

VOX PEDIATRIAE



OSPDL ČLS JEP

časopis praktických lékařů pro děti a dorost

prosinec 2010 ■ číslo 10 ■ ročník 10



Seboroická dermatitida v kojeneckém a dětském věku

Benigní kožní projevy u novorozenců

Diagnostika a léčba cystické fibrózy

Vyhláška o očkování proti infekčním nemocem

ORION
DIAGNOSTICA

gsk GlaxoSmithKline

Heró
Sunar

Téma čísla:
**PROBLEMATIKA
KOJENECKÉHO
VĚKU**

Johnson and Johnson

tiráž...

VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických lékařů pro děti a dorost

www.detskylekar.cz

Adresa redakce:

U Hranic 16, 100 00 Praha 10

Sekretariát:

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

Redakce VOX:

tel.: 267 184 065

e-mail: centrum@detskylekar.cz

Inzerce:

Ing. Veronika Drahovzalová

U Hranic 16, 100 00 Praha 10

GSM: 605 281 665 – jen pro inzerenty

e-mail: veronika.drahovzalova@detskylekar.cz

Vydavatel:

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

Odborná garance:

**Odborná společnost praktických
dětských lékařů ČLS JEP**

Grafika, výroba, distribuce:

Vydavatelství MEDIX, s.r.o.

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

Redakční rada:

MUDr. Jiřina Dvořáková

MUDr. Jiří Liška, CSc.

MUDr. Pavel Neugebauer

MUDr. Olga Roškotová

Odpovědný redaktor:

Mgr. Zdeněk Brtnický

Jazykové korektury:

PhDr. Jana Kratochvílová



Časopis je určen převážně praktickým dětským lékařům.

Distribuce členům SPLDD ČR a OSPDL ČLS JEP zdarma.

Vychází 10× ročně, v nákladu 2200 výtisků.

Povoleno ministerstvem kultury pod číslem

MK ČR E 10971, ISSN 1213-2241.

Redakce nezodpovídá za obsah článků.

Reprodukce obsahu je povolena pouze
s písemným souhlasem redakce.

Nevyžádané podklady pro tisk se nevracejí.

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

obsah...



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	6
Usnesení Celorepublikové konference SPLDD ČR	6
Koalice soukromých lékařů	7
Úhradová vyhláška pro rok 2011	10
Regulace 2009 a ČLK	15
Zpráva ze zahraniční cesty	17



Informace OSPDL ČLS JEP	18
MUDr. Štěpánka Čapková Seboroická dermatitida v kojeneckém a dětském věku	20
prim. MUDr. Stanislava Polášková Benigní kožní projevy u novorozenců	23
doc. MUDr. Věra Vávrová, DrSc. a kol. Diagnostika a léčba cystické fibrózy	27
MUDr. Ingeborg Vokálová a kol. Objektivizace protizánětlivého efektu systémové enzymoterapie u průduškového astmatu – další zkušenosti	30
Ze světa odborné literatury	37



Aktuality	38
Řádková inzerce	44
Silvestrovský test	45
Autodidaktický test	46

Středová příloha:

Vyhláška o očkování proti infekčním nemocem



NAKLADATELSTVÍ
UMÚN
s. r. o.

Nakladatelství UMÚN, s. r. o., Nad Školou 1289, 463 11 Liberec
tel.: 485 161 712, e-mail: umun@umun.cz, www.umun.cz
Obrázek na titulní straně namaloval nohou Petr Šrámek.



Milí kolegové,

Sysifové, kteří tlačíte ten kámen stále znovu a znovu do kopce!

Brzy se rok s rokem sejde a krize vtrhla do zdravotnictví jak studený víchř do hor. A přes hřejivé naděje přichází nejspíš mráz i z budovy 375/4 na Palackého nám. v Praze. Také podzimní regulace VZP někoho dohřály, jiného zpražily, někdo ztuhl.

Ale dost už podobenství!

Regulační podzim ukázal, že VZP neopouští svou metodu náhodných pokusů, kdy vystřelí nějakou regulační srážku, která buď projde, nebo se dotyčný odvolá a částka je mu laskavě snížena. Klíč k výpočtům je nadále nejasný. Regulacemi byla nyní postižena téměř polovina praxí. Jde asi do tuhého. Já jsem se před časem s touto dominantní pojišťovnou na českém trhu s pacienty pokusil, jak to zákon umožňuje, uzavřít individuální smlouvu. Pravdou je, že jsem VZP nestál za vyšší platbu, než tehdy ve smlouvě nabízela. Nedohodli jsme se a smlouvu jsme neobnovili. Mimochodem, dnes jsou její úhrady v kapitaci o dost vyšší, než jsem tehdy požadoval. Neobnovíte-li smlouvu s pojišťovnou, u které máte téměř polovinu pacientů, je s tím trochu práce, něco to stojí (čas a vysvětlující dopisy rodičům), ale po třech letech mohu říci, že nelituji. Přišel jsem o část pacientů, ale mnoho dalších i jejich rodin změnilo pojišťovnu. Tento proces pokračuje - pokud se chce někdo přihlásit do mé praxe, je nucen nebýt u VZP. Na konferenci v Průhonících jsme vyslechli různé stesky kolegů na chování především VZP. Jsem rád, že toto již podstupovat nemusím. Samozřejmě, i s ostatními pojišťovnami občas zápasím, ale to už není tak těžká váha. A co dál?

Přišli jsme o regulační poplatky, které byly kompenzovány jen zčásti, hrozí ještě přísnější regulace, těžko nám dnes někdo přidá, a přitom ministr současně mluví o podpoře primární péče. Zdá se mi, že je čas k prolomení věkové hranice 19 let. Stále více se zdůrazňuje komfort pacienta. Také stále platí, že pacient má právo svobodné volby lékaře. O toto je v 19 letech násilně připraven tím, že i když ještě studuje, musí od nás odejít. Často je to přitom pouze na krátkou dobu, protože po studiu často odchází za prací jinam, do jiného města či země. Do té doby se často s aktuálními problémy obrací znovu na svého pediatra. Každému z nás i několik desítek karet devatenáctiletých zůstává v archivech. Povinná registrace není. Stát za studující ale stále platí až do jejich nástupu do zaměstnání. A teď počítejte se mnou: Jenom každých 10 takových pacientů při kapitaci 50,- Kč a cca 2000 praxí PLDD v ČR přinese měsíčně 1 milion Kč na účty zdravotních pojišťoven. Kolik je asi takových neregistrovaných duší v naší republice? Nikdo neví. Kolik vykonají PL preventivních prohlídek ve věku do 25 let? To by nám mohly zdravotní pojišťovny sdělit. Byl by to silný argument pro změnu. Choťme se příležitosti, my nechceme jen peníze, ale práci navíc, která by nám pak pomohla zase aspoň částečně kompenzovat finanční ztráty. Nikoho by to vlastně nic navíc nestálo.

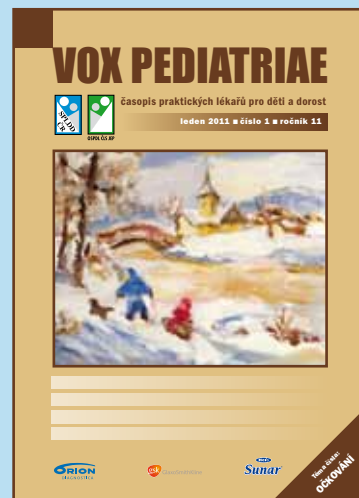
Pojišťovny nazývají pacienty svými klienty, ale k naplnění významu tohoto slova by měly umožnit pacientovi volbu. Vždyť o odchodu k praktickému lékaři se mohou rozhodnout už ve 14 letech, ještě před ukončením ZŠ. Je normální, že horní věková hranice je neprostopadlá?

Začínají také zdražovat počítačové firmy, které tvoří lékařské programy. Před lety o nás bojovaly, teď nás mají v hrsti. Bez nich se už neobejdeme a jsou si toho asi dobře vědomy. Mnohé změnilo vlastníka, velké kupují menší, globalizují se a už jen několik jich ovládá český trh. Diktují nám podmínky - zvyšují rychle cenu. To, co platíme my ročně, zaplatí totiž německý lékař za čtvrt roku. A je snaha tyto ceny sblížovat. To, co jsme považovali za běžnou součást programu, musíme nyní zaplatit zvlášť (např. SPC u léků). Přitom musíme trpět přibývajícím nevyžádaným reklamami, které nás obtěžují. Stejný program je prý možné zakoupit i bez reklam, ale výrazně draž. Nejde o kartelovou dohodu? Většinou se snažím hledat řešení. Zde jsem ale bezradný. Proto se na vás obracím s prosbou o vaše zkušenosti a případně jak se tomuto bránit.

Ale přeče jen jednu dobrou zprávu pro vás mám. Začíná advent a pokusme se oprostit od přizemních pozemských starostí a pozvednout ducha k jiným hodnotám. Po vánocích se bude pomalu rozbíhat plesová sezóna, která zatím není nijak regulována, snad jen naším věkem a zdravotním stavem. Přeji vám mnoho štěstí a pevné zdraví do nového roku.

Milan Rytíř z Tábora

Očkování



v tomto čísle inzerují...

AVENT
GSK
HERO
JOHNSON&JOHNSON
MSD
NESTLÉ
NUTRICIA
ORION DIAGNOSTICA
PFIZER
PRACTICUS s.r.o.
SANATORIUM EDEL

úřední hodiny SPLDD ČR...

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

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

tel.: 267 184 065

fax: 267 184 050

redakce VOX:

tel.: 267 184 065

e-mail: centrum@detsky lekar. cz

*„Nejkrásnější na světě nejsou
věci, ale chvíle, okamžiky,
vteřiny...”*

Karel Čapek

Přejeme Vám mnoho krásných chvil
nejen o Vánocích, ale i v roce 2011.

Vaše redakce

Pf 2011



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR

Říjen byl měsíc, ve kterém dominovaly především ekonomické aspekty. Nejenže jsme napjatě očekávali, v jaké podobě představí resortní ministerstvo tzv. úhradovou vyhlášku, ale také jsme intenzivně sbírali informace z terénu o uplatňování regulačních mechanismů. V Milovech jsme se naštěstí dozvěděli, že žádná další ZP již další překvapení nechystá. Z údivu ale nepřestáváme vycházet z variabilnosti řešení, která nám VZP nepřestává nabízet, tedy alespoň tak hodnotíme obdržené podklady od našich členů. Není tedy divu, že nově jmenovaný náměstek pro zdravotní péči VZP MUDr. Jiří Bek často na dotazy z pléna v Milovech jen těžko hledal odpovědi.

8.- 10.10. - v Milovech se uskutečnilo tradiční setkání praktických lékařů pro dospělé. I když nejde o naši akci, má nepochybně pro vývoj i našich jednání nemalý vliv. Tohoto jednání se tradičně účastní vrcholní zástupci resortního ministerstva a zdravotních pojišťoven. Právě na tomto jednání poprvé otevřeně zazněl z úst nově jmenovaného náměstka pro zdravotní pojištění ing. Petra Noska záměr ministerstva ponížít v tzv. úhradové vyhlášce všem segmentům úhrady někde v řádu kolem 3%. Vzrušená debata se vedla samozřejmě kolem regulací za rok 2009, především se zástupci VZP (MUDr. Jiří Bekem – náměstkem pro zdravotní péči a RNDr. Marcelou Ambrožovou – ředitelkou odboru ekonomických analýz). Kupodivu regulace OZP a ZP MV

tolik prostoru nedostaly. Ostatní ZP na přímé oslovení regulace za tento rok již neavizovaly.

12.10. - na svém pravidelném jednání se sešla Koalice soukromých lékařů. O výstupu a návazných akcích informujeme na jiném místě časopisu

22.10. - Předsednictvo Sdružení se sešlo, aby pojednalo aktuální situaci v resortu. V popředí byla samozřejmě problematika aktuálních výstupů vycházejících z budovy na Palackého náměstí a problematika regulací VZP. Na programu nemohla chybět ani problematika jednotlivých regionů a tradiční host, předsedkyně naší Odborné společnosti sdělila účastníkům jednání řadu novinek ne-

jen na poli očkování, i když tam leccos mění vydání novely tzv. očkovací vyhlášky. Diskuse k probíraným bodům byla natolik obsáhlá, že jsme ani nestihli vyčerpávat všechny body programu a část tak byla přesunuta na další jednání. Na jednání byla také finalizována příprava výroční Konference, z níž Usnesení nabízíme aktuálně již v tomto čísle.

27.10. - že nebereme aktuální situaci na lehkou váhu, o tom by mohlo svědčit i znovuoobnovení jednání pracovní skupiny nazývané jako Analytická komise Sdružení, ve které jsme především s inženýry ekonomy probírali ekonomické argumenty před jednáním se zástupci MZ ČR.

Usnesení Celorepublikové konference SPLDD ČR konané dne 6.11.2010 v Průhonicích

1. Konference zvolila:

Návrhovou komisi ve složení:

MUDr. Gricová, Hulleová, Nová, Kopecký, Kozderka, Kulhánková, Matoušková, Němeček, Svobodová, Verdánová, Zemánková

Mandátovou komisi ve složení:

MUDr. Kudyn, Paverová, Šebková

2. Konference schválila navržený program.

3. Konference vzala na vědomí zprávu předsedy MUDr. Neugebauera o činnosti SPLDD ČR.

4. Konference vzala na vědomí zprávu o hospodaření SPLDD ČR MUDr. Dvořákové a schválila rozpočet na rok 2011.

5. Konference SPLDD vzala na vědomí zprávu MUDr. Kubátové o její činnosti v evropských organizacích pediatrické primární péče

a proběhlých i plánovaných aktivitách těchto organizací.

6. Konference navrhuje a žádá nastavení a následné dodržování vymezených časů jednotlivými mluvčími a umožnění dostatečného prostoru pro diskuzi při příštích konferencích.

7. Konference ukládá VV SPLDD prosadit ve spolupráci s ČLK závaznost výsledků výběrových řízení na ordinace PLDD tak, aby zůstala zachována racionální síť ordinací PLDD. Konference ukládá VV prosadit v jednání s MZd možnost redistribuce očkovacích látek u všech článků distribučního řetězce a prosazovat dále alternativní cestu nákupu očkovacích látek. Prosadit přehledné vyúčtování ZÚLP zdravotními pojišťovnami.

8. Konference ukládá VV řešit současné regulace a vstoupit do jednání o návrhu úhradové vyhlášky pro rok 2011 (zejména s ohledem na regulace).

9. Konference doporučuje VV jednat se ZP a MZd o zapojení pacienta do systému úhrady zdravotní péče.

10. Konference nesouhlasí s plánovaným asymetrickým navýšením příjmů lůžkové péče proti sféře ambulantní (způsobeným navýšením regulačních poplatků) a žádá VV dále se zabývat kompenzací za zrušené regulační poplatky u dětí do 18 let nebo jejich znovuzavedením.

11. Konference žádá prolomení věkové hranice 19 let tak, aby chronicky nemocný ne-



bo studující pacient měl možnost zvolit si registraci u PLDD až do ukončení vzdělávacího procesu nebo do věku 26 let.

12. Konference ukládá VV vydefinovat podmínky úhrady výkonů (plně, částečně či nehrazené z v.z.p.)

13. Konference ukládá všem orgánům SPLDD zajišťovat podklady pro aktualizaci webových stránek SPLDD a do konce roku 2010 aktualizovat stávající podobu webových stránek a zajistit následnou pravidelnou aktualizaci.

14. Konference ukládá VV jednat o prosaze-

ní Komplexního hodnocení nákladovosti jako podmínku vyvinění z regulací uplatňovaných ZP vůči ordinacím PLDD.

15. Konference SPLDD doporučuje Předsednictvu projednat problematiku Charty eHealth.

16. Konference znovu odmítá povinnost PLDD zajistit 24hodinovou péči o pacienty.

17. Konference ukládá Regionálním radám projednat návrhy na úpravu Stanov SPLDD tak, aby návrh mohl být předložen Celorepublikové konferenci SPLDD v r. 2011.

18. Konference SPLDD ukládá Předsednictvu projednat způsoby předávání informací v rámci SPLDD.

19. Konference se obává monopolizace na trhu s lékařským softwarem pro PLDD a ukládá VV sledovat aktivity firem na tomto trhu a sledovat vývoj cen za softwarové služby, případně zvážit podnět pro ÚOHS.

Za Návrhovou komisí:
MUDr. Ctirad Kozderka

Koalice soukromých lékařů

Komunikace s resortním ministerstvem a úhradová vyhláška, to byla hlavní témata jednání organizací, které se sdružují v tzv. Koalici soukromých lékařů. Obě témata přinesla možná překvapení, možná potvrzení toho, co se z výstupů dalo tušit. Posuďte sami, zda jsou níže uvedené materiály příslibem stabilizace resortu zdravotnictví.

I. Výpis z jednání Koalice soukromých lékařů ze dne 12. října 2010

1. Další postup při komunikaci s MZ ČR, společné prohlášení KSL

- Od posledního setkání Koalice dne 21. září se komunikace s MZ ČR nezměnila a dopis KSL ministru zdravotnictví s žádostí o zodpovězení dotazů zůstal i nadále bez odezvy.
- Zástupci KSL se rozhodli realizovat záměr z předcházejícího jednání a pověřili Dr. Jojka, aby zformuloval text společného prohlášení, ve kterém bychom vyjádřili nespokojenost se způsobem, jakým MZ ČR komunikuje s ambulantní sférou.

2. Posouzení žádosti soukromých rentgenologů o přijetí do KSL

- Zástupci KSL shodně konstatovali, že Koalice soukromých lékařů má tzv. „Novoroční dohodu“ stanovený počet členů a o rozšiřování počtu svých zástupců zatím neuvažuje. V případě potřeby však nabízí pomoc a spolupráci. Dr. Chrz sdělí rozhodnutí Koalice písemně Dr. Hledíkové.

3. Různé

- Dr. Šmatlák informoval e-mailem o diskusním setkání z cyklu „Dialogem k reformě“, které se koná 20.10.2010 v budově NHÚ AV ČR za přítomnosti 1. náměstka ministra zdravotnictví.

II. Odpověď ministra zdravotnictví ze dne 25.10.2010

Vážení kolegové,

s omluvou za prodlení v odpovědi na váš dopis ze dne 8. září 2010 a v reakci na následné prohlášení organizací zastupujících lékaře ambulantních složek ze dne 12. října 2010, bych rád ubezpečil všechny zúčastněné, že vnímám vysokou odpovědnost úřadu ministerstva v široké diskusi, nejen napříč politickým spektrem, ale v prvé řadě se zástupci zdravotnických organizací, která bude jednoznačně odrážet potřeby zdravotnických profesí při výkonu povolání. K uskutečnění záměrů je mou snahou získat podporu široké veřejnosti.

K Vaším dotazům sděluji následující.

Rada poskytovatelů zdravotní péče je poradním a konzultačním sborem ministra zdravotnictví, který usnadní vzájemnou orientaci v představách a názorech. Byla založena v roce 2007. Dosud se uskutečnila 3 setkání, poslední v červnu 2009. Obnovu činnosti tohoto poradního orgánu hodlám směřovat k termínu, kdy budu moci před zástupce poskytovatelů předstoupit s konkrétně rozpracovanými tématy. Termín 1. setkání v rámci tohoto pléna přepokládám koncem listopadu. Členové poradního sboru budou informováni s dostatečným předstihem.

Návrh úhradové vyhlášky pro rok 2011 nevytváří předpoklady pro asymetrické navýšení příjmů lůžkových zdravotnických zaříze-

ní oproti ambulantní primární péči. Navíc vzhledem k očekávané napjaté situaci ve finanční bilanci příštího roku nemůže být v tuto chvíli zaujato stanovisko a tato problematika proto může být řešena až v pozdějším období. Projekt IZIP je originální a autonomní řešení vlastněné společností IZIP, a.s. Akcionářem této společnosti se stala VZP ČR. MZ při přípravě a realizaci projektu elektronického zdravotnictví musí vzít v potaz všechny již existující prvky, ze kterých se bude skládat mozaika výsledného řešení. Zvláštní zřetel je nutno brát na informační systémy zdravotních pojišťoven a jejich fungující partnerské projekty. Úkolem MZ není podpora jednotlivých řešení, ale vytvoření prostředí pro realizaci elektronického zdravotnictví pro veřejnou zprávu, zdravotní pojišťovny, poskytovatele a veřejnost.

K dotazu, zda Ministerstvo zdravotnictví bude respektovat dohody poskytovatelů a ZP uzavřené rámci Dohodovacích řízení a hodnotě bodu a výši úhrad na rok 2011, mohu konstatovat, že snahou Ministerstva zdravotnictví vždy bylo respektovat dosažené dohody, pokud byly v souladu s právními předpisy a veřejným zájmem. Vzhledem k očekávanému nepříznivému vývoji ve financování zdravotní péče v roce 2011, byly v letošním roce některé parametry v již dosažených dohodách upraveny. Cílem těchto úprav je zamezit zadlužení zdravotních pojišťoven a přitom zachovat stávající rozsah a kvalitu zdravotní péče.



K dotazu, který se týká projednání materiálů, jejichž problematika se dotýká ambulantních zdravotních zařízení v rámci vnitrorezortních připomínkových řízení (pokud takto bylo myšleno), sděluji, že žádný právní předpis nestanoví seznam fakultativních připomínkových míst. Návrh na zařazení subjektu do seznamu fakultativních připomínkových míst Ministerstva zdravotnictví zasílá žadatel ministerstvu v písemné podobě. Pokud příslušný náměstek ministerstva žádost schválí, věcně příslušný odbor informuje žadatel o tomto rozhodnutí. Je v kompetenci věcně příslušného odboru ministerstva, kterým subjektům v rámci řízení je materiál postoupen k připomínkám. Z výše uvedeného plyne, že je třeba, aby Koalice soukromých lékařů, která disponuje mandátem k zastupování ambulantních zdravotnických zařízení, zaslala Ministerstvu zdravotnictví svou žádost o zařazení do seznamu fakultativních připomínkových míst MZ, a to vzhledem k tomu, že dosud tak nebylo učiněno. Při přípravě právních předpisů a dalších podstatných dokumentů úřad ministerstva komunikuje s různými sdruženími, a to s ohledem na jejich věcnou působnost. Ministerstvo vítá nabízenou možnost konzultací se zástupci Koalice soukromých lékařů, která zastupuje, tak význačnou část poskytovatelů zdravotní péče.

Vážený kolegové, velmi mne těší deklarovaný zájem odborných organizací o aktivní účast na řešení koncepce zdravotní péče v České republice. Je nutné s rozvahou hledat, nikoliv pouze přechodná, ale především dlouhodobá řešení stávající nevyhovující situace. Věřím, že bude všemi dotčenými vytvořen dostatečný prostor pro společná jednání.

doc. MUDr. Leoš Hejger, CSc.

III. Reakce na odpověď za SSG ČR

Vážený pane ministře, děkuji za odpověď na dopis, který jsem Vám zaslal jako mluvčí Koalice soukromých lékařů a v němž jsem se pokusil shrnout dotazy, které jsme kladli při naší schůzce s Vámi na MZ ČR. Novým mluvčím Koalice soukromých lékařů je nyní (v rámci pravidelné rotace této funkce mezi statutárními zástupci jednotlivých členských organizací) prezident ČSK MUDr. P. Chrz. Tento bude pověřen vypracováním odpovědi za KSL. Dovolím si reagovat za Sdružení soukromých gynekologů České republiky- subjekt, který sdružuje naprostou většinu ambulantních gynekologů v ČR a který je dominantní v segmentu ambulantní gy-

nekologie při Dohodovacím řízení.

- Velmi vítáme zprávu, že Rada poskytovatelů bude fungovat i nadále a rovněž informací o včasné informování o termínech jednání.

- Nedeklarovali jsme, že návrh úhradové vyhlášky vytváří předpoklady pro asymetrické navýšení příjmů lůžkových zařízení oproti ambulantním. Asymetrické navýšení příjmů lůžkových zařízení umožní rozhodnutí MZ ČR o navýšení regulačních poplatků za den hospitalizace a ponechání poplatků za klinické vyšetření (minimálně v primární péči) na současné úrovni. Na tento fakt jsme upozornili i na naší společné schůzce. Hovořil jste o možnosti kompenzace této disproporce jiným mechanismem, tento zatím neznáme. Velmi rádi bychom znali důvod navýšení příjmů lůžkových zařízení ze zdrojů mimo veřejné zdravotní pojištění a neumožnění téhož ambulantním zařízením primární péče.

- Informace o projektu IZIP je zcela dostatečná a s obsahem souhlasíme.

- Dovoluji si podotknout, že při dohodách v rámci Dohodovacího řízení zdravotní pojišťovny předkládaly návrhy, které na současný stav financování zdravotní péče reagovaly a které znamenaly faktický propad příjmů zdravotnických zařízení v daném segmentu. To bylo také důvodem, že ve většině segmentů k dohodě nedošlo. Segment ambulantní gynekologie byl jedním z těch, které realisticky zhodnotily současnou situaci a i přes nevýhodnost návrhů zdravotních pojišťoven na dohodu přistoupily. Zásah do této dohody dalším snížením příjmů ZZ odbornosti 603 by byl doporučením do budoucna pro všechny, že je lepší se nedohodnout a faktickým popřením smyslu Dohodovacího řízení jako takového.

- Vítáme možnost připomínkovat problematiku, která se nás týká, KSL se jistě zachová dle Vašeho doporučení.

Souhlasíme s Vámi a rovněž se domníváme, že je nutné hledat dlouhodobá řešení. Domníváme se ale, že současná vážná ekonomická situace příliš času na dlouhodobé diskuse neskýtá.

Vážený pane ministře, dovoluji si Vás požádat o doplnění odpovědi na dotaz, týkající se regulačních poplatků a výkladu zásahu MZ ČR do dohody našeho segmentu se zdravotními pojišťovnami v rámci Dohodovacího řízení pro rok 2011.

Srdečně zdravím a těším se na další spolupráci

MUDr. Vladimír Dvořák, předseda Sdružení soukromých gynekologů ČR

IV. Usnesení sjezdu SAS ČR, o.s. ze dne 5. 11. 2010

1. Sjezd schvaluje

- zprávu o činnosti rady za uplynulé období od minulého sjezdu,
- zprávu o hospodaření SAS ČR,
- zprávu revizní komise.

2. Sjezd důrazně protestuje proti návrhu úhradové vyhlášky na rok 2011 v podobě, v jaké byla v rámci vnitřního připomínkového řízení rozeslána Ministerstvem zdravotnictví dne 4. 11. 2010.

Sjezd v části, která se týká ambulantních specialistů, považuje za nepřijatelný a nijak nezduvoditelný:

- pokles hodnoty bodu z 1,02 Kč na 1,00 Kč. Sjezd je toho názoru, že stav všeobecného zdravotního pojištění dovoluje naopak jeho navýšení na 1,05 Kč.

- pokles „malého počtu pojištěnců“ ze 100 u výkonů a 50 u regulací na 25. Sjezd žádá jeho navýšení na 100 ve všech položkách.

Sjezd zároveň nesouhlasí s přitvrzením limitů v regulacích ze 110 resp. 105% na 100% referenčního období. Žádá limity minimálně 110% ve všech položkách regulace, přičemž za logické považuje, aby zdravotní pojišťovna směla zdravotnické zařízení regulovat, až pokud mu prokáže neehospodárnost nebo plýtvání.

Sjezd žádá, aby úhradová vyhláška stanovila maximální procento zdravotnických zařízení, která smějí být za překročení limitů v předpisu léků, ZÚMu, ZÚLPu, či indukované péče regulována.

Sjezd žádá posun referenčního období z navrženého roku 2009 na rok 2010. Z hlediska možných finančních dopadů by šlo o neutrální krok, který by ovšem znamenal významné zprůhlednění systému úhrad nejen v době jednání o regulacích mezi zdravotními pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními.

Sjezd žádá o narovnání nerovných podmínek úhrad výkonů zdravotnických zařízení v souvislosti s věkem pacienta, vyzývá Radu SAS, aby jednala s ministerstvem zdravotnictví a zdravotními pojišťovnami o kompenzaci výpadků příjmů ambulantů v rámci zrušení povinnosti vybírat regulační poplatky u pacientů mladších 18 let.

Sjezd upozorňuje, že dojde-li ke snížení příjmů ambulantů ze strany zdravotních pojišťoven o tu část plateb, která byla od roku 2010 určena na navýšení platů středního zdravotnického personálu v rámci plánu ministerstva zdravotnictví stabilizovat jeho počet v ČR (2 haléře v hodnotě bodu – bod byl z těchto důvodů



od roku 2010 1,02 Kč), bude hrozit reálné nebezpečí, že zdravotnická zařízení budou nucena v rámci nedostatku financí platy střednímu zdravotnickému personálu opět snížit.

3. Sjezd vyjadřuje podporu hnutí lékařů „Děkujeme, odcházíme“. Vyzývá ministerstvo zdravotnictví, aby konečně již vyhovělo požadavkům nemocničních lékařů na navýšení příjmů jejich i ostatních zdravotníků, a to systémově, tj. formou navýšení ohodnocení jejich práce v Seznamu výkonů.

4. Sjezd bere na vědomí informaci o průběhu prací na pilotním programu Portálu ASAC.

5. Sjezd vyzývá Parlament ČR, aby učinil maximálně rychlé kroky k tomu, aby stát sám nebyl největším dlužníkem systému veřejného zdravotního pojištění, aby co nejdříve projednal a schválil navýšení plateb státu za „jeho“ pojištění.

6. Sjezd vyzývá MZ, aby změny postavení a kompetencí segmentů poskytovatelů řešilo po předchozí věcné diskuzi těch, kterých se návrhy na změny týkají.

7. Sjezd vyzývá MZ, aby okamžitě odtajnilo práce na tzv. kultivaci seznamu výkonů, neboť považuje za jisté, že jakékoli úpravy seznamu výkonů bez účasti těch subjektů, které o něm vědí nejvíce (tj. zástupců poskytovatelů a zdravotních pojišťoven), nemohou vést k dobrému výsledku a ve svém důsledku by znamenaly jen zbytečné finanční výdaje na straně MZ a potencionální finanční ohrožení všech zdravotnických zařízení, úhrada jejichž práce na kvalitě seznamu výkonů souvisí.

8. Sjezd vyzývá MZ, aby v návrhu na změnu zákona 48/97 Sb., který t.č. připravuje:

- obnovilo dohodovací řízení o seznamu výkonů v podobě, jak pracovalo do konce roku 2007,
- fakticky nelikvidovalo dohodovací řízení o hodnotě bodu a výši úhrad nereálným prodloužením lhůty, do kdy se mají jeho výsledky odevzdat na MZ,
- nijak nezatěžovalo ZZ dalšími zbytečnými administrativními úkony.

