

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX

PEDIATRIAE

červen 2012
číslo 6 • ročník 12



OSPDL ČLS JEP

téma čísla

TRAUMATOLOGIE



- Pracovnílékařské služby v novém zákoně o specifických zdravotních službách
- DPH ve zdravotnictví po 1. 4. 2012

- Děti v ohrožení života a jak jim můžeme pomoci
- Integrovaný záchranný systém
- Prevalence běžné dětské obezity – výzva cílené prevence

- Rizika a následky pozdní diagnostiky nádorů u dospívajících
- Vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb



Pracujeme pro zdravější svět™



GlaxoSmithKline

Nové kojenecké mléko s klinicky prokázanými účinky na kojeneckou koliku: **Nutrilon Anti-Colics**

79% Nutrilon Anti-Colics snižuje výskyt kolikovitých epizod během 2 týdnů u 79 % kojenců²

70% Nutrilon Anti-Colics snižuje frekvenci kolikovitých záchvatů pláče u kojenců až o 70 % již během 2 týdnů³

Jak často ve své ordinaci řešíte kojeneckou koliku?

Tento problém postihuje **10–40 %** kojených i nekojených dětí.¹ Není sice závažnou zdravotní komplikací, pro dítě však představuje trápení a pro rodiče velký stres. Lze ji zmírnit různými způsoby, ale jen některé z nich mají skutečně prokázaný účinek na redukci kojeneckých kolik.

Přichází nové kojenecké mléko, které prokazatelně pomáhá při kojeneckých kolikách:

Nutrilon Anti-Colics jako jediné kojenecké mléko na trhu obsahuje **unikátní trojkombinaci látek** s prokázaným účinkem na redukci kojeneckých kolik:

1. částečně hydrolyzovanou bílkovinu
2. nízký obsah laktózy, a to pouze 37 % ze všech sacharidů (o 60 % méně než Nutrilon 1)
3. unikátní, klinicky testovanou směs oligosacharidů GOS/FOS



Díky této unikátní trojkombinaci výrazně snižuje výskyt kojeneckých kolik a frekvenci záchvatů pláče již za dva týdny.^{2,3}

Klinická studie prokázala redukci výskytu kolikovitých epizod již za dva týdny, a to u **79 %** kojenců.²

Sledovaný počet kojenců



Celkové procento kojenců, u kterých došlo během 2 týdnů ke snížení frekvence kojeneckých kolik

Klinické sledování potvrdilo **snížení frekvence záchvatů pláče** spojených s kolikou (trvajících déle než 40 minut) až o 70 % již během 2 týdnů.³

Počet záchvatů pláče/den



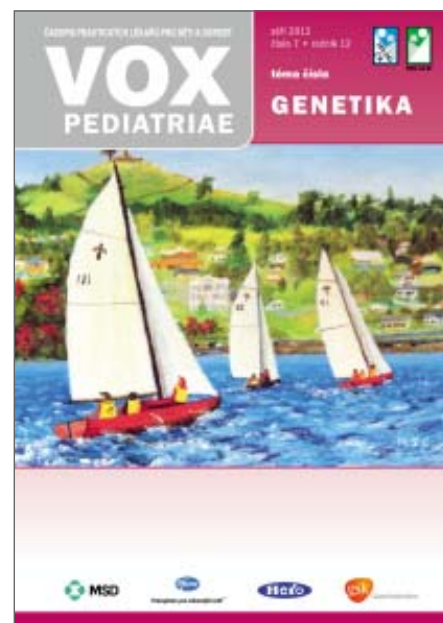
1. volba při řešení kojeneckých kolik

Reference: 1. Lucassen H. et al., Systematic review of the occurrence of infantile colic in the community. Archives of Disease in Children (2003), 84(5): 398-403. 2. Savino F. et al., "Minor" feeding problems during the first months of life: effect of a partially hydrolyzed milk formula containing fructo- and galacto-oligosaccharides. Acta Paediatrica (2003), Suppl 441: 86-90. 3. Savino F. et al., Reduction of crying episodes owing to infantile colic: A randomized controlled study on the efficacy of a new infant formula. Eur J Clin Nutr, 2006, 60 (1): 136-43.

Důležité upozornění: Kojení je nejpřirozenějším způsobem výživy kojenců. Kojenecká výživa by měla být používána na doporučení lékaře. Způsob použití a další informace na obalech a webových stránkách. Potravina pro zvláštní výživu – potravina pro zvláštní lékařské účely. Materiál pro pracovníky ve zdravotnictví. Termín vytištění 7/2011. BF310438

 **HAŠTOVÁKUP VOLEJTE ZDARMA**
800-110-000
www.nutrilon.cz

	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Koalice soukromých lékařů	6
	Usnesení konference regionu Praha a střední Čechy	9
	Usnesení volební konference regionu Severní Morava a Slezsko	9
	Usnesení konference severočeského regionu	9
	Usnesení konference východočeského regionu	10
	Usnesení Sněmu SPLDD	10
	Právní rubrika: Pracovnílékařské služby v novém zákoně o specifických zdravotních službách	11
	Ing. František Elis	12
	DPH ve zdravotnictví po 1. 4. 2012	
	Informace OSPDL ČLS JEP	14
	Doc. MUDr. Michal Hladík, Ph.D.	16
	Děti v ohrožení života a jak jim můžeme pomoci	
	Kpt. Bc. Antonín Kremlička	21
	Integrovaný záchranný systém (IZS)	
	MUDr. Zlatko Marinov	24
	Prevalence běžné dětské obezity – výzva cílené prevence	
	MUDr. Viera Bajčiová, CSc.	26
	Rizika a následky pozdní diagnostiky nádorů u dospívajících	
	Kazuistiky z ordinací první linie	30
	Ze světa odborné literatury	32
	Aktuality	33
	Řádková inzerce	37
	Autodidaktický test, Névy	38
	Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

**HERO
HAMÉ
MSD
NESTLÉ
NUTRICIA
OTTO OFFICE
PFIZER**

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

**VOX
PEDIATRIAE**

www.detskylekar.cz

Tisk a distribuce: Casus Direct Mail, a.s., držitel certifikátu ISO 9001, ISO 14001 a ISO 27001, Žilinská 5, 141 00 Praha 4, www.casus.cz

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

Odborná garance: Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP

Redakční rada:
MUDr. Jiřina Dvořáková, MUDr. Jiří Liška, CSc.,
MUDr. Pavel Neugebauer, MUDr. Olga Roškotová

Inzerce: Ing. Veronika Drahovzalová
GSM: 605 281 665 – jen pro inzery
veronika.drahovzalova@detskylekar.cz

Jazykové korektury: Bohumila Weilová
Grafické zpracování: Michal Semerák

Úřední hodiny SPLDD ČR

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

Sekretariát:
U Hranic 16, 100 00 Praha 10

telefon: 267 184 065
fax: 267 184 050

Redakce VOX:
telefon: 267 184 065
e-mail: centrum@detskylekar.cz

Obrázek na titulní straně namaloval ústy Raymond Hickey, převzato z nakladatelství UMÚN, s.r.o., Nad Školou 1285, 463 11 Liberec, tel. 485 161 712, www.umun.cz

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



Milé kolegyně, kolegové,

dětský lékař je lékař, kterého v profesním životě doprovázejí neustálé změny. Sleduje proměnu novorozence k dospělému jedinci. Vede dítě i jeho rodiče úskalími rizikových období v jeho vývoji. Rodiče na změny připraví, aby nebyli zneklidnění a nekladli si otázky, jestli to nebo ono je ještě „normální“, fyziologické, nebo již „nenormální“, nefyziologické.

I kolem nás se dějí změny – klimatické, geografické, společenské. Mění se vlády, ministři, zákony, vyhlášky. Mění se i zdravotnictví. Na rozdíl od rodičů nás lékaře nikdo nepřipraví na tyto změny, takže se potom jenom díváme jako v dubnu tohoto roku a kroutíme hlavou nad novou legislativou.

Změny se ale dějí i za hranicemi našeho státu. Je to jev globální, celoevropský, celosvětový. Migrace, imigranti, změna partnerských a rodinných vztahů, nezaměstnanost nebo naopak zaměstnanost matek s malými dětmi, celosvětová finanční krize, to všechno přinesla nová doba. Přinesla i jiné požadavky na zdravotní péči, hlavně z pohledu ekonomického.

Co je nejlepší pro pacienta? Jaké jsou nejlepší podmínky pro práci lékařů? Ne. Ale jaká je „ekonomicky méně náročná varianta“ zdravotní péče, to zajímá naše i evropské politiky. Regulace zdravotní péče, restrikce zdravotní péče, redukce zdravotnických zařízení, méně financí do vzdělávání ve zdravotnictví, to jsou často zmiňované pojmy v dnešní době.

Na tyto změny musíme reagovat.

Ve dnech 11.5. a 12.5.2012 se konalo v Praze pracovní zasedání EAP – Evropské akademie pediatriů. Je to organizace, která sjednocuje na jedné platformě evropské pediatri primární i nemocniční péče. Společným cílem je sjednotit úsilí, aby se v Evropě zachovala vysoká úroveň péče o děti poskytované dětskými lékaři dostatečně vzdělanými v oboru a naplnilo se tak právo na ochranu zdraví a využívání zdravotnických zařízení, tak jak je uvedeno v „Úmluvě o právech dítěte“, kterou přijala OSN v roce 1989. EAP ve svých pracovních skupinách připravuje sjednocení vzdělávání, očkování dětí, stanovení ukazatelů kvality pediatrické péče, etické zásady, zásady péče o chronicky nemocné, péče o mladistvé a péče o děti trpícími vzácnými nemocemi. EAP spolu s Evropskou konfederací primární pediatrické péče (ECPCP) a s Evropskou pediatrickou asociací (EPA/ UNEPSA) zastřešuje a garantuje iniciativu evropských primárních pediatriů, která vznikla na podnět italských primárních pediatriů v červnu 2011 na kongresu Europediatrics ve Vídni.

Tato „Strategická iniciativa pro budoucí zdraví dětí v Evropě“ (SPA) vychází z potřeby poskytovatelů zdravotní péče v primární pediatrii předložit své požadavky před řídicí pracovníky, politiky a relevantní instituce EU (Evropský parlament, Rada Evropy). Vychází z předpokladu, že pediatri by měli být přirozenými lídry při stanovení standardů péče o děti a mladistvé v Evropě a dohledu nad nimi. Zasedání SPA se konalo 10.5.2012 v Praze, den před zasedáním EAP, a zúčastnilo se ho několik představitelů vedení EAP, včetně zástupců SPLDD, ČPS a ČLS JEP.

Přeji si a doufám, že se i česká pediatrie dokáže v této pro zdravotnictví těžké době sjednotit. Je to jediná cesta, jak lékaři pečující o děti a dorost můžou společnými silami úspěšně obhajovat a zachovat stávající systém péče o děti v ČR na vysoké úrovni i pro další generace.

Gabriela Kubátová



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Pavel Neugebauer
předseda SPLDD ČR

Duben je tradičně měsícem, kdy je v plném proudu bilancování uplynulého období v jednotlivých regionech. Tentokrát se diskuse nejvíce točily kolem dopadů nové legislativy. PLDD z jednotlivých lokalit se probouzeli z deziluze vzniklé významnou administrativní zátěží. Formuláře a jejich vyplňování začaly dominovat v činnostech ordinací PLDD. Na děti tak zbývá stále méně času, dokonce máme informaci, že v záplavě administrativy zapomněla jedna kolegyně i dítě vůbec vyšetřit. Budeme si s touto situací umět vůbec poradit? Nebo zvítězí zdravý rozum a legislativa se upraví do konzumovatelné podoby? Sledování výstupů z našeho resortního ministerstva ale příliš záruk k tomuto řešení nedává.

3.4.

Na svém pravidelném jednání se sešla Koalice soukromých lékařů.

O výstupech blíže informujeme na jiném místě.

11.4.

Komise pro metodiku se zabývala úpravou Metodiky č. 6 známé jako Metodika VZP, z níž se vychází ve smluvních vztazích se všemi ZP. A právě změna označení na Metodiku ZP a promítnutí změn, které přinesla nová legislativa, to byla nosná témata tohoto jednání.

12.4.

PLDD z Prahy a středních Čech se sešli na své výroční konferenci. I tady se bilancovalo a volilo prakticky totožné vedení tohoto regionu. S usnesením se můžete seznámit na jiném místě časopisu.

15.4.

Také PLDD severní Moravy se sešli k bilancování své činnosti. I s usnesením

z této akce vás seznamujeme v tomto čísle časopisu.

18.4.

Pracovní skupina Clearingového centra se sešla na své další schůzce. Na půdě Národního referenčního centra se tak pilovaly další postupy a nastavení činnosti této pracovní skupiny. Řady pracovní skupiny byly rozšířeny o dva zástupce resortního ministerstva a spolu s tím jsme byli seznámeni se skutečností, že i Ministerstvo zdravotnictví ČR bude zasílat do tohoto centra hlášení o počtech vakcín placených z rozpočtu tohoto úřadu.

21.4.

Cyklus bilancujících konferencí se přesunul tentokrát na sever Čech. I tady PLDD diskutovali nad problémy současnosti, které významným způsobem zasáhly do činnosti jejich ordinací. Usnesení opět otiskujeme na stránkách našeho časopisu.

24.4.

Koalice soukromých lékařů opět na společném jednání probírala aktuální problémy v resortu a snažila se najít společného jmenovatele pro zástupce ambulantních lékařů v dalším společném postupu při prosazování zájmů ambulantních lékařů. Podrobněji informujeme na jiném místě.

28.4.

Cyklus bilancujících a volebních konferencí byl ukončen setkáním PLDD východních Čech. I PLDD z této oblasti se vyjádřili ve svém usnesení k nejpalčivějším otázkám současných dní. Usnesení pak obsahuje nejdůležitější problémy tak, jak je vnímají PLDD v této lokalitě.

X. ČESKÝ PEDIATRICKÝ KONGRES

s mezinárodní účastí

pořádá Česká pediatrická společnost ČLS JEP ve spolupráci s Odbornou společností praktických dětských lékařů ČLS JEP

Liberec, 3.–6. října 2012

Registrační poplatek pro lékaře – členy ČPS nebo OSPLD od 400 Kč

Součástí registračního poplatku je vstup na třídní odborný program kongresu, doprovodná sympozia, výstavu, objednaná účast na setkání s odborníky, sborník přednášek, kongresové materiály, občerstvení o přestávkách, obědový balíček nebo občerstvení v rámci sympozia firem.

Webové stránky kongresu: <http://www.bos-congress.cz/cpk2012>



Koalice soukromých lékařů

Odezvou na postup ministra zdravotnictví doc. MUDr. Leoše Hegera, CSc., ve věci problematické komunikace se zástupci lékařů v ambulantním sektoru byl i dopis premiérovi, ve kterém jsou vyznačeny problematické pasáže, resp. popsán způsob nedodržování dohodnuté spolupráce v uzavřeném memorandu. Zástupci Koalice i nadále nesouhlasí s postupem, který resortní ministerstvo zvolilo při tvorbě Národního registru zdravotnických pracovníků. Zástupci Koalice s napětím očekávají, zda Ing. Nosek dodrží slíbené a rozjede se komunikace na téma zreálnění informací o příjmech v ambulantním sektoru. Tato komunikace by pak mohla přispět k reálnění dohodování o nastavení úhradového systému ve zdravotnictví.

■ Výpis z jednání Koalice soukromých lékařů ze dne 24. 4. 2012

1. Další jednání s MZ ČR, plánovaná schůzka s náměstkem Noskem

- Ing. Nosek dosud nedal návrh na strukturu podkladů pro analýzu úhrad péče v jednotlivých segmentech, kterou přislíbil zaslat do 20. 4. jako podklad pro květnové jednání KSL. Dr. Dvořák Ing. Noskovi jeho slib připomene a současně jej upozorní na narůstající nespokojenost privátních lékařů s přístupem MZ ČR.
- Zástupci Koalice (s výjimkou ČSK) se vrátili ke schůzce s premiérem ČR a schválili text dopisu dr. Nečasovi, ve kterém na komentáři ke společnému memorandu KSL a MZ ČR dokladují neplnění uzavřených dohod ze strany ministra zdravotnictví.
- Zástupci KSL se společně dohodli, že pokud vyjde premiér vstříc požadavkům LOK, vydá Koalice veřejný protest proti stagnaci, respektive poklesu reálných příjmů privátních zdravotnických zařízení.

2. Jednání Rady poskytovatelů (RP) a následná TK ministra zdravotnictví

- Podle shodného stanoviska KSL je Rada poskytovatelů orgán s natolik různorodými zájmy, že jen s obtížemi může být účinným poradním orgánem. Lze tedy pochopit důvody ministra zdravotnictví, které jej vedly k tomu, že se na jednání RP nezmínil o chystané tiskové konferenci k novým reformním krokům. Současně jsou setkání RP jednou z mála možností komunikace se zástupci MZ ČR, proto je třeba apelovat na ministra, aby KSL respektoval jako legitimního zástupce soukromých poskytovatelů, vážně se zabýval jejími podněty a připomínkami a o zásadních rozhodnutích ji informoval dříve než zástupce sdělovacích prostředků.

3. Kultivace Seznamu výkonů

- Ke kultivaci Seznamu výkonů zatím nejsou nové informace. Dr. Jojko seznámil zástupce KSL se stanoviskem ČLS JEP, která podpoří kultivaci pouze v případě, že se ke změnám bude přistupovat komplexně. Podle dostupných informací se ministerská komise zatím zabývá pouze některými položkami (např. spotřebním materiálem) a jejich nesystémovými úpravami. Dr. Jojko vyzval zástupce KSL, aby zvážili, zda se Koalice ke stanovisku ČLS JEP připojí.

4. Různé

- Dr. Jojko informoval o výsledcích svého setkání s MUDr. Ferdinandem Polákem, náměstkem ministra zdravotnictví pro zdravotní péči, se kterým mimo jiné jednal o minimálních požadavcích na hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb a přednesl dr. Polákovi následující návrhy:
 - zmizí povinnost školení mytí rukou a povinnost vyvěšování schémat;
 - zůstane zachováno, že u umyvadel mají být hygienické prostředky a každé ZZ má mít dezinfekční prostředky;
 - pravidla manipulace s rizikovými léčivy budou platit jen pro ta zdravotnická zařízení, která tato léčiva používají. Pokud je ZZ nepoužívá, nebude povinné informovat ani o tom, že je nemá;
 - personální soupisy budou platit jen pro větší ambulance (např. nad 10 zaměstnanců);
 - sporným bodem zůstala pravidla týkající se školení první pomoci.KSL s úpravami navrženými dr. Jojkem souhlasí s tím, že hranice počtu zaměstnanců pro personální soupisy se posune na 20 a povinné školení první pomoci doporučuje z materiálu zcela vyřadit.

- Zástupci KSL schválili text Stanoviska k Národnímu registru zdravotnických pracovníků.

■ Stanovisko Koalice soukromých lékařů k Národnímu registru zdravotnických pracovníků

Koalice soukromých lékařů

Slavojova 22, 12800 Praha 2, telefon: 234 709 631, fax: 234 709 616, e-mail: sladkovska@dent.cz

My, níže podepsaní zástupci organizací sdružených v Koalici soukromých lékařů, zásadně odmítáme rozsah veřejně přístupných údajů, které mají být vedeny v Národním registru zdravotnických pracovníků.

Ustanovení § 76 zákona č. 372/2011 Sb. upravuje Národní registr zdravotnických pracovníků.

Zpracovávány mají být následující údaje:

- a) jméno, popřípadě jména a příjmení zdravotnického pracovníka a akademický, vědecký a pedagogický titul,
- b) datum a místo narození,
- c) pohlaví,
- d) rodné číslo,
- e) státní občanství,
- f) adresa místa obvyklého pobytu na území České republiky nebo u osoby, která je usazena v jiném členském státě Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru nebo Švýcarské konfederaci, adresa bydliště mimo území České republiky,
- g) datum a místo získání odborné, specializované, zvláštní odborné způsobilosti a označení odbornosti nebo odborností,



- h) datum a místo získání odborné, specializované, zvláštní odborné způsobilosti a označení odbornosti nebo odborností v případě zdravotnických pracovníků, kteří způsobilost získali mimo území České republiky,
- i) údaje o zahájení, přerušení nebo ukončení výkonu zdravotnického povolání,
- j) údaj, zda jde o hostující nebo usazenou osobu,
- k) údaje o ověření znalosti českého jazyka u zdravotnických pracovníků, kteří získali odbornou způsobilost ve studijním programu v cizím jazyce na území České republiky,
- l) identifikační údaje poskytovatele nebo poskytovatelů sociálních služeb, u kterých je zdravotnický pracovník zaměstnán,
- m) kraj, na jehož území zdravotnické povolání vykonává,
- n) údaje o ztrátě oprávnění k výkonu zdravotnického povolání, o ztrátě zdravotní způsobilosti, ztrátě bezúhonnosti a délka období, na které je výkon činnosti zakázán.

O důvodu a účelnosti shromažďování některých údajů lze pochybovat, resp. není zřejmý důvod tohoto nakládání s údaji (jedná se například o údaj o kraji, kde pracovník působí, apod.).

Za podstatné ovšem považujeme to, že celá řada údajů (naprostá většina – resp. všechny s výjimkou rodného čísla a adresa pobytu) má být veřejně přístupná na internetových stránkách.

Zveřejnění údajů v rozsahu předpokládaném zákonem pokládáme za zcela neodpovídající důvodu a účelu a rovněž zasahující do práv zdravotnických pracovníků způsobem, který není odůvodnitelný. Obáváme se zneužitelnosti údajů získaných z této veřejné části registru.

V Praze dne 24. 4. 2012

Za Koalici soukromých lékařů:

MUDr. Vladimír Dvořák, předseda Sdružení soukromých gynekologů a mluvčí KSL,
MUDr. Pavel Chrz, prezident České stomatologické komory,
MUDr. Václav Šmatlák, předseda Sdružení praktických lékařů,
MUDr. Pavel Neugebauer, předseda Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost,
MUDr. Zorjan Jojko, předseda Sdružení ambulantních specialistů.

■ Dopis premiérovi

Úřad vlády České republiky
premiér Petr Nečas

Nábřeží E. Beneše 4, 118 01 Praha 1

Vážený pane premiére,
děkujeme za čas, který jste si na nás 26. března vyhradil. Na schůzce jsme se dohodli, že Vám zašleme stručný materiál, který bude ilustrovat neplnění uzavřených dohod ze strany současného ministra zdravotnictví a jeho dlouhodobé ignorování ambulantní sféry ve zdravotnictví.

Od našeho setkání s Vámi k žádnému pokroku nedošlo, situace se spíše zhoršuje. Pan ministr plánuje zásadní změny systému zdravotnictví, mnohé z nich se bezprostředně týkají ambulantní péče. Některé z plánovaných změn by mohly vést ke zbytečnému plýtvání, jiné k postupnému rozkladu primární péče v ČR. Své plány nekonzultuje se zástupci poskytovatelů ani odbornými společnostmi a zdravotníkům je sděluje přes média.

Myslíme si, že realitu velice výstižně vystihuje rozpor mezi obsahem memoranda, které s námi koncem srpna minulého roku pan ministr podepsal, a skutečným stavem situace. Zásíláme Vám proto text memoranda, náš komentář je pod každým bodem napsán červeně. Dále dle slibu zasíláme grafy rozložení nákladů na zdravotní péči dle jednotlivých segmentů v letech 2000–2010. Z nich je zjevné, že procento prostředků na ústavní péči se v těchto letech zvýšilo z 47,75 % na 52,50 %. Tento trend bychom ve státech EU hledali marně.

Vážený pane premiére, prosíme o informaci, zda můžeme z Vaší strany počítat s podporou ve snaze o zlepšení současné situace. Dovolujeme si upozornit, že činnost ministra Hegera ohrožuje nejen ambulantní zdravotnická zařízení, ale také kvalitu a dostupnost ambulantní léčby pro občany ČR.

Děkujeme za odpověď a uvítáme další pracovní schůzku s Vámi.

S pozdravem

MUDr. Vladimír Dvořák, předseda Sdružení soukromých gynekologů a mluvčí KSL,
MUDr. Václav Šmatlák, předseda Sdružení praktických lékařů,
MUDr. Pavel Neugebauer, předseda Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost,
MUDr. Zorjan Jojko, předseda Sdružení ambulantních specialistů.

■ Podle Hegera se asi nepodaří příští rok přidat všem zdravotníkům

Podle ministra zdravotnictví Leoše Hegera (TOP 09) se zřejmě nepodaří příští rok zvýšit mzdy doktorům a sestrám ve všech zdravotnických zařízeních. Některá na to zřejmě nebudou mít peníze. Heger to řekl ČTK po jednání zdravotnické tripartity.

S růstem mezd počítá memorandum, které na jaře ukončilo protest lékařských odborů. Děkujeme, odcházíme. Místopředsedkyně zdravotnických odborů I. Břeňková po jednání tripartity ČTK řekla, že odbory budou po vládě chtít pro zdravotnictví další peníze. Pokud by podle Břeňkové do systému nepříteklo asi pět miliard, nebude možné memorandum dodržet a zdravotníkům slibovanou částku přidat. Mzdy by se měly zvednout v příštím roce o deset procent. Podle Břeňkové „bude muset pomoci vláda a ministerstvo financí“ a nejjednodušší je prý zvýšit platby do zdravotního pojištění za takzvané státní pojistěnce. Stát hradí pojistné za děti, důchodce, nezaměstnané či studenty. Ministr ČTK řekl, že se kabinet už dřív usnesl na tom, že stát do systému nebude prostředky přilévát. „Ještě vidím rezervy, pokud jde o efektivitu systému,“ uvedl Heger. Dodal, že se ve zdravotnictví potlačí nyní rozvoj a nebudou se nakupovat „nové super přístroje“, pacienti ale potřebnou léčbu dostanou. 10% nárůst mezd se ministr bude snažit dodržet. V některých zdravotnických zařízeních se to podle něj ale zřejmě nepodaří. „Některá na to nebudou mít peníze. Některá se mohou ocitnout na pokraji bankrotu,“ uvedl ministr. Podle svých slov ale doufá, že se podaří přidat co nejvíce lékařům a sestrám. Zdravotní pojišťovny zdravotnickým zařízením a lékařům zaplatí příští rok zhruba stejný objem péče jako letos, úhrady jim nenavýší. Navíc se zvedne daň z přidané hodnoty. Podle mluvčího ministerstva zdravotnictví V. Sršně bude záležet třeba na tom, kolik peněz se do zdravotního pojištění odvede. Uspořít by se mohlo díky změně lékové politiky či změně nákupu zdravotnických prostředků. Peníze do zdravotnictví by v příštím roce mohly také přitéct ze zvýšených poplatků. Počítá se i s rušením akutních lůžek. Nemocniční doktoři dostali podle memoranda přidáno už od března, a to 5000 až 8000 korun. Dohoda, kterou Heger podepsal na jaře s lékařskými odbory po jejich protestní akci. Děkujeme, odcházíme, zažehnala krizi ve zdravotnictví. Výpověď tehdy podala skoro pětina z 20 000 nemocničních doktorů. Šéf lékařských odborů M. Engel před nedávnem řekl, že nechce hrozit protesty a dává zatím přednost jednání. To dnes uvedla i místopředsedkyně zdravotnických odborů.

Zdroj: Zdn, 4. 10. 2011



■ Společné memorandum Koalice soukromých lékařů a Ministerstva zdravotnictví ČR

V návaznosti na Memorandum uzavřené mezi Ministerstvem zdravotnictví ČR a Lékařským odborovým klubem dne 17. 2. 2011 a Memorandem o úpravě poměrů ve zdravotnictví uzavřené stejným ministerstvem a Českou asociací sester dne 8. 3. 2011, se níže podepsaní zástupci Koalice soukromých lékařů a Ministerstva zdravotnictví ČR dohodli na společném postupu při naplňování níže uvedených bodů.

1. Základní koncepční kroky

V souladu s Programovým prohlášením vlády, ve kterém je uvedeno:

„Veřejné zdravotní pojištění bude zachováno a modernizováno. Budou navýšeny prostředky přísunem soukromých zdrojů, zprůhledněno právní prostředí a podporována rovná soutěž poskytovatelů i plátců.“

a v souladu s Programovým prohlášením vlády se Ministerstvo zdravotnictví ČR hlásí k aktivní spolupráci s Koalicí soukromých lékařů, zastupující převážnou většinu ambulantních lékařů. Tato aktivní spolupráce bude vyjádřena především formou úzké spolupráce a konzultací nad připravovanými legislativními změnami, včetně formování základních reformních kroků.

