

VOX PEDIATRIAE



OSPDL ČLS JEP

časopis praktických lékařů pro děti a dorost

leden 2011 ■ číslo 1 ■ ročník 11



Očkování kojenců

Očkování proti pneumokokům

Nová doporučení v oblasti očkování

Kontraindikace očkování



Téma čísla:
OČKOVÁNÍ

Hero - Nutraderense

VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických lékařů pro děti a dorost

www.detskylekar.cz

Adresa redakce:

U Hranic 16, 100 00 Praha 10

Sekretariát:

tel.: 267 184 065, fax: 267 184 050

Redakce VOX:

tel.: 267 184 065

e-mail: centrum@detskylekar.cz

Inzerce:

Ing. Veronika Drahovzalová

U Hranic 16, 100 00 Praha 10

GSM: 605 281 665 – jen pro inzerenty

e-mail: veronika.drahovzalova@detskylekar.cz

Vydavatel:

**Sdružení praktických lékařů
pro děti a dorost ČR, o.s.**

Odborná garance:

**Odborná společnost praktických
dětských lékařů ČLS JEP**

Grafika, výroba, distribuce:

Vydavatelství MEDIX

(vox@imedix.cz; GSM: 777 281 866)

Redakční rada:

MUDr. Jiřina Dvořáková

MUDr. Jiří Liška, CSc.

MUDr. Pavel Neugebauer

MUDr. Olga Roškotová

Odpovědný redaktor:

Mgr. Zdeněk Brtnický

Jazykové korektury:

PhDr. Jana Kratochvílová

Časopis je určen převážně praktickým dětským lékařům.

Distribuce členům SPLDD ČR a OSPDL ČLS JEP zdarma.

Vychází 10× ročně, v nákladu 2200 výtisků.

Povoleno ministerstvem kultury pod číslem

MK ČR E 10971, ISSN 1213-2241.

Redakce nezodpovídá za obsah článků.

Reprodukce obsahu je povolena pouze
s písemným souhlasem redakce.

Nevyžádané podklady pro tisk se nevracejí.

Redakční rada VOX PEDIATRIAE nezodpovídá
za obsah inzercí a vložených tiskovin.



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
Koalice soukromých lékařů	5
„Děkujeme, odcházíme“	8



Informace OSPDL ČLS JEP	11
Evropský týden prevence již popáté upozorní na nebezpečí rakoviny děložního čípku	14
MUDr. Hana Cabrnachová Očkování kojenců od 1.11.2010	16
RNDr. Ruth Tachezy, Ph.D. Zdravotní pojišťovny se zaměřily na prevenci rakoviny děložního čípku	16
Česká pediatrická společnost ČLS JEP, Společnost infekčního lékařství ČLS JEP Očkování proti pneumokokům u dětí v ČR v roce 2010 - 2011	18
prof. MUDr. Roman Prymula, CSc., Ph.D. MUDr. Hana Cabrnachová Nová doporučení v oblasti očkování dětí	19
MUDr. Daniel Dražan Kontraindikace očkování	21
prim. MUDr. Václava Adámková Antibiotická terapie v ordinaci praktického lékaře	24
Ze světa odborné literatury	26



Aktuality	27
Řádková inzerce	33
Autodidaktický test	36

Středová příloha:

*Vyhláška 396/2010 Sb. o stanovení hodnot bodu, výše úhrad
zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění
a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené
z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2011*



NAKLADATELSTVÍ
UMÚN
s. r. o.

Nakladatelství UMÚN, s.r.o.

Nad Školou 1289, 463 11 Liberec, tel.: 485 161 712

e-mail: umun@umun.cz, www.umun.cz



Vážení,

tak již opět máme za sebou jedno z nejkrásnějších období v roce – čas vánoční. Snad se Vám podařilo trochu zpomalit pracovní tempo a vánoční svátky proběhly bez vážnějších zdravotních potíží u Vás i Vašich pacientů. Konec roku také znamenal čas bilancování uplynulých měsíců. Rok 2010 nebyl jednoduchým rokem. Pod hrozbou finanční krize se chvěla mnohá odvětví, zdravotnictví nevyjímaje. Je skoro zázrakem, že loňský rok zdravotní pojišťovny ustály a výrazněji se to na našich úhradách neprojevovalo. Nutno

dotat, že to bylo díky rezervám, které měly na svých účtech a které se vyčerpaly, takže letos již nebude z čeho brát. A náklady na provoz porostou – elektrina, materiál, služby... Tož se bude šetřit. Na pacientech? To přece nejde. Takže budeme hledat rezervy nejlépe ve zdravotnických zařízeních. Chápu, že se dá udělat menší počet zákroků a operací, provést méně ambulantních kontrol, snížit počet hospitalizovaných pacientů (neříkám, že to je dobře, ale sníží to náklady zdravotnického zařízení). Jak ale sníží náklady praktik pracujících v kapitaci? Tak to nevím. Když v pátek zavřu a nebudu ordinovat, v pondělí budu muset pracovat o to déle. Neušetřím nic. Takže šetřit budu na svém platě (sestřičce si na něj nedovolím sáhnout). Opět.

Pod hrozbou hospodářské krize proběhly během loňského roku i volby. Nejprve parlamentní, na podzim i komunální a senátní. Trochu se nám to barevně přemíchalo a celá politika mi připomíná rozsáhlý hematom. Bolí to, do procesu pod „kůži“ příliš nevidíme, hraje to všemi barvami, které se neustále mění a „lékaři na to nejsou“. Možná by to chtělo radikálně říznout, ale je otázka kam.

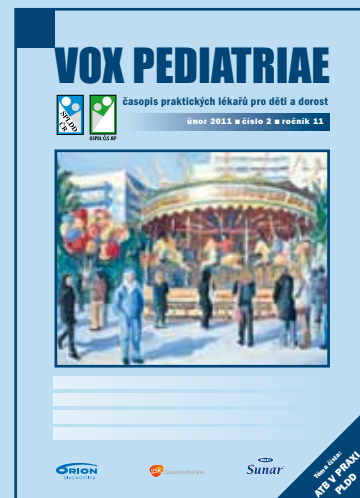
A zase máme nového ministra. Přiznávám se, že už mám problém zpětně vyjmenovat ty minulé, pamatuji si jen některé (někteří se ale zapomenout nedají, jméno můžete hádat...). Nový pan ministr je člověk s příjemným a klidným vystupováním, který zná velmi dobře problematiku nemocniční péče. O primární péči však zřejmě mnoho neví, možná spíše z doslechu, jak bylo zřejmé z jeho vystoupení na naší Celorepublikové konferenci. Jistě je, že má schopnost naslouchat a tvořit si vlastní názor. Doufejme, že problematiku pochopí dříve, než pod ním praskne jeho houpačící se židle. Zdá se, že nepomáhá ani jeho komunikace s ČLK. Jak to tak vypadá, tak spousta našich kolegů v nemocnicích poděkuje a odejde. Zatím netuším kam, možná to netuší ani oni. Samozřejmě jim držím palce, vyšší platy ve zdravotnictví jsou zcela jistě oprávněným požadavkem. Jen jsem bohužel nepochopila, jak to má pan ministr udělat. Sebrat peníze jinému resortu (nabízí se třeba obrana nebo doprava. A dá je kam? Do nemocnic? Bude dotovat každou nemocnici? A podle jakého klíče? Nebo je dá zdravotním pojišťovnám a ty zvýší paušál nemocnicím? Všem, i těm dobře hospodařícím, kde mají lékaři i ostatní personál lepší platy a neodcházejí? Také může změnit platové tabulky ve prospěch lékařů a zamnout si ruce. Co udělají ředitelé nemocnic se chvíli starat nebude muset. Pravděpodobnější však je, že poděkuje a odejde on. Odvolávat ministry zdravotnictví jen chvíli poté, co si zahřeje židli, je v této zemi dobrým (nebo špatným) zvykem. Tak doufejme, že pan ministr „přežije“ rok 2011 a že se bude moci zabývat i našimi požadavky, byť mírumilovně požadovanými - kompenzací zrušených regulačních poplatků, prodloužením věkové hranice při registraci studující nebo chronicky nemocné mládeže v našich ordinacích, vzděláváním mladých a generační výměně, rozšířením kompetencí PLDD o nové výkony a dalším a dalším. Není toho málo, co bychom potřebovali řešit.

Ale nakonec je stejně ze všeho nedůležitější zdraví. Snad ten rok 2011 ve zdraví přechkáme. Možná potom bude konečně lépe. Proč bych to právě tomuto ministru zdravotnictví neměla věřit.

Na závěr jedno připomenutí. Je to již 10 let, co pro Vás připravujeme Vox paediatricae v této podobě a tento výtisk je v pořadí 101. číslem. Děkuji všem, co se o to zasloužili - členům redakční rady, autorům, vydavateli, tiskárně a inzerujícím firmám. A hlavně Vám - našim čtenářům...

MUDr. Jiřina Dvořáková

ATB v praxi PLDD



v tomto čísle inzerují...

BAXTER

GSK

HERO

MSD

PFIZER

PRACTICUS

NORWAY GRANTS

úřední hodiny SPLDD ČR...

Pondělí	10. 00–15. 00 hodin
Úterý	10. 00–15. 00 hodin
Středa	10. 00–15. 00 hodin
Čtvrtek	10. 00–15. 00 hodin
Pátek	10. 00–13. 00 hodin

**Sdružení praktických lékařů
pro děti a dorost ČR, o. s.
U Hranic 16, 100 00 Praha 10
sekretariát:**

tel.: 267 184 065

fax: 267 184 050

redakce VOX:

tel.: 267 184 065

e-mail: centrum@detskylekaz.cz



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Ilona Hülleová

1. místopředsedkyně SPLDD ČR

Měsíc listopad byl odstartován konáním Celorepublikové konference SPLDD ČR v Průhonicích, které se zúčastnil i pan ministr zdravotnictví MUDr. Leoš Heger. Delegáti konference se měli možnost seznámit se záměry MZ a bouřlivá diskuze se vedla zejména kolem úhrad našich praxí a probíhajících regulací VZP za rok 2009. Také další listopadová jednání se točila především kolem tzv. úhradové vyhlášky pro rok 2011, která v původním návrhu byla silně restriktivní a pro nás naprosto nepřijatelná. Pro nemoc se jednotlivých jednání nemohl zúčastnit předseda SPLDD MUDr. Neugebauer.

6.11. – v Průhonicích se konala Celorepubliková konference SPLDD. Její Usnesení bylo aktuálně zařazeno již do minulého čísla časopisu.

9.11. – na MZ ČR se konalo jednání s náměstkem pro zdravotní pojištění Ing. Noskem a Ing. Jenšovskou. Za SPLDD jednali MUDr. Hülleová, MUDr. Kudyn a Ing. Zámečník. Předmětem jednání byla úhradová vyhláška pro rok 2011, kompenzace za zrušené regulační poplatky u PLDD a účetní sestavy VZP. Byly předány naše připomínky k návrhu úhrad pro rok 2011, byly projednány regulace VZP za rok 2009. Rozběhla se diskuze nad neodpovídající kompenzací zrušených regulačních poplatků v našich ordinacích.

Téhož dne večer jsme se zúčastnili s MUDr. Kudynem jednání na ČLK o úhrado-

vé vyhlášce pro rok 2011, které svolal prezident ČLK MUDr. Kubek.

Po jednání se sešel Výbor Sdružení.

11.11. – proběhlo dlouho očekávané setkání s ministrem zdravotnictví MUDr. Leošem Hegerem. Jednání bylo společné pro SPLDD (MUDr. Hülleová, MUDr. Kudyn) a OSPDL (MUDr. Cabrnchová). Podrobnosti k oběma jednáním na MZ se můžete dočíst ve zprávách MUDr. Kudyna,

15.11. – na MZ se opět projednávaly připomínky jednotlivých segmentů zastoupených v Koalici soukromých lékařů k úhradové vyhlášce pro rok 2011. Průběh jednání popisuje zpráva MUDr. Kudyna v části věnované Koalici.

23.11. – proběhlo zkrácené jednání

Výboru Sdružení, po němž se mimořádně sešla v předvečer dalšího jednání na MZ ČR Koalice soukromých lékařů. O výstupech informujeme dále v časopise.

24.11. – na MZ ČR se uskutečnilo jednání náměstka pro zdravotní pojištění Ing. Noska se zástupci Koalice soukromých lékařů k vypořádání připomínek k úhradové vyhlášce pro rok 2011. Za Sdružení MUDr. Hülleová a MUDr. Kudyn vyslechli, kterým připomínkám bylo ze strany MZ ČR vyhověno. Více opět ve zprávě o jednání. Bylo nám přislíbeno další jednání nad problematikou kompenzace ušlých regulačních poplatků u PLDD.

30.11. – proběhlo mimořádné jednání Výboru SPLDD.

Koalice soukromých lékařů

Koalice soukromých lékařů věnovala v listopadu maximální pozornost problematice úhradové vyhlášky. Díky tomu se podařilo zvrátit původní záměr resortního ministerstva paušálně ponížít základní sazby ve všech segmentech poskytovatelů zdravotní péče. Na poli odborné veřejnosti začala eskalace komunikace kolem společnosti IZIP. Naše Sdružení se dostalo do procesu řady jednání s ministrem Leošem Hegerem, ale i s novým náměstkem pro zdravotní pojištění Petrem Noskem. Pro nás je důležité, že se podařilo otevřít diskusi na téma kompenzace příjmu PLDD po zrušení výběru regulačních poplatků u dětí do 18 let.

I. Informace o jednáních zástupců Sdružení na MZ ČR 9. a 11.11.2010

Jednání 9.11. se za Sdružení účastnili Dr. Hülleová, Dr. Kudyn a Ing. Zámečník za analytickou komisi SPLDD, za MZ Ing. Nosek a Ing. Jenšovská.

Z naší strany byly předloženy argumenty, podložené našimi propočty, které dokladují propad v příjmech za nevybrané regulační poplatky (RP). Dále byly předloženy konkrétní případy nesmyslně uplatněných regulací za rok 2009 a předán nesouhlas s návrhem úhradové vyhlášky na rok 2011, zejmé-

na s nastavením regulačních parametrů, které při jejich realizaci ohrozí většinu PLDD.

Pokud se týká regulací za rok 2009, dostalo se nám jednoznačného doporučení, aby kolegové vyžadovali ŘÁDKOVÉ sestavy a veškerou preskripci (jsou informace, že ně-



kde do léčiv byla zařazena logopedická péče!). Rozhodně jít do smířčích jednání. Ing Nosek, jako nový člen Správní rady VZP, přislíbil interpelaci na ředitele Horáka.

Pokud se týká zohlednění nevýběru RP navýšením věkových indexů, došlo k zásadnímu rozporu nad předloženými čísly ing. Jenšovské a našimi výpočty. Byl souhlas s tím, že se budou sledovat náklady na léčiva a zdrav. prostředky zvlášť pro odbornost 002 a 001.

Týž den večer proběhla porada na ČLK s prezidentem Kubkem k připomínkám nad vyhláškou. Naš požadavek udržet stávající hodnotu bodu i výši kapitace a zachovat stejné principy regulací jako v roce 2010 byl tlumočen. Následně se Dr. Kudyn zúčastnil jednání Koalice.

Jednání 11.11. s panem ministrem (společně pro OSPDL a SPLDD) trvalo 1 hodinu. Každá organizace měla 30 minut na předložení svých problémů.

Za SPLDD jsme předložili stejné argumenty jako v úterý. Rozšířili jsme je o požadavek být informováni s předstihem, jaké je nastavení zdravotně pojistných plánů na rok 2011, zejména u VZP, týkající se léčiv a komplementu, aby nedošlo k situaci jako v roce 2010. Razantně jsme odmítli vyhláškou nastavené regulace, zejména z obav dominového efektu, kdy pacient odmítnutý nemocnicí v důsledku snížení úhrady přejde buď k ambulantní specializované péči a pokud mu nebude z důvodů stejných vyhověno, skončí u nás.

Zpracoval MUDr. Milan Kudyn
místopředseda SPLDD ČR

II. Tiskové prohlášení sněmu ČSK ze dne 14.11.2010

Sněm České stomatologické komory odmítá postup Ministerstva zdravotnictví, které při přípravě úhradové vyhlášky na rok 2011 nerespektovalo výsledek dohodovacího řízení mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli stomatologické péče.

V rámci dohodovacího řízení bylo totiž mezi zástupci poskytovatelů ambulantní stomatologické péče a zdravotními pojišťovnami dosaženo dohody. Tato dohoda respektuje všechna zákonná ustanovení, medicínská hlediska i současné finanční možnosti systému veřejného zdravotního pojištění.

I přesto předložilo Ministerstvo zdravot-

nictví takový návrh úhradové vyhlášky, který dohodu nerespektuje a navíc bezdůvodně zasahuje zejména do její odborné části. Narušuje tím vyváženost systému, který se organicky vyvíjí déle než 10 let, a ve svém důsledku může způsobit komplikace při zajišťování preventivní zubní péče. Takto navržená vyhláška by vedla k nárůstu objemu úhrad z veřejného zdravotního pojištění, byť záměr Ministerstva zdravotnictví byl pravděpodobně zcela opačný.

Sněm ČSK proto vyzývá Ministerstvo zdravotnictví, aby respektovalo výsledek dohodovacího řízení a svůj návrh úhradové vyhlášky ještě změnilo. V opačném případě zástupci zubních lékařů v dohodovacím řízení zváží právní kroky, které by zabránily vydání úhradové vyhlášky v navrženém znění nebo jejímu uvedení do praxe.

III. Zpráva z jednání Koalice a ministra zdravotnictví dne 15.11.2010

V pondělí 15.11.2010 proběhla dvouhodinová schůzka na MZ ČR za účasti ministra doc. MUDr. Leoše Hegera, CSc., ing. Petra Noska a ing. Ivany Jenšovské se zástupci Koalice, MUDr. Pavlem Chrzem, MUDr. Zorjanem Jojkem, MUDr. Milanem Kudynem a MUDr. Michalem Bábíčkem.

Zástupci Koalice zopakovali za své segmenty výhrady k úhradové vyhlášce a vysvětlili své obavy nad vývojem ve zdravotnictví, vyjádřené ve společném prohlášení KSL (bylo zveřejněno aktuálně již v předchozím čísle – pozn. redakce). Ministr vysvětlil důvody, proč se rozhodl postupovat ve změnách zdravotního systému jinak, než jeho předchůdce. Dle jeho názoru makroekonomická situace nedává prostor k razantním změnám, svou roli sehrávají také nátlakové akce malých a středních nemocnic. Je si vědom toho, že reálné náklady na výkony překračují výši jejich úhrad. Ekonomická situace ZP – do konce roku zbývá na účtech 11 mld, měsíční čerpání systému je 18 mld.

KSL požádala ministra, aby důvody restrikcí vůči poskytovatelům při překročení péče poskytnuté pacientům více prezentoval veřejnosti.

V segmentu PL byla prezentována ze strany MZ ČR jako „výhoda“ skutečnost, že vyhláška je stavěna jako úhradové minimum

a dále bylo vysloveno přesvědčení, že se s jednotlivými ZP dohodneme na lepších podmínkách po vydání textu vyhlášky. Tím bylo míněno zachování alespoň stavu z roku 2010 pro příští rok, prostor pro finanční nárůst v roce 2011 prý není.

Ing. Nosek konstatoval, že tímto jednáním předběhlo konečné vypořádání námi předložených připomínek.

Byli jsme ujištěni, že je stále prostor pro porovnání rozporných čísel mezi MZ ČR a SPLDD o výši kompenzace za nevybrané regulační poplatky, ale zároveň bylo konstatováno, že v žádném případě nedojde ke kompenzaci ve vyhlášce pro rok 2011.

Ing. Jenšovská dále členy Koalice informovala, že vyhláška stanovuje minimální sazbu pro ambulantní sektor – snížením oproti úhradám roku 2010 o 2,5%, což je zhruba o minus 400 milionů v absolutních číslech. Pro kapitaci to znamená snížení základní sazby o 1 Kč.

Dále byla diskutována role Akordu a řízené péče jako možných nástrojů k regulaci nákladů tak, aby lékař věděl průběžně během roku, jak se přibližil k hranici možné regulace. Dr. Bábíček informoval o situaci s Akordem u PL.

Zpracoval MUDr. Milan Kudyn
místopředseda SPLDD ČR

IV. Stanovisko Rady SAS ČR, o.s. k nijak nepodloženým obviněním lékařů z podvodu ve vykazování péče, což je mediálně užíváno jako obhajoba nutnosti zavedení systému IZIP ze dne 22.11.2010

Rada SAS se důrazně ohrazuje proti mediálním zprávám množícím se v poslední době, kdy jako obhajoba systému IZIP jsou vyjmenovávány případy, kdy zdravotnická zařízení vykazala jinou péči, než opravdu provedla.

Rada SAS před cca 10 měsíci na základě dat poskytnutých všemi zdravotními pojišťovnami provedla analýzu příčin a závažnosti těchto výkazů, z nichž jasně vyplynulo, že

- celkový počet špatně vykázané péče je prakticky mizivý, nejde tedy o žádný velký problém, který vyžaduje změnu systému nebo miliardové investice nejen digitalizace.

- v naprosté většině jde ze strany buď zdravotnických zařízení nebo zdravotních pojišťoven o chyby, nikoli o záměr.

- zdravotní pojišťovny prakticky zcela reagovaly na cílenou revizní činnost, která je



jako jediná schopná nezpochybnitelně najít chyby ve výkazech péče, ať jsou zapříčiněny čímkoli.

Rada SAS odmítá, aby argument špatně vykázané péče byl užíván jako obhajoba miliardových výdajů do systému IZIP.

Rada SAS je připravena respektovat technický vývoj ve společnosti, ke kterému digitalizace nesporně patří, zároveň ale ctí negativní postoj většiny lékařů k ukládání citlivých dat o pacientech do jakýchkoli internetových databází, pokud se množí případy úniku těchto dat a není dlouhodobě zaručena dobrovolnost v zapojení se do tohoto režimu.

Rada SAS nesouhlasí s tím, že soukromá společnost IZIP dostala pravomoc spravovat Portál VZP, který obsahuje bez dohody s pacienty i zdravotnickými zařízeními velké množství citlivých dat o pacientech i zdravotnických zařízeních.

Rada SAS

■ V. Výpis z jednání Koalice soukromých lékařů ze dne 23. listopadu 2010

1. XXIV. Sjezd delegátů ČLK

• Dr. Jojko informoval o průběhu a výsledcích jednání XXIV. Sjezdu delegátů ČLK.

2. Další osud novely zákona o veřejném zdravotním pojištění

• O stavu projednávání novely zákona nejsou žádné informace.

• Dr. Chrz požádal, jako mluvčí KSL, písemně všechny náměstky MZ ČR o zařazení Koalice soukromých lékařů do připomínkových míst ministerstva zdravotnictví v rámci vnitrozdravotního připomínkového řízení, ale na žádost zatím žádný z oslovených nereagoval.

