POSTGRADUÁLNÍ VZDĚLÁVÁNÍ

1. Je zapotřebí důsledně rozlišit problematiku všeobecné popromoční klinické výchovy, vlastní specialisační výchovy a t. z. permanentní (kontinuální, celoživotní) vzdělávání lékařů

2. Délka a obsah postgraduální výchovy musí brát v úvahu doporučení odborných lékařských společností

3. Postgraduální výchova musí být koncipována s přihlédnutím k obdobné výchově v jiných evropských zemích

4. Bude nutno zřetelně a jasně rozdělit financování postgraduální výchovy (lékaři, stát, obce, soukromý sektor)

5. Po dobu specialisační výchovy by měli být její účastníci v řádném pracovním poměru k výukovému pracovišti, které je pověřeno jejich výchovou

6. Volba specialisace musí být naprosto svobodná a to jak výběr specialisace a výukového pracoviště ze strany lékařů (včetně možností zahraničí), tak výběr kandidátů ze strany výukových pracovišť. Nejvhodnější se jeví forma konkursů na vypsaná místa.

7. Specialisační výuka musí být mnohem intensivnější a náročnější než dosud

8. Garantem postgraduální výchovy by měla být Česká lékařská a Česká stomatologická komora. Výchova bude poskytována na akreditovaných pracovištích, jejichž výběr by neměl být závislý na vlastnických vztazích výukového pracoviště, ale striktně na věcném a personálním vybavení a efektivitě výuky. Akreditace by měla být udělována na určitou dobu

9. Ukončení specialisace probíhá státní zkouškou (atestací) před státem jmenovanou zkušební komisí. Žádný lékař nesmí být nucen tuto zkoušku vykonat, chce- li setrvat na místě subalterního lékaře. Nevykonání této zkoušky by ovšem mmělo být možným důvodem rozvázání pracovního poměru ze strany zaměstnavatele

10. Po přechodné období po zavedení nových pravidel budou stanoveny dotčeným lékařům individuální podmínky

11. Během specialisační výchovy by měli lékaři pobírat plat od pracoviště, které je zaměstnává, tedy od výchovného pracoviště

12. Celoživotní vzdělávání nemusí být centrálně řízeno a na jeho rozsah a kvalitu by měly dohlížet lékařské komory, které mohou stanovit recertifikace či komisielní přezkoumávání léčebných výsledků

13. Podmínkou nové koncepce postgraduálního vzdělávání je vytipování vhodných školitelů a jejich přiměřené ocenění

Investiční politika

1. Investiční politika se musí stát jedním z nástrojů řízení zdravotnictví. K tomu je zapotřebí vytvořit transparetní , logická a jasná pravidla pro investování na všech úrovních státní správy a samosprávy, aby se napříště zabránilo současnému stavu, který je charakterisován nekoncepčností, nahodilostí a velkým prostorem pro lobbying a korupci.

2. Zásadou číslo jedna musí být, že investiční prostředky jsou přidělovány bez ohledu na vlastnické vztahy zdravotnického zařízení žadatele.

3. Zásadou číslo dvě musí být přidělování investičních prostředků s ohledem na kvantitativní a kvalitativní vyváženost jednotlivých regionů, aby se neprohluboval a postupně vyrovnával rozdíl mezi metropolitní a ostatní medicinou. Z toho vyplývá nutnost posuzovat oprávněnost investic jak z regionální tak centrální úrovně.
U investic nedregionálního charakteru tato zásada samozřejmě odpadá.

4. Zásadou číslo tři musí být kombinované rozhodování státní správy a samosprávy (odpovědnost za zdravotnictví a veřejná kontrola) a správy zdravotního pojištění (odpovědnost za následné platby ze všeobecného zdravotního pojištění) o alokaci investic. Ideálním řešením by bylo takové složení orgánů správy zdravotního pojištění, které by zaručilo současný vliv státní správy, samosprávy a plátců zdravotního pojištění.
Optimálním se jeví centrálně rozdělit investice ze státního rozpočtu dle zásady číslo dvě na jednotlivé regionální správy zdravotního pojištění, které je pak rozdělí v rámci regionu. Vzhledem ke shora navrhovanému složení orgánů správy zdravotního pojištění by se tak zároveň naplnila zásada číslo tři.

5. Zásadou číslo čtyři musí být taková investiční politika, která by umožňovala poskytovatelům zdravotní péče solidně podnikat, t. zn. že poskytovatelé by měli mít dostatek informací o budoucích investicích nejméně pět let dopředu u investic stavebních a nejméně na dva roky u investic přístrojových (nepočitaje mimořádné investice havarijní a pod.).