Od podepsání memoranda s námi pan ministr prakticky nekomunikoval, žádné konzultace neproběhly. Naopak jeho záměry na zásadní změny, týkající se mj. primární péče, se dozvídáme až z médií.

2. Odměňování lékařů

V návaznosti na úpravu platových poměrů lékařů v nemocnicích a vyhlášených ministerstva zdravotnictví o postupném narovnání úhrad všech zdravotníků se dohodli zástupci Koalice soukromých lékařů s ministrem zdravotnictví na společné práci nad úpravou tzv. Seznamu výkonů, který je vydáván formou vyhlášky, poslední znění je obsahem vyhlášky č. 472/2009 Sb., a nad způsobem účtování zdravotní péče zubních lékařů. Podstatnou změnou by měla být taková

úprava, která povede v horizontu několika let k naplnění deklarace o narovnání odměn ve zdravotnictví postupně ve všech jeho segmentech.

Probíhá kultivace Seznamu výkonů. Až na schůzce 3. 4. poprvé připustil Ing. Nosek, že by rád s KSL probral průchodnost prozatímních výsledků té kultivace. Jinak jsou zatím záměry MZ v této věci zcela nejasné, ačkoli oficiální deklarace od vedení MZ zní tak, že seznam bude novelizován k 1. 7. 2012 s účinností od 1. 1. 2013. Mimo jiné to zcela blokuje naše možnosti přípravy na dohodovací řízení o hodnotě bodu a výši úhrad na rok 2013.

3. Přesun péče z nemocnic do ambulancí

Zástupci Koalice soukromých lékařů a Ministerstva zdravotnictví ČR se dohodli na zahájení diskuse, která by měla vést k faktickému naplňování trendu moderní medicíny, tj. přesunu pacientů z lůžek do ambulancí.

Žádná diskuse reálně nezačala.

4. Legislativní změny

Zástupci Koalice soukromých lékařů a Ministerstva zdravotnictví ČR se dohodli na spolupráci nad předkládanými legislativními návrhy. Ministerstvo zdravotnictví ČR bude iniciovat schůzky se zástupci Koalice soukromých lékařů, na kterých budou předkládány koncepční záměry, ze kterých budou následně vycházet jednotlivé právní normy. V rámci připomínkového řízení budou realizovány schůzky za účelem vypořádávání připomínek předkládaných zástupci jednotlivých organizací sdružujících se v Koalicí soukromých lékařů.

Součástí diskusí bude i problematika jasného legislativního vymezení spoluúčasti pacientů na úhradě poskytované zdravotní péče. Za specifickou považuje Koalice soukromých lékařů problematiku stomatologické péče, kdy připravované změny by měly reflektovat trendy nastoupené ve vyspělých státech světa.

Do dneška nic. Až na základě opakovaných upozornění KSL se 10. 4. 2012 sešla Rada

poskytovatelů. Dva dny poté ohlásil ministr další plánované změny systému zdravotnictví. Ty na Radě poskytovatelů nebyly ani zmíněny.

5. Vzdělávání zdravotníků

Zástupci Koalice soukromých lékařů a zástupci Ministerstva zdravotnictví ČR se dohodli, že budou ve spolupráci s odbornými společnostmi pracovat na zlepšování systému vzdělávání lékařských i nelékařských pracovníků. Dále se dohodli na úpravě systému rezidenčních míst zejména s důrazem na skutečnost, aby dotace na rezidenta zachovaly stejné platové podmínky po celou dobu vzdělávání v minimální výši jako v současnosti.

Zatím žádná aktivita pana ministra směrem k našim organizacím.

6. Projekty eHealth

Zástupci Koalice soukromých lékařů a zástupci Ministerstva zdravotnictví ČR se dohodli na zahájení spolupráce a otevření diskuse o obsahu a formách eHealth v ČR a potřebě jeho zakotvení v legislativním rámci...

Žádná diskuse neběží. Podle dostupných informací VZP nadále prosazuje systém IZIP, a to ačkoli zkrachovalo jeho původní zavádění do života i pilotní projekt v Karlovarském kraji a kraji Vysočina. Tam jej údajně většina ZZ nezačala užívat, ačkoli mnohá dostala od VZP zadarmo modemy. Místo diskuse o jiných formách e-healthu jsme z médií zachytili informaci, že MZ plánuje zavést např. e-preskripci jako povinnou pro všechna ZZ. Její přesná forma nám zatím není známa.

V Praze dne 30. 8. 2011

■
Pro VOX připravil:
MUDr. Pavel Neugebauer,
předseda SPLDD ČR



Usnesení regionálních (volebních) konferencí Usnesení Sněmu SPLDD

■ Usnesení konference regionu Praha a střední Čechy konané dne 12. 4. 2012

Konference vzala na vědomí zprávu o činnosti za rok 2011 přednesenou MUDr. Janem Němečkem. Konference vzala na vědomí zprávu o hospodaření regionu v roce 2011 přednesenou MUDr. R. Růžkovou a zprávu revizní komise přednesenou MUDr. K. Kopeckým.

Konference schválila návrh rozpočtu na rok 2012.

Konference konstatuje:

1. Došlo k výraznému navýšení administrativní náročnosti práce PLDD v souvislosti s novou legislativou. Týká se to především oblasti očkování, ale i celkové vedení zdravotnické dokumentace a provozu lékařské praxe. To vše bez jakéhokoliv navýšení finančního ohodnocení. Konference vyzývá VV a předsednictvo SPLDD k pokračování v jednáních nad změnou současné nevyhovující legislativy.
2. Konference se znepokojením upozorňuje na skutečnost, že opět nebyla včas připravena jednoznačná metodika k vykazování očkování od 1. 4. 2012.
3. Nová legislativa vystavuje PLDD výrazně zvýšenému právnímu riziku, přičemž chybí jednoznačné výklady příslušných zákonů. To pociťujeme jako závažnou komplikaci v komunikaci s rodiči našich pacientů. Proto doporučujeme všem členům SPLDD, aby v případě nejasností nebo nespokojenosti rodičů s novými předpisy předali zákonným zástupcům kontakt na pověřenou osobu MZ ČR.
4. Znovu upozorňujeme, že nedošlo ke kompenzaci zrušení regulačních poplatků v ordinacích PLDD.
5. Konference vzala na vědomí informaci MUDr. Novotné z KÚ Středočeského kraje k přeregistracím.
6. Účastníci konference znovu apelují na členskou základnu a vybízejí ji k větší aktivitě a k hojnější účasti na akcích pořádaných SPLDD.

Zapsala: MUDr. Alena Kyjonková, MUDr. Ruth Adamová, MUDr. Zdeněk Weiss

■ Usnesení volební konference regionu Severní Morava a Slezsko konané dne 15. 4. 2012

Konference vyslechla:

- zprávu o činnosti předsedkyně regionu Severní Morava a Slezsko H. Kuběnové,
- zprávu o hospodaření regionu za rok 2011 pokladníka SPLDD Elišky Křivské.

Konference:

- odhlasovala návrh rozpočtu regionu Severní Morava a Slezsko na rok 2012.

Konference dále vyslechla zprávu revizní komise – MUDr. Heidrichové (pro nemoc v zastoupení přednesl Michal Pukovec).

Konference bere na vědomí, že kontroly hospodaření regionu nevykazují nesrovnalosti v hospodaření a že region hospodaří se ziskem. Konference bere na vědomí, že ke dni 31. 3. 2012 je v regionu 81 neplatičů. Konference ukládá těmto členům urychleně splnit své základní povinnosti vůči SPLDD! Konference vyslechla konstatování RK, že letošní rok 2012 je rokem volebním. Volby na okresech měly proběhnout do 31. 3., v Ostravě doposud neproběhly, neproběhly ani v okrese Šumperk a v okrese Olomouc nebyl zvolen okresní zástupce pro naprostý nezáměr členů o práci pro Sdružení! V okrese Bruntál uplyne mandát okresní zástupkyně až za 1,5 roku. Konference vyslechla vystoupení hostů:

- Ing. Kijovské, ředitelky OZP divize Morava, s informacemi o OZP,
- MUDr. Neugebauer s informacemi k LSPP, vakcinaci HPV, vykazování očkování,
- Ing. Buryové, vedoucí Zdravotnického odboru KÚ MSK, s její prezentací k zákonu o zdravotních službách,
- MUDr. Hülleové s informacemi o souhlasech se zdravotní péčí.

Konference nesouhlasí se způsobem organizace služeb LSPP bez smluvního vztahu a nabádá své členy k urychlenému řešení vzniklé situace.

Konference doporučuje zvoleným regionálním zástupcům, aby přes poslance našeho regionu iniciovali urychlenou změnu zákona o zdravotních službách.

- souhlasy obou rodičů,
- jakákoliv zdravotnická činnost se děje pod sankcí,
- vyřizování účtů mezi rozvedenými rodiči vtažením lékaře do jejich sporů,
- nesmysl, aby si dítě samo určovalo, zda výkon chce či nechce,

- nadměrné zatěžování opatrovnických soudů. Konference nesouhlasí s tím, že do dnešního dne není dořešena kompenzace nevybíraných regulačních poplatků, a ukládá Výkonnému výboru SPLDD ČR, aby vyvinul vyšší úsilí zvláště s ohledem na budoucí zvýšení regulačních poplatků na 50 Kč. Konference konstatuje, že stále není vyřešeno alternativní získávání očkovacích látek proti pneumokokům a proti HPV na recept. Konference vyjadřuje poděkování MUDr. Křivské a MUDr. Kuběnové za dlouholetou práci pro sdružení.

Konference zvolila do výboru regionu Severní Morava a Slezsko:

Michal Pukovec, Nový Jičín	55
Aleš Polách, Nový Jičín	54
Ivana Příkrylová, Opava	50
Zuzana Andresová, Přerov	47
Veronika Halašková, Bruntál	47

A do revizní komise:

Lýdie Machandrová, Karviná	49
Helena Kuběnová, Ostrava	48
Hana Furišová, Jeseník	47

Konference bere na vědomí, že regionální výbor zvolil ze svých řad na další tříleté období:

Předseda: MUDr. Michal Pukovec

Místopředseda: MUDr. Aleš Polách

Pokladník: MUDr. Ivana Příkrylová

Místopředseda pro Olomoucký kraj:

MUDr. Zuzana Andresová

Člen výboru: MUDr. Veronika Halašková

Předseda revizní komise: MUDr. Helena Kuběnová

Konference popřála nově zvoleným funkcionářům hodně sil a zdaru při jednáních ve prospěch členů SPLDD ČR regionu Severní Morava a Slezsko.

Zpracoval: MUDr. Aleš Polách

■ Usnesení konference severočeského regionu konané dne 21. 4. 2012

Konference vzala na vědomí:

- zprávu o činnosti za předchozí období přednesenou předsedkyní SVČ regionu MUDr. Kulhánkovou,
- zprávu o hospodaření za minulé období přednesenou pokladníkem SVČ regionu MUDr. Sudkovou.

Konference schválila:

- návrh rozpočtu SVČ regionu na rok 2012.



Konference přijala:

- zprávu revizní komise SVČ regionu za uplynulé období přednesenou jejím předsedou MUDr. Michalíkem.

Konference zvolila:

- revizní komisi ve složení: MUDr. Svobodová, MUDr. Šanderová, MUDr. Michalík,
- regionální výbor ve složení: MUDr. Sudková, MUDr. Fastrová, MUDr. Balatková, MUDr. Kulhánková.

Konference dále vzala na vědomí: vystoupení hostů.

Konference konstatuje: účast členské základny na konferenci je přibližně 1/5 z celkového počtu, v průběhu let přibližně na stejné úrovni. Opět to svědčí o nízkém zájmu členské základny o dění ve Sdružení.

Konference vyjadřuje: potřebu na úpravu informačního systému VZP, aby byl schopen poskytovat konkrétní údaje o vyúčtování ZULP.

Konference vyzývá:

- předsednictvo Sdružení neustávat v jednáních o možnosti alternativní úhrady očkovacích látek,
- předsednictvo Sdružení jednat s Ministerstvem zdravotnictví ČR o novele zákona o zdravotních službách tak, aby se snížila administrativní zátěž našich praxí,
- předsednictvo Sdružení, aby při cenových jednáních na rok 2013 byl kompenzován prohlubující se výpadek v příjmech za regulační poplatky a finančně zohledněna zvýšená administrativa vyplývající ze zákona o zdravotních službách.

MUDr. Balatková, MUDr. Fastrová,
MUDr. Michalík

■ Usnesení konference východočeského regionu konané dne 28. 4. 2012

1. Konference bere na vědomí zprávu o činnosti SPLDD východočeského regionu za rok 2011, kterou přednesl MUDr. Hrunka.
2. Konference bere na vědomí zprávu o hospodaření východočeského regionu SPLDD za rok 2011, kterou přednesla MUDr. Doležalová.
3. Konference bere na vědomí zprávu revizní komise za rok 2011, kterou přednesla MUDr. Zavřelová.
4. Konference jednohlasně schválila rozpočet na rok 2012.
5. Konference opět vyzývá členskou základnu k větší účasti na akcích SPLDD.
6. Konference ukládá předsednictvu SPLDD usilovat o novelizaci zákona o zdravotních službách.

7. Konference ukládá předsednictvu SPLDD dále pokračovat v jednání o kompenzaci 30 Kč poplatků, případně jejich znovuzavedení.
8. Konference doporučuje členům využít rámcovou smlouvu o pojištění ordinací vytvářenou ve spolupráci s právníky SPLDD.
9. Konference doporučuje členům registrovat pacienty, kteří se přeregistrují od kolegů, od prvního dne dalšího měsíce.
10. Účastníci konference podporují současný systém nákupu očkovacích látek, ale nebrání se možnosti získat očkovací látku alternativní cestou (např. receptu).
11. Konference zvolila výbor ve složení: MUDr. Doležalová, MUDr. Dvořáková, MUDr. Petrtylová, MUDr. Hrunka, MUDr. Pišek. Ze svého středu zvolil výbor předsedu MUDr. Hrunku
12. Konference zvolila revizní komisi ve složení: MUDr. Zavřelová, MUDr. Bartoňová, MUDr. Vlčková
13. Konference doporučuje respektovat doporučení centra ohledně podpisu smluv a dodatků se zdravotními pojišťovnami.

Zapsal MUDr. Martin Pišek

■ Usnesení Sněmu SPLDD Skalský dvůr 19.–20. 5. 2012

- Sněm konstatuje, že důsledné dodržování všech nařízení nově platné legislativy brání faktickému výkonu naší lékařské práce.
- Nově platná legislativa přináší řadu komplikací i našim pacientům a vede ke zbytečným konfliktům v našich ambulancích.
- Sněm negativně vnímá jednostranné posilování práv pacientů na úkor poskytovatelů zdravotní péče, aniž by byly stanoveny vymahatelné povinnosti pacientů.
- Sněm podporuje veškeré připomínky a návrhy legislativních změn, které SPLDD chce předložit MZdr.
- Sněm kategoricky odmítá ministerský návrh systému interní kontroly v našich ambulancích a požaduje jeho změnu. Některé požadavky atakují základní podstatu našeho medicínského vzdělání.
- Sněm konstatuje, že současné kroky MZdr. jsou v rozporu s prohlášeními o podpoře primární péče.
- Sněm vyzývá MZdr. ke skutečné podpoře rezidenčních míst, především k navýšení jejich počtu a finanční dotace.
- Sněm žádá právní záruky státu za případné NÚ spojené s pravidelným očkováním včetně odškodnění poškozeného státem.

- Sněm žádá představitele SPLDD a OSPDL, aby při všech svých jednáních na MZdr. výše uvedený bod prosazovali.
- Sněm nadále odmítá překotné schvalování legislativních změn, které nebyly řádně prodiskutovány s odbornou veřejností, a varuje před jejich možnými negativními dopady na zachování dostupnosti primární péče.
- Sněm vyzývá MZdr. k dodržování Memoranda uzavřeného s Koalicí soukromých lékařů.
- Sněm podporuje veškeré snahy České pediatrické společnosti, které vedou k dodržování podmínek Charty práv dítěte.
- Sněm oceňuje úpravu a doplnění prohlášení OSPDL z března 2010, která umožní další jednání o otevření alternativní cesty získávání vakcín pro nepovinné očkování přes lékárny.
- Sněm i nadále doporučuje nepodepisovat očkovací dodatky.
- Sněm opakovaně doporučuje Předsednictvu a Výkonnému výboru pracovat na změně stanov.
- Sněm považuje domácí porody za vysoce rizikové pro novorozence a konstatuje, že PLDD nejsou schopni garantovat doporučený kontinuální dozor nad zdravotním stavem novorozence po dobu 72 hod. od narození, včetně včasného zajištění povinného screeningu. V této souvislosti žádáme OSPDL o vypracování doporučeného postupu v těchto případech a VV SPLDD ve spolupráci s Mgr. Uhrem o vypracování právního rozboru.
- Sněm konstatuje nutnost zmapování zapojení nově atestovaných PLDD do sítě. Sněm žádá OSPDL o poskytnutí seznamu atestovaných PLDD a akreditovaná pracoviště a okresní zástupce o informace o jejich umístění.
- Sněm vyslechl informaci MUDr. Jiřího Soukupa o časopisu Můžeš, který vydává Konto Bariéry, a doporučuje členům zvážit objednání a umístění tohoto časopisu do našich čekáren.
- Sněm podporuje návrh petice přednesené MUDr. Rytířem k péči o pacienty starší 19 let, pokud se i nadále připravují na budoucí povolání.
- Sněm podporuje Memorandum k LPS.
- Sněmu se zúčastnilo 92 registrovaných zástupců SPLDD.

Zapsal: MUDr. Jan Němeček



Právní rubrika:

Pracovnílékařské služby v novém zákoně o specifických zdravotních službách od 1.4.2012

Mgr. Jakub Uher
právník SPLDD ČR

Závodní péče se již nejmenuje závodní péče, ale pracovnílékařské služby. Ale není to zdaleka jediná změna v této oblasti.

■ Závodní péče není od 1.4.2012 hrazena ze zdravotního pojištění

Asi nejpodstatnější změnou je to, že s výjimkou péče u nemocí z povolání je veškerá pracovnílékařská péče vyjmuta ze zdravotního pojištění. Tedy výkony pracovnílékařských prohlídek již nelze vykazovat zdravotním pojišťovnám (tedy přesněji řečeno, vykazovat lze, ale pojišťovna je rozhodně nezaplatí). Týká se to rovněž jakýchkoli odborných či laboratorních vyšetření (často jsou jako podmínka nastaveny orgánem ochrany veřejného zdraví – hygiena – v rámci rozhodnutí o kategorizaci prací) – i tato další vyšetření, která jsou podkladem pro posouzení způsobilosti či nezpůsobilosti k práci, nemají být hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Pokud by praktický lékař tato vyšetření indikoval na účet veřejného pojištění, riskuje jejich případnou úhradu vůči pojišťovně. Veškerou pracovnílékařskou péči mají hradit zaměstnavatelé, výjimkou jsou prohlídky vstupní (tehdy se ještě o zaměstnance nejedná), kde může hradit i (budoucí) zaměstnanec. Pro poskytovatele, který bude pracovnílékařskou péči provádět (třeba jen prohlídku), platí, že tuto činnost mu uhradí ten, kdo ji od něj vyžádal. Zpravidla půjde o smluvní vztah či objednávku ze strany zaměstnavatele – jak popíšu níže, těžko se již bez tohoto obejdeme. Není ale vyloučeno ani to, aby tuto péči v hotovosti uhradil namísto zaměstnavatele zaměstnanec s tím, že se následně se zaměstnavatelem vyrovnají. Dle zákona platí, že poskytovatelem pracovnílékařských služeb může být poskytovatel v oboru všeobecné praktické lékařství nebo poskytovatel v oboru pracovní lékařství. Všeobecný praktický lékař je tedy plně kvalifikován tyto služby poskytovat.

■ Přechodná ustanovení

Zde považuji za nutné upozornit na to, že zákon obsahuje přechodná ustanovení,

kteřá uvádějí, že pracovnílékařské služby lze poskytovat podle dosavadních právních předpisů upravujících poskytování závodní preventivní péče nejdéle po dobu 1 roku ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona. Tím není dotčena povinnost zaměstnavatele hradit závodní preventivní péči v rozsahu stanoveném pro pracovnílékařské služby podle tohoto zákona, a to ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona.

Tedy některé nové povinnosti platí až od 1.4.2013. Níže tedy uvedu, které povinnosti platí již od 1.4.2012 a které až od 1.4.2013.

Jaké musí mít lékař provádějící prohlídku podklady a jaký má být jeho postup?

Podkladem pro posouzení způsobilosti musí být v první řadě **informace od zaměstnavatele obsahující údaje o druhu práce, riziku, režimu práce a pracovních podmínkách**, ke kterým je posouzení zaměstnance požadováno. Poněkud podivné je, že právě z přechodných ustanovení lze dovodit, že zaměstnavatel nemá povinnost tento podklad lékaři dodat (tuto povinnost má až od 1.4.2013), nicméně bez této informace není podle mne reálně možné posouzení vůbec provést (pokud nevím, co je předmětem výkonu činnosti, jaká jsou rizika apod.) a **pokud tento podklad nebude, doporučuji provedení posouzení odmítnout**. Oporou pro tento závěr (kromě logiky, že musím vědět, k jaké činnosti posuzuji) je i to, že v části zákona upravující posudkovou činnost (na kterou se odklad přechodných ustanovení nevztahuje) je uvedeno, že lékařský posudek **je vydáván na základě zhodnocení zdravotní náročnosti pro výkon práce, služby, povolání, pro které je osoba posuzována, a podmínek, za kterých je činnost vykonávána, nebo nároků činnosti na zdraví** posuzované osoby.

Ze zákona (opět z ustanovení nedotčeného přechodnými ustanoveními – tedy od 1.4.2012) platí, že podkladem pro posudek je **výpis ze zdravotnické dokumentace**

vedené o posuzované osobě jejím registrujícím poskytovatelem v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost.

Konečně podkladem pro posudek je **výsledek lékařské prohlídky** a dalších potřebných odborných vyšetření.

Tedy lékař, který posouzení provedl a vyhotovil posudek, by podle mne měl mít ve své dokumentaci tři doklady:

1. žádost zaměstnavatele s popisem práce (viz výše),
2. výpis od registrujícího lékaře,
3. svůj posudek.

Rovněž by měl být schopen prokázat, kdy a komu byl posudek doručen.

■ Jak a komu musí být posudek doručen?

Opět jde o ustanovení účinné od 1.4.2012.

Posudek pracovnílékařské péče musí být doručen zaměstnanci a zaměstnavateli. Prokazatelným předáním lékařského posudku podle odstavce se rozumí jeho převzetí

1. **osobně** (kdy zaměstnanec potvrdí podpisem a je uvedeno datum převzetí; za zaměstnavatele je oprávněna převzít jím pověřená osoba, kdy musí být uvedeno číslo jejího dokladu totožnosti a rovněž datum převzetí). Podle mého názoru může být touto pověřenou osobou i osoba posuzovaná (tedy zaměstnavatel může pověřit k převzetí posudku jménem zaměstnavatele i posuzovaného zaměstnance) – toto pověření je ovšem podle mne třeba mít v písemné formě;
2. **poštou**, ovšem zákon zde dává podmínku zaslání s doručenkou;
3. **elektronickým doručením** opatřeným elektronickým podpisem do schránky uvedené osobou, které se má doručovat.

Tedy musejí být vyhotoveny každopádně tři originály posudku, kdy jeden je doručen zaměstnavateli, druhý zaměstnanci a třetí si ponechá lékař ve své dokumentaci.



■ Jak má posudek vypadat, co musí obsahovat?

Ač doposud nebyla vydána prováděcí vyhláška upravující náležitosti posudku pro účely pracovnělékařské péče, domnívám se (a to s odkazem na dosavadní legislativu i na novou vyhlášku o zdravotnické dokumentaci), že tento posudek musí obsahovat následující:

- identifikační údaje posuzované osoby v rozsahu jméno, popřípadě jména, příjmení, datum narození,
- identifikační údaje zaměstnavatele – název, adresu, identifikační číslo,
- identifikační údaje poskytovatele, který posudek vydal (název, adresa, IČ),
- razítko, podpis a jméno a příjmení lékaře, který posudek podepsal,
- údaje o pracovním zařazení posuzované osoby, druhu práce a případných rizicích,
- posudkový závěr (tedy způsobilý, nezpůsobilý, způsobilý s omezením),
- poučení o možnosti podat návrh na přezkoumání (tedy uvedení, že proti posudku

se lze odvolat ve lhůtě deseti dnů od jeho doručení k poskytovateli, který jej vydal),
- datum vydání posudku.

Poskytovatel (lékař) plně odpovídá za to, že vydá řádný posudek se všemi náležitostmi dle zákona (a na základě potřebných podkladů).

Tedy potvrzování jakýchkoli jiných kartiček či formulářů od zaměstnavatelů, psaní na výměnné listy (schopen práce) apod. není v souladu se zákonem (a doplňuji, že nebylo ani v minulosti).

■ Nyní to, čím bude nutné se řídit až od 1. 4. 2013

V zásadě se jedná především o povinnosti zaměstnavatelů, takže uvedu jen jednu diskutovanou povinnost, která se týká praktických lékařů.

Povinnost písemné smlouvy – podle zákona by měl zaměstnavatel uzavřenu **písemnou** smlouvu (nebo více smluv) na poskytování

pracovnělékařských služeb či jejich části (třeba prohlídky). Písemná smlouva není vyžadována pouze pro kategorii rizika jedna při provedení prohlídky registrovaným lékařem.

Tato povinnost je v části zákona, na kterou se vztahuje lhůta až k 1. 4. 2013, tedy do této doby lze zajišťovat (tak jako doposud) bez písemných smluv. Shodně s dosavadní úpravou platí, že všeobecný praktický lékař je plně kvalifikován pro provádění posudkové činnosti v rámci pracovnělékařských služeb.

■ Příloha (střed časopisu)

vzor Žádosti o provedení prohlídky – jedná se pouze o vzor, ze kterého ovšem lze dle mého názoru celkem bez problému vyjít – tento vzor řeší jak informaci o práci, ke které je posudek vydáván, tak i pověření zaměstnance tento posudek převzít jménem zaměstnavatele.

DPH ve zdravotnictví po 1. 4. 2012

Dobrý den,

chtěla bych se zeptat, zda SPL eviduje, že lékaři včetně praktických by se měli od 1. 7. 2012 stát plátcí DPH. Informovala mě o tom moje účetní:

„Od 1. 4. se mění v zákoně o DPH definice osvobozeného plnění v § 58 – Zdravotní služby. Zdravotní službou je pouze činnost s léčebným cílem nebo chránící lidské zdraví. Ve Vaší činnosti to znamená, že jakmile vystavíte např. za 50 Kč potvrzení za prohlídku, která nemá výše uvedený cíl, v tu chvíli to není osvobozené a vzhledem k tomu, že jste naplnili podmínky pro povinnou registraci, stanete se plátcí. Takže bude nutné, abyste hrazenou péči vždy důsledně rozdělovali na léčebný cíl a na ostatní (např. potvrzení na řidičský průkaz, výpisy pro pojišťovny atp.). Plátcí se stanete od prvního dne třetího měsíce, kdy tato situace nastala. Tedy když v dubnu nějaké takové potvrzení vystavíte, stanete se plátcí od 1. 7. 2012.“

Prý by se to týkalo posudků na ŘP, zbrojní průkaz, ale i činnosti pro OSSZ.

Pokud i Vy tuto informaci máte, prosím Vás o upřesnění, co konkrétně by DPH podléhalo.

Předem děkuji za odpověď.

■ Odpověď:

Je nespornou pravdou, že od 1. dubna 2012 vstoupilo v platnost nové znění § 58 zákona č. 235/2004 Sb., o dani z přidané hodnoty. Podle důvodové zprávy k zákonu měnícímu tento § 58 zákona o DPH je důvodem změny sjednocení terminologie s terminologií zákona o zdravotních službách (který nahradil mimo jiné i zákony č. 20/1966 Sb. a č. 160/1992 Sb.).

