

Monitoring mediálních výstupů

Urologové do Ostravy

Zdroj: Právo

Datum: 29.10.2012

Mutace: Právo - severní Morava a Slezsko

Přední čeští a evropští urologičtí odborníci se na přelomu října a listopadu sejdou v Ostravě. Ve dnech 31. října a 1. listopadu se zde koná výroční konference České urologické společnosti. Nejvýznamnějším bodem bude živý přenos dvou operací karcinomu prostaty. Do Ostravy se bude přenášet nejmodernější **roboticky** asistovaná **operace** z Ústí nad Labem a laparoskopická operace z Nového Jičína. Rakovina prostaty je totiž v posledních letech nejčastější typ mužského nádorového onemocnění s vysokou mírou úmrtnosti. Ročně přibývá 500 případů. Odborníci upozorňují, že při včasné diagnóze existuje vysoká šance na úplné vyléčení, pacient však ztrácí plodnost.

Monitoring mediálních výstupů

K hysterektomií přibýly další výkony

Zdroj: Zdravotnické noviny

Datum: 29.10.2012

Autor: Prof. MUDr. Radovan Pilka, Ph. D.

Robot "za všechny prachy", nebo naopak k nezaplacení? (1)

gynekologie

V roce 2005 schválil FDA (Food and Drug Administration) ve Spojených státech možnost využití systému **da Vinci** v gynekologii. Od té doby je tato technologie používána pro řešení řady gynekologických patologií s vývojem specifických **robotických operací**. Postupně byly provedeny robotická hysterektomie s adnexetomií nebo bez ní, myomektomie, tubální reanastomózy, pánevní i paraaortální lymfadenektomie a sakrokolpopexe. Všeobecná gynekologie

Hysterektomie je nejčastější gynekologickou operací a může být provedena z řady přístupů – vaginálně, laparoskopicky nebo abdominálně. Technologický pokrok v posledních dvou desetiletích, zahrnující vylepšení optiky, silnější zdroje světla a bezpečnější elektrochirurgické vybavení, vedl k rozšíření laparoskopicky asistovaných vaginálních, laparoskopických supracervikálních nebo totálních laparoskopických hysterektomií, které do značné míry nahradily hysterektomie abdominální. **Robotická chirurgie** je považována za další posun při provádění minimálně invazivní hysterektomie. V roce 1998 se objevila první publikace zaměřená na využití **robotické chirurgie** v gynekologii. Dnes je již v literatuře na toto téma publikována řada prací. V roce 2002 byla popsána jedna z prvních robotických hysterektomií. Další soubory pilotních robotických hysterektomií uvádějí srovnatelné výsledky jako u čistě laparoskopického přístupu. Nebyly nalezeny žádné rozdíly týkající se charakteristik pacientek a velikosti dělohy. Procento pooperačních konverzí na laparotomii bylo dvakrát vyšší ve skupině laparoskopicky operovaných žen (9 vs. 4 %). Průměrná krevní ztráta byla významně nižší v robotem operované skupině.

Reprodukční chirurgie

První práce týkající se využití systému Zeus při tubárních reanastomózách byla publikována v roce 2003. Schopnost endoskopicky řešit leiomyomy je jedním z největších přínosů minimálně invazivní chirurgie. Navzdory skutečnosti, že dvě prospektivní studie prokázaly nižší pooperační morbiditu a rychlejší rekonvalescenci u laparoskopických myomektomií, zůstává laparotomie nadále preferovaným přístupem. Laparoskopický přístup má zejména v rekonstrukční fázi děložní stěny po enukleaci myomu limity vyžadující u operátorů delší "learning curve". Zejména u žen se snahou o další graviditu je nutná pečlivá rekonstrukce stěny děložní, mnohdy se suturou ve více vrstvách. Reprodukční výsledky po laparotomických a laparoskopických myomektomiích jsou shodné, robotický přístup výrazně překračuje limity laparoskopické endosutury. Manipulační schopnosti robotických nástrojů umožňují optimální založení stehů i v místech obtížně dosažitelných laparoskopickými nástroji. Optimalizace sutury může znamenat i snížení počtu tzv. laparoskopicky asistovaných myomektomií s následnou rekonstrukcí děložní stěny z otevřeného přístupu z laparotomie. Na předběžné výsledky z roku 2004 navazuje srovnávací studie laparotomické a robotické myomektomie, publikovaná v roce 2007. Ačkoliv náklady a operační časy byly vyšší u **robotické chirurgie**, pacientky v této skupině měly nižší krevní ztráty a nevyžadovaly transfuze. Procento komplikací bylo vyšší ve skupině laparotomovaných žen.

