

leden 2001 ■ číslo 1 ■ ročník 1

VOX PEDIATRIAE

časopis praktických dětských lékařů

RSV infekce u dětí

Speleoterapie v léčbě astmatu

Test s chloridem železitým

Kazuistiky



OSPDL ČLS JEP

tiráž...

VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických dětských lékařů

vydavatelství

MEDIX

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

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

Vedoucí redakční rady:
MUDr. Milan Kudyn

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

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

Vychází 10x ročně zdarma všem praktickým
dětským lékařům, členům SPLDD ČR.

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

Redakce nezodpovídá za obsah článků.
Reprodukce obsahu je povolena pouze
s písemným souhlasem redakce.
Nevyžádané podklady pro tisk se nevracejí.
Příspěvky zasílejte na adresu redakce.

Inzerce:

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

obsah...

Historie firmy Léčiva	5
MUDr. P. Neugebauer Přehled činností a událostí 7-12/2000	6
MUDr. J. Dvořáková Financování SPLDD ČR	9
MUDr. H. Cabrnchová Dohodnuté principy a výše úhrad od zdravotních pojišťoven...	10
MUDr. H. Cabrnchová, J. Daňhová Co je signální kód?	11
MUDr. T. Soukup Koncepce pediatrie - porovnání stanovisek MZ ČR a SPLDD ČR	11
MUDr. P. Neugebauer Lékařské prohlídky branců	13
Funkcionáři SPLDD a OSPDL ČLS JEP	15
Vzdělávání s IPVZ	16
Vyhláška MZ ČR o očkování proti infekčním nemocem	příloha
MUDr. M. Čihař a kol. RSV infekce v dětském věku	24
MUDr. M. Kudyn Speleoterapie - jedna z forem léčby astmatu	27
MUDr. F. Zahálka Dětské stacionáře v současné síti zdravotnických zařízení	28
MUDr. L. Hejčmanová, MUDr. P. Čechák Test s chloridem železitým	30
Kazuistiky	31
MUDr. M. Cabrnch Byl jsem na sjezdu ČLK	33
Tisková konference SPLDD ČR	34
Novoroční dohoda 2001	35
MUDr. T. Soukup Volný pohyb osob v EU a uznávání odborné kvalifikace	36
Aktuality	37



Vážené kolegyně, vážení kolegové,

právě jste otevřeli novou kapitolu ve vydavatelské činnosti našeho Sdružení. V květnu loňského roku Konference schválila několik významných změn, které sebou přinesly změny i v organizaci činnosti našeho Sdružení. Podmínkou byla úprava našich stanov, která významným způsobem změnila strukturu vedení naší organizace. V nejužším vedení došlo i k personálním změnám, což přineslo i nový vítr do našich plachet.

Jednu změnu také právě držíte ve svých rukách a doufám, že bude především Vámi, praktickými lékaři pro děti a dorost, vnímána jako akt vedoucí

k posilování vlastní sebedůvěry a hrdosti nad příslušností ke skupině praktických lékařů pečujících o děti a dorost, k lékařům, kteří zcela zásadním způsobem promlouvají do zdravotního stavu budoucích generací.

Jsem si vědom, že dosud pouze pošilháváme po takovém postavení, které by si naše profese zasloužovala. Tím nemyslím postavení vůči ostatním lékařům a pracovníkům ve zdravotnictví, ale postavení obecně ve společnosti, které se dosud nepodařilo vypořádat s pokřiveným vnímáním jednotlivých hodnot. Je však i na nás všech, aby se toto pošilhávání mohlo stát realitou.

My jsme si dali za úkol, vytvořit pro Vás nástroj, který Vás bude informovat o současných, ale i plánovaných jednáních na všech úrovních, bude Vás informovat o dění na úrovni centrálních orgánů, v jednotlivých regionech ale i okresech. Chceme Vám nabídnout servis, který Vám bude předkládat aktuality a zajímavosti z dění ve zdravotnictví doma i ve světě, přinášet Vám cenné informace pro činnost Vašich praxí a v neposlední řadě Vám bude přinášet odborný servis, který, doufejme, umožní i Váš profesní růst. Klademe si vyšší cíle, než naplňovaly naše dosavadní tiskoviny a proto intenzivně jednáme na různých úrovních a samozřejmě nevynecháváme ani naši odbornou společnost. Ta totiž není někdo jiný, i když se jedná o jinou organizaci, zapadající do jiné struktury obecného schématu zdravotnictví, ale jsme to především opět my všichni, praktičtí dětská lékaři, kdo jsme i jejími členy. Máme své školitele, máme mezi námi nesmírně vzdělané kolegyně i kolegy s téměř nevyčerpatelnou studnicí zkušeností z praktické dětské medicíny, proto jsme si dali za cíl pokusit se Vám zprostředkovat předávání těchto zkušeností.

Abychom tohoto všeho mohli dosáhnout, žádáme Vás všechny: zapojte se do našeho projektu. Zvedněme společně někdy zbytečně skloněnou hlavu a předávejte zkušenosti, které jste ve svých praxích získali, a nemusí to být zkušenosti vždy čistě medicínské. Nebojte se vyslovit svůj názor na věci či skutečnosti, které Vás trápí a otravují Vám život při Vaší činnosti. Jsem přesvědčen, že všechny tyto názory budou nám všem, kdo jednáme Vaším jménem, nevyčerpatelným zdrojem inspirací i námětů pro naše jednání. Nelze nezmínit, že přicházíme v době, kdy se objevily a objevují různé časopisy, ať již kvalitní či méně kvalitní, které se staví do role časopisu pro praktické dětské lékaře. My bychom rádi kontrovali takovým časopisem, o kterém budeme moci skutečně a hrdě prohlásit: „Toto je skutečně časopis praktických dětských lékařů.“ Chcete se o nás dozvědět více? Otevřete ho a čtěte! Není dobré, že jsme umožnili vzniknout situaci, kdy jste zahlcováni i tituly, které Vám nabízejí informace, které by jste měli dostávat od nás, které odrážejí výsledky našich často nelehkých jednání, informace, které nemusí vždy obsahovat úplnou pravdu, neboť jsou napsány lidmi, kteří se těchto jednání sami neúčastnili, které jsou předávány někým jiným než těmi, které jste si pro své zastupování zvolili.

Možná nám to opravdu trvalo déle, jsem však přesvědčen, že v náročné zkoušce obstojíme. Aby tomu tak bylo, absolvovali jsme celou řadu jednání i se sponzorskými firmami, abychom Vás pokud možno nezatěžovali zvyšováním členských příspěvků. Změnili jsme svou strategii a otevřeli jsme prostor pro možnost vzniku generálního partnerství na poli farmakoterapie, očkování a výživy, třech základních směrů naší činnosti. Naše jednání nesměřují k propagaci určité firmy, ale k vytvoření prostoru pro aktivní diskusi, polemiku a účinnou spolupráci v získávání podkladů a informací ve všech třech uvedených kategoriích, ale nejen v nich.

Jsem rád, že Vám mohu oznámit, že toto partnerství již bylo navázáno s firmou LÉČIVA a pod heslem „České léky českým dětem“ se budeme snažit otvírat diskuse nad farmakoterapií v našich praxích a přinášet k těmto diskusím dostatek informací. Byli jsme velmi příjemně překvapeni korektností jednání se zástupci uvedené firmy v čele s jejím generálním ředitelem Ing. Jiřím Michalem a věříme, že byl položen základ trvalejší spolupráce.

Závěrem Vám chci poděkovat, že jste dočetli až k těmto řádkům a rád bych Vás pozval i na další stránky s vírou, že Vás zaujmou a že naším společným úsilím vytvoříme skutečně důstojného čtivého reprezentanta naší odbornosti. Omluvte, prosím, případnou začátečnickou nedokonalost v obsahu, ale věřím, že úkol, který jsme si dali ve spolupráci s Vámi splníme. Dovoľuji si poděkovat všem, kteří se na realizaci projektu našeho staronového časopisu podíleli, především členům redakční rady, bez nichž by nebylo možno náš záměr realizovat. Poděkování patří i naší odborné společnosti, bez níž si zase odbornou část dovedeme jen obtížně představit.

Přeji Vám všem příjemný zážitek při čtení následujících stránek.

MUDr. Pavel Neugebauer
Předseda SPLDD ČR

Kdo má léčit alergii?

Intoxikace u dětí

Nadační pobyty

Acelulární vakcíny



seznam
inzerujících
firem...

LÉČIVA

AVENTIS

ASI

DĚTSKÁ
OZDRAVOVNA
SE SPELEOTERAPIÍ

SANATORIUM EDEL



Historie firmy LÉCIVA

Historie vzniku a.s. **Léčiva** má kořeny na Malé Straně v lékárně u Černého orla, která je vůbec nejstarší lékárnou v českých zemích a dochovaly se o ní písemné záznamy již z roku 1488. **Benjamin Fragner** (1824 - 1886), zakladatel lékárnické tradice rodiny, ji koupil v roce 1857 od pražského lékárníka Jana Purmana a zaplatil za dům 18.500 zlatých. Magistr Fragner měl v té době již bohaté zkušenosti především v galenické laboratoři, které velmi rychle zhodnotil ve své lékárně. Mezi jeho největší úspěchy patří výroba Pražské domácí masti a Rosy balzámu, přípravků, které měly obrovský obchodní úspěch, dokonce tak veliký, že lékárna svými prostory a kapacitou nestačila pokrýt požadavky zákazníků a bylo nutno ji rozšířit. Proto magistr Fragner přikoupil sousední dům, ve kterém chtěl vybudovat modernější lékárnou. Plány však překazila jeho smrt, umírá v roce 1886.

Syn, Dr. Karel Fragner (1861 - 1926), který po otcově smrti firmu převzal, pojal otcovy plány ještě velkoryseji. Přikoupil další sousední dům, oba staré domy nechal zbourat a na jejich místě postavil novou lékárnou, která v těchto prostorách zůstala dodnes. Fragner se specializoval na chemii přírodních látek, ale také bedlivě sledoval celkový farmaceutický vývoj, především v Německu a Švýcarsku. Během svého života neustále zvyšoval produkci a činnost lékárnou u Černého orla a oprávněně získal pověst zakladatele české farmaceutické výroby, i když ještě laboratorní. Ve dvacátých letech našeho století již dosavadní prostory přestaly postačovat a Dr. Fragner se začal zabývat plány na vybudování moderní farmaceutické továrny. Historie jakoby se začala opakovat a Dr. Fragner, uprostřed pilné práce, náhle v roce 1926 umírá.

Vedení se ujímá **Dr. Ing. Jiří Frager** (1900 - 1977). V roce 1928 je zásadně rozhodnuto o výstavbě nové moderní farmaceutické továrny. Jejího projektu se ujímá další člen rodiny, architekt **Jaroslav Fragner**. Velice pečlivě připravovaný projekt první farmaceutické továrny na území Československa byl pojat opravdu velkoryse a moderně. Pozemek pro stavbu koupila společnost Benjamin Fragner těsně za hranicemi velké Prahy v katastru obce Dolní Měcholupy, a to je již areál dnešní a.s. Léčiva. Důvod koupě pozemku, v lokalitě relativně vzdálené od původního sídla firmy, byl zcela prozaický - podstatně nižší cena pozemku a nižší daně v obecní přírážce malé obce.

Výstavba prvních objektů začala v lednu 1930 a výroba již v srpnu téhož roku. Kromě míst pro původní zaměstnance vytvořila společnost nové a dobré pracovní příležitosti pro obyvatele obce. Část zaměstnanců vybral též Dr. Fragner z těch, kteří továrnu stavěli a po ukončení stavby by jen těžko hledali práci. Psal se rok 1930 a přicházela světová hospodářská krize.

Výrobní program továrny Benjamin Fragner byl postaven na solidní základně výroby účinných látek a zároveň byl rozvíjen, na tuto dobu, široký výzkum. V období okupace, po uzavření českých vysokých škol, se díky pochopení svého majitele stal podnik útočištěm mnoha významných odborníků, posléze, po uzavření divadel, i zaměstnáním pro umělce Národního divadla. Ve firmě byl tajně, pod označením BF Mykoin 510, izolován **první český penicilin**.

V roce 1946 byla společnost na základě dekretů prezidenta Beneše znárodněna. Měcholupský podnik se, pod označením **Spofa Fragner**, stal součástí Spojených farmaceutických závodů (SPOFA) a se svými 750 zaměstnanci a majetkem v hodnotě 75 milionů korun byl bezkonkurenčně vedoucím farmaceutickým výrobcem v poválečném Československu. V roce 1958 se měcholupská továrna, již jako podnik skutečné farmaceutické průmyslové velkovýroby, stala základem pro nově ustavený **národní podnik Léčiva**. S ohledem na neustále se zvyšující jak kvantitativní, tak kvalitativní požadavky na výrobu léků, byla koncem šedesátých let zahájena rozsáhlá výstavba farmaceutického monopolu. První část, výroba injekčních přípravků, byla uvedena do provozu v roce 1976, rok poté výroba mastí, krémů a čípků a nakonec, v roce 1979, výroba tablet, kapslí a dražé. Tento čin znamenal několikanásobné zvýšení kapacit a koncentraci výroby konečných lékových forem do měcholupského závodu.

K dalším podstatným změnám dochází až po roce 1989, především v souvislosti s nezbytností upravit požadavky Světové zdravotnické organizace (zásady Správné výrobní praxe a zásady Správné výrobní praxe v kontrolních laboratořích) do všech činností firmy spojených s výrobou, kontrolou, skladováním a distribucí. Neméně významné bylo znovunalezení odpovědnosti vůči životnímu prostředí. Toto rozhodlo o výstavbě čistírny odpadních vod (1992), výstavbě spalovny pevných a tekutých odpadů, splňující požadavky ekologic-

ké likvidace (1993) a výstavbě všestranně zabezpečeného úložiště látek škodlivých vodám (1994).

Zavedení požadavků Správné výrobní praxe již v první řadě vyžádalo vybudování samostatného pavilonu pro výrobu antibiotik (1993), zásadní rekonstrukci výroby injekcí (1993) a vybudování zcela nových prostorů pro zpracování monokomponentního inzulínu (1995). Časově i koncepčně nejrozsáhlejší byla několikastupňová přestavba výroby tablet, kapslí a dražé (1991 - 1996). Firma, jako jediný český výrobce sterilních mastí, vybuďovala ve světě zcela ojedinělý objekt, splňující všechny známé požadavky pro tuto vysoce specializovanou technologii (1995 - 1997).

Výsledkem šestiletého investování, převážně financovaného z vlastních zdrojů, je moderní farmaceutický komplex, který je plně srovnatelný s kteroukoliv světovou renomovanou firmou. O tom, že Léčiva a.s. docílila plnění požadavků Světové zdravotnické organizace, kladených na farmaceutické výrobce, svědčí i certifikáty Státního ústavu pro kontrolu léčiv. Cílem společnosti je stát se přední evropskou firmou. K dosažení tohoto cíle napomáhá také zavedení integrovaného informačního systému (1995), postihujícího všechny činnosti firmy a zabezpečujícího úplný a dynamický souhrn informací, nezbytných pro strategické i operativní řízení firmy.

Nejpodstatnější devizou moderní firmy je však její inovační program, kterému a.s. Léčiva věnuje vysokou pozornost po celá léta. Nejen vlastní vývoj a výzkum, ale i cílená licenční politika umožňuje udržení dominantního postavení na tuzemském trhu. Program inovací (například patnáct nových produktů v roce 1995, třináct v roce 1996) zároveň dává společnosti možnosti ucházet se aktivně o podíl na trzích zahraničních.

Budování globální společnosti s vytvářením dceřinných firem je základním znakem strategie a.s. Léčiva jako společnosti XXI. století, společnosti, jejíž vztah k veřejnosti je vyjádřen myšlenkou: **„Je dobře, když nás nepotřebujete, bylo by špatné, kdybyste nás hledali a nenašli.“**



Přehled činnosti a událostí od července do prosince roku 2000

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR

V následujícím přehledu se Vám pokusím ve stručnosti předložit výčet jednání a událostí za uvedené období. Cílem tohoto přehledu je alespoň částečně nahradit možné informační vakuum, které vzniklo přerušáním vydávání VOX infa. S těmi nejdůležitějšími Vás seznámíme na jiném místě podrobněji.

■ Červenec

Měsíc ve znamení vyhlášení cen zdravotní péče ve II. pololetí roku 2000 se zvýhodněním segmentu lůžkové péče oproti péči ambulantní, měsíc boje o sazebník (problém 1. a 2. atestací ambulantních specialistů). OP VZP spouští přes odpor vedení Sdružení experiment vykazování signálního kódu návštěvy pacienta u praktického lékaře, vedení SPL a SPLDD zasílá otevřený dopis prezidentovi ČLK, ve kterém obě organizace odmítají napadání legitimacy svých jednání ze strany ČLK, ta zároveň napadá nevybíravě poslance Parlamentu za odmítnutí zákona o vzdělávání a žádá odvolání ředitelky VZP ing. Musílkové.

19.7. bylo zahájeno dohodovací řízení o cenách pro 1. pololetí roku 2001. Do těchto jednání jsme vstupovali s myšlenkou již provždy opustit systém izolovaných regulací a u všech pojišťoven přejít na hodnocení praxí na základě rozboru nákladovosti vztažených na jednotlivá rodná čísla registrovaných pojištěnců.

26.7. proběhlo jednání svolané prezidentem ČLK MUDr. Davidem Rathem, které si kladlo za cíl koordinovat postup na cenových jednáních. Pokusili jsme se vysvětlit všem zúčastněným alespoň rámcově, o co nám v cenových jednáních jde a požádali jsme je, jak se ukázalo později marně, aby se zdrželi kritizování naší strategie, pokud námi navržený systém úhrady praktických lékařů nechápu, nebo se s ním seznámí nedostatečně. I zde byla jasně patrná atmosféra nesouladu postojů našich a vedení ČLK.

■ Srpen

Měsíc zahájení masívní kampaně za zvýšení platů zdravotníků-zaměstnanců, pokračuje boj o sazebník, VZP prodlužuje smlouvy v absolutní většině na 5 let, z Předsednictva ČLK odchází zástupci SPL MUDr. Jelínek

a MUDr. Polák, svůj odchod zdůvodňují v otevřeném dopise prezidentovi ČLK.

16.8. vzhledem k trvajícím nejasnostem a rozdílnému výkladu jednotlivými OP VZP bylo obnoveno jednání na téma nepravidelná péče, zástupy. Ačkoliv bylo konstatováno, že podíl plateb od pojišťoven za tento druh péče tvoří jen asi 2% celkových výdajů za zdravotní péči poskytovanou všemi praktickými lékaři od zdravotních pojišťoven, bylo od počátku jasné, že jednání to nebudou jednoduchá. Podařilo se alespoň v základních rysech definovat situace, které k zástupům vedou. Upřesnění podmínek úhrady však dohodnuto nebylo a konečné řešení tak bylo odsunuto na další jednání.

31.8. na naši žádost proběhlo jednání s náměstkem ministra zdravotnictví MUDr. Antonínem Malinou. Předmětem jednání bylo objasnění okolností kolem změny provádění braneckých prohlídek a samozřejmě jsme si vyměnili stanoviska k aktuálním problémům. Nás především zajímal koncepční záměr rozvoje primární péče. Na jednání jsme se dozvěděli, že změny systému braneckých prohlídek vplynuly z nastalých legislativních změn. Vše ostatní probíhalo v rovině obecné diskuse a nepřineslo žádné převratné informace.

■ Září

Měsíc neúspěšného jednání Parlamentu nad novelou zákona o veřejném zdravotním pojištění (ministerstvo překvapivě navrhuje gate-keeping, byť neúspěšně, neprošla ani celkem kompromisní novela MUDr. Cabrncha). V Hradci probíhá pediatrický kongres, naše odborná společnost mu věnuje menší pozornost, než by si asi zaslouhoval, z Předsednictva ČLK odchází další člen - MUDr. Ryba, opět své důvody uvádí v otevřeném dopise prezidentovi ČLK, ve vedení Sdružení se

vážně diskutuje o možnosti návrhu na uzavření smlouvy s ČLK s vymezením vzájemných vztahů

7.-9.9. proběhl v Hradci Králové pediatrický kongres. Kongres se nesl ve znamení snahy o nastolení lepší komunikace mezi klinickými pediatry a praktickými dětskými lékaři. Škoda, že této situace dostatečně nevyužili zástupci vedení naší Odborné společnosti, kteří na této akci nebyli příliš vidět.

7.9. opět schůzka na půdě ČLK, tentokrát s cílem dořešit problém 1. a 2. atestací ambulantních specialistů v souvislosti s chaosem, který vyvolala diskuse kolem vydání novely Seznamu výkonů s bodovými hodnotami. Vína hledána především u ZP (konkrétně VZP) a částečně MZ ČR. Ani slovo o tom, že diskusi mohla vyvolat připravená novela licenčního řádu ČLK.

13.9. společné jednání redakční rady VOXu *Pediatriae* a členů Výkonného výboru Sdružení. První pokus zjistit možnosti a zmapovat přesněji stávající stav.

15.9. dohodovací řízení k seznamu výkonů, mimořádný jednací den. Jednání nedalo odpověď na problém řešení atestací ambulantních specialistů a krom několika dílčích změn nic podstatného nevyřešeno.

20.9. jednání s VZP na téma hodnocení stávajících regulací a možnosti změn od 1.1.2001. Kritizován efekt izolovaných regulací, jejich nejasný výklad a velmi problematický dopad. Trvá strategie pojišťovny zaměřovat výsledky, trváme na předložení jasně strukturovaných informací, nejlépe s rozdělením po okresech, což bylo nakonec alespoň přislíbeno. Diskuse nad opuštěním systému izolovaných regulací byla místy dost emotivní, ale zdá se, že VZP pochopila nutnost změny i pro narůstající odliv pojištěnců.

20.9. je některým členům Předsednictva poprvé představen iZIP (internetové zdravot-



nické informace pacienta). První seznámení s možností internetového zpracování a předávání informací o vyšetřeních a způsobu léčby pacienta vyvolalo rozporuplné reakce.

21.9. oficiálně zahájeno izolované jednání o cenách zdravotní péče v segmentu praktických lékařů. Šlo o první schůzku, která vedla spíše k sondování možností jednotlivých ZP z naší strany a názorech nás poskytovatelů ze strany pojišťoven.

29.9. historicky ojedinělé setkání předsednictev SPL a SPLDD v Milovech s cílem zaujetí postoje k aktivitám ČLK. Příliš nepovedené jednání, ve kterém organizace pokulhávala za množstvím a závažností řešených problémů. Vzniklé prohlášení bylo značně diskutováno a to i z pohledu, která část a kam bude odeslána. Přesto se jednalo o akci, která ukázala možnou cestu či spíše formu možné spolupráce při řešení problémů, které se týkají všech praktických lékařů.

■ Říjen

Měsíc ve znamení vyvrcholení boje za navýšení mezd v nemocnicích. OSPDL volí dost nešťastně nového předsedu, legislativní sjezd ČLK přijímá nové vnitřní řády potvrzující autoritativní trendy prezidenta ČLK, Parlament prodlužuje na neurčito zákon o veřejném zdravotním pojištění jinak s minimálními změnami na návrh především poslanců Janečka a Krásky.

1.10. Konference OSPDL ČLS JEP. Jednání poměrně hektické za účasti prakticky jen školitelů na jejichž jednání konference navazovala, jednání ve znamení odchodu MUDr. Petra Endlera z vedení této společnosti a hledání vedení nového. Ve značně emočně laděné atmosféře poznamenané nečekaně častou změnou kandidátky, kdy jednotliví kandidáti podmiňovali svou volbu účastí či neúčastí jiných osob, se nakonec přeci jen podařilo zvolit nový výbor. Tento výbor si pak za svého předsedu zvolil doc. MUDr. Ivana Nováka, CSc., který sice částečně vykonává praxi praktického dětského lékaře, ale jeho hlavním zaměstnáním je vedení dětské kliniky Thomayerovy nemocnice v Praze Krči. Volba především klinického pracovníka do čela Odborné společnosti praktických dětských lékařů vyvolala u některých přítomných značné rozpaky.

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

5.10. první jednání předsedy SPLDD a nově zvoleného předsedy OSPDL. V relativně přátelské atmosféře předány nejdůležitější informace, nastíněny možnosti spolupráce, objasněny základní postoje pro následné jednání na MZ ČR na téma rodinný lékař.

5.10. MZ ČR - jednání na téma rodinný lékař. Obhajována role a postavení praktického dětského lékaře v primární péči, nicméně nakonec respektována cesta vytvoření třetí alternativy praktického lékaře, tzv. rodinného lékaře, jako oboru doplňkového (pro oblasti s menší hustotou obyvatel, sladění s většinou praxí zemí EU). Jednání nastínilo možnost a účelnost spolupráce SPLDD a OSPDL, souzvuk zástupců obou organizací vyslal ostatním signál, který nebylo možno přehlédnout. Dominoval překvapivě zdrženlivý postoj prezidenta ČLK MUDr. Davida Ratha.

8.10. jednání zástupců SPLDD nad koncepcí oboru pediatrie, definování základních postojů v návaznosti na předchozí jednání všech orgánů SPLDD.

10.10. další kolo jednání s VZP na téma regulace. Předloženy materiály zpochybňující výpočty izolovaných regulací, z nastalého zmatku se již jednání nevymanilo. Upřesňovány a diskutovány možnosti tzv. globálních regulací, tj. regulací vztažených na jednotlivá rodná čísla.

10.10. MUDr. Bek, ředitel ČNZP nás seznámuje se záměry předávání informací mezi ZZ a ZP za použití internetu.

10.10. jednání s komerční firmou, která má zájem vypracovat metodologii smluv v systému zdravotního pojištění. Zajímavé myšlenky, ale s vizí možnosti zavedení až v horizontu x let.

11.10. další kolo jednání segmentu PL v rámci dohodovacího řízení o cenách zdravotní péče. VZP přichází s myšlenkou zavedení signálního kódu vázaného na každý kontakt s registrovaným pojištěncem a podmiňuje jím zavedení „globálních regulací“. V návaznosti na náš okamžitý značný odpor VZP posléze svůj návrh stahuje, jak se však později ukázalo, nemůže se s touto skutečností vyrovnat.

11.10. zasedá komise, která má definitivně ukončit nepříjemné jednání vedoucí k dokončení předání funkce pokladníka a vyrovnat se se závěry revizní zprávy přednesené na Konferenci v květnu 2000. Funkce pokladníka byla definitivně předána, ale spolu s některými závěry revizní zprávy zůstaly některé otázky, na něž se již asi nikdy nepodaří odpovědět. Nepodařilo se tak dořešit některé otázky, které vyvolávaly pochybnosti nad některými aspekty vedení účetnictví našeho

Sdružení. Přijatá opatření snad zabrání opakování této situace do budoucna.

24.10. první jednání na téma možnosti prezentace SPLDD na internetu. Šlo o první oficiální schůzku, která měla za cíl seznámit nás s realitou a možnostmi.

■ Listopad

Měsíc vrcholení boje ČLK proti praktickým lékařům a nejen jejich zástupcům v profesních sdruženích na sjezdu ČLK, neudržitelnost situace vede k sepsání Prohlášení členů ČLK, pokračuje boj s VZP o signální kód, uzavírají se předběžné dohody o cenách na 1. pololetí roku 2001, otvírá se prostor pro definitivní zkoncování s izolovanými regulacemi, ale i obecně s negativními regulacemi, SPLDD pořádá svou tiskovou konferenci za velké pozornosti novinářů.

4.-5.11. sjezd ČLK, na kterém vrcholí atmosféra napadání činnosti zástupců obou sdružení PL, obecně jsou však napadána všechna profesní sdružení poskytovatelů, je zdůrazňována nezastupitelnost ČLK. Padají i ostrá slova, často s argumenty, které svědčí o neznalosti problému těch, kteří je vyslovují. Sjezd přijímá usnesení s řadou kontraverzních ustanovení.

7.11. při panelové diskusi v rámci veletrhu MEFA osvědčuje ministr zdravotnictví prof. MUDr. Bohuslav Fišer, CSc. svou ne-diplomatickostí a po sérii odpovědí především se zaměřením na dopady nového Zákonníku práce a stavu systému zdravotního pojištění, které vyvolaly v přítomných značné rozpaky, byla diskuse raději řízeně ukončena.

10.11. schůzka vedoucí ke vzniku „Prohlášení členů ČLK“. Nespokojenost s postupy a způsoby jednání prezidenta ČLK, které by mohly (a již nejspíše vedou) k negativnímu dopadu na úlohu a poslání samotné ČLK, vedly ke vzniku uvedeného prohlášení.

11.11. probíhá rozšířené zasedání Předsednictva SPLDD v Pardubicích s členy regionálních výborů, na kterém jsou, krom řešení řady problémů regionů, přítomni seznámení s kroky ČLK a závěry jejího sjezdu. Diskutují se možnosti reakce na vzniklou situaci.

14.11. historicky první samostatná tisková konference SPLDD, kde za hojně účasti novinářů prezentováno stanovisko SPLDD k nadstandardní péči, objasňováno, v čem ČLK poškozují praktické lékaře a byl i kritizován negativní postoj ministra zdravotnictví k primární péči a to i v návaznosti na jeho vystoupení na sjezdu ČLK.

15.11. společné jednání dohodovacího řízení o cenách, které potvrdilo předběžnou



dohodu uzavřenou na jednání segmentu PL, umožňující opuštění systému izolovaných regulací. Postupně došlo ke vzniku dohod ve všech segmentech zdravotní péče krom péče nemocniční. Jak se později ukázalo, jednalo se o záměr, umožňující opět nepodložené navýšení financí pro tento segment, bohužel s velkou pravděpodobností s možností negativního dopadu na segmenty ostatní.

24.11. pokus o objasnění situace s ministrem zdravotnictví. Kritizovány některé kroky ČLK, k problematice financování ambulancí v nemocnicích jsme se ani nedostali pro náhle vzniklou časovou zaneprázdněnost pana ministra.

