

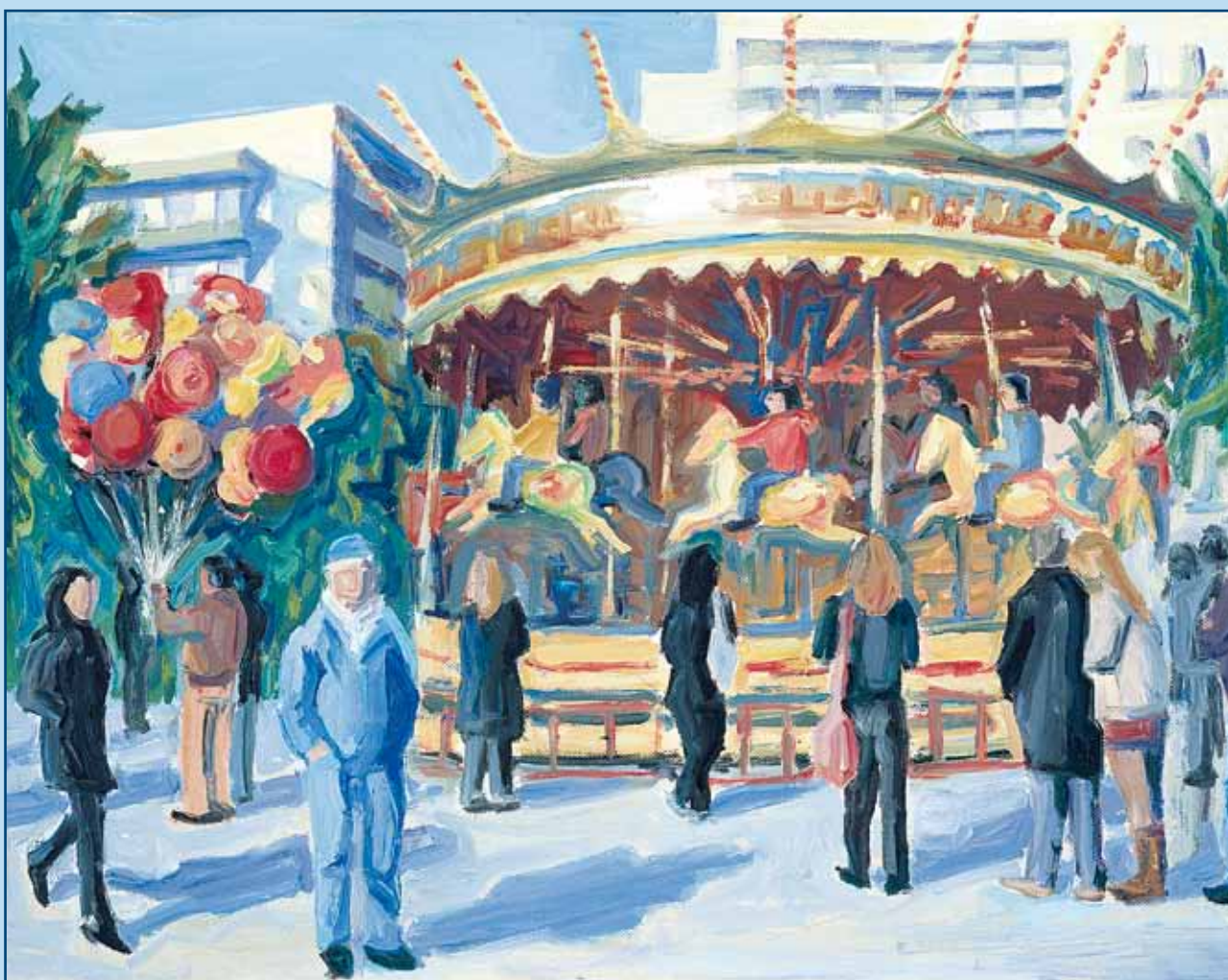
VOX PEDIATRIAE



OSPDL ČLS JEP

časopis praktických lékařů pro děti a dorost

únor 2011 ■ číslo 2 ■ ročník 11



„Děkujeme, odcházíme“

Rozhovor s doc. MUDr. Vilmou Marešovou, CSc.

Kvalita používání antibiotik v primární pediatrické péči

Test: jak racionálně přistupujete k respiračním infekcím



**Téma čísla:
ATB V PRAXI
PLDD**

Hero - Nutrdefense

tiráž...

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.

obsah...



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období 5

Koalice soukromých lékařů 6

„Děkujeme, odcházíme“ 10

**Zpráva ze zahraniční cesty
Výroční meeting Evropské akademie pediatriů – EAP 13**



**Rezistence nezná hranic
Rozhovor s doc. MUDr. Vilinou Marešovou, CSc. 16**

**prim. MUDr. Vlastimil Jindrák, MUDr. Jiří Marek
Kvalita používání antibiotik
v primární pediatrické péči 18**

**MUDr. Marta Honzíková
Lze zvýšit účinnost antibiotické léčby? 32**

Ze světa odborné literatury 33



Aktuality 34

Řádková inzerce 41

Autodidaktický test 42

Středová příloha:

*Doporučený postup pro antibiotickou léčbu
komunitních respiračních infekcí v primární péči.*



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



Vážené kolegyně, vážení kolegové,

začátek tohoto roku nám přinesl možná překvapivě mnoho vášní a mnoho emocí. Mnozí si jistě vzpomenu na začátek loňského roku a bouřlivé diskuse kolem pneumokokové vakcinace. No a rok se s rokem sešel a opět e-mailové schránky plní řada emotivních vyjádření.

O co vlastně jde? Začátek lze hledat v akci tzv. mladých lékařů. Ti už nehodlali snášet současný stav, kdy je jim na jedné straně přikázáno absolvovat přípravu k atestaci, ale na straně druhé jim nikdo není schopen říci, proč mají být po tuto dobu sponzory systému. Možná by to

i byli schopni ustát, kdyby měli před sebou vizi, že po úspěšném složení atestace se jejich ekonomická situace radikálně zlepší. Začali tedy nahlas pojmenovávat stav našeho zdravotnictví. Co ale následovalo?

Vše se odvíjelo kolem situace v resortu. Volby, nový ministr, nové naděje. Ty ale měli i jiní. ČLK velmi negativně vnímala své odstrkování do pozadí za ministrování MUDr. Tomáše Julínka. Řada profesních organizací tak byla vnímána jako nepřátelé, neboť s nimi se komunikovalo, byť také ne ideálně. Nový ministr doc. MUDr. Leoš Heger, CSc. nastoupil do nové funkce se svými přesvědčeními a mezi nimi bylo i uznání role a úlohy právě ČLK. Karta se začala obracet a zatímco s vedením ČLK se opakovaně a intenzivně jednalo, profesní organizace trpělivě na jednání čekaly.

Jenže, nový ministr měl i další přesvědčení, a mezi nimi byla i jeho reálná představa, co a jak má ve své pozici dělat. Nejdříve znervózňely koaliční partneři ve vládě, a upřímně řečeno i řada profesních organizací. No a netrvalo dlouho a padlo to i na ČLK. Najednou se ukázalo, že ministr se nehodlá podržovat různým manipulacím, a že se pokusí dovést do konce své představy. V relativním poklidu budoval svůj tým a my jsme občas jen nechápavě kroutili hlavami a čekali na první, druhé, třetí kroky, které by pomohly vyvést zdravotnictví ze slepé uličky. Mnozí jsme postupně začali chápat, že ministr chce jít spíše cestou evoluční, než revoluční, i když některé kroky lze vykládat i za revoluční.

Není tedy divu, že se postupně začal měnit i přístup ČLK k ministrovi. No a tady se „hodila“ odborářská rétorika a akce „Děkujeme, odcházíme“. Pozorný čtenář různých vyjádření si nemůže nevšimnout balancování na straně ČLK směrem k ministrovi. Na jedné straně vrchnost, na straně druhé podpora reformních kroků. Proč asi. ČLK se rozhodně nechce vzdát své původní představy o naplnění svých představ reformy, nakonec jí i představila a my ji po vás na stránkách našeho časopisu zveřejníme. Můžeme se tedy dočkat „novodobého spasitele“.

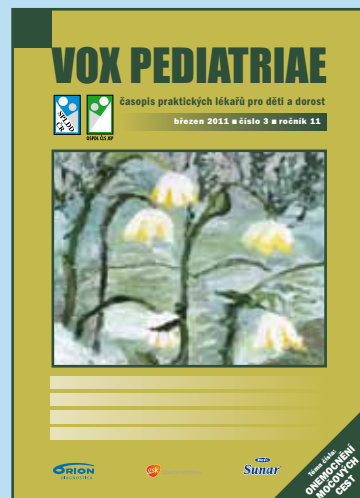
Ve mně ale zůstává trpká příchuť účelovosti. Nebudu a nechci diskutovat nad možným politickým podtextem, mrzí mne ale neskutečná účelovost. Pokud by šlo skutečně o narovnání odměňování ve zdravotnictví, proč nešla výzva průřezem všech lékařů, průřezem všech zdravotníků. Místo toho je podsouvána myšlenka - bojujeme za vás za všechny, jen mi není jasné, proč nás k tomu nikdo nepotřebuje. Tak alespoň říkáme, dobrá, chápeme vás, my budeme v rámci svých kompetencí pečovat o naše pacienty v našich ordinacích, aby nedošlo k apokalypse – nic jiného se v Prohlášení neříká, tedy pokud nezmíním návrh možného řešení cestou úprav Seznamu výkonů, a jaká je odpověď? Účelové výklady, obviňování, petice, prohlášení, dehonestace konkrétních osob.

Zkusme se na chvíli zastavit a popřemýšlejme, jestli není něco trochu špatně....

S přáním klidnějšího jara i celého zbytku roku

Pavel Neugebauer

Onemocnění močových cest (enurézy, VUR)



v tomto čísle inzerují...

BOEHRINGER INGELHEIM

GSK

HERO

MSD

MUCOS PHARMA

NESTLÉ

NUTRICIA

PFIZER

PHC

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@detskyklear.cz



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR

Prosinec se nesl ve znamení dvou významných událostí. Zaprvé se začala vyhrcovat situace kolem výzvy „Děkujeme, odcházíme“ a zadruhé se rozběhla jednání se zdravotními pojišťovnami nad zněním tzv. úhradového dodatku. V první záležitosti ministr obnovil činnost tzn. Rady poskytovatelů zdravotní péče a přizval k účasti na jejím jednání i zástupce Asociace krajů. Otázka znění úhradových dodatků se točila především kolem očekávaného znění tzv. úhradové vyhlášky. Řada zdravotních pojišťoven se odkazovala na nutnost nejprve znát text a teprve poté finalizovat znění dodatku. Jedinou výjimkou se stala Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR, která zaslala již před vydáním vyhlášky text svého úhradového dodatku a pro nás nejzásadnější informací bylo, že tato zdravotní pojišťovna navrhla pro rok 2011 navýšení.

6.12. - ministr zdravotnictví doc. MUDr. Leoš Heger, CSc. obnovil činnost Rady poskytovatelů zdravotní péče. Mezi pozvanými se objevili i zástupci Asociace krajů ČR. Tématem jednání byla připravovaná novela zákona č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a situace kolem možných dopadů po odchodu lékařů z nemocnic, kteří se přihlásili k výzvě LOKu „Děkujeme, odcházíme“. Blíže o obsahu této schůzky informujeme na jiném místě časopisu.

14.12. - první z pojišťoven, se kterými jsme se sešli, byla Oborová zdravotní pojišťovna. I když jsme neobdrželi konkrétní návrh, z úst generálního ředitele zaznělo, že v základních sazbách bude tato zdravotní pojišťovna vycházet z vyhláškových cen a ev. navýšení vidí pouze v bonifikačním systému. I nadále bude pokračováno v systému Komplexního hodnocení nákladů, jako základního bonifikačního systému.

15.12. - jednání se zástupci ZP MV ČR probíhalo již nad konkrétním textem dodatku. I když jsme rámcově kvitovali předložený návrh, našla se ještě řada bodů k diskusi. Nicméně díky této zdravotní pojišťovně jsme získali rámcový přehled, jaké možnosti zhrub zdravotní pojišťovny mají. Je třeba si uvědomit, že správné rady zdravotních pojišťoven mají řadu společných členů, což při schvalování návrhů dodatků může sehrát významnou roli.

15.12. - Zdravotní pojišťovna Metal. Aliance přišla na jednání s obecnou deklarací podpory primární péče, nicméně text dodatku předloží až po analýze textu úhradové vyhlášky. Ústy zdravotního ředitele MUDr. Davida Kostky tato ZP vyjádřila zájem pokračovat v individualizaci jednání s jednotlivými ZZ nad individuálními bonifikacemi. Nelze tedy před-

pokládat, že by tato ZP nabídla v základních sazbách navýšení. Budu rád, pokud se mýlím.

15.12. - jednání s největší zdravotní pojišťovnou probíhalo tradičně ve stylu vymezování možných mantinelů. To probíhá již tradičně tak, že na naše požadavky je reagováno tak, že je přednesena řada argumentů, které komplikují možné splnění našeho požadavku, aby ale nakonec k jasnému odmítnutí nedošlo. V tomto případě tedy budeme muset počkat až na předložený text dodatku. Nicméně z jednání se dá předpokládat setrvání na sazbách roku 2010 a rozvoj bonifikací cestou projektu Akord.

21.12. - na svém pravidelném jednání se sešla Koalice soukromých lékařů. Obdobně jako na Radě poskytovatelů tentokrát zastupoval Sdružení MUDr. Milan Kudyn z důvodu mé nemoci. Blíže informujeme o tomto jednání a výstupech na jiném místě.

22.12. - jednání s ředitelem Zdravotní pojišťovny Media MUDr. Petrem Malým, MBA symbolicky připomínalo předvánoční atmo-

sféru s nadělováním. Tato ZP si plně uvědomuje své postavení na trhu zdravotních pojišťoven a absenci potřebného množství smluv s poskytovateli, a tak se nelze divit, že se navržená základní kapitační sazba vyšplhala až na 60,- Kč. K nadílce vybízí navržený dodatek v oblasti bonifikací. Při splnění všech podmínek se tak výše této bonifikace může dostat až na částku 40,- Kč. Bude to této pojišťovně stačit na naplnění smluvního portfolia?

30.12. - cyklus jednání se zdravotními pojišťovnami se v roce 2010 uzavřel jednáním se Zdravotní pojišťovnou Škoda. Z jednání vyplynulo, že i tato pojišťovna jde cestou výrazné individualizace smluvního vztahu a preferuje především vzájemnou komunikaci s jednotlivými ordinacemi PLDD. Tato ZP již tradičně nabízí svým smluvním partnerům významnou datovou podporu, která by měla lékařům pomáhat při vobě vyšetření či preskripce. Uvidíme, jakou zpětnou vazbu získáme od kolegů z regionu zájmu této ZP.

PODĚKOVÁNÍ

Koncem roku 2010 byl ukončen sběr dat pro několik studií, organizovaných Odbornou společností praktických dětských lékařů. Díky spolupráci s řadou kolegů je tak možno získat **podklady pro hodnocení změn ve výživě našich dětí v prvních letech života, pokračování projektu „Monitorace antropologických údajů našich sedmiletých dětí“ a podklady pro tvorbu růstových grafů plně kojených dětí v ČR.**

Chtěli bychom touto cestou poděkovat všem kolegům, kteří se podíleli na získání těchto dat, bez jejich velmi obětavé práce by takové projekty neměly šanci vzniknout. Stejně tak je nutno poděkovat kolegům, kteří se podíleli na všech podobných výzkumných pracích v minulých letech. Od roku 1999 vznikla řada populačních studií, které jsou oceňovány nejen v ČR, tak i v zahraničí. Během krátké doby bychom chtěli trvale zpřístupnit data z těchto prací na webových stránkách www.detskylekar.cz.

MUDr. Bohuslav Procházka
člen Výboru OSPDL ČLS JEP



Koalice soukromých lékařů

Koalice soukromých lékařů se v uplynulém období podrobně zabývala problematikou projektu IZIP. Tento projekt se dostal jednak na čelní stránky mnoha médií a VZP zároveň deklarovala přistoupení na užší formy spolupráce a propojení řady aktivit právě s projektem IZIP. Koalice řešila také velmi obsáhle a podrobně možné dopady výzvy „Děkujeme, odcházíme“. Tomuto tématu se věnujeme podrobněji v jiné části.

I. Výpis z jednání Koalice soukromých lékařů

ze dne 21. prosince 2010

1. Novela zákona o zdravotních službách

Jednání o novele zákona na MZ ČR nepřineslo očekávaný výsledek. Zástupci MZ ČR neměli k dispozici aktuální znění, ani připomínky Koalice, ale požádali o jejich opětovné zaslání a projevíli ochotu prosazovat verzi, která by byla pro všechny akceptovatelná.

2. Projekt IZIP

Zástupci KSL považují tento projekt za neefektivní odčerpávání veřejných prostředků soukromými subjekty. Při současném počtu zapojených lékařů je projekt nefunkční a KSL jej nebude podporovat.

3. Kampaň „Děkujeme, odcházíme“

Koalice schválila po diskusi návrh společného prohlášení, ke kterému se po malých úpravách textu přihlásili všichni zástupci KSL s výjimkou SAS ČR. Prohlášení bylo zasláno médiím, ministerstvu zdravotnictví a Mgr. Juráskové.

4. Různé

Novela zákona o veřejném zdravotním pojištění se v současné době neočekává.

K úhradové vyhlášce nejsou žádné nové informace.

II. Vyjádření Mgr. Tomáše Staňky, ředitele marketingu a komunikace IZIP, a. s., k mediálnímu výstupům ze dne 8.12.2010

Rád bych Vám touto cestou poskytl některé aktuální informace o systému elektronických zdravotních knížek.

V poslední době se v médiích objevily zprávy, které jsou nepravdivé a zavádějící. Jsem přesvědčen, že máte plné právo na korektní informace.

V článku MF DNES z 1. 12. „Projekt za miliardu pro pár lékařů“ tvrdila novinářka, že **Elektronické zdravotní knížky využívá pouze šest lékařů**. Novinářka však vycházela pouze z údajů německé firmy CompuGroup, která u nás pouze distribuuje dříve český zdravotnický software a je částečně konkurenč-

ní firmou společnosti IZIP. Údaje, které jí tato firma poskytla, byly účelově nepřesné. Naše vyjádření, o které nás MF DNES zprvu požádala, nebylo bohužel použito. To je škoda, neboť by zpráva vypadala úplně jinak.

Ve skutečnosti si pravděpodobně pouze šest z tisíců uživatelů různých informačních systémů, distribuovaných společností CompuGroup, zakoupilo modul, který by měl sloužit ke čtení zdravotních záznamů. Tento modul CompuGroup nabízí údajně „svým“ lékařům za 500 Kč za měsíc.

Podle našich statistik zdravotnická zařízení do elektronických zdravotních knížek zapisují. Měsíčně se objem zdravotních záznamů v elektronických zdravotních knížkách navyšuje o více než 700 000 zápisů. Do toho nepočítáme přehledy vykázané péče z dat VZP.

Celkem je k dnešnímu dni v Elektronických zdravotních knížkách uloženo 16 844 046 zdravotních zápisů/záznamů. Všechny EZK pak obsahují další desítky milionů údajů z Osobního účtu pojištěnce, mezi jinými také přehledy zdravotní péče vykázané v minulých letech.

Uživatelé ve zdravotních knížkách také čtou. Využívají k tomu programy, které zdarma poskytuje společnost IZIP, nebo přímo rozhraní internetového prohlížeče. V knížkách čtou jak klienti - pacienti, tak zdravotničtí pracovníci. K dnešnímu dni jsme zaznamenali více jak 3,3 milionu čtení ve zdravotních knížkách.

Negativní postoj společnosti CompuGroup Medical vůči uživatelům zdravotních knížek dokumentuje například naše několik dní čerstvé zjištění, že **v programu Medicus je nově dokonce zablokované odesílání veškerých informací o očkování a dalších urgentních informací do systému EZK**. Lékařská zpráva, která se má odeslat do EZK, se vygeneruje včetně očkování a urgentních informací, ale k odeslání nedojde (tyto položky zůstávají stále ve frontě k odeslání). Navíc o zablokování tohoto odesílání není nikde v dokumentaci, ale dokonce ani v informačních oběžnících společnosti CompuGroup Medical žádná zmínka.

Společnost CompuGroup Medical ve svém programu Medicus (nejen) zpoplatňuje nahlížení do EZK měsíčně částkou 500 Kč. Společnost IZIP naopak umožňuje nahlížení do Elektronických zdravotních knížek zdarma pomocí bezplatného modulu IZIVIEW nebo IZITOOL kompatibilního se všemi zdravotnickými informačními systémy. Navíc nabízíme vlastní ambulantní software MD COMFORT, který Vám nabídne pro Vaše potřeby dostačující funkcionality a navíc bezproblémovou komunikaci s EZK.

V rozhovoru s generálním ředitelem společnosti IZIP Jiřím Paškem bylo uvedeno na serveru idnes.cz, že **„má pacient, kterému odmítne praktik zapisovat do IZIP/EZK změnit okamžitě lékaře...“**.

Zde došlo k dezinterpretaci toho, co přesně pan ředitel Pašek napsal. **Společnost IZIP rozhodně nikdy nedoporučovala klientům našeho systému měnit svého praktického lékaře.** Naše klienty informujeme, že si mohou zapisovat lékařské zprávy sami, pokud jejich lékař do EZK nezapisuje, a že si mohou zjistit, který lékař je v systému EZK a může jim vkládat zdravotní záznamy do jejich EZK.

Další nepřesností, která se objevila v některých médiích, či diskusích je informace, že **společnost IZIP přijímá od VZP částku za zápisy lékařů**.

Částka 6,- Kč, o které se v médiích hovořilo, představuje platbu za jednu zdravotní knížku za měsíc. Platbu za včasný zápis zdravotních informací do zdravotní knížky hradí společnost IZIP zdravotnickým zařízením pouze ze svých zdrojů, a to ne měsíčně, ale za každý jednotlivý zápis. Jde o jeden ze způsobů motivace lékařů k ještě vyššímu využívání služby EZK. Společnost IZIP oceňuje tímto způsobem lékaře, kteří svým pacientům do zdravotních knížek zapisují.

V médiích se aktuálně diskutuje **funkčnost systému EZK, zabezpečení zdravotních záznamů a také zda jsou náklady na vývoj a provoz systému vysoké**.

Systém Elektronických zdravotních knížek funguje v současné době na 100 % svých



možností. Jeho další vývoj souvisí s rozvojem dalších služeb v oblasti eHealth a větším zaměřením VZP ČR na elektronizaci svých služeb.

Nedošlo k žádnému úniku informací, IZIP data svých klientů nikomu neposkytuje.

Medializovaný příběh se společností IZIP nesouvisí, podali jsme žalobu na ochranu našeho jména.

Ochrana informací proti krádeži či zneužití je u EZK ještě vyšší než u účtů internetového bankovníctví. Bezpečnost dat v EZK je mnohem vyšší než v běžné kartotéce v ordinaci. Jakékoli zneužití dat je naprosto vyloučeno a nikdy v průběhu fungování systému EZK nedošlo k žádnému úniku zdravotních informací.

IZIP rozhodně není nákladný. Zřízení a následný provoz všech služeb systému EZK stojí VZP ČR 100 Kč na osobu za jeden rok (včetně DPH). Například pokud srovnáme náklady na obdobné systémy eHealth v zahraničí, tak jsou náklady necelé jedné miliardy korun za téměř deset let vývoje a provozu systému Elektronické zdravotní knížky (EZK) s více jak dvěma miliony uživatelů velmi nízké – například systém NHS SCR ve Velké Británii je v přepočtu na osobu téměř pětikrát dražší.

Rád bych reagoval na článek „**Pacienti platí správcům nefunkčních zdravotních knížek milionové odměny**“, který byl publikován v MF DNES dne 9. prosince 2010. Objevila se zde některá nepřesná a nepravdivá tvrzení. Podle našeho názoru jde o cílenou kampaň, která má poškodit společnost IZIP a největší tuzemskou zdravotní pojišťovnu - VZP.

V textu článku se uvádí, že „**Devět pracovníků společnosti IZIP dostalo loni celkem 59 milionů. Jejich odměny se rovnají odměnám nejlepších zahraničních manažerů českých firem.**“ Rád bych uvedl, že ve mzdách vrcholových manažerů společnosti IZIP za rok 2009 (kterého se uvedená částka týká) bylo zohledněno, že někteří manažeři podstoupili podnikatelské riziko a vložili do projektu své vlastní prostředky. Také chci upozornit, že dlouhodobě, v delším časovém měřítku, nebyly vypláceny žádné manažerské odměny. Prostředky do společnosti IZIP, a. s. pocházejí i z evropských projektů/subjektů a ne jen z VZP ČR, jak je mylně uváděno. Majoritní část finančních prostředků z uvedených částek (přes dvě třetiny) byla převedena na tzv. podnikové spoření. Management společnosti takto financuje další rozvoj společnosti, kryje dlouhou dobu splatnosti po-

hledávek a umožňuje jí zachovat nezávislost na cizích zdrojích a tedy nezadlužovat společnost.

Co se týká, v článku také zmíněné společnosti **MD Access, tak ta zajišťuje provoz HW infrastrukturu nezbytnou pro provoz celého systému IZIP.** Společnost IZIP využívá celou řadu smluvních partnerů, a to zcela s obecnými trendy outsourcingu služeb. Společnost MD Access je soukromá akciová společnost a cílem společnosti MD Access je nabídnout lékařům nejmodernější informační technologie, které maximálně zefektivní všechny administrativní činnosti v ordinaci a umožní lékařům rychlý přístup k nejnovějším informacím z jejich oboru, tedy i efektivní spolupráci se systémem Elektronických zdravotních knížek. Mezi její produkty patří ambulantní software MD COMFORT a například produkt MD SCREEN umožňující zobrazovat vybraná sdělení, jako spořič na monitoru smluvního lékaře.

Bohužel jsme svědky štvavé mediální kampaně, která souvisí se stabilizací a posilováním pozice VZP na tuzemském trhu, což je důvodem těchto reakcí namířených proti systému IZIP. Je důležité mít na paměti, že IZIP představuje jediný systém elektronického zdravotnictví fungující na základě dobrovolnosti, tedy souhlasu pacienta i lékaře, na světě. Tento patentovaný princip je uznáván i zahraničními odborníky v oblasti eHealth. Není zcela bez souvislosti, že se mediální kampaň proti systému Elektronických zdravotních knížek stupňuje od doby, kdy poprvé z úst představitelů Ministerstva zdravotnictví ČR zaznělo, že by se IZIP a Elektronické zdravotní knížky měly stát základem pro další rozvoj eHealth v naší zemi. I tento fakt potvrzuje, že to, kam se dosud podařilo rozvinout systém EZK, má obrovský význam pro zdravotnictví v České republice.

Věřím, že tato vysvětlení přijmete. V případě Vašeho zájmu jsme připraveni poskytnout Vám všechny potřebné informace a argumenty.

Mgr. Tomáš Staněk

ředitel marketingu a komunikace IZIP, a. s.

III. Oslovení předsedy SPL ČR předsedou SVL ČR ze dne 7. 12. 2010 ve věci stanoviska SVL k projektu IZIP

Dovoluji si Tě informovat o stanovisku výboru SVL ČLS JEP, které bylo přijato na výborové schůzi dne 7.12.2010. Domnívám se, že nejlepším řešením by bylo oficiální jedná-

ní se zástupci IZIP, poskytovatelů péče a dalšími zainteresovanými na půdě MZ nebo VZP

SVL ČLS JEP jednoznačně podporuje rozvoj e-health jakožto nástroje zrychlování výměny dat, snižování administrativy, snižování nákladů i celkového zkvalitňování zdravotní péče. Máme ale značné pochybnosti o kvalitách systému IZIP a jeho funkčnosti. Přitom je uvedený systém vydáván představiteli IZIP v médiích za nejlepší produkt na světě v tržní ceně až 3 miliard Kč, ale převádí 5 % akcií za 120 000 Kč VZP. Je si potřebné uvědomit, že IZIP (elektronická zdravotní knížka pacienta), který je některými skupinami s e-health dokonce slučován, resp. užíván jako synonymum, je jen jednou z možných cest k funkčnímu e-health.

Naše otázky na které hledáme uspokojivou odpověď jsou následující:

1. Pochybnosti o vzniku: IZIP a. s. dostal bez výběrového řízení „exkluzivitu“ od VZP a od té doby dostává podle údajů tisku stamiliony z veřejných prostředků (platby probíhaly i v době, kdy VZP neměla na platby lékařům). V současnosti se jedná o další převody (odkupy), kdy VZP nemá na navýšení potřebné pro výplaty lékařů a dalších zdravotníků.

2. Pochybnosti o vlastnictví společnosti: původně s. r. o., poté a. s. - vlastně neznámého složení. Z toho vyplývající rizika. A. s. nebo s. r. o. vznikají pro tvorbu zisku, musí tedy zisk generovat a mohou ho vyvádět pryč ze zdravotnického systému. Je zde možnost využívání anonymizovaných dat ke komerčním účelům, možnost prodat firmu komukoli (od farmaceutických firem přes mediální magnáty až po „ruskou mafii“).

3. Pochybnosti ohledně platnosti, validity a vlastnictví zápisu: Podle názoru některých právníků se v případě IZIP o zdravotnickou dokumentaci vůbec nejedná. Mimo jiné i proto, že uvedené aktivity jsou mimo režim zákona č. 20/1966 Sb. a IZIP není osobou oprávněnou vést zdravotní dokumentaci. Vzhledem k tomu, že se jedná o informace, které může jak lékař, tak pacient ovlivňovat (rozhodnou co a v jaké formě bude uvedeno bez ohledu na skutečnost), není IZIP relevantním podkladem pro poskytování zdravotní péče - je pouze někde na úrovni informací sdělených pacientem.

4. Pochybnosti o plném informování účastníků projektu IZIP na úrovni jejich myšlení včetně možných důsledků. Setkali jsme se s případy, kdy osoby podepisující souhlas vůbec netuší, co podpis obnáší (dokonce ani netuší, že podepsali souhlas ně-



jakému IZIPu). Na důvěryhodnosti systému IZIP nepřidává ani způsob nábory nových klientů. Lákat k podpisu klienty na místech jako jsou vestibuly metra, parkoviště supermarketů apod., snese spíše srovnání s podomním obchodem. Není nám ani známo, co bude s daty při přechodu pacienta k jiné ZP (exkluzivita VZP).

5. Pochybnosti o autorských právech: „Vlastnictví dat zapsaných v IZIPu pacientem“ je podle některých právníků jen „chytrá právníká klička“. Pacient data pro IZIP netvoří ani je nevkládá, nejedná se o zdravotnickou dokumentaci a jedná se o práci navíc pro lékaře. Přitom nejsou brána v potaz autorská práva lékařů a duševní vlastnictví lékařů. Hrozí i nebezpečí zcizení/zneužití dat: hlavní cennosti lékaře – podnikatele, tj. jeho kmene pacientů.