3. Úhradová vyhláška – vypořádání připomínek

Ve středu 24. 11. 2010 se na MZ ČR konala jednání k vypořádání připomínek k návrhu úhradové vyhlášky na rok 2011. Z ministerstva přišla pouze pozvánka bez poslední verze návrhu, přestože ve čtvrtek by mělo být připomínkové řízení uzavřeno. Pozice zástupců Koalice na jednání je tím ztížena, protože nemají možnost připravit si argumenty pro případné změny a úpravy textu ze strany

ny MZ ČR, pokud o nich nejsou předem informováni.

4. Různé

Dále byla diskutována problematika týkající se elektronických knížek pacientů, projekt provozovaný společností IZIP. Přes velké náklady, které VZP ČR do elektronických knížek investovala, je systém nefunkční, protože lékaři do něj informace o pacientech nezapisují, ani si je nečtou.

■ VI. Zpráva z pracovního jednání Koalice na MZ ČR k úhradové vyhlášce dne 24.11.2010

Ve středu 24.11.2010 proběhlo jednání za účasti ing. Petra Noska, náměstka pro zdravotní pojištění a zástupců Koalice. Za sdružení se jednání účastnila MUDr. Ilona Hülleová a MUDr. Milan Kudyn. Náplní jednání bylo vypořádání dříve předložených připomínek k vyhlášce před jejím vydáním.

V úvodu jednání ing. Nosek informoval, že proběhla intenzivní jednání ministra se zdravotními pojišťovnami o aktuální ekonomické situaci veřejného zdravotního pojištění, která vyústila v konečné závěry zohledněné v konečné podobě textu vyhlášky pro jednotlivé segmenty.

Bylo konstatováno, že výhledy pro rok 2011 ve výběru zdravotního pojištění jsou optimističtější. Také proto, že narostl kmen pojištěnců o 100 000 osob, což dělá cca o 1 mld Kč více prostředků do základního fondu ZP. Ministerstvo si také uvědomuje, že z těchto důvodů není ideální nastavovat nízké stropy pro čerpání prostředků na zdravotní péči pro příští rok. Proto bude vývoj úhrad kopírovat náklady z roku 2010.

Zdravotně pojistné plány ZP budou držet hodnoty na úrovni roku 2009. Zástupci KSL byli informováni o silném tlaku nemocnic, které poskytují stále více a více péče. Dnes předložený předběžný návrh vyhlášky (před podpisem ministra), bude prezentován veřejnosti na tiskové konferenci.

Pro segment PL a PLDD

Bylo rozhodnuto, že v úhradách bude hodnota základní kapitace vrácena na výši roku 2010 a nebude krácena o 1 Kč. Hodnota bodu zůstane v navrhované výši 1,08 Kč jako minimální sazba. Její navýšení lze dojednat na individuálních jednáních se ZP.

Od VZP přišel návrh, že díky propočtům (nákladové zohlednění léků) zůstanou regulace nastaveny pro PL a PLDD stejně jako v letošním roce. Tedy uplatnění až po překročení 120% celorepublikového průměru dané odbornosti. Ve vyhlášce bude zohledněn náš požadavek (SPLDD) na skutečně oddělené sledování nákladových koeficientů (léky a komplement) pro odbornost 001 a 002. Ze strany MZ ale byla zdůrazněna možnost skrytého rizika, pokud dojde u části PLDD k nezodpovědnému chování při předepisování léků. Pokud se týká možnosti kompenzace za nevybírané regulační poplatky v ordinacích PLDD, ing. Nosek nadále analyzuje a konzultuje námi předložené propočty o výši propadu v příjmech. Po jejich vyhodnocení svolá pracovní schůzku se zástupci PLDD nad touto problematikou.

Pro všechny segmenty

Byl potvrzen návrat k původní výši uplatnění výjimky z regulačních limitů od 25 pojištěnců.

Zapsal MUDr. Milan Kudyn
místopředseda SPLDD ČR

■ VII. Zrušení členství zástupce SAS ČR v Radě IZIP

K rukám vedení společnosti IZIP a.s.

Vážení,

vzhledem k novým skutečnostem které se objevily v souvislosti se společností IZIP, s jejím financováním a jejími širšími ekonomickými vazbami na jiné - dceřinné - společnosti Rada SAS mimo to, že v minulém týdnu odmítla účast předsedy SAS v Radě IZIPu, také odvolává svého dosavadního zástupce v této Radě, MUDr. Jiřího Nedělku.

Rada SAS tak činí při vědomí si toho, že Rada IZIPu nikdy nijak nebyla informována o vlastnické struktuře IZIPu, ani způsobu odměňování jeho managementu. Členství v Radě IZIPu bylo vždy jen čestné, bezplatné.

Rada SAS podporuje vznik elektronické formy zdravotnické dokumentace, žádá však aby tato ctěla hlavně potřeby a zájmy poskytovatelů zdravotní péče, zdravotních pojišťoven a pacientů s vyloučením rizika úniku nebo zneužití těchto všech citlivých dat.

Za Radu SAS

MUDr. Zorjan Jojko
předseda

Pro Vox připravil
MUDr. Pavel Neugebauer



„Děkujeme, odcházíme“

Konec roku 2010 přinesl vlnu protestů především kolegů z lůžkových zařízení, kteří výzvou „Děkujeme, odcházíme“ reagují na neřešení mzdové situace lékařů v lůžkových zařízeních. Oprávněnost těchto požadavků jistě chápeme, proto zveřejňujeme i řadu dokumentů, které se v souvislosti s touto akcí dostaly do oběhu mezi lékaři i lékařskými organizacemi.

■ I. Otevřený dopis ministru zdravotnictví a vládě ČR

V Praze 11. listopadu 2010

Vážený pane ministře,
vážení členové vlády ČR,

s krajním znepokojením sledujeme vývoj v českém zdravotnictví v posledních měsících. Vaši bagatelizaci výzvy Děkujeme, odcházíme a pohrdání její závažností považujeme za bezprecedentní hazard, který dále radikalizuje lékařský stav ponižovaný vývojem posledních dvaceti let. Bezprecedentní je především přístup polistopadových vlád k lékařům, zaměstnancům českých nemocnic, zdravotníkům i zaměstnancům obecně.

Argumentaci, že resort, který se v polistopadových letech stal synonymem korupce, lobbingu, vlivů zájmových skupin atp., se musí nejdříve finančně ozdravit, reformovat, a pak teprve bude na platy lékařů a zdravotníků, považujeme za zcela lichou a klamavou, neboť reformy řídí právě ty zájmové skupiny, které zdravotnictví finančně ovládají. Nedávná zkušenost s pseudoreformou (řízenou privatizací) Tomáše Julínka je toho jednoznačným příkladem. Přítomnost Rudolfa Zajace, bývalého reformátora, privatizátora a neúspěšného ministra zdravotnictví Slovenské republiky, s jehož neblahým dědictvím se slovenské zdravotnictví potýká dosud, jako poradce ministra financí Miroslava Kalouska vyvolává v zasvěcených kruzích oprávněné zděšení. Taková politická reprezentace rozhodně není zárukou změn, chcete-li reforem zdravotnictví, jež budou zlepšovat podmínky zdravotníků i nemocných v ČR. Je spíše předzvěstí dalších systémových děr a penězovodů k rukám soukromých subjektů, předzvěstí privatizace a odprodeje českého zdravotního systému vlivným finančním skupinám.

Argumentovat v době, kdy vyplouvají jeden za druhým na povrch korupční skandály spojené s nákupem předražené zdravotnické techniky, tím, že v systému není dost peněz na zvyšování platů zdravotníků, je vý-

směch, který si nedovolily ani neodvolatelné struktury totalitních vlád. Neschopnost vlády definovat zdravotní politiku státu, minimální garantovanou síť zdravotnických zařízení, standardy a smysluplnou roli zdravotních pojišťoven marasmus resortu ještě prohlubuje. V tomto smyslu považujeme prohlášení vlády o rozpočtové odpovědnosti za pouhé ohlupování občanů lacinými politickými hesly.

Vážený pane ministře, vážení členové vlády ČR, jsme přesvědčeni, že klíčem ke smysluplné reformě zdravotnictví jsou právě mzdy a platy lékařů, zdravotníků, odpovídající platby zdravotnickým zařízením. Zaplatí-li se řádně zdravotníkům, zbude méně peněz na korupci a uspokojování zájmů vlivných skupin. Jedině tento krok Vás donutí zabývat se skutečně smysluplnou a účinnou reformou zdravotnictví. Reformou, která bude k prospěchu zdravotníkům i jejich pacientům. Ostatně, zlepšení odměňování zdravotníků měly ve volebním programu všechny politické strany jak vládní koalice, tak opozice. Vyzýváme vás, abyste svůj závazek splnili. Jinak budete vládou nedůvěryhodnou, která jen pokračuje v dalším tunelování českého zdravotnictví a jeho další devastaci.

S pozdravem

MUDr. Martin Engel

předseda Lékařského odborového klubu, v zastoupení všech signatářů výzvy Děkujeme, odcházíme

■ II. „Děkujeme, odcházíme“

Cílem akce „Děkujeme, odcházíme“ není vyhnat lékaře do emigrace. Cílem je zlepšit pracovní podmínky v nemocnicích tak, aby lékaři naopak neměli důvod nikam odcházet.

Dvacet let z nás politici dělají hlupáky, když právě na náš úkor zajišťují kvalitní a přitom lacinou zdravotní péči pro své voliče. Zatímco pro výrobce, dodavatele a překupníky všeho možného se české zdravotnictví stalo zlatým dolem, platy a mzdy zdravotníků zůstávají žalostné. Dvacet let stačilo. I my přece známe cenu své práce a víme, že nás nikdo nedokáže nahradit. Zadarmo nám však nikdo nic nedá. O své peníze si musíme říci

sami, a to tak nahlas, aby náš požadavek byl slyšet i v nejvyšších patrech české politiky.

Akce „Děkujeme, odcházíme“ vyhlášená Lékařským odborovým klubem a podporovaná Českou lékařskou komorou představuje jedinečnou a bohužel i neopakovatelnou šanci zlepšit profesní a ekonomické postavení všech lékařů v ČR.

V nemocnicích se dnes bojuje za prestiž a důstojnost celého lékařského stavu. **Porážku si nemůžeme dovolit. Měla by katastrofální následky pro všechny lékaře. Pokud naopak zvítězíme, a já pevně věřím, že to společně dokážeme, netroufnou si již nikdy politici provádět žádné reformy zdravotnictví bez souhlasu lékařů.**

Podpora akce „Děkujeme, odcházíme“ mezi lékaři sílí a politici již konečně začínají dostávat strach. Avšak pozor, konečný úspěch akce závisí na každém z nás. Účast v této dosud největší protestní akci lékařů není věcí odvahy, jde o morální povinnost každého lékaře. Jde o to, abychom si sami sebe mohli vážít, abychom se i v budoucnosti mohli bez uzardění podívat do zrcadla. Abychom nemuseli uhýbat pohledem, až se nás naši následovníci jednou budou ptát, co jste dělali právě vy v prosinci roku 2010.

Kostky jsou vrženy a žádnou další šanci nám již nikdo nedá.

Podrobnosti o akci „Děkujeme, odcházíme“ naleznete v časopise Tempus, pod logem kampaně na www.lkcr.cz, na www.lok-scl.cz nebo přímo na <http://dekujeme-odchazime.cz>

S kolegiálním pozdravem

MUDr. Milan Kubek
prezident ČLK

■ III. Prohlášení ministra zdravotnictví ze dne 14. 12. 2010

V některých médiích se dnes objevily informace, že ministerstvo zdravotnictví ustupuje zvyšujícímu se tlaku odborářů. Tato informace se nezakládá na pravdě. Ministerstvo zdravotnictví trvá na svých dřívějších prohlášeních.

Ministerstvo zdravotnictví uznává, že akce



LOKu je dobře programovaná. Zároveň je to profesionálně agenturně vedená nátlaková akce, která eskaluje za hranici dobrého vkusu a stala se vyhrožováním.

Ministerstvo zdravotnictví nemá díky ekonomické krizi k dispozici žádné zdroje mimo zdravotnický systém pro navyšování platů vybrané části zdravotníků. Obzvláště pak v době, kdy klesají mzdy jak v komerční sféře, tak ve státní správě. Vláda více peněz do zdravotnictví systémově dát nemůže. Mají-li se v roce 2011 zvýšit platy lékařů, musí nemocnice hospodařit velmi dobře. Mají-li pak platy růst i v roce 2012, musí se zefektivnit práce v celém zdravotnictví.

Ministerstvo zdravotnictví nepopírá, že je zde určité riziko masových výpovědí lékařů. Pokud by se tak stalo a 4 000 lékařů napříč zdravotnictvím by odešlo, nastalo by něco jako prázdnotinový provoz udržitelný několik měsíců.

Pokud by výpovědi podali lékaři jedné odbornosti, například anesteziologové nebo chirurgové, jednalo by se o výjimečnou krizovou situaci, na níž by vláda a bezpečnostní rada státu musela reagovat jako na stav nouze a musela přijmout řadu nestandardních krizových opatření, včetně nalezení viníků.

Ministerstvo zdravotnictví bylo a bude ochotno jednat, ale současnému hrubému nátlaku a stupňující se agresivitě Lékařského odborového klubu a ČLK již neustoupí.

■ IV. Požadavek ČLS JEP k důstojnému postavení lékařů ze dne 14.12.2010

Jedním z hlavních poslání ČLS JEP je podle Stanovy podpora odborného růstu našich lékařů. Podmínkou k plnění tohoto cíle je nejen rozumný systém medicínského vzdělávání, nýbrž i příznivé materiální a sociální postavení lékaře. V sociologických anketách byl lékařský stav vždy na prvním místě a bylo ctěno jeho humánní poslání. Pauperizace lékařů je v rozporu s rozvojem odbornosti i existenčních podmínek zejména mladých a nemocničních lékařů i sester a v konečném důsledku i ve zhoršení zdravotní péče o naše občany i dobré pověsti lékařského stavu.

ČLS JEP proto požaduje vynaložit úsilí směřující ke zlepšení existenčních podmínek našich zdravotníků, a tím i ku prospěchu a spokojenosti našich pacientů.

Jménem předsednictva

Prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc.
Předseda ČLS JEP

■ V. Otevřený dopis ministra zdravotnictví lékařům k výzvě „Děkujeme, odcházíme“ ze dne 15.12.2010

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

nespokojenost lékařského stavu nyní vrcholí a kampaň Lékařského odborového klubu, provázená značnou mírou nevkusu a poliční rétoriky, graduje do takové míry, že považuji za povinnost přehodnotit svá dosavadní tolerantní vyjádření a zaujmout k protestům definitivně odmítavý postoj.

Příčiny špatného odměňování lze hledat již v první polovině devadesátých let minulého století, kdy se začaly objevovat počáteční vlny nespokojenosti. Plně akceptuji, že rozhořčení je u lékařů zaměstnaných v nemocnicích legitimní, neboť jejich platový standard je dlouhodobě podhodnocen a pracovní zátěž vysoká. K tomu přistupuje obecná nespokojenost s celým zdravotnickým systémem a v případě skupiny mladých lékařů nejistota u specializačního vzdělávání. Nemohu přehlížet ani mzdové podhodnocení ostatních zdravotníků, které v řadě případů rovněž neodpovídá nárokům na profesi.

Nespokojenost chápu a převzal jsem ji po mnoha ministrech zdravotnictví jako věc, kterou je třeba prioritně řešit. Trpělivě jsem poukazoval na to, že od roku 1995, kdy vznikl Lékařský odborový klub, se stav nezlepšil. Pokrok se nedostavil ani přes několik vln stávek, finančních intervencí státu, navyšování mzdových tarifních tabulek, nespočetné výměny ředitelů nemocnic a přes střídání vlád napříč politickým spektrem. Neúčinný je i zvyšující se tlak organizátorů a protagonistů akce „Děkujeme, odcházíme“ na vládu, která nemůže v nejbližších dvou letech díky hospodářské krizi a propadům státního rozpočtu další injekce do zdravotnictví dát.

Naše zdravotnictví je podfinancováno vzhledem k nárokům na ně kladeným. Přesto musím připomenout, že v posledních deseti letech se zvýšil objem peněz, protékajících našim systémem o sto procent a v posledních pěti letech o padesát procent. Fakt, že za tuto dobu výše průměrného platu lékaře vzrostla z 1,9násobku pouze na necelý 2,1násobek průměrného platu v České republice, je smutný. V systému na podstatně vyšší zvyšování mezd zdroje byly, ale nedošlo k jejich využití. Věřím ale, že k tomu dojde, jakmile se hospodářství ožíví. Z vyspělých evropských zemí mají relativně nejnížší platy lékaři v Dánsku a Švédsku (2,4násobek). Nejsme tedy lepší platové úrovni zase tak vzdáleni, jak se lékaře

snaží odborářští protagonisté přesvědčit. Když nyní zahájíme reformu a vydržíme do návratu hospodářské konjunktury, nemusí být čekání na zlepšení mezd nijak dlouhé.

Reforma je připravena a projde-li snaha pomocí lépe definovaného postupu lege artis umožnit určité limitace rozvoje medicíny a nastavení odpovědnosti zdravotních pojišťoven tak, aby neohrozovaly se vstupem nových technologií, bude dost peněz na platy velmi brzy. Musím však připomenout, že nejde jen o reformu. Lékařský odborový klub za nízké platy napadá vládu a obrací se výlučně na Ministerstvo zdravotnictví ČR, jako na viníka vzniklé situace. Dovoluji si připomenout, že prvními nadřízenými, kteří rozhodují o výši platů, jsou primáři, eventuálně přednostové klinik. Ti rozhodují, které léky se budou předepisovat, které materiály používat a zda je vybavovat nejmodernějšími přístroji. Také samozřejmě rozhodují o tom, kolik personálu si na práci nárokují a kolik peněz půjde na odměny lékařů a sester. Nemají to lehké, ale nějaký prostor v hospodaření mají. Pak jsou tu ředitelé nemocnic, o zřizovateli nemocnic ani nemluvě, kteří mají rovněž možnost platy ovlivňovat. Takže zodpovědných je mnoho a je trochu falešné, jestliže někteří zástupci zřizovatelů, známí profesori či nemocniční manažeři tvrdí, že viníkem je ministerstvo.

Představa, že k navýšení platů dojde v příštím roce, je v současné situaci naprosto nerealizovatelná a argumenty o zubožení lékařského stavu a požadavky na navýšení platů lékařů jsou mimo realitu. Žádná rozumná vláda nemůže, i kdyby to pokládala za jakkoli potřebné, masivně zvýhodnit lékaře právě v době, kdy krátí veřejné rozpočty a kdy by mohla očekávat vzdušný nepokoj u dalších profesí. Nebudu samozřejmě tvrdit, že vláda žádné zdroje pro krizi nemá. Pokud bude Lékařský odborový klub i nadále eskalovat své výhrůžky a lékaři, zejména z nejrizikovějších oborů jako je např. anesteziologie skutečně přestanou pracovat, budou se finanční prostředky muset vložit do systému v havarijním režimu, stejně jako například do povodněmi postižených krajů. Ty ale zdravotnictví v podobě, v jaké se nyní nachází, dlouhodobě nezachrání a povede to k chaosu, který reformní kroky zřetelně zbrzdí.

Pokusy lékařských odborů byly zprvu jen teatrálně přehnané, ale daly se tolerovat jako určitý folklór. Potom se ukázalo, že postup rebelujícího Lékařského odborového klubu a představitelů České lékařské komory se nezastaví před ničím. V návaznosti na výrazně militantní prohlášení se objevily výhrůžky lé-



kařům, kteří se nechtěli k nátlakovým akcím připojit a mnozí se zprávy o tom, jak jsou svými kolegy v nemocnicích šikanováni ti, kteří stojí stranou. Signálů je tolik, že to již nelze považovat za ojedinělé zvěsti. Nevím, kolik lékařů je doopravdy ochotno z práce odejít, ze zcela konkrétních údajů však vím, že řada odborářských hrdinů si již zajišťuje práci tam, kde jsou místa tradičně volná a mnoho z nich se potichu domlouvá se svými řediteli či bezprostředními nadřízenými o tom, že výpovědi, až je skutečně závazně podají, vezmou zpět a práci budou mít dále zajištěnu.

V dnešní době má mladší generace lékařů mnoho možností, jak se v oblasti standardního kariérního postupu na slušně placená místa vedoucích pracovníků v rutině či akademické medicíně nebo v zahraničí vypracovat. Je ale jasné, že i tak bude vždy dostatek dalších slušných, pracovitých a šikovných lidí, kteří závažně nezbohatnou a jen chtějí přiměřeně a zodpovědně pracovat a dostat za to spravedlivou odměnu. Vážím si i jich a jsou vedle špiček, podnikajících lékařů a soukromých specialistů v lukrativních oborech také velmi potřeba. Hlavně kvůli takovýmto lidem bych byl rád, aby se poměry ve zdravotnictví a v platech zlepšily. Jim především se omlouvám, že to nebude hned a nemyslím, že najdou někoho, kdo by donutil vládu, hejtmany, manažery nemocnic a jednotlivé primáře, aby platy zvýšili již v příštím roce. Že to však půjde v rozmezí dvou až tří let, si jsem zcela jist.

Jako ministr, nedávno ještě podporovaný Českou lékařskou komorou, jsem předložil program reformy, které by během několika let měly poměry v našem zdravotnictví zkonsolidovat a otevřít prostor pro uměřený rozvoj zdravotnictví, při kterém by bylo i dostatek místa na zlepšení platových poměrů. Agresivita jednotlivých lékařských oborů a segmentů, které upřednostňují svůj rozvoj nad zájmy zdravotnictví jako celku, by měla být postupně přeměněna na kultivovanou diskusi. Zahájil jsem také velmi radikální kroky k optimalizaci struktury specializačního studia lékařů, k eliminaci nedůstojných vázacích dohod a k větší jistotě lékařů v malých i velkých nemocnicích. Jsem na přípravu reformních kroků a sestavení reformního týmu na ministerstvu hrdý, ale pokud k realizaci nedostaneme prostor, bude to i vaše rozhodnutí. Byl jsem a budu ochoten jednat, ale současnému hrubému nátlaku a stupňující se agresivitě Lékařského odborového klubu a ČLK již neustoupím.

Vážené kolegyně a vážení kolegové, nedo-

mnívám se, že byste i teď měli všichni platy tak nicotné, že vám brání žít kvalitní život nebo se připravovat na své povolání. Jestli hrozbu lékařské katastrofy překleneme bez úrazu organizačního, lékařského a politického, bude pozice Ministerstva zdravotnictví ČR posílena a reforma se hladce rozjede. Nejsem z těch, kteří by své sliby zapomněli, a budu o vaše spravedlivé platy bojovat. Více vám nyní slíbit nemohu. Věřím, že se nepřidáte k těm, kteří jsou ochotni konat za každou cenu a dělat lékařskému stavu ostudu. Budte proto, prosím, přiměřeně rozumní.

