

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Anna Řepíková

**Preskripční jednání českých lékařů
při předepisování hormonální antikoncepce**

Bakalářská práce

Praha 2010

Autor práce: **Anna Řepíková**

Vedoucí práce: **MUDr. Petr Háva, CSc.**

Oponent práce:

Datum obhajoby: **2010**

Hodnocení:

Bibliografický záznam

ŘEPÍKOVÁ, Anna. *Preskripční jednání českých lékařů při předepisování hormonální antikoncepce*. Praha : Karlova univerzita, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií, 2010. 74 s. Vedoucí bakalářské práce MUDr. Petr Háva, CSc.

Anotace

Bakalářská práce „Preskripční jednání českých lékařů při předepisování hormonální antikoncepce“ se věnuje otázce kvality péče o pacienty v oblasti gynekologické praxe a preskripce specifické skupiny léčiv – hormonální antikoncepce. Cílem této práce je evaluace rozhodování a jednání lékařů v kontextu současných opatření týkajících se hormonální antikoncepce s ohledem na možná rizika, která může nevhodně předepsaná antikoncepce pro pacientky představovat. Součástí této evaluace je nejen prozkoumání systému, ve kterém preskripce probíhá, ale i identifikace hlavních faktorů, které na lékaře a jeho rozhodování působí. V neposlední řadě je součástí práce také zhodnocení kontrolních mechanismů, které sledují zdravotní efektivitu jednání lékaře a soulad jeho rozhodnutí s doporučenými lékařskými předpisy, zákony i etikou. Práce je zacílena především na rizika spojená s preskripčním jednáním odchylným od těchto norem a snaží se akcentovat důležitost správné preskripce (tedy vhodné pro konkrétní pacientku a založené na nezávislých, odborných znalostech) a její kontroly vzhledem ke zdraví pacientky. Rozhodnutí lékaře a následné užívání předepsané hormonální antikoncepce má vždy určitý vliv na organismus (případně zdravotní stav) pacientky, ovšem kromě samotného antikoncepčního účinku by měl být zásah do organismu pacientky co nejmenší, zejména pokud hovoříme o nepříznivých vedlejších účincích a možných zdravotních komplikacích.

Annotation

Bachelor Thesis „Prescription action of Czech doctors in prescribing hormonal contraceptives“ disserts on quality of health care on the field of gynecological practice and prescription of a specific group of pharmaceuticals – hormonal contraceptives. The goal of this Thesis is to evaluate decision making and action of doctors in the context of current precautions related to hormonal contraception with regard to potential risks that may inappropriate prescription represent for female patients. The part of this evaluation is not only the investigation of the system in which the prescription takes place, but also the

identification of the main factors that effect the doctor and his decision taking. Last but not least, the Thesis mentions the control mechanisms that monitor the prescription action of the doctor and the accordance of his decisions with recommended physician's prescriptions, legislation and common ethics. The Thesis is targeted mainly on risks related to prescription action anomalous from these norms and tries to point out the importance of the correct prescription (suitable for the particular female patient and based on independent, professional knowledge) and its control from the point of view of the patient's health. The decision of the doctor and subsequent ingestion of the prescribed hormonal contraceptives always takes certain effect on the organism, or possibly on health condition of the female patient. Nevertheless, the impact on the patient's organism should be as little as possible, besides the contraceptive effect itself – especially, when we speak about the adverse medication side effects and possible health complications.

Klíčová slova

Hormonální antikoncepce, léková preskripce, preskripční rozhodování a jednání lékaře, zdravotní a léková politika, kvalita péče

Keywords

Hormonal contraceptives, drug prescription, prescription decision making and action, health and drug policy, health care quality

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen ty zdroje, které uvádím v seznamu použité literatury a pramenů.

Zároveň souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna veřejnosti pro účely výzkumu a studia.

V Praze dne 20. května 2010

Anna Řepíková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala především MUDr. Petru Hávovi CSc. za vedení práce, odborné teoretické zázemí, podnětné připomínky a nápady.

Současně chci tímto poděkovat i své rodině a příteli za trpělivost, odvahu a klid, které mi po celou dobu psaní práce dodávali.

Obsah

1 Projekt bakalářské práce	8
2 Úvod	15
3 Cíle a výzkumné otázky	17
4 Metodologie a data	19
5 Teoretická východiska.....	21
5.1 Hormonální antikoncepce.....	21
5.1.1 Antikoncepce, hormonální antikoncepce a změny v rodině.....	21
5.1.2 Princip hormonální antikoncepce, její druhy a formy	22
5.1.3 Nežádoucí účinky a rizika spojená s hormonální antikoncepcí.....	23
5.2 Lékařské koncepty.....	24
5.2.1 Zdraví	24
5.2.2 Zdravotní a léková politika, preskripce	25
5.2.3 Kvalita péče	26
5.3 Normy vymezující preskripční jednání lékařů.....	27
5.3.1 Lékařská etika.....	27
5.3.2 Hippokratova přísaha.....	29
5.3.3 Princip lege artis	29
5.3.4 Závazná stanoviska České lékařské komory	30
5.4 Teorie jednání	32
5.4.1 Jednání a normy.....	32
5.4.2 Alternativní teorie jednání Oty Weinbergera	33
6 Evaluace preskripčního jednání gynekologů v ČR	34
6.1 Systém, ve kterém probíhá předepisování HA	35
6.1.1 Identifikace hlavních specifík HA jako předepsovaného léčiva	35
6.1.2 Analýza jednání aktérů	38
6.2 Faktory ovlivňující preskripční jednání lékaře	40
6.2.1 Vymezení hlavních faktorů působících na lékaře při předepisování HA.....	40
6.2.2 Jednotlivé skupiny faktorů a jejich možný vliv na lékařovo jednání	42
6.3 Kontrolní mechanismy preskripčního jednání lékařů v ČR.....	50
6.3.1 Identifikace mechanismů v ČR	50
6.3.2 Diskuze dostatečnosti mechanismů, jejich zhodnocení.....	53
7 Závěr.....	56
8 Summary.....	59
9 Použité zdroje	61
10 Seznam příloh.....	67

1 Projekt bakalářské práce

Téma: Efektivita preskripčního jednání českých lékařů při předepisování hormonální antikoncepce

Studentka: Anna Řepíková

Obor: Sociologie a sociální politika

Konzultant: MUDr. Petr Háva, CSc.

Vymezení problému

Preskripce, tedy naordinování a předepsání léků pacientovi, je jedním z nástrojů lékové politiky. Proces preskripce a jeho využívání umožňuje uvést do praxe určitá omezení, která jsou nepostradatelná pro regulaci výdeje léků jak z farmaceutického a zdravotního hlediska, tak i z hlediska ekonomického. Dalším důvodem pro regulaci pak může být i možná zneužitelnost medikamentů, u nichž by neuvědomělé naordinování léků bez vědomí lékaře mohlo představovat riziko pro vývoj zdravotního stavu pacienta.

Lékařská odbornost tedy hraje při předepisování léků velkou roli. Pacient svůj zdravotní stav vkládá do rukou odborníka, který rozhoduje o dalším postupu léčby. Jednání lékaře by proto mělo být velmi zodpovědné a v souladu s nejlepším možným řešením právě pro pacienta, jelikož se zde jedná o lidský život. Lékař také musí mít přesné informace o působení léků a nedílnou součástí jeho profese je celoživotní vzdělávání týkající se nových technologií a typů léků, které se na trhu objeví.

Existují i jiné faktory kromě lékařova profesního svědomí a vědomostí, které jeho preskripční jednání ovlivňují. Zejména se jedná o farmaceutické firmy, které se jako každá firma chovají tržně, a trh s léky tak komercializují. Tyto firmy mohou různými způsoby ovlivňovat rozhodnutí lékaře předepsat určitý lék a tento vztah se pak přenáší i na pacienta, který nemá takové informace o možnostech a typech různých léků a lékaři plně důvěřuje.

Zmíněná komercializace léků není problémem týkajícím se jen farmaceutických firem, ale objevuje se i mezi uživateli internetu. Mnoho léků, které jsou za běžné situace dostupné pouze na lékařský předpis, je dnes prostřednictvím internetu možné koupit bez tohoto předpisu a z medikamentů se tak stává běžné zboží.

Komeracionalizace je patrná i co se týče volně dostupných léčiv, v televizi či na billboardech je možné vidět tisíce reklam na preparáty, které slibují pomoc při nachlazení, bolestech atd.

Takové nakládání s léky jako s obyčejným zbožím a jejich užívání bez rozmyslu a rady odborníka může být velice nebezpečné a souviset i s některými nepříznivými tendencemi, např., pokud zůstaneme u lékařského hlediska, nárůstem nemocí jater, ledvin a zažívacího ústrojí. Ze společenského hlediska je v poslední době patrná především změna zacházení s léky ve smyslu komeracionalizace, stejně tak je znatelná i bagatelizace a přehlížení jejich nežádoucích účinků.

Hormonální antikoncepce je jednou ze skupin léků, která je komeracionalizaci vystavena nejvíce. Jedná se o nejčastěji používanou metodu plánovaného rodičovství v ČR, celkem ji užívá přes jeden milion českých žen, tedy něco přes 40 % žen ve fertilním věku. Tato skupina léků je velmi specifická v tom, že není hrazena z veřejného zdravotního pojištění, takže si ji pacientky hradí samy v plné výši. Mnoho druhů hormonální antikoncepce má podobné složení, takže jsou v podstatě zaměnitelné. Hladina hormonů je v dnešní hormonální antikoncepci několikanásobně nižší než před dvaceti lety, ovšem jednotlivých typů (od pilulek až po transdermální náplasti) a jejich druhů a značek je daleko více. Zde se tak otevírá velký prostor pro farmaceutické firmy, které mohou rozličným sponzorováním ovlivňovat jednotlivé lékaře-gynekology a ti pacientkám doporučí právě jejich preparát.

Otázkou tedy je, jaké faktory lékaře ovlivňují při volbě hormonální antikoncepce pro konkrétní pacientku a jak je tento proces preskripce efektivní. Efektivitou zde mám na mysli zaprvé to, zdali preparát plní záměr plánovaného rodičovství, tedy jaká je jeho spolehlivost, a zadruhé zdali a případně jaké má pacientka komplikace při užívání léku (např. vedlejší účinky, dlouhodobé vystavení hormonům atd.). Preskripční jednání lékaře by totiž mělo umožňovat předepsat pacientce lék přímo „na míru“ dle její anamnézy, aby se minimalizovala rizika s jeho užíváním spojená.

Výzkumné cíle

1. Zhodnotit efektivitu současného preskripčního jednání českých lékařů v kontextu sociálních a ekonomických změn (zdravotnické systémy, globalizace trhu s léky, procesy hodnocení kvality léků, opatření zdravotní politiky) a poukázat na

2. Zjistit, jestli je systém zákonů a zvyklostí, týkající se preskripce, nastaven a aktualizován podle dnešních potřeb, které se za posledních dvacet let velmi změnilo
3. Analyzovat, do jaké míry se jedná o společenský problém (jak moc je toto jednání diskutováno v arénách veřejného diskurzu a jak je řešeno, zdali jsou návrhy na jinou politiku preskripčního jednání, nebo zdali dnešní situace není považována za problematickou), vliv na pacienty

Výzkumné otázky

1. Jaká preskripční opatření a zvyklosti v současné době existují v ČR a jaká je jejich historie?
 - a. Právní normy
 - b. Preskripční postupy
 - c. Hodnocení kvality poskytované péče
2. Jaké se vyvíjí v současné české společnosti faktory odpovědnosti jednání aktérů lékové politiky? (instituce, hodnoty, vzdělání, poznatky)
3. Jací jsou aktéři této části lékové politiky a co si myslí o preskripčním jednání lékařů?
4. Jaké problémy či překážky týkající se preskripčních opatření existují v ČR?
 - a. Komeracionalizace léků – problém nebo přirozený vývoj?
 - b. Čím je převážně ovlivněno preskripční jednání lékařů?
 - c. Je v ČR péče o pacienta týkající se preskripce kvalitní? Na jaké se nachází úrovni?

Teoretická východiska práce (konceptualizace výzkumného problému)

1. Teorie jednání (konkrétně Alternativní teorie jednání O. Weinbergera): Jednání = informací určené, záměrné (volní) chování určitého subjektu (jednajícího, nositele jednání). Jednání je pojmově závislé na dvou kategoriích informací: na kognitivních informacích a na informacích praktických.
2. Teorie moci (M. Weber): Mít moc = mít možnost přimět někoho, aby něco udělal proti vlastní vůli. Tři druhy panství (akumulované a více méně institucionalizované moci jednotlivce nebo skupiny nad určitou společností) podle typu autority. Panství charismatické = založené na osobní autoritě „pána“ a víře v jeho neobyčejné schopnosti.
3. Další oblasti možných teoretických východisek:
 - a. Diskreční jednání
 - b. Informační asymetrie
 - c. Komeracionalizace zdravotnictví
 - d. Další vzdělávání lékařů
 - e. Veřejná politika
 - f. Farmakoekonomika
 - g. Medicína založená na důkazech (evidence-based medicine)

Hodnotová východiska práce

1. Etika, morálka
 - Jednání lékařů ve shodě s etickými zvyklostmi a morálkou. KOŘENEK, Josef. *Lékařská etika*. Praha: Triton, 2002. 276 s.
 - Hippokratova přísaha (přísaha skládaná lékaři, která obsahuje základní etické principy jejich povolání).
 - Postupy (a tedy i preskripce) lege artis (lékař v rámci své odborné způsobilosti a kompetence svobodně volí a provádí ty preventivní, diagnostické a léčebné

2. Právně ukotvené hodnoty

- Závazná stanoviska lékařské komory ČR (např. Pravidla spolupráce mezi lékaři a farmaceutickými firmami).
- Zákony a vyhlášky ve zdravotnictví (např. Zákon o péči a zdraví lidu).
- Listina základních práv a svobod ČR (koncept rovnosti občanů před zákonem, právo na informace, právo na ochranu zdraví, nedotknutelnost osoby a jejího soukromí atd.).

Metody práce

1. Diskurzivní analýza: Analýza diskurzu týkajícího se preskripčního jednání, diskurz probíhá na různých úrovních, které se navzájem ovlivňují.
2. Analýza aktérů: Zjistím, jak jednotlivé skupiny aktérů definují problém či zda ho za problém vůbec považují. Hlavní aktéři: Odborná veřejnost (lékaři a zdravotnická zařízení), laická veřejnost (občané ČR), pojišťovny, farmaceutické firmy, stát (zákonodárci), média.

Základní literatura a prameny

1. Slovníky pro hledání základních pojmů
 - ECHAUDEMAISON , Claude-Daniele. *Slovník ekonomie a sociálních věd*. Praha : EWA, 1995. 419 s.
 - JANDOUREK, Jan. *Sociologický slovník*. Praha : Portál, 2007. 285 s.
 - PETRUSEK, Miloslav. *Velký sociologický slovník*. Praha : Karolinum, 1996. 747 s.
2. Teoretická východiska
 - VESELÝ, Arnošt. *Veřejná politika a policy analysis*. Praha : Fakulta sociálních věd UK, 2006. 28 s.

- POTŮČEK, Martin. *Veřejná politika*. Praha : Sociologické nakladatelství (SLON), 2005. 399 s.
- WEINBERGER, Ota. *Alternativní teorie jednání*. Praha : Filosofia, 1997. 278 s.
- WEBER, Max. *Metodologie, sociologie a politika*. Praha : Oikoymenh, 1998. 354 s.

3. Závěrečné práce

- BRYKNAROVÁ, Jana. *Komercializace ambulantních zdravotnických služeb v ČR*. [s. l.], 2008. 143 s. Bakalářská práce.
- STAŇKOVÁ, Barbora. *Analýza vztahů mezi plátcí a poskytovateli zdravotní péče v České republice*. [s. l.], 1999. 97 s. Diplomová práce.

4. Odborné informace, statistiky

- PROKEŠ, Michal. Hodnocení kvality preskripce. *Klinická farmakologie a farmacie*. 2008, č. 22(3), s. 118-122.
- PROKEŠ, Michal, SUCHOPÁR, Josef. Vliv finančních limitů na preskripci léčiv v České republice v roce 2006. *Klinická farmakologie a farmacie*. 2009, č. 23(2), s. 90-96.
- BÝMA, Svatopluk., *Generická preskripce*. *Tempus Medicorum* 2009, č. 18(3), s. 34-35.
- BÝMA, Svatopluk. *Generická preskripce - Nepřipravený experiment ohrožující naše pacienty*. *Farmi news* [online]. 2009, č. 2 [cit. 2009-10-29], s. 19. Dostupný z WWW: <http://www.edukafarm.cz/soubory/farminews-2009/2009_2/19-2009_2.pdf>.
- + internetové stránky jako např. <http://www.farmakologie.net>, <http://www.lkcr.cz>, <http://www.mzcr.cz>, <http://www.sukl.cz>, <http://www.uzis.cz>, <http://www.who.int> atd.

5. Zákony

- Zákon o léčivech : Předpis č. 269/2003 Sb., zdroj: SBÍRKA ZÁKONŮ ročník 2003, ze dne 22.08.2003 [online]. c1996-2009 [cit. 2009-10-29]. Dostupný z WWW:

<<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?sn=y&hledany=o+l%E9%E8ivech&zdroj=sb03269&cd=3&typ=r>>.

- Zákon České národní rady o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře : č. 220/1991 Sb. [online]. c2006 [cit. 2009-10-29]. Dostupný z WWW: <http://www.pravnipredpisy.cz/predpisy/ZAKONY/1991/220991/Sb_220991_-----_.php>.
- Zákon o péči o zdraví lidu : 20/1966 Sb. [online]. [2009] [cit. 2009-10-29]. Dostupný z WWW: <<http://www.lekarnici.cz/download/povinne-info/A01.HTM>>.

2 Úvod

Léková preskripce, tedy naordinování a předepsání léčiva pacientovi, je jedním z klíčových míst tvorby a realizace lékové politiky [Háva, Matějka 1996: 162]. Tento nástroj lékové politiky umožňuje uvést do praxe určitá omezení, která jsou nepostradatelná pro regulaci výdeje léků jak z farmaceutického a zdravotního hlediska, tak i z hlediska ekonomického. Léky, jejichž výdej je preskripcí usměrňován, je tak možné získat pouze na předpis lékaře. Na jeho zodpovědnosti pak leží otázka, jestli a jaký léčivý přípravek pacientovi předepsat. Osoba lékaře tak hraje při předepisování léků velkou roli. Pacient své zdraví svěřuje do rukou specialisty, který by měl mít dostatek zkušeností, odborných znalostí a etického základu na to, aby rozhodnutí o léčbě mohl provést. Optimálním cílem lékařova jednání by vzhledem ke zdraví obyvatel jako jedné ze základních hodnot společnosti mělo být nejlepší možné řešení právě pro daného, konkrétního pacienta. V opačném případě pacientovi hrozí riziko zdravotních komplikací či nepříjemných vedlejších účinků [Fait 2008: 21–30].

Lékař předepisující léčivo pacientovi jedná na základě rozličných vlivů a informací, které vědomě či nevědomě formují jeho konečné rozhodnutí [Křečková Tůmová 2002: 63]. Takové vlivy mohou být různého charakteru, kvality, ale mohou nabývat i různé míry souladu se zákonnými a etickými normami. Mezi vlivy působící na lékaře tak patří například aktuální zdravotní a léková politika, hájení zájmů a práv pacientů a tedy možné stížnosti či další vzdělávání lékařů [c.d.: 88]. Při rozhodování jaký medikament pacientovi předepsat je vlivným prvkem i zdravotní stav a predispozice samotného pacienta, které by měly být brány v úvahu vzhledem k možným komplikacím při nezaznamenání důležitých informací o pacientovi [c.d.: 70]. Problematickým faktorem transformujícím lékařovo rozhodnutí je komercializace zdraví ve smyslu tržního chování farmaceutických výrobců a distributorů, se kterým je spojena i snaha prosadit na trhu svůj výrobek nejen reklamními aktivitami působícími přímo na pacienty, ale i prostřednictvím spojení preparátu s odborností lékaře [c.d.: 92]. Ten může být různými způsoby motivován, aby předepisoval léčiva určité firmy a zvyšoval tak její zisky.

Mezi léčiva dostupná pouze na lékařský předpis patří v České republice (ČR) i hormonální antikoncepce (HA). Ta patří k jedné z nejužívanějších metod antikoncepce ve

vyspělých zemích (*Příloha č. 1*). Tento typ léčiva jsem si pro evaluaci preskripčního jednání lékařů vybrala nejen z důvodu jeho specifičnosti v oblasti metod plánovaného rodičovství (velký počet uživatelů, užívání řízené gynekologem a možnost neantikoncepčních vlivů složení hormonální antikoncepce na tělo pacientky), ale především z důvodu jeho postavení na poli léčiv. Hormonální antikoncepce není léčivem v tradičním slova smyslu, neřeší tedy již vzniklý zdravotní problém. Funguje jako prevence proti nechtěnému otěhotnění a je tak něčím navíc, nikoli nutným lékem pro navrácení zdraví pacientky. Tuto metodu antikoncepce si z množství možností volíme, ovšem výběr konkrétního preparátu je především na samotném lékaři.