9. Sjezd vyzývá MZ, aby v pravidlech týkajících se tzv. rozhodčích soudů jasně stanovilo, že rozhodčí doložka nesmí být součástí žádných jiných smluv mezi zdravotnickým zařízením a zdravotní pojišťovnou ani jakýchkoli

příloh či dodatků těchto smluv, aby rozhodčí soud byl ve sporu mezi zdravotnickým zařízením a pacientem či zdravotní pojišťovnou přípustný jen tehdy, pokud o to zdravotnické zařízení samo průkazně požádá. V takovém případě by ale příslušná rozhodčí doložka musela být řešena jako zvláštní smlouva nebo zvláštní příloha smlouvy.

10. Sjezd vyzývá zdravotní pojišťovny, aby:

- při přípravě zdravotně pojistných plánů v souvislosti s požadovaným trendem přesunu zdravotní péče z lůžek do ambulantní sféry včetně ambulantní mimonemocniční péče plánují.

- v regionech s dostatečným rozsahem síť ambulantních zdravotnických zařízení příslušné odbornosti nenavazovaly další smluvní vztahy, neboť druhotným důsledkem takové činnosti je vznik relativního nedostatku finančních prostředků pro stávající praxe. Sjezd SAS vyzývá zdravotní pojišťovny, aby tento postup dodržely i u pracovišť zabývajících se zobrazovacími metodami.

- ve vztahu ke zdravotnickým zařízením plně respektovaly platnou legislativu včetně všech ustanovení úhradových vyhlášek, aby v jednáních se zdravotnickými zařízeními o regulacích nezneužívaly jednak své finanční převahy a jednak toho, že většina lékařů nejspíše nebude chtít prvoplánově řešit své spory s nimi soudní cestou.

11. Sjezd deklaruje, že SAS bude nadále prosazovat takové legislativní změny, aby bylo bráněno vytváření monopolů ve zdravotnictví, bude prosazovat výkon funkce lékaře formou svobodného lékařského povolání.

12. Sjezd vyzývá všechny členy SASu, aby se odvolali proti uplatnění regulačních sraček, které jim byly avizovány oznámením od zdravotních pojišťoven později, než 120 dní po konci regulovaného pololetí či roku. Tato lhůta je ze zákona lhůtou propadnou (prekluzivní), proto zdravotní pojišťovny již regulace uplatnit nesmí.

13. Sjezd jmenuje MUDr. Andreje Janca, předsedu Slovenskej lekárskej únie špecialistov, čestným členem SAS ČR, o. s.

14. Sjezd volí MUDr. Zuzanu Lapkovou jako novou členku revizní komise místo odstoupivší MUDr. Blanky Hanušové.

Kongresové centrum hotelu Floret,
Průhonice u Prahy 5. 11. 2010.

■ V. Prohlášení Koalice soukromých lékařů k návrhu úhradové vyhlášky na rok 2011 ze dne 10. 11. 2010

V souvislosti s návrhem úhradové vyhlášky na rok 2011 předloženým MZ ČR do připomínkového řízení, účastníci jednání Koalice soukromých lékařů (KSL) přijali toto společné prohlášení:

KSL je hluboce znepokojena způsobem přípravy a kvalitou návrhu vyhlášky. Návrh vyhlášky a zásahy do výsledků dohodovacího řízení i v segmentech, kde došlo k dohodě, jsou činné neodborné a takovým způsobem, že její aplikace by vedla ke kritickému omezení dostupnosti zdravotní péče v roce 2011.

KSL proto požaduje, aby MZ ČR nevstupovalo do dohod uzavřených se zdravotními pojišťovnami v rámci dohodovacího řízení. Pokud úpravu dohod považuje za nutnou, aby tak činilo pouze po domluvě a odborné konzultaci se subjekty, které k dohodě dospěly.

Předělo by se tím vydání nefunkční a vadné vyhlášky.

KSL v poslední době zaznamenává, že se MZ ČR svými kroky odchyluje od přijatého vládního programu, a proto rovněž požaduje, aby byly dodržovány jeho hlavní body, zejména:

- posílení kompetencí a odpovědnosti primární péče, což není možné bez přesunu péče z lůžkových do všech typů ambulantních zařízení, včetně přizpůsobení finančních toků
- posílení práv, ale i povinností pacientů, podpora prevence formou pozitivní motivace i s úpravou míry jejich spoluúčasti výrazná redukce počtu lůžkových zařízení.

KSL s politováním konstatuje, že dosavadní kroky MZ ČR vyvolávají vážné obavy o ochotě vládní koalice k provedení pro systém českého zdravotnictví žádoucích pozitivních změn deklarovaných v jejím programovém prohlášení.

Za Koalici soukromých lékařů:

MUDr. Pavel Chrz, prezident České stomatologické komory, mluvčí Koalice

MUDr. Václav Šmatlák, předseda Sdružení praktických lékařů ČR

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

MUDr. Zorjan Jojko, předseda Sdružení ambulantních specialistů ČR

MUDr. Vladimír Dvořák, předseda Sdružení soukromých gynekologů ČR



Úhradová vyhláška pro rok 2011

Pomalů se blíží rok 2011, dny se ochlazují, ale vztahy v resortu připomínají spíše rozpálené léto. Řekněme jeden z prvních průběžských kamenů, který by měl ukázat schopnost nového resortního ministerstva, a čeho jsme se dočkali. Nikdo nezpochybňuje riziko možného dopadu tzv. ekonomické krize v resortu, ale co ukazatele růstu HDP za poslední čtvrtletí? Nikdo nepochybuje o možném deficitu financí v resortu, ale co 18 mld. na účtech zdravotních pojišťoven? Nikdo nepochybuje, že úspory by měly být všude, ale co první návrhy na změnu regulačních poplatků navýšením za hospitalizaci? Dalo by se pokračovat, ale... Dovolujeme si předložit část důležitých souvisejících dat.

■ I. Odůvodnění úhradové vyhlášky ze strany Ministerstva zdravotnictví ČR

Ministerstvo zdravotnictví (dále jen „ministerstvo“) zpracovalo návrh vyhlášky o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2011 na základě zmocnění obsaženého v § 17 odst. 6 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“).

Podle tohoto ustanovení vydává ministerstvo každoročně vyhlášku o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění na následující kalendářní rok. Návrh této vyhlášky vychází z výsledků dohodovacího řízení zástupců Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR a ostatních zdravotních pojišťoven, a dále příslušných profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče jako zástupců smluvních zdravotnických zařízení (dále jen „dohodovací řízení“).

Obsah uvedené vyhlášky je ovlivněn skutečností, zda v příslušném dohodovacím řízení dojde či nedojde mezi jeho účastníky k dohodě o parametrech úhradových mechanismů na následující kalendářní rok. V případě dohody (za předpokladu jejího souladu s právními předpisy a veřejným zájmem) ji ministerstvo zpracuje do návrhu vyhlášky, v případě nedohody pak hodnoty bodu, výše úhrad a regulační omezení stanoví samo. Rozhodujícím faktorem při stanovení úhradových parametrů je odpovědnost ministerstva za respektování veřejného zájmu na zajištění kvality a dostupnosti zdravotní péče, fungování zdravotnictví a jeho stability v rámci finančních možností systému veřejného zdra-

votního pojištění tak, jak je tento zájem definován v ustanovení § 17 odst. 3 zákona.

Dohodovací řízení k úhradám na rok 2011 probíhalo v období od 15.4.2010 do 21.9.2010. V zákonem stanoveném termínu bylo dosaženo dohody v segmentech zubních lékařů, gynekologů, poskytovatelů zdravotnické záchranné služby, dopravní zdravotní služby a lékařské služby první pomoci, lůžní a ožarování. V segmentu ambulantních specialistů bylo dosaženo parciální dohody v některých odbornostech (hemodialýza, klinická psychologie, psychiatrie, dětská a dorostová psychiatrie, návykové nemoci, sexologie, klinická psychologie, psychoterapie, klinická logopedie, ortoptista) a u vybraných výkonů odborností radiační onkologie, oftalmologie a gastroenterologie. Dále bylo dosaženo parciální dohody v segmentu laboratorní a radiodiagnostické péče. V ostatních segmentech zdravotní péče (akutní lůžková péče, následná lůžková péče, praktičtí lékaři, ambulantní specializovaná péče – s výjimkou výše uvedených odborností, domácí zdravotní péče a fyzioterapie) účastníci dohodovacího řízení k dohodě nedospěli.

Ministerstvo připravilo návrh vyhlášky tak, aby nastavené parametry úhrad respektovaly předpokládané finanční možnosti systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2011, kde je pro příští rok očekáván deficit. S ohledem na výši předpokládaného deficitu (cca 10 – 15 mld. Kč) bylo ministerstvo ve veřejném zájmu nuceno snížit, oproti úpravě platné v r. 2010, nejen hodnoty bodu a výše úhrad, ale i zpřísnit parametry regulačních omezení prakticky ve všech segmentech poskytovatelů zdravotní péče, včetně segmentů, u nichž v rámci dohodovacího řízení došlo k dohodě. Jako porovnávací období pro výpočet výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění v roce 2011 ministerstvo stanovuje rok 2009.

Důvodem pro stanovení tohoto porovnávacího období je jednak fakt, že výše úhrad

za toto období, včetně vyúčtování, je v době přípravy vyhlášky již známa, dále vychází ministerstvo z nulového nastavení výše úhrad (vyhláškou č. 472/2009 Sb.) pro rok 2010 oproti roku 2009 s tím, že pro rok 2011 je nutno výši úhrad alespoň částečně snížit. Úsporu z návrhem vyhlášky stanovené výše úhrad lze očekávat ve výši cca 6 mld. Kč. V této souvislosti ministerstvo vychází z předpokladu, že výše uvedený deficit bude pokryt převážně z finančních prostředků na zůstatcích základních fondů zdravotních pojišťoven.

V oblasti akutní lůžkové péče připravený návrh vyhlášky stanovuje paušální úhradu ve výši 95 % celkové úhrady v porovnávacím (referenčním) období, přičemž podmínkou nastavené výše úhrady za hospitalizační péči je 98 % referenčního počtu hospitalizací, 100 % referenčního počtu hospitalizací přepočteného indexy, v ambulantní péči potom 98 % referenčního počtu bodů a počtu unikátních ošetřených pojištěnců. Při nena- plnění stanovených podmínek se úhrada krátí. Zdravotnické zařízení se může se zdravotní pojišťovnou dohodnout na vícerozložkovém způsobu úhrady. Zdravotní pojišťovny i v roce 2011 zohlední případnou změnu objemu mimořádně nákladné zdravotní péče.

Následná zdravotní péče (odborné léčebné ústavy, léčebny dlouhodobě nemocných, ošetrovatelská lůžka) bude v roce 2011 hrazena obdobně jako v minulých letech, a to paušální sazbou za jeden den hospitalizace ve výši 90 %, resp. 95 % v psychiatrických léčebnách, této sazby v referenčním období. Ambulantní péče v těchto zařízeních a zdravotní péče poskytovaná ve zdravotnických zařízeních hospicového typu se v roce 2011 bude hradiť stejně jako v roce 2010; pro zvláštní ambulantní péči poskytovanou ve zdravotnických zařízeních osobám, které jsou v nich umístěny z jiných než zdravotních důvodů, se snižuje limit pro úhradu degresní hodnotou bodu na 100 %.



Pro akutní i následnou lůžkovou péči návrh vyhlášky dále umožňuje navýšit úhradu v souvislosti se zvýšením kvality ošetrovatelské péče těm zařízením ústavní péče, která překračují požadavky na personální, věcné a technické vybavení zdravotnických zařízení stanovené vyhláškou č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění. Limit regulačních omezení na léky a zdravotnické prostředky se snižuje na 98 % odpovídající hodnoty referenčního období.

V segmentu zdravotní péče poskytované praktickými lékaři se oproti roku 2010 snižuje základní kapitační sazba o 1 Kč, hodnota bodu u dopravy v návštěvní službě a sjednocují se parametry pro uplatnění regulací na léky, zdravotnické prostředky a vyžádanou péči se segmentem ambulantní specializované péče (limit 100 %, srážka až 40 % z překročení).

V oblasti ambulantní specializované péče se u vybraných odborností a výkonů zachovávají parametry dohodnuté v rámci dohodovacího řízení (vyjma vybraných výkonů radiční onkologie a regulačního limitu na léky, zdravotnické prostředky a vyžádanou péči), u ostatních odborností se oproti roku 2010 snižuje hodnota bodu a sjednocují regulační omezení (limit 100 %, srážka až 40 % z překročení).

Pro ambulantní gynekologickou péči se zachovávají parametry dohodnuté v rámci dohodovacího řízení.

Dohoda dosažená v dohodovacím řízení v segmentu ambulantní stomatologické péče byla ministerstvem z větší části respektována, s výjimkou výše úhrady u 6 výkonů a doplnění ustanovení o možnosti omezení úhrady ve vazbě na zdravotně pojistný plán.

V segmentu laboratorní a radiodiagnostické péče se snižují některé hodnoty oproti dohodě v rámci dohodovacího řízení (sjednocuje se hodnota bodu u screeningových výkonů, snižuje se hodnota bodu u odbornosti radiodiagnostika a nezvyšuje se degresní hodnota bodu).

Pro domácí zdravotní péči se snižuje hodnota bodu u dopravy v návštěvní službě a snižuje parametr počtu unikátních ošetřených pojištěnců, kdy se neuplatňuje limit a degresní hodnota bodu (tento parametr se snižuje pro všechny dotčené segmenty). Stejně parametry jsou nastaveny pro odbornost fyzioterapie.

Výše úhrady pro zdravotnickou záchranou službu a lékařskou službu první pomoci

zachovává parametry dohodnuté v rámci dohodovacího řízení; u dopravy se nad rámec dohody z dohodovacího řízení snižuje hodnota bodu (pouze pro zdravotnická zařízení neposkytující nepřetržitý provoz), dále degresní hodnota bodu a počet unikátních ošetřených pojištěnců pro výjimku z uplatnění limitu a degresní hodnoty bodu.

U lázeňské zdravotní péče se oproti dohodnutým hodnotám snižuje výše úhrady za jeden den pobytu, a to u komplexní lázeňské péče a péče v ozdravovnách.

Výše úhrady neodkladné zdravotní péče poskytované v nesmluvních zdravotnických zařízeních zůstává pro rok 2011 oproti roku 2010 beze změny.

A. ZÁVĚREČNÁ ZPRÁVA Z HODNOCENÍ DOPADŮ REGULACE PODLE OBECNÝCH ZÁSAD

1. Důvod předložení

Název:

Vyhláška, kterou se stanoví hodnoty bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení objemu poskytnuté péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2011

Identifikace problémů, cílů, kterých má být dosaženo, rizik spojených s nečinností:

Cílem navržené úpravy je stanovit hodnoty bodu, výši úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení na rok 2011 zákonem předepsanou formou, tj. vyhláškou. Nečinnost ministerstva nepřípadá v tomto případě v úvahu, neboť by šlo o porušení zákona. Dikce § 17 odst. 6 zákona stanoví právní rámec věcného řešení úhrad zdravotní péče z prostředků veřejného zdravotního pojištění a příslušná regulace vztahů s touto oblastí spojených je tedy tímto ustanovením vyjádřena. Každoročním vydáním příslušné vyhlášky nedochází ke změnám dané regulace, ale k jejímu naplnění, neboť se vždy jedná o výsledek dohodovacího řízení, posouzený z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem a na jeho základě o stanovení parametrů pro úhradu zdravotní péče z limitovaného objemu finančních prostředků veřejného zdravotního pojištění.

2. Návrh variant řešení

I. varianta:

Nulová varianta – vyhláška nebude vydána.

Nulová varianta by znamenala, že by nebyly na rok 2011 stanoveny hodnoty bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního

pojištění a regulační omezení a úhrada zdravotní péče z prostředků veřejného zdravotního pojištění by nemohla být objektivizována, posouzena z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem a stanovena zákonem předepsanou formou. Došlo by k porušení ustanovení § 17 odst. 6 zákona, podle kterého je ministerstvo příslušnou vyhláškou povinno vydat. Parametry úhrad zdravotní péče by současně nebyly nastaveny tak, aby reagovaly na předpokládaný deficit systému veřejného zdravotního pojištění a nedošlo by tedy ve veřejném zájmu ke snížení hodnoty bodu a výše úhrad, ani ke zpřísnění parametrů regulačních omezení oproti porovnávacímu období. To by v konečném důsledku vedlo k nárůstu nákladů na úhradu zdravotní péče, který by přesáhl možnosti systému veřejného zdravotního pojištění a vedl k jeho destabilizaci.

II. varianta:

Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2011 bude vydána.

Dotčené subjekty

Účastníci systému veřejného zdravotního pojištění tj. zdravotní pojišťovny, zdravotnická zařízení, pojištěnci a další osoby, kterým je poskytována zdravotní péče.

3. Vyhodnocení nákladů a přínosů

Náklady:

V rámci systému veřejného zdravotního pojištění dochází k úhradě zdravotní péče z omezených zdrojů, kterými systém disponuje. Hodnota bodu, výše úhrad a regulační omezení jsou v kalendářním roce stanoveny příslušnou vyhláškou, nedohodnou-li se o způsobu úhrady, výši úhrady a regulačních omezeních zdravotnická zařízení a zdravotní pojišťovny odlišně. Návrh vyhlášky je připraven tak, aby nastavené parametry úhrad respektovaly předpokládané finanční možnosti systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2011, kde je pro příští rok očekáván deficit. Jako porovnávací období pro výpočet výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění je stanoven rok 2009, a to z důvodu, že výše úhrad za toto období, včetně vyúčtování, je v době přípravy vyhlášky již známa. Výše úhrad pro rok 2010 byla vyhláškou č. 471/2009 Sb. stanovena na nulový nárůst oproti roku 2009, v roce 2011 je nutno výši úhrad oproti roku



2009 ještě snížit. Realizace návrhu nebude mít hospodářský ani finanční dopad na státní rozpočet, na ostatní veřejné rozpočty, ani žádné sociální dopady a dopady na životní prostředí. Předpokládaná úspora vyplývající z aplikace příslušné vyhlášky bude mít finanční dopad na zdravotnická zařízení ve výši cca 6 mld. Kč oproti roku 2009, přičemž tento dopad bude současně částečně kompenzován zvýšením příjmů zdravotnických zařízení z navrhovaného navýšení regulačních poplatků v ústavní péči. Uvedená částka představuje cca 2,5 % z očekávaných nákladů na zdravotní péči v roce 2010. S přihlédnutím k neobvykle vysokému meziročnímu nárůstu nákladů na zdravotní péči z veřejného zdravotního pojištění (celkově více než 10 %) v roce 2009, které je porovnávacím obdobím pro stanovení objemu úhrad v roce 2011, a dále k výše uvedené částečné kompenzaci, není nutno dopad na zdravotnická zařízení v roce 2011 ještě považovat za dramatický.

Přínosy:

Přínosy navrhované právní úpravy spočívají v prosazení veřejného zájmu, kterým je zejména respektování reálných možností systému při financování zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění.

Konzultace

Konzultace byly realizovány v rámci dohodovacího řízení podle § 17 odst. 6 zákona mezi zástupci Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR a ostatních zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče jako zástupců smluvních zdravotnických zařízení. Z jednání tohoto dohodovacího řízení vyplynuly představy jednotlivých segmentů poskytovatelů zdravotní péče a zdravotních pojišťoven o řešení dané problematiky, které ministerstvo posoudilo z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem a navrhlo řešení.

4. Návrh řešení

Zhodnocení variant

a výběr nejvhodnějšího řešení

Cílem úpravy je stanovit hodnoty bodu, výši úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2011. K tomuto cíli může vést pouze varianta II.

Kontakty a prohlášení

schválení hodnocení dopadů

Osoba, která zpracovala závěrečnou zprávu RIA:

JUDr. Josef Kunc

Ministerstvo zdravotnictví

Odbor dohledu nad zdravotním pojištěním:

+420224972474,

e-mail: josef.kunc@mzcr.cz

Osoba, která zprávu schválila:

Ing. Ivana Jenšovská

Ministerstvo zdravotnictví

Odbor dohledu nad zdravotním pojištěním/

ředitelka odboru, tel: + 420 224 972 548

e-mail: ivana.jensovska@mzcr.cz

B. ZHODNOCENÍ SOULADU NAVRHOVANÉ PRÁVNÍ ÚPRAVY SE ZÁKONEM, K JEHOŽ PROVEDENÍ JE NAVRŽENA, VČETNĚ SOULADU SE ZÁKONNÝM ZMOCNĚNÍM K JEJÍMU VYDÁNÍ

Navrhovaná právní úprava je v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, k jehož provedení je navržena, a se zákonem o zmocnění k jejímu vydání (§ 17, odst. 6).

C. ZHODNOCENÍ SOULADU NAVRHOVANÉ PRÁVNÍ ÚPRAVY S ÚSTAVNÍM POŘÁDKEM ČR

Předkládaný návrh vyhlášky je plně v souladu s ústavním pořádkem ČR.

D. ZHODNOCENÍ SOULADU NAVRHOVANÉ PRÁVNÍ ÚPRAVY S MEZINÁRODNÍMI SMLOUVAMI A S PRÁVEM EU

Návrhem vyhlášky není do právního řádu České republiky implementováno právo Evropské unie a návrh není s právem Evropské unie v rozporu. Návrh není v rozporu s mezinárodními smlouvami, kterými je Česká republika vázána. Upravovaná problematika je plně v kompetenci členských států Evropské unie.

II. Výpis z návrhu vyhlášky

o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2011

Ministerstvo zdravotnictví stanoví podle § 17 odst. 6 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 117/2006 Sb., č. 245/2006 Sb. a č. 261/2007 Sb.:

§ 15

Podle § 2 až 14 se postupuje, pokud se zdravotní pojišťovna a zdravotnické zařízení při dodržení podmínek stanovených v § 17 odst. 6 zákona nedohodnou jinak.

§ 16

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem 1. ledna 2011.

Příloha č. 2 k vyhlášce č..../2010 Sb.

Hodnota bodu, výše úhrad zdravotní péče a regulační omezení podle § 4

Kombinovaná kapitačně výkonová platba

Výše kapitační platby se vypočte podle počtu přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, násobeného základní sazbou stanovenou na jednoho registrovaného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny na kalendářní měsíc. Počet přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny se vypočte vynásobením počtu zdravotnickým zařízením registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v jednotlivých věkových skupinách podle bodu 7, násobených indexem podle bodu 7. Výše základní sazby, popřípadě celková výše úhrady, může být navýšena při splnění podmínek stanovených ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením. Základní sazba podle věty první se stanoví ve výši

49 Kč pro praktické lékaře a praktické lékaře pro děti a dorost, kteří poskytují zdravotní péči v rozsahu alespoň 30 ordinčních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu mají ordinární hodiny prodlouženy do 18 hodin a umožňují pojištěncům objednat se alespoň 2 dny v týdnu na pevně stanovenou hodinu,

48 Kč pro praktické lékaře, kteří poskytují zdravotní péči v rozsahu alespoň 25 ordinálních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu mají ordinární hodiny prodlouženy nejméně do 18 hodin. Pokud to místní podmínky vyžadují, mohou se zdravotní pojišťovna se zdravotnickým zařízením dohodnout na prodloužení ordinálních hodin odlišně.

• 46 Kč pro ostatní praktické lékaře,

• **48 Kč pro ostatní praktické lékaře pro děti a dorost.**

Pro zdravotní výkony nezahrnuté do kapitační platby a zdravotní výkony za neregistrované pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny, zdravotnickým zařízením vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané, hrazené podle se-



znamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši **1,08 Kč**.

Regulační omezení

Regulace na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a na vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech (do vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mamografického screeningu prováděné zdravotnickým zařízením, které má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu smlouvu):

Pokud průměrná úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením, vztahená na jednoho přepočteného pojištěnce, převyší **100 % celostátní průměrné úhrady za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 40 % z překročení**. Do průměrné úhrady na jednoho přepočteného pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona a které zdravotní pojišťovna uhradila. Zdravotní pojišťovna zohlední případy, kdy zdravotnické zařízení prokáže, že zvýšená průměrná úhrada za zdravotnickým zařízením předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky vztahená na jednoho přepočteného pojištěnce byla způsobena změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změn struktury ošetřených pojištěnců.

Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech vztahená na jednoho přepočteného pojištěnce převyší **100 % celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 40 % z překročení**.

Regulační omezení podle bodu 1.1 a 1.2 se nepoužijí, pokud zdravotnické zařízení odůvodní poskytnutou zdravotní péči, na jejímž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodu 1.1, popřípadě 1.2.

Regulační omezení podle bodu 1.1 a 1.2 se dále nepoužijí, pokud zdravotnické zařízení v roce 2010 nebo 2011 registrovalo **25 a méně pojištěnců** příslušné zdravotní pojišťovny nebo poskytlo zdravotní péči 25 a méně neregistrovaným pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny nebo jedná-li se o zdravotní péči poskytnutou zahraničním pojištěncům.

Regulační omezení podle bodu 1.1 se ne-

použijí, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané praktickými lékaři a praktickými lékaři pro děti a dorost v roce 2011 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče na rok 2011 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.

Regulační omezení podle bodu 1.2 se nepoužijí, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v roce 2011 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče na rok 2011 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.

Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle bodů 1.1 a 1.2 maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou zdravotnickému zařízení za kapitální platbu a zdravotní výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za rok 2011.

Pokud zdravotnické zařízení poskytuje zdravotní péči ve více odbornostech, regulační omezení podle bodu 1.1 a 1.2 zdravotní pojišťovna vypočte, popřípadě uplatní, za každou odbornost zvlášť, pokud se zdravotní pojišťovna se zdravotnickým zařízením nedohodnou jinak.

■ III. Přípomínky SPLDD ČR k úhradové vyhlášce pro rok 2011 ze dne 9.11.2010 **Zásadní připomínky:**

1. Nesouhlas s návrhem výše úhrad.

Poprvé dochází k poklesu úhrad oproti minulému období a to u segmentu, který opakovaně deklaroval nedostatečné financování, jehož dopad negativně ovlivňuje strukturu sítě ordinací PLDD a tím přístup pacienta k lékaři primární péče.

Opakovaně požadujeme kompenzaci zrušeného výběru regulačních poplatků u dětí do 18 let věku. Přes příslib předchozích ministrů k tomuto došlo pouze částečně úpravou věkových koeficientů, z tohoto důvodu požadujeme odpovídající zvýšení těchto věkových koeficientů v příslušném věkovém období. Naše připomínky a podklady byly zaslány již v listopadu 2009 před vydáním úhradové vyhlášky pro rok 2010.

2. Nesouhlas s navrženým referenčním obdobím, požadujeme posun z navrženého roku 2009 na rok 2010.

3. Nesouhlas s takto nastavenými regulacemi

Již v letošním roce dochází k uplatňování regulačních srážek u velkého počtu PL, dle podkladů VZP se jedná o cca 45 % z celkového počtu lékařů. Není výjimkou, že regulační srážky jsou formou zpětného zápočtu strženy z příjmu ZZ v následujícím období, aniž by byly řádně vypořádány vznesené námitky příslušného ZZ.

Již v letošním roce je avizováno PLDD ze strany VZP v předkládaných sestavách finančních nákladů na léky a ZP překročení těchto limitů nad 100%. Žádáme o zachování stávajících regulačních mechanismů, nejlépe s doplněním úhradové vyhlášky o další parametr k možnosti vyvinění v souladu s přihlédnutím ke komplexní nákladovosti daného ZZ. Obáváme se, že takto striktně nově navrhované limity v regulacích jednoznačně povedou k omezení příslušné péče u lékaře v první linii kontaktu a bude docházet k indukci dalších ambulantních či nemocničních služeb. Tyto praktiky jsou v přímém rozporu s úlohou primární péče a jí deklarovanou podporou ministra zdravotnictví, a to zejména posílením jejich kompetencí. Dle našich propočtů hrozí uplatnění regulací u více než 75 % PLDD. Z tohoto pohledu nebudou moci PLDD vydávat doporučení k vyšetření v ambulantní péči a preskripce léků po překročení příslušného limitu bude možná pouze jiným ZZ, které ještě nepřekročilo svůj limit nebo na recept s označením hraď nemocný. PLDD budou nuceni o této skutečnosti informovat své pacienty a to nejlépe s předstihem. Odmítáme nést odpovědnost za omezování dostupnosti a kvality naší péče našim pacientům. Zodpovědnost za tuto skutečnost ponese v plné míře tvůrce této úhradové vyhlášky.

Z Výkonný Výbor SPLDD ČR, o.s.:

MUDr. Ilona Hülleová

1. místopředsedkyně SPLDD ČR, o.s.

MUDr. Milan Kudyn

místopředseda SPLDD ČR, o.s.

■ IV. Přípomínky Sdružení praktických lékařů ČR

k návrhu vyhlášky o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2011.

K návrhu předmětné vyhlášky, který jsme



Tisícům sester vyprší osvědčení

V nemocnicích může být brzy opět málo zdravotních sester, varuje asociace, která je sdružuje. Příští rok hrozí podle České asociace sester opět odchody zdravotníků z nemocnic. Může se opakovat podobná situace jako před několika lety, kdy byl v nemocnicích akutní nedostatek sester.

„Pokud se zásadním způsobem ve zdravotnictví nezačne něco dít, může se odchod sester mimo obor opakovat,“ řekla prezidentka České asociace sester Dana Jurásková.

Příští rok na zdravotníky čekají dvě velké hrozby. Snížení platových tabulek a vypršení povinné registrace. Většina zdravotníků žádala o osvědčení o své kvalifikaci, praxi a celoživotním vzdělávání v letech 2004 a 2005, kdy systém vznikl. Po šesti letech jim vyprší. Už teď jsou s prodlužováním osvědčení starosti, doprovází ho zpoždění. Příští rok se na registr zdravotníků obrátí řádově 70 tisíc zdravotníků, že potřebují obnovit povinné potvrzení. Takové množství jich podle Juráskové rozhodně registr nemůže vyřídit a velké části lidí tak potvrzení propadne. „Zdravotnická zařízení by musela porušovat zákon, pokud by nechala sestry vykonávat samostatně práce, ke kterým potřebují registraci. Někteří je přeřadí pod odborný dohled, a tím by jim ještě víc klesly platy,“ očekává Jurásková.

