



ČASOPIS ČESKÝCH LÉKÁRNÍKŮ

měsíčník stavovské lékárnické komory

ročník LXXXIX, vydání 12/2017



Doktoři, jó, ti se maj, ti s erpíčkem vybabraj! Popěvkem inspirovaným refrémem písničky skupiny Pražský výběr (*Pražákům, těm je tu hej, ty nikam nezablouděj*) bavil jeden z delegátů listopadového sjezdu komory o přestávce další účastníky. Samozřejmě si notoval jen v úzkém kroužku kolegů, kteří i ve volné chvílice diskutovali o eReceptu, tedy *erpíčku*.



Nevím, jestli se lékařům podaří zvrátit plány na zavedení bezpodmínečně povinné elektronické preskripce, když na sklonku tohoto roku informoval ředitel SÚKL Zdeněk Blahuta, že o přístup do systému už prozatím požádaly přibližně dvě třetiny lékařů a většina lékárníků. Bez ohledu na to, jak je systém (ne)připraven, se Česká lékárnická komora snaží také prostřednictvím svého časopisu přinést členům informace a rady, které by lékárnám očekávaný horký začátek podle možností zjednodušily.

Proto si v tomto čísle ČČL můžete nastudovat Příručku expedujícího lékárníka, kde Martin Kopecký mj. vysvětluje, jak řešit situace, které lze očekávat v souvislosti s výdejem eRp. Odpovědi na třicet otázek jsou jasné a přehledné.

Jaroslav Maršík (Elektronický recept napříč paragrafy) se věnuje především centrálnímu úložišti elektronických receptů. Michal Hojný se podělil o zkušenosti z lékárny IKEM, zmiňuje konkrétní benefity z eReceptu pro pacienty, Michaela Bažantová se zamýšlí nad možností lékaře odesílat eRp e-mailem nebo formou SMS a jestli eRp změni vztah pacienta a lékaře. Aby toho nebylo dost, v krátkém článku Filmové premiéry 23. 11. 2017 Stanislav Havlíček lehkým perem představuje 142minutový dokumentární film e-Recept právně a správně.

Snažili jsme se do posledního letošního čísla časopisu zařadit mnohé, co by vás mělo zajímat nejpozději v prvních dnech roku příštího, bez ohledu na to, jestli *doktoři s erpíčkem fakt vybabraj*.
Jaroslava HOŘANSKÁ

šéfredaktorka Mgr. Jaroslava Hořanská
zástupce šéfredaktorky Mgr. Josef Zábranský

redakční rada

PharmDr. Jan Horáček (předseda), Mgr. Michaela Bažantová,
PharmDr. Přemysl Císař, Ph.D., PharmDr. Pavel Grodza,
PharmDr. Petr Haltuf, PharmDr. Milan Havlíček,
PharmDr. Stanislav Havlíček, MVDr. Mgr. Kateřina Horáčková,
PharmDr. Kamil Hrubý, Ph.D., doc. RNDr. Jozef Kolář, CSc.,
PharmDr. Miloš Potužák, PharmDr. Pavel Škvor, MBA

vydávatel

Česká lékárnická komora
Rozárčina 1422, 140 02 Praha 4

sazba Kateřina Hoferková

titulní strana MARF s. r. o.

tisk a distribuce

CZECH PRINT CENTER a. s.
Na Rovince 876, 720 00 Ostrava-Hrabová

předplatné a inzerce objednávky v redakci časopisu

redakční uzávěrka č. 1/2018 – 2. ledna 2018

ISSN 1211-5134

Registrováno MK ČR E 6651, MIČ 46330

Podávání novinových zásilek povoleno

Oblastní správou pošt v Ostravě

čj. 1559/96-P/1 ze dne 19. 6. 1996

autorům

• Maximální rozsah redakcí 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.) • Redakce si vyhrazuje právo příspěvky krátit či stylisticky upravit. Na otištění rukopisu není právní nárok.



obsah

Však ono to zase nějak dopadne	4
Rychleji reagovat na aktuální problémy	4
Zeptali jsme se	5
Elektronický recept napříč paragrafy	7
Největší pozitivum – nastartování elektronizace zdravotnictví	10
Co se změní ve vztahu pacienta s lékařem?	11
Ti pokrokoví si naběhnou	12
Filmové premiéry 23. 11. 2017	13
Členské příspěvky ČLnK na rok 2018	13
Příručka expedujícího lékárníka	15
Je potřebné včas zvážit i jiné možnosti	20
K příspěvkům zástupců lékárenských sítí	22
Osvědčení k výkonu soukromé lékařské praxe	22
Garantované kurzy ČLnK	23
Deník holky z lékárny	24
Tak to vidím já: Co jsme chtěli v 90. letech (I.)	24
Molekula měsíce: Prexasertib	25
Nově registrované látky: Rychle působící inzulin aspart	26
Nové nebo méně známé léčivé rostliny: Semecarpus anacardium L. fil.	27
Pacienti s CHOPN najdou pomoc i v lékárnách	28
Ohlédnutí za veletrhem MEDICA 2017	29
Farmakoterapie pro seniory – daleko k ideálu	30
Ke změně dojde, až bude naše aktivita vidět	31
Co divák nevidí a pacient netuší	32
Světové dny zdraví	33
Významná jubilea	34
Vydáno před 84 lety	35

Však ono to zase nějak dopadne

Traduje se, že jednou z českých charakteristik je tolerance a schopnost improvizace. Nemáme rádi dril, nechceme být svazováni nadbytečným množstvím administrativy v podobě příkazů a nařízení. A ve vypjaté chvíli se občas snažíme uklidnit myšlenkou: Však ono to nějak dopadne.

PharmDr. Lubomír Chudoba, prezident České lékárnické komory

U řadového občana možná součástí jeho „mentální očišty“, u vysokých státních úředníků a politické reprezentace ale cesta do pekel. Ne pro ně samotné, ale pro jejich „poddané“.

Obecné teze eHealth, konkrétní podoby elektronické preskripce a sdílení zdravotnické dokumentace, diskutujeme v Česku dlouhá léta. Od studií proveditelnosti e-preskripce ministryně zdravotnictví Emmerové a přes koncepci eHealth ministra Julínka jsme pokročili k *Národní strategii elektronického zdravotnictví ČR 2016–2020* zpracované týmem ministra Němečka (www.nsez.cz). Tento dokument završil několikaleté úsilí pracovní skupiny Ministerstva zdravotnictví, ve které jsme spolu

s lékaři patřili k neaktivnějším. Časový harmonogram *Strategie* počítal se zavedením povinného modelu eRp až od roku 2020.

Povinná forma elektronické preskripce bude pro řadu lékáren vzhledem k nepřipravenosti lékařů v regionech de facto zaváděna ze dne na den. Zároveň je nutné připomenout neomluvitelné zaspání Ministerstva zdravotnictví při přípravě legislativních norem (zejména vyhlášky o eRp a prováděcích vyhlášek k zákonu o léčivech) a zpožděnou přípravu postupů a pravidel výdeje eRp ze strany Státního ústavu pro kontrolu léčiv. K její finalizaci dochází až nyní, pár týdnů před koncem roku. Jsme si vědomi dopadu na provoz řady lékáren,

a proto jsme společně s lékaři usilovali o prosazení nepovinné podoby e-preskripce po 1. lednu 2018. Požadovali jsme připravit nejprve plně funkční model, jeho řádné otestování v ostrém provozu, zohlednění vícenákladů lékáren (včetně vyhodnocování lékových záznamů pacienta) atd. Přes současnou legislativní iniciativu skupiny senátorů je ale nemožné odhadnout, jak to všechno nakonec dopadne.

Ohromné poděkování proto patří spouště kolegyní a kolegů (nejen z představenstva ČLnK), našemu právnímu poradci, představitelům lékárenských softwarových firem, ... prostě všem, kteří věnovali a dále věnují spoustu energie tomu, abychom měli řádně zmapovány veškeré procesy povinné elektronické preskripce a abychom znali odpovědi také na související otázky, např. vzhledem k vyúčtování zdravotním pojišťovnám. S aktuálním výstupem naší práce se v souhrnné podobě máte možnost seznámit na následujících stránkách Časopisu českých lékárníků.

Rychleji reagovat na aktuální problémy

Prezidenti profesních komor zřízených zákonem shodně varovali před neúměrným nárůstem administrativy. Zmínili zejména EET a směrnici GDPR, které negativně dopadají na většinu svobodných povolání.

Na slavnostním setkání 29. listopadu 2017 v Kaiserštejnském paláci v Praze

se shodli, že další zvyšování administrativy v žádném případě nezlepšuje

odbornou kvalitu práce členů komor, ale naopak vede k tomu, že se vzdělaní a zkušení odborníci věnují administrativě na úkor své profese.

Každoroční setkání hostila v důstojných prostorách sálu Emy Destinové Česká lékárnická komora. Prezident ČLnK Lubomír Chudoba v úvodu přivítal představitele zbývajících profesních komor, tedy České advokátní komory, České komory architektů, České lékařské komory, České stomatologické komory, České komory autorizovaných inženýrů a techniků činných ve výstavbě, Exekutorské komory ČR, Komory auditorů ČR, Komory daňových poradců ČR, Komory veterinárních lékařů ČR, Notářské komory ČR a České komory patentových zástupců ČR.

Přítomní představitelé komor vyzvali ve svých projevech zákonodárce k tomu, aby je vnímali jako garanty plnění specifických odborných činností pro

Pokračování na straně 6



Foto: Martin Kubica

ZEPTALI JSME SE

Co očekáváte, že přinese rok 2018? Pokud byste měli takovou moc, co byste učinili, aby se všechny nezbytné procesy přiblížily ideálnímu stavu?

PharmDr. Lubomír CHUDOBA,
prezident České lékárnické komory



Rok 2018 bude prvním rokem v činnosti nové vlády a sněmovny, proto lze očekávat jejich vyšší pracovní nasazení, větší otevřenost a zájem o novátorství. Pod pojmem „ideální stav“ si představuji schválení našich priorit, které byly potvrzeny nedávným sjezdem delegátů ČLnK. A za „nezbytný proces“ považuji na naší straně přípravu kvalitních podkladů a stavovskou jednotu při prosazování. Na straně exekutivy a zákonodárců pak ochotu přijmout naše koncepční návrhy, s jejichž realizací jim musí pomoci tým kvalitních spolupracovníků. Co však skutečně přinese příští rok? V této hektické době plné zvrátů se těžko odhaduje.

PharmDr. Marcela HEISLEROVÁ, Ph.D.,
vedoucí katedry lékárenství IPVZ Praha



Doufám, že bude i nadále pokračovat vědecký výzkum alespoň stejným tempem jako doposud. Doufám, že se objeví nové zajímavé chemické látky a že některé klinické testy budou úspěšně završeny a budou k dispozici nové metody léčby. Kdybych měla takovou moc, tak bych si přála, aby byly léčebné procesy co neúčinnější a co nejvíce dnes nevléčitelných chorob se stalo banalitami.

Mgr. Martin MÁTL, výkonný ředitel
České asociace farmaceutických firem



Rok 2018, resp. konec roku 2017, přinese například: účinnost ustanovení zákona o léčivech s cílem omezit reexport léčivých přípravků, které by mohly chybět českým pacientům; účinnost ustanovení poskytující distributorovi právo požádat o dodávku léčiv ve výši jeho tržního podílu a všechny nejasnosti s tím související; spuštění povinné elektronické preskripce; s největší pravděpodobností snahu řešit potřebu pokrýt nároky na úhradu inovativních léků a minimálně snahu vyřešit nutnost vytvoření zcela nové právní úpravy úhrady zdravotnických prostředků.

Zcela jistě jsem ve výčtu na něco zapomněl a nepochybně se stane ještě něco neočekávaného. To všechno by měl řešit nový ministr zdravotnictví a nová vládní koalice. Na základě uvedeného si myslím, že rok 2018 bude zajímavý a bohatý na události.

Pokud bych měl tu moc, většinu procesů bych ukončil a doufal bych, že ukončuji ty zbytné, nedůležité. Ušetřený čas a energii bych věnoval dotažení nezbytných procesů.

Mgr. Leona ŠTĚPKOVÁ,
Lékárna Medea, Hostomice



Očekávám, že budeme v naší rodině spokojeni a zdraví. A přeji si, abychom se rozrostli. Očekávám, že budeme mít jiného prezidenta než teď. A pevně v to doufám. Očekávám velký chaos v souvislosti se zavedením povinného eReceptu. A pevně doufám, že z něj my, lékárníci, nevyjdeme jako neschopní pitomci.

A ideální stav? Ten je pro každého přece jiný. Pohybují se v určité společnosti svých přátel a známých a na spoustu věcí máme podobné názory. Proto se pak nestačím divit tomu, jak třeba dopadnou volby. Když se nad tím zamyslím, je jasné, že většina má jiný názor než já a skupina lidí, se kterými se stýkám. A v demokracii vládne většina. Takže kdybych to mohla ovlivnit, viděla bych to ideálně na absolutistickou monarchii. A já bych samozřejmě panovala ☺.

PharmDr. Petr HORÁK,
vedoucí lékárník NL FN Motol



Odpovídat na takovou otázku je trochu jako psát Ježíškovi. Není moc specifická, ale když se pokusím zůstat v té předvánoční atmosféře (kterou si ovšem asi málokdo z nás lékárníků může opravdu užít), pak řeknu jenom jedno přání – přál bych si, abychom spolu dokázali navzájem mluvit, umět hledat kompromis, pochopení pro druhého a na myšlenkách ostatních se snažili stavět, a ne je potírat.

Co se týká mých očekávání v roce příštím, zatím vím jen tolik, že mi přinese hodně práce. Mít jakákoliv konkrétní očekávání v době, kdy se ve státě rodí nová exekutiva, je poněkud obtížné.

Přeji všem co nejpříjemnější adventní čas.

Mgr. Jakub DVOŘÁČEK, MHA, výkonný ředitel
Asociace inovativního farmaceutického průmyslu



Navázali jsme dialog s regulátory a společně hledáme způsob, jak urychlit schvalovací proces pro vstup inovativních léčiv do systému. Od příštího roku si proto slibujeme, že se pacienti budou dostávat k novým lékům rychleji. Snad se povede najít vhodný, předvídatelný a stálý mechanismus i pro léky proti vzácným onemocněním, které teď často vstupují do systému coby vysoce inovativní léčivé přípravky, tedy s dočasnou úhradou.

Pokračování na další straně

Pokračování z předchozí strany

Přejeme si zdravotnictví efektivní, transparentní a moderní. Bude takové, pokud stejné vlastnosti budou mít i rozhodovací procesy v jeho řízení. Snad bude úspěšný i elektronický recept a začnou se plně využívat všechny jeho možnosti, například automatická kontrola nežádoucích lékových interakcí. Výrobci léků věří, že hladce proběhne implementace systému proti padělkům léčiv. Myslím, že stejné přání mají i kolegové z řad distributorů a lékárníků.

**Prof. PharmDr. Alexandr HRABÁLEK, CSc.,
proděkan pro vnější vztahy fakulty
a transfer technologií FaF UK Hradec Králové**



Vzhledem k současnému rozdělení sil v parlamentu a ve společnosti není možné být optimistou. Stává-li se na těch nejvyšších místech základní normou lež, podvod, nenávisť a hulvátství, co je pak možné očekávat od téměř většiny populace, která se s těmito atributy jednoznačně ztotožňuje a pravděpodobně je i obdivuje?

Ideální stav společnosti je záležitost silně subjektivní. Někdo se cítí dobře v Rudolfinu a někdo jiný v putyce V. cenové skupiny. Jsou však hodnoty, které by měly přetrvávat a fungovat jaksi objektivně, tedy nezávisle na nás a na našem konání. Jsou jimi morálka a etické chování. **Jenže** (Vždycky se vyskytne nějaké „jenže“, které mění běh světa – Jan Werich) ony v naší společnosti chybí. Ta je založena

na něčem úplně jiném, a stává-li se toto „jiné“ normou, pak se nemůžeme divit, že jsme se ocitli tam, kde momentálně jsme. A co bych učinil pro nápravu? Nevím. Možná je pohodlnější nebyť slušným a nevsímat si okolí, než se k němu chovat slušně. Asi musíme opět padnout až ke dnu a pak začít od začátku. Vytvoříme-li v naší společnosti takovou atmosféru, že budou za vzor pokládáni lidé slušní, čestní a vzdělaní, pak vykročíme tou správnou nohou. Ale, ruku na srdce, může se u nás někdo takový vůbec vzorem stát? Zatím se točí dokumenty o propuštěném zločinci...

**PharmDr. Aleš NOVOSÁD, předseda,
Mladí lékárníci**



Veselá a nadpřirozená otázka před Vánoci. Sice jsem si odpověď jako první vybavil z pohledu mé rodiny a blízkých, ale pojďme k lékárenství. Ještě stále doufám, že rok 2018 nepřinese povinnou preskripci elektronických receptů, ale dojde k odkladu na rok 2020. Systém není připravený a v prvních měsících by se jednalo spíše o katastrofu než o úsporu času a financí. Pokud by Mladí lékárníci měli takovou moc, aby se všechny procesy blížily ideálnímu stavu, okamžitě a bez otálení bychom změnili systém odměňování lékáren, především těch veřejných, aby nedocházelo k dehonestaci tohoto krásného povolání. A jako stále pozitivně naladěný člověk věřím, že rok 2018 už pro lékárníky nebude tak černý, jako léta minulá. V novém roce pevně nervy a hodně zdraví.

Pokračování ze strany 4

stát. Apelovali na konstituující se vládu České republiky a zástupce země v Evropské komisi, aby zvažovali dopad jednotlivých nařízení na chod českého hospodářství a zabránili přijímání takových legislativních norem, které ve svém důsledku znamenají, nebo by mohly znamenat, pokles kvality výkonu svobodných povolání kvůli neúměrné administrativní zátěži.

V rámci jednání byla diskutována, na návrh JUDr. Vladimíra Jirouska, předsedy České advokátní komory (ČAK), problematika věcného záměru zákona o lobbingu s tím, že stanovisko komor či stanovisko té které komory bude přijato teprve po předložení paragrafového znění návrhu zákona o lobbingu.

Účastníci setkání prezidentů komor ocenili, že jejich setkávání nemá pouze společenský, ale zejména pracovní charakter. K dalšímu využití společného potenciálu profesních uskupení odsouhlasili návrh ČAK na zřízení společné

pracovní skupiny, která by se setkávala v pravidelných intervalech k řešení nově vzniklých nebo také stávajících problémů. Je zřejmé, že společný postup zástupců všech profesních komor zřízených zákonem by byl politiky a legislativci jen obtížně přehlédnutelný.



Dobrý vkus osvědčili lékárníci výběrem hudebního vystoupení. Houslový virtuóz Václav Hudeček s vynikajícím mladým klavíristou Lukášem Klánským osvěžili slavnostní večer přednesem skladeb Antonína Dvořáka a Fryderyka Chopina. (jz)

**www.lekarnici.cz
AKTUÁLNĚ**

**Tři prosincové novinky
zákona o léčivech**

1. 12. 2017 nabyla účinnosti některá nová ustanovení zákona o léčivech. Přinesla tři zásadní novinky týkající se dodávek léčivých přípravků z distribuce do lékáren, dodávek léčivých přípravků od držitelů registrací distributorům a zákazu vývozu léčivých přípravků z ČR. K dosavadní povinnosti distributorů „zajistit dodávky humánních léčivých přípravků provozovatelům...“, přibyla povinnost nová: „Distributor na základě požadavku provozovatele oprávněného k výdeji léčivých přípravků zajistí dodání léčivého přípravku nejpozději do 2 pracovních dnů od obdržení jeho požadavku.“ (5. 12. 2017)

Elektronický recept napříč paragrafy



Elektronická preskripce, elektronický recept, centrální úložiště elektronických receptů (CÚER), všechny tyto pojmy jsou možná trochu překvapivě v zákoně o léčivech (z. č. 378/2007 Sb.) obsaženy již od jeho účinnosti ze dne 31. 12. 2007. Pravda, s povinností Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL) zřídit CÚER do 1 roku ode dne účinnosti zákona, tedy do 31. 12. 2008. SÚKL tehdy svou povinnost splnil, byť elektronická preskripce stála zcela stranou zájmu a dominantní využití CÚER spočívalo v ukládání údajů zasilaných lékárnami o jimi vydaných léčivých přípravcích.

Mgr. MUDr. Jaroslav Maršík

Pro tuto agendu se vžilo označení „sběr dat“. Až na podzim roku 2009 byl SÚKL nucen po zásahu Úřadu pro ochranu osobních údajů ukončit sběr dat do CÚER a musel začít údaje z lékáren sbírat do jiné databáze. Ani poté ale nedošlo k nějakému výraznějšímu nástupu elektronických receptů do praxe. K němu dochází až v posledních několika málo letech a hlavně měsících s blížícím se datem 1. 1. 2018. Teprve od tohoto data ZoL zavede eRecept jako povinnou formu lékařského předpisu.

CÚER je v ZoL popsáno v § 81. Podle něj mělo od počátku splňovat tyto podmínky:

- přijímat a shromažďovat elektronické recepty zasláné předepisujícími lékaři,
- sdělit lékaři bezprostředně po obdržení elektronického receptu jeho identifikační znak, na jehož základě bude předepsaný léčivý přípravek vydán v lékárně,
- zpřístupnit bezúplatně elektronický recept, na němž předepsaný léčivý přípravek má být vydán, farmaceutovi vydávajícímu v příslušné lékárně léčivé přípravky, a to bezprostředně po obdržení jeho žádosti,
- zabezpečit bezúplatně nepřetržitý přístup do databáze elektronických receptů předepisujícím lékařům a farmaceutům vydávajícím v lékárnách předepsané léčivé přípravky,
- zajistit ochranu a bezpečnost v databázi uložených elektronických receptů před jejich poškozením, zneužitím nebo ztrátou,
- zajistit ochranu a předání údajů v případě ukončení činnosti,

- neodkladně po výdeji označit elektronický recept.

V dubnu 2013 byl § 81 doplněn o propojení CÚER s registrem pro léčivé přípravky s omezením a o bezúplatný přístup do databáze eReceptů zdravotním pojišťovnám za účelem provádění kontrolní činnosti.

Zatímco § 81 stanovil principy fungování CÚER, v § 80 bylo upraveno předepisování lékařských předpisů kromě listinné podoby také ve formě elektronického receptu. Volba mezi listinným a elektronickým receptem byla na dohodě lékaře s pacientem. Princip zasílání eReceptu do CÚER, identifikátoru eReceptu, jeho předání pacientovi a výdej přípravku v lékárně byl od počátku stejný, jaký známe dnes. V § 80 bylo dáno zmocnění k úpravě celé řady podrobností prováděcími právními předpisy. K té také došlo novelizacemi vyhlášek předepisovací (č. 54/2008 Sb.) a o správné lékařské praxi (č. 84/2008 Sb.).

V dubnu 2013 byl § 80 doplněn o povinnou ePreskripci léčivých přípravků na lékařský předpis s omezením a IPLP s obsahem léčebného konopí. Od dubna 2017 byla doplněna povinnost lékaře sdělit pacientovi identifikační znak v takové podobě, aby bylo na jeho základě možné uplatnit elektronický recept u jakéhokoliv poskytovatele lékařské péče.

Paragraf 80 v nové podobě

Od 1. 1. 2018 má § 80 úplně novou podobu. Předně ve svém prvním odstavci stanoví, že léčivé přípravky se



E R E C E P T

předepisují na lékařský předpis vystavený v elektronické podobě. Protože se předpokládají situace, v nichž to nebude možné, připouští i nadále vystavení listinného receptu v případech, kdy z objektivních důvodů nebude možné vystavit eRecept, a zmocňuje vyhlášku ke stanovení situací, v nichž bude předpis listinného receptu přípustný vždy.

Ve druhém odstavci § 80 je popsán známý koloběh – předpis eReceptu, identifikátor, pacient, lékárna, výdej. A zmocnění, aby ve vyhlášce bylo upraveno vše toto:

- postup a podmínky pro komunikaci předepisujících lékařů a farmaceutů vydávajících předepsané léčivé přípravky s centrálním úložištěm elektronických receptů,
- způsob vytváření identifikačních znaků, které centrální úložiště elektronických receptů poskytuje předepisujícím lékařům,
- způsob zasílání elektronických receptů předepisujícími lékaři,
- způsob evidence elektronických receptů, včetně evidence elektronických receptů, na které byly léčivé přípravky již vydány,
- prováděcí právní předpis rovněž stanoví způsob nakládání s recepty, které byly v souladu odstavcem 1 vystaveny v listinné podobě.