Zajímavý je také moment získávání a financování této skupiny léčiv. Hormonální antikoncepce je sice v České republice vázána na lékařský předpis a s ním spojené odborné naordinování léku, ale zároveň je plně hrazena samotnými pacientkami. Lékař tak při preskripci HA není vázán ekonomickou regulací předepisovaných léčiv. Jeho rozhodnutí však stále ovlivňuje zdravotní stav a pohodlí pacientky vzhledem k možným rizikům a nežádoucím účinkům, které mohou při předepsání nevhodného preparátu nebo předepsání HA ženě, která ji užívat nemůže, nastat (například napětí v prsou, retence tekutin, ale i zvýšení rizika kardiovaskulárních komplikací) [Fait 2008: 21]. Účinky HA na tělo ženy jsou dány nejen okamžitou reakcí těla pacientky na změnu hormonální hladiny, ale také dlouhodobou expozicí hormonům, která může působit rizikově a zvyšovat tak pravděpodobnost výskytu zdravotních komplikací či nemoci [Barták 2006: 68–78].

Předmětem této práce je tedy preskripční rozhodování a jednání lékařů se zaměřením na konkrétní výzkumný problém, kterým je předepisování hormonální antikoncepce českými gynekology v rámci existujících podmínek, které jsou pro tuto oblast typické a působí na lékařovo rozhodování, čímž ovlivňují i jeho jednání. Tyto podmínky tvoří komplexní systém, který je vymezen především právními normami, doporučenými lékařskými postupy, neformálními principy z oblasti lékařské etiky a dalšími faktory, které formují lékařovo rozhodnutí [Křečková Tůmová 2002: 63]. V souvislosti s možnými pochybeními a nekorektními vlivy na jednání lékařů, které mohou mít za následek zhoršení zdravotního stavu pacientky, mě zajímají i kontrolní mechanismy, jejichž smyslem je zabránit selháním v rámci preskripčního jednání a zdravotním komplikacím na straně pacientky.

3 Cíle a výzkumné otázky

Hlavním cílem práce je evaluovat preskripční jednání českých gynekologů při předepisování hormonální antikoncepce a jeho možný dopad na pacientky. Hormonální antikoncepce jako skupina léčiv má v ČR svá specifika, která jsou často předmětem veřejného diskurzu a vyžadují tak pozornost (například úhrady HA samotnou pacientkou bez participace pojišťoven či státu a další). Proto je pro dosažení hlavního cíle práce třeba nejprve provést institucionální analýzu systému, ve kterém předepisování hormonální antikoncepce probíhá. Součástí takového systému jsou i faktory, které lékaře vědomě či nevědomě ovlivňují v jeho rozhodování [Křečková Tůmová 2002: 63]. Snahou práce je proto hlavní faktory z obecných podmínek předepisování vygenerovat a následně provést jejich analýzu, která umožní lépe poznat a pochopit motivace lékaře při preskripčním jednání. Mým záměrem je poukázat především na rizika spojená s nekorektním rozhodováním lékaře při preskripci, které může být spojené například s vlivem farmaceutických firem. Také z toho důvodu je dalším cílem práce zkoumat, jestli a do jaké míry je kontrolován vliv tohoto a dalších faktorů, respektive zdali v případě předepisování hormonální antikoncepce existuje nějaká zpětná vazba na lékařovo jednání, která by umožnila sledovat slučitelnost jednání gynekologa s platnými zákony a lékařskými předpisy. Stejná otázka mě bude zajímat i u méně formálních norem, kterými jsou doporučené léčebné postupy, morálka a etika. Problematika dobré či špatné preskripce s ohledem na zdravotní stav pacientky totiž úzce souvisí s kvalitou komplexní péče, kterou gynekolog pacientce poskytuje. Tato péče by v ideálním případě měla být na co nejlepší úrovni a možná rizika a vedlejší účinky hormonální antikoncepce by měly být v souvislosti s analýzou zdravotního stavu pacientky minimalizovány.

V souvislosti s uvedenými cíli práce jsem definovala tyto výzkumné otázky:

1. Jaké je postavení HA jako antikoncepční metody v České republice a jaké jsou k dispozici poznatky týkající se jejích nežádoucích účinků a rizik?
2. Jak tato rizika souvisí s rozhodnutím zdali vůbec a jaký preparát lékař pacientce předepíše?
3. V jakém prostředí se pohybuje lékař předepisující HA? Jaké jsou okolnosti, podmínky a informace, které by lékař i pacientka měli respektovat?

4. Jaké přínosy nabízí systém preskripce v případě HA, tedy vázanost HA na lékařský předpis, a jaké jsou naopak jeho nevýhody?
5. Jak v České republice zákony a předpisy regulují předepisování léčiv a jak se v něm lékaři při svém preskripčním jednání mohou pohybovat?
6. Jaké další faktory kromě zákonem daných norem mohou lékaře při předepisování hormonální antikoncepce ovlivňovat?
7. Jsou všechny tyto faktory v souladu s právními normami a morálkou?
8. Jak je kontrolováno preskripční jednání lékařů ovlivněné mnoha faktory tak, aby probíhalo v rámci právních i etických norem a ve shodě s dosaženými vědeckými poznatky a doporučenými léčebnými postupy?
9. Je sledování možných vlivů na rozhodování lékaře dostatečné vzhledem k rizikům, která pacientce při nevhodné preskripci (například z důvodu nedostatku času na vyšetření a zaznamenání anamnézy) mohou hrozit?

4 Metodologie a data

Metody využití v této práci jsou zvoleny tak, aby umožnily v co největší míře naplnit cíle a zodpovědět otázky vytyčené v kapitole 3. Pro uvedení do problematiky a vymezení základních pojmů a konceptů využívám deskripce teoretických východisek z oblastí, které s jednáním lékaře souvisejí. Jedná se o vstupní informace z oblasti hormonální antikoncepce, lékařských konceptů, norem vymezujících prostor pro preskripci a v neposlední řadě jednání jako sociologického pojmu, pro účely práce pojatého dle Weinbergerovy Alternativní teorie jednání [Weinberger 1997].

V empirické části práce pokračuji institucionální analýzou systému, ve kterém předepisování probíhá, a z něj vyplývajících pravidel a norem pro lékaře, které formují jeho jednání [Gibson, Lehoucq 2005]. Kapitola 6.1 je proto analýzou současného prostředí (systému) preskripce HA, ve kterém se lékař pohybuje, včetně zákonů, omezení a předpisů, ale také možných rizik HA pro pacientku. Následuje analýza jednání aktérů, kterých se preskripční omezení u HA jako součást lékové politiky a jednání lékařů při jejím předepisování týká. Informace získané seznámením s teoretickými východisky a institucionální analýzou systému preskripce HA poté v kapitole 6.2 slouží k odhalení a rozboru vlivů, které působí na lékaře při jeho rozhodování. Jedná se o aktéry a faktory, jejichž analýza umožňuje pochopit motivace lékařů při preskripčním jednání a odhalit ty vlivy, které se neslučují s platnými českými zákony či lékařskou etikou. Práce pokračuje interpretační analýzou dokumentů zdravotní politiky, právních úprav a odborných publikací v časopisech a na internetu týkajících se kontroly preskripčního jednání. Ve druhé části kapitoly 6.3 je využito hodnocení části lékové politiky v oblasti preskripce HA, konkrétně dostatečnosti kontrolních mechanismů, které preskripci sledují a mohou tak vytvářet zpětnou vazbu a v případě nekorektních postupů do lékařova jednání zasáhnout. Empirická část práce je tak evaluací preskripčního jednání lékařů, zjišťuje jeho efektivitu vzhledem k daným normám, působícím faktorům a také ke zdraví pacientky.

Data využívaná a analyzovaná v této práci a jejich zdroje jsou rozdílné v teoretické a analytické části práce. Pro kapitolu představující teoretická východiska, která slouží jako deskriptivní uvedení do problematiky, jsem čerpala data především z odborných publikací (informace o HA), slovníků a zdrojových textů (jednání, lékařská

etika), dokumentů organizací (lékařské koncepty, např. databáze Světové zdravotnické organizace, dokumenty Ministerstva zdravotnictví České republiky či České lékařské komory). Dále jsem vycházela z platných českých zákonů dostupných například z Portálu veřejné správy ČR [Portál veřejné správy ČR 2010b].

V analytické části je vzhledem k aktuálnosti problematiky a s ohledem na zájmy práce o současnou situaci více využíváno elektronických zdrojů, které lépe reflektují dění na poli preskripce HA. Proto je využíváno hlavně odborných článků dostupných z internetových stránek sdružujících lékařskou veřejnost (např. stránky vydavatelství odborných lékařských časopisů Solen či vzdělávací a služby poskytující společnosti Levret s.r.o., kterou zaštiťuje MUDr. PhDr. Pavel Čepický, CSc.). Dále jsou v této části zdroji články různých autorů na odborných internetových stránkách či v časopisech zaměřených na zdraví (např. Zdravotnické noviny či Zdraví a zdravotnictví). Stejně jako v kapitole 5 jsou dány pro mou práci i zákony, vyhlášky a odborná doporučení. Vzhledem k zaměření práce na současnou českou situaci jsou data a zdroje používané v této práci z velké části také z českého prostředí.

5 Teoretická východiska

Teoretické rámce a pojmy popsané v této části poskytují stručný přehled informací, které jsou výchozí pro další evaluaci a hodnocení problematiky preskripčního jednání. Normativní východiska odvozená od mravních zvyklostí i od hodnot zakotvených v právním řádu určují charakter a hodnotovou orientaci práce. Všechny základní koncepty uvedené v této kapitole jsou vybrané na základě blízkosti k tématu preskripčního jednání a mají pomoci nejen zorientovat se v problematice, ale i ji pochopit. Jsou nepostradatelné pro zasazení tématu práce do určitého konceptuálního rámce a seznámení s hlavními okruhy, kterých se preskripční jednání týká. Teoretická východiska práce, která v této kapitole představují a definují vzhledem k výzkumnému problému a zaměření na preskripční jednání lékařů při předepisování HA, rozdělují do tematických okruhů následovně: 5.1 informace o hormonální antikoncepci jako jedné z možností plánovaného rodičovství, 5.2 koncepty týkající se lékařského prostředí související s preskripčním jednáním, 5.3 mravní a zákonem dané hodnoty pro předepisování léků a jednání lékaře a 5.4 teorie jednání.

5.1 Hormonální antikoncepce

5.1.1 Antikoncepce, hormonální antikoncepce a změny v rodině

Antikoncepce (angl. *contraception*) je jakákoliv metoda, která zabraňuje početí [Fait 2008: 8]. Snaha předejít nechtěnému těhotenství je spojená se vznikem lidstva samotného; u lidí nemá pohlavní styk jen funkci reprodukční, jako je tomu u zvířat, ale je i součástí partnerských vztahů a životního stylu [tamtéž]. Pokud hovoříme o počátcích antikoncepce, jednalo se především o přirozené metody, jako je přerušovaná soulož a ostatní nehormonální metody, například bariérové. V tomto smyslu se její historie začíná psát již několik stovek let před naším letopočtem, kdy staří Egypťané používali jednoduché formy bariérové antikoncepce [Jütte 2008: 31].

Za významné antikoncepční metody dnes považujeme

- přerušovaný pohlavní styk

- bariérovou antikoncepci
- hormonální antikoncepci [Barták 2006: 24] (*Příloha č. 2*).

Antikoncepce však slouží nejen jako primární prevence nechtěného otěhotnění a tedy i prevence potratů, případně narození nechtěného dítěte, ale i jako metoda plánovaného rodičovství [Fait 2008: 9]. Partneři nebo samotná žena se tak díky antikoncepci mohou rozhodnout, jestli, kdy a kolik budou mít dětí. Proto má vynález pokročilejších, spolehlivějších a masově dostupných metod antikoncepce (zejména hormonální antikoncepce a také nitroděložního tělíska či vasektomie) obrovský význam pro celou společnost [Možný 2006: 21]. Jedná se o podstatnou civilizační změnu, která působí na rodinu a mění její charakter [Možný 1999: 124]. Společně s rodinou se mění i celá společnost. Nízká porodnost ve vyspělých zemích je způsobena mimo jiné dostupnou moderní antikoncepcí a s ní přicházející změnou životního stylu [tamtéž]. Tento trend pak společně s dalšími skutečnostmi (jako je například zlepšení lékařské péče) do budoucna zapříčiňuje větší podíl staršího obyvatelstva na věkové struktuře, na rozdíl od současné věkové struktury, kde je podíl dětí a seniorů zhruba vyrovnaný (*Příloha č. 3, Příloha č. 4*).

V současné době se pojem antikoncepce často používá jako synonymum pro antikoncepci hormonální. Ta má však historii mnohem kratší. První s myšlenkou využití hormonů k zabránění početí přišel L. Haberlandt ve 20. letech 20. století [Fait 2008: 10]. Ovšem cesta k první kombinované antikoncepční pilulce, jejíž hormonální obsah byl uměle syntetizován, trvala dalších třicet let [Barták 2006: 13]. Vyvinuli ji američtí biologové G. Pincus a H. C. Chang v padesátých letech a v roce 1959 byla poprvé uvedena na trh [Fait 2008: 10]. Od jejího objevení se však rapidně snížila dávka hormonů obsažená v jedné pilulce, první antikoncepční tabletky obsahovaly až dvacetkrát více progesterinu a pětkrát více estrogenu než dnešní pilulky [Barták 2006: 13–14].

5.1.2 Princip hormonální antikoncepce, její druhy a formy

Hormonální antikoncepce je jednou z ženských metod antikoncepce. Existují antikoncepční hormonální metody čistě gestagenní (obsahující jen jeden hormon) a kombinované estrogen-gestagenní, které obsahují hormony dva [Fait 2008: 10]. V této práci se budu věnovat pouze kombinovaným metodám z důvodu jejich dominance na trhu,

dostupnosti a tedy i většímu počtu pacientek, které je užívají [tamtéž]. Účinek těchto metod je postaven jednak na estrogeneru, který blokuje ovulaci a na progestinu, který zahušťuje hlen v děložním hrdle a činí ho tak neprostupným pro spermie [Barták 2006: 56].

Kombinovaná HA (angl. *CHC, combined hormonal contraceptives*, dříve *COC, combined oral contraceptives*) se obvykle aplikuje každý den po tři týdny a následuje týdenní přestávka, po kterou je žena i přes velmi nízkou hladinu hormonů chráněna před otěhotněním. Princip užívání HA závisí na její formě. V současné době jsou na trhu kombinované HA kromě perorálních antikoncepčních pilulek i transdermální náplasti a vaginální kroužek, které se podávají každý týden, resp. každé tři týdny [Fait 2008: 34]. I díky těmto novým formám HA má dnes lékař při předepisování antikoncepce opravdu velký výběr z množství různých preparátů kombinované HA (*Příloha č. 5*).

Spolehlivost kombinované HA je vyšší než u prezervativů či přerušované soulože a je srovnatelná s účinností nitroděložních tělísek a injekční antikoncepce (*Příloha č. 6*). Udává se Pearlovým indexem, který je konstruován jako počet vzniklých těhotenství na sto uživatelky dané antikoncepce za rok. Pearlův index kombinované HA se pohybuje od 0,5 do 1, přičemž významnou úlohu zde hraje lidský faktor a chyby v užívání [Barták 2006: 31].

5.1.3 Nežádoucí účinky a rizika spojená s hormonální antikoncepcí

Navzdory její oblíbenosti a mnohým výhodám jsou s HA spojeny i některé nepříjemné či dokonce zdraví pacientky ohrožující vedlejší účinky. Podle klasifikace kontraindikací publikované Světovou zdravotnickou organizací (angl. *World health organization, WHO*) se tyto účinky dělí do čtyř kategorií podle závažnosti podmínek, za kterých ohrožují či neohrožují zdraví uživatelky [WHO 2009a] (*Příloha č. 7*). Nejčastěji uváděnými vedlejšími nežádoucími účinky, které jsou nepříjemné, ale neohrožují zdraví pacientky, jsou bolesti hlavy, napětí v prsou, podrážděnost, zvýšení hmotnosti, dále potom migrény, změny libida, nevolnost a další [Fait 2008: 21]. Za potenciální zdravotní rizika, která mohou souviset s užíváním HA, odborníci považují srdeční a cévní onemocnění, jaterní choroby, rakovinu děložního čípku, rakovinu prsu či infarkt myokardu, viz například [Szareweská,

Guillebaud 1996: 29–38] či [Fait 2008: 21–29]. Často však HA bývá jen spolučinitelem, nikoli příčinou vzniku uvedených zdravotních komplikací. [Guillebaud 2003: 14–15].

Problematicke vedlejších účinků HA a jejich vlivu na zdraví pacientky se dále budu věnovat v kapitole 6.1.2 empirické části práce, kde je také podrobněji rozeberu.

5.2 Lékařské koncepty

5.2.1 Zdraví

V souvislosti s preskripčním jednáním je koncept zdraví důležitý především jako ideál lékařské praxe, kde se lékař snaží o maximalizaci účinnosti a vhodnosti předepisovaného léku a minimalizaci vzniklých rizik a nežádoucích účinků. V případě HA je situace ještě markantnější, protože není typickým lékem. Neléčí již vzniklé zdravotní obtíže, ale zpohodlňuje sexuální život ženy a funguje jako primární prevence nechtěného otěhotnění a tím i případného porodu nechtěného dítěte, který lze podle definice zdraví Světové zdravotnické organizace hodnotit jako nemoc [Fait 2008: 8]. Složení HA však, stejně jako složení jiných léčiv, působí na tělo pacientky a může i prakticky ohrozit pacientčino zdraví.

Světová zdravotnická organizace definuje zdraví jako stav celkové tělesné, duševní a sociální pohody, nikoli jen jako absenci nemoci [WHO 1998]. Zdraví je podle této definice zdrojem každodenního života, ne jeho primárním cílem [c.d.]. Jedná se o pozitivní koncept kladoucí důraz na společenské a osobní možnosti člověka, stejně jako na jeho fyzické schopnosti [c.d.]. Základními podmínkami a zdroji zdraví jsou mír, přístřeší, vzdělání, potrava, příjem, stabilní ekosystém, udržitelné zdroje, sociální spravedlnost a rovnost [Ottawská charta 1986].

V České republice je péče o zdraví založena mimo jiné také na solidaritě, svobodné volbě lékaře a zdravotnického zařízení, svobodné volbě zdravotní pojišťovny v rámci systému veřejného zdravotního pojištění a stejné dostupnosti poskytovaných služeb pro všechny pojištěnce [Portál veřejné správy ČR 2010a]. Tento koncept akcentuje zejména svobodu, která například umožňuje pacientům zvolit si jim vyhovující

zdravotnickou péči odborného lékaře (u HA gynekologa). V případě nespokojenosti pacientky (byť i subjektivní) s chováním či jednáním svého gynekologa má tedy pacientka právo přejít do péče jiného lékaře.

Zdraví pacientky, které je předepisována HA, mě tedy vzhledem k těmto pojetím zajímá především z hlediska jejího fyzického i duševního stavu, o které dbá lékař zejména již výběrem vhodné HA či její případnou změnou. HA může mít vliv na zdravotní stav pacientky jednak krátkodobý (nežádoucí účinky), ale kvůli dlouhodobé expozici hormonům může působit i na celkové zdraví ženy (zvýšení rizika cévních onemocnění) [Fait 2008: 21–30].

V České republice je zdraví jako jedna ze základních hodnot právně ukotveno v Listině základních práv a svobod (LZPS). Ta deklaruje právo každého občana na ochranu zdraví a na základě veřejného pojištění i právo na bezplatnou zdravotní péči a zdravotní pomůcky za určitých podmínek, které stanovuje zákon [Listina základních práv a svobod 1993].

Kromě Listiny základních práv a svobod existuje v České republice i zákon 20/1966 Sb. o péči a zdraví lidu. Ten především upravuje povinnosti jednotlivých aktérů ve zdravotnictví, tedy státu, zdravotnických zařízení, lékařů, ale i občanů, uživatelů zdravotnické péče a služeb [Zákon č. 20/1966 Sb.].

5.2.2 Zdravotní a léková politika, preskripce

Prioritou většiny států je péče o zdraví lidu, jeho podpora a hájení práva každého občana na ochranu zdraví, jež je v České republice zakotveno v Listině základních práv a svobod [Listina základních práv a svobod 1993]. Každý stát má však trochu jinou koncepci toho, na které aspekty zdraví se zaměřit a jak přesně zdraví občanů dosáhnout. Proto je součástí širší sociální politiky i politika zdravotní, prostřednictvím které se rozhodují a ustanovují právní rámce ve vztahu ke zdraví, a která především zajišťuje stejné šance na zdraví a zdravotní péči pro všechny občany [Jírová 2009]. Zdravotní politika funguje jednak jako preventivní prvek ve smyslu ochrany zdraví občanů před nemocemi, ale snaží se také o navrácení zdraví, pokud již člověk onemocní [c.d.].

