

# VOX PEDIATRIAE

časopis praktických lékařů pro děti a dorost

duben 2006 ■ číslo 4 ■ ročník 6

Nové postupy v neodkladné resuscitaci u dětí

Nestrukturální srdeční onemocnění

7. český pediatrický sjezd

Infekční endokarditida



**NOVINKA!**  
znalostní test  
hodnocen  
**2 kredity**  
najdete na konci časopisu



ČESKÁ  
SPORITELNA

ZENTIVA



OSPDL ČLS JEP

nejčtenější časopis  
dětských lékařů  
(Promediamonitor,  
Medical Research  
2005)

**Altana Pharma**

tiráž...

## VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických lékařů pro děti a dorost

[www.detskylekar.cz](http://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](mailto: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 písemným 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](mailto:centrum@detskylekar.cz)

e-mail: [veronika.drahovzalova@detskylekar.cz](mailto:veronika.drahovzalova@detskylekar.cz)

vydavatelství

**MEDIX**

Branická 141, 147 00 Praha 4

tel.: 777 281 866, e-mail: [vox@imedix.cz](mailto:vox@imedix.cz)

Adresa vydavatelství:

**MEDIX** Branická 141, 147 00 Praha 4

tel.: 777 281 866, e-mail: [vox@imedix.cz](mailto:vox@imedix.cz)

obsah...



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc březen 2006	5
Koalice soukromých lékařů a další události	6
Regulační vyhláška č.550/2005 Sb. Co se mění pro PL?	14
Usnesení XIX. sjezdu delegátů ČLK	17
Otevřený dopis presidentovi ČLK	18
Rath plánuje zavést v lékárnách samoobsluhu	19
Růžový lak: výsledky Rathových triků uvidíme až na konci roku	19
Zdravotnictví? Národní fronta!	20
Setkání Výkonného výboru SEPA v Coimbra, Portugalsko	20
Usnesení severočeské regionální konference SPLDD ČR	22
Usnesení jihomoravské regionální konference SPLDD ČR	22
Usnesení jihočeské regionální konference SPLDD ČR	23
Nemocnice a zdravotnický byznys	23
Kvůli zákonu o péči Rath opět ve sporu s ODS	24
Zdravotníci chystají týden neklidu	24



7. český pediatrický sjezd s mezinárodní účastí	25
MUDr. V. Stará, CSc. Nestrukturální srdeční onemocnění u dětí	26
MUDr. J. Komínová Infekční endokarditida u dětí	32
Doc. MUDr. I. Novák, CSc. Nové postupy v neodkladné resuscitaci u dětí	37
Tisková zpráva z mezinárodního symposia „Výživa a její vliv na zdraví“	40
Zajímavosti ze světa odborné literatury	42



Aktuality	43
Řádková inzerce	46
Znalostní test č. 2/2006 - řešení	46
<i>Příloha - Vyhláška, kterou se mění vyhláška č.550/2005 Sb. střed</i>	



NAKLADATELSTVÍ  
**UMÚN** s. r. o.

Nakladatelství UMÚN s.r.o., Tyršův vrch 772, 463 11 Liberec  
tel.: 485 161 712, e-mail: [umun@volny.cz](mailto:umun@volny.cz), [www.volny.cz/umun](http://www.volny.cz/umun)  
Obrázek na titulní straně namaloval nohou Petr Šrámek





Vážené kolegyně, vážení kolegové,

máme za sebou první čtvrtletí letošního roku. Mnozí z nás se jen pomalu orientují v nové situaci, kdy přemýšlíme, jakže jsme to čtvrtletí vlastně zvládli. Oficiální představitelé našeho resortu nám přichystali nečekanou maturitu z matematiky. Mnozí z nás tak dnes počítají a kalkulují, jakže to čtvrtletí pro ně dopadlo. Vešel nebo nevešel jsem se do stanovených limitů? Budu vracet, kolik a kdy, jestliže jsem použil při fakturaci nové ceny výkonů především u preventivních prohlídek?

To ale zdaleka není vše. Sotva jsem se dopočítal alespoň k nějakým číslům, je tu nová vyhláška, nová pravidla a já abych počítal znovu, tedy jestli jsem alespoň našel metodu, jak to vlastně spočítat. Mnozí z nás dokonce dodnes nemají podepsané „úhradové dodatky“ a už se na ně chystají další.

Přítom všem sledujeme, jak to s námi vlastně všichni myslí dobře. Ministr vyhlašuje, jak vlastně všem přidává, jak se stará o naší budoucnost, prezident ČLK vyhlašuje, že pomocí předkládané legislativy nám všem zajišťuje lepší budoucnost, že umí zastoupit všechny skupiny poskytovatelů atd. atd. Nevím proč, ale já, a nejsem v tom rozhodně sám, mám pořád takový pocit, že se tu s námi děje něco nečistého. Nevím proč, ale stále mám takový pocit, že místo předkládaných jistot mám pocit stále větší nejistoty.

Prožili jsme jednu z nejtuzších zim, nicméně mnozí z nás na zimní radovánky neměli náladu ani čas. Jaké tedy bude jaro, jaké léto atd. Budu moci odjet na plánovanou dovolenou, nebo mám raději šetřit? Kde se vezmou peníze na straně zdravotních pojišťoven, až se bude vracet tzv. předsunutá platba, kdo uhradí zdravotní péči, která je nyní z důvodu té úhradové vyhlášky odkládána? Jednou se přeci bude muset poskytnout. Tak na tyto a podobné otázky zatím odpovědi nenacházím.

Spolu se zástupci více než dvaceti organizací jsme vytvořili Krizový štáb Koalice soukromých lékařů. Přidaly se mnohé organizace zdravotníků nelékařů, podporu jsme dostali od mnoha patientských organizací. Všechno je to ale asi málo. Na Staroměstském náměstí jsme dali jasně a zřetelně najevo, že nám osud našeho zdravotnictví není lhostejný. Ten, kdo by měl ale naše výzvy slyšet, je neslyší. Je to jen předvolební hra, nebo pan premiér nemluvil pravdu, když prohlašoval, že mu osud zdravotnictví není lhostejný?

Stále věřím, že následující období dá odpovědi na naše otázky. Spolu s dalšími členy Krizového štábu nepřestaneme poukazovat na, řekněme, ne zcela standardní postupy resortního ministra. Nepřestaneme poukazovat na to, že způsob, jakým je nyní prováděna reforma našeho zdravotnictví, je pro nás nepřijatelný. A pokud vše selže, nezbude, než mít 2. června spolu s dalšími obyvateli této země šťastnou ruku.

MUDr. Pavel Neugebauer  
předseda SPLDD ČR

V současné době došlo k určitým legislativním změnám (a další lze očekávat), které poněkud mění průběh a pravidla pro dohodovací řízení (zejména se jedná o dohodovací řízení o cenách). Dochází i k určitému zpochybnování některých dříve udělených plných mocí.

Za nejvhodnější řešení pokládám udělení plných mocí zcela nových. **Formulář plné moci** - který je vloženou přílohou tohoto čísla - je třeba vyplnit, opatřit podpisem (vhodné je i razítko) a odeslat na adresu Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost. Podpis nemusí být úředně ověřen.

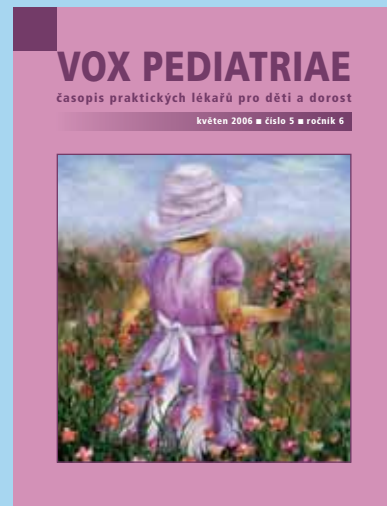
Mgr. Jakub Uher  
právní poradce SPLDD ČR

## Poruchy hemostázy u dětí

Leukopenie

Rh-inkompatibilita

Syndrom náhlého úmrtí kojenců



## seznam inzerujících firem

ALTANA PHARMA  
ČESKÁ SPOŘITELNA  
GRÜNENTHAL CZECH  
HERO  
HIPP  
NATURPRODUKT  
NESTLÉ  
NUTRICIA  
ZENTIVA

## úřední hodiny v kanceláři SPLDD ČR

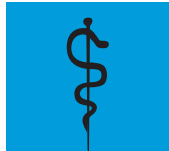
Úterý 10,00 - 17,00  
Středa 10,00 - 17,00  
Čtvrtek 10,00 - 17,00

Členy Výboru zpravidla zastihnete v těchto hodinách:

**Úterý**  
8,00 - 12,00 - MUDr. Pavel Neugebauer  
17,00 - 18,00 - MUDr. Jiřina Dvořáková  
15,00 - 18,00 - MUDr. Eva Vitoušová

**Středa**  
16,00 - 18,00 - MUDr. Hana Cabrnchová  
15,00 - 18,00 - MUDr. Milan Kudyn  
17,00 - 18,00 - MUDr. Jiřina Dvořáková  
15,00 - 18,00 - MUDr. Pavel Neugebauer

**Čtvrtek**  
11,00 - 14,00 - MUDr. Pavel Neugebauer



# Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc březen

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR

**Měsíc březen byl Koalicí soukromých lékařů vyhlášen za měsíc vyhrazený pro případná jednání. Prostor k jednání však nebyl ze strany premiéra nalezen, názory většiny nejen zdravotníků tak byly odsunuty premiérem kamsi do pozadí. Březen byl také měsícem, kdy se rozběhl cyklus našich regionálních konferencí, tentokrát volebních. Dohodovací řízení o cenách na 2. pololetí 2006 se ocitlo ve smrtelné křeči a není divu, že ve finále skončilo nedohodou.**

**7.3.** - na půdě Svazu zaměstnaneckých pojišoven pokračovala jednání o podobě nové Rámcové smlouvy. Jednání je však poznamenáno očekávaným zítřkům. Budou tato jednání opravdu k něčemu, nebo se opět dočkáme „Komplexního pozměňovacího návrhu“ a někdo vše „vyřeší“ za nás?

**7.3.** - Koalice soukromých lékařů diskutovala nad mediálními výstupy své činnosti

**8.3.** - proběhlo další kolo jednání segmentu praktických lékařů v rámci dohodovacího řízení o cenách na 2. pololetí 2006. Obdobně jako v případě Rámcových smluv bylo i toto jednání poznamenáno mnoha nejasnostmi ohledně navrhované a přijímané legislativy, situaci samozřejmě komplikovala i tzv. úhradová vyhláška a její chystaná novela, byť se týká pololetí prvního. K dohodě tedy nedošlo.

**14.3.** - Jednal Krizový štáb Koalice soukromých lékařů, diskutován byl především dopis premiérovi, na který nedošla zatím žádná reakce

**15.3.** - poslední jednací den segmentu praktických lékařů dohodovacího jednání o cenách na

2. pololetí byl zakončen i z výše uvedených důvodů podepsáním nedohody

**17.3.** - sešli jsme se s generálním ředitelem ZP MV ČR ing. Šaterou. Předmětem schůzky byla podivná aktivita pobočky pro Prahu a Střední Čechy. MUDr. Krahulcová svým dopisem zpochybnila smluvní vztah s dvaosmdesáti našimi kolegy. Aktivita jakoby vystřížená ze špatného románu, navíc zcela nerefluktující stávající stav ve zdravotnictví, resp. jedině uspokojivé vysvětlení, které se nabízí, je usilovná legislativní snaha ministra zdravotnictví MUDr. Ratha a prezidenta ČLK MUDr. Kubka. Lze totiž dovodit, že tato ZP dostala strach, zda bude umět uplatit systém v podobě, jak je zmíněnými představiteli nastavován.

**18.3.** - v Liberci byl zahájen cyklus našich regionálních konferencí. Při relativně slušné účasti proběhla v odpoledním čase zajímavá diskuse se zástupci Krajských úřadů Ústeckého i Libereckého kraje. Konference byla zároveň volební a zdá se, že volbou potvrdila důvěru našim stávajícím volebním zástupcům za tento region. MUDr. Věře Krukové se jistě sluší za její dosavadní práci poděkovat a věřím, že naše spolupráce bude úspěšně

pokračovat i v dalším období.

**21.3.** - Koalice soukromých lékařů připravovala scénář možných dalších mediálních aktivit

**26.3.** - cyklus konferencí pokračoval tentokrát na Jižní Moravě. I zde dostali důvěru již zkušení zástupci našeho Sdružení. MUDr. Ilona Hülleová zaslouží absolutorium za vedení nejrozsáhlejšího regionu, i když z průběhu konference vyplynulo, že další existence tohoto rozsáhlého regionu se začala počítat na měsíce

**28.3.** - na pravidelné schůzce se sešli členové Koalice soukromých lékařů. Hlavním bodem jednání byla příprava tiskové konference - hlavními body by mělo být oznámení veřejnosti, že předseda vlády odmítá jednat se zástupci většiny zdravotníků a důvody k protestním akcím tak nepominuly

**29.3.** - v Národním domě na Vinohradech proběhla výše uvedená tisková konference Koalice soukromých lékařů.

## Objednávkový kupón - zašlete na adresu SPLDD ČR

titul, jméno, příjmení:

specializace:

pediatr

**jste-li členem SPLDD ČR, bude Vám časopis zasílán ZDARMA, nevyplňujte údaje o úhradě!**

jiná specializace, jaká

adresa ordinace:

telefon:

způsob platby:

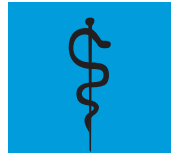
složenkou

fakturou - **budete-li platit fakturou, vyplňte i následující údaje:**

číslo účtu

IČO

DIČ



## Koalice soukromých lékařů a další události

Březen vyhlásil Krizový štáb Koalice soukromých lékařů za měsíc pokusu o nalezení prostoru pro jednání. Již dopředu bylo avizováno, že partnerem pro jednání již nemůže být současný ministr zdravotnictví, proto byl osloven Předseda vlády. Přes veškerou snahu však pokus jednání na téma hledání společných východisek skončil s nulovým efektem. Pan premiér se zaštitil právě těmi, kteří reprezentují názorově ministra a prezidenta ČLK, protestující zdravotníci jakoby neexistovali. I proto spatřila světlo světa novela „úhradové vyhlášky“, která však místo uklidnění vnáší do systému ještě větší zmatek. Následující příspěvky by Vám měly pomoci vytvořit si obrázek, v jak složité situaci se naše zdravotnictví nachází.

### I. Dopis bývalého náměstka ministra zdravotnictví MUDr. Milana Šilhana prezidentovi ČLK

Vážený pane kolego, prezidente ČLK,

v časopise ČLK *Tempus Medicorum*, v č. 1-2, ročník 2006, v obou sloupcích na straně 4., je uveřejněn Váš dopis členům ČLK, ve kterém vyzýváte, aby se kolegyně a kolegové, členky a členové ČLK nestyděli veřejně prezentovat svoje názory. Činím tedy podle Vašeho doporučení. Jediný rozdíl bude v tom, že jsem neodpověděl v okamžiku, jak jsem Váš dopis četl, ale připravoval jsem svou odpověď několik dnů.

Váš dopis obsahuje osm otázek, ale již úvod k nim vyžaduje odpověď. V prvním odstavci užíváte pojem „Silná komora pro lékaře“. Sám přirozeně víte, že ČLK je „korporace veřejného práva“, je tedy součástí územní veřejné správy (má svoje okresní a krajské

sdužení) a pouze zákon může kompetence ČLK zformovat. Vůbec při tom nejde o nějakou sílu. Jde o účinnost zákona a jeho uplatňování. V následující větě užíváte pojem „ztracené kompetence“ v souvislosti s tím, aby mohla ČLK v dohodovacích řízeních „hájit“ zájmy lékařů a prosazovat zvyšování jejich příjmů. Zní to nemístně v souvislosti s tím, že v dohodovacích řízeních ve smyslu § 17 zák. č. 48/1997 Sb. tyto zájmy hájí uznané profesní korporace smluvních lékařů a další podobné organizace. Smluvní lékaři k tomu tudíž ČLK nepotřebují. A hovoříte-li o zvyšování lékařských příjmů, zní to zertovně při prohlašování bývalého prezidenta ČLK a dnešního ministra zdravotnictví Dr Davida Ratha o „stávkujících milionářích“.

Hovořit o „trvalém smluvním vztahu“ pro smluvní lékaře, je z Vaší strany nadsázka. Pokud se zajímáte o ustanovení zákonů o veřejném sociálním pojištění ve vedlejších zemích EU, tak ku příkladu v SRN, zákon stanovuje kritickou věkovou hranici, v Rakousku

lékařská komora rovněž na základě dosaženého věku vyměňuje lékaři „licenci“, snižuje jeho pracovní dobu a umožňuje mu profilovat se pouze jako zastupující lékař. Dále: individuální smlouva smluvního (pokladenského) lékaře je pouze součástí kolektivní (rámcové) smlouvy zástupčího lékařského sdružení (u nás sdružení praktických lékařů a specialistů/, čímž je pro lékaře pouze předstupněm ke smlouvě o objemu a charakteru sjednaných veřejných zdravotních služeb. Má-li tedy lékař „smlouvu“, ale nemá-li potřebný „úživný objem veřejné zakázky“, je takováto smlouva na věčné časy k ničemu. Tato pasáž je tedy jen povídáním. Navíc: Vy dobře víte, že konkrétní veřejnoprávní smlouvy mezi pojišťovnami (přesněji mezi veřejným zdravotním pojištěním v rovnosti a spravedlnosti) a poskytovateli ať již ordinacemi-praxemi jednotlivých lékařů, nebo nemocnicemi mohou být dlouhodobě uzavírány až od okamžiku, kdy kraje mají detailně vypracovány „plány potřeb veřejných zdravotních služeb“



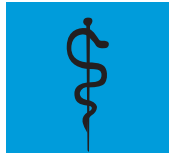
## VOX PEDIATRIAE

Vyplněný objednávkový kupón nebo jeho xerokopii zašlete v zalepené a ofrankované obálce na adresu:

**SPLDD ČR**  
**U Hranic 16-18**  
**100 00 Praha 10**

vydavatelství

**MEDIX**



a mají k dispozici „detailní návrh objemu a charakteru“ veřejných zdravotních služeb na svém území. Jde ve smyslu zákona o smlouvy veřejnoprávní, nikoliv obchodní. Žádná ze stran není autonomní stranou (řídí se plánem a rozpočtem), ale stranou definovanou zákonem. Z toho důvodu také hovory o „monopolu pojišťoven a závaznosti“ jsou zcela mimo. Neslibujte proto nic, co nemůžete splnit.

Vy sám dobře víte, v čem je konflikt mezi obsahem zákona o veřejných neziskových nemocnicích a tudíž mezi navrhovateli tohoto zákona a těmi, kteří „důsledkem tohoto zákona utrpí“. Nejde jen neziskovost, která není vysloveným meritem věci, ale o ústavně nepodložené přesuny majetku současných zřizovatelů stále ještě „veřejných nemocnic“. Ve smyslu jak platných zákonů, tak i návrhu zákona o neziskových veřejných nemocnicích jsou „veřejnými nemocnicemi“ všechny nemocnice, které jsou vysloveně vázány na příjmy z fondů veřejného zdravotního pojištění (což jsou veřejné finance). Nepochybujte o tom, že se o účast na veřejném financování přihlásí všechny nemocnice a v tomto případě na tom budete ještě hůře než před tím a hovory o páteřních nemocnicích budete muset vysvětlovat jinak. Nehovořte o tom, že většina lékařů je pro uplatňování Vaší (hlavně Rathovy) verze zákona o neziskových nemocnicích, protože, aby mohl neziskový systém fungovat (metodika je dostupná v právních předpisech rakouských, německých, ale i francouzských), musíte mít k dispozici nejen velmi podrobnou prováděcí vyhlášku, ale i zajištěné krytí a propojení „neziskového sektoru“ s veřejnými financemi, protože ve veřejné oblasti („stát, kraje a obce“) ručí za zařízení, která jsou provozována ve veřejném zájmu podle zvláštních předpisů a poskytují veřejné zdravotní služby ve 100% státní a veřejná správa. Veřejné nemocnice nemohou zbankrotovat. Stát se zde vyrovnává s věřiteli plně, nikoliv podle obchodního práva. Veřejné finance jsou 100% ručitelem hospodářských neúspěchů. Dále musíte mít k dispozici vypracované zásady „sítě veřejných zdravotních služeb“ a její konkrétní podobu v krajích (vždy definovaný objem a strukturu služeb) a musíte mít Sazebník-ceník výkonů vypracovaný podle technických a klinických standardů. Tak je to zvykem v zemích EU. Je to ovšem mnohem složitější než Vy uvádíte.

Musíte mít dále k dispozici funkční zákon o zdravotnických zařízeních (což nejsou

zbytky zákona č. 20/1966 Sb.), o nemocnicích (poskytujících složité a komplexní zdravotní služby) a lékařských praxích poskytujících služby jednotlivým pacientům. Jádrem zákona o nemocnicích jsou předpisy o struktuře a provozu jednotlivých typů nemocnic atd., opět se opírající o technické a klinické standardy. K tomu zákon o financování (z fondů a rozpočtů) ve veřejném zdravotním sektoru (obsahující také plánování techniky a investic z veřejných zdrojů). Dále zákon o „Zprávě o stavu zdraví regionů a státu“ a odvozeném časovém plánu zdraví regionů a státu. Jinak nejde dosáhnout toho, co nazýváme „vyrovnanou a stabilní organizací a ekonomikou veřejných zdravotních služeb“. Vy a Vaši blízcí jste předhodili veřejnosti „a lékařům“ zákon o neziskových nemocnicích, ale nemáte k němu připraveno ono zásadní právní prostředí, které je nezbytné k tomu, aby neziskovost v objemu 200 a více miliard vůbec fungovala. Tím důvěřivce uvádíte v omyl. Je to podobný omyl, jako minulá víra v to, že „příspěvkové organizace“ plně nahradí rozpočtové organizace a tyto budou samy o sobě v tržně-regulovaném prostředí bezchybně fungovat.

Dále k Vaší rozladě nad prohlášením „Krizového štábu lékárníků, lékařů, zdravotníků a Asociace nemocnic“:

1) dnes již nejsou pochybnosti o tom, že legislativa a operativa MZ je diletantská. Stačí k tomu informace o „Žebříčku kvality nemocnic“, dále o „Úhradové vyhlášce na rok 2006“ a nepřipravenost na cenové změny léků hrazených z veřejného zdravotního pojištění a následných doplatků. Uvažovali jste o sociální klausulaci?

2) Delegování dohodovacích pravomocí (§ 17 zák.č. 48/1997 Sb.) na ČLK je rušení dosavadních demokratických pravidel a jejich nahrazení totalitním ovládním dohodování ČLK (tj. vnucování názorů funkcionářů ČLK smluvním lékařům).

3) Široká diskuze jak v odborné zdravotnické oblasti, tak i s laickou veřejností je nezbytná právě pro chaotizující změny a nápaady ministra Dr Ratha a jeho okolí.

4) Co s ministrem, který se vyznačuje v prvé řadě drzou demagogickou elokvencí a kroky, jejichž důsledkem jsou převážně politické konflikty a chaotizace veřejných zdravotních služeb (nemocnice špatně hospodařící budou oddluženy, nemocnice hospodařící úspěšně posíleny nebudou, neboť dobře jim tak a špatně hospodařící nemocnice ani nemusejí veřejně předkládat příčiny svých hlu-

bokých hospodářských neúspěchů).

Demonstrace na Staroměstském náměstí dne 24.2. proběhla a Vaš dopis členům ČLK se tedy minul účinkem. Uvažoval jste vůbec proč? Slušelo by se, abyste tedy svoje původní stanoviska přehodnotil.

#### Nyní k Vaším osmi bodům:

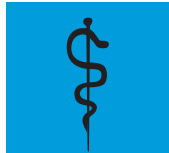
1) Vysvětlil jsem na začátku dopisu některé zvláštnosti Vašeho přístupu. Vy si stále zaměňujete „ČLK - korporaci veřejného práva“ za „soukromoprávní občanské sdružení které programově může vše“ nebo za politickou stranu s povinným členstvím. Vaši mylnou představu, bude nutno napravit podrobnou novelou zákona č. 220/1991 Sb.

Co se týká dědění lékařských praxí, pro to najdete vodítko v Občanském zákoníku. Podíváte-li se na zákon 48/1997 Sb. tak tam vidíte, že veřejnoprávní smlouvu může v případě „praxe“ uzavírat pouze způsobilá osoba (kvalifikovaný lékař) a to výlučně v potřebném objemu a charakteru veřejných služeb. Jde o dvojí aprobaci: profesní lékaře a technickou „zařízení“. Lékař si nekupuje boty, ale žádá o účast na veřejných financích. Lékařská komora vydáním licence přebírá za lékaře plnou odpovědnost, stejně tak i lékařovo zástupčí profesní sdružení (stvrzuje, že lékař je způsobilý odbornou praxí provozovat v dohodnutém objemu služeb). Věta o „návratu před rok 1998“ nemá logiku.

2) Systém veřejného zdravotního pojištění je formován zákony o tomto pojištění, zejména zákonem č. 48/1997 Sb. Veřejné zdravotní pojišťovny jsou „korporacemi veřejného práva“, podobně jako lékařské komory. Jejich postavení je dáno zákonem, tudíž není možno operovat s pojmy „dominantní“. To musí srovnat zákon, nikoliv lékařská komora. Účastníci veřejných smluv nejsou autonomní (neřídí se ustanoveními Obchodního zákoníku/, ale jsou si přesto rovni. Právě toto musí zákon zajistit. Toto je daleko důležitější než nedopracovaný zákon o neziskovosti.

V případě, že partnerem veřejných zdravotních pojišťoven jsou občanská sdružení smluvních specialistů, je účast ČLK v tomto procesu nadbytečná. Šlo by pouze o nepatřičnou koncentraci hospodářské a politické moci veřejnoprávní profesní korporace, která je řízena nesprávnými ustanoveními a u níž tato kumulace moci směřuje k jejímu většímu totalitnímu ovládní lékařů. Mimo to, celá řada menších zdravotnických zařízení poskytujících primární i odborné zdravotní služby





jsou obchodní společnosti. V jejich případě nemůže mít ČLK vůbec žádné zmocnění k jejich zastupování. To je věcí svobodné vůle vlastníků.

3) Text tohoto bodu je čistě demagogicko-populistické vykládání pro neznalce ustanovení § 17 zák.č. 48/1997 Sb. Lékařská profesní sdružení jsou ve smyslu zmíněného zákona „zástupčími profesními organizacemi“, které uzavírají se zdravotními pojišťovnami jako řádný smluvní partner v rámci dohodování - kolektivní smlouvy. Na této situaci není třeba nic měnit. Navrhovaná změna Dr Rathem a Dr Krákorou a Vámi, záměrně nastrojená jako „poslanecká iniciativa“ byla zkonstruovaná právě proto, aby nemusela procházet legislativními procedurami vládních návrhů změn zákonů.

4) Tato otázka obsahuje stejnou populistickou-demagogickou invokaci. V Rakousku je lékařská komora organizovaná, ale i orientovaná jinak než v Česku a třeba v Německu. V ČR nic nebrání tomu, aby smluvní lékaři podobně jako v 1. ČSR vytvořili společné velké „Sdružení smluvních lékařů. Nepotřebují, aby se v tomto směru o ně starala ČLK - v současnosti degenerovaná do podoby lékařské politické strany s povinným členstvím. Dohodování je výměna výpočtů a stanovisek, nikoliv totalitní diktát nějaké malé skupiny.

5) Za síť veřejných zdravotních služeb (za její stanovení a řádný provoz) bude odpovídat podle podrobného územního plánu těchto služeb daných zákonem (tak jak je v EU zvykem/, veřejná správa kraje. A pokud možno „zástupčí sdružení smluvních lékařů“. Takto funguje dohodování mezi pojistiteli a poskytovateli u našich sousedů. To, že se bude podle místních podmínek měnit časem objem a struktura služeb je samozřejmé. Lékařská komora musí hlavně dbát na to, aby vydávala licence skutečným kvalifikovaným odborníkům a motivovala je k celoživotnímu vzdělávání.

6) Tato otázka je zcela mimořádně demagogická. Neobvykle zpolitizovaná ČLK současným ministrem Dr D.Rathem a jeho následníkem - nyní Vámi, nemůže hovořit o nějakém zpolitizování „oponentů“ při současné totalitní komorové politice. To je hovor o provaze v domě oběšenčově.

7) Kdybychom si chtěli vysvětlit „trvalost“ smluvního svazku lékaře s veřejnými pojistiteli, museli bychom vyjít z pojetí neo-Bismarckovského veřejného sociálně zdravotního pojištění v zemích EU. Zde jsou partnery

pojistitelů zástupčí organizace (v SRN korporace/. Tím jsou trvalými účastníky smluvních svazků i členové těchto organizací. O žádný „výběr“ ve smyslu obchodního práva nejde. Splňuje-li lékař zákonné podmínky konkrétního účastníka veřejných zdravotních služeb, nastupuje na uvolněné místo. O jeho kvalitu se musí postarat jeho zástupčí organizace a lékařská komora. Tyto organizace jsou společenskými garanty, že smluvní lékař splňuje všechny podmínky, které mu zákon uložil (zákon o lékařích!/. Veřejnoprávní smlouvy nejsou na neurčito, ale jsou vymezeny zákonem. O pořádku, jaký zavádí Dr Rath ve veřejném zdravotním pojištění, jistě ještě uslyšíme.

8) Touto otázkou jste vyslal k osloveným členům ČLK důležité poselství. Neoslovil jste je výzvou podporovat cíle ČLK, kterými jsou lékařská etika a lékařské vzdělávání, ale vyhlásil jste „svým politickým nepřátelům“, za které považujete svoje kolegy-povinné členy ČLK - třídní boj. Za nepřátele, které nazval populisticky milionáři Váš vzor Dr D.Rath, zejména lékárnické účastníky demonstrace 14.2., označujete prostě ty, kteří nesdílejí Váš osobní názor. To je klasický bolševický přístup a Vy tak jako Váš vzor počítáte s tím, že z některých členů české veřejnosti ještě bolševická třídní etika nevyčpěla. Svou demagogií velmi průhledně zastíráte, že ČLK se bude muset bez ohledu na Rathovy a Vaše ambice měnit zpět na skutečnou lékařskou veřejnoprávní korporaci, skutečnou část profesní samosprávy (vedle ostatních lékařských organizací) - uznávanou nestranickou součástí územní veřejné správy. V tomto svém postavení s totalitní demagogickou rétorikou neuspějete a budete se muset, či spíše Vaši následovníci, pustit do zásadní obrody organizace a poslání ČLK

Je dobře, že Vy máte ve svém politickém přesvědčení jasno. Pak ovšem musíte vysvětlit, proč jste se tak vehementně snažil být představitelem nepolitické-nestranické lékařské veřejnoprávní korporace, kde směřování své politiky nemůžete za normálních okolností uplatnit. Na závěr je Vám třeba znovu sdělit, že zákon o neziskových veřejných nemocnicích, který jste za pomoci Dr Krákorou (který důsledky nedomyslel) spolu s Dr Rathem nakonec sněmovou protlačili, považují současní zřizovatelé nestátních nemocnic hlavně za neústavní v tom, protože Vaše úprava zasahuje do jejich majetkových práv. Pokud jste chtěli něco podobného prosadit, měla předcházet široká diskuze, kte-

rou právě Vy nyní lícově vyžadujete a slibujete. Ostatní vaše vykládání o dědění praxí, výběrových řízeních a smlouvách jsou pouze svědectvím o tom, že jak Vy, tak i Dr Rath nemáte pořádnou představu o evropských modelech veřejného sociálně-zdravotního pojištění a pouze tímto vykládáním se snažíte „příznivě působit“ na některé lékaře a neinformovanou veřejnost.

