tuto nenápadnou poznámku v článku z minulého čísla ČČL, První zkušenost v naší lékárně, ani neznamenali. Portugalské studentky farmacie na praxi v české lékárně tak vyjádřily údiv nad metodami uplatňovanými v naší zemi. A rozumím kolegovi Grodzovi, že se za takové představení našeho lékárenství musel stydět. *It's not fair play* – chce se mi také říkat nad článkem „Proč je Lékárnické sdružení pro mne nepřijatelné“ kolegy Krpálka. Dovedu pochopit, že pro dlouholetého člena a funkcionáře GML je Lékárnické občanské sdružení nepřijatelné.

Fungující LOS by fakticky ukončilo situaci, kdy GML vystupuje a jedná za všechny provozovatele lékáren, a to často způsobem, se kterým řada z nich nesouhlasí. Ztratit exkluzivní postavení při důležitých jednáních může být pro představitele GML nepřijatelné. Jistě, vyjádřit přímo a na rovinu, že grémiu LOS vadí, protože by mohly nastat situace, kdy bude nutno respektovat i další názory provozovatelů, by bylo příliš „průhledné“. A tak přicházejí zástupné argumenty: prohlásování návrhu nazývané *silovým řešením*, pokus naroubovat myšlenku, že kdo není provozovatel, nemůže problémy vedení lékárny pochopit, a provozovatele tedy zastupovat, samochvála, že GML dělá vše správně a zodpovědně, což ti druzí rozhodně nedělají. Cítím potřebu korigovat některá tvrzení pana kolegy vlastním pohledem, protože to, co píše, není fér, a to já nemám ráda.

1) Už ten začátek, cituji: *Vnímáte to také? O provozovatele veřejných lékáren a jejich aktivitu je v prostředí lékárenské veřejnosti náhle nebyvalý zájem.* Kolega se podle mého názoru mylí. Provoz lékáren je součástí lékárenství bez ohledu na opačná tvrzení několika jednotlivců. Provozem lékáren se ČLnK zabývá dlouhou dobu, ve skutečnosti od svého zřízení. Stejně tak je činnost komory kritizována představiteli GML dlouhou dobu, ve skutečnosti od jeho založení. Změnily se jen úroveň a míra této kritiky, která ztratila na věcnosti a pohybuje se v oblasti zástupných argumentů a osobních invektiv. Některým se tyto útoky možná líbí a schvalují je, jiní jsou jimi znechuceni, mnozí další již nedokážou rozlišit, co je pravda, a rezignovali tak na snahu dopátrat se jí. Nejde tedy o žádný náhlý nebyvalý zájem o provozovatele veřejných lékáren, ale jen znepokojení a nesouhlas s ostrými rozpory mezi GML a vedením komory.

2) Popis okolností založení LOS, provázený slovy: *Provedli to sice v tajnosti...* Ve

skutečnosti prostě předložili konkrétní nápad k realizaci usnesení sjezdu. Se založením občanského sdružení seznámili představenstvo komory a požádali o vyjádření a připomínky. Po projednání připomínek představenstvo hlasovalo o vstupu komory do LOS. Odmítnutí bylo možné stejně jako přijetí. Co je tedy na tom tajného?

3) Zamysleme se nad dalším tvrzením P. Krpálka: *Sami si určili, že jim k tomu budou stačit jen nijak nekonkretizované obecné plné moci.* Cituji přesně z formuláře plné moci:

„...**zmocňuji Lékárnické občanské sdružení** k tomu, aby hájilo mé zájmy provozovatele lékárny formou

- účasti na jednáních s orgány státní správy, zdravotními pojišťovnami, stávkovými organizacemi i dalšími subjekty,
 - účasti na vzniku a schvalování právních předpisů - tvorby koncepcí a návrhů řešení otázek souvisejících s činností provozovatelů lékáren,
 - pozitivní mediální podpory provozovatelů lékáren,
 - úzké spolupráce s ostatními subjekty s obdobným zaměřením,
- a přitom postupovalo výlučně v souladu se stanovisky České lékárnické komory”

Domnívám se, že jde o zcela standardně formulovanou plnou moc k zastupování. Stanoviska, kterými se přitom LOS musí řídit, jsou přece obsažena v usneseních představenstva a sjezdů delegátů.

4) Dále autor článku napsal: *Pověřili by tím totiž k jednání a rozhodování o sobě samých ty, kteří za důsledky svých dalších činů neponesou žádnou materiální zodpovědnost.* Jsem provozovatelkou lékárny, která není členem GML. Přesto však GML rozhodlo a rozhoduje o mých provozovatelských záležitostech, aniž bych to mohla ovlivnit. Jakou má materiální zodpovědnost za to, že se stalo spoluautorem odpovědného paskvilu, za to, že souhlasilo s tříměsíční lhůtou pro doprodej léků, za

to, že přistupuje na nedomyšlené úpravy metodiky pro předávání dat?

5) Další vyjádření nese znaky licoměrnosti: *Prezident Havlíček při jednom ze svých veřejných vystoupení k LOS prohlásil, že ho nepřekvapí, bude-li se případ LOS řešit soudní cestou. K tomu už skutečně došlo a je smutné, že my lékárníci musíme své spory urovnávat tímto způsobem.* P. Krpálek ve svém smutku a skromnosti zapomněl dodat, že trestní oznámení na komoru podal on sám. Nechápu, proč se odvolává na veřejné vystoupení S. Havlíčka, když na možnost napadení vstupu komory do LOS upozornil ve svém stanovisku kolega Hampel členy představenstva už 30. 3. 2010. Toto stanovisko je přílohou zápisu z jednání představenstva a je členům komory dostupné na webu komory. Podáním žaloby by tedy neměl být překvapen nikdo.

6) I to si zaslouží pozornost: *Mj. to potvrzuje, že vedení ČLnK neumí sjednotit lékárníky, naopak.* Skromně se zeptám: vedení GML lékárníky sjednotilo? Odpověď ani nečekám, lékárníci nejsou jednotní nikde na světě, a u nás nebyli jednotní nikdy. Proto si važme všech, kteří se o to nepřestávají snažit.

7) Není to poprvé, co se setkávám s výzvou, kterou pan kolega zve do řad GML: *Proč se o řešení společných problémů primárně nepokusit v již existující organizaci provozovatelů? GML opakovaně dokazuje, že zájmy provozovatelů veřejných lékáren hájit umí.* Podle mého názoru to bohužel není pravda. Šanci na obrodu GML vidím možná někdy v budoucnu v úplném znovuzrození. Za současné situace si to neumím představit.

8) Mohu ale souhlasit s tvrzením P. Krpálka: *Domnívám se, že si v dnešní době stále více kolegů uvědomuje, že provozovatele veřejných lékáren mají podobné problémy, které by měli řešit společně.* Tuto jeho vlastně výzvu bych rozšířila: „Domnívám se, že všichni lékárníci mají řadu problémů, které by měli řešit společně.“ Je-li lékárník vnímán jako ten, kdo „za 30 Kč hodí krabičku přes taru“, nebo jako zdravotnický odborník, se týká všech lékárníků – zaměstnance ani provozovatele nevyjímaje.

Velmi mi vadí útoky představitelů GML na prezidenta a viceprezidenta komory, že když nejsou provozovatelé, nemohou chápat problémy provozovatelů a za ně jednat. Patent na rozum mají jen provozova-

telé? Přece téměř každý lékárník-provozovatel začínal jako lékárník zaměstnanec. Snad lze stále doufat, že řada dnešních lékárníků zaměstnanců se v budoucnu stane provozovateli. Proto mají právo ovlivňovat i podmínky provozovatelů a nemohou pasivně čekat na to, jaké podmínky pro jejich budoucí provozování lékáren jim dnešní provozovatelé připraví. Trend některých dnešních provozovatelů, usilujících o minimalizaci nákladů na úkor odbornosti lékárníka (příklad z diskuze na webu – „musím vyexpedovat sama 280 receptů denně, na povídání s pacienty nemám čas, to ať dělá ten, kdo ten čas má“), směřuje jen k tomu, že řetězce rychle převálčují soukromé lékárny a dnešní mladí lékárníci už k provozování lékárny nedostanou nikdy šanci.

Podobné problémy mají všichni lékárníci, včetně provozovatelů. A protože všichni lékárníci jsou sdružení v komoře, mají plně právo požadovat, aby komora jejich problémy řešila, a nemohou se spolehat na úzkou skupinu provozovatelů sdružených v GML.

Proto jsem poslala plnou moc LOS. Podle mého názoru vedení komory, na rozdíl od GML, odvádí poctivou práci. Svou podporu LOS ani v podmínkách pseudopravní ČR nepovažují za projev naivity, ale zkušenosti. Chaotická situace, v níž se rozbilo mnoho důležitých vazeb, vyžaduje jednání v mnoha souvislostech, a dá-li se vůbec řešit, je třeba velké dávky taktiky, ale také pokory, poctivosti a pohledu do budoucna. Jako základ možného úspěchu vidím jednotné jednání za celou lékárnickou profesi. Nemůže ji reprezentovat nikdo jiný, než organizace sdružující všechny lékárníky, tedy komora. Je-li tato role profesní komory zpochybňována, chci komoře za sebe dát prostřednictvím Lékárnického občanského sdružení možnost.

Svůj kritický text zmírním souhlasem se závěrem kolegy Krpálka: *Provozovatelé veřejných lékáren nehájí pouze své zájmy, ale hájí veřejné lékárenství obecně. Musí zajistit chod lékárny a existenčně se postarat o všechny, kteří v lékárně pracují.* Je to pravda, i když s hájením lékárenství to mnohde pokulhává. Není to vždy vina nás provozovatelů samých. Mnoho věcí musíme systémově změnit. Rozhodně to ale nevyřeší GML věčným vymezováním jedné skupiny lékárníků vůči druhé. Proto je pro mne GML, na rozdíl od LOS, nepřijatelné.

PharmDr. Jarmila SKOPOVÁ
jarmila.skopova@post.cz

SPRÁVNÉ DISPENZAČNÍ MINIMUM

Ivabradin

Do skupiny nových antianginózních léčiv patří látka ivabradin (Procoralan®), která byla podrobně popsána v jednom z předchozích čísel ČČL kolegou Kučerou. Doplnila bych pouze důležité věci související s kvalitní dispenzační činností v lékárně.

Pacient s anginou pectoris (AP) by měl být vždy upozorněn na to, že nejdůležitější je záchvatům předcházet a že tak nelze činit pouze farmakoterapií, ale také změnou životního stylu – pohyb, stravování, vyhýbání se stresům atd. Pakliže je nezbytná farmakoterapie, používají se převážně klasická léčiva ze skupiny betablokátorů, nitrátů, některé blokátory Ca kanálů, aktivátory K kanálů. Současně bývají obvykle podávány léky ze skupiny antilipemik, antihypertenziv a kys. acetylsalicylová. Ivabradin je indikován převážně pro pacienty, jimž není možné podat betablokátor (astma, diabetes) nebo jsou léky špatně tolerovány. Lze je podávat i v kombinaci s betablokátozem, není-li kontrola AP dostatečná. Vždy je však nutné dbát na to, aby tepová frekvence nebyla nižší než 60 tepů/min.

Účinek ivabradinu je velmi selektivní a dochází specificky k inhibici tepové frekvence, lepšímu využití kyslíku a snížení rizika záchvatu, bez vlivu na inotropii. Při běžné dávce (5-7,5 mg 2x denně) se sníží zhruba na 10 tepů/min. U pacientů, kteří mají nízkou TF a hypotenzi, není vhodné dále v podávání léku pokračovat. Jelikož může v rámci NÚ způsobovat i poruchy rytmu (extrasystoly), není vhodný ani u kardiálních arytmií, při IM nebo tachyarytmiích či fibrilaci. Sám o sobě je slabým inhibitorem CYP3A4, avšak ostatní silnější inhibitory mohou změnit výrazně jeho účinek, např. imidazoly, makrolidy, inhibitory proteáz a nefazodon. Léčiva, která prodlužují QT interval, také nejsou vhodná do kombinace s ivabradinem. Ostatní léčiva, která se metabolizují stejným enzymovým systémem, jsou bez klinicky významného efektu – IPP, statiny, amlodipin a lacidipin, dioxin a warfarin. Ivabradin vykazuje velmi zvláštní NÚ v oblasti poruch vidění tzv. „luminous visual phenomena“, což se projevuje jako záblesky a projasnění v určité části zorného pole. Tento NÚ bývá zpočátku poměrně častý (u 14 % pacientů), postupem času až u 77 % pacientů odeznívá. Podávání ivabradinu může být doprovázeno i rozmazaným viděním, proto jsou zde určitá omezení při řízení motorových vozidel. Mezi další NÚ patří bolesti hlavy, závratě spojené s bradykardií a arytmií. Mírná renální insuficience není důvodem k úpravě dávky, avšak závažná jaterní nedostatečnost je již KI pro podání. Jelikož lék vykazoval na zvířecích modelech embryotoxicitu a teratogenní účinky, není vhodný v těhotenství ani při laktaci (D).