6. Pochybnosti o skutečném poměru registrovaných pacientů a zápisů: V ČR, která má 10 milionů obyvatel se udává, že každý občan má kontakt se zdravotnickým systémem až 12 krát za rok. V ČR tedy vzniká každý rok 120 milionů zdravotnických zápisů. Do IZIPu se podle vlastních údajů IZIP registrovalo do konce roku 2009 1,3 milionu obyvatel a udávaný počet zápisů za cca 7 let je 10 300 000 zdravotnických zápisů o pacientech. Jedná se tedy jen o nepatrný zlomek údajů o pacientech a každý VPL má mnohem přesnější údaje.

7. Pochybnosti o bezpečnosti: Přes nepochybně velmi důsledné zabezpečení je velmi nebezpečné soustředění supercitlivých dat na jednom místě. Takováto databáze je velmi cenná pro novináře, vyděrače, tajné služby apod. Kdo ponese právní/finanční odpovědnost pokud dojde k zneužití informací? Nebude sám lékař bez zázemí velké firmy s renomovanými právníky snadnou kořistí advokátů? Na druhé straně bude IZIP se stamilionovým obrátem. Že IZIP se právních sporů nebojí a má na ně prostředky materiální i personální je vidět i podle současných žalob na různá media. Pokud by došlo k úniku informací (zejména populárních „celebrit“ může se jednat i o desítky milionů na náhradách). Takováto částka by jednotlivého lékaře i jeho celoživotní podnikatelské úsilí zcela zlikvidovala.

SVL nechce systém IZIP odsoudit k zániku. Domnívá se, že se může jednat o projekt zajímavý, ale s nutností velkých organizačních i vlastnických změn. Nutno je brát v úvahu též velké množství veřejných finančních

prostředků, které byly na projekt již spotřebovány.

doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.
předseda SVL ČLS JEP

■ IV. Reakce společnosti IZIP

Touto cestou bychom Vám ještě jednou rádi poděkovali za možnost předstoupit před předsedy jednotlivých krajských poboček SPL, jejichž názor je praktickými lékaři všeobecně respektován.

Během tohoto setkání jsme obdrželi dopis adresovaný Vám od pana docenta Býmy, kde je vypsáno sedm základních tezí týkajících se IZIPu na které bychom praktickým lékařům rádi odpověděli.

Pochybnosti o vzniku a financování.

Výběrové řízení VZP (duben 2004) proběhlo v souladu se zákonem – typ výběrového řízení s výzvou jednomu zájemci byl daný existencí patentu systému IZIP (patentovací proces probíhal 2003 – 2004, únor). Platby IZIPu byly vždy čerpány z jiného fondu, než z kterého se hradí úhrady lékařům (základní fond).

Pochybnosti o vlastnictví společnosti.

IZIP, spol. s r.o. v žádném případě nebyl neznámého složení vlastníků. Vše je možné dohledat v Obchodním rejstříku. Současní vlastníci IZIP a. s. jsou plně známi VZP ČR, jež je též akcionářem.

Pochybnosti ohledně platnosti, validity a vlastností lékařů.

Ambicí IZIP|EZK při vzniku nebylo vést zdravotní dokumentaci, ale poskytovat validní informace, které svou relevantností dokazují jasnou identifikaci lékaře, který informaci vložil. Pacient nemůže změnit znění zprávy zadané lékařem.

Pochybnosti o plném informování účastníků projektu IZIP.

Nejkvalitnější registrace pacienta/klienta do systému EZK je samozřejmě od lékaře. Získávání nových klientů skrze externí síť je reakcí na požadavek VZP na razantní zvýšení počtu uživatelů EZK. Čím více je v systému zapojených pacientů, tím má větší smysl pro lékaře se systémem pracovat.

Pochybnosti o autorských právech.

Kompletní zdravotní dokumentaci (lékařovo know-how) spravuje pouze lékař. Do Elektronické zdravotní knihy odchází pouze dílčí informace důležité pro sdílení s kolegy. Je tedy mylné se domnívat, že je možné zcizit/zneužít lékařovo know-how, které má při prodeji ordinace klíčovou hodnotu, prostřednictvím EZK.

Pochybnosti o skutečném poměru registrovaných pacientů a zápisů.

V současnosti je v systému téměř 17 milionů zápisů a měsíční tempo růstu se neustále zvyšuje – nyní zápisy rostou o 700 000/měsíc. Díky probíhajícímu procesu zapojování nemocnic, komplementu a lékáren bude toto číslo rapidně růst. Je též důležité si uvědomit, že v EZK by měly být především dobře vytyžitelné záznamy a ne kompletní dokumentace. Navíc, v některých případech i jeden záznam může znamenat mnoho.

Pochybnosti o bezpečnosti.

Systém je maximálně zabezpečen a únik, nebo zneužití dat nehrozí. Certifikace ISO 27001 potvrzuje, že bylo učiněno maximum v otázce bezpečnosti. Nicméně, čistě hypoteticky: veškerou právní odpovědnost za případný únik dat z EZK by nesl IZIP a ne lékař.

Byli bychom velmi rádi, kdyby tento dopis mohl sloužit jako podklad k diskusi, která může být přínosná pro obě strany.

S úctou

Ing. Michal Dvořák,
Mgr. Tomáš Staněk

■ V. Zápis z jednání Rady projektu IZIP ze dne 21. 12. 2010

Přítomni: Ammer, Bek, Cabrnach, Čumpl, Dvořák I., Dvořák M., Endrle, Horák, Hýbner, Hronek, Krpálek v.z., Kulhavý, Lázníčka, Mládek, Novotný, Ouzký, Pašek, Pirk, Popálená v.z., Schwarz, Svačina, Staněk, Větvíčka

Omluveni: Běrová, Čevela, Hampel, Havlíček, Kameníček, Moleš, Musílková, Nedělka, Neugebauer, Sameš, Skála, Skřivánek, Smejkal, Šmatlák, Šnajdr, Zámečník

Souhrn:

Členové Rady projektu IZIP byli seznámeni se současným stavem projektu. Systém Elektronických zdravotních knih pacienta na internetu se spolu s dalšími zdravotnickými tématy stal předmětem čilé veřejné diskuse. Část medializace je zřejmě iniciována oponenty systému, kteří rozpoznali jeho rostoucí význam.

Elektronické zdravotní knihy vytváří infrastrukturu pro přesměrování finančních toků ve zdravotnictví směrem od plýtvání a hrubé objemové regulace k efektivitě a transparentnímu řízení kvality zdravotní péče.

Členové rady projektu se seznámili s programem Akord VZP ČR. Plán dalšího rozvoje programu Akord představil generální ředitel VZP ČR dr. Pavel Horák. Program Akord bu-



de využívat vybudované a VZP kontrolované infrastruktury IZIP pro komunikaci s pojišťovací a se smluvními zdravotnickými zařízeními.

Členové Rady projektu IZIP se v diskuzi shodli na tom, že je třeba prosadit využívání EZK v praxi systémem motivací pro všechny uživatele. V lednu 2011 zahájí VZP ČR diskuzi s poskytovateli zdravotní péče o nastavení motivačních úhradových mechanismů programu Akord pro pilotní provoz. Členové Rady projektu IZIP jsou zváni k účasti na těchto jednáních. Program bude představen členům Správní rady VZP ČR v druhé polovině ledna 2011. 2

1. MUDr. M. Cabrnok – Zahájení

- Přivítání
- Seznámení s programem
- Rada projektu se schází v době, kdy je oblast zdravotnictví výrazně medializována
- EZK, kterou VZP ČR nabízí, má pro pojištěnce velký význam
- Určité zájmové skupiny si význam IZIP/EZK uvědomují - vadí jim, vystupují proti
- Nutno přesměrovat finanční toky ve zdravotnictví od těch, kteří s nimi plýtvají k těm, kteří je smysluplně využívají - infrastruktura je připravena
- Čtvrtina české populace je zaregistrována v systému IZIP
- Někteří lékaři chtějí, aby systém IZIP byl pro všechny zainteresované strany povinný, jiní lékaři chtějí za práci se systémem IZIP zaplatit

2. Ing. J. Pašek - Systém IZIP | Elektronická zdravotní knížka

- novinky, aktuality

- Zájem veřejnosti o EZK stoupá - systém IZIP představuje infrastrukturu pro kvalitní a dostupnou péči pro pojištěnce VZP ČR
- Negativní kampaň otevřela diskuzi o systému IZIP - VZP ČR i IZIP, a.s. zatím upřednostňují dobrovolnost
- Po celou dobu existence systému IZIP jsou zdravotničtí pracovníci finančně motivováni k práci s EZK - prostředky k motivaci je dále nutno hledat
- Počet zaregistrovaných
 - klientů = 2 380 552
 - nemocnice = 100
 - zdravotnických pracovníků = 17 224
- Počet zápisů v EZK = 17 102 420

3. MUDr. P. Horák, CSc., MBA

- Akord a IZIP

- Zdravotnictví potřebuje:

- zjednodušit a zefektivnit systém výběru pojistného
- zlepšit přerozdělování mezi zdravotními pojišťovnami
- motivovat pojištěnce k prevenci - nabídnout mu produkty, které hradí stát + možnost nadstandardu
- Stát má pocit, že zdravotnictví nepotřebuje další finance
- Úspora v systému zdravotnictví lze dosáhnout maximálním omezením duplicit a nadbytečných výkonů
- přesunout prostředky tam, kde je nedostatek
- Opatření v pojištění a v systému zdravotnictví by měla vést ke zvýšení mezd zdravotnických pracovníků
- Zdravotnictví se musí modernizovat
- Dále viz prezentace:
 - IZIP a Akord - východiska - IZIP jako systém EZK (=EPR, možnost EHR), jediná vybudovaná součást e-Health v ČR s potenciálem rozvoje služeb elektronické komunikace mezi všemi subjekty ve zdravotnictví
 - Problémy lékařů, pacientů, lékárníků, nemocnic
 - Nabídka VZP pojištěncům, lékařům, lékárníkům, nemocnicím
 - Prevence v prostředí systému IZIP
 - Záměr - elektronická žádanka, vystavená v systému IZIP
 - Elektronický identifikátor zdravotnického pracovníka - mj. i pro rychlejší přístup do systému IZIP
- Ředitel VZP ČR poděkoval všem přítomným za spolupráci

4. Klip

- Účastníkům Rady projektu byl promítnut videoklip, představující EZK

5. Diskuze - témata

- Vystoupení ředitele VZP ČR je důležité sdělení, znamenající velký krok kupředu
- Systém IZIP získává důvěru
- Neřešit v médiích dohady o systému IZIP, je nutné systém IZIP marketingově obhájit
- Systém IZIP představuje kontrolní mechanismus, pacienti mohou svůj účet validovat - pacienti již nyní zjišťují nesrovnalosti - dobří lékaři nemají obavu
- Marketingová funkce v systému IZIP, např. nabídka lékařů pro pacienty? - v současné době je veřejnosti k dispozici seznam zdravotnických zařízení a zdravotnických pracovníků, zaregistrovaných v systému IZIP
- Lékaři nemají zájem marketingově pro-

pagovat své služby - odmítají nabírat nové pacienty - pacienti mají v současné době problém sehnat lékaře - v rámci systému IZIP se bude připravovat objednávkový systém pro pacienty

- Současný systém zdravotnictví nedává prostor pro konkurenci kvalitou péče - kvalita musí být lépe zaplacená
- Nutno nastolit témata, aby zdravotničtí pracovníci měli zájem zaregistrovat se a využívat systém IZIP
- Upuštění od systému regulací je obtížné, ale cestu lze hledat
- ePreskripci je nutno využívat
- Certifikace systému IZIP - ISO/IEC 27001:2005 Systémy řízení bezpečnosti informací, ČSN EN ISO 9001:2009 Systémy řízení kvality
- Měla by vzniknout řízená akreditace poskytovatelů zdravotní péče
- Lékárníci jsou silnou a důležitou skupinou pro systém IZIP - lékárny musí být do systému IZIP zaregistrovány - ve využívání jsou zatím rezervy - potřebují pomoc při vytváření elektronické dokumentace - motivace za záznam do EZK - v EZK lze zjistit léky předepsané i vydané
- Bude-li EZK základem eHealth v ČR, exkluzivita bude pravděpodobně zrušena - EZK bude k dispozici pro všechny občany ČR - zájemci budou jednat s VZP
- Vedení VZP ČR předloží Správní radě analýzu systému IZIP

6. MUDr. M. Cabrnok - Výstup z jednání Rady projektu

- Od ledna 2011 budou probíhat diskuse - „kulaté stoly“ - k problematice ve zdravotnictví
- Předseda Rady projektu prosí členy Rady projektu o zapojení do těchto diskusí i vzhledem k tomu, že jsou nejvíce informovanou skupinou o systému IZIP

7. Ing. J. Pašek - poděkování

- Generální ředitel společnosti IZIP, a.s. poděkoval členům Rady projektu za spolupráci a podporu systému IZIP

8. MUDr. Cabrnok - Závěr

- Předseda Rady projektu ukončil jednání Rady projektu
- Na závěr poděkoval všem přítomným za účast a za spolupráci.

MUDr. Milan Cabrnok

Předseda Rady projektu IZIP

Zapsal: PaedDr. J. Lázníčka



■ VI. Prohlášení Koalice soukromých lékařů k projektu IZIP ze dne 6.1.2011

Koalice soukromých lékařů vnímá kritiku projektu IZIP nejen z řad členů organizací, které sdružuje.

Z řady důvodů ji považuje za oprávněnou a vyslovuje proto nedůvěru k takovéto aktivitě eHealth, kterou vnímá spíše jako aktivitu soukromé společnosti, než jako ucelený národní program státem garantovaný, který by zajistil dostatečnou ochranu osobních dat před zneužitím soukromými subjekty.

Projekt IZIP ve stávající podobě proto organizace sdružené v Koalici soukromých lékařů

nepodporují, neboť ho v současné podobě nepovažují za přínos pro pacienty ani pro lékaře.

Proto Koalice soukromých lékařů nedoporučuje, aby byly za IZIP v současné podobě utráceny prostředky z veřejného zdravotního pojištění, neboť stávající podobu vnímá jako nadstandardní službu, která by měla mít jiný způsob hrazení s výrazným podílem na straně pacienta.

Elektronizaci zdravotnictví ve smysluplné podobě považujeme za perspektivní a rádi se zúčastníme diskuse o její realizaci.

*Za Koalici soukromých lékařů:
MUDr. Pavel Chrz, prezident České stomatologické komory, mluvčí Koalice*

***MUDr. Václav Šmatlák**,
předseda Sdružení praktických lékařů ČR*

***MUDr. Milan Kudyn**,
místopředseda Sdružení praktických lékařů
pro děti a dorost ČR*

***MUDr. Zorjan Jójko**, předseda
Sdružení ambulantních specialistů ČR*

***MUDr. Vladimír Dvořák**, předseda
Sdružení soukromých gynekologů ČR*

Pro Vox připravil:

MUDr. Pavel Neugebauer

„Děkujeme, odcházíme“

Již v minulém čísle jsme Vás informovali o situaci, která vznikla v souvislosti s výzvou „Děkujeme, odcházíme“. Situace se i nadále vyvíjí a vzhledem k řadě různých výkladů různých skutečností jsme pro vás připravili výčet důležitého sledu událostí. Koalice soukromých lékařů se dostala pod palbu i z řad svých členů, proto pro pochopení souvislostí považujeme za nezbytné zveřejnit předmětné dokumenty.

■ I. Komentář předsedy Sdružení MUDr. Pavla Neugebauera ke kritice Prohlášení KSL

1. Dohodovací řízení k úhradám v roce 2011 skončilo a určilo, jaký podíl prostředků z veřejného zdravotního pojištění obdrží nemocnice, praktici, specialisti, laboratoře atd. Protest „Děkujeme, odcházíme“ je akcí směřující na výši platů jedné skupiny zdravotníků-lékařů, tedy z logiky věci by měl být směřován směrem k managementům nemocnic. Bohužel je nejspíše záměrem autorů směřování na resortní ministerstvo, vládu apod. Navíc toto nemá logiku i z těch důvodů, že např. u soukromých nemocnic nemůže ministr nařizovat výši platů, i kdyby to chtěl - co tedy vlastně ministr za dané situace může udělat? Může ovlivnit do jisté míry přímo řízené instituce, tedy převážně FN, nebo změnit systém reformou zdravotnictví, a ta se nedá udělat přes noc a nakonec on o chystaných změnách mluví. Jaký má tedy za dané situace prostor, na to nechť si odpoví každý sám

2. Před několika lety jsme také protestovali, za účelem koordinace Koalice svolávala pravidelně tzv. Krizový výbor, který byl otevřen všem organizacím a taky se ho pravidelně účastnili zástupci ostatních skupin poskytovatelů zdravotní péče - sestry, laboranti

apod., kde byla tenkrát ČLK? Kdo a jak nám sdělil možné řešení naplnění požadavku autorů výzvy. Možná si mnozí vzpomenou...

3. ČLK slovy svého prezidenta urychleně přispěchala svým komentářem ke stanovisku v příloze, toho se ochotně chopila média a dnes slyšíme z těchto médií to, co slyšíme. Zaznamenali jste ale např. toto?

Reakce na nepravdivé informace v tiskovém prohlášení České lékařské komory „Vláda plivla lékařům do tváře“ ze dne 15. 12. 2010“

Ministerstvo zdravotnictví se musí ohradit proti nepravdivému tvrzení v tiskovém prohlášení České lékařské komory. Vláda na svém zasedání nerozhodla o žádných investicích do fakultních nemocnic ve výši 16 miliard korun, jak toto prohlášení uvádí.

Naopak vzhledem k úsporným opatřením v kapitole ministerstva zdravotnictví došlo k významnému snížení finančních prostředků určených pro investice. Oproti předchozímu období jde o dvoutřetinové snížení. Limit pro investice v následujících šesti letech byl stanoven na 3,5 miliardy korun.

Je politováníhodné, že tak významná organizace jako je Česká lékařská komora, využívá pro obhajobu své kampaně „Děkujeme, odcházíme“ naprosto nepravdivé informace.

4. Nikde v médiích nezaznělo, že by autoři výzvy „Děkujeme, odcházíme“ bojovali za navýšení hodinové práce lékaře. Vždy šlo jen a jen o navýšení tabulkových mezd zaměstnancům, z podstaty věci navíc pouze veřejnoprávních nemocnic (t.j. jsou dávány výpovědi v 59 nemocnicích z cca 200 nemocnic). Je zajímavé že nikdo nespílá většinu nemocničních lékařů, kteří výpovědi nedávají (celá FN Ostrava, FN České Budějovice atd., výpověď podalo cca 3.700 lékařů z cca 20.000 nemocničních lékařů).

5. Rétorika teď a nebo nikdy, po nás v českém zdravotnictví potopa, resp. čím hůř tím lépe, není na místě. Byli jsme zvoleni, abychom hájili zájmy primární péče, PLDD a provozovatelů NZZ především. Systém zdravotní péče je, ať se nám to líbí, nebo ne, finančně rozdělen do segmentů, což do značné míry vylučuje jednotu, nebo snad by bylo správné, pokud by péče např. v nemocnicích klesala, přesouvala se do ambulantní, ale úhrada tohoto segmentu by se neměnila? Nemocnicím obecně může ministr přidat finance rychle pouze změnou úhradové vyhlášky přesunem financí ze segmentu ambulantní a primární péče do lůžkové, nebo také změnou dotací na rezidenční místa (RM), menší příplatek na RM, ale pro všechny obory, tedy opět jde převážně o příjem nemocnic.



6. Vše ostatní připravované - zvýšení hospitalizační taxy, systémové omezení hrazených výkonů, zbytečných a multiplicitních - pravidla pohybu pacienta, standardy, přesun části péče z nemocnic do ambulancí atd., to vše je vázáno na legislativu, příprava i prosazení nebude jednoduchá, akce „Děkujeme, odcházíme“ to může pouze zpomalit.

7. Pokud by šlo o skutečnou odborovou akci, pak by musela být zaměřena nikoli proti ministroví, ale proti jednotlivým zaměstnavatelům. Z logiky věci by měl být protest směřován směrem k managementům nemocnic - ty určují výše platů, směřování investic apod. Opravdu si nikdo nevzpomíná na nové operační sály, které nikdo nepoužívá, drahé až předražené přístroje, které jsou využívány z 30 %, laboratorní vyšetření pacienta při hospitalizaci od A do Z a dalo by se jistě pokračovat - místo toho se k výzvě připojují právě zástupci těchto managementů, proč asi? Je nejspíše záměrem autorů právě směřování na resortní ministerstvo, vládu apod.

Systémové změny ale vláda provést chce, ministr některé připravuje, již i představitel chystané reformní kroky.

A co je předmětem kritiky Prohlášení Koalice? Pojmenování vážnosti situace jako důsledek dlouho neřešených problémů zdravotnictví? Asi nikdo nepochybuje, že je činnost všech zdravotníků propojená a úhrady svázané výstupy z cenových jednání (viz výše), proto nelze problémy řešit asymetricky, proto výzva, aby se kolegové pokusili výzvu v tomto smyslu přehodnotit. Některými je zřejmě kritizována výhradně věta, že „je většina lékařů, které zastupujeme, připravena po vyhlášení krizového stavu poskytnout v únosné míře pacientům zdravotní péči ve svých odbornostech.“. Většina z nás je provozovateli nestátních zdravotnických zařízení a Prohlášení neříká nic jiného, než, že ať se v jednotlivých nemocnicích odehraje cokoliv, bude většina PLDD ve svých ordinacích poskytovat svým pacientům zdravotní péči (podmínkou je, že nebudou sankcionováni za event. překročení nákladů či předpis léků s preskripčním omezením). Nebo naše ordinace zavírejte? O rétorice čím hůře, tím lépe viz bod 2. Co naši chroničtí pacienti, dušné děti apod., máme se na ně ze solidárnosti vykašlat a odmítnout léčit své pacienty, dokud někdo nezvýší platy nemocničním lékařům (viz „náš exodus, váš exitus“) ?

MUDr. Pavel Neugebauer
Předseda SPLDD ČR

■ II. Tisková konference ČLK

Kdo nepodporuje protestující lékaře, ten podporuje korupci ve zdravotnictví.

Čím více peněz se utratí za platy lékařů, tím méně zbude pro korupčníky, zloděje a mafiány, kteří jsou zvyklí na našem zdravotnictví parazitovat. Není právě toto skutečnou příčinou současné agrese vůči lékařům?

Akce „Děkujeme, odcházíme“ je nejsilnějším proreformním hnutím českých zdravotníků.

Proč se ministr Heger snaží lékaře umlčet silou, místo toho aby využil jejich odhodlání k prosazení skutečné reformy českého zdravotnictví?

Postoj k akci „Děkujeme, odcházíme“ je prubířským kamenem toho, zda vláda proti korupci skutečně hodlá bojovat, či zda se z její strany jedná jen o líbivá hesla.

Prezentaci je možno nalést na adrese:
http://www.lkcr.cz/aktuality.php?item_id=95017&do%5Bload%5D=1

MUDr. Milan Kubek

■ III. Neúplný výběr článků o možné nebo jisté korupci ve zdravotnictví za rok 2010, zpracováno ČLK

Předražený nákup vybavení a stavba neurochirurgického sálu v ÚVN

Luxus Made in Czech Army. Má rentgen za čtvrt miliardy

4. 1. 2011, *Aktuálně.cz Petr Holub*
Gigantický stavební projekt v ÚVN, kde měl za několik miliard vyrůst hotel, ubytovna, bazén a parkoviště.

Miliardový hotel v ÚVN bude seškrtnán, schválila vláda

24. 11. 2010, *Aktuálně.cz Sabina Slonková*
Předražený nákup vybavení a stavba hybridního sálu v IKEM.

Předraženo o 20 procent. Je v tom i minitrova firma

9. 12. 2010, *Aktuálně.cz Petr Holub*
Předražené nákupy přístrojů - Krajská zdravotní v Ústeckém kraji.

Audit: Politici v Ústí nakupovali s přírůžkou 100%

26. 11. 2010, *Aktuálně.cz Petr Holub*
Předražené nákupy přístrojů v Ústavu hematologie a krevní transfúze.

Jak mizí peníze na léčbu: Ústav leukemie trafil milion

14. 11. 2010, *Aktuálně.cz Petr Holub*
Nárůst nákladů na péči, který nemá opodstatnění.

Roboti odhalují, jak VZP bez kontroly roztá-

čí miliardy

14. 11. 2010, *Aktuálně.cz Petr Holub*
Smlouva na externí právní služby bez výběrového řízení

Výběr právníků nemocnice Na Homolce pro věři ÚOHS

27. 10. 2010, *Český rozhlas Petr Sehnoutka*
Připravovaná elektronizace zdravotnictví

Zdravotnictví chystá svoji Opencard

16. 10. 2010, *Tribune.cz Iva Bezděková*
Auditoři odhalili v Karlovarské krajské nemocnici předražené nákupy i zakázky bez soutěže. Drahé nákupy a plýtvání ještě nemusí být trestné, říká státní zástupce.

Tunelování nemocnic? Možná bylo neúmyslné, řekla policie a případ odložila

6. 10. 2010, *ihned.cz Marek Pokorný*
Vybavení center z Evropských fondů

Nemocnice zaplatí za přístroje další miliardy

16. 9. 2010, *Tribune.cz, Iva Bezděková*
Předražený nákup kybernetického nože ve FN Ostrava.

Nemocnice rozhazuje. Za supernůž dala dvojnásobek

23. 8. 2010, *Aktuálně.cz Petr Holub*
Předražené nákupy přístrojů z fondů EU

Proč kupovaly nemocnice přístroje o třetinu dráž

19. 7. 2010, *Tribune.cz Iva Bezděková*
Předražený nákup CT ve fakultních nemocnicích.

Nemocnice rozhazují. Nakupují přístroje o třetinu dráž

29. 6. 2010, *Aktuálně.cz Petr Holub*
Podivná zakázka na skenování dokumentů

Zakázka na skenování pro Homolku je předražená o milion

8. 6. 2010, *Český rozhlas Petr Sehnoutka, Martin Hromádka*
Podezřelá zakázka na IT služby

Nemocnice Na Homolce utrácí. Na IT přidala 40 milionů

5. 5. 2010, *Český rozhlas Petr Sehnoutka, Jan Cigánik, Katarína Brezovská*
Předražený nákup gamma nože - Homolka.

Homolka má nový gama nůž. Zaplatila ho nejdráž na světě

29. 4. 2010, *Aktuálně.cz Petr Holub*
Informace z Transparency International.

Korupce sebere ročně zdravotnictví 27 miliard korun

31. 3. 2010 *Týden.cz Veronika Rodriguez*
Privatizace tkáňové banky.

Historie Diag Human se opakuje. Privatizací tkání

15. 3. 2010, *Aktuálně.cz Petr Holub*
Rozhovor s poslancem kontrolního výboru za ODS



MZ tají o kompletátorech informace a porušuje zákon

12. 3. 2010, Tribune.cz Iva Bezděková

Karlovarská nemocnice, pavilon akutní medicíny.

Stamiliony ve Varech proudily firmám blížkým politikům

8. 3. 2010, Aktuálně.cz Petr Holub

Rozhovor se zástupkyní Transparency International

Korupce začíná už při vymýšlení zakázek

23. 2. 2010, Tribune.cz Iva Bezděková

(Zdroj: Aktuálně.cz, iHned.cz, Tribune.cz, Týden.cz a stránky Českého rozhlasu)

■ IV. Komentář předsedy Sdružení MUDr. Pavla Neugebauera

1. Kdo je viníkem a jaké je řešení.

Kdo je odpovědný za investice uvedené v příloze. Jistě jde i o nastavení systému, tj. že je to vůbec možné, ale - bylo by to možné bez podpory vedoucích lékařů v těchto nemocnicích? Bylo by to možné bez podpory aktivit managementů těchto nemocnic? Proč není celá akce namířena právě tam, na tyto managementy? Jaké je jejich faktické ovlivnění ze strany ministerstva, vlády? Určitě tu vina je v systémovém nastavení, ale proč se nevezme ministr tzv. za slovo a napříč spektrem zdravotníků není požadována podpora v boji proti těmto managementům? Co se asi stane, když tyto managementy dostanou finance na platy zdravotníků? Dají tyto peníze beze zbytku právě na platy? Kdo na to dohlédne? Známe již aktivity typu - přidáme sestrám apod.

2. Pokud by šlo skutečně o systémové změny ve zdravotnictví, proč nepřišla výzvy typu - všichni zdravotníci toho již máme dost, pojďme společně bojovat proti popsaným nešvarům ve zdravotnictví.

3. Opravdu se dá akceptovat vyhlášení typu - když se přidá lékařům, nezbude na korupci? Nejde jen o dosažení svého cíle a ať si pak managementy dělají co chtějí? Opravdu se někdo domnívá, že když dojde k požadovanému navýšení platů zaměstnanců nemocnic, tito lékaři pak budou bojovat proti uvedeným nesmyslným investicím a managementům, které jim „přidaly“?

MUDr. Pavel Neugebauer
Předseda SPLDD ČR

■ V. Informace o schůzce s ministrem zdravotnictví

Schůzka proběhla dne 6.1.2011 k zasedací místnosti ministra.

Účastníci:

MZ: ministr zdravotnictví doc. MUDr. Leoš Heger, CSc., náměstci Ing. Petr Nosek, MUDr. Vítězslav Vavroušek

KSL: MUDr. Pavel Chrz (ČSK), MUDr. Vladimír Dvořák (SSG), MUDr. Marie Duřepková (SAS), MUDr. Václav Šmatlák (SPL), MUDr. Pavel Neugebauer, MUDr. Milan Kudyn (SPLDD)

Téma schůzky:

Situace zhodnocení aktuální situace a možné dopady v souvislosti s výzvou „Děkujeme, odcházíme“

Průběh:

Na úvod ministr vyzval zástupce KSL k vyjádření jejich stanovisek a postojů. V diskusi mimo jiné zazněly argumenty obsažené v Prohlášení KSL, diskutována byla i komunikace v rámci jednotlivých organizací, které jsou členy KSL. Ministrovi byl předán dopis, ve kterém se zvažuje disciplinární řízení ze strany ČLK směrem k signatářům Prohlášení KSL, dále petice proti předsedovi SPL a ČSK. Zástupkyně SASu objasnila postoj této organizace k Prohlášení vč. důvodů, proč SAS Prohlášení nepodepsal.

Výstupy:

Zástupci KSL deklarovali v souladu s Prohlášením („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.“), že úlohu svých členů vidí v tom, že budou výhradně ve svých ordinacích a v únosné míře poskytovat péči výhradně ve svých odbornostech. Rozhodně odmítli, že by pracovali v nemocnicích či jakýchkoli krizových centrech a suplovali tak práci jiných lékařů, odmítli tak postup např. deklarovaný hejtmanem Běhounkem.

