

VOX PEDIATRIAE



OSPDL ČLS JEP

časopis praktických lékařů pro děti a dorost

květen 2008 ■ číslo 5 ■ ročník 8



Kam s ním?

Role dětských lékařů v prevenci sociální exkluze

Posuzování zdravotního stavu pro účely náhradní rodinné péče

Evropská dlouhodobá studie těhotenství a dětství – ELSPAC



Orion Diagnostica



Téma čísla:
**SOCIÁLNÍ
PEDIATRIE**

Soothing Naturals_Johnson

tiráž...

VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických lékařů pro děti a dorost

www.detskylekar.cz

Adresa redakce:

U Hranic 16-18, 100 00 Praha 10

sekretariát:

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

redakce VOX:

tel.: 267 184 065, 267 184 047

e-mail: centrum@detskylekar.cz

Vydavatel:

**Sdružení praktických lékařů
pro děti a dorost ČR, o. s.**

Odborná garance:

**Odborná společnost praktických
dětských lékařů ČLS JEP**

Grafika, výroba, distribuce:

Vydavatelství MEDIX, s. r. o.

(vox@imedix.cz; GSM: 777 281 866)

Vedoucí redakční rady:

MUDr. Milan Kudyn

Redakční rada:

MUDr. Pavel Neugebauer

MUDr. Jiřina Dvořáková

MUDr. Jiří Liška, CSc.

MUDr. Olga Roškotová

Odpovědný redaktor:

Mgr. Zdeněk Brtnický

Jazykové korektury:

Mgr. Jaroslav Tesař

Časopis je určen převážně praktickým dětským lékařům.

Distribuce členům SPLDD ČR a OSPDL ČLS JEP zdarma.

Vychází 10× ročně, v nákladu 2200 výtisků.

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

Redakce nezodpovídá za obsah článků.

Reprodukce obsahu je povolena pouze
s písemným souhlasem redakce.

Nevyžádané podklady pro tisk se nevracejí.

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

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

Inzerce:

VOX PEDIATRIAE – Ing. Veronika Drahovzalová

U Hranic 16-18, 100 00 Praha 10

GSM: 605 281 665 – jen pro inzerenty

e-mail: veronika.drahovzalova@detskylekar.cz

obsah...



Přehled činnosti SPLDD za měsíc duben 2008	5
Analýza rizik transformace zdravotních pojišťoven v novém systému	5
Návrhy koaličních partnerů k revizi systému regulačních poplatků ve zdravotnictví	7
Co se děje aneb slovníček pojmů v oblasti řízené péče	9
Nejčastější otázky a odpovědi k řízené péči	11
Sněm SPLDD ČR	13
Co přinese zdravotníkům reforma?	14
Některé ze lží a polopravd kolujících na internetu	16
Usnesení regionálních konferencí SPLDD ČR	16
Julínkových 10 000 a jistota desetinásobku	18
Nedejte na mýty, věřte zdravotní reformě!	19
Zdravotní pojišťovny privátní?	19



Odborná a specializovaná způsobilost k výkonu zdravotnického povolání lékaře versus požadavky zdravotních pojišťoven	20
---	-----------

MUDr. Pavel Biskup

Zdravý start do života

– Národní program zdraví ČR pro 21. století	22
--	-----------

doc. MUDr. Lubomír Kukla, CSc.

Evropská dlouhodobá studie těhotenství a dětství – ELSPAC	24
--	-----------

MUDr. František Schneiberg

Kam s ním?	27
-------------------	-----------

Leoš Horký

Role dětských lékařů v prevenci sociální exkluze	30
---	-----------

Leoš Horký

Podpora rodiny – HoSt Home-Start Česká republika	32
---	-----------

MUDr. Lenka Šírová

Posuzování zdravotního stavu pro účely náhradní rodinné péče	34
---	-----------

MUDr. Lenka Šírová

Postup lékařů primární péče při podezření na syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte	35
---	-----------

PhDr. Marie Nesrstová a kol.

Jak porozumět dětem s Prader-Willi syndromem a jak k nim přistupovat	40
---	-----------

Zajímavosti ze světa odborné literatury

48



Aktuality	49
------------------	-----------

Řádková inzerce	54
------------------------	-----------

Středová příloha:

Cenová rozhodnutí ministerstva zdravotnictví ze dne 20. prosince 2007



NAKLADATELSTVÍ
UMÚN s. r. o.

Nakladatelství UMÚN, s. r. o., Nad Školou 1289, 463 11 Liberec

tel.: 485 161 712, e-mail: umun@umun.cz, www.umun.cz

Obrázek na titulní straně ústy namalovala Ruth Christensen



Vážení a milí kolegové,
dovoluji si obrátit se na vás tímto dopisem redakci, abych vás informovala o svých iniciativách a názorech souvisejících s pediatickou problematikou.

Jde o dva okruhy, z nichž první se týká novorozenecké péče. Domnívám se, že její kvalité a bezpečnosti novorozeneckých dětí by prospělo

- zlepšení součinnosti mezi porodnickým oddělením a zvoleným praktickým lékařem pro děti a dorost,
- podpoření časného prvního kontaktu dispenzarizujícího praktického lékaře pro děti a dorost s novorozeneckým dítětem.

Za vhodnou proto považuji standardizaci tzv. těhotenských průkazů se začleněním kontaktu na zvoleného praktického lékaře pro děti a dorost. Ten by v „legitimaci“ stvrdil již během těhotenství převzetí novorozeneckého dítěte po porodu do své péče i adresu, na níž má být odeslána zdravotnická dokumentace s informací o narození.

Potvrzení dispenzarizujícího dětského lékaře o skutečném převzetí novorozeneckého dítěte s provedením poporodního vyšetření by se mělo stát obligátní součástí žádosti o výplatu sociálních dávek vztahujících se k narození dítěte (tzv. porodné a přídatky na děti).

Druhá problematika se týká nevhodného a nebezpečného jednání s dětmi. Naléhavě vás žádám, abyste věnovali maximální možnou pozornost projevům všech forem zanedbávání a zneužívání dětí či dokonce jejich týrání ve smyslu hrubého násilí, dispenzarizaci rizikových rodin s jejich edukací i případné součinnosti s orgány sociální péče, eventuálně dalších institucí podle povahy konkrétního případu.

Současně si vás dovoluji požádat o pochopení a podporu v širším úsilí o eliminaci násilí z jednání s dětmi. Pokuste se, prosím, využít svých klinických zkušeností a stavovské prestiže k získání veřejnosti pro kultivaci výchovného prostředí. V této fázi předběžné společenské diskuse by bylo nešťastné a zcela předčasné soustředit se na to, jak by případně v budoucnu zákonodárce paragrafově formuloval a jak by vymezoval nevhodné, zákonem postihované jednání. Nyní jde o to získat veřejnost pro názor, odpovídající směřování evropské kultury, že násilí do výchovy nepatří. Cílem tohoto úsilí není zasahování do rodinné intimity a suverenity, nýbrž omezování hrubostí a ponižujících, mnohdy nezdrženlivých aktů „výchovy“, které sice nenaplnují povahu „týrání“, ale legitimizují násilí a často jsou zdrojem dětského utrpení či ponižení se všemi vám odborně známými konsekvencemi.

Budu vděčna za vaše případné diskusní reakce a dovolím si vás časem informovat o vývoji zmíněných témat.

S kolegiálním pozdravem

MUDr. Džamila Stehlíková,
ministryně vlády ČR pro lidská práva
a národnostní menšiny

Infekční onemocnění



v tomto čísle inzerují...

NESTLÉ
BEIERSDOF
SERVIER
AVENT
JOHNSON & JOHNSON
WYETH WHITEHALL
PAVEX CANADA-BIOVIT
NUTRICIA
MONTROSE PHARMA
SANOFI

úřední hodiny SPLDD ČR...