Pro běžnou praxi PLD, případně PLDD považuji za zásadní:

Za prvé

Osvobozena je:

- zdravotní služba podle zákona upravujícího zdravotní služby,
- poskytovaná poskytovatelem zdravotních služeb.

Poskytovatelem zdravotních služeb je podle § 2 zák. o zdravotních službách fyzická nebo právnická osoba, která má oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle tohoto zákona

- uvedená v oprávnění k poskytování zdravotních služeb,
- pokud se jedná o činnost s léčebným cílem nebo chránící lidské zdraví, a služba s ní úzce související.

za druhé

Dodáním zdravotního zboží pro účely tohoto zákona není výdej nebo prodej

- a) léčiv,
- b) potravin pro zvláštní výživu, nebo
- c) zdravotnických prostředků na lékařský předpis i bez lékařského předpisu.

Podle obecných pravidel by se nemělo vztahovat na spotřebu léčiv a zdravotnických prostředků v rámci poskytování zdravotních služeb.

za třetí

Služby, které nebudou (nejsou) osvobozeny:

- prohlídky pro účely administrativního rozhodování,
- vyšetření krve na přítomnost alkoholu nebo jiných omamných látek pro policii,
- potvrzení o zdravotním stavu pro vydání řidičského průkazu, zbrojního pasu,
- vyšetření za účelem stanovení otcovství,
- vyšetření coby podklad pro soud (např. vymáhání škody), pojišťovnu (uzavření pojistné smlouvy, stanovení rozsahu poškození pro určení výše pojistného plnění),
- lázeňské pobyty, které nejsou indikovány lékařem, resp. dotčená osoba je neabsolvuje za účelem léčení,
- většina kosmetických operací.



Je tedy nepochybné, že praktický lékař bude poskytovat i služby, které nebude možno zařadit jako plnění osvobozená od daně bez nároku na odpočet daně. Dokonce v případě pochybností, zda jsou splněny podmínky pro osvobození, by se z důvodu opatrnosti měl provozovatel NZZ přiklonit k tomu, že se o osvobození plnění nejedná (osvobození je výjimka z obecného pravidla). To ovšem automaticky neznamená, že by se stal plátcem daně ze zákona. Protože:

za čtvrté

- zákon v § 5 vymezuje osoby povinné k dani. Z pohledu provozovatelů privátních lékařských praxí je důležité, že obecně osobou povinnou k dani je fyzická nebo právnická osoba, která samostatně uskutečňuje ekonomické činnosti. Ekonomickou činností se pro účely zákona o DPH rozumí činnost výrobců, obchodníků a osob poskytujících služby včetně činností vykonávaných podle zvláštních právních předpisů, tedy i nezávislá činnost lékařů. Podle shora uvedeného vymezení osob povinných k dani a definování ekonomické činnosti spadají tedy i provozovatelé privátních lékařských praxí mezi osoby povinné k DPH.
- Zákon však hned v následujícím § 6 uvádí osoby sice povinné k DPH, ale od uplatňování DPH osvobozené. Jedná se o takové osoby, které mají sídlo a místo podnikání v tuzemsku a jejichž obrát nepřesáhne za nejvýše 12 bezprostředně předcházejících po sobě jdoucích kalendářních měsíců částku 1 000 000 Kč (z této definice vyplývá, že obrát pro účely DPH se neváže ke kalendářnímu roku). Takováto osoba povinná k dani se nestává plátcem, protože nepřekročila registrační limit a ani se neregistrovala dobrovolně.
- Klíčovým pojmem pro registraci osob povinných k dani je pojem „obráť“. Obrátem se pro účely zákona o DPH rozumí výnosy (u osob vedoucích účetnictví) nebo příjmy (u osob, které účetnictví nevedou – vedou např. daňovou evidenci) za uskutečnění plnění s výjimkou plnění, která jsou osvobozena bez nároku na odpočet daně.
- Z dosud uvedeného vyplývá, že ti provozovatelé privátních lékařských praxí, kteří nedosahují celkového příjmu z provozu praxe za nejvýše 12 bezprostředně předcházejících po sobě jdoucích kalendářních měsíců (nikoliv tedy v průběhu kalendářního roku) částce 1 000 000 Kč a neuskutečňují samostatně žádné další

ekonomické činnosti, se nestanou a ani nemohou stát ze zákona plátcí DPH.

- Ti z provozovatelů privátních lékařských praxí, kteří příjmy 1 000 000 Kč za nejvýše 12 bezprostředně předcházejících po sobě jdoucích kalendářních měsíců přesahují, musejí zkoumat, která zdanitelná plnění se do obrátu (pro účely zákona o DPH) nezapočítávají. Mezi takováto plnění jsou dle § 58 zahrnuty zdravotnické služby a dodání zdravotního zboží. Nebo naopak sledovat a evidovat ty služby, které se do obrátu započítávají.
- Z dosud uvedeného je zřejmé, že naprosto převažující část privátních lékařů se nestane z důvodu změn v zákoně o DPH, které začaly platit od 1. 4. 2012, plátcem DPH, neboť jejich „obráť za neosvobozené služby“ nedosáhne hranice 1 000 000 Kč.

Pokud nebudete považovat odpověď na Váš dotaz za dostatečnou, pokusím se ji dále upřesnit. Osobně jsem přesvědčen, že v případě PLD a PLDD se jedná o bouři ve sklenici vody a obavy z povinného plátcovství k DPH k 1. 7. 2012 jsou zcela neopodstatněné.

Ing. František Elis

K DPH od 1. 4. 2012

Pan Ing. Elis poměrně podrobně rozebírá tuto problematiku, takže od mne jen pár postřehů. K DPH se musí přihlásit pouze ten, kdo na plněních neosvobozených od DPH udělá obrát 1 milion korun za 12 měsíců. Toto podle mne není u běžné praxe PL reálné.

Dále pak podle mne nemá žádný přínos se k DPH hlásit dobrovolně. Co se týká toho, které činnosti jsou od DPH osvobozeny, bych doplnil, že prohlídky pracovnělékařské péče osvobozeny jsou a jedinou výjimkou jsou podle mých informací výstupní prohlídky – ty osvobozeny nejsou. V této věci se ještě vedou diskuse, ale aktuálně je podle mne stanovisko MF ČR takovéto.

Obdobně platí i pro výpisy – jde-li o výpis pro potřebu prohlídky pracovnělékařské péče, bude od DPH osvobozen.

Tedy ani pracovnělékařská péče by neměla zapříčinit nutnost registrace k DPH.

Shrnu-li tedy, mám za to, že se nás DPH prakticky netýká ani po 1. 4. 2012.

Mgr. Jakub Uher

Změna nového pravidla: k léčbě dítěte bude stačit souhlas jednoho rodiče

K léčbě dítěte bude od podzimu stačit souhlas pouze jednoho z rodičů. Ministerstvo zdravotnictví totiž hodlá novelizovat zákon o zdravotních službách, který platí od začátku dubna. Na povinnost souhlasu obou rodičů si stěžují dětské lékaři i zubaři. „Finalizujeme technickou novelu. Půjde jako poslanecká iniciativa pana ministra. Očekáváme její hladký průchod Sněmovnou i Senátem, protože to občanům usnadní život,“ uvedl pro iDNES.cz mluvčí resortu Vlastimil Sršeň.

Podle něj zatím nelze přesně určit, kdy novela začne platit. „Záleží na rychlosti legislativního procesu, tedy hlavně na Sněmovně a Senátu,“ doplnil Sršeň. V případě rozvedených rodičů bude dávat souhlas k léčbě ten, kdo má dítě v péči. V ostatních rodinách může dát souhlas kdokoli z rodičů, řekl iDNES.cz náměstek ministra zdravotnictví pro legislativu Martin Plíšek. Ministr zdravotnictví Leoš Heger novelu před předáním Sněmovně ještě projedná se zástupci stavovských komor a lékařských sdružení.

Novinku kritizovali lékaři i pacienti

Právě Česká lékařská komora a Svaz pacientů žádaly zrušení povinného souhlasu obou rodičů. Připravily i vlastní návrh novely, který chtějí předložit Senátu. Jejich představitelé o tom ve středu informovali ve společné tiskové zprávě. Lékař od začátku dubna nemůže provádět dítěti zákroky bez souhlasu obou rodičů. Výjimkou je pouze neodkladná akutní péče. Pokud se rodiče neshodnou, musí rozhodnout soud. Naposledy si na nové nařízení stěžovali zubaři.

Novela se podle ČTK dotkne i pacientů od 15 do 18 let. Jejich rodiče nebudou muset souhlasit s každým výkonem, pouze dají předem obecný souhlas a můžou si vyhradit, o čem chtějí být následně informováni. Podobná pravidla už nyní platí u registrovaných lékařů, tedy pediatrů, zubařů a gynekologů. Nevztahují se ale na specialisty a neregistrované lékaře.

Další změny zákona se podle Plíška v příštích měsících neplánují. Prozatím tak například dál zůstává v platnosti novinka, že se doktor nově musí ptát na názor na léčbu i dítěte, pokud je s ohledem na svůj věk schopné ji posoudit.

Zdroj: iDnes.cz, 3. 5. 2012



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Hana Cabrnchová
předsedkyně OSPDL ČLS JEP

■ Zápis z jednání Národní imunizační komise konaného dne 11. 4. 2012 na MZ

1) Opatření k prevenci pertuse v rodinách s neočkovanými dětmi a v kolektivech

MUDr. Kateřina Fabiánová (Státní zdravotní ústav Praha) představila návrh doporučeného postupu k prevenci pertuse v rodinách s neočkovanými nejmenšími dětmi. Materiál, který byl vypracován v souladu se stanoviskem Společnosti pro epidemiologii a mikrobiologii ČLS JEP, doplňuje opatření uvedená v původním dokumentu NIKO „Národní strategie očkování proti pertusi“ z roku 2011 o část, která upravuje zásady postexpoziční profylaxe antibiotiky a uvádí definice blízkých kontaktů. K dispozici je taktéž vyjádření Společnosti infekčního lékařství ČLS JEP, kterým se navrhuje strategie prevence, profylaxe a terapie pertuse u novorozenců a kojenců. MUDr. Fabiánová zašle do 14 dní na MZ definitivní podobu návrhu doporučeného postupu, který bude předložen členům NIKO k odsouhlasení a následně publikován na webu MZ.

NIKO navrhuje revizi protiepidemických opatření v ohnisku pertuse stanovených vyhláškou č. 275/2010 Sb., kterou se mění vyhláška č. 473/2008 Sb., o systému epidemiologické bdělosti pro vybrané infekce (Příloha 3 – Systém epidemiologické bdělosti dávivého kašle). Důvodem je nereálnost praktické realizace některých ustanovení vyhlášky. Konkrétně se jedná o článek 7 odst. 4, kterým se pediatrům ukládá povinnost provádět druhý výtěr z krku za týden po skončení léčby. Negativní kultivační nález tohoto vyšetření je podmínkou k přijetí dítěte do kolektivního zařízení. Výtěr z krku pro účely laboratorní diagnostiky pertuse je technicky náročný a z těchto důvodů se v praxi provádí zcela výjimečně. Příliš přísné požadavky na opatření při výskytu pertuse dle výše uvedené vyhlášky jsou důvodem podhlášenosti nákazy. SZÚ vypracuje v ter-

mínu do 31. srpna 2012 návrh na úpravu přílohy 3 k výše uvedené vyhlášce, který MZ využije při její nejbližší novelizaci.

2) Opatření při výskytu parotitidy v kolektivech

Protiepidemická opatření v ohnisku onemocnění příušnicemi upravuje příloha 14 článku 7 vyhlášky číslo 275/2010 Sb. S přihlédnutím k avizovaným potížím praktických lékařů s výkladem požadavků na protiepidemická opatření v ohnisku nákazy a problémům s jejich praktickou realizací NIKO požaduje, aby opatření v dětských kolektivech byla v novele vyhlášky upravena podle návrhu, který zpracuje SZÚ v termínu do 30. června 2012.

Vzhledem ke zvýšené potřebě získat informace o vlastnostech viru aktuálně cirkulujícího v domácí populaci NIKO doporučuje, aby byla problematika odběrů, skladování a transportu klinického materiálu za účelem izolace viru příušnic podle metodiky SZÚ, která byla zaslána všem KHS dopisem hlavního hygienika ČR začátkem prosince 2011, znovu připomenuta na nejbližší poradě vedoucích protiepidemických oddělení KHS.

3) Sběr dat o proočkovanosti u invazivních pneumokokových onemocnění

Dr. Křížová prezentovala situaci, kdy data o očkování proti invazivním pneumokokovým onemocněním (IPO) nejsou v současném systému EPIDAT rutinně a standardně hlášena. Přitom data o očkování jsou u IPO nesmírně důležitá k posouzení účinnosti implementované vakcinace. Navíc, hlášení dat o očkování proti IPO je požadováno od ECDC pro evropský systém surveillance TESSy. Bylo dohodnuto, že ve spolupráci NRL pro streptokokys krajskými epidemiology budou data o očkování retrospektivně jednorázově dohlášena za rok 2011 u pacientů s IPO do 9 let věku a dále prospektivně, v rámci kvartálních kontrol hlášení IPO, budou

data o očkování dohlášována za rok 2012 u pacientů s IPO všech věkových skupin. Dr. Křížová připraví v termínu do 7 dní podklady k zahájení hlášení dat o očkování proti IPO přes úložiště dat. Uvedené podklady budou společně se žádostí o zajištění úkolu zaslány cestou vrchní ředitelky a zástupkyně hlavního hygienika ČR MUDr. Věry Šedivé ředitelům krajských hygienických stanic.

4) Sérologické přehledy – zadávací dokumentace

Z výsledků posouzení návrhu zadávací dokumentace k sérologickým přehledům užší pracovní skupinou NIKO vyplynula potřeba následujících úprav návrhu:

- z podmínek pro kvalifikaci a akreditaci vyškrtnout požadavek na splnění kritérií podle WHO;
- požadavek na akreditaci musí být vázán na metodu, nikoliv na laboratoř;
- pokud jde o požadavek na zkušenosti s laboratorním vyšetřováním, měla by formulace zaručit, že uchazeč doloží vyšetření většího počtu vzorků;
- z návrhu dokumentace zjednodušit podmínku beztestnosti na prosté předložení výpisu z rejstříku trestů statutárního zastupce;
- v bodě 2.2.1 doplnit, že uchazeč doloží informace i pro dospělé osoby;
- informovaný souhlas požadovat od dětí až od 14. roku věku;
- doplnit o požadavek na protokol studie a statistických metod;
- doplnit podmínku, že zadavatel si vyhrazuje právo na případnou úpravu protokolu;
- doplnit rámcový rozpočet studie po jednotlivých procedurách;
- doplnit způsob úhrady výkonů praktických lékařů (optimálně fakturou);
- doplnit o podmínku schválení centrální etickou komisí;
- v bodě 2.2.5 místo „validace“ uvést kontrolu úplnosti dokumentace;



Finální podoba zadávací dokumentace bude předána k posouzení etické komisi a posléze MZ učiní potřebné kroky k oslovení uchazečů.

5) Doporučený postup při kontrole účinnosti očkování proti hepatitidě B u rizikových skupin obyvatelstva

Návrh doporučeného postupu kontroly anti-HBs protilátek po očkování a přeočkování proti VHB u osob na pracovištích s vyšším rizikem vzniku VHB a složek IZS, který vypracoval prof. Chlábek, byl posouzen užší pracovní skupinou NIKO. NIKO se ztotožňuje se závěry této skupiny, považuje dostupné nástroje ke kontrole účinnosti očkování proti VHB za adekvátní současné epidemiologické situaci, a proto nepovažuje vydání doporučení cestou NIKO za přínosné. Jednou z cest, jak podrobněji vysvětlit praktickým lékařům platné postupy při kontrole účinnosti očkování proti virové hepatitidě B, je publikace návrhu doporučení prof. Chlábka v odborných časopisech praktických lékařů a na webu jejich odborných společností.

6) Návrh nadstandardů vakcín pro rok 2013

Návrh je zpracováván prof. Prymulou v souladu se zápisem ze zasedání NIKO dne 16. února 2012.

7) Různé

Indikace pro aplikaci vakcíny Infanrix Hib

Návrh indikací pro vakcínu Infanrix Hib jako alternativu pro Infanrix Hexa vypracoval prof. Prymula. Navrhované klinicky zdůvodnitelné indikace umožňují použití nižší kombinace než hexavalentní vakcíny s možností dle zdravotního stavu případně přejít zpět na hexavalentní vakcínu a doočkovat chybějící dávky vakcíny proti hepatitidě B a IPV. V uvedených případech jsou tyto vakcíny hrazené ze zdravotního pojištění. Návrh materiálu bude zaslán k odsouhlasení všem členům NIKO a posléze vydán a zveřejněn na webových stránkách MZ jako oficiální doporučení s tím, že bude předán k zapracování do příští novely vyhlášky o očkování proti infekčním nemocem.

Metodika kontroly proočkovanosti v období po přechodu na financování vakcín zdravotními pojišťovnami.

Návrh metodiky kontroly proočkovanosti vypracovaný SZÚ Praha bude předán k připomínkám členům NIKO a projednán na nejbližším zasedání NIKO. Odsouhlasená verze návrhu bude východiskem k projednání dalšího postupu při kontrole proočkovanosti se zástupci zdravotních pojišťoven.

V Praze dne 20. dubna 2012

■ Doporučení Národní imunizační komise k indikacím pro vakcínu INFANRIX Hib jako alternativu pro INFANRIX Hexa

Doporučené indikace, klinicky zdůvodnitelné, umožňující použití nižší kombinace než hexavalentní vakcíny s možností dle zdravotního stavu případně přejít zpět na hexavalentní vakcínu a doočkovat chybějící dávky vakcíny proti hepatitidě B a IPV. V těchto případech jsou tyto vakcíny hrazené ze zdravotního pojištění.

- Vážnější nežádoucí reakce po aplikaci Infanrix Hexa (celková nebo lokální), která není absolutní KI podání další dávky vakcíny
- Děti pod 1500 g porodní hmotnosti
- Děti s perinatální asfyxií, periventriculární leukomalácií větší než I. stupně a jinou perinatální patologickou epizodou bez progresivního poškození CNS, které by kontraindikovalo podání vakcíny s pertusovou složkou
- Děti s mechanobulózními dermatózami, polyvalentními alergiemi a závažným atopickým ekzémem s trvalou celkovou nebo lokální léčbou
- Děti s neonatálním lupus erythematosus a chorobami patřícími do skupiny autoimunitních onemocnění
- Děti s aktivním hydrocefalem, V-P shuntem a poruchou PM vývoje, u kterých dle ošetřujícího lékaře není kontraindikace podání vakcíny obsahující DTPHib
- Děti po prodělané infekci CNS
- Děti s epileptickým syndromem, kde zdravotní stav umožňuje podat vakcínu s pertusovou složkou

■ Dobrý doktor si trojnásobek české průměrné mzdy zaslouží, říká ministr Heger

Kolik dostanou přidáno doktoři? Kdo ponese odpovědnost za dvě miliardy korun investované VZP do rušeného systému IZIP, který ministr Heger označil za „černou díru“? I na to se ptali čtenáři v on-line rozhovoru s ministrem zdravotnictví na serveru iHNED.cz.

Do sporu odborářů s ministerstvem zdravotnictví o platy v nemocnicích zasáhne v úterý premiér Petr Nečas (ODS). Pozval si ke společnému jednání ministra Leoše Hegera (TOP 09) a šéfy lékařských a zdravotnických odborů. Předloží premiérovi své propočty – ten Hegerův ukazuje, že nemocnice mají od zdravotních pojišťoven dost peněz na zvýšení platů, propočty odborů a menších nemocnic ukazují opak. Na schůzce v únoru se dohodl premiér s odbory na analýzách, které měly spor vyjasnit. Pokud by ukázaly, že peníze nestačí, premiér nevyločoval, že by v pololetí vyšla nová úhradová vyhláška. Nařídila by pojišťovnám, aby platily nemocnicím víc. Odbory chtějí Nečasovi tento slib připomenout. Z domluvených kontrol ale sešlo. Menší nemocnice je odmítly, prý po nich ministr chtěl víc informací, než potřeboval. Heger odkazoval na memorandum, kde zvýšení platů záviselo i na efektivitě. Čtěl proto z dat nemocnic zjistit, zda skutečně zefektivnily hospodaření.

Slíbeno bylo deset procent

Memorandum uvádělo pro letošní rok nárůst platů v nemocnicích o deset procent. Heger od ledna zaručil 6,25 %, zbytek možná v pololetí. Nárůst platů se podařil jen ve státních nemocnicích, kraje to odmítly. Ministerstvo poukázalo na to, že i přesto investují a nakupují přístroje. Peníze na platy prý mají – fakultním nemocnicím zvýšily pojišťovny platby o dvě procenta, krajským o 4 %.

IZIP: Černá díra na dvě miliardy

Heger se nedávno s Nečasem dohodl na ukončení kritizovaného systému IZIP. Podle ministra by mohl být nahrazen celonárodním systémem vstupování do zdravotní dokumentace pacientů, který by v několika krocích mohl fungovat od roku 2014. Projekt IZIP, do něhož za deset let vložila Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) téměř dvě miliardy korun, podle Hegera nesplnil svůj účel. „Byl pouze dírou na peníze daňových poplatníků,“ prohlásil ministr.

zdroj: Zdn, 16. 5. 2012



Děti v ohrožení života a jak jim můžeme pomoci

Doc. MUDr. Michal Hladík, Ph.D.

Klinika dětského lékařství Lékařské fakulty Ostravské univerzity a Fakultní nemocnice Ostrava

Náhlými naléhavými stavy je denně ohrožen velký počet lidí. Ani děti nejsou výjimkou. Na rozdíl od dospělých jsou v dětské populaci na prvním místě příčinou urgentních stavů úrazy, které jsou také u dětí nejčastější příčinou úmrtí. Cílem sdělení je informovat pediatry o problematice první pomoci z pohledu bezprostřední akce při ohrožení života.

Abychom rozlišili jednotlivé stupně urgentní pomoci, rozdělujeme je do kroků A–I, jak je uvedeno v tabulce 1. Basic Live Support s kroky A–C (základní podpora životních funkcí) odpovídá modelové situaci, kdy je v létě vytažena oběť tonutí na břeh, zachránce k ní přibíhá v plavkách, bez jakýchkoli pomůcek, a zahajuje oživování. Advanced Live Support s kroky D–F (rozšířená podpora životních funkcí) probíhá po příjezdu plně vybaveného vozu rychlé lékařské pomoci.

V pravidelných pětiletých intervalech se schází Evropská rada pro resuscitaci. Její poslední zasedání proběhlo v roce 2010 a byly při něm schváleny resuscitační principy pro další období. Zásadní snahou bylo zjednodušit postup v průběhu resuscitace a sjednotit ho pro všechny věkové skupiny.

■ Zahájení a ukončení resuscitace

Největším protivníkem postiženého i zachraňujícího je čas. Na obr. 1 je patrná závislost úspěšnosti oživení na čase při standardní teplotě.

Při příchodu k postiženému si pokládáme otázku, jestli máme resuscitaci vůbec zahajovat. Nezahájíme ji v případech, kdy:

1. od zástavy krevního oběhu dítěte uběhl prokazatelně delší časový interval než 20 minut při standardní teplotě okolí. Při nízké okolní teplotě se interval prodlužuje až na 40 minut. Jsou dokumentovány úspěšné resuscitace po 40 minutách pobytu v chladné vodě;
2. nemocný je v terminálním stadiu nevyléčitelné choroby (například tumor nebo nervové degenerativní onemocnění);
3. jsou přítomny jisté známky smrti – stagnační skvrny;
4. zachránce bude v ohrožení svého zdraví a života (požár, riziko intoxikace, postižený v dosahu elektrického napětí, neplavec při tonutí atd.).

K zahájení resuscitace se rozhodujeme podle přítomnosti, resp. chybění známek základních životních funkcí. Přítomnost dechu ověřujeme přiblížením ucha zachránce k ústům a nosu postiženého. Puls ověřujeme u kojenců a batolat na a. brachialis, kde je nejlépe hmatný. U větších dětí pak má prioritu palpaci karotid. Celé ověřování

základních životních funkcí nemá trvat déle než 10 sekund.

Pokud resuscitaci zahájíme, je před námi rozhodnutí o jejím ukončení, které indikujeme, pokud:

1. dojde v ideálním případě k úspěšnému obnovení životních funkcí nebo postiženého předáme k pokračování resuscitace lékařské záchranné službě. Za úspěšnou resuscitaci se považuje návrat vědomí, spontánní pohyb, otevření očí, normální spontánní ventilace a puls nad 60/minutu;
2. po dobu 20 minut probíhající resuscitace nedošlo k známkám okysličení (zúžení zornic, obnovení laryngálních reflexů, případně měřitelná saturace krve kyslíkem);
3. jsou zachránci zcela vyčerpaní.

■ Resuscitační postupy v režimu Basic Life Support

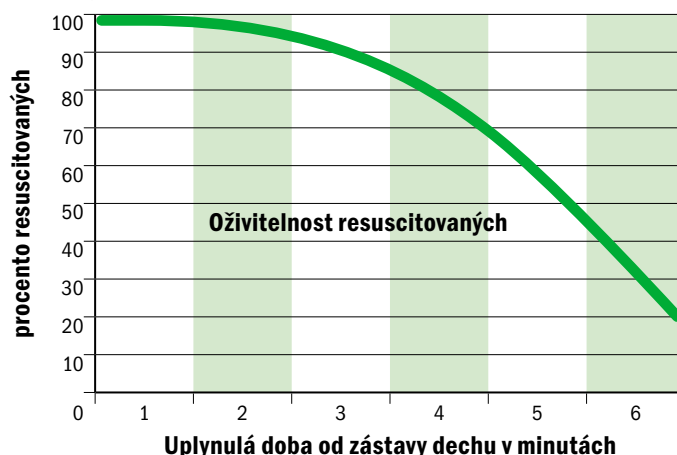
Patří sem známé schéma ABC, které je uvedeno v tabulce 1. Zmíníme jednotlivé kroky.

A – zajištění průchodnosti dýchacích cest. K tomu, abychom zprůchodnili dýchací

Tab. 1: Stupně urgentní pomoci

A (airway control)	průchodnost dýchacích cest
B (breathing support)	umělé dýchání z plic do plic
C (circulation support)	nepřímá masáž srdce
D (defibrillation)	elektrická defibrilace
E (endotracheal tube)	endotracheální intubace
F (farmacotherapy)	aplikace léků a infuzních přípravků
G (gauging)	léčebná a prognostická rozvaha
H (human mentation)	zachování funkcí mozku
I (intensive care)	intenzivní a resuscitační péče

Obr. 1: Úspěšnost resuscitace v závislosti na čase





Obr. 2: Rovné držení hlavy a předsunutí dolní čelisti při umělé plicní ventilaci u kojence



Obr. 3: Záklon hlavy a předsunutí dolní čelisti při umělé plicní ventilaci u většího dítěte

cesty, stačí u dětí nad 1 rok života záklon hlavy s předsunutím dolních řezáků před horní. Pozor, u dětí do 1 roku je k otevření dýchacích cest ideální poloha hlavy v jedné rovině s páteří! Stejnou polohu hlavy volíme při intubaci.

B – umělé dýchání z plic do plic. U malých dětí, kde obemkneme ústa i nos svými ústy, dýcháme do obou vstupů. U větších dětí uzavřeme nos stiskem svých prstů a dýcháme do dutiny ústní. Znovu zdůrazňujeme postavení hlavy v rovině u dětí do 1 roku a záklon hlavy s předsunutím dolní čelisti nad 1 rok! Zajištění průchodnosti dýchacích cest s ventilací z úst do úst znázorňují obrázky 2 a 3.

C – nepřímá srdeční masáž. Provádíme ji v dolní polovině sternu. Účinná je při stlačení sternu o 1/3 průměru hrudníku. Kompresi má být kolem 100/minutu a nemají přesáhnout 120/minutu. Dobrou mnemotechnickou pomůckou k vedení pravidelných kompresí hrudníku je rytmus lidové písně „Žádnej neví jako já, jak se seče votavička...“ Platí poučka „push hard and fast“, tedy komprimuj silně a rychle. Uvědomme si, že účinná srdeční masáž má vpravit do oběhu 30 % normálního srdečního výdeje. Provádíme ji u dětí do 1 roku dvěma nebo třemi prsty ruky, u větších pak dlaní posílenou dlaní druhé ruky, jak je znázorněno na obrázku 4.