Urogynekologie

S prodlužující se průměrnou délkou dožití se bude zvyšovat procento výskytu onemocnění spojených se stárnutím, jakým je například vaginální prolaps. Abdominální sakrokolpopexe má vynikající dlouhodobé výsledky (90–93 %), ale je spojena s laparotomickou jizvou. Metody vaginální rekonstrukční chirurgie (sakrospinální fixace, suspenze na sakrouterinní vazy, použití syntetických implantátů) jsou možnou alternativou, ale mají odlišnou účinnost a jsou spojeny s různou mírou komplikací (25–29 %). Abdominální sakrokolpopexe má lepší

Monitoring mediálních výstupů

výsledky než vaginální sakrospinální fixace s ohledem na míru recidiv a dyspareunií. Vaginální sakrospinální fixace byla naopak spojena s kratším operačním časem, nižšími náklady a časnějším návratem ke každodenním aktivitám. Laparoskopická sakrokolpopexie je možnou alternativou, která je však technicky obtížná a klade vysoké nároky na zručnost operátora při disekci presakrálního prostoru a rektovaginálního septa, umístění sítky, šití a uzlení. Částečně i z těchto důvodů, přestože je dostupná již více než patnáct let, nedošla většího rozšíření. Dosud publikované nevelké soubory ukazují, že laparoskopická sakrokolpopexie je spojena s nižší krevní ztrátou a kratší dobou hospitalizace, ale delšími **operačními** časy. Technika **robotické** sakrokolpopexie byla vyvinuta v posledních několika letech. Robotické sakrokolpopexie dosahují stejných zlepšení jako abdominální sakrokolpopexie, mají nižší krevní ztrátu a kratší dobu hospitalizace. Autoři vyzdvihují výhody **robotické chirurgie** při preparaci presakrálního prostoru, umístění sítky a intrakorporálním šití. Robotická sakrokolpopexie patří dnes v zahraničí mezi nejčastější robotické výkony v gynekologii.

Onkogynekologie

Velmi přirozeně pronikla **robotická chirurgie** do oblasti onkogynekologie. Současně v Evropě i v USA byly publikovány studie proveditelnosti. Již první práce z této oblasti jasně demonstrovaly výbornou aplikovatelnost robotické asistence u laparoskopické chirurgie gynekologických karcinomů bez nárůstu procenta komplikací nebo zhoršení chirurgické techniky. Při průměrném 10měsíčním "follow-up" nebyly zaznamenány žádné port-site metastázy a/nebo recidivy. Komparativní studie tří přístupů (laparotomie, laparoskopie, robot) nezjistily významné rozdíly týkající se charakteristik souborů, avšak udávají u roboticky operovaných pacientek signifikantně nižší krevní ztráty, kratší operační časy a vyšší počty získaných lymfatických uzlin. Zásadní bude samozřejmě vyhodnocení přežívání u roboticky operovaných pacientek.

Výhody v gynekologii

Kromě méně rozsáhlého krvácení a minimální invazivity je výhodou i malá velikost jizviček, zejména u pacientek obézních. Jizvy po velké laparotomii se nejen hojí dlouho a komplikovaně, mnohdy s nutností sutury, ale často bývá důsledkem i kýla, kterou je nutno řešit další operací. Přitom velmi často jsou pacientky s karcinomem endometria obézní, mnohdy s diabetem, který také znesnadňuje hojení ran.

Tyto výhody má i laparoskopie, problém je ovšem v tom, že po dvaceti letech, kdy máme přístup k tomuto cenově dostupnému a výhodnému chirurgickému přístupu, je využíván pouze u 15-20 % gynekologických operací pacientek se zhoubnými nádory dělohy a děložního hrdla. Je to tím, že výcvik pro laparoskopii je velice zdoluhavý – trvá až 10 let než operátor získá potřebnou zkušenost, aby mohl zvládat těžké a komplikované zákroky. Naproti tomu u **roboticky** asistované **operace** je osvojení chirurgické techniky mnohem snazší a rychlejší. A pokud jsou roboty všude tam, kde mají být, tj. v **robotických centrech**, mohou být tyto pacientky až v 70–90 % operovány touto miniinvazivní technologií se všemi popsány výhodami.

Úhrady výkonů

Zjednodušeně lze říci, že v gynekologii se dá prakticky jakákoli **operace** udělat **robotem**. Taková je praxe ve státech, kde jsou pojišťovny ochotny platit za operativu provedenou robotem.

V ČR je situace taková, že v našem centru v Olomouci jsou z celého spektra gynekologických operací pojišťovny ochotny hradit jen **robotické operace** karcinomu hrdla a těla děložního. Podle kritérií cost/benefit je robotický zákrok skutečně nejlepší a nejvyváženější u operací karcinomu hrdla a těla děložního, které jsou dlouhé, radikální a rozsáhlé a kde přínos robotického systému je obrovský a ospravedlňuje jeho užití při těchto indikacích.

U nás **robotická** onkogynekologická **operace** stojí cca 130 000 Kč, ale bývá často srovnávána s otevřenou nebo laparoskopickou operací, která podle sazebníku stojí 10 či 20 tisíc Kč. To je přinejmenším nepřesné, protože tyto diagnózy jsou v rámci DRG hrazeny ve výši cca 85 tisíc Kč a to už je částka, která není tolik odlišná. A pokud by se podařilo zlevnit **robotické operace** například tím, že by bylo u nás více robotických systémů, které by spotřebovávaly více robotických nástrojů. Tím by se rozšířil trh a snížily ceny, což nastalo ve všech zemích,

Monitoring mediálních výstupů

kde mají systémů více než v ČR. Tak bychom se dostali například na cenu kolem 100 tisíc Kč za **robotickou operaci**, která je již s otevřenou a laparoskopickou **operací** srovnatelná.

