



# TEMPUS MEDICORUM

3/2021  
ROČNÍK 30

ČASOPIS ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY



## DÁLE V TOMTO ČÍSLE:

OTTO – plán záchrany

40 dní pro zdraví lidí  
i ekonomiky

Česko jako ostrov zkázy  
a beznaděje

Promořování je špatná  
strategie

Iniciativa Sníh spojuje  
odborníky a občany  
v boji proti covidu

Pracovní povinnost  
pro zdravotníky

Dostaneme odměnu  
za své nasazení?

Doporučení  
pro ambulantní  
léčbu covidu-19

Pozor na ivermektin

Očkování stále vážne

**Proč jsme epidemii nezvládli?**



## Strategie promořování selhala

Před rokem nás čínský virus zastihl zcela nepřipravené, ale vláda našla odvahu prakticky okamžitě přijmout účinná opatření, kterými krizi odvrátila, a my jsme tak jarní vlnu epidemie během celostátní karantény v podstatě sledovali pouze v televizi. Byli jsme nebývale úspěšní, s jistou mírou nadsázky „best in covid“. Vždyť nám za celé první pololetí na nemoc zemřelo 347 pacientů, tedy méně než v současnosti za pouhé dva dny.

Česká republika měla šanci zařadit se mezi země, které dokázaly virus eliminovat, díky čemuž jejich ekonomika funguje a lidé mohou při dodržování protiepidemických opatření prakticky normálně žít. Udržení takového stavu samozřejmě vyžaduje velkou dávku opatrnosti a ochotu v případě potřeby okamžitě přijmout rázná opatření, aby se epidemie nerozhořela.

Již na jaře, kdy se nám tak dařilo, začali někteří „taky odborníci“ nabízet na první pohled lákavější cestu, jak se „naučit žít s virem“, což ve skutečnosti neznamená nic jiného než postupné promořování populace s cílem získat tzv. stádní, či chcete-li kolektivní imunitu. Teze o tom, že je třeba ochránit zranitelné skupiny obyvatel a ostatní je možno nechat normálně pracovat, žít a bavit se, tak ty navzdory realitě někteří politici omílají dodnes. Dobře se to poslouchá, jen nám nikdy nevysvětlili, jak si představují v praxi to hermetické oddělení cca tří milionů osob od ostatní populace.

Během léta, které si všichni chtěli „hlavně užít“, jsme propadli falešnému pocitu bezpečí a sebeuspokojení, že jsme zvítězili a že jsme to zase jednou my šikovní Češi celému světu ukázali.

Letní přípravu jsme podcenili, varovné případy lokálních ohnisek epidemie ignorovali a po návratu z dovolených a dětí po prázdninách do školy to začalo. Politici, jejichž hlavní starostí bylo nenaštvat voliče před krajskými volbami, přistupovali k přijímání protiepidemických opatření liknavě. Tedy naprostý opak úspěšné jarní strategie.

Počty nemocných se zvyšovaly, nemocnice se zaplňovaly a lidé umírali. Smrt kosila zejména obyvatele domovů pro seniory. Většinu lidí to však nevadilo. Mluvili o svobodě, ale ve skutečnosti jen sobecky hájili své vlastní pohodlí. Říkali ekonomika, ale šlo jim jen o pri-

mitivní konzum. Oháněli se prosperitou, ale ve skutečnosti hájili jen svůj vlastní zisk. Jarní solidarita a pocit sounáležitosti se vytratily. Zvítězilo sobectví.

Promořování se stalo veřejně nepřiznanou oficiální doktrínou poté, co jeho zastánci převzali do svých rukou řízení boje s epidemií. Snaha získat tzv. stádní imunitu za cenu toho, že obrovské množství našich spoluobčanů zbytečně zemře, byla eticky vadná od samého počátku, ale poslední zbytky legitimacy ztratila tehdy, kdy se objevily první účinné vakcíny. Od té chvíle je totiž konečné vítězství nad covidem jen otázkou času a sebeovládání.

Vražedná strategie nás stála více než dvacet tisíc mrtvých. Kultura neexistuje, děti, jejichž budoucnost se „promořovači“ s oblibou zaklínají, nechodí stejně měsíce do školy, služby nefungují, ekonomika krvácí, společnost chudne a stát se zadlužuje. Prospějí už jen ty montovny, okolo kterých, čert ví proč, naše vláda našlapuje po špičkách.

Cílem vládních „promořovačů“ bylo udržet počty nemocných pod kritickou hranicí, kterou ještě zdravotnictví

dokáže zvládat, byť v nouzovém režimu a za cenu poškozování zdraví tisíců dalších pacientů, jež nemůžeme řádně léčit. Balancování nad propastí měl legitimizovat protiepidemický systém (PES), který byl postupně deformován tak, aby toleroval stále větší a větší zářez zdravotnictví. Jenomže po laně není možno chodit donekonečna. Nakonec se každý hazardér zřítí do propasti.

Česká republika se stala covidem-19 nejpostiženější zemí na světě. Máme největší množství nakažených na počet obyvatel a na čele jsme i v počtu mrtvých. Bez nadsázky worst in covid.

Nejsem povolán k tomu, abych soudil, a už vůbec nemám právo někomu odpouštět. Rozhřešení mohou dávat jen ty desítky tisíc pozůstalých, jimž covid sebral jejich blízké, které milovali. Avšak tvrdit, že za nejstrašnější katastrofu v naší novodobé historii nikdo nemůže, tak to už vyžaduje opravdu slušnou dávku cynismu. Čelíme přece stejnému viru jako naši úspěšnější sousedé a nemáme asi ani hloupější obyvatelstvo. Příčinou debaklu je chybně zvolená strategie a špatná rozhodnutí politiků, kteří ignorovali doporučení odborníků a zbaběle se snažili zavděčit náladám davu.

Epidemii stále nezvládáme. Vypělá a bohatá země, kterou obývají vzdělání a pracovití lidé, se ocitla na dně. Horor k neuvěření. Pokud jsme opravdu na dně, pak jedinou výhodou můžeme spatřovat v tom, že ze dna vedou již všechny cesty jenom vzhůru.

**Milan Kubek**

### Vražedná strategie nás stála více než dvacet tisíc mrtvých

## OBSAH

### KORONAVIRUS

3-27

OTTO – plán záchrany  
Čtyřicet dní pro zdraví lidí i ekonomiky  
Ostrov zkázy a beznaděje  
Naše covidová tragédie  
Rada pro řízení epidemie onemocnění covid-19  
Je „řízené promořování“ nepřiznanou strategií vlády?  
Promořování je cestou k tragédiím  
Worst in covid  
Je to vina vlády  
Pracovní povinnost  
Žádost o pomoc pro mediky  
Práce na covidových odděleních jako součást předatestační praxe  
Kdy budou odměny pro zdravotníky?  
Diagnostika a léčba covidu-19 mimo nemocnice  
Osm rad, jak minimalizovat riziko těžkého covidu  
Proticovidové dvanáctero profesora Flégra

### IVERMEKTIN

28-32

Tonoucí se stěbla chytá  
Žádost ČLK o zorganizování klinické studie účinnosti a bezpečnosti ivermektinu  
Ministerstvo používání ivermektinu povolilo bez studie  
Ivermektin – kontroverze přetrvávají

### OČKOVÁNÍ

33-36

Vakcíny proti nemoci covid-19 jsou bezpečné a účinné  
Očkování musíme zrychlit  
Očkování zdravotníků proti nemoci covid-19 stále vázne

### ZAHRAŇČÍ

37

Politici odpírají očkování v Tanzanii

### RADA POSKYTOVATELŮ

38-39

Zastoupení ČLK v tzv. Radě poskytovatelů nepovažuje ministr Blatný za žádoucí

### PRÁVNÍ PORADNA

40-41

K některým aspektům poskytování zdravotní péče v době pandemie

### NAPSALI JSTE

42

Proč umírá v ČR tolik lidí?

### NEKROLOGY

43-45

Zemřel profesor Jan Sokol, muž mnoha profesí, jedné tváře a pevného charakteru  
Příběh z první linie trochu jinak – jako nekrolog

### SERVIS

46-51

Vzdělávací kurzy ČLK

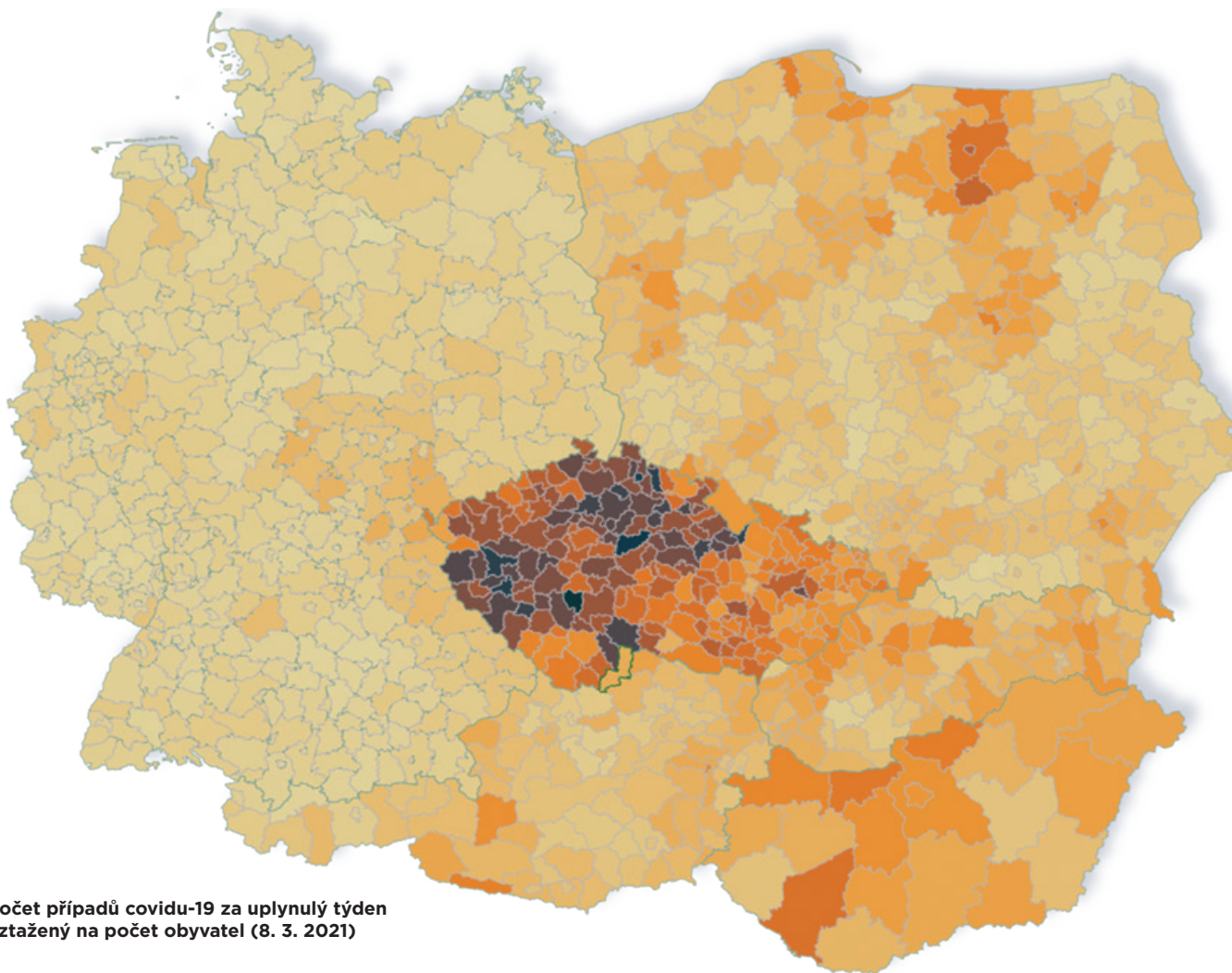
Inzerce

Křížovka

### MĚSÍČNÍK TEMPUS MEDICORUM

Vydává: Česká lékařská komora, Lužická 419/14, 779 00 Olomouc  
Registr. číslo MK ČR 6582 • ISSN 1214-7524 • IČ 43965024  
Adresa redakce: Časopis ČLK, Lékařská 2, 150 00 Praha 5  
tel. +420 257 211 329, +420 257 216 810, +420 603 116 383  
recepc@clkr.cz • www.clkr.cz  
Séfredaktor: MUDr. Milan Kubek  
Redakční zpravodaj: EV public relations, s. r. o., Praha  
Odpovědná redaktorka: PhDr. Blanka Rokosová  
Příjem příspěvků: blanka.rokosova@ev-pr.cz  
Grafická úprava, sazba: Jan Borovka  
Inzerce: inzerce-tempus@clkr.cz, blanka.rokosova@ev-pr.cz  
Tisk: SEVEROTISK s.r.o., Mezní 3312/7, 400 11 Ústí nad Labem  
www.severotisk.cz

Uzávěrka čísla 3: 8. 3. 2021 • Vyšlo: 15. 3. 2021  
Podávání novinových zásilek povoleno: Česká pošta, s. p., odštěpný závod Praha, čj. nov. 6139/96 ze dne 16. 12. 1996  
Distribuce: Česká pošta, s. p., Postservis OZ Příprava  
Předplatné pro nečleny ČLK 300 Kč/rok (příjma redakce)  
Příspěvky se nemusejí shodovat se stanoviskem redakce.  
Ta si současně vyhrazuje právo na redakční úpravu textů.  
Řádková inzerce je pro lékaře do pěti řádků (včetně) zdarma.  
Větší rozsah a inzerát nelékaře je zpoplatněn. Při zadávání inzerátů je proto potřeba zadat fakturační kontaktní adresu, IČ, DIČ, telefon, e-mail.  
Bez těchto informací nebude inzerát zveřejněn



Počet případů covidu-19 za uplynulý týden  
vztahený na počet obyvatel (8. 3. 2021)

Zdroj: Seznamprůvčz, autorka Kateřina Mahdalová

# OTTO – plán záchrany

## O – omezení

Omezení pohybu a setkávání osob na nezbytné minimum, tedy opravdu tvrdý lockdown na 2–3 týdny včetně zavření úřadů a továren s výjimkou kritické infrastruktury. Striktní vymáhání dodržování všech platných nařízení, aby nedocházelo k demoralizaci slušných lidí, kteří nepříjemná omezení dodržují.

**„Omezení pohybu a omezení setkávání osob na naprosté minimum. Přitom ale musí dojít k vymáhání dodržování platných nařízení. Chodí tu plno arogantních lidí bez zakrytých dýchacích cest a policie jim jen domlouvá. Tady musí být policie tvrdá a ta opatření opravdu vymáhat.“**

## T – testování

Opakované plošné testování jako podmínka pro fungování průmyslu, úřadů, škol... Samozřejmě s využíváním opravdu funkčních testů – prioritně PCR. Finanční motivace pro lidi chodit na testy, finanční motivace zaměstnavatelů testovat.

**„Opakované a plošné testování, aby mohly fungovat průmyslové podniky a aby mohly fungovat úřady. Já jsem fascinován tím, že státní úředníci nejsou pravidelně testováni, to má přece v rukou stát a nemusí nikomu nic nařizovat. Plošné testování musí být také ve školách a školkách. Lidé musejí být motivováni, aby na testy chodili. Pozitivní test rovná se finanční příspěvek, to samé zavést pro zaměstnavatele – když otestujete zaměstnance a vyjde vám někdo pozitivní, dostane podnikatel bonus. Potřebujeme vychytnat i ty pozitivní lidi, kteří jsou bezpříznakoví.“**

## T – trasování

Sledování pohybu osob (mobilní telefon), posílení call center hygienické služby (armáda), motivace pozitivně testovaných lidí hlásit rizikové kontakty – finanční bonus pro nemocné v izolaci i pro lidi v karanténě.

**„Sledovat pohyb osob, které jsou naka-**

**žené. Na to se zcela rezignovalo, nepoužívají se mobilní telefony, i když operátoři to jsou schopni monitorovat. Navíc je třeba motivovat pozitivně testované lidi, aby hlásili své kontakty. Ti lidé musejí mít jistotu, že neklesnou na ekonomické dno, musejí dostávat nějaký bonus.“**

## O – očkování

Primárně velká očkovací centra doplněná o mobilní týmy (např. praktický lékař v návštěvní službě), zajistit doočkování seniorů (např. program přivez na očkování seniora a můžeš se také nechat očkovat).

**„Je nutné, aby se očkování skutečně rozjelo. Přeshlapování na místě musí skončit. Zbývá nám přibližně 200 dnů, abychom proočkovali sedm milionů lidí. Musíme to stihnout do konce září, jinak budeme v problémech i na podzim. Musí se rozjet velká testovací centra a musíme zapojit praktické lékaře.“**

Milan Kubek

# Čtyřicet dní pro zdraví lidí i ekonomiky

Cíl: potlačit vir v populaci pod jeden tisíc nových potvrzených případů za den

**Po roce boje s pandemií koronaviru se situace v naší zemi dostala do mimořádně nebezpečného stadia. Kapacity zdravotnictví jsou už prakticky vyčerpány, v některých lokalitách již dochází k selekci pacientů na ty, kteří dostanou nezbytnou pomoc, a na ty, již musejí počkat. Část nemocných, kteří by potřebovali nemocniční péči, zůstává doma, část pacientů, již by potřebovali intenzivní péči, zůstává na běžných lůžkách. I přes hrdinské nasazení zdravotníků významná část těch, kdo se do nemocnic dostanou, zemře a mnoho dalších umírá doma. Zároveň jsou zavřené školy, obchody a restaurace a krachuje mnoho drobných živnostníků. Ekonomická a osobní situace milionů lidí se stále zhoršuje a zavření škol působí dlouhodobé škody.**

Tento stav je výsledkem mylného přístupu, kdy se epidemie nechává vyrůst až na hranu kolapsu zdravotnictví. Protiepidemická opatření přicházejí pozdě a téměř vždy v nedostatečné míře. Taková opatření pak sice způsobují značné škody, ale nestačí k efektivnímu potlačení epidemie, což vede k nutnosti je neustále prodlužovat, zbytečným škodám a frustraci všech.

Pokračování v tomto samém přístupu nedává smysl. Počet nakažených stále roste, více než sto lidí za den umírá zbytečně a mnoho tisíc lidí trpí v nemocnicích ve vážném stavu.

## Řešením není ani kapitulace

Považujeme za nepřijatelné, aby stát v této situaci rezignoval na ochranu zdraví a životů svých obyvatel. Právo na život a zdraví je zaručeno ústavou a český stát má povinnost udělat vše, co je vzhledem k velikosti ohrožení přiměřené, aby životy svých občanů aktivně chránil.

Naše společnost je založena na solidaritě

a společné zodpovědnosti. Není možné, aby zdravotní katastrofu, kterou tato země nezažila mnoho generací, řešil každý sám za sebe, jak o tom uvažuje Ministerstvo zdravotnictví.

Odmítáme jak strategii založenou na nakažení populace, tak absenci strategie a balancování na hraně či za hranou katastrofy. Rozhodování, které přichází pozdě a reaguje na situaci před několika týdny, přináší únavu a škody společenské, zdravotní i ekonomické.

## Co navrhujeme?

Stanovit si cíl a časový horizont, kdy ho chceme dosáhnout.

V závislosti na cíli naplánovat postup, který podle vědeckého konsenzu a v souladu s lidskou důstojností s velkou šancí povede k jeho dosažení.

Tento postup vysvětlit veřejnosti a aplikovat se vši rozhodností a v politické jednotě.

Takovým cílem je potlačit šíření viru způsobujícího onemocnění covid-19 alespoň natolik, aby za 40 dní, tedy ke dni 4. dubna

2021, byl počet nově potvrzených případů pod hranicí jeden tisíc případů za den.

Udělat vše, co je z odborného hlediska potřeba. Nově převládající varianta koronaviru B.1.1.7 je přítomná o tolik nakažlivější, že současná omezení soukromého života nestačí k brzdění, nejen pokud jsou dodržována stále stejně, ale i pokud by byla dodržována o něco lépe. Postup řešení pandemie proto musí zahrnovat celou společnost, včetně podniků a průmyslu.

Byť krátkodobě může být rychlá redukce viru SARS-CoV-2 nákladná, už v dubnu 2021 by takový postup umožnil bezpečný návrat všech dětí do škol, otevření všech obchodů a v nějaké formě i oživení gastronomie a kultury.

Je třeba pochopit, že nedostatečná a pozdě přijatá protiepidemická omezení jsou dlouhodobě nejdražší, protože vedou pouze k pomalému zhoršování situace. Rychlý řez je lepší než pomalé utrpení jak pro lékaře, tak pro pacienta.

23. února 2021

**MUDr. Stanislav Adamec**, internista  
**doc. Jaroslav Borovička, Ph.D.**, ekonom  
**MUDr. Daniel Černý, Ph.D.**, stomatolog  
**PhDr. David Černý, Ph.D.**, etik  
**Mgr. Jakub Drbohlav**, analytik  
**prof. MUDr. Julie Dobrovolná, Ph.D.**, environmentální fyzioložka  
**prof. RNDr. Dagmar Džúrová, CSc.**, sociální epidemioložka  
**prof. RNDr. Libor Grubhoffer, CSc.**, virolog  
**doc. MUDr. Marián Hajdúch, Ph.D.**, lékař  
**RNDr. Veronika Hajnová, Ph.D.**, matematika  
**prof. RNDr. Zdeněk Hel, Ph.D.**, imunolog  
**prof. RNDr. Ivan Hirsch**, virolog  
**Rozálie Horká, MPhil**, ekonomka  
**prof. RNDr. Václav Hořejší, CSc.**, imunolog

**Mgr. Ing. Jiří Hudeček, Ph.D.**, sinolog a historik vědy  
**RNDr. Klára Hulíková, Ph.D.**, demografka  
**RNDr. Jindřich Chmelař, Ph.D.**, parazitolog  
**PhDr. Michal Janata**, kulturní historik  
**RNDr. Helena Jiřincová**, virolog  
**prof. Ing. Štěpán Jurajda, Ph.D.**, ekonom  
**prof. RNDr. Jan Konvalinka, CSc.**, biochemik  
**Jan Kulveit, Ph.D.**, vědec  
**doc. JUDr. Filip Křepelka, Ph.D.**, právník  
**MUDr. Milan Kubek**, lékař internista,  
**Ing. René Levínský, Ph.D.**, matematik  
**prof. MUDr. Ladislav Machala, Ph.D.**, infektolog  
**MUDr. Marek Matoušek**, stomatolog  
**MUDr. Radek Mounajjed, Ph.D., DDS**, stomatolog

**Daniel D. Novotný, Ph.D.**, filozof  
**Mgr. Daniel Prokop**, sociolog  
**RNDr. Lenka Příbylová, Ph.D.**, matematika  
**MUDr. Petr Smejkal**, epidemiolog a infektolog  
**doc. Jakub Steiner, Ph.D.**, ekonom  
**MUDr. Martin Straka**, internista  
**MUDr. Jakub Studený**, stomatolog  
**Mgr. Josef Šlerka, Ph.D.**, vysokoškolský pedagog  
**RNDr. Martin Šmíd, Ph.D.**, matematik  
**RNDr. Ruth Tachezy, Ph.D.**, viroložka  
**Mgr. Vít Tuček, Ph.D.**, matematik  
**RNDr. Petra Vidnerová, Ph.D.**, informatička  
**Ing. Jakub Weiner**, analytik

# Ostrov zkázy a beznaděje

**Za katastrofu označují epidemiologickou situaci v České republice už i zahraniční média. CNN analyzovala současný stav v zemi a popsala chyby, kterých se česká vláda dopustila. Podle tohoto rozboru šlo o desítky „drobných chybných kroků a pozdních rozhodnutí“.**

Nejhorší zemí světa v nevyhlášené soutěži „best in covid“ se ocitlo Česko už počátkem ledna a po dvou měsících na ní více méně stále setrvává. Jako relativně vyspělý stát s dobrou infrastrukturou tím vzbuzuje mezinárodní údiv.

„Není důvod, aby země patřila mezi nejhorší. Jako relativně bohatý národ a jako člen EU má Česká republika přístup k očkovacím látkám, zdravotnickému vybavení a technologickým řešením. Má demokraticky zvolenou vládu, systém zdravotní péče je respektován, ekonomika je poměrně silná,“ přibližuje běžnou českou realitu čtenářům a divákům CNN.

## Ostatní rozvolňují, Česko přitvrzuje

Aktuální hodnocení covidové epidemie už tak pozitivní není. „Po celé zemi se rozšířila nová, infekčnější varianta viru, která tlačí české nemocnice na pokraj kolapsu. Počet obětí v zemi právě překročil 20 000. Úmrtnost patří k nejvyšším na světě,“ píše CNN.

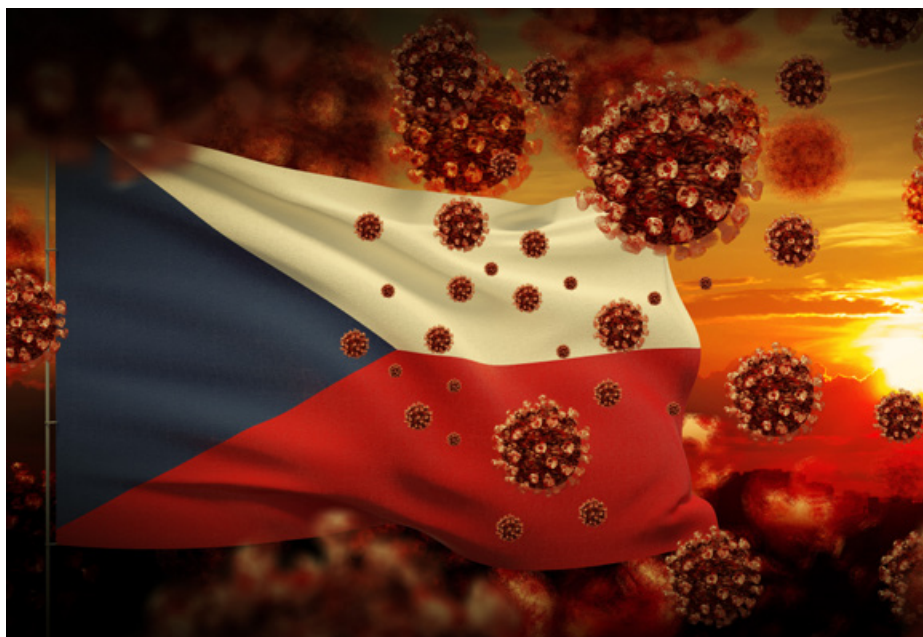
Analýza připomíná, že zatímco většina světa uvažuje o rozvolnění, česká vláda neměla jinou možnost než přijmout velmi přísná protiepidemická opatření. Podle CNN je to výsledek desítek drobných chybných kroků, pozdních rozhodnutí a zpackané komunikační strategie.

CNN se sice pokoušela spojit i s premiérem Andrejem Babišem a žádala ho o komentář, ale odpověď nedostala. Připomněla tedy alespoň premiérova slova z pátečního jednání Sněmovny, kdy uznal, že se vláda dopustila „až příliš mnoha chyb“.

Podle Babiše však není čas dohadovat se o minulosti. Požádal veřejnost ještě jednou o trpělivost. „Chápu, že je to těžké, ale je to velmi důležité, (...) musíme to udělat společně a doufám, že to všichni pochopí a dají nám poslední šanci, abychom to mohli společně zvládnout,“ cituje premiéra CNN.

## Mrtví na vrub politiky?

K věci se ovšem vyjádřili oslovení experti, kteří vládu nijak nešetřili a její chyby jasně pojmenovali. Roli podle nich sehrály volby a politika – a to jak loni, tak letos, kdy se země



ilustrační foto: shutterstock.com

znovu ocitá ve volebním roce. „Mnoho evropských zemí zažilo druhou vlnu, Česká republika v tom nebyla jedinečná. Ale na rozdíl od jiných zemí se jí nepodařilo potlačit druhou vlnu a myslím, že v tom hrály roli volby,“ řekl CNN Jan Kulveit, český vědec na Oxfordské univerzitě, který se zabývá vývojem epidemie.

Podobně kritický byl i epidemiolog a děkan lékařské fakulty Ostravské univerzity Rastislav Maďar. Příčiny krize přesně pojmenoval a jsou podle něj tři. Poprvé vláda chybovala, když v létě nenařídila nošení roušek, pak když před Vánoci otevřela krátce obchody a nakonec v lednu, když nereagovala na příchod nové britské mutace koronaviru.

Stejně nesmiřitelná je k vládě i Dagmar Džúrová, profesorka demografie Univerzity Karlovy, kterou CNN rovněž oslovila: „Vláda neposlouchá odborníky a vypořádává se s pandemií na základě svých politických potřeb, a když jsou opatření vysvětlována veřejnosti, dělají to politici, většinou předseda vlády, což znamená, že část veřejnosti má sklon bojkotovat pravidla z politických důvodů.“ Profesorka Džúrová v této souvislosti poukázala na země jako Německo, kde politici většinou nechávají komunikaci s veřejností na odbornících.

## Nezavřít také průmysl byla chyba

Oslovení experti české vládě doporučují tvrdší opatření, zejména kvůli šíření nakažlivější britské mutace viru. Proti ní ani současná omezení nepomohou. „Opatření, která jsou právě zavedena, jsou dostatečně silná, aby potlačila původní varianty koronaviru, ale ne nové, infekčnější varianty,“ domnívá se Jan Kulveit.

Odborníci navíc považují za chybu, že vláda nepřistoupila k uzavření průmyslu. „Nová varianta (koronaviru) mění pravidla hry. Továrny jsou otevřené a lidé cestují za prací hromadnou dopravou, což by mohlo vést ke zhroucení systému zdravotní péče,“ varoval epidemiolog Rastislav Maďar.

Také profesorka Džúrová se domnívá, že česká veřejnost epidemii covidu-19 podceňuje: „Obávám se, že velká část české veřejnosti stále nechápe, jak špatná je situace. A co je skutečně děsivé, někteří lidé přijali fakt, že vidíme 100, 150 lidí zbytečně denně umírat, a nevnímáme to jako něco, co je alarmující, ale jako něco, co je přirozené a nevyhnutelné, i když ve skutečnosti jde o úplnou tragédii.“

David Garkisch

www.nasezdravotnictvi.cz

# Naše covidová tragédie

Grafy americké John Hopkins University názorně ukazují, že při přepočtu na počet obyvatel je na tom Česká republika mnohem hůře nejenom v porovnání se sousedním Německem, ale i s průměrem celé EU nebo se Spojenými státy, které byly opakovaně prezentovány jako příklad země, která epidemii nezvládla. Worst in covid jsme však bohužel my a Česká republika na covidové mapě Evropy výstražně svítí.

Tabulky počtu hospitalizovaných a zemřelých ukazují druhou vlnu epidemie, která vrcholila na přelomu října a listopadu 2020, třetí vlnu s vrcholem v polovině ledna 2021 a současnou čtvrtou vlnu, která svého vrcholu zatím nedo-

sáhla. Jednotlivé vlny epidemie (s červenými vrcholy) na sebe navazují ve stále kratších intervalech, přičemž zdravotnictví se nedostává času se ani nadechnout. Již šestý měsíc fungujeme v nouzovém režimu. Znepokojivé je navíc to, že ani mezi jednotlivými vlnami (zelená údolí) počet těžce nemocných dostatečně neklesá, naopak vlnu od vlny narůstá výš a výš.

Skutečná situace je navíc ještě dramatictější, než jak ji ukazují oficiální statistiky. V nemocnicích leží ještě další tisíce pacientů kvůli covidu, řada z nich přitom vyžaduje různou podporu vitálních funkcí. Bez ohledu na svůj zdravotní stav jsou totiž pacienti hospitalizo-

vaní s nemocí covid-19 nejspíše po dvaceti dnech vyřazováni ze statistik, neboť již nejsou považováni za infekční. Požadavek, aby vedle „pacientů hospitalizovaných s covidem“ a „pacientů hospitalizovaných s covidem ve vážném stavu“ byla vytvořena ještě kategorie „pacienti hospitalizováni kvůli covidu, nyní již neinfekční“, Ministerstvo zdravotnictví neakceptovalo. Nezapadal totiž do vládní strategie „lakování situace narůžovo“.

Je jasné, že z takového průšvihů se naše zdravotnictví bude vzpamatovávat dlouhé měsíce.