Vyhláška, která má provádět první a druhý odstavec § 80 se připravuje a ještě o ní bude zmínka.

- V § 80 ještě nalezneme,
- že veterinární přípravky předepisují veterinární lékaři na listinné recepty,
- že při předepisování jsou lékaři povinni postupovat tak, aby nedocházelo ke zvýhodnění poskytovatele lékařské péče nebo k zásahu do práva pacienta na volbu poskytovatele lékařské péče a
- že reklama v souvislosti s elektronickým receptem se zakazuje.

Pokračování na další straně

Pokračování z předchozí strany

Povinná elektronická preskripce, resp. její výše popsaná právní úprava se v ZoL objevila díky novele č. 70/2013 Sb., která sama o sobě nabývala účinnosti již 2. 4. 2013, ale účinnost nástupu povinného eReceptu odsouvala až na 1. leden 2015. Počátek roku 2015 byl odbornou veřejností, a nakonec i politickou reprezentací vnímán jako příliš brzký, a proto jinou novelou (č. 255/2014 Sb.) došlo k odsunu na 1. 1. 2018. Pro právní fajnšmekry doplňme, že novela č. 255/2014 Sb. nebyla přímou novelou ZoL, ale novelizovala novelu ZoL č. 70/2013 Sb. I současný senátorský návrh na odsun povinné elektronické preskripce cílí jen na změnu data právě v novele č. 70/2013 Sb. Takový návrh přitom může být úspěšně realizován jen, když bude přijat a publikován ve Sbírce zákonů do konce roku 2017. Po Novém roce 2018 už by žádná novela nemohla povinný eRecept odložit. Mohla by jej jen zrušit, což by si vyžádalo řádnou novelizaci měnící nové znění ZoL. Zdá se ale, že oproti roku 2014 není přesvědčení politické reprezentace tak silné, aby nástup eReceptu opět odložilo.

Co doplní prováděcí vyhlášky

Právní úprava elektronického receptu by byla jen poloviční, kdyby zůstalo jen u zákona. Jak ji v roce 2018 doplní prováděcí vyhlášky? Předně bude do konce roku 2017 publikována nová vyhláška o eReceptu. Její přípravy se v době vzniku tohoto článku nacházejí ve stadiu po ukončeném připomínkovém řízení. Informace obsažené zde proto odpovídají poslednímu známému stavu návrhu vyhlášky, který se ještě může změnit.

Vyhláška definuje identifikační znak (identifikátor) eReceptu. Ten má být generován CÚER v alfanumerické podobě převoditelné to jednorozměrného nebo dvourozměrného čarového kódu. Technické parametry identifikátoru jsou uvedeny v technické dokumentaci CÚER vydávané SÚKL. Identifikátor je podle dokumentace dvanáctimístný, složený z velkých písmen a číslic bez použití znaků nuly, 1, Y a Z, které jsou častým zdrojem chyb v psaní.

Technická dokumentace je zveřejňována na www.epreskripce.cz a obsahuje zejména:

- specifikaci formátu rozhraní včetně definičních schémat pro validaci dokumentů,
- specifikaci identifikátorů včetně jejich formátu,
- detailní technický popis komunikace s centrálním úložištěm elektronických receptů,
- specifikaci zabezpečení přístupu a přenášených dat mezi informačním systémem předepisujícího lékaře nebo vydávajícího farmaceuta a centrálním úložištěm elektronických receptů.

Komunikace mezi CÚER a předepisujícími lékaři a vydávajícími farmaceuty má probíhat prostřednictvím komunikačního rozhraní informačního systému CÚER a informačního systému předepisujících lékařů a vydávajících farmaceutů. Předepisující lékař a vydávající farmaceut komunikují s CÚER na základě přístupových údajů, a to zabezpečeným způsobem s tím, že komunikační kanál je šifrovaný. Z toho plyne, že ke komunikaci není třeba router a už od září 2017, kdy CÚER přešlo na systém, který bude funkční od 1. 1. 2018, probíhá elektronická preskripce bez routeru, který byl nezbytný do srpna.

Přístup předepisujícího lékaře je omezen na ty eRecepty, které sám předepsal nebo k nimž od pacienta obdržel identifikátory. Obdobně je upraven přístup vydávajícího farmaceuta. Důslednost, s níž se v zákoně i ve vyhlášce používají termíny vydávající farmaceut a informační systém vydávajícího farmaceuta, vyvolává otazníky nad tím, jestli to opravdu bude osoba samotného vydávajícího farmaceuta, která bude moci přistupovat k vydaným eReceptům. Vždyť v naprosté většině případů nebude informační systém jeho, ale provozovatele lékárny, a také je krajně nepraktické, aby v rámci jedné lékárny nemohli k eReceptům v ní vydaným přistupovat i ostatní lékárníci. Ať již kvůli opravám zjištěným při retaxaci, nebo kontrole z jiných důvodů. Praxe CÚER uchopila tento problém vhodně. Přistupovat k vydaným eReceptům mohou lékárníci pracující v lékárně, v níž došlo k výdeji. Tedy nejen konkrétní lékárník, který přímo uskutečnil výdej.

Při každém přístupu předepisujícího lékaře a vydávajícího farmaceuta do centrálního úložiště elektronických receptů je centrálním úložištěm elektro-

nických receptů ověřeno jeho oprávnění k přístupu. To neznamená, že by musel lékárník aktivně zadávat přístupové údaje pokaždé, když bude chtít stáhnout z CÚER eRecept. Jeho lékárenský informační systém ho nechá přihlásit jen jednou na začátku práce za tárou a další ověřování již probíhá na pozadí. Lékárník jen musí dbát na to, aby si své přístupové údaje chránil, měl zajištěno, že je nikdo nemůže zneužít, a nenechal na své přístupové údaje pracovat s CÚER jiné osoby. Což také znamená důsledné odhlášení se ze systému při odchodu od táry, po němž je vystřídán jiným lékárníkem, nebo na konci otevírací doby.

Elektronický podpis předepisujícího lékaře nutný

Data odesílaná centrálnímu úložišti elektronických receptů ve vztahu k založení, změně či zrušení elektronického receptu musí být opatřena uznávaným elektronickým podpisem předepisujícího lékaře. Totéž platí o datech odesílaných vydávajícím farmaceutem. Těmito daty jsou změny eReceptu, které CÚER farmaceutovi umožní, a také záznamy o výdeji léčivých přípravků. Každý farmaceut tedy musí mít svůj elektronický podpis. Na www.epreskripce.cz jsou k dispozici informace o tom, jak jej získat, a jak získat i přístupové údaje do CÚER. Nejde o jedno a totéž.

Lékař musí identifikátory jím založených eReceptů ve svém systému uchovávat po dobu 5 let. Lékař do CÚER musí k eReceptu vyznačit formu sdělení identifikátoru pacientovi. Forma sdělení je na volbě pacienta a musí být bezplatná. Identifikátor musí být vždy předán v okem čitelné podobě. Vyhláška umožňuje tyto formy:

- listinná průvodka obsahující identifikátor generovaný CÚER prostřednictvím informačního systému předepisujícího lékaře,
- prostřednictvím adresy elektronické pošty e-mailem rozesílaným CÚER,
- formou SMS rozesílané CÚER,
- přes webovou nebo mobilní aplikaci zpřístupněnou Státním ústavem pro kontrolu léčiv, nebo
- prostřednictvím informačního systému předepisujícího lékaře, a to formou SMS nebo e-mailem.

ČLnK upřednostňuje jako formu první volby listinnou průvodku generovanou CÚER. Průvodka je pro pacienta nejjednodušším nosičem informace o obsahu eReceptu a jeho platnosti. Rovněž lékárníkovi podstatně zjednodušuje práci při výdeji přípravku. A generování průvodky CÚER je zase zárukou jednotné podoby v celé ČR, která opět přispěje ke zjednodušení práce a snížení chybovosti. Ostatní formy sdělení identifikátoru, byť jde o moderní elektronické cesty, budou pro lékárníka spíše pracnější, ale je nutné se i na ně připravit. Praktické potíže bude nejméně do doby vybavení všech lékáren 2D čtečkami činit odečítání kódů z mobilních telefonů. Webová nebo mobilní aplikace zpřístupněná SÚKL je určena zejména pro lékaře, kteří nepoužívají vlastní informační systém schopný propojení s CÚER, nebo kteří hodlají na eRecept předepisovat i v místech, kde nemohou přistupovat ke svému informačnímu systému. Identifikátor musí být sdělován v podobě předpokládané technickou dokumentací SÚKL. Vždy alespoň v podobě alfanumerické a v podobě čárového kódu. K nim potom fakultativně v podobě 2D kódu.

Jak budou do CÚER zadávány záznamy o výdejích

Vyhláška se snaží vyřešit i nemožnost výdeje na eRecept kvůli problémům s připojením lékárny k CÚER. Protože zákonná úprava na takovou situaci nepamatuje, je i řešení nabízené vyhláškou poněkud krkolomné, využitelné jen při menších výpadcích, a i tehdy jen s určitými riziky. SÚKL podle vyhlášky zřídí buď telefonickou službu, na níž si vydávající lékárník bude moci zjistit obsah eReceptu na základě identifikátoru a svých přístupových údajů, nebo webovou či mobilní aplikaci k témuž účelu. Z hlediska ochrany a zabezpečení osobních údajů, rizika chyb při telefonování a v podstatě nezákonného přístupu operátorky do CÚER telefonickou službu nelze doporučit vůbec. Webovou nebo mobilní aplikaci snad ano. V době vzniku tohoto článku ještě nebyla v provozu, nelze proto hodnotit její využitelnost v praxi. Již nyní ale vzbuzuje otázky způsob, jakým by do CÚER měly být zadávány záznamy o výdejích poté, co bude spojení lékárny s CÚER obnoveno.

Lékař bude moci jím založený eRecept změnit nebo i zrušit. Vždy však jen dokud nebyl do centrálního úložiště zaslán záznam o výdeji léčivého přípravku, o zahájení přípravy nebo o zahájení výdeje nebo neuplynula doba platnosti elektronického receptu. Změnit nelze identifikaci lékaře, poskytovatele zdravotních služeb a datum jeho vystavení.

Elektronické recepty jsou evidovány v CÚER a v informačním systému vydávajícího farmaceuta (lékárny).

Výjimky, při nichž lékař může předepsat listinný recept, vyhláška stanoví takto:

- a) recepty na léčivé přípravky obsahující omamné látky nebo psychotropní látky, označené modrým pruhem, s výjimkou receptů určených pro předepisování léčivých přípravků s omezením a konopí pro léčebné použití (ty jsou povinně na eRecept vždy),
- b) žádanky, s modrým pruhem i bez,
- c) recepty na léčivé přípravky hrazené podle zákona o veřejném zdravotním pojištění vystavené smluvním lékařem poskytujícím zdravotní služby sobě, manželovi, svým rodičům, prarodičům, dětem, vnukům a sourozencům (výjimka tedy nedopadá na recepty vystavené stejným osobám na vlastní účet),
- d) žádanky a recepty na humánní léčivé přípravky, které předepisuje veterinární lékař při poskytování veterinární péče,
- e) recepty na léčivé přípravky předepsané v rámci klinického hodnocení,
- f) recepty při předepisování humánních léčivých přípravků na lékařský předpis, který je v rámci poskytování zdravotní služby vystavován na žádost pacienta a je určen pro uplatnění v jiném členském státě Evropské unie,
- g) recepty vystavené v rámci poskytování zdravotních služeb při činnosti v rámci zdravotnické záchranné služby, poskytování odborné první pomoci, nebo při poskytování zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta, jestliže zdravotní stav pacienta předepsání léčivého přípravku nezbytně vyžaduje,
- h) recepty vystavené v situaci, kdy z prokazatelných objektivních lékařem nezaviněných technických

důvodů (výpadek elektrické energie, služeb internetového připojení, informačního systému lékaře nebo služeb webového rozhraní CÚER) není možné vystavit lékařský předpis v elektronické podobě a zdravotní stav pacienta předepsání léčivého přípravku bezodkladně vyžaduje.

Vyjma receptů s modrým pruhem, žádank a receptů ad usum proprium na úhradu pojišťovny musí lékař na listinný recept vždy uvést důvod, pro který listinný recept vystavil. Zde musím opravit informaci poskytovanou při semináři a webináři 20. 11. 2017. Nesprávně jsem uváděl, že důvod lékař nemusí vyznačit ani na listinném receptu vystaveném na žádost pacienta pro uplatnění v jiném členském státě.

Neuvedení důvodu na listinném receptu dalo vzniknout úvahám, zda je v takovém případě listinný recept platný a bude za vydané léčivé přípravky na jeho základě poskytnuta úhrada od zdravotní pojišťovny. Pro vyřešení této otázky ČLnK požádala o stanovisko Ministerstvo zdravotnictví ČR, SÚKL, VZP a Svaz ZP, které bude zveřejněno na webu ČLnK.

Ohledně nakládání s listinnými recepty vyhláška odkazuje na vyhlášku o správné lékařské praxi (č. 84/2008 Sb.).

Vyhláška o eReceptu zruší některá ustanovení předepisovací vyhlášky (č. 54/2008 Sb.). Jde o ustanovení, která se týkají např. komunikace informačních systémů CÚER a předepisujícího lékaře a která jsou nově přesunuta do nové vyhlášky. Dále z předepisovací vyhlášky zmizí ustanovení o receptu vystavovaném ve výjimečných případech a o výpisu z eReceptu. Ruší se i některá ustanovení ve vyhlášce o správné lékařské praxi (č. 84/2008 Sb.) týkající se zejména přístupu lékárníka k eReceptu a komunikace mezi informačním systémem CÚER a lékárníka, resp. lékárny.

Konečná podoba vyhlášky o eReceptu bude s jistotou známa až po její publikaci ve Sbírce zákonů. Stejně tak odpovědi na řadu sporných otázek budou známy až později, protože se situace kolem elektronické preskripce neustále vyvíjí. Kromě článků v tomto čísle ČČL proto stále sledujte i internetové stránky ČLnK a SÚKL, které by měly vždy obsahovat nejčerstvější informace.

Největší pozitivum – nastartování elektronizace zdravotnictví

Na otázky ČČL odpovídá náměstek ministra zdravotnictví MUDr. Tom PHILIPP, Ph.D., MBA.



■ **Legislativní přípravy spuštění povinné e-preskripce spadají převážně do funkčního období jiných ministrů, přesto se nelze nezeptat: co bylo příčinou, že systém k datu spuštění nabízí jen základní funkcionality, a nikoliv další funkce, které by ocenili jak lékaři, tak lékárníci (lékový záznam, preskripce a evidence návykových látek na recepty s „modrým pruhem“)?**

Podmínkou nezbytnou k zavedení pokročilých funkcionalit je úprava dotčených zákonů. Vzhledem k tomu, v jakém stavu jsme přebírali přípravu na zavedení povinné e-preskripce, nebyla jiná možnost, než se soustředit na zajištění funkčnosti tohoto systému podle platného zákona. Je třeba si však uvědomit, že projekt elektronické preskripce je jen jednou ze součástí celého systému eHealth. Právě na jiných částech tohoto projektu jsme si vyzkoušeli, jak složité jsou debaty o přístupu k citlivým patientským údajům. Současný systém umožňuje pacientům nahlédnout do jejich osobního lékového záznamu – a pokud nechají nahlédnout – i jejich ošetřujícímu lékaři a lékárníkovi. Bude dále hledat cestu, jak e-preskripci zjednodušit a současně efektivně využít její veškeré možnosti.



■ **Zmíněné funkcionality jsou jako nezpochybnitelné výhody zmiňovány lékaři i lékárníky. Kdy lze očekávat jejich zprovoznění? Existuje nějaký konkrétní legislativní plán?**

Současný systém je postaven jako modulový a bude možné jej rozšiřovat neprodleně po provedení legislativních změn. K současným výhodám eReceptu, tedy například čtyřem různým možnostem jak předat identifikátor pacientovi (papírová průvodka, SMS, e-mail, aplikace), přehledu pacienta o všech jemu elektronicky vystavených eReceptech, možnosti lékaře zkontrolovat si, zda si pacient léky vyzvedl a zda došlo k záměně, možnosti lékaře zaslat pacientovi eRecept vzdáleně, nemožnosti zfalšovat eRecept a dalším, budeme přidávat i vámi jmenované. Legislativní proces obecně trvá zhruba rok a záleží na tom, jakou prioritou bude pro příští vládu.

■ **Která největší pozitiva přináší podle Ministerstva zdravotnictví připravovaný systém povinné elektronické preskripce? Hodnotíte některé sku-**

tečnosti naopak jako rezervu, či negativum tohoto řešení?

Za největší pozitivum lze považovat samotné nastartování celého konceptu elektronizace zdravotnictví, sjednocení a zvýšení technické vybavenosti lékařského terénu. Mezi pozitiva týkající se lékárnické praxe lze uvést např. zamezení falzifikátů receptů, které v současnosti představují nezanedbatelný problém. Také možnost mnohem intenzivnější komunikace mezi vydávajícím lékárníkem a předepisujícím lékařem bude jistě vítanou změnou. Velkou výhodou bude i možnost předat identifikátor pacientovi distančně a tím ušetřit čas jeho i lékaře.

■ **Uvažuje se (případně v jakém časovém horizontu) o spuštění podobného způsobu předepisování také u zdravotnických prostředků?**

V tuto chvíli není ze strany Ministerstva zdravotnictví takový záměr připravován. Ve střednědobém horizontu je podle Národní strategie elektronického zdravotnictví cílem plošná a povinná plnohodnotná elektronizace všech klíčových procesů spojených s vystavením receptu na všechny typy léčiv (včetně léčiv s obsahem omamných a psychotropních látek) a jistě i poukazů pro předepisování zdravotnických prostředků.

Mgr. Michal HOJNÝ



Nastal soumrak listinných receptů.

Ilustrační foto: Miroslav Kucej

Co se změní ve vztahu pacienta s lékařem?



Pro pacienta je lékař jedinečným odborníkem na jeho zdraví. Vidí mu do těla, ví o jeho tělesné schránce víc než on sám, ví, co je v těle nemocného dobře, co by mohlo být lepší a co je vysloveně špatně. A dokonce (většinou) ví, jak ty špatné věci napravit a v mnoha případech si s nimi poradí správnou léčbou, operací, radou. Někdy to nedělá sám, ale rozhodne o způsobu řešení problému. Doporučí pacientovi, jak se má o sebe starat, určí, jaký lék lékárník vydá,

vzkáže rehabilitační sestře, jak se má pacientovi věnovat, nařídí, jak mají v laboratoři vyšetřit krev atd. A pro pacienta jsou rozhodnutí pana doktora téměř svatá.

Mgr. Michaela Bažantová

Obdobně pacient vnímá lékaře v oblasti farmakoterapie. Co na tom, že lékárník rozumí lékům mnohem více, že má také své kompetence, zodpovědnost a někdy pacientovi zachrání zdraví nebo život prostě tím, že mu nějaký lék nevydá, že upozorní lékaře na interakci, kontraindikaci, poddávkování či předávkování? Pan doktor rozumí tělu nemocného víc a určuje léčbu, a proto ho pacient víc poslouchá.

To potvrzuje i každoroční průzkum veřejného mínění, který zadává Státní ústav pro kontrolu léčiv. Z něho vyplývá, že nejčastějším zdrojem informací o užívaných lécích není ani lékárník, ani příbalový leták, ale lékař. V průzkumu, který si nechala zpracovat Česká lékárnická komora, jsou lékaři pro pacienty ohledně informací o lécích ti nejdůležitější.

Postavení lékaře je téměř neotřesitelné. Mnoho let je tato profese pro Čechy v žebříčku důvěryhodnosti na prvním místě, zatímco lékárníci nejsou do žebříčku ani zařazeni.

Nikdo není neomylný

V pacientově vnímání stoprocentní jistoty u některých lékařů dojde k trhlinám, když se ukáže, že ani oni nejsou neomylní, například že mají určité mezery při zvládání práce s počítačem a internetem (u řady starších pacientů naopak zvládnutí této dovednosti vzbudí ještě větší obdiv). Předepisování elektronických receptů může postupem

času upozornit dokonce na některé lékařovy nedostatky farmakologické. Jeho komunikace s lékárníkem bude intenzivnější a delší. To, co dnes vyřeší promptně lékárník s lékařem jedním telefonátem i bez pozornosti pacienta, bude v éře elektronických receptů vnímat pacient zpočátku jako zdržování. Mnoho oprav nemůže v elektronické preskripci jako doposud po dohodě provést lékárník, ale výhradně předepisující lékař. Pacient se navíc kvůli několika minutové bezpečnostní prodlevě mezi manipulací eRp lékárníkem a možností opravy lékařem bude muset obrnit trpělivostí. Situaci samozřejmě může zkomplikovat i zaneprázdněnost lékaře či jeho nepřítomnost v ordinaci. Tehdy nelze čekat hodiny i celé dny. Díky elektronické preskripci bude mít lékař také informace, jaký lék pacient v lékárně skutečně dostal (například při generické substituci nebo záměně), nebo že si lék vůbec nevyzvedl.

Recept bez návštěvy ordinace

Největší změnou, kterou pacienti pocítí, bude možnost získání eRp bez nutnosti osobní návštěvy ordinace. Toho budou zřejmě využívat mladí lidé, kteří užívají léky pravidelně; typickou skupinou jsou ženy užívající antikoncepci; tuto možnost budou pravděpodobně více vyžadovat také chronicky nemocní imobilní pacienti, kteří si sami recepty u lékaře vyzvednout nemohou.

Další skupinou, která by mohla a měla využívat zaslání eRp lékařem prostřednictvím e-mailu nebo sms, jsou chroničtí pacienti, kteří navštěvují specialistu daleko od svého bydliště. Pro ně bude tato možnost velkou úsporou času i finančních prostředků spojených s cestováním za lékařem. Léky si díky eReceptu budou moci vyzvednout v lékárně v místě, kde bydlí nebo pracují.

Ne vždy bude vzdálená e-preskripce možná. Pro lékaře je nepochybně důležité znát a kontrolovat zdravotní stav pacienta, a právě on bude trvat v mnoha případech na osobní návštěvě. Mnozí z nich by však mohli projevit více empatie s pacienty – právě v případech, kdy si lidé jedou do ordinace jen pro recept.

Lékový záznam bude dopracován

Nejpřínosnější změnou pro pacienta a jeho zdraví bude tzv. lékový záznam, který však zatím není funkční a musí být dopracován, aby elektronická preskripce dávala smysl právě z hlediska zdravotního.

Zajímavým aspektem je v souvislosti s eRp také výdej léčivých přípravků v ordinaci, který je ovšem kromě výdeje tzv. vzorků nebo aplikace léku již dnes nelegální. Přesto se s ním více či méně pravidelně a s nevolí setkáváme. Elektronická preskripce může znamenat pro pacienta další signál, že lékař má lék pouze předepsat, nikoli vydat. Někteří budou přemýšlet, jak si lékař elektronický recept zároveň napíše a zároveň vyzvedne (když není lékárník). Věřme, že právě v tomto ohledu bude elektronická preskripce přínosem pro lékárníky.

Změní éra eReceptů vztah pacienta a lékaře? Vztah mezi nimi se elektronizací sice částečně změní, například v četnosti návštěv v ordinaci, v množství času, který lékař věnuje svému pacientovi nebo předepisování eRp. Elektronická preskripce za pomoci lékárníků také eliminuje preskripční chyby nebo nevhodné kombinace předepsaných léků, lékařova role však i nadále zůstane v léčbě nezastupitelná.