Pondělí	10.00–15.00 hodin
Úterý	10.00–15.00 hodin
Středa	10.00–15.00 hodin
Čtvrtek	10.00–15.00 hodin

Sdružení praktických lékařů
pro děti a dorost ČR, o. s.

U Hranic 16-18, 100 00 Praha 10

sekretariát:

tel.: 267 184 065

fax: 267 184 050

redakce VOX:

tel.: 267 184 065

267 184 047

e-mail: centrum@detskylekar.cz



Přehled činnosti za měsíc duben 2008

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR

Měsíc duben byl samozřejmě ve znamení probíhajících regionálních konferencí, kde se hodnotil uplynulý rok. Byl úspěšný, či nikoliv? V diskusích zaznívaly oba póly. Na jedné straně došlo k znatelnému zvýšení úhrad, prakticky došlo ke zrušení likvidačních regulací, na straně druhé postavení praktického lékaře pro děti a dorost stále nedosahuje pozice v systému, kterou bychom rádi viděli. Jednu z možností, jak takového stavu dosáhnout, vidíme i v aktivním zapojení do systému řízené péče s aktivní rolí praktického dětského lékaře, možná i v podobě zavedení prvků gate keepingu. O tom, zda je tato cesta správná, by nás měly přesvědčit příští měsíce.

3.4. – v Praze pokračoval cyklus regionálních konferencí s bilančí činnosti regionu Praha + Střední Čechy, usnesení zveřejňujeme na jiném místě.

5.4. – obdobně bilancoval i Jihomoravský region, předsedkyně regionu dr. Hülleová ve své prezentaci podrobně seznámila účastníky konference s proběhlými aktivitami; šlo navíc o region, který se asi nejvíce zasloužil o zlepšení postavení praktických lékařů pro děti a dorost v celém zdravotnickém systému, navíc diskuse prokázala, že ze strany členů tohoto regionu panuje velký zájem o aktuálně probíhající procesy ve zdravotnictví.

7.4. – v Hradci Králové proběhla konference „Internet ve státní správě“, kde jsme účastníky této konference – především z řad zaměstnanců okresních a krajských úřadů – prezentovali možný pohled na zavádění elektronizace zdravotnictví a jeho možné využití v praxi; v rámci této konference jsme se setkali se zástupci Rady krajů a předali jsme jim souhrnný přehled kontaktů na naše zástupce v členění na jednotlivé kraje.

9.4. – na půdě MZ ČR jsme se snažili vysvětlit důvody nespokojenosti s vydanou vyhláškou o správném předepisování léčiv, diskuse se vedla hlavně o problematice uvádění adresy a tele-

fonu na trvalé bydliště samostatně pracujících lékařů v razítku u receptů, po diskusi nám bylo přislíbeno, že bude tato problematika vyřešena tzv. malou novelou, kdy se vrátíme k dosavadní praxi s uváděním kontaktních údajů na ordinaci.

13.4. – v Opavě se na bilanční konferenci Severomoravského regionu diskuse logicky zaměřila na aktivity nově vzniklé zdravotní pojišťovny Agel a běžícího projektu „Moje ambulance“.

15.4. – pracovní komise Meziřesortního výboru pro eHealth řešily problematiku možného zavádění elektronizace v našem zdravotnictví.

17.4. – pracovní komise vytvořená vládnoucími politickými stranami řešila podněty a návrhy na možné úpravy regulačních poplatků, na tomto jednání prezentovali zástupci MZ ČR první statistiky po zavedení těchto poplatků, účastníci jednání se shodli, že na hlubší rozbor a výstupy není zatím dostatek informací.

21.4. – na půdě MZ ČR proběhl úvodní jednací den dohodovacího řízení o cenách v roce 2009, předmětem jednání bylo především stanovení způsobu jednání a časový harmonogram jednotlivých fází.

22.4. – s VZP jsme řešili problematiku zaměstnávání lékařů a zahájena byla diskuse nad soubory výkonů pro praktické dětské lékaře, výsledek jednání na toto téma zveřejníme v některém z dalších čísel.

23.4. – ve VZP proběhlo další kolo jednání nad problematikou možných úprav Metodiky VZP, diskuse se vedla především o struktuře formuláře receptu v návaznosti na vydanou vyhlášku, diskuse však zatím jednoznačným závěrem neskončila.

25.4. – u Karlových Varů bilancoval činnost region Západní Čechy, v diskusi se objevil i „evergreen“ zvaný LSPP, usnesení stejně jako u ostatních konferencí zveřejňujeme na jiném místě.

29.4. – na svém jednání se sešla Koalice soukromých lékařů, hlavním tématem byla problematika podoby recepturního tiskopisu za situace platnosti nové vyhlášky.

30.4. – s novým ředitelem Zdravotní pojišťovny Ministerstva vnitra ČR jsme diskutovali o možnostech spolupráce.

Analýza rizik transformace zdravotních pojišťoven v novém systému

1. Riziko nezajištění zdravotní péče nebo snížení její kvality

Problémy současného stavu:

- Definice nároku z veřejného zdravotního pojištění je nejasná a jeho vymáhání je obtížné.

- Zákon nestanovuje maximální čekací doby na zdravotní služby a nevyžaduje vedení objednávacích seznamů a jejich pravidelné sledování.
- Pojištěnec má u nesmluvních poskytovatelů pouze nárok na úhradu akutních zdravotních služeb.

- Neexistence dohledu nad plněním povinností zdravotní pojišťovny zajistit zákonný nárok a dostatečnou smluvní síť poskytovatelů.
- Pojištěnec si musí v případě nadstandardních zdravotních služeb uhradit celý výkon sám.



- Neexistuje informační povinnost: poskytovatel může cíleně dezinformovat pojištěnce a vydávat za nadstandard i standardní službu (např. v případě čoček požadovat poplatek za lepší čočku, kterou má plně hrazenou z v. z. p.).

Řešení v novém systému:

- Navrhujeme JASNOU a PŘESNĚJŠÍ DEFINICI nároku pojištěnců, včetně definování standardů zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění.
- Zavádíme transparentní objednávací seznamy, limit maximální čekací doby na zdravotní služby a systém jejich pravidelného sledování, včetně sankcí pro zdravotní pojišťovny při neplnění.
- Posilujeme nárok na úhradu zdravotní služby u nesmluvního poskytovatele zdravotních služeb, pokud ZP nezajistí zdravotní službu do maximální zákonné čekací doby u smluvního poskytovatele.
- Zdravotní pojišťovna je povinna vytvořit smluvní síť poskytovatelů tak, aby zajistila skutečnou místní dostupnost zdravotních služeb pro každého pojištěnce.
- Stát nese odpovědnost za zajištění přítomnosti poskytovatele zdravotních služeb a má informaci o jejich případném nedostatku z údajů od zdravotních pojišťoven o zajišťování místní dostupnosti.
- Připlácení na nadstandard: pojištěnec si může doplatit rozdíl mezi celkovou cenou a úhradou z veřejného zdravotního pojištění. Smluvní poskytovatel má povinnost informovat pojištěnce o alternativních léčebných plánech a o výši úhrady z veřejného zdravotního pojištění.
- Zdravotní pojišťovna je povinna vést agendu a řešit žádosti nebo stížnosti, např. je-li možné zajistit pojištěnci zdravotní službu dříve u jiného poskytovatele.
- Zvyšujeme transparentnost: zdravotní pojišťovna je povinna informovat o oblastech působnosti svých zdravotních plánů a nesmí odejít z územní jednotky, pokud je u ní registrováno alespoň 5% pojištěnců. Zdravotní pojišťovna, která má registrovaných alespoň 500 000 pojištěnců, musí mít zdravotní plán s celostátní působností.
- Zavádíme pravidelné monitorování kvality a výkonnosti: zdravotní pojišťovna a poskytovatel jsou povinni monitorovat a zveřejňovat údaje o své výkonnosti a kvalitě a ceně zajišťovaných nebo poskytovaných zdravotních služeb.
- Zdravotní pojišťovna vytváří rezervy ke krytí budoucích závazků na pojištěnce zapsaných

na transparentních objednávacích seznamech. Tato položka snižuje hospodářský výsledek ZP.