Léková politika je jedním ze segmentů zdravotní politiky. Jejím cílem v rámci státu je především zajistit účinná, ale zároveň bezpečná léčiva pro občany, dále hospodárně a efektivně (ve smyslu ekonomickém i zdravotním) zabezpečit co nejlepší péči, která povede ke zdraví a kvalitnímu životu občanů a tuto péči poté poskytnout lidem, kteří ji potřebují [Ministerstvo zdravotnictví ČR 2004: 101]. Těchto cílů je možné dosáhnout jen za určitých právních podmínek, proto je v souvislosti s lékovou politikou v platnosti zákon č. 79/1997 Sb. o léčivech [Zákon č. 79/1997 Sb.]. Právních předpisů je samozřejmě více, týkají se také veřejného zdravotního pojištění či cen jednotlivých léků. V souvislosti se současnou situací lékové politiky v České republice je třeba zmínit, že od roku 1990 bojuje s problémem rostoucí spotřeby léčiv a s tím spojeným nepříznivým vývojem nákladů na léky [Durda 2003: 99–100].

Zmíněné efektivitu zdravotní péče je možné dosáhnout pomocí opatření a nástrojů, které léková politika vyvíjí. Jedná se například o nutnost preskripce, tedy omezení výdeje některých léčiv jen na lékařský předpis (tudíž po konzultaci a doporučení lékaře). Tento nástroj státu pomáhá mít pod kontrolou zejména výdaje za léky; lék tak dostane jen ten, kdo ho podle praktického či odborného lékaře skutečně potřebuje. Nedostupnost vybraných léků bez předpisu od lékaře také brání zneužití či špatnému naordinování léku samotným pacientem a tedy zhoršení jeho celkového zdravotního stavu. Lék je předepsán jen tomu, komu neublíží například v kombinaci s jinými léky nebo se stávajícím zdravotním stavem. Léky na předpis jsou tedy zejména ty léky, které by mohly nepoučenému člověku ublížit.

5.2.3 Kvalita péče

Péče o pacienty a její kvalita je velmi široký pojem. Ve vztahu lékaře a pacienta sledovaném z pohledu předepisování léků se však objevují jen některé aspekty lékařské péče. Definice kvality péče mi tak umožňuje tyto aspekty rozpoznat a zúžit tento koncept jen na relevantní součásti kvality péče pro téma preskripčního jednání lékařů.

Rada Evropy pohlíží na kvalitu péče jako na míru, do jaké předepsaná léčba zvyšuje pacientovu šanci dosáhnout žádoucích účinků a zároveň snižuje riziko účinků

nežádoucích; to vše s ohledem na stávající obecnou pokročilost znalostí [WHO 2008]. Institut lékařství (angl. *Institute of Medicine*, IOM) do definice kvality péče zahrnuje kromě předepsané léčby i veškeré zdravotnické služby [c.d.]. Péče je tak v tomto smyslu myšlena jako komplexní souhrn všech služeb, které zdravotnictví nabízí a se kterými může pacient přijít do styku.

Kvalita péče může být vnímána odlišně různými aktéry. Pacient tak nemusí mít totožný názor na kvalitu své léčby jako lékař či odborná veřejnost, pacientovu spokojenost s léčbou a poskytnutou péčí proto není možné identifikovat s klinickými výsledky této léčby. Naopak ale spokojenost pacienta s kvalitou péče může ovlivnit praktické, klinické výsledky léčby [Křečková Tůmová 2002: 32].

V empirické části se zaměřím na segmenty péče týkající se preskripčního jednání, kvalitu péče proto budu chápat jako na jedné straně spokojenost pacientky s předepsanou HA (tedy především absenci nežádoucích účinků) a na straně druhé jako skutečné výsledky lékařova preskripčního jednání (předepsání takové HA, která je v souladu s anamnézou ženy a jejím zdravotním stavem a zároveň s platnými zákony a pravidly). Kvalitní péče tedy také znamená maximalizaci informací, které lékař získává jak o pacientce, tak o vývoji v medicíně, a jejich využití pro přesnou a efektivní medikaci dané HA.

5.3 Normy vymezující preskripční jednání lékařů

5.3.1 Lékařská etika

Etické chování lékařů je většinou diskutováno kvůli vážným rozhodnutím, která lékař musí provádět a o kterých se mluví nejen v odborných kruzích. Snad nejvíce je s otázkami etiky v medicíně spojena eutanazie (asistovaná sebevražda) a interrupce (umělé přerušování těhotenství). Lékařská etika však nemá svůj prostor jen v podobných, o životě rozhodujících situacích, ale i v běžné lékařské praxi a jednání. Odráží hodnotovou orientaci společnosti a neradí proto přímo, jak se má lékař zachovat v dané situaci, ale jaké hodnoty by měl ctít a mít na paměti v průběhu péče o pacienta. Z toho důvodu souvisí lékařská etika i s preskripčním jednáním lékařů, které by jí mělo být ovlivňováno.

Etika se tedy dá definovat jako „... věda, která zkoumá mravně relevantní jednání, t.j. projevuje se v ní hodnotící aspekt, který říká, o co má člověk v životě usilovat a jak se má chovat k jiným lidem.“ [Kořenek 2002: 38]. Tato definice se pak promítá do prostředí různých profesních etik, tedy i etiky lékařské. Lékař má podle této normy ve své praxi sladit odbornost s lidskostí a držet se jedné z nejstarších etických zásad, tedy především neškodit – latinsky *primum non nocere* [c.d.: 51]. Dalším pilířem, na kterém je lékařská etika postavena, je princip *beneficence*, podle něhož by jednání lékaře mělo být konáno pro dobro pacienta, tedy i ve prospěch jeho života a zdraví [c.d.: 53]. Důležitý je zde důraz na zájem pacienta, které mají být v rámci právních norem nadřazeny zájmům lékaře.

Lékaři by při svém rozhodování měli brát v potaz nejen vlastní profesní etiku, ale i celkovou morálku společnosti. V případě preskripčního jednání při předepisování HA se jedná zejména o tlak a pokusy o korupci ze strany farmaceutických firem, kterým by lékař podle obecných morálních zvyklostí neměl podlehnout. Dále by měl jednat zodpovědně a dostát tak důvěře, kterou v něj pacientka vkládá, velkou roli v subjektivním hodnocení totiž hraje spokojenost pacientky jednak s poskytnutou péčí, ale také s předepsaným medikamentem. Jako odborník v oboru by měl gynekolog odhlédnout od svých osobních názorů a řídit se především profesní zkušeností a znalostmi.

Lékařská etika je tvořena množstvím psaných zákonů, předpisů a doporučení, ale i nepsaných zvyklostí a morálních požadavků. Její diverzita v možnosti odkázat na nějakou jasně definovanou normu je velká. Z toho samozřejmě plynou problémy; pokud je tato etika porušena a daná situace není právní úpravou jasně označena za dobrý či špatný postup, je obvinění lékaře velmi složité. Přesto je však i nekodifikovaná lékařská etika většinou uznávána podobně jako psaný zákon a ve vztahu práva a morálky platí, že právo, tedy norma prosazovaná státní mocí, je minimum morálky [c.d.: 30].

Dokumentů a principů, které jsou zdrojem lékařské etiky a zároveň i ustanovují normy pro etické chování, je mnoho. Blíže zde proto uvádím dva důležité teoretické podklady, na kterých je lékařská etika postavena: Hippokratovu přísahu a princip *lege artis*.

5.3.2 Hippokratova přísaha

Hippokratova přísaha (angl. *The Hippocratic Oath*) je tradiční slib skládaný lékaři na konci jejich lékařského studia. Určuje základní etické normy pro jejich povolání, podle kterých by se lékaři měli řídit při vykonávání lékařské praxe [Pavlíček 2006] (*Příloha č. 8*).

Vzhledem k vývoji poznání v medicíně byly hlavní myšlenky Hippokratovy přísahy několikrát modernizovány a mnoho jiných norem z oblasti zdravotní péče z ní také vychází. V roce 1948 vznikl například Ženevský lékařský slib dle Světové zdravotnické organizace; v českém prostředí se jedná například o Obnovený lékařský slib z roku 1990, který je ukotven v zákoně o vysokých školách [tamtéž]. Původní přísaha například odmítá umělé ukončení těhotenství, které je dnes běžným zákrokem prováděným gynekology, nebo eutanazii, která je sice českým trestním právem stále považována za vraždu, ale její uzákonění jakožto pomoci například smrtelně nemocnému člověku je živě diskutováno jak v ČR, tak celosvětově [Vondráček 2001].

Pro lékaře je určující celkové sdělení přísahy jako norma jejich profesního chování. Pokud hovoříme konkrétně o preskripčním jednání, důležitá je především část přísahy týkající se pacientova zdravotního stavu a lékařské péče. Lékař by tak měl lékařské úkony „... konat v zájmu a ve prospěch nemocného, dle svých schopností a svého úsudku.“ a vyvarovat se „... všeho, co by bylo ke škodě a co by nebylo správné.“ [Pavlíček 2006]. Předepisování léků a tedy i HA je jedním z praktických kroků, který lékaři provádějí, takže tato norma by měla být jedním z etických doporučení, která by měl mít lékař při svém jednání na paměti.

5.3.3 Princip lege artis

Pokud je lékařská péče poskytnuta takzvaně lege artis, znamená to, že je tato péče v souladu s dosaženými pravidly lékařské vědy [Marečková 2006]. Tento princip sice není v právních předpisech jasně definován, ale je jednou z lékařských zásad a souvisí s lékařskou profesí a její etikou. Péče lege artis je odbornou veřejností většinou ztotožňována s ustanovením § 11 zákona č. 20/1966 Sb., kde je právně ukotvena

„... povinnost zdravotnických zařízení poskytovat zdravotní péči v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy.“ [Mach 2007]. Postupy, které jsou považovány za lege artis, určují odborná a vědecká fóra a vzhledem k rychlému vývoji medicíny není možné každý tento postup kodifikovat a následně se podle tohoto zákona řídit [Mittlöhner 1998]. Praxe moderní medicíny se neustále mění a právní normy tak nestačí postihnout výsledky nových výzkumů, proto se lékaři řídí alespoň normami etickými. Ty jsou však nevyhmatelné, takže velkou roli v procesu lékařské péče hraje odpovědnost lékaře [Kořenek 2002: 14].

Kromě odpovědnosti musí lékaři z důvodu neukotvení doporučených postupů v právním řádu velice pečlivě sledovat dění v odborných kruzích a stále se dovzdělávat v oblasti nových vědních poznatků. Například odborné společnosti vydávají doporučení týkající se doporučených postupů při konkrétní situaci (nemoci, předepisování léku apod.) a stanovují tak určitá kritéria, podle kterých se lékař rozhoduje, jak se zachovat [Marečková 2006]. Tato doporučení jsou často převzata z formulací světových odborných zdravotnických organizací [c.d.]. Kromě těchto informací, které se hodí pro podmínky našeho zdravotnictví, může lékař získat povědomí i o postupech, které mohou v jiných zemích již fungovat, ale u nás ještě nemusely být testovány a odsouhlaseny.

Preskripční jednání by tedy stejně jako každá lékařská péče mělo probíhat v souladu s doporučenými postupy a na nejvyšší možné úrovni, kterou je lékař schopen poskytnout. I gynekolog by proto měl sledovat nové poznatky v medicíně a reflektovat tak ve svém preskripčním jednání například objevené souvislosti mezi HA a nádory prsu či jinými zdravotními riziky. Stejně tak by měl být schopen seznámit pacientky s existencí a možnostmi používat nových forem HA (samozřejmě s přihlédnutím k jejich zdravotnímu stavu a anamnéze), například vaginálního kroužku nebo transdermální náplasti. Tyto formy HA totiž pacientka vůbec nemusí znát a ani jim zprvu důvěřovat, ale mohou pro ni být přínosem především z hlediska jejího pohodlí.

5.3.4 Závazná stanoviska České lékařské komory

Každý lékař, který chce v České republice vykonávat své povolání, se musí stát členem České lékařské komory (ČLK). Podle zákona č. 220/1991 Sb. České národní rady o České

lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře tato komora dbá o to, aby její členové vykonávali svou profesi odborně, v souladu s lékařskou etikou a také zaručuje odbornost členů této komory [Zákon č. 220/1991 Sb.]. Působí jednak jako stmelující prvek a chrání profesní čest svých členů i lékařského stavu, ale zároveň jedná i v zájmu pacienta a má tak pravomoc vyloučit lékaře ze svého kolektivu a tedy mu zamezit provozovat vlastní lékařskou praxi [c.d.]. Taková situace nastane při porušení legislativy ČLK, která obsahuje jak samotný zákon o komorách, tak i stavovské předpisy, závazná stanoviska a doporučení představenstva [Legislativa ČLK 2010].

Součástí stavovských předpisů je i etický kodex členů ČLK, který mimo jiné říká, že „Lékař v rámci své odborné způsobilosti a kompetence svobodně volí a provádí ty preventivní, diagnostické a léčebné úkony, které odpovídají současnému stavu lékařské vědy a které pro nemocného považuje za nejvýhodnější.“ [Stavovský předpis č. 10 České lékařské komory 2007]. Další bod kodexu například ustanovuje povinnosti lékařů vykonávajících své povolání odborně se vzdělávat [c.d.]. Tento etický kodex tak odpovídá obecné lékařské etice a některá její doporučení povyšuje na platný řád lékařské komory, který je nutné dodržet.

Závazná stanoviska ČLK upravují přímo praktické situace, které v lékařství mohou nastat a jejich nejlepší možná řešení (a tedy i jednání lékaře). Jednou z takových okolností je i vztah lékaře a farmaceutických firem a právě ČLK v roce 2008 schválila pravidla spolupráce mezi těmito dvěma aktéry. V souvislosti s preskripčním jednáním lékařů je důležitý především první paragraf, vyjasňující, že „Lékař nesmí vyžadovat neoprávněné dary nebo výhody za poskytování informací o schválených lécích a za jejich předepisování.“ [Závazné stanovisko ČLK č. 1/2008 2008]. Lékař také může být konzultantem farmaceutické firmy, ale i tak musí ve lékařské praxi zůstat nezávislý, ve svém rozhodování vycházet z vlastních odborných zkušeností a jednat ve prospěch pacienta [c.d.].

Lékaři včetně gynekologů by tak měli mít na paměti nejen uvedené předpisy ČLK, řídit se jimi a vyvarovat se tím profesních pochybení, ale měli by i dělat čest svému povolání a vážít si členství v tomto oborovém sdružení, stejně jako možnosti vykonávat kvalitní lékařskou praxi.

5.4 Teorie jednání

5.4.1 Jednání a normy

Předmětem mé práce je preskripční jednání lékařů a zejména faktory, které ho ovlivňují, proto mě nejprve zajímá, jaké jsou nejběžnější koncepty jednání obecně. Jednáním v případě preskripce míním proces rozhodování a zvažování lékařů zdali vůbec a případně jaký lék pacientovi předepsat a následné definitivní rozhodnutí.

Jednání (angl. *action, activity*) je ve Velkém sociologickém slovníku definováno jako „... postojově organizovaná a cílově zaměřená **činnost** zahrnující analýzu situace, anticipaci výsledku a plán jeho dosažení. (...) V obvyklých soc. situacích je **j.** spjata s očekáváním reakce relevantních jiných osob (...) a referenčních skupin. Ve většině případů vyžaduje kooperaci založenou na společně sdílené, institucionální definici objektů, norem, rolí a významů.“ [Velký sociologický slovník 1996: 462, zvýraznění a krácení slov v originále].

Jednání je také dáno určitými normami. Podle Velkého sociologického slovníku je „Jeho zákl. technol. normou (...) efektivnost využití prostředků poskytovaných prostředím“ a „hlavní soc. normou je spol. přijatelnost způsobů a důsledků přetváření tohoto prostředí.“ [tamtéž, krácení slov v originále]. Normy jsou jedním z druhů ustálených záměrů, které jednání do jisté míry determinují a zkracují tak úvahy vedoucí k určitému jednání [Weinberger 1995: 126]. Takové normy, jejichž systémy jsou platné v institucích, ve kterých člověk žije a jedná, pak zpravidla vytěsňují z okruhů možných jednání ty způsoby a postupy, které se s těmito normami neslučují [c.d.: 126–127]. I zde však může nastat konflikt a člověk může provést taková rozhodnutí, která dávají přednost prospěchu před morálkou [c.d.: 126].

Pojem „jednání“ bývá také v běžném jazyce často zaměňován s „chováním“, které je ale širším pojmem [Velký sociologický slovník 1996: 462]. Jednání má pro aktéra vždy nějaký subjektivní smysl, kdežto chování může smysl pozbývat [Jandourek 2007: 115–116].

5.4.2 Alternativní teorie jednání Oty Weinbergera

Teorií jednání a akcentů na určité faktory ovlivňující jednání existuje mnoho, stejně jako autorů, kteří tyto teorie tvoří. Kromě toho je také u různých autorů „... pojem jednání vsazen do trochu jiného kontextu a je nahlížen poněkud odlišnou optikou.“ [Šubrt, Balon 2008]. Pro účely evaluace preskripčního jednání českých lékařů jsem se rozhodla vybrat si jako výchozí jen jednu, zastřešující teorii, a to alternativní teorii jednání Oty Weinbergera. Tato teorie je podle mého názoru velmi komplexní a může tak zahrnovat rozličné vlivy působící na jednání člověka. Nejen svým datem formulace (Weinberger napsal knihu Alternativní teorie jednání v roce 1997), ale i širokým záběrem možných příčin lidského jednání a tedy i určitou nadčasovostí se mi tato teorie jeví jako vhodná pro evaluaci současné situace preskripčního jednání. Tato teorie je tedy poměrně aktuální a poskytuje i novou, alternativní optiku na jednání a rozhodování lékaře jaký lék předepíše.

Sám Weinberger říká, že neexistuje žádná základní a neotřesitelná definice jednání [Weinberger 1997: 73]. Podle Weinbergerovy teorie je jednání intencionální chování, které oproti obvyklým teoriím jednání není determinováno primárně pravidly, ale je určené informacemi [c.d.: 74–81]. Nejedná se tedy jen o přeměnu stavu, kterou v definici jednání zdůrazňuje Jandourek [Jandourek 2007: 115], ale především o výsledek procesu transformace informací, přičemž tento proces nemusí být vědomý [Weinberger 1997: 81]. Proto Weinberger definuje jednání jako „informacemi určené chování se specifickou, procesem informace charakterizovanou strukturou“ [tamtéž]. Poznání tak podle této teorie slouží jednání, protože vědomě či nevědomě shromážděné informace, které jsme absorbovali, využíváme při rozhodování jak jednat [c.d.: 77].

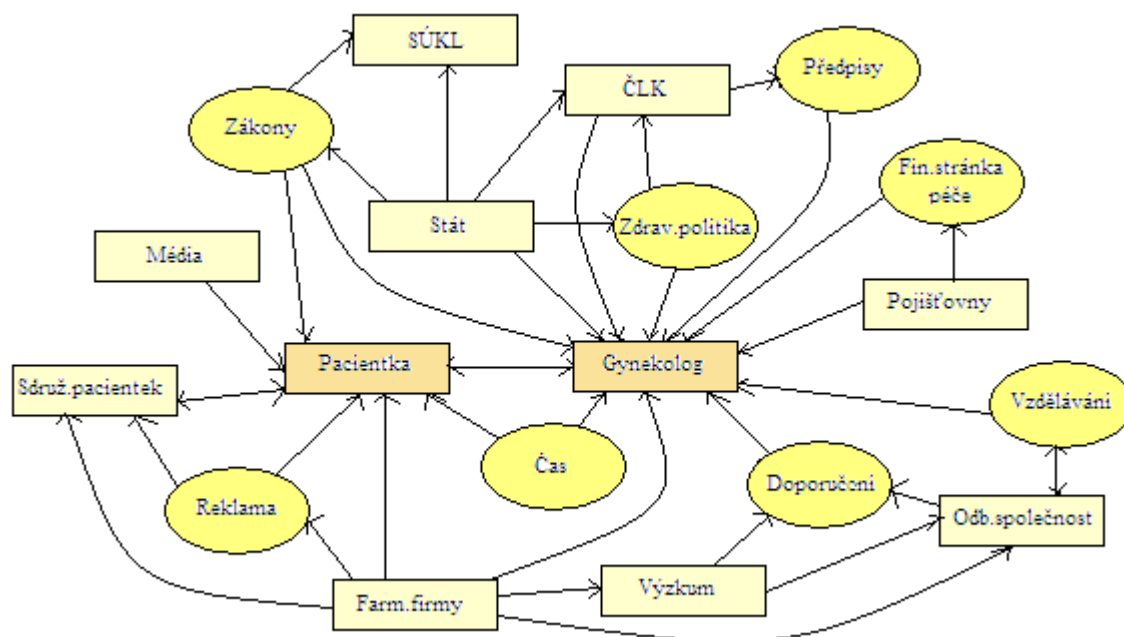
Pro evaluaci preskripčního jednání gynekologů je tedy stěžejní, na základě jakých informací se lékař rozhoduje předepsat určitý preparát HA. Tyto informace mohou být různého charakteru, od praktických odborných znalostí přes etiku a morální či právní normy až po nabídky farmaceutických firem. Právě díky širokému vymezení pojmu informace, který zde chápu jako jakékoli nové sdělení či údaj, s nímž člověk přijde do styku, se do skupiny informací dají dosadit téměř veškeré faktory, které lékaře ovlivňují. Proto je pro mě tato teorie jednání určující a vystihující právě preskripční jednání.

