

Logo informačního projektu Stop rezistenci, se kterým jste zvyklí se setkávat na našich stránkách, zdobilo letos visačku každého účastníka Kongresu primární péče. Tématu byl věnován i jeden z kongresových kulatých stolů, které proběhly s aktivní účastí ZN. Přinášíme vám záznam toho nejzajímavějšího, co v diskusi zaznělo.

■ **Moderátor:** Blíží se druhé výročí ustanovení Národního antibiotického programu. Co přinesl dobrého, co se naopak nepodařilo uskutečnit a co brání tomu, aby se tak stalo – to by měly být základní otázky dnešní diskuse.

■ **MUDr. V. Jindrák:** O ustavení Národního antibiotického programu rozhodla svým usnesením vláda ČR 4. května 2009 a zveřejněn byl ve Věstníku MZ ČR 18. prosince téhož roku. První pokusy o něco podobného zde však byly již po roce 2002, kdy Evropská komise přijala doporučení Rady EU pro uvážlivé používání antibiotik v humánní medicíně.

Problematika upravená programem se týká širšího spektra témat než jen toho, jak mají antibiotiky léčit praktičtí či dětské lékaři. Je to opravdu komplexní záležitost, hovoří se o mezisektorovém koordinačním mechanismu zahrnujícím i problematiku veterinární medicíny či oblast zemědělství. Jde o to, abychom byli schopni společně zachovat účinná antibiotika i pro budoucnost. Fakticky je totiž ztrácíme, a to velmi rychle. Zodpovědnost za tento stav chápeme jako společnou a nedělitelnou a podílejí se na ní všichni zúčastnění – ti, kdo předepisují, pacienti, veterináři, zemědělská výroba i široká veřejnost.

■ **Moderátor:** Jak si tedy v realizaci Národního antibiotického programu stojíme?

■ **MUDr. V. Jindrák:** Nechci hodnotit, zda dobře, nebo špatně – jsme zkrátka na cestě. Ve Státním zdravotním ústavu vznikla kancelář Národního antibiotického programu, při České lékařské společnosti J. E. Purkyně pra-

cuje subkomise pro antibiotickou politiku, kterou mám čest vést, a samozřejmě se na všem podílí i celá řada dalších subjektů, odborníků i organizátorů zdravotní péče. Bohužel, na rozdíl od jiných zemí, kde obdobné programy fungují již dlouho, např. Švédska nebo Belgie, v ČR nemá program, jakkoli formálně schválený, žádnou finanční podporu pro svou existenci.

■ **Moderátor:** Pokročili jste díky programu v mezioborové spolupráci, která je pro realizaci národního programu evidentně klíčová?

■ **MUDr. J. Marek:** Jsem přesvědčen, že spolupracujeme mezioborově už minimálně deset let velmi intenzivně. Mám na mysli zde zastoupené společnosti pro lékařskou mikrobiologii a infekčního lékařství i naši Odbornou společnost praktických dětských lékařů, která se v tomto ohledu angažuje velmi významně.

■ **MUDr. V. Jindrák:** Praktičtí dětské lékaři udělali opravdu obrovský kus práce. Když se podíváme na jejich preskripční parametry dnes a před nějakými deseti roky, vůbec se to nedá porovnávat. Racionalita má dokonce již velmi zásadní dopady na rezistenci některých původců. Poslední data např. u komunitních streptokoků ukazují, že jejich rezistence klesla z 16 na 4 procenta – a to v průběhu asi šesti, sedmi let, kdy jsme velmi intenzivně spolupracovali na optimalizaci preskripce konkrétně makrolidů jako rezervních léků. U jiných odborností zdaleka tak vstřícný přístup není.

■ **Doc. V. Marešová:** Osobně považuji za podstatné, že odborná společnost praktických dětských lékařů zařadila téma antibiotik do předatestační přípravy.

■ **MUDr. E. Kasalická:** Za praktické lékaře pro dospělé musím dodat, že osvěta rodičů v ordinacích pediatrií se začíná projevovat i u nás. Zejména mladší pacienti již vědí, co je např. CRP, a nechťejí předepsat antibiotika při každém zakašlání.

■ **MUDr. H. Cabrnchová:** Za Odbornou společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP chci zdůraznit, že v práci pokračujeme. Nastartovali jsme již třeba téma spolupráce s ORL specialisty. Z hlediska konziliárního jsou pro nás těmi, kdo nejčastěji ovlivňují preskripční chování, které jsme zvyklí dodržovat u svých registrovaných pojištěnců. Když jsme udělali dotazníkovou akci v rámci ČR, proč se nejčastěji preskribují antibiotika, mezi hlavními důvody se objevily angína, bronchitida, což je bohužel trochu smutné, a otitida. Vydali jsme se tedy cestou vytvoření doporučeného postupu, který by měl být průlomový tím, že bude připraven společně s odbornou společností ORL – abychom rodičům všichni říkali totéž a abychom se vzájemně nezpochybňovali ve svých názorech.

