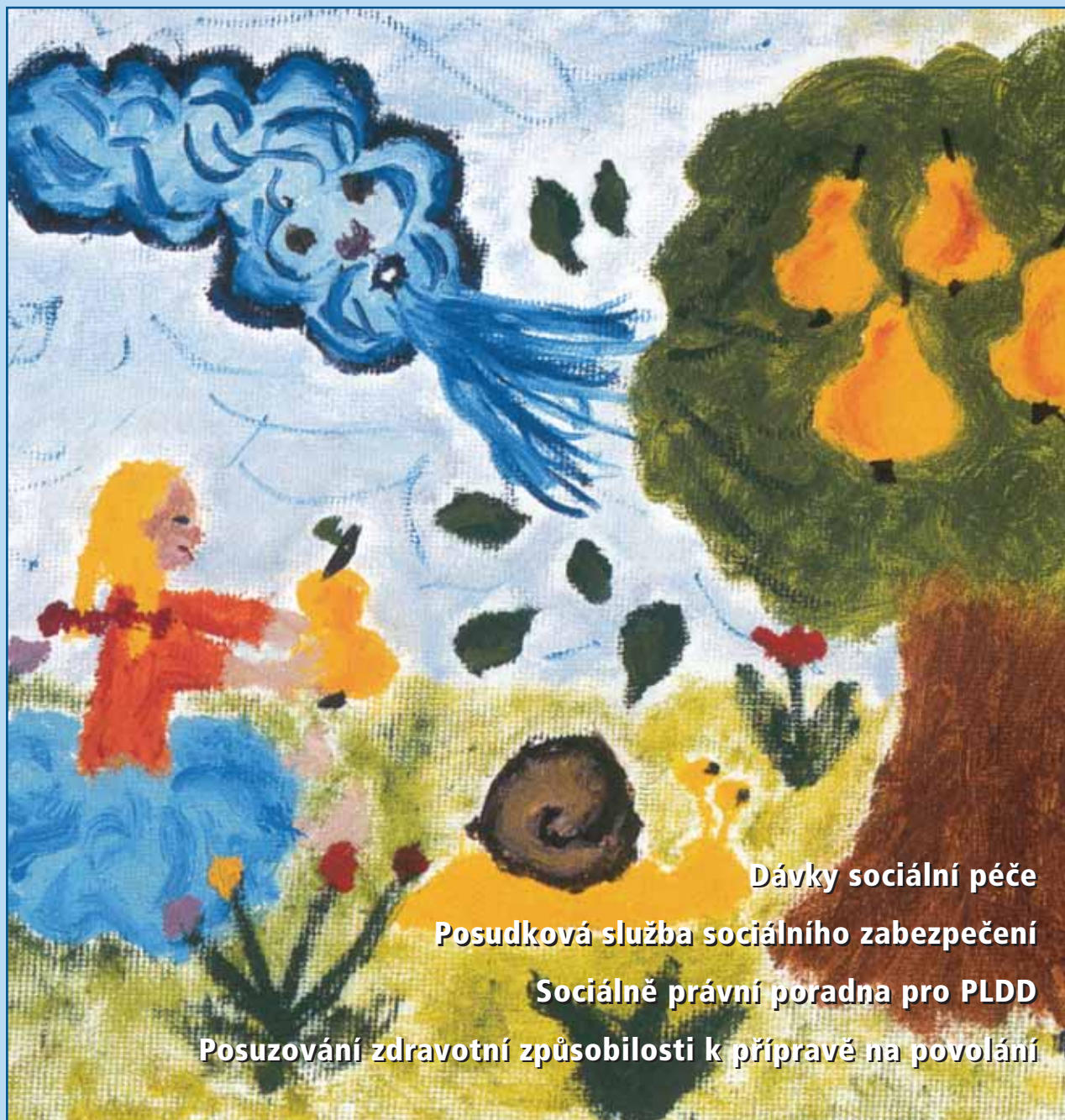


VOX PEDIATRIAE

časopis praktických lékařů pro děti a dorost

září 2005 ■ číslo 7 ■ ročník 5



Dávky sociální péče

Posudková služba sociálního zabezpečení

Sociálně právní poradna pro PLDD

Posuzování zdravotní způsobilosti k přípravě na povolání



ČESKÁ
SPORITELNA

ZENTIVA®



OSPDL ČLS JEP

tiráž...

VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických lékařů pro děti a dorost

www.detskylekar.cz

Adresa redakce:

U Hranic 16 -18, 100 00 Praha 10
sekretariát:

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

redakce VOX:

tel.: 267 184 065, 267 184 047

e-mail: centrum@detskylekar.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 MUDr. Hanou Cabrnchovou.

Vedoucí redakční rady:

MUDr. Milan Kudyn

Redakční rada:

MUDr. Pavel Neugebauer

MUDr. Jiřina Dvořáková

MUDr. Jiří Liška, CSc.

MUDr. Josef Krejčík

Odpovědný redaktor:

Mgr. Zdeněk Brtnický

Jazykové korektury:

PhDr. Jana Kratochvílová

Časopis je určen převážně praktickým dětským lékařům.
Distribuce členům SPLDD ČR a OSPDL ČLS JEP zdarma.
Vychází 10x ročně, v nákladu 2.200 výtisků.

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

Redakce nezodpovídá za obsah článků.

Reprodukce obsahu je povolena pouze
s písemných souhlasem redakce.

Nevyžádané podklady pro tisk se nevracejí.

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

Redakční rada VOX PEDIATRIAE nezodpovídá
za obsahovou stránku vložených tiskovin.

Inzerce:

VOX PEDIATRIAE - Ing. Veronika Drahovzalová

U Hranic 16 - 18, 100 00 Praha 10

tel.: 267 184 065, GSM: 605 281 665 - jen pro inzerenty

e-mail: centrum@detskylekar.cz

e-mail: veronika.drahovzalova@detskylekar.cz

vydavatelství

MEDIX Branická 141, 147 00 Praha 4

tel.: 261 260 412, e-mail: vox@imedix.cz

obsah...



Přehled činnosti SPLDD ČR za červen-srpen 2005	5
Koalice soukromých lékařů	5
Patří do zdravotnictví slovo byznys?	7
Jak se využívají identifikační karty členů SPLDD ČR?	9
Novinky od IZIPu	9
Krize v úhradách	10
Prohlášení SPLDD ČR k situaci ve zdravotnictví	12
Vydání osvědčení o specializované způsobilosti	12
Zpráva z konference CESP - Lublaň 2005	13
Daňové dopady ukončení provozu praxe	13
Problematika frekvence preventivních prohlídek dětí	16



Informace z činnosti OSPDL ČLS JEP	17
MUDr. Z. Buriánková	
Posuzování dočasné pracovní neschopnosti	18
MUDr. Z. Buriánková	
Dávky sociální péče	21
MUDr. D. Kuklová, CSc.	
Posuzování zdravotní způsobilosti	25
MUDr. A. Zvoníková	
Posudková služba sociálního zabezpečení	29
MUDr. P. Biskup	
Sociálně právní poradna pro PLDD - 1. část	34
Doc. MUDr. R. Prymula, CSc., Ph.D., MUDr. J. Kolbabová	
Stanovisko k návrhu Výboru ČPFs ČLS JEP	35
MUDr. J. Hak, Prof. MUDr. M. Velemínský, CSc.	
Renesance zavinoваček	39
Zajímavosti ze světa odborné literatury	46

	
Aktuality	47
Řádková inzerce	50



NAKLADATELSTVÍ
UMÚN

Nakladatelství UMÚN s.r.o., Tyršův vrch 772, 463 11 Liberec
tel.: 485 161 712, e-mail: umun@volny.cz, www.volny.cz/umun
Obrázek na titulní straně namalovala nohama Šárka Dvorská



Vážené kolegyně, kolegové,

nabytím účinnosti nového zákona o vzdělávání se podařilo definovat obor praktický lékař pro děti a dorost a stanovit v rámci přechodných ustanovení zákona i podmínky pro získání specializační způsobilosti pro kolegy, kteří již atestovali v oboru pediatrie a mají zájem pracovat v primární péči. Podmínkou pro získání této způsobilosti je požadovaná praxe v primární péči. Podařilo se tak bez větších komplikací zajistit možnost příchodu do primární péče i ze strany našich kolegů, kteří dosud pracovali pouze v nemocnici a nebo se dosud věnovali pediatrické specializaci, ale zároveň zabránit tomu aby bez jakékoliv praktické zkušenosti mezi nás do nových praxí přicházeli další kolegové. Shodujeme se spolu se zdravotními pojišťovnami i státní správou, že síť našich ordinací je dostačující, neboť kapitační způsob úhrady se stal dostatečným síťotvorným prvkem. Převody stávajících praxí tak jsou nejlepší cestou jak zachovat síť, zajistit převod registrovaných pacientů a případně umožnit doplnění si praxe pro ty z nás, kdo mají o tuto práci zájem. Ti z kolegů, kteří o způsobilost žádali, vědí, že požadavky nejsou přemrštěné a že kromě vlastní praxe se uznává i doba strávená ve službách na LSPP.

Konec letošních prázdnin přinesl i odsouhlasení specializační náplně oboru rodinný lékař, a to bez souhlasu nejen naší odborné společnosti, ale i přes negativní stanovisko dalších partnerských společností (SVL, SPLDD, SPL a katedry pediatrie IPVZ). Bohužel stanovisko České pediatrické společnosti k této záležitosti jsme do dnešního dne neobdrželi, tedy ani reakci na náš dopis adresovaný paní ministryni. Myslím, že hrozící nebezpečí změny systému primární péče by mělo spojit všechny pediatriy v ČR. Jedinou možností jak situaci řešit, kterou připouští i paní ministryně, musí být snaha o zastoupení praktických dětských lékařů v akreditační komisi pro obor rodinné lékařství a pokus o spolupráci při stanovení podmínek pro získání této způsobilosti.

Měsíc září tak bude naplněn zasedáním akreditačních komisí všech oborů, a to v situaci, kdy původní požadavek ČLK na zkrácení doby vzdělávání na akreditovaném pracovišti na 12 měsíců byl nyní orgány EU revokován na dobu 5 let (po celou dobu vzdělávacího curricula), což v praxi může znamenat nutnost akreditovat v ČR většinu zdravotnických zařízení. Dle informací, které získáváme, se některé neřešitelné oblasti zákona staly i důvodem pro snahu posunout nabytí účinnosti zákona o další dva roky. Akreditovaná pracoviště ale již nepožaduje pouze legislativa ČR. Tento skoro neřešitelný problém tak nabývá charakteru složitého rébusu, jehož vyřešení již nemusí stávající vedení MZČR vzhledem k blížícím se volbám ani stihnout. Máme vůbec držet palce aby se to povedlo?

S pozdravem všem kolegům

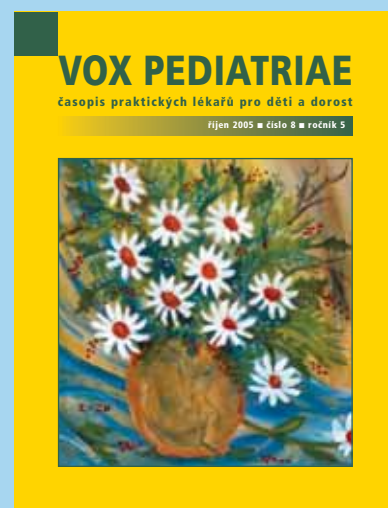
Hana Cabrnová

Prevence úrazů v dětské stomatologii

Diagnostika cariogenních mikroorganismů

Seznam členů pedostomatologické společnosti ČLS JEP

Spolupráce pediatra a zubního lékaře v primární péči



seznam inzerujících firem

AVENT
BOIRON
BOOTS HEALTHCARE
ČESKÁ SPOŘITELNA
GLAXOSMITHKLINE
HERO
HIPPI
JOHNSON & JOHNSON
NESTLÉ
NUTRICIA
ZENTIVA

úřední hodiny v kanceláři SPLDD ČR

Úterý 10,00 - 17,00
Středa 10,00 - 17,00
Čtvrtek 10,00 - 17,00

Členy Výboru zpravidla zastihnete v těchto hodinách:

Úterý
14,00 - 20,00 - MUDr. Pavel Neugebauer
17,00 - 18,00 - MUDr. Jiřina Dvořáková
15,00 - 18,00 - MUDr. Eva Vitoušová
Středa
16,00 - 18,00 - MUDr. Hana Cabrnová
13,00 - 18,00 - MUDr. Milan Kudyn
17,00 - 18,00 - MUDr. Jiřina Dvořáková
15,00 - 18,00 - MUDr. Pavel Neugebauer



Přehled činnosti SPLDD ČR za období červen - srpen 2005

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR

Tématem letních měsíců byly tentokrát především peníze. Vzhledem k stále se prohlubující krizi financování zdravotní péče hrozí skutečný kolaps, neboť pokud se nic nestane, očekává se prodloužení termínů splatnosti faktur koncem roku už na 80 dní. V atmosféře narůstajícího deficitu financí nezapadly ani diskuse kolem vydání novely Seznamu výkonů, ta totiž počítá s navýšením ohodnocení práce všech zdravotníků. Tolik potřebný krok však přichází v době nejhorší ekonomické krize systému. Najde se nějaký ten „deus ex machina“ který vše vyřeší? Obávám se, že současný premiér jím není, i když se o to hodně snaží.

3.-4.6. - v Darové u Rokycan se sešli členové tzv. Českého zdravotnického fóra na další své konferenci, aby diskutovali aktuální problémy našeho zdravotnictví, bližší informací o této konferenci a výstupech naleznete na www.czf.cz, o činnosti a zájmovostech činnosti tohoto fóra Vás průběžně informujeme i na stránkách našeho časopisu

4.6. - spolu se zástupci organizací soukromých ambulantních lékařů se i členové našeho Předsednictva měli možnost seznámit s připravovanou koncepcí zdravotnictví v podání pracovního týmu kolem senátora Julínka. Šlo o první podrobnější prezentaci návrhu, který za alfu i omegu považuje zřízení osobních účtů každého občana, jde o návrh, který zásadním způsobem mění postavení občana v systému a vkládá do jeho rukou mnohem větší zodpovědnost za rozhodování o čerpání zdravotní péče. Návrh vyvolal jistě mnoho otázek, ale určitě by neměl skončit někde v šuplíku

6.6. - na půdě resortního ministerstva se sešla na svém pravidelném jednání Komise

péče o dítě, poradní orgán ministryně. Hlavním tématem jednání bylo odsouhlasení standardu „Nemocniční neodkladné péče v pediatrii“

20.6. - na půdě VZP jsem se zúčastnil jednání vyvolané prezidentem ČLK MUDr. Rathem na téma navýšení lékařské práce v chystaném vydání novely Seznamu výkonů. Jistě velmi potřebná věc však nemohla nenarazit na ekonomické možnosti systému a tedy i odpor ze strany VZP. Podivné hrátky a řada dalších jednání na toto téma se vedly i jinde a jindy, efekt na našich účtech však asi dlouho neuvidíme

23.6. - v hotelu pyramida pokračoval cyklus „Šest klíčů k reformě zdravotnictví“, tentokrát bylo diskutováno, zda patří do zdravotnictví slovo „byznys“. Podrobněji o této konferenci informujeme na jiném místě.

28.6. - na svém pravidelném jednání se sešla Koalice soukromých lékařů. Blíže informujeme na jiném místě.

28.7. - společným jednáním bylo zahájeno dohodovací řízení o cenách na 1. pololetí

2006, jednání bylo významně poznamenáno diskusemi kolem vydání novely Seznamu výkonů, ve kterém by po dlouhých letech mělo dojít k úpravě hodnoty práce všech zdravotnických profesí, kde na to ale vztít?

9.8. - opět se sešla Koalice soukromých lékařů

17.8. - proběhl první jednací den segmentu praktických lékařů v rámci dohodovacího řízení o cenách na 1. pololetí 2006. V současné situaci ekonomického marasmu našeho zdravotnictví jsme se ve svém návrhu drželi hodně při zemi a navrhli jsme 1 Kč za bod a navýšení kapitace o 1 Kč. Bod za jednu Kč se nezdá nereálný, o navýšení kapitace však zástupci pojišťoven odmítli jednat. Naopak navrhli zastropování úhrad dle dohod s ministerským předsedou Paroubkem, tj. za strop pro segment by bylo považováno navýšení do cca 2,5%. Jak by to vypadalo v systému bonifikací si neumím dost dobře představit, nicméně jednání budou pokračovat.

Koalice soukromých lékařů

Také v tomto čísle časopisu Vás budeme informovat o činnosti Koalice soukromých lékařů. Zdá se, že je stále dost důvodů, aby bylo toto uskupení organizací zastupující soukromé lékaře ve střehu. Některé kroky našeho resortního ministerstva se jen stěží dají posuzovat z pohledu podpory soukromého podnikání ve zdravotnictví. Uvidíme, co pro činnost Koalice přinese podzimní narůstání ekonomické krize systému.

I. Výpis z jednání Koalice soukromých lékařů ze dne 28. 6. 2005

1. Informace o jednání s premiérem

K výsledkům jednání je třeba zaujmout oficiální stanovisko. Členové Koalice se dohodli, že tímto stanoviskem bude text tiskového prohlášení určeného médiím.

„Členové Koalice soukromých lékařů jednali na svém zasedání dne 28. 6. 2005

„Všeobecnou dohodu o opatřeních v systému poskytování zdravotní péče ze 3. 6. 2005“ a vzali její text na vědomí.

Koalice soukromých lékařů upozorňuje, že některé body dohody mohou mít různé výklady. Tato dohoda není systémovým řešením a umožňuje další přežívání deficitního systé-

mu českého zdravotnictví po dobu následujících několika měsíců.“

2. Seminář Koalice soukromých lékařů se senátorem MUDr. Tomášem Julínkem a občanským sdružením Reforma zdravotnictví - forum.cz



Účast na semináři i jeho obsah byly kladně hodnoceny. MUDr. Julínek a členové občanského sdružení Reforma zdravotnictví - forum.cz pokračují ve veřejné prezentaci návrhů změn v českém zdravotnictví, nejbližší akcí je Pražské sympozium 2005 na téma: „Evropské zdravotní systémy: potřeba zásadních změn“ pořádané ve dnech 30. 10. - 1. 11. 2005 v hotelu Pyramida (podrobné informace a registrace na adrese: <http://www.ihs Summit.healthreform.cz>).

3. Návrh České lékárnické komory: „degresivní marže“

Česká lékárnická komora navrhuje degresivní marži na dražší léky a žádá Koalici o podporu. Členové Koalice souhlasí s projednáním tohoto bodu na další schůzce Koalice za přítomnosti prezidenta České lékárnické komory PharmDr. Chudoby za předpokladu, že bude s návrhem ČLK předem písemně seznámena.

4. Reakce zaměstnaneckých ZP na výzvu,

aby se připojily k dohodě s VZP ČR

Na výzvu reagovaly tři zaměstnanecké zdravotní pojišťovny - Česká národní zdravotní pojišťovna, Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví a Vojenská zdravotní pojišťovna ČR. Pro dohody se zaměstnaneckými pojišťovnami bude použit text původní dohody s VZP ČR překlopený na jednotlivé ZP.

II. Výpis z jednání Koalice soukromých lékařů ze dne 9. 8. 2005

1. Zpráva o průběhu Dohodovacího řízení k cenám zdravotní péče na 1. pololetí 2006

Zástupci Koalice se navzájem informovali o stanovisku svých sdružení k výsledkům Dohodovacího řízení. Koalice považuje navýšení hodnoty práce lékaře v Seznamu výkonů s bodovými hodnotami za krok správným směrem, ale vyjadřuje obavy z dopadů tohoto kroku na existenci zdravotnických zařízení při dalším zpoždění plateb od zdravotních pojišťoven. Obává se, že půjde pouze o optickou změnu, která není v systému pokryta finančními prostředky.

2. Připomínky k návrhu zákona o zdravotnických zařízeních

Koalice soukromých lékařů se ztotožňuje se stanoviskem ČSK a bere jej za své.

Stanovisko České stomatologické komory k návrhu zákona o zdravotnických zařízeních a veřejných službách ve zdravotnictví a o změně některých zákonů

Představenstvo ČSK projednalo na svém zasedání ve dnech 17. - 19. 6. 2005 návrh výše uvedeného zákona, ke kterému má tyto zásadní výhrady:

1. ČSK nesouhlasí s rozsahem navrhovaného zákona. Je přesvědčena, že část zabývající se veřejnými službami ve zdravotnictví by neměla být součástí zákona pojednávajícího o registraci zdravotnických zařízení. Veřejné služby patří logicky spíše do zákona o veřejném zdravotním pojištění.

2. Samotná úprava registrace zdravotnických zařízení žádným způsobem nereflektovala nedostatky zákona č. 160/1992 Sb. Zřizování zdravotnických zařízení, resp. povolení

k poskytování zdravotní péče by mělo být upraveno analogicky jako jiné podnikání dle Živnostenského zákona. Výkon žádného jiné povolání není podmíněn dopředu vytvořením pracoviště, jakým je dle zákona č. 160/1992 Sb. i dle nově navrhované normy, zdravotnické zařízení.

Dle našeho názoru by jedinými podmínkami pro vydání příslušného oprávnění (registrace) měla být odborná způsobilost a popřípadě bezúhonnost a zdravotní způsobilost. Ostatní podmínky pro věcné, technické a personální vybavení by zákon stanovoval, nebyly by podmínkou pro registraci, avšak mohly by být následně kontrolovány.

Současný navrhovaný stav téměř znemožňuje získání půjček na výstavbu zdravotnických zařízení. Bez vytvoření zdravotnického zařízení nemá lékař registraci a nemůže tedy získat půjčku, kterou na zřízení tohoto zařízení potřebuje. Motá se tedy v bludném kruhu. Podobná situace je u právnických osob, které by, pokud by jejich výkonem činnosti bylo pouze poskytování zdravotní péče, nemohly vůbec vzniknout.

Tak závažná změna jakou je nová úprava registrace zdravotnických zařízení vyžaduje daleko intenzivnější komunikaci a spolupráci, především s těmi organizacemi, které zastupují soukromé lékaře a mají s aplikací stávajícího zákona důvěrné zkušenosti. Vzhledem k výše uvedeným připomínkám nepovažujeme navrhovanou formu zákona za vhodnou k předložení a schválení.

3. Škody na zdraví na technoparty CzechTek 2005

Koalice vyslovuje podiv nad „Stanoviskem ministryně zdravotnictví doc. MUDr. Milady Emmerové, CSc. k situaci kolem konání technoparty CzechTek 2005 o víkendu ve dnech

29. - 31. 7. 2005 v Plzeňském kraji, v Mlýnci na Tachovsku“, ze dne 3. 8. 2005. Postrádá zejména důsledné řešení uplatnění náhrad v tzv. regresním řízení, to znamená úhradu nákladů na léčení zraněných osob. Náklady by měl nést viník těchto zranění a nikoliv solidární systém veřejného zdravotního pojištění.

Stanovisko ministryně zdravotnictví doc. MUDr. Milady Emmerové, CSc. k situaci kolem konání technoparty CzechTek 2005 o víkendu ve dnech 29. - 31. 7. 2005 v Plzeňském kraji, v Mlýnci na Tachovsku

Dalekosáhlé dozvuky této akce, ale i její samotný princip, mě přiměly k tomu, abych v návaznosti na „informativní zprávu ředitele Krajské hygienické stanice Plzeňského kraje MUDr. Přemysla Tomašuka“ připojila i svoje názory a vyjádření.

Své připomínky uvádím v bodech, které mne v této souvislosti napadají, a to nejenom při letošní akci tohoto druhu. Proč se konání takovýchto akcí činí takřka ilegálně? Vedou k tomu nepříznivé zkušenosti z minulých let? Není pozdní ohlášení shromažďování neznámého počtu lidí na neznámém místě proti zájmům všech?

1. Podle všech indicií jde o naplňování skupinového zájmu v rozporu se zájmem veřejným.

2. V rozporu se zákonem a veřejným zájmem jde o ohrožování až ničení soukromého i veřejného majetku, zatěžování okolních obyvatel nadměrným hlukem po neznámou dobu, navozování nejistot až panických reakcí a ohrožování znečišťováním okolního životního prostředí odpadky a výkaly s vysokým rizikem šíření alimentárních infekcí. Nebezpečí před-



stavuje i komplikovaná dopravní situace, zejména na dálnici Plzeň - Tachov, která je velmi frekventovaná, hlavně o víkendech (uvádím vlastní zkušenost).

3. Na Tachovsku není zajištěna bez problémů zdravotní péče (mimo provoz je nemocnice v Plané, případná poranění nebo jiné zdravotní problémy jsou obligátně zajišťovány ve Fakultní nemocnici nebo Vojenské nemocnici v Plzni).

4. Ohrožování zdravotního stavu samotných účastníků představoval i chybějící dostupný zdroj pitné vody, což organizátoři tentokrát zajistili naprosto nedostatečně.

5. Naproti tomu na Plzeňsku se konají podobné akce řádně zorganizované, časově i místně jasně vymezené, hygienicky zabezpečené, s vyloučením výše zmíněných nebezpečí, aby se tak skupinový zájem mladých lidí dostal do souladu s většinovým zájmem veřej-

ným a se stávajícími zákonnými normami (např. dne 6. 8. 2005 se koná v Plasích Czech Rock Blok, což je akce podobná).

6. V případě uvedené řádné organizace přichází na řadu pomoc a spolupráce, nikoliv represe. Například by byly poskytnuty zdroje pitné a užitkové vody a chemické toalety, existovala by domluva na časovém vymezení akce, tj. jistoty, jak směřem ke skupině, tak i k většinové veřejnosti.

7. V civilizované společnosti je nutné, aby svoboda byla bezpodmínečně propojena s odpovědností. Pokud tomu tak není, plynou z podobných akcí logicky konflikty, které nepřispívají ke klidné společenské atmosféře. V daném případě na Tachovsku jde i o zpolitizování zásahu policie, což je bohužel takřka obligátní s blízcími se demokratickými parlamentními volbami. Tím je dosaženo diverzifikace veřejného mínění, navíc s pomocí některých médií (např. paní Veroni-

ka Sedláčková z ČT1) a získávání přízně či nepřízně voličů.

Pochopení a podpora v rámci CzechTek 2005 a jejich dozvuků ze strany některých politiků mi připadá takřka účelová a nekritická a jejich aktivity neprospívají nikomu a ničemu. Jakoby současně nevěděli, jakému veselí se mnoho mladých lidí na těchto párty oddává, a jaké potěšení nalézají v alkoholu a drogách, a jaké nebezpečí hrozí nám všem z jakési jejich svévole, kterou s oblibou někteří nazývají svobodou. Jde nejen o rizika a nebezpečí výše uvedená, ale i o navazující trestnou činnost, jejíž důsledky mohou postihnout rovněž kohokoli. Nečiní náhodou i tyto aktivity a nutně následné represe u většiny našich obyvatel onu „blbou náladu“?

Doc. MUDr. Milada Emmerová, CSc.
ministryně zdravotnictví

Pro Vox připravil:
MUDr. Pavel Neugebauer



Patří do zdravotnictví slovo „byznys“?



Třetí konference z cyklu Zdravotnictví: šest klíčů k reformě

Na třetí konferenci kontinuálního cyklu běžícího již od dubna tohoto roku diskutovali odborníci problematiku zdravotnických zařízení, jejich efektivního řízení, restrukturalizace a transformace i optimálního poskytování zdravotní péče. Konference se konala 23. června 2005 už tradičně v kongresovém sále hotelu Pyramida v Praze. Také tentokrát ji uspořádal Institut ekonomických studií (IES) při Fakultě sociálních věd Univerzity Karlovy (FSV UK) v Praze.

V dopolední části programu vystoupili čtyři přednášející s následujícími příspěvky:

1. MUDr. Karel Filip, CSc., MBA, CMC Graduate School of Business

Možnosti a meze zlepšení řízení ve státní zdravotnické organizaci

Motto: „Ministerstvo zdravotnictví neplní funkci zřizovatele“.

V úvodu definoval hlavní problémy řízení státních nemocnic. Ministerstvo zdravotnictví podle něj neplní funkci zřizovatele. Ředitel je za vše odpovědným fackovacím panákem bez podpory zřizovatele. Funkce dozorcí rady je často jen formální. „Jednotlivá oddělení mají silnou tendenci k autonomii, což je dáno jednotlivými

odbornostmi. Tato tendence se projevuje především v pavilonových nemocnicích,“ řekl Karel Filip. K dalším problémům řízení státních nemocnic patří vážnoucí komunikace mezi managementem a zaměstnanci v duchu hesla „my a oni“, nejednotná strategie, problematická motivace a individualismus versus týmová spolupráce.

„My, lékaři, jsme většinou silně individuality,“ připomněl jednu z potíží komunikace uvnitř zdravotnického zařízení.

Velkou pozornost Karel Filip věnoval příspěvkovým organizacím ve zdravotnických zařízeních.

Mezi právníky osobami v členských státech Evropské unie nemají analogický protějšek.

„Velkou nevýhodou je omezená právní subjektivita. Příspěvková organizace nevlastní majetek a není schopna ručit za své závazky,“ uvedl Karel Filip. Příspěvkové organizace dále podle zákona nesmějí přijímat půjčky a úvěry s výjimkou překlenovacího úvěru při zpoždění plateb od zdravotních pojišťoven. Státní příspěvkové organizace nelze slučovat, rozdělovat, zřizovat nové ani je jinak měnit, pokud to nestanoví zvláštní předpis.

Vztah příspěvkové organizace a zřizovatele je administrativně, ekonomicky a organizačně

komplikovaný a nepřehledný, bez stanovení konkrétní odpovědnosti za hospodaření. Při ziskové činnosti tyto organizace platí daň z příjmu, ale při ztrátě ji nemají možnost v dalších letech odečíst v daňovém přiznání.

Za problém příspěvkových organizací Karel Filip považuje platy, jejichž výše závisí zejména na počtu odpracovaných let a pracovní funkci, nikoliv na množství a kvalitě vykonané práce.

2. MUDr. Marek Potysz, Euromednet

Možnosti zvýšení efektivity a kvality služeb poskytovaných okresní nemocnicí po její transformaci na obchodní společnost

Motto: „Privatizace je přesun odpovědnosti za fungování nemocnic“.

„Problém zdravotnictví řeší celý svět, nejen Česká republika,“ předeslal svůj příspěvek Marek Potysz.

Za hlavní trendy zdravotních systémů ve světě označil decentralizaci, korporatizaci, privatizaci a odpovědnost za náklady. „Vnímejte privatizaci jako kultivační proces. Jde o přesun odpovědnosti za fungování nemocnic,“ vyzval Marek Potysz. Za cíle zdravotní politiky ideální vlády označil dobré zdravotní výsledky občanů, dosažené za nízkých nákladů. Systém financování zdravotnictví by měl pacienty chránit před



těžkou finanční zátěží v nemoci. Výsledky léčby a finanční zátěž by měly být v souladu.

Zdravotnictví podle Marka Potysze splňuje kritéria byznysu, neboť existují klienti (pacienti), plátcí (zdravotní pojišťovny), trh (množina současných a potencionálních klientů), regulace, vysoká etika podnikání a konkurenti (nemocnic je, jak známo, hodně). Proto by zdravotnictví mělo být řízeno podobně jako jiné obory. „Nemocnice v dnešních podmínkách jsou zastaralé.

Příspěvkové organizace jsou přežitek socialismu. Nemocnice je firma jako každá jiná,“ uvedl. Proto musí umět hospodařit, dosahovat kladného hospodářského výsledku, kontrolovat náklady, přezaměstnanost a tak dále. Rovněž musí mít dostatek kompetencí, exekutivních pravomocí a manažerských znalostí a zkušeností.

3. Baldur Johnsen, BSCS, MBA, Fakultní nemocnice Landsspítali, Island

Nemocnice jako poskytovatel služeb

Motto: „Velkou roli hraje informovanost občanů a jejich přístup k internetu“.

Ve svém příspěvku s názvem Nemocnice jako poskytovatel služeb se Baldur Johnsen zabýval především výhodami informačních technologií ve zdravotnictví. „Lidé mají díky informačním technologiím lepší přístup k informacím o svém zdravotním stavu a možnostech a způsobech léčby,“ řekl. Dále uvedl dva charakteristické rysy současného trhu péče o zdraví. Prvním je nedostatek informací a druhým morální riziko. Podle něj zákazníci (pacienti) dosud postrádají informace, které jsou nezbytné k tomu, aby si mohli kvalifikovaně vybrat zdravotnické služby. Morální riziko spočívá v tom, že za zdravotní služby obvykle platí třetí strana, což lékaře stimuluje k nadměrné nabídce lékařských služeb. Řešení této situace mohou podle Baldura Johnseny přinést informační technologie, především přístup k internetu co nejširší veřejnosti.

Internet nabízí velké množství informací o lékařských službách a možnostech výběru pro pacienty.

4. Ing. Petr Kymlička, Deloitte Czech Republic

Aktuální poznatky z restrukturalizace nemocnic v ČR a SR

Motto: „Nemocnice musejí mít strategický plán činnosti“.

„Ano, do zdravotnictví zcela jistě patří byznys, ale má určité limity u všech zúčastněných stran,“ odpověděl na otázku čtvrté konference z cyklu Zdravotnictví: šest klíčů k reformě Petr Kymlička.

„Máme zkušenosti především s fakultními nemocnicemi, například s FN Brno, FN Motol, FN s poliklinikou Bratislava a dalšími.