- Zavádíme jasný dohled nad hospodařením i nad plněním povinností zdravotních pojišťoven vůči pojištěncům. V případě zjištění nedostatku nebo jeho hrozby Úřad neprodleně koná a uvalí na zdravotní pojišťovnu sankce, včetně v krajním případě odnětí její licence nebo povolení.

2. Riziko ekonomického propojení mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem

Problémy současného stavu:

- Zákon pouze vylučuje poskytovatele, členy jejich orgánů v případě právnických osob a blízké osoby poskytovatelů z členství ve správních a dozorčích radách zdravotních pojišťoven.
- Zákon nezakazuje a nekontroluje dohody mezi poskytovateli a zdravotními pojišťovnami, které mohou vést k vyvážení zůstatků ze zdravotních pojišťoven nebo k omezování péče. Např. blokové kontrakty přenášející finanční riziko z počtu i náročnosti případů ze zdravotní pojišťovny na poskytovatele, které je tak motivují k neposkytnutí zdravotní služby nebo k selekci snazších případů, nejsou nijak regulovány.

Řešení v novém systému (nad rámec řešení popsaného v bodě 1):

- Pojištěnec má nárok na poskytnutí hrazené zdravotní služby spočívající v přezkoumání stanoveného léčebného plánu (tzv. „second opinion“) u jakéhokoli poskytovatele.
- Přísnější dohled Úřadu nad plněním zákonných nároků pojištěnců a nad efektivním hospodařením, s odbornou péčí a v zájmu pojištěnců.
- Společnosti v rámci koncernu si podle obchodního zákoníku nemohou poskytovat plnění tak, že by jedné z nich vznikla majetková újma. Zákon striktně zakazuje zkrslování účetnictví mezi společnostmi v koncernu. Zákon zakazuje zdravotní pojišťovně vykonávat činnosti, které ohrožují zájmy pojištěnců.
- Dohled Úřadu ve spolupráci s Úřadem na ochranu hospodářské soutěže nad fungováním soutěže na trhu zajišťování zákonných nároků pojištěnců: dohled nad horizontálním a vertikálním propojováním subjektů na trhu, zákaz zneužívat dominantní postavení a zákaz uzavírat dohody narušující soutěž.

3. Riziko odčerpávání prostředků z veřejného zdravotního pojištění

Problémy současného stavu:

- Nedostatečně upraveny podmínky pro posuzování žadatelů o licenci a vydávání licence.
- Chybí subjekt odpovědný za hospodaření a plnění povinností zdravotní pojišťovny.
- Zákon nejasně upravuje role a odpovědnosti orgánů ZP, např. ředitel je jediný statutární orgán ZP v porovnání s kolektivním orgánem bank, nejasně vymezený vztah mezi správní radou a ředitelem ZP; není jasné, kdo rozhoduje v jiných věcech, než ve kterých rozhoduje správní rada. Problematické složení správních a dozorčích rad (např. pojištěnce nestandardně zastupují odbory).
- Neodpovědnost členů správních a dozorčích rad za finanční výsledky a výkonnost ZP.
- Dohled nad ZP je roztržštěný mezi MZ a MF, jejich kompetence nejsou jednoznačně definovány.
- Možnost existence dohod mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem zdravotních služeb, které mohou vést k vyvážení zůstatků ze zdravotní pojišťovny, bez jakéhokoli omezení, kontroly nebo regulace.

Řešení v novém systému:

- Zdravotní pojišťovna má omezený předmět činnosti na provozování veřejného zdravotního pojištění a činnosti s tím přímo související. Striktně se reguluje možnost zakládat nebo nabývat jiné právnické osoby.
- Zákon stanovuje tvrdé a jasné podmínky pro vydání licence a požadavky na akcionáře. Změna akcionáře vyžaduje předchozí souhlas Úřadu, jinak je neplatná.
- Členové představenstva, případně i členové dozorčí rady, kteří způsobili společnosti porušením povinností při výkonu působnosti představenstva škodu, odpovídají za tuto škodu společně a nerozdílně.
- Povinnost informovat Úřad i pojištěnce v případě existence jakéhokoli propojení mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem zdravotních služeb; v případě nepřiznání propojení hrozí vysoké sankce. V případě existence propojení má zdravotní pojišťovna další zvláštní povinnosti vůči svým pojištěncům a dohled Úřadu je přísnější.
- Zákon stanovuje limit provozních nákladů a jasné vymezuje položky zahrnované do tohoto limitu, včetně nákladů vynaložených na získávání nových pojištěnců.
- Zákon reguluje výši hospodářského výsledku akcionáře podobně jako u penzijních fondů. Tvoří ho nevyčerpané finanční prostředky



v rámci limitu provozních nákladů a maximálně 15 % kladného hospodářského výsledku z provozování zdravotních plánů.

- 85 % kladného hospodářského výsledku z provozování zdravotních plánů musí být vráceno pojištěncům. Tyto peníze zůstávají ve zdravotnictví a je možné je použít pouze na úhradu nákladů na zdravotní služby v dalším roce nebo je přidělit pojištěncům zdravotního plánu na jejich osobní zdravotní účty.
- Zákon striktně reguluje objem peněz na motivační programy a možnosti jejich použití.
- Zavádí se pravidelný a rozsáhlý dohled nad hospodařením (pravidelné výkazy o hospodaření ZP, údaje z účetnictví, zdravotně pojistné plány) i nad plněním nároků pojištěnců zdravotními pojišťovnami.
- Úřad pravidelně kontroluje míru solventnosti zdravotní pojišťovny, např. minimální hotovostní rezervu, nejméně ve výši 50 milionů Kč, a ukládá sankce.
- Tvrdé a jasné sankce podle závažnosti porušení a zjištěných nedostatků.

4. Riziko selekce pojištěnců

Problémy současného stavu:

Neregulováno, chybí sankce.

Řešení v novém systému:

- Úřad schvaluje specifické podmínky zdravotních plánů, které nesmí být diskriminační vůči různým skupinám pojištěnců ani vůči jednotlivcům. Specifické podmínky nelze měnit bez souhlasu Úřadu. Jejich součástí jsou i motivační programy a podmínky jejich čerpání.
- Snížení motivace zdravotní pojišťovny vybírat si pouze zdravé pojištěnce – zpřesnění přerozdělovacího mechanismu o parametry nákladů na léky pro chronicky nemocné pojištěnce.

- Zákaz a sankce za neetický, diskriminační a selektivní nábor pojištěnců.
- Zdravotní pojišťovna nesmí odmítnout žádného zájemce o pojištění.

5. Riziko a důsledky krachu a likvidace ZP

Problémy současného stavu:

- Solventnost ZP je neřešena nebo se řeší dle politického zadání (viz platební neschopnost VZP v letech 2005–2006, včetně zavedení nucené správy).
- Omezené sankce: pouze nucená správa; uložení pokuty pouze při pozdním předložení či nepředložení zdravotně pojistného plánu.
- Problém garance nároku pojištěnce v případě likvidace ZP. Pojištěnec musí sám změnit ZP, nejdříve však k 1. dni následujícího kalendářního měsíce.
- Nedostatečná úprava likvidace ZP.
- Stát nese odpovědnost za dluhy zdravotních pojišťoven.