Milan Kubek

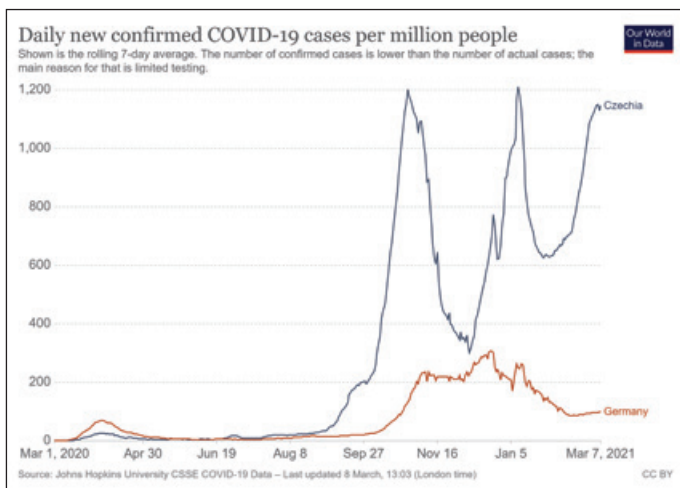
**Počty hospitalizovaných**

	Celkový počet hospitalizovaných	Z toho pacientů ve vážném stavu
<b>4. 9. - pátek</b>	<b>197</b>	<b>50</b>
...		
9. 10. - pátek	2 085	408
...		
30. 10. - pátek	7 673	1 137
<b>6. 11. - pátek</b>	<b>8 283</b>	<b>1 206</b>
13. 11. - pátek	7 200	1 099
...		
<b>4. 12. - pátek</b>	<b>4 436</b>	<b>576</b>
...		
1. 1. - pátek	5 637	890
<b>8. 1. - pátek</b>	<b>7 281</b>	<b>1 114</b>
15. 1. - pátek	7 102	1 143
22. 1. - pátek	6 246	1 070
<b>29. 1. - pátek</b>	<b>5 911</b>	<b>965</b>
5. 2. - pátek	5 848	1 029
12. 2. - pátek	5 938	1 106
19. 2. - pátek	6 511	1 301
26. 2. - pátek	7 176	1 531
<b>5. 3. - pátek</b>	<b>8 256</b>	<b>1 731</b>

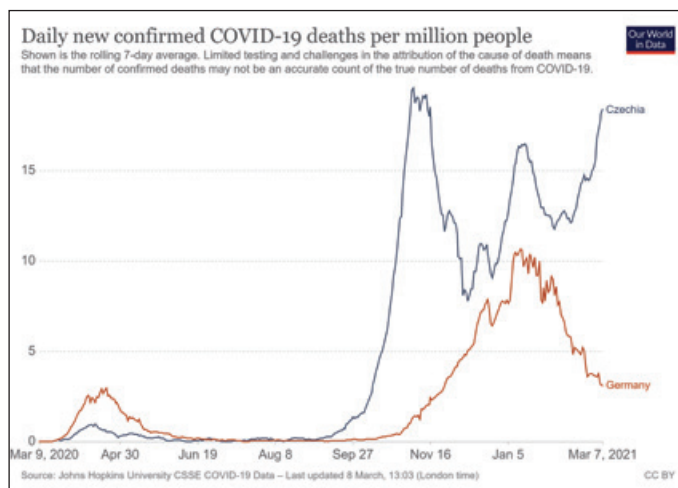
**Týdenní počty zemřelých na Covid v ČR**

Týden	Počet zemřelých
<b>31. 8. - 6. 9. 2020</b>	<b>18</b>
...	...
28. 9. - 4. 10. 2020	136
...	...
26. 10. - 1. 11. 2020	1 225
<b>2. 11. - 8. 11. 2020</b>	<b>1 478</b>
9. 11. - 15. 11. 2020	1 217
...	...
<b>7. 12. - 13. 12. 2020</b>	<b>683</b>
...	...
28. 12. - 3. 1. 2021	974
4. 1. - 10. 1. 2021	1 100
<b>11. 1. - 17. 1. 2021</b>	<b>1 131</b>
18. 1. - 24. 1. 2021	995
25. 1. - 31. 1. 2021	992
<b>1. 2. - 7. 2. 2021</b>	<b>887</b>
8. 2. - 14. 2. 2021	920
15. 2. - 21. 2. 2021	1 054
22. 2. - 28. 2. 2021	1 159
<b>1. 3. - 7. 3. 2021</b>	<b>1 231</b>

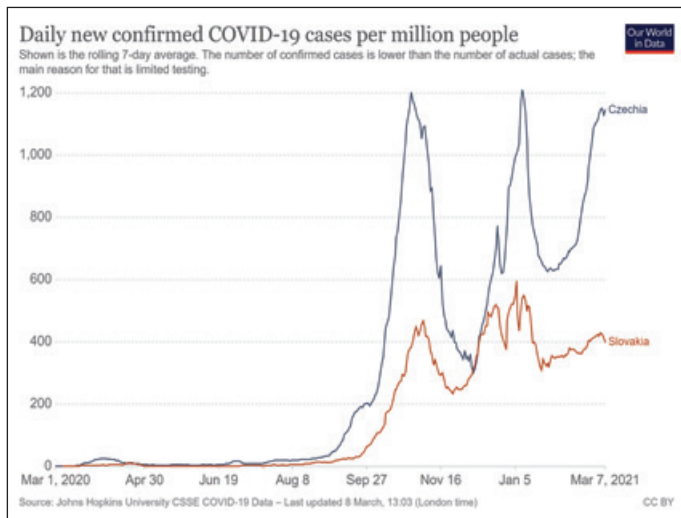
**Počty nakažených ČR versus Německo**



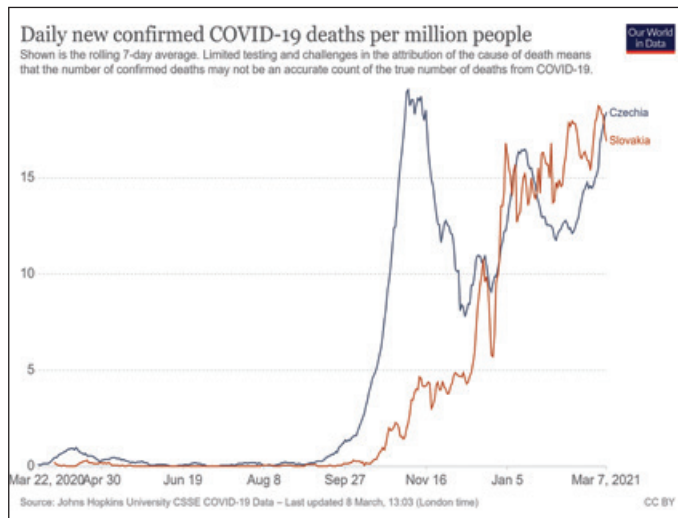
**Počty zemřelých ČR versus Německo**



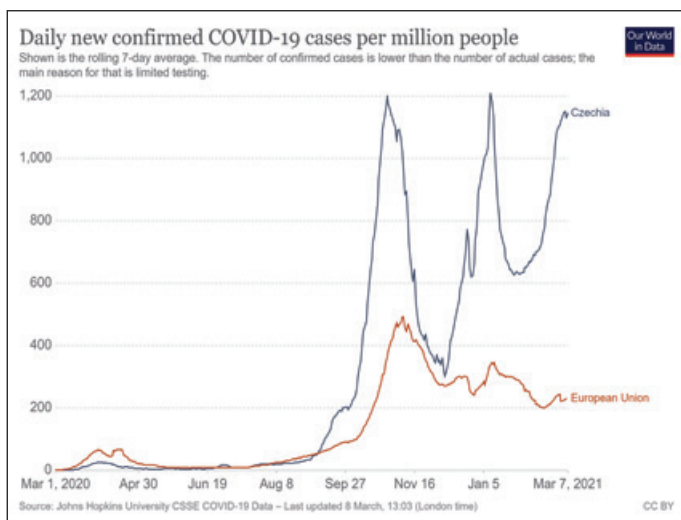
**Počty nakažených ČR versus Slovensko**



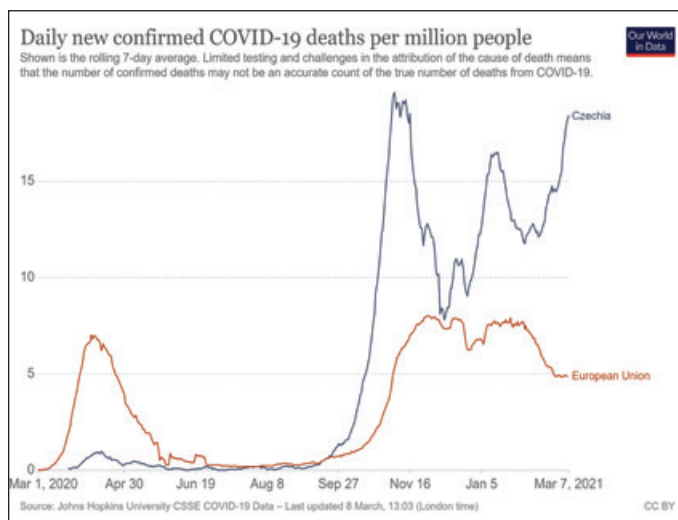
**Počty zemřelých ČR versus Slovensko**



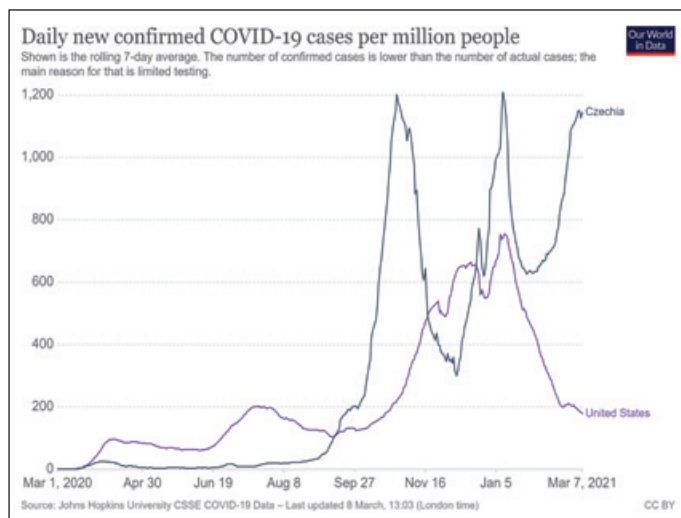
**Počty nakažených ČR versus EU**



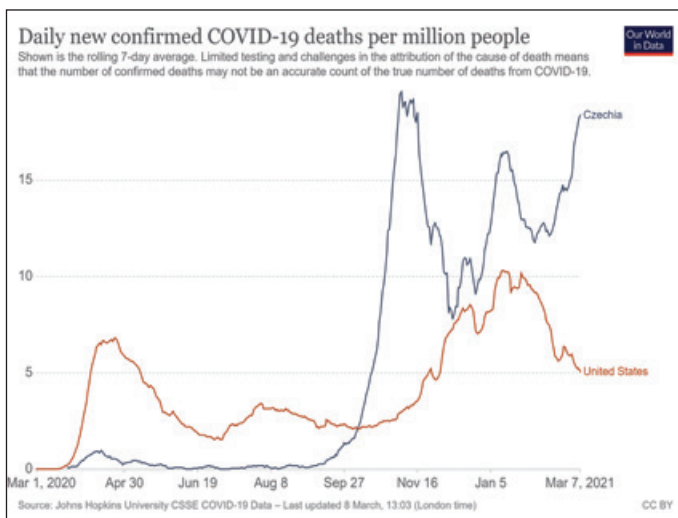
**Počty zemřelých ČR versus EU**



**Počty nakažených ČR versus USA**



**Počty zemřelých ČR versus USA**



# Rada pro řízení epidemie onemocnění covid-19

**Příkazem ministra č. 43/2020 byl dne 24. 11. 2020 zřízen poradní orgán Ministerstva zdravotnictví, který by měl posuzovat opatření přijatá vládou nebo ministerstvem a návrhy dalších opatření v boji proti epidemii covidu-19. Dr. Kubek byl jako prezident ČLK jmenován členem tohoto orgánu.**

## První jednání Rady pro covid se uskutečnilo 7. 1. 2021

Dr. Kubek zde prezentoval připomínky k vládnímu návrhu strategie očkování, která je málo ambiciózní, když počítá během prvního čtvrtletí 2021 s naočkováním pouze necelého jednoho milionu obyvatel, přičemž navíc do značné míry v této fázi spoléhá na vakcínu firmy AstraZeneca, která v té době nebyla dosud Evropskou lékovou agenturou schválena.

Základním požadavkem ČLK je prioritní očkování všech zdravotníků, kteří přicházejí do kontaktu s pacienty, případně s potenciálně infekčním materiálem.

Další připomínky prezidenta ČLK směřovaly k nezvládnutí epidemie, tedy k nedostatečnému testování, nevyužívání potenciálu antigenních testů a nedostatečné motivaci občanů spolupracovat při potlačování epidemie. Protiepidemická opatření platná na podzim byla za nesrovnatelně vážnější situace paradoxně mírnější než na jaře, kdy k rozvoji epidemie v ČR ani nedošlo. Většina lidí se nakazí na pracovišti, ale průmysl není na rozdíl od živnostníků a služeb prakticky omezen, a stát se spoléhá, že zdravotnictví důsledky nezvládnuté epidemie nějak zvládne.

## Druhé jednání Rady pro covid se uskutečnilo 2. 2. 2021

Dr. Kubek vznesl požadavek, aby vedle „pacientů hospitalizovaných s covidem“ a „pacientů hospitalizovaných s covidem ve vážném stavu“ byla vytvořena ještě kategorie „pacienti hospitalizovaní kvůli covidu, nyní již neinfekční“. Vzhledem k tomu, že po 20 dnech jsou pacienti prohlašováni za neinfekční a jsou vyřazováni ze současných statistik, zdá se být situace v nemocnicích méně kritická. Je to patrně součástí taktiky ministerstva lakovat situaci narůžovo. Ve skutečnosti leží v nemocnicích další tisíce pacientů kvůli covidu, řada z nich přitom vyžaduje různou podporu vitálních funkcí.

Prezident ČLK dále zdůraznil nutnost zavést povinné opakované testování v pra-



ilustraci foto: shutterstock.com

covních kolektivech a žáků ve školách. Upozornil na nízkou míru compliance řady lidí k protiepidemickým opatřením a podpořil myšlenku finančních kompenzací nad rámec nemocenských dávek vypláceným lidem v izolaci či v karanténě.

Dr. Kubek upozornil, že se epidemická situace přestala zlepšovat a ustanovila se určitá rovnováha, která však není přijatelná, neboť stále na covid-19 umírá přibližně 1 000 lidí týdně. Očkování probíhá pomalu a navíc hrozí rozšíření nakažlivější, britské mutace viru, která znovu zvýší tzv. reprodukční číslo. Protiepidemická opatření je tedy třeba zpřísnit.

## Třetí jednání Rady pro covid se uskutečnilo 23. 2. 2021

Třetí jednání Rady se uskutečnilo po několika odkladech způsobených politickými tahanicemi o legitimitu či nelegitimitu nouzového stavu.

Dr. Kubek vyjádřil nesouhlas s výrokem náměstka ministra prof. Černého, že za epidemickou katastrofu v ČR nikdo nemůže, a apeloval na ministra Blatného, aby boj s epidemií nevzdával. Zároveň vyjádřil zásadní nesouhlas s tím, abychom rezignovali na snahu o maximální eliminaci viru a přijali strategii postupného promořování. ČR je covidem-19

nejpostiženější zemí v Evropě. V současné situaci není jiná možnost, než vyhlásit na 2–3 týdny skutečně tvrdý lockdown s omezením veškerých ekonomických aktivit, s výjimkou kritické infrastruktury. Dr. Kubek žádal, aby tento návrh byl uveden v zápisu a aby se k němu každý z účastníků porady veřejně vyjádřil. Toto se nestalo.

Ministr Blatný upozornil, že jak tzv. lockdown, tak omezení pohybu osob vyžadují nouzový stav, jehož prodloužení nedokázala menšinová vláda po ztrátě podpory ze strany komunistů prosadit. Pokud nebude schválen alespoň tzv. pandemický zákon, nebude možné vyplácet ani finanční kompenzace podnikatelům, ani mimořádnou podporu pro osoby v izolaci či v karanténě.

Dr. Kubek vyzval profesorku Adámkovou, aby z titulu funkce předsedkyně zdravotního výboru Sněmovny a s autoritou profesorky medicíny pracující v IKEM navrhla Sněmovně vyhlášení nového nouzového stavu a slíbil jí podporu ze strany ČLK.

**Představenstvo ČLK vzalo na svém jednání dne 27. 2. 2021 informace na vědomí a přijalo usnesení (15 pro, 0 proti, 1 se zdržel), že plně podporuje dosavadní postup prezidenta ČLK.**

**Redakce**



# Je „řízené promořování“ nepřiznanou strategií vlády?

Od samého počátku covidové pandemie bylo možno pozorovat dvě strategie, jak se s ní vypořádat.



První je založená na snaze co nejdůsledněji virus eliminovat z populace a byla úspěšně použita v řadě asijských států, ale také třeba na Novém Zélandu. Účinným prostředkem k dosažení takového cíle jsou radikální protiepidemická opatření minimalizující kontakty mezi lidmi, omezení mezinárodních kontaktů, intenzivní testování a důsledné trasování kontaktů infikovaných osob. Stát přitom samozřejmě musí důsledně vymáhat dodržování přijatých opatření. Zastánci této strategie jsou přesvědčeni, že tento radikální přístup se nakonec vyplatí i ekonomicky, a to i přes krátkodobé značné ztráty.

Druhá, mitigační strategie vychází z názoru, že eliminační metoda je příliš nákladná nebo pro většinu společnosti nepřijatelná a že postačí mírnější opatření. Je přitom ovšem potřeba brát v úvahu limity kapacit zdravotnického systému, zvláště té jeho části, která se má starat o těžké případy. Pokud by totiž těžké covidové případy zahltily kapacity jednotek intenzivní péče, byli by ohroženi i necovidoví pacienti, kteří takovou specializovanou péči nezbytně potřebují. Hlavním cílem při takové strategii je tedy omezit šíření epidemie tak, aby počet těžkých případů nebyl příliš vysoký a aby křivka nárůstu případů onemocnění nebyla příliš strmá. Za úspěch je potom považováno, že nedochází k zahlcení zdravotnického systému a relativně velký počet těžkých případů a úmrtí (zvláště pokud velkou většinu tvoří lidé staří a chronicky nemocní) je až druhotným, méně důležitým problémem. Důsledná modifikace této „pragmatické“ strategie dokonce šíření infekce v populaci (promořování) považuje za žádoucí, protože lidé, kteří toto onemocnění prodělají (ve velké většině případů s mírným průběhem), získají proti jeho opako-

vání relativně dlouhodobou imunitu, takže ani není potřeba je očkovat. Tito „promořovači“ říkají, že stačí soustředit se na selektivní ochranu rizikových skupin a jinak nečinit v podstatě žádná protiepidemická opatření. Takto se skutečně chováme např. v případě sezonních chřipek, kdy nanejvýše omezujeme návštěvy v nemocnicích nebo někde krátkodobě uzavřeme školy. Záměr postupovat touto metodou ohlásil v březnu 2020 např. britský premiér; po několika dnech rychlého nárůstu případů byl však nucen od realizace upustit.

První reakce české vlády v březnu 2020 vypadala jako úspěšné nakročení směrem k té eliminační cestě. Koncem jara vypadalo vše velmi dobře – denní počty nových případů byly velmi nízké, úmrtí výjimečná. Počítalo se, že se bude masivně testovat, ohlídá se import ze zahraničí, začne fungovat chytrá karanténa, lokální ohniska nemoci budou snadno identifikována a likvidována. Nic z toho se ale nestalo – vláda se o žádná potřebná opatření nepostarala a dlouho nijak nereagovala na postupný nárůst případů koncem prázdnin. Výsledkem byla nejen podzimní vlna s 10 tisíci obětí, ale i její pokračování až dodneška. Dnes už máme jako téměř jediní na světě čtvrtou vlnu... Epidemie si vyžádala již nejméně 21 tisíc životů (ve skutečnosti ale možná až o 10 tisíc víc). Je bohužel pravděpodobné, že do poloviny roku to bude ještě mnoho dalších.

V této souvislosti si vzpomínám na svoji první účast v dubnové televizní debatě České televize. Před mikrofony tam tehdy stáli také tři další hosté – tehdejší náměstek ministra zdravotnictví Roman Prymula, fyzioterapeut Pavel Kolář a lékař ze Všeobecné fakultní nemocnice Martin Balík. Moderátor tam tenkrát vyjádřil názor, že onemocnění si nakonec prodělá skoro každý a že to jen musíme nějak regulovat – za téměř samozřejmé tedy považoval řízené promořování. Všichni přítomní hosté s tím kupodivu souhlasili (dokonce i to slovo promořování tam několikrát padlo). Tvrdili také, že je to cesta, kterou zvolili ve Švédsku. Jen já jsem nesouhlasil a hájil jsem názor, že se máme snažit maximálně „vyhnat“ ten virus z populace. Upozorňoval jsem také, že promořování není ani ve Švédsku oficiální strategií.

Říkám to proto, že se mi zdá, že přes velký úspěch v jarní vlně se nakonec vláda rozhodla

(asi s ohledem na blížící se volby) neopakovat nepopulární jarní přístup, ale jít cestou onoho promořování a že to je právě prapůvod nynější katastrofy. Zdá se, že ti, kteří o tom rozhodli, se spolehli, že kapacity našeho zdravotnictví jsou dostatečné, takže ty vysoké počty hospitalizací se prostě zvládnou. A asi příliš neřešili, kolik lidí přitom zemře, ani to, že to všechno odnesou zdravotníci.

Myslím, že takový názor byl v souladu s míněním značné části společnosti, že stejně umírají hlavně lidé staří, chronicky nemocní, a tedy „neproduktivní“, a že ty ekonomické škody spojené se snahami o jejich záchranu jsou přílišné (a navíc jejich smrt by ostatním přinesla benefit ve formě úspor za důchody). Takový podle mě nemorální názor lze sice považovat za legitimní, ale zůstává zde onen zásadní problém s potenciálním zahlcením kapacity nemocnic těmi těžkými případy. To by asi bylo možno řešit jediným způsobem – covidové pacienty prostě nepřijímat a nechat je umírat doma. To by ale bylo v zásadním rozporu se zákonem o ochraně veřejného zdraví a asi i s ústavou...

Je naprosto jasné, že pokud by tohle onemocnění hubilo především mladé lidi, nebo dokonce děti, vládu by ani nenapadlo uvažovat o nějakém promořování. Určitě by reagovala energickou strategií eliminace viru, opravdu tvrdým lockdownem, nekompromisním trestáním těch, kdo by nařízení opatření nedodržovali, či je dokonce demonstrativně bojkotovali, masivním povinným testováním a důslednou karanténou infikovaných a jejich kontaktů. Nedovedu si představit, že by se řízené promořování konalo, kdyby to mělo stát životy desítek tisíc dětí; u starých lidí to ale zjevně moc nevádí... Paradox ovšem je, že výsledkem je nejen ten extrémní počet hospitalizací a úmrtí, ale nakonec asi i horší ekonomické škody, než kdyby se přijala rázná eliminační strategie.

Vládní strategie (přijátá bohužel i pod vlivem veřejných vystoupení řady našich prominentních lékařů) nás tedy bohužel dovedla do nynější tragické situace.

Ale třeba se mýlím, jsem paranoidní a vysvětlení je jednodušší – vláda (ale ani opozice) ve skutečnosti žádnou strategii nikdy neměla a k těm tragickým koncům dospěla jen v důsledku naprosté neschopnosti...

Prof. RNDr. Václav Hořejší, CSoc., imunolog

# Promořování je cestou k tragédiím

**Při epidemiích je historicky ověřenou a efektivní metodou jenom tvrdý lockdown. Promořovací přístup vede k tragédiím.**



Když se začátkem roku 2020 objevily první odborně podložené informace o pandemii nového koronaviru, tři důležité parametry, tj. proporce bezpříznakových vs. podíl symptomatických vs. procento těžkých stavů s hospitalizací, byly uváděny v poměru 80 procent vs. 15 procent vs. pět procent. Když se v první postižené zemi potvrdily informace o interhumánním přenosu a podezření na významné komunitní šíření, reagovala Čína způsobem, který umí tak rychle a spolehlivě aplikovat jen nemnoho zemí světa. Tvrdá karanténa odřízla od okolního světa provincii Chu-pej s počtem obyvatel podobným celé Itálii. Přísná opatření drasticky snížila mobilitu populace a tím bylo dosaženo žádoucího efektu.

Izolace, karanténa a omezování vycházení, respektive pohybu jsou z pohledu historie epidemií známé stovky let. Jsou efektivní, ale současně organizačně i ekonomicky mimořádně zatěžující, na druhou stranu vedou k nápravě stavu za nejkratší dobu. Jejich zavedení lze ve své podstatě považovat za epidemiologicky simplexní a velmi konzervativní postup. Jsou sázkou na jistotu, když chybí jistota, že vidíme celý rozsah problému, a proto není možné cíleně zasáhnout formou jemnějších protiepidemických opatření. Prostě když je mnoho neznámých a vlak se řítí příliš rychle, tak se v časové tísní raději zatáhne za brzdu.

Tato situace nastala začátkem března i v ČR, a proto se i u nás použil již v jiných, předtím více postižených zemích do té doby jediný osvědčený postup. Tvrdý lockdown následovaný opatrným rozvolňováním, u nás ve vlnách vzdálených od sebe maximální inkubační dobou. V následujícím období se však pořád častěji objevovala otázka, jestli je totální lockdown skutečně jedinou spolehlivou cestou z nepříznivé epidemiologické situace. Jeho opakování totiž vede ke krvácení hospodářství země, což má s odstupem času negativní dopad i na financování zdravotnictví

a vede ke snížení kvality zdravotní péče, včetně preventivní. Úvahy o možné jiné cestě zesílily, když byla popsána hodnota reprodukčního čísla v intervalu mezi dvěma a třemi a v návaznosti na to odhadnuta úroveň kolektivní imunity mezi 60 a 70 procenty. Vysoký 80procentní podíl nálezů probíhajících bezpříznakově dával naději, že by mohla být kolektivní imunita dosažena regulovaným šířením viru u nerizikové populace při současné pečlivé ochraně rizikových skupin s predikovatelnou horší prognózou covidu-19. Pokud by to fungovalo, byla by to významně rychlejší i levnější cesta z pandemie.

Už brzy se však ukázalo, že to nebude tak jednoduché. Serologické přehledy v nejlépe postižených oblastech Německa a Rakouska v druhé polovině dubna ukázaly nízkou prevalenci postinfekční imunity ve formě sérových protilátek. To se následně potvrdilo i na našem území, včetně koronavirem nadstandardně zasažených oblastí na Olomoucku. Bylo čím dál zjevnější, že bezpříznakové nákazy neposkytují dostatečnou séroprotektu, aby mohlo promoření proběhnout rychle, relativně bezpečně a efektivně. Situaci navíc komplikovala absence unifikovaných preventivních postupů a významný nedostatek ochranných pomůcek k ochraně rizikových skupin populace a jejich kontaktů. Bylo tedy zřejmé, že bezpečné promoření populace není možné, aniž by to vedlo ke zbytečným, neakceptovatelně vysokým obětem na lidských životech. Navíc by hrozilo akutní přetížení systému zdravotní péče. Už začátkem května tak koncepce promoření, nebo pro laiky „přirozené imunizace populace“ nebyla z odborných a z etických důvodů akceptovatelná. I když jí některé země různě dlouhou dobu dál zkoušely, ani s odstupem času to nebylo hodnoceno jako správná cesta a jejich vlády se za svůj omyl později omluvily.

Ne každý však tuto skutečnost pochopil, dokonce ani za několik měsíců. V průběhu úspěšného jarního rozvolňování i epidemiologicky příznivé první poloviny letního období jejich názor zpočátku zanikal. O to více zazněl v kritické situaci koncem srpna a začátkem září, kdy se obrazně řečeno lámal chléb a způsobil první fatální podcenění situace s následnou pozdní reakcí. Přístup „když virus prochází populací, ale není to vidět v nemocnicích, je to v pořádku“ vedl na podzim k velkémú počtu osobních tragédií. Neschopnost pochopit epidemiologický přístup a základní pravidla boje s virem byla až zarážející. Bylo zřejmé,

že pokud se viru nebudou do cesty klást překážky ve formě včasné implementovaných a účelných protiepidemických opatření, nekontrolované a netrasovatelné komunitní šíření viru nevyhnutelně na nemocnice časem dopadne. Po více než půlroce boje s pandemií už v té době bylo možné vědět, že korekce bude bolestná, tragická a bude trvat až příliš dlouhou dobu. Jinými slovy, bylo jasné, že pokud převládne tento přístup, bude to pro zdravotníky v intenzivní péči peklo, nemluvě o pacientech s těžší formou nemoci.

Po personálních změnách na MZ začal bohužel promořovací přístup dominovat, čehož vyústěním byla myšlenka „rozvolníme, uvidíme“ těsně před Vánoci. Přivedlo nás to do společnosti zemí, kterým se zvládat pandemií na svém území nedaří, a to v celosvětovém měřítku. Pro vyspělou zemi s kvalitním a robustním zdravotnictvím je to poměrně slušná mezinárodní ostuda. Nemluvě o přetížených lékařích, sestřích a dalších pracovnících dlouhou dobu přetížených nemocnic, kteří při své práci čelí podmínkám neobvyklým pro mimoválečné období.

Stávající pandemie jednoznačně ukázala, že je potřeba zasáhnout včas, dostatečně rázně a vydržet dost dlouho. Děravá karanténa a spousta nesrozumitelných pravidel a výjimek vedou k únavě a demoralizaci populace, a tím ke ztrátě ochoty je respektovat. Nepochopení principu a stejné chyby těch, kteří boj proti epidemii řídí, vedou k opakování brzdění a rozvolňování, což bude nakonec mnohem delší i významně nákladnější než jeden relativně krátký, ale kompletní lockdown s následným opatrným rozvolněním, které by zajistilo, že se vydáme po jednosměrné cestě bez nutnosti opět brzdit. Místo toho probíhá z oficiálních míst nevyřčené promořování populace, když některé odhady promořenosti už teď na začátku března dosahují 4–4,5 mil. obyvatel.

Pohled na všechny důležité epidemiologické a klinické parametry je aktuálně neveselý. Přestože procházíme další plošnou karanténou, stále nebylo přesně a konkrétně stanoveno, co se od ní očekává, kdy bude její účel naplněn a jak se bude následně rozvolňovat. To vede k pochybnostem, jestli „velení na můstku“ má vůbec nějaký plán postupu pro různé varianty dalšího vývoje a více než 10milionová posádka té lodě stále na horizontu nevidí nic pozitivního.

**Doc. MUDr. Rastislav Maďar, Ph.D., MBA, FFTM RCPS**  
děkan Lékařské fakulty Ostravské univerzity

# Worst in covid

**Proč jsme worst in covid, musíme pečlivě analyzovat, aby se to, co prožíváme, už nikdy nestalo. I tuhle vlnu zvládneme, ale další už dopustit nemůžeme. Opakujeme stále ty samé chyby, máme zpoždění v řádu i měsíců se zaváděním testování, odhalováním mutací a řízení typu brzda-plyn se nám nedaří přeměnit v cosi jen trochu sofistikovanějšího, co by nás stálo méně životů, sil i peněz.**



lékařská reprezentace, za níž často vystupují lidé nedržící se zcela principů medicíny založené na důkazech a potažmo řízení epidemie založené na dobrých datech, důkazech a zkušenostech ze západního světa.

Do toho všeho vstupuje známý český fenomén – popletení rolí. Tj. intenzivista mluvící do epidemiologie, zubař mluvící do všeho včetně politiky, politik mluvící do problematiky očkování a nastavování protiepidemických opatření. A když už se najdou špičky ve svých oborech, mnoho z nich se ukáže mít takový konflikt zájmů, že by to v žádné západní zemi neprošlo. To musí skončit. Každý z nás budme profesionálem ve svém oboru a budme pokorní. Budiž standardem přiznat i sebemenší potenciální konflikt zájmů, který odborník má, jde přece o důvěru v to, co říká.

Je to tedy do jisté míry selhání nás všech, celé společnosti. A máme teď ohromnou příležitost mnoho věcí radikálně změnit nebo zlepšit.

K výměně mnoha politiků dojde na podzim. Zdravotnictví

bude na nás a nečekejme jen na nějakého nového ministra, který všechno spasí. Udělejme co nejdřív pár základních věcí. Praktický lékař musí být základem veškeré dobré péče daleko víc, než je tomu v současnosti. Musíme se víc starat o mladé lékaře a především o sestry a veškerý střední zdravotnický personál, dejme jim víc kompetencí, vidíme, jak nám nyní chybějí. A urychleme digitalizaci ve zdravotnictví.

Dovolte mi, abych se přimluvil ještě za své obory infektologie a nemocniční epidemiologie. Starejme se víc o nemocniční nákazy. Ať má každá nemocnice svého infektologa konziliáře. Ať má náš stát jakýsi důstojný Raškův ústav veřejného zdravotnictví a epidemiologie, nejlépe vzniklý transformací Státního zdravotního ústavu.

Přestaňme pořád hledat jen nějaké české cesty. Dost to zdržuje, protože většinou nikam nevedou. Inspirujme se více zahraničím a nechme si poradit a pomoci, sebevědomý národ se za to přece nemusí stydět.

**MUDr. Petr Smejkal,**  
epidemiolog a infektolog

Inzerce

Charakter je architektem úspěchu, říká klasik, a právě v tom je naše zem, tak kulturně bohatá a vzdělaná, stále vzdálená od západní Evropy. Netrpělivost, nedostatek pokory a snaha si všechno ulehčit a obejít nám ve zvládnání pandemie nepomáhají. To je problém na dlouhou dobu, který snad vyřeší až generační proměna. Stačí se projet po DI, aby člověk mnohé pochopil.

Vedle měnícího se a zákeřného viru jsou na našem neúspěchu

nápadné zejména dvě věci. Nepřipravená politická reprezentace, která dělá z lidí pasivní masu a dlouho je odmítala do řešení krize zapojit stylem *my moudří všechno víme a vy budete poslouchat, vysvětlováním se nebudeme zdržovat*. Tato politická reprezentace si až donedávna vybírala a poslouchala odborníky, kteří odborníky nejsou, a odmítala pomoc těch, jež poslouchat naopak měla. Tohle souvisí s druhým problémem – nepřipravená odborná

 NEXTCLINICS

## Kariéra u NEXTCLINICS

Skupina NEXTCLINICS působí ve zdravotnictví od roku 2015. Ve svém portfoliu má kliniky, odborné ambulance i laboratoře s dlouholetou tradicí. Expandujeme a neustále rozšiřujeme rozsah nabízených služeb i tým lékařů.

**Právě hledáme gynekologa / gynekoložku se zájmem o reprodukční medicínu.**

Přidejte se k nám a staňte se součástí rodiny ProCrea Swiss IVF Center s.r.o. v Praze.

Kontakt:  
Ing. Barbora Nováková  
E: barbora.novakova@next-clinics.com  
T: +420 731 695 989

[www.next-clinics.cz/kariera](http://www.next-clinics.cz/kariera)

# Je to vina vlády

**Kvůli opakovanému a jen obtížně pochopitelnému selhávání odpovědných politiků a vládních institucí, zvláště Ministerstva zdravotnictví v čele s ministrem Blatným, nabývá současná epidemie covidu-19 děsivých a v moderní době zcela bezprecedentních rozměrů.**



Podle všeho již brzy překročíme hranici 30 000 nadúmrtí. Denně v souvislosti s onemocněním covid-19 umírá více než 200 lidí. Nemocnice jsou zahlcené, zdravotníci na pokraji fyzických, psychických a morálních sil. Vláda, již je svěřena péče o lid České republiky, přijímá opatření pozdě, v nedostatečné míře, evidentně na základě jiných pohnutek, než je záchrana lidských životů, ochrana veřejného zdraví a socioekonomického welfare naší společnosti.