6. Zásadou číslo pět by mělo být jednotné uspořádaní žádosti o investice vypracované obdobným způsobem jakým je obvyklá žádost o bankovní úvěr, tedy s náležitým podnikatelským záměrem, informacemi o žadateli a jeho hospodaření a s rozborem efektivnosti požadovaných investic.
Na hodnocení jednotlivých investičních požadavků musí být vypracována a uplatňována jednotná metodika zohledňující - pokrytí spádového území potřebnými diagnostickými a terapeutickými metodami
- terapeutické využití výstupů z diagnostických zařízení v daném spádovém území
- připravenost kvalifikovaného personálu
- možnosti a stav stávajícího vybavení zařízení
- schopnost realisace
- specifické důvody: možnost průmyslové havarie, návaznost na výuku, sponsoring a pod.

7. Zásadou číslo šest by mělo být, že soukromé investice do zdravotnických zařízení, které si nenárokují platby ze všeobecného zdravotního pojištění mohou plynout

bez jakýchkoliv omezení, soukromé investice do zdravotnických zařízení, které si takové platby nárokují, musí být usměrňovány smluvní politikou zdravotních pojišťoven.

8. Tyto zásady je nutno uvést do života co nejdříve, nejpozději však k 1. lednu 1998.

ZDRAVOTNÍ TECHNIKA A ZDRAVOTNÍ POMŮCKY

1. Certifikáty - vytvořit stejné podmínky pro české i zahraniční výrobce
   - tam, kde ČR uznává zahraniční certifikáty, požadovat totéž, jinak důsledně vyžadovat zkoušky dovážené techniky, které se ovšem nesmí stát martyriem

2. Celní bariéry - snižovat či zcela odstraňovat celní přirážky u dovážených komponentů zdravotnické techniky

3. Investiční politika - licencování provozu zdravotnické techniky regionální správou zdravotního pojištění s centrální správou zdravotního pojištění jako odvolacím stupněm. Stanovení kriterií pro poskytování přístrojových licencí připravit ve spolupráci s odbornými společnostmi

4. Výběrová řízení - hlavním kriteriem vždy musí být poměr cena / užitek a zajištění poprodejních služeb, výběrové řízení musí vždy předcházet definitivnímu přidělení investice a výška dotace by měla být vždy určena až po vyhodnocení nabídek (nabídka je vždy indukována dotací, dotace není nikdy vrácena).

Ochrana veřejného zdraví

1. Reformu realizovat zákonem o ochraně veřejného zdraví a jeho prováděcími předpisy.

2. Zásady zákona:
   - kodifikace práv a povinností fyzických a právnických osob v ochraně veřejného zdraví,
   - kodifikace míry regulace práv a povinností osob v ochraně veřejného zdraví a rozsah garance státu za ochranu zdraví populace,
   - oblast regulace: komunální hygiena, hygiena dětí a mládeže, prevence vzniku a šíření infekcí, hygiena výživy a předmětů běžného užívání,
   - odstraněním velkého rozsahu současného schvalování činnosti a výrobků se zvyšuje míra odpovědnosti podnikatelů a dalších právnických osob za svoji činnost,
   - kontrola podnikatele vlastními laboratořemi se v oblastech, nejzávažněji se dotýkajících lidského zdraví, doplňuje kontrolou „oprávněnými osobami", t.j. osobami které v termínu stanoveném orgánem dozoru a na náklady podnikatele, ověřují zachování stanovených podmínek ochrany veřejného zdraví. Odborná způsobilost těchto osob je zajištěna stanovením požadovaného stupně vzdělání a ověřením úrovně jejich znalostí zkouškou (autorizací). Stát vykonává pouze „superdozor",
   - dosavadní správní uvážení hygienika se nahrazuje právní regulací, které je podrobeno i rozhodování o žádostech, stanovených zákonem (omezení individiuálního přístupu, úplatků atd.).

3. Struktura orgánů státního dozoru
   - vertikálně řízená struktura orgánů hygienické služby (MZ - krajské orgány - okresní orgány ochrany veřejného zdraví)
   - tato struktura je nezávislá na místních orgánech všeobecné státní správy.