Řešení v novém systému:

- Jasný a pravidelný dohled nad hospodařením zdravotní pojišťovny.
- Úřad pravidelně kontroluje míru solventnosti zdravotní pojišťovny, např. minimální hotovostní rezervu, a ukládá povinnosti nápravných opatření a/nebo sankce.
- Úřad má k dispozici škálu opatření k nápravě nebo sankcí podle povahy a závažnosti zjištěných nedostatků v hospodaření zdravotní pojišťovny. Může je ukládat opakovaně a kombinovaně.
- Úřad stanoví okamžitý přechod pojištěnců do jiné zdravotní pojišťovny nebo pojišťoven v případě finančních potíží zdravotní pojišťovny; pojištěnec má možnost změnit

tuto novou pojišťovnu v dalším přestupním termínu bez ohledu na jinak platná omezení o minimální délce pojištění u jedné zdravotní pojišťovny (tzv. *rozvazovací podmínka*).

- Likvidace zdravotní pojišťovny: bude probíhat v souladu s obchodním zákoníkem, který ji podrobněji popisuje a je pravidelně aktualizován (např. postup v případě úmrtí likvidátora).

6. Riziko ztráty kontroly státu nad efektivním řízením zdravotnictví

Problémy současného stavu:

- Stát zastupuje pouze třetina zástupců ve správních dozorčích radách zdravotních pojišťoven, které mají omezené pravomoci ve vztahu k řediteli ZP.

Řešení v novém systému:

- MZ nadále ovlivňuje a tvoří zdravotní politiku prostřednictvím zákonů, prováděcích předpisů a regulace cen zdravotních služeb, léků a dalších produktů poskytovaných ve zdravotnictví.
- Nastavením jasnějších (a striktnějších) pravidel pro činnost zdravotních pojišťoven a jejich povinností vůči pojištěncům bude mít stát větší kontrolu nad zdravotní politikou prováděnou zdravotními pojišťovnami než v dnešním systému.
- Stát vlastní a řídí Všeobecnou zdravotní pojišťovnu, a.s. (podíl na trhu v roce 2007: 67 %).
- Zdravotní pojišťovny podléhají dohledu autonomního a specializovaného Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami. ■

Zdroj: MZ ČR

Návrhy koaličních partnerů k revizi systému regulačních poplatků ve zdravotnictví

Vyjádření ministerstva zdravotnictví k vybraným technickým aspektům navrhovaných změn

1. Poplatky jako příjem zdravotních pojišťoven nebo „systému“, nikoli příjem toho, kdo je vybírá.

Změna označení konečného příjemce regulačních poplatků znamená de facto finančně neutrální operaci ve vztahu k tomu, kde peníze nakonec fyzicky skončí. Je třeba si uvědomit, že poskytovatelé zdravotních služeb dostávají

od zdravotních pojišťoven měsíčně úhradu za poskytnutou péči, která několikanásobně převyšuje příjem z regulačních poplatků. Pokud by tedy příjemcem poplatků měly být ZP a poskytovatelé zdravotních služeb by je měli nadále vybírat, pak by se úhrada od pojišťovny s největší pravděpodobností vypočítala jako objem úhrad minus vybrané regulační poplatky. Jedná se tedy

v zásadě o identický systém, jaký je nastaven nyní, neboť při stanovování výše úhrad na rok 2008 bylo s efektem dalšího příjmu zdravotnických zařízení z regulačních poplatků počítáno.

2. Strop poplatků jako % příjmů, nikoli absolutní částkou.

Strop poplatků jako procentní podíl příjmu je



v českém daňovém systému technicky neproveditelný, protože potřebné informace nejsou dostupné.

Systém může fungovat v jiných zemích, např. v Německu, kde pro potřeby daňového systému existuje propracovaný systém evidence obyvatel, včetně jejich ročních příjmů a rodinného statusu, který jednoznačně určuje jejich zařazení do tzv. daňových tříd. V České republice podobný systém není, a tedy ani zdravotní pojišťovny nemají žádnou takovou jednoznačnou klasifikaci všech pojištěnců k dispozici. Prokazování výše příjmů by vedlo k nadměrnému administrativnímu zatížení systému. Navíc by se vyskytly nemalé možnosti obcházení systému: osoby samostatně výdělečně činné, které často vykazují ztrátu, přestože se nepohybují na hranici chudoby, by poplatky neplatily atp. Zároveň je nutno si uvědomit, že zavedení tohoto systému by znamenalo dát zdravotním pojišťovnám detailní informaci o všech příjmech každého člověka, i zaměstnance, a to včetně jeho rodiny (tj. provázat informace o příjmech jednotlivých členů rodiny pro potřeby zdravotních pojišťoven).

Naproti tomu posuzování příjmu na individuálním základě by vedlo k tomu, že by poplatky neplatila např. manželka bohatého podnikatele s příjmem v řádu desítek milionů korun, protože sama nepracuje.

3. Identifikovat skupinu chronicky nemocných pacientů a osvobodit je od placení regulačních poplatků. (Za chronicky nemocného může být považován pacient léčící se na 1 diagnózu déle než 1 rok.)

Identifikace chronicky nemocných je velmi obtížná zejména vzhledem k nedostatečné vypovídací hodnotě diagnóz, které vykazují lékaři zdravotní pojišťovně. Uvedme příklad: Při zavádění DRG došlo k zvláštní anomálii, kdy vykázaný počet nemocných na tuberkulózu mnohonásobně překračoval všechny dostupné statistiky. Při zjišťování důvodu této anomálie bylo zjištěno, že lékaři uvádějí tuto diagnózu proto, že její kód je první v seznamu. Toto je jen jeden příklad za všechny. Identifikace chronicky nemocných podle diagnózy by ještě více motivovala k vychýlenému vykazování diagnóz zvláště v případě, že by poplatek nebyl příjmem lékaře. Boj o pacienta by vedl k tomu, že by ve výsledku diabetem či hypertenzí trpěl každý občan České republiky. V Německu jsou skupiny chronicky nemocných ve speciálním režimu, který lékaře zavazuje k provádění určitých procedur. Vypracování takového systému je dlouhý a náročný proces, protože obsahuje podrobné popisy metodiky identifikace chronicky nemocných a léčebných postupů, které jim mají být poskytnuty. V současné době

testujeme holandský model Pharmaceutical Cost Group, jehož cílem je identifikovat nákladné (chronicky nemocné) pacienty na základě jejich medikace v předcházejícím roce. Tento model by byl ovšem pro identifikaci chronicky nemocných za účelem vyjmutí z placení poplatků také náchylný ke zneužívání. Pacienti by činili nátlak na ošetřujícího lékaře, aby jim předepsal lék, který nutně nepotřebují. Mohlo by tak navíc docházet k nadbytečné preskripci léků.

4. Zrušit poplatek za položku na receptu a zavést vhodnější typ poplatku:

a) Poplatek za celý recept

Rizikem změny poplatku za položku na poplatek za recept je motivace přepisovat k léku, který pacient potřebuje, lék navíc, aby se pacientu „vyplatilo“ za recept platit. Jinými slovy řečeno, i v případě, kdy pacient potřebuje pouze jeden lék, bude lékař nucen dopsat lék druhý, aby byl z pohledu pacienta „poplatek za recept plně využit“. Takovým krokem by došlo k opětovnému růstu poptávky po lécích typu Paralen, které se dnes pacientům vyplatí koupit na vlastní náklady. Tyto léky přitom v roce 2007 zatěžovaly rozpočty zdravotních pojišťoven nemalou mírou. Například Paralen 500 představoval v roce 2007 v počtu balení šestý nejčastěji vydávaný lék hrazený zdravotními pojišťovnami. Motivace občanů kupovat takového léky přímo uvolňuje prostředky pro léky dražší, které pomohou zachránit životy lidí.