- Užívat 2x denně s jídlem (tím se sníží neočekávaná variabilita biologické dostupnosti).
- Je vhodné se v rámci kontroly podrobit častějšímu vyšetření EKG (riziko arytmií), průběžně doma monitorovat i krevní tlak. Při výrazné hypotenzi informovat lékaře.
- Lze upozornit na některé pravděpodobné NÚ, např. poruchy vidění, záblesky, bolesti hlavy, hypotenze či arytmiie atd. Pokud jsou výrazné, je vhodné upozornit lékaře.
- Řidiči by měli dávat pozor na rizika poruch vidění, zvláště při rychlých změnách světla a při řízení v noci. Je lepší řízení omezit.
- Velmi důležité je posuzování možných lékových interakcí, ale také interakcí s potravou a potravními doplňky, např. grepový džus nebo extrakt z třezalky.

PharmDr. Marie ZAJÍCOVÁ
marie.zajicova@nemocnice.opava.cz

Evropský antibiotický týden v prostředí lékáren

Světová zdravotnická organizace v roce 1997 dospěla na konferenci, konané v Berlíně, k názoru, že rostoucí odolnost bakterií vůči antibiotikům je závažná zdravotní hrozba mezinárodního významu. Ke stejnému závěru dospěla o rok později i Evropská unie na konferenci, konané v Kodani, s názvem Mikrobiální hrozba. Evropský antibiotický den je iniciativa zaměřená na laickou i odbornou veřejnost s cílem napomoci k zodpovědnému zacházení s antibiotiky a upozornit na rizika spojená s jejich nevhodným užíváním. Akce se konala poprvé v roce 2008.

PharmDr. Alena Petříková, PharmDr. MVDr. Vilma Vranová

Letošní ročník bude tvořen „dvěma pilíři“, první jde po nemocniční linii, je primárně zaměřen na používání a předepisování ATB v nemocnicích, druhý bude v lékárnách po dobu celého jednoho týdne formou intenzivní informační kampaně, zaměřené na dospělé pacienty užívající antibiotika a rodiče dětí, kterým byla antibiotika předepsána. V listopadu proběhne společná tisková konference WHO – ČLnK – SZÚ a MZd. WHO uspořádá kulatý stůl za účasti novinářů, s tématem nárůstu rezistence antibiotik.

Česká lékárnická komora se do tohoto projektu aktivně zapojila a ve spolupráci s kolektivem Ústavu aplikované farmacie VFU Brno připravila koncept projektu – Evropský antibiotický týden v prostředí lékáren.

Cílem Evropského antibiotického týdne je edukovat širokou veřejnost o problematice vzrůstající rezistence na antibiotika a o jejich správném užívání. Pacientům přicházejícím do lékárny budou v týdnu od 22. do 26. 11. 2010 podávány ústně i prostřednictvím letáků informace o správném užívání antibiotik. Získají základní informace, jak k antibiotické rezistenci dochází, jaká přináší rizika. Seznámí se také se zásadami správného užívání a správného zacházení s antibiotiky, s rozdílem v léčbě virových a bakteriálních onemocnění. Všichni lékárníci, kteří se chtějí do akce zapojit, budou vítáni, informační materiály budou dostupné na webu ČLnK, letáky budou distribuovány běžnou cestou, tj. prostřednictvím lékárenské distribuce.

Navíc se připravuje dotazníkové šetření mezi pacienty a rodiči dětí užívajících antibiotika, což pomohou zajistit studenti 5. ročníku farmacie během své povinné šestiměsíční praxe v lékárně. Každý z nich osloví minimálně deset dospělých pacientů, kterým byla předepsána antibiotika, a deset rodičů, jejichž dětem byla antibiotika předepsána a požádá je o vyplnění dotazníku. Pacienti budou dotazováni na znalosti o antibiotikách, na přístup k jejich užívání, názor na nutnost, aby byla vázána na lékařský předpis. Rodiče dětí, kterým byla předepsána antibiotika, budou dotazováni na své představy, jak by měla vypadat lékařská péče o dítě, které trpí běžnou infekcí horních cest dýchacích, zda považují pouze radu a doporučení režimových opatření za dostatečnou lékařskou péči, zda aktivně požadují předepsání antibiotik, jestli podle jejich názoru antibiotika urychlují léčbu infekcí horních cest dýchacích apod. Dotazníky jsou koncipovány tak, aby jejich výsledky byly srovnatelné s výstupy Eurobarometru, což je dotazníkové šetření v členských státech EU z jara 2010. I do této aktivity se lékárníci mohou zapojit, čím větší vzorek populace obsáhneme, tím lepší představu získáme o znalostech o postojích pacientů. Dotazníky budou volně ke stažení na webu ČLnK.

Mediální tváří této akce bude Monika Žídková, absolventka Pedagogické fakulty Ostravské univerzity, známá především jako Miss České republiky 1995, Miss Europe 1995, proslavila se rovněž účastí v soutěži Star dance v České televizi. V současné době se věnuje výchově svých dětí a práci ve firmě Miss Cosmetic.

Zvýšení informovanosti široké veřejnosti o nezbytnosti zodpovědného užívání antibiotik může zamezit vzniku nebezpečných a rezistentních bakterií a napomoci tak k zachování účinných léků pro budoucí generace. Uvedená informační kampaň je jednou z dalších možností, jak zpomalit nárůst odolnosti bakterií vůči antibiotikům. V neposlední řadě je to příležitost pro nás, lékárníky, ukázat se jako odborní zdravotničtí pracovníci, kteří hrají významnou roli v kontaktu s širokou veřejností a mají tak významný edukační potenciál.



Mediální tváří Evropského antibiotického týdne v prostředí lékáren je Monika Žídková.

**Autorky působí
v Ústavu aplikované farmacie,
Farmaceutická fakulta VFU Brno**



S Monikou Židkovou, mediální tvář Evropského antibiotického týdne v prostředí lékáren, jsme si popovídali nad šálkem dobré kávy v restauraci sportovního komplexu Bully aréna v Kravařích.

■ **K nárůstu antibiotické rezistence přispívají mnozí pacienti, a zejména rodiče malých pacientů. Kvalitu léčby posuzují podle toho, zda jsou předepisována antibiotika i v případě méně závažných potíží. Jak se na tuto věc díváte vy?**

Nepatřím k lidem, kteří přesvědčují lékaře o tom, co je a co není správná léčba. Ani by mě nenapadlo spojovat kvalitu terapie výhradně s tím, jestli lékař předepsal antibiotika. V názoru na jejich nadužívání souhlasím se svým tchánem, který je ostatně také lékař, ale k tomuto problému vždycky říká, že to je něco, jako kdybychom chtěli vyháňet myš atomovou bombou.

Na daném problému se bezesporu podílí i dnešní uspěchaná doba. Lidé nemají čas relaxovat, ženou se do práce, proto se v případě zdravotních potíží dožadují razantní a v první řadě rychlé léčby. Neuvědomují si, že to, co v produktivním věku jejich organismus toleruje, může postupem času vyústit ve vážné a chronické zdravotní potíže.

■ **Znamená to, že preferujete jiný přístup také jako matka devítileté Nikol a pětiletého Davida?**

To v každém případě, protože vycházím z přesvědčení, že léčba má být nejen účinná, ale také maximálně ohleduplná k organismu. Pokud děti onemocní, snažím se na to jít spíše pomaleji, především zajistit jim klid na lůžku. Dokud je to možné, využívám prostředky samoléčby; bylinky-

vé čaje, bonbóny, pastilky... Ale hlavní je ten relax, zabalit se do peřin, prostě to „vyležet“. Vždy se snažím podchytit zdravotní problém v počátcích, kdy samoléčba funguje nejlépe.

■ **Bývají děti často nemocné?**

Často určitě ne, ale běžné nemoci se jim nevyhýbají. Doma si to dokážu ohlídat, ale jakmile jsou děti ve školce nebo ve škole, začínají být více nemocné, tomu se při pobytu v kolektivu nedá zabránit. Když si odtamtud přinesou rýmu nebo kašel, snažím se, jak už jsem říkala, reagovat hned na začátku léčbou osvědčenými postupy a běžně dostupnými prostředky. Rozhodně hned s dětmi neběžím k pedia-

trici, nakonec v čekárně někdy mohou „pochytat“ víc bacilů, než s kolika jsme tam přišli.

■ **Vaše práce vyžaduje hodně cestování. Cestujete i tehdy, když si uděláte dovolenou, nebo o tom nechcete ani slyšet?**

Cestuju ráda i ve svém volnu. Nedávno jsme manželem vzali děti do Paříže, aby si užily Disneyland. Pro nás to byl malý ná-

Monika Židková k nevhodnému užívání antibiotik:

Jako vyháňet myš atomovkou

trovi, nakonec v čekárně někdy mohou „pochytat“ víc bacilů, než s kolika jsme tam přišli.

■ **Jaký máte vztah ke sportovním aktivitám?**

Mám v tomto ohledu velmi akčního manžela, takže o sportovní vyžití nemáme nouzi. Jsem tomu ráda, obě děti uměly díky tatínkovi od malička bruslit, jezdit na kole, lyžovat. Rádi s manželem, dětmi a partou vyrážíme na různé sportovní akce. Naposledy to bylo sjíždění Moravice na raftech minulý měsíc.

■ **Působením ve firmě Miss Cosmetic i dalšími pracovními aktivitami jste časově dost vytížená. Jak náročné je zvládnout přitom ještě péči o rodinu?**

Zakázky například na fotografování nebo moderování samozřejmě nepřicházejí

vrat do dětských let, pro děti hodiny plně nadšení. Bylo hezké, jak se jim rozzářily oči, když „naživo“ uviděly Mickey Mouse, psa Pluta, Popelku a další postavičky z dílny Walta Disneye.

■ **Jak jste spokojena s informacemi, které v lékárnách dostáváte, a s jednáním personálu?**

Jako ve všech oborech vždy záleží na lidech. Podle mých zkušeností jsou lékárnice k požadavkům pacientů velmi ochotné a vstřícné. Určitě nejsem sama, kdo oceňuje jejich odbornou erudici, s níž dokáží každému dobře poradit, i jejich laskavé a trpělivé jednání.

■ **Děkuji za rozhovor.**

Vladimír VRBOVSKÝ
(Snímky na této dvoustraně:
archiv M. Židkové)



Ceny a úhrady léčivých přípravků v Německu

Stanovení cen a úhrad léčivých přípravků se v Německu řídí Cenovým předpisem (*Arzneimittelpreisverordnung*) a pátou knihou Sociálního zákoníku. Cenotvorba se liší v outpatient a v inpatient sektoru. Ke stanovení úhrad slouží německý systém referenčních cen – Spolkový výbor (*Gemeinsamer Bundesausschuss*) rozdělí léčivé přípravky do referenčních skupin a Nejvyšší svaz zákonných zdravotních pojišťoven (*Gesetzliche Krankenversicherung Spitzenverband*) stanoví maximální výši úhrady.



Mgr. Alena Otisková

Cenotvorba v inpatient sektoru

Nemocniční lékárna jedná o ceně přímo s výrobcem. Jednotlivé nemocniční lékárny vzájemně spolupracují, aby vyjednaly co možná nejnižší cenu. Rozdíl v cenách léčivých přípravků mezi jednotlivými nemocničními lékárnami mohou být obrovské, avšak konkrétní částky jsou přísně tajné.

Distribuce léčivých přípravků do nemocničních lékáren je pro farmaceutické firmy výhodná, protože zvyšuje povědomí pacientů o daném přípravku a vede tak k rozšíření jeho distribuce i do outpatient sektoru.

Cenotvorba v outpatient sektoru

Zákonem řízená cenotvorba (na úrovni distributorů a lékáren) zahrnuje léky vázané na předpis a některé volně prodejné léky, které jsou za určitých podmínek hrazeny ze zdravotního pojištění.

Cenový předpis (vydaný MZ, schválený Spolkovou radou) stanovuje pevnou přírážku na prodejní cenu výrobce, a tím garantuje stejné ceny léků na předpis ve všech německých lékárnách. Lékařny tak mezi sebou soutěží v cenách OTC a v kvalitě poskytovaných služeb. Cenový předpis tak nepřímo umožňuje výrobcí udávat prodejní cenu distributora a lékární.

Přirážka distributora je v případě nehrazených OTC neregulovaná. Regulaci podléhá, pokud se vztahuje na léky vázané na lékařský předpis nebo hrazené OTC. Na hrazené OTC je použita regresivní marže, a to podle staršího Cenového předpisu (vydaného před rokem 2004), u léků vázaných na lékařský předpis se výše přirážky řídí novým Cenovým předpisem (viz tabulka 1).

Přirážka lékární je neregulovaná, jedná-li se o nehrazené OTC. V případě léči-

vých přípravků vázaných na předpis se k součtu ceny výrobce a přirážky distributora bez DPH přičte pevná přirážka: 8,10 € + 3 % z maximální prodejní ceny distributora. Získaná částka se navýší o DPH. Na hrazené OTC se vztahuje sátem regulovaná regresivní marže.

Daň z přidané hodnoty činí momentálně 19 % na hrazené i nehrazené léčivé přípravky (součástí plánované reformy zdravotnictví by mělo být snížení DPH na léky, diskutuje se o 16 %).