27.11. jednání předsedy SPLDD a OSPDL o nové podobě časopisu VOX pediatry.

■ Prosinec

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

4.12. pokračuje série jednání s VZP. Řešena problematika předoperačních vyšetření za účasti zástupců asociace nemocnic, odborných společností: anesteziologické, všeobecného lékařství a odborné společnosti praktických dětských lékařů. Předložený materiál již měl konkrétní podobu a po doplnění ještě některých diskutovaných částí by mohl sloužit jako metodický pokyn řešící složitou problematiku předoperačních vyšetření vč. vymezení odpovědnosti jednotlivých zúčastněných. Dále byla opět řešena problematika signálního kódu, jeho zavedení bylo námi opět odmítnuto, ale tentokrát jednání směřovalo k možnému řešení hlavního požadavku pojišťoven, tj. získat přehled o množství závažnějších onemocnění v populaci a jejich léčení v ordinaci PL či PLDD. Tímto řešením by mohlo být znovuzavedení kódu signalizujícího dispenzární prohlídku. V jednáních na toto téma bude také ještě pokračováno. Posledním diskutovaným problémem bylo řešení situace vykazování a propáčení nepravidelné péče a zástupů. VZP přišla s „revolučním“ návrhem poměrného krácení kapitační platby lékaři, který by byl zastupován. Předložený návrh vyvolal opět bouřlivou diskusi, v jejíž závěru jsme se dohodli, že se vrátíme k dopracování původního materiálu, tj.

upřesníme podmínky, které platí dnes. Kladem tohoto jednání byla opět účast doc. Nováka, předsedy OSPDL a opět se ukázalo, o co silněji by mohly naše argumenty zaznívat, pokud by fungovala vzájemná spolupráce a podpora.

4.12. pokračují také práce nad materiálem koncepce pediatrie

11.12. se poprvé schází zástupci rozhodujících organizací zastupující sektor ambulantní péče. Jednání se účastní zástupci České stomatologické komory, obou sdružení praktických lékařů, Sdružení soukromých gynekologů a Sdružení smluvních lékařů zdravotních pojišťoven. Hlavním tématem jednání je obava ze sílcí podpory segmentu nemocniční péče na úkor segmentu ambulantní péče. Jsou již zřetelné signály o podobě rozhodnutí o cenách na první pololetí roku 2001.

12.12. se konala schůzka na MZ ČR za účasti zástupců Ministerstva obrany ČR. Tématem byly opět branecké prohlídky. Účelem nebylo změnit metodický pokyn, ale upravit vazby včetně podoby braneckého dotazníku tak, aby reflektoval legislativní změny a nakonec i naplňoval to, co uvádí již zmíněný metodický pokyn.

13.12. se uskutečnila schůzka na půdě VZP, kde nám byl předán materiál týkající se způsobu bonifikace praktických lékařů v roce 2001. Zdá se, že tím byla učiněna definitivní tečka nad systémem izolovaných regulací, které nám tak zneprůjemňovaly život. Praktický lékař by do budoucna neměl být regulován tak, že mu bude „nějakým“ způsobem vypočtena „jakási“ srážka, ale bude mít podle stanovených kritérií možnost získat pozitivní bonus, tj. jakýsi doplatek, jehož výpočet je sice ještě velmi neumělý, ale je.

13.12. se schází poprvé nová redakční rada časopisu VOX pediatry, vytváří ediční plán a rozděluje úkoly.

18.12. pokračují jednání nad možností prezentace SPLDD na internetu

19.12. se koná na půdě Parlamentu ČR seminář na téma internet a zdravotnictví, diskuse nad využitím internetu ve zdravotnictví již nabírají zcela konkrétních podob, je však nutné tomu přizpůsobit i legislativu

19.12. na MZ ČR probíhá jednání se snahou řešit problematiku LSPP zejména v návaznosti na nové státoprávní uspořádání. Toto jednání přineslo mnoho nových otázek, ale jen velmi málo uspokojivých odpovědí, na což jsme ale v této problematice již zvyklí. Za zmínku stojí snad jen to, že zástupce ČLK opět vytáhl do boje s argumentem nutnosti zabez-

pečení 24-hodinové péče praktickým lékařem.

19.12. u příležitosti jednání na MZ ČR proběhla krátká schůzka s MUDr. Truellovou, ředitelkou nově zřízeného odboru péče o matku a dítě při MZ ČR. Zdá se, že se rýsuje cesta spolupráce s MZ ČR, která by pro nás mohla být přínosem.

20.12. probíhá jedna ze závěrečných schůzek projektu Phare, který se zabýval rozvojem primární péče. S výstupy z tohoto projektu budete podrobně seznámeni.

21.12. v předvánoční atmosféře se řeší poznatky s komplexním hodnocením nákladovosti na půdě OZP, jsou probírány možnosti spolupráce v preventivních programech.

Věřím, že Vám uvedený výčet pomohl vytvořit si alespoň rámcový obraz, jaký uplynulý půlrok byl. Věřím také, že obnovíme vyčerpávající tok informací až na stůl každého praktického dětského lékaře, který je členem našeho Sdružení. Těším se na možnou spolupráci se všemi, kteří mají zájem a kteří mají co říci svým kolegům a chtějí pro tento účel využít stránek tohoto časopisu.

■ Chřipka sužuje celou Evropu, epidemie jsou většinou místní

Chřipkové epidemie v poslední době sužují celou Evropu - největší výskyt chřipkového onemocnění byl zaznamenán v Německu, Švýcarsku a na severu Francie. Místní epidemie propukly kromě severních Čech také v Belgii, Dánsku a na jihu Francie. Vyplyvá to z údajů EISS, organizace monitorující aktivitu chřipkových virů v Evropě. Podle nejnovějších pozorování EISS se epidemie chřipky ve sledovaných zemích vyskytují především na místní a regionální úrovni. Zvýšený výskyt tohoto virového onemocnění byl v posledních dnech zaznamenán hlavně v Německu a v severní Francii. Místní chřipkové epidemie jsou zvláště v Belgii, Dánsku, jižní Francii a severních Čechách, v ostatních zemích se chřipka vyskytuje jen sporadicky. Podle odborníků letošní epidemie zřejmě nezpůsobil chřipkový virus typu „A“, ale nějaký jiný kmen tohoto viru. Dosavadní zkušenosti ukazují, že letošní chřipková epidemie má rychlejší a lehčí průběh než v minulých letech. EISS je systém shromažďující klinická a virologická data ve 14 evropských státech: Belgii, České republice, Dánsku, Francii, Německu, Itálii, Nizozemí, Portugalsku, Slovinsku, Španělsku, Švédsku a Velké Británii. Kromě sledovaných zemí zasáhla epidemie chřipky také některé části Maďarska a Slovenska, kde musely být stejně jako v Čechách vyhlášeny mimořádné chřipkové prázdniny.



Financování Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR

MUDr. Jiřina Dvořáková

místopředseda - pokladník SPLDD ČR

Přešel čas vánoční, čas pohádek a já mám za úkol napsat zprávu o financování SPLDD. To však nejde bez ohlédnutí se do minulosti. A protože byl ten čas pohádek...

Bylo, nebylo... Několik nadšenců a osvědčených z Prahy založilo Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost (říkejme mu dále jen Sdružení). Přidali se lékaři z regionů, postupně se podařilo zapojit lékaře téměř ze všech okresů a vybudovat životaschopnou organizaci. Hnání společnou představou o lepším a důstojnějším postavení dětského praktika všichni pracovali až se z nich kouřilo první roky bez nároků na jakoukoliv odměnu či náhradu. Po určité době se ukázalo, že zadarmo se to dělat nedá - vždyť ostatní členové seděli v klidu svých ordinací nebo domovů a neutráceli ani svůj volný čas ani peníze za benzín. A tak začal vznikat systém náhrad, nejprve pro předsedu, potom za cestovné a postupně i další. A jak se Sdružení rozrůstalo, rostla i agenda. Přibývalo jednání, začal se vydávat bulletin, pořádaly se různé akce včetně vzdělávacích. A přibývaly příjmy za pronájmy a inzerci a přibývaly i výdaje. Účetnictví, které se zpočátku vešlo do igelitové tašky, narůstalo. Již nestačila igelitová taška a ordinace předsedy. Musela se pronajmout kancelář, zaměstnat sekretářku, která převzala i roli účetní, ve funkci se vyměnili pokladníci.

Nově zvolený pokladník - pokladnice byla osoba velmi pracovitá. Ať už nežijem o práci ze strany ostatních nebo přílišná snaha dělat raději vše sama, vedla nakonec k tomu, že pracovala pro Sdružení 8-10 hodin denně. Zdá se Vám to mnoho? Že se to nedá při normální pracovní zátěži a péči o rodinu stihnout? Ale tak to skutečně bylo vykázáno ve výkazech.

A proč by nakonec nepracovala, když je to docela slušně placené. 100 Kč za hodinu práce, ať už to je zpracovávání pokladních dokladů, kopírování, jednání s firmami, krájení salámů, čištění zeleniny či až 6-hodinový nákup v Makru. Na papír se toho vejde, vždyť nejsou žádné limity a pravidla. Také nejsou limity na množství nakoupeného zboží, takže nikoho nepřekvapí, že se na zasedání Představenstva (asi 10 lidí) snědlo 0,5 kg uheráku, 1 kg šunkového salámu, 1,5 kg uzeného, 2 kg sýra, 3 kg zeleniny a další pochutiny. Hostina jak v pohádce, že? A obětavá pokladnice vše nejenom osobně nakoupila, ale i doma očistila a nakrájela, převezla do kanceláře a potom i zlikvidovala „zbytky“. A potom se hodně mylo nádobí, asi 10x po každém zasedání, jak jinak si vysvětlit

tu obrovskou spotřebu prášku do myčky nádobí.

Asi Vás napadne - a to ji nikdo nekontroloval? Možná kontroloval, možná kontrolovat spíše měl, možná příliš důvěřoval, možná mu to nevdalo. Co se kontroly týče, tak jak předseda, tak i revizní komise zaspali jako Šípková Růženka.

A potom se našlo pár „šťouralů“, kterým se nelíbilo, že na konci roku nemají regiony peníze na nákup potřebných věcí, i když by je teoreticky měly na účtech mít, a nelíbily se jim i jiné věci ve financování. Jako např. to, že se při Výkonné radě odevzdá celý účet za ubytování s manželem, propalena je bez vystavení dokladu správně polovina, ale v účetnictví se objeví účet celý! Ptáte se proč? A kam přišly ty peníze?

„Šťouralové“ se též ptali. Až přišla revizní komise a mimo jiné zjistila vážné nedostatky ve vedení účetnictví. V každé správné „pohádce“ by účetní na hodinu odešel, u nás se pouze „na hodinu“ přijala nová účetní firma, stará však „pracovala“ ještě půl roku - vedla nám databázi členů.

A naše obětavá pokladnice? Dále pracovala a pracovala, nakupovala, čistila zeleninu atd. Jen se sháněním firem vypomohla rodina. Proč ne? Dá to hodně práce a členové Představenstva to musí (nemusí?) dělat zadarmo. Tak to může dělat dcera-studentka, ráda si přivydělá a má za to 10% z ceny sjednané inzerce, což je slušných pár tisícovek, a maminka ráda pomůže, vždyť to zůstane v rodině. A další známí zase mohou balit a distribuovat časopis.

Už se Vám pohádka nelíbí? Ani „šťouralům“ a ani revizní komisi se nelíbila. A tak by Konferencí a volbou nového výboru mohla pohádka skončit.

Ve správné pohádce dobro vítězí, zlo je potrestáno. Ale v naší pohádce? Žalobci by byli, ale soudce...? Kde nejsou pravidla, tam se nedá soudit. Že je měla tvořit ona pokladnice? Proč by to dělala? Proti sobě? Tak naivní nejsou ani opravdové pohádky. A ty o morálce a čistém svědomí asi ani neexistují. Pro těch pár jedinců, co by jim věřili, se je nevyplatí psát. Chcete se poučit jak vydělávat peníze - možná se to časem dočtete v jistém časopise, ve kterém naše pokladnice dělá šéfredaktorku.

Pokračování? To máte přece v rukou Vy! Všichni funkcionáři jsou voleni a Vy volíte!

A nová pokladnice? Konec pohádky - žádná čarodějka, která to dá mávnutím proutku do pořádku. Jen jedna ze „šťouralů“, která měla pocit, že nemůže jenom kritizovat, ale zkusí s tím něco udělat. Jedna z těch, co zakládali Sdružení a ještě si pamatuje, že všechno se pro peníze dělat nedá (i když zadarmo také ne).

Současná realita - krutá! Centrum má vůči regionům díky dosavadnímu způsobu hospodaření obrovský vnitřní dluh, který pravděpodobně i přes všechna opatření dosáhne ke konci roku minimálně 900 tisíc. Naštěstí nemáme dluhy vnější. Někteří opatření jsme již uvedli v činnost, další se chystají. Ale každý člen, který řádně platí příspěvky, má právo vědět o každé koruně, která Sdružením proteče.

Opatření, která Představenstvo schválilo od 1.7. 2000

- 1) nákupy pro centrum - zodpovídá za ně Dr. Vitoušová, pověřená vedením kanceláře, a sekretářka, kontroluje pokladník, větší schvaluje předseda, využíváme služeb firem, které po telefonické objednávce doručí materiál až do kanceláře, podařilo se během 6 měsíců výrazně snížit náklady zvláště za občerstvení
- 2) odměňování výboru se děje formou paušálních náhrad, které jsou lehce kontrolovatelné a dá se s nimi lépe manipulovat v rozpočtu
- 3) formou paušálních náhrad za jednání jsou hrazení i ostatní volení zástupci SPLDD jak na úrovni regionů tak i okresů
- 4) pro rok 2001 navrhujeme systém odměn pro regionální výbory i funkční okresní zástupce
- 5) cestovné - členové výboru jsou na cesty delegováni z rozhodnutí výboru nebo předsedy, o své cestě podávají písemnou nebo ústní zprávu
- 6) náhrada za telefon - vyplácena do 2/3 z doložených telef. účtů, stanoven maximální měsíční limit

Všechna tato opatření jsou součástí nového Finančního řádu, který bude předložen Představenstvu a Sněmu SPLDD a dán ke schválení Konferencí v Brně.

Co říci závěrem? „Nehledejme chyby kolem, ale poučme se z vlastních“.



Dohodnuté principy a výše úhrad od zdravotních pojišťoven na první pololetí roku 2001

MUDr. Hana Cabrnachová (Váchalová)

Místopředsedkyně SPLDD ČR

Pokusím se Vám v obecném komentáři přiblížit dosažené dohody na první pololetí roku 2001. Podrobné principy budou uvedeny v konkrétních cenových dodatcích od jednotlivých zdravotních pojišťoven. Tyto musí ale vždy vycházet z dosažené dohody segmentu praktických lékařů, resp. vládního rozhodnutí, jež tuto naši dohodu stvrdilo a nezpochybnilo.

Co je základní změnou v nastavení výše úhrady? Původní formulace stanovení minimální kapitační platby 27 Kč a průměrné nepodkročitelné výše 29 Kč se mění na minimální výši kapitační platby 29 Kč. Důvodem k této změně byla dohoda s VZP, která od prvního pololetí roku 2001 počítá se zavedením metody komplexního hodnocení nákladovosti (KHN) registrovaných pacientů. Tuto iniciativu velmi vítáme. Povede k prosazení objektivnějšího principu ohodnocení práce praktického lékaře již bez nutnosti „trestat“ finanční srážkou toho, kdo např. více a nákladněji léčil pacienta ve své ordinaci a proto byl postižen uplatněnou izolovanou regulací na léky. V případě komplexního zhodnocení nákladů na léčbu takového pacienta se prokáže, že v tomto případě byla léčba, provedená praktickým lékařem, celkově méně nákladná, než v případě, kdy by byl pacient odeslán ke kolegovi specialistovi. Celý způsob úhrady povede k diferenciaci ve výši stanové kapitační platby podobně, jak tento princip již znáte od jiných zdravotních pojišťoven. Skýtá v sobě tak další pozitivum a to je princip pozitivní finanční motivace. S určitým typem značně zmírněné možnosti izolované regulační srážky na léky jsme museli na přechodné období souhlasit, neboť náš největší plátců se obával eskalace výdajů na léky. Prokáže-li se za první období, že léčíme stále stejně a nedochází ke zneužívání systému, budeme mít argumenty pro to, aby i tento princip byl již zcela nahrazen principem KHN.

Rezortní pojišťovny, které tento princip již používají, Vám stanovují na určité období Vaší individuální hodnotu kapitační platby. V případě VZP, se tato individuální hodnota projeví jednorázovým doplatkem k hodnotě minimální, který proběhne 2x za rok při vyúčtování příslušného pololetí. Již na začátku období, se ale dozvíte, dle vyhodnocení období předchozích, v jakém pásmu nákladovosti se Vaše klientela nachází, tj. s jakou výší bonifikace můžete počítat. Budou zohledněny jak principy

porovnání v rámci okresu, tak i porovnání s celostátním průměrem. Tím by se měly eliminovat individuální odlišnosti určitého okresu v porovnání s republikovými průměry. **Opakuji, že principem tohoto systému není, že nejlépe ohodnocený lékař je ten, kdo se o své pacienty nestará. Náklady na léčbu těchto pacientů pak vyběhnou v jiných segmentech poskytované zdravotní péče a naopak tím negativně ovlivní ohodnocení příslušného registrujícího lékaře. Nejlépe ohodnocen bude ten lékař, který srovnatelnou diagnózu léčí s komplexně nižšími náklady na léčbu, než jeho kolega. V žádném případě nelze těchto nižších nákladů dosahovat jen omezením preskripce, ale např. tím, že správně zvolenou léčbou se zkrátí celkové léčení, že nebudou nutná další laboratorní vyšetření, že nebude nutná konzultace s odborníky či následná hospitalizace pacienta, pacient bude léčen svým registrujícím lékařem a nikoliv jeho kolegou. U diagnóz, kde tento postup je nutný, kdy je vyžadována komplexní léčba s použitím dalších specializovaných vyšetření, budou náklady na léčbu ve všech ordinacích prakticky srovnatelné a proto není nutné své postupy v léčbě měnit. Naopak je snahou všech se vyvarovat dalších komplikací, které by mohla způsobit léčba vedená nedostatečným či nekvalitním způsobem. Celý systém je tak velmi významným motivem pro další vzdělávání se nás, praktických lékařů.**

V současnosti tento princip úhrad uplatňují již všechny zdravotní pojišťovny vyjma Vojenské zdravotní pojišťovny, která zvyšuje kapitační paušál plošně a Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra, která tento nový model zkouší pouze v některých okresech.

Závěrem ještě několik slov k hodnotě bodu za výkony nehrazené kapitačním paušálem. I naší snahou je sjednotit hodnotu bodu všech výkonů hrazených z prostředků zdravotního pojištění, tj. v současnosti na úroveň 1 Kč. Bohužel, ale výše procenta úhrady za kapitační paušál byla stano-

veno dle určité frekvence výkonů roku 1996 a toto procento se stále i přes rostoucí hodnotu kapitační nijak významně neodlišuje od původních hodnot odlišných pro obě odbornosti praktických lékařů, tj. 76% u PLDD a 85% u PL. Důvodem je pravděpodobně měnící se rozmístění populace do jednotlivých pásem nastavených věkových indexů, tj. postupný přesun do pásem nižší nákladovosti, kdy jeden registrovaný pojištěnec je i pouze jedním pojištěncem jednicovým. Např. přechod z prvního pásma věkového indexu 0-4 roky, kdy dosahujeme nejvyšších indexů a tím i největšího počtu jednicových pojištěnců bude probíhat v průběhu 4 let postupně a proto i klesající porodnost neznamená tak prudký pokles průměru jednicových pojištěnců na ordinaci PLDD. Dojde-li ke změně takto nastaveného procenta úhrady a to hlavně vlivem rostoucí kapitační, budeme argumentovat pro změnu hodnoty bodu. Její výše, ale jak vyplývá z logiky odlišnosti procenta pro obě odbornosti, pak jen obtížně může být pro obě tyto odbornosti stejná. Jiným způsobem se ale dá od stejné hodnoty bodu dojít k odlišné hodnotě kapitační. V případě naší odbornosti pak určitě nižší, neboť bychom dosáhli vyšší platby za námi prováděné výkony. Takovéto ohodnocení nám nepřipadá spravedlivé, neboť námi registrovaná klientela nezahrnuje při komplexním hodnocení nákladovosti tak náročné věkové skupiny a to nejen zastoupením dané věkové kategorie, ale i vlivem našeho způsobu práce a historicky zakotveným principem, že s nemocným dítětem dochází rodiče přednostně k dětskému lékaři primární péče.

O vývoji celé situace Vás budeme informovat v dalších číslech našeho časopisu. Případné náměty či připomínky očekáváme na adrese naší redakce či e-mailové adrese.



Co je signální kód?

Rozhovor s MUDr. Hanou Cabrnchovou,
místopředsedkyní Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost

Jana Daňhová

■ Výbor Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost nesouhlasí se zavedením signálního kódu.

Co je signální kód?

Jedná se o snahu zdravotních pojišťoven opět zavést určitý způsob evidence kontaktů pacientů v ordinacích praktických lékařů. To nás vrací opět na začátek kapitace, kdy právě zjednodušení běžné kurativní péče po stránce administrativní bylo jedním z důležitých pozitiv celého projektu.

■ Jaká jsou další negativa zavedení tzv. signálního kódu?

Jsou vyjmenovaná v našem stanovisku. Uvedu alespoň některá. Zavedení signálního kódu je v přímém rozporu se závěry práce Rady kapitace. Zásadním způsobem zasahuje do nastaveného principu úhrady za použití částečně paušální platby, která byla vypočítána z průměrné frekvence vykazovaných kódů. Není-li důvod se domnívat, že objem péče poskytované praktickými lékaři se změnil

(tomu absolutně nenasvědčuje sledování vykázaných výkonů v ostatních segmentech poskytované péče), není ani důvod k revokaci tohoto nastavení.

Snaha zavést vykazování signálního kódu je zdůvodňována údajnou potřebou více informací o poskytování zdravotní péče praktickými lékaři.

Vykazování výkonu spolu s jednou diagnózou nepřinese žádné informace, které by vedly ke zlepšení kvality péče nebo efektivity využívání finančních prostředků. Jediným objektivním ukazatelem kvality je sledování komplexních nákladů na léčbu registrovaného pacienta. Vykazování signálního kódu může být motivací k častějším návštěvám pacientů u lékařů, a to především z obavy ze zneužitelnosti vykázaných dat ve smyslu čím více vykáži čárek, tím lepší jsem lékař, a tím lépe dostanu zapláceno.

■ Jaká je situace nyní?

Zpočátku se zdálo, že VZP i další pojišťov-

ny chápou naši argumentaci a od tohoto úmyslu (zavedení signálního kódu, který by se vykazoval při každém cíleném nebo kontrolním vyšetření pacienta) ustoupily. Pouze OP VZP Hodonín se pokusila ne zcela demokraticky aplikovat tento kód ve svém okrese a praktici to byli „nuceni“ po určité období vykazovat. Následně se objevila zcela nevalidní studie a snahou bylo ji zveřejnit. Nestalo se tak. Vedení ÚP VZP se dokonce za vniklou situaci omluvilo. Zdálo se, že je klid, nečekaně však před 14 dny na pracovní skupinu DŘ k seznamu výkonů byl zdravotními pojišťovnami předložen již vypracovaný registrační list „signálního kódu“. Začátkem prosince se sešli praktičtí lékaři a pojišťovny. Na tomto jednání bylo předloženo naše prohlášení včetně zamítavého stanoviska SPLD ČR. Výsledkem je, alespoň doufejme, už definitivní postoj, že dále tento kód zdravotní pojišťovny nebudou prosazovat. ■

Koncepce pediatrie - porovnání stanovisek MZ ČR a SPLDD ČR

MUDr. Tomáš Soukup

místopředseda SPLDD ČR - pověřený otázkami Koncepce pediatrie

Na výjezdním zasedání Výkonné rady ČR v květnu 2000 ve Velkých Karlovicích v Beskydách byla diskutována problematika Koncepce pediatrie. Převážně zazněla kritika na její obsah, na malý vliv PLDD na její konečnou podobu. Bylo navrženo, vzhledem k důležitosti taktické i strategické, vypracovat za SPLDD ČR materiál vlastní, tedy Koncepti pediatrie, zpracovanou naší skupinou.

Tomuto rozhodnutí dal za pravdu čas, kdy se ukázalo, že není vůbec jednoduché základní připomínky SPLDD jednotlivě efektivně uplatňovat, způsobem který byl nabízen úřední cestou.

Koncepce oboru pediatrie byla vypracována dle manuálu pro zpracování koncepce

oboru, která byla schválena Vědeckou radou Ministerstva zdravotnictví ČR. Oficiálně zpracováním tohoto materiálu za MZ ČR byla pověřena paní doc. MUDr. Hana Hrstková, CSc., člen Vědecké rady Ministerstva zdravotnictví ČR pro obor pediatrie. Jako hlavní odborník pro pediatrii sestavovala návrh Koncepce našeho oboru již za ministra zdravotnictví Davida, kdy materiál nebyl přijat. Znovu byla stejným úkolem pověřena i dnešním ministrem zdravotnictví Fišerem.

Materiál byl průběžně připomínkován všemi odbornostmi oboru pediatrie, ale i ČPS ČLS JEP, OSPLD LS JEP. Postupně vznikaly další a další verze, původní termín zpracování do konce října 2000, byl odložen do 10.

prosince 2000, nakonec do 31. prosince 2000. Oficiálnímu zpracování verze koncepce pediatrie nutno vytknouti minoritní zastoupení PLDD, resp. výraznou převahu klinických pediatriů, při formování tohoto závažného teoretického materiálu. Tato základní deformace vedla k vytváření takové Koncepce pediatrie, že ji bylo nutno připomínkovati prakticky v každém odstavci a větě.

Od léta 2000 několik týdnů zpracovávala zejména o víkendech pracovní skupina SPLDD ČR Koncepti pediatrie za SPLDD ČR. Z pověření předsednictva SPLDD tuto skupinu tvořili – P. Neugebauer, M. Kudyn, T. Soukup, V. Hudečková. Výsledný materiál - 20ti stránkový - byl vypracován dle zadání oficiálního.



Předsednictvem byl schválen 8.12.2000 a předán následně MZ ČR, resp. hlavnímu odborníkovi pro pediatrii. S tímto materiálem byla seznámena i OSPDL ČLS JEP.

Materiál, který SPLDD ČR předkládá jako Konceptci pediatrie, zahrnuje připomínky k oficiální verzi. Kolik z těchto připomínek bude převzato do oficiálního materiálu MZ ČR, do Konceptce pediatrie, si netroufneme odhadnout, ale byli bychom rádi, aby tomu tak bylo u zásadních prvků v míře maximální. Materiál nevznikal lehce, ale po mnohahodinových jednáních, hluboko do noci, po četných diskusích a úvahách.

Vzhledem k tomu, že SPLDD ČR dnes spojuje téměř 2000 PLDD v ČR, že aktivně fungují okresní a regionální složky, včetně předsednictva a výboru Sdružení, lze si jen obtížně představit, že by mohl být mandát Sdružení ve věci Konceptce pediatrie, zpochybňován, resp. oslabován. Bohužel i tohoto jsme byli svědky ze strany klinických pediatriů. Velmi obtížné je získávána podpora i ze strany nového předsedy OSPLD ČLS JEP, což jsme nepředpokládali. Věříme, že při zpracovávání a prosazování tak důležitého materiálu nakonec bude shoda, protože obě naše profesní spolky musí táhnout za jeden provaz a jednoznačně prosazovat roli PLDD, rozšiřování našich kompetencí a posilovat naši roli. Vzhledem k tomu, že při poskytování prostoru oficiálně byla preferována jednoznačně stanoviska klinických pediatriů, jeví se jako velmi důležité nakonec úplně zpracování Konceptce pediatrie ze strany SPLDD, paralelně s verzí ministerskou. Naše verze je k dispozici v Centru primární péče v Klimentovské v Praze, pro všechny zájemce.

■ V čem se odlišovala původní verze ministerská?

Telegraficky

- velice široce a podrobně popisuje prevenci – celá 2 strany
- na dalších 2,5 stranách popisuje dispensarizaci
- ostatní aktivity PLDD jsou náplní 10 řádek...
- uvádí preferenci návštěvních služeb v rodině
- uvádí nedostatek ordinací dětských lékařů s odborností 301 v budoucí síti
- polemizovat lze s myšlenkou, že primární péče PLDD, a je nepřetržitě dostupná...
- navrhuje 200% stav pediatriů v ambulantní péči lůžkových zařízení (nárůst z 267 na 500 pro ČR)...
- zřejmě lze polemizovat o prioritách výzkumu v pediatrii (hlavně uváděna genetika, molekulární genetika atd.)

- v trendech oboru předpokládáno zvýšení porodnosti
- návrh na větší počet specialistů s nástavbovými atestacemi se základní atestací z pediatrie, jakož i více odborných ambulantních pediatrií se specializací pediatrie II stupně...
- spolupráce se školou při řešení individuální zdravotní problematiky...
- zařazení zdravé výchovy v MŠ a ZŠ do prevence PLDD
- úplné chybění kurativní péče v 1. verzi!! u PLDD
- velký důraz na lůžkovou péči a specifikaci její, zcela na úkor primární péče, tedy i PLDD

■ V čem je naopak důraz SPLDD ČR v Konceptci pediatrie?

