

březen 2001 ■ číslo 3 ■ ročník 1

VOX PEDIATRIAE

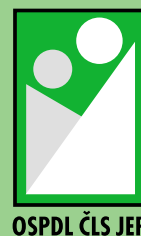
časopis praktických dětských lékařů



Speleoterapie

Symposium Alergie 2001

Alergenová imunoterapie



VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických dětských lékařů



Adresa vydavatelství:
K Novému dvoru 33, 142 00 Praha 4
tel./fax: 02/472 17 31
e-mail: medix@seznam.cz

**Časopis garantován
Sdružením praktických lékařů
pro děti a dorost ČR
zastoupené MUDr. Pavlem Neugebauerem
ve spolupráci
s Odbornou společností
praktických dětských lékařů ČLS JEP.**

Vedoucí redakční rady:
MUDr. Milan Kudyn

Redakční rada:
MUDr. Jiřina Dvořáková
MUDr. Jiří Liška, CSc.
MUDr. František Zahálka
MUDr. Petr Chaloupka

Odpovědný redaktor:
Mgr. Zdeněk Brtnický

Adresa redakce:
Klimentská 11, 115 60 Praha 1
tel./fax: 02/24 80 25 49
e-mail: centrum@mybox.cz

Časopis je určen praktickým dětským lékařům, členům
SPLDD ČR a OSPDL ČLS JEP.

Vychází 10x ročně, v nákladu 2.200 výtisků, zdarma.

Povoleno Ministerstvem kultury pod číslem
MK ČR E 10971
ISSN 1213 - 2241

Redakce nezodpovídá za obsah článků.
Reprodukce obsahu je povolena pouze
s písemných souhlasem redakce.

Nevyžádané podklady pro tisk se nevracejí.

Příspěvky zasílejte na adresu redakce v elektronické
podobě (disketa, e-mail) spolu s jednou písemnou kopií.

Inzerce:

Kontaktní osoba: MUDr. Petr Chaloupka
Poliklinika BIOREGENA, Vajgarská 1141, 198 00 Praha 9
tel: 02/90041897, 02/81021212, mobil: 0602/809709



Představení společnosti H. J. Heinz CR/SR a.s. 5

MUDr. P. Neugebauer
Zpráva o činnosti - únor 2001 6

Mgr. M. Tarant
Zpověď šéfredaktora 7

Reakce redakční rady na dopis Mgr. M. Taranta 7

JUDr. J. Mach
Zákoník práce - práva a povinnosti zaměstnance 8

Ing. J. Adamec
Informace zaměstnavatele podle § 32 odst. 3 zákoníku práce 9

MUDr. T. Soukup
**Nevyužití další možnosti rozvoje
českých lékařských praxí pro děti a dorost** 9

Zpráva koalice 11

MUDr. M. Cabrnich
Financování zdravotnictví - 1. část 13



Doc. MUDr. P. Panzner, CSc.
Alergenová imunoterapie 15

**Vyhláška MZ ČR
o infekčních onemocněních a hygienických...** příloha 1

Vzorový provozní řád příloha 2

Mgr. J. Hořejší
Symposium Alergie 2001 18

MUDr. P. Slavík
Speleoterapie 24



Aktuality 26



Vážené kolegyně a vážení kolegové,

v úvodníku tohoto čísla bych se rád zmínil o závažné skutečnosti, která může do budoucna výrazně ovlivnit naši činnost. Zatímco je většina obyvatel zavalována řadou informací o nemoci šílených krav, slintavce a kulhavce, ministerstvo zdravotnictví chystá zákonné normy, které se snaží říci, že podnikat ve zdravotnictví je něco neslušného a že jediným, kdo je schopen se kvalitně postarat o všechny občany, je stát a státní úředník. Je proto třeba na všech úrovních zaktivizovat naši činnost, abychom tuto snahu zvrátit fungování našeho zdravotnictví do

modelu dokonce předčícího i stav před rokem 1989 co nejrazantněji zarazili. Je s podivem, že tyto tendence jsou dokonce podporovány současným vedením ČLK, tedy organizace, která velmi razantně hlásá svou nezastupitelnou roli v obhajobě postavení lékaře ve společnosti. Jak jinak si lze vysvětlit otevřenou podporu ministra zdravotnictví, který byl dokonce označen za nejlepšího ministra v porevoluční historii našeho zdravotnictví a navržený zákon o státní správě a samosprávě ve zdravotnictví je označován prezidentem ČLK za dobrý, ačkoliv de facto ruší možnost svobodného povolání lékaře. Tento zákon stanovuje natolik podrobné byrokraticko-administrativní omezení, že svobodný výkon povolání v systému veřejného zdravotního pojištění prakticky znemožňuje. Ukazuje se, jak důležité bylo propojení činnosti rozhodujících organizací zastupujících většinu soukromých ambulantních zařízení. Věřím, že nakonec zvítězí zdravý rozum a budeme tak kráčet do Evropy se vzpřímenou hlavou a bez označení, v poslední době tak často užívaným termínem, za „Balkán“.

Úvodník ale nemůže být jen pesimistický a proto si Vám dovoluji touto cestou oznámit, že se nám podařilo navázat partnerství a spolupráci i na poli výživy. Konkrétně se jedná o firmu Heinz, která v současnosti navazuje na u nás dlouholetou tradici výroby mléčné kojenecké stravy nejen výrobkem Sunar. V tomto čísle se můžete také seznámit s historií této firmy a doufám, že po několika let se postupně prohlubující vzájemná spolupráce povede k širšímu pochopení smyslu a efektu umělé kojenecké výživy, a to nejen v nejranějším věku, kdy samozřejmě ani sebelepší umělá strava nemůže nahradit stravu přirozenou, resp. kojení.

V poslední době se posunula dopředu i jednání o partnerství na poli očkování, vše spěje k tomu, aby se tímto partnerem stala firma GlaxoSmithKline. Prvním krokem k tomuto druhu vzájemné spolupráce nechť je naše společná podpora akce „třetí dávka zdarma“, která je zaměřená proti incidenci onemocnění hepatitidou A i B. Věřím, že s naší podporou bude tato akce dokonce úspěšnější než ta předchozí, kterou provázely..., ale k tomu bych se již nerad znovu vracel.

S pozdravem

MUDr. Pavel Neugebauer
Předseda SPLDD ČR

Stávající Redakční rada časopisu VOX PEDIATRIAE vedena snahou o dosažení konsensu mezi SPLDD ČR a OSPDL ČLS JEP se dohodla, že základní smysl a charakter všech článků v jednotlivých číslech časopisu podléhá konsensuálnímu souhlasu všech členů Redakční rady za obě společnosti.

Poznámka ke zprávě Revizní komise ČLS JEP z 2. čísla VOX PEDIATRIAE:

Zpráva nemohla být z technických a časových důvodů publikována v plném znění. Případní zájemci si mohou vyžádat plné znění této zprávy na sekretariátu SPLDD ČR.

Meningitidy

Drogová závislost

Lymeská borelióza

**Chronické nosičství
po salmonelóze**



**seznam
inzerujících
firem...**

ASTA MEDICA

AVENTIS PASTEUR

HEINZ

IBI

LÉČIVA

NUTRICIA

LIFTEC-GLOBAL

SCHERING-PLOUGH

*Sunar**Sunarka**Sunárek*

Představení společnosti H. J. Heinz CR/SR a.s.

H. J. Heinz Company je nadnárodní společnost zabývající se výrobou a distribucí potravin a produktů speciální výživy, jejichž obchodní značky jsou celosvětově uznávané jako garance prvotřídní kvality, vynikající chuti a zdravé a vyvážené výživy.

Společnost byla založena v roce 1869 v Pittsburgu v USA, kde i nyní sídlí světové ředitelství. H. J. Heinz Company zaměstnává přibližně 42 000 lidí ve více než 100 zemích světa a její roční obrat přesahuje 10 miliard USD. Téměř polovina prodejů korporace je dnes realizována mimo USA. Za svůj úspěch na zahraničních trzích vděčí Heinz zejména své schopnosti přizpůsobit se požadavkům místních spotřebitelů a rovněž neustálému vývoji výrobků určených často přímo zákazníkům v konkrétních regionech.

Na českém a slovenském trhu je jméno této nadnárodní společnosti mimo jiné neoddělitelně spjata s výrobou a distribucí dětské a kojenecké výživy značky Sunar, Sunarka, Sunárek a dnes již rovněž s výrobou a distribucí výrobků speciální výživy.

V roce 1995 se korporace H.J. Heinz stala majoritním vlastníkem společnosti Průmysl mléčné výživy a.s., tradičního domácího výrobce Sunaru a Sunarky. Představa společnosti o využití výrobního závodu v Zábřehu jako centra produkce pro oblast střední a východní Evropy vzala za své pádem ruského trhu, který byl svou velikostí nejdůležitější v regionu. Stav, kdy závod v Zábřehu byl využit z necelé pětiny, byl neúnosný. Vedle ekonomické nerentabilnosti takové situace byl hlavním problémem v nemožnosti investovat potřebné prostředky do výzkumu a vývoje stávajících i nových výrobků.

K zásadnímu posunu došlo v roce 1999, kdy byla výroba kojenecké dětské výživy přesunuta do špičkového výrobního závodu Heinz Farley Health Products ve Velké Británii. Výrobní závod v Zábřehu byl společně se značkami PMV a Eligo odprodán společnosti PMV Zábřeh, s.r.o. V současnosti je závod v Zábřehu v rukou zemědělců podnikajících v oblasti výroby a zpracování mléka. Společnost Heinz i nadále spolufinancuje provoz zábrěžské továrny a napomáhá tak úspěchům, kterých závod dosahuje. Za poslední rok se nejen zvýšil objem zpracovávaného mléka na dvojnásobek, ale začala i výroba nových mléčných výrobků pod značkou Eligo, které jsou unikátní na našem vnitřním trhu.

Současně s přesunem výroby Sunaru a Sunarky do Anglie započala nová etapa kojenecké dětské výživy pod těmito značkami. Nové nejmodernější receptury byly uvedeny na trh společně s novými přehlednými obaly, které jasně komunikují odpovědnost světové firmy Heinz za kvalitu a další rozvoj nejnámější a nejprodávanější řady dětské výživy na českém a slovenském trhu. Všechny produkty byly upraveny tak, aby odpovídaly nejnovějším poznatkům v oblasti výživy a odrážely výživové potřeby příslušných věkových kategorií. Řada Sunar byla postupně doplněna o výrobky pro speciální výživu, zejména mléka pro prevenci alergických onemocnění na bílkoviny kravského mléka (HA1, HA2) a speciální přípravek na zmírnění následků průjmových onemocnění sloužící rovněž pro nutriční podporu při realimentaci (Alidiar). Současně došlo i k rozšíření příchutí kaší Sunarka, které v současné době tvoří jedna nemléčná a šest mléčných druhů.

Kromě kojenecké a dětské výživy byla při skladbě portfolia věnována pozornost i gravidním ženám a kojícím matkám, pro které byl na trh uveden nápoj Gravimilk, jediný preparát tohoto druhu ve formě potravního doplňku.

Všechny výrobky uváděné na náš trh podléhají náročnému schvalovacímu procesu dle platné legislativy a jsou uváděny do oběhu na základě rozhodnutí hlavního hygienika ČR (HEM). Rozhodnutí hlavního hygienika předchází komplexní hygienické rozbory, klinické testy, vyjádření České pediatrické společnosti včetně posouzení složení výrobku, textů na obalu a věku, od kterého jsou výrobky doporučovány, dále pak následuje veterinární povolení importu vydávané Státní veterinární správou a schválení skladu Okresní veterinární správou. Jeden rok po vydání HEM je nutno výrobek certifikovat u České zemědělské a potravinářské inspekce, která provede další rozbory a jako doklad o nezávadnosti výrobku vydá certifikát, který je nutno každoročně obnovovat.

Vysoká kvalita výrobků je dána především vysokými nároky na vstupní suroviny. Významnou úlohu sehrává tzv. uživatelský systém Heinz, což je soubor norem, požadavků a kritérií, které jsou ve většině případů náročnější než platná legislativa. Kontrola vstupních surovin je prováděna přímo specialisty společnosti Heinz, a to od samé prvotní výroby. V průběhu výrobního procesu je výrobek

kontrolován po stránce senzorické a na výstupu se provádí celá řada hygienických a mikrobiologických testů.

Společnost H. J. Heinz CR/SR a.s. spolupracuje při vývoji nových produktů a inovacích stávajících výrobků s našimi předními odborníky z oblasti pediatrie a výživy. Příkladem je dlouholetá spolupráce s Českou pediatrickou společností, její komisí pro dětskou gastroenterologii a výživu, Sdružením praktických lékařů pro děti a dorost (SPLDD), Výzkumným ústavem mlékárenským (Milcom), Státním zdravotním ústavem (SZÚ) atd. Právě SZÚ udělil 13. března 2001 společnosti H.J. Heinz CR/SR a.s. jako jedinému výrobci kojenecké a dětské výživy na českém trhu tzv. jodový diplo-ma za přínos při řešení jodového deficitu.

Korporace H. J. Heinz je vysoce diverzifikovanou společností, která se zabývá vývojem výživových preparátů a potravin po celém světě a pro všechny věkové kategorie. To umožňuje všem jednotkám v rámci korporace využívat výzkumný a vývojový potenciál, který je díky ekonomické síle a stabilitě společnosti jedním z nejspičkovějších na světě. Některá z výzkumných pracovišť jsou přímo napojena na nejprestižnější světové univerzity, které realizují vývojové programy v oblasti výživy a potravin.

Takovéto zázemí umožňuje vysoce kvalifikovanému týmu spolupracovníků společnosti H. J. Heinz CR/SR a.s. a společnosti MILKSUN s.r.o. dodávat na trh v České a Slovenské republice výrobky nesrovnatelné kvality. Profesionální distribuce a komunikace všech výrobků společnosti uspokojují ty nejnáročnější potřeby spotřebitelů. I přes to, že Heinz na českém trhu operuje v řadě různých segmentů, všechny výrobky mají společného jmenovatele v kvalitě a orientaci na zákazníka. Z tohoto důvodu bude Heinz i nadále přicházet na trh dětské výživy se stále novými nejmodernějšími výrobky, a to především s takovými, které budou na trhu postrádané. Při identifikaci takových výrobků jsme využívali a nadále využíváme poznatků z našich každodenních diskusí s pediatry. Výhodou českého a slovenského trhu dětské výživy a tedy i výhodou pro H. J. Heinz na těchto trzích je skutečnost, že dětská gastroenterologie a pediatrie patří k těm nejspičkovějším na světě.



Zpráva o činnosti - únor 2001

MUDr. Pavel Neugebauer

Předseda SPLDD ČR

Měsíc ve znamení prvního dopadu Rámcových smluv – prodloužení splatnosti faktur, přípravy webových stránek SPLDD a zahájení cenových jednání pro druhé pololetí roku 2001, trvá aktivita koaličního uskupení zástupců ambulantních zdravotnických zařízení, zaměstnanecké zdravotní pojišťovny se aktivizují za účelem zachování plurality systému zdravotního pojištění.

1.2. urgentní schůzka zástupců koalice ambulantních zařízení (dále „koalice“) s ředitelkou ÚP VZP ing. Jiřinou Musílkovou ohledně dodatků řešících dobu splatnosti faktur (podrobněji informováno v čísle 2)

5.2. schůzka koalice k vyhodnocení plnění dohod s VZP ohledně dodatků (viz předchozí text) a následně schůzka s ing. Musílkovou vzhledem k zjištěným případům nedodržování uzavřených dohod

6.2. schůzka s PharmDr. Vladimírem Finsterlem o možnostech zřízení webových stránek SPLDD, předložen základní rámcový návrh, diskutovány možnosti jejich sponzorování

8.2. schází se skupina pověřená plénum dohodovacího řízení o cenách, aby připravila změny jednacího řádu, které vyplývají ze změny zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění

8.- 9.2. v Praze probíhá kongres zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven, hlavním tématem je postavení a úloha zdravotních pojišťoven v systému zdravotního pojištění, zaznívá kritika stavu u nás, kdy nejsou vytvořeny podmínky k možnostem jejich vzájemné konkurence, diskutovány způsoby a možnosti konkurence tak, jak jsou realizovány v některých státech Evropy; kritizována aktuální snaha legislativně zakotvit systém 100% přerozdělení peněz systému veřejného zdravotního pojištění

9.2. na Předsednictvu SPLDD je hodnocena činnost za uplynulé období, pozitivně vnímána činnost koalice, i nadále se diskutuje k problematice koncepce oboru pediatrie, rámcově se připravuje sněm SPLDD, důraz pro nejbližší dny je kladen na řešení problematiky placení „nadstandardů“ a řešení problematiky LSPP, diskutován problém SPLDD versus OSPDL

13.2. jednání zástupců koalice, na kterém byly diskutovány body programu pro jednání se zástupci zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven, hlavním tématem by měl být dopad

rozhodnutí vlády o cenách za zdravotní péči v nemocnicích, možné dopady 100% přerozdělení a možný vliv těchto skutečností na platební schopnost pojišťoven, dále by měla být diskutována i problematika dopadu Rámcové smlouvy na smlouvy individuální; začala diskuse nad připravovanými legislativními změnami ve zdravotnictví a možnostmi společného postupu v reakci na ně

13.2. redakční rada VOXu PEDIATRIAE, krom běžné agendy týkající se hodnocení a zařazení obdržných příspěvků vyhodnocováno 1. číslo v novém stylu, velká diskuse byla i ohledně zařazení textu dopisu revizní komisi ČLS JEP ohledně způsobu organizace voleb výboru OSPDL, přes nesouhlas zástupce OSPDL nakonec hlasováním rozhodnuto o jeho otištění, a to i vzhledem k objektivizaci této informace a zamezení možných spekulací

15.2. se uskutečnila schůzka se zástupci zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven, jednání bylo vstřícné a otevřené, byly dohodnuty rámcové možnosti vzájemné spolupráce, především možnost a ochota se scházet vždy, když vznikne na jedné či druhé straně závažnější problém

16.2. osobně jsem se zúčastnil jednání Výboru Slovenských PLDD, na kterém byla krom běžné agendy velmi připomínající naše problémy připravována konference Slovenských PLDD

17.2. Konference Slovenských PLDD, jednání potvrzuje řadu společných problémů (LSPP, úhrady od ZP atd.), ze strany hlavního odborníka pro obor pediatrie zaznívá myšlenka oddělení prevence od činnosti PLDD a její vykonávání ve specializovaných centrech, trvá problém dorostového lékařství, kdy je postupováno opravdu „ode zdi ke zdi“, kdy jednou je tato odbornost přímo zařazena do primární péče, podruhé jsou z dorostových přes noc PLDD, celkově však lze konstatovat, že v mnohém se nám již podařilo pomyslný vůz přeci jenom posunout o trochu dál, neutu-

chající entuziasmus MUDr. Průchové, která stojí v čele Slovenských PLDD, však dává tušit, že tomu tak nemusí být na věky

20.2. pokračování jednání nad přípravou webových stránek SPLDD, již konkrétní podoba možnosti jejich sponzoringu

21.2. v NHÚ proběhl seminář nad připravovaným zákonem o odborné způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání, ministerský návrh obhajoval prof. Tůma, ředitel odboru vědy a vzdělávání, návrh ČLK obhajoval JUDr. Mach, ředitel právního odboru, a odbory byly zastoupeny Odborovým svazem zaměstnanců ve zdravotnictví, jehož zástupci jako jediní předložili informaci strukturovanou na analýzu výchozího stavu a nastínění vize cílového stavu, lehké překvapení bylo prezentováno ze skutečnosti, že ČLK ve svém návrhu řeší způsob vzdělávání i nelékařů, jinak seminář ale nepřinesl žádné převratné myšlenky v této problematice

22.2. zahájen kolotoč dohodovacího řízení o cenách na II. pololetí roku 2001 společným jednáním, na kterém byla schvalována změna jednacího řádu, celé jednání se neslo v duchu boje mezi ČLK o.s. reprezentovaném MUDr. Vedralem a Sdružením soukromých lékařů ZP zastoupeném MUDr. Tautermannem; po nečekaně problémovém průběhu velmi připomínajícím nechvalně známá společná jednání v minulosti (tehdy označená i jako „perský trh“) se zdálo, že nakonec ke konsensu dojde bez dalších dozvuků, ale po schválení nového jednacího řádu vystoupil zástupce ČLK o.s. a přítomným oznámil, že dohodnuté bude tímto občanským sdružením napadeno...