Zástupci KSL požádali MZ o zřízení Informačních center - při Krajských úřadech či zdravotních pojišťovnách, kde by byla jak pro lékaře, tak pro pacienty, dostupná informace o péči v jednotlivých odbornostech. Ministr přislíbil projednání této problematiky jak s hejtmany Kraje, tak i zdravotními pojišťovnami.

Zástupci KSL požádali náměstkyni ing. Noska o spolupráci při vyjednávání s jednotlivými ZP v problematice regulačních mechanismů, resp. dopadů možných změn objemu a struktury péče (např. preskripce vázaných léků). Náměstek Nosek součinnost přislíbil a vyzval členy Koalice k zaslání

možných návrhů na řešení této problematiky.

Ministr předal zástupcům KSL podklady ze své prezentace návrhu jednotlivých reformních kroků a přislíbil spolupráci při jejich realizaci.

Zapsal:

dr. Pavel Neugebauer, dr. Milan Kudyn

VI. Tisková zpráva MZ ČR k přípravě a realizaci reformy zdravotnictví

Ministerstvo zdravotnictví ČR intenzivně pracuje na komplexní reformě českého zdravotnictví, která přinese především racionalizaci a modernizaci celého systému a rovněž větší ohodnocení všech pracovníků ve zdravotnictví. Ministerstvo plánuje dokončit jednotlivé reformní kroky tak, aby nejpozději do konce roku 2012 všechny zásadní změny ve zdravotnictví plně fungovaly a přinášely potřebný efekt.

Již nyní má ministerstvo zdravotnictví připraveno několik reformních kroků. Především se jedná o novelu zákona o veřejném zdravotním pojištění, která aktuálně prochází připomínkovým řízením. Tato novela zrychlí vstup generických léků na trh a zrychlí správní řízení o cenách a úhradách léčivých přípravků. Dále stanoví pravidla fúzí zdravotních pojišťoven a umožní změny regulačních poplatků. V platnost již vstoupila novelizovaná vyhláška o specializačním vzdělávání lékařů, která akceptovala požadavky lékařů i odborné veřejnosti. Do legislativního procesu je připravena malá novela zákona o vzdělávání nelékařských zdravotních pracovníků.

„Mezi klíčové kroky patří definice nároku pacienta a vytvoření úhradových standardů, definování správného postupu při poskytování péče, kontrola vstupu nových technologií a úprava pravomocí a povinností zdravotních pojišťoven,“ uvedl Leoš Heger, ministr zdravotnictví a doplnil: „Všechny připravované změny přinesou přiblížení standardům obvyklým v EU. Zároveň přispějí k zamezení plýtvání finančními prostředky a jejich nasměrování především do kvality péče o pacienty a ohodnocení všech zaměstnanců ve zdravotnictví.“

Další reformní kroky Ministerstvo zdravotnictví ČR v současné době připravuje. Jedná se především o změnu principu přerozdělování pojistného s ohledem na počty pojištěnců s vytípanými nákladnými chronickými diagnózami a spravedlivější rozdělení finančních prostředků. Připravuje se nový zákon o zdravotních službách, který stanoví jednotné podmínky pro udělování oprávnění



k poskytování zdravotních služeb pro všechny poskytovatele a především zlepší postavení pacientů. Na tento předpis navazuje zákon o specifických zdravotních službách, který například vymezí podmínky pro provádění ověřování nezavedených metod, a zákon o zdravotnické záchranné službě. Všechny tyto zákony by měly být v polovině června odeslány Legislativní radě vlády. Stejně tak malá novela Vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů, jež přinese změny v systému financování a rozsahu činnosti akreditačních komisí.

Na zákony o službách budou navazovat zásadní novely zákonů o veřejném zdravotním pojištění a jednotná zákonná úprava pro zdravotní pojišťovny.

V průběhu roku 2011 budou postupně probíhat také přípravy velké novely zákona o vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a dále zákona o vzdělávání nelékařských zdravotních povolání tak, aby zákony mohly v roce 2012 projít standardním legislativním procesem.

„Pokud vše půjde podle plánů, podaří se ministerstvu zdravotnictví poprvé připravit i kompletně implementovat reformu českého zdravotnictví. Věřím, že tak bude k plné spokojenosti nejen pacientů, ale také lékařů, na které čeká racionalizovaný a moderní zdravotní systém,“ dodává Leoš Heger.

■ VII. Otevřený dopis ministra zdravotnictví všem lékařům v nemocnicích

Vážené kolegyně, vážení kolegové,
během prosince loňského roku jsem ho-

vořil s řadou "odcházejících" lékařů a musím konstatovat, že jsem potkával převážně slušné, pracovité a chytré lidi, kteří používají vlastní rozum, vědí, co chtějí a dovedou se o sebe a svůj osud postarat. Většina z nich se výrazně lišila od protagonistů Lékařského odborového klubu, kteří v posledních měsících vyvolávají obavy pacientů a šíří nenávist vůči všem, kteří s nimi nesympatizují.

S organizátory akce **Děkujeme, odcházíme** jsem se dlouho a trpělivě snažil jednat a naslouchat věcným argumentům. Po agresivně stupňované kampani za několik milionů korun, kterou provádí profesionální marketingová agentura, však nemohu skrývat své rozhořčení. Přestože chápu nespokojenost lékařů se špatnými pracovními a mzdovými poměry v nemocnicích, nemohu přijmout styl celé kampaně. Vydírání není cestou k řešení problémů, které je možno nalézt pouze u jednacího stolu, bez emocí a s chladnou hlavou.

Ministerstvo zdravotnictví je zřizovatelem pouze malé části nemocnic, přesto se však nezříká odpovědnosti za úroveň financování všech ostatních. Ve většině zařízení však nemůže ovlivnit přesnou výši mezd ani úroveň vztahů mezi zaměstnavatelem a zaměstnanci. Nemůže přímo ovlivňovat ani úroveň nákupu léků, materiálů a ani objem výstavby, ale naopak je všeobecně známo, že tento rozsah je prakticky všude ovlivňován lékaři a jejich tlaky na nemocniční manažery. Fakt, že vydané finanční prostředky mohou chybět na výplatních páskách, tak není možno svádět jen na politiky a vrcholové vedoucí funkcionáře.

Do zdravotnictví nikdo dodatečně prostředky nedá, dokud i lékaři sami nepřispějí k pořádku a zvýšení efektivity práce. Ministerstvo to musí samozřejmě podpořit a s reformními kroky už začalo. Představilo je mj. i na kongresu ČLK. Připravilo novelu zákona o vzdělávání lékařů, jedná o nových vzdělávacích programech pro jednotlivé obory a ruší podmínku stabilizačních a kvalifikačních dohod atestujících lékařů. Projednává možnost zavedení příplacení za nadstandardní výkony, diskutuje zákon o službách včetně nové definice lege artis postupu. Hledá nástroje, jak motivovat zdravotní pojišťovny k odpovědnému chování a lépe přerozdělovat vybrané pojistné tak, aby odpovídalo zdravotním potřebám pojištěnců.

Vážené kolegyně, vážení kolegové, opakovaně a poctivě zdůrazňuji, že Vám nemohu zajistit vyšší mzdy již letos. Jste-li však ochotni připustit, že se jejich zvyšování nastartuje alespoň příštím rokem, mohu Vám tento slib s dobrým svědomím dát. Hodlám podpořit navyšování platů veškerého zdravotnického personálu, a pokud ještě chvíli vydržíte snášet svůj pocit beznaděje a neodejdete, zvyšování úrovně financování nemocnic a mezd začne v příštím roce. Víím, že si to zasloužíte. Na reformě zdravotnictví nás čeká hodně práce a neexistují zde bohužel žádná zázračná, rychlá ani násilná řešení. To je důvod, proč Vás žádám, abyste zůstali.

S úctou

doc. MUDr. Leoš Heger, CSc.
ministr zdravotnictví

Pro VOX připravil:
MUDr. Pavel Neugebauer

Zpráva ze zahraniční cesty Výroční meeting Evropské akademie pediatriů – EAP Brusel 10. – 11. 12. 2010

Ve dnech 10.-11.12.2010 jsem se zúčastnil jako delegát za ČR pro primární pediatrii zasedání EAP v Bruselu. Původně se tohoto zasedání měli zúčastnit i kolegové za nemocniční pediatrii MUDr. Hrdlička, účast zrušil z rodinných důvodů, a MUDr. Kabiček za adolescentní medicínu, účast zrušil z finančních důvodů.

Program:

10. 12. 2010 dopoledne se konal spojený meeting pracovní skupiny Léčiva pro

děti a PRIOMEDCHILD. PRIOMEDCHILD je společenství evropských výzkum financujících organizací. Cílem je dosáhnout soudržnosti a spolupráci mezi národními výzkumnými programy. PRIOMEDCHILD se přímo podílí na budování Evropské výzkumné platformy ERA net-Europan research area, a to financováním, koordinací a propojením národních programů a výzkumu v oblasti léčiv pro děti. Ve 12 státech je do sítě zapojených 110 výzkumných skupin. Bližší informace o projek-

tech v roce 2010 jsou k dispozici v kanceláři SPLDD (USB flash).

Odpoledne se konal odborný program na téma: Strategie pro lepší kontrolu nad Pertussis.

Prezentace:

- Epidemiologie v Evropě, Elisabeth Miller UK
- Bordetella pertussis polymorfismus a vakcinace, Nicol Guiso - Francie
- Modulace imunitní odpovědi u dětí vakcinací na pertussis, Francoise Mascart Belgie



- Pertusis - onemocnění, které postihuje všechny věkové kategorie, Anne Malfroot Belgie
- Očkování proti pertussis v novorozeneckém věku, Marcus Knuf Německo
- Další strategie prevence - očkování adolescentů a dospělých, Jussi Mertsola Finsko

V podvečer se konalo zasedání pracovní skupiny preadolescentní medicíny. Hlavním tématem bylo vzdělávání v adolescentní medicíně. D. Mary McGraw ve své prezentaci představila E learning curriculum, které je dispozici ve Velké Británii ke zdokonalování se v problematice AM. Jedná se o 13 modulů s 3 - 9 sekcemi, program trvá 60 - 80 hodin podle toho, pro kterou kategorií pracovníků v péči o adolescenty se jedná. Bylo navrženo projednat s vedením EAP možnost o použití tohoto modelu jako základ pro curriculum v adolescentní medicíně. Adresa: www.e-lfh.org.uk

Současně se bude spolupracovat s Dr. Diego van Essom, který je koordinátorem pro přípravu náplně vzdělávacího programu pro primární pediatrii. Do této náplně se zakomponuje také adolescentní medicína. Nutné je stanovit požadavky pro primární pediatrii, pro poskytovatele primární pediatrické péče (FD a GP) a adolescentní medicínu jako subspecializaci. Na web stránkách EAP v rubrice adolescentní medicína budou uveřejněné stávající modely vzdělávání v Evropě.

11. 12. 2010 dopoledne se konalo zasedání pracovní skupiny pro Primární a sekundární pediatrii. V úvodu Dr. Alf Nicholson zdůraznil potřebu revize náplně společného kmene v pediatrii, která nebyla od roku 1998.

Ve své prezentaci Dr. Gottfried Huss (předseda WG pro primární pediatrii) informoval o připravovaném projektu EAP na stanovení ukazatelů kvality pediatrické péče. Plán je zahájit přípravu na zasedání ve Vilniusu v květnu 2011, elektronickou cestou projekt rozvíjet, zorganizovat meeting malé pracovní skupiny na EAPS kongresu v Istanbulu v roce 2012 projekt představit. Je nutné zjistit dle ukazatelů péče nákladovost pediatrické péče. V Evropě sílí politické tendence převést pediatrickou péči do rukou všeobecných lékařů pro dospělé. Argumentem je, že tato péče je levnější. Je nutné najít argumenty tyto tendence vyvrátit a najít optimální způsob péče o děti.

Dr. Stefano del Torso ve své prezentaci představil modul pro sebehodnocení, který mají pediatrii v Itálii k dispozici. Tato forma monitoringu je zárukou kontinuální kvality péče.

V poslední prezentaci Dr. Alf Nicholson představil plány na přípravu revize společného kmene ve vzdělávání pediatrii. Navrhl, aby základem byl kmen Kanadské pediatrické společnosti. Tento základ bude povinný pro všechny pediatrii, každá krajina si potom zakomponuje podle svých podmínek tento základ do svého modelu vzdělávání.

Současně ale běží Globální projekt celosvětového vzdělávání, kde Dr. Alfredo Tenore je vedoucím pro vzdělávání v pediatrii. (Consortium for Global education). Tento projekt bude finalizovaný koncem roku 2011. Je nutné připravit model pro Evropu - evropský standard pro vzdělávání.

Je nutné stanovit i požadavky na vzdělávání GP pečující o děti. Je to úkol pro Evropský board při EAP. Základem pro studium je učebnice Mastercourse.

Dalším jednáním dopoledne bylo zasedání EAPRAS net (výzkum v ordinaci primárního pediatra).

Před meetingem EAP v listopadu proběhla pilotní studie mezi národními koordinátory na téma ATB preskripce v ordinaci PCP. Diskutovaný problém překladů do národních jazyků a zpět do angličtiny a s tím spojená chybovost.

Dr. G. Huss přednesl návrh na zařazení do studie EAPRAS net u tématu „Ukazatele kvality péče v primární pediatrii“. Dr. Igor Vinnicky ve své prezentaci navrhl studii na téma „Implementace práv dítěte stanovené OSN v primární pediatrii“.

Dr. Bjorn Wettergren ve své prezentaci navrhl možnost začlenění GP pečujících o děti do EAPRAS netu. Mají také výzkumné skupiny a kompetence účastnit se výzkumů.

Dr. Stefano del Torso informoval o požadavku na Výkonný výbor EAP posílit personálně sekretariát v souvislosti s agendou EAPRAS netu. Představil i změny v organizaci řídicího výboru. Novou funkci - Newsletter editor zastává Dr. Natália Szitányi (Česká republika).

Dr. Elke Jaeger zdůraznila vhodnost spojení ECPCP a EAPRAS net, protože ECPCP má velký potenciál v počtu primárních pediatrii v této organizaci. ECPCP bude ovlivňovat výběr témat pro studie, aby závěry byly pro primární pediatrii přínosem.

V sobotu odpoledne se konalo shromáždění všech delegátů. V úvodu byla uvítací řeč presidentky EAP P. Hamiltona vedoucího EBP J. Lopes dos Santos.

Byl schválený program jednání a odsouhlasený zápis z jarního meetingu v Luxemburgu. V příspěvku J. Rameta, gene-

rálního sekretáře, uvedeno, že kongres EAPS v Kodani byl velice úspěšný. Zúčastnilo se ho více než 3000 účastníků. Příští kongres EAPS bude v Istanbulu v říjnu 2012.

Předseda EBP Jose dos Santos uvedl důležitost harmonizace vzdělávání v Evropě a jeho hodnocení.

Training program - syllabus, curriculum, hodnocení. Základem pro společný kmen učebnice Mastercourse. Evropský model společného kmene bude na 3 roky. EBP bude podporovat implementaci tohoto modelu ve všech EU zemích.

V rámci finanční zprávy - Dr. A. Biver uvedl, že pro roky 2009 - 2012 je výpočet národního členského poplatku podle aktuálních ukazatelů. Uvažuje se o jeho navýšení o 5 - 10% v roce 2012.

V rámci vědeckého tématu zmíněná problematika migrace dětí a nemocnost azylantů v UK, kde je velkým problémem stanovit věk dětí, proto se provádí rtg zápěstí - je to etické? Dr. A. Tenore uvedl, že se již prodalo 360 učebnic Mastercourse. Pro členy EAP je do 31.1.2011 sleva 20 %.

Navržena změna stanov pro počet volebních hlasů pro předsedy pracovních skupin. Stávající stav umožňuje jeden hlas v rámci generálního shromáždění. Návrh, aby předseda terciární pediatrie - specialisté měli hlasů podle počtu specializací ve skupině. Návrh se projedná v květnu na meetingu ve Vilniusu.

Předsedové pracovních skupin referovali o činnosti.

Na meetingu ve Vilniusu proběhla volba do funkce president EAP, vicepresident EAP, předseda pracovní skupiny pro terciární pediatrii.

Dr. A. Valiulis referoval o přípravách Baltického kongresu v Litvě - Vilniusu ve dnech 19.5. - 22. 5. 2011. V době kongresu proběhne zasedání EAP a ECPCP.

Z důvodů časové tísně byla připravena uvítací prezentace na meetingu roce 2012 v Praze předložená na zasedání ve Vilniusu.

S generálním tajemníkem J. Rametem a sekretářkou EAP paní Ingrid Mervoet jsem projednala přípravy na meeting v Praze. Schválili kongresové prostory a další vybavenost Hotelu Crowne Plaza v Praze za vyhovující.

Kandidát na meeting v roce 2013 se bude řešit rovněž na zasedání ve Vilniusu.

MUDr. Gabriela Kubátová

Delegát EAP pro primární pediatrii za ČR



Vážená paní
MUDr. Hana Cabrnachová
předsedkyně OSPDL ČLS JEP
U Hranic 16-18
100 00 Praha 10

V Praze dne 23. prosince 2010
Č. j.: 77670/2010/OVZ

Vážená paní předsedkyně,

v souvislosti s navýšením počtu očkovacích látek Boostrix Polio a dovozu očkovací látky Adacel Polio bude v roce 2011 k dispozici celkem 200 000 dávek pro dané očkování.

V roce 2011 se budou očkovat výše uvedenými očkovacími látkami uvedené věkové skupiny dětí dle vyhlášky č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ve znění pozdějších předpisů:

- děti narozené v roce 2001 (od dovršení věku 10 let)
- děti narozené v roce 2000 (do doby dovršení věku 11 let, pokud již nebyly očkovány).

Vážená paní předsedkyně, žádám Vás o informování pediatriů o možnosti objednávání si potřebného množství shora uvedených očkovacích látek tak, aby byly očkovány všechny děti, kterých se to týká.

S pozdravem

MUDr. Michael Vít, Ph.D.
hlavní hygienik ČR a náměstek ministra

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 Hybernía 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 – mrzoutského 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!



Rezistence nezná hranic

Rozhovor s doc. MUDr. Vilmou Marešovou, CSc.

Doc. MUDr. Vilma Marešová, CSc., přednostka 1. infekční kliniky 2. LF UK a IPVZ popisuje nejčastější chyby a omyly spojené s preskripcí antibiotik. Určitě bychom se neměli řídit heslem: „Antibiotikum, které jsem předepsal(a), zjevně nikoho nepoškodilo – vždyť pacient přežil“, měli bychom naopak vždy začínat s přípravkem první volby v dané indikaci a rozhodně bychom u některých běžných komunitních infekcí neměli vynechávat penicilin. Například v léčbě streptokokové angíny nadále zůstává lékem volby – celosvětově zatím ještě nebyl popsán ani jediný rezistentní kmen.

Názory na závažnost výskytu rezistentních bakteriálních kmenů na našem území se velmi liší. Můžete je uvést na pravou míru?

Pokud hovoříme o nejčastějších onemocněních infekčního původu, tedy o komunitních infekcích respiračního traktu, pak platí, že výskyt rezistentních kmenů vykazuje něco jako „severo-jihní gradient“ a že v Evropě určitě existuje řada zemí, které musí řešit mnohem závažnější problémy, nežli my. Například i Slovensko. Je to asi dané naší „tradicí“ – díky antibiotickým centrům, které už před více než půlstoletím začínaly jako specializované stanice pro podávání penicilinu. Znepokojivý je ale především trend růstu rezistence. Více než kde jinde v medicíně i v infektologii platí, že rezistence nemá hranice. Rezistentní kmeny k nám mohou být velmi snadno importovány. Třeba ze Španělska, z letní dovolené u moře. Naším největším problémem posledních 2 dekád je bezpochyby stoupající výskyt kmenů *Streptococcus pyogenes* rezistentních k makrolidům. Problémy spojené s nárůstem výskytu pneumokoků rezistentních k penicilinu se nás zatím příliš netýkají, narůstá ale jejich rezistence k makrolidům.

Kdo je nejvíc ohrožen?

Nemocní s přecitlivělostí na penicilin vlastně u běžných infekcí ani jinou volbu než makrolidy nemají. Může se stát, že jejich infekci způsobí právě rezistentní kmen. Právě tyto pacienty současným necíleným předepisováním a užíváním antibiotik poškozuje. Stejně problémy může způsobovat zbytečná preskripce klindamycinu. Ten je primárně určen pro léčbu těžké angíny, která bývá komplikovaná abscesy a hlízy. Obvykle je podáván při hospitalizacích v nemocnicích a neměl by být běžně používán v ambulantní preskripci.

Co nejvíce ovlivňuje výskyt rezistentních kmenů?

Primárně je to množství spotřebovaných

antibiotik. Toto číslo od 90. let permanentně stoupá. Oproti situaci před 20 lety se zvýšilo o neuvěřitelných 30 % (!). Je prokázáno, že v důsledku intervenčních programů s cílem snížení spotřeby antibiotik, které byly provedeny například ve Skandinávii nebo ve Francii, se v následujícím období výskyt rezistentních kmenů snížil. Po ukončení programů však čísla opět znepokojivě stoupají. Dalším klíčovým faktorem je výběr správného léčiva. Obecně platí, že chyby můžeme udělat ve 4 oblastech – antibiotikum můžeme nesprávně vybrat, indikovat, dávkovat a zbytečně dlouho (nebo také krátce) podávat.

Kdo nejčastěji chybuje?

Logicky, hlavně díky jejich množství a léčbě komunitních respiračních infekcí, která je pro ně „denním chlebem“ jsou to praktičtí lékaři. Je potřeba si však uvědomit, že jejich situace je velmi složitá. Často se dostávají pod tlak pacientů, hlavně dospělých, kteří vyžadují léky a chtějí si „odnést recept“ a být brzo „uzdraveni“. Současně se musí orientovat v mnoha lékových skupinách, stále přicházejí nová léčiva, vše se vyvíjí. Mnohdy také platí něco jako „zvykové právo“ – opakovaně se předepisuje cca 20 neznámějších léčiv. Některá statistická zjištění jsou ale velmi překvapivá. Z některých pojišťoven přicházejí zatím předběžné údaje, které ukazují, že v poslední době narůstá počet chybně předepisujících specialistů, kteří se na svých školení, týkajících se správné antibiotické praxe, nezúčastňují. Často chybují chirurgické obory, pro které není předepisování antibiotik rutinou a dochází často k podáváním antibiotika.

Mohou správné volby antibiotika pomoci jiné vyšetření?

Velkou chybou je nasadit antibiotika a nevědět vlastně proč, nemít v ruce bakteriologický podklad, který bývá u správné terapie nejasných infekcí klíčový. Pokud selže nasaze-

ný lék – ať už proto, že se jednalo o virovou infekci, anebo bylo vybráno nevhodné antibiotikum – tak dopátrat se ex post původce infekce v takto změněném terénu je prakticky nemožné. Teprve po selhání léčby se začíná vyšetřovat, to je velká chyba. Postup lege artis by měl vypadat úplně jinak. Pokud nemáme jistotu, měli bychom se pokaždé snažit odebrat biologický materiál. Častou chybou, která se podílí na vzniku rezistence je předepisování antibiotika s co nejširším záběrem, aby náhodou nedošlo k výstřelu vedle – říkám tomu „od Aše k Tatrám“. Tato jistota je ale falešná. Naopak – pokud je jasný klinický náález, třeba u spálové angíny, anebo máme v rukou výsledky CRP vyšetření s průkazem zánětu, pak můžeme nasadit antibiotika empiricky. Volba by však v dané situaci měla padnout vždy na lék s co nejužším spektrem účinku. Pokud je pacient schvácený, má vysokou horečku a nám není jasné proč, měl by mít vždy odebranou moč, pokud má zarudlý krk a není úplně jasné, co to způsobilo, měli bychom mít výsledky výtěru apod. V době chřipkové epidemie je nutné dobře se na pacienta podívat v širších souvislostech a doptat se. Opakují se podobné příznaky u členů pacientovy rodiny? Má stejné problémy ještě někdo jiný? Pokud ano, můžeme pár dní počkat, odebrat krev z bříška prstu a zatím antibiotika nenasazovat. Pokud získáme více dat a klinické příznaky se mezitím prohloubí, pak nazrál čas pro nasazení správných antibiotik.

Jak postupovat u atypických původců respiračních komunitních infekcí?

Nejčastěji to budou atypické pneumonie. Zde musíme vždy vycházet z klinického obrazu. Obvykle nedominuje dušnost, onemocnění probíhá spíše pozvolna, s dráždivým kašlem, únavou a bolestmi svalů. Pokud má taková pneumonie protrahovaný průběh nebo je komplikovaná astmatem, pak je nasazení makrolidů či doxycyklinu oprávněné.



Mykoplasmaty nejčastěji postihují starší žáky, dorostence a mladé dospělé. Řada infekcí je dosti neurčitých, mohou se skrývat pod zánětem průdušek. Pokud nemají závažný průběh nebo epidemiologické souvislosti, není třeba je léčit. Chlamydie v lidské populaci nalézáme ve třech formách. Jednou z nich je ornitóza (od domácího ptactva) nebo od ptáků z dovozu (psitakóza – papouščí nemoc). Obvykle to jsou profesionální nákazy, ale jen desetina z nich vypadá jako atypická pneumonie. U ostatních nakažených se vytvořily protilátky – jejich prostý nálezný důvodem k léčbě. *Chlamydia pneumoniae* postihuje spíše dorostence, a mladé dospělé, může napadnout srdce a někdy, opět spíše vzácně, způsobí záněty plic. *Chlamydia trachomatis* patří mezi pohlavní infekce, některé sérotypy vyvolávají onemocnění oka (trachom), u pouze novorozenců může být příčinou zánětu plic. K diagnóze je nutný přímý průkaz mikroorganismu, nejlépe antigenu, stanovení protilátek zde nemá význam.

Pokud lékař předepíše neindikovaně makrolidové antibiotikum, nemocný

se za týden uzdraví, prohloubila se tím rezistence?

Ano. Antibiotikum totiž nikdy nepůsobí jen na 1 kmen bakterií, ovlivňuje a působí na všechny vnímavé populace v lidském těle. Širokospektrým léčivem vymýtíme v první řadě vysoce citlivé kmeny, zůstanou jen ty odolnější. Postupně se také mění skladba flóry v ústech, nose, střevech a dýchacím systému i na kůži. V tom je právě ta záludnost. V budoucnosti to budou právě tyto odolné kmeny, které budou původci onemocnění. Pokud chodíme zbytečně „s dělem na vrabce“, zaděláváme si tím na problémy v budoucnosti. Rezistence narůstá s dvouletou prodlevou za zvýšenou preskripce a naopak, každé obranné opatření se odrazí se zpožděním. Rezistence je vlastně věčná, pokud budeme předepisovat antibiotika, tak budeme bojovat s odolnými bakteriálními kmeny. Největším problémem je ale vnímání rezistence jako hrozby. Často slyším něco v tomto smyslu: „Ano, nasadil jsem širokospektré antibiotikum, můj pacient se ale uzdravil a nikoho to nepoškodilo – tak o co vlastně jde?“ To je úplně špatně. Hovoří se také o principu ce-

loživotního podávání makrolidů proti subakutním chlamydiovým infekcím, to by se ale podle mého názoru mohlo těžce nevyplatit. Klidně by se totiž mohlo stát, že bychom je díky tomu museli v dohledné budoucnosti úplně vyřadit z arzenálu antimikrobiálních léčiv.

Obecně platí, že u běžných komunitních infekcí by měly být makrolidy předepisovány jen u angíny s přecitlivělostí na penicilin. Šikovný lékař by si v případě nejasnosti udělal výtěr, aby měl jistotu, že makrolidy budou předepsány oprávněně. Takových nemocných je ale méně než 10 %, jinak je lékem volby penicilin – na světě totiž ještě nebyl popsán streptokok, který by k němu byl rezistentní. U těžších, pneumokokových lobárních pneumonií s bakteriemií hrozí selhání léčby, tady by makrolidy vůbec neměly být nasazeny. Lékem volby je jednoznačně čistý amoxicilin, v případě alergie by měl být předepsán cefalosporin 2. či 3. generace.

Převzato z Lékařských listů, 25.10.2010.

Aktuální doporučené postupy týkající se správné antibiotické terapie naleznete zde: www.cls.cz/dalsiprojekty

Dětské klimatické pobyty o.p.s.

ve spolupráci s Výborem dobré vůle – Nadací Olgy Havlové,
Magistrátem města Plzně a ÚMO Plzeň 3 a KÚ PK

pořádají

13. ročník Léčebných klimatických pobytů pro rodiče s dětmi trpícími recidivami onemocnění dýchacích cest, astmatem a ekzémy

- **Chorvatsko – Istrie v termínech 1.7.-10.7. a 8.7.-17.7.2011**
- **ve Slovenské republice pobyty od 15.8. do 26.8.2011
v Nízkých Tatrách s využitím termálních koupališť,
jeskyní, výukou rehabilitace a fakultativními výlety.**

Předpokládaný nadační příspěvek na pobyt v SR je 3.800 Kč
a na pobyt v Chorvatsku 1.000 Kč.

Přihlášky do konce měsíce dubna 2011.

Kontaktní adresy:

MUDr. Jiří Liška, CSc.; mudr.jiri.liska@seznam.cz
Mulačova nemocnice s.r.o., Dvořákova 17, 320 00, Plzeň, tel.: 377 677 190-1
MUDr. Radana Pečenková
Priv. dětská ordinace, Plzeň Slovany, Městská poliklinika, tel.: 378 014 251





Kvalita používání antibiotik v primární pediatrické péči

– 10 let spolupráce ve prospěch racionální preskripce a prevence antibiotické rezistence

prim. MUDr. Vlastimil Jindrák¹, MUDr. Jiří Marek²

¹Oddělení klinické mikrobiologie a ATB stanice Nemocnice Na Homolce, Praha; ²PLDD Veselí nad Lužnicí

■ Aktuální hrozba ztráty účinnosti antibiotik

Antibiotická rezistence představuje významnou hrozbu pro zdraví veřejnosti. To je bohužel aktuální realita, kdy může nevhodné zacházení s antibiotiky spolu s nekontrolovaným šířením rezistentních mikroorganismů v populaci způsobit ztrátu účinnosti celé lékové skupiny, která iniciovala v polovině minulého století revoluci v medicíně. Antibiotika přispěla k záchraně životů a nepochybně umožnila rozvoj moderní, technologicky orientované medicíny. Znovu může dojít ke vzestupu nemocí považovaných dnes díky antibiotikům za vyřešený problém. Závažné infekce dosud účinně léčené antibiotiky mohou znovu ohrožovat nemocné na životě.

■ Co je rezistence bakterií k antibiotikům?