Hrozbu kolapsu registru zdravotníků má odložit novela, kterou ve spolupráci s asociací sester předkládá poslanec ODS Marek Šnajdr. Prodlužuje platnost všech registračních zdravotníků na 10 let. Platit by podle Šnajdra mohla od prvních měsíců příštího roku, pokud hladce projde. Stejný materiál měla na stole před volbami minulá sněmovna, ale nedostala se k němu.

Očekávaný pokles platů zdravotníků ale nejspíš nic neodvrátí. Alespoň v zařízeních, která kvůli propadu ve zdravotním pojištění nebudou mít na platy dost peněz.

Už teď má asociace z terénu informace, že sestry hledají místo mimo obor. „Velká zdravotnická zařízení zásadní potíže nemají, ale krajská a menší ano,“ říká Jurásková. Ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze, kterou řídí, se snižováním platů zdravotníků příští rok nepočítají. Už nyní jsou ale ústavy, kde sestry a další pracovníci neberou žádné příplatky nad tarif. A když tabulky klesnou, platy tam půjdou dolů.

O plánovaném snížení tabulek mají dnes jednat zdravotnické odbory. Zvažují protesty. Vláda má o rozpočtu na rok 2011 rozhodovat příští týden.

Menší plat?

Potom mohou sestry zmizet z nemocnic

- Všeobecné sestry dostaly v průběhu roku 2009 přidáno až o 15 procent. V průměru v roce 2009 braly všeobecné sestry 26 261 korun měsíčně, pokud dostávaly plat podle tabulek, a 22 371 korun měsíčně v nemocnicích, které se platovými tabulkami neřídí.

- Sestry, které mají tabulkový plat, z něj dostávají v průměru 10 tisíc na mimotarifních složkách.

- Podle posledního známého návrhu na snížení platových tabulek by běžná všeobecná sestra přišla o 2200 až 10 300 korun měsíčně na platovém tarifu. Nejvíce by tarif klesl sestrám s nejdelší praxí. Foto ČTK

Zdroj: LN, 13.9.2010

obdrželi dne 5.11.2010 uplatňujeme následující připomínky. Týkají se ustanovení přílohy č.2, která upravuje výši úhrad a regulační mechanismy pro zdravotní péči poskytovanou praktickými lékaři a praktickými lékaři pro děti a dorost.

A) Kombinovaná kapitačně výkonová platba

Navrhujeme úpravu hodnot základní sazby, jakož i hodnoty bodu (odstavce 4 a 5) na částky platné pro rok 2010.

Odůvodnění: v rámci dohodovacího řízení byly k dispozici tři návrhy – návrh poskytovatelů, návrh VZP ČR a návrh SZP ČR. Ohledně parametrů základních sazeb kapitační platby a hodnot bodu byla ve všech návrzích shoda – tj. jak poskytovatele, tak pojišťovny byly ohledně těchto sazeb zajedno. Podle našeho názoru by tedy MZ ČR mělo vzít tuto skutečnost v úvahu, nehledě na opakovaně deklarovaný význam primární péče, se kterým navrhovaná úprava příliš nekoresponduje.

D) Regulační omezení

K odstavci 1.1. a 1.2.

- navrhujeme úpravu parametrů – „ze 100% celostátní průměrné úhrady“ na „120% celostátní průměrné úhrady“, dále pak úpravu „do výše 40% z překročení“ na „do výše 25% z překročení“

Odůvodnění: Tak jak je navrženo by znamenalo, že minimálně polovina zdravotnických zařízení by byla regulována (v reálu spíše více, neboť rozložení nákladů na léčivé přípravky není rovnoměrné). Dále by pak změnou na 40% z 25% byl podle našeho názoru efekt ten, že naprostá většina regulovaných zařízení by byla regulována v maximální výši – tj. 15% celkové úhrady za rok 2011. Postižení by byli zejména ti lékaři, kteří se o pacienta starají sami, předepisují léčivé přípravky apod.

Podle našeho názoru jde navržená úprava zcela proti deklarovanému trendu přesunu pacientů do primární péče.

K odstavci 1.1

- navrhujeme doplnit na závěr odstavce text: „Zdravotní pojišťovna zohlední případy, kdy zdravotnické zařízení prokáže, že zvýšená průměrná úhrada za zdravotnickým zařízením předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky vztahená na jednoho přepočteného pojištěnce byla způsobena změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změn struktury ošetřených pojištěnců.“

Odůvodnění: Domníváme se, že by mě-

ly být zohledněny případy, kdy důvod vyšších nákladů byl způsoben uvedenými příčinami (které nepochybně nemůže lékař ovlivnit).

K odstavci 3

- navrhujeme úpravu z 25 pojištěnců na 50

Odůvodnění: Odpovídá roku 2010, i všem návrhům v rámci dohodovacího řízení. Pokud by mělo být vycházeno z čísla 25, jsme přesvědčeni o tom, že se výrazně zvyšuje chyba malých čísel – v tomto případě již jeden nákladnější pacient může znamenat překročení limitu.

Dále navrhujeme doplnit část D) o tyto odstavce (za odstavce 5, s tím, že stávající odstavce 6 a 7 by se přečíslovaly na 9 a 10):

Odstavec 6

Regulační omezení podle bodu 1.1 a 1.2 se nepoužijí, pokud komplexní náklady registrované klientely konkrétního zdravotnického zařízení za rok 2011 nepřekročí komplexní náklady registrované klientely roku 2010. Zohledněny budou meziroční odchylky ve složení registrované klientely dle věkových indexů.

Odůvodnění: Tento odstavec byl obsažen v obou návrzích zdravotních pojišťoven v rámci dohodovacího řízení. Cílem je, aby se předmětem regulací dle bodů 1.1. a 1.2. nestávali ti lékaři, kteří buď přebírají péči o pacienty, o které doposud pečovali odborní lékaři (například diabetes apod.), nebo ti lékaři, kteří mají trvale v péči nákladnější pojištěnce (například ústavy sociální péče apod.). Z tohoto důvodu pojišťovny navrhly hodnocení celkových (komplexních) nákladů zdravotnického zařízení, jako další parametr při hodnocení regulací.

Odstavec 7

Regulační omezení podle bodu 1.1 a 1.2 se nepoužijí, pokud průměrná úhrada za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, popř. průměrná úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech, vztahená na jednoho přepočteného pojištěnce, nepřevyší o více než 10% průměrnou úhradu v příslušném kraji.

Odůvodnění: V praxi dochází, z různých důvodů (např. dostupnost odborných lékařů, zdravotní stav obyvatelstva, věkové složení apod.) k výrazným odlišnostem mezi jednotlivými kraji. Kromě srovnání celorepublikového by podle našeho názoru mělo být vzato ve zřetel i srovnání v rámci kraje, aby nedo-



cházel k té situaci, že budou díky objektivním specifikům daného kraje (jeho odlišnosti od celorepublikového průměru) regulována zdravotnická zařízení v daném kraji.

Odstavec 8

Regulační omezení podle bodu 1.1 a 1.2 se použijí pouze v případě, kdy poskytnutá zdravotní péče, na jejímž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodu 1.1, popřípadě 1.2., nebyla poskytována důvodně.

Odůvodnění: Zdravotní pojišťovna by se dle našeho názoru měla zabývat důvodností poskytnuté péče. V případě, kdy indikace předmětné péče byla lege artis (což je povinností a odpovědností lékaře, resp. zdravotnického zařízení) neměla by dle našeho názoru být regulace uplatněna.

Za SPL ČR:

*MUDr. Michal Bábíček,
místopředseda SPL ČR*

*Mgr. Jakub Uher,
právní oddělení SPL ČR*

■ V. Prohlášení Koalice soukromých lékařů k návrhu úhradové vyhlášky na rok 2011 ze dne 10. 11. 2010

Celý text najdete na straně 9.

*Pro Vox připravil:
MUDr. Pavel Neugebauer*

Regulace 2009 a ČLK

Regulace za rok 2009 rozhýbaly poklidné hladiny napříč ambulantní sférou. Není tedy divu, že vše neuniklo ani České lékařské komoře, která se do tohoto dění rozhodla vstoupit a vydala několik doporučení. Všem předcházela tisková konference, na jejíž výstupech si nelze nevěšmout snahy najít viníka současného stavu. Z přiložených dokladů si opět udělejte obrázek sami.

■ I. Tisková konference prezidenta ČLK 4.11.2010

Omezování zdravotní péče je důsledkem úhradové vyhlášky vydané Ministerstvem zdravotnictví za vlády bývalého náměstka Šnajdra.

Omezování zdravotní péče je důsledkem úhradové vyhlášky vydané Ministerstvem zdravotnictví za vlády bývalého náměstka Šnajdra. Česká lékařská komora s touto vyhláškou nesouhlasila a hned po jejím vydání začátkem roku upozornila, že k omezování zdravotní péče dojde.

Zdravotnická zařízení plní společenskou objednávku, kterou prostřednictvím své úhradové vyhlášky zadalo Ministerstvo zdravotnictví, a poskytují tolik péče, kolik jí zdravotní pojišťovny zaplatí. Soukromí lékaři nemohou dotovat zdravotní péči na úkor svých příjmů a ani nemocnice tak na úkor svých zaměstnanců postupovat nemohou.

Rozhodnutím bývalého náměstka Šnajdra o posunutí tzv. porovnávacího období o další rok zpět nedostali soukromí lékaři významnou část své práce za rok 2009 nikdy zaplacenou. Lékaři však nemohou být sponzory zdravotnictví a pojišťoven.

ČLK vyzývá soukromé lékaře i ostatní zdravotnická zařízení, aby se právní cestou s podporou komory bránili regulační pokutám, které vůči nim uplatňují pojišťovny za překročení limitů na předepsané léky a indikovaná vyšetření. Lékař nemůže být trestán za to, že léčí své pacienty „lege artis“, oprávněnému postihu by se naopak vy-

stavoval v případě, že by tak nepostupoval.

Omezení dostupnosti zdravotní péče není ekonomickou nutností, ale politickým rozhodnutím.

Navzdory ekonomické stagnaci výběr pojistného v letošním roce neklesá, ale naopak mírně roste.

Kumulativní výběr pojistného za 1.-9. měsíc kalendářního roku

1-9/2008 156,29 mld. Kč

1-9/2009 156,03 mld. Kč

1-9/2010 158,25 mld. Kč

Zdůrazňovaný deficit ve výši 10 mld. Kč není dluhem zdravotních pojišťoven, ale očekávaným provozním výsledkem. Na účtech pojišťoven naopak v současnosti přebývá 18 mld. Kč a je čistě politickým rozhodnutím vlády, zda tyto rezervy budou využity k zaplacení zdravotní péče pro pacienty, nebo zda budou nadále ležet na účtech pojišťoven.

Vývoj zůstatku na základních fondech zdravotních pojišťoven

K 31.12.2007 17,8 mld. Kč

K 31.12.2008 27,0 mld. Kč

K 31.12.2009 21,6 mld. Kč

K 31.12.2010 (odhad) 18,5 mld. Kč

Zdroj: Státní závěrečný účet ČR

ČLK vyzývá ministra zdravotnictví, který bude rozhodovat o úhradové vyhlášce pro rok 2011, aby zajistil zvýšení úhrad zdravotní péče v porovnání s rokem 2010. Regulační pokuty nesmí být uplatňovány vůči lékařům, kteří své pacienty léčí „lege artis“.

Kudy utíkají peníze ze zdravotnictví?

Problém nezpůsobuje babička, která navštěvuje tři lékaře, a politici jí to chtějí zakázat.

Až o deset 10 mld. Kč podle kvalifikovaných odhadů připravil české zdravotnictví SÚKL (Státní ústav pro kontrolu léčiv) tým, že nesplnil zákonem (§39 písmeno l) zákona č. 48/1997 Sb.) uloženou povinnost provést do konce roku 2008 revizi maximálních cen a úhrad všech léků. SÚKL je přitom podřízený Ministerstvu zdravotnictví a bez jeho tichého souhlasu by tedy takové porušování zákona státní institucí nebylo možné.

Miliardy ze zdravotnictví odtékají prostřednictvím předražených nákupů přístrojů, které si řada nemocnic pořizuje prostřednictvím různých kompletátorských firem často zcela chaoticky, přičemž v některých případech nemá ani dostatek kvalifikovaného personálu pro jejich provozování.

Současné tarifní tabulky nejsou překážkou lepšího odměňování lékařů a nebrání ani diferenciaci jejich příjmů v závislosti na dosažené kvalitaci

Současné tarifní tabulky nebrání lepšímu odměňování lékařů ani větší diferenciaci jejich příjmů v závislosti na dosažené kvalitaci. Tabulkový systém umožňuje přiznat lékařovi osobní příplatek až do výše 100% tarifního platu. Tyto možnosti však nejsou zaměstnavateli využívány.

Systém tabulkových tarifních platů pla-



tí pro zaměstnance veřejného sektoru včetně lékařů a ostatních zdravotníků ve většině vyspělých zemí, kam naši lékaři utíkají (Německo, Velká Británie, Rakousko...).

V nemocnicích řídících se tarifními tabulkami jsou platy lékařů o 3% a zdravotních sester dokonce o 15% vyšší než v nemocnicích, které tabulky respektovat nemusí.

Platy a mzdy lékařů za 1,5 měsíce práce (tedy včetně přesčasů)

Plat dle tarifních tabulek: 48 723 Kč

Mzda: 47 266 Kč

Změny platů schválené Poslaneckou sněmovnou zdravotnictví nepomohou

Poslanecká sněmovna schválila změny v zákoníku práce:

Současné tarifní tabulky zůstanou zachovány bez poklesu, a to včetně speciální tabulky pro zdravotnictví. Toto je dílčí úspěch odborových organizací i ČLK.

Vláda získává zmocnění svým nařízením

- umožnit libovolné zařazování zaměstnanců v rámci dané tarifní třídy bez ohledu na délku praxe

- pro kvalifikované zaměstnance od 13. tarifní třídy výše (kvalifikovaní lékaři jsou zařazeni ve 13., respektive ve 14. tarifní třídě) se otevírá možnost sjednat tarifní plat smluvně.

Tato nová právní úprava nepředstavuje řešení problému špatného odměňování lékařů, ani neřeší jejich nedostatek, který se získá katastrofický rozměr poté, co ke konci roku část nemocničních lékařů podá výpověď.

- Bez zvýšení příjmů nemocnic nebudou peníze na zvýšení platů lékařů. Pokud Ministerstvo zdravotnictví zrealizuje prostřednictvím úhradové vyhlášky svůj záměr snížit platby za zdravotní péči z veřejného zdravotního pojištění, nemůže dojít k ničemu jinému, než ke snižování platů, což bude akcelarovat personální devastaci nemocnic

- I nadále totiž platí limity přesčasové práce dané zákoníkem práce a Evropskou směrnicí o pracovní době. Tyto limity slouží primárně k ochraně pacientů před rizikem, že přepracovaný lékař častěji chybí.

ČLK nadále plně podporuje akci „Děkujeme, odcházíme“ a vyzývá všechny lékaře, včetně lékařů soukromých, aby tuto akci podpořili, bez ohledu na to, v jakém segmentu pracují.

Novela zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění

Ideový záměr novely zákona č. 48/1997 Sb. předložený Ministerstvem zdravotnictví

je správný:

- Umožnit připlácení na nadstandardní péči
- Regulovat výdaje za léky

Návrh Ministerstva zdravotnictví však obsahuje řadu vážných chyb a proto k němu ČLK uplatňuje následující zásadní připomínky:

Standardy

- ČLK nesouhlasí s tím, aby DŘ končilo nejpozději 180 dnů před koncem roku. V praxi se neosvědčuje ani současná lhůta 90 dnů. Vzhledem k tomu, že skutečná jednání se zdravotními pojišťovnami začínají až v srpnu, kdy jsou známy alespoň předběžné ekonomické výsledky, navrhujeme naopak zkrácení lhůty na 60 dní.

- Definice, že ze zdravotního pojištění se hradí, která je v souladu „s posledním dosaženým poznáním medicínské vědy“ může být zneužitelná, proto navrhujeme definici „je v souladu s uznávanými medicínskými postupy a dosaženým poznáním medicínské vědy“.

- Požadovat vždy písemný záznam do dokumentace, že pojištěnci byla nabídnuta zdravotní péče plně hrazená z pojištění a zároveň vyžadovat písemný souhlas pacienta s takovou péčí, je nesmysl. Pojištěnec by měl svým podpisem stvrzovat pouze to, že žádá o ekonomicky náročnější způsob léčby, na jehož úhradě se bude finančně spolupodílet.

- Rozdíl mezi cenou nejlevnější a požadované varianty léčby by měl mít možnost uhradit nejenom pacient přímo, ale též prostřednictvím zdravotní pojišťovny na základě smlouvy o připojištění.

- Zdravotnická zařízení a zdravotní pojišťovny jsou smluvní partneři a pojišťovny tedy nemohou mít pravomoc vést správný řízení vůči zdravotnickým zařízením a ukládat jim pokuty.

- ČLK požaduje obnovení ministrem Julínkem zrušeného DŘ o seznamu zdravotních výkonů.

Farmakoeconomika

- Zákon ponechává v platnosti metodiku, dle které cena léku v ČR může být druhá nejvyšší v celé EU.

- Záklon ponechává v platnosti současný stav, kdy české zdravotnictví hradí velmi nákladné léky, které pro nevyváženost nákladů a přínosu nebudou hrazeny v žádné jiné zemi EU.

- Novela zákona sice teoreticky urychlí příchod generik, ale snížení ceny léků a dosažené úspory pro zdravotnictví mohou být v konečném důsledku nižší než dosud.

- Hloubková revize, která by snížila roční náklady v řádu miliard korun, se bude podle novely zákona provádět až jednou za 3 roky. Systém tzv. zkrácené revize, který by dle Ministerstva zdravotnictví měl tuto změnu kompenzovat, není propracován a podle našeho názoru nebude funkční.

ČLK podporuje záměr ministra zdravotnictví Heğera na definování zdravotní péče, která nemusí být hrazena z veřejného zdravotního pojištění. ČLK za tímto účelem navrhuje ustavení dohodovacího řízení za účasti profesních komor, odborných společností, zdravotních pojišťoven a patientských organizací. ČLK vyzvala odborné společnosti sdružené v ČLS JEP, aby začaly na definování úhradových standardů s lékařskou komorou spolupracovat.

II. Výzva prezidenta ČLK k problematice regulací za rok 2009

Česká lékařská komora vyzývá soukromé lékaře i ostatní zdravotnická zařízení, aby se právní cestou s podporou komory bránili regulačním pokutám, které vůči nim uplatňují pojišťovny za překročení limitů na předepsané léky a indikovaná vyšetření.

Právní oddělení ČLK připravilo vzor dopisu, který můžete jako provozovatelé zdravotnického zařízení využít pro uplatnění námítky vůči regulacím.

Lékař nemůže být trestán za to, že léčí své pacienty „lege artis“, oprávněnému postihu by se naopak vystavoval v případě, že by tak nepostupoval.

S kolegiálním pozdravem

MUDr. Milan Kubek, prezident ČLK

Návrh textu možného vyvinění:

Ve Smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče č. ze dne..... (dále také „smlouva“) jsem se jako smluvní partner zavázal/la, že budu pojištěncům..... (doplnit název ZP) **poskytovat hrazenou zdravotní péči „lege artis“ bez nadbytečných nákladů, vždy však se zřetelem k tomu, aby potřebného diagnostického nebo léčebného efektu bylo dosaženo s ohledem na individuální zdravotní stav pojištěnce.** Tuto povinnost vedle dalších povinností vymezených smlouvou důsledně plním. Tuto skutečnost nezpochybňuje ani předložené vyúčtování, když v rámci něho není žádné pochybení ve výše uvedeném smyslu konstatováno. Dne..... byl ke smlouvě uzavřen dodatek č. (dále jen „úhradový dodatek“), v němž byly dohodnuty pod-



mínky úhrady zdravotní péče v roce 2009. V úhradovém dodatku bylo dohodnuto, že **regulační srážka za léčivé přípravky a vyžádanou péči nebude uplatněna, pokud zdravotnické zařízení odůvodní poskytnutou péči, na jejímž základě došlo k překročení průměrných úhrad.**

Mohu prokázat, že mnou poskytnutá zdravotní péče, včetně předepisování léčivých přípravků a vyžádané péče byla vždy nezbytná k zachování práva vašich pojištěnců na péči lege artis a nikdy nešlo o péči ani zbytečnou, ani nadbytečnou, ani nehospodárnou, kterou by bylo možno poskytnout

ekonomicky méně náročným způsobem a ani předložené vyúčtování tuto skutečnost nezmiňuje. Ze strany zdravotní pojišťovny nebyly specifikovány žádné konkrétní případy poskytování zdravotní péče, které by byly dle názoru zdravotní pojišťovny v rozporu s povinností postupovat hospodárně a lege artis.

Jelikož postup stanovení úhrady vyplývající z příslušné úhradové vyhlášky, resp. příslušného úhradového dodatku nelze považovat za nadřazený výše uvedené smluvní a zákonné povinnosti zdravotnického zařízení poskytovat zdravotní péči lege artis v nezbytném rozsahu, odmítám realizaci avizované

regulační srážky, která je uplatňována v rozporu se smlouvou a bez ohledu na oprávněnost, resp. povinnost poskytnutí náležité zdravotní péče jednotlivým pojištěncům.

S ohledem na vše shora uvedené tímto sděluji, že s avizovaným regulačním omezením, které mi bylo sděleno shora uvedeným přípisem, nesouhlasím, jeho uplatnění považuji s ohledem na příslušné obecně závazné právní předpisy a smlouvu za neoprávněné a z tohoto důvodu žádám, aby nebylo realizováno.

Zpráva ze zahraniční cesty

Ve dnech **23. 10. – 25. 10. 2010** jsem se zúčastnila **Kongresu EAPS - European academy of paediatric societies v Kodani.**

Na organizaci této celosvětové akce se podílely European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care (ESPNIC), European Academy of Paediatrics (EAP) a European Society of Paediatric Research a European Society of Neonatology. Kongresu se z důvodu současného zasedání ECPCP zúčastnily i delegátky za SPLDD ČR MUDr. N. Szitányi a MUDr. N. Kočnarová.

V rámci programu byly i odborné přednášky a posterové prezentace s problematikou primární pediatrické péče. V době kongresu se konalo 24.10.2010 zasedání ECPCP - European Confederation of Primary care paediatricians. K datu konání zasedání má ECPCP 16 členů. V přípravě pro vstup je Řecko. Na zasedání zazněly zprávy o činnosti, finanční zpráva a zprávy o činnosti pracovních komisí (strategická, pro vzdělávání, pro výzkum, pro očkování a prevenci). Rozsáhlá zpráva a diskuze byla o nových web stránkách ECPCP a o možnosti zasílat veškeré informace o činnosti SPLDD ČR a všech akcí, které v souvislosti s primární pediatrickou péčí v ČR proběhly a budou probíhat. Webmasterem je Dr. Peter Altorjai z Maďarska.

Já jsem členkou komise pro strategii, která zabezpečuje kontakt s dalšími pediatrickými organizacemi a členkou komise pro prevenci a očkování. Strategická komise prosazuje primární pediatriu jako základní a hlavní článek péče o děti a adolescenty, kteří při



dostatečných kompetencích a vybavenosti ordinací jsou neefektivnějšími poskytovateli péče o dítě z pohledu finančního i kvalitativního. V roce 2011 je plánovaných několik prezentací zástupců ECPCP na různých pediatrických akcích.

MUDr. Szitányi je členkou komise pro vědu a vzdělávání a komise pro výzkum. Dr. Kočnarová je členkou komise pro vědu a vzdělávání a komise pro prevenci a vakcinaci.

Rovněž v době Kongresu proběhlo zasedání EAPRAS net-u - European Academy of Paediatric Research in Ambulatory Settings. Je součástí EAP a provádí dotazníkovou formou průzkum v ordinacích primární pediatrie. Řešená problematika je různorodá, ná-

vrhy na témata průzkumu vycházejí z návrhů národních koordinátorů pro tuto činnost. Dr. Szitányi dostala nabídku spolupracovat s užším vedením EAPRAS net. Meetingu se zúčastnil Prof. R. Wassermann - PROS director z USA, který v neformální diskuzi přiblížil vývoj, úspěchy a momentální úroveň činnosti PROS v USA. Následně měl samostatnou prezentaci v rámci programu kongresu. Diskutovaly se hlavně problémy spolupráce koordinátor - účastník, otázka motivace členů sítě, výběru a efektivity témat, jazyková bariéra.

Další zasedání ECPCP i EAPRAS net bude v květnu 2011 v rámci Baltského kongresu ve Vilňusu.

MUDr. Gabriela Kubátová
Zahraniční komise SPLDD ČR



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Hana Cabrnová

předsedkyně OSPDL ČLS JEP

■ Informace z NIKO

Národní imunizační komise se na svém zasedání 1.11.2010 zabývala především novelou vyhlášky o očkování, pozván byl zástupce výboru neonatologické společnosti, aby byly probrány především otázky spojené s definicí tzv. rizikových skupin dětí pro očkování proti TBC. Kolega přislíbil, že bude obratem informovat všechna neonatologická oddělení, obdobně byla tato pracoviště obeslána i dopisem z MZČR s informací o novele vyhlášky o očkování a zavedení selektivní vakcinace. Na zasedání NIKO bylo přijato doporučení pro očkování proti meningokokům:

Doporučený postup pro očkování proti meningokokovým onemocněním

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

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

2) U pre-adolescentů ve věku 11 - 14 roků provést přeočkování, které je podle nejnovějších doporučení nutné provést nejdříve za 7 - 10 let od aplikace první dávky konjugované vakcíny. Přeočkování je možné provést jednou dávkou meningokokové konjugované tetrařavakcíny A, C, Y, W 135, alternativně lze u pre-adolescentů provést přeočkování meningokokovou konjugovanou vakcínou C. Toto očkování by bylo přeočkováním u pre-adolescentů, kteří již byli očkováni v dětském věku meningokokovou konjugovanou vakcínou C a primovakcinací u těch, kteří v dětském věku očkováni nebyli.

Doporučený interval mezi základním očkováním a přeočkováním konjugovanou vakcínou je možné v případě zvýšeného epidemiologického rizika zkrátit. Konjugovaná tetrařavakcína je optimální z hlediska zajištění co nejširší dostupné ochrany zejména při čas-

tém cestování mladých osob. Složka Y obsažená v tetrařavakcíně navíc zajišťuje ochranu proti meningokokové séro skupiny Y, která i v České republice způsobuje nejvyšší smrtelnost ze všech séro skupin.

Uvedené konjugované vakcíny neposkytují ochranu proti meningokokovým onemocněním vyvolaným séro skupinou B (MenB). Vzhledem k tomu, že v současné době séro skupina B působí až 75% invazivních meningokokových onemocnění, je nezbytné sledovat vývoj nových očkovacích látek proti MenB a hodnotit vhodnost jejich použití v České republice. Jakmile bude vyrobena a následně registrována MenB vakcína vhodná pro Českou republiku, bude žádoucí zahrnout ji do očkovacího schématu malých dětí, vzhledem k vysoké nemocnosti způsobené meningokokem B v nejmladší věkové skupině.

■ Novela vyhlášky o očkování od 1.11.2010

Po dlouhých diskusích vstoupila v platnost novela vyhlášky o očkování (vyhláška č. 537/2006 Sb. po poslední novelizaci vyhláškou č. 299/2010 Sb.). To, že bude vydána tak rychle, skutečně nikdo nepředpokládal a po nekomplikovaném projednání v legislativní radě vlády byla vyhláška obratem vydána ve věstníku. Společnými silami chceme napomoci zdárné realizaci, která vždy v prvním měsíci nabytí účinnosti bývá zatížena nutností vydání metodických pokynů, objevují se nové otázky v souvislosti s praktickou realizací. V tomto čísle naleznete celý text vyhlášky i s dotazníkem pro případné využití. Dále uvádíme následující informace a pokyny pro praktickou realizaci novely:

Od 1.11.2010 se ruší plošné očkování proti TBC u novorozenců. Týká se dětí, propouštěných z porodnice po datu nabytí účinnosti vyhlášky, případně narozených po tomto datu. U těchto dětí je v souvislosti s rozhodováním, zda očkovat nebo ne, postupováno již v souladu s touto vyhláškou včetně vyplnění příloženého dotazníku a jeho založení do zdravotní dokumentace (z porodnice předává neonatolog). Výsledné posouzení se týká stanovení rizika a pouze odpověď ANO je pro toto riziko rozhodující a výsledek

je potom označen jako ANO, tedy dítě má indikace v souladu s vyhláškou. Pracoviště kalmetizace dostává již z porodnice o tomto dítěti informaci, je tedy zajištěno, že bude kontaktováno v případě, že se nedostaví. Takového dítě je třeba chápat jako dítě v riziku a je-li možné bez zbytečného odkladu předat na kalmetizaci (dle textu vyhlášky zpravidla do 1 měsíce), kde dle posouzení míry rizika případně dojde k očkování. Informace o provedeném očkování musí být zaznamenána do očkovacího průkazu a případné další informace předány zprávou registrujícímu PLDD. Aby nedocházelo k problémům v komunikaci a pro sjednocení praktických stránek vlastní realizace vyhlášky budou pokyny pro kalmetizační centra projednány na zasedání výboru pneumofyziologické společnosti. O těchto závěrech Vás budeme dále informovat.

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

Nekalmetizované děti mohou být v souladu s novelou vyhlášky o očkování vakcinované hexavakcínou již od 9. týdne (2 měsíce). Včasným zahájením očkování může být tedy ochrana dítěte především proti pertusi, jejíž riziko stoupá, navozena podstatně dříve. Současně se tak očkování v ČR přiblížilo většině evropských zemí, kde se také používá schéma 2, 3, 4 měsíce.

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

- V paragrafu, který se týká očkování proti TBC zrušit text, který říká, že je hrazeno u všech novorozenců a ponechat pouze u rizikových v souladu s platnou vyhláškou, zrušit hrazení v případě přeočkování proti TBC.

- U očkování proti pneumokokovým infekcím hradit, pokud 3 dávky očkovací látky byly aplikovány do sedmého měsíce věku pojištěnce; hrazená péče zahrnuje i přeočkování.

Záměrně odstraněn začátek textu (dříve obsahoval, že musí být zahájeno od 3. měsíce) aby bylo možné zahájit očkování i dříve po zrušení BCG. Je ponecháno do 7. mě-



síce 3 dávky proto, aby bylo jasné, že se jedná o schéma 3 +1 dávka. Přeočkování ponechat bez úpravy textu, že až ve druhém roce, protože první dávku přeočkování je možné podat již od 11. měsíce, což není druhý rok.