Je obtížné hovořit o odpovědnosti právní, ta morální je ale jasná: vláda, zvláště premiér Babiš, jemuž zdatně sekunduje současný ministr zdravotnictví Blatný, nesou plnou morální odpovědnost za tisíce mrtvých, za zničené lidské životy, za bolest, utrpení, za hrůzy, jimiž si musejí lékaři a sestry procházet. Nesou odpovědnost za polovičatá opatření, jež otevřela stavidla masivnímu šíření viru SARS-CoV-2 a jeho nebezpečných mutací. Mají jasnou odpovědnost za současný stav společnosti, za naštvanost a znechucení lidí, kteří v jejich rozhodnutích jen těžko hledají nějakou logiku a konzistenci a po téměř roce alibistického přešlapování této vlády na místě toho už zkrátka mají dost. A zatímco ministerský předseda dál vesele čerpá dotace, na něž zřejmě nemá nárok, zpackaný a diletantský přístup k boji proti pandemii vyčerpává veřejné finance, neúměrně zatěžuje rozpočet (a tím i naši budoucnost), mnozí lidé krachují a matky samoživitelky počítají každou korunu, aby sobě a svým potomkům zajistily i to nejzákladnější, jako je střecha nad hlavou, teplá voda a jídlo.

Vím, že se opakují, některé věci však zasluhují, aby se opakovaly stále dokola. Je to vina této

vlády, že se nacházíme v takovéto hrozné situaci. Kdyby poslouchala odborníky a neupřednostňovala svůj prospěch před zdravím a životy, mohli jsme na tom být mnohem lépe. Ne dobře, protože virus SARS-CoV-2 tady prostě je, ale lépe, neboť jeho šíření je možné efektivně omezovat. Pokud prof. Černý, náměstek ministra Blatného, tvrdí, že současný stav není ničím jiným, než selháním vlády, potom prokazuje neuvěřitelný cynismus. Někdo by dokonce řekl, že přímo drzost.

V posledních týdnech se v médiích objevují zprávy, že některé zdroje (plicní ventilátory, ECMO, čas lékařů a sester) začaly být vzácné. Není tedy možné poskytnout je všem a lékaři jsou postaveni do situace, kdy musejí provádět selekci pacientů. Rozhodují tak často o životě a smrti, o životě a smrti pacientů, kteří by za normálních podmínek ventilátor či jiný zdroj dostali, a získali tak naději bojovat a probojovat se k uzdravení či alespoň stavu neohrožujícímu jejich život. Čekali byste, že Ministerstvo zdravotnictví upřímně přizná vážnost situace a podá svým lékařům pomocnou ruku? Mysleli byste si, že je podpoří a poskytne jim etické a právní nástroje, o něž by se mohli v situaci nutnosti rychlých rozhodnutí opřít? Pokud ano, byli byste zklamáni. Z novinových zpráv a svědectví lékařů se zdá, že ministerstvo sleduje úplně jiné cíle: zatloukat, zatloukat a zase zatloukat. A když si nějaký ten lékař troufne pozvednout hlas, pošle se na něj a jeho oddělení kontrola.

Tato epidemie trvá již více než rok. A celý ten rok ministerstvo zřejmě spalo. Mohlo, stejně jako jinde v civilizovaném světě, připravit doporučení a směrnice, jež by lékaře bezpečně provedly etickými a právními nástrahami triáže a alokace vzácných zdrojů. Mohlo ustanovit speciální komisi, jež by to udělala. Mohlo se inspirovat v zahraničí. Nebo i u nás. Kabinet zdravotnického práva a bioetiky Ústavu státu a práva AV ČR připravil již v březnu minulého roku etické a právní podklady k tvorbě doporučení ohledně alokace vzácných zdrojů. I odeslal je i na Ministerstvo zdravotnictví, které – jaké překvapení – vůbec nereagovalo. Minimálně od března minulého roku mohla v ČR probíhat široká diskuse odborníků na zdravotnické právo, etiku a medicínu, jejichž výsledkem mohla být jasná, transparentní, eticky a právně podložená doporučení. Nestalo se tak a lékaři jsou ponecháni svým otázkám a nejistotě

napospas. Jsou jejich rozhodnutí eticky v pořádku? Nehrozí jim za ně právní postih? Jak mají tak těžká rozhodnutí sdělovat rodinám?

Lékaři a sestry jsou pod neuvěřitelným tlakem. Následky se již projevují a možná se začnou ještě více projevovat, až hlavní nápor skončí, adrenalin opadne, budou se moci volněji nadechnout a zpětně se zamyslet, čím si museli projít. Kromě fyzického, psychického či dokonce existenčního vyhoření jim hrozí i vyhoření morální. Jedná se o poměrně nedávno identifikovaný fenomén, jehož podstata spočívá v tom, že si lékaři či sestry uvědomují, že určité řešení (třeba snažit se zachránit nějakého konkrétního pacienta) je eticky správné, vzhledem k okolnostem ho však nemohou provést. Důsledky mohou být devastující, protože se týkají samotné morální a profesní integrity zdravotníků, jejich vnímání sebe sama jako lidských bytostí, morálních aktérů a zdravotních profesionálů.

Ministerstvo zdravotnictví se ke „svým lidem“ chová jako zlá macecha. Namísto aby jim pomohlo, nechá je se v tom pořádně vykoupat. A přitom by stačilo tak málo. Začít upřímností a otevřeností. Přiznat, že jsou lékaři a sestry zcela bez viny, v obtížné situaci, v níž nemohou zachránit každého. A nabídnout jim morální podporu. Například právě v podobě směrnic, jež by poskytl jasná a dobře podložená etická vodítka pro rozhodování v době krize. Lékaři by tak mohli nahlédnout, že i když je jejich situace nesmírně těžká, nejsou jejich rozhodnutí nemorální. Právě naopak: jsou plně ve shodě s principy etiky alokace vzácných zdrojů. I děsivá rozhodnutí mohou být morálně korektní, i takové volby, které rozhodují o životě a smrti, mohou být v souladu s principy etiky.

Nedělám si velké naděje, že ministerstvo náhle procitne ze svého alibistického spánku. Tato země a ti, kteří v první linii bojují proti onemocnění covid-19, by si však zasloužili lepší vládu a ministerské úředníky. Nevyvodí-li příslušní lidé svou osobní a profesní odpovědnost za to, co se v naší zemi děje, měli bychom využít všech demokratických prostředků a učinit to za ně. Příští parlamentní volby mohou být začátkem ozdravné změny, který bude ve prospěch nás všech.

**PhDr. David Černý, Ph.D., etik**

# Je opravdu čas, aby sníh roztál, nebo je potřeba více sněhuláků a sněženek?

**Dezinformací (záměrně šířených nepravd) vídáme poslední dobou víc, než by bylo zdravo. A je to problematické především proto, že mohou postupně ovlivnit pohled veřejnosti, ale také budoucí strategie. Veřejnost ani politici se již na podzim neorientovali v množství vystoupení jednotlivých odborníků i rádo by odborníků a vzniklý chaos stál (a stále stojí) zbytečné životy.**

Jsou v podstatě dva základní přístupy, které mohla vláda zaujmout. Slovikův nebo Sunsteinův přístup. Budto se zaměřit na emoce lidí, či na odborníky. V pandemické situaci je v demokratické společnosti vhodné oba přístupy protnout, poslouchat odborníky (např. ve formě nadresortní komise) a zároveň věcně komunikovat, co se bude dít a proč. Překvapivě nastalo propojení obou přístupů, ale s využitím většiny jejich negativ – neustálé změny, ignorování nových dat, zamlžování směrem k veřejnosti, chlácholení, i když je vysoká míra nadúmrtí zcela zřejmá. 18. prosince 2020 proto proběhla tisková konference, na které se představila nově vzniklá Iniciativa Sníh (iniciativa-snih.cz). Od začátku se jednalo o think-tank, který měl spojit odborníky různých specializací a společně pomáhat při minimalizaci celkových krátkodobých i dlouhodobých negativních dopadů epidemie covidu-19 na společnost, včetně dopadu zdravotního, ekonomického, sociálního a dopadu na psychické zdraví obyvatel. Jedním z principů iniciativy je, že názory by si měli odborníci vyříkat mimo média a nemá tak veřejnost různorodými prohlášeními. Po sérii vystoupení předních odborníků, členů think-tanku, začala iniciativě naslouchat i vláda. Objevily se ale i reakce, které argumentují zastaralými daty nebo zkrátkou přístupem, jenž preferuje rychlejší prostup viru populací, ačkoli již nyní víme, že obětí násobků zemřelých nepřinese usmíření ekonomických bohů, navíc je to postup krajně neetický. Obecně izolovat tak velkou část populace (další z návrhů, které iniciativa kritizuje) není v demokratické společnosti možné, je to ale v diskusích často opakovaný argument.

Počátkem února se tlak na iniciativu zvýšil. Objevují se slovní útoky na veřejnosti, některé stránky nebo blogeri se dopouštějí argumentačních faulů, které nemusejí být snadno rozpoznatelné, ale vyvolávají silné emoce, namířené přímo proti vědcům. Například na blogu režiséra Jana Tománka si lze v jeho článku Nejvyšší čas, aby konečně roztál Sníh! přečíst: „Pokud na to máte sílu, myslím, že nastal čas je s jejich činy



konfrontovat. Třeba se za nimi vypravit...“ Při těchto slovech už trne, nejedná se o trollování na sociálních sítích. Ale nabízí i učebnicové argumentační fauly, např.:

- Falešné dilema (nejdou to jen důchodci, nebo děti, je to třeba i zdravotnictví)
- Hadrový panák (straw man)
- Útok na osobu, ne na argument (píše o Iniciativě sníh a poté „Nevím, jestli je sníh čistý, tak jak se tváří, nebo je špinavý“ či „Setkal jsem se v životě s psychopatem...“)
- Nepředkládá argumenty, ale odvolává se na názor jedné lékařky
- Kritizuje strach a hysterii, ale sám to záměrně využívá („Chtějí vše zavřít, zničit naši ekonomiku a zdevastovat celou generaci dětí.“)

Přitom si stačí na stránkách iniciativa-snih.cz přečíst, jaké jsou její cíle, že také nepovažuje lockdown za dlouhodobé řešení, chce vrátit zemi do normálu a navrátit děti do škol. Ale bezpečně, ne bezhlavě. Doporučuje zavedení strategie založené na masivním testování (za použití nových levných a bezbolestných metod) a rychlém záchytu potenciálních šířitelů infekce. Je zcela zásadní říci, že podobné systémy pomohly epidemii covidu-19 dostat pod kontrolu v mnoha zemích světa, a to zdaleka nejen v zemích asijských, kde je možné argumentovat jinou menta-

litou či autoritativnějším politickým systémem. Mimo jiné se jedná například o Austrálii a Nový Zéland, kde se nyní počty případů pohybují okolo 10 denně, oproti vyšším tisícům v ČR (Austrálie zažila v létě mírnou druhou vlnu, kterou však včas zachytila a počet nových případů – na celou Austrálii – se vyšplhal k pěti stům případů denně). Zároveň Iniciativa Sníh upozorňuje na důležitost spravedlivé kompenzace karantény, aby nyní jen velmi slabý mechanismus trasování mohl fungovat.

Třetí důležité téma týkající se testování je zvýšení míry sekvenování virových variant, neboť různé varianty viru vyžadují různá epidemiologická opatření, či možná dokonce různou léčbu. Vybudování takové infrastruktury testování navíc bude zásadní v případě nedostatku vakcín, příchodu variant viru rezistentních vůči nabytí imunitě či očkování a v případě nových virů, které takřka jistě v budoucnu přijdou.

Pan Tománek by si také přál dát dohromady stejně smýšlející lidi, kapacity napříč odvětvími. Tedy navrhuje to, co v Iniciativě Sníh vzniklo. Možná je jen potřeba, aby bylo víc sněhuláků a sněženek.

**David Anthony Procházka,**

VŠE FPH, Centrum evidence-based managementu, Sisyfos  
**Jakub Tomek, UC Davis, California, University of Oxford**

# Vláda ukládá pracovní povinnost ambulantním lékařům a zdravotníkům

**Česká lékařská komora odmítá alibistická vyjádření Ministerstva zdravotnictví, že za katastrofální epidemickou situaci v České republice údajně nikdo nemůže.**

Situace v nemocnicích je skutečně kritická, ale vláda přesto není ochotná ani na pár dní zavřít továrny. To nedává smysl. Ministři zřejmě mají stále pocit, že „zdravotnictví to nějak zvládne“. Šestý měsíc fungování v nouzovém režimu ale dostává naše zdravotnictví na dno. Epidemii je možné zvládat pouze účinnými protiepidemickými opatřeními, jejichž zavádění však vyžaduje odvahu, kterou vláda evidentně nemá. My zdravotníci, kdo pracujeme v nemocnicích a ambulancích, epidemii bez pomoci politiků a všech občanů nezvládneme.

Zatímco se politici a právníci planě handrkovali, zda máme, či nemáme nouzový stav, epidemie se rozjela do krize, jakou v naší novodobé historii nepamatujeme. V současnosti umírá v naší zemi na nemoc covid-19 každých osm minut jeden člověk. Česká republika je nejpostiženější zemí Evropy.

Konfrontována s důsledky svého vlastního selhání vláda ČR s účinností od 4. 3.

2021 uložila pracovní povinnost lékařům a zdravotnickým pracovníkům, kteří pracují v ambulantních zdravotnických zařízeních, v zařízeních poskytujících jednodenní péči a v lůžkových zařízeních, jež neléčí pacienty s nemocí covid-19, a to s výjimkou praktických lékařů, praktických lékařů pro děti a dorost a gynekologů, včetně jejich zaměstnanců. Výjimku mají dále zaměstnanci hospiců.

Má-li mít výpomoc ambulantních zdravotníků v nemocnicích smysl, nesmí být chaotická. Ten, kdo nemá potřebnou kvalifikaci či praxi, ten by byl v nemocnici spíše na obtíž. Rovněž je třeba si uvědomit, že ambulance tvoří první linii obrany našeho zdravotnictví. Po jejím vyklizení se pacienti neuzdraví, jen se nahnou do beztak již přeplněných nemocnic. Každý by měl dělat to, co umí. V současnosti je nejenom práce praktických lékařů, ale i většiny ambulantních specialistů nenahraditelná.

Česká lékařská komora trvá na tom, že

výpomoc musí být dobrovolná, a to navíc při zajištění plných ekonomických kompenzací pro lékařské praxe, které kvůli ní omezí provoz. Právní kancelář ČLK připravuje analýzu situace.

My zdravotníci děláme a děláme vše, co je v našich silách, a to bez ohledu na skutečnost, že odměny za boj s epidemií mají stále jen podobu vágních slibů. Naši snahou je snižovat ztráty na životech a škody na zdraví způsobené nezvládnutím epidemie. Zároveň jsme však povinni také hájit práva a zájmy členů naší komory. Proto jsem se obrátil na hejtmany s nabídkou, že Česká lékařská komora pomůže s organizací této výpomoci.

Nařízení pracovní povinnosti má široké právní konotace. Pracovní povinnost nelze například podle zákona o krizovém řízení nařídít osobám do 18 let a nad 62 let věku. Podrobný rozbor připravila Právní kancelář ČLK.

**MUDr. Milan Kubek**, prezident ČLK

## Dopis prezidenta ČLK hejtmanům

Vážená paní hejtmanko, vážený pane hejtmane, vážený pane primátore,

obracím se na Vás v souvislosti s rozhodnutím vlády ČR, které Vás zmocňuje k povolávání ambulantních zdravotníků na výpomoc v nemocnicích. **Jako prezident České lékařské komory Vám nabízím pomoc a žádám Vás, abyste další své kroky koordinoval(a) s předsedy okresních sdružení lékařské komory z Vašeho kraje.**

Situace v nemocnicích je skutečně kritická, ale vláda přesto není ochotná ani na pár dní zavřít továrny. To nedává smysl. Ministři mají stále pocit, že „zdravotnictví to nějak zvládne“. Šestý měsíc fungování v nouzovém režimu však dostává naše zdravotnictví na mělčinu. Epidemii může-

me zvládnout pouze účinnými protiepidemickými opatřeními, jejichž zavádění však vyžaduje politickou odvahu, kterou vláda evidentně nemá.

Vzhledem k tomu, že naším společným zájmem je snížit ztráty na životech a škody na zdraví v důsledku nezvládnuté epidemie, nabízím Vám pomoc profesní lékařské samosprávy. Má-li mít výpomoc ambulantních zdravotníků v nemocnicích smysl, nesmí být chaotická. Ten, kdo nemá potřebnou kvalifikaci či praxi, ten by byl v nemocnici spíše na obtíž.

Rovněž je třeba si uvědomit, že ambulance tvoří první linii obrany našeho zdravotnictví. Po jejím vyklizení se pacienti neuzdraví, jen se nahnou do beztak již přeplněných nemocnic. Každý by měl

dělat to, co umí. V současnosti je nejenom práce praktických lékařů, ale i většiny ambulantních specialistů nenahraditelná.

Prostor spatřuji spíše u těch ambulantních zařízení, kde pracuje více lékařů a ostatních zdravotníků, a některý z nich by tedy mohl v nemocnici vypomáhat bez přerušení jejich provozu.

Česká lékařská komora trvá na tom, že výpomoc musí být dobrovolná, a to navíc při zajištění plných ekonomických kompenzací pro lékařské praxe, které kvůli ní omezí provoz.

S pozdravem a přáním úspěšné spolupráce

**MUDr. Milan Kubek**,  
prezident České lékařské komory

3. 3. 2021

# Pracovní povinnost

## Aplikace usnesení vlády ČR o nasazení ambulantních specialistů v rámci pracovní povinnosti v souvislosti s epidemií covidu-19.

Vláda ČR vydala dne 3. března 2021 usnesení č. 247 k zajištění poskytování zdravotních služeb poskytovateli zdravotních služeb akutní lůžkové péče po dobu trvání nouzového stavu. V rámci tohoto usnesení pak byla nařízena pracovní povinnost lékařům a zdravotnickým pracovníkům, již vykonávají nelékařské zdravotnické povolání a kteří jsou poskytovatelem zdravotních služeb (nebo zaměstnanci poskytovatele) ve formě ambulantní péče, jednodenní péče, či lůžkové péče, v jejichž zdravotnickém zařízení nejsou hospitalizováni pacienti s onemocněním covid-19 (dále jen „ambulantní specialisté“). Uvedené se nevztahuje pouze na poskytovatele (a zaměstnance) v oboru všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost a gynekologie a porodnictví a na zdravotnické pracovníky ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu. Uvedené nařízení nabylo účinnosti dne 4. března 2021 od 00.00 hod.

### Zákoník práce

Nařízení pracovní povinnosti je v souladu s ustanovením § 29 odst. 6 zákona č. 240/2000 Sb., krizový zákon (dále jen „krizový zákon“), považováno za tzv. „jiný úkon v obecném zájmu“. Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce (dále jen „zákoník práce“) v ustanovení § 200 zakotvuje právo zaměstnance na pracovní volno v nezbytně nutném rozsahu mimo jiné právě za účelem výkonu jiných úkonů v obecném zájmu, pokud tuto činnost nelze provést mimo pracovní dobu.

Krizový zákon však neřeší to, v jakém právním (pracovněprávním) režimu se osoba vykonávající pracovní povinnost reálně nachází. K nařízení pracovní povinnosti dochází prostřednictvím tzv. pracovního příkazu, který obsahuje rozsah, obsah, místo prací, jméno, příjmení, datum narození, bydliště, den a místo nástupu pracovní povinnosti, druh práce, předpokládanou délku plnění, poučení a označení orgánu, který příkaz vydal. Nikde však není zakotveno, že by pracovním příkazem došlo k založení nového pracovněprávního vztahu mezi poskytovatelem zdravotních služeb a konkrétním lékařem. Dotčený lékař proto s největší pravděpodobností nepoží-



vá žádné ochrany jako zaměstnanec poskytovatele, k němuž byl pracovním příkazem odeslán. Není tedy například omezen ve své odpovědnosti za škodu do čtyřapůlnásobku průměrného měsíčního výdělku. Není také zřejmé, zda se na případné pochybení takového lékaře bude vztahovat pojištění odpovědnosti, jež nemocnice jako poskytovatel zdravotních služeb uzavírá a v rámci kterého se běžně nepředpokládá, že případná škoda nebo nemajetková újma vznikne jednáním jiných osob než zaměstnanců poskytovatele. Pojišťovna by tedy mohla nemocnici odmítnout pojistné plnění, pokud škodu nebo nemajetkovou újmu nezpůsobil její zaměstnanec.

Uvedené problémy nejasného právního postavení ambulantního specialisty s pracovní povinností v nemocničním provozu by sice mohla řešit pracovní smlouva či dohoda o provedení práce nebo o pracovní činnosti, uzavřená mezi tímto lékařem a nemocnicí, ovšem povinnost uzavřít takovou smlouvu není dána na straně lékaře a nepodléhá jí ani nemocnice jako zaměstnavatel. Nejasné postavení jde tedy jak k tíži povolaného ambulantního specialisty, tak k tíži samotného poskytovatele zdravotních služeb, u něhož má působit.

### Zákon o podmínkách získávání a uznávání odborné a specializované způsobilosti

Dle zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta (dále jen „zákon o podmínkách získávání a uznávání odborné a specializované způsobilosti“), musí být každý lékař s odbor-

nou způsobilostí před získáním certifikátu o absolvování základního kmene pod odborným dozorem lékaře se specializovanou způsobilostí v daném oboru a každý lékař s odbornou způsobilostí po získání certifikátu o absolvování základního kmene pod odborným dohledem lékaře s touto specializovanou způsobilostí.

S ohledem na to, že pracovní povinnost byla ambulantním specialistům nařízena v souvislosti s nedostatkem personálu pro účely péče o pacienty s onemocněním covid-19, budou ve většině případů nuceni poskytovat zdravotní služby v oboru, který neodpovídá jejich specializované způsobilosti a pro nějž nemají ani certifikát o absolvování základního kmene. **Na uvedené lékaře proto bude pohlíženo jako na lékaře s odbornou způsobilostí před získáním certifikátu o absolvování základního kmene, a bude tedy nutné zajistit jim v souladu s výše uvedeným odborný dozor.** Podle ustanovení § 4 odst. 6 zákona o podmínkách získávání a uznávání odborné a specializované způsobilosti vykonává odborný dozor lékař se specializovanou způsobilostí přítomný v dotčeném zdravotnickém zařízení, s fyzickou dosažitelností lékaře do 15 minut. Lékař, který vykonává odborný dozor, musí být v základním pracovněprávním vztahu k danému poskytovateli zdravotních služeb, nebo ve služebním poměru, či musí být sám poskytovatelem zdravotních služeb.

Ustanovení § 20 odst. 7 výše uvedeného zákona č. 95/2004 Sb. pak stanoví, že **jeden lékař může vykonávat odborný dozor nad nejvýše dvěma lékaři (odborný dohled nad nejvýše třemi lékaři, případně současně odborný dozor a dohled nad nejvýše třemi lékaři).**

**Za zajištění odborného dozoru, příp. odborného dohledu, je v souladu s ustanovením § 4 odst. 7 zákona o podmínkách získávání a uznávání odborné a specializované způsobilosti odpovědný poskytovatel zdravotních služeb.** Pokud dojde při poskytování zdravotních služeb k poškození zdraví pacienta, odpovídá za to poskytovatel, přičemž selhání v zajištění odborného dozoru/dohledu v souladu se vším výše uvedeným mu v případě soudního sporu půjde jednoznačně k tíži.

Situace, kdy z kapacitních důvodů nebude zajištěn řádný odborný dozor nad ambulantními specialisty nasazenými v rámci aktuální pracovní povinnosti k poskytování zdravotní péče v oborech, v nichž nemají ani základní kmen, je tak pro tyto lékaře, ale i pro nemocnice mimořádně nežádoucí, a to především z hlediska jejich odpovědnosti za případné pochybení.

### **Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování**

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (dále jen „zákon o zdravotních službách“), ukládá v ustanovení § 45 odst. 2 písm. e) mimo jiné poskytovateli zdravotních služeb v případě nepřítomnosti nebo dočasného přerušování poskytování zdravotních služeb **zpřístupnit pacientům informaci o poskytnutí neodkladné péče jiným poskytovatelem v rámci jeho ordinační doby. Tuto povinnost bude těžké splnit v situaci, kdy není zřejmé, komu z dalších ambulantních specialistů a případně kdy bude pracovní povinnost uložena.**

Poskytovatel zdravotních služeb musí také v souladu s ustanovením § 26 odst. 2 zákona o zdravotních službách oznámit příslušnému orgánu a příslušným zdravotním pojišťovněm nejpozději 60 dnů předem, pokud hodlá poskytování zdravotních služeb přerušit (neposkytovat zdravotní služby nepřetržitě po dobu delší než jeden měsíc). Pokud mu důvod přerušování poskytování zdravotních služeb neumožňuje dodržet uvedenou lhůtu, je povinen učinit tak bez zbytečného odkladu. Nikdo z dotčených poskytovatelů však neví, za jakých konkrétních podmínek bude právě jemu, případně jeho zaměstnancům nařízena pracovní povinnost a jak dlouho tato povinnost bude trvat (krizový zákon pouze uvádí, že pracovní povinnost lze nařídit na nezbytně nutnou dobu). **S ohledem na uvedené tedy nebude poskytovatel zdravotních služeb schopen splnit povinnosti, které mu ukládá zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.**

Pro případ nesplnění povinností poskytovatele zdravotních služeb dle zákona o zdravotních službách, které má vůči svým pacientům a příslušnému správnímu orgánu, jenž mu vydal oprávnění k poskytování zdravotních služeb (krajský úřad, případně Magistrát hlavního města Prahy), ani pro případ porušení jeho povinností vůči smluvním zdravotním pojišťovnám tohoto poskytovatele z důvodu plnění pracovní povinnosti, nenabízí usnesení vlády ani krizový zákon žádnou speciální právní ochranu.

Stranou nelze ponechat ani problematiku prostého přístupu lékařů s pracovní povinností (ovšem bez pracovněprávního vztahu k místu výkonu této povinnosti) ke zdravotnické dokumentaci pacientů nemocnice, kde mají tuto povinnost plnit. Zákon o zdravotních službách na přístup zdravotnických pracovníků v režimu pracovní povinnosti k údajům o pacientech jiného poskytovatele zdravotních služeb nijak nepamatuje, a nelze tedy vyloučit, že umožnění přístupu takto právně neautorizovaných lékařů s pracovní povinností do nemocničních informačních systémů dotčených nemocnic může současně znamenat jak porušení povinné mlčenlivosti dle zákona o zdravotních službách, tak i dalších právních předpisů v oblasti ochrany osobních údajů, zejména pak zákona o zpracování osobních údajů a souvisejícího nařízení EU (GDPR).

### **Krizový zákon**

Přestože osobám vykonávajícím pracovní povinnost náleží v souladu s ustanovením § 35 krizového zákona peněžní náhrada (výše se určí dohodou, nebo postupem podle zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, či se výše náhrady stanoví podle obvyklé mzdy za stejně či podobně práce), ambulantním specialistům jako poskytovatelům zdravotních služeb pravděpodobně bude újma vzniklá přerušením jejich praxe v důsledku uplatnění pracovní povinnosti na jejich zaměstnance (zejména případný ušlý zisk) hrazena jen velmi komplikovaně, odpovídající právní úprava ke kompenzaci této újmy je totiž značně neurčitá. **Ustanovení § 36 odst. 1 krizového zákona sice povinnost k náhradě škody způsobené v příčinné souvislosti s krizovými opatřeními ukládá, jedná se ovšem o ustanovení značně obecné, přičemž nelze pominout, že od počátku pandemie covidu-19 nebylo žádostem o náhradu škody v režimu krizového zákona vždy bez problémů vyhověno.** Nadto v únoru tohoto roku ministr vnitra dle veřejně dostupných informací rozeslal dopis všem předsedům parlamentních stran, v němž je informoval, že všechny žádosti o odškodnění v souvislosti s krizovými opatřeními byly paušálně odmítnuty. Hlavním argumentem pro uplatnění tohoto zamítavého postupu bylo, že údajně nelze odškodňovat škodu způsobenou vydáním právních předpisů (krizová opatření) a dále, že skutečným původcem škody nejsou krizová opatření, ale onemocnění covid-19. S ohledem na uvedené se lze proto důvodně domnívat, že ani poskytovatelé zdravotních služeb nebudou v tomto ohledu výjimkou

a stát se bude snažit své povinnosti k náhradě škody zprostit, přestože by se podle našeho názoru jednalo o postup, jenž by byl v rozporu se smyslem a účelem krizového zákona.

Poskytovatelé zdravotních služeb, kterých se krizové usnesení vlády týká, měli během jednoho dne po jeho vyhlášení nahlásit hejtmánům (v Praze primátorovi) jmenný seznam zdravotnických pracovníků, kteří působí v jejich zdravotnickém zařízení a posléze všechny změny. Není však uvedeno, na jakou konkrétní adresu a jakým způsobem mají toto hlášení provést.

**Česká lékařská komora upozorňuje, že podle krizového zákona může osoba pracovní povinnost odmítnout v případě, kdy není ze zdravotních důvodů schopna uloženou pracovní povinnost konat (dokládáno lékařským posudkem) a dále v případě, kdy by jejím plněním ohrozila život nebo zdraví vlastní či jiných osob, nebo pokud jsou povinnosti ukládané v rozporu se zákonem. Dále není možné pracovní povinnost uložit osobám do 18 let a od 62 let, osobám zdravotně nezpůsobilým k výkonu požadovaného druhu práce, osobám invalidním ve třetím stupni, osobám, které by tím vystavily vážnému ohrožení sebe nebo osoby blízké a zaměstnancům subjektu kritické infrastruktury. Dále ženám a osamělým mužům pečujícím o dítě do 15 let věku, těhotným ženám, ženám do konce třetího měsíce po porodu (jestliže se dítě narodilo mrtvé, zemřelo, nebo o něj žena z jiného důvodu nepečuje). Orgán krizového řízení může od pracovní povinnosti osvobodit také osobu, které by v tom bránila důležitá okolnost, jejíž opominutí by mohlo vést k ohrožení života, zdraví či majetku.**

S ohledem na výše uvedené tedy připadá v úvahu při uložení pracovní povinnosti namítat riziko vážného ohrožení sebe nebo osoby blízké, případně dle konkrétních okolností argumentovat, že by plněním pracovní povinnosti byl ohrožen život nebo zdraví lékaře, případně jiných osob, a to zejména s ohledem na to, že lékaři z nemocnic byli proti covidu-19 plošně očkováni, zatímco velká část ambulantních specialistů do dnešního dne neobdržela po registraci na očkování žádnou pozvánku. Riziko se samozřejmě dále zvyšuje zejména s ohledem na osoby, které případně s lékařem žijí a patří do některé z rizikových skupin a dále například s ohledem na nedávno prodělané onemocnění samotného lékaře atd.

**Také připadá v úvahu možnost namítat důležitou okolnost, jejíž opominutí by mohlo vést k ohrožení života a zdraví, a to**



### zejména v případech, kdy se daný ambulantní specialista stará o pacienty, kteří jeho péči s ohledem na svůj zdravotní stav nutně potřebují.

Typicky půjde o péči o pacienty s epilepsií, o akutní pacienty apod. V této souvislosti máme již nyní podněty z praxe od lékařů provozujících ambulantní zdravotnická zařízení, již mají stovky rozlечených onkologických pacientů, kteří musejí v pravidelných intervalech do těchto zařízení chodit na další dávky chemoterapie s tím, že pokud jednu dávku vynechají, reálně jim hrozí vážná újma na zdraví. Tito lékaři se právem ptají, kdo se o jejich pacienty postará, když budou v rámci pracovní povinnosti povoláni do nemocnic. Kdo tuto péči zajistí? Nemocnice? Která? Kdo jim předá zprávu o zdravotním stavu pacienta a potřebné péči? Kdo bude odpovídat za případná úmrtí? Žádnou z těchto otázek krizový zákon ani usnesení vlády ČR neřeší, což zakládá obrovskou právní nejistotu všech dotčených subjektů. **Na tyto skutečnosti je třeba případně toho, kdo by rozhodl o povolání lékaře do služby v nemocnici, důrazně a prokazatelně upozornit.**

Nařízení pracovní povinnosti ambulantním specialistům ve stávajících podmínkách absentující právní úpravy nelze považovat za zcela šťastné rozhodnutí, neboť vláda ČR se sice snaží zajistit péči o pacienty v nemocni-

cích, ovšem současně zcela rezignuje nejen na zdravotní služby poskytované pacientům v ambulancích, jejichž zdravotní stav je mnohdy také vážný a vyžaduje pravidelnou a dostupnou zdravotní péči, ale i na zaručení jakékoliv právní jistoty jak ambulantním specialistům, tak provozovatelům nemocnic, v nichž mají působit.

Stranou nelze ponechat ani fakt, že povolání ambulantní specialisté nemohou znát provoz konkrétní nemocnice, přičemž obeznámení se s informačním systémem nemocnice a zaškolení k práci s nemocničními přístroji trvá obvykle u nově nastupujících lékařů minimálně jeden měsíc. Je proto možné, že ambulantní specialisté budou mnohdy chodit nemocnice spíše komplikovat než mu ulevovat.

Kontraproduktivní povahu usnesení o pracovní povinnosti ambulantních specialistů, jež bylo zjevně „šito velmi horkou jehlou“, je jistě možné dovodit i u řady dalších situací z praxe. Na jednu z nich poukazují například lékaři z jednodenní chirurgie. Ti denně ošetří řadu úrazů včetně zlomenin, které netřeba operovat, distorzí, provedou šití tržných ran. Když místo toho budou povoláni do nemocnic, všichni takto postižení pacienti zahltí nemocnice, přičemž v těchto případech půjde o neodkladnou první pomoc, kterou nemocnice

nebudou moci odmítnout. Bude to mít tedy opět opačný efekt než ten, který problematiku usnesení vlády ČR sleduje.

### Závěr

Nařízení pracovní povinnosti ambulantním specialistům s největší pravděpodobností povede nejen k přesunutí celé ambulantní péče do nemocnic a k jejich logickému zahlcení ambulantními pacienty, ale nevyhnutelně i k masivnímu porušování celé řady právních povinností, které se na poskytovatele zdravotních služeb či na jejich zaměstnance vztahují, a to za situace právního vakua, kdy nikde není zakotveno, že z porušení dotčených povinností nemohou být s ohledem na nařízení pracovní povinnosti vyvozovány negativní právní důsledky. **Svou případnou odpovědnost za péči o ambulantní pacienty musí zvážit každý hejtman, jenž bude rozhodovat o povinnosti ambulantního lékaře opustit svou ambulanci a nastoupit do nemocnice. Pro ředitele a další manažery lůžkového zdravotnického zařízení bude na zvážení, zda nasazení ambulantních specialistů nepřinese více problémů než přínosu a zda mají o toto nasazení ve svém zdravotnickém zařízení usilovat, či nikoliv.**

Mgr. Aleš Buriánek, advokát, právník ČLK,  
s přispěním JUDr. Jana Macha a Mgr. Daniela Valáška

Inzerce

Praktikem v EUC?  
Nasloucháme tomu,  
co mají naši lékaři  
NA SRDCI!