Pokud se budete řídit svými sliby o otevřených diskuzích o všech problémových okruzích, zejména o těch, ve kterých jste Vy a Vám podobní vytvořili chaotickou situaci, očekávám, že zveřejníte výsledek diskuze, kterou jste otevřel svým dopisem členům ČLK.

V jedné věci z Vašeho dopisu členům ČLK se s Vámi plně shodují: Je třeba aby se členové ČLK, v první řadě samostatně pracující smluvní lékaři, nestyděli prezentovat svoje názory. Pokud totiž většina slušných lidí mlčí, pak je hlasům i několika ostatních jedinců (v našem případě ostře antidemokraticky orientovaných) přisuzován větší význam, než si zaslouží. Tento závěr Vašeho dopisu členům ČLK si denně opakujte.

V Brně, 1.3.2006

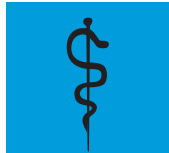
MUDr. Milan Šilhan v.r.  
člen ČLK, kolega

## ■ II. Odborový svaz nebyl spolupořadatelem protirathovské demonstrace, ale hovořilo se tam i o něm

Ačkoliv Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR není zastoupen v krizovém štábu, který byl v pátek 24. února pořadatelem protirathovské demonstrace zdravotníků na pražském Staroměstském náměstí, přesto informace o jeho názorech a věcné kritice práce a přístupů Ministerstva zdravotnictví na demonstraci zazněla. Místopředseda Unie zaměstnavatelských svazů ČR Dalibor Stejskal ve svém vystoupení na tribuně informoval o shodě odborů se zaměstnavateli v rámci sociálního partnerství a o tom, že ministr Rath pošlapal v rozporu s vládním prohlášením odvětvový sociální dialog.

Na skutečnost, že odborový svaz je členem koalice profesních organizací, která protestuje proti způsobu vládnutí ministra a jeho pokusům zlikvidovat celoživotní profesní vzdělávání zdravotníků nelékařů, nepřímo upozornil svým vystoupením člen výkonného ra-





dy OS Lubomír Franc, který na demonstraci hovořil v roli představitele Společnosti radiologických asistentů ČR.

### ■ III. „Proč ministr Rath škodí pacientům“ - Ing. Josef Mrázek, CSc. viceprezident Svazu pacientů ČR

**V posledních týdnech díky postupům ministra zdravotnictví Davida Ratha se začala velmi emocionálně diskutovat situace ve zdravotnictví jak zdravotníky, tak i mnohými pacienty a patientskými sdruženími. Podívejme se na situaci ve věcné rovině.**

V případě veřejného zdravotnictví bychom neměli hledat nějakou spásnou koncepci, protože ve státech uznávajících mezinárodně platné dokumenty jako Listinu základních lidských práv a Úmluvu o lidských právech a biomedicině je těmito dokumenty závazná koncepce stanovena.

Máme-li podle Ústavy každému občanovi zajistit zdravotní péči hrazenou cestou všeobecného zdravotního pojištění a má-li být podle Úmluvy přístup k ní pro každého rovný, není pochyb, že to má být úplná, solidárně hrazená a všem stejně dostupná péče. Všechny pokusy formulovat koncepcce, které by toto řešení zdeformovaly a solidaritu hrazení nebo rozsah péče omezily, jsou v rozporu se zmíněnými nejvyššími zákony.

Tyto zákony zavazují stát a ten je povinen jejich požadavky naplňovat sám, nebo dohlédnout, aby byly naplňovány v přenesené působnosti. Státní správa, jako výkonný orgán, se přitom musí řídit zákony, které ji omezují, například, při zacházení s veřejnými prostředky, kterými fondy pojištěn, společně naplňované občany, bezpochyby jsou.

Úkolem Ministerstva zdravotnictví a celé vlády ČR je předkládat Parlamentu návrhy takových zákonů, které by naplňování smyslu vyšších zákonů zajišťovaly a úkolem Ministerstva je zajistit, aby příslušné zákony byly řádně prováděny. Konkrétně, výsledkem činnosti Ministerstva musí být hospodárné obstarávání péče o zdraví občanů v potřebném objemu, skladbě a kvalitě a dostatečné územní i časové dostupnosti.

Všechna opatření Ministerstva je nutné poměřovat ve vztahu k uvedeným požadavkům a stejně tak i absenci nezbytných opatření. V současné době Ministerstvo zdravotnictví své úkoly řádně neplní a za to je odpovědný ministr zdravotnictví a premiér, který ho ustavil, a vláda, která to trpí. Uvede-

me příklady chyb ohrožujících občany, kteří se stali pacienty.

**Ke stanovení odměny za práci lékaře měl sloužit seznam výkonů s bodovými hodnotami, který je tak špatně koncipován a sestaven a představuje tak měkkou normu, že se nedá používat normálním způsobem a místo toho pojišťovny platí lékařům paušály a limity bez náležitého vztahu k objemu užitečně poskytnuté péče. Nápravu tohoto stavu ČLK za vedení nynějšího ministra Ratha stále blokovala a ten ve své nové roli deformace zachoval a navíc v rozporu se zákonem upravil seznam výkonů tak, že o několik desítek procent zvýšil cenu práce lékařů, takže občané za pojistné, které platí, dostanou nyní významně méně péče.** Někteří budou ošetřeni omezeně, někteří vůbec ne.

Proti pacientům směřují také násilná omezení poskytování zdravotní péče v nemocnicích, kde odkládání operací na pozdější dobu může přinést úsporu jen tím, že někteří pacienti se operace nedožijí. Přitom je **na ředitele nemocnic vyvíjen tlak, aby zvýšili platy lékařů**, ale to je možné jen **na úkor poskytované péče**, protože příjmy nemocnic jsou škrceny s poukazem na deficit VZP. Ten ale narostl v důsledku chyby v zákonech, což ministr zapírá. Přitom ví, že menší pojišťovny mají na účtech přebytky a chce to nesystémově opravovat tím, že jim nařizuje platit o trošičku větší paušály.

**Pro pacienty nešťastně se vyvíjí hrazení léků.** Ministr nikdy **neprosazoval zásady správné preskripce** a nedělá to ani teď, ale **stanovil limity**, které znamenají, že **bude poskytnuto v meziročním srovnání o asi 10 % méně léků.** Část z toho pacienti zaplatí ve formě větších doplatek, část nedostanou vůbec. Zejména v nemocnicích hrozí, že část paušálů na léky bude použita k jiným účelům, což nová pravidla umožňují. **Příprava dalších lékových vyhlášek probíhá s vyloučením tradiční účasti kritického pohledu patientských organizací a dá se očekávat od 1. července, tedy po parlamentních volbách další růst doplatek.**

Ministr primitivním opatřením dal plošně snížit souhrn obchodních přírůstků k výrobním cenám léků. Dosáhl tím záporného efektu. Svazem pacientů ČR navrhované zavedení sestupné (degresní) přírůžky mělo ochránit malé venkovské lékárny a ušetřit u drahých léků, kde se to považovalo za samozřejmé. Bylo také zbytečné podráždřit dodavatele, kterých se úprava neměla dotknout. Účetní úspora je malá a proti ní stojí ztráta slev, kte-

ré lékárny v rámci konkurenčního boje poskytovaly. Na to zase doplatí pacienti.

Pro pacienty nebezpečný byl také ministrův návrh zákona o neziskových nemocnicích, aby nemocnice nesměly mít ambulantní části, na které je mnoho pacientů odkázáno a které jsou namnoze nejvýznamnější oporou chatrného systému pohotovostních služeb.

Ministr Rath se chystá odepřít pacientům, dokonce i dětem, lázeňskou péči, na kterou mají podle zákona nárok. Jde o péči, která je řádnou součástí léčení a má odborníky i rodiči a pacienty oceňovaný význam.

Podle pozorovatelných projevů ministr nachází uspokojení v neomezené a nekontrolované osobní moci. Je odpůrcem účasti občanské veřejnosti při řízení a kontrole součástí veřejného zdravotnictví. **Odstranil zástupce patientských sdružení i z orgánů, kde tradičně měli své místo.** O peněžních fondech a veškerém majetku veřejného zdravotnictví chce rozhodovat sám, nebo to svěřit ČLK, kterou v podstatě i nadále kontroluje. Kromě toho jsou významné také ministrové vztahy s lidmi, kteří mají rozhodující postavení v projektech zaměřených na využití peněz ze státního rozpočtu na investice, které veřejné zdravotnictví nepotřebuje a které ohrožují jeho zdroje. Jde o mohutná lůžková zařízení v Brně a v Praze na Homolce, tedy v místech se známým nadbytkem obdobných kapacit. Ministr tyto projekty podporuje a obstarává jim krytí.

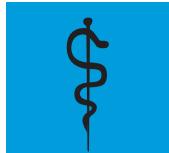
**U tohoto ministra není naděje, že by se zařídil podle rozumových úvah a ctil nějaká pravidla.** Pracovní skupina pro reformu, kterou si sestavil, je zastíracím manévrem a její program varováním před tím, co by ještě mohlo následovat.

Přestože dosud je celý **systém našeho veřejného zdravotnictví řešen v podstatě podle zájmů zdravotnických profesionálů** a má daleko k systému zaměřenému hlavně na pacienta a přestože zdravotničtí profesionálové by asi uvítali jakékoliv další peníze, kdežto Svaz pacientů ČR obhajuje výše uvedený ústavní princip solidárních úhrad, máme se zdravotníky to společné stanovisko, že ministr Ratha je nutné odvolat. Vážíme si tohoto postoje zdravotníků a děkujeme.

### ■ IV. Otevřený dopis Svazu zdravotních pojištěných ČR politikům

Vážený pane,

*v tomto měsíci bude v obou komorách Parlamentu České republiky opět projedná-*



váno několik novel zákonů souvisejících se systémem veřejného zdravotního pojištění a se systémem zdravotnictví v naší zemi jako celku. V průběhu standardního procesu projednávání se objevuje celá řada pozměňovacích návrhů, které zásadním způsobem mění jeho pravidla i principy. Děje se tak prostřednictvím návrhů, které jsou podávány na poslední chvíli, vždy ve druhém čtení příslušné novely v Poslanecké sněmovně, mnohdy i u novel zákonů, které s danou problematikou ani nesouvisí. Tyto návrhy nejsou projednány ani vládou, ani parlamentními výbory sněmovny a nejsou ani součástí jakékoliv širší koncepce řešení financování či organizace zdravotnictví. Přesto rychle a zásadně mění systém veřejného zdravotního pojištění, který přestává být pojištěním veřejným a mění se postupně ve státní zdravotní službu se všemi negativy, která s sebou nese.

Zároveň jsou zjevně účelově obcházeny základní demokratické principy jednání mezi sociálními partnery a nejsou brány v úvahu názory přímých účastníků veřejného systému jako jsou zejména zaměstnavatelé a pojištěnci, kteří poskytovaní zdravotní péče dominantně financují, poskytovatelé zdravotní péče a zdravotní pojišťovny.

Zmiňovaný nepřijatelný postup v poslední době gradoval a v plénu Poslanecké sněmovny byly vybranými poslanci za neskrývané iniciace ČLK podávány pozměňovací návrhy dalších novel zákonů.

Svaz zdravotních pojišťoven ČR vychází z faktu, že Česká republika zvolila, vzhledem ke svým předválečným tradicím, jako systém financování zdravotní péče veřejné zdravotní pojištění realizované prostřednictvím samosprávných veřejných fondů, tj. zdravotních pojišťoven jako samospráv zaměstnavatelů a pojištěnců a dalších plátců pojistného. Žádná z demokratických politických stran, zastoupených v obou komorách Parlamentu, neměla ve svém volebním programu zásadní úpravu systému veřejného zdravotního pojištění spočívající v potlačování jejich samosprávného charakteru, omezení přímých voleb do orgánů zdravotních pojišťoven, posílení přímého politického vlivu na jejich orgány a jejich přímé řízení státní exekutivou, spíše naopak.

Svaz zdravotních pojišťoven ČR zásadně protestuje proti izolovaným, podivně činěným, ale zato jasně motivovaným změnám právních předpisů, které jsou prosazovány mimo konceptuálně připravenou reformu poskytování a financování zdravotní péče, mi-

mo hlavní proud podobných reforem ve světě, mimo volební programy demokratických politických stran, ale zejména také mimo zdravý rozum. Nesouhlasíme se skrytým zestátněním systému veřejného zdravotního pojištění.

Podle našeho názoru je žádoucí čelit pokusům o zavádění autoritativního režimu ve zdravotnictví kladením důrazu na demokratické mechanismy. V této souvislosti Vás naléhavě žádáme o součinnost, která umožní zastavení zmiňovaného, podivně pokřiveného legislativního procesu, týkajícího se v konečném důsledku všech občanů - pojištěnců. Žádáme o podporu takových opatření, která zabezpečí řádný a transparentní průběh legislativních procesů u všech změn právních předpisů. Poslanci se tak budou moci seznámit i s názory těch, kteří zdravotnictví financují.

Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny hájí oprávněné zájmy svých klientů, kterých je v současné době více než 3,6 miliónu, a žádají Vás o podporu, aby tyto zájmy nebyly přehlíženy ohrožovány. Vzhledem k naléhavosti současné situace tento dopis obdrželi prezident ČR Václav Klaus, premiér Vlády ČR Jiří Paroubek, předsedové Senátu i Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR Přemysl Šobotka a Lubomír Zaorálek.

V Praze dne 2.3.2006

Ing. Jaromír Gajdáček  
výkonný ředitel

## ■ V. Otevřený dopis všech protestujících organizací zdravotníků předsedovi vlády

Vážený pane předsedo vlády,

odborná zdravotnická veřejnost zaznamenala, že Vám nejsou lhostejné problémy českého zdravotnictví. Z jednání, která jste v minulém roce vedl a jichž jsme se také částečně účastnili, jsme nabyli dojmu, že máte zájem na odstranění léty nahromaděných systémových chyb.

Vaše pozdější rozhodnutí učinit ministrem zdravotnictví prezidenta ČLK, tedy kontroverzního představitele jedné ze zájmových skupin, nás překvapilo. Přesto jsme doufali v pokračování politiky jednání a dialogu.

Dialog však nový ministr zdravotnictví na-

hradil arogancí, zastrašováním a lhaním. Návrhy svých opatření, včetně právních předpisů, připravuje skrytě, nepřipouští jakoukoli odbornou diskusi a vrchnostensky je prosazuje.

MUDr. David Rath se nedokázal stát odpovědným ministrem všech občanů, pacientů a zdravotníků. Nadále „kope“ pouze za jednu zájmovou skupinu (a ještě ne celou), jako kdyby nikdy neodešel z jejího čela. Dohoda, kompromis a konsensus jsou mu bytostně cizí.

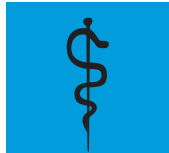
Vážený pane předsedo vlády, z Vašich vyjádření vyznívá, že za partnery například k jednání o úhradové vyhlášce, ale také o dalších neméně závažných otázkách, považujete pouze ministra zdravotnictví, ČLK a LOK. Musíme Vás upozornit, že změny vyhlášky, dohodnuté pouze s těmi, jichž se přímo ekonomicky netýkají, povedou k vyhlášce ještě horší, než je ta dosavadní. Také zdůrazňujeme, že důvodem odmítání úhradové vyhlášky na 1. pololetí 2006 nejsou finanční zájmy zdravotníků, jak se MUDr. Rath snaží přesvědčit veřejnost, ale především špatný věcný záměr, na kterém se ministr osobně podílel. Navýšení úhrad o několik procent nebo slibované zmírnění nesmyslně stanovených regulací není řešením.

Vzhledem k tomu, že jste nereagoval na naše upozornění o dopadech ministrových opatření na pacienty, nezbylo nám nic jiného, než veřejně demonstrovat. Demonstrovat ne za zvýšení mezd, ne za zvýšení úhrad, ale proti pokračujícímu rozkladu ve zdravotnictví, s jasným cílem - chránit naše pacienty.

Ministr Rath politizuje celý problém ve snaze zakrýt vlastní chyby, přestože - na rozdíl od protestujících zdravotníků - byl již členem ODS, LSNS, a nyní usiluje i o členství v ČSSD. To vedlo ke sjednocení naprostě většiny zdravotníků bez ohledu na jejich politické názory a politickou příslušnost. Krizový štáb odmítá obvinění z řízení jakoukoliv politickou stranou jako zcela nepodložené a vymyšlené.

Ministr Rath ztratil naši důvěru a proto si Vás, pane předsedo, dovolujeme znovu požádat o zahájení rozhovorů s představiteli níže uvedených organizací. Ti se dohodli, že budou nadále vystupovat jednotně, pod hlavičkou krizového štábu. Proto navrhuje, aby bylo případné setkání s Vámi dojednáno s mluvčím krizového štábu a proběhlo za účasti všech níže vyjmenovaných zástupců jednotlivých organizací.

V této souvislosti bychom Vás rádi sezná-



mili s přesnou formulací našich požadavků, pro které jsme demonstrovali na Staroměstském náměstí a které jsou i obsahem petice podepsané už desítkami tisíc občanů:

1. Zabránit omezování dostupnosti a kvality zdravotní péče způsobené diletantskými vyhláškami ministra zdravotnictví (například úhradová vyhláška, změna marží lékáren a další), které poškodí občany, zvláště pak chronicky a vážně nemocné pacienty.

2. Zastavit přípravu zákonů, které mění systém veřejného zdravotního pojištění na centrálně řízené zdravotnictví v podobě jakou mělo před rokem 1989. Nepřipustit, aby se veškerá moc a peníze dostaly do rukou ministra zdravotnictví.

3. Vrátit se k celospolečenské a odborné diskusi a rozhodovat o zásadních změnách ve zdravotnictví na základě věcné argumentace a mandátu voličů.

4. Odvolat z funkce ministra zdravotnictví Davida Ratha, který vnáší chaos do zdravotnictví, ohrožuje pacienty a opovrhuje pravdou i obyčejnou lidskou slušností.

Jsme schopni vysvětlit Vám dopady limitů na omezení dostupnosti péče pacientům a důsledky legislativních změn prosazovaných ministrem Rathem. Také bychom Vás chtěli upozornit na široký nesouhlas odborné i laické veřejnosti se způsobem jeho jednání. Jsme připraveni spolu s Vámi hledat cesty jak naplnit naše požadavky a nalézt uspokojivé řešení současné krize ve zdravotnictví tam, kde Váš ministr selhává.

V Praze dne 8. 3. 2006

Členové Krizového štábu (představitelé protestujících zdravotnických organizací, kteří zastupují více než dvacet tisíc lékařů, sedm tisíc lékárníků, 180 nemocnic a tisíce dalších pracovníků ve zdravotnictví):

MUDr. Jiří Pekárek,  
prezident České stomatologické komory,  
MUDr. Václav Šmatlák,  
předseda Sdružení praktických lékařů ČR,  
MUDr. Jan Jelínek,  
místopředseda Sdružení praktických lékařů ČR,  
MUDr. Pavel Neugebauer,  
předseda Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR,  
MUDr. Pavel Tautermann,  
předseda Sdružení ambulantních specialistů ČR,  
MUDr. Vladimír Dvořák,  
předseda Sdružení soukromých gynekologů ČR,

PharmDr. Lubomír Chudoba,  
prezident České lékárnické komory,  
MUDr. Eduard Sohlich, MBA,  
předseda Asociace českých a moravských nemocnic,  
Bc. Blanka Misconiová,  
zástupce krizového štábu nelékařů.

## ■ VI. Tiskové stanovisko Krizového štábu ke schůzce lékařů u premiéra Jiřího Paroubka

Krizový štáb lékařů, lékárníků a nemocnic zaslal dne 8. 3. 2006 předsedovi vlády Jiřímu Paroubkovi otevřený dopis se žádostí o jednání. Jedním z důvodů byl i požadavek vrátit se k celospolečenské a odborné diskusi o zásadních změnách ve zdravotnictví.

Jak si tuto diskusi předseda vlády a ministr zdravotnictví představují, ilustruje seznam účastníků dnešního jednání o úhradové vyhlášce a navrhované legislativě ve zdravotnictví.

Premiérovo sdělení „účastníci v zásadě neměli podstatné připomínky“ až neuvěřitelně připomíná reakci běloruských úřadů po zfalšovaných volbách „žádné stížnosti od voličů nepřišly“.

Krizový štáb, který zastupuje v současnosti více než 180 nemocnic na 20 000 soukromých lékařů a lékárníků, podporovaný Krizovým štábem nelékařů, Svazem pacientů ČR a dalšími patientskými organizacemi, nebyl pozván. Upozornujeme, že široký nesouhlas odborné i laické veřejnosti nelze vyloučením z jednání potlačit.

V Praze dne 20. 3. 2006

MUDr. Jiří Pekárek  
mluvčí Krizového štábu

## ■ VII. Prohlášení sdružení nestátních zdravotnických zařízení APRIMED ke krizi zdravotnictví

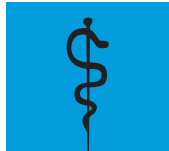
Krize veřejného zdravotního pojištění, která byla způsobena dlouhodobě neřešenou disproporcí mezi zdroji veřejného zdravotního pojištění a rozsahem zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, se v současné době - po nástupu ministra zdravotnictví Davida Ratha - mění na krizi celého zdravotnictví, jejíž důsledky pociťují již velmi významně i občané. Snaha ministra zdravot-

nictví o řešení přetrvávajících problémů v systému veřejného zdravotního pojištění ne na základě zpracované koncepce, ale přijetím jednoduchých nekonceptních opatření, povede sice k určitému okamžitému snížení výdajů veřejného zdravotního pojištění, avšak toto snížení bude na úkor nežádoucího výrazného zhoršení úrovně zdravotní péče, snížení její dostupnosti, k návratu zdravotnictví do období před rokem 1989 a ke zvýšení korupčního prostředí ve zdravotnictví.

### Krize zdravotnictví se projevuje zejména:

1. omezováním dostupnosti zdravotní péče pro občany,
2. snižováním kvality zdravotní péče,
3. postupnou likvidací řady zdravotnických zařízení (lékárny, nemocnice, zdravotnická zařízení poskytující indukovanou péči, zdravotnická zařízení zaměstnávající více než 10 lékařů aj.),
4. postupnou likvidací systému veřejného zdravotního pojištění,
5. zpoždováním úhrad zdravotních pojištěnec zdravotnickým zařízením za poskytnutou zdravotní péči, (Zlepšení, ke kterému došlo v poslední době, je pouze krátkodobé a nemá souvislost se zavedením nucené správy nad VZP - jak se snaží veřejnost přesvědčit ministr Rath, ale souvisí s převzetím plnění závazků státu za bývalé státní podniky - cca 3 mld. Kč, dále s realizací předsunuté platby za státní pojištěnce, která by se realizovala (tak jako každý rok) i bez nucené správy, a dále souvisí jednak s „dobrovolným“ prodloužením lhůt splatností nemocnicím přímo řízeným ministerstvem zdravotnictví a s výrazným omezením zdravotní péče těmito nemocnicemi, které jejím ředitelům v závěru roku 2005 „doporučil“ ministr Rath, aby alespoň částečně eliminoval negativní dopady vyhlášky MZ č. 50/2005 Sb. na bilanci zejména VZP. Zvýšení plateb pojistného za státní pojištěnce nepokryje ani zvýšené ceny dle vyhlášky 101/2006 Sb. a tudíž nepovede ke zkrácení lhůt splatnosti faktur za zdravotní péči.)
6. nedostatečnou dynamikou nárůstu cen zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, která neumožňuje odpovídající zvyšování platů lékařů a ostatních zdravotnických pracovníků ani odpovídající financování obměny a modernizace přístrojové zdravotnické techniky.





### **Základní chyby ministra zdravotnictví, které je nutno neprodleně napravit:**

#### 1. Vyhláška MZ ČR č. 550/2005 Sb. o hrazení zdravotní péče v I. pololetí 2006:

a) ač před vydáním této vyhlášky proběhlo „připomínkové řízení“, v konečném znění vyhlášky k většině připomínek nebylo přihlédnuto, a to včetně připomínek, které respektovaly „politické zadání“ a snažily se pouze zabránit problematickým nejednoznačným výkladům

b) zavedla pseudorozpočtové financování zdravotnických zařízení - celková výše úhrady danému zařízení se prakticky neodvíjí od rozsahu péče, ale od objemu úhrady v referenčním období, a to i v případech kdy zdravotnické zařízení ošetřilo v referenčním období statisticky nevýznamný počet pacientů dané zdravotní pojišťovny (celkové úhrady nerespektují přesuny péče mezi zdravotnickými zařízeními, přesuny pojištěnců mezi zdravotními pojišťovnami)

c) stanovila zastropování úhrad i zdravotnickým zařízením poskytujícím indukovanou péči (laboratoře, RTG, fyzioterapie, domácí zdravotní péče, zdravotnická doprava, následná ústavní zdravotní péče), která nemají možnost rozsah této péče ovlivnit a současně tuto péči nemohou odmítnout,

d) zavedla neadekvátní drastická zpřísnění regulačních opatření v oblasti nákladů na léky a na vyžádanou péči (laboratorní vyšetření a radiodiagnostika)

e) regulační opatření v oblasti nákladů na léky a na vyžádanou péči zavedla i v případech, kdy zdravotnická zařízení poskytnou péči statisticky nevýznamnému počtu pacientů, což v praxi znamená, že tyto regulace budou uplatňovány na principu náhody,

f) ve svých důsledcích omezila rozsah preventivní péče (v segmentech praktických lékařů, ambulantní specializované péče, komplex)

g) zvýhodnila oproti ostatním segmentům dva segmenty, a to:

- segment akutní ústavní péče:

■ uplatněním koeficientu stability pouze v tomto segmentu dojde k navýšení celkového objemu úhrad akutní ústavní péče o cca 3 mld. Kč - původní návrh vyhlášky počítal s uplatněním tohoto koeficientu ve všech segmentech

■ při ošetření statisticky nevýznamného počtu pacientů dané zdravotní pojišťovny v referenčním období se v tomto segmentu neuplatňuje zastropování celkové úhrady

■ alespoň částečné zohlednění nově nasmulovaných kapacit

- segment ambulantní specializované péče:

■ stanovení limitu úhrady na ošetřeného pacienta - tzn. pouze v tomto segmentu není uplatněn absolutní limit celkové úhrady - není uplatněno „pseudorozpočtové financování“

#### 2. Vyhláška MZ č. 101/2006 Sb., kterou se mění vyhláška č. 550/2005 Sb.:

a) zvýšila úhrady ve všech segmentech oproti vyhlášce 550/2005 Sb. o 2 %, což však není v dané situaci pro poskytovatele zdravotní péče prioritou. Tou je naopak stanovení takových pravidel úhrad, která by umožňovala poskytování zdravotní péče na odpovídající úrovni. Tj. stanovení kritérií pro uplatňování regulací úhrad za léky a vyžádanou péči, která by stabilizovala systém veřejného zdravotního pojištění, ale nevedla k nežádoucímu snížení dostupnosti a kvality poskytované zdravotní péče.

b) zavedla režim dvojích cen za poskytnutou zdravotní péči - zdravotnická zařízení, která ošetří statisticky nevýznamný počet pojištěnců (v nemocnicích akutní péče - 100 rodných čísel, v ostatních zdravotnických zařízeních - 50 (!!) rodných čísel) nemají úhrady omezeny limitem, což při platnosti nového seznamu výkonů představuje výrazný nárůst úhrad i nárůst „jednotkových cen“ (u amb. specializované péče o cca 50 %) - tím dochází k zásadnímu zvýhodnění malých zdravotnických zařízení (především s úvazky nižšími než 1,0)

c) nově upravený postup pro hrazení zdravotní péče poskytované v OLÚ, LDN a ve zdravotnických zařízeních vykazujících ošetřovací den č. 00005 v případech, kdy tato zařízení poskytnou péči 50 a méně hospitalizovaným pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, je pro tato zařízení výrazně diskriminující, neboť výkonový způsob úhrady v těchto případech představuje oproti zařízením, která spadají do režimu úhrad paušální sazbou, o více než 20 % nižší ceny a úhrady. Tato diskriminace zařízení s menší kapacitou lůžek je zcela zásadní.

d) systém dvojích cen vytváří nestejně podmínky na jedné straně pro VZP a na straně druhé pro zaměstnanecké pojišťovny, které budou nuceny hradit významnější část zdravotní péče bez limitů dle „nového seznamu výkonů“.

e) novela nabyla účinnosti od 1.4.2006

a neobsahuje přechodná ustanovení, která by stanovila postupy v případech, kdy způsoby úhrady, omezení úhrad za výkony a regulační omezení v oblasti nákladů na léky a vyžádanou péči jsou dle obou vyhlášek stanoveny na celé I. pololetí,

f) zmírnění regulačních opatření v oblasti nákladů na léky a vyžádanou péči je nevýznamné a neřeší zásadní požadavky na úpravu těchto opatření, která by nevedla k poškozování zájmů pacientů, a která by umožňovala lékařům poskytovat zdravotní péči na odpovídající úrovni.

#### 3. Vyhláška MZ č. 493/2005 Sb., kterou se mění vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami:

a) změna mzdových indexů byla provedena pouze u lékařů, ač nebyl důvod k zvýhodnění lékařů oproti zdravotnickým pracovníkům nelékařských profesí,

b) změny bodového ohodnocení jednotlivých výkonů v souvislosti se změnami mzdových indexů vedly k celkovému „zhodnocení“ výkonů o cca 20 %, což by si vyžádalo odpovídající zvýšení zdrojů veřejného zdravotního pojištění (cca 24 mld. Kč),

c) jelikož k odpovídajícímu navýšení zdrojů veřejného zdravotního pojištění nedošlo, projeví se změny seznamu výkonů omezením zdravotní péče o pacienty, anebo - při zachování stejného rozsahu péče - snížením dosažené skutečné ceny bodu (např. v segmentu ambulantní specializované péče z 1,05 Kč na cca 0,75 Kč za bod),

d) důsledky změny (významné navýšení) bodového ohodnocení výkonů bez odpovídajícího navýšení zdrojů veřejného zdravotního pojištění na bilanci zdravotních pojišťoven byly do značné míry krátkodobě eliminovány vydáním vyhlášky MZ ČR č. 550/2005 Sb., kterou se zavedlo „pseudorozpočtové financování“ (stanovení absolutních limitů úhrad) - za tuto cenu bylo však vhodnější se změnou mzdových indexů počkat, až bude jasné, zda dojde současně i ke zvýšení zdrojů zdravotního pojištění,

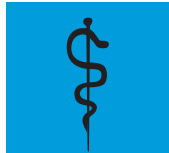
#### 4. Zákon o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních (sněmovní tisk 810):

a) diskriminuje zdravotnická zařízení, která nejsou zřízena dle tohoto zákona

■ omezení přístupu ke zdrojům veřejného zdravotního pojištění

■ bezplatné užívání nemovitého majetku





neziskovými nemocnicemi

▪ poskytování ambulantní péče, komplexu, lékárenské péče aj. i pro potřeby ambulantních zařízení ve zvýhodněném režimu

▪ motivace neziskových nemocnic ke „ztrátovému hospodaření“, které kryje zřizovatel

b) soukromá zařízení, pokud jsou uvedena v příloze, prakticky zestátňuje - v případě společností s ručením omezeným s finanční kompenzací, v případě akciových společností bez finanční náhrady,

c) prakticky likviduje zařízení ústavní péče, která se nenechají „dobrovolně“ zestátnit,

d) síť smluvních zdravotnických zařízení ústavní péče není tvořena na základě plnění kritérií kvality poskytované péče a její dostupnosti, ale na základě přistoupení na podmínky zákona o neziskových nemocnicích.