- PLDD základní článek
- rozšiřování odborných kompetencí lékařských praxí pro děti a dorost, rozšiřování materiálních, technických, léčebných možností ambulantních u PLDD
- zvyšování a prohlubování vzdělávání
- optimální síť lékařských praxí PLDD musí vycházet ze současné evropské reality přesunu specializované péče do péče primární – proto i současné počty ošetřených dětí u jednotlivých PLDD, musí při zachování tohoto trendu klesat
- stávající síť PLDD nevázat na počet obyvatel, ale počet dětí a mladistvých v regionu...
- povinnost registrace u dětí
- otevření věkové hranice 18 let 364 dnů u PLDD a výše
- mezi hlavní programy vývoje oboru navrhuje

- program na posilování role PLDD v primární péči (zřizování výuk. center)
 - program zvýhodnění PLDD při zavádění nových technologií
 - program k zajištění včasného zachytu alergií (atopie)
 - nové očkovací programy
 - programy prevence dětské obezity atd.
 - stanovisko k zřízení oboru rodinný lékař: toto nevidíme jako trend vedoucí ke zkvalitnění péče o dítě
 - důrazně varuje před trendy ve vývoji oboru pediatrie, které by se odvíjely od snahy řešit koncepčně problém, na základě stávajícího ekonomického marasmu českého zdravotnictví
 - požadavek, aby stát urychleně deklaroval zdravotní politiku v oblasti péče o dítě a legislativně ji zakotvil
 - v mezinárodní součinnosti přiblížit český systém organizace péče o dítě v primární péči a využít trendů, které směřují k obdobně organizovanému systému péče o dítě
- Pokud se podařilo, alespoň někomu ze čtenářek a čtenářů – PLDD, vnímat duch, v jakém SPLDD připravovalo Konceptci pediatrie, aby naše lékařské praxe dětí a dorostu upevnily v budoucnu své místo v naší zemi, i v dnešní nelehké periodě, ekonomické, politické, odborné i profesní, věřte, že prosazování stěžejních myšlenek do oficiální Konceptce pediatrie, nebylo a není lehkou záležitostí. ■

■ Privátním lékařům vadí výhody nemocnic

Stížnost na to, že vláda zvýhodňuje nemocnice na úkor jednotlivých ordinací, podávají v nejbližších dnech k Úřadu pro ochranu hospodářské soutěže zástupci soukromých ambulantních lékařů. Reagují tak na rozhodnutí kabinetu z konce loňského roku, jímž přislíbil rozdělení pojistného, které by se podařilo vybrat navíc proti původním plánům, mezi lůžková zařízení. „Stát na jedné straně oddluhuje polostátní zadlužené podniky, na druhé tytéž peníze přelévá do vesměs státních nemocnic, kterých máme dvakrát tolik, než bychom měli mít podle principů Evropské unie,“ uvedl prezident České stomatologické komory Jiří Pekárek, který postup vlády přirovnal k tunelování resortu. Ambulantní soukromí lékaři se rozhodli postupovat proti státu společně, a proto uzavřeli tzv. Novoroční dohodu, na níž se kromě komory zubařů podílí Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost, soukromí gynekologové a smluvní lékaři pojišťoven. „Rádi bychom změnili dosavadní systém financování. Chtěli bychom například, aby do budoucna byla základem smlouva mezi pacientem a pojišťovnou o tom, jakou péči mu bude hradit. A ne jako nyní dohoda mezi pojišťovnami a doktory o ceně péče,“ řekl pediatri Milan Kudyn. Lékaři vyčíslili, že do českých nemocnic proudí padesát až šedesát procent všech peněz určených na léčbu, zatímco ve vyspělých zemích je to nejvýš čtyřicet procent. „Vláda navíc zvýhodnila i nemocniční ambulance, byť je péče v nich dvakrát až třikrát dražší ve srovnání se samostatnými,“ sdělil soukromý lékař Pavel Tautermann. Ministr zdravotnictví Bohumil Fišer včera potvrdil, že jeho úřad ani vláda ČSSD nehodlá nemocnice rušit, neboť by na to doplatili chudší lidé, kteří by si nemohli zaplatit jinou péči. Taková slova však privátní lékaři označují za předvolební populismus.



Lékařské prohlídky branců

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR

Od 1.12.1999 vstoupil v účinnost zákon č.218/1999 Sb. O rozsahu branné povinnosti a o vojenských správních úřadech (**branný zákon**) a prováděcí vyhláška Ministerstva obrany č. 256/1999 Sb. Zákona č. O posuzování zdravotní způsobilosti k vojenské činné službě. Tyto nové právní normy kromě jiného upravují i poskytování zdravotní péče (posuzování zdravotní způsobilosti k vojenské službě) a mění některá pravidla postupu při provádění (a tedy i úhradě) zdravotnických výkonů pro potřeby odvodního a přezkumného řízení. Stanovuje složení odvodních a přezkumných komisí, jejichž členy mohou být jmenovaní civilní, tedy i privátní lékaři.

Ke stanoveným povinnostem registrujících praktických lékařů (pro děti a dospělé) patří vyplňování dotazníků brance. Z nových právních předpisů dále uvádím výňatky, na základě kterých byl vytvořen nový Metodický pokyn MZ ČR a MO ČR.

Zákon č. 218/1999 Sb.

§ 7 odst 1) Občan je povinen ... vyplnit dotazník vyžádat jeho doplnění ošetřujícím lékařem

odst 2) Občan uvede subjektivní údaje o svém zdravotním stavu

odst 3) Součástí dotazníku jsou údaje o zdravotním stavu zjištěné na základě preventivní prohlídky provedené v příslušném období podle zvláštního právního předpisu (odkaz na § 29 zákona č. 48/1997 o veřejném zdravotním pojištění) a výsledky nových vyšetření provedených v období od poslední preventivní prohlídky do vyplnění dotazníku

odst 4) Ošetřující lékař (odkaz na § 18 odst. 3 písm a) zákona č 48/1997 Sb.) je povinen provést preventivní prohlídku ve stanoveném rozsahu (odkaz na vyhlášku č. 56/1997 Sb., kterou se stanoví obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek), pokud nebyla dosud provedena, a vyplnit zdravotní část dotazníku.

Komentář: Povinností občana před zahájením odvodního řízení je pravdivé vyplnění dotazníku brance, předání registrujícímu lékaři k doplnění zdravotních údajů z dokumentace a vrácení vyplněného dotazníku

k odevzdání vojenské správě.

Lékař dosud dotazník vyplňoval na základě aktuálního klinického vyšetření brance (v některých okresech to byl okresním úřadem zvolený smluvní lékař). Nyní se klinické vyšetření pro tyto účely neprovádí, pouze se vyplní požadované údaje dotazníku na základě záznamu z poslední preventivní prohlídky dle zákona a nebyla ještě provedena, registrující PL ji provede, vykáže zdravotní pojišťovně a do dotazníku opíše příslušné údaje.

Vzhledem k těmto skutečnostem by při vyplnění měl být vždy uveden termín příslušné prohlídky.

Nezapomenout, že gro údajů z poslední preventivní prohlídky je povinností uvést nově zjištěné skutečnosti po datu uvedené prohlídky.

Povinnost vyplnění dotazníku by brance na základě smlouvy s okresním úřadem je pro nestátní zdravotnická zařízení dána zákonem č. 160/1992 Sb. V § 5. Mezi příklady činnosti, na jejichž zajištění je (uzavřením smlouvy s registrujícím orgánem) nestátní zdravotnické zařízení „povinně se v únosné míře podílet“, jsou uvedeny „prohlídky a posuzování zdravotní způsobilosti osob např. v odvodním řízení“.

Zákon č. 218/1999 Sb.

§ 10 odst. 1) Odvodní komise působí ve složení 2 civilní lékaři, jejichž účast zajistí přednosta okresního úřadu na žádost náčelníka územní vojenské správy

Komentář: Privátním lékařům tak na základě uvedeného textu a zákona č. 160/1992 sb. Může být uložena i povinnost účasti v komisích opět však za dodržení únosné míry, kterou posuzuje sám lékař.

§ 11 odst 1) Průběh odvodu ... se odesílají k odbornému vyšetření do zdravotnického zařízení, které určí lékař odvodní komise

Komentář: Nejen tento paragraf, ale i prováděcí vyhláška (viz dále) stanoví, že vyžádání dalších potřebných pomocných a odborných vyšetření pro účely posouzení zdravotní

způsobilosti k výkonu vojenské služby je povinností odvodní komise, nikoli registrujícího PL

Vyhláška 256/1999 Sb.

§ 4 odst 1) posudek o zdravotní způsobilosti vydávají na základě lékařské prohlídky a dalších odborných vyšetření lékaři odvodních komisí.....

odst 2) posuzující lékaři si mohou vyžádat od ošetřujícího lékaře výpis ze zdravotní dokumentace s údaji nezbytnými pro posouzení zdravotní způsobilosti

odst 3) posuzující lékaři odesílají posuzované osoby k odborným vyšetřením do zdravotnických zařízení, která určí, jestliže lékařské nálezy jsou neúplné, rozporné a nebo starší než 3 měsíce.

§ 5 odst 1) lékařské prohlídky u odvodního řízení zahrnují

Komentář: Definovaný rozsah vyšetření naplňuje definici výkonu opakovaného komplexního vyšetření dle platné vyhlášky č. 55/ 2000 Sb., kterou se stanoví seznam výkonů s bodovými hodnotami.

Závěr: Registrující PL provádí pouze podrobný výpis z dokumentace (kód 01040 čas 30 minut, při indexu 2,00). Zatím požadováno vyplnění dotazníku brance, možnost jeho změny, případně jiné formy např. výtisk z počítače jsou projednávány. Nové klinické vyšetření brance již registrující PL neprovádí, ani pro posudkové účely neodesílá brance k dalším vyšetřením. Současná maximální hodnota bodu 1 Kč by měla být okresními úřady akceptována. Nedoporučuji podepisovat smlouvy s nižší hodnotou bodu. Toho času je v jednání vydání cenového věstníku, který by na základě mezioborových dohod stanovoval striktně povinnost tuto hodnotu 1 Kč dodržovat.

Uvedený materiál vznikl na základě jednání zástupců SPLDD, SPL a MZ ČR pro nejasnost některých ustanovení zmíněného metodického pokynu MZ CR a MO ČR.



Funkcionáři SPLDD

■ Předsednictvo SPLDD

Jméno	Adresa	telefon domů	telefon do ordinace	fax	mobil
Výkonný výbor					
MUDr. Pavel Neugebauer	Kosmonautů 774, 506 01 Jičín	0434/622978	0433/533011	0433/533011 0434/622978	0603813903
MUDr. Hana Cabrnchová	U Krčské vodárny 28, 140 00 Praha 4	02/4281283	02/44472734 02/4719881	02/4719881	0602/249020
MUDr. Jiřina Dvořáková	L. Malé 656, 530 12 Pardubice	040/6412855	040/6263051	040/6412855 040/6263051	0603/812574
MUDr. Milan Kudyn	Šumavská 11, 120 00 Praha 2	02/24251291	02/67311964	02/67311964	0602/205525
MUDr. Tomáš Soukup	Piaristů 26, 692 01 Mikulov	0604/602611	0625/513777	0625/513777	0604/602611
Předsedové regionů					
MUDr. Eva Vitoušová	Riegrova 33, 250 01 Brandýs n/L	0202/806739	0202/802310	0202/802310	0603/485569
MUDr. Radana Pečenková	ZZ Francouzská 4, 307 08 Plzeň	019/7325664	019/72 406 75	019/72 406 75	0604/806536
MUDr. Jiřina Šrůtková	DS Štefánikova 535, 500 11 H.Králové	049/31717	049/614867	049/614867	0604/829002
MUDr. Olga Roškotová	DS U kapličky 2, 412 01 Litoměřice	0416/734408	0416/742321	0416/734408 0416/742321	0602/853134
MUDr. Ilona Hülleová	Tovačovského 437, 767 01 Kroměříž	0634/330122	0634/25 480	0634/25 480	0603/322859
MUDr. Michal Pukovec	Nádražní 29, 741 01 Nový Jičín	0656/701623	0656/758691	0656/701623	0603/510642
MUDr. Helena Halašková	DS P .Rezka 3, 140 00 Praha 4	02/764480	02/41402449	02/41402449	0606/229421
MUDr. Jaroslav Bočínský	Jiráskova ul. 116/I, 389 01 Vodňany	0342/382663	0342/382322	0342/382309	0601/276864

■ JIHOČESKÝ REGION

MUDr. Jaroslav Bočínský

MUDr. Dana Heinová
MUDr. Jaroslava Hejnová
MUDr. Ludmila Fialová
MUDr. Romana Janoušková
MUDr. Jan Kouřa
MUDr. Vladimír Ladman
MUDr. Kateřina Lukešová
MUDr. Milan Rytíř
MUDr. Daniela Verdánová
MUDr. Beata Vozábalová

Vodňany

Strakonice
Písek
Strakonice
České Budějovice
Písek
Pelhřimov
Český Krumlov
Tábor
Jindř. Hradec
Prachatice

VÝBOR

VÝBOR
VÝBOR

MUDr. Jan Richter

MUDr. Jana Straková

Třebíč

Kroměříž

■ JIHMORAVSKÝ REGION

MUDr. Ilona Hülleová

MUDr. Věra Hudečková
MUDr. Hana Sedláčková
MUDr. Tomáš Soukup
MUDr. Marta Stránská
MUDr. Miroslava Doležalová
MUDr. Eva Chvátalová
MUDr. Marcela Křížová
MUDr. Marie Adlerová
MUDr. Parvine Gricová
MUDr. Věra Chloupková
MUDr. Jaroslav Jeroušek
MUDr. Stanislava Kvíčalová
MUDr. Květoslava Ludvíkovská
MUDr. Eva Mátlová
MUDr. Eva Matoušková
MUDr. Alena Podlípna

Kroměříž

Hodonín
Brno
Břeclav
Hodonín
Brno
Morkovice
Zlín
Vyškov
Uherské Hradiště
Znojmo
Brno - venkov
Prostějov
Brno
Žďár nad Sázavou
Jihlava
Blansko

VÝBOR

VÝBOR
VÝBOR
VÝBOR
VÝBOR
RK
RK
RK

■ PRAHA + STŘEDOČESKÝ REGION

MUDr. Helena Halašková

MUDr. Eva Vitoušová
MUDr. Ivana Nulíčková
MUDr. Alena Kyjonková
MUDr. Bohuslav Procházka
MUDr. Renata Růžková
MUDr. Nora Struková
MUDr. Karel Kopecký
MUDr. Svatava Pajdlová
MUDr. Anna Vavrečková
MUDr. Ivanka Bočanová
MUDr. Alena Bohdanecká
MUDr. Jan Ebert
MUDr. Vlasta Hvězdová
MUDr. Jaroslava Chaloupková
MUDr. Marta Jedličková
MUDr. Vladimír Kasl
MUDr. Marie Kolářová
MUDr. Jiří Kopřiva
MUDr. Vlasta Mikulčáková
MUDr. Dana Nedělková
MUDr. Marie Nízká
MUDr. Jana Pacovská
MUDr. Marcela Procházková
MUDr. Zdeňka Příbylová
MUDr. Pavel Skála
MUDr. Eliška Sládková

Praha 4

Brandýs nad Labem
Praha 1
Praha-východ
Kutná Hora
Praha 6
Praha 4
Praha 13
Praha-západ
Praha 11
Praha 12
Praha 3
Rakovník
Benešov
Praha 14
Praha 10 + 15
Beroun
Praha 9
Ml. Boleslav
Praha 4
Praha 2
Praha 6
Praha 5
Kutná Hora
Kolín
Kladno
Praha 7

VÝBOR

VÝBOR
VÝBOR
VÝBOR
VÝBOR
VÝBOR
RK
RK
RK



VOX PEDIATRIAE

MUDr. Jiřina Štrobachová
MUDr. Petr Šusta
MUDr. Dana Vurmová
MUDr. František Walterstein

Příbram
Mělník
Praha 8
Nymburk

SEVEROČESKÝ REGION

MUDr. Olga Roškotová

MUDr. Ilona Duřtová
MUDr. Naďa Hronová
MUDr. Marie Johnová
MUDr. Jana Sudková
MUDr. Jana Herrmannová
MUDr. Alda Knížková
MUDr. Magda Suchopárová
MUDr. Věra Fastrová
MUDr. Věra Fleglová
MUDr. Alžběta Látalová
MUDr. Věra Martincová
MUDr. Jana Růžičková
MUDr. Drahomíra Šedivá

Litoměřice

Liberec
Chomutov
Louny
Ústí nad Labem
Děčín
Most
Roudnice nad Labem
Jablonec nad Nisou
Chomutov
Litoměřice
Liberec
Teplice
Most

VÝBOR

VÝBOR
VÝBOR
VÝBOR
VÝBOR
RK
RK
RK

SEVEROMORAVSKÝ REGION

MUDr. Michal Pukovec

MUDr. Eliška Křivská
MUDr. Jaroslava Kunčarová
MUDr. Jindřiška Chalupová
MUDr. Helena Kuběnová
MUDr. Ludmila Losová
MUDr. Marie Bubelová
MUDr. Hana Furišová
MUDr. František Hejl
MUDr. Hana Köcherová
MUDr. Lydie Machandrová

Nový Jičín

Opava
Ostrava
Ostrava
Ostrava
Vsetín
Jeseník
Šumperk
Olomouc
Karviná

VÝBOR

VÝBOR
VÝBOR
RK
RK
RK

MUDr. Vlasta Sudolská
MUDr. Milan Šenšel

Bruntál
Frýdek-Místek

VÝCHODOČESKÝ REGION

MUDr. Jiřina Šrůtková

MUDr. Eva Bártová
MUDr. Leonora Gregorová
MUDr. Dagmar Paverová
MUDr. Jarmila Jahodová
MUDr. Eva Svobodová
MUDr. Irena Válová
MUDr. Ludmila Březinová
MUDr. Alena Doležalová
MUDr. Jiřina Dvořáková
MUDr. Věra Ryvolová
MUDr. Svatava Shihatová
MUDr. Vlasta Sůvová
MUDr. Eduard Zavřel

Hradec Králové

Jičín
Chrudim
Trutnov
Jičín
Hradec Králové
Pardubice
Hradec Králové
Pardubice
Pardubice
Havl. Brod
Rychnov n/Kn.
Semily
Náchod

VÝBOR

VÝBOR
VÝBOR
VÝBOR
RK
RK
RK

ZÁPADOČESKÝ REGION

MUDr. Radana Pečenková

MUDr. Iva Kubiasová
MUDr. Zdena Růžičková
MUDr. Jiří Skočdopole
MUDr. Vladimíra Šafránková
MUDr. Eva Jandová
MUDr. Ludmila Jandová
MUDr. Jaroslava Poláková
MUDr. Radana Benešová
MUDr. Irena Holdšvendová
MUDr. Zuzana Jirků
MUDr. Ivan Líška
MUDr. Věra Roháčková
MUDr. Libuše Stronerová
MUDr. Alena Šebková
MUDr. Hana Volšíková

Plzeň

Plzeň
Karlovy Vary
Domažlice
Klatovy
Plzeň - sever
Sušice II
Aš
Domažlice
Cheb
Rokycany
Karlovy Vary
Tachov
Plzeň-jih
Plzeň - město
Sokolov

VÝBOR

VÝBOR
VÝBOR
VÝBOR
VÝBOR
RK
RK
RK

Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP

Nový výbor OSPDL tak jak byl zvolen dne 1.10.2000 v Šumperku.

Doc.MUDr. Ivan Novák,CSc., předseda, Kostelec u Křížků - Praha-východ

MUDr. Jarmila Seifertová, vědecká sekretářka, Kladno

MUDr. Petr Karger, tajemník výboru, Praha

MUDr. Alena Hanzlová, Praha

MUDr. Ladislav Hanousek, Hradec Králové

MUDr. Jiří Liška, Plzeň

MUDr. Jiří Marek, Veselí nad Vltavou

Sídlo sekretariátu: Pediatrická klinika IPVZ, pav. G2, FTN, Vídeňská 800, 140 59 Praha 4

Sekretářka výboru: Ing. Ivana Švejdová

Telefon & fax: 02 472 12 38

e-mail:pediatr@ftn.cz



Vzdělávání s IPVZ

Vážení přátelé,

postgraduální vzdělávání lékařů a farmaceutů jak kvalifikační, tak kontinuální je stále více předmětem diskuse, které se účastní odborná veřejnost a také naši pacienti. Tato diskuse je dokladem zájmu o postgraduální výuku lékařů a farmaceutů, která je vnímána jako jeden z faktorů ovlivňujících úroveň našeho zdravotnictví. Někdy je přílišná pozornost věnována formální stránce vzdělávání - délce přípravy, způsobu ověřování znalostí apod. Zapomíná se při tom na podstatnější stránku obsahovou - to značí na vlastní, někdy namáhavý, vzdělávací proces. Jeho úroveň je do značné míry závislá na osobnosti učitele, úrovni a vybavení výukového pracoviště a také na jeho pedagogické připravenosti. Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví nabízí v prvním semestru roku 2001 opět široký výběr výukových akcí pod vedením zkušených učitelů na základních s mnoholetou tradicí postgraduální výchovy lékařů a farmaceutů. Pracovníci Institutu jsou připraveni Vám poskytnout nejmodernější poznatky prakticky ve všech oblastech medicíny a farmacie.

Těšíme se na Vás.

Prof. MUDr. Karel Trnavský, DrSc.
ředitel IPVZ

Jak se hlásit na vzdělávací programy IPVZ

Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví nabízí vzdělávací akce:

- specializační (v rámci specializační přípravy k atestaci)
- kontinuální, formou kurzů a seminářů (spíše teoretické zaměření) a odborných stáží, tj. praktické výuky dle oboru na katedrách IPVZ, popř. v jiných zdravotnických zařízeních.

Kurzy kontinuálního vzdělávání jsou předkládány České lékařské komoře, České lékárnické komoře a České stomatologické komoře pro udělení garance. Udělený počet bodů bude uveden v potvrzení o účasti na vzdělávací akci.

Zájemci o vzdělávací akce vyplní formulář „Přihláška na vzdělávací akci IPVZ“ a zašlou na adresu:

Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví studijní oddělení
Budějovická 15 140 00 Praha 4
pro lékaře a ostatní vysokoškolské pracovníky ve zdravotnictví
e-mail: prihlasky@ipvz.cz

Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví studijní oddělení
Ruská 85 100 05 Praha 10
pro farmaceuty
e-mail: atestace@ipvz.cz

Formuláře přihlášek spolu se základními informacemi obdržíte u pracovníků oddělení výchovy a dalšího vzdělávání jednotlivých zdravotnických zařízení. Přiložený vzor přihlášky lze kopírovat, zároveň je možné používat přihlášku uvedenou na stránkách IPVZ na Internetu (www.ipvz.cz). Další informace obdržíte na studijním oddělení IPVZ:
Budějovická 15, 140 00 Praha 4
tel.: 02/61092 (s provolbou linek 456, 442,

443, 447, 454, 455, 457, 458).

Přihlášky zasílejte nejpozději měsíc před zahájením akce, při velkém počtu zájemců se provádí výběr dle pořadí došlých přihlášek. Pro zájemce, kteří nebyli zařazeni, lze uspořádat kurz/stáž v dalším termínu.

Vybraní účastníci obdrží pozvánku spolu se složenkou k úhradě účastnického poplatku.

Zájemci o odborné stáže, u kterých není uveden konkrétní termín, kontaktují nejdříve

**pí Danielovou, studijní oddělení IPVZ
Praha 4, Budějovická 15
tel. 610 92 457.**

Požadovaný termín se školitelem dohodne pí Danielová a sdělí jej zájemci o stáž.

Přihlášky k zařazení ke kvalifikační atestaci lékařů a farmaceutů a ke zkoušce ze speciální přípravy jiných odborných pracovníků ve zdravotnictví

Přihlášky ke kvalifikačním atestacím lékařů, farmaceutů I. stupně, vyššího stupně a přihlášky ke zkouškám ze speciální přípravy jiných odborných pracovníků ve zdravotnictví se zasílají na adresu:

**Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví - studijní oddělení
Ruská 85, 100 05 Praha 10**

ve dvou termínech:

na jarní termín do 15. ledna
na podzimní termín do 30. června

Upozornění: Od roku 2001 přijímá studijní oddělení pouze nový formulář přihlášky ke kvalifikační atestaci, resp. zkoušce ze speciální přípravy. Přihlášku obdržíte u pracovníků oddělení výchovy a dalšího vzdělávání jednotlivých zdravotnických zařízení.

Od 1.1.1998 je ověřování znalostí ze základů zdra-

votnického práva součástí teoretické části zkoušky u kvalifikačních atestací I. stupně. Studijní materiály obdrží uchazeči o atestační zkoušku spolu s pozvánkou. Pro tyto uchazeče nabízí ŠVZ nepovinný seminář k základům zdravotnického práva (viz programy ŠVZ).

U vyšších kvalifikačních atestací probíhá ověřování znalostí na závěr povinného semináře pořádaného Školou veřejného zdravotnictví IPVZ. Přihlášku na seminář zasílejte společně s přihláškou k atestaci. Termíny seminářů jsou uvedeny v Přehledu pod ŠVZ.

Absolvování specializačních kurzů a odborných stáží může být podmínkou ke složení atestační zkoušky v některých oborech. Zařazení do specializačního kurzu musí předcházet splnění základních požadavků specializační náplně a podání přihlášky k tomuto kurzu.

Upozorňujeme, že vzhledem k časté absenci uchazečů o atestační zkoušku je podle Dodatku ke Zkušebnímu řádu IPVZ ze dne 1.3.1999 odložení atestace možné pouze dvakrát.

Případně další informace podává studijní oddělení, telefon provolba 02/71019 + příslušná linka

■ specializace I. stupně - lékaři

A. Kuglerová - linka 315

■ specializace I. a II. stupně

obor všeobecné lékařství
V. Karhánková - linka 263

■ specializace vyššího stupně - lékaři

E. Vacurová - linka 317

■ specializace farmaceutů
zkoušky ze speciální přípravy

D. Ptáčková - linka 265

Na základě pověření ministerstvem zdravotnictví od 1.2.1993 vyřizuje Institut zpětné zápočty praxe před kvalifikační atestací lékařů, farmaceutů a zkouškou ze speciální přípravy JOPZ (ve smyslu vyhl. č. 77/1981 Sb. § 28, písm. d). Žádosti řádně doložené předchozí praxí zasílejte na adresu:

**Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví - studijní oddělení
pí Pokorná**

tel. 02/71019248

faxové spojení: 02/71019362

e-mail: atestace@ipvz.cz

Ruská 85, 100 05 Praha 10

IPVZ zajišťuje

- služby edičního oddělení včetně digitálního studia pro natáčení, střih a ozvučení výukových, instruktážních a jiných videoprogramů

tel./fax: 02/71019363

e-mail: didakt@ipvz.cz

Ruská 85, 100 05 Praha 10

Ediční oddělení

- půjčování odborné literatury
- rešeršní službu z medicínskýchází dat
- přístup k moderním informačním zdrojům (internet, videotéka, multimédia, CD-ROM)
- PC, textové editory



- reprografické služby
- tréninkové programy v užívání informačních technologií

tel.: 02/61092460-5
tel./fax: 02/61261791
e-mail: library@ipvz.cz

Budějovická 15, 140 00 Praha 4

Oddělení vědeckých informací

- služby kongresového typu
- učebny, seminární místnosti
- zasedací sál s ozvučením a velkoplošnou videoprojekcí
- pronájem ploch k výstavám a propagačním účelům

- stravování založené na moderní technologii výroby jídel

tel.: 02/61092361

fax: 02/61260622

e-mail: kongresc@ipvz.cz

Budějovická 15, 140 00 Praha 4

Kongresové oddělení

- služby informační, týkající se pořádaných akcí, přihlašování k účasti

tel. 02/61092456

tel./fax 02/61260619

e-mail: přihlasky@ipvz.cz

Budějovická 15, 140 00 Praha 4

Studijní oddělení

- služby informační, týkající se kvalifikačních atestací a zkoušek JOPZ

tel. 02/71019111

příslušná agenda viz strana 6

e-mail: atestace@ipvz.cz

Ruská 85, 100 05 Praha 10

Studijní oddělení

- metodickou pomoc při přípravě, realizaci a hodnocení studijních programů analýzy kvalifikační a demografické struktury lékařů, farmaceutů a JOPZ

- monitorování potřeb vzdělávání podle požadavků

tel. 02/71019293

e-mail: metodika@ipvz.cz

Ruská 85, 100 05 Praha 10

Kabinet metodiky vzdělávání

Upozornění: Na tel. č. 02/71019249 jsou podávány nejnovější informace o změnách, novinkách a volných školicích akcích vždy pro nejbližší období. Přehled vzdělávacích programů IPVZ je možno objednat, jak v tištěné formě tak na disketě zdarma na adrese:

IPVZ, studijní odd.

Ruská 85, 100 05 Praha 10

nebo Hotel ILF

oddělení vědeckých informací

Budějovická 15, 140 00 Praha 4.

■ Účastnické poplatky (kurzovné) (platnost od 1.1.2001)

Platba účastnických poplatků je možná pouze převodem na bankovní účet, poštovní poukázkou, platební kartou a výjimečně v hotovosti. V případě platby účastnického poplatku na místě konání školicí akce, bude účastnický poplatek navýšen o 50 Kč. Odhlásí-li se účastník týden před zahájením akce, je možné vrátit 80% účastnického poplatku, při pozdějším odhlášení se poplatek nevrací.

■ Specializační kurzy a odborné stáže

1. - 2. týden 100 Kč/den
každý další den 50 Kč/den

minimální poplatek

■ Ostatní kurzy a odborné stáže

minimální poplatek 200 Kč/den

■ Mimořádné stáže a víkendové kurzy

minimální poplatek 250 Kč/den

■ Stravování

pro účastníky vzdělávacích akcí IPVZ (platnost od 1.4.1999)

kontinentální snídaně 30 Kč

oběd 50 Kč

snídaně a obědy je možno zakoupit v hotelu, event. si vybrat z nabídky restaurace za restaurační ceny

večeře - možný výběr z jídelního lístku

■ Ubytování

pro účastníky vzdělávacích akcí IPVZ (platnost od 1.1.2000)

jednolůžkový pokoj 450 Kč

dvoulůžkový pokoj 600 Kč

(300 Kč/osoba)

Pobyty delší než 20 kalendářních dnů nepřetržitě

jednolůžkový pokoj 350 Kč

dvoulůžkový pokoj 400 Kč

(200 Kč/osoba)

Požadavek na ubytování zajišťuje Hotel ILF, Praha 4, Budějovická 15 pouze po dobu trvání vzdělávací akce. V případě potřeby je možné rezervovat ubytování den před zahájenou vzdělávací akcí, ale pouze na požádání.