MUDr. Jan Riegl a HR ředitelka  
EUC Šárka Češková Snižková

Hledáme praktického lékaře do Kladna, Ostravy, Prahy a Ústí n/L

Pro naše kliniky v Kladně, Ostravě, Praze a Ústí n/L hledáme praktické lékaře s dokončeným kmenem, kteří chtějí dělat lékařskou práci opravdu dobře. Víme, jak náročné je v dnešní době lékařské povolání. Proto se snažíme potřebám našich praktiků naslouchat a vycházet jim vstříc. Za práci dostanete dobře zapláceno, získáte prostor dělat kvalitní medicínu i možnost rozvíjet se v inovativní online péči, nebudeme vás zatěžovat zbytečnou administrativou a vyjdeme vstříc vašim individuálním požadavkům.

Kontakt | [kariera@euc.cz](mailto:kariera@euc.cz) [800 400 100](tel:800400100) [www.karieraveuc.cz](http://www.karieraveuc.cz)



# Vyjádření Asociace děkanů k zapojení studentů do práce ve zdravotnických zařízeních

**Děkani lékařských fakult se k zapojení studentů do práce ve zdravotnických zařízeních vyjádřili již v lednu a své stanovisko nezměnili.**

Asociace děkanů lékařských fakult České republiky si je plně vědoma zhoršující se situace v souvislosti s šířením koronaviru SARS-CoV-2. Je nepochybné, že v nejbližších dnech můžeme očekávat kritické přetížení nemocnic spojené s nedostatkem zdravotnického personálu. Proto podporujeme zapojení studentů zdravotnických oborů do pomoci v nemocnicích i dalších zdravotnických zařízeních, ale trváme na tom, že toto zapojení musí splňovat následující atributy:

1. Zapojení studentů musí být dobrovolné. Zásadně nesouhlasíme s případným nařízením pracovní povinnosti, která se z řady důvodů ukázala jako kontraproduktivní.
2. Časový rozsah dobrovolného pracovního zapojení musí být takový, aby studentům umožnil současně řádně pokračovat ve studiu. Úvazky studentů v nemocnicích a dalších zdravotnických zařízeních

tedy musejí být takového rozsahu, jaký si student s daným zařízením vyjedná s ohledem na pokračování svého studia.

3. Studenti by měli být zařazováni na kvalifikované práce odpovídající jejich kompetencím a tato činnost musí být adekvátně ohodnocena. Studentská dobrovolná pomoc by neměla být využívána pro nehonorované a nezdravotnické činnosti.
4. Studenti pracující v nemocnicích či dalších zdravotnických zařízeních musejí mít stejná práva přihlásit se k očkování proti onemocnění covid-19 jako ostatní zdravotničtí zaměstnanci těchto institucí.

V současné době je více jak tisíc studentů lékařských fakult zapojeno do práce ve zdravotnických zařízeních. Studenti jsou připraveni rozsah své pomoci v případě potřeby zvýšit. Lékařské fakulty již v minulosti deklarovaly ochotu uznávat části pracovních aktivit studentů v nemocnicích po dobu pandemie

onemocnění covid-19 jako náhrady praktické výuky a tyto úlevy pro pomáhající studenty platí samozřejmě i nadále. Nicméně hlavním cílem lékařských fakult je včas a kvalitně dokončit výuku v zimním semestru a v řádném termínu zahájit výuku v semestru letním. Díky co nejvíce plnohodnotnému studiu se mohou studenti kvalitně připravovat na své budoucí povolání.

**prof. MUDr. Vladimír Komárek, CSc.,**

děkan 2. LF UK, předseda ADLF

**prof. MUDr. Martin Vokurka, CSc.,** děkan 1. LF UK

**prof. MUDr. Petr Widimský, DrSc.,** děkan 3. LF UK

**prof. MUDr. Jiří Mandák, Ph.D.,**

děkan LF UK v Hradci Králové

**prof. MUDr. Jindřich Fínek, Ph.D.,** děkan LF UK v Plzni

**prof. MUDr. Martin Repko, Ph.D.,** děkan LF MUNI

**prof. MUDr. Josef Zadražil, CSc.,** děkan LF UPOL

**doc. MUDr. Rastislav Madar, Ph.D., MBA, FRCPS,**

děkan LF OU

V Praze dne 4. 1. 2021

## Žádost o pomoc pro studentky a studenty lékařských fakult

Vážený pane děkane, vážený pane řediteli, úvodem svého dopisu bych Vám rád poděkoval za práci, kterou v této těžké době odvádíte pro české zdravotnictví, pro naše pacienty i pro samotné lékaře a další zdravotníky. Nezvládnutá epidemie, jejíž následky se s vypětím všech sil snažíme zmírňovat, ukázala, že když politici selhávají, musíme se my zdravotníci o to více kolegiálně semknout a pomáhat si navzájem.

Česká lékařská komora se snaží hájit zájmy svých členů a jak jsme před rokem vypořádali se zajišťováním osobních ochranných prostředků, tak je v těchto týdnech naší prioritou zajistit očkování pro všechny zdravotníky, kteří o něj mají zájem.

Česká lékařská komora však nemůže ignorovat ani problémy svých budoucích členů – studentů a studentek lékařských fakult. Zaslouží si naši plnou podporu. Vždyť celá řada mediků a mediček vypomáhala a ještě vypomáhá v nemocnicích i dalších zdravotnických zařízeních. Bez jejich pomoci bychom se neobešli. A právě o pomoc pro tyto naše budoucí kolegy a kolegyně si Vás nyní tímto dovoluji požádat.

1. Zvažte, prosím, omezení prezenční výuky na lékařských fakultách na opravdu nezbytné minimum. Podpořte větší rozšíření distanční výuky.
2. Zorganizujte pravidelné opakované tes-

tování metodou PCR všech vyučujících a studentů.

3. Zajistěte dostupnost osobních ochranných prostředků včetně respirátorů třídy FFP2 pro studenty.
4. Zasadte se vahou své autority o to, aby všichni studenti, kteří vykonávají praxi ve zdravotnických zařízeních, měli možnost prioritního očkování proti nemoci covid-19.

Děkuji za pomoc a těším se na další spolupráci.

S pozdravem

**MUDr. Milan Kubek,**

prezident České lékařské komory

28. 2. 2021

# Práce na covidových odděleních jako součást předatestační praxe

Česká lékařská komora obdržela informace, že lékařské fakulty odmítají uznávat, respektive započítat praxi, která je absolvována v covidových centrech, jako odbornou praxi v rámci specializační přípravy.



Komora s tímto závěrem lékařských fakult nesouhlasí a žádá Ministerstvo zdravotnictví ČR, aby vydalo závazný pokyn, případně vydávalo na základě individuálních žádostí s přihlédnutím k oboru žadatele rozhodnutí, jehož obsahem by bylo uznání praxe na covidových jednotkách jako praxe započitatelné do specializační přípravy.

Na základě podnětů členů komory jsem se 25. 2. 2021 obrátil na ředitele odboru vzdělávání Ministerstva zdravotnictví pana Mgr. Podrázského s žádostí o vydání závazného pokynu, aby lékařské fakulty uznávaly lékařům práci na covidových

odděleních za součást praxe a aby ministerstvo vydávalo rozhodnutí o uznání této praxe v případě individuálních žádostí.

Komora nehodlá připustit, aby byli lékaři ve specializační přípravě poškozováni za svoji ochotu a snahu vypomoci, nadto jsou-li v řadě případů na covidová oddělení rozhodnutím zaměstnavatele převedeni.

Rovněž nelze připustit, aby současná epidemická situace negativně dopadala na školence ve specializační přípravě a vytvářela se tak další překážka pro získání specializované způsobilosti za situace, kdy ČR trpí nedostatkem erudovaných lékařů.

Milan Kubek

Inzerce

Noventis®

## ROZKLADĚNÉ TRÁVENÍ? FEBICHOL®

K léčbě trávicích obtíží při vleklých onemocněních jater a žlučových cest.

FEBICHOL JE CHOLERETIKUM  
Každá tobolka Febichol obsahuje 100 mg léčivé látky fenipentol.

Přípravek Febichol je indikován u dospělých k terapii dyspeptických obtíží při chronických onemocněních hepatobiliárního traktu (funkční cholecystopatie, chronická cholecystitida, chronická cholelitiáza, chronické hepatopatie provázené biliární dyspepsií) a stavech po cholecystektomii nebo po hepatitidě.



Choleretikum



snadné polykání

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

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

Noventis, s. r. o. | Filmová 174 | 761 79 Zlín

Zkrácený souhrn údajů o léčivém přípravku Febichol, 100 mg měkké tobolky:

**Léčivá látka:** 1 tobolka obsahuje fenipentolum 100 mg. **Indikace:** terapie dyspeptických obtíží při chronických onemocněních hepatobiliárního traktu (funkční cholecystopatie, chronická cholecystitida, chronická cholelitiáza, chronické hepatopatie provázené biliární dyspepsií) a stavy po cholecystektomii nebo po hepatitidě. **Dávkování a způsob podání:** dospělí užívají perorálně 2 tobolky přípravku Febichol 3x denně (vždy těsně před jídlem), pacienti s méně závažnými obtížemi mohou přípravek Febichol užívat jen občas podle potřeby (2 tobolky těsně před jídlem). Tobolky se polykají vcelku, nerozkousané (obsah má silně palčivou, hořkou chuť!) a zapijí se dostatečným množstvím tekutiny, např. sklenkou vody. **Kontraindikace:** hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku tohoto přípravku, biliární kolika, obstrukce žlučových cest, akutní onemocnění žlučovníku a žlučových cest, empyém žlučovníku, akutní pankreatitida, ileus a jiné akutní stavy v dutině břišní, vředy a tumory gastrointestinálního traktu, akutní hepatitida a jiné těžké poruchy funkce jater. **Užívání přípravku v průběhu těhotenství a laktace je kontraindikováno. Přípravek Febichol není určen k léčbě dětí a dospívajících do 15 let. Zvláštní upozornění:** obsah tobolek má silně palčivou a hořkou chuť, tobolky se proto musejí polykat vcelku a nerozkousané. **Interakce:** interakce fenipentolu s jinými léčivými nejsou známy. **Fertilita, těhotenství a kojení:** o účincích fenipentolu na lidskou fertilitu nejsou k dispozici žádné údaje. **Užívání přípravku v průběhu těhotenství a laktace je kontraindikováno. Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** léčivý přípravek Febichol nemá žádný nebo má zanedbatelný vliv na schopnost řídit nebo obsluhovat stroje. **Nežádoucí účinky:** přípravek Febichol je obecně dobře snášen. **Frekvence nežádoucích účinků není známa (z dostupných údajů nelze určit). U některých pacientů se může vyskytnout pyroza nebo pocit „pálení v žaludku“.** Někteří pacienti léčení tobolkami Febichol udávají příznaky těžko odlišitelné od vlastního léčeného stavu (pocit tlaku a plnosti v epigastriu, nauzea, flatulence). V ojedinělých případech se mohou vyskytnout alergické reakce typu kopřivky, makulopapulárního nebo jiného exantému nebo otoku obličeje. **Předávkování:** s předávkováním nejsou zkušenosti. Příznaky předávkování fenipentolem nejsou známy. Fenipentol nemá specifické antidotum. **Terapie případného předávkování musí být symptomatická. Doba použitelnosti:** 3 roky. **Uchovávání:** při teplotě do 25 °C v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem a vlhkostí. **Druh obalu a obsah balení:** blister (bezbarvý průhledný PVC/Al), krabíčka. **Velikost balení:** 50 tobolek. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Noventis, s. r. o., Filmová 174, Zlín, Česká republika. **Registrační číslo:** 43/326/69-S/C. **Datum první registrace/prodloužení registrace:** 1969/30.9.2015. **Datum revize textu:** 30.9.2015.

Výdej léčivého přípravku není vázán na lékařský předpis. Přípravek není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Dříve než léčivý přípravek doporučíte nebo předepíšete si, prosím, pečlivě přečtěte úplný souhrn údajů o léčivém přípravku. Podrobnější informace jsou dostupné také na adrese Noventis, s. r. o., Filmová 174, 761 79 Zlín, Česká republika, [www.noventis.cz](http://www.noventis.cz). **Reference:** SPC Febichol | Určeno pro osoby oprávněně předepisovat a vydávat léky.

# Kdy budou odměny pro zdravotníky?

**Požadavek na vyplacení mimořádné odměny za „boj s podzimní vlnou epidemie“ tentokrát všem zdravotníkům, tedy bez ohledu na to, zda pracují v lůžkových zdravotnických zařízeních nebo v ambulancích či dopravní službě, jsem předložil ministru Blatnému 10. prosince 2020. Vzhledem k tomu, že pan ministr neměl mandát o odměnách pro zdravotníky sám rozhodnout, uskutečnilo se 18. 12. 2020 jednání s předsedou vlády Ing. Babišem za přítomnosti pana ministra i ředitele VZP Ing. Kabátka. I když jak pan premiér, tak ministr Blatný vyjadřovali dobrou vůli, o konkrétní výši odměny ani o způsobu jejího vyplacení jsme se zatím nedohodli.**

**Můj požadavek za boj s podzimní vlnou epidemie zněl: Vyplatit mimořádnou odměnu ve výši 50 000 Kč čistého pro každého zdravotníka bez ohledu na jeho kvalifikaci a pracovní zařazení, a to za mimořádné pracovní nasazení a podstupované riziko při zvládnání podzimní vlny epidemie.**

Dne 18. 1. 2021 jsem se obrátil otevřeným dopisem na předsedy parlamentních politických stran s žádostí o pomoc a podporu při prosazování požadavku, aby všichni zdravotníci obdrželi za boj s podzimní vlnou epidemie covidu-19 mimořádnou odměnu ve výši 50 000 Kč. O této aktivitě jsem informoval předsedu vlády Ing. Babiše, který si v mezidobí na slibované pokračování jednání o odměnách nenašel čas.

K požadavku na mimořádné odměny pro všechny zdravotníky se připojily odborové organizace LOK-SČL i OSZSP. Vzhledem k tomu, že podzimní vlna epidemie přešla kvůli chybnému rozhodnutí vlády o rozvolnění protiepidemických opatření před Vánoci plynule do třetí vlny zimní, vznesly odbory požadavek na částku vyšší, tedy 75 000 Kč hrubého pro všechny zdravotníky.

**Během února byl schválen vládní návrh novely státního rozpočtu na rok 2021, který počítá s částkou 12,2 miliardy Kč na odměny pro zdravotníky v lůžkových zdravotnických zařízeních.**

Dne 8. 3. 2021 vláda schválila vypsání dotačního programu na podporu mimořádného finančního ohodnocení zaměstnanců poskytovatelů lůžkové péče v souvislosti s epidemií covidu-19 pro rok 2021. Informace, kdy by zaměstnanci nemocnic mohli odměny dostat, se liší, ale není příliš

pravděpodobné, že by se tak mohlo stát dříve než v červnu. **Zdravotníci v lůžkových zařízeních by měli dostat 75 000 Kč hrubého, a navíc by částkou 30 000 Kč hrubého měli být odměněni ostatní pracovníci, „kteří se pravidelně každý den výkonu práce podílejí na přímé péči o pacienty nebo o jejich bezprostřední prostředí“.**

**Poskytovatelé ambulantních zdravotních služeb by měli peníze na vyplacení odměn pro zdravotníky obdržet cestou novely tzv. kompenzační vyhlášky, a to v objemu 105 000 Kč na mzdové náklady pro každého zdravotníka pracujícího v úvazku 1,0. Pozor! Tento bonus bude vázaný na jednotlivé zdravotníky a nemá nic společného s novelou tzv. kompenzační vyhlášky, která by měla poskytovatelům zdravotních služeb kompenzovat ztráty způsobené nemocí covid-19 a protiepidemickými opatřeními.** Podle informací, které mi potvrdil ministr Blatný, zdravotní pojišťovny ekonomické podklady dodaly a čeká se jen na to, až ministerstvo návrh vyhlášky připraví.

Epidemická krize způsobuje poskytovatelům zdravotních služeb nemalé ztráty ekonomické. Takzvaná kompenzační vyhláška byla vydána za ministra Vojtěcha s předpokladem, že na podzim již žádná další vlna epidemie nepříjde a poskytovatelé zdravotních služeb tak budou moci dohánět ekonomické ztráty z prvního pololetí, kdy nemohli pracovat. Tento předpoklad se bohužel nenaplnil. Zdravotní péče je poskytována ve ztížených podmínkách a s vyššími náklady. Nemocnice dostávaly do konce roku 2020 za péči o pacienty s covidem-19 vyšší úhrady, avšak ambulantní sektor nedostával nic.

Požadavek na vydání novely tzv. kom-

penzační úhradové vyhlášky jsem zaslal ministru zdravotnictví již 26. 11. 2020. Dopis s požadavky komory byl na vědomí zaslán též předsedovi vlády.

Mezitím došlo k tomu, že s účinností od 1. 1. 2021 přestaly pojišťovny nemocnicím vyplácet bonifikace za pacienty s covidem na standardních lůžkách a vyplacení bonifikací za covidové pacienty na JIP bylo omezeno na maximálně 20 dní s tím, že zároveň je diferencováno podle typu požadované intenzivní péče. V důsledku tohoto opatření začaly některé nemocnice krátit odměny pracovníkům z covidových jednotek.

Nyní jsme na počátku března, čelíme již čtvrté vlně epidemie, vlně, která na zdravotnictví dopadá skutečně drtivou silou, a přitom vůbec nevíme, zda nebudeme muset pojišťovnám vracet peníze ze záloh, které nám byly vypláceny v loňském roce.

Zdravotnictví již šestý měsíc funguje v nouzovém režimu. Nemocnice se hroutí pod náporu pacientů s covidem. Vláda povolává na výpomoc nemocnicím studenty i zdravotníky z ambulancí a přitom není schopna projevít trochu té velkorysosti a zaplatit lidem, kteří riskují vlastní zdraví jen proto, že populističtí politici vrší chybu za chybou. A pak se diví, že jim nevěříme.

**Říká se, že kdo rychle dává, ten dvakrát dává. Naše vláda se bohužel tímto pravidlem řídit nehodlá. Premiér Babiš je mazaný obchodník a ví, že když bude dlouho slibovat a jednání o kompenzacích a odměnách pro zdravotníky protahovat, tak nakonec za jedny peníze sfoukne druhou vlnu podzimní, třetí vlnu zimní, čtvrtou vlnu jarní a bůhví co ještě, co nás pod jeho chaotickým bojem s epidemií čeká. Je to trapné.**

Milan Kubek

# Diagnostika a léčba covidu-19 mimo nemocnice

Doporučený postup Společnosti infekčního lékařství ČLS JEP

## Covid-19 je akutní infekční onemocnění s převažujícím postižením respiračního traktu vyvolané virem SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus 2).

### Epidemiologie

- Zdrojem nákazy je infikovaný člověk s příznaky covidu-19 i bez příznaků onemocnění.
- Přenos se děje vzdušnou cestou kapénkami a aerosolem, zejména při kašli, kýchání, řeči a zpěvu, převážně do vzdálenosti dvou metrů.
- Zanesení nákazy do očí, nosu či úst rukama je možné, ale nákaza z kontaminovaných předmětů v prostředí se považuje za málo významnou.

### Klinické projevy covidu-19

- Inkubační doba je 2–14 dní, nejčastěji 4–6 dní.
- **Asymptomatická infekce:** významná část infikovaných (asi 35–55 %) nemá žádné projevy onemocnění.
- **Respirační infekce** s postižením horních a/nebo dolních cest dýchacích zahrnuje:
  - suchý dráždivý kašel (50 %)
  - dušnost (28 %)
  - bolest / škrábání v krku (20 %)
  - rýma (6 %).
- **Celkové a jiné příznaky:**
  - horečka (43 %)
  - únava, malátnost
  - bolesti svalů (36 %)
  - bolesti hlavy (34 %)
  - průjem (19 %)
  - nechutenství, nauzea a zvracení (11 %)
  - ztráta čichu a/nebo chuti – anosmie, dysgeusie (8 %).

Klinické projevy **ve stáří** mohou být neapodnatné, někdy jde o nespecifické zhoršení stavu s apatií a zmateností, závratěmi či dehydratací.

S narůstajícím počtem nemocných přibývají doklady o možném **postižení dalších orgánů:** myokarditida či jiná poškození srdce a cév (někdy s arytmií či známkami srdeční slabosti), akutní poškození ledvin (vstupně také při dehydrataci), neurologické manifestace (s projevy encefalopatie či encefalopatie),

významný je hyperkoagulační stav se vznikem trombózy a rizikem plicní embolie.

### Průběh onemocnění

Většina infekcí probíhá mírně a nekomplikovaně. Horečky mohou trvat dlouho (i 7–10 dnů) a jsou mnohdy vyčerpávající. **Nemocniční léčbu** s oxygenoterapií potřebuje 5–6 procent osob. Na lůžkách **intenzivní péče** musí být umístěno asi 1,2 procenta infikovaných, důvodem je progredující dušnost s hypoxémií, tachypnoe, tachykardie, hypotenze, oligurie či porucha vědomí při oboustranné pneumonii, akutním syndromu dechové tísně (ARDS), sepsi, multiorganovým selháním. **Smrtnost (letalita)** je v České republice okolo 1,7 procenta osob s prokázanou infekcí.

**Rizikové faktory závažnějšího průběhu a smrti:** zásadní je vztah k věku, do 39 let věku zemře 0,1 procenta pacientů, ve věku 40–49 let 0,4 procenta, 50–59 let 0,9 procenta, 60–69 let 2,4 procenta, 70–79 let 10,2 procenta, nad 80 let 29,8 procenta pacientů bez jiných rizikových faktorů. Těmi hlavními jsou:

- diabetes mellitus
- obezita s BMI nad 30
- arteriální hypertenze
- CHOPN a jiná chronická plicní onemocnění, nervosvalové postižení ovlivňující dýchání
- těžká orgánová dysfunkce kardiální, hepatální (cirhóza) nebo renální
- závažný imunodeficit, imunosupresivní léčba, probíhající onkologická léčba

Po vyslovení podezření na covid-19 nebo po průkazu onemocnění musí být posouzena **potřebnost hospitalizace;** rozvahu je třeba opakovat při změnách stavu nemocného. Důvodem k nemocniční léčbě jsou zejména:

- dušnost
- zchvácenost
- dehydratace a neschopnost orálního příjmu tekutin

- porucha vědomí
  - horečka nad 38,3 °C nereagující dostatečně na antipyretika
  - hypoxémie:  $S_pO_2 < 93\%$  na vzduchu
  - počet dechů nad 25/min (u dětí do 2 měsíců >60/min, 2–11 měsíců >50/min, 1–5 let >40/min)
  - puls nad 125/min
  - vyšší zánětlivé markery: CRP >100 mg/l
- U některých pacientů s mírnými potížemi může dojít zhruba po týdnu k prudkému zhoršení stavu s respiračním selháním.

Při rozhodnutí o **ambulantní léčbě** je nutné posoudit také možnost izolačních opatření v místě bydliště a schopnost včas zareagovat na případné zhoršení stavu, pak lze doporučit:

- Izolaci pacienta – pobyt v samostatném pokoji, konzumace stravy odděleně od ostatních, omezení kontaktů s ostatními členy domácnosti na minimum, používání roušek či lépe respirátorů, časté mytí a dezinfekce rukou,
- běžnou symptomatickou samoléčbu,
- telefonický kontakt s ošetřujícím lékařem k posouzení známek zhoršení stavu (zvláště u rizikových osob) a indikaci klinického vyšetření či hospitalizace. Nemocným s vysokým rizikem komplikací je vhodné poskytnout či doporučit pulsní oxymetr k selfmonitoringu.

**Rekonvalescence** po onemocnění covidem-19 se středně závažným a těžkým průběhem bývá delší než u jiných respiračních infekcí. Pacienty obtěžuje pokašlávání, dušnost, nižší výkonnost, bolesti svalů, kloubů, hlavy a na prsou. Na chronickou únavu si stěžují více ženy a osoby s předchozím sklonem k depresi či úzkosti. Četné potíže mohou být důsledkem déle trvající intenzivní péče. Trvalé následky způsobuje pozánětlivá fibrotizace plic. Při následné péči o pacienty po covidu-19 se postupuje dle stanoviska SIL „následná péče o pacienty s covidem-19“.

## Laboratorní a zobrazovací metody

### ■ Přímý průkaz SARS-CoV-2 metodou PCR

Jde o základní a nenahraditelný diagnostický test. Má vysokou specifitu: pozitivní výsledek testu potvrzuje, že došlo k infekci virem SARS-CoV-2. Negativní PCR test infekci zcela nevylučuje – při trvajícím podezření je vhodné odběr v odstupu 2–5 dnů opakovat. Izolační opatření se v takovém případě dodržují do výsledků druhého testu.

### ■ Přímý průkaz SARS-CoV-2 antigenním testem

Rychlotesty k přímému průkazu antigenu mají nižší senzitivitu i specifitu než PCR (podobně jako u chřipky). Jejich výhodou je nízká cena a rychlost provedení bez potřeby transportu vzorku do laboratoře. Hodnocení výsledku:

- pozitivní test u pacienta s příznaky covidu-19 potvrzuje diagnózu, svědčí pro větší množství viru ve vyšetřovaném vzorku a vyšší aktuální nakažlivost testované osoby
- pozitivní test u asymptomatického pacienta je třeba ověřit PCR testem
- negativní test infekci nevylučuje, v případě trvajícím podezření se doplní vyšetření citlivější metodou PCR

Vzorky pro přímý průkaz viru (metodou PCR i průkazem antigenu) se získávají z horních cest dýchacích hlubokým výtěrem z nosohltanu (tedy přes nosní dutinu). Výtěr ze zadní části orofaryngu (tedy ústy a bez dotyku mandlí) se považuje za méně výhodný. Zásadní je dobrá technika odběru: štetička se zasune do nosní dírky rovnoběžně s patrem do hloubky odpovídající vzdálenosti od nosního vchodu do úrovně vchodu do ucha, několik vteřin se ponechá na místě k nasátí sekretu a pomalu se vytahuje za současného otáčení. U symptomatických pacientů je možné použít také vzorek z přední části nosu, což je příjemnější a umožňuje samoodběr testovanou osobou. Registrované a validované jsou také PCR a antigenní testy s použitím slin.

K výtěru se používají štetičky na plastové tyčince s jemným kartáčkem ze syntetického materiálu; nelze použít špejli ze dřeva ani vaty, které stejně jako přítomnost calcium alginatu inhibují PCR reakci. Vzorek se po odebrání skladuje při teplotě 2–8 °C (nejdéle 72 hodin) a transportuje co nejdříve do laboratoře.

### ■ Stanovení protilátek IgA / IgM / IgG

Sérologické vyšetření se u respiračních

infekcí včetně covidu-19 běžně neprovádějí, protože se nehodí k průkazu akutní infekce. Protilátky se objevují až 7–14 dnů od počátku příznaků. Osoby s asymptomatickou infekcí či s mírnými příznaky je nemusejí vytvořit vůbec. Maximální hladiny protilátek IgA a IgM jsou zjišťovány ve 2.–3. týdnu, v 6.–7. týdnu obvykle vymizí. IgG protilátky dosahují vrcholu ve 3.–6. týdnu. Stanovení neutralizačních protilátek je potřebné k výběru potenciálních dárců rekonvalescentní plasmy. Pozn.: vyšetření protilátek proti SARS-CoV-2 hradí zdravotní pojišťovny pouze z indikace infektologa, imunologa a hematologa.

### ■ Vyšetření na ostatní možné původce respiračních infekcí:

- chřipka A, B a RSV (metodou PCR, případně antigenním rychlotestem)
  - pneumokokový antigen v moči
  - legionelový antigen v moči
- Průkaz některé z těchto infekcí nevylučuje covid-19, protože duální infekce se SARS-CoV-2 jsou možné.

### ■ Ostatní laboratorní nálezy

- C-reaktivní protein (CRP) bývá výrazně vyšší než u jiných virových respiračních infekcí; stovkové hodnoty s jen mírnou elevací prokalcitoninu tak nemusejí být u covidu-19 pneumonie známkou bakteriální superinfekce
- může být leukocytóza i leukopenie; lymfopenie je častá a hodnota pod  $0,8 \cdot 10^9/l$  se považuje za negativní prognostický faktor
- vzestup D-dimerů představuje negativní prognostický faktor a možný indikátor trombózy a embolie
- zvýšené hodnoty urey a kreatininu mohou být známkou počínající renální insuficience, často při dehydrataci; nevýznamné jsou mírné elevace ALT, AST, LDH, CK, troponin

### ■ Zobrazovací metody

Základním vyšetřením je rentgen plic. Prostý skiagram může být normální na počátku onemocnění a u mírných forem. Jindy naopak překvapí nález oboustranných plicních infiltrátů typických pro virovou pneumonii u osob s minimálními příznaky. Konsolidace a denzity mléčného skla se pozorují v obou plicních křídlech spíše na periferii a bazálně, s pozvolnou progresí a maximem 10–12 dnů od počátku příznaků. Naopak rozsáhlejší jednostranný infiltrát svědčí spíše proti diagnóze covid-19. Skia-

gram je potřebný také k diagnóze komplikací – např. fluidothoraxu, pneumothoraxu, superinfekce. CT plic poskytuje lepší zobrazování, ale používá se zejména s angiografií při podezření na plicní embolii.

## Farmakoterapie covidu-19

**Asymptomatickým** osobám s prokázanou infekcí SARS-CoV-2 se nepodává léčba žádná.

U nemocných s projevy covidu-19 je základem **terapie symptomů** podle jejich tíže:

■ **antipyretika** se podávají při teplotě nad 38 °C, v dostatečné dávce, často se střídáním přípravků v průběhu dne a vždy s respektováním kontraindikací

○ **paracetamol**; u dospělého pacienta 500–1000 mg v intervalu 4–6 hodin, s maximální denní dávkou 4 g. U dětí jednotlivá dávka 10–15 mg/kg s denním maximem 60 mg/kg; pacienta je třeba upozornit na obsah paracetamolu v kombinovaných přípravcích

○ **ibuprofen**; u dospělých osob v dávce 400 mg v intervalu 6–8 hodin, s maximální denní dávkou 1200 mg. U dětí jednotlivá dávka 5–10 mg/kg, maximální denní dávka nemá přesáhnout 40 mg/kg

○ **metamizol**; v dávce 500 mg 3–4krát denně, nejvýše 4 g denně, u dětí 8–16 mg/kg a dávku

○ **kyselina acetylosalicylová**; u dospělých dávka 500–1000 mg v intervalu 4–8 hodin, nejvýše 4 g denně. Má také účinky protizánětlivé a protisrážlivé

■ **antitusika** v dostatečné dávce: codein (15–30 mg 3–4krát denně, nejvýše 120 mg za den), dextromethorfan, butamirát, dropropizin, levodropropizin; v případě potřeby v kombinaci s expektorancií

■ **mukolytika**: acetylcystein, erdosteín, ambroxol

■ **bronchodilatancia**: salbutamol a další rychle působící bronchodilatancia v ručním inhalátoru, případně přes spacer

■ inhalace pouze v případě nutnosti a při nedostatečném účinku bronchodilatační či expektorální léčby v orální formě, resp. ve spreji

■ **dekongescení** a jiná nosní léčiva k lokální aplikaci: oxymetazolin, xylometazolin, nafazolin, tramazolin, fenylefrin

■ **analgetika**: výše uvedená antipyretika mají i analgetický účinek, lze je kombinovat např. s tramadolem či codeinem

- **oxygenoterapie** je indikována při  $S_p O_2 < 93$  procent, s cílovou hodnotou v rozmezí 93–97 procent. U pacientů s chronickou respirační insuficiencí jsou práh pro zahájení oxygenoterapie i cílové rozmezí nižší
- adekvátní **hydratace** s cílem vyrovnané tekutinové bilance, dostatečná **výživa**, zvlhčené prostředí
- **polohování**: vyvarovat se dlouhého ležení v poloze na zádech

### Specifická terapie

- **antivirotika** pro ambulantní léčbu nejsou k dispozici
- **kortikoidy** se v ambulantní léčbě obvykle nepoužívají; dexamethason je indikován pouze u nemocných vyžadujících oxygenoterapii. Prednison užívají někteří pacienti až po dobu tří měsíců po hospitalizaci pro covid-19 se závažným poškozením plic k prevenci pozánětlivé fibrotizace plic
- **antibiotika** se nepoužívají, protože bakteriální superinfekce v prvních 7–10 dnech nebývá. Důvodem k nasazení nejsou ani středně zvýšené hodnoty CRP, jež jsou u covidu-19 běžné
- **antikoagulační léčba** se při ambulantní léčbě covidu-19 nepoužívá
- **monoklonální protilátky**: bamlanivimab, etesevimab, casirivimab a imdevimab jsou humánní neutralizační monoklonální protilátky, které se vážou na spike protein SARS-CoV-2. Brání tak vazbě viru na receptor ACE-2 a vstupu viru do hostitelské buňky. Samostatně nebo v kombinaci jsou zkoumány v probíhajících klinických studiích. Průběžné výsledky svědčí pro použití k prevenci přechodu covidu-19 do onemocnění se závažným průběhem, potřebou hospitalizace a rizikem úmrtí u osob, u kterých je riziko progresu vysoké, dle aktuálního rozhodnutí MZ v těchto stavech:
  - *Stav po transplantaci solidního orgánu nebo transplantaci kostní dřeně,*
  - *vaskulitida s aktuálně probíhající kombinovanou imunosupresivní léčbou nebo monoterapií kortikosteroidy,*
  - *primární či sekundární imunodeficit se závažnou poruchou buněčné složky imunity,*
  - *onkologické nebo hematologické onemocnění s aktuálně probíhající léčbou,*
  - *vysoce aktivní autoimunitní neurologická onemocnění (skupiny myasthenia gravis, neuromyelitis optica, roztroušené sklerózy) léčená anti-CD 20 protilátkami nebo imunosupresivou,*

- *plicní hypertenze v dispenzární péči,*
- *diabetes mellitus I. typu,*
- *chronická renální insuficience v pravidelném dialyzačním programu,*
- *BMI nad 40,*
- *chronická obstrukční choroba ve stadiu GOLD III a IV (ve stadiu GOLD IV pouze u pacientů bez nutnosti domácí kyslíkové léčby), intersticiální plicní onemocnění v dispenzární péči, bronchiální astma na biologické léčbě,*
- *trombofilní stav v dispenzární péči,*
- *nervosvalová onemocnění s intermitentní nebo trvalou přístrojovou podporou ventilace.*

Aplikují se do tří dnů od pozitivního PCR testu a do sedmi dnů od počátku příznaků u rizikových osob s lehkým covidem-19, kteří dosud nevyžadují hospitalizaci pro covid-19 ani léčbu kyslíkem. **Bamlanivimab** je t. č. dostupný jako neregistrovaný monokomponentní přípravek pro infuzní podání v dávce 700 mg. **REGN-COV2** (casirivimab + imdevimab) se podává také jednorázově.