Celý průběh resuscitace vypadá při jednom a dvou zachráncích následovně:

zprůchodnění dýchacích cest – 5 vdechů – komprese hrudníku (profesionální zachránce 15×, laik 30×) – 2 vdechy – komprese ... Toto schéma platí pro všechny věkové kategorie kromě novorozenců, kde je poměr vdechy : komprese 1 : 3. Neplatí už

tedy různé dříve uváděné poměry a rychlosti pro jednotlivé úseky dětského věku.

Podle nových postupů je přípustná samotná srdeční masáž jako jediný resuscitační postup. Je to v případech, kdy je problematické provádět dýchání z úst do úst: těžké poranění obličeje, znečištění obličeje zvratkami, hnisem, infekční afekce v obličeji atd.

Poskytování resuscitace v rámci první pomoci je velmi vyčerpávající. I trénovaný jedinec se dostává během 10 minut na hranici svých fyzických sil.

■ Dýchací cesty

Vzhledem k tomu, že u dětí jsou onemocnění dýchacích cest nejčastější a jsou nejčastějším důvodem hospitalizace, patří jim samostatné pojednání. Z nejčastějších (a nejzávažnějších) stavů k urgentnímu řešení se jedná o aspiraci do dýchacích cest,

epiglotitidu, laryngitidu a bronchiolitidu. Kromě zdravotní problematiky v sobě skrývají i výrazná forenzní rizika.

Aspirace cizího tělesa

Jedná se o častý stav s vitálním ohrožením. Klinický projev záleží na velikosti aspirované částice, průměru dýchacích cest a na místě, kde se těleso zachytí. Základním postupem je u větších dětí využití proudu vzduchu při kašli úderem do zad, které mohou cizí těleso uvolnit. Pokud ale postižený nekašle, jsou úderem do zad kontraindikované! U menších dětí je nejlepším způsobem využití gravitace, tedy uchopení za nohy, umístění do visu a úderem do zad. Při absenci kašle nebo jeho neúčinnosti se provádí **Heimlichův manévr** (obr. 5). Záchránce umístí ruce v pěst do epigastria a provede kompresi 5× za sebou. Komprese musí být brzká a silná, vedená proti bránici, protože jejím smyslem je vyvolat její silný pasivní posun s účinností odpovídající kašli.

Akutní epiglotitida

Je to bakteriální onemocnění s život ohrožujícím flegmonózním zánětem hrtanové příklopky. Přestože je obecně známé, dochází k případům, které pro neadekvátní první pomoc končí před soudem a jsou odsouzeny. Z vyvolávajících bakterií byl *Haemophilus influenzae*, proti kterému se očkuje a který bývá téměř výlučným vyvolavatelem epiglotitidy, zastoupen stafylokoky, streptokoky, pneumokoky i plísněmi. V klinice dominuje anxiózní vzhled dítěte, které sedí v mírném



Obr. 4: Komprese hrudníku při nepřímé srdeční masáži



Obr. 5: Heimlichův manévr



Obr. 6: Místo provedení koniopunkce

předklonu, tiše a málo mluví, sliny nepolyká, ale vytékají mu z úst. Příčinou je krutá bolest oteklé epiglottis. Tělesná teplota dosahuje až 40 °C. Respirační tíseň může být od klinicky poměrně malé až po těžkou insuficienci a zástavu dýchání. První pomoc, kterou můžeme v terénu poskytnout, má několik zásadních opatření:

1. Nikdy nemocné dítě nepokládáme na záda! Zduřelá epiglottis v lehu uzavře vstup do dýchacích cest a končí tak spontánní ventilace dítěte. Prodávání vakem s maskou je pochopitelně v takové situaci bez efektu.
2. Při typickém vzhledu svědčícím pro epiglottitidu ihned voláme rychlou lékařskou pomoc. Po celou dobu jednáme klidně, nezhoršujeme tenzi, kterou u dítěte a rodičů vyvolalo samotné onemocnění.
3. Jediným terapeutickým opatřením u spontánně ventilujícího dítěte je podání kyslíku maskou.
4. Vyvarujeme se snah o podání léků perorálně i parenterálně! Jakákoli stresující či algická manipulace může stav dítěte fatálně zhoršit.
5. Intubace dítěte s epiglottitidou je výkon pro zkušeného lékaře, má svá pravidla, která jsou odlišná od intubací z jiného důvodu. Může se vyvinout ve velmi rizikový a adrenalinový zážitek pro všechny zúčastněné s nejistým výsledkem.
6. Pokud před příjezdem rychlé pomoci selhává dýchání, je naší povinností pokusit se obnovit vstup do dýchacích cest otevřením membrány na krku mezi jazyčkou a štítnou chrupavkou (obr. 6). Pokud nezasáhneme štítnou žlázu, je krvácení obvykle malé; naší úlohou je udržet ránu otevřenou do příjezdu rychlé pomoci za souběžně probíhající resuscitace alespoň v modulu C, tedy nepřímé

srdeční masáže. Koniotomie je „ultimum refugium“. Může zachránit život, ale má i forenzní dopady. I neúspěšný pokus vyviní zachraňujícího zdravotníka, pokud je žalován pro pochybení během poskytování péče. Je proto nutné se o ni v indikovaných případech vždy pokusit!

Dobrou pomůckou k provedení koniopunkce jsou koniopunkční soupravy (obr. 7), které výkon usnadní a zrychlí. Je nutné se s takovou soupravou cvičně seznámit, v akci na to není čas – viz obr. 1. Osvědčil se i nácvik na zemřelých.

Akutní laryngitida

Jde o velmi časté virové onemocnění v dětském věku, se kterým se každý pediatr nepochybně setkal a dobře zná inspirační kokrhavý stridor a štekavý kašel. Teploty bývají kolem 38 °C. Děti jsou často přes dramatické respirační symptomy se zatahováním v oblasti hrudníku překvapivě čilé, nevyhledávají vynucenou polohu. Nutnost zajištění dýchacích cest (koniotomie, intubace) se odhaduje asi na 1 případ ze 100. Urgentní pomoc vychází z dobrého efektu lokálního chlazení vzduchem. Jeho obvyklým zdrojem je domácí mraznička. V zimě lze doporučit i přírodní chladný vzduch, je ovšem třeba zohlednit smogovou situaci. Chladným obkladům na krk a parenterálním aplikacím léků se vyhýbáme ze stejných důvodů jako u epiglottitidy, tedy pro riziko zhoršení stavu.



Obr. 7: Koniofunkční souprava k zavedení do trachey

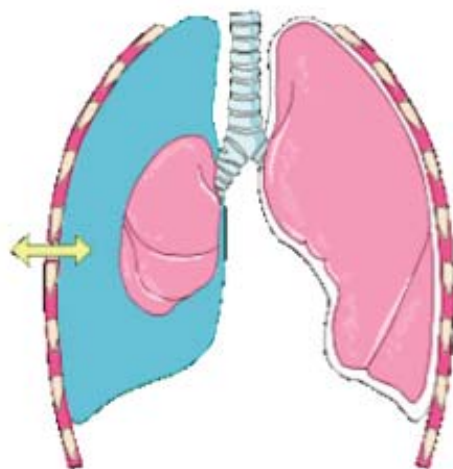
Oblíbeným lékem je Rectodelt, obsahující 100 mg prednisonu k aplikaci per rectum.

Úrazy u dětí

Jak jsme již zmínili, úrazy jsou v dětském věku nejčastější příčinou morbidit a mortality. Zejména v době tzv. adrenalinových aktivit stoupají úrazy, které jsou osvětou jen těžko ovlivnitelné (například freestyle ve volném terénu na kole, lyžích, snowboardu atd.).

Pneumotorax (PNO)

Dochází při něm k průniku vzduchu do pohrudniční dutiny (obr. 8). Tím se v ní ruší původní podtlak, který udržuje plíce rozepjaté, a dochází k jejich kolapsu. Vnitřní pneumotorax vzniká při vzniku komunikace mezi pohrudniční dutinou a dýchacími cestami, obvykle při ruptuře buly nebo těžkém astmatickém záchvatu. Mnohem častější je vnější pneumotorax, například při otevřené zlomenině žeber, ke které dochází například při automobilových nehodách, při pádu z kola nebo ze skateboardu. V zimě může vzniknout při pádech na lyžích s nárazem hrudníku do tyčí nebo stromů. Riziko jednostranného PNO spočívá v možném ohybu velkých cév a z toho plynoucím omezení plnění srdce. Pokud k tomu nedojde, pak jedna plíce pro bazální ventilační potřebu postačuje. Oboustranný rychle nevydrénovaný PNO je ale letální.



Obr. 8: Otevřený pneumotorax

Nová

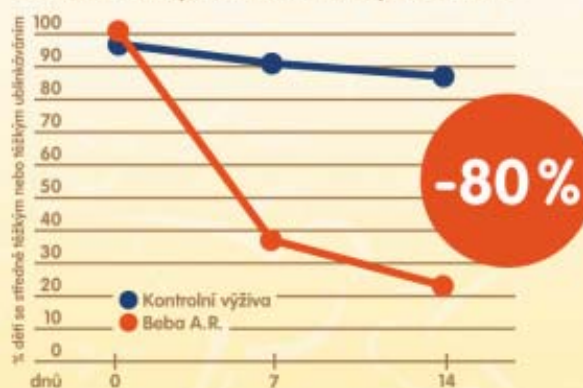
- Snadnější rozpustnost
- Lepší chuť
- V novém praktickém balení

BEBA A.R.

Trojnásobná ochrana proti ublinkávání díky unikátní kombinaci Opti Pro^{HA}, škrobu a *Lactobacillus reuteri*



Beba A.R. snižuje ublinkávání u kojenců o 80 %¹



- ✓ Snižuje ublinkávání až o 80 %¹
- ✓ Snižuje objem ublinkávání až o 48 %²
- ✓ Snižuje epizody ublinkávání až o 75 %³
- ✓ Vhodná i pro děti ohrožené rizikem vzniku alergických onemocnění

Důležité upozornění: Kojení je nejlepší způsob výživy kojenců, proto mu dáváme přednost před výrobky náhradní kojenecké výživy. Matka by měla zvážit zdravotní, sociální a finanční důsledky přerušení kojení. Také by měla být poučena o správné hygienické přípravě.

1. Valverde A et al. Estudio del tratamiento dietético de las regurgitaciones mediante una leche para lactantes de consistencia modificada. Ensayo clínico NIDINA A.R. in NIDINA A.R. ensayos clínicos. Pulso ediciones, Nestlé España S.A. 1998. 14-28.
2. Maan MJ. Efficacy of dietary measures during regurgitation episode observed in 578 infants aged 1 to 18 weeks. Multicentric study. Efficacité de mesures diététiques prises lors d'épisodes de régurgitations observés chez 578 nourissons âgés de 1 à 18 semaines. Post marketing survey - Internal Communication 1998.
3. Indri F, Rizzo G, Palmieri F, Bisongia M, Fiorino A, Cavallo L, Francavilla R. Lactobacillus reuteri accelerates gastric emptying and improves regurgitation in infants. Eur J Clin Invest 2011;41(4):417-22.



Heger chystá náhradníka za IZIP. Portál bude stát další miliony

Sotva ministerstvo oznámilo, že knížky pacienta IZIP končí, už má další nápad, jak vzkřísit elektronické zdravotnictví. Do konce roku vypíše tendr za několik miliónů, ve kterém bude hledat podobu nového portálu. Ten propojí stávající elektronické databáze a umožní do nich nahlížet z jednoho místa. „Nechceme žádný nový systém ani databázi informací o pacientech. Chceme vybudovat portál, který propojí stávající informační systémy, které by se na něm mohly vzájemně potkat,“ řekl iDNES.cz mluvčí ministerstva zdravotnictví Vlastimil Sršeň. Podle něj by skrze portál komunikovaly vzájemně databáze nemocnic, elektronické recepty nebo elektronické zdravotní knížky vyjma IZIPu od VZP, protože ten končí. Podle Sršně by portál mohl být využit například u pacienta, který si prošel CT vyšetřením v Ostravě a další ho čekala v Praze. Lékař z metropole se bude moci podívat prostřednictvím portálu do dokumentace v elektronické podobě. Tam si ověří, že pacient na CT skutečně byl. Výsledek vyšetření si posléze může vyžádat a rozhodnout, zda další CT není zbytečné. Jak bude portál vypadat, by mělo být jasné příští rok. „Předpokládáme, že bychom do konce roku mohli vypsát výběrové řízení na návrh řešení. Půjde o zakázku v hodnotě několika miliónů korun,“ dodal Sršeň. Ministr zdravotnictví Leoš Heger pak uvedl, že zkušební testování bude stát dalších až 200 miliónů korun. „Použijeme na to peníze z evropských fondů,“ řekl Hospodářským novinám Heger s tím, že ze zdravotních knížek VZP s názvem IZIP nepůjde už využít vůbec nic. Neúspěšný projekt přitom spolkl více než dvě miliardy korun. Portál by mohl začít fungovat za dva nebo tři roky. Ministerstvo ale zatím nepočítá, že by zapojení do portálu bylo pro zřizovatele databází povinné. Alespoň ne zpočátku. Jenže právě i na to doplatil IZIP. Pro lékaře bylo zapisování do této zdravotní knížky nepovinné, a tak ji většinou nepoužívali. Navíc stejně jako IZIP i nový portál bude spravovat nejspíš soukromá firma. Tu by ministerstvo hledalo v dalším výběrovém řízení. V projektu IZIP stát utopil přes dvě miliardy korun a po deseti letech od spuštění ohlásil jeho konec, aniž by kdy řádně fungoval.

zdroj: H. Válková, iDnes.cz, 14. 5. 2012

Zásadou první pomoci je zabránit v dalším pokračování vzniklého PNO hermetickým uzavřením komunikace s pleurálním prostorem. V první fázi dlaní, dále pak obvazem s igelitovým krytem. Pacienta transportujeme v polosedě (Fowlerova poloha). Pokud z hrudníku trčí penetrující předmět (např. lyžařská tyč, lišta plotu, šíp, oštěp apod.), zásadně ho neodstraňujeme.

Uzavřená poranění dutiny břišní

K nejčastějším příčinám uzavřených poranění břicha u dětí patří autonehody, dále to jsou pády z výšky (zvláště v létě z ovocných stromů), přímé údery na stěnu břišní, např. úder řídicího při pádu na kole. Je nutné pamatovat i na možnost syndromu týraného dítěte. Často se jedná o sdružená poranění, tedy poranění orgánů dutiny břišní (játra, slinivka, ledviny, střeva, močový měchýř, vnitřní pohlavní orgány u dívek), poranění plic, mozku a o zlomeniny.

V posledních letech se stala módním sportem, zejména u dívek, jízda na koni. Kromě zlomenin po pádech z koně jsou častá poranění orgánů dutiny břišní po přilehnutí jezdcе padajícím koněm.

Zhodnotit objektivně na místě zdroj krvácení u uzavřeného poranění břicha je nemožné. Obvykle se rozvíjí hypovolemický šok, kde je jediným racionálním postupem doplnění cévního řečiště. Postižený je bledý, zpocený, pokrytý studeným potem, usilovně dýchá. Stěžuje si na bolesti břicha spíše tlakového rázu, občas zvrací. Má snížený krevní tlak, zrychlený tep, je tachyпноický. Palpací zjistíme bolestivost a svalové stažení (défense). Jediným opatřením je co nejrychlejší a šetrný transport na chirurgicko-traumatologické pracoviště v co nejkratší době po úrazu, nejlépe pomocí letecké záchranné služby. Nepodávají se žádná analgetika ani tekutiny per os. Někdy doporučované zvednutí dolních končetin může být při masivním krvácení do břicha spíše kontraproduktivní. Nejčastěji poraněným orgánem dutiny břišní je slezina. K poranění sleziny stačí i poměrně malý inzult levého boku či dolní části levého hrudníku. Na poranění sleziny musíme pomyslet, i když se úraz stal před několika dny, dokonce i týdny před vznikem hemoperitonea, protože se může jednat o dvoudobou rupturu sleziny (subkapsulární hematom, krytá ruptura např. omentem). Poraněný udává pod levým žeberním obloukem

bolesti bodavého charakteru, které se stupňují s každým vdechem. Někdy vyzařují do levého ramene (Kehrův příznak).

Poranění hlavy

Jde o škálu poranění od skalpu a obličejových částí přes zlomeniny lebky, komoci mozku, kontuzi mozku až po subdurální a epidurální hematomy. Varovnými příznaky, které svědčí pro závažný stav, jsou:

- silná bolest hlavy, světlolachost,
- pocit na zvracení,
- zvracení,
- bezvědomí (i jen velmi krátké),
- nadměrná ospalost, obtížné probouzení dítěte,
- chrápání (pokud dítě obvykle nechrápe), hlasité oddychování,
- porucha vidění,
- nestejná velikost očních panenek,
- „brýlový hematom“ – typická modřina kolem očí,
- závratě, zmatenost,
- výtok čiré nebo krvavé tekutiny z nosu či ucha.

Další diagnostický a terapeutický postup se odvíjí od přítomnosti výše uvedených příznaků nebo podle jejich nástupu. Pokud není dítě v lehčích případech hospitalizované, je nutné je sledovat minimálně 24 hodin ve 2–3hodinových intervalech ke včasnému zachytu případných komplikací. Jedná se ale o výjimky u případů s minimálním rizikem. I u „prosté“ komoce se doporučuje 1–3denní hospitalizace. S ohledem na možná forenzní rizika nelze než s tímto doporučením souhlasit.

Poranění hlavy nejasného nebo podezřelého původu, zejména u kojenců, mají v diferenciální diagnostice zahrnovat úvahu o případném týrání dítěte.

Literatura u autora



Integrovaný záchranný systém

Kpt. Bc. Antonín Kremlička

Hasičský záchranný sbor Jihomoravského kraje, odbor ochrany obyvatelstva a krizového řízení

Každá vyspělá společnost by měla umět odpovídajícím způsobem reagovat na možné hrozící či již vzniklé mimořádné události (dále i „MU“), které v mnoha případech přicházejí zcela nečekaně a mohou ohrozit naše životy, zdraví, majetek a životní prostředí. K tomu musí mít vytvořeno odpovídající právní prostředí. Důležitým mezníkem v této oblasti byl rok 2000 a především počátek roku 2001, kdy nabyly účinnosti tzv. krizové zákony.

■ 1. Legislativní ukotvení integrovaného záchranného systému (dále i „IZS“)

a) Zákon č. 238/2000 Sb., o Hasičském záchranném sboru České republiky a o změně některých zákonů, určuje poslání a úkoly Hasičského záchranného sboru ČR (dále i „HZS ČR“). Odpovědnost za IZS a ochranu obyvatelstva je svěřena Ministerstvu vnitra. Byl zřízen HZS ČR, jehož základním posláním je chránit životy, zdraví a majetek obyvatel ČR při vzniku MU.

b) Zákon č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů, vymezuje IZS, stanoví složky IZS a jejich působnost, působnost a pravomoc státních orgánů a orgánů územních samosprávných celků, práva a povinnosti právnických a fyzických osob při přípravě na MU, při záchranných a likvidačních pracích a při ochraně obyvatelstva (dále i „OOB“) před vyhlášením a po dobu vyhlášení krizových stavů (stav nebezpečí, nouzový stav, stav ohrožení státu a válečný stav).

Vymezuje pojmy:

- mimořádná událost,
- záchranné a likvidační práce (dále i „ZLP“),
- ochrana obyvatelstva,
- věcná a osobní pomoc.

c) Vyhláška č. 328/2001 Sb., o některých podrobnostech zabezpečení integrovaného záchranného systému.

d) Vyhláška č. 380/2002 Sb., k přípravě a provádění úkolů ochrany obyvatelstva.

e) Nařízení vlády č. 463/2000 Sb., o stanovení pravidel zapojování do mezinárodních záchranných operací, poskytování a přijímání humanitární pomoci a náhrad výdajů vynakládaných právnickými osobami a podnikajícími fyzickými osobami na ochranu obyvatelstva.

f) Předpisy jednotlivých složek.

■ 2. Základní principy IZS

Integrace každého, kdo:

- je povinen provádět záchranné a likvidační práce (ZLP),
- je oprávněn koordinovat složky IZS,
- pomoci může,
- pomoci chce.

Integrovaným záchranným systémem je dle zákona č. 239/2000 Sb. koordinovaný postup jeho složek při přípravě na mimořádné události a při provádění záchranných a likvidačních prací.

IZS se použije v přípravě na vznik MU a při potřebě provádět současně ZLP dvěma a více složkami IZS.

■ 3. Koordinace složek IZS

Koordinací složek IZS při společném zásahu se rozumí koordinace ZLP včetně řízení jejich součinnosti (vyhláška č. 328/2001 Sb.).

Jednotlivé úrovně koordinace se liší podle toho, kým je prováděna:

- velitelem zásahu v místě nasazení složek v místě MU (místě zásahu) **na taktické úrovni**,
- operačním a informačním střediskem IZS (dále i „OPIS IZS“) **na operační úrovni**,
- starostou obce s rozšířenou působností (dále i „ORP“), hejtmanem kraje, Ministerstvem vnitra nebo jiným správním úřadem (stanoveno zákonem č. 239/2000 Sb.) **na strategické úrovni**.

■ 4. Stupně poplachu IZS

Jednotlivé stupně poplachu vyhláší velitel zásahu a operační a informační středisko IZS.

I. stupeň = malý případ se vyhláší v případě, kdy MU ohrožuje jednotlivce, jednotlivé objekty/části, jednotlivé dopravní prostředky, plochy území do 500 m². ZLP provádějí složky IZS bez potřeby nepřetržitě koordinace.

II. stupeň = střední případ se vyhláší v případě, kdy MU ohrožuje nejvýše 100 osob, více než 1 objekt se složitými podmínkami zásahu, jednotlivé prostředky hromadné přepravy osob, cenný chov zvířat nebo plochy do 10 000 m². ZLP provádějí základní i ostatní složky IZS z kraje a území ORP, kde k MU došlo. Je nutná nepřetržitá koordinace velitelem zásahu.

III. stupeň = velký případ se vyhláší v případě, kdy MU ohrožuje více než 100 osob a nejvýše 1000 osob, část obce / areál podniku, několik chovů hospodářských zvířat, plochy do 1 km², povodí řek, produktovody, jde o hromadnou havárii, leteckou havárii. ZLP provádějí základní i ostatní složky IZS i z jiných krajů. Je nutná koordinace za pomoci štábu velitele zásahu a místo zásahu se dělí na sektory a úseky. Krajské operační a informační středisko IZS (dále i „KOPIS IZS“) oznamuje vyhlášení třetího stupně poplachu starostovi ORP a hejtmanovi kraje.

Zvláštní = nejvyšší stupeň se vyhláší v případě, kdy MU ohrožuje více než 1000 osob, celé obce, plochy nad 1 km². ZLP provádějí základní i ostatní složky IZS i z jiných krajů, popřípadě může být využito i zahraniční pomoci. Společný zásah vyžaduje koordinaci na strategické úrovni. V místě zásahu je nutná koordinace za pomoci štábu velitele zásahu a místo zásahu se dělí na sektory a úseky. KOPIS IZS oznamuje vyhlášení zvláštního stupně poplachu starostovi ORP a hejtmanovi kraje. KOPIS IZS povolává a nasazuje síly a prostředky z kraje a oznamuje vyhlášení zvláštního stupně poplachu Generálnímu ředitelství HZS ČR (dále i „GŘ HZS“). Obdobně postupuje i OPIS GŘ HZS.

■ 5. Dokumentace IZS

Hasičský záchranný sbor kraje zpracovává a vede dokumentaci IZS, která musí zahrnovat:

- Havarijní plán kraje.



- b) Vnější havarijní plány (dále i „VHP“) objektů v režimu zákona č. 18/1997 Sb., o mírovém využívání jaderné energie a ionizujícího záření (atomový zákon), a zákona č. 59/2006 Sb., o prevenci závažných havárií.
- c) Poplachový plán IZS kraje.
- d) Dohody o poskytnutí pomoci.
- e) Dokumentace o společných ZLP.
- f) Statistické přehledy.
- g) Dokumentace o společných školeních, instrukcích a cvičeních složek.

6. Složky IZS

Základní složky IZS

Základními složkami IZS jsou HZS ČR, jednotky požární ochrany (dále i „JPO“) zařazené do plošného pokrytí kraje jednotkami požární ochrany, poskytovatelé zdravotnické záchranné služby a Policie České republiky.

a) HZS ČR a JPO

Základním posláním HZS ČR je chránit životy, zdraví a majetek obyvatel před požáry a poskytovat účinnou pomoc při MU.

HZS ČR je dotčeným orgánem v oblasti požární ochrany, ochrany obyvatelstva, IZS, krizového řízení a prevence závažných havárií. Svými silami a prostředky zabezpečuje lokalizaci a likvidaci požárů a havárií spojených s únikem nebezpečných látek, provádí vyprošťování osob z budov a havarovaných dopravních prostředků, zjišťování a označování nebezpečných oblastí. Dále provádí záchranné práce na vodě, ve výškách a hloubkách, evakuaci osob ohrožených MU v případě ohrožení osob nebo majetku, poskytuje postiženým první laickou zdravotní pomoc, podílí se na zajištění nouzového přežití a humanitární pomoci obyvatelstvu, zabezpečuje varování obyvatelstva a vyrozumění orgánů krizového řízení a v neposlední řadě provádí tzv. technickou pomoc

(zabezpečovací protipovodňové práce, čerpání vody ze zatopených prostorů, otevírání uzamčených místností, odstraňování nebezpečných překážek atd.).

JPO plní tyto základní úkoly:

- provádí požární zásah vedoucí k likvidaci požáru,
- provádí záchranné práce při živelních pohromách a jiných MU.

Z právního hlediska je důležité, že předurčenost JPO pro daný katastr obce je stanovena nařízením kraje – Požární poplachový plán kraje (plošné pokrytí). Podstatou plošného pokrytí je, že dislokace a velikost jednotlivých JPO je volena tak, aby katastrální území obcí bylo, v závislosti na stupni nebezpečí, zabezpečeno požadovaným minimálním množstvím sil a prostředků JPO.

Jediným stálým koordinačním orgánem v rámci IZS jsou operační a informační střediska HZS / IZS (OPIS / KOPIS). Sem jsou svedeny tísňové linky 112 a 150.

OPIS IZS:

- přijímá a vyhodnocuje informace o MU,
- zprostředkovává organizaci plnění úkolů ukládaných velitelem zásahu,
- plní úkoly uložené orgány oprávněnými koordinovat ZLP,
- zabezpečuje v případě potřeby vyrozumění základních i ostatních složek IZS a vyrozumění státních orgánů a orgánů územních samosprávných celků podle dokumentace IZS.

b) Zdravotnická záchranná služba

Zdravotnická záchranná služba (dále i „ZZS“) má za úkol poskytování neodkladné odborné přednemocniční péče ve stavech akutního ohrožení (neodkladné péče). Pracuje v nepřetržitém režimu a její vlastní řídicí složkou je zdravotnické operační středisko (dále

i „ZOS“). Své úkoly plní za standardních situací i situací mimořádných (v rámci IZS).

Přednemocniční neodkladná péče je zdravotní péče o nemocné v bezprostředním ohrožení života nebo ve vážném ohrožení zdraví:

- na místě vzniku úrazu nebo náhlého onemocnění,
- během dopravy k dalšímu odbornému ošetření,
- při předání do zdravotnického zařízení.

Systém zdravotní péče:

- přednemocniční péče,
- nemocniční péče,
- ochrana zdraví (hygienická služba).