Závěr

Robotická chirurgie prodělala v poslední dekádě ohromující rozvoj v řadě oblastí včetně gynekologie. Je velmi pravděpodobné, že bude následovat další vylepšování této technologie a po stránce medicínské dojde k jejímu zdokonalování tím, jak bude využívána rostoucím počtem operatérů. Do budoucna se dá očekávat návrat k telechirurgii, postupnému zmenšování konzoly a samotného robota, dále inkorporace robotického systému přímo do operačního sálu nebo zavádění nástrojů na více než deset použití. Již nyní jsou vyvíjeny peroperační PET/CT sondy, multifunkční obrazovky s informacemi z komplementárních diagnostických metodik (UZ, MRI/CT) a současně se pracuje na nových konkurenčních robotických systémech.

Monitoring mediálních výstupů

Koncepce už má zřetelné obrysy

Zdroj: Zdravotnické noviny

Datum: 29.10.2012

Autor: Prof. MUDr. Marek Babjuk, CSc.

Robot "za všechny prachy", nebo naopak k nezaplacení? (1)

urologie

Ve vyspělých zemích si roboticky asistovaná operativa našla v urologii nezastupitelné místo. V ČR je tento trend následován, avšak do současné chvíle velmi nekonceptně. Jsme svědky snahy vydělovat robotickou operativu jako zvláštní obor místo přirozené integrace do koncepce urologické, potažmo onkologické péče.

Výbor České urologické společnosti ČLS JEP (ČUS) jednoznačně podporuje další rozvoj roboticky asistované operativy. Současně však zdůrazňuje nutnost vytvoření jasné a reálné koncepce, která přinese racionální využití technologie, maximální profit pacientům i další zlepšení kvality operativy v ČR.

Podstatou koncepce by měla být definice pracoviště, na kterém budou robotické systémy instalovány, vymezení výkonů, které budou prováděny robotickou cestou, včetně jejich indikací, a vytvoření protokolů pro jednotlivé výkony, které umožní průběžné hodnocení dosažených výsledků a následně i cost-benefit analýzu.

Požadavky na pracoviště robotické urologie

Podle názoru výboru ČUS by pracoviště robotické urologie mělo splňovat následující požadavky: * Centrum akreditované akreditační komisí pro urologii při Ministerstvu zdravotnictví ČR jako pracoviště II. typu.

- Plnohodnotné urologické oddělení s minimálně 30 lůžky a se zabezpečením pooperační péče.

- Potenciální spádová oblast minimálně 300 tisíc obyvatel.

- Návaznost na konkrétní Komplexní onkologické centrum.

- Komplexní zabezpečení nutné k předoperační diagnostice, peroperační a pooperační péči, zajištění řešení komplikací.

- Počty prováděných výkonů: a) Pro nově vzniklá pracoviště: Pracoviště provedlo v uplynulých 3 letech každoročně více než 100 výkonů indikovaných potenciálně k **robotické chirurgii** (součet radikálních prostatektomií, pyeloplastik a poloviny resekcí ledvin); b) Výše uvedené výkony provádějí minimálně dva operatěři, takže je zaručena zastupitelnost; c) **Centrum robotické** operativy by mělo provést ročně 200–300 robotických výkonů.

- Publikační aktivita center – prezentace na národních urologických konferencích, publikace v recenzovaných periodikách.

Prováděné výkony a indikace

Výbor ČUS doporučuje rutinní provádění tří roboticky asistovaných výkonů v urologii ve stadiích vhodných k endoskopickému operačnímu řešení: radikální prostatektomie, resekcí ledviny pro nádor a pyeloplastiky. Tato volba odpovídá světovým trendům.

Radikální prostatektomie pro karcinom prostaty je v současné chvíli nejčastěji prováděným roboticky asistovaným výkonem vůbec. Bylo prokázáno, že roboticky asistovaný výkon přináší ve srovnání s jinými technikami pacientovi některé výhody (kratší doba hospitalizace, menší krevní ztráta apod.).

Potenciálně lze předpokládat rozšíření robotiky i na další výkony, jako je například radikální cystektomie.

Protokoly pro jednotlivé výkony

Pro každý výkon jsou vytvořeny protokoly jasně definující sledované parametry. Měly by umožnit zhodnocení krátkodobých i dlouhodobých výsledků jednotlivých typů výkonů, a to

Monitoring mediálních výstupů

jak z hlediska onkologického, tak z hlediska funkčního.

Předpokládaný počet výkonů v ČR

Na základě analýzy dat incidence karcinomu prostaty a nádorů ledvin ve stadiích vhodných k endoskopickému operačnímu řešení a na základě predikce pro nadcházející léta odhaduje výboru ČUS potenciál zhruba 3500 robotických urologických výkonů v ČR ročně.