5. Zákon, kterým se mění zákon č. 20/1966 Sb. a další zákony (sněmovní tisk 1045):

a) nepočítá s účastí zájmových sdružení poskytovatelů zdravotnických služeb v dohodovacích řízeních se zdravotními pojišťovnami o cenách bodu a úhradách zdravotní péče, o seznamu výkonů s bodovými hodnotami a o rámcových smlouvách,

b) zásadním způsobem zvyšuje pravomoc České lékařské komory,

c) zásadním způsobem zvyšuje pravomoc ministerstva zdravotnictví,

d) diskriminuje větší zdravotnická zařízení, která mají více než 10 úvazky poskytovatelů zdravotní péče (kapacitní číslo).

6. Výměr MF č. 3/2006, kterým se snižuje obchodní přírážka lékáren a distributorů léčiv z 32 % na 29 %:

a) povede k likvidaci menších lékáren,  
b) snižuje výši obchodní přírážky, která připadá na lékárny na jednu z nejnižších úrovní v Evropě,

c) ve svých důsledcích zvyšuje doplatky pacientů u dražších léků, kde do 31.12.2005

lékárny nevyužívaly maximální výši obchodní přírážky.

7. Vyhlášení nucené správy nad Všeobecnou zdravotní pojišťovnu:

Dosud zjištěné skutečnosti nepotvrdily, že za schodek VZP ve výši cca 11 mld. Kč nese odpovědnost management této pojišťovny, naopak je zcela zřejmé, že schodek byl způsoben dlouhodobě ministerstvem zdravotnictví a vládou ČR neřešenými problémy (nesprávný způsob přerozdělování pojistného, nedostatečná výše příspěvků státního rozpočtu za pojištěnce, za které hradí pojistné stát) a dále vyhláškami ministerstva zdravotnictví, kterými se stanovily úhrady zdravotní péče a hrazení léků.

*Pro Vox připravil:  
MUDr. Pavel Neugebauer*

## VÝZVA PREZIDENTOVI ČESKÉ REPUBLIKY, PŘEDSEDOVI VLÁDY ČR, SENÁTORŮM A POSLANCŮM PARLAMENTU ČR

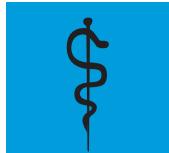
**Členové sdružení nestátních zdravotnických zařízení APRIMED vyzývají všechny ústavní činitele, aby zabránili dalšímu prohlubování krize zdravotnictví a návratu zdravotnictví na úroveň před rokem 1989.**

**Z krátkodobého hlediska se jedná zejména o následující opatření:**

- 1. Zrušení úhradových vyhlášek MZ č. 550/2005 Sb. a č. 101/2006 Sb. a jejich nahrazení právním předpisem (vyhláškou event. i zákonem schváleným v režimu legislativní nouze), který by stanovil úhrady zdravotní péče, včetně regulačních omezení na úrovni platné ve II. pololetí 2005 s tím, že konečná úhrada by se po ukončení I. pololetí 2006 navýšila indexem odvozeným od indexu nárůstu zdrojů veřejného zdravotního pojištění v I. pololetí 2006 (např. 1,05 - viz vyhl. 101/2006 Sb.)**
- 2. Zamítnutí kontroverzních zákonů sněmovní tisk 810 a sněmovní tisk 1045 ve formě, v níž byly schváleny Poslaneckou sněmovnou a postoupeny Senátu.**
- 3. Zavedení diferencované obchodní přírážky na léky dle návrhu České lékařské komory.**
- 4. Okamžité zrušení nucené správy nad Všeobecnou zdravotní pojišťovnu.**
- 5. Jednorázové oddlužení Všeobecné zdravotní pojišťovny ze státního rozpočtu.**

**V Praze dne 28. března 2006**

**Ing. Aleš Král, předseda představenstva sdružení nestátních zdravotnických zařízení APRIMED**



## Regulační vyhl. č.550/2005 Sb., ve znění vyhl. 101/2006 Sb. Co se mění pro praktické lékaře?

Všeobecně známo je, že ministr vydal regulační vyhlášku, která platí od 1.1.2006 a upravila nově úhrady a zejména regulace, limity a z nich vyplývající finanční sankce pro praktické lékaře. Následně, poté co i ministr pochopil, že vyhláška je napsána špatně (nemám na mysli pouze chybnou filosofii individuálních limitů bez zohlednění čehokoli, ale i technicko právní kvalitu předpisu), se snažil řešit problémy různými výklady a metodikami (zde je problém ten, že platí text vyhlášky, bez ohledu na jakékoli dodatečné výklady). Poté co zjistil, že ani tudy cesta nevede, rozhodl se vyhlášku novelizovat. K této novelizaci došlo k 1.4.2006. V následujícím textu jsem se pokusil srovnat znění vyhlášky původní se zněním novým. Úpravy jsem provedl tak, že text, který zůstal zachován je normálním písmem, text, který platil původně, ale byl nahrazen či vyřazen je ~~přeškrtnutým písmem~~ a konečně text nový je vyznačen **tučně**. Své případné poznámky jsem uvedl *kurzívou*. Zásadní otázkou je, na jaké období se vlastně nové znění použije. Ačkoli novela platí od 1.4.2006 upravuje celé období prvního pololetí 2006. Podle mého názoru by tedy měla být úhrada za celé toto období (jak první, tak i druhé čtvrtletí 2006) stanovena dle novelizované vyhlášky.

*Mgr. Jakub Uher  
právní poradce SPLDD ČR*

### §5

(1) Zdravotní péče poskytovaná praktickými lékaři pro dospělé a praktickými lékaři pro děti a dorost se v 1. pololetí 2006 hradí podle smluvního ujednání mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením

- kombinovanou kapitačně výkonovou platbou,
- kombinovanou kapitačně výkonovou platbou s dorovnáním kapitace, nebo
- podle seznamu výkonů.

(2) Výše kapitačně výkonové platby podle odstavce 1 písm. a) se vypočte podle počtu registrovaných pojištěnců **s příslušným věkovým indexem podle přílohy č. 4 část C) k této vyhlášce** násobeného základní sazbou smluvně dohodnutou se zdravotnickým zařízením pro 2. pololetí 2005 navýšenou o 3 %.

*Napravuje se technická chyba původní vyhlášky, která vůbec neuvažovala věkovou indexaci pojištěnců. Poněkud podivné je, že navýšení kapitační platby bylo ponecháno na 3%, když u ostatních úhrad zdravotní péče je nyní navýšováno o 5%.*

~~(3) Výkony hrazené mimo kapitační platbu a výkony za neregistrované pojištěnce podle odstavce 1 písm. a) a b) se hradí podle seznamu výkonů, přičemž cena bodu sjednaná pro 2. pololetí 2005 a uveřejněná ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví zůstává v platnosti pro 1. pololetí 2006 3).~~

**(3) Výkony nezahrnuté do kapitační platby, kromě výkonů, kterými se vykazují preventivní prohlídky podle vyhlášky č. 56/1997 Sb., kterou se stanoví obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek, ve znění pozdějších předpisů, (dále jen „vyhláška o preventivních prohlídkách“) a očkování podle vyhlášky č. 439/2000 Sb., o očkování proti přenosným nemocem, ve znění pozdějších předpisů, (dále jen „vyhláška o očkování“) a výkony za neregistrované pojištěnce podle odstavce 1 písm. a) a b), se hradí podle seznamu výkonů, přičemž cena bodu sjednaná pro 2. pololetí 2005 a uveřejněná ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví zůstává v platnosti pro 1. pololetí 2006 3).**

**(4) Výkony, kterými se vykazují preventivní prohlídky podle vyhlášky o preventivních prohlídkách a očkování podle vyhlášky o očkování, nezahrnuté do kapitační platby podle odstavce 1 písm. a) a b), se hradí podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté zdravotní výkony s omezením maximální úhradou na unikátního ošetřeného pojištěnce. Cena bodu sjednaná pro 2. pololetí 2005 a uveřejněná ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví zůstává v platnosti pro 1. pololetí 2006 3). Maximální úhrada na unikátního ošetřeného pojištěnce se pro konkrétní zdravotnické zařízení stanoví jako podíl celkové úhrady za tyto výkony v referenčním období, kterým je odpovídající**

**pololetí minulého roku, a počtu unikátních ošetřených pojištěnců, na které byly tyto výkony vykázány. Vypočtený podíl se vynásobí počtem unikátních ošetřených pojištěnců a koeficientem 1,05. Omezení maximální úhradou se nepoužije v případě, že v referenčním nebo hodnoceném období bylo ošetřeno 50 a méně unikátních ošetřených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny.**

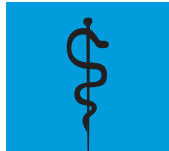
*Preventivní prohlídky a očkování by měly být hrazeny v podstatě ve výši loňské úhrady (tedy je obcházen nový seznam výkonů) s navýšením o 5%. Hrazena bude každá preventivní prohlídka bez ohledu na jejich počet.*

*Preventivní prohlídky prováděné pojištěncům pojišťoven, kde bude ošetřeno méně než 50 pojištěnců jsou hrazeny dle nového seznamu výkonů a omezení není realizováno.*

~~(4) (5) Výše kapitačně výkonové platby s dorovnáním kapitace podle odstavce 1 písm. b), včetně úhrady za výkony hrazené mimo kapitační platbu a výkony za neregistrované pojištěnce, se vypočte podle odstavců 2 a 3.~~

~~(5) (6) Cena bodu pro úhradu zdravotní péče podle odstavce 1 písm. c) sjednaná pro 2. pololetí 2005 a uveřejněná ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví zůstává v platnosti pro 1. pololetí 2006 3).~~

~~(6) (7) Způsob dorovnání kapitace podle od-~~



stavce 1 písm. b) a regulační omezení úhrady podle odstavce 1 písm. a), b) a c) se stanoví v příloze č. 4 k této vyhlášce.

**(7) Celková úhrada za výkony mimo kapitační platbu a výkony za neregistrované pojištěnce podle odstavce 3, která bude činit nejvýše 103 % celkové úhrady za výkony mimo kapitační platbu a výkony za neregistrované pojištěnce v referenčním období, kterým je odpovídající kalendářní pololetí minulého roku, se navýší koeficientem změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny v souvislosti s migrací pojištěnců. Výpočet a uplatnění koeficientu změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny je stanoven v příloze č. 7 k této vyhlášce.**

**(8) Celková úhrada za výkony nezahrnuté do kapitační platby, kromě výkonů, kterými se vykazují preventivní prohlídky podle vyhlášky o preventivních prohlídkách a očkování podle vyhlášky o očkování, výkony za neregistrované pojištěnce podle odstavce 3, která bude činit nejvýše 105 % celkové úhrady za výkony mimo kapitační platbu a výkony za neregistrované pojištěnce v referenčním období, kterým je odpovídající kalendářní pololetí minulého roku, se navýší koeficientem změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny v souvislosti s migrací pojištěnců. Výpočet a uplatnění koeficientu změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny je stanoven v příloze č. 7 k této vyhlášce. Omezení úhrady se neuplatní, pokud zdravotnické zařízení poskytne v referenčním nebo hodnoceném období zdravotní péči 50 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny.**

#### **Příloha č. 4**

Způsob dorovnání kapítace a regulační omezení podle § 5 odstavce 6

**Způsob dorovnání kapítace a regulační omezení podle § 5 odstavce 7 a tabulka věkových indexů podle § 5 odstavce 2**

A) Způsob dorovnání kapítace:

1. Dorovnání kapítace se poskytuje v případech, kdy praktický lékař pro dospělé nebo praktický lékař pro děti a dorost má, s ohledem na geografické podmínky, menší počet jednicových registrovaných pojištěnců, než je 70 % celostátního průměrného počtu takových pojištěnců (celostátní průměrný počet se stanoví vždy pro daný kalendářní

rok podle údajů Centrálního registru pojištěnců, spravovaného Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky) a poskytování takové zdravotní péče je nezbytné ke splnění povinností zdravotní pojišťovny podle § 46 odst. 1 zákona.

2. Jednicovým registrovaným pojištěncem se pro účely této vyhlášky rozumí pojištěnec věkové skupiny 15 až 19 let, který je považován za jednotku z hlediska spotřeby zdravotní péče. Počet jednicových registrovaných pojištěnců se vypočte vynásobením počtu registrovaných pojištěnců věkovým indexem dané skupiny. Věkový index vyjadřuje poměr nákladů na pojištěnce v dané věkové skupině vůči nákladům na pojištěnce ve věkové skupině 15 až 19 let.

3. Dorovnání kapítace lze poskytnout až do výše 90 % kapitační platby vypočtené na celostátní průměrný počet jednicových registrovaných pojištěnců. Na dorovnání se podílí zdravotní pojišťovny, s nimiž má příslušný praktický lékař uzavřenu smlouvu o poskytování a o úhradě zdravotní péče podílem, který odpovídá procentu jejich pojištěnců z jednicových registrovaných pojištěnců tohoto praktického lékaře.

#### **B) Regulační omezení**

1. Pokud celková úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením v 1., popřípadě ve 2. čtvrtletí 2006, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem, se zohledněním věkových skupin, převyšuje 98 % průměrné úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem, zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradí částku odpovídající překročení úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období nad 98 %.

2. Referenčním obdobím pro účely regulace je odpovídající kalendářní čtvrtletí minulého roku.

3. Pokud celková úhrada za ošetřené neregistrované pojištěnce převyšuje 5 % celkové úhrady za registrované pojištěnce v 1., popřípadě ve 2. čtvrtletí 2006, je zdravotní pojišťovna oprávněna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradit částku odpovídající jedné polovině z překročení nad 5 % celkové úhrady za registrované pojištěnce. Tento regulační mechanismus se netýká péče pro neregistrované ošetřené pojištěnce v rámci řádného zástupu a nebude uplatněn

v případě úhrady zdravotní péče podle § 5 odstavce 1 písm. e).

4. Pokud průměrná úhrada v 1., popřípadě ve 2. čtvrtletí 2006 za vyžádanou péči v odbornostech 222, 801 až 805, 807, 809, 812 až 823 na jednoho unikátního pojištěnce, se zohledněním věkových skupin, převyšuje 100 % průměrné úhrady v referenčním období, zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradí částku odpovídající překročení nad 100 % průměrné úhrady za vyžádanou péči v referenčním období. Pro účely stanovení výše celkové úhrady podle věty první se pro výkony vyžádané péče v referenčním i hodnoceném období použije cena bodu sjednaná pro 2. pololetí 2005 uveřejněná ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví.

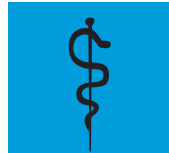
5. Pokud průměrná úhrada za poskytnutou zdravotní péči na jednoho ošetřené neregistrované pojištěnce, se zohledněním věkových skupin, převyšuje o více než o 10 % průměrnou úhradu v referenčním období a zároveň o více než 20 % konkrétní část zdravotní péče (tj. buď úhradu za zdravotní výkony, nebo za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, nebo za vyžádanou péči, včetně zvlášť účtovaných léčivých přípravků a zvlášť účtovaného materiálu, v odbornostech 222, 801 až 805, 807, 809, 812 až 823), může zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradit částku odpovídající jedné čtvrtině z uvedeného překročení.

#### **B) Regulační omezení**

1. Pokud průměrná úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením v 1., popřípadě ve 2. čtvrtletí 2006, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem, na jednoho registrovaného pojištěnce, se zohledněním věkových skupin, převyšuje průměrnou úhradu za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky na jednoho registrovaného pojištěnce, se zohledněním věkových skupin, předepsané v referenčním období, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem, v rozpětí 101% až 105 %, zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradí částku odpovídající 20 % překročení úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období v rozpětí 101 % až 105 %.

2. Pokud průměrná úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky přede-





psané zdravotnickým zařízením v 1., popřípadě ve 2. čtvrtletí 2006, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem, na jednoho registrovaného pojištěnce, se zohledněním věkových skupin, převýší průměrnou úhradu za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky na jednoho registrovaného pojištěnce, se zohledněním věkových skupin, předepsané v referenčním období, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem, v rozpětí 105% až 110 %, zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradí částku odpovídající 40 % překročení úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období v rozpětí 105 % až 110 %.

3. Pokud průměrná úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením v 1., popřípadě ve 2. čtvrtletí 2006, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem, na jednoho registrovaného pojištěnce, se zohledněním věkových skupin, převýší 110 % průměrné úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky na jednoho registrovaného pojištěnce, se zohledněním věkových skupin, předepsané v referenčním období, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem, zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradí částku odpovídající překročení úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období nad 110 %.

4. Referenčním obdobím pro účely regulace je odpovídající kalendářní čtvrtletí minulého roku.

5. Pokud celková úhrada za ošetřené neregistrované pojištěnce převýší 5 % celkové úhrady za registrované pojištěnce v 1., popřípadě ve 2. čtvrtletí 2006, je zdravotní pojišťovna oprávněna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradit částku odpovídající jedné polovině z překročení nad 5 % celkové úhrady za registrované pojištěnce. Tento regulační mechanismus se netýká péče pro neregistrované ošetřené pojištěnce v rámci řádného zástupu a nebude uplatněn v případě úhrady zdravotní péče podle § 5 odstavce 1 písmo c).

6. Pokud průměrný počet bodů v 1., popřípadě ve 2. čtvrtletí 2006 za vyžádanou péči v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 812 až 819, 822 a 823 podle seznamu výkonů, na jednoho registrovaného pojištěnce, se zohledněním věkových sku-

pin, převýší 106 % průměrného počtu bodů v referenčním období, zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradí částku odpovídající překročení.

7. Pokud průměrný počet bodů v 1., popřípadě ve 2. čtvrtletí 2006 za vyžádanou péči v odbornosti 809 podle seznamu výkonů, kromě výkonů screeningové mamografie podle seznamu výkonů, na jednoho registrovaného pojištěnce, se zohledněním věkových skupin, převýší 110 % průměrného počtu bodů v referenčním období, zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradí částku odpovídající překročení.

8. Pokud průměrná úhrada za poskytnutou zdravotní péči na jednoho ošetřené neregistrované pojištěnce, se zohledněním věkových skupin, převýší o více než o 10 % průměrnou úhradu v referenčním období a zároveň o více než 20 % konkrétní část zdravotní péče (tj. buď úhradu za zdravotní výkony, nebo za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, nebo za vyžádanou péči, včetně zvlášť účtovaných léčivých přípravků a zvlášť účtovaného materiálu, v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 809, 812 až 819, 822 a 823 podle seznamu výkonů), je zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení oprávněna neuhradit částku odpovídající jedné čtvrtině z uvedeného překročení.

9. Regulační omezení uvedená v předchozích bodech se nepoužijí, pokud zdravotnické zařízení registrovalo v referenčním nebo hodnoceném období 50 a méně pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, popřípadě poskytlo zdravotní péči 50 a méně neregistrovaným pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny.

10. Pokud zdravotnické zařízení prokáže, že vzhledem ke zdravotnímu stavu pojištěnce nemohlo použít jiný způsob léčby nebo předepsat jiný zdravotnický prostředek nad 15 000 Kč schválený revizním lékařem, zdravotní pojišťovna příslušnou regulací neuplatní, pokud srovnatelné léčivé přípravky nebo zdravotnické prostředky nebyly ve srovnatelném rozsahu zdravotnickým zařízením předepsány v referenčním období.

V odstavcích 1 až 4 jsou změkčeny regulace na léčivé přípravky a PZT.

V odstavci 6 je ovšem zachován limit na

vyžádanou péči, která bude nepochybně velmi zásadním problémem i nadále (zvýšení limitu o 6% není řešením).

V odstavci 9 byla doplněna klauzule, která vylučuje z aplikace regulací lékaře, který registruje méně než 50 pojištěnců od dané zdravotní pojišťovny. Z hlediska lékaře by tedy byl optimální stav, kdyby měl u každé pojišťovny registrováno 50 pacientů.

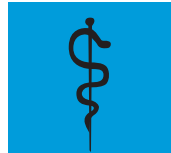
Odstavec 10 má umožňovat případné vyvinění při překročení limitů. Bohužel jeho formulace je tak neurčitá a nešťastná, že praktická možnost vyvinění bude i nadále velmi problematická.

Jakým způsobem bude probíhat prokazování, že nešlo použít jiný způsob léčby, co je srovnatelný rozsah, co je srovnatelný léčivý přípravek apod. Dle mého názoru nelze na toto ustanovení příliš spoléhat, neboť vyvinění bude podmíněno shodným názorem (souhlasem) zdravotní pojišťovny, které bohužel lékař v době poskytování péče znát nebude.

### C) Tabulka věkových indexů

0 - 4 let	3,80
5 - 9 let	1,65
10 - 14 let	1,30
15 - 19 let	1,00
20 - 24 let	0,90
25 - 29 let	0,95
30 - 34 let	1,00
35 - 39 let	1,05
40 - 44 let	1,05
45 - 49 let	1,10
50 - 54 let	1,35
55 - 59 let	1,45
60 - 64 let	1,50
65 - 69 let	1,70
70 - 74 let	2,00
75 - 79 let	2,40
80 - 84 let	2,90
85 a více let	3,40





# Usnesení XIX. sjezdu delegátů ČLK konaného dne 1. dubna 2006 v Praze

1) Sjezd zvolil:

- **pracovní předsednictvo ve složení:**

MUDr. Liehne, MUDr. Dostalíková, MUDr. Jojko, MUDr. Matys, MUDr. Nečas, MUDr. Kasalická, MUDr. Kulhavá, MUDr. Moravec, MUDr. Blažek, MUDr. Chodová, MUDr. Cmud, MUDr. Škrhová, MUDr. Knajfl, MUDr. Babinec

- **mandátovou komisi ve složení:**

MUDr. Stehlíková, MUDr. Rašovský, MUDr. Vindiš, MUDr. Juliš, MUDr. Půček, MUDr. Kaška, MUDr. Antončík, MUDr. Ťuíková, MUDr. Šimurdová

- **návrhovou komisi ve složení:**

MUDr. Wicherek, MUDr. Mrozek, MUDr. Kubíček, MUDr. Pavelka, MUDr. Cabrnchová, MUDr. Vaňásek, MUDr. Winkler, MUDr. Sýkora, MUDr. Příbaň, MUDr. Kolín, MUDr. Saranová

- **volební komisi ve složení:**

MUDr. Píštěk, MUDr. Horník, MUDr. Plhoň, MUDr. Novák Jaroslav, MUDr. Franková, MUDr. Nedělka, MUDr. Hledíková, MUDr. Ťoukářová, MUDr. Řezník, MUDr. Plíhal, MUDr. Kodeš, MUDr. Marková, MUDr. Daňková

2) Sjezd schválil program jednání sjezdu (příloha č. 1)

3) Sjezd rozhodl o mandátovém způsobu voleb představenstva komory (regionální princip podle jednotlivých krajů)

4) Sjezd ne zvolil viceprezidenta ČLK

5) Sjezd zvolil představenstvo ČLK ve složení:

Praha - MUDr. Hledíková,  
MUDr. Blažek,  
MUDr. Jojko

Středočeský kraj - MUDr. Krbůšek

Jihočeský kraj - MUDr. Kinšt

Jihomoravský kraj - MUDr. Jiří Mach,  
MUDr. Klanica

Karlovarský kraj - MUDr. Štál

Královéhradecký kraj - MUDr. Herman

Liberecký kraj - MUDr. Vraná

Moravskoslezský kraj - MUDr. Vodvářka,  
MUDr. Sedláček

Olomoucký kraj - MUDr. Němeček

Pardubický kraj - MUDr. Rybová

Plzeňský kraj - MUDr. Nový

Ústecký kraj - MUDr. Liehne

Kraj Vysočina - MUDr. Pětihlas

Zlínský kraj - MUDr. Šindler

6) Sjezd vyslechl a přijal zprávu prezidenta ČLK o činnosti za uplynulé dva měsíce

7) Sjezd vyslechl a přijal průběžnou zprávu o hospodaření za rok 2005 a zprávu auditora

8) Sjezd ukládá prezidentovi a členům Předsta-

venstva, aby prosazovali zvyšování výdajů na zdravotnictví

9) Sjezd ukládá prezidentovi a členům Představenstva, aby prosazovali navrácení práva ČLK kontrolovat a posuzovat personální vybavení zdravotnických zařízení

10) Sjezd ukládá prezidentovi a členům Představenstva, aby prosazovali uzákonění trvalého smluvního vztahu s pojišťovnami pro soukromé lékaře, možnost prodeje a dědění praxí včetně smluv se zdravotními pojišťovnami, závaznost výběrových řízení pro zdravotní pojišťovny a právo ČLK zastupovat všechna soukromá zdravotnická zařízení poskytující ambulantní lékařskou péči v dohodovacích řízeních podle zákona č. 48/1997 Sb. v platném znění

11) Sjezd ukládá prezidentovi a členům Představenstva, aby prosazovali uzákonění práva ČLK přiznávat lékařům specializovanou způsobilost k výkonu povolání

12) Sjezd delegátů zavazuje prezidenta ČLK a představenstvo ČLK, aby před uzavřením obchodní smlouvy vyhodnotili písemné stanovisko právního a ekonomického odboru a stanovili osobu, která bude přímo zodpovědná za převzetí a průběžnou kontrolu plnění předmětu smlouvy

13) Sjezd ukládá prezidentovi a členům Představenstva, aby podporovali přijetí zákona o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních, který bude ve prospěch lékařů těchto zařízení

14) Sjezd podporuje jednotu České lékařské komory a odmítá jakékoli aktivity vedoucí k oslabování vlivu komory a směřující k rozštěpení (např. „Platforma ambulantních lékařů v rámci ČLK“)

15) Sjezd ukládá prezidentovi a členům Představenstva, aby prosazovali zvyšování příjmů všech zdravotnických zařízení

16) Sjezd se distancuje od prohlášení prezidenta ČLK ohledně protestní akce konané 24.2.2006

17) Sjezd považuje za velmi špatný a nesystémový krok opakované oddlužení fakultních nemocnic

18) K zajištění nestrannosti komory sjezd doporučuje:

a) čestné prohlášení prezidenta, že se vzdává aktivity v jakýkoli politických stranách a nevstoupí po dobu mandátu do žádné strany a nebude se taky účastnit volební kampaně jako kandidát ve volbách za jakoukoli politickou stranu

b) zvolení členové představenstva ČLK se čest-

ným prohlášením zaváží ke stejným závazkům jako prezident komory

c) představenstvo komory zakomponuje pravidlo a) a b) a zpracuje návrh do stavovských předpisů k zajištění apolitičnosti prezidenta, viceprezidenta a členů představenstva ČLK

19) Sjezd ČLK vyzývá všechny představitele profesních sdružení poskytovatelů a všechny lékaře, aby ustali ve vzájemném osočování a nedůstojné medializaci problémů lékařského stavu, aby odložili vzájemné antipatie a všechny problémy řešili hledáním možných kompromisů při řešení daných problémů

20) Sjezd ukládá prezidentovi a členům představenstva, aby hájili princip povinného členství v ČLK

21) Sjezd podporuje uznání navýšení kapitace praktických lékařů odpovídající navýšení bodového hodnocení výkonů dle nové vyhlášky seznamu výkonů, regulované na stejné procento jako regulace výkonů odměňování ostatních oborů

22) Z dnešního jednání vyplývá, že novela úhradové vyhlášky 550, obsahuje řadu formulačních nepřesností s možným negativním dopadem na úhradu provedených výkonů. Sjezd ukládá prezidentovi a nově zvolenému představenstvu, aby jednáním s ministerstvem zdravotnictví dosáhli úhradové vyhlášky, která vyřeší přesně a správně stávající nepřesnosti a zohlední nárůst nákladů na provedené výkony od 1.1.2006

23) Sjezd ukládá prezidentovi a členům představenstva, aby podporovali zvyšování příjmů lékařů

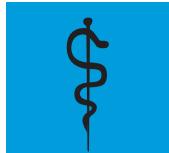
24) Sjezd zavazuje představenstvo komory k prosazování skutečné pojistné smlouvy mezi pacientem a zdravotní pojišťovnou oproti současné pouhé registraci

25) Sjezd zavazuje prezidenta a představenstvo, aby prosazovali změnu zákona č. 95/2004 Sb. v tom smyslu, aby byly stávající atestační obory zúženy na obory uznané nejméně ve dvou zemích EU.

V Praze dne 1. dubna 2006

**Za správnost odpovídají a usnesení zkontrolovali členové návrhové komise:**

MUDr. Cabrnchová, MUDr. Wicherek, MUDr. Mrozek, MUDr. Kubíček, MUDr. Pavelka, MUDr. Vaňásek, MUDr. Winkler, MUDr. Sýkora, MUDr. Příbaň, MUDr. Kolín, MUDr. Saranová



## Otevřený dopis prezidentovi České lékařské komory MUDr. Milanu Kubkovi

Pane doktore,

velmi mne překvapilo zveřejnění mého čistě soukromého dopisu Vám, a to v posledním čísle Tempus medicorum č. 3 na straně 15. Pokud je mi známo, tak jsem Vám žádnou vulgaritu nezaslal a pokud si někdo něco podobného za ty tečky domýšlí, tak to pouze svědčí o jeho morální úrovni. Já jsem Vás veřejně nikam do podobných vulgarit neposlal, tam jste se poslal sám svým prohlášením na krajské radě ČLK v Litoměřicích a jsem i rád, že jste mne označil za svého nepřítele jen za domyšlenou vulgaritu z Vaší strany. I to vypovídá o určitém morálním kreditu jedince. **Já k Vám žádné osobní nepřátelství necítím!** „Platformu soukromých lékařů České lékařské komory“ jsem nezaložil pro rozbití komory, ale pro **navození dialogu mezi vedením České lékařské komory a soukromými lékaři**. I v méně kultivovaných společnostech je dobrým zvykem požádat o autorizaci soukromé korespondence a souhlas s jejím publikováním.

Jsem vlastníkem „Diplomu celoživotního vzdělávání lékařů“, který mně Česká lékařská komora přiznala až do roku 2009. Od zavedení hodnocení praxí ze strany Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky jsem po celou dobu držitelem ohodnocení „dobré lékařské praxe“ na úseku provádění jednotných preventivních prohlídek a prevence onkologických onemocnění a bonifikace za progresivní nakládání s prostředky veřejného zdravotního pojištění. Z výše uvedeného vyplývá, že mě Česká lékařská komora nebyla a není lhotejná a moje účast na vzdělávacích akcích byla vyjádřením mého kladného přístupu k tehdejšímu programovým záměrům stavovské a hlavně apolitické organizace, ve kterou jsem věřil!

Na dění v České lékařské komoře jsem osobně rezignoval v době, kdy si předchozí prezident a představenstvo České lékařské komory **zcela nedemokraticky odhlasovalo prodloužení svého volebního mandátu podle pravidla**: „Co není zákonem zakázáno, to je povoleno“. Musím však konstatovat, že dle pravidla „**vlíčí smečky**“, která si vyhlídne kořist a tak dlouho ji štvě, až ji dostane do svých spárů. A v tomto případě se touto obětí stala Česká lékařská komora a její základní principy apolitičnosti, stavovské cti, obecné morálky a slušnosti.

