

VOX PEDIATRIAE

časopis praktických dětských lékařů



Nejčastější poruchy rytmu
v dětském věku

Měříme správně krevní tlak?

Hypertenze u dospívajících

Úloha pohybové aktivity
v prevenci kardiovaskulárních nemocí



VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických dětských lékařů

vydavatelství
MEDIXAdresa vydavatelství:
V Pláni 23, 142 00 Praha 4
tel.: 02/617 111 33, tel./fax: 02/4172 1069
e-mail: vox@imedix.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**Adresa redakce:**
Klimentská 11, 115 60 Praha 1
tel./fax: 02/24 80 25 49
e-mail: centrum@detskylekar.czČasopis 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 - 2241Redakce 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.**Inzerce:**Veronika Drahovzalová
Klimentská 11, 115 60 Praha 1, tel./fax: 02/24 80 25 49
mobil: 0602 873 761, e-mail: centrum@detskylekar.cz

Přehled činnosti SPLDD ČR leden 2002	5
Zápis z jednání Koalice ambulantních lékařů	6
Program financování generační výměny PLDD v nestátních zdravotnických zařízeních	7
Ještě jednou k ocenění privátní lékařské praxe	9
Důvodová zpráva k předloženému návrhu na zřízení nového oboru všeobecné dětské a dorostové lékařství	11
Potřebujeme nový obor v pediatrii?	12
Memorandum (návrh)	13
Stenografický záznam projednávání zákona o veřejném zdravotním pojištění	14



Zápis z jednání výboru OSPDL ČLS JEP	19
MUDr. J. Procházka Úloha pohybové aktivity v prevenci kardiovaskulárních nemocí	19
MUDr. V. Lád Nejčastější poruchy rytmu v dětském věku	22
Prim. MUDr. Š. Rucki, CSc. Měříme správně krevní tlak?	23
MUDr. J. Liška a kol. Hypertenze u dospívajících	26
MUDr. J. Dvořáková Mykoplazmatická myokarditis - kazuistika	30
MUDr. R. Vetešníková - Koubová Atresia hymenalis - kazuistika	31
MUDr. M. Křížová Onkologické memento v praxi - kazuistika	32
MUDr. P. Szitány, Ph.D., Doc. MUDr. J. Nevořal, CSc. Tuky a časná stádia vývoje dětského organismu	34



Aktuality	37
Řádková inzerce lékařů	42



Vážené kolegyně, vážení kolegové,

dne 6. února 2002 se v Národním domě na Vinohradech sešli kolem „kulatého stolu“ všichni, kteří mají nebo by měli mít možnost ovlivnit péči o děti a dorost v České republice. Setkání sežvalo po dohodě s výborem SPLDD a OSPDL MUDr. Cabrnchová. Tato setkání mělo před sebou dva úkoly - vyjádřit se k tomu, kdo se bude v dalších letech starat v primární péči o děti a dorost a jaké by k tomu měl mít vzdělání. Otázky velmi aktuální v době, kdy se v Koncepti všeobecného lékařství vyskytuje věta, že se všeobecný lékař stará o pacienty od 0 věku do smrti. Jako praktičtí lékaři pro děti a dorost cítíme nesmírné ohrožení do

budoucnosti, protože tato věta otevírá dveře rodinnému lékaři.

Třebaže několikrát padlo, že toto jednání nevytváří podmínky pro generaci naší, ale generace budoucí, nedokázali se mnozí přenést přes vlastní stín. Všichni jsme se celkem shodli, že o děti se musí starat dětský lékař, že jiná varianta by byla krokem zpět a vedla by ke zhoršení péče o děti. Ale potom už jsem s tichým úžasem a trochu se zděšením poslouchala názory kolegů, kterých si jinak velice vážím.

Už v současné době je jasné, že jeden lékař - pediatr nemůže dokonale obsáhnout celý obor. I v rámci návrhu na atestace je jeho rozdělení v závěrečné fázi přípravy na neonatologa, na pediatra klinického (ale můžeme též říkat nemocničního či lůžkového) a praktického dětského lékaře (jinými slovy ambulantního, všeobecného či v primární péči). Nezáleží teď na tom, jak jim budeme říkat, všichni vědí, že se výrazně liší. Liší se styl práce, náplň a nárok na teoretické a praktické znalosti. Ten kdo toto popírá a tvrdí, že pediatrie je jen jedna, že ji nesmíme štěpit a za štěpení považuje rozdílné atestace, ten zavírá oči před budoucností. Aneb, jak krásně řekl kolega Kudyn: „Tvrdíme, že pediatrie je jeden strom, který má různé větve. Dohadujeme se, kdo bude česat ovoce, ale přehlízíme, že už nám někdo podřezává kmen.“ To, co je všem společné, je pacient - dítě či dorostenec, o toho se musíme starat jak nejlépe umíme, ale budeme to i v budoucnosti dokonale umět? Nechci vypisovat rozdílnosti jednotlivých odvětví pediatrie, ale všichni víme, že PLDD musí být schopen v první fázi poznat zdravé dítě, v další fázi u dítěte s nějakou patologií udělat diferenciální diagnózu (ta musí být velmi rychlá, často v několika minutách) a potom se rozhodnout, co může léčit sám, co musí konzultovat se specialistou a co předá k další léčbě jinému lékaři. Ale práce PLDD je i o jiných věcech - o ekonomice praxe, o účetnictví, o zdravotním pojištění, o hygienických předpisech, o mzdových předpisech a mnoha dalších. Známe několik kolegů, kteří si vyzkoušeli soukromou praxi a rychle se vrátili do nemocnice, kde se nemusí zajímat o to, kde sehnat sestru, kde a za kolik objednat materiál, kde zajistit řemeslníka na opravy a kde je hlavně kdykoliv po ruce kolega, se kterým se mohou poradit. Vážím, nesmírně si vážím práce svých kolegů v nemocnicích, má práce není bez nich možná, ale ani oni se neobejdou bez nás. Nikdo z těch, kdo tak vehementně nechtějí připustit atestaci z oboru PLDD, ale neřekl, jak chce zajistit kvalitu přípravy PLDD. Z debaty pouze vyplynulo, že nejlepší příprava je v nemocnici respektive na klinice, že mladí lékaři nemají po absolvování představy, co by chtěli dělat a musí mít dost času na to, aby se rozhodli a že atestace musí být taková, aby mohli jít pracovat i do zahraničí.

Nechci bránit budoucím mladým kolegům v práci v zahraničí, ale když někdo dokončí vysokou školu, měl by mít už představu, co chce dělat a tomu podřídit další přípravu. A nést riziko svého špatného rozhodnutí, pokud se ukáže, že to není ten pravý obor a udělat něco proto, abych své rozhodnutí napravil. Netvrdíme, že pokud někdo bude mít atestaci z neonatologie, tak musí absolvovat zнову celou předatestační přípravu, když bude chtít dělat PLDD. Chceme jen, aby si doplnil tu část, o kterou se budou předatestační přípravy lišit a složil atestaci z oboru PLDD. Tak tomu bude i v jiných oborech medicíny. Ale já bych ráda jednou svou praxi předala erudovanému kolegovi, který již bude mít představu, co práce v primární péči obnáší. Protože k tomuto kolegovi budou chodit má vnoučata a pravnoučata až už neudrží fonendoskop v ruce.

MUDr. Jiřina Dvořáková
Místopředseda SPLDD ČR

EpiStop - MEDIFORUM

Westův syndrom

Myasthenia gravis

Rehabilitace u neurologicky
postižených dětí



seznam inzerujících firem

AVENTIS PASTEUR

GlaxoSmithKline

HEINZ

Kimberly-Clark

KRKA

LÉČIVA

ORION DIAGNOSTICA

SOLVAY PHARMA

Nové úřední hodiny v kanceláři SPLDD ČR

Úterý 10,00 - 17,00

Středa 10,00 - 17,00

Čtvrtek 10,00 - 17,00

Členy Výboru zpravidla

zastihnete v těchto hodinách:

Úterý

14,00 - 16,00 - MUDr. Pavel Neugebauer

Středa

10,00 - 12,00 - MUDr. Hana Cabrnchová

13,00 - 17,00 - MUDr. Milan Kudyn

15,00 - 17,00 - MUDr. Jiřina Dvořáková

16,00 - 17,00 - MUDr. Tomáš Soukup



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc leden 2002

MUDr. Pavel Neugebauer

Měsíc ve znamení možného dořešení vykazování a úhrady očkovaní v našich ordinacích, zahajují se jednání na téma úhrady ve zdravotnictví ve II. pololetí roku 2002, na půdě našeho Sdružení a odborné společnosti pokračují diskuse na téma zřízení nového základního oboru – praktický lékař pro děti a dorost, projekt iZIP získává reálnou podobu, přistupuje se ke spuštění pilotní fáze, trvají diskuse na téma LSPP.

7.1. – na ČLK svoláno dohodovací řízení k Seznamu výkonů, po lehce chaotickém vyjasnění otázky svolavatele proběhlo legitimní jednání, které schválilo námi požadované změny očkovacích kódů s doporučením urychleného zařazení do novely příslušné vyhlášky, možné konečné řešení problémů kolem vykazování a úhrady očkovacích kódů tak nabralo konkrétnější podobu

11.1. – další schůzka analytické pracovní skupiny, stěžejním výsledkem je návrh na dotazník k jednoduchému monitoringu režijních nákladů našich praxí, předáno ke zveřejnění ve VOXu

14.1. – schůzka Dozorčí rady projektu iZIP, přistoupeno k zahájení pilotní fáze, podrobnosti jsou součástí suplementa, které bylo přiloženo k předchozímu číslu VOXu

15.1. – opět se rozbíhá kolotoč dohodovacího řízení k cenám na II. pololetí roku 2002, úvodní schůzka stanovila především termínový kalendář jednotlivých fází

16.1. – pracovní skupina k seznamu výkonů zatím odložila jednání na zařazení výkonu CRP do spektra výkonů PL, tím však nekončí naše aktivita v tomto směru a věříme, že ještě před zařazením tohoto výkonu do uvedeného seznamu vý-

konů se podaří prosadit pilotní zavádění tohoto kódu přes číselník VZP, obdobný postup známe např. z aplikace výkonu druhého očkovaní

16.1. – schůzka s realizátory našich webových stránek, kritika jejich současné podoby vyústila v návrhy na jejich oživení, výsledek snad bude brzy znatelný a proto zveme k jejich sledování

16.1. – schůzka Výkonného výboru, diskutovány výstupy z proběhlých jednání a stanovena strategie pro další (zejména problematika LSPP, zejména ve vztahu k aktivizaci různých sdělení v tisku, dále problematika spojená s koncepcí oboru PLDD, předávání praxí, strategie pro cenová jednání atd.)

17.1. – další schůzka na MPSV na téma možné integrace zdravotní a sociální péče, zatím vše ve fázi ryze pracovních materiálů, případné výstupy z dalších jednání na toto téma budeme publikovat

17.1. – Senátní seminář na téma akreditace, certifikace, vše spíše na poli akademických debat o možnostech aplikace ve zdravotnictví, možné výstupy ve vztahu k zvyšování kvality poskytované péče demonstrovány na příkladu Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, kde se s certifikací činnosti již začalo

22.1. – schůzka Koalice ambulantních lékařů, výstup z tohoto jednání otiskujeme na jiném místě, za povšimnutí stojí zájem Společnosti ambulantních chirurgů zapojit se do činnosti této Koalice

23.1. – v NHÚ pořádán seminář na téma LSPP, spíše opět demonstrace názorové nejednoty na toto téma

23.1. – probíhá jednání na téma předávání praxí, které nabírá stále konkrétnější podoby, zdá se, že se nachází metoda určující metodologii ocenění praxe a to ve spolupráci s daňovými poradci

29.1. – opět schůzka Koalice ambulantních lékařů, tentokráté především zaměřená na přípravu chystané tiskové konference

31.1. – první jednání přípravné fáze dohodovacího řízení o cenách na II. pololetí roku 2002, předloženy základní návrhy, které se zásadně liší dle předkladatele, z naší strany v tomto „nástřelu“ požadována hodnota bodu 1,- Kč a hodnota kapitace 32,- Kč, samozřejmě jako minimální hodnoty, oproti tomu VZP navrhuje zachovat vyšší úhrad z I. pololetí letošního roku, uvidíme, jak se budou tyto návrhy dále sblížovat



Zápis z jednání Koalice ambulantních lékařů

Ze dne 22. ledna 2002

Program:

1. Novela zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění
2. Metodika statistického šetření nákladovosti privátních ambulantních praxí
3. LSPP
4. Dohodovací řízení na rok 2003
5. Tisková konference Koalice ambulantních lékařů
6. Různé

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

Diskuse se týkala výkladu § 11 (tzv. „paragraf Fischerové“) Návrh novely zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění byl projednán v Senátu, senátoři MUDr. Roithová a MUDr. Julínek prosadili úpravu zmiňovaného § a návrh s touto úpravou vrátil Senát zpět Poslanecké sněmovně Parlamentu.

Úkol: shromáždit podklady pro vypracování seznamu výkonů hrazených z veřejného zdravotního pojištění.

■ 2. Metodika statistického šetření nákladovosti privátních ambulantních praxí praktických lékařů

MUDr. Jelínek přes opakované urgencye neob-

držel z VZP komentář k navrhované metodice statistického šetření nákladovosti privátních ambulantních praxí.

■ 3. LSPP

Zajištění LSPP naráží v současné době na nevyjasněnost kompetencí v souvislosti s novým územním členěním a na nedostatek finančních prostředků. Účastníci jednání se shodli na nutnosti zachovat pohotovostní služby, ale je třeba legislativně vyřešit jejich organizaci a financování. Žádný lékař nesmí být nucen pracovat nad rámec smlouvy se zdravotními pojišťovnami a pokud se pro další činnost dobrovolně rozhodne, musí mu být odpovídajícím způsobem uhrazena.

Úkol: MUDr. Jelínek přinese na další jednání Koalice judikát Evropského obchodního dvora, který tuto problematiku řeší.

Úkol: shromáždit informace o organizaci a financování LSPP v Německu a Rakousku.

■ 4. Dohodovací řízení na rok 2003

MUDr. Pekárek hovořil o nejednoznačném výkladu rozhodnutí MZ o cenách na 1. pololetí 2002 pro poskytovatele zdravotní péče, kteří se se ZP nedohodli. Pro DŘ na další období je třeba stanovit cíle, kterých chce Koalice dosáhnout:

- a) změnit období pro stanovení cen zdravotní

péče a hodnoty bodu tak, aby účastníci DŘ měli k dispozici výsledky hospodaření zdravotních pojišťoven již v přípravné fázi

- b) prosadit uzákonění mechanismu řešení nedohody, která jednostranně zvýhodňuje pojišťovny

- c) rozhodování o způsobu řešení nedohody přenést na vyšší úroveň (velká tripartita).

Úkol: pozvat na další jednání MUDr. Milana Cabrnocha.

Úkol: uspořádat v březnu seminář se Svazem zdravotních pojišťoven a Svazem zdravotních pojišťoven ČR a začít jednat o možnostech řešení nedohody na DŘ.

■ 5. Tisková konference Koalice ambulantních lékařů

TK se bude konat 4. února 2002 od 10.00 hod. ve velké učebně Vzdělávacího střediska ČSK. Program:

- a) Práva soukromého lékaře – právo na odměnu a právo na odpočinek

- b) Oddělení fondů

■ 6. Různé

MUDr. Stará projedná s redaktorkou Janou Klusákovou možnost uspořádat „kulatý stůl“ k tématům tiskové konference a nejenom k nim.

Ze dne 29. ledna 2002

Program:

1. Příprava tiskové konference
2. Setkání s MUDr. Milanem Cabrnchem, poslancem PSP ČR

■ 1. Příprava tiskové konference

Tisková konference Koalice na téma „Práva soukromého lékaře“ se bude konat v pondělí 4. února od 10.00 hodin ve velké učebně VS ČSK. Program TK:

1) Právo na odpočinek (problematika LSPP)

Privátní lékaři musí mít stejná práva jako lékaři zaměstnanci. Pohotovostní služba by měla být zajišťována prostřednictvím smlouvy formou státní zakázky s podmínkami, které by zajistily:

- únosnou míru zátěže
- odpovídající honorář
- bezpečnost

Podmínky přijetí státní zakázky:

- organizaci a financování LSPP bude řešit stát
- odmítnutí smlouvy nesmí ohrozit provozování soukromé praxe

K tomuto bodu budou hovořit MUDr. Pekárek, MUDr. Jelínek, MUDr. Neugebauer a J. Uher.

2) Právo na odměnu (Vyhláška MZ – ceny na 1. pololetí 2002)

Ve Vyhlášce č. 458/2001 Sb., stanovilo MZ regulační opatření, která znemožňují lékařům poskytovat v 1. pololetí 2002 pod hrozbou sankcí odpovídající péči.

Motto: „Vláda ohrozila vydáním této vyhlášky zdravotní stav obyvatelstva“ K tomuto bodu TK budou hovořit MUDr. Dvořák a MUDr. Tautermann.

3) Paragraf Fischerové

K třetímu bodu tiskové konference jsou jako hosté pozváni senátorka MUDr. Zuzana Roithová a poslanec MUDr. Milan Cabrnch, kteří aktivně podporovali snahu Koalice vypustit zmíněný paragraf z novely zákona (Václav Krása jev pondělí mimo Prahu a TK se nemůže zúčastnit)

■ 2. Setkání s MUDr. Milanem Cabrnchem, poslancem PSP ČR

■ MUDr. Cabrnch seznámil přítomné s výsledkem projednávání novely zákona č. 48/97 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Senátní návrh ani původně schválená poslanecká verze novely nebyly přijaty. Zákon bude platit dál v současné podobě.

■ Návrh na zrušení „paragrafu Fischerové“ prostřednictvím Ústavního soudu se rozhodnutím PSP stal znovu aktuálním. ODS předá návrh stížnosti na posouzení právníkům a pokud bude text po právní stránce v pořádku a podaří se jí shromáždit potřebné množství podpisů, stížnost podá.

■ Účastníci setkání diskutovali o problematice LSPP, MUDr. Cabrnch se seznámil se stanoviskem Koalice k organizaci a financování pohotovostních služeb.

■ Dlouhá diskuse se rozvinula kolem otázky členství v Komorách. ODS jednoznačně preferuje nepovinné členství.

■ MUDr. Cabrnch se zcela neztotožnil s požadavkem Koalice na oddělení fondů.

Další jednání: úterý 5. března 2002 od 17.00 hodin v pracovně MUDr. Pekárka.



Program financování generační výměny praktických lékařů pro děti a dorost v nestátních zdravotnických zařízeních primární zdravotní péče v ČR

MUDr. Milan Kudyn

Koordinátor programu

Předkládáme vám další informace dotýkající se společných aktivit ČSOP a SPLDD na tomto programu. Dále připojujeme poněkud odlišný náhled na oceňování lékařských praxí a základní dokumenty, od kterých se odvíjí spolupráce VZP na tomto programu. Do programu se do dnešního dne aktivně přihlásilo 6 kolegů, kteří navázali na požadavky schvalovacích míst ČSOP, aby mohlo proběhnout ověření navržených postupů na reálných datech konkrétních praxí.

Program financování generační výměny předběžně dohodnutý mezi ČSOP a SPLDD ČR

■ 1. Předmět a účel financování

Cílem tohoto programu je návrh financování generační výměny praktických lékařů.

Forma převodu zdravotnického zařízení (lékařské praxe) není doposud zcela vyjasněna. Jedná se o novou situaci, kdy skupina aktivních praktických lékařů se blíží důchodovému věku, nebo již přesluhují, a mohla by tak být ohrožena péče o pacienty v některých regionech.

Sdružení praktických lékařů dohodla s VZP ČR (její platby tvoří většinu příjmů ordinací praktických lékařů a de facto rozhodují o celkové výši těchto příjmů, reguluje počty ordinací, omezuje přechody pacientů apod.) základní principy pro předání praxí tak, aby nebyly dotčeny vzájemné smluvní vztahy mezi VZP a příslušným zdravotnickým zařízením. Ostatní pojišťovny „kopírují“ dohodnuté principy s VZP.

■ Základní principy:

1. Smluvní lékař VZP ČR může předat praxi svému asistentovi, který s ním pracoval v příslušné ordinaci (vykonával s ním praxi) po dobu nejméně jednoho roku přede dnem převodu praxe.

2. Smluvní lékař oznámí alespoň půl roku před předpokládaným ukončením své aktivní činnosti příslušné OP VZP ČR své rozhodnutí předat praxi svému asistentovi.

3. OP VZP ČR vyhodnotí své zkušenosti z dosa-

vadní činnosti asistenta v příslušné ordinaci a zhruba do jednoho měsíce sdělí smluvnímu lékaři, zda navrhovaný nástupce je pro ni jako smluvní partner akceptovatelný.

4. Se změnou v osobě registrujícího lékaře musí být všichni pacienti seznámeni tak, aby se mohli rozhodnout, zda se budou registrovat u nástupce dosavadního registrujícího lékaře (na kterého byla praxe převedena), či zda si zvolí jiného praktického lékaře. Tuto činnost musí nový držitel praxe provést nejpozději do šesti měsíců ode dne uzavření smlouvy – po tuto dobu VZP ČR předpokládá, že mu při plnění smluvně dohodnutých podmínek bude hradit poskytnutou zdravotní péči za stejných podmínek jako jeho předchůdci.

5. Předpokladem pro uzavření nové smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče je konání výběrového řízení a dodržení všech podmínek stanovených v souvislosti s jejím uzavřením příslušnými obecně platnými právními předpisy.

■ 2. Příjemce úvěru

Úvěr je určen pro praktické lékaře, kteří splňují podmínky VZP nutné pro přebrání lékařské praxe.

Úvěr bude poskytnut na základě posouzení bonity.

Šest měsíců od uzavření smlouvy o smlouvě budoucí o možném převedení praxe mezi seniorem a juniorem má junior možnost požádat o úvěr

v součinnosti s podklady poskytnutými seniorem.

■ 3. Základní podmínky pro poskytnutí úvěru

- a) – Písemná garance od příslušné profesní organizace (SPLDD), že je žádoucí zachovat ordinaci;
 - Smlouva o smlouvě budoucí o možném převedení praxe mezi seniorem a juniorem.
- b) – Výše úvěru max. 80 % z kupní ceny
 - Délka úvěru až 10 let
 - Zajištění
 - budoucími příjmy
 - nemovitým majetkem (je-li)
 - a movitým majetkem
 - životní pojištění (Standardní zajištění)
 - Smlouva se zdravotní pojišťovnou
 - Úvěr bude poskytnut na základě posouzení bonity (vychází zejména z dluhové služby = splátky jistiny a úroků/čisté příjmy a ze zadlužení)
 - Účet u ČSOP

■ 4. Požadované podklady (informace):

1. Výkazy

- jednoduché účetnictví: příjmy a výdaje, majetek a závazky (ČSOP připraví formulář)
- podvojný účetnictví: výkaz zisků a ztrát, roz-



- vaha 3 roky zpět a aktuální (senior)
2. Daňová příznání
 - 3 roky zpět (senior)
 3. Smlouva se zdravotní pojišťovnou s vymezeným způsobem platby (se všemi pojišťovnami, s kterými ji uzavřel) (senior)
 4. Rekapitulace nároků na kapitační platbu - měsíční (za poslední 2 roky, od všech pojišťoven, senior)
 5. Stav vyúčtování zdravotních výkonů - čtvrtletně (za poslední 2 roky, od všech pojišťoven, senior)
 6. Přehledy přijatých a odmítnutých registrací - čtvrtletně (za poslední 2 roky, od všech pojišťoven, senior), současná průměrná věková struktura.
 7. Zda existuje smlouva praktického lékaře (seniora) s jiným subjektem (např. škola, SOU) o poskytování zdravotní péče. Pokud existuje, zda bude předána a jaké jsou podmínky.
 8. Smlouva o kupní smlouvě budoucí³ mezi seniorem a juniorem. Dopis kde senior oznamuje pojišťovně ukončení (u všech pojišťoven) Smlouva se zdravotní pojišťovnou s vymezeným způsobem platby uzavřená juniorem (se všemi pojišťovnami)
 9. Písemná garance od příslušné profesní organizace (SPLDD), že je žádoucí zachovat ordinaci
 10. Převod pracovního a technického vybavení - dává souhlas orgán příslušný k registraci a zdrav. pojišťovna ověřuje.
 11. Protokol o počtu přeregistrovaných pacientů a předání zdravotní dokumentace.
 12. Výhled - rozpočet příjmů a výdajů. Komentář - vymezení změn proti současnosti (zajištění „zdravotního střediska“ - pronájem, vlastní ...atd.)
 13. Očekávané investiční náklady na dobu úvěru

5. Kritérium posouzení návratnosti úvěru

Při financování úvěrem musí čisté příjmy pokrýt splátky jistiny a úroků, osobní spotřebu (vzhledem k dlouhodobému charakteru úvěru i fiktivní rodiny v případě, že junior je svobodný) a zahrnovat dostatečnou rezervu na případné výkyvy příjmů.

Pro orientaci o výši splátek jistiny a úroků jsou v příloze uvedeny příklady pro úvěry ve výši v rozptěti 500 tis. Kč až 3000 tis. Kč se splatností 5, 7, 10 let v režimu čtvrtletních splátek jistin a úroků (ad A) a v režimu čtvrtletních anuitních splátek (ad B). Pro bonitu A Příloha č. 1, pro bonitu B Příloha č. 2, pro bonitu C Příloha č. 3.

Základní principy pro předávání praxí dohodnuté mezi VZP ČR, SPLDD ČR a SPL ČR

V zájmu zachování kontinuity poskytování zdravotní péče pro pojištěnce VZP ČR byly na jednání mezi zástupci VZP ČR, zástupci Sdružení praktických lékařů ČR a zástupci Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR dohodnuty pro předávání praxí následující základní principy:

- 1) Smluvní lékař VZP ČR, poskytující zdravotní péči v odbornosti 001 a 002 (dále jen smluvní lékař), může předat praxi svému asistentovi, který s ním pracoval v příslušné ordinaci (vykonával s ním praxi) po dobu nejméně jednoho roku přede dnem uvažovaného převodu praxe.
- 2) Smluvní lékař oznámí alespoň půl roku před předpokládaným ukončením své aktivní činnosti příslušné OP VZP své rozhodnutí předat praxi svému asistentovi.
- 3) OP VZP ČR vyhodnotí své zkušenosti z dosavadní činnosti asistenta v příslušné ordinaci a zhruba do jednoho měsíce sdělí smluvnímu lékaři, zda jím navrhovaný nástupce je pro ni jako smluvní partner akceptovatelný.
- 4) Se změnou v osobě registrujícího lékaře musí být všichni pacienti smluvního lékaře - pojištěnci VZP ČR seznámeni tak, aby mohli rozhodnout,

zda se budou registrovat u nástupce dosavadního registrujícího lékaře, či zda si zvolí jiného praktického lékaře. Tuto činnost musí nový držitel praxe provést nejpozději do šesti měsíců ode dne uzavření smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče. Po tuto dobu VZP ČR předpokládá, že při plnění smluvně dohodnutých podmínek bude smluvnímu lékaři hradit poskytnutou zdravotní péči za stejných podmínek jako předchůdci.

Předpokladem pro uzavření nové smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče je konání výběrového řízení a dodržení všech podmínek stanovených v souvislosti s jejím uzavřením příslušnými obecně závaznými právními předpisy.

V Praze dne 25.7.2001

Za SPLDD ČR

MUDr. Pavel Neugebauer v.r.

Za SPL ČR

MUDr. Václav Šmatlák v.r.

Za VZP ČR

Ing. Jiřina Musílková v.r.

3 K bodu 8: Doporučení od ČSOB, a.s.: Kupní smlouva by měla obsahovat vymezení předmětu kupní smlouvy (pacienti, vybavení atd.), způsob převodu, způsob úhrady kupní ceny, tj. stanovení podmínek, např. po poskytnutí úvěru přímo na účet prodávajícího apod. Podmínkami pro čerpání úvěru budou nejčastěji: podepsání smlouvy s VZP, v případě zástavy nemovitosti její zapsání do katastru nemovitosti. (Peníze budou po splnění podmínek v úvěrové smlouvě zaslány přímo na účet prodávajícího. Banka vystaví potvrzení ve prospěch prodávajícího).

Pediatrická klinika LF UK Hradec Králové
pořádá kurz

NOVÉ TRENDY V PEDIATRII

22. - 26.4.2002

v posluchárně Dětské kliniky FN Hradec Králové
organizátor MUDr. J Marešová

Kurz je vhodný pro lékaře v přípravě ke specializačním atestacím a pro postgraduální výchovu PLDD. Náplň kurzu se týká tzv. hraničních oborů jako je rehabilitace a bolest, rtg, hematonekologie, dětská chirurgie, genetika atd.



Ještě jednou k ocenění privátní lékařské praxe

Ing. František Elis – daňový poradce, Jičín

Pojednat seriózním způsobem o ocenění privátní lékařské praxe je složitější, než by se mohlo na první pohled zdát. Především je nezbytně nutné mít od samého prvopočátku na paměti, že použitá oceňovací metoda musí být zvolena podle účelu, ke kterému má ocenění sloužit. Je rovněž třeba zvážit vypovídací schopnosti jednotlivých oceňovacích metod v podmínkách České republiky. Přijmeme-li předpoklad, že důvodem ocenění je generační výměna praktických lékařů, v privátních lékařských praxích, pak bude patrně použita některá z výnosových metod, případně některá z kombinovaných výnosových metod. Ty se snaží o kombinované ocenění majetkové a výnosové.