■ **MUDr. B. Machaň:** Možná bychom tu však měli otevřít dvě Pandořiny skříňky. Ta první se týká systému návštěv specialistů bez doporučení. U dětí to není takový problém, s doporučením mi jich přichází do ordinace asi 50 procent, vesměs vybavených zprávou, ze které se dozvím výsledek CRP, popř. kultu-

vace, i to, zda je dítě očkováno proti pneumokokům. Dospělí pacienti však přicházejí téměř vždy bez doporučení, kolikrát tedy nevím, jaká antibiotika a kdy užívali. Druhý problém se pak podle mne skrývá v lékařské pohotovostní službě. Někteří pacienti opravdu vyžadují antibiotika poměrně urychleně. Když jim je nedám já a stav se jim během pár hodin podle jejich názoru nezlepší, zajdou na pohotovost, kde dostanou antibiotikum indikované buď zcela zbytečně, nebo sice správné, ale v nedostatečné dávce. A odtud vzniká rezistence!

■ **Moderátor:** Možná je to taková ta preskripce pro jistotu...

■ **Doc. V. Marešová:** A to by se právě praktikovat nemělo. Podání antibiotika u virového onemocnění nezabrání bakteriálním komplikacím, ale naopak – pokud dojde k bakteriálním komplikacím, původcem už je zpravidla méně citlivá bakterie, což podstatně zhoršuje léčbu.

■ **MUDr. M. Vichová:** Jsem requalifikovaná praktická lékařka původně ze záchranné služby, kde jsme sloužili i LSPP. Vím tedy, že problém spočívá v lékařích, ne v pacientech zneužívajících pohotovost. Laik oprávněnost preskripce antibiotik neposoudí.

■ **MUDr. V. Jindrák:** Před rokem nebo dvěma byla publikována studie Eurobarometru zaměřená na to, co očekává veřejnost od antibiotik a jak vnímá problém rezistence. A ukázalo se, že český pacient dává suverénní důvěru svému lékaři. V mnoha jiných zemích tomu tak není. Souhlasím proto s názorem, že je mimořádně důležité ovlivnit chování lékařů. A že pacient je samozřejmě důležitý hráč. Je třeba, aby riziko vzniku rezistencí vnímal a aby v okamžiku, kdy mu lékař antibiotikum na základě svého úsudku nepředepíše, si pro ně nezašel k nějakému jeho kolegovi.

■ **Moderátor:** Vzdělávání, racionalizace preskribovaného portfolia léků, změna komunikace i organizace péče o pacienta, o kterých zde byla řeč, ovšem stojí úsilí – a k němu je třeba všechny zúčastněné nějak motivovat. Co by například mohlo a mělo zajímat politiku a organizátory zdravotní péče?

■ **MUDr. V. Jindrák:** Podívejme se třeba na příklad Francie. Spotřeba antibiotik tam byla svého času mnohonásobně vyšší než u nás. Za posledních deset let zde dokázali udělat úžasný kus práce, v podstatě preskripci mimo nemocnice zredukovali téměř o 35 %, a ušetřili tak ohromné prostředky. Investice, kterou do systému vložili, se jim mnohonásobně vrací. Návratnost už dnes není ani těch často uváděných 14 eur za jedno vložené euro, ale více, může se to blížit až ke dvaceti eurům.

Víme, že kdybychom v ČR např. měli optimalizovat preskripci léků na kardiovaskulární onemocnění, náklady by zřejmě oproti stávající praxi stouply. Ale u antibiotik je tomu úplně naopak. Když srovnáme současnou preskripci s tím, co považujeme za racionální a správný postup, můžeme extrapolovat stamilióny korun ročně jako potenciální úsporu, to je prostě fakt. Spočítali jsme si to alespoň ve třech nejvíce nadužívaných skupinách, což jsou chinolony, makrolidy, event. potencionované aminopeniciliny. Ta extrapolace se jenom pro oblast primární péči o děti a dospělé pohybuje někde kolem 300–400 miliónů korun ročně na potenciální úspore.

■ **Moderátor:** A co motivace lékařů, resp. samotných pacientů?