V rámci lékové politiky se v Německu uplatňuje řada opatření sloužící ke kontrole nákladů. Vedle regulace přirážek sem patří i poskytování slev různého charakteru:

- Tzv. kolektivní nebo vynucené slevy poskytují výrobcí, distributori a lékární zdravotním pojišťovnám. Patří sem: 6%

Tabulka 1: Přehled přirážek distributorů pro léky vázané na předpis (AMPPreisV, 17. 7. 2009)

Prodejní cena výrobce v €	Max. přirážka v % z prodejní ceny výrobce	Max. přirážka v €
0,00–3,00	15,0 %	-
3,01–3,74	-	0,45
3,75–5,00	12,0 %	-
5,01–6,66	-	0,60
6,67–9,00	9,0 %	-
9,01–11,56	-	0,81
11,57–23,00	7,0 %	-
23,01–26,82	-	1,61
26,83–1 200	6,0 %	-
Přes 1 200,01	-	72,00

sleva výrobce na léčivé přípravky, které nepodléhají referenční cenotvorbě; sleva 1,75 € na každé balení léčivého přípravku vázaného na předpis, poskytovaná lékárnami zdravotním pojišťovnám; 5% sleva na volně prodejné (hrazené) léčivé přípravky, poskytovaná lékárnami zdravotním pojišťovnám; 10% sleva na generické léčivé přípravky, kterou poskytuje výrobce zdravotním pojišťovnám.

- Slevy vyjednané mezi individuálními zdravotními pojišťovnami a poskytovateli farmaceutické péče. Od roku 2007 mohou zdravotní pojišťovny uzavírat smlouvy s výrobcí generických léčivých přípravků. Tato smlouva pak ovlivní substituci léčivých přípravků v lékárně.
- Slevy vyjednané mezi individuálními poskytovateli farmaceutické péče a nemocnicemi.
- Slevy poskytované jedním poskytovatelem farmaceutické péče druhému (např. distributor lékárně).

Tabulka č. 2 shrnuje způsob cenotvorby na úrovni výrobce, distributora a lékární.

V SRN jsou hrazeny všechny registrované léčivé přípravky s výjimkou léků na „triviální“ onemocnění (léky proti nachlazení a chřipce, na onemocnění dutiny ústní s výjimkou plísnových infekcí, laxativa, léky na onemocnění z pohybu), tzv. *life-style drugs* (léky snižující chuť k jídlu, proti vypadávání vlasů...) a „neúčinných“ léčivých přípravků (neúčinných v dané indikaci nebo kombinace tří a více léků, kdy přínos nemůže být přesně stanoven). Jedná se zejména o homeopatie, antropozoika a fytofarmaka. Určité léky jsou hrazeny v závislosti na indikaci (např. anabolika pro pacienty s rakovinou).

Některé volně prodejné léčivé přípravky jsou hrazeny ze zákonného zdravotního pojištění, a to dětem do 12 let, mladistvým s poruchou vývoje do 18 let a dále ve 46 indikacích. Seznam těchto léčiv a příslušné indikace, kdy mohou být předepsány, je uveden v příloze I a III Směrnice o léčích (*Arzneimittel-Richtlinien*), vydané Spolkovým výborem.

SRN nemá pozitivní listy hrazených léčivých přípravků, i když by se výše zmíněný seznam dal nazvat „malým pozitivním listem“. Na druhou stranu zde existují dva negativní listy. Jeden pro léčivé přípravky na „triviální onemocnění“ a druhý pro neúčinné léčivé přípravky (týká se pouze léků vázaných na předpis).

Tabulka 2: Způsoby cenotvorby v Německu (Öbig: PPRI 2008)

	Výrobce	Distributor	Lékárny
Volná cenotvorba	Všechny LP	Volně prodejné LP	Volně prodejné LP
Zákonem řízená cenotvorba	Není	Léky vázané na předpis a hrazené OTC podléhají cenové regulaci	
Slevy	Pro distributory, lékárny, nemocnice, zdravotní pojišťovny	Pro lékárny, nemocnice	Pro zdravotní pojišťovny

Výše úhrady se stanovuje prostřednictvím referenční cenotvorby, a to ve dvou krocích.

Podle § 35 SGB V vytvoří Spolkový výbor skupiny léčiv, pro které mohou být stanoveny referenční ceny. Referenční cenou se rozumí maximální částka, kterou za konkrétní léčivý přípravek zaplatí veřejná zdravotní pojišťovna. Rozdíl mezi cenou výrobce a referenční cenou hradí pacient. (V roce 2005 bylo na trhu pouze 7,1 % léčivých přípravků s cenou vyšší než referenční).

Aby mohla skupina vzniknout, musí obsahovat nejméně tři různé léčivé přípravky. Ve skupinách jsou léky se stejnou nebo podobnou účinnou látkou, nebo se srovnatelnou účinností. Do tohoto členění spadají i patenty chráněné léčivé přípravky, pokud nebyly prokázány jako inovativní (zlepšení terapeutického účinku, snížení nežádoucích účinků...).

Poté, co byl léčivý přípravek zařazen do referenční skupiny, stanoví Nejvyšší svaz zákonných zdravotních pojišťoven, podle matematického vzorce, jeho referenční cenu.

Své stanovisko k celému procesu může vyjádřit jak výrobce, tak odborníci z oblasti farmacie a medicíny.

Referenční ceny jsou stanoveny tak, aby minimálně pětina léčivých přípravků byla dostupná za referenční cenu nebo pod ni.

Institut pro kvalitu a hospodárnost ve zdravotnictví (IQWiG) hodnotí společně se Spolkovým výborem stupeň inovace a účinnosti nových léčivých přípravků. Pokud je zjištěn vyšší stupeň bezpečnosti a účinnosti než u současných léků, může výrobce i nadále sám určovat cenu bez jakýchkoli regulačních zásahů. Je-li zjištěn stejný stupeň jako u ostatních léčivých přípravků na trhu, je nový přípravek zahrnut do systému stanovení referenčních cen.

Spoluúčast pacientů na zdravotní péči má v Německu dlouhou tradici. Za návštěvu lékaře platí 10 € za každé čtvrtletí, stejnou částku pak zaplatí za den v ne-

mocnici. V současné době je spoluúčast pacienta na financování léků stanovena na 10 % z prodejní ceny léčivého přípravku na lékárně. Avšak pacient platí minimálně 5 €, maximálně 10 € (viz tabulka 4). Děti mladší 18 let jsou od této finanční spoluúčasti osvobozeny.

Léčivé přípravky s cenou minimálně o 30 % nižší než je jejich referenční cena, jsou zbaveny veškerých poplatků. Pacient nic nehradí.

Podle § 129/1 SGB V jsou lékárníci povinni nahradit originální přípravek levnějším přípravkem generickým (pokud lékař záměnu nevyloučil). Výběr konkrétního generika ovlivní smlouva konkrétní zdravotní pojišťovny s konkrétním výrobcem.

Lékárníci jsou ze zákona povinni vydávat paralelně dovážené léčivé přípravky, pokud je jejich cena 15 % nebo 15 € pod cenou jejich „německého protějšku“.

Německé zdravotní pojištění má svoji tradici v bismarckovském modelu. Vedle sebe existuje veřejné i soukromé zdravotní pojištění. Všichni občané mají právo vybrat si zdravotní pojišťovnu (změna je možná jednou ročně). Systém veřejného zdravotního pojištění pokrývá asi 88 % obyvatel a je povinný pouze pro zaměstnance, kteří vydělávají méně než 48 000 € ročně. Ve veřejném systému existuje 169 zdravotních pojišťoven (2010). Systém je financován 14,9 % ze mzdy (7 % přispívá zaměstnavatel plus 7,9 % zaměstnanec).

Soukromé zdravotní pojištění využívají především státní zaměstnanci a OSVČ. Soukromé zdravotní pojišťovny poskytují vedle plného zdravotního pojištění (nahrazujícího veřejné zdravotní pojištění) také doplňkové zdravotní pojištění a pojistné podle individuálního rizika.

V posledních letech prochází německé zdravotnictví řadou různých reforem. Ať už se jedná např. o založení centrálního zdravotního fondu, zavedení poliklinik, udělení role „gatekeepera“ praktickému lékaři; od roku 2011 dojde k navýšení zdravotního pojištění na 15,5 %, plánovaná je i změna DPH na léky. Avšak snaha o vytvoření transparentní reformy stále trvá a náklady na léky zůstávají v Německu výrazně vyšší než v jiných evropských státech.

Autorka pracuje v Lékárně U Bílého páva, Nový Bydžov

Tabulka 3: Úhrady léčivých přípravků (Öbig: PPRI 2008)

	Výše úhrady	
Děti < 12 let	100%	LP vázané na lékařský předpis i některé volně prodejné LP
Děti < 18 let	100%	LP vázané na lékařský předpis a některé volně prodejné LP pro specifické indikace
Dospělí	100% s výjimkou finanční spoluúčasti (10 % z ceny léčivého přípravku, min. 5 €, max. 10 € s ročním limitem závislým na příjmu)	LP vázané na lékařský předpis a některé volně prodejné LP pro specifické indikace

Tabulka 4: Německo – výše úhrad a finanční spoluúčasti, 2006 (Öbig: PPRI 2008)

Cena LP	Výše spoluúčasti v %	Výše úhrady v %
0 € – 5 €	100 %	0 %
5 € – 50 €	Pevná částka: 5 €	0 – 90 %
50 € – 100 €	10 %	90 %
Nad € 100	Pevná částka: 10 €	Nad 90 %

EU k dopadům krize aneb Čekání na zázrak

Od ledna 2010 přijaly jednotlivé členské státy EU řadu opatření směřujících k minimalizaci dopadů ekonomické krize do systémů veřejných financí v oblasti nákladů za léčiva. Studie Generální rady Španělské asociace lékárníků (Ruiz, 2010) zmapovala dopady ekonomické krize do lékárenství v jednotlivých zemích EU. Realizaci úsporných plánů vlád jednotlivých zemí bylo nejvíce ovlivněno lékárenství v Řecku, Itálii, Irsku, České republice, Portugalsku, Rumunsku, Španělsku, Švýcarsku a Turecku. Zejména v Řecku dojde vlivem úsporných opatření ke strukturálním reformám systému zdravotnictví. Změny se významně dotknou lékárenství.

PharmDr. Stanislav Havlíček

V ostatních zemích byla rovněž přijata úsporná opatření, ovšem v nižší míře. Dá se předpokládat, že k razantnějším úsporným opatřením dojde v budoucnu. V zemích s nízkou vazbou odměny lékáren k ceně léků se úsporná opatření neprojeví příliš silně. Příkladem může být Belgie, kde došlo ke změně systému odměňování z výhradně maržového na systém kombinovaný, který zahrnuje i poplatky za služby. V Itálii a Francii v důsledku drastického zásahu úsporných opatření do příjmů lékáren začala jednání směřující k opuštění modelu, kdy příjem lékáren je přímo závislý na ceně vydávaných léčiv.

Přímo se nabízí odkázat na článek publikovaný v Časopise českých lékárníků 9/2008. České lékárenství už v roce 2008 čelilo hrozbě poklesu obrátu a následného snížení příjmů souvisejícím s poklesem cen léčiv. Tato hrozba se naplňuje s ročním odkladem a od počátku roku jsme přímými účastníky dopadů revizí cen a úhrad. Se snižováním cen léčiv jde ruku v ruce pokles obrátu

a zároveň pokles příjmu. Přímá závislost odměny lékárníka na ceně léčiv nemůže dát jiný výsledek této rovnice. A pacient, kterému opakovaně vzrostly doplatky, jen těžko navýší obrát v oblasti doplňkového sortimentu.

Můžeme znovu dopodrobna rozebírat předběžné analýzy dopadu nového stanovování maximálních cen v systému revizí. Můžeme znovu počítat, nakolik se odhady z roku 2008 blíží skutečnému stavu v roce 2010. Také můžeme, stejně jako kolegové lékárníci ve Francii, obléci černé pláště a vyjádřit tak protest proti snižování cen léků. Můžeme také počkat na první stovku lékárníků bez zaměstnání a pak teprve začít hledat způsoby jak vyrovnat úbytek příjmů. Můžeme strávit další dva roky čekáním, že někdo z mocných této země, na ministerstvu či v parlamentu, předloží akceptovatelné řešení. Můžeme dokonce doufat, že jím bude zvýšení marží, zvýšení úhrad, pokles DPH, pokles daně z příjmů a dokonce i pokles cen energií. Můžeme čekat na zázrak.

Nebo můžeme rozhodnout, že už je skutečně nejvyšší čas na změnu. Že je čas opustit přímou vazbu na cenu léčiva. V kombinovaném systému odměňování lékáren nevítežní všichni. Nejenom v čase ekonomické krize se o zvýšení plateb jedná těžko. Veškeré změny musí být s ohledem na veřejné finance kalkulovány jako neutrální. Nejlepší šanci jsme měli v době, kdy zdravotní pojišťovny hospodařily s přebytkem. Druhou šanci máme nyní, v době, kdy státní správa znovu pracuje na komplexní reformě zdravotního a sociálního systému. Třetí šance už přijít nemusí.