Veškeré změny ubytování, včetně žádosti o jednolůžkové pokoje vyřizuje rezervační oddělení

Hotelu ILF

tel. (02) 61092373/370

fax: (02) 61092375

e-mail: ilfres@ipvz.cz

Hotel ILF přijímá platební karty (Eurocard, Mastercard, American express, Visa, Česká spořitelna JCB).

Informace o dalších službách Hotelu ILF, kongresového oddělení, studijního oddělení a komerčních cenách je možné získat v recepci Hotelu ILF.

■ Seznam vzdělávacích kurzů Katedry pediatrie

Katedra pediatrie FTN

Vídeňská 800, 140 59 Praha 4 - Krč

Vedoucí: doc. MUDr. Ivan Novák, CSc.

tel./fax (02) 4721238

e-mail: ivan.novak@ftn.cz 2200

■ KSN220001

Specializační kurz v pediatrii - 2. část

Určeno pro lékaře v přípravě k atestaci II. stupně. Program: Vybrané problémy z klinické pediatrie jako doplnění znalostí a dovedností k atestaci II. stupně.

Vedoucí: MUDr. A. Kolský, CSc.

Místo konání: Praha 4, Vídeňská 800, FTN, katedra pediatrie: 12.2. - 9.3.2001

■ KNN220002

Kurz - Ultrasonografie v pediatrii

Určeno pro pediatriy s atestací I. stupně začínající sonografovat.

Program: Definice problému, popis nálezu, organometrie, sonoanatomie. Vhodné před odbornou stáží ultrasonografie v pediatrii.

Vedoucí: MUDr. P. Frühauf, CSc.

Místo konání: Praha 2, Ke Karlovu 2, VFN, klinika dětského a dorostového lékařství 1. LF UK: 20.1. - 21.1.2001

■ KNN220003

Kurz - Výživa v pediatrii

Určeno pro praktické lékaře pro děti a dorost a pediatriy pracující v nemocnici.

Program: Fyziologie výživy, základní patologické vztahy (potravinová alergie, bezlepková dieta, nutriční intervence), určování stavu výživy, poruchy příjmu potravy, přehled preparátů kojenecké výživy.

Vedoucí: MUDr. P. Frühauf, CSc.

Místo konání: Praha 2, Ke Karlovu 2, VFN, klinika dětského a dorostového lékařství 1. LF UK: 27.1.2001

■ KNN220004

Kurz - Dětská intenzivní péče

Určeno pro neonatology a pediatriy s atestací I. stupně z pediatrie.

Program: Problematika neonatální a pediatrické intenzivní a resuscitační péče, včetně krátkodobé i dlouhodobé pooperační péče, především pacientů urologických a kardiologických. Umělá plicní ventilace, nezralý novorozenec, eliminační metody.

Vedoucí: MUDr. V. Vobruba

Místo konání: Praha 2, Ke Karlovu 2, VFN, klinika dětského a dorostového lékařství 1. LF UK: 3.2. - 4.2.2001

■ KNN220005

Kurz - Přednemocniční neodkladná péče v pediatrii

Určeno pro lékaře všech oborů, kteří řeší v rámci svého zařízení naléhavé situace u dětí (praktičtí lékaři pro děti a dorost, lékaři rychlé záchranné pomoci atd.) s atestací I. stupně z některého základního oboru.

Program: Novinky v řešení intoxikací, dušení, bezvědomí, křečí a šokových stavů v přednemocniční péči u dětí. Demonstrace pomůcek a nácvik dovedností v neodkladné resuscitaci.

Vedoucí: doc. MUDr. I. Novák, CSc.

Místo konání: Praha 4, Budějovická: 15 21.2.2001

■ KNN220006

Kurz v neonatologii

Určeno pro neonatology a pediatriy pracující na novorozeneckých odděleních.

Program: Racionální postupy v ošetřování, léčbě a výživě donošených novorozenců.

Vedoucí: MUDr. M. Paulová, CSc.

Místo konání: Praha 4, Budějovická 15: 28.3.2001

■ KNN220007

Kurz - Arteriální hypertenze v dětském věku

Určeno pro pediatriy, dětské nefrology, dětské kardiology s atestací I. stupně z pediatrie a nástavbové atestace.

Program: Problematika hypertenze v dětském věku, diagnostické a terapeutické postupy (mezioborový).

Vedoucí: MUDr. A. Kolský, CSc.

Místo konání: Praha 4, Vídeňská 800, FTN, kated-



ra pediatrie: 5.4. - 6.4.2001

■ KNN220008

Kurz - Diskusní soustředění pracovníků kolejných ústavů, dětských domovů a dětských center

Určeno pro pracovníky ve vedoucích funkcích v uvedených zařízeních.

Program: Vybrané odborné téma. Aktuální legislativní, ekonomické, finanční otázky péče o děti v uvedených zařízeních. Diskuse s pracovníky legislativy a státní správy.

Vedoucí: MUDr. F. Schneiberg

Místo konání: Praha 4, Budějovická 15: 11.4. - 12.4.2001

■ NSN220009

Specializační odborná stáž - Dětská kardiologie

Určeno pro pediatriy, neonatology, dětské kardiologie.

Program: Diagnostika a léčba srdečních onemocnění u dětí včetně intenzivní péče (pooperační péče). Stáž je povinná před atestací z dětské kardiologie.

Školitel: doc. MUDr. V. Chaloupecký, CSc.

Místo konání: Praha 5, V Úvalu 84, FN Motol, dětské kardiocentrum: 8.1. - 16.2.2001, 19.2. - 30.3.2001, 2.4.2001 - 11.5.2001, 14.5.2001 - 15.6.2001

■ NSN220010

Specializační odborná stáž - Dětská kardiochirurgie

Určeno pro kardiochirurgy, chirurgy s atestací.

Program: Dětská kardiochirurgie. Operace vrozených srdečních vad. Stáž je povinná před atestací z kardiochirurgie.

Školitel: prof. MUDr. B. Hučín, DrSc.

Místo konání: Praha 5, V Úvalu 84, FN Motol, dětské kardiocentrum: 5.2. - 30.3.2001

■ NSN220011

Specializační odborná stáž v pediatrii

Určeno pro lékaře v přípravě k atestaci II. stupně.

Program: Individuální plán školení se zaměřením na teoretické a praktické znalosti a zkušenosti v rámci přípravy k atestaci.

Školitel: MUDr. J. Hrdlička

Místo konání: Praha 4, Vídeňská 800, FTN, katedra pediatrie: 5.3. - 16.3.2001

■ NSN220012

Specializační odborná stáž v pediatrii

Určeno pro lékaře v přípravě k atestaci I. stupně z pediatrie.

Program: JIP pro novorozence a větší děti (1 týden), oddělení chronicky nemocných dětí (1 týden), pracoviště ambulantních specialistů (1 týden).

Školitel: doc. MUDr. J. Hoza, CSc.

Místo konání: Praha 2, Ke Karlovu 2, VFN, klinika dětského a dorostového lékařství 1. LF UK: 9.4. - 27.4.2001, 14.5. - 1.6.2001

■ NSN220013

Specializační odborná stáž v pediatrii

Určeno pro lékaře v přípravě k atestaci I. a II. stupně.

Program: Diferenciálně diagnostická problematika pediatrie se zaměřením na vyšetřovací a léčebné postupy, řešení urgentních stavů v dětském věku.

Školitel: MUDr. J. Klíma

Místo konání: České Budějovice, B. Němcové 54, NsP, dětská klinika: 4 týdny (duben - květen)

■ NSN220014

Specializační odborná stáž - Nemocniční pediatrie

Určeno pro lékaře v přípravě k atestaci.

Program: Diferenciálně diagnostická problematika pediatrie, odlišnosti a specifika běžných dětských chorob, zvláštnosti primárního ošetření i terapeutických postupů. Řešení urgentních stavů v dětském věku.

Školitel: MUDr. J. Klíma Místo konání: České Budějovice, B. Němcové 54, NsP, dětská klinika: 4 - 6 týdnů (květen - červen)

■ NSN220015

Specializační odborná stáž - Klinická pediatrie

Určeno pro lékaře v přípravě k atestaci I. stupně a lékaře dětských oddělení NsP.

Program: Aktuální problémy diagnostiky a terapie klinické pediatrie.

Školitel: MUDr. J. Slaný, CSc., MUDr. T. Šuláková Místo konání: Ostrava - Poruba, 17. listopadu 1790, FNsP, klinika dětského lékařství: 2 - 4 týdny (leden - červen)

■ NSN220016

Specializační odborná stáž - Klinická pediatrie

Určeno pro lékaře v přípravě k atestaci II. stupně a lékaře dětských oddělení NsP.

Program: Aktuální problémy diagnostiky a terapie klinické pediatrie a specializovaných odborných dětských ambulancí.

Školitel: MUDr. J. Slaný, CSc., MUDr. T. Šuláková Místo konání: Ostrava - Poruba, 17. listopadu 1790, FNsP, klinika dětského lékařství: 2 - 4 týdny (leden - červen)

■ NSN220017

Specializační odborná stáž v pediatrii

Určeno pro pediatriy v přípravě k atestaci I. nebo II. stupně.

Program: Seznámení s problematikou pediatrie řešenou na dětské klinice v lůžkové a ambulantní péči, ordinace základních pediatrických oborů. Diagnostika a terapie v praxi.

Školitel: MUDr. J. Škvor, CSc.

Místo konání: Ústí nad Labem, Pasteurova 9, Masarykova nemocnice, dětská klinika IPVZ: 1 - 2 týdny (leden - červen)

■ NSN220018

Specializační odborná stáž v neonatologii

Určeno pro lékaře v přípravě k atestaci I. stupně z pediatrie, event. z neonatologie.

Program: Seznámení s aktuálními diagnostickými a terapeutickými postupy v neonatologii, zaměřené na problematiku akutních stavů, ošetření nezralých novorozenců včetně ELBW.

Školitel: MUDr. P. Preclík

Místo konání: Ústí nad Labem, Pasteurova 9, Masarykova nemocnice, dětská klinika IPVZ: 15.1. - 26.1.2001 12.3. - 23.3.2001

■ NNN220019

Odborná stáž - Dětská gastroenterologie a výživa

Určeno pro pediatriy s atestací I. stupně pracující v odborných poradnách pro dětskou gastroenterologii a výživu.

Program: Činnost odborné ambulance, indikace a demonstrace základních instrumentálních vyšetřovacích metod, seminář o výživě.

Školitel: MUDr. P. Frühauf, CSc.

Místo konání: Praha 2, Ke Karlovu 2, VFN, klinika

dětského a dorostového lékařství 1. LF UK: 8.1. - 19.1.2001, 17.4. - 27.4.2001 4.6. - 15.6.2001

■ NNN220020

Odborná stáž - Metabolická situace a nutriční podpora u dětí v zátěžových stavech

Určeno pro pediatriy, anesteziology, dětské chirurgy s atestací I. nebo vyššího stupně a minimálně 3 roky praxe na JIP, ARO, kteří řeší otázky energetického zajištění dětí v rámci neodkladné péče.

Program: Parenterální a enterální výživa, hodnocení stavu metabolismu, nepřímá kalorimetrie, strategie metabolické podpory.

Školitel: MUDr. V. Dedek

Místo konání: Praha 4, Vídeňská 800, FTN, katedra pediatrie: 9.1. - 10.1.2001, 29.5. - 30.5.2001

■ NNN220021

Odborná stáž - Intenzivní a resuscitační péče v neonatologii a pediatrii

Určeno pro pediatriy s atestací I. stupně.

Program: Zajištění a podpora vitálních funkcí v podmínkách JIRP. Konvenční a nekonvenční ventilace. Eliminační metody.

Školitel: MUDr. V. Kredba, CSc.

Místo konání: Praha 2, Ke Karlovu 2, VFN, klinika dětského a dorostového lékařství 1. LF UK: 22.1. - 2.2.2001, 26.2. - 9.3.2001, 26.3. - 6.4.2001, 7.5. - 18.5.2001, 11.6. - 22.6.2001

■ NNN220022

Odborná stáž - Ultrasonografie v pediatrii

Určeno pro pediatriy s atestací I. stupně nebo v přípravě k atestaci, kteří provozují ultrazvukovou diagnostiku.

Program: Demonstrace vyšetření, organometrické normy, popis nálezu, indikace, příprava k vyšetření.

Školitel: MUDr. P. Frühauf, CSc.

Místo konání: Praha 2, Ke Karlovu 2, VFN, klinika dětského a dorostového lékařství 1. LF UK: 22.1. - 2.2.2001, 12.3. - 23.3.2001, 2.4. - 13.4.2001, 14.5. - 25.5.2001, 18.6. - 29.6.2001

■ NNN220023

Odborná stáž - Neonatologická péče

Určeno pro lékaře pracující na novorozeneckých odděleních I. a II. typu.

Program: Teoreticky - problematika novorozenecké asfyxie, výživy, novorozeneckých infekcí, pneumopathií, GIT problémů, zásady péče o nedonošené novorozence. Prakticky - resuscitace, totální parenterální výživa, zásady vedení UPV a jiné.

Školitel: MUDr. J. Zach

Místo konání: Praha 4, Vídeňská 800, FTN, novorozenecké oddělení s JIP: 22.1. - 2.2.2001, 17.4. - 27.4.2001

■ NNN220024

Odborná stáž - Dětská gastroenterologie

Určeno pro lékaře s atestací I. stupně se zaměřením na gastroenterologii a dětskou výživu. Program: Pediatrická endoskopie, horní i dolní enterobiopsie, jaterní biopsie, účast na vizitách lůžkové části, účast v gastroenterologické ambulanci.

Školitel: doc. MUDr. J. Nevorál, CSc.

Místo konání: Praha 5, V Úvalu 84, FN Motol, I. dětská klinika: 12.2. - 23.2.2001, 5.3. - 16.3.2001

■ NNN220025

Odborná stáž - Funkční plicní diagnostika



Určeno pro lékaře zabývající se diagnostikou a léčbou respiračních nemocí v dětském věku.

Program: Metodiky základních a podrobných vyšetření, bronchomotorických testů, indikace k vyšetření, vyhodnocení poruch ventilace s praktickou aplikací poznatků a diagnostickým vyhodnocením spirometrických nálezů.

Školitel: MUDr. J. Pohl

Místo konání: Praha 4, Vídeňská 800, FTN, katedra pediatrie: 19.2. - 2.3.2001

■ **NNN220026**

Odborná stáž – Imunologické vyšetřovací metody v pediatrii

Určeno pro lékaře a vysokoškoláky pracující v imunologických laboratořích, převážně v oboru pediatrie.

Program: Seznámení s metodikami humorální a celulární imunity v pediatrii. Školitel: ing. J. Nováková, CSc.

Místo konání: Praha 4, Vídeňská 800, FTN, imunologická laboratoř: 12.3. - 16.3.2001, 14.5. - 18.5.2001, 11.6. - 15.6.2001

■ **NNN220027**

Odborná stáž – Revmatické choroby dětí a dorostu

Určeno pro pediatriy s atestací II. stupně.

Program: Diagnostické a léčebné postupy. Vyšetření dítěte s muskuloskeletálními poruchami. Klinická farmakologie léků používaných v dětské revmatologii.

Školitel: doc. MUDr. J. Hoza, CSc.

Místo konání: Praha 2, Ke Karlovu 2, VFN, klinika dětského a dorostového lékařství 1. LF UK: 19.3.

- 30.3.2001

■ **NNN220028**

Odborná stáž – Funkční plicní vyšetření

Určeno pro sestry zabývající se vyšetřováním na spirometrech v rámci alergologických či pneumologických ambulancí.

Program: Individuální plán školení, doplnění nových poznatků v oboru, aktivní práce v laboratoři funkčního vyšetření.

Školitel: MUDr. J. Pohl Místo konání: Praha 4, Vídeňská 800, FTN, katedra pediatrie: 26.3. - 30.3.2001

■ **NNN220029**

Odborná stáž – Dětská nefrologie

Určeno pro lékaře s atestací I. nebo II. stupně z pediatrie zabývající se diagnostikou a terapií

Příhláška na vzdělávací akce IPVZ

zasílejte na adresu:

Lékaři a JOPZ: IPVZ, studijní oddělení, 140 00 Praha 4, Budějovická 15, e-mail: prihlasky@ipvz.cz

Farmaceuti: IPVZ, studijní oddělení, 100 05 Praha 10, Ruská 85, e-mail: atestace@ipvz.cz

Název akce Kód

Místo konání od do

Jméno, příjmení, titul

Datum narození rodné číslo

Bydliště PSČ

Pracoviště

Pracovní zařazení tel.:

Získané atestace I. st. v oboru II./vyššího st. v oboru

V případě zařazení do spec. průpravy uveďte obor a rok zařazení

Ubytování v IPVZ od do

Datum Podpis žadatele

Objednávka Přehledu vzdělávacích programů

IPVZ na období leden - červen 2001

zasílejte na adresu:

Studijní oddělení IPVZ, Ruská 85, 100 05, Praha 10

Jméno, příjmení, titul

Adresa PSČ

Objednávám „Přehled“ tištěný disketa

Datum Podpis žadatele



chorob ledvin v dětském a dorostovém věku, pro lékaře nefrologických ambulancí.

Program: Individuální plán školení, aktivní práce na klinice, doplnění nových poznatků v dětské nefrologii. Zaměření zejména na infekce močových cest, glomerulopatie, vyšetřovací postupy v dětské nefrologii a hypertenzi.

Školitel: MUDr. A. Kolský, CSc.

Místo konání: Praha 4, Vídeňská 800, FTN, katedra pediatrie: 17.4. – 27.4.2001, 4.6. – 15.6.2001

■ **NNN220030**

Odborná stáž – Péče o ohrožené a postižené děti

Určeno pro lékaře pracující v některém ze zařízení pro péči o děti (USP, stacionář, kojenecký ústav, dětský domov a jiné).

Program: Seznámení se základní sociálně pe-

diatrickou problematikou ohrožených a postižených dětí, se způsoby a možnostmi péče o ně formou interdisciplinární péče. Exkurze do vybraných zařízení.

Školitel: MUDr. F. Schneiberg

Místo konání: Praha – ve vybraném zařízení péče o děti: 4.6. – 8.6.2001

■ **NNN220031**

Odborná stáž – Invazivní kardiologie a intervenční katetrizace u dětí

Určeno pro dětské kardiology s atestací.

Program: Katetrizační a angiografická diagnostika srdečních onemocnění u dětí. Intervenční katetrizace (angioplastiky, valvuloplastiky, stenty).

Školitel: MUDr. P. Tax, MUDr. O. Reich

Místo konání: Praha 5, V Úvalu 84, FN Motol, dět-

ské kardiocentrum: 8.1. – 16.2.2001 2.4.2001 – 11.5.2001

■ **NNN220032**

Odborná stáž – Dětská cévní chirurgie

Určeno pro chirurgy, intenzivisty s atestací.

Program: Cévní onemocnění u dětí, angiografická diagnostika, chirurgická léčba, zavádění žilních katetrů, včetně dlouhodobých.

Školitel: MUDr. P. Tax, MUDr. D. Vondryš

Místo konání: Praha 5, V Úvalu 84, FN Motol, dětské kardiocentrum 22.1. – 9.2.2001, 17.4. – 4.5.2001

■ **NNN220033**

Odborná stáž – Prenatální echokardiografie

Určeno pro dětské kardiology, gynekology s atestací.

Příhláška na vzdělávací akce IPVZ

Objednávka Přehledu vzdělávacích programů IPVZ na období leden - červen 2001



Program: Echokardiografická diagnostika srdečních vad a poruch srdečního rytmu u fetů ve druhém a třetím trimestru gravidity.

Školitel: MUDr. J. Škovránek, CSc., MUDr. J. Marek
Místo konání: Praha 5, V Úvalu 84, FN Motol, dětské kardiocentrum: 8.1. – 19.1.2001, 5.3. – 16.3.2001

■ **NNN220034**

Odborná stáž – Základy klinické diagnostiky vrozených srdečních vad

Určeno pro pediatriy, dětské kardiology s atestací.
Program: Klinická diagnostika srdečních onemocnění u dětí.

Školitel: MUDr. H. Bartáková

Místo konání: Praha 5, V Úvalu 84, FN Motol, dětské kardiocentrum: 8.1. – 19.1.2001, 2.4. – 13.4.2001

■ **NNN220035**

Odborná stáž – Mímotělní oběh u novorozenců a kojenců

Určeno pro perfuzionisty, kardiochirurgy, neonatology s atestací.

Program: Problematika mímotělního oběhu při kardiochirurgických operacích, podpurný bypass, ECMO.

Školitel: MUDr. V. Kučera, CSc.

Místo konání: Praha 5, V Úvalu 84, FN Motol, dětské kardiocentrum: 17.4. – 27.4.2001

■ **NNN220036**

Odborná stáž – Radionuklidové metody v kardiopulmonální diagnostice

Určeno pro dětské kardiology, kardiology a lékaře z oboru nukleární medicíny s atestací.

Program: Měření srdečních zkratů, srdeční funkce, plicní scintigrafie.

Školitel: MUDr. C. Ruth, MUDr. O. Reich

Místo konání: Praha 5, V Úvalu 84, FN Motol, dětské kardiocentrum: 5.2. – 16.2.2001, 5.3. – 16.3.2001

■ **NNN220037**

Odborná stáž – Echokardiografie u dětí

Určeno pro dětské kardiology, pediatriy, neonatology s atestací.

Program: Echokardiografická diagnostika srdečních onemocnění u dětí, včetně transesofageální a peroperační ECHO.

Školitel: MUDr. J. Marek, MUDr. J. Škovránek, CSc.

Místo konání: Praha 5, V Úvalu 84, FN Motol, dětské kardiocentrum: 5.2. – 16.2.2001, 2.4. – 13.4.2001

■ **NNN220038**

Odborná stáž – Intenzivní péče u dětí

Určeno pro pediatriy, neonatology, intenzivisty, anesteziology s atestací.

Program: Intenzivní a resuscitační péče u dětí se srdečním onemocněním, zejména v bezprostředním pooperačním období.

Školitel: MUDr. J. Janoušek, MUDr. P. Vojtovič

Místo konání: Praha 5, V Úvalu 84, FN Motol, dětské kardiocentrum: 26.2. – 23.4.2001

■ **NNN220039**

Odborná stáž – Interpretace invazivních vyšetření v dětské kardiologii

Určeno pro dětské kardiology s atestací.

Program: Hodnocení výsledků katetizačních a angiografických vyšetření u dětí se srdečním onemocněním.

Školitel: MUDr. P. Tax, MUDr. O. Reich

Místo konání: Praha 5, V Úvalu 84, FN Motol, dětské kardiocentrum 5.3. – 16.3.2001, 14.5. – 25.5.2001

■ **NNN220040**

Odborná stáž – Elektrokardiografie a elektrofyziologie

Určeno pro dětské kardiology, pediatriy, neonatology s atestací.

Program: Diagnostika a léčba poruch srdečního rytmu u dětí, včetně základů elektrofyziologie, srdeční stimulace a katetizačních intervencí (ablace).

Školitel: MUDr. J. Janoušek

Místo konání: Praha 5, V Úvalu 84, FN Motol, dětské kardiocentrum: 26.3. – 20.4.2001

■ **NNN220041**

Odborná stáž – Pediatrická intenzivní a resuscitační péče

Určeno pro lékaře pracující v pediatrické intenzivní a resuscitační péči.

Program: Problematika život ohrožujících stavů v dětském věku, řešení krátkodobých i dlouhodobých poruch základních životních funkcí.

Školitel: MUDr. I. Fanta, MUDr. J. Čížek

Místo konání: České Budějovice, B. Němcové 54, NsP, dětská klinika: 4 týdny (únor – březen)

■ **NNN220042**

Odborná stáž – Dětská nefrologie

Určeno pro lékaře dětských oddělení zabývajících se uvedenou problematikou, v přípravě k atestaci vyššího stupně z pediatrie nebo nefrologie, pro lékaře dětských nefrologických poradén.

Program: Vyšetřovací metody v nefrologii a jejich hodnocení, diagnostika a diferenciální diagnostika ledvinových onemocnění, infekce močových cest a stýčná urologická problematika, glomerulonefritidy a tubulointersticiální onemocnění ledvin, hypertenze, renální biopsie – indikace, klinické hodnocení histologických nálezů.

Školitel: MUDr. T. Šuláková, MUDr. A. Bosáková

Místo konání: Ostrava – Poruba, 17. listopadu 1790, FNsP, klinika dětského lékařství: 1 týden (leden – červen)

■ **NNN220043**

Odborná stáž v neonatologii

Určeno pro lékaře neonatologických oddělení.

Program: Základní patofyziologie novorozence, poruchy adaptace novorozence, nezralý novorozenec, intenzivní péče v neonatologii, aktualizace problematiky.

Školitel: MUDr. H. Podešvová

Místo konání: Ostrava – Poruba, 17. listopadu 1790, FNsP, klinika dětského lékařství: 2 – 3 týdny (leden – červen)

■ **NNN220044**

Odborná stáž – Dětská alergologie a pulmologie

Určeno pro lékaře dětských oddělení zabývajících se uvedenou problematikou, event. pro praktické lékaře.

Program: Nové poznatky v dětské alergologii a pulmologii, defekty imunity, akutní a chronická zánětlivá onemocnění dýchacího ústrojí.

Školitel: as.MUDr. J. Hubová, MUDr. O. Škopková

Místo konání: Ostrava – Poruba, 17. listopadu 1790, FNsP, klinika dětského lékařství: 2 týdny (leden – červen)

■ **NNN220045**

Odborná stáž – Fetální echokardiografie

Určeno pro dětské kardiology, gynekology, pediatriy s atestací.

Program: Diagnostika anatomické a funkční kardiiovaskulární patologie lidského plodu.

Školitel: doc.MUDr. J. Homola, CSc.

Místo konání: Ústí nad Labem, Pasteurova 9, Masarykova nemocnice, dětská klinika: 1 – 2 týdny (leden – červen)

■ **NNN220046**

Odborná stáž – Dětská endokrinologie a diabetologie

Určeno pro pediatriy.

Program: Základní problematika oboru se zaměřením na praxi, případy řešené na pracovišti, diagnostika a terapie endokrinopatií dětí a dorostu.

Školitel: MUDr. J. Škvor, CSc.

Místo konání: Ústí nad Labem, Pasteurova 9, Masarykova nemocnice, dětská klinika: 1 – 2 týdny (leden – červen)

■ **NNN220047**

Odborná stáž – Intenzivní a resuscitační péče v dětském věku

Určeno pro pediatriy s atestací I. stupně.

Program: Praktická práce na JIRP dětské kliniky se stáží na operačních sálech dětské chirurgie a možností využít zkušenosti z novorozenecké JIRP kliniky. Zacvičení v neodkladné resuscitaci včetně intubace, zvládnutí techniky rozšířené resuscitace a získání základního přehledu teorie a praxe umělé plicní ventilace.

Školitel: MUDr. J. Pajerek

Místo konání: Ústí nad Labem, Pasteurova 9, Masarykova nemocnice, dětská klinika: 2 – 3 týdny (leden – červen)

■ **KNN220202**

Seminář – Rizikový životní styl v dospívání

Určeno pro dorostové lékaře, praktické lékaře, hygieniky, pedagogy a psychology, event. protidrogové koordinátory.

Program: Syndrom rizikového chování v dospívání jako komplexní problém. Jednotlivé jeho oblasti s důrazem na zneužívání návykových látek. Problémy reprodukčního zdraví v dospívání. Prevence a mezioborová spolupráce.

Vedoucí: doc. MUDr. J. Hamanová, CSc.

Místo konání: Praha 4, Budějovická 15 8.2. – 9.2.2001

■ **NNN220206**

Odborná stáž v obecné problematice volby povolání

Určeno pro pediatriy.

Program: Komplexní problematika volby povolání. Seznámení s platnou legislativou a kompetencemi lékařů. Kazuistiky nevhodně začleněných mladistvých.

Školitel: MUDr. M. Švecová

Místo konání: Praha 2, VFN, Ke Karlovu 2, subkatedra dorostového lékařství 19.4.2001

■ **KNN207105**

Kurz – Chlamydiové infekce

Určeno pro epidemiology, infektology, pediatriy.

Program: Epidemiologie, klinika a prevence chlamydiových infekcí.

Vedoucí: prof. MUDr. J. Šejda, DrSc.

Místo konání: Praha 10, Ruská 85 23.5.2001



■ Seznam vzdělávacích kurzů Subkatedry praktického dětského lékařství

Subkatedra praktického dětského lékařství
Poliklinika Budějovická
Antala Staška 80, 140 00 Praha 4
Vedoucí: MUDr. Petr Karger
tel. (02) 61006421 2201

■ KNN220202

Seminář – Rizikový životní styl v dospívání

Určeno pro dorostové lékaře, praktické lékaře, hygieniky, pedagogy a psychology, event. protidrogové koordinátory.

Program: Syndrom rizikového chování v dospívání jako komplexní problém. Jednotlivé jeho oblasti s důrazem na zneužívání návykových látek. Problémy reprodukčního zdraví v dospívání. Prevence a mezioborová spolupráce.

Vedoucí: doc. MUDr. J. Hamanová, CSc.

Místo konání: Praha 4, Budějovická 15 8.2. – 9.2.2001

■ KNN220203

Seminář (mezioborový) – Zdravotní péče o učňovský dorost

Určeno pro dorostové lékaře, hygieniky práce a nemoci z povolání, hygieniky dětí a dorostu, event. praktické lékaře.