   Zdůvodnění:
   - vertikální strukturu lze jednotně odborně řídit i financovat, přičemž tato jednota v přístupu ke kontrolovaným subjektům (metodika posuzování zdravotní nezávadnosti výrobků a činností) je předpokladem jednotnosti výkonu státního dozoru v jednotlivých regionech a v jeho jednotlivých stupních státní správy;
   - vertikální struktura je operativní a lze ji lépe zaměřit na základní problémy, které vzniknou (např. dohled nad TBC a pohlavními nemocemi);

- lze ji zachovat jako zdravotnickou strukturu se stanoveným zdravotnickým vzděláváním jejich zaměstnanců;

- činnost vertikálně řízené struktury lze účinně kontrolovat a regulovat financováním podle potřeb a možností státu a zamezit tak duplicitám a plýtvání;

- i při třech stupních nemusí struktury hyg. služby kopírovat územně správní uspořádání státu. Současný počet hygienických stanic (76 OHS a 8 KHS včetně Hyg. stanice hl.m. Prahy) lze zredukovat na polovinu a ostatní zařízení privatizovat (služby podnikatelům za úhradu);

- vertikálním uspořádáním se dostane státní zdravotní dozor na úroveň ostatních státních dozorů (inspektoráty bezpečnosti práce, veterinární služba, ČOI, ČZPI a další).

4. Harmonizace předpisů se Směrnicemi EU

- je možná pouze za předpokladu vydání zákona o ochraně veřejného zdraví.

POSUDKOVÁ A REVIZNÍ ČINNOST

Tyto dvě činnosti, které se odborně a informačně silně překrývají, jsou vykonávány odděleně a pod dvěma zřizovateli - okresními správami sociálního pojištění a pojišťovnami.

Jeví se účelné tyto dvě činnosti věcně i institucionálně spojit - a to pod správu zdravotního pojištění. V praxi by to znamenalo. že by posudkoví a revizní lékaři byli zaměstnanci regionální správy zdravotního a nemocenského pojištění (variantně soukromníci, touto správou najímaní - obě varianty mají své výhody a nevýhody), centrální správa zdravotního a nemocenského pojištění by pak sloužila jako metodické, kontrolní a hlavně odvolací centrum.

Správa zdravotního a nemocenského pojištění musí být informačně spojena se správou sociálního zabezpečení.

Nutnou podmínkou je zkvalitnění postgraduálního vzdělávání posudkových a revisních lékařů s větší mírou právních a ekonomických znalostí.

Další nutnou podmínkou je patřičné platové ohodnocení, pokud má posudkový a revisní systém fungovat v personálně saturovaném a bezkorupčním prostředí.

TRANSFÚZNÍ SLUŽBA

1. Definice: transfúzní služba je síť zařízení, zabývajících se výrobou, skladováním a distribucí krevních derivátů pro transfúzní účely a výrobou plazmy pro potřeby farmaceutického průmyslu.

2. Jednotlivé články této sítě jsou samostatné právní subjekty s různými vlastnickými vztahy.

3. Stát si ponechává v rukou oblast legislativní a oblast kontrolní a regulační.

4. Státní kontrolní orgán vypraccovává spolu s ČLK a odbornými společnostmi standardy, doporučené postupy a koncepci postgraduálního vzdělávání.

Data a informace ve zdravotnictví

Při definování reformních kroků ve zdravotnictví je nutno dokončit také strukturální a obsahové změny zdravotnických dat a informací.
K hlavním problémům v oblasti zdravotnických informací patří jejich obsah, množství, zpracování a analýza a také způsob poskytování oprávněným subjektům. Všeobecně lze říci, že bude zapotřebí nově definovat obsah dat pro různé uživatele (zdravotnické subjekty, administrativní a řídící orgány, veřejnost), podstatným způsobem zlepšit jejich analýzu a interpretaci a užití. Bude zapotřebí odstranit vícenásobný sběr dat, který je časově a finančně zatěžující (např. stejná či obdobná data sbírá státní správa, zdravotní pojišťovny, odborné společnosti a pod.). Je nutno přejít od kvantity dat a informací k jejich kvalitě, kvalitnímu zpracování a analýzám. Především analýzám zdravotnických informací se systematicky nikdo nevěnuje.