S ohledem na strukturu nákladů je možné považovat za jednu z nejkritičtějších oblastí řízení zdravotnického zařízení zajištění nákupu, ať již v oblasti léků, zdravotnického materiálu, potravin, zdravotní techniky a různých služeb. Moderní supply chain management může zdravotnickým zařízením pomoci k dosažení významných efektů. „Sledování léků a zdravotnického materiálu může ve velkých nemocnicích uspořit až několik milionů korun ročně,“ řekl Petr Kymlička. Obdobně jako v podnikatelské sféře je dnes již nepředstavitelné efektivní řízení zdravotnického zařízení bez podpory informačních systémů.

Jedním z typických opatření, která musí podle zástupce společnosti Deloitte realizovat úspěšné zdravotnické zařízení, je optimalizace procesů, z níž lze odvodit jak změny organizace a systému řízení, tak i řadu významných restrukturalizačních kroků směřujících ke zlepšení péče a zvýšení efektivnosti (například outsourcing). „Nemocnice musejí mít strategický plán činnosti, jehož konkrétní kroky směřují zejména dovnitř nemocnice. Je možné ovlivnit polovinu až dvě třetiny faktorů a na ně pak zaměřit pozornost,“ prohlásil. Zdravotnická zařízení podle jeho názoru musejí rovněž převzít principy moderního cost controllingu.

PANELOVÁ DISKUZE

Otázce, zda slovo byznys do zdravotnictví patří, nebo ne, se věnovali i účastníci odpovední panelové diskuse. Zúčastnili se jí:

- **Mgr. Tomáš Cikrt, Koalice pro zdraví;**
- **Ing. Jiří Hromadník, Cisco Systems Czech Republic;**
- **MUDr. Milan Kubek, Lékařský odborový klub - Svaz českých lékařů;**
- **Ing. Vratislav Matys, hlavní ekonom VZP ČR**
- **MUDr. Jiří Pekárek, Koalice soukromých lékařů.**

Panelová diskuse začala tentokrát bez obvyklých úvodních vystoupení panelistů. Otevřel ji Ondřej Schneider záměrně provokativním srovnáním.

Vzpomněl totiž svých zkušeností z působení pro ČEZ a uvedl, že mu oblast zdravotnictví připomíná problémy energetiky. Obě odvětví mají na jedné straně velký potenciál rozvoje, na straně druhé na nich leží stín přeregulovanosti a různých očekávání mnoha zájmových skupin, která nedovolují dostatečnou dynamiku.

Milan Kubek poté vyjádřil svůj názor, že ve zdravotnictví už byznys dávno je, a to byznys pro

kohokoli, jen ne pro lékaře. Čím více roste vzdálenost od hrany život versus smrt a od rozdělení lékař versus pacient, tím se na zdravotnictví živí všechny zúčastněné subjekty lépe a lépe. Nicméně do zdravotnictví nepatří jen slovo byznys, ale také slovo služba. Proto Milan Kubek nesouhlasil s Karlem Filipem, který vyjádřil svůj osobní názor, že by se ve zdravotnictví mělo privatizovat všechno, co jde. Milan Kubek si nemyslí, že to je recept na všechno.. Šel by raději cestou francouzského zdravotnictví, které prý při průzkumech názorů obyvatel vyšlo jako nejlepší v Evropě. Jeho základní síť tvoří veřejné non-profitní nemocnice a vedle nich existují i soukromá sanatoria. Ta údajně provádějí selekci pacientů i diagnóz a snaží se neposkytovat nelukrativní služby, proto musí být základní péče zajištěna veřejnou sítí.

Jiří Pekárek reagoval na Milana Kubka tím, že nechápe, proč by služba neměla být zároveň byznysem. „Byznys přece není jen to, když si jdu koupit rohlík, ale také když si nechám vyčistit šaty. Ledaže byste připojil slovo veřejná, a pak se blížíte koncepci paní ministryně, se kterou nemohu souhlasit a raději se přikloním k názoru, že má být všechno privátní,“ prohlásil. Připomněl také, že pochyby o tom, zda má či nemá být zdravotnictví bráno jako služba, nejsou jen domácí. Projednává se nová direktiva EU o liberalizaci služeb a velmi vážně se očekává, že pod vlivem zejména německých korporací, ale také bývalého britského ministra zdravotnictví, bude zdravotnictví jako služba z oblasti byznysu vyčleněno a řešeno zvláštní direktivou.

Ekonomický pohled do diskuse vnesli poté Vratislav Matys a Jiří Hromadník. Ten první jako reprezentant VZP prohlásil, že z jeho úhlu pohledu je zdravotnictví byznys v dobrém slova smyslu. Je to poskytování služby za úhradu. Mělo by být nějak organizováno a řízeno sofistikovaným způsobem, který vede k tomu, aby byla služba poskytována efektivně tomu, komu poskytnuta být má, a uhrzena tak, aby to odpovídalo nákladům.

Jiří Hromadník zase vyslovil názor, že s tím, jak populace stárne, má pracovní síla, tedy občan v ekonomicky produktivním věku, vyšší bonitu. Proto očekává, že si jej zdravotnický sektor bude vážit stejně jako například banky nebo cestovní kanceláře a tomu budou odpovídat i nabízené služby. Zdravotnictví se od jiných oborů v ekonomických zákonitostech neliší. Jde jen o to přijít na to, jak co neefektivněji využít omezených zdrojů.

*Pro Vox za použití tiskových materiálů pořadatele připravil:
MUDr. Pavel Neugebauer,
předseda SPLDD ČR*



Jak se využívají identifikační karty členů SPLDD ČR?

Pokud jste v minulých měsících navštívili některou z akcí, pořádanou SPLDD ČR nebo OSPDL ČLS JEP, jistě jste si všimli nového způsobu prezence účastníků.

Každý člen obdržel od sdružení identifikační kartu, na které je uvedeno jeho jméno a členské číslo, a kterou se může jednoduše prokázat na akcích sdružením pořádaných. Zadní strana karty obsahuje současně čárový kód, který organizátorům akce usnadní již zmiňovanou prezenci účastníků.

Jak to tedy v praxi probíhá?

Každý regionální zástupce sdružení obdržel čtečku čárových kódů, kterou jednoduchým způsobem připojí k notebooku a ihned může načítat kódy umístěné na zadní straně identifikačních karet členů. Do budoucna tak

účastníkům bude stačit prokázat se u prezentačního stolku svou identifikační kartou a nechat si čtecím zařízením načíst kód ze zadní strany karty.

A co to má pro vás za přínos?

Prvotním přínosem je určitě zjednodušení prezence, kdy odpadá nutnost zapisovat se na předem připravené soupisy účastníků, a tím i úspora času, který jste strávili vyhledáváním svého jména v dlouhých seznamech.

Dalším přínosem pro účastníky akreditovaných akcí bude do budoucna možnost kdykoliv si, po přihlášení na internetové stránky www.detskylekar.cz nebo www.zdravcentra.cz, zkontrolovat aktuální počet získaných kreditů za účast na odbor-

ných akcích.

V neposlední řadě tento systém umožňuje zpracování zajímavých statistických výstupů vypovídajících detailně o účastech na jednotlivých akcích, včetně například počtů účastníků z jednotlivých okresů.

Markéta Kůstková
Green Planet, a.s.



Novinky od IZIPu

IZIP roste

K 19.9.2005 využívalo systému IZIP 674 650 přihlášených uživatelů. Současně bylo již zaregistrováno 6 747 zdravotnických pracovníků, kteří jsou oprávněni zapisovat do Zdravotních knížek svých pacientů registrovaných v systému IZIP. Do systému k uvedenému datu začalo zasílat své záznamy již více než 20 nemocnic. Zdravotní knížky obsahují k dnešnímu dni již přes 1 917 984 zápisů.

Nová forma registrace

Společnost IZIP uvedla dne 22. 8. 2005 do provozu novou formu registrace klientů do systému IZIP. Nabízíme budoucím klientům další velmi komfortní, plně elektronickou a zcela bezpapírovou (paperless) formu registrace. Novinkou je nutnost použití tzv. zaručeného elektronického podpisu založeného na kvalifikovaném certifikátu, pomocí kterého je přihláška do systému IZIP podepsána. Certifikáty, které upravuje zákon o elektronickém podpisu, vydávají společnosti První certifikační autorita, a.s. (I.CA), tedy i ČSOB a od září také Česká pošta.

Seznam softwarů podporujících zapisování do IZIP

V současné době umožňují zápis do systému IZIP následující zdravotnické systémy - viz. tabulka.

IZIP a internet - Mobilní MD Screen

Název software	Výrobce software	Kontaktní telefon
3L	B&G software, s.r.o.	602 467 671
Ais-Windows	CTMOS s.r.o.	548 532 513
Amicus	Dialog Mis s.r.o.	467 003 445
DgMed	Poliklinika Tachov	374 718 282
Dr.Fox	Avicenna Software s.r.o.	568 808 342
Dr.Help	KPK Software	545 221 845
J. H. Ambulance	Ing. Jaroslav Tomšů	602 483 413
Medical	Vital Soft s.r.o.	476 206 959
Medicus	Medisoft Int., spol. s r.o.	800 157 952
Ordinace PUSSA	PUSSA software	567 320 386
PC Doktor	Dialog Mis s.r.o.	233 338 004 233 337 976
Praktik	Praktik SW, spol. s r.o.	582 365 583
TurboAsistent	Tenel CZ s.r.o.	233 358 542
WinMed	DATA-PLAN BOHEMIA s.r.o.	388 310 863

Jde o tzv. mobilní internet, umožňující přenos informací pomocí technologie GPRS nebo EDGE, tam kde jsou dostupné. Podmínkou pro provoz zdarma je instalace spořiče obrazovky MD Screen na počítač lékaře v ordinaci, který ponese informační sdělení i komerčního rázu. Celková doba zobrazení reklamy musí být alespoň osm hodin měsíčně v rámci pracovní doby. Aktivace a instalace aplikace MD Screen činí 990 Kč, cena za dotovanou Edge combo kartu do notebooku je 990 Kč, cena za externí modem ke stolnímu počítači bude zveřejněna. Potřebné vybavení lékaře se stolním PC: OS Windows 2000, XP, CD mechanika, USB port, min 128 MB RAM, 200

MB volného diskového prostoru, dostupnost služby GPRS nebo EDGE. Potřebné vybavení lékaře s přenosným počítačem: OS Windows 98SE, 2000, XP, CD mechanika, USB port, min 128 MB RAM, 200 MB volného diskového prostoru, dostupnost služby GPRS nebo EDGE, PCMCIA slot (u starších notebooků s OS Windows 98SE nemusí PCMCIA karta fungovat správně).

MUDr. Pavel Neugebauer,
předseda SPLDD ČR
Lilly Ahoú Kolesová,
IZIP, s.r.o.



Krise v úhradách

Letošní Sněm našeho Sdružení se vážně zabýval narůstající krizí ve financování ve smyslu neúnosného prodlužování termínů splatnosti našich faktur za vykonanou a tedy poskytnutou zdravotní péči dětem v ČR. Narůstající obavy byly obsahem upozorňujícího dopisu adresovanému našemu smluvnímu partnerovi - VZP. Že něco není v pořádku v systému snad dokládá i vzniklá korespondence. Považuji jí za velmi závažnou a vážně narušující víru ve spravedlnost systému. Ne všichni máte veškeré informace k dispozici, proto Vám sled událostí předkládáme na našich stránkách. Bez naší jasné a pokud možno dostatečně imperativní reakce se pozitivních změn nejspíše nedočkáme.

■ Kapitola první - Usnesení Sněmu SPLDD ČR

Sněm podporuje Výkonný výbor v aktivitách při probíhajících jednáních o řešení situace ve zdravotnictví s představiteli vlády a ČLK. Sněm navrhuje řešit krizi ve financování našich praxí pomocí následujících kroků:

Členové SPLDD odešlou zdravotním pojišťovněm dopis upozorňující na závažné porušování smluvního vztahu nedodržáním lhůt splatnosti.

Termín plnění : červen 2005

■ Kapitola druhá - dopis adresovaný pobočkám VZP

Vážený pane řediteli,
oznamuji Vám, jako svému smluvnímu partnerovi, že z Vaší strany dochází opakovaně k porušování smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče.

Mezi mým zdravotnickým zařízením a Vaší pojišťovnou byla uzavřena Smlouva o poskytování a úhradě zdravotní péče, jejíž text vychází z vyhlášky č.457/2000 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy.

Vaše pojišťovna tuto smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče opakovaně porušuje. Zejména mám na mysli článek III., odstavec 3 smlouvy, který ukládá pojišťovně povinnost uhradit zdravotnickému zařízení provedenou zdravotní péči a článek IV.odstavec 7 smlouvy, který pojišťovnu zavazuje provést úhradu do 20 kalendářních dnů ode dne doručení faktury pojišťovně.

Upozorňuji Vás na skutečnost, že dlouhodobě porušování výše uvedených ustanovení smlouvy a neustálé prodlužování termínů úhrady způsobuje mému zdravotnickému zařízení výrazné ekonomické problémy a ohrožuje provoz mého nestátního zdravotnického zařízení, což ve svém důsledku může vést ke zhoršení dostupnosti zdravotní péče pro Vaše pojištěnce.

Upozorňuji Vás dále na skutečnost, že zřej-

mě budu nucen využít Článek VII. Smlouvy a nárokovat vůči Vám úroky z prodlení, jakož i škody vzniklé v důsledku porušování smlouvy.

V úvahu by přicházelo také využití ustanovení článku IX., odst.1, písm.b), které výslovně uvádí, že opakované nedodržování lhůt splatnosti ze strany pojišťovny je důvodem k vypovězení smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče.

Tímto dopisem Vás písemně upozorňuji na nedodržování lhůt splatnosti dohodnutých ve smlouvě, konkrétně nedodržení lhůt při realizaci úhrad za měsíce: leden, únor, březen 2005.

Žádám Vás tímto o vyjádření

- jakým způsobem hodláte dlouhotrvající nedodržování smlouvy řešit a kdy zjednáte nápravu?

- jakým způsobem budete mne, jako provozovatele informovat o aktuální situaci?

- jakým způsobem budete informovat své pojištěnce o vzniklé situaci, tj. že platí za jejich péči opožděně?

■ Kapitola třetí - reakce VZP

Citace z odpovědi:

...Co se týká Vaší připomínky možnosti ukončení smluvního vztahu výpovědí z Vaší strany, nechci o účelnosti takového kroku polemizovat, i když se domnívám, že radikální realizace takového doporučení by mohla mít i pozitivní dopad na redukcí stávající přeplněné sítě smluvních zdravotnických zařízení...

komentář: kdopak asi způsobil přeplněnost sítě, smlouvu uzavírá ZP na základě výběrového řízení, jehož výsledek není pro ZP závazný!!!

...Přestože naše pojišťovna má na smluvním vztahu s Vaším zdravotnickým zařízením nadále zájem, budeme nuceni Vaše rozhodnutí respektovat a zajistit v takovém případě včas odpovídající péči našim klientům například

na základě výběrového řízení...a osobního informování našich pojištěnců...

komentář: najednou je tu ochota pojištěnce informovat, i když by taková informace mohla být zajímavá - oznamujeme Vám, že byla ukončena smlouva s Vaším registrujícím lékařem, protože jsme mu neplatili podle toho, k čemu jsme se smluvně zavázali, budeme pro Vás tedy hledat lékaře, kterému to nevadí

...Vám mohu za současné situace nabídnout okamžitou změnu našeho smluvního ujednání, spočívající v prodloužení sjednaných lhůt splatnosti...

komentář: vida, a najednou je po problému, jenže ono není, i nadále bude vznikat deficit, takže jaké je toto řešení?

...Aktuální informace o platební situaci k Vašemu zdravotnickému zařízení jsou Vám k dispozici denně...telefon...

poznámka: vrchol arogance, proč bych já Vám říkal, co dělám se svým dluhem, když to budete chtít vědět, na své náklady si zavolejte...

■ Kapitola čtvrtá - dopis ředitele ÚPVZP

Vážená paní ředitelko,
Sněm SPLDD konaný ve dnech 27.-29.5.2005 řešil jako jedno z hlavních témat problematiku úhrad zdravotní péče v návaznosti na aktuální dění ve zdravotnictví v ČR. Asi nemusím popisovat ekonomický stav ordinací praktických dětských lékařů, ostatně údaje má Vaše pojišťovna k dispozici. V návaznosti na ně ale vyvstává problém ekonomicky zvládnout situaci současného trendu vývoje platební schopnosti Vaší pojišťovny, zejména pak v návaznosti na možné další zhoršování stavu. Mnoho našich lékařů je si vědomo, že prodlužování termínů splatnosti nad hranici více jak měsíčního zpoždění úhrady, je pro ně už na hranici ekonomické likvidace. Pokud vypadne z rozpočtu jedna



platba, dá se na tuto skutečnost ještě reagovat, pokud by však šlo již o dvě, mohlo by to mít velmi negativní ekonomické dopady. Uvedené důvody vedly v diskusi k závěrům podniknout takové kroky, aby výše popsaná situace nenastala. Výsledkem byl pak koncept dopisu, který naše Sdružení doporučilo zaslat jednotlivým pobočkám.

Reakce ze strany Vaší pojišťovny mne, bohužel, utvrzuje v dojmu, že současný systém našeho zdravotnictví je velmi nemocný. Jsem velmi znepokojen situací, kdy místo smířlivého tónu a pokusu o řešení nedobrého vývoje dostávají naši lékaři odpověď hraničící s vyhrožováním. Připadá mi zvláštní a velmi nestandardní, pokud dlužník místo hledání způsobu, jak řešit svůj dluh odpoví dlužníkoví slovy: „...byli bychom nuceni Vaše rozhodnutí akceptovat a zajistit zdravotní péči pojištěncům VZP s jiným smluvním partnerem. Je možné, že by tohoto Vašeho rozhodnutí bylo využito i v souvislosti s redukcí stávající naplněné sítě smluvních zdravotnických zařízení.“ Tolik citace z odpovědi.

Neumím si představit, jak by reagoval například náš zaměstnanec, pokud bych podobnou formulku použil při zdůvodnění opoždění jeho výplaty, nebo třeba leasingová společnost, které bych oznámil, že jí z důvodu jejího tlaku na dodržení termínu splátek mohu vypovědět smlouvu. Asi uznáte absurditu tohoto postupu.

Určitě neobstojí ani další argumenty z reakce poboček VZP. Odvolávat se na situaci kolem projednávání Vyhlášky o Rámcových smlouvách, odkazovat se na běžnost situace opožďování plateb v zemích EU a doporučovat změnu smlouvy s prodloužením termínu splatnosti určitě není odpovědí, jak bude Vaše pojišťovna současnou situaci řešit. Nebo z toho má vyplynout závěr, že Vaše pojišťovna situaci neumí či nechce řešit? Také bych nyní uměl použít argumenty typu - není v současnosti nastavena smluvní povinnost a není už řadu let, přesto Vaše pojišťovna nasmlouvá kapacity, i když ví, že na to nebude mít dostatek financí. Podivná je i reakce na druhou položenou otázku - „...Aktuální informace o platební situaci k Vašemu zdravotnickému zařízení jsou Vám k dispozici denně v úředních hodinách...“ Přeložím-li si to, znamená to, „co bych já tě informoval, pokud to chceš vědět, zavolej si“. Jako by to nebyl problém dlužníka, ale toho, kdo se domáhá svého dluhu.

Odpověď na třetí otázku jsem z zaslaných odpovědí ze strany Vašich poboček nenalezl.

S velkými obavami sleduji současný vývoj vznikajícího smluvního napětí mezi Vaší pojišťovnou a lékaři poskytujícími léčebně preventivní péči dětem v ČR. Myslím, že tón rozesílané odpovědi Vašich poboček není na místě a již nyní vede k rostoucímu tlaku na medializaci tohoto postupu, na medializaci způsobu, jak umí řešit složitou situaci největší plátce zdravotní péče v ČR. Určitě by to jen nahrálo těm, kteří uvažují o zániku zdravotního pojištění a předání otěží plateb za zdravotní péči do rukou úředníků. Osobně jsem proti takovému rozhodnutí, nicméně nemohu nerespektovat názory naší členské základny. Myslím, že i počet zaslaných dopisů ze strany našich lékařů svědčí o narůstající snaze jakkoliv řešit problém ekonomické destabilizace jejich ordinací.

Věřím, že je ještě čas přehodnotit způsob vzájemné komunikace mezi praktickými dětskými lékaři a Vaší pojišťovnou, věřím, že existují racionálnější roviny této komunikace a věřím, že nešlo pouze o vyjádření nerovnosti smluvního postavení obou subjektů v systému, jednoho, co má v rukách peníze a tedy i moc a druhého, který má povinnost pracovat a útrpně čekat, zda a kdy dostane za svou práci zapláceno.

V úctě

MUDr. Pavel Neugebauer
Předseda SPLDD ČR

■ Kapitola pátá - odpověď na dopis předsedy SPLDD ČR

Vážený pane předsedo, na začátku mé odpovědi se omlouvám, že na Vaš dopis odpovídám já, a to z toho důvodu, že paní ředitelka je nyní na dovolené. Předpokládám, že paní ředitelka se s Vámi spojí, jakmile se z dovolené vrátí. Velice by mne mrzelo, pokud by byla jakýmkoliv způsobem narušena podle mého názoru vcelku dobrá komunikace mezi VZP ČR a praktickými lékaři pro děti a dorost. VZP ČR si je vědoma toho, že prodloužování úhrad zdravotní péče nad lhůtu danou uzavřenými smlouvami je pro poskytovatele zdravotní péče nepřijemné, způsobuje to potíže v hospodářské situaci jednotlivých zařízení a může to být příčinou i přímých hospodářských ztrát. Pojišťovna si neudržitelnost této situace uvědomuje a usiluje o to, aby ji změnila - viz např. snaha o postoupení pohledávek za dlužníky VZP ČR České konsolidační agentuře, zvýšení pojistného za státní pojištěnce,

spravedlivější přerozdělení pojistného apod. Musím se však přiznat, že mne poněkud překvapil dopis zasílaný Vaším Sdružením jednotlivým územním pracovištím VZP ČR. Pokud by zpoždování s úhradami bylo způsobeno liknavostí našich územních pracovišť, pak bych jej chápal. Vy však přece dobře víte, že situace je jiná, že VZP ČR prodlužuje lhůty úhrady proto, že růst nákladů na zdravotní péči přesahuje možnosti dané příjmy z pojistného. S tím bohužel žádné naše územní pracoviště nic neudělá. Situaci pravidelně zhoršuje MZ svým postupem (viz vyhl. 50/2005 Sb., nevydání vyhlášky na 2. pololetí 2005, Léková vyhláška atd.). VZP ČR těmto krokům pravidelně oponuje a snaží se jim zabránit nebo alespoň zpomalit jejich neblahé finanční důsledky. Bohužel ne vždy se to daří a musím se přiznat, že jen velmi zřídka jsou snahy VZP ČR podpořeny některými ze zástupců poskytovatelů, kteří jsou postupem MZ ČR nepřímo poškozováni. Možná by bylo lépe před odesláním dopisu spojit se s vedením VZP ČR a celou situaci projednat. Co se týče finanční pozice VZP ČR, nemohu Vám bohužel dát příznivou zprávu. Poté, co byla vydána léková vyhláška MZ a nebude vydána úhradová vyhláška MZ na 2. pololetí, což znamená, že bude prolongována vyhláška č. 50 /2005 Sb., se finanční pozice VZP ČR dále zhorší (jak ostatně VZP ČR varovala na konci roku 2004, a v průběhu 1. poloviny roku 2005). Navíc, předsunutá platba pojistného, které hradí za své pojištěnce stát, bude státním rozpočtem inkasována zpět na konci července a srpna. To zhorší finanční pozici VZP ČR jednorázově o cca 2,4 mld. Kč, tj. cca o dalších 10 dnů (proti současnému stavu) prodlouží lhůtu úhrady. Vážený pane předsedo, ještě jednou se omlouvám, že odpovídám prozatím svým jménem, budu paní ředitelku informovat a jsem si jist, že paní ředitelka nabídne osobní projednání celé záležitosti.

S pozdravem
Vratislav Matys

■ Kapitola šestá - jednání s ředitelkou ÚP VZP

Z rozhodnutí Výboru Sdružení byla paní ředitelka Ing. Jiřina Musílková pozvána na jednání Předsednictva Sdružení v polovině září tohoto roku.

■ Kapitola sedmá - prohlášení Předsednictva SPLDD ČR



Prohlášení SPLDD ČR k situaci ve zdravotnictví z pohledu praktických dětských lékařů:

V posledních týdnech se na nás obracují lékaři z celé republiky se žádostí o pomoc. Lhůty úhrad VZP za řádně provedenou zdravotní péči se neúměrně zpožďují o několik měsíců. Způsobují tak potíže v hospodářské situaci jednotlivých zdravotnických zařízení poskytujících primární léčebně preventivní péči o děti, včetně státem předepsaných očkování.

Ve většině ZZ praktických dětských lékařů dochází již k přímým hospodářským ztrátám, zadluženosti a neřešitelným existenčním problémům. Z důvodů druhotné platební neschopnosti nejsou tato zařízení schopna pokrýt zvyšující se nárůst provozních nákladů a zvažují tak i omezení rozsahu činnosti, zavedení zálohových přímých plateb od pacientů, nebo dokonce zavření ordinací a ukončení své činnosti. V důsledku dlouhodobého pod-

hodnocení cen zdravotnických výkonů nebyla dána lékařům primární péče možnost vytvořit si dostatečné finanční rezervy pro provoz svých ordinací. Pokud se urychleně nezlepší platební situace, zejména ze strany VZP, dojde k výraznému zhoršení dostupnosti, či zániku primární zdravotní péče o dětskou populaci.

MZČR a vláda nese veškerou zodpovědnost za stávající situaci, která vznikla dlouhodobou neschopností ekonomicky analyzovat a legislativně řešit systém zdravotního pojištění s důrazem na význam primární péče.

Odmítáme snahu hledat viníky ve stávajícím systému zdravotního pojištění, protože v minulosti právě neuváženě provedené zásahy státu do tohoto systému způsobily jeho finanční nerovnováhu a narůstající ekonomickou nestabilitu zdravotních pojišťoven.

Nevidíme proto řešení v populistickém odvolávání ředitelky VZP či uvalování nucené zprávy na tuto pojišťovnu. Jsme rozhodnutí o krizové situaci v primární péči o dítě osobně informovat předsedu vlády, a současně informovat krajská zastupitelstva příslušných krajských úřadů, u kterých jsme registrováni, aby se naši kritickou situací vážně zabývali a projednali možná řešení dříve než přistoupíme k protestním akcím.

V Kutné Hoře dne 16.9.2005

Za SPLDD ČR:

MUDr. Pavel Neugebauer, předseda

Pro Vox připravil:

MUDr. Pavel Neugebauer,
předseda SPLDD ČR

Musí lékař žádat Ministerstvo zdravotnictví ČR o vydání osvědčení o specializované způsobilosti?

V poslední době se lékaři často dotazují, zda i když podle zákona č. 95/2004 Sb. automaticky splňují podmínky pro specializovanou způsobilost příslušné odbornosti, musí žádat Ministerstvo zdravotnictví ČR o vydání osvědčení o tom, že získali specializovanou způsobilost.

Jak již bylo několikrát konstatováno, lékaři, kteří podle předchozích právních předpisů získali specializaci 2. stupně v základním oboru a lékaři, kteří podle předchozích právních předpisů získali specializaci v nástavbovém oboru, s výjimkou oboru audiologie nebo foniatrie, získávají automaticky specializovanou způsobilost v příslušném oboru podle zákona č. 95/2004 Sb. Tuto skutečnost nesporně stačí prokázat dokladem o absolvování příslušné atestace, aniž by bylo nutno žádat o osvědčení Ministerstvo zdravotnictví ČR.

Rovněž lékaři, kteří získali osvědčení České lékařské komory k výkonu soukromé lékařské praxe a nejméně pět z posledních šesti let nepřetržitě vykonávali zdravotnické povolání lékaře získávají specializovanou způsobilost podle zákona č. 95/2004 Sb. Pokud osvědčení ČLK k výkonu soukromé lékařské praxe získali před 19.4.2004, není sporu o tom, že toto osvědčení zůstává nový-

mi zákony nedotčeno a jsou bez jakéhokoli osvědčení z Ministerstva zdravotnictví ČR oprávněni vykonávat soukromou lékařskou praxi. O tom, zda stejnou účinnost má i osvědčení ČLK vydané pod 19.4.2004 je veden spor, o kterém jsme již informovali.

Soukromému lékaři, který získal osvědčení ČLK k výkonu soukromé lékařské praxe před 19.4.2004, tedy rozhodně postačí toto osvědčení k registraci nestátního zdravotnického zařízení a nepotřebuje osvědčení Ministerstva zdravotnictví ČR.

Pokud jde o lékaře - zaměstnance, zaměstnavateli by rozhodně mělo stačit, pokud doloží lékař, že složil atestaci 1. stupně v základním oboru podle předchozích právních předpisů, má osvědčení ČLK k výkonu soukromé lékařské praxe a pět z posledních šesti let nepřetržitě vykonával zdravotnické povolání lékaře. Problémem je, že zdravotní pojišťovny k tomu, aby příslušnému zdravotnickému zařízení, které je zaměstnavatelem lékaře proplácely výkony těchto lékařů jako výkony plně kvalifikovaných nositelů výkonů, požadují od zaměstnavatelů lékařů - zdravotnických zařízení osvědčení Ministerstva zdravotnictví ČR o tom, že tito nositelé výkonů splňují podmínky specializované způsobilosti. Pokud o to tedy v těchto případech zaměstnavatel svého zaměstnance požádá,

aby mohl doložit zdravotním pojišťovnám, že jeho nositel výkonů má skutečně specializovanou způsobilost, bude patrně vhodné zaměstnavateli vyhovět a o osvědčení o specializované způsobilosti Ministerstvo zdravotnictví požádat. K tomu je třeba doložit jednak doklad o absolvování atestace 1. stupně v základním oboru, podle předchozích právních předpisů, jednak osvědčení České lékařské komory k výkonu soukromé lékařské praxe a dále doklady o tom, že nejméně pět z posledních šesti let vykonával příslušný lékař zdravotnické povolání lékaře. Ministerstvo zdravotnictví ČR by posléze na základě těchto dokladů mělo bez problémů osvědčit specializovanou způsobilost takového lékaře.

Pokud by se tak nestalo, je třeba požadovat, aby ministerstvo vydalo jakékoli rozhodnutí, proti kterému je posléze možno podat rozklad. Ministerstvo zdravotnictví ČR je povinno o žádosti o vydání osvědčení o specializované způsobilosti rozhodnout, ať již kladně či záporně a proti případnému zápornému rozhodnutí lze podat opravný prostředek - rozklad, popřípadě i žalobu u soudu.

JUDr. Jan Mach
ředitel právního oddělení ČLK



Zpráva z pravidelné roční konference CESP Lublaň 28.-30. dubna 2005

Pravidelné roční konference Confederation Européenne des Spécialistes en Pédiatrie jsem se zúčastnil jako předseda zahraniční komise SPLDD. Setkání se konalo ve dnech 28.-30. dubna 2005 v Lublani. Probíhalo v příjemné atmosféře Grand Hotelu Union. Setkání se zúčastnili zástupci zemí EU včetně zástupců nových členských států. Jednacím jazykem byla angličtina, ale téměř všichni delegáti přecházeli plynule do francouzštiny nebo němčiny.

V úvodu meetingu vystoupil prezident CESP (Confederation Européenne des Spécialistes en Pédiatrie) prof. Hoyer. Přivítal účastníky a seznámil je s plánovaným programem setkání. Postupně probíhal plánovaný program: schválení agendy, schválení memoranda předchozího setkání v Bruselu, zpráva generálního tajemníka prof. Jose Rameta, zpráva pokladníka, volba generálního tajemníka (opět zvolen prof. Jose Ramet na další 2 roky). Probíral se další vývoj Evropské Pediatrické Akademie (European Academy of Pediatrics), vytvoření webové stránky EAP/CESP. Poté probíhala jednání jednotlivých pracovních skupin: etické (předseda Dr. D.Gill), vak-

cinační (předsedkyně prof. C. Weil), prevence úrazů (předseda Dr. Art Nicholson), lékové (předseda prof. Jose Ramet), CME/CPD (předseda prof. A. Tenore), dorostového lékařství (předseda Dr. E. Jager-Roman). Zúčastnil jsem se jednání pracovní skupiny pro očkování, kde probíhala diskuse na téma jednotných zdravotních průkazů, unifikace vakcinačního schématu v rámci EU, jednotlivých nepovinných očkovaní a k textu „IMMUNIZATION AS A RIGHT OF EU CHILDREN“. Byli jsme vyzváni, abychom se ve svých organizacích k tomuto textu vyjádřili, neboť by měl reprezentovat jednotlivé stanovisko k očkování v celé Evropské unii.

Další den probíhal v rámci setkání CESP meeting EBP (European Board of Pediatrics). Předseda prof. P. Milla referoval o agendě, dalších směrech postgraduálního vzdělávání, terciárních výukových centrech, primární péči se věnoval Dr. S. del Torso, sekundární péči prof. C. Weil, terciární péči Dr. M. Zach. Další diskuse byla věnována prověřování znalostí v rámci postgraduálního vzdělávání pediatriů, unifikaci tohoto procesu v rámci EU, aktualizaci již existujících výukových programů.

V závěru setkání proběhl společenský večer, který moderoval Dr. Ivan Vidmar, slovin-ský zástupce. Právě během této společenské akce proběhly asi nejcennější výměny informací, navázali jsme osobní vztahy... Největším praktickým přínosem tohoto setkání bylo, že SPLDD byla vyzvána, aby se její zástupce zúčastnil práce v předsednictvu CESP a ve finanční komisi. Právě tam by bylo možné ovlivňovat různé rozhodovací procesy, zejména další vývoj systému primární péče v Evropě a prosazovat náš existující model praktického lékaře pro děti a dorost.