27.2. koalice se schází, aby se dohodla na možnostech společného postupu proti chystaným návrhům zákonů o zdravotní péči, zdravotnickém zařízení a státní správě a samosprávě ve zdravotnictví, všechny tyto normy totiž směřují k obnovení „národního systému zdravotní péče“ s praktickou eliminací soukromého podnikání, zato však všeobíma- jící náručí státu a státních úředníků



Zpověď šéfredaktora

Mgr. Martin Tarant

Vedení SPLDD mě v říjnu loňského roku vyzvalo k účasti ve výběrovém řízení na místo šéfredaktora časopisu VOX PEDIATRIAE. Dodal jsem žádanou koncepci a nějakou dobu nato mi MUDr. Pavel Neugebauer sdělil, že sdružení vybralo mne. Zároveň mi oznámil, že budu mít volnou ruku zejména pokud jde o výběr tiskárny a složení redakční rady. Nabídku jsem přijal a byl jsem pověřen zorganizováním výběrového řízení na tiskárnu. Zprostředkoval jsem nabídku tří tiskáren, nicméně výbor SPLDD nakonec vybral čtvrtou, aniž jsem měl jakoukoliv možnost se k této volbě vyjádřit a aniž jsem o vybrané tiskárně měl jakékoliv informace. Složení redakční rady se mnou rovněž nikdo nekonultoval. V polovině ledna proběhla její schůzka věnovaná náplni lednového čísla Voxu. Během ní bylo mimo jiné přijato rozhodnutí, že obtahy stránek časopisu budou ke

korekturám odesílány poštou (sic!) do Plzně a stejným způsobem vráceny zpět. Riziko ztráty a tudíž ohrožení časového harmonogramu výroby časopisu je v takovém případě zcela zřejmé. To mě spolu se zjištěním, že SPLDD chce opět vydávat bulletin, nikoliv časopis (to bylo jasné například vzhledem k tomu, že zpravodajská část časopisu měla být suplována zprávou předsedy), přimělo k tomu, že jsem dva dny nato MUDr. Neugebauerovi oznámil, že funkci šéfredaktora vykonávat nehodlám. Celý postup vedení SPLDD mě totiž vmanévroval do situace, kdy bych nesl největší díl odpovědnosti, ale byl vybaven nejmenším dílem kompetencí.

V čísle 2 Voxu o mně píše předseda SPLDD k datu 12. ledna, že „dosavadní jeho činnost však hodnocena členy Výboru jako velmi pasivní, neodpovídající časovému presu“. Se sdružením jsem nikdy neuzavřel žád-

nou smlouvu, SPLDD tedy nic neopravňuje k podobným výtkám. A to tím spíše, že přestože jsem organizační přípravou časopisu ztratil něco peněz (například za meziměstské telefonáty a hovory na mobilní telefony) i něco času a energie (o čemž svědčí mimo jiné registrace ministerstva kultury a ISSN, kterými se honosí tiráž VOXu), sdružení zcela po šlechticku neuznalo za vhodné mou činnost jakkoliv honorovat. Chápu, že předseda sdružení se musí zodpovídat svému členstvu, ale nechápu, proč za tímto účelem potřebuje vláčet mé jméno houštinou informací mírně řečeno selektivních. Důrazně se proti tomu ohrazuji a zároveň na svou čest slibuji, že s VOXem PEDIATRIAE už nikdy nebudu mít nic společného. ■

Reakce redakční rady VOX PEDIATRIAE na dopis Mgr. Martina Taranta

Vzhledem k tomu, že redakční rada VOXU ani Výboru SPLDD se neztotožňuje s obsahem článku (zveřejněného v plném znění), dovolujeme si zopakovat chronologický přehled dění spojený s touto kauzou tak, jak je předsedou uváděná v „Přehledu o činnosti a událostech“ z VOXU 1 a 2.

3.10. jednání s Mgr. Martinem Tarantem o možné spolupráci při tvorbě tiskovin Sdružení. K tomuto termínu se datuje začátek snahy získat ke spolupráci zkušeného redaktora, představy obou stran se však nepodařilo ve finále potřebně přiblížit.

27.11. jednání předsedy SPLDD a OSPDL o nové podobě časopisu VOX PEDIATRIAE. Měsíc, ve kterém pokračuje výměna názorů zástupců PL a ČLK (dopis MUDr. Šmatláka i reakce MUDr. Ratha byly zveřejněny v časopise ČLK), v obálkách objevujeme periodikum „Informace pro lékařskou praxi“, které se hlásí k tradici VOX infa, ale není oficiální tiskovinou našeho Sdružení, vrcholí boj o signální kód, začíná se formovat silná pětice, pětice organizací zastupující výraznou část ambulantního sektoru

13.12. se schází poprvé nová redakční rada časopisu VOX PEDIATRIAE, vytváří ediční plán a rozděluje úkoly. (Za účasti Mgr. Taranta - pozn. red.)

3.1. jednání Výkonného výboru (dále jen Výboru) především s cílem rozdělení úkolů s upřesněním podmínek vydání nové formy našeho časopisu a stanovení dalšího postupu v oblasti koncepce oboru pediatrie

8.1. jednání s Mgr. Martinem Tarantem ohledně práce zejména na grafické podobě časopisu a objasnění možností vybrané tiskárny, upřesnění údajů pro vznik smlouvy o vzájemné spolupráci, **byla vedena intenzivní jednání za účelem jeho definitivního ustavení do funkce šéfredaktora časopisu**

10.1. vymezení podmínek smlouvy mezi Sdružením a Mgr. Martinem Tarantem při jednání s JUDr. Janem Machem

12.1. další jednání Výboru, Mgr. Martin Tarant přichází kritizovat výběr tiskárny a snaží se objasnit svůj názor na nekompetentnost členů Výboru při rozhodování o podobě časopisu a přílišný „diktát“ omezující jeho volnost v pozici šéfredaktora, jeho dosavadní činnost

však hodnocena členy Výboru jako velmi pasivní, neodpovídající časovému presu.

16.1. redakční rada časopisu - kompletační materiálů, již plně zapojení MUDr. P. Chaloupky do činnosti redakční rady ve smyslu převzetí agendy inzerce, stále chybí zpracování obálky, Mgr. M. Tarant se dosud nesešel se zástupcem tiskárny

18.1. Mgr. M. Tarant telefonicky oznámil ukončení spolupráce se Sdružením na vydávání časopisu, odůvodnění bylo velmi blízké již jím vyřčenému na jednání Výboru 12.1.

19.1. mimořádný Výbor, řešení krizové situace kolem vydání časopisu, stanovení harmonogramu jednání s dalšími subjekty k zabezpečení jeho vydání

24.1. mimořádné jednání Výboru s Vydavatelstvím MEDIX, hodnocení návrhu obálky, stanovení harmonogramu kompletační časopisu

25.1. jednání s tiskárnou o trojstranné spolupráci mezi Sdružením, Vydavatelstvím MEDIX a tiskárnou ohledně tisku a distribuce časopisu ■



Zákoník práce – práva a povinnosti zaměstnance

JUDr. Jan Mach

Práva a povinnosti zaměstnance dle § 32 odst. 2 zákoníku práce, kterou by měl zaměstnavatel podle novelizovaného zákoníku práce dát prokazatelně svému zaměstnanci a každému novému zaměstnanci při vstupu do pracovního poměru, pokud údaje v této informaci uvedené nejsou přímo součástí pracovní smlouvy.

Považujeme za výhodnější pro zaměstnavatele, pokud mzda je stanovena mzdovým výměrem a není součástí pracovní smlouvy, ani mzdový výměr není přílohou pracovní smlouvy. V takovém případě totiž může zaměstnavatel mzdu jednostranně změnit v případě, že se například zhorší pracovní morálka zaměstnance. Pokud by výše mzdy byla předmětem pracovní smlouvy, nebylo by možno mzdu jednostranně zaměstnavatelem snížit. Pokud již výši mzdy máte uvedenu ve svých pracovních smlouvách, pak je z navrženého textu „Informace o právech a povinnostech zaměstnance dle § 32 odst. 2 zákoníku práce“ třeba vypustit odstavec o tom, že „Mzda je zaměstnanci stanovena mzdovým výměrem...“

Pokud jste již realizovali povinnosti zaměstnavatele vyplývající z novelizovaného zákoníku práce, omlouvám se za tento pro Vás v takovém případě nadbytečný údaj. Podávám však tuto zprávu všem svým klientům, o kterých předpokládám, že zaměstnávají v pracovním poměru zaměstnance a vyplynula pro ně tudíž tato povinnost z novely zákoníku práce účinné k 1. 1. 2001.

Dále upozorňuji, že pokud vysíláte zaměstnance na pracovní cesty, musí být tato skutečnost podle novelizovaného § 38 odst. 1 zákoníku práce výslovně dohodnuta v pracovní smlouvě. Rovněž pokud zaměstnanec koná přesčasy nad osm hodin týdně a 150 hodin v roce, je třeba mít podepsaný jeho souhlas. Totéž se týká i případné pracovní pohotovosti (k jejímu konání je třeba souhlas vždy - bez

Vzor:

Informace o právech a povinnostech zaměstnance dle § 32 odst. 2) zákoníku práce

Zaměstnavatel:
IČO:
Se sídlem:
Zaměstnanec:
Trvale bytem:
Bližší označení druhu práce:
Bližší označení místa výkonu práce:

Zaměstnanec má nárok na dovolenou na zotavenou podle § 100 až § 104 zákoníku práce. V případě výpovědi z pracovního poměru dané zaměstnancem nebo zaměstnavatelem platí výpovědní doby uvedené v § 45 zákoníku práce.

Mzda je zaměstnanci stanovena mzdovým výměrem zaměstnavatele, přičemž novým mzdovým výměrem se vždy ruší předchozí mzdový výměr zaměstnavatele. Mzdový výměr zaměstnavatele musí být zaměstnanci vždy doručen.

Mzda je splatná do dne v měsíci předcházející měsíc.
Mzda je splatná v termínu:

Mzda bude zaměstnanci vyplácena tak, že bude poukazována převodem z účtu zaměstnavatele na stanovený účet zaměstnance. V případě změny účtu zaměstnance je zaměstnanec povinen neprodleně tuto skutečnost písemně zaměstnavateli oznámit. Nebude-li mzda vyplácena převodem na účet zaměstnance, bude vyplácena zaměstnanci v hotovosti v sídle zaměstnavatele.

Pro pracovní dobu a její rozvržení platí ustanovení § 83 až § 94 zákoníku práce.

Dne:
Zaměstnavatel:

časového limitu). Souhlas zaměstnance s vysíláním na pracovní cesty, popř. s prací přesčas nad 150 hod. v roce a s pracovní pohotovostí doporučuji - je-li to z hlediska Vašich potřeb třeba - řešit dodatkem k pracovní smlouvě. Druhou možností je uzavření nové pracovní smlouvy, ve které budou již tyto otázky zahrnuty.

Dále si dovoluji upozornit, že podle novelizovaného § 94 zákoníku práce je zaměstna-

vatel povinen vést evidenci pracovní doby, práce přesčas, pracovní pohotovosti a noční práce u jednotlivých zaměstnanců. Plnění této povinnosti kontrolují Úřady práce, které mohou v případě jejího neplnění ukládat zaměstnavateli pokuty. ■

Autor je právním poradcem SPLDD ČR

Omluva

Vydavatel se omlouvá za technické chyby v únorovém čísle VOX PEDIATRIAE:

MUDr. Iloně Hülleové za drobnou chybu v jejím příjmení (VOX PEDIATRIAE 2/2001, str. 3 a 7)

MUDr. Jiřině Šrůtkové (SPLDD) a MUDr. Ladislavu Hanouskovi (OSPDL) za záměnu příslušných organizací (VOX PEDIATRIAE 2/2001, str. 17).

Děkujeme za pochopení.



Informace zaměstnavatele podle § 32 odst. 3 zákoníku práce

Ing. Jaromír Adamec

■ Informace zaměstnavatele podle § 32 odst. 3 zákoníku práce

(název a sídlo zaměstnavatele)

Č.j.: Dne:

Vážený pan, vážená paní
Jméno, příjmení, akad. titul
Rodné číslo

Název zaměstnavatele
Osobně

Vážený pane, vážená paní,

Protože Vaše pracovní smlouva č.j. ze dne neobsahuje údaje o právech a povinnostech vyplývajících z pracovního poměru, informujeme Vás v souladu s ust. § 32 odst. 3 zákoníku práce o nich touto cestou:

1. Podle shora citované pracovní smlouvy vykonáváte u (doplní se název a sídlo zaměstnavatele, nebo jméno a adresa zaměstnavatele, je-li fyzickou osobou), dále jen „zaměstnavatel“ v místě výkonu práce (uvede se konkrétně) viz. 1) v příkladech tento druh práce (uvede se konkrétně) viz. 2) v příkladech. Vaše povinnosti jsou konkrétně stanoveny v pracovní náplni, kterou jste převzal dne.....

2. Splníte-li podmínky stanovené v § 101 máte nárok na dovolenou na zotavenou (zde se uvede

konkrétní nárok zaměstnance) viz. 3) v příkladech. V ostatním se řídí Vaše dovolená ust. § 100 až 110c zákoníku práce a nař. vl. č. 108/1994 Sb., kterým se provádí zákoník práce.

3. Výpovědní doba z pracovního poměru činí dva měsíce, při výpovědi podle § 46 odst. 1 písm. a) až c) činí výpovědní doba tři měsíce. Výpovědní doba začíná prvním dnem kalendářního měsíce následujícího po doručení výpovědi a končí uplynutím posledního dne příslušného kalendářního měsíce. V ostatním se řídí ust. § 44 až 51 zákoníku práce.

4. Práci vykonáváte v rámci (uvede se konkrétně) hod. týdně. Pracovní doba je (uvede se konkrétně) viz. 4) v příkladech.

5. Vaše mzdové náležitosti jsou v souladu s právními předpisy platnými pro podnikatelskou sféru. (uvede se konkrétně) viz. 5) v příkladech.

6. Na základě uzavřené dohody ze dne (uvede se konkrétně) Vám je mzda zaslána na účet českého peněžního ústavu.

Zaměstnavatel
(jméno a funkce)

Převzal dne:

■ Příklady k vyplňování formuláře

K bodu č. 1:

1) např. v Praze 2, Poděbradská 16

2) např. práci účetní

K bodu č. 2:

3) např. v délce pěti týdnů a na dodatkovou dovolenou v délce jednoho týdne

K bodu č. 4:

4) např. rozvržena pravidelně denně od 8.00 hod. do 16 hod. nebo např. pracovní doba je rozvržena nepravidelně podle předem stanoveného rozvrhu pracovních směn. Nebo např. U zaměstnavatele se uplatňuje pružná pracovní doba ve formě pružného pracovního týdne. Základní pracovní doba je stanovena od 9,00 hod. do 11,00 hod. a od 11,30 hod. do 14,30 hod., volitelná pracovní od 7,00 hod. do 9,00 hod a od 14,30 hod. do 16,30 hod.

K bodu č. 5:

5) např. Zaměstnavatel Vám bude poskytovat za vykonanou práci mzdu, a to v tarifním stupni ve výši Kč měsíčně, která je Vám zaručena a krátí se jen v případě, že neodpracujete v měsíci stanovený počet dnů. Vedle tarifní mzdy Vám budou zaměstnavatelem poskytovány další složky mzdy podle mzdové části kolektivní smlouvy - mzdového řádu.

Autor je daňovým poradcem SPLDD ČR

Nevyužité další možnosti rozvoje českých lékařských praxí pro děti a dorost

MUDr. Tomáš Soukup

Místopředseda SPLDD ČR

Za posledních 8 - 9 let existence svobodného povolání PLDD v Čechách došlo k bytostnému počátku návratu struktury našich služeb do vyspělé Evropy. Vznikly dětské praxe, které v preventivní i léčebné sféře poskytují na evropské poměry poměrně vysoký standard. Výborných parametrů dosahuje naše země v kojenecké i novorozenecké úmrtnosti, vysoké proočkovanosti i ve stále klesajících počtech významných infekčních onemocnění u dětské populace, právě i díky českému systému zdravotní péče o nejmladší generaci. Přestože je náš systém dnes ve světě ojedinělý - kromě Slovenska všechny země východní Evropy víceméně přecházejí na model rodinného lékaře - bude v příštích letech velmi záležet na nás všech, zda zůstane naše nabídka taková, abychom nadále, i po vzniku rodinného lékaře u nás, nabízeli v dětských praxích takový servis, kterému nebude možno konkurovat.