### Chronická farmakoterapie u pacientů s covidem-19

- V chronické terapii ACE inhibitory, blokátory angiotenzinových receptorů nebo statiny je možno pokračovat, není-li indikace k jejímu přerušení z jiných příčin než covid-19.
- Chronicky podávaná nesteroidní antiflogistika, kortikosteroidy, antiagregační či antikoagulační léčba se nevysazují.

### Epidemiologická opatření

- Základním protiepidemickým opatřením je nařízení **IZOLACE pacienta** v minimální délce 14 dnů od průkazu přítomnosti viru SARS-CoV-2
  - metodou PCR nebo
  - antigenním testem u osob, které zároveň vykazují příznaky onemocnění covid-19.
- **Ukončení izolace osoby s prokázanou infekcí SARS-CoV-2**: Pacient může být prohlášen za neinfekčního, pokud splňuje současně tato kritéria:
  - 14 dnů od prvního pozitivního testu
  - tři dny od vymizení příznaků: afebrilní bez užívání antipyretik, absence či výrazné zlepšení rýmy, kašle, dušnosti či zažívacích obtíží
 Kontrolní PCR test se neprovádí – pozitivita přetrvává i řadu týdnů a není dokladem trvající nakažlivosti.

■ **KARANTÉNA po úzkém kontaktu s infikovanou osobou** trvá nejméně 14 dnů. Dle výsledku PCR testu provedeného 5.–7. den (nejpozději do 10. dne) od posledního kontaktu:

- test negativní – karanténa se ukončí 14. den od posledního kontaktu
  - test negativní – u osoby sdílející společnou domácnost s pozitivně testovanou osobou, kdy ve společné domácnosti nelze pozitivně testovanou osobu izolovat v samostatném prostoru nebo nelze dodržet rozestup nejméně dva metry nebo dochází k fyzickému kontaktu, se karanténa ukončuje nejdříve 21 dní ode dne, kdy byl proveden pozitivní osobě odběr prokazující přítomnost viru SARS-CoV-2
  - pokud se výjimečně nepodaří provést PCR test v průběhu 10 dnů od posledního kontaktu s pozitivně testovanou osobou, karanténní opatření asymptomatických osob se ukončí bez provedení testu za 14 dnů od posledního kontaktu
  - test pozitivní – izolace
  - v případě rozvoje klinických příznaků covidu-19 se provede neprodleně PCR test
- Karanténa se nenařídí** osobám, které
- **prodělaly** laboratorně potvrzené **onemocnění** covid-19, uplynula u nich doba povinné izolace, nejeví příznaky covidu-19 a od prvního pozitivního testu neuplynulo více než 90 dní
  - mají vystavený certifikát Ministerstva zdravotnictví ČR o provedeném **očkování** proti covidu-19 a od aplikace druhé dávky uplynulo nejméně 14 dnů. Pokud se u takové osoby vyskytnou příznaky covidu-19 ve 14 dnech od posledního úzkého kontaktu s pozitivně testovanou osobou, podstoupí PCR test na přítomnost SARS-CoV-2 a v případě positivity se nařídí izolace

### Zásady pro poskytování distanční péče

Distančně je poskytována péče nerizikovým pacientům s respiračním infektem.

Podezření na covid-19 či potvrzená infekce není překážkou provedení potřebného vyšetření pacienta ve vyčleněných ordináčnických hodinách, v návštěvní službě nebo v pobytovému zařízení sociálních služeb, vždy za použití adekvátních osobních ochranných pracovních pomůcek (OOPP).

*Text odráží stav poznání a platné předpisy k 1. 3. 2021.*

# Rekonvalescentní plazma v léčbě pacientů s covidem-19

V aktualizovaném mezioborovém doporučení se klade důraz na včasné podání rekonvalescentní plazmy (RP) s dostatečnou hodnotou protilátek s virus neutralizačním efektem, tj. do tří dnů od vzniku klinických příznaků a pacientům s negativním výsledkem

vyšetření protilátek anti-SARS-CoV-2 jako možné profylaxe rozvoje závažného průběhu onemocnění covid-19. V této souvislosti je možné zvážit i ambulantní podání. Podání RP u rozvinutých a závažných forem covidu-19 se již nepovažuje za účelné. RP se v uply-

nulých měsících stala běžnou součástí léčby pacientů s covidem-19 a do dnešní doby (začátek března 2021) byla v ČR podána již cca 5 000 pacientů.

plk. MUDr. Miloš Bohoněk, Ph.D.,  
primář Oddělení hematologie  
a krevní transfuze ÚVN

## Podávání rekonvalescentní plazmy u pacientů s covidem-19

Mezioborové stanovisko

**V souvislosti s nárůstem počtu pacientů covid-19, kterým je v ČR podávána rekonvalescentní plazma (RP) při léčbě onemocnění covid-19 (k 31. 1. 2021 cca 4 000 pacientů – nepublikovaná data), při existenci vysoké variability indikací k podávání RP mezi jednotlivými pracovišti a na základě aktuálního stavu odborného poznání o přínosu podávání RP u pacientů covid-19 formulují ČSARIM, STL, SIL a ČPFS následující stanovisko:**

**1)** Podání RP lze zvážit u pacientů s prokázáním onemocnění covid-19 bez nutnosti oxygenoterapie nebo u pacientů na oxygenoterapii s nízkým průtokem kyslíku do tří dnů od vzniku klinických příznaků a současně s negativním výsledkem imunologického testu na stanovení IgG anti-SARS-CoV-2 protilátek. Podání RP nelze považovat za standardní součást náležitě odborné péče v léčbě pacientů s covidem-19.

*Pozn.: Podle všech aktuálních mezinárodních doporučení je podání RP u pacientů s covidem-19 doporučováno pouze tehdy, jsou-li zařazeni do klinických studií odsouhlasených etickou komisí.*

**2)** Stávající stav odborného poznání naznačuje možnost příznivého efektu včasného podání RP, analogicky jako u podává-

ní monoklonálních protilátek. Z tohoto důvodu považujeme za možné i podávání RP pacientům s covidem-19 bez nutnosti hospitalizace.

**3)** Efekt RP je určen hodnotou titru tzv. virus neutralizačních protilátek, tj. čím je titer vyšší, tím lze očekávat lepší klinický/léčebný efekt. Aktivitu virus-neutralizačních protilátek lze stanovit virus neutralizačním testem (VNT), provedeným na tkáňové kultuře nebo sérologickými testy prokazujícími vazbu IgG protilátek na doménu virového spike proteinu (antispice ectodomain) či na receptorový protein (receptor binding protein) technikami ELISA, CLIA apod. Plazma by měla dosahovat titru minimálně 160 v testu VNT nebo hodnot podle aktuálního doporučení FDA pro jednotlivé sérologické testy.



**4)** Léčebná dávka RP je obvykle dvě transfuzní jednotky, resp. 5–6 ml/kg. Při podání plazmy s vysokým obsahem protilátek je možné podat pouze jednu transfuzní jednotku. Pokud je k léčbě použita plazma s nízkým titrem protilátek, doporučuje se podat nejméně dvě transfuzní jednotky, a to od různých dárců.

Česká společnost anesteziologie,  
resuscitace a intenzivní medicíny  
(ČSARIM) ČLS JEP  
Společnost pro transfuzní lékařství  
(STL) ČLS JEP  
Společnost infekčního lékařství (SIL)  
ČLS JEP  
Česká pneumologická a ftizeologická  
společnost (ČPFS) ČLS JEP  
Úplné znění včetně odkazů  
naleznete na: [www.clkcr.cz](http://www.clkcr.cz)



# Proč se stát posudkovým lékařem v ČSSZ?

Odpověď právě na tuto otázku jsme hledali u MUDr. Jany Venclové, která se posudkovému lékařství věnuje mnoho let, je znalkyní v oboru posudkové lékařství a v současné době je ředitelkou příslušného odboru České správy sociálního zabezpečení.

## Jak byste charakterizovala lékařskou posudkovou službu?

Posudkové lékařství je nadstavbový medicínský obor, který má svou historii i budoucnost. Lékařská posudková služba, která patří do působnosti České správy sociálního zabezpečení, má stěžejní význam pro resort práce a sociálních věcí. Zajišťuje posuzování zdravotního stavu občanů v oblasti sociálního zabezpečení pro účely pojistných a nepojistných dávek. Posudkoví lékaři posuzují zejména invaliditu, závislost na péči, schopnost mobility a orientace a kontrolují biologickou důvodnost dočasné pracovní neschopnosti.

## Posouzení pro účely sociálního zabezpečení má často dopad na kvalitu života mnoha znevýhodněných občanů. Kdo může posuzovat zdravotní podmínky pro tyto účely?

V současné době dosud platí, že posuzovat pro účely sociálního zabezpečení může jen lékař, který je členem České lékařské komory. Musí mít určité klinické zkušenosti a praxi, být empatický a mít dobré



**MUDr. Jana Venclová** atestací z nástavbového oboru posudkové lékařství získala v roce 1999, v roce 2010 byla jmenována znalcem z oboru zdravotnictví, odvětví posudkové lékařství. Po dobu čtrnácti let pracovala na Okresní správě sociálního zabezpečení, později další čtyři roky na ústředí ČSSZ a v současné době je ředitelkou odboru posudkové služby ČSSZ.



**Nevyhovuje Vám pracovat ve směnném nemocničním provozu nebo setrvat v urgentní medicíně, a přitom nechcete zcela opustit lékařskou profesi? Řešením může být práce v oblasti lékařské posudkové služby.**

Více informací Vám poskytne ředitelka odboru lékařské posudkové služby ČSSZ MUDr. Jana Venclová:

+420 778 769 822

jana.venclova@cssz.cz

Česká správa sociálního zabezpečení, odbor LPS, Křížová 25, 225 08 Praha 5

**Přijďte se k nám a získejte smysluplnou práci!**

komunikační schopnosti. Základem je praxe v klinickém oboru, výhodou je absolvování základního kmene. Optimální samozřejmě je, pokud má lékař atestaci ze základního klinického oboru. Předpokládá se schopnost aplikovat své lékařské znalosti do posudku, ochota dále se vzdělávat napříč všemi medicínskými obory a respektovat legislativu. Uživatelská znalost práce s výpočetní technikou je dnes samozřejmostí.

## Přináší práce v lékařské posudkové službě lékařům nějaké benefity?

V této turbulentní době je zaměstnání ve státní správě zárukou stability a jistoty. Navíc s sebou práce posudkového lékaře nese prokazatelně nižší psychickou a časovou zátěž než v urgentních medicínských oborech. Zaměstnanecké benefity v podobě stravek nebo příspěvků z FKSP jsou v dnešní době již samozřejmostí. Vítaná je také možnost úpravy pracovní doby podle individuálních potřeb, případné využití zkráceného úvazku či pokračování ve vlastní klinické činnosti. Vše je směřováno k možnosti sladit co nejlépe práci s osobním a rodinným životem. Lékaři mají také přístup k dalšímu vzdělávání s prohlubováním a rozšiřováním kvalifikace. Zaměstnanci pražských pracovišť navíc mohou využívat ubytovnu hotelového typu za velmi výhodných podmínek.

## Kde konkrétně posudkoví lékaři pracují?

Pracoviště lékařské posudkové služby najdete po celé České republice v rámci jednotlivých okresních správ sociálního zabezpečení. Všechna pracoviště jsou moderně vybavena a při zajišťování administrativních úkonů jsou lékařům k dispozici referentky a asistentky. Práce lékařů oddělení LPS je mnohem více oprostěna od administrace než ve zdravotnictví. Snahou je vytvořit prostředí příjemné jak zaměstnancům, tak klientům. ■

# Osm rad, jak minimalizovat riziko těžkého covidu

**Průběh onemocnění covid-19 záleží mimo jiné na množství viru, který se na člověka na začátku přenesl. Stále je proto důležité dbát na dodržování hygienických zásad, zvláště kvůli mutacím, které se šíří snáze než běžná varianta. Novinky přináší aktualizovaný přehled doporučení, jak se chovat, aby riziko, že dostaneme nebo na druhé přeneseme velkou virovou nálož, bylo co nejmenší.**

## 1 Minimalizovat setkání ve vnitřních prostorách

Čím více lidí je po delší dobu ve vašem okolí v uzavřené místnosti, tím větší je pravděpodobnost, že některý z nich je infekční a neví o tom. Také hlučná řeč a zpěv výrazně zvyšují množství kapének a aerosolů obsahujících virus v ovzduší. Je dobré věnovat pozornost větrání, které znemožňuje kumulaci virů.

## 2 Důsledně nosit roušky ve vnitřních prostorách

Virus se snadno šíří vzduchem – kapénkami i menšími aerosolovými částicemi. Aerosoly se dokážou ve vzduchu udržet delší dobu a překonají i vzdálenost několika metrů. Rouškami především chráníme ostatní pro případ, že bychom byli infekční a nevěděli o tom. Některé typy roušek a hlavně respirátory ale chrání více či méně i nás samotné před nákazou z okolí.

Hygienici za náležitou ochranu už nepovažují improvizované zakrytí nosu a úst například šálou, šátkem či látkovou rouškou. Lidé by měli používat jednorázovou roušku či respirátor.

## 3 Roušky nosit i na rušných ulicích

Nebezpečí infekce na ulici je sice malé, ale pokud se po chodníku pohybuje hustý dav, vzrůstá šance, že člověka zasáhne sprška kapének a aerosolů od nakaženého kolemjdoucího.

## 4 Mýt si co nejčastěji ruce

Koronavirus infikuje přes sliznice ústní dutiny, nosu a očí a usazuje se na různých povrchích včetně rukou. Pokud se potom člověk kontaminovanou rukou dotkne blízkosti nosu, úst či očí, může si přenést na sliznice značnou dávku viru.

## 5 Nesať si na obličej

Zde platí totéž, co v předchozím bodě.

## 6 Aspoň dvakrát denně vykloktat vlažnou vodou

Toto doporučení dávají staří lékaři, tzv. praktici. Kloktáním se můžeme zbavit viru, který se již dostal na sliznici ústní dutiny, ale ještě nestačil proniknout do buněk nebo se dostat do dýchacího traktu. Podobně se doporučuje odstraňovat hleny z nosu smrkáním, popřípadě vytíráním.

## 7 Minimalizovat pobyt v hromadných dopravních prostředcích

V hromadných dopravních prostředcích bývá většinou situace podobná jako při shromážděních v uzavřených místnostech a sice hodně lidí po dlouhou dobu blízko sebe. Riziko se zmenšuje, když jsou autobusy či tramvaje větrány pomocí otevřených oken; klimatizace s cirkulujícím vnitřním vzduchem situaci naopak výrazně zhoršuje.

## 8 Všude se snažit udržovat odstup od jiných lidí

Se vzrůstající vzdáleností od infikovaného člověka výrazně klesá koncentrace jím vylučovaných kapének a aerosolů. Obecně se doporučuje alespoň dvoumetrová vzdálenost.

Dříve se za rizikový kontakt považovalo setkání dvou lidí bez roušky na méně než dva metry po dobu delší než 15 minut. Nově už podle hygieniků časové omezení neplatí. Je to zejména kvůli šíření takzvané britské mutace, které je až o 70 procent nakažlivější než původní varianta koronaviru.

*Převzato ze serveru Novinky.cz*

# Proticovidové dvanáctero profesora Flégra

**(Nemusíte dodržet všechno, vyberte si, co se hodí na vás.)**

**1.** Nainstalujte si do telefonu eRoušku (trvá to minutu a fakt to neboli).

**2.** Zachovávejte distanc – když to jde, nepřibližujte se k jiným lidem blíže než na dva metry a nedotýkejte se jich.

**3.** Umývejte si ruce mýdlem, jakmile se dotknete předmětů, kterých se dotýkali jiní lidé. Doma i kdekoli jinde dezinfikujte sdílené předměty (klávesnice a podobně).

**4.** Noste kvalitní respirátor (bez ventilu, tedy který chrání i ostatní) a vyžadujte, aby tak činili i lidé ve vašem okolí.

**5.** Nevycházejte mezi lidi, když to není nezbytně potřeba. Jestliže můžete, tak pracujte z domova, a to i za cenu případné změny zaměstnání či dokonce povolání.

**6.** Nakupujte vše, co lze, pouze po internetu.

**7.** Neúčastňujte se žádných hromadných akcí – hromadnou akcí se rozumí cokoli, kde je více než pět lidí. To samé vyžadujte od členů domácnosti.

**8.** Větrejte a udržujte v místnostech vysokou relativní vlhkost (nad 40 procent), například tím, že budete mít v místnostech nastavenou nižší teplotu (18–20 °C) a přitom budete nosit teplejší oblečení. V suchu

kapénky vysychají a virus se udrží ve vzduchu dlouho a doputuje na delší vzdálenost.

**9.** Udržujte se v dobré fyzické kondici – jezte dost zeleniny, ovoce, vitaminů (především D a C – obojí jen v doporučeném denním dávkování), pohybujte se na čerstvém vzduchu v místech, kde nejsou lidi. Dostatečně odpočívejte a spěte.

**10.** Udržujte se v dobré psychické kondici – komunikujte telefonicky či elektronicky s přáteli, známými a příbuznými, hlavně s těmi dříve narozenými, konzumujte na dálku kulturu (hudbu, divadlo, filmy), čtěte

knihy, vzdělávejte se, pomáhejte druhým, snažte se udělat si minimálně jednou denně radost a aspoň dvakrát ji udělejte někomu jinému.

**11.** Jestli tím neohrozíte rodinný rozpočet, tak utrácejte. Za vybavení domácnosti, šatníku, dílny, za knihy, vzdělání, opravy bytu, chalupy, za dovoz jídla z oblíbené restaurace. Šetrnost a střídmost ve spotřebě bývá považována za ctnost – v současné situaci to však neplatí. Investujte do své budoucnosti, zabavte se a nechte druhým vydělat.

**12.** Hledejte v nové situaci nové příležitosti. Zkuste napsat knihu, divadelní hru, složit písničku, malovat, rozjedte novou zábavnou či vzdělávací stránku na internetu. Zkuste si osvojit nějaké umělecké řemeslo, nebo zkrátka řemeslo. Rozjedte internetový obchod, poradenskou službu, prostě cokoliv nového. Během epidemie dost lidí zchudne, ale řada jiných neuvěřitelně zbohatne. Další možná nezbohatnou, ale konečně pro sebe najdou ten pravý smysl života. Nepropásněte šanci se zařadit do těch dvou šťastnějších skupin

## Děkujeme všem, kteří Česku pomáhají!

**Děkujeme** každému, komu záleží na ostatních.

**Děkujeme**, že zbytečně neriskujete.

**Děkujeme** každému, kdo se snaží zmírňovat dopady epidemie a nevzdávají to.

**Děkujeme** každému, kdo dělá maximum pro své zdraví a nevystavuje se riziku nakažení.

**Děkujeme** každému, kdo cítí zodpovědnost za zdraví každého, koho potká.

**Děkujeme** každému ochránci své rodiny před virem.

**Děkujeme** každému, kdo bere ohledy na své okolí venku i v budovách.

**Děkujeme** každému, že rizikové blízké chrání tím, že je nevystavuje nebezpečí nákazy.

**Děkujeme** každému, kdo zachránil svým chováním druhé dodržováním RRR – ruce, roušky (respirátory), rozestupy, což se sice nikdy nedozví, ale my víme, že zachránil.

**Děkujeme** každému, komu to není jedno a zároveň zachovává objektivitu a nervy na uzdě.

**Děkujeme** nejen zdravotníkům, pedagogům, logistickým doručovacím službám, dobrovolníkům i odborníkům.

**Děkujeme** všem statečným a odhodlaným, kteří si váží života druhých i svého.

**Děkujeme** všem, kteří si uvědomují závažnost situace.

**Děkujeme** všem, kteří preferují zdraví i cizích před svým pohodlím.

**Děkujeme**, že chráníte zodpovědným chováním nejen zdraví, ale i ekonomiku tím, že nechodíte nakažení do práce.

Ještě víc **děkujeme** všem, kteří se nebojí výhružek, když chrání zdraví a životy.

## Děkujeme, že chráníte Česko, nejen sebe!

Děkujeme, že pomáháte mírnit dopady epidemie!

Víme, že je to velmi těžké.

**Jsme za vás, jako každého bojujícího jednotlivce proti viru, neskutečně vděční!**

Pokud to jen trochu lze, prosíme, držte se dál zodpovědného nesobeckého přístupu.

Povzbuzením je, že za chvíli je jaro, očkování probíhá a zbývá nám několik týdnů z toho nejhoršího.

**Spolu krávkou denních nakažených a mrtvých dostaneme dolů!**

## Vydržte! Skončí to! Díky vám! Díky tobě!

# Tonoucí se stébla chytá

**Žádný kauzální lék na nemoc covid-19 neexistuje a je logické, že v době epidemie, kdy je v některých zemích, tak jako momentálně u nás, situace zoufalá, lékaři zkoušejí vše možné, jen aby pacientům pomohli.**

Zdravotníci se zoufale snaží zmírňovat důsledky nevládnuté epidemie, kterou můžeme dostat pod kontrolu účinnými protiepidemickými opatřeními. Samozřejmě to není zadarmo. Platit musíme nejenom finančními ztrátami, ale také dočasným omezením našich práv a svobod.

**Ivermektin** v indikaci u pacientů s covidem-19 představuje experimentální léčbu, jejíž účinnost, pokud vím, nebyla prokázána žádnou relevantní klinickou studií. Lékař samozřejmě může pacientovi podat i neregistrovaný lék, ale musí si být vědom rizik takového postupu a musí mít souhlas pacienta.

Dne 28. 2. 2021 jsem požádal ministra Blatného o zorganizování klinické studie za účelem ověření bezpečnosti a účinnosti podávání léku ivermektin u pacientů s nemocí covid-19, aby jeho podávání v našich zdra-

vatnických zařízeních mělo řád a podléhalo kontrole.

Mezitím oznámil premiér Babiš, že „zařídil 10 000 dávek ivermektinu pro 20 000 pacientů“ z Bulharska do fakultní nemocnice v Brně. A je takřkajíc vymalováno.

V této souvislosti přesto považuji za potřebné připomenout hydroxychlorochin, do kterého byly vkládány naděje na jaře. Nakonec se však ukázalo, že tento lék nejenomže nepomáhá, ale dokonce pacientům s covidem škodí.

Podobně slepou cestou byl další „zázračný“ lék isoprinosin a očekávání nenaplnil ani remdesivir, u kterého jsou výsledky rovněž rozporné, takže jej například WHO nedoporučuje. V současnosti je ivermektin velmi populární a hodně se hovoří i o colchicinu, jehož účinnost prý prokázala kanadská studie, kterou jsem já však nečetl.

Účinné jsou monoklonální protilátky, které obdobně jako rekonvalescentní plazma představují vlastně jakousi formu pasivní imunizace. Problém je však v tom, že je třeba tyto drahé léky podávat intravenózně a navíc hned poté, co se člověk nakazí, v ideálním případě ještě dříve, než se projeví příznaky nemoci. V klinické praxi tedy mají a budou mít i tyto moderní léky použití omezené v podstatě jen pro pacienty, jejichž základní onemocnění vede k extrémnímu riziku komplikovaného průběhu nemoci covid-19, nebo po prominenty, jakým byl Donald Trump.

Nepovažuji za seriózní vzbuzovat v lidech přílišná očekávání a plané naděje. Jediným řešením zůstává očkování a abychom se ho dožili, musíme pokorně respektovat velmi nepříjemná protiepidemická opatření.

**Milan Kubek**

## Žádost o zorganizování klinické studie za účelem ověření bezpečnosti a účinnosti podávání léku ivermektin u pacientů s nemocí covid-19

Vážený pane ministře, současná epidemická situace je v České republice mimořádně vážná. Zdravotníci se snaží zmírňovat důsledky nevládnuté epidemie a zachraňovat pacienty s nemocí covid-19.

Vzhledem k faktické absenci kauzální léčby lékaři v různé míře používají nejrůznější léky, a to i ty, jejichž účinnost nebyla potvrzena relevantními vědeckými studiemi. Jedním z nejčastěji v této situaci zmiňovaných léků je ivermektin. Dostupnost tohoto preparátu je v současnosti v České republice obtížná a názory odborníků na jeho možný přínos pro pacienty se liší.

V této souvislosti není

možné nevzpomenout hydroxychlorochin, do kterého byly vkládány naděje na jaře. Nakonec se však ukázalo, že tento lék nejenomže nepomáhá, ale dokonce pacientům s nemocí covid-19 škodí.

Podle mého názoru není v současné situaci a společenské atmosféře možné bránit pacientům v přístupu k léku, který je v některých sousedních zemích používán. Zároveň však není žádoucí, aby toto „off label“ používání léku ivermektin probíhalo živelně a bez pravidel.

Vzhledem k výše uvedeným skutečnostem si vás tímto dovoluji požádat, aby Ministerstvo zdravotnictví

ČR bez zbytečného odkladu vybralo relevantní instituci, která zorganizuje klinickou studii, v jejímž rámci by lékaři, kteří o to budou mít zájem, mohli

pacientům s nemocí covid-19, již s tím vysloví souhlas, lék ivermektin podávat.

**MUDr. Milan Kubek**, prezident ČLK

28. 2. 2021

**MEDICA SEVER** Poskytovatel zdravotní péče v oboru Všeobecného praktického lékařství a pracovnílékařských služeb přijme lékaře na pozici

**VŠEOBECNÝ PRAKTICKÝ LÉKAŘ**  
pro ambulance v lokalitách

**KLADNO / DĚČÍN / KRALUPY n. Vlt.**

**Požadujeme:** odbornou a specializovanou způsobilost nebo případně účast v předatestační přípravě pro akreditovaná pracoviště u lékaře bez specializované způsobilosti, spolehlivost, flexibilitu, příjemné vystupování.

**Nabízíme:** zázemí stabilní společnosti provozující v mnoha regionech ČR ordinace VPL i PLS, **individuální mzdové podmínky**, vysoce motivační růst mzdy, HPP na dobu neurčitou, možnost přidělení služebního vozidla. O dalších výhodách lze jednat při osobním pohovoru.

**Kontakt pro zájemce:** Dušan Kmetýo / +420 702 016 750 / [kariera@medicasro.cz](mailto:kariera@medicasro.cz) [www.medica-sever.cz](http://www.medica-sever.cz)

# Mezioborové stanovisko k použití ivermektinu u pacientů s covidem-19

**V souvislosti s výskytem informací ve veřejném prostoru o možném příznivém účinku léčebného přípravku s obsahem léčivé látky „ivermectinum“ (dále jen ivermektin) na klinický průběh pacientů s onemocněním covid-19 formulují odborné společnosti Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Česká společnost intenzivní medicíny, Společnost infekčního lékařství, Česká pneumologická a ftizeologická společnost, Sdružení praktických lékařů ČR, následující stanovisko:**

1) Ivermektin prokazuje v laboratorních podmínkách účinek na množení viru, k jeho dosažení je ale zapotřebí podat až stonásobek běžné dávky. Klinické studie s podáváním přípravku u covidu-19 vykazují protichůdné výsledky a jsou kritizovány pro malé počty pacientů a metodické chyby. Stávající stav odborného poznání neumožňuje formulovat jednoznačné doporučení k jeho podávání. Americká Společnost infekčního lékařství se vyslovila proti používání ivermektinu mimo kontrolované vědecké studie. Americký The National Institutes of Health ve svém stanovisku uvádí, že nemůže formulovat žádné doporučení pro nebo proti podávání ivermektinu u covidu-19 a nechává rozhodnutí na jednotlivých lékařích a jejich pacientech.

2) Léčba ivermektinem představuje v současnosti (tj. ke dni vydání stanoviska) experimentální léčbu bez dostatečného množství důkazů získaných metodami medicíny založené na důkazech a nelze ji považovat za součást náležitě odborné péče v léčbě pacientů s covidem-19.

3) Rozhodnutí o podání neregistrovaného



ilustrační foto: shutterstock.com

léčivého přípravku obsahující ivermektin záleží na klinickém uvážení lékaře.

4) Při poskytování zdravotních služeb jednotlivým pacientům může ošetřující lékař za účelem poskytnutí optimálních zdravotních služeb předepsat nebo použít i léčivé přípravky neregistrované podle zákona o léčivech za situace, kdy zároveň:

a) není distribuován nebo není v oběhu v České republice léčivý přípravek odpovídajícího složení nebo obdobných terapeutických vlastností, který je registrován,

b) jde o léčivý přípravek, který je již registrován v jiném státě, nebo je přípravkem pro moderní terapie, jehož výrobce je držitelem povolení kvý-

robě dané lékové formy v rozsahu odpovídajícím povolení k výrobě hodnocených léčivých přípravků vydaným Státním ústavem pro kontrolu léčiv,

c) takový způsob je dostatečně odůvodněn vědeckými poznatky,

d) nejde o léčivý přípravek obsahující geneticky modifikovaný organismus.

**prof. MUDr. Vladimír Černý, Ph.D., FCCM,**  
předseda výboru ČSARIM

**prof. MUDr. Vladimír Šrámek, Ph.D., EDIC,**  
předseda výboru ČSIM

**MUDr. Pavel Dlouhý,** předseda výboru SIL

**prof. MUDr. Martina Vašáková, Ph.D.,**  
předsedkyně výboru ČPFS

**MUDr. Petr Šonka,** předseda SPL

## K údajné odpovědnosti lékaře za neordinování neschválených léků

**V souvislosti s pandemií covidu-19 se na internetu objevují výzvy, aby pacienti trpící koronavirem, nebo pozůstalí po těchto pacientech, podávali trestní oznámení a žaloby na lékaře a nemocnice za to, že těmto pacientům nebyl podán některý z léčivých přípravků, které jsou na internetu a možná i jinde doporučovány, ale nejsou schváleny ani Státním ústavem pro kontrolu léčiv, ani k jejich podávání nebylo vydáno povolení Ministerstvem zdravotnictví ČR. Uvádí se konkrétně ivermektin.**

Odpovědnost lékaře i nemocnice je v těchto případech vyloučena. Žalobu či trestní oznámení může sice kdokoli podat, nikoliv však úspěšně. Naopak neúspěšný žalobce bude povinen hradit náklady řízení, které nemusejí být malé, jak se v případě žalob na poskytovatele zdravotní služby již vícekrát stalo.

Lékař není povinen ani oprávněn ordinovat pacientům neschválené léky, ani není povinen navrhnout Ministerstvu zdravotnictví a SÚKL jejich schválení nebo stanovení výjimky. Pokud tak neučinil a při léčbě postupoval podle dosud uznávaných postupů a pravidel vědy, s ohledem na individualitu

pacienta, konkrétní podmínky a objektivní možnosti, je jeho postup v souladu se zákonem a nemusí se obávat žalob ani trestních oznámení.

**JUDr. Jan Mach,**  
advokát

vedoucí týmu právníků České lékařské komory

# Ministerstvo povolilo používání léčiva ivermektin

**V zájmu ochrany veřejného zdraví v souvislosti s aktuálně probíhající celosvětovou pandemií onemocnění covid-19, způsobenou šířením viru SARS-CoV-2, za účelem zajištění dostupnosti léčivých přípravků významných pro poskytování zdravotní péče, ministerstvo v souladu s § 8 odst. 6 zákona o léčivech dočasně povoluje distribuci, výdej a používání neregistrovaného humánního léčivého přípravku HUVEMEC 3 mg, tablety, výrobce Huvepharma, Bulharsko, s obsahem léčivé látky ivermektin (dále jen „léčivý přípravek HUVEMEC“).**

Počet: 5 000 balení 10 x 3 mg  
a 5 000 balení 30 x 3 mg.

Výdej léčivých přípravků HUVEMEC je vázán na lékařský předpis.

Léčivý přípravek HUVEMEC je určen pouze pro hospitalizované pacienty starší 18 let za předpokladu, že jsou zvažena velmi omezená data pro účinnost v indikaci léčby onemocnění covid-19.

Vzhledem k riziku teratogenity nesmí být léčivý přípravek HUVEMEC podán těhotným. Při léčbě léčivým přípravkem HUVEMEC je potřeba sledovat jaterní funkce před léčbou a po ukončení léčby.

Dávkování: jako bezpečné a nejvhodnější bylo vyhodnoceno schéma podání v dávce 0,2 mg/kg/den podaných první, třetí a pátý den a v maximální denní dávce 24 mg.

Léčivý přípravek HUVEMEC je možné podat u poskytovatelů zdravotních služeb lůžkové péče.

## Lékař, který se rozhodne podat léčivý přípravek HUVEMEC, musí:

- seznámit se s možnými přínosy a riziky této léčby,
- informovat pacienta, že bude léčen neregistrovaným léčivým přípravkem a obeznámit ho s přínosy a riziky léčby,
- hlásit jakékoliv nežádoucí účinky, které se vyskytnou v souvislosti s podáním léčivého přípravku HUVEMEC, a to přes webové rozhraní Státního ústavu

pro kontrolu léčiv [www.sukl.cz](http://www.sukl.cz) – Hlášení pro SÚKL / Hlášení podezření na nežádoucí účinky léčivého přípravku.

Léčivý přípravek HUVEMEC je distribuován prostřednictvím schváleného distributora do lékárny Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně, Pekařská 53, 656 91 Brno (dále jen „koordinující lékárna“).

## Koordinující lékárna:

– může poskytovat přípravek do nemocničních lékáren dalším poskytovatelům zdravotních služeb lůžkové péče,

– je povinna informovat Ústav o uskutečněných dodávkách do zdravotnických zařízení nejpozději do 48 hodin na adresu [marketreport@sukl.cz](mailto:marketreport@sukl.cz) s uvedením data, počtu balení, šarže a zdravotnického zařízení, kam byl léčivý přípravek HUVEMEC dodán.

Účinnost tohoto opatření je stanovena do dne 31. 8. 2021.

## Odůvodnění:

Dne 2. 3. 2021 si ministerstvo vyžádalo od Státního ústavu pro kontrolu léčiv (dále jen „Ústav“) odborné stanovisko ve smyslu § 8 odst. 6 zákona o léčivech ve věci dočasného povolení distribuce, výdeje a použití léčivých přípravků s léčivou látkou ivermektin, a to pro léčbu pacientů s onemocněním covid-19.