Při dalším rozpracovávání a úvahách o potřebě restrukturalizace dat a informací, jejich obsahu, určení či způsobu přenosu lze použít následující kategorie:

a) Podle obsahu:
   1. Informace pro vnitřní potřebu zdravotnického subjektu (institucionální)
   2. Informace pro vnější potřebu (komunikace s okolím)
   3. Informace pro veřejnost (veřejně přístupné informace)

b) Podle určení:
   1. Lokální
   2. Regionální
   3. Národní a nadnárodní

c) Podle času:
   1. Operativní
   2. Dlouhodobé

Ad a)1.: Data a informace pro zajištění vlastního provozu zdravotnického subjektu (zdravotnického zařízení, administrativních orgánů a pod.), sledování ekonomického chování, sledování činnosti, výkonnosti, efektivity a pod. Zvláště větší zdravotnické subjekty potřebují k práci s těmito informacemi výpočetní techniku a informační systémy. Z hlediska přínosu pro zdravotnictví je tato oblast dat a informací nejvíce potřebná, poněvadž mají přímý vliv na prosperitu zdravotnického subjektu.

Ad a)2.: Zdravotnické subjekty v rámci své činnosti spolupracují a tedy komunikují s vnějším okolím „zřizovatelem", zdravotními pojišťovnami, ostatními zdravotnickými subjekty, orgány státní správy a místní samosprávy, jinými institucemi apod. Tato spolupráce se realizuje pomocí informací předávaných mezi jednotlivými subjekty navzájem.

Ad a)3.: Informace pro orientaci veřejnosti (pacientů) o předmětu služeb poskytovaných zdravotnickým subjektem, jejich rozsahu, úspěšnosti, ceně, dosažitelnosti a pod.

Každá z výše uvedených kategorií může probíhat v úrovni lokální, regionální, národní či nadnárodní. Výměnu informací mezi subjekty stejné hierarchické úrovně nazveme horizontální, výměnu mezi různými hierarchickými úrovněmi pak vertikální.

Ad b)1.: Výměna informací probíhá na místní úrovni, do úrovně okresu.

Ad b)2.: Informace se přenášejí a vyměňují na úrovni regionu.

Ad b)3.: Informace se přenášejí v rámci státu, případně se předávají přes hranice státu.

Pro efektivní komunikace a přenášení informací bude nutno využívat datové sítě (privátní, veřejné). V dalších dokumentech budou provedeny specifikace datových struktur a jejich toky ve výše uvedených kategoriích a návrh vhodných prostředků pro získání, zpracování a interpretaci těchto dat a informací pro různé úrovně uživatelů.

Příloha

Detailnější popis správy a provozu centrálních databází

1. Registr plateb zdravotního pojištění

Funkce: výběr
vymáhání
penalizace
distribuce prostředků zdravotního pojištění na jednotlivé pojišťovny či zdravotně - pojistné plány

Komentář: nejde o návrat k centralismu, jedno výběrčí místo je prostě praktičtější a levnější
registr plátců zdravotního pojištění by měl být v rukou státu

2. Registr plátců zdravotního pojištění

Funkce: registrace
aktualizace
korespondence

Komentář: povinné hlášení matrik
povinné hlášení vojenské správy
povinné hlášení správy důchodového zabezpečení
povinné hlášení úřadů práce
povinné hlášení věznic
legislativně definované povinnosti bank (obsatvení účtů a pod.)

registr plátců má strategický význam a měl by být v rukou státu

3. Registr pojištěnců

Funkce: registrace (nové registrace a přeregistrace)
aktualizace (změny, vyřazení, opravy)
distribuce změn v registru zdravotním pojišťovnám
ověřování záznamů v registru pojištěnců (on line)
evidence ztracených, poškozených, zničených čipových průkazů pojištěnců (tzv. černá listina)
korespondence

Komentář: zefektivnění činnosti

4. Registr poskytnuté zdravotní péče

Funkce: vykazování dávek od poskytovatelů zdravotní péče u jediného subjektu
příjem vykazované péče
rozklad podle registru pojištěnců
distribuce podle registru zdravotních pojišťoven
vstupní kontrola dávek
archivace vstupních dokladů
reklamace vykázané zdravotní péče

Komentář: zefektivnění činnosti

5. Registr zdravotních pojišťoven (vč. jejich pojistných plánů)

Funkce: správa licencí zdravotních pojišťoven
změny licencí
strona licencí
likvidace pojišťoven

Komentář: tento systém umožňuje státní kontrolu v zájmu zdravotní politiky státu.

Příloha

Řízená péče

Aby se mohla zjistit efektivita té které léčebné metody, postupu či léku, zrovna tak jako efektivita metod řízení, je zapotřebí vytvořit systém, který je schopný monitoringu, analýzy, zpětné vazby a vytvoření závěru.

Metodologie je známa pod názvem „clinical practice improvement" (CPI). Klinické laboratoře CPI analyzují obsah a časování jednotlivých léčebných kroků zdravotní péče s cílem zlepšit léčebné výsledky a snížit cenu zdravotní péče.