Monitoring mediálních výstupů

Pojišťovny hradí vybrané indikace

Zdroj: Zdravotnické noviny

Datum: 29.10.2012

Robot "za všechny prachy", nebo naopak k nezaplacení? (1)

Z dat zdravotních pojišťoven nevyplývá statisticky významné zkrácení doby hospitalizace oproti použití například laparoskopických metod. Zdravotní pojišťovny nemají informaci o tom, zda je zkrácena doba pracovní neschopnosti, ani o tom, zda se pacient vrací dříve do běžného života. Uvádí to MUDr. Pavel Frňka, ředitel strategie České průmyslové zdravotní pojišťovny (ČPZP). "Z našeho pohledu nelze tyto často uváděné přínosy **robotické chirurgie** vyčíslit," dodává.

Robotická chirurgie by podle něj měla být používána v takových indikacích, u nichž přináší pacientovi především zvýšené bezpečí nebo přidanou hodnotu ve smyslu zlepšování jeho zdravotního stavu použitím jednoduššího výkonu. Proto by pro **robotickou chirurgii** měly být vypracovány standardy, které by definovaly indikace odůvodnitelné zdravotním stavem pacienta, v ostatních případech, kdy se jedná pouze o zvýšení komfortu pacienta, by to měl být zcela jednoznačně nadstandard. "**Robotickou chirurgii** nám poskytovatelé zdravotních služeb nabízejí v urologii, gynekologii a chirurgii. Například ČPZP individuálně posuzuje žádosti o provedení výkonů **robotické chirurgie** a dosud nejfrekventovanějším výkonem byla prostatektomie," dodává P. Frňka.

"Odborným lékařským společenstvem se zatím nepodařilo

prosadit, aby byly **robotické operace** zařazeny do seznamu výkonů, které jsou zdravotní pojišťovny povinny hradit. V současné době tedy každý případ **robotické operace** posuzujeme individuálně v rámci pilotních programů," uvádí mluvčí Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra ČR Mgr. Hana Kadečková.

Pojišťovna v letošním roce hradí za **robotickou operaci** ekvivalent ceny příslušného laparoskopického výkonu včetně materiálu, zvýšený o cenu robotických nástrojů, tedy podle typu výkonu 80–100 000 Kč. "Je však nutné dodat, že celková úhrada za tuto péči bývá v kalendářním roce smluvně zastropována," dodává H. Kadečková.

Asistent ředitele Revírní bratrské pokladny Jan Vomlela na otázky ZN odpověděl: "K této problematice sdělilo ministerstvo zdravotnictví svůj názor dopisem z 15. prosince 2011.

Podle něj je **robotická chirurgie** v oblasti výkonů, jejichž efektivita v řadě indikací není jednoznačně prokázána. Ve vazbě na provedený průzkum odborných názorů lze za evidence based považovat výkony v prostoru malé pánve (u onkologických pacientů s indikacemi k radikální prostatektomii nebo hysterektomii, resp. nízké amputaci rekta). Ministerstvo přitom preferuje, aby úhrady byly realizovány pouze v nemocnicích, které mají dostatečné zkušenosti v onkochirurgii. Naopak nesouhlasí s úhradami **robotické chirurgie** z jiných indikací, protože odčerpávají zdroje systému. Úhradu vyšší než za standardně prováděné operace by ministerstvo považovalo za neodpovědné hospodaření s prostředky veřejného zdravotního pojištění. Uvedený názor ministerstva zdravotnictví považuje Revírní bratrská pokladna pro svou činnost za velmi závažný a v zásadě se jím řídí." Podle sdělení předsedy České **společnosti robotické chirurgie** ČLS JEP doc. MUDr. Vladimíra Študenta, Ph. D., ještě na základě samostatných smluvních dodatků hradí výkony **robotické chirurgie** Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (pro 2. pololetí 2012) a Vojenská zdravotní pojišťovna ČR (avšak pouze Ústřední vojenské nemocnici-Vojenské fakultní nemocnici Praha).

Problematika roboticky asistovaných chirurgických výkonů je velmi široká, redakce tudíž oslovila řadu dalších zainteresovaných subjektů včetně ministerstva zdravotnictví, Všeobecné zdravotní pojišťovny nebo odborných společností. Jejich vyjádření, včetně komentářů k výsledkům posledního jednání pracovní skupiny k seznamu výkonů i informací o možnostech hodnocení Health Technology Assessment, přineseme za 14 dnů v ZN 46/2012.

Monitoring mediálních výstupů

Potenciál robotických systémů není využit

Zdroj: Zdravotnické noviny

Datum: 29.10.2012

Autor: Prof. MUDr. Miroslav Ryska, CSc.

Robot "za všechny prachy", nebo naopak k nezaplacení? (1)

abdominální **chirurgie**

Problém **robotické chirurgie** je velmi názornou ukázkou toho, co se v českém zdravotnictví, a nejen ve zdravotnictví, dnes děje. Nekompetentním přístupem, bez koncepce a zvážení všech souvislostí se vytvoří problém, který je pak nutné dlouze, draze a složitě řešit.