6 Evaluace preskripčního jednání gynekologů v ČR

Preskripční jednání českých gynekologů předepisujících HA má značný vliv na zdraví a pohodlí pacientky a může pro ni představovat jak přínos, tak i mnohá rizika. Žadoucí je tedy v tomto případě sledování preskripčního jednání lékaře a kontrola dodržování daných zákonů a norem, které, stejně jako různé další faktory, vědomě či nevědomě ovlivňují jeho jednání. V této kapitole se proto zaměřuji na evaluaci problematiky preskripčního jednání gynekologů a zhodnocení současného stavu týkajícího se mechanismů kontroly preskripčního jednání v ČR. Empirická část práce je tedy uspořádána do tří částí takto: 6.1 vymezení a charakteristika prostředí, ve kterém probíhá preskripční jednání, 6.2 faktory ovlivňující jednání lékařů a 6.3 mechanismy kontroly tohoto jednání.

Východiskem empirické části práce je analytický rámec systému preskripčního jednání gynekologů, který zde představuji jako zjednodušený grafický model znázorňující působení hlavních aktérů i faktorů na lékaře (gynekologa) a pacientku.

Diagram č. 1: Analytický rámec systému preskripčního jednání gynekologů



Zdroj: autorka dle [Křečková Tůmová 2002: 61–95]

Vztah lékaře a pacienta obecně je ústřední jednotkou preskripčního jednání, protože nejčastější styk je právě mezi těmito dvěma aktéry a i historicky se jedná o primární vztah. Po prvotním seznámení s okolnostmi preskripce se již zaměřují na jednu ze stran daného vztahu, tedy přímo na gynekologa a jeho rozhodování při předepisování HA, který je pro mě hlavním aktérem a jehož jednání mě zajímá. Pacientka a její anamnéza, informovanost a přání pro mě bude představovat jak jeden z faktorů působících na lékaře, tak i objekt lékařova rozhodnutí a jednání ve smyslu možných rizik či přínosů.

6.1 Systém, ve kterém probíhá předepisování HA

Podmínky a okolnosti, které modifikují možnosti jednání gynekologa a představují tak výchozí situaci, která by měla být respektována, tvoří ucelený systém. Tento systém je vymezen zejména právními normami, předpisy pro lékaře a doporučenými léčebnými postupy. Mění se spolu se změnami v oblasti postavení HA na trhu antikoncepce, předpisů i aktérů, kteří jsou v problematice preskripčního jednání nějakým způsobem zainteresováni. V této kapitole proto analyzuji současné poměry v systému, který zahrnuje předepisování HA v českém prostředí a jednání aktérů figurujících v daných podmínkách. Takové seznámení s aktuálními charakteristikami prostředí HA a její preskripce a institucionální analýza tohoto systému jsou nezbytné pro další zkoumání faktorů ovlivňujících lékaře a kontrolních mechanismů souvisejících s jeho jednáním.

6.1.1 Identifikace hlavních specifik HA jako předepisovaného léčiva

Z posledního dostupného šetření Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky v oboru gynekologie a péče o ženy za rok 2008 vyplývá, že HA užívá téměř polovina žen v reprodukčním věku (15–49 let) [Wiesnerová 2009: 2]. HA nebo nitroděložní antikoncepci totiž užívá celkem 53,9 % pacientek ve fertilním věku, přičemž HA vysoce převyšuje nad nitroděložní antikoncepcí [tamtéž]. Oproti roku 1975 tak vzrostl počet uživatelů HA až pětkrát [ČSÚ 2008] (*Příloha č. 9*). Užívání hormonální antikoncepce je lékařem řízené, to znamená, že podle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ženy docházejí jedenkrát ročně na preventivní prohlídku ke gynekologovi, u kterého jsou

registrovány [Vyhláška č. 56/1997 Sb.]. Ten jim HA předepisuje buď přímo při této návštěvě, nebo na jejich přání kdykoli, ovšem předepsání HA je touto preventivní prohlídkou podmíněno. Lékař by tak pacientce, která na preventivní prohlídky nechodí, neměl HA předepsat. Kromě této prohlídky, která je hrazena z veřejného zdravotního pojištění, odborníci doporučují ještě jednu návštěvu gynekologa, zejména kvůli možným změnám na děložním čípku a tedy prevenci nádorových onemocnění [Vitalion 2010].

V ideálním případě tak pacientka přijde na preventivní prohlídku jednou za půl roku a lékař jí na další půlrok předepíše HA. Tento systém vázanosti HA na lékařský předpis a tedy i na prohlídku je vyhovující zejména z důvodu již zmíněné prevence. Pacientka, která chce užívat HA, potřebuje na její vyzvednutí v lékárně předpis od svého gynekologa. I když jí lékař předpis vydá bez řádného vyšetření (například mezi dvěma ročními prohlídkami), alespoň je s gynekologem v kontaktu a často platí, že když už si jde žena pro recept, nechá se i vyšetřit. Pacientky užívající HA by tak teoreticky ve všech případech měly ke svému gynekologovi chodit minimálně na jednu prohlídku ročně. I tak ale v ČR na tyto preventivní prohlídky chodí asi jen třetina žen [Tauberová 2009]. Dalším důvodem tohoto opatření je fakt, že pacientka by si neodborným naordinováním HA mohla ublížit na zdraví. To v případě, že by ani pro první předpis nešla k lékaři a HA by ve skutečnosti vůbec nemohla užívat kvůli své anamnéze a zdravotní situaci nebo pokud by se její zdravotní stav zhoršil a ona musela přestat HA užívat, ale nikdo by ji o této změně neinformoval, protože by neproběhla preventivní prohlídka.

Možnost získat HA pouze na předpis se však nelíbí některým pacientkám. Ženy pak často řeší tuto nedostupnost a nepohodlí muset si každé tři měsíce či půl roku chodit pro HA k lékaři koupí HA na internetu. Zásilkový prodej HA v internetových lékárnách je sice jako u všech léků na předpis zakázán legislativou ČR i Evropské Unie [Zákon č. 378/2007 Sb.], nicméně pro ženy navštěvující různé společenské servery zaměřené právě na ženy nebo přímo na antikoncepci není problém přes diskuzní fóra prodávat či vyměňovat HA [Antikoncepce – prodej a nákup 2010]. Tento prodej je však také trestný, což mnohdy neví ani samotné diskutující, ovšem pod identitami z diskuze je těžké dohledat skutečného prodejce a anonymita internetu tak k podobnému obchodování přispívá [Syslová 2009]. Ženy prodej přes internet využívají jednak kvůli svému pohodlí, ale také kvůli nižším cenám HA. Na internetových diskuzích se HA totiž prodává většinou levněji než v lékárnách, viz například [Antikoncepce – prodej a nákup 2010]. Vzhledem k cenám

HA, které se u těch nejdražších pohybují až kolem tisíce korun za balení na tři měsíce, je prodej přes internet pro pacientky vítanou možností, jak za HA ušetřit [Informace o úhradách, cenách a výši případného doplatku léčivých přípravků 2010].

V současné době je totiž HA plně hrazena samotnými pacientkami. K 1. 1. 2006 byly Ministerstvem zdravotnictví (MZ) a novelou 117/2006 Sb. zákona 280/1992 Sb. o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách zrušeny příspěvky z veřejného zdravotního pojištění na HA [Zákon č. 280/1992 Sb.]. Tyto příspěvky pocházely z fondu prevence každé pojišťovny, který zahrnoval kromě jiných preventivních programů i Program k podpoře plánovaného rodičovství. Z rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví však byly v rámci úsporných opatření pojišťovny povinny fond prevence omezit a tento konkrétní program zrušit, a to z důvodu sporného preventivního účelu HA [Buřík 2006]. I tak se však jednalo pouze o příspěvek proplácený pacientkám zpětně, nikoli o plnou či částečnou úhradu léčiva pojišťovnami.

V souvislosti s preskripčním jednáním gynekologů při předepisování HA jsou velmi důležitou charakteristikou HA i její možná rizika. Ta jsou hlavním důvodem zajímat se o faktory ovlivňující rozhodování lékařů i o to, jestli je kontrolováno dodržování pravidel s tímto jednáním spojených, protože zdraví pacientky by mělo být podle lékařské etiky prioritou. Rizik je samozřejmě mnoho, zde však uvádím jen některá pro ilustraci důležitosti lékařova rozhodnutí. Pro možnost užívání HA jsou stěžejní zejména její kontraindikace, při kterých by preparát mohl ohrozit zdraví pacientky. Ty se dělí na relativní, kde lékař zváží, zda v daném případě pro pacientku HA představuje riziko (například bolesti hlavy s neurologickými symptomy či kouření ženy ve věku vyšším než 35 let) a absolutní (karcinom prsu či anamnéza cévní mozkové příhody) [Fait 2008: 14]. Další rizika HA ale nejsou vyloučena ani v případě, že u pacientky nejsou známy žádné kontraindikace. U některých onemocnění užívání HA riziko jejich výskytu prokazatelně zvyšuje (kardiovaskulární komplikace), u některých však naopak snižuje (karcinom endometria či vaječníků) [Fait 2008: 21]. Často diskutovaná spojitost užívání HA s rakovinou prsu zatím nebyla jednoznačně vědecky prokázána [Boleloucká 2007: 23].

Každý preparát HA má v příbalovém letáku seznam většiny možných nežádoucích účinků a rizik, viz například [Příbalová informace: Informace pro uživatele. EVRA transdermální náplast 2009]. Jde o zdravotní komplikace různé závažnosti, které

mohou při jejím užívání nastat. Obecně má HA vliv na žilní systém, kde zvyšuje srážlivost krve. To pak může zkomplikovat (nikoli však způsobit) situaci křečových žil na dolních končetinách [Barták 2006: 69]. HA také mírně zvyšuje riziko tromboembolické nemoci či infarktu myokardu. Ač je toto riziko jen o málo vyšší než u žen neužívajících HA a na výskyt těchto zdravotních komplikací mají vliv i mnohé jiné faktory (například to, zdali je žena kuřačka či nikoli) je třeba brát vážně každé zvýšení tohoto rizika, protože se jedná o závažné a potenciálně i smrtelné komplikace [Fait 2008: 23–28].

Uvedené možné závažné komplikace a jejich rizika jsou pro většinu preparátů HA podobné, výjimkou jsou takzvané parenterální (mimostřevní, tedy jiné než perorální) formy HA, které neprocházejí trávicím traktem ženy a tedy ani nemohou mít souvislost s jaterními chorobami. Ve světě i v ČR jsou na trhu z těchto forem dostupné transdermální antikoncepční systém Evra a vaginální kroužek NuvaRing [Fait 2008: 34]. Vedlejší účinky se však mohou u různých preparátů díky obsahu estrogenerů a charakteru progestinu lišit a také tělo pacientky může na různé preparáty reagovat různě, takže je důležitý osobní přístup a pocity pacientky při užívání HA [Barták 2006: 68]. Nejobvyklejší nežádoucí účinky HA jsou uvedeny v kapitole 5.1.3.

6.1.2 Analýza jednání aktérů

Jedním z hlavních identifikačních znaků HA jako skupiny léčiv je vázanost jejího prodeje na lékařský předpis, tedy nutnost preskripce [Databáze registrovaných léčivých přípravků a PZLÚ 2010]. To znamená, že není možné ji zakoupit takzvaně over-the-counter, ve volném prodeji lékárny. Na důvody této úpravy, její omezení, ale také její výhody se zaměřuji v kapitole 6.1.1. Preskripční opatření jako součást zdravotní a lékové politiky se týká mnoha aktérů, nejvíce samotného gynekologa, na jehož rozhodnutí a následném preskripčním jednání je pacientka, která chce HA používat, závislá. Pro pozdější evaluaci jednání lékařů a faktorů, které toto jednání ovlivňují, je nejprve nutné poznat prostředí a hlavní aktéry, které lékaře v souvislosti s preskripcí obklopují a sami tak mohou být vlivným prvkem v oblasti jeho rozhodování.

S ohledem na tento účel analýzy aktérů, kterým je úvodní seznámení s okolnostmi jednání gynekologů v oblasti předepisování, využívám dle [Veselý, Nekola

2007: 225–230] rychlou analýzu aktérů. Podle ní identifikují jednotlivce i organizace, kterých se preskripční politika týká včetně jejich zájmů a postojů v souvislosti s touto politikou a uvádím jejich stručný přehled [c.d.: 225–226]. Z důvodu zaměření této práce na české gynekology jsou analyzováni aktéři pouze na národní úrovni, ačkoli jsem si vědoma, že některá opatření a vlivy mohou pocházet například z doporučení a praxe Evropské unie. V tuto chvíli mě však zajímá samotná situace v České republice.

Jednotliví aktéři či skupiny aktérů preskripční politiky u HA jsou pro přehlednost uvedeni v této tabulce.

Tab. č. 1: Analýza jednání hlavních aktérů

Aktéři	Jednání (právní normy, zájmy, informace, vzdělání)	Poznámka
1. Sdružení pacientek a pacientky samotné	Usilují o bezproblémové a pohodlné získání HA pro svou potřebu, nikoli však na úkor zdraví a s ohledem na přání pacientky a nově dostupné formy HA, nízká cena HA případně HA z části či úplně hrazená zdravotními pojišťovnami	Např. Svaz pacientů ČR, sdružení pacientek s rakovinou prsu – Mamma Help, ale i uživatelky HA sdružující se na internetových diskuzích (www.dama.cz www.doktorka.cz a další), potřeba informací
2. Odborní lékaři – gynekologové, Česká lékařská společnost J. E. Purkyně a Česká gynekologická a porodnická společnost	Jednání lékařů a vlivům na toto jednání se budu věnovat v kapitole 6.2. Odborná společnost (dobrovolné nezávislé sdružení): vzdělávání lékařů, podpora prevence a zdraví pacientek, sdružování lékařů, formulace doporučených postupů, obecně rozvoj a rozšiřování vědecky podložených poznatků lékařských věd	Obecným cílem lékařů je poskytování efektivní zdravotní péče pacientkám (z hlediska ekonomického i zdravotního), ovšem je možný vliv farmaceutických firem, který s tímto cílem může být mnohdy v konfliktu. Odborná společnost hájí a zastupuje odborné zájmy oboru, podporuje vědeckovýzkumnou činnost
3. ČLK	Udílení licence lékařům, možnost odebrat ji v případě chování neslučitelného s předpisy, formulace těchto předpisů pro chování lékaře a hájení profesní cti	Umožňuje i celoživotní vzdělávání lékařů formou kurzů, akreditovaných akcí a přednášek. ČLK je samosprávná nepolitická stavovská organizace.
3. Farmaceutičtí výrobci a distributoři (v ČR spíše zástupci těchto firem)	Prodej a distribuce léků s cílem zisku, tržní chování – snaha prosadit se v konkurenci; pořádání seminářů a prezentací pro lékaře, vyvíjení nových HA, financování výzkumů	Potenciální ovlivnění lékařů formou korupce, výhod; ovlivňování pacientek prostřednictvím reklamních letáků i přes samotného gynekologa. Janssen-Cilag, Organon, Bayer Schering Pharma a další
4. Zdravotní pojišťovny	V současné době na HA nepřispívají, dříve však přispívaly většinou paušální částkou jednou ročně, a to zpětně (i když se jednalo o zlomek částky za HA, kterou zaplatila pacientka); případný boj o pacientky. VZP a oborové či resortní pojišťovny.	Částečné úhrady HA byly z nařízení Ministerstva zdravotnictví zrušeny, v případě změny legislativy by pojišťovny v konkurenci mohly u pacientek zavedením příspěvků získat, nyní ovšem dle Ministerstva zdravotnictví není přispívání na HA z fondu prevence právně v pořádku (nejedná se o prevenci)
5. Výzkum	Zkoumání souvislostí mezi HA a různými onemocněními, testování rizik spojených s užíváním HA; vývoj nových forem HA, výzkum kvality péče o pacientky	Nezávislý výzkum v ČR téměř chybí, výzkumy jsou prováděny a financovány pod záštitou farmaceutických firem
6. Poslanecká	Různé zájmy politických stran	Politika ČR jako státu je kvůli stárnutí

sněmovna (PS)	(poslanecké kluby), společně by však PS měla identifikovat veřejné zájmy a společenské problémy a navrhnout řešení, zákony; pravomoc schvalování zákonů	populace stejná, jako ve většině vyspělých zemí – jde spíše o podporu větší porodnosti, tudíž HA, její rozšíření a užívání pacientkami v tomto ohledu není prioritou
7. Vláda a ministerstva (Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo financí)	Návrhy zákonů, dozor nad jednotlivými resorty; MZ tvoří a realizuje zdravotní i lékovou politiku, snaží se sladit zájmy většiny aktérů; MF sleduje výdaje za léčiva i za různé zdravotní programy a také reguluje ceny léčiv	V ideálním případě spolu MZ a MF komunikují a diskutují lékovou politiku; tlak zájmových skupin na MZ. MZ určuje předpisy pro kvalitu zdravotní péče, má provádět i dozor nad dodržováním těchto pravidel. Určení priorit, oblastí zájmu.
8. Média, masová komunikace, internet	Podávání informací týkajících se výzkumu, plánovaných změn v oblasti preskripce; role ve vzdělávání ke zdraví; medializace problémů; reklama – prostředek farmaceutických firem, letáky a další propagační předměty	Možné zkrácení, zjednodušení, bulvarizace zpráv; snaha farmaceutických firem formou médií a reklamy ovlivnit pacientky, velký význam internetu ve vzdělávání jak pacientek, tak lékařů
9. Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL)	Zajištění dostupnosti účinných a bezpečných léčiv; regulace cen, výdeje a distribuce léčiv; dozor nad reklamou	Naplňuje politiku státu; zvyšuje informovanost pacientek o HA; hodnotí efektivnost systému regulace

Zdroj: autorka dle [Veselý, Nekola 2007: 225–230] a [Durda 2003: 106–122]

Vzhledem ke stejnému základu aktérů, kterých se preskripce HA a preskripční jednání lékařů při jejím předepisování týká a faktorů, které toto jednání ovlivňují, se k mnohým aktérům a jejich činnosti vrátím v kapitole 6.2. Pro prvotní vymezení prostředí preskripce HA však stačí tato tabulka jako základní přehled hlavních aktérů.

6.2 Faktory ovlivňující preskripční jednání lékaře

Rozhodování a následné preskripční jednání gynekologa vychází nejen z obecných podmínek, které v oblasti předepisování i spotřeby HA panují, ale i z konkrétnějších pravidel, doporučení a působení na mnoha úrovních, celkově vzato tedy z informací různého druhu. V této kapitole se proto zaměřuji na identifikaci hlavních faktorů, které mají vliv na lékařovo jednání a obsahují jak zmíněné okolnosti preskripce HA, tak i další vlivné prvky. Vymezené skupiny faktorů následně zkoumám podrobněji a zjišťuji, jakým způsobem působí na lékaře a jeho prostřednictvím i na pacientky.

6.2.1 Vymezení hlavních faktorů působících na lékaře při předepisování HA

Na základě teoretických poznatků, analýzy aktérů a prozkoumání prostředí, ve kterém se lékař při svém jednání pohybuje, jsem identifikovala faktory, které nejvíce působí na

lékařovo rozhodování. Vycházím zde nejen z těchto znalostí, ale i z práce Naděždy Křečkové Tůmové, která se zabývá vztahem lékaře a pacienta v systému primární zdravotní péče a mimo jiné i faktory, které na tento vztah působí [Křečková Tůmová 2002]. Vzhledem k mému zaměření na jednání lékaře je zde oproti její práci model vztahu lékaře a pacienta zúžen a zacílen právě na lékaře a faktory na něho působící přímo při rozhodování o předepsání HA, tedy s akcentem na gynekologickou praxi a jeden úkon, nikoli na primární zdravotní péči obecně. Preskripční jednání je jen jedna z částí lékařské péče, proto faktory působící na vztah pacienta a lékaře neodpovídají faktorům ovlivňujícím lékaře při jeho jednání. I tak je ale faktorů působících na jednání lékaře mnoho a často jsou hůře postihnutelné, například psychosociální charakteristiky lékaře či jeho očekávání. V této části se tak zaměřuji na nejmarkantnější faktory a zejména na takové, jejichž vliv je možné nějakým způsobem sledovat. Dle Křečkové Tůmové by se dalo říci, že se jedná o faktory působící na střední až makroúrovni [Křečková Tůmová 2002: 82–95].