Rozhodnutí, že se komplexní změny ve zdravotnictví odehrají bez zpochybnování účasti zástupců ČLnK, může přinést dvacátý sjezd delegátů ČLnK. Získáme tak jistotu, že se bude pracovat s otevřeným hledím a jasně definovaným cílem. V opačném případě znovu dáme příležitost zákulisnímu výměnnému obchodu ovlivňovanému vidinou okamžitého prospěchu (skupin) jednotlivců namísto dlouhodobého profesního prospěchu.

Souhrn přijatých opatření v cenotvorbě a úhradotvorbě léčiv jednotlivých zemí EU (Economic Newsletter, PGEU 9/2010)

V následujícím přehledu můžete absolvovat rychlý časoprostorový průlet Evropou a sami posoudit, jak opatření přijatá u nás zapadají do evropského kontextu. Vzhledem k obsaženosti původního materiálu jsem vybral jenom nejvýznamnější události. Ze stejného důvodu nejsou uvedeny žádné komentáře autora. Celkové zhodnocení zůstává na čtenářích samotných.

LEDEN 2010

Řecko: Ve snaze ušetřit 1,5 mld. € přijala řecká vláda několik opatření. Zmrazení cen 470 léků od výrobců, kteří ohlásili nárůst cen. Nový ceník pro 6 000 léků je naplánován na březen 2010. Okamžitě snížení cen pro 89 nejnákladnějších léků.

Cena generik bude vycházet z průměru tří nejlevnějších v EU. Spuštění elektronické preskripce je plánováno na květen 2010 stejně jako elektronické aukce na léky pro ústavní péči.

Španělsko: Referencování cen se uplatní u většího počtu léčiv. Bylo vytvořeno 20 referenčních skupin. Společně s dalšími změnami v systému cen a úhrad léčiv se očekává úspora 300 mil. €.

Portugalsko: Od 1. ledna Portugalsko zavádí referenční stanovení cen léčiv v 16 referenčních skupinách.

Maďarsko: Parlament umožnil vládě, aby zrušila úhradu všech léčiv, jejichž cena je o 40 % vyšší než průměrná cena z pěti nejlevnějších cen v EU. Revize úhrad bude ověřována každoročně.

ÚNOR 2010

Irsko: U léčiv hrazených z pojištění dochází k 40% snížení cen. Irská unie lékárníků už dříve doporučila lékárnám snížit skladové zásoby a minimalizovat ztráty způsobené tímto opatřením. Paradoxně jsou po této změně některá originální léčiva levnější než jejich generika.

Nizozemí: Dispenzační poplatek za recept se zvyšuje z původních 5,5 € na 5,99 €. Výše dalších poplatků se nemění, průměrný nepřesahuje 10 € u lékáren ve smluvním vztahu s pojišťovnou pacienta nebo 7,91 € u lékáren bez smlouvy. Odpočet (8,53 %) z nákupní ceny lékárny pro léčiva s úhradou zůstává beze změny a nesmí přesáhnout 6,80 €. Pojišťovna může smluvní lékárně zpětné odpočty snížit nebo úplně odpsat. *Pokračování na str. 24*

Pokračování ze str. 22

DUBEN 2010

Portugalsko: Ve snaze snížit deficit veřejných rozpočtů z 9,3 % na 7,3 % v roce 2010 přijalo Portugalsko řadu opatření. K 1. červnu 2010 došlo ke zvýšení DPH o 1 % (u léčiv na 6 %). Od května byl zaveden nový systém úhrad, který modifikuje pravidla pro hodnocení léčiv používaných v ústavní péči. Zároveň také upravuje stanovení cen pro všechna Rx léčiva a pro OTC, jimž je přiznána úhrada. Distribuční marže byla vrácena na úroveň roku 2005 (8 % distribuce, 20 % lékárna z ceny bez DPH). Schválena 100% úhrada u pěti nejlevnějších léčiv v každé referenční skupině pro důchodce, jejichž příjem nedosahuje minimální mzdy. (100% úhrada všech generik zavedená v roce 2009 byla zrušena, procentní stanovení úhrad bylo převedeno na fixní hodnoty). Nově byla zavedena povinnost uvádět na recept informaci o tom, kolik by dosahovala úspora, kdyby byl předepsán nejméně nákladný generický přípravek.

Francie: Ke stávajícím sazbám úhrad ve výších 100 %, 65 % a 35 % vytvořila vláda novou sazbu úhrady, která má být mezi 10–20 %. Do této sazby mají být zařazena léčiva s „terapeuticky nižší hodnotou“. Předpokládá se, že do ní bude převedena část léčiv v současné sazbě úhrady 35 %. Tato sazba bude snížena zhruba o 5 %.

KVĚTEN 2010

Belgie: Po zavedení nového způsobu odměňování lékáren tvoří příjem lékárny kombinace fixní marže a dispenzační poplatek 3,88 € z každého balení vydaného léčiva. Další poplatky 1,19 € získá lékárna při výdeji genericky předepsaného léčiva při volbě nejlevnější alternativy. Celá změna byla zavedena jako nákladově neutrální a zahrnuje také změnu marže distributora.

Finsko: Od svého zavedení v dubnu 2009 uspořilo referenční stanovení cen 150 mil. €. Hlavními faktory pro úspory jsou cenové soutěže farmaceutických firem a generická substituce v lékárnách.

Irsko: V uplynulých devíti měsících přišlo o práci ve farmaceutickém sektoru 1 600 osob, z toho 300 farmaceutů. Ztráta zaměstnání je důsledkem vládního rozhodnutí z roku 2009, kdy bylo razantní snížení plateb za léčiva hrazená z veřejných prostředků.

Itálie: Italská vláda schválila úsporný balíček zahrnující tvrdé škrty ve výdajích v celkové hodnotě 24 mld. € v letech 2010 až 2011. Marže distributorů byla snížena o 3,65 %, s tím související ztráta lékáren se odhaduje na 400 mil. €. Pro přibližně 2 000 lékáren v méně ziskových oblastech hrozí

riziko uzavření. Federfarma (majitelé lékáren) zvažuje možnost stávky a současně předkládá návrh vládě, aby odměňování lékáren nebylo přímo spojeno s cenou léků, ale bylo založeno na odměňování za poskytované služby.

Řecko: Od 20. května nemá úhradu ze zdravotního pojištění 253 levných léčiv. Kromě antipyretik (paracetamol, aspirin) zahrnuje seznam léků bez úhrady také antihistaminika, antacida a mnoho dalších léčiv. Vláda plánuje touto změnou úspory ve výši 300 mil. €. Liberalizace a nová demografická kritéria umožní lékárnám budování vyšších celků, což by mohlo přinést nová pracovní místa pro 1 100 nezaměstnaných lékárníků. Lékárníci zahájili dvou denní stávku proti zrušení vlastnických a geografických kritérií pro vznik lékáren.

Nizozemí: Průměrná cena generik klesla v roce 2010 o 22 %. V porovnání s průměrem v období 2007–2009 se jedná o pokles o 67 %. Celkový objem úhrad se snížil o 25 % od roku 2008.

Švýcarsko: Skončila první vlna snižování cen a změna úhrad léčiv, která byla zahájena 1. března 2010. Druhá vlna je naplánována na 1. leden 2011.

ČERVEN 2010

Chorvatsko: Počet receptů předepsaných pacientům poklesl v roce 2009 na 38 mil. ze 43 mil. v roce 2008.

Irsko: Zavedením generické substituce a referenčních cen v roce 2011 plánuje vláda snížit spoluúcast pacientů a především ušetřit z veřejných financí téměř 78 mil. € ročně. Společně s těmito změnami se připravuje systém cenových soutěží u generických léčiv. To umožní pacientům získat léčiva bez doplatku nebo zaplatit rozdíl, pokud chtějí dražší ekvivalent. Irská unie lékárníků upozornila na riziko výpadku léčiv s nejnižší cenou, pokud vítěz cenové soutěže nedokáže dodávat potřebné množství léčiv.

Itálie: Italská vláda se snaží řešit rostoucí prodloužení v platbách pojištěnec za léky. Kromě zavedení cenové soutěže se chystá posílit generickou substituci a snížit cenu generik o 12,5 %. K dosažení plánovaných úspor 400 mil. € ročně má přispět též zavedení benefitů pro lékaře směřující k racionální preskripci.

ČERVENEC 2010

Německo: Kanclérka Merkelová hodlá získat 3,5 mld. € ze zisků farmaceutických firem, pojištěnec, nemocnic a stomatologů. Zároveň se zvyšuje sazba zdravotního pojištění o 0,6 % rovnoměrně rozdělené pro zaměstnance i zaměstnavatele. Nově přijatý zákon snižuje maximální ceny léčiv nezahrnutých do referenčního systému o 16 %

(původně 6 %), což má přinést roční úsporu 1,15 mld. €.

Španělsko: Průměrná cena receptu se snížila z 13,5 € na 12,66 €. Výdaje na léky klesly o 2,8 % i přes to, že o 3,8 % vzrostl počet receptů (80,7 milionu v červnu 2010). Dalším snížením cen generických léčiv plánuje vláda ušetřit ještě 1,05 mld. €.

Byla upravena výše lékárenské marže pro všechna registrovaná léčiva. V pásmu do 91,63 € výrobní ceny je nastavena marže 27,9 % (z prodejní ceny lékárny). V dalších pásmech je příjem lékárny fixní. Pro pásmo do 200 € je příjem lékárny 38,47 €, do 500 € je příjem 43,37 €. U léků nad 500 € činí příjem lékáren 48,37 €. Lékárnám, které po zavedení tohoto systému nedosáhnou měsíčního obrátu 37 500 €, lze přiznat daňové úlevy. Razantní snižování cen léčiv ve Španělsku může referencováním cen vyvolat dominový efekt v celé Evropě.

ZÁŘÍ 2010

Německo: Nejvyšší spolkový soud zakázal poskytovat slevy na léčiva vydávaná pouze na lékařský předpis. Zákaz se vztahuje na slevy poskytované přímo i nepřímo, například připsáváním premiových bodů, které lze vyčerpat později.

Řecko: Průměrně o 20 % snížila řecká vláda maximální ceny u více než 3 000 léčiv. Jedná se o první krok po zavedení nového systému referencování cen ke třem nejnižším cenám v EU. Po dokončení u všech zhruba 12 000 léčiv, která tvoří 97 % národního účtu za léky, se předpokládá úspora veřejných rozpočtů ve výši 1,2 mld. € ročně. Záříjovému zavedení nového systému předcházelo v květnu přechodné snížení cen léčiv o 21,5 % (analogie s Janotovým balíčkem). Nový způsob stanovení cen dokázal zlevnit 3 373 léčiv, cena naopak vzrostla u 2 658 léčiv a 799 léčiv zůstalo beze změn.

Průměrně 20% snížení ovšem také znamená, že ceny některých léčiv byly sníženy výrazně více (bicalutamid -60 %, paclitaxel -41 %)

Francie: Francouzská vláda oznámila plán ušetřit v příštím roce 860 mil. €. Úspor má být dosaženo zavedením motivací pro předepisování generik a také snížením cen a úhrad léčiv a zdravotnických prostředků. Lékárníci protestují proti snižování příjmů v důsledku poklesu obrátu černým obléčením, zároveň omezují noční provoz v některých regionech.

Portugalsko: Od avizovaného 6% snížení cen léčiv v příštím roce si portugalská vláda slibuje dosažení úspor 250 mil. € ročně. K úsporám má přispět též rozvoj elektronického předepisování a větší podpora generik.

Stanislav HAVLÍČEK

Ad rubrika TAK TO VIDÍM JÁ v ČLL 9/2010: Já to vidím jinak



Reaguji na článek dr. Marcely Škrabalové v rubrice Tak to vidím já „Jde o budoucí příjmy veřejných lékáren“ v ČČL č. 9/2010. Ano, vidím to jinak. Trochu totiž tápu, o co vlastně mělo jít. Jsem překvapen, kolik se najednou vyrojilo odborníků na specializační vzdělávání, a především na specializační přípravu nemocničních lékárníků, a taky s jakou jistotou jsou kole-

gové, kteří v nemocniční lékárně nikdy nepracovali, přesvědčeni o tom, co je pro nemocniční lékárenství správné. Chtějí to dokonce jasně nalinkovat, bez ohledu na ostatní. Já si kolegů z veřejných lékáren vážím, proto bych si nedovolil bez důkladné znalosti pronášet tak zásadní soudy.

Není také známa „drobnost“ – všude je prezentováno, že návrh na převedení nemocničního lékárenství ze specializačního oboru na certifikovaný kurz vzešel z ministerstva zdravotnictví. Ve skutečnosti však změnu oficiálně iniciovali zástupci GML (návrh nám vadí proto, že certifikovaným kurzem se nezískává specializovaná způsobilost, ale pouze zvláštní odborná způsobilost).

Je škoda, že ze závěrů společných jednání u kulatého stolu, která z iniciativy ČLnK probíhala v roce 2008, nezbyl ani pověstný cár papíru. Bez ochoty a slušnosti oznámit ostatním, že společné závěry již neplatí, pak někteří začali se zákulisní hrou. Nemocniční lékárníci rozhodně závěry jednání neporušili.