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

V případě, že by novela nebyla v co nejkratší době přijata, pokusíme se dopisem oslovit jednotlivé ZP, aby bylo možné i očkování proti pneumokokům zahájit dříve.

Pro případy dětí, dosud neočkovaných proti BCG, ale kterých se ještě netýká novela vyhlášky doporučujeme:

Pro děti narozené před datem účinnosti platila původní vyhláška, to je tedy situace kdy se bude postupovat individuálně. Tyto děti na kalmetizaci odesílá PLDD, protože kalmetizační centra zpravidla nemají vždy o těchto dětech informace (nedonošené propuštěné jako nekalmetizované apod.). PLDD by měl vždy zvážit benefit tohoto očkování s ohledem na odborná doporučení, která vyústila až plošným zrušením vakcinace. Pro tyto děti neplatí ještě ani dotazník (vyplňují pouze neonatologická odd. nebo PLDD u porodů doma), ale indikace by byly podobné. K řešení těchto případů se vyjádří také výbor pneumoftizeologické společnosti.

Krajské nemocnice v Jižních Čechách převezmou pohotovosti

Lékařské služby první pomoci (LSPP), které lidé znají spíše jako pohotovosti, budou v Jihočeském kraji fungovat v krajských nemocnicích. Počítá s tím záměr krajských úředníků, který by tak měl vyřešit největší problém této zdravotnické služby - nedostatek praktických lékařů.

“Tento záměr jsme již začali realizovat v táborské nemocnici, která převzala dětskou pohotovost. Postupně bychom měli pohotovosti přesunout do všech nemocnic, které kraj zřizuje,” řekla Právu náměstkyně jihočeského hejtmána pro zdravotnictví Ivana Stráská (ČSSD).

Pohotovosti v nemocnicích by měli začít fungovat většinou od ledna 2011. Ve Strakonici však nedostatek lékařů přinutil interní oddělení nemocnice provozovat ambulanci už od 1. října.

“Její provoz bude zajištěn jak lékaři nemocnice, tak praktickými lékaři,” řekl ředitel a předseda představenstva strakonické nemocnice Tomáš Fiala.

LSPP bude fungovat ve všední dny od 17 do 21 hodin, o víkendech a svátcích vždy od 8 do 20 hodin. “Pacienti se mohou v akutních případech obrátit i na ambulanci interního oddělení, kde bude v místnosti s označením LSPP ve výše uvedených hodinách přítomen lékař, který pacienta vyšetří a navrhne mu optimální léčebný plán. Za každé ošetření při lékařské pohotovosti účtován jednotný poplatek 90 korun,” doplnil Fiala.

V uvedených hodinách je možné telefonicky kontaktovat lékaře LSPP na telefonním čísle 383 314 328. Takzvaná dětská pohotovost bude zatím fungovat nadále v prostorách záchranné služby ve Strakonické.

I Vy můžete ovlivnit spokojený život dívek a mladých žen! Očkejte vakcínou SILGARD!®



Data
o ženách ve
věku 24 - 45 let
nyní zařazena
do SPC.

Vakcína SILGARD® = prevence:

CERVIKÁLNÍ
KARCINOM*

GENITÁLNÍ
BRADAVICE*

CERVIKÁLNÍ
DYSPLAZIE*

VULVÁLNÍ
DYSPLAZIE*

VAGINÁLNÍ
DYSPLAZIE*

* v příčné souvislosti s HPV typy 6, 11, 16 a 18

Zvažte přínos očkování pro Vaše pacientky do 45 let!

Dříve než přípravek předepíšete, seznámte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku. Přípravek je vázán na lékařský předpis a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.



© Registrovaná ochranná známka MERCK & CO., INC., Whitehouse Station, N.J., U.S.A.
© Copyright MERCK & CO., Inc., Whitehouse Station, N.J., U.S.A., 2009. Všechna práva vyhrazena.
MERCK SHARP & DOHME IDEA, Inc., org. sl., Křenova 5, 162 00 Praha 6, Tel.: +420 233 010 111, www.msdi.cz
* Affiliate of MERCK & CO., Inc., Whitehouse Station, N.J., U.S.A.

Zkrácené informace o léčivém přípravku:

Silgard® injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce
Vakcína proti lidskému papilomaviru [typy 6, 11, 16, 18] (rekombinantní, adsorbovaná) (Papillomavir humani typus 6, 11, 16, 18 proteinum L1)
Indikace: Prevence premaligních genitálních lézí (cervikálních, vulválních a vaginálních), cervikálního karcinomu a bradavic zevního genitálu (condyloma acuminata) v příčné souvislosti s lidským papilomavirem (HPV) typů 6, 11, 16 a 18. Indikace je založena na prokázané účinnosti u dospělých žen ve věku 16 až 26 let a na prokázané imunitě u 9 až 15letých dětí a dospívajících. Použití přípravku Silgard musí být v souladu s oficiálními doporučeními. *) **Kontraindikace:** Přecitlivělost ke všem komponentám vakcíny, závažné akutní horečnaté onemocnění. **Dávkování:** Základní očkování – 3 samostatné 0,5 ml dávky podané dle následujícího schématu: 0, 2, 6 měsíců. Všechny dávky musí být podány intramuskulárně během jednoletého období. **Upozornění:** Pro případ vzácných anafylaktických reakcí musí být k dispozici odpovídající léčebná opatření. Vakcína není určena k léčbě, nenahrazuje rutinní cervikální screening. Jedinci se sníženou imunitní reakcí nemusí na vakcínu zareagovat. Podávat opatrně jedincům s trombocytopenií nebo s jakoukoli poruchou koagulace. **Interakce:** Při současném podání s vakcínou proti hepatitidě typu B (rekombinantní) nedošlo ke klinicky významným změnám v imunitních odpovědích na obě vakcíny. Použití hormonální antikoncepce neovlivnilo imunitní odpověď. **Těhotenství a kojení:** Očkování odložit až na dobu po ukončení těhotenství. Může být podávána kojícím ženám. **Nežádoucí účinky:** Velmi často erytém, bolest a otok v místě injekce, pyrexie, často bolest v končetinách, zmoždění, podlitina a pruritus v místě injekce, vzácně kopřivka, velmi vzácně bronchospasmus. **Zkušenosti po uvedení přípravku na trh:** Protože tyto účinky byly hlášeny dobrovolně populací o neurčité velikosti, není možné spolehlivě odhadnout jejich četnost nebo potvrdit pro všechny účinky kauzální souvislost s podáním vakcíny. Lymfadenopatie, reakce přecitlivělosti včetně anafylaktických/anafylaktoidních reakcí, syndrom Guillain-Barrého, závratě, bolest hlavy, synkopa, nauzea, zvracení, artralgie, myalgie, tělesná slabost, únava, malátnost. *) **Léková forma:** injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. **Uchovávání:** v chladničce (2 °C - 8 °C), ve vnější krabici, chránit před mrazem. **Velikost balení:** 0,5 ml suspenze v předplněné injekční stříkačce se dvěma jehlami – balení po 1 kusu. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Merck Sharp & Dohme Ltd, Hertford Road, Hoddesdon, Hertfordshire EN11 9BU, Velká Británie. **Registrační číslo:** EU/1/06/358/003-021. **Poslední revize textu SPC:** 2/9/2009

*) Všímejte si, prosím, změn v informacích o léčivém přípravku.


SILGARD®
Vakcína proti lidskému papilomaviru
[typy 6, 11, 16, 18] (rekombinantní, adsorbovaná)

11-11-GRD-2009-CZ-1619-J

Seboroická dermatitida v kojeneckém a dětském věku

MUDr. Štěpánka Čapková

Dětské kožní oddělení, Dětská poliklinika, FN v Motole, Praha

Úvod

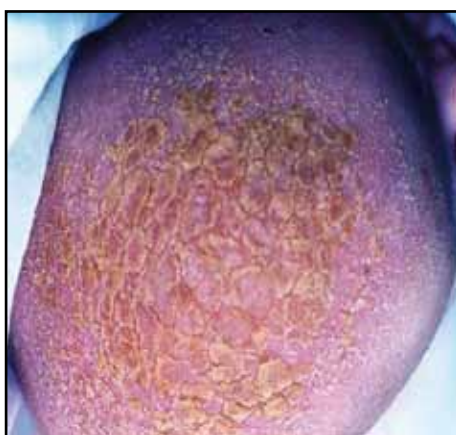
Seboroická dermatitida (dermatitis seborrhoica, dále SD) je recidivující subakutní až chronická polymorfni povrchní dermatitida postihující lokality bohaté na mazové žlázy a oblasti intertriginózní, která je charakterizována olupováním v mastných žlutavých šupinách a většinou i zarudnutím. V učebnicích se řadí do skupiny ekzémových onemocnění, nemá však alergický podklad. SD postihuje především kojenec, dospívající a dospělí s vyšším výskytem u mužů než u žen (1, 2). Jde o onemocnění velmi časté jak v ordinaci dermatologa, tak praktického lékaře pro děti a dorost i praktického lékaře pro dospělé. Více než 2/3 kojců je postiženo v období mezi 3. týdnem a 3. měsícem po porodu ve vlasové oblasti nejčastější formou této dermatózy. Výskyt v dospělé populaci se odhaduje na 3-5% (3).

Klíčová slova

Malassezia furfur, klinický obraz, cradle cap, léčba

■ Etiopatogeneze

Příčina choroby není přesně známá. Komplex strukturních a funkčních abnormalit kůže je pravděpodobně geneticky determinovaný. Důležitým patogenetickým podkladem je zvýšená činnost mazových žláz (sebo-rea) a hormonální vlivy. Distribuce SD odpovídá lokalitám s větším množstvím sebaceózních žláz. Onemocnění se vykytuje často v pr-
vých 3 měsících života, kdy jsou mazové žlázy pod vlivem vysoké endogenní tvorby androgenů kůrou nadledvin zvláště aktivní. V období před pubertou je SD vzácná a objevuje se znovu v období dospívání, kdy se sebaceózní žlázy stávají opět aktivními. Důležitá je úloha některých mikroorganismů – resp. jejich zvýšené množství. Je zkoumána role lipofilní kvasinky *Malassezia furfur* (dříve *Pityrosporum ovale*), která je běžným komensálem kůže, ale její vyšší výskyt byl zaznamenán v oblastech s vyšší produkcí kožního mazu (4, 9). Množství *Malassezia furfur* je pravděpodobně důležité u populace náchylné k SD a vysvětlením může být abnormální imunitní odpověď na přítomnost kvasinek. Předpokládá se, že různé klinické projevy onemocnění vznikají na podkladě individuální reaktivity kůže na přítomnost *Malassezia furfur* (4, 5, 8, 9). Imunologické faktory se uplatňují i při vzniku závažných forem SD u pacientů s infekcí HIV/AIDS a jsou zodpovědné i za zhoršování SD při vleklých infek-



Obr. 1: „Cradle cap“ na temeni hlavy kojenice



Obr. 2: Kojenecká forma SD v obličeji

ních onemocněních. Pro spoluúčast nervových vlivů hovoří větší výskyt SD při nadměrné únavě, stresových situacích, mimořádném vyčerpání a u pacientů s některými neurologickými chorobami (9). Z mnoha dalších vlivů je známá závislost vzniku SD na klimatických podmínkách, na ročním období (zhoršení v zimním období), nutričních vlivech. Se vznikem SD může souviset i porucha metabolismu esenciálních mastných kyselin a hypovitaminóza skupiny B (1, 9).

■ Klinický obraz

Onemocnění má řadu klinických forem v kojeneckém a dětském věku i v období dospívání. Predilekční lokalizací SD je oblast kštice, nazolabiální rýhy, obočí, víčka, čelo, vlasová hranice, střed hrudníku, zad a intertriginózní oblasti.

Seborrhoická dermatitida kojců se objevuje (na rozdíl od atopické dermatitidy) většinou již v průběhu prvních čtyř týdnů života. Ve kštici jsou ve frontální a parietální oblasti drobné žlutohnědé šupinky na bledě růžové spodině v rozsáhlých plochách. Jindy vzniká nad velkou fontanelou popraskaný žlutošedý nebo žlutohnědý pevně lpící nános mazlavých šupin, kterým procházejí vlasy. Změny ve kštici označujeme souhrnným názvem „**cradle cap**“ (čepička z kolébky) (obr. 1). Ze kštice se dermatitida často šíří do obočí a do střední části obličeje, kde

vznikají ostře ohraničená světle červená ložiska s olupováním v jemných žlutavých a mastných šupinách (obr. 2). V závažnějších případech onemocnění postihuje intertriginózní lokalizaci (především plenkovou a inguinální oblast, okolí pupku, axily, krční rýhu a retroaurikulární plochy), kde se tvoří infiltrovaná, ale nemokvající erytematoskvamozní ložiska (obr. 3). Často se přidružuje kvasinková infekce (3). K závažnějším formám onemocnění mají sklon děti uměle živěné s nadváhou. Někteří autoři nepovažují SD kojenců jako samostatnou jednotku, ale pouze za variantu nebo počátek atopické dermatitidy (6). Z některých klinických studií vyplývá, že u třetiny kojenců se SD se později objeví příznaky atopické dermatitidy (6, 7) (obr. 4).

Ve vzácných případech dochází ke generalizaci projevů SD na trup, končetiny a celou hlavičku postupně se vznikem erythrodermie, kterou označujeme jako **erythrodermia desquamativa Leiner**. Postižený kojenec neprospívá a je nutné přijetí na pediatrické oddělení k podrobnému vyšetření a celkové léčbě (1, 2, 3).

V **dětství** projevy SD nebývají, nebo jen ve vlasaté části hlavy, tak jak je popsáno dále u dospívajících, ale s lehčím klinickým průběhem. U školních dětí nacházíme někdy ve kštici ohraničená, nezápětlivá olupující se ložiska, kdy se šupiny na kůži i ve vlasech střechovitě překrývají a vzhledem i barvou připomínají azbest nebo dermatomykózu, proto tuto formu SD označujeme jako **tinea amiantacea (asbestina)** (1, 3) (obr. 5).

V **období dospívání** se často u dívek i chlapců setkáváme se seboroickými šupinami a neostře ohraničeným erytémem různé intenzity v nasolabiálních a nasofaciálních rýhách. Tuto formu SD označujeme jako **erythema paranasale** (obr. 6). Tvrději se vzdoruje běžné léčbě, což často svádí lékaře i pacienty k dlouhodobé nebo opakované aplikaci lokálních kortikosteroidů a vede potom ke vzniku ještě úpornějšího kožního onemocnění – periorální dermatitidy. V období dospívání se často objevuje **dermatitis seborrhoica capilliti**. Nejčastější formou SD je **pityriasis simplex capilliti**, označení pro běžné lupy. Někdy pozorujeme perifolikulární zarudnutí a olupování nejprve v malých šupinkách, postupně vznikají ostře ohraničená ložiska s výraznou tendencí ke splývání do větších chorobných ploch,



Obr. 3: Intertriginózní forma SD u tříměsíčního kojence



Obr. 4: Přejít SD v atopickou dermatitidu u tříměsíčního kojence

někdy i se zarudnutím a infiltrací. Ložiska jsou pokryta nánosy mastných žlutavých šupin a často připomínají psoriázu (**dermatitis seborrhoica psoriasiformis**). Méně častá je **dermatitis seborrhoica corporis**, kdy na trupu a končetinách vznikají neostře ohraničená erytematoskvamozní ložiska. Pokud jsou podobná polycyklická ložiska nad sternem nebo na zádech v „potní rýze“ mluvíme o **dermatitis seborrhoica mediotoracica (figurata)**. **Dermatitis seborrhoica retroauricularis** je častou recidivující izolovanou formou DS, která postihuje oblast za ušními bolt-

ci ostře ohraničenými ložisky bez mokvání, někdy je doprovázena obtížně se hojící fisurou. Možné je i samostatné postižení vnějších zvukovodů. **Dermatitis seborrhoica intertriginosa** je charakteristická ostře ohraničenými erytémy s deskvamací (podobně jako v kojeneckém věku) s postižením axil, inguin, perianální a perigenitální oblasti, ložiska bývají i pod prsy a v okolí pupku. Zarudlá ložiska SD splývají do ploch, mohou mokvat a často dochází k sekundární infekci mikroorganismem *Candida albicans*. Velmi úpornou formou SD, která často vzdoruje léčbě je **blepharitis seborrhoica**; může být přítomna u SD jiných lokalizací, ale může být i jediným projevem SD. Okraje očních víček jsou začervenalé, někdy s olupováním a přítomností krust. Subjektivně pacient pociťuje svědění, pálení, slzí a má pocit cizího tělesa v oku (3, 8, 9).

■ Diferenciální diagnóza

Často bývá obtížné v kojeneckém věku odlišit od SD atopickou dermatitidu a v období dospívání psoriázu. Navíc některá život ohrožující kožní onemocnění kojeneckého věku mají v začátku klinický obraz velmi podobný SD (histiocytosis z Langerhansových buněk, acrodermatitis enteropathica). Klinický obraz SD je často podobný i mikrobiálnímu nebo numulárnímu ekzému, parapsoriáze, dermatomykózám, pityriasis rosea, intertriginózní kandidóze nebo intertrigu. V obličeji je nutno odlišit lupus erythematosus, rozáceu, kontaktní iritační dermatitidu a kontaktní alergický ekzém (2, 9).

■ Terapie

Léčba SD bývá zdlouhavá a vyžaduje značnou trpělivost pacienta i lékaře vzhledem k obvykle chronicky recidivujícímu průběhu onemocnění. Opakování SD nelze ani po úspěšné léčbě zcela zabránit. Recidivám čelíme vysokou, ale šetrnou osobní hygienou, nošením netěsnícího oděvu z přírodních vláken a předcházíme většímu zapocení. Pacientům doporučujeme pestrou vyváženou stravu s dostatečným přísunem vitaminů a vlákniny, s omezením cukrářských výrobků a živočišných tuků na minimum a náhradu tuky rostlinnými. K mytí pokožky doporučujeme neutrální nebo slabě kyselé mycí prostředky určené pro citlivou pleť. Značnou pozornost je třeba věnovat výběru kosmetických přípravků. Je lépe používat kosmetiku

vyráběnou pro alergiky, kterou pacienti se SD lépe tolerují (8, 9).

Při postižení **vlasové oblasti** předepisujeme starším kojencům (od 6 měsíců výše) salicylový olej (Rp. Ac. salicylici 3,0, Ricini olei 30,0, Olivae olei ad 100,0), kterým doporučujeme napouštět ložiska se šupinami vždy alespoň 3 hodiny před mytím vlásků, kdy změkčené šupiny vyčesáváme nenásilně jemným dětským kartáčkem a vymýváme dětskými šampony. Tento proces provádíme pouze 2x v týdnu, protože salicylová kyselina prochází snadno i neporušenou pokožkou a riziko perkutánní resorpce toxických množství je u kojenců a malých dětí značné. Bezpečnější je u mladších kojenců (i při každodenním ošetřování) použití krémů a lotií s ureou (např. Rp. Excipial U lipolotio nebo Rp. Ureae 5,0, Excipial krém ad 100,0).

Při mírných formách SD ve vlasech, i jako doplněk další léčby u závažnějších forem, je u dětí a mladistvých účinné, a pro snadnou aplikaci oblíbené, dlouhodobé používání šamponů s antiseboroickými přísadami (dehty, kyselina salicylová, organické sloučeniny síry, antimykotika, antimikrobiální látky, zinkpyrithion, oktopirox a další). Pacienta resp. rodiče je třeba upozornit na to, že efekt mohou očekávat až po 6 – 8 týdnech pravidelné léčby. Při opakovaném zhoršení onemocnění je vhodné typy šamponů měnit. Při závažnějším ložiskovém postižení vlasové oblasti doplňujeme léčbu šampony intervalovým ošetřováním lokálními kortikoidními preparáty ve formě roztoků, gelů a lotií, které jsou často kombinované s kyselinou salicylovou.

Do intertriginózních lokalit se u kojenců i dospělých nejlépe osvědčuje dlouhodobá aplikace antimykotik v pastách (Rp. Imazol krémpasta).

Do ostatních oblastí na těle předepisujeme lokální kortikoidy v kombinaci s antibakteriálními látkami (kloroxin - endiaron), dehtovými přísadami (tinctura carbonis detergens, ichtamol) ve formě měkkých past nebo krémů většinou magistraliter připravovaných v lékárně. U zánětlivějších lézí a při větším pruritu používáme lokální kortikoidy hromadně vyráběné. Výběr třídy účinnosti a galenické formy záleží na tíži, rozsahu a lokalizaci projevů. Terapie bývá účinná, nevýhodou jsou však možné nežádoucí účinky dlouhodo-



Obr. 5: *Tinea amiantacea (asbestina)*



Obr. 6: *Erythema paranasale*

bé kortikoidní léčby a vyšší procento recidiv brzy po jejím ukončení. Kortikoidní preparáty nikdy neaplikujeme do centrálních partií obličeje, protože hrozí riziko vzniku periorální dermatitidy. Na začátek léčby (prvých 14 dnů) je dobrou taktikou použití kombinovaných kortikoidních preparátů s antimykotiky (Rp. Imacort crm nebo Rp. Pimafucort crm) s následnou dlouhodobou monoterapií lokálními antimykotiky. Předepisujeme speciality ve formě krémů, lotií a gelů. Nevhodné jsou masti. Pro některé pacienty doporučujeme (zvláště pro oblast obličeje) tzv. dermokosmetické přípravky s obsahem antimikrobiálních složek, které po skončení léčby pomáhají redukovat jak nežádoucí osídlení mikroorganismy, tak produkci kožního mazu. Používají se někdy již v průběhu léčby steroidními přípravky či antimykotiky nebo k jejich prostrídání (intervalová terapie) a po skončení léčby jako prevence recidiv. Škála přípravků je široká, za všechny jmenujme alespoň Pityval emulzi a Sensibio D.S. krém, které jsou v lékárnách volně prodejné.

Celkovou léčbu SD zvažujeme pouze

u torpidních forem onemocnění neregulujících na zevní terapii. To však vyžaduje již značnou zkušenost specialisty a pacienta je proto nutno předat do dermatologické ambulance.

■ Závěr

SD je třeba věnovat (vzhledem k četnosti výskytu v kojeneckém věku i v období dospívání) mnohem větší pozornost. Jde o onemocnění, které může značně snížit kvalitu života a úpornost některých jeho forem je i terapeutickým problémem. Praktický lékař pro děti a dorost by měl rodiče svých pacientů upozornit i na vhodná dietní a režimová opatření, která dávají určitou naději na oddálení dalších recidiv tohoto úporného onemocnění. Diagnostika sice není jednoduchá, mnohdy je nutné alespoň úvodní vyšetření v odborné dermatologické ambulanci, ale běžné kojenecké formy a mírnější formy SD ve vlasové oblasti dospívajících je možné, při dobré znalosti problematiky, úspěšně léčit v ambulancích praktických lékařů pro děti a dorost.

Literatura:

1. Harper, J., Oranje, A., Prose, N. *Textbook of Pediatric Dermatology*. Blackwell Publishing 2006, Second edition.
2. Hurwitz, S. *Clinical Pediatric Dermatology*. W.B. Saunders Company, Third edition 2006.
3. Schachner, L.A., Hansen, R. C. *Pediatric Dermatology*. Mosby 2003.
4. Broberg, A. *Pityrosporum ovale in healthy children, infantile seborrheic dermatitis and atopic dermatitis*. *Acta Dermatol Venerol (Stockh)* 1995; 191 (Suppl.): 1-47.
5. Gelmetti, C. *Pediatric Dermatology: Controversies and Current Concepts*. Infantile seborrheic dermatitis. *DM Medical Publishing Oyster Bay New York*, 1994: 13 – 16.
6. Moises-Alfaro, C.B., Caceres-Rios, H.W., Rueda, M et al. *Are infantile seborrheic and atopic dermatitis clinical variants of the same disease?* *Int J Dermatol* 2002; 416: 349-51.
7. Mimouni, K., Mukamel, M., Zeharia, A. et al. *Prognosis of infantile seborrheic dermatitis*. *J Pediatr* 1995; 127: 744-6.
8. Junáček, M. *Seboroická dermatitida v přehledu*. *Trendy v medicíně, ročník 5, 2003/04*; s. 25-30.
9. Kojanová, M., Šuková, T., Štokr, J. *Dermatitis seborrhoica*. *Čes.-slov. Derm.* 80, 2005, No 5, p. 261-269.

Foto: archiv dětského kožního oddělení



Benigní kožní projevy u novorozenců

prim. MUDr. Stanislava Polášková

Dermatovenerologická klinika, Dětská kožní ambulance, VFN UK Praha

V novorozeneckém období dochází k adaptaci dítěte na nové prostředí; kůže je v děloze chráněna vlhkým sterilním médiem, po porodu je náhle konfrontována se suchým prostředím, jinou teplotou, třením a mikroorganismy. Navíc i kůže odráží poškození během těhotenství a při porodu, může jevit známky vrozených vad nebo projevy infekčních i neinfekčních onemocnění. Kůže novorozence se tak často stává pestrou paletou nejrůznějších kožních eflorescencí, z nichž některé, přestože vypadají alarmujcně, jsou benigního a přechodného rázu, zatímco jiné, vypadající nenápadně, mohou signalizovat závažné kožní nebo i celkové onemocnění.

Znalost přechodných benigních projevů je pro pediatra zásadní - předejdeme zbytečnému vyšetřování a léčení novorozence. O etiologii těchto projevů příliš nevíme, jisté je, že na jejich vzniku a klinických projevech se podílejí morfologické a funkční odlišnosti novorozenecké kůže (1) viz tab.1.

Benigní přechodné kožní projevy novorozenců spontánně mizí. Jejich přehled přináší tab. č.2 - Rozdělení benigních kožních projevů podle klinických projevů.

■ Vernix caseosa

Vernix caseosa (mázek) je směs odloučených epitelálních buněk, mazu a lanuga, která se vytváří intrauterinně a jako bělavá, mastná a kluzká hmota pokrývá kožní povrch novorozence. Chrání plod před macerací, usnadňuje průchod porodním kanálem a má i funkci antibakteriální a antimykotickou. U nezralých novorozenců je vrstva vernix caseosa tenká, u přenášených dětí často chybí. Po porodu se během několika dnů ztrácí. Odráží i intrauterinní problémy - zápach mázku je známkou bakteriální intrauterinní infekce, žlutohnědá barva je známkou přenášení. Protože nahrazuje dosud nedokonalou epidermální bariéru, není vhodné jej okamžitě po porodu odstraňovat.

■ Deskvamace

U donošených novorozenců dochází k fyziologické deskvamaci v prvních dnech a trvá až 3 týdny. Nejvíce se olupují ruce, kotníky a nohy. U nedonošených dětí nastává olupování po 2 - 3 týdnech, naopak u přenášených dětí je olupování výraznější, často už při porodu bývá suchá popraskaná kůže. Další známkou přenášení je chybění mázku, dlouhé vlasy, přerostlé nehty a slabší vrstva podkožního tuku. Pokud se kůže olupuje již při

Tabulka 1: Odlišnosti novorozenecké kůže

Epidermis je tenká, s menším ovlasením, intercelulární spojení je chabé
Chybí stratum granulosum, prosvítající cévní pleteně způsobují červené zabarvení kůže
Dermoepidermální spojení je volnější, kůže snadněji reaguje na různé podněty tvorbou puchýřů
Činnost ekrinních a apokrinních žláz je snížena
Činnost mazových žláz je přechodně zvýšena
Dermis je méně elastická
Podkožní vrstva obsahuje méně tuku a více vody
Kůže je vnímavější na zevní iritancia
Kůže je náchylnější ke kožním infekcím
Riziko intoxikace ze vstřebávání zevních látek je vyšší
Celková plocha kůže ve vztahu k váze je 5x větší než u dospělých

Tab.č. 2 Rozdělení benigních neonatálních projevů podle klinických projevů

Vernix caseosa	
Deskvamace	
Papuly a pustuly	Milia, Epsteinovy perly a Bohnovy noduly, perineální cysty, miliaria, sebaceózní hyperplázie, toxický erytém, přechodná neonatální pustulózní melanóza, neonatální akné
Sukční puchýře, eroze a kalozity	
Umbilikální granulom	
Barevné změny	Pigmentového původu - melaninové (mongolská skvrna, hyperpigmentace, hypopigmentace), nemelaninové (žloutenka, zbytky mekonie) Vaskulárního původu - vasomotorická labilita (cutis marmorata, akrocyanóza, harlekýnská změna barvy, zarudnutí), teleangiektatické névy

porodu, může jít o příznak kongenitální ichthyózy nebo intrauterinní anoxie.

■ Milia

Milia jsou 1 - 2 mm velké hladké, bílé ne-

bo žlutavé perličky na tvářích, nose, bradě a čele, občas i na trupu, končetinách, penisu a sliznicích. Objevují se u více než poloviny novorozenců krátce po porodu, mizí během 1 i více měsíců. Jedná se o epidermální

inkluzní cysty s koncentrickými vrstvami keratinizovaného stratum corneum. Perzistující mnohočetná milia s neobvyklou lokalizací jsou součástí hereditárních onemocnění (např. junkční a dystrofické epidermolýzy). Sekundární milia vznikají po traumatech.

■ Bohnovy noduly a Epsteinovy perly

Jsou obdobou milií na sliznici dutiny ústní, na dásních a ve střední části tvrdého patra. Jedná se o bílé či žlutavé hladké „perličky“, které samovolně mizí do 5 měsíců. Histologicky se jedná o keratinové cysty. V diferenciální diagnóze uvažujeme o alveolárních cystách, kongentální epulis, mukokéle, lymfangiomu či ranule.

■ Perineální cysty

Jedná se o inkluzní cysty na ventrální ploše penisu, preputiu a scrotu. Jsou větší než milia na hlavě. Protože se jedná o vývojové anomálie epidermálních a uretrálních buněk, mohou obsahovat i sekreční buňky. Jsou asymptomatické, při jejich zvětšování nebo při známkách infekce je lépe je chirurgicky odstranit.

■ Miliaria

Jsou častá při přehřátí dítěte nebo při horečkách. Jsou způsobena retencí potu s následnou rupturou potních vývodů. Podle místa obstrukce vývodu potní žlázy keratinovou zátkou se klinicky jeví jako vesikuly, pustuly nebo papuly. Miliaria crystallina (sudamina) jsou povrchní drobné číré puchýřky bez zánětlivého lemu, na kůži připomínají kapky vody. Tvoří se v intertriginózních lokalizacích, na obličeji, krku a ve kšticích. Miliaria rubra jsou živě červené drobné papulky nebo papulopustuly na čele, tvářích, ve kšticích, na krku a trupu, popř. ve flexurách. Nejsou folikulárně vázané. Mohou napodobovat závažnější puchýřnatá onemocnění (herpes simplex, stafylokové, kvasinkové infekce). Rychleji mizí po chladnější koupeli a adstringentních roztocích. Preventivně je potřeba vyvarovat novorozence pobytu v horkém a vlhkém prostředí, doporučujeme vzdušné bavlněné obléčení.