Jedna z výnosových metod byla nastíněna v článku ing. Jiřího Háka v čísle 8 časopisu VOX PEDIATRIAE včetně vzorového příkladu. Další metodou může být např. metoda kapitalizovaných čistých výnosů. Z kombinovaných výnosových metod (ty by byly patrně vhodné v případech nadstandardně vybavených ordinací jakými jsou v některých případech třeba stomatologická pracoviště) může připadat v úvahu metoda vážené střední hodnoty či metoda nadzisku a superzisku. V budoucnu mohou být použitelné i metody založené na analýze trhu formou srovnání s podobnými lékařskými praxemi, kde byl již prodej realizován a realizovaná hodnota je známá. Nelze vyloučit, ale spíše doporučit použití i více (dvou) oceňovacích metod a výslednou hodnotu privátní lékařské praxe zjistit tvořivou syntézou jejich výsledků.

Daleko před výběrem oceňovací metody je však nutno vyjasnit si některé důležité skutečnosti.

1. Hodnota privátní lékařské praxe není jistě zanedbatelná. Přesto ji však v kategorizaci podniků nepochybně zařadíme jako **malou** i když **stabilizovanou firmu**. Z toho vyplývá a musíme si to nejen uvědomit, ale i akceptovat, že námaha a především náklady spojené s příliš hlubokým rozbořením, by se v konečném důsledku nevyplatily.

2. Vzhledem k tomu, že budeme oceňovat podnik účtující v soustavě **jednoduchého účetnictví** nebudeme mít k dispozici vždy takové ekonomické údaje z minulých let, jaké bychom k jednotlivým analýzám potřebovali.

Nutná bude tedy úzká součinnost stávajícího provozovatele a výsledek bude záviset i na tom, jak příliš nechá zpracovatele „nahlédnout do karet“.

3. Protože se jedná o malý podnik, znamená to, že i **malá chyba** např. při úpravě časové řady minulých hospodářských výsledků (rozdíl mezi příjmy a výdaji) na srovnatelnou a reálnou úroveň, může mít v konečném důsledku **značný dopad**. To je mimo mnoha jiných důvodů rovněž důvod, proč ocenění zadat zkušenému odborníkovi v této konkrétní oblasti oceňování.

4. Chceme-li získat skutečně hodnověrné ocenění své lékařské praxe, musíme počítat s tím, že budou zkoumány i některé **„zvláštní vlivy“** z pohledu tvorby zisku. Může se jednat např. o zahrnování některých položek osobní spotřeby do nákladů nebo naopak nezahrnování daňově uznatelných nákladů (cestovní náhrady, drobná vydání režijního charakteru) do účetnictví. Bude nutno vyloučit vliv případné spolupráce manžela (manželky), metodických změn a samozřejmě mimořádných nákladů (výdajů) a příjmů.

5. Budeme si rovněž muset uvědomit, že sice děláme vše pro správné stanovení **tržní hodnoty** konkrétní privátní lékařské praxe, ale při prodeji lékařské praxe se příliš v **tržním prostředí** nepohybujeme. Okruh potenciálních zájemců je omezen. Jedná se o omezení profesní, finanční a mnohá další. Až na výjimky poptávka převyšuje nabídku. To vše samozřejmě ovlivňuje konečnou realizační cenu, která se, byť od správně nastavené tržní ceny může i výrazně odlišovat.

6. Pro prodávajícího není samozřejmě zanedbatelná skutečnost, jaký **čistý příjem** bude z **realizace prodeje** mít. To ovlivňuje, třeba i podvědomě subjektivní názor prodávajícího na prodejní cenu. Protože v krajním případě může odvod do státního rozpočtu (daň z příjmů fyzických osob, sociální pojištění, zdravotní pojištění, dobrovolné nemocenské pojištění) činit až téměř 50% snižuje se po zjištění této skutečnosti někdy i ochota prodej realizovat. Částečně lze tento handicap zmírnit vhodně zvoleným okamžikem prodeje (ne k 31.12. ale třeba k 1.1. nebo 31.1.).

7. Z pohledu kupujícího, pokud uvažuje racionálně a tržně, bude ochota akceptovat

jen takovou cenu, která se mu v přijatelném časovém horizontu vrátí v rozdílu mezi stávajícím příjmem, např. ze závislé činnosti a čistým příjmem (příjmem po zdanění) z provozování získané praxe. Takže pro různé potencionální zájemce může být **hraniční ekonomicky odůvodněná cena** různá. S tím je nutno v úvahách počítat. Výsledný čistý příjem bude ovlivněn i cenou případného úvěru na pořízení praxe.

8. Při svých úvahách musíme mít rovněž na paměti, že hodnota privátní lékařské praxe odráží především takový platební hodnotový potenciál, který je vázán na **vzájemné vztahy** mezi dosavadním **vlastníkem** (provozovatelem) **praxe a jeho pacienty**. Tyto vztahy se nemohou přenášet, nový vlastník (provozovatel) si je musí znovu vybudovat. To má ovšem význam nejen pro vlastní ohodnocení praxe, ale tato skutečnost může významně posunout hraniční cenu pro nového zájemce. Jeden potencionální zájemce o koupi praxe může totiž dojít k objektivnímu závěru, že si část pacientů z jakýchkoliv důvodů neudrží. Druhý naopak dle místních znalostí a vlastní předchozí odborné praxe bude objektivně předpokládat, že se jeho klientela nejen zachová, ale že se během relativně krátké doby i podstatně rozšíří.

9. Důležitou oblastí, kterou bude nutno posoudit, budou předpokládané makroekonomické změny. Jednak budeme muset odhadnout **tendenci vývoje cen** obecně, dále pak jak se budou vyvíjet ceny nájmu, energií, zaměstnaneckých mezd a dalších vstupů, které náklady na provoz lékařských praxí nejvíce ovlivní. Jednak budeme muset posoudit jakým směrem se bude ubírat zdravotnictví jako celek a **jak bude podporováno a preferováno privátní zdravotnictví**. V jistých, zlomových situacích může mít správný odhad a posouzení těchto vlivů značný význam pro správné stanovení ceny podniku – lékařské praxe.

10. V neposlední řadě je nutno vzít v úvahu, že při prodeji privátní lékařské praxe se neprodává pouze podnik, ale mnohdy i **vstup do profese** a určité **zařazení do společenské hierarchie**. Tato skutečnost může mít samozřejmě rozdílný význam v anonymním velkoměstě a na venkově.



Tento článek neměl být v žádném případě vyčerpávajícím výčtem možných, či v úvahu připadajících a také prakticky použitelných oceňovacích metod, ani jednoznačným návodem k jednotlivým postupným krokům, které je nutno učinit před vlastním oceněním praxe nebo v jeho průběhu. Jeho cílem je upozornit na některé nemalé zvláštnosti, kterými se lékařská praxe odlišuje od ostatních skupin podniků fyzických osob a zdůraznit, že

objektivní, hodnověrné ocenění privátní lékařské praxe není jednoduchou záležitostí. Současně měl čtenáře a především případné budoucí účastníky převodu těchto privátních praxí, ať již na straně současného, či budoucího provozovatele, upozornit na to, že převod lékařské praxe není pouze prodej hmotného majetku a materiálových zásob a přenechání kartotéky pacientů.

Pochopitelně, že konkrétní prodejní cena

bude cena dosažená dohodou obou účastníků transakce a promítne se do ní mnoho subjektivních vlivů. Cena pro jednání a následnou vzájemnou dohodu by však neměla být stanovena „pohledem z okna“, jak se to v současné době bohužel velmi často stává, ale na základě objektivních a seriózních propočtů.

Na základě četných dotazů, jak a kým je možno ocenit konkrétní praxi, sdělujeme, že SPLDD oficiálně navázalo spolupráci s externím spolupracovníkem, který pod garancí SPLDD nabízí oceňování privátních lékařských praxí za těchto podmínek:

Cena byla pro rok 2002 vykalkulována v pevné částce 10 000,- Kč při hodnotě tržního ocenění privátní lékařské praxe do 1 mil. Kč včetně. Navýšení odměny z hodnoty lékařské praxe přesahující případně 1 mil. Kč činí 0,4%.

Cena zahrnuje:

1. *Vlastní zpracování tržního ocenění privátní lékařské praxe některou z výnosových metod. Konkrétní použitá metoda bude zvolena dle charakteru praxe.*

2. *Daňové dopady pro zadavatele (prodávajícího, či kupujícího) včetně doporučení případných daňových optimalizací. V rámci této ceny není vyloučena dohoda o dalších souvisejících službách např. o zpracování vzoru (návrhu) „kupní smlouvy“ apod., neboť se jedná o závažnější cenu.*

Žádám ty z Vás, kteří mají konkrétní zájem přistoupit nezávazně k programu, aby své požadavky (včetně ocenění praxe) směřovali písemně k rukám koordinátora programu, který je vázán mlčenlivostí. Neměly by chybět základní údaje (okres, kde se praxe nachází, telefonní kontakt event. jméno).

Odpověď na dotaz: dítě nepřihlášené ke zdravotnímu pojištění

V první řadě je třeba uvést, že nejde o nepojištěnou osobu. Dle §3, odst.1, písm.a) zákona č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, je narození osoby s trvalým pobytem na území České republiky skutečností, na jejímž základě vzniká zdravotní pojištění této osoby.

Problémem je tedy skutečnost, že ošetřující lékařka nemá informace o tom, u které zdravotní pojišťovny je dítě pojištěno. Zde je nutno vycházet z ustanovení §11, odst.1, písm.a), zákona č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, které uvádí „...Dnem narození se dítě stává pojištěncem zdravotní pojišťovny, u které je pojištěna matka v den jeho narození“.

Je třeba upozornit na skutečnost, že dle §10, odst. 6, je zákonný zástupce povinen ohlásit do osmi dnů od narození dítěte příslušné zdravotní pojišťovně (viz výše). Dle §44, odst. 1, zákona č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, může být nesplnění této povinnosti sankcionováno ze strany příslušné zdravotní pojišťovny pokutou do výše 10000,-Kč.

I při nesplnění této povinnosti zákonným zástupcem by však mělo dítě být vedeno v Centrálním registru pojištěnců a to na základě ohlášení příslušného obecního úřadu pověřeného vedením matriky (ten je povinen provést ohlášení bezprostředně po přidělení rodného čísla).

Jediným faktickým problémem tedy je, že ošetřujícímu lékaři není

známo, u které zdravotní pojišťovny je dítě registrováno.

Dle mých současných informací není opravdu dítě vůbec v Centrálním registru pojištěnců vedeno. Je tedy nutno dosáhnout jeho zařazení do tohoto registru. Vzhledem k tomu, že zřejmě není možné očekávat aktivitu od zákonných zástupců (zde by mohlo zřejmě jít o porušení rodičovských povinností a přicházelo by v úvahu oznámení Orgánu pro sociálně právní ochranu dětí při Okresním úřadu dle zákona č. 359/1999Sb., o sociálně právní ochraně dětí) doporučuji následující postup: Obrátit se na místně příslušný obecní úřad pověřený vedením matriky s dotazem, zda došlo ke splnění oznamovací povinnosti dle zákona č.48/1997Sb., §44, odst.1. tímto orgánem a žádostí, aby tento v případě nesplnění povinnosti toto oznámení provedl. Je vhodné uvést okolnosti a komplikace, které nezařazení do Centrálního registru doposud způsobilo a může způsobit do budoucna. Tím by mělo dojít k zařazení do registru a potom je již možno zjistit příslušnost ke zdravotní pojišťovně a provést zpětně vyúčtování.

S pozdravem

Mgr. Jakub Uher právník SPL ČR



Potřebujeme nový obor v pediatrii?

Důvodová zpráva k předloženému návrhu na zřízení nového oboru všeobecné dětské a dorostové lékařství

MUDr. Milan Kudyn, místopředseda SPLDD ČR

OSPDL ČLS JEP s ČPS JEP uspořádala kulatý stůl na téma „Praktický dětský lékař - jeho role v systému zdravotní péče, postavení v primární péči, vzdělávání“. Účelem bylo vyjít vstříct volání po větší diskuzi na tato témata, a to zvláště v době, kdy se připravuje nový zákon o způsobilosti k výkonu zdravotnických povolání. Kulatý stůl se uskutečnil dne 6.2. v Národním domě na Vinohradech.

Obecné zdůvodnění:

SPLDD a OSPDL považuje zřízení tohoto oboru za velmi závažný krok, který by měl udržet dosavadní vysokou kvalitu zdravotní péče o dítě a dorost v ČR. Našemu rozhodnutí předcházela dlouhotrvající diskuse, při které jsme zvažovali všechna pro a proti. Čas a současné poznatky z praxe nás však postupně přivedly na stranu zastánců zřízení oboru. Naše rozhodnutí koncipovala praxe kolegů a kolegyň, kteří, než začali pracovat v terénu, prošli dětskými odděleními nemocnic a klinik a přesvědčili se tak o vysoké specifčnosti obsahu a podmínek práce dosavadního praktického lékaře pro děti a dorost.

Ukazuje se, že v současné době bude podmínkou úspěšné práce v oboru podstatně širší spektrum praktických znalostí ve styčných oborech (dětská chirurgie, ORL, oční, kožní, neurologie, psychologie, sociální pediatrie, dorostové, komplement a zobrazovací metody (sono)). Především bude nutná dlouhodobá praxe na akreditovaných pracovištích PLDD, kterou při sebelepší vůli a relativně úzkých časových možnostech postgraduálního studia nelze zajistit v rámci jediného širokého oboru pediatrie.

Zřízení nového oboru by v žádném případě nemělo vést ke snížení odborné kvality absolventů. Naopak, co nejpřesnější odlišení pro praxi postradatelného od nutného, podpořené dlouhou praxí, bez které si nedovedeme studium nového oboru představit a musí nutně vést k vyšší kvalitě poskytovaných lékařských služeb v primární péči o dítě.

Nový obor by neměl postavit překážku mezi praktické a klinické pediatrie. Naopak úzká spolupráce obou oborů je jediným předpokladem úspěchu v péči o dítě a dorost.

Doba se výrazně změnila, a proto se neohlížíme zpátky. Pokud se pozorně, ale nikoliv nekriticky, podíváme za naše hranice je možné, že jsme jediní, kteří tento obor ustanovili, možná, že také zatím prvni.

Zvláštní důvody:

a) Vysoká specifčnost náplně a systému práce především v oblasti preventivní péče, rychlé stanovení diagnózy, racionální využití dostupných rychlých diagnostických metod ke stanovení diagnózy, racionální a efektivní terapie a úzká spolupráce s rodinou, zvláště v oblasti epidemiologické a sociální.

b) Náplň a systém práce všeobecného dětského lékaře dává obraz multidisciplinárního oboru, který v sobě skrývá nejen činnost ryze pediatrickou, ale i činnost v dalších styčných oborech (následně neonatologické péče, dětská ortopedie, ORL, alergologie, dermatologie atp.).

c) Zajištění kvalitní péče v uvedeném rozsahu předpokládá vysokou odbornost lékaře, na poslední úrovni lékařských znalostí; to vyžaduje plně se oddat oboru a celoživotně se vzdělávat. Při současném prudkém rozvoji vědy, která přináší řadu nových poznatků, nelze předpokládat, že by jeden lékař kvalitně zvládl zdravotní problematiku člověka od narození do úmrtí. Z tohoto důvodu považujeme vznik oboru všeobecné dětské a dorostové lékařství jako paralelu všeobecného lékaře pro dospělé za velmi racionální.

d) Dětský lékař v primární péči (současný PLDD) je v ČR lékařem tradičním a tato organizace péče o dítě byla a je vysoce hodnocena kolegy z vyspělých zemí Evropy. Snaha o vytvoření pouze oboru rodinného lékařství jako snad jediného oboru primární péče by bylo z pohledu komplexní léčebně preventivní péče o dítě chybou a výrazným krokem zpět. Nabízí se otázka, co v současné době pojem rodina obsahuje, zejména z pohledu sociálně ekonomických vazeb.

e) Privatizace zdravotnictví s sebou přinesla podstatně větší odpovědnost lékaře s náročnějším a užším vztahem praktický lékař - pacient. Tento fakt bude vyžadovat nejenom vysokou odbornou kvalitu lékaře, rozšíření palety vyšetřovacích a diagnostických metod a z kvalitnění vybave-

ní ordinací, ale také teoretickou a praktickou připravenost, komunikace mezi lékařem a pacientem resp. jeho rodiči. Nedílnou součástí je nutnost zvládnutí managementu vedení privátní praxe z pohledu ekonomického a legislativního.

f) Ustavením nového oboru přispěje k zajištění předávání praxí současných PLDD (senior - junior) a bude tak zachována kontinuita dostupnosti kvalitního poskytování primární péče dětem a dorostu příslušné oblasti ČR.

g) Ustavení oboru všeobecné dětské a dorostové lékařství by mělo definitivně vyřešit problém péče o dorost, tedy o tu část populace, která je v aktivní přípravě na zvolené povolání. Tato důležitá věková kategorie naší populace žije mnohde v určitém nevyjasněném provizoriu poskytování zdravotní péče. Za nezbytnou považujeme úzkou spolupráci s odborným dorostovým lékařem zvláště v oblasti zařazování do pracovního procesu.

h) Všeobecný dětský o dorostový lékař pečuje o registrovaného pacienta od 0 do 19 let, v rámci zachování kontinuity informací o zdravotním stavu by bylo vhodné zvážit možnost rozšířit tuto registraci pro tento nový obor ne do 19 ti let, ale do ukončení přípravy na budoucí povolání.

i) Atestace z oboru všeobecné dětské a dorostové lékařství bude podmínkou pro udělení licence pro praxi v tomto oboru, bude tak jednoznačně odstraněna možnost různých výkladů licenčního řádu v situaci, kdy existuje jediná atestace z pediatrie. Bude zamezeno nejednotnosti výkladu při souběhu praxí (např. odbornost 301 + 002, provozování odbornosti 002 při ambulancích dětských oddělení nemocnic atd.). Bude významně jednodušší možnost kontroly, odborné náplně činnosti, minimální či částečné úvazky i souběhu odbornosti 001 a 002.



Potřebujeme nový obor v pediatrii?

Doc. MUDr. Jozef Hoza, CSc., vědecký sekretář ČPS JEP

Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP v současné době prosazuje vznik nového základního oboru, kterým má být obor praktického lékaře pro děti a dorost. Spolu s Sdružením praktických lékařů pro děti a dorost toto úsilí zdůvodňují snahou o udržení dosavadní vysoké kvality zdravotní péče o dítě a dorost v ČR. Za základní podmínku úspěšné práce v oboru považují rozšíření spektra praktických znalostí ve styčných oborech (dětská chirurgie, ORL, oční, kožní, neurologie, psychologie, sociální pediatrie, dorostové, komplement a další). Náplň a systém práce praktického a dětského lékaře se uvádí jako multidisciplinární obor, který v sobě skrývá nejen činnost ryze pediatrickou, ale i činnost v dalších styčných oborech. Za racionalitu vzniku nového oboru se považuje paralela všeobecného lékaře, který má v současné době svůj základní obor – všeobecné lékařství.

Postgraduální příprava podle návrhu, který byl předložen na schůzce Kulatý stůl dne 6.2.2002 představitelům téměř všech odborných a profesních aktivit v dětském lékařství u nás, má tuto strukturu:

1) doba přípravy je minimálně 30 měsíců, podle předloženého návrhu se počítá s 36 měsíci, což jsou 3 roky.

2) V obecné charakteristice se uvádí, že teoretická příprava a praktická výuka na dětském nemocničním oddělení by trvala 12 měsíců a v ambulanci praktického dětského lékaře (PLDD) 5 měsíců. Zbylou dobu by probíhala příprava na tzv. styčných oborech a pracovištích.

3) Odborná náplň přípravy není nijak specifikována

Shrneme-li návrh na vznik nového oboru, potom to základní, co obor má představovat, tj. klasická „čistá“ pediatrie by představovala jen 17 měsíců po promoci. Výsledkem tohoto curricula by měl být odborně vzdělaný praktický dětský lékař plně kompetentní po stránce teoretických znalostí a praktických dovedností, návyků a vhodných postojů k samostatné práci jako praktický lékař pro děti a dorost v primární péči. Dovolují si o tomto zdůvodnění vzniku nového oboru dětského

lékařství v ČR – oboru praktického a dětského lékařství – na základě výše uvedených podmínek, vyslovit vážné pochybnosti.

Své pochybnosti budu formulovat k jednotlivým bodům Důvodové zprávy k předloženému návrhu na zřízení nového oboru praktického lékaře pro dítě a dorost ze dne 2.1.2002, které za Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost (SPLDD) podepsaném MUDr. M. Kudynem a předloženém na výše uvedeném shromáždění 6.2.2002.

a) V tomto bodě Důvodové zprávy jsou shrnuty základní charakteristiky dosud uplatňované v základním oboru, kterým je pediatrie – dětské lékařství. Žádná z těchto aktivit a specifických se nemůže vynechat, protože by jinak vzdělání v oboru pediatrie bylo neúplné. Úzká spolupráce s rodinou včetně sociální oblasti nemůže být pouze dočasnou PLDD. Není tedy důvod pro vznik nového oboru, pokud se uplatňují tyto základní prvky pediatrie.

b) Pediatrie jako základní lékařský obor se zabývá dítětem ve zdraví a nemoci. V rozsahu znalostí a dovedností jsou aspekty vývojové, preventivní, věkově specifické, orgánové a systémově specifické (myslím tím patologie, patofyziologie a kliniky). Řeší problematiku dítěte a prostředí, ve kterém žije. Ve všech základních učebnicích pediatrie jsou kapitoly probírající styčné obory (od genetiky až po ORL). Zdůrazňuje se postavení dětského lékaře jako veřejného činitele. Multidisciplinárnost oboru pediatrie představují styčné obory, které se však týkají problematiky dítěte a dospívajícího, které jsou obsahem výuky pediatrie. Míra dovedností v těchto oborech není měřítkem, které by určovalo rozdíl mezi absolventem vzdělání v základním oboru pediatrie a dalším oborem dětského lékařství. Tato míra dovedností se vytváří teprve praxí v oboru, která následuje po získání kvalifikační atestace. V předatestační přípravě by nácvik těchto dovedností neměl být rozdílný mezi lékařem působícím v primární péči nebo nemocniční péči. Nejde o pediatrické specializace, ale o pediatrii. Ani zde není důvod pro založení nového oboru speciálně pro primární péči o dítě a dorost.

c) Tradice dětského lékaře v primární péči vznikla po založení Fakulty dětského lékařství a pediatrických směrů na lékařských fakultách v ČR v padesátých letech. Představovala ranou specializaci v oboru pediatrie již v pregraduální výuce, jejíž obsah je srovnatelný s curiculum, který předkládá SPLDD v postgraduální přípravě oboru. Na tuto pregraduální přípravu navazovala více než 3 letá praxe a postgraduální vzdělávání v oboru pediatrie včetně působení v základních oborech pro dospělé. Další náplní předatestační přípravy byla praxe u tehdejšího obvodního dětského lékaře. Rozsah této přípravy, její pečlivost a důsledná kontrola s vysokými nároky při atestační zkoušce byly základem, který se podílí významnou měrou na úrovni poskytované péče současnou generací dětských lékařů. S ohledem na tuto skutečnost nevidím důvod pro vznik nového oboru v dětském lékařství, protože obor pediatrie ve své komplexnosti nevynechává žádnou aktivitu, která by měla být podmínkou pro činnost současného PLDD. Obor rodinného lékařství jako alternativa praktického lékaře pro dítě a dorost byla a je deklarována Výborem České pediatrické společnosti jako krok zpátky opakovaně, k jinému názoru jsme nemohli dospět, protože chybí jakýkoliv racionální podklad pro realizaci této formy primární péče v ČR.

d) Komunikace mezi pacientem a lékařem je problém, který se řeší v pregraduálním i postgraduálním vzdělávání bez ohledu na privatizaci. Je součástí vybavenosti lékaře, závisí na kvalitě jeho teoretických a praktických schopnostech, etickém citění a v zásadě nemůže být rozdílná mezi praktikem, specialistou nebo nemocničním lékařem. K tomuto nácviku se teprve připravují odpovídající syllaby. Zvládnutí managementu vedení privátní praxe nemůže být samo o sobě důvodem ke vzniku nového základního oboru v dětském lékařství, ale mělo by být součástí vzdělávání pregraduálního obecně a postgraduálního v rámci každého oboru.

e) Předávání praxí současných PLDD (senior-junior) zajišťované vznikem nového oboru ukazují na jeden z hlavních důvo-



dů snahy současného vedení SPLDD a Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP. Nepůjde o zachování kontinuity dostupnosti kvalitního poskytování primární péče dětem a dorostu příslušné oblasti ČR, ale vytvoření bariéry pro vstup do primární péče o dítě a dorost jiným lékařům než těm, kteří absolvují absurdní přípravu oboru praktického dětského lékařství. Motivace vytvoření nového oboru nespočívá v odborných medicínských potřebách, ale jen a jen v rovině ekonomické.

f) Nový obor nemá v přípravě žádný prostor pro zvládnutí problematiky adolescentologie v rozsahu, který považuje za nezbytný současná pediatrie. Volba povolání již zdaleka není jediným problémem současného dospívajícího. Zmínka o úzké spolupráci s odborným dorostovým lékařem působí v tomto kontextu jako zastírací manévr.

g) Snaha o rozšíření působnosti PLDD i na vyšší věkové hranice nepatří do Důvodové zprávy pro vznik nového oboru v medicíně, protože s tím absolutně nesouvisí.

h) Výklad licenční praxe uvedený v tomto

bodě je důkazem, že ustavení nového oboru nemá vůbec žádné opodstatnění, ale že jde o zablokování působení dětských lékařů s atestací z pediatrie do jakékoliv činnosti, kterou lze provádět v privátní sféře. Podmínkou pro udělení licence pro praxi by měla být kvalitní příprava v základním oboru pediatrie, která by zohlednila všechny aspekty odborné a praktické potřebné pro samostatné rozhodování a samostatnou činnost. Tedy nikoliv nějaký výběr základních znalostí dětského lékařství a dovednosti ve styčných oborech. Tato atestace z pediatrie (prověřena atestační zkouškou za přítomnosti odborníků z praxe i specialistů v návaznosti na dokladované specifické činnosti – potvrzené představitelem akreditovaného pracoviště) by mohla být podmínkou pro licenci na činnost PLDD a také by byla odrazovým můstkem pro specializace v pediatrických odbornostech. Nejde totiž jen o to aby v primární péči byl dětský lékař. Jde o to aby se o dítě s diabetem, revmatickou chorobou, malabsorbci atd. staral pediatrický specialista. Současně koncipovaná pediatrická specializace v rámci

Evropy nepočítají s jiným kmenem pro vstup do této přípravy než s pediatrií.

Na otázku, zda potřebujeme nový základní obor v dětském lékařství – nebo péči o dítě musím odpovědět že **ne**. Potřebujeme změnit základní curriculum přípravy v oboru pediatrie tak, jak vyžaduje změna v pregraduální přípravě na lékařských fakultách, kde již není pregraduální specializace v oboru pediatrie. Potřebujeme dostat předatestační přípravu na akreditované kvalitní pracoviště jak v nemocniční, tak v primární péči. Potřebujeme zdokonalit systém celoživotního vzdělávání, změnit ho z pasivní podoby vyseďování na přednáškách na aktivní práci na pracovištích s vyššími nároky a zkušenostmi. Potřebujeme vypracovat systém kontroly úrovně poskytované péče v dětském lékařství abychom se nedovolávali jen na tradice. Moderní pediatrie není o praktikovi a jiném lékaři u lůžka, je o moderních pohledech na dítě ve všech aspektech jeho vývoje. ■

MEMORANDUM (návrh)

My, níže podepsaní zástupci společenství českých pediatriů, vědomi si své odborné zodpovědnosti za zdravý vývoj dětí a dorostu v České republice, se znepokojením sledujeme legislativní snahy všeobecných lékařů (praktických lékařů pro dospělé) poskytovat léčebně preventivní zdravotní péči obyvatelstvu bez věkového rozlišení.

Toto považujeme za nežádoucí směr vývoje zdravotní péče o dětskou a dorostovou populaci v České republice.

Memorandem chceme upozornit volené zástupce občanů České republiky na nebezpečí možného snížení kvality primární péče o dítě.

Proto podporujeme vznik základního oboru pro praktické lékaře pro děti a dorost tak, aby byl zakotven legislativně lékař – pediatr v primární péči.

Z těchto důvodů připojujeme svůj podpis pod toto memorandum a žádáme poslance a senátory, aby tyto naše připomínky byly vzaty v úvahu při schvalování zákonných norem, dotýkajících se dalšího vzdělávání lékařů v České republice.

Toto memorandum bylo zástupci výboru ČPS ČLS JEP na společné schůzce odmítnuto.



Návrh zákona, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů (sněmovní tisk 925/4) – vrácený Senátem

Redakční rada Vám nabízí stenografický záznam projednávání zákona č. 48/1997 v Poslanecké Sněmovně. Tato změna měla eliminovat tzv. paragraf poslankyně Fischerové, který brání lékařům přijmout od pojištěnce finanční úhradu „za zdravotní péči hrazenou ze zdravotního pojištění ani v souvislosti s ní“. Vzhledem k nastávajícímu volebnímu kolotoči do Poslanecké Sněmovny jsou některé názory více než poučné.

Jeho usnesení jsme obdrželi jako sněmovní tisk 925/5. Kdyby zde byla, tak bych vítal senátorku Zuzanu Roithovou. Prosim, aby se za navrhovatele k předloženým pozměňovacím návrhům vyjádřil ministr zdravotnictví. Prosim, paní senátorko.