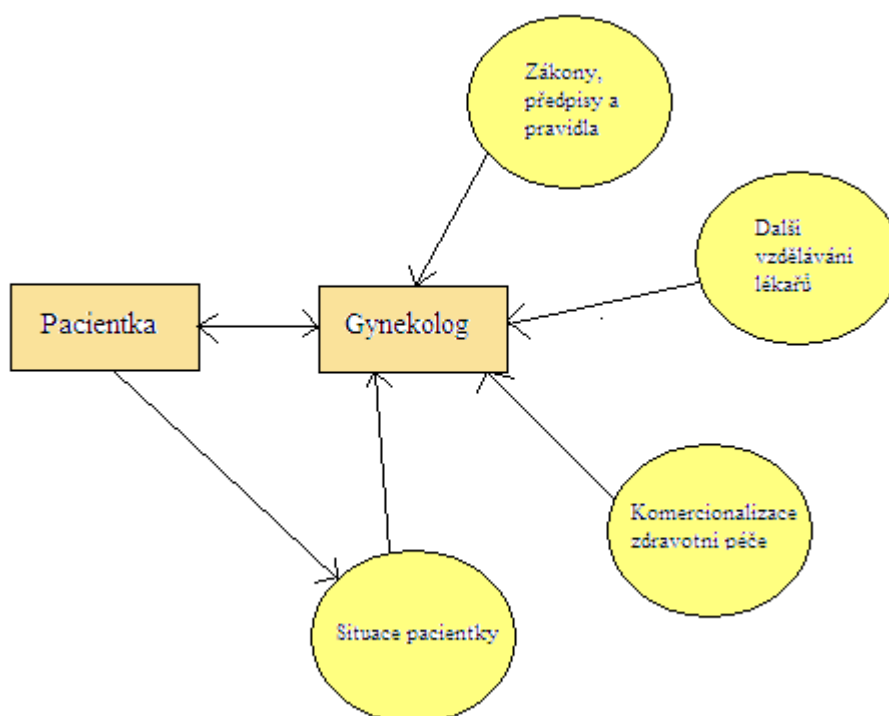
Veškeré mnou vymezené faktory chápu s odkazem na Weinbergerovu teorii jednání jako informace svého druhu, které lékař určitým způsobem získává nebo pasivně vnímá, následně je více či méně vědomě vstřebává a transformuje ve své mysli, až se nakonec stávají jeho součástí, tudíž se pak kromě jiného i na základě těchto informací rozhoduje, jak jednat [Weinberger 2007]. Touto optikou také na faktory ovlivňující jednání lékaře nahlížím.

Nejdůležitější identifikované faktory jsem pro zjednodušení shrnula do několika skupin podle jejich typu a také s ohledem na aktéry, kteří často tyto faktory tvoří, takto:

- a. Zákony, předpisy a pravidla
- b. Další vzdělávání lékařů
- c. Komerencializace zdravotní péče
- d. Situace pacientky

Pro znázornění vlivu daných faktorů a vztahu lékaře a pacientky s ohledem na tuto problematiku jsem použila grafické schéma, které vystihuje působení daných faktorů na lékaře a následný přenos jeho informovanosti v této oblasti na pacientku:

Diagram č. 2: Hlavní skupiny faktorů působící na lékaře při předepisování HA



Zdroj: autorka dle [Křečková Tůmová 2002: 61–95]

6.2.2 Jednotlivé skupiny faktorů a jejich možný vliv na lékařovo jednání

a. Zákony, předpisy a pravidla

Právně ukotvené normy upravující hranice lékařova jednání jsou jedním z faktorů, které na lékaře v momentě rozhodování působí spíše podvědomě. Je s nimi obeznámen a jedná tak v mezích zákona, ovšem některé normy vychází z prosté morálky společnosti, proto si jejich existenci při svém jednání často ani neuvědomuje a zákony tak vnímá jako přirozené normy. Takovými standardy jsou například Zákon o péči a zdraví lidu, právo každého občana na ochranu zdraví podle LZPS či Hippokratova přísaha, viz kapitola 5. Obdobným případem jsou i zákony a části zdravotní a lékové politiky, které souvisí s předepisováním HA a ovlivňují proto, jakým způsobem vůbec preskripce obecně probíhá a jaké jsou její okolnosti; tomuto tématu se věnuji v kapitole 6.1.1. Gynekolog je tak jakožto odborník ve své profesi povinen respektovat kupříkladu Zákon o léčivech, oddělení preskripce HA od

částečného financování zdravotními pojišťovnami i závazné předpisy ČLK, jejíž je členem. V opačném případě lékaři hrozí vyloučení z ČLK, zákaz provozování praxe či jiné sankce, které jsou těmito a dalšími zákony z rozhodnutí státní moci vynutitelné. Mezi normy, které podvědomě ovlivňují lékaře při jeho jednání, patří i pravidla lékařské etiky a morálky, která ovšem nemusí být kodifikována.

Tato pravidla jsou vzhledem ke své důležitosti většinou jasně formulována a pro vykonávání kvalitní lékařské péče je nutné je znát. Většinu předpisů, kterými se lékař při svém rozhodování řídí, však představují doporučení formulovaná odbornou společností a lékaři z oboru. Ta jsou na jednu stranu konkrétnější a představují pro lékaře lepší vodítko pro jeho jednání, ale zároveň nejsou nijak závazná, a pokud se lékař rozhodne zachovat se jinak, jde pouze o jeho volbu. Velká odpovědnost tak leží na samotném lékaři a uvážení, zda bude respektovat například výsledky výzkumu a optimální jednání z něho plynoucí, či nikoli. Proto jsou léčebné postupy „jen“ doporučené, nikoli vyžadované. Jedním z takových nezávazných pravidel jsou v případě HA vyšetření potřebná k nasazení HA a lékařskému odsouhlasení jejího užívání. O potřebnosti každého vyšetření se vedou diskuze, v současné době například podle odborníků nejsou nutné jaterní testy, pouze v případě pacientek s anamnézou odpovídající problémům s játry [Fait 2008: 84]. Někteří lékaři však stále nepředepisují HA bez vyšetření jaterních funkcí, což bylo v době, kdy HA obsahovala mnohonásobně více hormonů, běžné [Barták 2006: 72]. Vyšetřeními potřebnými k vyloučení rizika spojeného s nasazením jakékoli HA jsou dnes dle Faita řádná anamnéza, preventivní onkogynekologická prohlídka a měření krevního tlaku [Fait 2008: 13].

Taková doporučení nemusí vycházet jen z článků či knih publikující odborné veřejnosti a společností, ale i z výzkumných organizací a jejich závěrů. Na tomto poli je patrná především činnost WHO, která již provedla několik výzkumů na téma užívání HA a sepsala jejich výsledky, přičemž je v elektronické podobě pravidelně aktualizuje. Tyto dokumenty poskytují velmi užitečné, odborné a zároveň lehce dostupné informace pro lékaře, který je v ideálním případě dále předává pacientce s cílem bezpečného užívání HA pacientkou [Křepelka 2005]. Takovou studii založenou na důkazech je například publikace Zdravotní kritéria způsobilosti k užívání antikoncepce (Medical eligibility criteria for contraceptive use), která je využitelná nejen pro lékaře, ale i pro tvůrce zdravotní politiky či samotné pacientky. Zabývá se především kontraindikacemi HA a riziky, která za

určitých okolností (například kouření, obezita či vysoký tlak pacientky) mohou hrozit a srovnává míru těchto rizik u různých okolností [c.d.]. Další dokument WHO s názvem Vybraná praktická doporučení pro užívání antikoncepce (Selected practice recommendations for contraceptive use) odpovídá na konkrétní otázky ohledně podmínek, za kterých může žena užívat HA. Tyto otázky a odpovědi sestavené skupinou expertů v oboru tak mohou být dalším užitečným návodem či pomocí pro lékaře v jejich rozhodování ohledně předepisování HA [WHO 2004].

Podobných doporučení je mnoho, vzhledem k jejich větší konkrétnosti, kterou se liší od všeobecných zákonů, předpisů a morálky tyto informace lékař získává spíše vědomě a vybírá si z nich ty, které považuje za relevantní pro svou praxi.

b. Další vzdělávání lékařů

S pravidly a doporučeními pro lékaře je úzce spjato i s dalším vzděláváním lékařů. Gynekologové získávají nové podněty a informace právě prostřednictvím různých vyhlášek, prací kolegů z oboru nebo odborných článků v oborových časopisech, u nás se jedná například o periodika Gynekolog či Česká gynekologie. Tento způsob vzdělávání je vhodný zejména pro sledování aktuálního odborného diskurzu vedeného o nových poznatcích, metodách a postupech. Časopisy mají velkou výhodu v možnosti sledovat vývoj skutečně aktuálně, oproti knihám, kde se může určitý názor stát po několika letech zastaralým. Stejná situace je i s časopisy zahraničními či mezinárodními, které navíc vzhledem k výzkumům týkajících se HA prováděným spíše v zahraničí mohou být ještě o krok napřed než periodika česká, viz například The International Journal of Gynecology & Obstetrics, European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology či American Journal of Obstetrics & Gynecology. Informace v těchto periodikách představované jsou pro české gynekology dostupné především prostřednictvím internetových stránek každého časopisu. Internet obecně je jedním z nejpřístupnějších kanálů pro sebevzdělávání lékaře, nejen vzhledem k publikovaným odborným článkům, ale může sloužit i jako místo pro odborný diskurz mezi gynekology, dále je využitelný pro získání přehledu o novinkách v oblasti vývoje HA nebo ke sledování vzniku určité politiky, například již zmíněného procesu vedoucího ke zrušení přispívání pojišťoven na HA.

Doporučené léčebné postupy jsou lékařům představovány jak na oborových seminářích a školeních, kde probíhá doškolování gynekologů v oblasti nových poznatků a aktualizace doporučených postupů, ale je možné je najít i na internetových stránkách. V ČR v tomto oboru působí například společnost Levret s.r.o., která poskytuje organizační činnost v oblasti vzdělávání gynekologů, vydává odborné publikace a zprostředkovává zdravotnické informace [Levret s.r.o. 2000]. Pro české gynekology jsou tak dostupné i poměrně podrobné návody, které se vstupními informacemi o pacientce a jejím zdravotním stavu doporučují alespoň určitý druh HA (ať už se jedná o dávku estrogenu, typ progestinu, fazicitu, cyklicitu či formu) [Čepický a kol. 2005, Čepický, Líbalová 2008]. I tak mají ale některé preparáty téměř stejné složení a neexistuje žádný skutečně spolehlivý, objektivní test, který by konkrétní pacientce určil nejvhodnější preparát HA [Barták 2006: 88]. Z tohoto důvodu je při předepisování HA stále mnoho prostoru i pro jiné ovlivňující faktory a rozhodování samotného lékaře.

Se zřetelem na zvyšování své odbornosti, objemu a hodnoty znalostí a s tím spojeným zkvalitňováním vlastní lékařské praxe a péče o pacientky by tak gynekologové měli sledovat nové trendy v oblasti vývoje HA, být otevřeni novým možnostem vhodným pro pacientku a sledovat i měnící se doporučené léčebné postupy. Kromě vědomostí by měl lékař mít i určité komunikační či psychologické schopnosti, aby byl dobře připraven na jednání s pacientkami. Takové dovednosti mohou posílit důvěru pacientky v lékaře a pozitivně ovlivnit jejich vzájemný vztah [Křečková Tůmová 2002: 93]. Při návštěvě lékaře v ordinaci a probírání volby předepisované HA jsou tyto schopnosti důležité, zvláště pokud jde o pacientčinu první návštěvu gynekologa či první žádost o předepsání HA, protože pacientka se se svými očekáváními svěřuje do rukou specialisty, který by měl být schopen jí vysvětlit možná rizika i přínosy dané HA.

Možností pro další vzdělávání, ať už v oblasti vědomostí či dovedností, je tak pro lékaře i v ČR dostatek. Většinou je však potřeba příslušné semináře, informace či vzdělávací programy aktivně vyhledat, a ačkoli nabídky mohou chodit lékaři poštou, je zapotřebí motivace a chuť se daného školení nebo přednášky zúčastnit. Z toho je patrné, že další vzdělávání lékařů je z valné části vědomý proces a je nutná určitá míra participace samotného lékaře na vlastním vzdělávání. Při sledovaném rozhodování o tom zdali a jakou HA předepsat mohou tyto informace působit jak vědomě, v případě, že si lékař přímo při

preskripci vyhledá uvedené doporučení, ale i nevědomě, stejně, jako působí předpisy a zákony.

c. Komeracionalizace zdravotní péče

Kvalita postgraduálního vzdělávání lékařů souvisí s dalším faktorem, který na tyto lékaře působí, a to s komeracionalizací zdravotní péče (či přímo zdraví). V ideálním případě by semináře, školicí programy, ale i odborné články pro gynekology měly být postavené na nezávislých výzkumech tak, aby se lékaři dozvěděli objektivní informace a mohli je bez obav využít ve své praxi. Údaje o lécích jsou však doménou zejména farmaceutických firem a ty tak bývají primárním zdrojem podobných odborných informací [Kaláb 2002]. Některé lékařské kongresy jsou tak často financovány přímo farmaceutickými výrobci, jejichž cílem je zajistit nikoli objektivní přehled léčiv pro lékaře a přeneseně i pacientky, ale zejména co největší možný odbyt pro jimi vyvinutá léčiva a tím i zisk firmy. Setkáním odborníků je například dokonce míněno přímo seznámení těchto lékařů s produkty zpravidla jedné farmaceutické firmy, jde tak bez okolků o propagační akci reklamní povahy [Vaňková, Winter 2003]. Na takových setkáních nechybí ani občerstvení, různé dárky a samozřejmě také brožury a letáky s informacemi [c.d.]. V ČR na trhu HA působí například místní zástupci společností Janssen–Cilag, Bayer Schering Pharma či Organon. Informace získané na podobných vzdělávacích akcích či z propagačních příspěvků farmaceutických firem mohou být sice pravdivé a při preskripci daného léku tak lékař pacientce nijak neublíží, ale jejich nezávislost a objektivita je velmi sporná. Opět zde proto záleží na samotném lékaři a ostatních faktorech, které ho ovlivňují, nakolik tyto údaje bude považovat za relevantní při svém rozhodování o předepsání HA.

Propagace tohoto typu je sice v ČR upravena zákonem o regulaci reklamy [Zákon č. 40/1995 Sb.], takže například doprovodný program takového setkání si zúčastnění lékaři musí hradit sami, i tak je však taková reklama poměrně účinná, ale zároveň náležitě skrytá za setkání vzdělávací povahy [Vaňková, Winter 2003]. Existují však i jiné, explicitnější způsoby, jak lékaře přesvědčit o kvalitě léčiva a hlavně o tom, aby ho svým pacientkám předepisoval. Farmaceutické firmy motivují lékaře prostřednictvím svých obchodních zástupců rozličnými dárky, od reklamní tužky až po DVD přehrávač či přímo peněžní bonusy [Vašek, Mařík 2007]. Lékaře si tyto společnosti získají také výhodami v podobě zajištění účasti na zahraničním kongresu, zájezdu na hory a podobně [c.d.]. Lékařská

komora i Ministerstvo zdravotnictví chtějí zpřísnit sankce za uplácení lékařů od firem novelou zákona o regulaci reklamy a zamezit tak eticky nepřijatelné propagaci [ČTK 2009]. Sankce v řádech desítek tisíc korun totiž stále nepřevyšují zisk firem z odbytu léčiv způsobeného mimo jiné i tímto druhem reklamy [c.d.]. Výrobci léčiv a uplácení nahrává také nízká kontrola dodržování jak firemních nařízení týkajících se etiky a korupce, tak i etických kodexů ČLK [c.d.].

Problematickým je takové chování z toho důvodu, že obdarovaný lékař začne předepisovat určitý preparát i v situacích, kdy by podle zdravotního stavu pacientky či jejího přání byl vhodnější jiný druh HA. Nemusí se dokonce ani jednat o preskripci jako takovou, i doporučení určitého přípravku z důvodu smlouvy s jeho výrobcem není vzhledem k zákonům a především k lékařské etice správné. Pacientka totiž většinou sama neví, jaký druh HA se pro ni a například její problémy s retencí vody v těle hodí, takže věří lékaři, jeho autoritě a odbornosti. Proto většinou využije jeho doporučení a nechá si daný lék předepsat. Lékař tak může, byť i nevědomě, využít asymetrie informací a předepsat pacientce ten druh HA, který je výhodný pro firmu, se kterou se dohodl na spolupráci tohoto typu. V současné době je v ČR dostupných asi 40 přípravků HA, které mají často podobné, někdy i totožné složení [Čepický, Líbalová 2008]. Pro lékaře tak může být při rozhodování kterou HA předepsat jedním z vodítek i odměna, kterou za upřednostnění určitého preparátu dostane.

Komeracionalizace a farmaceutické firmy s ní spojené mohou na lékaře působit i nepřímo, a to prostřednictvím samotné pacientky. Velkou roli zde hraje fakt, že na lékařovo rozhodování o tom, který lék předepíše, mají prokazatelný vliv i přání pacientů [Křečková Tůmová 2002: 92]. Proto výrobci HA směřují své reklamní aktivity i na pacientky. Činí tak především vývojem uživatelsky příjemných a informačně obsáhlých internetových stránek, přičemž se nejedná jen o stránky společnosti jako takové, ale i o na první pohled nezávislé, přehledové stránky o HA, například [Moderní antikoncepce 2009]. Dalšími způsoby, jak pacientky upozornit na konkrétní přípravek HA a dostat se tak do povědomí veřejnosti jsou letáky, brožury či drobné propagační předměty, které mohou nalézt v čekárně svého gynekologa. Zákon o regulaci reklamy, který zároveň upravuje provozování rozhlasového a televizního vysílání, zakazuje reklamu na léčiva vázaná na lékařský předpis ve veřejných sdělovacích prostředcích, proto se farmaceutické firmy soustředí především na zmíněné formy propagace [Zákon č. 40/1995 Sb.].

Z uvedených příkladů je zřejmé, že komercializace zdravotní péče působí na lékařovo jednání s jeho plným vědomím a záleží tak na něm samotném, jestli ji při svém rozhodování o druhu HA, který pacientce předepíše, vezme v potaz. Přesto by finanční nabídky a úvahy o nich neměly mít vliv na lékařovo rozhodování a stejně tak by měly být i lékařské informace (získávané lékaři v procesu vzdělávání, ale i informace poskytované pacientce) prosté vlivu finančních pobídek či limitů [Kassirer 1997].

d. Situace pacientky

Jak je patrné z předchozího bodu, pacientka nemusí být jen objektem lékařova rozhodnutí a tím, kdo ponese rizika i výhody s předepsanou HA spojené. Může představovat také dosti význačný faktor, který úmyslně či neúmyslně modifikuje komplexní situaci, ze které lékař vychází při svém rozhodování zda a jakou HA předepsat. Pacientka se tak nachází ve specifické pozici ovlivňující, ale i přijímací preskripční jednání lékaře.

Vědomým ovlivňováním volby HA je projevení pacientčina přání, které může být způsobeno několika vlivnými prvky odpovídajícími informačním kanálům, ze kterých pacientka dané informace získává. V první řadě se jedná o reklamu farmaceutických firem, jejíž účinek na pacientky a tím i na lékaře zkoumám podrobněji v bodě c. Komercializace zdravotní péče. Dalším vlivným prvkem mohou být nezávislé články psané odborníky v oboru, pacientkám dostupné zejména na internetu, a internetové stránky tématicky věnované antikoncepci nebo přímo HA, jež mají často svého odborného garanta z řad gynekologů, viz například [Hormonální antikoncepce 2010]. Pacientka svou informovanost o HA zvyšuje ale i méně formálními cestami, například povídáním s kamarádkami o jejich spokojenosti s určitým přípravkem, o jejich zkušenostech a doporučeních. Zdrojem takových informací mohou být pacientce i internetové diskuze zaměřené právě na HA, kde může získat dojmy a pocity uživatelek HA ve větším množství a zeptat se mnoha žen, se kterými by jinak nenavázala kontakt, na otázky, které ji zajímají. Pro úplnost je však třeba dodat, že takové zkušenosti jsou pro pacientku pouze rámcovým obrazem působení HA, protože každý organismus může na HA reagovat odlišným způsobem. Pokud tak jedna uživatelka avizuje bezproblémové užívání HA, jedná se pouze o subjektivní hodnocení a není jisté, že jiná žena nebude reagovat jinak. Tento fakt je však často zřejmý i ze samotných diskuzí.

I přes veškeré informace, které může pacientka získat, zůstává vztah pacientky a lékaře asymetrický. Gynekolog je profesionálem v oboru a má proto více znalostí, se kterými může nakládat podle svého uvážení a pacientce tak může mnohé z nich předat, ale některé také zatajit, podle cíle, který sám sleduje [Křečková Tůmová 2002: 79].

Nevědomé působení pacientky na lékařův výběr vhodné HA probíhá ve chvíli, kdy lékař vyhodnocuje výsledky vyšetření a komunikuje s pacientkou o jejím zdravotním stavu. Ten by totiž měl být s ohledem na etická pravidla rozhodujícím faktorem při jakémkoli lékařském rozhodování. Lékař by tak měl před nasazením HA provést komplexní analýzu zdravotního stavu pacientky tak, aby identifikoval možné kontraindikace či odhalil problémy, které by u dané ženy mohly s užíváním HA nastat. Jde především o osobní anamnézu, včetně zdravotních obtíží pacientky, návyků (například kouření) a užívaných léků [Fait 2008: 13]. Důležitá je i anamnéza rodinná, kde se gynekolog může dozvědět například o dispozicích k nádorovým onemocněním. Dále je třeba samotná gynekologická prohlídka a změření krevního tlaku, u rizikových žen se provádějí i jaterní testy [tamtéž]. Veškeré informace, které se lékař touto cestou o pacientce dozví, mu pak slouží i jako podklady k dalšímu rozhodování ohledně předepsání HA.