Přeji Vám dobré rozhodování a šťastný vstup do nového, snad klidnějšího, roku.

Leoš Heger

ministr zdravotnictví

■ VI. Reakce předsedy AK ČR na prohlášení ministra zdravotnictví

V reakci na dnešní sdělení ministra zdravotnictví Hegera o ustanovení pracovní skupiny pro řešení problematiky odměňování ve zdravotnictví v souvislosti s výzvou „Děkujeme, odcházíme“, konstatuji, že pracovní skupina teprve vzniká. Pan ministr dnes sdělil, že se pracovní skupina poprvé sejde tento pátek na Ministerstvu zdravotnictví, ovšem zatím nebyla s námi konzultována struktura pracovní skupiny, ani jména zástupců Asociace krajů ČR.

Jsem na rozpacích z veřejných prohlášení pana ministra Hegera, že platy lékařů mají hradit kraje ze svých rozpočtů, to je ze strany pana ministra Hegera alibismus, neboť dobře ví, že základem financování regionálních nemocnic jsou úhrady zdravotních pojišťoven. Výši úhrad nestanoví kraje ani hejtmani, ale právě ministr zdravotnictví.

V této věci bohužel musím konstatovat, že pan ministr Heger totálně selhal, byl opakovaně varován o podfinancování regionálních zdravotnictví a nereagoval na to stejně jako předchůdkyně ministryně Filipiová a Jurásková.

Kraje však chtějí hledat řešení a vyzývájí pana ministra k úpravě tzv. Úhradové vyhlášky a využití cca 14 mld. Kč již vybraného zdravotního pojištění k řešení kritické situace. Zároveň doporučujeme valorizovat platbu za tzv. státní pojištění.

Věřím, že vláda a ministr zdravotnictví učiní aktivní kroky, protože mají v podobě svých kompetencí klíč k řešení nynější kritické situace.

Mgr. Michal Hašek

*hejtman Jihomoravského kraje
a předseda Asociace krajů ČR*

■ VII. Prohlášení k aktivitě Děkujeme, odcházíme

My, zástupci níže podepsaných organizací, si plně uvědomujeme vážnost situace v resortu po skutečném zrealizování odchodu řady kolegů - zaměstnanců z pracovního poměru v zařízeních lůžkové péče.

Aktivita LOK a ČLK spojené s výzvou „Děkujeme odcházíme“ vnímáme jako důsledek dlouhodobě neřešeného komplexu problémů stávajícího systému zdravotnictví v ČR.

Činnost všech profesních skupin zdravotníků (lékařů - zaměstnanců, lékařů - provozujících nestátní zdravotnická zařízení i zdravotních sester) je při poskytování zdravotní péče občanům úzce propojená, stejně jako objem finančních prostředků, čerpaných jednotlivými segmenty poskytovatelů z veřejného zdravotního pojištění.

Z těchto důvodů se nemůžeme ztotožnit s asymetrickými nároky svých kolegů z lůžkové péče na jednorázové a jednostranné řešení jejich neuspokojivé platové situace na úkor ostatních zdravotnických pracovníků.

Také z těchto důvodů je většina lékařů, které zastupujeme, připravena po vyhlášení krizového stavu v resortu poskytnout v únosné míře pacientům zdravotní péči ve svých odbornostech.

Vyzýváme své kolegy z lůžkových zařízení, aby se pokusili přehodnotit svoji výzvu z pohledu současné ekonomické reality státu a podpořili snahu o navýšení práce lékařů i nelékařských profesí v Seznamu výkonů tak, aby byla zachována proporcionalita v odměňování všech poskytovatelů výkonů zdravotní péče. Tento cíl nebude možné uskutečnit bez společného úsilí všech zdravotnických profesí.

MUDr. Pavel Chrz

prezident České stomatologické komory

MUDr. Milan Kudyn

místopředseda Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR,

MUDr. Vladimír Dvořák

předseda Sdružení soukromých gynekologů ČR,

MUDr. Václav Šmatlák

předseda Sdružení praktických lékařů ČR



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Hana Cabrnachová

předsedkyně OSPDL ČLS JEP

■ Informace z NIKO

Na minulém zasedání Národní imunizační komise bylo schváleno, aby zápisy z jednání byly zveřejňovány na www.mzcr.cz. Obdobně budeme zveřejňovat i na www.detskylekar.cz.

ZÁPIS

ze zasedání

Národní imunizační komise (NIKO)

konaného dne 1. listopadu 2010

na MZ ČR.

Přítomni:

MUDr. Hana Cabrnachová, prof. MUDr. Roman Prymula, CSc., Ph.D., doc. MUDr. Vilma Marešová, CSc., MUDr. Jitka Částková, CSc., MUDr. Zuzana Vančíková, CSc., MUDr. Jozef Dlhý, Ph.D.

Omluveni:

MUDr. Michael Vít, Ph.D., doc. MUDr. Roman Chlíbek, Ph.D., MUDr. Josef Trmal, Ph.D.

Přizvání hosté:

doc. MUDr. Jan Janota, Ph.D. (Česká neonatologická společnost ČLS JEP) - přizvaný pouze k první bodu programu, MUDr. Sylvie Kvášová (Odbor ochrany veřejného zdraví, MZ ČR),

I. Novela vyhlášky o očkování

Vyhláška č. 299/2010 Sb., kterou se mění vyhláška č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ve znění pozdějších předpisů, nabyla účinnosti dnem 1. listopadu 2010. Je třeba zabezpečit informovanost všech neonatologů cestou jejich odborné společnosti a upozornit je na interpretaci zavedených změn v tomto rozsahu:

- očkování hexavalentní vakcínou se zahajuje již v době od 9. týdne věku dítěte (podle předcházející vyhlášky se toto očkování zahajovalo až v době od započatého třináctého týdne po narození dítěte).

- zásadní změna dosavadního postupu při BCG primovakcinaci je uvedena v paragrafu 3 novelizované vyhlášky o očkování; v případě, že bude selektivní BCG v souladu s ustanovením výše uvedeného paragrafu indikována,

její praktický výkon bude prováděn na pracovištích kalmetizace,

- vyplňování a další manipulaci s dotazníky k definici rizika tuberkulózy (příloha č. 2 k platné vyhlášce o očkování) zabezpečí neonatologové počínaje dnem 1. listopadu 2010 podle instrukcí uvedených v paragrafu 3 platné vyhlášky,

- v případech, že rodiče budou bez ohledu na ustanovení platné vyhlášky o očkování vakcinaci novorozence proti tuberkulóze i nadále vyžadovat, je úhrada takového výkonu i nadále možná podle zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění. V rámci připravované novely tohoto zákona je třeba stávající znění § 30 novelizovat v kontextu s platnou vyhláškou o očkování proti infekčním nemocem,

- pokud jde o opakované signály týkající se přetrvávajících tendencí některých pneumofizeologických pracovišť provádět revakcinaci proti tuberkulóze, NIKO důrazně upozorňuje mj. na platné znění SPC BCG vakcíny, ve kterém je uvedeno stanovisko WHO ve smyslu nedoporučení provádění přeočkování.

II. Administrativní otázky

- zápisy z jednání NIKO budou zveřejňovány na stránkách MZČR,

- seznam členů a statut NIKO bude zveřejněn na webu MZ,

- návrh na rozšíření počtu členů NIKO nutné projednat současně s diskusí o změně statutu NIKO (přesně definuje členy). Bude řešeno na dalším zasedání. Nutné připravit došlé požadavky na doplnění členů, delegáty odborných společností.

- diskutován návrh, aby v rámci NIKO byla zřízena pracovní podskupina složená ze zástupců definovaných odborností, která by plnila funkci arbitra v otázkách posuzování kontraindikací, bude předmětem diskuse na dalším jednání NIKO.

III. Nové doporučení ACIP k aplikaci booster dávky proti Tdap (příloha č. 2)

Dne 28. října 2010 bylo vydáno nové doporučení *Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)* k podání booster dávky proti tetanu a diftérii aplikací vakcíny s obsahem

Tdap osobám ve věku 11 – 64 let a osobám starším 65 let v případech, že se jedná o úzké kontakty novorozenců. V novém doporučení se dále uvádí, že oproti původnímu požadavku na interval v odstupu mezi dávkami vakcín s obsahem *Tdap* v délce minimálně 5 let za účelem redukce rizika nežádoucích účinků, že vakcíny s obsahem *Tdap* mohou být aplikovány bez ohledu na délku intervalu od aplikace poslední dávky vakcíny proti tetanu a diftérii.

NIKO je toho názoru, že výše uvedené nové doporučení ACIP zatím nelze zcela jasně a jednoznačně interpretovat a je třeba zohlednit používané očkovací látky v ČR. Problém je nutné podrobit další diskusi a ve výsledném stanovisku zohlednit mj. i dokument „*Pertussis vaccines: WHO position paper*“ z 1. října 2010 (příloha č. 4).

IV. Doporučení pro používání vakcíny Adacel Polio

Problém s expirací týkající se poslední šarže *Boostrix Polio* (expirace 1/2011) byl podmíněn chybným registračním číslem na obalu a následnou nutností co nejdříve dovést jinou dostupnou šarži do ČR. Specifický léčebný program pro vakcínu *Adacel Polio* s dobou použitelnosti do ledna, resp. dubna 2012 byl vydán pro množství 50 000 dávek s platností do konce dubna 2012 pro přeočkování dětí od dovršeného 10. do dovršení 11. roku dítěte proti záškrtu, tetanu a dávivému kašli a acelulární pertusovou složkou spolu s aplikací páté dávky inaktivované očkovací látky proti přenosné dětské obrně.

NIKO doporučuje právě s ohledem na v současné době vyžadovaný informovaný souhlas využít k očkování *Boostrix Polio* s expirací 1/2011 s upozorněním distributora pro očkující lékaře na tuto krátkou expiraci. Následně bude k dispozici dalších 50 000 dávek *Boostrix Polio*. MZ operativně projedná se společností Avenier, aby byla distribuována vakcína *Boostrix Polio* s expirací 1/2011 a po ukončení této expirace vakcína *Adacel Polio* do využití zásob. Dále potom bude v roce 2011 distribuován *Boostrix Polio*.



V. Doporučení pro očkování proti onemocnění způsobeným meningokoky

Zveřejněna definitivní podoba na stránkách MZČR.

VI. Novela zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a problematika hrazení vakcín proti pneumokokovým nákazám

Návrh novely byl již projednán na poradě vedení MZ a nyní je ve fázi předkládání do vnějšího připomínkového řízení. NIKO projednala a odsouhlasila požadavky na novelu tohoto zákona:

- v paragrafu, který se týká očkování proti TBC zrušit text, který říká, že je hrazeno u všech novorozenců a ponechat pouze u rizikových v souladu s platnou vyhláškou, zrušit hrazení v případě přeočkování proti TBC.
- u očkování proti pneumokokovým infekcím hradit, pokud 3 dávky očkovací látky byly aplikovány do sedmého měsíce věku pojištěnce; hrazená péče zahrnuje i přeočkování. *Záměrně odstraněn začátek textu (dříve obsahoval, že musí být zahájeno od 3. měsíce), aby bylo možné zahájit očkování i dříve po zrušení BCG vakcinace. Je ponecháno do 7. měsíce 3 dávky proto, aby bylo jasné, že se jedná o schéma 3 + 1 dávka. Přeočkování ponechat bez úpravy textu, že je možné až ve druhém roce, protože první dávku přeočkování je možné podat již od 11. měsíce, což není druhý rok.*
- doplnit větu, že hrazeno je očkování „proti pneumokokovým nákazám v souladu s bodem 5. vznikne-li pojištěnci nárok na toto očkování a jsou-li závažné zdravotní důvody pro jeho pozdější podání.“

Na tomto místě byla připomenuta nutnost řešení problému vakcinace dospělých aspleníků proti invazivním onemocněním způsobeným pneumokoky. Toto očkování není v současné době ošetřeno a je třeba se mu věnovat při přípravě příští novely vyhlášky o očkování.

VII. Doporučení pro očkování proti rotavirům (termíny, odstupy)

Na očkování proti onemocnění způsobeným rotaviry nutno z pohledu dodržování časových odstupů od jiných druhů očkování pohlížet jinak než na většinu dalších očkování, a to především z důvodů jiného mechanismu účinku rotavirových vakcín. Není nutné striktně dodržovat již tradičně u nás respektovanou dobu 1 měsíce od podání živé vakcíny. NIKO podporuje stanovisko ČVS, že dostačující je interval

14 dnů. Výbor ČVS předloží ke schválení NIKO revidovaný text tohoto doporučení pro očkování proti rotavirům, který byl již dříve publikován, a který bude upraven o změnu v souvislosti se zrušením BCG vakcinace a možností dřívějšího zahájení tohoto očkování.

VIII. Vedlejší reakce po očkování hlášené SÚKL

NIKO konstatuje, že v současnosti nejsou dostupná zahraniční data o vedlejších reakcích po vakcinaci (přístup do webové aplikace je chráněn). Analýza dat by umožnila porovnat rozsah a spektrum hlášených vedlejších reakcí v rámci EU s hlášenými evidovanými vedlejšími reakcemi SÚKL. SÚKL požaduje hlásit jakékoliv reakce včetně těch, které nemusí mít souvislost s vakcinací, problematické je pak vyhodnocení takových hlášení, v některých případech se hlásí i očekávané reakce. Z uvedených důvodů bylo navrženo pozvat na příští jednání NIKO ředitele SÚKL.

IX. Národní akční plán pro zlepšení proočkovanosti proti sezónní chřipce

NIKO souhlasí s návrhem Národního akčního plánu přeloženým cestou MZ. V další fázi bude materiál zaslán k připomínkám krajským hygienickým stanicím a odborným lékařským společnostem, poté bude ve formě návrhu informace pro vládu předložen k projednání na poradě vedení MZ, předán k vnějšímu připomínkovému řízení a do konce I. pololetí 2011 předložen vládě ke schválení.

Prof. Prymula upozornil na zázemí úspěšných akčních plánů (například některých severských států), které vychází především z účinné podpory státu s většinovou účastí na organizaci a financování kampaní za zvýšení sezónní proočkovanosti.

X. Různé

- s ohledem na „velkou“ novelu zákona č. 258/2000 Sb., se kterou se počítá v roce 2011 s navrženou účinností k 1. 1. 2012, NIKO doporučuje, aby tato zákonná norma stanovila povinnost očkování proti diftérii, tetanu, pertusi, invazivním onemocněním způsobeným Haemophilus influenzae typ b, virové hepatitidě B, dětské přenosné obrně, spalničkám, příušnicím a zarděnkám, s ponecháním úhrady těchto vakcín ze státního rozpočtu. Záměr na novelu zákona 258/2000 Sb. v tomto smyslu bude projednán na společném jednání na úrovni dotčených náměstků MZ a zástupců NIKO. O výsledku bude na příštím jednání NIKO podána informace,

- objednávku vakcíny D.T. VAX pro rok 2011 ponechat co do počtu dávek na úrovni z roku 2010, tj. 2 800 dávek,

- k dotazům pediatriů na důvody proč je k dispozici pouze Avaxim: důvodem je výsledek výběrového řízení. Dodatečně bylo zjištěno, že v SPC Avaxim z 2. 6. 2010 je uvedena změněná věková kategorie pro podání vakcíny, a to pro osoby starší 16 let, na rozdíl od předchozího SPC, kde je uvedeno podání od 2 let věku. Budou vyžádány informace od výrobce této vakcíny. MZ zajistí cestou distributora Havrix Junior pro podání dětem do 16 let.

V Praze dne 3. listopadu 2010

■ Selektivní BCG vakcinace od 1.11.2010

Pro informaci uvádíme se souhlasem MZČR text úvodníku, který bude zveřejněn v bulletinu pro pneumoftizeology:

Vážené kolegyně a kolegové,

dovoluji mi abych využil této příležitosti a oslovil Vás prostřednictvím Vašeho odborného bulletinu s informacemi, které se aktuálně týkají změn v legislativě upravující provádění BCG vakcinace v České republice.

Po dlouholeté odborné diskuzi vstoupila s účinností od 1. listopadu 2010 v platnost novela vyhlášky o očkování proti infekčním nemocem. Vyhláška č. 299/2010 Sb. ruší provádění plošné BCG primovakcinace a zavádí selektivní BCG vakcinaci u dětí z rizikových skupin. Dotýká se dětí narozených po 1.11.2010 a dětí propouštěných z porodnice po tomto datu. U těchto dětí na základě dotazníku k definici rizika TBC, (který je jednou z příloh uvedené vyhlášky) vyplněného neonatologem bude v případě shledání indikace k selektivní BCG vakcinaci tato vakcinace provedena na kalmetizačních pracovištích. Ta posoudí míru rizika a případně očkování provedou. S cílem zajistit maximální informovanost o dětech indikovaných k selektivní BCG vakcinaci je zajištěna dvoustranná informovanost kalmetizačních pracovišť, a to jednak již z porodnice a dále od registrujícího pediatra, který předá dítě indikované k selektivní BCG vakcinaci kalmetizačnímu pracovišti. Pokud se dítě na kalmetizaci nedostaví, bude kontaktováno z kalmetizačního pracoviště. V případě, že je dítě odesíláno zpravidla do 1 měsíce k selektivní BCG vakcinaci pediatrem



a je skutečně indikované k vakcinaci, je třeba je chápat jako dítě v riziku TBC a měla by u něj být vakcinace provedena bez zbytečných odkladů. Riziko infekce TBC je u těchto dětí vyšší než další rizika spojená s provedením kalmetizace, a proto mají být očkovány v co nejkratší době. Nedodržením tohoto postupu by stanovené kritérium rizikovosti postrádalo smysl, neboť je těžko představitelné, že byl-li např. některý z rodičů v kontaktu s TBC, tak dítě bude očkováno až po dokončení základní vakcinace. O provedeném očkování učiní kalmetizační pracoviště záznam do očkovacího průkazu, s tím že případně další informace předá toto pracoviště registrujícímu pediatrovi. U dětí u nichž bude provedena selektivní BCG vakcinace bude také na kalmetizačním pracovišti provedena kontrola kalmetizační jizvy. Důvodem tohoto postupu je hlášení případ-

ných komplikací po očkování Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv.

U dětí narozených před nabytím účinnosti vyhlášky, tedy před 1.11.2010, které nebyly primovakcinovány na porodnici je postup individuální. Tyto děti odesílá na kalmetizační pracoviště pediatr, který však vždy pečlivě zváží benefit tohoto očkování s ohledem na odborná doporučení, která ke zrušení plošné BCG vakcinace vedla. Pokud bude očkování pediatrem indikováno budou použita kritéria obdobná jako jsou uvedena v přílohách vyhl. 299/2010 Sb.

V případech, že dítě nebude indikováno k provedení selektivní vakcinace podle vyhlášky 299/2010 Sb., ale rodiče se budou tohoto očkování domáhat, je očkovací látka do doby novely zákona o zdravotním pojištění hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojiš-

tění. Aplikace a tuberkulín bude hrazen rovněž z prostředků veřejného zdravotního pojištění. V těchto případech je třeba rodiče poučit, že očkování proti TBC lze provést až po dokončení základního očkování třemi dávkami hexavakcí a třemi dávkami vakcíny proti pneumokokům, tedy zpravidla až ve druhém půlroce života. Z existujícího stanoviska výboru České vakcinologické společnosti ČLS JEP vyplývá, že provedení BCG vakcinace v těchto případech je třeba chápat pouze jako vyhovění žádosti případným zájemcům avšak bez odborného zdůvodnění

Kalmetizované dítě bude dále očkováno hexavakcínou od započatého 13. týdne věku, avšak vždy po zhojení kalmetizační jizvy a nejdříve vždy za 12 týdnů od provedené kalmetizace.

Nelze vyloučit, že praxe s sebou přinese ně-

Kongres primární péče

**Sdružení praktických lékařů ČR,
Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR
ve spolupráci
s Odbornou společností praktických dětských lékařů ČLS JEP
si Vás dovoluují pozvat na**

5. kongres primární péče s mezinárodní účastí

Motto: Lékař první volby

25. až 26. února 2011

TOP HOTEL Praha, Congress Hall, Blažimská 1781/4, 149 00 Praha 4

**Registrační formulář, informace, program i abstrakta najdete
na internetových stránkách www.splcr.cz, www.detskylekar.cz a www.ahou.cz.**

**Akce je určena pro lékaře a sestry v primární péči a je zařazena
do kreditovaného systému celoživotního vzdělávání.**

Divadelní představení v Divadle Hybernia od 19:00 do 21:30 hodin.

Muzikál Hello, Dolly! vznikl na motivy frašky Thortona Wildera dnes známé pod názvem Dohazovačka. Jednoduchý příběh vdovy Dolly Leviové, která se živí jako dohazovačka, a jednoho ze svých zákazníků – mrzoutskeho starého mládence – přiměje svým šarmem a kouzlem změnit se v milého, galantního muže, zpracoval Michael Stewart. Geniální hudbou jej opatřil Jerry Herman. V ceně je zahrnuta i doprava.

POZOR: hudební představení Carmen nahrazuje muzikál Hello, Dolly! Ceny za lístky zůstávají v platnosti!



kteřé další otázky, kteřé bude třeřba diskuto-
vat. Proto bych uvítal, v rámci okresních sdru-
žení pediatriů společnou diskuzi s pneumof-
tiseology resp. pracovníky kalmetizačních
pracovišť, kteřá by měla přispět ke vzájemné
bezproblémové komunikaci.

Dovolím se ještě zmínit o tom, že na ja-
ře 2009 byla vyhláškou o očkování proti in-
fekčním nemocem zruřena BCG revakcinace
v 11 letech věku dítěte. Považuji za nežádou-
cí a kontraproduktivní, aby kalmetizační pra-
coviště v současné době rozesílala prostřed-
nictvím škol resp. prostřednictvím jedenácti-
letých dětí dopisy, kteřé mohou v rodičích na-
vozovat dojem, že jejich dítě je nedostatečně
proti TBC chráněno a tudíž je třeřba revakcina-

ci dobrovolně provést. V tuto chvíli se již ne-
jedná o postup lege artis, neboť kromě platné
legislativy, kteřá revakcinaci zruřila se změni-
lo v létě letořního roku i SPC vakcíny, ve kte-
rém je explicitně uvedeno, že Světová zdravot-
nická organizace přeočkování nedoporučuje.
Současná strategie BCG vakcinace v České
republice není důvodem pro ruření kalme-
tizačních pracovišť, jejichž významná role
v systému naopak přechodem na očkování ri-
zikových skupin narůstá. Na základě vyplně-
ných dotazníků neonatologie to budou právě
kalmetizační pracoviště, kteřá budou selek-
tivní BCG vakcinaci provádět.