■ Hyperplazie mazových žláz

Je patrná u více než poloviny donošenců, méně častá je u předčasně narozených.



Obr. 1: Mongolská skvrna

Je způsobena stimulací mazových žláz mateřskými androgeny během posledního měsíce těhotenství. Na obličeji v okolí nosu a na horním rtu jsou mnohočetné drobné bíložluté papulky ve folikulárním ústí pilosebaceózní jednotky, bez zánětlivého lemu. Jsou podobné miliím nebo se vyskytují současně. Samovolně mizí během prvních týdnů života.

■ Erythema toxicum neonatorum (ETN)

ETN jsou asymptomatické polymorfní benigní kožní projevy nejasné etiologie s typickým klinickým obrazem. Postihuje téměř polovinu zralých novorozenců, nevyskytuje se u předčasně narozených a dětí s porodní váhou pod 2 500 g. Začíná většinou 2. den nebo nejpozději do 2 týdnů, trvá několik dní až týdnů, během nichž dochází k exacerbacím a remisím. Klinické projevy jsou polymorfní - živě červené makuly, papuly, pustuly a kombinace všech projevů s lokalizací na obličeji, trupu, proximálních partiích horních končetin a na hýždích. Kromě toho mohou být kdekoli na těle kromě dlaní a plosky. Mnohdy obraz připomíná poštipání blechou, jindy převažují drobné žlutobílé a bílé pustuly. Eflorescencí je různý počet, od několika až po stovky. V krevním obraze bývá eosinofilie až 18%. Etiologie je nejasná, pravděpodobně se jedná o poporodní adaptaci,

uvažuje se i o reakci proti mateřským lymfocytům. Projevy je potřeba odlišit od bakteriálních infekcí (mají více pustul), herpetických infekcí (puchýře zasychající v krusty), kandidózy (bílé vesikuly, šupení, pozitivní KOH preparát), incontinentia pigmenti (bizarní tvar ložisek s puchýřky, následovaný verukózní fází). Léčba není třeba.

■ Tranzitní neonatální pustulózní melanóza

Je u bělochů vzácné vesikulopustulózní a pigmentové benigní onemocnění. Má 3 fáze - intrauterinní tvorba fragilních povrchních vesikulopustul, které postupně zasychají a jsou obkrouženy límečkem šupin, nakonec zbývají pozánětlivé makulózní hyperpigmentace, které mohou přetrvávat několik měsíců. Nejčastější lokalizací je čelo, šíje, oblast pod bradou, dolní polovina zad, nártý, dlaně a plosky fází). V pustulích jsou obsaženy neutrofily. Etiologie je neznámá, mohlo by se jednat o časné stádium ETN. Léčby není třeba.

■ Acne neonatorum

Acne neonatorum se objevuje mezi 2. - 3. týdnem po porodu a je častější u chlapců. Vzniká pod vlivem mateřských a nadledvinových androgenů na mazové žlázy, v etiologii se uplatňuje i *Malassezia furfur*. V současné době je v popředí etiologických teorií zánětlivá reakce na *Malassezia furfur* a sympoidalis - onemocnění bude možná v budoucnosti řazeno k pustulózním onemocněním. Klinicky se jedná o zarudlé papulky a pustulky na tvářích, často zasahující i do kštic, komedony jsou vzácné. Ke zlepšení dochází po aplikaci krémů s imidazolem, spontánně mizí během několika měsíců. Může pokračovat dětskou akné nebo seborrhoickou dermatitidou. Nepředznamenává těžkou akné v dospívání. Kromě akné je třeba uvažovat o infekčních onemocněních (kandidóze, stafylokokové folikulitidě apod.).

■ Sukční puchýře a eroze, popř. otlaky

Jsou přítomné hned při narození. Primární eflorescencí je vesikula nebo bula s napjatou krytkou na nezánětlivé spodině; po prasknutí vzniká eroze. Jsou lokalizované na prstech, zápěstích a předloktích. Vznikají z intenzivního sání in utero, při chronickém sání vznikají otlaky. Mohou být zaměněny za herpes, bu-

Avent

lózní impetigo, bulózní mastocytom nebo epidermolysis bullosa. Diagnózu podporuje typická morfologie, izolované projevy bez přibývání dalších ložisek a spontánní regrese během 2 týdnů.

■ Umbilikální granulom

Je růžovošedá papula na pupečním pahýlu, snadno krvácející, vytvořená z proliferujících endoteliálních buněk. Je třeba ho odlišit od jiných embryonálních rudimentů – umbilikální polyp je zbytek omfalomesenterálního ductu (má lepka-vý povrch díky sekreci střevní mukózy) a vyžaduje chirurgické řešení.

■ Pigmentové změny melaninové

Mongolská skvrna je dermální melanóza vzniklá v důsledku poruchy migrace buněk z neurální lišty. Jde o solitární nebo vícetné hyperpigmentace modravého odstínu na hýždích, kostrči, popř. i jinde. Je častější u Asiatů. Spontánně mizí v průběhu několika let.

■ Epidermální hyperpigmentace

Jsou způsobeny produkcí androgenů – plošné hyperpigmentace jsou na genitálu, linea nigra, na prsní areolách, v axilách a kolem nehtových lůžek. Je třeba odlišit život ohrožující kongenitální adrenální hyperplázii (enzymatický defekt syntézy kortizolu). Nehormonální hyperpigmentace jsou ve formě hnědavých příčných pruhů na trupu a končetinách, způsobených flekcí polohou plodu.

■ Zarudnutí a akrocyanóza

Oba projevy jsou fyziologickým příznakem vasomotorické nestability a adaptace na zevní prostředí; má je většina novorozenců. Celkové zarudnutí je časté v prvních hodinách života. Je způsobeno kožní vasodilatací, hyperémií a chyběním stratum granulosum. Akrocyanóza je fenomén charakterizova-

ný bilaterálním symetrickým cyanotickým zabarvením rukou a nohou, jehož intenzita kolísá. Může přetrvávat několik týdnů. Kůže je bez otoku a indurace, tlakem barva bledne, po zahřátí je naopak sytější. Je patrnější při hypotermii, u polycytémie vera a při hyperviskózních syndromech. Léčba není nutná, samovolně odeznívá. Důležité je odlišení od hemangiomů, ekchymóz a od centrální nebo generalizované cyanózy, která je symptomem kardiovaskulárního nebo plicního onemocnění.

■ Cutis marmorata

Cutis marmorata je benigní přechodný vaskulární projev, pozorovaný jak u donošených, tak nedonošených novorozenců. Začíná mezi 2. - 4. týdnem po porodu, je výraznější v chladu, trvá několik minut až hodin a do 1 měsíce zcela vymizí. Na trupu nebo končetinách se ob-

jevuje retikulární nebo mramorová kresba modravého odstínu, jinak je kůže nezměněna. Cutis marmorata je považována za přehnanou cévní odpověď na hypotermii při nezralosti autonomního nervového systému. Léčení není nutné, je třeba dát pozor na podchlazení. V diferenciální diagnóze je třeba pomyslet na Cutis marmorata teleangiectatica congenita - vaskulární anomálii, často spojenou s vývojovými vadami (srdeční vady, glaukom, cévní malformace, zpomalení růstu kostí i měkkých tkání). Projevy jsou přítomny od narození. Jedná se o lokalizované, segmentální nebo generalizované retikulární purpurové diskolorace, které po zahřátí nemizí. Současně mohou být i teleangiektázie, flebektázie, atrofie a ulcerace.

Harlekýnská změna barvy je zvláštní změna barvy, kterou trpí 15% nedonošenců nebo novorozenců s nízkou porodní váhou. Od 2.- 5. dne života do 3 týdnů se při změně polohy těla objevuje ostrá linie mezi spodní částí těla ležící na podložce (červená barva) a horní částí těla (nápadně bledá). Hlava a genitálie nejsou postiženy. Stav trvá několik vteřin až 20 minut. Změna barvy je způsobena rozdílností průtoku krve na pravé a na levé straně těla a je známkou nezralosti neurovaskulární regulace. Léčba není nutná.

■ Závěr

Řada kožních projevů u novorozenců je benigního rázu a přechodná; v typických případech je jasná podle klinických projevů - je na lékaři, aby uklidnil rodiče, že jde o běžné projevy, které samovolně ustupují. Jindy jsou kožní projevy prvním signálem závažných onemocnění - v těchto případech je včasná diagnóza a léčba život zachraňující. Praktičtí pediatři jsou prvními lékaři, kteří rozhodují o případném dalším vyšetřování dítěte a měli by proto kožním projevům novorozenců věnovat zvýšenou pozornost.



Obr. 2: Cutis marmorata congenita



Obr. 3: Erythema toxicum

Diagnostika a léčba cystické fibrózy

doc. MUDr. Věra Vávrová, DrSc. a kol.

Centrum cystické fibrózy, Praha

Cystická fibróza (CF) je nejčastější dědičně přenášené onemocnění. Je to onemocnění multiorgánové, dědičně přenášené. Je způsobeno mutacemi genu CFTR (cystic fibrosis transmembrane conductance regulator), který kóduje CFTR protein, fungující na povrchu epiteliálních buněk jako chloridový kanál. Neprůchodnost tohoto kanálu pro chloridové ionty, velká reabsorpce natria a s ním i vody ze sekretů na epiteliálních površích vedou k zahuštění těchto sekretů a vysvětlují prakticky všechny klinické projevy nemoci. Gen má dnes více než 1700 známých mutací, které jsou populačně specifické. Většina z nich je velmi vzácná, v naší populaci se vyskytuje cca 40 mutací. Každý 26. z nás je nosičem genu pro CF.

Hlavní projevy postihují dýchací a zažívací ústrojí, potní žlázy, které vylučují vysoký obsah solí a u dospělých mužů je přítomna obstruktivní azoospermie. Komplikacemi mohou být postiženy prakticky všechny systémy snad s výjimkou centrálního nervového systému.

Včasná diagnostika CF a na ni ihned navazující soustavné intenzivní léčení jsou prvním předpokladem optimálního průběhu nemoci a dobrých vyhlídek pro nemocné. Za včasnou se pokládá stanovení diagnózy v prvních dvou měsících života, kdy však klinické projevy nebývají nápadné. Pozdě diagnostikované děti si svůj handicap nesou dlouho a i když se po zavedení léčby jejich stav zlepší, rozdíly ve stavu výživy i funkci plic jsou patrné mnoho let. Proto sílí na celém světě snaha zavést screening, který umožňuje stanovit diagnózu již v prvních týdnech života. Od února 2005 do listopadu 2006 jsme prováděli pilotní studii, kterou jsme zjistili CF u 11 novorozenců. Od října 2009 je v ČR zaveden celoplošný screening, díky výzkumné studii však byl de facto spuštěn na území českých okresů již od srpna 2009. Za tuto dobu bylo diagnostikováno celkem 25 dětí s CF, dvě z nich má staršího sourozence, u kterého byla v této souvislosti CF následně též diagnostikována. Screening se provádí stanovením imunoreaktivního trypsinogenu v suché kapce krve, odebírané novorozenci mezi 48. – 72. hodinou života. Pokud naměřená hodnota přesahuje stanovenou hranici, je z téže suché kapky krve prováděno molekulárně genetické vyšetření a pokud se prokáží 1 nebo 2 mutace genu CFTR, následuje potní test. Jakmile je diagnóza potvrzena, následuje ihned edukace rodiny a zahájí se léčba. Je však nutno brát na vědomí, že ani negativ-



Obr. 1: Paličkovité prsty

ní screening diagnózu CF stoprocentně nevylučuje a při klinickém podezření je třeba i děti narozené po 1.10.2009 na CF vyšetřovat.

Diagnostika CF je především klinická. Jakmile se vysloví podezření, je třeba je co nejrychleji potvrdit. Zlatým standardem laboratorní diagnostiky je potní test. Koncentrace $Cl^- > 60$ mmol/l svědčí pro CF, hodnoty < 30 mmol/l jsou normální. Hodnoty 30 – 59 mmol/l jsou hraniční. Potní test je vyšetření nebolestivé, není drahé. Je však třeba, aby jej prováděla laboratoř, která s ním má dostatečné zkušenosti. Pokud se nezíská dostatečné množství potu (min. 100 mg) nebo se test z jakéhokoli důvodu technicky nezdaří, je třeba jej za několik málo dní opakovat. Dítě s pozitivním nebo hraničním potním testem je třeba neprodleně poslat do Centra CF, kde se provede molekulárně genetické vyšetření a ihned se zahájí léčba.

Klinická diagnostika CF se u nás bohužel v posledních letech zhoršila. Zatím co do roku 1998 byl medián věku při stanovení dg

0,58 let, po roce 1999 stoupl až na 2,5 let. V letech 1999 – 2009 byla v našem Centru stanovena diagnóza CF u 75 dětí starších 1 roku (3–13 let). U většiny z nich šlo o klinicky klasický průběh CF na podkladě dvou závažných mutací CFTR genu a tedy i s insuficiencí zevní sekrece pankreatu. V rámci pilotní studie screeningu jsme zjistili, že 3 novorozenci mají starší sourozence ve věku 2,5 – 9 let léčené pod nesprávnou diagnózou. 3,5 letá holčička měla elevaci jaterních enzymů ALT, AST kolem 2–3 ukat/l, mastné stolice a byla léčena jako hepatopatie nejasné etiologie nemastnou dietou. Po stanovení diagnózy novorozené sestřičky se i u ní prokázala vysoká koncentrace chloridů v potu a 2 mutace CFTR genu. Zavedení adekvátní léčby rychle zlepšilo její stav.

Respirační onemocnění CF se projevuje jako chronický sinopulmonální syndrom. Chronická sinusitida je nedílnou součástí CF. Prokazujeme ji prakticky při každém RTG vyšetření vedlejších dutin nosních, často aniž by byly přítomny klinické projevy. Nosní polypy jsou velmi často podmíněny CF. Mají různou velikost, mohou zcela ucpávat nosní průduchy a deformovat kořen nosu, ale mohou být i malé, prokazatelné pouze ORL vyšetřením. Onemocnění dolních dýchacích cest se projevuje především kašlem. Kašel u CF bývá dráždivý, ale i produktivní. Je však třeba zdůraznit, že v období mezi exacerbacemi infekce nemusejí děti s CF kašlat kromě ranního „vyčištění“ dýchacích cest. Rovněž poslechový náález může být zcela normální, při exacerbacích pak jsou přítomny jak pískoty a vrzoty, tak chropy nebo chrůpky. Je-li ze sekretu dýchacích cest vykultivována *Pseudomonas aeruginosa*, mělo by to vždy vzbudit podezření na CF. Respirační onemocnění se kom-

plikuje pneumoniemi, vznikem atelaktáz, bronchiektázií, ale i závažnými komplikacemi jako je pneumotorax, masivní hemoptýza nebo respirační insuficience. Důležitým příznakem jsou paličkovité prsty (obr. 1), které na rozdíl od respiračních onemocnění jiného původu bývají přítomny i u mírných forem onemocnění. Charakteristické jsou změny na RTG plic případně HRCT plic a ne vzácně upozorní na možnost CF zkušený rentgenolog. Funkční vyšetření prokazuje obstrukci z počátku periferních, později i centrálních dýchacích cest. Respirační projevy CF jsou nejčastěji zaměňovány za astma, které většinou nereaguje dobře na protiastmatickou léčbu, za sinobronchiální syndrom nebo poruchy imunity. U malých dětí s CF se vyskytuje hypogamaglobulinémie. Většina starších nemocných má hyperimmunoglobulinémii v důsledku chronické stimulace imunitního systému infekcí. Imunolog, který ji zjistí, často ujistí rodiče o dobré odolnosti dítěte a nad příčinou zvýšených hodnot se nezamýšlí.

V gastrointestinálním ústrojí se CF projevuje na všech jeho etážích. Nejvýraznější je insuficience zevní sekrece pankreatu, která vede k neprospívání i k poruše růstu. Je však možné, že děti při nadměrném příjmu potravy mohou být v uspokojivém stavu výživy. Jeden z našich pacientů (obr. 2) byl poslán na endokrinologické vyšetření, protože ve svém 4. roce vůbec nevyrostl (před tím hledána celiakie). Měl hůlkovité končetiny, velké břicho, paličkovité prsty – na první pohled jasnou CF. Následně prokázána CF i u jeho 8 1/4letého bratra (obr. 3), léčeného pro sinusitidy. Je nutno věnovat pozornost údajům matek o tom, kolik dítě sní potravy i jak vypadají jeho stolice. Ne vzácně maminky udávají, že na čištění nočníků potřebují saponáty, aby zbavily stěny kapiček tuku. Asi 15% dětí s CF, které jsou nositeli alespoň jedné tzv. mírné mutace, má funkci zevní sekrece pankreatu zachovanou. Pankreatická suficience však nemusí být trvalá a u všech těchto nemocných je třeba jednou ročně pátrat vyšetřením elastá-



Obr. 2: 4letý chlapec s „poruchou růstu“



Obr. 3: Bratr pacienta (8,5 roku)

zy I ve stolici po tom, zda se insuficience nevyvinula. Její průkaz musí vést k okamžitému nasazení pankreatické substituce. U pankreaticky suficientních nemocných se může vyskytovat recidivující pankreatitida. Postižena bývá u CF i vnitřní sekrece pankreatu. Na CF vázaný diabetes (CFRD) se liší jak od diabetu 1., tak 2. typu, nebývá provázen polyurií ani polydipsií. Na jeho vzniku se podílí útlak Langerhansových ostrůvků fibrotickou tkání pankreatu a autoimunita. U všech nemocných po 10. roce života je třeba po CFRD pátrat a jednou ročně provést oGTT.

Neprospívající dítě bývá mnohem častěji vyšetřováno jako celiakie či nesnášenlivost mléka nebo jiných složek potravy. Děti bývají posílány k vyšetření na deficit růstového hormonu nebo k provedení střevní biopsie pro podezření na metabolickou vadu. Na ostatních úsecích GI traktu se CF projevuje mekoniovým ileem u novorozenců, syndromem obstrukce distálního střeva u starších dětí. Tento stav bývá způsoben nedostatečnou substitucí, ale i nedostatečným pří-

jmem tekutin. Na možnost CF musí okamžitě upozornit každý recidivující prolaps rektu. CFTR protein se neexprimuje v hepatocytech, ale v buňkách epitelu žlučových cest. Zvýšená hustota a snížená alkalita žluči vedou k obstrukci žlučových cest, duktulární proliferaci, zánětu a rozvoji fokální biliární cirhózy. Její projevy mohou být nenápadné, jaterní enzymy mohou být jen mírně zvýšené, játra mírně zvětšená a poškození se projeví pouze při sonografickém vyšetření. Prvními projevy mohou být až projevy portální hypertenze. Každoroční vyšetření sonografie jater je u dětí s CF nezbytné.

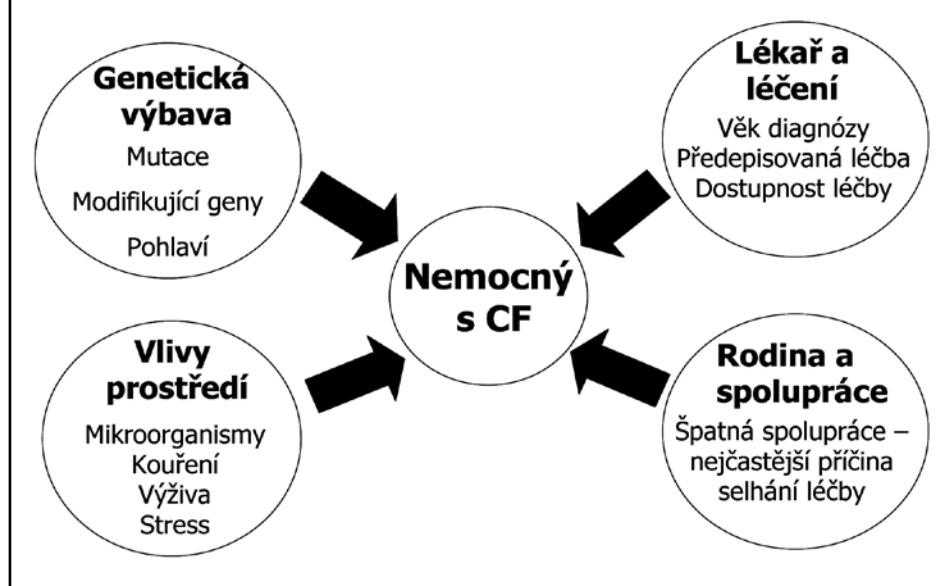
Ztráty solí potem mohou vést k hypoelektrolytémii s chronickou metabolickou alkalózou, která může být prvním projevem CF. Tříměsíční holčička, která od narození kašlala a jejíž obtíže byly hodnoceny jako kongenitální stridor, dostala za pobytu v Saudské Arabii respirační infekci. V horkém prostředí při nedostatečném příjmu tekutin došlo k dehydrataci s hypoelektrolytémii

a s metabolickou alkalózou. Na podkladě těchto příznaků byla diagnostikována CF. Akutní ztráta solí může nemocného ohrozit na životě nebo vést k závažným následkům. Proto je třeba dětem s CF přisolovat stravu. Nedovoluje se jim pobyt v sauně. Matky často spontánně upozorňují na slanou chuť potu při políbení čelíčka novorozence. Při větším pocení se mohou na čele dětí tvořit krystaly soli. Kovové předměty, kterých se zpočtená ruka dítěte dotkne, mohou být korodovány. Na tyto příznaky upozorňovala léta maminka chlapce, který ve školním věku prokašlal celé noci a ve škole pak usínal. Lékař nespojoval noční kašel a slaný pot dítěte a chlapce poslal na psychiatrické vyšetření. Teprve po delší době byla CF správně diagnostikována.

Prvním projevem nemoci může být hypoproteinémie z malabsorpce. Bývá provázena edémy, které mohou být pokládány za projev nefrotického syndromu. Malabsorpce vede též k anémii, deficitu v tukách rozpustných vitamínů, stopových prvků a železa. Může



VLIVY PŮSOBÍCÍ NA PRŮBĚH CF



být provázena kožními projevy, diagnostikovanými u jedné naší pacientky jako acrodermatitis enteropathica. Zkušená kožní lékařka však podstatu choroby okamžitě odhalila. Ke komplikacím CF patří osteoporóza, vaskulitidy (opakované erythema nodosum), dilatační kardiomyopatie, amyloidóza a jiné.

Léčení CF je intenzivní až agresivní. Léčení respiračních obtíží spočívá v prevenci a potlačení infekce. Je třeba léčit každou exacerbaci infekce antibiotiky ve vysokých dávkách po dobu 2 – 3 týdnů. Nemocní s CF potřebují k dosažení účinné hladiny v krvi a v sekretech vyšší dávky antibiotik než zdravé děti. Léčí se pokud možno podle mikrobiologického nálezu a citlivosti. Při prvozáchytu *Pseudomonas aeruginosa* se okamžitě nasazuje léčba ciprofloxacinem (i u dětí v období růstu) a inhalační podávání tobramycinu nebo colistinu na dobu 3 měsíců. Pokud *Pseudomonas* v sekretu přetrvává, podáváme každé 3 měsíce 14 dní i.v. antibiotika v kombinaci (nikdy ne monoterapii) do žíly. Pokud to situace dovolí, využíváme domácí i.v. léčbu. Současně dítě trvale inhaluje tobramycin nebo colistin. Jako protizánětlivá léčba se dlouhodobě podává azitromycin (dávka u dětí do 40 kg 250 mg ob den, nad 40 kg denně). K potlačení zánětu lze užít i nesteroidní antirevmatika. Dávka ibuprofenu však musí být vysoká (30 mg/kg/dávku 2x denně) a je třeba ji určit podle hladiny v séru.

Nesmírně důležitá jsou hygienická a epidemiologická opatření. Je třeba důsledně se

parovat nemocné infikované různými mikrobiálními kmeny jak při hospitalizaci tak v ambulanci. Je třeba dezinfikovat vše, s čím nemocný přijde do styku (kliky, lůžko, židle, fonendoskop) 3–4 % chloraminem, ev. jiným spolehlivým prostředkem. Nemocné edukujeme, aby si při kašli zakrývali ústa, často si myli ruce, nejedli v nemocnici a sputum k vyšetření nosili z domova. Mají přesné instrukce jak dezinfikovat a sušit inhalátory.

Nedílnou součástí léčby je péče o průchodnost dýchacích cest. Spočívá v inhalačním ředění sekretů a v následné fyzioterapii. Každý nemocný má vlastní inhalátor (přednost dáváme tryskovým nebo novému typu membránového inhalátoru e-flow). Inhalují se roztoky ředící sekret, případně antibiotika. Inhalace amiloridu brání reabsorpci natría, a tím i vody, a tak zředí sekret na povrchu dýchacích cest. Nevýhodou je krátký poločas léku. Proto se vyvíjí jeho prášková forma. Hypertonická sůl (3 – 7%) působí mukolyticky i baktericidně. Dráždí dýchací cesty a před její inhalací je třeba podat bronchodilatancia. Někteří nemocní ji nesnášejí, jiní si ji velmi chválí. Indikace tedy musí být individuální. Mukolytika typu acetylcysteinu, mesny a ambroxolu podáváme jen krátkodobě, protože i ona dráždí epitel dýchacích cest. Velkým přínosem je rekombinantní lidská DNáza. Štěpí DNA uvolněnou v dýchacích cestách z rozpadlých leukocytů, která velmi zvyšuje vazkost hlenu. DNáza zlepšuje funkci plic a působí i protizánětlivě.

Fyzioterapie má pro průchodnost dýchacích cest zásadní důležitost. Rodiče i nemocní ovládají moderní metody spočívající v autogenní drenáži, metodách usilovného výdechu, tréninku dýchacích svalů a respiračním handlingu kojenců i v užívání nejrůznějších dechových trenažérů. Fyzioterapii provádějí 2 až 3x denně bezprostředně po inhalaci mukolytik, před inhalací antibiotik a jednu hodinu po inhalaci rDNázy.

Péče o dobrý stav výživy spočívá u pankreaticky insuficientních nemocných v podávání velkých dávek (10 000j. lipázy/kg/den) pankreatických enzymů ve formě minimikropelet. Současně je třeba podávat v tučích rozpustné vitaminy. Strava nemocných musí obsahovat o cca 45 % více energie než strava zdravých vrstevníků.

Úkol praktického lékaře pro děti a dorost spočívá především v tom, aby na CF myslel a zahrnul ji do svých diferenciálních diagnostických úvah. Jakmile zjistí pozitivní výsledek potního testu, měl by okamžitě poslat dítě k přešetření do Centra CF, které – pokud diagnózu potvrdí – ihned provede edukaci rodiny a zahájí léčbu. Léčení CF je komplexní a postihuje všechny projevy nemoci. Podle mezinárodně uznávaných standard (<http://www.cpsjep.cz/cz/dokumenty/Standardy%20CF.rtf>), které jsou publikovány na stránkách České pediatrické společnosti JEP, je důležité, aby léčbu nemocných s CF řídilo specializované Centrum. Pediatr, který má ve svém obvodu dítě s CF musí s tímto centrem úzce spolupracovat. Provádí pravidelné kontroly, pečlivě vyšetřuje a monitoruje příznaky exacerbací infekce (1x měsíčně vyšetření sputa), které okamžitě léčí antibiotiky. Spolupracuje s Centrem při aplikacích i.v. antibiotik v rámci domácí péče, dohlíží na dodržování doporučené léčby. Při jakýchkoli nejasnostech a problémech se na pracovníky centra obrací a konzultuje je s nimi. Jen dobrá komunikace obou složek, které se na léčení nemocných s CF podílejí, a dobrá spolupráce rodiny zajistí nemocnému CF příznivý průběh s dobrou kvalitou života. CF je sice stále ještě nemoc nevyléčitelná, je však léčitelná a pokrok ve výsledcích léčby je v posledních desetiletích obrovský. Úmrtí na CF v dětském věku je dnes výjimečné a většinou je způsobeno špatnou spoluprací rodiny. Dnes narozené děti mají naději, že přežijí 50 let života a že jejich život bude mít dobrou kvalitu.

Podpořeno MZO 2005.



Objektivizace protizánětlivého efektu systémové enzymoterapie u průduškového astmatu – další zkušenosti

MUDr. Ingeborg Vokálová

Kralupy n. Vltavou (ČR)

MUDr. Patricia Šimková, Handlová (SR), **MUDr. Marina Hantáková**, Dubnica n. Váhom (SR)

Souhrn

V ordinacích alergologů a klinických imunologů se začínají stále více objevovat přístroje na měření obsahu oxidu dusnatého (NO) ve vydechaném vzduchu (fraction of exhaled nitric oxide; FENO). Lékař může s pomocí těchto přístrojů nejen detekovat a kvantifikovat eozinofilní zánět, ale může také sledovat pacientovu reakci na léčbu a optimalizovat tak dávkování protizánětlivé léčby. Autorky prezentují již třetí skupinu pacientů, u které bylo využito měření FENO k objektivizaci protizánětlivého účinku systémové enzymoterapie (SET). Kombinovaný enzymový přípravek Wobenzym® (WE) byl zařazen jako součást komplexní léčby u 17 dlouhodobě léčených astmatiků. Pacientům byl po 3 měsíce podáván WE v dávce 2 x 7 drg/den k jejich nezměněné základní léčbě. Hodnoty FENO byly měřeny před zahájením podávání WE, po 3 měsících jeho podávání a dále po dalších 3 měsících, kdy již WE nebyl podáván. Poklesem FENO zareagovalo na tříměsíční zařazení WE do komplexní léčby 15 ze 17 pacientů (88 %). Počáteční průměrná hodnota FENO 72,6 ppb poklesla na 46,9 ppb. Při měření po dalších 3 měsících, kdy byla systémové enzymoterapie již vynechána, zůstávala hodnota FENO na prakticky stejné úrovni (42,9 ppb), na rozdíl od dvou předchozích skupin (celkem 5 + 12 pacientů), kde byl u převážné většiny sledovaných zaznamenán opětovný vzestup FENO. U malého procenta pacientů se však jednoznačné zlepšení klinického stavu, případně i laboratorních hodnot, ve změně FENO neodráží.