Ministr zdravotnictví ČR Bohumil Fišer: Vážený pane předsedo, vážené dámy, vážení pánové, vláda předložila Poslanecké sněmovně novelu zákona č. 48 o zdravotním pojištění a s tím souvisejících zákonů jako novelu technickou, ve které šlo o to, sladit náš právní řád s právním řádem EU. V rámci projednávání v Senátu došlo ke změně paragrafu, který s harmonizací práva nesouvisí, to je ke změně § 11 odst. 1 písm. d), a hlavně k této části se vyjádřím ve svém úvodním vystoupení. V úvodu chci říci, že nesouhlasím se schválením senátní verze zákona a podporuji schválení tak, jak ho schválila Poslanecká sněmovna. Senátní doplňovací návrh se skládá ze tří bodů, přičemž bod druhý a třetí, které se týkají právě technické oblasti, jsou variantní k našemu návrhu, k vládnímu návrhu, a já nemám proti nim zásadní námitky, ale stejně dobře daný problém řeší ten návrh, jak jsme ho připravili na Ministerstvu zdravotnictví a jak ho projednala Legislativní rada vlády předtím, než ho předložila Poslanecká sněmovně Parlamentu ke schválení.

Moje diskuse se bude proto týkat pouze § 11 písm. d), kde podle senátního návrhu zákona se škrtná část věty, kterou přečtu celou: „Lékař či jiný odborný pracovník ve zdravotnictví ani zdravotnické zařízení nesmí za zdravotní péči“ – myslí se za zdravotní péči hrazenou ze zdravotního pojištění – „ani v souvislosti s poskytnutím této péče přijmout od pojištěnce žádnou úhradu.“

Senát navrhuje slova „ani v souvislosti s poskytnutím této péče“ vyškrtnout.

Diskuse v Poslanecké sněmovně na toto téma už probíhala a já se k ní nechci vracet. Jenom bych chtěl připomenout, že se stavím za argumentaci poslanců ČSSD, kteří proti vpuštění této části věty už při projednávání v Poslanecké sněmovně svoje výhrady vyjádřili.

V další části přidává senátní návrh tuto část věty: „Úhradu však může přijmout za zdravotní péči, která není hrazena ze zdravotního pojištění a byla poskytnuta v souvislosti se zdravotní péčí poskytovanou v rozsahu a za podmínek tohoto zákona, pojištěnec o její poskytnutí prokazatelně požádal, byl prokazatelně informován o výši její úhrady a o možnostech poskytnutí jiné, jeho zdravotnímu pojištění odpovídající zdravotní péči hrazené ze zdravotního pojištění.“ S navrhovanou dikcí nelze souhlasit, zejména z těchto důvodů. Zákon o veřejném zdravotním pojištění ani jiný právní předpis nestanoví, jaká léčebná metoda, jaký způsob provedení výkonu, jaké léčivé přípravky či zdravotnické prostředky použít při zdravotním výkonu mají být hrazeny a které nikoliv.

(16.00 hodin) (pokračuje Fišer) Tento zákon pouze stanoví, že se ze zdravotního pojištění hradí zdravotní pé-

če poskytnutá pojištěnci s cílem zachovat nebo zlepšit jeho zdravotní stav, že se některá zdravotní péče hradí jen se souhlasem revizního lékaře, a výslovně pak vyjmenovává zdravotní výkony, které se nehradí.

Zákon stanoví rovněž podíl pojištěnce na úhradě léčivých prostředků a přípravků a zdravotnických prostředků.

Pokud by mělo být přijato navrhované znění, mělo by to následující důsledky. Prosim o pozornost.

Za prvé. Mohla by být požadována úhrada za zdravotní péči nehrazenou ze zdravotního pojištění např. proto, že její úhradu neodsouhlasil revizní lékař z toho důvodu, že jde o neúčelnou zdravotní péči, jejíž druh a rozsah neodpovídají zdravotnímu stavu pacienta. Pokud by ošetřující lékař interpretoval negativní stanovisko revizního lékaře tak, že zdravotní pojišťovna tuto péči neuhradí proto, že je nákladná, avšak že by si jí pacient mohl uhradit sám, mohlo by někdy jít i o poskytnutí zdravotní péče, která by nemusela být ke zdravotnímu prospěchu pacienta.

Za druhé. Přestože zákon o veřejném zdravotním pojištění neobsahuje bližší vymezení hrazené a nehrazené zdravotní péče, pokud jde o způsob jejího provedení a použití konkrétních léčiv a zdravotnických prostředků, ani neexistuje žádný právní předpis, který by stanovil, co je hrazeno a na co by si měl pojištěnec připlatit, lékař by sám svým subjektivním názorem rozhodoval o tom, co hrazeno je a co není.

Za třetí. Právě proto, že zákon neobsahuje vymezení jednotlivých provedení zdravotní péče, není ani možné stanovit takové zdravotní péči její cenu. Je-li navrhováno, že pojištěnec musí být prokazatelně informován o výši úhrady této tzv. nehrazené zdravotní péče, bylo by opět jen na lékaři, jakou cenu takto poskytnuté zdravotní péči určí on sám.

V závěru bych chtěl ještě říci, že dosavadní znění § 11 odst. 1 písm. d) zákona 48 o veřejném zdravotním pojištění znamená, že předmětné ustanovení je nutno chápat tak, že za vše, co je hrazeno zdravotním pojištěním, nelze přijmout od pojištěnce žádné poplatky či doplatky.

Lékař může přijmout od pojištěnce úhradu v případech, že jde o zdravotní péči, příp. o další služby, které nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění a svým rozsahem – např. tzv. hotelové služby, překračující rámec technických a věcných požadavků na provoz zdravotnických zařízení stanovených příslušnou právní normou a zvyšující komfort pojištěnce při čerpání zdravotní péče – přesáhnu rámec péče hrazené zdravotním pojištěním podle tohoto zákona a nejsou nezbytné z hlediska zdravotního stavu pojištěnce a jsou poskytnuty na základě svobodné volby a výslovného přání pojištěnce.

Z uvedeného vyplývá, že přijetí úhrady za takovýchto okolností není důvodem pro sankce ze strany zdravotních pojišťoven nebo orgánů státní správy – a to chci zdůraznit v závěru svého vystoupení. Ještě jednou poslední věta na závěr: Nedoporučuji přijetí senátní verze a doporučuji při-

jetí verze tak, jak ji přijala Poslanecká sněmovna. Děkuji za pozornost.

Předseda PSP Václav Klaus: Ano. Táhá se pana poslance Cabrnocha, zda se chce vyjádřit jako zpravodaj k pozměňovacím návrhům Senátu.

Poslanec Milan Cabrnoch: Vážený pane předsedo, vážení členové vlády, paní senátorko, kolegyně a kolegové, moje vyjádření jako zpravodaje k návrhu zákona bude velmi stručné. Plně podporuji senátní návrh, s kterým se zákon vrací do sněmovny, a žádám vás také o podporu. Ještě vystoupím v diskusi se svým názorem. Děkuji.

Předseda PSP Václav Klaus: Já prosím pana poslance Kühnla, pana poslance Zahradila, Bendu, Kupčovou a další, aby se posadili a nerušili. Ano? Nyní zahajují rozpravu. Jako první vystoupí paní senátorka Roithová.

Senátorka Zuzana Roithová: Vážený pane předsedo, vážení členové vlády, paní poslankyně, páni poslanci, jsem překvapena, že ministr zdravotnictví nechce podporit vrácenou novelu zákona v takovém znění, jakou přijal Senát. Překvapuje mě to proto, protože důvod, pro který tato novela byla Poslanecké sněmovně a Senátu předložena, to je důvod souladu našeho práva s právem Evropské unie, nebyl naplněn. Pozměňovací návrhy, které přijal Senát, jsou tři. Dva se týkají toho původního účelu, pro který tento návrh zákona byl vůbec do Parlamentu postoupen.

Cílem vládní předlohy byla, jak jsem již řekla, harmonizace zákona s komunitárním právem. Konkrétně měly být vyčleněny potraviny pro zvláštní lékařské účely ze seznamu léčivých látek. Důvodem je nutnost nového třídění medicínských výrobků hrazených z veřejného pojištění. Změna se týká legislativně naprosto nedopracovaného, a tím i chybného řešení požadovaného vyčlenění potravin pro zvláštní lékařské účely ze seznamu léčivých přípravků. V návrhu zákona je sice v § 13 paradoxně sděleno, že se tyto potraviny vyčleňují, ale v jiné části zákona, kde je taxativní výčet léčivých nebo medicínských přípravků, k žádnému vyčlenění nedošlo. To je smyslem navrhované změny, kterou Senát posílá k vám do Poslanecké sněmovny.

Důvodem, proč patrně pan ministr především nesouhlasí se senátní předlohou návrhu zákona, je totiž fakt, že se opětovně vrací na stůl zákonodárců problematický § 11, tzv. paragraf paní poslankyně Fischerové. Tento populární paragraf nám v roce 1997 přinesl poměrně zvláštní právní stav. Senátní návrh odstraňuje tedy legislativně i věcně problematický zákaz přijmout úhradu za služby poskytnuté – a jde o ono slůvko – „v souvislosti s poskytnutím zdravotní péče“. A dále současně říká, za jakých podmínek zdravotnické zařízení úhradu za takové služby může přijmout.

Předseda PSP Václav Klaus: Paní senátorko, já vidím, že se díváte doprava, na svoje čtyřkoaliční kolegy, kteří vás vědomě ruší, ale já s vámi v tuto chvíli soucím.

Senátorka Zuzana Roithová: Děkuji vám za tuto las-



kavost a své kolegy prosím o soustředěnou pozornost.

Bude to možné, pokud tento návrh zákona přijmete v této podobě, za splnění tří podmínek. Za první – pokud pojištěnec o poskytnutí takové služby prokazatelně požádal. Za druhou – pokud byl prokazatelně informován o výši její úhrady. Za třetí – pokud byl prokazatelně informován o možnostech poskytnutí jiné, jeho zdravotnímu stavu odpovídající zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění.

A co je podstatné? V návrhu zákona zůstává, že při porušení těchto povinností je oprávněn příslušný orgán státní správy odejmout oprávnění k poskytování zdravotní péče nebo uložit pokutu. A ze stejných důvodů je příslušná zdravotní pojišťovna oprávněna vypovědět smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče. Je to tedy ustanovení, které má sankci, což nebývá zvykem v našem zákonodárství, a zpřísňuje tedy využívání tohoto paragrafu.

Zákaz byl do zákona prosazen, jak jsem již řekla, tady v Poslanecké sněmovně v roce 1997 a reagoval tak na přijímání plateb za nadstandardní zdravotní a jiné služby nehrazené ze zdravotního pojištění. Namísto upřesnění podmínek, za kterých je úhrada legálně přijímána, bylo ve druhém čtení navrženo a schváleno, v naprosté rychlosti, z hlediska výkladu neuchopitelné ustanovení, které říká, že nelze přijmout úhradu ani v souvislosti s poskytnutím péče. – Ani v souvislosti. Nikdo neumí toto slůvko vysvětlit. Žádný právník, žádný legislativec. A přesto toto slůvko zásadním způsobem změnilo mravy a způsoby ve zdravotním systému. Toto totiž omezilo nezadatelné právo pacienta legálně si zaplatit i za další služby, které nejsou ze zdravotního pojištění zaplacené, ale které je schopno zdravotnické zařízení zajistit.

(16.10 hodin) (pokračuje Roithová) Na tento stav se zdravotní systém, jak jsem již řekla, adaptoval tím, že takové služby jednak nejsou příliš rozvíjeny, dokonce byly utlumeny, a pokud ano, tak jsou placeny skrytě. Toto pokrytectví vzniká v případech, kdy pacient chce využít svého práva a některé tzv. nadstandardní úkony uhradit. Dochází k obcházení nevhodného ustanovení zákona a podporujeme tímto ustanovením korupci ve zdravotnictví. Často se totiž tato úhrada děje formou sponzoringu. Výše daru např. za nadstandardní pokoj, tzn. jedno- nebo dvoulůžkový pokoj v nemocnici, se ve dvou třetinách našich nemocnic děje formou sponzoringu. Výše daru nemívá vztah k skutečné ceně těchto nadstandardních služeb, nelze kontrolovat ani výši takových plateb, ani podmínky, za kterých jsou tyto svérázné platby realizovány. Pacient nemůže odlišit, kdy jde o skutečnou korupci, která je neetická i nelegální, od úhrady za nadstandardní péči, která je sice dosud u nás až na malé výjimky nelegální, ale nelze ji považovat za neetickou, pokud pacient má možnost volby dostupné péče.

Navíc současný stav devaluje společenskou hodnotu filantropie, neboť sponzorské dary podmiňující poskytnutí jakýchkoli služeb, např. i onoho nadstandardního pokoje v nemocnici, jsou zřejmou korupcí. Vážení paní poslanci, vážení paní poslankyně, máte před sebou konkrétní znění návrhu paragrafu číslo 11, tak abyste se mohli podívat, jak skutečné znění bude návodem nebo pravidlem pro další používání těchto služeb ve zdravotnických zařízeních, pokud přijmete senátní verzi. Děkuji.

Předseda PSP Václav Klaus: Děkuji paní senátorce. Věřím, že ti, kteří se chtějí nechat ovlivnit argumenty, poslouchali. Otevřel jsem již rozpravu. Přihlásil se do ní pan poslanec Cabrnoch.

Poslanec Milan Cabrnoch: Vážení pane předsedo, paní senátorko, členové vlády, kolegyně a kolegové, jak

dobře víte, o vypuštění tzv. věty paní poslankyně Fischerové jsem se v této sněmovně pokusil již vícekrát a v jednu chvíli jsem se obával, že mi Senát tuto moji oblíbenou parketu sebere. Z vystoupení pana ministra zdravotnictví se moje obava zmenšuje.

Dámy a pánové, chtěl bych zcela jasně říci, že se nejedná v tomto případě o diskuse nad § 11, tedy nad větou Fischerové, o problém věcný. Je totiž zcela jasné, že pokud má pacient zájem dostat službu, ať již ve zdravotní péči, nebo službu jinou, za úhradu, tak tuto službu dostane. A opět za úhradu, ať již legálně, za úplatu, jak to bohužel zcela nesmyslně náš zákon zakazuje, nebo za úplatek, tedy nelegálně, což se bohužel děje, a jak již zde bylo řečeno, je to ponižující a nedůstojné pro obě strany, tedy jak pro pacienta, který aby realizoval své očekávání a dostal tuto službu, o kterou má zájem, tak pro lékaře, který aby mohl tuto službu poskytnout, musí přestupovat zákon. Troufám si tvrdit a domnívám se, že to víme všichni, že se tak děje.

Věcně nelze samozřejmě diskutovat ani o tvrzení pana ministra zdravotnictví, podle kterého snad nelze zjistit cenu za poskytnutou zdravotní péči, pokud tato není hrazena ze zdravotního pojištění. Rád bych vás upozornil, že péči, která není hrazena ze zdravotního pojištění, dnes a denně desetitisíce našich lékařů a dalších zdravotnických pracovníků poskytují zcela v souladu se zákonem a není v tom žádný problém.

Pojďme tedy o věci hovořit jako o problému politickém. Jedná se totiž o politický problém, o problém, který dobře demonstrovuje rozdělení politického spektra na dvě části: jednu, která je přesvědčena, že občan je svéprávný a má si o svých věcech mít právo rozhodovat sám, a druhou, která se domnívá, že pacient toho není schopen, dokonce že ani lékař toho není schopen, a že je třeba, aby takové chování upravil zákon. Vycházím také z tvrzení pana ministra o tom, že pacientovi by snad hrozilo, že by za své peníze, ze svého rozhodnutí a z rozhodnutí jeho lékaře, bezpochyby erudovaného a kvalifikovaného, pacient snad dostal péči nepotřebnou, která by mu snad dokonce nebyla ku prospěchu. Jako kdyby prosím byla záruka, že když za tutéž péči lékař nesmí vybrat úhradu, tak se tato péče stane péčí potřebnou a pacientovi náhle kupodivu prospěšnou.

Jsem velmi rád, že ze Senátu přichází návrh, který se v Poslanecké sněmovně nepodařilo prosadit. Osobně jsem velmi rád, že jej přináší místopředsedkyně strany lidové, paní senátorka Roithová, která zároveň – jak všichni dobře víme – je uznávanou odbornicí a stínovou ministryní stínové vlády lidové strany. A protože vím, že při minulém hlasování o mém návrhu bylo rozhodnuto negativně také z důvodu hlasování členů strany lidové, věřím, že tentokrát návrh Senátu nalezne podporu v Poslanecké sněmovně u kolegů z této výše zmíněné politické strany. Děkuji za pozornost. (Potlesk.)

Předseda PSP Václav Klaus: Jako druhý se hlásí pan poslanec David.

Poslanec Ivan David: Vážení pane předsedo, dámy a pánové, myslím, že v této sněmovně většinou nemá smysl se dovolávat pozornosti, protože většina poslanců je již předem rozhodnuta, jak bude hlasovat, případně spoléhá na experty ve svých politických klubech.

Nedomnívám se, že se tady jedná o spor těch, kteří pokládají občany za nesvéprávné, a spor těch, kteří jim chtějí dopřát svobodu, aby si mohli vybrat takovou péči, která je pro ně nevhodnější. Jsem přesvědčen, že tady jde o spor těch, kteří chtějí, aby tento zákon nebyl překážkou ke korektnímu postupu, a sporem těch, kteří chtějí, aby tento zákon za cenu vnitřní inkonzistence umožňoval vybírání peněz od občanů, kteří si nemohou vybrat takovou

péči, jaká je pro ně nejprospěšnější, prostě proto, že nejsou odborníky.

Jsem si vědom toho, že zákon č. 48/1997 Sb. je – mírně řečeno – mírně nedokonalý, neboť je sbírkou nejružnějších kompromisů. A jsem přesvědčen o tom, že nicméně existuje nástroj, jak tento stav napravit. Tímto nástrojem je úprava seznamu v dohodovacím řízení, která přesně určí, co má být hrazeno a co nemá být hrazeno a v jaké výši, právě tak, jako je tomu u stomatologické péče a jako je tomu u léků.

Jestliže by došlo k takovéto změně – a ta je možná za této úpravy – pak samozřejmě nebude dál o čem diskutovat a budou naplněny i ty záměry, o kterých se tady hovoří. Nicméně problém je v tom, že úprava, kterou navrhuje Senát, zavádí do tohoto beztak již špatného zákona další vnitřní inkonzistenci, a to proto, že text navrženého pozměňovacího návrhu § 11 předložený Senátem je v rozporu s odst. 8 § 15 téhož zákona, neboť uvedený odstavec zákona uvádí – cituji:

(16.20 hodin) (pokračuje David) „Ze zdravotního pojištění se plně hradí při poskytování ústavní péče léčivé přípravky a prostředky zdravotnické techniky a pojištěnec se na jejich úhradě nepodílí.“ Logický výklad tohoto ustanovení znamená, že zákon č. 48 tímto ustanovením nepřípouští možnost, aby pojištěnci v systému veřejného zdravotního pojištění při poskytování ústavní péče byla nabídnuta možnost si uhradit nebo se podílet na úhradě léčivých přípravků a prostředků zdravotnické techniky. Obojí je totiž součástí poskytované ústavní péče.

Rozpor je umocněn skutečností, že v projednávané senátní verzi není oddělena ústavní péče od péče ambulantní. Senátní návrh se totiž vztahuje k jakémukoli druhu poskytované péče.

Obávám se, že tuto věc zde napravit nemůžeme.

Konstatuji znovu: zákon č. 48 je velmi nedokonalý. Navržená úprava celý stav ještě zhorší. Proto prosím, aby se poslanci vyslovili k tomuto návrhu negativně. Děkuji za pozornost.

Předseda PSP Václav Klaus: Táhá se, zda se ještě někdo další hlásí do rozpravy. Pan poslanec Janeček.

Poslanec Josef Janeček: Vážení kolegové a kolegyně, vyslechl jsem slova kolegy Cabrnocha. Musím říci, že mě ta slova zklamala, neboť jsem nikdy nepovažoval tuto problematiku za problematiku politickou, ale problematiku věcnou. Pro mě je to věcný problém – totiž zda chceme, aby si pacient mohl legitimně připlatit, a zda lékař, pokud vybere za péči nehrazenou, bude, či nebude sankcionován. O tom, zda bude, či nebude lékař sankcionován, nerozhodne kolega Cabrnoch ani někdo jiný, ale o tom rozhodne Ministerstvo zdravotnictví, resp. pojišťovna, neboť tak stanoví zákon 48.

Je tedy důležité, abychom znali stanovisko těch, kteří jsou garanty tohoto zákona v této oblasti. Těmi garanty, jak jsem řekl, je Ministerstvo zdravotnictví a zdravotní pojišťovna.

Pan ministr zde explicitně na mikrofon řekl, že současná právní úprava umožňuje lékařům, aby vybíral poplatky za péči, která není hrazena z veřejného zdravotního pojištění, nebo za péči, která jde nad rámec. Explicitně řekl, že je možno naprosto v souladu s tímto zákonem vybírat za tzv. nadstandardní pokoje, a samozřejmě, pokud si přečteme statistiku Českého statistického úřadu, tak se konstatuje, že zde bylo v cash platbách naprosto legálně vybráno kolem 12 miliard.

Problém vidím ve dvou falešných mýtech. Totiž v historii tohoto ustanovení. Toto ustanovení tam původně nebylo. Bylo tam zařazeno poté, co někteří kolegové začali vy-



bírat za vypsání karty, za lépe vybavenou čekárnu, za koupí počítače, čili za věci, které neoddělitelně souvisí s péčí, která je hrazena ze zdravotního pojištění. Čili to, o co zde šlo – aby se v souvislosti s touto péčí, tj. za to, že pacient čeká v čekárně, za to, že je mu vypsána zdravotnická dokumentace, aby se nemohlo vybírat.

Včera v rozhlasovém pořadu si opět jeden z pacientů stěžoval, že od něho lékař žádá poplatek za vypsání karty – nevím přesně, zda sto nebo dvě stě korun. Obávám se, že pokud vyškrtáme ono slovíčko „v souvislosti“, lékař řekne: Ano, toto nejdříve bylo povoleno, poté to tento zákon zakázal, a vy to znovu povolujete. Protože to chápu jako problém věcný a chci se vyhnout jakýmkoli politickým hrátkám – a říkám hrátkám, protože to nic jiného není – domnívám se, že by bylo správné navrhnout komplexní, zřetelný text, který byl garantoval, že na jednu stranu pacient má v souladu s článkem 31 Listiny právo na zdravotní péči bez toho, že by musel platit vedle toho za nehrazenou péči, má právo na nehrazenou péči, kterou si může dohodnout. Pokud Ministerstvo zdravotnictví řeklo, že i takto v tomto duchu tento zákon chápe, domnívám se, že je to závazný výklad toho, který je garantem tohoto zákona. Já jsem s tímto ujištěním spokojen. Děkuji.

Předseda PSP Václav Klaus: Hlásí se někdo další? Paní senátorka Roithová chce ještě reagovat.

Senátorka Zuzana Roithová: Jsem ráda, že mám možnost vysvětlit některá nedorozumění, která mi vysvětlují, proč je takový velký odpor k přijetí senátního návrhu. On se totiž ten systém během let také trochu změnil. Existuje nejen zákon, ale také seznam výkonů. Tento seznam velmi přesně specifikuje, co je obsahem výkonu – např. samozřejmě vytvoření zdravotní dokumentace a celá řada věcí, jako např. vypsání receptu. Ale v případě, že pacient chce nad rámec toho, na co má nárok ze zákona, výpis z dokumentace, to znamená častěji než jednou za rok, potom to samozřejmě musí být za úhradu. Proto zákon na ochranu informací č. 101 hovoří o úhradě pouze jednou za rok, ostatní je zdarma. Na to má každý občan právo.

Stejně tak jsem ráda, že zde pan poslanec David zmínil a správně řekl, že za léky a zdravotní pomůcky díky § 15 nebudou smět ani nadále pacienti si uhradit ani jednu korunu, pokud jsou hospitalizováni. To, kdy pacient je hospitalizován a kdy ne, tedy o jaký druh péče jde, je opět vysvětleno velmi jasně právě v tomto zákoně č. 48 stejně jako ještě v jiných normách.

O co tedy opravdu kráčí? Kráčí o to slůvko „v souvislosti“, tedy přijmout úhradu za nějaké služby, které nejde přece definovat žádným zákonem, ale jedná se o souvislosti s péčí hrazenou ze zdravotního pojištění. Takže pacient má péči hrazenou. Ale například – a teď mi dovoluete uvést, co se skutečně děje v našem zdravotnictví. Jestliže si pacient v neděli přeje, aby právě v neděli, protože v týdně na to nemá čas nebo nechce jet do města na vyšetření, za ním přijel specialista, který bydlí blízko, a vyšetřil ho, tak má dvě možnosti. Buď tomu specialistovi zavolat a požádat ho, aby přišel a vyšetřil ho, a zaplatit mu cestu jako taxikáři. Z tohoto důvodu lékaři v naší republice mají koncesí na taxikářství proto, aby mohli legálně přijet za svým pacientem, pokud se nejedná o péči neodkladnou a pokud to není péče, kterou může pacient čerpat v rámci pohotovosti. Ale protože někteří lékaři nemají tuto koncesí např. na funkci řidiče, tak je pro ně mnohem jednodušší vzít si od pacienta nějaký úplatek, protože oba vědí velmi dobře – pacient i lékař – že se nejedná o nelegální záležitost, ale jenom nelegální. Je mi velmi líto, že za těch pět let se nepodařilo vysvětlit zákonodárcům, jak opravdu funguje zdravotní systém. Obávám se, že se to

nepodaří ani dnes. Doufám, že se to podaří po volbách. Děkuji vám za pozornost.

Předseda PSP Václav Klaus: Pan poslanec Ouzký.

Poslanec Miroslav Ouzký: Děkuji vám, pane předsedo. Vážená vládo, kolegyně a kolegové, jeden z mých předřečníků – kolega Janeček – ve svém vystoupení v úvodu řekl, že ho kolega Cabrnch zklamal. Musím říci, že mě kolega Janeček svým vystoupením nezklamal. Je přesně v dosavadních intencích diskusí kolem tohoto problému. To, co považují za velkou chybu, je, že k této diskusi nedošlo i uvnitř KDU-ČSL či čtyřkoalice a že zde vystupují takto rozporuplně. Domnívám se, že problém není věcný, že problém je čistě politický. Jako politický je skutečně vnímán.

(16.30 hodin) (pokračuje Ouzký) Pan kolega Janeček nás při každém projednávání tohoto problému ujišťuje, že obecně není proti doplatkům, nemá proti tomu nic z věcné stránky, není proti placení za nadstandard – ale. Pro každou debatu je typické, že vždy následuje ono velké „ale“ s vykličníkem. Proto si myslím, že by veškerá vystoupení k tomuto tématu napříště měla být bez „ale“, měla by být jasná, měla být „jsem pro, nejsem pro“, „považuji paragraf Fischerové“ – když se mu zde v této sněmovně tak již léta říká – „za věc správnou, či ho považují za věc špatnou“, a ta věc budiž pojmenována jasně, tak jak velmi často ve vztahu řekneme k některým výroky křesťanských demokratů po tom voláme. Protahovat a vyhrcovat tento spor tady nemá cenu.

Pevně doufám, že veřejnost, a to nejen lékařská, tento spor velmi pozorně sleduje a že se podle toho také zachová při dalším rozhodování. Děkuji vám za pozornost.

Předseda PSP Václav Klaus: Pan poslanec David.

Poslanec Ivan David: Pane předsedo, dámy a pánové, já si myslím, že některé argumenty, které zde padají, jsou nekorektní. Aby bylo jasno, já jsem vždycky říkal a znovu budu opakovat, že jsem pro to, aby tzv. nadstandard byl hrazen pacientem. Kdo jiný by ho měl hradit? Já jsem zásadně proti tomu, aby občané byli solidární v tom, co nelze dopřát každému z občanů. V tom nemají být solidární. Současně trvám na tom, že musí zůstat zachována dostatečně vysoká úroveň zdravotní péče. Nevytváříme tady prostor pro komerční pojištění neúměrně velkého rozsahu. Nejsme Švýcarsko. Uvědomme si, jak naši občané jsou na tom finančně. Říkám to zcela jednoznačně. Jsem pro to, aby to, co není standardem, bylo hrazeno, a nemám nic proti tomu, aby pro to vznikl prostor. Naopak jsem pro to, ale za podmínky, že tento prostor bude velmi korektně vymezen, a to v tomto případě není ani v nejmenším. Není korektně vymezen.

Tady je pouze legalizována ta praxe, o které paní senátorka Roithová předpokládá, že ji zákonodárci neznají. Možná ji zákonodárci neznají, ale dobře ji znají pojištěnci, dobře ji znají pacienti a vědí, že jsou často nuceni nevybíravými prostředky, aby platili i za to, co nepochybně je součástí hrazené péče. A tak jak je popsáno to, co může být uhrzeno v tomto senátním návrhu, to umožňuje libovolný výklad. To umožňuje, aby bylo uvedeno v dokumentaci, že pacient si to a to přeje. On to podepíše. Tím může být doloženo, že si to skutečně přál.

Já se domnívám, že takový postup není možný. Není přece pravda, že by existoval tak široký rozsah služeb, který by nebylo možno jasně popsat a nebylo možno jasně stanovit, co z toho hradí pojišťovna a co z toho nehradí pojišťovna. Proto neříkejme, že je to záležitost politická. Je to záležitost věcná a spočívá v tom, že dosud se nepodařilo jasně popsat, co má být obsahem nadstandardní pé-

če. Jestliže se to daří u léků – a těch není v seznamu právě málo – pak nevidím důvod, proč by se to nemohlo dařit u služeb. Jsem přesvědčen o tom, že to je možné, ale tady existuje vůle, aby se uvolnil prostor pro libovolný výklad a libovolné přijímání říkejme tomu darů, úplatků, říkejme tomu jak chceme, ale tento postup nepokládám za korektní. Děkuji za pozornost.