Ti pokrokoví si naběhnou



Kdybych to od doktora neslyšela na vlastní uši, nevěřila bych. Tím, že lékařům, kteří si byli jistí, že se jim podaří vyhnout elektronickým receptům, pohrozil SÚKL dvoumilionovou pokutou, ti nejzatvrzelejší se rozhodli hledat „únikové“ cesty. Jednou z nich je plán nejednoho odborného lékaře posílat pacienta kvůli „technickým problémům“ k obvodnímu lékaři, a ten ať se zařídí, jak umí. Co asi udělá chudák pacient, když praktikovi taky technika nevyjde vstříc? Snad se bude aspoň držet doktorovy rady: *Skočte si zatím koupit něco do lékárny.*

Zeptala jsem se RNDr. Evy Eisertové z lékárny U Českého lva v Chomutově, která má na rozdíl od většiny kolegyní a kolegů s eRecepty delší zkušenosti, jak se k nim stavějí lékaři na Chomutovsku:



Patřím k lidem, kteří se vždycky snaží být alespoň půl kroku před tím, než co se začne nosit. To znamená, že i elektronické recepty jsme v naší lékárně začali přijímat už

před lety, hned, kdy to zákon umožňoval. Asi to vešlo ve známost, takže s nimi k nám chodili pacienti z celé republiky. Pokud jde o místní lékaře, stručně řečeno, nula od nuly posla, a dokonce teď, kdy je eRecept na spadnutí, je za poslední týden napsali jen první tři lékaři z Chomutova, ostatní eRecepty stále bojkotují.

Léčba za nerovných podmínek

Jak říkám, snažím se jít vždycky s dobou, ale mockrát mě napadlo, jestli je to pacientům pokaždé ku prospěchu. Docela mě irituje, že někteří se u nás neléčí, protože k tomu nemají rovné podmínky. Sama jsem se jako pacientka v IKEM znovu přesvědčila, že se nedá srovnávat s nesrovnatelným. V IKEM všechno na úrovni doby, moderní a vyleštěné, v chomutovské nemocnici ovšem vybavení jako za krále Klacka, prostě periférie v nejhorším slova smyslu.

A pak stojím za tárou před pacientem, který přinese elektronický recept z IKEM (Betaloc ZOK, 200 mg tbl 100) a upozorní mě, že má ty tabletky dostat bez doplatku, ale my nejsme nemocniční lékárna, tudíž nám nikdo nedodá léky za ceny, které jsou snad nižší než výrobní. Ten rozčilený člověk měl brát 14 dnů před operací půlku tablety denně,

takže další problém, byla překročena velikost balení. Ještě mi zvýšeným hlasem sdělil, že lékárnu, kam může přijít s eRp, sháněl pět dnů. Ve finále si lék nevzal s tím, že si někoho pošle do IKEM. Na operaci je podle mého názoru nepřipraven, protože nebral léky včas.

Další pacient si u nás v květnu stěžoval, že mu v jedné velké lékárně doporučili, ať si s elektronickým receptem přijde až na podzim, jako bychom my za to mohli. Kdo chce být pokrokový, často si sám naběhne.

Hlavně však ani politici, ani ZP nemají zájem na ocenění naší práce zvýšením dispenzačního poplatku za signální kód.

Lékárnici jsou našim zákonodárcům dobří jen na to, aby nekvalitně připravované zákony rozchodili v praxi, což zažíváme od začátku devadesátých let.

Snad každý druhý recept je vadný

Pětiletá zkušenost s eRp v lékárně zatím ukazuje, že nám přinesly především problémy, a to pomíjím výčet všech potřebných certifikátů, nutných změn čárových kódů a podobně. Jde třeba o to, že je snad každý druhý recept, a to naprosto nepřeháním, vadný. Přes vytištěný čárový kód je razítko nebo je kód v rámečku, některý úplně nečitelný, kvůli tomu pak musíme lékaři volat. On na to reaguje popuzeně, že nemá čas, protože má zrovna pacienta, ale mně stojí před tárou taky jeho pacient. Když chci konzultaci na SÚKL přes „osmistovku“, všichni jsou obsazeni, a ty, lékárníku, dělej, jak umíš, protože

na pevných linkách to pro změnu nikdo nezvedne. Přestože eRp není špatná myšlenka, i to je důkaz, že nikdo – ani SÚKL – zatím není připraven.

Na rozdíl od nás jsou lékaři pořád v klidu

Většina lékáren už se morálně připravuje na situace, kdy jim budou lidi nadávat, pokud se expedice třeba z technických důvodů zdrží. A taky si kvůli bojkotu lékařů neměli kolegové možnost systémem dostatečně vyzkoušet. Těžko se smířit s tím, že jsou lékárníci pořád na indexu u politiků, pojišťoven i jinde, přestože jsme se smířili s nutností EET a eRp, kdežto lékaři jsou zatím pořád v klidu, mnozí z nich si samozřejmě nepřejí být více kontrolováni. Zato my lékárníci budeme muset brát v „měsíci hájení“, slibovaném lékařům, papírové i eRecepty a pak je účtovat zdravotním pojišťovně, protože my na konci řetězce musíme zajistit léky pacientům a na nás se nikdy žádné výjimky nevztahují.

Hlavně však ani politici, ani ZP nemají zájem na ocenění naší práce zvýšením dispenzačního poplatku za signální kód. Lékárnici jsou našim zákonodárcům dobří jen na to, aby nekvalitně připravované zákony rozchodili v praxi, což zažíváme od začátku devadesátých let, při rozjezdu ZP, kdy lékárníci mravenčím úsilím napravovali vady kódů v Číselnicích HVLP, chyby v registrech pojištěnců u ZP atd., vždy zadarmo či za hubičku. Naopak lékárny dostávaly platby za vystavené faktury s několikaměsíčním zpožděním. Pokud se lékárna začala bránit, vyfasovala od VZP tzv. zvláštní režim, což kromě jiného znamenalo bezdůvodné vrácení, tedy neproplácení fakturovaných receptů třeba jen za málo čitelné razítko či taxaci IPLP na zadní straně recepturního blanketu. Doufám, že přístup ZP při proplácení eReceptů, nebude stejně náročný jako před dvaceti lety.

Je mi líto, že tak krásný a smyslu plný obor, jakým farmacie je, odchází do kytek a nejvíce to odnese nejen lékárník, ale především pacient.

Jaroslava HOŘANSKÁ

Filmové premiéry 23. 11. 2017



eRecept právně a správně, který podle námětu Státního ústavu pro kontrolu léčiv a vlastního scénáře režíroval Jaroslav Maršík. Ve snímku také ztvárnil hlavní roli.

Poslední ze jmenovaných filmových děl má prokazatelně nejdelší stopáž, rovných 142 minut a během prvního filmového víkendu jej vidělo bezmála 1700 diváků, kteří sledování věnovali více než 89 000 minut svého času. Možná i proto, že se v něm mluvilo nejenom o experimentálním nebezpečí smrti z prodlení při výdeji léků, ale i o hledání cesty směrem do Rakouska.

Poslední týden v listopadu mělo filmovou premiéru celkem pět snímků. Za zmínku ale stojí jenom tři, přičemž dva pouze kvůli názvům, díky kterým tak trochu zapadají do kontextu doby a situace. **Hráči se smrtí** je remake známého hororového thrilleru z roku 1990, kde hlavní role mediků experimentujících s farmakou a defibrilátorem ztvárnili Kiefer Sutherland, Julia Roberts a Kevin Bacon. Druhým snímkem byla rakouská prvotina režisérky Terezy Kotykové



o hledání sebe sama v dramatu **Doma je tady**.

Pro lékárníky byl ale obsahově důležitý zejména dokumentární snímek

eRecept právně a správně

Námět: SÚKL

Scénář a režie: Jaroslav Maršík

V hlavní roli: Jaroslav Maršík

Kamera, střih, postprodukce:

Jan Sobotka – mobYmedia

Snímek byl natočen v koprodukcí ČLnK (Česká lékárnická kinematografie) a je diskrétně dostupný na YouTube kanálu ČLnK. 1url.cz/et0bl

Stanislav HAVLÍČEK

Členské příspěvky ČLnK na rok 2018

V souvislosti s povinností evidovat tržby podle zákona č. 112/2016 Sb., Zákon o evidenci tržeb, bude možné přijímat platby členských příspěvků pouze bankovním převodem.

Členský příspěvek na rok 2018 musí být uhrazen do 28. února 2018.

ŘÁDNÝ PŘÍSPĚVEK

Členský příspěvek řádný ve výši 3 000 Kč platí všichni členové ČLnK.

MIMOŘÁDNÝ PŘÍSPĚVEK

Členský příspěvek mimořádný ve výši 1 500 Kč jsou oprávněni platit:

- Ženy na mateřské a ženy (muži) na rodičovské dovolené.

Za mateřskou, resp. rodičovskou do-

volenou je možno považovat pouze ten stav, kdy k rozhodnému datu (1. 2. 2018) rodič pobírá peněžitou pomoc v mateřství (po dobu MD), resp. rodičovský příspěvek (po zvolenou dobu 2, 3 nebo 4 let). Člen je povinen tuto skutečnost hlásit sekretariátu ČLnK.

Na členku (člena), která(y) po skončení mateřské, resp. rodičovské dovolené zůstane tzv. v domácnosti, se nevztahuje možnost platby mimořádného členského příspěvku (musí tedy platit příspěvek řádný ve výši 3 000 Kč, příp. může ukončit své členství v komoře). Ukončení mateřské nebo rodičovské dovolené je opět povinností hlásit sekretariátu ČLnK.

- Nepracující důchodci tzn. ti, kteří k rozhodnému datu (1. 2. 2018) nevykonávají lékárenskou činnost v pracovním ani obdobném vztahu.

- Absolventi, kteří do ČLnK vstupují v kalendářním roce ukončení studia.

• Studenti doktorského studia v prezenční formě na fakultách v České republice po dobu nejvýše 5 let, pokud komoru o platbu mimořádného příspěvku písemně požádají, doloží potvrzení fakulty o studiu a každý rok do 28. února předloží komoře potvrzení o trvání studia.

- Člen, který vykonává funkci odborného zástupce nebo vedoucího lékárenskou praxi, je povinen uhradit řádný členský příspěvek, i když jinak splňuje podmínky pro platbu mimořádného příspěvku.

Výše příspěvků není odvislá od velikosti pracovního úvazku, tzn. je dána podle výše uvedených sazeb pro každého člena ČLnK, ať má pracovní úvazek

Pokračování na další straně

Pokračování z předchozí strany

1,0 nebo např. jen 0,2. Rovněž platí, že při přijetí za člena ČLnK v průběhu roku je nutné zaplatit členský příspěvek v celoroční výši. Řády ČLnK neumožňují platbu případné poměrné části členského příspěvku podle výše úvazku nebo data přijetí. Při ukončení členství v ČLnK během roku se členský příspěvek nevrací a ani jeho poměrná část.

Rozhodným datem pro posouzení výše členského příspěvku (tedy pro možnost platby mimořádného příspěvku, resp. pro platbu řádného příspěvku po platbě mimořádného členského příspěvku v předchozím roce) je 1. únor 2018.

Člen, který splnil podmínky pro platbu mimořádného příspěvku a v období po rozhodném dni začal vykonávat funkci odborného zástupce nebo vedoucího lékárníka, nebo začal vykonávat soukromou lékárenskou praxi, je povinen uhradit řádný členský příspěvek a nejpozději do 1 měsíce ode dne zahájení výkonu funkce nebo praxe doplatit rozdíl mezi mimořádným a řádným členským příspěvkem.

ZPŮSOB PLATBY

Bankovním převodem z vašeho účtu na účet ČLnK č. **68938011/0100**. Jako **variabilní symbol** uveďte číselný údaj ve tvaru **xxxyyyy**, kde **xxx** je kód vašeho OSL a **yyyy** je vaše evidenční číslo člena ČLnK (pokud má vaše evidenční číslo méně než 4 místa, uveďte na jeho počátek příslušný počet nul, tzn. kdo má např. evidenční číslo 76, do variabilního symbolu uveďte hodnotu 0076). V případě pětimístného čl. čísla, uveďte např. 90510158 (905 kód OSL, 10158 čl. číslo). V krajním případě můžete jako variabilní symbol použít svoje rodné číslo. **Při neuvedení nebo nesprávném uvedení variabilního symbolu vám nebude platba ČP připsána! Dohledání takové platby je složité a možné pouze po předložení potvrzení o platbě. Do té doby je částka ČP považována za dlužnou.**

Při chybně vyplněném variabilním symbolu (evidenční číslo člena) se může stát, že platba bude připsána jinému členovi, protože zapisování členských příspěvků do PC evidence se bude provádět automatizovaně přímo z výpisů z účtu bez manuální kontroly. Pro snadnější dohledání takto případně špatně

zapsaných členských příspěvků proto **požadujeme jako povinný údaj uvést do zprávy pro příjemce jméno a příjmení člena. Zvláště potřebné je to v případech, kdy za člena platí členský příspěvek zaměstnavatel – v těchto případech je tedy třeba uvést, ve prospěch kterého člena zaměstnavatel členský příspěvek platí.**

Pokud si nejste svým variabilním symbolem jisti, kontaktujte sekretariát ČLnK.

TERMÍNY

Členské příspěvky musejí být zaplacené do 28. února 2018, po tomto datu jsou členové povinni ve smyslu Finančního řádu ČLnK (část II, § 3, odst. 2) vedle členského příspěvku uhradit i penále, které činí 10 % z dlužné částky za každý (i započatý) měsíc prodlení. V případě neuhrazení členského příspěvku včas (resp. neuhrazení vyměřeného penále za pozdní platbu) se členové vystavují nebezpečí vyloučení z ČLnK.

UKONČENÍ ČLENSTVÍ

Ukončení členství lze v souladu s řády ČLnK provést pouze na základě písemné žádosti člena s uvedením požadovaného data ukončení členství (většinou k 31. 12. příslušného roku). Pokud žádost o ukončení členství není podána, je třeba členský příspěvek uhradit. Pokud se tak nestane, je jeho platba vymáhána. Ukončit členství může např. nepracující důchodce, farmaceut odcházející pracovat mimo lékárně nebo do zahraničí. V případě opětovného nástupu do lékárně je pak ale třeba podat novou žádost o členství v ČLnK. Status pozastaveného členství neexistuje.

Pokud tedy někdo zamýšlí ukončit členství tak, aby se na něj již nevztahovala povinnost platit členský příspěvek na rok 2018, musí tak učinit výhradně písemnou formou nejpozději do 31. 12. 2017.

VÝJIMKY

Člen, jemuž sociální situace neumožňuje zaplatit příspěvek v předepsané výši, může písemně požádat představenstvo ČLnK o uhrazení příspěvku, resp. jeho části, ze sociálního fondu ČLnK. Žádost musí doložit doporučením svého OSL.

Člen může představenstvo požádat

též o jinou výjimku (ukončení členství bez povinnosti platit členský příspěvek na rok 2018 /viz výše/, prominutí penále atd.). Na kladné vyřízení výjimek není právní nárok.

DALŠÍ POPLATKY

1. Registrační poplatek nového člena: **200 Kč** (beze změny).
2. S účinností od 1. 1. 2016 činí poplatek za podání Žádosti o osvědčení pro výkon soukromé lékárenské praxe nebo pro výkon funkce odborného zástupce nebo za podání Žádosti o osvědčení pro výkon funkce vedoucího lékárníka 500 Kč.

PLATBA ZAMĚSTNAVATELEM

Podle zákona č. 586/1992 Sb. o daních z příjmů ve znění pozdějších předpisů vyplývá z § 24, odst. 2 písm. d), že pokud zaměstnavatel uhradí za zaměstnance členský příspěvek (pokud členství zaměstnance je podmínkou k provozování předmětu podnikání nebo výkonu činnosti zaměstnavatele), lze tento výdaj u zaměstnavatele považovat za daňově uznatelný. Platba členského příspěvku zaměstnavatelem za zaměstnance je ovšem akt dobrovolný a právně nevyvolatelný. Uvedený režim lze takto aplikovat u všech lékáren. Pokud bude zaměstnavatel – lékárník hradit za zaměstnance – lékárníka členský příspěvek, je nezbytně nutné, aby jako variabilní symbol platby uvedl údaje za zaměstnance (viz pokyn v tomto článku o platbě členského příspěvku bankovním převodem), nikoliv svoje IČO nebo jiný obdobný číselný údaj. Pokud zaměstnavatel uhradí za zaměstnance členský příspěvek, v souladu s příslušnými daňovými zákony, jedná se na straně zaměstnance o příjem ze závislé činnosti. Tento příjem tak podléhá dani z příjmů a rovněž tak i sociálnímu a zdravotnímu pojištění. V praxi to znamená, že v rámci zpracování mezd je nutné v příslušném měsíci k jeho mzdě přičíst částku zaplaceného členského příspěvku.

KONTAKTY**Dita Venclová**

tel.: 241 090 665, 734 699 288
e-mail: venclova@lekarnici.cz

Ilona Navarová

tel.: 241 090 667, 731 692 102
e-mail: navarova@lekarnici.cz

PŘÍRUČKA

expedujícího lékárníka



eRecept snadno a rychle

Cílem tohoto materiálu je sumarizovat odpovědi na otázky, které každého expedujícího lékárníka napadají v souvislosti s nástupem povinné e-preskripce, tak, jak jsou známy k 20. listopadu 2017. Tyto odpovědi je nutné znát také v případě, kdy bude elektronicky předepisována pouze malá část eReceptů. Autor tohoto přehledu si neklade za cíl popsat přesné postupy výdeje eReceptů v různých verzích lékárenských SW, které jsou v průběhu listopadu a prosince 2017 uváděny do praxe v lékárnách, ale obecnou formou popsat, vysvětlit a ukázat řešení situací, ke kterým v rámci výdeje eReceptů bude docházet.

1. Jakých typů dokladů se e-preskripce týká nebo netýká?

Elektronická preskripce se týká všech typů receptů na humánní léčivé přípravky s výjimkou receptů na léčivé přípravky s obsahem omamných a návykových látek („opiátové recepty“), které budou předepisovány pouze v listinné formě jako dosud.

Elektronická preskripce se týká HVLP, IPLP, homeopatik, léků hrazených i nehrazených.

Netýká se veterinárních receptů, poukazů na zdravotní a ortopedické pomůcky a žadanek (zůstává listinná podoba předpisů).

2. Budou po 1. 1. 2018 existovat listinné recepty? Jak se budou vydávat?

Ano, stále budou existovat i listinné recepty.

a) Listinný (papírový) recept

S listinným receptem se budeme setkávat i po 1. 1. 2018. Půjde o recepty vystavené do 31. 12. 2017 včetně. Jejich platnost se řídí vyhláškou 54/2008 Sb., ve většině případů jsou platné 14 dní (neurčí-li lékař při vystavení receptu jinou platnost), tedy maximálně do 13. 1. 2018.

Další možností, kdy se v lékárnách setkáme s listinným receptem, jsou recepty předepsané v souladu s vyhláškou „o elektronických receptech“,

vyjmenovávající situace, ve kterých lékař může předepsat listinný recept.

b) Listinný opakovací recept

Stejně tak opakovací recepty předepsané v roce 2017 jsou platné až do posledního dne jejich platnosti (nejdéle 1 rok) a vydávají se jako listinné (první, druhý i poslední výdej). Nezáleží na tom, kdy byl proveden první výdej, ale na tom, kdy byl opakovací recept předepsán.

c) Výpis z listinného receptu

Výpis z receptu, pořízený lékárnou před 31. 12. 2017, platí do konce své platnosti a vydává se jako listinný výpis z receptu. Výpis z listinného receptu předepsaného po 1. 1. 2018 bude samozřejmě také možné v lékárně vytvořit i pořídit.

d) Recept z jiného státu EU

Vydává se vždy jako listinný recept.

Výdej listinných receptů provádí lékárník stejně jako v roce 2017. S recepty se zachází stejným způsobem jako dosud (archivace nehrazených receptů, vyúčtování pojišťovnam, pořízení výpisu z receptu...). Výdej na listinný recept se nezaznamenává do centrálního úložiště eReceptů (CÚ).

3. Jaké náležitosti musí obsahovat eRecept? Jaké náležitosti musí obsahovat průvodka?

Předně je nutné rozlišit eRecept a průvodku.

eReceptu se nelze dotknout, nelze jej uchopit rukama, neboť se jedná o shluk dat o velikosti několika kilobytů uložených kdesi na serverech SÚKL v centrálním úložišti eReceptů. Přístup k eReceptu je lékárníkovi umožněn pomocí jedinečného kódu každého eReceptu = identifikátor eReceptu (12místný kód složený z čísel a písmen). Tento kód předá pacient lékárníkovi na papírové průvodce, na displeji mobilu, tabletu, vytisknutý z e-mailu apod. (viz vyhláška „o elektronickém receptu“). Díky identifikátoru eReceptu si lékárník pomocí svého SW stáhne eRecept z CÚ a zobrazí eRecept na monitoru svého počítače.

Z toho vyplývá následující

Předepsaný eRecept musí obsahovat všechny povinné údaje podle vyhlášky 54/2008 Sb. (§ 6)

- zdravotní pojišťovna,
- identifikační číslo pojištěnce (nebo datum narození), jméno, příjmení a adresa trvalého pobytu pacienta,
- předepsaný léčivý přípravek (léková forma, síla, velikost a počet balení),
- symboly (např. nezaměňovat, hradí nemocný apod.),
- návod pro použití přípravku,
- jméno a příjmení lékaře, adresu, včetně telefonního čísla místa pravidelného poskytování zdravotní péče a identifikační číslo přidělené zdravotní pojišťovnou,
- případně další údaje jako např. schválení revizního lékaře apod.

Pozn.: u telefonního kontaktu na lékaře bývá často přiřazen telefon na recepti, především u větších zdravotnických zařízení. Tak tomu bude, dokud nedojde k úpravám SW těchto zdravotnických zařízení a doplnění správných telefonních kontaktů k jednotlivým lékařům resp. ambulancím. Druhým problémem v praxi bývá, že telefonní kontakt lékárenský SW nezobrazuje hned po načtení eReceptu, ale až po rozkliknutí detailu informace o eReceptu.

Pokračování na další straně

Pokračování z předchozí strany

Průvodku lze definovat jako jednu z možností, kterou může lékař předat pacientovi identifikátor eReceptu. Průvodka musí obsahovat identifikátor eReceptu ve formě čárového kódu (povinný údaj), příp. QR kódu (prozatím nepovinný údaj) a také VŽDY jeho lidským okem čitelnou podobu (povinný údaj). Všechny ostatní údaje jsou pro průvodku nepovinné. Průvodka má ze strany SÚKL směrem k lékařským SW pouze doporučený vzhled a formát.

4. Co když je na průvodce uveden identifikátor ve formě čtverečku – QR kódu?

QR kód = dvourozměrný kód. Pro přečtení tohoto kódu je nutné mít v lékárně čtečku, umožňující skenovat a přečíst tento typ kódu. *Pozn.: informace o identifikátoru je v kódu zapsána ve formátu: `https://epreskripce.cz/erp?i={PrepisiID}&d={PlatnostDoYYYYMMDD}`. Vzhledem k tomu, že SÚKL měnil formát ještě v průběhu podzimu, umí správně přečíst tento kód až novější verze lékárenských SW. V případě problému s načítáním QR kódů je proto nutné kontaktovat svého poskytovatele SW.*

Na každé průvodce nebo displeji mobilu musí být 12místný identifikátor eReceptu také ve formátu, který přečte lékárníkové oko.

5. Které údaje jsou pro výdej rozhodující – eRecept nebo průvodka?

Z výše uvedených informací vyplývá, že jediné správné údaje pro výdej léků pacientům jsou obsaženy v eReceptu. Je-li rozdíl mezi informacemi na průvodce a na eReceptu, musí se lékárník vždy řídit eReceptem.

6. Lze se v praxi setkat s eReceptem, který nemá všechny povinné údaje?

Ne. Centrální úložiště kontroluje vyplnění všech povinných údajů. *Pozn.: v praxi se vyskytují občas recepty bez vyplněného dávkování nebo diagnózy u zvýšené úhrady, ve skutečnosti je v této kolonce vyplněna mezera, tedy neviditelný znak.*

7. Je možné předepsat eRecept na neexistující lék?

LP jsou předepisovány dle aktuálního číselníku SÚKL, lékař zadává název, formu, sílu a balení, doplňuje se kód SÚKL. Pokud je v jeho SW aktuální číselník, nemůže docházet k chybám. *Pozn.: bohužel v praxi se ukazuje, že lékaři používají staré číselníky, proto se stále budeme setkávat i s kódy léků, které již nejsou obchodovány.*

8. Může lékárník údaje v eReceptu změnit? Které údaje a změny uvidí lékař, které pojišťovna? Může lékárník změnit předepsaný eRecept nebo jsou lékárníkovi změny zapsané někde jinde?