■ **MUDr. V. Jindrák:** Možná směřujete k nějaké finanční bonifikaci, ale to je mimořádně citlivá věc, dostáváte se do oblasti kvality péče, kterou je někdy velmi obtížné objektivně zhodnotit. Podle mého názoru to není otázka úhrad. Jde o budování systému podpory racionálního chování obecně, nejen

v oblasti preskripce antibiotik. V řadě zemí to funguje, u nás nikoli. V ČR zatím vždy přišly údery v podobě prvoplánového šetření, ale tzv. nákladová efektivita v medicíně je něco úplně a diametrálně odlišného.

■ **Doc. V. Marešová:** O tuto oblast se bohužel v minulosti nepostaral ani stát. Mnohá základní antibiotika nebo chemoterapeutika z produkce domácích firem vymizela s naším vstupem do EU. Např. furantoin, perorální oxacilin či sirupové erytromyciny, které mají krátký poločas a z hlediska rezistence jsou výhodné. Vybojovali jsme si pro ně leda tak zvláštní léčebný program, který by člověk jistě zvažoval u onkologických pacientů, ale u primární léčby je na hlavu postavený.

■ **Moderátor:** Myslím, že je vhodný okamžik vyslechnout si názor zástupce zdravotní pojišťovny.

■ **MUDr. J. Svatoš:** Antibiotickou preskripci samozřejmě sledujeme a máme zájem ji racionalizovat. Slouží k tomu i výkony rychlé diagnostiky, které pojišťovny nasmlouvávají – pravda, někdy více, někdy méně. Ale zájem máme, i když se zvyšují náklady, následná efektivita tam určitě je – v neposlední řadě pro samotného pacienta.

Pokud jde o lékaře, nesledujeme jenom preskripci antibiotik, ale preskripci komplexně. Pokud zaregistrujeme nějaké velké vybočení, s lékařem komunikujeme a upřesňujeme si složení preskripce. ZP MV ČR umožňuje i lékařům prověřit kontraindikaci předepisovaných léků pomocí elektronické komunikace.

■ **Moderátor:** Mnozí však mají pocit, že je pojišťovny spíše primárně trestají...

■ **MUDr. J. Svatoš:** PPřimárním zájmem konkrétně naší pojišťovny není lékaře regulovat, ale problematiku řešit individuálně s konkrétním lékařem. Myslím, že tak postupuje i většina jiných pojišťoven.



K diskusi u kulatého stolu zasedli (zleva) MUDr. Eva Kasalická (SPL ČR), MUDr. Vlastimil Jindrák (Společnost pro lékařskou mikrobiologii ČLS JEP), MUDr. Jiří Marek (SPLDD ČR), MUDr. Jiří Svatoš (ZPMV ČR), MUDr. Hana Kurzová (SPL ČR), PhDr. Helena Chvátalová (redaktorka ZN), MUDr. Bohuslav Machaň (Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP), MUDr. Petr Rambousek (specialista ORL), MUDr. Hana Cabrnachová (Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP), doc. MUDr. Vilma Marešová, CSc. (Česká společnost infekčního lékařství ČLS JEP) a doc. MUDr. Zdeněk Kabelka, Ph.D. (Česká společnost otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku ČLS JEP). Na snímku chybí MUDr. Michaela Vichová (SPL ČR), moderátorem byl šéfredaktor ZN Jan Kulhavý. Foto: Vladimír Brada

Poznamenal jsem si z diskuse ještě jeden zajímavý prvek, a tím je motivace pojištěnců. Současná legislativa tomu nenahrává, ale určitým řešením by byly individuální zdravotní pojistné plány, připojištění a další prvky, aby si i sám pojištěnec více sledoval, za co vlastně jsou peníze vynakládány. Do jisté míry to pojišťovny umožňují již dnes formou osobních účtů, ale pojištěnci je moc nesledují, protože jak jste říkal, chybí motivace.

■ **MUDr. V. Jindrák:** Jednou poznámkou bych se vrátil k datům, která je dobré znát. Po zavedení regulačních poplatků v ordinacích jsme předpokládali, že se preskripce antibiotik v ambulantní sféře sníží – a ono se tak nestalo. Přitom když sledujete data o vývoji

preskripčního chování praktických lékařů pro děti i dospělé, vidíte, že se trvale mění ve smyslu redukce. Je tedy jen jedno logické vysvětlení – že se preskripce přesouvá směrem k ambulantním specialistům. I to může souviset s regulačním poplatkem – když už je pacient hradí, proč by si za stejné peníze nedošel rovnou ke specialistovi? Čili jak vidno, každá regulace, která je ryze ekonomická, má své vedlejší efekty.