Rezistence bakterií k antibiotikům znamená, že dosud dobře účinný lék přestává na bakteriální buňku působit a infekční onemocnění se tudíž antibiotickou léčbou nedáří zvládnout. Postupem času vznikají bakterie odolné současně k několika skupinám antibiotik a jsou tzv. multirezistentní. Pokud vyvolají závažnou infekci, jsou léčebné možnosti velmi omezené, mnohdy není k dispozici žádný dobře účinný lék. Ukazuje se, že vzestup rezistence k antibiotikům je bezprostředně závislý na intenzitě jejich používání. Čím častěji jsou antibiotika předepisována, tím větší je riziko výskytu infekcí vyvolaných odolnými původci, a to nejenom na některých exponovaných pracovištích nemocnic, ale také v běžné ambulantní praxi či v ordinacích primární péče.

■ Může být odolnost k antibiotikům ohrožen běžný pacient?

V oblasti primární a ambulantní péče je dnes používání antibiotik zcela běžné, jakkoliv víme, že jsou tyto léky nezbytné jen v některých, dobře odůvodněných případech. Nadužívání antibiotik je realitou současné medicíny. **U běžných infekcí s vysokým samouzdravným potenciálem se často rezistence klinicky neprojevuje, problémy ovšem nastávají v případech závažných, život ohrožujících infekcí** (např. bakteriální meningitida, těžká komunitní pneumonie, apod.). Většina spotřeby antibiotik je však realizována v segmentu primární a ambulantní péče (kolem 90% celkové spotřeby) a rezistence zde proto mnohdy nepozorovaně vzniká, aniž by bezprostředně ovlivňovala účinnost léčby těžkých infekcí, které představují pouze určitý „vrchol ledovce“. **Ve chvíli, kdy rezistence zasáhne invazivní původce a negativně ovlivní prognosu život ohrožujících infekcí, bývá už její kontrola velmi obtížná.**

■ Rezistence bakterií a spotřeba antibiotik v Evropě

Díky zavedení systémů pro sledování antibiotické rezistence a spotřeby antibiotik máme dnes k dispozici spolehlivé epidemiologické údaje, které ukazují na pozoruhodné rozdíly mezi jednotlivými evropskými zeměmi. Antibiotická rezistence je dlouhodobě sledována v systému EARSS (European Antimicrobial Resistance Surveillance System - <http://www.rivm.nl/earss/>), který byl nedávno převeden do Centra pro prevenci a kontrolu nemocí ve Stockholmu (ECDC) pod názvem EARS-net. Spotřeba antibiotik je sledována v systému ESAC (European Surveillance of Antibiotic Consumption, <http://www.esac.ua.ac.be/>). Na severu

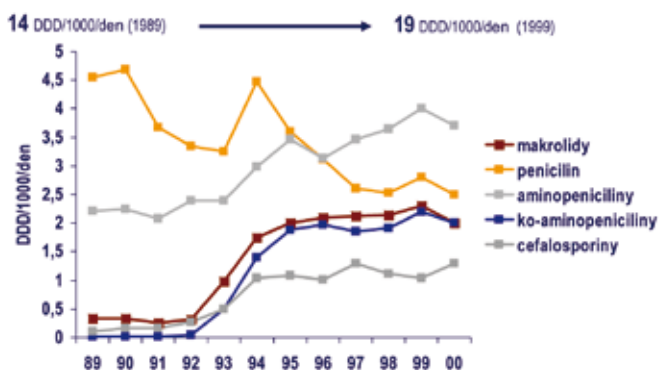
Evropy (Skandinávie, Holandsko, částečně Německo) je spotřeba antibiotik na obyvatele velmi nízká, tyto země se chovají v předepisování střídavě a uvažlivě. Také mají jen omezené problémy s výskytem rezistentních původců infekcí. Naopak na jihu Evropy a na Balkáně (od Francie, přes Španělsko a Itálii, do Řecka a Rumunska) je spotřeba antibiotik extrémní, stejně jako je extrémní výskyt rezistence. Rozdíl ve spotřebě antibiotik mezi Francií a Holandskem je sedminásobný. Holandsko je zemí s nejnižší spotřebou antibiotik v Evropě, Francie naopak donedávna spotřebovávala nejvíce v přepočtu na obyvatele. V Holandsku je výskyt odolnosti k antibiotikům vzácný, ve Francii naopak velmi častý. Česká republika dlouho patřila mezi země s velmi nízkým výskytem rezistence k antibiotikům, v posledních letech se však situace nebezpečně mění a stáváme se zemí s velkými problémy, zejména v nemocnicích. Je nezbytné snížit spotřebu antibiotik a vrátit se k základním lékům, jejichž používání je z hlediska vzestupu odolnosti bezpečné.

■ Vývoj spotřeby antibiotik v České republice od roku 1990

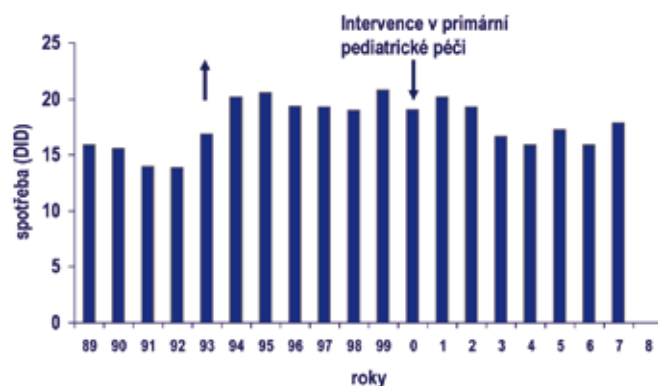
V našich podmínkách jsme v první polovině devadesátých let zaznamenali zásadní změnu v preskripčním chování praktických lékařů a ambulantních specialistů. Vedlo to k významné kvantitativní i kvalitativní změně ambulantní spotřeby antibiotik, která rychle narostla, aniž by byl tento vzestup objektivně odůvodnitelný. Nedošlo k žádné změně v epidemiologii běžných komunitních infekcí, které ve svých ordinacích tiho lékaři řeší. Ambulantní spotřeba skokově narostla o 20 až 30% jen mezi roky 1992 až 1994, a podobně vzrostl podíl spotřeby rezervních antibiotik, jejichž objektivní indikační prostor je minimální (makrolidy, potencované ami-

MSD - Silgard

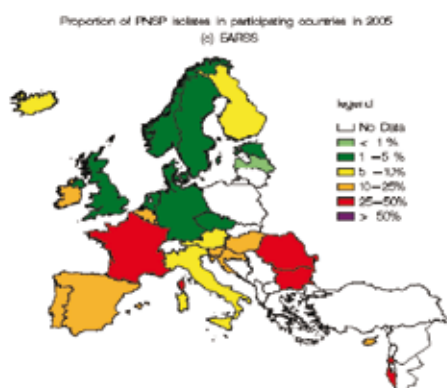
Obr. 1: Vývoj ambulantní spotřeby hlavních skupin antibiotik v ČR v devadesátých letech



Obr. 2: Vývoj celkové ambulantní spotřeby antibiotik v České republice do roku 2007



Obr. 3: Rezistence *Streptococcus pneumoniae* k penicilinu v Evropě (zdroj EARSS)



Obr. 4: Vývoj spotřeby makrolidů a rezistence *Streptococcus pyogenes* v České republice



nopeniciliny, fluorochinolony a do jisté míry cefalosporiny). V první polovině devadesátých let rychle narostl počet volně dostupných antibiotik, která dříve nebyla k dispozici, aniž by tuto rychlou změnu provázelo zavedení jakéhokoliv systému pro podporu racionální preskripce. Hlavní vliv tak měl hlavně intenzivní marketing farmaceutického průmyslu. Výsledkem bylo, že se v České republice během 2 až 3 let změnil dosavadní velmi solidní ukazatele ambulantní spotřeby antibiotik odpovídající např. skandinávským zemím (preferenci základních penicilinů, minimální spotřeba širokospektrých antibiotik, kvantitativní úroveň spotřeby cca 14 definovaných denních dávek na 1000 obyvatel a den) do mnohem méně přijatelné podoby, blíží se parametrům zemí s velkými problémy v nadužívání (obr. 1).

Mezi roky 1998 – 2003 se podařilo zorganizovat intervenční program zaměřený na praktické dětské lékaře. Tyto aktivity vznikaly zprvu spontánně, posléze ve spolupráci

Subkomise pro antibiotickou politiku ČLS JEP s Odbornou společností praktických dětských lékařů (OSPDL). Byly založeny na rutinně prováděných preskripčních auditech, které umožnily analyzovat preskripční zvyklosti jednotlivých lékařů, identifikovat důvody nevhodných indikací a poskytnout podklady i motivaci pro změnu. Většina dětských lékařů zúčastněných v tomto projektu podstatně zlepšila preskripci antibiotik během pouhých dvou let. Výsledky projektu byly využity pro další vzdělávací aktivity, kdy proběhla během roku 2002 šňůra nezávislých seminářů, oficiálně garantovaných OSPLDD, ve všech regionech České republiky. Při několika příležitostech se také podařilo oslovit širokou veřejnost ve sdělovacích prostředcích. I když toto úsilí nebylo zřejmě jedinou příčinou, v následujících několika letech ambulantní spotřeba antibiotik klesala z hodnot kolem 20 definovaných denních dávek na 1000 obyvatel a den (PID) k 16 PID. Důležité je, že se podařilo zvrátit strmě narůstající rezistenci *Streptococcus pyogenes* k makrolidům, a re-

zistence pneumokoků k penicilinu je dlouhodobě velmi nízká. Uvedený program byl jednorázově podpořen jako projekt kvality zdravotní péče Ministerstvem zdravotnictví. Systematická podpora pro plošné a trvale probíhající intervence ve prospěch zlepšování preskripce však stále chybí a ukazatele spotřeby i rezistence tak v posledním období znovu postupně narůstají.

Makrolidová rezistence pyogenních streptokoků a spotřeba makrolidových antibiotik je velmi dobrým příkladem, že systematické úsilí zaměřené na omezení nadužívání antibiotik může zvrátit nepříznivé trendy v rezistenci. Je to ale možné pouze tehdy, pokud je takto koncipovaný program plošný a dlouhodobý. Krátkodobé intervence sice mohou být účinné, jejich efekt je ale časově omezený, a nejsou-li trvale podporovány, situace se znovu rychle zhoršuje. Dnes jsou k dispozici důkazy pro toto tvrzení. V Belgii se podařilo během několika let činnosti systematického, celonárodního programu podporovaného



a financovaného vládou, významně omezit nadužívání antibiotik a specificky snížit spotřebu makrolidů. Rezistence *Streptococcus pyogenes* poklesla během několika let z 16% na 2% a na této hodnotě dlouhodobě zůstává. V České republice byla úroveň rezistence v druhé polovině devadesátých let prakticky shodná (16%) a časově omezená intervence zaměřená na zlepšení preskripce u praktických dětských lékařů dokázala snížit rezistenci k 9%. Protože se díky nezájmu vlády i zdravotních pojišťoven nepodařilo zajistit dlouhodobé a plošné aktivity podporující racionální preskripci antibiotik, spotřeba makrolidů znovu rychle stoupala, dokonce na mnohem vyšší úroveň než tomu bylo před intervencí. Rezistence pyogenních streptokoků proto v posledních letech znovu nezadržitelně stoupá nad 12% a negativní trend je pozorován také u pneumokoků.

Nadužívání antibiotik má podstatné ekonomické důsledky. Na základě provedených preskripčních analýz lze odhadovat, že nevhodná preskripce antibiotik reprezentuje každoročně finanční objem 1 až 1,5 miliard Kč (obr. 2).

■ Problémy antibiotické rezistence nejvýznamnějších původců komunitních infekcí *Streptococcus pneumoniae*

Pneumokoky jsou hlavními bakteriálními původci komunitních respiračních infekcí, od méně vážných (otitidy, sinusitidy), až po velmi závažné (komunitní pneumonie s invazivním průběhem). Trendy v jejich rezistenci k základním antibiotikům jsou proto celosvětově sledovány. Hlavním ukazatelem je v případě pneumokoků jejich rezistence k penicilinu. Významnou hrozbu představují multirezistentní kmeny pneumokoků, které nejsou odolné jenom k penicilinu, ale současně i k řadě dalších antibiotik. Léčba jimi vyvolaných infekcí je velmi obtížná a prognosa závažně probíhajících onemocnění nejistá. Stojí za připomenutí, že rezistence pneumokoků k penicilinu není způsobena produkcí betalaktamázy, ale jiným mechanismem (změnou cílového vazebného místa v buněčné stěně bakterie). Aminopeniciliny s inhibitory betalaktamáz (amoxicilin klavulanát, ampicilin sulbaktam), jsou proto zcela neúčinné a jejich používání je zbytečné.

V Evropě patří mezi země s velmi vysokým výskytem pneumokoků rezistentních k penicilinu zejména Francie, Španělsko a ně-

kteří další státy jižní Evropy. Tradičně minimální výskyt je v Holandsku a Skandinávii, také v Německu, Rakousku a České republice. Ve střední Evropě má vážné problémy Slovensko. V některých zemích s vysokým výskytem rezistence se daří četnost těchto kmenů pneumokoků snižovat díky poklesu ambulantní spotřeby antibiotik a vakcinaci (Francie, Belgie).

V České republice je výskyt rezistence pneumokoků k penicilinu minimální a dlouhodobě stabilní. Dosahuje 4-5%, a to jenom v intermediárním stupni, jak u kmenů invazivních, tak u vyvolatelů běžných respiračních infekcí (otitidy, sinusitidy, komunitní pneumonie) **Pro léčbu jimi vyvolaných infekcí je proto možné bezpečně používat základní peniciliny (amoxicilin)** (obr. 3).

Streptococcus pyogenes

Jde o typického původce akutní tonsilofaryngitidy a spály, ale také infekcí kůže a měkkých tkání (erysipel), či závažných invazivních infekcí s vysokou mortalitou (např. nekrotizující fasciitidy a toxického šoku). Bezkonkurenčním lékem volby je stále klasický penicilin, kde dosud nebyla celosvětově zaznamenána rezistence. Alternativními antibiotiky jsou makrolidy, případně linkosamidy, kde je situace v rezistenci problematická a v řadě zemí byl zaznamenán významný vzestup. Rezistence k makrolidům a linkosamidům má navíc sdružený mechanismus a je ve většině případů zkřížená. Z klinického hlediska to znamená, že ztrácíme možnost alternativní léčby u pacientů s alergií k betalaktamům (penicilinu), případně možnost kombinované terapie u závažných invazivních infekcí. Betahemolytické streptokoky skupiny A sice nepatří mezi celoevropsky sledované bakterie v systému EARSS, ale většina zemí je zařazuje do svých národních systémů. Podobně tomu je v České republice, kde sledujeme zejména jejich rezistenci k erytromycinu (makrolidům) systematicky od roku 1996. *Streptococcus pyogenes* byl prvním mikrobem, kde byl zaznamenán rychlý vzestup rezistence k makrolidům v těsné návaznosti na hlubokou změnu spotřeby antibiotik proběhlou v první polovině 90. let. **Na přelomu desetiletí dosahovala makrolidová rezistence pyogenních streptokoků v ČR 16% a alarmující byla zejména rychlost vzestupu.** Nepříznivý trend se podařilo do jisté míry zastavit díky plošné intervenci u praktických dětských lékařů, zaměřené na zlepšení preskripce antibiotik v le-

tech 2000-2002. Nyní rezistence znovu stoupá. Podobné hodnoty kolem 16% byly zjištěny v Belgii, kde se podařilo snížit rezistenci dokonce ke 2% během několika let fungování systematického, celonárodního programu zaměřeného na omezení nadužívání antibiotik v primární péči. V našem blízkém okolí jsou k dispozici údaje ze Slovenska, kde se pohybuje makrolidová rezistence v některých regionech nad 50%, což představuje mimořádně závažný problém (obr. 4).

Haemophilus influenzae

Přestože hemofily vyvolávají vzácně některé závažné infekce (meningitidy, komunitní pneumonie), jde o bakterie, jejichž **klinický význam je často přeceňován, zejména pro chybně indikovaná a chybně interpretovaná vyšetření výtěrů z nosu a krku**, kde se nalézají fyziologicky a nelze je považovat za původce infekcí. V případě běžných infekcí, které se objevují v ordinaci praktického lékaře, se *H. influenzae* podílí na etiologii bakteriálních otitid a sinusitid. Invazivní infekce vyvolané opouzdřenými kmeny *H. influenzae* typu b v posledních letech prakticky vymizely díky vakcinaci.

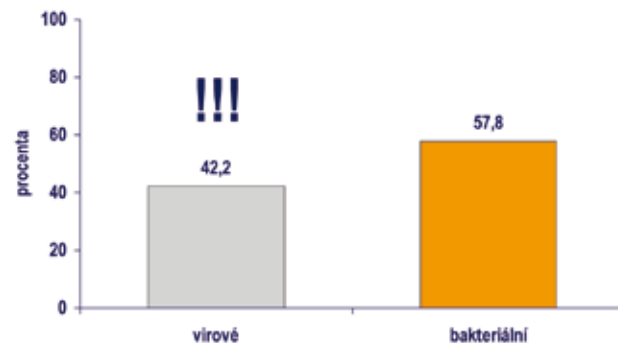
Rezistence *H. influenzae* k betalaktamovým antibiotikům je nejčastěji způsobena **produkcí betalaktamázy**, která destrukuje aminopeniciliny (ampicilin, amoxicilin). Jejmu účinku odolávají aminopeniciliny chráněné některým inhibitorem betalaktamázy (amoxicilin potencionovaný kyselinou klavulanovou, ampicilin potencionovaný sulbaktamem), nebo cefalosporiny 2., případně 3. generace (cefuroxim, cefotaxim, ceftriaxon). Vzácnější je tzv. **neenzymatická rezistence k betalaktamům**, která má specifický mechanismus daný změnou cílového místa jejich účinku. Tímto mechanismem jsou inaktivovány mimo základních aminopenicilinů také jejich potencionované formy i cefalosporiny 2. generace. V České republice se pohybuje frekvence rezistence k aminopenicilinům v průměru kolem 8-10%, v převážné většině jde o kmeny produkující betalaktamázu. Neenzymatická rezistence je mimořádně vzácná.

Současný stav rezistence *H. influenzae* v České republice umožňuje u běžných infekcí bezpečné použití základních antibiotik (amoxicilin) a nevyžaduje léčbu alternativními antibiotiky v první volbě, a to včetně potencionovaných aminopenicilinů, cefuroximu, či nových makrolidů.

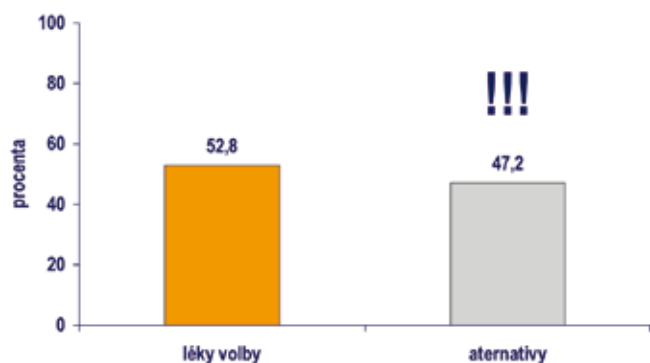
Obr. 5: Obecné schéma podpory racionální preskripce antibiotik v primární péči



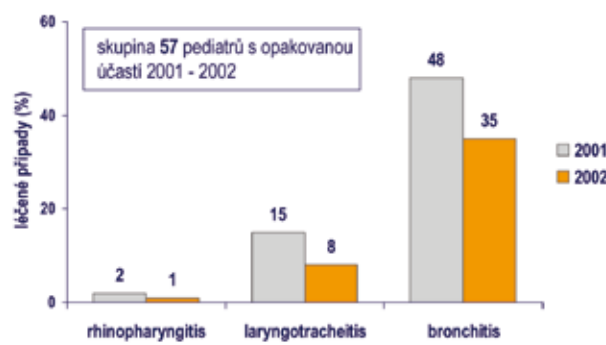
Obr. 6: Indikace antibiotické léčby u akutních respiračních infekcí u dětí – srovnání preskripčního podílu u infekcí virové a bakteriální etiologie -výsledky multicentrického auditu 2001



Obr. 7: Indikace léků volby a léků alternativních při zahájení antibiotické léčby akutní respirační infekce – hodnocení compliance s doporučeným postupem



Obr. 8: Omezení indikací antibiotické léčby u akutních respiračních infekcí s převládající virovou etiologií (běžné nachlazení, akutní laryngotracheitida a bronchitida) – efekt opakovaného preskripčního auditu 2001 a 2002.



Antibiotická rezistence nejvýznamnějších bakteriálních původců komunitních infekcí k základním lékům volby (penicilin, amoxicilin, nitrofurantoin) je v České republice minimální a umožňuje proto jejich bezpečné a vysoce účinné používání v terapii.

Antibiotická rezistence k některým alternativním antibiotikům rychle narůstá (makrolidy) a v některých případech znemožňuje jejich použití v úvodní (empirické) léčbě.

Časté nadužívání některých antibiotik (makrolidy, aminopeniciliny s inhibitory betalaktamázy, cefalosporiny, kotrimoxazol) může vést k selekci multirezistentních kmenů bakterií, které odolávají i rezervním antibiotikům (multirezistentní E.coli, komunitní MRSA, Clostridium difficile a jiné)

Lze ovlivnit nadužívání antibiotik?

Pro podporu racionální preskripce antibiotik musí být zaveden promyšlený systém, který vychází z doporučených postupů nezávislých na farmaceutickém průmyslu, jejich implementaci nezávislými vzdělávacími programy a v neposlední řadě na používání metod k ovlivňování kvality preskripce na úrovni jednotlivých předepisujících lékařů (obr. 5).

Metoda preskripčního auditu

Příprava doporučených postupů má zásadní význam pro definování správné praxe ve všech oblastech medicíny, problematiku používání antibiotik nevyjímaje. Přestože jsou antibiotika jednou z mála skupin kauzálních léků, jejich terapeutické a profylaktické používání je v praxi provázeno překvapivou iracionalitou. Většina relevantních studií uvádí podíl nevhodné preskripce v průměru mezi 50 až 80%, což má nepochybně negativní důsledky pro vzestup antibiotické rezistence. Motivy předepisujících lékařů k indikaci antibiotické léčby jsou různorodé

a mnohdy se pohybují mimo medicínu. Jsou spíše ovlivněny kulturní tradicí té které země, socioekonomickými a administrativními faktory, psychologickým vztahem mezi lékařem a pacientem. Uveřejnění doporučených postupů vycházejících z principů medicíny založené na důkazech rozhodně nestačí k tomu, aby došlo k pozitivní změně přístupu k předepisování antibiotik a omezilo se jejich zneužívání. Je to jen první krok, definice optimální praxe, ke které je třeba směřovat. K tomu, aby se realita co nejvíce přiblížila optimu a bylo dosaženo maximální shody (compliance) se směrnicemi, je třeba použít sofistikované metody, které mají tzv. intervenční charakter. Jednou z velmi účinných metod je preskripční audit.

Princip preskripčního auditu. Audit předepisování antibiotik je metoda, která umožňuje zhodnocení preskripčního chování auditovaného lékaře v konkrétních klinických situacích, tj. podle přístupu k řešení dané klinické diagnózy nebo situace. Smyslem metody je vytvoření účinné informační zpětné vazby pro auditovaného lékaře tak, aby byl

**Tabulka 1: Historie auditů předepisování antibiotik v primární pediatrické péči**

Rok	Počet zúčastněných regionů	Počet zúčastněných pediatriů	Počet vyhodnocených návštěv v ordinaci	Počet vyhodnocených případů akutní respirační infekce
1998	1	13	-	-
1999	1	23	3 707	3 006
2000	1	28	4 230	3 273
2001	13	114	31 077	19 013
2002	13	57	14 801	9 373

schopen porovnat své vlastní přístupy k řešení sledovaného problému se správnou praxí definovanou doporučenými postupy, eventuálně také s obvyklou (průměrnou) praxí. Informační zpětná vazba založená na věrohodné identifikaci excesivních situací je hlavním nástrojem pro zlepšení praxe. Audit nelze zaměřovat s klinickou studií, od které se liší zejména tím, že hodnotí primárně chování lékaře a jeho přístupy k řešení určitých situací, nikoliv objektivní výsledky příslušného léčebného postupu.

Cíle a možnosti auditu. Metoda auditu umožňuje zejména objektivní popis a analýzu skutečné praxe v hodnocené oblasti (pre-intervenční audit) ve vztahu ke správné praxi. Na základě toho je možné nalézt prioritní problémy, na něž je třeba zaměřit cílená intervenční opatření. Metoda opakovaného auditu umožňuje zhodnocení účinnosti intervencí (postintervenční audit). Opakované absolvování auditu příslušným lékařem má samo o sobě intervenční charakter, pokud jsou jeho výsledky kvalifikovaně analyzovány a poskytují auditovanému lékaři srozumitelné, důvěryhodné a individuálně formulované návody na změnu chování. Metoda auditu má zejména následující cíle a možnosti:

- Zhodnocení míry shody mezi správným postupem a praxí
- Identifikace chyb a zhodnocení jejich významu
- Identifikace priorit pro cílené intervence
- Vytvoření optimálních metod pro cílené intervence
- Zhodnocení účinnosti intervenčních opatření
- Ovlivnění nesprávné praxe opakovaným auditem

Audit Project Odense – kvalita předepisování antibiotik v primární péči

ve Skandinávii. Projekt auditu předepisování antibiotik v primární péči vznikl v Dánsku na začátku devadesátých let minulého století a postupně se rozšířil do Švédska a Norska. Všechny tři země mají tradičně velmi nízkou spotřebu antibiotik a používají převážně základní léky (peniciliny). Audit se zaměřil na hlavní indikační oblast, kterou jsou komunitní respirační infekce. Ovlivnění preskripce v primární a ambulantní péči se ukazuje jako klíčové pro prevenci antibiotické rezistence v komunitě. Ambulantní spotřeba antibiotik totiž představuje kolem 90% spotřeby celkové. V jednoduchém protokolu byly formou standardizovaného dotazníku sledovány preskripční zvyklosti auditovaných praktických lékařů, kteří byli posléze vystaveni vzdělávací intervenci (individuální a kolektivní analýza preskripce s návodem na zlepšení praxe, semináře organizované v jednotlivých regionech). Opakovaný audit provedený po intervenci prokázal významné zlepšení preskripční praxe u většiny účastníků projektu.

Audit antibiotické léčby akutních respiračních infekcí v primární pediatrické péči v České republice. První audity používání antibiotik v primární pediatrické péči byly organizovány Antibiotickým střediskem Nemocnice Na Homolce od roku 1998 v regionu Praha 5 a Praha 13 (13 auditovaných pediatriů v roce 1998, 23 pediatriů v roce 1999 a 28 pediatriů v roce 2000). Hlavním důvodem bylo zhodnocení jejich preskripčního chování v souvislosti s narůstající rezistencí *Streptococcus pyogenes* k makrolidovým antibiotikům. Byl použit standardizovaný dotazník zaměřený na klinickou diagnostiku akutní respirační infekce, indikace mikrobiologických a dalších komplementárních vyšetření, indikaci antibiotické léčby, volbu antibiotika, jeho dávkování a délku podávání a důvody, které k indikaci léčby vedly.

Audit probíhal vždy 4 týdny v měsících listopadu, případně prosinci, s dosledováním zařazených případů v pátém navazujícím týdnu. Provedení opakovaných auditů prokázalo nejenom vysoký potenciál metody pro objektivní zjištění aktuálního stavu preskripčních přístupů, ale také překvapivé možnosti jejich pozitivního ovlivnění. V letech 2001 a 2002 proběhly multicentrické audity organizované ve spolupráci s Odbornou společností praktických dětských lékařů (tab. 1).

Z obrázku č. 6 vyplývá, že bezmála polovina všech indikací antibiotické léčby se v roce 2001 týkala klinických jednotek s převládající virovou etiologií, zejména akutní bronchitidy, laryngotracheitidy, eventuálně v menší míře běžného nachlazení. To znamená, že tato část antibiotik byla použita nevhodně.

Na obrázku č. 7 je zřejmé, že antibiotická léčba respirační infekce byla zahajována v bezmála polovině případů antibiotiky, považovanými podle schválené směrnice (5) za alternativní léky (při alergii nebo při prokázané rezistenci původce). Tato antibiotika jsou zejména ze skupiny makrolidů, potencionálních aminopenicilinů a cefalosporinů. Jedná se o léky se širším spektrem, s relativně velkým nebezpečím selekce rezistence, a vysokou cenou. Tento postup je výrazně nákladově neefektivní.

Graf na obrázku č. 8 ukazuje příznivý efekt opakovaného auditu po provedení vzdělávací intervence, kdy došlo k výraznému omezení preskripce u virových infekcí. V případě běžného nachlazení a akutních laryngotracheitid o polovinu, u akutních bronchitid poklesla preskripce asi o čtvrtinu.

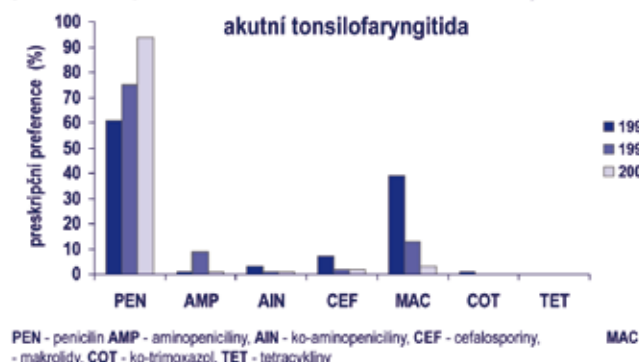
Graf na obrázku č. 9 ukazuje změnu preskripčního chování jednoho z pediatriů, který redukoval indikaci antibiotické léčby u akutní bronchitidy z přibližně 60% na bezmála 10% léčených případů. Významný efekt na změnu preskripce mělo zavedení diagnostiky C-reaktivního proteinu v ordinaci.

Na obrázku č. 10 je vidět rychlý efekt opakovaného auditu na zlepšení volby optimálního antibiotika pro léčbu akutní tonsilofaryngitidy. 10 pediatriů v prvním roce léčilo asi 40% všech případů makrolidy, v rozporu s doporučeným postupem. Po dvou letech auditů a edukace se shoda s doporučeným postupem zvýšila z 60 na více než 95%.

Obr. 9: Omezení preskripce u akutních bronchitid u praktického dětského lékaře po zavedení diagnostiky CRP v ordinaci.



Obr. 10: Zvýšení shody s doporučeným postupem při volbě antibiotika pro léčbu akutních tonsilofaryngitid u dětí (10 pediatriů s opakovanou účastí v letech 1998 až 2000).