V roce 2005 se při příležitosti XV. světového kongresu společnosti IASGO (International Association of Surgeons, Gastroenterologists and Oncologists) podařilo do Prahy pozvat profesora R. Satavu, jednoho z konstruktérů systému **da Vinci**. Ve své přednášce upozorňoval na výhody a nevýhody robotické asistence a nabádal k racionálnímu přístupu při jejím zavádění do klinické praxe.

V té době výbor České chirurgické společnosti (ČCHS) zvažoval, jak tuto novou technologii u nás racionálně využít. Při jednáních s ředitelem Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR MUDr. Pavlem Horákem, CSc., MBA, navrhoval vytvořit v ČR 3 centra, která by nejprve v pilotních projektech provedla určitý počet různých typů abdominálních **robotických operací** a pak zhodnotila jejich výsledky. A to jak z hlediska přínosu pro pacienta, tak z hlediska možností pracoviště, které je bude provádět. A také z hlediska efektivity a nákladů. Na základě těchto podkladů pak výbor ČCHS doporučoval přistoupit k vytvoření koncepce **robotické chirurgie** v České republice.

Nic takového se však neuskutečnilo. Jednotlivá pracoviště si začala pořizovat **operační robotické** systémy **da Vinci** živelně. Celkem tak bylo poměrně rychle v České republice instalováno 9 robotických systémů a nyní stojíme před problémem, jak **robotické operace** z prostředků veřejného zdravotního pojištění ufinancovat. Robotické výkony doposud nebyly zahrnuty do seznamu zdravotních výkonů a jejich proplácení je zcela na libovůli plátců zdravotní péče.

Posouzení přínosu robotické asistence

Připomeňme si, co **robotická chirurgie** v současné době představuje. Jde o operování s pomocí přístroje **da Vinci**, což je sofistikovaný manipulátor zjednodušující laparoskopické operování v dutině břišní. Nejlépe v situaci, kdy není třeba často měnit polohu operačního stolu a operační pole. Trojrozměrné vidění, výborná pohyblivost operační části nástrojů (mechanické zápěstí) a uvolněná poloha sedícího chirurga za operační konzolí jsou jednoznačnými benefity. Mimo jiné vedou i k tomu, co se běžně neuvádí a nač se zapomíná, že i méně zručný chirurg může pomocí **da Vinci** dosáhnout výsledků rovnajících se výsledkům velmi šikovného laparoskopického chirurga s dlouholetou praxí. Navíc tzv. "learning curve", tedy doba zaškolení, je u **da Vinci** srovnatelně velmi krátká. Řada všeobecně uváděných a opakovaných výhod, jako jsou menší ztráta krve, kratší doba hospitalizace, kratší rekonvalescence atd., vycházejí často ze srovnání s klasickou otevřenou operativou a nikoliv s laparoskopickými výkony a jejich výsledky. Jsou tedy spíše marketingovým tahem než statisticky podloženým důkazem.

Nelze také nepoznamenat, že robotickou asistenci nelze v současné době považovat za revoluci v abdominální chirurgii. Tu odstartovala začátkem devadesátých let laparoskopická cholecystektomie, která široce otevřela laparoskopické operativě dveře do klinické praxe. Stala se doslova za "několik měsíců" zlatým standardem léčby symptomatické cholelitiázy a táhla za sebou další abdominální (a posléze i mimoabdominální) indikace. Aplikace robotické asistence se mohla rozvinout jen díky této již dobře známé a prošlapané cestě.

Statistické práce ukazují, že robot **da Vinci** je v abdominální operativě použitelný a bezpečný. Nicméně nebyl prokázán kvalitativní přínos pro pacienta ve srovnání s manuálním laparoskopickým přístupem v rámci studií evidence-based medicine (EBM). Nicméně robot má oproti manuálnímu laparoskopickému výkonu výhodu lepší vizualizace a pohyblivosti nástrojů tam, kde se laparoskopicky manuálně dostáváme obtížněji či těžkopádně. Chirurg nemusí setrvávat v nevhodných po dlouhou dobu držených pozicích, které mu ničí páteř a

Monitoring mediálních výstupů

ruce. Z toho plyne, že je výhodný pro výkony v malé pávni a v epigastriu (hiátus, játra, pankreas).

Výbor ČCHS navrhuje využívat robotické asistence a hradit ji z veřejného zdravotního pojištění u těch abdominálních operačních výkonů, u kterých může profitovat především pacient, a sice u nízké resekce rekta, resekce pankreatu a jater. A to z indikace maligního postižení. Podmínkou je rozhodnutí multidisciplinárního týmu a stanovení výhody miniinvazivního přístupu.