■ Úvod

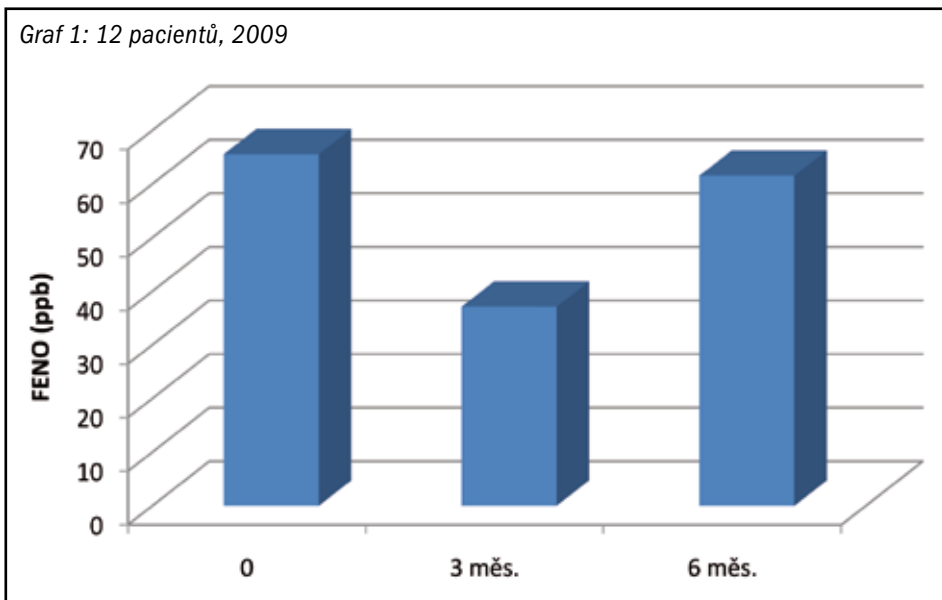
Analýzátory pro měření FENO nabízejí nové možnosti v diagnostice a monitorování léčby astmatu. Neinvasivní a rychlé měření FENO s pomocí těchto přístrojů je významnou pomocí při diferenciální diagnostice nově přichozích pacientů s podezřením na astma bronchiale. Hladiny FENO totiž vysoce korelují s eozinofilním zánětem dýchacích cest, který je spojen s pozitivní odpovědí na léčbu inhalačními kortikosteroidy (IKS). Vysoké hodnoty FENO predikují dobrou odpověď na léčbu IKS. Při zahájení léčby IKS umožňuje měření FENO monitorovat léčebnou odezvu a vytitrovat optimální dávku. Některé práce ukazují, že zvýšené hodnoty FENO mohou předcházet klinickou exacerbaci astmatu (9, 10).

Registrované léčivé přípravky pro SET - Wobenzym®, Phlogenzym® (souhrny údajů o přípravcích viz www.sukl.cz) obsahují jako základní účinné složky proteolytické enzymy

(bromelain, papain, trypsin a chymotrypsin) v kombinaci s flavonoidem rutinem. Využívají

se v komplexní léčbě řady zánětlivých onemocnění pro jejich protizánětlivý a protio-

Graf 1: 12 pacientů, 2009





Tabulka 1:

12 pacientů se zvýšenou hodnotou FENO nekuřáci, věk 18 – 57 let (prům. 36,6 roku)	Astmatici na dlouhodobé léčbě kombinovanými inhalačními přípravky (Symbicort 200, Seretide discus 250). Přecitlivělost na inhalační alergeny (trávy, břízovité, roztoči....) Častý výskyt sezónního zhoršení alergických obtíží s nutností zvyšování dávek inhalační léčby a antihistaminik.
1. měření FENO: před podáváním Wobenzymu (únor, březen)	Spirometrie bez známek obstrukce v dýchacích cestách, někteří pacienti ještě byli bez výraznějších subjektivních obtíží, u některých již byly obtíže spojené s přecitlivělostí na břízovité. FENO 41-131 ppb (prům. 65,55 ppb)
Wobenzym 2 x 7 drg/den po dobu 3 měsíců (současně s nezměněnou standardní terapií)	
2. měření: po 3 měsících užívání WE	Nastal pokles FENO u 9 ze 12 pacientů (75 %). FeNO 7-85 ppb (prům. 37,11 ppb) U jednotlivých pacientů došlo k poklesu FeNO o 10 až 88% (prům. o 56,6%)
3. měření: po dalších 3 měsících bez Wobenzymu	U 7 z 9 pacientů s předchozím poklesem FENO došlo znovu ke zvýšení jeho hodnoty, u 1 pacienta se objevil ještě další mírný pokles FeNO. FeNO (8 z 9 pac.) 33-113 ppb (prům. 61,55 ppb) Zbývajících 9 pacientů odmítl užívání WE přerušit vzhledem k ústupu dlouhodobých kloubních obtíží při užívání Wobenzymu. FENO 94...26...19 ppb

tokový efekt, včetně zánětů dýchacích cest. V literatuře z posledních let lze nalézt články, ve kterých autoři řadí SET k doplňkovým možnostem imunomodulace (6, 7, 13). Pediatři je například často podávají u dětí s opakovanými záněty dýchacích cest. Příznivý efekt SET v této indikaci potvrdilo retrospektivní multicentrické hodnocení, které ukázalo pozitivní vliv WE na snížení počtu a závažnosti opakovaných zánětů dýchacích cest a související spotřeby antibiotik (1). Bylo také referováno příznivé působení SET u astmatiků, mimo jiné možnost snížení dávek IKS při současném podávání (15).

Řada odborníků však stále volá po další „měřitelné“ objektivizaci protizánětlivého působení těchto přípravků. Ukazuje se, že slibným markerem protizánětlivého efektu enzymoterapie u eozinofilního zánětu by mohla být právě hladina NO ve vydechaném vzduchu (FENO).

První sdělení na toto téma prezentovala **Bergendiová** na kongresu ČSAKI v Praze v roce 2008 (4). Zařazení WE do komplexní léčby **5 pacientek** s astmatem, u kterých předtím přes standardní terapii přetrvávaly obtíže a zvýšené hodnoty FENO, vedlo ke snížení hodnot FENO, ke zlepšení klinického skóre i ke snížení hladin IgE. WE byl podáván 3 měsíce v dávce 2 x 7 drg/ den. Po dalších 3 měsících, kdy WE již nebyl podáván (6 měsíců od začátku sledování) došlo znovu ke vzestupu FENO a zhoršení klinického skóre. Pozoruhodné bylo, že snížení IgE přetrvávalo. Měření FENO byla provedena na přístroji NIOX firmy Aerocrine.

Další skupinu **12 pacientů** prezentovala **Vokálová** na kongresu SSAKI v Žilině v roce 2009 (15). Podávání WE i sledování pacientů probíhalo podle stejného schématu jako u první skupiny. Měření FENO byla provedena na přístroji HypairFENO firmy Medisoft.

Stručný souhrn tohoto sledování ukazuje tabulka 1 a graf 1.

V aktuálním sdělení prezentujeme třetí skupinu **17 pacientů**, léčených i sledovaných stejným způsobem jako předchozí 2 skupiny. Sledování probíhalo na 1 pracovišti v ČR (7 pacientů) a na 2 pracovištích v SR (10 pacientů). Měření FENO byla provedena na přístroji HypairFENO firmy Medisoft.

■ Soubor pacientů a průběh sledování (tabulka 2)

Výsledky:

Průměrná hodnota FENO u všech 17 sledovaných pacientů před zahájením podávání WE byla **78,5 ppb**. Stejně jako předchozí dvě sledování i toto ukázalo pokles hodnot FENO u větší části pacientů (15 ze 17 sledovaných, 88%) po 3 měsících, kdy byl k základní léčbě (IKS, IKS+ LABA, antihistaminika) přidán WE v dávce 2 x 7 drg/den. Průměrná hodnota u FENO u 15 pacientů, kteří zareagovali poklesem, se snížila ze **72,6 ppb** na **46,9 ppb**. U jednotlivých pacientů byl zaznamenán pokles FENO o **6 – 79%**, v průměru hodnota FENO poklesla o **41,9%**.

Třetí kontrolní měření po dalších 3 měsících, pouze na základní léčbě bez WE, bylo provedeno u 14 pacientů (jeden se nedostavil ke kontrole). Na rozdíl od předchozích dvou skupin, nedošlo u většiny pacientů k opětovnému vzestupu hodnoty FENO. Markantní vzestup FENO byl zaznamenán pouze u jednoho sledovaného (93...39...81 ppb). U tří pacientů byl vzestup proti druhému měření pouze velmi mírný, u jednoho pacienta zůstala hodnota stejná, u zbývajících dokonce hodnota FENO ještě dále poklesla. Průměrná hodnota třetího měření byla **42,9 ppb**, tedy ještě nepatrně nižší než při druhém měření. Vzhledem k malému počtu pacientů jsme provedli pouze popisné vyhodnocení výsledků.

■ Diskuze

Sledování hodnot FENO u prvních dvou prezentovaných skupin pacientů vykazovalo pokles FENO vázaný na dobu podávání WE a opětovný vzestup po vysazení enzymoterapie (4, 15). Přetrvávání snížené hodnoty FENO i po vysazení Wobenzymu, které bylo zaznamenáno u poslední pozorované skupiny, je překvapující a vyžadovalo by ověření pozorováním většího počtu pacientů. Příznivé působení enzymoterapie bylo již dříve patr-



Tabulka 2:

17 pacientů se zvýšenou hodnotou FENO nekuřáci, věk 14-53 let (prům. 32,4 roku)	Astmatikci na dlouhodobé léčbě kombinovanými inhalačními přípravky Přecitlivělost na inhalační alergen (trávy, břízovité, roztoci....).
1. měření: před podáváním Wobenzymu	17 pac.: FENO prům. 78,5 ppb (33 – 158 ppb) 2 pac. FENO < 40 ppb (33 – 36 ppb), 6 pac. FENO > 40; < 70 ppb (44 – 68 ppb), 5 pac. FENO > 70; < 100 ppb (71 – 96 ppb), 4 pac. FENO > 100 ppb (112 – 158 ppb)
Wobenzym 2 x 7 drg/den po dobu 3 měsíců (současně s nezměněnou standardní terapií)	
2. měření: po 3 měsících užívání Wobenzymu	Nastal pokles FENO u 15 ze 17 pacientů (88 %). před léčbou: FENO prům. 72,6 ppb (33 – 158 ppb) po léčbě: FENO prům. 46,9 ppb (11 – 127 ppb) U jednotlivých pacientů došlo k poklesu FENO o 6 – 79 %. Pokles FENO v prům. o 41,9 %
3. měření: po 3 měsících po vysazení Wobenzymu (6 měs. od začátku sledování)	Provedeno u 14 pacientů, 1 pacient se nedostavil ke kontrole. FENO prům. 42,9 ppb (12 – 116 ppb)

né z klinického sledování mnoha astmatiků a FENO by pravděpodobně mohlo být objektivně měřitelným markerem tohoto efektu.

Protizánětlivé účinky kombinovaných enzymových léků (Wobenzym® a Phlogenzym®) byly již dříve prokázány řadou experimentů i klinických studií. Byly potvrzeny i pro jejich jednotlivé hlavní účinné složky – hydrolytické proteázy – bromelain, papain, trypsin a chymotrypsin.

Možné uplatnění těchto přípravků u eosinofilního zánětu naznačují výsledky některých experimentů s *in vitro* a *in vivo* modely zánětu (16) – například trypsin významně redukoval degranulaci mastocytů a uvolnění histaminu vyvolané protaminem; papain a bromelain inhibovaly modelovou přímou i nepřímou kožní reakci indukovanou histaminem.

Možné využití SET v léčení zánětů dýchacích cest včetně astmatu bylo prezentováno v české i zahraniční literatuře (1, 3, 8). U dětských i dospělých astmatiků byl v praxi zaznamenán vliv enzymoterapie na zlepšení kompenzace, omezení počtu akutních zánětlivých exacerbací, snížení spotřeby bronchodilancií a inhalačních kortikoidů (14).

V souvislosti s tím se jako velmi záj-

mové jeví výsledky dvou prací, které se zaměřily přímo na výzkum **protizánětlivého efektu bromelainu** (proteáza obsažená ve Wobenzymu® i Phlogenzymu®) na definovaném experimentálním modelu alergického zánětu dýchacích cest (alergický airway disease, AAD), který je indukován u myši intraperitoneální aplikací vaječného albuminu (OVA) s následnou třídní inhalační provokací aerosolem OVA (11, 12). Bromelain podávaný v těchto experimentech cestou intraperitoneální i enterální významně omezoval změny v dýchacích cestách analogické změnám pozorovaným při astmatu (v BAL např. poklesl počet leukocytů a eozinofilů, CD4+ a CD8+ lymfocytů, poměr CD4+/CD8+ T lymfocytů a hladina IL-13)

Zcela nový pohled na možné vysvětlení příznivého působení systémové enzymoterapie u astmatu přináší publikace, která se zabývá lymfatickou cirkulací ve sliznicích dýchacích cest (2). Autoři ve svém výzkumu došli k závěru, že **bronchiální obstrukce** doprovázející záněty dýchacích cest může být dílem působena **bronchiálním lymfedémem z porušené lymfatické cirkulace ve sliznici bronchů**. Je obecně známé, že právě v léčbě sekundárního i primárního lymfedému v nej-

různějších lokalizacích vykazuje používání WE velmi dobré výsledky. Předpokládá působení na mnoho faktorů ovlivňujících lymfatickou cirkulaci – zlepšení reologických vlastností krve i lymfy, lýza lymfatických zátek vznikajících při stagnaci lymfatické cirkulace, podíl na degradaci extravaskulárně uniklých bílkovin.

■ Závěr

SET rozhodně nekandiduje na pozici léků, které by mohly nahradit obligátní léčbu astmatu, kde dominantní role připadá IKS. Vzhledem k tomu, že však stále přibývají další důkazy o nežádoucích systémových účincích IKS (skelet, chrup, katarakta) u dětí i dospělých (5), hledají se nové možnosti „kortikoidy šetřící“ medikace. Podpůrná léčba astmatu pomocí léků pro SET by pravděpodobně mohla být cestou ke snižování dávek inhalačních kortikoidů u rizikových jedinců. Kromě prokázané protizánětlivé účinnosti je podstatná i její bezpečnost. K ověření této hypotézy by ovšem byly nutné regulérní klinické studie s větším počtem pacientů.

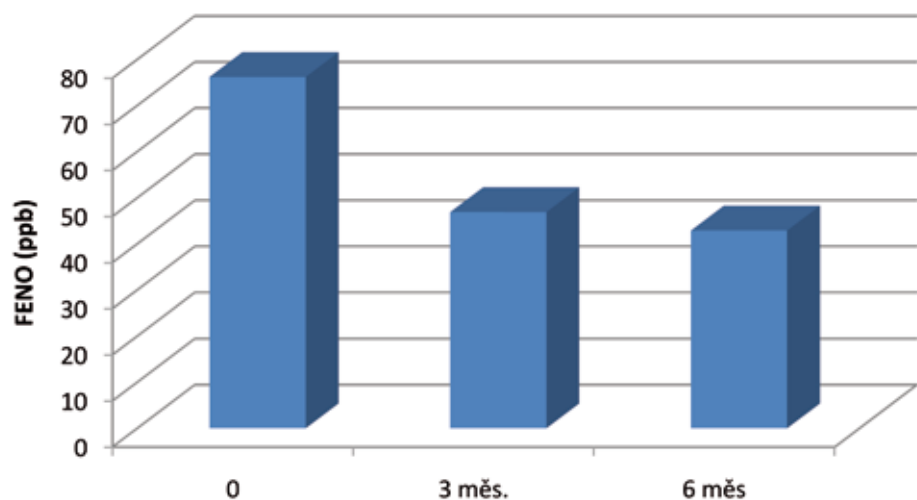
Tato práce byla prezentována jako poster na 27. Sjezdu ČSAKI a SSAKI 6. – 9. 10. 2010 v Olomouci.

Literatura:

1. Adámková E, Balcar J, Bartovičová E, Fialová Y, Gricová P, Hák J, Hubková B, Komárková M, Krubšek D, Kučerová M, Machoňová D, Slaninová J, Vokálová I, Vrajková J, Hačkajlo D, Honzíkova M. Systémová enzymoterapie v komplexní léčbě recidivujících zánětů dýchacích cest u dětí – postregistrační retrospektivní multicentrické hodnocení. Čes.-slov. Pediat. 2004;59(10):513-521.
2. Baluk P, Tammela T, Ator E, Lyubynska N, Achen MG, Hicklin DJ, Jeltsch M, Petrova TV, Pytowski B, Stacker SA, Ylä-Herttuala S, Jackson DG, Alitalo K, McDonald DM. Pathogenesis of persistent lymphatic vessel hyperplasia in chronic airway inflammation. J Clin Invest. 2005, Feb;115(2):247-57.
3. Bartošíková L, Nečas J, Bartošik T, Fráňa P, Fráňová J, Bolomová M. Systémová enzymoterapie v léčbě infekcí horních cest dýchacích. Klin Imunol Alergol 2006;15(2):18-27.
4. Bergendiová K, Drugová M. Protokol hodnotenia kontroly zápalu dýchacích ciest a účinnosti protizápalovej liečby u dospelých pacientov s prieduškovou astmou s pretrvávajúcou klinickou symptomatológiou a vysokými hodnotami FeNO napriek štandardnej terapii. (abstrakt). Alergie 2008;2 (suppl 2): P4/5.
5. Han ER, Choi IS, Kim HK, Kang YW, Park JG, Lim JR, Seo JH, Choi JH. Inhaled corticosteroid-related tooth problems in asthmatics. J Asthma. 2009 Mar;46(2):160-4.
6. Hrubisko M. Systémová enzymová terapia – mýtus alebo realita? Terapia 2008;3:23-26.



Graf 2: 17 pacientů, 2010



7. Jeseňák M, Rennerová Z, Havlíčková Z, Bacmaňáková I, Pohanka V, Bánovčin P. Prevencia recidivujúcich infekcií respiračného traktu u detí – 2. časť ostatné doplnkové farmakologické i nefarmakologické možnosti. *Pediatrica (Bratisl.)* 2009; 4(4):167-173.

8. Lanchava N, Nemsadze K, Chkhaidze I, Kandelaki E,

Nareklisvili N. Wobenzym in treatment of recurrent obstructive bronchitis in children. *Georgian Med News*. 2005 Oct;(127):50-53.

9. Lönnkvist K, Anderson M, Hedlin G, Svartengren M. Exhaled NO and eosinophil markers in blood, nasal lavage and sputum in children with asthma after with-

drawal of budesonide. *Pediatr Allergy Immunol*. 2004 Aug;15(4):351-8.

10. Pijnenburg MW, Hofhuis W, Hop WC, De Jongste JC. Exhaled nitric oxide predicts asthma relapse in children with clinical asthma remission. *Thorax*. 2005;Mar;60(3):215-8.

11. Secor ER Jr, Carson WF 4th, Cloutier MM, Guernsey LA, Schramm CM, Wu CA, Thrall RS. Bromelain exerts anti-inflammatory effects in an ovalbumin-induced murine model of allergic airway disease. *Cell Immunol*. 2005 Sep;237(1):68-75.

12. Secor ER, Carson WF, Singh A, Pensa M, Guernsey LA, Schramm CM, Thrall RS. Oral bromelain attenuates inflammation in an ovalbumin-induced murine model of asthma. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2008 Mar;5(1):61-9.

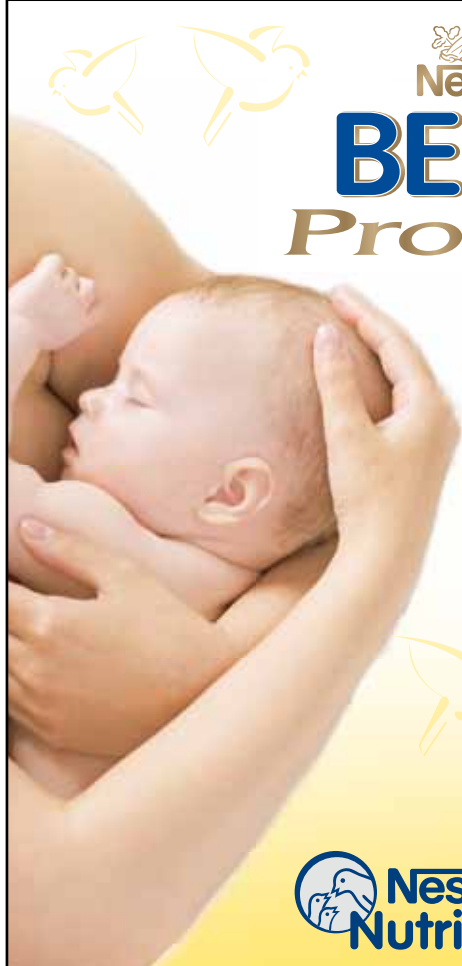
13. Végh V, Végh T. Přehled doplňkové imunomodulace v pediatrii. *Pediatr prax* 2009; 10: 28-31.

14. Vokálová I. Systémová enzymoterapie v léčbě dětí s recidivujícími respiračními infekcemi. *Vox Pediatr*. 2002;2:29-30.

15. Vokálová I. Ověření vlivu proteáz na úroveň zánětu u průduškového astmatu. (abstrakt), *Klin Imunol Alergol* 2009;3:46

16. Wood GR, Ziska T, Morgenstern E, Stauder G. Sequential effects of an oral enzyme combination with rutosid in different in vitro and in vivo models of inflammation. *Int J Immunother* 1997;XIII(3/4):139-45.


BEBA
Profesionál





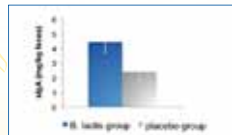
KAŽDÉ DÍTĚ POTŘEBUJE BIFIDUS B_L

A to není žádný problém pro kojené děti. Od té doby co víme, že mateřské mléko Bifidus B_L obsahuje.

Převaha Bifidu B_L v zažívacím traktu kojence značnou mírou přispívá k tomu, že jsou tyto děti zdravější než děti nekojené.

Bifidus B_L zvyšuje hladinu slgA a snižuje hladinu calprotectinu ve stolici

Osobní intervence (mean ± SEM)



**Nová BEBA PRO obohacená probiotiky
je jediná kojenecká výživa obsahující Bifidus!**





BEBA. S láskou. S péčí. S Bifidem B_L.

Nová prémiová dětská výživa Nutradefense od společnosti HERO

SUNAR NUTRADEFENSE – diamant v dětské kojenecké výživě

MUDr. Veronika Čířmanová

KDDL 1. LF UK a VFN, Praha

Mezinárodní společnost HERO představila začátkem září originální řadu produktů mléčné kojenecké výživy SUNAR Nutradefense na sympoziu v pražském Mövenpicku. Před pozvanými pediatry a PLDD z Čech i Slovenska vystoupili přední odborníci dětské výživy: prof. MUDr. Jiří Nevoral, CSc. z Pediatrické kliniky 2. LF UK a FN Motol, doc. MUDr. Oldřich Pozler, CSc. z Dětské kliniky FN Hradec Králové, prim. MUDr. Pavel Frühauf CSc. z Kliniky dětského a dorostového lékařství VFN Praha, prof. MUDr. Svetozár Dluholucký, CSc., děkan Fakulty zdravotnictví v Bánské Bystrici Slovenské zdravotnické univerzity Bratislava.

Světová zdravotnická organizace WHO doporučuje plné kojení alespoň během prvních 6 měsíců věku dítěte, poté se doporučuje ke kojení začít s postupným zaváděním nemléčných příkrmů. Nicméně ne vždy je to možné, ať už ze zdravotních důvodů dítěte nebo nedostatku mateřského mléka u matky. Ochranná funkce mateřského mléka se stala inspirací pro společnost HERO k vytvoření ucelené řady počáteční a pokračovací kojenecké mléčné výživy, přizpůsobené každé fázi růstu dítěte.

Složení **Sunar NUTRADEFENSE** je svým složením ještě blíže přirozenému složení mateřského mléka, jež chrání citlivý dětský organismus v době jeho vývinu.

Pečlivě vyvážená kojenecká výživa Nutradefense obsahuje vedle cenných bílkovin, sacharidů, tuků, vitaminů a minerálních látek také 3 významné složky:

- důležitou **prebiotickou vlákninu GOS**, přirozeně obsaženou v mateřském mléku
- potřebné **omega 3 a omega 6 nenasycené mastné kyseliny DHA a ARA**, které získává lidský organismus jen z přirozeně vyvážené stravy
- nukleotidy - stavební jednotky nukleových kyselin DNA a RNA, které se podílí na přenosu dědičné informace a které jsou nezbytné pro tvorbu bílkovin

■ Prebiotická vláknina GOS

Kojenecká mléčná výživa obohacená o prebiotickou vlákninu GOS **podporuje růst probiotických bakterií rodu Bifidobacteria a Lactobacillus**, které:

- pomáhá vytvářet vhodné prostředí a podporuje selektivní růst probiotických bakterií
- přispívají ke správné konzistenci stolice
- snižují její pH



V mléčné výživě jsou používány rozdílné typy prebiotické vlákniny či jejich kombinace např. GOS či FOS. **Prebiotická vláknina GOS** se přirozeně vytváří v mateřském mléku na rozdíl od prebiotické vlákniny **FOS**, která je rostlinného původu (získává se např. z čekanky). Prostřednictvím mateřského mléka se GOS dostává nestrávená do střevního traktu (tlustého střeva), kde podporuje a upravuje růst selektivní střevní mikroflóry. U kojených dětí rovněž přispívá k pravidelné a měkčí konzistenci stolice. Přidáním prebiotické vlákniny GOS do mléčné výživy Nutradefense se snažíme napodobit její funkci v mateřském mléce.

Omega 3 a omega 6 nenasycené mastné kyseliny DHA a ARA tzv. LC PUFA přispívají:

- ke zdravému růstu a vývoji kojence
- dostatečný příjem je dáván do souvislosti z vývojem mozku, oční sítnice

Mateřské mléko obsahuje esenciální nenasycené mastné kyseliny s dlouhým řetězcem (**ARA – kyselina arachidonová a DHA – kyselina dokosaheptaenová**) - jejich přímá

konzumace je účinnější než konzumace jejich prekurzorů. Organismus si je nedokáže sám vytvořit v dostatečném množství, proto je nutný jejich příjem stravou. Rozvoj imunitního systému a profil cytokinů je srovnatelný u dětí kojených a živěných náhradní mléčnou výživou obohacenou o nenasycené mastné kyseliny DHA a ARA.

Nukleotidy v mateřském mléce hrají důležitou roli ve všech biologických procesech. Jsou stavebními jednotkami DNA a RNA, které se podílí na přenosu dědičné informace a které jsou nezbytné pro tvorbu bílkovin. V mateřském mléce, zejména v prvních měsících, jsou nezastupitelné. Nicméně s postupem věku dítěte jejich množství postupně klesá.

Nukleotidy obsažené v mléčné kojenecké výživě Sunar Nutradefense pozitivně ovlivňují imunitní systém kojenců podobně jako mateřské mléko. Byla zaznamenána zvýšená tvorba protilátek u dětí očkovanych proti diftérii a Haemophilus influenzae.

Kojenecká mléčná výživa Sunar Nutradefense je určena pro donošené děti jako jediný zdroj výživy pro kojence od narození nebo součást smíšené stravy pro kojence od ukončení 6. měsíce. Hlavní složky obsažené v kojenecké mléčné výživě Nutradefense:

Sacharidy – laktóza, maltodextrin - představují hlavní zdroj energie. Pozitivně ovlivňují gastrointestinální systém (zesilují probiotický efekt, zlepšují konzistenci stolice, zlepšují absorpci potřebného sodíku a vápníku).

Bílkoviny - vyvážené množství bílkovin obsažené v mléčné kojenecké výživě podporuje správný růst organismu, a to podobně ja-

Hero - Nutradefense



těte, a navíc jej chrání před volnými radikály. Selen a zinek je nutné jako esenciální mikronutrienty přijímat ve vyváženém množství stravou.

Taurin sehrává důležitou roli při transportu vápníku dětským organismem a při konjugaci žlučových kyselin.

Cholin obsažený v mléčné kojenecké výživě napomáhá správnému vývoji mozku a mozkových membrán a aktivně řídí transport cholesterolu a lipidů.

■ Portfolio Nutradefense:

Nutradefense nabízí široký sortiment produktů pro nejmenší všech věkových kategorií a požadavků. Výrobky řady Nutradefense patří mezi potraviny pro zvláštní výživu.

ní výživu.

Základní řada

Nutradefense 1 – pro kojence od narození, pokud nemohou být kojeni

Nutradefense 2 – pro kojence od ukončeného 6. měsíce

Nutradefense 3 – pro kojence od ukončeného 10. měsíce

Nutradefense 4 – pro malé děti od ukončeného 18. měsíce

Hypoalergenní řada – určena kojencům s rizikem vzniku alergií – během října se bude přecházet ze Sunaru HA na Nutradefense HA.

Nutradefense HA 1 – pro kojence od narození, pokud nemohou být kojeni

Nutradefense HA 2 – pro kojence od ukončeného 6. měsíce

Nutradefense HA 3 – pro kojence od ukončeného 10. měsíce

Nutradefense smart pack – balení s praktickou dózou, kterou můžete opakovaně využít

Nutradefense smart pack 1 – pro kojence od narození, pokud nemohou být kojeni

Nutradefense smart pack 2 – pro kojence od ukončeného 6. měsíce

Jednoporcové balení – ideálním řešením pro maminky, které chtějí výrobek vyzkoušet, nebo jako cestovní balení

Nutradefense „jedenporcovky“ 1 – pro kojence od narození, pokud nemohou být kojeni

Nutradefense „jedenporcovky“ 2 – pro kojence od ukončeného 6. měsíce

ko bílkoviny z mateřského mléka. Poměr syrovátkové bílkoviny a kaseinu je v přípravku Nutradefense v obdobném poměru 60:40 jako v mléce mateřském. Výrobek záměrně obsahuje bílkoviny v nižších hladinách (1,4g/100 ml) pro cílené snížení ledvinové zátěže.

Tuky – pečlivě vybrané složení rostlinných olejů v mléčné kojenecké výživě odpovídá profilu složení tuků mateřského mléka. Přidání esenciálních nenasycených mastných kyselin DHA a ARA v poměru 1:1 je dáván do souvislosti s rozvojem zraku a kognitivních funkcí. Poměr nenasycených mastných kyselin – kyseliny linolové a alfa linolenové odpovídá přísným směrnici Komise 141/2006 ES pro počáteční a pokračovací kojeneckou výživu.

Vápník, fosfor, vitamín D – optimální poměr vápníku a fosforu dokonale vyvažuje funkci střev. Spolu s vitamínem D se navíc podílí na správném růstu a vývoji kostí. Ideální zastoupení vápníku a fosforu v mléčném kojeneckém přípravku Sunar Nutradefense odpovídá přísným směrnici Komise 141/2006 ES pro počáteční a pokračovací kojeneckou výživu.