Závěrem dovolu,te, abych Vám touto cestou po-
děkoval za veřkeré dlouholeté aktivity pro-

váděné na úseku kontroly TBC v České re-
publice. Je nepochybně Vaří zásluhou, že
výskyt TBC v ČR je prakticky jeden z nej-
nižřích v Evropě a nemocnost 6,8 případů
na 100 000 obyvatel v roce 2009 je toho do-
kladem. Tímto velmi příznivým vývojem ne-
mocnosti TBC v ČR se tak podařilo splnit me-
zinárodní kritéria pro zruření plořné BCG vak-
cinace, kteřá byla již v roce 1993 vypracová-
na Mezinárodní unií proti tuberkulóze a plic-
ním nemocem.

V Praze dne 18.11.2010

MUDr. Michael Vít, Ph.D.

hlavní hygienik ČR a náměstek ministra

Evropský týden prevence již popáté upozorní na nebezpečí rakoviny děložního čípku



Od 23. do 29. ledna 2011 se v České republice
uskuteční pátý ročník Evropského týdne prevence
proti rakovině děložního čípku. Po celé Evropě pro-
běhne v tomto období pod zářtitou Evropské aso-
ciace proti rakovině děložního čípku (ECCA) řada

edukačních akcí, jejichž cílem je přispět k lepší informovanosti žen a dívek o rakovině dělož-
ního čípku a možnostech, jak lze tomuto onemocnění účinně předcházet.

Symbolem boje proti rakovině děložního čípku a týdne prevence je již tradičně brož
ve tvaru Perly moudrosti, kteřou zdarma získají lidé, jež se osvětových akcí zúčastní. Všichni
zájemci mohou také podepsat petici STOP rakovině děložního čípku (www.cervicalcancer-petition.eu) a nepřímou tak podpořit boj s touto nemocí. Záměrem této petice je získat v rám-
ci evropských zemí celkem jeden milion podpisů. Do dneřního dne petici podepsalo více než
768 tisíc Evropanů. Téměř 300 tisíc podpisů připojili na pomoc dobré věci obyvatelé ČR,
a projeřili tak v rámci evropských zemí o akci největří zájem.

Rakovina děložního čípku je celosvětově druhým nejčastěřším nádorem u žen hned po rakovině prsu. Každoročně této zákeřné ne-
moci podlehne 250 tisíc žen na celém světě. V Evropě na rakovinu děložního čípku umírá jedna žena každých 18 minut. V České re-
publice každý rok vyslechne tuto smutnou diagnózu více než 1000 žen a více než 400 pacientek této nemoci podlehne.



Ve výskytu karcinomu děložního čípku jsou však mezi evropskými ze-
měmi značné rozdíly. Jejich příčinou je hlavně rozdíl v přístupu k zavádě-
ní preventivních programů.

Vhodnou formou prevence nemoci je kombinace preventivních gyne-
kologických prohlídek a očkování proti HPV. Vzhledem k tomu, že se dívk-
y nejčastěřji nakazí onkogenními viry HPV brzy po zahájení sexuálního ži-
vota, má očkování nejvyšří účinnost, pokud je provedeno ještě před prv-
ním pohlavním stykem. Odborná pediatrická společnost doporučuje v té-
to souvislosti očkování dívkám ideálně před 15. rokem života. Role pedi-
atra je tedy z pohledu prevence rakoviny děložního čípku a HPV vakcina-
ce nezastupitelná.

GSK - Cervarix



Očkování kojenců od 1.11.2010

MUDr. Hana Cabrnová

předsedkyně OSPDL ČLS JEP

Po přijetí novely vyhlášky o očkování (vyhláška č. 537/2006 Sb. po poslední novelizaci vyhláškou č. 299/2010 Sb.) dochází ke změně v očkování v prvních měsících života dítěte. Daleko více je třeba kontrolovat, zda bylo dítě kalmetizováno (pouze rizikové skupiny) nebo nikoliv.

Kalmetizované dítě bude dále očkováno hexavakcínou od 13. týdne, vždy po zhojení kalmetizační jizvy a nejdříve vždy 12 týdnů od provedené kalmetizace. Vakcínu proti rotavirovým nákazám je možné podávat od 9. týdne.

Nekalmetizované děti mohou být v souladu s novelou vyhlášky o očkování vakcinované hexavakcínou již od 9. týdne (2 měsíce). První dávku rotavirové vakcíny u nekalmetizovaných dětí je možné aplikovat již od ukončeného 6. týdne věku. Druhou, respektive třetí dávku, je možno aplikovat s odstupem jednoho až dvou měsíců. Rotavirové schéma i v případě jakéhokoliv posunu musí být aplikováno v souladu omezením do 24. týdne (Rotarix), případně do 26. týdne (RotaTeq).

Včasným zahájením očkování může být tedy ochrana dítěte především proti pertusi, jejíž riziko stoupá, navozena podstatně dříve. Současně se tak očkování v ČR přiblížilo většině evropských zemí, kde se také používá schéma 2,3,4 měsíce.

Očkování proti pneumokokovým nákazám bude i nadále probíhat v souladu s dikcí zákona č. 48 od 3. měsíce. OSPDL ale předala na MZČR návrh novely tohoto zákona:

• U očkování proti pneumokokovým infekcím hradiť, pokud 3 dávky očkovací látky byly apliková-

Příklady schémat pro očkování u nekalmetizovaných dětí s uvedením možných kombinací při současné aplikaci nepovinného hrazeného očkování proti pneumokokům a nepovinného očkování proti rotavirovým nákazám (žlutě označená část se týká schématu při možném zahájení očkování proti pneumokokům od 2. měsíce):

6 t + PP	9 t (2 m)	3 m+ PP	4 m+ PP	5 m	6 m+ PP
Rota	Hexa + Rota (10 t.)	Hexa + Pneumo (14 t.)	Hexa + Pneumo	Pneumo	
Info	Hexa + Rota	Hexa + Pneumo + Rota	Hexa + Pneumo	Pneumo	
Rota	Hexa + Pneumo + Rota (10 t.)	Hexa + Pneumo (14 t.)	Hexa + Pneumo		
Info	Hexa + Pneumo + Rota	Hexa + Pneumo + Rota	Hexa + Pneumo		

Pozn.: obdobně lze použít i třídávkové schéma vakcíny proti rotavirovým nákazám s aplikací poslední dávky v měsíčním intervalu

ny do sedmého měsíce věku pojištěnce; hrazená péče zahrnuje i přeočkování.

Záměrně odstraněn začátek textu (dříve obsahoval, že musí být zahájeno od 3. měsíce), aby bylo možné zahájit očkování po zrušení BCG dříve. Je ponecháno do 7. měsíce 3 dávky proto, aby bylo jasné, že se jedná o schéma 3 + 1 dávka. Preočkování ponechat bez úpravy textu, že až ve druhém roce, protože první dávku přeočkování je možné podat již od 11. měsíce, což není druhý rok.

• Dále doplnit větu, že hrazeno je očkování „proti pneumokokovým nákazám v souladu s bodem 5., vznikne-li pojištěnci nárok na toto očkování a jsou-li závažné zdravotní důvody pro jeho pozdější podání.“

V současnosti probíhají jednání s jednotlivými ZP, aby tato změna byla akceptována ještě před přijetím této novely a o výsledku vás budeme informovat. Pro zdravotní pojišťovny tak jako důležité kritérium zůstává především dodržování intervalu do 7. měsíce tři dávky (krom závažných důvodů pro posunutí).

Zdravotní pojišťovny se zaměřily na prevenci rakoviny děložního čípku

RNDr. Ruth Tachezy, Ph.D.

Oddělení experimentální virologie, VFN Praha

Jedním z projektů prevence, na které se v loňském roce začala soustředit většina českých zdravotních pojišťoven, byl projekt „**Očkování proti rakovině děložního čípku – 3. dávka zdarma**“. Cílem projektu bylo výrazně zpřístupnit českým dívkám a mladým ženám vakcinaci proti rakovině děložního čípku, která je na českém trhu dostupná již několik let. Právě očkování v kombinaci s pravidelnými gynekologickými prohlídkami je nejlepším způsobem prevence, jak lze karcinomu děložního čípku předcházet. Relativně vyšší cena této vakcinace byla přitom v minulosti pro mnoho rodičů dívek překážkou, a dali tak přednost raději jiným druhům nepovinného očkování. Jako první vloni v květnu zahájila projekt Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) a postupně se k němu připojila i většina dalších zdravotních pojišťoven.

Akce zaznamenala v prvních měsících svého trvání u široké veřejnosti velký zájem. Například u Všeobecné zdravotní pojišťovny si certifikát vyzvedlo více jak 20.000 pojištěnek. Zdravotní pojišťovny dosud neposkytly oficiální výstupy o věkových skupinách očkovanych dívek a žen v rámci tohoto projektu, ale odhadujeme, že největší zájem projevil u vakcinaci zejména matky mladých dívek (do věku 15 let), které se rozhodly nechat své dcery naočkovat proti HPV v ordinaci pediatra.

Za kompletní očkovací schéma, které se skládá ze tří dávek vakcíny, zaplatily dívky a ženy celkem 6 400 Kč (částka bez aplikačních poplatků). K uplatnění slevy bylo potřebné předložit svému dětskému lékaři či gynekologovi před aplikací první dávky vakcíny slevový certifikát.

Pojištěnkyně VZP si mohly certifikát vyzvednout na své pobočce, u jiných zdravotních pojišťoven lze certifikát získat prostřednictvím webových stránek. Akce byla věkově omezena a její konkrétní podmínky bylo nutné ověřit u dané zdravotní pojišťovny.

Do projektu se zapojily: Všeobecná zdravotní pojišťovna, Oborová zdravotní pojišťovna, Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR, Zdravotní pojišťovna Metal-Alliance, Vojenská zdravotní pojišťovna a Zdravotní pojišťovna Média.

Tento preventivní program potvrdil skutečnost, že ze strany klientů zdravotních pojišťoven je zájem o investici do svého zdraví již na poli primární prevence a že zpřístupnění ceny vakcíny je důležitým motivačním faktorem k očkování.

GSK - Synflorix



Očkování proti pneumokokům u dětí v ČR v roce 2010 - 2011

Česká pediatrická společnost ČLS JEP, Společnost infekčního lékařství ČLS JEP

Údaje WHO uvádějí, že pneumokoková onemocnění zabíjí ročně na celém světě, především v rozvojových zemích, více než 700 000 dětí ve věku do 5 let (1). Na celkovém počtu 8 795 000 úmrtí dětí v této věkové skupině se podílí infekční nemoci 68%, pneumonie 18%, průjmová onemocnění 15% a malárie 8% (2). Roční výskyt invazivních pneumokokových onemocnění v celé populaci u nás je v porovnání s výskytem invazivních meningokokových onemocnění a invazivních hemofilových nákaz (před zavedením očkování proti hemofilu influenzae typu b) trojnásobný (3, 4, 5).

V roce 2009 bylo dle statistiky SZÚ v ČR zachyceno 356 případů invazivních onemocnění způsobených pneumokoky (5), skutečný výskyt pneumokokových infekcí je ale jistě mnohem vyšší. Důvodem je především fakt, že při febrilních stavech se v ČR provádí vyšetření hemokultury ve srovnání se západním zahraničím jen zřídka, navíc po technické stránce často nedokonale, proto i výtežnost zachytu je malá.

Nejvíce jsou pneumokokovými onemocněními ohroženi kojenci a děti do 5 let věku a jedinci starší 65 let. Jak známo, do roku 2000 byla k dispozici pouze polysacharidová vakcína určená dospělým a dětem starším než 2 roky, její ochranný efekt v rizikové skupině kojenců a batolat byl ovšem velmi malý.

Před více než 10 lety byla v USA zahájena vakcinace proti 7 nejinvazivnějším sérotypům pneumokoka (4, 6B, 9V, 14, 18, 19F, 23F). Tato očkovací látka byla v USA nazvána Prevnar®, v Evropě pak distribuována pod názvem Prevenar®. Sedmivalentní pneumokoková konjugovaná vakcína (PCV-7) vyvolává tvorbu ochranných protilátek dobře i u kojenců. Zkušenosti v USA byly po zavedení Prevnaru® natolik pozitivní, že výroba nestačila krýt požadavky a do Evropy se vakcína dostala opožděně. Vysoká poptávka po konjugované vakcíně byla způsobena tím, že první statistické údaje ukázaly, že po plošném očkování byl v USA zaznamenán pokles invazivních pneumokokových infekcí vyvolaných očkovacími sérotypy až o 98%! (6). Použití této konjugované vakcíny vedlo rovněž k významnému

poklesu výskytu pneumonií a otitid (6).

V roce 2009 byly na trh uvedeny **další dvě konjugované vakcíny pro děti:**

Synflorix® (PCV-10), na rozdíl od 7-valentní vakcíny obsahuje navíc sérotypy 1, 5 a 7F.

Další novou vakcínou na trhu od roku 2010 je **Prevenar 13®** (PCV-13), oproti Prevenaru® (PCV-7) obsahuje navíc ony 3 sérotypy jako Synflorix a **přidány jsou ještě další 3 nové sérotypy - 3, 6A a 19A**. Pokrytí sérotypů, zachycených od dětí s invazivními pneumokokovými onemocněními, konjugovanými vakcínami bylo u nás za období 2000- 2009 nejvyšší u dětí ve věku 0- 11 měsíců (7-valentní konjugovaná vakcína, PCV-7) celkem 59,3 %; 10-valentní konjugovaná vakcína, PCV-10 celkem 70,4 %, 13-valentní konjugovaná vakcína, PCV-13 celkem 79,0 %) a dětí 1-4 roky (PCV-7 celkem 63,9 %, PCV-10 celkem 71,7 %, PCV-13 celkem 85,5 % (5). **Ochranný efekt by tak plynule stoupal s počtem sérotypů obsažených ve vakcíně.**

U pacientů nejvyšších věkových skupin dosahovalo pokrytí invazivních sérotypů hodnoty nad 60% až u PCV-13. V roce 2009 byl oproti předchozímu období zjištěn mírný procentuální vzestup vakcinačních sérotypů 14, 7F a 19A a mírný pokles sérotypů 19F a 3 u pacientů všech věkových skupin (5). **K nejčastějším vyvolatelům invazivních pneumonií u dětí 0-18 let u nás v letech 2000-2008 patřily sérotypy 1, 6B, 14, 23F, 9V, 4, 18C a 7F, všechny obsažené současně v PCV-10 i PCV-13 a dále potom sérotypy 3, 6A a 19A všechny obsažené pouze v PCV-13(7).**

Evropskou lékovou agenturou EMEA uznaná indikace použití vakcín proti pneumokokům je pro státy Evropské unie Synflorix® – ochrana před invazivními pneumokokovými onemocněními a otitidami (vyvolanými 10 vakcinačními sérotypy) u dětí ve věku od 6 týdnů do 2 let, pro Prevenar 13® pak ochrana před invazivními pneumokokovými onemocněními, otitidami a také **navíc pneumoniemi vyvolanými 13 vakcinačními sérotypy a to včetně sérotypů 3, 6A a 19A u dětí ve věku od 6 týdnů do 5 let.**

Od roku 2010 je očkování proti pneumo-

kokům hrazeno pro Prevenar® a Synflorix® a z větší části i pro Prevenar 13® všemi zdravotními pojišťovnami pro děti od 3 měsíců, pokud je dodrženo schéma 3+1. Opakovaná surveillance ukáže v budoucnu efekt polyvalentních vakcín, včetně potenciálního „replacement“ fenomenu. Pro dětská lůžková oddělení se doporučuje provádět častěji hemokultury a domluvit s příslušnou mikrobiologickou laboratoří způsoby odběru a zpracování materiálu odpovídajícím způsobem.

Závěrem je možno konstatovat:

Epidemiologická data hodnotící u všech 3 vakcín (Prevenar®, Synflorix® a Prevenar 13®) možné pokrytí infekcí vyvolaných různými sérotypy pneumokoka ukazují, že zvýšení počtu antigenů v očkovací látce je výhodné. V současnosti se tak zřetelně zvyšuje pravděpodobnost pokrytí kmenů pneumokoků vyvolávajících i v ČR závažná onemocnění a záněty středouší. Při zvýšeném výskytu dětských pneumonií s výpotkem a rozpadu plicní tkáně se jeví výhodné i doplnění sérotypů 3, 6A a 19A.

Česká pediatrická společnost a Společnost infekčního lékařství doporučují i nadále co nejširší ochranu dětí proti pneumokokovým infekcím očkováním, především u dětí nejnižších věkových skupin.

Literatura:

- (1) Morbidity and Mortality Weekly Report, May 12, 2006 / Vol. 55 / No. 18: 505-528
- (2) Black RE, Cousens S, Johnson HL et al., Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis; Lancet 2010; 375: 1969-87
- (3) Křížová P., Kalmusová J., Musílek M., Invazivní meningokokové onemocnění v České republice v roce 2009; Zprávy EM (SZÚ, Praha) 2010; 19(1-2): 26-30
- (4) Lebedová V., Beneš Č., Kalmusová J., Křížová P., Závažná onemocnění způsobená Haemophilus influenzae v České republice v roce 2009; Zprávy EM (SZÚ, PRAHA) 2010; 19(1-2): 31-34
- (5) Motlová J., Beneš Č., Křížová P., Invazivní pneumokoková onemocnění v České republice v roce 2009, Zprávy EM (SZÚ, Praha) 2010; 19(3):68-77
- (6) SPC Prevenar 13
- (7) Maresova V, Blechova Z, Vancikova Z, Bergerova T, Houstkova H, Pohl J, Pizingerova K, Smrcka V, Borskova K, Gabrielova A, Matejkova J, Trojanek M, Zemlickova H, Motlova J, Bacteremic Pneumococcal Pneumonia in Children: Clinical Features, Therapy and Prevention. Poster and abstract. Presented at the 6th World Congress on Pediatric Infectious Diseases, Buenos Aires, Argentina, November 18-22, 2009



Nová doporučení v oblasti očkování dětí

prof. MUDr. Roman Prymula, CSc., Ph.D.

Česká vakcinologická společnost ČLS JEP

MUDr. Hana Cabrnachová

OSPDL a Česká vakcinologická společnost ČLS JEP

Základní legislativní normou pro provádění očkování je vyhláška č. 537/2006 Sb. o očkování a infekčních nemocech v díkci aktuální změny č. 299/2010 Sb. Vyhláška vychází ze zákona O ochraně veřejného zdraví č. 258/2000 Sb. a následně zákona č. 471/2005 Sb. v úplném znění zákona O ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, jak vyplývá z pozdějších změn. Právě změna této vyhlášky vedla k úpravě očkovacího kalendáře dětí a to nejen v oblasti povinného očkování, ale v reakci na to i úpravě doporučení pro očkování proti pneumokokovým a rotavirovým nákazám. V letošním roce bylo Národní imunizační komisi přijato nové doporučení pro očkování proti meningokokovým nákazám, výborem Vakcinologické společnosti bylo schváleno doporučení pro očkování proti HPV infekcím.

■ Doporučení k zrušení plošného očkování proti BCG

Od 1.11.2010 se ruší plošné očkování proti TBC u novorozenců. Týká se dětí, propouštěných z porodnice po datu nabytí účinnosti Vyhlášky, případně narozených po tomto datu. U těchto dětí je v souvislosti s rozhodováním, zda očkovat nebo ne, postupováno již v souladu s Vyhláškou včetně vyplnění k dotazníku a jeho založení do zdravotní dokumentace. Výsledné posouzení se týká stanovení rizika a pouze odpověď ANO je pro toto riziko rozhodující a výsledek je potom označen jako ANO, tedy dítě má indikaci v souladu s vyhláškou. Pracoviště kalmetizace dostává již z porodnice o tomto dítěti informaci, je tedy zajištěno, aby bylo kontaktováno také v případě, že se nezaregistruje u praktického lékaře pro děti a dorost (PLDD). Takovéto dítě je třeba chápat jako dítě v riziku a pokud tomu nebrání jiné skutečnosti, mělo by být bez zbytečného odkladu předáno na kalmetizaci (dle textu vyhlášky zpravidla do 1 měsíce), kde dle posouzení míry rizika případně dojde k očkování. Informace o provedeném očkování musí být zaznamenána do očkovacího průkazu a případně další informace předány zprávou registrujícímu PLDD. Kalmetizované dítě bude dále očkováno hexavakcínou od 13. týdne, vždy po zhojení kalmetizační jizvy a nejdříve vždy 12 týdnů od provedené kalmetizace.

Jistě existuje riziko při aplikaci u nerozpoznaného závažného imunodeficitu. V případě zhodnocení rizik, je však i vzhledem k četnosti u jedinců s kontaktem s TBC toto považová-

no za prioritní a kalmetizace by měla být provedena co nejdříve. Oddalování zahájení očkování u této kategorie až po základním očkování v 6. až 7. měsíci postrádá zcela smysl strategie očkování rizikových skupin. Naopak u kategorie případných zájemců o dobrovolné očkování proti TBC je žádoucí tato rizika vnímat v obrácené prioritě a očkování proti TBC je vhodné odsunout.

Přeočkování, na rozdíl od základního očkování zcela odborně neopodstatněné, bylo logicky zrušeno také. Je tedy zcela nežádoucí, aby kalmetizační stanice rozesílaly dopisy 11letým adolescentům a pokoušely se u jejich rodičů navodit dojem, že jsou proti tuberkulóze nedostatečně chráněni a bylo by vhodné se nechat přeočkovat, byť dobrovolně. V tuto chvíli se již nejedná o postup lege artis. Kromě změny legislativních norem se změnilo i SPC vakcíny, kde je explicitně řečeno, že přeočkování WHO nedoporučuje.

■ Doporučený postup pro očkování proti pneumokokovým onemocněním

K dispozici jsou 23-valentní polysacharidová vakcína (PSV23, Pneumo 23), 7-valentní (PCV7, Prevenar), 10-valentní (PCV10, Synflorix) a 13-valentní konjugovaná vakcína (PCV13, Prevenar 13). 7-valentní vakcína bude plně nahrazena vakcínou 13-valentní a postupně stažena z trhu. 10-valentní vakcína obsahuje oproti 7-valentní navíc sérotypy 1, 5, 7F, 13-valentní sérotypy 1, 3, 5, 6A, 7F a 19A. Obě vakcíny jsou používány v plošném

režimu, u 13-valentní vakcíny je stanoven doplatek. Ani u jedné z vakcín nejsou k dispozici účinnostní data, vychází se pouze z imunologických korelátů. Výhodou 10-valentní vakcíny je potenciál širšího působení proti akutnímu zánětu středního ucha, u 13-valentní vakcíny potenciál účinnosti proti 3 dalším sérotypům, zejména sérotypu 19A. Superiorita vakcíny se jednoznačně odvíjí od epidemiologické situace a výskytu sledovaných sérotypů v konkrétní zemi.