Představenstvo (přesněji asi „nejužší vedení komory“) je opět obviňováno, tentokrát z toho, že chce cosi uzurpovat veřejným lékárníkům. Já ale nevím co. V prvním návrhu činností, které by mohly být honorovány, totiž zásadně převládaly ty, které se veřejných lékáren týkají, ale nějak se na to zapomnělo. Obviňování tedy není na místě.

Unavuje mě argumentace, že některým názorům (domnělé, či skutečné?) kliky v představenstvu je věnováno více pozornosti a času. Já mám opačný názor. Celé představenstvo v poslední době zbytečně ztrácí čas a musí se věnovat jiným, nepodstatným věcem, obstrukcím, čelit obviňování apod.

Jako nemocniční lékárník začínám mít v rámci komory pocit lidí, kteří jsou na obtíž. Komora se námi nemá zabývat, můžeme

jen ustupovat ve prospěch někoho jiného, protože to je přece „spravedlivé“.

Asi budu opět obviněn z demagogie, i tak ale stojí za připomenutí, že kdyby byli nemocniční lékárníci tak negativně vyhranění vůči svým kolegům z veřejných lékáren, jak jste přesvědčováni, těžko by přispívali k tomu, aby mohli absolvovat specializační vzdělávání. Drtivá většina kolegů z veřejných lékáren by bez vstřícnosti nemocničních lékárníků nesplnila vzdělávací program veřejného lékárenství a nemohla odatestovat (tím nechci deklarovat naši nepostradatelnost, dávám to jen jako fakt k zamyšlení). Jde přitom o naplňování současného vzdělávacího programu veřejného lékárenství, který nemocniční lékárníci nevytvářeli.

Nemocniční lékárníci si nic uzurpovat nechtějí, jde jim o kvalitní specializační přípravu, odpovídající tomu, co považujeme za potřebné rozvíjet. Specializace opravdu neznamená, že „všichni umí všechno a totéž“, ale naopak. Rovnostářství jsme si užili dříve více než dost.

V článku dr. Škrabalové žasnu nad konstatováním, že „Tento záměr je zřejmý z různých zveřejňovaných a zase stahovaných koncepcí nemocničního lékárenství, které nikdy nebyly lékárenské obci oficiálně představeny...“. Žádná koncepce totiž nikdy stažena nebyla! Původní koncepce nemocničního lékárenství (vypracovaná Sekcí nemocničních lékárníků ČFS, schválená na půdě ČFS), pochází z roku 2000 a byla všem roky veřejně dostupná na webových stránkách Sekce nemocničních lékárníků (www.nemlek.cz). Nová koncepce nepřináší zas tak nic zásadně nového, pouze reaguje na nové podmínky a trendy, diskuze proběhly na půdě odborné společnosti, a poté byla letos zveřejněna. To se snad nesmí?

Je prospěšné, aby se v nemocničním lékárenství rozvíjely potřebné specializované činnosti, stejně jako ve veřejných lékárnách zase to, co je jim vlastní.

S dalšími spornými tvrzeními polemizovat nebudu, vyžádalo by si to neúměrný prostor.

Pokud měl snad článek dr. Škrabalové přispět ke vzniku (dalších) bariér mezi veřejnými a nemocničními lékárníky, mohl uspět. O to snad ale většinu z nás opravdu nejde.

Mgr. Jiří KOTLÁŘ

TAK TO VIDÍM JÁ: Je lepší se zeptat



Dneska jsem měl takový anonymní hovor:

- Udělali jste personální změny na sekretariátu, ale to vůbec není k lepšímu. Ani ten seznam lékárníků na okrese neumíte seřadit podle abecedy.

Je to neprofesionálně udělané.

Vůbec s tím nejde pracovat, celé to musím přepsat..., i když bych tím nejradši praštil do koše.

Teď je to řazené podle lékáren abecedně. Zkoušel jste to seřadit podle abecedy příjmení?

- A to jde?

- A ta porada předsedů... říkal jste nám, že máme odjet vybavení maximem informací, a já nevím, o čem máme ohledně porady předsedů na schůzi OSL mluvit.

Co byste rád věděl?

- To právě přesně nevím.

Nedostal jste na poradě odpověď na nějakou otázku?

- Já se na nic neptal.

Chtěl jste se na něco zeptat a nedostal jste příležitost?

- Ne, nechtěl jsem se zeptat, všechno mi bylo jasné.

Chtěl byste se teď na něco zeptat?

- Ne. Jen jsem vám chtěl říct, že to děláte neprofesionálně a máme málo informací.

Pod čarou:

Bez ohledu na výše uvedený výťah z telefonického rozhovoru děkuji všem předsedům OSL za všechno, co ve prospěch kolegů dělájí.

PharmDr. Stanislav HAVLÍČEK

CO URČITĚ STOJÍ ZA PŘEČTENÍ...

Hradec, J.: Skutečně máme v léčbě hypertenze zatratit beta-blokátory?

Kapitoly z kardiologie pro praktické lékaře č. 3/2010

První betablokátor propranolol vyvinul v roce 1964 nositel Nobelovy ceny James W. Black. Snažil se anulovat škodlivé účinky adrenalinu a noradrenalinu na srdce. Později se prokázalo, že podávání betablokátorů (dále BB) významně snižuje morbiditu i mortalitu pacientů s anginou pectoris. Dále byly pozorovány příznivé účinky BB v léčbě arytmií a hypertrofické kardiomyopatie, v roce 1981 byly publikovány první práce prokazující zlepšení prognózy pacientů po AIM užívajících BB. Dnes se ví, že BB působí příznivě ve všech fázích tzv. kardiovaskulárního kontinua. Jednou z hlavních indikací BB je léčba hypertenze, ve které se uplatňuje komplex devíti příznivých mechanismů působení jak přímých, tak nepřímých. V poslední době hlavně britské metaanalýzy problém BB značně zatemnily, místo aby objasnily některé pochybnosti. Prokázaly jen to, že nejméně vhodným BB u hypertenze je atenolol a že existují situace, ve kterých BB nejsou vhodné jako léky první volby: u diabetiků, nefropatií, pacientů s metabolickým syndromem a v případech absolutních kontraindikací. Jako nejvhodnější se zdá být 3. generace BB (carvedilol, nebivolol, celiprolol), nejsou však zatím k dispozici výsledky morbiditně-mortalitních studií s těmito léčivy. Krásné je závěrečné desatero použití BB u hypertenze.

Vantuchová, Y.: Nežádoucí účinky léčby interferonem alfa

Dermatologie pro praxi č. 3/2010

Vlastní zkušenosti ostravského kožního oddělení s osmiletou aplikací interferonu alfa u pacientů s melanomem. Léčba probíhá ambulantně, pacient si píchá injekce sám. Nežádoucí účinky této terapie jsou časté a velmi různorodé. Mezi časté patří tzv. **interferonový syndrom** zahrnující horečku, zimnici, třesavku, bolesti svalů, kloubů a hlavy, dále únavnost, nechutenství, nevolnost, zvracení, průjem – tyto příznaky se v různé intenzitě objevují u všech pacientů. **Hematologické NÚL** se objevují již 2. den aplikace a souvisí se opresivním účinkem na kostní dřeň. **GIT NÚL** se projevují hlavně nechutenstvím s úbytkem hmotnosti až několik desítek kg během prvních měsíců. **Psychické NÚL** se objevují až u 50 % pacientů a více u mužů než u žen. Mezi méně časté NÚL patří **kardiovaskulární** (arytmie, hyper- a hypotenze), **respirační** (kašel, dušnost, cyanóza), **dermatologické** (alopecie), dále snížená funkce ledvin, dysfunkce štítné žlázy, toxická retinopatie s tvorbou hemoragických ložisek. Ve srovnání s chemoterapií melanomu jsou NÚL interferonu méně závažné, přesto tato léčba dosti výrazně snižuje kvalitu života.

Vyskočil, V.: Osteoporóza a ostatní nejčastější metabolická onemocnění skeletu

Galen, Praha 2009, 507 stran

Obsáhlá publikace plzeňského lékaře Václava Vyskočila z Osteocentra při 2. interní klinice FN v Plzni je přehledně členěna do 14 kapitol s logickou návazností. První část je věnována definicím a jejich nedostatům, zabývá se dále etiologií a patogenezi osteoporózy a její klasifikací a klinickým dělením (dvě základní skupiny – generalizovaná a lokalizovaná). Druhá podává anatomický přehled a popis funkcí kosti (kostní buňky, remodelace), třetí je věnována rizikovým faktorům vzniku osteoporózy a jejich stanovením. Popsáno je jich celkem dvaadvacet. Čtvrtá až osmá část objasňuje diagnostické metody a jejich indikace – absorpciometrii (SXA, DPA, DXA), laboratorní vyšetření (minerály v séru, moči, kalcotropní hormony, markery kostního obratu), speciální vyšetření (kostní biopsie, scintigrafie). Devátá část je věnována možným preventivním opatřením vzniku choroby (zdravá výživa, ochrana páteře, pohyb, nekouření, ideální hmotnost). Podrobně je v desáté části popsána farmakoterapie osteoporózy od minerálů a vitamínů (vápník, vitamin D, hořčík, fosfor) přes HRT, selektivní modulátory estrogenových receptorů, bisfosfonáty, kalcitonin, stroncium ranelát, parathormon, testosteron, anabolika, fluorid sodný až po nejnovější přípravky ve vývoji. Jedenáctá kapitola se zaměřuje na způsoby léčby jednotlivých typů osteoporózy (např. postmenopauzální, glukokortikoidy indukovaná, mužská, renální osteopatie, posttransplantační, dětská, transienční atd.) Dvanáctá část připomíná nefarmakologické přístupy léčby (rehabilitace, léčba zlomenin), třináctá je zaměřena na léčbu bolesti u pacientů s osteoporózou, čtrnáctá se zabývá ovlivněním kvality života lidí s touto nemocí.

ANOTACE

ním. Popsáno je jich celkem dvaadvacet. Čtvrtá až osmá část objasňuje diagnostické metody a jejich indikace – absorpciometrii (SXA, DPA, DXA), laboratorní vyšetření (minerály v séru, moči, kalcotropní hormony, markery kostního obratu), speciální vyšetření (kostní biopsie, scintigrafie). Devátá část je věnována možným preventivním opatřením vzniku choroby (zdravá výživa, ochrana páteře, pohyb, nekouření, ideální hmotnost). Podrobně je v desáté části popsána farmakoterapie osteoporózy od minerálů a vitamínů (vápník, vitamin D, hořčík, fosfor) přes HRT, selektivní modulátory estrogenových receptorů, bisfosfonáty, kalcitonin, stroncium ranelát, parathormon, testosteron, anabolika, fluorid sodný až po nejnovější přípravky ve vývoji. Jedenáctá kapitola se zaměřuje na způsoby léčby jednotlivých typů osteoporózy (např. postmenopauzální, glukokortikoidy indukovaná, mužská, renální osteopatie, posttransplantační, dětská, transienční atd.) Dvanáctá část připomíná nefarmakologické přístupy léčby (rehabilitace, léčba zlomenin), třináctá je zaměřena na léčbu bolesti u pacientů s osteoporózou, čtrnáctá se zabývá ovlivněním kvality života lidí s touto nemocí.

Stránku připravil PharmDr. Pavel GRODZA, panacea@iol.cz

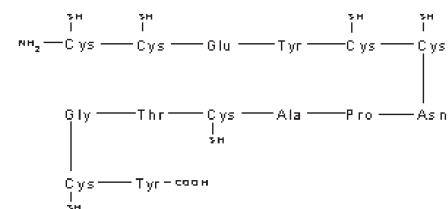
Chronická zácpa je funkční poruchou gastrointestinálního traktu postihující 2–27 % běžné populace a v USA zapříčiňuje ročně až 2,5 milionu návštěv u lékaře. Ačkoli je tento problém velmi častý a existují léčebné možnosti (vláknina, laxativa na bázi polyetylglykolu, laktulózy), nejsou uspokojivé ani pro pacienty, ani pro lékaře.

Jednou z nových látek je **linaclotide acetát**, peptid se čtrnácti aminokyselinami,

MOLEKULA MĚSÍCE

Linaclotide acetát

Sumární vzorec:



kteří působí jako agonista lidské guanylát-cyklázy C(GC-C), jež je transmembránovým proteinem nacházejícím se ve střevních epiteliálních buňkách. Aktivace střevní GC-C indukují sekreci tekutiny, sodíku a bikarbonátu ve střevním lumen. Linaclotide je zkoušen ve fázi III pro léčbu chronické zácpy a zácpy provázející dráždivý tračník. Je patentem firmy Microbia (přejmenovaná firma Ironwood Pharmaceuticals) a licencován firmami Forest, Almirall a Astellas pro různé oblasti světových trhů.

Koncem loňského roku firmy Ironwood a Forest zveřejnily příznivé výsledky dvou klinických studií fáze III, sledujících bezpečnost a účinnost 1x denně podaného linaclotidu v dávce 133 či 266 mcg u pacientů s chronickou zácpou. V obou multicentrických, randomizovaných, dvojitě slepých a placebem kontrolovaných studiích bylo dosaženo statisticky významně primárních cílů studií: 12 týdnů zajištěn kompletní spontánní pohyb střev, a to u obou dávek. V obou studiích byl splněn i druhotný cíl – odstranění plynatosti a abdominálního dyskomfortu. V obou studiích byl nejčastějším nežádoucím účinkem průjem, nadýmání a bolest břicha. Obě firmy se spojily v realizaci další doplňkové fáze III v USA u zácpy při dráždivém tračníku.