Ekonomické otázky

Robotické operace se staly vděčným tématem diskusí a mnohdy až mediálně uváděným jedním z důvodů současné krize financování našeho zdravotnictví. V roce 2009 **operace s robotickou** asistencí představovaly úhradu cca 130 mil. Kč z celkové sumy výdajů na zdravotní péči přesahující 250 mld. Kč, tedy 0,0005 %. Čísla budou přibližná a nejsem ekonom. Pokud jsme v uvedeném roce předkládali návrh na uplatnění robotické asistence v abdominální onkochirurgii (včetně radikálních prostatektomií a hysterektomií), hovořili jsme o 400 mil. Kč, resp. 0,0016 % výdajů na zdravotní péči. Těmito v žádném případě nechci výdaje bagatelizovat. Ani jimi nechci nahradit obtížnou prokazatelnost přínosu robotické asistence ve srovnání s manuální laparoskopií v rámci probíhajících studií na úrovni EBM. Odpovídající laparoskopický výkon je cca o 30 až 50 tisíc korun levnější. Chápu obavy zdravotních pojišťoven (ZP) přiřadit těmto operacím kódy a začít je standardně a bez jakékoliv regulace proplácet. Srovnáme-li však náklady spojené s robotickou asistencí u onkochirurgických operací, nelze se ubránit srovnání se současnými celkovými náklady v komplexní péči o onkologické nemocné. Radikální chirurgická léčba je u solidních nádorů efektivní a nejméně nákladná ve srovnání se současnou moderní systémovou léčbou. Pokud ji srovnáme s biochemoterapií – a nikterak její význam nesnižuji –, chirurgický výkon představuje zlomek nákladů léčby. Zefektivnit náklady u těchto pacientů není složité, ale vyžaduje to racionální postup se znalostí konkrétních dat. Těch máme dostatek. Mají je i ZP. Není důvodu, proč by je neměly začít využívat.

Personalizace léčby u onkologických nemocných

Personalizace léčby u každého onkochirurgického nemocného představuje šanci na nejlepší výsledek při optimalizaci nákladů. Tento přístup se pochopitelně musí týkat i použití robotické asistence. V současné době dochází při upřesnění podmínek indikace pro maligní onemocnění, rozhodnutí multidisciplinárního týmu a preferenci miniinvazivního přístupu k souhlasu ze strany ZP a tyto výkony by se měly záhy objevit v seznamu zdravotních výkonů. Tím doháníme oněch výše zmíněných 6 let. Samozřejmě při vědomí, že teprve praxe ukáže, nakolik se tímto opatřením současná situace změní, nakolik se v dalším průběhu zmodifikuje.

Potenciál robotického systému **da Vinci** je daleko vyšší, než je jeho současné využití. Týká se to především možnosti fúze sofistikovaných intraoperačních zobrazení s vlastní operací, možnosti nácviku konkrétní operace u konkrétního pacienta "na nečisto" před vlastním výkonem a tím výrazného zvýšení bezpečnosti plánovaného výkonu. Nezrušme si u nás možnost zvládnout technologii sofistikovaného manipulátora s tak velkým předpokladem budoucího potenciálu, který může opravdu znamenat revoluci v chirurgii. Byť za to i něco málo nyní doplatíme.

Monitoring mediálních výstupů

Pro cévní chirurgii je robotika výhodná

Zdroj: Zdravotnické noviny

Datum: 29.10.2012

Autor: Doc. MUDr. Petr Štádler, Ph. D.

Robot "za všechny prachy", nebo naopak k nezaplacení? (1)

kardiovaskulární program

V cévní **robotické chirurgii** je ve srovnání s klasickou laparoskopii zcela zásadní větší rychlost našití cévní anastomózy a z toho vyplývající významně kratší doba, po kterou je nutné naložit svorky na příslušnou tepnu. Tyto časové intervaly jsou stejné nebo dokonce i kratší ve srovnání s klasickou chirurgií. Významně delší doba cévní svorky a obtížnost šití cévní anastomózy byly asi základní příčinou, proč se laparoskopie nerozvinula v kardiovaskulární chirurgii stejně jako v ostatních chirurgických oborech. Robotika toto negativum zcela odbourala a otevřela **miniinvazivní chirurgii** i pro kardiovaskulární program.

V oblasti vaskulární **chirurgie** provádíme **robotické** zákroky v oblasti břišní aorty a pánevních tepen, kdy se jedná o přemostující operace (bypassy) z důvodu aterosklerotického obliterujícího postižení nebo nahrazujeme příslušné tepny v případě výskytu výdutě v těchto lokalizacích. K dalším indikacím patří tromboendarterektomie v aortoiliacké oblasti, některé výdutě viscerálních tepen aorty (např. slezinné tepny), rekonstrukce renálních tepen, ošetřování "endoleaků" po implantacích stentgraftů nebo některé hybridní operace, kdy jsme např. kombinovali robotickou rekonstrukci renální tepny s implantací hrudního stentgraftu nebo dokážeme kombinovat robotický zákrok na aortě s **robotickou operací** kýly.