Existují nemalé rezervy, které si někteří z nás plně, jiní částečně, a žel někteří vůbec, uvědomují - neuvědomují. Nejde jen o čistě a převážně medicínské aspekty poskytování péče, ale jde většinou o prvky nemedicínské, ovšem v přímém vztahu k poskytování našich služeb. Právě tyto prvky nás dnes ještě oddělují či odlišují od praxí v nejvyspělejších zemích. Velmi zajímavé je, že je možné je v dohledné době postupně a velmi dobře přebírat a aplikovat.



■ **Prostorové rezervy**

Historicky je většina našich praxí prostorově zcela jinak uspořádána. Naše praxe mají většinou pouze 1 - 2 ordinace, většinou velké čekárny, nemají recepce, nemají další samostatné prostory pro laboratoř a procedury léčebné a diagnostické. Většina praxí není zatím ve vlastních domech lékařů. Často nejsou v blízkosti praxe parkoviště, chybí výtahy, pokud praxe není v přízemí, nejsou bezbariérové přístupy.

■ **Komunikační rezervy**

Nedostatečně je strukturované využití telefonů, včetně vstupního vpouštění do prostor praxe hlavním vchodem, málo jsou používány záznamníky, málo se telefonicky objednávají pacienti, málo se používají telefonické kontroly pacienta, zejména pak ve vymezeném čase např. ráno 30 minut před vlastní ordinací, špatné je propojení vyšetřoven a čekáren (chybí recepce, eventuelně zvuková signalizace apod.). Pro dětské praxe se používá málo kvalitní software, většinou chybí propojení sestry a lékaře počítačovou sítí, internet i předávání výsledků v elektronické podobě se teprve rozvíjí... Velmi opatrný je přístup k mobilnímu telefonickému propojení od pacienta k lékaři.

■ **Rezervy medicínské**

Nutné je prohloubení a rozšíření odborných kompetencí PLDD, tedy postupné zavádění přístrojových technik do dětské praxe, na trhu ve světě existují četné rychlotesty (nyní se snažíme prosadit k mimokapitační úhradě rychlostest CRP do 5 minut). Výsledky testů jsou několikaminutové, umožňují operativní rychlé rozhodnutí dětského lékaře. Existují, pro zajímavost, testy na biochemické parametry, různé, i KO, či jeho jednotlivé složky, známé jsou streptesty, méně známé testy EBV, *H. pylori*, influenzy, chlamydie, málo jsou rozšířeny uritesty, kterých je mnoho typů, jsou velmi operativní (tyto existují v zahraničí prakticky již řadu let), téměř se nepoužívají moderní kombinované papírky k vyšetření moči na leukocyturii a nitrity, objevují se rychlotesty na vyšetření drog z moči, prakticky se nevyskytuje ani další vybavení, např. malé centrifugy a další pomůcky, které v zahraničí ve svém důsledku zrychlují a zpřesňují diagnostiku a terapii přímo v praxi, bez použití drahých konsiliárních vyšetření komplementu. Zanedbatelné není ani, že ohodnocení výkonu zůstává tam, kde je provedeno a vede ke zlepšení ekonomické průchodnosti vlastní pra-

xe, na které tak často „žehráme“. Většinu těchto testů provádí sestry, což vede i ke zpeřčení jejich běžného stereotypu.

Kromě laboratorního nerozvinutí nejsou příliš rozvinuty ani terapeutické aktivity, jako fyzikální terapie, inhalace, solux, drobné ORL techniky, drobné chirurgické výkony, drobné ortopedické techniky - měření plochonoží, zkrácení končetin, zejména pak u dětí ošetřování dlahami s pomocí flaxací tepelně formovatelných na míru aj.

Dalo by se pokračovati, protože z každé oblasti by bylo možno „něco“ převzít a dle individuálního založení každého z nás realizovat, a také vyúčtovávat pojišťovně. Určitě by všichni neměli dělat všechno, ale měla by existovat možnost čtené úkony přímo provádět v našich praxích, a nejen zkonstatěle řadu z nich realizovat přes drahá konsilia.

■ **Rezervy image ordinace**

Nedostatečné označování našich praxí, přetrvávání označování lístečky při nepřítomnosti, při přestávce na oběd, při dovolené... Přetrvávající četné „zákazy“ na dveřích ordinací, které většinou stejně nezabírají, např. „Neklepat“ apod. Často chybí oznámení o zajištění pohotovostní péče mimo ordinaci hodiny, chybívá i ceník výkonů nehrazených zdravotními pojišťovnami. Mnoho ordinací ještě připomíná celkovým pojetím, barevně, uspořádáním nábytku zašlou slávu. Ale je již mnoho praxí, které zcela splňují opak, tedy jsou přívětivé, šité na míru dětem i doprovodu. Bohužel často je úroveň sociálního zařízení v našich praxích neodpovídající našemu postavení na trhu, předstihly nás i četné průměrné restaurace. Často chybí ještě ručníky a mýdlo na jedno použití apod. Recepce jsou zatím výjimkou, protože i objednávací systém pacientů se zatím na většinu ordinací doby neujal. Čekárna tak stále tvoří jednu z hlavních prostor praxe, na úkor prostor ostatních.

■ **Rezervy organizační**

Dosud přetrvává převaha ošetření bez objednání a paralelně s tím i nepřítomnost recepcí. V některých regionech, vlivem skladby obyvatel, pak i menší spolupráce při účasti na pozvánky k preventivním prohlídkám a k očkování. Zčásti jsou tyto organizační rezervy způsobeny nedostatečným ohodnocením PLDD, protože dnešní režijní náklady na praxi PLDD jsou vytvořeny na jiné platformě.

■ **Rezervy státní - chybějící podpora rozvoje primární péče**

Chybí cílená podpora rozvoje primární péče. Chybí podpora nových technologií u praktických lékařů (malé přístrojové techniky, internetu a komunikační techniky), která v řadě zemí ve světě existuje, např. formou ročního paušálu, který by byl „povinně“ čerpán praktikem, aby oblast primární péče, která zásadním způsobem rozhoduje o nákladech zdravotnictví, nezůstávala popelkou, či dokonce aby ji stíhaly kroky opačné, jak jsme svědky dnes.

■ **Rezervy v sociálně - ekonomickém zázemí lékařů**

Dnes existuje výrazně podhodnocená práce lékaře, zejména v samostatné činnosti. Zcela se vytratilo povědomí, že veškerý chod praxe je řízen téměř „pouze“ z prostředků pojišťoven a stále se prodlužujících plateb od nich. Dosud lékařské praxe nedosáhly, při rovnosti šancí, ucházet se o státní dotace, jako státní zdravotní zařízení. V zahraničí je běžně kalkulována delší dovolená, např. v Rakousku 6ti týdenní, následující i 2 týdny na vzdělávání ročně. Existuje velmi dobrý systém sociálního zabezpečení lékaře v nemoci, v invaliditě a důchodu, ze strany profesních spolků. Velmi v plenkách je i systém předávání praxe po odchodu do důchodu apod., prakticky dnes není možné „rychlé“, cca do měsíce, předání praxe, pokud dojde k takové situaci. Je spíše reálné, že vlivem uvedené těžké situace připadne léta budovaná praxe státní správě, místo aby pomohla vlastníkově resp. jeho rodině. Zde je tedy co dohánět nejvíce.

Závěrem nutno konstatovat, že se zdaleka nepodařilo, ani ve výše uvedeném shrnutí, zachytit stále ještě existující různé diference českého smluvního praktika a praktika v sousedních vyspělých zemích. Smyslem uvedeného zamyšlení je dát stimuly těm z vás, kdo si hodnotu odlišnosti uvědomují, a chtěli by pomoci postupně jednotlivé atributy pomáhat „likvidovat“. Většinu uvedených záležitostí určitě budou řešit v příštích letech oba naše profesní spolky, a proto musí mít vaši silnou podporu.

Lze očekávat zrychlení mnoha změn s blížícím se vstupem do EU a po „myšlenkovém“ propojování s blízkým zahraničím, s vyspělými zeměmi. ■



Zpráva koalice

Jednání „Koalice ambulantních lékařů“ o návrzích zákonů (Zákon o zdravotnickém zařízení, Zákon o státní správě a samosprávě ve zdravotnictví a Zákon o zdravotní péči)

■ Co je to „Koalice ambulantních lékařů“?

Sdružení praktických lékařů ČR, Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR, Sdružení smluvních lékařů ZP ČR, Sdružení soukromých gynekologů ČR a Česká stomatologická komora založily „Novoroční dohodou“ v lednu 2001, tzv. „Koalici ambulantních lékařů“ (dále jen Koalice), která zastupuje prostřednictvím výše zmíněných organizací většinu lékařů v České republice provozujících soukromé praxe.

Úkolem Koalice je koordinace činnosti v těch otázkách, ve kterých má shodné zájmy. Signatáři se dohodli na společném postupu, ovšem bez jakéhokoliv omezení suverenity jednotlivých členských organizací. Popudem pro vytvoření Koalice bylo sílící přesvědčení, že soukromí lékaři nemají na nejvyšší úrovni dostatečné zastoupení.

Od České lékařské komory, která se chová stále odborověji a přes všechny lhbivé proklamace spravedlnosti a vyváženosti stále zřetelněji preferuje hájení zájmů lékařů-zaměstnanců, se rovněž dostatečné zastupování zájmů privátních lékařů nemůže očekávat. Vážnost situace byla na přelomu roku podtržena i rozhodnutím vlády o cenách zdravotní péče na 1. pololetí roku 2001, které jednostranně zvýhodňuje lůžková zařízení. Ani proti tomuto kroku diskriminujícímu soukromá ambulantní zařízení se ČLK nepostavila.

Kromě protestu proti rozhodnutí o cenách se Koalice zaměřila na ovlivňování přípravy návrhů zákonů, jejichž přijetí v navržené podobě by znamenalo vážné ohrožení samotné existence soukromých lékařských praxí.

■ Které návrhy zákonů ohrožují soukromé lékařské praxe?

V současné době připravuje MZ k předložení do vlády návrhy čtyř zákonů. Kromě návrhu Zákonu o transplantacích, který Koalice nepřipomínkuje, jde o komplex tří vzájemně provázaných zákonů, které mají nahradit tzv. starý „Zákon o zdraví lidu“ a všechny na něj navazující vyhlášky. V těchto zákonech byla obsažena ustanovení, jež by zásadně změnila postavení soukromých lékařů. K dokonalému pochopení nebezpečí, které je pro soukromé lékaře v návrzích obsaženo, je třeba si pečlivě texty zákonů přečíst – jsou mimo jiné na internetové stránce ministerstva zdravotnictví.

Nejpodstatnější obavy vplynuly z toho, že tento komplex zákonů:

1) Ruší zákon 160/1992 Sb. (o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních), což je jediný zákon, který dosud umožňuje soukromé podnikání ve zdravotnictví.

2) Mění postavení soukromého lékaře, provozujícího zdravotnické zařízení též za účelem tvorby zisku, na zřizovatele „neziskového zdravotnického zařízení“.

3) Dává pravomoc orgánům státní správy zařazovat všechna zdravotnická zařízení do tzv. sítě zdravotnických zařízení a také je ze sítě vyřazovat.

Přitom pravidla pro zařazování do sítě obsahují nepřijatelné podmínky a pravidla pro vyřazení dovolují podle libovůle státního úředníka fakticky zlikvidovat činnost kteréhokoliv zdravotnického zařízení, a to v naprostém souladu se zákonem a bezodkladně.

Výtky Koalice vyznívají dramaticky, ale na konkrétních příkladech a přesně podle navrhovaných textů zákonů lze demonstrovat jejich oprávněnost. Navrženým zákonům lze vyčíst ještě řadu dalších chyb, které však jsou opravitelné. Tři výše zmíněné zásadní připomínky ale znamenají zásadní změnu smyslu a významu navržených zákonů, které by jinak vrátily české zdravotnictví před rok 1989.

Protože se ve společnosti dost výrazně neozvaly jiné hlasy, jež by zcela zřetelně odmítly protipodnikatelské a státní moc posilující zaměření zákonů a Česká lékařská komora je dokonce označovala za přijatelné a oproti dosavadnímu stavu přínášející zlepšení, svolali zástupci organizací sdružených v Koalici na pondělí 12. března 2001 tiskovou konferenci. Na ní vysvětlili své obavy a s opravdu jen velmi mírnou nadsázkou navržené zákony označili za „hrozbu znárodnění soukromých lékařů“.

■ Jak se vyvíjela jednání o zákonech po tiskové konferenci 12.3.?

Poměrně výrazná mediální odezva vystoupení Koalice měla za následek pozvání jejích zástupců na bilaterální jednání s ministrem Fišerem. V pátek 16. 3. se ho účastnili dr. Pekárek a dr. Jelínek. Od tiskové konference se k varování Koalice postupně přidávaly i další hlasy, mimo jiné i ze strany odborů.

Prezident ČLK zahájil s prezidentem ČSK dr. Pekárkem korespondenci, která bude dle sdělení dr. Ratha otištěna v časopisu ČLK Tempus (doufejme, že kompletně). Jejím shrnutím by mohlo být konstatování ČLK, že její experti vidí

v návrzích daňové zvýhodnění a že ČLK byla ujištěna náměstkem ministra dr. Malinou, že ustanovení byla dána do návrhů s cílem pomoci lékařům. Dr. Rath žádal rozbor, o co opírají zástupci privátních lékařů svá tvrzení. Odpovědí bylo ujištění, že k pochopení toho, že se jedná o vážnou situaci, není zapotřebí žádných zvláštních expertíz, ale stačí si pozorně přečíst návrhy předložených zákonů a mít určitou dávku předvídativosti. Nicméně expertízy podporující názor Koalice existovaly a jejich uvolnění bylo vázáno na souhlas všech jejích členů.

K dispozici je také dopis, který dr. Rath rozeslal okresním sdružením ČLK, ve kterém jsou obavy privátních lékařů označeny za dezinformaci. V návrzích prý „neexistuje žádná reálná hrozba znárodnění prostřednictvím zákonů“. Naopak jako klad navržených zákonů je uváděna například „nová forma výběrových řízení“. (Naproti tomu stojí 3. zásadní připomínka Koalice – viz předchozí text.) Návrhy zákonů ve svém dopisu dr. Rath označuje za „spíše pozitivní“.

V dopisu je rovněž konstatováno, že ČLK vyzvala všechny organizace, které problém zveřejnily, aby vysvětlily své důvody s možností spolupráce za předpokladu, že se jejich obava ukáže jako podložená. V případě Sdružení praktických lékařů ČR a Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR jako členů Koalice je toto tvrzení dr. Ratha zcela nepravdivé, zástupce těchto organizací dr. Rath neoslovil.

■ Jednání s ministrem Fišerem

K jednání byli dva zástupci Koalice - dr. Pekárek a dr. Jelínek - pozváni na pátek, 16.3. 2001 v 9.30. Téhož dne, těsně před plánovanou schůzkou, navštívil pana ministra dr. Rath.

Dr. Pekárek a dr. Jelínek byli přijati ministrem Fišerem a jeho náměstkem Hlaváčkem a Malinou za přítomnosti tiskového mluvčího MZ pana Černého. Jednání bylo věcné a bylo vedeno ve zcela korektní atmosféře. Na konkrétních příkladech demonstrovali zástupci Koalice důvodnost svých obav a s ministrem Fišerem se shodli na nezbytnosti zásadních změn v navržených zákonech. Účastníkům jednání se dostalo ujištění, že MZ nechtělo připravit žádné znárodnění praxí, ale současně z úst ministra zaznělo i jednoznačné konstatování, že s ohledem na text návrhů mohly být obavy privátních lékařů důvodné a že „na jejich místě by se taky o svou praxi obával“. Jednání přineslo tyto podstatné závěry, které budou do návrhů promítnuty:

1) Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních zůstane za-



chován. Současně se budou společně hledat možnosti, jak soukromým zdravotnickým zařízením nabídnout výhodnější daňové podmínky, ovšem tak, aby nebyla ohrožena jejich podnikatelská svoboda. Pokud tato snaha nepovede k návrhu, který právě z hlediska zachování svobody soukromého podnikání označí Koalice za bezproblémový, nebude tento návrh do nových zákonů zapracován. (To je reakce na zásadní připomínky 1) a 2) – viz předchozí text.)

2) Navržené změny v provádění výběrových řízení byly motivovány snahou MZ moci účinně zasahovat v zájmu pacientů tam, kde není naplněna tzv. minimální síť zdravotnických zařízení. Proto MZ vydá vyhlášku, kterou bude tato síť definována. Pokud se prokáže, že někde tato síť není naplněna, bude mít státní správa povinnost vyvolat výběrové řízení na chybějící péči a zdravotní pojišťovna pak bude povinna s vítězem VŘ uzavřít smlouvu. Ve všech ostatních případech se nic ohledně zapojení ZZ do sítě, jejich smluv s po-

jišťovnami a případných výběrových řízení nemění. (Reakce na 3. zásadní připomínku – viz předchozí text)

Ministr Fišer přislíbil zástupcům Koalice, že až budou zpracovány návrhy zákonů v souladu s výše uvedenými dohodnutými body, předloží je Koalici k posouzení a teprve po jejím souhlasu, že návrhy skutečně dohodě odpovídají, je předloží vládě.

■ Tisková konference 16.3.

- podivná dohra

Po ukončení bilaterálního jednání byla již několik dnů předem ohlášena rovněž společná tisková konference. Této konferenci se k údivu zástupců Koalice účastnil i dr. Rath. Po úvodním slovu ministra Fišera seznámili dr. Pekárek a dr. Jelínek veřejnost s výsledkem jednání, které skončilo několik minut před tím. Z následujícího vystoupení dr. Ratha mimo jiné vyplulo, že on sám intenzivně spolupracoval s panem ministrem na prosazení i právě dohodnutých úprav a zasloužil se tedy

o zásadní změny zrovna těch ustanovení, která do předchozího dne označoval za klady navrhovaných zákonů. Řekli bychom: nic nového! Důležité ale je, že se Koalici alespoň prozatím podařilo zažehnat vážnou hrozbu svobodnému podnikání v našich lékařských praxích, ať už se zásluha o to stane kořistí opravdu kohokoliv.