Takto integrovaný pohled na zdravotní péči (neboť zdravotní péče a náklady na ni vytvářejí spojitou nádobu a změny v jedné oblasti se ihned projevují v druhé) v sobě musí obsahovat vytvoření společné databáze, která obsahuje charakteristiku pacientů, charakteristiku nemocí, léčebné procesy, výsledky a ceny - a to vše simultánně kontrolovatelné.

CPI je sice náročná metoda, která ovšem přináší dosud neznámé, významné, statisticky signifikantní, mnohdy překvapivé, nicméně však úsporné přinášející výsledky.

Poskytovatelé zdravotní péče a pojišťovny by měly v budoucnu spojit své síly k nepřetržitému zlepšování, zefektivnění a zlevňování výsledků zdravotní péče.

Disease management

Cíl: Zvýšit kvalitu zdravotní péče a zdravotního stavu pacientů při nezvýšení či snížení nákladů = koordinovaná péče.

Metoda: Identifikace drahých chorob, analýza, intervence do způsobů léčby doporučenými postupy koordinací zdrojů a změnou chování pacientů a lékařů, regulací, edukací a stimuly (hodnocení lékařů podle zveřejňovaných výsledků).

Příloha (ukázka zásad koncepce)

KONCEPCE KARDIOCHIRURGIE

Systém péče lze rozdělit na pět stupňů:

1. primární prevence
2. sekundární prevence a ambulantní péče o chronicky nemocné
3. akutní přednemocničnín péče
4. nemocniční péče
5. specialisovaná kardiocentra

1. primární prevence

- omezení kouření
- ovlivnění stravovacích návyků
- podpora fysických aktivit
- monitorování populace
- podpora výzkumu zaměřeného na prevenci

2. sekundární prevence a ambulantní péče

- spolupráce praktického lékaře a kardiologa

3. akutní přednemocniční péče

- síť rychlé záchranné služby

4. nemocniční péče

- koronární jednotky
- kardiologické části internich oddělení
- samostatná kardiologická oddělení

5. specialisovaná kardiocentra

Dále je nutno zabezpečit personální a věcné vybavení jednotlivých pracovišť, efektivitu práce (minimální počet výkonů) a metodické pokyny.

Cílem je provádět ročně 800 operací v mimotělním oběhu na milion obyvatel, t.j. 8000 operací ročně.

K tomu je zapotřebí odstranit všechny faktory, limitující provoz dnešních kardiocenter, zahájit intensivní výuku mladých perspektivních odborníků a postupně vytvořit 10 -12 kardiochirurgických pracovišť.

Příloha (ukázka zásad koncepce)

ÚRAZOVÁ CENTRA

Těžké úrazy vyžadují týmovou interdisciplinární práci, která většinou nesnese jakýkoliv odklad. Je proto třeba minimalisovat nutnost sekundárních transferů z menších nemocnic do nemocnic vyššího typu, neboť tyto transfery představují léčebnou a diagnostickou pausu v časově nejkritičtějším období.

Z těchto důvodů se jeví nejvhodnějším řešením kombinace kvalitní záchranné služby zajišťující vitální funkce a zřízení úrazových center ve velkých aglomeracích a na významných dopravních trasách.

Tato úrazová centra zajišťují komplexní péči o úrazy v nepřetržitém provozu a do definitivního ošetření.

Organisačně pracují samostatně v rámci vybraných velkých nemocnic.

1. Požadavky na věcné a personální vybavení

I. základní typ

Kapacita 30 - 50 lůžek, z toho 10% ARO a 15% JIP

II. vyšší typ

Navíc jednotka pro ošetřování poranění páteře

Personální vybavení:

1 vedoucí lékař - úrazový chirirg
2 - 4 úrazoví chirurgové
1 - 2 chirurgové
1 orthoped
2 anestesiologové
2 lékaři v odborné přípravě
smluvně zajištěna mezioborová spolupráce s neurologem, internistou, neurochirurgem, stomatochirurgem, cévním chirurgem, plastik -mikrochirurgem, oftalmologem, otorinolaryngologem, urologem a pod.
centrum musí mít dostatečný počet sester s odbornou erudicí a pomocného personálu

Technické vybavení

Centrum musí mít radiofonní spojení s dispečinky RZP a ostatními centry a interní spojení mezi lékaři

Příjmové oddělení je vybaveno pro akutní zajištění vitálních funkcí, diagnostický komplement a lůžka musí být na odpovídající úrovni (seznamy vybavení k disposici).