Předseda PSP Václav Klaus: Nevím, jestli se tady máme pustit do podrobné debaty. Hlásí se někdo další? Ještě jednou paní senátorka.

Paní senátorka Zuzana Roithová: Je mi strašně líto, jestliže existuje politická vůle ČSSD vytvořit podmínky pro nadstandardní úhradu zdravotní péče, což neupravuje tento zákon, proč za třiapůl roku žádný takový konkrétní jasný návrh předložen nebyl. Ale to, co my tady řešíme, je odstranění slůvka „v souvislosti“, to znamená přijímání úhrad v souvislosti s hrazenou péčí, a říkáme a zpřesňujeme, že ano, v souvislosti to je možné, ale za podmínek, že o to pacient prokazatelně požádá, a to pak případně musí být prokázáno i před soudem.

Za druhé říkáme, že je prokazatelně předem seznámen s výší úhrady.

Za třetí říkáme, že ví o jiných možnostech, jak v takové péči, která má ještě nějaké souvislosti, může čerpat ještě jiným způsobem.

To je péce režim, který uvádí do souladu s morálkou praxi tam, kde to skutečně morální je, a uvádí to dokonce pod sankcemi, které se uplatní v případě, že by se prokázalo, že to prokazatelně nebylo se souhlasem pacienta, prokazatelně na jeho žádost, s prokazatelně předem známou výší úhrady a s prokazatelným seznámením o jiných možnostech.

Závěrem mi dovoluete říci – senátoři jsou také zákonodárci. Z 61 senátorů jich 55 zvedlo ruku pro přijetí takto upravené normy, která neřeší globálně nadstandardní služby ve zdravotnictví, ale řeší to, že ono slůvko „v souvislosti“ musí mít také nějaká pravidla. Děkuji vám za dnešní odpoledne.

Předseda PSP Václav Klaus: Jestliže se nikdo další nehlásí, rozpravu končím a přistoupíme k hlasování. Chce eventuálně něco říci pan ministr? (Nechce.)

Přistoupíme k hlasování. Podle § 97 odst. 4 zákona o jednacím řádu sněmovny je k přijetí následujícího usnesení zapotřebí souhlasu nadpoloviční většiny. Budeme hlasovat o usnesení „sněmovna vyslovuje souhlas“ atd., „ve znění schváleném Senátem, podle sněmovního tisku 925/5.“ Doufám, že všichni jsou připraveni hlasovat. Zahájil jsem hlasování. Kdo je pro senátní verzi, necht stiskne tlačítko a zdvihne ruku. Kdo je proti senátní verzi?

V hlasování pořadové číslo 48 bylo 58 poslanců pro, 84 proti. Návrh zákona ve verzi schválené Senátem jsme nepřijali. Nyní budeme hlasovat znovu podle § 97 odstavce 5 zákona o jednacím řádu. K přijetí je zapotřebí souhlasu nadpoloviční většiny všech poslanců. Vidím, že bylo nastaveno potřebné kvorum. Nyní budeme hlasovat o tom, zda schvalujeme návrh zákona ve znění, ve kterém byl postoupen Senátu, podle sněmovního tisku 925/4. Zahájil jsem hlasování. Kdo je pro, necht stiskne tlačítko a zdvihne ruku. Kdo je proti tomuto návrhu?

V hlasování pořadové číslo 49 z přítomných 169 poslanců 84 pro, 49 proti. Ani tento návrh nebyl přijat. Konstatuji, že jsme návrh zákona nepřijali.

Děkuji paní senátorce, děkuji panu ministři.



**Česká lékařská společnost J. E. Purkyně
Psychiatrická společnost ČLS JEP**

pořádají

**7. KONGRES
České lékařské společnosti J. E. Purkyně**

„Psychiatrický pacient v ordinaci praktického lékaře“

**Praha, 11. dubna 2002
Národní dům na Vinohradech**

■ Sekretariát kongresu

7. kongres ČLS JEP, Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 120 26 Praha 2, Sokolská 31

Tel.: 02/2426 6228, fax: 02/2426 6206, e-mail: congress@cls.cz

■ Program kongresu

Čtvrtek 11.4.2002 dopoledne

8.30 - 9.30 hod.	Psychotické poruchy v praxi praktického lékaře
9.30 - 10.30 hod.	Úzkostné poruchy a psychosomatická onemocnění v ordinaci praktického lékaře
10.30 - 10.50 hod.	kávová přestávka, prohlídka doprovodné výstavy firem
10.50 - 11.50 hod.	Nealkoholové závislosti v České republice: situace, terapeutické možnosti - programy, síť zařízení
11.50 - 13.00 hod.	přestávka na oběd, prohlídka doprovodné výstavy firem

Čtvrtek 11.4.2002 odpoledne

13.00 - 15.00 hod.	Problémy působené alkoholem v ordinaci praktického lékaře
15.00 - 15.20 hod.	kávová přestávka, prohlídka doprovodné výstavy firem
15.20 - 16.20 hod.	Problémy soudní psychiatrie
16.20 - 17.20 hod.	Abnormní chování pacientů v praxi a akutní psychiatrická pomoc

■ Registrační poplatky

do 28.2.2002	500 Kč
po 28.2.2002	600 Kč

Registrační poplatek zahrnuje účast na vědeckém programu, veškeré kongresové tiskové materiály, zdarma vstup na doprovodnou výstavu a občerstvení o kávových přestávkách.

Poplatek uhradte laskavě složenkou nebo bankovním převodem na účet České lékařské společnosti J. E. Purkyně:

KB Praha 2, Václavské nám. 42, č.ú.: 12130-021/0100, variabilní symbol 242 404.

Složenkou zašleme na vyžádání - informace na tel.: 02/2426 6228.

Potvrzení o provedené úhradě (ústrižek složenky nebo kopii výpisu z účtu) přiložte k přihlášce k účasti.

Dětské klimatické pobyty, obecně prospěšná společnost, ve spolupráci s CK Sport, Výborem dobré vůle - Nadace Olgy Havlové a Magistrátem města Plzně pořádají

4. ročník léčebných klimatických pobytů

pro rodiče s dětmi trpícími onemocněním dýchacích cest, astmatem a ekzémy

Termíny

Chorvatsko, klub hotel Medena:

- 8mi denní pobyty, možno prodloužit na 16 dní

6.7. - 13.7. 2002, 13.7. - 20.7. 2002

20.7. - 27.7. 2002, 27.7. - 3.8. 2002

3.8. - 10.8. 2002, 10.8. - 17.8. 2002

Slovenská republika, chata Opalisko:

- 14ti denní pobyty

3.8. - 14.8. 2002

17.8. - 28.8. 2002

Slovenská republika, chata Adam:

- 14ti denní pobyt

17.8. - 28.8. 2002

Odjezd autobusu vždy den předem (na noc), návrat den po skončení pobytu.

Cena zahrnuje ubytování, plnou penzi (v Chorvatsku polopenzi), dopravu, pojištění proti úpadku CK.

Nástup do autobusu v následujících městech:

Pobyty Chorvatsko: Karlovy Vary, Plzeň, České Budějovice

Pobyty Slovensko: K. Vary, Plzeň, Praha, Brno, Olomouc, Valašské Meziříčí

Cesta autobusem do SR trvá asi 10 hodin, do Chorvatska asi 15 hodin. **V autobuse i na pobytech v Chorvatsku i na Slovensku je stále přítomen náš lékař se zkušenostmi v nadačních pobytech respiračně nemocných dětí.**

Chorvatsko, klub hotel Medena:



klub hotel Medena

- ubytování v hotelu Medena, 4km severně od Trogiru
- hotel v příjemném prostředí borového lesa
- polopenze - snídaně formou bufetu, večere v restauraci s obsluhou
- děti 3-5 let mají zájezd zdarma v případě nenárokování místa v autobuse a lehátka v hotelu
- v ceně je využití sportovních zařízení při hotelu
- dohodnuto je rovněž využívání tobogánu
- každý večer pohybové aktivity pro děti - košíková, kopaná, pohybové hry pro menší děti
- na začátku a na konci pobytu je prováděno funkční vyšetření dechových schopností
- oblázková pláž přístupná po pěšině od hotelu (asi 200m)

Slovenská republika, chata Opalisko a chata Adam:



Termální koupaliště
v Liptovském Jáně

- stravování - plná penze
- obě střediska jsou v Nízkých Tatrách, poblíž Liptovského Mikuláše
- chata Adam leží 5 minut cesty od známého termálního koupaliště v Liptovském Jáně
- pobyt se skládá z **pěších výletů, opakovaných pobytů na termálním koupališti s bazény pro plavce a neplavce, zátěže v Demanovských jeskyních a sportovních aktivit v okolí chat a rehabilitace pod vedením odborníka**
- **po celou dobu pobytu je na místě lékař společnosti, rehabilitační pracovník a vedoucí pobytu**
- lékař se účastní celého pobytu včetně všech výstupů
- na začátku a na konci pobytu je prováděno funkční vyšetření dechových schopností
- věková hranice dětí 4-18 let

Pro účast dítěte na pobytu je nutná velmi stručná lékařská zpráva s uvedením jména, adresy, rodného čísla, zdravotní pojišťovny. Zprávu vystaví praktický dětský nebo odborný lékař.

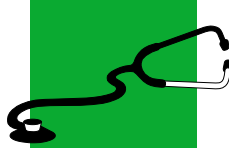
Stejně jako v minulých letech budeme pro plzeňské děti žádat dotaci od Magistrátu města Plzně. Mimoto má každý možnost žádat o individuální dotaci na zdravotním nebo sociálním odboru příslušného úřadu.

Výbor dobré vůle - Nadace Olgy Havlové značnou měrou dotuje pobyty ve Slovenské republice (doprava včetně fakultativních výletů, pobyty v jeskyních a na termálních koupalištích a další).

Cestovní kancelář Sport, Moskevská 2, 360 01 Karlovy Vary, tel./fax 017/3585225

Cestovní kancelář Sport, Kotkova 15, 301 24 Plzeň, tel. 019/7220808 (kancelář otevřena od 1. 3.)

Kontaktní telefony na lékaře a zástupce společnosti: MUDr. Liška, Mulačova nemocnice Plzeň 019/7423059 (denně mezi 12-13 hod), MUDr. Pousková, nemocnice Sv. Jiří Plzeň 019/7263965, MUDr. Pečenková, poliklinika Slovany 019/7674251, MUDr. Marek, dětské odd. Louny 0395/62011, MUDr. Skala, dětské odd. Klatovy 0186/21553, MUDr. Burket, dětské odd. Vrchlabí 0438/502111, MUDr. Růžičková, K. Vary 017/3223041, MUDr. Líška, K. Vary 017/3233922



Zápis z jednání výboru OSPDL ČLS JEP dne 9.1. 2002

Přítomni:

MUDr. Cabrnchová
MUDr. Liška
MUDr. Krejčík
MUDr. Marek
MUDr. Hanousek
MUDr. Růžičková
MUDr. T. Soukup
za revizní komisi MUDr. Kolářová.

1) Výbor bere na vědomí abdikaci MUDr. Seifertové na členství ve výboru OSPDL. MUDr. Seifertová bude dále pracovat v pracovní skupině zabývající se problematikou očkování, která byla jmenována výborem OSPDL ve složení: MUDr. Cabrnchová, MUDr. Seifertová, MUDr. Vurmová.

2) Dokooptace dvou nových členů výboru OSPDL dle pořadí z volební konference: MUDr. Růžičková, MUDr. Soukup. Revizní komise (předsedkyně) souhlasí se zvoleným způsobem doplnění výboru.

3) Kontaktní osoby pro obor PLDD pro další kraje, kde nemá výbor OSPDL regionální zástupce, budou zveřejněny, zatím jen návrhy, nutné prodiskutovat s regionálními zástupci.

4) Výbor diskutoval nad novou podobou zdravotního a očkovacího průkazu, k dispozici zápis z proběhlého jednání na MZ ČR, OSPDL pověřena vypracováním makety do konce února 2002. Za OSPDL pověřeni MUDr. Hanousek s MUDr. Cabrnchovou.

5) Příprava vzdělávací akce s gynekologickou problematikou republikového charakteru – domluvena témata, výběrem prostor pověřena MUDr. Růžičková. Vhodné spojit se školiteli, bude nutné znovu zvát všechny členy OSPDL, tedy nejlépe víkendová akce charakteru republikového setkání členů OSPDL.

6) Předložen návrh postgraduální přípravy oboru praktický lékař pro děti a dorost k další diskusi, předkládá OSPDL a SPLDD – výbory.

7) Výbor OSPDL se jednomyslně shodl na

tom, že nelze podpořit vzdělávací akce firmy Nutricia na letošní rok. Takto rozsáhlý projekt je třeba připravit dopředu, zajistit vhodné termíny, vyjádřit se k programu. Lze nabídnout jako páteřní téma. Při plánovaném setkání obou výborů SPLDD a OSPDL bude situace diskutována.

8) Oborová komise se vyjádřila ke kause na žádost vědecké rady ČLK.

9) MUDr. Cabrnchová pozvána na výbor ČPS, téma je obor praktický lékař pro děti a dorost.

10) Vzdělávací kurzy na téma očkování budou probíhat každý měsíc do června 2002, pro velký zájem se uvažuje o prodloužení do konce roku.

11) Přijetí nových členů OSPDL: MUDr. Heidrichová, MUDr. Zeman, MUDr. Janulová

Zapsala:
MUDr. Cabrnchová

Úloha pohybové aktivity v prevenci kardiovaskulárních nemocí

MUDr. Jiří Procházka

Interní klinika, FN Motol Praha

■ Úvod

Positivní energetická bilance (převaha příjmu nad výdejem energie) se na genetickém pozadí spolu se zvýšenou hladinou stresu spolupodílí na vzniku aterosklerózy, cukrovky 2. typu, ale i nádorů. Tyto nemoci patří k nejčastějším příčinám úmrtí v „západních zemích“, a jsou krutou daní i za technický pokrok, jímž si člověk snaží usnadnit život omezením fyzické námahy a pohybu, na něž je po tisíciletí adaptován. Odhaduje se, že ve vyspělých zemích dospělý člověk průměrně ujde za jeden den necelý 1 km!!!

Kromě omezení pohybové aktivity (PA) se v posledních dvou stoletích výrazně změnila skladba naší potravy. Větvené polysacharidy jsou nahrazovány volnými cukry, 3–4x se zvýšil přísun tuků, více solíme a zhruba 4x přijímáme méně vlákniny. To vše je spolu s další-

mi civilizačními faktory (viz graf) příčinou tzv. metabolického syndromu (MS).

Dyslipidemie při MS spočívá ve zvýšení triglyceridů (TG), LDL a celkového cholesterolu (TC), lipoproteinu a ve snížení hodnot HDL cholesterolu. Zvláště rizikové je postprandiální přetrvávání zvýšené hladiny TG. Dle některých autorů by však hladina TC měla být korelována k hladině dalšího rizikového faktoru fibrinogenu. Vliv PA na jednotlivé složky tukového spektra se projevuje po 2–3 měsících.

■ Příznivé následky režimové léčby

Při trvání zvýšené PA 1–5 let již byla koronarograficky prokázána regrese ischemické choroby srdeční (ICHS) po 1–5 letech (JAMA 1998). Dochází k příznivým změnám lipidového

spektra, zvětšuje se poměr HDL2 frakce, snižuje se hodnota postprandiální hypertriglyceridemie. V důsledku vasodilatace klesá jak systolický, tak i diastolický krevní tlak. Zvyšuje se tkáňový průtok, je ovlivněna receptorová insulinová dráha. Je potencována angiogeneze. Klesá obsah tuku v těle a dochází ke snížení nadváhy, při zachování svalové hmoty. Dle velikosti zátěže dochází k dalším adaptačním změnám na úrovni periferní i centrální.

■ Rozpory a komplikace medikamentózní a invazivní léčby

Vasodilancia nemohou působit ve skleroticky postižených zúžených tepnách a naopak steal fenomenem mohou stav zhoršovat. Angioplastika na základě koronarografie zasahuje na kritických stenózách, tyto však



neodpovídají nestabilním plátům. Dále má nevýhody invazivního přístupu. Antiagregancia mohou vyvolat krvácení do GIT, inhibitory HMGCoA reduktázy v kombinaci s fibráty myopatie.

■ Proč je režimová léčba nepopulární?

Pilulka je jak pro pacienta, tak i lékaře jednodušší.

Změna režimu vyžaduje vytrvalost a kázeň.

Apetit, lenost, chybění motivace, televize.

Podceňování vlivů, „to se mne nemůže týkat“.

Nedostatek času lékařů, chybí konkrétní rady.

■ Inaktivita

Jde o samostatný rizikový faktor, který 2x zvyšuje riziko ICHS u mužů. Je ekvivalentní zvýšení TK ze 120 na 250 torr a cholesterolu z 5,6 na 6,9 mM/l a kouření 10 cigaret denně. U žen je předpokládán stejný vliv.

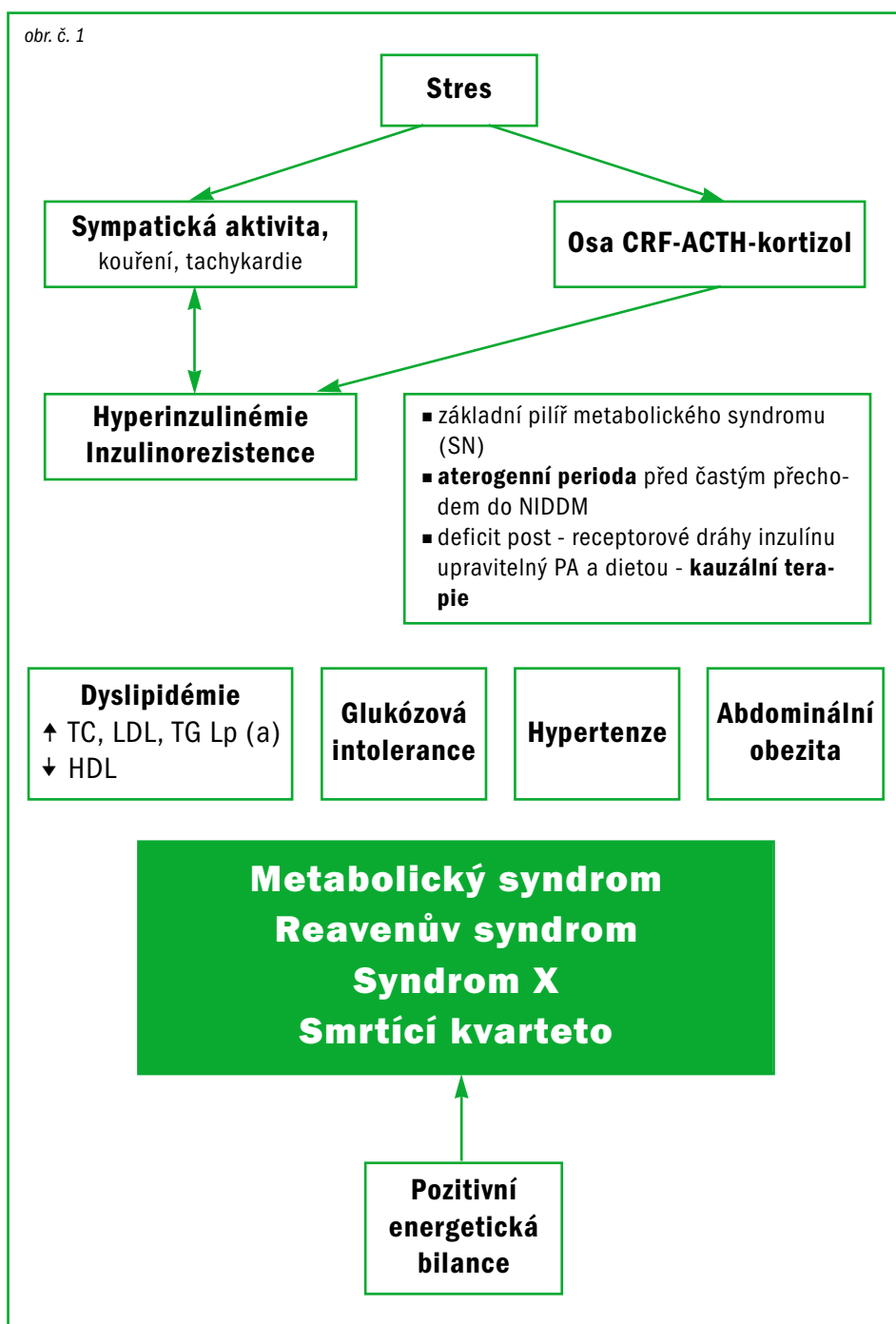
■ Doporučení a hlavní zásady pohybové aktivity

Pohybová vytrvalostní aerobní aktivita musí vykazovat dlouhodobost, pravidelnost, zapojení velkých svalových skupin, vyšší intenzitu a objem. Zdá se, že celkový týdenní výdej energie při PA je mnohem významnější nežli trvání a intenzita každého jednotlivého cvičení. Číselná vyjádření, na nichž se shoduje většina autorů, spočívají v dlouhodobém výdeji minimálně 1 600 až 2 000 kcal týdně v intenzitě 4,5 METs s postupným zvýšením během týdnů na 6 METs (násobky klidové metabolické aktivity), což odpovídá rychlé chůzi či běhu 20–25 km týdně při tepové frekvenci 70% maxima dle věku. V sekundární prevenci je nutný postupný nárůst objemu a délky tělesné zátěže, který musí být stanoven na základě opakovaného ergometrického vyšetření. Důležitá je 5 – 10 minutová zahřívací a nakonec ochlazovací perioda.

Dle některých autorů však i střední a nižší pohybové aktivity mají svůj pozitivní zdravotní význam. Epidemiologické studie jasně prokazují, že i 30 minut mírně náročného cvičení denně přináší podstatný zdravotní prospěch. Nespornou pozitivní úlohu hraje i pravidelné dýchání.

Dvě randomizované studie Dunn a Andersen 1999 toto potvrdily, navíc zjistily, že není větší rozdíl mezi uspořádaným cvičením a aktivní životosprávou. V poslední době se zdá, že vztah tělesné aktivity a zlepšení zdravotního stavu je až do určité výše PA kontinuální. Dosažená vyšší tělesná zdatnost snižuje i negativní působení dalších rizikových fakto-

obr. č. 1



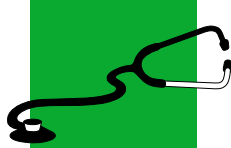
rů, zvyšuje odolnost jak k fyzickému tak i psychickému stresu. U dlouhodobě trénujících jedinců se udává prodloužení života okolo 2 roků!!! Jsou jistá individuální doporučení s ohledem na věk a postupné zvyšování námahy. Také obezita s nežádoucím statickým zatížením při pohybu vyžaduje zvláštní přístup.

Dle doporučených postupů v kardiologii 1998 je prevencí ICHS pravidelná opakovaná aerobní aktivita, na 60 – 70% maximální tepové frekvence, minimálně 30 minut, 4–5x týdně.

■ Mládež

Čím je započato s pohybovou aktivitou v mladším věku, tím je její příznivý efekt větší. Proto je zapotřebí zdůrazňovat nutnost pohybu již od mládí, neboť postoje zafixované v časném věku přetrvávají i do pozdní dospělosti.

Bohužel se nedostatek pohybu projevuje již u mládeže, kdy při školním vyučování je převážným postojem sed, který je provázen statickou zátěží. Ve volném čase sedavý způsob života pokračuje při četbě, sledování televize a díky počítačům. 2 hodině tělesné vý-



chovy týdně jsou spolu se stále častěji omezovanými pohybovými dynamickými aktivitami o víkendech jen minimální kompenzací sedavého způsobu života.

Je zapotřebí zapojit do boje za uvědomění si nutnosti a významu pohybu celou společnost, včetně sdělovacích prostředků, rodiny, výuky ve školách a postoje politických činitelů.

■ Úloha lékaře

Je zásadní a podstatná. V ČR ve srovnání s USA více uplatňovaný direktivní přístup k pacientovi může mít své výhody. Faktem je, že ne každý lékař je schopen vhodně pacienta ovlivnit. To vyvolává otázku týmové spolupráce včetně účasti fyzioterapeuta, dietologa a psychologa v terapeutickém procesu. Vždyť z praxe jak lipidologických, tak hypertenzních poraden je znám ten fakt, že podaří-li se normalizovat tělesnou váhu a nastolit správný dietní a pohybový režim, často dochází k poklesu zvýšených hodnot lipidů a tlaku krevního až i k normě. Pacient pak nemusí být vystavován rizikům další terapie a také je výrazně motivován k dalšímu dodržování zaběhlých pravidel. To je praktickým uplatněním lékařské přísahy: *Primum non nocere*.

■ Dietní režim

Kromě nutnosti pohybu je nutno upravit i naše dietní zvyklosti. Česká kuchyně je známa svou chutností, která spočívá hlavně ve zvýšeném obsahu tuků a sacharidů. To je hlavní a podstatný rozdíl oproti lehké středomořské dietě s převahou zeleniny (příznivý vliv lykopenu obsaženého v rajských jablíčkách) a olivového oleje. Také preference konzumace piva oproti červenému vínu, u kterého jsou prokazovány příznivé antisklerotické vlastnosti (francouzský paradox), může hrát svou roli.

V poslední době je zdůrazňován hlavně význam různorodosti potravy a dále její antioxidační kapacity, která je obsažena hlavně v ovoci a zelenině. Proto je doporučován přísun alespoň 400 g zeleniny a ovoce denně. Věrohodnost dietologických studií zpochybňuje však to, že pacient se jistě nerad svému lékaři přizná, že nejedl to, co mu doporučil, ale to na co měl právě chuť.

Důležité je i složení tuků a obsah jejich nasycených a nenasycených mastných kyselin. Jako nejškodlivější se jeví tuhé margaríny, upravované tak, aby je bylo možno dlouho skladovat („trans“ fat).

Není jasná úloha rybího tuku, záleží na jeho původu. Významnější korelaci ke snížení

rizika ICHS má rybí maso. Maso i tuk mořských ryb snižují přilnavost trombocytů, zvyšují příjem jódu, ale na druhé straně i kuchyňské soli. Následkem může být zvýšení krevního tlaku a rizika mozkových cévních příhod, jak tomu bylo v Japonsku. Tam je však v poslední době snad vlivem převzetí „západního stylu života“, zaznamenáván vzestup výskytu koronárních příhod.

■ Vegetativní nervstvo

Nerovnováha s převahou tonu sympatiku hraje roli v patogeneze metabolického syndromu. Výsledek se projevuje tachykardií, která je jedním z rizikových faktorů ICHS. Je známo, že želva na Galapágách s frekvencí tepu 6/minutu má při délce života 177 let právě tolik systol jako potkan, který se nedožije ani pěti let.

Po vytrvalostním cvičení se obnovuje narušená rovnováha s převahou tonu parasympatiku. To je možno prokázat spektrální analýzou variability srdeční frekvence.

■ Jiná onemocnění

Dokumentaci příznivého vlivu PA ukazuje i změna přístupu rehabilitace po akutním infarktu myokardu a při žilní trombóze v posledních letech. Řadou studií byl prokázán příznivý vliv regulované PA u chronické srdeční slabosti, také u cukrovky a hypertenze ale i dalších nemocí.

■ Stáří

Aktivní a výkonný způsob života pomáhá starším lidem zachovat si funkční zdatnost a udržet si nezávislost. Snižuje výskyt častých depresí, působí modelací kostních trámčů proti osteoporóze a následným frakturám. Ovlivněním imunity brání infekcím, nádorům a zpomaluje stárnutí.

■ Psychické faktory

Nepříznivý vliv stresu je v kontrastu se siestou jižních národů. Byl prokázán i vliv psychosociálních faktorů (strach ze ztráty zaměstnání, pocit nedostatečné odměny). Radost z pohybu souvisí s vyplavováním endorfinů. PA by měla být vždy vnímána jako příjemná. Za nevhodné jsou považovány sportovní hry s velkým emočním nábojem a současně častým střídáním intenzity zatížení. Také negativní emoce (deprese, úzkost, hostilita) mají nepříznivý vliv. Zde je patrný velký význam mentální hygieny.

■ Závěr

Abychom odstranili riziko rozporu mezi

současným nezdravým životním stylem a biologickou existencí člověka danou fylogeneticky, je zapotřebí upřednostnit pohyb a dietní opatření, na něž je náš organismus vývojem adaptován. To je snad největší úloha, která čeká lékaře a celé lidstvo v průběhu dalších let. Když člověk chce, umí se pohybovat i po Měsíci. Nám bude stačit, budeme-li chodit více po zemi.

Literatura u autora.

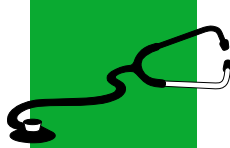
Katalog ČLK si teprve hledá cestu do ordinací

Katalog dohodnutých nadstandardních služeb pro pacienty, který Česká lékařská komora vydala 1. ledna, se mezi lékaři podle dostupných informací příliš nerozšířil. „Je to teprve na začátku, platí to od ledna,“ vysvětluje Michal Sojka, šéfredaktor komorového časopisu Tempus Medicorum.