Praha, 17.3.2001

MUDr. Jan Jelínek

místopředseda SPL ČR

MUDr. Jiří Pekárek

prezident ČSK

MUDr. Pavel Tautermann

předseda Sdružení smluvních lékařů ZP ČR

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR

MUDr. Vladimír Dvořák

předseda Sdružení soukromých gynekologů ČR

ZÁPADOČESKÝ REGION

Pozvánka

Neonatologické oddělení Fakultní nemocnice v Plzni, Česká neonatologická společnost ČLS JEP
Lékařská fakulta Karlovy university v Plzni, Perinatologická sekce České gyn. por. společnosti

pořádají

XIX. NEONATOLOGICKÉ DNY

31.10.-2.11.2001 v Srní na Šumavě

Odborná témata:

- I. Perinatální poškození mozku
- II. Endokrinní a metabolické poruchy (hypoglykemie, metabolismus vápníku, hormonální insuficience, dlouhodobá parenterální výživa, atd.)
- III. Varia na téma fyziologický novorozenec (screeningy - včetně katarakty a poruch sluchu, hyperbilirubinemie, očkování rizikových dětí, atd)

Pre Congress konference:

Novinky ve výživě novorozenců

Všeobecné informace

Ubytování bude ve dvouúžkových pokojích s koupelnou v hotelech Srní a Šumava. Na přání může být zajištěno ve dvou- nebo tříúžkových apartmá. Přimo v hotelu je bazén (návštěva je v ceně ubytování). Dále je k dispozici bar, sauna, masáže, bowling a půjčovna horských kol. Stravování zajištěno v hotelech. Parkování je možné přímo před hotely. Obec Srní leží v centrální části pohoří Šumava, která je proslulá rozsáhlými oblastmi výjimečně zachovaných přírodních krás. Počasí: V této roční době bývají dny ještě příjemně slunečné, noci jsou již chladné.

Společenský program:

Společenský večer s večeří a hudbou k tanci.

Výlet autobusem po okolí se zastávkami a výkladem na zajímavých místech, včetně návštěvy šumavských slatí.

Přihlášky:

Jana Palková, Neonatologické oddělení, Fakultní nemocnice, Dr. Beneše 13, 305 99 Plzeň

tel/fax/ans: 019-742 2821, e-mail: dort@fnplzen.cz, viz také stránka internetu: www.fnplzen.cz/klin/neon/index.htm



Financování zdravotnictví

Centrum pro ekonomiku a politiku 22. ledna 2001, Žofín, Praha

upravené znění příspěvku – 1.část

MUDr. Milan Cabrnach

místopředseda Výboru pro sociální politiku a zdravotnictví PS Parlamentu ČR

Dostal jsem nelehký úkol.

Představit svůj názor na tak složitý problém, jakým je financování zdravotnictví.

Z mnoha bodů, které bych chtěl na tomto místě zmínit, jsem vybral tři:

1. zhodnocení reformy financování zdravotnictví nebo lépe zdravotnictví jako takového
2. systém financování zdravotnictví, jeho základní rysy a úvaha o potřebě změny systému
3. model řešení financování zdravotnictví

Ačkoli je tématem financování zdravotnictví, mnohdy budu hovořit spíše o zdravotnictví jako takovém. Způsob financování zdravotnictví, nebo chcete-li způsob úhrady zdravotní péče, totiž více než cokoli jiného (a nejen v našich podmínkách) ovlivňuje vlastní poskytování zdravotní péče, vlastní zdravotnictví.

1. Zhodnocení reformy

Velmi stručně tedy několik bodů ke zhodnocení reformy financování zdravotnictví.

1.1 Oddělení od státního rozpočtu

Jedním z cílů reformy bylo oddělení financování zdravotnictví od státního rozpočtu a vybudování systému vícezdrojového financování zdravotnictví.

Oddělení od státního rozpočtu proběhlo v roce 1993, kdy začalo fungovat veřejné, tehdy všeobecné zdravotní pojištění.

Vícezdrojovost financování se zavést sice podařilo, ale zásadně nejsme spokojeni s proporcemi jednotlivých zdrojů. Jako zdroje fungují

1. pojistné vybrané od plátců pojistného

2. státní rozpočet cestou platby pojistného za státní pojištěnce a cestou především investičních dotací ze státního rozpočtu

3. komunální rozpočty zvláště jako dotace zdravotnickým zařízením zřizovaným obcemi

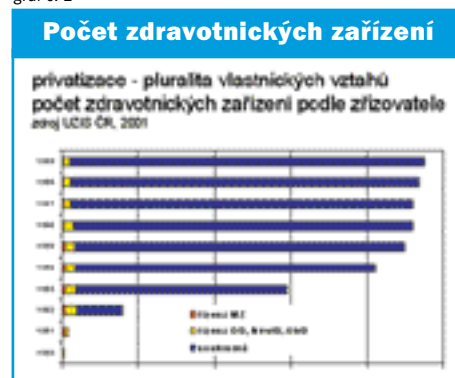
4. přímé platby občanů

Graf č. 1 zobrazuje pro ilustraci vývoj celkových výdajů na zdravotnictví v letech 1990 až 1999. Z grafu je patrné, jak se vyvíjí výdaje státního rozpočtu, veřejného zdravotního pojištění i přímé soukromé platby obyvatel. Pro upřesnění je třeba poznamenat, že do přímých soukromých plateb obyvatel se započítávají platby za zdravotní péči, za zdravotní prostředky a nejvíce platby za léky, a to především za léky, které si občané zakoupili bez lékařského předpisu. Z grafu je dále patrné, že soustavně klesá relativní podíl výdajů ze státního rozpočtu.

graf č. 1



graf č. 2



mocnic.

Pestrost vlastnických vztahů je jednou z podmínek konkurence a možnosti volby. Sama o sobě je však nedostačující a nemůže působit bez dalších prvků volnosti, jakými jsou možnost přímé úhrady péče, svobodná volba lékaře nebo dostupnost informací.

Ilustrační graf č. 2 ukazuje mimořádný nárůst počtu zdravotnických zařízení především v letech 1992 až 1994, tedy v letech zahájení veřejného zdravotního pojištění. Došlo především k nárůstu počtu malých ambulantních zařízení.

1.2 Pluralita vlastnických vztahů

Vytvoření plurality vlastnických vztahů k zdravotnickým zařízením bylo dalším cílem reformy.

Během několika málo let proběhla privatizace podstatné části ambulantních zdravotnických zařízení. Spolu s tím byla především převodem zřizovatelské funkce na města (obce) odstátněna také významná část ne-

1.3 Dostupnost zdravotní péče

Reforma financování zdravotnictví v souvislosti se změnami v celé společnosti při-



graf č. 3



nesla dramatické zvýšení dostupnosti zdravotní péče, především v oblasti dostupnosti nových a nákladných vyšetřovacích i léčebných technologií.

Tento bezesporu úspěch, posílený zvolením výkonového systému úhrady péče, s sebou pochopitelně jako přirozené riziko přinesl stejně dramatický růst nákladů.

Na ilustračním grafu č. 3 vidíte vývoj počtu některých finančně náročných medicínských přístrojů. Je samozřejmé, že zvýšení dostupnosti vedlo ke zvýšení celkové kvality péče. V řadě případů však došlo ke zbytečnému nadměrnému vybavování především státních nemocnic. Nevyužívané technologie jsou potom pochopitelně zátěží v hospodaření nemocnice. Velmi vhodným ukazatelem se zdá být poměr mezi majetkem nemocnice a jejím obrátem. Čím je tento poměr vyšší, tím obtížnější je pro nemocnici udržet vyrovnané hospodaření.

Podobně výrazně se změnila dostupnost léčiv. Zatímco před rokem 1990 nebylo možné některé léky legálně či skutečně vůbec sehnat, v současné době je k dispozici v ČR více léčiv, než v mnoha zemích Evropské unie.

Nové vyšetřovací a léčebné technologie včetně nových léků jsou jednou ze dvou příčin extrémního tlaku na rozpočty zdravotnictví ve všech zemích. Čím je systém otevřenější a informace dostupnější, tím více je třeba zvažovat administrativní nebo rozpočtové bariéry, které se postaví proti tomuto nárůstu nákladů.

1.4 Zvýšení kvality zdravotní péče

Pod tímto nadpisem se skrývá zvýšení kvality poskytované zdravotní péče, ale i (především) zlepšení zdravotního stavu obyvatel. Je známo, že zdravotnictví se podílí na zdravotním stavu obyvatel pouze přibližně (nebo méně než?) jednou pětinou. Dalšími

faktory jsou stav výživy, životní prostředí, sociální úroveň obyvatel a další.

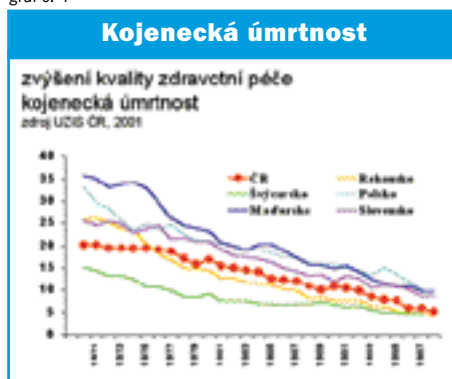
Změny ve zdravotnictví, především v jeho financování, spolu s dalšími změnami ve společnosti, přinesly nepochybně zvýšení kvality zdravotní péče a projevily se v pozitivním vývoji základních ukazatelů zdravotního stavu.

Jsem dětský lékař, neonatolog, a třeba i proto jsem si pro ilustraci vybral jeden z nejvýznamnějších ukazatelů zdravotního stavu a úrovně zdravotní péče současně. Je jím kojenecká úmrtnost, tedy počet dětí zemřelých do jednoho roku věku na tisíc živě narozených.

Na kojenecké úmrtnosti se podílí především sociální stav společnosti, tedy kvalita životních podmínek matek, věk matek, stav jejich výživy, užívání návykových látek včetně alkoholu a kouření. Současně se projevuje úroveň péče o maku i úroveň péče o novorozence.

Mezinárodní srovnání vývoje tohoto uka-

graf č. 4



zatele dobře popisuje zlepšení kvality zdravotní péče i zdravotního stavu obyvatel jako takového. Kojenecká úmrtnost v České republice byla mírná již v roce 1970. I dále klesá srovnatelně s okolními zeměmi, na konci devadesátých let je srovnatelná s Rakouskem a Švýcarskem.

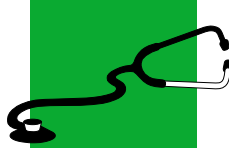
2. část článku uvedeme v příštím čísle.

Proč kříž nahradila hvězda?

Symbolem zdravotní pomoci byl a stále je červený kříž. Místo něho se v poslední době objevují i symboly jiné, jako například modrá hvězda. Český červený kříž působí na celém území naší republiky a je jednou ze 175 národních společností Mezinárodního hnutí Červeného kříže a Červeného půlměsíce. ČČK je pokračovatelem tradice Československého červeného kříže - jeho první předsedkyní byla Dr. Alice Masaryková - založeného 6.2. 1919. Dnes má ČČK kolem 140 000 členů a sdružuje i takzvanou Mládež ČČK jako svou zvláštní složku a další profesní organizace jako kolektivní členy, což jsou v současné době Vodní záchranná služba ČČK, Horská služba ČR, Svaz záchranných brigád kynologů ČR a Skalní záchranná služba v Chráněné krajinné oblasti Broumovsko. Znak Červeného kříže tvoří červený kříž v bílém poli a je všeobecně známým a mezinárodně uznávaným symbolem této organizace. V České republice je chráněn zákonem č. 126/1992 Sb., který stanoví, že v době míru smí znaku užívat pouze vojenská zdravotnická služba, Červený kříž a jeho zařízení, mezinárodní organizace Červeného kříže a jejich personál a konečně provozovatelé ambulancí a záchranných stanic - ti však jen s výslovným souhlasem Úřadu ČČK. Za neoprávněné používání znaku stanoví uvedený zákon samozřejmě sankce. A proč se na místech, kde by se dal očekávat právě červený kříž v bílém poli, objevuje modrá hvězda? Provozovatelé zdravotnických vozidel a zařízení jsou od roku 1995 vázáni vyhláškou ministerstva zdravotnictví č. 51/1995 Sb., která ukládá, jak mají být různá vozidla a pracoviště vybavena o označena. Znak červeného kříže v označení uveden není. Provozovatelé zdravotnických vozidel a zařízení, kteří znak dosud bez souhlasu Úřadu ČČK užívají, by proto měli tento znak ihned odstranit a označit svá vozidla a zařízení podle výše citované vyhlášky - tedy například onou modrou hvězdou života, která symbolizuje zdravotnickou pomoc.

Osobní schůzku s našimi poradci si můžete dojednat na telefonním čísle: 02/24 92 21 68 denně od 10 do 15 hodin.

JUDr. Jiří Zapletal, právník Úřadu ČČK



Alergenová imunoterapie

Doc. MUDr. Petr Panzner, CSc.

Ústav imunologie a alergologie LF UK a FN, Plzeň

Souhrn

Alergenová imunoterapie (AIT), dříve označovaná jako „desenzibilizace“ nebo „hyposenzibilizace“ má v naší zemi bohatou tradici. Léčba alergenovými vakcínami má potenciál ovlivnit imunitní reaktivitu pacienta ve smyslu odklonu od atopické reaktivity směrem k fyziologické imunitní odpovědi. Farmakologická léčba alergických onemocnění v zásadě většinou významně nemění přirozený dlouhodobý vývoj atopie jako takové. Kromě eliminace působení alergenu v těch případech, kde je to možné, zůstává AIT jedinou další možností kauzálního ovlivnění alergického onemocnění.

Rozšíření AIT je velmi rozdílné v různých zemích. Argumentem pro používání AIT je jednoznačná účinnost, která byla opakovaně prokázána dvojitě slepými, placebem kontrolovanými studiemi. Na druhou stranu je třeba zvážit určitý stupeň nejistoty v účinnosti u konkrétního pacienta, dále riziko nežádoucích reakcí a v neposlední řadě i to, že farmakoterapie je dnes schopna poskytnout celou řadu velmi účinných preparátů bez vedlejších efektů, které mnohdy vyřeší problémy pacienta bez nutnosti další léčby.

Např. u polinózy jsou těmito léky anti-histaminika nové generace, která nepřinášejí sedaci, velmi účinné topické kortikosteroidy, případně kromony. Na druhé straně je polinóza obecně považována za preastmatický stav a bylo prokázáno, že užitím AIT se riziko vývoje astmatických symptomů výrazně snižuje. Studie prokázaly, že astmatické potíže vzniknou pouze asi u 5% polinitiků léčených AIT, u 12% polinitiků léčených anti-histaminiky a asi u 23% neléčených polinitiků. AIT u astmatu prokazatelně redukuje výskyt symptomů a redukuje i potřebu farmakoterapie. Bylo prokázáno, že 75% dětských astmatiků neléčených AIT má astma i v dospělosti; naproti tomu 75% dětí léčených AIT je v dospělosti bez projevů astmatu.

Principem léčby AIT je podávání alergenové vakcíny v dávkách postupně se zvyšujících (tzv. fáze úvodní) až k dávce udržovací, což je dávka co nejvyšší, ale nevyvolávající u většiny pacientů ještě nežádoucí účinky. Tato dávka je pak aplikována v určitém časovém intervalu opakovaně (tzv. fáze udržovací). Tímto způsobem je zajištěno podání dostatečné kumulativní dávky alergenu, což vyústí v klinické zmírnění nebo vymizení potíží při opakované expozici danému alergenu.

Mechanismy účinku AIT nejsou dosud zcela

objasněny. Předpokládá se v první řadě zásah do rovnováhy Th1 a Th2 lymfocytů. U alergiků převládá aktivita Th2 s produkcí příslušných cytokinů (IL-4, IL-5, IL-13 aj.), stimulací tvorby IgE a aktivací mastocytů, bazofilů a zejména eozinofilů. AIT napomáhá vyrovnat tuto dysbalanci, posiluje Th1 odpověď s produkcí např. IL-2, IFN- γ aj. a se stimulací tvorby IgG. Z těchto změn vyplývá i snížení produkce mediátorů, a tím i snížení intenzity alergického zánětu a omezení tkáňového poškození.

Vakcíny pro AIT: Významnou podmínkou pro užití AIT je dostupnost kvalitních purifikovaných a zejména standardizovaných alergenových vakcín. V současné době je doporučována standardizace vakcín na celkovou alergenní potenci, biologickou aktivitu a vyjádřením množství hlavního alergenu ve hmotnostních jednotkách (μ g nebo ng). Vyjádření koncentrace alergenu pouze pomocí obsahu bílkovinného dusíku není již v současné době považováno za dostačující.

Pro AIT je možno použít různých druhů alergenových vakcín. K injekční AIT jsou kromě vodných vakcín používány i vakcíny modifikované fyzikálním nebo chemickým způsobem. Tyto modifikace mají zajistit vyšší účinnost a redukovat riziko vedlejších účinků. Principem je redukce alergenicity (tj. schopnosti vyvolat IgE zprostředkovanou reakci) a zvýšení imunogenicity (tj. schopnosti ovlivnit imunitní odpověď) - a tím zlepšení klinické účinnosti. Chemickou modifikací lze získat tzv. alergoidy. Nejčastěji používané jsou však vakcíny modifikované fyzikálně, tzv. depotní vakcíny, kde je alergen vázán na nosič ($Al_2(OH)_3$, $Ca_3(PO_4)_2$, tyrosin, liposomy). Možná je též kombinace obou postupů - tedy fyzikální i chemické modifikace vakcíny. U vakcín modifikovaných je zpravidla nutno

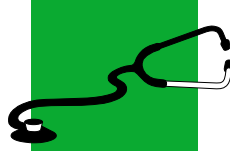
dosáhnout vyšší kumulativní dávky než u vodných vakcín.

Významnou otázkou je použití směsných alergenů. Platí zásada, že lze použít pouze směsi příbuzných, z větší části zkříženě reagujících alergenů. Příkladem jsou pyly trav, kde se za optimum považuje 5 až 6 druhů pylů trav ve směsi, dále pyly časné kvetoucích stromů a směsi roztočů. Zejména v případě pylů trav se nedoporučuje léčba vakcínou z jednotlivého druhu pylu vzhledem k tomu, že se klinicky jedná téměř vždy o kombinaci reaktivity na různé druhy. V případě použití pylu pouze jednoho druhu trávy, může dojít k tomu, že ve vakcíně chybí některé významné alergenní determinanty, na něž je pacient přecitlivělý.

Použití směsí nepříbuzných alergenů pro AIT se nedoporučuje. Důvodem je možná interakce alergenů a případná enzymatická degradace jejich epitopů. Tyto směsi jsou též obtížně standardizovatelné. V neposlední řadě je důvodem i nízká dávka jednotlivých alergenů při aplikaci směsi. V případě nutnosti provádět AIT na více nepříbuzných alergenů se proto doporučuje oddělená aplikace.

Vzhledem k tomu, že AIT je léčbou ekonomicky i časově náročnou a může přinášet i určité nežádoucí účinky, je velmi důležitá správná indikace AIT. Je nutno prokázat příčinnou souvislost mezi senzibilizací k danému alergenu a klinickými symptomy. To spočívá jednak v průkazu IgE zprostředkované přecitlivělosti k danému alergenu kožními testy a laboratorním vyšetřením specifických IgE protilátek a dále je nutno zvážit anamnestické údaje, potvrzující nebo zpochybňující souvislost senzibilizace na daný alergen se vznikem symptomů. Užití AIT závisí i na dostupnosti kvalitních alergenových vakcín.