Výkonné složky ZZS

- **RLP (rychlá lékařská pomoc)**
 - tým vedený lékařem
- **LZS (letecká záchranná služba)**
 - tým vedený lékařem – liší se dopravním prostředkem
- **RZP (rychlá zdravotnická pomoc)**
 - tým vedený středním zdravotním personálem

Činnost ZZS lze rozdělit na:

- primární = výjezd na základě tísňové výzvy nebo zajištěný převoz z ambulantního zařízení do nemocnice,
- sekundární = mezinemocniční transport v režimu přednemocniční neodkladné péče (výkon RLP) nebo mezinemocniční transport pacienta vyžadujícího ošetrovatelskou péči (výkon RZP),
- systém rendez-vous = alternativní řešení tísňové výzvy, poměrně často užívaný, při němž si tétož pacienta předávají skupiny RLP a RZP.

c) Policie ČR

Policie ČR má (dle zákona č. 273/2008 Sb.):

- chránit bezpečnost osob a majetku,



- spolupůsobit při zajišťování veřejného pořádku, a byl-li porušen, činit opatření k jeho obnovení,
- odhalovat trestné činy a zjišťovat jejich pachatele,
- vést boj proti terorismu,
- vyšetřovat trestné činy,
- zajišťovat ochranu státních hranic ve vymezeném rozsahu,
- bojovat s nelegální migrací,
- podílet se na dodržování pravidel silničního provozu,
- zajišťovat ochranu ústavních činitelů.

Policie ČR pro IZS obvykle zajišťuje:

- volný průjezd vozidel záchranných složek IZS,
- varování obyvatelstva v okolí místa MU,
- vyklizení a uzavření ohroženého prostoru,
- zabezpečení odklonu dopravy,
- regulaci vstupu a vjezdu nepovolaných osob do ohroženého prostoru,
- střežení a zabezpečení majetku evakovaných osob,
- zajištění speciálních činností (pyrotechnici, potápěči, práce ve výškách, letecká služba...),
- odbornou činnost v místě MU (zajištění pachatelů, stop, důkazů, identifikace obětí...).

Ostatní složky IZS

Jsou to:

- vyčleněné síly a prostředky ozbrojených sil,
- ostatní ozbrojené bezpečnostní sbory,
- ostatní záchranné sbory,
- orgány ochrany veřejného zdraví (krajské hygienické stanice),
- havarijní, pohotovostní, odborné a jiné služby,
- zařízení civilní ochrany,
- neziskové organizace a sdružení občanů, jež lze využít k ZLP,
- v době krizových stavů poskytovatelé akutní lůžkové péče, kteří mají zřízen urgentní příjem.



Několik důležitých rad a postupů, jak zvládnout základní úkony při dopravní nehodě

Těchto několik rad platí obecně pro přímé účastníky i případné svědky dopravní nehody.

Nejdůležitější je záchrana života a zdraví účastníků nehody, proto tedy:

- a) Vypněte chod motoru havarovaného vozidla (vyndejte klíče nebo kartu ze spínací skříňky), je-li to s ohledem na aktuální situaci možné.
- b) Opusťte havarované vozidlo a pokud je to možné, pomozte ostatním opustit vozidlo a místo nehody.
- c) Dbejte na vlastní bezpečnost, co nejdříve zajistěte místo nehody tak, aby nedošlo k jejímu rozšíření – použijte výstražné osvětlení vozu, výstražný trojúhelník, reflexní vesty.
- d) Pokud je evidentní, že zraněné osoby potřebují bezodkladnou první pomoc (krvácení, zástava dechu), věnujte se nejprve zraněným. Teprve po stabilizaci zraněných přivolejte záchranáře.

Přivolání pomoci

Pokud již nevolal na tísňové linky někdo z ostatních účastníků nehody nebo svědků, přivolejte pomoc. Nemáte-li u sebe mobilní telefon, zastavte jiné vozidlo, pomoc zraněným nebo ohroženým je zákonná povinnost každého! Pokud jde o vážnou nebo hromadnou nehodu, vždy volejte tísňovou linku 112, jejímž prostřednictvím budou přivoláni:

- hasiči (uhašení požáru, vyproštění osob, likvidace úniku látek),
- zdravotnická záchranná služba (ošetření a odvoz raněných),
- policie (zabezpečení místa nehody, organizace dopravy, vyšetření nehody).

Činnost na místě nehody do příjezdu záchranářů:

- a) Především si rozdělte činnosti, které je třeba udělat. Nebojte se požádat kolemjdoucí o pomoc a spolupráci.

- b) Zajistěte poučenou osobou provizorní regulaci nebo odklon dopravy. V případě požáru, odůvodněného podezření na možný výbuch nebo únik nebezpečných látek opusťte místo nehody společně se všemi účastníky, včetně zraněných, kteří snesou transport. Ujistěte se, že opravdu všichni jsou v bezpečné vzdálenosti. Nezapomeňte ani na přepravovaná zvířata, která je třeba po vyproštění uklidnit.
- c) Pokud vozidlo hoří a máte k dispozici hasicí přístroj vhodného typu, použijte jej.
- d) Haste z bezpečné vzdálenosti a nikdy se nedotýkejte částí vozidla. Odklopit kapotu vozidla nemá smysl, hoření by bylo silnější. Haste zespodu do motorového prostoru, popř. otevřeným okénkem do prostoru kabiny.
- e) Teprve pokud nikomu na místě nehody nehrozí nebezpečí, můžete se začít věnovat dalším činnostem. Nejdříve je třeba zajistit volnou cestu pro příjezd záchranářů. Pokud lze předpokládat přilet vrtulníku záchranné služby, vytipujte bezpečné místo pro přistání (bez stromů, elektrického vedení a křovinatého porostu). Při přiletu vrtulníku signalizujte např. reflexní vestou nebo za zhoršené viditelnosti svítilnou svoji pozici a možné místo přistání (to však především musí vyhodnotit pilot).

Na co nezapomenout po příjezdu záchranářů:

- a) Buďte k dispozici veliteli zásahu (veliteli té složky IZS, která dorazí jako první nebo která řídí zásah, obvykle hasič).
- b) Popište mu, jaká hrozí nebezpečí a co jste již udělali pro jejich omezení.
- c) Upozorněte na osoby či zvířata, které jste nebyli schopni vyprostit, a nahlasejte jejich počet a vámi zjištěné údaje o jejich stavu.
- d) Vždy se řiďte pokyny záchranářů a buďte jim nápomocni.





Prevalence běžné dětské obezity – výzva cílené prevence

MUDr. Zlatko Marinov

Dětské obezitologické centrum, FN Motol a 2. LF UK Praha

V současné době jsme zasaženi pandemií rozvoje běžné alimentární obezity. Spojení infekční terminologie s komunitním onemocněním není náhodné pro rychlost nárůstu výskytu a především pro morbiditu a mortalitu, která vysoce převyšuje v tomto století všechna infekční onemocnění v rozvinutých zemích dohromady. Z dat Světové zdravotnické organizace vyplývá, že obezitou trpí po celém světě více než 42 miliónů dětí mladších pěti let. V rámci Evropské unie žijí přibližně 3 milióny obézních dětí a předpokládá se, že u 400 000 dětí je každý rok obezita nově diagnostikována. Prevalence obezity u českých dětí v roce 2001 byla 13 % a v Evropě přibližně 19 % (International Task Force 2004). V dospívání podle výsledků studie COPAT (Childhood Obesity Prevalence and Treatment) trpí 29,7 % chlapců a 24 % dívek nadváhou či obezitou. V ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost by mělo tak mělo být v současnosti průměrně registrováno 250 dětí s nadváhou. Z toho 80 dětí s obezitou, 20 dětí s komplexními metabolickými změnami a téměř jedno dítě s patognomickou obezitou. Běžná dětská obezita je charakterizována pozvolným nástupem a rozvojem typických komplexních metabolických změn. Ukazuje se, že současná pandemie obezity má své zákonitosti a postupuje ve čtyřech fázích, které se vzájemně budou prolínat.

První fáze – fáze nárůstu epidemie obezity se rozvíjela koncem sedmdesátých let minulého století ve Spojených státech amerických a postupně byla následována rozvinutými západoevropskými státy. Přibližně s desetiletým zpožděním se přidal náš východoevropský region a Dálný východ, který byl následován asijským a jihoamerickým regionem. V první fázi epidemie obezity došlo k nárůstu nadváhy a prosté obezity v rámci celého populačního spektra, kdy za poslední čtvrtstoletí došlo k ztrojnásobení počtu obézních dětí.

Druhá fáze – fáze komplikací epidemie obezity je charakterizována rozvojem zdra-

votních komplikací, které doprovázejí nadváhu a obezitu. Její iniciální fáze je v USA datována začátkem nového tisíciletí a v našem regionu se nyní začíná rozvíjet. Běžná obezita je základním kamenem rozvoje metabolického syndromu. Přes rozvoj inzulinové rezistence vede k rozvoji časného diabetu mellitu 2. typu, jaternímu poškození a potencované ateroskleróze. V současnosti je v Evropské unii přes 20 000 obézních dětí, které mají diabetes mellitus 2. typu, 400 000 dětí s poruchou glukózové tolerance, přes milión obézních dětí má známky kardiovaskulárního onemocnění včetně hypertenze a nárůstu cholesterolu a má tři nebo více známek metabolického syndromu. Přes 1,4 miliónu má rané stadium jaterního poškození. Vedle toho dětská obezita stojí za urychleným nástupem puberty, doprovázeným snížením konečné výšky, a zároveň za vznikem závažných psychosociálních problémů, protože obézní dítě je velmi často vystaveno neúměrnému společenskému tlaku ze strany společensko-estetických norem.

Rozvoj třetí fáze – fáze komplikací epidemie obezity se očekává ke konci třetí dekády tohoto století. Tato fáze bude charakterizována rozvojem zdravotních následků, které doprovázejí nadváhu a obezitu. Dětská obezita v 70–80 % přestupuje i do dospělosti, kdy se tito jedinci budou řadit k chronicky obézním dospělým se závažnými zdravotními a psychosociálními komplikacemi, které se plně rozvinou již v produktivním věku. Na podkladě cukrovky 2. typu to budou časně amputace dolních končetin, ledvinné selhání a časná slepota, na podkladě steatohepatitidy s cirhózou se předpokládá rozvoj jaterního selhání, posun nádorových onemocnění, iktů a infarktů do nižších věkových skupin v produktivním věku. Na jedné straně dojde ke snížení ekonomického a společenského uplatnění těchto jedinců a na druhé k enormnímu zvyšování zdravotnických a celospolečenských nákladů. Komplex obezita – metabolický syndrom – diabetes mellitus 2. typu – kardiovaskulární ischemie spotřebovává již v současnosti až 10–15 %

úhrnných zdravotních nákladů, protože náklady zdravotní péče jsou u obézních o polovinu a náklady na léky dvakrát vyšší než u běžné populace.

Čtvrtá fáze – fáze fixace epidemie obezity bude nejspíš postupně prolínat třetí fází a bude charakterizována přenosem obezity do následujících generací. Vlastností typickou pro běžnou obezitu je tendence ke sdružování a vytváření skupin s podobným hodnotovým systémem. Ve fertilním věku na jedné straně dojde k selektivnímu výběru mezi mladými dospělými s nadváhou a obezitou a na druhé straně samotná obezita matek ještě před koncepcí negativně ovlivňuje vývoj programingu plodu ve smyslu jeho energetické rovnováhy a zároveň zvyšuje výskyt vrozených vývojových vad. Původně epigenetická modifikace genomu přestoupí selektivním výběrem do fylogenetiky a v následujících generacích evolučním tlakem i do ontogenetiky specifických populací. Předpokládá se, že proces následků a komplikací spojených s nadváhou a obezitou se geneticky zafixuje, celý cyklus se urychlí a dojde k významnému zkrácení střední délky života celých populací.

Naplnění katastrofické vize následků nadváhy a obezity je velkou výzvou, protože záleží bez nadsázky na nás všech, jestli se nám podaří zvrátit současné negativní trendy. Hlavní roli v tomto snažení hraje nesporně prevence. V plné míře totiž platí, že o co obtížnější je léčba dětské obezity, o to jednodušší je prevence jejího vzniku. I když se jeví komplexní problematika dětské obezity na první pohled jako velmi složitá, ve skutečnosti je možné stanovit jednoduchá a účelná preventivní pravidla. Za svůj životní styl a životní styl svých dětí sice odpovídá v první řadě jedinec, ale boj proti obezitě nemůže být jen bojem jednotlivců. Na prvním místě si musíme všichni uvědomit, že právě zdánlivě jednoduché změny a režimová opatření dokážou zastavit nebo přibrzdit negativní trend nárůstu počtu dětí s obezitou.



Prvním krokem v účelné prevenci pandemie obezity je reálná představa o výskytu nadváhy, která následně umožňuje vyvinout odpovídající celospolečenský tlak. Protichůdné zprávy nereprezentativních průzkumů stále intenzivněji poukazují na rostoucí rozpory mezi pohledem odborné a obecné veřejnosti na výskyt nadváhy dětské populace v ČR. Nepatříčně se uvádí, že prevalence obezity u českých dětí je oproti vývoji ve světě příznivější, protože ve Spojených státech amerických trpí nadváhou či obezitou 32 % dětí a u nás obezitou „pouze“ 13 %. Pokud se však statistická data očistí o americké minoritní skupiny, je výskyt obezity u eurokavkazské rasy v USA „jen“ 11 %. Vzhledem k tomu, že neproběhl sedmý celostátní antropologický výzkum, který byl plánován na rok 2011, nemáme přitom v současnosti u dětí validní data o výskytu nadváhy a obezity. Soubory dat o dětské populaci se však nacházejí v databázových záznamech antropologických záznamů z preventivních prohlídek v ambulancích PLDD. Vyhláška

Ministerstva zdravotnictví č. 3/2010 Sb., ze dne 17. prosince 2009, o stanovení obsahu a časového rozmezí preventivních prohlídek, ukládá praktickému dětskému lékaři povinnost provádět pravidelná měření základních tělesných charakteristik při povinných preventivních prohlídkách a následně zhodnotit tyto parametry podle růstových grafů. Na populační úrovni by analýza růstových dat umožnila sledovat dlouhodobé změny tělesných charakteristik, a to zejména v souvislosti s měnícími se socioekonomickými podmínkami společnosti.

Vzhledem k tomu si dovoluujeme obrátit se na praktické dětské lékaře s prosbou ke spolupráci na dobrovolném projektu vyhodnocení BMI antropologických databází z jejich ambulancí.

Cílem tohoto projektu je zjistit aktuální stav výskytu nadváhy a obezity u dětské populace v ČR, ale umožnil by i zjistit výskyt závažné dětské obezity, včetně věkového

období nástupu dětské nadváhy a dynamiky průběhu dětské obezity vzhledem k věku. Výzkumný projekt je založen na převedení, zpracování a zhodnocení BMI v programu RůstCZ z preventivních prohlídek v databázových záznamech PLDD, protože převedením databází do programu RůstCZ dochází ke ztrátě identifikace ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Vzhledem k současnému neutěšenému ekonomickému stavu se nám nepodařilo zajistit finanční prostředky na krytí projektu a z tohoto důvodu je celý postaven na dobrovolné spolupráci zúčastněných složek. Kolegům, kteří mají chuť na výzkumném projektu prevalence dětské nadváhy a obezity spolupracovat, rádi zašleme podrobnější informaci. Ostatní odbornou veřejnost budeme rádi informovat o výsledcích výzkumu na konferenci Praktická dětská obezitologie 12.–13. 10. 2012 v Poděbradech. Na plodnou spolupráci se těšíme.




Hamánek®
KOJENECKÁ VÝŽIVA

BEZ PŘIDANÉHO CUKRU

www.hamaneck.cz

Hamé s.r.o., Na Drahách 814,
686 04 Kunovice,
tel: 572534111,
e-mail: hamanek@hame.cz



Hamánek

Kojenecké nápoje Hamánek jsou bez přidaného cukru. Plná ovocná chuť díky pečlivě vybraným odrůdám ovoce

HAPPYFRUIT
100% OVOCE

Díky 100% podílu sladších odrůd ovoce není do těchto kojeneckých výživ již přidáván ani gram cukru nebo sladidla.



Svačinka
100% OVOCE

Hamánek Svačinka 100% ovoce v balení vhodném na cesty, výlety, hřiště, prostě tam, kde oceníte především lehkost a nerozbitnost.



BabySmoothies

BabySmoothies s demineralizovanou syrovátkou neobsahují žádný přidaný cukr. Důvodem pro jejich sladounkou chuť je právě použitá syrovátka, která se po zbavení hořkých solí stává lahodně sladkou.

DEMINERALIZOVANÁ
syrovátka
BEZ PŘIDANÉHO
CUKRU





Rizika a následky pozdní diagnostiky nádorů u dospívajících

MUDr. Viera Bajčiová, CSc.

Klinika dětské onkologie FN Brno

Souhrn: Onkologicky nemocní dospívající pacienti představují v onkologii specifickou skupinu a tvoří jakýsi mezistupeň mezi dětskou a dospělou onkologií. Výsledky léčby u dospívajících nejsou uspokojivé a nedosahují úspěchů, které byly dosaženy v dětské onkologii za posledních 30 let. Celkové přežití v onkologii výrazně ovlivňuje délka trvání iniciálních příznaků a rozsah nemoci v čase diagnózy. U dospívajících však více než 75 % pacientů přichází s pokročilým nádorem a přítomnými metastázami. Příčin pozdní diagnózy je několik, a to na všech úrovních – tedy nejenom na straně laické veřejnosti (pacienta a jeho rodiny), ale problém se může objevit i na straně profesionálů – zdravotníků (ošetřujícího lékaře či systému zdravotní péče). V práci blíže prezentujeme jednotlivé příčiny oddálení diagnózy a zahájení adekvátní léčby u onkologicky nemocných dospívajících pacientů.

■ Úvod

Problematika onkologicky nemocných dospívajících je zcela specifická, a to z několika důvodů. Spektrum histologických typů nádorů je věkově specifické, jiné než u dětí a jiné než u starších dospělých. Adolescenti mohou mít nádory typické pro dětský věk – tzv. nádory pediatrického typu (neuroblastom, Wilmsův nádor, meduloblastom atd.), nádory vyskytující se v každém věku (sarkomy, leukémie, lymfomy) a rovněž nádory typické pro dospělý věk (karcinomy). Karcinomy jsou však u dospívajících vzácné, tvoří pouze kolem 12 % ze všech nádorů.

Výsledky léčby maligních onemocnění u adolescentů jsou výrazně horší než u dětí a v mnoha případech horší než u starší generace. Neuspokojivé výsledky mohou být způsobeny nepochopením nebo neznalostí věkově specifických rozdílů v biologii nádorů. Klinické výzkumy totiž prokazují, že biologie a klinické chování nádorů u mladé generace může být rozdílné ve srovnání s jinými věkovými skupinami, i když se dle histologie jedná o stejný typ nádoru.

Strategie léčby maligních nádorů u dospívajících se často zásadně liší dle typu pracoviště, ve kterém je mladý člověk léčen. Dospělá a pediatrická strategie léčby je často zásadně odlišná, a to nejen stran výběru léčebných postupů a protokolů, ale také intenzitou podané chemoterapie. Mladý člověk je ve srovnání s 60letým pacientem bez komorbidit, jeho nádor vyžaduje agresivní léčbu a jeho organismus tuto léčbu zvládne.

Bude-li však léčen dle protokolů dospělé onkologie, které mají obvykle nižší dávkovou intenzitu, bude relativně podléčen.

Moderní onkologická péče je multidisciplinární záležitostí. Adekvátní diagnostika i léčba onkologicky nemocných je vždy víceoborová. Opírá se o koordinovanou souhru onkologicky orientovaných a erudovaných specialistů. Cílem spolupráce je nalezení konsensu ohledně efektivního diagnosticko-léčebného postupu, který bude co nejlépe odrážet nejen individuální biologii nádoru, ale i individuální biologii a potřeby dospívajících pacientů.

■ Příčiny pozdní diagnostiky ze strany pacienta

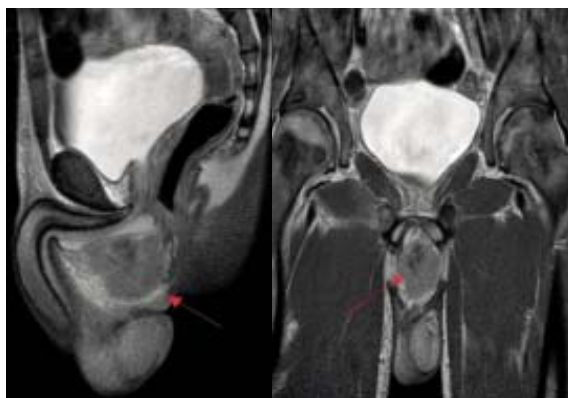
Osobnost dospívajícího prochází důležitým a z mnoha hledisek kritickým obdobím svého života, dochází k přechodu z dětství do dospělosti. Toto období je provázáno emoční nerovnováhou, odmítavým postojem k autoritám ve škole nebo v rodině, odmítáním společenských pravidel a příkazů. Pro dospívajícího jedince je nejdůležitější nezávislost na rodičích, snaha o zdůraznění vlastní osobnosti, naplnění jeho snů, koníčků a představ, hledání vlastního hodnotového žebříčku. K osobnostním změnám se přidávají i změny tělesné a sociální.

Vzhledem k těmto specifickým dospívání mladí pacienti často dlouho nevěnují pozornost iniciálním a varovným příznakům nádoru. Protože samotný nádor většinou není bolestivý, nádorovou masu přehlíží,

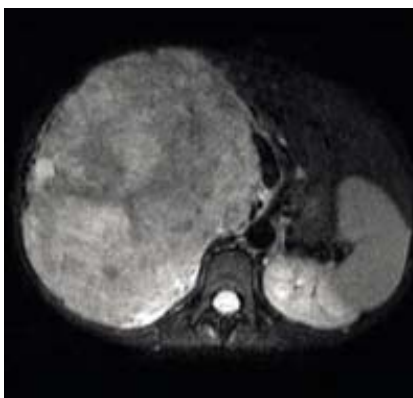
omlouvají ji jinou příčinou (obvykle nezávažným úrazem). Kromě nevědomosti, ignorance příznaků se později přidružuje i strach a obavy. Speciální problém představují nádory lokalizované v oblasti perianální či v oblasti genitálu. Tuto oblast považují dospívající za tabu, vyšetření vnímají jako útok na vlastní intimitu a brání se mu (typickým příkladem jsou nádory varlat). Velmi důležité je sledovat správný vývoj a průběh puberty a pohlavního dozrávání (hodnocení dle Tannera), u dívek je důležitá informace o menarche.

■ Kazuistika

17letý chlapec si sám nahmatal rezistenci v oblasti perinea, tuto informaci zatajil. Za 2 měsíce od svého pozorování tohoto problému byl vyšetřován pro progredující lymfadenopatii v levém tříse, v krevním obraze nález trombocytopenie. V laboratoři přítomny známky akutní lýzy tumoru (vysoké hladiny LDH, hyperkalémie, hyperurikémie, hyperfosfatémie), proto byl odeslán na onkologické pracoviště. Histologie z uzliny a rovněž z trepanobiopsie kostní dřeně potvrdila metastatický alveolární rhabdomyosarkom. Diagnóza byla potvrzena i molekulárněgeneticky s pozitivní expresí PAX3/FKHR genu. Origo nádoru zůstávalo i přes kompletní zobrazovací vyšetření břicha, pánve a dolních končetin nejasné a bylo dlouho utajeno. Až po opakovaných cílených dotazech pacient přiznal nález rezistence v oblasti perinea. Důležitou poznámkou je



Obr. 1: Rhabdomyosarkom perinea



Obr. 2: Adenokarcinom pravé ledviny



fakt, že tato oblast je němá i při zobrazovacích vyšetřeních malé pánve (CT, MRI) a nádor proto může uniknout při standardních řezech pánve. Je nutné cílené vyšetření na oblast perinea (obr. 1). Pacient absolvoval komplexní onkologickou léčbu. Podařilo se dosáhnout kompletní remise, ta však měla bohužel jen velmi krátké trvání a chlapec zemřel na diseminaci nádoru do CNS pouze 11 měsíců od diagnózy.

■ Příčiny pozdní diagnostiky ze strany rodičů a rodiny

V období dospívání je všeobecně pozorován pokles zájmu rodičů o fyzické zdraví jejich dětí, jejich pozornost se více soustřeďuje na sociální otázky (správný výběr kamarádů, prevence asociálního chování a požívání návykových látek, prospěch ve škole, hledání příští profese, vysoké školy a podobně). Dospívající již vyrostli z věku, kdy byli dle rodičů ohroženi různými nemocemi, a více méně je samozřejmostí, že mladý člověk je zdravý z titulu svého mládí. Proto jsou iniciální příznaky, dokonce i když na ně mladý člověk upozorní, ze strany rodičů často podceňovány. O riziku, že i dospívající člověk může onemocnět zhoubným nádorem, velká většina rodičů ani netuší. Dle našich zkušeností tento fakt není zásadně ovlivněn stupněm vzdělání rodičů či jejich socio-ekonomickou situací.

■ Kazuistika

17letá dívka si sama nahmatala tuhou nebolestivou fixovanou rezistenci v pravém podžebří. Byla bez celkových příznaků, nehubla, na bolesti břicha si nestěžovala, chuť k jídlu dobrá. Na nález upozornila maminka, která nález komentuje pouze jako obsah střevní a dál nevěnuje při absenci jiných příznaků dceřinu problému pozornost. Po 2 měsících dívka při preventivní prohlídce

u obvodní lékařky opět upozorní na tuto rezistenci a je odeslána na ultrazvukové vyšetření, které odhalilo nádorovou rezistenci vyrůstající z pravé ledviny. Pacientka byla odeslána na pracoviště dětské onkologie, kde byl potvrzen obrovský nádor pravé ledviny (obr. 2). Dívka absolvovala operaci, histologie potvrdila maligní nádor – světlolobuněčný karcinom ledviny II. klinického stadia. Operace byla radikální, bez známek rezidua nádoru, takže adjuvantní (postoperační) léčba nebyla nutná. Dívka zůstává ve sledování onkologické a nefrologické ambulance a v současnosti je více než rok ve velmi dobrém klinickém stavu v kompletní remisi bez přítomného nádoru.

U části rodičů dochází k oddálení návštěvy lékaře z titulu nedůvěry v systém zdravotní péče a preferování různých způsobů alternativní či přírodní léčby. Raději poslouchají rady svého laického okolí, které je jim blízké, než doporučení lékaře. S tímto typem rodičů je nutno opakovaně a dlouze mluvit a vysvětlovat rizika, která vyplývají z jejich postupu. Pokud rodiče zásadně odmítají i přes všechna vysvětlení léčbu potenciálně vyléčitelné choroby, je krajní možností ošetřujícího lékaře v České republice zažádat soudní cestou o dočasné odebrání rodičovských práv a v zájmu záchrany života léčit dítě i proti jejich vůli formou neodkladné péče. Opakuji, že se jedná skutečně o krajní řešení, nepřijemné a frustrující pro všechny zúčastněné a v klinické praxi naštěstí ojedinělé.

■ Kazuistika

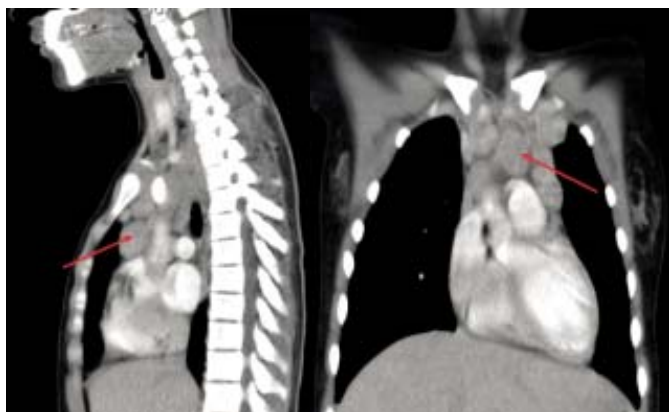
16letá dívka po překonání infektu dýchacích cest si v průběhu dalších 3 měsíců opakovaně stěžuje na celkovou slabost a únavu, zhubla více než 12 kg. Po celý čas má opakované teploty nad 38 °C nereagující na

obvyklou léčbu, výrazně se potí. Matka její problémy bagatelizuje, bere je jako jarní únavu, odmítá návštěvu lékaře a dceru léčí bylinkami a čaji. Pro výrazně vystupňované potíže, kdy dívka už nezvládne ani cestu do školy, po hádce s matkou bere otec dceru k lékaři, kde je zjištěna krční lymfadenopatie, rozsáhlý nádor mediastina, výrazná splenomegalie a abdominální lymfadenopatie (obr. 3). Histologie z biopsie potvrzuje Hodgkinův lymfom, pokročilou nemoc nad i pod bránicí, klinické stadium IIIB-S. Iniciálně matka zpochybňuje diagnózu, snaží se oddálit zahájení onkologické léčby a opět preferuje alternativní způsoby léčby. Po opakovaných pohovorech a vysvětlování rizika alternativní medicíny však nakonec s léčbou souhlasí. Dívka absolvovala komplexní onkologickou léčbu (chemoterapii a radioterapii) s dobrou odpovědí. Bylo dosaženo kompletní remise, která trvá dodnes.