Náplň práce

Řeší všechny závažné úrazy a stavy poúrazové, zajišťuje odbornou přípravu lékařů a sester, věnuje se klinickému aplikovanému výzkumu a oborovým otázkám koncepčním, metodologickým a posudkovým.

Dislokace center

V současnosti pracují úrazová centra v Brně (II. typ), v Liberci, Ústí n.L., Hradci Králové, Pardubicích, Českých Budějovicích, Ostravě a ve Zlíně.

Zajistit je nutno úrazová centra v Karlových Varech, Plzni a Jihlavě.

V Praze by bylo zapotřebí vybudovat úrazové centrum II. typu.

Takto navržená síť úrazových center je dostatečná a nebylo by ji třeba rozšiřovat.

Finanční zdroje

Náklady na provoz jsou značné, avšak vysoce návratné. Síť center by umožňovala nerozptylovat prostředky do menších zařízení, ve kterých nejsou investice rentabilní.

Financování by mělo být vícezdrojové: ze všeobecného zdravotního pojištění, ze státních dotací, z obecních dotací a ze sponzorských darů.

PŘÍLOHA

(UKÁZKA)

LÉČEBNÝ POSTUP U KARCINOMU PRSU

Chirurgická léčba

Definice

A. Limitovaný chirurgický zákrok

Lumpektomie, kvadrantektomie, sektorová resekce s kontinuální nebo diskontinuální dissekcí axil a s následnou radioterapií na celý objem prsu jako nedílnou součástí zákroku.

Limitovaný chirurgický zákrok je standardním přístupem.

Tento zákrok má následující kontraindikace:
Preference pacientky
Multifokální tumor
Nepoměr mezi velikosti nádoru a velikostí prsu
Těhotenství
Medicínská kontraindikace radioterapie

B. Modifikovaná radikální mastektomie

Kompletní amputace prsu včetně fascie prsního svalu, ale bez porušení svalu. Její součástí je vždy i dissekce axilárních uzlin. K modifikované radikální mastektomii se přistupuje v případě některé z výše uvedených kontraindikací konzervativního zákroku nebo pokud si tak pacientka přeje.

C. Dissekce axilárních uzlin

Kompletní odstranění tukovo-vazivového tkaniva v axile společně s lymfatickými uzlinami až do výše vena axilaris - tři etáže. Dissekce axilárních uzlin není nutná u nádorů menších než 5mm.

U nádorů nad 5mm je dissekce axilárních uzlin nedílnou součástí primárního chirurgického zákroku.

Omezující ustanovení:
Všechny chirurgické zákroky větší než lumpektomie se smí vykonávat jen po předchozí cytologické nebo histologické verifikaci.

Limitovaný chirurgický zákrok je možný jen po mamogramickém vyloučení multicentricity.

RADIOTERAPIE

A. Radioterapie prsu po limitovaném chirurgickém zákroku:
Při limitovaném chirurgickém zákroku je ozáření prsu nedílnou součástí léčby. Radioterapie je aplikována na prsze dvou tangenciálních polí v celkové dávce 50 Gy. U nádoru T-2 a výše se podává boostovací dávka 15 Gy dle protokolu RTO.

D. Radioterapie na odvodní lymfatické cesty

Otázka radioterapie na odvodní lymfatické cesty není jednoznačně uzavřena. V našich podmínkách má radioterapie na oblast axily tyto indikace:

1. Nález srostlého paketu uzlin s prorůstáním do tukové tkáně.
2. Inkompletně odstraněné uzliny z důvodu fixace na cévy.
3. Kompletně odstraněné uzliny, ale se známkami prorůstání do okolí.

C. Radioterapie na hrudní stěnu

Radioterapie na hrudní stěnu je indikována v případě prorůstání tumoru skrz fascii do pektorálního svalu.

Rozhodnutí o aplikaci radioterapie je rozhodnutí chirurga, patologia a radioterapeuta.

CHEMOTERAPIE

Základní chemoterapeutické schémata:

CMF Cyklofosfamid 600 mg/m, 5 FU 500 mg/m MTX 40 mg/m den 1 a 28
Limitace: Le méně než 2500 nebo Tr méně než 90 tis. - odklad o týden

A-90 Adriamycin 90 mg/m den 1 a 22
A/C Adriamycin 60 mg/m CFA 800 mg/m den 1 a 22
Limitace: Le méně než 3 tis., Tr méně než 90 tis. - odklad o týden

C-3g Cyklofosfamid 3g/m s hydratací dle protokolu den 1 a 28
Limitace: Le 3 500, Tr 90 tis.