Přehled o tom, kolik lékařů se začalo podle katalogu řídit, nemají ani na okresních sdruženích. „Nevím. Je to na internetových stránkách komory, takže kdo si to chce stáhnout, tak si to stáhne. Vyšlo to v komorovém časopisu, ale bez cen,“ říká předsedkyně okresního sdružení ČLK Plzeň-město Alena Hejnová. Jiří Kocián ze sdružení v České Lípě tvrdí, že pokud lékaři nějaké informace o katalogu mají, pocházejí „buď z internetu, nebo z druhé ruky“. „Někdo už katalog zavedl. Každý k tomu přišel různě – z časopisu nebo z internetu. Na okresní sdružení komora zatím nerozesílala nic,“ uvedl pro ZDN.

Text katalogu vyšel v prosincovém čísle Tempus Medicorum. „V lednovém čísle vyjde doporučení, jak s katalogem nakládat, takový návod k použití,“ řekl šéfredaktor M. Sojka.

Katalog původně u jednotlivých výkonů obsahoval i doporučené ceny (viz ZDN 32 a 47/2001). O dokument se však začal zajímat Úřad pro ochranu hospodářské soutěže pro podezření ze zakládání kartelové dohody. „Vydáním katalogu se komora mohla dopustit porušení zákona,“ komentoval to mluvčí úřadu Kristián Chalupa. Rozhodnutí mělo padnout do konce listopadu, pak úřad posunul termín na začátek letošního roku. Konečný verdikt dosud nezazněl. „Rozhodnutí by mělo být vydáno v nejbližších dnech. Prozatím o tom nemůžeme informovat,“ řekl K. Chalupa.



Nejčastější poruchy rytmu v dětském věku v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost

MUDr. Václav Lád

Dětská klinika, FN Plzeň

S různými poruchami srdečního rytmu se praktický lékař pro děti a dorost setkává ve srovnání s problematikou jiných systémů poměrně řídko a určitě nepředstavuje každodenní problematiku. Pediatr může diagnostikovat „fyziologické“ či nevážné poruchy rytmu, ale vzácně může diagnostikovat i závažnou až život ohrožující dysrytmii.

Příčiny poruch rytmu lze rozdělit na:

a) vrozené: vrozené vady srdeční, vrozené poruchy vodivého systému, mimosrdeční příčiny jako vrozené metabolické vady, endokrinologické poruchy, vlivy autonomního nervového systému.

b) získané: zánětlivá onemocnění srdce, kardiomyopatie, iontové rozvraty a poruchy acidobazické rovnováhy v rámci onemocnění jiného systému, dále ischemie, pooperační stavy, tumory, vliv léků a některých drog.

c) idiopatické, kdy ani nejpodrobnějšími vyšetřovacími metodami neodhalíme příčinu.

Základní vyšetřovací metodou k určení poruchy rytmu je dobře zhotovená elektrokardiografická křivka u klidného dítěte, což v praxi může činit problém u personálu bez zkušeností s nejmladšími věkovými kategoriemi dětí. EKG vyšetření je dnes základním a všeobecně velmi dobře dostupným vyšetřením v každé situaci. Mezi speciální vyšetření patří různé zátěžové testy (nejběžněji bicyklové ergometrie), 24 hodinový monitoring EKG dle Holtera, echokardiografie. Specializovaná pracoviště provádějí elektrofyziologické studie katetrizační cestou, vyšetření pozdních potenciálů, vyšetření pomocí izotopových technik, vyšetření pomocí magnetické rezonance s cílem odhalení příčiny dysrytmie.

Na EKG křivce hodnotíme – charakter srdečního rytmu, frekvenci síní a komor, délku jednotlivých intervalů, sklon srdeční osy a morfologii jednotlivých vln a úseků. Vlna P je obrazem depolarizace síní, komplex QRS obrazem depolarizace komor a T zobrazuje repolarizaci komor.

Normální rytmus je sinusový, kdy vlna

P přechází pravidelně ve stanovených intervalech QRS komplexu ve frekvenci běžné pro daný věk. Novorozenec má normální srdeční frekvenci 130 – 160/min., kojenec 100 – 140/min., předškolák 90 – 100/min., školní dítě 70 – 90/min., adolescent 60 – 80/min. Podle změn morfologie jednotlivých vln či úseků můžeme soudit na zbytnění či dilataci srdečních oddílů, tlakovou či objemovou zátěž, ischemické nebo zánětlivé poškození srdce a podle změněné voltáže lze diagnostikovat i mimosrdeční problematiku jako hypothyreózu, emfyzém, pneumotorax či obezitu.

Praktický pediatr se běžně setkává s respirační sinusovou arytmií, která je fyziologickým jevem a spočívá v urychlení srdeční frekvence při vdechu a zpomalením ve výdechu. Na EKG křivce jsou neměnné P vlny před QRS komplexy s konstantními PQ intervaly. Mezi další dysrytmie, které lze ještě považovat za fyziologické, patří i uniklý junkční rytmus ve spánku (způsobený vagotonií), občasný výskyt Wenckenbachových period ve spánku, ojedinělé síňové extrasystoly a izolovaná komorová extrasystoly.

Poruchy rytmu, s nimiž se praktický pediatr setkává méně často:

1) Dysfunkce sinusového uzlu: dítě má nápadnou bradykardii pro danou věkovou kategorii. Na EKG vidíme pauzy s absencí P vln nebo déletrvajících junkčních rytmus. V dětství je vzácná a léčí se jen v případě, je-li v souvislosti se synkopálními stavy, nebo je příčinou dekompenzace.

2) Atrioventrikulární blokády – mají 3 stupně:

a) AV blokáda I. stupně – znamená prodloužení PQ intervalu pro danou věkovou kategorii. Pokud je asymptomatická a není ve spojení se srdečním onemocněním, léčbu nevyžaduje.

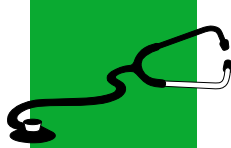
b) AV blokáda II. stupně – Wenckenbachovy periody (Mobitz I.) – spočívá v postupném prodloužování PQ intervalu, což vyvrcholí výpadkem QRS komplexu – vzruch se nepředvedl na komory.

- Mobitzova typu (Mobitz II)
- výpadku QRS komplexu nepředchází prodloužování PQ intervalu.
- Pokročilý AV blok II. stupně
- poměr P vln ke QRS komplexům je v poměru 3 : 1 a vyšším.
- AV blokáda III. stupně – síně i komory pracují zcela nekoordinovaně, frekvence P vln a QRS komplexů je zcela chaotická – většinou síně pracují rychleji než komory. V dětském věku může být vrozený – např. u novorozenců matek se systémovým lupus erythematoses nebo získaný. Je indikací k implantaci kardiostimulátoru.

3) Raménkové blokády: Nejčastěji se v dětství vyskytuje neúplná blokáda pravého Tawarova raménka, vznikající v důsledku opožděné aktivace pravé komory a která bývá nejčastěji zcela fyziologickým nálezem u zdravých dětí, ale i součástí obrazu síňového defektu. Na rozdíl od neúplné blokády má kompletní blok pravého raménka prodloužený QRS komplex a znamená dilataci pravé komory po zátěži při levoprávních zkratech nebo po kardiochirurgických operacích. Blok levého Tawarova raménka a levý přední hemiblok vzniká v důsledku opožděné aktivace levé komory resp. její přední části jsou v dětství ještě vzácnější a je nutno vyloučit zánět, kardiomyopatii event. vrozenou srdeční vadu (AV kanál).

4) Síňové extrasystoly: jsou charakterizovány předčasnými P vlnami, které mají odlišný tvar a osu a za nimi následují QRS komplexy s rovněž různě odlišnou morfologií. Mohou se vyskytovat i v bigeminické vazbě. Pokud jsou asymptomatické a nejsou spojeny se záchvaty tachykardie, považujeme je za benigní.

5) Supraventrikulární paroxysmální tachykardie je nejčastější symptomatickou tachydysrytmií v dětském věku. Vzniká reentry mechanismem (kroužením vzruchu po anatomicky nebo funkčně definovaném okruhu v myokardu). Klinicky se projevuje jinak u novorozenců a kojenců a jinak u větších dětí. V nízkých věkových kategoriích je pozorováno



vána změna chování dítěte většinou neklid, odmítání stravy, prosedávání a pocení, případně tachypnoe bez příznaků onemocnění respiračního traktu, bez poslechového nálezu na plicích a bez nápadnější dyspnoe. Při vyšetření dítěte s těmito příznaky nesmí být opomenuto vyšetření srdeční frekvence, kvalita pulzu a velikost jater. Srdeční frekvence se pohybuje mezi 180 – 300/min., nejčastěji přes 200/min a podle délky trvání záchvatu jsou přítomny různě rozvinuté příznaky srdečního selhání nebo se objeví synkopa. Větší děti samy vnímají rychlou srdeční frekvenci z náhlým začátkem i ukončením a z různou dobou trvání. Na EKG křivce nalezneme příslušnou tachykardii komor, vlny P nelze většinou identifikovat, neboť jsou skryty v QRS komplexech nebo vlnách T. Záchvat vyžaduje rychlé ukončení pomocí vagových manévřů: diving reflex (ponoření obličeje do ledové vody, nebo obložení obličeje ledovou tříští), poloha kojence hlavou dolů, vyvolání zvracení, masáž karotid, větší spolupracující děti mohou zkusit Valsalvův manévr. Tlak na bulby se již neprovádí. Z farmak používáme

v současné době jako lék volby Adenosin v rychlém i.v.bolusu, v dalším sledu méně užívaná antiarytmika nebo digoxin. V případě srdečního selhání je indikována kardioverze výbojem. Jako prevenci před dalšími možnými záchvaty lze užít digitalizaci u dětí bez WPW syndromu nebo betablokátory u nositelů WPW syndromu – zkrácení PQ intervalu a rozšíření QRS komplexu vlnou delta. Resistentní případy indikujeme ke katetrizační ablaci – přerušení patologické vodivé dráhy.

6) Flutter síní, u dětí se zdravým srdcem velmi vzácný, možný po kardiologických zákrocích. Při neblokovaném přechodu na komory vyžaduje urgentní léčbu. Na EKG jsou typické pilovité vlnky o frekvenci kolem 300/min.

7) Fibrilace síní je v dětství rovněž vzácná, většinou paroxysmální, někdy idiopatická, jindy ve spojení s hypothyreózou. Na EKG vidíme drobné fibrilační vlnky s nepravidelným převodem na komory.

8) Komorové extrasystoly u dětí se zdravým srdcem a mizící po tělesné zátěži považujeme za benigní. Morfologie QRS komplexu

je různě změněna. Vážněji nutno hodnotit jejich výskyt ve vazbách (bigeminie, trigeminie) nebo páry. Zde je nutno pomocí speciálních vyšetření vyloučit strukturální vadu, zánětlivé postižení srdce AV blokádu III. stupně a syndrom dlouhého QT.

9) Komorovou tachykardií považujeme vždy za závažnou dysrytmii, kterou je třeba urgentně léčit. Na EKG křivce je disociace P vln a QRS komplexů s pomalejším rytmem síní změněnou morfologií QRS komplexů. Klinické příznaky jsou podobné jako při paroxysmu supraventrikulární tachykardie. Léčba spočívá v antiarytmicích jiné skupiny, digoxin je kontraindikován. Může se vyskytnout poměrně vzácně u dětí po kardiologických zákrocích, kardiomyopatiích, srdečních tumorech nebo u arytmogenní dysplasie pravé komory.

10) Syndrom dlouhého QT je vrozený (geneticky zakódovaný) nebo získaný. Je důsledkem dysbalance sympatické inervace srdce. Ohrožuje nositele synkopami i náhlým úmrtím. Základem léčby jsou betablokátory. ■

Měříme správně krevní tlak?

Prim. MUDr. Štěpán Rucki, CSc.

Dětské oddělení, Nemocnice Třinec

■ Vymezení hypertenze u dětí

Krevní tlak (TK) je veličina proměnlivá, která kolísá v průběhu dne z důvodu cirkadiálních rytmů, fyzické aktivity, emočního napětí, stresu a jiných faktorů. Tato variabilita TK způsobuje obtíže při stanovení diagnózy hypertenze. Pro spolehlivé určení TK u jednotlivce jsou tedy zapotřebí opakovaná měření.

Na rozdíl od dospělého věku, kde je definice hypertenze odvozena od kardiovaskulárního rizika, které perzistující zvýšení tlaku nad určitou hranici nese (definice prognostická), je definice hypertenze u dětí popisná (deskriptivní) a je založena na současném konsensu. Vychází z předpokladu zhruba normálního rozložení této veličiny v populaci a za patologické hodnoty jsou považovány hodnoty v horní části tohoto rozložení.

■ Definice hypertenze

V současné době se v praxi ujala interpre-

tace hodnot TK podle centilové metody [1]:

■ Normální krevní tlak je definován jako systolický a diastolický tlak pod 90. percentilem pro věk, pohlaví a výšku.

■ Hraniční krevní tlak (high normal) je průměrný systolický nebo diastolický TK rovný nebo vyšší než 90. percentil avšak menší než 95. percentil.

■ Hypertenze je definována jako průměrný systolický nebo diastolický TK rovný nebo vyšší než 95. percentil pro věk, pohlaví a výšku, měřený při alespoň třech různých příležitostech.

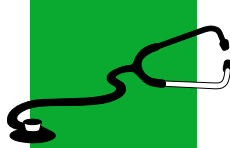
Zatím není jasné, jak zvýšení tlaku nad uvedené hodnoty (zvláště pokud se jedná o mírné zvýšení o několik mm Hg) koresponduje s dlouhodobým kardiovaskulárním rizikem.

■ Standardy normálního TK v dětském věku

Z různých norem TK pro dětský věk, které

byly v posledních desetiletích vytvořeny, se nejvíce ujaly normativy pracovní skupiny pro kontrolu krevního tlaku u dětí v USA (Task Force on Blood Pressure Control in Children). Normy TK získané měřením zdravé dětské populace byly poprvé publikovány v roce 1977 v podobě percentilových grafů a znázorňovaly rozložení TK v závislosti na věku dítěte pro jednotlivá pohlaví. Za deset let stejná asociace publikovala revidovanou formu své práce, která shrnovala výsledky měření TK na více než 70 000 zdravých dětí z 8 amerických a 1 anglického centra (1).

V roce 1996 byla publikována inovovaná data distribuce krevního tlaku, tentokrát v podobě tabulek (Update on the 1987 Task Force Report on High Blood Pressure in Children and Adolescents) (2). Hlavní změnou oproti předchozím normám je vztažení TK nejen k věku a pohlaví, ale také k výšce dítěte, která rovněž významným způsobem ovlivňuje hodnoty krevního tlaku. Normy TK



tab. č. 1

95. percentil systolického/diastolického tlaku v mm Hg u dětí ve věku od 3–17 let v závislosti na percentilu výšky. (vyňato ze (2))

věk (roky)	chlapci			dívký		
	5. perc. výšky	50. perc.	95. perc.	5. perc. výšky	50. perc.	95. perc.
3	104/63	109/65	113/67	104/65	107/66	110/68
6	109/72	114/74	117/76	108/71	111/73	114/75 9
9	113/76	117/79	121/81	114/75	117/77	120/79
12	119/79	123/81	127/83	120/79	123/80	126/82
15	127/81	131/83	135/86	124/82	128/83	131/86
17	132/85	136/87	140/89	126/83	129/84	132/86

pro jednotlivé věkové kategorie tak stoupají s výškou dítěte. Tento přístup má zamezit přehlednutí hypertenze nebo její nesprávné klasifikaci u dětí příliš malých respektive příliš vysokých. Děti s menším růstem tak budou klasifikované jako hypertenzní již s hodnotami nižšími než děti vysoké stejné věkové kategorie a naopak.

Pro přesné zhodnocení TK podle těchto norem potřebujeme nejprve nahlédnout do růstového grafu dítěte ve Zdravotním a očkovacím průkazu a zjistit, na kterém percentilu výšky se dítě v současné době nachází. V tabulkách referenčních hodnot TK pro jednotlivá pohlaví pak vyhledáme příslušný 90. nebo 95. percentil vztahený k současnému věku a výškovému percentilu dítěte.

Tento postup je časově poněkud náročný a může se jevit jako nepraktický v běžné klinické praxi. Pomůckou pro snazší orientaci může být tabulka 1., která obsahuje hodnoty 95. percentilu TK pro 5., střední a 95. percentil výšky ve věkových kategoriích 3 – 17letých dívek a chlapců. Další technickou pomůckou pro rychlou orientaci může být zjištění, že 95. percentil TK pro středně vysoké děti ve věku 10 let se pohybuje kolem 120/80 mm Hg. Pro adolescenty starší 18 let je horní limit normy TK stejný jako u dospělých – 140/90 mm Hg.

Metodika měření TK

Spolehlivá a standardizovaná technika měření krevního tlaku je základním předpokladem pro správnou diagnostiku a léčbu hypertenze u dětí. Pro měření krevního tlaku u dětí mimo novorozenecký a kojenecký věk používáme klasický **rtuťový tonometr a auskultační metodu měření** (3). Oscilometrická metoda je přijatelná u novorozenců a kojenců, kde je auskultace obtížná, a dále v podmínkách intenzivní péče, kde jsou nutná opakovaná měření. Oscilometrické přístroje měří pouze systolický a střední arte-

riální TK a diastolický tlak je z těchto hodnot vypočítán (4). Tato metoda tedy nemusí být zcela přesná pro stanovení diastolického TK a navíc chybí pro ni příslušné referenční normy. Automatické přístroje pro měření TK, které jsou běžně na trhu, mají velmi rozdílnou kvalitu a reprodukovatelnost měření bývá často problematická.

V technice měření je nutné věnovat pozornost správné volbě manžety. Přesný způsob volby manžety, který vychází z doporučení americké pracovní skupiny (The Second Task Force), vyžaduje změření obvodu paže přesně v polovině vzdálenosti mezi olekranonem a akromiem. Odpovídající manžetu volíme tak, že šířka vnitřní gumové části manžety odpovídá 40 % obvodu paže a délka vnitřní gumové části manžety by měla být 80 % až 100 % obvodu paže, měřeného ve středním bodě. Příliš malá manžeta může zapříčinit naměření falešně zvýšených hodnot TK a naopak měření příliš velkou manžetou může vést k hodnotám falešně nízkým. Pro běžnou klinickou praxi může být volba manžety na základě měření obvodu paže příliš zdlouhavá

tab. č. 2

Nejčastější chyby při měření TK u dětí

- měření nekalibrovaným automatickým přístrojem
- měření na paži, která není dostatečně obnažena a umístěna v úrovni srdce
- použití manžety nesprávné velikosti
- nesprávné upevnění manžety (hrozí zvláště u manžet bez suchého zipu)
- fonendoskop zasunutý pod manžetou manometru (přenos artefaktů)
- nedostatečné nafouknutí manžety (hrozí podhodnocení systolického TK)
- příliš rychlé vypouštění vzduchu (výrazně klesá přesnost měření)
- oči vyšetřujícího při odečítání hodnot TK mimo rovinu měřicí škály tonometru (efekt paralaxy)
- nesprávná interpretace TK (nutno interpretovat k pohlaví, věku a výšce pacienta)

a nepraktická. Přibližně lze tedy zvolit takovou manžetu, která pohodlně překryje dvě třetiny paže a nezakrývá loketní jamku nebo axilu. Pokud dvě manžety se blíží svou veli-

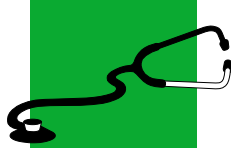
kostí paži dítěte, pak se doporučuje zvolit manžeta větší; měření lehce větší manžetou nezakryje skutečnou hypertenzi.

Pro měření TK u dětí je zapotřebí minimálně 3 manžet různých velikostí (např. šířka vnitřní gumové části 4, 8 a 12 cm). U obězních adolescentů je nutné použít „velkou dospělou“ manžetu. Lepší jsou manžety, které se zapínají na suchý zip, protože umožňují pevnější fixaci manžety v celé její šířce. Pokud není fixace rovnoměrná hrozí zvláště u manžet menší velikosti, že se gumová část nafoukne do tvaru „buřtu“ a arteria brachialis je komprimována v příliš krátkém úseku. Tento jev může zapříčinit naměření falešně vysokých hodnot (5).

Při měření je nutno dále dbát na dodržení následujících zásad, které vycházejí z doporučení American Heart Association (AHA) (6):

1. Měření TK provádíme u dítěte pohodlně sedícího po 3–5 minutách zklidnění.
2. Měříme na pravé horní končetině, která je dostatečně obnažena a uložena na podporu tak, aby střed manžety upevněné na paži se nacházel v úrovni srdce.
3. Při měření auskultační metodou je membrána fonendoskopu umístěna nad brachiální artérií proximálně a mediálně od loketní jamky a pod úrovní spodního okraje manžety.
4. Fonendoskop se nesmí dotýkat manžety nebo hadiček z ní odstupujících, aby se zabránilo přenosu zvukových artefaktů při auskultaci.
5. Měřicí škála tonometru by měla být ve výšce očí vyšetřujícího, aby se zamezilo efektu paralaxy při odečítání hodnot TK.
6. Manžeta se nafoukne o 30 mm Hg nad

systolický tlak, který nejdříve zjistíme palpačně vymizením pulzu při nafouknutí. Toto opatření má zamezit naměření falešně nízkého TK z důvodu nedostatečného nafouknutí



manžety nad úroveň systolického tlaku během auskultačního měření.

7. Při měření vypouštíme vzduch tak, aby rychlost poklesu sloupce rtuti byla 2–3 mm/sek. Při rychlejším poklesu výrazně klesá přesnost měření.

tab. č. 3

Indikace k cílenému měření TK u dětí a adolescentů (5)

- prokázané onemocnění ledvin nebo podezření
- prokázané kardiální onemocnění nebo podezření
- akutní neurologické onemocnění (např. křeče, porucha vědomí)
- příznaky, které mohou svědčit pro arteriální hypertenzi (bolesti hlavy, epistaxe, periferní paréza nervi facialis)
- před a během léčby, která může potenciálně ovlivnit TK
- před celkovou narkózou
- u rodinné zátěže s hypertenzí nebo jinými kardiovaskulárními nemocemi

8. Systolický tlak zaznamenáváme při oběhu se Korotkovova fenoménu 1, který je definován jako první z alespoň dvou pravidelných „tepavých“ zvuků.

9. Diastolický tlak se měří v momentě **vyzření zvuků** (Korotkovův fenomén 5) u dětí všech věkových kategorií. U některých dětí je Korotkovy fenomény slyšet až k bodu 0 mm Hg. Tato situace vylučuje přítomnost diastolické hypertenze.

10. Měření TK provedeme při každé příležitosti alespoň dvakrát a z výsledků měření vypočteme **průměr**.

Měření TK u dětí, zvláště u kojenců a batolat vyžaduje značnou trpělivost a je často náročné na čas. V tab. 2 jsou uvedeny v přehledu nejčastější chyby při měření tlaku. Rutinní vyšetření krevního tlaku má být prováděno **od 3 let věku** jako součást každé preventivní prohlídky. Cíleně je nutné měřit TK u dětí v situacích, které jsou shrnuty v tab. 3. Při naměření zvýšených hodnot TK bychom neměli zapomenout na přeměření TK na **dolních končetinách** pomocí stehenní manžety. Za normálních okolností převyšuje systolický tlak na dolních končetinách o 10–20 (i více) mm Hg hodnoty tlaku na horních končetinách. U koarktace aorty se tyto tlakové poměry obrací a systolický tlak na dolních končetinách je ve srovnání s končetinami horními nižší.

■ Ambulantní monitorování TK

24 hodinové ambulantní monitorování krevního tlaku (ABPM) se stalo cenným nástrojem pro diagnostiku a následnou péči hypertenze u dospělých. V mnoha centrech je ABPM standardně používáno pro klinickou

diagnostiku tzv. „**hypertenze bílého pláště**“, kdy hodnoty příležitostného krevního tlaku v ordinaci lékaře jsou zvýšené, avšak průměrné hodnoty získané během 24 hodinového ABPM jsou ještě v mezích normy. Mnoho studií u dospělých dokazuje, že hypertenzní fe-

nomén bílého pláště se prognosticky liší od fixované hypertenze. Informace o krevním tlaku, získané pomocí ABPM, lépe korelují s poškozením cílových orgánů a s celkovou prognózou kardiovaskulární morbidity a mortality u dospělých hypertoniků.

V posledních 5 letech přibývá prací, které studují možnosti použití ABPM u dětí. Na velkém souboru 1141 zdravých dětí a adolescentů byly vytvořeny referenční hodnoty, kde systolické tlaky při ABPM prokazují mírný ale signifikantní vzestup s tělesnou výškou (více vyjádřený u chlapců než u dívek), zatímco diastolické hodnoty jsou nezávislé na výšce a pohlaví (7). Referenční hodnoty pro příležitostný TK nejsou použitelné pro interpretaci hodnot průměrných tlaků získaných při ABPM.

Hypertenze bílého pláště je rovněž popsána u dětských pacientů s opakovaně zvýšeným příležitostným TK. Její výskyt je dokonce častější než u pacientů dospělých a je udáván různými autory v širokém rozmezí 44 % – 88 % pacientů z opakovaně zvýšenými hodnotami TK v ordinaci lékaře. Z toho důvodu je vhodné, aby nově zjištěná hypertenze u dětí a adolescentů byla verifikována pomocí této doplňkové metody, a to zvláště v těch případech, kdy se uvažuje o vyšetřeních, která jsou invazivní a zatěžují pacienty ionizujícím zářením, a také v případech před zahájením farmakologické léčby.

■ Prevalence hypertenze

Na základě statistické (percentilové) definice hypertenze v dětském věku bychom mohli očekávat, že zhruba 5 % dětí a adolescentů v populaci bude mít hypertenzi.

Avšak hypertenze je definována jako perzistující zvýšení TK a při opakovaném měření je pozorován pokles naměřených hodnot TK a tím také prevalence hypertenze. Při vyšetření více než 14 000 školních dětí ve věku 10–15 let klesla prevalence hypertenze v této populaci ze 4,2 procent při prvním měření na 1,1 procenta při kontrolním měření [8]. Důvodem tohoto poklesu je postupné přizpůsobení pacienta a snížení psychické tenze (tzv. efekt akomodace) a statistický fenomén regrese k průměru. Z toho důvodu bychom se nikdy neměli spokojit s jedním měřením TK a než u někoho vyslovíme diagnózu hypertenze, musíme TK přeměřit alespoň tři- i vícekrát při různých příležitostech. Celková prevalence perzistující hypertenze v dětské a adolescentní populaci se pohybuje kolem 1 %. Tato prevalence je samozřejmě podstatně nižší než v dospělé populaci. Současně je však tento výskyt dostatečným důvodem k tomu, aby se s problematikou hypertenze u dětí a adolescentů podrobně seznámil každý pediatr.

Literatura:

1. National Heart, Lung and Blood Institute. Report of the Second Task Force on Blood Pressure Control in Children. *Pediatrics*, 79, 1987, č. 1, s. 1–25.
2. National High Blood Pressure Education Program Working Group on Hypertension Control in Children and Adolescents. Update on the 1987 Task Force Report on High Blood Pressure in Children and Adolescents: A working group report from the National High Blood Pressure Education Program. *Pediatrics*, 98, 1996, č. 4, s. 649–658.
3. Bartosh, S.M., Aronson, A.J.: *Childhood hypertension: An update on etiology, diagnosis and treatment*. *Pediatr. Clin. N. Amer.* 46(2), 1999, s. 235–252.
4. Schärer, K.: *Hypertension in children and adolescents*. In Maluche, H.H., Sawaya, B.P., Hakim, R.M. et al. (Eds.): *Clinical nephrology, dialysis and transplantation*, Deisenhofen: Dustri-Verlag Dr. Karl Feistle, 1999, 1–25, s. 9.
5. von Vigier, R.O., Bianchetti, M.G. *Arterielle Hypertonie im Kindes und Adoleszentenalter*. *Therapeutische Umschau*, 56, 1999, s. 12–18.
6. Grim, C.M., Grim, C.E.: *Blood Pressure Measurement*. In Izzo, J.L., Black, H.R. (Eds.) *Hypertension Primer*, Second Edition. Lippincott, Williams & Wilkins: Baltimore, 1998, s. 265–268.
7. Soergel, M., Kirchstein, M., Busch, C., et al.: *Oscillometric twenty-four-hour ambulatory blood pressure values in healthy children and adolescents: A multicenter trial including 1141 subjects*. *J. Pediatr.* 130, 1997, s. 178–184.
8. Sinaiko, A.R., Gomez-Martin, O., Prineas R.J.: *Prevalence of „significant“ hypertension in junior high school-aged children: The Children and Adolescent Blood Pressure Program*. *J. Pediatr.* 114, 1989, s. 664–669.



Hypertenze u dospívajících současné pohledy na terapii

MUDr. J. Liška, MUDr. P. Bošina, MUDr. V. Holeček

Mulačova nemocnice s.r.o., Plzeň

Odborné sdělení z hlediska měření a hodnocení TK u dětí a dospívajících, uveřejněno ve Vox Pediatría č.2 / 98 / Janda, Seeman / a článek Juvenilní / primární / hypertenze, otištěn ve Vox Pediatría č.1 / 99 / Liška /.

V následujícím shrnutí chceme jen rozšířit a především aktualizovat pohled na možnou terapii tzv. juvenilní hypertenze (JH). Farmakoterapie zde připadá v úvahu, až když jsme vyčerpali předchozí doporučené postupy, to znamená výrazné zvýšení pohybové aktivity ve smyslu rozšíření dynamických sportů (cyklistika, vytrvalostní běh, běžky, plavání). Dále pak omezení solení, tzv. rychlých jídel, zákaz kouření, omezení pobytu u počítačových her, někdy i u počítače vůbec, zákaz mnohahodinových pobytů u televize. U děvčat musíme v některých případech počítat s navozenou hypertenzí kolem měsíce po za-

čátku užívání antikoncepce. Zvláště přísní musíme být v rodinách s genetickou zátěží. Podle literárních údajů kolem 30 – 40 % rodičů adolescentů má léčený TK již mezi 30 – 40 rokem života a je tedy zřejmé, že tito adolescenti s juvenilní hypertenzí jsou adeпти pro primární hypertenzi v dalším věku. Předpokládá se, že kolem 20 % pacientů –JH– se stane pacienty s primární hypertenzí na začátku středního věku.