■ Příčiny pozdní diagnostiky ze strany systému zdravotní péče

Systém a organizace zdravotní péče mohou mít rovněž svůj podíl na oddálení správné diagnózy a zahájení léčby. Příčiny jsou jednak na straně ošetřujícího lékaře, jednak na straně administrativy a samotné organizace péče.

Ošetřující lékaři v mnoha případech nemají dostatečné znalosti a informace o nádorech dospívajících a mladých dospělých, takže na tuto diagnózu nemyslí a klinické příznaky nesprávně hodnotí nebo rovněž podcení. Např. ve srovnání s ostatními zeměmi Evropy je v České republice horší přežívání kostních sarkomů. Tento nepříznivý fakt je způsoben délkou intervalu od začátku příznaků ke stanovení diagnózy a zahájení léčby. V Čechách je průměrná délka trvání příznaků u sarkomů kostí více než 23 týdnů! Při pátrání po příčinách ve studii z Velké Británie bylo



Obr. 3: Hodgkinův lymfom mediastina



Obr. 4: MRI osteosarkomu proximální tibie s prorůstáním do kolenního kloubu a rozsáhlou extraoseální složkou



Obr. 6: Plicní metastázy germinálního nádoru varlete

zjištěno, že až 71 % dospívajících a mladých dospělých pacientů navštívilo svého obvodního lékaře 2–5×, než byli odesláni na specializované vyšetření. Bohužel, odeslání k příslušnému specialistovi však rovněž nezaručuje, že ten je erudován i v oblasti onkologie dospívajících.

Kazuistika

22letá dívka si od léta stěžuje na bolesti pravého kolene, bez úrazové anamnézy. Opakovaně byla vyšetřena ortopedem v privátní ambulanci. Nejdříve pouze symptomatická léčba, pro narůstající potíže a otok kloubu byla dvakrát provedena i arthroscopie a odsátí výpotku. Materiál nebyl nikam odeslán. Po 6 měsících, kdy dívka zhubla více než 8 kg, pro stupňující se potíže a defiguraci dolní končetiny byla vyšetřena

ve státní nemocnici, kde byl poprvé (!) proveden nativní snímek končetiny s nálezem obrovské nádorové destrukce proximální tibie s prorůstáním do kolenního kloubu. Následné MRI potvrdilo lokálně pokročilou nemoc s infiltrací nejen kosti, ale i okolních svalů (obr. 4). Po překladu na onkologické pracoviště biopsie potvrdila osteosarkom vysokého stupně malignity, bohužel v čase diagnózy byly již přítomny mnohočetné plicní metastázy. I přes intenzivní onkologickou léčbu se nedaří nemoc zvládnout a dívka umírá na progresi nemoci 1 rok od diagnózy.

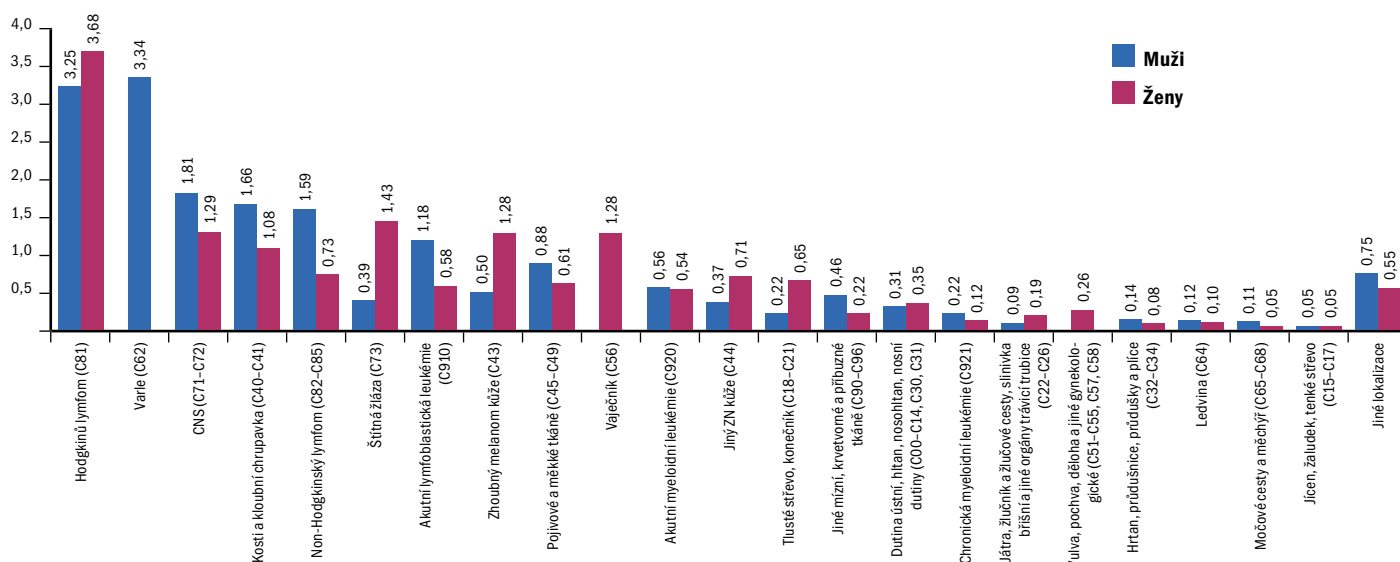
V postgraduálním vzdělávání lékařů je v oboru onkologie kladen důraz na typické a nejčastější nádory dospělého věku (karcinom střeva, karcinom plic, karcinom prsu

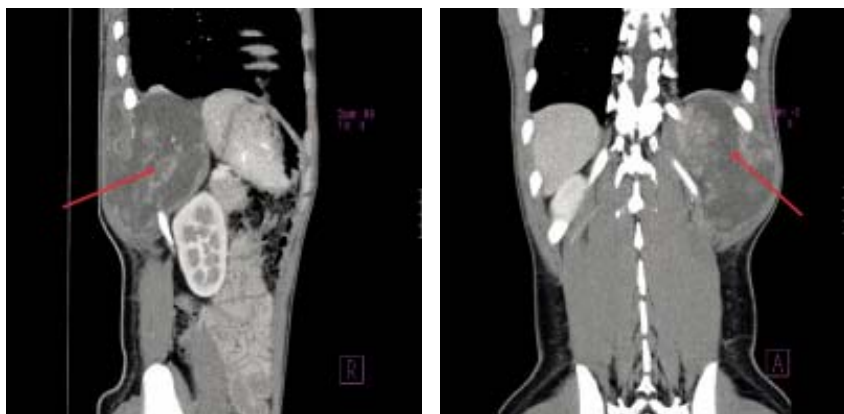
atd.), které jsou ale u dospívajících velmi vzácné a převažují jiné typy (tzv. dětské nebo juvenilní typy) nádorů – maligní lymfomy, sarkomy kostí a měkkých tkání, gonadální germinální nádory, z karcinomů je nejčastější karcinom štítné žlázy (graf – obr. 5). Tento zdánlivě nepodstatný fakt může někdy vést až k poškození pacienta.

Kazuistika

18letý chlapec, nekuřák, byl opakovaně přeléčen antibiotiky pro suchý dráždivý kašel a bronchitidu. Na rtg plic nález kulovitě patologické hmoty, pravděpodobně nádorové etiologie (obr. 6). Byla provedena bronchoskopie s transbronchiální biopsií se závěrem „nádor pravděpodobně mezenchymálního původu“ a pacient byl odeslán na specializovanou plicní kliniku. Předoperační

Obr. 5: Počet nově diagnostikovaných nádorů na 100 000 osob ve věkové kategorii





Obr. 7: Synoviální sarkom

18-FDG PET scan prokazuje zvýšenou aktivitu v horním laloku levé plic, menší ložisko v dolním laloku pravé plic a retroperitoneálních lymfatických uzlinách. Byla provedena lobektomie levého horního plicního laloku, po týdnu pro nárůst masy na pravé straně rovněž lobektomie plic vpravo. Histologie z obou resekátů prokázala metastázy germinálního nádoru varlete. Následně pacient přeložen na dětské onkologické pracoviště, kde proběhla orchiektomie a systémová chemoterapie. Pacient dosáhl klinické remise, která trvá již 6 let, nicméně je v riziku rozvoje chronické respirační insuficience. Neznalost nejčastějších typů nádorů u dospívajících, neúplné a povrchní klinické vyšetření pacienta se zaměřením pouze na plic (ale samozřejmě i mlčení pacienta o patologii v oblasti genitálu) vedlo ke zbytečné operaci a odstranění části plic.

Samotná organizace poskytované péče v systému zdravotnictví může někdy ovlivnit výsledky léčby onkologicky nemocných dospívajících pacientů. Organizace a poskytování nejenom onkologické péče je striktně rozděleno dle věku – do 18 let na pracovištích dětské medicíny, nad 18 let na pracovištích dospělé medicíny. Tento systém se bohužel v onkologii často postavil proti mladým onkologickým pacientům, kteří mají tzv. juvenilní typy nádorů, ale pro svůj věk již nemohou být léčeni na dětském pracovišti. Mnohdy je odeslán na konkrétní pracoviště pro pacienta doslova životně důležité. Strategie léčby a léčebné postupy jsou totiž často odlišné podle toho, jestli jsou pacienti léčeni dle tzv. dětských protokolů, nebo protokolů platných v dospělé onkologii. Např. u akutních lymfoblastických leukémií je tento rozdíl markantní – dle studie Boissela 5 let přežívá 78 % pacientů léčených dle dět-

ských protokolů, ale jenom 45 % pacientů léčených dle dospělých postupů. Podobně nepříznivé výsledky při použití strategie dospělé onkologie byly potvrzeny u Ewingova sarkomu kosti, lymfomů non-Hodgkinského typu či sarkomů měkkých tkání. Z těchto důvodů je úzká spolupráce dětských a dospělých onkologů nevyhnutná.

■ Kazuistika

18letý chlapec, sportovec, 2 měsíce pozoruje nárůst rezistence v oblasti zad, bez dalších příznaků. Při prvním vyšetření na MRI je nádor velikosti 12 × 10 × 10 cm s infiltrací okolních svalů (obr. 7). Biopsie potvrdila sarkom měkkých tkání – synoviální sarkom. Nález vzhledem k histologickému typu sarkomu, velikosti, lokalizaci a způsobu růstu hodnocen jako inoperabilní s infaustní prognózou. Doporučena pouze symptomatická léčba. Aktivitou rodičů a kooperací mezi dětskou a dospělou onkologií se pacient ocitl na pracovišti dětské onkologie, kde byla správnost diagnózy potvrzena a byla zahájena léčba dle aktuálních dětských protokolů. Pacient absolvoval chemoterapii, po zmenšení nádorové masy proběhla operace s následnou lokální radioterapií. Bylo dosaženo klinické remise nemoci, která trvá již 7 let.

■ Závěr

Zhubné nádory u dospívajících patří v populaci mezi vzácné typy onemocnění, nicméně jejich incidence má stoupající trend. I přes jejich agresivní klinické chování s rychlou lokální progresí a tvorbou vzdálených metastáz patří tyto tzv. juvenilní typy nádorů k vyléčitelným nemocem. Ovšem výsledky léčby tomu neodpovídají a jsou výrazně horší než léčebné výsledky dosažené v dětské onkologii či u srovnatelných typů nádorů v dospělé populaci.

Jedním z hlavních faktorů ovlivňujících úspěšnost léčby a tím i prognózu pacienta je včasná a správná diagnóza, a tak oddálení diagnózy a zahájení léčby může mít pro mladého pacienta až fatální následky.

Bohužel více než 75 % dospívajících pacientů je v současnosti diagnostikováno ve stadiu pokročilé nemoci. Zkrátit časový interval od objevení prvních příznaků k zahájení efektivní léčby lze na všech úrovních. Velmi důležitým momentem je zvyšování zdravotní osvěty a zdravotního povědomí nejenom u mladé generace, ale v celé populaci. Cílem není vytvoření karcinofobie, ale vytvoření zdravého náhledu a spoluodpovědnosti mladých lidí za své zdraví, rozpoznání varovných příznaků a odstranění všeobecně platného mýtu, který představuje boj s maligním nádorem jako boj s „démonem rakoviny“ a ne jako boj s potenciálně vyléčitelnou chorobou. Včasná diagnóza je pro výsledek tohoto boje klíčová.

Mnoho rezerv se skrývá ve stávajícím systému zdravotní péče. U lékařů – neoncologů je důležité postgraduální vzdělávání v oboru onkologie, protože s maligním onemocněním se může setkat lékař jakékoliv odbornosti (neurolog, ortoped, gynekolog, internista, nefrolog, oční lékař atd.). Mimořádnou důležitost hraje v roli sekundární prevence (tj. včasné diagnózy) lékař primárního kontaktu. Jeho rozhodnutí může být pro mladého pacienta osudové. V rámci samotné onkologie je důležité bourání rigidních věkových hranic mezi dětskou a dospělou onkologií s ohledem na biologii a specifika juvenilních nádorů, zlepšení spolupráce a vzájemná informovanost mezi onkology. Ideální myšlenkou, která už je realizována v některých zemích Evropské unie, je vytvoření specifických onkologických pracovišť pro adolescenty a mladé dospělé pacienty (tzv. adolescent and young adults units), kde spolupracují jak dospělí, tak dětské onkologové. Vzhledem k počtu nádorových onemocnění u dospívajících, ekonomické náročnosti a specifikům diagnostiky i samotné léčby je nutno péči o onkologicky nemocné adolescenty soustřeďovat do center, kde je dostupný jak dětský, tak dospělý onkolog + celé spektrum odborníků zkušených v dané oblasti. Tyto podmínky splňují v České republice centra v Praze-Motole a v Brně.



Kazuistiky z ordinací první linie

Jeden z bloků 6. kongresu primární péče byl věnován také netradičním případům, se kterými se praktičtí lékaři setkali ve svých ambulancích.

■ Čtyři ataky meningitidy

MUDr. Bohuslav Procházka, praktický pediatr z Kutné Hory, seznámil účastníky kongresu s kazuistikou opakované meningitidy. Pětiletá dívka (rodiče, prarodiče i sestra bez zdravotních problémů, z první gravidity, normální adaptace i psychomotorický vývoj, 2× léčena ATB pro infekci dolních cest dýchacích) byla 24. 5. 2004 v mateřské škole febrilní a stěžovala si na bolesti hlavy. Byla vyšetřena ambulantně na dětském oddělení (DO) Nemocnice Kutná Hora, později zde byla hospitalizována pro rozvoj meningeálního syndromu (CRP 159, leukocytóza 28,5 tisíce, LP – zkalený mok, Pandy+, 14 560 elementů). Závěrem byla konstatována bakteriální meningitis, léčena kortikoidy, Ceftriaxonem i.v. a dítě bylo přeloženo na Kliniku infekčních, parazitárních a tropických nemocí 1. LF UK a Nemocnice Na Bulovce v Praze (PCR pozitivní, *Streptococcus pneumoniae*, problémem byla alergie na cefalosporiny III. generace).

O sedm měsíců později, 19. 12. 2004, opět febrilie 48 hod., cefalea, opakované zvracení. Na DO v Kutné Hoře byl zjištěn meningeální syndrom – hospitalizace (CRP 170, leukocytóza 23 tisíc, ATB i.v., mannitol), dítě bylo opět přeloženo na infekční kliniku Nemocnice Na Bulovce – PCR: *Streptococcus pneumoniae*, dg. bakteriální meningitis II. ataka. Rodiče dodatečně informovali o lehkém úrazu hlavy v bazénu spojeném s epistaxí, následné vyšetření MRI bylo negativní.

„Začátkem roku 2005 byla dívka registrována v naší ordinaci, vzhledem k anamnéze úrazu bylo doporučeno kontrolní vyšetření ORL v pražské FN Motol včetně endoskopie. Závěrem byl normální náález, pouze mírná hypertrofie sliznic pravé maxilární dutiny,“ uvedl MUDr. Procházka.

V březnu 2005 přichází dívka do ordinace opět s febriliemi, bolestmi hlavy a se sdělením, že „má zase tu pneumokokovou meningitidu“. Objektivně šije vážne na 2 prsty, CRP nad 160. Byla zajištěna hospitalizace na JIP dětského oddělení nemocnice

v Kolíně (LP s nálezem zkaleného moku, Pandy+, 4016 segmentů).

Mikrobiologické vyšetření moku prokázalo *Streptococcus pneumoniae* necitlivý na PNC, CHLF, KLINDA, hraniční citlivost na Meronem, po i.v. léčbě Meronemem dochází k úpravě klinického stavu, na rozdíl od progresu nálezu v likvoru. Závěr: pneumokoková meningitis III. ataka. Problémem byl multirezistentní pneumokok, alergie na cefalosporiny. Dítě bylo přeloženo na infekční kliniku Nemocnice Na Bulovce a léčeno vankomycinem.

V roce 2008 odjela rodina do Bruselu, kde 12. 6. postihly děvče náhlé bolesti hlavy a zvracení. Byla vyšetřena na pohotovosti a následně hospitalizována – *Streptococcus pneumoniae* v mozkomíšním moku i v hemokultuře, pneumokoková meningitis IV. ataka, ATB profylaxe.

Kontrolní magnetická rezonance byla provedena v ÚVN Praha v říjnu 2008 – normální náález na CNS, likvorea není, případné místo komunikace – mediální část zadní stěny levého frontálního sinu, zbytnělá sliznice.

Neurochirurgické konzilium doporučilo operaci na Neurochirurgickém oddělení FN Motol, operace – plastika baze lební – byla provedena 24. 2. 2009. Od té doby je dívka bez obtíží.

MUDr. Procházka závěrem zdůraznil, jak strastiplná může být diagnostická cesta infekčních komplikací nevýznamných úrazů hlavy.

■ Male to female

„Transsexualismus je stav psychického nesouladu mezi psychickým a anatomickým pohlavím, je to přání žít a být akceptován jako příslušník jiného pohlaví s touhou a přáním léčby tak, aby tělo odpovídalo preferovanému pohlaví,“ konstatovala MUDr. Dobroslava Vokrojová, praktická lékařka z Prahy 6, a zdůraznila, že pohlavní identita, tedy psychická nebo společenská příslušnost k určitému pohlaví, je jinou otázkou než sexuální orientace. Mezinárodní klasifikace nemocí obsahuje

tzv. poruchy pohlavní identity v kapitole F64.0, F64.2. Pro stanovení diagnózy je vyžadována přítomnost transsexuální poruchy trvale, minimálně 2 roky, přičemž by neměla být příznakem žádné duševní poruchy identity. V ČR je změna pohlaví přípustná jen na základě posouzení diagnózy a prognózy lékařskou odbornou komisí od 18 let věku.

Pacient narozený v roce 1952 navštívil ordinaci MUDr. Vokrojové na jaře 2009 s žádostí o registraci z důvodu změny bydliště. Posledních asi 15 let se léčí pro hypertenzi, ACE, je ženatý, otec 2 dospělých dětí, kuřák, pracuje jako automechanik. Objektivní somatický náález fyziologický, odpovídá věku, pacient však uvádí, že se subjektivně cítí unavený, bez energie, je mu „strašně zle, až na umření“. „Na otázku ohledně rodinných či profesních problémů odpověděl, že by chtěl změnit pohlaví,“ řekla MUDr. Vokrojová.

V následující velice důvěrné rozpravě se od pacienta dozvěděla, že už v dětství, ve škole, v učení byl prostě „jiný“ a trpěl kvůli tomu mezi spolužáky šikanou. Ohledně setkání s budoucí manželkou uvedl, že si „rozuměli“. Ženatý je 34 let a zpětně manželku hodnotí jako spíše mužský element. Biologicky je muž, ale celoživotně se cítí být ženou a situaci neřešil dříve jen proto, že cítil odpovědnost ke své rodině. Přiznal se, že nosí ženské prádlo, sexuálně „snad preferuje ženy“. Momentálně se rozvádí, protože manželka jeho přiznání přijala s velkým odporem, vykážala ho z bytu a nechce, aby se změna pohlaví řešila v místě jejich bydliště. „Zpracovává“ proti němu i děti (20 a 30 let).

„Dojednali jsme konzultaci s psychiatrem, který potvrdil transsexualismus a odeslal pacienta na sexuologii. V srpnu 2009 případ přebírá a koordinuje tým složený ze sexuologa, internisty, psychologa, endokrinologa a chirurga. Jakmile byla stanovena diagnóza, je transsexuální komisí stanoven program léčby. Pacient se společensky „proznamuje“ – volí si ženské jméno a k příjmení přidává ženskou koncovku. Je velice důležité to v kontaktu s nemocným respek-



tovat, protože to zvyšuje jak jeho sebedůvěru, tak i důvěru v praktického lékaře," uvedla MUDr. Vokrojová.

Ted' už pacientka musí absolvovat vyšetření interní, endokrinologické a vstupní psychologické. Jakmile je vyřešena rodinná situace, zahajuje se v únoru 2010 standardní postup terapie. Pacientce je nasazena dlouhodobá hormonální léčba androgeny estrogeny pod kontrolou sexuologa, endokrinologa a psychologa. „Pacientka prožívá pocity štěstí, cítí se po hormonální terapii lépe, zvyšuje se její výkonnost, aktivita. Pozoruje pomalejší růst vousů, depiluje si horní a dolní končetiny, břicho, hrud', na mamkách se postupně objevuje zvýšení tukové tkáně. Alopecii řeší parukou," řekla MUDr. Vokrojová.

V dubnu 2011 se uskutečnila první fáze chirurgické změny pohlaví – penektomie, orchiektomie, klitorisplastika a vaginoplastika. V té době dochází ke změně rodového čísla na ženské a k definitivní změně jména, mění se všechny doklady. V září 2011 je komisuroplastikou chirurgická změna genitálu dokončena.

■ Bolest v nadbříchku

Kazuistiku, ze které vyplynulo, že bolesti břicha lokalizované do epigastria provázené dyspepsií mohou mít nejčastější příčinu, a proto je nutno v rámci diferenciální diagnózy provést kompletní vyšetření pacienta k objasnění jejich příčiny, přednesla praktická lékařka MUDr. Eliška Leichterová z Litomyšle.

Pacient, 71 let, osobní anamnéza: 2003 operace syndromu karpálního tunelu vlevo, 2003 renální kolika, ureterolitiáza vlevo, BHP, nefrolitiáza, 2007 astma bronchiale těžké, perzistující, alergie: Diclofenac – kožní exantém; terapie Milurit 100 1×1, analgetika dle potřeby, Miflonid a ventolin dle TRN ambulance. Do ordinace přichází 9. 11. 2010 s bolestí pravého ramene s omezením hybnosti (syndrom rotátorové manžety) – terapie Nimestil 2×1, Algifen NEO gtt při bolesti, byl odeslán na ortopedickou ambulanci, kde byl proveden obstřík, Nimestil ponechán.

O dva týdny později se pacient vrací s bolestí v zádech a nadbříchku, s nadýmáním a pálením žáhy. Objektivní nález v normě, TK 130/80, moč negativní. Závěr: dyspepsie horního typu, terapie Omeprazol 20 mg 1×1, kontrola dle stavu nejpozději do 14 dnů. Na kontrolu se pacient nedostavil, ale 30. 12. se objevil znovu s dyspeptickými obtížemi,

pálením žáhy, nadýmáním. Přičítá to následku vánočních svátků, Omeprazol vysadil po 10 dnech, na plánovanou kontrolu nešel. „Objektivní nález byl opět v normě, doporučila jsem endoskopii a ultrazvuk hned po Novém roce, na 5. 1. byl objednan na standardní laboratorní vyšetření. Zatím dále užíval Omeprazol 20 mg," informovala MUDr. Leichterová a dodala, že 5. ledna se pacient k odběrům nedostavil a 26.–29. ledna byl hospitalizován na interním oddělení nemocnice v Litomyšli – akutní STEMI spodní stěny, postižení 2 tepen, di-rektní PCI RMS, implantace holého stentu. Pacient byl předán do péče kardiologické ambulance v Litomyšli a zde byl zařazen do studie ATLAS ACS 2 – TIMI.

Od února do října 2011 byl sledován v kardiologické ambulanci: terapie Egilok 25 mg 2×1, Preductal MR 1×1, Zocor 40 mg 1×1, ANP pro zažívací obtíže netoleroval, absolvoval lázeňskou léčbu, u praktické lékařky jen pravidelně předepisován Milurit nebo analgetika na bolesti kloubů a páteře – buď Algifen, nebo tramadol.

Koncem října 2011 byl opět hospitalizován na chirurgické JIP nemocnice v Litomyšli s diagnózou bolesti v nadbříchku, nauzeou, pyrózou a melénou. Vyšetřením byl zjištěn karcinom kardie a pacient byl objednan k operačnímu řešení 30. 11. Byla provedena totální gastrektomie se sekci distálního jícnu, splenektomie a resekce jejunum, a dále provedena jejunoanastomóza a ezofagojejunoanastomóza. Po operaci byl pacient bez obtíží, po onkologickém konziliu bez nutnosti další onkologické léčby.

O rok později, 5. 2. 2012, byl pacient přijat na chirurgické oddělení nemocnice Litomyšl pro dyspeptické obtíže, zvracení, teplota 38,2 stupňů Celsia, vyšetřením zjištěna infekce močových cest, obstrukce pravého močovodu konkrementem, byl přeložen na urologii nemocnice ve Svitavách. Během hospitalizace došlo ke spontánnímu odchodu konkrementu. Pacient byl přeléčen Amoksiklavem s efektem, dále bez obtíží.

■
hech

Převzato: Zdravotnické noviny,
Ambit Media

■ Vláda vzala na vědomí text o fúzi ZPMV s VoZP

Na 120 miliónů korun vyčíslo ministerstvo zdravotnictví náklady fúze Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra (ZPMV) a Vojenské zdravotní pojišťovny (VoZP). Vláda ji má v programovém prohlášení, 16. května vzala na vědomí její harmonogram.

Správní rady by měly do 15. července schválit podání návrhu na sloučení. Do konce srpna by měly pojišťovny připravit nový společný zdravotně pojistný plán. Ministerstvo by dokumenty mělo schválit do konce října, sloučená pojišťovna by měla působit na trhu od ledna 2013. Od spojení očekává vláda pokles provozních nákladů, ubýt by mělo v pojišťovnách zhruba 280 pracovních míst a klesnout mají také počty klientských pracovišť. Podle vládního plánu se spojí dvě zdravotní pojišťovny, jejichž finanční situace i počty pojištěnců se výrazně liší.

ZPMV je po Všeobecné zdravotní pojišťovně (VZP) druhá největší v ČR, její ekonomická situace je stabilizovaná. VoZP podle zprávy pro vládu vykazuje finanční problémy, které nedokáže účinně vyřešit. Soustavné prohlubování problémů má negativní vliv na činnost této pojišťovny i na celý systém. Podle zprávy je proto nutné počítat i s nepříznivým dopadem ekonomické situace VoZP na finanční stabilitu sloučeného subjektu. Budou muset být přijata opatření, která povedou k růstu efektivity. K tomu patří i přehodnocení smluvních vztahů tak, aby odpovídaly možnostem a potřebám sloučené pojišťovny. Fúzí vznikne podle zprávy silný subjekt, který v některých regionech zaujme postavení srovnatelné v počtech pojištěnců s VZP.

„Stane se na trhu veřejného zdravotního pojištění přijatelnou alternativou pro pojištěnce i poskytovatele zdravotních služeb," uvádí zpráva. Sloučení má přispět ke stabilizaci systému a má omezit nejistoty, které plynou z finanční rozkolísanosti VoZP. Příznivé je podle zprávy také to, že se soustředí pojištěnci s obdobným charakterem vykonávané práce, tedy i s podobným nárokem na zdravotní služby.