Alergodil



Vždy je třeba velmi pečlivě zvážit poměr očekávaného přínosu AIT s nároky a rizikem této léčby. Zpravidla se nedoporučuje provádět AIT tam, kde je možnost eliminace kontaktu s alergenem.

AIT je indikována u těchto klinických stavů:

- 1) alergie na jed blanokřídlého hmyzu (systémové reakce)
- 2) alergická rhinokonjunktivitida
- 3) alergické bronchiální astma

AIT není indikována u gastrointestinálních projevů alergie, u migrenózní cefaleje a nefrotického syndromu, kde je možno v určitých případech nalézt též souvislost s přítomnou alergií. AIT není indikována ani v případech kožních alergických chorob. U atopické dermatitidy navíc často nebývá prokázán příčinný vztah mezi výskytem specifických IgE protilátek proti danému alergenu a vznikem projevů.

Co se týče inhalačních alergenů, je AIT indikována jednoznačně při alergii na pyly nebo roztoců. Názory na AIT s plísníovými alergeny jsou kontroverzní, ale existuje řada studií, které prokazují účinnost AIT na některé plísně (např. *alternaria*, *cladosporium*). AIT s alergeny zvířecího původu (nejčastěji kočka) je prováděna v případě, není-li možno zajistit eliminaci alergenů. Experimentálně jsou popisovány AIT při potravinové alergii, nejedná se však o rutinní léčbu. Jednoznačně se nedoporučuje provádět AIT s prachovým alergenem vzhledem k jeho nehomogenitě a nestandardnosti.

AIT je kontraindikována:

1) u imunopatologických onemocnění (zejména kolagenóza, autoimunita a závažných imunodeficiencí)

2) u maligních onemocnění

3) při nedostatečné spolupráci pacienta nebo u pacienta s psychickou poruchou.

4) těžké průduškové astma, které je špatně kontrolováno i při adekvátní léčbě (zpravidla při FEV1 konstantně pod 70% n.h., většinou léčené systémově kortikosteroidy)

5) v situacích, kdy je kontraindikována aplikace adrenalinu (koronární choroba, těžká hypertenze, léčba betablokatory), který je nutno podat jako lék první volby při případné anafylaktické reakci po aplikaci AIT.

6) zpravidla věk pod 5 let

Výjimkou z těchto pravidel (kromě bodů 1 a 2) bývá pouze alergie na jed blanokřídlého hmyzu s život ohrožujícími projevy. Těhotenství je kontraindikace zahájení AIT, neboť ve fázi zvyšování dávek alergenové vakcíny je vyšší riziko nežádoucích reakcí. Ve fázi udržovacích dávek dobře tolerované AIT není po-

kračování této léčby v těhotenství obvykle považováno za kontraindikované.

■ Výběr pacientů vhodných pro AIT

Nejvýhodnější je zahájení AIT v časně fázi alergického onemocnění, neboť AIT klade důraz na prevenci vzniku chronického alergického zánětu, a tím i na prevenci dalšího zhoršování nemoci. Důležitým kritériem pro výběr pacientů je věk. Obecně se předpokládá větší účinnost AIT u mladších osob. Účinnost AIT nebývá optimální u polyvalentních alergií. Před zahájením AIT je třeba zajistit stabilizaci onemocnění. To se týká zejména bronchiálního astmatu, kde se doporučuje, aby hodnoty FEV1 byly vyšší než 70% n.h.

■ Délka AIT

Doporučená délka AIT je 3 až 5 let. Při AIT s pylovými alergeny bylo však pozorováno dlouhodobé zlepšení již po dvouleté aplikaci, kdežto u alergenů roztocových se doporučuje spíše delší trvání. U alergie na jed blanokřídlého hmyzu se doporučuje trvání 5 let vzhledem k obtížné objektivizovatelnosti účinnosti léčby a vzhledem k vysokému riziku pro pacienta při přetrvávající alergii.

Obecně se doporučuje AIT ukončit v situaci, kdy jsou symptomy alergie výrazně redukovány a tato redukce trvá již 1 až 2 roky. V případě relapsu je možno AIT znovu zahájit. AIT je doporučeno ukončit též při klinické neúčinnosti této léčby po 1 roce udržovacích dávek. AIT bývá ukončena i při opakované závažnější nežádoucí reakci anafylaktického typu, případně při nedostatečné spolupráci pacienta. Obecně je dnes doporučována celoroční aplikace AIT i u sezónních alergií. Je tak zajištěno prodloužení intervalu mezi jednotlivými aplikacemi (lepší spolupráce pacienta), zvýšení kumulativní dávky alergenů a snížení rizika nežádoucích reakcí, neboť fáze úvodní (zvyšování dávek) probíhá pouze 1x (tato fáze je rizikovější než fáze udržovací).

■ Nežádoucí reakce při AIT

Aplikace AIT přináší i možnost nežádoucích reakcí. Nežádoucí reakce jsou lokální nebo systémové.

Lokální reakce mohou být:

- okamžité (tj. do 30 minut po aplikaci) Tyto reakce větší intenzity přinášejí významnější riziko celkové anafylaktické reakce.
- opožděné - většinou nezvyšují riziko celkové reakce, ale obtěžují pacienta
- podkožní granulomy (někdy svědící)

jsou nejméně významné. Vyskytují se zejména po použití depotních vakcín obsahujících aluminium-hydroxid a ve většině případů spontánně regredují.

Systémové reakce (počínající anafylaxe) se manifestují v časové souvislosti s aplikací AIT a mohou být:

- fokální, zejména rhinitis nebo astma

- celkové, spočívající v pruritu, urtikárii, tvorbě edémů, bronchospasmu, častým příznakem bývá svědění palmární, plantární nebo v krku - nejzávažnějším symptomem je celková anafylaxe

Frekvence těchto reakcí kolísá podle druhu aplikované vakcíny a udává se mezi 0,1% a 20% léčených osob. Život ohrožující anafylaxe je při použití kvalitních alergenových vakcín velmi vzácná.

Nejčastějšími příčinami vzniku závažnějších alergických reakcí je omylem aplikovaná vyšší dávka alergenů, případně proniknutí alergenů i.v. Dalšími rizikovými faktory pro vznik nežádoucí reakce je aplikace vakcíny v období exacerbace alergických potíží, zejména průduškového astmatu, a léčba betablokatory. Rizikovější jsou samozřejmě i pacienti se silnější senzibilizací vůči danému alergenovi. Vyšší riziko přináší použití nemodifikovaných vodních vakcín, a to zejména při aplikaci v rychlém schématu (rush, cluster).

Závažné reakce vznikají nejčastěji do 30 minut po aplikaci, ale v případě použití depotních alergenů mohou vzniknout i později. Platí pravidlo, že čím dříve reakce nastoupí, tím větší je riziko progresu až k anafylaxi. Pokračování AIT po takovéto reakci je vždy na individuálním zvážení.

■ Hodnocení účinku AIT

Účinnost AIT může být spolehlivě posuzována pouze podle klinického zlepšení stavu, zjišťovaného pomocí skóre symptomů, redukce farmakoterapie, případně funkčními testy u bronchiálního astmatu. Pomocnými kritérii pro hodnocení účinnosti AIT mohou být kožní testy, případně laboratorní stanovení specifických IgE a IgG protilátek. Účinnost AIT by měla být celkově hodnocena nejméně 1x ročně, zpravidla ve stejném ročním období.

■ Praktické provádění AIT

Velmi významné je poučit pacienta předsouhlasem o charakteru léčby, její dlouhodobosti a získat souhlas pacienta s tímto postupem vzhledem k nutnosti jeho spolupráce.

Nejčastější formou aplikace AIT je pod-



kožní injekce zpravidla do zevní oblasti nadloktí. Aplikace AIT je nutno pečlivě monitorovat. Je třeba vyšetřit a zejména zdokumentovat stav pacienta před aplikací každé dávky AIT a totéž provést 30 minut po aplikaci. U astmatiků se doporučuje monitorovat PEF. Je třeba poučit pacienta, aby sledoval svůj stav během následujících hodin a dnů po aplikaci. Je vhodné, aby pacient zaznamenával případné symptomy, medikaci, v případě bronchiálního astmatu i PEF.

Aplikace AIT musí být prováděna přísně subkutánně, nejlépe pomocí 1 ml tuberkulinové nebo inzulínové stříkačky. Je možno aplikovat i více alergenů během jedné návštěvy, je však třeba je aplikovat odděleně v nejméně 30 min. intervalu.

Během následujících hodin po aplikaci je nutno vyhnout se fyzické námaze a vyhnout se případné masivní expozici alergenům, což je významné zejména při alergii na hmyzí žihadlo.

Během fáze úvodní jsou alergenové extrakty obvykle aplikovány podle charakteru vakcíny 1x za 2 týdny až 2x týdně ve stále se zvyšujících množstvích a po dosažení udržovací dávky se přechází do udržovací fáze, kdy jsou intervaly mezi jednotlivými aplikacemi postupně prodlouženy dle druhu alergenu obvykle na 4 - 6 týdnů. Kromě tohoto klasického schématu jsou používána intenzivní schémata, tzv. clusterové nebo rush protokoly, kdy je úvodní fáze výrazně urychlena, ale

obvykle se prokazuje zvýšená frekvence lokálních a systémových nežádoucích reakcí, zejména při imunoterapii s pylovými a roztočovými alergeny.

V případě nežádoucích účinků po aplikaci AIT jsou prvním lékem volby antihistaminika, při závažnější reakci adrenalin. Při vzniku nepříjemných lokálních reakcí se doporučují chladné obklady, případně lokálně antihistaminika. Aplikace AIT je kontraindikována během respiračního infektu, během onemocnění se systémovými projevy, u astmatiků při poklesu PEF o více než 20% a při exacerbaci atopické dermatitidy.

Zvýšení dávky alergenové vakcíny v úvodní fázi AIT je kontraindikováno, pokud při minulé aplikaci došlo k lokální reakci obtěžující pacienta, případně při vzniku opožděných lokálních reakcí, které byly pro pacienta nepříjemné. Přítomnost reakcí tohoto typu však nezvyšuje u daného pacienta riziko vzniku závažné anafylaxe.

Dávku AIT je nutno snížit po systémové nežádoucí reakci. Někteří autoři uvádějí i vhodnost snížení dávky v situacích zvýšené přirozené expozice alergenům (pylová sezóna). Pokud je používána nestandardizovaná vakcína, je vhodné dávku snížit i při změně šarže preparátu.

■ Alternativní cesty aplikace AIT

Aplikace alergenové vakcíny cestou podkožní injekce je základním přístupem při AIT.

Tato forma aplikace však s sebou přináší mnohdy nepříjemně časté návštěvy u lékaře, samotná aplikace může být pro pacienta nepříjemná a přináší možnost vzniku nežádoucích reakcí. Proto byly hledány alternativní cesty aplikace vakcíny. Navíc se předpokládá, že lokální aplikace může přinést výhodu stimulace imunitního systému lokálně v místě vzniku klinických projevů. Byly studovány tyto cesty aplikace: perorální, sublinguální (s následným spolknutím), sublinguální (s následným vyplivnutím), nasální a bronchiální. Účinnost perorálního, sublinguálního (s následným vyplivnutím) a bronchiálního podání alergenové vakcíny nebyla prokázána. Naopak mnohé studie potvrzují účinnost podání sublinguálního (s následným spolknutím). Přestože se v poslední době stává tato cesta aplikace častou zejména pro svoji jednoduchost a nižší ekonomickou náročnost, je zřejmě stále nutno tuto formu aplikace považovat za indikovatelnou pouze tam, kde z různých příčin není možná nebo vhodná aplikace subkutánní. Je třeba též zdůraznit, že ve studiích prokazujících účinnost této aplikační formy bylo nutno použít řádově vyšší dávky alergenů ve srovnání s aplikací subkutánní. Proto je nutno vždy užít takové vakcíny, která toto vysoké dávkování respektuje.

Symposium Alergie 2001

Exkluzivní zpráva pro VOX PEDIATRIAE

Mgr. Jaroslav Hořejší

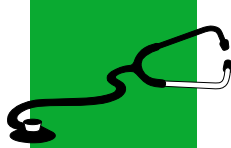
Stalo se již tradicí, že **Česká společnost alergologie a klinické imunologie** společně s firmou **Schering-Plough** vítají jaro symposiem věnovaným problematice alergických a astmatických onemocnění - letošní symposium **ALERGIE 2001** (konané 8. března v pražském hotelu Ambassador) tak bylo již páté v řadě. Na úvod zasedání, které zahájil předseda České společnosti alergologie a klinické imunologie **prof. MUDr. Václav Špičák, CSc.** bylo oceněno životní jubileum prof. Terezie Fučíkové. V průběhu zasedání pak

předali zástupci firmy Schering-Plough na návrh odborné společnosti **Zavázalovu cenu** za nejprínosnější práci v oboru za uplynulý rok; letos byla udělena doc. Jiřímu Litzmanovi z Ústavu klinické imunologie a alergologie FN u sv. Anny v Brně. Dále byli jako každoročně uděleny ceny ČSAKI. Letošními nositeli se stali doc. Honzová za nejlepší původní práci publikovanou v časopise *Alergie*, prof. Fučíková za nejlepší přehledný článek a doc. Petru za nejlepší kazuistiku publikovanou v tomtéž časopise. Odborného jednání symposia se zúčast-

nilo několik set odborných lékařů z celé republiky.

Zahraničními hosty zasedání byli letos **dr. Martyn Partridge** z londýnské Whipps Cross Hospital, člen výkonného výboru Globální iniciativy proti astmatu (GINA), který je zároveň hlavním lékařským poradcem pro národní kampaň péče o astma a **dr. Stuart Wood** z Univerzity ve skotském Glasgow.

Dr. Partridge se ve své přednášce zabýval problematikou rozpoznání a zvládnutí potenciálně fatálního astmatu, které je definováno



jednou z následujících charakteristik: epizoda respiračního selhání vyžadující intubaci, respirační acidóza spojená se záchvatem astmatu nevyžadující intubaci, dvě nebo více hospitalizací pro astmatický stav přesto, že pacient užívá dlouhodobě systémový steroid, dvě epizody pneumotoraxu (nebo zánětu pneumomediastina) spojené s astmatickým záchvatem.

Důležitost včasného rozpoznání potenciálně fatálního astmatu potvrzují i výsledky studie se 145 pacienty, z nichž 22,6% zemřelo během 6 let po úvodní ventilaci.

Mnohým hospitalizacím pacientů s těžkým astmatem se může zabránit, pokud jsou příznaky včas rozeznány a léčba náležitě upravena. Aktivní roli může sehrát i předem dostatečně poučený pacient sám.

K objasnění souvislostí a okolností astmatického záchvatu a hospitalizace pak může pomoci jednoduchý seznam otázek: Byl pacient před záchvatem dostatečně preventivně léčen a byly mu podávány léky v takové formě, kterou mohl snadno užít? Zvládl úspěšně inhalační techniku? Byl pacient postižen těžkým náhlým astmatickým záchvatem, který vyžadoval zvláštní nároky na následnou první pomoc? Čím mohl být záchvat vyvolán? Dostal pacient písemné poučení jak postupovat v případě záchvatu nebo neobvyklých příznaků? Reagoval přiměřeně?

Dr. Wood účastníky seznámil s prvním představitelem zcela nové, třetí generace antialergických léků - desloratadinem. Úvodem připomněl, že již uplynulo téměř sto let od chvíle, kdy Windaus a Vogt syntetizovali histamin (1907) a Dale s Laidlawem popsali jeho farmakologii (1910). O něco později pak Ungar, Parrot a Bovet prokázali, že histamin u pokusných zvířat navozuje bronchospasmus a především objevili látku, která tomu dokázala zabránit - tedy první antihistaminikum. Teprve po 2. světové válce se však Rieveschlovi podařilo vyvinout látku vhodnou ke klinickému užití.

První generace antihistaminik přinesla si- ce na jedné straně obrovskou úlevu tisícům nemocných, na straně druhé se však brzy projeví některé její nežádoucí účinky. Šlo především o nadměrnou sedaci, která vedla nejen ke snížené kvalitě života, ale i k závažným důsledkům např. při řízení motorových vozidel a obsluze strojů.

Druhá generace antihistaminik, k níž patří terfenadin, astemizol, cetirizin, loratadin, acrivastin, fexofenadin, mizolastin a ebastin, proto vstupovala na trh s označením „nesedativní“. Ani tato druhá generace však neby-

la definitivním řešením - ukázalo se jednak, že z hlediska „nesedativnosti“ zdaleka nejsou všechny přípravky srovnatelné (denzita incidence sedativních účinků činí např. u cetirizinu 8,5 a u acrivastinu 7,9, naopak u fexofenadinu pouze 3,1 a u loratadinu dokonce jen 2,6), a navíc se u některých z nich (terfenadin, astemizol) objevily nežádoucí účinky kardiotoxické.

Postupně se také ukázalo, že alergická kaskáda je mnohem složitější, než se kdysi předpokládalo; samozřejmě v ní významnou roli sehrávají alergeny, IgE, žírné buňky, histamin a leukotrieny, navíc však byly objeveny i úloha tryptázy, prostaglandinů, T-lymfocytů, cytokinů a interleukinů, basofilů, membránových lipidů, chemokinů atd. Byla rozlišena časná a pozdní reakce, s celulózní infiltrací za účasti eosinofilů, neutrofilů, CD4 T-lymfocytů a basofilů a na základě komplexní interakce mezi buňkami a cytokiny vypracována koncepce „alergického zánětu.“

Odtud pak logicky vyplynuly i nové požadavky na farmakoterapii, která měla působit nejen antialergicky, ale i protizánětlivě.

Takovým lékem je **desloratadin**, který lze považovat za prvního představitele antihistaminik třetí generace. Jde o aktivní metabolit loratadinu, který se vyznačuje velmi silnými antihistaminovými účinky (in vitro je čtyřicetkrát potentnější než loratadin a ještě větší odstup jej dělí od všech ostatních dnes dostupných antihistaminik). Inhibuje nejen alergické mediátory, ale i zánětlivé cytokiny, a navíc také expresi buněčných adhezních molekul. Výsledkem je mimořádně účinné odstraňování symptomů sezónní alergické rýmy - především nosní kongesci - i astmatu, a to při velmi rychlém nástupu účinku. Neméně důležitou skutečností je, že významně zlepšuje kvalitu života léčených pacientů; nijak neovlivňuje ani bdělost a kognitivní funkce, ani psychomotorickou výkonnost, a neprojevují se u něj ani žádné kardiotoxické účinky, a to dokonce ani při současném podávání s inhibitory cytochromu P450 ketoconazolem.