Praktičtí dětské lékaři věnovali v posledních 10 letech mimořádnou pozornost kvalitě preskripce antibiotik ve své praxi a dokázali podstatným způsobem zlepšit své preskripční chování. Jsou dnes určitě odborností s nejracionálnějším chováním v celém segmentu ambulantní péče, jakkoliv je stále mnoho příležitostí pro další zlepšování. Zejména díky praktickým dětským lékařům patří Česká republika mezi evropské země s relativně nízkou ambulantní spotřebou antibiotik a stále má šanci na zachování jejich účinnosti pro léčbu komunitních infekcí. Přispěli tak zásadním způsobem ke vzniku Národního antibiotického programu.

Národní antibiotický program v České republice

Tento program byl ustanoven vládou ČR v květnu 2009 a jeho hlavní principy byly uveřejněny ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví z prosince 2009.

Cílem Národního antibiotického programu je zajištění dlouhodobě dostupné, účinné, bezpečné a nákladově efektivní antibiotické léčby pacientů s infekčními onemocněními. Toho lze dosáhnout zejména podporou správné praxe v používání antibiotik omezující jejich nadužívání, účinnou prevencí a kontrolou infekcí zabráňující šíření rezistentních mikrobů ve zdravotnických zařízeních i v běžné populaci, vzděláváním a zvyšováním povědomí odborné i laické veřejnosti o této problematice.

Základním principem Národního antibiotického programu je tzv. mezisektorový koordinací mechanismus, jehož smyslem je ze-

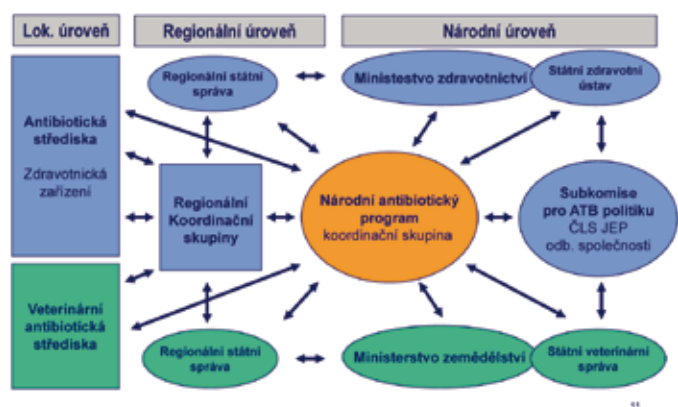
jména zajištění efektivní koordinace činnosti mezi humánním a veterinárním zdravotnictvím a všemi zainteresovanými subjekty, které mohou mít vliv na určování priorit a uskutečňování cílů NAP. Tyto subjekty mohou mít různé role (řídící, koordinační a výkonné, konsultační nebo poradní, mediální apod.). Veškeré aktivity NAP musí být nezávislé na farmaceutickém průmyslu a musí odpovídat etickým principům s vyloučením střetu zájmů.

Ustanovení Národního antibiotického programu vychází z následujících argumentů:

- Účinnost antibiotik je vážně ohrožena narůstající a rychle se šířící rezistencí mikrobů. **Za krátké období od roku 2000 došlo ke vzestupu rezistence některých významných původců infekcí až o desítky procent.** Nebezpečný trend se týká většiny evropských zemí včetně ČR, kde je situace u některých mikrobů jedna z nejhorších v Evropě. Antibiotická rezistence prokazatelně způsobuje významné zvýšení mortality, morbidity i nákladů na zdravotní péči, a ohrožuje tak bezpečí pacientů i finanční udržitelnost zdravotního systému.

- Příčinou** vzestupu antibiotické rezistence je časté **nadužívání a nesprávné používání antibiotik** v humánní a veterinární medicíně, a také nedostatky v oblasti preven-

Obr. 11: Struktura Národního antibiotického programu - mezisektorový koordinací mechanismus



ce a kontroly infekcí usnadňující šíření rezistentních mikrobů ve zdravotnických zařízeních i v běžné populaci.

- Studie zaměřené na hodnocení kvality preskripce antibiotik**, provedené v ČR od roku 2000, prokázaly vysoký podíl neadekvátního používání antibiotik v primární, ambulantní i nemocniční péči. Tato skutečnost představuje významnou hrozbu pro zachování účinnosti antibiotik v ČR. Nadbytečné náklady pro systém veřejného zdravotního pojištění jsou odhadovány nejméně na 1 miliardu Kč za rok.

- Tento stav vyžaduje **neodkladnou implementaci systémových, odborně kompetentních a nákladově efektivních opatření** na národní, regionální i lokální úrovni. Ve shodě s principy deklarovanými v Doporučení Rady EU o obezřetném používání antimikrobiálních látek v lékařství a v Doporučení Rady EU ze dne 9. června 2009 o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí byl proto vládou ČR ustanoven komplexní, mezisektorový a mezioborový program, zahrnující hu-

Boehringer - Mucosolvan



mánní i veterinární oblast - **Národní antibiotický program.**

• **Prevence a kontrola antibiotické rezistence je nákladově efektivní.** Uváživší používání antibiotik a účinná kontrola infekcí vedou ke zlepšení kvality zdravotní péče a zvýšení bezpečnosti pacientů při současně úspoře nákladů. Ustanovení NAP proto naplňuje požadavek hledání významných úspor uvnitř zdravotního systému, zejména v situaci, kdy jsou zdroje veřejného zdravotního pojištění omezené.

Hlavní činnosti a funkce NAP jsou následující:

• **Formulace** a průběžná aktualizace **zásad národní antibiotické politiky** pro zajišťování správné praxe při léčebném i profylaktickém používání antimikrobiálních léčiv, vypracování a aktualizaci závazného seznamu esenciálních antimikrobiálních léčiv (pro MZd) a přípravu odborných podkladů pro preskripční omezení v rámci kategorizace antibiotik.

• **Sledování a analýza antibiotické rezistence** na lokální, regionální a národní úrovni s cílem systematického získávání podkladů pro její účinnou prevenci a kontrolu včetně hodnocení účinnosti zavedených opatření (metodika surveillance antibiotické rezistence je definována zvláštním metodickým pokynem „Surveillance antibiotické rezistence bakterií“ vytvořeným ve spolupráci Národní referenční laboratoře pro antibiotika a Subkomise pro antibiotickou politiku ČLS JEP.

• **Sledování a analýza strukturované spotřeby a používání antibiotik** na lokální, regionální a národní úrovni s cílem systematického získávání podkladů pro eliminaci jejich nadužívání a nesprávného používání a pro ověřování účinnosti zavedených opatření (metodika surveillance spotřeby antibiotik je definována zvláštním metodickým pokynem „Surveillance spotřeby antibiotik“ vy-

tvořeným ve spolupráci koordinačního pracoviště pro Evropskou surveillance spotřeby antibiotik („ESAC“) a Subkomise pro antibiotickou politiku ČLS JEP).

• **Realizace** účinných systémových opatření zaměřených na trvalé zlepšování kvality používání antibiotik v humánní i veterinární oblasti.

• **Realizace** účinných systémových opatření zaměřených na prevenci a kontrolu infekcí v běžné populaci a v nemocnicích, cílenou zejména na omezování přenosu a šíření multirezistentních mikrobů.

• **Vzdělávání a informování laické veřejnosti** zaměřené na zvýšení její spoluzodpovědnosti za správné používání antibiotik a prevenci antibiotické rezistence.

• **Vzdělávání odborné veřejnosti** ve správném používání antibiotik a principech prevence a kontroly antibiotické rezistence, garantované relevantními odbornými autoritami a nezávislé na průmyslu.

• **Podpora vědy a výzkumu v oblasti antibiotické rezistence v podobě základního a aplikovaného výzkumu** i projektů zaměřených na oblast ochrany veřejného zdraví a kvality zdravotní péče.

• **Koordinace mezinárodní spolupráce ČR** v oblasti uvážlivého používání antibiotik, prevence a kontroly antibiotické rezistence. Jedná se zejména o součinnost s Evropským centrem pro prevenci a kontrolu nemocí („ECDC“), Světovou zdravotnickou organizací („WHO“) a spolupráci ČR na relevantních mezinárodních projektech jako např. Evropský systém surveillance antibiotické rezistence („EARS-Net“) a ESAC. Do agendy mezinárodní spolupráce spadá i organizace Evropského antibiotického dne („EAAD“).

Organizační uspořádání Národního antibiotického programu zahrnuje složky s řídící, koordinační a výkonnou funkcí, a to na národní, regionální a lokální úrovni. Tvoří je:

• Centrální koordinační skupina NAP při

státním zdravotním ústavu

- Regionální koordinační skupiny
- Antibiotická střediska
- Veterinární antibiotická střediska
- Subkomise pro antibiotickou politiku ČLS JEP
- Národní referenční laboratoř pro antibiotika
- Sekretariát NAP

Subkomise pro antibiotickou politiku ČLS JEP reprezentuje expertní zázemí Národního antibiotického programu v oblasti antimikrobiálních léčiv a antibiotické rezistence, zejména v agendě doporučených postupů nezávislých na farmaceutickém průmyslu (konsensus používání antibiotik, léčba a profylaxe vybraných skupin infekcí, prevence a kontrola antibiotické rezistence), a také v oblasti odborných podkladů pro kategorizaci antimikrobiálních léčiv (volná a vázaná antibiotika). **SKAP formuluje zásady národní antibiotické politiky**, které jsou oponovány odbornými společnostmi a konsensuálně garantovány ČLS JEP. Sdružuje experty delegované odbornými společnostmi v oborech lékařská mikrobiologie, hygiena a epidemiologie, klinická farmakologie, klinická farmacie, infekční lékařství, dětské lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost, všeobecné praktické lékařství. Členy SKAP jsou koordinátoři evropských projektů (např. EARS-Net, ESAC, IPSE, ABS International atd.) organizovaných Evropským centrem pro prevenci a kontrolu nemocí (ECDC) a Generálním ředitelstvím Evropské komise pro zdraví a ochranu spotřebitele (DG SANCO), zástupci veterinární medicíny a národní zástupce pro agendu antibiotické rezistence pro ECDC.

Detailní informace k činnosti NAP a SKAP lze nalézt zejména na následujících internetových stránkách:

<http://www.szu.cz/tema/prevence/narodni-antibioticky-program>

<http://www.cls.cz/dalsi-odborne-projekty>

Antibiotika volby pro léčbu nejčastějších bakteriálních infekcí v ordinaci praktického dětského lékaře

Příznivá situace v rezistenci bakteriálních respiračních patogenů v komunitě umožňuje v České republice bezpečné a účinné používání základních penicilinů, podobně, jako je tomu např. ve Skandinávii nebo některých dalších zemích. Přesto jsou současné trendy spíše opačné a antibiotika jako je peni-

lin V nebo amoxicilin z terapie v primární péči mizí. Podobná je situace v případě nitrofurantoinu, který dokonce z nabídky na našem trhu několikrát vypadl. Jedním z důvodů jistě bude, že tyto „staré“ léky nejsou v zásadě podporovány marketingem výrobců a nejsou obchodně příliš zajímavé. Náhradou za ně

jsou mnohem nákladnější, ale také epidemiologicky riziková antibiotika, jako jsou makrolidy, aminopeniciliny s inhibitory betalaktamáz, případně cefalosporiny. Základní indikační profil výše uvedených léků volby, dobře použitelných ve většině případů komunitních infekcí dýchacího i močového ústrojí



je uveden v následujících tabulkách:

Penicilin.

Hlavní indikací penicilinu je akutní tonsilofaryngitida vyvolaná pyogenním streptokokem. Rezistence k němu dosud nebyla popsána, jeho účinnost je vynikající, má i velmi dobrý eradikační potenciál, podává-li se v dostatečných dávkách, ve správných intervalech a po správnou dobu. Jedinou okolností pro použití alternativní léčby (makrolidy) je alergie.

fenoxymethylpenicilin – (penicilin V)
Skupina. Acidostabilní peniciliny s úzkým antibakteriálním spektrem.
Způsob účinku. Inhibice syntézy buněčné stěny bakterií vazbou na specifické proteiny (PBP). Je rozkládán penicilinázou a dalšími β -laktamázy bakterií.
Spektrum účinku. In vitro jako penicilin G. Vzhledem k nižším plazmatickým vrcholovým hladinám než penicilin G (1-2 mg/l) je klinická účinnost omezena pouze na <i>Streptococcus pyogenes</i> , a jiné dobře citlivé bakterie (orofaryngeální anaeroby, <i>Borrelia</i> spp.).
Indikace. <i>Indikace volby:</i> Streptokoková tonzilofaryngitida. Infekce ústní dutiny a stomatologické infekce. <i>Indikace alternativní:</i> Alternativa prokainpenicilinu u profylaxe revmatické horečky a středně těžkých streptokokových infekcí měkkých tkání. <i>Další indikace:</i> K dokončení počáteční parenterální aplikace benzylpenicilinu, případně prokain benzylpenicilinu. Lymská borelióza (<i>erythema chronicum migrans</i>) u dětí.
Dávkování. 250 mg je ekvivalentních 440 000 IU (respektive 500 000 IU je ekvivalentních 329 mg). <i>Obvyklá dávka:</i> Dospělí: 0,8 MIU (nebo 500 mg) každých 6 hodin nebo 1,2-1,5 MIU (nebo 750 mg) každých 8 hodin, děti 20 kIU/kg (nebo 10-12,5 mg/kg) každých 6 hodin nebo 25-30 kIU/kg (nebo 15-17,5 mg/kg) každých 8 hodin. Pevné lékové formy jsou určeny pro dospělé a děti starší 3 let.
Způsob podání: Perorálně s jídlem.

Interval: Terapeuticky každých 6-8 hodin, profylakticky každých 12 hodin.

Délka podání: Není-li uvedeno jinak, pak 48-72 hodin po poklesu teploty a ústupu známek infekce.

Dávky u jednotlivých infekcí a délka léčby.

Streptokoková faryngitida: Dospělí 2,4 MIU (nebo 1250-1500 mg) denně ve 4 dílčích dávkách po 6 hodinách nebo 3,6-4,5 MIU (nebo 2000-2500 mg) denně ve 3 dílčích dávkách po 8 hodinách, děti 20 kIU/kg (nebo 10-12,5 mg/kg) každých 6 hodin nebo 25-30 kIU/kg (nebo 15-17,5 mg/kg) každých 8 hodin po dobu 10 dnů.

Lymská borelióza (erythema migrans): Děti 25-30 kIU/kg (nebo 15-17,5 mg/kg) každých 8 hodin po dobu 3 týdnů.

Dokončení parenterální léčby aktinomykózy: Dospělí 0,8 MIU (nebo 500 mg) každých 6 hodin po 6-12 měsíců.

Profylaxe revmatické horečky: Dospělí i děti 0,4 MIU (nebo 250 mg) každých 12 hodin dlouhodobě.

Amoxicilin. Jde o základní antibiotikum (lék volby) pro léčbu akutní bakteriální sinusitidy, otitis media a komunitní pneumonie (podrobnosti na <http://www.cls.cz/dalsi-odborne-projekty>). Umožňuje bezpečné používání vyšších dávek, které účinně zasahují i pneumokoky se sníženou citlivostí k penicilinu. Pro ambulantní léčbu lehké formy bakteriální komunitní pneumonie je optimálním řešením, pokud se dává v 8 hodinovém intervalu, alespoň 50-70 mg/kg a den.

amoxicilin
Skupina. Širokospektré aminopeniciliny.
Způsob účinku. Inhibice syntézy buněčné stěny bakterií vazbou na specifické proteiny (PBP). Je rozkládán penicilinázou a β -laktamázy bakterií.
Spektrum účinku. Jako ampicilin, má však vyšší účinnost na salmonely a nižší na shigelly. K léčbě shigelových infekcí je nevhodný také pro kompletní absorpci z GIT. Je účinnější než penicilin nebo ampicilin na pneumokoky s intermediární citlivostí k penicilinu.
Indikace. <i>Indikace volby:</i> Empirická léčba komunitních bakteriálních respiračních infekcí (akutní otitis media,

akutní sinusitida, bronchopneumonie, pneumonie, akutní exacerpace chronické bronchitidy) Profylaxe anthraxu po expozici aerosolu s prokázanou přítomností *Bacillus anthracis*.

K dokončení iniciální léčby anthraxu penicilinem G.

Profylaxe infekční endokarditidy při chirurgických výkonech u ohrožených pacientů.

Indikace alternativní:

Alternativa ko-trimoxazolu u komunitní nekomplikované močové infekce.

Alternativa ko-trimoxazolu nebo fluorochinolonu u salmonelové infekce s těžkým průběhem, nebo u osob s imunodeficitem. Akutní nekomplikovaná kapavka.

Další indikace:

Eradikace *Helicobacter pylori* (v kombinaci s inhibitorem protonové pumpy, a obvykle s dalším antibiotikem).

Dávkování.

Obvyklá dávka: Dospělí 0,75-1,5 g každých 8 hodin, děti starší 1 měsíce 50-90 mg/kg/den v dílčích dávkách každých 8 hodin.

Způsob podání: Orálně.

Interval: 8 hodin.

Délka podání: Není-li uvedeno jinak, pak 48-72 hodin po poklesu teploty a ústupu známek infekce, u závažných stavů individuálně podle povahy infekce a klinického průběhu onemocnění.

Dávky u jednotlivých infekcí a délka léčby.

Středně závažné respirační infekce: 500-750 mg každých 8 hodin po dobu 7-10 dnů.

Komunitní pneumonie: 1-1,5 g každých 8 hodin po dobu 10 dnů.

Akutní otitis media: 0,75-1,5 g každých 8 hodin, děti starší 1 měsíce 75-90 mg/kg/den ve 3 dílčích dávkách po 8 hodinách po dobu 7-10 dnů.

Akutní nekomplikovaná močová infekce u žen: 0,25-0,5 g každých 8 hodin po dobu 5-7 dnů, nebo celkem dvě dávky 3 g podané v odstupu 12 hodin.

Salmonelové infekce: 0,5-0,75 g každých 8 hodin po dobu 2-3 dnů.

Součást komplexní eradikační terapie Helicobacter pylori: 1 g každých 12 hodin (v kombinaci s dalším antibiotikem nebo chemoterapeutikem a inhibitorem protonové pumpy) po dobu 5-7 dnů.



Profylaxe a sekvenční terapie anthraxu po počáteční parenterální léčbě: 500 mg každých 8 hodin po celkovou dobu léčby 60 dnů.

Akutní nekomplikovaná kapavka u kmene s potvrzenou citlivostí: Dospělí 3 g jednorázově, děti: 50 mg/kg jednorázově.

Profylaxe infekční endokarditidy před chirurgickým výkonem v lokální anestezii: 3g, děti starší 1 měsíce 50 mg/kg 1 hodinu před výkonem.

Dávkování při snížené funkci ledvin:

Při závažné renální insuficienci (clearance endogenního kreatininu $<10\text{ml/min}$) se podává 250-500 mg amoxicilinu každých 24 hodin. U hemodialyzovaných nemocných se podává denní dávka jako při závažné renální insuficienci, navíc se podává udržovací dávka ještě během dialýzy a po jejím ukončení.

Nitrofurantoin. Z hlediska rezistence se jedná o dlouhodobě stabilní chemoterapeutikum, používané sice několik desítek let, ale rezistence *E.coli* je stále velmi nízká, aktuálně jen okolo 3%. Nejčastěji se vyskytující onemocnění v komunitě – akutní cystitida – může být proto spolehlivě léčeno přípravky s obsahem nitrofurantoinu. Hlavní potíží však spočívá v jejich opakovaných výpadcích na trhu.

Nejčastěji nadužívaná antibiotika v každodenní praxi a jejich objektivní indikace

Nadužívání antibiotik je podle dosud provedených studií relativně častý problém i v České republice. Odhaduje se, že v segmentu primární péče je předepsáno kolem 50% antibiotik chybně, především pro akutní respirační infekce. Situace jinde v Evropě je podobná, liší se pouze kvantitativně. Z údajů získaných preskripčními audity a analýzou ambulantní spotřeby antibiotik vyplývá, že antibiotika jsou zbytečně předepisována nejenom příliš často, ale velmi nevhodná je také struktura preskripce, kdy jsou frekventně indikovány alternativní, a také nákladné léky, jejichž spektrum je zbytečně široké a jejich časté používání je spojeno s vysokým rizikem vzniku a šíření rezistence. Zdá se, že právě struktura preskripce je nejvíce zranitelná marketingem farmaceutického průmyslu, zatímco celkové indikace antibiotické léčby jako takové jsou závislé méně. V následujícím textu jsou diskutovány tři nejproblémovější skupiny často nadužívaných antibiotik v konfrontaci se správnou praxí, jak je definována Konsensem používání antibiotik ČLS JEP (kompletní informace jsou k dispozici na <http://www.cls.cz/dalsi-odborne-projekty>). Jedná se o aminopeniciliny kombinované s inhibitory betalaktamáz, makrolidy a azalidy.

Aminopeniciliny s inhibitory betalaktamáz. Jedná se o jednu s nejčastěji předepisovaných skupin antibiotik, dlouhodobě propagovanou intenzivním a dobře promyšleným marketingem. Jejich objektivní indikační prostor však je velmi omezený, až na zcela výjimečné situace nemají pozici léků volby, kterými by měla být léčba zahajována. Hlavní bakteriální původci akutních respiračních infekcí vzniklých v komunitě jsou vel-

mi vzácně rezistentní k samotnému amoxicilinu, který může být navíc optimálněji dávkován, aby mohla být dosažena dávka v rozmezí 70-90mg/kg a den. Toto dávkování umožňuje pouze podávání v osmihodinovém intervalu. Preskripční analýzy ukázaly, že většina podání amoxicilinu s klavulanátem nedosahuje ani dávky 50mg/kg a den, kterou je třeba považovat za nepodkročitelné minimum. Většina indikací se přitom velmi pravděpodobně týká virových respiračních infekcí. Odhad objektivních indikací se může pohybovat kolem 10 až 15 procent současné preskripce, což mimo jiné reprezentuje potenciál zásadních úspor. Z hlediska rezistence je kombinace s inhibitory betalaktamáz zcela neúčinná u pneumokoků rezistentních k penicilinu, jejichž rezistence není podmíněná produkcí betalaktamázy, ale jedná se o jiný mechanismus. Nízký stupeň rezistence může být naopak dobře překonán vysoko dávkovaným amoxicilinem. Etiopatogenetická úloha hemofilů je často přeceňována, reálně vyvolávají jenom menšinu bakteriálních respiračních infekcí a navíc je u nich dosud produkce betalaktamázy relativně vzácná. Častým producentem je naopak *Moraxella catarrhalis*, která se však účastní na etiologii respiračních infekcí vzácně. Aminopeniciliny s inhibitory betalaktamáz jsou tedy typické alternativní léky, které se používají při prokázané rezistenci původce k amoxicilinu podmíněné enzymaticky, což může být i případ některých močových infekcí (*Escherichia coli* je rezistentní k aminopenicilinům asi v 50%). Pokud nemůže být podán nitrofurantoin, jsou tato antibiotika vhodnou alternativou, spolu s cefalosporiny 2. generace.

Tabulka 1 a 2: Objektivní indikace aminopenicilinů s inhibitory betalaktamázy podle Konsensu používání antibiotik ČLS JEP - <http://www.cls.cz/dalsi-odborne-projekty>

Tabulka 1

ko-amoxicilin (amoxicilin/kyselina klavulanová)

Indikace.

Indikace volby perorálně:

Profylaxe nebo léčba lokalizované infekce po kousnutí člověkem nebo zvířetem v ambulantní praxi.

Další indikace perorálně:

Otitis media, sinusitida, akutní exacerbace chronické bronchitidy způsobené β -laktamázou produkujícími kmeny *Haemophilus influenzae*, případně *Moraxella catarrhalis*.

Infekce močových cest způsobené kmeny produkujícími inhibovatelnou β -laktamázou.

Další indikace injekčně:

Středně těžké smíšené infekce vzniklé v komunitě (infekce po kousnutí zvířetem nebo člověkem, smíšené gynekologické nebo nitrobrášínské infekce, infekce kostí, kůže a měkkých tkání jako např. diabetická noha, komunitní aspirační pneumonie).

Profylaxe v chirurgických oborech.

Dávkování.

Obvyklá dávka:

Uvedené obvyklé dávky kombinovaného přípravku amoxicilinu s kyselinou klavulanovou přibližně odpovídají nejnižší požadované dávce amoxicilinu 50 mg/kg/den. Konstantní poměr složek amoxicilin+klavulanová kyselina v kombinovaném přípravku neumožňuje zvýšit dávku amoxicilinu



bez nežádoucího zvýšení obsahu kyseliny klavulanové. Nelze-li vyloučit pneumokokovou etiologii, je tato dávka amoxicilinu nedostatečná a je nutné ji doplnit přidáním samotného amoxicilinu, u parenterálního podání přidáním samotného ampicilinu.

Perorálně dospělí a děti nad 40 kg 500-875 mg amoxicilinu (tj. 625 mg-1 g kombinovaného přípravku) každých 8 hodin. U dětí do 1 roku věku 125 mg amoxicilinu každých 8 hodin (tj. 156 mg kombinovaného přípravku v 5 ml sirupu). U dětí do 3 let věku 250 mg amoxicilinu každých 8 hodin (tj. 312 mg kombinovaného přípravku v 5 ml sirupu), nebo u dětí do 40 kg hmotnosti 250-500 mg amoxicilinu (tj. 375-625 mg kombinovaného přípravku).

Injekčně dospělí 1,2 g kombinovaného přípravku každých 8 až 6 hodin, výjimečně lze podat až 7,2 g při nepřekročení jednotlivé dávky 1,2 g; děti s tělesnou hmotností vyšší než 40 kg 0,6 g kombinovaného přípravku každých 8 hodin, děti starší 3 měsíců s tělesnou hmotností nižší než 4 kg 30-55 mg/kg kombinovaného přípravku každých 12 hodin, s tělesnou hmotností vyšší než 4 kg 30-55 mg/kg kombinovaného přípravku každých 8 hodin. Dávku aminopenicilinu lze zvýšit pouze přidáním potřebného množství ampicilinu.

Profylakticky v chirurgii: Dospělí 1,2 g kombinovaného přípravku při úvodu do anestezie, při déletrvajícím zákroku se za 4 hodiny aplikuje další dávka. Ve zcela výjimečných případech lze pokračovat v další aplikaci po skončení výkonu ve standardních intervalech 8 až 6 hodin dle hmotnosti pacienta (implantace umělé chlopně).

Způsob podání: Perorálně nebo nitrožilně.

Interval: 8 až 6 hodin

Délka podání: Není-li uvedeno jinak, pak 48-72 hodin po poklesu teploty a ústupu známek infekce, u závažných stavů individuálně podle povahy infekce a klinického průběhu onemocnění, profylaxe po kousnutí 3-5 dnů.

Tabulka 2

sultamicilin (ampicilin/sulbactam)

Indikace.

Indikace volby: Není lékem volby.

Další indikace:

Nekomplikované, méně závažné infekce respiračního traktu (otitis media, sinusitida,

akutní exacerbace chronické bronchitidy) způsobené β -laktamázu produkujícími kmeny *Haemophilus influenzae*, případně *Moraxella catarrhalis*.

Profylaxe nebo léčba infekcí po kousnutí člověkem nebo zvířetem.

Nekomplikované infekce dolních močových způsobené kmeny produkujícími inhibovatelnou β -laktamázu.

Dávkování.

Obvyklá dávka: Dospělí obvykle 750-1500 mg každých 12 hodin, u nekomplikovaných infekcí močových cest 375 mg každých 12 hodin nebo 2,25 g jednorázově; děti s tělesnou hmotností nižší než 30 kg 25 mg/kg každých 12 hodin.

Způsob podání: Perorálně.

Interval: 12 hodin.

Délka podání: 48-72 hodin po poklesu teploty a ústupu známek infekce.

Makrolidy a azalidy. Tato epidemiologicky velmi riziková skupina antibiotik je nadužívána podobně často jako předchozí a její předepisování je dlouhodobě podporováno intenzivním marketingem. Hlavním marketingovým argumentem jsou obvykle infekce vyvolané tzv. atypickými patogeny (mykoplasmata, chlamydie). Podle seriosních studií je však jejich etiologický podíl omezený (pokud se sezónně nezvyšuje výskyt mykoplasmatových pneumonií), většina běžných infekcí, které vyvolávají, má samoúzdavný charakter. Jedinou oprávněnou indikací může být atypická pneumonie. Avšak až na výjimky, nejsou ani tady makrolidy a azalidy považovány za léky volby a přednostně by měl být podán doxycyklin. Nevhodné je podávání makrolidů u akutních tonsilofaryngitid, pokud se nejedná o pacienta s alergií k betalaktámům (lékem volby je penicilin). Rezistence pyogenních streptokoků k makrolidům vzniká velmi rychle. Makrolidy a azalidy jsou potentními selektory MRSA. Azitromycin je sice aplikován pohodlně, má však jen omezený eradikační potenciál a jeho subinhibiční koncentrace ve tkáních přetrvávají velmi dlouho, což předurčuje riziko selekce rezistentních kmenů. Podle provedených preskripčních analýz se většina makrolidů reálně podává u akutních respiračních infekcí virové etiologie, kde není vůbec indikována antibiotická léčba. Podíl oprávněných indikací makrolidů lze odhadovat přibližně na 15 až 20% současného stavu. Přitom ale jejich podíl na celkové ambulantní spotřebě v České

republice trvale narůstá.

Skupina těchto antibiotik má téměř identické spektrum účinnosti na citlivé mikroby a jejich vliv na mikroflóru člověka i prostředí se sčítá. V zájmu zachování jejich účinnosti je proto nezbytné striktní dodržování specifických indikací.

Tabulka 3 a 4: Objektivní indikace nejčastěji používaných makrolidů a azalidů podle Konsensu používání antibiotik ČLS JEP - <http://www.cls.cz/dalsi-odborne-projekty>

azitromycin

Indikace

Indikace volby:

Není lékem volby.

Indikace alternativní:

Alternativa erythromycinu u komunitních a atypických pneumonií, respiračních chlamydiových a mykoplasmatických infekcí, tonzilofaryngitidy způsobené *Arcanobacterium haemolyticum*, bacilární angiomatózy.

Alternativa erythromycinu u empirické léčby pneumonie v komunitě v období zvýšeného výskytu mykoplasmatových nebo chlamydiových infekcí, zejména u mladých dospělých, s výjimkou nemocných se závažným základním onemocněním nebo imunokompromitovaných osob, kde použití monoterapie může být nedostatečné.

Alternativa penicilinu (při přecitlivělosti k penicilinům) u streptokokové tonzilofaryngitidy a nekomplikovaných infekcí měkkých tkání způsobených *S. pyogenes*.

Alternativa amoxicilinu (při přecitlivělosti k penicilinům) u infekcí dýchacích cest.

Alternativa clarithromycinu u infekcí způsobených *Helicobacter pylori* v trojkombinaci s inhibitorem protonové pumpy a dalším antibiotikem.