Dne 3. 3. 2021 obdrželo Ministerstvo zdravotnictví odborné stanovisko Ústavu ze dne



3. 3. 2021, č. j. suk162052/2021 ve vyžádané věci (dále jen „stanovisko Ústavu“). Ústav ve svém stanovisku uvedl, že je léčivá látka ivermektin, určena původně k léčbě parazitárních onemocnění u člověka (filariáza, svrab, strongyloidóza, onchocerkóza)

a u zvířat. Léčivé přípravky s obsahem léčivé látky ivermektin v perorální lékové formě jsou pod různými názvy registrovány v několika zemích EU/EHP. Ivermektin není registrován pro léčbu covidu-19 v žádném státě, v současnosti je schváleno jeho

nouzové použití na Slovensku (Ivermex tbl. 4 x 3 mg, Ermetin tbl. 10 x 3 mg, a Ivermectin Tablet USP Iver-John 6 tbl., 100 x 6 mg). Vzhledem k dobremu bezpečnostnímu profilu potenciálním, byť robustně nedoloženým klinickým efektem při léčbě covidu-19 představuje ivermektin možnou alternativu při podpůrné léčbě pacientů hospitalizovaných s covidem-19. Používání ivermektinu bylo rovněž plošně zavedeno v Peru, kde byl po zavedení plošného používání ivermektinu pozorován pokles úmrtnosti na covid-19 (jedná se však o nepřímou korelaci, kterou Ústav uvedl pouze pro ucelenou informaci).

Ústav uvedl, že doporučení k použití léčivých přípravků s obsahem léčivé látky ivermektin k léčbě covidu-19 je založeno zejména na předpokladu možného snížení míry hospitalizace a zlepšení klinických příznaků u pacientů starších 18 let. Možný vliv na zlepšení průběhu covidu-19 vychází z řady publikovaných klinických studií, nicméně řada z těchto studií nedosahuje požadované úrovně medicíny založené na důkazech (Evidence Based Medicine).

Ústav dále uvedl, že vzhledem k příznivému bezpečnostnímu profilu a nedostatku jiných léčebných alternativ je vhodnější použití neregistrovaného léčivého přípravku za kontrolovaných podmínek povolit a předejít tak neuváženému používání ivermektinu získaného na černém trhu nebo užíváním nevhodných veterinárních přípravků nebo nevhodných lékových forem (krém, pasta).

Ústav doporučil, po zhodnocení možných rizik a přínosu léčby, omezit použití pouze pro hospitalizované pacienty starší 18 let za předpokladu, že jsou zvažena velmi omezená data pro účinnost v indikaci léčby covidu-19, a za nejvhodnější považuje podání

v dávce 0,2 mg/kg/den podaných první, třetí a pátý den a maximální denní dávce 24 mg. Toto dávkování Ústav posoudil z možných dávkovacích schémat jako bezpečné.

Vzhledem k tomu, že léčivý přípravek HUVEMEC je registrován v členském státě EU, považuje Ústav kvalitu tohoto léčivého přípravku za dostatečně doloženou. Označení vnějšího obalu léčivého přípravku HUVEMEC a příbalový leták, který je součástí balení, jsou v jazyce původu přípravku (bulharština).

Pacient musí být informován, že je léčen neregistrovaným léčivým přípravkem, který není používán v souladu s rozhodnutím o registraci, a bude obeznámen s jeho přínosy a riziky. Poskytovatel zdravotních služeb, který se rozhodne léčivý přípravek HUVEMEC pacientovi podat, se musí seznámit s možnými přínosy a riziky této léčby.

### Ústav doporučil ministerstvu do podmínek rozhodnutí uvést následující:

- při léčbě léčivým přípravkem HUVEMEC je potřeba sledovat jaterní funkce před léčbou a po ukončení léčby,
- vzhledem k riziku teratogenity nepodávat u těhotných,
- nepoužívat u dětí do 18 let věku,
- povinnost lékařů hlásit veškeré nežádoucí účinky v souladu s § 93b odst. 1 zákona o léčivech, které se vyskytnou v souvislosti s podáním dotčeného neregistrovaného léčivého přípravku, a to způsobem stejným jako v § 93b odst. 1 zákona o léčivech (tzn. přes webové rozhraní SÚKL: www.sukl.cz – Hlášení pro SÚKL/ Hlášení podezření na nežádoucí účinky léčivého přípravku).

Léčivý přípravek HUVEMEC má být nakoupen prostřednictvím koordinující lékárny, která může dodávat přípravek do nemocničních lékáren dalších poskytovatelů zdravotních slu-

žeb, provozujících zdravotnická zařízení s lůžkovou péčí.

Ústav doporučil, aby ministerstvo stanovilo povinnost koordinující lékárny informovat Ústav o uskutečněných dodávkách do zdravotnických zařízení nejpozději do 48 hodin na adresu marketreport@sukl.cz s uvedením data, počtu balení, šarže a zdravotnického zařízení, kam byl léčivý přípravek HUVEMEC dodán.

Ústav uvedl, že je výdej léčivého přípravku HUVEMEC vázán na lékařský předpis.

Ústav dále uvedl, že preklinické studie nenaznačují, že by ivermektin významně ovlivňoval CYP3A4 nebo jiné enzymy CYP (2D6, 2C9, IA2 a 2E1), a nepředpokládají se tedy zásadní lékové interakce. A současně že nemá informace o možných interakcích léčivých přípravků s obsahem léčivé látky ivermektin s jinými léčivými přípravky používanými při léčbě covidu-19 (Veklury, Fortecortin, Dexamethasone Krka) v případě současného podávání.

Ústav navrhuje, aby ministerstvo ve svém rozhodnutí umožnilo použití léčivého přípravku HUVEMEC k léčbě onemocnění covid-19 u hospitalizovaných dospělých pacientů za předpokladu, že je léčba zahájena co nejdříve po přijetí k hospitalizaci. Důvodem pro omezení použití léčivého přípravku HUVEMEC pouze u hospitalizovaných pacientů je potřeba sledování bezpečnosti léčby.

V závěru svého stanoviska Ústav uvedl, že vzhledem ke skutečnosti, že se jedná o léčivý přípravek, který nemá na trhu České republiky žádnou alternativu a jedná se o zajištění léčivého přípravku pro podpůrnou léčbu závažného zdravotního stavu, Ústav souhlasí s udělením výjimky povolující použití léčivého přípravku HUVEMEC, při dodržení uvedených podmínek a zvážení nejednoznačného přínosu pro hospitalizované pacienty s potvr-

zenou infekcí virem SARS-CoV-2 za předpokladu, že jsou vzata do úvahy omezená data o účinnosti v předemné indikaci a dávce (0,2 mg/kg/den podaných první, třetí a pátý den). Při zacházení s tímto léčivým přípravkem je nutné s výjimkou výše uvedených odlišností dodržovat ustanovení zákona o léčivech.

### Po posouzení odborných podkladů a s přihlédnutím ke stanovisku Ústavu uvádí ministerstvo následující:

V souvislosti s výskytem onemocnění covid-19 způsobeného koronavirem SARS-CoV-2 je za účelem zkrácení doby hospitalizace třeba zajistit pro pacienty v České republice dostupnost léčivého přípravku HUVEMEC.

Podmínky a povinnosti uvedené ve výroku opatření stanovilo ministerstvo na základě doporučení uvedených ve stanovisku Ústavu za účelem zajištění bezpečnosti používání léčivého přípravku HUVEMEC, a to zejména proto, že tento léčivý přípravek není v dané indikaci registrován v žádném státě a existují pouze omezená data o jeho účinnosti při použití. Z toho důvodu je lékařům uložena povinnost hlásit Ústavu jakékoliv nežádoucí účinky v souvislosti s podáním léčivého přípravku HUVEMEC.

Vzhledem ke skutečnosti, že se jedná o léčivý přípravek, který nemá na trhu v České republice žádnou alternativu a jedná se o zajištění léčivého přípravku pro léčbu závažného zdravotního stavu, Ministerstvo dočasně povoluje distribuci, výdej a použití léčivého přípravku HUVEMEC při dodržení podmínek výše uvedených, a to do dne 31. 8. 2021, což odpovídá době expirace balení povolených tímto opatřením. Při zacházení s léčivým přípravkem HUVEMEC je nutné dodržovat příslušná ustanovení zákona o léčivech.

doc. MUDr. Jan Blatný, Ph.D., ministr zdravotnictví  
3. 3. 2021

# Babiš o ivermektinu

**Na tiskové konferenci po mimořádném jednání vlády 3. 3. 2021 uvedl premiér Andrej Babiš:**

Ivermektin konečně dnes ministerstvo a SÚKL povolily nemocnici Svatá Anna distribuovat tu dodávku, kterou jsme vyjednali přes víkend. Přišla včera pro 20 000 občanů. Už dnes o to projevil zájem třicet nemocnic a Svatá Anna oslovila 104 nemocnic a je o to samozřejmě velký zájem. Čekáme, že SÚKL i Ministerstvo zdravotnictví povolí distribuci

ivermektinu pro praktiky, protože zkrátka je to lék, který se používá od roku 1987, dokonce je za to nositel Nobelovy ceny, jak jsem se dočetl, a je to tradiční lék, který podle těch informací, které máme a které jsou dostupné, ty studie například z Peru nebo EFDA a dalších, funguje a podstatným způsobem snižuje zátěž viru.

Takže já bojuju za ty léky. Jsem strašně rád, že se mi povedlo vlastně za dva dny nakoupit ten ivermektin a že to funguje.

**Ing. Andrej Babiš**, předseda vlády, 3. 3. 2021

Zdroj: <https://www.vlada.cz/cz/media-centrum/tiskove-konference/tiskova-konference-po-mimoradnem-jednani-vlady--3--brezna-2021-187080/>

## Ivermektin – kontroverze přetrvávají

**V posledních týdnech je u nás věnována s dramaticky se zhoršující situací v nemocnicích velká mediální pozornost antiparazitárnímu léčivu ivermektin. Jde o preparát s dlouhou historií sahající do konce 70. let, který byl původně vyvinut pro veterinární účely a posléze se rozšířil do humánní medicíny pro léčbu pro nás exotických chorob jako onchocerkóza, lymfatická filarióza a strongyloidóza. Ve formě krému je pak ivermektin užíván pro léčbu rosacey nebo případně ve formě pasty pro terapii svrabu. Ivermektin v in vitro studiích také prokázal aktivitu proti různým RNA virům zahrnující původce HIV infekce, horečky dengue, chřipky a infekce zika. Z tohoto důvodu se ivermektin dostal mezi potenciální terapie covidu-19.**

Je vhodné připomenout, že vzhledem k tomu, že původce covidu-19 SARS-CoV-2 je zcela nový koronavirus, nejsou k dispozici specificky účinná virostatika. Je dobře známo, že vývoj takového léčiva trvá roky. Proto byla od začátku roku 2020 testována již používaná léčiva se známou aktivitou proti RNA virům. Od počátku epidemie ve Wu-chanu se tak používal antiretrovirový preparát (tj. léčivo proti HIV), ritonavir/lopinavir a začal se zkoušet remdesivir, původně vyvinutý pro léčbu hepatitidy C a posléze s úspěchem zkoušený u virové hemoragické horečky ebola. Do centra zájmu se rovněž dostala i antiparazitika, která v in vitro studiích prováděných na SARS-CoV-2 infikovaných buňkách prokázala schopnost inhibovat replikaci viru – šlo o dobře známá léčiva chlorochin a hydroxychlorochin (např. užívaná v léčbě malárie) a rovněž o ivermektin. Proto byla již na jaře 2020 zahájena řada studií s těmito léčivy. V průběhu času se ukázalo, že hydroxychlorochin nebo chlorochin účinné nejsou, lopinavir s ritonavirem velmi malý efekt snad mají a pouze remdesivir v kvalitně provedených klinických studiích splnil alespoň některé očekávané parametry, jako je například významné zkrácení délky hospitalizace u středně závažných průběhů covidu-19.

Výsledky studií s ivermektinem jsou zatím publikovány omezeně, ačkoliv na počátku března t. r. bylo na webové stránce ClinicalTrials.gov registrováno 60 studií s ivermektinem, přičemž

některé z nich již byly ukončeny. Proto je velmi důležité, že byly publikovány výsledky prospektivní placebem kontrolované studie autorů z Kolumbie, která vyšla 4. března 2021 v časopise Journal of American Medical Association, známém pod zkratkou JAMA. Autorům práce je nutné přiznat prvenství a rovněž ocenit jejich pečlivost, s jakou práci provedli. Pro představu, jen dodatečná data týkající se bližšího popisu souboru sledovaných pacientů a kontrol, která nejsou součástí publikovaného textu a jsou dostupná pouze na webové stránce časopisu JAMA, mají rozsah 23 stran (!!!). Zásadní je, že studie, v níž byla analyzována data 398 subjektů s covidem-19 (200 nemocných léčených ivermektinem a 198 neléčených kontrol), neprokázala účinnost ivermektinu u lehkých průběhů onemocnění, a to především v hlavním sledovaném parametru, kterým bylo zhoršení stavu a nutnost hospitalizace. Je sice pravdou, že medián věku nemocných zařazených do studie byl nižší (37 let), ale na druhou stranu více než 35 procent sledovaných pacientů bylo ve věkové kategorii 40–64 let, což dobře odpovídá naší současné situaci. Autoři ve své práci citují zajímavou retrospektivní studii (zatím jednu z mála publikovaných), ve které byl posuzován vliv ivermektinu na přežití a výskyt komplikací těžkých a kritických průběhů covidu-19. Tato studie, ve které byla hodnocena data získaná mezi březnem a květnem 2020 ze čtyř nemocnic ve státě Florida, příznivý vliv ivermektinu na přežití covidu-19 prokázala. Výsledky však mají omezenou hodnotu, neboť

šlo o retrospektivní observační studii, ve které byla pro zjištění efektu ivermektinu zpětně vybrána skupina pacientů léčených a neléčených tímto léčivem. Ve studii byla hodnocena data 277 pacientů, kteří dostávali tehdy běžnou terapii zahrnující kortikosteroidy, hydroxychlorochin a azitromycin, přičemž 170 pacientů z nich současně dostávalo i ivermektin. Pro hodnocení dat byla využita statistická metoda propensity skóre, která v zásadě spočívá v párování vhodných případů pro odstranění možného zkreslení způsobeného známými faktory ovlivňujícími průběh choroby, jako je například věk, nebo komorbidita, což je v současné době uznávaný přístup pro observační studie.

**Při respektování principů medicíny založené na důkazech tedy nelze ivermektin jako prokázanou léčbu covidu-19 doporučit, což reflektuje i mezioborové stanovisko několika odborných společností ČLS JEP. Na druhou stranu data z observační studie z Floridy jsou zajímavá a mohla by stát za ověření v prospektivní placebem kontrolované klinické studii zaměřené na těžké a kritické průběhy covidu-19, mimo jiné i proto, že pro tyto formy onemocnění nemáme s výjimkou kortikosteroidů žádná prokazatelně účinná léčiva a cesta k cíleně působícímu antiviroviku bude pravděpodobně dlouhá.**

**prof. MUDr. Michal Holub, Ph.D.,**

Klinika infekčních nemocí 1. LF UK a ÚVN

(literatura k dispozici u autora)



# Očkování – musíme zrychlit

**Česká lékařská komora podporuje očkování proti nemoci covid-19, které je jedinou možností, jak epidemii definitivně zvládnout, umožnit normální život a fungování společnosti. Zároveň však lékařská komora nemůže doporučovat očkování vakcínami, které by nebyly schváleny Evropskou lékovou agenturou (EMA).**

Přílohou strategie očkování, kterou vláda schválila 12. 1. 2021, byl mimo jiné harmonogram dodávek očkovacích látek. Postupně se ale ukázalo, že farmaceutické firmy své závazky v nasmlouvaných termínech plnit nedokázaly. Abychom věděli, na čem jsme a co můžeme očekávat, požádal jsem ministra zdravotnictví o aktualizovaný harmonogram očekávaných dodávek vakcín do ČR.

Epidemie nepočká. S tím, že v některých

dnech naočkujeme méně osob, než kolik diagnostikujeme nových případů nemoci covid-19, se nemůžeme jen tak smířit. Očkování sice vážně v celé Evropě, ale nemocí nejpostiženější Česká republika zaostává v očkování za většinou zemí Evropské unie.

Podle údajů Ministerstva zdravotnictví bylo k 8. 3. 2021 podáno celkem 862 670 dávek vakcín. Z toho 730 819 Pfizer, 55 372 Moderna a 76 479 AstraZeneca. Kompletní očkování, tedy dvě dávky vakcíny, obdrželo

zatím 267 740 osob, tedy asi 2,5 procenta populace. A to je žalostně málo. Tímto tempem bychom očkovali déle než dva roky.

Pokud se máme vyvarovat závažných epidemických problémů na podzim, potřebujeme mít do konce září naočkované nejméně 70 procent populace, tedy kolem sedmi milionů osob. Musíme tudíž zásadně zrychlit. Na splnění úkolu nám nezbyvá už ani 200 dní.

Milan Kubek

	Pfizer	Moderna	AstraZeneca	Janssen	CureVac	Novavax	Celkem
<b>2020</b>	29 250						<b>29 250</b>
<b>2021</b>	<b>12 153 860</b>	<b>3 977 200</b>	<b>3 091 044</b>	<b>2 004 000</b>	<b>465 000</b>	<b>1 728 000</b>	<b>23 419 104</b>
<b>1. čtvrtletí</b>	1 354 860	236 400	391 044				<b>1 982 304</b>
leden	308 880	20 400					<b>329 280</b>
1	69 225						<b>69 225</b>
2	71 175	8 400					<b>79 575</b>
3	94 770						<b>94 770</b>
4	73 710	12 000					<b>85 710</b>
únor	338 130	68 400	112 800				<b>519 330</b>
5	76 050	24 000	19 200				<b>119 250</b>
6	77 220		21 600				<b>98 820</b>
7	91 260		36 000				<b>127 260</b>
8	93 600	44 400	36 000				<b>174 000</b>
březen	707 850	147 600	278 244				<b>1 133 694</b>
9	113 490		50600 + 16800(dar DE) = 67 200				<b>180 890</b>
10	222 300	58 800	21 600 + 15 000( dar FR) = 32 100				<b>317 700</b>
11	124 020		16 800				<b>140 820</b>
12	124 020	88 800	88 235				<b>301 055</b>
13	124 020		96 409				<b>220 429</b>
<b>2. čtvrtletí</b>	<b>4 807 000</b>	<b>829 800</b>	<b>1 800 000</b>	<b>555 000</b>	<b>66 000</b>	<b>350 000</b>	<b>8 407 800</b>
duben	1 145 430	276 600	400 000	170 768	20 307	107 692	<b>2 120 797</b>
květen	1 830 200	276 600	500 000	213 460	25 385	134 615	<b>2 980 260</b>
červen	1 830 200	276 600	900 000	170 772	20 308	107 693	<b>3 305 573</b>
<b>3. čtvrtletí</b>	<b>4 422 000</b>	<b>1 509 000</b>	<b>900 000</b>	<b>1 200 000</b>	<b>177 000</b>	<b>590 000</b>	<b>8 798 000</b>
červenec	1 314 465	464 307	400 000	369 228	54 465	181 526	<b>2 783 991</b>
srpen	1 693 075	580 385	500 000	461 540	68 075	226 930	<b>3 530 005</b>
září	1 414 460	464 308		369 232	54 460	181 544	<b>2 484 004</b>
<b>4. čtvrtletí</b>	<b>1 570 000</b>	<b>1 402 000</b>		<b>249 000</b>	<b>222 000</b>	<b>788 000</b>	<b>4 231 000</b>
říjen	476 158	431 386		76 614	68 307	242 465	<b>1 294 930</b>
listopad	597 690	539 230		95 770	85 385	303 075	<b>1 621 150</b>
prosinec	496 152	431 384		76 616	68 308	242 460	<b>1 314 920</b>
<b>2022</b>					<b>534 000</b>	<b>640 000</b>	<b>1 174 000</b>
<b>Celkový součet</b>	<b>12 153 860</b>	<b>3 977 200</b>	<b>3 091 044</b>	<b>2 004 000</b>	<b>999 000</b>	<b>2 368 000</b>	<b>24 593 104</b>

\* Tabulka nezahrnuje vše, navíc objednány další dva miliony, do konce roku. Zelené údaje kurzívou jsou pouze odhady, či aritmetické průměry na základě informací, které máme k dispozici.

Zdroj: Centrální tým pro koordinaci očkování proti onemocnění COVID-19, MZ ČR

# Očkování proti nemoci covid-19 bezpečně chrání před závažným průběhem, hospitalizací a úmrtím

**Adaptace zvířecích koronavirů na člověka odstartovaná onemocněními SARS a MERS vyvrcholila v roce 2019 dalším novým lidským koronavirem SARS-CoV-2 s dosud nevídaným pandemickým potenciálem. Nemoc covid-19 postihla zatím více jak 111 milionů osob, způsobila více jak 2,4 milionu úmrtí a je hlášena z více jak 222 zemí po celém světě. Po pandemii moru, pravých neštovic, španělské chřipky a HIV/AIDS je covid-19 pátou nejhorší zdokumentovanou pandemií lidstva, co se týká počtu obětí.**



Přes usilovný vývoj nových léčiv je stále minimum dostupných účinných antivirotik, které bychom mohli označit za skutečnou etiologickou léčbu. Vyvinout vakcínu se již podařilo. Tak, jak neumíme na 100 procent léčit covid-19, umíme díky očkování téměř ve 100 procentech předcházet závažným průběhům, hospitalizacím a úmrtím u očkovaných jedinců. Dosud bylo po celém světě aplikováno více jak 222 milionů dávek covid-19 vakcíny a číslo každým dnem narůstá.

Na rozdíl od nemoci, očkování dosud nemá žádnou příčinnou oběť. V každé pandemické vlně v České republice postupně narůstaly počty úmrtí s maximem 15 úmrtí/den během první vlny (8. 4. 2020), maximem 262 úmrtí/den během druhé vlny (3. 11.

2020), 191 úmrtí/den v průběhu třetí vlny (8. 1. 2021) a zatím maximem 183 úmrtí/den během poslední čtvrté vlny epidemie u nás (26. 2. 2021). Každých 7–10 minut zemře jeden člověk, který má potvrzenou PCR pozitivitu na covid-19.

## Zatím tři vakcíny proti covidu-19

V současné době jsou v Evropě registrovány tři vakcíny proti onemocnění covid-19. U dalších tří vakcín probíhá hodnocení Evropskou lékovou agenturou (EMA) a je jen otázkou času, než budou také zaregistrovány a stanou se dostupné. Překvapivě první registrace získaly dvě vakcíny nejnovější, třetí generace – genetické vakcíny, tzv. mRNA vakcíny. Tento typ vakcín dosud nebyl nikdy v humánní medicíně použit i přesto, že se již desítky let pracovalo na jejich vývoji. Pandemie covidu-19 znamenala urychlení a hlavně dokončení vývoje této nové generace vakcín, které jistě budou znamenat průlom v očkování. Jedná se o vakcínu Comirnaty firem Pfizer/BioNTech (evropská registrace 21. 12. 2020) a vakcínu firmy Moderna (evropská registrace 6. 1. 2021). Jako třetí v pořadí pak byla rekombinantní vektorová vakcína firmy AstraZeneca (evropská registrace 29. 1. 2021). Na další registraci v Evropě čekají vek-

torová rekombinantní vakcína firmy Johnson & Johnson, rekombinantní adjuvantní vakcína firmy Novavax a genetická mRNA vakcína firmy CureVac. Jednotlivé vakcíny se liší v technologii přípravy a nepatrně v účinnosti na vznik onemocnění (od 81 procent do 95 procent). Nelíší se v bezpečnosti a schopnosti zabránit závažným průběhům, hospitalizacím a úmrtím.

Principem genetické mRNA vakcíny (Pfizer, Moderna, CureVac) je využití genetické informace nezbytné k produkci vakcínálního antigenu (hrotový spike protein SARS-CoV-2) v podobě mRNA, obalené, kvůli své nestabilitě a křehkosti, do nanočásticového lipidového obalu. Vzhledem k tomu, že vakcína obsahuje RNA, která se dostává pouze do cytoplazmy lidských buněk, nikoliv do jádra buněk, kde je lidská DNA, nemůže dojít k ovlivnění lidského genomu a vzniku mutageneze. Po vytvoření antigenu a stimulaci imunitního systému se mRNA degraduje. U vektorové vakcíny (AstraZeneca, Johnson & Johnson, Sputnik V) dochází k inzerci genu kódujícího vakcínálního antigen pomocí jiného viru – adenoviru. Tento adenovirus má odebrané geny pro replikaci, proto se nemůže v lidském organismu množit, a naopak má přidané geny pro spike protein koronaviru. Vektorový adeno-

virus se geneticky upravuje rekombinantní technologií, proto jsou někdy tyto vakcíny označované jako rekombinantní vakcíny (rekombinantní technologií jsou připravované například také vakcíny proti virové hepatitidě typu B nebo proti lidskému papilomaviru).

## Srovnání účinnosti vakcín

Ještě dříve, než se začalo s očkováním, panovaly obavy z bezpečnosti nových vakcín, i přestože v rámci klinického hodnocení všech registrovaných vakcín se jejich dobrá snášenlivost a bezpečnost prokázala. Zahájení jejich používání v praxi to jenom potvrdilo. Obavy o bezpečnost nyní nahradily zbytečné obavy o účinnosti vakcín, které se tak staly nejvíce sledovaným údajem. Ano, existují rozdíly v účinnosti jednotlivých vakcín. Účinnost mRNA vakcíny firmy Pfizer/BioNTech (vakcína Comirnaty) dosahuje až 95procentní účinnosti v prevenci vzniku onemocnění covid-19, druhá mRNA vakcína firmy Moderna pak 94,1procentní účinnosti. Vektorová vakcína firmy AstraZeneca dosahuje účinnosti 81 procent při aplikaci s rozestupem mezi první a druhou dávkou, který je  $\geq 12$  týdnů. Proto je doporučen tříměsíční interval mezi dávkami. Ruská vektorová vakcína

Sputnik V dosahuje dle publikovaných výsledků 91procentní účinnosti. Další vektorová vakcína firmy Johnson & Johnson, která čeká na brzkou registraci, dosahuje 66,5procentní účinnosti. Vysoké účinnosti na vznik onemocnění covid-19 mají také vakcíny u pacientů s rizikovými komorbiditami. Vakcína Pfizer v registračních studiích potvrdila 95procentní účinnost u obézních pacientů, u hypertoniků a pacientů s diabetes mellitus, 93procentní účinnost u pacientů s chronickým plicním onemocněním.

Rozdíly v účinnosti jednotlivých vakcín jsou známy také u jiných, dosud běžně používaných vakcín. Například v seniorském věku se účinnost vakcín proti chřipce pohybuje v závislosti na průběhu chřipkové sezony od 40 do 70 procent, podobně účinnost vakcíny proti pneumokokům se v tomto věku pohybuje od 40 do 90 procent. Pokud se někdo nechá očkovat v rámci cestování do exotických destinací proti břišnímu tyfu, musí počítat s účinností kolem 70 procent a po třech letech dokonce jenom s 50 procenty. Přesto všechna tato očkování mají svůj význam a významně snižují riziko nejenom vzniku nákazy, ale zejména závažného průběhu a následných hospitalizací, případně úmrtí. Podobné je to také s vakcínami proti covidu-19. Pokud některá vakcína v prevenci vzniku samotného onemocnění neposkytuje víc jak 90procentní účinnost, neznamená to, že je to špatná vakcína, nebo že není vhodná pro seniory.

Tak, jak víme, že vakcína proti chřipce neochrání všechny seniory proti vlastnímu onemocnění, víme, že je ale ochrání před závažnými komplikacemi, hospitalizacemi a že očkování jedinec na chřipku nezemře. Proto očkujeme seniory a další zranitelné skupiny osob. Podobný přístup musíme zaujmout také u pandemických vakcín proti nemoci covid-19.

Důležité jsou údaje účinnosti vakcín snižující riziko vzniku závažných průběhů, hospitalizací a úmrtí. V klinických studiích jak mRNA vakcína, tak vektorová vakcína AstraZeneca prokázaly právě v tomto 99–100procentní účinnost. Očkování proti covidu-19 se provádí nejenom proto, abychom zabránili klinicky symptomatickému onemocnění, ale zejména abychom zabránili dalším zbytečným úmrtím, přeplněným nemocnicím a kolapsu českého zdravotnictví.

### Co ukazuje praxe

Vysoká účinnost z registračních studií byla již také potvrzena v reálné praxi. Skotská data z národní prospektivní kohortové studie ve Velké Británii na 5,4 milionu osob (preprint časopisu Lancet z 19. 2. 2021) prokázala 85procentní účinnost na hospitalizace za 28–34 dnů po první dávce mRNA vakcíny (Pfizer), a dokonce 94procentní účinnost ve stejném období po první dávce vektorové vakcíny AstraZeneca. Takto vysoká účinnost byla potvrzena také u seniorů ve věku  $\geq 80$  let, kde se bez ohledu na použítou vakcínu prokázala 81procentní účinnost na hospitalizace v daném období po první dávce.

Velice robustní data máme také již k dispozici z Izraele (více jak 1,1 milionu osob), publikované v časopise NEJM, 24. 2. 2021. Používání v praxi potvrdilo u mRNA vakcíny (Pfizer) 92procentní účinnost na jakoukoliv infekci covidu-19, 94procentní účinnost na symptomatickou infekci, 87procentní účinnost na hospitalizace a 92procentní účinnost na těžký průběh za sedm dnů po druhé dávce vakcíny. Již za tři týdny po první dávce vakcíny pak 84procentní účinnost na úmrtí. Potvrdila se účinnost také proti nejčastější nové, britské mutaci B.1.1.7. Vakcína AstraZeneca dosáhla srovnatelné účinnosti na britskou mutaci jako na ostatní linie SARS-CoV-2 cirkulující v Evropě. V případě britské mu-

tace se jedná o 75procentní účinnost versus 84procentní účinnost u ostatních linií viru.

Bezpečnostní profil vakcín registrovaných a schválených v Evropě je velice podobný. V případě použití u seniorů je zpravidla výskyt nežádoucích účinků po očkování hlášen nižší než u mladších osob. U vakcíny AstraZeneca bylo sledováno o 30 procent méně místních reakcí a o 20 procent méně celkových reakcí po očkování u osob starších 70 let v porovnání s osobami mladšími 55 let. Závažné reakce po očkování se vyskytly pouze o 0,8 procenta očkovaných osob. Riziko obávaných nejzávažnějších anafylaktických reakcí, získané z více jak 17 milionů podaných dávek, se pohybuje mezi 2,8 – 5,0 reakce na milion aplikovaných dávek vakcín Pfizer a Moderna. Jednasedmdesát až 77 procent anafylaktických reakcí se vyskytuje v období do 15 minut po očkování.

### Shrnutí

- Všechny vakcíny proti onemocnění covid-19 schválené v Evropě jsou bezpečné a účinné.
- Rozdíl v účinnosti jednotlivých vakcín nijak nesnižuje jejich možnost použití ve všech věkových kategoriích.
- Všechny vakcíny jsou srovnatelně vysoce účinné na snížení rizika závažného průběhu covidu-19, rizika hospitalizace a rizika úmrtí.
- Hlavním cílem očkování není pouze individuální zabránění vzniku onemocnění u jednotlivce, ale zejména snížení rizika úmrtí a hospitalizací spojených s těžkým průběhem nemoci.
- Zapojme se v maximální míře všichni do očkování, jediné tak můžeme zabránit kolapsu zdravotnictví a dalším zbytečným úmrtím.

**Prof. MUDr. Roman Chlíbek, Ph.D.,**

předseda České vakcinologické společnosti ČLS JEP, Univerzita obrany  
(literatura k dispozici u autora)



**Skupina MEDICON přijme do svých pražských poliklinik ve Vysocanech, na Budějovické a v Holešovicích odborné lékaře:**

**Alergolog | Angiolog | ARO | Dermatolog | Diabetolog | Endokrinolog | Gastroenterolog | Internista | Mammární diagnostik | Neurolog s licencí EMG | Praktický lékař (PLS) a další.**

Přivítáme i vaše zdravotní sestry.

- minimální administrativa
- moderní vybavení ordinací
- možnost i částečných úvazků

V případě zájmu nás neváhejte kontaktovat:

☎ 730 524 720 ✉ [kariera@mediconas.cz](mailto:kariera@mediconas.cz)

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

# Očkování zdravotníků proti nemoci covid-19 stále vážne

**Konečnou verzi strategie očkování včetně metodických pokynů schválila vláda dne 12. 1. 2020, přičemž vyhověla požadavku lékařské komory, že ve skupině 1A s nejvyšší prioritou musejí být očkováni všichni zdravotníci, kteří jsou v přímém kontaktu s pacienty nebo s potenciálně infekčním materiálem. Ministr Blatný zároveň souhlasil, aby pokračovalo očkování ambulantních zdravotníků v režimu „kolegiální výpomoci“ ze strany nemocnic, které očkovaly své zaměstnance již od konce prosince. Bohužel na konci prvního březnového týdne byla situace taková, že podstatná část zdravotníků, kteří mají o očkování zájem, dosud nebyla naočkována.**

Dne 13. 1. 2021 jsem se prostřednictvím Asociace krajů obrátil na hejtmany všech krajů s nabídkou ČLK na spolupráci při zajišťování očkování.

Dne 14. 1. 2021 jsem vyzval předsedy OS ČLK, aby se zapojili do organizace očkování, a poděkoval těm, kteří tak již učinili. Systém kolegiální výpomoci v řadě regionů díky aktivitě okresních sdružení komory i dalších lékařských sdružení v té době již fungoval.

Registrace zdravotníků přes Centrální rezervací systém měla být zahájena hned při jeho spuštění 15. 1. 2021. Nakonec však byl CRS pro zdravotníky po odkladech kvůli nutnosti jeho propojení s Národním registrem zdravotnických pracovníků (NRZP) otevřen až 26. 1. 2021.

Následně se ukázalo, že řada lékařů se registrovat přesto nemůže. Příčinou jsou chyby a neúplné informace v Národním registru zdravotnických pracovníků (NRZP). Komora vede vlastní Registr lékařů a v minulosti marně jednala s Ústavem zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) o možnostech jeho propojení s NRZP.