S řádným vyšetřením pacientky před nasazením HA a rozmluvou o její anamnéze a zdravotním stavu velmi úzce souvisí i další faktor ovlivňující lékaře, kterým je vliv času. Na jednoho gynekologa, kterých v roce 2008 v českých gynekologických ambulancích pracovalo 1602, připadalo ve stejném roce v průměru 3233 registrovaných pacientek, takže počet lékařů na 10 000 žen zůstal stejný, jako v předešlém roce, a to 3,0 [Wiesnerová 2009, ÚZIS ČR 2009]. Počet pacientek na jednoho lékaře se zdá být poměrně vysoký, důležitý je však zejména údaj o čase, který lékař pacientce skutečně věnuje jak při jejích problémech a otázkách ohledně HA, tak při běžné preventivní prohlídce. Lékařovy časové možnosti a časy objednání jednotlivých pacientek by měly z hlediska zdraví pacientky korespondovat s časem potřebným k provedení veškerých potřebných vyšetření a ke získání dostatečných informací o pacientce. Čas však neovlivňuje lékaře jen z hlediska společně stráveného času s konkrétní pacientkou, ale může být i indikátorem kvality a využití tohoto času [Křečková Tůmová 2002: 83]. Pokud je množství pacientek, které lékař musí za den ošetřit, na hranici zvládnutelnosti, pak může na lékaře začít během dne

působit i stres, únava, snižování míry soustředění a jiné faktory, které ovlivňují kvalitu času věnovaného pacientce [tamtéž]. Tím je samozřejmě ovlivněna i kvalita rozhodování o druhu předepisované HA.

6.3 Kontrolní mechanismy preskripčního jednání lékařů v ČR

Faktory, které ovlivňují lékaře v jeho rozhodování a preskripčním jednání, jsou mnohdy propojeny, takže není možné jejich vlivy na lékaře striktně oddělovat. Vzhledem k těmto faktorům a především k normám, zákonům a lékařské etice tedy existuje v oblasti preskripčního jednání určitý ideál a standard, podle kterého by se lékaři měli řídit. Otázkou však zůstává, do jaké míry lékaři zákony a pokyny dodržují. V této kapitole proto zjišťuji, jestli a jaké existují kontrolní mechanismy, které by dohlížely na preskripční jednání lékařů při předepisování HA a měly pravomoc držet ho v mezích zákona i etiky. Dále hodnotím dostatečnost těchto mechanismů s ohledem na možná rizika, která při nevhodném předepsání HA pacientce hrozí.

6.3.1 Identifikace mechanismů v ČR

Kontrolní mechanismy sledující preskripční jednání lékařů a organizace, které takovou zpětnou vazbu provádí či mají provádět, jsou odvozeny od potřeb Ministerstva zdravotnictví, jež je zastřešujícím orgánem zdravotní, lékové a preskripční politiky. Podle zákona o zřízení ministerstev tyto orgány „... zkoumají společenskou problematiku v okruhu své působnosti, analyzují dosahované výsledky a činí opatření k řešení aktuálních otázek. Zpracovávají koncepce rozvoje svěřených odvětví a řešení stěžejních otázek, které předkládají vládě České republiky.“ [Zákon č. 2/1969 Sb.]. Zákon o zdraví a péči lidu se zaměřuje již na samotné MZ a říká, že „Ministerstvo zdravotnictví řeší v souladu s výsledky vědeckého poznání a s potřebami společnosti zásadní otázky zdravotnické politiky, stanoví koncepci a vytyčuje hlavní směry rozvoje zdravotnictví a dbá o jejich zabezpečování.“ [Zákon č. 20/1966 Sb.]. V souvislosti s preskripčním jednáním lékařů při předepisování HA, které může mít nepříznivý vliv na zdraví pacientky a při kterém nejsou vyloučeny ani vážné zdravotní komplikace (viz kapitola 6.1.1), je podle mého názoru kontrola preskripce žádoucí. Ministerstvo zdravotnictví by tak vzhledem k objektivním,

vědecky zjištěným hrozícím rizikům pro pacientky, ale i vzhledem ke komercializaci zdraví a zřejmému vlivu farmaceutických firem na lékaře, mělo mít tuto problematiku vyhodnocenu jako hodnou řešení a preskripci kontrolovat. Zákon o zdraví a péči lidu ostatně deklaruje, že MZ „... vydává obecně závazné právní předpisy pro organizaci a výkon zdravotní péče a vykonává dozor nad úrovní této péče...“ [c.d.]. Dozor nemusí vykonávat jen samotné MZ, ale může prostřednictvím předpisů a nařízení delegovat svou moc na další organizace či aktéry, kteří pak sami spravují dané kontrolní mechanismy.

Jedněmi z organizací, prostřednictvím kterých lze provádět kontrolu preskripce a zejména pak samotných receptů a výdajů za ně, jsou Veřejná zdravotní pojišťovna a další resortní či oborové zdravotní pojišťovny. Jak bylo uvedeno v kapitole 6.1.1, HA je v současné době plně hrazena samotnými pacientkami a pojišťovny ani stát na ni uživatelkám nijak nepřispívají. Tento krok však nemá dopad jen na ženy, které chtějí HA používat jako prevenci nechtěného otěhotnění a v případě plné spoluúčasti na její úhradě mohou z finančních důvodů často zvolit méně spolehlivou metodu antikoncepce. Problematickou se tato situace stává i z hlediska kontroly, jelikož zdravotní pojišťovny ve svých databázích neshromažďují údaje o těch předepsaných léčivech, která pacient hradí sám [Vlček 2003]. Omezení databází předepsaných léčiv jen na léky alespoň částečně hrazené pojišťovnou je logické z důvodu sledování ekonomické efektivity a tedy i spotřeby léčiv a výdajů zdravotnického systému ČR. U léčiv plně hrazených pacientem, do kterých se řadí i HA, je tak na samotném pacientovi, jak velké budou jeho výdaje za léky a pojišťovny proto recepty na taková léčiva neevidují a ani se pro ně dále nezpracovávají [c.d.]. Databáze údajů o předepsaných lécích by však měla sloužit nejen jako podklad ke zhodnocení finanční efektivity výdajů za léčiva, ale i ke sledování a kontrole preskripčního jednání lékařů a pomoci tak v hodnocení kvality péče o pacientky v gynekologických zařízeních.

Kvalita preskripce je totiž jedním z nejdůležitějších ukazatelů kvality zdravotní péče a skládá se z několika faktorů, které její hodnocení určují. Kromě ceny léčby, která v případě HA prakticky odpadá (u cenové regulace HA hraje roli jen to, zdali si za danou cenu pacientka nechá konkrétní HA předepsat, či nikoli), se jedná především o účinnost a bezpečnost léčby [Prokeš 2008]. V souvislosti s HA je pod pojmem léčba míněno předepsání určitého druhu HA a její, většinou dlouhodobé, užívání pacientkou. U léků plně hrazených pacientem, do kterých spadá i HA, však není možné tímto způsobem na úrovni

pojišťovny provádět kontrolu preskripčního jednání lékařů a není tedy ani možné z analýzy databází pojišťoven hodnotit kvalitu jednoho se segmentů kvality péče – preskripčního jednání. Tato situace je dána specifickou povahou HA jako léčiva na jednu stranu získatelného pouze na recept od lékaře, ale na druhou stranu plně hrazeného samotnými pacientkami. U HA sice není možné (ani nutné) sledovat prostřednictvím pojišťoven výdaje za veškeré HA preparáty, ovšem ekonomická stránka není jediným kritériem, které by mělo být zkoumáno. Revize a dohled nad preskripcí všech léků jsou potřebné zejména proto, aby bylo možné sledovat lékařovu praxi, možné stereotypy v předepisování a aby tak bylo možné ze získaných údajů určit a následně i omezit jiné než zákonné a eticky korektní vlivy, které lékařovo jednání modifikují. V neposlední řadě je důležitá také zpětná vazba poskytnutá hodnocením preskripčního jednání a návyků lékařů, která tak může optimalizovat předepisování léků včetně HA [c.d.].

Další organizací, která v ČR nějakým způsobem monitoruje pohyb léků, je Státní ústav pro kontrolu léčiv, který je správním orgánem dohlížejícím na distribuci a složení léčiv v zájmu ochrany zdraví občanů [SÚKL 2010a]. Databáze SÚKL obsahují dostatek informací o spotřebě léčiv, která je sledována v rámci dodávek léčiv do zdravotnických zařízení a lékáren, tedy poskytovatelům léčiv [SÚKL 2010b]. Tyto informace, pocházející přímo od distributorů léčiv, proto nevyovídají nic o samotných pacientech či lékařích, kteří je předepisují [Vlček 2003]. V databázích SÚKL jsou sice na rozdíl od databází pojišťoven obsažena veškerá léčiva, tedy i léky volně prodejné či hrazené samotnými pacienty, nicméně zaměření pouze na počet spotřebovaných balení a celkové výdaje za léčiva je pro možnost sledování preskripčního jednání nerelevantní. Informace jsou z pohledu soustředícího se na rizika HA pro pacientku a preskripční návyky konkrétního lékaře příliš obecné a jednání lékařů analýzou těchto databází není možné vysledovat.

Informace o spotřebě léků evidují i nemocniční a veřejné lékárny. Ty mají, stejně jako SÚKL, ve svých databázích údaje za všechna léčiva bez rozlišení plateb či potřeby receptu [Kořístková, Grundmann 2006]. Je tomu tak především díky vybavenosti většiny lékáren počítači, díky které je každá vydaná položka zanesena do databáze lékárny a je pak možné s těmito údaji dále pracovat; databáze využívají i samotné lékárny pro vyúčtování nákladů za léky na lékařský předpis [Vlček 2003]. Evidence údajů je však zaměřena právě především na výdaje spojené s léky, statistiky o počtech přijatých receptů a celkových tržbách za léčiva. Problematickými jsou však opět informace o předepisujícím lékaři, které

jsou v databázi výdejů léčiv na recepty omezeny pouze na alespoň částečně hrazená léčiva [c.d.]. Ani přes databáze lékáren tedy není možné sledovat preskripční jednání gynekologů, kontrolovat tak kvalitu předepisování HA a odhalit případné chyby či omyly.

Podle dostupných informací v ČR nyní neexistují žádné další nezávislé mechanismy, které by alespoň částečně prováděly kontrolu předepsaných receptů na HA a preskripčního jednání gynekologů, které k jejich předepsání vede. Ani jedna z výše uvedených organizací a databází, které shromažďují data o preskripci, neposkytuje dostatečné informace o lékařích předepisujících HA, ze kterých by mohlo čerpat především MZ či ČLK při hodnocení kvality péče těchto lékařů o pacientky. Při současném stavu kontrolních mechanismů není možné dohledat informace o preskripčním jednání určitého lékaře a identifikovat tak jeho preskripční návyky a stereotypy v čase, tedy u různých pacientek. Proto ani není možné hodnotit kvalitu preskripce daného lékaře vzhledem k základnímu faktoru, který by pro něj měl být rozhodující, tedy ke zdraví pacientky. Ústředním zájmem kontroly preskripce léků zůstává jejich spotřeba a výdaje za ně.

6.3.2 Diskuze dostatečnosti mechanismů, jejich zhodnocení

V české zdravotní politice a oblasti předepisování léčiv je podle mechanismů kontroly preskripce, které zde existují, akcentována především kontrola efektivity ekonomické. Zpětná vazba týkající se zdravotní efektivity předepisované HA, tedy minimalizace nežádoucích účinků, zdravotních rizik a identifikace kontraindikací vzhledem ke zdravotnímu stavu pacientky, v ČR téměř neexistuje. Gynekolog tak, vzhledem k neexistenci těchto mechanismů na úrovni léčiv plně hrazených pacientem, ve svém preskripčním jednání prakticky není kontrolován. Taková situace potom může ústít i v preskripci, které není založena jen na znalostech a zkušenostech lékaře a na zdravotním stavu pacientky. Gynekologovi předepisujícímu pacientce HA se otevírá široký prostor pro jednání, které není nijak kontrolováno a závisí tedy zcela na něm samotném a na jeho odpovědnosti. Tím se vytváří místo pro působení všech možných faktorů tak, jak byly popsány v kapitole 6.2.

Nejmarkantnější je v této oblasti vliv farmaceutických firem, který by proto bylo vhodné kompenzovat sledováním preskripce HA a možných stereotypů při jejím

předepisování, například pokud by bylo velké množství vydaných receptů na různé preparáty, ale od jednoho výrobce. Předepisování léčiv včetně HA by mělo být založeno na empirických základech spojených jak s výzkumem možných rizik, tak se skutečným vyšetřením konkrétního pacienta a zjištěním jeho zdravotního stavu. Zájmy farmaceutických firem a samotného lékaře by tak při preskripci neměly dostávat takový prostor, jako mají nezávislé informace zjištěné výzkumem či anamnézou pacientky. S omezením vlivu výrobců a distributorů léčiv souvisí i posílení vzdělávání lékařů mimo oblast marketingu, kterým by lékaři mohli získat objektivnější informace [Háva, Matějka 1996: 162]. Lékaře je však třeba k takovému vzdělávání motivovat a nabídnout jim možnost obohatit své oborové znalosti, zvýšit tak kvalitu své péče a zajistit její skutečnou odbornost.

Pravidla lékařské praxe, zákony, ale i postupy stanovené na základě objektivních výzkumů týkající se preskripčního jednání jsou určitým způsobem uzákoněny či stanoveny například v kodexu ČLK. Je však také třeba kontrolovat a vymáhat jejich dodržování tak, aby stanovené mechanismy dohlížely na lékařův postup podle předpisů, které mu stanovuje zákon či jeho stavovská příslušnost. Problémem je také etické a morální jednání lékařů, jehož ideální průběh je pouze částečně a útržkovitě uveden v některých doporučených postupech či zákonech. Z toho důvodu není v některých situacích pro ČLK (která chování lékařů sleduje a má povinnost všimnout si například možné korupce lékařů farmaceutickými firmami [Vinař 1996: 76]) jednoduché lékaře sankcionovat, protože morálka je většinou jen nepsaným pravidlem.

V oblasti předepisování HA v současné době v ČR nefunguje žádný nezávislý, odbornou společností či Ministerstvem zdravotnictví podporovaný a zaštiťovaný výzkum, který by byl zaměřen na kvalitu péče právě v této rovině a mohl tak poskytnout jak cenné informace pro veřejnost, tak především zpětnou vazbu pro samotné lékaře. Takový výzkum by v ideálním případě navazoval na klinické zhodnocení rizik a vývoje nových druhů antikoncepce. MZ organizuje ve zdravotnických zařízeních výzkum, který zkoumá a měří kvalitu zdravotní péče prostřednictvím spokojenosti pacientů [Ministerstvo zdravotnictví ČR 2008]. Ten je však velmi obecný a je vhodný pro celkové hodnocení těchto zařízení, nicméně o preskripčním jednání lékařů a kvalitě tohoto segmentu zdravotní péče nevyovídá. Výzkum nezatížený vlivem farmaceutických firem by také měl být

schopen kromě hodnocení kvality péče o pacientku odhalit i nekorektní jednání lékařů, které sice pacientku ohrozit nemusí, ale není morálně či dokonce zákonně akceptovatelné.

Hlavním důvodem potřebnosti kontroly preskripčního jednání gynekologů při předepisování HA zůstává zdraví pacientek. Nezaregistrování kontraindikací a skutečného zdravotního stavu pacientky může mít po předepsání HA fatální následky, například u pacientek s anamnézou cévní mozkové příhody [Fait 2008: 14]. Zanedbatelné nejsou ani nepříznivé vedlejší účinky, které mohou pacientce způsobit nepohodlí i komplikace spojené s jejím zdravotním stavem. Při absenci kontroly se případné pochybení lékařů řeší až nad stížnostmi pacientek, jež mohou vyústit v nepříjemné soudní spory, přičemž v momentě jejich vyřizování již může mít pacientka vážné zdravotní následky. Zavedení lepší prevence takových situací ve formě důkladných kontrolních mechanismů by proto bylo pro českou zdravotní politiku krokem kupředu.

7 Závěr

Hormonální antikoncepce je velmi oblíbeným druhem prevence nechtěného těhotenství (a z lékařského hlediska i umělého ukončení těhotenství). V současné době ji v ČR užívá skoro polovina žen ve fertilním věku, což může být dobrým signálem i pro prevenci gynekologických onemocnění nebo rakoviny děložního čípku. HA je totiž v ČR dostupná pouze na lékařský předpis a ženy, které ji chtějí užívat, musí navštívit svého lékaře, který by měl zároveň provést i preventivní onkogynekologickou prohlídku.

Kromě řady výhod (od pohodlí pacientky v souvislosti s upravením menstruačního cyklu či možností spolehnout se na velmi účinnou antikoncepci až po zmíněné zamezení neplánovaného rodičovství) skýtá HA i určité potenciální hrozby. Jedná se především o zvýšení zdravotních rizik (například tromboembolické nemoci, infarktu myokardu či cévní mozkové příhody), která sice nemusí být vysoká, ale vzhledem k následkům projevu uvedených zdravotních komplikací a možnosti synergického efektu s dalšími charakteristikami pacientky (kuřačka, vysoký tlak) mohou být pro pacientku fatální jakákoli zvýšení rizika těchto zdravotních komplikací. Problematické mohou být i vedlejší účinky HA (nausea, napětí v prsou či zadržování vody v těle a další), které mohou jak působit na zdraví pacientky, tak narušit určitý komfort, který by jinak HA měla poskytovat.

Vzhledem k omezení dostupnosti HA pouze na lékařský předpis je pacientka závislá na svém lékaři, gynekologovi, který jí předepíše určitý preparát HA. Důležité jsou v situaci, kdy se pacientka rozhodne užívat HA, dva momenty. Jednak musí lékař zvážit, zdali ji pacientka s ohledem na svůj celkový zdravotní stav a případné predispozice vůbec může užívat, ať už se bude jednat o jakýkoli preparát. Je tedy nutná informovanost lékaře o veškerých kontraindikacích podání HA. Dále lékař rozhoduje, který konkrétní přípravek pacientce předepíše. Výsledkem takového rozhodování je pak preskripční jednání lékaře.

Rozhodování lékaře může ovlivnit nejen samotná pacientka (svým přáním, nepřímo pak také zdravotním stavem, návyky a rodinnou i osobní anamnézou), ale i další faktory. Z prostředí, které lékaře jako původce preskripčního jednání obklopuje, jsou to kromě situace pacientky především zákony, předpisy a doporučení, další vzdělávání lékařů

a komercializace zdravotní péče, tedy vliv farmaceutických firem. Společnosti vyrábějící či distribuující HA však mohou lékaře ovlivňovat i nezákonnými či neetickými způsoby, proto jsou z hlediska vlivu na lékaře faktorem, který zasluhuje zvláštní pozornost. Jejich působení může být problematické z hlediska zdraví pacientky (když lékař předepíše přípravek od určité firmy, nikoli však nejvhodnější pro pacientku), v souvislosti s nedodržováním etických a morálních kodexů a také proto, že tyto firmy nemusí být objektivním zdrojem informací pro lékaře. Lékař je však v tomto případě motivován k získávání informací více, než je tomu u nezávislého odborného vzdělávání, například dárkovými předměty či různými benefity.

S ohledem na rizika, která může nesprávně naordinovaná HA pro pacientky představovat i s uvažováním všech faktorů, které na lékaře při jeho rozhodování působí a mohou tak ovlivnit jeho preskripční jednání a tedy i zdraví pacientky, vzniká potřeba určité kontroly předepisování HA. Jejím cílem by mělo být odhalení případných chyb či omylů lékaře, identifikace jejich preskripčních návyků a stereotypů a ve sporných případech prověření vlivů působících na lékaře a tedy i možné odhalení korupce. V současné době však v ČR existují pouze takové kontrolní mechanismy, které sledují především ekonomickou stránku preskripce, tedy spotřebu léčiv a výdaje za ně. MZ v tomto ohledu vychází z databází pojišťoven, lékáren a SÚKL, které tak logicky shromažďují jen informace o těch lécích, které jsou alespoň částečně hrazeny pojišťovnami.

Kontrola preskripce léků, které jsou plně hrazeny pacientem (tedy i HA), není v ČR prioritou, protože z hlediska financování léků pojišťovnami je bezpředmětná. Kromě kontroly ekonomické efektivity preskripce je však žádoucí i kontrola efektivity zdravotní, odborné, která by byla zaměřena na hodnocení a zlepšování tohoto segmentu kvality péče o pacientky a jejich zdraví. Při současném stavu kontrolních mechanismů preskripce HA není možné zjistit konkrétní informace o preskripčním jednání určitého lékaře, tudíž není možná ani jakákoli zpětná vazba a případné sankce za porušení zákonných či etických norem. Preskripce HA tak zůstává plně v kompetenci daného lékaře a záleží jen na jeho zodpovědnosti, jestli jedná v souladu s právními předpisy a morálními zásadami. Každopádně se zde díky nedostatečné kontrole této preskripce otevírá velký prostor pro působení mnohých faktorů, včetně těch, které mohou působit nekorektně.

Pro zlepšení celkové kvality péče gynekologů o pacientky by tak bylo potřeba zavést lepší kontrolní mechanismy sledující jednání lékařů, například shromažďování údajů o receptech na léky nehrazené z veřejného zdravotního pojištění či nezávislý výzkum v této oblasti preskripce. Předešlo by se tak i případným stížnostem pacientek v případě dopadu lékařova jednání na jejich zdravotní stav. Lékaři by také od kontrolních orgánů mohli dostávat zpětnou vazbu, která by je upozornila i na neúmyslná pochybení, například předepisování jednoho přípravku HA ze zvyklosti. Vznikl by tak další kanál vzdělávání lékařů, prostřednictvím kterého by gynekologové dostávali informace týkající se doporučených postupů při preskripci s vazbou na jejich vlastní jednání.