Z pohledu vyšetřování pacientů s JH v primární péči je potřebné vyšetřit v rámci **krvného biochemizmu** glykémii, ionty, jaterní testy, kreatinin a ureu, KO diff, cholesterol

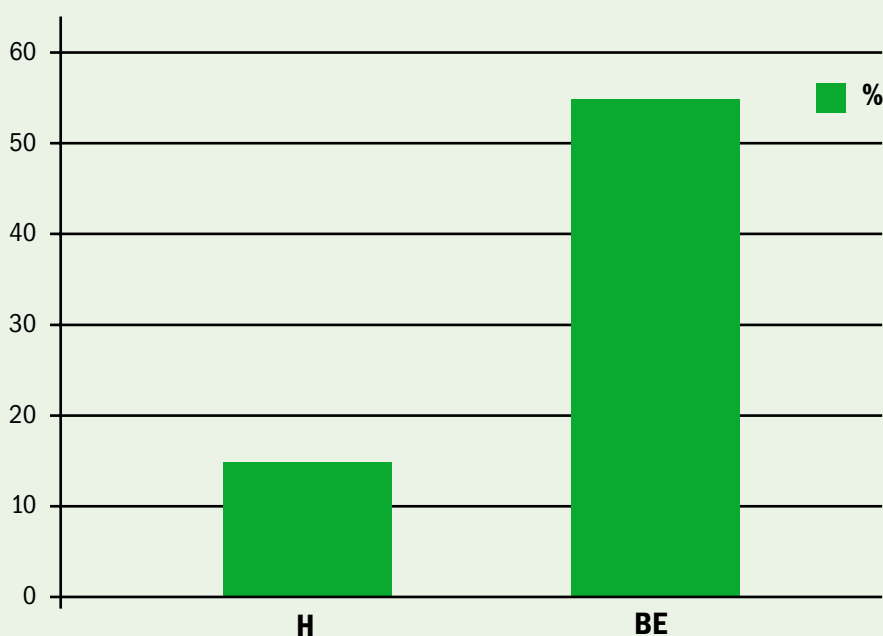
a triglyceridy, případně hormony štítné žlázy. Nutným doplněním je **sono** ledvin a nadledvin, případně i štítné žlázy a natočení klasického EKG. Při delším trvání vyššího TK vyšetřit oční pozadí a nechat provést **bicyklovou ergometrii** podle možností pracoviště. Toto bude zřejmě omezené stejně jako kontinuální 24 hod. měření tlaku podle Holtera neboli ABPM – kontinuální ambulantní měření TK. Opakované měření tlaku po předchozím klidu správnou manžetou je již automatické.

Z literárně uváděných a i námi zjištěných výsledků pacientů s JH uvádíme v 50 % zvýšení plazmatické reninové aktivity po námaze, ve 40 % zvýšení hladiny adrenalinu nebo noradrenalinu a ve 20 % zvýšení bazálních hodnot kortizolu. U 15 % jsme našli zvýšení serotoninu, dopaminu nebo kortizolu. Zajímavé a varovné jsou po jednom až dvouletém trvání u některých pacientů nálezy na očním pozadí a na ECHO. Ze všech vyšetření chceme podtrhnout především přínos bicyklové ergometrie, kdy nacházíme poměrně velmi často hyperreaktivitu systolického nebo diastolického tlaku na zátěž, což je považováno za relativně silný argument pro nasazení farmakoterapie. Na zde přiloženém grafu č.1. a č.2. jsou prezentovány abnormální nálezy při ABPM a bicyklové ergoterapii (BE) a dále pak srovnání nálezů při BE ve skupině fyziologických a patologických hodnot při zátěži ve srovnání s kontrolní skupinou.

Terapie hypertenzní krize nedoznala závažných změn a je problémem lůžkové péče.

Dlouhodobá farmakoterapie juvenilní hypertenze lze shrnout do několika kapitol. Vychází se přitom z hlavních patogenických mechanismů u JH, tj. hyperdynamické cirkulace

Juvenilní hypertenze - abnormální nálezy při Holterově měření tlaku a bicyklové ergometrii



Zachycení v rámci prevence, režimová opatření, tělesná aktivita a u problémových hypertenzí i farmakoterapie je úkolem, na kterém participuje z převážné části oblast primární péče.

inzerce Solvay



na podkladě aktivace sympatiku při nedosta-
tečném parasympatikomimetickém působení.
Mimo ovlivnění dynamické cirkulace se
zde ještě uplatňuje nutnost snížení hladiny
katecholaminů a snížení insulinové resis-
tence. Tato je sledována kompenzatorní sekrecí
insulinu ve zvýšeném množství a s tím spoje-
nou aktivací sympatiku. Insulinová resis-
tence je zvláště častá u nadváhy a obezity. Při
terapeutickém vlivu musíme mít na paměti
neovlivnění životního komfortu adolescentů
včetně možnosti provozování dynamických
sportovních aktivit. Také zajištění fyziologic-
kých hodnot lipidového metabolismu, iontů,
urikémie, glykémie a i zajištění fyziologických
hodnot tepové frekvence je předpokladem
vhodné terapie. Známou kontraindikací u be-
tablokátorů je asthma bronchiale. Diuretika
se dříve ojediněle přidávala v malé dávce
k betablokátorům, v současnosti se již neuží-
vají, nicméně se zkoušejí u obézních mla-
distvích na americkém kontinentě.

■ Betablokátory

betablokátory kardioselektivní

- atenolol (Tenormin/tbl. po 50 mg) dávka 1 mg/kg/den
- večerní doba atenolol (Corotenol / tbl. 50 mg) dávka 1 mg /kg /den - večerní doba

Vhodné jsou u pacientů s hypertenzí a současnou migrénou, nejsou však nejvhod-

nější u sportujících pacientů, při změnách li-
pidového spektra a při nálezech při případ-
ném ECHO vyšetření. Kontraindikovány jsou
při AV bloku II. a III. stupně. Před jejich nasa-
zením je nutné EKG se zaměřením na PQ in-
terval.

Blokátory calciových kanálků se používají
zcela výjimečně v dětském a dorostovém vě-
ku a nejsou s nimi dlouhodobější zkušenosti.
Z léčiv působících na stěnu cévní jsme v mi-
nulosti měli z tbl. formy dihydralazin, který na
trhu v tbl. formě není.

■ ACE inhibitory – inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu

Uplatňuje se zde vliv snížené plazmatické
reninové aktivity, pokles periferní cévní rezis-
tence, renální vasodilatace a pokles hladiny
katecholaminů. Vhodné při nálezech na ECHO.
Absolutní kontraindikace je u těhotných.

- ramipril (Tritace) tbl po 1,25 a 2,5 mg 1x denně
- enalapril (Enap) tbl po 5 mg v jedné nebo dvou dávkách
- captopril (Capoten, Tensiomin) tbl. po 12,5 mg, ale nutné podávat 2-3 x denně

■ Centrální agonisté imidazolových receptorů v prodloužené míše

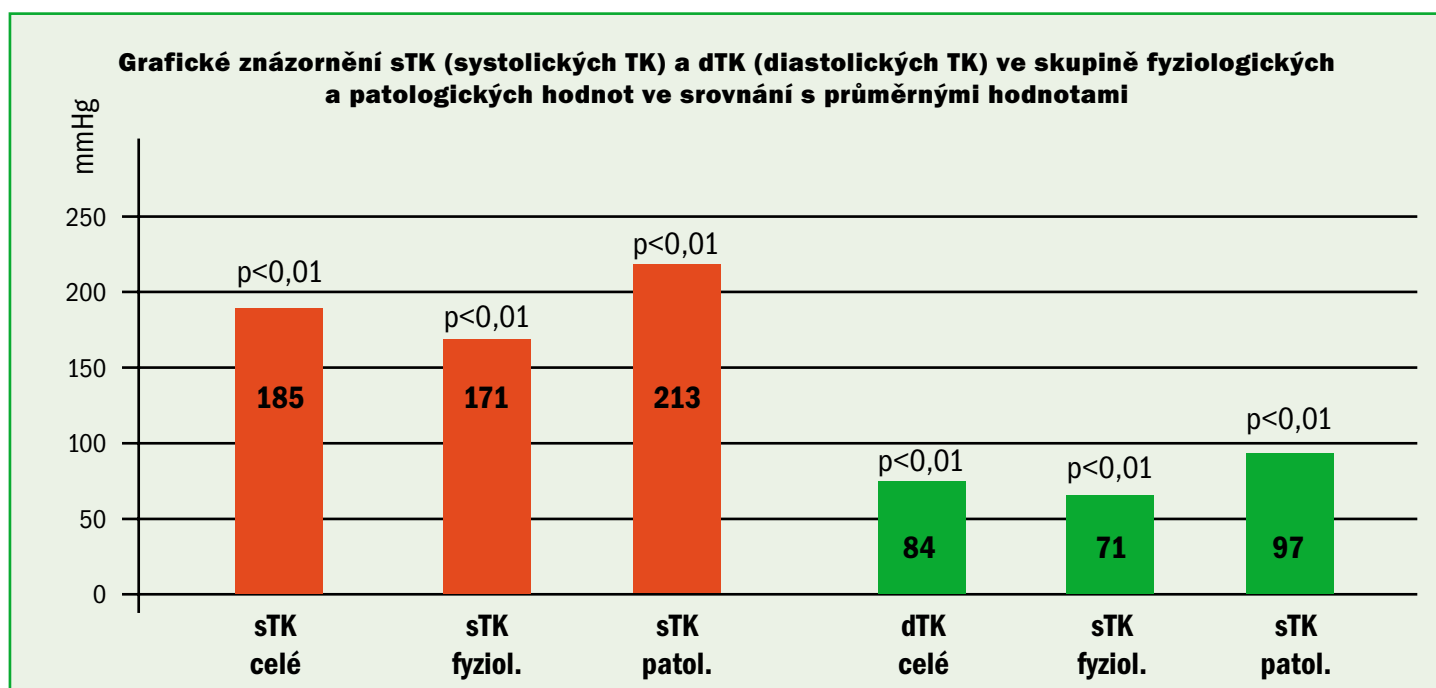
Jedná se o novou skupinu léčiv, kterou po-

važujeme za vhodnou pro terapii JH. Je mož-
né podávat od 16 – ti let věku. Efekt vychází
ze zjištění poslední doby, že rostrální pro-
dloužená mícha je klíčovým místem v regula-
ci TK, regulaci sympatické aktivity a podílí se
na mnoha kardiovaskulárních reflexech. Prá-
vě pacienti s hyperkinetickou cirkulací reagu-
jí na centrální selektivní agonisty velmi dob-
ře, jejich snášenlivost je velmi dobrá –
podávání 1 x denně, ráno po jídle. Snižují
i aktivitu systému renin – angiotensin, nema-
jí bradykardisující působení, jejich podávání
je provázeno poklesem insulinové rezistence
a periferní rezistence arteriol. Zlepšují, jak je
uváděno v pracích, hemodynamickou odpo-
věď na ergometrickou zátěž. Na začátku léč-
by při současně zvýšené únavě mohou ovliv-
nit koncentraci u některých řidičů.

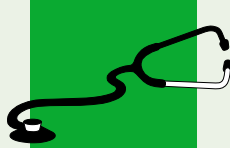
- moxonidin (Physiotens) tbl. po 0,2 a 0,3 mg jedenkrát denně ráno po jídle, event. Cynt. 0,2 a 0,3 mg.

Zachycení v rámci prevence, režimová
opatření, tělesná aktivita a u problémových
hypertenzí i farmakoterapie je úkolem, na
kterém participuje z převážné části oblast
primární péče.

Literatura u autorů.



inzerce Krka



Mykoplazmatická myokarditis

kazuistika

MUDr. Jiřina Dvořáková

PLDD Pardubice

Pacient L. R., nar. v červnu 1984

RA: otec – po operaci strabismu, matka se léčí pro hypertenzi a proteinurii, bratr 11 let zdravý, babička – diabetes mell. ve stáří

OA: z 1. fyziologického těhot., porod i poporodní průběh bez komplikací, prospíval, PMV odpovídal věku. Dosud vážněji nestonal, nemocnost velmi malá, 1–2x do roka respirační infekty. V posledním zimním období častěji nemocný, v říjnu a březnu prodělal respirační infekty s febrilním průběhem, léčen ATB, jinak spíše častější rýma, příčinu viděl v dojíždění do školy přes celé město na kole. 16.4. vyšetřen na LSPP pro alerg. exantém na horních končetinách a bolesti v krku, diagnostikována angína lacunaris a alergie nejasné etiologie (v anam. Paralen, kyselé zelí, citrony, Brufen), doporučen Augmentin, Dithiaden. Kontrola 18.4. – exantém vymizel, 23.4. – v pořádku, bez potíží, moč bpn., FW 1/5, doporučeno dobrat ATB, týden necvičit a pro častější respirační infekty v posledních měsících Aviare 9 CH.

AA: dosud neudával

SA: žije s rodiči a bratrem, učí se truhlářem, kouří 6–7 cigaret denně, drogy nejuje

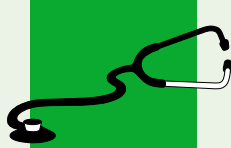
NO: přichází 23.5. pro 3 dny trvající **bolesti horních končetin** od ramen až po zápěstí, bolesti udává jako difusní po celé délce spíše ve svalech, klouby jsou v pořádku. Na cílený dotaz odpovídá, že o víkend více pracoval, ale prý nic výjimečného. Je afebrilní, na nic jiného si nestěžuje, při vyšetření je nález fyziologický. V té době jsem teprve krátce vlastnila přístroj QuikRead firmy Orion Diagnostica a v tomto případě jsem spíše

z diagnostických rozpaků provedla vyšetření CRP, jehož výsledek **66 mg/l** mě trochu překvapil. Chlapce jsem znovu kompletně prohlédla, ale nic jsem neobjevila, moč jsem vyšetřit nemohla, protože se mu nepodařilo vymočit. Doporučen klid na lůžku a Ibuprofen, kontrola 2. den. Přichází na kontrolu až 25.5. (24.5. ho neměl kdo přivést), moč je v pořádku, CRP zvýšeno na **95 mg/l**, udává stále výraznější bolesti horních končetin, jinak se cítí dobře, je afebrilní. Při vyšetření je nález opět fyziologický, jen při poslechu se mi chvílemi zdá oslabení ozev, chvílemi je ale poslechový nález zcela normální.

Doprovázející matce vysvětluji situaci a odesílám chlapce na dětské oddělení. Zde provedeno kompletní vyšetření laboratorní, rentgenologické, neurologické, pro podezření na plicní embolizaci CT plicní angiografie (z výsledků vybírám FW 50/87, leu 16,9, CRP 120, ostatní v normě), v odpoledních hodinách při EKG zjištěna elevace ST úseku v II a III.sv. a negativní T vlny 1–6., na UZ srdce výrazná hypokineza posterolaterálně a hypertrofie komorové svaloviny. (Až dodatečně jsem se od pacienta dozvěděla, že v odpoledních hodinách se mu výrazně přitížilo, začal mít bolesti na hrudi, byl lehce dušný, objevila se teplota 38 st.) Po dohodě ještě večer převezen na kardiologické oddělení v Praze Motole, kde jsou zjištěny vysoké záporné parametry, CIK 120, CRP 116, zvýšený myokard. soubor, diagnostikována **myokarditis** a pro počínající plicní edém a kardiomegalii zahájena léčba diuretiky a ACE inhibitory. Pro vysoké titry IgM a IgG

proti mykoplasmatům podáván Deoxymykoin. Během hospitalizace se poměrně rychle zlepšoval, po týdnu přeložen z JIP na lůžkové oddělení, laboratorní nálezy se postupně upravily a 26. června byl propuštěn do domácího ošetření s doporučením pozvolného zatěžování a léčbou ENAPem 2x5 mg. Během prázdnin sledován v mé ordinaci, trvale byl bez potíží, problémem bylo spíše utlumit jeho narůstající touhu po tělesné aktivitě. Při kontrole na ambulanci Dětského kardiocentra v Praze **6.9. byla veškerá laboratorní i klinická vyšetření v normě**, povoleno navštěvovat školu a doporučeno ještě 6-měsíční tělesné šetření s postupným zatěžováním, osvobození od Tv. V současné době se cítí velmi dobře, začal během října jezdit na kole. Další plánovaná kontrola v kardiocentru je v březnu 2002.

Závěr: Všichni víme, jak je občas velmi obtížné v množství „banalit“ nepodcenit některé příznaky, zvláště jedná-li se o dorostence, kteří jsou v simulování velmi vynalézaví. V tomto případě mi pomohlo, že chlapce znám od malička a vím, že nikdy nepatřil mezi „ulejváky“ a i když indikací k vyšetření CRP byla spíše má momentální bezradnost, pomohlo mi v tomto případě se správně rozhodnout. Včasná diagnostika uchránila chlapce od dlouhé a nákladné léčby a nedojde-li k nějakým komplikacím, navrátí ho po 10 měsících od počátku onemocnění do plnohodnotného života. ■



Atresia hymenalis

kazuistika

MUDr. Radka Vetešníková-Koubová

FN Motol, Praha

Dívka narozená v r. 1988

RA: otec otce zemřel na IM, matka otce hypertenze, DM na PAD, rodiče zdraví

OA: Z 1.gravidity, matka hospitalizována od 6.měsíce gravidity s diagnózou partus praematurus imminens, porod spontánní, grav. heb. VIII, 2900 g/48 cm, nekříšena, poporodní vývoj normální. Prodělala varicelu, v dětství atopický ekzem. Alergie na pyl a peří. V 8 letech fractura pravé ruky. Hospitalizace – ve 2 letech pro komplikovaný zánět středního ucha. Operace 0.

GA: gynekologicky neléčena, menses dosud 0.

NO: Pacientka odeslána k hospitalizaci z příjmové ambulance okresní nemocnice s diagnózou expansivního procesu v malé pánvi.

Vyšetřena chirurgem 15.1.2001 pro bolesti v celém rozsahu podbřišku, které trvaly od 11.1.2001: bez známek peritoneálního dráždění, per rectum-okolí anusu beze změn, tonus svěrače normální, Douglas oboustranně nevyklenutý, nebolestivý, v dosahu prstu bez patologických změn. Závěr:t.č.se nejedná o NPB. Doporučeno gynekologické vyšetření. Telefonicky dohodnuta hospitalizace ve FN Motol na oddělení dětské gynekologie.

Při příjmu 16.1.2001: Subjektivně udává mírné bolesti v podbřišku, zvýrazněné při pohybu, ale od 11.1. již byly postupně mírnější. Anamnesticky podobné obtíže neudává.

Vyšetření: Nezvracela, stolice pravidelně, močí spontánně, bez dysurických obtíží. Pohlavní sekundární znaky M4 Ph4 A+. Břicho s objemnou rezistencí 2 prsty pod pupek, která je elastická hladká, tuhá, nebolestivá. Bez známek peritoneálního dráždění. Vaginoskopie: nelze, vyklenutý hymen lividního zbarvení, při kašli se vyklenutí zvýrazňuje.

Per rectum: celá malá pánev vyplněna elastickou rezistencí, na pohmat mírně citlivější.

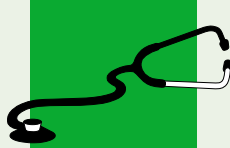
Sono: V malé pánvi hypoechogenní útvar 145x91x79 mm, dolní pól dosahuje až k hrázi, nad ním děloha 55x42x30 mm s hypoecho-

genním obsahem šíře 25 mm v průměru. Závěr – atresia hymenalis, haematokolpos magna et haematometra parva. Po předoperačních vyšetřeních v krátké celkové anestezii discise, evakuován obsah (400 ml) hnědočerné barvy, do pochvy zaveden dilatátor, který byl fixován 2 stěhy, bez komplikací. Fantom umožnil postupný odtok zbylého obsahu a zabezpečil dostatečnou průchodnost. Pooperační průběh bez komplikací, fantom extrahován, 3 dny vaginální terapie Framykoinovými čípkami. Sono před propuštěním: Děloha 77x33x41 mm, vpravo ovarium 28x32 mm, vlevo ovarium 33x25 mm, normální ultrazukový nálezn. Pacientka propuštěna. Objednána na kontrolu po příštích menses nebo za 6 týdnů. Nutná je kontrola ultrazukem, nenastává-li retence menstruační krve.

Závěr: Hymenální atrezie je nejčastější poruchou průchodnosti rodidel, tzv. gynatrezií. Pozdření na ni by mělo být učiněno již u novorozence, vzhledem k absenci tzv. fluor neonatalis, a dívka dispenzarizována. Definitivní diagnosu lze učinit až po začátku retence. Na správné diferenciální diagnose samozřejmě závisí volba správného postupu chirurgické léčby. Na atrezii hymenu musíme myslet vždy v diferenciální diagnostice bolestí v podbřišku (obzvláště s nálezem rezistence, někdy i značných rozměrů) u dívek s plně vyvinutými pohlavními sekundárními znaky, ale s absencí menses. Samozřejmostí je gynekologické vyšetření, které tuto diagnosu snadno odhalí, neboť nelze provést vaginoskopii. Při vyšetření per rectum ovariální tumor nemůže zasahovat níže než je poševní klenba. Na ultrazukem je pro atrezii typické uložení hypoechogenního útvaru (haematokolpos) pod dělohou, která je dobře diferencovatelná. U ovariálního tumoru je děloha uložena laterálně nebo pod tumorem, který vystupuje z malé pánve. Byla-li by diagnosa ihned určena správně, netraumatizujeme pacientku a rodinu diagnózou expansivního procesu v malé pánvi.

Praktici smějí žádat o data

Senát se na své schůzi 11. ledna rozhodl nezabývat se návrhem novely zákonů o VZP a o ostatních zdravotních pojišťovnách. Tím urychlil předání této novely, schválené nedávno už sněmovnou, k podpisu prezidenta republiky. Novelizace nabude účinnosti dnem vyhlášení. Poslanci Rostislav Čevela (ČSSD), Milan Cabrnok (ODS) a Josef Janeček (KDU-ČSL) touto novelou chtějí umožnit praktickým lékařům pro dospělé i praktickým lékařům pro děti a dorost snazší přístup k informacím. Lékaři si budou moci vyžádat od zdravotních pojišťoven bezplatně přehled o léčbě jejich pacientů u jiných poskytovatelů péče včetně preskripce. J. Janeček a Tomáš Julínek (ODS) při jednání senátu uvedli, že okruh osob oprávněných žádat tyto informace od pojišťoven byl záměrně zúžen jen na praxi, takže se netýká zubních ani ženských lékařů. Postavení praktiků jako koordinátorů péče se tímto opatřením má posílit, neboť budou mít větší přehled o nežádoucích duplicitách ve vyšetření či léčbě, pokud pacient s toutéž nemocí navštíví více lékařů. J. Janeček uvedl, že návrh novely vyšel z iniciativy pojišťoven, které se ve svých databázích setkávají s informacemi o duplicitních návštěvách lékařů včetně preskripce. Předpoklad, že by se tímto způsobem mohlo bránit nadbytečným nákladům na péči, vyslovil rovněž místopředseda Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost Milan Kudyn, který odhaduje „zdvojení“ léčby na pět procent a duplicitu u vyšetření až na 20 procent. Mluví VZP Kateřina Zamastilová uvádí, že opatření zlepší péči o pojištěnce, avšak odhad možné úspory nákladů po vyloučení duplicit pojišťovna podle jejího vyjádření nemá. Novela dále zpřesňuje možnost zaměstnaneckých pojišťoven uplatňovat u soudů a orgánů činných v trestním řízení nároky na dlužné pojistné, penále či pokuty.



Onkologické memento v praxi

kazuistika

MUDr. Marcela Křížová

PLDD Zlín

Rhabdomyosarkom (RMS)

D.Č.* 13.3.1998

zdravý novorozенец chlapec

RA: běžné choroby-diabetes mellitus na dietě hypertenze, žádné tumorosní onemocnění v rodině nezjištěno, otec i matka dítěte zdraví, pracovní i sociálně bez rizik.

OA: Dítě ze 2. fyziologické gravidity – bratr 1991 zdravý PH 4200/54, kojen 4 měs. PM vývoj zcela v normě, prospívající eutrofický kojeneček, řádně očkován dle zákona. Roční prohlídka – 11650 g/82 cm – zdravý

Moč: BO CO sediment bpn! 18 měsíců – zdravě batole 14300g/88cm bez patologie – září 99.

4/2000 – Febrilie 39 st – Otitis media – nasažen Duomox, 2x zvracení, ORL – zhojeno za týden.

NO: 4/2000 při kontrole se otec poprvé zmiňuje o močení i odchodu stolice často současně, klasifikuje tento stav jako „nešvar“ z jeslí, kam začalo dítě docházet. „Tety“ z jeslí si zatím ničeho nevšimly, babičce na chatě, kde hlídává vnučata se stále něco nezdá, divně prý tlačí, ale doma je bez peni 3 hodiny suchý, docela se daří udržovat čistotu, někdy močení i se stolicí, snad více tlačí. Chuť k jídlu normální, možná snad více plačtivý – začal chodit do jeslí – adaptace? Chytá se za genitál asi jako ostatní kluci.

SP: Bříško špatně prohmatné, 2 leté dítě naplněná, resistance nenahmatána, ale „močový měchýř“ až k pupku – plný. Dítě ihned odesláno na vyšetření moče – B2, CO, leu 35!!!

Sonograf břicha zkušeným chirurgem – cituji: malá spolupráce, břicho však měkké bez resistance ledviny zvyklé lokalizace tvaru i velikosti, oboustranně však mnohočetné cysty. Močový měchýř částečně naplněn hladkých kontur.

Resume: mnohočetné cystické změny obou ledvin – doporučeno vyš. funkčních parametrů!!! (asi 10 hod. 19.4.2000) Nespokojenost s výše popsaným nálezem – Cystické ledviny němé?? Žádná močová infekce ani neprospívání...? Ještě týž den ihned odesílám dítě s babičkou – matka právě PN – souhlas babičky – k hospitalizaci, k vyložení závažného stavu – susp. tuumor.??!!

Při příjmu – palpaci břicha – opět konstatováno bříško měkké bez resistance, pouze extrémně naplněný močový měchýř, který hmatný až nad pupek. (příjem odborná nefroložka) Moč – B3, urea a kreatinin v normě. SONO – provedeno o 3

hod. později na dětském odd. MUDr. Ťoukálkovou s nálezem – cituji: Oboustranná dilatace KPS s horším nálezem na straně levé – pánvička 32 mm, vpravo 17 mm.

Značně zvětšený močový měchýř, jeho dolní polovinu prakticky celou vyplňuje solidní květákovitý útvar infiltruující jeho stěnu a sahající až do fundu, vlevo nad moč. měch. patrný dilatovaný ureter o průměru 9 mm. Paravesikálně vlevo ohraňovaný útvar o vel. asi 30 mm. (lymf.uzlina)?

CT: Na skenech je celá spodina močového měchýře, jeho zadní stěna a v malém úseku i přední stěna infiltrována nádorem, jehož masy výrazně promínou do lumen moč. měchýře, polycyklického tvaru, vyplňují asi 1/2 objemu, levá zadní stěna MM splývá s velkým solidním útvarem – paket uzlin v.s., dilatace sběrného systému oboustranně.

Do 2. dne dítě přeloženo na dětskou onkologii FN Motol v Praze s diagnosou: Tumor močového měchýře s levostrannou ureterohydronefrosou, lehká pravostranná hydronefrosa sekundární lehká močová infekce

Praha – onkologie:

DG: Emryonální rhabdomyosarkom klin. st. III Pancystektomie s 3 cykly chemoterapie, Cyclosporin A Vinkristin, Aktinomycin D, Nefrostomia billat. Konkomitantní ozařování oblasti močového měchýře a malé pánve. Konzulzace zahraničního centra. Prevence močové infekce – Unasyn, Augmentin Duo, Furantoin

Od 4/2000 do 28.6.2000 opakovaná chemoterapie dle protokolu pro maligní mesenchymální tu bez výraznější regrese, proto 28.6.2000 pancystektomie s následnou konkomitantní radiotherapií na oblast malé pánve a další chemoterapie VIC. Léčba provázena četnými nežádoucími účinky – zejména projevy dřeňového útlumu, febrilie, zvracení a průjmy atd. Alopecia totalis.

Postupná úprava stavu dítěte, po 12 měsících od diagnózy dítě ve velmi dobrém stavu. Při 3 leté prohlídce H 16,5 kg, M 100,5 cm, s dobrou chutí k jídlu, s urostomickými sáčky leze na průlezku, jezdí na tříkolce a běhá jako zdravé dítě. Močení přes urostomické sáčky ventilem, občasné ekzemy kol stomií. (Mykosis cutis) Pravidelné sledování základních laboratorních hodnot a KO diff. Opakovaně kultivace moče, moč a sed. Prevence

infektů, individuální doprava, pravidelná výměna urostomických sáčků, OSSZ – přiznání mimořádných výhod III st.

T.č. je 3,5 letý Daneček s matkou v Jánských Lázních na rekonvalescentním pobytu ve velmi dobrém fyzickém a psychickém stavu.

Komentář:

Sarkomy měkkých tkání zahrnují skupinu asi 15 různých tumorů, přičemž Rhabdomyosarkom tvoří 60% a synoviální sarkom 10% případů.