Program: Zdravotní charakteristika učňů jako jedné z nejohroženějších populačních skupin. Současná legislativa. Kategorizace oborů z hlediska přípravy na povolání. Ochrana zdraví dospívajících v EU. Mezioborová a mezioborová spolupráce v péči o učně.

Vedoucí: doc. MUDr. J. Hamanová, CSc., MUDr. K. Švábová, CSc.

Místo konání: Praha 4, Budějovická 15 5.6. – 6.6.2001

■ NNN220206

Odborná stáž v obecné problematice volby povolání

Určeno pro pediatriy.

Program: Komplexní problematika volby povolání. Seznámení s platnou legislativou a kompetencemi lékařů. Kazuistiky nevhodně začleněných mladistvých.

Školitel: MUDr. M. Švecová Místo konání: Praha 2, VFN, Ke Karlovu 2, subkatedra dorostového lékařství 19.4.2001

■ Seznam vzdělávacích kurzů

Subkatedry dorostového lékařství

Subkatedra dorostového lékařství VFN

Ke Karlovu 2, 120 00 Praha 2

Vedoucí: doc. MUDr. Jana Hamanová, CSc.

tel. (02) 296408, (02) 24915094 I. 206

fax (02) 298675 2202

■ KNN22020

Kurz – Novinky v posuzování branců

Určeno pro dorostové lékaře a vojenské posudkové lékaře.

Program: Posuzování, diagnostická a prognostická kritéria u nespecifických zánětů střevních, u onemocnění pankreatu, u juvenilních hyperbilirubinemií. Nové trendy v léčbě Helicobacter pylori.

ri. Stav odvodovosti. Spolupráce dorostových a vojenských lékařů, nová legislativa.

Vedoucí: doc. MUDr. J. Hamanová, CSc.

Místo konání: Praha 4, Budějovická 15 16.3.2001

■ KNN220202

Seminář – Rizikový životní styl v dospívání

Určeno pro dorostové lékaře, praktické lékaře, hygieniky, pedagogy a psychology, event. protidrogové koordinátory.

Program: Syndrom rizikového chování v dospívání jako komplexní problém. Jednotlivé jeho oblasti s důrazem na zneužívání návykových látek. Problémy reprodukčního zdraví v dospívání. Prevence a mezioborová spolupráce.

Vedoucí: doc. MUDr. J. Hamanová, CSc.

Místo konání: Praha 4, Budějovická 15 8.2. – 9.2.2001

■ KNN220203

Seminář (mezioborový) – Zdravotní péče o učňovský dorost

Určeno pro dorostové lékaře, hygieniky práce a nemoci z povolání, hygieniky dětí a dorostu, event. praktické lékaře.

Program: Zdravotní charakteristika učňů jako jedné z nejohroženějších populačních skupin. Současná legislativa. Kategorizace oborů z hlediska přípravy na povolání. Ochrana zdraví dospívajících v EU. Mezioborová a mezioborová spolupráce v péči o učně.

Vedoucí: doc. MUDr. J. Hamanová, CSc., MUDr. K. Švábová, CSc.

Místo konání: Praha 4, Budějovická 15 5.6. – 6.6.2001

■ NSN220204

Specializační odborná stáž v dorostovém lékařství

Určeno pro lékaře v přípravě k atestaci.

Program: Teoretické i praktické znalosti v dorostovém lékařství dle specializační náplně. Praxe u lůžka, přednášky, semináře (1. část).

Školitel: doc. MUDr. J. Hamanová, CSc.

Místo konání: Praha 2, VFN, Ke Karlovu 2, subkatedra dorostového lékařství 2.5. – 25.5.2001

■ NNN220205

Odborná stáž – Novinky v péči o děti a dorost

Určeno pro dorostové lékaře.

Program: Doškolení v novinkách a aktuální problematice zdravotní péče o děti a dorost.

Školitel: doc. MUDr. J. Hamanová, CSc.

Místo konání: Praha 2, VFN, Ke Karlovu 2, subkatedra dorostového lékařství 12.3. – 16.3.2001

■ NNN220206

Odborná stáž v obecné problematice volby povolání

Určeno pro pediatriy.

Program: Komplexní problematika volby povolání. Seznámení s platnou legislativou a kompetencemi lékařů. Kazuistiky nevhodně začleněných mladistvých.

Školitel: MUDr. M. Švecová Místo konání: Praha 2, VFN, Ke Karlovu 2, subkatedra dorostového lékařství 19.4.2001

■ Seznam vzdělávacích kurzů

Subkatedry lékařské genetiky

Subkatedra lékařské genetiky

FTN, Vídeňská 800, 140 59 Praha 4 – Krč

Vedoucí: prof. MUDr. Maria Kučerová, DrSc.
tel./fax (02) 4728227 2203

■ KNN220301

Kurz – Novinky v klinické cytogenetice

Určeno pro všechny zájemce o klinickou genetiku a cytogenetiku.

Program: Novinky v prenatalní, postnatalní a nádorové cytogenetice, vznik a výskyt chromozomálních aberací, mutageneza a lidské chromozomy. Nové diagnostické možnosti v klinické cytogenetice.

Vedoucí: RNDr. J. Horáček

Místo konání: Praha 4, Budějovická 15 24.1. – 25.1.2001

■ KNN220302

Kurz – Novinky v lidské genetice – aplikace do klinických oborů

Určeno pro lékaře a vysokoškoláky pracující v lékařské genetice, event. pro další lékaře se zájmem o klinickou genetiku.

Program: Aplikace nových výsledků genetických výzkumů do klinické praxe (gynekologie – porodnictví, neurologie, psychiatrie, všeobecné lékařství, pediatrie, onkologie).

Vedoucí: prof. MUDr. M. Kučerová, DrSc.

Místo konání: Praha 4, Budějovická 15 21.2. – 22.2.2001

■ NNN220303

Odborná stáž v molekulární genetice

Určeno pro lékaře a vysokoškoláky se zájmem o DNA diagnostiku.

Program: Praktická cvičení ze základů DNA diagnostiky (izolace DNA, měření její koncentrace a kvality, restrikční štěpení, PCR, elektroforéza).

Školitel: Mgr. I. Hrdlička

Místo konání: Praha 4, FTN, subkatedra lékařské genetiky 5.2. – 9.2.2001

■ NNN220304

Odborná stáž v klinické cytogenetice

Určeno pro vysokoškoláky pracující v klinické cytogenetice event. pro další zájemce o tento obor. Program: Seznámení se s problematikou klinické cytogenetiky v postnatalní i prenatalní diagnostice.

Školitel: RNDr. J. Horáček

Místo konání: Praha 4, FTN, subkatedra lékařské genetiky 14.5. – 18.5.2001

■ Seznam vzdělávacích kurzů

Katedry psychiatrie

Katedra psychiatrie

Psychiatrická léčebna

Ústavní 91, 181 02 Praha 8 – Bohnice

Vedoucí: prof. MUDr. Karel Chromý, CSc.

tel./fax (02) 8552949

tel. (02) záz. 8552937 2220

■ KSN222001

Specializační kurz v psychiatrii – Organické poruchy

Určeno pro psychiatry v přípravě k atestaci I. stupně.

Program: Organické psychické poruchy, poruchy paměti a jejich terapie. Včetně takových poruch u dětství.

Vedoucí: doc. MUDr. P. Smolík, CSc.



Místo konání: Praha 8, Ústavní 91, Psychiatrická léčebna, katedra psychiatrie 16.1.2001

■ **KSN222002**

Specializační kurz v psychiatrii – Genetika

Určeno pro psychiatry v přípravě k atestaci II. stupně.

Program: Základy genetiky, genetické problémy v psychiatrii a pedopsychiatrii.

Vedoucí: MUDr. J. Málková

Místo konání: Praha 8, Ústavní 91, Psychiatrická léčebna, katedra psychiatrie 6.2.2001

■ **KSN222003**

Specializační kurz v psychiatrii – Problematika závislostí

Určeno pro psychiatry v přípravě k atestaci I. stupně.

Program: Závislost na alkoholu a jiných drogách, odvykávací stavy, diagnostika, krátká intervence. Terapie.

Vedoucí: doc. MUDr. K. Dušek, CSc.

Místo konání: Praha 8, Ústavní 91, Psychiatrická léčebna, katedra psychiatrie 20.2.2001

■ **KSN222004**

Specializační kurz v psychiatrii – Farmakoterapie

Určeno pro psychiatry v přípravě k atestaci II. stupně.

Program: Obecná problematika farmakoterapie u duševních poruch, indikace, kontraindikace, nežádoucí účinky, interakce.

Vedoucí: doc. MUDr. P. Smolík, CSc.

Místo konání: Praha 8, Ústavní 91, Psychiatrická léčebna, katedra psychiatrie 6.3.2001

■ **KSN222005**

Specializační kurz v psychiatrii – Vývojové poruchy

Určeno pro psychiatry v přípravě k atestaci I. stupně.

Program: Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka, poruchy školních dovedností, motorických funkcí, pervazivní vývojové poruchy.

Vedoucí: MUDr. J. Málková

Místo konání: Praha 8, Ústavní 91, Psychiatrická léčebna, katedra psychiatrie 20.3.2001

■ **KSN222006**

Specializační intenzivní kurz v psychiatrii

Určeno pro psychiatry v přípravě k atestaci II. stupně.

Program: Doplnění informací o méně dostupných a okrajových tématech a problémech hraniční oblasti psychiatrie.

Vedoucí: doc. MUDr. P. Smolík, CSc.

Místo konání: Praha 8, Ústavní 91, Psychiatrická léčebna, katedra psychiatrie 26.3. – 30.3.2001

■ **KSN222007**

Specializační kurz v psychiatrii – Vyšetřovací metody

Určeno pro psychiatry v přípravě k atestaci II. stupně.

Program: Vyšetřování duševně nemocných, diferenciální diagnostika, rozbor, pomocné vyšetřovací metody.

Vedoucí: doc. MUDr. K. Dušek, CSc.

Místo konání: Praha 8, Ústavní 91, Psychiatrická léčebna, katedra psychiatrie 3.4.2001

■ **KSN222008**

Specializační intenzivní kurz v psychiatrii

Určeno pro psychiatry v přípravě k atestaci I. stupně.

Program: Doplnění informací o méně dostupných a okrajových tématech a problémech v psychiatrii.

Vedoucí: MUDr. A. Procházková

Místo konání: Praha 8, Ústavní 91, Psychiatrická léčebna, katedra psychiatrie: 9.4. – 13.4.2001

■ **KSN222009**

Specializační kurz v psychiatrii – Schizofrenie

Určeno pro psychiatry v přípravě k atestaci I. stupně.

Program: Schizofrenie, trvalé duševní poruchy s bludy, schizoafektivní porucha. Terapie schizofrenie v dětství a adolescenci.

Vedoucí: MUDr. J. Málková

Místo konání: Praha 8, Ústavní 91, Psychiatrická léčebna, katedra psychiatrie: 17.4.2001

■ **KSN222010**

Specializační kurz v psychiatrii – Afektivní poruchy

Určeno pro psychiatry v přípravě k atestaci I. stupně.

Program: Poruchy nálady: bipolární afektivní porucha, manická a depresivní fáze, trvalé poruchy nálady. Zvláštnosti bipolární poruchy v dětství. Terapie.

Vedoucí: MUDr. J. Málková Místo konání: Praha 8, Ústavní 91, Psychiatrická léčebna, katedra psychiatrie: 15.5.2001

■ **KSN222011**

Specializační kurz v psychiatrii – Dětská psychiatrie

Určeno pro psychiatry v přípravě k atestaci II. stupně.

Program: Poruchy chování a emocí se začátkem v dětství a adolescenci. Poruchy sociálních vztahů.

Vedoucí: MUDr. J. Málková

Místo konání: Praha 8, Ústavní 91, Psychiatrická léčebna, katedra psychiatrie: 5.6.2001

■ **KSN222012**

Specializační kurz v psychiatrii – Neurotické poruchy

Určeno pro psychiatry v přípravě k atestaci I. stupně.

Program: Neurotické poruchy a somatoformní poruchy a jejich terapie. Zvláštnosti v dětství a adolescenci.

Vedoucí: MUDr. A. Procházková

Místo konání: Praha 8, Ústavní 91, Psychiatrická léčebna, katedra psychiatrie 19.6.2001

■ **KNN222013**

Kurz – Vybrané kapitoly z epileptologie

Určeno pro lékaře všech oborů.

Program: Současné názory na epilepsii, psychické změny při epilepsii, epileptózy, antiepileptika v psychiatrii.

Vedoucí: doc. MUDr. J. Beran, CSc.

Místo konání: Praha 4, Budějovická 15 29.1.2001

■ **KNN222014**

Kurz klinické psychofarmakologie

Určeno pro psychiatry.

Program: Nová neuroleptika, antidepresiva, anxiolytika, thymoprofylaktika a psychogeriatrika. Vedoucí: doc. MUDr. J. Baštecký, CSc.

Místo konání: Praha 4, Budějovická 15: 15.3. – 16.3.2001

■ **KNN222015**

Kurz geriatrické psychiatrie

Určeno pro lékaře všech oborů.

Program: Farmakoterapie poruch kognitivních funkcí a dalších psychických poruch ve stáří. Deprese a sebevražednost ve stáří. Amentní a deliriosní stavy ve stáří. Nefarmakologické léčebné metody. Právní a sociální otázky ve stáří. Psycho-

geriatrický program.

Vedoucí: doc. MUDr. J. Baštecký, CSc.

Místo konání: Praha 4, Budějovická 15: 22.3. – 23.3.2001

■ **NSN222016**

Specializační odborná stáž – Méně obvyklé klinické problémy

Určeno pro psychiatry v přípravě k atestaci I. stupně.

Program: Demonstrace pacientů s diskusí ke klasifikačním a terapeutickým otázkám.

Školitel: prof. MUDr. K. Chromý, CSc.

Místo konání: Praha 8, Ústavní 91, Psychiatrická léčebna, katedra psychiatrie 2.4. – 6.4.2001

■ **NNN222017**

Odborná stáž v psychodiagnostice dospělých – Rorschach pro začátečníky

Určeno pro klinické psychology.

Program: Seznámení se s metodou, signování, interpretace.

Školitel: PhDr. N. Kubičková

Místo konání: Praha 8, Ústavní 91, Psychiatrická léčebna, katedra psychiatrie 9.1. – 11.1.2001

■ **NNN222018**

Odborná stáž v psychodiagnostice dospělých – dotazníkové metody

Určeno pro klinické psychology.

Program: Dotazníkové metody – MMPI, EOD, Cattell.

Školitel: PhDr. N. Kubičková

Místo konání: Praha 8, Ústavní 91, Psychiatrická léčebna, katedra psychiatrie 23.1. – 24.1.2001

■ **NNN222019**

Odborná stáž v psychodiagnostice dospělých – poruchy osobnosti, psychóza a organicita v psychodiagnostických metodách

Určeno pro klinické psychology.

Program: Organicita a psychózy v psychodiagnostických metodách.

Školitel: PhDr. N. Kubičková

Místo konání: Praha 8, Ústavní 91, Psychiatrická léčebna, katedra psychiatrie: 8.2. – 9.2.2001

■ **NNN222020**

Odborná stáž v psychosomatické a behaviorální medicíně

Určeno pro lékaře všech oborů.

Program: Základy psychosomatické a behaviorální medicíny.

Školitel: doc. MUDr. J. Beran, CSc.

Místo konání: Praha 8, Ústavní 91, Psychiatrická léčebna, katedra psychiatrie: 19.2. – 2.3.2001 (včetně soboty 24.2.)

■ **NNN222021**

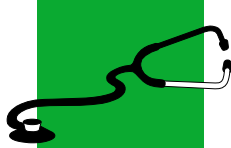
Odborná stáž v psychodiagnostice dospělých – Rorschach pro pokročilé

Určeno pro klinické psychology.

Program: Hodnocení kazuistik z vlastní praxe.

Školitel: PhDr. N. Kubičková

Místo konání: Praha 8, Ústavní 91, Psychiatrická léčebna, katedra psychiatrie 26.2. – 28.2.2001



Do vítku novému VOX PEDIATRIAE...



Jménem Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP přeji novému VOX PEDIATRIAE, aby dostal svého titulu.

To znamená, aby skutečným hlasem pediatrie, nebo spíše pediatriů. Hlavně pediatriů, kteří pracují v primární péči. Aby tento hlas asi 2400 lékařů zněl pevně a jasně.

Aby z tohoto hlasu bylo patrné, že jde skupinu lékařů vzdělaných a vzdělávajících se. Lékařů, kteří se nestarají o nemocná lidská stvoření, ale o děti ve zdraví i v nemoci. Lékařů, kteří jsou

něco jako strážný anděl vztahující ruce nad dětmi, které jdou po tenké kládě dětství přes rozbouřenou řeku nemocí, ohrožené prostředím v němž vyrůstají, ohrožené neláskou a alkoholem a drogami a bůhví čím ještě, do neznámé krajiny dospělosti.

Pediatric v České republice je na dobré úrovni. Výsledky naší péče snesou srovnání s kterýmkoliv státem na světě. Hlavní podíl na neuvěřitelné kojenecké úmrtnosti pod 5 promile přísluší neonatologům, ale i praktickým dětským lékařům. Někdy jakoby zněly hlasy plné obav nad osudem pediatra, jakožto jediného lékaře pečujícího o děti a dorost v primární péči. Slyším obavy, že PLDD budou spolknuti primáři nemocničních oddělení pytláckými mezi jejich registrovanými ovečkami, nenasytými specialisty, kteří pod rouškou té či oné odborné ambulance provádějí nejen všeobecnou kurativní, ale i preventivní pediatrii či rychlokvašenými rodinnými lékaři. Odtud nám nebezpečí nehrozí. Stále chtějí rodiče, aby se o jejich děti starali pediatři. A chtějí to tím více, čím jsou vzdělanější. Obávat se musíme jen sami sebe. Toho, že neobstojíme na trhu lékařské péče proto, že nebudeme vzdělaní, slušní k dětem a jejich rodičům a pracovití. Strach nejde z těch či oněch specialistů, ale z žabomyších tahanic mezi Sdružením praktických lékařů pro děti a dorost a Odbornou společností praktických dětských lékařů ČLS JEP, kde často nešlo o věcné problémy, ale o ambice a lidskou neshovívavost. Nový výbor OSPDL ČLS JEP nabídl SPLDD ruku ke spolupráci bez jakýchkoliv předběžných podmínek. První signály svědčí o tom, že tato nabídka bude přijata se zájmem. Nic bych si nepřál více. Těžko může totiž obstát v zápase o místo na slunci primární péče skupina, která vydává do okolí signály o nesoudržnosti, žárlivosti a tahanicích ve věcech malicherných a s vlastní náplní odborné činnosti ani nesouvisejících...

Znovuzrozený Vox přichází na svět v době pro odborná periodika velmi svízelné. V posledním roce se objevila záplava časopisů oslovujících pediatry. Ale platí to co již bylo řečeno. Od nich nebezpečí Voxu nehrozí. Bude-li časopisem nehaštěřivým, věcným a plným hodnotných profesních i odborných témat jistě cestu ke čtenáři najde.

A co více mu můžeme přát?

Doc. MUDr. Ivan Novák, CSc.

soukromá pediatrická praxe v Kostelci u Křížků
předseda výboru OSPDL ČLS JEP

RSV infekce v dětském věku

MUDr. Martin Čihař

MUDr. Veronika Krejčová

MUDr. Klára Klenková

Novorozenecké oddělení s JIRP,
Gynekologicko-porodnická klinika
2. LF UK a FN Motol, Praha

MUDr. Karel Liška

Neonatologické oddělení,
Gynekologicko-porodnická klinika
VFN a 1. LF UK, Praha

Souhrn

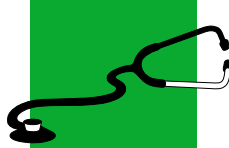
Respiratory syncytial virus (RSV) je nejčastější příčinou bronchiolitid a pneumonií u dětí do 3 let věku. Předčasně narozené děti, děti s chronickým plicním onemocněním a děti s vrozenými srdečními vadami mají zvýšené riziko těžkého průběhu RSV infekce. Závažný je nejen akutní průběh onemocnění, ale i pozdní morbidita. V naší práci jsou prezentována základní epidemiologická data, klinický obraz onemocnění a možnosti léčby a prevence. Zvláštní pozornost je potom věnována nové možnosti imunopropyfylyce přípravkem Synagis.

Klíčová slova

Respiratory syncytial virus (RSV), nezralost, léčba, profylaxe

■ Úvod

RSV byl objeven v roce 1956 Morissem jako příčina infekce dolních dýchacích cest u opic. Virus patří do skupiny paramyxoviridae. Jedná se o středně velký RNA virus (120 - 300 nm), který se množí v cytoplasmě napadených buněk. Na povrchu viru se nacházejí dva hlavní antigeny - glykoproteiny G a F. Rozeznáváme 2 skupiny RSV, které se liší pouze v antigenu G. Antigen F je společný. Tento glykoprotein umož-



ňuje průnik viru do buňky, způsobuje fúzi buněčných membrán (tvorbu syncytia) a vyvolává protilátkovou odpověď. Protilátky proti F antigenu ochraňují tedy proti oběma skupinám RSV (1).

■ Epidemiologie

Infekce RSV má typicky sezónní charakter. Sezóna začíná každoročně koncem října a končí většinou v dubnu. Jednotlivé sezóny se jen minimálně liší v počtu onemocnění. Do 2 let věku onemocní prakticky všechny děti (68,8% v 1.roce, 82,6% do 2 let). Maximum výskytu je mezi 2. až 5. měsícem věku. Po proděláním onemocnění nevzniká dlouhodobá imunita (maximálně 2-3 měsíce). Závažnější formy se vyskytují u chlapců (1,5:1). RSV je příčinou 75% bronchiolitid a 40% pneumonií ve věku do 3 let. Závažnost onemocnění s věkem klesá (1, 2).

Rizikovými faktory pro závažný průběh infektu jsou: nezralost, chronické plicní onemocnění (bronchopulmonální dysplázie, cystická fibróza), vrozená srdeční vada (především vady s levopřevládáním) a všechny stavy spojené s poruchou imunity (vrozené imunodeficity, HIV, onkologičtí pacienti). Riziko hospitalizace z důvodu infekce dolních dýchacích cest je u nezralých dětí (pod 35. gestační týden) do 2 let věku 10x vyšší než u dětí donošených a činí 10%.

Přibližně 40% všech primárních RSV infekcí vede k zánětu dolních dýchacích cest. Mortalita se udává u rizikových skupin 4%. Jen v USA je RSV důvodem 100 000 hospitalizací a 4 000 úmrtí ročně (3). Dle údajů WHO zemře na světě každoročně 12 milionů dětí na infekci dolních dýchacích cest. Jedna třetina těchto úmrtí je v důsledku RSV infekce (dalším nejčastějším patogenem je *Haemophilus influenzae*) (3). Závažná však není jen časná morbidita a mortalita. Velmi významná je také pozdní morbidita. Děti, které prodělaly bronchiolitidu, mají v 5,5 letech 6x častěji bronchodilatační terapii (33 versus 5,5%), 1,8x častěji záchvaty kašle (66 versus 37%) a 2,8x častěji trpí epizodami spastického dýchání (43 versus 15%). Jiný zdroj uvádí, že tyto děti mají v šesti letech ve 40 - 50% astma (4,5).

■ Klinický obraz

Klinicky se RSV infekce projeví jako faryngitida, laryngitida, bronchitida, bronchiolitida nebo bronchopneumonie. U 40% primárně infikovaných dojde k poškození dolních dýchacích cest. Inkubační doba je 4 až 5 dnů. Prvními příznaky jsou rýma a zánět nosohltanu. Kašel se objevuje po 2 až 3 dnech. Teplota není výrazná. U nozokomiálních infekcí nezralých dětí jsou

velmi časté apnoické pauly. Onemocnění trvá 7 až 21 dní. Průměrná doba hospitalizace je 4 až 7 dní. Respirační selhání přichází v souvislosti s obstrukcí dýchacích cest (bronchiolitida) nebo v důsledku těžkých restriktivních parenchymatózních změn (pneumonie). V patologicko-anatomickém obraze nacházíme virem indukovanou nekrózu respiračního epitelu, hypersekreci hlenu a edém submukózy s následnou hyperinflací či kolapsem distální plicní tkáně (1).

■ Diagnostika

Sérologické vyšetření je spolehlivé. Jsou však nutné dva odběry k průkazu serokonverze a výsledek je k dispozici pozdě. Serologie nám tedy nepomůže rozhodnout o etiologii v akutní fázi infektu. Spolehlivé a hlavně rychlé jsou tedy k přímému průkazu antigenu v sekretu z dýchacích cest. Provedení testu je jednoduché. Všechny typy testů jsou dodávány jednotlivě, takže není nutno čekat až se v laboratoři shromáždí více vzorků. RTG vyšetření je u bronchiolitid v 10% normální, v 50% je přítomen air trapping. Ve zbývajících případech je patrná peribronchitida, intersticiální změny nebo atelektázy.

■ Léčba

V současnosti neexistuje kauzální terapie. Účinnost virostatika ribavirinu (analog guanosinu) byla posledními studiemi zpochybněna. Aplikace ribavirinu inhalační technikou je obtížná. Lék má mutagenní účinky a navíc ani není u nás registrován (6, 7). Léčba je tedy symptomatická a podpůrná. U těžších forem je nutné zajistit dostatečný přívod tekutin, preventivně aplikovat antibiotika (vysoké riziko superinfekce) a pečovat o dýchací cesty.

Názory na podávání kortikoidů a bronchodilatací jsou v literatuře značně rozdílné (8, 9, 10). Imunoglobuliny, ani specifické, nejsou v léčbě účinné, neboť virus má schopnost přestupovat přímo z buňky do buňky aniž by mohl být neutralizován protilátkou (11). Pokud dojde k respiračnímu selhání je indikována řízená ventilace. Neexistuje univerzální doporučení jak dítě ventilovat. U malých dětí je při této infekci zvýšené riziko barotraumat. Je tedy nutno minimalizovat interferenci s ventilátorem (většinou je indikována razantní sedace). Některými pracovišti je doporučována nekonvenční ventilace HFOV. U nejmladších dětí jsou nejtěžší formy infekcí někdy spojeny s plicní hypertenzí. V této situaci je indikována inhalace kyslíčnicku dusnatého (12). Nejsou-li nejzávažnější případy respirační insuficience zvládnutelné venti-

lační podporou, je indikováno ECMO. Publikováno je až 96% přežití (13).

■ Očkování

Dosud nebyla vyvinuta očkovací látka. Vývoj je složitý. Vakcína musí být aplikována novorozenci, který má však nezralý imunitní systém s velmi nízkou odpovědí na glykoproteiny. Kromě toho imunogenita RSV je velmi nízká.

Varováním je tragédie, která se udála v šedesátých letech v USA (14). Děti byly očkovány formalinem inaktivovanou vakcínou. Ve druhé sezóně po očkování měly tyto děti 4x vyšší mortalitu na RSV. Tento jev nebyl spolehlivě vysvětlen. Proběhla pravděpodobně jakási „desenzibilizace“ T lymfocytů, které nebyly schopny reakce na RSV. V současné době není naděje, že by byla vakcína k dispozici do 10 let. Probíhá vývoj řady očkovacích látek, z nichž jako nejnadějnější se jeví vakcína na bázi purifikovaného bílkovinného antigenu.

Bude-li v budoucnu očkování k dispozici, potom vznikne velký problém s jeho zařazením do očkovacího kalendáře (aplikace bude nutná každé 3 měsíce).

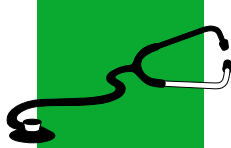
■ Imunoprolaxe

Jak jsme již výše uvedli, běžné ani hyperimunní globuliny nejsou účinné v léčbě. V prevenci jsou běžné imunoglobuliny rovněž neúčinné vzhledem k nízkému titru protilátek. V prevenci infekcí se užíval hyperimunní globulin RespiGam (firmy Medimmune), který se u indikovaných skupin preventivně podával v devadesátých letech v USA. Preparát byl účinný. U dětí, kterým byl aplikován, se snížilo riziko hospitalizace pro RSV infekci o 59%. Preparát však měl řadu nevýhod. Musel být aplikován v dávce 15 ml/kg v intravenózní infuzi trvající 6 hodin. Infuze byla nutná každý měsíc. Bylo zde i riziko přenosu infekcí krevním derivátem. Imunoprolaxe navíc interferovala s ostatním očkováním. Od podávání tohoto preparátu bylo postupně upuštěno (15, 16).

Nejnovějším imunoglobulinem, který je velmi účinný a je v současné době zaváděn do praxe je přípravek Synagis (generický název palivizumab). Jedná se o humanizovanou monoklonální protilátkou proti RSV. Synagis se aplikuje v USA od roku 1998 a v zemích Evropské unie od roku 1999.

■ Synagis

Cílem této protilátky je neutralizace RS viru vazbou na povrchový antigen F. Technologie výroby je velmi sofistikovaná. Jedná se o imunoglobulin třídy G, který se tedy skládá ze 2 těž-



kých a ze 2 lehkých řetězců. Koncové segmenty těchto řetězců (takzvané CDR segmenty) jsou zodpovědné za vazbu antigenu (17).

Výroba probíhá následujícím způsobem: Myši jsou infikovány RSV. Je jim vyjmuta slezina a jsou izolovány B lymfocyty. Tyto lymfocyty produkují myši monoklonální protilátku proti RSV. Tyto B buňky jsou sloučeny s myšími myelomovými buňkami, které jsou schopné množení v tkáňových kulturách. Vzniká tedy hybridní buňka, která je schopná množení a produkuje myši monoklonální protilátku. Následuje složitý proces humanizace, kdy jsou CDR segmenty transplantovány na lidský imunoglobulin G. Výsledný produkt je tedy z 95% lidský (humanizovaný), pouze vazebná část (CDR) je krysí (18).