Mnozí, včetně mne, vkládali velké naděje ve Vaše zvolení do funkce prezidenta České lékařské komory a tím i do obnovení její profesní

prestiže a jejího nezastupitelného místa ve společnosti. **Já osobně považuji profesní lékařskou komoru za instituci profesně nutnou a prospěšnou. Je však otázkou v jaké podobě.**

Za tu krátkou dobu, co jste ve funkci prezidenta České lékařské komory, jste mne však hluboce zklamal a má očekávání se nenaplnila. Nedošlo k odpoutání lékařské komory od politických vazeb mezi Vámi a ministrem zdravotnictví, lékařská komora se pod Vaším krátkým vedením nestala důstojným oponentem legislativního bezpráví zaměřeného proti celé zdravotnické veřejnosti včetně soukromých lékařů a jejich pacientů v době, kdy je stupňován tlak na eliminaci soukromého podnikání ve zdravotnictví, jak není běžné ve vyspělých demokraciích.

Dovolím si glosovat Vaše proklamativní prohlášení z uvedeného čísla Tempus medicorum. Váš slogan: „**Kolegové, necháme si rozbit Komoru?**“, je velmi podobný prohlášením komunistů v době puče při převzetí politické moci v roce 1948 a v době normalizace v roce 1977, kdy byla běžná podobná hesla: „**Soudruzi stranu si rozvracet nedáme a s našimi nepřáteli se nemilosrdně vypořádáme!**“. A tak se stalo! Je to i Vaším záměrem, pane presidente České lékařské komory? Také budete likvidovat „své“ nepřátele a oponenty v názorech na dění ve stavovské lékařské komoře? Opakovaně jsem obdržel výhrůžky, že budu za založení „Platformy soukromých lékařů“ vyloučen z České lékařské komory, nebo že moje děti nedokončí studia. Je to styl Vašich příznivců, nebo i Váš osobní?

Váš další slogan: „**Hrozí nám skutečně rozpad Komory?**“, mohu pouze komentovat, že v současné době a pod Vaším krátkým vedením, je komora prakticky již ve stádiu rozpadu a polarizace. Pokud nedojde ke zvolení lidsky a morálně silného viceprezidenta a profesně vyváženého představenstva komory, kteří budou Vaši názorovou protívahou a objektivní oponenturou, tak považuji Českou lékařskou komoru pro soukromé lékaře za organizaci zcela nefunkční a v současné podobě, za škodlivou.

**Vznik a existence „Platformy soukromých lékařů České lékařské komory“ je fakt!** Pokud jej budete i nadále ignorovat bez ochoty k navázání konstruktivního dialogu se soukromými lékaři a jejich profesními sdruženími včetně splnění základních požadavků naší platformy, tak se dnes již cítím natolik vázán množstvím podpisů signatářů, abych inicioval po parlamentních volbách „novelu o profes-

ních komorách“ s možností vytvoření samostatné „**Komory soukromých lékařů České republiky**“ a to s dobrovolným členstvím a příspěvků.

**Hlavní požadavky „Platformy soukromých lékařů České lékařské komory“ jsou, aby:**

- Česká lékařská komora působila pouze jako apolitická stavovská organizace pro všechny své členy v oblasti péče o etiku, lex artis a postgraduální vzdělávání.

- Česká lékařská komora s okamžitou účinností pozastavila všechny své aktivity v oblasti vstupování do ekonomických a smluvních vztahů všech svých členů a to hlavně soukromých lékařů.

- Česká lékařská komora nepřijímala žádná závazná rozhodnutí bez souhlasu všech oborových skupin svých členů, pokud by některá z nich s tímto rozhodnutím vyslovila nesouhlas.

- Česká lékařská komora umožnila paritní zastoupení soukromých lékařů v jednáních se zastupci státu a zdravotních pojišťoven.

- Česká lékařská komora veřejně deklarovala usnesením svého představenstva a prohlášením prezidenta svoji apolitičnost a vzdala se všech aktivit v politickém dění.

- Česká lékařská komora okamžitě zabránila dalšímu zneužívání svého společenského kreditu k politickým účelům jednotlivých zájmových skupin.

- Česká lékařská komora okamžitě poskytla transparentní údaje o nakládání s příspěvků svých členů a zveřejnila v písemné formě výsledky finančního auditu od založení ČLK až po datum ukončení tohoto auditu.

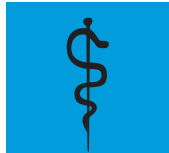
- Česká lékařská komora okamžitě zahájila vnitřní diskuzi o „zrušení povinného členství“ a písemnou formou vyzvala každého svého člena, zda s touto formou členství souhlasí nebo nesouhlasí a tyto údaje písemně zveřejnila.

V závěru svého „otevřeného dopisu“ si, pane doktore, dovoluji vznést otázku, zda je pravdou, že provozujete soukromou lékařskou praxi v oboru „angiologie“ bez příslušné atestace? Věřím, že na tuto otázku odpovíte i delegátům nadcházejícího sjezdu České lékařské komory.

30. března 2006

**MUDr. Zdeněk Král**

Platforma soukromých lékařů  
České lékařské komory  
České republiky



# Rath plánuje zavést v lékárnách samoobsluhu

**Ministr zdravotnictví David Rath hodlá v lékárnách zavést samoobslužný prodej běžných léků. Poslanci ze zdravotního výboru sněmovny už zařazení tohoto způsobu prodeje léčiv formou pozměňovacího návrhu do připravované novely zákona o léčivech odmítli. Ministr má ale v záloze připravené vlastní nařízení, které s ním počítá.**

Vyhláška o správné lékárenské praxi, jak by se právní předpis měl jmenovat, povoluje lékárnám prodávat formou samoobsluhy všechny léky, na které pacient nepotřebuje lékařský předpis. Až dosud mohou takto nabízet jen „doplňkový sortiment“ - čaje, kojeneckou výživu, vitaminy, obvazy atd.

Podle informací LN Rath připravenou vyhláškou tlačí ke zdi zástupce lékáren při vyjednávání o změnách obchodní přírůžky. Lékárníkům ani majitelům lékáren se totiž navržené změny nelíbí. Argumentují tím, že léky nejsou běžné zboží a do samoobslužných regálů proto nepatří. Domnívají se, že by tato změna ve svých důsledcích mohla poškodit pacienty, a že by oslabila roli lékárníků v systému.

„I tato vyhláška byla předmětem čtvrtetního jednání o plánovaných legislativních změnách se zástupci majitelů lékáren,“ potvrdil náměstek ministra Vladimír Dryml.

Rath včera nebyl k zastížení, nezvedal ani svůj

mobilní telefon. Jaroslav Polách z Grémia majitelů lékáren, které vede s ministerstvem vyjednávání o zavedení regresivní marže a o dalších návrzích, tvrdí, že ministr slíbil ustoupit od úmyslu udělat z lékáren samoobsluhy.

„Byli jsme už proti tomu, aby zavedení samoobslužného prodeje bylo součástí zákona. Považujeme to za další pokus, jak z léků udělat běžné spotřební zboží. Profit by z toho mohly mít pouze farmaceutické firmy, protože samoobslužný prodej vždy zvyšuje obrát zboží,“ konstatoval Jaroslav Polách.

Majitelé lékáren a lékárníci proti lékárenské samoobsluze protestují i přesto, že by na zvýšeném prodeji také vydělávali. Tvrdí, že spíš než o zisky jim jde o pacienty. Přenesení prodeje z pultů do regálů by mohlo vést k nákupům léky do zásoby a zvýšení vlivu reklamy.

„Nemůžeme souhlasit s tvrzením, že pouhý příbalový leták nahradí kvalifikovanou radu lékárníka. To je směšné. Už počátkem minulého sto-

letí, před objevem penicilinu, se tvrdilo, že léky jsou bezpečné a že už o nich víme vše. Že se tudíž mohou začít volně prodávat. Není to pravda. Nevíme o nich zdaleka vše ani dnes,“ namítl Polách.

I podle prezidenta České lékárnické komory Ladislava Chudoby by mohlo zavedení samoobslužného prodeje lidem uškodit. „Léky nejsou svíčková. Lidé by je neměli užívat bez skutečné příčiny. Jejich špatné nasazení nebo nevhodná kombinace mohou poškodit jejich zdraví,“ uvedl Chudoba.

Komora argumentuje i každoročně stoupajícími počty otrav způsobených volně prodejnými léky. „Proto je třeba přistupovat k nim s odstupem a s rozumem. A od toho tu je personál lékární, aby poradil.“ Lékárník prý nemá být totéž co pokladník v supermarketu.

*Převzato z Lidových novin*

## Růžový lak

### Výsledky Rathových triků uvidíme až na konci roku

Včerné díře našeho zdravotního systému skončily další dvě a půl miliardy. Ministři financí a zdravotnictví se dohodli na předsunuté platbě státu pro zdravotní pojišťovny. Proto může Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) před volbami zkrátit na polovinu prodlevy při splátkách lékařům. Je to skutečnost, kterou se může David Rath chlubit? Z určité perspektivy jistě, sehnal a v průběhu letošního roku do VZP doslova nacpal kolem šesti miliard korun, a včera ještě získal další peníze předsunutou platbou. To žádný sociálnědemokratický ministr před ním nedokázal. Včera se ministr dokonce chlubil tím, že letos o dvě miliardy snížil dluh VZP. To ovšem znamená, že čtyři miliardy, tedy zhruba stejná částka, o kterou se „propadlo“ hospodaření VZP v loňském roce, letos zaplatil pan ministr jaksi dopředu.

Připomíná to chování malého chlapce, který na pouti chodí pořád za tatínkem, aby mu dal ještě jednu stokorunu a ještě jednu stokorunu na atrakce, a když z něj vymámí tři, chlubit se, že mu zbyla v kapse padesátikoruna. Přičemž taktně zamlčuje, že mu bude část útraty ještě stržena z kapesného. Takhle by uměl řídit ministerstvo i pověstný foxteriér z bonmotu Miloše Zemana.

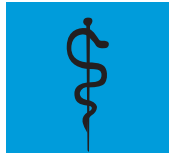
Že by VZP pod nucenou správou uspořila nějakou výraznou částku, se zatím nepodařilo prokázat nikomu. Až se letošní předsunuté platby na konci roku vyúčtují, bude na tom největší zdravotní pojišťovna zhruba stejně jako před tím, než byla pokropena zlatým deštěm. Jenže to už bude po volbách! Do nich je třeba vše nalakovat na růžovo a třeba i s komunisty prosadit záměry Davida Ratha „pro blaho li-

du“.

Pan ministr je ve funkci příliš krátkou dobu na to, aby mohl být konfrontován třeba s nálezy Ústavního soudu, a tak si nedokáže představit, co by s jeho milovaným zákonem o neziskových nemocnicích tato ctihodná instituce mohla provést.

Z jistě, trochu masochistické perspektivy by si David Rath zasloužil, aby byl ministrem zdravotnictví i na konci roku, kdy za jeho dnešní triky přijdou účty. Možná by zareagoval stejně jako nyní, kdy své včerejší kroky odvolává a vrací se k předvčerejší praxi. Jenže jak by k tomu přišli pacienti?

*Převzato z Lidových novin*



## Zdravotnictví? Národní fronta!

Ministr zdravotnictví Rath a prezident lékařské komory Kubek tvrdí, že obrazejí resort, respektive komoru k lepšímu. Skutečně?

V úzké spolupráci se jim podařilo protlačit řadu právně vadných kroků, jejichž cílem je centralizace zdravotnictví a moci. Od finančních sankcí lékařů v případech, že překročí limity, až po znárodnění majetku investorů vloženého do arbitrárně plánované sítě tzv. neziskových nemocnic. To vše naráží na protesty právníků, hejtmanů, starostů, senátorů a samozřejmě zdravotníků. Následná tvorba krizového štábu pětadvaceti zdravotnických organizací, které reprezentuje sto deset tisíc zdravotníků a sto osmdesát nemocnic, a další plánované masové protesty jsou důsledkem. Ministři se tak podařilo sjednotit zdravotníky jako nikomu jinému. Ministr tvrdí, že jeho úkolem „není tvořit koncepci zdravotnictví“ a zatím ořezává rozpočty nemocnic, lékáren a pojišťoven.

Stejně jako u ministra volají členové ČLK po odvolání prezidenta. Jejich obavy jsou podloženy faktem, že minulý sjezd odvolal představenstvo za četné nešvary, přičemž dle statutu komory do doby zvolení nového představenstva nesmí prezident za komoru činit žádné závazné rozhodnutí. Jenže stavovské organizace prezidenta asi nezajímají. Milan Kubek okamžitě protlačil zákon, který odebral jednací pozici té

polovině lékařů, kteří svěřili svoji jednací pravomoc odborům, a předal ji komoře. Tím definitivně spustil destrukci komory a výsledkem je, že skupina soukromých lékařů nyní zakládá vlastní komoru.

Uvedené postupy potvrzují, že Kubek a jeho vzor Rath používají modus operandi, který jsme dobře znali: vytvoří vlastní výsledek za každou cenu a pak přesvědčují všechny, že je to vlastně to nejlepší, co je mohlo potkat. „Dialog“ je pro ně bohužel účelovou nálepkou, pod kterou nabídnou a uznají pouze vlastní varianty k diskusi. Přístup tvorby koncepce přes reprezentativní spoluúčast všech a teprve potom její implementace je pro ně cizí - ne však centralizace moci a plnění politické objednávky na úkor lékařů, pacientů a občanů. Pro ně je nejdůležitější, aby malta v jejich zdi národní fronty zdravotnictví uschla do voleb.

### **Socialistická samoobsluha**

Veškeré nešťastné zákony a roztržky pramení ze dvou zdrojů: absence společného cíle a nesprávného postavení pojišťoven. Není možné mluvit o tom, kolik má zdravotnictví stát a kde se má šetřit, dokud se nedefinuje, co to je „státem garantovaná péče“, a dokud se nestanoví její pozice na mapě. To by měla být úloha ČLK. Celá otázka povinného smluvního vztahu mezi pojišťovnou a lékařem/poliklinikou/nemocnicí by se

měla vyhodit z okna.

Měl by to být pacient, který stejně tak jako dnes podepíše s pojišťovnou smlouvu (ve které je daný rozsah kryté péče), zatímco zdravotníci by se libovolně zaregistrovali u kterékoliv pojišťovny. Tím by měl pacient větší výběr za stejné peníze a státu by bylo jedno, komu zaplatí za stejnou péči. Lékaři by začali pracovat pro své pacienty, nikoliv pro pojišťovny. Ty by, místo vydíráni zdravotníků „povinnou smlouvou“, konečně začaly mezi sebou zdravě konkurovat. Tím by se pacient a kvalita péče dostali do středu zdravotnictví. ČLK by monitorovala standard péče, stát by kontroloval pojišťovny, staral se o základní síť zdravotnických zařízení a hradil veškerou nouzovou péči do doby stabilizace dle ceníku, který by museli všichni zdravotníci respektovat.

Náš systém zdravotnictví s jeho socialistickou samoobsluhou a strukturou, která upřednostňuje neefektivnost a korupci, nás ničí a rozděluje. Malta národní fronty ještě neuschla. Řešení je na stole. Začneme o tom společně a cíleně diskutovat tak dlouho, než se dohodneme bez urážek, řeží a nových zákonů.

**MUDr. Jan Stránský**

*Převzato z Lidových novin*

## Setkání Výkonného výboru SEPA v Coimbra, Portugalsko ve dnech 10.2.-12.2.2006.

**MUDr. Karel Holub**

vedoucí zahraniční komise SPLDD ČR

**10. až 12. února 2006 jsem se zúčastnil jako zástupce SPLDD ČR a člen Executive Committee of the European Society for Ambulatory Pediatrics jednání tohoto Výkonného výboru ve městě Coimbra v Portugalsku. Coimbra je město na řece Mondego, asi 32 km od pobřeží Atlantického oceánu. Coimbra má asi 70 000 obyvatel, v letech 1139-1385 bývala hlavním městem Portugalska. Je známa výrobou papíru, tkánin, keramiky a sušenek. Zdejší univerzita byla založena původně v Lisabonu v roce 1290, v roce 1537 však byla přemístěna do Coimbra. Právě zde se bude konat 29. a 30. září 2006 17. kongres ESAP.**

První setkání výkonného výboru proběhlo již v pátek večer 10. února, kdy jsme společně navštívili posluchárnu Escola Superior Enfermagem Dr. Angelo da Fonseca, kde bude kongres v září 2006 probíhat. Prezidentka ESAP Dr. Francoise Bovet zahájila diskusi o primární pediatrické péči již během večere v areálu místní nemocnice.

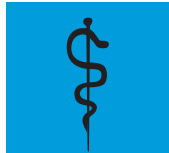
V sobotu 11. února probíhalo celodenní setkání Výkonného výboru, které mělo na progra-

mu zejména budoucnost pediatrické primární péče a přípravu 17. kongresu ESAP. Porovnávali jsme modely primární péče v členských zemích a prováděli přípravu textů pro publikaci těchto modelů pro *Pediatrics Integral*. Zazněly komentáře k práci Dr. Stefano del Torso: *Primary Care Pediatrics and Postgraduate Education in Europe*. Dalším bodem jednání byla zpráva ze setkání CESP v prosinci 2005, kterého se zúčastnili členové Výkonného výboru ESAP

Dr. Lanka, Dr. Holub, Dr. Jaeger-Roman a Dr. Kádár. Proběhly komentáře k jednáním pracovních skupin CESP primární péče a vakcinační. Další diskuse byla věnována zastoupení členů Výkonného výboru SEPA v CESP a vzájemného vztahu těchto dvou organizací. Během neformální diskuse vyjádřili zástupci opakovaně názor na nutnost bližší spolupráce SEPA s CESP.

Proběhlo sestavení **programu 17. kongresu SEPA**. Kongres se bude zabývat převážně **pre-**





**venci a léčbou obezity** a přidružených onemocnění. Další témata budou věnována dětské kosmetice, speciálním dietám u alergiků, sportovců, vegetariánů, rodinné výchově a novým modelům rodin, poruchám chování u dětí a hyperaktivitě a poruše pozornosti. Naše sdružení bylo vyzváno, aby připravilo přednášky o léčbě obezity a o poruchách chování.

Byly diskutovány návrhy na konání dalších kongresů ESAP. Kongresy se v příštích letech přesunou do nových členských států EU, bude dán větší důraz na komunikaci v angličtině (celé jednání EC probíhalo ve francouzštině). 18. kongres SEPA se bude konat v roce 2007 v Budapešti, další v Berlíně a Praze.

Po ukončení odborného programu setkání jsme se věnovali organizačním záležitostem: na funkci nového viceprezidenta SEPA na funkční období 1 rok byl navržen zástupce SPLDD ČR Dr. Karel Holub s tím, že funkci převezme od září 2006 na kongresu v Coimbre a po dalším roce se stane automaticky prezidentem SEPA.

V dubnu 2006 by mělo proběhnout jednání prezidentky SEPA Dr. Francoise Bovet a viceprezidenta ve Švýcarsku, jenž se týká finančního hodnocení pohotovostních služeb ambulantních pediatrií o víkendech a zajištění přítomnosti pediatra na porodnicích (ve Švýcarsku nemusí porodnice povinně zaměstnávat pediatra). SEPA se tak bude snažit prostřednictvím svých zástupců přispět k řešení některých národních problémů v ambulantní pediatrii. Domnívám se, že už v letošním roce budeme moci využít své pozice v této organizaci při jednání s našimi partnery (MZ, ZP).

Po skončení setkání následovala večeře v místní restauraci a o půlnoci prohlídka Coimbra. Dominantou Coimbra je románská katedrála ze 12. století, v níž je zachována část původní mešity. Impozantní je budova Lékařské fakulty se sochou krále Dom Dinise, jenž univerzitu založil a dva nádherné kostely - Santa Cruz ze 16. století a San Salvador ze 12. století. Na okraji města je nádherná botanická zahrada. Město je zásobováno vodou akvaduktem s 20 oblouky. Na nábřeží řeky Mondego je možné se nejen procházet, ale i navštívit některou z místních restaurací. Počasí je příjemné i v únoru, během dne okolo 20° C, v noci 14° C.

**Zástupcům EC SEPA se líbí zejména náš model praktického lékaře pro děti a dorost**, proto byli přivzváni na kongres i naši odborníci do sekcí Obezita a Poruchy chování u dětí. Je možné také připravit přednášku o transformaci našeho zdravotnictví a primární pediatrické péči.

Naším praktickým dětským lékařům doporučuji účast na kongresu, pro podrobné informace o aktivní i pasivní účasti se spojte s naším Sdružením.

### Vyhláška půjde k soudu

**Na novelu úhradové vyhlášky se chystají podat ústavní stížnost senátoři ODS. Praktici se zřejmě budou soudit o regulaci.**

Podle některých právníků nemá ministerstvo právo vydat novelu úhradové vyhlášky. Nebyly prý splněny podmínky, za kterých je ministerstvo k úpravám úhrad vyhláškou zmocněno, například neproběhlo dohodovací řízení.

Praktičtí lékaři tvrdí, že ani původní vyhláška neměla platit pro ně. Zrušení jejich dohody s pojišťovny kvůli veřejnému zájmu zpochybňují.

„Vzhledem k tomu, jakou novelu ministr domluvil s doktorem Kubkem, jediný možný výklad vyhlášky je, že je od samého začátku neplatná, protože byla vydána v rozporu se zákonem. Nebyla dodržena podmínka, že je ve veřejném zájmu, a pokud byla dodržena, teď ministr předkládá novelu, která s ním je v rozporu,“ řekl ZDN místopředseda Sdružení praktických lékařů (SPL) Jan Jelínek.

S novelou úhradové vyhlášky souhlasili podle dostupných informací všichni účastníci schůzky na Úřadě vlády, jež se uskutečnila minulý týden. Pozvaní byli mimo jiné představitelé České lékařské komory, Lékařského odborového klubu a Asociace nemocnic ČR. Premiér Jiří Paroubek prohlásil, že na setkání „nezaznamenal žádnou výhradu“ k vyhlášce.

Nejvýznamnější dobrovolná sdružení zdravotnických zařízení se jednání o novele neúčastnila. „Kromě tří ředitelů léčebných ústavů a jednoho náměstka ředitele fakultní nemocnice jednání nebyl přítomen nikdo, kdo bude příjemcem úhrad podle této vyhlášky, koho se bezprostředně ekonomicky dotýká,“ poznamenal předseda Asociace českých a moravských nemocnic (AČMN) Eduard Sohlich. To, že o vyhlášce bylo jednáno jen s privilegovanými, kritizoval kromě AČMN a SPL například Svaz zdravotních pojišťoven.

#### Stížnost i žaloby

Pochybnosti o tom, zda je možné, aby ministerstvo vydalo ve čtvrtletí novelu úhradové vyhlášky, povedou zřejmě k ústavní stížnosti. Chtějí ji podat senátoři ODS. Praktičtí lékaři mezitím podle slov Jakuba Uhra, právníka SPL, již podali žaloby, kterými chtějí docílit zrušení původní vyhlášky, a dají se očekávat další žaloby, až lékaři budou pojišťovny podle vyhlášky regulováni.

#### Pojišťovny poslouchají

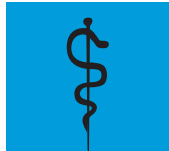
Prezident Kubek vyslovil obavu, jestli budou pojišťovny chtít podle novely vyhlášky zdravotní péči platit, když mají se zdravotnickými zařízeními uzavřené cenové dodatky na celé pololetí. Ministr Rath se se zástupci pojišťoven nad tímto tématem sešel a ti jej ujistili, že budou postupovat podle vyhlášky. „Z jednání jsem pochopil, že pojišťovny nemají s vyhláškou žádné větší problémy,“ řekl Rath agentuře ČTK.

Zástupci zaměstnaneckých pojišťoven přitom úmysl vydat ve čtvrtletí novelu opakovaně kritizovali kvůli obtížné proveditelnosti, zvýšení plateb zdravotnickým zařízením podle nich navíc systém místo avizovaného šetření zatíží. Vladimír Kothera, viceprezident Svazu zdravotních pojišťoven, po jednání podle ČTK podotkl, že ministra upozornili na úskalí vyhlášky, ale nemohli říct, že ji nebudou dodržovat. David Rath zaměstnaneckým zdravotním pojišťovnám hrozí nucenou správou. „Ať udělají pojišťovny cokoli, co nebude podle toho, co chce pan ministr, hrozí nucená správa,“ uvádí výkonný ředitel Svazu zdravotních pojišťoven Jaromír Gajdáček.

#### Důsledky se sečtou později

I kritici připouštějí, že novela (ač prý v principu špatná) je o něco měkčí než platná vyhláška. Ta zatím působila kvůli obavám z překročení limitů řadu neshod lékařů s pacienty, odkládání operací nebo snížení počtu pacientů laboratořím i ambulantním specialistům; někteří praktičtí lékaři již počítají finanční dopady regulací na své ordinace. To však není jednoduché, ne všechny zdravotní pojišťovny poskytly lékařům informaci o přesné výši limitu, navíc určení data překročení limitu není snadné.

Záleží mimo jiné i na tom, kdy (a zda) si pacient předepsaná léčiva vyzvedne z lékárny a kdy jsou průočtována pojišťovnám. Někteří praktici si přesto mohou být překročením limitu jisti - pojišťovny v některých případech spočítaly limit léků v nulové výši, překročení pak závisí jen na tom, jestli bude příslušný pojištěnec tento půlrok léky potřebovat. Pozastavení neakutních operací nařídili podle deníku Dnes například na Urologické klinice Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. „Už jsme sáhli ke všem možným úsporným opatřením, a pořád to nestačí,“ řekl deníku přednosta kliniky Jan Dvořáček.



## Usnesení severočeské regionální konference SPLDD ČR konané v Ústí nad Labem dne 18. března 2006

### Konference vzala na vědomí:

- zprávu o činnosti za předchozí období přednesenou předsedkyní SVČ regionu MUDr. Krukovou

- zprávu o hospodaření za minulé období přednesenou pokladníkem SVČ regionu MUDr. Sudkovou

### Konference schválila:

- návrh rozpočtu SVČ regionu na rok 2006

### Konference přijala:

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

### IV. Konference zvolila:

- regionální výbor ve složení MUDr. Balatková, MUDr. Kotovská, MUDr. Kruková, MUDr. Kulhánková, MUDr. Sudková

- regionální revizní komisi ve složení MUDr. Michalík, MUDr. Svobodová, MUDr. Šanderová

### Konference dále vzala na vědomí:

- diskusní příspěvek hostů:

MUDr. Cabrnchová, MUDr. Neugebauera, MUDr. Kudyna, MUDr. Vitoušové, MUDr. Záhorského, člena rady Ústeckého kraje, Ing. Benedikta, vedoucího odboru zdravotnictví Libereckého kraje, Ing. Moučky, ředitele krajské pobočky ZP MV ČR, Ing. Vokuše, územní pracoviště VZP Jablonec nad Nisou

### Konference vyzývá:

- lékaře primární péče k pokračování protestů proti zdravotní politice ministra zdravotnictví MUDr. Ratha, ke stupňování jejich intenzity až do splnění požadavků stanovených krizovým štábem

- členy SPLDD, aby zaslali konkrétní případy dopadů úhradové vyhlášky na pacienty a jednotlivá zdravotnická zařízení do kanceláře SPLDD

### Konference konstatuje:

- že ČLK se pod vedením MUDr. Kubka stala pouhým přívěskem současného ministerstva zdravotnictví, přestala plnit svou funkci, nezastupuje zájmy praktických lékařů, vyzývá proto k prosazování nepovinného členství v ČLK

### Konference ukládá:

- výkonnému výboru SPLDD připravit návod, jak postupovat v případě neobnovení smluv se ZP

## Usnesení jihomoravské regionální konference SPLDD ČR konané v Brně dne 26. března 2006

### Konference bere na vědomí:

- zprávu o činnosti JMR, přednesenou předsedkyní JMR MUDr. Ilonou Hülleovou  
- zprávu o hospodaření, přednesenou pokladníkem JMR MUDr. Marcelou Křížovou  
- zprávu o revizní činnosti, přednesenou předsedkyní RK JMR MUDr. Miroslavou Doleželovou  
- vystoupení předsedy SPLDD ČR MUDr. Pavla Neugebauera - informace o aktuálním vývoji

### Konference schválila rozpočet JMR SPLDD na rok 2006.

Konference schválila rozšíření počtu členů reg. výboru JMR ze stávajících pěti na osm. Každý kraj regionu bude do budoucna zastupován 2 zástupci. Takto koncipovaný výbor se bude výhledově organizačně podílet na přípravě rozdělení regionu. Podle dalšího vývoje ve zdravotnictví po volbách se předpokládají další organizační změny v horizontu cca 1 roku.

### Konference zvolila na následující volební období tento 8-členný reg. výbor:

MUDr. Hülleová - předseda + zástupce pro Zlínský kraj  
MUDr. Kalabusová - zástupce pro Zlínský kraj  
MUDr. Nentvich - zástupce pro Jihomoravský kraj  
MUDr. Uhlířová - zástupce pro Jihomoravský kraj  
MUDr. Matoušková - zástupce pro kraj Vysočinu  
MUDr. Kalčíková - zástupce pro kraj Vysočinu  
MUDr. Adamová - zástupce pro OSPDL  
MUDr. Chvátalová - pokladník

### Konference zvolila na následující volební období revizní komisi v tomto složení:

MUDr. Doleželová - předsedkyně  
MUDr. Frajťová  
MUDr. Sedláčková

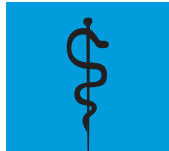
Konference vyjadřuje zásadní nesouhlas s nesystémovými, chaotickými a kvalitu péče ohrožujícími legislativními aktivitami MZ, které drasticky ohrožují naše privátní praxe.

Konference vyjadřuje zásadní nesouhlas s tím, aby jediným vyjednavatelem našich ekonomických zájmů byl zástupce ČLK a žádá, aby k těmto jednáním byli přizváni i zástupci vedení SPLDD.

Vystoupení hostů: informace MUDr. Cabrnchové (očkování a problematika vzdělávání, školitelů, akreditovaných pracovišť), MUDr. Dvořákové (zákonná povinnost vyvěšení cedulí „Zákaz kouření“), MUDr. Kudyna (současné aktivity ČLK).

Konference v souvislosti s přijetím novely Zákona 48 žádá výbor SPLDD o aktualizaci plných mocí.

Konference doporučuje využití internetu k informování laické veřejnosti.



## Usnesení jihočeské konference SPLDD ČR konané v Pelhřimově dne 1. dubna 2006

**1) Konference bere na vědomí** zprávu o činnosti jihočeského regionu SPLDD za rok 2005 přednesenou dr. Verdánovou.

**2) Schvaluje zprávu o rozpočtu za rok 2005** a návrh rozpočtu na rok 2006 přednesenou dr. Veselým

**3) Bere na vědomí zprávu revizní komise** přednesenou dr. Hejnovou.

**4) Schvaluje výsledky voleb** do Výboru SPLDD jihočeského regionu:

předseda - dr. Verdánová Daniela  
místopředseda - dr. Rytíř Milan

pokladník - dr. Blažek Karel

**5) Schvaluje výsledky voleb** do revizní komise:

předseda - dr. Hejnová Jaroslava  
Vozábalová Beata  
Ladman Vladimír

## Nemocnice a zdravotnický byznys

Nelogické, nesystémové, nemravné! - volají ředitelé šesti největších pražských nemocnic a zdravotnických institucí, kterým ministr David Rath seškrtl slíbené dotace - dohromady přes dvě stě čtyřicet milionů korun.

„Oni dobře vědí, že se odsunují všechny letošní investice, které byly naplánovány a nebyly zahájeny. Dobře také vědí, jaké finanční částky dostanou na oddlužení a že jsou to násobky toho, oč přišli,“ oponuje ministr zdravotnictví Rath.