V dalších vydáních VOX PEDIATRIAE se budeme postupně podrobně zabývat jednotlivými body jednání CESP a zejména jednání pracovních skupin.

MUDr. Karel Holub

Vedoucí zahraniční komise SPLDD ČR

Děkujeme všem cizojazyčně hovořícím kolegům, kteří se přihlásili na výzvu ke spolupráci se zahraniční komisí.

Daňové dopady okamžiku ukončení provozu privátní lékařské praxe

V následujícím příspěvku si dovoluji reagovat na dotaz, se kterým se velmi často setkávám při zpracování ocenění privátních lékařských praxí za účelem jejich prodeje a který zní: kdy je pro mě nejvýhodnější provoz praxe ukončit a ordinaci prodat? A proč?

Odpověď je jednoduchá, zdůvodnění již poněkud složitější. Finančně nejméně vhodným okamžikem prodeje je neoddiskutovatelně datum 31.12. Nejvhodnějším okamžikem prodeje se pak teoreticky jeví datum 1.1. Proč tomu tak je a za jakých podmínek, se pokusím demonstrovat na jednotlivých případech.

1. Předpokládáme, že se jedná o prodej ordinace jejíž roční příjmy za poskytované zdravotnické služby dosahují částky 1 300 000 Kč. Roční daňové výdaje předpokládáme v konečné částce 800 000 Kč a jsou v ní zahrnuty i tzv. započtené výdaje (odpisy hmotného majetku, časové rozlišení první leasingové splátky osobního automobilu apod.) Dále předpokládáme, že praxi prodá-

vá lékař, který je poživatel starobního důchodu a nemůže tedy uplatnit základní nezdanitelnou částku 38 040 Kč. Pro zjednodušení konečně předpokládáme, že nejsou uplatňovány žádné další odpočitatelné položky od základu daně (dary, životní pojištění...)

Při akceptování takto definovaných podmínek, bude daň a odvody na sociálním a zdravotním pojištění následující:

Daň z příjmů fyzických osob za zdaňovací období kalendářního roku 2005

Zdanitelné příjmy: **1 300 000 Kč**

Daňově uznatelné výdaje: **800 000 Kč**

Základ daně z příjmů: **500 000 Kč**

Daň z příjmů fyzických osob: **120 436 Kč**

Platby pojistného a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti na rok 2005

Vyměřovací základ se odvíjí od § 5a odst.1 zákona č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, dle kterého je vyměřovacím základem OSVČ pro pojistné na důchodové pojištění a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti je částka 45% příjmu ze samostatné výdělečné činnosti v roce 2005 a od roku 2006, 50% příjmu ze samostatné výdělečné činnosti a to po odpočtu výdajů vynaložených na jeho dosažení, zajištění a udržení.



Vyměřovací základ je tedy roven 45% z 500 000 Kč: **225 000 Kč**
 Odvod pojistného (225 000 Kč x 0,296): **66 600 Kč**

Platby zdravotního pojištění za rok 2005

Vyměřovací základ se odvíjí od § 3a odst. 1 zákona č. 592/1992Sb., o pojistném na všeobecném zdravotním pojištění, dle kterého je vyměřovacím základem OSVČ je 45% příjmu z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti v roce 2005 a od roku 2006 50% příjmu z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti po odpočtu výdajů vynaložených na jeho dosažení, zajištění a udržení.

Vyměřovací základ je tedy roven 45% z 500 000 Kč: **225 000 Kč**
 Odvod pojistného (225 000 x 0,135): **30 375 Kč**

Můžeme důvodně předpokládat, že při běžném provozu ordinace budou částky sociálního a zdravotního pojištění obsaženy bez zbytku v průběžných výdajích ve výši 800 000 Kč. Konečný příjem z této konkrétní ordinace bude tedy činit cca 380 000 Kč (Příjem 1 300 000 Kč minus 800 000 Kč výdaje minus 120 000 Kč daň z příjmů).

2. V dalším kroku budeme předpokládat, že provozovatel se rozhodl praxi prodat a to k 31.12.2005. Dohodnutá cena za prodej činí 800 000 Kč a bude uhrazena v den podpisu kupní smlouvy (tedy nejpozději 31.12.2005). Provozovatel praxe eviduje pohledávky za zdravotními pojišťovnami ve výši 250 000 Kč a zároveň vykazuje závazky ve výši 100 000 Kč (nevypáčená mzda zdravotní sestry za prosinec 2005, neuhrazené faktury za služby, nájem...).

Jak se všechny tyto změny promítnou do platby daně z příjmů, odvodů na sociálním a zdravotním pojištění a jaký bude konečný efekt z prodeje praxe a ukončení činnosti?

Především, úpravu základu daně při ukončení činnosti řeší § 23 odst.8 písm.b, bod 2 zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, dle kterého rozdíl mezi příjmy a výdaji z něhož se vychází pro zjištění základu daně za zdaňovací období (část zdaňovacího období) předcházející dni ukončení podnikatelské nebo jiné samostatné výdělečné činnosti se upraví u poplatníků (fyzických osob), pokud vedou daňovou evidenci, o výši pohledávek

a závazků, o cenu nespotřebovaných zásob a o zůstatky vytvořených rezerv.

Daň z příjmů fyzických osob za zdaňovací období kalendářního roku 2005.

Zdanitelné příjmy za poskytnuté zdrav. služby: **1 300 000 Kč**

Zdanitelné příjmy z prodeje ordinace: **800 000 Kč**

Zdanitelné příjmy celkem: **2 100 000 Kč**

Daňově uznatelné výdaje: **800 000 Kč**

Základ daně: **1 300 000 Kč**

Úprava základu daně

Pohledávky za zdravotními pojišťovnami: **+ 250 000 Kč**

Závazky z podnikatelské činnosti:

-100 000 Kč

Upravený základ daně z příjmů:

1 450 000 Kč

Daň z příjmů fyzických osob: **424 436 Kč**

Tuto celkovou daň z příjmů můžeme rozdělit na jednotlivé dílčí části.

a) daň vyplývající z běžné činnosti (daň ze základu 500 000 Kč): **120 436 Kč**

b) daň vyplývající z ukončené činnosti (daň z dopočtu pohledávek 250 000 Kč a závazků 100 000 Kč, tedy daň ve výši 32% z částky 150 000 Kč): **48 000 Kč**

c) daň vyplývající z prodeje podniku (daň ve výši 323% z 800 000 Kč): **256 000 Kč**

Celkem: 424 436 Kč

Platby pojistného a příspěvek na státní požitku zaměstnanosti na rok 2005

Dle již citovaného § 5a odst 1 zákona č. 589/1992 Sb., se do vyměřovacího základu pro platby pojistného na důchodovém pojištění nerealizují pohledávky a závazky. Jedná se tedy o jinou konstrukci základu (vyměřovacího) než základu (daňového) pro výpočet daně z příjmů.

Vypočtený vyměřovací základ je tedy roven 45% z 1 300 000 Kč: **585 000 Kč**

Maximální vyměřovací základ je však pouze: **486 000 Kč**

Odvod pojistného (486 000 x 0,296):

143 856 Kč

Tak jako u daně z příjmů můžeme platby sociálního pojištění rozdělit na část týkající

se běžné činnosti, která je dle dřívějšího vyčíslení rovna 66 600 Kč a zbytek do 143 856 Kč, který se vztahuje k prodávané ordinaci. Ten činí 77 256 Kč.

Platby zdravotního pojištění za rok 2005

Stejně jako u sociálního pojištění, nepromítne se ani u zdravotního pojištění s odkazem na § 3a odst. 1 zákona č. 592/1992 Sb., úprava základu daně o pohledávky a závazky.

Vypočtený vyměřovací základ 45%

z 1 300 000: **589 000 Kč**

Maximální vyměřovací základ: **486 000 Kč**

Odvod pojistného (486 000 x 0,135): **65 610 Kč**

Samozřejmě i u zdravotního pojištění můžeme celkovou částku rozdělit na 30 375 Kč za běžnou činnost a 35 235 Kč, které se vztahují k dosaženým příjmům z prodeje ordinace.

Z doposud provedených propočtů můžeme učinit závěr, že čistý příjem z prodeje ordinace v částce 800 000 Kč realizovaný k 31.12.2005 při 100% úhradě v okamžiku prodeje bude činit:

Příjem z prodeje ordinace : 800 000 Kč

- daň z příjmů fyzických osob: 256 000 Kč

- pojistné na soc. zabezpečení: 77 256 Kč

- pojistné na zdravotní pojištění: 35 235 Kč

Čistý příjem: 431 509 Kč, tj. 53,94%

3. Z toho co bylo až doposud řečeno o úpravách základu daně pro výpočet daně z příjmů fyzických osob a o konstrukci vyměřovacích základů pro platby sociálního a zdravotního pojištění se zcela logicky nabízí další varianta prodeje. Prodej k 31.12.2005 za zcela shodných podmínek a předpokladů jako v předchozím případě ale s jedním podstatným a zásadním rozdílem. Úhrada za prodej ordinace bude prodávajícím připsána na účet do 30ti dnů od prodeje praxe. Např. kupující získá na koupi ordinace úvěr od peněžního ústavu a ten uhradí kupní cenu přímo prodávajícímu a to s určitým časovým odstupem.

Daň z příjmů fyzických osob za zdaňovací období kalendářního roku 2005.

Zdanitelné příjmy: 1 300 000 Kč



Výdaje: 800 000 Kč

Základ daně: 500 000 Kč

Úprava základu daně

Pohledávka za prodejem podniku:

+ 800 000 Kč

Pohledávky za zdravotními pojišťovnami:

+ 250 000 Kč

Závazky z podnikatelské činnosti:

- 100 000 Kč

Upravený základ daně: **1 450 000 Kč**

Daň z příjmů fyzických osob: **424 436 Kč**

Z toho daň vyplývající z prodeje praxe:

256 000 Kč

Protože se jedná u tohoto způsobu prodeje praxe k 31.12.2005 o pohledávku, nikoliv o příjem, kupní cena se do výdajů na sociální a zdravotní pojištění nepromítne. Jednoduchou změnou ve struktuře (nikoliv datu) prodeje, jsme dosáhli toho, že náš čistý příjem z prodeje ordinace bude činit 800 000 - 256 000 (daň z příjmů) tj. 544 000 Kč (68%).

Konečná finanční úspora za chvíli přemýšlení dosáhla částky 112 491 Kč (544 000 - 431 509).

Pro úplnost pouze uvádím, že rozhodneme-li se ukončit podnikání a prodat svoji privátní lékařskou praxi k 31.12.2005, pak daňové přiznání podáváme 31.3.2006, případně k 30.6.2006, což vyplývá z § 40 odst. 3 zákona ČNR č. 337/1992 Sb., o správě daní a poplatků, dle kterého se daňové přiznání se podává nejpozději do tří měsíců po uplynutí zdaňovacího období. Jednalo se o poplatníka jehož přiznání zpracovává a předkládá daňový poradce, podává se da-

ňové přiznání do šesti měsíců po uplynutí zdaňovacího období. To platí jen je-li příslušná plná moc k zastupování podána správci daně před uplynutím neprodloužené lhůty.

4. Zaměříme se dále na variantu, která předpokládá prodej praxe a ukončení podnikání k 31.1.2006. Vyjdeme z předpokladu, že kupní cena bude opět 800 000 Kč a bude uhrazena do 30ti dnů od podpisu smlouvy. Pohledávky za zdravotními pojišťovnami ani závazky z podnikatelské činnosti se nemění. Zdanitelné příjmy a daňově uznatelné výdaje předpokládáme ve výši 1/12 z běžně dosažovaných ročních objemů.

Rok 2005 bude uzavřen shodně jak je uvedeno pod bodem 1.

Rok 2006

Daň z příjmů fyzických osob za zdaňovací období kalendářního roku 2006.

Zdanitelné příjmy z provozu ordinace (1/12 z 1 300 000 Kč): **108 000 Kč**

Daňově uznatelné výdaje (1/12 z 800 000 Kč): **67 000 Kč**

Základ daně: **41 000 Kč**

Úprava základu daně

Pohledávka za prodejem ordinace:

+ 800 000 Kč

Pohledávky za zdravotními pojišťovnami:

+ 250 000 Kč

Závazky v podnikatelské činnosti:

-100 000 Kč

Upravený základ daně: **991 000 Kč**

Daň: **277 556 Kč**

Z toho daň vztahující se k běžné podnik.činnosti (15% z 41 000 Kč): **6 150 Kč**

Daň vztahující se k prodeji praxe:

244 816 Kč

Protože rovněž v tomto případě se prodej ordinace do plateb sociálního a zdravotního pojištění nepromítne, můžeme již přímo vyčíslit další úsporu na dani z příjmů fyzických osob, oproti variantě uvedené pod bodem 3 a to na výši 11 184 Kč (256 000 Kč - 244 816 Kč)

V tomto případě by náš čistý příjem z prodeje ordinace činil 555 184 Kč (800 000- 244 816 Kč daň) tj. 69,40% z výchozí kupní ceny.

Tato další daňová úspora, vyplývající z posunutí okamžiku prodeje praxe, není již zdaleka tak významná jako úspora vyplývající ze změny struktury transakce. Je však doprovázena skutečností, že daňové přiznání i dani z příjmů za zdaňovací období roku 2006 (období měsíce ledna 2006) bude podáno a povinnost uhradit daň vznikne až k 31.3.2007, případně k 30.6.2007, pokud bude daňové přiznání zpracovávat a předkládat na základě plné moci daňový poradce.

Závěrečné shrnutí a doporučení

1. Ze shora uvedených propočtů jednoznačně vyplývá, že z daňového pohledu se jeví prodej lékařské praxe vždy výhodnější na počátku zdaňovacího období.

2. Na maximalizaci čistého příjmu z prodeje praxe má však zcela zásadní vliv zvolená struktura transakce. Ta umožňuje významnou úsporu na platbách pojistného na důchodové a zdravotní pojištění.

3. Problematika prodeje lékařské praxe je natolik specifická, že k dosažení možných úspor bude ve většině případů nutná účast specialisty na tuto oblast.

Ing. František Elis
daňový poradce č.0056

OZNÁMENÍ

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

dovolujeme si Vás pozvat na

XIV. Celorepublikovou konferenci SPLDD ČR,

která se koná dne **19.11.2005**

v menze Masarykovy Univerzity, Vinařská ulice, Brno.

Výkonný Výbor SPLDD ČR



Problematika frekvence preventivních prohlídek dětí od tří let a v devatenácti letech

MUDr. Petr Pokorný

ředitel odboru úhrad ambulantní a lázeňské zdravotní péče ÚP VZP ČR

Lhůty preventivních prohlídek jsou především dány přímo zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění - § 29. Vyhláška MZ č. 56/1997 Sb., kterou se stanoví obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek, ve znění vyhlášky č. 183/2000 Sb., pak zejména určuje jejich obsah při převzetí dítěte do komplexní péče, při první prohlídce novorozence, při dalších termínech do 18 měsíců věku, 3 letech a dále v intervalech 2 let.

Z výše citované platné právní úpravy vyplývá skutečnost, že v odbornosti praktický lékař pro děti a dorost je preventivní prohlídka ve věku 17 let pojištěnce uváděna jako poslední před ukončením péče u praktického lékaře pro děti a dorost a převedením tohoto pojištěnce do péče praktického lékaře pro dospělé. V § 1 jmenované vyhlášky č. 56/1997 Sb., v platném znění je pak pro odbornost praktický lékař pro dospělé stanoveno, že se preventivní prohlídka provádí od doby dovršení 18 let věku vždy jednou za dva roky, nejdříve však 23 měsíců po provedení poslední preventivní prohlídky.

Na základě výše uvedených skutečností

lze konstatovat, že z právního hlediska je provádění a vykazování preventivních prohlídek praktickým lékařem pro děti a dorost u pojištěnce ve věku 18 let nadpočetné, není v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb., v platném znění a ani v souladu s již zmíněnou vyhláškou č. 56/1997Sb.

Fakticky v praxi nelze striktně dodržet 24 měsíců mezi preventivními prohlídkami. VZP ČR jako vstřícný krok akceptuje interval mezi preventivními prohlídkami v rozmezí 19 -23 měsíců.

Dne 17.12.1998 byla mezi VZP ČR, SPL ČR a SPLDD sjednána a dne 5.1.1999 podepsána „Dohoda“, která se zabývá jen problematikou preventivních prohlídek ve věku 19 let pojištěnce a stanoví, že preventivní prohlídku ze

zákona, vykazovanou kódem opakovaného komplexního vyšetření, je možné provést a uhradit ve věku 19ti let pojištěnce jedenkrát. Dle uvedené „Dohody“ pak úhrada předání pacienta mezi praktickými lékaři a komplexního vyšetření při registraci u praktického lékaře pro dospělé není závislá na provedení a úhradě preventivní prohlídky.

Platnost „Dohody“ byla potvrzena dne 11.2.2004. Všechna Územní pracoviště VZP ČR byla s textem „Dohody“ seznámena.

UPOZORNĚNÍ

Upozorňujeme čtenáře, že do distribuce se dostalo několik vadných výtisků červnového VOX PEDIATRIAE (6/2005), kde se opakují stránky.

Pokud jste obdrželi takovýto výtisk, kontaktujte kancelář SPLDD ČR.

Redakce

DO EVROPY SE VZDĚLÁNÍM

25% pacientů* v ČR se již nyní léčí homeopaticky -

CEDH (Středisko vzdělávání a rozvoje homeopatie se sídlem v Paříži) pořádá

HOMEOPATICKÉ SEMINÁŘE pro lékaře, farmaceuty a veterináře

Zveme Vás na dvouleté vzdělávací semináře, které přednášejí čeští i francouzští lékaři: moderní styl výuky - elektronická prezentace

Výuka probíhá ve 20 zemích světa.

„Základy homeopatické terapie“ - PRAHA, BRNO

6 víkendů - od začátku října 2005 do konce května 2006

Příspěvek účastníka: 3.000 Kč/rok, (1. den 1. sem. ZDARMA)

Dále: specializační homeopatické semináře a regionální setkání pro lékaře

- podrobnější informace v našich bulletinech, které zájemcům zasíláme zdarma.

V případě Vašeho zájmu nás prosím kontaktujte - zašleme přihlášky s programem:

BOIRON CZ, Pobřežní 3, 186 00 Praha 8
tel.: 224 835 090-1, fax 222 326 502
GSM: 724 185 559, e-mail: iz@boiron.cz

*výzkum projektu GFK z 12/2003



Informace z činnosti OSPDL ČLS JEP

MUDr. Hana Cabrnchová

předsedkyně OSPDL ČLS JEP

Složení akreditační komise v oboru praktické lékařství pro děti a do- rost:

MUDr. Jana Čechová (Brno)
MUDr. Hana Cabrnchová (Praha)
MUDr. Alena Šebková (Plzeň)
**MUDr. Bohuslav Procházka
(Kutná Hora)**
MUDr. Olga Roškotová (Litoměřice)
MUDr. Milan Kudyn (Praha)
MUDr. Jiří Marek (Veselí n/ Lužnicí)
MUDr. Jiří Liška, CSc. (Plzeň)
MUDr. Marcela Charvátová (Ostrava)
MUDr. Vladimír Holý (Ústí nad Labem)
MUDr. Eva Svobodová (Hradec králové)
MUDr. Nora Struková (Praha)
MUDr. Renata Růžková (Praha)

Na setkání školitelů PLDD v Kutné Hoře 16.-18.9.2005 byly schváleny podmínky pro zařazení do sítě školitelů, které budeme požadovat pro akreditovaná pracoviště ordinací praktických dětských lékařů.

Podmínky pro zařazení:

- Členství v OSPDL ČLS JEP
- Povinná účast na celoživotním vzdělávání (v rozsahu požadavků pro získání diplomu celoživotního vzdělávání)
- Samostatná právní subjektivita PLDD školitele s doporučeným vybavením ordinace
- Více než 10 let praxe po promoci (v ordinaci PLDD minimálně 5 let)
- Úvazek 1,0 v ordinaci PLDD = poměrné kapacitní č. 1,0 u sdružených oborů (kardiologie, endokrinologie apod.) úvazek PLDD 0,6
- Školitel pracuje v ordinaci s kvalifikovanou sestrou
- Školitel školí bez prostředníka
- Školitel školí dle odpovídající koncepce a legislativy oboru PLDD
- Školitel se musí řídit doporučenými odbornými postupy
- Pracuje na počítači a používá internet

Osobnost školitele:

- Schopnost předávat zkušenosti z praxe
- Ochota k účasti na výzkumu a sběru dat v primární péči
- Přednášková a publikační činnost
- Schopnost diskuze mezioborové a nad diagnostickými a léčebnými postupy v primární péči
- Během prázdnin jsme připomínkovali nově vyhlášenou očkovaní, její konečná podoba by měla počítat se zavedením kombinované hexavakcíny do základního schématu, předmětem výběru bude konkrétní zvolená očkovací látka. Vzhledem k očekávaným obtížím nelze slíbit, kdy k této změně dojde. O dalším Vás budeme informovat na stránkách příštího čísla časopisu. Rovněž tak není jasné z jakých prostředků bude hrazena očkovací látka proti chřipce pro rizikové skupiny dětí! Kolegové praktičtí lékaři, kterých se tento problém dotýká daleko výrazněji, vydali pokyn očkovat zatím pouze za přímou úhradu do doby vyjasnění celé záležitosti.

- OSPDL a SPLDD doporučuje, aby v roce 2007 proběhl KONGRES PRIMÁRNÍ PÉČE s mezinárodní účastí.

■ Páteří témata akcí pro rok 2006:

- 1) ORL
- 2) endokrinologie

■ Přijetí nových členů OSPDL:

MUDr. Bořková Zdeňka, Rokytnice v Orlických horách
MUDr. Olšřová Radmila, Kravaře
MUDr. Kašpárková Anna, Zlín
MUDr. Brožová Hana, Karlovy Vary
MUDr. Štěpánová Radomíra, Ostrava - Poruba
MUDr. Holub Karel, Praha 5

■ Děti budou mít vlastní léky

Když dnes dítě dostává od lékaře lék, pak většinou není vyzkoušeno, zda je preparát pro ně vůbec vhodný, a zda tedy nemůže mít například nečekané vedlejší účinky.

To se má nyní změnit. Evropští poslanci schválili zákon, který ukládá farmaceutickým firmám povinnost všechny nové léky testovat i pro děti.

Například 90 procent léků na nádorová onemocnění dětský test v současnosti nemá. Pro farmaceutické firmy není totiž vývoj léků pro malé pacienty výhodný - je náročnější, a tedy dražší. Lékaři proto nyní dávkování léků odhadují na základě věku či váhy dítěte. „Malé děti ale jen těžko dokážou vyjádřit, jakou bolest cítí či které injekce se jim nelíbí,“ poznamenala britská labouristická europoslankyně Linda McAvanová.

Lékaři rozhodnutí evropských poslanců přijali s nadšením. Slibují si totiž omezení vedlejších účinků při léčbě.

„Na děti je z pohledu léků nahlíženo jako na malé dospělé, to je samozřejmě špatně. Jejich organismus je ve vývoji, a každá buňka tak reaguje jinak než u dospělého,“ míní pediatr Milan Kudyn.

Podle českého europoslance za ODS Milana Cabrnchoha, profesí lékaře, je nový zákon „bombou v pediatrické praxi“. „Ačkoli jsem obvykle spíše skeptický k jednotným evropským pravidlům, v tomto případě si myslím, že jsou více než na místě,“ říká.

Praxe podporující vznik léků pro děti už sedm let funguje v USA.

Evropské farmaceutické firmy se tento týden jejímu zavedení příliš nebránily. Dostanou totiž jistou „náhradu“ za větší náklady. Firma, která vyvine nový lék a otestuje jeho užití pro děti, bude mít jistotu, že s podobným preparátem nebude moci konkurence půl roku na trh. To by jí bohatě mělo pokrýt náklady na testování léku.

Otázkou zůstává, co s léky, které už na trhu jsou. Nelze totiž jejich výrobce zpětně nutit, aby je dodatečně testovali. Má proto vzniknout fond, z kterého se budou tyto testy financovat.



Posuzování dočasné pracovní neschopnosti

MUDr. Zdeňka Buriánková

Lékařská posudková služba České správy sociálního zabezpečení, Plzeň

Souhrn

Lékařskou posudkovou činnost v širším slova smyslu vykonávají všichni ošetřující lékaři jako nedílnou součást léčebně preventivní péče ve smyslu zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění. V jejich působnosti je proto také posuzování dočasné pracovní neschopnosti (dále PN). V péči praktických lékařů pro děti a dorost jsou mladiství do 19 let, proto i oni se musí orientovat v předpisech upravujících posuzování a uznávání PN. Zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, v platném znění vymezuje kompetence okresních správ sociálního zabezpečení v rozhodovací a kontrolní činnosti ve věcech nemocenského pojištění. Stanovuje rovněž povinnosti i pro ošetřující lékaře. Postup při uznávání PN je stanoven vyhláškou č. 31/1993 Sb., o posuzování dočasné pracovní neschopnosti pro účely sociálního zabezpečení, v platném znění. Ošetřujícím lékařem podle této vyhlášky je lékař, který má nemocného ve své ambulanci, nemocniční nebo lázeňské péči. Lékaři záchranné a pohotovostní služby nejsou oprávněni dočasnou pracovní neschopnost uznávat a potvrzení pracovní neschopnosti vydávat.

■ **PN je vymezena jako dočasná neschopnost vykonávat dosavadní zaměstnání (dosavadní samostatnou výdělečnou činnost).** Uznání PN je vždy vztahováno k neschopnosti vykonávat činnost, při jejímž výkonu pracovní neschopnost vznikla, a která zakládá účast na nemocenském pojištění. Po dobu PN pro nemoc nebo úraz náleží nemocensky pojištěnému občanovi nemocenské dávky, které ho materiálně zabezpečí. Lékař zhodnotí onemocnění a nároky, které pracovní činnost na nemocného klade. **Nemocný může vykonávat více zaměstnání,** např. v hlavním pracovním poměru pracuje jako administrativní pracovník a ve vedlejším pracovním poměru vykonává fyzicky namáhavou práci. **V tomto případě se pracovní neschopnost posuzuje pro každou pracovní činnost samostatně.** Může dojít k tomu, že nemocný je pro jednu pracovní činnost uznán dočasně práce neschopen a pro druhou pracovní činnost ne. **Může dojít i k situaci, kdy je PN uznána pro obě zaměstnání, ale pro jedno je ukončena dříve a pro druhé zaměstnání pokračuje.** Vznikne-li PN v **ochranné lhůtě,** posuzuje se k zaměstnání, z něhož ochranná lhůta plyne. Ochranná lhůta činí 42 dní od skončení zaměstnání. Pokud však zaměstnání trvalo kratší dobu, trvá ochranná lhůta jen tolik dnů, kolik dnů byl občan naposledy zaměstnán. U žen, které byly v době skončení zaměstnání těhotné, činí ochranná lhůta 6 měsíců.

Ošetřující lékař vede evidenci práce neschopných občanů. Uzná-li občan dočasně práce neschopným, vystaví Potvrzení pracovní neschopnosti - tiskopis ČSSZ 89 611 0. Tyto tiskopisy jsou očíslovány a jsou evidovány na okresní správě so-

ciálního zabezpečení. Ošetřující lékař vede úplnou a přehlednou zdravotnickou dokumentaci o vývoji zdravotního stavu nemocného, která představuje chronologický záznam o zdravotním stavu, způsobu léčby a výsledku této léčby. Specifickou kontrolní činností ve vymezeném rozsahu vykonávají lékaři České správy sociálního zabezpečení. Kontrolují, aby uznání pracovní neschopnosti nebylo neprávem odepřeno těm, kdo pro tuto sociální opatření splňují kritéria stanovená právními předpisy a aby jejich důsledky nemohli zneužívat ti, kdo stanovená posudkově medicínská kritéria nespĺňují. Důvody pro uznání PN jsou biologické. Jde o taková přechodná zhoršení zdravotního stavu, která občanovi znemožňují výkon dosavadního zaměstnání nebo mu brání plnit povinnosti uchažeče o zaměstnání. Jiné příčiny, např. sociální, nelze zohlednit. Zákonné důvody, kdy může být dočasná pracovní neschopnost uznána, jsou taxativně vymezeny. **Znamená to, že z jiných důvodů nemůže dočasná pracovní neschopnost vzniknout.**

■ Lékař uzná práce neschopným:

- a) občan, jestliže vyšetřením zjistí, že mu jeho zdravotní stav pro nemoc nebo úraz nedovoluje vykonávat dosavadní zaměstnání nebo dosavadní samostatnou výdělečnou činnost,
- b) občan, který byl přijat do ústavní péče do zdravotnického zařízení nebo kterému byla na náklady zdravotního pojištění poskytnuta komplexní lázeňská péče, a to na celou dobu pobytu,
- c) občan, který byl jako průvodce přijat s nezletilým dítětem do ústavní péče,
- d) uchažeče o zaměstnání, jestliže pro zdravotní stav není schopen plnit povinnosti uchažeče o za-

městnání nebo není schopen výkonu práce v rámci vhodného zaměstnání zprostředkovaného příslušným úřadem práce,

e) občan, který nemůže vykonávat dosavadní zaměstnání, dosavadní samostatnou výdělečnou činnost, nebo plnit povinnosti uchažeče o zaměstnání pro poškození nebo ztrátu ortopedické pomůcky, a to po dobu nezbytně nutnou k její opravě nebo opatření pomůcky nové.

Lékař uzná práce neschopnou také ženu v souvislosti s těhotenstvím a porodem, která nemá nárok na peněžitou pomoc v mateřství, a to od počátku šestého týdne před očekávaným dnem porodu.

Dočasná pracovní neschopnost začíná dnem, kdy ji lékař zjistil. Pokud má nemocný již v tento den odpracovanou směnu, uzná lékař PN až následujícím kalendářním dnem. **V odůvodněných případech může lékař uznat PN nejvýše tři kalendářní dny zpětně.** Zpětné uznání na dobu delší než tři kalendářní dny je možné pouze po předchozím písemném souhlasu příslušné okresní správy sociálního zabezpečení. Žádost o zpětné vystavení musí být řádně doložena a zdůvodněna. Pokud ošetřující lékař vystaví pracovní neschopnost zpětně o více než tři dny bez souhlasu okresní správy sociálního zabezpečení, je za toto období PN neplatná a nemocenské dávky nejsou vyplaceny.

Ošetřující lékař potvrzuje PN na předepsaném tiskopise Potvrzení pracovní neschopnosti. Tento doklad obsahuje čtyři díly:

- I. Legitimace práce neschopného občana
- II. Hlášení organizací o ukončení pracovní neschopnosti
- III. Hlášení organizací o počátku pracovní ne-

**schopnosti****IV. Hlášení okresní správě sociálního zabezpečení**

Tiskopis musí být vyplněn ve všech rubrikách. Slouží k uplatnění nároku na nemocenské dávky, omluvení nepřítomnosti v zaměstnání a k evidenci práce neschopných na okresní správě sociálního zabezpečení. Musí být uvedeno jméno a příjmení, adresa, název zaměstnavatele s úplnou adresou, činnost vykonávaná v zaměstnání a státní příslušnost. Pokud je příčinou PN úraz, musí být uvedeno, zda se jedná o úraz při výkonu zaměstnání, zda došlo k zavinění jinou osobou nebo v souvislosti s požitím alkoholu či pod vlivem omamných látek. Tyto skutečnosti mají vliv na výplatu nemocenských dávek a na regresní řízení. Na IV. díle lékař uvede statistickou značku diagnózy a odešle do evidence okresní správy sociálního zabezpečení. III. díl nemocný předává do zaměstnání při začátku pracovní neschopnosti a II. díl při ukončení pracovní neschopnosti. Na II. a III. díle se statistická značka dg. neuvádí. I. díl je legitimace práce neschopného, na kterou lékař vyznačí datum kontrolního vyšetření, rozsah a dobu vycházek a jejich změny. Legitimaci předá práce neschopnému občanovi, který se jí v případě potřeby prokazuje. Po ukončení PN odešle lékař I. díl do evidence okresní správy sociálního zabezpečení a vyznačí statistickou značku konečné diagnózy. Potvrzení pracovní neschopnosti musí být opatřeno razítkem příslušného zdravotnického zařízení, jmenovkou a podpisem lékaře a IČZ. Jsou případy, kdy je PN uznána pro pracovní úraz. Po skončení léčby tohoto úrazu však pracovní neschopnost není ukončena z důvodu jiného onemocnění, které již s předchozím úrazem nesouvisí. V těchto případech je vhodné uvědomit písemně plátce nemocenských dávek o tom, že PN již nepokračuje pro pracovní úraz, ale pro jiné onemocnění. Předejde se problémům, které vznikají při odškodnění pracovního úrazu nebo choroby z povolání. U déle trvající PN ošetřující lékař osvědčuje trvání na tiskopise **Průkaz o trvání dočasné pracovní neschopnosti ČSSZ 89 623 0**. Tiskopisy Potvrzení pracovní neschopnosti i tiskopisy Průkaz o trvání dočasné pracovní neschopnosti vydává okresní správa sociálního zabezpečení bezplatně. Je povinností ošetřujícího lékaře odesílat okresní správě sociálního zabezpečení příslušné doklady o vystavení a ukončení pracovní neschopnosti nejpozději následující pracovní den. Evidenci a kontrolu PN provádí okresní správa sociálního zabezpečení dle místa výkonu práce ošetřujícího lékaře.

Nemocný může změnit pobyt nahlášený v dokladu o PN jen se souhlasem ošetřujícího lékaře.