K běžným uváděným nevýhodám bývá nejčastěji uváděna cena **robotické operace**, ale tato informace je velice zavádějící a např. v USA je již publikována řada prací, které ukazují, že robotika dokonce snižuje celkové náklady na léčbu. Vzhledem k tomu, že jsme si vědomi, že ekonomické srovnání v USA a v naší zemi je zavádějící, provedli jsme po dohodě s Ministerstvem zdravotnictví ČR vlastní retrospektivní studii, kde jsme překvapivě dokázali, že i v našich podmínkách je robotická cévní operativa v konečném součtu výhodnější než klasická otevřená operace, a to jsme nezapočítávali významně kratší pracovní neschopnost.

Monitoring mediálních výstupů

Robotická chirurgie čeká na shodu odborníků, ministerstva a plátců

Zdroj: Zdravotnické noviny

Datum: 29.10.2012

Autor: Doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph. D.

První operační systém **da Vinci** v ČR byl instalován v srpnu 2005 v pražské Nemocnici Na Homolce a už koncem října téhož roku na něm byl proveden první robotický chirurgický výkon. K datu 15. října 2012 má osm **center robotické chirurgie** (CRCH) na kontě 6481 operací.

K Nemocnici Na Homolce postupně přibýly Ústřední vojenská nemocnice v Praze – ÚVN (říjen 2005), FN u sv. Anny v Brně (březen 2006), druhý systém Na Homolce, využívaný pro kardiochirurgii (březen 2007), Nemocnice sv. Zdislavy Mostiště (duben 2007), Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem (červenec 2008), FN Olomouc (srpen 2009) a Nemocnice Nový Jičín (září 2009). K 15. říjnu 2012 realizovala nejvíce výkonů nemocnice v Mostišti (1471), následovaná ÚVN (1419) a Masarykovou nemocnicí (1016).

Počet CRCH v České republice je na úrovni nižší nebo srovnatelné s evropskými zeměmi s podobným počtem obyvatel. Kromě států uvedených v tabulce 1 má Rakousko (8,4 mil. obyvatel) nainstalováno 6 robotických systémů, Dánsko (5,5 mil.) 11 systémů a Nizozemsko (16,7 mil.) 18 systémů.

Robotické systémy se využívají v řadě chirurgických oborů – všeobecné chirurgii, urologii, gynekologii, cévní chirurgii, kardiochirurgii a ORL. To umožňuje kontinuální využití systémů v průběhu celého pracovního týdne. Kromě toho díky kratší době zácvičení lékařů umožňuje jednodušší rozšíření a dostupnost výkonů pro stále větší počet pacientů. Celkovým výsledkem robotického zákroku je pro pacienta lepší hojení a kratší rekonvalescence, tudíž také rychlejší návrat k aktivitám běžného života. To má svůj ekonomický ekvivalent ve zkrácení doby pracovní neschopnosti.

Co se týče dosavadního počtu výkonů, na prvním místě je suverénně urologie, následovaná všeobecnou chirurgií a gynekologií (tab. 2). Pokud jde o urologii, nejčastějším zákrokem je radikální prostatektomie z onkologické indikace (846 výkonů v roce 2010, 877 v roce 2011 a 783 v roce 2012), dále se pak jedná o parciální nefrektomii (51, 56, 13) a pyeloplastiku (36, 34, 7).

Jednotlivé odborné společnosti – Česká urologická společnost ČLS JEP, Česká gynekologická a porodnická společnost ČLS JEP, Česká chirurgická společnost ČLS JEP a další – připravují návrhy koncepce **roboticky asistované chirurgie**, prezentace jednotlivých návrhů a diskuse nad nimi proběhla na celostátní konferenci České **společnosti robotické chirurgie** ČLS JEP za přítomnosti zástupců ministerstva zdravotnictví a zdravotních pojišťoven.

Robotická chirurgie čeká na shodu...

Robotické výkony hradí některé zdravotní pojišťovny v rámci samostatných smluvních dodatků. Pro pojištěnce Všeobecné zdravotní pojišťovny jsou pro rok 2012 dohodnuty tyto úhrady: * radikální prostatektomie – balíčková cena 136 000 Kč, maximální cena zvlášť účtovaného materiálu (ZUM) 93 948 Kč; * nízká přední resekce rekta – balíčková cena 159 000 Kč, max. cena ZUM 69 538 Kč; * radikální hysterektomie pro malignitu – balíčková cena 140 000 Kč, max. cena ZUM 77 062 Kč.

Problémem **roboticky asistované chirurgie** je limitovaný rozpočet nastavený podle roku 2010 a každý další rok snižovaný, přestože objektivně přibývá nemocných s maligními diagnózami. Chybí shoda plátců, pojištěnci malých pojišťoven mají k robotice omezený přístup. Žádoucí by byla rovněž jednotná koncepce – vhodné indikace a začlenění metody do širšího kontextu komplexní onkologické péče. Měly by být stanoveny podmínky vzniku nových pracovišť. Jedná se ovšem nejen o nákup nového drahého přístroje, ale také o nutnost úhrady výkonů zdravotními pojišťovnami tak, aby každé centrum provedlo ročně 300–400 výkonů. Jen tak je investice rentabilní. K podobným závěrům došli i zahraniční studie, které hodnotily zdravotní i ekonomický přínos **robotické chirurgie**.