Výroba probíhá v bioreaktorech, kde z původně vyrobených 5 ml vznikne během 9 týdnů 10 tisíc litrů kultury, od které se odfiltrují buňky, preparát se chromatograficky vyčistí a lyofylizuje. Každých původních 5 ml obsahuje 10 milionů buněk. Finální kultura 10 tisíc litrů obsahuje již 200 trilionů buněk, které vyprodukují 6 kg Synagis. Závěrečný produkt jsou lahvičky o obsahu 50 a 100 mg. Ředí se 1 ml sterilní vody. Po naředění je roztok 6 hodin stabilní.

Dávkování bylo doporučeno tak, aby hladina palivizumabu neklesla pod 40 (g/ml, což je hladina, která in vitro vede k redukci replikace RSV o 99% (18). Synagis se podává intramuskulárně v dávce 15 mg/kg (100 mg je v 1 ml) každý měsíc. Doporučeno je 5 dávek v průběhu sezóny. Přípravek neinterferuje s ostatním očkováním, neboť se jedná o pasivní imunizaci pomocí specifické monoklonální protilátky.

K ověření účinnosti a bezpečnosti bylo provedeno mnoho studií, z nichž nejvýznamnější je pilotní studie Impact RSV Study z let 1996 - 1997 (19). Studie se účastnilo 139 center z USA, Kanady a Velké Británie. Zařazeno bylo 1502 rizikových dětí (nezralé děti a děti s BPD). Zásadním výsledkem byla redukce nutnosti hospitalizovat rizikové děti z 10% na 4,8% (pozdější studie prokázaly ještě vyšší účinnost - REACH program redukce na 1,5%, Outcomes Study 2,3%, Expanded Access Program 1,2-3,7%). Dále byla prokázána kratší doba hospitalizace, kratší doba oxigenoterapie a počet dětí vyžadujících ventilační podporu byl nižší. Nebyl zaznamenán zvýšený výskyt nežádoucích účinků ve srovnání s placebem. Rovněž imunogenita preparátu nebyla prokázána.

Na základě provedených studií bylo vypracováno doporučení American Academy of Pediatrics (20). K podávání Palivizumabu jsou indikovány následující skupiny pacientů:

1. Děti s BPD do věku 24 měsíců, pokud ještě vyžadují léčbu (steroidy, diuretika atd.)

2. Děti narozené před 32 týdnem do věku 6 měsíců.

3. Děti narozené před 28 týdnem do 12 měsíců věku (v době začátku RSV sezóny)

Z imunoprolaxe mohou rovněž profitovat děti s těžkými kombinovanými imunodeficity a s AIDS. Aplikace dětem se srdečními vadami dosud nebyla doporučena. Indikační kritéria evropských zemí jsou prakticky totožná (21).

■ Závěr

Problematicke RSV infekcí byla v našem písemnictví dosud věnována pouze malá pozornost. Přitom se jedná o časté onemocnění se závažným průběhem i následky. Novou nadějí v prevenci RSV je u indikovaných pacientů imunoprolaxe přípravkem Synagis.

Literatura:

- 1) Collins, P.L., McIntosh, K., Channock, R.M.: *Virology, Philadelphia, Lippincot-Raven*, 1996, s. 1313-1351.
- 2) Grenough, A.: *The impact of RSV disease, Expanding the horizons of pediatric RTI*, September 2-3, 1999, Lisbon, Portugal.
- 3) Simoes, E.A.: *Respiratory syncytial virus infection. The Lancet*, 354, 1999, s. 847-852.
- 4) Murray, M., Webb, M. S., Callagan, C., et al.: *Respiratory status and allergy after bronchiolitis. Arch. Dis. Child.*, 67, 1992, s. 482-487.
- 5) Noble, V., Murray, M., Webb, M.S., et al.: *Respiratory status and allergy 9 to 10 years after acute bronchiolitis. Arch. Dis. Child.*, 76, 1997, s. 315-319.
- 6) Meert, K. L., Sarnaik A. P., Gelmini, M. J., et al.: *Aerosolized ribavirin in mechanically ventilated children with respiratory syncytial virus lower respiratory tract disease: a prospective, double-blind randomized trial. Crit. Care Med.*, 22, 1994, s. 566-572.
- 7) Moler, F. W., Sreinhart, C. M., Ohmit, S. E., et al.: *Effectiveness of ribavirin in otherwise well infants with respiratory syncytial virus-associated respiratory failure. J. Pediatr.*, 128, 1996, s. 422-428.
- 8) Roosevelt, G., Sheehan, K., Grupp-Phelan, J.: *Dexamethasone in bronchiolitis: a randomised controlled trial. Lancet*, 348, 1996, s. 292-295.
- 9) Dobson, J. V., Stephens-Groff, S. M., McMahon, S. R.: *The use of albuterol in hospitalized infants with bronchiolitis. Pediatrics*, 101, 1998, s. 361-368.
- 10) De Boeck, K., Van de Aa, N., Van Lierde, S.: *Respirato-*

ry syncytial virus bronchiolitis: a double-blind dexamethasone efficacy study. J. Pediatr., 131, 1997, s. 919-921.

11) Hemming, V. G., Rodriguez, W., Kim, H. W.: *Intravenous immunoglobulin treatment of respiratory syncytial virus infections in infants and young children. Antimicrob. Agents. Chemother.*, 31, 1997, s. 1882-1886. 9. Patel, N. R., Hammer, J., Nichani, S.: *Effect of inhaled nitric oxide on respiratory mechanics in ventilated infants with RSV bronchiolitis. Intensive Care. Med.*, 25, 1999, s. 81-87.

12) Khan, J. Y., Kerr, S. J., Tometzki, A.: *Role of ECMO in treatment of respiratory syncytial virus bronchiolitis: a collaborative report. Arch. Dis. Child.*, 73, 1995, s.91-94.

13) Kapiakan, A. Z., Mitchell, R. H., Chanock, R. M.: *An epidemiological study of altered clinical reactivity to respiratory syncytial virus infection in children previously vaccinated with an inactivated RS virus vaccine. Am. J. Epidemiol.*, 89, 1969, s. 405-421.

14) PREVENT Study Group. *Reduction of respiratory syncytial virus hospitalization among premature infants and infants with bronchopulmonary dysplasia using respiratory syncytial virus immune globulin prophylaxis. Pediatrics*, 135, 1997, s. 546-548.

15) Simoes, A. E., Sondheim, H. M., Top, F. H.: *Respiratory syncytial virus immune globulin for prophylaxis against respiratory syncytial virus disease in infants and children with congenital heart disease. The Cardiac Study Group, J. Pediatr.*, 133, 1998, s. 492-499.

16) Top, F.: *Clinical Overview of a Novel High-Tech, Monoclonal RSV Antibody. A Symposium on Novel Approaches in Prophylaxis of RSV, October 16, 1998, Paris.*

17) Johnson, S., Oliver, C., Prince, G. A.: *Development of humanized monoclonal antibody (MEDI-493) with potent in vitro and in vivo activity against respiratory syncytial virus. J. Infect. Dis.*, 176, 1997, s. 1215-1224.

18) The IMPACT Study Group. *Reduction of respiratory syncytial virus hospitalization among premature infants and infants with bronchopulmonary dysplasia using respiratory syncytial virus monoclonal antibody prophylaxis. Pediatrics*, 102, 1998, s. 531-537.

19) American Academy of Pediatrics. *Prevention of respiratory syncytial virus infection: Indications for the use of Palivizumab and update on the use of RSV-IGIV. Pediatrics*, 102, 1998, s. 1211-1216.

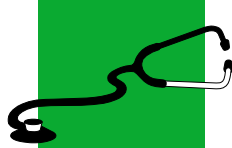
20) Carbonell, X., Guiffre, L., Kimpen, J., Adam, D.: *Guidelines for the use of Synagis (Palivizumab), a humanized monoclonal antibody, for the prevention of respiratory syncytial virus (RSV) disease in high-risk infants: a consensus opinion. Infections in Medicine*, 16, supplement G, 1999, s. 29-33.

Poznámka k imunoprolaxi přípravkem Synagis

MUDr. Martin Čihař

Novorozenecké oddělení s JIRP, Gynekologicko-porodnická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Přípravek **Synagis** (generický název Palivizumab) bude indikovaným pacientům aplikován již v letošním roce. Bude se jednat limitovanou skupinu dětí s nejtěžšími formami bronchopulmonární dysplázie. Děti budou očkovány a sledovány v Perinatologických centrech. Dovolují si tedy upozornit praktické lékaře, že se ve své ordinaci mohou setkat s dítětem očkováním tímto preparátem. Důležitou informací je, že aplikace Synagisu nikterak narušuje běžný očkovací kalendář, neboť se jedná o humanizovanou monoklonální protilátku.



Speleoterapie - jedna z forem léčby astmatu

MUDr. Milan Kudyn

Léčebné a preventivní centrum EDEN, Praha

Souhrn

Speleoterapie je metoda, která využívá specifické a unikátní vlastnosti prostředí a hlavně aerosolu podzemních prostor – převážně krasových jeskyní, na léčbu onemocnění dýchacích orgánů a alergických chorob.

Základním léčivým faktorem speleoterapie je **jeskynní ovzduší**. Jeskyně je vlastně přírodním inhalátorem aerosolu, který je z hlediska složení unikátní a nelze ho napodobit umělým způsobem. Jeho další vlastností je stálost a schopnost velmi rychlé obnovy. Tento aerosol vzniká prostým roztrháním kapek podzemní vody ve vzduchu. Tím vznikají záporně nabití ionty, které se dostávají do plic.

Základními parametry jeskynního ovzduší jsou vysoká relativní vlhkost, konstantně nízká teplota, vysoký obsah vápníku a hořčíku, elektronegativita ovzduší, úplné chybění bakterií, plísní a kvasinek a úplné chybění agresivních alergenů. Takto složené ovzduší vyvolává v organismu pozitivní změny, kterých nelze dosáhnout žádnými antihistaminiky ani antiastmatiky. Pro nemocné s katarý horních cest dýchacích, bronchiálním astmatem, a nejrůznějšími alergiemi skutečně není účinnější metoda léčby než speleoterapie.

Přestože první historické zmínky o blahodárném vlivu ovzduší jeskyň na dýchací orgány pocházejí z římského období a moderní speleoterapie se na základě pozorování z pobytu lidí v jeskyních v čase druhé světové války začala realizovat v padesátých letech v Německu, přesto je tato léčebná metoda ve vědomí některých lékařů stále „opředená mýtem alternativní medicíny“.

■ Co způsobuje z pohledu patofyziologie efekt speleoterapie?

Základním faktorem chronického onemocnění dýchacích orgánů je poškození slizničních bariér zánětlivým procesem. Zánět mohou způsobit viry a bakterie, přičemž jejich účinek je podporován drážděním sliznic znečištěným prostředím či kouřením. Významně zhoršujícími faktory jsou alergické dispozice a oslabená odolnost dítěte. Výsledkem spolupůsobení těchto faktorů je



chronický, recidivující zánět dýchacích cest.

Prostředí jeskyně se svojí vysokou vlhkostí a nízkou teplotou hydratuje poškozený epitel a zvyšuje slizniční viskozitu. Nepřítomnost bakterií a alergenů zabraňuje zánětlivému dráždění a spolu s ionty vápníku potencuje protizánětlivý efekt.

Vysoký obsah magnesia v ovzduší má relaxační efekt na bronchiální svalovinu a byl prokázán příznivý efekt na průchod kalcia buněčnou membránou a vliv na aktivaci ciliárního epitelu. Tímto se zlepšuje průchodnost a pročišťování bronchů.

Řada lékařů zabývajících se vlivem speleoterapie na dýchací trakt referuje o významném snížení zánětlivých parametrů u svých pacientů a dokládá je výrazným funkčním zlepšením plicní perfuze a spirometrických parametrů.

Po vzniku mezinárodní sekce speleoterapie při Union Internationale de Spéologie (UIS) se také u nás postupně mění pohled na tuto formu léčby astmatu.

Dobré zkušenosti se speleoterapií má ozdravovna v Mladči u Olomouce, která funguje jako nestátní zdravotnické zařízení provozované Českou speleologickou společností.

Základním postupem ve speleoterapii je pobyt v jeskyni spojený s aktivitami, které zvyšují účinek inhalovaného aerosolu, a to nejméně dvě hodiny denně po dobu čtrnácti

dnů. Pobyt v podzemí je spojený s aktivními dechovými cvičeními.

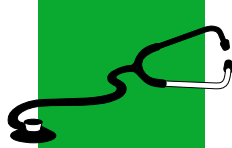
U sousedů na Slovensku, kde je speleoterapie provozována firmou SVEJAN-Speleo Co.Ltd. v jeskyni Bystrá I. a II., mají dobré zkušenosti nejen s pohybovými aktivitami, ale také zařazením prvků jógy, autogenních cviků a relaxací při esoterické hudbě. Komplexní pohled na speleoterapii doplňuje také pozitivní vliv na osobnost „chronicky nemocného dítěte“, které je často omezováno rodiči obávajícími se o jeho zdraví. Zvyšující se výkonnost dítěte s sebou také přináší pozitivní psychologický moment a dítěte se často navrací ztracená sebedůvěra, kterou vyvolal trvalý pocit choroby.

Léčebné účinky u dětí, které absolvovaly speleoterapii v Mladečské ozdravovně, jsou neuvěřitelné: - 60% dětských pacientů pro-



kazuje dlouhodobé nebo trvalé zlepšení zdravotního stavu po jednom třítydenním turnusu - 34% pacientů prokazuje totéž po dvou třítydenních turnusech opakovaných během dvou let. - pouze u 6% pacientů se zlepšení zdravotního stavu neprojevílo

V současné době se pro objektivizaci příznivého vlivu speleoterapie na dětské astma používají vysokoselektivní vyšetřovací metody, včetně zátěžové spiroergometrie, a není daleko doba, kdy se speleoterapie zařadí mezi obecně uznávané léčebné metody bronchiálního astmatu a chronických zánětů horních cest dýchacích. ■



Postavení a funkce dětských stacionářů v současné síti zdravotnických zařízení

MUDr. František Zahálka

Dětské respirační centrum, Plzeň

Souhrn

Ve zdravotní péči o děti se uplatňují dvě základní složky – ambulantní a lůžková. V ambulantní péči je hlavní složkou primární péče, kterou nazýváme síť praktických lékařů pro děti a dorost, která doznala v posledním desetiletí zcela fantastický přerod z lékařů obvodních dětských středisek řízených státní správou na zcela samostatné subjekty, pracující zcela v režimu privátních praxí se všemi pozitivními i negativními důsledky. V oblasti lůžkové péče se změny neodehrály tak dramaticky absolutní změnou systému jako v ambulantní péči, spíše jsme zaznamenali změny v řízení těchto subjektů na bázi manažerských forem práce, objevily se i privátní lůžková zařízení, jejichž přežívání je však velmi svízelné, neboť ne vždy se dostatečně přesvědčivě daří zdůvodnit jejich postavení v síti v konkurenci státem spravovaných lůžkových zařízení zdravotním pojišťovám.

Obě základní složky zdravotní péče obsahují další specifické typy péče, které není možno z hlediska objemu posuzovat jako velké, ale mají svůj význam a ve všech dosavadních koncepcích oboru pediatrie měly své místo. Do takové skupiny, která je v současném návrhu koncepce pediatrie označována jako zvláštní ambulantní péče je zařazena zdravotní péče ve stacionářích. Bohužel ani v tomto návrhu koncepce, stejně tak jako v koncepcích předešlých není postavení stacionářů podrobněji specifikováno, pouhá papírová zmínka o existenci zpravidla nestačí k prosazení existence reálné ve vztahu k zdravotním pojišťovám. Bez pregnantně stanovených kritérií provozu není možné argumentovat v jednáních se zdravotními pojišťovnami. Proto tato zařízení žijou někde na okraji současné zdravotní sítě, mnohé zdravotní pojišťovny velmi úspěšně pochybují o oprávněnosti a smysluplnosti stacionářů a s velmi lehkým srdcem odmítnou podepsat s takovým zařízením smlouvu.

I přes tyto potíže stacionáře existují, fungují a daří se jim jejich hlavní poslání: spojovat péči specializovaných dětských ambulancí (respiračních, alergologických, neurologických apod) s péčí v nemocnicích denním stykem s nemocným dítětem uplatněním diagnostické, léčebné a rehabilitační péče.

■ Význam stacionářů

Pokud bych chtěl již teď hodnotit význam stacionářů, je to právě ten moment spojovacího článku mezi občasnými kontrolami u ambulantního specialisty a nevídanými epizodami nutných akutních hospitalizací. Pravidelný denní styk s chro-

nicky nemocným dítětem umožňuje pružně reagovat i na jemnější patologické odchylky a okamžitě je korigovat a tak zabránit vývoji hlubšího patologického stavu.

Kdo vlastně patří do stacionáře? Pokud bychom citovali současný návrh koncepce oboru pediatrie, jsou to děti, jejichž stav vyžaduje pravidelnou zdravotní péči bez nutnosti hospitalizace. Přeloženo do srozumitelnější řeči to jsou děti s vleklými potížemi, získanými chronickými chorobami, vrozenými poruchami somatickými či duševními, u kterých denní péče prvotně zlepšuje zdravotní potíže, odvrací rizika fixace chorobných změn v organismu, udržuje navozený stav klidové fáze choroby, speciálními metodami podporuje přiměřený růst a vývoj nějakým způsobem postiženého dětského organismu. Druhotně pak výrazně snižuje objem podávaných léčiv (např. dávky inhalačních kortikoidů u astmatiků), snižuje frekvenci a závažnost akutních recidiv choroby a tím snižuje počty akutních hospitalizací, zajišťuje socializaci dítěte v kolektivu stejně starých jedinců a umožňuje kvalitní předškolní výchovu.

■ Stacionář a zdravotní pojišťovna (ZP)

V současnosti je existence stacionářů vyjádřena v Seznamu zdravotních výkonů 2000. V kapitole 5 - Ošetrovací dny (OD) je uveden kód 00041 s hodnotou 64 bodů. V tomto výkonu OD je zahrnuta suma činností a reálných nákladů, které směřně nízká hodnota OD může uhradit jen ve zlomku. Vykazování kategorie pacienta uvedené v kapitole 6 a v kapitole 7 uvedená režie přiřazená k OD jsou ZP odmítány, protože tyto jsou vyhraze-

ny jen pro klasická lůžková zařízení. Na druhé straně je odmítán výkon léčebné inhalace, který je vyhrazen pouze pro ambulantní zařízení! Nejasnost postavení stacionáře uvedené příklady dokumentují poměrně jasně.

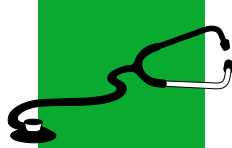
Při řešení problematiky hrazení činnosti stacionářů bych vycházel z nedávno vyřešeného problému hrazení praxí PDL. Kombinovaná výkonová a kapitační platba i přes některé trvající problémy zklidnila rozbouřenou hladinu privátních praxí a dodala jim určitou ekonomickou jistotu. Jsem přesvědčen, že žádný systém vykazování jednotlivých výkonů u jednotlivých pacientů nemůže obstát vedle solidně stanoveného paušálu (nazvěme ho agregovaný ošetrovací den), který bude zahrnovat veškerou činnost stacionáře, všechny provedené výkony a bude respektovat reálné náklady stacionáře a neodsoudí ho do role skomírajícího subjektu, trvale se pohybujícího před ekonomickým zánikem.

Stanovení hodnoty takového agregovaného ošetrovacího dne musí vycházet:

Deklarovat:

- postavení stacionáře v systému
- jeho úkoly (péče o koho, o jaké dg, jaké typy stacionářů akceptovat)
- rozsah péče (výkony obligatorní, fakultativní)
- personální obsazení
- technické vybavení
- prostorové vybavení
- požadavky na mimozdravotní péči (stravování, pedagogicko-výchovná činnost)

Z těchto parametrů je třeba odvodit reálné náklady stacionáře, z nichž by bylo možno stanovit hodnotu agregovaného ošetrovacího dne.



■ Některé zkušenosti s provozováním respiračního stacionáře

Moje zkušenosti s provozováním respiračního stacionáře jsou již devítileté. Privátní způsob provozování navázal na řadu let existující státní zařízení, které však hlubokými změnami v systému naší společnosti v roce 1989 nemělo šanci na přežití. Privatizace byl jediný způsob jak tuto specializovanou denní péči o chronicky nemocné děti zachovat.

Ve stacionáři jsou umístěny děti předškolního věku, které jsou doporučeny ambulantiálními specialisty v dětských respiračních poradnách nebo alergologických ordinacích. Jsou to děti, trpící již astmatem, nebo mají potíže, které signalizují riziko brzkého vzniku astmatických obtíží, různé typy chronických průduškových postižení vč. mukoviscidózy. Velké procento těchto stavů je pak spojena a různými typy alergií a poruch imunity.

Přijímáme děti ve věku od cca 2,5 roku až do zahájení školní docházky. Po přijetí je dítěti stanoven osobní plán pravidelných denních procedur, které si plní buď individuálně nebo skupinově pod vedením jednotlivých pracovníků stacionáře. Kapacita stacionáře činí cca 20 dětí, o které se starají 1 dětský lékař, 2 dětské sestry, 2 rehabilitační pracovníci, 1 učitelka MŠ, 1 kuchařka, 1 pomocnice, 1 údržbář objektu.

Denní režim dítěte zahrnují preventivní nebo léčebné inhalace, rehabilitační péče (LTV individuální a skupinová, masáže hrudníku, poklepové a polohové drenáže, míčkování, apod. - děti jsou trvale sledovány fyzioterapeutem, který stanovuje rozsah RHC péče), dechová rehabilitace (pískání na flétnu, foukání proti odporu do balónků). Všechny děti absolvují kúry imunomodulancí, užívají fluoridové tablety. V denním režimu je stanoven čas na jídlo, vycházku, odpočinek po obědě ale i na hraní či u starších na pedagogicko-výchovnou činnost. Náplň činnosti stacionáře je tedy velmi obsáhlá, proto je kladen důraz na pečlivou organizaci a koordinaci jednotlivých složek péče a jeho předpokladem je i prostorová náročnost na stacionář, aby jednotlivé činnosti probíhaly v nerušeném prostředí. Ke splnění všech činností je také přizpůsobena provozní doba, která je stanovena denně 6.00 - 16.00.

Stacionář je vybaven kvalitními inhalátory, pračkami vzduchu, mimoprostorovým vysáváním + vysavačem Rainbow.

Jako nedílnou součást péče považujeme klimatické pobyty, které organizujeme každé 4 měsíce (leden, květen, září) na Šumavě, kam odjíždí celý stacionář a na která se děti vždy velmi těší. Vzhledem k nízkému věku našich frekventantů neorganizujeme přímořské pobyty ani speleoterapii.

Pobyt v respiračním stacionáři nechce nahradit péči PDL, který stále zůstává hlavním činitelem při řešení potíží našich dětí. Ale je přirozené, že můj denní styk s těmito dětmi mi umožňuje efektivně navrhnout řešení jejich problémů a velmi úspěšně s PDL spolupracovat.

Význam existence respiračního stacionáře v Plzni je zvýšen i tím, že existuje návaznost podobné péče i ve školním věku. Před lety se podařilo ve spolupráci se školskými úřady založit respi-

rační třídy ZŠ. Jsou charakterizovány omezeným počtem dětí ve třídě, zařazením inhalací, dechových cvičení a LTV do vyučovacích hodin a přítomností speciálně vzdělaného pedagoga. Tímto uceleným systémem péče se v posledním desetiletí daří v plzeňské aglomeraci úspěšně bojovat s astmatem a jemu podobným nemocem u dětí.

Literatura u autora

Ohlas na článek v 5. čísle VOX PEDIATRIAE

V 5. čísle „Vox pediatrie“ 2000 v článku „Celodenní odborné setkání na téma infekce“ (mimořádně jeden z nejzdařilejších seminářů jak po stránce přednášejících, tak vybraných témat), v odstavci „Kortikoidy“, došlo k chybné informaci, za kterou by nás pan doc. Novák těžko pochválil. Došlo totiž k záměně prednisolonu s prednisonem, což je velká chyba, kterou si většina z nás vůbec neuvědomuje, čímž může zvolit při terapii postup „non lege artis“!

Prednison (RECTODELT), aby mohl účinkovat, musí se v játrech nejprve metabolizovat na prednisolon, proto jeho účinek nemůže nastoupit dříve jak za 4 hod., (Český lékopis, Remedia), jeho účinek je rovněž o něco slabší, než methylprednisolonu (SOLU-MEDROL) či dexamethasonu (DEXONA).

Bohužel velice agresivní reklama na Rectodelt sup., která tento lék prezentuje pro akutní stavy i zde vykonala své. Pokud podáme dítěti 10 kg těžkému 100mg dop. Rectodeltu při akutní laryngitidě a odešleme ho k hospitalizaci, nejenže jsme pro dítě nic nevykonali, ale ještě jsme překročili maximální dávku. Tento lék, totiž začne působit až za hospitalizace.

MUDr. Jana Matasová

Výňatek z odpovědi na dotaz MUDr. J. Matasové

Pokud jde o referát interpretující obsah sdělení z doškolovacího víkendu v říjnu 2000 na Olšance obsahuje v části zabývající se mým vystoupením řadu nepřesností:

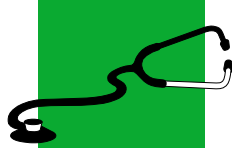
- a) str. 14, pravý sloupek, ř. 1 - teplota nad 38,5 °C rektálně (ne „38 °C“)
- b) také závěr 2. věty (1. celý odstavec na této straně, pravý sloupek), ř. 3 - 4 je termín „pomohou kortikoidy“ nešťastný a naprosto mylně uvedený - správně by mělo být za pomlčkou na konci 3. řádku - lze uvažovat u jednorázové aplikaci farmakologických dávek methylprednisolonu, prednisolonu nebo dexametasonu, které, je-li rozvinut septický šok, již nemají cenu.
- c) text dále je snesitelný až k řádce 11, kde by za „roztoku“ měla být tečka (.).

Další text by měl být tento: Při anafylaktickém šoku je správně podat adrenalin v dávce 0,01mg/kg i.v. s následnou infuzí adrenalinu v dávce 0,5-1,0 µg/kg/min a dexametason 1mg/kg i.v. jednorázově. O podání ATB u šokového stavu v primární péči můžeme uvažovat při podezření na meningokokovou sepsi (krystalický PNC).

d) další odstavec v tomto sloupci o kortikoidech obsahuje naprosto nesmysl a dovolil bych si ho formulovat takto: Kortikosteroidy se staly předmětem diskuse - v případě, že očekáváme od kortikosteroidů efekt během minut či desítek minut Novák upozornil, že je třeba aplikovat prednisolon, methylprednisolon nebo dexametason ve farmakologických dávkách i.v. nebo i.m. Hydrokortison není lékem pro léčbu v naléhavých stavech s výjimkou masivní substituce při Waterhaus-Fridrichsenově syndromu, ale ani zde nemá výhodu např. proti

methylprednisolonu. Preparát RECTODELT supp. obsahuje prednison, takže efekt očekávaný od prednisolonu (rychlý glukokortikoidní, protizánětlivý, protiedematózní efekt u akutní subglotické laryngitidy se skórem podle Downese 3 a více bodů) se dostaví až po 2 - 4 hodinách, kdy je prednison přeměněn na prednisolon v játrech. Navíc dávka uváděná výrobcem (až 20 mg/kg) neodpovídá dávkám obvyklým, což je podle Čs. lékopisu maximálně 6mg/kg/24 hod při aplikaci prednisolonu per rectum.

Doc. MUDr. Ivan Novák, CSc.



Test s chloridem železitým u kojenců a jeho význam v současnosti

MUDr. Ludmila Hejčmanová

Klinika dětí a dorostu FNKV, laboratoř novorozeneckého screeningu 3. LF UK a FNKV, Praha

MUDr. Petr Čechák

Ústav biochemie a patobiochemie 3. LF UK a FNKV, Praha

Souhrn

Vyšetření moči chloridem železitým (dále FeCl_3) k průkazu fenylketonurie patří neoddelitelně k historii této vrozené metabolické poruchy, pouze jeho význam se v průběhu času měnil.

Historie používání testu začala v Norsku roku 1934. Tehdy vyhledala mladá matka se svými dvěma mentálně retardovanými dětmi na klinice v Oslo lékaře, profesora (Asbjorna Follinga, známého v té době vědeckými pracemi v biochemii. Při běžném vyšetření nebyla příčina mentálního opoždění dětí zřejmá. Folling věnoval dále pozornost vyšetření jejich moči. Když k moči přidal FeCl_3 , zpozoroval reakci kterou neočekával a s níž se dosud u člověka nesetkal. Objevilo se zelené zbarvení. V průběhu dalších týdnů se mu podařilo izolovat substanci, která byla za neobvyklou reakci zodpovědná – kyselinu fenylpyrohroznovou. Podle ní a hlavního klinického příznaku dostala nově objevená metabolická porucha název „imbecilitas phenylpyruvica“. V krátké době objevil Folling s pomocí tohoto testu ještě další postižené.

V následujících třech desetiletích představovalo vyšetření moči FeCl_3 jedinou možnost jak fenylketonurii prokázat. Novou éru v diagnostice odstartovalo zavedení metodiky pro stanovení fenylalaninu v suché krevní kapce. Tvůrce metodiky, profesor Robert Guthrie ji zavedl do praxe v USA po roce 1960. Od té doby bylo možné stanovovat diagnózu fenylketonurie již brzy po narození. Na principu Guthrieho metody se novorozenecký screening fenylketonurie stal nejrozšířenější screeningovou metodou na světě.

