



Stanovisko České lékařské komory k návrhu SÚKL zavést novou kategorii léčiv  
„léčivé přípravky vydávané bez lékařského předpisu s omezením“

**Návrh byl projednán Vědeckou radou České lékařské komory 11.9.2008, která vyslovila  
jednomyslně svůj zcela zásadní nesouhlas se zaváděním této nové kategorie léčiv!**

**Česká lékařská komora považuje návrh za velmi nebezpečný pro zdraví a bezpečnost pacientů.**

**Zdůvodnění :**

- a) Nelze souhlasit s možností odebírat anamnesu od pacientů a provádět jejich vyšetřování v prostorách lékárny, které neumožňují zachování lékařského tajemství a nespĺňují hygienické podmínky.
- b) Lékárník, který nemá lékařské vzdělání, nemůže provádět lékařské úkony (viz např. změření TK a posouzení hodnoty s návodem léčení). Tyto úkony jsou ze zákony vyhrazeny pouze lékaři a ostatní profese nemají zákonné oprávnění provádět léčení. Návrh je v kolizi s několika platnými zákony, ( např. § 17 a § 20 zákona č. 20/1966 Sb., § 3 a § 4 zákona č. 220/1991 Sb., § 80 zákona č. 378/2007 Sb., § 4 a § 10 a § 11 zákona č. 95/2004 Sb. ), které určují podmínky k výkonu profese lékaře a lékárníka.
- c) Zásadně nelze souhlasit s naprosto vágní formulací v otázce zodpovědnosti za lékárníkem navržený postup léčení a jeho postupu při posuzování rizik, interakcí, změn stavu pacienta.
- d) Považujeme minimálně ze sporné zavádět nový centrální registr osobních dat – léčení u jednotlivých osob. Nelze souhlasit s možností nahlížet do tohoto centrálního registru u každého lékárníka, navíc tento by byl nucen pacienta legitimovat.
- e) Léčbu nelze redukovat na pouhou farmakoterapii. Nedílnou součástí léčby jsou totiž režimová opatření ( často pacientům nepříjemná ), k jejichž dodržování by pacienti v případě přijetí návrhu nebyli motivováni.
- f) Reklama v obecných sdělovacích prostředcích jistě zvýší tržby farmaceutickým firmám, ale v pacientech vzbudí klamný dojem, že pouhé „polykání pilulek“ stačí k vyléčení.

Návrh je patrně motivován snahou zajistit zvýšení tržeb výrobcům a prodejcům léků eventuálně snížit náklady zdravotních pojišťoven. Dostupnost lékařské péče je v ČR dobrá, lepší než dostupnost lékáren. Zlepšení dostupnosti léků pro pacienty lze zajistit jejich výdejem v ordinacích lékařů.

g) Návrh umožnit volný prodej léčiv je ukázkou zkratkovitého uvažování a porušuje principy péče lége artis. Byl by narušen léčebný proces a celá léčba by byla redukována pouze na výdej léků bez zajištění řádné lékařské kontroly. Pacient musí mít právo na rozhovor se svým ošetřujícím lékařem, na konzultaci nad jednotlivými příznaky, změnami stavu. Pouze lékař může v rozhovoru posoudit případné změny chronického onemocnění.

### **Odpovědi na Vámi položené otázky:**

*1. Jak z hlediska klinické praxe hodnotíte, že pacienti s chronickým onemocněním si budou moci vyzvednout svůj lék v lékárně, aniž by pokaždé museli navštívit ošetřujícího lékaře?*

Chronický pacient není pouze konzumentem léčivých přípravků. Jak lze dovést bude předmětem cílené reklamy „bude možná reklama zaměřená na širokou veřejnost“ . Chronický pacient je člověk ,který má právo být ošetřen: má právo být vyslechnut, zda-li nedošlo ke změně jeho zdravotního stavu a má právo být poučen lékařem(platí si mimo jiné zdravotní pojištění).Změnu zdravotního stavu neposoudí nikdo jiný než lékař, který pacienta léčí.

*2. Souhlasíte s tzv. „Pozitivním seznamem“ a s návrhy omezení výdeje? Pokud ne, prosíme o konkrétní odůvodnění.*

Vámi vyhotovený „ pozitivní seznam“ je velmi nebezpečný dokument, který je typickým příkladem zneužitím ekonomických motivů při potlačení etických a humánních norem člověka.

Je prokázáno, že u některých léčiv došlo vlivem předávkování, nebo interakce léčiv ke smrtelným komplikacím, proto se domníváme, že nelze naše pacienty vystavit smrtelnému ohrožení v zájmu „ zjednodušení výdeje léčiv“

Např.

Selektivní agonisté beta 2 adrenergních receptorů jsou v určité koncentraci původci závažných arytmií a příčinou náhlých úmrtí.

Statiny jsou někdy příčinou rhabdomyolýzy se závažným postižením pacienta( selhání ledvin), Antihypertenziva mohou rovněž způsobit závažné komplikace- hypotenze, ztráta vědomí.

*3. Navrhujete rozšíření „Pozitivního seznamu“ o další léčivé látky / ATC skupiny? Pokud ano, prosíme o konkrétní návrhy, včetně návrhu omezení výdeje.*

Navrhujeme opustit tuto zhoubnou a pro pacienty nebezpečnou myšlenku.

*4. Domníváte se, že u stabilizovaného pacienta se zavedenou účinnou léčbou je frekvence navržených kontrol u ošetřujícího lékaře (viz „omezení výdeje“) dostačující k odhalení případných komplikací a/nebo nutnosti změnit léčbu?*

Jsme přesvědčení, že i „stabilizovaný“ pacient je nemocný člověk , který má z principu nárok na pohovor s lékařem a na odborné lékařské vyšetření.

*5. Domníváte se, že lékárník je schopen spolehlivě rozpoznat stavy, kdy pacientovi lék nevydá a odešle jej k ošetřujícímu lékaři?*

Lékárník není odpovědný ani ze zákona, ani z hlediska etického a není příslušen vést terapii nemocných. Jeho úloha není v poloze universálního léčitele. Vzdělání lékárníka nesplňuje předpoklady k léčení pacientů a k diagnostikování chorob a jejich změn.

#### **Závěr:**

**Česká lékařská komora zásadně odmítá zavádění zmiňované nové kategorie léčiv a to v zájmu zachování bezpečí pacientů a jejich neohrožení na životě. Pokládáme za nutné zdůraznit, že pokud by tento životu nebezpečný záměr realizován, lékaři by nemohli nést odpovědnost za závažné komplikace při svévolném nákupu léčivých přípravků, ani za jejich následné mnohdy nákladné řešení.**

V Praze 12.9.2008

MUDr. Aleš Herman – předseda Vědecké rady ČLK

MUDr. Milan Kubek – prezident ČLK