Byly rovněž publikovány výsledky fáze IIa klinického zkoušení (Lembo, A. J. et al., Gastroenterology 2010, 138(3): 886).

Zdroje: internet

Seriál ČČL: NOVĚ REGISTROVANÉ LÁTKY

Ischemická choroba srdeční se podle průběhu dělí na akutní koronární syndromy a chronické formy ICHS. Příčinou akutních koronárních syndromů (AKS) je snížení průtoku krve/uzávěr koronární tepny, jehož příčinou je tzv. nestabilní aterosklerotický plát s nasedající trombozou. AKS je dělen na algický (typickým znakem je bolest na hrudi), arytmiický (komorové arytmie, náhlá smrt), kongestivní (srdeční selhá-



PharmDr. Zdeněk Kučera, Ph.D.
Sekce klinické farmacie ČLS JEP

ní) nebo smíšený. Podle stupně závažnosti poškození myokardu zhodnoceného nálezem na elektrokardiogramu (EKG) a hladinou laboratorních markerů poškození myokardu (např. troponiny), se algický AKS dále dělí na: nestabilní anginu pectoris (NAP; není prokazatelný žádný laboratorní marker poškození myokardu), infarkt myokardu bez elevace ST segmentu na elektrokardiogramu (NSTEMI – nalezena zvýšená hladina troponinů) a infarkt myokardu s elevací ST segmentu (STEMI – nález EKG s elevací ST a nalezena zvýšená hladina troponinů, kompletní uzávěr tepny). NAP a NSTEMI zastřešuje zkratka „NSTE“.

V České republice byla v roce 2005 odhadovaná incidence AKS 3 248 případů na 1 milion obyvatel. Se vstupní diagnózou STEMI bylo 24 %, s NSTE 45 % (z toho 29 % NAP), u ostatních nemocných se jednalo o jiné vstupní diagnózy. Třicetidenní mortalita NSTE a STEMI je 2,4 % resp. 6,9 %.

Základní strategií léčby NSTE je ovlivnění ischemie a aktivity destiček – tedy podání léků protideštičkových a antikoagulačních. Základní strategií léčby STEMI je reperfuční léčba nebo trombolýza. Nicméně v praxi se rozdíly smazávají.

U NSTE je léčba ischemie prováděna nitráty, beta-blokátory, případně blokátory kalciových kanálů. Antitrombotická léčba zahrnuje podání kyseliny acetylsalicylové (ASA) v kombinaci s thienopyridiny (klopidogrel, prasugrel). Zvláště v počáteční fázi je také možné přidat inhibitory IIb/IIIa receptorů. Antikoagulační léčba je prováděna heparinem nebo nízkomolekulárním heparinem (enoxaparin, dalteparin, nadroparin), případně fondaparinuxem. Revaskularizační léčba – perkutánní koronární intervence (PCI) = aplikace stentu – je prováděna díky rozvoji koronarografie u více než 80 % nemocných s NSTE. Doporučováno je zahájení terapie vysokými dávkami statinů. Léčba STEMI se liší od NSTE v možné aplikaci trombolitik, která je však v praxi vzácná, protože více než 90 % pacientů podstoupí PCI. Z nízkomolekulárních heparinů má indikaci STEMI pouze enoxaparin. Mírně do pozadí ustupuje podání nitrátů. Po odeznění AKS je možné implantovat koronární bypass (CABG).

Kombinovaná antiagregační léčba je základní strategií léčby AKS vedoucí k prevenci vzniku trombotizovaného aterosklerotického plátu. Navíc u implantovaných stentů je dlouhodobé riziko vzniku trombů. Proto antiagregační kombinovaná léčba ASA + der. thienopyridinu má být podávána dlouhodobě nejlépe po dobu 12 měsíců. Samotný klopidogrel je používán i v dalších indikacích – prevence infarktu myokardu, cévní mozkové příhody nebo u ischemic-

ké choroby dolních končetin. Nový derivát thienopyridinu – prasugrel – je používán zatím „pouze“ v kombinaci s ASA u pacientů s AKS podstupujících PCI.

Farmakologické aspekty

Adenosin difosfát (ADP) způsobuje aktivaci destiček. Je uvolňován poškozenými endotelovými buňkami, červenými krvinkami i samotnými aktivovanými krevními destičkami. Účinek ADP je zprostředkován skupinou receptorů P2, které jsou na povrchové membráně destiček. Matabolit prasugrelu se kovalentně a nevratně váže na receptor pro adenosin difosfát (P2Y12), čímž brání ADP –

Prasugrel

zprostředkované aktivaci komplexu glykoproteinu IIb/III, a tím dochází k inhibici agregace trombocytů.

Prasugrel se rychle vstřebává a metabolizuje, do 30 minut dochází k vrcholu plazmatické koncentrace metabolitu. Strava oddaluje mírně nástup účinku, nicméně lze jej podávat nezávisle na jídle. Prasugrel se váže z 98 % na sérový albumin. Rozdílný metabolismus prasugrelu a klopidogrelu stojí za vyšším účinkem prasugrelu. Zatímco klopidogrel potřebuje k tvorbě aktivního metabolitu v CYP 450 dva kroky (přes thiolakton) a navíc je v průběhu metabolismu nevratně inaktivován v játrech karboxylesterázou 1, prasugrel je nejdříve karboxylesterázou 2 ve střevě hydrolyzován a v játrech potřebuje pouze jeden krok, který je možné učinit více třídami CYP 450 (3A4, 2B6, 2C9, 2C19), k tvorbě aktivního metabolitu (genetická variabilita CYP 2C19 nehraje roli – vs. klopidogrel). Aktivní metabolity klopidogrelu a prasugrelu jsou stejně účinné, nicméně aktivního metabolitu prasugrelu je systémově dostupného více. Eliminační poločas je 7 hodin, vylučování probíhá převážně močí.

Klinické aspekty

Nejvýznamnější klinickou studií prokazující účinnost prasugrelu je TRITON-TIMI 38, která srovnávala rozdíl v účinku na kombinovaný end-point (úmrtí, nefatální infarkt myokardu a cévní mozkomíšní příhoda) mezi léčbou prasugrelem + ASA nebo klopidogrelem + ASA po dobu 15 měsíců u 13 608 pacientů s AKS podstupujících PCI. (Nasycovací dávky 60 mg vs. 300 mg, pokračovací dávky 10 mg vs. 75 mg). Relativní redukce příhod byla 19 % (absolutní 2,2 %), počet pacientů, které bylo třeba léčit k zabránění jedné příhody (number needed to treat – NNT) bylo 46. „Ředění krve“ s sebou přináší riziko krvácení, ve studii bylo léčeno 167 pacientů na jedno krvácení. Zjednodušeně lze říci, že o co je klopidogrel účinnější oproti ASA, o to samé je prasugrel + ASA účinnější vs. klopidogrel + ASA (studie CURE, TRITON-TIMI 38).

Nicméně zatímco kombinace klopidogrel + ASA nezvyšovala riziko život ohrožujícího a fatálního krvácení vs. ASA, kombinace prasugrel + ASA toto riziko zvyšuje (vs. klopidogrel + ASA), zvláště u podskupin pacientů nad 75 let, pod 60 kg, s historií cévní mozkové příhody a u pacientů podstupujících CABG. Interakční potenciál prasugrelu je nízký (vs. klopidogrel).

Léčivý přípravek obsahující prasugrel se nazývá Efiect a vyrábí jej společnost Eli-Lilly. Aktuálně navrhovaná cena v řízení pro balení 28x10 mg (dávkování: 60 mg jednorázově, poté 12 měsíců 10 mg 1x denně) je zhruba 1 200 Kč, navrhovaná úhrada je 1 000 Kč/bal (= doplatek až 600 Kč?!).

Literatura u autora

NOVÉ NEBO MÉNĚ ZNÁMÉ LÉČIVÉ ROSTLINY:

Catha edulis Forsk. (*Celastraceae*)

Catha edulis Forsk. – **katha jedlá**, (*Celastraceae*). Stálezelený keř nebo strom, dorůstající v přírodě do výšky 25 m. Jedná se o značně variabilní rostlinu, původní v horách jižní Etiopie. Často se v malých tvarech pěstuje v Etiopii, Somálsku, Jemenu, Keni a dalších zemích. Protože je žvýkání čerstvých listů považováno za nejučinnější, jsou dnes ke spotřebitelům dopravovány krátké výhonky také letecky. V chudých oblastech se udržuje povolání běžeckých kurýrů, kteří s nákladem kathy zvládají v hornatém terénu vzdálenosti až 160 km.

Synonyma: *Catha forskalii* A.Rich.

Obecný název: **kaht** (arab.), **khat** (angl.), **qaad** (som.)

Sbíraná část: **folium**

Droga: *Cathae folium* (**khat**)

Obsahové látky: v listu a mladých výhoncích především dvě skupiny alkaloidů fenylalkylaminového typu tzv. khataminů. Jedná se o deriváty fenylpropylaminu: **S-(-)-kathinon** (syn. S-(-)- α -aminopropiofenon), **kathin** (syn. S,S-(+)-norpseudoefedrin), R,S-(-)-**norefedrin** a deriváty fenylpentenylaminu S-(+)-merukathinon, S,S-(-)-pseudomerukathin a R,S-(+)-merukathin. Sumární obsah khataminů (HPLC) kolísá v rozmezí 0,02 až 0,95 %, z toho kathinon tvoří 0,009 až 0,330 %, norpseudoefedrin 0,005 až 0,750 %. Nejvyšší podíly kathinonu vykazovala keňská katha. Zajímavé struktury mají i seskviterpenpolyesterové alkaloidy nazvané katheduliny, s Mr. od 600 do 1200. Dále flavonoidní glykosidy kempferolu, kvercetin a myricetinu, katechinové trísloviny, triterpeny iguesterin a pristimerin. V silici bylo identifikováno asi 40 monoterpenoidních složek.

Účinky a použití: obvykle jsou žvýkány mladé listy a pupeny nebo vařen čaj. Ke vstřebávání alkaloidů dochází již sliznicí dutiny ústní. Khat stimuluje CNS a vyvolává pocit relaxace, potlačuje pocit hladu a únavy, omezuje vnímání tepla, současně s odstraněním únavy klesá ale soustředění a může se dostavit i hyperaktivita. Na periférii se projevují sympatomimetické účinky především zvýšením krevního tlaku, tepové frekvence, poruchami srdečního rytmu, zvýšením tělesné teploty a prohloubením dýchání.

Za nejučinnější složku khatu je považován S-(-)-kathinon, strukturálně příbuzný amfetaminu. Mechanismem účinku patří mezi nepřímá sympatomimetika, v neuronech CNS zvyšuje uvolňování dopaminu a serotoninu, na periférii noradrenalinu, zpomalím reuptake. Jeho stabilita je nízká, během vadnutí



listu a při sušení dochází působením enzymů, světla a tepla k destrukci na méně účinný kathin, norefedrin a další látky. Obsah kathinonu v sušené droze klesá asi 100x, ale soli kathinonu (hydrochlorid, oxalát) jsou v krystalickém stavu poměrně stálé. Metabolizace kathinonu v játrech vede rychle k norefedrinu. V oficiální medicíně je khat a kathinon využíván málo, především při lékařských experimentech.

V roce 1980 zařadila WHO khat mezi návykové látky s mírnou psychickou závislostí. V přístupu k problému existují v jednotlivých zemích rozdíly. Především muslimům khat nahrazuje částečně alkohol, který jim islám zakazuje. Ale uvádí se, že např. v Jemenu, kde se droga žvýká až 3x denně a obyvatelé do khatu investují až 20 % svého příjmu, způsobuje toxikomanie velké ekonomické ztráty. V ČR byl kathinon zařazen do zákona 167/1998 O návykových látkách do příl. 5 (podle Úmluvy o psychotropních látkách, vyhláška č. 62/1989 Sb.).

Dávkování: asi 50 až 100 g khatu v jednom sezení

Nežádoucí účinky a kontraindikace: chronické užívání vede k četným zdravotním problémům. Kromě nespavosti a stavů podrážděnosti se dostávají i halucinace. Konzumenti bývají častěji postiženi infarktem myokardu, hypertenzí, impotencí, záněty jater, poškozením zubů, záněty a rakovinou dutiny ústní, záněty v dalších oblastech zažívacího traktu, zácpou, poruchami osobnosti a psychickou závislostí. Fyzická závislost nebyla prokázána. Matky žvýkající khat mají méně mléka a novorozenci nižší porodní váhu.