Ten může povolit změnu pobytu pouze v rámci České republiky maximálně na dobu tří kalendářních dnů. Vždy je třeba zvážit zdravotní hledisko, dostupnost lékařské péče v místě pobytu, vliv dopravy na zdravotní stav apod. O změnu pobytu na dobu delší než tři dny musí ošetřující lékař požádat okresní správu sociálního zabezpečení. Žádost musí být řádně doložena a konkrétně zdůvodněna. Nemocný může změnit pobyt až po udělení souhlasu okresní správou sociálního zabezpečení. Ošetřující lékař také zváží, zda nepředá nemocného do péče jinému lékaři v místě povoleného pobytu. Předání práce neschopného občana do péče jinému lékaři musí lékař oznámit příslušné okresní správě sociálního zabezpečení v den předání. Léčení v době PN v zahraničí povoluje ve výjimečných případech Česká správa sociálního zabezpečení. K žádosti je nutno přiložit doporučení ošetřujícího lékaře a prostřednictvím místně příslušné okresní správy sociálního zabezpečení zaslat žádost k posouzení České správě sociálního zabezpečení. Souhlas lze vydat jen v odůvodněných případech. **Od 18.4.2005 se stejný postup aplikuje i u občanů Slovenské republiky**, kteří v ČR pracují a v průběhu pracovní neschopnosti požádají o změnu pobytu na Slovensko. Do této doby stačil souhlas okresní správy sociálního zabezpečení.

Ošetřující lékař ukončí pracovní neschopnost, jestliže vyšetřením zjistí, že zdravotní stav umožňuje občanovi vykonávat dosavadní zaměstnání nebo dosavadní samostatnou výdělečnou činnost, dále při skončení komplexní lůžkové péče, při propuštění průvodce nezletilého dítěte z ústavní péče. Ukončí pracovní neschopnost uchazeči o zaměstnání, jestliže mu jeho zdravotní stav umožňuje plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání nebo vykonávat práci v rámci vhodného zaměstnání zprostředkovaného příslušným úřadem práce. Pracovní neschopnost rovněž ukončí občanovi po opravě nebo opatření nové ortopedické pomůcky. **Lékař ukončí PN také občanovi, který podle lékařského posudku pozbyl dlouhodobě způsobilost vykonávat dále dosavadní práci, ale jeho zdravotní stav je stabilizovaný a je práce schopen k jinému zaměstnání.** V souvislosti s těhotenstvím ukončí PN ženě, která má nárok na peněžitou pomoc v mateřství, nejdéle šest týdnů před očekávaným dnem porodu. Ženě, která nemá nárok na peněžitou pomoc v mateřství a je práce neschopna s souvislostí s těhotenstvím a porodem, ukončí PN 6 týdnů po porodu. **Lékař ukončí PN také v případě, že se nemocný nedostaví ke kontrole v určený den bez vážných důvodů.** V tomto případě o ukončení PN lékař nemocného prokazatelně informuje (např. zasláním II. dílu tiskopisu Potvrzení pracovní neschopnosti)

a pro evidenci na okresní správě sociálního zabezpečení vystaví náhradní hlášení za I. díl. Pokud se dodatečně prokáže, že nemocný se nemohl dostavit z vážných důvodů a pracovní neschopnost dále trvá, vystaví ošetřující lékař pokračování předchozí pracovní neschopnosti se souhlasem okresní správy sociálního zabezpečení zpětně. O ukončení pracovní neschopnosti může rozhodnout okresní správa sociálního zabezpečení z podnětu posudkového lékaře, který zjistí, že zdravotní stav občana další trvání pracovní neschopnosti nevyžaduje a ošetřující lékař pracovní neschopnost neukončil. V tomto případě může ošetřující lékař vystavit novou PN pro stejnou nemoc bez souhlasu okresní správy sociálního zabezpečení nejdříve po 7 dnech.

Nárok na výplatu nemocenských dávek je nejdéle jeden rok. Do této doby se započítávají tzv. zápočty. To je doba pracovní neschopnosti 1 rok zpět od počátku poslední pracovní neschopnosti. Pokud však poslední zaměstnání trvalo 6 měsíců nebo pokud PN byla uznána pro pracovní úraz nebo chorobu z povolání, zápočet se nezapočítává. Jsou případy, kdy ani jednoroční pracovní neschopnost nestačí k vyléčení nebo stabilizaci zdravotního stavu. Onemocnění vyžaduje mimořádně dlouhou léčbu nebo léčba je sice ukončena před uplynutím jednoroční podpůrné doby, ale dojde k nepředpokládané a závažné zdravotní komplikaci, úrazu či jinému onemocnění. Jedná se také o případy, kdy je podpůrná doba podstatně zkrácena vysokými zápočty z předchozích pracovních neschopností. V tom případě může okresní správa sociálního zabezpečení na žádost nemocného prodloužit nemocenské dávky zpravidla o 3 měsíce, celkem až o 1 rok. Musí být splněn předpoklad, že dojde k vyléčení nebo stabilizaci zdravotního stavu, a lze očekávat, že občan v krátké době opět nabude pracovní schopnost. Může to být i k jinému než dosavadnímu zaměstnání.

Kontrolu posuzování PN, hodnocení zdravotního stavu občana a dosavadního průběhu onemocnění provádí posudkový lékař České správy sociálního zabezpečení, zpravidla v ordinaci ošetřujícího lékaře a za přítomnosti posuzovaného občana. Hodnotí, zda se občan podrobil navrženému odbornému vyšetření, jak probíhá léčba a spolu s ošetřujícím lékařem navrhuje další léčebný postup. Trvá - li PN alespoň šest měsíců včetně zápočtů, konzultuje ošetřující lékař s posudkovým lékařem zdravotní stav nemocného, zhodnotí dosavadní průběh onemocnění, výsledky provedených vyšetření a zjistí-li, že zdravotní stav je již dlouhodobě nepříznivý, tzn. že potrvá déle než jeden rok, zahájí řízení o přechodu z pracovní neschopnosti do invalidity. Ošetřující lékař vyplní ti-



skopis ČSSZ 89 400 0 a doloží provedená odborná vyšetření. Důležité je, aby bylo zjištěno komplexně funkční zdravotní postižení. Okresní správa sociálního zabezpečení na základě posouzení zdravotního stavu posudkovým lékařem vydá rozhodnutí o plné nebo částečné invaliditě. Pokud byl občan uznán plně invalidní, je PN ukončena za měsíc po tom, kdy oznámení o rozhodnutí okresní správy sociálního zabezpečení o plné invaliditě obdržel plátcem nemocenských dávek. Pokud však jednorozhodnutí podpůrčí doba skončila dříve, ukončuje se PN posledním dnem nároku na nemocenské dávky. Jestliže byl občan uznán částečně invalidní, je PN ukončena nejdéle za měsíc po tom, kdy oznámení o rozhodnutí okresní správy sociálního zabezpečení o částečné invaliditě obdržel plátcem nemocenských dávek, pokud jednorozhodnutí podpůrčí doba neskončila již dříve. O plný nebo částečný invalidní důchod může požádat nemocný sám v průběhu PN kdykoliv. V tomto případě ukončí ošetřující lékař PN na základě rozhodnutí České správy sociálního zabezpečení v Praze o plném nebo částečném invalidním důchodu. PN občana, který nemá nárok na nemocenské dávky, se ukončuje dnem, kdy jej okresní správa sociálního zabezpečení uznala plně nebo částečně invalidním.

Mezi práva a povinnosti České správy sociálního zabezpečení jako správce nemocenského pojištění náleží také kontrola dodržování léčebného režimu práce neschopných občanů. Jde o dodržování obecných zásad léčby a konkrétních režimových opatření stanovených ošetřujícím lékařem. Práce neschopný je povinen zdržovat se na adrese uvedené na pracovní neschopnosti, dodržovat dobu a rozsah vycházek, které mu povolil ošetřující lékař. Je povinen dostavit se na kontrolu v době stanovené ošetřujícím lékařem. Povinnost práce neschopného dodržovat stanovený léčebný režim vyplývá ze zákona č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců, v platném znění. V průběhu PN provádí kontrolu dodržování léčebného režimu pověřenými pracovníky okresní správy sociálního zabezpečení. Místně příslušná ke kontrole je okresní správa sociálního zabezpečení podle místa pobytu práce neschopného občana. Podnět ke kontrole vychází z evidence práce neschopných. Výběr dělají posudkoví lékaři, kteří určí, u koho má být kontrola provedena, v jaké denní době nebo zda má být kontrola zopakována. Kontrola může být provedena rovněž z podnětu ošetřujícího lékaře, zaměstnavatele nebo úřadu práce, ale i bez zvláštního podnětu. Ošetřující lékař má povinnost sdělit zaměstnancům okresní správy sociálního zabezpečení, provádějícím kontrolu dodržování léčebného režimu, na požádání

skutečnosti potřebné k provedení kontroly. Pracovník kontroly navštíví nemocného na uvedené adrese bez předchozího ohlášení. Prokáže se služebním průkazem. Nemocný je povinen předložit mu doklad Potvrzení pracovní neschopnosti. Výsledek kontroly, jestliže bylo zjištěno ověřené porušení léčebného režimu, oznamuje okresní správa sociálního zabezpečení práce neschopnému občanu, jeho ošetřujícímu lékaři, organizaci nebo úřadu práce. Zahájí správní řízení, ve kterém rozhodne s ohledem na závažnost porušení o dočasném snížení či odejmutí nemocenských dávek. Při porušení léčebného režimu musí ošetřující lékař zvážit, zda trvá důvod k dalšímu trvání PN.

Nesouhlasí -li práce neschopný občan s ukon-

čením pracovní neschopnosti ošetřujícím lékařem, má právo podat do tří dnů od doručení rozhodnutí odvolání k vedoucímu zdravotnického zařízení, v případě soukromého lékaře k odboru zdravotnictví a sociálních věcí krajského úřadu. Odvolání nemá odkladný účinek. Proti ukončení PN rozhodnutím okresní správy sociálního zabezpečení z podnětu posudkového lékaře má občan právo podat odvolání do tří dnů od doručení tohoto rozhodnutí. Odvolání se podává u okresní správy sociálního zabezpečení, která rozhodnutí vydala. O odvolání rozhoduje v tomto případě Česká správa sociálního zabezpečení a ani v tomto případě nemá odvolání odkladný účinek.

Indikace k pobytu

I. zdravotní oslabení vlivem nepříznivého životního prostředí

- problémy spojené s přírodním a společenským prostředím

II. zdravotní problémy spojené s nesprávným životním stylem

- poruchy výživy, asthenie, anorexie a celkové oslabení zdrav. stavu, následky hyperalimentace

III. rekonvalescence nevyžadující specializovanou péči

- recidivující katary horních cest dýchacích s oslabenou odolností, alergické rýmy, bronchitis recidivans, sinobronchitis, rekonvalescence po zánětu plic opakovaném v průběhu posledních 2 let, pollinosis, bronchitis asthmatica, spastica, obstructiva asthma bronchiale - pod kontrolou, edukace, dermorespirační syndrom

Aktualizace k 1.7.2005.

č.	název a místo DO	okres kraj	počet lůžek	věk	lůžka pro doprovod	poznámka
1.	Sanatorium s.r.o. Javorník, 384 73 Stachy	Prachatice Jihočeský kraj	154	3 až 15	30 lůžek	
2.	Dětská ozdravovna 407 16 Jetřichovice	Děčín Ústecký kraj	115	3 až 15		vnitřní bazén
3.	Dětská ozdravovna Radostín 463 44 Radostín, p. Sychrov	Liberec Liberecký kraj	64	3 až 15	3 až 15	nová tělocvična
4.	Dětská ozdravovna Harrachov Anenské údolí 168 512 46 Harrachov	Semily Liberecký kraj	40	5 až 5		prostředí vysoké kvality
5.	Dětská ozdravovna 542 21 Pec pod Sněžkou	Trutnov Královéhradecký kraj	115	3 až 15	4-17 pok.	nejvýše položená horská DO
6.	Dětská ozdravovna Sv. Petr 543 51 Špindlerův Mlýn	Trutnov Královéhradecký kraj	71	3 až 15	8 pokojů	poruchy výživy endogenní dýchání
7.	Dětská ozdravovna Bedřichov 543 51 Špindlerův Mlýn	Trutnov Královéhradecký kraj	65	5 až 15	8-14 pok.	překrásné okolí Špindlerova Mlýna
8.	Dětská ozdravovna Království 544 01 Dvůr Králové	Trutnov Královéhradecký kraj	55	3 až 15	15 lůžek	nácvik endogenního dýchání, LTV
9.	Dětská ozdravovna Křetín 679 62, Křetín	Blansko Jihomoravský kraj	70	3 až 15	8 lůžek	nácvik endogenního dýchání
10.	Dětská ozdravovna se speleoterapií Vojtěchov 789 55 Hvozď	Olomouc Olomoucký kraj	55	3 až 15		speleoterapie v Třesínské jeskyni



Dávky sociální péče

MUDr. Zdeňka Buriánková

Lékařská posudková služba České správy sociálního zabezpečení, Plzeň

Souhrn

Základním úkolem péče o dlouhodobě zdravotně postižené děti je integrace postižených dětí do společnosti, zejména do společnosti jejich vrstevníků, cestou maximální kompenzace všech handicapů a vad, které nelze odstranit či vyléčit. Tato péče musí být všestranná a dlouhodobá. Významná je i pomoc státu těmto dětem. Její součástí jsou dávky sociální péče.

■ **Cílem tohoto sdělení je poskytnout praktickým lékařům pro děti a dorost přehled o dávkách sociální péče, zejména o těch, se kterými se mohou setkat ve své každodenní praxi.** Právním předpisem, který blíže upravuje poskytování dávek a služeb sociální péče, je **vyhláška č. 182/1991 Sb.**, kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení, v platném znění, a **zákon č. 114/1988 Sb.**, o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení, v platném znění.

Pro dávky sociální péče, které jsou závislé na posouzení zdravotního stavu, posuzují občany lékaři na okresních správách sociálního zabezpečení.

ni. Zákon o organizaci a provádění sociálního zabezpečení č. 582/1991 Sb., v platném znění, vymezuje kompetence posudkových lékařů k posuzování zdravotního stavu občanů, tj. zda jde o občana těžce zdravotně postiženého a o jaký druh a stupeň tohoto postižení se jedná. Posouzení se provádí pro účely přiznání **mimořádných výhod, příspěvku na úpravu bytu, úhradu bezbariérového bytu nebo garáže, koupi, celkovou opravu a úpravu motorového vozidla a individuální dopravu.** Zdravotní stav dokládá ošetřující lékař na tiskopisu ČSSZ - 89 403 0 Lékařský nález k posouzení zdravotního stavu pro účely státní so-

ciální podpory a dávek a služeb sociální péče. Při posuzování zdravotního stavu a důsledků z něj vyplývajících se klade důraz na podrobné funkční vyšetření zdravotního stavu posuzovaného občana - žadatele. Dětskému lékaři v péči o postižené děti náleží stanovit především komplexní podrobnou diagnózu poškození struktury a funkce organismu. Činí tak nejčastěji v nejužší spolupráci s příslušnými specialisty. Posuzující lékař kontroluje správnost a úplnost předložené zdravotnické dokumentace. Ve svém posudku musí vycházet z lékařských zpráv o zdravotním stavu, vypracovaných odbornými lékaři, a přihlídnout k výsledkům vlastního vy-

inzerce HIPP 1/2 A4 - mléka



šetření. Proto jednání probíhá standardně za přítomnosti posuzovaného (u dětí za doprovodu jejich zákonného zástupce). S výsledkem posouzení je občan seznámen na závěr jednání, zároveň je a poučen o možnostech dalšího postupu, zejména o možnosti podat opravný prostředek, pokud jeho žádost nebude v rozhodnutí, které obdrží s časovým odstupem, vyhověno.

■ Mimořádné výhody

Mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany se poskytují občanům starším 1 roku s těžkým zdravotním postižením, uvedeným v příloze č. 2 vyhlášky č. 182/1991 Sb., v platném znění, které podstatně omezuje jejich pohybovou nebo orientační schopnost. Podle druhu a stupně postižení se poskytují mimořádné výhody I., II. nebo III. st. Zpravidla se jedná o ortopedické, neurologické a smyslové postižení. U interních nemocí je nutné, aby prokazatelně způsobovala omezení pohybové schopnosti. Příloha č. 2 uvedené vyhlášky obsahuje demonstrativní výčet zdravotních postižení odůvodňující přiznání mimořádných výhod. Zdravotní postižení, která nejsou v této příloze uvedena a přitom podstatně omezují pohybovou nebo orientační schopnost občana, se z funkčního hlediska porovnávají s postiženími v příloze uvedenými.

Při posuzování zdravotního stavu dětí pro přiznání mimořádných výhod je nutno vždy vycházet z objektivně zjištěného funkčního stavu. U dětí, zejména předškolního věku, je vždy třeba porovnávat pohybovou, případně orientační schopnost postiženého dítěte se schopnostmi stejně starého zdravého dítěte. Mimořádné výhody lze přiznat pouze tam, kde se prokáže podstatné omezení pohyblivosti nebo orientačních schopností, podmíněné konkrétním zdravotním postižením. Nestačí pouze konstatovat diagnosu, např. DMO, ale je třeba posoudit dopad zdravotního postižení na pohybové a orientační schopnosti. Z funkčního hlediska se může jednat o formy lehké, které mají minimální dopad na pohybové schopnosti, a mimořádné výhody proto nemohou být přiznány. V dětském věku může činit potíže stanovení stupně mentálního postižení. Těžká a hluboká mentální retardace se většinou stanoví časněji, již v předškolním věku. Lehká mentální retardace se však většinou projevuje až v průběhu prvních let školní docházky, kdy ji lze i diagnostikovat. Jestliže u velmi malého dítěte nelze z biologických důvodů příslušný stupeň, tj. minimálně středně těžkou mentální retardaci, stanovit, nelze v takovém případě mimořádné výhody přiznat. Při určení stupně postižení nelze vycházet jen ze samotné číselné hodnoty IQ. Je třeba opakovaných testů, ne-

boť jedno stanovení IQ nemusí být vždy spolehlivé. Získané výsledky je třeba posuzovat v souvislosti s klinickým psychiatrickým vyšetřením. Samotná hodnota IQ může být vyšší než by odpovídalo alespoň střední mentální retardaci, ale pro těžké narušení kontaktu s okolím, např. u autismu, jsou z funkčního hlediska dopady na orientaci srovnatelné.

I. stupeň mimořádných výhod (průkaz TP) náleží občanům s těžkým zdravotním postižením, kteří nemohou z důvodu ortopedických, nervových a interních onemocnění delší dobu stát, zvláště v dopravních prostředcích. Jedná se o občany s těžším postižením horní nebo dolní končetiny, dále o postižení velkých kloubů, ztuhlost kolenního nebo kyčelního kloubu, stav po implantaci endoprotézy kolenního nebo kyčelního kloubu s dobrou nebo mírně porušenou funkcí operované končetiny. Z interních onemocnění se jedná o postižení cév dolních končetin (žil, tepen a mízního systému) se závažnou poruchou oběhu a následnými trofickými změnami. U dětí by ze zdravotních postižení připadalo do úvahy nejčastěji záchvatové onemocnění, spojené se ztrátou vědomí, dostavující se alespoň několikrát měsíčně, dále zkrácení jedné dolní končetiny, přesahující 5 cm.

Občan s průkazem TP má nárok na vyhrazené místo k sezení ve veřejných dopravních prostředcích a nárok na přednost při osobním projednávání svých záležitostí, vyžaduje - li toto jednání delší čekání, zejména stání. Tento průkaz neopravňuje k přednosti při nákupu v obchodech ani při ošetření ve zdravotnickém zařízení.

II. stupeň mimořádných výhod (průkaz ZTP) náleží občanům se zvláště těžkým zdravotním postižením, které znemožňuje nejen delší stání, ale i chůzi. Jedná se vrozené nebo získané defekty, odpovídající stavům po amputaci v obou bérkách nebo kloubu kolenním a výše, dále se jedná o úplné ochrnutí dolní končetiny, amputační ztráty podstatných částí jedné dolní a jedné horní končetiny, těžší paresy dvou končetin, stavy po implantaci endoprotézy kyčelního nebo kolenního kloubu s výrazně porušenou funkcí operované končetiny, stavy po úrazech nebo nemocech páteře s následnými těžkými poruchami hybnosti. Z interních onemocnění se jedná o těžké obliterace cév dolních končetin s výrazným trofickým postižením, těžké kyfokoliosy páteře spojené s kardiopulmonální nedostatečností, chronická srdeční onemocnění s kardiální insuficiencí odpovídající funkčně nejméně NYHA III. - IV., dále těžká dechová nedostatečnost při plicních onemocněních. Mimořádné výhody II. stupně se také přiznávají u renálních onemocnění a renální insuficience léčené hemodialýzou s druhotnými komplikacemi mající-

mi dopad na pohybové schopnosti. Rovněž náleží občanům při léčbě nádorového onemocnění léčebnými komplikacemi, nemocným s těžkým kloubním onemocněním typu revmatoidní artritidy. Mimořádné výhody II. stupně jsou také přiznávány občanům s objektivně prokázanou úplnou nebo praktickou hluchotou. V dětském věku připadáji do úvahy z vyjmenovaných především nádorová onemocnění a postižení pohybová v důsledku vrozených vývojových vad a stavy po těžkých úrazech.

Občan s průkazem ZTP má stejné výhody jako občan s průkazem TP, dále má nárok na bezplatnou dopravu pravidelnými spoji městské hromadné dopravy, slevu 75% z jízdného ve druhé vozové třídě osobního vlaku a rychlíku ve vnitrostátní dopravě a 62% v pravidelných vnitrostátních spojích autobusové dopravy.

III. stupeň mimořádných výhod

(průkaz ZTP/P) náleží občanům se zvláště těžkým zdravotním postižením a potřebou průvodce. Je přiznáván při těžkém postižení pohybových nebo orientačních schopností (mentálního nebo smyslového původu), pro které občan není schopen v neznámém prostředí bez průvodce používat prostředky veřejné hromadné dopravy. Jedná se o anatomickou nebo funkční ztrátu dvou končetin, pro kterou je občan odkázán na invalidní vozík, Bechtěrevovu chorobu V. st., kdy dochází ke ztuhnutí celé páteře, u rhizomelické formy i kořenových kloubů. Dále jde o občany se středně těžkou (IQ 35 - 49) a těžkou mentální retardací (IQ 20 - 34). Dalším zdravotním postižením odůvodňujícím přiznání mimořádných výhod III. st. je úplná nebo praktická slepota. **U dětí do skončení povinné školní docházky odůvodňuje přiznání úplné nebo praktické hluchoty.** Posledním zdravotním postižením je trvalé nebo dlouhodobé těžké multiorgánové selhávání, např. při nádorových onemocněních, nebo metabolické rozvraty různé etiologie. Dále jsou to poruchy orientačních schopností na podkladě mozkového postižení, např. nádorem, spojené s poruchami řeči, komunikace, intelektu apod.

Občan s průkazem ZTP/P má všechny výhody jako občan s průkazem ZTP, má nárok na bezplatnou dopravu průvodce veřejnými hromadnými dopravními prostředky v pravidelné vnitrostátní osobní hromadné dopravě. Úplně nebo prakticky nevidomí občané mají nárok na bezplatnou přepravu vodícího psa, pokud je nedoprovází průvodce.

■ Příspěvek na úpravu bytu

Příspěvek na úpravu bytu se poskytne občanům s těžkými vadami nosného nebo pohybového

inzerce AVENT A4



ústrojí, která jsou taxativně vymezena v příloze č. 5 písm. a) - g) vyhl. č. 182/1991 Sb., v platném znění. Jde o úpravu přístupu do domu, garáže, k výtahu včetně schodů, k oknu, na balkon, úpravu povrchu podlahy, úpravu ovládacích prvků domovní a bytové elektroinstalace, kuchyňské linky, rozšíření a úpravu dveří, odstranění prahů, přizpůsobení koupelny, WC, instalace potřebné zvukové a světelné signalizace, zavedení vhodného vytápění, vybudování telefonního spojení, stavební úpravy spojené s instalací výtahu.

■ Příspěvek na zakoupení, celkovou opravu a zvláštní úpravu motorového vozidla

Příspěvek na zakoupení, celkovou opravu a zvláštní úpravu motorového vozidla se poskytne občanu s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí, která je uvedena v příloze č. 5 písm. a) - g) vyhl. č. 182/1991 Sb., v platném znění, pokud není umístěn k celoročnímu pobytu v ústavu sociální péče a je odkázán na individuální dopravu. **Příspěvek mohou obdržet také rodiče nezaopatřeného dítěte staršího tří let, které je úplně nebo prakticky nevidomé nebo mentálně postižené a mentální postižení odpovídá příznámí MV III. st.**

Výčet zdravotních postižení v příloze č. 5 vyhlášky č. 182/1991 Sb., v platném znění, je taxativní, tzn., že občanům, jejichž zdravotní postižení není v této příloze uvedeno, není možné konkrétní příspěvek poskytnout. Zdravotní postižení uvedená v příloze č. 5 citované vyhlášky lze charakterizovat jako ztrátu části těla v důsledku vrozené vady, amputace či úplné ztráty funkce, popř. nedostatečný disproportionální vzrůst s významným zkrácením končetin a s deformitami. Společným rysem je odkázanost na kompenzační pomůcky, např. protézy, berle, invalidní vozík, francouzské hole. Jsou to tato postižení:

a) Amputační ztráta dolní končetiny ve stehně různé etiologie. Nejčastější příčinou jsou úrazy, zhoubné nádory, cévní choroby, infekce a vrozené vady.

b) Amputační ztráta obou končetin v bérce.

c) Úplná obrna nebo těžké ochrnutí dvou končetin. Není rozhodující zda se jedná o paraplegii, paraparesu nebo hemiplegii, hemiparesu. Vždy je přítomen motorický deficit značného stupně s atrofiemi svalových skupin, popřípadě kontraktury svalových skupin při spasticitě. U dětí se jedná nejčastěji o postižení při DMO, stavy po úrazech s kontuzí mozku či míšním poraněním. Občan je zpravidla odkázán na invalidní vozík.

d) Ankylosa obou kyčelních kloubů nebo podstatné omezení hybnosti obou kyčelních kloubů

pro těžké kontraktury v okolí.

e) Ankylosa obou kolenních kloubů nebo podstatné omezení jejich hybnosti pro těžké kontraktury v okolí, v obou případech se značně nepříznivým postavením těchto kloubů.

Podstatným omezením hybnosti kyčelních kloubů se obvykle rozumí omezení hybnosti o 2/3 rozsahu kloubních exkurzí, tedy rozsah flexe v kyčelním kloubu do 30 stupňů se současným omezením dukcí a rotací. Jde nejčastěji o následek zánětů a úrazů. Flexe v kolenních kloubech je pro chůzi nevýhodná. Velmi nepříznivé postavení koleních kloubů je flexe v úhlu 45 stupňů, kdy je velmi významně ovlivněn stereotyp chůze a dochází k rozvoji sekundárních změn na páteři a kyčelních kloubech. U dětí jde nejčastěji o důsledek spasticity na dolních končetinách.

f) Výjimečně obdobné těžké funkční poruchy na základě několika postižení pohybového systému. Jedná se o kombinaci několika postižení pohybového systému s těžkými funkčními následky, např. postižení poúrazová, ortopedická, revmatologická, vrozené kombinované těžké deformity pohybového ústrojí, osteopatie a myopatie různé etiologie. Občan je obtížně mobilní s kompenzačními pomůckami, na invalidním vozíku, popř. je zcela imobilní.

g) Chondrodystrofie, pokud tělesná výška postiženého nepřesahuje 120 cm.

h) Anatomická nebo funkční ztráta končetiny. Jde o stav po amputaci horní nebo dolní končetiny, ztrátu aktivní hybnosti, ztuhnutí kloubů. Končetina neplní statickou a dynamickou funkci. Může se jednat o vady vrozené, poúrazové stavy, neurologická onemocnění, dystrofie, těžká postižení lymfatického systému apod.

■ Příspěvek na provoz motorového vozidla

Příspěvek na provoz motorového vozidla se poskytne na období kalendářního roku občanovi, který je vlastníkem nebo provozovatelem motorového vozidla a má příznámí MV II. nebo III. st., s výjimkou postižených úplnou nebo praktickou hluchotou. **Tento příspěvek je poskytován rovněž rodičům nezaopatřeného dítěte, které je léčeno na klinice fakultní nemocnice pro zhoubný nádor nebo hemoblastosu po dobu léčení akutní fáze onemocnění.**

■ Příspěvek na individuální dopravu

Příspěvek na individuální dopravu se poskytuje na kalendářní rok občanům s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí, která je uvedena v příloze č. 5 písm. a) - g) vyhl. č. 182/1991 Sb.,

v platném znění, občanu úplně nebo prakticky nevidomému nebo rodiči nezaopatřeného dítěte, které je léčeno na klinice fakultní nemocnice pro onemocnění zhoubným nádorem nebo hemoblastosou a není vlastníkem ani provozovatelem motorového vozidla.

■ Jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek

Jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek mohou poskytovat občanům těžce zdravotně postiženým obce ve své působnosti. Jde o pomůcky, které potřebují k odstranění, zmírnění nebo překonání následků svých postižení. Tělesně postiženým občanům lze poskytnout příspěvky na pomůcky, které umožňují sebeobsahu, samostatný pohyb nebo zachování zdravotního stavu, popř. na pomůcky na přípravu a realizaci pracovního uplatnění. Jde o pomůcky pro zrakově postižené občany, sluchově postižené občany, příspěvky na rehabilitaci nebo kompenzační pomůcky. Příspěvek se neposkytuje v případech, že potřebnou pomůcku propůjčuje nebo hradí zdravotní pojišťovna.

Při posuzování zdravotního stavu postižených dětí se jedná o citlivou a komplikovanou problematiku. Jde o děti, jejichž tělesný, smyslový nebo duševní stav a vývoj je z nejrůznějších příčin perinatálních, perinatálních i postnatálních natolik poškozen, že se nemohou do prostředí svých vrstevníků začlenit nebo jejich začlenění probíhá odchylným způsobem. Je závislé na druhu a stupni postižení. Důsledky takového postižení významně ovlivňují také rodinu dítěte. Ne všechny zdravotně postižené děti však splňují zdravotní podmínku pro přiznání dávky sociální péče. Proto je kladen takový důraz na komplexní funkční zhodnocení zdravotního stavu. Jen tak je možné objektivní posouzení, které je podkladem pro přiznání konkrétní dávky. Je proto nezbytná dobrá spolupráce ošetřujících lékařů s orgány sociálního zabezpečení.

Součinnost orgánů sociálního zabezpečení a zdravotnických zařízení vymezuje § 16 zákona č. 582/1991 Sb., v platném znění. Ukládá zdravotnickým zařízením povinnost provést pro orgány sociálního zabezpečení za úplaty vyšetření zdravotního stavu, zapůjčovat potřebnou zdravotnickou dokumentaci a umožnit jim nahlížet do ní, vydávat výpisy z chorobopisu a podávat lékařské nálezy, posudky a zprávy o průběhu nemoci.

Podrobné informace o dávkách sociální péče lze získat rovněž na internetu na stránkách MPSV (www.mpsv.cz).



Posuzování zdravotní způsobilosti k přípravě na povolání

MUDr. Dana Kuklová, CSc.

Souhrn

Posuzování zdravotní způsobilosti k přípravě na budoucí povolání je posudkovou péčí zásadního významu. Odborně nesprávný posudkový závěr totiž může zcela zásadním způsobem a v rozporu se základním mementem Hippokratovy přísahy negativně ovlivnit prakticky celý další život dítěte. Je proto důvodné se chvilku pozastavit a srovnat myšlenky.

■ Posudková činnost - posudková péče - obecné informace

Podle § 21 zákona č.20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, je lékařská posudková činnost nedílnou součástí léčebně preventivní/zdravotní péče. S ohledem na skutečnost, že zdravotní péči poskytují pouze zdravotnická zařízení prostřednictvím oprávněných zdravotnických pracovníků (§ 12 téhož zákona, zákony 95/2004 Sb. a 96/2004 Sb., oba ve znění pozdějších předpisů, a živnostenský zákon), nelze zdravotní způsobilost prokázat jinak, než dokladem osvědčujícím, že posuzované osobě byla poskytnuta zdravotní péče, při které byla zjištěna zdravotní způsobilost. Dokladem o zjištění a rozhodnutí o zdravotní způsobilosti je lékařský posudek o zdravotní způsobilosti. Zdravotní způsobilost nelze proto v souladu s výše uvedeným prokázat jiným dokladem ani čestným prohlášením nebo jinak označeným vyjádřením posuzované osoby nebo jejího zákonného zástupce o zdravotním stavu nebo jeho kvalitě.