Rhabdomyosarkom se vyvíjí v predilekčních lokalitách např. urogenitální trakt a sestává z nediferencovaných rychle rostoucích buněk. Histologická diagnosa, cytogenetické a molekulární genetické vyšetření má význam pro prognosu.

Základní principy onkologické diagnostiky jsou rychlost, cílenost, šetrnost.

V případě Danečka – všímavá babička – upozornění rodičem – týden. Cílené SONO a moč – 1 den. Při retrospekci – asi po vánocích – leden/2000 – první náznak potíží, lékař upozorněn v 4/2000 po 3 měsících. Sporné klinické vyšetření břicha v 9/1999 – 18 ti měs. prevence, bylo možné poznat zvláště a stále naplněný moč. měchýř ?, když o 6 měsíců později 3 lékaři popisují břicho měkké, prohmatné bez resistance, nápadně plný moč. měchýř až k pupku?

Specialista – chirurg a sonografista popsal pouze cystické ledviny!!!

O 2 hod. později zkušený pediatr popisuje tumor i s paketem uzlin. Večer překlad FN Praha. Čas, který uplyne od jejich prvních projevů do zahájení adekvátní léčby, může být pro pacienta rozhodující. Diagnostických chyb a omylů je v praxi velmi mnoho. Splnit oprávněné požadavky, které klade současná klinická onkologie na lékaře, není snadné.

Zhoubné nádory jsou hned po poraněních nejčastější příčinou úmrtí dětí do 15 let. Proto je v rámci diff. dg. rozvahy pediatra každé podezření na nádorovou etiologii imperativem pro zahájení rychlého a správného postupu.

A na závěr – pro Nás Všechny i Naše Pacienty a Jejich Rodiče:

W.Hazkitt: „Umění žít znamená vědět, jak vyčutnat malé radosti a unést velká břemena.“

inzerce GSK



Tuky a časná stadia vývoje dětského organismu

MUDr. P. Szitányi, Ph.D., Doc. MUDr. J. Nevorál, CSc.

Součástí celkové péče o dítě je nutně i výživa. V té existuje množství kontroverzních otázek, které i přes výrazný pokrok ve vědě a výzkumu nejsou zatím uspokojivě zodpovězeny. Kvalita výživy hraje zvláště v časných stadiích vývoje organismu významnou roli na pozdější vývoj a morbiditu jedince.

Výzkum v posledních letech se výrazně orientoval na vliv tuků na celkovou kvalitu zdraví. V laické veřejnosti často převládá názor, že tuky představují nežádoucí složku potravy a cholesterol je prezentován často jako nepřítel. Argumentem je strážák aterosklerózy s jejími možnými komplikacemi v dospělosti (infarktem myokardu, ischemickou chorobou dolních končetin, mozkovými příhodami atd.). Pravdou je, že existují údaje o počátku procesu aterosklerózy již v dětském věku. Všeobecně platí, že veškeré potraviny přijímané živočišné a rostlinné tuky jsou po emulgaci žlučovými kyselinami v tenkém střevě hydrolyzovány a resorbovány k dalšímu zpracování v organismu. Při zvýšeném příjmu tuků potravou, který je dán nevyhovujícím dietním režimem v populaci, se zvyšují jejich hladiny v krevním oběhu, což může později vést k rozvoji komplikací aterosklerózy se všemi negativními důsledky. Data z dospělé populace ale nelze beze zbytku převést na populaci dětskou.

Tuky představují esenciální součást výživy a dítě je ke své existenci nutně potřebuje. Pojem tuky, neboli lipidy je velice široký.

Jedná se skupinu látek chemicky charakterizovanou rozpustností v organických rozpouštědlech a nerozpustností ve vodě. Jde o heterogenní skupinu zahrnující mastné kyseliny, triacylglyceroly, fosfolipidy, steroidy a eikozanoidy. Biochemicky mají společný znak: biosyntéza všech lipidů vychází z aktivované kyseliny octové, acetyl-CoA.

Rostoucí novorozeneček je zásoben tuky z mateřského mléka (MM), pokud to možné není tak z komerčně dostupných výrobků kojenecké mléčné výživy. V současnosti není pochyb, že mateřské mléko zůstává referenční biologickou normou a zlatým standardem ve výživě novorozenců a kojenců. Obsah tuků v mateřském mléce je proměnlivý, kolísá během 24 hod., dokonce i během jednoho kojení. Mění se s celkovou délkou laktace. 99% všech tuků v mateřském mléce představují komplexní triacylglyceroly (3–4,5 g/dl), fosfolipidy jsou přítomny jen v minimálním množství (15–20mg/dl). Dále obsahuje mateřské mléko

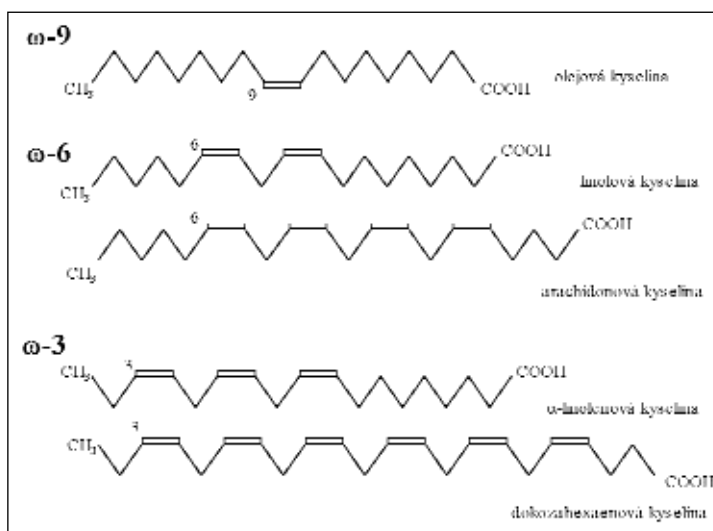
také významné množství cholesterolu (10–15 mg/dl) a další biologicky aktivní látky a hormony. Rozdíly mezi MM a dostupnými formullemi existují v obsahu cholesterolu i mastných kyselin (MK).

Protože MM obsahuje signifikantně více cholesterolu než mléka určená k výživě kojenců (15 vs. 0–5 mg/dl), kojenečtí mají významně vyšší hladiny cholesterolu, ve srovnání s dětmi uměle živěnými (výrobky kojenecké mléčné výživy obsahují většinou pouze rostlinný tuk, některé rovněž mléčný tuk, například Sunar baby, Alprem pro nedonošené děti). Žádná ze studií, však neprokázala vyšší riziko výskytu aterosklerózy u kojenečtí. Právě naopak, diskutuje se možný protektivní účinek vyššího přívodu cholesterolu na pozdější

cholesterolu. Důležitý je ale spíše poměr polynenasycených/nasycených MK (P/N). U diet s vysokým P/N poměrem má alimentární přívod cholesterolu mnohem menší vliv na cholesterolémii než u diet s nízkým P/N poměrem. V současnosti se také hojně diskutuje role trans forem MK a jejich aterosgení účinek.

MK v lidském organismu pocházejí ze tří hlavních zdrojů, z potravy, z tukových zásob organismu a z vlastní endogenní syntézy. Základní charakteristikou mastných kyselin je délka jejich uhlíkového řetězce, počet dvojných vazeb a pozice terminální dvojných vazeb. Existuje jedna skupina nasycených MK bez dvojných vazeb a tři skupiny nenasycených MK. Podle pozice terminální dvojných

vazby se jedná o ω -9-, ω -6- a o ω -3-MK (obrázek 1). Vyšší organismy včetně člověka dokážou zabudovat dvojnou vazbu do polohy ω -9, proto mohou být ω -9-MK syntetizovány in vivo. Naproti tomu základní polyénové mastné kyseliny řady ω -6 a ω -3, kyseliny linolová (LA) a kyselina linoletová (ALA), nemohou být v lidském organismu syntetizovány. Jsou tedy esenciální a musí být dodávány organismu ze



Obrázek 1: Nomenklatura mastných kyselin a jejich základní charakteristika, počet atomů uhlíku, počet dvojných vazeb a pozice terminální dvojných vazeb.

dietou indukovanou hypercholesterolémií. Možným mechanismem by bylo nastavení organismu a enzymatických pochodů na vyšší dodávku cholesterolu v pozdějším věku. Sérová hladina cholesterolu však představuje výsledek rovnováhy (nebo nerovnováhy) mezi jeho absorpcí, endogenní syntézou, katabolizmem a utištěním. Proto samotné stanovení hladiny cholesterolu není dostačující k určení efektu časně výživy na cholesterolový metabolismus. Jedním z faktorů regulujících cholesterolémii jsou i mastné kyseliny. Různé MK mají rozdílný vliv na hladiny cholesterolu. Hypercholesterolemický vliv nasycených MK, stejně jako pozitivní vliv jejich záměny v dietě za polynenasycených MK, jsou nepochybně prokázány. Dieta bohatá na ω -6 a ω -3 MK vede k snížení hladiny

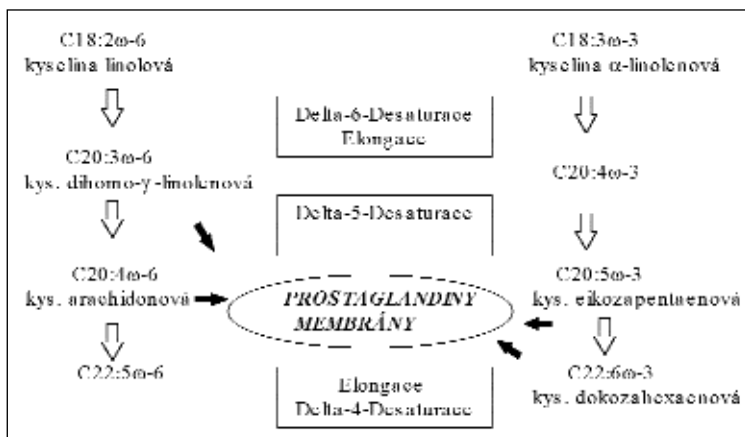
zevních zdrojů. Jejich důležitou metabolickou cestou je přeměna na nenasycené mastné kyseliny s dlouhým řetězcem (obrázek 2). Ze základních MK všech řad vznikají v mikrozomech desaturací a elongací jejich řetězce nenasycené mastné kyseliny s řetězcem o 20 a 22 uhlíků tzv. LCPUFA (obrázek 2). Kyselina linolová je přeměňována na kyselinu dihomo-gama-linolenovou (C20:3 ω -6, DGLA) a kyselinu arachidonovou (C20:4 ω -6, AA) řady ω -6 a kyselina linoletová na kyselinu eikozapentaenovou (C20:5 ω -3, EPA) a kyselinu dokozahexaenovou (C22:6 ω -3, DHA) řady ω -3. Právě v obsahu těchto MK jsou největší rozdíly mezi MM a formullemi. V MM představují 0,5–3% ze všech MK. Tyto nenasycené mastné kyseliny s dlouhým řetězcem představují strukturální kom-

inzerce HEINZ



ponenty membrán a současně slouží jako prekurzory pro tvorbu eikozanoidů (prostaglandinů, prostacyklinu). Tím se významně podílejí na řadě klíčových procesů v organismu ve zdraví i nemoci.

Potřeba LCPUFA je u lidského plodu je zajišťována přednostně transplacentárně, což stačí kryt



Obrázek 2: Metabolická cesta elongace a desaturace esenciálních mastných kyselin.

dostatečně všechny jeho potřeby. Po porodu tento zdroj odpadá a zásobením novorozence LCPUFA závisí pouze na zevní dodávce. Mateřské mléko obsahuje určité množství AA (0,5% všech MK) a DHA (0,3%), které jsou důležité pro růst dítěte (AA), rozvoj nervové soustavy (AA a DHA), a to zejména struktur bohatých na membrány (CNS a retina). V posledním trimestru těhotenství a v prvních třech měsících postnatálně je rozvoj CNS nejrychlejší a obsah AA a DHA v mozku se zvyšuje 3–5x. Obsah LCPUFA v mateřském mléku je vysoký při porodu a postupně klesá během prvního měsíce laktace. Neexistuje ale rozdíl v obsahu v mléku matek donošených a nedonošených novorozenců. Bylo také prokázáno, že na rozdíl od prekurzorů (LA, ALA) je obsah LCPUFA v mateřském mléku jen minimálně ovlivňován výživou matky. Na našem trhu jsou LCP obsaženy pouze v produktech pro nedonošené děti a děti s nízkou porodní hmotností – Nenatal LCP a Plasmon „0“, který je již v tekutém stavu připravený k podávání. AA je jednou z hlavních strukturálních komponent membrán ve formě fosfolipidů v celém lidském organismu. Studie u nezralých novorozenců prokázaly vztah mezi AA a růstem organismu v časném postnatálním období. Existuje významná pozitivní korelace mezi porodní hmotností a sérovou hladinou jak AA, tak celkovou hladinou ω -6 LCPUFA.

DHA jako nejvýznamnější zástupce ω -3 řady, hraje významnou roli ve zrání nervového systému a obzvláště výrazně se podílí na struktuře fotoreceptorů retiny lidského oka a tím i na ostrosti vidění. Představuje přibližně 50% všech mastných kyselin v retině. Měřením evokovaných potenciálů

byla prokázána významně vyšší ostrost vidění u kojenných dětí ve věku 5 měsíců v porovnání s dětmi živěnými uměle bez suplementace LCPUFA. V další studii byli původně nezralí kojenci živěni mléčnými přípravky obohacenými rybím olejem (zdroj DHA) a ve věku 2 a 4 měsíce měli významně

lepší zrakovou ostrost než kojenci bez suplementace. Ukázalo se také, že zralí 4–měsíční kojenci, kteří byli živěni kojeneckými mléky bez přidávky LCPUFA (LA a ALA ve stejném množství jako v mateřském mléku), jeví psychomotorické opožďení (psychomotoric neurodevelopmental scale by Brunet-Lézine) ve srovnání s dětmi kojennými nebo živěnými kojeneckými mléky obohacenými AA a DHA. Vyšší skóre psychomotorického vývoje a lepší funkční neurologické parametry ve věku 18 měsíců a v 8. resp. 9. roce byly zaznamenány v pracích více autorů, které srovnávaly zralé i předčasně narozené kojenné děti s dětmi živěnými kojeneckými mléky.

Závěrem lze zkonstatovat, že v dětském, hlavně kojeneckém věku, existují ve výživě určitá specifika, dána vývojem a intenzivním růstem organismu. Adekvátní výživa musí zabezpečit nejenom krytí potřeb bazálního metabolismu, ale také optimální růst a neuropsychický vývoj organismu, zrání jednotlivých orgánů a předcházet možným komplikacím z neadekvátního příjmu živin. V popředí není už jen kvantita jednotlivých živin, ale mnohem důležitější je jejich kvalita. Pro tuky to platí obzvláště významně. Dítě má být po prvních dvou letech života živěno mlékem bez sníženého obsahu tuku. Tučky jsou nejen kvantitativně významným energetickým substrátem a energetickou zásobou organismu (50% energie). Mastné kyseliny a cholesterol jsou také důležitou součástí membrán všech buněk organismu, a jsou též prekurzory řady biologicky aktivních molekul jako jsou steroidní hormony, žlučové kyseliny a eikozanoidy. Esenciální mastné kyseliny i nenasycené mastné kyseliny s dlouhým řetězcem (Long chain polyunsaturated fatty acids–LCPUFA) se podílejí na regulaci metabolismu cholesterolu a hrají specifickou roli ve vývoji mozku, retiny a při celkovém růstu organismu. Na základě mezinárodních doporučení jsou o LCPUFA obohacována mléka pro nedonošené děti. Toto doporučení v současné době neplatí pro děti donošené. Další výzkum v této oblasti teprve

rozhodne, jestli i výrobky kojenecké mléčné výživy pro donošené děti budou rovněž obohaceny v budoucnosti o LCPUFA.

Podpořeno grantem IGA MZ ČR NE 6536–7

Literatura

- 1) Agostoni, C., Trojan, S., Bellu, R., Riva, E., Giovannini, M.: Neurodevelopmental quotient of healthy term infants at 4 month and feeding practice: The role of long-chain polyunsaturated fatty acids. *Pediatr Res* 1995, 38: 262–66
- 2) Decsi, T., Koletzko, B.: Polyunsaturated fatty acids in infant nutrition. *Acta Paediatr Suppl* 395, 1994, 31–37
- 3) Carlson, S.E., Werkman, S.H., Peeples, J.M., Cooke, R.J., Tolley, E.A.: Arachidonic acid status correlates with first year growth in preterm infants. *Proc Natl Acad Sci* 1993a, 90: 1073–77
- 4) Carlson, S.E., Werkman, S.H., Rhodes, P.G., Tolley, E.A.: Visual acuity development in healthy preterm infants: effect of marine-oil supplementation. *Am J Clin Nutr* 1993b, 58: 35–42
- 5) Clandinin, M.T., van Aerde J.E., Parrott A., Field C.J., Euler A.R., Lien E.L.: Assessment of the efficacious dose of arachidonic and docosahexaenoic acids in preterm infant formulas: fatty acid composition of erythrocyte membrane lipids. *Ped Res* 1997, 42: 819–825
- 6) ESPGAN committee on nutrition: Aggett, P.J., Haschke, F., Heine, W., Hernell, O., Koletzko, B., Launiala, K., Rey, J., Rubino, A., Schöch, G., Senterre, J., Tormo, R.: Comment on the content and composition of lipids in infant formulas. *Acta Paediatr Scand* 1991, 80, 887–896
- 7) ESPGAN committee on nutrition of the preterm infant: Bremer, H.J., Brooke, O.G., Orzalesi, M., Putet, G., Raiha, N.C.R., Senterre, J., Shaw, J.C.L., Wharton, B.A.: Nutrition and feeding of preterm infants. *Acta Paediatrica Scandinavica, Supplement* 336, 1987, 1–14
- 8) Genzel-Boroviczeny O., Wahle J., Koletzko B. Fatty acid composition of human milk during the 1st month after term and preterm delivery. *Eur J Pediatr* 1997, 156: 142–147
- 9) Giovannini, M., Riva, E., Agostoni, C.: Fatty acids in pediatric nutrition. *Pediatr Clin of North Am* 1995, 4: 861–77
- 10) Ghraf R., Falkner F., Kleinman R., Koletzko B., Morán J.: New perspectives in infant nutrition. Ediciones Ergon, S.A., 1994
- 11) Huang Y.S., Sinclair A.J.: Lipids in infant nutrition. Champaign, Illinois: AOC Press, 1998
- 12) Jumpson, J., Clandinin, M.T.: Brain development: relationship to dietary lipid and lipid metabolism. Champaign, Illinois: AOC Press, 1995
- 13) Innis, S.M., Auestad N., Siegman, J.S.: Blood lipid docosahexaenoic acid and arachidonic acid in term gestation infants fed formulas with high docosahexaenoic acid, low eicosapentaenoic acid fish oil. *Lipids* 1996, 31: 617–625
- 14) Koletzko, B., Braun, M.: Arachidonic acid and early human growth: is there a relation? *Ann Nutr Metab* 1991, 35: 128–131
- 15) Koletzko, B., Thiel, I., Abiodun, P.O.: The fatty acid composition of human milk in Europe and Africa. *J Pediatr* 1992, 4: 62–70
- 16) Lanting, C.I., Fidler, V., Huisman, M., Touwen, B.C.L., Boersma, E.R.: Neurological differences between 9-year-old children fed breast-milk or formula-milk as babies. *Lancet* 1994, 344: 1319–1322
- 17) Makrides, M., Simmer, K., Goggin, M., Gibson, R.A.: Erythrocyte docosahexaenoic acid correlates with the visual response of healthy, term infants. *Pediatr Res* 1993, 34: 425–427
- 18) Siguel E.N., Lerman R.H.: Altered fatty acid metabolism in patients with angiographically documented coronary artery disease. *Metabolism* 1994, 43, 8: 982–993



Aktuality

Zrušte v nemocnicích vstávání o šesté!

Z jakého důvodu je nevhodnější měřit teplotu v šest hodin ráno? Z jednoho jediného: vyhovuje to personálu nemocnic a zaběhlým pořádkům ve zdravotnictví. Teplotě je celkem jedno, je-li pravidelně měřena v šest, v sedm nebo v deset. Rozdávání teploměřů na nemocničních pokojích ještě za tmy je zvyk z dob Rakouska-Uherska. Češi vůbec vstávají příliš brzy. A západní sousedé jim kvůli tomu přezdívali „Franz Josef people“. „Císař František Josef byl proslulý tím, že spal minimálně. Kvůli němu pak všechny instituce začaly pracovat časně ráno – a tak to ve velké míře zůstalo, zatímco v západní Evropě je to už jinak,“ říká psychiatr Pavel Doubek z Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Stoletá nemocniční praxe však vadí stále většímu počtu pacientů, kteří už svůj denní rytmus změnili. Vždyť těch, kteří chodí do práce na devátou, je nezanedbatelný počet. Dokládají to ostatně průzkumy spokojenosti pacientů, které si samy nemocnice dělají. V motolské nemocnici v Praze se proto rozhodli, že zahájení dne posunou i za cenu, že to zahýbá pracovní dobou personálu i rytmem stravovacího provozu. Na moc si netroufli, ale aspoň něco: místo šesté se vstává v sedm. Zatím na interních klinikách a neurologii (což už udělaly i některé další nemocnice), změna se však plánuje na všech odděleních včetně chirurgie. „Tam to bude nejtěžší,“ přiznává mluvčí nemocnice Eva Jurinová. „Bude nutné změnit celou organizaci operačních programů,“ vysvětlila. Právě na tom už jednou pohořel šéf urologie Všeobecné fakultní nemocnice Jan Dvořáček. Na jeho oddělení jsou tak pacienti i nadále buzení v šest a ti, kteří potřebují zvláštní péči, ještě o půl hodiny dřív. „V sedm už totiž začínají vizity a na ně pacienti musí být připraveni. A v osm začínají lékaři operovat,“ říká Dvořáček. Proč tak brzo? „To je jednoduché: protože anestezioložky jsou matky a musí odpoledne vyzvednout své děti ve školce či škole. To je ten rozdíl mezi námi a západní Evropou. Když jsem se vrátil z Anglie a chtěl jsem to změnit, protože tam doktoři chodí do práce až na devátou a později začínají i školní zařízení, nepovedlo se mi to. U nás je prostě jiný celý rytmus země. A anesteziologů je málo a pracuje mezi nimi obzvláště mnoho žen. Pracovní dobu si posunout nenechají.“ V šest ráno se však také střídají služby sester, s kurpěním začínají laboratoře pro odběry krve a kuchyně chce mít co nejdřív z krku snídaně, aby mohla začít s přípravou oběda... „Snad by se mělo aspoň k pacientům přistupovat individuálně – ale s dnešním počtem personálu si to neumím představit,“ uvažuje onkoložka pražské Thomayerovy nemocnice Jitka Abrahámová. „A taky,“ dodává, „nejmenší pokoje tu máme třílůžkové. A když k jednomu vezete stojan na infuzi, dělá to rámus, že je vyloučeno, abyste toho druhého nevbudili.“ Abrahámová si je stejně jako řada jejích kolegů vědoma, že vstávání o šesté je pro mnohé přežitkem. „Když jsme byli u známých v Kanadě a hrabali se v sedm z postele, kroutili nevěřičně hlavou a říkali: Franz Josef people!“ Někteří lékaři také připouštějí, že

pro pacienty, kteří jsou navyklí na jiný režim spánku, může časně buzení představovat další zátěž. „Vždyť stresující je už to, že jste v nemocnici, a teď jim zhoršujete jejich stav ještě tímhle,“ souhlasí šéf porodnice ve Fakultní nemocnici v Brně Vít Unzeitig. Sám se přimlouvá za to, aby celá společnost posunula začátek pracovní doby na pozdější hodinu. „Vždyť to vidíte ráno na těch dětech: vykulené oči, máma to za sebou táhne potmě jak vozík – ne, to se nehodí,“ říká porodník. Psychiatři si sice nemyslí, že krátkodobá změna denního rytmu v nemocnici organismu psychicky uškodí (na rozdíl od trvalejších změn letního času), ale podotýkají: osobní diskomfort pro pacienta to jistě je. „Když si nemocnice dělaly průzkum spokojenosti pacientů, potvrzovalo se, že ranní buzení mnoha lidem vadí,“ konstatuje hlavní sestra Fakultní Thomayerovy nemocnice v Praze Dana Jurásková. Už před lety nemocnice posunula vstávání na sedmou, ale jen někde. Na odděleních, kde se operuje, ne. Podle hlavní sestry Všeobecné fakultní nemocnice Anny Chrzové však bývalo „hůř“. V době, kdy nastoupila jako sestra, byli pacienti buzeni již ve čtyři. „Když dnes přijdu v šest, abych si prošla nemocnici, už se nesvítlí ve všech oknech. Před šestou už nikoho zbytečně nebudíme, jen ve vážných případech. Snažíme se přistupovat k nemocným individuálně,“ podotkla Chrzová. Průzkumy spokojenosti si dělala také VZP. Jak uvedla její mluvčí Kateřina Zamastilová, i pojišťovna zaznamenala připomínky, že pacienti se přizpůsobují režimu nemocnice – místo aby to bylo naopak.

Sněmovna zamítla doplatky za nadstandardní péči

Pacienti si dál nebudou moci připlatit u lékaře za lepší péči, pokud by její poskytnutí souviselo s ošetřením hrazeným z veřejného zdravotního pojištění. Poslanci včera zamítli senátní úpravu novely zákona o veřejném zdravotním pojištění, která příslušnou klauzuli z platné legislativy vypouštěla. Lékaři považují dodatek, vsunutý před několika lety do zákona poslankyní ČSSD Evou Fischerovou, za diskriminační. Hodlají se proto s pomocí pravcových poslanců obrátit na Ústavní soud. „Vyzveme poslance, aby svými podpisy podpořili podání ústavní stížnosti,“ řekl místopředseda Svazu praktických lékařů Jan Jelínek. Požadavek slíbil zaštitit poslanec ODS Milan Cabrnach. „Je to velmi aktuální. Začneme na znění stížnosti s právníky pracovat,“ potvrdil. Sněmovna včera zamítla nejen senátní, ale překvapivě i svou původně schválenou verzi novely, která s doplatky také nepočítala. Zákon tedy bude dál platit v současné podobě.

Profesor Josef Švejcar, král české pediatrie

Po první světové válce mohl „v teple“ dostudovat lékařskou fakultu v Praze. Místo toho dvaadvacetiletý Josef Švejcar dobrovolně narukoval ke zdravotnické službě na Slovensko. Prostě měl pocit, že je



ho tam potřeba... Skončil na dětské klinice v Bratislavě, kde ordinoval, studoval, občas dělal také „zdravotní sestru“. Nakonec zůstal i po promoci.

Brzy začal nejen léčit, ale i bádát. Hlavním postrachem novorozenců byl tehdy průjem, často smrtelný. Postihoval nekojené děti, příčinou bylo kravské mléko. Mladý doktor začal hledat nejhodnější kojeneckou výživu. Odebíral z patichek různě krmených dětí krev a v různém časovém odstupu v ní určoval koncentraci aminokyselin. Přitom zjistil, že bílkovina sušeného kravského mléka je výrazně stravitelnější než mléka čerstvého. Už tento poznatek zachránil stovky dětských životů. Po druhé světové válce jako profesor a přednosta pediatrické kliniky v Praze dostal lukrativní nabídku do Ameriky, ale zůstal a místo za oceánem zavedl umělou výživu u nás. Bezpočtu podvyživeným, těžkou prací vyčerpaným maminkám tím zachránil děti. Avšak nebál se změnit názor, i když to někteří nechápali. Od 70. let začal propagovat kojení. „Umělá výživa fungovala tak dobře, že ji začaly využívat i matky, které mléko měly,“ vzpomínal později. „Navíc se s rozvojem imunologie ukázalo, že mateřské mléko je naprosto nenahraditelné, poněvadž obsahuje matčiny specifické protilátky.“ Za svého života Josef Švejcar vybudoval šest dětských klinik, ústav pro léčbu dětské tuberkulózy, několik ozdraven, moderní pavilon pro kojence v Bratislavě. První přivezl do Československa vakcínu proti tuberkulóze, první provedl transfuzi krve dítěti u nás. Spolu s Jiřím Brdlíkem napsal roku 1928 první českou učebnici pediatrie. Jeho průběžně aktualizovaná kniha Péče o dítě vyšla od roku 1945 mnohokrát a stala se na dlouhá desetiletí biblí všech lékařů a sester v oboru. Do povědomí veřejnosti se však profesor Švejcar zapsal i svým vztahem k ženám. Považoval je za dokonalejší než muže, a kde mohl, snažil se zlepšit jejich postavení ve společnosti. „Postavení mnoha maminek je nelidské. Místo toho, aby byly královnami, jsou z nich služky!“ Na tomto názoru měla hlavní zásluhu jeho manželka Běla (jejich vztah trval pětadesát let). Než v roce 1977 zemřela na rakovinu, musela svého manžela (právě odešel do penze) naučit žít samotného. V té době už totiž jejich syn žil v západním Německu a dcera byla vážně nemocná (zemřela v roce 1979). I na odpočinku profesor Švejcar přednášel a bořil zavedenou tabu (mezi prvními propagoval porod v přítomnosti otce). Ještě ve čtyřidevadesáti letech sám přijel autem za synem do Frankfurtu nad Mohanem. Dvanáctého listopadu 1996 se Švejcar nechal hospitalizovat poté, co nemohl vlastní silou vstát z postele. Třicátého ledna 1997, necelé čtyři měsíce před stými narozeninami, zemřel na zánět plic.