Lze tedy říci, že desloratadin není pouhým antihistaminikem; navíc pozitivně ovlivňuje alergický zánět i nosní kongesci, a mírní i příznaky astmatu koexistujícího se sezónní alergickou rýmou. Tento účinek odpovídá současné koncepci alergie jako systémového onemocnění, o níž v dalším programu hovořil prof. Špičák.

O některých klinických aspektech selektivního deficitu IgA (IgAD) hovořil ve svém sdělení **dr. J. Litzman**, nositel ceny Vladimíra

Zavázala. Selektivní deficit imunoglobulinu A (IgAD) je obvykle definován sérovou hladinou IgA nižší než 0,05 g/l a jeho frekvence v různých populacích je variabilní. Zatímco v bělošské populaci se prevalence udává přibližně 1:600, v Japonsku byl tento poměr 1:18000; doposud však nebyl stanoven výskyt IgAD ani v naší, ani v jiné slovanské populaci. Vztah k častým infekcím se předpokládá, nebyl však zatím statisticky doložen. Nejasné jsou i genetické aspekty IgAD; předpokládá se, že IgAD je fenotypicky mírným vyjádřením obdobného genetického podkladu, jako má běžná variabilní imunodeficiency (CVID).

Běžná variabilní imunodeficiency (CVID) je definována neschopností tvořit specifické protilátky po antigenním stimulu, laboratorně se obvykle nacházejí výrazně snížené koncentrace IgG a IgA, koncentrace IgM je variabilní. Zdá se, že se jedná o heterogenní skupinu různých onemocnění.

Autoři ve vlastní studii vyšetřili 5 310 dárců krve; IgA < 0,05 g/l prokázali u 13 (1:408; 0,24%) osob, hladina nižší než dolní referenční mez (0,90 g/l) byla nalezena u 127 (2,39%) dárců. Takto zjištěný výskyt ve zdravé populaci je srovnatelný s výsledky ostatních studií provedených v Evropě a severní Americe, i když většina těchto studií našla prevalence mírně vyšší.

Autoři sledovali rovněž výskyt selektivního deficitu IgA u nemocných nově vyšetřených na ambulanci ústavu v období červen 1996 - květen 1999. Za tuto dobu tam bylo odesláno celkem 10326 nových pacientů, IgAD našli autoři u 48/3113 (1,5%) dětí a u 33/3824 (0,9%) dospělých vyšetřených pro časté respirační infekce. V obou případech byla tato frekvence vyšší ($p < 0,001$) než u skupiny dárců krve. Zvýšení frekvence IgAD se nepodařilo prokázat u dospělých odeslaných pro jiné časté infekce (7/1073) a u dětí (2/284) a dospělých (10/2034) odeslaných k vyšetření pro jiné diagnózy.

Výskyt IgAD byl sledován i u příbuzných pacientů s IgAD a nemocných s agamaglobulinémií typu běžné variabilní imunodeficiency (CVID). Je obecně přijímáno, že IgAD a CVID jsou dvěma různými manifestacemi obdobného genetického podkladu. Při vyšetření 189 pokrevních příbuzných prvního stupně pacientů s IgAD byla stejná diagnóza zjištěna u 12 (6%), což odpovídá obdobnému údaji uveřejněnému Vořechovským a spol. (1995). Naproti tomu u příbuzných nemocných s CVID našli autoři výrazně vyšší počet osob s IgAD (9/57 příbuzných prvního stup-



ně), než bylo doposud publikováno. Výrazně zvýšený byl zejména počet dětí s IgAD narozených matkám s CVID: z celkem osmi žen, jež porodily alespoň jedno dítě, mělo šest žen nejméně jednoho potomka postiženého IgAD.

U pacientů s IgAD sledovali autoři i vybrané imunologické a biochemické údaje, které by mohly osvětlit některé patogenetické aspekty IgAD a vztah tohoto primárního imunodeficitu k jiným chorobám.

Jedním z důležitých laboratorních znaků aktivace monocyto-makrofágového systému je zvýšená hladina neopterinu v moči a v séru. Hladiny neopterinu jsou výrazně zvýšené u nemocných s CVID; autoři sledovali, není-li stejná abnormalita přítomna u pacientů s IgAD. Bylo vyšetřeno 49 osob s IgAD, hladina neopterinu v séru ($5,1 \pm 1,3$ nmol/l) se však nelišila od kontrolního souboru ($4,8 \pm 2,9$ nmol/l). Statisticky významné rozdíly nebyly nalezeny ani při rozdělení celé skupiny podle věku nebo frekvence výskytu respiračních infekcí. Naproti tomu u 17 nemocných s CVID byla sérová hladina neopterinu ($14,4 \pm 9,7$ nmol/l) výrazně vyšší než u kontrolní skupiny ($p < 0,001$). Zdá se tedy, že na rozdíl od CVID nedochází u IgAD k výrazné aktivaci monocyto-makrofágového systému.

Příčina, proč někteří nemocní s deficitem IgA trpí častějšími infekcemi, zatímco zbylá většina takto postižených lidí je bez klinické symptomatologie, není dosud objasněna. Některé starší studie ukazovaly na význam poruchy tvorby IgG2/IgG4 u nemocných s častými infekcemi, novější exaktní studie však tyto předpoklady zatím nepotvrdily. Autoři proto sledovali výskyt defektů podtříd IgG u 52 nemocných s IgAD a adekvátních kontrolních osob. Nalezli především statisticky významně vyšší počet osob s hypergamaglobulinémií IgG (31/52 u pacientů s IgAD, 2/52 u kontrolní skupiny, $p < 0,001$) a IgG1 (12/52 vers. 2/52, $p = 0,004$). Počet osob s deficitem IgG2 a IgG4 byl u osob s IgAD sice vyšší, ne však statisticky významně (6/52 vers. 1/51, $p = 0,117$ pro IgG2 a 7/52 vers. 1/52, $p = 0,059$ pro IgG4). Přestože většina vyšetřených osob byla odeslána k vyšetření pro časté infekce, byla frekvence deficitu podtříd IgG poměrně nízká a proto důvod, proč někteří nemocní s IgAD trpí častými infekcemi a jiní ne, čeká na své rozuzlení.

Selektivní deficit IgA si zaslouží i nadále pozornost výzkumných pracovníků, neboť přes svou častost zůstává jeho etiopatogeneze stále nejasná, a neobjasněné zůstávají

i mechanismy vedoucí k jeho nejčastějším komplikacím.

Klinický význam nových poznatků v imunopatologii kůže charakterizoval ve své přednášce **prof. MUDr. P. Barták** (Centrum elektronové mikroskopie, Státní zdravotní ústav, Praha). Na zásadní proměně dermatologie v posledním půlstoletí má hlavní zásluhu imunologie, která přinesla nejen nové metody, ale hlavně nový způsob poznávání a hodnocení biologických dějů. V kombinaci se snadnou přístupností všech částí kůže vznikla imunodermatologie. Podstatně se zmenšil seznam kožních chorob, jejichž „etiopatogeneze je neznámá“. Tato iritující věta je v učebnicích dermatologie stále vzácnější. Imunologie hraje rozhodující roli v kožních infekcích, v kožních nádorech, v alergiích, včetně alergii kontaktních, a hlavně v kožních chorobách autoimunitních. Některé choroby jsou chorobami imunitního systému jako celku, jiné jsou iniciovány infekcí. Největší díl zabírají choroby z hyperaktivity imunitního systému.

Výhodou i nevýhodou kůže je její velikost - je to vůbec největší orgán těla. Její základní funkcí je chránit organismus proti nelítostným atakám zevního prostředí, a proto většina jejích sofistikovaných funkcí - z nichž zatím známe jen nepatrné procento - je tomuto účelu přizpůsobena. Jakmile nepřítel jakéhokoli druhu překročí bariéru, okamžitě je aktivován kompaktní systém obrany SALT (skin-associated-lymphoid systém), analogon obdobného systému ve střevě a v dýchacích cestách.

Hlavním aktérem systému SALT je Langerhansova dendritická buňka v suprabazální pozici v epidermis. Je to profesionální hlídka s přesně vymezenou činností a kompetencemi. Od prvního Langerhansova popisu uběhlo téměř 140 let než se Bauerovi, Fartaschové a spolupráckým podařilo Langerhansovy buňky v epidermis spočítat a definitivně potvrdit existenci tušené epidermální LC jednotky.

Hlavní epidermální populací jsou keratinocyty, které dovedou fagocytovat, zpracovat a prezentovat antigen a produkují mnoho cytokinů a chemokinů (IL-1a při alergické -nikoli iritační -reakci, endothelin-1, fosfolipázu A₂, defenziny, a také ceramidy, růstové faktory, nukleární faktory a mnoho dalších), které jim umožňují komunikovat s dalšími imunokompetentními buňkami v kůži, zejména s recirkulujícími paměťovými T-lymfocyty. V současnosti je věnována velká pozornost rohové vrstvě epidermis, která ještě donedávna byla

považována za mrtvou, nefunkční. Studium její biochemie však přináší další a další důkazy o její neobyčejné „živosti“, počínaje transformačními kroky ve vrstvě zrnité a naprogramovaným a přesně řízeným odpovídáním plně zrohovatělých buněk z kožního povrchu. Rohová vrstva - stratum corneum - se ukazuje být selektivním, velmi citlivým signálním zařízením, které udržuje tkáňovou homeostázu pod tlakem široké škály ohrožujících fyzikálních, mechanických a chemických inzultů.

Je paradoxní, že hlavní podíl na nových objevech funkcí rohové vrstvy má kosmetika, resp. kosmetické laboratoře. Z dermatologů má na vývoji největší zásluhu filadelfský profesor A. Kligman, a to nejen prvním popisem elastoidní degenerace v dermis při heliostárnutí, ale také definicí třetí terapeutické cesty - korneoterapie. Je-li první cestou léčení evidentních klinických projevů kožních chorob způsob inside-out, např. kortikoidy, PUVA terapií, imunosupresí, a druhou cestou ošetření zdravé kůže pro její „wellness“ a dobrý pocit nositele, pak korneoterapie se zabývá geneticky vadnou rohovou vrstvou bez výraznějšího klinického projevu, která však bez přiměřené „náhradní“ péče dříve nebo později vyvolá v celém organismu závažný patologický stav. Je to tedy terapie outside-in a je spojena s překvapující účinností emoliencií bez náročných diferencí součástí.

Vývojově je stratum corneum plně funkční již v děloze v podobě vernix caseosa, která je v podstatě tekutou fází rohové vrstvy s jedinečnou vazebnou silou pro vodu a s plynulou kornifikací i v tekutém prostředí děložním, jenže bez rigidních desmosomálních spojení, což je důležité pro zdárný průběh porodu.

Mezibuněčné prostory rohové vrstvy jsou vyplněny lipidovými dvojvrstvami především z ortorombických nonpolárních lipidů, v nichž dominují hyaluronany, ceramidy a nenasycené mastné kyseliny. Továrnou na ceramidy jsou orgány buněk zrnité vrstvy - lamelární tělíska, zatímco mastné kyseliny přináší cirkulace.

Šest typů ceramidů představuje nejen základní substanci mezibuněčného „těsnění“, mají také funkci second messengeru, podporují správný přechod proliferace keratinocytů do fáze diferenciacce a mohou navodit jejich apoptózu. Lipidy mezibuněčných prostor jsou nadány schopností nejen vodu udržet, ale také přijímat skoro neomezené množství další vody a uchovat ji v proteinovém gelu. Právě voda je tvůrkyní všech fyzikálních

Schering-Plough



vlastností a tedy i vzhledu kůže.

O homeostázu rohové vrstvy se starají dvě nedávno objevené serinové proteázy *SCTE* a *SCCE* (tryptický a chymotryptický enzym), rozvolňující periferní korneodesmosomy. V podpoře nebo blokadě těchto proteáz lze očekávat léčebné výsledky v budoucnu. Celistvost a funkce epidermální bariéry je nezbytná pro zachování životních funkcí celého organismu. Příkladem nejběžnější poruchy je dlouhodobé máčení kůže ve vodě; podobný účinek mají také polutanty zevního prostředí a ultrafialová radiace (UVR), které indukují lipidovou peroxidaci a depleci vitaminů C a E.

UVR má významné imunomodulační účinky; suprimuje kontaktní i opožděnou reakci, moduluje funkci APC a dermálních endotelů na úrovni transkripce a translace, posiluje expresi IL-10 z keratinocytů a ten imunosupresí indukce inhibice aktivace Th-1 (souvislost se vznikem atopie?), patologickou modulací POMC (propiomelanokortinový peptid) poškozují celulórní imunitu, zesiluje expresi CD95 na dendritických buňkách a navozuje jejich apoptózu (imunotolerance?), generuje kožní zánět oxidativním stresem a indukci cytokinové produkce v keratinocytech (IL-8) atd.

Nové objevy však přinášejí i další terapeutické možnosti: produkty rozpadajících se ceramidů převodem transmembránových signálů jednoho ze stavebních kamenů ceramidů - sfingomyelinu participují na modulaci celulórní kinetiky epidermis a na její T-buněčné a eozinofilní infiltraci. Tuto infiltraci regulují hlavně dendritické buňky, protože jsou jediným zdrojem 5-oxo-eikosatetraenové kyseliny, metabolitu kyseliny arachidonové. Hydrolyzou sfingolipidů vzniká jejich A-acetylovaná forma, tedy opět ceramid. Ten v závislosti na senzitivitě TNF- α ovlivňuje mitogenní potenciál T buněk. Při patologické poruše se místo ceramidu může tvořit sfingofosfocolin, který však nemá „těsnící“ vlastnosti ceramidu a zvýšený TEWL (transepidermal water loss) se projeví suchou, svědící kůží, např. při atopické dermatitidě.

Atopická dermatitida poskytuje mnoho informací o funkci rohové vrstvy, např. atopické ceramidy mají ve vysokorozlišovací chromatografii dva píky místo jednoho; ukazuje se, že atopické keratinocyty produkují Th2 chemokín TARC, který zajišťuje invazi Th2 buněk do kůže.

Zajímavá je i studie poruch bariéry při stresu, jak je lze sledovat podle reparační schopnosti TEWL.

Považujeme-li atopii za systémovou poru-

chu autoimunitní s lokálními klinickými projevy, pak lze přidat k úvahám o její etiopatogenezi také jednoduchý sled událostí: geneticky kódovaný defekt epidermální bariéry \rightarrow suchost kůže \rightarrow dráždění volných zakončení C-vláken nervových \rightarrow svědění \rightarrow drsné škrábání \rightarrow příchod homingových paměťových T buněk do epidermis \rightarrow nespecifický zánět \rightarrow klinický obraz atopické dermatitidy.

Čím mohou všechny tyto nové nálezy přispět k terapii kožních chorob? Velikým pokrokem se zdá být sama Kligmanova korneoterapie, která při své jednoduchosti a absenci vedlejších lékových reakcí má překvapivě dobré výsledky a je použitelná nejen ve smyslu intervalové terapie, ale - při náležitě trpělivosti a osvětě lékaře i pacienta - i jako terapie základní. Jiné možnosti přináší blokáda adhezních molekul (např. ICAM-1), která zastavuje leukocytární invazi. Protilátky proti IgE omezují vazbu na žírné buňky, cytokinové modulátory blokují prozánětlivé cytokiny IL-4 a -5 a aberantní imunitní odpověď lze omezit pomocí IL-10 nebo pomocí NF- κ B. V dalších oblastech dermatologie se naskýtá možnost podstatně zhoršit proliferaci keratinocytů milimolárními koncentracemi adenosinu nebo adeninových nukleotidů a tak pozastavit proliferativní choroby kožní, jako je psoriáza, bradavice, možná i karcinom. Aktuální je i vakcinace dendritickými buňkami pro navození tolerance vůči kontaktní alergii či naopak pro rejekci maligních nádorů, např. melanomu. Vakcinace by mohla pomoci i v terapii virových kožních chorob.

Již těchto několik příkladů tedy názorně ukazuje, že bez imunologie se dnes již dermatologie neobejde.

O alergii jako systémovém onemocnění s místními projevy, mezi nimiž významné místo zaujímají projevy kožní, hovořil na závěr **prof. MUDr. Václav Špičák, CSc.** Připomněl, že základem alergického onemocnění je schopnost rozpoznat alergen a reagovat na něj specifickou IgE reakcí, zvýšenou tvorbou IgE a zesílenou úlohou buněk zánětu (zvláště žírných buněk a eosinofilů) a hyperreaktivitou cílových tkání a orgánů. Alergické onemocnění je charakterizováno systémovou imunitní reakcí, která se manifestuje lokálně jako rýma, svědění očí, nosu, kýchání apod. Systémově působící buňky a chemičtí poslové posunují původní počáteční příznaky do působení chronického alergického zánětu.

K faktorům ovlivňujícím lokalizaci alergických reakcí patří genetické predispozice (atopie), faktory prostředí, typ alergenu a cesta expozice i místní anatomické a funk-

ční zvláštnosti kůže, očí, nosu a bronchů. Proto - zdůraznil prof. Špičák - musíme vždy věnovat více pozornosti alergikovi než alergické chorobě. Je třeba zdůraznit, že pasivní bariéry se mění v aktivní účastníky děje. Buňky epitelu a endotelu ani keratinocyty nejsou inertními bariérovými buňkami; mohou iniciovat zánětlivou reakci, modulovat zánět a aktivně se zúčastňovat alergické reakce. Jde přitom o oboustrannou komunikaci z místa do systému a ze systému do místa. Přirozená alergenová expozice zvyšuje v krvi progenitory buněk zánětu, kostní dřeň reaguje na tkáňové specifické změny včetně tvorby cytokinů, a místní alergenová provokace vede ke změnám cytokinové reaktivity.

V další části svého sdělení seznámil prof. Špičák účastníky symposia s novou iniciativou Světové zdravotnické organizace, označovanou akronymem ARIA znamenajícím spojení alergické rinitidy a astmatu. Její myšlenka vychází z poznatku, že alergická rýma je spojena nejen se sinusitidou a konjunktivitidou, ale bývá často i rizikovým faktorem pro vznik astmatu. Z iniciativy vychází výzva pro praxi: každého pacienta s perzistující alergickou rýmou je třeba vyšetřit a posoudit jako možného astmatika (podrobná anamnéza, spirometrie včetně bronchodilatačního testu) a naopak astmatika je nutno považovat za rizikového pro vznik alergické rýmy (vyšetřit horní dýchací cesty). Znamená to tedy, že strategie diagnostiky a léčby alergické rýmy a astmatu by měly být společné a navzájem se prolínat.