Železo jako součást molekuly hemoglobinu umožňuje přenos kyslíku v krvi. Jeho adekvátní množství v mléčné kojenecké výživě odpovídá přísným směrnici Komise 141/2006 ES pro počáteční a pokračovací kojeneckou výživu.

Selen a zinek – přítomnost selenu a zinku v kojenecké výživě stimuluje správný růst dí-

Vyhláška donutí lékaře hledat rezervy, tvrdí MZ

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

Prohlášení ministerstva zdravotnictví k návrhu úhradové vyhlášky pro rok 2011

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

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

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

I přes velice mírné zvýšení příjmů v průběhu roku 2010 (díky zvýšené platbě státu za státní pojištění o 46,- Kč od 1. 1. 2010) je růst nákladů na zdravotní péči mnohem vyšší. Naopak výběr pojistného (po odečtení platby státu) oproti roku 2009 poklesl.

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

Návrh úhradové vyhlášky pro rok 2011 poprvé po mnoha letech nezvyšuje příjmy zdravotnických zařízení. Vzhledem k tíživé ekonomické situaci je poprvé restriktivní a snižuje objem finančních prostředků zhruba o 2 %.

Takové snížení finančních prostředků nepovede ke snížení kvality a dostupnosti zdravotní péče. Pouze donutí zdravotnická zařízení k hledání rezerv uvnitř jejich systému a zvýšení jejich efektivity, která je veřejností dlouhodobě kritizována. Ministerstvo zdravotnictví zároveň apeluje na poskytovatele zdravotní péče i jednotlivé lékaře, aby akceptovali, že během období vynucených finančních restrikcí je nezbytné v maximální míře zachovávat efektivitu poskytované péče.

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

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

Zdroj: www.mzcr.cz 12.11.2010



Ze světa odborné literatury...

Odhad schopnosti 11letých dětí pro 3 typy fyzické aktivity

Důležitost denní fyzické aktivity je zvláště v dnešní době v popředí zájmu. Zpráva autorů z Malty do této studie zavazala vzorek 581 dětí, které reprezentují 18 % dané věkové populace ze všech částí tohoto ostrova. Mladým jedincům nabídli plavání, cyklistiku a skoky přes švihadlo. Poměr chlapců a dívek byl přibližně stejný. Nejvíce vyhledávaným bylo plavání (95 % chlapců a 94 % děvčat), následované cyklistikou (90 % chlapců a 82 % děvčat). Poslední aktivitou pak byl skok přes švihadlo, ale jen pro 47 % chlapců a 88 % děvčat. Poslední dobou i Malta je postižena obesitou mladistvých. 28 % jedenáctiletých dětí má nadváhu nebo jsou obézní. Děti mají preferovat především aerobní cvičení. Měly by být vedeny především k pohybu, a to již od 3 let věku. Aktivita pohybová u dětí by měla být denní záležitostí. Studie z Velké Británie ukazují, že jen jedno ze 40 dětí se snaží intenzivně sportovat. V práci zdůrazňují získání zájmu k podněcování sportovní činnosti.

Eur.J.Pediatr./2010/169: 1093 – 1096

Imunoglobulinové preparáty vedou k hyponatrémii u Kawasakiho nemoci

Kawasakiho onemocnění je akutní febrilní vaskulitis neznámé etiologie, která postihuje děti mladší 5 let. Protože je to systémová vaskulitida, může se vyvíjet multiorgánové selhání, včetně koronárních arteriálních lézí, karditidy, artritidy, hepatitidy a poškození CNS. Poměrně frekventně je popisována hyponatrémie (v séru Na pod 135 mEq/l), jejíž mechanismus je zatím neznám.

V poslední době iatrogenní hyponatrémie, která je často vidět u hospitalizovaných dětí a je zapříčiněna podáním hypotonických intravenózních roztoků, je předmětem zájmu v této práci.

Je proto osou tohoto sdělení odpověď na otázku, zdali podání intravenózního imunoglobulinu, a to opakovaně ve velkých dávkách, používané v terapii Kawasakiho nemoci, může ovlivnit sérovou hladinu natria. Obsah natria v IVIG je 154 mEq/l. Sledovali 87 subjektů, ze kterých mělo 27 hyponatrémii a bylo rozděleno do dvou skupin. Skupina A dostávala IVIG preparáty obsahující Na v roztoku 0,9 % a skupina B obsahující jen stopu Na. Zatímco data před IVIG terapií neprozrazovala žádné difference, po podání preparátů se zvýšila sérová hladina natria ve skupině A, ale ne ve skupině B. Dále střední hladina Natria byla signifikantně vyšší ve skupině A než ve skupině B. Žádné difference nebyly nalezeny v prevalenci koronárních arteriálních lézí mezi skupinami. Můžeme konstatovat, že hyponatrémie se vyskytuje u 1/3 pacientů s KD. Mechanismus pro hyponatrémii snad souvisí s nepřiměřenou sekrecí antidiuretického hormonu, hyponatrémickou dehydratací a příjmem tekutiny, která je hypoosmolární. Je také patrná určitá relace mezi hladinou Na a CRP, t.j. vysoké CRP, nízké natrium. Toto podporuje názor, že zvýšení zánětlivých cytokinů může indukovat syndrom nepřiměřené sekrece antidiuretického hormonu a může mít přímý tubulární efekt zapříčiňující natriuresu. Pro podání 2 g/kg IVIG preparátů, musí být dodáno 400 ml volumu tekutin k zajištění 5 % proteinové koncentrace. Ukazuje se, že podání IVIG produktů druhé skupiny s minimem Na dokonce upravuje hyponatrémii, která je vidět u 1/3 pacientů s KD. Autoři se domnívají, že IVIG produkty bez Na mají opačný efekt na hyponatrémii. Jestliže pacienti před IVIG terapií vykazují hyponatrémii, pak autoři používají IVIG obsahující vysoké Na. V případech hyponatrémie používají 0,9 % roztok natrium chloridu nebo Hartmanova roztoku pro infusní terapii. Vůbec se dostává do popředí názor neužívat hypotonické roztoky pro rehydrataci ve velké většině akutních stavů.

Eur.J.Pediatr./2010/169,957-960.

Léčení propiverinem u dětí s hyperaktivním ne-neurogenním měchýřem

Antimuskarinové preparáty, např. propiverin hydrochlorid, velmi dobře stabilisuje děti s ne-neurogenním močovým měchýřem. Stejně tak dobře stabilisuje děti s neurogení detrusorovou hyperaktivitou. Tento preparát je indikován na uvedenou léčbu, dále na inkontinenci, urgentní močení i na přetrvávající malé močové volumny, a to od věku 5 let. Na neurogení detrusorovou hyperaktivitu již od roka věku. Užívá se v dávce 0,8 mg / kg hmotnosti. Studie zavazala 38 center v Evropě, zařazeno bylo celkem 303 dětí (194 chlapců a 109 dívek). Po vyloučení dalších věcí s uroterapií, nepřiměřenou uroflowmetrií, extrémní dilatací měchýře vzhledem k věku, frekvencí močení pod 8 za den, epizodami inkontinence během 7 dnů a reziduálním volumnem více než 10 ml zůstalo 164 pacientů. Střední věk dětí byl 7 let. Podávali placebo a propiverin a srovnávali efekt u 87 léčených a 83

neléčených. Po terapii propiverinem poklesla frekvence vyprazdňování o 20 %, t.j. o 2 epizody ve srovnání o 1,2 epizody placebové skupiny. Episody inkontinence denní poklesly o 0,5 epizody s propiverinem a 0,2 epizody ve skupině s placebem. Střední hodnota vylučovaného volumnu se zvýšila na 31 ml ve skupině s propiverinem ve srovnání na 5 ml ve skupině s placebem. Žádný užitek nebyl patrný v žádné skupině s placebem. Episody inkontinence poklesly o 0,72 epizody s propiverinem ve srovnání 0,41 epizody s placebem. Pokud byly zhotoveny protokoly 1 hodinu po začátku léčby, pak volumny ve skupině s propiverinem obsahovalo 36 ml ve srovnání s 10 ml u placeba. Rodiče udávali v 34 % efekt jako velmi dobrý.

Z vedlejších efektů bylo možné sdělit, že preparát byl velmi dobře tolerován. Vedlejší efekty se objevovaly při dávce více než 0,9 mg / kg váhy. Jednou se objevily po propiverinu výrazné bolesti břicha. Také možno prezentovat, že uroterapie zlepšuje symptomy u řady pacientů, uvádějí u necelých 50 %. Volumny po propiverinu se zvýšilo 6x, což samo dokládá jeho užitečnost.

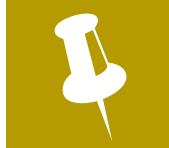
Eur. Urol./2008/7.

Problematika chování u dětí s noční a denní enuresou

V práci srovnávali 85 dětí s kombinovanou denní a noční enuresou s 56 dětmi s noční enuresou a 155 zdravými dětmi. EN trpí kolem 7 % chlapců a 3 % děvčat, v některých státech (Belgie) je udáváno až kolem 10 %. Děti s noční a denní enuresou jsou popisovány jako nejrizikovější pro poruchy chování, agresivitu, hyperaktivitu, menší koncentrovatelnost a větší dráždivost. Obě skupiny provázely nižší skóre pro poruchy vědomí a benevolenci a vyšší skóre pro neurotismus ve srovnání se zdravými dětmi. Děti s čistou noční enuresou jsou popisovány jako méně expresivní, a hůře orientované. Negativní životní události ovlivňují vývoj enuresis. Také uzavírají, že psychologické problémy mohou být následkem enuresis.

Journal of Pediatric Psychology, Vol.31, č.5., 2005.

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



Aktuality...

Situace na poli očkování se projasňuje

V úvodním bloku letošních hradeckých Vakcinologických dnů MUDr. Hana Cabrnchová, předsedkyně Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP, zmapovala situaci v roce 2010 z pohledu praktického dětského lékaře. Mění se mnoho věcí jak v povinném, tak dobrovolném očkování.

Na začátku MUDr. Cabrnchová připomněla některé významné body nedávného vývoje v české vakcinologii. "Často čelíme otázce, zda očkování dětí příliš nezatěžuje. Současná antigenní zátěž včetně nadstandardní vakcinace je však mnohem nižší než ještě před několika málo lety. V běžném životě si někdy nestačíme uvědomit, k jak zásadním posunům dochází. Pouhé čtyři roky uběhly od doby, kdy jsme používali poměrně reaktogenní vakcínu proti pertussi s celobuněčnou složkou, kdy jsme očkovali zvláště proti hepatitidě B, kdy jsme dvakrát ročně zvali děti na očkování živou vakcínou proti poliomyelitidě," uvedla MUDr. Cabrnchová.

Vedlejším, ale jistě také kladně přijímaným dopadem všech změn je zjednodušení povinného očkovacího kalendáře. V současné době končí mezi desátým a jedenáctým rokem věku, doočkovávají se pouze starší ročníky proti hepatitidě B a tetanu. Pozitivní počín podle MUDr. Cabrnchové rovněž představuje ustanovení Národní imunizační komise (NIKO). "Česká republika byla jednou z posledních zemí, které takovou strukturu neměly. Uděláme vše pro to, aby komise měla respekt a závěry jejího jednání byly základem pro rozhodování státní správy."

Asi nejdůležitější změnou, k níž došlo hned na začátku letošního roku, bylo zavedení plošného očkování proti pneumokokům. "V tomto případě se ani nedá říci, že jsme k tomuto kroku přistoupili za pět minut dvanáct. Musíme si přiznat, že to bylo deset minut po dvanácté - všechny ostatní vyspělé státy včetně nám blízkého Slovenska byly napřed," uvedla MUDr. Cabrnchová.

Nyní se děti proti pneumokokům očkují ve třech režimech. Prvním je očkování zahájené ve věku tři až pět měsíců, které je nepovinné a vakcínu i výkon hradí zdravotní pojišťovna. V současnosti jsou pro tento účel hrazeny vakcíny Synflorix a Prevenar 7 (postupně z trhu mizí) a s doplatkem kolem 350 korun vakcína Prevenar 13.

Očkuje se ve schématu tři plus jedna dávka. Druhým režimem je státem hrazené povinné očkování rizikových skupin dětí do pěti let, kdy lékař dostane vakcínu zdarma od distributora a výkon hradí zdravotní pojišťovna. Třetím přístupem je nepovinné, dobrovolné očkování dětí, které již nesplňují věkovou hranici pro plošné očkování, ale jsou mladší pěti let. Zde může vakcinace proběhnout na žádost rodičů; je pak nehrazená, ale některé zdravotní pojišťovny na ni nabízejí příspěvek z preventivních fondů. Pro další rozhodování, mimo jiné i o schématu vakcinace, budou mít klíčový význam data o tom, do jaké míry se za této situace daří kojeneckou populaci proočkovat.

MUDr. Cabrnchová na kongresu představila první takové informace. Pocházejí ze tří zdrojů, jejichž závěry jsou až překvapivě konzistentní. Prvním zdrojem je výzkum mezi 240 praktickými pediatry. Při extrapolaci těchto dat se dá předpokládat, že v režimu plošného očkování je proočkováno 84 % kojenců do šesti měsíců. Další zdroje údajů - informace o prodeji vakcín a informace pojišťoven - tento odhad s minimální odchylkou potvrzují. Aktuální otázkou je rovněž změna přístupu k očkování proti pertussi. Toto onemocnění představuje stále větší problém.

Jeho incidence stoupá, po 35 letech došlo v České republice dokonce ke třem úmrtím (v letech 2005, 2007 a 2009) dosud neočkovaných kojenců. "Zásadní je zde včasnost aplikace hexavakcíny. Přijetím nové vyhlášky a zrušením plošné BCG vakcinace by se první dávka měla posunout na dva měsíce věku. Dalším opatřením by mělo být posunutí booster dávky na devět let v souladu s narůstající incidencí již v této věkové kategorii. To by bylo ekonomicky náročné, protože by to znamenalo nákup očkovací látky pro tři ročníky dětí. Zatím se zdá, že řešení bude postupné. Stát nakoupí očkovací látky o něco více, abychom mohli šířeji pokrýt kohortu desetiletých dětí. Apelujeme také na očkování rodinných příslušníků malých dětí či personálu neonatologických oddělení," uvedla MUDr. Cabrnchová.

V oblasti nepovinného očkování MUDr. Cabrnchová mimo jiné vydvihla některé iniciativy zdravotních pojišťoven, které veřejnost motivují k využití těchto možností. "Týká se to například očkování proti HPV. Díky programu VZP "Třetí dávka zdarma" bylo rozdáno 17 000 certifikátů. Stejně významná je i akce na pomoc vakcinaci proti rotavirovým infekcím, která probíhá pod heslem "Chraňte své dítě, my vás podpoříme".

V závěru svého sdělení MUDr. Cabrnchová upozornila kolegy na možnost používat očkovací kalendář v elektronické podobě. Odbornou garanci tomuto projektu dala Česká vakcinologická společnost. "Jde o velmi slibný nástroj, který eviduje veškerá data o schválených očkovacích látkách, nabízí intervaly, plánuje očkování a umožňuje zvaní klientů podle předem daných parametrů například formou SMS nebo e-mailem."

Zdroj: Medical Tribune, 7.11.2010

Odvolávají mě často

Generální ředitel VZP Pavel Horák v rozhovoru říká, jaký má postoj k současnému složení správní rady pojišťovny a k jejímu předsedovi Marku Šnajdrovi. Nemyslí si, že by po ekonomické stránce pomohlo rozdělit péči na standard a nadstandard. Spíše by umožnil pojišťovně zasahovat do péče tak, aby mohly omezit zbytečné vyšetření...

EURO: Jaká je momentální finanční situace VZP?

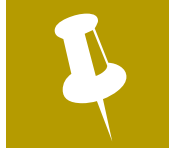
HORÁK: Veškeré své závazky stále hradíme. Máme rezervy z let 2007 a 2008, takže jsme schopni pokrývat požadavky českého zdravotnictví z prostředků, které máme k dispozici. Správní rada právě schválila návrh zdravotněpojištního plánu na příští rok. Tedy na období, kdy bychom měli vydržet bez dodatečných finančních prostředků. Ale rezervy samozřejmě vyčerpáme.

EURO: A co budete dělat potom?

HORÁK: Především by se mělo už dříve rozhodnout o tom, kam a jak bude zdravotnictví kráčet dál.

EURO: Zastáváte názor, že se v našem zdravotnictví dá ušetřit až deset procent. Jak?

HORÁK: Největší neefektivita je v předpisu léků. Dnes neexistuje žádná koordinace. Proto prosazujeme elektronickou zdravotní knížku společnosti IZIP a elektronické systémy ve zdravotnictví. Když kontrolujeme recepty, je vidět, že spousta léků je předepisována duplicitně. Dalším příkladem jsou vyšetření. Není výjimkou, že nejdříve pacienta vyšetří v malé nemocnici a potom je poslán do další nemocnice, kde ho vyšetří znova.

**EURO: Kdo jiný má hlídat pohyb pacienta, když ne pojišťovna?**

HORÁK: Systém je z ústavy nastavený tak, že veškerá péče, kterou indikuje ošetřující lékař, je hrazená. Pojišťovny neřídí léčbu pacientů.

EURO: Co by se tedy podle vás mělo ve zdravotnictví změnit?

HORÁK: Měly by se uplatnit obecné mechanismy pojišťoven. Nyní se péče poskytuje neefektivně, často opakovaně a zbytečně, protože pojištěnec není nijak motivován, aby se choval úsporně. Nemůžeme mu nabídnout pojistný plán, v němž se zavážeme, že bude platit nižší pojistné, když bude chodit nejdříve k praktickému lékaři, který jej pošle ke specialistovi. Víme, že to vyjde levněji.

EURO: Mohlo by českému zdravotnictví pomoci určení standardu a nadstandardu?

HORÁK: Dá se najít pár příkladů, kde by to mohlo fungovat. To jsou ale okrajové a finančně nezajímavé částky. Problém přijde v okamžiku, kdy to začnete aplikovat na biologickou léčbu. Je to standard, nebo není? Zjistíte, že je to standard a že v této oblasti žádné připojištění není. Název standard a nadstandard je zavádějící. Myslím, že by se spíše měl definovat rozsah pojistného krytí. To znamená, že mám základní balík služeb, pro který platí solidarita. Pak jsou ve zdravotním systému navíc části, na něž se můžu připojistit, ale už platím nominální pojistné.

EURO: Na určení standardu pracují pracovní skupiny. Byli jste také osloveni ke spolupráci?

HORÁK: Nebyli. Zájem bychom ale měli. Moje představa například je, že zubař je zdarma pro děti do 18 a pro lidi nad 65 let. Zbytek populace, pokud nechce u zubaře platit přímo, ať si zaplatí zubní připojištění. Musí ovšem dodržovat povinnosti, například chodit dvakrát ročně na preventivní prohlídku, jinak pojišťovna zákrok neproplatí.

EURO: Kdybyste si měl vybrat šéfa správní rady VZP, byl by to znovu-zvolený Marek Šnajdr?

HORÁK: Kdybych si měl vybrat, jak by pojišťovna měla fungovat, chtěl bych standardní společnost, která má představenstvo a dozorčí radu. To je další oblast, která je zralá k reformě. Správní rada VZP je orgán, který má 30 členů. To nemá žádná nadnárodní firma. Ale nevádí mi, že tam pan Šnajdr sedí.

EURO: Říká se ale, že za ekonomickými problémy VZP stojí právě on.

HORÁK: Na to se můžete dívat z mnoha úhlů pohledu. Ve správní radě je přesný poměr zastoupení jako v Parlamentu. Kdyby se u nás rozhodlo jako v Parlamentu, v pojišťovně se nic neudělá. Marek Šnajdr se snaží postupovat maximálně konsensuálně. Správní rada by mohla pojišťovnu paralyzovat, a za poslední čtyři roky tam k ničemu takovému nedošlo. Velké pozitivum je, že je na místě předsedy správní rady někdo, kdo se v této oblasti pohybuje již léta a kdo má tento přístup.

EURO: Často se hovoří o vašem odvolání.

HORÁK: To se hovoří pořád (smích). A vy novináři to pořád uveřejňujete.

Zdroj: Euro, 8.11.2010

Roboti odhalují, jak VZP bez kontroly roztáčí miliardy

Výdaje na nemocnice se od roku 2006 zvýšily o 30 miliard. Jde o peníze, které jsou nemocnicím každým rokem přiděleny bez výběrových řízení a bez státní kontroly.

Příklad?

Největší tuzemské centrum robotické chirurgie, které bylo zřízeno v leších nedaleko Velkého Meziříčí.

Americký robot da Vinci provede ve zdejší Nemocnici svaté Zdislavy

250 zákroků, ze dvou třetin jde o operace prostaty.

Za každý zákrok zaplatí pojišťovny 140 tisíc korun. To je o 110 tisíc víc, než stojí operace prostaty bez robota.

"Naše centrum zahájilo činnost v květnu 2007," vysvětluje šéf robotického centra Jaroslav Tvarůžek a dodává: "Spektrum operovaných pacientů je tvořeno zejména onkologickými indikacemi."

Jde o mimořádně výhodnou investici.

Robot se zaplatí

Robota da Vinci dodává společnost Hospimed v ceně do šedesáti milionů korun. Každý výkon na robota uhradí z této částky 100 tisíc korun. Nemocnice svaté Zdislavy tak svou investici splatila už za dva a půl roku.

Příklad robotického centra na Vysočině je příkladem, jak rozdělují peníze Všeobecná zdravotní pojišťovna. Právě její úředníci v čele s ředitelem Pavlem Horákem rozhodují o tom, kolik výkonů a za kolik zaplatí jednotlivým nemocnicím.

Výhodný byznys mohli nemocnici u Velkého Meziříčí přidělit bez výběrového řízení i bez projednání ve správní radě VZP.

"O tomto případu jsme nejednali," tvrdí člen správní rady Michal Sojka. Potvrzují to i další radní, které Aktuálně.cz oslovilo.

Stačilo napsat do VZP

Všeobecná zdravotní pojišťovna nedokázala během tří dnů odpovědět, kdo rozhodl o tom, že se chirurgické centrum za tak výhodných podmínek přidělilo právě nevýznamné nemocnici na Vysočině.

Dosud provozovala jen tři oddělení: chirurgie, interna a nově zřízená ortopedie.

Neexistuje ani žádná koncepce, ze které by vyplývalo, proč dala VZP přednost klinice u Velkého Meziříčí před pražskou Nemocnicí Na Homolce nebo brněnskou nemocnicí U svaté Anny, které dnes vykazují na robotovi o polovinu méně výkonů.

Bližší informace o tom, jak vznikla dohoda s VZP, odmítá sdělit také lékař Tvarůžek: "Prostě jsme písemně oslovili všechny zdravotní pojišťovny. Centrum bylo vytvořeno pouze usilovnou prací a entusiasmem celého týmu a nikoliv přesvědčováním někde a někoho," říká muž, který řídí robotické centrum a kterému od roku 2003 zároveň patří celá nemocnice.

Nákup bez paragonu

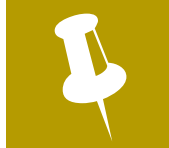
V případě robota od svaté Zdislavy zůstává ještě jedna nevysvětlitelná otázka.

Nemocnice z Vysočiny sice žije z veřejných peněz, jako soukromá firma ale nemusí zveřejnit přesnou částku, za kterou robota koupila. Teoreticky nejde vyloučit ani možnost, že si ho od dodavatelské firmy Hospimed pouze pronajala. Tím by se výnos z operací ještě zvýšil. Majitel nemocnice Tvarůžek i ředitel Hospimedu Jindřich Řehák tvrdí, že k obchodu opravdu došlo. Odmítají však předložit kupní smlouvu.

"Systém da Vinci jsme koupili. Okolnosti a podrobnosti tohoto obchodního případu nejsme jako privátní subjekt povinni sdělovat," vysvětlil Tvarůžek. "Nemocnice svaté Zdislavy nabyla robotický systém da Vinci řádným nákupem a úhradou za tento nákup. Další informace považujte za neveřejné," potvrdil i Řehák.

Jedině kupní smlouva by však vyvrátila zásadní pochybnost.

Nákup či leasing robota není evidován v žádné z účetních uzávěrek, které nemocnice předložila obchodnímu rejstříku v letech 2006 až 2009. Robot chybí i ve výčtu hmotného majetku nemocnice. Na dotaz, proč se nákup přístroje za 60 milionů neobjevil v účetnictví, odpovídá doktor Tvarůžek striktně: "Necítím povinnost poskytovat tato firemní data."



Julínkovo pravidlo

Nemocnice svaté Zdislavy získala bez veřejné soutěže zakázku, za kterou jí zdravotní pojišťovny během tří let zaplatily přes 100 milionů korun.

Jde však pouze o zlomek peněz, které pojišťovny po roce 2007 rozdělily stejným způsobem. Umožnil jim to ministr zdravotnictví Tomáš Julínek, který tehdy zavedl nový model financování nemocnic.

Až do roku 2007 dostávaly nemocnice paušál, který se každoročně zvyšoval o několik procent. Pak Julínek pojišťovnám nařídil, ať nemocnice dostanou paušálem jen část peněz. Další finance mohou získat, když se dohodnou s pojišťovnami, aby jim zaplatily za nové služby. Z údajů Českého statistického úřadu a Ústavu pro informace ve zdravotnictví vyplývá, že se nemocnicím odkázaným na paušál nezvýšily od roku 2006 příjmy ani o korunu. Částka za "nové služby" přidělované bez veřejných soutěží zato dosahuje třiceti miliard korun ročně.

Velmoc z rozhodnutí VZP

Peníze inkasovaly nemocnice, které zřizovaly speciální centra zaměřená zvláště na onkologii, kardiologii a moderní chirurgické metody. Vedle Nemocnice svaté Zdislavy do této kategorie patří také velké nemocnice Prahy, Brna, některých krajských měst a některé soukromé nemocnice.

Potvrzují to i data Všeobecné zdravotní pojišťovny. Jen za dva roky platností Julínkova pravidla se rozhodnutím VZP zvýšily příjmy ústavů, jako jsou Nemocnice svaté Zdislavy, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, IKEM či Karvinská hornická o třetinu.

Anonymní úředníci rozhodovali bez předem stanovené strategie a Česko v investicích do zdravotnických technologií překonalo všechny své sousedy. Dnes má konkrétně šest robotických center, zatímco mnohem bohatší Rakousko jen dvě. Osmkrát větší Německo se zatím spokojilo s šestnácti roboty. Vzhledem k počtu obyvatel má dnes v Evropě víc robotů da Vinci jen Belgie a Švýcarsko.

Zdroj: aktualne.cz, 5.11.2010

VZP chystá privatizaci dat pojištěnců. Spojí web s IZIP.

Všeobecná zdravotní pojišťovna převádí svoje webové stránky pod správu firmy IZIP. Veškeré funkce současného webu VZP mají běžet v rámci portálu soukromé společnosti, kam má být zřejmě převeden také obsah stránek veřejné VZP. Celý proces je již v chodu. O „privatizaci“ dat pojištěnců VZP rozhodl management pojišťovny bez vědomí členů správní rady...

Redakce Medical Tribune má k dispozici klíčový dokument. Jde o takzvaný Příkaz ředitele – Projekt rozvoje elektronické komunikace VZP. Vyplývá z něj, že o slučování obou portálů rozhodlo vedení pojišťovny už před několika měsíci.

Podle časového harmonogramu by v současné době měla být dokončena „detailní technická specifikace a návrh implementace“. Příští rok budou vznikat aplikační moduly, proběhne instalace do provozního prostředí a v květnu by už nový projekt měl běžet v pilotním provozu. Kompletní propojení obou webů by mělo naostro vypuknout v květnu 2012.

Co by takové propojení VZP s IZIP znamenalo v praxi? Webové stránky VZP dnes slouží především ke komunikaci mezi pojišťovnou a zdravotnickými zařízeními. Zejména jsou tímto "kanálem" posílána data týkající se vyúčtování péče, tedy mimo jiné rodná čísla pojištěnců VZP, jejich diagnózy a provedená vyšetření a výkony.

„Jsem přesvědčen, že jde o kroky, které zavážou VZP k plnění přes 5 milionů Kč, tedy podle zákona 551 musí být schváleno správní radou,“ uvádí zdroj blízký VZP, který redakci dokument poskytl.

Jenže rozhodnutí o propojení obou informačních systémů provedl management VZP nejen bez vědomí veřejnosti, ale také bez vědomí správní rady VZP. Členové rady se o chystaném projektu dozvěděli až od redakce Medical Tribune.

„Vím, že byla na správní radě VZP probírána budoucí modernizace informační sítě. Nevím, zda-li jsem informaci přeslechl nebo nebyla zmíněna, ale propojení VZP a IZIP je pro mne zatím novinkou,“ uvedl pro MT člen správní rady a poslanec parlamentu za TOP09, prof. MUDr. Aleš Roztočil.

„Nová správní rada zatím nebyla s tímto seznámena. Problematika IZIP se má řešit až koncem listopadu,“ říká další člen správní rady, taktéž poslanec za TOP 09, PharmDr. Jiří Skalický, který již minulý týden vyjádřil určité pochybnosti o samotném fungování IZIP:

„Požádal jsem management VZP, aby připravil konkrétní informace o tom, kolik provozních nebo investičních prostředků bylo vloženo do programu IZIP. Kolik stál IZIP za celou historii do konce roku, kolik stál letos. Jedině tak se můžeme vůbec bavit o tom, co dál. Dnes není IZIP v klasické lékařské praxi využíván tak, jak by měl. Myšlenka je to zcela určitě správná, ale její realizace v tomto okamžiku minimálně velmi komplikovaná,“ poznamenává Skalický s tím, že dokud nebudou na stole jasné čísla, pro integraci VZP s IZIP hlasovat nebude.

O konkrétních krocích propojování VZP a IZIP na elektronické úrovni neví ani další člen rady, MUDr. Boris Šťastný (ODS)

„Na správní radě jsme byli informováni, že dostaneme materiály znovu, že ten celý projekt je v procesu. Nic nebylo rozhodnuto, ani uzavřeno. Nejsou žádné kroky, které by šly jedním směrem,“ uvedl Šťastný pro Medical Tribune.

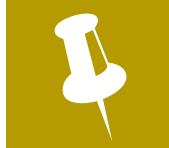
Pojišťovna tvrdí, že žádná citlivá data předávat do rukou IZIP nebude, dodavatel (IZIP) provede dodávku zadarmo a správní rada VZP je o této transakci informována.