8 Summary

This Bachelor Thesis focuses on decision making and action of gynecologists that lead to prescription of particular kind of hormonal contraceptives to female patient. The goal of this Thesis is an evaluation of prescription action with regard to several influences and factors which affect the final medical judgement concerning prescription and with an emphasis on patient's health and possible impact of doctor's action on patient's health condition.

Hormonal contraceptives are one of the most popular way how to prevent a woman (or a couple) from unwilling pregnancy and in a view of medicine from subsequent abortion. In Czech Republic, hormonal contraceptives are available only when the gynecologist prescribes them for the female patient. Therefore she needs a prescription (recipe) to get this sort of contraception in pharmacy. This limitation makes a situation, when the patient is dependent on the doctor, his decision and action. The gynecologist has to consider carefully whether the patient can use this method and take contraceptive pills (or patch, ring) and also which preparation is the most suitable for concrete patient. Hormonal contraceptives may, besides many advantages (high contraceptive effectivity, reliability and comfort), also represent potential hazards for patient. They can elevate the probability of certain health risks: for example of thromboembolism, heart attack or apoplectic stroke and they can cause a lot of uncomfortable side effects such as nausea, retention of liquids and headaches.

These possible risks are the reason for attentive decision making on the part of the doctor. His prescription proceeding in a specific system of stakeholders, factors and rules is effected not only by the situation of the patient (health condition, contraindications, history), but also by Czech legislation, standards and recommended medical practices. At the same time doctor's decision is influenced by his further training in given domain. This particular aspect is quite problematic because of low motivation of doctors to further educate themselves. The last large group of factors that modify gynecologist's prescription is the commercialization of health, in this case represented by the influence of pharmaceutical companies producing or distributing hormonal contraceptives. The point is that these corporations can work upon doctors in an illegal or unethical way. That may have

impact on the patient and her health, especially in case she is prescribed a hormonal contraception which doesn't suit her the best, but prescribing this pharmaceutical means profit for the company that produced it and also for the doctor (diverse benefits given to doctor as a motivation to prescribe their products).

With regard to risks that hormonal contraceptives can represent for patient in case of incorrect and improper prescription action, and also to many factors that affect this action it proves necessary to take control of doctor's prescribing to prevent patients from health complications. In the Czech Republic, control mechanisms monitoring the prescription are focused mainly on economic effectiveness of prescribing, such as consumption of pharmaceuticals and related expenses, but less on the health effectiveness. Hormonal contraceptives are fully paid by patient herself and there is no participation of insurance company, so the expenses are not important for the state and that's why the prescribing of hormonal contraceptives is not observed. Prescription action of doctors in prescribing hormonal contraceptives is therefore their own responsibility. That is, however, influenced both in the correct (legislation, history of the patient) and incorrect way (non-objective information from pharmaceutical companies, corruption). To improve the health care quality in gynecological field it is necessary to complete the system of better control measures of hormonal contraceptives prescribing because of potential risks of particular pharmaceuticals for the patient. The objective is also to improve the review of doctor's prescription action. That role could subserve, for example, the independent research or implementation of databases containing information about pharmaceuticals paid by patient himself.

9 Použité zdroje

Antikoncepce – prodej a nákup [online]. Mladá fronta a.s., 2010. [cit. 2010-02-08]. Dostupné z: <http://www.dama.cz/diskuse/d.php?d=1146>

BARTÁK, A. *Antikoncepce*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 132 s. ISBN 80-247-1351-9.

BOLELOUCKÁ, L. *Podpora zdraví ve vztahu k rakovině prsu*. Praha : Karlova univerzita, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií, 2007. 44 s. Vedoucí bakalářské práce MUDr. Petr Háva, CSc.

BUŘÍK, L. *Zdravotní pojišťovny omezují nabídku svých výhod* [online]. Finance media a.s., 13. 1. 2006. [cit. 2010-02-16]. Dostupné z: <http://www.finance.cz/zpravy/finance/59888-zdravotni-pojistovny-omezuji-nabidku-svych-vyhod/>

ČEPICKÝ, P., LÍBALOVÁ, Z. *Jak si vybrat přípravek kombinované hormonální antikoncepce* [online]. Moderní babičství 16, 2008, 2008. [cit. 2010-05-03]. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-16/clanek.php?c=7>

ČEPICKÝ, P. a kol. *Doporučení k předpisu kombinované hormonální kontracepce (CC). Aktualizace 2005* [online]. Levret s.r.o., 2005. [cit. 2010-05-03]. Dostupné z: <http://www.levret.cz/doskolovani/nesnaze/postupy/files/cc.htm>

ČSÚ. *Ženy a muži v datech 2008. Kapitola 1: Obyvatelstvo, rodiny a domácnosti* [online]. 18. 12. 2008. [cit. 2010-03-03]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/publ/1415-08-2008>

ČTK. *MZ chce zvýšením sankcí zamezit uplácení lékařů od firem* [online]. 12. 8. 2009. [cit. 2010-04-04]. Dostupné mj. z: http://www.ceskenoviny.cz/zpravy/mz-chce-zvysenim-sankci-zamezit-uplacenilekaru-od-firem/392473&id_seznam=

Databáze registrovaných léčivých přípravků a PZLÚ [online databáze]. SÚKL, 2010. [cit. 2010-05-02]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/modules/medication/search.php>

DURDA, L. Analýza procesu tvorby a realizace lékové politiky v České republice. In HÁVA, P. a kol. *Analytická, hodnotová a koncepční východiska zdravotní politiky II*. Kostelec nad Černými lesy : IZPE, Sborník č. 1/2003, 2003. s. 82-131. ISSN 1213-8096.

FAIT, T. *Antikoncepce*. 1. vyd. Praha : Maxdorf, 2008. 104 s. ISBN 978-80-7345-172-1.

GIBSON, C., LEHOUCQ, F. *Institutional Analysis at CIPEC* [online]. CIPEC, 2005. [cit. 2010-05-12].
Dostupné z: http://cipec.org/research/institutional_analysis/

GUILLEBAUD, J. *Contraception today*. 5th edition. [Great Britain] : Informa Healthcare, 2003. 160 s. ISBN 1-84184-386-5.

HÁVA, P., MATĚJKA, M. Alokační efektivita při rozhodování o podílech výdajů na léčiva z celkových výdajů na zdravotní péči. In LUKÁŠ, A., HÁVA, P., ČERNÝ, V. (Eds.). *Léková politika. Soubor přednášek ze semináře konaného 18. – 19. 12. 1995 v Poslanecké sněmovně ČR v Praze*. Praha : Nadace pro výzkum zdravotnické soustavy, 1996. s. 152-165.

Hormonální antikoncepce [online]. 2010. [cit. 2010-01-03]. Dostupné z: <http://www.hormonální-antikoncepce.cz/>

Informace o úhradách, cenách a výši případného doplatku léčivých přípravků [online]. MZČR, 2010. [cit. 2010-05-02]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/leky.aspx>

JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. 2. vyd. Praha : Portál, 2007. 288 s. ISBN 978-80-7367-269-0.

JÍROVÁ, H. *Zdravotní politika* [online]. 2009. [cit. 2010-03-04]. Dostupné z: http://fse1.ujep.cz/materialy/KLZS_jirova_prednaska10.pdf

JÚTTE, R. *Contraception: a history*. Cambridge : Polity press, 2008. 288 s. ISBN 978-07456-3270-X.

KALÁB, M. *Jaké léky nám předepisují lékaři – a proč?* [online]. 29. 1. 2002. [cit. 2010-04-06]. Dostupné z: <http://www.zdrav.cz/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=1546>

KASSIRER, J. P. *Commercialism and Medicine: An Overview*. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics, 2007, 16. s. 377-386.

KOŘENEK, J. *Lékařská etika*. 1. vyd. Praha : Triton, 2002. 290 s. ISBN 80-7254-235-4.

KOŘÍSTKOVÁ, B., GRUNDMANN, M. *Metodika studia spotřeb léků* [online]. Klinická farmakologie a farmacie 2006; 20, přehledové články. s. 219-222. [cit. 2010-05-03]. Dostupné z: <http://www.klinickafarmakologie.cz/pdfs/far/2006/04/08.pdf>

KŘEČKOVÁ TŮMOVÁ, N. Analýza vztahu lékaře a pacienta v systému primární zdravotní péče. In KŘEČKOVÁ TŮMOVÁ, N., BÁRTOVÁ, Š. *Vztah lékaře a pacienta v primární péči – teoretický souhrn poznatků a diskuse vlastního modelu*. Kostelec nad Černými lesy : IZPE, Sborník č. 3/2002, 2002. s. 7-106. ISSN 1213-8096.

KŘEPELKA, P. *Jak se liší aktualizovaná "Doporučení k předpisu kombinované hormonální antikoncepce 2005" a "Medical Eligibility Criteria for Contraceptive use WHO 2004"* [online]. *Moderní gynekologie a porodnictví* vol. 14, č. 1, březen 2005. [cit. 2010-04-04]. Dostupné mj. z <http://www.hormonalni-antikoncepce.cz/sekce.php?detail=53&id=3#2>

Legislativa ČLK [online]. 2010. [cit. 2010-01-19]. Dostupné z [http://www.lkcr.cz/dokumenty.php?dokId=72857&do\[list\]=1&filterCategory.id=9](http://www.lkcr.cz/dokumenty.php?dokId=72857&do[list]=1&filterCategory.id=9)

Levret s.r.o. [online]. 2000. [cit. 2010-05-03]. Dostupné z: <http://www.levret.cz/>

Listina základních práv a svobod [online]. 1993. [cit. 2010-01-19]. Dostupné mj. z: http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?kam=zakon&c=2/1993

MACH, J. *Co je péče „lege artis“ a kdo to posoudí?* [online]. 29. 11. 2007. [cit. 2010-01-19]. Dostupné z: <http://www.medicinskepravo.cz/2007/11/co-je-pece-lege-artis-kdo-to-posoudi.html>

MAREČKOVÁ, J. *Poskytování zdravotní péče lege artis* [online]. 17. 2. 2006. [cit. 2010-01-19]. Dostupné z <http://www.zdn.cz/pravni-poradna/odpoved/197>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Měření kvality zdravotní péče prostřednictvím spokojenosti pacientů* [online]. 2008. [cit. 2010-05-07]. Dostupné z: <http://portalkvality.mzcr.cz/Odbornik/Pages/5-Mereni-kvality-zdravotni-pece-prostrednictvim-spokojenosti-pacientu.html>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Lidsky důstojné a efektivně fungující zdravotnictví. Návrh Koncepce péče o zdraví v ČR v letech 2004-2009, určený pro celospolečenskou diskusi*. 1. vyd. Praha : Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2004. 108 s.

MITLÖHNER, M. *K vymezení přípustného rizika a postupu lege artis* [online]. 1998. [cit. 2010-01-19]. Dostupné z <http://www.gyne.cz/clanky/1998/598cl7.htm>

Moderní antikoncepce [online]. BAYER s.r.o., 2009. [cit. 2010-01-03]. Dostupné z <http://www.moderniantikoncepce.cz/>

MOŽNÝ, I. *Rodina a společnost*. 1. vyd. Praha : SLON, 2006. 312 s. ISBN 80-86429-58-X.

MOŽNÝ, I. *Sociologie rodiny*. 1. vyd. Praha : SLON, 1999. 252 s. ISBN 80-85850-75-3.

Ottawská charta [online]. 1986. [cit. 2010-01-17]. Dostupné mj. z: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/print.html>

PAVLÍČEK, M. *Hippokratova přísaha* [online]. 23.10.2006. [cit. 2010-01-7]. Dostupné z: <http://www.euromedicine.eu/cze/clanky/detail/64/>

PORTÁL VEŘEJNÉ SPRÁVY ČR (a). *Zdraví* [online]. 2010. [cit. 2010-01-08]. Dostupné z: http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701/_s.155/8709?ks=1132

PORTÁL VEŘEJNÉ SPRÁVY ČR (b). *Úvodní stránka – Na úřad přes internet – Portál veřejné správy České republiky* [online]. 2010. [cit. 2010-01-08]. Dostupné z: <http://portal.gov.cz>

PROKEŠ, M. *Hodnocení kvality preskripce* [online]. *Klinická farmakologie a farmacie* 2008; 22(3), přehledové články. s. 118-122. [cit. 2010-05-03]. Dostupné z: <http://www.klinickafarmakologie.cz/pdfs/far/2008/03/08.pdf>

Příbalová informace: Informace pro uživatele. EVRA transdermální náplast [online]. JANSSEN-CILAG N.V./S.A., 2009. [cit. 2010-04-04]. Dostupné mj. z: http://www.janssen-cilag.cz/content/products/janssen-cilag.cs_ces//pool_content/PIL_evra.pdf

Stavovský předpis č. 10 České lékařské komory. Etický kodex České lékařské komory [online]. 22. 6. 2007. [cit. 2010-01-19]. Dostupné z: http://www.lkcr.cz/document3.php?param=dokumenty_file.DOKUMENTY_FILE_ID,.TYPE,NAME,DATE_AKT&id=81920

SÚKL (a). *Tisková zpráva ze dne 15.3.2010* [online]. 15. 3. 2010. [cit. 2010-04-17]. Dostupné z: <http://www.leky.sukl.cz/tiskova-zprava-ze-dne-15-3-2010>

SÚKL (b). *Spotřeba léčiv v České republice v roce 2009: 4. čtvrtletí a za celý rok 2009* [online]. 2010. [cit. 2010-04-17]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/4-ctvrtleti-a-za-cely-rok-2009>

SYSLOVÁ, J. *Prodám lék na předpis. Zn.: Likviduji pozůstalost po dědovi* [online]. MF DNES, 11. 11. 2009. [cit. 2010-03-04]. Dostupné z: http://zpravy.idnes.cz/prodam-lek-na-predpis-zn-likviduji-pozustalost-po-dedovi-pzn-/domaci.asp?c=A091111_074924_domaci_ban

SZAREWSKÁ, A., GUILLEBAUD, J. *Antikoncepce: Praktická příručka*. 1. vyd. Praha : Victoria publishing, 1996. 224 s. ISBN 80-85865-55-6.

ŠUBRT, J., BALON, J. (Eds.). *Teorie jednání: jeden koncept, mnoho koncepcí*. Praha : FSV UK, FF UK 2008, 208 s. ISBN 978-80-7308-219-2

TAUBEROVÁ, D. *Na gynekologii chodí pouze třetina žen* [online]. Prostějovský týden, 18. 11. 2009. [cit. 2010-05-02]. Dostupné z: <http://www.projekt35.cz/media/prevence-a-zivotni-styl/Na-gynekologii-chodi-pouze-tretina-zen.html>

ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2008* [online]. 2009. [cit. 2010-04-04]. Dostupné z: www.uzis.cz

VAŇKOVÁ, E., WINTER, F. *Reklama na léky a její úskalí* [online]. 2. 10. 2003. [cit. 2010-04-05]. Dostupné z: <http://starezdnd.zdn.cz/scripts/detail.php?id=156929>

VAŠEK, P., MAŘÍK, M. *Co platí na lékaře? Zájezdy, kongresy i peníze* [online]. 19. 10. 2007. [cit. 2010-05-03]. Dostupné z: <http://hn.ihned.cz/c1-22255200-co-plati-na-lekare-zajezdy-kongresy-i-penize>

Velký sociologický slovník. Sv. 1, A-O. 1. vyd. Praha : Karolinum, 1996. 747 s. ISBN 80-7184-164-11.

VESELÝ, A., NEKOLA, M. (Eds.). *Analýza a tvorba veřejných politik*. 1. vyd. Praha : SLON, 2007. 408 s. ISBN 978-80-86429-75-5.

VINAŘ, O. Preskripční chování lékařů ambulantní péče. In LUKÁŠ, A., HÁVA, P., ČERNÝ, V. (Eds.). *Léková politika. Soubor přednášek ze semináře konaného 18. – 19. 12. 1995 v Poslanecké sněmovně ČR v Praze*. Praha : Nadace pro výzkum zdravotnické soustavy, 1996. s. 71-82.

VITALION. *Rakovina děložního čípku* [online]. 2010. [cit. 2010-04-12]. Dostupné z: <http://nemoci.vitalion.cz/rakovina-delozniho-cipku/>

VLČEK, J. *Využitelnost databází v rozborech farmakoterapie* [online]. 16. 10. 2003. [cit. 2010-05-02]. Dostupné z: <http://starezdnd.zdn.cz/scripts/detail.php?id=157206>

VONDRÁČEK, L. *Hippokratova přísaha* [online]. 23. 5. 2001. [cit. 2010-01-07]. Dostupné z: http://www.clkuo.cz/dokumenty/prolekare/hipokratova_prisaha.htm

Vyhláška č. 56/1997 Sb., kterou se stanoví obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek [online]. [cit. 2010-02-06]. Dostupné mj. z: http://www.sagit.cz/pages/uztxt.asp?tema_id=37&cd=61&typ=r&det=&levelid=407233&datumakt=15.08.2002&full=y

WEINBERGER, O. *Alternativní teorie jednání*. 1. vyd. Praha : Filosofia, 1997. 280 s. ISBN 80-7007-096-X.

WEINBERGER, O. *Norma a instituce: Úvod do teorie práva*. 1. vyd. Brno : Masarykova univerzita v Brně – Právnická fakulta, 1995. 217 s. ISBN 80-210-1123-8

WHO. *Medical eligibility criteria for contraceptive use* [online]. 2009. [cit. 2010-05-02].

Dostupné z: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563888_eng.pdf

WHO. *Assuring the quality of health care in the European Union* [online]. 2008. [cit. 2010-03-16]. Dostupné

z: <http://www.euro.who.int/document/e91397.pdf>

WHO. *Selected practice recommendations for contraceptive use* [online]. 2004. [cit. 2010-05-02]. Dostupné

z: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241562846.pdf>

WHO. *Health Promotion Glossary* [online]. 1998. [cit. 2010-03-16]. Dostupné z:

http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf

WIESNEROVÁ, J. *Činnost oboru gynekologie a péče o ženy v roce 2008* [online]. Praha : ÚZIS ČR, 15. 6.

2009. Aktuální informace č. 18/2009. [cit. 2010-03-03]. Dostupné z:

http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&search_name=gynekolog®ion=100&kind=21&mnu_id=6200

Zákon č. 378/2007 Sb. o léčivech [online]. [cit. 2010-05-02]. Dostupné mj. z

http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701/cmd/ad/c/313/ce/10821/p/8411?PC_8411_number1=378&PC_8411_l=378/2007&PC_8411_ps=10#10821

Zákon č. 40/1995 Sb. o regulaci reklamy a o změně a doplnění zákona č. 468/1991 Sb. [online]. [cit. 2010-

03-16]. Dostupné mj. z: http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?kam=zakon&c=40/1995

Zákon č. 280/1992 Sb. o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách [online].

[cit. 2010-05-02]. Dostupné mj. z: http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?kam=zakon&c=280/1992

Zákon č. 220/1991 Sb. o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře

[online]. [cit. 2010-02-06]. Dostupné mj. z:

http://www.pravnipredpisy.cz/predpisy/ZAKONY/1991/220991/Sb_220991_-----_.php

Zákon č. 2/1969 Sb. o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy České republiky [online].

[cit. 2010-05-02]. Dostupné mj. z: <http://www.pravnik.cz/uplna-zneni/uz-82.html>

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu [online]. [cit. 2010-03-16]. Dostupné mj. z:

http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/696/_s.155/701?l=20/1966

Závazné stanovisko ČLK č. 1/2008. Pravidla spolupráce mezi lékaři a farmaceutickými firmami [online].