Na závěr se prof. Špičák zamyslel nad otázkou, do jaké míry můžeme předpovídat vznik alergického onemocnění. Můžeme sice posoudit genetické zázemí pacienta a jeho vnímavost, definovat úlohu prostředí a alergeny, a zhodnotit polutanty, jakož i anamnézu a klinický stav i klinické projevy pacienta. Nicméně i když máme možnost předpovědět míru rizika vzniku alergického onemocnění, nepředpovíme alergické onemocnění samo ani místo jeho cílového místního projevu. ■

Luivac



Speleoterapie

MUDr. Pavel Slavík

Ředitel Dětské léčebny se speleoterapií, Ostrov u Macochy

Souhrn

Opakovaný, či déletrvající vliv jeskynního prostředí na lidský (ale i jakýkoliv jiný živý) organismus většinou vyvolá reakci, která může být příznivá, nebo nepříznivá. Speleoterapie je léčebná metoda, která tyto příznivé reakce zkoumá a získané poznatky využívá k léčbě některých chorob.

Z historie je patrné, že podobné účinky byly známy již v antickém Řecku a Římě (jeskyně Kerkira a Herculaneum), písemné zmínky o speleoterapii jsou z 15. stol. ze solných dolů Wieliczka, v minulém století se ve stříbrných dolech v Oberzeiringu v Rakousku konala první speleoterapie pod lékařskou kontrolou atd. Moderní základ pro speleoterapii vytvořil až Dr. Karl Hermann Spannagel v 50. letech tohoto století, kdy v Německu, v lázeňském městě Ennepetal, léčil speleoterapií v jeskyni Kluttert dospělé astmatiky. Všiml si totiž, že na konci války, když spojenecká vojska bombardovala Kolín nad Rýnem a okolí a lidé v Ennepetalu používali jeskyni Kluttert jako kryt při náletech, že astmatikům i přes stres, který v té době prožívali, se v jeskyni začalo dobře dařit. Na základě těchto zkušeností vypracovali hlavní zásady speleoterapie, které byly potom převzaty a rozvíjeny v různých speleoterapeutických centrech v Evropě. Těch je celá řada a nacházejí se ve Francii, Slovinsku, v Itálii, Maďarsku, Německu, Polsku, Rakousku, Rumunsku, Rusku, na Ukrajině a Slovensku. Tato zařízení jsou většinou zdravotnická, tzn. že jsou řízena šéflékařem a mají odborný zdravotnický personál. Vrcholným orgánem pro speleoterapii je Stálá komise pro speleoterapii při Mezinárodní speleologické unii, v České republice zastoupená Českou komisí pro speleoterapii, která je složena z odborníků lékařů a přírodovědců zabývajících se problematikou speleoterapie.

■ Speleoterapie v ČR

V České republice je speleoterapie provozována ve třech lokalitách. V Moravském kraji je státní zdravotnické zařízení Dětská léčebna se speleoterapií v Ostrově u Macochy, vlastní speleoterapii slouží jeskyně Císařská a Sloupsko-šošůvská. Dalším zařízením je



nestátní Dětská ozdravnice se speleoterapií ve Vojtěchově, ke speleoterapii využívá štolu v Třesíně u Mladče. Třetí lokalita je nestátní zdravotnické zařízení Dětská léčebna EDEL ve Zlatých Horách, ke speleoterapii jsou zde využívány některé štolu bývalých Rudných dolů Jeseník.

V Ostrově u Macochy byly první pokusy se speleoterapií zahájeny v r. 1979, které po 2 letech dostaly konkrétní podobu, takže od r. 1982 zde byla zřízena „Dětská léčebna se speleoterapií“ s celoročním provozem. Toto období mají někteří obyvatelé pardubického okresu v dobré paměti, neboť pardubické nemocné děti se zúčastňovaly speleoterapie již od roku 1981. Léčebna vznikla jako zdravotnické zařízení OÚNZ Blansko a ročně v ní bylo léčeno asi 700 dětí z celé republiky. Od roku 1990 je samostatným odborným léčebným ústavem, jehož zřizovatelem je Okresní úřad v Blansku. Do současné doby se v Ostrově léčilo přibližně 13 000 pacientů z celé republi-

ky. Jedná se o děti školního věku trpící různými, hlavně alergickými, chorobami dýchacího traktu.

Kromě léčebného programu plní ostrovská léčebna další důležitý úkol, a to výzkum speleoterapie, který byl formulován do státních výzkumných úkolů, nyní grantů. Výsledky těchto pětiletých studií, kromě toho, že byly prezentovány na mezinárodních symposiích a světovém kongresu o astma bronchiale, byly také již v roce 1985 hlavním důvodem pro uznání speleoterapie Ministerstvem zdravotnictví ČR jako oficiální léčebné metody.

■ Léčebný režim

Tuto léčebnou metodu nazýváme sice speleoterapií, ale není to zcela výstižné. Speleoterapie v našem pojetí představuje ucelený komplex léčebných metod, kdy vlastní pobyt v jeskyni je pouze jeho jednou součástí. Dalšími, stejně významnými částmi této oficiálně uznané speleoterapie, jsou:

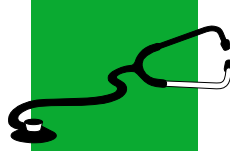
- odborná rehabilitace
- rekondiční programy
- reedukační programy
- výchova a psychoterapie

Výsledkem je potom klimatická léčebná metoda, podobná klasické klimatoterapii, která jako přírodní zdroj využívá přímý vliv expozice jeskynním mikroklimatem.

Z tohoto pohledu je nutno speleoterapii chápat jako doplněk celoroční léčby pacienta, kterou kontroluje jeho ošetřující lékař (většinou příslušný alergolog). V žádném případě nelze považovat speleoterapii za závažnou léčebnou metodu, která by mohla nahradit ostatní léčbu.

Občanům ČR je léčba hrazena ze zdravotního pojištění a příspěvku OkÚ Blansko, který je zřizovatelem Dětské léčebny se speleoterapií v Ostrově u Macochy.

Vlastní režim pacientů DL Ostrov: Pobyt



pacientů v DL v Ostrově je třítydenní. Nutno však podotknout, že vlastní léčebná kúra trvá 6 týdnů, tak jako v jiných podobných léčebných zařízeních. To je doba, která je nutná pro příznivé změny v organismu. Proto třítydenní pobyt považujeme za indukční fázi léčebné kúry, druhá fáze, rovněž třítydenní, pak probíhá již po propuštění v domácím prostředí.

Děti chodí do jeskyně pouze ve všední dny na 3,5 hodiny denně, z toho polovinu času tráví na lůžku a druhou polovinu cvičí rehabilitační jednotku a sportovně zaměřené hry ke zvyšování kondice a obratnosti. Víkendy jsou vyhrazeny sportovní činnosti, výletům, eventuálně odpočinku.

Kromě toho využívají pacienti podle potřeby a typu jejich onemocnění individuální rehabilitaci v režimu stanoveném ošetřujícím lékařem.

Školní výuka je zajištěna Speciální základní školou při dětské léčebně v rozsahu stanoveném osnovami pro zdravotnická zařízení, t.j. 3 hodiny denně.

Léčebna je určena pacientům ve věku 4 - 18 let, pro mladší děti léčba není vhodná, děti nad 15 let jsou v léčebně pouze výjimečně. Děti od 4 - 6 let jsou léčeny pouze s doprovodem matky, a to z kapacitních důvodů jen v omezeném počtu.

■ Mechanismus účinku

Mechanismus účinku je dosud stále předmětem výzkumu, který (viz závěrečné zprávy již výše zmíněných výzkumných úkolů) prokázal významný imunomodulační vliv expozice jeskynním prostředím na lidský organismus.

Víme, že celý léčebný proces je u většiny pacientů „odstartován“ aktivací latentních infektů, jejichž průběh, přestože bývá rychlý, je třeba odborně sledovat, aby byla včas, t.j. s předstihem, učiněna patřičná opatření, směřující k očekávanému příznivému efektu. Toto poznání svádí k hypotéze, že se vlastně jedná o určitý druh popudové léčby, založené na teorii stresu. Tento závěr však nemůžeme jednoznačně přijmout, protože ve hře je ještě celá řada dalších aspektů.

■ Výsledky výzkumu

1. Z klinického hlediska se astmatické potíže pacientům v době pobytu v léčebně výrazně snižují. Toto zlepšení zdravotního stavu přetrvává v různé míře i po návratu do-

mů. Dlouhodobého efektu, někdy i vymizení potíží, docílíme opakovaním léčebného pobytu. Klinický stav se výrazně zlepšil asi u 50 - 60% pacientů; naopak u 5 - 10% se vůbec nezlepšil. Jsou i pacienti, kterým pobyt v jeskyni vůbec nesvědčí. Nejvýraznější pokles potíží byl pozorován u pacientů s alergií na podkladě infekce.

2. V oblasti imunologického vývoje dětí byl prokázán kladný modulační vliv u řady imunologických funkcí, a to jak v oblasti

nás známé a kontrolovatelné. Jen tak lze aplikovat léčbu podle našich představ správně a zároveň přebírat dle zdravotnických měřítek určité záruky bezpečnosti. Pobyt v jeskyni je velkou zátěží pro organismus, tuto zátěž je nutné nemocnému organismu dávkovat obezřetně, neboť každý organismus ji vnímá jinak. Současně je třeba brát zřetel na aktuální zdravotní stav. Jen tak docílíme, že expozice jeskyní působí stimulačně a ne opačně.

Protože existují i jinak praktikované léčeb-



nespecifické imunity (lysozym, eosinofilie), tak i v oblasti imunity specifické - protilátkové i buněčné. (Imunoglobuliny sérové i sekreční, T lymfocyty apod.)

3. Z ekonomického hlediska je speleoterapie rovněž úspěšná, neboť u dětí klesá počet zameškaných hodin ve škole a u jejich rodičů se snižuje absence v zaměstnání z důvodu péče o nemocné dítě. Finanční efekt z poklesu spotřeby léků nelze hodnotit, neboť jejich ceny i sortiment se neustále mění.

4. Zvýšila se tělesná kondice dětí a zlepšily se i jejich plicní funkce. To má velký význam pro jejich další tělesný vývoj.

■ Současná problematika speleoterapie

Speleoterapie, tak jak zde byla v hrubých rysech představena, může být takto praktikována pouze ve zdravotnickém zařízení. Souvisí to nejen s vlastní metodikou, ale i s odborně školeným personálem a s přírodními faktory (hlavně jeskyně), které musí být pro

né metody, rovněž nazývané speleoterapií, které nejsou provozovány ve zdravotnickém zařízení (v posledních letech se tyto aktivity objevují stále více a více), je nutné, aby byl pacient předem informován, kterou léčebnou metodu volí a kdo za její bezpečnost a odbornost ručí. Tím ani v nejmenším nechci snižovat význam jiných speleoterapeutických metod, které rovněž využívají pobytu v jeskyni a používají stejného názvu. I tyto léčebné praktiky, řekněme na „léčitelské“ úrovni, mohou mít z hlediska zdravotního stavu pacienta velmi dobrý efekt. Znovu však opakují, že pacient by měl vědět, kterou léčbu si vybral.

V současné době však má nemocný nepochybně ztíženou orientaci a těžko rozlišuje rozdíly mezi zdravotnickým a nezdravotnickým zařízením a není si ani vědom určitých nebezpečí, které tato léčba skýtá.



Aktuality

Návrat socialismu do zdravotnictví

ÚHEL POHLEDU

Vláda ČSSD má jednotný recept: vyskytne-li se problém, řešit ho státním zásahem a pak se snažit převést problematický obor pod státní kuratel. Třemi návrhy zákonů, které předkládá ministerstvo zdravotnictví, vypouští vláda zkušební balonek: jak zareaguje veřejnost? Jsou to zákony významné, potřebné, dávají zdravotnictví základní pravidla. Ze zákonů zmizela jakákoli zmínka o nestátním zdravotnickém zařízení. Návrh sice těmto zařízením dočasně ponechává registraci, postupně však všechna skončí v síti a závazný projekt sítě stanoví ministerstvo. Ze všech budou jednotná zdravotnická zařízení, příspěvkové organizace. Pojmy jako podnikání či zisk, úvaha o investici a starost o její finanční zajištění, vlastní starost o rozvoj ordinace nebo nemocnice – nic takového v návrhu není. Zákony stanoví pouze léčení a odměnu za ně, kterou nakonec určuje úředník. Znamená to, že podnikání je ve zdravotnictví něco neslušného nebo nepřipustného? Doufám, že ne. Ministerstvo se zbavuje nemilé povinnosti zprůhlednit financování zdravotnictví. Úředníci budou rozhodovat. Kdo bude chtít peníze, bude žmoulat čepici na ministerstvu, kraji nebo tam, kam se ministerstvu zlíbí „přenést svou působnost“. Jsme svědky vytváření prostředí pro korupci a známosti. Nakonec lze zpochybnit i celý systém financování zdravotnictví. K čemu konkurenční prostředí pojišťoven? Můžeme se dočkat návrhu na zachování pojišťovny jedné, ta nám přeče stačí. Ostatní lze zrušit. Stát opět ovládne všechno a bude klid. Lékaři budou opět placení „údržbáři“ a odměny jim milostivě přisoudí stát. Už žádná vyjednávání, žádné konkurenční prostředí, žádný boj o pacienta ani snaha o kvalitnější péči. S tímto přístupem nesouhlasím. Zdravotnictví za posledních deset let obrovsky pokročilo. Z hlediska péče o pacienta jsme na evropské úrovni. Konkurenčním prostředím ve zdravotnictví jsme dosáhli zvýšení medicínské úrovně, o technické úrovni se každý pacient může přesvědčit sám. Privatizace pomohla zvýšit zájem lékaře o pacienta a to je nutné udržet. Navržené znění zákonů, které ruší nestátní zdravotnictví a posiluje roli státu, je v tomto záměru špatné a ve svém důsledku na ně doplatí pacient. Souhlasím s kontrolou státu ve zdravotnictví – tam, kde je stát zřizovatelem zdravotnických zařízení. Izde však musí být zachována konkurence. Tou je soukromé zdravotnictví se všemi rozumnými kontrolními mechanismy. Takovými, které budou zlepšovat péči o pacienta, nebudou však blokovat podnikatelské aktivity. Věřím, že obě komory parlamentu přijmou co nejlepší zdravotnické zákony. Vládní návrh totiž v některých paragrafech připomíná návrat tam, kde jsme byli 40 let.

Přemysl Sobotka
místopředseda Senátu PČR (ODS)

Ni zisk, ni slávu

Toto staré sokolské heslo měl patrně na mysli ministr zdravotnictví Fišer, když připravoval nové zákony, které by měly upravovat práci soukromých lékařů. Podle představ ministerstva se budou napříště ve svých ordinacích (tedy v zařízeních, která si za své peníze vybavili a pronajímají) řídit předpisy nějakého nadřízeného orgánu, který ví daleko lépe, co a jak má takový soukromník v bílém plášti dělat. Lékař má podle Fišera léčit, nikoli vydělávat peníze (to se ministerstvu nelíbí). Přecházíme opět na vyšší formu lékařské péče, kdy budou „doktoři“ odměňováni tarifními mzdami a pacienti jim budou přinášet mrtvé králíky a drůbež, případně zahraniční lihoviny. Lékaři budou muset veškerý zisk investovat, což prý bude dobré pro pacienty. Už je vidím, jak v prosinci zoufale nakupují do ordinací nové vodotrysky a služební zahraniční vozidla, aby smysluplně naplnili představy ministra. Ministerstvo se brání tím, že záleží na tom, z které strany se zákon čte. Zlatá slova. Pokud ho budeme studovat v budově ministerstva, možná vytušíme, kdo bude mít největší zisk. Slavný je už ministr Fišer dost a dost.

Martin Zvěřina

Rakušané mají zadlužené zdravotnictví

Rakousko má nemocný systém zdravotního pojištění. Na tomto konstatování se shodnou všechny politické strany. Zásadně se však neshodují v názorech, jak tento systém efektivně a co nejdříve vyléčit. Vládní lidovci například vidí jediný lék v zavedení finanční spoluúčasti pacientů na úhradě návštěv lékaře, což však jejich koaliční partneři, Svobodní, jednoznačně odmítají. Odporuje to totiž jejich předvolebním slibům a prohlášením. K zásadnímu odmítání však celkem logicky připojují „v současné době“. Také oni totiž nevidí jiné východisko, než aby si pacienti připláceli, a jejich ministr sociální péče Herbert Haupt mluví o zahájení široké diskuse v příštím roce, aby se konečně vyřešila otázka chronického deficitu nemocenských pokladen. Ještě před jejím zahájením však v těchto dnech vstupuje v platnost už schválený příspěvek pacienta ve výši 150 až 250 šilinků při každém ošetření v nemocniční ambulanci. Lidé se dnes dožívají vyššího věku a v boji proti dříve neléčitelným nemocem pomáhají drahé moderní lékařské přístroje. To obojí ovšem vyvolává růst výdajů za zdravotnické úkony. Proto se dá předpokládat, že zadluženost dále poroste, tvrdí někteří politici. Proti tomu se ohrazují obhájci dosavadního systému. Na jedné straně jsou jimi zástupci pacientů. Ti tvrdí, že ve spojitosti se zdravotnictvím a vzděláním není možné mluvit o nějakém deficitu, a poukazují na to, že výdaje logicky dále porostou, avšak musí být hrazeny z peněz státního rozpočtu. K obhájčům spoluúčasti občanů na financování

Milupa



zdravotnictví ve výši alespoň dvaceti procent lékařských honorářů a přechodu velké části pacientů do soukromých ordinací patří lidovecký mluvčí Gottfried Feuerstein. „Tímto postupem se odlehčí pře-tíženému zdravotnictví, neboť v případě, že to budou muset platit, si pacienti rozmyslí chodit jako dosud s každou maličkovostí a zbytečně k lékařům,“ tvrdí Feuerstein. Podle něj by se z povinnosti připlácet dali vyjmout pacienti chudí či trpící chronickými onemocněními, zatímco ostatní by mohli hradit něco mezi padesáti procenty honorářů až do maximálně deseti tisíc šilinků ročně. Na jednom se shodují všechny politické strany: do budoucna je třeba odstranit stále se prohlubující zadluženost zdravotnictví řešit. Jakým způsobem se tak má však stát, o tom by měla s největší pravděpodobností rozhodnout široká celonárodní diskuse v příštím roce. Podle současných stanovisek se však dá předpokládat, že řešení problému nebude na úkor státního rozpočtu, nýbrž kapes pojištěnců.