K výběru konkrétního očkovacího schématu se přistupuje v souladu s SPC každé z vakcín v závislosti na věku. Od 6 týdnů do 2 let je možno použít 10- nebo 13-valentní konjugovanou vakcínu, od 2 do 5 let 13-valentní konjugovanou vakcínu nebo 23-valentní polysacharidovou vakcínu, kdy jednoznačná preference je na straně konjugované vakcíny. Nad 5 let by měla být používána pouze polysacharidová vakcína, i když v brzké době by měla být k dispozici data o použití konjugované 13-valentní vakcíny. Jedinou indikací pro polysacharidovou vakcínu ve věku 2 až 5 let je nutnost pokrýt širší spektrum sérotypů u imunokompromitovaných jedinců. Např. u aspleniků se doporučuje po základním schématu konjugovanou vakcínou aplikovat jednu až dvě dávky polysacharidové vakcíny. Problémem jsou přechodová schémata. Existují data o možném přechodu z PCV7 na PCV10 ze schématu 3 dávky PCV7 a 1 dávka PCV10. Přechod mezi PCV7 a PCV13 je možný v každém okamžiku. Při přechodových schématech, kde je aplikována pouze 1 či 2 dávky vícevalentní vakcí-

ny je toto schéma zcela imunologicky ekvivalentní pro korespondující sérotypy v obou vakcínách. U ostatních sérotypů je přidána hodnota v protekci vůči těmto sérotypům, ta je však kratší v závislosti na věku aplikace a pro plnou dlouhodobou ochranu může být individuálně zvažována aplikace další posilovací dávky.

Celé vakcinační schéma je doporučeno v podmínkách ČR provést jako čtyřdávkové. Primovakcinace se skládá ze tří dávek vakcíny, každá o objemu 0,5 ml. Aplikace čtvrté dávky (přeočkování – booster dávka) se doporučuje mezi 11.-15. měsícem věku. Optimální imunologické odpovědi je dosaženo, aplikuje-li se čtvrtá dávka mezi 12.-13. měsícem věku.

Konjugované pneumokokové vakcíny je možno úspěšně kombinovat s hexavakcínou a ve standardní situaci je aplikujeme v základním schématu společně. U nedonošenců je možno zvážit rozfázování po 14 dnech.

■ Doporučení pro aplikaci rotavirových vakcín

Vzhledem ke změně Vyhlášky a zrušení plošného očkování proti BCG je možno aplikovat 1. dávku rotavirové vakcíny u nekalmetizovaných dětí již od ukončeného 6. týdne věku. Druhou, respektive třetí dávku je možno aplikovat s odstupem jednoho až dvou měsíců. Rotavirové schéma i v případě jakéhokoliv posunu musí být aplikováno v souladu omezením do 24 týdne (Rotarix) resp. do 26. týdne (RotaTeq). Protože v nejnižší věkové kategorii dochází k častým kombinacím hexavalentní vakcíny, konjugovaných pneumokokových vakcín a v budoucnu i dalších (např. meningokoková vakcína typu B) je kombinování vakcín nejen výhodné, ale přímo nezbytné. Obecné postuláty pro odstup živých vakcín pro rotavirovou vakcínu vzhledem k odlišnému mechanismu působení neplatí. Je možno ji aplikovat jak paralelně, tak s odstupem 14 dnů.

■ Doporučený postup pro očkování proti meningokokovému onemocnění

V České republice probíhá očkování pro-



ti meningokokovým nákazám jako nepovinné, dobrovolné očkování. Národní imunizační komise na základě dat surveillance v ČR a dle postupů v ostatních zemích doporučuje následující vakcinační strategii pro Českou republiku:

1. Očkování jednou dávkou meningokokové konjugované vakcíny C je vhodné aplikovat u dětí před nástupem do kolektivu, zpravidla ve věku 2 - 6 let s ohledem na zvažení individuálního rizika.

2. U pre-adolescentů ve věku 11 - 14 roků provést přeočkování, které je podle nejnovějších doporučení nutné provést nejdříve za 7 - 10 let od aplikace první dávky konjugované vakcíny. Přeočkování je možné provést jednou dávkou meningokokové konjugované tetrařavakcíny A,C,Y,W135, alternativně lze u pre-adolescentů provést přeočkování meningokokovou konjugovanou vakcínou C. Toto očkování by bylo přeočkováním u pre-adolescentů, kteří již byli očkováni v dětském věku meningokokovou konjugovanou vací-

nou C a primovakcinací u těch, kteří v dětském věku očkování nebyli. Doporučený interval mezi základním očkováním a přeočkováním konjugovanou vakcínou je možné v případě zvýšeného epidemiologického rizika zkrátit. Konjugovaná tetrařavakcína je optimální z hlediska zajištění co nejširší dostupné ochrany zejména při častém cestování mladých osob. Složka Y obsažená v tetrařavakcíně navíc zajišťuje ochranu proti meningokoku séro skupiny Y, která i v České republice způsobuje nejvyšší smrtnost ze všech séro skupin. Uvedené konjugované vakcíny neposkytují ochranu proti meningokokovému onemocnění vyvolaným séro skupinou B (MenB). Vzhledem k tomu, že v současné době séro skupina B působí až 75% invazivních meningokokových onemocnění, je nezbytné sledovat vývoj nových očkovacích látek proti MenB a hodnotit vhodnost jejich použití v České republice. Jakmile bude vyrobena a následně registrována MenB vakcína vhodná pro Českou republiku, bude žádoucí zahrnout ji do očkovacího schématu malých dětí, vzhledem k vysoké nemocnosti způsobené meningokokem B v nejmladší věkové skupině.

■ Doporučení k věkové indikaci HPV vakcinace

Očkování proti HPV v ČR patří v současné době do kategorie doporučeného očkování, které je pokryto pouze privátním trhem a je hrazeno zájemcem o očkování. Některé zdravotní pojišťovny se přechodně podílejí na uhrazení části očkování, zpravidla jedné dávky. Vzhledem k významu a účinnosti očkování pro jednotlivce i populaci je zařazení HPV vakcinace do národního imunizačního schématu považována za jedno z prioritních. Česká vakcinologická společnost plně podporuje možnost zahájení plošného očkování. V případě jeho zavedení do očkovacího kalendáře doporučuje zařazení HPV vakcinace pro věkovou kategorii 13-14letých dívek. Pro privátní trh je doporučované věkové rozmezí plně v rozsahu schváleného SPC jednotlivých vakcín. Jako optimální je považováno zahájit očkování ještě před zahájením pohlavního života.



Kontraindikace očkování

MUDr. Daniel Dražan

PLDD, Jindřichův Hradec

Souhrn

Vakcinace patří k nejúčinnějším strategiím preventivní péče a v celosvětovém měřítku každoročně zachrání miliony životů. K zachování její maximální efektivity je třeba pečlivě dodržovat kontraindikace. K nejčastějším kontraindikacím vakcín patří gravidita, imunodeficitní stavy a závažné nežádoucí reakce po předchozí dávce vakcíny. I stanovení chybné kontraindikace, které je u nás mnohem častější než nedodržení skutečné kontraindikace, může mít významně negativní dopad na zdravotní stav pacienta. Nejčastějšími chybnými kontraindikacemi bývají různá neurologická onemocnění, autoimunitní a alergické nemoci, imunodeficitní stavy i těhotenství.

Klíčová slova

kontraindikace, relativní kontraindikace, vakcinace, těhotenství, neurologické komplikace

■ Úvod

Vakcinace patří k nejúspěšnějším a ekonomicky nejvýhodnějším nástrojům v prevenci onemocnění a úmrtí. Díky vakcinaci byla celosvětově eradikována variola a na západní polokouli eliminována poliomyelitida, u dalších onemocnění bylo dosaženo dramatického snížení incidence a tím i trvalé morbidit a počtu úmrtí (1). Očkování jedinci vakcinace poskytuje částečnou až téměř kompletní ochranu před vybranými infekčními onemocněními a zvyšuje kvalitu života. V celosvětovém měřítku vakcíny zabránil až 3 milionům dětských úmrtí ročně (2). Plošné národní vakcinační programy zajišťují imunitu populace, předchází rozvoji epidemií a snižují náklady na zdravotní péči. Kontraindikace vakcín nejsou časté, ale k zachování maximální bezpečnosti vakcinace je třeba jejich pečlivě dodržování. V České republice nebývá problémem nedodržování kontraindikací, ale naopak velmi časté chybné stanovení kontraindikace u pacientů, kteří jsou z různých důvodů zvýšeně ohroženi preventabilními infekcemi a mohou tedy z vakcinace získat nejvyšší prospěch. Omezení chybných kontraindikací a očkování rizikových pacientů může zlepšit imunní stav neohroženějších jedinců.

■ Definice pojmů

Dodržení správných kontraindikací je nezbytné k zajištění bezpečnosti očkování a zachování dostatečné imunogenity. Kontraindikace vakcín je možno rozdělit na 2 skupiny, v tomto článku budou používány termíny kontraindikace ve významu absolutní kontraindikace (v anglické literatuře jen „contraindications“) a relativní kontraindikace (v anglické literatuře „precaution“). Kontraindikace jsou situace, při kterých by vakcína neměla být za žádných okolností po-

dána, protože je při nich zvýšené riziko závažných nežádoucích reakcí na vakcínu (3, 4).

Jako příklady kontraindikací je možno uvést těžké imunodeficity, při nichž by pacienti neměli být očkováni živými očkovacími látkami. U dětí při rozvoji encefalopatie nevysvětlitelné jinou příčinou během 7 dnů po vakcínách DTP (difterie, tetanus, pertuse), DTaP (difterie, tetanus, acelulární pertuse) nebo Tdap (tetanus, difterie, acelulární pertuse se sníženým obsahem difterického toxoidu a pertusových antigenů) jsou kontraindikovány další dávky vakcín obsahujících pertusové antigeny. Vzhledem k teoretickému riziku pro plod jsou v těhotenství kontraindikované živé očkovací látky.

Nejbližší význam anglického slova „precaution“ vztahený ke kontraindikacím je český výraz „opatrnost“. Jedná se tedy o situace, při kterých sice může být vakcína podána, ale s velkou opatrností a po předchozím zvážení přínosu a rizika této procedury pro očkování (3). Při relativní kontraindikaci existuje zvýšené riziko závažných nežádoucích reakcí nebo je snižena imunita vakcín (např. interference protilátky-obsahujících produktů s některými živými očkovacími látkami). Při relativní kontraindikaci je riziko závažné nežádoucí reakce nižší než při kontraindikaci (absolutní kontraindikaci). Relativní kontraindikace jsou většinou přechodné a po jejich odeznění je možné očkovat (4). Pokud předpokládán přínos převyšuje riziko nežádoucích účinků, např. během epidemií, je možné při relativní kontraindikaci očkovat.

Alergické reakce po očkovací látce

Jedinou všeobecnou kontraindikací pro všechny vakcíny je anafylaxe po předchozí dávce vakcíny nebo po některé její složce (3, 4). K anafylaktické reakci po vakcíně dochází ve frekvenci

zhruba 1: 1 000 000 dávek a úmrtí na vakcínou indukovanou anafylaxi jsou extrémně vzácná (5).

■ Chybné kontraindikace

Kontraindikace jsou relativně vzácné a chybné stanovení kontraindikace je mnohem častější než nedodržení skutečné kontraindikace. Stanovení chybné kontraindikace může mít velmi závažné až katastrofické důsledky, protože k němu nejčastěji dochází u pacientů s různými chronickými onemocněními ohrožených zvýšeným výskytem nebo závažnějším průběhem různých vakcínami-preventabilních infekcí. Mnohé kontraindikace bývají stanoveny lékaři-speciální, kteří sami neočkují. Očkovací lékař je pak postaven před alternativu respektování chybné kontraindikace a vystavení pacienta zbytečnému riziku infekce nebo stejně obtížně přijatelnou alternativu nedodržení chybné kontraindikace.

Skutečné neurologické kontraindikace jsou velmi vzácné a prakticky se mohou týkat pouze očkovacích látek obsahujících pertusové antigeny a i ty jsou jen ojedinělé. Jedinou relativní (tedy přechodnou) kontraindikací pertusových vakcín je neobjasněné progresivní neurologické onemocnění. V takovém případě se vakcinace odkládá do objasnění a stabilizace stavu a zahájení léčby. Některé neurologické stavy zvyšují riziko aspirace a tím i vakcínami preventabilních respiračních infekcí, před kterými je možné pacienty účinně chránit (zejm. chřipka, pneumokokové infekce). K nejčastějším stavům zvyšujícím riziko aspirace patří epilepsie, mentální retardace, neuromuskulární onemocnění a jiné. Jednou z nejčastějších nežádoucích reakcí na vakcíny je horečka a při horečce jakékoli etiologie existuje riziko febrilních křečí. Jedna epizoda febrilních křečí zvyšuje pravděpodobnost druhé epizody (v porovnání s dětmi, kte-



ré febrilní křeče nikdy neměly). Vakcíny s celobuněčnou pertusovou složkou bývaly mezi vakcínami nejčastějšími vyvolavateli febrilních křečů, po přechodu na acelulární pertusové vakcíny se snížilo riziko na 1: 20 000 dávek (6). U pacientů s epilepsií může být horečka vyvolatelem epileptického záchvatu. Z tohoto důvodu může být vhodné preventivní podání antipyretik v době očkování a během dalších 24 hodin po aplikaci vakcín s vyšší pravděpodobností vyvolání horečky (vakcíny s pertusovými antigeny, pneumokokové konjugované vakcíny) u epileptiků a u dětí s febrilními křečemi v anamnéze. Febrilní křeče ani stabilizovaná epilepsie nejsou kontraindikací žádné očkovací látky a samozřejmě ani rodinná anamnéza křečí nebo jiného onemocnění CNS není kontraindikací žádné vakcíny (4). Neexistují žádné důkazy, že vakcíny poškozují CNS, působí jako spouštěč epilepsie, zhoršují preexistující neurologické onemocnění nebo způsobují syndrom náhlého úmrtí kojence nebo infantilní spasmy (6). Světová zdravotnická organizace i Americká akademie pediatrie opakovaně prohlásily, že pertusové vakcíny nezpůsobují poškození mozku ani encefalopatii (6).

Rheumatologická a autoimunitní onemocnění nejsou kontraindikací žádných očkovacích látek, včetně živých, pokud kontraindikace nevyplývá z imunosupresivní léčby. Pacienti s autoimunitními onemocněními nejsou ohroženi exacerbací základního onemocnění po žádné z dostupných vakcín a naopak některé vakcínami-preventabilní infekce mohou negativně ovlivnit průběh základního autoimunitního onemocnění (7). Navíc i zde platí, že základní onemocnění nebo jeho léčba zvyšují rizika vakcínami-preventabilních infekcí a tyto pacienti by se měli řádně naočkovat optimálně ještě před zahájením imunosupresivní léčby, pokud je to možné.

Podobné pravidlo platí v alergologii, kde z alergických onemocnění kromě anafylaktické reakce na předchozí dávku vakcíny nebo její složku nevyplývá žádná kontraindikace a naopak některé alergické nemoci (astma, atopická dermatitida) nebo jejich léčba mohou zvyšovat rizika některých preventabilních infekcí (chřipka, varicela, pneumokokové infekce) a řádné očkování těchto pacientů je vhodné.

Nejčastějšími chybnými kontraindikacemi v primární péči jsou mírně probíhající akutní onemocnění (průjem, lehké infekce horních cest dýchacích včetně otitis media), mírné až střední lokální reakce po předchozí dávce či probíhající antimikrobiální terapie (4). Rozhodnutí o podání či odložení vakcinace při akutních onemocněních závisí na intenzitě příznaků a etiologii nemoci. Při mírném akutním onemocnění mohou být aplikovány všechny očkovací látky. Pro tyto situace byla prokázána bezpečnost i účinnost vakcinace. Při středně těžkém a těžkém akutním onemocnění by měla být vakcinace odložena do zlepšení z důvodu možné kombinace pro-

jevů akutní nemoci a nežádoucích účinků vakcín a rizika diagnostických rozpaků mezi projevem nemoci a nežádoucími účinky vakcín.

Antimikrobiální terapie není kontraindikací očkování, pokud kontraindikace nevyplývá z onemocnění, pro které je antimikrobiální léčba indikována.

Při kojení není dle doporučení ACIP (amerického Poradního výboru pro imunizační postupy při Centru pro kontrolu a prevenci nemocí) kontraindikována žádná v současnosti dostupná očkovací látka, naopak pro očkovací látky kontraindikované v graviditě je při jejich indikaci vhodné očkovat co nejdříve po porodu (varicela, MMR) (4).

Ani plánovaný či provedený operační výkon včetně kardiocirurgického není kontraindikací žádné očkovací látky. Samozřejmě krajně nevhodné bude podání vakcíny před zákrokem v intervalu možného výskytu nežádoucích reakcí, tedy až 14 dní v případě MMR vakcíny. Po operaci je možné očkovat v době stabilizace stavu, tedy kdykoli po propuštění do domácí péče.

Inkubační doba není kontraindikací žádné očkovací látky, naopak pro onemocnění s delší inkubační dobou, např. virové hepatitidy, varicelu či tetanus a vzteklinu, využíváme vakcinaci jako postexpozici profylaxi. Pro infekce s krátkou inkubační dobou, ke kterým patří i chřipka, je postexpozici vakcinace zcela neúčinná, na druhou stranu ale nezvyšuje riziko komplikací vakcinace nebo průběhu onemocnění, proto můžeme očkovat a snížit riziko onemocnění pro případ, že se očkovaný ještě neinfikoval. Masivní očkovací kampaň v průběhu epidemie chřipky je účinnou metodou ke snížení dopadů epidemie.

■ Kontraindikace specifické pro jednotlivé očkovací látky
DTaP (difterický a tetanický toxoid a acelulární pertuse), DT (difterický a tetanický toxoid), Td (difterický a tetanický toxoid, vakcína pro adolescenty a dospělé se sníženým obsahem difterického toxoidu), Tdap (Td + acelulární pertuse pro adolescenty a dospělé)

Kontraindikací vakcín s pertusovou složkou je encefalopatie bez jiné identifikovatelné příčiny během 7 dnů po předchozí dávce DTP nebo DtaP (4). Tato nežádoucí reakce je definována jako těžké akutní postižení CNS projevující se poruchami vědomí a křečemi, které přetrvává déle než několik hodin a nedojde k uzdravení během 24 hodin. Při této kontraindikaci se všechny následné dávky nahradí DT vakcínou. Progresivní neurologická onemocnění včetně infantilních spasmů, nekontrolované epilepsie a progresivní encefalopatie jsou kontraindikací do objasnění a stabilizace stavu a zahájení terapie (4). Zda a kdy aplikovat vakcínu s pertusovými antigeny u neurologicky nemocného dí-

těte se rozhoduje individuálně. Všeobecně platí, že děti se stabilizovaným neurologickým stavem, včetně kompenzované epilepsie, mohou být očkovány (8).

Relativními kontraindikacemi vyplývajícími z předchozí dávky DTP nebo DtaP jsou horečka nad 40,5°C během 2 dnů, hypotonická-hyporeaktivní epizoda během 2 dnů, křeče během 3 dnů, perzistentní neutišitelný pláč trvající 3 a více hodin během 2 dnů po předchozí dávce. Při těchto relativních kontraindikacích je možné očkovat např. při epidemii pertuse nebo cestování do endemické oblasti, jinak je vhodné další dávku odložit (8). Výše uvedené reakce po předchozích dávkách DTP a DtaP vakcín nejsou kontraindikacemi následné aplikace Tdap vakcín v adolescenci. Při křečích po předchozí dávce DtaP nebo po křečích z jakéhokoli jiného důvodu je možno současně s vakcínou a dále dalších 24 hodin podávat preventivně antipyretika. Podobný postup je možné aplikovat při febrilní reakci po předchozí dávce nebo epilepsii nebo postvakcinační reakci v rodinné anamnéze. V jiných situacích preventivně antipyretika nepodáváme i z důvodu možné interference s imunogenností některých vakcín (9). Kontraindikacemi nejsou horečka do 40,5°C či jiné nezávažné nežádoucí reakce po předchozí dávce ani stabilizované neurologické stavy (dětská mozková obrna, dobře kontrolovaná epilepsie, vývojové opoždění). Velký otok končetiny po předchozí dávce též není kontraindikací další dávky.

MMR

Absolutními kontraindikacemi jsou gravidita a těžké imunodeficity (malignity, chemoterapie, kongenitální imunodeficity, imunosupresivní terapie, HIV infekce s těžkým imunodeficientem) (4). Za významnou imunosupresivní dávku kortikosteroidů je považován prednison nebo ekvivalent dávky 2 mg/kg nebo 20 mg denně po dobu více než 14 dní.

Kontraindikacemi nejsou asymptomatická HIV infekce, alergie na vajíčka, kojení, kontakt s těhotnou ženou ani s imunosuprimovaným jedincem.

Varicela

Podobně jako u MMR jsou kontraindikacemi gravidita a významná suprese buněčné imunity a relativní kontraindikací je nedávná aplikace protilátkových obsahujících krevních produktů (4). Naopak humorální imunodeficity včetně agamaglobulinemie nejsou kontraindikací varicelové vakcíny (4). Kontakt s gravidní ženou nebo imunodeficientním jedincem není kontraindikací, řádné očkování kontaktů poskytuje nepřímou ochranu těmto rizikovým skupinám se skutečnou kontraindikací vakcín.

Děti léčené kortikosteroidy je možné očkovat při dávce <2 mg/kg/den nebo <20 mg/den prednisonu nebo ekvivalentu.



Pacienti s poruchami humorální imunity (hypogamaglobulinemie, dysgamaglobulinemie) by měli být očkováni varicelovou vakcínou. Při pravidelné aplikaci IVIG (intravenózní imunoglobulin) je opět vhodné dodržet patřičný interval.

Rotavirové vakcíny

Ke kontraindikacím patří imunosuprese, intususcipce v anamnéze, kongenitální malformace zažívacího traktu predisponující k intususcipci a akutní středně těžká a těžká gastroenteritis nebo jiné akutní onemocnění. Rozhodování v těchto situacích musí být individuální, na základě zvážení prospěchu a rizika vakcinace.

Nedonošené děti mají vyšší riziko hospitalizace pro gastroenteritis než donošení novorozenci, a proto pro ně může být rotavirová vakcína indikována. V klinických studiích byla pro nedonošené děti prokázána bezpečnost i účinnost rotavirových vakcín.

Vakcíny v určitých specifických situacích Imunodeficity

Doporučení k vakcinaci u imunodeficitních stavů závisí na povaze základního onemocnění, stupni imunodeficitu, riziku expozice onemocnění a na druhu očkovací látky (3). Incidence a závažnost některých preventabilních infekcí je při imunodeficitu vyšší a z tohoto důvodu je třeba tyto rizikové jedince řádně očkovat vakcínami, u nichž není kontraindikace, další vakcíny mohou být doporučeny specificky pro daný stav (např. PPSV = 23-valentní pneumokoková polysacharidová vakcína, TIV). Při imunodeficitu může být účinnost očkovacích látek snižena a v závislosti na povaze a zejména trvání deficitu je možné vakcinaci odložit nebo po odeznění deficitu dávku opakovat. Imunodeficity mohou zvyšovat riziko živých očkovacích látek a tyto jsou tedy u jedinců se závažnými poruchami imunity ve většině případů kontraindikovány, resp. odloženy do normalizace imunního stavu.