■ **Doc. V. Marešová:** Připomenu, co zavedla Francie pro návštěvy ambulantních pacientů. Když byli ošetřeni do pěti nebo šesti hodin odpoledne, měli stoprocentní úhradu od pojišťovny. Za návštěvu od sedmi večer do půlnoci už měli 30procentní spoluúčast a ošet-

ření od půlnoci do šesti hodin ráno, pokud nebyli přijati k hospitalizaci, si platili sami ze svého. Než se ale k podobnému systému poplatků dopracujeme i u nás, bude to ještě trvat dlouho.

■ **Moderátor:** Závěrem položme otázku, co dál a lépe, kam napřít síly?

■ **MUDr. V. Jindrák:** Jako velmi významnou bariéru vidím to, čemu říkáme nezávislost na farmaceutickém průmyslu. Říkám naprosto nepokrytě, že si nejsem zcela jist tím, čím jsou momentálně motivovány určité aktivity kolem tvorby některých doporučených postupů – ne těch, o kterých byla řeč u tohoto kulatého stolu. Musíme mít prostě čistý štít a férově mezioborově spolupracovat. Myslím to úplně upřímně, je to důležitá věc.

■ **Doc. V. Marešová:** Osobně se domnívám, že nám nejvíce ze všeho chybí skutečná data o tom, jak se chováme. Potřebovali bychom v této souvislosti lepší spolupráci se zdravotními pojišťovnami, abychom mluvili o konkrétních a stejných číslech.

Za druhé si myslím, že i když se o to všichni snažíme, stále máme jistý dluh v informování a vzdělávání o antibiotikách. Abychom začínali už pregraduální výchově, pokračovali s tím ve specializační přípravě a poté i v kontinuálním vzdělávání.

■ **MUDr. V. Jindrák:** Myšlenku dostupnosti dat a zpětné vazby také plně podporuji. Se zdravotní pojišťovnou Škoda z Mladé Boleslavi existoval velmi pěkný projekt dokazující nejen, že pojišťovny preskripční data mají, ale že na jejich základě mohou praktickým lékařům nebo ambulantním specialistům vracet solidně dokumentovaný obraz jejich preskripčního chování – ne podle peněz, ale podle toho, kolik receptů s daným lékem vystavili a pro jaké pacienty. Kdyby se něco podobného mohlo plošně vytvořit v rámci ČR a každý lékař by extenzivně dostával svoje

data – srozumitelná a jednoduše prezentovaná –, myslím, že by to byl obrovský pokrok.

■ **MUDr. E. Kasalická:** Praktičtí lékaři zapojení do projektu VZP Akord už takové přehledy dostávají.

■ **MUDr. H. Cabrnachová:** Já bych se přesto vrátila k ekonomickým motivacím. Jen těžko můžeme vzdělat všechny své kolegy a tlačít je k nějakému chování, pokud to nějak nebudou mít šanci pocítit. Nesmí to být systém, který by perzekuoval lékaře izolovaně za náklady na léky, laboratoře apod. To už jsme zažili a bylo to velmi kontraproduktivní. Ale třeba v tom již zmiňovaném Akordu je pro mě motivující, když otevřu tabulku, a vidím své náklady na spotřebu jednotlivých skupin antibiotik v porovnání s republikovým průměrem. Může mě to vést minimálně k zamýšlení, nakolik jsem dobrým lékařem a nakolik o mě bude zájem. V budoucnu snad budou i pojištěnci motivováni k tomu vyhledávat lékaře, který se co do vzdělávání a akreditací pohybuje v nějaké lepší úrovni, a hodnotit jej lépe než někoho, kdo má pěkně vymalovanou čekárnu s koženou sedačkou, což o odbornosti a kvalitě nevyovídá nic.

■ **Doc. Z. Kabelka:** I já bych označil za nejpodstatnější otázku zpětné vazby. Přehledu o tom, kolik předepisují, na co to předepisují a jaký mám z toho výsledek. Předpokládá to i tlak na tvůrce informačních systémů a ambulantních softwarů. Předepíší antibiotikum – okamžitě to odchází někam do schránky. Zapiší si výsledek mikrobiologie – opět to automaticky odejde. Abych si na konci měsíce mohl jedním kliknutím vyjet přehled.

■ **Moderátor:** Považujeme shodu na potřebě sdílení dat a práce s nimi za tečku za aktuálním kulatým stolem, který nastolil i další otázky. Věřme, že budou námětem některého z příštích diskusních setkání, jejichž uspořádání se redakce ZN ráda ujme. hech, jak