Alternativa tetracyklinu u chlamydiové nebo mykoplasmatické uretritidy nebo cervikovaginitidy a chlamydiových infekcí pánve.

Alternativa ceftriaxonu u chancroidu.

Alternativa rifabutinou pro prevenci diseminace infekce *Mycobacterium avium* komplex u pacientů s pokročilým AIDS.

Dávkování

Velikost dávek, interval a délka podávání závisí na typu a závažnosti infekce.

Obvyklá dávka:

Dospělí a děti s tělesnou hmotností vyšší



než 45 kg: První den 500 mg, dále 250 mg po dobu 5 dnů (v případě potřeby lze dávky zdvojnásobit), nebo 500 mg po dobu 3 dnů, nebo 1-2 g jednorázově. Děti s tělesnou hmotností do 45 kg první den 10 mg/kg, dále 5 mg/kg po dobu 5 dnů (v případě potřeby lze dávky zdvojnásobit), nebo 10 mg/kg po dobu 3 dnů, nebo 20 mg/kg jednorázově.

Způsob podání: Perorálně.

Interval: 24 hodin.

Délka podání: 3-5 (7) dnů.

Dávky u jednotlivých infekcí a délka léčby

• **Atypická pneumonie způsobená *Mycoplasma pneumoniae* nebo *Chlamydia pneumoniae*:** 500 mg první den, 250 mg po další 4 dny, děti starší 2 let 12 mg/kg po dobu 5 dnů.

• **Tracheobronchitis acuta způsobená *Mycoplasma pneumoniae* nebo *Chlamydia pneumoniae*:** 500 mg první den, 250 mg po další 4 dny nebo 500 mg denně po dobu 3 dnů, děti starší 2 let 12 mg/kg po dobu 5 dnů.

• **Bacilární angiomatóza:** 500 mg první den, 250 mg každé 24 hodiny po další 4 dny, děti starší 2 let 12 mg/kg každé 24 hodiny po dobu 5 dnů.

• **Infekce u pacientů s AIDS (*Mycobacterium avium* komplex, toxoplasmóza):** 500 mg každé 24 hodiny po dobu 21 dnů.

• **Prevence infekce *Mycobacterium avium* komplex u pacientů s pokročilým AIDS jako monoterapie:** 500 mg 3 krát týdně, nebo 1200 mg jednou týdně v kombinaci s 300 mg rifabutin denně.

• **Infekce *Helicobacter pylori*:** 500 mg každé 24 hodiny po 4 dny v kombinaci s amoxicilinem 1000 mg každých 12 hodin po dobu 7-14 dnů (nebo s metronidazolem 500 mg každých 12 hodin po dobu 7-14 dnů) a omeprazolem 20-40 mg každé 24 hodiny po dobu 7-14 dnů.

• **Tonsillopharyngitis acuta, infekce kůže a měkkých tkání s prokázanou nebo předpokládanou etiologií *Streptococcus pyogenes* (při přecitlivělosti k penicilinu):** 500 mg první den, 250 mg po další 4 dny, děti starší 2 let 12 mg/kg po dobu 5 dnů.

• **Sinusitis acuta (při přecitlivělosti k penicilinům):** 500 mg první den, 250 mg po další 4 dny nebo 500 mg denně po dobu 3 dnů, děti starší 2 let 12 mg/kg po dobu 5 dnů.

• **Otitis media acuta (při přecitlivělosti k penicilinům):** (pouze u dětí starších 6 měsíců) 10 mg/kg první den, 5 mg/kg po dobu dalších 2-5 dnů.

• Bakteriální superinfekce akutní bronchitidy (při přecitlivělosti k penicilinům): 500 mg první den, 250 mg po další 4 dny nebo 500 mg denně po dobu 3 dnů, děti starší 2 let 12 mg/kg po dobu 5 dnů.

• Akutní exacerbace chronické bronchitidy (při přecitlivělosti k penicilinům): 500 mg první den, 250 mg po další 4 dny nebo 500 mg denně po dobu 3 dnů, děti starší 2 let 12 mg/kg po dobu 5 dnů.

• Chlamydiová nebo mykoplasmatická uretritida, cervikovitida, chlamydiové infekce pánve: 500 mg první den, 250 mg po další 4 dny.

• Chancroid: 1000 mg jednorázově, děti 12-15 mg/kg jednorázově.

Upozornění

Pro upřesnění pozice azithromycinu jsou nezbytné aktuální údaje o rezistenci k erythromycinu v dané lokalitě.

Pneumonie se závažným průběhem a jiné závažné infekce vyžadují vždy parenterální zahájení léčby.

Tabulka 4:

clarithromycin

Indikace

Indikace volby:

• Infekce způsobené *Helicobacter pylori* v trojkombinaci s inhibitory protonové pumpy a dalším antibiotikem.

• Diseminovaná mykobakteriáza v kombinaci s dalšími nejméně dvěma tuberkulostatiky (rifabutin/etambutol/clofazimin/amikacin).

Indikace alternativní:

• Alternativa erythromycinu u komunitních a atypických pneumonií, respiračních chlamydiových a mykoplasmatických infekcí a tonsilofaryngitidy způsobené *Arcanobacterium haemolyticum*.

• Alternativa erythromycinu u empirické léčby pneumonie v komunitě v období zvýšeného výskytu mykoplasmových nebo chlamydiových infekcí, zejména u mladých dospělých, s výjimkou nemocných se závažným základním onemocněním nebo imunokompromitovaných osob, kde použití monoterapie může být nedostatečné.

• Alternativa penicilinu (při přecitlivělosti k penicilinům) u streptokokové tonzilo-

ryngitidy a nekomplikovaných infekcí měkkých tkání způsobených *S. pyogenes*, prevence revmatické horečky.

• Alternativa amoxicilinu (při přecitlivělosti k penicilinům) u infekcí dýchacích cest, prevence bakteriální endokarditidy před zubolékařským výkonem.

• Alternativa tetracyklinu u časných stadií lymeské nemoci (ECM), chlamydiové nebo mykoplasmatické uretritidy nebo cervikovitidy a chlamydiových infekcí pánve.

• Alternativa rifabutin u primární prevence atypických mykobakterií u HIV/AIDS pacientů s hlubokým poklesem CD4 lymfocytů.

Dávkování

Velikost dávek, interval a délka podávání závisí na typu a závažnosti infekce.

Obvyklá dávka:

• Perorálně: Dospělí a děti s tělesnou hmotností vyšší než 45 kg: 250-500 mg každých 12 hodin. Děti s tělesnou hmotností do 45 kg a starší 6 měsíců 7,5 mg/kg každých 12 hodin.

• Nitrožilní infuzí: Dospělí a děti s tělesnou hmotností vyšší než 45 kg 500 mg každých 12 hodin. Děti s tělesnou hmotností do 45 kg a starší 6 měsíců 7,5-15 mg každých 12 hodin.

Způsob podání: Perorálně nebo nitrožilní infuzí.

Interval: 12 hodin.

Délka podání: Není-li uvedeno jinak, pak 48-72 hodin po ústupu známek infekce, u závažných stavů individuálně podle povahy infekce a klinického průběhu onemocnění.

Dávky u jednotlivých infekcí a délka léčby

• **Infekce způsobené *Helicobacter pylori*:** 500 mg každých 12 hodin po 7 dnů v kombinaci s amoxicilinem 1000 mg každých 12 hodin po dobu 7-14 dnů (nebo s metronidazolem 500 mg každých 12 hodin po dobu 7-14 dnů) a s omeprazolem 20-40 mg každé 24 hodiny po dobu 7-14 dnů.

• **Diseminovaná infekce *M. avium* komplex u pacientů s AIDS:** 750-1000 mg každých 12 hodin po 12 i více týdnů v kombinaci s dalšími antimykobakteriálními léky (etambutolem, clofaziminem, rifabutinem nebo ciprofloxacinem).

• **Tonsillopharyngitis acuta způsobená *Arcanobacterium haemolyticum*:**



250-500 mg každých 12 hodin, děti starší 6 měsíců 15 mg/kg/den ve dvou dílčích dávkách po 12 hodinách. Aplikuje se po dobu 10 dnů.

• **Atypická pneumonie způsobená *Mycoplasma pneumoniae* nebo *Chlamydia pneumoniae*:** 250-500 mg každých 12 hodin, děti starší 6 měsíců 15 mg/kg/den ve dvou dílčích dávkách po 12 hodinách po dobu 10-14 dnů.

• **Pneumonie způsobená *Legionella pneumophila*:** Parenterálně 500-1000 mg každých 12 hodin po dobu 14 dnů (event. v kombinaci s 600 mg rifampicinu každých 24 hodin, nebo 500 mg ciprofloxacinu každých 12 hodin orálně nebo 200-400 mg každých 12 hodin nitrožilně, nebo 200-400 mg ofloxacinu každých 12 hodin nebo 500 mg levofloxacinu každých 24 hodin).

• **Tracheobronchitis acuta způsobená *Mycoplasma pneumoniae* nebo *Chlamydia pneumoniae*:** 250-500 mg každých 12 hodin, děti starší 6 měsíců 15 mg/kg/den ve dvou dílčích dávkách po 12 hodinách po dobu 7-10 dnů.

• **Tonsillopharyngitis acuta, infekce kůže a měkkých tkání s prokázanou nebo předpokládanou etiologií *Streptococcus pyogenes* (při přecitlivělosti k penicilinu):**

250-500 mg každých 12 hodin, děti starší 6 měsíců 15 mg/kg/den ve dvou dílčích dávkách po 12 hodinách po dobu 10 dnů.

• **Sinusitis acuta (při přecitlivělosti k penicilinům):** 250-500 mg každých 12 hodin, děti starší 6 měsíců 15 mg/kg/den ve dvou dílčích dávkách po 12 hodinách po dobu 10 dnů.

• **Otitis media acuta (při přecitlivělosti k penicilinům):** 250-500 mg každých 12 hodin, děti starší 6 měsíců 15 mg/kg/den ve dvou dílčích dávkách po 12 hodinách po dobu 5-10 dnů.

• **Bakteriální superinfekce akutní bronchitidy (při přecitlivělosti k penicilinům):** 250-500 mg každých 12 hodin, děti starší 6 měsíců 15 mg/kg/den ve dvou dílčích dávkách po 12 hodinách po dobu 7-10 dnů.

• **Akutní exacerbace chronické bronchitidy (při přecitlivělosti k penicilinům):** 250-500 mg každých 12 hodin, děti starší 6 měsíců 15 mg/kg/den ve dvou dílčích dávkách po 12 hodinách po dobu 5-7 dnů.

• **Komunitní pneumonie (při přecitlivělosti k penicilinům, není-li způsobena legionellami nebo *Haemophilus influenzae*):** 500 mg každých 12 hodin, děti starší 6 měsíců 15 mg/kg/den ve dvou

dílčích dávkách po 12 hodinách po dobu 10-14 dnů.

• **Časná stadium lymeské nemoci (při přecitlivělosti k penicilinům):** 250-500 mg každých 12 hodin po 10 dnů, děti 5-10 mg/kg/den ve dvou dílčích dávkách po 12 hodinách po dobu 10 dnů.

• **Chlamydiová nebo mykoplasmatická uretritida, cervikovaginitida, chlamydiové infekce pánve:** 500 mg každých 12 hodin po dobu 10-14 dnů.

• **Prevence revmatické horečky:** 500 mg každých 24 hodin dlouhodobě.

• **Prevence bakteriální endokarditidy:** 500 mg 1 hodinu před zákrokem jednorázově.

• **Prevence atypických mykobakterií u pacientů s pokročilým AIDS:** 500 mg každých 12-24 hodin po délku života.

Upozornění.

Pro upřesnění pozice clarithromycinu jsou nezbytné aktuální údaje o rezistenci k erythromycinu v dané lokalitě.

Pneumonie se závažným průběhem a jiné závažné infekce vyžadují vždy parenterální zahájení léčby antibiotiky.

AloclairTM gel

AFTY?

RYCHLÁ A DLOUHODOBÁ ÚLEVA OD BOLESTI

- VYTVÁŘÍ OCHRANNÝ FILM
- PODPORUJE HOJENÍ
- BEZPEČNÝ PRO DĚTI I KOJENCE
- PŘÍJEMNÁ CHUŤ

BEZ ALKOHOLU
BEZ SALICYLÁTŮ

K DOSTÁNÍ POUZE V LÉKÁRNĚ

POUŽITÍ: Naneste 1 nebo 2 kapky gelu tak, aby pokryly celý vřídek nebo poranění v ústech. Vyvarujte se přímého kontaktu aplikátoru s poraněním. Aby se mohla vytvořit ochranná vrstva, nedotýkejte se poranění jazykem po dobu alespoň 2 minut. Po každém použití zavřete víčko. Použijte 3-4 krát denně, nebo dle potřeby. Po dobu nejméně 1 hodiny od aplikace nejezte ani nepijte. **KONTRAINDIKACE:** Aloclair Gel nesmí užívat pacienti se známou přecitlivělostí na kteroukoli složku přípravku. **ČTĚTE PEČLIVĚ PŘÍBALOVOU INFORMACI.**

Výrobce: Sinclair Pharma Srl, Italia. **Distributor v ČR:** Pears Health Cyber s.r.o., Dělnická 12, 170 00 Praha 7, ČR, info@alocclair.cz

WWW.ALOCLAIR.CZ



Lze zvýšit účinnost antibiotické léčby?

Trvalý nárůst antibiotické resistance mikrobiálních původců infekcí se stává celosvětovým problémem. K jeho vzniku přispívá zejména neúčelné podávání antibiotik (ATB) u infekcí virové etiologie. Těžko můžeme očekávat, že situaci vyřeší vývoj nových ATB. Pomoci může hlavně uvážené podávání současných ATB.

Jako zajímavá možnost se jeví hledání přípravků, které by podporovaly účinek ATB.

Současné podávání ATB s některými proteolytickými enzymy (trypsin, chymotrypsin, bromelain), vedoucí ke zlepšení terapeutického efektu je v literatuře popisováno od 50. let minulého století. Prospěšnost této kombinace byla ověřena řadou experimentů na zvířatech i v klinických studiích. Bylo prokázáno zvýšení koncentrace ATB v tělních tekutinách (cerebrospinální mok, sérum, žluč, moč), zlepšení jejich penetrace do tkání a tím zvýšení efektivity léčby (tzv. efekt vehikula). Tento farmakologický účinek je popisován také u kombinovaných enzymových přípravků s obsahem trypsinu, chymotrypsinu, bromelainu a papainu (Wobenzym®, Phlogenzym®), které jsou registrované na tuzemském farmaceutickém trhu (viz www.sukl.cz). Zvýšení léčebného efektu ATB při kombinaci s těmito léky se věnují i aktuální odborné publikace.

Článek prezentuje stručný přehled experimentů a klinických studií, které prokázaly efekt vehikula při nejrůznějších kombinacích aplikací cest ATB a enzymových preparátů. Pacientovi pochopitelně přináší největší komfort možnost perorálního podání obou přípravků.

V experimentu na psech byl např. prokázán zvýšený průnik penicilinu do cerebrospinálního moku při současném i.m. aplikaci penicilinu s i.p. podáním bromelainu (Moss, 1963). I.m. aplikovaný chymotrypsin zase potencoval průnik i.m. podaného penicilinu do zánětlivých granulomů u potkanů (Wohlmán, 1969).

Klinické zkušenosti s potenciací efektu antituberkulotik současnou i.m. aplikací trypsinu byly publikovány již v padesátých letech (Rapoport, 1958). Zlepšení terapeutického efektu penicilinu, chloramfenikolu, novobiocinu a erytromycinu při současném podávání bromelainu popsal Neubauer (1961) při léčení pneumonií, chronické bronchitidy, tromboflebitidy a perirektálních abscesů. Seneca a Peer (1963) prokázali při souběžném p.o. podávání chymotrypsinu a tetracyklinu zvýšené koncentrace ATB v krvi a v moči. Bodi (1965) kvantitativně verifikoval vliv p.o. podávaného bromelainu na permeabilitu tkání pro tetracyklin ve dvojité zaslepené randomizované studii kontrolované placebem. Tetracyklin stanovoval v tekutině puchýřů, jejichž tvorba byla indukována roztokem kantaridinu. U bromelainové skupiny se vytvořilo větší množství puchýřové tekutiny s vyšším obsahem tetracyklinu. Tinozzi a Venegoni (1978) prokázali u nemocných léčených současně amoxicilinem a bromelainem vyšší koncentrace antibiotika ve žluči, žlučníku, apendixu a v kůži než u nemocných, kteří užívali ATB samotná nebo ATB spolu s indometacinem. Luerti a Vignali (1978) u pacientek indikovaných k hysterektomii s adnexetomií před výkonem podali p.o. jednorázovou dávku amoxicilinu nebo tetracyklinu v kombinaci s bromelainem nebo indometacinem, případně placebem. Současné podání bromelainu signifikant-

ně zvyšovalo koncentrace ATB v séru i ve tkáních ve srovnání s indometacinem a placebem.

Výhody, které přináší při léčbě ATB jednotlivé proteolytické enzymy, se projevují i při používání cíleně sestavených enzymových kombinací Wobenzymu® (WE) nebo Phlogenzymu® (PHL). Klinické studie potvrzují podpůrnou účinnost těchto enzymových preparátů (na niž se nesporně podílí zvýšení penetrace ATB i chemoterapeutik do tkání) u většiny akutních i chronických zánětlivých infekčních procesů. Jako příklady lze uvést sinusitidy, bronchitidy, cystopyelitidy, adenitidy otitidy a další.

Barsom (1982, 1983) analyzoval ve svých studiích účinnost kombinace devíti ATB a chemoterapeutik s přípravkem WE u pacientů s prostatitidami, cystitidami a cystopyelitidami. V séru odebraném za 8 hodin po podání antimikrobiálních léků byly jejich hladiny vyšší u pacientů, kteří je dostávali v kombinaci s WE oproti pacientům, kteří brali ATB samotná. Největší nárůst sérové koncentrace byl zaznamenán při kombinaci WE s doxycyklinem, amoxicilinem a ampicilinem. Pozitivně byl ovlivněn i klinický průběh onemocnění a laboratorní ukazatele.

Suchich (1997) popsal významné zvýšení efektivity ATB léčby chronických urogenitálních chlamydií s projevy zánětu a/nebo neplodností při současném užití kombinace doxycyklinu a ofloxacinu s enzymoterapií (WE 15 drg/den. p.o. nebo chymotrypsin inj. i.m.). Samotnými ATB dosáhl vyléčení v 61,2 %, při kombinaci ATB s WE nebo chymotrypsinem bylo vyléčeno více než 90 % nemocných. Žádný z vyléčených kombinací ATB a enzymoterapie neprodělal recidivu onemocnění v následujících 3 měsících. Suchich navíc prokázal u pacientů léčených kombinací ATB a WE při imunologickém vyšetření zlepšení nebo normalizaci původně patologických hodnot spontánní i stimulované produkce interferonů. Významný je i fakt, že výsledky léčby při injekční aplikaci chymotrypsinu byly stejné jako při p.o. podávání WE, které bylo pro pacienty nesrovnat-

elně pohodlnější, bez nutnosti docházení na injekce a v neposlední řadě bez vedlejších reakcí, které se vyskytly při podávání chymotrypsinu.

Förstl (2006) publikoval v ČR obdobné výsledky při léčbě akutních urogenitálních chlamydií. Dosáhl významně lepších výsledků při kombinaci azitromycinu (AZT) s WE než při použití samotného ATB (AZT 56,25% vyléčených vs. AZT + WE 81,25% vyléčených). Možnost využití enzymoterapie v léčbě chlamydií zmiňuje také Bartoníčková (2003).

Zkušenosti se současným podáváním ATB a systémové enzymoterapie prezentovali i další čeští autoři (Hubáček, Veldová, Vyhnančková). Kombinovanou léčbu aplikovali u sinusitid, sekretorických otitid, laryngitid, chronických sinusitid a dalších ORL diagnóz.

Vzhledem k rychle přibývajícím resistencím i na nově zaváděné chinolony, je přínosná práce Tkachuka (2007), který u pacientů s chronickou bakteriální prostatidou prokázal statisticky významně lepší terapeutické výsledky při kombinaci chinolinů s WE. Např. eliminace původce onemocnění byla bakteriologickým vyšetřením ejakulátu potvrzena u 95,7% mužů, kteří dostávali chinolony s WE a jenom u 64,6% léčených pouze chinolony. Navíc u mužů s kombinovanou terapií ofloxacin (OFL) + WE byly prokázány vyšší koncentrace OFL v ejakulátu a v tkáni prostaty (z transrektální biopsie) oproti kontrolám léčeným pouze OFL.

Můžeme tedy shrnout, že zlepšení efektu ATB při současném p.o. podávání léků pro systémovou enzymoterapii potvrzují i moderní práce. V současné době stálého nárůstu bakteriálních rezistencí na ATB by toto téma jistě zasluhovalo větší pozornost a zejména intenzivní výzkum.

MUDr. Marta Honzíková

MUCOS Pharma CZ – klinický výzkum
Literatura u autorky.



Ze světa odborné literatury...

Péče o děti s Downovým syndromem

Downův syndrom je chromosomální abnormalitou. Díky medicínským pokrokům se postupně zvyšuje střední doba věku pacientů. Péče však musí být velmi individuální a intenzivní + celoživotní.

V práci jsou prezentovány všechny důležité medicínské abnormality, které autoři u tohoto syndromu popsali. Downův sy (DS) je z hlediska kongenitálních abnormalit zastoupen v 8%. DS je charakterizován dysmorfickým zjevem a opožděním psychomotorického vývoje. Děti mají samozřejmě zvýšené riziko kongenitálních defektů, jako jsou srdeční vady a kongenitální gastrointestinální defekty, coeliakie a hypothyreosa. Střední věk smrti u těchto jedinců se zvýšil z 25 na 50 let. V dnešní době je možná operace VCC u DS. Úmrtnost pro malignity mimo leukémii a testikulární karcinomy je nízká.

Již v novorozeneckém věku lze pomocí karyotypu DS diagnostikovat. Z hlediska kliniky po narození patří do DS hypotonie, problémy s pitím, respirační infekty a i katarakta. Po stanovení diagnózy by měli být rodiče vyčerpávajícím způsobem informováni.

Již po porodu jsou patrné malé oči, velký jazyk, široké prostory mezi 1.-2. prstem na noze, brachycephalií, plochým obličejem, transversální linií na dlaních, plochým nosem a dalším.

Z hlediska kardiovaskulárního má kolem 50% těchto jedinců VCC a to AV kanál, VSD a další. Také ASD. Toto může vést k plicní hypertenzi. Chirurgická korekce je vhodná mezi 2.-4. měsícem, v případě Fallota dříve.

Dále je patrný abnormální vývoj zubů, hypotonie v obličeji, chronická onemocnění středního ucha. Chirurgická korekce VCC se provádí v průměru ve věku kolem 4 měsíců, v případě Fallota dříve.

Více než polovina dětí má oční abnormality. Strabismus, nystagmus, v 15% kongenitální katarakty, někdy i katarakty získané. Časté jsou refrakční vady, později se vyvíjí i keratokonus. Patrná chronická onemocnění středního ucha, častá je i chronická rýma. Alergie zde nehraje důležitou roli v příčině chronické rhinitidy. Ale na druhé straně imunologický nepořádek vede k rec. infekcím HCD. Porucha sluchu vede k poruchám řeči. Proto je zde také nutné co nejrychlejší vyšetření sluchu. Porucha spánkového dýchání zapříčiněná makroglosií, glosoptosou i zvětšením mandlí a AV. Proto se zde doporučuje polysomnografie k posouzení spánkové poruchy, musí být dělána kolem 3. roku věku.

Většinu příjmů dětí k hospitalizaci při infekci HCD. Častá je přítomnost RS viru. Tracheomalacie je příčinou prodloužených průběhů. Dynamická instabilita a hypotonie umocňuje vše. Někdy bývá i plicní hypoplasie a subpleurální cysty. RSV profylaxe je zde nutná.

Kongenitální defekty gastrointestinálního trak-

tu ve 4-10%, nejčastěji pak duodenální defekty a atresie anu. Dále pak gastroesophageální reflux, obstrukce, někdy i následkem Hirsprungovy choroby. Je zde pro poruchu koordinace nutná stimulace vývoje orálního systému. Jsou zde poruchy pití a polykání. Z hematologických abnormalit je v popředí v 66% trombocytopenie a ve 30% polycytémie.

Z hlediska endokrinního funkce od autoimunní hypothyroidity po kongenitální hypothyreosu.

Jsou nalézány protilátky proti štítné žláze. Celé toto pak může vést k manifestní hypothyreose. Často bývá laboratorně nalézáno zvýšení TSH s normální hodnotou T4. Děti s DS mají také specifickou růstovou křivku. Z hlediska ortopedických vad je popisována hypermobilita, hypotonie, kraniocervikální instabilita v 50%, patello-femorální instabilita ve 20%, klouzává kapitální femorální epifyza s poměrně špatnou prognosou. Tato se většinou manifestuje se začátkem chůze kolem 2 let věku. Pes planus a posturální kloubní valgus v oblasti kotníku na noze je abnormalitou. Je zde nutná včasná fyzioterapie.

Ve 3% jsou patrné abnormality uropoetického traktu, častěji je patrná hydronefrosa a hypospadie.

Z hlediska sexuálního vývoje u adolescentních děvčat je začátek puberty podobný jako u standardních adolescentek. Také u chlapců jsou podobné hladiny hormonů, chlapci ale mají malou schopnost reprodukce. Jsou zde problémy menstruačního cyklu a následné hygieny.

Z hlediska dermatologických problémů se objevuje v 10% alopecie a ve 20% seboreické dermatitidy. Je zde poměrně nízká alergická zátěž.

IQ je pokleslé na první dekádu života, ale mnohdy se mohou v adolescenci kognitivní funkce vylepšit. IQ se pohybuje od 35 do 70. Těžké mentální postižení je vidět zřídka. Kolem 25% pacientů má psychologické problémy a u 25% se objevují psychiatrické záležitosti. Autismus je popisován v 7% a epilepsie v 8% a to často jako infantilní spazmy. Záleží zde na rozvoji schopností bez asistence.

Eur.J.Pediatr.2010;169,1445-1452.

Hereditární hyperferritinémie – cataract syndrome

Ferritin je reaktant akutní fáze, který se zvyšuje v průběhu infekcí, zánětů, autoimunních onemocnění, onkologických onemocnění a při hemofagocytových syndromech. U asymptomatických pacientů izolovaná hyperferritinémie může být také v závislosti na vysokém přívodu železa. Hodnoty hyperferritinémie nad 300 ng/ml a zvýšená hladina železa bývají u hemochromatosis. Vysoké hodnoty při absenci přívodu železa jsou způsobeny hemochromatosis typu 4a nebo více často hereditár-

ní hyperferritinémií – syndromem katarakty. Tento syndrom rezultuje z různých mutací genu pro ferritin na příslušném chromosomu. Když se pak náhodně setkají asymptomatictí pacienti s izolovanou hyperferritinémií při nepřítomnosti většího přívodu Fe, může se v rodině objevit hereditární hyperferritin-katarakt syndrom. Prezentují kazuistiku 4letého chlapce, kde rutinní laboratorní testy prokazovaly zvýšení ferritinové hladiny na osminásobek.

Pacient byl asymptomatický, fyzikální vyšetření bylo normální a neobjevilo se ani u očního lékaře diagnostikujícího hypermetropii nějaké podezření. V rodině i u otce a strýce se pak zjistila vysoká hladina ferritinu a katarakta, která se u nich vyvinula v dětství. Také na abdominálním sono byl normální nález. Ostatní výsledky u pacientova hemogramu byly normální. Genetická studie rodiny vykazala přítomnost alelické varianty. Katarakta je zde obvykle bilaterální, progresivní se začátkem v mladém věku. Má charakteristický vzhled.

Eur.J.Pediatr./2010/169,1553-1556.

Poškození kouřem u dětí

Mnoho dětí je dnes v rodinách poškozováno kouřením dospělých. Již fetální expozice kouřem, kouření během těhotenství zapříčinuje intrauterinní růstovou retardaci, časté porody nezralých dětí i vyšší perinatální mortalitu ve vyspělých zemích. Častěji se také vyskytuje placentární abrupce. Samozřejmě pak mají tyto děti více respiračních onemocnění. V dnešní době se také zvyšuje počet kuřáků dětí pod 13 let věku.

Eur.J.Pediatr.2010/ 169,1565-1567.

Biliární atresie zkušenosti

Autoři prezentují výsledky center, které se věnují operacím biliární atresie. Pro nepoznané formy informují již o podezření na uvedenou zvláštnost při ikteru přetrvávajícím ve 14 dnech věku novorozence. Zde tato hladina stoupá a s tím i hladina přímého bilirubinu. U pacientů prováděli operaci podle Kasaieho, a to portoenterostomií. Celkem bylo takto zavazato 29 pacientů s biliární atresii. Střední věk v době operace byl 66 dní. BA je vlastně dynamická zánětlivá fibroobliterace extrahepatálních žlučových cest, která je pozorována v prvním měsíci života. Je pak příčinou těžké cholestasy a jaterní cirhosis. Bez operace vede k exitu v prvních měsících života. Portoenterostomie je řešením. Je ale také důležité, zda se jedná o formu perinatální nebo fetální. 1/3 dětí pak prodělala transplantaci jater. Křivka přežívání byla různá v obou skupinách, a to 87% u perinatální formy a 43% u fetální formy. Výsledky po transplantaci jater byly velmi slušné.

Eur.J.Pediatr./2010/169:1529-1534

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



Aktuality...

Fond má zajistit zdravotníky pro nemocnice Plzeňského kraje

Nadační fond Zdravotník, který založil Plzeňský kraj, má za cíl zajistit lékaře a zdravotní sestry pro šest krajských nemocnic. Bude podporovat studenty lékařské fakulty a vyšších a středních škol. Vysokoškoláci s prospěchem do 2,0 budou dostávat poslední tři roky studia 5000 korun měsíčně a budoucí střední personál dva roky po 3000 Kč.

Nadační fond Zdravotník, který založil loni v září Plzeňský kraj, má za cíl zajistit lékaře a zdravotní sestry pro šest krajských nemocnic. Bude podporovat studenty lékařské fakulty a vyšších a středních škol. Vybraní vysokoškoláci s prospěchem do 2,0 budou od nového akademického roku dostávat poslední tři roky studia 5000 korun měsíčně a budoucí střední personál nemocnic dva roky po 3000 Kč.

Za to musí pět let po ukončení studia pracovat v krajské nemocnici a vykonávat konkrétní obor. Pokud by z nemocnice odešli, podporu by vraceli. ČTK to řekla bývalá hejtmanka a místopředsedkyně sněmovního sociálního výboru Milada Emmerová (ČSSD).