RIZIKOVE SKUPINY (mimo počtu uzlin a velikosti nádoru):

V rámci skupiny definované počtem uzlin a velikostí nádoru je pacientka riziková, pokud se na ni vztahuje alespoň jedno z následujících kritérií:

Věk méně než 40 roků
Histologický grading
Infiltrace lymfatických nebo krevních kapilár.
Vysoký počet mikrokapilár v zorném poli
Vysoké procento buněk v S-fázi

TERAPEUTICKÉ POSTUPY

A. Premenopausální pacientky

I. N-O M-O

T-1

T-1a	T menší než 5 mm	Limitovaný zákrok bez RT bez explorace axil, bez adjuvantní chemoterapie
T-1b	T 5-10 mm	Limitovaný zákrok s exploraci axil, bez chemoterapie
T-1c	T 10-20 mm	Limitovaný zákrok s kompletní dissekci axil - po konzultaci s pacientkou a s jejím souhlasem. Adjuvantní CMF x 6 u rizikových pacientek A-CMF

T-2

Při nádorech větších než 2 cm se mezi konzervativním chirurgickým zákrokem nebo mastektomií rozhoduje podle očekávaného kosmetického efektu.

Při lokálním nálezu, který zpochybňuje výsledek chirurgického zákroku, je prvním přístupem chemoterapie a až po zmenšení nádoru - minimálně po dvou cyklech - se přistupuje k chirurgickému zákroku.

T-3

Mastektomie - pokud je technicky proveditelná. Jinak preoperační chemoterapie A 90 - po zmenšení nádoru chirurgický zákrok. Pacientky, které na chemoterapii nezareagují, budou léčeny lokální radioterapií.

T-4

Inoperabilní nádory. Budou léčeny chemoterapií A/C vs.A (90 mg/m). Pacientky, u kterých se dosáhne po dvou cyklech minimálně PR se podrobí mastektomii s dissekcí axily jen v případě, že není prokázána přítomnost žádné vzdálené metastázy. Pokud je přítomnost této metastázy prokázána (nebo metastatických ložisek), dissekce axil se neprovádí.

Po chirurgickém zákroku následují dva cykly příslušné chemoterapie, poté dva cykly C-3g.

Individuálně se rozhodne o další případné chemoterapii.

Pokud nedojde k PR, pacientky budou léčeny radioterapií, další chemoterapie je v těchto případech vysoce paliativní a ponechává se na rozhodnutí ošetřujícícího lékaře.

Pacientky s inflamatorním karcinomem jsou léčeny podle stejného protokolu jako rizikové pacientky s pozitivními axilárními uzlinami.

II. N - (+), M-0

N- 1-3+	U pacientek s nizkým rizikem	1 CMF 2 cykly
N-4+	A: Se standardním rizikem B: S vysokým rizikem	A-90x3 CMFx4 Taxánový protokol
N-9+	Taxánový protokol	

C. Postmenopauzální pacientky

I.N-0 M-0

T-	do 5 mm	Limitovaný zákrok bez RT bez explotace axil a bez adjuvantní chemoterapie
T-	5-10 mm	Limitovaný zákrok s dissekcí axil, bez chemoterapie
T-	10-20 mm	Limitovaný zákrok s dissekcí axil s adjuvantní léčbou: U ER pozit. Tamoxifen U ER negat. vysokorizikových CMFx 6

T-2

O druhu chirurgického zákroku rozhoduje očekávaný kosmetický efekt. Při nejistotě se u ER pozitivních pacientek zahajuje léčba Tamoxifenem a u ER negativních pacientek v dobré kondici A-CMF, u ostatních CMF. Dále stejný postup jako u premenopauzálních pacientek.

T-3

Mastektomie - pokud je technicky možná. V případě nejistoty u ER pozitivních Tamoxifen, U ER negativních A-CMF nebo CMF. Po dosažení PR následuje chirurgický zákrok. Pacientky nereagující na chemoterapii nebo hormonoterapii budou léčeny lokální radioterapií.

T-4

Stejný přístup jako u premenopauzálních pacientek. Terapie se zahajuje systémovou léčbou, poté následuje chirurgický zákrok a další systémová léčby podle primární odpovědi.

II. N-+, M-0

N- 1-3	U ER pozitivních U ER negativních	Tamoxifen CMF u nizkorizikových A-CMF u vysokorizikových

N-4+	U ER pozitivních	Tamoxifen
	U ER negativních	A-CMF
N-9+	U ER pozitivních	Tamoxifen
	U ER negativních	Taxánový protokol?