Za současného oddlužování nemocnic ministerstvo odsunuje nejen všechny letošní investice, ale v první řadě systémové řešení klíčových problémů našeho zdravotnictví. Vytlouká se klín klínem. Dobře to ví ministr Rath, dobře to vědí ředitelé velkých nemocnic. Především ty se totiž největší měrou zasloužily o dluhy v řádech miliard korun. Systém založený na nekonečném plýtvání a bezbřehém přístupu pacientů k čerpání zdravotní péče jim léta vyhovoval.

Společně s lékařskými fakultami, zdravotními pojišťovnami, lékařskými špičkami a farmaceutickými firmami jsou součástí medicínsko-farmaceutického obchodněprůmyslového komplexu, jenž díky obrovské koncentraci moci monopolně ovládá zdravotnický byznys.

Z občanů vychovává nesvéprávné jedince neschopné převzít zodpovědnost za vlastní osud a vlastní zdraví. Jen on totiž nejlépe ví, co lidem škodí a co naopak prospívá. Zdravotní péče se v biotechnologickém pojetí medicíny stala zbožím, kterého je spotřebitelům, bez ohledu na jeho kvalitu a účelnost, nutné vnutit co nejvíce. Roli ústředních dodavatelů pak nejlépe plní právě megakomplexy nemocnic.

Jejich organizační struktura je téměř iden-

tická s organizací velkých průmyslových závodů nebo obchodních řetězců. Vše je v nich podřízeno vědecko-technické vybavenosti, rychlosti obsluhy a maximalizaci obrátu. Stejně jako v hypermarketu v nich schází prostor pro navázání osobního vztahu lékaře s pacientem, stejně jako v hypermarketu v nich lidé pocítují úzkost, obavy a nejistotu, které dál přispívají ke zhoršení jejich zdravotního stavu.

Přísná orientace medicíny na chorobu a přeměna zdravotní péče ve zboží nahrávají medicínskému byznysu, ale za stále rostoucích nákladů stále méně přispívají ke zlepšování zdravotního stavu občanů a kvality jejich života. To, co je pro zdraví člověka rozhodující, totiž není zdravotnictví, nýbrž především způsoby chování, zdravá strava, životní styl a sociální prostředí. Jen prostřednictvím rozumné finanční spoluúčasti lze občany přimět k tomu, aby tuto skutečnost akceptovali, pochopili nezbytnost aktivního přístupu k péči o vlastní zdraví a služeb lékařů využívali co nejméně.

### Kvalitní praktik je klíčový

Je jistě uklidňující, že naše zdravotnictví disponuje špičkovými pracovišti vybavenými nejmodernější technikou i týmy lékařů, které mohou směle konkurovat nejprestižnějším klinikám západních zemí. Megakomplexy superspecializovaných nemocnic však o kvalitě zdravotnictví nerozhodují.

Tím nejdůležitějším je pro každého pacienta především praktický, osobní nebo rodinný lékař. Právě on totiž stojí nejbližší pacientova životního prostoru, zná jeho osobnostní zvláštnosti, chování, rodinu, pracovní vytížení, způsoby odpočinku, radosti i starosti jeho každodenního života. Dokáže tak, často i bez pou-

žití složité a nákladné diagnostické techniky, zasadit pacientovy obtíže do souvislostí jeho životního příběhu, identifikovat jejich příčiny, rychle a efektivně léčit. Kvalitní praktik je proto klíčovým expertem na včasnou diagnostiku a prevenci, jejímž cílem by mělo být, aby potřeba špičkových klinik, specializovaných vyšetření a léčebných zákroků byla co nejmenší.

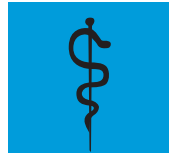
### Dost bylo zbytečných investic!

Podporovat a neustále oddlužovat velké nemocnice je „nelogické, nesystémové a nemravné“. Svědčí pouze a jedině zájmům medicínsko-farmaceutického komplexu, jehož cílem už dávno není starostlivá péče o zdraví občanů, nýbrž především monopolní ovládnutí zdravotnictví a maximalizace zisku. Přílišné a často zcela neúčelné využívání nákladné péče velkých nemocnic je nejen neekonomické, ale především je příčinou narůstajícího množství diagnostických omylů, bolesti a zbytečného strádání pacientů. Podle střízlivých odhadů je totiž v tomto neosobním a odlidštěném prostředí dnes lékařskou péčí poškozováno více než dvacet procent přijatých pacientů.

Reforma zdravotnictví sledující prospěch pacienta proto nutně musí znamenat ukončení investic do velkých nemocnic a jejich transformaci do menších, efektivnějších a humánnějších zařízení, poskytujících dostatečný prostor pro kvalitní terapeutický vztah. Především přenesení „velké medicíny“ do ordinací odborně i osobnostně vybavených praktických lékařů totiž může nastavit hráz medicínskému byznysu a vrátit medicíně její lidský rozměr.

**MUDr. Jan Hnízdil**

*Převzato z Lidových novin*



## Kvůli zákonu o péči Rath opět ve sporu s ODS

**Kvůli změně zákona o péči o zdraví lidí se ministr zdravotnictví David Rath ve čtvrtek opět dostal do ostrého sporu s ODS. „Občanští demokraté ve v Senátu novelu neschválili a vrátili Sněmovně. Je to krok proti pacientům i lékařům. S tím nesouhlasím. Věřím, že Sněmovna Senát přehlasuje,“ řekl Právu Rath. Proti rozhodnutí Senátu se postavila i lékařská komora.**

### Ministr: Chtějí zhoršit péči

Rath informoval, že Senát na podnět ODS vlastně prosadil snížení objemu peněz na zdravotnictví o 2 miliardy. „My nyní dáváme 105 % objemu péče loňského roku a oni navrhli 103 %. Ale tyto peníze stát už na navýšení péče dal ze svého rozpočtu a zdravotnictví je tedy dostane. ODS prohlašovala, že tyto peníze zůstanou na účtech pojišťoven a nepůjdou k pacientům. To je nepřijatelné,“ řekl Rath.

„Zamítnutí návrhu změny zákona v Senátu, které prosadila ODS, vlastně znamená, že invalidi opět nebudou mít na vozíky, že bude méně peněz na léčbu rakoviny, roztroušené sklerózy a spousty věcí, na které jsem horko těžko získával peníze ze státního rozpočtu,“ řekl ministr. Podle něj to znamená, že pojišťovny by si mohly znovu opravovat a stavět nové domy, ale lidé budou léčeni méně než nyní.

Rath řekl, že ODS zamítnutím návrhu zároveň zamítla:

- osvobození zdravotních sester od registračního poplatku,

- prodej a dědění lékařských praxí,  
- prodloužení smluv lékařů se zdravotními pojišťovnami na dobu neurčitou.

„Senát se tak z iniciativy ODS postavil proti pacientům i proti lékařům. A to nemohu připustit,“ řekl Rath.

Stínový ministr zdravotnictví ODS Tomáš Julínek i předsedkyně senátního výboru pro zdravotnictví Alena Palečková z ODS Rathovo obvinění odmítli. Palečková ČTK řekla, že Rath se snaží dělat z věcného sporu předvolební boj mezi občanskými a sociálními demokraty. Rath jí ale vzkázal, že je to právě ODS, která ze zdravotnictví dělá předvolební boj.

Sněmovna by o novele zákona měla rozhodnout již na příští schůzi, která začne po Velikonočích. Pokud Senát přehlasuje, může novelu ještě vetovat prezident. Pak by se znovu hlasovalo ve Sněmovně asi v květnu, protože těsně před volbami se zřejmě Sněmovna sejde ještě jednou, aby hlasovala o zákonech vrácených Senátem a prezidentem.

Převzato z Práva

## Zdravotníci chystají týden neklidu

Část lékařů, která není spokojená s politikou ministra zdravotnictví Davida Ratha, a spolu s nimi stomatologové a další zdravotníci, chystají v květnu tzv. týden zdravotnického neklidu. O jaké akci půjde ale nesdělili.

Mluvčí krizového štábu Jiří Pekárek řekl, že pro štáb je nepřijatelná jakákoli vláda podporovaná komunisty. „Za nespokojenými zdravotníky a jejich nepokoji stojí ODS,“ řekl k tomu Právu Rath. „Pan Pekárek a další jsou nastrčené figurky ODS, které se zapojují do jejich volební kampaně. Vyzýváme Topolánka a ODS, aby nezasévali mezi lidi chaos.“

Je to politicky nekorektní,“ prohlásil Rath.

Ministr zdůraznil, že ekonomická situace celého resortu se výrazně mění k lepšímu - nemocnice budou oddluženy a pacienti se nemusí obávat, že jim nebude poskytnuta kvalitní péče i léky.

Úhradová vyhláška byla změněna a do zdravotnictví přišlo za Rathova období navíc mnohem víc peněz než kdykoli před tím. Také dluh VZP, který byl loni 14 miliard, klesl na pět miliard Kč.

Převzato z Práva

### Rath žádá půjčku pro VZP

Dva měsíce před volbami se ministr zdravotnictví David Rath pokouší „uplatit“ nespokojené lékaře a zdravotnická zařízení a vylepšit obraz hospodaření Všeobecné zdravotní pojišťovny příslibem dalších miliard z rozpočtu.

Na ministerstvu financí leží jeho žádost, aby stát poskytl VZP dalších 2,7 miliardy korun. Tentokrát by se ale mělo jednat o bezúročnou půjčku, kterou by pojišťovna začala splácet hned po volbách. Ještě letos by celou částku musela státu zase vrátit, aby koncem roku vše „účetně hrálo“ a transakce nezatížila státní rozpočet.

„Ministerstvo si je vědomo složité situace zdravotníků, a proto se snaží zkrátit doby splatnosti u VZP, aby pojišťovna mohla dostát svým smluvním závazkům. Uvolnění zmíněné částky by snížilo dobu po lhůtě splatnosti VZP až o deset dnů,“ potvrdil Vítězslav Klíma z tiskového odboru ministerstva zdravotnictví. Jedná se prý o standardní postup ministerstva a VZP v rámci zákonných norem. Právní předpis, který takovou transakci umožňuje, ale platí teprve pár dnů, od začátku dubna.

Průslušný paragraf protlačil Rath nedávno v rámci změn zákona o zdravotním pojištění, který posvětily hlasy socialistů a komunistů. A okamžitě po schválení prezidentem novou klauzuli využil.

O schválení půjčky ale musí rozhodnout ministerstvo financí. A jeho úředníci Rathovu plánu příliš nakloněni nejsou. „Materiál s požadavkem návratné finanční výpomoci Všeobecné zdravotní pojišťovny jsem dostal k připomínkám. Ministru Sobotkovi ho nedoporučuji přijmout,“ konstatoval náměstek ministra financí Eduard Janota.

Podle Janoty je taková transakce problematická a VZP v konečném důsledku nepomůže. „Nedoporučuji to vzhledem k tomu, že ještě nejsou známy dopady opakovaného zvýšení úhrady za státní pojištění, měli jsme už řadu výdajů z rozpočtové rezervy a teď přišly povodně. Poskytnout takovou půjčku by bylo velmi rizikové,“ usoudil Janota.

Povinnost vrátit peníze ve druhém pololetí by podle náměstka mohla nadělat potíže i VZP. Připomněl, že pojišťovna už bude muset ve druhé části roku „oželet“ část příjmů, které stát vyplatil za své pojištěnce formou předsunuté platby. Vláda rozhodla v lednu vyplatit zdravotním pojišťovnám „zálohu“ ve výši tří miliard korun. Valná většina této sumy připadla VZP a o to dostane během podzimu méně.

Podle informací LN ale hodlá Rath na Sobotku vyvinout politický tlak, aby peníze pro VZP před volbami uvolnil. Počítá přitom i s podporou premiéra Jiřího Paroubka. Společně na to, že VZP následně splátky ustojí díky zvýšení plateb státu a zavedení stopcentního přerozdělování pojistného.

Takový postup se nelíbí ani koaličním lidovcům. Zdravotnický expert KDU-ČSL Josef Janeček to dokonce označil za „nechtuný politický obchod“. „Je to nesyrová věc, která VZP nijak nepomůže. Má jen u lékařů a veřejnosti vyvolat pocit, že se daří finanční situaci pojišťovny stabilizovat,“ usoudil.

O další miliardy, které by pak musela obratem vrátit, příliš nestojí ani sama VZP. „Vždyť my zatím ani nevíme, co nás bude zdravotní péče ve druhém pololetí stát. Příslušná vyhláška ještě neexistuje, s poskytovateli péče bychom se měli na úhradách dohodnout, ale je otázka, jestli k tomu dojde. Splácení případných dalších závazků určitě bude problematické. Půjčka je trochu krátkozraká politika,“ reagoval ředitel VZP Josef Čekal.





## 7. Český pediatrický kongres s mezinárodní účastí Czech Paediatric Congress with International Participation

Praha / Prague, 8.-11. 6. 2006 - Kongresové centrum

Datum kongresu se rychle blíží, program je připraven ve spolupráci s OSPDL a organizační výbor je přesvědčen, že je atraktivní pro nemocniční i praktické pediatrie. Rámcový program a abstrakta jednotlivých sdělení se tisknou v čísle 7 časopisu Česko - Slovenské pediatrie, které bude distribuováno abonentům před kongresem na jejich domácí adresy.

**Ranní program všechny 3 dny kongresu (pátek, sobota, neděle) začíná plenárními zasedáními:**

### **Pátek:**

problematika genetiky a její propojení s pediatrickou praxí a subspecializacemi (přednášejí Prof. Macek, Prof. Zeman a Doc. Trka).

### **Sobota:**

MUDr. Cabrnchová prezentuje současný stav primární pediatrické péče v ČR, Prof. Michaud (Lausanne, Švýcarsko) vztah praktické pediatrie a dorostového lékařství a Prof. Kaulfersch, prezident rakouských pediatriů (Klagenfurt) referuje o pediatrii u našich sousedů.

### **Neděle:**

prof. Lifschitz (Houston, USA), významný odborník dětské výživy shrne současný stav této problematiky, Prof. von Mühlendahl (Osnabrück, BRD) -dlouhodobě se zabývá vlivem zevního prostředí na zdravotní stav dětské populace z hlediska medicíny založené na důkazech. Další renomovaní zahraniční účastníci přednášejí v sekci metabolických chorob, očkování, zajímavé bude jistě sdělení vedoucího představitelů popáleninové medicíny u dětí z Hamburku, atd.

**V jednotlivých sekcích bude prezentována domácími kolegy problematika kardiologie, metabolických vad, hemato-onkologie, popáleninové medicíny, ortopedie a kostního metabolismu, nefrologie, pneumologie a alergologie, neodkladné péče, endokrinologie/diabetologie, autoimunitních chorob a revmatologie. Kolegové z OSPDL koordinují 2 sekce - o očkování**

**a primární péči.**

Zajímavá bude jistě i **sekce posterových sdělení, která budou prezentována v poledních přestávkách.** Jako obvykle budou v odpoledních hodinách prezentována **firemní symposia** (např. výživa, růstový hormon, nové očkovací látky apod.)

**Aktivní účastníci** (ústní sdělení, poster) jsou informováni zvláště - zde tedy jen stručně - ústní sdělení jsou omezena na 10 min. a 3 min. diskuze, příprava posterů- viz technické poznámky na [www.cpk2006.cz](http://www.cpk2006.cz).

Abstrakta, programy: abstrakta vycházejí v čísle 5 časopisu Česko-Slovenská Pediatrie, všichni účastníci sjezdu dostanou v místě kongresu při registraci podrobný program celého sjezdu- jednotlivých sekcí, sympozií a kurzů. Abonenty Česko-Slov. pediatrie prosíme aby si výtisk abstrakt vzali sebou, pokud si budou chtít dělat do něj poznámky. Abstrakta budou samozřejmě na místě k dispozici pro účastníky, kteří časopis neodebírají, dostanou je při registraci.

**Webová stránka ČPS:** odborný program bude vyvěšen na webové stránce ČPS a kongresu před zahájením akce, abyste se mohli orientovat předem, jaké konkrétní přednášky chcete navštívit. Sledujte nyní, prosíme, sekci **Novinky v hlavním menu [www.cpk2006.cz](http://www.cpk2006.cz)**, kde budeme doplňovat důležitá aktuální sdělení o kongresu.

**Registrace a poplatky:** prodlužujeme dobu registrace na kongres za původní cenu, slovenští kolegové platí registrační poplatek stejně jako účastníci z ČR, jako obvykle bude možná i registrace na místě i jednodenní poplatek.

Těšíme se, že i praktičtí pediatrie využijí příležitost k setkání s významnými představiteli domácí i zahraniční pediatrie.

*Za organizátory kongresu:*  
**Prof. MUDr. Jan Janda, CSc.**  
**MUDr. Hana Cabrnchová**

### **Poslanci posoudí ozdravné pobyty u moře přes VZP**

Ozdravné pobyty u moře, které organizuje VZP, známé pod názvem Mořský koník, budou už zřejmě příští týden předmětem posouzení sněmovní vyšetřovací komise k VZP. Ministr zdravotnictví David Rath se totiž domnívá, že tyto pobyty mohou mít z lékařského pohledu vliv na kožní onemocnění, ale ne na dýchací. Tvrdí, že VZP těmito pobyty zbytečně vydává stovky milionů korun na takzvanou prevenci, která ale ve skutečnosti prevencí není. Proto si vyšetřovací komise nechá vypracovat lékařské posudky, které by jim měly dát odpověď na otázku, jak dalece jsou tyto ozdravné pobyty v prevenci účinné. Právu to potvrdil předseda parlamentní vyšetřovací komise Jozef Kubinyi. Dodal, že k výhodnosti a účinnosti pobytů si komise pozve lékaře různých odborností. Podle vedoucí kontrolní skupiny ministerstva zdravotnictví Květuše Maříkové byla smlouva na přímořské ozdravné pobyty alergických dětí pro VZP velice nevýhodná. Kritici projektu uvádějí, že s dětmi jako vedoucí jezdili zaměstnanci VZP. Pojišťovna údajně platila i za děti, které cestu k moři zrušily.



# Nestrukturální srdeční onemocnění u dětí

MUDr. Veronika Stará

Pediatrická klinika, 2. LF UK a FN Motol, Praha

## Myokarditida

Jedná se o zánětlivé onemocnění myokardu charakterizované nekrózou myocytů spojenou se zánětlivou infiltrací myokardu lymfocyty s různým klinickým průběhem.

### Etiologie:

1. infekční
  - viry: enteroviry - Coxsackie virus typu A a zvláště typ B (nejčastější původce)
  - adenoviry - typ 2 a 5, herpetické viry, cytomegalovirus, virus Epstein-Barrové, parvovirus B 19, virus influenzy a parainfluenzy, atd.
  - bakterie: *Corynebacterium diphtheriae*, streptokoky, borrelie
  - paraziti, houby
2. neinfekční
  - navozená léky: např.: penicilin, cyklofosamid, fenylbutazon, acetazolamid, amfotericin B, indometacin, tetracyklin, fenytoin a další
  - na základě hypersenzitivity nebo v souvislosti se systémovými autoimunitními onemocněními: např.: juvenilní revmatoidní artritida, revmatická horečka, ulcerózní kolitida, SLE, Kawasakiho choroba, dermatomyozitida
3. idiopatické

**Incidence** je neznámá, u části pacientů proběhne myokarditida téměř asymptoticky nebo jen s minimálními příznaky, zánětlivé infiltráty a nekrózy myocytů odpovídající myokarditidě se však nacházejí i v pitevních nálezech dětí náhle zemřelých.

Výskyt může být sporadický nebo epidemický, se sezónním výskytem.

Na základě histologického vyšetření vzorků získaných při provedení **endomyokardiální biopsie (EMB)** se suspektní akutní postižení myokardu rozlišuje na základě tzv. **Dallaských kritérií** na 3 typy:

1. **aktivní myokarditida** - charakterizovaná přítomností zánětlivé infiltrace myokardu

(obvykle mononukleáry) a myokardiálními nekrózami

2. **„borderline“ myokarditida** - nejsou přítomny známky degenerace myocytů, ale je přítomna zánětlivá infiltrace
3. **myokarditida nepřítomna**

Senzitivita EMB je nízká a myokarditida je potvrzena asi jen u 20 -50 % pacientů.

Histologicky negativní výsledek EMB nevylučuje myokarditidu, ale nález chronických změn ve smyslu fibrózy může napomoci rozlišení mezi myokarditidou a kardiomyopatií, což je důležité pro další prognózu.

### ■ Patofyziologie

Akutní zánět srdečního svalu vede ke snížení funkce myokardu s následným zvětšením srdce se zvýšením end diastolického objemu způsobeným zvýšeným preloadem (předtížením). Za normálních okolností srdce kompenzuje dilataci zvýšením kontraktility, ale při současném postižení myocytů není schopno reagovat na zvýšený objem. Zvýšení end diastolického objemu levé komory zvyšuje tlak v levé síni a v plicních žilách, což vede k rozvoji plicního edému a kongestivnímu srdečnímu selhání. Bez léčby tento stav může vést až k fatálnímu srdečnímu selhání.

**Klinické projevy** tohoto onemocnění mohou být různé, často jsou nespecifické, zvláště u kojenců a malých dětí. Myokarditida může probíhat téměř asymptoticky, ale i fulminantně pod obrazem akutního srdečního selhání s rozvojem kardiogenního šoku.

Pacienti s virovou myokarditidou mohou mít příznaky související s probíhajícím virovým infektem - teploty, myalgie, únavu - jako prodromy předcházející kardiální symptomatice.

**Klinické příznaky u novorozenců a kojenců:** *zvýšená dráždivost nebo naopak letargie, hypotonie, horečka nebo sklon k hypotermii, klinické známky připomínající sepsi nebo bronchopneumonii, epizody prošeďání, cyanosa, tachypnoe, pocení při pití, křeče, nechutenství, odmítání pití, zvracení, neprospívání.*

**Klinické projevy u starších dětí a adoles-**

**centů:** *únava, snížení tolerance fyzické zátěže, bolesti na hrudi, palpitace, subfebrilie, myalgie, nespecifické „chřipkovité“ příznaky, nechutenství, bolesti břicha, gastrointestinální obtíže*

### Diagnostika:

1. fyzikální vyšetření
2. laboratorní nálezy
3. EKG
4. zobrazovací metody - RTG srdce a plic, ECHO, scintigrafie myokardu
5. endomyokardiální biopsie

1. Při **fyzikálním vyšetření** nacházíme u závažných stavů **příznaky srdečního selhání se sníženým srdečním výdejem - tachykardií, hypotenzi, oslabené pulsy, chladné, mramorované končetiny s opožděným kapilárním návratem.** Srdeční ozvy jsou přitlumené, zvláště pokud je přítomen perikardiální výpotek při současném postižení perikardu. Může být přítomen i perikardiální třetí šelest. Dále můžeme zachytit třetí srdeční ozvu nebo šelest, který je způsoben nedomykavostí mitrální nebo trikuspidální chlopně při dilataci komor. Ne vzácně jsou přítomny nejružnější typy arytmií, především AV blokády, extrasystoly. Častá je hepatomegalie, případně periferní otoky.

2. V **laboratorních nálezech** nacházíme nespecifické známky zánětu - elevace FW, CRP, u virových myokarditid nespecifické známky virové infekce v krevním obraze - neutropenii, lymfocytosu. Důležité je vyšetření kardiálních enzymů, které nás informují o poškození myocytů. Kreatinkináza a její isoenzym MB a troponin I - jsou indikátory poškození myokardu, troponin I může být zvýšen až měsíc po proběhlém onemocnění.

3. **EKG** křivka může být normální nebo patologická. Typickou známkou je snížená voltáž, dále oploštění až inverze vlny T. Změny úseku ST/T se vyskytují až u 80% pacientů, nemusí však být zachyceny v akutní fázi onemocnění.

Bývá přítomna sinusová tachykardie, su-

**Beba HA Premium - Nestlé**



praventrikulární nebo komorové extrasystoly, méně často pak supraventrikulární tachykardie. Je důležité upozornit, že u akutních myokarditid může být EKG křivka velmi měnlivá a změny na křivce se mohou rozvinout i během několika hodin.

4. Na **RTG srdce a plic** může být patrná kardiomegalie, případně známky plicního edému.

**Echokardiografie** je neefektivnější a nejcitlivější metodou k posouzení velikosti srdečních oddílů, funkce myokardu a k průkazu perikardiálního výpotku. Odliší také srdeční selhání, jehož příčinou je dosud nedagnostikovaná vrozená srdeční vada.

Typickými nálezy pro myokarditidu jsou:

- lokální abnormality v kontraktilitě stěny či mezikomorového septa
- globální hypokineza srdečních oddílů
- dysfunkce levé komory se sníženou ejekční frakcí
- v počátku onemocnění edém stěny imitující hypertrofii
- dilatace srdečních oddílů
- při současném postižení perikardu perikardiální výpotek
- event. přítomnost mitrální regurgitace

**Scintigrafie myokardu** - používá se galiová scintigrafie, která umožňuje detekovat chronické zánětlivé změny. Výhodou je minimální invazivita.

5. **Endomyokardiální biopsie** se považuje za zlatý standard k průkazu choroby a ke stanovení fáze onemocnění. Odebírá se několik vzorků tkáně ze stěny pravé komory katetrizační technikou. Typickým nálezem jsou nekrózy myocytů, dále difusní nebo lokální infiltrace tkáně mononukleáry a eozinofily a intersticiální edém. Nepřítomnost těchto nálezů však nevylučuje diagnosu myokarditidy. Virové částice jsou zachyceny výjimečně, spíše v časných stádiích onemocnění nebo jen při použití speciálních technik (např. PCR). Přestože se provedení biopsie udává jako relativně bezpečné (komplikace se uvádí asi u 1% EMB), v našich podmínkách se provádí spíše výjimečně.

**Vyšetření při podezření na akutní myokarditidu**

■ **FW, CRP, KO včetně diferenciálního rozpočtu, parametry koagulace**

■ **Biochemické vyšetření séra - iontogram, urea, kreatinin, kyselina močová, ALT, AST, GMT, CK, CK-MB, Troponin I, LDH, myoglobin, cholesterol, triglyceridy**

■ **Serologická vyšetření, event. PCR vyšetření zaměřená na detekci původce - herpetické viry, CMV, EBV, coxsackie A,B, viry influenzy a parainfluenzy, adenoviry, parvovirus B19, viry hepatitidy,**

■ **ASLO**

■ **Kultivační vyšetření výtěrů z krku a nosu, rekta, bakteriurie.**

■ **Hemokultura**

■ **Imunologické vyšetření - imunoglobuliny a jejich podtřídy, C3 a C4 složka komplementu, cirkulující imunokomplexy, ANA, ANCA, ds-DNA, ENA, ACLA, revmatoidní faktor, lymfocytární subpopulace**

■ **Protilátky proti myokardu - např. ASA - antisarkolemová protilátka, AFA - protilátka proti fibrilám**

■ **EKG**

■ **ECHO, RTG srdce a plic,**

■ **Scintigrafie myokardu**

■ **Endomyokardiální biopsie**

## ■ Terapie

V akutní fázi je nezbytným požadavkem **monitorace** pacienta na Jedinosti intenzivní péče.

Hlavním cílem léčebných zásahů je udržení dostatečného srdečního výdeje a ovlivnění preloadu. Používají se **ACE inhibitory**, které zároveň působí jako zametače volných kyslíkových radikálů a snižují rozsah nekrotického myokardu.

**Diuretika** ovlivňujeme preload snížením množství extracelulární tekutiny v případě, že nehrozí nízký srdeční výdej.

Pokud adekvátní srdeční výdej nelze udržet, je nutno použít **inotropika** (dopamin, dobutamin).

Pokud jsou přítomny známky srdečního selhání, snažíme se medikamentózně ovlivnit funkci myokardu podáváním **Digoxinu**, který však může vést k závažným arytmiím.

Z dalších léčebných opatření klademe důraz na **sedaci** pacienta a na dodržování klidového režimu.

Pokud identifikujeme jako vyvolávající příčinu infekční patogen podáváme **antivirotika** nebo **antibiotika**.

Podání **intravenozních imunoglobulinů** zlepšuje průběh a prognózu onemocnění a může zabránit přechodu nemoci do chronicity.

Použití **imunopresivní terapie** je stále kontroverzní. Nejčastěji se používají kortikoidy, cyklosporin, azathioprim nebo jejich kombinace. Efektivní je u pacientů se současným systémovým autoimunitním onemocněním.

V léčbě komplikací, především arytmií a tromboembolických příhod nebo jako jejich prevence se dále uplatňují **antiarytmika**, která je nutno podávat opatrně neboť mohou mít samy o sobě arytmogenní účinek a **anti-koagulancia**.

U nejzávažnějších případů připadá v úvahu **extrakorporální membránová oxygenace (ECMO)** nebo mechanická podpora srdce jako dočasný způsob podpory myokardu před možností **transplantace srdce**.

**Prognóza** onemocnění závisí na věku, na rozsahu poškození myokardu i na vyvolavatelé onemocnění. Vysokou mortalitu má akutní myokarditida u novorozenců.

Starší děti mají prognózu lepší, u 50 % dojde ke kompletní úzdavě bez následků, asi u čtvrtiny až třetiny pacientů se rozvíjí dilatační kardiomyopatie. U čtvrtiny pacientů přechází onemocnění do chronicity ve formě chronické aktivní myokarditidy nebo chronické perzistující myokarditidy.

**Pacienti po proběhlé myokarditidě by se měli vyvarovat nadměrné tělesné zátěže a měli by být ponecháni v dlouhodobém sledování.**

## Perikarditida

Je zánětlivé onemocnění osrdečníku, které může probíhat akutně za přítomnosti perikardiálního výpotku nebo jako chronické onemocnění vedoucí fibróze, kalcifikacím perikardiálních listů a ke vzniku konstriktivní perikarditidy.

Perikard nemusí být postižen izolovaně, často bývá současně provázen myokarditidou.

Perikard tvoří dva listy - viscerální perikard a parietální perikard. Mezi těmito listy se nachází perikardiální dutina, kde je fyziologicky přítomno malé množství tekutiny, cca 10-15 ml.

Důsledkem nejčastěji virové infekce nebo na imunologickém podkladě dochází ke zvýšení objemu tekutiny, která může vést k omezení kapacity plnění srdečních oddílů a tím dále ke snížení srdečního výdeje. Pomalý vznik výpotku nemusí hemodynamiku dlouho ovlivnit.





Pokud vznikne větší množství výpotku v kratším časovém úseku hrozí nebezpečí srdeční tamponády, kdy vzestup tlaku v perikardiální dutině vede k poklesu srdečního výdeje, poklesu krevního tlaku a ke snížení koronární perfúze.

**V infekční etiologii** perikarditid se uplatňují **viry** - nejčastější vyvolavatelé jsou Coxsackie viry, ECHO viry, virus chřipky, adenoviry, dále herpetické viry, CMV, EBV, virus příušnic, parvovirus B 19, virus hepatitidy B, HIV, atd. nebo méně často **bakterie** - Staphylococcus aureus, Hemophilus influenzae, u imunokompromitovaných pacientů pak i oportunní patogeny jako **plísňe, paraziti** nebo rickettsie.

**Neinfekční perikarditidy**, imunologicky podmíněné, se vyskytují při systémových onemocněních jako je SLE, juvenilní revmatoidní artritida, vaskulitidy, dále při revmatické horečce, Kawasakiho chorobě, při renálním selhání nebo při neoplastických procesech. Mohou být navozeny také některými léky.

**Tzv. postperikardiotomický syndrom** s tvorbou výpotku vzniká s různou latencí po chirurgických výkonech na srdci, u dětí nejčastěji po operacích vrozených srdečních vad.

### 1. Akutní benigní perikarditida

V anamnéze bývá údaj o recentním nebo právě probíhajícím nejčastěji respiračním infektu, pacient má horečku, stěžuje si na bolest na hrudi, na myalgie.