Naší prioritou je zajistit v době co možná nejkratší úplné proočkování dvěma dávkami vakcíny pro všechny členy České lékařské komory, jež mají o očkování zájem. Pro ty lékaře, kterým se nepodařilo do CRS přihlásit, vytvořila ČLK jednoduchou aplikaci umožňující individuální přihlášení.

Dne 28. 1. 2021 jsme rozeslali lékařům prostřednictvím e-mailu formuláře, které mohli zájemci o očkování vyplnit, a tak se k očkování přihlásit. O problému jsem jednal 29. 1. 2021 s ministrem Blatným, který přislíbil součinnost při jeho řešení.

Během 14 dnů se nám přihlásilo 967 lékařů – zájemců o očkování, které CRS odmítli. Jejich seznam jsme podle instrukcí pana ministra předali Ministerstvu zdravotnic-



ilustrační foto: shutterstock.com

tví prostřednictvím Národní agentury pro komunikační a informační technologie (NAKIT).

Další odklad očkování lékařů pak způsobil Ministerstvo zdravotnictví svým požadavkem, aby zájemci o očkování doplnili ještě očkovací centrum, kde se chtějí nechat očkovat. Komora tedy opětovně e-mailem všechny zájemce oslovila s výzvou, aby si vybrali vhodné očkovací místo ze seznamu očkovacích míst, který komora obdržela.

Takto doplněný seznam členů komory, kteří mají zájem o očkování, byl nakonec dne 26. 2. 2021 opětovně předán ministerstvu prostřednictvím NAKIT, s jejímž ředitelem Ing. Dzurillou jsme spolu s Mgr. Valáškem opakovaně jednali. Ale pořád se nic nedělo.

Dne 4. 3. 2021 jsem tedy musel ministra zdravotnictví znovu upozornit na skutečnost,

že navzdory jeho slibům stále zůstává podstatná část zdravotníků, kteří mají o očkování zájem, ale toto jim dosud nebylo umožněno. Nedostatečná míra proočkovanosti ambulantních lékařů a jejich spolupracovníků je přitom příčinou toho, že po přechodném poklesu v těchto týdnech znovu roste počet nakažených a nemocných zdravotníků.

Zatím poslední ujištění, že všechno bude fungovat, jsme od Ing. Dzurilly, který je ředitelem NAKIT, obdrželi v pátek 5. 2. 2021. Tak uvidíme, jestli je to tentokrát skutečně pravda a alespoň všichni lékaři dostanou možnost se naočkovat. V této souvislosti snad jen hořký povzdech, že pokud by Česká lékařská komora měla možnost pro své členy vakcíny nakoupit, už by všichni zájemci z řad lékařů byli dávno naočkováni.

**Milan Kubek**

# Politici odpírači očkování v Tanzanii

**K jen velmi obtížně pochopitelnému kroku se uchýlili politici v africké Tanzanii. Odmítli povolit očkování proti nemoci covid-19 a prohlásili, že podpoří vlastní řešení. To se však nezakládá na vědecky podložených datech a má povahu prostého šarlatánství. Více informací uvedl ve svém pravidelném týdenním souhrnu medicínský magazín The Lancet.**



Tanzanský ministr zdravotnictví Dorothy Gwajima před dvěma týdny vyrukoval s tvrzením, že země nemá v plánu povolit očkování proti viru SARS-CoV-2. Jeho vystoupení přišlo jen několik dnů poté, co prezident africké země John Magufuli vyjádřil pochybnosti nad vakcínami vyráběnými v zahraničí. Výtky vznesl, aniž by je podložil jakýmkoliv důkazy. The Lancet uvádí, že tamní ministerstvo zdravotnictví povolí vakcíny až v okamžiku, kdy je prověří tanzanští odborníci.

„Nepřesvědčilo nás, že se o vakcínách hovoří jako o bezpečných,“ podotkl ministr zdravotnictví v doprovodu dalších vysokých úředníků resortu na tiskové konferenci, kde nikdo z vystupujících neměl zakrytá ústa a nos. Ministr a jeho kolegové vypili před kamerami bylinnou směs obsahující zázvor, česnek a citrony. Představitel resortu také inhalovali páru z bylin. Akt doprovodili slovy, že se jedná o přirozené prostředky na hubení viru. Ministr následně varoval novináře před publikováním jiných než oficiálních statistik – nejen pokud jde o nemoc covid-19, ale také o jakékoli další.

Způsob, jímž se Tanzanie vypořádává

s pandemií novým typem koronaviru, vyvolává obavy. Přitom začátek pandemie vypadal v africké zemi co do přístupu odpovědně. Ve vládou provozované nemocnici Mount Meru, která se nachází v malém městě Arusha na severu země, zaznamenali první případ nemoci covid-19 v polovině března loňského roku. Předseda vlády Kassim Majaliwa proto ještě na druhý den nařídil uzavřít všechny školy, zákaz se následně rozšířil na univerzity. Přišly další zákazy v podobě omezení shromažďování, které se netýkalo jen náboženských akcí v kostelech a mešitách.

Další měsíce nicméně svědčí o laxním přístupu politiků v Tanzanii během zvládnání krizové situace. Ještě v dubnu téhož roku země přestala zveřejňovat statistiky, vážící se k chorobě covid-19. V té době měla země 509 pozitivních případů, 183 vyléčených a 21 zemřelých. Data se dodneška nezměnila. V červnu nastala další pozoruhodná situace – prezident prohlásil, že v zemi není díky božím zásahům nový typ koronaviru již vůbec přítomen. Nařídil proto otevřít opět školy.

V situaci, kdy Afrika čelí druhé vlně a třetí pravděpodobně přijde, není jasné, jak na tom Tanzanie konkrétně je. „Zůstaňme neoblovní. Vakcíny jsou nebezpečné. Pokud by běloch byl schopný přijít s vakcínou proti novému typu koronaviru, měl by dávno objevenou vakcínu proti AIDS, tuberkulóze, malárii a rakovině,“ řekl John Magufuli v lednu letošního roku.

Důvody, proč země odmítá očkování, jsou nepochopitelné. „Domnívám se, že vláda učinila rozhodnutí neočkovat, protože v minulosti prohlásila, že v zemi není nemoc covid-19 přítomná,“ cituje The Lancet slova Zitta Kabweho, který je předsedou třetí největší politické strany v zemi a zároveň největší opoziční síly na Zanzibaru. „Je mi z této situace smutno, a to hlavně kvůli našim obyvatelům. Vláda rezignovala na svou povinnost chránit životy lidí, takže se musí nyní zodpovídat. Postoji vlády vůbec nerozumím, považují je za nebezpečný,“ uvedl pro tentýž časopis šéf regionální africké pobočky Světové zdravotnické organizace (WHO) Matshidiso Moeti. Právě ten se snaží v zemi vzbudit nejen zájem

o vakcíny, ale také podporovat preventivní opatření a podnítit úřady, aby sdílely data týkající se výskytu covidu-19 se sousedními zeměmi. „Vědecké důkazy jasně hovoří o tom, že vakcína funguje,“ uvedl Moeti na virtuální tiskové konferenci.

„Tanzanie je suverénním státem, nemůžeme tam jednoduše přijet a vzít si data,“ cituje The Lancet Johna Nkengasonga, šéfa Afrického centra pro kontrolu a prevenci onemocnění. Podle jeho slov je nutné, aby státy kontinentu v otázkách pandemie co možná nejvíce spolupracovaly. „Tanzanie musí svůj postoj přehodnotit. Situace, kterou definuje totální nespolupráce, je nebezpečná pro všechny. Moc dobře víme, co a jakým způsobem funguje. Pokud se nám ale nepodaří dostat virus pod kontrolu, hrozí, že nenaplníme cíle, které si Afrika dlouhodobě stanovila v oblasti zdravotnictví,“ doplnil Nkengasong.

Podle informací ze začátku února, které uvolnila iniciativa COVAX (globální iniciativa vedená čelními subjekty, jež se zabývají vakcínami, včetně aliance Gavi a WHO s cílem co nejvíce usnadnit distribuci vakcín bez ohledu na ekonomické ukazatele – viz dřívější text v časopise Tempus medicorum), není Tanzanie na seznamu příjemců očkovacích látek.

„Účastníci, kteří nejsou v seznamu, se možnosti se přihlásit buď dobrovolně vzdali, nebo nevznesli konkrétní požadavky na dodávku vakcín. Další možností je, že jim zatím nebyly přiděleny dávky,“ uvádí se velmi obecně ve vyjádření iniciativy COVAX. Podle dostupných informací chybí na seznamu kromě Tanzanie ještě Burundi, Eritrea a Madagaskar. Tanzanské ministerstvo zdravotnictví na žádost The Lancet o vyjádření k rozebíranému problému nereagovalo.

Lukáš Pfauser

*Poznámka redakce:* Součástí Tanzanie je rovněž ostrov Zanzibar, kde v době naší celonárodní karantény trávili svoji zimní dovolenou někteří naši spoluobčané. Některé v ČR prokázané případy jihoafrické mutace viru SARS-CoV-2 pochází pravděpodobně právě z tohoto zdroje.

# Zastoupení komory v tzv. Radě poskytovatelů nepovažuje ministr Blatný za žádoucí

**Dne 16. února 2021 jsem se obrátil na ministra Blatného s žádostí o vysvětlení, zda Česká lékařská komora má, či nemá zastoupení v Radě poskytovatelů MZ. Z jeho odpovědi je patrné, že zastoupení nemá a že je ministr nepovažuje za žádoucí.**

Česká lékařská komora měla od počátku své existence zastoupení v Radě poskytovatelů prostřednictvím svého prezidenta. Jednáni Rady poskytovatelů MZ přestali ministři zdravotnictví svolávat v roce 2012.

Rada poskytovatelů MZ byla obnovena příkazem ministra Vojtěcha č. 5/2018 jako „*externí odborný poradní sbor ministra zdravotnictví za účelem efektivního naplňování zdravotní politiky ministerstva v oblasti poskytování zdravotní péče a dalších otázek koncepční povahy resortu zdravotnictví*“. Předsedou Rady poskytovatelů byl ministrem Vojtěchem jmenován MUDr. Vladimír Dvořák jako zástupce České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP. Rada poskytovatelů podle prohlášení ministerstva reprezentuje zájmy všech klíčových poskytovatelů zdravotní péče v ČR a slouží k objektivní vzájemné informovanosti o významných změnách v oblasti zdravotnictví. Členy Rady poskytovatelů zdravotní péče jsou podle jejího statutu zástupci všech významných organizací sdružujících jednotlivé poskytovatele zdravotních služeb.

## Vojtěch komoru ignoroval

Dne 1. 2. 2018 jsem zaslal ministrovi zdravotnictví Vojtěchovi první žádost, aby obdobně jako Česká stomatologická komora také Česká lékařská komora mohla do Rady poskytovatelů delegovat svého zástupce. Na rozdíl od některých subjektů v Radě zastoupených (odborné společnosti, lékařské fakulty...) se Česká lékařská komora prostřednictvím ČLK - o.s. účastní dohodovacího řízení, a to v několika segmentech poskytovatelů, když disponuje nezanedbatelným množstvím plných mocí pro jednání. Navíc většina soukromých lékařů nedala pro dohodovací řízení plnou moc žádnému sdružení poskytovatelů a tito lékaři, kteří nemohou být členy odborů, jsou tedy zastupováni toliko Českou lékařskou komorou.



Dne 15. 2. 2018 mě ministr Vojtěch písemně informoval, že žádosti komory nevyhoví, neboť je právem ministra jmenovat si své poradní orgány tak, aby přinášely co možná největší efekt.

Moje druhá žádost z 27. 3. 2018 již zůstala ze strany ministra Vojtěcha bez odpovědi.

Vzhledem k tomu, že Radě poskytovatelů přisuzoval ministr Vojtěch velkou vážnost, požádal jsem na základě doporučení předsedkyně zdravotního výboru Poslanecké sněmovny paní profesorky MUDr. Adámkové o členství v Radě poskytovatelů MZ potřetí, a to dne 14. 1. 2020. Česká lékařská komora totiž měla zájem na zlepšení vztahů s Ministerstvem zdravotnictví.

Dne 19. 2. 2020 mi slíbil členství v Radě poskytovatelů MZ během našeho osobního setkání za přítomnosti Mgr. Vojtěcha přímo předseda vlády Ing. Babiš, který zároveň uložil ministru Vojtěchovi, aby toto zařídil. Ministr Vojtěch v této věci přesto nadále nedělal nic. S ohledem na krizovou epidemickou situaci jsem mohl urgovat splnění slibu předsedy vlády u ministra Vojtěcha až na jednání 4. 6. 2020, dříve na mě pan ministr neměl čas.

Dne 14. 7. 2020 jsem k svému překvapení obdržel od ministra Vojtěcha další zamítnutí své žádosti s vysvětlením, že se členstvím ČLK v Radě poskytovatelů nesouhlasí její současní členové. Vzhledem k tomu, že

statut Rady poskytovatelů vydává ministr, který také rozhoduje o jejím složení, považuje představenstvo ČLK odpověď ministra Vojtěcha za výmluvu a důkaz, že ministr Vojtěch nechtěl s Českou lékařskou komorou spolupracovat a byl kvůli tomu ochotný zpochybňovat i autoritu předsedy vlády.

### **Prymula chtěl s komorou spolupracovat**

Adam Vojtěch lékařskou komoru důsledně obcházal a odmítal využívat její odborný potenciál ku prospěchu pacientů a českého zdravotnictví. To nebylo moudré.

Poté co se ministrem zdravotnictví stal profesor Prymula, nabídl jsem mu jménem České lékařské komory pomoc a spolupráci. Tuto nabídku ministr Prymula využil. Cituji z jeho veřejného vyjádření publikovaného v časopise Tempus medicorum:

*cesty, jak spolu intenzivně spolupracovat, a ne jak spolu bojovat.“*

### **Blatný pokračuje ve Vojtěchových šlépějích**

V únoru letošního roku se konalo zasedání tzv. Rady poskytovatelů, na něž znovu nebyl pozván zástupce České lékařské komory, která přitom prostřednictvím ČLK - o.s. zastupuje v dohodovacích řízeních největší počet poskytovatelů zdravotních služeb. Aby bylo jasno, jak se věci mají, obrátil jsem se na ministra Blatného s žádostí o vysvětlení, zda tedy platí rozhodnutí ministra Prymuly, který mě jako prezidenta ČLK členem Rady poskytovatelů jmenoval, nebo zda se pan ministr rozhodl navázat na praxi bývalého ministra Vojtěcha a také on hodlá ignorovat Českou lékařskou komoru.

*spadající do Vaší dikce. Rada poskytovatelů je nicméně radou, jejímž úkolem není sdružovat odborníky spojené a sdružené v komorách, ale má reprezentovat ty, kteří skutečně péči poskytují. Kolega Šmucler byl nominován do Rady poskytovatelů ne za Stomatologickou komoru, ale za poskytovatele stomatologických služeb obyvatelstvu.*

*Abych dostal všemu, nechal jsem ověřit, zda Vám byl vystaven mým předchůdcem, ministrem Prymulou, jmenovací dekret. Náš archiv však touto listinou nedisponuje.*

*Je pravdou, že jsem znovu obnovil jednání s Radou poskytovatelů, a také je pravdou, že jmenování zástupců do této rady je plně v mé gesci.*

*Vyjádření stran Rady poskytovatelů a závěr z prvního jednání, na kterém se Rada shodla a jež je šířen na internetu, je autentický.*

## **Rada poskytovatelů, poradní orgán ministra zdravotnictví ČR zastupující 100 % poskytovatelů zdravotní péče v ČR, se jednohlasně shodla na těchto bodech:**

- Rada poskytovatelů vyzývá vládu ČR, aby při řešení problémů českého zdravotnictví komunikovala se zástupci poskytovatelů zdravotní péče a odbornými lékařskými společnostmi. Zásadně odmítá, aby o chodu zdravotnictví rozhodovali samozvaní, nikým nevolení „experti“.
- Rada poskytovatelů žádá, aby byla využívána stávající, velmi dobře fungující síť zdravotnických zařízení, a aby nebyla účelově vytvářena zařízení nová, drahá a neefektivní.
- Rada poskytovatelů upozorňuje, že je důležité zaměřit se maximálně i na jiná závažná onemocnění, než je Covid 19. Mnohá z nich jsou prevencí odvrátitelná a následky zanedbání prevence se projeví během následujících let.
- Rada poskytovatelů podporuje kroky současného ministra zdravotnictví směřující k prohloubení spolupráce činnosti jednotlivých segmentů poskytovatelů zdravotní péče a racionalizaci chodu českého zdravotnictví.

*„Jistě můžeme mít různé názory na dílčí věci, ale v těch principiálních se příliš lišit nemůžeme, protože máme identické cíle. Považuji ČLK za jednoho z nejvýznamnějších partnerů, se kterým chci pravidelně komunikovat, a požádal jsem pana prezidenta Kubka, aby se stal součástí mého poradního sboru. A ČLK byla zastoupena i v Radě poskytovatelů. Jistě ne vše půjde realizovat, ale budu hledat*

*Z odpovědi pana ministra Blatného bohužel vyplývá, že tak jako jeho předchůdce Adam Vojtěch, tak ani on nepovažuje členství lékařské komory v Radě poskytovatelů MZ za žádoucí:*

*„Nerozporuji, že Česká lékařská komora je jedním z nejvýznamnějších partnerů Ministerstva zdravotnictví. Určitě s Vámi jako s prezidentem České lékařské komory chci spolupracovat a věnovat se problematice*

*Nad problematikou týkající se agendy České lékařské komory a vzdělávání lékařů se můžeme aktuálně setkat mimo Radu poskytovatelů.*

*České lékařské komory i Vás si bez jakékoliv pochybnosti vážím a výše uvedený text to nezpochybňuje.“*

*Tolik citace z dopisu pana ministra Blatného.*

**Milan Kubek**

# K některým aspektům poskytování zdravotní péče v době pandemie

**Je-li více pacientů, kteří potřebují intenzivní péči, a méně přístrojů či personálu, než je potřebné, postupuje lékař obdobně jako výjezdová skupina záchranné služby u hromadné nehody. Odpojit pacienta od přístroje lze jedině tehdy, jsou-li k tomu splněna medicínská kritéria.**



## Omezení zdravotní péče s výjimkou péče neodkladné je legitimní

Jak jsme již dříve uvedli – a jen připomínáme v současné kritické epidemiologické situaci – omezení standardní péče, která není neodkladná, je zcela legitimní a nezbytné. Je v souladu s ustanovením § 4 odstavec 5 zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování č. 372/2011 Sb. v platném znění a nálezem Ústavního soudu Pl. ÚS I/12, podle kterých jsou zdravotní služby poskytovány s přihlédnutím ke konkrétním podmínkám a objektivním možnostem. Tento postup tedy odpovídá pravidlům vědy a uznávaným postupům a při jeho hodnocení je nutno brát v úvahu konkrétní podmínky a objektivní možnosti každého poskytovatele zdravotních služeb.

**Ve zdravotnické dokumentaci pacienta je třeba uvést, pokud nejde o péči neodkladnou, že lékař konstatuje, že poskytnutí zdravotní péče není v daném případě neodkladné s ohledem na individuální zdravotní stav pacienta a že pacient byl poučen, jak postupovat pro případ zhoršení zdravotního stavu.**

Pokud by lékař konstatoval, že jde o neodkladnou zdravotní péči, tuto je nutno poskytnout vždy, podle konkrétních podmínek a objektivních možností každého poskytovatele zdravotních služeb.

## Je-li naplněna kapacita intenzivní lůžkové péče

**Pokud z kapacitních důvodů nelze pacienta, jenž potřebuje podporu lékařskými přístroji, které již poskytovatel nemá k dispozici nebo k nim nemá k dispozici personál, přijmout, měl by poskytovatel akutní lůžkové péče hlásit tuto skutečnost operačnímu středisku zdravotnické záchranné služby ve smyslu § 6 zákona č. 374/2011 Sb. v platném znění o zdravotnické záchranné službě. Podle ustanovení § 3 d) tohoto zákona je cílovým poskytovatelem akutní lůžkové péče nejbližší dostupný poskytovatel akutní lůžkové péče, který je způsobilý odborně zajistit poskytování zdravotní péče pacientovi, odpovídající závažnosti postižení zdraví nebo přímému ohrožení života.** Podle § 6 odstavce 2 téhož zákona je cílový poskytovatel akutní lůžkové péče povinen převzít pacienta do své péče, pokud jeho kontaktním místem byla možnost přijmout pacienta potvrzena zdravotnickému operačnímu středisku nebo pomocnému operačnímu středisku. Cílový poskytovatel akutní lůžkové péče je povinen na výzvu zdravotnického operačního střediska nebo pomocného operačního střediska převzít pacienta do své péče vždy, je-li pacient v přímém ohrožení života. Z uvedeného textu lze usoudit, že okamžikem, kdy poskytovatel akutní lůžkové péče nemá pro dalšího pacienta k dispozici lékařské přístroje, které jsou pro něho nezbytné, nebo nemá k nim k dispozici nezbytný personál, přestává být cílovým poskytovatelem akutní lůžkové péče ve smyslu zákona o zdravotnické záchranné službě. Není totiž v konkrétní situaci způsobilý zajistit náležitou zdravotní péči o konkrétního pacienta s ohledem na jeho zdravotní stav. Je však vždy povinen převzít

pacienta, je-li v přímém ohrožení života, a poskytnout mu, pokud možno, co nejkvalitnější péči v rámci konkrétních podmínek a objektivních možností. V ostatních případech by bylo třeba pacienta dopravit k jinému poskytovateli akutní lůžkové péče, jenž je cílovým poskytovatelem, tedy který je s ohledem na svou kapacitu jak co do vybavení, tak co do personálu schopen náležitou péči zajistit.

**Pokud dojde k situaci, kdy je k dispozici méně akutních lůžek s dechovou či jinou podporou, která je pro pacienta v daném případě nezbytná, než pacientů, kteří tuto péči potřebují, je třeba zjistit, patrně prostřednictvím koordinátora, ve kterých nemocnicích poskytujících tuto zdravotní péči je kapacita volná a zajistit převoz těchto pacientů do těchto nemocnic k tomu vybaveným vozidlem zdravotnické záchranné služby nebo vozidlem přednemocniční odkladné péče, které je vybaveno tak, že je schopno po dobu převozu zajistit náležitou péči o pacienta.**

**Není-li možný postup podle předchozího odstavce a je nutno volit mezi několika pacienty, kteří současně potřebují péči s pomocí přístroje s kvalifikovanou obsluhou, kritériem je míra indikace a její naléhavost u jednotlivých pacientů, a to vysloveně z lékařského hlediska.** Věk může být kritériem jen tehdy, je-li u staršího pacienta menší naděje na úspěch léčby než u mladšího, nebo naopak, je-li s ohledem na věk intenzivní péče pro staršího pacienta naléhavěji potřebná než u pacienta mladšího. Rozhodnutí by měl učinit ošetřující lékař (§ 3 odstavec 2 zákona č. 372/2011 Sb.) nebo příslušný vedoucí lékař. Česká společnost anesteziologie resuscitace a intenzivní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně v dokumentu Rozhodovací procesy u pacientů s covidem-19 referovaných k poskytování intenzivní péče v situaci nedostatku vzácných zdrojů doporučuje, aby rozhodnutí učinili v takovém případě alespoň dva lékaři se specializovanou způsobilostí. **Při rozhodování si lékař počíná v zásadě obdobně**



**jako vedoucí výjezdové skupiny zdravotnické záchranné služby na místě nehody s mnoha zraněnými a jedinou posádkou zdravotnické záchranné služby, kdy je podle naléhavosti indikace, ale i účelnosti, třeba rozhodnout, komu bude poskytnuta péče dříve a komu později. Kritéria mohou být pouze lékařská, nikoliv jiná.**

### Odpojit pacienta od přístroje lze jedině z důvodů medicínských

**Odpojit pacienta od přístroje, který zajišťuje jeho životní funkce, lze jedině, jsou-li pro tento postup splněna medicínská kritéria pro nepokračování v intenzivní péči. Důvodem nemůže být pouze to, že je třeba připojit k přístroji jiného pacienta.** Odpojení pacienta od přístrojů, které mu poskytují intenzivní péči, za situace, kdy nejsou splněna lékařská kritéria pro tento postup a důvody by byly jiné než medicínské, by bylo možno hodnotit jako velmi závažný úmyslný trestný čin s velmi nepříznivými následky pro toho, kdo by takové rozhodnutí učinil. Ze zdravotnické dokumentace pacienta, u kterého bylo upuštěno od dalšího poskytování intenzivní péče, musí být patrné, kdo takové rozhodnutí učinil, a současně zdůvodněno, proč takové rozhodnutí učiněno bylo, přičemž důvody mohou být pouze medicínské, nikoliv jiné. Při rozhodování lze vzít v úvahu doporučení České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, označené jako Rozhodovací procesy u pacientů s covidem-19 referovaných k poskytování intenzivní péče v situaci nedostatku vzácných zdrojů. Protože jiný odborný dokument s takovou vahou, jako je doporučení příslušné odborné společnosti, patrně neexistuje, protože nemoc covid-19 je u nás nová, a tudíž postupy při řešení těchto situací těžko budou obsahovat dřívější odborné publikace nebo texty v učebnicích lékařských fakult, opřít se právě o tento dokument je namístě. Je třeba vzít v úvahu i doporučení České lékařské komory č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli. Podle článku šest tohoto doporučení, zahájení paliativní péče a rozhodnutí o nezahájení či nepokračování v marné a neúčelné léčbě, musí být vždy uvedeno ve zdravotnické dokumentaci. Zápis do zdravotnické dokumentace před zahájením paliativní péče by měl obsahovat odborné posouzení zdravotního stavu a medicínské zdůvodnění rozhodnutí o zahájení

paliativní péče, tedy současně o nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby. Za závěrečné rozhodnutí o zahájení nebo nezahájení paliativní péče a ukončení marné a neúčelné léčby nese odpovědnost vedoucí lékař příslušného pracoviště nebo jím určený lékař. V době ústavní pohotovostní služby nese odpovědnost za rozhodnutí o zahájení nebo nezahájení paliativní péče (nezahájení či nepokračování marné a neúčelné léčby) lékař, který je odpovědný za konkrétní úsek a za lékařskou péči o příslušného pacienta.

Na tomto místě lze připomenout i ustanovení § 2 odstavec 7 Etického kodexu České lékařské komory, které uvádí, že **lékař u nevyléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu.** Eutanazie a asistované suicidium nejsou přípustné.

### Posuzování postupu lékařů v kritické situaci


**Každý, kdo by posuzoval správnost či nesprávnost postupu lékaře v těchto situacích, by měl brát na vědomí skutečnost, že jde o situace nesmírně vypjaté a psychicky náročné pro každého ze zúčastněných, zejména však pro toho lékaře, který činí příslušné rozhodnutí.** V této souvislosti považují za nesmírně důležité, že se při přijetí zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování podařilo do zákona prosadit jako součást definice tzv. lege artis, tedy nově náležité odborné úrovně poskytování zdravotních služeb, příznivou definici, podle které se postupuje podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, **s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti.** Právě současná situace nám názorně ukazuje, jak je důležitý zřetel na konkrétní podmínky a objektivní možnosti v každé nemocnici a na každém pracovišti.

Za velmi významné považují i to, že se podařilo prosadit v judikatuře Nejvyššího soudu ČR, a to jak ve věcech trestních, tak ve věcech občanskoprávních, že **postup lékaře má být vždy hodnocen z pozice tzv. ex ante – jak se stav jevil lékařovi v okamžiku, kdy rozhodoval o dalším postupu, nikoli z pozice tzv. ex post – kdy výsledek je již znám.**


**Tyto dnes všeobecně uznávané právní zásady při hodnocení práce lékařů mají velký význam právě v současné kritické**

**době.** Ustanovení o tom, že je třeba brát v úvahu konkrétní podmínky a objektivní možnosti, bylo původně mnoha právníky zpochybňováno a tvrzeno, že není v souladu s ústavním pořádkem. Konečné rozhodnutí k tomu přijalo až plénum Ústavního soudu, jež tuto část definice lege artis, tedy náležité odborné úrovně poskytování zdravotních služeb, potvrdilo. V současné době při případném právním hodnocení postupu lékařů v kritické situaci (kdy ovšem k tomuto hodnocení může dojít v době dávno poté, kdy kritická situace pominula, a někdo v klidu od stolu, s dostatkem času, podle zdravotnické dokumentace rozhoduje, zda v kritické situaci lékař rozhodl správně, či nikoliv) je velmi důležité, aby rozhodování o správnosti postupu lékařů bylo činěno z pozice ex ante, jak se stav jevil lékařovi, když rozhodoval o dalším postupu, jakými úvahami se přitom řídil a aby byl kladen zřetel na konkrétní podmínky a objektivní možnosti. Právě nyní v této kritické době mohou tyto zásady lékařovi pomoci k pocitu právní jistoty při rozhodování v situacích, ve kterých se možná ještě nikdy v životě neocitl a jež jsou náročné jak po stránce odborné, tak po stránce psychologické.

JUDr. Jan Mach, advokát  
ředitel právní kanceláře ČLK



VŠEOBECNÝ  
LÉKAŘ



LÉKAŘ,  
KTERÝ  
LÉČÍ  
SRDCE

## Hledáme praktické lékaře

Česká rodinná zdravotnická společnost hledá do svého týmu lékaře do ordinací:

Příst  
Mělník  
Kladensko  
České Budějovice  
Zruč nad Sázavou

Nabízíme:

- nadstandardní mzdová odměna 70 000 Kč čistého měsíčně (při plném úvazku pro atestovaného lékaře)
- plný úvazek = 30 hodin týdně (možnost i částečného úvazku)
- svobodná volba ordinačních hodin, osobní přístup
- minimum administrativy, početný podpůrný tým
- 5 týdnů dovolené
- podpora ve vzdělávání
- špičkové přístrojové vybavení

V případě zájmu kontaktujte  
Mgr. Kateřinu Nevanovou  
personální@vseobecnylekar.cz  
Tel. 773 545 225

www.vseobecnylekar.cz

VHODNÉ  
I PRO LÉKAŘE  
V PŘEDATESTAČNÍ  
PŘÍPRAVĚ

# Proč u nás umírá tolik lidí?

**V posledních dnech jsem zhlédl několik vyjádření prezidenta ČLK Kubka k veřejnosti. Mnozí ho označovali jako alarmistu, který zbytečně vyzývá k tvrdému lockdownu v předstihu několika týdnů. K dnešku, tedy k 1. březnu 2021, ovšem na jeho slova došlo: Vláda vyhlásila tvrdá omezení inspirovaná Izraelem, ovšem bez omezení průmyslu.**

Nejen lékařská veřejnost si klade otázku, proč jsme „best in covid“. Proč u nás umírá víc lidí než v okolních zemích. Osobně nehledám chybu v české populaci jako celku, ale domnívám se, že selhala vláda chronicky neschopná poučit se z předchozích chyb. Selhala ale i naprosto dezorientovaná parlamentní opozice, která neposkytla občanům důvěryhodnou alternativu.

Současnou situaci v mé vlasti pozorují s odstupem a se zahraniční zkušeností. Vlády v Evropě si počínaly mnohem rozumněji než ta chaotická česká. Ve svém příspěvku bych chtěl poukázat na přístup francouzské vlády, která se od roku 2020 potýkala s epidemií covidu-19 a docela dobře si poradila i v mezinárodním kontextu.

Od roku 2017 pracuji jako lékař se specializací na onkologická onemocnění ve Francii. Po 32 letech práce v ČR jsem konfrontován s jinou organizací a jiným přístupem, než jsou prezentovány občanům v České republice.

Po výrazné epidemii v březnu 2020 a tvrdém uzavření Francie do května a znovu pak v říjnu loňského roku, francouzská vláda uvolnila přísná opatření až 15. prosince, ale na základě epidemiologických, nikoliv politických dat. Dodnes tu jsou otevřeny obchody, můžete si koupit oblečení, zajít k holiči, bohoslužby fungují, koupíte boty pro sebe i své děti. Restaurace, fitka atp. jsou mimo provoz. Francouzské děti chodí do školy, dnes se tam vrátily po dvou týdnech prázdnin. Testuje se v masivním měřítku, vše je dobře připraveno. Stále platí zákaz vycházení od 18 do 6 ráno. Francouzská policie je při porušování nařízení nekompromisní (pokuta 135, opakovaně až 3 750 eur). Když se vracím později z nemocnice, mám potvrzení od svého zaměstnavatele vždy po ruce.

A teď k meritů věci:

Přístup francouzské vlády k epidemii a její chování k obyvatelstvu je naprosto jiná liga. Je tu jiná kultura vládní zodpovědnosti a zřejmě mají francouzští politici lepší mediální poradce než pan Babiš. Již

v roce 2020 byl jednou z hlavních tváří profesor Solomon, epidemiolog pověřený vedením vládní strategie. Denně během epidemie vysvětloval v televizi občanům epidemiologická data, opatření vlády v boji proti infekci, informoval o nových léčivech a veškerých úskalích experimentální terapie, ale taky o „fake news“. Vše srozumitelně pro obyčejného občana. Vládní politici byli samozřejmě v televizi často, ale ne tolik jako v ČR. Prezident Macron opakovaně navštěvoval nejpostiženější regiony a spolu s vládou přijímal důraznou pomoc co nejrychleji. Ministerský předseda byl v televizi jednou dvakrát týdně při opravdu nejpodstatnějších věcech. Ministr zdravotnictví dr. Olivier Véran je ve funkci od roku 2020. Velmi schopný lékař, orientovaný v problematice a těšící se velké důvěře lékařské veřejnosti i běžné populace. Na rozdíl od českých ministrů, kteří sedí v Praze, cestuje po regionech, navštěvuje nemocnice a přijímá opatření, která jsou rychle naplňována. Například před dvěma týdny byl zde v Métách, kde máme výrazný vzestup jihoafrické mutace. Vakcinační program zde pak byl okamžitě navýšen o 30 tisíc vakcín pro ohroženou populaci.

Celónárodní kampaň v médiích neutuší na národní ani na lokální úrovni. Běžná je publicita v metru, v televizi, rádiu, na informačních panelech na dálnicích. Nesdělují ale, co Francouzi nesmějí, ale jak se mají chránit proti přenosu atp. Vakcinační kampaň je všudypřítomná.