Obecně platí tato pravidla:

- Lékárník může provádět změny v okamžiku výdeje obdobně jako dosud podle platné legislativy – např. provádět generickou substituci, provádět změny ve způsobu úhrady např. „Hradí nemocný“ nebo „Zvýšená úhrada“ po dohodě s lékařem apod.
- Lékárník může změnu eReceptu provést pouze v době jeho platnosti.
- Lékárník může změnu zapsat do poznámky v době platnosti i po době platnosti eReceptu.
- Všechny změny a poznámky jsou zaznamenány do CÚ eReceptů.
- Všechny změny a poznámky uvidí zdravotní pojišťovna a pacient.
- Lékař uvidí ty změny a poznámky, jejichž prioritu (zobrazení) si nastaví ve svém softwaru.
- Lékař a pojišťovna mohou vidět informace o předepsaných i vydaných lécích, IČZ lékárny, název lékárny a identifikaci vydávajícího lékárníka
- V případě, že lékárník objeví chybu, kterou nebude moci opravit a bude chtít opravu po předepisujícím lékaři, je nutné počítat s tím, že po stažení eReceptu z CÚ lékárnou je tento eRecept zablokován na 5 minut. *Pozn.: v jednání je zkrácení na 3 minuty pro jakoukoliv změnu.*

9. Konkrétní změny údajů na eReceptu umožněné při výdeji lékárníkovi – jak na to?

- a) **Zdravotní pojišťovna** – tuto změnu může lékárník provést přímo v eReceptu. *Pozn.: od určitých verzí lékárenských SW.*
- b) **Číslo pojištěnce a IČZ** – lékárník

není oprávněn provádět změny těchto údajů v eReceptu (ztotožnění pacienta přes registr obyvatel viz otázka číslo 12).

- c) **Zvýšená úhrada, Hradí nemocný** – lékárník nemůže provést změnu v eReceptu. V případě chyby lékaře při předepisování může lékárník jako dosud ověřit správnou volbu u lékaře a po vzájemné domluvě při výdeji vykázat správnou variantu. Lékárník může provést do poznámky eReceptu o této změně zápis (např. text „po dohodě s lékařem“). Nejedná se tedy o zásah (změnu) do eReceptu, ale lékárník formou poznámky informuje zdravotní pojišťovnu (a lékaře) o úpravě způsobu úhrady léčivého přípravku. Tyto informace (poznámky) jsou zaznamenány v informaci o výdeji eReceptu a jsou k dispozici i zdravotním pojišťovnám. Zvýšená úhrada vázaná na diagnózu – bez vyplnění diagnózy nelze eRecept na zvýšenou úhradu předepsat. *Pozn.: diagnóza bývá někdy vyplněna v poznámce.*
- d) **Revizní lékař** – tuto informaci lékárník nebude moci měnit. Pozitivní je, že pokud lékař chce předepsat lék s povolením revizního lékaře, musí povinně vyplnit kolonku s informací o čísle žádanky schválené úhrady revizním lékařem. Bez jejího vyplnění nelze eRecept na revizního lékaře předepsat. Vydávající lékárník nemusí správnost údajů kontrolovat, za případnou chybu odpovídá lékař.
- e) **Voják v činné službě** – vyznačí lékař při předepisování. Pokud nebude vyplněno a voják se prokáže tím, že mu má být lék hrazen plně, je možné tuto změnu zaznamenat do poznámky stejně jako jiné změny. *Pozn.: SÚKL přislíbil získat stanovisko VoZP – v jednání.*
- f) **Delegovaná preskripce** – nelze v lékárně doplnit IČZ doporučujícího lékaře do eReceptu, zodpovědnost za vyplnění je na lékaři.
- g) **Nezaměňovat** – lékárník nemůže provést změnu v eReceptu (vlastní výdej viz otázka číslo 14).
- h) **Generická substituce** – pokud není v eReceptu uveden příznak „Nezaměňovat“ lze v rámci odborných znalostí lékárníka a v rámci legislativních pravidel provést generickou substituci. Tedy, vydat jiný léčivý

přípravek než byl předepsán. V průběhu výdeje dochází ke spárování (automaticky nebo ručním zásahem vydávajícího lékárníka) předepsané položky na eReceptu s vydanou položkou. Tím je zajištěno zapsání informace o generické substituci do informace o výdeji eReceptu.

- i) **Odlisný SÚKL kód předepsaného léku** – lékárník vydá léčivý přípravek s kódem, který má evidovaný ve svém SW a provede spárování předepsaného a vydaného léku stejně jako v případě generické substituce.
- j) **Počet předepsaných balení** – typicky jde o situaci, kdy lékař předepíše vyšší počet balení, než odpovídá 3měsíční době užívání. Lékárník vydá správný počet balení a tato informace se automaticky uloží do informace o výdeji eReceptu. Vlastní předepsaný eRecept se nemění.

10. Co lze zapsat do poznámky eReceptu?

Do poznámky eReceptu lze zapsat jakoukoliv textovou informaci, o níž se lékárník domnívá, že je vhodné ji do poznámky pro ZP, lékaře či pacienta sdělit (např. informace, která má vliv na úhradu léčivého přípravku, informace o úpravě dávkování, doplňující informace typu „po konzultaci s lékařem“ atp.). Uvádění poznámky je ve většině případů nepovinné a záleží na vydávajícím lékárníkovi, zda této možnosti využije.

11. U elektronické preskripce se mluví o eReceptu a o výdeji eReceptu a jejich identifikátorech, co to znamená?

eRecepty jsou generovány lékařskými SW a CÚ jim přidělí unikátní 12místný identifikátor. Ke každému předepsanému eReceptu přiřazuje centrální úložiště záznam o výdeji eReceptu v lékárně a každému výdeji je přiřazen unikátní identifikátor výdeje eReceptu. V CÚ jsou poté evidovány eRecepty a také k nim přiřazené výdeje léků v lékárnách. Jeden eRecept k sobě může mít přiřazeno několik výdejů z jedné lékárny nebo z více lékáren. Zdravotní pojišťovny získávají údaje z eReceptů i z informací o výdejích.

Na základě těchto informací lze kdykoliv dohledat, co bylo předepsáno (a kým) a co bylo vydáno (a kým).

12. Co je to ztotožnění pacienta s Registrem obyvatel? Dává mi to jistotu, že číslo pojištěnce na eReceptu je správné?

Od 1. 10. 2017 má SÚKL ze zákona možnost přístupu do Registru obyvatel a k tzv. ztotožnění pacienta s Registrem obyvatel, a to na základě jména, příjmení, adresy trvalého bydliště, příp. dalších údajů; jeho smyslem v rámci e-preskripce je zajistit, že eRecept je předepsán konkrétnímu člověku, který je veden v registru. Pro vydávajícího lékárníka nemá informace o ztotožnění žádný význam. Vydávající lékárník může vydat léky na eRecept ztotožněnému i neztotožněnému pacientovi.

Registr obyvatel nepracuje s čísly pojištěnce (dříve rodné číslo), proto proces ztotožňování nevaliduje číslo pojištěnce s registrem pojištěnců. Z toho bohužel plyne, že v okamžiku výdeje nemá vydávající lékárník stoprocentní jistotu správnosti čísla pojištěnce nebo příslušnosti čísla pojištěnce ke zdravotní pojišťovně. Stejně tak v rámci eReceptu nepůjde ověřit typ pojištění pacienta např. EU pojištěnci. Validace čísel pojištěnců přes B2B službu VZP zůstane stále nepostradatelným nástrojem lékárny.

13. Jak opravit číslo pojištěnce, když zjistím, že na eReceptu je chyba? Jak je to s pacienty bez čísla pojištěnce a s novorozenci?

Obecně platí, že lékárník nemůže opravit číslo pojištěnce v eReceptu.

- a) **Nesedí číslo pojištěnce a zdravotní pojišťovna** – lze opravit zdravotní pojišťovnu (viz otázka číslo 9).
- b) V hlavičce eReceptu je prokazatelně **zaměněn např. otec a syn** stejného jména – pokud je v pořádku kombinace čísla pojištěnce a zdravotní pojišťovny, lze eRecept normálně vykázat, pojišťovna léky proplatí a chybu vyřeší s lékařem (vydávající lékárník může na tuto chybu upozornit v poznámce eReceptu).
- c) **Číslo pojištěnce neexistuje** – lékárník nemá oprávnění k opravě, je nutné kontaktovat lékaře, aby eRecept opravil nebo vystavil nový se správnými údaji. Nabízí se i možnost provést opravu čísla pojištěnce až v dávce pro vyúčtování ZP, ale v tomto případě by mohla zdravotní

pojišťovna považovat takový zásah za odporující legislativě a takový recept neproplatit. *Pozn.: oprávněnost této obavy ukáže až praxe.*

- d) **Cizinci** – místo čísla pojištěnce se uvádí datum narození.
- e) **Novorozenci** – eRecept lze předepsat i na „náhradní“ číslo pojištěnce, ale **POZOR**, vyúčtovat pojišťovně lze pouze na správné číslo pojištěnce. Postup je tedy stejný jako v případě receptu s neexistujícím číslem pojištěnce.

14. NEZAMĚŇOVAT – jak to funguje v eReceptu?

Pokud je zaškrtnut symbol „Nezaměňovat“, pak lze měnit pouze sílu a velikost balení léčivého přípravku, ne název a formu. *Pozn.: takovéto nastavení kontrolních mechanismů CÚ neumožní vydat jiný léčivý přípravek pacientům např. v případě výpadku předepsaného léku s příznakem „nezaměňovat“; na upozornění ČLnK, že takovéto nastavení centrálního úložiště není v souladu s dlouhodobým právním názorem ČLnK ve věci záměn léčivých přípravků, přislíbil SÚKL vydání svého stanoviska.*

15. Jakých stavů může nabýt eRecept?

Stavy eReceptu jsou uvedeny a popsány v technické dokumentaci eReceptu SÚKL takto:

- a) **Ke schválení** – lékař uložil předpis do CÚ, ale zatím na něj nelze vydat lék a je nutné jej nejprve nechat schválit zdravotní pojišťovnou (tento stav nebude do odvolání možné používat).
- b) **Zamítnutý** – zdravotní pojišťovna zamítnula předpis namísto jeho schválení (tento stav nebude do odvolání možné používat).
- c) **Předepsáno** – výchozí stav předpisů po založení lékařem nebo po schválení předpisu zdravotní pojišťovnou (do odvolání bude možné založit předpis pouze v tomto stavu).
- d) **Připravovaný** – lékárna pracuje na výdeji (připravuje IPLP nebo objednala HVLP u distributora). Výdej může provést jen lékárna, která nastavila stav Připravováno.

Pokračování na další straně

Pokračování z předchozí strany

- e) Částečně vydaný** – lékárná provedla výdej, ale může následovat ještě další výdej (platnost prodloužena výpisem nebo je recept opakovací a nebyla realizována všechna opakování).
- f) Plně vydaný** – lékárná provedla výdej a už nebude následovat žádný další výdej. Změnit stav může jen lékárná, která provedla poslední výdej a nastavila stav na Plně vydaný.
- g) Nedokončený výdej** – lékárná sice nevydala léčivo, ale chce zaznamenat k předpisu nějakou doplňující informaci (důvod proč nebylo vydáno) a může následovat ještě další výdej. Tento stav je možné použít pouze u prvního takového výdeje, protože v takovém případě nelze zachovat stav Předepsaný. Pokud už na předpisu nějaký výdej je, pak při založení nového výdeje bez položek je nutné ponechat stav tak jak je Částečně VYDANÝ. *Pozn.: v praxi bude využíváno pouze velmi vzácně, proto tento stav možná bude zrušen.*
- h) Uzavřený** – tento stav je připraven pro budoucí použití. Aktuálně nejsou stanovena pravidla pro finální uzavření předpisu. *Pozn.: dosud se nepoužívá.*

V lékárnách se budeme setkávat především se stavy PŘEDEPSÁNO, PŘIPRAVOVANÝ, ČÁSTEČNĚ VYDANÝ, PLNĚ VYDANÝ.

16. Kdy se setkám se stavem PŘEDEPSÁNO?

Při prvním načtení eReceptu lékárnou.

17. Jaký je rozdíl mezi stavem PŘIPRAVOVANÝ a ČÁSTEČNĚ VYDANÝ?

Do stavu **PŘIPRAVOVANÝ** převede lékárník recepty tehdy, když potřebuje eRecept zablokovat pro další výdej ve své lékárně. Tímto způsobem zabrání tomu, aby pacient šel s kódem eReceptu pro léky do jiné lékárně. Tento stav se bude využívat např. v případě, kdy lékárník bude připravovat IPLP, objednávat pro pacienta HVLP, které není zrovna skladem v lékárně. Tento stav nepro-

dlužuje platnost eReceptu, je tedy důležité poučit pacienta, do kdy si musí lék v lékárně vyzvednout.

Obdobně, dojde k označení eReceptu stavem **PŘIPRAVOVANÝ** při výdeji prostřednictvím náhradní komunikace s CÚ (viz otázka číslo 30) při výpadku spojení lékárně s CÚ proto, aby nemohlo dojít k následnému výdeji stejného eReceptu v jiné lékárně.

Do stavu **ČÁSTEČNĚ VYDANÝ** převede lékárník eRecept tehdy, když

- neprovede výdej všech balení z eReceptu a umožní tak pacientovi výběr zbylých léků v jiné nebo ve své lékárně (tento stav nahrazuje výpis z receptu, jak jej známe u výdeje listinných receptů),
- neprovede výdej všech opakování výdeje na opakovací eRecept a umožní tak pacientovi pozdější výběr zbylých opakování v jiné nebo ve své lékárně.

18. Jak správně vydat a ukončit výdej eReceptu?

Na jeden eRecept lze předepsat 1 nebo 2 léčivé přípravky stejně jako do-
sud.

Postup výdeje:

- Vydávající lékárník si načte eRecept z centrálního úložiště a provede ve svém SW výdej. V případě, že expeduje všechna předepsaná balení, označí eRecept jako **PLNĚ VYDANÝ** (= **KOMPLETNĚ VYDANÝ**). Tím dojde k uzavření eReceptu a dokončení výdeje (CÚ přiřadí výdeji unikátní identifikátor).
- V případech, kdy vydávající lékárník nemá skladem všechna předepsaná balení, je postup následující: Vydávající lékárník načte eRecept z centrálního úložiště a provede ve svém SW výdej léků, které má k dispozici. eRecept označí jako **ČÁSTEČNĚ VYDANÝ** (tento stav umožní pacientovi výběr léků i v jiné lékárně) nebo jako **PŘIPRAVOVANÝ** (v tomto případě může pacient vyzvednout objednaný lék pouze v lékárně, která eRecept do stavu **PŘIPRAVOVANÝ** převedla). V obou případech dojde k ukončení prvního výdeje (CÚ přidělí výdeji unikátní identifikátor). Jakmile pacient přijde pro zbytek léků, je opět načten eRecept z CÚ a po výdeji posledního balení jej vydávající lékárník označí stavem

PLNĚ VYDANÝ, a tím dokončí výdej eReceptu (CÚ přidělí tomuto výdeji opět unikátní identifikátor, odlišný od identifikátoru prvního výdeje).

V těchto případech bude mít jeden eRecept přiděleno více výdejů.

Pozn.: není dosud vyjasněno, zda uvedení eReceptu do stavu ČÁSTEČNĚ VYDANÝ prodlouží platnost eReceptu o 14 dní, stejně jako je tomu v případě vystavení výpisu z listinného receptu, čekáme na vyjádření SÚKL.

19. Mohu opravit již ukončený výdej eReceptu?

Ano. Lékárná, která označí eRecept stavem **PLNĚ VYDANÝ**, může v době platnosti provést změnu stavu na **ČÁSTEČNĚ VYDANÝ**, poté provést opravu výdeje, přidat nový výdej, zrušit starý výdej a eRecept opět uzavřít.

Pozor! Stav eReceptu **PLNĚ VYDANÝ** již nelze v CÚ změnit po uplynutí doby platnosti eReceptu. Takovému eReceptu nelze přidávat nové výdeje, ale lze měnit nebo zrušit již existující výdeje. Lékárník nebude načítat eRecepty z CÚ pomocí kódu, ale najde výdej ve svém SW a provede jeho opravu. Tento výdej má vlastní identifikační číslo, takže pod tímto číslem bude evidována i změna v CÚ bez ovlivnění původního předepsaného eReceptu.

20. Jak vydat 3 položky na jeden eRecept v případech, kdy mám k dispozici různé velikosti jednoho léčivého přípravku?

Příklad: Předepsáno 3x30 tbl léku A a 90 tbl léku B, v lékárně je k dispozici 1x30 tbl léku A, 1x 60 tbl léku A a 90 tbl léku B.

Postupuje se následujícím způsobem: Lékárník načte eRecept, vydá balení léku A 30 tbl a 1 balení léku B, označí eRecept jako **ČÁSTEČNĚ VYDANÝ** a ukončí výdej. Načte eRecept podruhé, vydá lék A v balení po 60 tbl, označí eRecept jako **PLNĚ VYDANÝ** a ukončí výdej. Takto se musí postupovat proto, že v rámci vyúčtování receptů a eReceptů pojišťovněm lze na jeden recept účtovat maximálně 2 položky.

21. Jak správně vydat opakovací eRecept?

Při výdeji léků v rámci prvního opakování musí vydávající lékárník eRecept

převést do stavu ČÁSTEČNĚ VYDANÝ. Stav PLNĚ VYDANÝ se použije až po výdeji posledního balení během výdeje posledního opakování eReceptu v době platnosti opakovacího eReceptu

Pokud první lékárna udělá chybu a opakovací eRecept po prvním výdeji uzavře = převede do stavu PLNĚ VYDANÝ, pak pouze tato lékárna může recept opět (ale POZOR pouze v době jeho platnosti) převést do stavu ČÁSTEČNĚ VYDANÝ, který umožní výdej dalšího opakování opět v jakékoliv lékárně.

22. Jak mohu zjistit, jaké léky již byly z eReceptu vydány?

Po načtení eReceptu se lékárníkovi zobrazí informace o předepsaných lécích i o všech výdejích provedených v jakékoliv lékárně. *Pozn.: způsob zobrazení se liší v jednotlivých lékárenských SW.* Tímto způsobem má vydávající lékárník možnost zkontrolovat jednotlivé výdeje z eReceptu. Měnit výdej ale může pouze lékárna, která výdej realizovala.

23. Jak pracovat s eReceptem na IPLP?

eRecept na IPLP se vydává stejně jako dosud. Lékař recepturu píše formou textu, který po načtení eReceptu lékárník vidí ve svém SW. V prvním kroku lékárník zablokuje eRecept do stavu PŘIPRAVOVANÝ (viz otázka 17). Případné změny v receptuře, doplnění pomocných látek apod. může do poznámky (formou textu) zapsat pouze lékárník, nikoliv farmaceutický asistent. V rámci vyúčtování eReceptu se složeni IPLP zdravotním pojišťovně nezasiílá. Zdravotní pojišťovny mají k předepsanému eReceptu a k informaci o výdeji včetně poznámek přístup přímo z CÚ. Taxace IPLP se v eReceptu uvádět nemusí, do informace o výdeji se přiřazuje automaticky.

24. Jaká je platnost eReceptů?

Platnost eReceptů se řídí stejnými pravidly podle §14 vyhlášky 54/2008 Sb. s tím, že centrální úložiště platnost nenastavuje, ale přebírá platnost z nastavení lékařem.

a) eRecept s předepsanými antibiotiky a antimikrobiálními chemoterapeutiky platí nejdéle 5 kalendářních dnů

počínaje dnem jeho vystavení, pokud nejde o léčivé přípravky pro místní použití. *Pozn.: CÚ nerozlišuje typ předepsaného léku, a proto bude záležet na tom, jakým způsobem má lékař ve svém SW přednastavenou platnost, v CÚ bude uložena platnost eReceptu podle toho, jak ji nastaví lékař. Budeme-li se ovšem striktně držet textu vyhlášky, vyplývá z ní, že u předepsaných ATB platí recept nejdéle 5 kalendářních dnů v každém případě, neboť u tohoto odstavce chybí dovětek „neurčí-li lékař jinak“.*

b) eRecept s předepsanými ostatními léčivými přípravky platí 14 kalendářních dnů počínaje dnem jeho vystavení, neurčí-li lékař jinak, nejdéle však 1 rok.

c) Recept s předepsanými léčivými přípravky, jejichž výdej se má opakovat, platí 6 měsíců, nestanoví-li předepisující lékař jinak, počínaje dnem jeho vystavení, nejdéle však 1 rok.

d) Recept vystavený lékařskou pohotovostní službou nebo pohotovostní službou v oboru zubního lékařství, nebo je-li na receptu uvedeno „Akutní péče“ nebo „Neodkladná péče“ podle § 6 odst. 1 písm. d) bodu 6, platí nejdéle do konce prvního kalendářního dne následujícího po dni jeho vystavení.

25. Co s eReceptem po uplynutí doby platnosti?

a) Na eRecept po uplynutí doby platnosti nelze vydat léčivé přípravky, nelze přidávat nové výdeje.

b) eRecept lze v lékárně načíst i po uplynutí doby platnosti např. za účelem kontroly správnosti výdeje apod.

c) Po uplynutí doby platnosti eReceptu lze změnit nebo zrušit již existující výdej. Lékárník najde výdej ve svém SW a provede jeho opravu. Tento výdej má vlastní identifikační číslo, takže pod tímto číslem bude evidována změna také v CÚ bez ovlivnění původního předepsaného eReceptu.

SÚKL má povinnost archivovat eRecepty po dobu 5 let.

26. Co mám dělat, když vím, že kvůli delším dobám dodávky léku nestihnou provést výdej do 14 dnů?

Tento problém typicky nastane při objednávkách léků na mimořádný dovoz nebo u individuálně objednávaných LP (jako např. Staloral, Phostal). V těchto případech je nutné kontaktovat lékaře se žádostí o prodloužení doby platnosti.

Vzhledem k tomu, že Staloral apod. je předepisován především alergology, doporučuji kontaktovat lékaře a domluvit se s ním dopředu tak, aby ve svém SW u tohoto typu léků přednastavil delší dobu platnosti automaticky.

27. Kdy přesně končí platnost eReceptu?

Platnost končí ve 23:59:59 posledního dne platnosti. *Pozn.: vzhledem k tomu, že mohou nastat situace, kdy např. nepůjde dokončit výdej z důvodu výpadku připojení k CÚ v poslední den platnosti eReceptu, SÚKL diskutuje a analyzuje možnost výdeje s datem posledního dne platnosti realizovaná ve skutečnosti až po uplynutí doby platnosti; nyní je ve stadiu jednání.*

28. Jakým způsobem se eRecept retaxuje?

Zpětná retaxace je možná podle eReceptů načtených z CÚ. Lékárenské SW k retaxaci přistupují odlišně, je tedy nutné o přesný návod požádat poskytovatele svého SW. Vzhledem k tomu, že v okamžiku výdeje dochází ke spárování předepsaných a vydaných léků, mělo by to vést k minimalizaci záměn léků při výdeji, neboť případná neshoda předepsaného a vydaného léku vyžaduje po vydávajícím lékárníkovi zásah a ruční spárování.

29. Jakým způsobem se eRecepty budou fakturovat zdravotním pojišťovněm?

Stejně jako dosud.

- eRecepty se předávají v samostatné dávce zvlášť od listinných receptů.
- Dávky eReceptů a dávky listinných receptů lze fakturovat společně v rámci jedné faktury.
- Zdravotní pojišťovny obdrží každý den z CÚ informace o výdejích léků na eRecepty jejich pojištěncům, aby mohly provádět průběžnou validaci eReceptů. Do budoucna vyslovily zdravotní

Pokračování na další straně

Pokračování z předchozí strany

pojišťovny příslib, že budou o případných chybách informovat lékárny průběžně již před fakturací. *Pozn.: technicky se teprve bude řešit.*

- Od 1. 3. 2018 dojde k úpravě datového rozhraní receptu pro vykazování lékárenské péče zdravotním pojišťovám.

- a) Bude možné vydat a vykázat až 999,99 balení v rámci jedné položky receptu.
- b) Bude rozšířeno rozhraní o identifikátor výdeje eReceptu.