Zdroj: čtk, 17. 5. 2012



Ze světa odborné literatury...

■ Vliv chronického podávání jogurtu na imunitu

Jogurt je vlastně koagulované mléko. Je získáván kyselou fermentací v přítomnosti laktobacila a streptokoka v mléce. Příklady, že jogurt může být užitečný, se tradují již od Peršanů. Vědci se o to začali zajímat po prezentaci názorů Mečnikova. Podle něj mikrobi z jogurtů mohou být antagonisty některých střevních mikrobů. Jogurty jsou také dnes široce akceptovány pro léčbu gastrointestinálního distresu. Je také dobrým zdrojem kalcia pro laktózu intolerující individua a má i hypocholesterolemický efekt. Vliv laktobacilů na imunitní systém i na schopnost boje proti infekci je zcela zřejmý. Po jejich podávání našli jistí autoři i zvýšení podílů imunoglobulinů a IgM protilátek. Do studie zahrnuli 60 lidí. Jedna skupina konzumovala 200 g jogurtu denně. Role fermentovaných mléčných produktů je v modulaci imunitního systému nepochybná. Vliv laktobacilů nám dává informaci o roli mikroorganismů ve střevní imunitě. Z výsledků je patrné, že celkové sérové IgE je v průměru nižší ve skupině konzumující jogurty. Také se jeví, že skupina konzumující jogurty měla nižší procento alergií oproti druhé skupině. Také změny v HDL cholesterolu byly příznivé pro skupinu s jogurty, výsledky však nebyly zcela signifikantní.

J. Nutr. 1999;129:1492S-1495S

■ Fyzický trénink v současnosti nejvhodnější pro astma

Mnozí lidé s astmatem mohou vykazovat malou odvahu a toleranci při zhoršení astmatických symptomů. Vykonávání jakékoliv fyzické práce jim připadá jako věc vedoucí ke všeobecnému narušení jejich stabilizovaného stavu. Oni však se mohou chovat sportovně a snažit se být fit. Ukazuje se, že tréninkový program fyzické aktivity zlepšuje celkový fyzický stav, svalovou koordinaci a i jistotu k ovládání vlastní nemoci. Mohou pěstovat běh v optimálním prostředí, gymnastiku, cyklistiku, plavání, vzpírání i dlouhou chůzi. Celkově se tak zlepšuje jejich kvalita života i optimistický pohled. Nebylo však patrné výrazné zlepšení plicních funkcí. Jedinci se stabilizovaným astmatem se mohou cítit

danou zprávou povzbuzeni. Autoři zahrnuli do studie 695 účastníků, kteří měli astma již 8 let. Fyzický trénink trval 2× týdně po 20 minut, minimálně měsíc. Nepozorovali žádné vedlejší negativní události. Byla měřena síla expirační a kyslíková saturace. Ukázalo se, že se částečně i zlepšuje kardiopulmonální stav dotyčných. Neobjevily se žádné astmatické symptomy. Autoři však neuvádějí, v jakém prostředí danou zátěž prováděli.

The Cochrane Library, May 16, 2012

Poznámka: Po 14 let probíhajících pobytech v Nízkých Tatrách máme velmi pozitivní zkušenosti s poměrně velkou kombinovanou frakcionovanou zátěží spolu s aktivitou na termálních koupalištích u dětí s astmatem. Tyto děti na konci pobytu vystoupají do výšek kolem 1800 m.n.m. s převýšením 1000 m.

■ Akutní revmatická horečka v Turecku, 30leté zkušenosti

Zahrnuto 1115 pacientů, kteří byli hospitalizováni od roku 1980 do roku 2009. Nejvyšší incidence byla v druhé dekádě. Věk pacientů se pohyboval mezi 2 a 15 lety. Karditis byla detekována v 64 %, artritida v 59 %, chorea ve 14 %. Mitrální regurgitace byla velmi často společným nálezem. Srdeční selhání patrné ve 13 %. Rekurentní ataka zjištěna v 8 %. Mortalita 0,8 %. Základní klasifikace je neměnná. Jako příčina se nadále uvádí beta hemolytický streptokok skupiny A a klinika je charakterizována karditidou, polyartritidou, choreou, subkutánními noduly a erythema marginatum. Jonesova kritéria byla 2× modifikována, a to v roce 1965 a 1992. Frekvence po neléčených nebo nedostatečně léčených streptokokových infekcích se pohybuje kolem 3 %, ale frekvence po rekurentních atakách stoupá na 50 %. Autoimunní mechanismus je v patogenezi velmi důležitý. Doporučován depotní penicilin 1,2 mil. pro děti přes 27 kg, při nižší váze pak 600 000 j. Děti s kardiomegalií dostávaly kortikoidy, ostatní jen salicyláty. Z laboratoře CRP pozitivita patrná v 71 %, sedimentace v 87 %, leukocytóza v 50 %, teploty ve 41 %, artralgie v 60 % a na EKG prodloužený PR interval v 15 %.

Eur. J. Pediatr. 2012;171:361-368

■ Souhlas specifického IgE a kožních prick testů v neselektované skupině dvouletých dětí

Cílem této studie bylo ohodnotit souhlas mezi specifickým IgE a kožním prick testem a možnou asociací mezi celkovým IgE a alergickými testy. 18 % dětí mělo 1 či více pozitivních reakcí v rámci prick testu. Jednalo se o vyšetření 353 dětí. Souhlas mezi prick testem a sérovým IgE byl variabilní, nejlepší pro buráky a nejhorší pro mléko. Nebyla zjištěna žádná diference pro věk. Hodnota IgE nižší než 10 neudává již senzibilizaci. Je špatný souhlas mezi prick testem a specifickými IgE.

Eur. J. Pediatr. 2012;171:479-484

■ Ciliární ultrastrukturální abnormality u mykoplazmových pneumonií

Tyto abnormality se vyskytují u mykoplazmových pneumonií a vedou k recidivám mykoplazmových pneumonií nebo k jejím perzistencím. Tyto abnormality byly popisovány u všech pacientů. Těžké změny pak u 15 z 22 pacientů. Úprava u pacientů s četnými lokálními změnami trvala pak déle, někdy i měsíc. Přechod k astmatu je pak možný. Defektivní mukociliární transport má nedobrou prognózu.

Eur. J. Pediatr. 2012;171:559-563

■ Mohou opravdové preretinální hemoragie být pozorovány u kojenců?

Někteří oční lékaři udávají dvojznačný pojem intraokulární preretinální hemoragie. Není jasné, zda tyto nálezy jsou v souvislosti s přímým traumatem při porodu nebo zda jsou jen důsledkem abnormální rotace nebo výrazně zrychleným až překotným porodem.

Eur. J. Pediatr. 2012;171:597

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



Aktuality...

Ministerstvo ustoupilo, zkrátí lhůty pro cestu k lékaři

Ministerstvo zdravotnictví upraví připravované nařízení vlády, které vyjmenovává doby potřebné k dojetí k lékaři. Ke změnám ho donutila kritika rady postižených a odborů. Podle nich je dojezdovost příliš benevolentní a ministerstvu umožní snížit počty lékařů.

„Domluvili jsme se, že ministerstvo vytvoří do 18. května nový návrh,“ řekl po jednání s ministrem zdravotnictví předseda Národní rady osob se zdravotním postižením ČR Václav Krása. Krása ministrovi Leoši Hegerovi předal návrh, který přepisuje všechny ministerstvem stanovené dojezdové časy k lékaři i čekací lhůty na operace. Podle návrhu rady osob se zdravotním postižením by například doba potřebná na dojezd k praktickému lékaři měla být 20 minut. Ministerstvo nyní v nařízení vlády počítá s 45 minutami. Podle Hegerova náměstka pro zdravotní pojištění Petra Noska může ministerstvo ustoupit o pět až deset minut. Dojezdová doba k praktikovi by se tak změnila na 35 minut. Krása doufá, že kompromisem by nakonec mohla být půlhodina. Je ovšem možné, že tato položka bude jediná, ve které ministerstvo pacientům ustoupí. „Zásadní změny nepředpokládáme, ministerstvo připouští jen drobné korekce,“ uvedl pro iDNES.cz Nosek s tím, že závěry jednání zatím nechce předjímat. To ale radě postižených osob stačit nebude. „Očekáváme, že ministerstvo do seznamu výrazně sáhne, jinak budeme zlobit,“ řekl iDNES.cz Krása. Nařízení vlády čítá celkem 13 lhůt pro operace a osm skupin časů v minutách, do kterých jsou zahrnuty desítky lékařských odborností. Ministerstvo už jednou návrhy na dojezdovou dobu měnilo. Zohlednilo připomínky z řízení, kterým zákony a vyhlášky procházejí ještě před tím, než jdou do vlády. Po nich dojezdovou dobu k praktikovi i specialistům výrazně protáhlo a lhůty pro některé operace výrazně zkrátilo. Za to si zasloužilo vlnu kritiky ze strany odborů, rady postižených i patientských organizací. Podle nich si ministerstvo takovými lhůtami vytváří podmínky pro rušení nemocnic a ordinací. Čím delší budou dojezdové časy, tím řidší může být síť zdravotnické péče. Ministerstvo argumentuje tím, že doby korigovalo kvůli tomu, aby byly splnitelné i v místech s horší dopravní dostupností, třeba v horském terénu. Zástupci postižených, odborů, patientských organizací a ministerstva zdravotnictví by se měli znovu sejít před jednáním tripartity. „Ta je 31. května,“ doplnil Krása. Nařízení vlády o dojezdových dobách má vstoupit v platnost 1. ledna 2013. V českém zdravotnictví jde vůbec o první opatření, které vymezuje přesné časové lhůty pro dostupnost lékařské péče.

Zdroj: čtk, 4. 5. 2012

Típněte cigarety. Heger opět navrhuje zákaz kouření v hospodách

Úplný zákaz kouření v restauracích je opět na pořadu dne. Ministerstvo zdravotnictví chystá novelu tabákového zákona, ve které jsou jednou z variant i nekuřácké hospody. „Hledáme takové řešení, které by dostatečně chránilo nekuřáky a současně by neškodilo podnikatelům,“ přiblížil Boris Šťastný (ODS). Novela, která nyní na ministerstvu zdravotnictví vzniká, počítá s několika variantami omezení kouření

v restauracích. „I do Sněmovny by měla jít ve variantách, protože na tuto problematiku existuje celá řada názorů,“ řekl iDNES.cz předseda poslaneckého zdravotního výboru Boris Šťastný. K měkčím variantám podle něj patří například zákaz kouření jen pro restaurace, kde je podáváno jídlo, nebo důsledně stavebně oddělené prostory, kam by ani nechodila obsluha. Sám Šťastný, který se na přípravě novely podílí, patří dlouhodobě mezi zastánce úplného zákazu. „Plošný zákaz je nejspravedlivější. V gastronomii pracuje více než sto tisíc lidí, a u nich je nyní porušován zákoník práce. Mají právo na ochranu zdraví,“ dodal. Současně by to podle něj bylo nejjednodušší, protože podnikatelé by například nemuseli investovat do stavebních úprav. Také šéf zdravotnictví Leoš Heger je odpůrcem kouření. „Pan ministr je pro co nejpřísnější úpravu v oblasti kouření,“ okomentoval mluvčí úřadu Vlastimil Sršeň. Šťastný dodal, že novela má podporu i premiéra Petra Nečase. Zákon by se přitom nově neměl týkat jen klasických cigaret. „Na základě doporučení odborníků bychom byli rádi, kdyby se omezení kouření týkalo samozřejmě také dýmek, doutníků, elektronických cigaret a dalších obdobných produktů,“ dodal Sršeň. Novelu by měli poslanci dostat na stůl ve třetím čtvrtletí tohoto roku, v těchto dnech se probírají různé varianty v rámci odborných skupin. „Ještě dopracováváme některé věci. Navíc z toho nechceme dělat politickou záležitost vzhledem ke krajským volbám,“ podotkl Šťastný. V platnost by měl předpis vstoupit od ledna 2013. Je ale otázkou, v jaké podobě nakonec norma parlamentem projde, pokusy o co nejpřísnější zákaz kouření už se projednávaly několikrát. V roce 2009 se poslanci přiklonili místo úplného zákazu k tomu, aby majitel podniku sám určil, zda bude jeho provozovna kuřácká, či nikoliv. Pro zákaz kouření v restauracích je přitom i čím dál víc Čechů, a to včetně těch, kteří si cigaretu nedokážou odpustit. Na konci loňského roku se zákazem souhlasila třetina pravidelných kuřáků. Pokud bychom přičetli i lidi, kteří si zakouří příležitostně, šlo už o 40 %.

Zdroj: A. Brandejská, iDnes.cz, 8. 5. 2012

Poplatky za lékaře nemusejí platit všichni, VZP vyjmenovala výjimky

Poplatky za návštěvu lékaře či pobyt v nemocnici nemusejí platit lidé v hmotné nouzi a někteří senioři. Osvobozené jsou od nich také děti z dětských domovů či v pěstounské péči. Na svém webu o tom informovala Všeobecná zdravotní pojišťovna.

Poplatky za lékařskou péči neplatí také děti v dětských domovech, ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy či umístěné v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Bez poplatku jsou vyšetřeny také osoby v zařízeních pro děti vyžadující okamžitou pomoc nebo svěřené do pěstounské péče. Ošetření zdarma mají i lidé v domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem nebo ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče. Podmínkou ale je, že po zaplacení ubytování a stravy jim zbyde méně než 800 korun, nebo že nemají žádný příjem. „Dalšími skupinami jsou pacienti při léčení infekčního onemocnění, kterému je pojištěnec povinen se podrobit, při nařízené izolaci ve zdravotnickém zařízení nebo při nařízených karanténních opatřeních k zajištění ochrany veřejného



zdraví, dále při ochranném léčení nařízeném soudem nebo při výkonu zabezpečovací detence," doplnil mluvčí pojišťovny Jiří Rod. Poplatky se neplatí ani v případě, že pacienti nemají péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění, ale platí si ji sami, nebo ji mají hrazenou z komerčního pojištění. To se týká například cizinců. Regulační poplatky byly zavedeny v roce 2008. Za návštěvu lékaře se platí 30 korun, za pobyt v nemocnici od loňského prosince sto korun. Děti do 18 let neplatí za klinické vyšetření a za návštěvu praktického lékaře. Ministr zdravotnictví Leoš Heger plánuje, že u lékaře se poplatek zvýší na 50 korun a u specialisty až na 200 korun. Záleží ale, zda Ústavní soud uzná spoluúčast pacientů.

Zdroj: Lidové noviny, 8. 5. 2012

Ohledání mrtvých i pohotovost zajistí na Vysočině nemocnice

Změny ve zdravotnictví zasáhly i Vysočinu. Za zajištění pohotovosti a prohlídek těl zemřelých si kraj připlatí ze své kapsy a také se o jejich chod postará. Pohotovost by měla do budoucna nejspíš fungovat jen v nemocnicích. Třeba Žďár nad Sázavou ale vlastní nemocnici nemá. Přenesení zodpovědnosti za chod pohotovosti na kraj způsobilo na hejtmanství pořádný rozruch. Nikdo prý neví, jakým způsobem se toho chopit a kdo všechno zaplatí. Budou to snad pacienti? „Těch se to zatím nedotkne," slíbil hejtman Jiří Běhounek. Problémem podle něj je, že nový zákon vlastně přesně nedefinuje, jakým způsobem se kraj má o organizaci pohotovostí postarat. Podle posledních informací by na Vysočině měly provozní stránku lékařské pohotovosti zajistit krajské nemocnice. Ty si samy zorganizují praktické lékaře tak, aby sloužili pohotovostní službu. A kraj to zaplatí. „Prozatím jsme získali od všech nemocnic příslib, že se budou snažit jít touto cestou. Nemocnice se nacházejí v dobrých místech, takže i pokrytí by mělo být v pořádku. Uvidíme, jestli se tento záměr podaří," uvedl ředitel krajského úřadu Zdeněk Kadlec.

Jedenáct kilometrů na pohotovost

Velkou změnu by toto řešení znamenalo například pro Žďár nad Sázavou, kde zatím funguje pohotovostní služba pro dospělé na tamní poliklinice. Pro děti byla zrušena zhruba před dvěma lety s tím, že kdo ji potřebuje, musí dojet do 11 kilometrů vzdálené nemocnice v Novém Městě na Moravě. „Jestli se přesune i pohotovost pro dospělé, tak to asi bude jeden z nezbytných kroků, které přináší současná organizace zdravotnictví. Zatím jsem od nikoho negativní ohlasy na přesunutí pohotovosti dětí neslyšel a o přesunutí pohotovosti dospělých se zatím asi moc neví ani nemluví," řekl praktický lékař žďárské polikliniky Lubomír Kvasnička. Místní lidé by ale zřejmě ze zrušení lékařské pohotovosti příliš nadšení nebyli. „Mně by takové řešení tedy vadilo. Myslím, že město velikosti Žďáru by pohotovost mít mělo. Těch několik minut může člověka stát život," míní Petr Janda ze Žďáru. Kromě varianty s nemocnicemi je ve hře ještě jiné řešení. Služby by drželi praktičtí lékaři, podobně jako je to u zubařů, a celé by to organizoval kraj. Má to ale jednu nevýhodu pro pacienty. „Lidé by pak museli pořád sledovat a vyhledávat, kde najdou konkrétní sloužící ordinaci, a to by pro ně znamenalo velké nepohodlí. I proto tohle řešení nastane jen v krajním případě," uvedl Kadlec.

„Nemůžeme nechat po kraji ležet zemřelé“

Aby toho nebylo málo, nedomyšlené je podle radních také ohledávání zemřelých. Dosud je zajišťovala záchranná služba, nově má odpovědnost převzít kraj. „Dejme tomu, že po desáté hodině večerní dojde k úmrtí jakéhokoli obyvatele nebo návštěvníka Kraje Vysočina

mimo zdravotnické zařízení," začal vysvětlovat Běhounek. „Někdo musí konstatovat smrt a ohledat jej, jinak ho ani pohřební vůz neodveze. To měla doposud na starost záchranka. Ministerstvo však určilo, že ta to v žádném případě vykonávat nemůže, pokud pacient nezemřel během zákroku nebo v souvislosti s ním. Má to zajistit kraj. Tomu však stejně jako v předešlém případě nebylo sděleno, jakým způsobem," tvrdí hejtman. A to vše bude také něco stát. Ohledání zemřelých spolkne na Vysočině zatím ročně kolem čtyř milionů korun. Nyní to nejspíš bude ještě víc. „Budeme muset zaplatit. Nemůžeme nechat ležet po kraji zemřelé," dodal Běhounek. Nemocnice by s organizací měly pomoci i v tomto případě. „Samy by se měly obrátit na lékaře, kteří budou v určenou dobu držet službu a ohledání zajistí. Teprve kdyby se to nepodařilo, budeme zvažovat další kroky," podotkl Kadlec. Lékařské pohotovostní služby v nemocnicích zřízených krajem budou fungovat v nezměněné provozní době. Pohotovostní služby zubařů budou zajišťovány stejně jako doposud podle rozpisu, který si sami jednotlivě určili. Lékařská pohotovost a prohlídky těl zemřelých budou zajišťovány v pracovních dnech mimo provozní dobu praktických lékařů pro dospělé a lékařů pro děti a dorost.

Zdroj: Z. Kudrnová, iDnes.cz, 11. 5. 2012

Lékařské prohlídky řidičů v 60 letech věku by mohly být zrušeny

Povinné lékařské prohlídky, které musejí absolvovat neprofesionální řidiči v 60 letech věku, by mohly být zrušeny. Nově by běžní řidiči museli na přezkoumání zdravotní způsobilosti nejdříve v 65 letech.

Počítá s tím senátorská novela zákona o silničním provozu, kterou ve středu podpořili členové senátního podvýboru pro dopravu. Spoluautor novely Tomáš Grulich (ODS) její předložení zdůvodnil prodlužováním věku dožití i věkové hranice pro odchod do penze. „Jsou-li lidé do 65 let v kondici pracovat, je neadekvátní pochybovat o jejich schopnosti řídit," uvedl. Podotkl, že proti povinným kontrolám zdravotní způsobilosti běžných řidičů v 60 letech věku se jako diskriminačním postavil i ombudsman Pavel Varvařovský. O zrušení prohlídek s ohledem na věk se podle Grulicha uvažuje i v rámci EU. Na kontrolu by podle aktuálních návrhů museli jen lidé s určitými nemocemi, například s chorobami srdce a zraku nebo lidé s cukrovkou, uvedl Grulich. Debata ale podle něj zdaleka není u konce. Novela by podle autorů předlohy nezatížila veřejné rozpočty, naopak řidiči v předdůchodovém věku by ušetřili za administrativní poplatky za vydání lékařského potvrzení. Platný zákon příkazuje řidičům podrobit se pravidelné lékařské prohlídce v 60, 65 a 68 letech věku a po jeho dosažení každé dva roky. Potvrzení pak musejí předkládat při policejní kontrole.

Zdroj: čkt, 16. 5. 2012

Za projekt IZIP hrozí prý ČR mezinárodní ostuda

Česku hrozí mezinárodní ostuda za odchod z IZIP, tvrdí koordinátor mezinárodních projektů firmy IZIP MUDr. Tomáš Mládek. ČTK sdělil, že zdravotní knížky jsou součástí evropského projektu EPSOS. Přes 20 zemí v něm koordinuje své systémy elektronického zdravotnictví.



Podle člena správní rady Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) MUDr. Michala Sojky ostuda nehrozí. IZIP může pokračovat i bez VZP, řekl Sojka ČTK. „Jde o evropský integrační proces, kdy se mají předávat patientské záznamy. Asi se dá odstoupit od všeho, otázka je, za jakou cenu, nemyslím jen finanční, ale i mezinárodní ostudy,“ uvedl T. Mládek. Na ukončení projektu se shodli premiér RNDr. Petr Nečas a ministr zdravotnictví doc. MUDr. Leoš Heger, CSc. Správní rada by ji měla stvrdit. „Správní rada může rozhodnout, že ukončí spolupráci mezi VZP a IZIP na bázi dosavadních smluv. Nicméně IZIP nepřestává kvůli tomu existovat, může pokračovat ve svých projektech dál,“ řekl M. Sojka. Problém by podle něj mohl nastat jen v případě, že by VZP jako akcionář rozhodla, že celá firma IZIP a její aktivity končí. „Valná hromada rozhoduje dvěma třetinami, VZP s majoritou 49 procent tedy nemůže o firmě IZIP rozhodnout vůbec nic,“ řekl M. Sojka. Nejbližší zasedání správní rady je koncem května. Sojka soudí, že IZIP by se měl dostat na program až v červnu po skončení pilotního projektu. „Připadá mi netaktické, aby vzhledem k účasti zahraniční firmy rozhodovala VZP dřív, než budou výsledky, protože by to mohlo být pak v případném soudním sporu proti ní použito,“ vysvětlil. Za projekt dala VZP za deset let téměř dvě miliardy korun. Nasmlovala jej bez výběrového řízení. ČSSD chce, aby možné úniky peněz vyšetřila parlamentní komise. L. Heger dává přednost policejnímu vyšetřování. Podle právníka Platformy zdravotních pojištěnců JUDr. Ondřeje Dostála hrozí VZP za možné úniky peněz v projektu IZIP nucená správa. Podle ministerstva zdravotnictví nebyly pro její vyhlášení naplněny zákonné podmínky, problém IZIP prý vyřeší správní rada. K projektu EPSOS T. Mládek doplnil, že řeší třeba to, v jakém formátu se přenášejí informace, kdo k nim může a jak jsou zabezpečeny. O prázdninách začnou první přenosy dat mezi členskými státy. Propojením mezi zeměmi se podle T. Mládky rozšíří možnosti národních systémů. Do knížky IZIP mohl Čech dát nahlédnout lékaři v cizině. Nově bude moci lékař v každé ze zapojených zemí do jeho knížky také zapisovat. „Pokud by VZP odstoupila, jsme jako entita k pokračování v projektu smluvně zavázáni,“ řekl T. Mládek. L. Heger má analýzy, podle nichž by Česku za odstoupení z projektu IZIP neměla arbitráž hrozit. Podle právníků by problém mohl být s tím, co bude dál s nasbíranými daty pacientů, kdo je má spravovat a komu patří. Podle T. Mládky je pro pacienty spravuje společnost IZIP, dali k tomu při vstupu do systému souhlas. „Žádná jiná entita si je odnést nemůže. To by byl velký podraz na pacienty i lékaře, nedali data pojišťovně,“ řekl Mládek.

Zdroj: čtk, 16. 5. 2012

Jednání odborů s premiérem skončilo patem

Jednání odborářů s premiérem RNDr. Petrem Nečasem a ministrem zdravotnictví doc. MUDr. Leošem Hegerem, CSc., o mzdách zdravotníků 15. května skončilo patem. Na přidání peněz v nové úhradové vyhlášce se neshodli.

Odbory nabídku na další schůzku odmítly, podle nich to nemá smysl. Další postup zváží. Novinářům to po jednání na Úřadu vlády řekli účastníci rozhovorů. Na zvýšení platů se loni dohodl Heger s lékařskými odbory pod tlakem akce Děkujeme, odcházíme, v níž dala výpověď čtvrtina nemocničních lékařů. Podepsal s odboráři memorandum.

Dokument uváděl pro letošní rok nárůst platů v nemocnicích o deset procent. Heger od ledna zaručil 6,25 %, zbytek možná v pololetí. Nárůst platů se však podařil jen ve státních nemocnicích, kraje to

odmítly. Ministerstvo poukazuje na to, že i přesto investují a nakupují přístroje. Peníze na platy prý mají – fakultním nemocnicím zvýšily pojišťovny platby o dvě procenta, krajským o čtyři procenta. Zdravotníci a lékařští odboráři nyní neprosadili změnu úhradové vyhlášky tak, aby od pololetí dostávaly nemocnice víc peněz, které by byly směřované přímo na platy. Premiér jim řekl, že podle vládních legislativců by bylo vázání peněz ve vyhlášce přímo na platy protiústavní. Nečas také připomněl, že ve státních zařízeních byl slib memoranda o zvyšování mezd naplněn, stouply o 6,25 %. Premiér novinářům po schůzce řekl, že vláda nemá možnost ovlivnit nemocnice v krajích, ale nevidí jediný důvod, proč by také ony zdravotníkům nepřidaly, když omezí investice. „Je to jen otázka motivací a politické vůle (i v krajích zvýšit platy zdravotníků),“ řekl novinářům po jednání L. Heger. Premiér tak naznačil, že odbory by případné protesty za vyšší mzdy měly směřovat proti krajům. Předsedkyně zdravotnických odborů Bc. Dagmar Žitníková se po schůzce netajila zklamáním. Očekávala jednání o změně úhradové vyhlášky a debaty nad argumenty, místo toho prý ale slyšela jen „politické řeči“, že za všechno mohou kraje a sociálnědemokratičtí hejtmani. Zdravotníci a lékařští odboráři odmítli Nečasovu nabídku na další schůzku, nemá podle nich smysl. Projednají další společný postup. „Hluboce zklamán“ je z dnešního jednání na Úřadu vlády také předseda Lékařského odborového klubu MUDr. Martin Engel. Hlavním cílem je podle něj to, aby od ledna příštího roku stouply platy lékařů na jeden a půl až trojnásobek průměrné mzdy v ČR. Za současné situace ale M. Engel moc nevěří tomu, že se to podaří.

Zdroj: čtk, 16. 5. 2012

Všechn byznys, který se kdy točil kolem Davida Rathy

Zatčení poslance a středočeského hejtmana Davida Rathy (ČSSD) pravděpodobně donutí policii udělat expertizu, jakou ještě nezažila. Podle Rathovy verze ho policie chytila s dárkovým boxem na víno. „K mému úžasu místo lahví vína byly v boxu peníze,“ prohlásil později Rath.

Odborníci tak nejspíš musejí na policejních vahách na jedné straně skládovat lahve vína a na druhé rovnat svazky pětistovek, aby zjistili, zda si podle hmotnosti Rath opravdu mohl myslet, že nese víno. Výmluvu na vinný dárek ale už nelze použít na desítky milionů, které policie zajistila při domovních prohlídkách. Pokud David Rath bude chtít pokračovat v popírání viny a řečech o „politické popravě“, bude muset věrohodně vysvětlit, odkud částky pocházejí. Zmapovat veškerý byznys (alespoň ten legální), ke kterému se kdysi mladý internista Rath od devadesátých let až dosud připlétl, přitom zdaleka není jednoduché.