Při fyzikálním vyšetření zachytíme **perikardiální třecí šelest**, který může při velkém výpotku vymizet. Perikardiální třecí šelest je nejlépe slyšitelný ve 2.- 4.mezižebří vlevo, mění se s polohou, lépe je slyšet v předklonu.

#### Klinické příznaky akutní perikarditidy:

**1. bolest** - vzniká v důsledku zánětlivých změn a rychlou distenzí perikardu. **Maximum bolesti je na hrudi substernálně nebo v oblasti levého ramene. Pohyb, kašel nebo dýchací pohyby bolest zvýrazňují, naopak bolest se zmírňuje při posazení a v předklonu.**

**2. kašel:** často v souvislosti se současně probíhající pleuritidou, je závislý na poloze těla, posazení a předklon vpřed kašel zmírňují

**3. další příznaky:** horečka nebo subfebrilie,

#### **příznaky infektu horních cest dýchacích, myalgie, průjem, exanthemy**

**2. Bakteriální perikarditida** probíhá jako těžké onemocnění se známkami sepse, s vysokými horečkami a celkovou alterací stavu. Při rychlém vzniku výpotku je pacient ohrožen vznikem srdeční tamponády.

#### Klinické příznaky hrozící srdeční tamponády:

- **Celková alterace stavu, dyspnoe**
- **Oslabení srdečních ozev, tachykardie**
- **Špatně hmatný periferní puls, při inspiru až nehmatný**
- **Zvýšená náplň jugulárních žil**
- **Chladné, mramorované končetiny**
- **Pulsus paradoxus - tj. pokles systolického TK o více než 10 mmHg během nádechu**
- **Hypotenze s malým rozdílem mezi tlakem systolickým a diastolickým**
- **Hepatomegalie, periferní otoky**

**EKG:** pro počátek onemocnění jsou typické jsou elevace úseku ST a změny vlny T, která je zpočátku pozitivní, v pozdějších stádiích se postupně invertuje. Při výpotku nacházíme nízkou voltáž, zejména kmitů QRS.

**RTG srdce a plic:** kardiomegalie se vyskytuje u větších výpotků, nebývají známky plicního edému.

**Echokardiografie** je metodou volby, která jednoznačně prokáže přítomnost a množství perikardiálního výpotku a jeho hemodynamickou závažnost.

#### ■ **Terapie**

Léčba **akutní benigní perikarditidy** je symptomatická, důraz je kladen na klid na lůžku, podáváme nesteroidní **protizánětlivé léky**, která působí protizánětlivě a analgeticky. Při nedostatečné odpovědi na tuto léčbu zahajujeme terapii kortikosteroidy.

U **bakteriální perikarditidy** je nezbytná parenterální léčba antibiotiky, symptomatická léčba a intenzivní monitorace pacienta.

V léčbě perikarditid provázející systémová onemocnění se používají **kortikosteroidy** (methylprednisolon) intravenózně v pulzech, samostatně, nebo případně v kombinaci s **imunoglobuliny**. Před zahájením terapie kortikosteroidy musí být vždy vyloučena bakteriální etiologie.

**Perikardocentesa nebo perikardotomie** je indikována u hrozící srdeční tamponády nebo při podezření na bakteriální perikarditidu či nádorové onemocnění.

Nezbytným požadavkem je biochemické, cytologické a mikrobiologické vyšetření získaného punktátu.

**Prognóza** onemocnění je dobrá, relapsy s recidivujícími perikardiálními výpotky se však vyskytují relativně často, až u 15-30% pacientů. Konstriktivní perikarditida je vzácná.

## **Kardiomyopatie**

Kardiomyopatie jsou definovány jako onemocnění srdečního svalu spojená s kardiálními dysfunkcemi, která nejsou zapříčiněna vrozenými nebo získanými srdečními vadami, chorobami koronárních arterií nebo hypertenzí.

#### Dělení kardiomyopatií:

- 1. Kardiomyopatie dilatační**
- 2. Kardiomyopatie hypertrofická**
- 3. Kardiomyopatie restriktivní**
- 4. Arytmogenní dysplázie pravé komory**
- 5. Nekompaktní myokard levé komory**
- 6. Kardiomyopatie nezařazené**

Charakteristickým znakem kardiomyopatií je především porucha funkce srdečních oddílů:

**1. systolická dysfunkce** - je charakterizována sníženou kontraktilitou myokardu. Pokud je kontraktilita snížena globálně, projevuje se sníženou ejekční frakcí levé komory. Systolická dysfunkce je typická zejména pro **dilatační kardiomyopatii**.

**2. pro diastolickou dysfunkci** je typické abnormální plnění komor spojené se zvýšeným plnicím tlakem. Diastolická dysfunkce může, ale nemusí být spojena s dysfunkcí systolickou. Diastolická dysfunkce je charakteristická pro **hypertrofickou nebo restriktivní kardiomyopatii**.

**Etiologicky** se uplatňuje více faktorů, rozeznáváme kardiomyopatie imunitně podmíněné - nejčastěji autoimunitní postinfekční nebo primárně autoimunitní, kardiomyopatie při systémových onemocněních - např. u onemocnění pojiva nebo v rámci střádavých chorob (glykogenózy), u svalových dystrofií - (Duchennova, Beckerova, myotonická dystrofie), geneticky podmíněné s familiárním výskytem, kardiomyopatie navozené léky, atd.

#### **1. Dilatační kardiomyopatie (DCM)**

Je nejčastější kardiomyopatií a je charakterizována **dilatací a nedostatečnou kon-**



**traktilitou jedné nebo obou komor.** Dilatace bývá často významná, někdy spojená i s hypertrofií svaloviny. Levá komora mívá spíše kulovitý tvar, tloušťka stěny může být normální nebo zvětšená, typická je systolická dysfunkce se sníženou ejekční frakcí.

**Histologický obraz** je nespecifický, v myokardu se nachází ložiska se zánětlivými změnami, s intersticiální fibrózou nebo ložiska s degenerací až nekrozou myocytů.

**Etiologicky** se uplatňují **genetické příčiny**, u 20-30 % DCM lze vysledovat familiární výskyt na podkladě různých typů dědičnosti (AD, AR, X vázaná dědičnost), dále vzniká DCM jako následek po **proběhlé myokarditidě**, nejčastěji virové, nebo se může jednat o **primární autoimunitní** dilatační kardiomyopatii. Provází též metabolická nebo nutriční onemocnění (deficit karnitinu, mědi, selenu, thiaminu).

**Klinicky** se dilatační kardiomyopatie projevuje **srdečním selháním, arytmiemi** (síňovými nebo komorovými) nebo může být příčinou **náhlé smrti**.

Pacienti jsou často odhaleni i náhodně, aniž by měli jakékoliv obtíže. Průběh může být komplikován tromboembolickými příhodami.

#### **Rizikové faktory mortality u DCM:**

##### **1. srdeční selhání**

- nízká kontraktilita, EF méně než 35%
- porucha diastolické funkce

##### **2. náhlá smrt - dysrytmie, ventrikulární tachykardie**

**Terapeuticky** se snažíme ovlivnit srdeční selhání inhibitory ACE, diuretiky, kardiotoniky, betablokátory. U imunitně podmíněných DCM lze s úspěchem použít kortikoidy a imunosupresiva.

#### **2. Hypertrofická kardiomyopatie (HCM)**

Pro toto onemocnění je typická **hypertrofie levé**, případně i **pravé komory**, postiženo bývá zejména **mezikomorové septum**, volná stěna levé komory nebo její apikální část bývá postižena méně často. Objem levé komory je normální nebo snížený, někdy dominuje **obstrukce výtokového traktu levé komory**. Podle toho dělíme HCM na **formu obstrukční a neobstrukční**.

Dále je přítomna diastolická dysfunkce s abnormální relaxací komory.

Při **histologickém vyšetření** se obvykle nachází hypertrofie myocytů a jejich chaotic-

ké uspořádání, tzv. disarray, expanze intersticia kolagenní matrix, případně myokardiální jizvy jako následek ischemických změn.

HCM bývá **geneticky podmíněná s familiárním výskytem** na podkladě autozomálně dominantní dědičnosti. Může dojít k mutaci v celé řadě genů, bylo identifikováno již více než 107 mutací. Nejčastěji bývá postižen gen pro těžké řetězce beta myosinu.

HCM provází i řadu jiných onemocnění, např. Friedrichovu ataxii, Pompeho chorobu, feochromocytom, vyskytuje se u pacientů se syndromem Noonanové nebo Turnerovým syndromem.

Zvláštním případem je **transientní forma** hypertrofické kardiomyopatie u dětí diabetických matek, kdy dochází k regresi hypertrofie levé komory během několika měsíců. Prognóza této formy onemocnění je dobrá.

**Klinické projevy** závisí na etiologii, případně na typu mutace, jednotlivé formy onemocnění mohou mít různý klinický průběh. Onemocnění se nejčastěji projevuje arytmiemi, palpatacemi, synkopou, **bolestmi na hrudi** nebo **dyspnoí**. U maligních forem pak **náhlou srdeční smrtí** v časném věku. Část pacientů zůstává asymptomatická a při fyzikálním vyšetření nás upoutá pouze systolický šelest z obstrukce výtokového traktu levé komory.

V rodinách, ve kterých se HCM vyskytuje, je doporučováno opakovat screeningová vyšetření / ECHO, EKG, fyzikální vyšetření/ se zaměřením na identifikaci rizikových faktorů.

#### **Rizikové faktory náhlé smrti u HCM:**

- **pozitivní rodinná anamnéza**
- **synkopa v osobní anamnéze**
- **abnormální reakce na zátěž**
- **těžká hypertrofie komor nebo septa**
- **gradient ve výtokovém traktu levé komory nad 30 torr dle ECHO**
- **nesetrválá komorová tachykardie**
- **maligní genotyp**

Léčebně se u **neobstrukčních forem** podávají zejména betablokátory nebo ACE inhibitory, antiarytmika. Při vysokém riziku vzniku nebo opakování maligních arytmií, především komorových tachyarytmií, přichází v úvahu implantace defibrilátoru.

**Obstrukční formy** lze někdy alespoň částečně řešit chirurgicky provedením myektomie nebo septální ablace, může ovšem dojít k recidivě. Obě formy mohou být indikací

k transplantaci srdce.

Od hypertrofické kardiomyopatie je třeba odlišit tzv. atletické srdce („athlete's heart“), které stupněm hypertrofie svaloviny srdečních oddílů může HCM imitovat.

Existují různá kritéria pro odlišení těchto dvou jednotek, která zahrnují hodnocení např. stupně zesílení stěny levé komory, rozměrů srdečních oddílů nebo změn na EKG.

Rozlišení je důležité zejména vzhledem k naprosto odlišné závažnosti a prognóze onemocnění.

#### **3. Restriktivní kardiomyopatie (RCM)**

RCM bývá vzácnější než dilatační nebo hypertrofická kardiomyopatie.

**Při této chorobě je postiženo zejména plnění komor** v důsledku jejich snížené poddajnosti, je snížený diastolický objem jedné či obou komor. Dilatace nebo hypertrofie komor obvykle chybí, častější je zvětšení síní, které vzniká sekundárně při zvýšeném intraatriálním tlaku. Časté je postižení atrioventrikulárních chlopní, výtokový trakt komor bývá ušetřen. Systolická funkce bývá zachována, zvláště v časných stádiích onemocnění. Histologickým nálezem je intersticiální fibróza.

**Klinicky** se může projevit stenokardiemi, synkopami, případně známkami srdečního selhání. Pacienti jsou ohroženi zejména tromboembolickými příhodami nebo arytmiemi. Onemocnění se vyskytuje častěji u dívek.

Restriktivní kardiomyopatie může být **idiopatická**, může se vyskytovat **familiárně** nebo v rámci jiných vzácnějších onemocnění, např. při **hemochromatóze** nebo **amyloidóze**. Je třeba na ni myslet též u pacientů, kteří byli léčeni pro onkologická onemocnění **cytostatiky**, zejména antracykliny, nebo mají v anamnéze **radioterapii**. Terapeuticky se podávají betablokátory, definitivním řešením je pak zařazení k transplantaci srdce.

#### **4. Arytmogenní dysplázie pravé komory (ARVD)**

**Je charakterizována lokalizovanou přestavbou svaloviny pravé komory ve fibrózní a tukovou tkáň**, v některých případech může být postižena i svalovina levé komory, septum bývá obvykle přestavby ušetřeno. Postupně pak dochází k dilataci a dysfunkci pravé komory.

**Klinicky** se projevuje ARVD zejména palpatacemi, synkopou, bolestmi na hrudi nebo dušností.

# **HIPP - probiotická mléka**





Asi u 50% pacientů se manifestuje komorovou arytmií, nejčastěji monomorfní komorovou tachykardií. Někteří pacienti mohou být zcela bez příznaků kardiálního onemocnění a náhlá srdeční smrt je pak první manifestací ARVD. Častý je familiární výskyt na podkladě AD dědičnosti.

Ke stanovení diagnózy ARVD se používají níže uvedená diagnostická kritéria, k definitivnímu potvrzení diagnózy je třeba histologické vyšetření.

### Diagnostická kritéria

#### 1. velká

- **globální nebo regionální dysfunkce pravé komory, s dilatací nebo aneurysmaty, snížená EF**

- **biopticky prokázaná fibrózně tuková degenerace svalu svaloviny pravé komory**

- **pozitivní rodinná anamnéza**

- **EKG - QRS vlny nad 100 msec ve V1-V3**

#### 2. malá

- **mírná dilatace či dysfunkce pravé komory**

- **regionální hypokineza pravé komory**

- **EKG - abnormality repolarizační fáze (inverze vln T ve V2,V3 bez RBBB u dětí nad 12 let), poruchy vedení**

- **suspektní rodinná anamnéza**

Pro jistou diagnózu jsou třeba 2 velká kritéria nebo 1 velké + 2 malá kritéria nebo 4 malá kritéria.

K diagnostice ARVD přispívá též vyšetření magnetickou rezonancí, při kterém lze rozlišit fibrózně tukovou infiltraci svaloviny a posoudit dilataci srdečních oddílů.

Podobně jako u ostatních kardiomyopatií se v terapii využívají betablokátory, ACE inhibitory, a antiarytmika. V indikovaných případech je třeba implantace defibrilátoru nebo kardiostimulátoru

### 5. Nekompaktní myokard levé komory (LVNC)

Je vzácné onemocnění způsobené pravděpodobně genetickou poruchou morfogeneze levé komory, jehož následkem je **spongiózní stěna levé komory s výraznou trabekulizací**. Může se vyskytovat izolovaně nebo společně s dalšími vrozenými srdeční-

mi vadami.

Vyšší výskyt tohoto onemocnění bývá u nemocných s neuromuskulárními chorobami, popisován byl též familiární výskyt, je známo několik mutací genů pro různé cytoskeletální proteiny.

Echokardiograficky je popisováno **zesílení stěny levé komory, především endokardu** s prominujícími trabekulami a hlubokými recesy. Typickou lokalizací těchto změn je laterální a spodní část levé komory. Tyto oddíly mají také omezenou kinetiku.

**Klinická manifestace** zahrnuje příznaky srdečního selhání, arytmiie a tromboembolické příhody, první projevy lze zachytit již v kojeneckém věku.

Kauzální terapie neexistuje, ovlivnit průběh choroby můžeme pouze symptomatickou léčbou.

Obecně je **prognóza** kardiomyopatií různá, závisí na typu kardiomyopatie, na její tíži, na přidružených komplikacích a na etiologii onemocnění.

Literatura u autorů

## Infekční endokarditida u dětí

MUDr. Jitka Komínová

Klinika dětského a dorostového lékařství VFN a 1. LF UK, Praha

Infekční endokarditida (IE) je onemocnění, vyvolané různými mikroorganismy, které primárně postihuje vnitřní výstelku srdce obvykle na srdečních chlopních, ale může být postižen i nástěnný a septální endokard. Obdobný proces postihující vnitřní výstelku aorty nebo arterioarteriální či arteriovenózní shunty se nazývá infekční endarteritida.

Nemoc byla popsána v 18. století nejprve na základě klinických pozorování a sekčních nálezů, v průběhu 2. poloviny 19. století se po objevu bakterií podařilo objasnit etiopatogenetické souvislosti. Samotný pojem „infekční endokarditida“ zavedl J. Grancher v r. 1884, krátce na to W. Osler sumarizoval soudobé znalosti o IE a posléze popsal chronickou formu onemocnění. H. Schottmüller v r. 1910 zavedl pojem „endocarditis lenta“, pomalu rostoucího streptokoka, popsaného H. Lenthartem v r. 1899, nazval *Streptococcus mitior seu viridans*. V běžné praxi byl původní ná-

zev „bakteriální endokarditida“ nahrazen pojmem „infekční endokarditida“ až v 2. polovině 20. století po zjištění, že ji mohou vyvolat kromě bakterií i různé druhy plísní a snad i některé viry. (3, 20)

V učebnicích stále ještě najdeme dělení nemoci na akutní a chronickou, ale v současnosti se doporučuje třdit IE podle etiologie a lokalizace vegetací. Zvlášť se vyčleňuje endokarditida postihující chlopnenní náhrady (PVE) a endokarditida u intravenózních narkomanů (IVDA).

Incidence byla v 2. polovině minulého století popisována poměrně konstantní - 1,5-4,5 případů na 100 000 obyvatel ročně (20), v dětské populaci postihuje jedno z 1250-4500 pacientů (19). V poslední době lze registrovat vzestup výskytu, zejména ve velkých městských aglomeracích (1, 2, 13).

Klinický obraz a etiologie se v průběhu 20. století podstatně změnily. V předantibiotické

ěře onemocněli zejména pacienti po prodělané revmatické horečce a z 80-90% se na etiologii podílel viridující streptokok. V současné době jsou častou predispozicí u dospělých degenerativní změny chlopní, rostoucí počet invazivních výkonů a intravenózní narkomanie. U dětí i dospělých přibývá pacientů s centrálními žilními katetry, léčených na jednotkách intenzivní péče, včetně neonatologických, stoupá výskyt imunitních poruch (2). Nejčastějším etiologickým agens jsou stafylokoky vč. koaguláza-negativních druhů, nefermentující gram-negativní bakterie a plísně, často jde o nosokomiální patogeny. Téměř vymizely endokarditidy, způsobené beta hemolytickými streptokoky, pneumokoky a gonokoky (20). V dětském věku je IE podstatně vzácnější, může se vyskytovat již od novorozeneckého věku, ohroženy jsou zejména děti s vrozenými srdečními vadami, před i po různých invazivních výkonech na srdci, které tvoří převážnou většinu





pacientů s IE nad 2 roky věku (10, 19). Dle literárních údajů 8-10% dětí s IE nemá predisponující srdeční onemocnění (2). Úmrtnost na IE byla před zavedením antibiotické léčby sto procentní, nyní se u dětí udává v rozmezí 20-30% (19).

### ■ Patogeneze, patofyziologie IE a jejích komplikací.

K poškození endotelu dochází buď vystřelujícím abnormálním krevním proudem (tzv. yet lesions), nebo pravděpodobně častěji při komunikaci mezi vysokotlakým a nízkotlakým srdečním oddílem, kdy dochází k výrazným turbulencím, ale bezprostředně za otvorem je proudění minimální a to umožňuje usazování cirkulujících mikrotrombů, aktivovaných trombocytů a bakterií. Z vrozených vad jde zejména o persistující Botalovu dučeň, defekt septa komor, defekt septa síní typu primum, koarktaci aorty, Fallotovu tetralogii a další cyanotické vady, aortální vady, vzácně o stenosu plicnice a hypertrofickou obstrukční kardiomyopatii. Získané predispozice představují postinfekční a degenerativní změny vč. postižení chlopní při některých vrozených metabolických vadách. K poškození endotelu může výjimečně dojít i při srdeční katetrizaci. U narkomanů se podílí vliv drobných partikul v krevním řečišti, které se dostanou do turbulentních proudů nejdříve v oblasti trikuspidální chlopně. Na defektu endotelu se tvoří trombus, dojde k jeho mikrobiální kolonizaci, mikroorganismy jsou překrývány nálety trombů a fibrinových vláken a imunitní systém není pak schopen infekci likvidovat. Mikroorganismy se uvnitř trombu rychle množí, při proniknutí na povrch dochází k apozici další vrstvy trombocytů a fibrinu a vegetace narůstá. Nejčastěji vegetace vznikají na okrajích mitrální a trikuspidální chlopně ze síňové strany, okraji aortální chlopně spíše z komorové strany a na pravostranném okraji defektu komorového septa (9). Jsou trvale vystaveny krevnímu proudu, mohou způsobit destrukci chlopně, tah na cípy, odtržení závěsného aparátu nebo obturaci ústí a tím narušit normální funkci chlopně, zpravidla její insuficienci, která spolu se zvýšeným nárokem na srdeční práci při sepsi může být příčinou srdečního selhávání. Infekční proces uvnitř vegetace se může šířit do hloubky a způsobit subvalvulární absces, (zejména na aortální chlopně), event. postižení myokardu či perikarditidu. Komplikace embolizací se vyskytují u 20-40% IE a je častější u vegetací na mitrální nebo trikuspidální chlopně, zejména při sta-

fykokokové a streptokokové endokarditidě. Cílovým orgánem embolizace může být kterákoliv tkáň, u endokarditidy levého srdce směřují nejčastěji do CNS (20 - 30%, ledvin, myokardu, sleziny, kůže, podkoží, u pravostranné lokalizace jde o embolii do plic, obvykle dolních laloků. Embolizace do CNS se mohou komplikovat hnisavou meningitidou, abscesem, nitrolebním krvácením s rizikem úmrtí nebo trvalého neurologického postižení. Centrální komplikace mohou být někdy i prvním klinickým příznakem endokarditidy. Vzácněji je embolie do vasa vasorum příčinou infekčního aneurysmatu cévy.

Z imunopatologického hlediska je IE zvláštním druhem sepse, ohrožuje nemocného hyperprodukcí cytokinů a tím hyperpyrexii, hypotensí, šokovým stavem, povšechnou vaskulitidou, vedoucí až sy. multiorganového selhání. V případě chronického průběhu onemocnění dochází vlivem trvalého vyplavování antigenů do oběhu k mikrocytární anemii, kachektizaci, provázené zvýšenou hladinou imunoglobulinů, CIK a pozitivním RF. Ukládáním imunokomplexů ve stěních malých kožních cév vznikají tzv. Oslerovy uzlíky. Postižení ledvin při IE mívá komplexní etiopatogenezi.

U intravenosních narkomanů je riziko IE podstatně vyšší než u jiných skupin pacientů. Kromě trikuspidální chlopně (50-70%) může postihovat i chlopně levého srdce ale protože se zprav. vyskytuje na jinak zdravém srdci, je pravděpodobnost vyléčení poměrně vysoká za předpokladu schopnosti pacienta se léčit (20).

tab. č. 1

### Diagnostická kritéria IE podle Duracka (Duke criteria)

#### Prokázaná IE:

##### Patologická kritéria:

- průkaz mikroorganismů - kulturačně nebo histologicky ve vegetaci, která embolizovala, nebo v nitrosrdečním absesu
- průkaz patologických útvarů - vegetace nebo vnitrosrdečního absesu, přičemž histologické vyšetření potvrdí aktivní endokarditidu

##### Klinická kritéria (viz. tabulka 2)

IE se považuje za prokázanou, jestliže splňuje obě hlavní kritéria, nebo jedno hlavní a tři vedlejší, nebo pět vedlejších kritérií.

#### Možná IE:

Případy, které nespĺňují kritéria prokázané IE ani vyloučené IE

#### Vyloučená IE:

- jiná prokázaná diagnóza vysvětlující příznaky daného onemocnění nebo
- vymizení příznaků nemoci do čtyř dnů antibiotické léčby nebo
- nepřítomnost peroperačního nebo sekčního nálezu odpovídajícího IE poté, co pacient byl léčen antibiotiky méně jak čtyři dny

### Symptomy, které vedou k podezření na IE na začátku onemocnění:

#### Obraz závažné bakteriální infekce

- horečka, zimnice, slabost, nechutenství, ztráta na váze
- zvýšená sedimentace, CRP, leukocytosa, někdy anemie, trombocytopenie

#### Obraz chronické infekce

- protrahované subfebrilie, pocení, únava
- vysoká sedimentace, vysoké cirkulující imunokomplexy, anemie

#### Obraz plicní embolizace, migrující pneumonie

- zejm. v dolních plicních polích

#### Obraz embolií do CNS nebo periferních arterií

- vč. třískovitých hemoragií po nehty, lézí Janewayových

#### Nevysvětlitelné imunologické projevy

- Oslerovy uzlíky, Rothovy skvrny, nefritický syndrom, pozitivní RF

#### Obraz septických embolizací u novorozenců

- osteomyelitida, meningitida, pneumonie, RDS, tachykardie, hypotense
- zejména jsou-li provázeny **změnou poslechového nálezu na srdci (21)**

### Specifické projevy IE - u dětí podstatně méně časté než u dospělých:

#### Oslerovy nodosity

- na akrálních částech končetin, velikost 2-5 mm, palpačně bolestivé, mizí během hodin až dnů

#### Rothovy skvrny

- retinální hemoragie s centrálním výbledem

#### Janewayovy léze

- nepravidelné nebo bolestivé hemoragie po ne-

**Klinická kritéria IE****Hlavní kritéria:**Pozitivní hemokultury, tj:

- a) ve dvou různých hemokulturách zjištěn typický mikroorganismus, vyvolávající IE: Streptococcus virid., Streptococcus bovis, skupina HACEK (Haemophilus, Actinobacillus, Cardiobacterium, Eikenella, Kingella), nebo Staphylococcus aureus, n. Enterococcus sp. při absenci primárního fokusu, nebo
- b) opakovaně pozitivní hemokultury: stejný nález v hemokulturách, odebraných po 12 ti a více hodinách nebo stejný nález ve třech ze tří, nebo ve většině ze čtyř a více hemokultur (časový odstup mezi prvním a posledním odběrem musí být více jak 1 hodina)

Známky postižení endokardu:

- a) pro IE typický echokardiogram: oscilující intrakardiálně uložené těleso související s chlopní nebo podpůrným aparátem nebo uložené na implantovaném materiálu, nebo pohybující se v dráze regurgitačního jetu (přítom ve všech případech neexistuje jiné anatomické vysvětlení), nebo nitrosrdeční absces nebo nově vzniklá částečná dehiscence umělé chlopně nebo
- b) zjištění nově vzniklé valvulární regurgitace (nestačí auskultační změna šelestu)

**Vedlejší kritéria:**

- a) predispozice: přítomnost predisponující srdeční vady nebo intravenosní narkomanie
- b) horečka nad 38°C
- c) cévní příznaky: velké arteriální emboly, septické plicní infarkty, mykotická aneurysmata, krvácení intrakraniální, do spojivek, Janewayovy léze,
- d) imunologické příznaky: glomerulonefritida, Oslerovy uzlíky, Rothovy skvrny, pozit. FR
- e) mikrobiologický nález: pozitivní hemokultivace, nesplňující výše uvedená kritéria nebo serologický průkaz aktivní infekce mikroorganismem, který vyvolává IE
- f) echokardiografický nález: odpovídající IE, ale nesplňující výše uvedená kritéria

porušenou epidermis na ruku, nohou, bérkách

Trískovité hemoragie pod nehty.

**■ Diagnostika**

V r. 1994 publikoval D.T. Durack a kol. z Dukeho university (Durham, North Carolina) systém modifikovaných diagnostických kritérií, mající význam zejména pro epidemiologické a klinické studie, který byl v následujících letech přijat i pro IE u dětí jako systém více sensitivní, i když jeho specifita není zcela optimální (16).

Zásadní význam pro diagnostiku IE má včasný odběr krve na hemokulturu, který je možné provádět bez ohledu na fázi horečky, neboť bakteriemie u IE je většinou kontinuální i když v nízké koncentraci. U kojenců zpravidla stačí 1-3 ml, u starších dětí 5-7 ml krve pro aerobní kultivaci, obvykle 3 odběry po 1 hodině během 1. dne, při negativitě ještě alespoň 2 hemokultivace 2. den před nasazením antibiotika (1). Asi u 10% onemocnění jsou hemokultivace negativní, většinou z důvodu předchozí antibiotické terapie (2, 19). Serologická vyšetření jsou nepřímým důkazem infekce, PCR a jiné molekulárně genetické metody

sice umožní průkaz i stopových množství patogenů v biologickém materiálu, ale bez možnosti poznat jejich citlivost k antibiotikům.

Nejcennější metodou v rozpoznání IE je echokardiografie, u dětí na rozdíl od dospělých je transthorakální echokardiografie (TTE) většinou dostatečně citlivá metoda (19), transesofageální echokardiografie (TEE) se provádí jen ojediněle (obézní pacienti, některé pooperační stavy, současná plicní hyperinflace) a není provázena rizikem bakteriemie. Specifita obou metod je vysoká (90-100%). Pomocí 2D echokardiografie s barevným mapováním a dopplerovskými technikami lze mj. odhalit vegetace nad 1-2 mm, zejména jsou-li vlající v krevním proudu, abscesy např. v chlopních prstencích, nově vzniklé chlopní regurgitace, dehiscence chlopní protězy a další komplikace. Řada autorů ale varuje před používáním echokardiografie jako screeningové metody pro diagnostiku IE, efektivně je u vysoce suspektních pacientů (6, 7, 13). RTG snímek plic může napomoci v diagnostice pravostranné IE, MRI při hledání extravalvulárních komplikací (absces, aneurysma, píštěl), EKG může upozornit až na některé komplikace IE.

**■ Terapie**

Bez léčby je IE smrtelnou chorobou. Základem je včasná cílená intravenosní baktericidní léčba antibiotiky ve vysokých dávkách, zpravidla v kombinaci, většinou po dobu 4-6 týdnů (1). Důvodem je vysoká densita a nízká metabolická aktivita mikrobů ve vegetaci, kde jsou navíc chráněni před fagocyty. Před vysazením antibiotika je požadována normalizace CRP a změna velikosti a charakteru vegetací na echokardiografickém nálezu. S výjimkou levostranných stafylokokových IE a onemocnění, vyvolaných špatně citlivými mikroby, je v některých zemích po stabilizaci pacienta v nemocnici dokončována i intravenosní antibiotická léčba ambulantní formou (OPAT - Outpatient Parenteral Antibiotic Therapy) při splnění celé řady dalších podmínek, s pomocí speciálně vycvičených týmů (20). Konkrétní doporučení pro léčbu IE u dětí bude předmětem samostatného sdělení Pracovní skupiny pro dětskou kardiologii.

Na snižování mortality při IE se v posledních desetiletích významně podílí i chirurgická léčba. Absolutní indikací je infikovaný cizí materiál, riziko embolizace a srdeční selhání, další indikace operace jsou nevládnutá infekce konzervativní léčbou, extravalvulární šíření infekce, mykotická etiologie, ruptura Valsalvova sinu nebo septa. Chirurgická léčba se uplatňuje i v terapii některých komplikací (mykotické aneurysma, metastatický proces aj.). Zásadním principem chirurgické léčby je odstranění všech infikovaných a nekrotických tkání, event. celé infikované protězy, druhé fáze výkonů bývají rekonstrukční. Kvalitní antibiotické krytí operací musí zohledňovat i nosokomiální patogeny, doba podávání antibiotik je po implantaci mechanických chlopní delší než při použití bioprotéz, které jsou uchovávány v živném roztoku s antibiotiky. V dětském kardiocentru ve FN Motol bylo v letech 1978-2004 operováno pro IE 49 dětí (30 chlapců, 19 dívek) ve věku 2 týdnů až 21 let, převažovala stafylokoková a streptokoková etiologie, nejčastější indikací bylo riziko embolisace, infikovaný cizí materiál a srdeční selhání. 84% pacientů mělo VCC, nejčastěji šlo o defekt komorového septa a děti po paliativním zákroku pro komplexní srdeční vadu. Pouze 4x byla provedena pouze izolovaná extirpace vegetací, 2x extirpace endovasálních elektrod, dalších 45 výkonů bylo rekonstrukčních. Časná mortalita byla velmi nízká - 6,1% (19).