30. Pokud přijde pacient s identifikátorem eReceptu do lékárny a nebude fungovat připojení

k CÚ, jakým způsobem bude takový výdej evidován v CÚ?

Náhradní komunikaci s CÚ v těchto případech popisuje vyhláška „o elektronických receptech“. Vyhláška připouští dvě varianty – využití webové aplikace pro lékárníky nebo zvláštní telefonní linky SÚKL pro lékárníky. Lékárna by proto měla být na tuto možnost připravena předem, protože tyto aplikace vyžadují pro své použití certifikát pracoviště a přístupové údaje konkrétního uživatele (lékárníka).

Prostřednictvím komunikace s CÚ jednou z těchto variant bude zároveň označen konkrétní vydávaný eRecept tak, aby nemohlo dojít k následnému výdeji v jiné lékárně, a to tím způsobem, že tento eRecept bude označen stavem

„PŘIPRAVOVANÝ“. Výdeje do CÚ bude možné pro tyto eRecepty doplnit zpětně, a to kdykoli po obnovení komunikace s CÚ. V těchto případech platí, že vlastní výdej lze uskutečnit pouze v době platnosti eReceptu, ale odeslání informace o výdeji lze odeslat do CÚ i po uplynutí platnosti eReceptu.



Vzhledem k tomu, že i po uzavěrci tohoto čísla Časopisu českých lékárníků bude docházet k upřesňování některých postupů a definic v rámci výdeje eReceptu, bude tento článek aktualizován a doplňován na stránkách komory: www.lekarnici.cz

PharmDr. Martin KOPECKÝ, Ph.D.

Je potřebné včas zvážit i jiné možnosti

Letos jsem se rozhodl zúčastnit se vůbec poprvé sjezdu delegátů naší lékárnické komory, aniž jsem tušil, jak to bude složité. Napsal jsem na sekretariát, že bych chtěl být na sjezdu jako pozorovatel. Přišla mi odpověď, že OSL Praha východ už má zvolené delegáty. Bohužel jako držitel osvědčení si nemohu vybírat příslušné OSL podle své vůle. Byl jsem odkázán na usnesení XX. sjezdu (*Sjezd schvaluje: možnost pro představenstvo OSL vyslat na sjezd delegátů člena svého OSL jako pozorovatele v počtu 1 na 1 OSL v případě, kdy OSL nezvolí delegáty na sjezd delegátů*).

Jelikož mám částečný úvazek v OSL Brno, po poradě s kolegy a přáteli jsem na sekretariát zaslal žádost za toto OSL Brno, načež přišla odpověď, že OSL Brno a OSL Brno-venkov jsou nefunkční, tudíž mě nemá kdo delegovat. Po opakovaném odmítnutí jsem měl ještě větší zájem na sjezd odjet. Odvolal jsem se proto rovněž na usnesení XX. sjezdu s žádostí, ať mě tedy za nefunkční OSL deleguje představenstvo komory nebo centrální sekretariát, který zastupuje okresní orgány a plní jejich funkci. Záhy přišla odpověď, že můj požadavek byl předán právnímu zástupci komory. Později mi odpověděl prezident komory dr. Chudoba, že moje žádost bude projednána na představenstvu ČLnK následující den, tedy ve čtvrtek 2. 11. (začínalo jednat ve 20 hodin), a poté budu obratem informován. Vyrozumění mi přišlo 3. 11. v 0.22 hod.: představenstvo mé žádosti nevyhovělo. To jsem ovšem zjistil až ráno, kdy už jsem byl na cestě do Benešova s tím,

že se zúčastním sjezdu jako host. Informaci o možnosti zúčastnit se sjezdu jako host jsem bohužel neobdržel od nikoho, s kým jsem komunikoval, ale od kolegů, jež měli možnost celou komunikaci sledovat a pomohli mi najít řešení. Jak jsem se později dozvěděl, pro kladné vyřízení mé žádosti byli pouze čtyři členové PČLnK a svou negativní úlohu při rozhodování zde údajně sehrálo i to, že mě podpořil Mgr. Aleš Nedopil. Na základě informace jedné z pracovnic sekretariátu jsem se dozvěděl, že měli za úkol mě na sjezd nepustit. Ke smůle všech nikdo nevěděl, jak vypadám. Nakonec ale vše v dobrém vyřešilo 52 delegátů začínajícího sjezdu, kteří umožnili účast na letošním sjezdu dokonce všem členům ČLnK a prohlásili tak sjezd za otevřený. Předkladateli návrhu, delegátům a čtyřem členům PČLnK tímto velmi děkuji.

Z celého programu mne nejvíce zaskočilo projednávání realizace projektu „Přístavba a dostavba stávajícího ob-

jektu ČLnK“. Jako předseda SVJ velkého bytového domu, kde realizují projekt revitalizace, tuto problematiku znám detailně. Celý tento bod byl delegátům sjezdu předložen pouze v podobě propočtu celkových nákladů stavby k projektu pro stavební povolení. Nejedná se tedy o položkový rozpočet, který bude až součástí dokumentace pro provádění stavby. Z toho důvodu v něm nejsou podrobnosti, které jsem na sjezdu požadoval, a jsou zároveň nezbytné pro stanovení skutečné celkové ceny díla, aby v budoucnu nemohly být účtovány vícenáklady. K propočtu celkových nákladů stavby musí samozřejmě existovat realizační projekt podle platné vyhlášky.

Delegátům však bylo prezentováno pouze několik „spěšných“ vizualizací a půdorysy stavby! Hlavní snaha PČLnK byla zjevně si ve značném chaosu nechat odsouhlasit investici v celkové výši **9 170 488 Kč, aniž by přítomní delegáti věděli, jaké konkrétní položky budou z této investice hrazeny.** Například položka „fasády“ za 652 839 Kč obsahuje hliníkové výplně otvorů 12 tis./m². I tak je hodnota v m² značně neobvyklá, správně má být uvedena za kus. Co je to vlastně za okna?, obklad kámen vč. zateplení, kompletní skladba 5 850 Kč/m² (opět chybí specifikace kamene). Navíc jsme se ve finále

dozvěděli, že v předložené ceně není ani zahrnuto vnitřní vybavení hotové přístavby (mobiliář, nábytek, audiovizuální a PC technika a další)!

Poměrně zásadní je, že v celém materiálu chybí podrobné dílčí výpočty, výměr a hlavně pořádná vizualizace a výkresová část s rozkreslením dispozice celé stavby. Nacenení řemesel v kompletu je pouze nějakým odhadem. Proto jsem požádal jiné delegáty sjezdu, zda by mi umožnili seznámit se s projektem. Prý to nelze. Z komory mi bylo sděleno, že dokumentace je tajná a o zveřejnění se bude rozhodovat 20. 12. 2017. Domnívám se, že vzhledem k úplné absenci členské diskuze v regionech by se měla do toho tedy vložit revizní komise a prověřit veškeré náklady a okolnosti projektu, když jde o tak „extrémně tajnou“ záležitost. Položme si důležitou otázku, proč tomu tak je?

Předpokládám, že delegátům nebyl předložen položkový rozpočet, ale POUZE propočtené náklady za účelem odsouhlasení této investice, a tím otevření finančního bezbřehého rámce pro realizaci projektu, který ve finále může stát mnohem více. Celé se mi to zdá tak nastavené jen proto, aby členové komory z regionů nemluvili představenstvu do dispozice, rozsahu a řešení plánované stavby. Tak se ale řádný

hospodář nechová! Všechno postrádá prvky transparentnosti, demokracie a legitimacy!

Vzhledem ke kritické situaci českého lékárenství by rozhodně bylo nyní lepší investovat peníze do smysluplného PR nebo jiných aktivit, které nám pomohou jako profesnímu stavu nebo v politicko-spoločenském prosazení našich zájmů. Ať už půjde o projekt nezávislé PR kampaně Vaši lékárníci CZ nebo jiné projekty či aktivity. Dostavbu sídla můžeme řešit, až se všichni dostaneme ze současné kritické situace. O ochromení akceschopnosti pracovníků sekretariátu snad nemůže být žádných pochyb – stěhování tam a zase zpátky je snad to nejhorší, co si v těchto pro nás nepříznivých časech všichni umíme představit...

Než se do tohoto díla pustíme, stály by za zvážení i jiné možnosti, například koupě většího sídla jinde, a nyní de facto dosavadní rodinnou vilu, která pak bude další dostavbou značně znehodnocená, zkusit prodat protiúčtem. V každém případě nebyly tyto alternativy sjezdu předloženy, natož diskutovány, což je smutné a také velmi neefektivní. Mnoha delegátům zřejmě ani nedošlo, co schválením tohoto „domečku z karet“ za 10 milionů korun představenstvu odsouhlasili.

Vzhledem ke kritické situaci českého lékárenství by rozhodně bylo nyní lepší investovat peníze do smysluplného PR nebo jiných aktivit, které nám pomohou jako profesnímu stavu nebo v politicko-spoločenském prosazení našich zájmů.

Shoduji se s názorem o (ne)morálním aspektu celé věci, který byl na sjezdu také prezentován, že se má stavět primárně z finanční rezervy na účtu komory, která ale vznikla z nevyčerpaných příspěvků nefunkčních OSL. Upřímně tedy lituji své kolegy v Brně (největší nefunkční OSL), že ze svých ušetřených členských příspěvků mají platit Pražákům „nové kanceláře“. Holt taková je dnes asi doba! Nicméně sjezd je prohlášen za permanentní, a tak se možná najde skupina odvážlivců, kteří ještě toto přinejmenším „předčasné rozhodnutí“ možná dokážou revokovat. Přeji jim k tomu zdar a sílu!

Mgr. Jakub ADÁMEK
kubabmp@email.cz

K příspěvkům zástupců lékárenských sítí

Se zájmem jsem si v ČČL 11/2017 přečetla reakci Mgr. Vaníčka i PharmDr. Krňávka na článek RNDr. Fialy. Především bych jako členka redakční rady ráda informovala oba autory, že redakční rada neodmítá otištění článku, který je sepsán v publikovatelné formě, což nakonec článek RNDr. Fialy byl; ačkoli ne se vším, co psal, souhlasím, nemohu souhlasit plně ani s tím, co bylo zveřejněno jako reakce.

Vážení pánové, možná to ani netušíte, ale i nezávislé neřetězcové lékárny dbají na vzdělávání svých zaměstnanců, přispívají jim na vzdělávací akce.

I v neřetězcových lékárnách mohou být standardem služby jako poradenství v odvykání kouření (sama jsem absolventkou tohoto garantovaného kurzu a naše lékárna byla také zapojena do projektu VZP, který probíhal loni a do kterého jsem svými pacienty přispěla i já), lékové poradenství nebo péče o pacienty s Alzheimerovou chorobou. I v neřetězcových nezávislých lékárnách probíhá příprava IPLP, i neřetězcové nezávislé lékárny se o pacienty dokáží starat. Rozhodně bych tyto přednosti nestavěla na tom, zda se jedná o řetězec lékáren, nebo samostatnou lékárnu.

Nelze ale popřít, že na situaci, v jaké se české lékárenství momentálně nachází, se ale řetězce a jejich politika významně podílely a podílejí. S modely slevových kartiček, bonusy za recept (nejprve 5 Kč, potom 30 Kč) přišly řetězce, toto nebyla aktivita soukromých nezávislých lékárníků. Je pravda, že lékárníci svou nejednotností a krátkozrakostí (to znamená nedomyšlením ná-

sledků jednání z dlouhodobého hlediska) v devadesátých letech a začátkem tohoto století výrazně přispěli k rozvoji řetězců u nás, nicméně ta krátkozrakost se projevuje i u představitelů řetězců, protože právě kvůli jejich cenové politice je dnes velkým problémem získat navýšení finančních prostředků v lékárenském sektoru pro všechny. A netvrďte, že tomu tak není. Vždyť jste ani nebyli ochotni přidat se k hodinové stávce lékárníků, řetězec dr. Max se nebyl ochoten připojit ani symbolicky vyvěšením plakátku (vysílání spotu na LCD, který zapadl v haldě reklamy, neberu jako účast na protestu), tak se nyní neohánějte tím, že není rozdíl mezi vámi a nezávislými lékárníky. Rozdíl je jeden zásadní – my jsme lékárníky, odborníky stále, my si na ně nehrajeme jen tehdy, když se nám to hodí.

MVDr. Mgr. Kateřina HORÁČKOVÁ

OSVĚDČENÍ K VÝKONU SOUKROMÉ LÉKÁRENSKÉ PRAXE

zrušená a vydaná osvědčení od 1. do 21. 11. 2017

Zrušená osvědčení

- 272/2010 Mgr. Stanislava Vyhnánková, Lékárna Lobeček s. r. o., Gagarinova 721, Kralupy nad Vltavou
- 1306/2013 PharmDr. Stanislav Šebesta, Lékárna Vaníčkova, Vaníčkova 1318/25, Ústí nad Labem
- 1329/2013 PharmDr. Stanislav Šebesta, VEMA Pharm s. r. o., V Mezihoří 1100/5, Praha
- 74/2006 PharmDr. Martina Juhášová, Svatovítská lékárna, Sokolovská 967, Dobřany
- 231/2004 Mgr. Soňa Szewczykova, PINOPHYTA, a. s., Ve svahu 482/5, Praha
- 92/2015 PharmDr. Jaroslav Kušnír, BENU Lékárna, Olbrachtova 2006/9, Praha
- 336/2015 Mgr. Marie Čechová, Dr. Max LÉKÁRNA, Denisova 2907/11, Přerov
- 838/2014 Mgr. Marie Čechová, Česká lékárna Holding, a. s., Nové sady 996/25, Brno
- 92/2000 Mgr. Magdalena Klímová, Mgr. Magdalena Klímová, Potoční 341, Nové Veselí
- 24/2007 PharmDr. Filip Smetana, BENU Lékárna, Jabloňová 2992, Praha
- 53/2014 Mgr. Andrea Píchová, BENU Lékárna, J. E. Purkyně 1167, Most
- 626/2015 Mgr. Petra Horváthová, BENU Lékárna, Národní 339/11, Praha
- 319/2012 Mgr. Jiřina Neštická, Lékárna ALTHAEA rosea s. r. o., Jihomoravské nám. 1, Brno
- 75/20140 Mgr. Šárka Korcová, Lékárna Centrální, náměstí Míru 17, Mladá Boleslav
- 209/2006 PharmDr. Lada Budíková, Lékárna Herbana, Hraniční 56, Břeclav
- 228/2009 Mgr. Helena Ořapková, BENU Lékárna, Lidická 1286, Ostrov nad Ohří
- 225/2009 Mgr. Ludmila Ořapková, BENU Lékárna, Hroznětínská 350, Ostrov
- 543/2016 Mgr. Petra Jandová, Lékárna Vektor, Rokycanova 2798, Pardubice
- 153/2017 Mgr. Alena Dvořáková, Holešovická lékárna, Tovární 1342/12, Praha
- 298/2012 PharmDr. Klára Jandová Ježková, Lékárna U Iva, Křížová 56/6, Brno
- 509/2016 Mgr. Zdeněk Králíček, Lékárna Lancier, Křenová 479/71, Brno
- 510/2016 Mgr. Zdeněk Králíček, Lékárna Lancier s. r. o., Hybešova 258/20, Brno
- 508/2016 Mgr. Karel Korjenek, Lékárna Tilia, nář. P. Bezruče 430, Sokolov
- 74/2010 Mgr. Soňa Zadňančinová, Lékárna Salvia, nám. Míru 314, Liberec

- 755/2015 PharmDr. Marie Brandejsová, Apatykárna s. r. o., Labská kotlina 1002/50, Hradec Králové
- 626/2016 Mgr. Eva Procházková, Dr. Max LÉKÁRNA, Seifertova 612/89, Praha
- 375/2011 PharmDr. Anna Babková, BENU Lékárna, Jugoslávská 9, Praha
- 409/2015 PharmDr. Kateřina Nesejtová, Lékárna Typos, Běhounská 677/15, Brno
- 70/1999 PharmDr. Viera Ryslová, Lékárna Janovská, Janovská 486, Praha
- 309/2001 PharmDr. Eva Kupková, Lékárna Amphora, Slavníkovců 7, Ostrava-Mariánské Hory
- 311/2017 Mgr. Gabriela Botková, Dr. Max LÉKÁRNA, Bezručova 3630, Mělník
- 312/2017 Mgr. Gabriela Botková, Česká lékárna Holding, a. s., Nové sady 996/25, Brno
- 203/2010 PharmDr. Květoslava Kohoutková, Lékárna Býšť, Býšť č. 78, Býšť
- 380/2010 Mgr. Eva Marková, Lékárna Na Zlatém kříži, Pražská 291, Hradec Králové
- 130/2017 PharmDr. Jiří Plášek, Teta drogerie a lékárny ČR s. r. o., Poděbradská 1162, Šestajovice
- 393/2017 Mgr. Michaela Křivanová, TODA, s. r. o., Rosická 653, Praha 9
- 265/2014 Mgr. Eva Bartáková, Dr. Max LÉKÁRNA, Radlická 520/117, Praha
- 1389/2013 Mgr. Eva Bartáková, Česká lékárna Holding, a. s., Nové sady 996/25, Brno
- 665/2017 PharmDr. Pavel Škvor, MBA, Teta Lékárna, Vídeňská 281/77, Brno
- 305/2011 PharmDr. Daniela Lasáková, Lékárnu Medifin – poliklinika Malešice, Plaňanská 1, Praha
- 161/2017 Mgr. Anna Leškevičová, Lékárna MEDIFIN, Počernická 699/62e, Praha
- 162/2017 Mgr. Anna Leškevičová, Medifin a. s., Plaňanská 573/1, Praha

Vydaná osvědčení

VEDOUcí LÉKÁRNÍK

- 669/2017 Mgr. Vladislava Bednaříková, Lékárna U Cyrilka, Okružní 1112, Dolní Bojanovice, poskytovatel: Poliklinika Hodonín, spol. s r. o.
- 671/2017 PharmDr. Lada Budíková, Lékárna Teta, Krátká 4088/2, Hodonín, poskytovatel: Teta drogerie a lékárny ČR, s. r. o.
- 672/2017 PharmDr. Marie Dostálová, Dr. Max Lékárna, Slezské nám. 13/38, Bílovec, poskytovatel: ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.
- 673/2017 PharmDr. Anna Fejtková, Lékárna Šumbark, Kochova 815/1, Havířov, poskytovatel: Diagnostický a léčebný komplex, s. r. o.
- 675/2017 PharmDr. Marie Fojtíková, Lékárna Pod sv. Antonínkem,

- 677/2017 Náměstí 28, Blatnice pod Sv. Antonínkem, poskytovatel: PharmDr. Marie Fojtíková
Mgr. Marcela Haviarová, Lékárna BENU Folmava, Folmava, Česká Kubice, poskytovatel: Mgr. MUDr. Hynek Faschingbauer
- 678/2017 Mgr. Magdalena Klímová, Pilulka Lékárna, Havlíčkovo nám. 287, Žďár nad Sázavou, poskytovatel: Pilulka Lékárny, a. s.
- 680/2017 Mgr. Michal Kloc, BENU Lékárna, Lidická 1286, Ostrov nad Ohří, poskytovatel: Lékárna PINIE, s. r. o.
- 681/2017 Mgr. Olga Mikšíková, Lékárna Na Košíku, Tesaříkova 1027, Praha 10, poskytovatel: TODA, s. r. o.
- 682/2017 Mgr. Helena Ořapková, BENU Lékárna, Hroznětínská 350, Ostrov, poskytovatel: Lékárna PINIE, s. r. o.
- 683/2017 Mgr. Eva Procházková, Hvězdoslavova 1600/6, Praha 4, poskytovatel: ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.
- 684/2017 Mgr. Monika Romanová. Dr. Max LÉKÁRNA, Denisova 2907/11, Přerov, poskytovatel: ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.
- 685/2017 RNDr. Jitka Schützová, Lékárna Herbana, Hraniční 56, Břeclav, poskytovatel: RNDr. Jitka Schützová
- 686/2017 Mgr. Lukáš Sýkora, BENU Lékárna, Olbrachtova 2006/9, Praha 4, poskytovatel: BENU Česká republika, a. s.
- 687/2017 Mgr. Marcela Šrůmová, BENU Lékárna, J. E. Purkyně 1167, Most, poskytovatel: BENU Česká republika, a. s.
- 688/2017 Mgr. Věra Urešová, Náměstí svobody 1, Vodňany, poskytovatel: BENU Česká republika, a. s.
- 689/2017 PharmDr. Radek Veselý, Lékárna U sv. Gorazda, Masarykova 4, Olomouc, poskytovatel: RV-APA1, s. r. o.
- 691/2017 Mgr. Kateřina Votápková, Lékárna Na zdraví, nám. Čsl. armády 15, Kamenice nad Lipou, poskytovatel: Lékárna Na zdraví, s. r. o.
- 692/2017 PharmDr. Mariana Fábry, Lékárna Neopharm Komunardů, Komunardů 40, Praha 7, poskytovatel: Pražská lékárnická, s. r. o.
- 695/2017 Mgr. Pavla Machová, Lékárna Grand Residence, 1019, Modřice, poskytovatel: Mgr. Eva Šotáková
- 696/2017 Mgr. Eva Plačková, Lékárna Althaea, Jihomoravské nám. 1, Brno, poskytovatel: Stepharm, s. r. o.
- 697/2017 PharmDr. Zuzana Průchová, Lékárna Cithara, Českomoravská 2420/15a, Praha 9, poskytovatel: K - Pharma s. r. o.
- 698/2017 PharmDr. Petra Sokolová, Lékárna MEDIFIN, Kartouzská 204/6, Praha 5, poskytovatel: Medifin – zdravotní služby, a. s.
- 700/2017 PharmDr. Michaela Švarcová, Chytrá lékárna, Koblišná 2, Brno, poskytovatel: Pharmawell, a. s.
- 701/2017 Mgr. Jana Zelenková, Lékárna Valentis, Běhounská 677/15, Brno, poskytovatel: KS-Apatyka, s. r. o.

(člnk)

GARANTOVANÉ KURZY ČLnK

Screening diabetu a péče o diabetické pacienty

Kdy: 12.–13. 1. 2018, 9.00–17.00 hod.

Kde: Kongresové centrum IKEM,
Vídeňská 1958/9, Praha 4

Pořadatel: Oddělení vzdělávání ČLnK – LA

Přednášející: MUDr. Robert Bém, Ph.D.,
PharmDr. Stanislav Gregor,
Bc. Vladimíra Havlová, Mgr. Michal Hojný,
MUDr. Marta Klementová,
MUDr. Radomíra Kožnarová, CSc.,
Jana Mašková, PharmDr.
Iva Prokopová, Ph.D., Jiří Weiner,
MUDr. Petr Wohl, Ph.D.,
RNDr. Jaroslava Zelenková

Přihlašování na www.lekarnici.cz – sekce vzdělávání – nabídka kurzů pro lékárníky

Poplatek: 2 000 Kč

Po přihlášení platbu zašlete na účet 35-7905240297/0100 – **variabilní symbol: členské číslo účastníka, konstantní symbol: 558, specifický symbol: kód semináře (18001).**

Akce je ohodnocena **34** body do systému celoživotního vzdělávání lékárníků.

Kontakt na oddělení vzdělávání ČLnK – LA:

Mgr. Jana Nováková

tel.: 734 417 455, e-mail: jana.novakova@lekarnici.cz

Odvykání kouření v lékárnách

Kdy: 26.–27. 1. 2018, 9.00–17.00 hod.

Kde: Sídlo ČLnK, Rozárčina 1422/9, Praha 4, 140 02

Pořadatel: Oddělení vzdělávání ČLnK – LA

Přednášející: PharmDr. Daniela Seberová, Ph.D.,
Mgr. Barbora Lukešová

Přihlašování na www.lekarnici.cz – sekce vzdělávání – nabídka kurzů pro lékárníky

Poplatek: 2 000 Kč

Po přihlášení platbu zašlete na účet 35-7905240297/0100 – **variabilní symbol: členské číslo účastníka, konstantní symbol: 558, specifický symbol: kód semináře (18003).** Akce je ohodnocena **40** body do systému celoživotního vzdělávání lékárníků.