Posudková činnost je odbornou medicínskou činností, při které je zjištěný zdravotní stav, resp. zjištěná kvalita zdraví, hodnocena

■ ve vztahu k nárokům nebo výhodám vyplývajícím ze sociálního zabezpečení

- podle sociálních předpisů - posudková činnost prováděná v rámci sociálního zabezpečení (nárok na dávku sociálního zabezpečení, podklad pro sociální výhodu např. ZTP) - provádějí příslušné orgány sociálního zabezpečení, nebo

- podle dalších předpisů pro průkaz nároku na dávku nebo výhodu sociálního zabezpečení (nemocenského pojištění, hodnocení bolesti nebo ztížení společenského uplatnění, uznání nemoci z povolání nebo ohrožení touto nemocí) - s výjimkou práva ukončit do-

časnou pracovní neschopnost (pokud tak neučiní svým rozhodnutím ošetřující lékař) je součástí zdravotní péče = posudková péče, nebo

■ k nárokům, které souvisejí s výkonem předpokládané činnosti, a to včetně omluvení nepřítomnosti v práci pro dočasnou ztrátu zdravotní způsobilosti. V tomto případě se jedná o typickou součást zdravotní péče, tedy o posudkovou péči, jejímž základním úkolem je pozitivní ovlivnění vývoje zdraví posuzované osoby, tedy důraz na prevenci, a to buď

- k podpoře zdraví - doporučení k úvaze o úpravě životního stylu, režimu (edukace pacienta při prohlídce nebo propuštění z ústavní péče) nebo

- k ochraně zdraví - rozhodnutí o zdravotní způsobilosti vydané na základě předpisu, jehož cílem je nepřipustit, aby sledovaná činnost vedla ke škodě na zdraví, a to včetně rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti.

Pro zjištění zdravotního stavu a jeho kvality je nezbytné znát:

■ anamnestické údaje poskytnuté posuzovatelou osobou, a to rodinná, osobní, sociální a pracovní anamnéza a hodnocení aktuálního zdravotního stavu,

■ fyzikální vyšetření pacienta, včetně zjištění krevního tlaku, pulsu, orientačního vyšetření zraku, sluchu a orientačního neurologického vyšetření,

■ další laboratorní vyšetření nebo vyšetření specialistou, pokud jsou tato předepsaná obecně závazným předpisem,

■ další vyšetření, která jako nezbytná k posudkovému rozhodnutí požaduje posuzující lékař na základě zjištěného zdravotního stavu nebo nároků, ke kterým je osoba posuzována; potřebu těchto vyšetření je nutné posuzované osobě, popř. též osobě, která posudkovou činnost hradí, zdůvodnit, a

■ informace o dosavadním vývoji zdravotního stavu podle zdravotnické dokumentace registrujícího praktického lékaře, popř. jiného praktického lékaře, který pacientovi poskytuje soustavnou komplexní zdravotní péči, pokud posudkovou péči neposkytuje tento lékař sám.

Vždy je nutné klást důraz zejména na ty informace, které mají souvislost s nároky, ke kterým je osoba posuzována.

Pro zjištění kvality zdraví je, kromě schopnosti kvalitně vyhodnotit zjištěné informace, zejména objektivní, nezbytná též praktická zkušenost potřebná k tomu, aby bylo možné stanovit předpoklad

■ dalšího vývoje zdravotního stavu a rychlosti, kterou se může zdravotní stav vyvíjet (prognózy) a

■ o změně zdravotního stavu v souvislosti se zdravotní náročností (při definované zátěži).

Zjištění zdravotní náročnosti

Pokud se týká posudkové činnosti, jejímž cílem je posoudit zjištěný zdravotní stav ve vztahu ke parametrům stanoveným předpisy, pak je nezbytné znát předpisy, ze kterých tyto parametry vyplývají.

V případě posudkové péče při posouzení zdravotní způsobilosti k nárokům souvisejícím s výkonem konkrétní práce nebo činnosti je však nezbytné, aby posuzující lékař kromě nároků vyplývajících z obecně závazných předpisů popř. nepřímě vyplývajících z kontrindikací stanovených předpisy pro obvyklé podmínky výkonu dané činnosti, znal též podmínky konkrétní. Na základě všech dostupných informací, zejména též v návaznosti na vlastní zjištění nebo seznámení se s konkrétními podmínkami, posuzující lékař pak kvalifikovaným odhadem stanoví zdravotní náročnost práce nebo činnosti (zatížení organismu vlivem práce nebo činnosti), ke které osobu posuzuje.



Vlastní posouzení

Posudková rozvaha, zda posuzovaná osoba může uvedenou práci nebo činnost při zjištěné zdravotní náročnosti vykonávat, a to bez újmy na vlastním zdraví nebo zdraví dalších osob na dané činnosti přímo nebo nepřímo zúčastněných, je přímo závislá na kvalitě zdraví. Vlastním posouzením je vyslovení předpokladu (kvalifikovaný odhad), zda

- zdravotní stav posuzované osoby bude/nebude v souvislosti se zdravotní náročností zatížen natolik, že doba odpočinku bude/nebude dostačující pro rekonvalescenci organismu, nebo

- zdravotní stav posuzované osoby vykazuje takové vady, které přímo nebo v souvislosti se zdravotní náročností (zátěží) vedou k předpokladu ztráty schopnosti vědomě ovládat své jednání nebo chování nebo hodnotit jeho možné důsledky.

Při posuzování zdravotní způsobilosti je tedy nezbytné kromě kvalitního zhodnocení zdravotní náročnosti práce nebo činnosti vždy kvalitně zjistit a zhodnotit zdravotní stav posuzované osoby a stanovit předpoklad, jak se bude zdravotní stav dále vyvíjet, neboť zdravotní způsobilost se posuzuje na dobu zpravidla několika let. Nikdy však nelze zapomenout na to, že zdravotní způsobilost lze posuzovat pouze v případě stabilizovaného zdravotního stavu.

Zdravotní způsobilost se zpravidla posuzuje

- před výkonem činnosti - je prováděna v případě, kdy posuzovaná osoba uvedenou činnost dosud nevykonávala; je nutné si uvědomit, že zdravotní nároky při počátku činnosti jsou vždy vyšší - neexistují automatismy ani návyky, posudková kritéria musí být náročnější, i proto, aby práci nebo činnost mohla posuzovaná osoba vykonávat s předpokladem dlouhodobosti,

- v průběhu výkonu činnosti - je prováděna v předem stanovených intervalech jejichž délka odpovídá předpokladu ztráty zdravotní způsobilosti; nároky jsou vzhledem k vytvoření systému automatismů a návyků nižší.

Posuzující lékař

Posuzujícím lékařem je ten lékař, který vydává konkrétní lékařský posudek. Vždy však je nutné mít na mysli, že i v těchto případech lékař vystupuje vždy jménem zdravotnického zařízení, jehož je buď zaměstnancem nebo zřizovatelem. Obecně platí, že při poskytování zdravotní péče zdravotnický pracovník nikdy nevystupuje vlastním jménem.

Pokud právní předpis nestanoví jinak, je posuzujícím lékařem zpravidla praktický lékař, poskytující pacientovi primární péči (registrující praktický lékař podle § 18 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších úprav). Důvodem je skutečnost, že uvedený lékař poskytuje pacientovi zdravotní péči kontinuálně a dlouhodobě a má informace o zdravotním stavu posuzované osoby a jeho vývoji i od dalších lékařů.

Jinak právní předpis stanoví v případech, kdy je osoba posuzována k nárokům, které vyžadují specifické znalosti nebo pro zhodnocení nároků je nezbytné, aby se s nimi posuzující lékař přímo seznámil. Předpisem je pak stanoveno, který lékař je posuzující (podle zaměření zdravotnického zařízení a popř. specializace lékaře).

Při rozhodování o kompetenci lékaře je mnohdy pomíjena skutečnost, že pokud v případech, ve kterých je posuzující lékař určen právním předpisem, vydá tento posudek jiné zdravotnické zařízení, resp. jiný posuzující lékař, pak právně takovýto posudek neexistuje. Osoba, které z posudku vyplývají povinnosti nebo osoby, pro kterou je lékařský posudek podkladem pro další rozhodování, podle takového posudku nemůže plnit povinnosti ani jinak postupovat.

Závěry posudkové péče

Závěrem posudkové péče je buď doporučení, na něž navazuje volní úvaha pacienta, nebo rozhodnutí vydané lékařským posudkem podle § 77 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů. Podle tohoto a následujících ustanovení je upraven též proces přezkoumání lékařského posudku. Při rozhodování v rámci zdravotní péče se nepostupuje podle správního řádu, jak je někdy mylně odkazováno.

Lékařský posudek o zdravotní způsobilosti

Při rozhodování o zdravotní způsobilosti jsou v zásadě vydávány dvě formy lékařských posudků, a to podle informací, které má ošetřující lékař k dispozici -

- při znalosti konkrétní práce nebo činnosti a konkrétních podmínek, za kterých jsou tyto vykonávány, obsahuje lékařský posudek konkrétní závěr o tom, že posuzovaná osoba je/není zdravotně způsobilá nebo je zdravotně způsobilá s podmínkou, v lékařském posudku konkrétně uvedenou, nebo

- v případě, kdy mu nejsou známy konkrétní podmínky výkonu práce nebo činnosti, lékař-

ský posudek vydává pouze na základě znalosti zdravotního stavu a jeho vývoje; lékařským posudkem se v tomto případě stanoví podmínky nebo omezuje zátěž, které posuzovaná osoba nesmí být podrobena (např. nadměrná zátěž pohybového aparátu nebo monotónní práce), jedná se o tzv. „rekomandační posudek“.

Obsahem lékařského posudku vždy musí být:

- údaje o identifikaci posuzované osoby, posuzujícího lékaře a zdravotnického zařízení, jehož jménem posuzující lékař lékařský posudek vystavuje, datum vystavení lékařského posudku,

- důvod, pro který je lékařský posudek vydáván a stručná charakteristika práce nebo činnosti a podmínek, za kterých jsou vykonávány,

- závěr o tom, zda posuzovaná osoba je/není zdravotně způsobilá k uvedené práci nebo činnosti, nebo není dlouhodobě zdravotně způsobilá k výkonu konkrétní práce (pro potřeby zákoníku práce), nebo zda je zdravotně způsobilá pouze za podmínky v posudku uvedené,

- poučení o možnosti podat návrh na přezkoumání lékařského posudku.

Podmínkou k tomu, aby se lékařský posudek stal platným a tedy i vykonatelným, je jeho prokazatelné předání účastníkům řízení.

Úhrada nákladů souvisejících s posudkovou péčí

Z veřejného zdravotního pojištění je v současné době hrazena pouze ta část posudkové činnosti, která je vymezena § 38 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů („Hrazená péče zahrnuje posuzování dočasné neschopnosti k práci nebo ke studiu ošetřujícím lékařem a posuzování skutečností, které jsou podle § 127 zákoníku práce důležitými osobními překážkami v práci, a obdobné výkony u žáků a studentů.“) a posuzování nemocí z povolání.

Ostatní veškerou posudkovou činnost hraď ve smyslu § 15 zákona č. 48/1997 Sb. osoba, která si ji vyžádala. V případě, kdy touto osobou je pojištěnec nebo jemu na rovně postavená osoba (a v případě dítěte jeho zákonný zástupce), je tato cena v souladu se zákonem o cenách usměrněna Výměrem Ministerstva financí, kterým se vydává seznam zboží s regulovanými cenami. V ostatních případech se jedná o cenu smluvní.

inzerce Nestlé BEBA HA - A4



Posudková péče při posuzování zdravotní způsobilosti k přípravě

Podle zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) je jednou z podmínek k přijetí k přípravě na povolání po ukončení základní školní docházky zdravotní způsobilost. Splnění této podmínky lze v souladu s výše uvedeným prokázat pouze lékařským posudkem o zdravotní způsobilosti dítěte k přípravě na povolání.

Posuzujícím lékařem pro tyto případy je registrující praktický lékař pro děti a dorost, a to z důvodů:

■ **věcných** - registrující praktický lékař pro děti a dorost má (nebo by měl mít) veškeré, zejména objektivní informace o zdravotním stavu dítěte a jeho dosavadním vývoji,

■ **formálních** - právní předpis sice výslovně neurčuje posuzujícího lékaře, ale posouzení otázek vhodné volby povolání je podle § 3 vyhlášky č. 56/1997 Sb., kterou se stanoví obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „vyhlášky č. 56/1997 Sb.“) nedílnou součástí preventivních prohlídek od 13 let dítěte, a současně s ohledem na obecný charakter dostupných informací o zdravotní náročnosti přípravy a výkonu povolání.

Svá specifika má i hodnocení nároků, ke kterým je dítě posuzováno (**zdravotní náročnosti**). V úvahu totiž musíme brát jak nároky související s přípravou na povolání, tak nároky související s možným pracovním uplatněním v rámci profilu absolventa zvoleného vzdělávacího programu.

Pokud se týká **zdravotní náročnosti v průběhu přípravy na povolání** je účelné se seznámit s rámcovými vzdělávacími programy, které vydává Ministerstvo školství v dohodě s příslušnými rezorty. Jejich součástí jsou kromě jiného též podmínky ochrany zdraví pro uskutečňování vzdělávání, které stanoví Ministerstvo školství v dohodě s Ministerstvem zdravotnictví. Současně je však potřeba/nutné se seznámit též s obsahem školních vzdělávacích programů, neboť ty mohou zpravidla podle místní poptávky nebo dalších možností školy obsahovat ještě další vzdělání, jehož zdravotní náročnost může být odlišná od povinného rámcového programu.

Vzhledem k tomu, že podle školského zákona mají být veškeré učební dokumenty veřejně dostupné a s ohledem na výše uvedené nelze než doporučit, aby si posuzující lékař vyžádal od rodičů dítěte k nahlédnutí kon-

krétní vzdělávací program, ke kterému dítě posuzuje. Pro stanovení zdravotní náročnosti v průběhu přípravy na povolání je zcela zásadní ta část dokumentů, která popisuje rozsah praktické výuky.

Složitější je hodnocení **zdravotní náročnosti výkonu budoucího povolání**, na které se při posuzování zdravotní způsobilosti k přípravě na povolání velice často zapomíná. S ohledem na další vývoj osobnosti dítěte související se zklamáním, ztrátou důvěry v sebe samého, ztrátou suverenity a další negativní pocity dítěte/absolventa v případě, kdy přípravě na povolání věnoval někdy nemalé úsilí, které v životě nemůže zúročit, je nezbytné věnovat se i této mnohdy velice složitě rozvaze. V zájmu rozšíření možností pracovního uplatnění při minimální potřebě rekvizitace totiž dochází k seskupování výukových programů k povoláním s obdobnými nároky na profesní vzdělání do jednoho vzdělávacího programu. Tím však současně dochází k tomu, že v rámci pracovního uplatnění po ukončení jednoho vzdělávacího programu (profilu absolventa) lze nalézt povolání o mnohdy zásadně odlišné zdravotní náročnosti.

Aby **rozhodnutí o zdravotní nezpůsobilosti** nebylo diskriminující, musí být jeho podkladem objektivně zjištěný zdravotní stav a po zhodnocení jeho kvality musí být zřejmé, že důvodem zdravotní nezpůsobilosti je ochrana zdraví. Nelze zapomenout na to, že rozvaha při doporučení, které směřuje k podpoře zdraví (řádně zdokumentovaná), náleží pouze rodičům nebo jiným zákonným zástupcům. Při stanovení zdravotní způsobilosti, zejména u zdravotně postiženého dítěte nebo v případě vzdělávacích programů s vysokými nároky na kvalitu zdraví, je proto potřebné hodnocení

■ **přizpůsobit** veškerým možnostem vzdělávacího programu, resp. možnosti vyloučit určitou část praktické výuky z povinného absolvování, kdy rozhodnutí je na řediteli školy, a/nebo zaměřit se zejména na ta povolání z profilu absolventa, která mají zdravotní náročnost nejnížší popř. dovolují vyloučit výkon konkrétní práce nebo úkonu, jejichž zdravotní náročnost neodpovídá zjištěné kvalitě zdraví.

Ani v případě posuzování zdravotní způsobilosti k přípravě nelze zapomínat na potřebu opakovaného posouzení. Vyhláška č. 56/1997 Sb. vytváří předpoklady k potvrzení dříve vydaného rozhodnutí při provedení perio-

dické prohlídky v 15 a 17 letech. Podle předpokladu vývoje zdravotního stavu nebo zdravotní náročnosti může současně posuzující lékař pro ochranu zdraví dítěte omezit platnost lékařského posudku i na dobu kratší. Dále je nutné si uvědomit, že posudkovou rozvahu musí lékař provést vždy v závěru nemoci dítěte

Rozhodnutí o zdravotní způsobilosti k přípravě na povolání se vydává **lékařským posudkem**. Z obsahu posudku musí být zřejmé k jakému vzdělávacímu programu je dítě posuzováno a současně označení školy, která uvedený vzdělávací program vyučuje. S ohledem na možnosti hodnocení zdravotní náročnosti, její rozsah jak při přípravě na povolání tak při volbě povolání v rámci profilu vzdělávacího programu nelze vyloučit ani rozhodnutí formou rekomandace. (Např. u dítěte *trpícího prognosticky závažnými a nekompenzovanými formami epilepsie a epileptických syndromů - zdravotně způsobilý pro studijní obor Textilní výroba a podnikatelství na škole s výjimkou praktické výuky prací na textilních strojích a předpokladu, že uvedené práce nelze při výkonu povolání vyloučit.*)

Samozřejmostí při posuzování zdravotní způsobilosti k přípravě na povolání je vydání lékařského posudku pro každý zvolený vzdělávací program zvlášť, byť rozhodnutí vychází ze zjištění při jedné prohlídce.

Posuzování zdravotní způsobilosti k přípravě na povolání **není hrazeno** z veřejného zdravotního pojištění. Náklady související s posudkovou péčí, s výjimkou vyšetření provedených v režimu úhrady z veřejného zdravotního pojištění (např. preventivní prohlídka podle vyhlášky č. 56/1997 Sb.), i vydáním lékařského posudku proto hradí osoba, která posouzení vyžádala (zpravidla rodič), a to cenou věcně usměrněnou.

A co závěrem? Příliš často zapomínáme na zásadní preventivní význam posudkové péče, jejíž význam je nejenom pacienty ale dokonce i lékaři samotnými podceňován. Přitom se jedná o **vysoce odbornou činnost**, která vyžaduje nejenom teoretické znalosti, ale současně i praktické zkušenosti. A v případě posudkové péče poskytované mladé generaci v období překotného vývoje a dozrávání organismu a při rozhodování o jejich profesní budoucnosti to platí dvojnásob.



Posudková služba sociálního zabezpečení

MUDr. Alena Zvoníková

Společnost posudkového lékařství ČLS JEP

■ Posudková služba sociálního zabezpečení

Posudková služba sociálního zabezpečení působí v současné době na úrovni okresních správ sociálního zabezpečení (OSSZ), v Praze-Pražské správě sociálního zabezpečení (PSSZ), České správě sociálního zabezpečení (ČSSZ) a Ministerstva práce a sociálních věcí ČR (MPSV ČR) a posuzuje v zákonem stanovených případech zdravotní stav a pracovní schopnost osob pro účely sociálního zabezpečení. Její kompetence a organizace jsou dány zákonem č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, v platném znění.

Posudkové orgány plní významný úkol-zpracovat odborný podklad pro rozhodování o nárocích a dávkách, vyplývajících z právních předpisů o sociálním zabezpečení. V posudkové činnosti jde v zásadě o řešení komplexního problému, který má tři základní aspekty: medicínský, sociálně ekonomický a právní.

■ Okresní správy sociálního zabezpečení svými lékaři posuzují

- plnou invaliditu nebo částečnou invaliditu,
- bezmocnost,
- dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav dítěte,
- zda je dítě dlouhodobě těžce zdravotně postižené a vyžaduje mimořádnou péči,
- zda si občan může zvýšit vzhledem ke svému zdravotnímu stavu životní úroveň vlastní prací,
- zda občan v krátké době po uplynutí podpůrné doby pravděpodobně nabude opět pracovní schopnost, a to i k jinému zaměstnání,
- zda jde o osobu zdravotně znevýhodněnou,
- zda jde o občana těžce zdravotně postiženého a druh a stupeň tohoto postižení pro účely přiznání mimořádných výhod, příspěvku na úpravu bytu nebo bytu v rodinném domku, úhradu bezbariérového bytu nebo garáže, koupi, celkovou opravu a úpravu motorového vozidla a příspěvku na individuální dopravu,
- zda jde pro účely dávek státní sociální podpory o občana dlouhodobě těžce zdravotně postiženého, dlouhodobě zdravotně postiženého nebo o dítě dlouhodobě nemocné.

OSSZ svými lékaři provádějí rovněž kontrolu posuzování dočasné pracovní neschopnosti pro účely nemocenského pojištění.

Lékaři OSSZ posuzují zdravotní stav a pracovní schopnost občanů ve věcech sociálního zabez-

pečení při zjišťovacích a kontrolních lékařských prohlídkách.

Lékaři České správy sociálního zabezpečení vydávají posudky v odvolacím řízení správním, pokud bylo podáno odvolání proti rozhodnutí OSSZ ve věci ukončení dočasné pracovní neschopnosti a proti rozhodnutí ve věci dalšího poskytování nemocenských dávek po uplynutí podpůrné doby.

Ministerstvo práce a sociálních věcí posuzuje zdravotní stav a pracovní schopnost občanů pro účely přezkumného řízení soudního ve věcech důchodového pojištění, pro účely odvolacího řízení správním, pokud napadené rozhodnutí bylo vydáno na základě posudku lékaře OSSZ (s výjimkou rozhodnutí ve věci dobrovolných dávek nemocenského pojištění a rozhodnutí OSSZ o ukončení dočasné pracovní neschopnosti). Za tím účelem zřizuje své orgány posudkové komise. Posudkovými lékaři a tajemníky posudkových komisí ministerstva práce a sociálních věcí pověřuje ministerstvo své pracovníky. Dalšími členy posudkových komisí jsou odborní lékaři jednotlivých klinických oborů podle povahy projednávaného případu.

■ Posuzování zdravotního stavu pro účely sociálního zabezpečení

Každý systém sociálního zabezpečení-důchodové pojištění, nemocenské pojištění, sociální péče, sociální podpora a systém zaměstnanosti slouží k řešení jiné sociální situace a její kompenzace. Proto má každý takový systém i své specifické potřeby a požadavky na posouzení zdravotního stavu a důsledků z něj vyplývajících.

Základním principem sociálního zabezpečení a jednotlivých systémů ve vztahu k osobám se zdravotním postižením je skutečnost, že se neodškodňuje samotné zdravotní postižení, ale jeho sociální důsledky definované právním předpisem.

Orgány posudkové služby sociálního zabezpečení nevydávají rozhodnutí, ale posudky o zdravotním stavu občanů a důsledcích z něj vyplývajících, které jsou podkladem pro rozhodnutí správních orgánů, popř. soudů. Posudek posudkového orgánu sociálního zabezpečení musí vycházet z objektivně zjištěného zdravotního stavu občana a zjištění dalších významných skutečností a musí být v souladu s posudkovými kritérii zakotvenými v obecně závazných právních předpisech. Posudkově medicínská kritéria pro posuzování nepříznivého zdravotního stavu jsou upravena právními předpisy-

zákony a vyhláškami. Vzhledem k tomu, že každý sociální systém postihuje určitou oblast sociálního zabezpečení a definované sociální důsledky, jsou i posudkově medicínská kritéria pro každý systém zcela samostatná a nezávislá na jiných systémech.

Základem pro posouzení zdravotního stavu občanů a jeho důsledků pro účely sociálního zabezpečení je objektivní, podrobné a všestranné zjištění údajů o zdravotním stavu posuzovaného, se zaměřením na funkční důsledky nemoci, vady, úrazu. Druhou, zcela rovnocennou skutečností je zjištění a posouzení dalších posudkově významných skutečností, daných právními předpisy (např. dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, kvalifikace, schopnost rehabilitace, vyléčelná schopnost, pracovní schopnost, potřeba mimořádné péče, soběstačnost, uspokojování běžných životních potřeb a jiné). Nedílnou součástí posudku je posudkový závěr, výrok ve věci a jeho odůvodnění stejně jako stanovení data kontrolní lékařské prohlídky.

Součinnost orgánů sociálního zabezpečení a zdravotnických zařízení upravuje § 16 zákona č. 582/1991 Sb., v platném znění. Zdravotnická zařízení jsou povinna pro orgány sociálního zabezpečení provést za úplaty vyšetření zdravotního stavu občanů v řízení o dávkách sociálního zabezpečení, zapůjčovat lékařům orgánů sociálního zabezpečení potřebnou zdravotnickou dokumentaci a umožnit jim nahlížet do ní, vydávat výpisy z chorobopisů, a podávat lékařské nálezy, posudky a zprávy o průběhu nemoci a potřebná hlášení a podklady, jichž je třeba k rozhodování o dávkách sociálního zabezpečení a pro kontrolu dočasné pracovní neschopnosti, a to ve lhůtě stanovené tímto orgánem, a není-li určena, do osmi dnů od doručení výzvy.

Ošetřující lékař posuzovaného občana vyhotovuje zdravotnickou dokumentaci pro posouzení zdravotního stavu a pracovní schopnosti občana ve věcech sociálního zabezpečení, státní sociální podpory, důchodového pojištění a sociální péče na základě vlastního vyšetření a lékařských zpráv pořízených odbornými lékaři. Zdravotnické zařízení (ošetřující lékař) předkládá zdravotnickou dokumentaci OSSZ do 14 ti kalendářních dnů ode dne, kdy byla žádost o zdravotnickou dokumentaci doručena zdravotnickému zařízení, nebo do 21 kalendářních dnů ode dne, kdy byla žádost zdravotnickému zařízení doručena v případech, kdy je nutné



lékařskou zprávu doplnit dokladem o dalším odborném vyšetření. Tyto skutečnosti upravuje § 1 a § 2 vyhlášky č. 182/1991 Sb., v platném znění. Pokud zdravotnická dokumentace není dostatečně podrobná nebo jednotlivé lékařské nálezy vykazují určitý nesoulad nebo rozpory, lékař OSSZ nebo předseda posudkové komise MPSV indikuje doplnění vyšetření posuzovaného občana v určeném zdravotnickém zařízení.

Lékař OSSZ uskuteční lékařskou prohlídku do 14 kalendářních dnů ode dne, kdy OSSZ převzala úplnou zdravotnickou dokumentaci. Při posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti musí posudkový orgán vycházet z lékařských zpráv a posudků vypracovaných odbornými lékaři o zdravotním stavu občanů a přihlídnout i k výsledku vlastního vyšetření. Posuzovaný je na závěr jednání seznámen s výsledkem posouzení, včetně poučení o možnostech dalšího postupu.

K jednání posudkového orgánu je možno se souhlasem posuzovaného občana přizvat na jeho žádost jiné občany a zástupce právnických osob, lze-li od nich očekávat, že přispějí k objasnění závažných okolností důležitých pro posudkový závěr.

Bez souhlasu posuzovaného občana může být k jednání přizván ošetřující lékař posuzovaného nebo další odborný lékař, je-li to nezbytné v zájmu posouzení zdravotního stavu posuzovaného občana. Ošetřující lékař posuzovaného občana musí být k jednání přizván, požádá-li o to. Zástupce fyzické nebo právnické osoby, u které posuzovaný občan je nebo byl naposledy pracovně činný, zástupce odborové organizace a zástupce příslušného občanského sdružení zdravotně postižených se k jednání přizvou, jestliže o to požádají a posuzovaný občan s tím souhlasí.

Skutečnost, že občan splnil posudkově medicínská kritéria (popř. i jiná nároková dávková kritéria) v jednom sociálním systému neznamená automaticky splnění kritérií v jiných sociálních systémech. Tak např. občan, který byl uznán plně invalidní, nemusí z hlediska svého zdravotního stavu a předpisů o sociálním zabezpečení splňovat kritéria pro přiznání mimořádných výhod pro těžce zdravotně postižené občany nebo dítě, kterému byly přiznány mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany nemusí splnit kritéria pro přiznání příspěvku na zakoupení motorového vozidla.

Občan, který pochybuje o správnosti rozhodnutí ve věcech sociálního zabezpečení nebo s ním nesouhlasí, má možnost podat opravný prostředek. Opravný prostředek nelze uplatnit samostatně proti posudku lékaře OSSZ (PSSZ) a učiněnému posudkovému závěru. Opravný prostředek lze uplatnit jen proti rozhodnutí o dávce, které je na

podkladě takového posudku lékaře OSSZ vydáno. Součástí každého rozhodnutí orgánu sociálního zabezpečení je i poučení o možnosti dalšího postupu v případě nesouhlasu. Je nezbytné, aby občan podal opravný prostředek v předepsané lhůtě a u příslušného orgánu.

■ Posuzování zdravotního stavu dítěte pro účely sociálního zabezpečení

V předpisech o sociálním zabezpečení jsou upraveny nároky nebo dávky pro osoby se zdravotním postižením, a to buď obecně, bez ohledu na věk, nebo ve stanovených případech jsou nároky a dávky pro dítě se zdravotním postižením a jeho rodinu, popř. nároky osob blízkých nebo osob, které o takové dítě pečují, upraveny odchylně. Právní předpisy rovněž upravují, od jakého věku má dítě nárok, za jakých podmínek (např. ve vztahu ke zdravotnímu postižení) nebo v jaké sociální situaci (např. nezaopatřenost). Stejně přitom je ta skutečnost, že dítě v různých systémech sociálního zabezpečení není definováno jednotně, a to zejména z hlediska jeho věku a sociálního postavení. Stejně tak se liší i vymezení kritérií nezaopatřenosti dítěte.

Pro informaci je nutno uvést, že systém sociální péče při věcném a právním vymezení dítěte a jeho nezaopatřenosti odkazuje na předpisy o důchodovém pojištění. Systém státní sociální podpory je pak v těchto věcech zcela samostatný. Dále platí, že v některém sociálním systému jsou posudkově medicínská hlediska vymezena bez ohledu na věk posuzované osoby, popř. jsou stanoveny odchylky pro „dětí“ nebo pro „dětí“ existující hlediska zcela svébytná.

Posuzování zdravotního stavu dětí a jeho důsledků pro účely sociálního zabezpečení má své obecné zákonitosti stejně jako u „dospělých“, a to především ve vztahu k objektivizaci zdravotního stavu a posouzení posudkově rozhodných skutečností, ale i svá specifika. Existence zdravotního postižení neznamená zcela automaticky, že takové postižení má i sociální důsledky ve smyslu předpisů o sociálním zabezpečení. Sociální důsledky mohou být při stejném zdravotním postižení u různých osob různé, a to jak do rozsahu, tíže a intenzity. Tyto důsledky mohou být z hlediska časového přechodné, trvalé nebo proměnlivé, a to jak vzhledem k dynamice vývoje zdravotního postižení, tak i pokroku a úspěchům lékařské vědy. U dětí k tomu přistupuje probíhající duševní a tělesný vývoj, dospívání, vzdělávání, rehabilitace, příprava na pracovní uplatnění apod. Největší rozdíl proti osobám starším 18 ti let věku je v tom, že dítě a jeho

zdravotní stav a schopnosti se neustále vyvíjejí, mění, a to jak z hlediska věku, tak i z hlediska nabývání a rozvíjení schopností výchovou a vzděláváním. To znamená, že i důsledky zdravotního postižení se v případě dítěte vyvíjejí a mění, mnohdy velice rychle, překotně, disproporčně, a to jak ve smyslu zlepšení, tak i zhoršení. Při dosažení určitého stupně biopsychosociální zralosti dítěte se sociální důsledky zdravotního postižení mohou v některých případech stát méně funkčně významné nebo zcela nevýznamné. Stejně tak je nutno upozornit, že některé důsledky zdravotního postižení dítěte lze sice s ohledem na medicínské znalosti o konkrétní nemoci, jejím klinickém průběhu a projevech předpokládat, ale jejich skutečný rozsah a tíž nelze zcela spolehlivě objektivizovat z důvodu nízkého věku (např. u batolat a malých dětí). To je právě největším úskalím posuzování zdravotního stavu dítěte, a to jak z pohledu ošetřujícího lékaře, tak i posudkového lékaře.

Posouzení zdravotního stavu pro účely sociálního zabezpečení musí vycházet z úplného zjištění zdravotního stavu a důsledné objektivizace všech posudkově rozhodných skutečností. Posudek musí obsahovat spolehlivě zjištěné a prokázané skutečnosti, platné ke dni vypracování posudku o zdravotním stavu dítěte. Nemůže stavět na prognóze ani vycházet z předpokladu, že zdravotní postižení povede např. k závažné mentální retardaci, těžké poruše smyslových funkcí, poruše orientace apod. Pokud k tomu v ojedinělých případech dojde, je takový postup nutno označit za posudkově chybný a je zcela přirozené, že při kontrolní lékařské prohlídce je výsledek posouzení často jiný, neboť předpoklad, z něhož bylo vycházeno, se nepotvrdil.

■ Důchodové pojištění

Důchodové pojištění je upraveno zákonem č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, v platném znění. Pro přiznání plného nebo částečného invalidního důchodu je nutno splnit následující zákonné podmínky - **uznání plné nebo částečné invalidity** a splnění potřebné doby pojištění.

Plně invalidní je pojištěnec, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu poklesla jeho schopnost soustavné výdělečné činnosti nejméně o 66%, nebo je schopen výdělečné činnosti jen za zcela mimořádných podmínek (§ 39 odst. 1 zákona č. 155/1995 Sb., v platném znění). Pojištěnec je částečně invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu poklesla jeho schopnost soustavné výdělečné činnosti nejméně o 33% (§ 44 odst. 1 citovaného zákona), nebo jestliže mu dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav značně ztěžuje obecné životní pod-

inzerce Česká spořitelna A4



mínky (§ 44 odst. 2 citovaného zákona).