Závažné imunodeficity jsou z důvodu zvýšeného rizika závažných komplikací kontraindikací živých očkovacích látek, konkrétně BCG (Bacille Calmette Guérin vakcína), LAIV, Ty21a orální tyfová vakcína, žlutá zimnice, tedy vakcín u nás běžně nepoužívaných, kromě novorozenecké BCG a očkování cestovatelů. V případě rotavirových vakcín musí být rozhodování individuální, SCID (těžký kombinovaný imunodeficit) je absolutní kontraindikací rotavirových vakcín. Pro MMR a varicelu je třeba přístup individualizovat v závislosti na stupni a charakteru imunodeficitu a riziku získání infekce.

Imunodeficity a inaktivované vakcíny

Inaktivované vakcíny je možné imunokompromitovaným jedincům aplikovat, i když jejich účinnost nemusí být v závislosti na povaze a stupni imunodeficitu optimální. Pacienti s trvalými deficity, u nichž není možné vakcinaci odložit do ob-

novení imunokompetence, by měli dostat všechny neživé očkovací látky indikované pro jejich věk bez ohledu na jejich imunodeficitní stav, riziko preventabilních infekčních onemocnění je zvýšené a pro neživé očkovací látky není zvýšené riziko nežádoucích reakcí. Navíc mohou být indikovány další inaktivované očkovací látky, které se nepodávají zdravým jedincům stejné věkové kategorie.

V případě přechodného imunodeficitu musí být rozhodování pro okamžité očkování nebo odložení do opětovného nabytí imunokompetence individuální v závislosti na předpokládaném trvání imunodeficitu a riziku infekčního onemocnění.

Kortikosteroidy

Dlouhodobá systémová aplikace (více než 14 dní) kortikosteroidů v dávce nad 2 mg/kg/den nebo 20 mg/den prednisonu nebo ekvivalentu je kontraindikací všech živých vakcín. Při tomto dávkování se živé vakcíny podávají nejdříve 1 měsíc po vysazení. Při době léčby kratší než 14 dní je možné očkovat hned po vysazení, někteří odborníci ale doporučují interval 14 dnů od ukončení terapie (3). Při nižší dávce je možné očkovat během léčby.

Jakákoli jiná aplikace kortikosteroidů není kontraindikací živých virových očkovacích látek.

Vakcinace blízkých kontaktů imunodeprimovaných osob

Osoby v blízkém kontaktu s jedinci s poruchami imunity nemají kontraindikaci žádné očkovací látky. Tito lidé by měli být řádně očkováni, čímž poskytují ochranu nejen sobě, ale v případě mezilidsky přenosných infekcí i nepřímou ochranu imunodeficitnímu jedinci, který je vůči infekcím zvýšeně vnímavý, může mít sám kontraindikaci vakcíny a nebo u něho vakcína nemusí být dostatečně účinná.

Nedonošenci

Nedonošené děti jsou vnímavější k infekčním onemocněním díky nezralému imunitnímu systému, plicním následkům mechanické ventilace a absencí transplacentárně přenesených mateřských protilátek. V současnosti se doporučuje očkovat nedonošené děti řádně dle chronologického věku (1, 9, 15).

Pokud jsou nedonošené děti hospitalizované déle než 2 měsíce, bylo by výhodné aplikovat první dávky hexavakcíny a pneumokokové vakcíny ještě před propuštěním, což by umožnilo 1-2 denní monitorování potenciální kardiopulmonální instability způsobené očkovaním. Nedonošené děti by od 6 měsíců chronologického věku měli být očkovány inaktivovanými chřipkovými vakcínami.

Vakcíny a gravidita

Gravidita je podobně jako imunodeficitní stavy pro vakcinologii velmi specifickou situa-

cí. Správnou imunizací ženy můžeme kromě její ochrany též zabránit vertikálnímu přenosu infekce na plod, intrapartum infekci novorozence nebo předcházet infekci u kojenců příliš mladých na to, aby mohli být sami očkováni. Kojenci a děti jsou chráněni nepřímo snížením rizika přenosu infekce od matky a přímo pasivní imunizací transplacentárním transferem protilátek. Na druhou stranu jakoukoli intervenci v graviditě je třeba pečlivě zvažovat s ohledem na možnost poškození plodu. Všeobecně platí pravidlo, že se ve většině případů vyhýbáme očkování v prvním trimestru gravidity a v graviditě jsou kontraindikovány živé očkovací látky. Pro neživé očkovací látky platí relativní kontraindikace, tedy je možné očkovat při očekávaném přínosu převažujícím riziko. Pro všechny těhotné ženy jsou jednoznačně indikovány inaktivované chřipkové vakcíny. Chřipková vakcína pro těhotnou ženu snižuje riziko komplikací chřipky a hospitalizace, riziko předčasného porodu a narození novorozence s nízkou porodní hmotností a též snižuje riziko hospitalizace kojence z důvodu chřipky v prvních měsících života.

Živé očkovací látky, tedy MMR a varicelová vakcína, jsou v graviditě kontraindikovány a ještě měsíc po očkování by ženy neměly otěhotnět. Riziko těchto vakcín pro plod je pouze teoretické, nikdy nebylo zaznamenáno poškození plodu po jejich podání a v případě chybného naočkování v případě např. ještě nerozpoznané gravidity nebo předčasném otěhotnění po očkování není indikováno umělé přerušování těhotenství ani žádná jiná intervence (kromě poučení ženy o teoretickém riziku pro plod). Prevencí těchto situací je řádná péče v prekoncepčním věku. Kontraindikované MMR a varicelové vakcíny je třeba doočkovat co nejdříve po porodu nebo jiným ukončení těhotenství.

Závěr

Vakcinace patří k velmi důležitým nástrojům v prevenci infekčních onemocnění. Bohužel jako každý jiný lék i vakcíny mají nežádoucí účinky. Přechodné a nezávažné nežádoucí účinky po vakcínách jsou velmi časté. Závažné nežádoucí reakce ohrožující zdraví jsou po vakcinaci výjimečné, nicméně nejsou vyloučeny a jejich riziko je zvýšené při některých specifických stavech. Tyto situace jsou pak považovány za kontraindikace. Dodržování kontraindikací vakcíny je nezbytné k zachování jejich maximální bezpečnosti. Na druhou stranu stanovení chybné kontraindikace může pacienta vystavit zbytečnému riziku získání potenciálně závažného infekčního onemocnění. Každá kontraindikace musí být stanovena na základě medicíny založené na důkazech a nejlépe podle konsenzu obecně uznávaných autorit, resp. představitelů odborných společností.

*Převzato z Vakcinologie 2010; 4:60-8
a redakčně kráceno.*



Antibiotická terapie v ordinaci praktického lékaře

prim. MUDr. Václava Adámková

Oddělení klinické mikrobiologie a Antibiotické centrum 1. LF UK a VFN, Praha

Na předkonferenčním sympoziu věnovaném antibiotické rezistenci, které proběhlo v rámci XXIX. výroční konference Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP v Karlových Varech, se primárka MUDr. Václava Adámková z Oddělení klinické mikrobiologie a Antibiotického centra 1. LF UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze soustředila především na problematiku léčby infekcí dýchacích cest a močového traktu. K antibiotické rezistenci, která se bezpochyby úzce dotýká primární péče, se budeme na stránkách našeho časopisu i v příštím roce opakovaně vracet. Hned do dalšího čísla pro vás máme připravenou zprávu z druhého, neméně zajímavého sdělení tohoto sympozia, které přednesla vedoucí Národní referenční laboratoře pro antibiotika Státního zdravotnického ústavu, MUDr. Helena Žemličková, Ph.D.

Specialisté na antibiotickou terapii nevidí rádi tzv. empirickou léčbu, tedy nasazení antibiotika „naslepo“, pouze na základě domněnky a bez pomocného mikrobiologického vyšetření. „Lepší je tzv. iniciální terapie antibiotiky, byť širšího spektra, která jsou podávána v situacích, kdy nemáme čas čekat na výsledky kultivace. Musíme zkrátka léčit – podáme tedy lék a zároveň provedeme všechny důležité odběry, které odešleme do laboratoře. Optimální je cílená terapie, na základě prokázané citlivosti, ta ale v mnoha případech není v terénu vůbec proveditelná. Může se totiž jednat o život ohrožující stav a rychlé podání léku je naprosto nezbytné. Přechod z iniciální léčby na cílenou vidíme nejráději, říká se tomu deeskalační princip podávání antibiotik. Od širokospektrálních léčiv se zde v krátkém čase dostaneme k co nejjednodušším antibiotikům, s úzkým spektrem účinku, která nemají tak vysoký selekční potenciál a jsou přesto dobře účinná,“ vypočítává V. Adámková a dodává, že na začátku léčby každého infekčního onemocnění by si měl terénní lékař položit několik opravdu důležitých otázek (viz rámeček).

■ Základní principy léčby

Na prvním místě je účinnost – nemá žádný význam nasazovat lék, o kterém je známo, že díky četnému výskytu rezistentních kmenů nemusí být účinný. „To už se dnes, myslím, příliš neděje. Mnohem závažnější je klinická účinnost antibiotik, lékaři by měli vědět, které léčivo je pro určitou tkáň či orgán vhodné. Chinolonová antibiotika například pronikají

dobře do tkání, v krevním řečišti ale zůstávají jen krátce, na infekce, které jsou primárně v krevním řečišti, tedy nebudou moc účinná,“ vysvětluje V. Adámková. Dalším faktorem je klinická bezpečnost – ta souvisí s vedlejšími toxickými účinky léků. Jedním z nejdůležitějších principů je tzv. epidemiologická bezpečnost antibiotik. Ta ale není bezprostředně viditelná, projevuje se dlouhodobě a měřitelným údajem zde může být výskyt rezistentních kmenů bakterií. Typickým příkladem je správné indikování penicilinu u tonsilofaryngitid. Velmi důležitá je rovněž analýza selhání antibiotické léčby. I správně indikovaný lék totiž nemusí být vždy účinný. Například mikroorganismy, které jsou součástí běžné flóry, mohou lék degradovat dříve, než vlastní patogen, lze tomu ale předejít vysokými dávkami léčiva. Antibiotikum také může být nečekaně rychle eliminováno, to je ale individuální odchylka v reaktivitě mezi nemocným a účinnou látkou, kterou nelze paušalizovat. V tomto případě nepomohou ani zmiňované vysoké dávky léku. Selhání terapie může rovněž imitovat nasedající superinfekce – zde je rozhodující správné klinické vyšetření – průběh infekce může imitovat i neinfekční, například autoimunitní onemocnění (vaskulitidy).

■ Co ovlivňuje rezistenci

Výskyt rezistence není statický proces, je naopak velmi dynamický. Důležité jsou vlivy prostředí, skladba antibiotik, individuální vloh a vnímavost nemocného, který může mít například umělé implantáty (endopro-

tézu, chlopenní náhradu) – v takovém případě je už oslaben. Všechny tyto faktory se navzájem ovlivňují. „Závažným problémem je nedostatek kvalitních epidemiologických dat a špatná komunikace mezi zdravotnickými zařízeními už na úrovni okresů. Klíčová je nízká úroveň znalostí – nejen v diagnostice a etiologii infekčních onemocnění, ale i v užívání léčiv. Smutná je i nedostatečná compliance nemocných – protože například nechtějí v noci vstávat a užívat léky v kratších intervalech, raději vyžadují, co se týče dávkování pohodlný, ale zbytečně širokospektrý přípravek. U virových onemocnění by měla být antibiotika úplně eliminována, u banálních bakteriálních infekcí je jejich užívání naprosto zbytečné, pouze ekonomicky zatěžuje systémy zdravotní péče. Neměli bychom také nasazovat léky pouze na základě výsledků kulti-vačních vyšetření. Neléčíme totiž bakterii, ale infekční onemocnění a především jeho klinické příznaky,“ upozorňuje V. Adámková a doporučuje vždy nasazovat vysoce účinná antibiotika s úzkým spektrem a nízkým selekčním potenciálem.

Klinické vyšetření a diagnóza, odebrání biologického materiálu a získání přesných informací o původci onemocnění a jeho citlivosti na antibiotika zabere nejméně 24–48 hodin. Z hlediska primární péče je to samozřejmě neúnosně dlouhé, V. Adámková ale míní, že pokud tak čas od času budeme postupovat, získáme tím důležitá data pro rychlé rozhodování v podobném případě podle konkrétní epidemiologické situace. A jak postupovat u 2 nejčastějších infekčních one-

mocnění – při postižení respiračního a močového traktu?

■ Močové infekce: nemocní nejsou pokusní králíci

Komunitní močové infekce jsou, na rozdíl od respiračních, většinou bakteriálního původu, rozhodování terénního lékaře tedy bývá jednodušší. Diagnostikovat močovou infekci lze díky vyšetření moči velmi rychle a levně, a díky tomu pak účinně zasáhnout. Proč je kultivační vyšetření moči nezbytné? „Slouží především jako kontrola účinnosti léčby. Při jejím selhání můžeme díky němu dodatečně změnit předepsaný lék, nemocní přece nejsou pokusní králíci. Je také nutné vyloučit pohlavně přenosné nemoci, jejichž projevy mohou imitovat močové infekce. V jejich případě je léčebný algoritmus výrazně odlišný. Důležitá je rovněž epidemiologická informovanost v konkrétní lokalitě, abychom pro příště věděli, jaká je situace,“ popisuje V. Adámková. Jednoznačným lídrem mezi původci zůstává *E. coli* (70 %), na tuto majoritu se lze v rámci iniciační terapie v zásadě spolehnout. Velkým problémem je v posledních 3 letech prudce narůstající rezistence k chinolonům, naopak u nitrofurantoinu zůstává konstantně nízká, je tedy, díky svému nízkému selektivnímu potenciálu, nadále doporučeným lékem volby.

■ Respirační infekce: jasná převaha virů

V oblasti respiračních infekcí je situace obtížnější, dominantním původcem (89 %) jsou viry DNA i RNA. Bakteriální spektrum je naopak úzké – u 9 případů z 10 půjde o pneumokoka, hemofila, pyogenního streptokoka či moraxellu. Jak postupovat konkrétně? U zmiňované tonsilofaryngitidy je lékem volby penicilin. Chybou je v tomto případě podání makrolidu či aminopenicilinu. U nevhodně léčených, opakovaných tonsilofaryngitid se mohou objevit závažné komplikace, popisovány jsou dokonce i rozsáhlé retrofaryngeální abscesy (!) Sinusitidy či akutní otitidy by měly být v první linii vždy léčeny čistým amoxicilinem. „Chybou je zde opět nasazení makrolidu v první linii, protože u těchto infekčních onemocnění, díky anatomickým poměrům, je obtížné dosáhnout dostatečně účinné koncentrace antibiotika v místě infekce. Velmi negativním trendem je navyšování jejich preskripce na úkor beta-laktamových léčiv. Makrolidy by měly být určitě nasazeny v případě alergie na beta-laktamy, ta se ale

vyskytuje asi u 10 % nemocných. Makrolidy bychom měli indikovat jen velmi omezeně, stejně tak je třeba vyhýbat se perorálním cefalosporinům, jsou totiž silnými selektory rezistence. Akutní bronchitida je primárně virová (96 %), zde je chybou už samotné nasazení antibiotik,“ vysvětluje V. Adámková. Téměř 80 % antibiotik je nasazováno úplně zbytečně,

léky nejsou užívány v dostatečných dávkách kratší dobu, nejsou volena úzká spektra a není monitorována trvalá rezistence. Pokud se budeme těmito základními principy řídit, můžeme být dlouhodobě úspěšní.

Převzato z časopisu Practicus 10/2010.

Několik klíčových otázek

- Na prvním místě je zjištění, zda klinické příznaky vůbec odpovídají diagnóze infekčních onemocnění – například respirační infekce jsou většinou virového původu.
- Lékař by si měl určitě ověřit, která tkáň je napadena – různá antibiotika se v různých orgánech a tkáních kumulují a metabolizují odlišně a určitě neexistuje jedno univerzální antibiotikum pro všechno. Nasazení širokospektrých léčiv v rámci empirické terapie má za následek nejistý výsledek léčby a zbytečné navyšování nákladů.
- Můžeme si pomoci nějakým jednoduchým a levným laboratorním vyšetřením? Pokud ano, tak jej použijme. Zjištění hodnot CRP může být pro další léčbu klíčové. Musí být ale naplněna klinická validita odebraného vzorku – výtěr z nosu není validním vyšetřením pro diagnostiku žádného infekčního onemocnění a výtěr z krku má význam pouze pro průkaz bakteriálního původce tonsilofaryngitidy. Tekutina z paranasálních dutin je u sinusitid sice vysoce signifikantní, v terénu se ale téměř neprovádí. Nález mikroorganismů (i patogenů, například pneumokoků) ve vyšetřovaném vzorku ale ještě nemusí znamenat, že máme jistého původce infekce – může se jednat o kolonizaci pacientů či kontaminaci vzorků. Důležité jsou především symptomy a klinické vyšetření. Skutečně signifikantních patogenů pro konkrétní diagnózu navíc není až tolik.
- Jaká je pravděpodobná etiologie? Nemůžeme se, spolu se starými učebnicemi mikrobiologie domnívat, že za většinou infekčních chorob stojí široké spektrum mikroorganismů. Není žádným tajemstvím, že původcem některých nosologických jednotek je určité úzké spektrum patogenů.
- Kde se nemocný nakazil? Musíme vůbec použít systémová antibiotika? Jakou lékovou skupinu a jakou formu léčiva vybrat? Musíme vědět, zda se tak stalo v komunitě či v nemocnici, a tomu přizpůsobit léčbu. Při předepisování léčiv je vhodné řídit se oficiálními doporučenými postupy, které jsou použitelné v 99 % případů.
- Je nasazení léků neodkladné? V běžné komunitě je takových infekcí opravdu málo.
- Jak dlouho by měl být lék podáván? Trendem jsou vyšší dávky po kratší dobu – dřívejší schémata užívání malých dávek například po dobu 3 týdnů jen zhoršovala rezistenci.





Ze světa odborné literatury...

Efektivita novorozenecké pulsní oxymetrie jako screeningu pro detekci vrozených srdečních vad

Screening pomocí pulsní oxymetrie (SPO) se nabízí jako efektivní, neinvazivní a levný pro včasnou diagnostiku VCC. Účelem studie bylo ověřit, že SPO může redukovat diagnostickou mezeru v denní kardiologické rutině. Tato studie byla prováděna u zdravých termínových i potermínových novorozenců v Německu ve věku 24–72 hodin. Jestliže kyslíková saturace poklesla pod 95 % při dvou následných měřeních na dolních končetinách po jedné hodině, pak bylo prováděno ECHO. V letech 2006–2008 bylo do studie zahrnuto 42000 novorozenců ze 34 institucí. 72 dětí bylo vyloučeno prenatální diagnostikou nebo klinickými ukazateli VCC, 795 novorozenců nemělo provedeno SPO pro propuštění rychle po porodu. SPO byl pozitivní u 14, falešně pozitivní u 40, pravděpodobně negativní u 41384 a falešně negativní u 4 dětí. Senzitivita se pohybovala kolem 77 % s SPO jako doplňkem předchozí prenatální dg. Procento novorozenců s pozdní dg. se pohybovalo přes 4 %. Vlastní dg. a léčba se v posledních dekáдах velmi změnila. V této heterogenní skupině je důležité včasné chirurgické nebo katetrizační řešení. Samotná klinická vyšetření nejsou schopna detekovat kritické VCC. Nekritická VCC diagnostikovaná později v životě jsou ovlivněna poklesem plicní vaskulární rezistence nebo redukcí ventrikulární funkce. První manifestace VCC pak mohou být akutní s cirkulačním kolapsem. Pulsní oxymetrie může detekovat střední hypoxémii, která je charakteristická pro mnoho forem VCC. První práce, které reprezentovaly SPO jako screening byly provedeny v roce 1995. Mezi typy VCC je důležitá včasná prenatální dg., většinou v 60 %, a mezi typické VCC detekované s pomocí oxymetrie a prenatálního ECHO patří persistentní truncus arteriosus, hypoplasie LK, ductus dependentní plicní cirkulace, plicní atresie, VSD. K těmto VCC patří i klinické obrazy jako u transpozice velkých arterií a velké VSD prezentované s dyspnoí a cyanosou. Také pacienti s koarktací mají výraznou cirkulační alteraci. SPO při prvním vyšetření může napomoci

k dg. v 80 % případů. Ukázalo se ale také, že příliš včasný screening ukazuje vysoké procento falešně pozitivních výsledků.

Eur.J.Pediatr./2010/169,975–981

Kojení je protektivní proti rotavirové gastroenteritidě

Ohodnocení, zda kojení má protektivní účinek proti rotavirové gastroenteritidě, vedlo k práci, kde byly srovnávány obě skupiny, a to ve věku od 0 do 12 měsíců. Shromáždili údaje o dětech od 30 praktiků v Německu, Švýcarsku a Rakousku. Ze 1256 vzorků stolice bylo u dětí s akutní gastroenteritidou 315 (25 %) RV virus pozitivní a 941 negativní. U dětí mezi 0–6 měsíci je tento protektivní efekt velmi silný. Vakcinace proti RV viru se nepodává mezi prvními dvěma měsíci věku, protože kojení poskytuje velmi dobrou ochranu. Tato ochrana by při plném kojení měla dále přetrvávat, protože v MM je lidský protein. Tento obsahuje laktoferrin, který narušuje funkci faktorů virulence a inhibuje tak adhezi rotavirů na střevě.

Eur.J.Pediatr.2010,169,1471 – 1476.

Postižení DNA leukocytů u dětí s anémií z deficitu železa

Prevalence deficitu Fe v rozvojových zemích u dětí je vysoká. Je to patologický stav, ve kterém není dostatek Fe pro syntézu Fe obsahujícího proteinu, tak jako hemoglobinu, myoglobinu, cytochromů a železo obsahujících enzymů jako kataláz a různých peroxidáz. Deficiencie železa je velmi často asociována s anémií. Oxidativní stres je definován jako narušení balance oxidačně-antioxidačního systému. Oxygen a nitrogen uvolňují volné radikály a jsou silnými oxidanty. Volné radikály mohou reagovat s celulózními lipidy, proteiny a permanentním poškozením molekul mohou zapříčinit strukturní a funkční alterace a narušovat i DNA. Železo může katalyzovat volné radikály. Účelem studie bylo vyšetřit základní oxidativní DNA postižení a uvážit roli administrativního podání terapeutické dávky železa na DNA oxidaci u dětí s anémií z nedostatku Fe. 27 dětí s uvedenou anémií a 20 zdravých dětí bylo zařa-

zeno do studie. Postižení DNA leukocytů bylo ohodnoceno před a po 12 týdnech po podání Fe. Před podáním byla frekvence postižení DNA nižší u anémických dětí než u kontrolní skupiny. Po 12 týdnech byla frekvence postižení DNA leukocytů signifikantně vyšší. Žádná asociace nebyla nalezena mezi DNA postižením a Hb, HTK, sérovým železem, jeho vazebnou kapacitou a ferritinem. Toto postižení vzniká zřejmě v důsledku oxidativního procesu.