Kontakt na oddělení vzdělávání ČLnK – LA:

Mgr. Jana Nováková

tel.: 734 417 455, e-mail: jana.novakova@lekarnici.cz

Deník HOLKY Z LÉKÁRNY

Práci v lékárně nám všichni závidí, krom těch, kteří pravidelně čtou můj facebookový deník (www.facebook.com/holkazlekarny). Ostatní si myslí, že je to klidná, čistá práce, kde nás je jako much. Jedna se kope do zadku za stolem, kde si občas pípne nějakou krabičku, zbytek si válí šunky vzadu, nebo běhá po lékárně, a místo, aby obsluhovali, tak nosí nové a nové krabičky, které cpou do regálů.

Jednou byla fronta o dvou lidech, kolegyně vydávala, tři jsme předělávaly vystavení, doplňovaly zboží, a tak dále. Paní, která stála ve frontě druhá, prohlásila: „Achjo, zase jich tady je plno a jen jedna pracuje!“ Což vedlo k tomu, že jsme nechaly vystavení vystavením a šly jsme si dát kávu. Je jedno, kde nepracujeme, ne?

Druhá oblíbená hláška je od mého táty z práce. Pracuje jako truhlář a jeho šéf s oblibou říká: „Pánové, makejte, tady nejsme v lékárně.“ Máme ohromné štěstí, že v té lékárně

můžeme být právě my, vyvolení. Ten klid, čistota, pohoda a vyrovnanost se dvojnásobí, možná i trojnásobí právě v čase Vánoc. Klienti přesně vědí, co chtějí koupit svým blízkým, vůbec nepotřebují poradit a hlavně nikam nespěchají. Tudíž si každou expedici můžeme vychutnat. Důležitá také je, že na Vánoce nechodí skoro žádné zboží, lékárna není přeplněná vánočními balíčky, nemusíme nosit nic těžkého a v podstatě není možné se ani umazat o bedny, takže se ani nemusíme chodit převlékat. Vlastně se to téměř blíží k dokonalosti, asi takto:

Lékárnice: „Tím, že kupujete tyto tři produkty, dostanete zdarma sprchový gel.“ Pán: „Výborně, výborně. Já jdu pro tři malé krémy a vy mi nactete takovou krávu, to nevidíte, že to nemám kam dát?“ Nebo:

Lékárnice: „A k této vánoční kloubní výživě máte zdarma koňský gel.“ Paní: „Aha, to nechci, to raději bez toho.“ Lékárnice: „Máte to za stejnou cenu, můžete to někomu dát.“ Paní: „Když mi nikdo nemáme koně.“ **M.**

TAK TO VIDÍM JÁ: Co jsme chtěli v 90. letech (I.)



K reminiscenci nad děními v oboru a v komoře mne přivedla skutečnost, že se dnes, po 26 letech od založení ČLnK, objevují některá tvrzení a nějaké mýty na hony vzdálené realitě.

V poslední době jsem slyšel a četl od některých politiků (např. exministr zdravotnictví Heger a exposlanec Skalický,

oba TOP 09, a také poslanec ANO Vojtěch) názory, že za současný stav lékárenství si lékárníci značným dílem mohou sami. Od politiků jsem na nekorektní výroky zvyklý, překvapuje a mrzí mne, že tyto nepravdy přejímají a šíří dále i někteří naši kolegové a kolegyně. U mladších ročníků pochopím, že si poměry 90. let nemohou pamatovat, u vrstevníků nechápu. Krátká paměť nebo nedostatek informací? Chci věřit, že nejde o nečistý úmysl.

První čtyři roky činnosti komory (1991–1995) se nesly ve znamení jejího budování. Bylo nutné tzv. na zelené louce postavit samosprávnou nepolitickou stavovskou organizaci lékárníků a naplnit tak zákon ČNR* č. 220/1991 Sb., o ČLK, ČSK a ČLnK. Lékárníká komora v Čechách předtím nikdy neexistovala, nebylo na co navázat, čím se inspirovat. Radili jsme se a spolupracovali se sesterskými zdravotnickými komorami (tehdy prezidenti Bohuslav Svoboda a Jiří Pekárek). „Opisovali“ jsme od tradičních komor v Rakousku, Německu a Švýcarsku, převážně tam jsme se právě inspirovali a formovali vlastní představy, jak by mělo vypadat a fungovat i naše lékárenství a jak se v praxi naplňuje idea výkonu svobodného povolání.

Naplňovat zákon představovalo kromě jiného založit „úřad“ jako fungující právnickou osobu a fyzicky něco jako je dnes velký sekretariát v Praze. Tehdy to byla kancelář pronajatá v bývalé mateřské škole s jednou administrativní pracovnící a s „výkonným tajemníkem“, kolegou Pavlem Kutlákem. Takto vybaveni jsme museli podchytit členskou základnu, vytvořit první registry, iniciovat ustanovení okresních sdru-

žení lékárníků, což se podařilo. Neexistovalo ani jedno nefunkční sdružení. Vytvořili jsme první verze komorových řádů. Na začátku nebylo na účtu nic, v prvních letech velmi málo, pracovali jsme prakticky zadarmo, o to s větším nadšením. Např. o nějaké výkonné výpočetní technice jsme si mohli nechat jen zdát. Dnes mi připadá neuvěřitelné, že nakonec všechno šlo.

V devadesátých už se naplno rozjela privatizace ve většině oborů, jenom zdravotnictví mohlo „naskočit“ později, až po nabytí účinnosti zák. č. 160/1992 Sb. Byla to doba ideově bohatá, doba širokých diskuzí, formulování argumentů, vysilujících brainstormingů dovnitř stavu, ale i ven. Poměrně brzy se však začalo ukazovat, že naše představy narážejí na záměry okolí, a to především ve dvou aspektech. Za prvé v oblasti vlastnění a provozování lékáren lékárníky s výjimkami ex lege. A potom v otázce regulování sítě.

Tehdejší představenstvo, širší vedení komory, lídři okresů, a troufám si tvrdit, že většina činných lékárníků pracujících v lékárnách, byla názorově homogenní. Vzorem nám byl nejbližší model německého lékárenství se dvěma tehdy klíčovými principy: *Fremdbesitzverbot und Mehrbesitzverbot*, česky zákaz cizího (rozuměj nelékárníckého) vlastnictví a násobného (řetězového) vlastnictví. Lékárníci měli většinou jasno, chtěli lékárny zprivatizovat, nově zakládat a provozovat především jako fyzické osoby.

A tak padla kosa na kámen. Lékárny totiž chtěli provozovat všichni. Kromě nás především výrobci, distributoři, lékaři, obce, církve a řády, pochopitelně i nemocnice, vedle těch ale i jiné domácí a zahraniční firmy, potom hodně tuzemští soukromníci, kteří již stačili akumulovat prostředky z nově restartovaného podnikání nebo získané za minulého režimu. Jak se vše vyvíjelo dále, a jak to dopadlo, napíši příště.

(* ČNR – Česká národní rada, předchůdce poslanecké sněmovny Parlamentu České republiky)

PharmDr. Jan HORÁČEK

CO URČITĚ STOJÍ ZA PŘEČTENÍ...

Topinková, E.: Farmakoterapie urgentní inkontinence u hyperaktivního měchýře u seniorů

Urologie pro praxi č. 4/2017

Podle epidemiologických studií trpí inkontinencí moči ve skupině nad 65 let 15–20 % populace. Prevalence s věkem neustále stoupá. Pro diagnózu hyperaktivního měchýře (OAB) existují tyto příznaky: urgentní nutkání na močení, kterému pacient musí ihned vyhovět, jinak dojde k nechtěnému úniku, vysoká frekvence močení ve dne (>8) a nykturie přerušující spánek. V ČR se OAB vyskytuje u 11 % osob nad 15 let věku.

Onemocnění negativně ovlivňuje kvalitu života, provází je časté uroinfekce s poruchami spánku, depresí, perineální dermatitidou, OAB zvyšuje i riziko pádů. Farmakoterapie se provádí pomocí celé řady **antimuskarinik**. U seniorů se musí přesně dbát ohled na některá úskalí: přidružené nemoci, současně užívaná léčiva, celkovou fyzickou zdatnost a kognitivní schopnosti (anticholinergika mohou svým centrálním účinkem akcelerovat progresi demence).

Antimuskarinika mají různou afinitu k pěti typům M-receptorů. Používají se: oxybutinin, tolterodin, trospium, darifenacin, fesoterodin a solifenacin. Ten má nejvyšší afinitu k receptorům M1, M2 a M3. Nejsou jednoznačné důkazy o superioritě některého antimuskarinika na vyléčení či zlepšení nemoci. Náplastová forma oxybutininu má nižší výskyt sucha v ústech, ale vyšší výskyt kožních reakcí. Léčiva mají dostatečnou účinnost na snížení počtu mikcí, závažnost urgencye, epizod urgentní inkontinence.

Druhou u OAB používanou skupinou léčiv jsou **β-3 agonisté**, konkrétně mirabegron. V hladké svalovině detruzoru převažují β-3 receptory a jejich stimulace vyvolává relaxaci hladkého svalu. Mirabegron se lépe snáší než antimuskarinika a má tím vyšší adherenci. Nejčastějším nežádoucím účinkem je hypertenze (7,3 % léčených). V roce 2017 byla vydána nová evropská doporučení k léčbě urgentní inkontinence seniorů. Důležité jsou i lékové interakce antimuskarinik (třezalka, grapefruitová šťáva, klaritromycin, verapamil, flukonazol, itraconazol, paroxetin, terbinafin).

Sedláčková, L.: Alergie na beta-laktamová antibiotika dnes

Medicína pro praxi č. 4/2017

Alergie na penicilin a další beta-laktamy zaujímá první místo v žebříčku nejčastějších lékových alergií. Spolehlivost této diagnózy je však velmi nízká, jelikož vychází jen z anamnestických údajů, které většinou odpovídají jen nežádoucímu účinku antibiotik. Devět z deseti takto klasifikovaných pacientů je zbytečně léčeno antibiotiky druhé volby s nižší účinností, s více NÚL a vyšší cenou.

Oborná doporučení v současnosti upřesňují algoritmy alergologického vyšetření k potvrzení či vyloučení alergie. Přehodnocuje se i zkřížená alergie na peniciliny a cefalosporiny. Alergie není na beta-laktamový kruh, ale spíše na postranní řetězec molekuly ATB. Možnost alergie na cefalosporin při alergii na penicilin je nižší než 10 % u 1. generace a mnohem nižší u vyšších generací cefalosporinů. Naopak při alergii na cefalosporin je zkřížená alergie na PNC max. u 25 % pacientů. Na základě podobnosti postranních řetězců lze očekávat zkříženou reakci u: ampicilinu, cefalexinu, cefacloru, cefuroximu, cefotaximu, ceftraxonu, ceftazidinu a cefepimu.

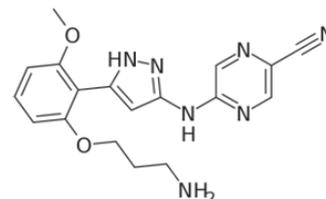
Zlatým standardem diagnostiky alergie je **provokační test**, který nezávisle na mechanismu buď potvrdí příčinnou souvislost mezi ATB a klinickou reakcí, nebo toleranci ATB. Provádí se u rizikových pacientů na lůžku, u méně rizikových ambulantně.

Stránku připravil

PharmDr. Pavel GRODZA, panacea@iol.cz

MOLEKULA MĚSÍCE

Prexasertib (LY2606368)



IUPAC: 5-((5-(2-(3-Aminopropoxy)-6-methoxyphenyl)-1H-pyrazol-3-yl)amino)-2-pyrazinecarbonitrile

Sumární vzorec: C₁₈H₁₉N₇O₂

Molekulová hmotnost: 365,40 g/mol

Prexasertib (**P**) je malomolekulární inhibitor checkpoint kinázy, především typu CHEK1. Nachází se ve II. fázi klinického zkoušení, která má být dokončena letos v prosinci. Indikací je pokročilý malobuněčný plicní karcinom. CHEK1 je lokalizována na 11. lidském chromozomu, reguluje buněčný cyklus, hraje klíčovou roli v replikaci DNA.

P je patentem firmy Eli Lilly. Klinické zkoušení probíhá i u pediatrických pacientů se solidními nádory (jedenadvacet center), u dospělých s nádory krku a hlavy (tři centra), kombinace s olaparibem u metastazujících solidních nádorů (dvě centra), u BRCA1/2 pozitivních nádorů prsu a vaječníků (dvě centra) a u akutní myeloidní leukémie a vysoce rizikového myelodysplastického syndromu v kombinaci s cytarabinem a fludarabinem (jedno centrum v Houstonu). Použitá dávka byla 90–105 mg/m².

Z nežádoucích účinků se nejčastěji objevily: neutropenie, anémie, trombocytopenie, zvracení, průjem, nevolnost.

Zdroje:

<https://en.wikipedia.org/wiki/CHEK1>

<https://en.wikipedia.org/wiki/Prexasertib>

<http://www.lillyoncologypipeline.com/molecule/chk-1-inhibitor/overview>

<https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/clinical-trials/intervention/C91392>

NOVĚ REGISTROVANÉ LÁTKY

Lidský inzulin je proteohormon, složený z 51 aminokyselin, organizovaných ve 2 polypeptidových řetězcích A a B, spojených dvěma disulfidickými můstky. Inzulin je tvořen v B-buňkách pankreatických ostrůvků a je shromažďován v sekrečních granulích. Uvolňuje se trvale, nezávisle na příjmu potravy v malých dávkách odpovídajících 1 IU inzulinu za hodinu kvůli udržení citlivosti inzulinových receptorů a z důvodu potlačení jaterní glukoneogeneze



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

Rychle působící inzulin aspart

(zajištění normální glykemie v podmínkách nalačno). Po jídle dochází k vyplavení většího množství inzulinu, který ovlivní hodnotu tzv. postprandiální glykemie. Glukóza v krevní koncentraci mezi 5,5 a 17,0 mmol/l vyvolává zvýšenou sekreci inzulinu. Dalšími sekretagogy inzulinu jsou vedle glukózy cyklický adenosinmonofosfát (cAMP), arginin, leucin a mnoho dalších látek včetně inkrinových hormonů.

Inzulin se dostává do cirkulace velmi brzy po sekrečním podnětu, na rozdíl od krátkodobě působícího inzulinu podávaného podkožně, kde dochází k určitému zpoždění. Subkutánně podaný lidský inzulin začne působit za 20–30 minut po injekci (-> je nutné ho aplikovat 20–30 minut před jídlem), působení vrcholí za 1–2 hodiny a doba působení může celkově dosáhnout 6–8 hodin. Snaha o věrnější napodobení fyziologické sekrece inzulinu vedla k vývoji inzulinových analogů. Záměnou aminokyselin byla vytvořena inzulinová analoga lispro, aspart a glulisin. Jejich účinek nastupuje do 15 minut (tj. aplikace možná až bezprostředně před jídlem nebo dokonce v průběhu jídla), vrcholí za 0,5 hodiny a odeznívá do 3–4 hodin, s drobnými rozdíly mezi jednotlivými typy. Nepůsobí v noci a mezi jídly. Jejich použití snižuje riziko hypoglykemie/hyperinzulinemie mezi jídly. (Samostatnou kapitolou je imitace trvalé sekrece inzulinu středně a dlouhodobě působícími inzulinami/analogy.) Nicméně také u analogů se po subkutánním podání stále projevuje „efekt zásobního jezírka“ určitým zpomalením vstřebávání do systémové cirkulace. Přidáním určitých pomocných látek do roztoku analogů lze nadále zkrátit čas mezi podáním a začátkem vstřebávání.

U pacientů s diabetes mellitus 1. typu je úloha krátkodobě působících inzulinů a jejich analogů nezastupitelná, neboť chybějící inzulin je třeba nahrazovat pomocí intenzifikovaných režimů. V inzulinových pumpách se také používají krátkodobě působící analogy. Podávání krátkodobě působících inzulinů a jejich analogů v léčbě diabetes mellitus 2. typu je obecně opožděno, neboť pacienti preferují podávání perorálních antidiabetik před parenterálním, a pokud již vznikne potřeba podání inzulinu, začíná se spíše podáváním dlouhodobě působících inzulinů. Nicméně s progresí onemocnění se pacienti propracují do režimů bazál plus (krátkodobě působící inzulin v době hlavního jídla), bazál bolus (3 a více dávek s jídly) nebo k inzulinové pumpě.

Farmakologické aspekty

Inzulin a jeho analoga jsou anabolické hormony, vazbou na receptory v játrech snižují syntézu glukózy, zvyšují její ukládání ve formě glykogenu, nicméně podporují také syntézu bílkovin a lipidů; ve svalu zvyšují absorpci a oxidaci glukózy, syntézu glykogenu a bílkovin; v tukové tkáni zvyšují využití glukózy a kalia a ukládání triglyceridů. Krátkodobě působící inzuliny jsou používány k imitaci fyziologické prandiální (s jídlem) sekrece inzulinu.

Farmakokinetiku rychle rozpustného inzulinu aspart (RRIAsp) ovlivňuje přidání pomocné látky nikotinamidu (niacin, vit. B3) do roztoku, který zrychluje iniciální absorpci po subkutánním podání tvorbou monomerů inzulinu. RRIAsp proniká u diabetiků 1. typu (DM1) do krevního řečiště za 5 minut po podání, zatímco dosavadní roztok začal pronikat za více než 10 minut. Maximální koncentrace v krvi bylo dosaženo za 20 minut u RRIAsp vs. 30 minut iAsp. DM2 pacienti s iAsp měli čas k dosažení maximální koncentrace zhruba 1,5x pomalejší vs. DM1 pacienti. Oba roztoky lze podávat během jídla, nicméně v tomto případě RRIAsp by měl rychleji a přesněji kompenzovat hyperglykémii po jídle. Počítat minuty před jídlem je z pohledu pacienta méně komfortní. Biologická dostupnost RRIAsp je 80 %. Z doporučených oblastí vpichu (břicho, paže, stehno) se absorpce vzájemně neliší.

Klinické aspekty

RRIAsp a iAsp byly srovnávány ve studiích onset 1 u celkem 1143 pacientů s DM1 po dobu 26 týdnů v režimu bazál-bolus (bazál: detemir), po stejnou dobu ve studii onset 2 u celkem 689 pacientů s DM2 užívajících bazální inzulin (bazál: glargin) a p.o. antidiabetikum a ve studii onset 3 po dobu 18 týdnů u pacientů s DM2 užívajících inzulin RRIAsp v režimu bazál-bolus vs. režim bazálního inzulinu. Primárním cílem bylo sledování změny HbA1c, sekundárním cílem změna plazmatické hladiny glukózy hodinu po jídle (1h-PPG). Inzuliny byly podávány s jídlem, což je z principu vstřebávání trochu nevýhodné pro iAsp, což bylo také v zásadě prokázáno. Ve studii onset 1 byl pozorován rozdíl ve snížení HbA1c o absolutních 0,15 % a 1h-PPG o 1,18 mmol/l ve prospěch RRIAsp. Ve studii onset 2 nebyl pozorován rozdíl ve snížení HbA1c (RRIAsp -1,38 %, iAsp -1,36 % vs. počátek studie), nicméně byl pozorován rozdíl 1h-PPG 0,59 mmol/l ve prospěch RRIAsp. Ve studii onset 3 se projevil rozdíl mezi režimy bazál a bazál-bolus ve prospěch druhého jmenovaného s RRIAsp (rozdíl HbA1c na konci studie 0,94 %).

Závažné hypoglykémie se ve studiích projevovaly zhruba stejně často v obou skupinách (studie onset 2: RRIAsp 3,2 % a iAsp 3,8 %). Mezi časté nežádoucí příhody patří reakce v místě vpichu (1 %) nebo jiné alergické kožní projevy (1,5 %), objevit se může lipodystrofie. Snížit potřebu inzulinu mohou perorální antidiabetika, inhibitory monoaminoxidázy (IMAO), betablokátory, inhibitory angiotensin konvertujícího enzymu (ACE), salicyláty, anabolické steroidy, sulfonamidy a agonisté receptoru GLP-1. Zvýšit potřebu inzulinu mohou perorální antikoncepce, thiazidy, glukokortikoidy, hormony štítné žlázy, sympatomimetika, růstový hormon a danazol. Betablokátory mohou zakrývat příznaky hypoglykemie.

Léčivý přípravek obsahující rychle rozpustný inzulin aspart se jmenuje Fiasp a vyrábí jej společnost Novo Nordisk. Dodává se v předplněném peru FlexTouch, jako zásobní vložka do pera Penfill nebo jako injekční lahvička. Dávkování je typicky subkutánní v čase jídla (2 min. před – 20 min. po jídle; lze i. v.). V režimu bazál-bolus má u DM1 tvořit 50 % celkové denní dávky inzulinu, která obvykle činí 0,5–1 jednotka/kg, v případě DM2 se doporučuje zahájit 4 jednotkami/jídlo a dále titrovat dle měření glykémie. Cena zásobních vložek (1 500 jednotek, 5x3 ml) by měla být zhruba 1 000 Kč s doplatkem těsně pod 200 Kč, balení s předplněným perem je o zhruba 100 Kč dražší (jak cenou, tak doplatkem), přípravek je hrazen, pokud předepisuje DIA, INT, END nebo delegují preskripci na jiného lékaře.

Semecarpus anacardium L. fil. divoplod ledvinovníkový (Anacardiaceae – ledvinovníkovité)

Listnatý strom, vysoký 10–15 m, původní v suchých, tropických oblastech Indie. Plodem je peckovice se ztlustlou stopkou, silným osemením (skořápkou) s dutinkami vyplněnými dráždivou šťávou a olejnatým jádrem. Ze semen se lisuje olej nebo se semena praží k přímé konzumaci.

Synonyma: *Anacardium orientale* L.

Obecný název: **Bhallataka** (sanskrit), **Bhilwa** (hindi), **Marsh Nut** (angl.).

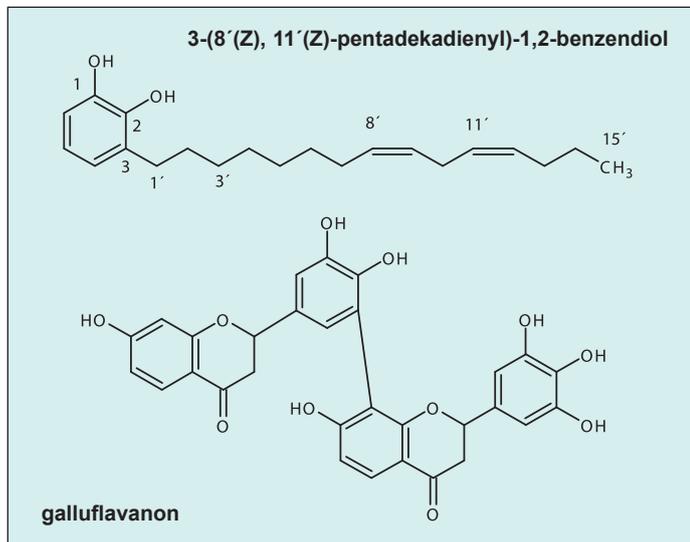
Sbíraná část: **Semecarpus fructus**, **S. semen.**

Droga: **Semecarpus oleum**, **S. semen.**

Obsahové látky: v oleji z jader převažují estery kyseliny olejové (60 %), dále linolové, palmitové a stearové, v osemení dráždivé deriváty pyrokatechinu: 3-[(8'(Z), 11'(Z)-pentadekadienyl)-1,2-benzendiol, příbuzná kyselina anakardová, bhilawanol A a B, urushiol. V plodu biflavonoidy: biflavony A, C, A1 a A2, jeediflavanon, galluflavanon a semekarpuflavanon, dále třísloviny a steroly.

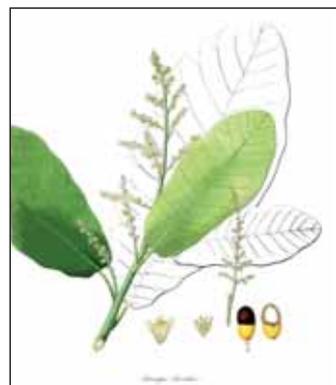
Účinky a použití: v tradiční ajurvédské medicíně je divoplod řazen mezi toxické rostliny, je zakázáno jej podat dětem, těhotným a kojícím ženám, při poruchách ledvinných funkcí a krvácivých stavech. Následkem dráždění kůže jsou puchýře. Nejčastěji se v terapii využívá semeno (v hindi zvané godambi) jako anthelmintikum, fungistatikum, antiartritikum, dále jako antikoncepce u žen, při různých srdečních onemocněních a rakovině.