Plyšáci šíří infekci

P lyšovní medvídci budou nejspíš vyhnáni z čekáren u lékaře. Jsou totiž obviněni z toho, že šíří infekci mezi nemocnými dětmi. Zjistili to specialisté ze zdravotní školy v Christchurch na Novém Zélandě, kteří zkoumali úroveň kontaminace hraček v čekárnách praktických lékařů. Výsledky jejich průzkumu, zveřejněné v odborném časopise British Journal of General Practice, ukázaly, že devadesát procent testovaných plyšových hraček bylo středně až těžce kontaminováno

bakteriálními infekcemi. Vědci také zjistili, že měkké hračky je těžké dezinfikovat a velmi rychle po vyčištění se na ně bakterie znovu nacytají. Tvrdé hračky byly nakažené mnohem méně a také se daly infekce zbavit snáz. Mnohé děti přicházejí k lékařům s infekčními nemocemi, například s průjemem. Když si v čekárně pohrají s hračkami a ocumljají je v ústech, další dítě, které si s hračkou zkrátí čekání, s velkou pravděpodobností může nemoc chytit rovněž, varovali vědci.

Pacienti zbytečně doplácí na léky, jež mají na předpis

Není pravda, že lékaři předepisují pacientům zbytečně ty nejdražší zahraniční léky, jak se mnohdy říká. Ale není také pravda, že vždycky hledají variantu, která je pro pacienta nejlevnější. Z rozboru stovky nejčastěji předepisovaných léků v Česku, který udělala MF DNES, vyplývá, že lidé tak někdy v lékárnách doplácí zbytečně. Vinni však nejsou vždy lékaři. Z údajů dodaných Všeobecnou zdravotní pojišťovnou a lékárnami také vyplývá, že v první stovce je padesát tři preparátů hrazeno pojišťovnami zcela, dalších sedm má doplatek do pěti korun. „Šedesát procent léků nepředstavuje pro pacienta žádnou finanční zátěž,“ řekl vedoucí Břevnovské lékárny v Praze 6 Zbyněk Čalkovský. Čtyřiašedesát nejčastěji předepisovaných léků ze sta pochází od českých či slovenských výrobců, a ty jsou obvykle levnější.

Lékaři nestíhají

Současně se ukázalo, že lékaři svým pacientům častěji předepisují léky, za které se musí v lékárně doplácat, zatímco ty zcela bezplatné jsou někdy až na zadních místech žebříčku. Platí to například pro léky na nemoci srdce a cév, které patří mezi ty nejčastěji ordinované – v první stovce jich je 28. Tak třeba léky na cévy cilkanol či glyvenol mají asi dvacetikorunový doplatek. Ale doktoři je píšou častěji než třeba bezplatný ascorutin – cilkanol je šestým vůbec nejčastěji předepisovaným lékem, glyvenol desátým a ascorutin dvanáctým. „Léky mohou působit proti nemoci podobně, ale s rozdílnými vedlejšími účinky,“ zmiňuje jedno z obecně platných pravidel přednosta 2. interní kliniky Všeobecné fakultní nemocnice v Praze Michael Aschermann. Hlavní příčiny, proč první volbou není vždy lék bez doplatku, jsou však podle něho ještě jinde. Na trh přicházejí stále nové preparáty a úhrady pojišťoven se mění každý půlrok. Léky bez doplatku tak někdy prostě ještě nestihnou proniknout mezi ty, které lékař předepisuje. „Někteří si to ani nestačí hlídat, jiní jsou zvyklí předepisovat stále stejné léky. Někdy se může, připouštím, uplatnit i aktivní propagační činnost firem, které lék dodávají a zrovna na ten svůj lékaře upozorňují,“ popisuje profesor Aschermann, jak to v ordinování léků občas chodí. Stejně tak může předepsání léku bez doplatku narazit na zcela formální překážky: buď jej smí napsat jen odborný lékař, a nikoli praktik, nebo prostě zrovna nejsou na trhu. Oblíbené léky se sporným účinkem Rozbor stovky nejpředepisovanějších léků však současně přinesl ještě jedno zjištění: ze zdravotního pojištění se neplatí vždycky jen ty nejnужnější léky. Nejčastěji předepisovaným lékem na účet poji-



fovy je totiž paralen, dohromady je v první stovce 13 preparátů proti bolestem či teplotě a šest přípravků proti kašli. A také jak přiznávají mnozí odborníci, léky, jejichž medicínský účinek je už překonán modernějšími preparáty. Jde například o některé medikamenty na nemoci cév – a podle profesora Aschermanna je mezi nimi i onen zmiňovaný cilkanol či glyvenol. Proč je tedy lékaři předepisují? Protože je prý pacienti žádají – zvykli si na ně a mají pocit, že přesně to potřebují. Zdravotní pojišťovny však za tyto preparáty vydají ročně desítky milionů korun.

Odborníci vyvíjejí „chytrou“ náplast

Nový výrobek má určit specifické bakterie, rozeznat nemoc a navrhnout léčbu

Čip v náplasti reaguje na přítomnost bakterií a změní barvu v případě nebezpečí.

Vědci z Rochesterské univerzity v současné době pracují na náplasti, která by měla rozeznat specifické bakterie v ráně a případně také pomoci lidem určit diagnózu jejich nemoci. Doktorům by se tak uvolnily ruce pro vážně nemocné pacienty. Čidlo „zabudované“, do náplasti má reagovat na přítomnost bakterií a změnit barvu, aby tak varovalo pacienta před možnou infekcí. „Inteligentní náplast“, by měla reagovat na bakterie způsobující záněty krku a kůže. Vědci usilují o to, aby tento pomocník dokázal odhalit také bakterie rodu *Escherichia coli*, *Salmonella* a *Listeria*, které způsobují křeče v břiše, průjem a vyvolávají horečku. „Pacient si náplast jednoduše naskenuje do svého osobního počítače se speciálním programem. Ten bakterii identifikuje a z internetové lékařské databáze vybere nejvhodnější formu léčení“, řekl účastník projektu chemik Benjamin Miller. „V současné době jsou lékaři zavaleni případy lehkých infekcí. Když se nám podaří léčit tato onemocnění díky domácím testům, budou mít odborníci více času věnovat se těžším případům“, dodal. Nový výrobek bude vhodný pro použití na všechny typy zranění: škrábnutí, říznutí i píchnutí. Podle třídy, do níž bakterie spadá, bude pacient léčen antibiotiky nebo jinými léky. Náplast obsahující čip velikosti obilného zrnka rozlišuje dvě třídy bakterií – gram-pozitivní a gram-negativní. Již v roce 1884 vyvinul dánský bakteriolog Christian Gram „zabarvující techniku“, která klasifikovala bakterie podle schopnosti buněčné stěny nepropouštět barvivo. Gram-pozitivní bakterie se zbarvily do purpurova, gram-negativní byly červené. „Chytrá“, náplast vylepšila tuto techniku – je mnohem rychlejší a přesnější. Přílnavé mikroskopické póry se vážou na povrchové molekuly gram-negativních bakterií jako je například *E. coli*, přičemž náplast mění svou barvu z oranžové na červenou. Gram-pozitivní bakterie barvu náplasti nezmění, protože neobsahují stejný typ molekul. Projekt se nachází ve fázi vývoje, a tak zatím cena ani termín uvedení „domácího lékaře“, na trh nejsou známy. Jestliže Úřad pro kontrolu potravin a léčiv schválí tohoto domácího pomocníka, obohatí nová náplast seznam současných domácích diagnostických produktů: těhotenských testů, výrobků měřících obsah cukru v krvi a cholesterol.

Nemít náladu může být nemoc

Když má člověk náladu pod psa, může to být momentální indispozice nebo třeba vliv škaredého počasí. Když to trvá dva roky, je prý čas volat lékaře. Psychiatři mají i na „nenáladu“, svou diagnózu, a nyní dokonce i pilulku. Nemoci se říká dysthymie, oznámili včera. „Lidé si mnohdy neuvědomují, že jsou skutečně nemocní. Považují potíže za součást svého života anebo neměnnou stránku povahy“, sdělil ředitel Psychiatrického centra Praha, proděkan 3. lékařské fakulty Cyril Höschl. Podle mezinárodních statistik má až osm lidí ze sta reálnou šanci, že je něco takového v životě potká. A jako řada chorob, i tahle je zakódována v genech: pak stačí něco, třeba smrt blízkého člověka nebo ztráta práce, a celý proces se spustí. Ženy jsou postiženy víc, a to hned dvakrát. „Ono se právem říká: ženy celý život víc skuhrají, ale mužský umře jako první“, podotkl psychiatr. Dysthymie, to je dlouho přetrvávající melancholie, nezáměr o vše, co ještě donedávna člověka bavilo, nerozhodnost, tedy permanentní jo a ne, a pak také únava, u žen i bolesti hlavy. Vše může na čas pomínout, ale obnovená radost netrvá déle než dva měsíce. Psychické rozpoložení pacienta přesto může být pro lékaře záhadou. „Nenálada není totéž co zármutek například po ztrátě dítěte. Tam je zbytečné cpát do pacienta antidepresiva, vhodnější je něco na uklidnění, a hlavně přítomnost někoho blízkého či psychoterapie“, uvedl Cyril Höschl. Stejně tak může být osudnou chybou, pokud lékař léčí pouze psychiku člověka, který trpí strachem z rakoviny. „On jí totiž ve skutečnosti opravdu může mít, protože úzkost a deprese bývá jedním z příznaků nádorového onemocnění, obzvláště trávicího ústrojí a krevetvorby“, dodal psychiatr Höschl. Lékaři včera také představili speciální lék na nenáladu. Účinná látka, takzvaný amisulprid, aktivizuje přenašeče nervových impulzů a navozuje tak u pacientů schopnost radovat se. Podle Alexandry Šulcové z Farmakologického ústavu Masarykovy univerzity v Brně má sice tento lék málo vedlejších účinků, ale těch není zcela prost žádný medikament a také jej smějí předepisovat jen psychiatři. Cyril Höschl se příliš nebojí, že si jej lidé budou nechávat ordinovat od známých doktorů jen proto, aby měli dobrou náladu. „Na to tu jsou zneužitelnější látky s výraznějším efektem, třeba alkohol, benzodiazepiny či různé stimulační přípravky“, zapochyboval o zneužívání „léku na radost“, Mímochodem, i ona radost, přeháně-li se to s ní, má od psychiatrů svou diagnózu, která se také léčí. Jak podotkl profesor Höschl, říká se jí mánie.

Dysthymie (nenálada)

Je – nemoc, pokud trvá aspoň dva roky. Ženy jí trpí dvakrát častěji než muži.

Není – velký zármutek spojený s třeba se ztrátou dítěte.

Lékařská komora chce zrušit pohotovosti

Lékaři nesouhlasí s návrhem České lékařské komory zrušit služby první pomoci. Podle nich se tak nevyřeší základní problém pohotovostí, a to špatné financování této služby.



Čeští pacienti budou možná muset v případě zdravotních potíží mimo ordinanční hodiny svého lékaře hledat pomoc jinde než dosud. Stavovská organizace lékařů – Česká lékařská komora – totiž navrhuje zrušit současný systém Lékařské služby první pomoci. Podle ČLK je drahý, neefektivní a pacientům v mnoha případech může spíše uškodit než pomoci. Současný systém ordinací pohotovostních lékařů by měla podle představ prezidenta komory Davida Ratha nahradit kombinace pohotovostních oddělení nově zřízených v nemocnicích, záchranné služby a celodenních služeb praktických lékařů. S takovým řešením nesouhlasí praktičtí lékaři, kteří pohotovostní služby zajišťují. Domnívají se, že samo o sobě nevyřeší základní problémy pohotovostí: špatné financování této služby a její zneužívání občany.

Pacient by dostával rady lékaře po telefonu

„Problémem pohotovostních služeb je, že jsou poskytovány převážně v nekvalitně vybavených prostorách. Pacient chodí na pohotovost, kde kolikrát čeká ve frontě, a pak je lékařem odeslán do nemocnice, protože v ordinaci není vybavení potřebné pro jeho pořádné vyšetření,“ tvrdí Rath. Lékařské pohotovosti jsou podle něj v této podobě reliktem z minulosti a neodpovídají vývoji medicíny. Ve skutečnosti v nich lékař dokáže beze zbytku ošetřit jen ty pacienty, kteří by to dokázali i samoléčbou třeba na základě telefonické konzultace. „Ti, co pomoc skutečně potřebují, ji nedostanou, protože lékař má k dispozici vybavení jak před sto lety,“ argumentuje Rath. Komora navrhuje, aby se tyto ordinace staly součástí příjmových oddělení nemocnic. Pacient by namísto pohotovosti volal na dispečink záchranné služby a její operátor by rozhodl, zda popis potíží vyžaduje poslat záchranku, nebo si volající může zajet do nemocnice sám, popřípadě praktický lékař za ním, nebo zda postačí počkat do druhého dne. Praktičtí lékaři by se podle představ komory měli sloučit do jakýchsi družstev, v jejichž rámci by se střídali v nočních či víkendových službách na mobilních telefonech. Počet nových stanovišť pohotovostní služby by se touto reorganizací zredukoval, tvrdí Rath. Převedením pod nemocnice by v okresech už stalo jedno, nanejvýš dvě stanoviště.

Lékařům se služby nelíbí

Sdružení praktických lékařů s návrhem komory nesouhlasí. Jeho představitelé uznávají, že reforma této služby je nezbytná, ale protestují proti způsobu, jak ji chce ČLK provést. Především se jim nelíbí nápad, že by byli lékaři nuceni držet 24 hodinové služby. Stát podle místopředsedy sdružení Jana Jelínka nemůže svou povinnost delegovat na soukromé lékaře a nemůže jim ani nařídit, aby tyto služby drželi. „Kromě toho existuje skupina lidí, kteří nejsou registrováni u žádného lékaře, turisté a cizinci, a ti také musí mít zajištěnou pohotovostní službu,“ namítá Jelínek. Odmítá i myšlenku, že by šlo lehčí případy vyřizovat telefonicky. Neexistuje totiž žádný seznam indikací, který by rozlišil vážnost pacientova stavu jen podle jeho laického popisu potíží. „Lékař pak bude muset vyjždět ke každému telefonátu, nebo dříve nebo později narazí, protože po telefonu vážnost stavu nelze spolehlivě odhadnout,“ myslí si Jelínek. K tomu slouží speciálně vyškolení pracovníci dispečinku záchranných služeb a i oni pracují za velmi přísných pravidel.

Nemocný by měl za pohotovost platit

Návštěva praktika v bytě by podle Jelínka nevedla ke zlepšení péče o pacienty, kteří skutečně potřebují neodkladnou péči. „Naopak, při takové návštěvě toho má lékař s sebou ještě méně, než když sedí ve špatně vybavené ordinaci,“ poukazuje Jelínek. Praktičtí lékaři se domnívají, že reforma pohotovostních služeb by měla vést k racionalizaci sítě a k omezení jejich zneužívání pacienty, kteří ošetření jen odložili z pracovní doby na večer, například zavedením paušálního poplatku za ošetření. Podle ministerstva zdravotnictví zatím padla myšlenka na reorganizaci pohotovostí s neúspěchem zákona o státní správě a samosprávě ve zdravotnictví. Jeho součástí měla být i nová vyhláška o pohotovostní službě. I bez novely bude zajištění této služby převedeno z kompetence okresů (státu) na kraje (samosprávu). „Jakmile k převodu dojde, budou muset kraje chodit služby financovat, protože její zajištění je zákonem stanovená povinnost,“ řekl mluvčí ministerstva zdravotnictví Otakar Černý.

Lékaři si vymohli výrazné zvýšení mezd

Zhruba o tři tisíce korun více by měli od dubna najít na své výplatní pásce lékaři s druhou atestací. Zdravotním sestřím by měli zaměstnavatelé přidat v průměru dvě tisícikoruny. Ministr práce a sociálních věcí Vladimír Špidla totiž zdravotníkům ve státním sektoru slíbil, že na jejich letošní mzdy ve spolupráci s ministrem zdravotnictví Bohumilem Fišerem zajistí o téměř čtyři miliardy korun více než v loňském roce. Průměrný měsíční příjem lékaře-státního zaměstnance ve třetím čtvrtletí loňského roku, ze kdy jsou poslední údaje, činil se zahrnutím přesčasové práce 27 982 korun. Zdravotní sestry pobíraly v průměru 13 868 korun. Celková částka, kterou budou muset vyčlenit státní zdravotnická zařízení na zaplacení svých zaměstnanců a povinné odvody státu, by tak měla přesáhnout hranici 27 miliard korun. Většinu nárůstu mezd by měly pokrýt zvýšené platby od zdravotních pojišťoven. „O navýšení celkové částky na pokrytí nárůstu platů o 3,7 miliardy korun jsme domluveni jak s vicepremiérem Špidlou, tak ministrem Fišerem. Zbývá dořešit, do jakých položek konkrétně bude toto zvýšení zahrnuto,“ říká předseda Lékařského odborového klubu Milan Kubek. Hodně napoví dnešní schůzka odborových svazů rozpočtových a příspěvkových organizací se Špidlou. Na ní by mělo padnout konečné slovo ohledně procentuálního navýšení mezd všem státním zaměstnancům. Těm měla vláda v úmyslu zvýšit mzdy od dubna o osm procent. Z balíku určeného pro zdravotnictví to činí asi 1,3 miliardy korun. Zbylé 2,4 miliardy, o které dostanou zdravotníci víc než jiné resorty, by měly být rozděleny na zvýšení příplatků za práci v rizikovém prostředí a na navýšení zvláštního příplatku pro zdravotníky. „Podle naší představy by se měly rizikové příplatky zvýšit ze současných 100 až 700 korun na 300 až 1500 korun měsíčně podle nemocnice a rizikovitosti oboru. Obecný příplatek by měl stoupnout ze současných 10 procent z nejvyššího stupně tarify na dvojnásobek,“ vysvětluje Kubek. Podle mluvčího ministerstva zdravotnictví Otakara Černého je zatím předčasně říkat konkrétní čísla, o kolik se zdravotníkům jednotlivé složky platu zvýší. O nějakém mimořádném zvýšení tarifních platů



ve srovnání s ostatními státními zaměstnanci se ale prý neuvažuje. „V otázce zvýšení příplatků za rizikovou práci je všeobecná nálada k razantnímu navršení, protože současné příplatky jsou směšné,“ tvrdí Černý. Dostatečné množství peněz na platy by měli ředitelé zdravotnických zařízení získat od zdravotních pojišťoven. Protože se pojišťovny nedohodly s nemocnicemi na nové výši odvodů pro první pololetí letošního roku, nařídilo ji ministerstvo.

Pojišťovny: jinde budeme muset ubrat

Ačkoli pojišťovny za loňský rok vybraly od občanů a firem výrazně více peněz než v předchozích letech (odhad o devět procent), nařízení ministerstva se podřídí s těžko skrývanou nevolí. „Příjmy z výběru pojistného se za loňský rok zvýšily, to je pravda, na druhou stranu se ale zvýšily i výdaje. Výrazně více jsme zaplatili například za úhrady léků. Balík peněz je jen jeden, a když z něj někde sebereme víc, jinde naopak musíme ubrat,“ konstatuje mluvčí Všeobecné zdravotní pojišťovny Jiří Suttner s tím, že pojišťovna se ministerským nařízením samozřejmě podřídí. Výkonný ředitel Svazu zdravotních pojišťoven, který sdružuje zaměstnanecké pojišťovny, Jaromír Gajdáček namítá, že se zvyšuje tlak na výši úhrad do lůžkových zařízení, aniž by ministerstvo bralo ohled na to, zda jde o oprávněné požadavky. „Pojišťovny nevznikly proto, aby všechny vybrané peníze automaticky sypaly do zdravotnických zařízení. Za současných podmínek ale nemůže být o nějaké skutečné správě fondu pojistného ani řeči,“ tvrdí Gajdáček. Pojišťovny by podle něj měly mít více pravomocí při kontrole, jak je s penězi pojištěnců v nemocnicích nakládáno, jakou poskytují kvalitu a dostupnost péče. „Platná vyhláška je pro zdravotnické subjekty naprosto demotivující. Dává jim jistotu, že když se s námi na úhradách nedohodnou, ministerstvo jim podle ní vždy balík peněz navýší. Nelze ale stále tlačit na výši výdajů, protože příjmy mají svůj strop,“ upozorňuje Gajdáček. Podle Kubka jsou ale nářky zástupců pojišťoven očekávatelné. „Pojišťovny se vždycky budou cukat vyplatit nemocnicím víc, protože o to méně jim zůstane na to, aby si dejme tomu zvelebovaly svá honosná sídla,“ míní Kubek. Předseda odborového klubu tvrdí, že je žádoucí, aby se zvýšený výběr pojistného odrazil především na platech zdravotníků. Kubek pokazuje především na další statistický údaj: platy zaměstnanců tvoří v rozpočtech nemocnic jen něco přes 40 procent výdajů. V západní Evropě to jsou dvě třetiny. Podle Černého zvýšení odvodů nemocnicím pojišťovny ekonomicky neohroží a vytvoří potřebný prostor pro plánované zvýšení platů. „Situace, že by nebylo možné tyto sliby splnit, nepřipadá v úvahu,“ tvrdí Černý.

Jak rostly výdaje na mzdy zdravotníků

2000	20,7
2001	23,5
2002	předpoklad 27,2

Údaje v miliardách Kč

Průměrné měsíční příjmy (Kč)

3. čtvrtletí od dubna

	2002	2001 (předpoklad)
lékaři	27 982	30 700
sestry	13 868	15 000

Klíčem k hubnutí je vůně, prohlašují japonští vědci

Tokio – Japonští vědci tvrdí, že lidé prahnoucí po zhubnutí, budou mít brzy možnost doslova se pročichat ke štíhlosti. Jediné, co k tomu prý potřebují, je – dobrý čich. Vědci totiž objevili, že jisté vůně stimulují mozek k vylučování látek, které spalují tuk. Podle badatelů může být v tomto ohledu obzvláště účinná vůně grapefruitu, pepře, fenyklu a estragonu. Tělové mléko s jejich vůní bude v japonských obchodech k mání patrně už na jaře. Do tohoto vědeckého výzkumu se zapojil japonský kosmetický gigant Šiseido Company. Mluvčí společnosti pro zpravodajský server Ananova uvedl, že výrobky s vůní grapefruitu či pepře se na japonském trhu objeví asi v březnu, jejich cenu však nekonkretizoval. Dvě desítky žen, které posloužily jako testovací vzorek a měsíc používaly zmíněnými vůněmi prodchnutá tělová mléka, shodily v průměru 1,1 kilogramu. Podle zveřejněných výsledků se hyzdící tukové polštářky vypařily zejména z pasu a boků. Společnost označuje svůj objev za unikátní a drží ho ve velké tajnosti. Čicháme-li některé vůně, tvrdí vědci, je stimulována sympatická nervová soustava a je vylučován noradrenalin – a kýženým výsledkem je spalování tělesného tuku.

Kdo ošetří pohotovost?

Lékařská komora chce provést něco se současným systémem zajišťování lékařské služby první pomoci. Úmysl je to nepochybně chvalitebný. S tím bude jistě souhlasit každý, kdo v horečce či s oteklým kotníkem čekal dlouhé minuty v nevábne čekárně před neméně nevábnoú ordinací. Nevábnoú proto, že vlastně nikomu nepatří, je státní. Lékaři se v ní jen střídají. Nevábnoú proto, že nejsou peníze na její provoz. Komora chce přesunout část kompetencí na nemocnice a zbytek na praktické lékaře. Tím by se ale povinnost státu přesunula na soukromé subjekty, a ty se tomu pochopitelně brání. Nevřešily by se tím dva základní problémy: zneužívání této služby lidmi, kteří své zdravotní problémy vypočítavě řeší až po pracovní době, a otázka, kdo a z čeho to zaplatí. Praktičtí lékaři navrhuji, aby si tuto službu platili pacienti jako „nadstandard,“. S tím ale vláda ČSSD asi nebude souhlasit. Takové řešení není dostatečně solidární. Pak by ale měla dostatečné množství financí na důstojné udržování této služby občanům vysypat z měšce sama. Pokud jich má dost na furiantská předvolební gesta typu zdarma léky pro důchodce, jistě je najde i pro lékařskou pohotovost.

Horký brambor hozený praktikům

Až dosud měli praktici podle zákonů právo žádat informace o léčbě svých pacientů od specialistů a nemocnic. Část specialistů údajně tuto svou povinnost (zaslat zprávu praktikovi) neplní. Nyní budou moci praktičtí lékaři získávat veškeré informace od pojišťoven. Zákonodárci prý pojišťovnám vyhověli v přání, aby praktik mohl „řešit“ duplicitní vyšetření, léčení a preskripci. Nemá však být případný re-



gres, tj. řízení o náhradě škody způsobené neoprávněným čerpáním péče, naopak úkolem pojišťoven? Praktický lékař sice může pacientovi doporučit vhodnější chování, avšak regresní řízení vést nemůže. Zdá se, že pojišťovny praktikům pouze přehrály horký brambor, s nímž se měly vypořádat samy. Při regresním řízení by se muselo nestranně prokázat, že vyhledání dalšího lékaře bylo skutečně zbytečné. To už tak lehké není, rozhodnutí by se muselo například opírat o nezávislé zhodnocení zdravotního stavu. Tento důslednější přístup by však opravdu mohl přinést konkrétní úspory i kvalitnější péče.

Čeští lékaři budou smět do Německa

Prohlubující se nedostatek praktických lékařů na východě Německa chtějí tamní lékařské komory řešit získáváním kolegů ze zemí střední a východní Evropy. Volají po udělování takzvaných zelených karet, jak je Německo už zavedlo pro počítačové experty nebo pro pomocné pečovatelské síly. K nedostatku lékařů v nových spolkových zemích vede jejich odliv na západ Německa či do ciziny, kde mají lepší platy a perspektivy. Na východě Saska, které sousedí s ČR a Polskem, nebo v saském Krušnohoří se musejí kvůli absenci odborníků zavírat lékařské praxe a některá nemocniční oddělení. Šéf saské lékařské komory Jan Schulze předpovídá, že do roku 2010 zmizí z této spolkové země kolem 40 procent důležitých lékařů. Lékařská komora v další spolkové zemi Sasku-Anhaltsku už začala oslovovat partnerské organizace v Polsku, na Slovensku a v Maďarsku. V Sasku-Anhaltsku momentálně chybí 120 praktických lékařů a za pět let se počet odhadem zvýší na 300 až 400. Více než polovina nynějších praktických lékařů je přitom starší 50 let. Německá odborová ústředna DGB se však staví proti udělování "zelených karet," v dalších profesích. Předseda centrály Dieter Schulte tvrdí, že za nynější rostoucí nezaměstnanosti je třeba hledat pracovní rezervy v první řadě doma. Předloni Německo zavedlo udělování pracovních povolení počítačovým expertům z nečlenských států Evropské unie a dosud ho získalo kolem 11 000 odborníků, mezi nimiž je asi 700 Čechů a Slováků. Kvůli hospodářské recesi se však mezitím ocitli bez práce i někteří jednotliví držitelé "zelených karet," v tomto oboru. Od letošního roku mají možnost občané kandidátských zemí EU získávat povolení také jako pomocné síly pečující v rodinách o dlouhodobě nemocné nebo přestárlé. Vláda tak legalizovala dlouhodobé pracovní pobyty neškolených zahraničních pomocných pečovatelských sil, které dosud do země přicházely zejména z ČR, Slovenska a Polska jen na turistické vízum. Dosud tímto způsobem práce vykonával těžko odhadnutelný počet nelegálních sil. Tyto dílčí úpravy by měl nahradit připravovaný komplexní zákon o přistěhovalectví, který má mimo jiné rozšířit udělování pracovních povolení na další potřebné profese. Záměr však za současné situace kritizuje konzervativní opozice a volá v první řadě po využití vlastních pracovních sil.

I N Z E R C E

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

Přenechám dětskou ordinaci

Přenechám zavedenou dětskou ordinaci nedaleko Brna. Telefon po 17,00 hodině 0604 602 611.

Přijmu lékaře do privátní ambulance

Přijmu lékaře do privátní ambulance pro děti a dorost, 15 km severně od Brna, nástup možný od 1.7.2002. tel: 05/492 73 678 - večer

Zastoupím na pediatrickém obvodu

Zastoupím i na delší čas na pediatrickém obvodě. Licenci mám. Telefon: 0608 - 75 11 32

Hledám zástup v ordinaci PL

Odkoupím zavedenou dětskou praxi. Lze i výhledově, pak je vhodná předkupní smlouva. Cenu respektuji. Tel.: 0604 546 415

Hledám dětskou lékařku

Hledám dětskou lékařku se soukromou praxí z Prahy 6, 5, 13 i okolí, která má zájem o reciproční zástup v době letních prázdnin. Zkrácené ordináční hodiny, dojíždění do ordinací.

Zn: dohoda, tel: 0602 315 126.

Hledám pediatra

Hledám pediatra s I. atestací do soukromé ordinace jako zástup za MD - Jižní Čechy.

Tel: 0603 372 999, e-mail: detska.ordinace@centrum.cz

Nabízím zástup v ordinaci PLDD

32-letý lékař s II. atestací z pediatrie, s osmi lety praxe a s licenci nabízí zástup v ordinaci PLDD v Praze nebo blízkém okolí. Nastoupit mohou od 1.3.2002, délka dle dohody. Případně bych uvítal místo asistenta v ordinaci PLDD na částečný úvazek, ideálně s možností budoucího převzetí ordinace, není však podmínkou.

MUDr. Pavel Matras, U Stírky 2035/6, 182 00 Praha 8

Tel.: 0606 461 119, 02/688 6149, e-mail: p.matras@post.cz