

Zápis z jednání Mezioborové a meziresortní pracovní skupiny pro koncepční řešení problematiky Alzheimerovy nemoci a obdobných onemocnění (PS PAN)

Číslo jednání: IX. (jednání proběhlo prezenčně, byla možnost i online spojení)

Datum: 23. 3. 2026

Zápis vyhotovila: Markéta Švejdová Jandová

Přítomní členové PS PAN a delegovaní zástupci:

(bez uvedených akademických titulů)

Gustav Ondráček
Zuzana Žáčková
Věra Ryšavá
Renata Svobodová
Ladislav Hadravský
Markéta Švejdová Jandová

Online členové PS PAN a delegovaní zástupci:

Libor Ustohal
Hana Vaňková
Hana Georgi
Astrid Matějková
Markéta Brabcová
Hana Horáková
Marta Faiereislová
Dana Hrnčiariková
Iveta Leischová
Michal Kurečka
Petr Hanuš
Vladimíra Čihařová
Jitka Soukupová

Přítomní hosté:

Veronika Frühbauer

Hosté online:

Lenka Laiblová
Hana Broulíková
Zuzana Šnajdrová
Šárka Kovandová

Průběh jednání:

1. Úvod

M. Švejsová:

- Prezentovala předem zasláný návrh programu dnešního jednání, nebyly k němu vzneseny žádné námitky ani doplnění.
- Informovala o rezignaci členů PS PAN M. Kučery, D. Hamerníkové a Z. Salcman Kučerové a o nové nominaci za MŠMT (Mgr. Renata Svobodová) a za SZP (MUDr. Ladislav Hadravský).
- Vyzvala skupinu ke zvolení místopředsedy PS PAN. K této funkci se přihlásil MUDr. Ustohal, proti této nominaci nebyla vznesena žádná námitka.
- Informovala o vývoji aktualizace NAPAN, zkonstatovala, že proběhla jednání ke strategickým cílům: Ochrana práv osob s demencí a epidemiologie a výzkum. Popsala, že je potřeba zkompletovat doporučení ke změnám ve strategických cílech doporučené postupy a síť služeb a vzdělávání. Vyzvala členy pracovní skupiny i hosty k participaci na aktualizaci NAPAN.
- Informovala o rozdílech v přístupech dementia friendly a dementia inclusive. Sdělila, že se s kolegy z Mzd snaží podporovat oba přístupy, domnívají se, že tyto přístupy se doplňují a provazují. Popsala, že pro komunikaci k širší laické veřejnosti zatím používají spíše pojem dementia friendly, ale zároveň se snaží pracovat i s přístupy dementia inclusive. Popsala, že přístup dementia friendly má jako jeden z cílů odstraňovat skrze osvětu v širší společnosti v regionech praktické bariéry a zároveň o tématu demence mluvit s úctou, s respektem a současně podnikat opatření pro zapojení nemocných samotných a neformálních pečujících do běžných aktivit v komunitě i do tvorby politik na regionální i národní úrovni.

V. Frühbauer (host, organizace Institut dementia):

- Připomněla cíle projektu: vytvořit srozumitelnou cestu k pomoci pečujícím a lidem s demencí, zlepšit systém podpory, vytvořit pro osoby s demencí bezpečnější a přátelštější prostředí a snažit se o to, aby nemocní mohli zůstat co nejdéle doma a ve své komunitě.
- Informovala o webových stránkách **demence.info**, které jsou již funkční. Popsala některé záložky na webu – např. interaktivní mapu zapojených regionů, kontaktních osob a center paměti. Dále uvedla konkrétní čísla: zapojeno 32 regionů. Z 10 regionů jsou zpracovaná data: v 10 městech se schází celkem 153 aktérů, celkem tedy 153 institucí a organizací, nejčastěji sociální služby a sociální odbory. Dále také zástupci nemocnic, praktických lékařů, lékařů specialistů, ale i policie a dalších organizací, knihoven, lékáren nebo školských zařízení. Ve 4 městech jsou podepsaná memoranda o spolupráci, která deklarují zájem města věnovat tématu demence pozornost, spolupracovat a vytvářet prostředí vstřícné k lidem s demencí.
- Informovala o průběhu konference: Společnost, která rozumí: Demence v dialogu profesí a zkušeností ([Společnost která rozumí 2026 - Dementia](#)).
- Informovala o navázané spolupráci s organizací Tichý svět [Tichý svět - nasloucháme neslyšícím](#), mají zájem o zapojení mezi centra paměti a pomoci s komunikací s lidmi se sluchovým postižením.
- Informovala o předem zasláném materiálu o informacích pro instituce/organizace/služby/školy apod., které chtějí veřejně deklarovat podporu dementia friendly přístupu a splnit podmínky pro veřejné označení dané organizace/ instituce/školy/ služby symbolem pomněnky. Jedná se o pilotní provoz a první označení pomněnkou očekáváme v druhé půli tohoto roku.
- Vyzvala členy PS PAN i přítomné hosty k připomínce, návrhům či doplněním.