Ani víc peněz nemocnicím nepomůže

Ředitel fakultních nemocnic vyhrál spor o peníze se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou, ale budoucnost vidí černě. „Docílili jsme toho, že nám VZP v první polovině roku vyplatí vyšší zálohy, než původně chtěla. To nám však nestačí. Dluhy nemocnic narůstají. Prodlužuje se doba, kdy jsme schopni platit dodavatelům. Může jim jednou dojít trpělivost,“ míní ředitel brněnské nemocnice Jan Burian, který vede Sdružení fakultních nemocnic. Nemocnice mají podle vládního nařízení dostat v letošním prvním pololetí od zdravotních pojišťoven o šest procent více peněz než ve stejném období loňska. VZP se dosud zdráhala takovou částku nemocnicím vyplácet, protože sama nemá z čeho. Její ředitelka Jiřina Musílková změnila názor až při setkání s ředitelem velkých nemocnic v Ostravě. „Zvýšení příjmů o šest procent je příliš nízké proti tomu, jak rostou naše výdaje. Vláda rozhodla, že musíme zvýšit mzdy zaměstnancům. V některých nemocnicích stouply mzdové náklady až o pětadvacet procent proti začátku loňského roku,“ shodli se Burian a ředitel ostravské fakultní nemocnice Karel Pustelník. Podstatně se zvedla cena energií, materiálů a služeb. „Loni hospodařila naše nemocnice se ztrátou 178 milionů korun. Letos odhadujeme, že ztráta dosáhne půl miliardy korun,“ řekl ekonomický náměstek pražské nemocnice Motol Jiří Čihař. „Pro všechny velké nemocnice to znamená, že musí šetřit na všem včetně léků a přístrojů. Prodlužují se čekací lhůty na vyšetření či plánované zákroky,“ líčí shodně ředitelé. Netají přitom obavou, že koncem roku se mohou některá zdravotnická zařízení dostat do neřešitelných ekonomických potíží. Mluvčí ministerstva zdravotnictví Ota Černý ale tvrdí, že ředitelé přehánějí: „Problémy s sfinancováním zdravotnictví jsou, ale situace není tak beznadějná, jak ji líčí. Máme společný cíl: spokojeného pacienta. Problémy se vyřeší, není třeba je dramatizovat.“ Náměstek Čihař tvrdí, že ví, jak zvýšit příliv peněz do zdravotnictví. „Vláda se mohla a měla postarat o to, aby do zdravotnictví připlynuly peníze

z rezervních fondů zaměstnaneckých pojišťoven. Ty zadržují na účtech až čtyři miliardy,“ tvrdí. Mluvčí Hutnické zaměstnanecké pojišťovny Josef Křivánek tvrdí, že peníze nejsou na účtech bezdůvodně. „Pokud mají zdravotní pojišťovny hradit své závazky vůči lékařům ve lhůtě splatnosti, musí mít na konci měsíce k dispozici finanční prostředky ve výši měsíčních nákladů na zdravotní péči,“ vysvětluje. „Skutečná rezerva představuje sotva třetinu měsíčních nákladů.“

Soukromí lékaři: Ministerstvo zdravotnictví nás chce zlikvidovat

Soukromí lékaři sdružení do pěti organizací podle profesí tvrdí, že ministerstvo zdravotnictví navrhuje přijmout takové zákony, které znamenají likvidaci soukromých lékařů v ČR. Ministerstvo zdravotnictví to ale odmítá.

„Jestliže tři nové navrhované zákony – zákon o zdravotní péči, zdravotnickém zařízení, státní správě a samosprávě ve zdravotnictví, které nyní jsou ve vnějším připomínkovém řízení, přijme vláda a pak parlament, vrátíme se před rok 1989. Stát by jimi zlikvidoval soukromé zdravotnictví. Proti tomu zásadně protestujeme,“ řekl novinářům v pondělí Jiří Pekárek, prezident České stomatologické komory. Uvedl, že v soukromém sektoru pracuje dnes polovina lékařů a je doménou praktických lékařů, ambulantních specialistů a stomatologů. Pozastavil se také nad tím, že profesních organizací se nové návrhy týkají, ale nemohou je připomínkovat, protože nejsou účastníky řízení. „Tak paradoxně o nás rozhodují třeba huťáři, a ne my, kterých se zákony týkají,“ řekl Pekárek. Milan Jelínek, místopředseda Sdružení praktických lékařů, dodal, že stát v návrzích považuje zisk za něco neslušného. „Lékař má podle návrhů být jen jakýmsi národním správcem ve svém znárodněném zdravotnickém zařízení,“ řekl Jelínek. „Nevím, zda jde o nevědomost, nebo zrůdnost,“ dodal. „Žádná likvidace se nechystá. Návrhy zákonů, o kterých je řeč, o ničem takovém nehovoří. Jestliže mají jejich kritici pocit, že ano, ať to řeknou nahlas, a při konečném zpracování textů zákonů se jejich připomínky samozřejmě použijí,“ řekl Právu týž den Ota Černý, mluvčí ministerstva zdravotnictví.

Soukromí lékaři: Ministr nás likviduje

O návratu komunismu hovoří lékaři v souvislosti s chystanými zdravotnickými zákony.

Ministerstvo zdravotnictví požaduje od privátních lékařů, aby se vzdali zisku. Zástupci ambulantních specialistů, stomatologů a dalších „soukromníků“ (kteří tvoří v českém zdravotnickém systému zhruba polovinu veškeré lékařské kapacity) to vyčetli z návrhů tří nových zákonů, které připravilo Fišerovo ministerstvo. V praxi by to znamenalo, že soukromý lékař, který nyní z peněz za ošetřování pa-



cientů zaplatí náklady na provoz ordinace a zbytek si může po zdánění ponechat, musel by si sám stanovit „přiměřený fixní plat“ a všechny zbylé peníze znovu investovat.

Navíc by se musel řídit nevýhodnějšími daňovými a provozními předpisy. Zákony, které ministerstvo dalo k připomínkám odborníkům, by tak podle představitelů soukromých lékařů i podle mínění odborové organizace vedly k faktické likvidaci soukromého sektoru ve zdravotnictví. „Pokud by byly schváleny v navržené podobě, šlo by prakticky o nové znárodnění a o návrat daleko před rok 1989“, tvrdí o návrzích (jde o zákony o zdravotnickém zařízení, o zdravotní péči a o státní správě a samosprávě ve zdravotnictví) prezident České stomatologické komory Jiří Pekárek.

Ve stejném duchu hovoří izástupci ambulantních specialistů, praktických lékařů, soukromých subjektů i odborový svaz, který sdružuje zdravotnické zaměstnance. Ministerstvo zdravotnictví však podobné úvahy odmítá. „Důrazně odmítáme názor, že by šlo o návrat před rok 1989 a rušení soukromých praxí. Určitě tam nic takového není napsáno a není to záměrem připravovaných zákonů. Jde o to, jak si je kdo přečte a vyloží“, zní stanovisko mluvčího resortu Otakara Černého.

Kritici namítají, že největší nebezpečí spočívá právě ve skutečnosti, že se zákony o rušení soukromých praxí přímo nezmiňují, ale fakticky je připouštějí. „Ono to tam natvrdo napsáno opravdu není. Ale všechno je tam pěkně zamotáno a skryto pod zdánlivě hezké proklamace,“ řekl Pekárek. V důvodové zprávě zákona o zdravotnickém zařízení se například v jednom z paragrafů hovoří o nutnosti úpravy zákona o daních tak, aby byla zdravotnická zařízení zahrnuta mezi právnické osoby, které nejsou zřízeny za účelem podnikání.

Dosavadní vlastníci a provozovatelé nestátních subjektů ve zdravotnictví by se tak stali jejich pouhými zřizovateli a správci. Se svým majetkem by nemohli libovolně nakládat. Nový zákon zároveň ruší dosavadní právní předpis, který soukromé podnikání ve zdravotnictví umožňuje. Z dalšího zákona o státní správě podle zástupců soukromých lékařů vyplývá, že povinnost vykonávat zřizovatelskou funkci má ve svém území kraj. Teoreticky by tedy mohl vzít pod svou správu všechna zdravotnická zařízení a měl by právo i dosud soukromým subjektům mj. kontrolovat hospodaření. Jako nezisková organizace by byli navíc soukromí provozovatelé znevýhodněni i v daňovém režimu.

Zatímco nyní může společnost provozující zdravotnické zařízení krytí jeho případné ztráty jinou činností, jako nezisková by musela každou tuto činnost vykazovat zvlášť. Za výdělečnou by platila daně, prodělek by však zůstal v plné výši. „Za takových podmínek by to řada společností okamžitě zabalila,“ soudí předseda Skalpelu soukromých lékařů Jaroslav Henzl. Upozorňuje na to, že mnoho lékařů bylo před lety k přechodu na privátní bázi donuceno po privatizaci. „Všichni, i ti, kteří šli do soukromé praxe cíleně, do svého podnikání v minulých letech investovali nemalé prostředky a chtějí, aby se jim časem vrátily. Teď by jim ale hrozilo, že budou muset své ordinace zavřít“, poukazuje Henzl. V ambulantní sféře pracuje asi 90 pro-

cent soukromých lékařů. Stejná situace je i mezi stomatology a praktickými lékaři. Soukromé subjekty hospodaří i v necelých 30 procentech českých nemocnic. „Pokud by došlo k rozvratu současného stavu, znamenalo by to přinejmenším zhoršení dostupnosti lékařské péče, když ne její úplný kolaps“, soudí Henzl. Pekárek říká, že organizace soukromých lékařů jsou připraveny se v případě nutnosti spojit a vyvolat nátlakové akce.

Nevědomost, nebo úmysl?

Podle předsedy Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče Jiřího Schlangera byli zástupci ministerstva na jednání zdravotnické tripartity minulý týden námitkami odborů a podnikatelů nepřijemně překvapeni. „Neměli ponětí, že zákony mohou připustit takový výklad. Nevěděli ani, jak a kdo tam tyto pasáže vsunul. Vůbec nebyli schopni reagovat“, přibližuje průběh schůzky Schlinger. Černý považuje obavy soukromníků za předčasné. „Návrhy zákonů jsou tu od toho, aby se o nich diskutovalo. Ministerstvo bude s těmito hlasy počítat“, tvrdí. Podle Pekárka je třeba v parlamentu prosadit, aby Fišerovy návrhy nebyly přijaty. „Jsou tak špatné, že pouhým zapracováním připomínek vylepšit nepůjdou. A navíc jsou tak provázané, že jeden bez druhého nemohou existovat“, vysvětluje prezident stomatologické komory.

V řadě okresů začínají chybět lékaři

Odchody do důchodu a nedostatek lékařů mohou už brzy ohrozit pacienty v některých regionech. Mladí lékaři chybějí v pohraničních oblastech už dnes.

Nezmění-li se současný trend, přijde v horizontu několika let řada obyvatel českých menších měst a obcí chudších pohraničních regionů o svého praktického lékaře. V některých okresech České republiky dnes totiž stojí zdravotní péče do značné míry na lékařích, kteří by už měli být několik let v důchodu. „Nejozřejavější situace je u praktických lékařů. Mnohde je jich už dnes nedostatek. Až začnou ti starší odcházet do důchodu, může dojít ke kolapsu“, varuje před rizikem krize v chudých oblastech předseda organizace Skalpel Jaroslav Henzl s tím, že nejvíce postiženy jsou prý Tachovsko, Bruntálsko, Jesenicko a části Ostravska. Důvodů je několik, ale k nejzávažnějším patří skutečnost, že mladí lékaři se do zmíněných oblastí moc nehrnou. Práce praktického lékaře navíc není pro mediky příliš atraktivní. Například na Tachovsku dnes přesluhuje 12 všeobecných lékařů, třem z nich je dokonce více než 70 let. „Jsme rádi, že ještě pracují, protože za ně nemáme náhradu,“ říká okresní zdravotní radová Běla Krejčová. Průměrný věk soukromých lékařů v okrese činí 55 let. „Do deseti let může kvůli důchodovému věku odejít dvaatřicet lékařů. To je skoro polovina současného stavu,“ vypočítává nejkritičtější body Krejčová. Noví lékaři přitom na Tachovsko jít nechťejí. „Několikrát jsme inzerovali naši nabídku, ale nikdy se nikdo nepřihlásil“, popisuje situaci zdravotní radová. Tachovský okresní úřad se podle Běly Krejčové snaží spolupracovat



s lékařskými fakultami, s vedením Plzeňského kraje i s městskými úřady, které mohou nabídnout mladým lékařům byty. „Zájem asi vážně na penězích. V některých obvodech nesežene lékař tolik pacientů, aby se mu při stávajícím systému proplácení pojišťovny vyplatilo praxi provozovat“, usoudila Krejčová. Podobné zkušenosti mají i na Bruntálsku. I zde je situace s pokrytím okresu praktickými lékaři napjatá. „Zatím máme všechny obvody zajištěné, ale když potřebujeme lékaře třeba na krátkodobý zástup, máme potíže někoho sehnat“, uvedla vedoucí zdravotního odboru Okresního úřadu v Bruntále Romana Kotálová. Problém s personálním obsazením ordinací však okres čeká. „V dohledné době budeme akutně potřebovat dva tři lékaře“, podotkla Kotálová. O vhodných adeptech přitom neví ani úřad práce.

Praktici nemají renomé

Podle zástupce sdružení soukromých lékařů Jaroslava Henzla může být za nechtů mladých lékařů věnovat se privátní praktické praxi přežitek z minulosti. „Praktičtí lékaři nebyli považováni za odborníky. Přitom právě oni by měli být páteří celého systému. Pokud problémy pacienta dokáže vyřešit praktik, je to nejekonomičtější způsob léčby“, konstatoval. Česká lékařská komora se snaží zlepšení situace napomoci nabídkou rekvalifikace, na druhé straně ale přijala opatření, které může generační výměnu lékařů oddálit. Podle nových předpisů může samostatnou praxi praktického lékaře vykonávat medik až po šesti letech praxe, nikoli po třech jako dosud. „Komora tímto rozhodnutím jen srovnala podmínky praktických lékařů s ostatními obory. Je to jednoznačný krok ke kvalitě, i když může způsobit krátkodobý nedostatek nově atestovaných praktiků“, vysvětlil Henzl. Podle jeho názoru by se do řešení problému mělo zapojit i ministerstvo zdravotnictví. Vedení resortu však údajně o žádné hrozící krizi neví. „Takové informace nemáme. Je možné, že v některých regionech mohou mít potíže, ale rozhodně tu nehrozí zánik lékařské péče. Tak dramaticky to nevidíme“, prohlásil mluvčí ministerstva Otakar Černý. Černý tvrdí, že ministerstvo nemá pravomoc zasáhnout z moci úřední do privátního sektoru lékařské péče. „Měla by to být spíše otázka krajských hejtmanů, aby vytvořili svým lékařům v regionu lepší podmínky“, usoudil Černý.

Lékaři se bojí znárodnění

Soukromí lékaři z Koalice ambulantních lékařů se obávají, že ministr zdravotnictví Bohumil Fišer (ČSSD) chce znárodnit jejich ordinace. „Vypadá to jako znárodnění“, řekl k ministrovým návrhům tří zákonů prezident České stomatologické komory Jiří Pekárek. Mluvčí ministerstva zdravotnictví Otakar Černý to popřel. „Samozřejmě nejde o žádné znárodnění a návrat před rok 1989, to nechce nikdo. Jde o to vylepšit zdravotnictví“, řekl. Pekárek varoval, že zákony o zdravotní péči, zdravotnickém zařízení a státní správě a samosprávě, které ministr předkládá, naprosto změní fungování

zdravotnictví. Soukromí lékaři přestanou být provozovateli a stanou se jen zřizovateli neziskových osob zvaných zdravotnická zařízení, míní Pekárek. Dosud provozovali zařízení na svou odpovědnost a také kvůli zisku. „Staví nás to do pozice někoho, kdo je národním správcem znárodněného jeho vlastního zařízení, a celé to řídí stát“, řekl místopředseda Sdružení praktických lékařů Jan Jelínek. „Lékaři chtějí léčit, ale také uživit své rodiny“, připomněl. Z osmatřiceti tisíc lékařů pracuje v nestátním sektoru zhruba polovina. Za zcela špatně označila Fišerovy návrhy také předsedkyně Občanského sdružení na ochranu pacientů Vladimíra Bošková. Dodala, že těmito návrhy se české zdravotnictví stále více vzdaluje od vyspělých států. „Jediným řešením je ministra odvolat“, řekla. „Je to názor paní Boškové, nebudeme se k tomu vyjadřovat“, reagoval mluvčí ministerstva Černý.

Fišer zachová soukromé praxe lékařů

PRAHA – Ministr zdravotnictví Bohumil Fišer neplánuje znárodnění soukromých lékařských praxí. Ministr o tom včera přesvědčil prezidenta České lékařské komory Davida Ratha a prezidenta České stomatologické komory Jiřího Pekárka, zastupujícího Koalici ambulantních lékařů. Oba mu tlumočili obavy lékařů, že připravované zákony výklad o znárodnění umožňují. „Musím říci, že já bych, a to jako člen sociálnědemokratické strany, jako její reprezentant, nikdy nepodepsal návrh zákona, který by měl vést k znárodnění soukromých zdravotnických zařízení. To nebylo nikdy mým záměrem, nebylo to nikdy mým cílem“, řekl Fišer. Ministr se s představiteli profesních organizací lékařů dohodl, že bude pracovat na textu zákona v tom smyslu, aby znemožňoval nejednoznačný výklad. Do parlamentu by měl být předložen tak, že vůči němu jednotliví soukromí lékaři, stejně jako zaměstnanci ve zdravotnických zařízeních ve veřejném majetku, nebudou moci mít výhrady. Pekárek upřesnil, že obavy vzbudil paragraf, jímž se má změnit daňový režim pro soukromé praxe tak, aby měly podobné podmínky jako neziskové organizace. Soukromí lékaři proto měli obavy, že pak už nebudou moci nadále podnikat. „Paragraf o neziskové osobě není klíčový bod, v návrhu zákona být nemusí“, potvrdil ministr. Pekárek ocenil vstřícnost Fišera, který přislíbil, že zákon o zdravotní péči v nestátním zdravotnickém zařízení z roku 1992 by měl být zachován. „Tato díkce zákona nám dává jistotu, že poskytování zdravotní péče zůstane podnikáním“, řekl Pekárek. Návrhy zákonů o zdravotní péči, zdravotnickém zařízení a státní správě a samosprávě ve zdravotnictví chce Fišer předložit vládě v dubnu, až budou zapracovány připomínky odborné zdravotnické veřejnosti.