Vládní prezentace zde má zcela jinou úroveň než ta česká. V minulém týdnu vystoupil předseda vlády s důležitým projevem k národu. Byl to vyrovnaný státnický projev shrnující současnou situaci a prezentaci opatření proti další expanzi infekce (dočasné uzavření regionu Nice a Dunquerk). Dobře nastínili i další opatření v jiných částech země, bude-li to nutné. Žádná hysterie jako u pana Babiše, žádné obviňování jiných z neschopnosti vlády s dětinskými argumenty, že nepřišel ten, kdo měl přijít s nějakými grafy atp.

Když sleduji pravidelná vystoupení členů české vlády, jako jsou pánové Babiš, Havlíček, Hamáček, Blatný a paní Schillerová, nestačím se divit. Vládou několik let, za nic nejsou zodpovědní, všechno dělají dobře, neuvěřitelný počet mrtvých spoluobčanů prezentují jako přírodní katastrofu (náměstek Černý). Tak za co berou ty statistické platy a další benefity? Již půl roku je v televizi pan ministr Blatný. Asi dobrý odborník v hematologii, ale jeho vystoupení jsou marná. Epidemiologii nerozumí, ani fungování medicíny jako celku. Výsledek ministerstva a vlády? Víc než 20 000 úmrtí. Nechápu, proč se nedostává na tiskových konferencích publicity opravdovým epidemiologům. Je potřeba se dívat na vlády u našich sousedů, jak si vedou Němci, Rakušané i další. Tam se vládní garnitury poučily.

Nedávno jsem vysvětloval svým francouzským kolegům, jak si mladí praktici v Praze poradili s distribucí vakcín přes firmu Rohlík. Nevěřičně kroutili hlavou. Ano, i to je výsledek hlavního koordinátora v pandemii, pana Ing. Babiše.

Jsme nejhorší v Evropě, Němci nám zabouchli dveře a za chvíli to udělají i ostatní. Popravdě – vůbec se jim nedivím. Moc si přeju, aby našich spoluobčanů umíralo co nejméně. Ve vší té vládní bídě jsme ale přesto nezůstali sami: Němci nabídli možnost hospitalizace, vakcíny a testy. Poláci by pomohli s hospitalizacemi. Izraelci poslali 5 000 vakcín Moderna. Od mých francouzských kolegů jsem se dozvěděl, že Francie poskytne ze svých zásob 100 tisíc vakcín v březnu. Samozřejmě jsem jim poděkoval. Babišově samochvále ohledně obstarávání vakcín nevěřím. Spoustu věcí vyřizují subalterní úředníci, velvyslanci atd. Sebevědomý premiér by řekl, že to je zásluha vlády. Komická postava...

Jako národ jsme přežili horší věci, přežijeme i epidemii. A doufám, že se poučíme do budoucna, jak lépe spravovat naši vlast – jako firmu ne, to se nezdařilo.

**MUDr. Lubomír Skopal**, onkolog  
Měty, Lotrinskó

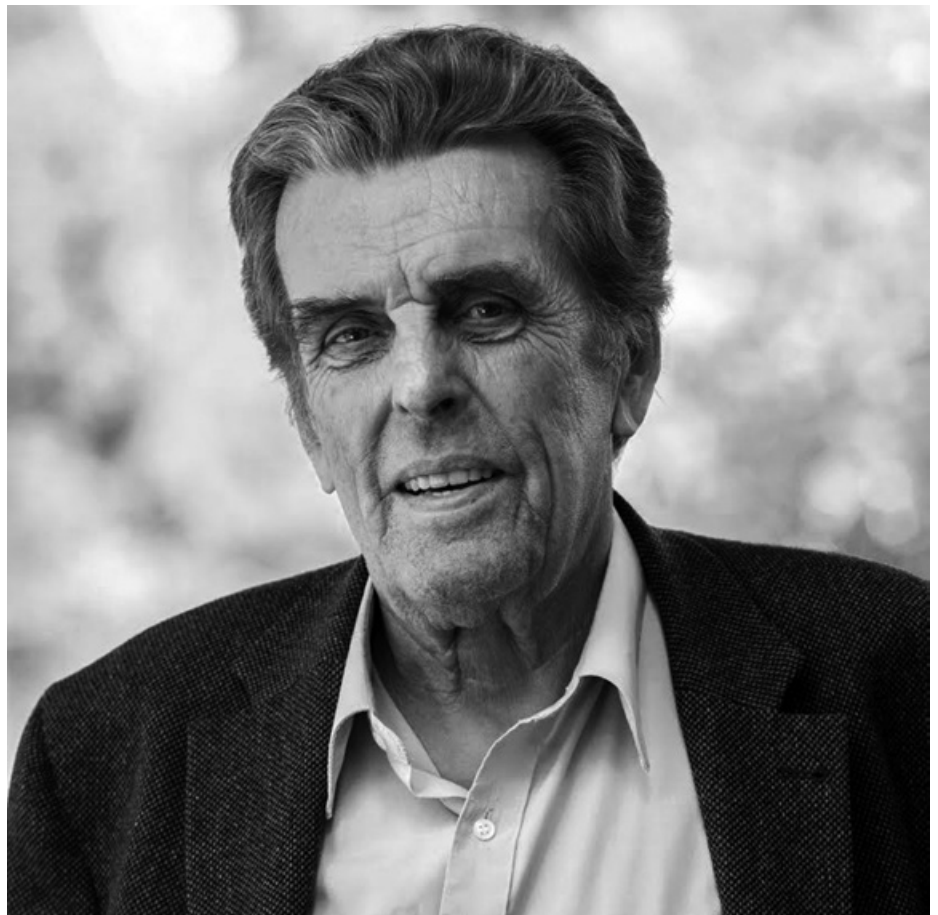
# Za Janem Sokolem, mužem mnoha profesí a jedné tváře a charakteru

**Zemřel profesor Jan Sokol! Tato smutná zpráva velmi zasáhla vedení České lékařské komory. Pan profesor byl dlouholetým a aktivním členem Etické komise ČLK. Ostatně o tom píše ve svém vyjádření předsedkyně komise MUDr. Helena Stehlíková. Odchod pana profesora má ale mnohem větší přesah, než si myslíme. O to víc v době, ve které nyní žijeme a jež začíná mít všechny znaky anomie, tedy stavu, kdy přestávají platit pravidla.**

**Pan profesor byl mužem mnoha profesí a jedné tváře a charakteru.** Narodil se 18. dubna 1936 v Praze v rodině architekta Jana Sokola. Jeho dědeček byl slavný astronom František Nušl, spoluzakladatel Ondřejovské hvězdárny a dlouholetý předseda České astronomické společnosti. Jeho strýc Jan Nušl byl zase známý český šperkař, sochař, designér, pedagog a restaurátor. Zřejmě proto se pozdější profesor Sokol vyučil na zlatníka a jako **zlatník** také zpočátku pracoval. V roce 1958 po dálkovém studiu odmaturoval a od roku 1963 dálkově studoval matematiku na Matematicko-fyzikální fakultě Univerzity Karlovy. V letech 1964–1990 pracoval jako **programátor**, později byl **vedoucím výzkumným pracovníkem** ve Výzkumném ústavu matematických strojů; vydal několik knih a řadu článků o počítačích. Byl jedním z hlavních **architektů operačních systémů** pro počítače EC1021 a řady EC1025, EC1027.

V roce 1961 se oženil s Františkou Patočkovou, dcerou známého, uznávaného a vskutku legendárního českého filozofa a pozdějšího spoluchartisty a mučedníka Jana Patočky.

Prof. Jan Sokol **podepsal Chartu 77** v první vlně signatářů. Jeho tchán Jan Patočka byl společně s Václavem Havlem a Jiřím Hájkem v první trojici mluvčích Charty 77 (od ledna do září 1977). Václav Havel byl kvůli tomu pět měsíců ve vyšetřovací vazbě. Jan Patočka, který svými texty vtiskl Chartě výrazný občanský a mravní charakter (v duchu své vlastní filozofie), byl opakovaně krutě vyslýchán na StB. Poslední mnohahodinový výsledek podstoupil 3. března po setkání s nizozemským ministrem zahraničí Maxem van der Stoeltem, k němuž došlo 1. března. Po tomto vyčerpávajícím výslechu byl v noci hospitalizován s podezřením na infarkt a v nemocnici posléze zemřel na mozkovou mrtvici,



k níž u něho došlo v noci z 10. na 11. března. Nenávisť a neucta komunistického režimu šla tak daleko, že pohřeb statečného filozofa na Břevnovském hřbitově byl rušen nalétávajícími helikoptéry a tůrujícími motocykly Rudé hvězdy ze sousedního plochodrážního stadionu na Markétě.

Pan profesor Sokol se přesto nezalekl a pokračoval v práci pro disent. Kromě jiného pomohl najít uplatnění při programátorské práci lidem vyhozeným z různých zaměstnání

(včetně pěti signatářů Charty 77) a celý tento tým se stal pro fungování ústavu nepostradatelný.

Po prvních svobodných volbách byl dva roky **poslancem** Sněmovny národů Federálního shromáždění za Občanské fórum. Byl **místopředsedou** Sněmovny národů, **předsedou poslaneckého klubu** Občanského fóra a parlamentní delegace pro jednání s Evropským parlamentem. Po rozpadu Občanského fóra přešel do Občanského hnutí. Druhý sněm

hnutí ho v březnu 1992 dosadil na post **místopředsedy**, za nějž kandidoval i v červnu 1992. Po sloučení s LSNS tehdy už Svobodné demokraty opustil a názorově se přiklonil ke KDU-ČSL. V září 1992 ho ČSSD nominovala v pátém kole voleb prezidenta ČSFR, kandidatury se však vzdal. Na podzim 1996 **kandidoval do Senátu** ve volebním obvodu Praha 12 za KDU-ČSL. Skončil ale až třetí po kandidátech ODS a ČSSD. V únoru 1997 byl jmenován **poradcem ministra školství** Ivana Pilipa z ODS. Od ledna do července roku 1998 byl **ministrem školství, mládeže a tělovýchovy** v Tošovského vládě; následně zůstal **poradcem** ministra Eduarda Zemana z ČSSD.

Pan profesor byl také význačný **vysoškoškolský učitel a filozof**. Od roku 1991 **přednášel** filozofii, antropologii a religionistiku na Pedagogické a Filozofické fakultě UK. V únoru 1997 byl jmenován docentem, v roce 2000 profesorem. Od roku 2000 přednášel na Fakultě humanitních studií UK, v zimním semestru 2008/2009 přednášel etiku a lidská práva na Harvardově univerzitě v Cambridge ve Spojených státech amerických.

Jeho cesta k filozofii vedla přes studium bibliotiky, děl německého filozofa Friedricha Nietzscheho a setkání s Janem Patočkou. Ve filozofii vycházel z fenomenologické tradice a personalismu, jehož představiteli byli Maurice Blondel, Gabriel Marcel, Pierre Teilhard de Chardin, Franz Rosenzweig a Emmanuel Levinas. Těžištěm jeho zájmu byla filozofická antropologie, dějiny idejí a témata přirozeného světa, a to zejména v poloze prováděcí filozofie (Patočka), srozumitelné i neoborníkům. Odtud pramenil jeho zájem o vztahy mezi filozofií a náboženstvím, filo-

zofii a vědou, filozofií a politikou. Ve spojení se svými politickými funkcemi po roce 1990 **studoval antropologické a společenské podmínky demokracie**; soustavný zájem měl o otázky evropských dějin a evropské integrace. Zabýval se též historií.

Samostatnou kapitolou je vztah pana profesora k Wikipedii. Byť patřil v Česku mezi mediálně nejznámější **tvůrce Wikipedie**, mnoha lidem tahle část práce pana profesora asi utekla. Poprvé s databází přišel blíže do styku v roce 2007, kdy mu několik studentů u zkoušek a v referátech opakovalo stejné nepravdivé informace o jeho tchánu Janu Patočkovi. Z rozhovoru s jedním ze studentů pak vyplynulo, že informace přebírají z Wikipedie. Sokol studentovi doporučil kvalitnější zdroje, ale s blížícím se 100. výročí narození Jana Patočky se rozhodl Wikipedii blíže prozkoumat. Dne 7. ledna 2007 si zde založil účet a článek o filozofovi Patočkovi přepracoval. Byl překvapen jak dopadem informací z Wikipedie na veřejnost, tak i jednoduchostí editace jednotlivých článků a rozhodl se editování věnovat více času. Jako wikipedista působil Jan Sokol pod uživatelským jménem Sokoljan a čtyři měsíce v roce 2018 z technických důvodů také pod jménem Sokoljan2. Za 14 let provedl téměř 32 000 editací a založil 1 948 nových článků. Wikimedia Česká republika jej v květnu 2014 jmenovala svým čestným členem. Proto se nemusím bát napsat, že velkou část dat o panu profesorovi jsem čerpal právě z jeho Wikipedie.

Dne 28. února 2003 byl koaličním **kandidátem do třetí volby prezidenta České republiky**, kde ho v posledním kole těsně porazil Václav Klaus. Vzpomínám si, jak mi

z toho bylo tenkrát smutno, protože jsem si pana profesora Sokola jako prezidenta přál. Byl vším, čím Václav Klaus nikdy nebyl a nebude. Osobnost člověka se pomocí PR specialistů a stylistů dá změnit, ale charakter buď člověk má, nebo ne. Samozřejmě že pan profesor také neměl za sebou různé peníze a podporovatele, žádná sprátená právní kancelář třeba nezaplátila oslavu komunickému poslanci, aby pro něho hlasoval...

Když jsme se s panem prezidentem ČLK Kubkem dohodli, že pana profesora pozveme do naší Etické komise, a pan profesor nabídku přijal, měl jsem obrovskou radost. Když měl poprvé přijít na jednání komise, stáli jsme s několika spolupracovníky u okna a čekali na něho. Přijel autobusem MHD, z dálky poznatelný svým typickým baretem a baloňákem. Do dveří nevešla celebrita nebo sebestředný a namyšlený politik, ale **člověk**. Když jsme ho s velkou úctou vítali, usmál se na nás svým plachým a milým úsměvem a každému podal ruku. Za dobu, co se pohybuji „v politice“, bylo jen pár lidí, s nimiž byt jen krátké setkání na mě učinilo tak pozitivní dojem.

Pan profesor byl mužem mnoha profesí (pro názornost jsou v předchozím textu vyznačeny tučným písmem), ale jen jedné skutečně opravdové lidské tváře a ryzího charakteru. Lidskost, mravnost, odvaha, moudrost a zároveň skromnost. Nacházíme se v nejhorší zdravotní, sociální, ekonomické, morální a politické krizi od války a naše politická garnitura (celá, bez výjimek) selhává. Proto hlas pana profesora Sokola bude chybět. A moc.

Díky za vše. Odpočívejte v pokoji, pane profesore.

**Michal Sojka**

# Děkujeme, pane profesore

Dnes mě zastihla smutná zpráva, zemřel pan profesor Jan Sokol. Zaskočilo mě to. Pan profesor byl pilným členem Etické komise ČLK dvanáct let a nenapadlo mne, že by se na tom mělo něco měnit. Inu ano, byl tu věk a ne úplně pevné zdraví, ale přesto jsem se těšila, že až pomine doba covidová a Etická komise zase bude zasedat pohromadě, tak pan profesor opět přijde mezi nás a bude vnášet laskavě a mile do našich disputací poznámky z jiného úhlu pohledu na věc a vrátet nás nohama na zem. Našich jednání se účastnil pilně, i když měl mnoho jiných aktivit a povin-

ností a myslím, že to pro něj muselo být někdy trochu dlouhé a únavné poslouchat všechny naše odborné argumenty a dohadování, když jsme řešili otázky a zadání týkající se některých závažných témat medicíny. Přesto vždy bedlivě poslouchal a když promluvil, pokaždé přesně vystihl, co říct a na jaký jiný aspekt problému upozornit. Jeho způsob chápání věcí kolem nás, jeho pohled na svět a život nás obohacoval a rozšiřoval naše mnohdy úzké profesionální vidění problémů. Jeho osobnost přinášela mezi nás jiný rozměr, takový méně urputně pracovní, uklidňující, shovívavý, velmi

lidský, laskavý a moudrý a přitom vždy vysoce morálně a eticky důsledný, za to jsme mu velmi vděční. Pan profesor Sokol byl bezesporu významnou osobností akademickou i politickou a zapsal se do dějin našeho národa. Pro nás to byl ale především velký člověk svobodného ducha s vysokým respektem k ostatním a je na nás, jestli budeme dostatečně moudří a budeme umět v jeho stopách pokračovat.

Vážený pane profesore Sokole, děkujeme vám a čest vaší památce.

**MUDr. Helena Stehlíková**

16. 2. 2021

# Příběh z první linie trochu jinak – jako nekrolog



Asi všichni jsme alespoň četli, pokud sami nezažili, že se covidová pacienta mohou bleskově zhoršit ve stylu „v pátek pohoda, v sobotu kyslík, v neděli ventilátor, v pondělí exitus“. Do poslední chvíle jsem věřil, že u mého 63letého tatínka (měl hraniční tlak, nadváhu a „banální“ trombocytopenii, která byla roky dobře kompenzovaná na 5mg Prednisonu denně a v zásadě byl jinak zdravý, tedy žádná riziková skupina 80+ ani polymorbidita charakteru „co orgán, to vada“) všechno dobře dopadne, ale nestalo se tak a v neděli 7. 2. 2021, poměrně velmi krátce po intubaci a připojení na ventilátor, zemřel, navzdory enormnímu nasazení všech zúčastněných.

Už v počátku příznaků se mu propadly trombocyty z „jeho normy“ +/- 80 000 na 9 000 a ani veškerá dostupná terapie včetně IVIG na to neměla žádný valný vliv. Při rychlém horšení stavu, které se ještě akcentovalo po zahájení umělé plicní ventilace, nebylo bohužel možno mu pomoci.

Můj tatínek byl vzácný člověk, ač sám původně vzděláním právník, tak mě přivedl k medicíně, když mi rázně zatřhl úvahy o jiném profesním směřování slovy „A co medicína, ta by tě nelákala?“ Lákala, a tak vše dopadlo tak, jak to dopadlo.

Možná si na něj někteří z vás vzpomenou, protože i když JUDr. Josef Motyka nenavštěvoval mnoho lékařů, tak každý, kdo se s ním kdy setkal, na toto setkání nemohl snadno zapomenout. Byl neskutečně mile osobitý, hlasitý, i když někdy možná až moc hovorný, ale za všech okolností vždy gentleman každým coulem, neuvěřitelně slušný a rovný člověk, jakých mnoho není.

Bude moc chybět všem, kteří ho znali, a my jsme vděční za čas, jenž nám byl dán a který jsme s ním mohli být. Musíme se naučit žít ve světě bez něj.

Moc děkuji všem zúčastněným za neustávající podporu i za péči o tatínka nejen v posledních dnech, děkuji svým kolegům, jmenovitě dr. Kalivodové, dr. Vítkové, dr. Dibákové, dr. Tararoshchenkovi, paní primářce Uiberlayové a dále dr. Drobné, dr. Šálkovi a dr. Androvi.

MUDr. Josef Motyka, Janské Lázně



Nemocnice  
Trutnov

Oblastní nemocnice Trutnov a.s.  
přijme

**ZÁSTUPCE PRIMÁŘE**  
neurologického oddělení  
a  
**ZÁSTUPCE PRIMÁŘE**  
pediatrického oddělení

**Nabízíme:**

- zajímavou a smyslupnou práci na akreditovaném pracovišti,
- nástupní hrubou mzdu zástupce primáře neurologického oddělení od **90 000 Kč**,
- nástupní hrubou mzdu zástupce primáře pediatrického oddělení od **110 000 Kč**,
- stabilizační odměnu **200 000 Kč**,
- služební byt s **příspěvkem na nájemné**,
- služební automobil i pro soukromé účely,
- pracovní poměr na dobu neurčitou, plný i zkrácený úvazek,
- čtvrtletní **výkonnostní příplatky**, 5 týdnů dovolené, výhodné a **chutné** závodní stravování, příspěvek na penzijní připojištění ve výši až **4 000 Kč** měsíčně, **benefitní kartu**, slevu **10 %** v nemocniční lékárně,
- **maximální podporu osobního rozvoje a dalšího vzdělávání**,
- erudovaný, spolehlivý a přátelský pracovní tým,
- příjemné pracovní prostředí v nemocnici v podhůří Krkonoš,
- život i práci v malebném městě se silným geniem loci, s bohatými možnostmi kulturního i sportovního využití.

**Odborné a osobnostní předpoklady:**

- specializovaná způsobilost dle zák. č. 95/2004 Sb. v příslušném oboru,
- licence ČLK k výkonu funkce vedoucího lékaře a primáře,
- **nadšení pro obor** a jeho rozvoj v rámci nemocnice,
- schopnost vedení týmu a **předávání zkušeností mladým kolegům** v přípravě,
- smysl pro týmovou práci, spolehlivost a komunikativnost.

**V případě zájmu prosím kontaktujte:**

Ing. Miroslav Procházka, Ph.D.  
tel. +420 776 069 842, +420 499 866 101  
e-mail prochazka.miroslav@nemtru.cz

**www.nemtru.cz**













WC personál, WC pacienti v Praze 8. Dále možnost pronájmu druhé menší ordinace s terasou, i samostatně. Metro C Kobylisy 80 m, tram 17 Hercovka přímo před budovou. Kontakt: [m.vesely@volny.cz](mailto:m.vesely@volny.cz), 724 513 888

Pronajmou prostory ordinace praktického lékaře v Praze na Vinohradech. Kontakt: [mudr.yvona@seznam.cz](mailto:mudr.yvona@seznam.cz)

## SLUŽBY

Víte, že pro ceny u všech přímo hrazených výkonů musíte mít kalkulaci? Týká se všech zdravotnických zařízení! Zodpovíme dotazy a připravíme kalkulace. Kontakt: [www.admedica.cz](http://www.admedica.cz), 775 192 462, 775 679 982

Víte, kdy a jaký servis (kalibrace, ověření, PBTk) máte dělat u přístrojů? Jaká školení (BOZP, PO aj.) máte mít Vy a Vaši zaměstnanci? Nastavíme Vaši ordinaci tak, aby plně vyhověla zdravotnické legislativě. Kontakt: 734 763 336, [www.admedica.cz](http://www.admedica.cz)

S.r.o. - nejjednodušší způsob prodeje a dělení praxí, po pěti letech prodej nedanité. Informujte se na různé možnosti. Celá ČR. Kontakt: [www.admedica.cz](http://www.admedica.cz), 734 763 336

Nabízím služby pro ambulantní ZZ - měsíční vyúčtování pro ZP, smluvní politika se ZP, poradenství, finanční vyřazení ZP, GDPR, Erecept, EET, správa IS/IT, tvorba a správa webu. Více než 10letá zkušenost z vlastních NZZ. Kontakt: 777 868 197

Elis a Elis s.r.o. Provádíme oceňování a transformace lékařských praxí na s.r.o. v rámci celé ČR. Profesionální přístup, zpracování na klíč. Kontakt: [poradce@mybox.cz](mailto:poradce@mybox.cz), 602 437 166

## RŮZNÉ

Nabízím možnost rezidentského místa pro obor VPL pro dospělé na rok 2022. Kontakt: [lidikohout@centrum.cz](mailto:lidikohout@centrum.cz)

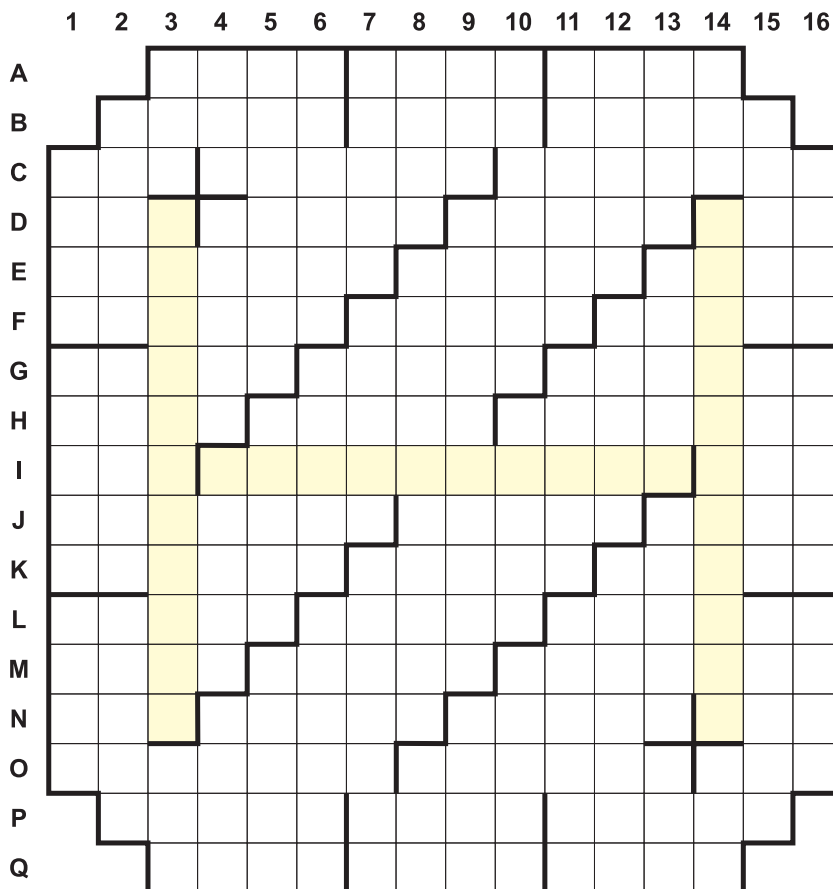
Hledám respondentky pro bakalářskou práci. Studentka sociologie UK J. Handzelová hledá nemocniční lékařky, mající dítě ve věku do 13 let, za účelem rozhovoru na téma sladování profesního a rodinného života. Kontakt: [juliana.handzel@gmail.com](mailto:juliana.handzel@gmail.com), 602 709 602

## SEZNÁMENÍ

Pro svého přítele 54 let, středoškoláka z Prahy, hledám seznámení s lékařkou nebo zdrav. sestrou kolem 50 let, štíhlou, z Prahy a okolí. Kontakt: 606 612 447

36letá lékařka se ráda seznámí s kolegou do 43 let rovněž z Prahy. Kontakt: 737 475 977

## KŘÍŽOVKA O CENY



Medicína je krásný vědní obor. Naplňuje lékaře ušlechtilými pocity, ... (dokončení citátu, jehož autorem je Vladislav Havel, najdete v tajence).

**VODOROVNĚ:** **A.** Velká hromada slámy; smrštění; podnik v Pečkách. – **B.** Akvariální ryba; populární český zpěvák; těžký měkký kov. – **C.** Ledovec; růžovky; napodobenina. – **D.** Chňap; letopisy; šupinovitý odpad při čištění obilí; domácí Kornel. – **E.** Smyslnost; monopolistická sdružení podniků; antilopa. – **F.** Kované hole se sekyrkou; chaty z klád; židovský nekvášený chléb. – **G.** Druh slinovce; strofa; trubice z pružného materiálu. – **H.** Rezervace v Českém krasu; rytecké nástroje; dojet. – **I.** Rychlý tanec; **2. díl tajenky;** slovensky „Irové“. – **J.** Územní celky spravované emíry; pražská čtvrť; český tanečník a choreograf. – **K.** Opuštěnost; světová strana; dlouhé křídelní pero ptáků. – **L.** Samice krocánů; značka kamer; porušení věrnosti. – **M.** Manželé; přivádět na svět; kolportér. – **N.** Předložka; slovensky „kuželka“; štíhlý listnatý strom; starší název Tokia. – **O.** České město; patřící britskému šlechtici; značka limity. – **P.** Jihoamerická opice; kosí mládě; odborník připravující hudební nástroj k hraní. – **Q.** Dosna; deska na hlavici sloupu; optání (zastarale).

**SVISLE:** **1.** Kosodřevina; územní správní celek; český dirigent a skladatel dechové hudby. – **2.** Americký papoušek; dlouhá ruská báseň; indián. – **3.** Styl hudby; **1. díl tajenky;** chlupatá bylina. – **4.** Na to místo; nápor choroby; kontra; halda. – **5.** Zoraná půda; hutní výrobky; tropická liánovitá palma. – **6.** Klíče s přestavitelnými čelistmi; nečas; souvislá řada vozidel. – **7.** Masiv kamene; věhlasy; sifon. – **8.** Proud; někdejší nejvyšší zemský lékař; severský paroháč. – **9.** Polní plošné míry; upozorňovat; maďarská řeka. – **10.** Rozklad organických hmot; kontakt; surovina na zátky. – **11.** Tropické stromy; řeč; zčásti. – **12.** Olejnaté plody; druh jelena; vroutit. – **13.** Značky pro tóny; klesat; šumění; zkratka politické strany. – **14.** Druh pepře; **3. díl tajenky;** slanisko. – **15.** Pružná železa; obilnina teplých krajů; otec. – **16.** Řecká národněosvobozenecká armáda (zkratka); mravouka; část molekuly.

**Pomůcka:** Edo, ELAS, ska, Šmok.

## Křížovka o ceny

V tajence křížovky v Tempus medicorum 2/2021 se skrýval citát Vladimíra Pacovského: **Společnost potřebuje současné vědecky myslícího a jednajícího odborníka a současně „zázračného“ lékaře, který rozptýlí obavy nemocného.**

Psychotriller Lucy Clarkeové *Pozvala mě dál... a nic nebylo jako dřív!* (viz anotaci) vyhrává deset vylosovaných luštitelů: **Pavel Heřmánek**, Počátky; **Markéta Chlupáčová**, Praha 2; **Jana Jurczyková**, Olomouc; **Adam Klus**, Třinec; **Milada Kousalová**, Plzeň-Lhota; **Petr Martínek**, Hradec Králové; **Vojtěch Mikláš**, Praha 4 – Michle; **Jitka Rozkvcová**, Li-

berec 4; **Petr Sagher**, Brno; **Lucia Veselovská**, Včelná.

Na správné řešení tajenky z čísla 3/2021 čekáme na adrese [recepce@elkcr.cz](mailto:recepce@elkcr.cz) do **7. dubna 2021.**

Hodně štěstí!

**Upozornění:** Do slosování o ceny mohou být zařazeni pouze lékaři registrovaní v České lékařské komoře.



## Pražské dvorky

Navštivte s námi tajemná zákoutí města, kam se obyčejně lidé z ulice nepodívají. Intimní prostory uzavřených sousedských skupin, kde to obvykle vždy žilo víc venkovským než velkoměstským životem. Místa, která jejich uživatelé v poslední době přeměňují na upravené komunitní společenské body. Kdysi prasečí chlívky, králíkárny, klepadla na koberce, dnes dětská hřiště a pergoly s grilem. Skrytý svět za domovními zdmi, svět pražských dvorků.

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

# Prevence a léčba deficiencie vitaminu D

NOVINKA

## Vitamin D<sub>3</sub> Axonia colecalfiferolum

30000 IU  
potahované tablety



7000 IU  
potahované tablety

30 000 IU vitaminu D<sub>3</sub> v 1 tableť

1000 IU  
potahované tablety



7 000 IU vitaminu D<sub>3</sub> v 1 tableť



1 000 IU vitaminu D<sub>3</sub> v 1 tableť

## Pouze na lékařský předpis!

### Zkrácená informace o přípravku:

**Název a složení:** Vitamin D<sub>3</sub> Axonia 30000 IU potahované tablety (colecalfiferolum 750 µg = 30 000 IU vitaminu D<sub>3</sub> v jedné potahované tableť). Vitamin D<sub>3</sub> Axonia 7000 IU potahované tablety (colecalfiferolum 175 µg = 7 000 IU vitaminu D<sub>3</sub> v jedné potahované tableť). Vitamin D<sub>3</sub> Axonia 1000 IU potahované tablety (colecalfiferolum 25 µg = 1 000 IU vitaminu D<sub>3</sub> v jedné potahované tableť). **Indikace:** Léčba deficiencie vitaminu D. Prevence deficiencie vitaminu D u vysoce rizikových pacientů. Adjuvantní léčba osteoporózy. **Farmakodynamické vlastnosti:** Podávání celkové týdenní/měsíční dávky jednou týdně/měsíčně vede díky farmakokinetickým parametrům vitaminu D ke stejnému účinku jako denní podávání. **Dávkování a způsob užívání:** Dávka má být stanovena individuálně na základě nutné míry suplementace vitaminu D a s ohledem na národní požadavky. **Léčba deficitu vitaminu D (počáteční dávka):** 800-4000 IU/denně nebo odpovídající dávka podaná jednou týdně nebo jednou měsíčně. **Prevence deficitu vitaminu D (udržovací léčba):** 800-1600 IU/denně nebo odpovídající dávka podaná jednou týdně nebo jednou měsíčně. **Pacienti s osteoporózou:** maximálně 2000 IU/denně nebo odpovídající dávka podaná jednou týdně nebo jednou měsíčně. Pacientům má být také navíc podáno kalcium, je-li příjem z potravy nedostatečný. Vitamin D<sub>3</sub> Axonia potahované tablety je možné užívat nezávisle na jídle. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou nebo pomocnou látku. Hyperkalcemie. Hyperkalciurie. Kalciová nefrolitiáza, nefrokalcinóza, hypervitaminóza D. Závažná porucha funkce ledvin. **Upozornění:** Dávka má být stanovena individuálně na základě kontrol plazmatických hladin kalcia. Během dlouhodobé léčby mají být monitorovány sérové hladiny kalcia, vylučování kalcia močí a renální funkce. Vitamin D<sub>3</sub> Axonia nemá být užíván při pseudohypoparatyreóze a nemá být podáván dětem mladším 12 let. **Interakce:** Thiazidová diuretika a přípravky s obsahem kalcia ve vysokých dávkách zvyšují riziko hyperkalcemie. Perorální podávání kalcia může zesílit účinky digitalisu a dalších srdečních glykosidů. **Kojení:** Vitamin D<sub>3</sub> Axonia je možné užívat během kojení. Vitamin D a jeho metabolity přecházejí do mateřského mléka. **Nežádoucí účinky:** Méně časté: hyperkalcemie a hyperkalciurie. **Uchování:** Uchovávejte v původním obalu při teplotě do 25°C. **Držitel rozhodnutí o registraci:** AXONIA, a.s., Bydžovská 185, 190 14 Praha 9. **Datum revize textu:** 3. 3. 2020. **Přípravek je vázaný na lékařský předpis a není hrazený z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se seznamte s úplnou informací o přípravku v Souhrnu údajů o přípravku.**

**axonia**  
PHARMA

AXONIA, a.s., Bydžovská 185, 190 14 Praha 9, Česká republika,  
tel. 224 240 832 info@axonia.cz, [www.axonia.cz](http://www.axonia.cz)

VD30520A