S Pancovou do politiky i byznysu

Rath se po celou svou kariéru obracel v mnoha případech na stále stejné lidi, které poznal už jako nemocniční odborář. Zatčená ředitelka kladenské nemocnice Kateřina Pancová patří už od poloviny devadesátých let k jeho klíčovým spojencům. Kryla mu tehdy záda jak při vstupu do politiky, tak do byznysu. Když si mladý internista z pražské Fakultní nemocnice Motol a šéf radikálního Lékařského odborového klubu (LOK) začal v roce 1996 namlouvat stranu Jiřího Dienstbiera Svobodné demokraty a později se stal i jejich volebním lídrem, nabídku kandidovat dostala i jeho spolupracovnice z LOK Kateřina Pancová (a další Rathovi přátelé, které později dosadil do vysokých funkcí: Milan Kubek či Michal Sojka). Kromě politiky a LOK ale Rath



a Pancová ještě v témž roce rozjeli firmu Paracelsum – patrně nejvýnosnější Rathův známý byznys. Jak Rath, tak Pancová byli společníky firmy, která provozovala několik ambulančí. V roce 2007, tedy v době své kampaně proti prodeji krajských nemocnic ve Středočeském kraji, Rath koupil prostřednictvím Paracelsumu i nemocnici na pražském Chodově. V roce 2008 svůj poloviční podíl prodal firmě Medica CZ, kde ale sedí zase Rathovi letití spolupracovníci. Podle smlouvy cena podílu činila čtyři milióny. Tři splátky po 600 tisících měly proběhnout v roce 2008, třístatisíková splátka pak v roce 2009 a nad to ještě osmnáct stotisíkových splátek od září 2009 do března 2011. Vedle Paracelsumu si Rath udržuje svou praxi a od roku 2004 je podílníkem v rodinné firmě 4R. Na deklarovanou hostinskou činnost si však Rath už nenašel čas. Místo hospodského se stal o rok později vrcholným politikem na postu ministra zdravotnictví.

Časopis za všechny prachy

Když Rath s Pancovou v roce 1996 zakládali síť ambulančí, byl to logický tah. Na dobře placenou politiku to tehdy rozhodně nevypadalo. Rath nejprve neuspěl v ODS, odkud v roce 1994 odešel, naopak jako lékařský odborář si z premiéra a předsedy ODS Václava Klause udělal terč výpadů (v roce 1996 pro něj zorganizoval akci dárek, kdy premiérovi nespokojení lékaři a pacienti měli posílat drobné připomínky neřešeného zdravotnictví, „avšak nic, co by bylo závadné, například infekční“, dodával Rath). Ve Svobodných demokratech se stal sice rovnou místopředsedou strany, už v roce 1997 po prohraných volbách ale odešel, protože mu nepřinesla vytoužený poslanecký post. V roce 1998 se nechal raději zvolit radikálními doktory do čela České lékařské komory, kde už opět mohl hrát o miliónové částky. Předtím mocně kritizoval dosavadního šéfa ČLK Bohuslava Svobodu za hospodaření: „Loňský a letošní rozpočet obsahují celou řadu podivných položek, jako je public relations či neuvěřitelné náklady na právní pomoc a časopis, jenž je trvale chabě úrovně,“ vytýkal Svobodovi Rath. Sám si vzal na starost vydávání komorového časopisu Tempus Medicorum, doslova zlaté tele, protože v něm lze uveřejňovat i reklamy na léky na recept a zasáhnout jimi desítky tisíc lékařů. Komora vydávání časopisu přenesla na Rathovu blízkou spolupracovnici, břevlenskou gynekoložku Evu Klimovičovou, a výsledkem bylo, že z desítek miliónů za inzerci nic na zisk pro ČLK nezbylo. Rath se obviněním ze špinavého kšeftu bránil, po jeho nástupu na ministerstvo ale kdosi zveřejnil nahrávku, kde Klimovičová nabízí schůzku s Rathem za inzerci právě v časopise. Rath opět vše popřel, Klimovičovou soud pro nedostatek důkazů osvobodil a nad ušlým ziskem desítek miliónů z inzerce farmaceutických firem se zavřela voda.

Místa pro staré kamarády

Po soukromém a komorovém byznysu se Rath jako vrcholný politik brzy zorientoval i v tom státním. Pro to, aby se dostal na post ministra zdravotnictví v socialistické vládě Jiřího Paroubka, musel zcela popřít dosavadní názory. Nejmarkantnější to bylo vidět v případě poplatků pacientů. V roce 1996 začínal jako odborář vychovaný v ODS s požadavkem na poplatek za den v nemocnici či za odvoz sanitkou. V roce 1999 jako šéf ČLK pobouřil názorem, že plenky pro seniory jsou nadstandardem, který nemá stát co platit: „Když z něho platíme rohlíky, polévku a pampersky, nemůžeme se divit, že na transplantaci jater pro malé děti organizujeme sbírky.“ Pod Paroubkem se ale Rath během chvíle přerodil v přesvědčeného socialistu odmítajícího poplatky. Své ministrování začal velkým třeskem ve Všeobecné zdravotní pojišťovně. Uvalil na ni nucenou správu a pomohl kamarádům z někdejší kandidátky Svobodných demokratů k teplým místům. Michal Sojka šel dozorovat VZP, Milanovi Kubkovi předal řízení ČLK.

Do čela VZP nakonec dosadil dalšího kamaráda ze „staré gardy“ LOK Pavla Horáka. Později se našlo teplé místo i pro opileckého přeběhlíka Petra Kotta, který začal řídit středočeskou pobočku VZP. Kott je nyní další ze zadržených policíí v korupční kauze.

Stavět. A hlavně za draho

V roce 2006 sice skončila jeho krátká ministerská kariéra, ale Rath se obdivuhodně rychle zorientoval na nových postech. Stal se nejen poslancem, ale i zastupitelem v Hostivících, městečku za Prahou, kde střídavě žije u své ženy a milenky. Hostivice za Ratha postihl raketový rozvoj. Jedna historka za všechny: V prosinci 2006 na zastupitelstvu se Rath divil, že město nefinancují i fondy Evropské unie. O rok později už to dělá neznámá firma CWE. Jakmile se v roce 2008 stane Rath středočeským hejtmánem, firma vyhraje i zcela nestandardní tendr na zajišťování evropských dotací pro kraj (všude jinde si evropské dotace administrovaly samotné kraje). Hostivice s Rathovým vlivem v pozadí během pár let vybudovaly sportoviště, opravily školu, založily gymnázium, všude je nová zeleň. V současné situaci stojí za zmínku i účelové stěhování pobočky středočeské záchranné služby v roce 2010. Musela se odstěhovat z Rudné, domovského města Pancové, do Hostivíc, domovského města Ratha.

Příliš velké sousto

Od roku 2008 mohl Rath uplatňovat vliv jako středočeský hejtmán a okamžitě se uvedl vyhozením ředitelů největších nemocnic v kraji. Do Kladna nastoupila právě Rathova odborářská známost Pancová, nyní zadržená policíí. Do nemocnic pak Rathův krajský úřad mohutně investoval za podpory eurofondů. Jakmile se někdo ozval, Rath ho okamžitě umlčel. Když se třeba primáři postavili proti předraženému novému pavilonu za 450 miliónů, byli okamžitě odvoláni. Sebevědomý Rath hájil tendr připravený firmou ML Compet, bývalou společností náměstka středočeských nemocnic a pravé ruky Ratha Filipa Bušiny. Bušina nakonec skončil v rukou policie pro stamiliónové daňové podvody, Rath opět ale ze sebe dokázal setřást veškerou vinu. Právě eurodotace se Rathovi staly osudnými. Soukromý byznys či byznys v ČLK a Hostivících nikoho nezajímal, ale rozdělování dotací v kraji už zachytila protikorupční policie. Rath se teď bude muset hodně snažit, aby jeho příběh více připomínal neoprávněné zadržení policisty Jana Mareše z kauzy Skloexport, jemuž někdo v roce 1998 podstrčil falešný úplatek, než kauzu ředitele Centra kuponové privatizace Jaroslava Liznera z roku 1994. Pro začátek musí alespoň přesvědčit policisty, že svazky pětistisícovek za sedm miliónů váží tolik, co lahev dobré frankovky.

Zdroj: Zdn, 17. 5. 2012

Nemocní zaplatí kvůli VZP za léky víc

Šetření na běžných levných lécích odnesou zřejmě i vážně nemocní lidé. Lidé s onemocněním pankreatu si připlatí téměř dva tisíce měsíčně. Pojišťovna vyzvala výrobce léků, aby co nejdříve požádali SÚKL o změny, které VZP požaduje.

Cenově dostupné léky, které jsou spíše doplňkové a podpůrné, si mají pacienti platit sami ze svého, aby ve zdravotním pojištění zbylo dost pro vážně nemocné. S touto myšlenkou schválili poslanci změnu, která přijde od 1. července. Léky, které jsou volně prodejné, už nebude možné předepsat na recept a každý je zaplatí ze svého. Jenže tato změna nakonec dopadne i na pacienty s těžkými chorobami. Nezafungovala totiž pojistka, kterou pro tento případ zákonodárci do předpisů dali. Zdravotní pojišťovny mohou požádat o výjimky, pokud je hrazení některých léků ve veřejném zájmu. Svaz



zdravotních pojišťoven tak také učinil. Jenže Všeobecná zdravotní pojišťovna si klade určité podmínky. Úhradu z veřejných peněz chce už od začátku zachovat jen pro přísně vymezenou skupinu pacientů. To ale vyžaduje, aby výrobci léků požádali o změny na Státním ústavu pro kontrolu léčiv, a to se do července nejspíš nestihne. Konkrétně hrozí, že budou z úhrad pojišťoven vyřazeny i léky pro vážně nemocné lidi, mimo jiné s onemocněním slinivky břišní a cystickou fibrózou.

„Jejich spoluúčast na léčbě by se mohla zvýšit měsíčně téměř o dva tisíce korun, zároveň by se jim takto vynaložené prostředky nezapočítávaly do ochranných limitů,“ uvádí prezident České lékařnické komory Lubomír Chudoba.

S chronickým zánětem slinivky se u nás léčí přes 12 tisíc lidí. Ti potřebují takzvané multienzymové přípravky, které si zdraví lidé kupují v lékárně, když je jim těžko kvůli špatnému trávení. Pro pacienty s vážně nemocnou slinivkou jsou nezbytné. „Pokud se stanou tyto životně důležité léky cenově nedostupné, zhorší se zásadním způsobem zdravotní stav pacientů s tímto onemocněním. To povede k vyšším nákladům následné léčby,“ říká Chudoba.

Podle mluvčího VZP Jiřího Rody je stanovisko pojišťovny v této věci konečné. „VZP nebude v současné době přehodnocovat své rozhodnutí,“ řekl LN Rod. Pojišťovna vyzvala výrobce příslušných léků, aby co nejdříve požádali lékový ústav o změny, které VZP požaduje. Například zmíněné enzymové přípravky by pak směl lékař předepsat jen těm pacientům, kteří mají potvrzenou cystickou fibrózu, chronický zánět slinivky, trpí rakovinou slinivky nebo žijí bez slinivky. „Doufáme ještě, že prosadíme náš názor. Je ale možné, že tam bude určitá proluka,“ říká Jaromír Gajdáček, prezident Svazu zdravotních pojišťoven. Podle nového šéfa Státního ústavu pro kontrolu léčiv Pavla Březovského je teď nejpravděpodobnější, že si pacienti budou od července za všechny volně prodejné léky platit ze svého a teprve postupně na ně některým pacientům začnou pojišťovny zase přispívat. Březovského slova zazněla na odborné konferenci pořádané patientskou organizací Koalice pro zdraví. Prodleva bude záležet na tom, jak potrvají správní řízení. Mohou to být týdny i měsíce.

Zdroj: A. Čabanová, Lidové noviny, 17. 5. 2012

Liga lidských práv chce u soudů prosadit nárok žen na porod doma

Otázkou, zda ženy mají nárok na porod doma, se bude zabývat Vrchní soud v Olomouci. Obrátila se na něj Liga lidských práv zastupující několik žen, které doma chtěly родit, kvůli aktuálně platnému zákonu a přístupu úřadů však nesehnaly porodní asistentku.

Případ už řešil brněnský krajský soud, ženám však asistentku nepřidělil. Liga proto podala odvolání a v případě neúspěchu je připravena se obrátit i na Ústavní soud a Evropský soud pro lidská práva, řekla v pátek novinářům právnička Zuzana Candigliota. Ženy se u soudu domáhaly přidělení porodních asistentek k jejich domácímu porodu. Soudce brněnského soudu Michal Ryška jim sice dal za pravdu v tom, že na domácí porod mají právo, soud však podle něj nemůže zdravotníkovi asistenci u domácího porodu přikázat. „Uložení takové povinnosti nemocnici by bylo v rozporu se zákazem nucených prací a služeb,“ řekl ČTK. Podle něj je nyní na státu, aby vytvořil jasná zákonná pravidla pro domácí porody a respektoval práva žen. Candigliota s rozsudkem nesouhlasí, podle ní prakticky říká, že si žena sice může na porušení svých práv stěžovat, ale změny se nedočká. „Stát by přitom měl předcházet porušování práv. Odškodnění

ženě nepomůže,“ uvedla. O domácí porod či porod s vlastní asistentkou má prý zájem asi procento rodiček. Na Unii porodních asistentek se týdně obrací zhruba deset takových žen. Situaci jim však od dubna ztížil nový zákon, který za neoprávněně poskytnutou zdravotní péči stanovil až milionovou pokutu. Porodní asistentky mají kvůli tomu strach péči poskytovat. Zákon tak podle Kateřiny Hájkové Klíčové z Unie paradoxně postavení žen zhoršil a uvrhl je do nebezpečnější situace. Když neseženou asistentku, která by se jim v těhotenství věnovala a na domácí porod je připravovala, není, kdo by poznal, že právě u nich hrozí komplikace. Není ani, kdo by jim jejich plán vymluvil nebo včas nařídil odjezd do porodnice. Podle Candiglioty je v pořádku, když zákon za neoprávněnou zdravotní péči dává milionovou pokutu. Problém je však podle ní u krajských úřadů, které samostatným porodním asistentkám vydávají pro práci oprávnění. Domácí péči jim sice v praxi povolují, ale v závorce dodávají, že se netýká vedení porodu. Takový výklad považuje za svévolný. I Ryška upozornil na vědecká doporučení ze zahraničí, která jasně doporučují podporovat domácí porody. „V našich podmínkách posttotalitární střední Evropy to ale může být pro mnohé zdravotníky zásadně odmítající domácí porody těžké přijmout,“ řekl.

Zdroj: L. Kučerová, ČTK, 18. 5. 2012

INZERCE

234 3-12

Prodám menší praxi PLDD na jižní Moravě. Bližší údaje osobně nebo e-mailem. Telefon 723 211 659.

235 4-12

PLDD hledá do ordinace **v Ostravě zástup** na jeden den v týdnu. Kontakt 603 474 018.

236 4-12

Hledám **zástup** do ordinace dětského lékaře **za dovolenou**, od 30. 7. 2012 na 2 až 3 týdny. Zajistím ubytování a plat dle Vašeho požadavku. Rekreační oblast Máchovo jezero. Telefon 487 883 924, 736 407 136.

237 4-12

Prodám praxi prakt. lékaře pro děti a dorost **v blízkosti Opavy.** Obvod je volný od 1. 1. 2013. Telefon 736 768 994.

238 4-12

Do zavedené ordinace praktického lékaře pro děti a dorost **v České Třebové** hledám lékaře za účelem **převzetí praxe.** Kontakt: detskaordinace@tiscali.cz, tel. 602 435 938.

239 5-12

Lékařka **prodá** velmi dobře zavedenou **praxi PLDD v Praze 10.** Telefon 602 230 697.

240 5-12

Prodám zavedenou praxi praktického lékaře pro děti a dorost **v Praze 6.** Bližší informace na tel. 721 053 886.

**V této rubrice je možné otisknout požadavky na zástupy, možnost zaměstnání asistenta, lektory, pronájem místností apod.
Pro členy SPLDD a OSPDL zdarma.**

Autodidaktický test 6/2012

Něvy

1. Nález většího počtu melanocytových skvrn označovaných jako skvrny café au lait může být jedním ze symptomů:

- a) neurofibromatózy von Recklinghausen
- b) syndromu Noonanové
- c) Peutzova-Jeghersova syndromu
- d) syndromu LEOPARD

2. U syndromu Sturgeova-Weberova nacházíme zejména tyto symptomy:

- a) névus flammeus obličeje, mentální defekt, epilepsii, glaukom
- b) névus sebaceus, mentální defekt, epilepsii, kataraktu
- c) melasma v laterální části obličeje, ipsilaterální parézu n. facialis a homolaterální kataraktu
- d) névus Becker poloviny obličeje, cheilognathoschisis, ptózu stejnostranného očního víčka

3. Pigmentové změny charakterizované plochým ohraničeným okrouhlým ložiskem depigmentace velikosti cca do 2 cm s centrální hyperpigmentací označujeme jako:

- a) névus Spitz (juvenilní melanom)
- b) névus spilus
- c) névus Sutton (halo névus)
- d) névus sebaceus

4. Melanom se nejčastěji vyskytuje ve středním věku, ale jeho výskyt nelze podcenit ani u dětí. Pigmentová znaménka je nutno dispenzarizovat s pravidelnými kontrolami 1× ročně, při výskytu rizikových faktorů pak periodu kontrol zkrátit na 6 měsíců. Mezi rizikové faktory vzniku melanomu patří:

- a) nález mnohočetných ephelides
- b) nález névus araneus
- c) pozitivní rodinná anamnéza melanomu
- d) světlý typ kůže

5. Melanocytové névy dle histologické klasifikace se dělí dle místa nálezu (epidermis, corium) na junkční, intradermální nebo složené (compound) a dysplastické. Za nejrizikovější s ohledem na zvrhávání v maligní melanom se považuje typ:

- a) compound
- b) dysplastický
- c) intradermální
- d) junkční

Sunar®

protože milujeme
naše děti

I naše děti
rostou
na Sunaru



Stejně jako my i naše děti si oblíbily kojenecké mléko Sunar. Nejvíce českých dětí vyrůstá právě na Sunaru*. Sunar má totiž nejen výbornou, přirozeně mléčnou chuť, ale obsahuje i všechny důležité látky potřebné pro jejich zdravý růst a harmonický vývoj:

- 24 vitaminů a minerálních látek
- Zvýšenou hladinu vápníku a vitamínu D pro silné kosti
- Prebiotika potřebná pro střevní mikroflóru
- Lahodnou, přirozeně mléčnou chuť

www.sunar.cz

☎ 800 201 102

*Na základě největšího prodaného objemu mléčné výživy v České republice podle AC Nielsen Czech Republic s.r.o. za rok 2011. Kojení je pro kojence nejlepším způsobem výživy. Potravina pro zvláštní výživu.



Invazivní pneumokoková onemocnění (IPO)

Sérotypy 1, 3, 5, 6A, 7F a 19A

- způsobily 22 % všech IPO u dětí do 5 let věku v ČR v letech 2000 – 2010^{1,4,5,6}

Sérotypy 3, 6A a 19A

- způsobily 12 % všech IPO u dětí do 5 let věku v ČR v letech 2000 – 2010^{1,4,5,6}

Nejširší pokrytí
sérotypů ze všech
pneumokokových
konjugovaných
vakcín^{1,2,3,4,5,6}

Sérotyp 19A
v mnoha zemích
světa hlavní
příčina IPO
a AOM^{11,14}

Sérotyp 3
relativně častý
původce pneumonií
a AOM^{8,9,10,11}

Sérotyp 6A
častý sérotyp
u nazofaryngeálního
nosičství¹²

Sérotyp 1
častá příčina
pneumonií,
spojován
s komplikovanými
pneumoniemi^{7,8,9,10}

Sérotyp 5
původce invazivního
pneumokokového
onemocnění
(především Afrika
a Jižní Amerika)¹¹

Sérotyp 7F
spojován
s vysokou
úmrtností¹³

Prevenar 13

Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (13valentní, adsorbovaná)

Zkrácená informace o přípravku Prevenar 13 injekční suspenze: Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (13valentní, adsorbovaná). **Léčivá látka:** Jedna dávka (0,5 ml) obsahuje: *Pneumococcus* polysaccharidum sérotypus 1* (2,2g), 3* (2,2g), 4* (2,2g), 5* (2,2g), 6A* (2,2g), 6B* (4,4g), 7F* (2,2g), 9V* (2,2g), 14* (2,2g), 18C* (2,2g), 19A* (2,2g), 19F* (2,2g), 23F* (2,2g). *Konjugován s nosním proteinem CRM197 a adsorbován na fosforečnan hlinitý (0,125 mg). **Indikace:** Aktivní imunizace k prevenci invazivních onemocnění, pneumonie a akutní otitis media, vyvolaných *Streptococcus pneumoniae* u kojenců a dětí ve věku od 6 týdnů do 5 let. Aktivní imunizace k prevenci invazivních onemocnění způsobených *Streptococcus pneumoniae* u dospělých ve věku 50 let a starších. **Dávkování:** Imunizační schéma přípravku Prevenar 13 by měla být založena na oficiálních doporučeních. **Kojenci ve věku 6 týdnů – 6 měsíců:** Tři dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 1 měsíc mezi dávkami. První dávka se obvykle podává ve věku 2 měsíce. Čtvrtou dávku se doporučuje podat ve věku 11 až 15 měsíců. **Děti ve věku 7 – 11 měsíců:** Dvě dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 2 měsíce mezi nimi. **Děti ve věku 12 – 23 měsíců:** Dvě dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 2 měsíce mezi nimi. **Děti ve věku 2 – 5 let:** Jedna samostatná dávka 0,5 ml. **Odkovací schéma pro Prevenar 13 u kojenců a dětí dříve očkováných přípravkem Prevenar (7valentní) (*Streptococcus pneumoniae* sérotypy 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F a 23F):** Kojenci a děti, u nichž bylo očkování zahájeno přípravkem Prevenar, mohou být převedeni na Prevenar 13 v kterémkoli stadiu očkování. **Malé děti (ve věku 12–59 měsíců) očkování přípravkem Prevenar (7valentní) v kompletním schématu:** Malé děti, které byly kompletně imunizovány přípravkem Prevenar (7valentní), by měly dostat jednu dávku po 0,5 ml přípravku Prevenar 13 pro navržení imunitní odpovědi vůči 6 dalším sérotypům. Tato dávka přípravku Prevenar 13 by měla být podána nejméně 6 týdnů po poslední dávce přípravku Prevenar (7valentní). **Dospělí ve věku 50 let a starší:** Jedna samostatná dávka. Potřeba revakcinace následnou dávkou přípravku Prevenar 13 nebyla stanovena. Bez ohledu na stav předchozí pneumokokové vakcinace, pokud je použito 23valentní pneumokokové polysacharidové vakcíny považováno za vhodné. Prevenar 13 by měl být podán jako první. **Způsob podání:** Vakcína se má podávat formou intramuskulární injekce. Přednostním místem podání je anterolaterální část stehna (musculus vastus lateralis) u kojenců nebo deltový sval horní části paže u malých dětí. **Kontraindikace:** Praktičtější na léčbu látku nebo na kteroukoli pomocnou látku nebo na důležitý toxid. Podobně jako u jiných vakcín i aplikace přípravku Prevenar 13 má být odložena u jedinců trpících akutním závažným horečnatým onemocněním. Přítomnost mírné infekce jako je nachlazení, by ale neměla být příčinou oddálení očkování. **Zvláštní upozornění:** Prevenar 13 nesmí být aplikován intravaskulárně. Tato vakcína nesmí být podána jako intramuskulární injekce kojencům nebo dětem s trombocytopenií nebo s jinými poruchami koagulace, které jsou kontraindikací pro intramuskulární aplikaci, ale může být podána subkutánně v případě, že potenciální přínos jasně převládá nad rizikem podání. Prevenar 13 chrání pouze proti těm sérotypům *Streptococcus pneumoniae*, které vakcína obsahuje a nechrání proti jiným kmenům *Streptococcus pneumoniae*, které způsobují invazivní onemocnění, pneumonii nebo zánět středního ucha. Podobně jako jiné vakcíny nemůže ani Prevenar 13 ochránit všechny očkování jedince před pneumokokovým onemocněním. **Interakce:** Prevenar 13 může být podáván současně s jinými dětskými vakcínami podle doporučených očkovacích schémat. Přípravek Prevenar 13 může být podán současně se sezónní inaktivní vakcínou chřipkovou (TIV). Různé injekční vakcíny musí být vždy podány každá do jiného místa očkování. **Těhotenství a kojení:** Neexistují údaje o použití pneumokokového 13valentního konjugátu u těhotných žen. Není známo, zda je pneumokokový 13valentní konjugát vylučován do mateřského mléka. **Nežádoucí účinky:** Mezi nejčastěji hlášené nežádoucí účinky u dětí patří reakce v místě očkování, horečka, podrážděnost, nechutenství, zvýšená spavost a/nebo nespavost. U dospělých osob artralgie, myalgie, bolest hlavy, příjem, vyrážka, zimnice, nevolnost, zardnutí v místě aplikace, indurace/otok v místě aplikace, bolest/přetiválost místa aplikace, omezená pohyblivost paže, snížení chuti k jídlu. **Předávkování:** Předávkování přípravkem Prevenar 13 není pravděpodobné vzhledem ke způsobu balení v předpřipravené injekční stříkačce. **Uchování:** Uchovávejte v chladničce (2 – 8 °C). Chraňte před mrazem. **Balení:** 0,5 ml injekční suspenze v předpřipravené injekční stříkačce s pístitovou zátkou a ochranným krytem hrubou. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Wyeth Lederle Vaccines S.A. Platan 17 Boulevard de la Plaine 1050 Brussels – Bruxelles, Belgique. **Registrační číslo:** EU/1/09/580/001-6. **Datum poslední revize textu:** 19.3.2012 Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek Prevenar 13 je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění pro děti splňující podmínky dané zákonem č. 48/1997 Sb. v aktuálním znění. Před předepsáním se, prosím, seznáme s úplnou informací o přípravku.

Reference: 1. SPC Prevenar 13. 2. SPC Synflorix. 3. Motlův J, Benet Č, Kratoch P. Invazivní pneumokokové onemocnění v České republice v letech 2000–2006. *Epidemiol. Mikrobiol. Imunol.* 57, 2008; 61, s. 14–21. 4. Motlův J, Benet Č, Kratoch P. Invazivní pneumokokové onemocnění v České republice v letech 2000–2008. *Zprávy EM (SZÚ, Praha)* 2009; 18(6): 203–208. 5. Motlův J, Benet Č, Kratoch P. Invazivní pneumokokové onemocnění v České republice v roce 2009. *Zprávy EM (SZÚ, Praha)* 2010; 19(3): 66–77. 6. Motlův J, Kratoch P. Invazivní pneumokokové onemocnění v České republice v roce 2010. *Zprávy EM (SZÚ, Praha)* 2011; 20(2): 64–69. 7. Blachová Z. Očkování proti pneumokokům. *Farmakoterapie* 2010; 6(3): 341–352. 8. Byington CL, Korgenski K, Daly J et al. *Pediatr Infect Dis J* 2008; 25: 250–254. 9. Kaplan SL, Baron WJ, Lin PL. *Pediatrics* 2010; 125: 429–436. 10. Obando I, Muñoz-Almagro C, Arroyo LA. *Emerg Infect Dis* 2008; Vol 14, No 8: 1390–1397. 11. Drievsky EC, Yargic ZA. *Expert Review Vaccines* 2009; 8(6): 977–985. 12. Zankovska H, Jakubec V, Urbankova P. *Journal of Medical Microbiology* 2010; 59: 1079–1083. 13. Räckinger S, von Kries R, Stoffer A, van der Linden M. *Pediatr Infect Dis J* 2009; Feb 26(2): 118–122. 14. van Gils EJM, Veenhoven RH, Hak E. *JAMA* 2010; 304(10): 1099–1106.