Odborné studie byly zaměřeny na zkoušky na zvířatech a zvířecích modelech. Za nejvýznamnější obsahové složky jsou považovány fenolické bhilawanoly a biflavonoidy. Při studiích protirakovinné aktivity vykazoval 3-(8'(Z), 11'(Z)-pentadekadienyl)-1,2-benzendiol cytotoxicitu i proti buňkám tumorů rezistentních na běžná léčiva, indukoval apoptózu buněčných linií lidské leukemie a působil synergicky s cytostatickým antracyklinovým antibiotikem doxorubicinem (syn. adriamycin). Obdobně působil i bhilawanoly a extrakty z plodu v případě melanomu a rakoviny prsu. Vliv koncentrací



NOVÉ NEBO MÉNĚ ZNÁMÉ LÉČIVÉ ROSTLINY

reaktivních forem kyslíku ROS (reactive oxygen species) na vznik rakoviny a možnost ochrany organismu pomocí antioxidantů, byla studována v případě experimentálního lymfomu u myši. Nejprve se zvýšila aktivita LDH (laktátdehydrogenáza, součást anaerobního metabolismu), ke kterému dochází během růstu nádoru.



Naopak se snížila aktivita antioxidantních katalázy, superoxididismutázy a tripeptidtransferázy. Po podání vodného extraktu ze semen došlo ke zvýšení aktivity antioxidantních enzymů a významnému snížení aktivity LDH. Účinek vodného extraktu byl silnější ve srovnání s doxorubicinem. Antioxidantní účinky jsou spojovány s flavonoidy (galluflavanon, semekarpuflavanon) a dalšími fenolickými látkami. Obdobné výsledky byly zjištěny u hepatocelulárního karcinomu vyvolaného u potkanů aflatoxinem B1.

Na zvířecích modelech byl prokázán nootropní účinek a neuroprotektivní efekt v oblasti hippocampu při stresem vyvolané degeneraci podobné Alzheimerově chorobě. Antimikrobiální účinky extraktů ze semen získaných různými rozpouštědly, se projevíly inhibicí množení druhů *Staphylococcus aureus*, *Shigella flexneri*, *Vibrio cholerae*, *Escherichia coli*, *Salmonella typhi*, *Proteus vulgaris*, *Corynebacterium diphtheriae* a *Candida albicans*. Protizánětlivé účinky extraktu ze semen byly studovány u zánětu vyvolaného karragenanem na potkaní tlapce. Inhibice zánětu byla přisuzována flavonoidům a příbuzným látkám, působících především inhibicí COX2 a LOX15 (lipoxygenáza 15). Extrakt lze využít také jako adjuvans při léčbě artritidy. Hypoglykemické účinky byly zjištěny u potkanů s diabetem vyvolaným streptozotocinem. Hodnota LD₅₀ chloroformového extraktu z plodu činila u potkanů 230 mg/kg.

Dávkování: není uváděno.

Nežádoucí účinky a kontraindikace: pro nedostatek informací neužívat během těhotenství a laktace, nepodávat malým dětem. Časté jsou kontaktní dermatitidy způsobené fenolickými bhilawanoly, požití může vyvolat stomatitidu, gastritidu nebo uretritidu.

Interakce: nejsou známy.

Hlavní zdroje: AISLP, Chemical Book, Dostál, J.: Nová květena ČSSR, Academia, Praha 1989, Drugs.com, European Medicines Agency, Google Scholar, Hagers Handbuch der Drogen und Arzneistoffe, Jellin, J. M. et al.: Natural medicines comprehensive database, vyd. 4, Stockton 2002, Liber Herbarum Minor, Medline, Plants for a future, PubChem Compound, Toxnet.

PharmDr. Miloš POTUŽÁK

Obrázek: William Roxburgh (1751–1815)
a Sir Joseph Banks (1743–1820), Wikipedia, vzorce: autor

Pacienti s CHOPN najdou pomoc i v lékárnách

Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN) je čtvrtou nejčastější příčinou úmrtí v České republice, ale také v zahraničí. Jak bylo zdůrazněno plicními lékaři na tiskové konferenci 13. listopadu 2017 v Praze, v nejbližších letech se tato nemoc dostane až na třetí místo mortality.

V ČR ročně zemře na CHOPN přes 3 500 lidí. Alarmující je skutečnost, že je to o 70 % více než v posledních 10 letech. Ve světě se roční úmrtnost blíží ke 3 milionům.

Moderní léky jsou k dispozici

Podle předsedy České pneumologické a ftizeologické společnosti ČLS JEP prof. MUDr. Vítězslava Kolka, DrSc., se s CHOPN v podobě chronického kašle, zadýchávání, únavy a vykašlávání hlenů potýká bezmála 700 000 Čechů. „Léčíme pouze 250 000 z nich. Přesně 145 000 mužů a 105 000 žen. Zbytek lidí o své nemoci neví. Přestože jim není dobře, k lékaři nejdou. Trápí se a zhoršují si CHOPN špatnými životními návyky, pobytem v prašném prostředí nebo kouřením,“ zdůraznil prof. V. Kolek.

Léčba CHOPN je přítom v Česku na vysoké úrovni. Podle MUDr. Vladimíra Koblížka, Ph.D., zástupce přednosti pro vědu a výzkum plicní kliniky FN v Hradci Králové, mají čeští pneumologové pro nejzávažnější případy k dispozici nejmodernější léčebné postupy, jako plicní transplantace, bronchoskopické výkony, léčbu pomocí domácích

ventilátorů, kyslíku a řadu nových inhalačních léků. „Co se týká způsobů a možností léčby, jsme na tom nejlépe ve střední Evropě. Jako jedna z mála evropských zemí máme k dispozici plně hrazenou augmentační léčbu. Ta účinně zpomaluje destrukci plicní tkáně a zlepšuje prognózu – prodlužuje život o více než 5 let – u pacientů s genetickým deficitem. Ten je zodpovědný za časný vznik CHOPN u mladších lidí,“ vysvětlil V. Koblížek.



MUDr. Vladimír Koblížek, Ph.D.

Od roku 2013 má ČR moderní léčebné doporučení pro ambulance a rovněž unikátní databázi těžkých pacientů systematicky sledovaných v krajských a univerzitních nemocnicích. Péče o těžké pacienty je však velmi nákladná a její efekt není optimální. „Velká část plic je totiž v pozdní fázi onemocnění nevratně zničena,“ řekl V. Koblížek.

Největší důraz plicní lékaři kladou na účinnou primární prevenci vzniku této závažné choroby. „Boj proti cigaretové závislosti je nejučinnějším nástrojem ve válce proti CHOPN. Dokáže zcela zastavit destrukci plic – zejména pokud k němu dojde v časné fázi choroby. Důležitým doplňkem primární prevence je

časné cílené vyhledávání nemocných ve skupině osob s velkým rizikem jejího vzniku,“ sdělil V. Koblížek.

Inhalační techniky naučí lékárníci

Plicní lékaři se často setkávají s tím, že pacienti neumějí správně používat inhalátory. „Jezdíme po republice a učíme seniory správnou inhalační techniku. Všechny nabádáme, aby se hýbali a ušli denně alespoň 4 až 5 tisíc kroků. Tělesná zdatnost je pro léčbu CHOPN nesmírně důležitá,“ řekl MUDr. Stanislav Kos, CSc., předseda Českého občanského spolku proti plicním nemocem (ČOPN). Sám je zároveň i pacientem, CHOPN mu byla diagnostikována přibližně před pěti lety.

V rámci Světového dne CHOPN, který letos připadl na 15. 11., zorganizoval ČOPN společně se Sekcí ambulantních pneumologů Den otevřených dveří v ambulancích plicních lékařů. Celkem 80 ordinací po celé republice se 22. 11. otevřelo všem, kteří potřebovali konzultovat svůj stav s plicním lékařem. „Loni jsme při podobné akci zkontrolovali 851 lidí a patologické nálezy zjistili u 120 z nich,“ uvedl S. Kos.

Lidé si současně mohli zkontrolovat stav svých plic v několika stáncích v obchodních centrech, v hradeckém Auparku, olomoucké Šantovce a v pražském obchodním centru Letňany. Lékaři jim společně se zdravotními sestrami naměřili spirometrii. V případě nálezu je doporučili k jejich spádovému lékaři.

Aktivní pneumologové

Podle prof. V. Kolka následují aktivity českých pneumologů novinky z Evropské respirační společnosti (ERS), která má 34 000 členů. Díky společnému členství mají naši lékaři přístup k nejnovějším odborným informacím a společně také postupují v edukačních aktivitách pro veřejnost v rámci dlouhodobé kampaně Zdravé plíce pro život.

V tom jim napomáhá Český občanský spolek proti plicním nemocem (ČOPN), jehož cílem je prohloubení vzájemné informovanosti a spolupráce mezi laiky a odborníky, zlepšení obecné povědomosti o problematice plicních nemocí a organizování aktivit sloužících ke zlepšení situace pacientů s plicními nemocemi.

Josef ZÁBRANSKÝ

Foto: ČPFS



Prof. MUDr. Vítězslav Kolek, DrSc.



**MUDr. Stanislav Kos, CSc.,
předseda ČOPN,
odpověděl ČČL na tyto otázky:**

■ **Plicní lékaři se často setkávají s tím, že pacienti s CHOPN, zejména senioři, neumějí správně používat inhalační techniku. Každému se však nechce hned při prvním problému nebo opakovaně do ordinace, jak mohou pomoci s nácvičkem správné inhalační techniky lékárníci?**

Lékárníci by mohli a měli i při opakovaném vydávání inhalovaného léku

nabídnout pacientovi ukázkou správného použití příslušného typu inhalátoru a pak si hlavně nechat od nemocného předvést jeho techniku inhalace a opravit jeho případné – a časté – chyby. V současné době je k dispozici řada různých inhalačních zařízení a je někdy pro lékaře i lékárníka obtížné najít pro konkrétního nemocného ten nejvhodnější typ. Lékárníci by měli být pro tento účel vybavováni zástupci farmaceutických firem různými typy placebových inhalátorů.

■ **Jakým způsobem konkrétně s lékárníky plicní lékaři spolupracují?**

Řada pneumologů, a to včetně mne, se opakovaně zúčastňuje na pozvání lékárníků a jejich organizací edukačních seminářů, při kterých jim kromě základních aktuálních informací o nejčastějších plicních nemocech (zvláště CHOPN a astmatu) předvádějí také zásady správné inhalační léčby. V případě zájmu lékárníků by bylo možné tuto spolupráci ještě rozšířit.

■ **Považoval byste za užitečné pro pacienty navázat spolupráci mezi ČOPN a lékárníky?**

ČOPN se snaží v rámci svých možností edukovat nemocné o správném

užívání různých typů inhalátorů. Vzhledem k tomu, že se jedná o pacientskou organizaci, pro větší počet seminářů určených lékárníkům by ČOPN neměl dostatek přednášejících. Rozhodně by však byla možná a prospěšná spolupráce v této oblasti s odbornou lékařskou společností, konkrétně s Českou pneumologickou a ftiologickou společností ČLS JEP.

■ **Máte informace z kongresů, které jako zástupce ČOPN navštěvujete, že jsou ve výzkumu a vývoji pro pacienty s CHOPN nové nadějně přípravky?**

Na každém pneumologickém kongresu jsou prezentovány výsledky klinických studií s novými léky na rozšiřování průdušek nebo na potlačování zánětu v nich. V současné době je hlavní pozornost věnovaná lékům, které mají dlouhodobé působení a je možné je podávat buď jednou, nebo dvakrát denně. Nově se zkoušejí nejen kombinace dlouhodobě působících beta-mimetik a anticholinergik, ale také trojkombinace těchto léků s inhalovanými kortikoidy. Tímto směrem se bude léčba CHOPN i astmatu v nejbližší budoucnosti vyvíjet.

Ohlédnutí za veletrhem MEDICA 2017

Měla jsem možnost zúčastnit se mezinárodního veletrhu MEDICA, který se konal ve dnech 13.–16. 11. 2017 v Düsseldorfu. Prezентuje každoročně světové novinky z oblasti zdravotní techniky a péče. Jedná se o největší medicínský veletrh na světě. Letos jej navštívilo 123 500 návštěvníků ze 130 zemí světa. Úspěch akce potvrdila i její vysoká internacionalita, vystavovalo zde 5 100 firem z 66 zemí světa, 36 vystavovatelů bylo z České republiky.



Já jsem zastupovala společnost DCM Collagen s. r. o., pod agenturou Czech-Trade. Součástí veletrhu byly i odborné konference – MEDICA ACADEMY, z nichž některé jsem také navštívila.

Pro mě bylo největším přínosem setkání s účastníky z nejrůznějších koutů světa. Měla jsem tak možnost mluvit s lidmi z Izraele, Palestiny, Jordánu, Libanonu, Turecka, Indie, Saudské Ará-

bie, Dubaje, Indonésie, Malajsie, Číny, Jižní Koreje, Taiwanu, Mongolska, Egypta, Nigerie, Maroka, Brazílie, Panamy, USA, Kanady, Ruska a evropských států. Byli to lidé mnoha národností, kultur a vyznání. Velmi si cením toho, že naše jednání probíhala v duchu porozumění, mírnosti a korektnosti.

Další informace o veletrhu lze nalézt na: <https://www.medica.de/>.

Příště se MEDICA se bude konat v listopadu 2018 opět v Düsseldorfu.

Ještě jednu věc jsem si při této příležitosti uvědomila. V ČR jsme v témž týdnu oslavili další výročí sametové revoluce. Já jsem v roce 1989 studovala na Farmaceutické fakultě UK v Hradci Králové, demonstrovali jsme na náměstích, roznášeli a rozváželi letáky po blízkém a vzdáleném okolí, kde jsme vysvětlovali cíle našeho protestu. I po letech můžu říci, že to tehdy mělo smysl. Naše země se otevřela světu, kam patří. Za bývalého režimu bych se do této části Německa, navíc jako věřící, neměla šanci dostat a už vůbec svobodně hovořit s tolika lidmi.

Blíží se rychle konec roku, a tak vám, milé kolegyně a milí kolegové, přeji krásné Vánoce, pozitivní výhled do budoucnosti a šťastný vstup do nového roku.

PharmDr. Hana MACHOVÁ, B.Th.

Farmakoterapie pro seniory – daleko k ideálu

Naši starší spoluobčané jsou často v zařízeních sociální péče ohroženi užíváním nevhodných kombinací léčiv nebo dokonce i jejich vysokými dávkami. Domovy se rovněž dlouhodobě potýkají s nedostatkem praktických lékařů i specialistů, chybějí v nich zdravotní sestry i ošetřovatelé. Uvedla to na tiskové konferenci 22. listopadu 2017 v Praze ředitelka Ústavu lékového průvodce PhDr. Ivana Plechatá.

Zástupkyně této neziskové organizace představila výsledky tříletého šetření s názvem Projekt senior věnovaný právě účelnému a bezpečnému užívání léčiv v domovech pro seniory. I. Plechatá představila partnery projektu, kterými jsou Nemocnice Na Homolce a SÚKL. Z tohoto důvodu lze litovat, že se z novinářské akce kvůli pracovnímu vytížení omluvila PharmDr. Milada Halačová, Ph.D., vedoucí oddělení klinické farmacie Nemocnice Na Homolce.

Užitečný, ale nereprezentativní průzkum

Detailními rozbory farmakoterapie na základě posouzení lékařské a ošetřovatelské dokumentace prošlo 13 domovů pro seniory po celé České republice. Nejvíce jich bylo z Prahy a Vysočiny. Do projektu se zapojilo 17 klinických farmaceutů, kteří vždy na místě ověřili medikaci u celkem 846 klientů. V průměru vydali více než dvě doporučení na jednoho klienta a posoudili téměř 7 tisíc léků.

„Výsledky zjištění ukazují, že senioři v domovech užívají v průměru 8 různých druhů léků na předpis denně. U řady klientů není dohledatelné z dokumentace, proč konkrétní lék užívají. Jde o kritickou hranici, kdy by měli být klienti pravidelně sledováni lékařem z důvodu přehodnocení účelnosti a bezpečnosti podávané medikace. Praxe však ukazuje, že většina klientů se dostává ke konzultaci s praktickým lékařem až v okamžiku, kdy se objeví problém. Proaktivní přístup a pravidelná revize medikace není v podstatě z kapacitních důvodů možná,“ uvedla I. Plechatá.

Současnými klienty zařízení sociální péče jsou zpravidla lidé starší 80 let. Jedná se často o nemohoucí polymorbidní seniory, kteří vyžadují péči specialistů, ať se již jedná o kardiologa, urologa, diabetologa atd. Podle šetření až 80 procent z nich je při užívání léků zcela závislých na ošetřujícím personálu, a to vlivem snížených rozhodovacích schopností nebo demence.



„Nejčastěji jsme zjistili, že lidé užívají léky nevhodné vzhledem k jejich věku či diagnóze, naopak chyběla léčiva s jasně prokázaným pozitivním vlivem na vývoj jejich nemoci či délku přežití nebo byly voleny nevhodné dávky léků, které následně vedly k rozvoji nežádoucích vedlejších účinků,“ zdůraznila I. Plechatá.

Potřeba personalizované farmakoterapie

„Významná část zvláště velmi starých seniorů se vyznačuje nízkou úrovní potenciálu zdraví, označovanou jako křehkost, fraility. Právě u těchto seniorů s klesající soběstačností se zvyrazňuje potřeba účelné, bezpečné, dostupné a personalizované farmakoterapie. Mezinárodní studie již před několika lety zjistila, že v tomto ohledu patří Česká republika k nejhorším zemím v rámci Evropské unie již při hodnocení léčby zdravotně zdatnějších seniorů žijících v domácím prostředí. Nynější projekt potvrdil systematicky neutěšenou situaci u nejkřehčích občanů v domovech pro seniory, které se rychle mění ze sociálně pobytových v ošetřovatelská zařízení svého druhu s nedostatečnou mírou zdravotní podpory, včetně sledování účelnosti a bezpečnosti podávaných léků. Současně nabídl moderní formu podpory: farmaceutické audity a konzultace pro registrující praktické lékaře. Zatím řada kasuistik svědčí o otřesené dostupnosti primární zdravotní a zdravotně sociální

péče, o závažném počtu medicínsky nepochopených, problematicky léčených křehkých lidí, na něž není čas, a kteří jsou ztraceni mezi nespolupracujícími specialisty. Někdy trpí více léčbou než nemocí, jindy zůstávají zbytečně bez účinné podpory,“ zdůraznil odborný garant projektu MUDr. Zdeněk Kalvach, CSc., geriatr a internista.

Pohled praktického lékaře

Praktičtí lékaři mají v domovech pro seniory velmi složitou pozici, pokud chtějí dohlížet na účelnost farmakoterapie. „Ačkoli se obvykle dozvím, jaké léky klientovi předepisují moji kolegové ambulantní specialisté, či lékaři v rámci hospitalizace, mám jen velmi omezené možnosti tuto léčbu racionalizovat, pokud si na své léčbě kolegové trvají. Také rodiny často zásobují svého blízkého řadou volně prodejných léků a různých doplňků stravy, které mohou nežádoucím způsobem ovlivnit terapii, ale o těch se obvykle ani nedozvím,“ upozornil MUDr. Petr Bouzek, praktický lékař v domově pro seniory a předseda Společnosti lékařů a zdravotníků v sociálních službách ČLS JEP. Situaci v domovech seniorů dokonce nazval *divokým západem* v medikaci. „Průměrný senior v nich je nestabilní, křehký a má předepsaných 17 léků. Zároveň velmi řeší doplatky. Mnohdy raději lék odmítne, než by si za něj připlatil. K tomu seniory také často tlačí i jejich nejbližší,“ řekl P. Bouzek.

Motivaci, proč se domov pro zrakově postižené Palata zapojil do projektu, vysvětlil jeho ředitel Ing. Jiří Procházka: „Občané vyhledávají pobytovou sociální službu na Palatě, protože u nás získají pocit jistoty a bezpečí, který v domácím prostředí s přibývajícím věkem a zhoršujícím se zrakem ztrácejí. Do sledování farmakologie jsme se zapojili, abychom předcházeli možným zdravotním komplikacím a s nimi spojenou vyšší náročností při zajištění služeb klientům domova. I oni mají o tuto službu velký zájem. Klinického farmaceuta vnímáme jako důležitého partnera v propojení práce ambulantních lékařů a dalších zdravotníků při poskytování komplexních služeb,“ uvedl J. Procházka.

Josef ZÁBRANSKÝ

Ilustrace: Václav Šipoš

PharmDr. KRISTÝNA PILÁTOVÁ:

Ke změně dojde, až bude naše aktivita vidět

Jednou z aktivních diskutujících byla na listopadovém komorovém sjezdu PharmDr. Kristýna Pilátová zastupující OSL Benešov. Využili jsme jejího zápalu pro obor a položili jí několik otázek.

■ **Na XXVII. sjezdu delegátů ČLnK jste vyjádřila názor, že lékárny mají být vráceny lékárníkům. Jakou cestou by se tak mělo stát?**

Navrácení lékáren zpět do rukou lékárníka je jediným logickým krokem vedoucím k tomu, aby se narovnal stav českého lékárenství, který je momentálně velmi nedobrý. Lékárník jako majitel lékárny nepreferuje při práci finanční hledisko, ale dbá především o zdraví svých pacientů. Finanční ohodnocení je pak důsledkem jeho kvalitní práce. Není nadále možné tolerovat ohodnocení lékárníků na základě prodeje konkrétních léčivých přípravků. Proto by lékárny měli vlastnit lékárníci. Ale dokud my lékárníci na tyto postupy sami neupozorníme, nebude politická vůle situaci řešit. Jediná možnost jak specifikovat vlastnictví lékárny je změnou zákona. V okolních zemích se tato změna úspěšně povedla. Doufejme, že v České republice se to podaří také, ale bude to vyžadovat silný hlas všech lékárníků. Všech, kteří si uvědomují nutnost toho, aby lékárenství zůstalo svobodným povoláním.

■ **Připomněla jste, že se chcete jako lékárnice starat o pacienty a využívat své vzdělání. Stojí v cestě uskutečnění těchto cílů pouze přebujelá a stále rostoucí administrativa? Co byste dokázala udělat pro pacienty navíc, pokud by vás byrokracie neomezovala?**

Jako lékárnice se snažím využívat své vzdělání na maximum. Není to pro mě cíl, ale životní styl. Moje práce je mým koníčkem. Administrativní činnosti v současné době nejsou tak náročné, jako neustálé sledování a porovnávání cen, zavádění akčních letáků a podobně. Mám pocit, že nás lékárníky obchodníci zkouší tlačit do pozice, kdy se bude preferovat cena před užitekem, ale to nesmíme dopustit.

■ **Je krize lékárenství z vašeho pohledu opravdu tak vážná? Co nejvíce trápí členy OSL Benešov?**

Ano je. Členy OSL Benešov nejvíce trápí současný stav, kdy je lékárník vnímán jako hokynář, a to, že se nedaří tyto hloupé fráze politiků vyvrátit. Hlavním důvodem této situace jsou nerovné doplatky na léky, kdy pro distributory či výrobce jsou atraktivní nemocniční a řetězcové lékárny, které jsou schopné nasmlouvat si výhodnější ceny. Malé veřejné lékárny nemají šanci dosáhnout podobných cen.

Dále trápí mé kolegyně a kolegy stále přísnější kontroly SÚKL, které probíhají bez konkrétních pravidel. Je nutné vést konstruktivní dialog se zástupci této instituce a stanovit jasná pravidla.

■ **Jak by mělo vypadat spravedlivé a korektní odměňování lékáren?**

Především je nutné zajistit rovné nákupní ceny pro všechny lékárny a rovné doplatky pro pacienty na všechny léčivé přípravky vázané na předpis. Bylo by ideální, kdyby lékárníci byli odměňováni kombinací dispenzační taxy a marže.