Tab. 1 – Počet robotických systémů v některých evropských zemích
Země Belgie ČR Švédsko Švýcarsko

Monitoring mediálních výstupů

Počet 10,5 10,5 9,3 7,9
obyv. mil. mil. mil. mil.
2008 22 7 12 12
2009 23 9 12 13
2010 25 9 13 15
2011 25 8 14 17
2012 25 8 15 18

Tab. 2 Počty roboticky asistovaných výkonů v ČR podle specializací k 15. 10. 2012

Rok 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 Celkem

Chirurgie 11 157 146 147 146 152 136 108 1003

Urologie 6 142 306 517 799 959 980 810 4519

Gynekologie 5 49 49 25 53 128 109 110 528

Cévní chirurgie 6 54 52 36 43 53 49 28 321

Kardiochirurgie 36 10 11 11 9 0 77

ORL 3 8 11 9 2 33

Celkem 28 402 589 738 1060 1314 1292 1058 6481

Monitoring mediálních výstupů

Ústecká nemocnice bojuje ?o peníze na operace

Zdroj: denik.cz

Datum: 27.10.2012

Odkaz: <http://www.denik.cz/ustecky-kraj/nemocnice-bojuje-o-penize-na-operace-20121027-r5si.html>

Ústí nad Labem – Pacienti zatím nemají jistotu, že Masarykova nemocnice a další nemocnice, které patří pod Krajskou zdravotní, budou moci v příštím roce provádět operace jako doposud. Největší zdravotnické zařízení v regionu totiž nemá uzavřené smlouvy na příští rok. Kdy budou, nikdo netuší.

Pojišťovny již nějakou dobu avizují, že v systému zdravotního pojištění je nedostatek peněz.

Kolik bude mít nemocnice k dispozici peněz, její vedení neví. "Jednání se zdravotními pojišťovnami se teprve rozebíhají. Bližší informace nejsou k dispozici," řekl Deníku mluvčí Krajské zdravotní Jiří Vondra.

Situace mezi pojišťovnami a českými nemocnicemi je v posledních dnech napjatá. Krizový štáb nemocnic, odborů a pacientů nemocnicím doporučil, aby s pojišťovnami neuzavíraly krátkodobé smlouvy.

"My doporučujeme všem nemocnicím, aby neuzavíraly smlouvy krátkodobé, jen smlouvy standardní na pět let. Domníváme se, že nemá smysl smlouva na půl roku nebo rok, protože nemocnice nebudou mít stejně jistotu další existence," řekl mluvčí krizového štábu předseda Národní rady osob se zdravotním postižením Václav Krása.

Odborníci se přitom obávají, že na začátku roku může být ohrožena zdravotní péče. "Občané jsou vystaveni bezprecedentnímu nebezpečí, protože ani dva měsíce před koncem roku není zajištěno poskytování péče v nemocnicích od ledna 2013," řekl Krása. Podle místopředsedy Asociace českých a moravských nemocnic Petra Fialy zatím nikdy v historii českého zdravotnictví nenastala situace, že by všechny nemocnice byly beze smluv. Pojišťovny slíbily dát do konce října seznam nemocnic, kterým dají smlouvu na pět let. Ostatním ji dají na půl roku až rok a budou jednat o nových podmínkách.

Již nyní se omezení peněz pro nemocnice projevuje. Například na počtu operací, které jsou ústečtí lékaři schopni provést pomocí robota. "Mohli bychom jich dělat mnohem více," tvrdí primář **Centra robotické chirurgie** Jan Schraml.

Doplatili na to i zdravotníci, kteří letos doufali v ministrem Hegerem slíbené zvýšení platů. KZ to neudělala, protože na to nedostala v pojištění dostatek prostředků.

O kolik jde peněz?

Obrat Krajské zdravotní, kterou tvoří 5 nemocnic včetně největší ústecké Masarykovy nemocnice, se pohybuje kolem 6 miliard korun ročně. Zásadní podíl na něm mají platby od zdravotních pojišťoven. Těm ale v rozpočtech chybí několik miliard korun a hledají proto cesty, jak by je mohly ušetřit.

Monitoring mediálních výstupů

Robot provedl první operaci srdce v Británii

Zdroj: Právo

Datum: 25.10.2012

Mutace: Právo - jižní Morava - Vysočina

První **robotickou operaci** otevřeného srdce v Británii provedli chirurgové z nemocnice New Cross Hospital ve Wolverhamptonu. Při **operaci** použili **robot Da Vinci**, dálkově řízený lékaři, kteří nahlíželi do srdce. Operaci podstoupila Natalie Jonesová (22). "Znamená to méně bolesti pro pacienta, který se může daleko dříve vrátit domů k normálním aktivitám," řekl chirurg Stephen Billing. Robotická ramena totiž dokážou proniknout mezi žebry, takže rána v těle je mnohem menší.

Předtím už na kontinentu provedly podobné operace lékařské týmy ve Švédsku a Finsku.