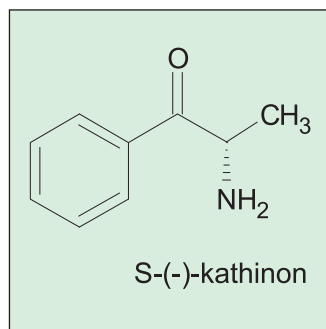
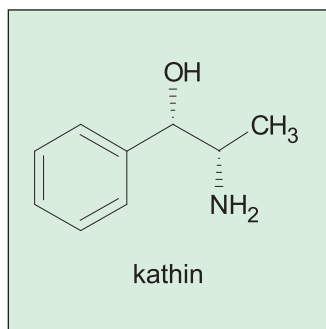
Po i.p. injekci racemického kathinonu myšim byla zjištěna po 24 hodinách hodnota LD₅₀ 263 mg/kg. Vodné extrakty khatu vykazovaly v testech na modelech mutagenitu.

Interakce: zvýšení účinku sympatomimetik

Zdroje: Brossi, A., Manske, R. H. F.: The Alkaloids: Chemistry and pharmacology, Academic Press, San Diego 1990, Hagers Handbuch der Drogen und Arzneistoffe, Medline, Toxnet, Valíček, P., a kol.: Rostlinné omamné drogy, vyd. 1, Start, Benešov 2000.

PharmDr. Miloš POTUŽÁK

Obrázek: Wikipedia, vzor: autor



My jsme totiž úplně obyčejná lékárna...

„Klidně přijďte,“ odpověděla mi na žádost o spolupráci na článku do říjnového čísla paní magistra „Jenom nevím, co o nás vlastně chcete napsat. My jsme totiž úplně obyčejná lékárna.“ Přijel jsem a usoudil, že pokud se úplně obyčejná lékárna pozná už zvenčí podle toho, že z její fasády shlíží reliéf od jednoho ze zakladatelů českého moderního sochařství, dalo by se možná souhlasit...

Vladimír Vrbovský

Jsme na Vysočině, přesněji v Novém Městě na Moravě, konkrétně na Vratislavově náměstí. Lékárna U Salvátora se jmenuje podle reliéfu nad vchodem s názvem *Salvator mundi*, znázorňujícího Krista jako spasitele světa. Autor: Jan Štursa (1880–1925), novoměstský rodák. Pak je tady, a to jsme ještě ani nevstoupili do lékárny, pamětní deska s bustou dr. Ivana Sekaniny, významného protifašistického bojovníka, od pražského sochaře Jana Kozáka.

Něco historie

Na Vratislavově náměstí je ostatně koncentrováno nejvíce uměleckých památek



Za tárou během reportáže „držela hlídku“ magistra Kateřina Imramovská.

a pamětních desek z celého města, k němuž se osud v dávno minulých dobách zachoval hodně macešsky; po rozsáhlých požárech v 18. a 19. století se nedochovály prakticky žádné architektonické památky. Vratislavovo náměstí včetně lékárny v domě č. 119 proto náleží do městské památkové zóny.

V lékárenské ročence 1938 je v souvislosti s touto lékárnou uveden letopočet 1850 jako rok udělení osobní koncese. Původně byl majitelem lékárny, nacházející se tehdy v rodném domě Jana Štursy na Vratislavově náměstí č. 122, poštmistr a lékárník Gartschik.

Jeho nástupcem se stal Mr. Růžička. Byl to on, kdo přemístil lékárnu na její dnešní místo v severní části náměstí. V roce 1927 lékárnu zakoupil Mr. František Med, jehož dědicům byla v roce 1950 znárodněna.

Od této doby prošla třikrát přestavbou, v roce 1992 se jednalo o změny dispozice, roku 1997 pak proběhly další úpravy a k lékárně byla přistavěna laboratoř.

Povídání v lékárně

Novoměstská Lékárna U Salvátora, k níž patří také výdejna v Bobrové, je „eseróčko“, které startovalo v roce 1993 původně se třemi majiteli. Dnes mne po klasickém ohlášení v oficině přišly přivítat majitelky dvě, magistry farmacie Milena Metelová a Jana Nováková.

Dovídám se, že kolektiv lékárny tvoří pět magistrů, dvě farmaceutické asistentky a sanitářka. V posledních dvou letech



kolektiv omládl o dvě, jak si pochvalují majitelky, velmi šikovné absolventky farmaceutické fakulty v Hradci Králové.

Pokud jde o klientelu, bývalo dříve docela dobře, pod Nové Město na Moravě totiž spadá bezmála desítky obcí. Ve městě samotném ovšem také sídlí krajská nemocnice, jedna z celkem pěti v kraji Vysočina, takže je jasné, že anabáze kolem regulačních poplatků a role krajských nemocnic v ní znamenala i tady úbytek pacientů.

„Když jsme začínaly podnikat v oboru, říkaly jsme si, že pár let to vydržíme, a pak už bude jenom lépe. Jenže ničím neregulovaná síť lékáren přinesla problémy – snížení ekonomické úživnosti, neetické konkurenční praktiky. Poznaly jsme i smutnou nutnost rozloučit se v důsledku těchto ekonomických tlaků s některými kolegy,“ říká Mgr. Milena Metelová. Magistra Nováková její slova potvrzuje a dodává: „Bylo by dobré, kdyby nový ministr zdravotnictví přišel s nějakou koncepcí síťotvorby v lékárenství, aby se v lékárnách nemusela prodávat třeba obuv – a to jsem ještě raději vybrala ten lepší příklad.“

Přicházím s otázkou, jestli je za těchto podmínek stále baví jejich profese.

Mgr. Milena Metelová připomíná, že v lékárně pracuje už čtyřiatřicet let: „Musím říci, že dříve mě tato práce určitě víc bavila. Lékárna denně připravovala desítky IPLP. Byla to činnost zajímavá, vyžadující trpělivost a preciznost. Práce za tárou nás baví stále, ale dnes bohužel ekonomická stránka věci ovlivňuje celý chod lékárny.“

Na „farmačku“ by šly znovu

„Vybraly byste si, po všech zkušenostech, opět farmacii?“

Otázka, kterou nešlo nepoložit. Také nyní odpovídají Mgr. Jana Nováková a Mgr. Milena Metelová téměř stejně. Určitě ano, o své budoucí profesi měly v životě jasno hodně brzy a obě se v ní našly.

Naše paní magistry se shodují, že když v oboru začínaly, měli lékárníci ve společnosti větší prestiž. Lékárnám ještě zbýval kousek tajemného kouzla z minulosti, pacient, který si přišel pro svůj IPLP věděl, že je lékárnice nebo lékárník připravili přímo pro něho, a považoval si toho. To už mnoho mladých kolegů a kolegů nepamatuje, zato všichni zpoza táry důvěrně znají nejčastější patientskou otázku dneška: „Vybíráte poplatky?“

Proto je těší, když si k nim pacienti s důvěrou přijdou pro radu, změřit TK, pomoc při měření glykémie, stanovení BMI, odstranit klíště nebo ošetřit drobná poranění. „Jsou i tací, kteří nám vynadají, ale těch je naštěstí málo. Konfliktům v oficiálních se snažíme předcházet v duchu hesla, že pacient má vždycky pravdu; když ji nemá, tak prostě mlčíme,“ směje se magistra Metelová.

„Snažíme se trpělivě vysvětlovat, jak se věci ve skutečnosti mají a co se s poplatky za položku děje. Není to snadné a dobře víme, že problematika poplatků nebyla dobře zvládnuta ze strany někoho úplně jiného, než jsou zdravotníci,“ doplňuje magistra Nováková.

Nejen prací živ jest...

Lékárna U Salvátora v Novém Městě na Moravě sponzoruje Hospicové hnutí, a dříve také centrum pro postižené děti Zdislava. Podílí se také na festivalu Modré dny, v jehož edukační části probíhají besedy pro mládež. Témata jsou žhavě aktuální, namátkou drogové závislosti, anorexie, šikana...

„V kolektivu se mimopracovně scházíme hlavně při oslavách životních jubileí.

Vybrat vhodný termín pro takovou sešlost není snadné, protože většina našeho osazenstva do práce dojíždí,“ vysvětlují magistry Metelová a Nováková. Okolí Nového Města na Moravě patří k vyhlášeným lyžařským a cykloturistickým rájům a zaměstnanci lékárny toho ve volném čase hojně využívají. „Pro nás to už není, my si raději zahoubaříme. A když už máme všeho dost, cestujeme po světě,“ smějí se majitelky a u kartografického zobrazení zeměkoule na stěně své kanceláře dodávají, že často jenom prstem po mapě.

Jako milovnice výtvarného umění nevynechají paní magistry žádnou vernisáž. Vztah k tomuto oboru výmluvně dokumentují díla Vladimíra Suchánka a Emílie Tomanové v kanceláři i oficiálně jejich lékárny.

Trváte-li, milé dámy, i nadále na tom, že jste úplně obyčejná lékárna, nebudu vám to vyvracet. Jen mě tak napadá, jak dobré by bylo, kdyby u nás takových úplně obyčejných lékáren fungovalo co nejvíce.

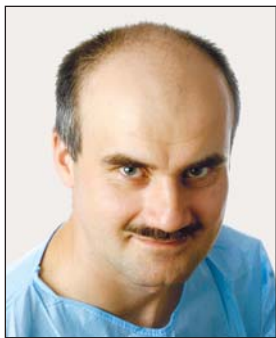
Snímky: autor



Magistry Milena Metelová (vlevo) a Jana Nováková. Na dolním snímku s kolektivem lékárny U Salvátora.



Parabeny versus „paraben free“ konzervanty



Mgr. Tomáš Volný

Parabeny (methylparaben, propylparaben, isopropylparaben, butylparaben) jsou velmi dobře klinicky popsané pomocné látky s širokospektrálními konzervačními účinky. V dermatologických přípravcích (lokální léky, kosmetika) jsou nejčastěji aplikované v nízké a dostatečně konzervačně účinné 0,1–0,4% koncentraci, často jsou používány směsi parabenů a v kombinaci s fenoxylethanolem (v INCI názvosloví Phenoxyethanol). Patrně i díky jejich běžné aplikaci nyní disponujeme dostatečnými klinickými zkušenostmi, informacemi o jejich bezpečnosti a alergenním potenciálu. Jejich klinický popis je paradoxně detailnější a dokonalejší, než u nových, mnohdy nekriticky preferovaných tzv. „paraben free“ konzervačních pomocných látek, v tomto kontextu je aplikace parabenů bezpečnější.

Trend tzv. „paraben free“ nových konzervačních složek směřuje ke kombinacím několika chemicky různých látek s konzervační aktivitou, například Caprylyl Glycol / Phenoxyethanol / Hexylene Glycol nebo Caprylyl Glycol / Methylisothiazolinone / Hexylene Glycol aj., aby bylo dosaženo dostatečně širokého spektra v jejich konzervačním účinku, tj. dosaženo konzervačního efektu na široké spektrum mikroorganismů. „Paraben free“ konzervanty je nutné aplikovat v násobně vyšších koncentracích (1–1,5 %), aby bylo ekvivalentně dosaženo účinnosti parabenů.

Některé komerční společnosti v rámci konkurenčního soutěžení na trhu cíleně mediálně šíří nesprávná tvrzení. Takovým atakům čelí především lékárenští asistenti – v horším případě tato tvrzení nekriticky přijmou za vlastní a přenášejí je dál na spotřebitele. To však v žádném případě nekoresponduje s odborným a profesionálním kreditem lékárny a lékárenství. Názorným příkladem je absolutní zavržení parabenů jako zdraví škodlivých látek.

Klinické zkušenosti s parabeny

Z experimentální práce, kde autoři po dobu 1 měsíce každodenně na kůži aplikovali lokální přípravek s obsahem methylparabenu, téměř jednoznačně vyplývá, že methylparaben se v kůži kumuloval jen slabě a vykazoval velmi mírné, statisticky nevýznamné inhibiční účinky na vyžívání (diferenciaci) kožních buněk. Z epidemiologických hodnocení evropské populace vyplývá, že asi 1 % populace vykazuje alergii na vonné složky v kosmetice a 2 až 3 % populace vykazuje alergii na ostatní kosmetické suroviny, a to včetně konzervantů. U 1 927 probandů s chronickým ekzémem byl metodicky formou kožního patch testu sledován výskyt kožní alergické reakce u vybraných potenciálně senzibilizujících kosmetických surovin. Alergická kožní reakce byla u ekzematiků pozitivní v 11,3 % u thiomersalu, 4,0 % u lanolinu, 2,5 % u formaldehydu, 2,0 % u dodecyl galátu, 1,9 % u Bronopolu, 1,6 % u chloracetamidu, 1,5 % u chlorhexidin diglukonátu, 1,4 % u Kathonu CG, 1,1 % u parabenů, 0,9 % u diazolidinyl urey, 0,7 % u imidazolidinyl urey, 0,7 % u benzalkonium chloridu, 0,7 % u Quaternium-15.