Nadační fond Zdravotník, který chce podporovat také předatestační školení lékařů, vyhlásí stipendijní programy letos v únoru. Do konce ledna zvolí novou dozorčí radu, v níž budou i sponzoři. "Jednáme s deseti největšími firmami z regionu, které přislíbily do fondu peníze vložit. Jasno o vkladech bude do poloviny ledna," uvedla tajemnice fondu Lucie Sýkorová. Kraj jako zakladatel už dal do nadačního fondu jednorázových 500.000 korun. Poslankyně dnes byla ochotna jmenovat pouze ČEZ a jeho nadaci a městskou firmu Plzeňská teplárenská, která přislíbila podporu dvěma studentům ve 4. až 6. ročníku.

Podle Emmerové iniciovali vznik fondu sami studující lékaři před dvěma lety. Právní přípravy byly složité, ale připustila, že je prodloužila také nekalifikovanost právníků v problematice. Poslankyně odmítla to, že start fondu reaguje na výzvu lékařských odborů Děkuje, odcházíme;

Zdravotník se podle ní zrodil před touto kampaní. "Odchody lékařů chápu jako pokus o rychlou razantní reformu," dodala.

Do únorového vyhlášení stipendijních programů provede ještě fond analýzu, jací lékaři a zdravotnický personál bude po nahlášených odchodech 37 procent z 222 lékařů krajských nemocnic nejvíce chybět. Na tyto obory se programy zaměří nejvíce.

Podobný fond založil nedávno Ústecký kraj, který se podle Emmerové nechal inspirovat Plzní, ale v přípravách byl rychlejší.

Zdroj: ČTK, 5.1.2011

Skončí u nás povinné očkování dětí? Odpor proti němu je stále větší

Jedni mluví o totalitní praxi, druzí o nutnosti. Napříště by měl zákon stanovit, jaká konkrétní očkování budou povinná.

Tenhle spor zatím jenom doutnal v tiché válce mezi lékaři a rodiči, kteří odmítali své děti nechat očkovat. Brzy by se však měl rozhořet naplno a navíc na parlamentní půdě.

Půjde o dost zásadní otázku: Zrušit povinné očkování dětí a nastartovat tak třeba i postupný konec této lékařské metody?

„Baruška se narodila v prosinci 2006 jako zdravé donošené miminko. Do čtyř měsíců probíhal její vývoj normálně, ale v průběhu pátého měsíce absolvovala očkování proti šesti nemocem, jež bylo sice rozděle-

né na tři vakcíny, nicméně podané v jeden den. Desátý den po očkování začala Baruška po kojení z ničeho nic modrat a škusbat sebou. Diagnóza zněla: epileptické záchvaty a hypotonický syndrom. Lékaři nenašli žádnou příčinu onemocnění a ani žádné vyšetření epilepsii nepotvrdilo. Rodiče však nepochybuji o tom, že její potíže vyvolala očkovací látka,“ vypráví jeden z příběhů rodičů, jejichž děti měly mít zdravotní komplikace kvůli některému z povinných očkování Martina Suchánková ze sdružení Rozalio. To se už čtyři roky u nás aktivně snaží o naprostou dobrovolnost v rozhodování o očkování dětí.

Za odmítnutí očkování už nehrozí sankce

Česká republika je ve světovém měřítku očkovací velmoc. Proočkovanost populace je u nás téměř sto procentní. Ve veřejnosti totiž víceméně vládne domněnka, že očkování je pro všechny děti povinné. Jenže loni v létě rozhodl Nejvyšší správní soud, že Gabriela a Vilém Čechovi – rodiče jiného dítěte, které mělo po jedné z vakcín nežádoucí reakci – nebudou za to, že odmítli pokračovat v očkování, nijak pokutováni. Seznam povinných očkování totiž neurčuje zákon, ale pouze vyhláška.

„Rozhodnutí soudu tak částečně uzavřelo kapitolu totalitního přístupu zákazů a příkazů a dává českým rodičům více svobody, ale také odpovědnosti při rozhodování o zdraví svých dětí,“ komentoval rozsudek předseda Ligy lidských práv, která rodiče zastupovala, David Zahumenský.

Ministerstvo zdravotnictví tak připravuje novelu zákona, která se očkování týká a jež půjde v létě do parlamentu. Pokud vše ještě nezvrátí Ústavní soud. Jednotlivá očkování by tak nově měla být vymezena přímo zákonem, a hlavně by měla být povinná a za porušení by měly následovat sankce. O tom však musí rozhodnout parlament. Lze proto očekávat, že odpůrci povinného očkování se budou snažit ovlivnit poslance, aby očkování povinné nebylo.

„Podle vývoje v jiných západoevropských zemích je jasné, že se povinnost dříve či později zruší. Čím dříve, tím lépe. Je to pozůstatek totalitního režimu nařizovat lidem, co je pro ně a jejich děti nejlepší,“ říká Suchánková.

Vedlejší účinky a mýty kolem nich

Podstatou hnutí za svobodnou volbu v očkování není jen boj za svobodu jedince. Očkování má totiž podle odpůrců povinné vakcinace mnoho vedlejších účinků, které prý v některých případech převažují nad přírodním prospěchem.

Naproti tomu jenom výjimečně se v Česku najdou vědci nebo lékaři, kteří by očkování nehájili. Proč se tedy proti němu zvedá taková vlna odporu po celém světě?

„Na jedné straně za to mohou skutečně vedlejší účinky, na druhé mýty, které se na očkování v průběhu let nabalily. Je fascinující, kolik jich je,“ říká profesor imunologie Václav Hořejší.

Jedním z nejznámějších mýtů, který má i v Česku mnoho zastánců, včetně Rozalio, je ten, že očkování je jednou z příčin autismu.

„Vinu na tom nese skupina amerických lékařů, která chtěla vydělat peníze na soudech s farmaceutickou firmou vyrábějící očkovací látky proti spalničkám. Šlo o takzvanou vakcínu MMR. Prokázalo se, že lékaři zmanipulovali fakta tak, aby to vypadalo, že mezi očkováním a diagnózou autismu je přímá souvislost. Problém je, že tato teorie mezitím začala žít svým životem a mnozí začali hledat jiné důkazy. Třeba, že příčinou je určité množství rtuti, která se ve vakcínách používá k zamezení bakteriálního růstu. Zjistilo se ovšem, že ta koncentrace je velmi malá a nemůže mít na zdraví významný vliv,“ vysvětluje Marek Petráš, dří-



vější technolog a šéf výroby očkovacích vakcín ve firmě Sevak, který se podílel i na vývoji některých vakcín.

Zdroj: iHNed.cz, 6.1.2011

■ **Marx: vyšší úhrady**

akreditované nemocnice nespasí

Ředitelé nemocnic si stěžují, že akreditace jim nepřináší žádné hmatatelné výhody. Naopak - nemocnice, která akreditaci má, je jednoznačně znevýhodněná. Co na tyto námitky říká předseda Sdružené akreditační komise - MUDr. David Marx? Čtete rozhovor v článku...

Ředitel Fakultní nemocnice Hradec Králové, prof. Prymula označil akreditaci jako kouli u nohy. „Museli jsme přijmout několik desítek dalších zaměstnanců a tento proces nás stál několik desítek milionů korun. Pro naši nemocnici jde o jednoznačné znevýhodnění.“ Souhlasíte s tím, že akreditované nemocnice jsou kvůli vyšším výdajům finančně znevýhodněné?

Standardy SAK nejsou preskriptivní - nevyžadují tedy explicitně žádné stavební změny, nákupy techniky či přijetí nových zaměstnanců. Neznám konkrétně situaci ve FNHK, takže se nemohu vyjádřit k uváděné částce. Většina požadavků akreditačních standardů je vázána na účinné dodržování národní legislativy (nejen v oblasti poskytování zdravotní péče, ale např. v oblasti stavebního bezpečí, evakovatelnosti nemocnice, naplňování hygienických požadavků apod.) Pak je jisté možná situace, že nějaké zdravotnické zařízení, které doposud tyto požadavky nenaplňovalo, je v rámci akreditačního procesu naplnit musí - to ale není nevýhoda akreditace, ale spíše její výhoda zvyšující bezpečí jak pacientů tak personálu a managementu daného zařízení. Z našich zkušeností vyplývá, že právě naplnění požadavků národní legislativy může představovat pro akreditující zdravotnické zařízení zvýšené náklady.

Je pravda, že na začátku akreditačního procesu byly nemocnicím slíbeny vyšší úhrady od pojišťoven?

O žádném takovém slibu mi není nic známo. Je ale pravda, že v mezinárodním kontextu je fakt, že zdravotnické zařízení prošlo úspěšně akreditací a/nebo certifikací buď podmínkou k poskytování péče v rámci veřejného systému, nebo podmínkou úhrady poskytnuté péče. Návrh na zvýšenou úhradu pro akreditované či certifikované nemocnice byl obsažen v první verzi úhradové vyhlášky pro rok 2010, nicméně v konečném znění již nebyl.

Měly by být podle vás akreditované nemocnice finančně zvýhodněné lepšími platbami od pojišťoven?

Ve shodě ze zahraničními zkušenostmi se domníváme, že fakt, že zdravotnické zařízení bylo akreditováno či certifikováno by mělo být důvodem k jejímu zvýhodnění (ať už formou zvýšené úhrady, nebo preference při uzavírání smluv z plátců). A to nikoli proto, že ji "akreditace něco stála", ale především proto, že v systému založeném majoritně na veřejné úhradě by měl být zájem, aby zdravotnická zařízení byla motivována k zavádění systémového řízení kvality a bezpečí zdravotní péče. V poslední době se hodně mluví o tzv. standardu péče - dle našeho názoru ale chybně pouze v souvislosti s tím, na co má pacient nárok z veřejného zdravotního pojištění, nikoli už v jaké kvalitě a s jakou mírou rizika. Paradoxně by na takto nastaveném systému úhrady zdravotní péče vydělal nejvíce ten, který by zdravotní péči poskytoval "nejekonomičtěji" (a třeba za hranicemi pravidel, která definuje národní legislativa, o akreditačních standardech nemluvě) oproti tomu, kdo by kromě "počtu kusů" také hleděl na jejich kvalitu. Tu lze dosáhnout mnoha nástroji. Například tím, že plátců budou kromě ceny také hodnotit výsled-

ky některých zdravotních služeb (mortalita pacientů po některých výkonech, počet komplikací, nemocničních nákaz apod.) nebo uznávat některé komplexní systémy zvyšování kvality, které všechny tyto principy sdružují pod jednou střechou, jako je mimo jiné také akreditace.

Jedná Spojená akreditační komise o tomto kroku s některými pojišťovnami?

V roce 2010 proběhlo jednání Spojené akreditační komise, MZ a zastupců VZP a tří tehdy největších zdravotních pojišťoven. Výstupem byl obecně deklarovaný zájem plátců zohlednit při úhradě fakt, že je zařízení akreditováno či certifikováno (nejedná se o preferenci jediného systému). Vyjednání ekonomického zvýhodnění pro certifikaci/akreditaci však my sami nepovažujeme za samospasitelný systémový krok, vnímáme jej jako integrální součást jakékoli budoucí reformy systému.

Zdroj: www.tribune.cz, 3.1.2011

■ **Hejtmanovi z Vysočiny utíká nejvíc lékařů.**

V nejhorším bude pracovat v nemocnici

Jiří Běhounek příliš nevěří, že by doktorky nahnalo zpět vyhlášení stavu nebezpečí.

Hejtman Vysočiny Jiří Běhounek je v hodně složité situaci. V jeho kraji chce totiž dát výpověď skoro 80 procent doktorů, což je nejvíc v celé republice. Žádný krizový plán, který by zachránil zdravotnictví na Vysočině, ale zatím Běhounek nemá.

HN: Nemocnice na Vysočině jsou odchodem lékařů ohrožené nejvíc z celé republiky. Už zpracováváte krizový plán?

Můžete mi vysvětlit, jaký krizový plán mám zpracovat, když nám odejde 80 procent lékařů? Až vám odejde osm z deseti redaktorů, tak co uděláte s vašimi novinami? Budete je muset zavřít. Pátého ledna máme schůzku s řediteli nemocnic, kde nám předloží počty výpovědí, strukturu lékařů, kteří odejdou, a ohrožená oddělení, abychom mohli panu ministru říct, že třeba na 500 tisíc obyvatel nemáme ani jednoho anesteziologa. A pak budeme chtít slyšet od pana ministra řešení.

HN: Ministr zdravotnictví Leoš Heger říká, že by v případě nutnosti měli hejtmani vyhlásit stav nebezpečí a pak by bylo možné lékařům práci nařídit, podobně jako třeba při povodních. Počítáte jako hejtman i s touto variantou?

Jo, a my bychom to potom zaplatili, což by se panu ministru Hegerovi velmi hodilo.

HN: Jak to myslíte?

Podívejte se, jak to bylo se záplavami v Libereckém kraji. Tam nejdříve musel najít peníze v rozpočtu kraj a až pak teprve žádal o peníze vládu. Já si zatím nedovedu představit, kde bychom na to vzali.

HN: Ale připadá pro vás v úvahu, že by bylo v rámci stavu nebezpečí nařízeno lékařům, aby přišli do práce? Právě u vás, kde hrozí odchod skoro 80 procent doktorů, to může být dost aktuální...

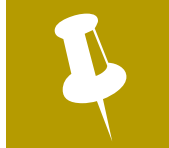
To samozřejmě nechám posoudit právníky. Ale co já mám v ruce? Když to vyhlásím, tak můžu možná požádat obvodní lékaře, aby nastoupili do nemocnice. Ale jaké mám páky na ty, co podali výpověď?

HN: Právníci i ministr Heger říkají, že v krizovém stavu jde nařídit práci komukoliv.

To si nejsem úplně jistý. Ale když to posvětila vláda, tak o tom můžeme diskutovat.

HN: Máte vy jako hejtman nějaký krizový plán, jak odchod 80 procent lékařů řešit?

Prosím vás, nedávejte veřejnosti nějaké naděje, že jsou tady hejtmani, kteří dokážou to, co nedokáže vláda nebo ministr. Já přece nemůžu mít žádné zázračné řešení. Pokud k odchodu lékařů dojde, tak



1. března zavřu hejtmanství a půjdu pracovat do nemocnice, protože jsem lékař se vším všudy. Jestli to ale zachráním, to nevím.

Zdroj: iHNed.cz, 29.12.2011

Bílí odboráři trhají maso z Leoše Hegera

Co bude s naším zdravím? Ó, ten děs! Věci se momentálně mají asi takto: vláda peníze na nemocniční doktory nedá. Prý nemá. Ministr Leoš Heger dělá, co může. Je s podivem, že se ještě nezhroutil. Prý se čerstvě snaží vyšťarat dvě až tři miliardy ze zdravotních pojišťoven.

Zároveň se dohodl s praktickými a ambulantními lékaři, že za "děkujeme, odcházíme" doktory zaskočí. Na to hned následovala protiakce bílých odborářů - ohlásili druhou vlnu výpovědí z nemocnic, prý další stovky lékařů odejdou. Oznámil to předseda Lékařského odborového klubu - Svazu českých lékařů Martin Engel.

V nemocnicích nyní pracuje asi 19 tisíc doktorů. Odchodem hrozí necelé 4000. To by prý jejich počet klesl na úroveň před deseti lety. Pokud se přidají další třeba 2000, nemocnice značně zpustnou. (Škoda, že taky pacienti nemohou udělat akci Děkujeme, odcházíme... Nemají kam.)

A co odešli lékaři? Kam půjdou? V Německu či Rakousku všechny nevezmou. Otevřít si u nás vlastní ordinaci není snadné. Část z nich možná bude léčit na živnostenský list (to by se mělo zavést). Zazvoní u vašich dveří a nabídnou: nechcete opravit krevní tlak? Stojí to dva tisíce pět set padesát pět kaček...

Legrace nastane i ve špitálech. Ministr Heger včera ohlásil, že za pobyt v nemocnici pacient zaplatí už ne 60, ale 100 korun denně. Teď jde jen o to, aby v pokoji či na sále neležel sám. Jistě, pokladní z nemocnice asi neodejdou, takže platit bude moci, ale za co...?

To je paradox dnešní situace. Heger se snaží něco dělat, ale lékaři mu podřezávají větve pod zadkem.

Tento týden jsem byl v nemocnici na Bulovce. Pídlil jsem se v jednom poněkud vymydleném pavilonu po stroji, kde mohu zaplatit vstupenku do ordinace (30 Kč). Sestra mi řekla: "Ty bedny tu skoro všechny ukradli. Jedna je ještě v pavilonu naproti, zkuste to tam." A sláva, byla, bednu jsem našel a fungovala, z čehož usuzuji, že i naše zdravotnictví stále funguje, když prodává vstupenky.

Lidé, kteří mají s velkými nemocnicemi osobní zkušenosti, říkají, že by bylo fajn, kdyby někteří lékaři odešli, a že by jim za jejich odchod poděkovali.

Na akci odborářů Děkujeme, odcházíme je nesympatická ta odborová masovost. (Ale bez ní by se asi věci příliš nezměnily.) Taky není sympatický požadavek na plošné zvýšení peněz - všem. To evokuje socialismus. Proč platit víc lékařů, který nestojí za nic a na pacienty kašle? Kdo je dobrý, má výsledky, ten by měl brát hodně.

Udělal jsem si malé, statisticky nevýznamné pátrání. Z lékařů, kterých si vážím, kteří mají při ambulantním dnu vždy plno, neodchází ani jeden...

To však nic nemění na tom, že by si část nemocničních lékařů nezasloužila vyšší platy. Stejně jako by si část pacientů zasloužila lepší lékaře.

Jako přílohu k textu - jiný pohled - dodávám dopis Prof. MUDr. Pavla Kalvacha, CSc. Z Fakultní nemocnice Královské Vinohrady:

Lékařské procitnutí

"Byly doby, kdy snad mělo jistý smysl odcházet za lepším do ciziny, ale dnes tomu tak určitě není. Výzvy, aby se v některých profesích organizovaně, kolektivně a hromadně odcházelo do ciziny, jsou něčím, s čím

se nemůžeme smířovat. Je to nepřijatelné vydírání." (Václav Klaus, prezident ČR, novoroční projev, 1. ledna 2011)

Zpráva o tom, že lékaři zvedají hlavu, se tedy dostala až na Hrad! Při úctě a vážnosti, jimž se prezidenti u svých národů těší, pocítujeme pasáž z novoročního projevu jako závažné napomenutí. Máme být před očima národa "vyděrači"? Pár slov nutné sebeobranu.

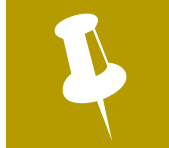
Dvacet let trpělivosti s deformacemi zdravotnictví by snad mohlo být dost na uznání, že nejsme vyzývaví uličníci. Sám se již řadu let stydím za nesmyslnou podrobnost lékařů k diktátům zbyrokratizované nové filosofie: Předělávání lékařů na podnikatele způsobilo již pojišťovnám nevyčíslitelné úniky z bezúčelných vyšetření; navádění k umělému výkaznictví, obliby výnosných diagnóz v systému DRG, shánění unikátních rodných čísel pro naplnění kasičky, rozlišování, která diagnóza u které pojišťovny může a nemůže být ošetřena v daném kvartálu, vulgarizace vztahů mezi pacientem a zdeptaným lékařem a další a další. Také zavedení bodu, jako vždy přizpůsobitelného média v odměňování práce, zasloužilo rozhodné veto hned na začátku. Kdo si to nechává líbit, je samozřejmě podezřelý z nedostatku svéprávnosti. Podle toho se s ním zachází. Snad proto přišli v r. 2008 poslanci dokonce na nápad, že nám budou určovat konstituční pravidla v Lékařské komoře. Mysleli, že se bez jejich vladařské moudrosti neobejdeme! Čtli nás snad dostat až do illegality?

K předpokladům důstojného života patří přinejmenším to, aby člověk mohl zůstat, kde se narodil, kde má svou rodinu a přátele. Jsme teď svědky nevídané hrozby odchodu do ciziny. Když opouštěly stovky sester a lékařů své domovy a odcházely v průběhu minulých let, nikdo z politiků nazasízel, nikdo si nedělal starosti, kdo a jak bude doplňovat nezbytné mezery. Stejně tak si je nedělal v okamžiku, když z rozhodnutí Evropské unie dostal lékař oprávnění odejít po 24hodinové službě domů (pouze ve fairových nemocnicích!, někde ani to nejde). Kdo počítal, jak a kým budou tito chybějící kolegové na svých odděleních doplňováni?

Novými úkoly, byrokratickými buzeracemi, správnými orgány v posledních letech jen hýří. Dodat administrativní síly - to ovšem ne! Kde jsou ty stenotypistky, sekretářky, sanitáři, které jsme očekávali od vlády rozumu po sametové revoluci? Byli nám naopak odebráni a administrativu zajišťují sestry. Místo své vlastní práce!

Kampaň mladých lékařů si nyní vybrala dva aspekty celého marasmu: platy a postgraduální vzdělávání. Važme si konečně pohybu, važme si probrání ze sporu k aktivitě! Teprve po vyřešení stávajícího problému, obsahově banálního a celkem dobře řešitelného (nenabídla již Asociace českých a moravských nemocnic nebo Česká lékařská komora seznamy, z nichž lze uvnitř zdravotnictví hospodárně získat prostředky na platy?), teprve v další etapě je možno jednat o problémech decentnějších. Dosud byla mocnářům jakákoli diskuse o subtilnějších jevech pouze k smíchu. Prezidenti, guvernéři i dvorní radové si však musí existenci lékařů vůbec připustit. Mysleli, že budeme jen s obdivem žasnout nad těmi úžasnými výdobytky nové doby, kde výprodejem státního průmyslu zajistili posvícení na několik let nadšeného tranzu.

Když se nám hlásili mladí kolegové těsně po promoci o místo, po nejdelším a nejnáročnějším studiu, jaké u nás máme, k nástupu asi tak za poloviční plat proti svým spolužákům z gymnázia, hleděl jsem do jejich rozzařených tváří, které se těšily na vytoužené povolání. Dusil jsem v sobě vědomí o tom, co je čeká. Zamíchoval jsem, kolik nám již uteklo kvalitních kolegů z kliniky (a hlavně proč!), a snažil jsem se, aby ve mně nepoznali planého figuranta, jemuž ředitelství nemocnice odebralo všechny pravomoci. Prosadit pro ně seriózní pracovní prostředí bylo nemožné.



Zarážející je, že půl roku doutnajících sporů s ministerstvem zdravotnictví nepřineslo ještě žádné myšlenky! Stále ještě jen štěkání z jednoho břehu na druhý: "My chceme více!" - "My vám nic nedáme!" Ale kde jsou otázky a odpovědi, které se z konfliktu zákonitě rodí? Tak kam by nás tedy čeští vládcí chtěli platově zařadit v poměru k odměnám české ekonomické, právní, bankovní, podnikatelské, manažerské elity? Cení si nás z hlediska zanedbatelnosti lidské práce, z hlediska výkonu, schopností a intenzity provozu asi tak na jejich čtvrtinu, nebo dokonce na třetinu? Zatím to tak nebylo! Lékař - nejen s nástupním platem 17 000 - ani lékař po atestaci, ale ani lékař po 10 letech - se nevyškrabal na čtvrtinu těch platů, o něž má naše vláda zvláštní péči: musí je zastropovat v jejich odvodech, aby se tito prominenti nepohněvali a neodešli do ciziny! Existenční statut se mezi takovými velikány a lékaři rozešel během 15 let o nějakých 28 milionů. Jedná se tedy o dva zcela odlišné lidské druhy. Nebojme se zeptat proč? A nebojme se zeptat, co a jak ostatní? Co sestry? Co učitelé, co univerzitní filosofové, co členové Akademie věd?

Važme si hlavně toho, že na rozdíl od pana prezidenta má současné lékařské hnutí jednoznačnou podporu od akademických senátů lékařských fakult, od výborů odborných lékařských společností (s výjimkou gynekologické) a od velké části ušlechtilé české veřejnosti. Všichni totiž věří, že se rozhýbávají ledy k diskusi bohatší, která by nám mohla přispět k lepší spravedlnosti v naší vykořisťované společnosti. Komu ovšem připadá stav společnosti idylický, může nás s panem prezidentem pohoršeně napomínat. Těm se tedy omlouváme, ale ve své víře, že kampaň pracuje na vylepšení pro všechny, a zejména pro nemocné, nemůžeme pochybovat.

Prof. MUDr. Pavel Kalvach, CSc.
Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
Zdroj: Týden.cz, 7.1.2011

Odmítla očkovat své děti, soud ji nakonec viny zprostil. Novela ale vše změnila

Kroměřížský soud zprostil obžaloby matku, která byla stíhána za to, že nenechala naočkovat dvě ze svých dětí. Soudce Petr Marák vzal v úvahu stanovisko Nejvyššího správního soudu z loňského léta, podle něhož není toto jednání ani přestupkem. Jednatřicetiletá Andrea Jasenčuková tvrdila, že nemá dostatek informací a ani jistotu, že očkování dětem neublíží. Ženě hrozilo až pět let vězení. Rozsudek je pravomocný.

Podle obžaloby Jasenčuková od prosince 2009 do loňského května, kdy ještě bydlela s dětmi v Kroměříži, odmítla přeočkovat svou tříletou dceru a její roční sestru nenechala naočkovat vůbec. Žena navíc odmítala do bytu vpustit pracovnice sociálního odboru. Podle státní zástupkyně Jarmily Markové obžalovaná svým postupem riskovala nakažení dětí závažnými infekčními chorobami, jako jsou například tuberkulóza, záškrt a dětská obrna.

Jasenčuková sice nechala kompletně naočkovat svého pětiletého syna, u starší ze dvou dcer ale už nepovolila přeočkování. Tvrdila, že se na internetu dozvěděla, že očkování nemusí být bezpečné. "V první řadě myslím na zdraví svých dětí. Jsem matka a mám je ráda. Nebylo mi odpovězeno, zda je očkování životně důležité a zda jim neublíží. Řekli jen, očkujeme 25 let a je to dobré," řekla u soudu Jasenčuková.

Sporná novela umožní tresty pro rodiče

Kroměřížský soud ženě Ioni v listopadu trestním příkazem uložil za ohrožování výchovy dítěte jeden rok vězení podmíněně odložený na dvě léta. Obžalovaná proti němu podala odpor, proto se dnes konalo hlav-

ní líčení. S ohledem na rozsudek Nejvyššího správního soudu navrhl zproštění obžaloby i státní zástupkyně. Upozornila ale na ministerstvem zdravotnictví chystanou novelu zákona, která opět umožní postihovat rodiče za to, že povinné očkování odmítnou. Novela by měla platit od roku 2012.

"Nejvyšší správní soud řekl jasně, že konkrétní povinnost očkovat je stanovena ve vyhlášce, a ne v zákoně. A že má být stanovena zákonem, aby byla vymahatelná," popsala důvod zproštění obžaloby Marková. Podle soudce nešlo ve věci kvůli mezeře v zákoně rozhodnout jinak. "Paní Jasenčuková uspěla. Já jí můžu jen popřát, aby děti byly zdravé," uvedl Marák.

Obžalovaná rozsudek přivítala. "Jsem ráda, že to tak dopadlo," pronesla po vyhlášení. Podle jejího obhájce a předsedy Ligy lidských práv Davida Záhumenského by vydání novely měla předcházet diskuse. "Voláme po tom, aby se do ní zapojili odborníci i rodiče, o jejichž děti se jedná. Země jako Německo, Rakousko, Velká Británie nebo Irsko nepotřebují pro to, aby ochránily své občany, povinné očkování. Nepotřebují ani udělovat sankce a vystačí si s vysvětlováním a přesvědčováním," řekl Záhumenský.

Dodal, že lidé odmítající očkování nebo žádající jeho odklad třeba do jednoho roku dítěte, je v Česku z hlediska celkové populace zanedbatelné množství. "Pokud je necháme, aby prosazovali, co si myslí, že je v zájmu jejich dětí nejlepší, není to z hlediska ochrany celé veřejnosti podstatné," míní Záhumenský.

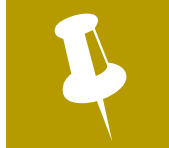
Zdroj: www.lidovky.cz, 16.12.2010

Pánové z IZIP ztrácejí glanz

Na základě obdržené pozvánky jsem se jako informatik a současně tiskový mluvčí Svazu pacientů ČR přihlásil na nadcházející setkání s Fredrikem Lindénem, koordinátorem projektu elektronického zdravotnictví eSOS Evropské komise. Druhý den jsem však obdržel mail od Mgr. Tomáše Staňky se sdělením, že „Vaši účast z důvodu Vašich výroků poškozujících společnost IZIP a trestnímu oznámení na Vás podanému musím odmítnout“.

V prvním okamžiku se mi vybavila úsměvná filmová scéna ze Švejka, ve které herec Václav Trégl chodí po cele a při čekání na výsledky neustále opakuje „Pane, já jsem nevinnej, ...“. Vzápětí jsem si ovšem vzpomněl na jinou scénu, kdy Rudolf Hrušínský coby Švejk zdůrazňuje, že „Disciplína musí bejt, ...“. V tu chvíli jsem si uvědomil, že ředitel marketingu společnosti IZIP má naprostou pravdu. Nelze přece riskovat, aby kdokoliv bez disciplíny mohl o akci, organizovanou soukromou firmou (IZIP, a.s.) pravděpodobně za peníze veřejnoprávní instituce (VZP) snad napsat něco nepatřičného. Jen podotýkám, že jsem o akci původně neměl v úmyslu psát vůbec.

Když začátkem srpna 2010 otevřela některá média otázku koupi společnosti IZIP Všeobecnou zdravotní pojišťovnou, vyjádřil jsem svoje názory na efektivnost centrálně vedené elektronické zdravotní dokumentace každého pacienta na internetu (IZIP) článkem zde. Po několika článcích jiných médií ze začátku prosince 2010 jsem vývoj kontaktů se společností IZIP, včetně finančních nároků systému uvedl zde. Pracovníci firmy IZIP, a.s. neustále zdůrazňují, kolik lékařů a kolik pojištěnců se k systému již přihlásilo, kolik je v systému uloženo zdravotních záznamů a jak je systém oceňován v EU. Kdyby tomu tak skutečně bylo, potom by systém neužívalo pouze 6 lékařů ze 14000, kterým to jejich software umožňuje a vzhledem k průměrnému počtu návštěv pacientů u lékařů by tam muselo být v tuto chvíli záznamů cca 35 mil. ročně (!) a nikoliv cca 16 mil. za 8 let provozu.