Vše řeší možnost opakovaného výdeje na jeden recept bez nutnosti navštěvovat předepisujícího lékaře.

b) Poplatek za každé balení (dle velikosti balení)

Změna poplatků za léčiva z položky na balení by nesla vysoké náklady přizpůsobení informačních systémů lékáren a pojišťoven, které byly nuceny k úpravám již v tomto roce. Alternativou může být německý systém výše poplatku podle ceny léčiva, který je však extrémně nepřehledný pro pacienta, protože poplatek za stejný lék se liší také v závislosti na velikosti balení, ale i na konečném doplatku pacienta v dané lékárně. (Pozn.: od poplatků podle velikosti balení se v Německu nicméně ustoupilo, protože je to méně spravedlivý systém než systém založený na ceně balení.)

5. Ponechat zpoplatnění při přímém přístupu k ambulantním specialistům, osvobodit návštěvu ambulantního specialisty v případě doporučení od praktického lékaře. (Lékaři primární péče jsou „vrátnými“ do systému, odesílají pacienty na další vyšetření ke specialistům, do nemocnice atd.)

Zavést, aby při každé návštěvě specialisty měl pojištěnec doporučení od praktického lékaře, by

Odhad finančních dopadů některých konkrétních návrhů

Osvobození návštěvy lékařů primární péče: praktické lékaře, praktické lékaře pro děti a dorost, gynekology, zubaře, psychiatry

- znamená osvobození cca 50 % návštěv ambulancí, tedy částku přibližně 840 mil. Kč ročně na poplatcích;
- zároveň je nutno počítat s návratem nadbytečné poptávky po těchto službách a snížením průměrného času, který má lékař na ošetření každého pacienta.

Osvobození dětí do 18 let

- představuje částku minimálně 637 mil. Kč ročně.

Ponechat zpoplatnění při přímém přístupu k ambulantním specialistům

- chybí údaje o podílu vyžádaných vyšetření na celkovém počtu vyšetření u ambulantních specialistů, dopad změny proto není možné kvantifikovat.

Omezení poplatků v lůžkových zařízeních na 28 dní

- zhruba 750 mil. Kč ročně na poplatcích.

Osvobození seniorů nad 70 let

- přibližně 600 až 650 mil. Kč ročně na poplatcích.

Osvobození osob v zařízeních sociálních služeb a domovech pro seniory

- cca 50 až 70 mil. Kč ročně na poplatcích (hrubý odhad).

zpět zahltilo první linii. Vhodnější by spíše bylo jinými prostředky zajistit, aby registrující lékaři (tedy praktici) byli informováni o tom, kde jejich pacienti čerpají péči, a měli tak zprávy od navštívených lékařů.

Bohužel chybí údaje o podílu vyžádaných vyšetření na celkovém počtu vyšetření u ambulantních specialistů, dopad změny proto není možné kvantifikovat.

Co se týká role praktického lékaře, navrhovaný systém praktických lékařů jako „vrátných“ do systému (tj. povinnost navštívit vždy praktického lékaře) představuje zavedení prvků řízené péče do systému veřejného zdravotního pojištění pro všechny pojištěnce bez možnosti výběru.

6. Poplatky zachovat u pohotovosti (regulují její nadužívání), ale s výjimkou akutních případů (např. přivezen záchrankou z místa nehody apod.).

Již dnes zahrnuje v systému regulačních poplatků: poplatky za ústavní pohotovostní službu v případě akutních případů zpoplatněny ne-



jsou, pokud dojde k následné hospitalizaci. Co se týká zdravotnické záchranné služby, ta žádnému regulačnímu poplatku nepodléhá. Pokud jde o ohrožení života, vyjede ZZS a žádný regulační poplatek požadován není.

7. Limitovat poplatek v lůžkových zařízeních na 28 dní v roce.

V případech poplatků spojených s hospitalizací nelze hovořit o sociální neúnosnosti: je nepochybné, že každý pacient ušetří svým pobytem v nemocnici (zejm. na stravě, ale i dalších běžných nákladech) za den výrazně více, než činí 60 Kč regulačního poplatku. Není proto důvod vytvářet strop pro poplatky v nemocnici. Náklady za stravu přesunuje pacient z vlastní peněženky na nemocnici, a je proto logické, aby jí na stravu alespoň částečně přispíval během celého svého pobytu v nemocnici.

8. Plošné zavedení poplatků je nesystémové – návrhy na zavedení výjimek pro kategorie pacientů.

Plošné zavedení není nesystémové, nesystémové jsou naopak výjimky, jak je vidět v mnoha evropských státech, kde si na příliš rozbujele výjimky stěžují. V zemích, kde jsou vyňati důchod-

ci, děti do 18 let a všichni chronicky nemocní, platí poplatky pouze malá část populace, a to ta, která do systému přispívá nejvíce, protože je ekonomicky aktivní. Argument, že byly poplatky na Slovensku a v Maďarsku zrušeny, poukazuje pouze na historickou determinovanost těchto systémů ve smyslu 40 let centrálně plánované ekonomiky, ve kterých bylo obyvatelstvo zvyklé vše „fasovat“ a není ochotné platit ve zdravotnictví ani symbolických 30 Kč.

Co se týká jednotlivých „výjimek“, je nutné si uvědomit, že čím více jich bude, tím bude systém složitější a pro pacienta nepřehlednější. Zároveň je třeba se zamyslet nad tím, jak vždy danou skupinu přesně definovat. Viz příklad: návrh osvobodit „důchodce“: jak se tito budou u lékaře prokazovat? Budou nosit s sebou důchodový výměr, aby nemuseli hradit regulační poplatky? Podle věku to také nelze rozeznat. Někdo má invalidní důchod a je mladý, někomu je 70 let a důchodce není, protože nemá nárok na přiznání důchodu z českého důchodového systému. Jiný důchodce starší 70 let, dobře zajištěný z minulosti, ještě nyní je členem například orgánu společnosti a jeho příjem není malý. I tomu by mělo být „ze sociálních důvodů odpuštěno“ hrazení regulačních poplatků?

Nastavení výjimky na věk pacienta tedy není řešením cíleným pouze na posílení solidarity s nízkopříjmovými kategoriemi pacientů.

Zvláštní kategorií jsou však výjimky typu osvobození dárců orgánů. Stejně jako jsou dnes při odběrech osvobozeni dárci krve, kostní dřevě, lze uvažovat o osvobození dalších dárců, např. orgánů.

9. Poplatky musí být sociálně únosné.

Pro ochranu těch, kteří by byli poplatky více zatíženi, je zaveden limit 5000 Kč ročně. Tento nově zavedený limit ochrání i ty pacienty, kteří dříve za léky zaplatili částky podstatně vyšší; na ochranu těchto pacientů v minulosti nebylo podniknuto nic. V případě, že by poplatky zatěžovaly osobu s nízkými příjmy, existuje institut hmotné nouze. Pro osoby v hmotné nouzi jsou poplatky odpuštěny. Složitý systém výjimek by vedl pouze k zneprůhlednění systému a k motivaci podvádět. Problematika domovů důchodců spadá do sféry sociální, a nikoli zdravotnické. Za vhodnější považujeme kompenzaci v sociální sféře, a nikoli další výjimku z poplatků.

Zdroj: MZ ČR

Co se děje aneb slovníček pojmů v oblasti řízené péče

Ing. Miroslav Zámečník

Pár slov na úvod. Přestože terminologie z USA je v Česku málo známá, jednotlivé organizační formy mají paradoxně často český ekvivalent. Například medical centers nejsou nic jiného než české polikliniky, které jsou běžně soukromé, mají laboratoře i lékárny, a nikoho to nepřekvapuje a ani nerozčiluje, i když velká poliklinika se zaměstnanci (staff model medic group) má na svém území v oblasti primární a sekundární péče třeba větší tržní podíl než všechny soukromé nezávislé praxe v okruhu mnoha kilometrů dohromady.