Celoplošný povinný screening fenylketonurie ze suché krevní kapky byl v bývalé ČSR zaveden v roce 1975. Současně bylo vydáno první Metodické opatření určující jednotné podmínky pro provádění screeningu. Určovalo mimo jiné pověřené laboratoře, jejich spádovou oblast, načasování odběru krve a pře-

depisovalo i vyšetření moči FeCl_3 ve věku 6 týdnů. V praxi znamenal test s FeCl_3 druhý screening fenylketonurie. Tak měl být zabezpečen záchyt dětí, u nichž mohlo být vyšetření krve v novorozeneckém věku falešně negativní. Od testu s FeCl_3 se v průběhu let ustupovalo. Důvodem byla jeho nízká specificita. Test není specifický pouze pro fenylketonurii, ale zachycuje i některé další odchylky. Ze zkušenosti našeho pracoviště můžeme uvést, že z desítek dětí s pozitivním testem s FeCl_3 , u nichž jsme následně provedli podrobné vyšetření, jsme diagnózu fenylketonurie nepotvrdili ani v jediném případě. Nové metodické doporučení platné od ledna 1997 již test s chloridem železitým neobsahuje.

Literatura uvádí, že k pozdní diagnóze fenylketonurie následkem falešně negativního výsledku screeningu dochází s četností 1:70. V praxi našeho pracoviště jsme se rovněž setkali s dětmi, u nichž byl negativní nálezní při novorozeneckém screeningu, přestože měly klasickou fenylketonurii. Ani jediné z těchto dětí nebylo zachyceno na základě pozitivního výsledku testu s FeCl_3 . Diagnóza u nich byla stanovena až ve věku několika měsíců podle typického klinického obrazu.

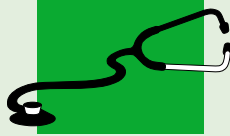
V současnosti se v České republice narodí přibližně 10 dětí s fenylketonurií ročně. Podle výše zmíněné pravděpodobnosti falešně negativního výsledku screeningového vyšetření to celostátně znamená možnost výskytu takové situace jedenkrát za 7 let. Současná opatření tj. organizace screeningu, používané laboratorní metody i systém spolupráce screeningových laboratoří s novorozeneckými odděleními minimalizují riziko falešně negativního nálezu při screeningu fenylketonu-

rie. Tato skutečnost a výše uvedená fakta jsou důvodem proč test s chloridem železitým není již součástí platných doporučení. Od jeho zařazení do preventivních prohlídek dítěte je možno upustit.

Literatura u autora

Děti v mateřských školách stále dostávají nezdravá jídla

Čtyři dny v týdnu maso, převážně hovězí a vepřové. Jako příloha nejen brambory či rýže, ale i knedlíky a husté omáčky. To není úryvek z hospodského jídelníčku. Takové obědy servírují v mnoha mateřských a základních školách, a někdy dokonce i v jeslích. „Bezmasý den máme jen jednou v týdnu,“ připustila Pavlína Krátká z jídelny mateřské školy na pražské Velké Ohradě s tím, že se snaží zařazovat drůbež a ryby. „Děti mají denně kousek syrového ovoce, například jablko,“ dodala. Přitom zejména hlavní jídla ve většině školek vzbuzují nelibost některých lékařů. „Je pravdou, že taková jídla by děti jíst často neměly, protože tak získávají nesprávné návyky a ani později se nedokážou stravovat dobře,“ uvedl obezitolog Vojtěch Hainer z pražské Všeobecné fakultní nemocnice. On sám by spíše doporučil, aby se jídelníček měnil od základu a nebyl postaven jen na klasických českých jídlech, ale více například na zelenině.



Kazuistiky

Cizí těleso

MUDr. Jaroslava Poláková

■ Pacient V. L. (nar. 23.9.1985)

RA: Matka 1959, astma, otec 1957, zemřel na ca plic ve věku 37 let, sestra 1975 zdravá, bratr 1979 zemřel v 16 letech na ca, sestra 1982 astma, sestra 1984 zdravá, sestra 1987 recid. bronchitidy.

OA: Z 6. fyziologické gravidity, perinatální anamnéza bez patologie, očkování nekompletní Žák zvláštní školy

Infekční onemocnění: scabies, varicella

Hospitalizace: 1986 - *Lymfadenitis colli* cum flegmonam, septický stav, v roce 1989 - 2x pro bronchitis acuta, 1991 - operace tříselné kýly a hydrokély vpravo

Dále prodělal: do ledna 1996 občasně záněty HCD, 10/94 bronchitis, 4/95 bronchitis, 10/95 bronchitis,

NO: V lednu 1996 prodělal zánět dýchacích cest, po něm bronchitidu, současně měl impetigo, proto léčen antibiotikem (Rulid). Při kontrole 19.1.1996 zbytkový vlhký kašel, poslechový nález normalizován.

6.2.1996 přichází s přetrvávajícím kašlem, neví, zda má či nemá teploty. Pro poslechový nález bronchitidy ordinován Biseptol, pacient byl pozván za týden na kontrolu, ale nedostavil se.

20.2.1996 přichází opět do ordinace s tím, že má stále dráždivý dusivý kašel, teplotu neví, objektivně T 37,5, dýchání bez vedlejších fenoménů, na kůži opět impetigo, navíc i scabies. Pro neúspěch ambulantní léčby odeslán k hospitalizaci na spádové dětské oddělení.

Laboratorní vyšetření při hospitalizaci: FW 24/42, červený krevní obraz norma, LE 6,4, S 54, T 2, Eo 2, Mo 6, Ly 36 CRP 24,7 mg/l Ostatní vyšetření vč. mikrobiologického bez patologie, rtg vyšetření nebylo provedeno, protože poslechový nález byl po celou dobu hospitalizace negativní, přetrvával dráždivý kašel.

27.2.1996 propuštěn do domácího ošetřování.

5.3.1996 opět v ordinaci, při vyšetření zachvat dusivého dráždivého kašle, rinolalia, z ambulance odeslán na rtg plic a VND. **Na rtg plic popsán normální nález na plicním parenchymu, ale v pravém hlavním bronchu zjištěno cizí těleso - úchytko od zipu.**

Na ORL klinice v Plzni bylo cizí těleso ještě týž den odstraněno, další průběh nebyl nijak komplikován.

Závěr: Nikdy nejsme dost bdělí a ostražití - i v rodině s pozitivní alergickou a onkologickou anamnézou můžeme najít cizí těleso v bronchu jako příčinu dráždivého kašle.

Nealergické astma

MUDr. Irena Holdšvendová

■ Pacientka O.R. (nar. 27.6.1985)

RA: oba rodiče zdraví, bez alergické zátěže, 4 sourozenci zdraví

SA: Rodiče jsou rozvedeni, 3 starší sourozenci z 1. manželství jsou v péči otce. Matka žije v novém manželství s otcem nejmladšího dítěte. Až do konce roku 1997 byla matčina spolupráce špatná, nerespektovala léčebný režim, ani podávání léků, v domácnosti se kouřilo. Obvodního pediatra navštěvovala velmi sporadicky, alergologa nepravidelně. Péče o dítě se zlepšila až v době, kdy se matka sama přesvědčila, že pravidelné podávání inhalačních léků výrazně snížilo počet hospitalizací dcery.

OA: Pacientka je ze 6. fyziologického těhotenství (2 x UPT), spontánní porod ve 30. týdnu, porodní hmotnost 1300 g délka 39 cm. Apgar 1, 5, 7, 9, kyslík 6 dní, hypochromní anémie korigovaná transfúzí. Další poporodní průběh bez komplikací. Kyčle v pořádku, očkování kompletní bez reakcí. Jako casus socialis (vazba matky) umístěna do tří let věku v KÚ. Již v kojeneckém ústavu vysoká nemocnost - angíny a obstruktivní bronchitidy.

Infekční onemocnění: varicella

Operace: 1998 - adenotomie

Lázeňská léčba: 1990 - Kynžvart, ostatní návrhy matka odmítá.

NO: Již ve 3 letech dg astma bronchiale, každá ataka onemocnění provázena těžkou dušností, která vyžaduje hospitalizaci, vesměs febrilní nebo subfebrilní průběh.

Do konce roku 1997 celkem 46x hospitalizována pro dg astma bronchiale.

Do 5 let věku při hospitalizaci ústup dyspnoe do 24 hodin při terapii Syntophyllin a antibiotika. Od 5 let průběh onemocnění těžší, bez příznivé odpovědi na uvedenou léčbu, proto při hospitalizacích léčena kortikoidy parenterálně a perorálně, později v léčbě akutních stavů přidána i be-

tamimetika (Salbutamol i.v., p.o.).

V listopadu 1994 a březnu 1995 byla při hospitalizaci zjištěna přechodná hyperglykémie a glykosurie susp. jako důsledek léčby kortikoidy (diabetes byl vyloučen).

Po změně alergologa a současně i léčby klesl významně počet atak dušnosti, přesto došlo v roce 1997 3x k těžší dyspnoe vyžadující RZP a hospitalizaci. RZP vždy aplikovala před převozem do nemocnice Hydrocortison i.v. bez jiné léčby.

31.5.2000 večer při nachlazení dušná, dostala 2 vdechy Ventolinu, protože se stav nezlepšil, volána RZP, která aplikuje Syntophyllin i.v. v noci opět LSP, která aplikuje 2 vdechy Aldecinu a 10mg Prednisonu p.o.

Dne 1.6.2000 ráno v ordinaci dušnost, po 2 vdeších Ventolinu rychlé zlepšení, raději odeslána na dětské oddělení v Chebu. Tam se během 3 dnů nález zlepšuje, vzhledem k ústupu potíží a nezájemné laboratoři bez antibiotické léčby. Domů dostává z ordinace Peak-flow metr, zacvičena, vede si deník. Hodnoty PEF kolem 300l/min. Dochází k novému zhoršení stavu, opět volána

16.7. a 20.7. RZP, opět aplikován Syntophyllin. Po dohodě s alergologem změna terapie na Pulmicort 400 3x1 vdech, pacientka opakovaně zacvičena i na trenážeru.

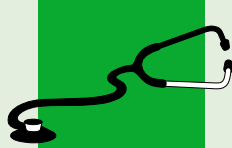
21.7. - 25.7.2000 nová hospitalizace na DO Cheb pro dg nealergické astma. Při hospitalizaci zjištěna špatná aplikace Pulmicortu, po novém zácikvu hodnoty PEF 340-370l/min. Zároveň při této hospitalizaci změna chování pacientky, negativistická.

AA: Od 3 let v péči alergologa, v kožních testech zpočátku prokázána alergie na bakterie a peří, později opakovaně negativní. Užívala bakteriální vakcíny p.o., Zaditen, Syntophyllin 3x denně. Pokus o injekční desenzibilizaci bakteriální vakcínou vyvolal ataku dušnosti.

V říjnu 1991 1. změna alergologa, které nepřinesla změnu terapie. Další změna alergologa v lednu 1995 - ordinován Becodisk, ten se však pacientka nebyla schopna naučit řádně vdechovat.

V roce 1996 další změna alergologa na opakovaný nátlak obvodního pediatra. Při vyšetření v kožních testech neprokázána alergie, spirometrickým vyšetřením zjištěna obstrukční porucha ventilace s příznivou reakcí na betamimetika. Změněna zásadně terapie - Ditec, Aldecin.

Od konce roku 1997 vždy spirometrie bez zná-



mek obstrukce, dechové obtíže nejsou, hospitalizace nejsou nutné, není žádné omezení fyzické aktivity až do června roku 2000. Po změně terapie a zacvičení již pacientka nepřišla, což je známka toho, že se jí daří dobře.

Alergologické vyšetření: 7/97- testace až na histamin negativní, spirometrie normální hodnoty.

Závěr: astma bronchiale nealergické, doporučen Ditec 3x1 vdech a při potížích, Beclomet forte 3x1 vdech přes spacer, při infektu zvýšit na 1000 mcg.

3/99 - spirometrie normální hodnoty, doporučen Ditec 2x1 vdech, Beclomet forte 2x1 vdech.

5/00 - 2x mírné dechové obtíže bez potřeby návštěvy pediatra, doporučen Ditec ex, Beclomet forte 2x1 vdech, Ventolin při potížích. Byly provedeny nové kožní testy- Histamin 6, ostatní negativní.

25.7.2000 - na spirometrii známky periferní obstrukce, proveden bronchodilatační test, po kterém dochází normalizaci stavu: FEV1 +26% FEV1%FVC +23%.

Terapie: Oxis turb. 9mcg 2x1 vdech a při potížích, Pulmicort 400 1-0-2 vdechy, Prednison 20 u sebe 2 tabl při zhoršení stavu.

SP: Somatický nálezy ve fyziologických mezích, ve 13 letech měří 150cm, váží 40kg, v 15 letech 157cm, 46,5kg. Od 6 let výška na hraně 3. percentilu, mezi 11 a 13tým rokem růstový výšvih na 10. percentil, na kterém zůstává. Menses od září 1999.

Laboratorní vyšetření: FW,KO+diff, screening,IgG, IgM, IgA, IgE, C4, C3, alfa.antitrypsin, ORL, zubní, rtg plic + VDN, výtěry krk, nos vše opakovaně v normě.

Psychologické vyšetření: genetický intelektový potenciál v pásmu podprůměru, disproporce zrání CNS. Navštěvuje zvláštní školu, bez problémů, dobře se učí.

Terapie: Pulmicort turb. 400 1-0-2 vdechy, Oxis turbh. 9 mcg 2x1 vdech

Dg: astma bronchiale nealergické, nyní na léčbě inhalačními kortikosteroidy stabilizované.

Závěr: Na tomto případě mé pacientky bych ráda zdůraznila význam inhalační kortikosteroidní léčby astmatu.

Dítě, které mělo před léčbou těžké astma s opakovanými atakami dušnosti vyžadujícími zásahy RZS a hospitalizace s intenzivní terapií, je nyní zcela bez obtíží, zlepšil se jeho prospěch, není omezeno ve fyzické aktivitě. Pacientka ani její rodina nejsou stresováni závažným zdravotním stavem dítěte. V současné době není zanedbatelný ani ekonomický efekt léčby. Po změně léčby lze předpokládat, že stabilizace stavu potrvá, dívka má šance se využití bez většího omezení volby povolání.

Dif. dg: vzhledem k OA - porod ve 30. týdnu,

křížena, kyslík, by se mohlo jednat i o bronchopulmonální dysplasii, léčba je však stejná jako u astma bronchiale. Bronchopulmonální dysplasie vzniká jako následek dlouhodobé ventilace nedonošenců a novorozenců za užití vysokých respiračních tlaků a přívodu kyslíku. Morfologické změny v bronchiální sliznici, plicním parenchymu a intersticiu včetně plicního řečiště.

V dalším průběhu dojde často k restituci, časté jsou však respirační afekce s obstrukcí. Bronchiální hyperreaktivita přetrvává často ještě u mladistvých a projevuje se časnou poruchou dýchání jako u astmatu. (Pediatrie-K.H.Niessen)

Dráždivý kašel

MUDr. Jaroslava Poláková

■ Holčička (nar. 8/1996)

RA: matka r.1976, otec r.1976, zdraví, sourozence nemá. Doma není žádné zvíře, rodiče kuřáci, doma údajně nekouří.

OA: Z 1. fyziologické gravidity, porod ve 42. týdnu spontánně, záhlavím, PHmD 3220g/47cm, AS 8, 9, 10, kojena 3 měs, kyčle n.n., PMV odp. věku, očkování kompletní

Infekční onemocnění: 5/99 varicella Dále prodělala: nevus pilosus reg. lumbosacralis, do října 1999 jen ojedinělé záněty horních dýchacích cest.

NO: V říjnu 1999 prodělala bronchitidu, poté se opakovaně objevoval dráždivý kašel, převážně noční v záchvatech až do nevolnosti a zvracení, bez teplot, poslechový nálezy opakovaně negativní. V únoru 2000 zastižen na plicích obstruktivní poslechový nálezy, po betamimetiku došlo ke zmírnění obtíží. V červenci realizováno alergologické vyšetření, v kožních testech alergie neprokázána, specifické IgE pozitivní pes, roztoči. Stav uzavřen alergologem jako astma, pro přetrvávání obtíží a opakovanou potřebu betamimetika pro dráždivý kašel dop. Beclazone 2x100 mcg. V září 2000 prodělala bronchitidu, léčena Augmentinem, po léčbě stále dráždivý kašel, trvale negativní poslechový nálezy, afebrilní průběh. Proveden rtg plic, kde prokázána pravostranná pneumonie. Po terapii Sumamedem se kašel zmírnil, poslechový nálezy nadále negativní. Po 10 dnech přichází matka s tím, že dítě má opět ataky dráždivého kašle, ve dne i v noci, ale v noci výrazně více, ve dne se rozkašle při smích, při a po námaze. Laboratoř (mikrobiologie, FW, KO+dif, CRP) norma, ORL vyšetření prokázalo hypertrofii adenoidní tkáně, doporučena adenotomie. Pro v.s. GER dítě objednáno k vyšetření jícnové pHmetrie a současně ordinován Prepulcid a antirefluxní režim. Poté dochází k výraznému zlepšení stavu dítěte, záchvaty kašle se zmírňují co do četnosti i intenzity. V listo-

padu 2000 při jícnové pHmetrii prokázán signifikantní kyselý reflux v denních i nočních hodinách. V lednu 2001 provedena endoskopická adenotomie a odstraněna AV III. stupně.

Toho času se dívka daří docela dobře, i když občasný kašel ještě přetrvává.

Závěr: GER jako příčina dráždivého kašle. Jde vůbec o astma?

■ Dívka (nar. 2/92)

RA: Matka 1972, zdravá, její babička diabetes, její otec senná rýma, otec 1970, zdravý, jeho matka astma, pylová rýma, jeho otec zemřel na srdeční vadu, jeho bratr má srdeční vadu a sennou rýmu, 1 sestra 1999 zdravá

OA: Z 1. fyziologické gravidity, porod včasný spont., PHmD 2910g/48cm, AS 9,10, kojena týden, kyčle n.n., PMV odp. věku, očkování kompletní.

Infekční onemocnění: varicella

Dále prodělala: v minulém bydlišti záněty dýchacích cest, v 1/94 bronchitis, 6/94 bronchitis, 12/94 bronchopneumonii, tehdy vyšetřena alergologem a prokázána alergie na plísň. V 12/94 užívala Bronchovaxom, v roce 1995 ještě Ribomunyl. V 9/95 měla bronchitis, 3/97 bronchitis, 9/97 bronchitis, 12/97 bronchopneumonie, 2/98 bronchitis, 3/98 sinusitis, bronchopneumonii.

NO: Začátkem roku 1999 se přestěhovali do Aše. V 4/99 jsem slyšela při záchytu novorozence (sestry pacientky) z vedlejšího dětského pokoje dusivý dráždivý kašel. Vyšetřila jsem i druhé dítě, které bylo afebrilní, podle popisu rodičů mělo opakovaně dlouhotrvající dráždivý kašel, převážně noční a ponámahový. Poslechový nálezy byly negativní, usilovnější dýchání vyvolalo záchvat kašle. Odeslala jsem dítě na spirometrii, kde byla prokázána lehká periferní obstrukce (VC 73%, PEF 41%, FEF 25-75% 57%). Doporučila jsem Pulmicort v dávce 2x400 mcg, Bricanyl 3x1 vdech. Během dvou týdnů pacientka podstatně zlepšena, občas se rozkašlala při námaze. Nové alergologické vyšetření v 9/99 prokázalo alergie na pyl trávy. K exacerbaci obtíží ve smyslu dráždivého kašle, nikoli dušnosti, došlo v červnu 2000 v Itálii a pak koncem června 2000 na školním výletě. V únoru 2000 dítě bez obtíží na trvalé terapii Pulmicort 2 x 400 mcg, s minimální potřebou betamimetika, spirometrie v normě (VC 81%, PEF 71%, FEF 25-75%)

Závěr: Astma bronchiale jako příčina dráždivého kašle.



Byl jsem na sjezdu ČLK

MUDr. Milan Cabrnch

místopředseda Výboru pro sociální politiku a zdravotnictví PS Parlamentu ČR

V sobotu a v neděli **4. a 5. listopadu 2000** jsem se jako host zúčastnil **12. sjezdu České lékařské komory v Hradci Králové**. Sjezdu jsem se zúčastnil jako místopředseda Výboru pro sociální politiku a zdravotnictví Poslanecké sněmovny, byli jsme jediní dva poslanci, kteří pozvání komory přijali. Měl jsem poprvé v životě možnost sledovat jednání vrcholného orgánu České lékařské komory. Byla to pro mne příležitost znovu se zamyslet nad smyslem existence této organizace a nad tím, proč jsem jejím členem.

Na sjezdu zaznělo mnoho témat. Jsem zvyklý poslouchat a polemizovat s názory, které se velmi liší od mých názorů. Stále se učím hledat důvody toho, co ten který říká. Přesto jsem byl velmi překvapen, když jsem slyšel některé názory jednotlivých delegátů. O tom, jak je třeba bránit lékařům, aby zaměstnávali druhé lékaře, protože jim dávají malý plat a vykořisťují je. O tom, že je třeba žádat za méně práce více peněz. O tom, že uděláme cokoli, hlavně abychom dostali větší platy.

Více než názory některých delegátů mne zaujaly názory oficiální představitelů komory. Předseda oblastního sdružení ČLK Prahy 9 jistě zcela vážně prohlásil, že jediným kritériem, podle kterého má komora cokoli posuzovat, je prospěch lékařů. Pevně věřím, že si ti kolegové, kteří s podobnými názory souhlasí, pouze neuvědomují, jak moc se v očích našich pacientů sami poškozujeme.

Horde prostoru věnovali delegáti novele zákoníku práce, která vstoupí v platnost na počátku roku 2001. Za významného příspěvní a jásohu Lékařského odborového klubu a i České lékařské komory byla přijata právní úprava, která brání kromě jiného lékařům sloužit v rámci ústavní pohotovostní služby. Zákon stanoví roční limit 400 hodin práce přesčas. Již při přijímání zákona bylo jasné, že dopad do zdravotnictví, a především do malých nemocnic, bude tvrdý.

Představitelé ČLK při prosazování omezení přesčasů argumentovali únavou lékařů, která při více službách snižuje kvalitu jejich práce. Sám jsem zažil jako lékař dětského oddělení víkendové třídní služby a vím, že je to tvrdá práce. Bylo tedy dosaženo omeze-

ní přesčasů a tím i omezení služeb na dvě v měsíci. Okamžitě se logicky objevuje problém, jak zajistit služby, když v nemocnici je v oboru pouze několik kvalifikovaných kolegů.

Řešení, které navrhuje vedení ČLK, je podle mne před veřejností neobhajitelné. My, kteří jsme tvrdili, že nemůžeme tolik sloužit, protože jsme unaveni, založíme firmy, které nemocnici naši práci budou prodávat. Budeme sloužit jako dříve, ale pro nemocnici i pro Služby lékařů s.r.o., a budeme brát více peněz. A vězte, milí pacienti, že už unaveni nebudeme, už nebudeme dělat chyby. Myslím, že je velmi nemoudré pokoušet se přesvědčit naše pacienty, že jsme právě tak dobří, jak jsme zaplacení. I když někdy podléháme pokušení tomu uvěřit, naši pacienti ve skutečnosti nejsou o nic hloupější než my.

Sjezd se zabýval otázkou přímých plateb pacientů za služby, které jim zdravotnické zařízení poskytne mimo zdravotní péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění. Velmi souhlasím s tím, že pacient má mít právo koupit si vedle péče hrazené z pojištění také ještě něco navíc. Věřím, že většina lékařů bude tak jako doposud přistupovat k pacientům vstřícně a odpovědně. Jistě je správné, když lékaři budou lépe informovat své pacienty o možnostech, které mají. Víím, že je třeba změnit zákony tak, aby naši občané měli skutečně plné právo nakoupit si z vlastního rozhodnutí kromě hrazené péče i péči a služby další a víím, že komora tuto snahu o změnu podporuje.

Jednání komory se v několika bodech dotklo otázky praktických lékařů. Jsem přesvědčen, že účastníci sjezdu svým kolegům praktikům několikrát citelně a nezaslouženě ublížili. Jistě se to nestalo náhodou, napříkald postoj prezidenta komory k praktikům byl v posledních měsících před sjezdem velmi vyhraněný. Představitelé komory kritizovali návrh zdravotně pojistného plánu VZP, ve kterém je vytvářen nevelký prostor pro pozitivní motivaci těch registrujících lékařů, kteří budou zodpovědněji než dříve plnit svou koordinační roli. Zazněly naprosto nepodložené pochybnosti o rozsahu péče, poskytované praktickými lékaři. Sjezd se postavil proti ga-

te keepingu, proti řízení úhradě zdravotní péče. Sjezd se vyslovil pro volnou tvorbu sítě, zazněly názory podporující snadný vstup do sítě primární péče, rychlou rekvalifikaci z jiných oborů na praktiky. Proběhla ostrá výměna názorů na roli Sdružení praktických lékařů při uzavírání smluv mezi praktiky a pojišťovnami. Jsem přesvědčen, že praktickým lékařům komora ublížila. Nebudu se divit, když si mnozí z nich položí otázku; k čemu je jim taková komora dobrá.

Snažil jsem se pochopit, proč je jednání sjezdu takové. Dobře rozumím nespokojenosti lékařů, především mladých lékařův nemocnici, s výší jejich příjmů. Platy lékařů jsou skutečně nezaslouženě nízké. Dobře rozumím stížnostem na vztahy s pojišťovnami, jejichž chování není vždy dobré. Chápu nespokojenost s pomalým vývojem legislativy, také jsem velmi zklamán. Přijímám výtky těch, kteří vzpomínají na roky pravicové vlády a vyčítají, co vše se mohlo stát a nestalo. Ani já jsem nebyl a nejsem spokojen.

Přesto se pokouším vidět komoru s jistým nadhledem. Pokud si své komory máme vážit, musí být její role jasná. Komora musí být institucí vážnou a váženou, nikoli obávanou. Členství v komoře musí být prestiží, a ne povinností. Jednání s komorou musí být pro příslušné instituce přínosné a prospěšné, a ne vynucené hrozbami.

Jistě mají lékaři mnoho problémů - jako nakonec všichni. Pouze některé problémy má však řešit komora. Komora má za úkol řešit otázky kvality, etiky, cti, vzdělávání, společenského postavení lékařů a mnohé další. Komora má být vnímána pouze jako úctyhodná organizace lékařů.

Jiné problémy, které jsou jistě neméně skutečné a vážné, řeší zcela typicky odbory. Na odborářskou půdu patří plamenné projevy táborových řečníků, požadavky na kolektivní vyjednávání, na vyšší platy, méně služeb, více peněz za méně práce. Pokud si kdokoli myslí, že se vysmívám, hrubě se mýlí. Toto všechno jsou problémy legitimní, a jejich řešení patří k životu. Ne však k životu komory.

Další skupinu problému tvoří témata typická pro jednání poskytovatelů a plátců.



Dohodování o smlouvách, dohodování o cenách, to je jednoznačně problematika pro zástupce poskytovatelů zdravotní péče. Poskytovatelem je vždy zdravotnické zařízení, a ne lékař. Proto jedině představitelé zdravotnických zařízení mohou a musí s pojišťovnami a státem jednat o podobných otázkách.

Naše komora však bohužel nezná či neuvědomuje si dost jasně svou přesnou roli. Snaží se řešit vše, a nevnímá, že tím vlastně popírá svou skutečnou úlohu a snižuje svou vážnost, význam i sílu. Podle mého osobního názoru je mnoho vyvoláno příliš velkými ambicemi výrazných osobností ve vedení komory. Komora vystupuje tu jako zástupce firem - zdravotnických zařízení, a snaží se dohodovat ceny a smlouvy. Ve stejné chvíli však komora jako odborář vystupuje proti firmám - zdravotnickým zařízením - a jásá nad posílením vyjednávacích posic odborářů. Komora zcela vážně vyhrožuje pojišťovně - jednejte si s kým chcete, ale závěry budete domlouvat s námi - nebo uvidíte! Nedivme se potom, že náš představitel namísto etiky, namísto kvality péče, namísto prospěchu pacienta vidí pouze a jedině prospěch svůj.

Jako symbol zmatení vidím vzájemné personální a možná i finanční propojení organizace zaměstnavatelů - ČLK občanské sdružení, ČLK jako komory a odborového svazu LOK. Ne náhodou zaznělo na sjezdu: „ČLK a ČLK o.s. jedno jsou“. Ve vzduchu jistě viselo také „LOK a ČLK jedno jsou“. Možná to tak mnozí cítí, ale není to pravda. Komora je jen jedna, je a musí být sama sebou a nemůže se propojovat ani se zaměstnavateli, ani s odbory. Pokud to udělá, ztratí svou identitu a není již komorou.

Nedívím se, že v tak názorově nevyjasněné společnosti vzniká tlak na velmi levicové řešení - novela zákoníku práce, i na velmi pravicové řešení - snížení míry solidarity. Mnozí to možná neví nebo vědět nechtějí, ale je třeba se rozhodnout, nelze chtít všechno najednou (ani pod heslem o selském rozumu). Věřím, že všichni chápeme, že jsou řešení krátkodobě účelová, ale i řešení smysluplná a skutečně účelná.

Někteří kritici komory žijí v představě, že na sjezdu jezdí pouze představitelé mladých lékařů v nemocnicích. Jsem rád, že vím, že tomu tak není. Jsem rád, že jsem viděl v řa-

dách delegátů také ambulantní lékaře, soukromé i nesoukromé. Jsem rád, že jsem slyšel polemiky, které ukazují, že členové komory nad věcmi přemýšlí. Vždy jsem si vážil každého, kdo má názor a umí jej vyslovit a hájit. I když s takovým názorem třeba nemohu souhlasit.

Právě proto je mým největším zklamáním ze sjezdu komory fakt, že odlišné názory téměř vůbec nezazněly v oficiální diskusi. Vnímám, že v panující konfrontační atmosféře, kdy předsedající prezident řídí diskusi a současně ihned komentuje a relativizuje každý názor, není snadné vystoupit. Přesto je to nezbytné. Pokud budou z komory znít pouze jednostranné názory současné reprezentace, budou v tomto světle vnímání všichni lékaři.