Pokles schopnosti soustavné výtěžné činnosti a plná nebo částečná invalidita se posuzují podle zákona o důchodovém pojištění č. 155/1995 Sb., v platném znění a vyhlášky MPSV ČR č. 284/1995 Sb., v platném znění. V ustanovení § 20 zákona je stanoveno, kdo se pro účely důchodového pojištění považuje za dítě, v § 26 je definován dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, v § 39 odst. 2 jsou stanoveny základní skutečnosti, ze kterých musí posudkový orgán vycházet při určování poklesu schopnosti soustavné výtěžné činnosti. Způsob posuzování poklesu schopnosti soustavné výtěžné činnosti je uveden v § 6 vyhlášky č. 284/1995 Sb., v platném znění, a podrobnější posudkově medicínská hlediska v přílohách vyhlášky č. 2, 3 a 4. V příloze č. 2 jsou uvedeny procentní míry poklesu schopnosti soustavné výtěžné činnosti u různých druhů zdravotních postižení. V příloze č. 3 jsou uvedena zdravotní postižení umožňující soustavnou výtěžnou činnost za mimořádných podmínek (např. nevidomost, střední mentální retardace, ochrnutí dvou končetin, amputační ztráta dvou končetin), v příloze č. 4 zdravotní postižení značně ztěžující obecné životní podmínky (např. ztráta úchopové schopnosti ruky, ztuhlost loketního, ramenního, kyčelního nebo kolenního kloubu, amputace nohy v nártu, zkrácení dolní končetiny o 10 cm a více, těžké kyfoskoliozy, umělé vyústění trávicího nebo močového traktu na povrch těla, stavy po vynětí hrtanu, plegie jedné končetiny, hluchota). U zdravotních postižení, uvedených v příloze č. 3 a 4 se výtěžná schopnost nezkoumá.

Neřídnou součástí posudku pro účely důchodového pojištění je stanovení data vzniku invalidity. Tato skutečnost má vliv na nárok na důchod a jeho výši. U osob, u nichž invalidita vznikla až po 18 let věku, je nutno pro nárok na invalidní důchod splnit nejen tzv. „zdravotní podmínku“ - uznání plné nebo částečné invalidity, ale zároveň také potřebnou dobu pojištění.

Přitom podle § 42 -**plný invalidní důchod v mimořádných případech**- zákona č. 155/1995 Sb., v platném znění, platí, že na plný invalidní důchod má též nárok osoba, která dosáhla aspoň 18 let věku, má trvalý pobyt na území České republiky a je plně invalidní, jestliže plná invalidita vznikla před dosažením 18 let věku a tato osoba nebyla účastna pojištění po potřebnou dobu. V tomto případě jde tedy o řešení situace dětí s vrozeným nebo získaným velmi těžkým zdravotním postižením (které nastalo před 18 let věku), kdy takové dítě nemohlo pracovat a (a být důchodově pojištěno) z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Jde o tzv. „invaliditu z mládí“.

Pro osoby pečujících o dítě dlouhodobě těžce zdravotně postižené vyžadující mimořádnou péči, jejich sociální ochranu a jistoty má význam zhodnocení doby takové péče jako účast na důchodovém pojištění. V zákoně o důchodovém pojištění se toto řeší v ustanovení § 5-**účasť na pojištění**. Podle § 5 odst. 1 písm. g) jsou účastny pojištění osoby pečující o dítě ve věku do čtyř let nebo o dítě ve věku do 18 let, je-li dlouhodobě těžce zdravotně postižené vyžadující mimořádnou péči a podle písm. s) osoby pečující osobně o převážně nebo úplně bezmocnou osobu, pokud spolu žijí v domácnosti; podmínka domácnosti se nevyžaduje, jde-li o osobu blízkou.

V ustanovení § 1 vyhlášky č. 284/1995 Sb., v platném znění, je vymezena kategorie „**dlouhodobě těžce zdravotně postižené dítě vyžadující mimořádnou péči**“. Za dlouhodobě těžce zdravotně postižené dítě podle § 1 odst.1 se považuje dítě, jehož zdravotní postižení je uvedeno v příloze č. 1 citované vyhlášky, a které má podle poznatků lékařské vědy trvat déle než jeden rok. Jde např. o mentální retardace, funkčně závažná postižení nervového systému a nervosvalová onemocnění, nevidomost, hluchotu, závažná onemocnění oběhového a dechového ústrojí, závažné formy a druhy onkologických onemocnění aj. V § 1 odst. 2 je uvedeno, co se považuje za mimořádnou péči - tj. soustavná, individuálně poskytovaná péče, která svým rozsahem, náročností a nutností značně převyšuje péči o zdravé dítě stejného věku, a to potřebou opakovaného ošetřování, soustavné rehabilitace nebo cvičení, nutností přípravy individuálního dietního stravování, potřebou zvýšeného dohledu nebo pomocí jiné osoby při některých nezbytných životních úkonech. Podle § 1 odst. 3 se za dítě dlouhodobě těžce zdravotně postižené vyžadující mimořádnou péči nepovažuje dítě, které je umístěno v ústavu (zařízení) pro takové děti s celoročním nebo týdenním pobytem. Pro uznání dítěte dlouhodobě těžce zdravotně postiženým vyžadujícím mimořádnou péči musí být splněny všechny výše uvedené podmínky.

■ Sociální zabezpečení

Oblast sociálního zabezpečení upravuje zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, v platném znění. V případě dítěte se zdravotním postižením, které má dopad na jeho soběstačnost, tj. na potřebu pomoci, popř. soustavného dohledu při určitých životních úkonech nebo potřebu soustavného ošetřování, může být uznána podle § 2 odst.1 až 3 vyhlášky č. 284/1995 Sb., v platném znění, částečná, převážná nebo úplná bezmocnost a z tohoto titulu přiznáno **zvýšení důchodu pro bezmocnost** podle § 70 zákona č. 100/1988

Sb., v platném znění. Sirotčí důchod dítěte se zvyšuje pro bezmocnost nejdříve od sedmého roku věku dítěte. V naprosté většině případů se však bezmocnost posuzuje u poživatelů plných invalidních důchodů nebo starobních důchodů, kde zdravotní postižení nebo věk vedou k nesoběstačnosti-bez-mocnosti a k potřebě ošetření a obsluhy jinou osobou, a to podle ust. § 2 vyhlášky č. 284/1995 Sb., v platném znění.

Podle § 80 zákona č. 100/1988 Sb., v platném znění, se poskytuje **příspěvek při péči o blízkou nebo jinou osobu**. Ten náleží občanovi pečujícím osobně, celodenně a řádně o blízkou osobu, která je podle odst. 1 písm. a) převážně nebo úplně bezmocná, nebo podle odst.1 písm. b) starší 80 let a je částečně bezmocná. Další ustanovení - § 81 pak uvádí, za jakých okolností náleží příspěvek podle § 80 též rodiči nebo prarodiči, popř. jinému občanovi, který převzal dítě do péče nahrazující péči rodičů na základě rozhodnutí příslušného orgánu, a § 82, který uvádí, kdy se podmínka celodenní péče považuje za splněnou.

Zákon č. 100/1988 Sb., v platném znění, v ustanovení § 86 odst. 1 vymezuje **péči o těžce zdravotně postižené občany a staré občany**. Občanům těžce zdravotně postiženým, zejména nevidomým a občanům s těžkým postižením pohybového nebo nosného ústrojí, poskytují příslušné státní orgány služby, věcné dávky, peněžité dávky a bezúročnou půjčku k překonání obtíží vyplývajících z jejich postižení. Podle § 86 odst. 2 občanům s těžkým tělesným, smyslovým nebo mentálním postižením, které podstatně omezuje jejich pohybovou nebo orientační schopnost, se poskytují podle druhu a stupně postižení mimořádné výhody, zejména v dopravě nebo při potřebě průvodce. Stupeň mimořádných výhod osvědčuje průkaz mimořádných výhod, a to I.stupeň průkaz TP, II.stupeň průkaz ZTP a III.stupeň průkaz ZTP/P.

■ Sociální péče

Ze systému dávek sociální péče se poskytují občanům starším jednoho roku s těžkým zdravotním postižením, uvedeným v příloze č. 2 vyhlášky MPSV ČR č. 182/1991 Sb., v platném znění, které podstatně omezuje jejich pohybovou nebo orientační schopnost **mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany**.

Pro posuzování zdravotního stavu pro účely mimořádných výhod platí posudkově medicínská hlediska uvedená v příloze č. 2 vyhlášky č. 182/1991 Sb., v platném znění. Rozhodujícím kritériem je tedy omezení pohybových a orientačních schopností. V odst. 1 přílohy č. 2 se uvádějí zdravotní postižení odůvodňující mimořádné výhody I. stupně jako např. ztráta úchopové schopnos-



tí ruky, anatomická ztráta nohy v nártu, zkrácení končetiny o 5 cm, ztuhlost kolenního nebo kyčelního kloubu, těžká paréza končetiny, záchvatovitá onemocnění. V odst. 2 jsou zdravotní postižení odůvodňující přiznání mimořádných výhod II. stupně jako např. vrozené nebo získané defekty odpovídající stavům po amputacích v obou bércích nebo u jednostranného postižení v kloubu kolenním a výše, těžší funkčně významné parézy dvou končetin, stavy po úrazech nebo nemocech páteře s těžkými poruchami hybnosti, chronické vady a nemoci interního charakteru trvale značně ztěžující pohybovou schopnost, úplná nebo praktická hluchota. V odst. 3 jsou zdravotní postižení odůvodňující přiznání mimořádných výhod III. stupně jako např. anatomická nebo funkční ztráta dvou končetin, imbecilita nebo idiocie, úplná nebo praktická nevidomost, úplná nebo praktická hluchota dětí do ukončení docházky do základní školy, multiorgánové selhávání. Odst. 4 pak umožňuje u nemoci a vad, neuvedených v příloze, pokud podstatně omezují pohybovou nebo orientační schopnost, funkční postižení porovnat s indikacemi uvedenými v odst. 1 až 3.

Ze systému dávek sociální péče se podle vyhlášky č. 182/1991 Sb., v platném znění, poskytuje i další **příspěvky**, jejichž přiznání je podmíněno splněním určitých posudkově medicínských hledisek. Jde o příspěvek na úpravu bytu podle § 34, příspěvek na zakoupení, celkovou opravu a zvláštní úpravu motorového vozidla podle § 35 nebo příspěvek na individuální dopravu podle § 37 vyhlášky č. 182/1991 Sb., v platném znění. Posudkově medicínská kritéria pro tyto účely jsou taxativně vymezena v příloze č. 5 písm. a) až h) vyhlášky č. 182/1991 Sb., v platném znění. Pro účely přiznání peněžitých příspěvků na úpravu bytu, úhradu za užívání bezbariérového bytu nebo garáže, koupi, celkovou opravu a úpravu motorového vozidla i pro účely zvýšení příspěvků, se za těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí považují následující stavy: amputační ztráta dolní končetiny ve stehně, amputační ztráta obou končetin v bérci, plegie nebo těžká paréza dvou končetin, ankylóza obou kyčelních nebo obou kolenních kloubů se značně nepříznivým postavením, chondrodystrofie pokud tělesná výška postiženého nepřesahuje 120 cm, výjimečně obdobně těžké funkční poruchy na základě několika postižení pohybového systému a anatomická nebo funkční ztráta končetiny. Další konkrétní zdravotní hlediska jsou uvedena ve výše citovaných paragrafech vyhlášky č. 182/1991 Sb., v platném znění, jako např. úplná nebo praktická nevidomost, mentální postižení odůvodňující přiznání mimořádných výhod III. stupně stejně jako další nároková kritéria jako např.

věk dítěte (od 3 let věku), umístění nebo neumístění občana v ústavu sociální péče s celoročním pobytem, skutečnost zda žadatel sám řídí motorové vozidlo a jiné.

■ Státní sociální podpora

Státní sociální podpora je upravena zákonem č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, v platném znění, a vyhláškou MPSV ČR č. 207/1995 Sb., v platném znění.

V systému státní sociální podpory posudkový orgán sociálního zabezpečení posuzuje nepříznivý zdravotní stav, stupeň zdravotního postižení a zda se nezaopatřené dítě považuje za dlouhodobě nemocné (stupeň zdravotního postižení od 20% do 49%), zda se osoba považuje za dlouhodobě zdravotně postiženou (stupeň zdravotního postižení od 50% do 79%) nebo dlouhodobě těžce zdravotně postiženou (stupeň zdravotního postižení od 80% do 100%) podle § 9 zákona o státní sociální podpoře. Posudkový orgán rovněž posuzuje také nezaopatřenost dítěte podle § 11 odst. 1 písm. c) zákona o státní sociální podpoře, tj. zda dítě z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu je neschopno vykonávat soustavou výdělečnou činnost. Vyhláška č. 207/1995 Sb., v platném znění, stanoví stupně zdravotního postižení a způsob jejich posuzování pro účely dávek státní sociální podpory. Stupeň zdravotního postižení je definován v § 1 citované vyhlášky a vyjadřuje míru funkční poruchy způsobující omezení nebo znemožnění uspokojování běžných životních potřeb fyzické osoby v závislosti na věku, pohlaví, sociálních a kulturních potřebách. Určení stupně zdravotního postižení je významné pro přiznání některých dávek státní sociální podpory nebo jejich výši. Jde zejména o poskytování rodičovského příspěvku rodiči dítěte do sedmi let věku, jde-li o dítě které je dlouhodobě zdravotně postižené nebo dlouhodobě těžce zdravotně postižené, přičemž § 30 zákona o státní sociální podpoře stanoví další kritéria nároku na rodičovský příspěvek. Rovněž nárok na sociální příplatek a jeho výše podle § 20-22 zákona o státní sociální podpoře jsou závislé na posouzení zdravotního stavu a stupně zdravotního postižení oprávněné osoby.

■ Zaměstnanost

Z hlediska politiky zaměstnanosti a přístupu státu k zaměstnávání osob se zdravotním postižením se osobám se zdravotním postižením podle § 67 odst. 1 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, v platném znění, poskytuje zvýšená ochrana na trhu práce. Okruh osob se zdravotním postižením je definován v § 67 odst. 2 písm. a, b, c) zákona o zaměstnanosti. Jsou to osoby, které byly

orgánem sociálního zabezpečení uznány plně invalidní, částečně invalidní a rozhodnutím orgánu sociálního zabezpečení uznány jako zdravotně znevýhodněné.

Z hlediska zvýšené ochrany dorostu se zdravotním postižením v oblasti přípravy pro pracovní uplatnění a získání kvalifikace má význam uznání osobou zdravotně znevýhodněnou. Podle § 67 odst. 3 zákona č. 435/2004 Sb., v platném znění, se za zdravotně znevýhodněnou osobu považuje fyzická osoba, která má takovou funkční poruchu zdravotního stavu, při které má zachovány schopnost vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, ale její možnosti být nebo zůstat pracovním začleněna, vykonávat dosavadní povolání nebo využít dosavadní kvalifikaci nebo kvalifikaci získat jsou podstatně omezeny z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

■ Závěr

Z výše uvedeného vyplývá, že posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti ve věcech sociálního zabezpečení vyžaduje všestranné medicínské vědomosti a zkušenosti, stejně jako specializované znalosti z oblasti posudkového lékařství a znalosti právních předpisů. Posudkový orgán musí umět využívat funkční diagnostiky pro zjišťování zdravotního stavu, musí umět posoudit různé druhy zdravotních postižení samostatně i ve vzájemných souvislostech, u osob různého věku, v různých situacích, zhodnotit a posoudit další posudkově významné skutečnosti a správně věcně i právně formulovat posudkové závěry, výroky a jejich odůvodnění.

Vzhledem k důležitosti problematiky sociálního zabezpečení je vhodné, aby ošetřující lékaři měli základní vědomosti a informace, aby mohli svým pacientům se zdravotním postižením poradit v řešení jejich složité zdravotně sociální situace. Je potřebné, aby zdravotnická zařízení byla obeznána s tím, jak právní předpisy řeší součinnost zdravotnických zařízení a orgánů sociálního zabezpečení, potažmo orgánů posudkových služeb sociálního zabezpečení a vyvarovala se případných pochybení a možných sankcí.

To platí obdobně i pro osoby se zdravotním postižením, žádajícími nebo pobírajícími některou z dávek či služeb sociálního zabezpečení. Nahlednutí do příslušných právních předpisů nebo vyžádání kvalifikované informace od příslušných orgánů a odborníků je vybaví znalostmi o postupu, nárocích, právech a povinnostech, opravných prostředcích a zajistí tak jejich sociální a právní jistoty.



Sociálně právní poradna pro PLDD - 1. část

MUDr. Pavel Biskup

konzultant oddělení péče o dítě a ženu, MZ ČR

Od praktického lékaře pro děti a dorost se, při poskytování primární péče, očekává v mnoha případech též sociálně právní rozvažování. Tyto případy, které praktickému lékaři přináší každodenní komunikace s rodiči dítěte, pedagogy, psychology či sociálními pracovníky, velice úzce souvisí s tzv. sociálně právní ochranou dítěte.

Na základě dotazů praktických lékařů pro děti a dorost jsem uspořádal nejčastější dotazy, týkající se sociálně právní ochrany dětí a ve spolupráci s PhDr. Lenkou Průšovou, vedoucí oddělení sociálně právní ochrany dětí Ministerstva práce a sociálních věcí ČR, Vám na ně budeme postupně odpovídat:

Jak mám postupovat, když do ordinace volá učitelka s tím, že „se jí nelíbí“ Pepíček Novák? Paní učitelka mi sděluje podezření z domácích neshod, chlapec se začíná špatně chovat vůči spolužákům. Žádá mne, abych zakročil.

Paní učitelka, stejně jako pediatr, má povinnost upozornit pracovníky orgánu sociálně právní ochrany dětí na tyto skutečnosti pokud se dějí po takovou dobu, případně jsou takové intenzity, že nepříznivě ovlivní vývoj dítěte. Zároveň oba mohou požádat o spolupráci specialistu - psychologa (pokud s tím rodiče budou souhlasit). V opačném případě může orgán sociálně právní ochrany dětí návštěvu takového odborníka rodičům dítěte nařídit.

V průběhu vyšetření dítěte s teplotou a kašlem zjišťuji množství modřin na jeho pažích a při dalším podrobnějším vyšetření i na hýždích. Co mám udělat?

Nejprve musíte vyslechnout doprovod dítěte. Sledujte, jak bude reagovat na zjištěné a sdělené skutečnosti. Pokud vyloučíte možnost vzniku modřin v důsledku prvních projevů onemocnění, je nezbytně nutné tyto modřiny důkladně zdokumentovat (např. pořídít fotodokumentaci a zároveň popsat a určit jejich stáří). Následně je nezbytně nutné zaznamenat do Záznamu o zdraví a nemoci dítěte všechny informace poskytnuté doprovodem dítěte k dané věci. Situaci neprodleně oznámte orgánu sociálně právní ochrany dětí a požádejte je o spolupráci při zajištění dítěte, u kterého zřejmě půjde o projevy fyzického týrání.

Jak se mám zachovat vůči matce, která ode mne vyžaduje potvrzení o tom, že její tři-

letá dcera špatně snáší víkendové pobyty u otce? Do této chvíle jsem ani netušila, že se rodiče rozvádějí.

Pokud se matka domnívá, že dcera špatně snáší pobyty u otce, je potřeba zjistit následující skutečnosti: zda lze skutečně u dítěte prokázat určité změny v chování či v celkovém zdravotním stavu. Doporučte matce, aby se svým zjištěním obrátila na příslušný orgán sociálně právní ochrany dětí. Zde je možné zajistit podle potřeby možnost dohody mezi rodiči o styku, případně odbornou psychologickou či mediální pomoc.

Co je Úmluva o právech dítěte a jak se může promítat do práce praktického lékaře pro děti a dorost?

Úmluva o právech dítěte je jeden z nejvýznamnějších mezinárodně právních dokumentů, který deklaruje základní práva dítěte, jako živé bytosti, která má právo na mimořádnou ochranu s ohledem na jeho fyzické a psychické zvláštnosti. Tato úmluva má přednost před vnitrostátními právními dokumenty a je pro země, které k ní přistoupily, závazná. Česká republika ji přijala jako nástupnický stát ČSFR a vstoupila v platnost 6.2. 1991. Protože se celá věnuje právům dítěte je pro praktického lékaře základním právním dokumentem, kterým je potřeba se v souvislosti s ochranou práv dětí řídit.

Co jsou ohrožené děti a jak je poznám v ordinaci praktického lékaře?

Ohrožené děti, ve smyslu sociálně právní ochrany dětí, jsou vymezeny zákonem o sociálně právní ochraně dětí v § 6 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí a to zejména:

děti jejichž rodiče zemřeli, neplní si své povinnosti plynoucí z rodičovské zodpovědnosti nebo rodiče, kteří nevykonávají, případně zneužívají práva plynoucí z rodičovské zodpovědnosti na straně jedné a na straně druhé děti, které byly svěřené do výchovy jiné fyzické osoby než rodiče, děti které vedou zahálčivý či nemravný život, děti, které se opakovaně dopouští útěků od rodičů, děti na kterých byl spáchán trestný čin, případně děti, které jsou svědky nebo účastny domácího násilí. Všechny tyto charakteristiky musí na děti působit po takovou dobu, kdy může dojít k nepříznivému vlivu na jejich vývoj. Jedná se o skupinu dětí, která se běžně v ordinaci praktického lékaře vyskytuje, jsou to děti v náhradní rodinné péči, děti, je-

jižž rodiče prochází partnerskou krizí (rozvod, závislost jednoho z partnerů na návykové látce, těžká nemoc jednoho z rodičů atd.) případně děti jinak zanedbávané, zneužívané či týrané. Běžně se také lékař setkává s dětmi, jejichž rodiče neumí o děti pečovat.

Jak mám postupovat, když mi do ordinace přijde samotná matka a žádá mne, abych zakročil proti šestnáctiletému synovi, u kterého má podezření z kouření marihuany?

V tomto případě je potřeba matku směřovat na odborníky, zabývající se drogovou problematikou v rámci městského úřadu, případně nestátní neziskové organizace. Matka potřebuje o dané problematice získat dostatek informací tak, aby dokázala se svým synem problém zvládnout. Problematika drogové závislosti je zvládnutelná jen za předpokladu, že budou spolupracovat všichni v rodině. Zároveň je nezbytně nutné zajistit součinnost syna. Bez této spolupráce není možné užívání drog v tomto případě analyzovat a zaujmout stanovisko.

Jak mám postupovat v případě, kdy dětské oddělení nemocnice propustí osmiměsíčního kojence z nemocnice do mé péče po úrazu lebky a se zlomeninou klíční kosti? Údajně spadl z válečky. Rodinu znám právě jen osm měsíců, ale mechanismus úrazu kojence je mi divný.

Je nutné neprodleně informovat orgán sociálně právní ochrany dětí s tím, že vyslovíte své podezření na nepravděpodobný vznik úrazu dítěte formou, který uvedli rodiče. Je pak na pracovnících orgánu sociálně právní ochrany zajistit další informace, které toto podezření mohou potvrdit či vyvrátit. Je nutné upozornit, že prokazování případného zavinění zranění dítěte může být velmi náročné a trvá delší dobu. Je však nutné dítě podrobit důkladnému vyšetření včetně rentgenologického snímku skeletu, zda již neexistují stopy zhojené zlomeniny kostí vzniklé v době minulé, případně zda se neobjeví zlomeniny v různém stadiu hojení. Sociální pracovník musí zajistit potřebné informace o péči rodičů o dítě z okolí dítěte a dále postoupit celý případ k šetření podle potřeby. Může dojít i k situaci, kdy rodiče mohou být trestně odpovědní za týrání dítěte a toto jim může být odebráno z péče.

Těšíme se na Vaše další podněty.

Pokračování příště



Stanovisko k návrhu výboru ČPFS ČLS JEP na změnu očkovacího kalendáře v dětském věku týkající se posunu BCG primovakcinace do 7.-12. měsíce prvního roku života

Doc. MUDr. Roman Prymula, CSc., Ph.D.

Katedra epidemiologie, FVZ, Hradec Králové

MUDr. Jana Kolbabová

Infekční klinika FN Hradec Králové

■ Současný stav poznání

BCG vakcína byla poprvé použita jako vakcína k ochraně osob proti tuberkulóze v roce 1921. Původní empirická pozorování o účinnosti ochrany před infekcí *M. tuberculosis* po prodělané infekci *M. bovis* byla využita k získání vakcinačního kmenu opakovanou pasáží na chudých půdách (během 13 let 230 pasáží). Po prvotních kultivacích v Paříži byl kmen distribuován do řady laboratorů po světě a vakcinační kmen zvaný BCG (*Bacillus Calmette Guérin*) byl dále zpracováván ve formě subkultur. Po několika letech se ukázalo, že různé kmeny udržované v různých laboratořích, nejsou identické a prodělaly více či méně definované genetické změny. V současné době je bakterie kultivována již s cílem limitovat další genetické variace za použití lyofilizovaných buněk. Na počátku byla vakcína aplikována perorálně, poté byla preferována intradermální aplikace. V současné době nemá intradermální aplikace příliš mnoho vhodných alternativ. Perorální cesta se neosvědčila pro nutnost aplikace několikanásobně většího množství jednotek a komplikací ve smyslu krčních lymfadenitid, další cesty zpravidla nejsou schopny dostatečně přesně kvantifikovat aplikované množství (aplikace bifurkační jehlou, apod.). Jedinou alternativou, v současné době ve světě používanou, k intradermální aplikaci, je mnohočetný vpich používaný např. v Japonsku.

Imunologické a mikrobiologické aspekty

Od roku 1921 byl atenuovaný kmen *M. bovis* označený jako BCG aplikován miliardám osob, avšak ve srovnání s vysokou účinností jiných vakcín nejsou výsledky zcela uspokojivé. Počet klinicky manifestních případů TBC ve světové populaci nejen neklesá, ale dokonce vzrůstá. Obdobná situace je i v Evropě, kdy sice trend v posledních deseti letech v západní Evropě je mírně klesající, ale ve střední a východní Evropě incidence naopak stoupá. Pozoruhodná je mimořádná rozdílnost v udávané protekci v různých studiích, kde udávané hodnoty kolísají mezi 0 - 80%. Tento efekt je způsoben zejména vlastnostmi vakcinačního kmene, způsobem a časováním

jeho aplikace a individuální imunologickou reaktivitou. Rozdíly v biologických vlastnostech vakcinačních subkultur by mohly alespoň částečně vysvětlit rozdíly v účinnosti v jednotlivých klinických studiích. Až molekulární biologie umožnila mapovat genetické změny, které prokázaly různé genové delece. Účinek BCG vakcíny je založen na principu blízké shody biologických vlastností s patogenním *M. tuberculosis* a navozením zkřížené imunologické reaktivity. Dnes je ale již známo, že rozdíly mezi oběma genomy jsou dosti zásadní. Přibližně 100 genů *M. tuberculosis* v genomu *M. bovis* nenalezneme. V těchto chybějících genech je možno spatřit částečnou odpověď na otázku týkající se neuspokojivé účinnosti BCG vakcíny. Molekulově genetické srovnávací analýzy jednotlivých kmenů, které jsou používány různými výrobci BCG vakcíny ukazují, že mezi nimi existují poměrně značné rozdíly. Díky kompletnímu dokončenému mapování genomu *M. tuberculosis* a dostupnosti technik, které umožňují přenos genů, je možné přímo studovat úlohu různých antigenů a dalších složek mykobakterií v indukci imunitní odpovědi a nalézat faktory, které je možno případně využít pro navození imunity BCG vakcínou. Do vakcinačního kmene BCG byly úspěšně vneseny geny IL-2, IL-4, IL-6, GM-CSF, interferon gama a některé další. Nové možnosti přinášejí obrácený efekt, kdy byla identifikována molekula o m.h. 19 000, která se nenachází v rychle rostoucích mykobakteriích. Bylo prokázáno, že tento antigen výrazně snižuje protekci po vakcinaci a naopak tam, kde je tento antigen eliminován, vykazuje kmen BCG zlepšenou schopnost indukovat protektivní imunitu. Slibnou cestou se jeví i aktivní imunizace *M. vaccae*, která je v současnosti testována jako terapeutická vakcína u nemocných TBC. Imunologicky se projevuje schopností snižovat reaktivitu subsetu TH2 a indukci subsetu TH1.

Důležitou roli v protektivní imunitě hraje i míra a kvalita expozice člověka environmentálním mykobakteriím. Opakovaně diskutovaným problémem je i skutečnost, že BCG vakcinace chrání

novorozence a děti proti závažným, ale v principu neinfekčním formám primární choroby jako je např. mykobakteriální meningitida, ale ochraňuje málo proti postprimární infekční plicní formě TBC u dospělých.

Míru protekce po BCG vakcinaci určuje:

- údobí života, kdy je vakcinace provedena
- již zmíněná míra expozice jedince environmentálním mykobakteriím

Nejlépeších výsledků je dosahováno, je-li vakcína aplikována bezprostředně po narození. Čím později je BCG vakcinace zahájena, tím horší ochranu indukuje. Při znalosti klasických imunitních mechanismů by se zdálo, že tento efekt bude obrácený, avšak se vzrůstajícím věkem roste pravděpodobnost, že se dítě promořilo environmentálními bakteriemi. Tento efekt negativně ovlivňuje schopnost pomnožení vakcinačních kmenů v organismu a snižuje účinnost vakcíny. Dalším velmi pozitivním efektem BCG imunizace časně po narození je prokazatelná mobilizace imunitní odpovědi na jiné vakcíny, které jsou následně aplikovány. Tento efekt můžeme potvrdit v řadě multicentrických studií, které jsme prováděli a srovnáním hladin protilátek u nás a v zemích, kde se BCG vakcína v tomto věku neaplikuje. Nezbytné je však také zmínit, že tento efekt nejde pouze na vrub BCG imunizace, ale je současně akcentován posunem některých evropských očkovacích schémat začínajících již na konci 2. měsíce či počátku 3. měsíce věku.

- veřejně-zdravotnické a epidemiologické aspekty

Infekce způsobené *M. tuberculosis* jsou jednou z nejčastějších infekčních příčin morbidity a mortality v lidské populaci. Přes aktivní imunizaci, režimová opatření i chemoprophylaxi se zatím nepodařilo najít způsob, jak toto agens účinným způsobem omezit či eliminovat. Neexistuje vakcína, která by byla stejně účinná ve všech oblastech světa, mohla by být bezpečně aplikována již infikovaným osobám, chránila by před postprimární infekcí a dokázala eliminovat epidemiologický zdroj.

BCG vakcinace byla inkorporována do EPI



(rozšířeného programu imunizace) v roce 1974. Ročně v současné době je imunizováno kolem 100 milionů dětí.

Nejčastěji se používá kmen Copenhagen 1331, Pasteur 1173 P2 a Glaxo 1077. Hodnotíme-li celosvětová data je v poslední dostupné survey WHO z roku 1999 následující rozložení: z celkového počtu 171 zmapovaných zemí se BCG imunizace aplikuje bezprostředně po narození v 156 případech, odložena do vyšších věkových skupin je pouze v 15 zemích. V Evropském regionu je tento poměr 34 ku 8.

Obecně jsou aplikovány 4 strategie:

1. očkování bezprostředně po porodu (současné doporučení WHO) bez přeočkování
2. BCG aplikována jednou v dětství (př. VB mezi 12-13 rokem)
3. opakovaná BCG imunizace (př. Švýcarsko, Portugalsko, Maďarsko, Rusko)
4. neexistence plošného očkování (USA, Holandsko)

Na základě metaanalýzy je celková průměrná účinnost BCG vakcíny proti všem formám pouze 50%. Zejména pro tuto nízkou účinnost se v současnosti intenzivně pracuje na vývoji nových vakcín. Nejslibnější cestou se jeví vakcína rBCG30. Tato vakcína je vytvořena na bázi rekombinantní formy BCG (kmen Tice). Tato vakcína byla geneticky upravena tak, aby sekretovala velké množství proteinu M. tuberculosis, tedy primárního vyvolávajícího agens lidské tuberkulózy. Tento protein o hmotnosti 30 kDa je nejvíce abundantním proteinem M. tuberculosis a indukuje silnou imunitní odpověď u zvířat i lidí. Vakcína byla testována na morčatech a dalších zvířecích modelech a prokázala významně vyšší účinnost než BCG za srovnatelné bezpečnosti obou vakcín. FDI schválila počátek klinického testování ve fázi 1 v USA. Tato vakcína skýtá do budoucna vysokou pravděpodobnost náhrady stávající očkovací látky proti BCG.

■ K vlastnímu stanovisku pracovní skupiny pro dětskou pneumologii při výboru České pediatrické společnosti

Návrh argumentuje:

Za a) nutností posunu BCG primovakcinace do období 7-12 měsíců věku, kde očekává pokles komplikací BCG vakcinace a možnosti zabránění generalizace BCG infekce BCG u dětí s nepoznaným těžkým imunodeficitem. Za hlavní důvod nárůstu počtu komplikací považuje současné podání tetra- a BCG vakcíny proti hepatitidě B.

Za b) maloplošnou pilotní studii považuje

PSDP za neúčelnou, neboť již současný trojnásobný nárůst počtu komplikací lze považovat za dostatečný argument pro celoplošnou změnu očkovacího kalendáře.

Za c) PSDP považuje za nutné, aby BCG primovakcinaci prováděly kalmetizační stanice s vyškolenými kalmetizačními sestrami a vyčísluje ztráty, pokud by byl zvolen systém pediatriů.

Faktický nárůst komplikací po BCG vakcinaci je dokládán počty ošetřených i hlášených reakcí na dětské klinice v Krči. Rovněž jsou uváděny počty celostátně hlášených komplikací do SÚKLU a zmíněna argumentace o reálně ještě vyšším výskytu, který je způsoben podhlášeností.

Důvody uváděné v návrhu jako zcela jednoznačné vůbec jednoznačně nepůsobí a bohužel jsou interpretovány značně účelově s ohledem na jeden obor a naprosto postrádají systémovou provázanost.