Eur.J.Pediatr.2010,169:951–956.

Intususcepce asociované v Německu s hospitalisací

Objektivním záměrem této studie bylo ohodnotit incidenci intususcepce asociované s hospitalisací u dětí pod 1,2 a 17 let věku v Německu. Analysovali bodování propuštěných dětí, u kterých vznikaly intususcepce bez zjevné příčiny a kdy vznikaly i následkem sekundárním, např. střevní infekce. Jednalo se o děti hospitalisované mezi roky 2005–2006.

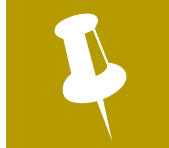
Z celkového počtu 518 dětí bylo 123 pod rok věku, 261 mezi 1–3 roky a 128 starších 3 roky.

Primární intususcepce byla u 74 % dětí. Ve 26 % pak popisována intususcepce jako sekundární. Intususcepce je společná příčina střevní obstrukce zvláště pod 2 roky věku. Jeden čas se hovořilo o spojitosti mezi rotavirovou vakcínou a obstrukcí. V jiných větších pracích se hovoří o tom, že neexistuje asociace mezi současnou monovalentní a penta-valentní vakcínou a IS. Také zkoumali mezi chirurgickou a nechirurgickou desinvaginací. Našli u 55 dětí nechirurgickou a u 13 chirurgickou a u 5 obojí. Chronická predispozice byla v práci udávána u 22, t.j. 4 % dětí.

Častou příčinou zde byl Meckelův divertikl a Crohn. Akutní infekce a zánět předcházely u 209 pacientů, jen 25 mělo rotavirovou gastroenteritidu. V popředí kliniky bylo zvracení a dehydratace.

Eur.J.Pediatr.2010,169,1487–1493.

Ve spolupráci s firmou Mucos Pharma připravil MUDr. Jiří Liška, CSc.



Aktuality...

Lékaři z ambulancí dosáhli mírných ústupků, zubaři nespokojeni

Koalice soukromých lékařů dosáhla dnes při jednáních na ministerstvu zdravotnictví o úhradové vyhlášce na příští rok mírných ústupků. Lékařům v ambulancích neklesnou příjmy o dvě procenta, jak ministerstvo plánovalo. Také regulace za překročení limitu nebudou tak přísné, jak měly být. Dětským praktikům se ale nepodařilo prosadit náhradu za to, že od dětí nemohou vybírat regulační poplatky. Nespokojeni jsou také zubaři, kteří v pátek dodají ministerstvu ještě další analýzy.

Mluvčí ministerstva Vlastimil Sršeň ČTK řekl, že ministerstvo se snažilo maximálně vyhovět požadavkům lékařů, ne vždy to ale bylo možné. Koalice zastupuje stomatologickou komoru a sdružení praktiků pro dospělé, praktických pediatriů, ambulantních specialistů a gynekologů.

„Zatím to nedopadlo, změny jsou u praktiků a specialistů, i když se nedá říct, že by byli radostí bez sebe, ale u zubařů je pořád problém,“ řekl ČTK mluvčí koalice a prezident České stomatologické komory Pavel Chrz. Dodal, že v pátek podle domluvy pošle na ministerstvo „nějaké východisko“.

„Se skřípěním zubů jsme se dohodli,“ potvrdil Milan Kudyn ze Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost. Za pozitivní označil to, že základní měsíční platba za registrovaného pacienta, která měla klesnout o korunu, zůstane na nynější výši 49 a 50 korun podle počtu ordinačních hodin. Také regulace, které by v případě zpřísnění prý bránily lékařům psát léky a laboratorní vyšetření, zůstanou na úrovni letoška.

„Lékař, který překročí o více než 20 procent průměrné náklady praxe, má možnost zdravotní pojišťovně doložit, že měl nákladné pacienty, a ona mu je zaplatí,“ upřesnil Kudyn.

Hodnota bodu, kterými jsou oceněny výkony a podle toho i dostávají lékaři platby, klesne oproti letošku. Podle Kudyna to dopadne hlavně na prevenci, lékaři se pokusí vyjednat s pojišťovnami nějaké zvýhodnění, aby nemuseli omezit preventivní prohlídky.

„Ekonomická situace je pro všechny stejná, na úsporách se musejí podíle všichni,“ poznamenal Sršeň. Dodal, že nadále platí pro lékaře možnost, aby si vyjednali s pojišťovnou vyšší platbu, než je ve vyhlášce. Vyhláška určí jen minimum, pod které nesmí platba klesnout. Lékař může dostat víc, bývalo to tak podle mluvčího i v dřívějších letech.

Zdroj: ČTK, 24.11.2010

Vyhláška bude nejvíce šetřit na nemocniční péči

Ministerstvo zdravotnictví zveřejnilo nový koncept úhradové vyhlášky na příští rok. Zatímco v původní verzi počítalo ministerstvo se snížením nákladů o 6 miliard korun, nyní ustoupilo požadavkům zdravotníků a počítá se snížením nákladů pouze o 2,159 miliard korun. Většina úsporných opatření dolehne na nemocniční péči, která dostane oproti letošnímu roku zhruba o dvě miliardy méně...

Ministerstvo uvedlo, že zveřejněná verze je již konečná. Jednotlivé segmenty (zubní lékaři, ambulantní specialisté) však poukazují, že do návrhu ještě nebyly zapracovány připomínky, na kterých se s ministerstvem dohodli.

Zdravotní péče má podle ministerstva zůstat zachována zhruba ve stejném objemu, struktuře a kvalitě, jako tomu bylo v letošním roce. Referenčním obdobím je rok 2009 nebo příslušné pololetí roku 2009.

Vyhláška stanoví minimum, které musí zdravotní pojišťovna zaplatit, lékaři a nemocnice si ale mohou vyjednat i víc. Ministr hodlá prostřednictvím vyhlášky donutit zdravotníky k využití rezerv systému, proto navrhl pokles plateb v průměru o dvě procenta.

„Při přípravě nové úhradové vyhlášky jsme převážně respektovali učiňené dohody a pečlivě zvážili všechny připomínky. Myslím si, že se nám podařilo udělat naprosté maximum možného,“ říká ministr zdravotnictví Leoš Heger a dodává: „Do nové vyhlášky jsme zapracovali připomínky v celkové výši 3,841 miliardy korun, které snižují její restriktivní nastavení z původních šesti miliard korun na 2,159 miliardy korun.“

V novém konceptu vyhlášky ministerstvo vyjmenovává plánované financování péče v jednotlivých segmentech. U většiny z nich uvádí, že „v příštím roce budou úhrady téměř shodné jako v roce 2010, ministerstvo vyhovělo připomínkám jednotlivých odborností a nepřinášá úsporu systému“.

Na který segment tedy dopadne vyhláška nejvíce? Ve které oblasti zdravotnictví ušetří ministerstvo ony dvě miliardy korun? „Nejvíce mají úspory dopadnout na lůžkovou péči, ústavní péči. Nemocnice budou mít prostor objem péče snižovat a přepouštět ji do ambulantní péče, proto ty ambulance byly redukovány méně. V nemocničním sektoru se ponechal volný prostor pojišťovnám na vlastní rozhodování o úhradách péče v centrech – nejvíce v oblasti onkologie,“ říká Heger.

S vyhláškou nemocnice ostře nesouhlasí. Podle Asociace českých a moravských nemocnic je nepochopitelné, že úhrady se mají snižovat pouze nemocnicím. „Tam, kde je situace nejhorší, kde pro nedostatek peněz se péče omezuje již dnes, občanům stát sděluje, že ti nejvíce nemocní, kteří vyžadují nemocniční péči, budou bití nejvíce,“ uvedl předseda AČMN Eduard Sohlich pro ČTK a dodal, že snížení úhrad nemocnicím urychlí odchody lékařů.

„Ambulantní specialisté spokojeni nejsou, ale nebudeme dále protestovat,“ sdělil Medical Tribune předseda Sdružení ambulantních specialistů, Zorjan Jojko.

Vyhláška bude vydána do konce roku, tak aby byla platná od 1.1. 2011.

Zdroj: www.tribune.cz, 26.11.2010

Vyhláška donutí lékaře hledat rezervy, tvrdí MZ

MZ reaguje na negativní ohlas z řad praktických lékařů, ambulantních specialistů a nemocničního sektoru na návrh úhradové vyhlášky. „Ministerstvo zdravotnictví bere veškeré připomínky velmi vážně, ale je nuceno konstatovat, že vývoj bilance systému zdravotního pojištění je i nadále deficitní,“ píše zástupci úřadu v tiskové zprávě...

Tiskové zprávy

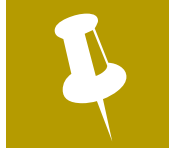
Prohlášení ministerstva zdravotnictví k návrhu úhradové vyhlášky pro rok 2011.

V současné době probíhá připomínkové řízení k vyhlášce včetně jednání s představiteli jednotlivých segmentů.

Po řádném vyhodnocení relevantních připomínek, např. v oblasti regulačních mechanismů, bude v průběhu následujících týdnů uveřejněna její finální podoba.

Ministerstvo zdravotnictví bere veškeré připomínky velmi vážně, ale je nuceno konstatovat, že vývoj bilance systému zdravotního pojištění je i nadále deficitní.

I přes velice mírné zvýšení příjmů v průběhu roku 2010 (díky zvýšené



platbě státu za státní pojištění o 46,- Kč od 1. 1. 2010) je růst nákladů na zdravotní péči mnohem vyšší. Naopak výběr pojistného (po odečtení platby státu) oproti roku 2009 poklesl.

Na začátku tohoto roku měly zdravotní pojišťovny na účtech rezervy ve výši 21,6 miliardy. Ještě do konce roku z nich bude na zdravotní péči pacientů čerpáno dalších 5 miliard. V roce 2011 tak z těchto rezerv budou moci pojišťovny na péči o pacienty čerpat již pouhých 13 miliard korun. Přičemž měsíční náklady systému jsou predikovány ve výši 18 miliard korun.

Návrh úhradové vyhlášky pro rok 2011 poprvé po mnoha letech nezvyšuje příjmy zdravotnických zařízení. Vzhledem k tíživé ekonomické situaci je poprvé restriktivní a snižuje objem finančních prostředků zhruba o 2 %. Takové snížení finančních prostředků nepovede ke snížení kvality a dostupnosti zdravotní péče. Pouze donutí zdravotnická zařízení k hledání rezerv uvnitř jejich systému a zvýšení jejich efektivity, která je veřejností dlouhodobě kritizována.

Ministerstvo zdravotnictví zároveň apeluje na poskytovatele zdravotní péče i jednotlivé lékaře, aby akceptovali, že během období vynucených finančních restrikcí je nezbytné v maximální míře zachovávat efektivitu poskytované péče.

Je potřeba, aby zdroje nebyly vyčerpávány na sporných a zbytných postupech a byly zachovány pro pacienty, u kterých je léčba účinná a může vést k jednoznačnému přínosu pro jejich zdraví.

Úhradová vyhláška ministerstva zdravotnictví určuje pouze minimální rámec úhrad. Nechává prostor pro jednání mezi zdravotními pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními v rámci jejich zdravotně-pojistných plánů.

Zdroj: www.mzcr.cz , 12.11.2010

Politici si místo škrtnů v lednu zřejmě přilepší o desítky tisíc

Místo tisícových škrtnů desetitisíce korun navrch. To je reálná vyhlídka, pokud se naplní chmurný scénář při schvalování platů ústavních činitelů koncem roku. Senát totiž už nestihne snížení platů letos schválit.

Je to zajímavý vzkaz politiků v době stávky ve veřejné sféře. Od léta slibovali koaliční politici, že v rámci úspor se sníží platy členům vlády, zákonodárcům, soudcům a státním zástupcům po letošních čtyřech procentech o dalších pět procent. Teď to ale vypadá, že si naopak výrazně polepší. Byť na jediný měsíc.

V případě prezidenta se může stát, že jeho měsíční plat poskočí od 1. ledna ze současných 196 512 Kč čistého měsíčně na 249 500 Kč, platy premiéra a předsedů parlamentních komor z 158 304 korun na 201 tisíc, členů vlády z 112 512 na 142 800. A platy poslanců a senátorů by se zvedly z 58 944 na 74 900 bez funkčních příplatků.

Senát zasedne až v lednu

Jak je to možné? Novelu zákona o snížení platů totiž těžko stihne parlament schválit do konce roku, takže od 1. ledna padne čtyřleté zmrazení platů a skončí i letošní snížení o čtyři procenta. Platy ústavních činitelů se tak automaticky začnou odvíjet od trojnásobku průměrné mzdy v podnikatelské sféře za rok 2009, což právě povede ke skokovému růstu. Už teď je jisté, že i když Sněmovna definitivně schválí platový zákon tento pátek, Senát to do konce roku nestihne. Pak ještě musí svůj podpis připojit prezident.

„Sněmovna nám pošle zákony před vánočními svátky nebo mezi nimi, a proto počítáme se schůzí v druhé polovině ledna,“ řekl včera Právu šéf horní komory Milan Štěch (ČSSD).

Že si toho jsou poslanci vědomi, naznačilo včerejší jednání Sněmovny. V rámci tzv. druhého čtení platového zákona Vladislav Vilímec (ODS) totiž upozornil, že do konce roku nemusí být schvalovací proces ukončen, a proto navrhl změnu jeho účinnosti z 1. ledna na první den následující po měsíci, ve kterém vyjde ve Sbírce zákonů. Dá se tudíž předpokládat, že zákon se škrty by mohl začít platit nejdříve od 1. února.

„Máme snad dělat zadarmo?“

Jeho definitivní podoba ale zůstává stále ve hře. I když mnozí politici skřípou zuby nad opakovaným ukrajováním příjmů, tvrdí, že zákon nakonec podpoří.

Pouze Alfréd Michalík (ČSSD) v úterý veřejně řekl to, co poletuje kuloáry. Podle něj už dnes má poslanec plat jako kdejaký účetní, nemluví o ministerských úřednících a samosprávách.

„Směřujeme do doby, kdy funkce poslance v českém parlamentu bude funkce čestná, protože plat poslance vadí našim voličům a našemu tisku. Vlastně tím předem říkáme, že poslanec a senátor budou tvořit legislativní rámec naší republiky, ale zdarma,“ řekl poslanec za potlesku v sále.

„Takže směřujeme k tomu, že poslanci budou potomci šlechtických rodů, kteří zrestituovali majetek, budou to majitelé velkých firem a jejich manželky, které plat ve Sněmovně berou jako kapesné a které je posílají na charitativní účely, anebo to budou poslanci, poradci bohatých průmyslníků naší země, poradci Bakalů, Pitřů a jiných, kteří vlastně tady tento kšeft budou brát jako vedlejšák, tudíž příjem pro ně nebude důležitý,“ dodal Michalík.

Dobrý vtíp: dědit odchodné

Jaroslav Plachý z ODS přišel s návrhem, aby tzv. odchodné, které činí za celé volební období pětinasobek měsíčního platu, mohli v případě smrti zákonodárci dědit příbuzní. Zdůvodnil to tím, že na zákonodárce se nevztahuje zákoník práce, a pokud se s nimi něco stane, pozůstalí nemají na nic nárok.

„Přitom poslanci se dostávají v souvislosti s výkonem mandátu často někdy i do velmi významných rizik,“ uvedl Plachý. Jde podle něj třeba o monitoring krizových oblastí, jako je např. Afghánistán a krizové země všeho druhu. „Pokud by poslanec, který je takto vyslán Sněmovnou na zahraniční cestu, zahynul, nedostanou jeho nejbližší vůbec nic, ačkoliv de facto položil svůj život za vlast,“ prohlásil Plachý.

Paušální náhrady, které měsíčně dosahují až 43 tisíc korun, budou od ledna poprvé v historii zdaněny.

Bojí se létat

S dalším ukrojením peněz přišla místopředsedkyně Sněmovny Kateřina Klasnová (VV), která navrhla zrušit jak bezplatnou veřejnou dopravu, tak proplácení vnitrostátních letenek. Podle ní jde sice o symbolický krok, ale je na místě.

Jak si Právo ověřilo, v tomto volebním období až dosud použil letadlo k cestám na schůzi komory pouze moravskoslezský poslanec Miroslav Opálka (KSČM), který to zdůvodňuje zdravotním stavem. Z Ostravy letěl třikrát. „Nikdo jiný nepožadoval proplácení letenky,“ řekl Roman Žamboch z tiskového odboru Sněmovny.

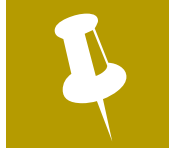
V jiných obdobích šlo o v souhrnu u desítek zákonodárců o milionové částky ročně. Letos to je jinak zjevně s ohledem na voliče.

Zdroj: Právo, 8.12.2010

Nejenom o platech

„Pokud nebude personál, hrozí zcela jistě kolaps bazální péče, jenž poskytují proti veškeré logice, pouze lůžková zdravotnická zařízení.“

Baxter - NeisVac-C



Nejspíše záměrně způsobená devastace našeho zdravotnictví vede a povede k zásadní vlně privatizace jednotlivých nemocnic, ale celých krajských zdravotních systémů,“ píše pro Medical Tribune lékař podepsaný jako Martin Kolbasa...

Komentář čtenáře Medical Tribune

S blížícím se koncem roku kolem se sebe slyšíme stále více zaručených čísel a statistik. Kolik že to vlastně doktorů odejde, jaká se přijmou krizová opatření. Je to ona očistná katarze českého zdravotnictví, což je vlastně dobře. Ponechme čísla stranou, ponechme stranou úvahy o počtu uzavíraných oddělení, celých nemocnic.

V českém zdravotnictví je něco zásadně špatně a hlavně nemocniční doktoři dávají zcela zřetelný signál. Pro širokou veřejnost je to nespravedlivý boj a nemístný nátlak za vyšší platy. Byť je to k nevíře, je to více boj za celé zdravotnictví se všemi jeho nastřádanými průšvihy.

Platy jsou jenom vrcholem obrovského ledovce problémů v našem zdravotnictví. V čele MZ se střídají ministři jako na běžícím pásu, což dokazuje naprostou bezradnost politiků a stran napříč politickým spektrem. Co třeba říci na postoj, kdy nechám odejít x tisíc doktorů a tím zredukuji síť zdravotnických zařízení.

Opravdu nápad hodný důstojné reformy poměrů. Neustále kolem sebe slyším zaklínadlo o standardní evropské úrovni našeho zdravotnictví. Omyl.

Standardní úroveň má pouze česká medicína. Ano, provádíme sice směle operace, máme miniinvazivní metody, podáváme široké spektrum léčiv včetně biologické léčby jako v rozvinutém světě. Avšak zdravotnictví jako celek, úhradové mechanismy, organizace práce, je někde mezi vyspělou Evropou, Balkánem a Afrikou.

Při diskuzi o počtech odcházejících doktorů však zapomínáme, že v této zemi vlastně nikdo pořádně neví, kolik jich vlastně má být a kde. Personální minima pojišťoven, sympatický pokus ČLK Nemocnice 21. století. To je žalostný obraz plánovačů českého zdravotnictví. V nemocnicích se nám mnohdy potuluje dosti velký počet doktorů, kteří píší příjmy pacientů a přes rameno koukají na klinikách, jak se operuje.

Jinde padají na ústa při 10 a více pohotovostech měsíčně. Na klinických pracovištích jsou legendární čachry s úvazky. Mladí místo atestací začínají doktorským studiem, mnohdy mají dříve vědeckou hodnost než atestaci.

Devalvace vědeckých hodnot bez praktického významu jako opět české specifikum. K tomu přičítáme stupidně rozsekaný vzdělávací systém, což považují hlavně ze strany MZ skoro za kriminální čin, hanebné finanční zajištění pseudorezidentur. Máme zde velmi žalostnou vizi MZ, ale i Komory, odborných společností i fakultních nemocnic. Odchody tedy nejen pro peníze, ale i za smysluplným vzděláním.

V ČR prakticky neexistuje primární péče, která by účinně filtrovala tok pacientů do nemocnic. V odpoledních, nočních hodinách a o sobotách, nedělích či svátcích, je veškerá péče dostupná pouze v nemocnicích.

Ty suplují v mnoha případech naprostou insuficienci terénu ve všech regionech. Je zcela zřejmé, že nemocniční péče je všude ve světě velmi nákladná. Do nemocnic na urgentní péči opravdu směřují jenom ti pacienti, kteří potřebují specializovaný zákrok, hospitalizaci. V pohotovostech je daleko méně lékařů, pacienti čekají jinak velmi dlouho.

Zde s klidným svědomím přijde pacient s týden trvajícími bolestmi kolene po tenisu v deset hodin večer na specializované pracoviště. Podle vlastních letitých zkušeností je až 60% akutních ošetření v nemocnicích zcela zbytečných a jdoucí ch na vrub právě českého systému primární péče a různých LSPP, které naprosto neplní žádoucí regulační funkci. Pokud nebude personál, hrozí zcela jistě kolaps bazální péče, jenž po-

skytují proti veškeré logice, pouze lůžková zdravotnická zařízení.

Nejspíše záměrně způsobená devastace našeho zdravotnictví vede a povede k zásadní vlně privatizace jednotlivých nemocnic, ale celých krajských zdravotních systémů. Karlovarský kraj, Pardubický kraj, Morava.

Taková tichá, pozvolná privatizace běží mnoho let a již přináší své neblahé ovoce. Personální devastace, obrovské ekonomické ztráty, podivné nevýhodné smlouvy, neudržitelné prolínání privátních subjektů s celými nemocnicemi.

Všichni participují na jediném finančním zdroji, kterým je veřejné zdravotní pojištění. Česká specialita, kdy není jasně vymezena hranice mezi veřejným a privátním sektorem, působí mnohamiliardové ztráty. Privátní zájemci jistě české zdravotnictví z krize nevyvedou.

Co jistě vyvedou, budou další peníze, které budou chybět třeba na ty platy. Problém je tedy daleko hlubší, než jenom nenasytnost českého doktora. Končím parafrází názvu klasické francouzské komedie: Situace je vážná ba přímo zoufalá....

Zdroj: www.tribune.cz, 29.11.2010

Šest lékařů ze 14 tisíc si pročítá zdravotnické knížky

Ze 14 tisíc ambulantních lékařů zapisuje do elektronické knížky pacienta patnáct set lékařů a jen šest si údaje o pacientech pročítá. Projekt, do kterého dala VZP přes miliardu korun, je polomrtvý. Pojišťovna vymýšlí, jak lékaře motivovat. „Modul stojí pět set korun měsíčně, cena podle mě není překážkou,“ říká jednatel firmy, která software do ordinací dodává.