Zasíťování nezávislých praxí prostřednictvím novodobých českých „medical groups“ síťového typu je novum, i když oproti zaběhnutým a dobře vedeným poliklinikám s dopravní obslužností nebude mít například síť moje@ambulance nikdy žádný významný tržní podíl. Pozornost, kterou přitahuje, vyplývá z pocitu ohrožení, který na velmi fragmentovaném trhu nezávislých praxí vstup subjektů tohoto typu vyvolává. Markem Potyszem v médiu deklarovaných 30 servisních míst po republice (dejme tomu, že bude mít celově dohromady 100 praktiků) oproti 5500 nasmlouvaných praktiků pro dospělé a 2300 dětských praktiků, které má VZP, neznamená

z ekonomického hlediska českého zdravotního systému vůbec nic, ani kdyby dokázal zdvojnásobit produktivitu a podstatně zvednout servisní standard přes objednávkové systémy a dlouhé provozní doby.

Obdobně existence soukromého nemocničního řetězce Agel s 11 nemocnicemi, z nichž 5 je okresního typu, 3 jsou městského typu a pouze 2 mají jasný nadregionální význam, fakticky konkurenční struktury na trhu nijak nemění (VZP má nasmlouváno 141 nemocnic). Opravdu silnými hráči by se mohly stát například krajské systémy v těch krajích, kde nejsou fakultní nemocnice.

Český model sice pracuje s konkuren-

cí pojišťoven a nárůstem tržních akcentů včetně liberalizace „produkčních cen“ (nikoli základní sazby pojištění), má stoprocentní přerozdělení vybraného pojistného a předpokládá i volitelnost pojistných plánů, ale některé věci vcelku neřeší. Je určitě potřebné definovat věcnou a časovou dostupnost, nicméně třeba existující obrovské diferenciály mezi výdaji na průměrného pojištěnce mezi jednotlivými bývalými okresy a kraji v ČR nasvědčují tomu, že systém na nabídkové straně v posledních 15 letech nebyl bez ohledu na periodické pokusy o regulaci úhrad ve skutečnosti nikdy řízen. To bude do budoucna ohromný problém v souvislosti se snahou



o racionalizaci sítě poskytovatelů, z nichž drtivá většina je ve vlastnictví subjektů, jež jsou ovlivňovány politickým cyklem. Mimo jiné to znamená, že pojištěnci v málo čerpajících regionech fakticky křížově subvencují jiné pojišťovny, přičemž rozdíl není ani ve zdravotním stavu, ani v majetkové a příjmové situaci pojištěnce, ani v demografii regionu, ale pouze a výhradně v nabídce. (Existují sice příklady, kdy byla provedena dosti důsledná racionalizace struktury sítě a lůžkového fondu, ovšem jediný úspěšný příklad reformy „shora“ z transformačních ekonomik – Estonsko – byl uskutečněn vládou s velmi silným reformním mandátem. My se s tím vzhledem k naprosté absenci politického konsensu, pokud jde o zdravotnictví, a rozdílným vlastníkům krajských a fakultních nemocnic budeme ještě dlouho trápit.) **Řízená péče, aktivní selektivní kontraktace a kapitální kontrakty jsou přitom jednou z nadějnějších cest, jak tyto ničím neodůvodnitelné a neospravedlnitelné regionální rozdíly ve výdajích alespoň částečně odstranit.**

Rozdíly českého konceptu oproti USA jsou naprosto zásadní – jak v úhradových mechanismech, kdy pojišťovny v USA mnohem více využívají kontraktů, které přenášejí riziko na poskytovatele prostřednictvím kapitální platby, ale především v cenové politice, kde v ČR dosud existuje vysoká míra regulace (seznam výkonů, korunová hodnota bodu, úhradové vyhlášky, ale hlavně cena pojistky), a v míře regulace poptávky prostřednictvím spoluúčasti trojího typu (annual deductible – minimální spoluúčast, na kterou navazuje buď coinsurance, tj. spoluúčast definovaná procentní sazbou na obvyklé ceně výkonu, nebo copay – fixní částka na ceně výkonu). V prostředí liberalizovaných cen pojišťovny musejí usilovat o transfer rizika na poskytovatele (proto ty kapitace) a o podíl pojištěnce na celkové úhradě, jinak by riziko v prostředí cenové soutěže na trhu pojištění nedokázaly určit. Dalším rozdílem oproti USA je momentální představa drtivé většiny pojišťoven, že budou mít v oblasti tvorby pojistných plánů a podmínek kontraktace nějak návrh, že budou systém ovládat. Tento předpoklad je zcela mylný, neboť vychází z představy, že žádná integrace na úrovni poskytovatelů neproběhne. Opak je pravda. Je například jen věcí krajské politické reprezentace, aby se přiklonila k systému regionální zdravotní pojišťovny jako doplňku existujících krajských holdingů, efekt nápodoby bude fungovat na úrovni PHO a zcela určitě někdo pochopí smysl zasíťování

polikliniky s primárními soukromými praxemi. Průkopníci inovací na cestě integrace ani zdaleka nemusí být jejími vítězi. Ta však stejně proběhne, a to dokonce i v podmínkách „jedné platební“. Perspektiva jejího příchodu může paradoxně snahu o horizontální a vertikální integraci ještě akcelarovat ve snaze ubránit svoje místo na trhu i v podmínkách pojišťovacího monopolu.

1. Non-exclusive IPA vlastněná kolektivně lékaři. IPA je účelová organizace praktických lékařů, v USA většinou i s ostatními obory primární péče a ambulantními specialisty (nezávislé praxe), založená na podporu svých členů při vyjednávání o skupinovém kontraktu s pojišťovnami operujícími na daném spádovém území, které nabízejí různé plány řízené péče. Tento typ, tzv. Open Panel IPA-HMO non-exclusive contract, je v USA už dlouho jasně převládající. Open panel znamená, že lékaři ošetřují rovněž pacienty různých pojišťoven včetně pacientů, kteří nemají pojistný produkt typu řízené péče, ale klasickou indemnitu (fee for service). Non-exclusive znamená, že IPA kontrahuje se všemi pojišťovnami, které o to projeví zájem. Z hlediska vlastnictví IPA je drtivá většina IPA tohoto typu vlastně buď plně, nebo většinou samotnými členy-lékaři. Typ připravovaný SPLDD. Kapitální kontrakt pro zastřešující subjekt, kapitace nebo výkonová platba pro jednotlivé členské lékaře.

2. Non-exclusive IPA_PPMC. Existují ovšem i IPA vlastněné jednotlivcem nebo specializovanou korporací (tzv. PPMC – Private Practice Management Company), případně smíšené formy. PPMC je fakticky servisní organizace, kterou si nekontrahují nezávislé lékařské praxe, aby pro ně zajišťovala vybrané smluvní služby (administrace kontraktu, správa dat, fakturace atd.). Typ kontraktu založený na PPMC začíná na českém trhu marketovat Santé, s. r. o., která má síť smluvních zdravotnických zařízení a vyrostla na zajišťování ZPP pro řadu významných podniků. Plány řízené péče hodlá administrovat ve spolupráci s KlientPro. Více viz níže, případně na www.sante.cz nebo www.klientpro.cz. Kapitální kontrakt pro zastřešující subjekt, kapitace nebo výkonová platba pro jednotlivé členské lékaře.

3. Exclusive IPA. IPA je založena jako „exclusive“, tj. má kontrakt pouze s jednou pojišťovnou a servisuje její plány řízené péče. Z ekonomického hlediska tento typ dává

smysl u pojišťoven s významným postavením na relevantním trhu (u nás VZP a regionálně silné malé pojišťovny). Tento typ je v trochu naruby postavené podobě praktikován v HZP (administrátorem je KlientPro). Naruby proto, že vztah administrátora je primárně vázán na HZP, nikoli na nezávislé lékařské praxe, nad kterými je „virtuální“ IPA administrovaná prostřednictvím KlientPro pouze ve vztahu k HZP. Kapitální kontrakt pro zastřešující subjekt, kapitace nebo výkonová platba pro jednotlivé členské lékaře. V ČR ekonomicky málo opodstatněná forma.