Pokud si někdo myslí, že bez elektronické zdravotní knížky (EZK) nelze přežít ani příští rýmu, resp. pokud EZK skutečně chce, potom lze celý problém řešit podstatně jednodušeji. Představte si např. řešení, kdy v Centrální registru jsou uloženy pouze opravdu důležité identifikační, zdravotní a kontaktní údaje pacienta (jeho bezvýznamové ID, jméno, rodné číslo, adresa, absolvované operace, závažné diagnózy /diabetik, kardiak atd./, trvale užívané léky, včetně telefonních odkazů na ošetřujícího, příp. další lékaře a kontaktní příbuznou osobu). Všechny zdravotní informace jsou pak na flash disku pacienta, který je vnitřně rozdělen na 2 části. Ta první (menší a volně přístupná) obsahuje pouze část toho, co Centrální registr, a to anonymní identifikaci pacienta (jeho bezvýznamové ID) a důležité zdravotní záznamy (diagnózy, léky) bez ostatních osobních a kontaktních údajů. Ta druhá část (chráněná pacientem zvoleným heslem), obsahuje všechny podrobné zdravotní záznamy od všech navštívených lékařů, včetně např. aktuálních sono snímků. Pacientem zvolený ošetřující lékař pak má ve svém počítači k dispozici všechny informace uložené v Centrálním registru a všechny podrobné informace z druhé části flash disku pacienta. Tato dvoustupňová organizace je nutná kvůli ochraně dat pacienta při ztrátě flash disku (neví-li nálezc, komu flash disk patří, z volně přístupných informací z první části disku to nepozná) a pro případ krizové situace (bezvědomí, pacient bez dokladu) při zásahu Záchrané služby, která si v případě potřeby může přes bezvýznamové ID pacienta ověřit v Centrálním registru všechno důležité.

Pokud tomu snad, milý čtenáři, nerozumíš, nezoufej. I když je princip jednoduchý, tak detaily řešení jsou samozřejmě složitější a všechny aspekty řešení zde popisovat nelze. Smyslem výše uvedeného je pouze ukázat, že elektronickou zdravotní knížku lze řešit mnohem efektivněji, než jen z mnoha důvodů rizikovým a drahým centrálním shromažďováním zdravotních záznamů. A pokud zapomínáš PINy a hesla pro přístup k různým aplikacím, které na internetu využíváš, tak si tipni jak vzdálená je doba, kdy již existující flash disky s tzv. biometrickou autentizací (otisk prstu) majitele dospějí do cenově široké přijatelnosti. Já ti tipuji tak 2 – 3 roky.

Zdroj: aktuálne.cz, 17.1.2011

Kvůli projektu IZIP bude možná podáno trestní oznámení

"V tuto chvíli máme indicie, že tento systém je předražený. Pokud to uznáme za vhodné, je pravděpodobně možnost podat i trestní oznámení na nějakého neznámého pachatele," prohlásil člen správní rady VZP, poslanec Michal Babák (VV). Jde minimálně o 700 milionů neoprávněně vynaložených z fondu zdravotní péče.

Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) už nebude na elektronické zdravotní knížky společnosti IZIP brát peníze určené na péči o pacienty. To se totiž nelíbilo Nejvyššímu kontrolnímu úřadu (NKÚ). Budoucnost IZIPu je přitom pořád nejistá - správní rada pojišťovny i ministerstvo zdravotnictví trvají na tom, aby jim někdo konečně vysvětlil, kam se poděla miliarda, kterou projekt zatím spolkl. Ozývají se i hlasy po zásadní změně projektu nebo jeho úplném zastavení a možná padne i trestní oznámení.

Ze základního fondu na zdravotní péči hradí pojišťovna například injekce, léky či operace. Kromě toho ale z fondu odešly v několika letech stamiliony korun na projekt zdravotních knížek IZIP. Po kritice ze strany NKÚ musí pojišťovna systém změnit a financovat zdravotní knížky z jiných zdrojů. Ředitel VZP Pavel Horák se navíc rozhodl vrátit na účet tohoto fondu VZP i peníze, které už na IZIP odešly v minulosti, celkem

sedm set milionů korun.

Projekt elektronických zdravotních knížek stál už VZP víc než miliardu korun. Podle člena správní rady VZP, poslance Michala Babáka (VV), je ale výsledkem nefunkčního systému. Vynaloženou sumu musí podle něj VZP obhájit. "V tuto chvíli máme indicie, že tento systém je předražený. Pokud to uznáme za vhodné, je pravděpodobně možnost podat i trestní oznámení na nějakého neznámého pachatele," prohlásil Babák. Vedení VZP i společnost IZIP se ale hájí tím, že projekt je funkční a už letos prý přinese první úspory.

Ministerstvo zdravotnictví také musí rozhodnout, jak by mělo české elektronické zdravotnictví vypadat. K elektronizaci ho tlačí Evropská unie. "Chceme vidět dlouhodobou koncepci, co chce pojišťovna dělat v kontextu celého řešení elektronizace zdravotnictví a co k tomu využije, mimo jiné to, jak chce využít IZIPu," uvedl náměstek ministra zdravotnictví a člen správní rady VZP Jiří Schlanger.

IZIP provozuje pro VZP elektronické zdravotní knížky se zdravotními daty zhruba 2,4 milionu pacientů z celkových 6,5 milionu pojištěnců. VZP už za elektronické knížky zaplatila přes miliardu korun. Měsíční paušál firmě IZIP, která systém provozuje, je 20 milionů korun.

NKÚ kontroloval hospodaření ústředí a čtyř krajských poboček VZP za roky 2007 a 2008. Kontroly trvaly víc než rok. Kromě financování osobního účtu pojištěnce v rámci elektronických knížek našel úřad nedostatky také u vymáhání dlužného pojistného. Kontrola nicméně podle mluvčího VZP Jiřího Roda potvrdila, že pojišťovna vynakládá vybrané pojistné účelně a v souladu se zákonem. Výsledky kontroly musí ještě schválit kolegium NKÚ.

Zdroj: ČT24, ČTK, 14.1.2011

Státní lékaři nástrojem politiků? Jde o víc.

Zdá se, že lékaři ve státním sektoru byli hlavním nástrojem politiků pro omezování nákladů i zajištění dostupné a nepřetržité péče během posledních 20 let tak jako i dříve. Vytvořila se tak propast v postavení, pracovní zátěži a příjmech mezi soukromými a státními lékaři. Výsledná nerovnováha se jeví neudržitelná.

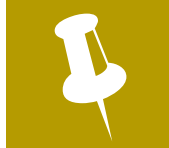
Současná situace českého zdravotnictví jako celku

České zdravotnictví za posledních 20 let pokračovalo ve své dlouhodobé tradici levné a dostupné péče. Naše zdravotnictví stále patří k nejlevnějším mezi zdravotními systémy vyspělých zemí, s náklady okolo 7-8% HDP ve srovnání s průměrnými 10% HDP v ostatních vyspělých zemích nebo dokonce 18% HDP ve Spojených státech.

Česká republika se řadí k přibližně 30 zemím na světě, které nabízejí dostupnou zdravotní péči v maximálním rozsahu všem občanům bez ohledu na jejich příjem a zdravotní stav. Luxus dostupnosti zdravotní péče pro všechny například americký zdravotní systém zatím nenabízí. Navíc je v mnoha směrech kvalita lékařské péče v České republice srovnatelná s kvalitou péče v jiných vyspělých zemích. Měřeno podle kojenecské úmrtnosti, je české zdravotnictví v první desítce na světě. (Poněkud zaostáváme v očekávané délce života – o 2 roky za průměrem v ostatních vyspělých zemích. Zdá se však, že v tomto směru jsou větším problémem naše životospráva – včetně nadměrné spotřeby alkoholu, podle průzkumů mnohem vyšší než v ostatních vyspělých zemích – než náš zdravotní systém.)

Měřeno počtem kvalifikovaných lékařů, specialistů, nemocničních lůžek a návštěv u lékaře patří české zdravotnictví k těm, které občanům nabízejí rozsáhlou péči v poměrně velkém objemu.

Tak jako v České republice, i v jiných vyspělých zemích najdete lepší a horší nemocnice. Zkušenosti ukazují, že výsledky nemocnic nesouvisí nutně s nákladností péče nebo právní formou a typem vlastnic-



tví. Souvisí s kvalitou řízení a především s kvalifikací a motivací zdravotníků.

Srovnání úrovně péče je však obtížné. Ekonomové se v posledních letech snaží měřit kvalitu péče prostřednictvím průzkumů výsledků léčby a spokojenosti pacientů. Zatím nedokážeme dobře měřit kvalitu zdravotnictví ze širšího pohledu než pouze účinnost té které léčby. Například výsledky v odvrácení nutnosti nákladné péče – prostřednictvím osvěty, konzultací, levnou prevencí a včasnou účinnou léčbou – zatím měřit nedokážeme.

Skutečností je, že máme velmi kvalifikované a výborné lékaře, o které je zájem v jiných vyspělých zemích.

Otázkou je, jakým způsobem bychom měli náš zdravotnický personál motivovat – a motivovat mladou generaci – aby se medicíně věnovali, dál se vzdělávali a poskytovali kvalitní péči v České republice... a to tam, kde je jí zapotřebí... kde například státní služby často zaplňují mezery soukromého sektoru.

Zhodnocení akce „Děkujeme, odcházíme“

Akce „Děkujeme, odcházíme“ mě nepřekvapuje. Stát se prostě ke svým státním zaměstnancům ve zdravotnictví nechoval dobře. V minulých reformách byli státní lékaři bráni jako přítěž – spíše než poklad – našeho zdravotnictví. Došlo k obrovské nerovnováze, při které se od státních lékařů vyžadovalo povinnost léčit za podmínek, za jakých by soukromí lékaři prostě péči neposkytovali.

Můžeme se dohadovat o tom, jestli jsou výpovědi a de facto stávka lékařů vhodnou formou projevu, která se slučuje s posláním lékaře. Mně osobně se zdá, že se lékaři a zdravotní sestry ve státním sektoru podřizovali svému znevýhodnění již 20 let ... a že bychom je neměli podezírat z toho, že zneužívají svého postavení „nenahraditelnosti“ k vlastnímu obohacení formou vydírání.

Připadá mi samozřejmě, že žádají, aby měli finanční ohodnocení a pracovní podmínky v souladu se svým přínosem společnosti a v souladu s trhem práce. A nezapomínejme, že zde hovoříme o evropském trhu práce, který české lékaře ohodnotí jinak, než podle českých mzdových tabulek.

Jde o víc ...

V českém zdravotnictví ve skutečnosti ale jde mnohem o víc než o současnou akci „Děkujeme, odcházíme“ a výdaje na mzdy státních lékařů. Jde o to vytvořit lepší rovnováhu, zlepšit řízení. Jde o to zastavit úniky peněz. Nastolit určitou stabilitu a racionalitu – a to jak z pohledu občanů tak z pohledu lékařů, zdravotních sester a ostatního zdravotního personálu.

Současná vláda se ve svém programu zavázala k podstatným zlepšením ve zdravotnictví. Teď se jedná o to, vypracovat podrobná řešení, jak k těm zlepšením dojít. A jak ukazuje mezinárodní zkušenost, k dobrým řešením často brání silné zájmové skupiny. Ve zdravotnictví to jsou často vlivné farmaceutické firmy a pojišťovny. Já osobně se nedivím, že státní lékaři chtějí být také vyslyšeni.

Možnosti řešení

Především nevidím jako správné různé nátlakové akce na lékaře. Lékaři sice mají svoje tzv. vyšší poslání a jsou vázáni hippokratovou přísahou. To ale neznamená, že nejsou svobodnými jedinci na trhu práce. V souladu se zákony nejsou povinni konat doživotní oběti pro dobro a zdraví ostatních občanů.

Také není správné omezit řešení na mzdy lékařů a objem financování zdravotnictví. Je zřejmé, že zvýšení odměňování lékařů, zdravotních sester a ostatního zdravotního personálu ve státním zdravotnictví je nutnou součástí řešení současné systémové nerovnováhy. Řešením ale není prostě zvýšit výdaje na zdravotnictví. Myslím, že by měli být zá-

stupci lékařů i pacientů a občanů různých věkových kategorií a zdravotního stavu, stejně tak jako nestranní odborníci pozváni, aby rozpracovali podrobná řešení, jak systém zlepšit a jakými konkrétními způsoby naplnit závazky současné vlády – a očekávání voličů – ve zdravotnictví. Součástí řešení do budoucna by mělo být přesné vyvážení rozsahu péče dostupné pro všechny, výše splučnosti, výše stropu na spoluúčast a sociální programy pro zajištění univerzální dostupnosti péče, výše daní a příspěvků na zdravotnictví, a regulace a dohled směrem ke zlepšení efektivnosti v pojišťovnách, nemocnicích a ve zdravotním systému jako celku.

... ve dlouhodobém časovém horizontu

Zatím si málokdo uvědomuje, že se zostřuje rozpor mezi rychle rostoucími náklady lékařské péče a omezeností našich finančních prostředků. Světová zdravotnická organizace před 2 měsíci vydala velkou studii ohledně zajištění léčby pro všechny. Správně poukazuje na problém, že ve většině rozvojových zemí ještě většina obyvatelstva nemá přístup k základní léčbě anebo musí za léčbu zaplatit tolik, že se zadluží na celý život. Zbytečná kojenecká a dětská úmrtnost je jedním ze smutných průvodních jevů. Skutečností je, že s celkem skromným zvýšením výdajů na lékařskou péči, z průměrných 15 na 30 dolarů na osobu za rok, je možno dosáhnout velkého zlepšení v dostupnosti základní péče a zdraví obyvatel rozvojového světa.

Důležitým problémem do budoucna ale je také to, že ani ta nejbohatší země už nebude schopna zajistit veškerou nejmodernější léčbu pro všechny. Populace vyspělých zemí stárne a se stárnutím ještě větší měrou než výdaje důchodové rostou výdaje na lékařskou péči. S stárnutím a měnící se životosprávou se také zvyšuje výskyt chronických onemocnění, které si vyžadují dlouhodobou a často nákladnou léčbu. Na straně nabídky ve zdravotnictví úžasnou rychlostí přibývají nové drahé léky a technologie. Ty sice vyléčí nebo alespoň stabilizují dříve nevyléčitelné zdravotní problémy, ale také navyšují náklady zdravotní péče za hranice růstu HDP.

V budoucnosti tedy hrozí krize zdravotnictví všem vyspělým zemím. Bude to krize ve smyslu střetu očekávání a reálných finančních možností společnosti.

K řešení této krize nebude stačit ani ekonomie ani politika. Celá řada otázek bude etických. V tom je zdravotnictví odlišné od jiných sektorů hospodářství. Země, které budou mít odvahu hledat odpovědi na složité a nepříjemné etické otázky – otázky, které ovlivní, například jakým způsobem přesně vymezit standardní péči dostupnou pro všechny, jak zohlednit podíl ceny a účinnosti a vnímání spravedlnosti – takové země, budou schopny lépe využívat svých veřejných výdajů na zdravotnictví směrem ke zdraví svých občanů. Osobně se však obávám, že si na takovou diskusi netroufneme dokud krize výdajů na zdravotnictví nebude akutní.

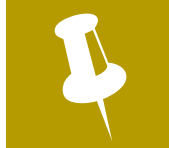
Zdroj: aktualne.cz, 16.1.2011

Lékaři se v dobré víře ničí vzájemně

„Hlavní problém je v tom, že systém není nastavený rozumně a tak, aby se jeho rozvoj neděl na úkor zdravotníků – aby oni sami nedostávali prostor ke své sebedestrukci,“ říká ministr zdravotnictví doc. MUDr. Leoš Heger, CSc.

Co podle vás vedlo k současné napjaté situaci ve zdravotnictví?

Asi budu muset začít trochu obecněji. V každém z nás je namícháno dobro i zlo, obojí je součástí lidské podstaty. Ve správně vedené společnosti se zlo potlačuje a dobro podporuje. Mechanismy, které takovou rovnováhu ohrožují, jsou různé. Jedním z nich je pocit nespravedl-



nosti. Ten naruší jakékoli společenství - rodinu, profesní kolektiv stejně jako složitou strukturu zdravotnického systému. Když se všeobecně vyvine pocit, že pravidla, podle nichž se hraje, nejsou férová, lidé začnou být nespokojení a začnou protestovat. Nejpozději v tuto chvíli by měl rozumný správce věci napravit. Když se to neudělá a nechá vyrůst, tak napětí přejde přes určitou mez a začne dominovat nenávist, agresivita, neschopnost naslouchat - dalo by se říci síly zla. Na takové hraně se ocitáme nyní - současná situace se už vymyká rozumné možnosti dialogu. Hlavním fenoménem našeho zdravotnictví je, že funguje technicky dobře, rozsah péče se neustále rozšiřuje a její kvalita je v mnohém srovnatelná s tím, co pacienti dostávají v podstatně bohatších zemích. Co srovnatelné není, je postavení zdravotníků. Jsou nespokojení, a to chronicky. Často slyším, že v politice něco jako spravedlnost neexistuje, že možná řešení je třeba posuzovat především podle toho, zda jsou průchodná nebo ne. Já si myslím, že to není pravda. Jakkoliv je pocit spravedlnosti těžko uchopitelný, je velmi dobře hmatatelný, když je porušen - a to vidíme právě nyní, když čelíme zcela reálnému výbuchu nahromaděných, odsouvaných problémů a negativních emocí.

Jedním z bolavých míst, na něž lékaři upozorňují, je korupce. Není načase dát nějak silněji najevo, že s korupcí hodláte bojovat?

Ne že bych si nemyslel, že tady korupce není, nemyslím si však, že je tím úplně hlavním problémem zdravotnictví. Je to strašně špatně uchopitelné téma. Určitě bych mohl ze zdravotnických zařízení, o kterých se v této souvislosti mluví, vybrat jednoho obětivého beránka a toho exemplárním způsobem popravít. Na to ale nějak nemám žaludek. To udělám, až budu mít rozumnou míru jistoty, že budu postupovat spravedlivě. Teď by to bylo laciné. I v této oblasti chystáme kroky, které budou systémové, i když asi ne tak efektní.

Určitou rozbíhu pro šíření napětí mezi lékaři byl také systém specializačního vzdělávání. Proč to ministerstvo nechalo dojít tak daleko?

Nerad bych soudil své předchůdce, také spoustu věcí dělali pod tlakem. Doufám, že se nám již povedlo většinu chyb napravit a že tento klíčový problém bude v dalším pololetí vyřešen, i když ne ke spokojenosti všech, což ani není možné. Zdá se, že celý proces je odstartován velmi dobře. Neakceptovali jsme vše, co mladí lékaři požadovali, v hlavních principech jsme jim však vyhověli, včetně toho, že budou moci volit, zda vzdělání dokončí podle staré nebo podle nové úpravy.

Jak si vysvětlujete, že vaše „domovská“ nemocnice, FN Hradec Králové, je protesty zasažena možná více než jiné fakultní nemocnice?

Nepřekvapuje mě to. Měl jsem v Hradci spoustu konfliktů, některé došly až na hranu stávky, ale vždy se podařilo najít nějaké východisko. Se současným zastoupením LOK mám dlouholetou zkušenost. Pan doktor Doležal trpělivě a úporně vyjednával, jako vyjednávač byl ostrý, někdy na samé hranici toho, co bych já považoval za slušné. Teď už to ale přehánějí.

Postupoval byste nyní jako ředitel razantněji?

Samozřejmě se nabízí radikální řešení - zakročit tvrdě proti rebelům. Protestující lékaři ale nejsou homogenní skupina - na jedné straně jsou mezi nimi ti agresivní, kteří se vyžívají v tom, jak jsou nekompromisní, a jiné názory než své v podstatě nepřipouštějí. Pak je ale mnoho lidí, kteří jsou do toho vtaženi ze zoufalství a dlouhodobé frustrace. Mnoha z nich jde skutečně o to, aby se zdravotnictví zlepšilo. Zakročit proti nim by mohlo zaktivizovat zbytek. A vlastně nemá ani smysl hledat vinu v lidech, kteří se postavili do čela, najali si mediální agenturu a používají prostředky, jež jsou někdy až ostudné. V tom onen problém není. Hlavní problém je v tom, že systém není nastavený rozumně a tak, aby

se jeho rozvoj neděl na úkor zdravotníků - aby oni sami nedostávali prostor ke svému sebeznení. Na podporu hnutí Děkujeme - Odcházíme se objevila řada významných jmen. Všiml jsem si například profesora Růžičky, který je jistě mimořádný odborník - jako vědec i jako lékař. Sám jsem mu předával cenu za výzkum a jsem tomu rád. To jsou lidé, kteří se nechtěně spolupodílejí na současné situaci tím, že tlačí, aby se systém rozvíjel, aby v něm byl prostor pro vědu, pro zkoušení nových technologií. To vše je extrémně drahé. Zmíněné ocenění profesor Růžička získal za práci o hluboké mozkové stimulaci u Parkinsonovy choroby. To je zrovna dobrý příklad takové nákladné, inovativní technologie. Jsou věci, u nichž je dobře, že se dostanou k pacientům, na té rozvojové hraně je však také spousta slepých cest. Už to přesáhlo míru, kdy je systém samoregulovatelný. Musíme tento proces usměrnit a mít jej pod kontrolou. To ještě nikdo nedokázal a tady se ztrácejí peníze, které by měly jít na platy. Po revoluci si soudci zařídili skokové navýšení své mzdy a vůbec jim nevadilo, že nemají počítače a že soudní procesy se táhnou, protože chybí potřebný servis. Zdravotníci k tomu s těmi nejlepšimi úmysly přistoupili přesně opačně, až se přiblížili k sebeznení a došlo k tak těžkému střetu.

Proč není možné lékařům dát peníze, které požadují a jež si asi i zaslouží? V absolutní částce to přece není tolik...

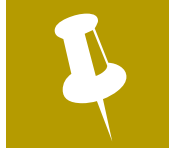
Skutečně, nejjednodušší by bylo vytáhnout velké peníze, dát je na stůl a říci: „Tady máte a dejte nám rok pokoj, ať můžeme pracovat.“ To já ale nemůžu. Je naivní předpokládat, že ministr Kalousek požadované miliardy jen tak vydá. Vláda dobře ví, že pokud tady bude muset odtroubit ústup, tak to pro ni bude katastrofa. Takový krok by spustil lavinu protestů proti potřebným škrtům ve všech oblastech. Jiná situace bude, až se ukáže, že příští rok je stabilní. Přímých nástrojů na zvýšení platů moc nemáme, můžeme však nabádat ředitele, aby živelný rozvoj zastavili a dali peníze na personál.

Ostatně i lékaři argumentují tím, že ve srovnání s vyspělými zeměmi je podíl mzdových výdajů na celkových nákladech na zdravotnictví neúměrně nízký...

To je pravda. Už se ale neříká, že to nedělají lidi na ministerstvu ani pojišťovny. Tento tlak pochází zase od lékařů, jde o důsledek jejich snahy tlačit medicínu dopředu. Je to však jiná garnitura lidí, než ti, co jsou dnes na barikádách; vzájemně se ale podporují, i když si současně podrážejí nohy. Když v Hradci šéfové klinik bojovali za rozvojové programy, tak LOK nijak neprotestoval. Lékařský stav chce obojí - vysoké platy i ty nemodernější výdobytky medicíny. Nejsou ochotni připustit, že rozvoj zdravotnictví dospěl na hranu možností této společnosti, a proto je zde ta tenze. Nechtějí připustit, že řešení je uvnitř a že se musí najít nějaký kompromis. Během roku dvou je možné potřebné peníze najít. Objem péče se o něco sníží. Jsem si jist, že zdravotníci to umějí, aniž by pacienti byli ohroženi. Mohlo by to být podobné jako někdy v roce 2005. Od té doby jsme sice investovali do nových technologií, ale reálné výsledky se zlepšily jen minimálně. Tato křivka se ohýbá. Za každý milion, který přidáte, dostáváme stále menší a menší zlepšení.

Lékaři někdy mají pocit, že vaším primárním úkolem je hájit jejich zájmy. Vy jste však především ministr pacientů. Když se příjmy lékařů zlepší, znamená to, že pacienti dostanou lepší péči?

Samozřejmě že úměra mezi výší platů zdravotníků a kvalitou péče není absolutní a může fungovat i opačně. Řekl bych, že ještě více než finanční ohodnocení má na kvalitu vliv skutečnost, že lékaře dusí přemíra práce. Kdyby nebyli tak uhonění, měli by čas na kultivaci některých věcí.



Chápu, že z celé situace špatně spíte, není však na tom pan doktor Engel ještě hůře?

Myslím, že ano. Odboroví předáci na sebe vzali obrovskou zodpovědnost. Hrají vabank. Někteří lékaři by o práci klidně přijít mohli a na dlouho. Mezi těmi, co podali výpověď, je pár procent lidí, které zpátky nikdo chtít nebude. V tomto směru představuje celá akce dobrou příležitost, jak je eliminovat.

A je to také příležitost, jak redukovat síť nemocnic?

Nemyslím si, že je teď dobrá chvíle pro ministerstvo, aby do oné záležitosti mluvilo krajům. Pokud však hejtmani tento prostor využijí a určitou redukcí prosadí, nebránil bych se tomu.

A pokud jde o přímo řízené organizace?

Ty tu také nemusejí být ve stávající podobě na věky věků. Například se můžeme opět bavit o tom, zda fakultních nemocnic není v Praze příliš mnoho. Ani tady není vyloučeno, že některé kliniky padnou, když z nich odejde určitý kritický počet lékařů. Možnost, že nakonec nám zbudou tři fakultní nemocnice místo pěti, je reálná. Řešení situace ale bude muset vždy preferovat zajištění péče.

Akci Děkuje - Odcházíte jste určitě řešit nechtěl. Co byste rád dělal, kdybyste nemusel zastavovat lékaře?

Za nejpodstatnější a hlavní klíč k reformě považuji nadefinování úhradových standardů. Musí se jasně říci, že lege artis není jenom takový postup, kdy pacient dostává poslední a nejdražší výdobytky. Musíme umět přijmout, když člověk spěje ke konci a jeho rezervy jsou vyčerpány. Kdyby bylo peněz desetkrát tolik, tak můžeme zkoušet cokoliv s jedním promile naděje, že to třeba pacientovi na pár týdnů pomůže. Možnosti medicíny se obecně přeceňují. Rozumným stylem života a prevencí si můžete prodloužit život i o desítky let. Podíl zdravotnictví na zdravotní prosperitě pacienta je až překvapivě nízký - často může za extrémní náklady přidat jen měsíce života o sporné kvalitě.

Lékaři to ale už začínají chápat. Nevolají po více penězích na léčbu, ale po jasných pravidlech...

Ano, ale oni si je nechtějí vytvořit.

Je to jejich úkol?

To za ně nikdo neudělá. Někteří se o to již snaží - příkladem mohou být elektrofyziologové, kteří velmi racionálně stanovili vlastní pravidla pro implantaci defibrilátorů a jiných drahých přístrojů. Modelem může být počin, s nímž přišli anesteziologové. Ti zpracovali materiál, který vymezuje přechod k paliativním přístupům v intenzivní péči. Je to dokument, který se zabývá těmi nejhlubšími etickými otázkami a přitom zohledňuje i ekonomické aspekty. Podle mého názoru podporuje férový pohled na to, kdy léčbu přestat extenzovat. Takto je třeba pojmout medicínu celou. Je také třeba přijmout jasná pravidla o pohybu pacienta. Vypadá to jako banalita, ale přispívá to nejen k plynutí, ale i k tenzi mezi lékaři. Naštěstí většinou pacient nic netuší, konflikt proběhne mimo něj. Musíme lépe vymezit postavení praktických lékařů. Silná primární péče je to, co dělá systém efektivnější. Samozřejmě je pohodlnější, aby si pacient dělal, co chce, ale prodražuje se to. A když už se něco takového povolí, tak by za to měl platit nějakou spoluúcast. Limity, které praktici mají, systém mnohdy destruuje. Spektrum léků, jež mohou předepisovat, by mělo být širší, měli by mít mnohem volnější ruku v předepisování kompenzačních pomůcek. I poté by obraty v tomto segmentu péče byly mizivé proti tomu, jaké peníze se točí ve velkých nemocnicích.

Zdroj: Medical Tribune, 17.1.2011

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

PLDD hledá zástup

PLDD hledá zástup na 2-3 dny v týdnu, v Líbeznicích (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.

Blíží 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@terapiepedi.cz, mobil: 775 728 800 • Ev. č.: 201-12-10

Hledám lékaře do ordinace PLDD

Hledám lékaře do ordinace PLDD v Praze 8. Zástup za MD od května 2011. Tel.: 604 118 416 • Ev. č.: 202-01-11

Koupím ordinaci

Koupím ordinaci PLDD v Praze nebo okolí. E-mail: klembarova@zoznam.sk • Ev. č.: 203-01-11

Hledám zástup

Jsem PLDD a dětský kardiolog v Pelhřimově a hledám na zástup kolegu či kolegyni ideálně na obě odbornosti, možno i jednotlivě, v dohledné době i převzetí praxe. Zástup spěchá. Kontakt: e-mail: jana.hejdukova@tiscali.cz.

Mobil: 773 996 656 volat po 17 hodině. • Ev. č.: 204-01-11

Prodám zavedenou praxi

Prodám zavedenou praxi PLDD v Praze 6. Kontakt: 605 977 276 (večer). • Ev. č.: 205-01-11

Autodidaktický test 2/2011

HEMATOLOGIE

1. Imunitní trombocytopenická purpura je nejčastější dětskou trombocytopenií. Je charakterizována:

- a) snížením počtu cirkulujících trombocytů pro jejich zvýšenou konzumpci v mikrotrombech
- b) sníženou produkcí trombocytů v kostní dřeni pro přímou destrukci megakaryocytů autoprotilátkami
- c) izolovanou trombocytopenií
- d) trombocytopenií doprovázenou obvykle i poruchou produkce erytropoetinu vlivem autoprotilátek poškozujících juxtaglomerulární aparát

2. Normální doba přežívání trombocytů je:

- a) 19-21 dnů
- b) 8-10 dnů
- c) 10-19 dnů
- d) 5-7 dnů

3. Trombocytární protilátky:

- a) jsou patognomickým nálezem svědčícím pro idiopatickou trombocytopenickou purpuru
- b) se vyskytují u různých onemocnění provázených trombocytopenií a jejich průkaz není patognomonický pro idiopatickou trombocytopenickou purpuru
- c) jsou vždy pozitivní u autoimunitních trombocytopenií
- d) nemusí být vždy prokázány, přitom to nevylučuje dg. idiopatickou trombocytopenickou purpuru

4. Hereditární sférocytóza je:

- a) podmíněna vrozeným defektem syntézy hemoglobinu
- b) podmíněna deficitem vitamínu B12 např. při vegetariánství nebo malabsorpci
- c) podmíněna vrozenou poruchou syntézy proteinů stěny erytrocytu

5. Při léčbě hemolytických anémií:

- a) zajišťujeme dostatečnou saturaci kyselinou listovou
- b) podáváme preparáty železa v maximálních dávkách dle SPC až do normalizace Hb
- c) je chybou podávání preparátů železa

Nestlé - Beba

Nutricia - Hami