2008. [cit. 2010-02-06]. Dostupné z:

http://www.lkcr.cz/document3.php?param=dokumenty_file,DOKUMENTY_FILE_ID,,TYPE,NAME,DATE_AKT&id=80812

10 Seznam příloh

Příloha č. 1: Užívání antikoncepce ve světě

Příloha č. 2: Přehled metod antikoncepce

Příloha č. 3: Věková struktura ČR 2001

Příloha č. 4: Vývoj podílu obyvatel 65+ v ČR a Evropském regionu

Příloha č. 5: Přehled přípravků HA dostupných v ČR

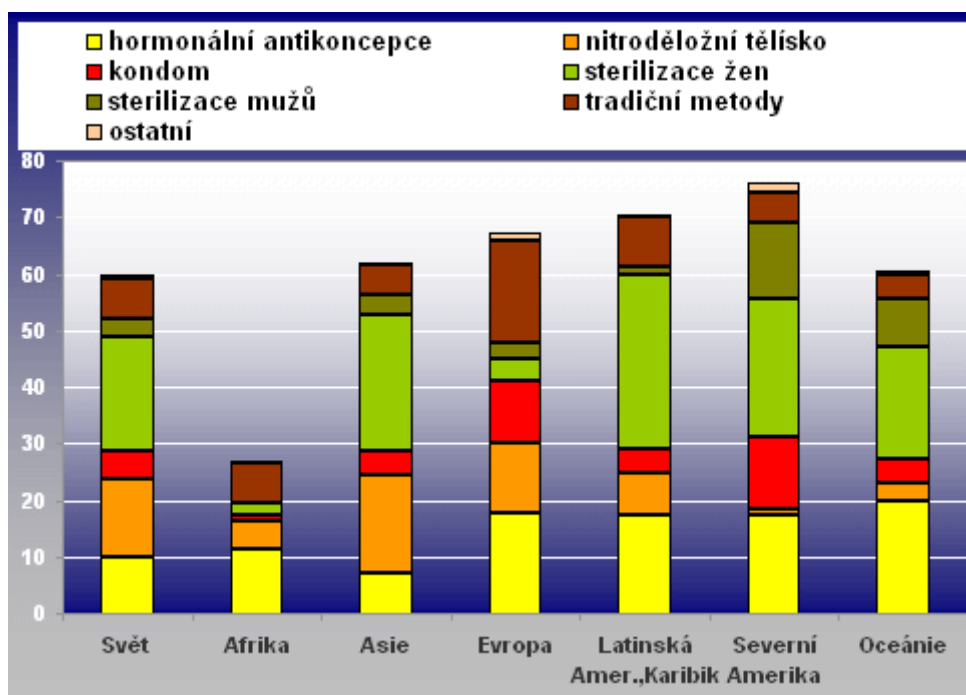
Příloha č. 6: Přehled antikoncepčních metod s uvedením spolehlivosti

Příloha č. 7: Klasifikace kontraindikací nasazení určitého druhu antikoncepce

Příloha č. 8: Text Hippokratovy přísahy

Příloha č. 9: Vývoj používání antikoncepce v ČR u žen ve fertilním věku, 1975–2007

Příloha č. 1: Užívání antikoncepce ve světě



Zdroj: Demografie 2008 dle OSN World Contraceptive Use 2003

Příloha č. 2: Přehled metod antikoncepce

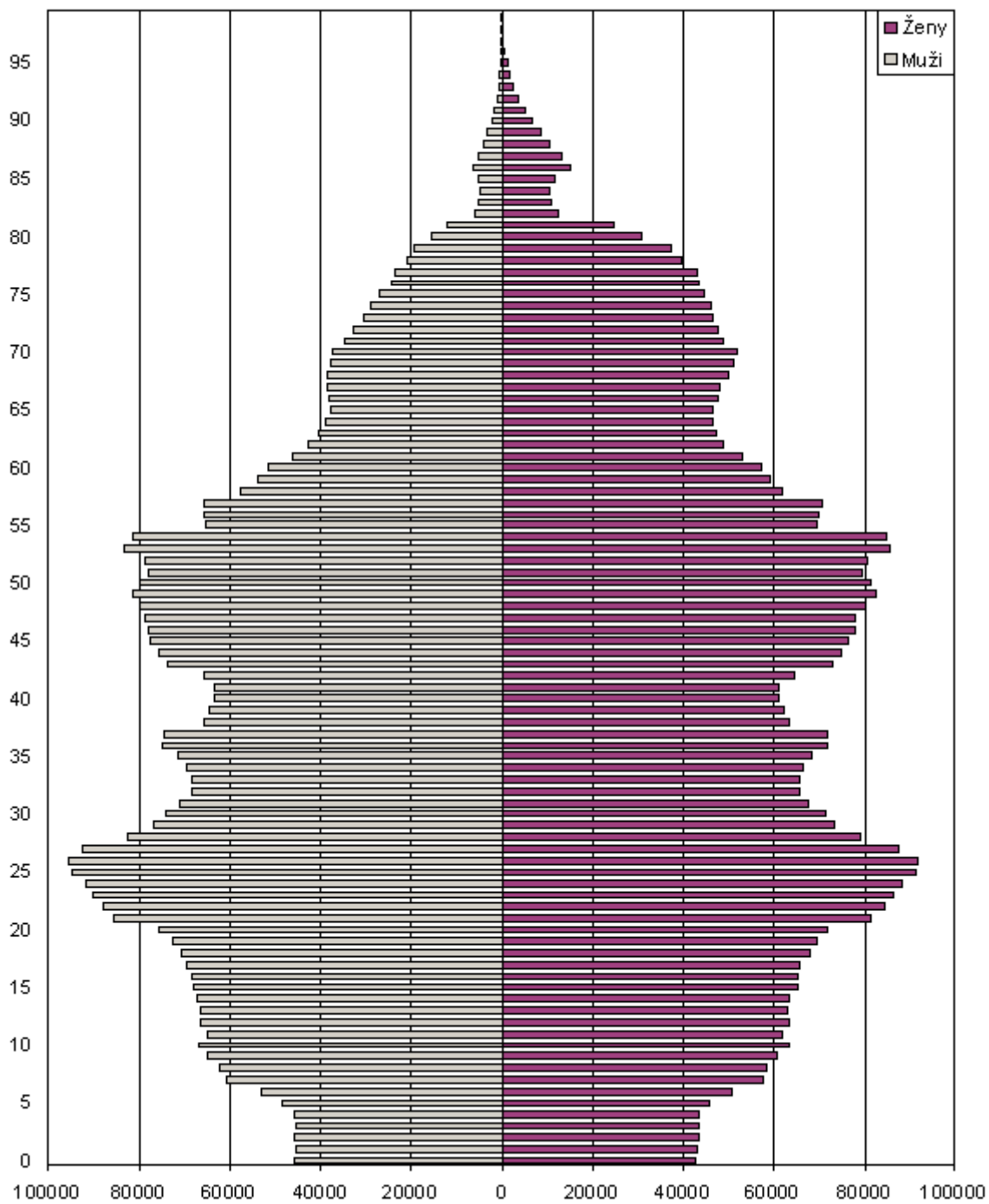
Tab.1 Rozdělení antikoncepčních metod

Skupina antikoncepčních metod		Metoda	Poznámka	
mužská antikoncepce		přerušená soulož	významná metoda	
		zábrana tvorby spermií	<i>není prakticky použitelná</i>	
		sterilizace (přerušení chámovodu)	<i>plodnost se již nedá obnovit</i>	
ženská antikoncepce	nehormonální	kondom	významná metoda	
		poševní pesar	<i>u nás již patří historii</i>	
		spermicidní čípky a krémy	<i>užívají se, ale kromě jiných nevýhod jsou méně spolehlivé</i>	
	hormonální metody	nitroděložní antikoncepce	nitroděložní tělíska	významná metoda
			nitroděložní antikoncepční systémy	zatím se užívá méně, ale metoda má budoucnost
		gestagenní	minipilulky	běžně se užívají, ale význam je omezený
			antikoncepční podkožní implantáty	zatím se užívá méně, ale metoda má budoucnost
			antikoncepční injekce	běžně se užívají, ale význam je omezený
		kombinované	antikoncepční tablety	velmi významná metoda
			antikoncepční náplasti	zatím se užívá méně, ale má budoucnost
				neplodné dny

Zdroj: Barták 2006

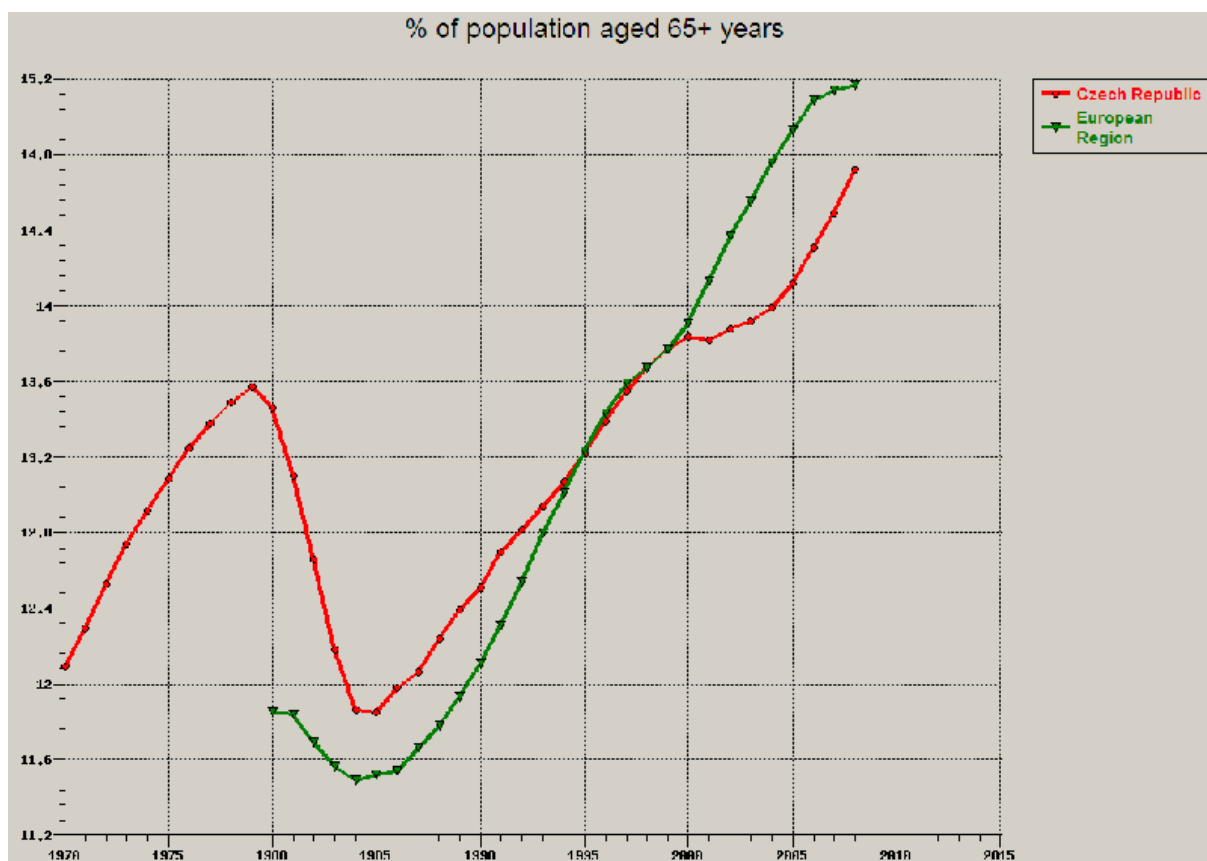
Příloha č. 3: Věková struktura ČR 2001

Graf 1: Věkové složení obyvatelstva ČR z výsledků sčítání lidu 2001



Zdroj: ČSÚ Sčítání lidu 2001

Příloha č. 4: Vývoj podílu obyvatel 65+ v ČR a Evropském regionu



Zdroj: HFA-DB, WHO/Europe, 1-10

Příloha č. 5: Přehled přípravků HA dostupných v ČR

1 Perorální přípravky

a) Vysoká dávka etinylestradiolu (EE)

i. progestin s reziduální androgenní aktivitou, monofázické

Gravistat 125 (EE 50 µg + levonorgestrel 125 µg, 21 tablet)

ii. progestin s reziduální androgenní aktivitou, bifázické

Anteovin (1. fáze: EE 50 µg + levonorgestrel 50 µg, 2. fáze: EE 50 µg + levonorgestrel 125 µg, 21 tablet)

b) Nízká dávka etinylestradiolu (EE)

i. progestin s reziduální androgenní aktivitou, monofázické

Microgynon (EE 30 µg + levonorgestrel 150 µg, 21 tablet)

Minisiston (EE 30 µg + levonorgestrel 125 µg, 21 tablet)

Stediril 30 (EE 30 µg + levonorgestrel 125 µg, 21 tablet)

ii. progestin s reziduální androgenní aktivitou, trifázické

Trinordiol 21 (1. faze: EE 30 µg + levonorgestrel 50 µg, 2. faze: EE 40 µg + levonorgestrel 75 µg, 3. faze: EE 30 µg + levonorgestrel 125 µg, 21 tablet)
Trinovum (1. faze: EE 35 µg + norethisteron acetat 500 µg, 2. faze: EE 40 µg + norethisteron acetat 750 µg, 3. faze: EE 30 µg + norethisteron acetat 1000 µg, 21 tablet)
Triquilar (1. faze: EE 30 µg + levonorgestrel 50 µg, 2. faze: EE 40 µg + levonorgestrel 75 µg, 3. faze: EE 30 µg + levonorgestrel 125 µg, 21 tablet)
Tri-Regol (1. faze: EE 30 µg + levonorgestrel 50 µg, 2. faze: EE 40 µg + levonorgestrel 75 µg, 3. faze: EE 30 µg + levonorgestrel 125 µg, 21 tablet)
Tri-Regol 21+7 (21 tablet jako Tri-Regol + 7 tablet placeba)

iii. progestin s minimální androgenní aktivitou, monofázické

Cilest 21 (EE 35 µg + norgestimat 250 µg, 21 tablet)
Cilest 28 (21 tablet jako Cilest 21 + 7 tablet placeba)
Femoden (EE 30 µg + gestoden 75 µg, 21 tablet)
Katya (EE 30 µg + gestoden 75 µg, 21 tablet)
Marvelon (EE 30 µg + desogestrel 150 µg, 21 tablet)
Minulet (EE 30 µg + gestoden 75 µg, 21 tablet)
Regulon (EE 30 µg + desogestrel 150 µg, 21 tablet)

iv. progestin s minimální androgenní aktivitou, kombifázické

Gracial (1. faze: EE 40 µg + desogestrel 25 µg, 2. faze: EE 30 µg + desogestrel 125 µg, 22 tablet)

v. progestin s minimální androgenní aktivitou, trifázické

Miligest (1. faze: EE 30 µg + gestoden 50 µg, 2. faze: EE 40 µg + gestoden 70 µg, 3. faze: EE 30 µg + gestoden 100 µg, 21 tablet)
Pramino 21 (1. faze: EE 35 µg + norgestimat 180 µg, 2. faze: EE 35 µg + norgestimat 215 µg, 3. faze: EE 35 µg + norgestimat 250 µg, 21 tablet)
Pramino 28 (21 tablet jako Pramino 21 + 7 tablet placeba)
Tri-Minulet (1. faze: EE 30 µg + gestoden 50 µg, 2. faze: EE 40 µg + gestoden 70 µg, 3. faze: EE 30 µg + gestoden 100 µg, 21 tablet)

vi. progestin s antiandrogenní aktivitou, monofázické

Belara (EE 30 µg + chlormadinon acetat 2 mg, 21 tablet)
Diane-35 (EE 35 µg + cyproteron acetat 2 mg, 21 tablet)
Chloe (EE 35 µg + cyproteron acetat 2 mg, 21 tablet + 7 tablet placeba)
Jeanine (EE 30 µg + dienogest 2 mg, 21 tablet)
Minerva (EE 35 µg + cyproteron acetat 2 mg, 21 tablet)
Vreya (EE 35 µg + cyproteron acetat 2 mg, 21 tablet)

vii. progestin s antiandrogenní a antimineralokortikoidní aktivitou, monofázické

Yadine (EE 30 µg + drospirenon 3 mg, 21 tablet)

c) Velmi nízká dávka etinylestradiolu (EE)

i. progestin s reziduální androgenní aktivitou, monofázické

Loette (EE 20 µg + levonorgestrel 100 µg, 212 tablet + 7 tablet placeba)

ii. progestin s minimální androgenní aktivitou, monofázické

Harmonet (EE 20 µg + gestoden 75 µg, 21 tablet)

Lindynette 20 (EE 20 µg + gestoden 75 µg, 21 tablet)
Logest (EE 20 µg + gestoden 75 µg, 21 tablet)
Lunafem (EE 20 µg + gestoden 75 µg, 21 tablet)
Mercilon (EE 20 µg + desogestrel 150 µg, 212 tablet)
Minesse (EE 15 µg + gestoden 60 µg, 24 tablet + 4 tablety placebo)
Mirelle (EE 15 µg + gestoden 60 µg, 24 tablet + 4 tablety placebo)
Novynette (EE 20 µg + desogestrel 150 µg, 21 tablet)
Sunya (EE 20 µg + gestoden 75 µg, 21 tablet)

iii. *progesterin s antiandrogenní a antimineralokortikoidní aktivitou, monofázické*

Yasminelle (EE 20 µg + drospirenon 3 mg, 21 tablet)
YAZ (EE 20 µg + drospirenon 3 mg, 24 tablet + 4 tablety placebo)

2 Parenterální přípravky

a) Transdermální

Evra (EE 600 µg + norelgestormin 6 mg, 3 naplasti, tj. 21 dni)

b) Vaginální

NuvaRing (EE 2,7 mg + etonogestrel 11,7 mg, 1 kroužek, tj. 21 dni)

Zdroj: Čepický, Líbalová 2008

Příloha č. 6: Přehled antikoncepčních metod s uvedením spolehlivosti

Antikoncepční metoda	Pearlův index	Poznámka
žádná	88	
přerušovaná soulož	20	
kondom	5	velmi závisí na zkušenosti muže
neplodné dny	5–10	podle konkrétní metody zjišťování neplodných dnů
spermicidní poševní čípky	5	
hormonální antikoncepce – minipilulky	2	výrazná úloha lidského faktoru
kombinované hormonální tablety	0,5–1	výrazná úloha lidského faktoru
nitroděložní tělíska běžná	4	
nitroděložní tělíska hormonální	0,1	
podkožní implantáty	0,5–1	
injekční antikoncepce	< 0,5	
antikoncepční náplasti	0,5	

Zdroj: Barták 2006

Příloha č. 7: Klasifikace kontraindikací nasazení určitého druhu antikoncepce

1.	A condition for which there is no restriction for the use of the contraceptive method.
2.	A condition where the advantages of using the method generally outweigh the theoretical or proven risks.
3.	A condition where the theoretical or proven risks usually outweigh the advantages of using the method.
4.	A condition which represents an unacceptable health risk if the contraceptive method is used.

CATEGORY	WITH CLINICAL JUDGEMENT	WITH LIMITED CLINICAL JUDGEMENT
1	Use method in any circumstances	<p style="text-align: center;">Yes (Use the method)</p>
2	Generally use the method	
3	Use of method not usually recommended unless other more appropriate methods are not available or not acceptable	<p style="text-align: center;">No (Do not use the method)</p>
4	Method not to be used	

Zdroj: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

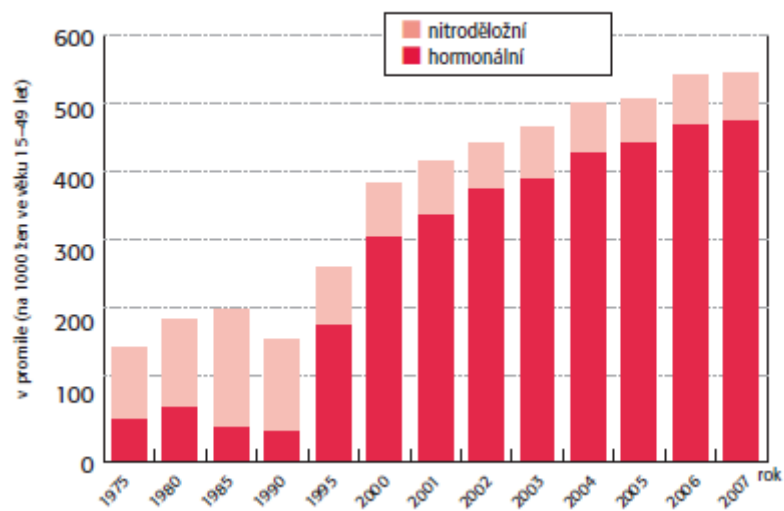
Příloha č. 8: Text Hippokratovy přísahy

Přisáhám a volám Apollóna lékaře a Asképie a Hygieu a Panakín a všechny bohy a bohyně za svědky, že budu tuto smlouvu a přísahu dle svých možností a dle svého svědomí dodržovat. Toho, kdo mě naučil umění lékařskému, budu si vážit, jako svých rodičů a budu ho ze svého zajištění podporovat. Když se dostane do nouze, dám mu ze svého, stejně jako i jeho potomkům dám a budou stejní jako moji bratři. Pokud znalosti tohoto umění (lékařského) zatouží, budu je vyučovat zdarma a bez smlouvy. Seznámím své syny a syny svého učitele a všechny ustanovené a na lékařský mrav přísahající s předpisy, přednáškami a se všemi ostatními radami. Jinak však s nimi neseznámím nikoho dalšího. Lékařské úkony budu konat v zájmu a ve prospěch nemocného, dle svých schopností a svého úsudku. Vystříhám se všeho, co by bylo ke škodě a co by nebylo správné. Nepodám nikomu smrtící prostředek, ani kdyby mne o to kdokoli požádal a nikomu také nebudu radit (jak zemřít). Žádné ženě nedám prostředek k potratu. Svůj život uchovám v čistotě a bohabojnosti, stejně tak i své lékařské umění. Nebudu (lidské tělo) řezat, ani ty, co trpí kameny, a tento zákrok přenechám mužům, kteří takovéto řemeslo provádějí. Do všech domů, kam vstoupím, budu vstupovat ve prospěch nemocného, zbaven každého vědomého bezpráví a každého zlého činu. Zvláště se vystříhám pohlavního zneužití žen i mužů, svobodných i otroků. Cokoli, co při léčbě i mimo svou praxi ve styku s lidmi uvidím a uslyším, co nesmí se sdělit, to zamlčím a uchovám v tajnosti. Když tuto přísahu dodržím a neporuším, nechť ve svém životě i ve svém umění skromně dopředu postoupím. Tak získám si vážnost všech lidí po všechny ty časy. Když ale zákazy přestoupím a přísahu poruším, nechť stane se pravý opak.

Zdroj: Pavlíček 2006

Příloha č. 9: Vývoj používání antikoncepce v ČR u žen ve fertilním věku, 1975–2007

Graf 4: Vývoj používání antikoncepce – ženy 15–49 let



Zdroj: ČSÚ 2008