Je používán údaj o nárůstu komplikací z 0,1 % na 1% očkovaných. Toto číslo pak naprosto paradoxně samo vyvrací jednoznačné tvrzení, že k nárůstu došlo zavedením tetra- a BCG vakcíny. Pokud bychom vzali zmíněný 10násobný rozdíl mezi 0,1 a 1%, zjišťujeme, že 3-4násobný nárůst jde sice teoreticky na vrub tetra- a BCG vakcíny, ale další 6-7násobný rozdíl musí být způsoben jiným faktorem. Autoři zcela popírají podíl BCG vakcíny na celém procesu, ale časová koincidence zavedení SSI Copenhagen vakcíny (reálně od počátku 2001) není jednoduše epidemiologicky opominutelná a musí být analyzována stejně odpovědně jako vliv tetra- a BCG vakcíny. Další argumenty o vlivu jiných očkovacích látek (hexavakcína, polio,...) mají velmi omezenou výpovědní hodnotu a nejsou nijak validizovány. Údaj o shodném kmenu v obou inkriminovaných vakcínách je sice správný, avšak obsah je různý a jsou známy údaje o rozdílných parametrech u např. starších dětí. S tvrzením, že obě vakcíny jsou stejné je třeba zásadně neshodit, aniž bychom chtěli dokazovat, že toto je hlavním faktorem způsobující problém. Není předložena analýza časové souslednosti, kdy věk aplikace tetra- a BCG vakcíny může hrát velmi důležitou roli (posun 9 týdnů versus 3 měsíce věku při aplikaci 1. dávky tetra- a BCG vakcíny). Ani údaj o podhlášenosti není úplně korektní, protože není vidět důvod, proč by tato měla vyšší zejména po roce 2000 a pokud je shodná v obou sledovaných obdobích, nemá vliv na poměrný nárůst, ale pouze na absolutní čísla.

Těžké defekty imunity jsou logicky reálnou hrozbou. Zahrnují SCID (závažný kombinovaný imunodeficit), chronickou granulomatózu, DiGeorgeův syndrom a homozygotní částečný či úplný deficit receptorů pro interferon gama. Frekvence

výskytu je nižší než 5 na milion očkovaných, avšak závažnost těchto komplikací je nepopiratelná.

V praxi většiny států však toto riziko nevedlo k odsunu vakcinace a je řešeno zpravidla minimalizací rizika důkladnou anamnézou.

Stávající model je z logistické a organizační stránky velmi dobře zaběhaný a fungující. Změny by mohly přinést i velmi negativní dopady, z hlediska rozvolnění a snížení proočkovatelnosti. Zmínovány jsou více-náklady v souvislosti s očkováním pediatrií a jejich nereálné proškolení. Tyto argumenty mohou vyvolávat argumenty o obdobném ražení, ale opačné. Tedy zda-li jsou nutná kalmetizační oddělení, kalmetizační sestry, apod. Tyto případné úspory definovány nejsou. I když proškolení 2500 pediatriů nebude jednoduché, přesto je podle mého názoru realizovatelné.

Argument o sjednocení očkovacích termínů rovněž neobstojí, neboť nadále bude nutné očkovat řadu rizikových dětí v nejnižším věku. Změna očkovacího kalendáře takto zásadního rázu vyžaduje detailní analýzu všech faktorů pro i proti. V návrhu jsou však uvedeny pouze klady tohoto opatření a v řadě případů ne zcela přesvědčivé.

Z praktického hlediska, pokud by mělo být odůvodněné přistoupit k uvedené změně, jednoznačně by bylo potřebné provést pilotní studii k zhodnocení všech souvislostí. Detailní analýza nás však utvrzuje v tom, že důvody ke změně očkovacího kalendáře jsou neopodstatněné.

Situace v jiných zemích

Podíváme-li se na následující tabulku zjistíme, že navrhovaný model nemá v stávajícím Evropském regionu obdoby. Níže uvedené očkovací kalendáře jsou poměrně velmi aktuální a podle jednotlivých pramenů jsou z období 15.9.2004 až 4.3.2005.

■ Závěr

Z hlediska celkového přístupu je do budoucna nutné zvážit, zda-li mimo rizikové skupiny vůbec očkovat. Pokud by tato varianta byla akceptována, znamenala by výrazně zpřísnit systém kategorizace rizikových skupin a nastavit filtr na vstupu imigrantů do ČR tak, jak je aplikován třeba v USA.

Racionálněji se jeví zatím ponechání stávajícího modelu, avšak odsunutím první dávky DiTePe-HibHBV až za ukončený 3 měsíc, což by zřejmě mohlo vést k určitému snížení komplikací.

Ve všech případech je pak nutno přísně dodržovat postup aplikace a aplikované množství BCG vakcíny. Zde je podle našeho názoru možno očekávat jádro problému. Logicky nemáme exaktní data, ale nejsou ojedinělé zprávy o tom, že vakcína není vždy aplikována přísně intradermálně, že je aplikováno větší množství (správně pouze

inzerce NUTRILON A4



0,05 ml, ale v praxi někdy používá aplikace do vytvoření pupene, včetně obtížně uvěřitelných informací o aplikaci z jedné stříkačky pouze s výměnou jehly). Pomineme-li zdravotní rizikovitost, je jednoznačné, že tento postup právě může vést k aplikaci vyšších dávek. Ve výše uvedeném je zřejmě nutné spatřovat hlavní problém a měli by-

se jeví jako nepříliš vhodné řešení a do doby nastolení nevratných kroků je třeba prokázat kauzální vztah mezi možnými příčinami a následkem.

K situaci v ČR se dne 17.6.2005 vyjádřila i WHO prostřednictvím dopisu ředitele Gudjona Magnussona ministryni zdravotnictví ČR. Přední experti plně sdílejí obavu z navrhované změny

načních programech je ochrana proti nejzávažnějším formám tuberkulózy, miliárnímu rozsevu a meningitidě. Tyto formy se typicky vyskytují s vrcholem v 1. a 2. roce života po 2 až 6 měsíčním odstupu po primární infekci. Pokračování ve strategii očkování od 4. dne optimalizuje efekt BCG vakcinace proti těmto nejzávažnějším formám.

Přehled modelů očkování proti BCG v jednotlivých zemích Evropy

Země	Termín aplikace	Aplikovaný systém	Další postup, poznámka
Belgie		Neočkuje	
Bulharsko	Po narození	Plošně	7-10 měsíců, 6-7, 10-11, 16-17 let u tuberkulin neg.
Česká republika	4dny-6 týdnů	Plošně	2, 11 let u tuberkulin neg.
Dánsko		Neočkuje	
Estonsko	Po narození	Plošně	
Finsko	Po narození	Plošně	
Francie	Po narození	Plošně	6 let
Holandsko		Neočkuje	
Chorvatsko	Po narození	Plošně	13 let u tuberkulin neg.
Island		Neočkuje	
Irsko	1 měsíc	Plošně	10-14 let u tuberkulin neg.
Itálie		Neočkuje	
Kypr		Neočkuje	
Lotyšsko	4-5 dnů	Plošně	
Litva	2-3 dny	Plošně	
Lucembursko	1-2 měsíce	Pouze rizikové skupiny	
Maďarsko	Po narození	Plošně	
Malta	12-14 let	U tuberkulin negat.	
Norsko	13-15 let	Plošně	
Německo		Neočkuje	
Polsko	Po narození	Plošně	1, 7, 12 let
Portugalsko	Po narození	Plošně	
Rakousko		Neočkuje	
Rumunsko	4-7 dnů	Plošně	
Řecko	6 let	Plošně	
Slovensko	3 dny	Plošně	10 let
Slovinsko	Po narození	Pouze rizikové skupiny	
Španělsko		Neočkuje	
Švédsko	Po narození	Pouze rizikové skupiny	
Švýcarsko	Po narození	Pouze rizikové skupiny	
Turecko	Ve 2 měsících	Plošně	6 let
Velká Británie	Po narození	Pouze rizikové skupiny	10-14 let u tuberkulin neg.

chom vyvinout maximální úsilí k odhalení reálných faktorů působících diskutované komplikace. Měli bychom se oprostit od úzkých oborových zájmů a společně odstranit tuto bohužel nelichotivou zvláštnost České republiky.

Odsunout očkování BCG do období 7-12 měsíců věku se ve světle výše uvedených argumentů

a nedoporučili ani posun pro vakcinaci DTP, Hib, HBV na 3. měsíc věku s poukazem na neodůvodněné zvyšování rizika pertuse pro tuto věkovou kategorii. Situaci v incidenci TB v ČR hodnotí jako velmi příznivou s poukazem na možnost brzkého zvážení ukončení plošného očkování. Primárním cílem použití BCG vakcíny v kojeneckých vaci-

Před jakoukoliv změnou je doporučována detailní epidemiologická studie. Experti WHO si nejsou vědomi toho, že by jakákoliv jiná země měla problém s nárůstem reakcí po zavedení tetra- nebo pentavalentní vakcíny.

Literatura u autora.



Renesance zavinoваček aneb volný pohyb novorozenců a mladých kojenců

MUDr. Jan Hak

PLDD, Liberec

Prof. MUDr. Miloš Velemínský, CSc.

PLDD, Třeboň

Souhrn

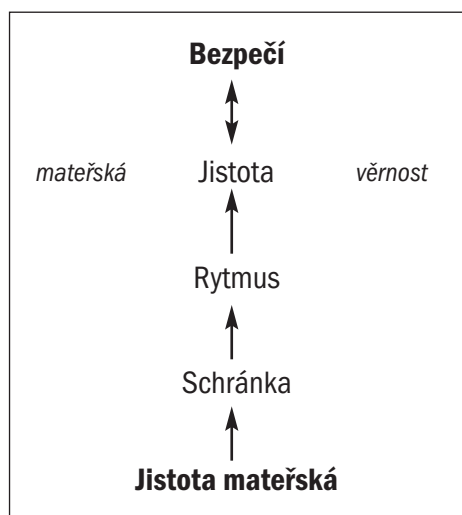
Učebnice pediatrie z druhé poloviny dvacátého století (1,2,3) doporučují používání zavinoваček pro novorozence a malé kojence do 3 měsíců věku. Současné učebnice pediatrie (4), ani odborný tisk, se k této problematice nevyjadřují. Zavinoваčka byla silná peřinka v bavlněném povlaku, do které se dítě položilo a peřinka se pevně převázala, většinou ozdobným pruhem. Dítě mělo výrazně omezený pohyb s nataženými dolními končetinami.

V posledních letech je vedena diskuse o vhodnosti užívání zavinoваček, respektive systémů omezujících pohyb novorozence. Psychologové přišli s novými poznatky týkajícími se neomezeného pohybu novorozence a mladého kojence. Rodiče mohou mít k dítěti různý přístup a to od jisté „přirozené“ ne-

ně se usmívajících, poskytujících jistotu, že umí řešit problém usínání a spánku. Na podkladě jistoty se vyvíjí pocit bezpečí. Bezpečí však nemůže být bez jistoty. Pociť bezpečí dítě získá na podkladě mateřské jistoty, rytmu a schránky. Pro získání jistoty je pro usínání důležitý rytmus. Jedná se jednak o rytmicky se opakující pohyby rodičů, např. houpání, ale také o denní rytmus spánku a bdělosti, podávání stravy či pobytu venku. Novorozenec vnímá zavinoваčku jako „schránku“, tedy místo, kde dítě pobývá a čím je jeho tělo obklopeno (děloha, kolébka, postýlka). Je prokázáno, že v rámci potřeb nemá novorozenec zpočátku mnoho zájmů. Dítě po porodu potřebuje kromě jiného jistotu, bezpečí a rytmus, zajištěné blízkosti matky, teplem a „pohupující schránkou“. Nepotřebuje svobodu, nepotřebuje volný pohyb. Dítě svoje potřeby zpočátku neumí vyjádřit, neumí se v celé řadě problémů svobodně rozhodovat. Proto potřebuje jakési odevzdání se vyššímu řádu, které mu mohou dát jen rodiče. Důležitou součástí k získání jistoty je pro novorozence pravděpodobně prožívat život ve schránce. Schránka, původně děloha, obklopovala celé tělo dítěte a to v ní mělo omezený pohyb. Umělecké obrazy dětí z minulosti i současná zkušenost z méně rozvinutých zemí ukazují, že děti jsou celé zabalené v různých tvarech šátků nebo zavinoваček. V současné době se však hned po porodu dítě ošetřuje, přikládá se k prsu, dává se možnost volného pohybu bez zabalení. Je otázkou, zda právě časné umožnění volného pohybu v dupačkách, namísto pobytu ve schránce-postýlce, ne-

znamená ztrátu pocitu bezpečí. Volný pohyb neodpovídá základním potřebám dítěte. Novorozenec a mladý kojenec, který má kolem sebe volný prostor a nedosahuje na jeho konec, je často neklidný, ztrácí pocit jistoty. To může vést k celé řadě následků, mezi jiným například i k noční nespavosti. Někteří rodiče přistupují ke svému dítěti tak, že mu dávají neomezenou svobodu a to již i novorozenci a kojenci. Tito ale neomezenou svobodu nepotřebují, lépe řečeno ji neumí využívat, potřebují jakési vedení, režim. Vlastní režim dne si dítě umí vypracovat až mezi 4. - 6. měsícem života. V současné době je tedy dítě vlastně ochuzováno o správnou schránku tím, že nedoporučujeme jeho zabalování. Praktická zkušenost z neonatologických pracovišť doporučuje neklidné dítě pevně zabalit i v inkubátoru. Během několika minut se neklidné dítě většinou uklidní a usne.

V posledních letech dětská ortopedie kritizují a nedoporučují používání zavinoваček. Pro novorozence a mladého kojence je vhodný volný pohyb kloubů dolních končetin, který umožňuje flexi dolních končetin do tzv. fyziologické polohy. Ta umožní vývoj správného postavení v kyčelních kloubech. Přeměna fetální flexní polohy do reflexe se děje postupně. Násilná extenze kyčle je tedy nebezpečná. Dostatečně volný pohyb dolních končetin, nutný ke správnému rozvoji potřebných formujících svalových sil a tahů, umožňují tedy pouze dupačky. Tuto svalovou teorii upřesňuje Vojtašák (6), který uvádí, že vlivem mechanické instability dochází k opožděné



všímavosti, přes výchovu autoritativní, až k současné „volné“ výchově, která je založena na nesprávném chápání pojmu svobody.

Z psychologického hlediska je pro zdárný vývoj dítěte nezbytná jistota. Tu buď dítě má, nebo mu chybí. Rozeznáváme jistotu věcnou, která je dána rituálem chování rodičů, především ve spojení s usínáním. Ritualizace vyžaduje standardní postupy, prostředí, čas i předměty. Jistota mezilidská (rodičovská, mateřská) vyžaduje při usínání přítomnost stejných tváří, téhož výrazu, tedy rodičů, stej-



Obr. č. 1- Volíme zavinovačku, do které se dítě balí volně, má však omezený pohyb -používá se suchý zip. Nedoporučuje se peřinka pevně zavázaná stuhou (povíjanem).



Obr. č. 2

osifikaci stříšky kyčelního kloubu (dysplasií). Ta se neformuje do ideálního tvaru, což může vést k poškození formace kyčelního kloubu.

Námi potvrzené teorie lze nalézt i v popisovaných praktikách domorodých afrických kmenů, kde matky novorozence a kojence ukládají do zavinovaček a dbají na to, aby jejich děti měli flektované dolní končetiny. Naopak těžko můžeme souhlasit s Indiány či Lapponci, kteří přivazují novorozence na prkénko s extendovanými dolními končetinami.

V současnosti tedy převládá doporučení k užívání dupaček před používáním zavinovačky jak u ortopedů, tak u pediatriů. Zabránit násilné extenzi v kyčli shodně obě skupiny uvádějí jako podpůrný mechanismus pozitivně ovlivňující vývoj dětské kyčle. U nedonošených dětí, s normálním orthopedickým nálezem, jsme jako neonatologové doporučovali užití Frejkovy dečky, či pomůcek méně dokonalých, udržujících DK v abdukčním postavení. Zkušenosti s touto mechanickou podporou správné formace kyčelních kloubů jsou pozitivní a ověřené. Užívání zavinovaček s vhodným postavením dolních končetin uvnitř peřiny však s tímto přístupem není v rozporu.

Dalším pohledem na zmíněnou problematiku je tepelný komfort dítěte. Novorozence obtížně reguluje výdej tepla vzhledem k vel-

kému tělesnému povrchu a pouze tenké vrstvě podkožního tuku. Teplu dítě tvoří pohybovou aktivitou. I přes 6x větší počet potních žlázek proti dospělým dochází k velmi omezenému vylučování potu a vytvořené teplo je převážně akumulováno. Bráníme-li tepelným ztrátám ještě dostatečným vhodným izolačním materiálem (oblečení, deky, peřinka), sníží se logicky ztráty potřebného tepla.

V současné době jsou na trhu k dispozici rozmanité termostabilní peřinky. Jsou vyrobeny z dutého vlákna a jejich vnitřní vrstva je bavlněná. Je tedy zaručena hypoalergenita materiálu a dostatečná termostabilita vnitřního prostředí. V této peřince je tedy dítě v adekvátním tepelném komfortu a z psychologického pohledu je zaručen i dostatečný pocit bezpečí hlavně v prvních týdnech života. Peřinka, která je zároveň dostatečně prostorná (lze polemizovat o výměnách velikosti zavinovaček vzhledem k věku, výšce...), umožňuje i potřebnou flexi dolních končetin a zaručuje tedy i zdravý vývoj kyčelních kloubů.

V současnosti nejsou k dispozici dostatečné údaje posuzující vhodnost či závadnost nabízených pomůcek. Smyslem tohoto sdělení je zamyslet se nad tímto problémem z různých úhlů pohledu a hledat řešení, která splňují i ty nejnáročnější požadavky na zdravý vývoj dítěte, což je naším cílem.

V obrazové příloze přikládáme některé současné možnosti „zabaleno“ dítěte, které vyhovují shora uvedeným potřebám.

Polohování:

Pozice, ve kterých je umožněn motorický klid. Je to důležité pro děti, které ještě nemají dostatečně vyvinutou kontrolu polohy svého těla. Dobrého a stabilního držení těla je dosaženo „ohraničením dítěte“ například kontaktem rukou s hlavou a nebo s chodidly, kterého je dosaženo pomocí polohovacího materiálu.

Provedení v poloze na zádech (obr. č. 3): Ručník se „sroluje“ a navlékne např. do prubanu, aby držel tvar. Tato role se pevně přiloží k tělu dítěte: pod obě kolínka, podél trupu a těsně vedle ramínek. Konce se nad tělem spojí tak, že hlava leží přibližně uprostřed.

Podle velikosti a tvaru hlavičky se může použít na její podporu ještě dodatečná role pod zátylek (například podélně stočená žínka) - dítě se cítí bezpečně a jistě, podporuje vlastní aktivitu dítěte, například kontakt ruka-ruka, ruka-pusa, příznivě je ovlivněno tvarování hlavičky



Obr. č. 3



Obr. č. 4 - Poloha na boku

Poloha na boku je důležitá přechodná poloha.

Podélně srolovaný ručník je položen podél hlavy, zad a mezi dolní končetiny. Hlava nesmí být zakloněna. Spodní rameno musí být předsunuto.

Pokud není novorozence drženo v náručí nebo není v přímém kontaktu s matkou, může ztratit pocit jistoty a bezpečí. Uvedenými způsoby jeho polohování můžeme přispět k odstranění těchto negativních pocitů. Matčinu náručí takto v postýlce nahradíme novým „hnízdečkem“, které přispěje k znovunabytí jeho pocitu jistoty, neomezuje ho v pohybové aktivitě a přispěje ke správnému motorickému rozvoji. ■

Literatura:

1. Houštěk J., Kubát K.: *Základy dětského lékařství*, SZN Praha, 1953
2. Houštěk J., Kubát K., Švejcár J.: *Dětské lékařství*, SZN Praha, 1958
3. Houštěk J. et al.: *Pediatric, Avicenum*, 1986
4. Hrodek O., Vavřínek J., et al.: *Pediatric, Galén*, 2002
5. Sosna A., Vavřík P. a kol.: *Základy ortopedie*, Triton, 2001
6. Vojtašik J.: *Ortopédia*, Bratislava 1978
7. Kubát R.: *Ortopedie dětského věku*, Avicenum, 1982
8. Outhas V., Francois J.: *Psychologie novorozence*, Grada, 2000

Význam oligofruktózy pro výživu kojenců

Doc. Ing. Vojtěch Rada, CSc.

Fakulta agrobiologie, potravinových a přírodních zdrojů, Česká zemědělská univerzita, Praha

Mateřské mléko obsahuje 5-8 g oligosacharidů, čímž představují po mléčném cukru - laktóze, tuku a bílkovinách čtvrtou největší složku. V minulosti byl význam těchto látek pro kojeneckou výživu neprávem opomíjen. Novorozenci, kteří z jakýchkoli důvodů nemohou být krmeni mateřským mlékem, jsou zpravidla vyživováni náhražkami na bázi kravského mléka. Rozdíl ve složení kravského a mateřského mléka je celá řada, liší se složením bílkovin (v kravském převažuje kasein, zatímco v mateřském albumin), kravské mléko má více vitaminů B a D a méně A, C a E a konečně mateřské mléko obsahuje daleko více oligosacharidů. Oligosacharidy jsou cukry složené z 2-10 (někdy se uvádí až 20) monosacharidových jednotek a kromě mléka se vyskytují i v různých rostlinách. Mateřské mléko obsahuje zhruba 90 různých oligosacharidů, jejichž funkce není zdaleka plně objasněna. Dosud bylo zjištěno, že tyto látky mají v první řadě funkci prebiotickou, což znamená, že podporují růst a množení prospěšných střevních bakterií, hlavně bifidobakterií. Prokázány byly i účinky na lepší vstřebávání minerálních látek (hlavně vápníku) a potlačování choroboplodných bakterií, kterým brání přichytit se na střevní stěnu. Některé další oligosacharidy přítomné v mateřském mléku také podporují rozvoj nervové soustavy kojenců.

Protože, jak již bylo řečeno, kravské mléko obsahuje v porovnání s mateřským mlékem daleko méně oligosacharidů, je vhodné tyto látky do umělých kojeneckých výživ doplňovat. Samozřejmě nelze, bohužel, dodat celé široké spektrum těchto látek, aby byly zajištěny všechny jejich fyziologické funkce, některé účinky však přesto lze zajistit přidávkou rostlinných oligosacharidů. Jako nejperspektivnější se jeví použití fruktooligosacharidů (FOS) a inulinu.

FOS a inulin jsou polymery D-fruktosy spojené vazbou β -2-1. Na konci molekuly je většinou pomocí α -1-2 vazby napojena glukosa. Molekuly se stupněm polymerace větším než 20 bývají označovány jako inulin. Inulin a FOS jsou přítomny v řadě potravin rostlinného původu jako je čekanka, cibule, česnek, chřest, rajčata a banány. FOS se také vyrábějí enzymatickou hydrolyzou inulinu a to většinou z kořene čekanky (tento postup je využíván hlavně v Evropě), možný je však i opačný postup tj. syntéza ze sacharosy (v Japonsku je tímto způsobem vyráběn tzv. neocukr). Jak FOS tak inulin mají výrazné, v mnohých *in vitro* a *in vivo* pokusech prokázány, bifidogenní účinek. Ještě lepší bifidogenní účinky byly prokázány u tzv. oligofruktózy, což je vlastně inulin enzymaticky nashtěpený na menší molekuly, které projdou neporu-

šený trávicím traktem až do tlustého střeva, kde slouží jako potrava pro prospěšné střevní bakterie, hlavně bifidobakterie. Enzymatická úprava zlepšit tedy tzv. bifidogenní účinky, čistý inulin totiž není pro bifidobakterie tak dobře využitelný jako menší molekuly oligofruktózy.

Bifidogenní účinky oligofruktózy a dalších FOS byly prokázány v mnoha pokusech na laboratorních a hospodářských zvířatech a jsou i pozitivní výsledky u lidí. Na rozdíl od jiných prebiotik (např. laktulóza, sójové galaktooligosacharidy rafinózyvé řady) nezpůsobuje oligofruktóza výraznou flatulenci čili plynatost, což je zejména výhodné u kojenců. Oligofruktóza a inulin byly z rozhodnutí Evropské komise z 26 září 2001 povoleny jako přídavek do potravin v koncentraci 0,8 g/dl v produktech určených k přímé spotřebě. V ČR je oligofruktóza přítomna v některých kysaných mléčných výrobcích a je i v některých sušených mléčných kojeneckých výživách (např. Sunar společnosti Hero). Bifidogenní účinky oligofruktózy jsou nezpochybnitelné, je však třeba podotknout, že některé děti z různých důvodů bifidobakterie v trávicím traktu nemají a v takovýchto případech nelze bifidogenní účinek očekávat. Trávicí trakt plodu až do porodu je sterilní, což znamená, že neobsahuje žádné mikroorganismy, tedy ani patogenní ani prospěšné bakterie jako jsou bifidobakterie. Za normálních okolností se střeva novorozence infikuje mikroorganismy hlavně od matky a mateřské mléko selektivně podpoří růst bifidobakterií. Absence bifidobakterií je nejčastější u dětí porozených císařským řezem. Umělá kojenecká výživa může být také suplementována probiotiky, tedy živými kulturami mikroorganismů, většinou v lyofilizovaném stavu. Na našem trhu jsou produkty s přídavkem *Bifidobacterium animalis* Bb 12, které jsou určeny dětem od 3-6 měsíce. Je třeba nezávislými studiemi ověřit, zda je tento kmen schopen kolonizovat trávicí trakt kojenců. V Japonsku byl úspěšně testován na kojencích *B. breve*, který je lidského původu, ale v Evropě není komerčně dostupný. Obecným problémem v současné době používaných probiotik je malý počet kmenů, které jsou používány jako přídavky do funkčních potravin. U těchto kultur, jak již bylo výše zmíněno, není jasný původ a navíc byly vybrány hlavně podle technologických vlastností. Tak např. kmeny *Bifidobacterium animalis* mají obecně výbornou schopnost přežít v jogurtech a to během celé záruční doby, ale schopnost kolonizovat trávicí trakt lidí a prokazatelné probiotické účinky nebyly u těchto kultur jednoznačně prokázány. V budoucnu bude tedy nutné selektovat lidské kmeny bifidobakterií s dobrými technologickými a zároveň

probiotickými vlastnostmi.

Kromě prebiotické funkce má oligofruktóza i další příznivé účinky, kterými do určité míry nahradí přirozené oligosacharidy v mateřském mléce. Prokázán byl pozitivní vliv na vstřebávání vápníku. Diskutuje se i o vlivu na metabolismus hořčičku, jódu a železa, zde je však třeba zatím předběžně výsledky ještě ověřit. Jako další možné pozitivní účinky oligofruktózy a dalších prebiotik je uváděna stimulace imunitního systému a vliv na metabolismus tuků. Tyto účinky je však rovněž třeba ověřit. Podle některých prací může oligofruktóza a další prebiotika také snižovat možnost výskytu atopických ekzémů u dětí. Jak bylo totiž prokázáno, náchylnost k tomuto onemocnění se může vyvinout v prvních měsících po narození a s největší pravděpodobností souvisí se složením střevních bakterií. Ve stolici dětí s atopickým ekzémem často chyběly právě bifidobakterie, nebo jejich počty byly nižší.

Jak bylo výše uvedeno, oligofruktózu mohou přijímat děti ve formě obohacených kojeneckých mlék, jakými jsou na našem trhu pokračovací mléko Sunar premium a Sunar complex. V této souvislosti je zajímavé, že ve stolici dětí krmených umělou výživou prakticky není přítomna kyselina mléčná, je nalézána kyselina máselná, která je nezbytná pro výživu enterocytů. Vyskytují se proto i názory, že by bylo vhodné i přirozeně kojenecké děti přikrmovat umělou výživou, která stimuluje rozvoj střevního ekosystému podobně jako u dospělých lidí. Tuto teorii částečně potvrdily analýzy druhového složení bifidobakterií u kojenců a uměle krmených dětí. Zatímco u první skupiny kojenců byl nalezen jako převažující druh *B. breve*, ze stolice uměle krmených novorozenců byly izolovány druhy *B. longum* a *B. adolescentis*, které jsou dominantní rovněž u dospělých lidí. Nutno však doplnit, že podle jiného výzkumu nebyly zaznamenány rozdíly mezi různě krmenými dětmi a jako hlavní druhy bifidobakterií byly identifikovány *B. breve*, *B. longum*, *B. adolescentis* a *B. bifidum*. Na uvedeném téma však existuje málo prací, protože metody pro spolehlivou identifikaci pomocí PCR a nejnoveji s použitím DGGE byly vyvinuty teprve nedávno.

Závěrem lze shrnout, že oligofruktóza je prověřeným aditivem pro lidskou a kojeneckou výživu s prokazatelnými bifidogenními účinky. Mléčné kojenecké výživy s obsahem prebiotik tak mohou nahradit některé fyziologické funkce, které mají oligosacharidy přirozeně se vyskytující v mateřském mléce.

Varicella: očkovat - neočkovat?

Doc. MUDr. Ivan Novák, CSc.

Vedoucí katedry pediatrie IPVZ Praha

Souhrn

Autor se zabývá novými poznatky o varicelle, jejích komplikacích a významem případného očkování u dětí z hlediska zdravotního, ale i ekonomického, a to na základě epidemiologické studie o varicelle v České republice v letech 1997 - 2001

Klíčová slova

varicella, komplikace u dětí, vakcína proti varicelle

■ Úvod

Varicella je v současné době klasickým exantémovým virovým onemocněním (virus varicella-zoster), o němž se traduje, že má u dětí benigní průběh. Kromě údajů získaných z databáze EPIDAT (varicella patří mezi povinně hlášená onemocnění), jež nás informovaly o tom, že onemocní každý rok desítky tisíc lidí - převážně dětí - však objektivní údaje o průběhu onemocnění u nás chybí.

Ve Spojených státech se uvádí vrchol výskytu ve skupině dětí mezi 1 - 9 lety s mortalitou 1/100 000 případů. U kojenců je však úmrtnost čtyřikrát vyšší a mezi dospělými až pětadvacetkrát vyšší. U imunokompromitovaných dětí se odhaduje úmrtnost mezi 7 - 14% a u těžce skupiny dospělých je to až 50%. Varicella byla ve Spojených státech před zavedením očkování dětí příčinou 100 úmrtí za rok.

■ Výsledky studie

Studie se účastnily týmy infekčních oddělení v devíti krajích České republiky a řada praktických lékařů pro děti a dorost (MUDr. Hana Cabrnová, MUDr. Dana Vurmová, MUDr. Jarmila Seifertová a další). V letech 1997 - 2002 byla o varicelle sbírána data v uvedených zdravotnických zařízeních a v EPIDATU.

Ve sledovaném období onemocnělo varicellou 207 693 lidí, z nichž bylo téměř 98% léčeno doma. Na infekční oddělení, jež se účastnila studie, bylo přijato asi 67% všech hospitalizovaných, tj. 1317 nemocných. Téměř 80 z nich byly děti do 18 let. Téměř 45% hospitalizovaných mělo celkové komplikace. Šlo o hepatopatie, intersticiální pneumonie a cerebelitidy (encefalitidy postihující mozeček) a druhotné bakteriální komplikace, jež se podílí valnou měrou i na komplikacích místních (hnisání rozškrábaných morf). Intenzivní péči vyžadovalo 141 pacientů a z nich bylo dětí do 10 let 120 (85%). Přes 40% nemocných dostávalo virostatikum acyklovir.

Podle studie nelze tvrdit, že příčinou komplikací je hlavně předchozí imunosuprese nemocných. Mezi hospitalizovanými jich bylo jen 6% a jen 12% nemocných na JIP mělo rizikovou anamnézu.

Osmdesát nemocných mělo trvalé následky (z nich 1/3 měla rizikovou anamnézu) a 2 nemocní zemřeli.

Pokud jde o nemocné sledované praktickými lé-

kaři pro děti dorost, tak ve skupině 2189 pacientů byl průměrný věk 6 let a celkové komplikace byly shledány u 0,77% nemocných (32 dětí).

Náklady na nemocniční léčbu činily přes 20 milionů Kč (šlo o náklady na lůžko a medikamenty).

■ Diskuse

Takže varicella nemusí být benigní onemocnění. Ani u imunokompetentních osob nelze předpovědět průběh onemocnění. I když mnohonásobně vážnější je průběh u dospělých (nemocných jsou „jen“ tisíce, ale hospitalizovaných stovky), komplikace mohou nastat i u zdravých dětí. Zvláště ohroženi jsou kojenci. Velmi zajímavý je údaj, že není významný rozdíl v komplikacích mezi imunokompetentními a nemocnými s poruchami imunity (pro pokles virémie jsou významné protilátky, ale pro kontrolu průběhu onemocnění je nejdůležitější celulární imunita).

Mimořádně vážné je onemocnění těhotných (naštěstí v souboru byly jen 2), kdy v časných fázích gravidity mohou nastat poškození plodu (hypoplasie končetin, mikrocefalie, kalcifikace v CNS, mikroftalmie a atrofie zrakového nervu). Perinatální varicella u matky bývá pro plod a novorozence smrtelná a je indikací k aplikaci hyperimunního imunoglobulinu jak matce, tak dítěti, jež navíc dostává acyklovir.

Je nesporné, že varicella zatěžuje ekonomiku. Oněch 20 milionů nákladů při hospitalizaci je jen špičkou ledovce. Nepřímé náklady dané tím, že každoročně čerpá náhrady na ošetřování potomka desítky tisíc matek předškolních a školních dětí nejméně po dobu 7 dnů půjdou jistě do stovek tisíc Kč.

Studie se nezabývala problematikou herpes zoster. U dětí jde o onemocnění raritní před desátým rokem života a i pak vzácné. Nicméně asi 10 - 15% lidí, kteří prodělali varicellou onemocní herpes zoster po 45. roce života, když se aktivuje virus varicel-ly-zoster persistující v nervových gangliích.