Je to čerstvý údaj: elektronickou zdravotní knížku už má 2,3 milionu pacientů. Informaci včera zveřejnila firma IZIP, která projekt provozuje. Jenže tento údaj se nekryje s tím, kolik knížek je skutečně aktivních. Do některých lékařů vůbec nezapisují.

Prázdná karta pacienta je přitom k ničemu - projekt je založený na tom, že lékaři budou do knížek shromažďovat informace, které využije další lékař. Nebude pak předepisovat stejné léky, posílat pacienta dvakrát na stejné vyšetření, což ušetří peníze.

MFDNES získala statistiku z jedenácti tisíc ordinací, v nichž pracuje dohromady čtrnáct tisíc doktorů. Používají stejný software společnosti CompuGroup.

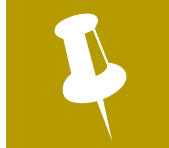
„Licenci na to, že si mohou číst údaje z elektronické zdravotní knížky, má pouze šest lékařů. Modul stojí pět set korun měsíčně, cena podle mě není překážkou,“ říká Vladimír Junger, jednatel firmy CompuGroup, která software do ordinací dodává. Poptávek prý měl desítky, ale doktoři si to nakonec rozmysleli.

Licence na posílání zpráv do knížek je zadarmo a pořídilo si ji 1 500 lékařů. Ani ti se systémem nepracují příliš pilně. „Zprávy posílá zhruba polovina a aktivních je asi padesát lékařů, kteří odešlou denně kolem dvaceti zpráv,“ říká Junger.

Nikam nic nepíšu, nic nečtu

Všeobecná zdravotní pojišťovna už do projektu investovala 1,15 miliardy a největší kritiku sklízí za to, že knížky nefungují. MF DNES náhodně obvolala deset lékařů zapojených do projektu a všichni se přiznali, že do elektronické karty neposlali jediný údaj.

Přesto VZP i firma IZIP považují čísla z CompuGroup za podhodnocená. „Problémem může být, že v softwarech skupiny CompuGroup není uživatelské rozhraní jednoduché,“ vysvětluje si nezám lékařů mluvčí VZP Jiří Rod.



Podle informací IZIP zapisuje do padesáti procent knížek více než jeden lékař. Jsou tam údaje především z nemocnic, laboratoří či lékáren. IZIP přiznává, že ambulantní lékaři příliš aktivní nejsou. Přitom právě jejich údaje jsou pro systém velmi potřebné.

Ať řeknou, jak systém rozchodí

O financování elektronických knížek se začala zajímat správní rada VZP. Bude totiž rozhodovat o tom, jestli pojišťovna koupí další akcie společnosti IZIP. Nyní jich má pět procent za 120 tisíc a chce dalších třicet procent, aby měla větší přehled o hospodaření společnosti.

Teď si proto vyžádala informaci, kolik peněz VZP do projektu vložila, ale rozhodnutí o nákupu akcií nakonec odložila. „Navrhl jsem, ať IZIP předloží strategii, jak donutí lékaře, aby to používali. To je jejich odpovědnost, za to jsou placení,“ říká člen správní rady VZP Jiří Skalický, poslanec za TOP 09.

Ředitel IZIP Jiří Pašek říká, že pacientimají tlačit na doktory, aby jim psali do karet informace. „Druhou variantou je změna lékařů,“ uvedl Pašek včera v on-line rozhovoru pro server iDNES.cz.

Peníze za to, že do karet dávají údaje, doktorům dávat nechce. Odmítá to i VZP. Pojišťovna přesto začala řešit, jak systém rozchodit, aniž by do něj musela sunout další miliony. Uzavírá dohody se zdravotnickými zařízeními, která mají k dispozici laboratorní vyšetření. „Některá už spolupracují a výsledky vyšetření do systému padají. Jsou to informace, které budou pro lékaře velmi přínosné,“ říká náměstek ředitele VZP pro služby klientům Ivan Dvořák.

Bez spolupráce lékařů je projekt k ničemu a nepovede k plánovaným

úsporám. Ty by mohly dosáhnout deseti procent, kdyby knížky skutečně obsahovaly informace a někdo je četl.

- 1,15 miliardy korun investovala Všeobecná zdravotní pojišťovna do projektu elektronických zdravotních knížek od jeho počátků v roce 2002. Peníze poskytla firmě IZIP, která systém provozuje.
- 20 milionů korun platí VZP měsíčně bez ohledu na to, kolik lidí knížku má. Šest milionů tvoří paušál, zbytek jsou platby za klienta - šest korun za každého majitele zdravotní knížky.
- 6 ambulantních lékařů ze vzorku 14 tisíc (doktoři pracující se stejným softwarem) má licenci na čtení údajů v knížkách. Licenci na zapisování do elektronických karet má ze stejného počtu patnáct set lékařů.
- 2,3 milionu lidí už si pořídilo elektronickou zdravotní knížku. Některé jsou však prázdné. VZP uvádí, že doktoři zapisují do poloviny knížek. Velmi často však chybějí záznamy právě od ambulantních lékařů, kteří jsou pro projekt důležití.
- 4 tisíce českých lékařů nemají k dispozici počítač a dávají přednost papírovým kartám pacienta. Nejčastěji jsou to praktičtí lékaři, kteří pracují v menším městě nebo na vesnici.

Zdroj: MFD, 1.12.2010

Pacienti na síti

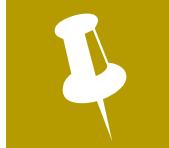
Šéf IZIP: Krize možná podpoří elektronické zdravotnictví.

Případ blogera Tomáš Petru, který si založil u společnosti IZIP elektronickou zdravotní knížku a nedlouho poté se mu na jeho soukromý

V březnu 2011 otevře Všeobecná fakultní nemocnice v Praze **„Centrum komplexní péče pro děti s perinatální zátěží“**, které bude součástí Kliniky dětského a dorostového lékařství VFN a 1. LF UK. Centrum vzniklo díky projektu financovanému z Norského finančního mechanismu a z rozpočtu Ministerstva zdravotnictví ČR a VFN v Praze a jeho řešitelkou je MUDr. Daniela Marková. Realizace probíhala od března 2009 a zahrnovala rekonstrukci nevyužívaných prostor VFN v tzv. Dětském areálu Karlov, proškolení multidisciplinárního týmu a nákup technického vybavení. Centrum bude zaměřeno nejen na péči o pacienty z VFN, ale bude zajišťovat následnou péči i dětem z jiných zdravotnických zařízení Prahy a Středočeského kraje.



V současné chvíli prostory slouží jako školicí středisko, a to nejen pro budoucí pracovníky Centra, ale i pro odbornou veřejnost. Dne 5. února 2011 zde proběhne ve spolupráci s ČLK seminář **„Přístup k nedonošenému dítěti v ordinaci PDDL“**. Koordinátorkou kurzu, který se bude zabývat komplexní problematikou následné péče o nezralé děti, je MUDr. Daniela Marková. Celodenní seminář je určen všem, kdo se na péči o tyto děti podílejí.



telefon začala ozývat pojišťovna, vyšetřuje policie i Úřad na ochranu osobních údajů. Ředitel IZIP Jiří Pašek trvá na tom, že databáze s citlivými zdravotními údaji klientů je zabezpečena velmi dobře. Podle něj mohlo jít o osobní selhání některého z lidí, kteří elektronické zdravotní knížky nabízejí.

Vedete ve zmíněném případě nějaké svoje vyšetřování? Tvrdíte, že data neunikla v žádném případě z databáze. Přesto by bylo na pováženou, kdyby se ukázalo, že za kšeftem se jménem klienta a jeho osobními kontakty stála žena, která elektronické zdravotní knížky nabízí.

Nenazýváme to vyšetřováním, ale samozřejmě interně prověřujeme, jestli k takovému úniku dat skutečně došlo. Pro nás je celá popsaná situace poněkud absurdní. U nás pracujeme s osobními daty klientů velmi bezpečně. Ta databáze patří i díky naší technologii k nejlépe chráněným na světě. Na samo sjednávání nových klientů máme najaté dvě renomované firmy, které své zaměstnance velmi podrobně školí a upozorňují na to, že něco podobného není možné.

Přesto, co kdyby se ukázalo, že za touto chybou stojí zaměstnanec některého z těchto vašich partnerů. Jaké byste z toho vyvodili následky?

Oslovili jsme proto policii, aby ten únik dat prošetřila. V našich silách není za současného stavu informací prověřit, nedokážeme nyní prstem ukázat, jestli to udělal některý z jejich zaměstnanců. Pokud by se tato verze úniku dat prokázala, pro nás by to bylo jasným porušením smluvních podmínek s naším partnerem. Navíc by to mohlo být bráno jako prokazatelné porušení ujednání a mohl by to být důvod i pro vypovězení smlouvy.

Elektronická zdravotní knížka je dlouhodobě kritizována pro svou malou funkčnost. Masivně se snažíte klienty přilákat od letošního března, ale projekt funguje již osm let. Proč stále není standardem tuzemského zdravotnictví?

To je celkem jednoduché. Společnost IZIP - neboli Internetový přístup ke Zdravotním Informacím Pacienta - existuje od roku 2001. Původně šlo ale pouze o zkušební grantový provoz. Aktivní práce a cílené budování systému, který by mohl českému zdravotnictví uspořít desítky miliard korun ročně, začaly v roce 2005 a 2006. Po politizaci projektu, která znamenala ochlazení vztahů s hlavním partnerem, tedy VZP, skončilo vše načas u ledu. V současné době je situace opět jiná a u IZIP je zaregistrováno již přes dva miliony klientů.

Když jste mluvil o politizaci, myslíte útoky Davida Ratha na to, že minoritními majiteli IZIP jsou europoslanec ODS Milan Cabrnoch a jeho stranický kolega Miroslav Ouzký?

Ano, myslím tyto útoky, které celý projekt významně přibrzdily. Byl téměř tři roky zaparkován. Proběhly analýzy ze strany VZP jako objednavatele služeb, zda je to přínosem, zda cenová politika je srovnatelná s obdobnou zahraniční službou. Proběhly studie velkých konzultantských firem jako Pricewaterhousecoopers a dalších. Nakonec byl projekt vyhodnocen jako strategicky velmi významný a zajímavý, proto se v něm pokračuje. Podepsaly se nové kontrakty.

Není ale přeci jenom nešťastné, že na projektu, do kterého VZP již od jeho vzniku vložila přes miliardu korun, jsou zainteresováni právě ti dva politici?

Jde o lékaře, kteří s nápadem vybudování takového systému sami přišli. Bylo to navíc v době, kde nedělali politickou kariéru. Uvědomuji si, že se tato skutečnost může stále stávat předmětem spekulací, ovšem je nutné podotknout, že bez nich by elektronické zdravotní knížky vůbec nebyly v takové fázi, v jaké jsou nyní. Právě oni dokázali ještě coby lé-

kaři přesvědčit VZP k tomu, aby podpořila zahájení zkušebního provozu v roce 2001.

Proč by podle vás měli lidé a lékaři vůbec elektronické zdravotní knížky využívat?

Každá oblast lidské činnosti potřebuje práci s informacemi. Nejinak je tomu ve zdravotnictví. Tady dokonce mohou informace zachraňovat lidské životy. Dostatek informací také znamená, že ta zdravotní péče bude poskytována smysluplně, že nebude poskytována opakovaně a že vedle toho etického rozměru, o kterém jsem mluvil před chvílí, to má i ekonomický rozměr. Žijeme-li ve společnosti, kde je veřejné zdravotní pojištění, tak to znamená omezený rozpočet. Je důležité uspořít prostředky a použít je třeba na takové metody léčení, které se nyní nabízejí. Namísto pěti zbytečných testů, které se u jednoho pacienta duplikují, by ty peníze šly použít na modernější a nákladnější metody léčby. Pokud se podíváte na to, jak dneska funguje české zdravotnictví, tak s výjimkou velkých nemocnic, které mají svoje vlastní sdílené informační systémy, žijí ostatní lékaři v izolovaném světě a technologickým výdobytkem je e-mail na doménách Seznam nebo Volný.

Proč máte problém s tím, aby se i lékaři mimo nemocnice do tohoto systému zapojili?

Práce s elektronickou zdravotní knížkou sice lékařům usnadňuje život, na druhou stranu však je velká část praktiků a ambulantních lékařů ve věku padesát let a výše. S výpočetní technikou se setkali relativně pozdě a nechtějí se učit nové věci, i když by jim to mohlo výrazně ušetřit administrativní zátěž. Druhou překážkou je, jak vnímají hodnotu klinické informace o pacientovi. Mnoho z nich považuje zdravotnickou dokumentaci za svůj majetek a svoje know how. Sdílení dat s pacientem jejich privilegiované postavení určitým způsobem oslabuje. Nevnímají pacienta jako přirozeného partnera, kterého by měli vybavit informacemi. Je to prostě model, který zatím není zažitý.

Co by vám pomohlo?

Nemuselo by jít ani o změnu zákona. Stačilo by, kdyby VZP, která má v současné době přes šest a půl milionu pojištěnců, spolupráci s lékaři podmiňovala touto formou elektronického zdravotnictví. To jsou ale věci, které se musejí vyjednávat třeba i na úrovni ministerstva zdravotnictví a vlády. Ukazuje se, že ekonomická krize politiky nutí hledat možnosti, jak hledat úspory. Tady se jedna nabízí. Krize může pomoci elektronizaci zdravotnictví.

VZP uvažuje o navýšení svého podílu ve vaší firmě na kontrolní minoritu 35 procent. Dozorčí rada složená z politiků to však prozatím odložila. Myslíte, že se jejich přístup změní a půjdou tomuto obchodu více vstříc?

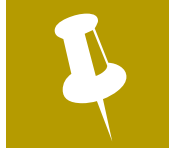
My nehledáme žádného investora. Pro nás je strategickým partnerem a případným investorem pouze VZP. Odhadovaná hodnota firmy IZIP je v současné době nějakých 1,5 až čtyři miliardy korun. Za ten třicetiprocentní podíl, o který usiluje VZP, chceme jenom cenu upisovanou před devíti lety - tedy 800 tisíc korun. I v dozorčí radě složené z politiků nyní vidím posun a myslím si, že velká část z těchto lidí vidí přínos, který by systém pro tuzemské zdravotnictví mohl mít. Proto si myslím, že se věci budou hýbat správným směrem.

Zdroj: www.tyden.cz, 2.12.2010

Porodní asistentka musí mít vlastní sál, potvrdil soud

Kde se naše dítě narodí? V porodnici, nebo doma?

Řady porodních asistentek, které mají registraci pro samostatné vedení



domácích porodů, zůstanou i nadále spíše řidké.

Důvodem je úterní rozhodnutí Městského soudu v Praze, který se ve sporu mezi porodní asistentkou Marií Vnoučkovou a ministerstvem zdravotnictví přiklonil na stranu ministerstva.

Každá žena má podle českých zákonů právo porodit dítě doma. Pokud by u domácího porodu chtěla mít porodní asistentku, má jen omezené možnosti, koho si vybrat. Málokterá z českých porodních asistentek totiž splňuje podmínky, které ministerstvo zdravotnictví považuje za nutné. Netýkají se jen kvalifikace, ale také vybavení pracoviště těchto asistentek.

Marie Vnoučková se od roku 2007 snaží pro svou činnost získat registraci v plném rozsahu. Mohla by s ní tedy nejen vykonávat např. laktační poradnictví, ale také vést porody v domácím prostředí bez dozoru lékaře.

Získat plnou registraci jí však brání nejnovější vyhláška ministerstva zdravotnictví, která platí od letošního zří.

„Rozhodnutí soudu považujeme za správné. Každý, kdo se chce takovou činností zabývat, musí splnit náročné podmínky, které mají za úkol především zabezpečit ochranu zdraví matky i dítěte, obzvláště v případech, kdyby u porodu došlo k závažným komplikacím,“ uvedl za ministerstvo zdravotnictví Vlastimil Sršeň.

„Každá porodní asistentka musí mít podle vyhlášky ve svém zařízení kvůli registraci plně vybavený porodnický sál. Když ale porodní asistentky odjíždějí k domácím porodům, vybavené sály jim v domácím prostředí příliš nepomohou,“ upozornila Ivana Königsmarková, prezidentka Unie porodních asistentek.

„Marie Vnoučková jasně deklarovala svou vůli poskytovat své služby v domácím prostředí žen, tedy mimo pracoviště,“ uvedl David Zahumenský, předseda Ligy lidských práv a zároveň právník, který porodní asistentku u soudu zastupoval.

I přes přísné podmínky, které stanovila nová vyhláška, se některým porodním asistentkám podařilo pro svou činnost získat plnou registraci. Ukázalo se však, že se tak stalo pouze v některých krajích.

„Tamní porodní asistentky podmínky dané vyhláškou podobně jako Marie Vnoučková nesplnily,“ uvedl právník David Zahumenský. Důvodem udělení plné registrace bylo, že každý krajský úřad posuzoval situaci porodní asistentky rozdílně.

„Ano, krajské úřady v těchto případech nepostupovaly podle odpovídající metodiky ministerstva zdravotnictví,“ potvrdila u soudu zástupkyně ministerstva.

Narodí se doma, nebo v porodnici?

Spor o vyhlášku za sebou skrývá dlouholetý rozpor mezi zastánci a zastánkyněmi domácích porodů a těmi, kteří domácí porody považují za příliš riskantní.

Porodní asistentky považují péči v porodnicích za příliš anonymní a také zbytečně finančně náročnou pro celý systém. Navíc nepovažují za vhodné, že lékaři při porodech používají zbytečně moc medikamentů a techniky. Do přirozeného průběhu podle nich také příliš často zasahují.

„Rodičky do ničeho nenuťme. Ptáme se jich, zda chtějí pro usnadnění porodu nastříhnout hráz, zda chtějí epidural, v jaké poloze chtějí být. Respektujeme jejich porodní plány. Často se ovšem stane, že ženy, které přijdou s rozhodnutím родit bez jakýchkoli zásahů, během porodu samy žádají o lékařskou pomoc, protože bolesti pro ně jsou příliš silné a ony trpí,“ řekl pro Aktuálně.cz Aleš Roztočil, primář gynekologicko-porodnického oddělení nemocnice v Jihlavě.

Zdroj: aktualne.cz, 23.11.20

I N Z E R C E

V této rubrice je možno otisknout požadavky na zástupy, lékaře na dovolenou, možnost zaměstnání asistenta, lektory, pronájmy místností apod.

Pro členy SPLDD a OSPDL ZDARMA. Opakované zveřejnění po předchozí dohodě.

Hledám místo asistenta

Lékařka se spec. způsobilostí v oboru PLDD hledá místo asistenta v ordinaci PLDD, pozdější převzetí praxe ev. možnost zástupu možné. Jižní části Prahy a okolí. Kontakt: 606 911 133, havlova.l@seznam.cz • Ev. č.: 190-08-10

Prodám praxi PLDD

Prodám praxi PLDD v okrese Brno-venkov (Ivančice). Podrobnosti sdělím telefonicky - 603 893 171. Děkuji, MUDr. Jana Psotová • Ev. č.: 193-09-10

Přenechám zavedenou praxi

Přenechám zavedenou praxi PLDD v Praze 10, vhodnou případně též jako souběh s další specializací. Nástup asistenta možný ihned. Tel.: +420 721 014 130 • Ev. č.: 196-10-10

Přenechám zavedenou praxi

Prodám dobře zavedenou větší praxi PLDD v Jizerských horách. Tel.: 728 107 377 • Ev. č.: 197-10-10

PLDD hledá zástup

PLDD hledá zástup na 2-3 dny v týdnu, v Líbeznicih (5 km na sever od Prahy) v dosahu Pražské integrované dopravy. Plat 42.000 Kč na plný úvazek, na snížený úvazek odpovídající částka. Do 20 měsíců obvod možno přenechat. Byt 3+1 v budově střediska k dispozici. Kontakt 774 130 339, 603 448 963, e-mail: coms.svoboda@gmail.com. • Ev. č.: 198-11-10

Prodám praxi PLDD

Prodám zavedenou praxi praktického lékaře pro děti a dorost v blízkosti Českých Budějovic. Bližší informace na telefonu: 604 318 717. • Ev. č.: 199-10-10

Hledám PLDD pro zástup

Hledám naléhavě PLDD pro zástup na cca 1 rok do ordinace v Kladně. Dobrý přístup z Prahy (přímé spojení autobusem od metra Dejvická). Zkušená sestra, cca 980 pacientů. Tel.: 607 825 084 • Ev. č.: 200-12-10

Hledám pediatra s atestací na zástup

Hledám pediatra s atestací na zástup do ordinace PLDD v době mateřské dovolené (cca 1 rok i déle). Nástup od dubna 2010. Jedná se o pohodovou práci na dobře zavedeném menším obvodu cca 20 km od Prahy. Dobrá dostupnost. Kontakt: posta@terapiedeti.cz, mobil: 775 728 800 • Ev. č.: 201-12-10

Autodidaktický test 1/2011

NEONATOLOGIE II.

1. Novorozenecký screening ze suché kapky krve byl novelizován Metodickým návodem MZČR s účinností od 1.10.2009. V některých situacích je i PLDD jako první lékař povinen provedení screeningu zajistit. Tento odběr z kapilární krve z patičky novorozence se provádí u novorozence ve věku:

- a) mezi 24. – 48. hodinou
- b) mezi 24. – 72. hodinou
- c) mezi 48. – 72. hodinou
- d) mezi 48. – 96. hodinou

2. Dle novely Metodického návodu MZČR od 1.10.2009 se analyzují ze suché kapky kapilární krve odebrané novorozenci:

- a) 3 choroby
- b) 7 chorob
- c) 13 chorob
- d) 15 chorob

3. K analýze chorob vyhledávaných novorozeneckým screeningem je nutno od 1.10.2009 použít speciální odběrové kartičky, které se pak odesílají k laboratornímu zpracování.

K tomu je potřeba:

- a) 1 jednoduchá odběrová kartička se 3 terčíky
- b) 2 jednoduché odběrové kartičky se 3 terčíky nebo 1 dvojitá samopropisovací se 3 terčíky
- c) 1 jednoduchá odběrová kartička se 4 terčíky
- d) 2 jednoduché odběrové kartičky se 4 terčíky nebo 1 dvojitá samopropisovací se 4 terčíky

4. Asi u 0,5 – 1,0% novorozenců je potřeba provést rescreening. Podnět k provedení rescreeningu dává obvykle laboratoř, která první vzorek zpracovávala, dále to může být i lékař novorozeneckého odd. Kartička se odesílá do stejné laboratoře, která prováděla jako první analýzu screeningu. Rescreening se provádí u novorozence ve věku:

- a) 8 - 14 dnů
- b) 12 – 18 dnů
- c) 14 – 20 dnů
- d) 18 – 21 dnů

Pfizer - Prevenar

MSD - Silgard