4. PHO (physician-hospital organization). Právní subjekt reprezentující praktické lékaře se samostatnou praxí a nemocnici v rámci spádové oblasti – fakticky IPA s nemocnicí. Vzhledem k českým podmínkám, kde nemocnice má i polikliniku s ambulantními specialisty, PHO nemusí zahrnovat samostatné praxe ambulantních specialistů, pokud to není nezbytné pro pokrytí odborného spektra či z kapacitních důvodů. Smysl PHO je zvýšit vyjednávací pozici participujících lékařů v daném regionu, péče se směřuje do regionální nemocnice. PHO má kapitální kontrakt. V ČR zatím nikdo regionální PHO nepřipravuje, což neznamená, že tato forma nemá potenciál.

5. PPO (preferred provider organization) – síť doporučených zařízení, která zajišťuje pojistný plán nabízený pojišťovnou. Pojištěnci jsou za zvýhodněnou sazbu směřováni do sítě, ale striktně nemusí čerpat zdravotní péči pouze v doporučených zařízeních. Jdou-li mimo síť, platí však pojištěnci zvýšené spoluúčasti. PPO pracuje ekonomicky na bázi diskontovaných úhrad, nikoli kapitace. Lze očekávat, že toto bude v ČR jedna z převládajících forem organizace péče, jež budou výsledkem selektivní kontraktace pojišťoven.

6. EPO (exklusive provider organization) – tvrdší typ PPO, kde mimo síť není péče zajišťována a s výjimkou urgentních zákroků ani zpětně proplácena. Diskonty, ne kapitace. V Česku takřka nerealizovatelné.

7. Medical Group – u nás v oblasti praktického lékařství moje@mbulance a v oblasti praktické péče a ambulantních specialistů „Mediclinic“ (Penta) – základní rozdíl oproti klasické IPA je ve vlastnictví ordinací, kde lékaři a SZP jsou zaměstnanci. Podnik přitom má síťový charakter. V ČR jsou zavedeny mnohé polikliniky, které dělají totéž



na jednom místě (v USA Medical Centers). Největší potenciál má přitom forma navázání vazby poliklinika – nezávislé praxe praktiků, kde poliklinika je přirozeným gravitačním centrem. V zásadě stejný koncept jako PHO, ovšem bez lůžkové akutní péče.

8. HMO – převzetí rizika pojištěnce a zajišťování péče vlastní silou nebo s využitím smluvních zařízení (včetně IPA). Klasický příklad vertikální integrace pojišťovny a zdravotnických zařízení, u nás dnes jen holding Agel. V USA velmi obvyklé.

- Group model HMO – kontrakt s jednou medical group, která může nebo nemusí pracovat s HMO na exkluzivní

bázi. Transfer rizika na medical group v podobě kapitačního kontraktu. Toto by přicházelo v Česku v úvahu při jednání ostatních pojišťoven se zdravotnickými zařízeními skupiny Agel v příslušných regionech nebo například s krajskými systémy (holdingy) či jinými sítěmi, které mohou vzniknout.

- Staff model HMO – plná integrace. HMO má vlastní zdravotnická zařízení, lékaři jsou zaměstnanci. Klasický příklad v USA je Kaiser Permanente. U nás potenciálně Agel, ale chybí značná část primární péče – ve skutečnosti velmi obtížně realizovatelné.
- Network model HMO – HMO (pojišťov-

na) nasmlouvá kapitační kontrakty s řadou medical groups, přitom tento vztah není z hlediska MG exkluzivní.

- IPA-HMO model – pojišťovna nasmlouvá kontrakt se zastřešující organizací nezávislých praxí (popsáno výše).

9. POS (point of service) – plány založené na hybridní formě mezi HMO a PPO (u nás se mohou vyskytnout jako měkká forma řízení péče, kdy opuštění doporučené sítě bude znamenat například jen redukcí bonusu nebo zaplacení regulačního poplatku).

Nejčastější otázky a odpovědi k řízené péči

MUDr. Pavel Neugebauer, Ing. Miroslav Zámečník

Dojde k vytvoření monopolu jedné pojišťovny propojené s poskytovateli.

1. Jediná pojišťovna, která se blíží postavení monopolu, je VZP s tržním podílem kolem 65%, která však privatizována nebude

2. Pojištěnci mají právo si svobodně vybrat pojišťovnu a jednou ročně jí změnit a sotva lze předpokládat, že by nějaká soukromá vznikající zdravotní pojišťovna mohla na trhu získat dominantní postavení.

3. Propojování soutěžitelů je v gesci ÚOHS, které musí se spojením vyjádřit souhlas již dnes (viz AGEL na Moravě), a bude sledovat i regionální koncentraci na trhu.

4. K vytvoření soukromého vertikálně integrovaného monopolu má situace ale opravdu daleko: konsolidovaný obrat největšího soukromého nemocničního řetězce AGEL je za loňský rok asi o šestinu menší než obrat FN Motol. Tržní podíl se pohybuje mezi 20-30% v regionech Moravskoslezského a Olomouckého kraje. Podíl zdravotní pojišťovny AGEL na trhu je necelých 0,01% (necelá tisícovka pojištěnců k 1.4.2008 oproti více než 10 milionům). Jinak řečeno, AGEL bude ještě dlouho extrémně závislý na poptávce po zdravotní péči od ostatních zdravotních pojišťoven.

Proč to není nikde ve světě, mimo USA (částečně ve Švýcarsku)?

1. To není pravda – ke stejnému modelu, tj. k vytvoření sítě doporučených pracovišť pojišťovnou dospělo například Holandsko, kde většina obyvatel po spuštění reformy zdravotního pojištění v roce 2006 si zvolila pojistku typu „natura polis“ (sleva na pojistném asi 50 EUR), což je

model řízené péče (navíc existuje gatekeeping od praktika).

2. Je dobré vědět, jak fungují systémy národní zdravotní služby – typicky gatekeeping a plánování kapacit včetně licencování jednotlivých odborností, tedy plánované řízení nabídky.

3. Úplně se zapomíná na to, že v sousedním Německu je vertikální integrace povolena v soukromém pojištění odjakživa, že roste počet lůžek v soukromých nemocnicích a podíl soukromých ziskově orientovaných nemocnic na celkovém počtu nemocnic, přičemž jsou vlastněny dvěma typy investorů, z nichž jeden jsou privátní zdravotní pojišťovny. Soukromé forprofitní nemocnice v Německu naprosto normálně kontrahují se systémem veřejného pojištění. V Německu funguje už 32 let například vertikálně integrovaný řetězec Sana Kliniken AG, který má 33 nemocnic a je vlastněn privátními zdravotními pojišťovnami.

4. Od zavedení DRG v Německu v polovině této dekády běžně dochází k propojování nemocnic s privátními praxemi praktiků a ambulantních specialistů a ke sdílení zdravotnických dat. To je něco na způsob amerických Medical Groups nebo PHO. Proč – i v Německu se musí šetřit a integrace péče je cesta, jak ušetřit.

5. Některé země s národní zdravotní službou s konkurencí poskytovatelů péče rovněž experimentují, na výsledku těchto jednání však praktický lékař (ani pacient) není nijak zainteresován – je prostě v systému pouze jakýmsi výpravčím.

Podstata obchodních společností reprezentujících nezávislé praxe (tzv. IPA). Proč je to v zájmu lékařů?