Z. Šnajdrová otevřela téma odlehčovací služby a financování, popsala aktuální příklad klientky, kterou „pečující“ dcera posouvá po 6-ti měsících z jedné odlehčovací služby do druhé. Pobírá vyšší PnP (4. stupeň). Jak je to aktuálně? P. Hanuš doplnil, že v zákoně je omezení, maximální doba pobytu u jednoho poskytovatele je 180 dní. MUDr. Matějková poukázala na praxi, kdy dochází ke střídání poskytovatele.

M. Švejdrová doplnila informace k předem zaslánému manuálu pro spolupráci s praktickými lékaři – účelem je lepší propojení informací o sociální situaci pacienta směrem k praktickým lékařům případně dalším ambulantním specialistům v regionu v souvislosti s podezřením na kognitivní poruchu u pacienta. MUDr. Čihařová vznesla dotaz k pravidlům pro testování nezdravotníky. V. Frühbauer doplnila, že v rámci projektu dementia friendly společnosti probíhají čtyřhodinové webináře pro pracovníky center paměti, které vede prof. Bartoš.

M. Švejdrová zmínila dva podněty z řad odborné lékařské veřejnosti: Jedná se o výkony: 01026 Včasný záchyt demence v ordinaci PL, kde je nyní věkové omezení pro tento výkon 65-80. Někteří odborníci se domnívají, že především horní hranice by neměla být omezena. A dále výkon 01210 Test mentálních funkcí v ordinaci PL. Podrobnější vyšetření má lékař udělat ve chvíli, kdy provedení nejjednoduššího testu ukáže kognitivní deficit. Podnět z odborné lékařské veřejnosti směřoval k případům, kdy testování včasného záchytu je v pořádku, ale testující specialista má pochybnosti o kognitivních funkcích pacienta. A. Matějková doplnila, že se jedná o podněty MUDr. Bartoše. A. Matějková se domnívá, že kód 01210 je pro praktické lékaře dostatečný a je v pořádku. Reálný problém vidí u včasného záchytu demence. Připomněla onkologické screeningové programy, které minimálně z poloviny nejsou v horní hranici zastropované, takže např. na mamograf můžeme pacienty posílat klidně ve 110 letech, ale při testování kognitivních funkcí máme omezení 80 let, což je velmi nekonceptní. K druhému podnětu uvedla, že mají s prof. Bartošem shodu, že nastavení kódu 01210 je dostatečné, protože pokud se objeví pacient, u něhož má PL lékař podezření na kognitivní poruchu, ale v miniCogu se to neprojeví, PL může využít odstavec b). a podrobnější test jedenkrát za rok vykázat. M. Švejdrová doporučila, aby odborná lékařská společnost připravila návrh na změnu a zaslala na MZd. A. Matějková navrhla, aby tento bod byl zohledněn při aktualizaci NAPAN.

M. Švejdrová uvedla téma screeningu kognitivních poruch a požádala o názory, jak je screening ukotven. V. Frühbauer uvedla, že potřebuje informace předávat do regionů. A. Matějková reagovala, že praxe je různá, např. VoZP platí screening pro pacienty od 18 let, což je možná zbytečné. Musí být rozdíl mezi testováním lékařským a nelékařským. U lékaře je balík informací větší. Např. deliria nebo těžké deprese pacientů. Tam, kde lékař objeví testem deficit v kognitivních funkcích, musí pokračovat dál ve vyšetření a musí se řídit dalším schématem dovyšetření, napří i k vyloučení ovlivnitelné příčiny demence.

V. Frühbauer doplnila, že naprosto souhlasí a že pracovníci center paměti vždy odesílají klienta po absolvování testu, jehož výsledky naznačí kognitivní poruchu, k praktickému lékaři.