Další terapeutická opatření jsou zaměřena na léčbu aktuálních komplikací od konzerva-

**Hero - Sunarka**



tivní terapie srdečního selhání až po případnou intenzivní resuscitační péči při syndromu multiorgánového selhání

### ■ Průběh onemocnění a další sledování pacientů

Při úspěšné léčbě nejdříve klesá leukocytosa, teplota se normalizuje u 50-75% pacientů během 1. týdne, u 80-90% nemocných do 2. týdne a dochází k poklesu CRP, nejpomaleji se normalizuje sedimentace, u některých nemocných mohou přetrvávat subfebrilie i po vysazení antibiotik. Bolesti mohou být projevem embolizací, AV blok příznakem přechodu záňetu do myokardu, řídké stolice známkou postantibiotické kolitidy. K omezení výskytu recidiv je nutné vyšetření a sanace všech infekčních fokusů, především v dutině ústní (12). Mikrobiologická monitorace zahrnuje nejen vyšetření MIC a MBC, ale i testování baktericidie séra, které informuje o účinnosti terapie od jejího počátku.

Po ukončení hospitalisace je nutné pravidelné sledování pacientů, zpočátku i v 1-2 týdenních intervalech. V prvních 6 ti měsících po nemoci, rovněžtak i po nekomplikovaném kardiokirurgickém výkonu, je riziko IE nebo její recidivy největší, zejména při implantaci cizího materiálu a reziduálních zkratech (21). Po některých operativních korekcích kumulativní riziko IE přetrvává, např po operacích valvární stenosis aorty (11).

### ■ Profylaxe

IE jsou ohroženi zejména pacienti se strukturálním onemocněním srdce, zejména s chloppenní vadou, již samotné kardiokirurgické výkony (např. odstraňující VSD, PDA, COA) zároveň několikanásobně snižují pravděpodobnost onemocnění. Druhé největší riziko představuje bakteriémie, především gram-pozitivní. Vyplavování viridujících streptokoků může podstatně snížit pravidelná hygiena dutiny ústní včetně užívání slizničních antiseptických roztoků, dokonalá stomatologická péče.

Profylaxi v užším slova smyslu je antibiotické krytí disponovaných osob v přesně definovaných situacích s rizikem bakteriémie a to po co nejkratší dobu (s ohledem na možné alergické reakce, toxicitu léků, dysmikrobii a zamezení nárůstu rezistence mikrobů). V principu jde tedy o ovlivnění jen krátkodobých dějů, většinou různých instrumentálních výkonů, nikoli dlouhodobých situací, provázených bakteriemií. Vysoké riziko představují zejména chirurg. výkony v dutině ústní, v GIT, v dolních

moč. cestách, vaginální porod, komplikovaný bakteriální infekcí, incize a drenáž abscesu.

Pro antibiotickou profylaxi přímé důkazy efektivity neexistují (EBM) pro malou pravděpodobnost vzniku IE u disponovaných osob a velkou interindividuální variabilitu v kardiálních dispozicích i charakteru vyvolávající bakteriémie. Doporučené postupy proto nejsou na celém světě sjednoceny, na rozdíl od všeobecně uznávaných terapeutických zásad, efektivity žádného režimu nebyla prověřena ve velkých klinických studiích, nikdy není zajištěna 100% ochrana.

Režimy při výkonech v dutině ústní jsou zaměřeny proti viridujícím streptokokům, v GIT a urogenitálním traktu proti enterokokům. Výkony na střevu v výjimkou anální oblasti jsou relativně málo nebezpečné vzhledem k zachytu bakterií v játrech. Většina režimů není zaměřena proti stafylokokům při incisích a drenážích kožních nebo podkožních abscesů. Tyto situace by u disponovaných osob měly být kryty terapeutickou antibiotickou clonou. Rovněž aktualizovaná doporučení pro prevenci IE u dětí jsou nyní Pracovní skupinou pro dětskou kardiologii ČKS připraveny do tisku.

### ■ Závěr

IE je u dětí vzácným onemocněním, přes veškeré dnešní diagnostické a terapeutické možnosti stále zatíženým vysokou mortalitou a četnými různorodými závažnými komplikacemi. Incidence IE v poslední době mírně stoupá v závislosti na přežívání dětí s VCC po různých kardiokirurgických výkonech a narůstajícím počtem pacientů dlouhodobě hospitalizovaných na jednotkách intenzivní péče včetně neonatologických (17). Pacienty s IE je třeba léčit na specializovaných pracovištích s dostatečnou zkušeností, personálním, přístrojovým a laboratorním vybavením s dostupnou kardiokirurgickou léčbou, intenzivní a resuscitační péčí. V podmínkách primární péče je nutné sledovat dodržování preventivních opatření, včetně stomatologické péče, motivovat děti a rodiče k provádění dokonalé ústní hygieny, léčit včas hnisavá kožní onemocnění. Doporučení antibiotické prevence IE u dětí, jejichž aktualizovaná verze v ČR bude v nejbližší době publikována, je třeba důsledně dodržovat a přizpůsobovat konkrétnímu stavu pacienta. Nejdůležitějším úkolem je myslet na toto závažné onemocnění zejména u disponovaných jedinců s nejasnou horečkou s alterací celkového stavu, pozitivními markery záňetu, případně současně patologickým poslecho-

vým nálezem na srdci a před nasazením antibiotika nabrat hemokultury, nebo odeslat dítě na pracoviště, schopné poskytnout potřebná vyšetření. V podstatě před každým nasazením antibiotika by si lékař měl zodpovědět otázku, zda není třeba nejdříve odebrat nějaký biologický materiál ke zjištění etiologie. Tato zásada nebývá často realizována v rámci lékařských pohotovostních služeb (14). U nemocného s infekční endokarditidou je život zachraňující především včasná diagnosa a ta stojí na správném zhodnocení anamnezy a klinického stavu prvním lékařem, kterého pacient vyhledá.

#### Literatura:

- 1) Patricia Ferieri, MD et al. Unique Features of Infective Endocarditis in Childhood. *Pediatrics* Vol 109, No 5 May 2002, pp. 931-934.
- 2) A. Carceller et al. New trends in pediatric endocarditis, en *Anales de pediatria*, Martes 1 Noviembre 2005, Vol. 63, No 05, p. 396-402.
- 3) Tissieres P et al. Increase of fungal endocarditis in children. *Infection*, 2005 Aug, 33(4): 267-72
- 4) Valente AM et al. Frequency of infective endocarditis among infants and children with *Staphylococcus aureus* bacteremia. *Pediatrics*. 2005 Jan, 115(1): e 15-9. Epub 2004 Dec 15.
- 5) Chatzis AC et al. Subtle infective endocarditis and congenital cardiac disease. *CardiolYoung* 2005 Dec, 15 (6): 617-20.
- 6) Michelfelder EC et al. Does assesment of pretest probability of disease improve the utility of echocardiography in suspected endocarditis in children. *J. Pediatr.* 2003 Mar, 142 (3):263-7
- 7) Aly AM et al. The role of transthoracic echocardiography in the diagnosis od infective endocarditis in children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999 Sep, 153 (9): 950-4
- 8) Tissieres P et al. Value and limitation of the Reyn, Duke and modified Duke criteria for the diagnosis od infective endocarditis in children. *Pediatrics* 2003 Dec, 112/6Pt1:e 467
- 9) Di Fillipo S et al. Characteristic of infectious endocarditis in ventricular septal defect in children and adults. *Arch Mal Coeur Vaiss.* 2004 May, 97(5): 507-14
- 10) Martin JM Infective endocarditis: 35 years of experience at a children's hospital. *Clin Infect Dis.* 1997 Apr, 24(4): 669-75.
- 11) Morris CD et al. Thirty-year incidence of infective endocarditis after surgery for congenital heart defect. *Jama.* 1998 Feb 25, 279(8): 599-603.
- 12) Droz D et al. Bacterial endocarditis: results of a survey in a children's hospital in France. *B Dent J* 1997 Aug 9, 183(3):101-5.
- 13) Stock JH, Sahn DJ Endocarditis in the Pediatric Population. *Curr Treat Options Cardiovasc Med.* 2000 Dec, 2.
- 14) Lewena S Infective endocarditis: experience of a paediatric emergency department. *J Paediatr Child Health.* 2005 May-Jun, 41(5-6):269-72.
- 15) Larry M Baddour, MD et al. Infective endocarditis. *Circulation* 2005 Jun 14.; 3167-3184
- 16) David T Durack, M.B. et al. New Criteria for Diagnosis of Infective Endocarditis: Utilization of Specific Echocardiographic Findings. *The American Journal of Medicine* 1994 Mar 96.; 200-209.
- 17) Fischer MC Changing Risk Factors for Pediatric Infective Endocarditis. *Curr Infect Dis Rep* 2001 Aug, 3(4): 333-336.
- 18) ESC Committee for Practice Guidelines Guidelines on Prevention, Diagnosis and Treatment of Infective Endocarditis, Executive Summary. *European Heart Journal* 2004 25: 267-276.
- 19) Jiří Hostaša et al. Chirurgická léčba infekční endokarditidy u dětí a mladistvých, *Cor et vasa* 2005, 47(11): 417-421.
- 20) Jiří Beneš, Pavel Gregor Infekční endokarditida, *Triton* 2002.
- 21) Jiří Beneš, Jiří Kvasnička Infekční endokarditida, Doporučení ČKS, *Cor et vasa* 2000 42(2): K21-K28





# Nové postupy v neodkladné resuscitaci u dětí

## - co má vědět praktický lékař pro děti a dorost

Doc. MUDr. Ivan Novák, CSc.

Katedra pediatrie IPVZ Praha, Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou, Praha

### Souhrn:

**Autor shrnuje novinky, jež přinášejí nové doporučené postupy pro neodkladnou resuscitaci (NR) dětí především pokud jde o to, co by měl umět praktický lékař pro děti a dorost (PLDD).**

### Klíčová slova:

**neodkladná resuscitace, děti, nové postupy 2005, praktické dětské lékařství**

#### ■ Úvod

Předposlední směrnice pro neodkladnou resuscitaci u dětí byly publikovány v prosinci 2000 (1) a v dalších letech i u nás (2). V současné době jsou považovány za lege artis nové postupy na nichž se shodly evropské instituce zabývající se neodkladnou resuscitací u dětí a jež byly současně publikovány v Circulation, Resuscitation a Pediatrics v srpnu 2005 (3). Přinášejí některá výrazně odlišná doporučení proti dosavadní praxi.

Červenou nití nových postupů je jejich maximální zjednodušení, především pokud jde o sblížení postupů u dětí a u dospělých. Zohledňují postoj, že i u dětí přibývá situací, kdy kromě dosud respektovaných postojů, že zástava oběhu u dětí = primární hypoxie z dušení, kdy nezpochybnitelné množství zástavy oběhu je způsobeno primárně selháním srdce, třeba při arytmií, např. ventrikulární fibrilaci (VF) nebo bezpulsové komorové tachykardii (VT). I naše nálezy to podporují (4).

#### ■ Novinky v postupech v NR

##### 1. Rozdělení dětského věku

Dětský věk se dělí na:

- novorozeneček - 0 - 28 dnů
- kojeneček - 28 dnů - 1 rok
- dítě - 1 rok - puberta (věk, váha, sekundární pohlavní znaky)

Ukončení dětského věku „pubertou“ je neobvyklé, ale autoři guidelines vysvětlují, že je to pro rozhodnutí „dítě nebo již spíše dospělý“ na první pohled snazší vodítko než určení věku (třeba „patnáct let“).

##### 2. Zahájení resuscitace a uvolnění dýchacích cest

Neodkladnou resuscitaci (NR) zahajujeme u dítěte, jež nereaguje na zevní podněty, nedý-

chá a má cyanotickou barvu kůže a sliznic. Laici a resuscitující zdravotníci, pokud nejsou profesionálními záchranáři, nemají pátrat po hmatném pulsu. V případě pochybností, zda NR zahájit nebo ne (bradykardie), rozhodně resuscitujeme. **Zevní masáž stlačováním hrudníku tepajícím srdci neškodí.**

Prvním krokem při resuscitaci je uvolnění dýchacích cest. Je přikládán větší význam nosním a ústním vzduchovodům než v předchozích návodech. Stále trvá nezastupitelný význam **záklonu hlavy, vytažení čelisti, resp. předsunutí čelisti u novorozenců.** U novorozenců a kojenců se spíše než o hyperextenzi hlavy hovoří o neutrální poloze.

U kojenců se při podezření na obstrukci dýchacích cest způsobenou cizím tělesem užívají **úder mezi lopatky a stlačování hrudníku.** K stlačování hrudníku se doporučuje zvolit stejné místo jako pro stlačování hrudníku při nepřímé srdeční masáži. Rozdíl mezi stlačováním při pokusu vytvořit „umělý kašel“ a nepřímou srdeční masáží počívá v tom, že v prvním případě jsou pohyby spíše kratší a ostřejší. Stlačování břicha se u kojenců nedoporučuje.

U dětí se doporučují rovněž úder mezi lopatky, pokud dítě udržíme na jedné paži v předklonu před sebou, jinak při bezvědomí uložíme nemocného na záda a **stlačujeme břicho** směrem k páteři a vzhůru. Jednotlivé zásahy se provádí v sériích po pěti. Úder mezi lopatky a stlačení hrudníku, resp. břicha se provádí střídavě. Nebylo doloženo, že by některý postup měl mít přednost před jiným.

##### 3. Umělé dýchání

Po uvolnění dýchacích cest (správná poloha hlavy, event. náprava obstrukce způsobené cizím tělesem) následuje 5 umělých dechů, každý trvající 1,5 - 2 sec. Užívají se maska

a vak. **Dýchání maskou a vakem** je označováno jako bezpečné a účinné, ale jen pro „krátké období v přednemocniční péči“. Proti předchozím doporučením je uváděn význam laryngeální masky jako alternativní možnosti zajištění průchodnosti dýchacích cest při umělém dýchání. Pro profesionální záchránce je zdůrazněn význam zvládnutí tracheální intubace. Je doporučován kyslík v co možná nejvyšší koncentraci (FiO<sub>2</sub>). Účinnost umělého dýchání - co největší zdvihání hrudníku při vdechu a souměrné klesání při výdechu - má přednost před dosažením cílové frekvence umělých dechů za minutu. Doporučované cílové frekvence umělých dechů za 1 min jsou v tabulce č. 1.

##### 4. Zevní srdeční masáž

Při **stlačování hrudníku** u novorozenců a kojenců, jejichž somatický vývoj to umožňuje, je jednoznačně dáována přednost při dvou záchránčích stlačování hrudníku palci obou rukou jednoho záchránce, zatímco prsty tvoří pevnou podložku pod zády. Tam, kde to tělesný vývoj dítěte už neumožňuje nebo je-li záchránce jeden, leží dítě naznak na pevné podložce a hrudník je stačován dvěma prsty. U dětí je hrudník stlačován jednou nebo dvěma rukama, a to spojnicí thenaru a antithenaru. Při stlačování dvěma rukama jsou jejich prsty do sebe zaklesnuty. Místem pro stlačování je jeho dolní třetina sternu, tak abychom se bezpečně vyhnuli stlačování nadbřišku. Sternum

tab. č. 1

Doporučované cílové frekvence umělých dechů za 1 min	
Novorozenci	30
Kojenci	20
Děti	12 - 20



tab. č. 2

Doporučené počty stlačení sternu a umělých vdechů		
Věk	Stlačení sternu	Umělé dechy
Novorozenci	90	30
Kojenci	100	20
Děti	100	12 - 20

musí vpadávat nejméně o 1/3 vzdálenosti mezi sternem a páteří. Významnou novinkou je počet doporučené frekvence stlačení sternu a umělých dechů. Je to uvedeno v tab. č. 2.

Stlačování sternu je nepřetržitě a umělé dechy jsou **prováděny současně**, takže bude zřejmě konečný počet stlačení sternu menší než je teoretické doporučení za 1 minutu. Důležitější je, aby se hrudník dobře zvedal a klepal při každém umělém vdechu, přesto, že probíhá masáž a při masáži má přednost hluboké vpadávání sternu před dodržением frekvencí. Novinkou jsou i doporučené poměry stlačení sternu a umělých dechů - pozor: neplést si s doporučenými frekvencemi, nejdě o prosté dělení frekvence stlačení dechovou frekvencí! (tabulka č. 3).

Tato významná změna proti dřívějším doporučením má jasný účel: Co možná nejvíce **zamezit přerušování zevní srdeční masáže** (stlačování sternu) při častém střídání stlačení sternu a umělých dechů jak tomu bylo dříve (1,2).

## 5. Léky

Je třeba zajistit vstup do krevního řečiště. Plnohodnotnou alternativou je **vstup do kostní dřevě** a nová doporučení tento výkon výrazně akcentují s výjimkou novorozeneckého věku, kde je kladen důraz na vstup do oběhu přes vena umbilicalis. Adrenalin je možno u dětí, které mají tracheální intubaci, podat i do tracheální rourky.

Lékem „číslo 1“ zůstává **adrenalin**. Patříčná dávka intravenózní (i.v.) a intraoseální (i.o.) adrenalinu je 0,01 mg/kg pro dosi. Významný rozdíl je v tom, že **2. a další dávky jsou stejné**, tedy nikoliv desetinásobné, jak tomu bylo v dřívějších doporučených postupech (1,2).

Intratracheální dávka (i.t.) je 0,1 mg/kg pro dosi, druhá a další dávka adrenalinu i.t. je stejná.

**Adrenalin je jediný lék, který by měl být podán zdravotníkem zahajujícím NR, tedy i PLDD.**

Z ostatních léků pro zdravotníky, kteří ne-

budou za pomoci defibrilátoru řešit život ohrožující arytmiie (VF a VT), **připadá v úvahu jen užití dihydrogenkarbonátu sodného (NaHCO<sub>3</sub>, dříve znám pod jménem bikarbonát sodný)**. Není rutinně doporučován a má místo jen v případě:

- neúspěšné, dlouhé (> 10 min) NR

- doložené závažné metabolické acidózy s pH < 7,1
- patřičné, efektivní ventilace (jinak by nastala retence CO<sub>2</sub>)
- hemodynamické nestability a současné hypokalémie
- otravy tricyklickými antidepresivy

Je-li to indikováno, doporučuje se podat i.v. nebo i.o. 1 ml 4,2% roztoku NaHCO<sub>3</sub>/kg váhy pro dosi.

Nebezpečí nesprávně podávaného NaHCO<sub>3</sub> věží v zhoršení dostupnosti kyslíku ve tkáních, navození hypokalémie, hypernatrémie, hyperosmolality a inaktivaci účinku katecholaminů.

Ostatní léky jako atropin, soli magnézia, prokainamid a amiodaron patří do rukou profesionálních záchranářů jež léčí život ohrožující arytmiie.

tab. č. 3

Doporučené poměry stlačení sternu a umělých dechů	
Věk	Poměr stlačení sternu k umělým dechům
Novorozenci	3 : 1
Kojenci	2 zachránce: 15 : 2, 1 zachránce: 30:2
Děti	2 zachránce: 15 : 2, 1 zachránce: 30:2

## 6. Defibrilace

**PLDD nebude zřejmě rutinně užívat defibrilátor. Přesto je na místě aby věděl, že i zde nastaly změny. Uplatňují se automatické defibrilátory jež dávají výboj mezi 50 - 75 J.U manuálních defibrilátorů se doporučuje při prvním defibrilačním výboji dávka o energii 4 J/kg (dříve 2 J/kg).** Druhý a další výboj mají intenzitu stejnou (dříve byla dvojnásobná proti 1.výboji). Po aplikaci výboje pokračuje NR, je aplikován opakovaně po 3 - 5 min adrenalin a antiarytmika (amiodaron).

## 7. Kdo resuscituje, jak přivoláme pomoc

V našich podmínkách v přednemocniční péči zahajují NR laici anebo zdravotníci, jež nemají dostatečný výcvik v rozšířené resuscitaci (ALS). Resuscitace zdravotníky musí trvat

tak dlouho než se dostaví profesionální pomoc. V našich podmínkách v přednemocniční péči jde o záchrannou službu s lékařem (ZS). Tuto pomoc **volá jediný zachránce u dětí po 1 minutu trvající NR**. Při 2 zachráncech voláme ZS ihned (jeden volá, další resuscitují). **Telefony jsou 155 (ZS) nebo 112 (integrováný záchranný systém)**. U dospělých a u dětí tam, kde nastává zástava oběhu po náhlém kolapsu, voláme ZS ihned. Jde zřejmě o zástavu oběhu při arytmií (VF, VT), jež může ZS řešit defibrilací. Na rychlou dostupnost defibrilace je kladen velký důraz - do 3 min v nemocnici, do 5 min mimo nemocnici.

## 8. Péče po resuscitaci

Jak dlouho resuscitovat není přesně určeno. Shoda vězí v tom, že po 20 minut trvající NR v podmínkách rozšířené resuscitace (tracheální intubace, opakované podávání adrenalinu, defibrilace) má vedoucí resuscitačního týmu rozhodnout, zda je třeba dále pokračovat. Po úspěšné resuscitaci (obnova krevního oběhu) musí být každému resuscitovanému postynuta **intenzivní péče**. Zdůrazňuje se nutnost normálních parametrů homeostázy (je kladen hlavně důraz na normálních hodnotách glykémie, osmolality a draslíku) a stabilizace hemodynamiky (vasoaktivní léky

v infúzích podle aktuálně monitorovaných parametrů hemodynamiky).

**Uvádí se, že u nemocných, kteří po úspěšné obnově krevního**

**oběhu zůstávají v bezvědomí, může zlepšit situaci řízená systémová hypotermie s teplotou tělesného jádra (core temperature) 32 - 34°C po dobu 12 - 24 hod.** Po této době je prováděno postupné zvyšování tělesné teploty o 0,25 - 5°C/hod. Naopak je zdůrazňován ničivý efekt horečky v postresuscitačním období a doporučováno její intenzivní snižování.

## Literatura:

1. Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular care, Part 9: Pediatric Basic Life Support, Part 10: Pediatric Advanced Life Support, Part 11 Neonatal Resuscitation. *Circulation*, 2000; 102 (Supl. I).
2. Novák, I. *Současné postupy při kardiopulmonální resuscitaci u dětí. Postgraduální medicína*. 2003, 5, č. 3, s. 253 - 258.
3. Biarent, D., Bingham, R., Richmond, S., Moconochie, I., Wyllie, J., Simpson, S., Nunez, A., R.: *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005. Section 6. Pediatric life support. Resuscitation*, 2005; 67:51: S 597 - S 133.
4. Novák, I., Pokorný, J., Fabichová, K.: *Kardiopulmonální resuscitace u dětí v České republice, Čs Pediat*. 2003, 58, č. 6., s. 356 - 358.

**Česká spořitelna**

# Je možné snížit nemocnost?

Tisková zpráva z mezinárodního symposia „Výživa a její vliv na zdraví“

Dne 16.3.2006, se konalo v Praze v Hotelu Můvenpick mezinárodní symposium na téma „Výživa a její vliv na zdraví“. Symposia se zúčastnilo více než sto předních odborníků na kojeneckou výživu z celé České a Slovenské Republiky.

Před publikum se svými příspěvky předstoupili přednášející z České a Slovenské Republiky, Německa, Holandska a Velké Británie.

Po krátkém uvítání generálním ředitelem Nutricia ČR - J. M. Klompem navodil atmo-

sféru profesor Nevoral velmi zajímavou přednáškou o historii náhradní výživy.



své přednášky prezentoval nejnovější výsledky klinické studie, která prokázala, že **prebiotická směs Nutricia** měla **klinicky významný vliv na snížení opakování infekce horních cest dýchacích**.

Po krátké přestávce vystoupil pan primář Frühauf z kliniky na Karlově, se svým příspěvkem o **významu tuků v kojeneckém věku**. Na důležitost složení tuků upozornil zajímavým příkladem. V oblastech, kde se výživě přirozeně vyskytují LCP mastné kyseliny ve výživě, jsou historicky první důkazy o existenci moderního člověka s vyspělou CNS.

V obsáhlém příspěvku se Dr. Wells z velké Británie zaměřil na **význam LCP mastných kyselin ve výživě dětí**. Poukázal na vhodnost **suplementace** výživy v **raném stadiu** života novorozence pro vývoj imunity, centrální nervové soustavy a prevence vysokého krevního tlaku.

Dále na četných klinických studiích demonstroval nutnost **suplementace obou mastných kyselin (AA + DHA)**. Pohovořil i o zdrojích LCP, kde závěrem bylo, že DHA lze suplementovat z levných zdrojů, ale suplementace AA je nákladnější. Nejvíce uznávaným doporučením je suplementace 0,35% AA a 0,20% DHA pro donošené kojení.

Pan profesor Dholucký v dalším bloku pohovořil na téma **Nukleotidy ve výživě kojenců**. Pohovořil o funkci všech pěti nukleotidů, které se nacházejí v mateřském mléce. Zdůraznil funkci nukleotidů při desaturaci kyseliny linolové a alfa-linolénové na AA a DHA. Na závěr svého příspěvku zdůraznil, že fortifikace kojenecké výživy o prebiotika, LCP a nukleotidy znamená pro imunitu kvalitativní průlom ve směřování ke zlatému standardu, kterým je mateřské mléko.

**Další detaily o akci a o výživě kojenců najdete na [www.nutricia-medical.cz](http://www.nutricia-medical.cz)**



## **Nutricia - Nutrilon**



## Zajímavosti ze světa odborné literatury

### Optimalizace kostního zdraví a přívod calcia u kojenců, starších dětí a adolescentů

Většina starších dětí a adolescentů v USA nemá ve stravě dostatečný přísun calcia, které je velmi nutné pro vytváření kvalitní kostní masy. Tato pak evidentně redukuje riziko fraktur a osteoporózy v pozdějším věku. Optimální přívod calcia je obzvláště nutný v období rychlého růstu v dospívání, což je všeobecně v medicínských kruzích známo, kdy se však u dospívajících projevují některé jídelní zlozvyky. Ve studiích je zřetelné, že zásadní z hlediska stravy je předchozí vliv rodinného prostředí, jehož součástí je optimalizace přívodu calcia pro všechny členy rodiny. Ohodnocení calciového přívodu je možné provádět lékaři v ordinacích podrobnou anamnézou, při které se na druhé straně nesmí zapomínat na dietu se snížením obsahu tuků, zvýšenou dávkou zeleniny a ovoce spolu s fyzickou aktivitou. Z tohoto pohledu je zvláště důležité období mezi 2 - 3 rokem života, 8 - 9 rokem a věk adolescence. Základem dodávky calcia je stále mléko, od 6-ti měsíců je vhodné děti navykнуть na sýry a jogurty. Tyto by měly být nízkotučné. Většina populace může dosáhnout optimálního přívodu calcia ve 3 jídlech denně. Dále autoři doporučují nezapomínat na kúry vitamínem D a na příjem ovoce a zeleniny jako zdroje draslíku a bikarbonátů zlepšujících calciovou retenci.

*Pediatrics, Vol.117,č.2, February 2006, 578 - 585.*

\*\*\*

### Průběh odpovědi CRP na neléčenou infekci dolní části respiračního traktu

Vysoká hodnota CRP je nalézána opakovaně u bakteriálních respiračních infekcí a je ukazatelem počínající pneumonie. Někdy ale může být zvýšení CRP i u virových infekcí a proto byla provedena studie v ordinaci 7 praktických lékařů v Norsku s cílem popsat průběh CRP odpovědi při neléčeném zánětu dolních cest dýchacích. Byly vybrány skupiny pacientů starších 16-ti let s infekcí respiračního traktu, kteří byli nemocní při prvním vyšetření ne déle než 3 dny, nedostávali antibiotika. Také mikrobiologická vyšetření byla

provedena během prvního týdne nemoci a 10-tý, 14-tý a 21-tý den spolu se sedimentací, CRP a ohodnocením klinického stavu.

Z výsledků je patrné, že etiologické agents bylo přítomno u 23 ze 41 do studie zahrnutých subjektů. Jednalo se především o nákažy typu influenza A,B a rhinoviry plus ostatní. Střední průměrná hodnota CRP v celé skupině se pohybovala v rozmezí od 7 - 10 mg/l. Ale u 15-ti pacientů vyšetřených druhý a třetí den se hodnoty pohybovaly v rozmezí 19 - 24 mg/l. Vrcholy hodnot byly patrné mezi 2. - 4. dnem. Vyšší průměrné hodnoty CRP byly nalezeny především u pacientů infikovaných chřipkou A nebo B. Vyšší hodnoty CRP než 10mg/l se našly u 26-ti pacientů během prvních 7-mi dnů a u 5-ti pacientů během dalších 7-mi dnů. Vývoj symptomů jako kašle, únavy a bolesti svalů měly paralelu s vývojem CRP, kašel, produkce sputa a dyspnoe vyžadovaly kontrolní CRP. Závěrem je možné konstatovat, že mírně zvýšené hodnoty CRP nepodporují diagnózu bakteriální infekce, zvláště pokud tato trvá méně než 7 dnů, ale mohou být indikací zánětu při přetrvávání infekce po týdnu nemoci.

*PreMedline Identifier 153630049  
Institute of Community Medicine, Univ.  
Of Tromsø, Norway*

\*\*\*

### Bakteriální meningitida mezi dětmi s cochleárními implantáty za 24 měsíců po implantaci

V USA má 11 000 dětí s těžkou poruchou sluchu cochleární implantáty. V roce 2002 bylo provedeno velké šetření ohledně epizod meningitid v období od roku 1997 do roku 2002. Incidence v kohortě se pohybovala v relaci 138 onemocnění na 100.000 dětí, tj. 30x více než u dětí běžné populace. Velké riziko bakteriální meningitidy je patrné hlavně 24 měsíců po implantaci. Ve svém šetření a shrnutí šli autoři dále a kladli si otázku, zda tento trend přetrvává nadále, tj. v dalším odstupu po operaci. Do šetření zahrnuli 4265 dětí, které byly v období implantátu mladší 6-ti let. Identifikovali 12 nových epizod meningitid u 12-ti dětí, 2 děti zemřely, 6 epizod pozorováno v době více než 24 měsíců po implantaci. Proto se přimlouvají za monito-

ring a promptní léčení bakteriálních infekcí v okolí těchto dětí a doporučují vakcinaci u všech dětí s implantáty. Z druhu se projevuje nejvíce pneumokoková a hemofilová infekce.

*Pediatrics, Vol.117,2, February, 2006, 284-289.*

\*\*\*

### Děti s febrilními křečemi nepotřebují CT

4-5 % dětí pod 5 let věku prodělává v USA febrilní křeče. Jiné práce uvádějí číslo vyšší, většinou kolem 10 %. Febrilní křeče jsou podle Akademie definovány jako křeče při febrilním stavu, nepřítomnosti onemocnění CNS, bez elektrolytové dysbalance při stáří více než 1 měsíc věku. Tyto křeče jsou definovány jako jednoduché nebo přicházející v komplexu. Jednoduchými se rozumí v trvání pod 15 minut, nerecidivující během 24 hodin, komplex febrilních křečí je pak definován jako fokální, prolongovaný déle než 15 minut a opakující se během 24 hodin. Morbidita a mortalita je extrémně nízká a je bez asociace s poruchou kognitivních funkcí v budoucnu. K odlišení od epilepsie udávají autoři nepřítomnost rodinné zátěže epilepsie, velmi krátké trvání teploty při obrazu komplexních křečí a nepřítomnost neurovývojových abnormalit. Autoři vybrali z 293 dětí s febrilními křečemi 71 dětí právě se závažnějšími klinickými obrazy febrilních křečí. 49 dětí bylo po paroxysmu popisováno jako dobře vypadajících, u 2 konstatována letargie a u 11-ti popisována jakoby maskovitost ve výrazu obličeje.