„VZP k 31.12.2010 končí provoz stávajícího, již nevyhovujícího řešení a od 1.1.2011 bude využívat nově vybudovaný Portál. Správní rada je o projektu samozřejmě informována. Vzhledem k zvolenému technickému řešení bude mít VZP ČR pod kontrolou všechny funkce nového Portálu. Dodavatelem je firma IZIP a dodávku provede bezúplatně. Důvody jsou finanční, technické, termínové i provozní. Dodavateli nebyla předána žádná dokumentace, týkající se funkcionality starého Portálu a nebude předáno žádné know-how,“ odpovídá na dotaz Medical Tribune Jiří Rod, tiskový mluvčí VZP.

Jenže v Příkazu ředitele VZP se uvádí něco jiného: „Za účelem optimalizace správy a provozu Portálu VZP (dále jen Portál) bude realizováno převedení současných funkcí Portálu do nového prostředí ve správě společnosti IZIP... Cílem projektu je analýza využití funkcí stávajícího Portálu... návrh a realizace nové správy identit klientů Portálu, návrh a realizace optimálního propojení IT infrastruktury VZP ČR s infrastrukturou IZIP, převedení obsahu veřejného webu s respektováním nového vzhledu stránek.“

Informace o této transakci byla novinkou i pro náměstka MZ Jiřího Schlangera, který má na starost koordinaci elektronizaci zdravotnictví. Dokument se k náměstkovi nedostal a tyto klíčové informace mu podle jeho slov sděleny nebyly. A jaký má na toto propojení systémů názor?

„Zdravotní pojišťovna nese odpovědnost za dodržování zákona, na věci legální žádný souhlas MZ nepotřebuje a tudíž nejsem kompetentní jakýkoliv souhlas dávat. MZ vykonává státní správu ve svěřených kom-



petencích. V těchto věcech je osobní názor irrelevantní," odpovídá Jiří Schlanger.

Zdroj: www.tribune.cz, 3.11.2010

Situace s pediatrií je špatná

"Velký problém je v přípravě praktických lékařů pro děti a dorost, zde je vzdělávací program velmi špatný. Nikdo o to nemá moc zájem. V kraji je a bude situace špatná s pediatrií zejména mimo velká města, tam není zájem jít pracovat," říká v rozhovoru primář pediatrie Krajské nemocnice Liberec Martin Zítek.

Máte problémy se získáváním mladých lékařů pro obor dětského lékařství?

Co se týče KNL, pediatriů máme relativně dost, ale vzhledem k tomu, že se jedná o hodně feminizovaný obor, je u mladších kolegů častá fluktuace - odchody na mateřskou dovolenou. Osobně nemáme problém získat absolventy na oddělení. Obecně je problém s postgraduálním vzděláváním, ale naštěstí v dětském lékařství zavládl rozum při organizaci vzdělávání pediatriů. Větší problém je v přípravě praktických lékařů pro děti a dorost, tam je ten vzdělávací program velmi špatný. Nikdo o to nemá moc zájem. V kraji je a bude situace špatná s pediatrií zejména mimo velká města, tam není zájem jít pracovat. V současné době jsou jedinou zásobárnou pediatrii z oddělení v nemocnici, ale pokud by oni odešli, zejména ti zkušení, potom bude výrazně ohrožena péče v nemocnicích, prakticky se zcela zastaví a nastane podobná situace jako s porodníky. Toto v naší nemocnici zatím nehrozí, většina kolegů je spokojena s pracovními i finančními podmínkami.

Jste největším pediatrickým oddělením v kraji, poskytl byste i péči o nezralé novorozence, kolik takových dětí ročně se v kraji narodí?

Na našem pracovišti se ročně narodí 1700 novorozenců, jednotkou intenzivní péče projde přes 250 novorozenců. Řada těchto dětí vyžaduje komplexní resuscitační péči. Novorozence koncentrujeme z převážné většiny kraje. Jedná se o novorozence s porodní hmotností nad 1500 g a starší 32. týdne těhotenství. Výsledky pracoviště jsou vynikající a jedny z nejlepších v rámci srovnatelných center České republiky. Po stabilizaci stavu novorozence umožňujeme hospitalizaci i matky dítěte s novorozencem.

Zmínil jste, že pečujete pouze o novorozence starší 32. týdne, proč?

Neonatologické oddělení je jediné v kraji, které má statut ministerstva zdravotnictví jako Perinatologické centrum intermediálního II. typu. V kraji není Perinatologické centrum nejvyššího - III. typu, nejbližší je v Ústí nad Labem. Svým způsobem je to komplikace, protože děti narozené před 32. týdnem musíme transportovat do 100 km vzdáleného Ústí nad Labem. Na druhé straně musím konstatovat, že spolupráce s kolegy pediatrii a neonatologem v Ústí nad Labem je excelentní a na výborné úrovni. Tím, že nejsme toto nejvyšší centrum, přicházíme o finanční dotace z některých fondů např. Norské fondy. Veškeré vybavení je tudíž pouze ze strany KNL a musím konstatovat, že jsme se za poslední tři roky velmi dobře vybavili, takže přístrojové podmínky máme srovnatelné s klinikami. Jedná se řádově o mil. korun, jenom v letošním roce dostaneme další vybavení v ceně 1,7 miliardu korun.

Na vašem oddělení ale často končí i děti po úrazech. Přibývá dětských úrazů a mění jejich charakter?

Na našem pracovišti jsou hospitalizovány děti po méně závažných úrazech. Počet úrazů z mého pohledu stabilní, většinou se jedná o pády, popáleniny a zlomeniny.

Zdroj: Právo, 5.11.2010

Kolik stál IZIP?

Na odpověď čeká člen správní rady VZP.

„Požádal jsem management VZP, aby připravil konkrétní informace o tom, kolik provozních nebo investičních prostředků bylo vloženo do programu IZIP. Kolik stál za celou historii do konce roku, kolik stál letos. Jedině tak se můžeme vůbec bavit o tom, co dál. Dnes není IZIP v klasické lékařské praxi využíván tak, jak by měl,“ říká v rozhovoru pro Medical Tribune člen správní rady VZP a poslanec parlamentu za TOP 09 PharmDr. Jiří Skalický, Ph.D.

Minulé pondělí se konala správní rada VZP. Pojišťovna schvalovala zdravotně pojistný plán. S jakými výsledky?

V úvahu přicházely dvě varianty pojistného plánu. První - méně konzervativní - počítala se zapojením kompletně všech rezerv, které pojišťovna má. V rezervním fondu by nezůstaly žádné peníze. Jelo by se zcela na doraz s předpokladem, že se v druhém pololetí zlepší stav naší ekonomiky. Počítalo se také s tím, že by se posunuly platby státu za státní pojištěnce nebo by si pojišťovna vzala kontokorent. Tento první plán byl nakonec zamítnut. Zvolila se druhá varianta - počítat jen s těmi penězi, které pojišťovna má. Tedy použít jen tolik peněz, kolik pojišťovna vybere.

K této podobě pojistného plánu, jak byl schválen, máte nějaké větší výhrady nebo jste spokojen?

Globálně výhrady nemám. Jsem rád, že neprošla varianta, kdy by pojišťovna sahala na své rezervy. To by mohlo vést ke zpoždování plateb zdravotnickým zařízením, a to jsme zažili na vlastní kůži.

Někteří lékaři poukazují na to, že současný předseda správní rady byl zvolen nekompletní radou, pouze dvěma třetinami všech členů rady. Podle některých názorů není taková volba platná a měla by se opakovat v plném počtu členů...

To, že předseda správní rady nebyl zvolen kompletní radou, je pravda. Pokud je možné dle zákona tuto volbu opakovat, pak bych to přivítal. ale nevím, zda tato možnost ze zákona existuje. Osobně jsem se domníval, že správní rada počká, až bude kompletní, a teprve pak proběhne volba.

Vás to tedy překvapilo, že se o předsedovi hlasovalo v době, kdy nebyla rada kompletní?

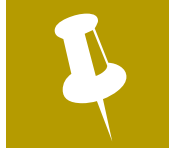
Ano. Byl to poněkud nestandardní krok.

Budete sám iniciovat, aby se prošetřilo, za je taková volba právně v pořádku...

V tomto okamžiku osobně ne. Ale v rámci TOP 09 se musíme s kolegy domluvit, za tuto alternativu budeme otevírat.

Pojďme k některým konkrétním sporným krokům VZP, které měla řešit správní rada. Jedním z nich je tendr na vymáhání dluhů za 430 milionů korun. O případ se na jaře začal zajímat antimonopolní úřad. Celá záležitost vyzněla nyní do ztracena. Vrátila se správní rada k problému? S jakými výsledky?

K tomuto konkrétnímu případu nemám kompletní informace. Pokud vím, tak byl tento tendr pozastaven. Nevím o žádných indiciích, že by firmě bývalého pana ministra byly vypláceny nějaké peníze za vymáhání pohledávek. Obecně ale mohu říct, že by bylo určitě užitečné nastavit režim na vymáhání pohledávek. S hrůzou jsem zjistil, že VZP má za celou dobu své existence přes 40 miliard pohledávek. Velká část z nich jsou nedobytné, na druhou stranu nemalé částky vymáhat stále lze. Pokud se najde mechanismus, který bude efektivní, který povede k lepšímu vymáhání pohledávek a dluh se sníží, bude to jen dobře. Požádal jsem, aby na příští správní radě byla problematika pohledávek otevřena.



V jaké fázi je v tuto chvíli integrace IZIP v rámci VZP – tedy akcionářské postavení VZP směrem k IZIP? Pojišťovna údajně chystá integrovat portál, přes který se předávají data o všech pacientech, se systémem soukromého IZIPu, a to bez vědomí pojištěnců a zřejmě i bez vědomí správní rady. Máte o něčem takovém informace?

Problematikou IZIP se má správní rada zabývat na své příští schůzi koncem listopadu. Já jsem požádal management VZP, aby připravil konkrétní informace o tom, kolik provozních nebo investičních prostředků bylo vloženo do programu IZIP. Kolik stál IZIP za celou historii do konce roku, kolik stál letos. Jedině tak se můžeme vůbec bavit o tom, co dál. Dnes není IZIP v klasické lékařské praxi využíván tak, jak by měl. Myšlenka je to zcela určitě správná, ale její realizace v tomto okamžiku minimálně velmi komplikovaná. A pokud dnes nejsme přesvědčeni o tom, že IZIP funguje dobře, nejsme v situaci, kdy by VZP měla vstoupit do akciové společnosti. Anebo pokud ano, tak po předložení jasného závěru, kolik peněz pojišťovna do projektu vloží, co to přinese pacientům a hlavně jaké úspory z toho poplynou v budoucnosti. Nejen, co to bude projekt stát, ale jaké konkrétní prostředky ušetří.

Takže v tuto chvíli byste pro integraci IZIP a VZP nehlasoval...

Pokud vím, tak VZP má zatím naprosto minimální podíl v IZIP. Připravuje se nákup asi 35 procent akcií IZIP. Přímé náklady na samotný nákup akcií nejsou nijak velké. Nejde tedy o peníze na nákup podílu v IZIP. Jde o závazky pojišťovny vůči tomuto projektu do budoucna. Neuváže se VZP k něčemu, do čeho bude muset dávat několikanásobně vyšší prostředky než vlastní nákup akcií? Pracuji v pardubické krajské nemocnici jako primář oddělení klinické biochemie a s IZIP pracujeme tři roky. My data do systému poctivě dáváme, ale nemáme od kolegů lékařů informace o tom, že by je používali. IZIP tedy říká pravdu, že se navyšuje počet zapojených subjektů. Ale propojenost jednotlivých dat je zatím nulová – a to je klíčový problém.

Co by se tedy mělo změnit, abyste vy osobně zvedl ruku pro majetkové propojení VZP s firmou IZIP?

Musí být předložen jasný podnikatelský záměr. Vidíme, že příští rok bude finančně velmi složitý, to je vidět na to zdravotně pojistném plánu. A propojování pojišťovny s IZIP by znamenaly další investiční náklady. Nikdo nedokáže odhadnout, jak velké náklady by to byly. Musíme mít na stole jasně dáno, že pokud VZP vstoupí do IZIP, nebude to pojišťovnu stát ani korunu v nákladech, včetně provozních.

Zdroj: www.tribune.cz, 31.10.2010

Seznam levných léků děsí lékaře

Největší zdravotní pojišťovna začala lékařům radit, jaké léky mají předepisovat. Chce ušetřit.

Lékaři se obávají, jestli nejnovější projekt Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) nezhorší péči.

Zdravotní pojišťovny totiž hledají další možnosti, kde ušetřit. Už dlouho hlídají, kolik stojí léky, které daný lékař předepsal. Nově VZP začala lékařům dávat seznam doporučených levných léků a kontrolovat, jestli nepoužívají dražší.

„Kdyby se striktně užíval systém doporučených léků, může to snížit kvalitu léčby. Marná sláva, všechny léky neúčinkují stejně,“ varuje předseda Sdružení ambulantních specialistů Zorjan Jojko.

Na aktuální přehledné informace o cenách a doplatecích léků se lékaři těší. I když někteří je už ve svých počítačích mají. Jenže se bojí, jak budou pojišťovny pokutovat lékaře, kteří vyberou nákladnější léky. S regulací chce pojišťovna začít příští rok, a jak přesně to bude dělat, se neví.

K čemu by přísné lpění na doporučených lécích mohlo vést? Například k častému střídání léků u chronických pacientů. Ceny i seznam se totiž mění.

„Když budu pokaždé psát léky podle pozitivního seznamu, mohou se měnit. Například účinná látka simvastatin na cholesterol má několik zástupců. Některé jsou, co se týká barviv a jiných látek, tříšložkové, jiné dvanáctisložkové. Když je budou pacienti střídát, nejsem si jistý, že to všem bude dělat dobře,“ uvádí Jojko.

Jindy zase může být levnější, a tedy doporučený lék takový, který má menší sílu. Lékař tak bude motivován psát pacientům léky, kterých budou muset pacienti konzumovat víc tabletek.

V tom VZP problém nevidí. „Záleží vždy na lékaři, aby rozhodl na základě aktuálního zdravotního stavu pacienta, který léčivý přípravek je pro něj nejvhodnější. Tento projekt toto rozhodnutí jistě nemůže ovlivnit,“ říká mluvčí VZP Jiří Rod.

Jisté výhrady má ale i zástupce praktických lékařů. „Je otázka, jestli je to dobré pro naše pacienty. Ne vždy jde lékem z pozitivního listu nahradit zavedenou léčbu,“ upozorňuje Václav Šmatlák, předseda Sdružení praktických lékařů. Projekt praktikům nedoporučuje, ani od něj nezrazuje. „Říkáme lékařům, ať jsou opatrní,“ říká Šmatlák.

Podle něj je princip seznamů doporučených léků běžný. Lékař by ovšem měl mít vždy možnost vysvětlit, že předepsal drahé léky kvůli zdravotnímu prospěchu pacienta. Pak nemá dostat žádné srážky. Tak to mají lékaři dnes ve smlouvách. Ambulantní specialisté by také chtěli jistotu, že se bude seznam doporučených léků připravovat čistě. „Důležitá je otázka, jak VZP vnitřně zajistí, že tam nebude nikde ani píď korupce,“ říká Jojko. Podle Šmatláka už o tom byly pochybnosti v případě doporučeného seznamu od jiné, menší pojišťovny. „Na seznamu pracuje celá velká skupina lidí,“ namítá za VZP Rod.

Zástupci praktiků i ambulantních specialistů se shodují: problém by byl vyřešen, kdyby měly léky se stejnou léčivou látkou stanovenou stejnou výhradou ze zdravotního pojištění. To dnes v některých případech není. Za léčivo od jednoho výrobce platí pojišťovny víc než za prakticky stejné od jiného.

„Kdyby se striktně užíval systém doporučených léků, může to snížit kvalitu léčby.“

Zdroj: LN, 15.6.2010

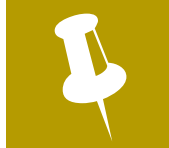
Lékař, který ordinuje sedm dní v týdnu

Neuvěřitelnou vitalitu prokazuje 74letý lékař, jenž pracuje ve své pediatrické ordinaci sedm dnů v týdnu. Navíc působí jako děkan na zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity, kde je každý pracovní den, jeden den v měsíci bývá na zastupitelstvu města a řízení lékařské pohotovosti se věnuje podle potřeby.

V pediatrické ordinaci je Miloš Velemínský k dispozici denně. Na zdravotně sociální fakultě, kde působí jako děkan, je každý pracovní den, jeden den v měsíci bývá na zastupitelstvu města a řízení lékařské pohotovosti se věnuje podle potřeby.

Jak to ten člověk může stihnout, ptáte se, když sledujete nabitý profesní život lékaře Miloše Velemínského. „Všechno se to dá zvládnout, když to člověka baví a zajímá,“ odpoví on.

Sedím v hezké ordinaci s okny do zahrady a čekám, až doktor Velemínský dotelefonuje. „Tak jak to vypadá? Dobře, dejte rectodelt a zase mi zavolejte.“ Je neděle, deset hodin dopoledne a před pár minutami odešli poslední pacienti. Další však telefonují - víkend nevíkend.



Ordinujete ve všední dny i v sobotu, pro vážnější případy jste k dispozici také v neděli. Rodiče vašich malých pacientů na vás mají mobil. Mohou kdykoliv zavolat. To není běžná lékařská služba.

Je mi těch vystrašených rodičů hrozně líto. Víím, jak matky špatně snášejí horečky u dětí nebo různé bolesti a úrazy. Chci jim pomoci, uklidnit je, proto jsem jim k dispozici.

Máte stovky pacientů, to vám musí pořád někdo telefonovat.

S běžnými nemocemi chodí do ordinace ve vypsanych hodinách. Večer nebo o víkendu volají, jen když mají strach, nikdy ne zbytečně. Nechám si popsat stav dítěte a pak se dohodneme, co dál. Své pacienty znám a víím, které dítě na co trpí. Pokud se mi to nelíbí, řeknu, ať přijedou. Jsem raději, když jedou o půlnoci ke mně než do nemocnice.

To ale není vaším negativním přístupem k nemocniční péči, pracoval jste tam třicet let. Zakládal jste v Českých Budějovicích novorozenecké oddělení, byl jste dlouhá léta jeho primářem.

Své pacienty mám v péči od jejich narození, znám anamnézy rodiny, a tak snáze poznám, co je může zrovna trápit. Mám je totiž prožít. Lékař v nemocnici vidí dítě poprvé a od rodičů se přesné podrobnosti nedozví.

Stýská se vám někdy po nemocnici?

To novorozenecké oddělení je mé dítě, to vííte, že se mi po něm stýská. V 70. letech bylo hrozně těžké budovat takové oddělení, navíc jsem nebyl stranicky činný, tak se občas objevily i "nemedicínské" překážky. Za podpory soukromých peněz jsem kupoval inkubátory, sháněl nutné přístroje, kde se dalo. Ale povedlo se mi to, jsem na to hrdý. Oddělení

stále dobře funguje.

Možná díky velké praxi v nemocnici nejste úplně standardní soukromý lékař. Děláte sám řadu vyšetření, máte velmi dobře vybavenou ordinaci, někdy jste dokonce ochoten suplovat nemocniční péči - například při těžké angíně pícháte pacientům denně penicilinové injekce.

Snažím se rodičům vyjít vstříc a poskytnout jim co největší pomoc na jednom místě, ušetřit jim čas a nervy. Dětem je také mnohem lépe v domácím prostředí, takže pokud to jde, a to už za ta dlouhá léta praxe poznám, léčím je ambulantně u sebe. Chci však po rodičích, aby uměli o své děti pečovat, aby si všímali jejich bolestí a přemýšleli o nich. Mnozí si pak u lehčích chorob poradí beze mě, někdy jen zavolají, někdy rovnou podají léky, které bych jim doporučil. Řada z nich je už poučena.

Nejste ale jen pediatr se soukromou ordinací v Třeboni. Máte ještě spoustu dalších aktivit, které jsou stejně náročné. Jste děkanem Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity. Bojím se zeptat, jak vypadá váš běžný všední den?

Vstanu ráno v pět a jdu se psem. V šest si sednu k vědecké práci, v sedm otevřu ordinaci. V devět hodin sedám do auta a jedu do Českých Budějovic na fakultu, je to zhruba 25 kilometrů. Tam řeším spoustu věcí do čtyř odpoledne, pak se vracím zpět domů. Od pěti hodin mám zase ordinaci, v sedm ji zavírám, jdu si dát večeři a po ní se ještě chvíli věnuji dalším pracovním restům nebo přemýšlím o různých případech.

ORION
DIAGNOSTICA

pf 2011

*Přejeme Vám krásné prožití vánočních svátků,
hodně pracovních i osobních úspěchů,
pohodu a hlavně zdraví v roce 2011.*

**Jak to všechno stíháte?**

Baví mě to, zajímá a pak mám také výborné kolegy, kteří mi pomáhají. V ordinaci mám dvě sestry, které se střídají a zastanou spoustu práce, také tu mám tři lékaře, kteří za mě ordinují, pokud nemohu. Na fakultě je tým odborníků, kteří vědí, co dělat, a tak to tam všechno relativně dobře funguje.

Relativně?

Pokud bych o tom mohl rozhodovat, snížil bych počet studentů na fakultě, a naopak zvýšil kvalitu. Ale bohužel je systém nastaven tak, že čím více studentů, tím více peněz pro školu. A když je nepřijmeme u nás, půjdou do jiné a tam se naučí méně věcí. Bude to horší než lepší. Tak je přijímáme. Myslím si, že plán co nejrychleji zvýšit podíl vysokoškolsky vzdělaných lidí není správný. Na vysokou školu míří i lidé, kteří na to nemají. Kdo bude dělat řemeslo? A řemeslník, který o své práci přemýšlí, nemusí mít maturitu. Musí umět něco konkrétně udělat.

Jak jste se na fakultu vlastně dostal?

Byla to náhoda. Po roce 1997 jsem odešel z nemocnice a začal jsem pracovat jako pedagog na fakultě. V roce 2001 jsem byl osloven tehdejší vedením fakulty, zda nechci vést vědecký program na škole. Bylo to lákavé a vzal jsem to, i když s tím má rodina nesouhlasila. V roce 2004 jsem kandidoval na post děkana a volby vyhrál. Ve vedení fakulty jsem konečně mohl dělat věci, které jsem chtěl já, a nemusel jsem se podřizovat svým šéfům, jako jsem to do té doby musel dělat v nemocnici. Tady jsem mohl rozjet svou vizi - udělat z přednášejících skutečné odborníky a vědecké pracovníky, kteří své vědomosti budou předávat dál svým studentům.

A nebude vám tato funkce chybět? Jako děkan končíte v lednu a po třetí už kandidovat nemůžete.

Nemám k fakultě takový vztah jako k nemocnici, takže mě to, že už nemohu kandidovat, nemrzí. Odvedl jsem svou práci a jdu dál.

A co vaše obecně prospěšná společnost? Tu jste před dvěma lety založil, abyste nezahálel?

Na pokyn kraje se rozhodlo, že v Třeboni nebude lékařská služba. To mi přišlo nesmyslné. Město má přes deset tisíc obyvatel a je nutné, aby tu lidé měli možnost zajít za lékařem i večer. A tak jsem založil společnost, která provozuje ve všední dny od 17 do 22 hodin lékařskou pohotovostní službu, o sobotách a nedělích je to od 7 do 19 hodin. Ve službě se střídá deset lékařů, především z Českých Budějovic. Ti treboňští neměli zájem se podílet. Na provoz získávám peníze z rozpočtu města a kraje.

Je vám přes sedmdesát. Nechtěl byste raději užívat klidný důchod než mít takový shon?

To ještě přijde. Zahrady u domu si budu užívat, až ukončím své působení na fakultě. Uvidí se, zda tam zůstanu jako přednášející, ale i tak mi mnoho úkolů a povinností odpadne. Taky možná neusednu do zastupitelské lavičky, jsem na kandidátce až někde vzadu. Rád se zase začnu věnovat domácím pracím, které jdou už řadu let zcela mimo mě a jsou jen na mé ženě.

Miloš Velemínský - narodil se v Třeboni v roce 1936, vystudoval Fakultu dětského lékařství UK. Do roku 1997 pracoval v nemocnici v Českých Budějovicích jako primář novorozeneckého oddělení. Poté nastoupil jako pedagog na Zdravotně sociální fakultu Jihočeské univerzity, od roku 2001 tam vedl vědecký program, od roku 2004 je děkanem. V roce 1995 si otevřel soukromou pediatrickou ordinaci v Třeboni. Napsal celou řadu knih o dětském lékařství. Je ženatý, syn Miloš je také lékař.

Zdroj: MFD, 30.09.2010

I N Z E R C E

**V této rubrice je možno otisknout požadavky na zástupy, lékaře na dovolenou, možnost zaměstnání asistenta, lektory, pronájmy místností apod.
Pro členy SPLDD a OSPDL ZDARMA. Opakované zveřejnění po předchozí dohodě.**

Hledám zástup

Hledám zástup do ordinace PLDD v Rakovníku na 1 den nebo 2 odpoledne v týdnu. Kontakt: Helena_.Sretterova@seznam.cz • Ev. č.: 188-07-10

Hledám místo asistenta

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

Hledám PLDD k převzetí ordinace

Hledám pediatra k převzetí menší, perspektivní ordinace PLDD v okr. Karviná. tel.: 596 816 813-večer, e-mail: sodeor@seznam.cz • Ev. č.: 191-09-10

Prodám zavedenou ordinaci

Prodám a předám zavedenou ordinaci PLDD v Brně - blízko středu města a Dětské nemocnice. V případě zájmu volejte, prosím, na tel.: 608 061 168 • Ev. č.: 192-09-10

Prodám praxi PLDD

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

Koupím praxi PLDD

Koupím praxi PLDD v Praze a blízkém okolí. Kontakt: pediatrkoupi@seznam.cz • Ev. č.: 194-10-10

Koupím praxi PLDD

Zkušená lékařka se specializovanou způsobilostí PLDD zastoupí pediatrickou praxi v Praze. Kontakt: tel.: 603 815 007 • Ev. č.: 195-10-10

Přenechám zavedenou praxi

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

Přenechám zavedenou praxi

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

PLDD hledá zástup

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



Silvestrovský test

1) Kolikrát si současný předseda SPLDD MUDr. Pavel Neugebauer během roku 2010 řekl, že se na funkci již vy.....

- a) nikdy
- b) každý den
- c) o dovolené na Tahiti
- d) vždy za bezesných nocí, kterých bylo 364
- e) vždy, když jsme ho našťvali

2) Co nejvíce rozbouřilo v roce 2010 poklidné duše PLDD v České republice?

- a) přerušení leteckého provozu po výbuchu Islandské sopky
- b) ukončení činnosti úřednické vlády ČR
- c) spoluobčané nesplnili plán vyrobených novorozenců
- d) zavedení dobrovolného očkování proti IPO s úhradou z v.z.p. s nákupem vakcíny ordinacemi PLDD
- e) krátká dovolená

3) “Životnost“ současného ministra zdravotnictví ČR doc. MUDr. Leoše Hegera, CSc. Je Prognostickým ústavem stanovena:

- a) do švestek
- b) nedlouho
- c) nadlouho
- d) než si popudí PLDD
- e) než se najde další odvážlivec

4) Která aktivita přináší dětem největší prospěch?

- a) létání kojenců
- b) plavání kojenců
- c) fyzické ztrestání nevychovaných jedinců
- d) péče rozumných rodičů
- e) plánované porody doma za asistence atestované porodní báby či poučeného manžela

5) V roce 2011 budou PLDD žít:

- a) nad poměry
- b) jen tak tak
- c) již nebudou
- d) z ruky do huby
- e) z bohatých dividend zdravotních pojišťoven

Autodidaktický test 10/2010

NEONATOLOGIE I.

1. Dle České vakcinologické společnosti je možno doporučit:

- a) kojencům očkovaným 3 dávkami Prevenaru naočkovat booster ve druhém roce života Synflorixem
- b) kojencům očkovaným 3 dávkami Synflorixu naočkovat booster ve druhém roce života Prevenarem 13
- c) kojencům očkovaným 3 dávkami Prevenar 13 naočkovat booster ve druhém roce života Prevenarem

2. Od r. 2010 je dle nového doporučení České neonatologické společnosti nutné podat vitamin K k prevenci časně, klasické a pozdní formy krvácení novorozenců:

- a) všem novorozencům vždy parenterálně (i.m. nebo i.v.)
- b) rizikovým novorozencům vždy perorálně
- c) rizikovým novorozencům vždy parenterálně (i.m. nebo i.v.)

3. Česká neonatologická společnost od r. 2010 vydala nové doporučení profylaxe krvácení novorozenců z nedostatku vitamínu K:

- a) donošeným novorozencům mezi 2. - 6. hodinou po porodu aplikovat Kanavit 1 mg i.m. nebo Kanavit 2 mg p.o.
- b) nedonošeným novorozencům do 32. gestačního týdne Kanavit 0,5 mg i.m. a pak 1x týdně Kanavit 1 mg p.o. do 12. týdne kalendářního věku dítěte
- c) všem donošeným novorozencům mezi 2. - 6. hodinou po porodu aplikovat Kanavit 1 mg p.o. a pak 1x týdně Kanavit 1 mg p.o. do 12. týdne kalendářního věku dítěte
- d) donošeným novorozencům mezi 2. - 6. hodinou po porodu aplikovat Kanavit 1 mg i.m. nebo Kanavit 2 mg p.o. a pak Kanavit 1 mg p.o. do 26. týdne kalendářního věku dítěte

4. Kordocentéza:

- a) je intrauterinní odběr choriových klků, který se provádí v indikovaných případech od ukončeného 11. týdne gravidity pod ultrazvukovou kontrolou s rizikem abortu 0,5%
- b) je odběr pupečnickové krve plodu se zpracováním do 24. týdne gravidity pod ultrazvukovou kontrolou s rizikem abortu 1 - 2%
- c) je intrauterinní odběr buněčného materiálu z chorda dorsalis plodu v indikovaných případech při podezření na malformace CNS (rozštěpové vady páteřního kanálu, anencefalie apod.)

5. Triple test:

- a) je laboratorní vyšetření pacienta na Treponema pallidum třemi různými metodami (BWR, RRR, VDRL)
- b) je mikroskopické a kulturační vyšetření materiálu odebraného od pacienta na Trichophyta
- c) je screeningové vyšetření gravidních na odhalení Downova syndromu sestávající ze tří analytů (AFP, hCG, nekonjugovaný estriol)

Pfizer - Prevenar

Nutricia - Hami