Očkovat či neočkovat:

Přítom všem jde o preventabilní onemocnění a vakcína je u nás na trhu. Spojené státy na základě analýz (medicína opírající se o fakta) doporučují plošné očkování u dětí mezi 12 - 18 měsícem věku, kdy stačí (a je tomu tak až do 12 let) jediná dávka živé, atenuované vakcíny. Po 12. roce života je třeba

podat dvě dávky vakcíny v odstupu nejméně 4 týdny.

Chystá se tetra vakcína ze čtyř živých vakcín, kdy bude vakcína proti viru varicella-zoster přidána k očkovacím látkám proti příušnicím, spalničkám a zarděnkám.

Námitkou proti očkování mohou být úvahy o zá-
těži celulární imunity živou vakcínou a obavy z narušení rovnováhy mezi Th1 a Th2 lymfocyty. Nic takového ale nebylo prokázáno. Jiná námitka zní - proč očkovat děti proti banálnímu onemocnění. Odpověď je, že nemusí být banální a navíc jde i o ochranu proti herpes zoster v dospělosti. Již nyní lze prohlásit, že nespornou indikační skupinou jsou hematologičtí a onkologičtí pacienti, jež onemocnění neprodělali a nacházejí se v remisi základního onemocnění. Stejně je možno uvažovat u nemocných, u nichž je plánována imunosupresivní léčba (třeba před transplantací orgánů). Jistě by bylo také správné očkovat dospívající dívky a ženy ve fertilním věku, jež varicellou neměly. Zamysleme-li se, pak jistě nějaké děti, pro něž by očkování proti varicelle stálo za úvahu, mezi svými registrovanými klienty nalezneme.

■ Závěr

Očkování proti varicelle otevírá pole pro diskusi nejen mezi pediatry, infektology, imunology, epidemiology, ale i mezi praktickými lékaři pro děti a dorost a rodiči. Měli bychom být připraveni na jejich otázky.

Literatura:

1. Marešová, V. et al.: Varicella v ČR v letech 1997 - 2001. Závěrečná zpráva epidemiologické studie, Praha, 2004.
2. Brunell, P.A.: Varicella in pregnancy, the fetus and the newborn. Problems in management. *J Infect Dis* 1992; (Suppl 1):542 - 7.
3. Choo, P.W., Stanberry, L.R., Bernstein, D., I.: The epidemiology of varicella and its complications. *J Infect Dis* 1995; 172:706 - 12.
4. Meyer, P.A., Seward, J., F., Jumaan, A., O.: Varicella mortality: Trends before vaccine licensure in the United States 1970 - 1974. *J Infect Dis* 2000; 182:383 - 90.
5. Peterson, C., L., Mascola, L., Chao, S., M. et al.: Children hospitalized for varicella. A pre vaccine review. *J Pediatr* 1996; 129:529 - 36.
6. Eward, J., F., Watson, B., M., Peterson, C., L. et al.: Varicella disease after introduction of varicella vaccine in the United States. *JAMA* 2002; 287: 606 - 11.

inzerce VARILRIX A4

P.R. Boiron

inzerce A4 Boiron



Zajímavosti ze světa odborné literatury

Hypothyreóza

U hypothyreózy je všeobecně známo, že čím dříve je substituce nasazena, tím lepší je psychomotorický stav dítěte v pozdějším věku. Je ale také známo, že děti včas diagnostikované s aplazií štítné žlázy a léčené do jednoho měsíce po narození, jeví určité výpadky v psychomotorickém vývoji ve smyslu zhoršení paměti a koncentrace. Primární congenitální hypothyreóza (CH) postihuje jednoho novorozence z 3000 a pokud není diagnostikována během prvních týdnů života, vede k ireversibilnímu poškození CNS. Před zavedením screeningů v novorozeneckém věku se IQ těchto dětí pohybovalo kolem 76 a také poruchy jemné motoriky bývaly velmi časté. Od roku 1970 je zaveden screening ve všech vyspělých zemích. V roce 1981 se objevují první studie o psychomotorickém vývoji dětí včas diagnostikovaných a léčených pro CH. V průměru byla tehdy léčba započata kolem 25 dne po narození a IQ se tak v tomto souboru pacientů zlepšilo na 104. Také se ale ukázalo, že děti s těžkou formou CH měly známky intelektuálního poškození lehce nižší IQ score o 10 - 12. Ukázalo se také, že dávka levotyroxinu 6 ug/kg je u mnohých jedinců nedostačující. Proto v roce 1989 začínala další pracoviště již s dávkami 10 - 15 ug/kg/den levotyroxinu, střední doba začátku léčení byla již ve 14-ti dnech věku novorozence. Při kontrolách v 18-ti měsících pak již nebyl rozdíl mezi těžkými formami hypothyreózy a středním stupněm poškození. Již tehdy se prezentovalo, že tyto vyšší, včasné dávky příznivě ovlivní duševní schopnosti dětí při vstupu do školky. V práci totiž sledovali 18 dětí s CH (9 těžkého a 9 středního stupně) léčených od 14 dnů věku průměrnou dávkou 12 ug/kg/den levotyroxinu. Globální IQ bylo zhodnoceno ve věku 5 let a 9 měsíců. Kontrolní skupinou bylo 40 zdravých dětí. Globální IQ bylo podobné (102 - 115) pro všechny skupiny. Přesto ale u dětí, kde TSH během terapie bylo vyšší než 6 mIU/l byla patrná podstatně větší míra úzkosti a nepozornosti, kdežto hodnoty TSH menší než 0,8 mIU/l byly v relaci s nižším verbálním score. Je všeobecně možné charakterizovat, že děti, včas léčené vyššími dávkami levotyroxinu, měly prakticky normální psychomotorický vývoj i chování při vstupu do školy. Přesto práce srovnávající všechny pacienty s CH s kontrolní skupinou vykazují nižší score v paměťové a verbální

složce. Autoři dále uvádějí, že vyšší dávka levotyroxinu vedla u střední formy CH k normálnímu TSH v 6-ti týdnech věku a ve 3 měsících věku k normálním hodnotám TSH u těžkých forem. Dále je upozorňováno, že persistující elevace TSH byla v minulosti špatně interpretována jako rezistence mechanismu zpětné vazby. I při užívání vyšších dávek nemělo žádné dítě příznaky hypothyreózy a ani rodiče nepopisovali vyšší temperament dítěte. Také kostní maturace nebyla urychlená.

(*J. Pediatr. 2004, 144, 747-752*)

Wilmsův tumor

Ve své praxi se mnoho pediatrik setká alespoň 1x s diagnózou Wilmsova tumoru. Tento se prezentuje většinou jako velká abdominální masa a to v 80%, bolestmi ve 40%, hypertenze a hematurie je detekována v 15%. Respirační potíže se vyskytují až při metastázách. Autoři následující práce se zmiňují o méně časté prezentaci Wilmsova tumoru ve formě Willebrandovy choroby. Pro osvěžení pediatrických znalostí se jedná o poměrně velmi častou poruchu homeostázy s autosomálně dominantní dědičností. Willebrandův faktor vytváří můstek mezi destičkami a subendotelovými strukturami. Klinickým obrazem je vznik modřin, krvácení ze sliznic, po traumatu, menorhagie, krvácení po extrakci. Projevy jsou u heterozygotů, homozygoti jsou postižení ještě více, protože mají snížený další faktor a pak i projevy krvácení do kloubů. Bývá prodloužen čas krvácení i APTT (aktivovaný parciální tromboplastinový čas). Léčebně se podává DDAVP iv. nebo kryoprecipitát nebo čerstvá mražená plasma. Vlastní Willebrandův syndrom bývá asociován s malignitami, monoklonálními gamapatiemi a lymfoproliferativními nemocemi. Zmiňovaní popisují dva případy Wilmsova tumoru, které se manifestují přes klinický obraz získaného Willebrandova syndromu. Je také uváděna práce, kdy z 65-ti případů W. tumoru byly abnormální tromby nebo abnormální srážlivost popisována u 16-ti dětí a vlastní Willebrandův syndrom popisován u 2 dětí. Uvádí se, že W. syndrom má až 6% dětí s W.tumorem. Základem tohoto imunologického nepořádku je imunologická inaktivace vWF (t.j. funkčně abnormální faktor), abnormální adsorpce nebo sekrece plasmatického faktoru tumoru.

rem. Přimlouvají se proto za automatický haemokoagulační screening u všech pacientů s tumorem .

(*Eur.J.Pediatr. 2004, 163: 369 - 373*)

Kawasakiho nemoc

Stále se diskutuje o efektu léčby v začátku Kawasakiho nemoci imunoglobuliny s dexamethazonem. Vzhledem k tomu, že s akutním průběhem Kawasakiho nemoci se mohou setkat praktici (v překladu mukokutánním uzlinovým syndromem), je vhodné získat současné pohledy na léčbu tohoto onemocnění.

Etiologie tohoto febrilního vaskulárního syndromu je stále neznámá. V patogenezi tohoto onemocnění může hrát roli vaskulární endoteliální růstový faktor. V biochemismu nejsou udávány patologické nálezy v oblasti CB, Ko diff, albuminu ani CRP. Není popisována glykosurie ani tromboembolické příhody. Jeví se ale určitá spojitost mezi trváním teploty a vznikem aneurysmat. Vaskulární endoteliální růstový faktor je zodpovědný za zvýšení vaskulární permeability a za edémy. Klinický obraz nemoci s teplotami konjunktivitidou, suchými sliznicemi, generalizovaným výsevem, erytémem dlaní a chodidel, edémy v oblasti rukou a nohou. Probírají efekt léčby intravenózního imunoglobulinu v kombinaci s dexamethazonem, od kterého se slibují rychlejší regresí edémů, teplot a pravděpodobně i menší výskyt coronárních aneurysmat. Podávali v iniciální léčbě v jedné skupině dexamethazon 0,3 mg/kg/den plus heparin tři po sobě následující dny dohromady s intravenózním imunoglobulinem 2g/kg po pět dní. Kontrolní skupinu léčili stejnou dávkou imunoglobulinu plus acetylosalicylovou kyselinou. Nová kombinace s dexamethazonem zkracovala teploty, snižovala CRP více, ale neredukovala hladinu vaskulárního endoteliálního růstového faktoru. U dvou pacientů z každé této skupiny se vyvinulo coronární arteriální aneurysma. Kombinace s dexamethazonem se jeví přínosnější pro rychlejší efekt léčby.

(*Eur.J.Pediatr. 2004, 163: 369 - 373*)

**Zpracoval: MUDr. J. Liška
ve spolupráci s firmou MUCOS**

inzerce Ibalgin suspenze A4



Aktuality

Úspěchy homeopatie jsou na obtíž:

odpůrci se opět pokoušejí homeopatii diskreditovat

Lékařský týdeník The Lancet uveřejnil 27. srpna 2005 studii o účinnosti homeopatie, kterou prostřednictvím ČTK přejala také některá česká média. The Lancet ve svém úvodníku vyvozuje o homeopatii překvapivě polemické závěry. Společnost Boiron tuto studii považuje za nedostatečně podloženou a její závěry za přinejmenším pochybné.

Laboratoire Boiron, největší světový výrobce homeopatických přípravků, si klade otázku, jaké jsou důvody snahy diskreditovat homeopatické léky, které ve světě předepisuje 150 000 lékařů a užívá 300 milionů pacientů. A to tím spíš, že vědecké základy uveřejněné studie jsou přinejmenším pochybné a zasluhují kritiku.

1. Jedná se o analýzu, která stejně jako 3 předchozí metaanalýzy* vyvozuje závěry o účinnosti homeopatie. Jako by byly výsledky z nějakého důvodu nevyhovující, autoři studie dodatečně a podle volného uvážení vyřadili většinu sérií pokusů a z původních 220 jich ponechali pouze 14. Z těch pak vyvodili konečné závěry, které svědčí v neprospěch homeopatie. Z vědeckého hlediska je tento postup zcela nepřijatelný. Umožňuje autorům dospět k mylným a pravděpodobně zle míněným závěrům. Stojí za to položit si otázku, kdo má z takového článku prospěch.

2. Tento článek přichází ve chvíli, kdy byly alopatické (klasické) léky několikrát během posledních měsíců předmětem značných pochybností, pokud jde o jejich účinnost a prospěšnost. Nelze než se nad touto souhrnou okolností podívat.

3. Kromě toho, útok Lancetu přichází v době, kdy předběžná zpráva o homeopatii vydaná Světovou zdravotnickou organizací obsahuje závěry příznivé pro homeopatii. Je možné, aby se proti tomu The Lancet stavěl a snažil se vyvíjet tlak na Světovou zdravotnickou organizaci? Podobné otázky vyvolává velmi polemická a nevědecká úvodník.

4. Je možné, aby se The Lancet spojil s antihomeopatickou lobby bez ohledu na všechny přísné vědecké zásady?

Je zcela zřejmé, že jde o další manipulaci, která není důstojná medicíny ani milionů pacientů, kteří každodenně využívají výhod homeopatických přípravků. Úspěch homeopatických přípravků je mnohým na obtíž a představuje pro ně nepřijemnou překážku.

Laboratoire Boiron, společnost, která vždy přispívala k rozvoji lékařské homeopatie, přísně, vědecké a humánní, oznamuje, že v příštích třech letech budou její investice do výzkumu a studií osminásobně navýšeny.

Christian Boiron, prezident společnosti Laboratoire Boiron, říká: „Homeopatie se zrodila z vědy. Každým dnem postupujeme díky vědě v našich výzkumech kupředu, s cílem dosahovat stále větší účinnosti našich léků. Homeopatie globálně prokazuje svoji terapeutickou hodnotu už více než 200 let. Současnost není dobou pochyb ani sektářství, ale systematického výzkumu možností a hranic homeopatických přípravků u všech onemocnění.“

**Clinical trials of homeopathy. British Medical Journal (1991). Report to the European Commission (1996). A meta-analysis of placebo-controlled trials The Lancet (1997)*

Pojišťovny slibují čistku ve smlouvách

Drtivé většině zdravotnických zařízení v zemi končí v polovině příštího roku smlouvy se zdravotními pojišťovnami. Ty dopředu varují: zdaleka ne všem pracovištím kontrakt obnovíme. Problémy s prodloužením smlouvy přinejmenším v části svých oborů může mít podle odhadu pojišťoven až třetina z nich. Ztratit přísun peněz z pojištění pro zdravotnické zařízení prakticky znamená krach.

„Pojišťovna má představu o budoucí síti smluvních partnerů. Chceme zachovat dostupnou péči, ale domníváme se, že když klient bude mít jistotu kvality, zajede si pro ni i o kus dál,“ naznačuje strategii mluvčí Všeobecné zdravotní pojišťovny Jiří Suttner. VZP si tak už řadu měsíců dopředu střádá informace, jak které pracoviště funguje. Za hlavní kritéria považuje odpovídající počty a odbornost personálu, potřebné technické vybavení či objem práce nutný pro erudici lékařů. Smůlu budou mít i ty ordinace, na něž si pacienti stěžují.

„Víme třeba, že je příliš mnoho porodnic. Některé z nich z hlediska počtu porodů a kvality nabízené péče už dávno v síti být neměly. Ale rozvázat smlouvu bylo dosud velmi obtížné. Teď jim prostě novou už nedáme,“ říká Suttner. „Vybereme si jen tolik pracovišť, kolik budeme potřebovat, a jen ta, která budou chtít naši klienti,“ slibuje.

Rekonstrukce smluvních vztahů je pro pojišťovny šancí, jak ušetřit na stoupajících výdajích, které přísun peněz ze zdravotního pojištění není schopen pokrýt. Stejně přísně jako VZP proto chtějí postupovat i menší zaměstnavatelé pojišťovny.

„Se sítí zdravotnických zařízení je opravdu potřeba něco udělat. Financujeme jich příliš mnoho na úkor rozvoje těch kvalitních. Vyhodnocujeme stávající smlouvy a jsme připraveni ta pracoviště, která záruku kvality nedávají, ze systému vyřadit. Natvrdo, nekompromisně,“ dává najevo odhodlaní výkonný ředitel Svazu zdravotních pojišťoven ČR Jaromír Gajdáček.

Na selekci nekvalitních ordinací chtějí menší pojišťovny s VZP spolupracovat, aby se nasmlouvávání ordinací nestalo předmětem konkurenčního boje. „To už tu v minulosti bylo a byla to věc, která vedla k záhubě,“ připomíná Gajdáček.

Lékaři mají důvod k obavám

Do „hry“ o podobu sítě se chce vložit i ministerstvo zdravotnictví. „Připravujeme se na to. Proto také nyní objíždíme kraje a tvorbu sítě s nimi prodáváme. O tom, jak budeme postupovat, je ale ještě předčasné hovořit. Základním kritériem bude zajistit potřebnou péči,“ říká náměstek pro zdravotní pojištění Petr Sláma.

Smlouvy se zdravotnickými zařízeními vyprší v polovině příštího roku. Ordinance se už dnes netají obavami, jak bude proces jejich obnovování vypadat. „Určitá obava tu je a někteří jednotlivci k ní asi mají i důvod,“ soudí místopředseda Sdružení praktických lékařů Jan Jelínek. Sdružení už pojišťovny vyzvalo k jednání, které by mělo pomoci najít spravedlivý klíč, kdo má na trhu zůstat a kdo z něj vypadnout.

Vědci testují unikátní vakcínu

Preventivní očkování proti rakovině děložního čípku by měly podstupovat asi třináctileté dívky.

Ojedinelé očkování by už brzy mohlo chránit ženy před rakovinou děložního čípku. „Je to jedna z prvních vakcín proti nádorovému onemocnění vůbec. Mohla být zkonstruována, protože karcinom děložního čípku je způsoben virem,“ popisuje profesor Pavel Klener, přední český onkolog. I v Česku se nyní testují dvě látky, které by vzniku onemocnění měly zcela zabránit.

O její téměř stoprocentní naději na úspěch v něm mluvil také Vladimír Vonka z Ústavu hematologie a krevní transfuze.

„Zabývám se očkovacími látkami několik desetiletí, ale tohle je nejlepší vakcína, o jaké jsem kdy slyšel,“ řekl Vonka.

Preventivní vakcíny nejsou typickou terapií proti rakovině. „Vznik nádorových onemocnění je velmi komplikovaný a příčiny jsou různé,“ říká Klener. Ale už před dvaceti lety se zjistilo, že očkování proti žloutence B chrání lidský organismus proti onemocněním rakovinou jater.

Česku patří ve statistikách tohoto onemocnění smutné přední příčky. Ročně jím onemocní asi tisícovka žen. Stovky každý rok v jeho důsledku zem-



řou. Výskyt choroby u nás je asi čtyřikrát větší než ve skandinávských zemích. Podle Klenera je očkování vhodné pouze pro mladé dívky, ideálně ve věku dvanácti a třinácti let. Profesor Klener je členem komise, která na ministerstvu zdravotnictví onen plán možné vakcinace proti rakovině děložního čípku iniciuje. Ročně by se očkování mohlo týkat čtyřiceti tisíc dívek. Celkově by preventivní očkování nemělo stát více než 400 milionů korun. Pavel Klener však připomíná, že náklady na léčbu rakoviny děložního čípku jsou velmi vysoké. Choroba se navíc léčí obtížně a kvalita života patientek je nízká.

Studie se účastní 1400 žen. Klinické zkoušky vakcín by podle ČT měly skončit v polovině příštího roku. Po jejich ukončení by se vakcíny mohly dostat na trh.

Česku patří v onemocnění rakovinou děložního čípku smutné přední příčky. Ročně mu podlehnou stovky žen.

■ Lékaři nesmějí od pacientů vybírat peníze

Týká se to péče, která je hrazena ze zdravotního pojištění, tedy téměř veškeré.

Lékaři nemohou od pacientů vybírat peníze v hotovosti za ošetření, které je hrazeno ze všeobecného zdravotního pojištění. Právu to řekla ve čtvrtek Milada Emmerová, ministryně zdravotnictví. „Je to protizákonné, a i když lékaři mají finanční potíže, kdy zdravotní pojišťovny jim platí značně pozdě, nesmějí od pacientů vybírat přímé platby,“ zdůraznila ministryně. Reagovala tak na názory některých lékařů, že pokud zdravotní pojišťovny budou prodlužovat lhůty splatnosti, začnou v ordinacích vybírat od pacientů platbu v hotovosti. „V praxi by to vypadalo tak, že by pacient dostal účtenku, s níž by pak šel do zdravotní pojišťovny a ta by mu měla účet proplatit,“ řekl Právu David Rath, prezident České lékařské komory. I on ale zároveň přiznal, že je to protizákonné, a neuměl říci, zda k tomu lékaři sáhnou nebo ne. „Chceme hrozbou donutit Všeobecnou zdravotní pojišťovnu (VZP) a další, aby platily ve lhůtách, které jim ukládá zákon, tedy dvacet dní po odevzdání faktur,“ řekl Rath.

Pokladenský systém v Česku neexistuje

Platba v hotovosti u lékaře by znamenala tzv. pokladenský systém, který v ČR není uzákoněn. „Pokud by lékaři k němu přistoupili, mohlo by to znamenat vážné porušení smluvního vztahu se zdravotní pojišťovnou a mohl by to být i důvod k rozvázání smluvního vztahu,“ řekl Právu Jiří Suttner, mluvčí VZP.

Pokladenský systém by znamenal změnu veškerých zdravotních zákonů a to je nereálné.

Lékaři si podle odborníků na zdravotnictví velice rozmyslí, zda začnou vybírat. Vždy je jim milejší smlouva se zdravotní pojišťovnou, kde sice dostanou peníze s určitým zpožděním, ale mají je jisté, než rozvázat smlouvu s pojišťovnou, stát se skutečným soukromým lékařem a vybírat od pacientů platby v hotovosti. Ne každý by měl peníze na takové ošetření, zvláště když ví, že mu ho nikdo neproplatí. Většina lékařů by se tak mohla dostat do skutečných existenčních potíží, protože by neměla pacienty.

„Chápu jejich slova jako hrozbu, ale nic víc. Je neuskutečnitelná,“ informovala ministryně Emmerová. Jestliže Všeobecná zdravotní pojišťovna nezlepší svou platební schopnost do osmi týdnů, chtějí lékaři, aby ministerstvo zdravotnictví uvalilo na VZP nucenou správu a vyměnilo ředitelku této pojišťovny.

Kritika i od premiéra

Opoždování plateb od pojišťoven ostře kritizoval i premiér Jiří Paroubek. Označil ho za „skandální“ a chce se v září s vedením pojišťoven sejít a hledat cesty k nápravě.

Zároveň vyzval zdravotní pojišťovny, ministerstvo, nemocnice, odbory i profesní lékařské organizace k úsporám. „Všichni k tomu musejí hledat cesty. Systém je chybně nastaven patnáct let a nedokáže s ním za čtrnáct dní udělat žádné základy,“ řekl Paroubek.

Kolegové, kolegyně, vzhledem k množícím se útokům na systém zdravotního pojištění a VZP, přetiskujeme v plném znění rozhovor Lidových novin s Ing. Jiřinou Musílkovou, ve kterém je obsažena řada skutečností objasňujících krizi ve financování našich ordinací.

Redakce

Pravdou se lobbovat asi nedá (rozhovor s Ing. Jiřinou Musílkovou)

Naše varovné analýzy asi nikdo na ministerstvu zdravotnictví nečte, domnívá se Jiřina Musílková, ředitelka Všeobecné zdravotní pojišťovny, největšího, ale také nejvíce zadluženého správce zdravotního pojištění.

LN: Pokud by nějaká firma prodělávala ročně bratru pět miliard korun, její ředitel by se asi ve funkci dlouho neudržel. Jak dlouho jste ředitelkou VZP?

To jste mne zaskočil. Šestý rok? Pátý? Ne, asi šestý rok.

LN: Kritika se na vás valí ze všech stran: z nemocnic, soukromých ordinací, lékařské komory, o vaše odvolání usilovali i poslední ministři. Hovoří se dokonce o uvalení nucené správy. Opravdu vám správní rada nikdy neřekla, že už je toho dost?

Za celou dobu se to opravdu nestalo, a to ani od členů, kteří jsou v ní za stát.

LN: Jak si tento zjevný rozpor vysvětlujete?

Možná to bude tím, že správní rada to vidí po odborné stránce, zatímco ministerstvo po stránce politické. A to je diametrální rozdíl. My správní radě dáváme všechny údaje. Každý měsíc vědí, jak vypadá hospodaření, jak se budou vyvíjet naše platby. Vědí ale také, kam nás vedou jednotlivé vyhlášky a nařízení ministerstva zdravotnictví. Já jsem si teď vyhledala všechny podklady odesílané od roku 2000 na ministerstvo zdravotnictví, financí, parlamentu, vládě a musím říci, že je to zpětně docela hezké čtení. I reakce státu. Říkáme tam, co která vyhláška udělá, a vše je doloženo analýzami. A zatím se vždy potvrdily. Problém je, že to asi nikdo nečte. Situaci vnímá snad jen ministerstvo financí. Ze zdravotnictví nám odpovídají: my si myslíme, že to tak nebude. Za ty roky bych očekávala, že si zodpovědné ministerstvo vezme naše predikce, ten skutečný vývoj, kroky, které jsme se snažili udělat, aby to tak nedopadlo. A že se nad tím zamyslí.

LN: Ministryně Emmerová ale prohlásila, že vašim číslům nedůvěřuje, protože přeháníte.

Pan náměstek Sláma je členem naší správní rady. A ten těm číslům věří. Naši lidé si s tím dají spoustu práce, opravdu není jednoduché ty predikce udělat. Dělalí jsme třeba letos doplněk do pojistného plánu na letošní rok a máme písemně od ministerstva zdravotnictví uloženo, abychom doplněk udělali na nulový nárůst výdajů ve druhém pololetí. Ale kroky ministerstva jsou opačné. Nárůst není nulový. My vždy na dopis ministerstva zpracujeme analýzu a dopadne to tak, že se situace za týden čtrnáct dnů rozhodnutím ministerstva změní.

LN: Jestliže jeden z nejbližších spolupracovníků Emmerové vašim číslům důvěřuje, ale ona sama tvrdí opak a její kroky vedou proti vašim závěrům, tak to vypadá, že na ni asi málo tlačíte. Že nejste schopní lobbisté.

Asi nejsme schopní lobbisté. My se domníváme, že z našeho pohledu lobbujeme pravdou. Ale asi ta pravda a ta správná čísla nejsou tím správným lobbistickým tlakem. Nedávno se na vládě projednávaly výroční zprávy pojišťoven. Usnesení zpracovávala společně ministerstva zdravotnictví a financí a vláda ho odsouhlasila. Je tam citováno, že pojišťovna nemá prakticky žádný prostor k úsporám. Ministerstvo zdravotnictví vyhláškami ovlivňuje celkové výdaje pojišťoven z 80 procent. Jen ve 20 procentech z celého balíku je možnost k nějakým regulacím. A když k nim přikročíme, tak nám to ministerstvo zakáže. Jako personální audity, které nejsou ničím jiným než dodržováním vyhlášky, kterou ministerstvo vydalo, a tlakem na kvalitu péče.

Pokračování na straně 50



LN: Když už jste narazila na personální audity, tak zrovna v tomto případě to vypadá jako vysloveně účelový krok ze strany VZP. Příslušná vyhláška platí řadu let a nikdy nebyl ze strany VZP vyvinut takový tlak na její dodržování jako teď v souvislosti se sporem s lůžkovými zařízeními o úhradovou vyhlášku.

Já to musím odmítnout. My jsme na to upozorňovali už před dvěma lety, protože se začaly množit stížnosti a začali jsme zjišťovat při našich kontrolách nesoulady. Vpojistném plánu na letošní rok je dokonce výslovně napsáno, že začneme provádět personální audity i v akutní lůžkové péči, protože je to třeba. Jsme zodpovědní za kvalitu péče o naše pojištěnce, a ještě více zjišťujeme, že v nemocnici na noc slouží jen jednoatestovaný lékař, je to proti všem předpisům. Čili není to účelová záležitost. Když jsme loni v srpnu tvořili pojistný plán, tak jsme přece nemohli tušit, jaká bude vyhláška pro letošní první pololetí.

LN: Říkáte, že můžete skutečně ovlivňovat jen asi pětinu celkových výdajů. Premiér však tvrdí, že vy jste ti hlavní hráči, kteří mají v rukou veškerou moc, rozhodují o výši dluhu, o tom, zda se bude lékařům platit včas. Má pan premiér špatné informace?

Nevím, jaké informace dostává pan premiér. My se mu snažíme dávat stejné jako ministerstvu zdravotnictví či financí. Rádi bychom byli těmi zodpovědnými. Bohužel to zmocnění k tomu nemáme.

LN: Dobře. Ale neříkejte mi, že když VZP protečou ročně desítky, stovky miliard korun, že není v silách pojišťovny skutečně někde uspořit.

Ale my vlastními kontrolami každý rok ušetříme téměř miliardu. Snažíme se do našich smluv se zdravotnickými zařízeními dávat regulační prvky. Ale co je nám to platné, když pak ministerstvo vydá vyhlášku bez regulací. Smlouva je dvoustranný akt, a pokud není regulace ve vyhlášce, nemůžeme je k nim donutit. Největší problém v minulosti nastal ve chvíli, kdy se poprvé nepodařilo dohodnout se na výši úhrad s lůžkovými zařízeními. Ministerstvo jim pak vyhláškou příjmy navýšilo výrazněji, než o kolik dostaly přidáno ostatní segmenty, které na dohodu přistoupily. Od té doby už se lůžková zařízení nikdy nebyla ochotná dohodnout! Protože zjistila, že je to pro ně výhodnější. Upozorňovali jsme předem na toto nebezpečí. Ale je to, jako když házíte hrách na zeď.

LN: Soukromého lékaře, který už přes dva měsíce čeká na červenové peníze od vás, nějaké vaše spory s ministerstvem asi nezajímají. Co tedy má dělat, aby ekonomicky přežil, když mu největší zdroj peněz neplatí?

Já rozhořčení ambulantních lékařů plně chápu. Ale to fakt není v naší moci. Tím, že musíme víc platit nemocnicím a ten balík peněz je jeden, tak na to vždycky někdo doplatí. Zpožďuje se všem stejně, ale hlavně pro malé praxe je to problém. My bychom jim rádi platili dříve a třeba o něco zpodřili platby nemocnicím, které si vzhledem k obrovským objemům dodávek mohly s dodavateli nasmlouvat mnohem delší lhůty splatnosti. Například dodavateli léků některé platí za 120, 180, ale také za 360 dnů. Ale můžeme být pak obviněni, že někoho zvýhodňujeme. Čili jsme také v pasti. Musíme platit podle toho, jak faktury přicházejí. Navíc ministerstvo dosud vždy tlačilo, abychom radši platili dříve nemocnicím.

LN: A co pacienti? Ve chvíli, kdy začnou krachovat soukromé ordinace, nebudou je zajímat nějaké objektivní finanční potíže pojišťovny.

V každém z analytických materiálů, který jsme ministerstvu zdravotnictví psali a píšeme, uvádíme: pokud vydáte tuto vyhlášku, bude to mít, nebo mohlo by to mít, negativní dopad na pacienty.

LN: Ministerstvo se ale právě pacienty nejvíce ohání. Že všechno dělá proto, aby lidem zajistilo tu nejlepší péči.

Není to pravda.

Za ty roky bych očekávala, že si ministerstvo vezme naše kroky a že se nad tím zamyslí.

Petr Kučera, Lidové noviny

I N Z E R C E

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

Přenechám praxi

Přenechám zavedenou pediatrickou praxi - PLDD na dětské poliklinice v Ústí nad Orlicí, včetně odprodeje ordinace - podílu s.r.o., mobil: 775 094 481.

Přijeme dětského lékaře

Nestátní zdravotní středisko Pernink na Karlovarsku přijme dětského lékaře. Nabízíme: výhodné platové a pracovní podmínky, byt 2+1 k dispozici, horské turistické centrum. Kontakt - tel. 607 244 730.

Hledám pediatra na zástup

Soukromý PLDD z Pelhřimova hledá pediatra s licencií na občasně zástupy v době nemoci, dovolené či lánzi, možné i jako asistent na 0,2 úvazku. Tel.: 565 326 179 či 723 433 778 v ordináčnické době, později: 723 666 156.

Odkoupím zavedenou ordinaci PLDD

Lékařka- pediatr, atestace I.st., licence, uznání specializované způsobilosti v oboru praktický lékař pro děti a dorost podle zákona č.95/2004 Sb., odkoupí zavedenou ordinaci PLDD v Olomouci a okolí. Iniciální nástup jako asistent. Zn: spěchá, osobní jednání, telefon: 703 486 101

Přenechám praxi PLDD

Přenechám praxi PLDD v Praze. Tel.: 602 214 724

ALMEDA přijme lékaře - pediatra

ALMEDA, a.s., provozovatel Městské nemocnice v Neratovicích přijme na zajištění služeb sekundárního lékaře s I. atestací z pediatrie nebo v přípravě na ni na novorozenecké oddělení. Nástup ihned nebo dle dohody. Kontakty: telefon: 315 637 111 - ústředna, 315 637 337 - personální oddělení, fax: 315 684 212, e-mail: nemocnice@almeda.cz

Hledám pediatrickou praxi

Hledám pediatrickou praxi s možností odkoupení v Praze. Tel.: 732 942 882.

Odkoupím zavedenou ordinaci PLDD

Lékařka - pediatr, dlouholetá praxe, licence, II. atestace, odkoupí zavedenou ordinaci PLDD v Praze. Zn: Osobní jednání, tel.: 603 293 584