V. Žáčková zdůraznila, že se jí zdá oddálení dolní hranice screeningu u PL nešikovné, naopak se domnívá, že by bylo vhodné ji ještě snížit. A. Matějková reagovala názorem, že má ve své praxi PL 1600 pacientů a záchyt kognitivních poruch před 65 rokem je zcela výjimečný. Jednoduchým screeninem bohužel počínající poruchu neodhalíme. H. Horáková doplnila, že souhlasí, že důležité je rozlišení kontextu screeningu. Popsala zkušenost, že v mimolékařských kontextech chybí širší rámec interpretace výkonu. Např. se při výkonu, který odpovídá deficitu, nezohlední, že testovaný je nevyspalý, nebo na testování není dost klidu apod. Někdy to může klienta spíš vyděsit. Upozornila na dva odlišné pojmy: screening a diagnostika. Pokud u pacienta máme klinicky významné stížnosti a orientační screening je v normě, tak dnes víme, že ten pacient by měl být indikován na podrobnější diagnostické vyšetření. A to v současném nastavení chybí. V. Čihařová podpořila diferenciální diagnostiku a poukázala, že důležitý je účel testování.

M. Švejdrová informovala o jednáních ohledně biologické léčby Alzheimerovy nemoci na MZd. Neurologická společnost dotváří Stanovisko Sekce kognitivní neurologie České neurologické společnosti České lékařské společnosti J. E. Purkyně k organizaci Center pro biologickou léčbu Alzheimerovy nemoci (CBAN). Na první polovinu dubna 2026 je plánováno jednání k tomuto tématu. MUDr. Hadravský upozornil na nákladnost, poukázal na rozdíl mezi léčbou dostupnou a hrazenou, uvedl že na SUKL jsou v procesu dvě správná řízení. Léčba dle něj není vysoce inovativní, výrobce musí

splnit nákladovou efektivitu včetně všech nákladů na předvyšetření a magnetickou rezonanci. M. Švejdvová upřesnila, že nelze předjímat výsledky připravovaných jednání.

H. Vaňková doplnila, že biologická léčba může přidat několik let života. Existují i jiné varianty léčby, které oddalují u pacientů nástup disability. A jsou to nejen kognitiva, ale i funkční geriatrické hodnocení. H. Broulíková popsala, že s kolegy v Nizozemí nyní pracuje na modelování nákladové efektivnosti nové biologické léčby a opravdu se zdá, že léčba nyní není nákladově efektivní, nicméně se zdá, že je vhodné ve výzkumu pokračovat a určité skupině pacientů umožnit přístup k BL, abychom získali více dat, protože vlastně ta data jsou dosud velmi nejistá. V Nizozemsku autorita, která rozhoduje o tom, jestli to bude zpřístupněno ze základního zdravotního pojištění, rozhodla proti, ale i v Nizozemsku Alzheimer Nederland a ostatní aktéři lobují za to, aby léčba byla proplácena. Vznikají mezinárodní registry, abychom viděli, jak je léčba efektivní a potažmo nákladově efektivní a mohlo dál docházet k výzkumu. S kolegy z Masarykovy univerzity nyní adaptují model nákladové efektivnosti BL pro českou republiku.

L. Hadravský dodal, že ze zdravotního pojištění se hradí léčba, která je prokazatelně účinná a bezpečná. Hlavní agenturou u nás je Státní ústav pro kontrolu léčiv, rozhodnutí o úhradě není na zdravotních pojišťovnách.

H. Vaňková poukázala na důležitost dobré komunikace o biologické léčbě AN jako prevenci přetížení systému i zcela neindikovanými osobami.

M. Švejdvová opět otevřela otázku, zda za PS PAN je vhodné připravit vyjádření k testování.

Z. Šnajdrová by hlasovala pro společné vyjádření k testování.

Musí být jasné, že testování mimo lékařské ordinace je pouze hrubý screening. S tím souhlasí i H. Georgi.

A. Matějková doplnila, že vidí rozdíl mezi testováním v centru paměti a v lékárně a popsala, že s lékárnami má horší zkušenost v tom, že většinou odtamtud lidé s léčbou odejdou, ale bohužel s léčbou, která co se týče Alzheimerovy nemoci nebo obecně demencí, nemá absolutně žádný význam. Oproti tomu centra paměti většinou skutečně fungují tak, že pokud tam dojde ke zjištění nějakého kognitivního deficitu, tak ten pacient automaticky přichází k lékaři, stejně tak jsou pacienti odesíláni k lékaři i z center vážka.

M. Švejdvová poděkovala všem za účast, uvedla, že spolu se zápisem pošle návrhy na další termín jednání PS PAN, iniciuje jednání s tématem testování a ukončila jednání.