Urgentní CT bylo provedeno statimově u 10-ti pacientů a během týdne provedeno vyšetření u dalších 36-ti dětí a to nukleární magnetickou rezonancí. U žádného dítěte nebyla zjištěna intrakraniální patologie. K vyšetření většinou vedla úzkost rodičů, dostupnost CT a relativní nutnost z pohledu lékařů, a to doplnit neurologické vyšetření vyšetřením specializovaným. Je nutné brát ale v úvahu radiační riziko a jeho možné pozdější následky včetně zvýšené frekvence nádorových onemocnění.

*Pediatrics, Vol.117,č.2., February 2006, 528-530.*

*Ve spolupráci s firmou MUCOS PHARMA zpracoval MUDr. J. Liška, CSc.*



## Aktuality

### Kubek zůstal v čele ČLK

Na mimořádném sjezdu České lékařské komory (ČLK) se části nespokojených lékařů nepodařilo odvolat z funkce prezidenta komory Milana Kubka.

Kubek je prezidentem ČLK teprve dva měsíce a převzal tuto funkci po současném ministru zdravotnictví Davidu Rathovi. Část nespokojených lékařů Kubkovi vyčítá, že příliš podporuje Ratha a tím vlastně i ČSSD.

Proto hned v úvodu mimořádného sjezdu navrhli, aby se jednalo o odvolání Kubka. Sjezd ale nakonec vůbec tento bod nezařadil do programu, a tak vlastně Kubek své odpůrce porazil. Debata na téma odvolání Kubka se nekonala.

Sjezd měl zvolit viceprezidenta lékařské komory. Když se ale tři kandidáti na tento post představovali, doktor Martin Jan Stránský z kandidátky odstoupil právě na protest proti tomu, že Kubek „vede komoru k bolševismu.“ Stránský už v lednu kandidoval na prezidenta ČLK a Kubek ho porazil.

Zůstali tedy dva kandidáti na viceprezidenta lékařské komory, a to Aleš Herman a Miroslav Hanuš. Sjezd ale ani jednoho do této funkce nezvolil, i když volba byla dvoukolová.

Znamená to, že komora zvolí viceprezidenta až na svém řádném sjezdu na podzim letošního roku. V usnesení, které sjezd přijal, se mj. říká, že delegáti podporují povinné členství v lékařské komoře a zároveň schvalují postup svého prezidenta Kubka při prosazování zájmů lékařů.

Sjezd také odmítl založení platformy soukromých lékařů, protože by to mohlo vést k rozkolu lékařské komory.

### V lékařské komoře by James Bond nevydržel

V lékařské komoře to vše, řada lékařů znovu - logicky - chce zrušit povinné členství. I to je důkaz, že tahle monopolní organizace připomínající středověký cech není tím, čím by především být měla: strážcem etiky a úrovně lékařské péče.

David Rath, exprezident, viděl roli komory hlavně v hájení zájmů lékařů. Tím ji nasměroval do odborářských vod a zapletl ji do politiky víc, než je zdrávo. Připravil tak půdu pro konflikty, které trvají dodnes. Nemocniční a privátní lékaři mají totiž rozdílné zájmy i představy o zdravotnictví. Různí lékaři mají různé politické názory. V komoře však musí být všichni, bez její legitimace ani nejgeniálnější operátor nesmí nalepit pacientovi náplast. Všichni lékaři mohou vydržet pod jednou střechem jen v případě, když si komora uchová přísně profesní ráz a odolá pokušení hrát na politickém hřišti.

Ale jak se asi cítí lékaři, kteří nesouhlasí se „svým“ prezidentem Kubkem a jeho podporou ministrových kroků a z komory nesmějí odejít? Jako vazalové! Ani odolný James Bond, jehož někteří delegáti sjezdu natruc volili do vedení, by tady nevydržel.

Jsou jen dvě možnosti, jak si samosprávná komora může udržet respekt pacientů i všech lékařů: vrátí se k čistě profesním úkolům, nebo se zruší povinné členství a vzniknou nepovinné prestižní a konkurující si organizace. První možnosti se těžko věří.

### Rath léčí zdravotnictví. Kdo vyléčí lidi?

Ministr zdravotnictví se rozhodl šetřit a všechny si tím popudil. Co bude s pacientem, o tom nemluví...

David Rath před dvěma měsíci usedl do křesla ministerstva, vzal skalpel a začal do nemocného českého zdravotnictví razantně řezat. Je historicky prvním ministrem, který se do toho pustil tak zostrá.

O odvaze se však mluvit nedá. Ve chvíli, kdy za ním stojí premiér, jemuž stačí bouchnout pěstí do stolu a sociální demokracie i komunisté stojí v pozoru, aby vyjádřili svou podporu, se snadno úřaduje.

Výsledek Rathových kroků je zatím takový, že jsou nespokojeni všichni. Proč kormidelník, který dostal za úkol uhladit situaci, zamezit stávkám a předvolebně se tvářit, že loď konečně nabrala správný směr, rozvířil takové vášně?

Začalo se totiž šetřit. A to vždy pěkně bolí.

Lékárníci tvrdí, že je ministr likviduje, a chtějí stávkovat. Rath o nich na oplátku mluví jako o vztekajících se milionářích, kterým ubral pár korun zisku.

Krizový stav vyhlásili i praktičtí lékaři, pediatři a ambulantní specialisté. Nový šéf České lékařské komory má proto za úkol žádat od ministra zrušení vyhlášky, která výrazně omezuje příjmy soukromých praxí. Nejnověji se rozčílili i zubaři. Ti mluví v souvislosti se zákonem o zdravotním pojištění, podle něhož bude šéfy pojišťoven jmenovat stát, rovnou o puči, jenž vrací zdravotnictví zpět o desítky let.

I pojišťovny křičí. Jenže potichu, aby to ministr neslyšel. Ten se totiž netají myšlenkou, že osm pojišťoven je až dost a stačily by tři. Moc zařídít to má. Ostatně - největší pojišťovnu v zemi už ovládl.

Takto vypadá situace dva měsíce poté, co David Rath usedl do čela resortu. Nikdo nepochybuje o tom, že je nutné šetřit. Žádný stát není tak bohatý, aby zaplatil všechno všem. Jenže co se ve zdravotnictví právě děje, má dvě chyby. Zaprvé Rathovy kroky, které se tváří jako utahování opasků, spíš vypadají jako vyřizování si účtů se všemi, kdo mu šlápli na kuří oko. Viz odvolaná ředitelka VZP Jiřina Musílková.

Ještě před pár měsíci měla z Ratha coby prezidenta České lékařské komory legraci. Nezapomněl jí to, a tak od okamžiku, kdy usedl do křesla ministra, všechny pušky mířily na ni. Málokdo z poslanců, kteří v úterý rozhodli o jejím odvolání, si připustil, že na počátku takřka dvanáctimilardového dluhu VZP stál stát.

Jiřina Musílková tak byla v roli kapitána, který vyplul na cestu kolem světa, ale dostal málo paliva. Její chybou bylo, že místo aby bojovala o další a plánovaná trasu tak, aby včas natankovala, řekla si: vždyť je to jedno, jestli tu bárku otřískáme o skaliska a tu a tam z ní vyteče další palivo...

Druhý a větší problém Rathovy „léčby“ zdravotnictví je, že se ze všech těch nářků nad penězi vytratilo to nejdůležitější: pacient.

Ministr to slovo používá, jen když dokazuje, že nápady opoziční ODS jsou k ničemu. „Budou trpět pacienti,“ dramaticky píchá prstík do reformy zdravotnictví z pera stínového ministra Tomáše Julínka. Co budou znamenat pro obyčejné lidi Rathovy kroky, o tom nemluví.

Pacient má přitom řadu otázek. Budu se moci připojistit na lepší kloubní náhradu, nebo zůstane u úplatku lékařům? Kolik budu platit za recept a za jídlo v nemocnici? A proč mám z pojištění doplácet sousedce na paralen, který si za deset korun může koupit, a přitom chybějí peníze na léky pro lidi s umělou ledvinou? Řada otázek, žádné odpovědi. Pacientům je vcelku jedno, jestli bude autoritářskou rukou celému zdravotnictví vládnout jeden ministr či stát (model a la Velká Británie), nebo budou o všem rozhodovat pojišťovny a trh (jako v USA). Podstatné je, jak to bude fungovat. Jenže politici ČSSD a ODS si místo vysvětlování, kam míříme, raději vyměňují roztomilost typu, kdo je zpupný státní úředník, kdo zločinec a kdo by měl dostat pěstí. Pacienti mohou jen uctivě stát opodál a vše pozorovat.

### Pokuta za plnou ordinaci

Neoficiální ekonomická strategie ODS počítá s poplatky u lékaře a více typu pojištění.



Objednáte se k lékaři a projdete prázdnou čekárnou rovnou do ordinace. Lékař má dobrý důvod vaším časem neplýtvat. Pokud totiž nechá pacienta čekat, zaplatí pokutu.

I tuto vizi obsahuje dlouhodobá ekonomická strategie z dílny poradců místopředsedy ODS Vlastimila Tlustého.

„V tuto chvíli je to absolutní nesmysl. Nejdříve by se muselo zajistit, aby lidé nechodili k lékaři zbytečně s každou drobností,“ reaguje předseda sdružení praktických lékařů Václav Šmatlák.

Šéf Tlustého poradců Pavel Kohout počítá s tím, že se „turistika po ordinacích“ omezi po zavedení paušálních poplatků za návštěvu lékaře.

„Pokud pacient bude nucen čekat na vyšetření či zákrok déle než dvacet minut po předem stanoveném čase schůzky s lékařem, bude od placení poplatku osvobozen,“ vysvětluje fungování systému Kohout, podle kterého podobný model funguje například ve Švédsku.

Jenže samotné zavedení poplatků by podle lékařů pro zastavení náporu pacientů nestačilo. „Bylo by nutné také zákonem omezit administrativu. Velká část pacientů si chodí do ordinací jen pro různá potvrzení,“ prohlašuje Šmatlák.

Kromě zavedení poplatků za návštěvy ordinací počítají Tlustého poradci s kompletní reformou zdravotního pojištění. Navrhují švýcarský model. V něm je pojištění rozdělené na povinné, které pojišťovny poskytují na neziskovém principu a na nepovinný komerční nadstandard. Stát však zdravotnictví podle Kohouta neponechá zcela napospas trhu: „Zůstane zachována částečná regulace cen léků - zde je analogie s regulací sazeb pražských taxíků,“ uvádí se v dokumentu.

### V půdě číhají vynalézavé bakterie

Výzkum kanadských vědců pomůže při vývoji vysoce účinných antibiotik. Učitelé nových triků. Takovou roli možná sehrají odolné bakterie žijící v půdě. Rezistenci k antibiotikům by od nich mohli „okoukat“ původci řady závažných chorob.

Zdánlivě „mrtvá“ půda je ve skutečnosti plná živých organismů. V jednom gramu zeminy najdeme asi deset až dvacet milionů bakterií. A právě na jejich zkoumání se nyní zaměřil tým kanadských vědců.

Vyrazíme na hlínu. Podobným zvoláním možná zahájila výzkum Vanessa D'Costaová pracující ve skupině Gerryho Wrighta na McMasterově univerzitě v Ontariu. Badatelé odebírali vzorky půdy v několika různých prostředích - například uprostřed lesa, na poli nebo ve městě.

Nasbíraný materiál obsahoval obrovské množství mikroorganismů. Vědci ve vzorcích našli celkem 480 různých kmenů půdních bakterií rodu *Streptomyces* a ty dále kultivovali v laboratorních podmínkách. Následně je vystavili účinku 21 antibiotik a sledovali, jak mikroorganismy v souboji s léky obstojí. Svůj experiment popsali ve studii, kterou v polovině ledna zveřejnil prestižní časopis *Science*.

Míra odolnosti bakterií vyrazila badatelům dech. Předpokládali sice, že miniaturní obyvatelé půdy budou rezistentní vůči některým antibiotikům, nečekali ale, že úspěšně odolají celé škále těchto látek. Bakterie v průměru vzdorovaly sedmi až osmi antibiotikům, některé byly rezistentní dokonce vůči patnácti lékům. Mnohé si uměly poradit se zcela novými preparáty, jejichž účinkům nemohly být nikdy dříve vystaveny, a zvládaly i boj s látkami, které v přírodě nemají obdobu.

#### Nekonečné závody ve zbrojení

Když se na konci druhé světové války začalo proti bakteriálním infekcím používat první antibiotikum -penicilin, považovali ho všichni za zázračný lék. Hravě vyléčil do té doby mnohdy smrtelné choroby, jako například zápal plic, kapavku nebo třeba zánět v ráně. Záhy se však objevily první kmeny bakterií odolné vůči penicilinu.

Začaly tak nekonečné „závody ve zbrojení“: Jakmile odborníci vyvinuli nové antibiotikum, opatřily si příslušné bakterie proti tomuto léku perfektní

„ochranný štít“. Výrobci léků následně museli připravit další účinnou zbraň. Na pokrok v medicíně opět zareagovaly mikroorganismy, a to novou obrannou strategií.

V ojedinělých případech lékaři již dnes obtížně hledají antibiotikum, proti němuž nejsou bakteriální původci nemoci odolní. Především ve Spojených státech se během posledních let začaly objevovat také takzvané nozokomiální infekce. Zdravým lidem s dobře fungujícím imunitním systémem neuškodí, velkou hrozbu však znamenají pro oslabeného člověka. Ohrožují především pacienty v nemocnicích. Původci těchto infekcí jsou zpravidla rezistentní vůči široké škále antibiotik.

Choroby se zároveň poměrně rychle šíří a často končí úmrtím pacienta. Americký úřad pro kontrolu a prevenci chorob (U. S. Center for Disease Control and Prevention) například uvádí, že sedmdesát procent nemocničních infekcí dovede odolat minimálně jednomu antibiotiku.

#### Přeskakující geny

Nový výzkum kanadských vědců by mohl pomoci objasnit, proč mikroorganismy získávají tak rychle odolnost vůči antibiotikům. „Naše práce usnadní také vývoj nových léků,“ zhodnotil Gerry Wright studii v telefonickém rozhovoru pro agenturu Reuters.

Bakteriální kultura může rezistenci za vhodných podmínek sama vyvinout. Tento proces je však vysoce energeticky náročný a mnohdy spojený také se značnými ztrátami. Proto si mikroorganismy pro získání odolnosti často vybírají raději druhou, o něco snazší cestu -geny pro rezistenci „okopírují“ od jiných bakterií.

Rezistenci vůči antibiotikům kóduje u půdních bakterií široké spektrum genů. Ty mohou podle kanadských vědců odolnost přenést na patogenní mikroorganismy. Šance, že geny pro rezistenci někdy v budoucnu „přeskočí“ na původce nemocí, je vysoká, komentuje výzkum na internetových stránkách časopisu *Nature* mikrobiolog Abigail Walter z University of Illinois. Podobný názor zastává také docent Jaroslav Spížek z Mikrobiologického ústavu Akademie věd ČR: „Hrozí, že se rezistenční geny z půdních mikroorganismů dostanou do patogenních bakterií, například do enterokoků nebo streptokoků, které vyvolávají různé infekce.“

Vanessa D'Costaová s kolegy v laboratorních podmínkách prostudovala jen malou část půdních mikroorganismů. Geny pro rezistenci na antibiotika však nejspíše mají i bakterie, které se kultivovat nepodařilo. Badatelé tedy podchytili pouze špičku ledovce.

Kanadští vědci v půdě objevili také novou „zbraň“ proti antibiotikům. Jeden z bakteriálních kmenů používal dosud neznámý mechanismus rezistence: antibiotikum určené k léčbě tuberkulózy rozkládal pomocí speciálního enzymu na nefunkční složky.

A jaké další triky bakterie na válečném poli využívají? Dovedou ve svých strukturách vytvořit bariéru, kterou antibiotikum nepronikne. Mohou pozměnit místo, na něž se lék váže. Ten se pak nemůže na bakterii „přilepit“ a nezačne účinkovat. Mikroorganismy mnohdy také preparát „pohltní“, ale v zápětí ho zase „vyplivnou“ ven z buňky.

#### Léky místo jídla

A jak vlastně rezistence na antibiotika vzniká? Do jisté míry ji zavinili lidé sami.

Lékaři někdy předepisují antibiotika zbytečně. „Může se stát, že nerozpoznají bakteriální onemocnění od virového, při jehož léčbě běžná antibiotika stejně nezabírají,“

#### Jaroslav Spížek

Často také neopodstatněně vyhodnotí stav pacienta jako závažný a „pro jistotu“ nasazují antibiotika.

Nemocní zase vytvářejí skvělé podmínky pro vznik rezistence jim uleví, mnohdy antibiotika přestanou užívat. Nízká koncentrace léku v jejich těle však bakteriím umožní, aby si v klidu vyvinuly dokonalý „ochranný štít“ pro budoucí souboje.

„V porovnání například se Spojenými státy máme však výhodu -u nás by-





la antibiotika vždy na předpis a na drahé, vysoce účinné léky jsme v minulosti neměli peníze. Proto u nás není rezistence na antibiotika tak palčivý problém jako v USA," srovnává docent Spížek.

Ke vzniku rezistence přispívá také fakt, že se antibiotika mohou vyskytovat volně v životním prostředí, najdeme je i v potravinách. V minulosti se podávala hospodářským zvířatům, aby lépe přibývala na váze. Dnes už je sice podobné „dokrmování“ zakázáno, antibiotika se však zvířatům dávají nadále, a to jako prevence proti bakteriálním chorobám.

Geny pro rezistenci se ovšem vyskytovaly ještě předtím, než se antibiotika začala používat v medicíně. „Jejich existenci se podařilo prokázat například u bakteriálních kmenů pocházejících z období mezi první a druhou světovou válkou," vysvětluje Jaroslav Spížek.

Půdní mikroorganismy samy produkují antibiotika, a patrně i proto se musí před jejich účinky chránit. A proč vlastně bakterie tyto látky vytvářejí? „Podle jedné teorie jejich pomocí odstraňují konkurenci - snaží se „vyčistit“ okolí od jiných mikroorganismů, a získat tak pro sebe co nejvíce živin, podle jiné se zbavují jedovatých metabolitů," říká docent Spížek. V poslední době se uvažuje také o tom, že je antibiotikum jakýmsi signálem pro populaci ostatních mikroorganismů. Bakterie tak může říkat: pozor, jsem tady.

#### Kanadské prvenství

Fakt, že v půdě žijí bakterie, které jsou přirozeně odolné vůči antibiotikům, mě nijak zvlášť nepřekvapil," říká k výsledkům nového výzkumu Jaroslav Spížek. Mnohé půdní mikroorganismy totiž tyto látky samy produkují, a je tedy logické, že jsou proti jejich útokům imunní. „Udivilo mě však, jak velkému počtu antibiotik dovedou jednotlivé bakterie odolat," podotýká docent Spížek. Překvapující je podle něj také vysoký počet rezistentních mikroorganismů.

Většina odborníků tušila, že půdě žije celá řada odolných bakterií. Nikdo však jejich existenci konečnou platností experimentálně neprokázal. „To se podařilo až nyní kanadským vědcům," upozorňuje Jaroslav Spížek.

#### Mikroba zabije. člověku neublíží

Antibiotika zastavují růst bakterií nebo je přímo zabíjejí. Lidským buňkám však neškodí. Jak je to možné? Některé preparáty, mimo jiné například penicilin, zamezují tvorbě bakteriální buněčné stěny. Ta je pro mikroba nezbytná, ale živočišné buňky takovou strukturu vůbec nemají a jsou obklopeny pouze polopropustnou plazmatickou membránou. Další antibiotika se zase dovedou navázat na ribozomy. Tato „továrna na bílkoviny" vypadá u bakterií jinak než u člověka. Proto po navázání léku přestává pracovat pouze ribozom mikroorganismu, fungování lidské „továrny na bílkoviny" preparát neomezí.

#### ■ **Rath:**

#### **ČSSD spoluúčast pacientů nezvýší**

##### Zdravotní připojištění bude nejdříve za dva roky

ČSSD nezvýší zdravotní spoluúčast, pokud uspěje ve volbách a bude vládnout ivpřítím období. Právu to řekl v pátek v průběhu semináře lékařů k financování zdravotnictví ministr David Rath.

„Spoluúčast je nyní 10 %, a pokud bude po volbách menšinová vláda ČSSD, podporována i hlasy KSČM, lze předvídat, že by se spoluúčast pacientů na léčbě nezvýšila," řekl Rath. Dodal, že vše ale závisí na volebních výsledcích.

„Pokud by ČSSD byla v koalici s nějakou stranou, která má zvýšení spoluúčasti v programu, lze očekávat, že ČSSD by byla pod tlakem a zřejmě by spoluúčast zvýšena byla," řekl ministr.

Dodal, že ODS, KDU-ČSL izelení plánují vyšší spoluúčast. „ODS dokonce až 30 %. Je lehké si domyslet, jak by to dopadlo na pacienta, kdyby vládla tato strana," řekl Rath.

Připojištění na nehrazenou péči

„Spoluúčast není kouzelný proutek, který by zajistil vyrovnané hospodaření zdravotnictví." Ministr ale připustil, že přináší do systému určité peníze.

Rath informoval, že ČSSD má ve svém volebním programu komerční připojištění na péči, která není hrazena ze zdravotního pojištění. „Nejdříve by ale mohla být čerpána dva roky po volbách. Znamená totiž změnu zákonu a pak vytvoření komise, která přesně stanoví, které výkony by se ze zdravotního pojištění dál hradily a které ne, a na ty nehrazené by se pacienti mohli připojistit. Pokud by ČSSD vládla, lze to stihnout do dvou let. Dřív ne," řekl Rath.

Podle našich údajů se dá předpokládat, že v péči plně hrazené ze zdravotního pojištění by zůstalo 90 až 95 % všech současných lékařských výkonů a na zbytek by se pacienti mohli připojistit.

#### Rozdělí si 1,8 miliardy

Patnáct velkých nemocnic a léčebných ústavů, které měly závazky po lhůtě splatnosti, dostává v těchto dnech peníze, které na jejich oddlužení schválila vláda. Dohromady si rozdělí 1,8 miliardy korun. Nejvíce dostává:

- 389 mil. FN U sv. Anny Brno
- 375 mil. VFN Praha
- 344 mil. FN Thomayerova Praha
- 290 mil. FN Bulovka Praha
- 193 mil. FN Olomouc.

Rath informoval i o tom, jaké budou letos náklady na zdravotní péči podle jednotlivých úseků. Nejvíce půjde:

- 80,5 miliardy do ústavní péče (47 procenta všech nákladů na zdravotní péči)
- 39,8 miliardy na ambulantní péči (23,2 procenta)
- 39,1 miliardy na léky (22,8 procenta)
- 4,7 miliardy na zdravotní prostředky (2,8 procenta)
- 3,1 miliardy na lázně (1,8 %).

Ministr by rád, aby návrh zákona o neziskových nemocnicích, který Senát vrátil Sněmovně, poslanci znovu schválili a platil co nejdříve. Připomenul, že pokud by se z nemocnic staly akciové společnosti, mohly by si vybírat pouze lukrativní obory a nezajistit široké spektrum péče, které pacient potřebuje. V seznamu neziskových nemocnic už je 140 nemocnic a ostatní se kdykoli mohou do něj přihlásit. Pak budou mít nárok na smlouvu se zdravotní pojišťovnou. Pokud se do něj nepřihlásí, musí o smlouvu usilovat ve výběrovém řízení, a pokud neuspějí, bude jim od r. 2008 hrazena pouze akutní péče. Plánovanou péči by si v těchto nemocnicích pak pacient musel hradit přímo ze své kapsy. Rath doufá, že takových nemocnic bude co nejméně. Ministerstvo také připravuje dokument, aby soukromí lékaři měli smlouvu s pojišťovnou na dobu neurčitou a ne jako dosud, časově omezenou.

#### ■ **Jogurtová bakterie proti HIV**

Bakterie jsou velmi všestranná a rozvětvená rodina, od které toho mohou vědci ještě hodně odkoukat. Například z bakterie *Nostoc ellipso-sporum* vědci izolovali látku zvanou cyanovirin.

Bakterie jsou velmi všestranná a rozvětvená rodina, od které toho mohou vědci ještě hodně odkoukat. Například z bakterie *Nostoc ellipso-sporum* vědci izolovali látku zvanou cyanovirin. Tato bílkovina dokáže zastavit virus HIV na polovině jeho cesty do lidské buňky.

Látka se „přilepí" k molekule na povrchu viru HIV (konkrétně glykoproteinu 120). Tím přeruší řetěz mechanismů, které viru umožňují proniknout do buňky.

Podobných „brzd", jako je cyanovirin, se vyvíjí několik a představují velmi nádejný způsob ochrany proti HIV. Všechny přípravky ale ještě čekají klinické zkoušky. Zatím se účinnost cyanovirinu prověřila jenom v labo-



ratoři, in vitro, kde před nákazou úspěšně chránil lidské i opičí buňky. Klinické zkoušky na lidech by měly začít v průběhu příštího roku.

Ale i po rychlém zavedení do praxe zůstane hlavní problém cyanovirinu čas. Bílkovina se v těle velmi rychle rozkládá. Nejlépe by účinkovala, kdyby se gel s účinnou látkou proti viru HIV aplikoval před souloží. Ale tomu se mnohdy lidé brání.

Vědci se tedy snaží prodloužit životnost látky. Nyní přišli s velmi elegantním řešením. Jak bylo řečeno, cyanovirin je látka původně produkovaná bakteriemi. Takže její výroba v laboratořích je vlastně zbytečná - proč by se místo toho nemohla vyrábět na místě, kde jí je zapotřebí, těmi nejlépejšími pracovními silami, co známe? Tedy v těle pacienta a přímo bakteriemi.

Na scénu přichází bakterie *Lactococcus lactis*. Tým Bharata Ramratna z Brown Medical School na Rhode Islandu upravil genetickou informaci této „dobré“ bakterie tak, aby ji naučili vyrábět cyanovirin.

Tento kmen si vybrali proto, že tuto bakterii už několik tisíc let konzumujeme v mléčných výrobcích, jako jsou jogurty a sýry.

Dalším důvodem bylo i to, že *L. lactis* v lidském těle žije: ve střevě a také ve vagíně. Prospívá nám, protože vytváří kyselinu mléčnou, která zpomaluje množení jiných, tělu škodlivých mikrobů. Ramratna a jeho kolegové přeprogramovali *L. lactis* na výrobu cyanovirinu, vybavili ji tedy zbraní podstatně větší ráže.

Především však získali spoustu času: po jediné aplikaci by kultura upravených bakterií měla v těle přežít alespoň týden. To nabízí intimnější způsob ochrany než krátkodobě účinkující gel.

Tím výhodou „bakteriálního balení“ nekončí.

Léky vstříkované injekcí nebo podávané ústy musí být často aplikovány ve značném množství, pokud mají fungovat i na „periferiích“ těla. Ale v případě proměněných bakterií by se účinná látka aplikovala přímo na místo, kde je zapotřebí.

„Mělo by jí tedy být zapotřebí méně“, řekl jeden z členů týmu, molekulární biolog Lothar Steidler z irského Corku.

„A je tu i ekonomický pohled“, pokračuje Steidler, „takový lék by se mohl vyrábět všude, kde se vyrábí mléčné výrobky“. To by mohlo lék zlevnit, což je v situaci, kdy většina nemocných je z rozvojových zemí, velmi vítané.

Léčba však naráží na společenské překážky. Jde o lidský strach ze „špíny“ (představa, že bychom se léčili nakažením bakteriemi) i odborné (šíření zmutovaných bakterií s nevyzpytatelnými následky).

Mohlo by se to ovšem podařit: už proto, že „jogurtová“ bakterie *L. lactis* a ani její stvořitelé nejsou v oboru nováčci. V loňském roce proběhly v Nizozemsku klinické zkoušky jiné geneticky upravené „verze“ této bakterie.

Tým, ve kterém byl i Lothar Steidler, ji využil k tomu, aby deseti pacientům přímo do střev dodala léky proti chronickému zánětu tlustého střeva známému jako Chrohnova nemoc.

Výsledky byly velmi dobré, nemoc ustoupila nebo alespoň výrazně polevila. U lidských pacientů ani pokusných zvířat se zatím neobjevily nežádoucí účinky. „Jsme překvapení, jak to bylo jednoduché,“ trochu se diví Steidler.

Snad mu jeho překvapení vydrží i do zkoušek přípravku proti šíření viru HIV. Jde o technologii, které můžeme úspěch jenom přát.

## I N Z E R C E

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

### Hledám možnost převzetí praxe

Hledám možnost převzetí praxe PLDD. Jsem pediatr s 20 letou praxí jak na obvodě, tak v nemocnici. Okresy Přerov, Olomouc, Nový Jičín, Kroměříž. Licenci mám. Kontakt: 604 612 700 *Ev.č. 45-01-06*

### Přenechám malou praxi

Přenechám malou praxi PLDD v blízkosti Brna. Nabídky s uvedením možného termínu převzetí zasílejte na e-mail: renatahorakova@volny.cz *Ev.č. 46-02-06*

### Přijmu lékaře do ordinace PLDD

Přijmu lékaře do ordinace PLDD v Kyjově na zástup za MD, nástup červen 2006. Telefon: 728 482 332. *Ev.č. 47-02-06*

### Přenechám praxi ve Zlínském kraji

Přenechám venkovskou praxi ve Zlínském kraji. Kontakt: detskaordinace@seznam.cz. *Ev.č. 51-03-06*

### Přenechám praxi

Přenechám zavedenou praxi PLDD, Zlínský kraj - venkov, kontakt: 739 054 625. *Ev.č. 50-03-06*

### Přijmu asistentku do ordinace PLDD

Přijmu asistentku do ordinace PLDD v Libčicích n. Vlt. na úvazek 0,4. Jednání o převzetí praxe možné. Tel. 233 931 037, 605 876 633. *Ev.č. 34-09-05*

### Nabízím místo asistenta

Nabízím místo asistenta v ordinaci PLDD – menší obvod na Praze 5; pozdější odkoupení ordinace možné. Tel.: 777 132 194. *Ev.č. 48-02-06*

### Přenechám praxi

Přenechám zavedenou praxi PLDD v okrese Nový Jičín, termín dle dohody. Bližší informace na tel.: 728 133 047 po 18. hod. *Ev.č. 49-03-06*

### Prodám kojeneckou váhu a optotyp

Prodám digitální kojeneckou váhu a světelný optotyp. Informace na tel.: 728 133 047 po 18. hodině. *Ev.č.: 53-04-06*

### Hledám místo asistenta

Hledám místo asistenta v ordinaci PLDD s perspektivou následného převzetí či odkoupení praxe. Lokalita: Praha nebo Praha západ (okolí Říčany). Tel.: 776 650 369. *Ev.č.: 52-03-06*

TEST ● TEST ● TEST ● TEST ● TEST ● TEST ● TEST ● TEST ● TEST ● TEST ●

## Řešení znalostního testu VOX PEDIATRIAE 2/2006

**1c ● 2a ● 3d ● 4b ● 5b**

Test č. 3/2006 naleznete v květnovém čísle.

TEST ● TEST ● TEST ● TEST ● TEST ● TEST ● TEST ● TEST ● TEST ● TEST ●

## **Nutricia - Hami**

**Zentiva - Mucosin**