■ **Angažujete se ve spolku Vaši Lékárníci CZ. Na sjezdu jste vyjádřili záměr tvrdšího postupu v oblasti PR. Jak chcete zacílit své aktivity směrem k veřejnosti ve prospěch lékárníků?**

Nejde ani tak o tvrdší postup v oblasti PR, ale především o to, aby nějaké PR aktivity vůbec byly. My lékárníci máme takovou zvláštní vlastnost. Všechny problémy a kritické situace, které jako odborníci řešíme, komunikujeme jen mezi sebou. Je to pravděpodobně způsobeno tím, že v oblasti lékárenství se nikdo jiný moc neorientuje. Je na čase, aby se veřejnost dozvěděla o stavu lékárenství a o tom, že nesouhlasíme s tím, aby se lékárny přetvářely na obchody. Naši pacienti jsou s tímto stavem také nespokojeni a je proto na čase lidem vysvětlit, že lékárníci nejsou ti, kdo stanovují ceny.

Aktuálně je nutné upozornit na nedokonalosti při zavádění elektronické preskripce. Naším hlavním cílem však je prosazovat rovné doplatky na léčivé

přípravky vázané na lékařský předpis. Prosím všechny kolegy a kolegyně, kdo by chtěl jakýmkoli způsobem tuto iniciativu podpořit, ať se připojí. Více informací najdete na www.vasilekarnici.cz.



■ **Jaký by měl být ideální stav lékárenství, pokud byste měla moc ho prosadit? A jak by měla např. vypadat k lékárenskému stavu vstřícná úhradová vyhláška pro rok 2018?**

Pokud bychom se bavili o ideálním stavu, pak by v úhradové vyhlášce měla být zavedena dispenzační taxa 30 Kč za položku na receptu. Lékárně by mohl vlastnit pouze lékárník. Jeden lékárník by mohl vlastnit maximálně tři lékárny. Nově vznikající lékárna by mohla vzniknout nejbližší 500 metrů od stávající lékárny.

V roce 2018 se moje vize jistě nenaplní. Udělejme však maximum pro to, aby se alespoň část vyplnila v letech příštích. Nic takového však nebude možné, pokud nezačneme pracovat jednotně. Proto vás prosím, draží kolegyně a kolegy, řekněme už politikům dost! Takhle už to dál nejde. A až příště půjdou zástupci České lékárnické komory žádat na ministerstvo o zavedení dispenzační taxy ve výši 30 korun, podpořte je třeba i jen zasláním mailu konkrétnímu politikovi. Věřím, že až bude vidět aktivita nás všech, věci se pomalu začnou měnit. Nikdo jiný to za nás neudělá.

■ **Přestože je zřejmé, že máte svoji práci ráda, je nezbytné si od ní čas od času odpočinout. Jakým způsobem relaxujete? Zbývá vám vůbec nějaký volný čas na koničky?**

Koně a psi jsou mým největším koníčkem a čas si na ně najdu každý den. Když si chci odpočinout, vyrazím s nimi do přírody. Další mou vášní jsou knihy, na ty už bohužel nemám tolik času, kolik bych si přála.

Josef ZÁBRANSKÝ

Foto: archiv Kristýny Pilátové

Co divák nevidí a pacient netuší

Jednoho pošmourného listopadového dne se mi dostalo pozvání do pořadu Dobré ráno připravovaného studiem ČT Ostrava. Jako jednomu z hlavních hostů toho dne, se čtyřmi přímými vstupy a chatem přímo ze studia. Skvělá možnost pro připomenutí lékárníků a jejich práce pacientům. Ovšem při pomýšlení na vstávání ve tři hodiny v noci, protože pro sovů, jakou jsem já, to skutečně je hluboká noc, se mi dělalo trochu úzko. Zejména při představě zaspání nebo následné těžko skrývané zívání v přímém přenosu. A taky nevyřčená otázka – co tam budu ty dvě a půl hodiny dělat? Ale kdo se bojí, nesmí do lesa, tedy spíše do ČT.



Od začátku ovšem probíhá všechno jako na drátkách, domluva termínu, tematických okruhů a možných otázek, času příjezdu, zajištění parkování, informace o dalších hostech. Takže budík na tři hodiny, snídaně, hygiena, oblečení a po čtvrté ranní nasedám do auta směr Ostrava. Díky sousedství redakce ČČL se studiem ČT je pro mě i orientace na místě snazší. Po čtvrt na šest vysedám na parkovišti televize, vítá mě usměvavý vedoucí produkce Tomáš Jarolím a hned mi přiděluje šatnu a ukazuje i maskérnu. Za pět minut si mě vyzvedává příjemná a výborně naladěná maskérka. Teprve tady začínám, milé dámy, chápat, proč chodíte na kosmetiku. Úžasný relax. Přiznávám, vydržel bych to i déle. Mezitím už na mě v šatně čeká čerstvý čaj a další z „televizáků“, který má na starosti pohyb a rozmístění hostů přímo ve studiu. Bez jeho vědomí nesmím nikde courat. Po něm ještě aťák s notebookem a pokyny k odpovídání na chatu. Je 5.45, obličeje v rámci možností naladěn, i teorii mám úspěšně za sebou a dostávám port s mikrofonem. Otevřené studio je přímo přes chodbu a všude se to hemží lidmi.

Přidávám se a jdu to omrknout dovnitř, abych věděl, do čeho jdu. Polovinu zabírá osvětlený prostor s kulisami pro moderátory, hosty a kuchaře, druhá je zcela temná s kameramany, techniky a dalšími, o jejichž funkci netuším vůbec nic. Odhadem celkem 15 až 20 lidí. Za kamerami je ještě zelené klíčovací pozadí. Na něj ráno také dojde.

Před šestou se začíná vše zklidňovat a nastupují moderátory, Veronika Poláčková s Petrem Rajchertem. Za malou chvíli, po počasí s Evou a zprávách s Lukášem, už sedím na pohovce a odpovídám na jejich první dotazy. Jsou skvělí, bezprostřední a přitom mají situaci plně pod kontrolou. Po vaření, tentokrát zelných pochoutek, a dalším vstupu, který je s dámami z dobročinného second handu, mě přesouvají na další pozici k chatovacímu stolečku. Je to přímo strategické místo pro pozorovatele dění ve studiu a skvělé jídlo voní až sem. Mezi odpověďmi na dotazy diváků pozoruji dění ve studiu. Klid, rozvaha, každý ví přesně, co a kdy má udělat, jen občas slovo do mikrofonu v reakci na pokyn z režie. Naprosto profesionální práce všech těch, které jinak nikdy nemáme možnost vidět. Je to mnohem lepší než jakýkoli den otevřených dveří. Tohle rozhodně není nuda, všechno má řád a spád.

Nastupují krasobruslačky a Petr zcela nečekaně zkouší v saku a na suchu jednoduchého zapíchnutého „rajcherta“. Odraz, otočka a dopad. Naštěstí ho ustál. Třicetivteřinový předěl krátkou reklamou. Během ní se celé studio, hlavně nasvícení a kamery, otočí o 180° ke klíčovacímu pozadí, kde už se připravuje „rosnička“ Eva. Letmo ukazuje při předpovědi na mapu, kterou ovšem vidí jen diváci elektronicky přidanou do obrazu. Ona mluví bez ní. Předěl a všechno zase o 180° zpět. A jde se na

Mezi odpověďmi na dotazy diváků pozoruji dění ve studiu. Klid, rozvaha, každý ví přesně, co a kdy má udělat, jen občas slovo do mikrofonu v reakci na pokyn z režie.

Naprosto profesionální práce všech těch, které jinak nikdy nemáme možnost vidět.

Je to mnohem lepší než jakýkoli den otevřených dveří.

Leonu Machálkovou s Kamilou Nývltovou. Každý můžeme mít na jejich žánr svůj názor, někomu se líbí a jinému třeba ne, ale sledovat Leonu Machálkovou přímo naživo ve studiu při zpěvu je vysoká škola profesionálního chování. Technicky fantastického zpěvu, spolupráce s kameramany, techniky, režii. To se prostě musí vidět.

A tak to letí úžasným tempem dál, není ani chvilka času na jakoukoli nudu. Ve všech předělech se něco přestavuje, mění pozice hostů, posouvají kamery, maskérky líčí hosty a moderátory. Každý přesně ví, co má dělat, s moderátory si stihneme vždy říct pár slov k dalšímu výstupu a řítíme se k cíli. V poslední půlhodině chatu se probouzejí diváci, nemám šanci odpovědět všem. Tak nechávám aspoň mail, aby se mohli případně ozvat. Najednou je 8.30 a konec, světla zhasínají, někteří se ještě fotí a jiní, zcela zaslouženě, obstupují kuchaře s výsledky jeho vaření. Nic nezbylo, jen špinavé nádoby. Chvilku si ještě povídáme na chodbě u šatny a je čas na cestu do lékárny. Vlastně se mi od těch báječných lidí vůbec nechce, jenže jinak to nejde. Všichni se postupně rozcházíme za další práci.

Jestli jsem měl někdy zažít skvělý a funkční pracovní kolektiv zvenku, jako laický pozorovatel, tak musím České televizi v Ostravě poděkovat, že mi to prostřednictvím Dobrého rána umožnila. Vynikající a profesionální výkon od všech, kteří se na přípravě podílejí. Díky za každé vaše Dobré ráno!

Aleš KREBS

Ze světových dnů sponzorovaných WHO si v prosinci připomínáme Světový den boje proti AIDS a Mezinárodní den lidských práv. Ze světových dnů podporovaných WHO Mezinárodní den osob se zdravotním postižením. Se zdravím souvisejí i další dny, například Světový den alergie, Mezinárodní den lidské solidarity, Mezinárodní den dobrovolníků.

Doc. RNDr. Jozef Kolář, CSc.

SVĚTOVÉ DNY ZDRAVÍ

prosinec



Mezinárodní den migrantů (International Migrants Day, IMD)

„Migration je vyjádřením lidské touhy po důstojnosti, bezpečí a lepší budoucnosti. Je součástí sociální struktury, součástí našeho uspořádání jako lidské rodiny.“ Potud slova osmého generálního tajemníka OSN Pan Ki-muna, úřadujícího ve funkci v letech 2007 až 2016. Pojem migration souvisí ještě s dalším slovem, a tím je solidarita. Šestý prezident Spolkové republiky Německo v letech 1984–1994, Richard von Weizsäcker, uvedl: „Jen solidární svět může být spravedlivý a žít v míru.“ Solidarita znamená dobrovolnou společenskou soudržnost, ochotu ke vzájemné spolupráci a podpoře v rámci nějaké skupiny. Člověk je solidární s nějakou skupinou, pokud ji podporuje a její úspěchy i neúspěchy pociťuje jako vlastní.

Zmiňovaný IMD si připomínáme dne 18. prosince. Tento den byl ustanoven na 81. plenárním zasedání, které se konalo 4. prosince 2000 (A/RES/55/93). Valné shromáždění OSN přítom vzalo v úvahu velký a stále rostoucí počet migrantů ve světě. Celkový počet mezinárodních migrantů byl v roce 2000 odhadován na 175 milionů, v roce 2015 stoupl na 244 milionů osob. Téměř dvě třetiny všech mezinárodních migrantů žijí v Evropě (76 milionů) nebo v Asii (75 milionů). Každý desátý migrant je mladší 15 let. Významná je i celková finanční částka – remitence (finance posílané

ekonomickými migranty do země původu) – ve výši 436 miliard dolarů, daleko překračující oficiální rozvojovou pomoc.

Dne 18. prosince 1990 byla na 69. plenárním zasedání přijata mezinárodní konvence – Úmluva o ochraně práv všech migrujících pracovníků a členů jejich rodin (A/RES/45/158), účinnosti nabyla 1. 7. 2003.

Definicí termínu migrant je více. Navíc se některé pojmy používají nepřesně (uprchlík, migrant, imigrant, azylant). Jedná se o heterogenní skupiny, pro které neexistuje univerzálně akceptovatelná definice.

Migrant – každý člověk, který změní své místo pobytu překročením mezinárodně uznávaných hranic a stráví zde déle než jeden rok

Ekonomický migrant – cizinec, který svou zemi opustil dobrovolně, s cílem zlepšení svého ekonomického postavení Ekonomické důvody však nejsou důvodem pro udělení mezinárodní ochrany.

Uprchlík – každý člověk, který se nachází mimo svou vlast a má oprávněné obavy před pronásledováním z důvodů rasových, náboženských nebo národnostních nebo z důvodů příslušnosti k určitým společenským vrstvám nebo i zastávání určitých politických názorů

Azylant – cizinec, kterému byl podle zákona č. 325/1999 Sb. udělen azyl, a to po dobu platnosti rozhodnutí o udělení azylu

Azyl – ochranný pobyt, který stát poskytuje státnímu příslušníku třetí země nebo osobě bez státní příslušnosti v souvislosti s jejím pronásledováním zpravidla z důvodů politických (v ČR důvody udělení azylu specifikuje výše uvedený zákon)

Ekonomický migrant

- osoba, která přichází do jiného státu za účelem zlepšení ekonomické situace
- musí mít platný cestovní doklad
- musí mít platné vízum, vydané před vstupem na území státu
- stát jí může vydat víza či povolení k pobytu, pokud naplní zákonem stanovené předpoklady, není to ale jeho povinností

Uprchlík

- osoba, které má odůvodněný strach z pronásledování v zemi svého původu
- musí požádat o azyl a v rámci azylového řízení získat statut uprchlíka
- po udělení statutu nesmí být navrácena do země svého původu
- země, která jí poskytla azyl, je zavázána se o ni postarat

Osoba s doplňkovou ochranou

- osoba, která má odůvodněný strach z dočasného pronásledování v zemi svého původu (zejména obětí válečných konfliktů)
- musí požádat o azyl a v rámci azylového řízení získat statut osoby s doplňkovou ochranou
- země, která jí poskytla azyl, je zavázána se o ni postarat do té doby, než skončí nebezpečí v zemi jejího původu, poté je navrácena zpět

Péče o zdraví migrantů ochraňuje zdraví celé populace

Na 66. zasedání *Regionální komise (WHO) pro Evropu, konaném v Kodani 12.–15. září 2016 byl přijat dokument Strategický a akční plán pro zdraví uprchlíků a migrantů*. Ten se zavázaly členské země WHO včetně České republiky naplňovat. V obecné rovině se jedná o dohodu evropských zemí, že budou v zájmu ochrany zdraví svých populací koordinovat spolupráci a zlepšovat zdraví uprchlíků a migrantů. Za jeden z nejpálčivějších problémů se považují zdravotně sociální dopady migration na tzv. děti bez doprovodu.

Také řada dokumentů Evropského parlamentu zdůrazňuje potřebu učinit vše proto, aby byly uprchlíkům zaručeny důstojné životní podmínky v členských zemích EU a v utečeneckých táborech, zejména s ohledem na zdravotní péči.

Pokud jde o naši profesi, existuje při poskytování optimální lékařské/farmaceutické péče migrantům více bariér. Pro zajištění bezpečnosti pacienta je nezbytná efektivní komunikace. Uvedené bariéry zahrnují jazykové a kulturní bariéry, např. komunikační bariéru (získávání a poskytování informací), důvěrnost informací (využívání členů rodiny, přátel jako tlumočnicků), dopad očekávání pacientů, která se týkají zdravotní péče, na komunikaci a délku konzultace, frustrace z konzultace.

Literatura u autora

VÝZNAMNÁ JUBILEA

prosinec 2017

75 let

Mgr. Zdeňka Petříková
(OSL Beroun)

70 let

Mgr. Helena Hromadová
(OSL Karviná)

PharmDr. Josef Kopecký
(OSL Opava)

65 let

Mgr. Eva Doleželová
(OSL Olomouc)

RNDr. Vlasta Lacinová
(OSL Hradec Králové)

RNDr. Jitka Michalíková
(OSL Praha 4)

Mgr. Jan Prager
(OSL Ústí nad Orlicí)

RNDr. Brigita Ročková
(OSL Liberec)

Mgr. Olga Salášková
(OSL Chrudim)

PharmDr. Regina Tůmová
(OSL Cheb)

Mgr. Jiřina Zelinková
(OSL Břeclav)

60 let

Mgr. Eva Koukalová
(OSL Jindřichův Hradec)

PharmDr. Karel Kraus
(OSL Rokycany)

PharmDr. Karel Lička
(OSL Hradec Králové)

Mgr. Marta Nedomová
(OSL Kroměříž)

Mgr. Olga Procházková
(OSL Praha 5)

PharmDr. František Špacír
(OSL Kladno)

55 let

PharmDr. Petra Bartáková
(OSL Benešov)

Mgr. Romana Hašlarová
(OSL Olomouc)

PharmDr. Iva Kalibová
(OSL Praha 10)

PharmDr. Jana Miletínová
(OSL Pardubice)

Mgr. Magda Němcová
(OSL Ústí nad Orlicí)

PharmDr. Iva Pohlová
(OSL Pardubice)

PharmDr. Vít Svačina
(OSL Ústí nad Orlicí)

PharmDr. Jitka Šimonová
(OSL Kutná Hora)

PharmDr. Jaromír Šorejs
(OSL Cheb)

Mgr. Pavel Všetíčka
(OSL Ústí nad Orlicí)

PharmDr. Jana Záveská
(OSL Nymburk)

50 let

PharmDr. Ivana Bastakli
(OSL Chomutov + Most)

Mgr. Iveta Cahová (OSL Kolín)

Mgr. Marie Fridrichová
(OSL Hodonín)

Mgr. Iveta Hloušková
(OSL Brno-venkov)

Mgr. Irena Horáková
(OSL Ostrava)

Mgr. Jana Jasková (OSL Praha 5)

Mgr. Šárka Kokešová (OSL Kladno)

Mgr. Šárka Krejčíková
(OSL Nymburk)

Mgr. Blanka Kvízová (OSL Praha 10)

PharmDr. Josef Marek
(OSL Ústí nad Orlicí)

Mgr. Markéta Tydlitátová
(OSL Praha 6)

Mgr. Pavel Vele
(OSL Mladá Boleslav)

Mgr. Magda Vitulová (OSL Brno)

Mgr. Rudolf Zbořil (OSL Praha 8)

Upřímně blahopřejeme!

(člnk)

Kolegové a kolegyně!

Spolek československých farmaceutů předkládá Vám první číslo „Mladé farmacie“, přílohy Časopisu Čsl. Lékárnictva, které jest současně prvním pokusem o náš spolkový a vzdělávací orgán. Vydání přílohy jest skutečně no za finančních obětí Spolku z iniciativy a nadšení jeho členů. Je-li uváděno v život přes nepříznivé současné poměry, děje se tak proto, že výbor a členové Spolku pociťují již dávno potřebu spolkového orgánu, který by informoval členstvo, získával pro jeho úkoly lidi snaživé a připomínal je těm, kteří neprojevují dostatek zájmu.

Dík pochopení našich snah Čsl. Lékárnickou Společností bylo nám umožněno přiřadit tuto přílohu k orgánu jmenované Společnosti, Časopisu Čsl. Lékárnictva, k němuž bude přikládán vždy ob číslo. Při tom bude Časopis Čsl. lékárnictva pravidelně dodáván všem našim členům za příplatek 10 Kč k dosavadnímu členskému příspěvku, tedy za obnos jistě nepatrný, zvážíme-li že vedle spolkového časopisu „Mladá farmacie“ obdrží postupně úplný ročník našeho jediného vědeckého časopisu.

„Mladá farmacie“ nás sloučí k vzájemné spolupráci a proto žádáme od Vás nejužší styk s námi, s našimi snahami, které jistě přinesou užitek všem, vytvoří názorové sjednocení dorostu a vyhledá různá dnešní nedorozumění. Ukáže, že jest nutno při řešení četných stavovských otázek bráti v úvahu i nás, kteří máme, jako příští generace stavu, životní zájem na jeho budoucnosti. Jestliže jsme zvolili farmacii za svůj obor, chceme dosáhnout ideálu dobrého, odborně vzdělaného a spravedlivě oceňovaného farmaceuta, budoucího skutečné hodnoty pro lidskou společnost.

Další práce očekává Vás i nás!

Poměr aspiranta k farmakognozii

S vývojem chemického farmaceutického průmyslu na podkladě moderní terapie byl obrácen hlavní zájem farmaceutů k chemické erudici jako základu pro lékárnickou praxi. Dřívější zájem lékárníka o botaniku a farmakognozii znatelně poklesl již tím, že léky, připravené z vegetabilních drog, byly

v kruzích lékařských úplně podceňovány a povětšinou byly předepisovány pouze jako léky, jimiž nedá se sice nic na zdraví zlepšiti, ale také nic pokazit.

V novější době vrací se opět věda lékařská pomalu k drogám z říše rostlinné a v lidovém lékařství léčivé rostliny stále těší se značné oblibě, některým dokonce připisují se i vlastnosti zázračné.

**VDÁNO
PŘED
84 LETY**

Lékař sám léčivé rostliny pěstovati nemůže a je odkázán na nákup jich ve velkoobchodech nebo od lidí, kteří se jejich sběrem zabývají.

Chemické továrny pravidelně dávají záruku, že materiálu jimi vyrobené odpovídají předpisům platného lékopisu, a skutečně, kupuje-li se takové zboží, jest pravidelně vždy hodnotné.

Jinak je tomu u drog vegetabilních, kde záruku za zboží nedává ani velkoobchod. Představíme-li si řadu vlivů, které podmiňují kvalitu drog rostlinných, pochopíme, jak snadno, nemá-li lékař v tomto směru zkušenosti, může nakoupiti zboží úplně bezcenné. Již doba sběru různých rostlin i jejich částí má veliký vliv na hodnotu obsahových látek, dále zpracování čerstvých rostlin, sušení, řezání atd. jsou neméně vlivnými faktory a konečně i uskladnění hotové drogy hraje významnou roli pro zachování její hodnoty.

I dobrá droga se může stát bezcennou, je-li pomíšena cizorodými látkami nebo příbuznými elementy, které se v obchodě přidávají, aby zboží, jež má vyšší cenu, získalo na váze. Často pak se může stát, že takové přísady mohou býti dokonce životu nebezpečné, mohou vyvolati i otravy, jsou-li přimíšeny, třeba z neznalosti sběratelovy, části rostlin jedovatých. Uvádím za příklad časté pomísení Fructus Anisi nazkami bolehlavu (*Conium macula-*

tum) nebo Folia Althaeae listy durmanu (*Datura stramonium*) nebo listy blínu (*Hyoscyamus niger*). To jsou velmi nebezpečné případy a bohužel, jak literatura udává, byly velmi často pozorovány. Jak často pak obyčejný heřmánek bývá promísen bezcenným rmenem nebo jinými druhy heřmánku, jak často bývá promíšena máta peprná jinými druhy máty, neobsahujícími žádné silice.

Z těchto několika příkladů jest zřejmé patrné, jakou důležitost hraje v praxi budoucího lékárníka dostatečná znalost farmakognozie a zjišťovacích metod v ní užívaných. Jestliže se klade váha na zkoušení materiálů na čistotu a obsahové látky, stejnou péči jest věnovati zkouškám vegetabilních drog a jejich uskladnění.

V dnešní tak kritické době pro farmacii, v době, kdy vlastně jest ohrožena existence nás farmaceutů, můžeme čeliti náporům se strany neoborníků jen tím, že budeme kupovati jednak pouze hodnotné drogy, které si přezkoušíme a jednak že budeme jen hodnotným zbožím konkurovati nekvalitní soutěží neoborných obchodů, kde za laciný peníz prodává se zboží úplně bezcenné, třeba v pěkně upravených obalech.

Pěstování botaniky a farmakognozie přináší nám vedle těchto hmotných výsledků i nemalou radost, když v přírodě, která oplývá takovou řadou darů, dovedeme se orientovati a jednotlivé složky krás přírodních dovedeme poznávati a hodnotiti. Člověk, neznající rostlin, jest v přírodě jako slepec, nedovede nahlédnouti do jejích tajemných dílen a často, ovšem nevědomky, ničí zárodky přírodního děje, který v budoucnu mohl by míti veliký význam.

Mládí dovede se často nadchnouti pro neúčelné zábavy. Jestliže moje řádky probudí u nejmladších adeptů farmacie zájem o botaniku a farmakognozii, jsem přesvědčen, že získají tím nejen zdroj ušlechtilé zábavy, ale že získané vědomosti a zkušenost budou jim cenným podkladem pro další studium i životní praxi.

MLADÁ FARMACIE,
pravidelná příloha
„Časopisu Čsl. Lékárnictva“,
1933, č. 1, str. 1, 9