Jsem si jist, navzdory všem pochybovačům, že Česká lékařská komora opět bude platformou právě pro diskusi, že opět bude prostředím, ve kterém budou nacházena dobrá řešení problémů. Velkou otázkou pro mne zůstává, zda to bude tato komora. Nikdy to nebylo lehké, není to lehké a lehké to nebude. ■

Tisková konference SPLDD

Dne 14.11.2000 proběhla první samostatná tisková konference s programem:

- 1. Poskytování nadstandardních služeb v ordinacích PLDD - fikce nebo realita?!**
- 2. Zdravotně pojistný plán VZP na rok 2001 (ekonomická podpora primární péči)**
- 3. Možné dopady na primární zdravotní péči vyplývající z usnesení XII. sjezdu ČLK**

■ ad 1

SPLDD ČR podporuje zavádění placených nadstandardních služeb na základě smluvní dohody mezi registrujícím lékařem a zákonnými zástupci dítěte. Poskytování těchto služeb vnímáme jako předzvěst smluvní individualizace veřejného zdravotního pojištění v ČR, kterému se dříve nebo později z ekonomických důvodů nevyhne. Proto považujeme tyto aktivity za správný směr, který vede ke zkvalitnění zdravotní péče o dítě na základě individuálního požadavku rodičů. V dnešním systému financování zdravotní péče bohužel neexistuje přímá úměra mezi mírou finanční solidarity občanů veřejného zdravotního pojištění a kvalitou poskytované zdravotní péče pro všechny občany bez rozdílu.

■ ad 2

Praktičtí dětské lékaři jsou silně znepokojeni vystoupením ministra zdravotnictví na sjezdu ČLK, kde sdělil svůj úmysl nepodpořit VZP v její

snaze ekonomicky zohlednit v jejím zdravotně pojistném plánu na rok 2001 činnost lékařů poskytující primární zdravotní péči.

Ministr svým úmyslem nepodpořit tento typ zdravotní péče, které je poskytována občanovi s ohledem na maximální míru dostupnosti, staví MZ ČR do role obhájce starého socialistického modelu zdravotnictví. Ten preferoval zejména péči o pacienta v lůžkových zařízeních a jejich specializovaných ambulancích. Tato veřejná deklarace nepodpořit snahu VZP o mírné navýšení úhrad praktickým lékařům z vybraných finančních prostředků veřejného zdravotního pojištění bohužel dokladuje výrazný rozpor mezi slovy a činy stávajícího vedení MZ ČR. Na jedné straně považuje za nezbytné přiblížit české zdravotnictví poměrům v zemích EU, kde z pohledu výhodnosti pro občana má primární péče jednoznačnou prioritu, na druhé straně veřejně odmítá tento typ zdravotní péče ekonomicky podporovat.

■ ad 3

Konkrétní příklady snahy ČLK o zhoršení postavení primární péče:

1. Argumenty proti navyšování úhrady segmentu PL bez znalosti jejího principu.
2. Iniciováno hlasování na sjezdu ČLK proti zavedení gate-keepingu bez jasné argumentace.
3. Hlasování pro volný přístup do sítě bez zvážení konkrétních dopadů pro segment financovaný kombinovanou kapitačně-výkonovou platbou.
4. Podpora rekvalifikačním umožňujícím vstup do sítě lékařům bez základní atestace v oboru všeobecného lékařství na základě individuálních výjimek.
5. Zpochybnění objemu práce prováděné praktickým lékařem bez doložené argumentace.
6. Zpochybnění postavení a role profesní organizace hájící zájmy výrazně nadpoloviční většiny všech praktických lékařů. ■



Novoroční dohoda 2001

■ Preambule

V souvislosti s rozhodnutím vlády o úhradách zdravotní péče pro 1. pololetí 2001, které neodůvodněně zvýhodňuje sektor lůžkové péče proti sektoru ambulantní péče, za účelem ochrany soukromého majetku, rovnosti smluvních vztahů, proti cenovému diktátu a pro vytvoření rovných a důstojných podmínek pro svobodný výkon lékařského povolání, vznikla následující dohoda níže uvedených subjektů:

- Česká stomatologická komora
Ječná 3, 120 00 Praha 2
zastoupená MUDr. Jiřím Pekárkem
- Sdružení smluvních lékařů ZP ČR
U elektry 82, 190 00 Praha 9
zastoupené MUDr. Pavlem Tautermannem
- Sdružení praktických lékařů ČR
Klimentská 11, 115 60 Praha 1
zastoupené MUDr. Janem Jelínkem
- Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR
Klimentská 11, 115 60 Praha 1
zastoupené MUDr. Pavlem Neugebauerem
- Sdružení soukromých gynekologů
Orlí 18, 602 00 Brno
zastoupené MUDr. Vladimírem Dvořákem
(dále jen signatáři dohody)

Signatáři dohody se zavazují postupovat společně při hájení zájmů soukromých (nestátních) ambulantních zdravotnických zařízení, která sdružují ve svých organizacích. Tato dohoda bude naplňována:

- vzájemným předáváním informací
- společnou analýzou legislativních a jiných předpisů ovlivňujících provozování ambulantních soukromých zdravotnických zařízení
- koordinací postupu vůči státním orgánům, zdravotním pojišťovnám a dalším subjektům
- hájením ekonomických zájmů při rozdělování prostředků veřejného zdravotního pojištění
- koordinovaným vystupováním v médiích

V Praze dne 9. ledna 2001

■ Část 2

Úřad pro ochranu hospodářské soutěže

Joštova 8, 601 56 Brno

V Praze dne 10. ledna 2001

Věc: Porušení hospodářské soutěže

Vláda České republiky rozhodla dne 18. 12. 2000 svým nařízením publikovaným ve Sbírce zákonů pod č. 487/2000 rozeslané dne 29. 12. 2000 o stanovení hodnoty bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro 1. pololetí 2001 pro „lůžková zařízení“.

Rozhodnutí o stanovení hodnoty bodu a výše úhrad zdravotní péče je sice plně v souladu s oprávněním vlády ve smyslu § 17 zákona č. 48/1997 Sb. v platném znění, rozbořem obsahu tohoto nařízení však jednoznačně dospíváme k závěru, že vláda v rozporu s obecnými zásadami upravujícími hospodářskou soutěž jednoznačně prokazatelně zvýhodňuje tento segment na úkor ostatních segmentů.

Obsah nařízení vlády definuje ve svém ustanovení § 1 odst. 6 navýšení úhrady segmentu ústavní péče v případě, kdy dojde k nárůstu výběru pojistného. V daném případě nejsou zohledňovány potřeby ostatních segmentů, ale zcela v rozporu se zásadami rovnosti hospodářské soutěže je případně navýšení výběru pojistného směřováno výhradně pro úhrady lůžkové zdravotní péče. Zmíněné nařízení vlády současně rozlišuje úhrady i v samotném segmentu ústavní péče tím, že rozdílnou výši úhrady stanovuje pro jednotlivé typy zdravotnických zařízení.

V této souvislosti je nezbytné zdůraznit, že segment ústavní péče v sobě zahrnuje kromě samotné lůžkové péče i poskytování ambulantní specializované péče, komplementu a dopravy. Přijatým nařízením vlády proto došlo jednoznačně k veřejné podpoře podnikání výhradně v oblasti ústavní péče na úkor ostatních segmentů.

Žádáme, aby Úřad pro ochranu hospodářské soutěže zahájil řízení ve věci řešení podnětu poskytnutí neoprávněné výhody segmentu ústavní péče vládou České republiky.

Za Sdružení smluvních lékařů ZP ČR

MUDr. Pavel Tauterman

Za Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR

MUDr. Pavel Neugebauer

Za Českou stomatologickou komoru

MUDr. Jiří Pekárek

Za Sdružení soukromých gynekologů

MUDr. Vladimír Dvořák

Za Sdružení praktických lékařů ČR

MUDr. Jan Jelínek

■ Část 3

Tisková zpráva z jednání signatářů Novoroční dohody s ministrem zdravotnictví

prof. MUDr. Bohumilem Fišerem, CSc.
dne 15. 1. 2001

■ Všichni účastníci jednání se shodli na konstatování, že na současný objem, kvalitu a dostupnost není v systému veřejného zdravotního pojištění dostatek finančních prostředků. Průměrná absolutní částka, vynakládaná na zdravotní péči na jednoho občana za rok je výrazně nižší než v zemích EU při srovnatelných cenách léků, přístrojů a dalších nákladů, což vede k výraznému podhodnocování ceny práce lékaře.

■ Přítomní zástupci ambulantních lékařů vznesli požadavek na jasné legislativní oddělení kompetencí a prostředků lůžkové a ambulantní péče, jak je tomu standardně i v zemích EU. Ze strany ministerstva na tento požadavek nebyla dána jasná odpověď. Ministr však přislíbil sledovat výši úhrad zdravotní péče a při nerovnoměrném vývoji financování ambulantní a nemocniční péče provést nápravu v mezích jeho pravomocí. K tomu zástupci ambulantních lékařů poznamenali, že novela zákona č. 48/97 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, platná od 1. 1. 2001 tuto možnost výrazně omezuje.

■ Zástupci ambulantních lékařů vyslovili vážné výhrady k textu návrhu zákona o státní správě a samosprávě ve zdravotnictví.

V Praze dne 16. ledna 2001

Za Českou stomatologickou komoru

MUDr. Jiří Pekárek

Za Sdružení smluvních lékařů ZP ČR

MUDr. Pavel Tautermann

Za Sdružení praktických lékařů ČR

MUDr. Jan Jelínek

Za Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR

MUDr. Pavel Neugebauer

Za Sdružení soukromých gynekologů

MUDr. Vladimír Dvořák



Volný pohyb osob v Evropské unii a uznávání odborné kvalifikace

MUDr. Tomáš Soukup
místopředseda SPLDD

I ČR se přibližuje společnému trhu práce Evropské unie. Výkon určitého povolání je podmíněn získáním potřebné kvalifikace, kterou poskytuje národní vzdělávací soustava. Povolání lékaře, inženýra, učitele nebo zdravotní sestry může v kterékoli zemi vykonávat pouze ten, kdo získal požadované vzdělání, případně kdo se může prokázat praxí. Požadavky na získání určité kvalifikace se však mohou v různých zemích lišit. Jednotný trh otevírá prostor pro volný pohyb osob, resp. pracovníků. V Unii to znamená, že:

a) každý občan se může ucházet o skutečně nabízené zaměstnání v kterékoli zemi EU

b) může se tím to účelem volně pohybovat po celém teritoriu Unie

c) může žít, případně se usadit v libovolném z členských států za účelem výkonu zaměstnání, v souladu s předpisy tohoto státu. Příslušník jednoho státu může volně nabývat a užívat nemovité majetek na území jiného členského státu

d) může zůstat na území jiného členského státu i po ukončení zaměstnání.

Má-li se realizovat bez jakéhokoliv omezení, jedna ze základních svobod jednotného trhu, tedy volný pohyb pracovníků, bylo nezbytné, aby se členské země dohodly na tom, že budou vzájemně uznávat výsledky odborného vzdělání, získaného v mateřské zemi migrujícího pracovníka. Jedině tak je zajištěno, že pracovníci nemohou být diskriminováni na základě národní příslušnosti.

Legislativa ES obsahuje směrnice, na jejichž základě se uznává odborná kvalifikace nabytá v jiné členské zemi. Tím se usnadňuje volný pohyb pracovníků, jejich usazování v jiných členských zemích a poskytování služeb. Bez této zásady by svoboda usazování, svoboda poskytovat služby v jiné členské zemi, stejně jako právo ucházet se tam o zaměstnání, zůstala pouze na papíře.

■ Jakými způsoby se uznává odborná kvalifikace pracovníků EU?

V počátečním období byly přijímány směrnice, které velice přesně určovaly podmínky pro uznávání diplomů a vysvědčení, získaných v jiných členských zemích, a to u několika vybraných profesí. Šlo hlavně o zdravotnická povolání: lékaře,

dentisty, veterináře, lékárníky, porodní asistentky a zdravotní sestry. K těm přibýly další profese, u nichž směrnice přesně vymezovaly požadavky: právníky, architektky, provozovatele nákladní dopravy, pojišťovací agenty, brokery, hasiče a samostatné obchodní agenty. Tento přístup se ukázal jako časově příliš náročný. Přechodem k jednotnému trhu byl aplikován tzv. nový přístup. Přešlo se k rámcovému a mnohem pružnějšímu systému, podle něhož se všeobecně uznávají vysokoškolské diplomy, pokud odborné vzdělání trvalo alespoň tři roky. Podle směrnice z roku 1988 se takové diplomy zásadně uznávají, bez předchozího vymezení potřebné kvalifikace. Tento přístup byl v roce 1992 rozšířen také na vysvědčení o uzavřeném středoškolském vzdělání.

Na tomto základě se každému občanovi Unie otevírá cesta k tomu, aby hledal a nacházel zaměstnání kdekoli po teritoriu Unie. Usnadňuje se tím hledání práce v jiných členských zemích, přijímání do práce, mobilita pracovníků přes hranice členských států, hlavně u mladých lidí. Vzájemné uznávání odborné kvalifikace je založeno na zjištění, že mezi členskými zeměmi neexistují žádné zásadní rozdíly v úrovni získaných odborných znalostí. Ovšem v případě, že by bylo zjištěno, že zásadní rozdíly v rozsahu nabitých zkušeností přece jenom existují, může hostitelská země vyžadovat potvrzení odborných znalostí, složením zkoušky nebo může trvat na absolvování určité odborné praxe. Takový požadavek může být vznesen, jak na pracovníky s vysokoškolským, tak i středoškolským vzděláním.

■ Co z toho vyplývá pro ČR?

Posudek Evropské komise pro ČR z roku 1997 konstatuje, že naše země dosáhla pokroku při vzájemném uznávání diplomů a kvalifikace. Úroveň odborné přípravy profesí, na něž se vztahují závazné směrnice, je v podstatě v souladu s legislativou EU. O českých inženýrských diplomech posudek uvádí, že splňují minimální požadavky evropských standardů.

Změny v oblasti vzájemného uznávání odborné kvalifikace se projeví až po vstupu ČR do EU. Proti situaci zavedené Asociační dohodou půjde o zásadní rozdíl: osobám z ČR se otevře možnost zís-

kat legální zaměstnání v kterékoli zemi Unie. Naše země se současně otevře přílivu pracovníků ze zemí Unie. Pravděpodobnost hromadného přesunu pracovníků ze zemí Unie je spíše menší, protože bude ovlivňována nepříznivými faktory na straně ČR (rozdíly v reálných příjmech mezi ČR a EU, potíže se získáním bydlení, jazykové bariery). Potenciální hrozba odlivu českých kvalifikovaných pracovníků je naproti tomu vyšší, zvláště do sousedních zemí Unie (Německo a Rakousko). Taková šance se otevře a bude přitažlivá pro mladé pracovníky s vyšší kvalifikací, kteří se budou chtít uplatnit v nových růstových oborech s vysokou technologií. Očekávanému odlivu nebude moci v budoucnu ČR nijak administrativně zabránit, jako to nemůže učinit žádná členská země. Bude záviset na personální politice českých podniků, jak se na tuto skutečnost připraví.

Vyhlídky odlivu českých pracovníků, bude však ovlivňovat také situace v zemích EU: jednak stav pracovního trhu a míra nezaměstnanosti, jednak návrhy sousedních zemí (D, A), na omezení zcela volného přílivu pracovníků, z nových členských zemí střední a východní Evropy po určité přechodné období než se odstraní rozdíly v životní úrovni. Poslední stanovisko rakouské a německé vlády navrhuje sedmileté přechodné období, během něhož by čeští občané nemohli po vstupu do EU pracovat v jiných členských zemích. Rakouská vicekancléřka dokonce dodává, že navíc by v nových členských zemích měl být splněn požadavek určitého standardu ve mzdové a sociální oblasti. Např. rakouské odbory požadují, aby byl trh Unie pro občany nových členských zemí otevřen až v okamžiku, kdy tamější mzdy dosáhnou 80% úrovně EU. Uvedenou argumentaci však zpochybňují veškeré studie, které v poslední době zpracovala jak Evropská komise, tak různé vědecké instituty v Rakousku a Německu.

Bude třeba věcně správné argumentace českých vyjednávačů, včetně jejich asertivního přístupu v této záležitosti tak, aby pokud vůbec by měla přechodná období být, aby bylo co nejkratší, neboť jde o jednu ze základních svobod jednotného trhu, o volný pohyb pracovníků.

31. prosince 2000



Aktuality

■ **Vláda přijala novelu zákona o zdraví**

(Hospodářské noviny, 23. ledna 2001)

Zemanův kabinet včera přijal mj. novelu zákona o péči o zdraví lidu, který upravuje ochranu osobních dat, a návrh zákona o zajišťování informací potřebných pro řízení před Evropským soudem pro lidská práva. Souhlasil i s návrhem o ústavní a ochranné výchově a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních. Poslanci Rostislav Ševela (ČSSD) a Milan Cabrnach (ODS) se v novele o zdraví lidu snaží především sladit tuto legislativní normu se zákonem o ochraně osobních údajů z loňska, který stanovil velmi přísná pravidla pro nakládání s osobními daty. Měla by odstranit problémy, které by vznikly v činnosti Národního zdravotního systému a vedení Národních zdravotních registrů a dokumentace.

■ **Fišer s Klausem se střetli**

(Hospodářské noviny, 23. ledna 2001)

„Jsem ochoten vpustit do zdravotnictví takové množství trhu, jaké existuje v Německu a Rakousku,“ prohlásil včera ministr Bohumil Fišer na semináři o financování zdravotnictví v ČR, který pořádalo Centrum pro ekonomiku a politiku (CEP). Jinak však trval na modelu založeném na důkazech. Změření ekonomického dopadu na zdraví obyvatel je podle něho základem ekonomiky ve zdravotnictví. „Já jsem o medicíně založené na důkazech ještě nikdy v životě ve vážných diskusích o financování zdravotnictví neslyšel,“ reagoval na Fišerovo tvrzení předseda Poslanecké sněmovny a ODS Václav Klaus, který je předsedou správní rady CEP a seminář moderoval. „Vaše stanovisko je nejextrémnější scientistický pohled,“ řekl. Vytkl Fišerovi, že jeho pohled je založen na měření a na vědě, nikoli na lidském rozhodování a spoluzodpovědnosti pacienta za poskytnutou péči. Ústřední ředitelka Všeobecné zdravotní pojišťovny Jiřina Musílková stejně jako poslanec Milan Cabrnach (ODS) zdůraznili nutnost větší informovanosti pacienta o kvalitě léčebné péče. Právník a ekonom Dušan Tříška upozornil, že informovaný pacient je nebezpečný, neboť ví, kdo z lékařů je nejlepší a vyžaduje nejlepší péči. Není však možné, aby při stávajícím způsobu financování všichni byli takto uspokojeni, protože systém by zkolaboval. Pacienta je podle Tříšky nutné v tomto usilování nějakým způsobem omezit. „Jiná cesta, než více pacienta informovat, není,“ oponovala mu však ředitelka Musílková.

■ **Některé pohledávky VZP budou odkoupeny**

(Hospodářské noviny, 23. ledna 2001)

Z jednání zástupců ministerstev zdravotnictví a financí vyplynulo, že ministerstvo financí nesouhlasí s tím, aby stát proplatil Všeobecné zdravotní pojišťovně (VZP) 9,5 miliardy korun, které jí dluží velké polostátní podniky. Úřadu ministra Pavla Mertlíka se totiž nezdálo, že by byla situace tak kritická. „Varianty návrhu byly dvě a pohybovaly se v intervalu 4,5 až 4,8 miliardy korun. Nyní již po jednání s ministrem Mertlíkem víme, která varianta půjde ke schválení vládě. Konsolidační banka oddluží 1 500 subjektů, z nichž každý dluží částku větší než 500 tisíc korun. Museli jsme ale řešit především závazky po lhůtě splatnosti, protože tam hrozí penalizace. Pokud by VZP zůstaly pohledávky po splatnosti 4,5 miliardy, nedokázala by se už v pololetí s placením penále vyrovnat. Neznám znění smluv, ale penále by bylo až tři čtvrtě miliardy korun,“ řekl náměstek ministra zdravotnictví Antonín Hlaváček. Ředitelka VZP Jiřina Musílková uvedla, že zmíněná částka by pojišťovně prozatím stačila, protože právě tolik činí závazky VZP po lhůtě splatnosti vůči zdravotnickým zařízením. „V seznamu pro vládu bylo původně přes 22 000 fyzických osob a firem, z nichž každý dluží nejméně půl miliónu korun a více. Dohromady je to 9,5 miliardy korun,“ uvedla tisková mluvčí VZP Kateřina Zamastilová. Podle návrhu by Konsolidační banka do 21 dnů od podpisu rámcové smlouvy poskytla zálohu ve výši 70 procent celkové částky. Na základě individuálních smluv by pak odkupovala a doplatila zbývajících 30 procent. Tyto pohledávky bude u dlužníků vymáhat sama. Protože to umí lépe než pojišťovna. Tím se odvrátí i hrozba dodavatelů léčiv, že nebudou dodávat léky, pokud nedostanou platby uhrazeny v určitých lhůtách, což by znamenalo vážné problémy ve zdravotnictví. Další pohledávky po lhůtě splatnosti by měla odkoupit Konsolidační banka od čtyř zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven, které předložily svůj seznam dlužníků, a to od Hutnické zaměstnanecké pojišťovny (82,6 miliónu korun), Oborové zdravotní pojišťovny zaměstnanců bank a pojišťoven (9,5 miliónu), Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra (28,7 miliónu) a Revírní bratrské pokladny (42 miliónů korun).

■ **Krise zdravotnictví na pokračování**

(Hospodářské noviny, 12. ledna 2001)

Václav Klaus v ohlušujícím mediálním a politickém rámusu kolem ředitele České televize a jeho vzbouřených zaměstnanců zůstává – bohužel – zcela podceňena hrozba krize jiné, krize daleko podstatnější, krize, která se může svými důsledky velmi hmatatelně dotknout každého z nás. A také dotkne. V této krizi nejde o spor v jedné firmě, o sledovatelnost večerníčků či o to, které televizní zpravodajství je nejméně objektivní. Jde o zdravotnictví, o jeho financování a o budoucí poskytování zdravotní péče nám všem. V prosinci minulého roku, těsně před Vánoce, schválila vláda, a to zcela po socialisticku, návrh Ministerstva zdravotnictví na zvýšení hodnoty tzv. bodu. Udělala to, aniž by se jakkoliv pokusila řešit dlouhodobý problém nerovnováhy financování zdravotnictví, aniž by přidala do zdravotnictví dodatečné peníze, aniž by –



administrativně či ekonomicky – zablokovala přirozený nárůst poptávky po zdravotní péči, která se poskytuje více méně zadarmo, aniž by změnila systém zdravotní péče. Zapomněla přitom na to, že hodnota bodu nemůže být určena svévolně, protože je výsledkem prostého matematického úkonu, a to sice výsledkem dělení objemu peněz ve zdravotnictví počtem body ohodnocených úkonů ve zdravotnictví. V rovnici, skládající se pouze ze tří veličin, nemohou být všechny zvnějšku předurčené. Nebo mohou, ale pak se nejedná o rovnici. Základním problémem českého zdravotnictví je velmi pružná a vlastně neomezená nabídka zdravotní péče a tudíž její vyšší spotřeba, než umožňuje – při dané ceně (neboli hodnotě bodu) – objem finančních prostředků plynoucích do zdravotnictví. Důsledky jsou známé. Rostoucí a prodlužující se pohledávky zdravotnických zařízení za zdravotními pojišťovnami, které nemohou mít jiné peníze než ze zdravotního pojištění, nespokojenost nemalé části lékařů a zdravotního personálu s úrovní svého vlastního odměňování a opakované krizové situace včetně stávek. Vláda sociálních demokratů na tento chronický problém zareagovala svým typickým únikovým, populistickým způsobem. Od prvního ledna letošního roku „opticky“ nabídla lékařům za jejich práci vyšší cenu, ale udělala to v situaci, kdy zdravotní pojišťovny, a především největší z nich – Všeobecná zdravotní pojišťovna – více peněz k dispozici nemají a mít nemohou. Díky této změně očekává například Všeobecná zdravotní pojišťovna za první pololeť letošního roku ničím nekrytý schodek ve výši 3,6 miliardy korun. Zdravotnická zařízení se tedy mohou těšit. Hodná vláda rozhodla, že mají dostat více. Od zlých zdravotních pojišťoven ale více nedostanou, protože ty – na základě příjmů ze zdravotního pojištění – více nemají. Výsledkem bude „pouze“ nárůst závazků po lhůtě splatnosti, zvýšení rozsahu druhotné platební neschopnosti a rozkolísání vztahů zdravotních zařízení s navazujícími dodavatelskými a servisními organizacemi. Vláda navíc rozhodla o jisté změně způsobu úhrad nemocnicím. Ty budou od počátku ledna dostávat stejnou průměrnou platbu za léčení (a za hospitalizace) jednoduché a krátké, jako za léčení dlouhé a komplikované. Nebo-li, místo, aby došlo ke změně způsobu plateb směrem k platbám za diagnózu, což je světovým trendem (cokoli si o tom myslím), dojde vlastně k platbám za pacienta. Protože v nařízení vlády chybí sebemenší návrh nezbytných kontrolních a brzdících mechanismů, lze očekávat, že bude motivace lékařů a nemocnic velmi jednoduchá a velmi jednosměrná. Budou se snažit nikoliv redukovat nadbytečnou lůžka a kapacity, jež jsou jednou z příčin nízké efektivnosti českého zdravotnictví, ale budou naopak libovolnými cestami zvyšovat objem výkonů, například cestou nikoliv nezbytných krátkodobých hospitalizací pacientů. Finanční nároky díky tomu porostou a peněz se bude nedostávat ještě více než dosud. Můžeme se proto připravit na další protestní akce lékařů, na další stávky a hlavně na pokusy učinit oběmi sporu pojišťoven, vlády a lékařů ty, kteří zbývají – občany neboli pacienty. Můžeme očekávat i politické reje s tím spojené. A přitom stačí relativně málo. Stačí hledat řešení s vědomím, že rozdělit lze pouze tolik, kolik se vybere, a že bez účinné kontroly objemu a kvality poskytované zdravotní péče ze strany pojišťoven, státu a pacientů je zdravotnictví dlouhodobě nefinancovatelné. Autor je předseda poslanecké sněmovny a ODS.

Mají zdravotníci málo nebo dost peněz?

(Večerní Praha, 12. ledna 2001)

Celkem se zdravotníkům zvýšily od 1. ledna mzdy o 26 procent. Ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady (FNKV) činil podle její ředitelky Marie Aluškové průměrný plat lékaře před navýšením mezd 28 100 korun.

Poslanecká sněmovna schválila novelu zákona o pobytu cizinců

(ČTK, 30. ledna 2001)

Sněmovna v pátek velkou většinou hlasů schválila vládní návrh novely zákona o pobytu cizinců na území České republiky. Předloha má zmírnit některé administrativní překážky, s nimiž se cizinci potýkají. Novela by měla mimo jiné vyřešit několik případů, kdy se cizincům s trvalým pobytem na území ČR narodily postižené či těžce nemocné děti, komerční pojišťovny je odmítly pojistit a jejich rodiče tak nyní dluží vysoké částky nemocnicím za poskytnutou péči. Poslanci na návrh Milana Cabrnocha (ODS) zapracovali do zákona ustanovení, podle něhož tyto peníze uhradí stát. Předlohu posoudí ještě Senát a prezident. Nová úprava cizineckého zákona předpokládá, že všeobecné zdravotní pojištění se bude vztahovat i na děti cizinců, kteří mají v ČR trvalý pobyt a sami jsou pojištěni. Podle cizineckého zákona účinného od loňského ledna jsou děti těchto cizinců od svého narození považovány za osoby s přechodným pobytem. Ačkoli jejich rodiče jsou účastníky všeobecného zdravotního pojištění, své děti musejí pojistit komerčně. Nedonošené dítě nebo dítě s chronickým onemocněním však komerční pojišťovny nepojistí. Právě na několik takových případů v období od loňského ledna pamatuje Cabrnochův návrh. Poslanec řekl, že podle jeho informací je zmíněných případů několik, „méně než deset“. Náklady na uhrazení uvedených závazků by se podle něj mohly pohybovat kolem šesti milionů korun.

Problém BSE je pod kontrolou, tvrdí předseda EK Prodi

(ČTK, 30. ledna 2001)

Předseda Evropské komise Romano Prodi dnes v Římě prohlásil, že problém tzv. nemoci šílených krav byl vzat velmi vážně a že je pod kontrolou. "Musíme si být vědomi, že tento problém je pod kontrolou... a že ti, kdo vědí, jakého cíle musí být dosaženo, berou tento problém vážně," řekl Prodi. Několik hodin předtím Organizace OSN pro výživu a zemědělství (FAO) ze svého římského sídla vyzvala země mimo Evropskou unii, aby přistoupily k takovým opatřením, jež by zabránila nebezpečí dalšího rozšiřování bovinní spongiformní encefalopatie (BSE), tedy tzv. nemoci šílených krav. "Zdraví lidí musí být chráněno jako ta nejcennější věc. Chápu, že někteří činitelé tvrdí, že nebezpečí je mizivé. Přirozeně, nebezpečí je mizivé, skoro neexistuje, ale to nic neznamená, s kontrolami musíme pokračovat," zdůraznil předseda EK. Podle nových přísných nařízení, jež v unii nabyly platnost, musí být podrobeny testům na BSE všechny krávy starší 30 měsíců. Tato praxe již vedla k odhalení několika případů onemocnění BSE. V televizním rozhovoru Prodi také upozornil, že otázka hospodářské pomoci zemědělcům, kteří byli krizí kolem BSE finančně postiženi, musí být adresována unii jako celku, nikoli pouze jednotlivým členským státům.