U postmenopauzálních pacientek se bude podávat adjuvantní chemoterapie jen u pacientek mladších 65 let s ER negativní.

V případě kontraindikace antracyklinů budou pacientky léčeny kombinací Navelbin s 5 FU.

LÉČBA METASTATICKÉHO ONEMOCNĚNÍ

Metastatické onemocnění je nevyléčitelné. Jakákoli léčba je paliativní. První úvaha musí být je pacientka zařaditelná do studie? Konzultovat.

U neprotokolárních premenopauzálních pacientek platí: Pacientky neléčené antracykliny nebo léčené antracykliny před více než rokem budou léčeny kombinací A/C vs. FAC. U ostatních pacientek se podává buď C-3g nebo Navelbin s 5FU/FA. U vysoce předléčených pacientek se podává paliativní léčba FU/FA.

U neprotokolárních postmenopauzálních pacientek se podává hormonální terapie ve standardním sledu: Tamoxifen, Proveral (Megace), Oriemeten.

Příloha

Spoluúčast

Spoluúčast je dozajista nejkvalitnější metoda uvědomění si nákladů, která má za následek jednak regulaci poptávky (i když mírnou a časově omezenou), neboť pacienti jsou konfrontováni při některých svých požadavcích s nutností za ně zaplatit, jednak regulaci nabídky, neboť každý lékař je při většině svých rozhodnutí o dalším vyšetření či ošetření konfrontován s nutností vysvětlit pacientovi nezbytnost tohoto postupu.

Rand Corporation zjistila v nejrozsáhlejším výzkumu v r. 1986, že spoluúčast má signifikantní účinek na pravděpodobnost, že pacient během kalendářního roku vůbec navštíví lékaře u širokého spektra diagnóz, dále má signifikantní účinek na celkové množství výkonů (návštěv, vyšetření a preskripce) a dále má signifikantní účinek na snížení celkových nákladů zdravotní péče. (Publikováno v Med. Care, 1986, číslo 24, strany 72-87).

Zavádět spoluúčast bez dalších nutných změn (gate-keeping, disease/case managenment) ovšem nevede k žádaným efektům, neboť restrikce v jedné oblasti zákonitě způsobuje nárůst v oblasti jiné, a to často velmi nepředvídatelně. Proto všechny dostupné studie doporučují komplexní systémové změny a ne změny jednotlivých komponent.

Protidůvody jsou následující: je zapotřebí kompensovat zvýšené náklady lidem s nižšími příjmy, kteří se zásluhou spoluúčasti stanou sociálně potřební a tato kompensace je administrativně náročná a navác způsobuje likvidaci regulačního působení u žádoucích skupin obyvatel.

Regulace na straně jedné způsobí vlivem poptávky indukované poskytovateli zdravotní péče nežádoucí přesun nákladů na ostatní pacienty a dále jsou poskytovatelé schopni nahradit případné snížení poptávky objemem a intensitou služeb.

Spoluúčast dále může způsobovat nerovnost přístupu ke zdravotní péči a to zvláště starých lidí, dětí a lidí chronicky nemocných, což má za následek zhoršení zdravotního stavu populace.

Z těchto důvodů není spoluúčast zavedena ve většině evropských zemí, vyjma spoluúčasti na platbách za léky, jejímž důvodem ovšem není regulace, ale přenesení části nákladů na pacienty. Část zemí ovšem užívá spoluúčast při prvním kontaktu a při některých speciálních vyšetřeních. Ve většině zemí jde o nominální spoluúčast a bývá doplněna systémem výjimek.

Ze všech teoretických i praktických poznatků vyplývá, že spoluúčast nepatří mezi silné regulační nástroje ani významně nezvyšuje efektivitu služeb. Spoluúčast ovšem redukuje množství péče vyžadované pacienty, což se však neprojevuje v efektivitě systému, neboť poskytovatelé ihned zvýší intensitu péče.

Závěr: nezavádět spoluúčast

zvážit zavedení každoročního registračního poplatku, který by snížil incidenci prvních návštěv

nejlepší se však jeví zavedení bonusů za nečerpání zdravotní péče, ať už v penězích, nebo ve snížení plateb komerčního pojištění (tedy nikoliv transfer peněz, ale transfer informace o chování klienta k systému ze všeobecného zdravotního pojištění do pojištění komerčního). To ovšem znamená umožnit všeobecným zdravotním pojišťovnám komerční pojišťovnictví, i když, samozřejmě, s oddělenými fondy