Podle těchto klinických výsledků není možné parabeny paušálně označit za zdraví škodlivou složku, která u ekzematiků a atopiků provokuje alergickou kožní reakci nebo zhoršení alergického stavu. Potvrzuje to i desetiletá epidemiologická studie u 2 285 probandů, kde byl opět formou kožního patch testu sledován výskyt alergické kožní reakce na nejčastěji aplikované konzervační látky. U parabenů

bylo podráždění kůže v místě aplikace zjištěno u méně než 0,5 % dobrovolníků. Nízkou 0,5% prevalenci (výskyt v populaci) kontaktní alergické kožní reakce na parabeny dále potvrzuje velmi významná meta-analytická studie. Souhrnně lze na základě kvalitních klinických průkazů (některé z nich jsou uvedeny výše) konstatovat, že alergenní potenciál parabenů zásadně nevybočuje z průměrné prevalence kožních alergických reakcí na kosmetické suroviny. U evropské populace lze očekávat prevalenci kontaktní alergické reakce okolo 0,5 %, u chronických ekzematiků a pravděpodobně i atopiků se prevalence alergické kožní reakce zvyšuje na asi 1 %. Tedy není možné tvrdit, že aplikace lokálního přípravku s běžnou 0,1–0,4% koncentrací parabenů vyvolá u atopiků zásadní zhoršení stavu nebo že je kontraindikováno. Vztah psoriatického postižení kůže a lokální aplikace přípravků s obsahem parabenů je s nejvyšší pravděpodobností zcela nevýznamný. Alergenní potenciál parabenů je dlouhodobě metodicky klinicky sledován. S novými „paraben free“ konzervanty (s novými konzervačními mixy) nemáme prozatím dostatečné klinické zkušenosti.

(Reference jsou uloženy u autora)

**Autor je klinický farmaceut,
vedoucí aplikovaného výzkumu
a vývoje IInstitutu**

Oprava a omluva – příspěvek 9/2010

Vážené kolegyně a kolegové, rád bych se vám omluvil a napravil chybu v textu zářijového příspěvku **Protistresový potenciál eleutherosidů a syringinu**, kde v poslední větě podkladů pro redakci došlo k nechtěnému automatickému elektronickému přepisu slova „digoxin“ na slovo „dioxin“. Správné znění poslední věty je tedy následující: „Bylo zjištěno, že současné užívání extraktu EL zvyšuje sérové koncentrace digoxinu, naopak podezření na interakce s dextromethorphanem, warfarinem a alprazolamem se nepotvrdilo.“

Děkuji za pochopení, T. Volný.

LÉKÁRNICKÉ POHÁDKY právě vychází nová pohádka
Skřítci a zakázané ovoce
s příloženou pohlednicí

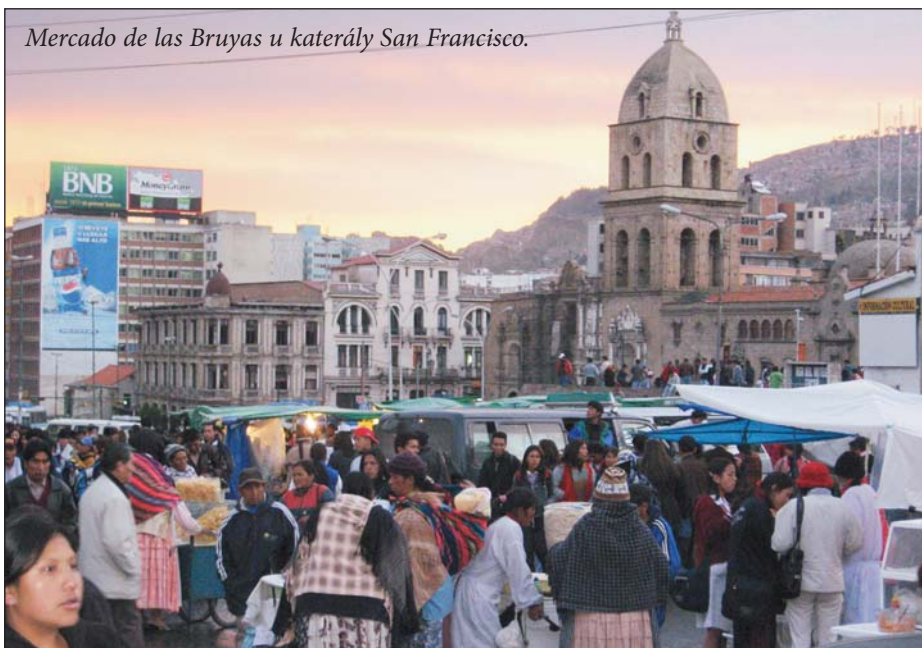
Registrováno: MK ČR E 15540, mobil: 721 305 718, e-mail: k.babisova@lekarnickepohadky.cz, www.lekarnickepohadky.cz
Generálním partnerem projektu je společnost APOTEX (ČR), Partnerem projektu je IINSTITUT. Projekt je přímo podporován českými lékárníky.

Jeden z mála místních svátků, *Feria de Alasitas*, spojený s tradičními rituály domorodců, se slaví v La Pazu 24. ledna. Na *Mercado de las Bruyas*, trhu nedaleko katedrály San Francisco, na náměstí Murillo, se v ten den shromažďují kouzelníci, *yatiriové*, aby zájemcům zajistili dobrou úrodu, spokojený život a hojnost všeho potřebného na příští rok. Obchůdky a stánky prodejců jsou plné miniaturních sošek *Ekeka*, bůžka hojnosti a štěstí. Lidé kupují pro své rodiny a obdarovávají své blízké nevelkou soškou zavalitého, křivonohého skřítka každý rok.

RNDr. Václav Šeda

Všude jsou malé Ekekové, figurky vyřezané ze dřeva, kostí lam, stříbra, nebo prostě moderní plastové výrobky, ošetřené tak, aby k nerozeznání napodobovaly použití vzácných a drahých tropických dřev. *Ekeko* je ověšen nejen nepřeborným množstvím věcí, které představují hojnost jídla a pití, hudebními nástroji, pytlíky koky, svazky peněz, ale třeba i miniaturními domky. To vše *Ekeko* obdarovanému zajistí, a pokud snad něco chybí, zájemce si koupí a figurku ověsí miniaturními všeho, co pro sebe považuje za potřebné a co přinese štěstí jeho rodině nebo co by chtěli získat. Svátek *Feria de Alasitas* je znám na Altiplánu mezi Indiány národnosti *Aymará* po mnoho staletí, dávno před podmaněním oblasti inky, Indiány *Kečua*,

Mercado de las Bruyas u katedrály San Francisco.



CO JSEM VIDĚL VE SVĚTĚ (III.)

Alasitas, Ekeko a yatiriové

kteří podobný svátek slavili v dny jarní rovnodennosti (21. 3.). Tradice trhů *Alasitas* se v posledních letech objevila i v dalších velkých městech, v září v Santa Cruz a listopadu v Cochabambě. Návštěva se nekonala, trhy začínaly právě v den našeho odletu ze země.

Ekeko (*Equeco*), aymarsky „skřítek“ (*iquiqui*) je malý, zavalitý a na jedno oko špatně vidící bůžek s velkou hranatou hlavou a kónickou čepicí. Je prý mazaný, zlomyslný a lstivý. Jeho náklonnost a přízeň

trvá nejdéle do příštích slavností *Alasitas*. Pak si musíte koupit figurku novou.

Trhy v La Paz jsou do současnosti plné kouzelníků, bylinkářů, věštců a zaklínačů. Prodávají se zde tradiční produkty, mezi něž patří zejména vysušená, předčasně narozená mláďata lam, zvané *kuču*. Odedávna patří k mocným symbolům hojnosti a štěstí indiánských andských civilizací. Viděl jsem je na tržnicích mnohokrát, protože i *kuču* se stalo spolu s figurkami *Ekeko* předmětem obchodu a netradičním suvenýrem pro cizince. Turistům jsou obchodníci ochotni prodat jakýkoliv předmět, ale tajemství kouzelníků jsou cizincům a bělochům upřena. Figurka *Ekeka* musí být totiž probuzena kouzly a zaklínáním *yatiriů*, indiánských kouzelníků. V takovém aktu hrají významnou roli další symboly indiánské kultury, jsou to bohové a bohyně země, hor, vod a větru, duchové hor, omamující kouř z pálené horské kleče *thola*, *chicha*, pálenka *singání* a v neposlední řadě lístky *koky*, zaklínání a modlitby kouzelníků *yatiriů*, pronášené v prastarých indiánských dialektech. V tomto ohledu nemá *gringo* důvěru, a tudíž ani právo získat ochranu indiánských bohů a bůžků.

Tradice země, podobně jako kdekoli v jinde na světě, jsou přenášeny napříč věky zejména venkovskými, a v případě bolívijských Indiánů i vysokohorskými, od civilizace prozatím dobře izolovanými komunitami.



Na trzích jsou obchodníci ochotni prodat turistům jakýkoli předmět.



Absolventi Farmaceutické fakulty Univerzity Komenského v Bratislavě, promoční ročník 1972, měli 26.–27. června sraz v Lednici na Moravě. Přijelo jich dvaapadesát. Chybu nemělo počasí, jídlo ani moravské víno. Prohlíželi si fotky nejen z časů studií, exkurzí a z promoce, ale jako obvykle byl zájem i o snímky dětí a jejich dětí. Všichni byli k poznání, všechny zajímalo, jak jde život doma i v lékárně. Shodli se, že obecně by to mohlo být lepší, ale hlavní je zdraví.

VÝZNAMNÁ JUBILEA

říjen 2010

80 let

RNDr. PhMr. Jiří Velkoborský
(OSL Ostrava)

75 let

Mgr. Erma Chudobová
(OSL Jindřichův Hradec)
Mgr. Rudolf Kubenka (OSL Cheb)

70 let

RNDr. Vladimír Kropáč
(OSL Brno + Brno-venkov)
RNDr. Tomáš Lysoněk
(OSL Brno + Brno-venkov)
Mgr. Jana Nahodilová
(OSL Ostrava)

60 let

Mgr. Helena Machaňová
(OSL Praha + Praha-západ)
Mgr. Vlasta Pfeiferová
(OSL Praha + Praha-západ)
Mgr. Jiří Pištěk (OSL Písek)
Mgr. Lenka Škorníková
(OSL Teplice)
RNDr. Jaroslava Šotolová
(OSL Benešov)
PharmDr. Věra Šuhajová
(OSL České Budějovice)

50 let

Mgr. Eliška Baranová
(Frýdek-Místek)
PharmDr. Hana Budinská
(OSL Jihlava)
PharmDr. Mário Čeladník
(OSL Hradec Králové)
Mgr. Jitka Černošková
(Karlovy Vary)
PharmDr. Jan Krulich (Cheb)
Mgr. Blanka Kučerová
(OSL Liberec)
Mgr. Ivona Nejmanová
(OSL Náchod)
PharmDr. Ivan Práznovec
(OSL Hradec Králové)
PharmDr. Helena Rösslerová
(OSL Praha + Praha-západ)
Mgr. Jitka Sovjaková (OSL Ostrava)
PharmDr. Anna Uhrová
(OSL Břeclav)
PharmDr. Eva Valentová (OSL Zlín)
Mgr. Marie Židková (OSL Blansko)

Upřímně blahopřejeme! (člnk)

Aktivní jako krevní plazma

FDA schválila preparát Wilate® pro léčbu spontánních traumatologicky založených krvácivých příhod v důsledku onemocnění Willebrandovou nemocí (VWD). Kromě toho byl tento preparát schválen také pro léčbu středních a lehkých projevů VWD u pacientů trpících přecitlivělostí na desmopressin nebo u pacientů, u kterých je desmopressin kontraindikován nebo není účinný.

Wilate® je prvním lékem obsahujícím dva inaktivované viry VWF/FVIII (von Willebrand Factor / Factor FVIII). Jedná se o vysoce čistý koncentrát, který byl vyroben na principu rozpouštění a zbavení tuku, a následně prošel konečnou zahřívací fází (TDH). Vybraný proces purifikace vede k izolaci komplexu VWF/

FVIII s vysokou bílkovinnou ochranou. Výsledkem je poměr 1:1 látek VWF:RCO (ristocetin kofaktor) a FVIII. Výsledný preparát má stejnou aktivitu jako normální krevní plazma. Jako stabilizátor nebyl použit žádný albumin. Preparát Wilate® pochází výhradně z lidské krevní plazmy, která byla odebrána ve zdravotnických zařízeních s příslušným povolením od FDA. Obsahuje stejnou strukturu tripletů VWF a stejné geometrické uspořádání VWF jako běžná lidská krevní plazma.

Podle Národního zdravotnického institutu je VWD nejčastější krvácivá dědičná choroba, která se vyskytuje u jednoho člověka ze sta až tisíce. „Získáním výhradního práva distribuce a prodeje sirotčího léčiva Wilate® od FDA je důsledkem rozhodnutí firmy Octopharma, orientovat se výhradně na léčbu pacientů trpících von Willebrandovým onemocněním, a současně je také důkazem pokroku, kterého firma Octopharma dosahuje v oblasti lidských bílkovinných léčiv,“ řekl její ředitel Flemming Nielsen.

(PROTEXT)

Česká farmaceutická společnost
ČLS JEP

Spolek moravskoslezských
farmaceutů pořádají

LXXXIX. přednáškový večer

Uskuteční se

8. prosince 2010 v 18.30 hodin
ve velkém sále Domu techniky
v Ostravě-Mariánských Horách.

Téma: Novinky v onkologii aneb kam
jsme se dostali za posledních 20 let?
Přednáší MUDr. David Feltl, Ph.D.,
MBA, Radioterapeutická klinika
FN Ostrava

4 body