1. Existence vlastní společnosti ovládané

lékaři (případně profesním sdružením) je nástrojem na vyjednání lepších podmínek pro svoje členy, například pokud jde o dojednávání ekonomických podmínek plánu řízené péče.

2. Nevytvořit takovou společnost z ekonomického hlediska znamená fakticky abdikovat na využití negociačního potenciálu sdružených lékařů a pouze posuzovat plány řízené péče nabízené jinými subjekty.

3. Kdo na přípravě plánu neparticipuje od rané fáze, nemá know how.

4. Nemít vlastní IPA a s tím spojené know-how zároveň znamená nebytí u vyjednávání skupinových slev – jeden z podstatných zdrojů úspor v systému.

Proč by IPA měla být financována z peněz SPLDD?

1. SPLDD vkládá do Společnosti jen počáteční kapitál.

2. Společnost bude ve 100%ním vlastnictví SPLDD, a její ekonomika může být postavena na principu neziskovosti, čistě jako servisní organizace.

3. Společnost sama by měla být schopna financovat náklady na vlastní provoz, které lze plánovat s dostatečnou mírou spolehlivosti.

4. Individuální lékaři nenesou v souvislosti s projektem žádné finanční riziko, nevkládají do projektu žádný finanční vklad a nenesou odpovědnost za výsledky hospodaření společnosti.

5. Dosavadní náklady SPLDD na projekt jsou nulové, neboť všichni členové přípravného týmu pracovali zadarmo.

6. Vložil-li počáteční kapitál jiný subjekt, nemá nad tímto subjektem SPLDD žádnou vlast-



nickou kontrolu, a tento subjekt bude požadovat zhodnocení kapitálu. Je to pro členy SPLDD lepší řešení?

7. Jedinou dobrou alternativou je, že si jednotliví členové SPLDD založí vlastní společnosti tohoto typu a vloží do nich počáteční kapitál jako fyzické osoby (to je klasický model IPA) a budou tyto společnosti obchodně vést, starat se o personální a technické vybavení, aniž by tato společnost měla potřebnou velikost a rozsah.

Řízená péče omezí dostupnost a kvalitu zdravotních služeb.

1. Je ochranou spotřebitele, že dostupnost bude zakotvena v zákoně ve formě maximální vzdálenosti poskytovatele od místa bydliště a maximální čekací doby na výkon. Bude vymahatelná i u soudu.

2. Standardy vzniknou ve spolupráci ministerstva, poskytovatelů, odborných společností a pojišťoven. Nikde na světě ale nejsou zakotveny v zákonech.

3. Pojišťovny budou povinně zveřejňovat objem poskytnutých služeb a ukazatele jejich kvality.

4. Účast v modelech řízené péče bude dobrovolná jak pro pacienty, tak pro poskytovatele.

5. Pokud by pacienti vnímali plán řízené péče jako nevýhodný, odhlásili by se z něj, případně by přešli k jiné pojišťovně, na což budou mít ze zákona právo (jednou ročně jako dosud).

6. Plány řízené péče budou podřízeny zůstřenému dohledu a zvýšené informační povinnosti ze strany regulátorů.

Jsmo jako pediatři schopni ještě někde ušetřit?

1. Plány řízené péče jsou pojistným produktem zdravotní pojišťovny, kde se podle připravované legislativy předpokládá existence několika typů zdravotních plánů. Vzniku plánu řízené péče v modifikované podobě však nebrání ani současná legislativa - viz HZP.

2. Nyní k tomu šetření - plány řízené péče jsou založeny především na směřování pacientů od praktických lékařů do sítí doporučených pracovišť, s nimiž jsou uzavírány smlouvy buď na základě množstevního diskontu (cenové slevy) anebo jsou uzavírány rizikově vážené kapitační kontrakty. Jde především o ambulantní specialisty, komplement, lékárny a lůžkovou péči.

3. Právě v konkurenční soutěži o kontrakty v celé nadstavbě nad praktikem je ekonomická podstata řízené péče, a také hlavní rozdíl oproti gatekeepingu známému ze zemí s národní zdravotní službou. Některé země s národní zdravotní službou s konkurencí poskytovatelů péče rovněž experimentují, na výsledku těchto jednání však praktický lékař (ani pacient) není nijak zainteresován - je prostě v systému pouze jakýmsi výpravčím.

4. V modelech řízené péče na ekonomických výsledcích plánu participují jak praktičtí lékaři, tak pojištěnci prostřednictvím bonusů, resp. slev na pojistném.

5. Obvyklou protistranou zastupující praktické lékaře vůči pojišťovnám jsou takzvané Asociace nezávislých praxí (IPA), tedy právnické osoby, které ve vyjednávání jednotlivé lékaře zastupují a reprezentují tak jejich kolektivní tržní sílu. Jsou proto schopny lékařům vyjednat lepší podmínky se zdravotní pojišťovnou, v tom je celý jejich ekonomický smysl. Pozor: výše uvedené se netýká jednání o úhradách pediatrium (kapitace, hodnota bodu), kde nadále pokračuje v nezměněné podobě mandát SPLDD, ale pouze o finančních bonifikacích vyplývajících z účasti pediatrium v plánu řízené péče příslušné pojišťovny!!! Účast v plánu je dobrovolná, a neúčast nemá dopad na dosavadní úhrady pediatra (kapitace, hodnota bodu), jde o něco navíc.

6. Iniciativa vedení SPLDD spočívá v tom, že nechtělo vyčkávat, až bude postaveno jednotlivými pojišťovnami před hotové návrhy plánů řízené péče nebo jejich modifikací v podobě Komplexního hodnocení nákladů apod. Byla naopak zvolena proaktivní strategie, a sice podílet se na všech přípravných pracích, především pokud jde o statistickou analýzu nákladů souvisejících s některými chronickými diagnózami, výpočet základních parametrů plánu, kalkulaci bonusů, ve spolupráci se zdravotní pojišťovnou ČNZP.

7. SPLDD díky této aktivitě získalo potřebný komfort, že plán řízené péče v gesci ČNZP bude pro členy SPLDD spravedlivý, nediskriminující a především nepoškozující pacienty. SPLDD ale zároveň získalo jinak nedosažitelné a těžko docenitelné know-how, takže je připraveno zcela kvalifikovaně posuzovat plány řízené péče a jejich konstrukci, ať už jim je předloží kterákoliv zdravotní pojišťovna či jiný subjekt.

Lékaři budou zaměstnanci zdravotní pojišťovny.

1. Technicky vzato nebudou. Zdravotní pojišťovna nesmí a nebude smět poskytovat zdravotní služby ani vlastnit zdravotnické zařízení.

2. K vlastnickému propojení zdravotní pojišťovny s řetězcem poskytovatelů péče může dojít v rámci holdingu (koncernu).

3. Zvýšená regulace a informační povinnost v rámci koncernů, které nesou znaky vertikální integrace.

Hrozí zavedení spoluúčasti na výkonech.

Dnešní rozsah hrazené péče bude zachován a garantován zákonem. Občané si ale dobrovolně budou moci vybrat pojistku s určitou spoluúčastí (jako u pojištění auta).

Sdílení zdravotnických informací prostřednictvím internetu připraví lékaře o jejich know-how. Veškeré informace o pacientech budeme předávat prostřednictvím internetu a nyní máme problém podepsat signální kod. Ostatně byli bychom i my jako pacienti ochotni se do řízené péče zapojit? Všechny informace o našem zdravotním stavu budou k dispozici všem, odborníkům??? Jistě bude to zabezpečené? S tím jistě počítačové heky poradí.

1. Skoro všechny vyspělé země na této planetě buď mají nebo připravují sdílení zdravotnických dat, elektronickou preskripci atd. Jednou to bude standard, má to hodně společného s péčí a její kvalitou, s řízenou péčí až sekundárně, jakkoli je zde potenciál úspor a využití elektronických zdravotnických záznamů pro řízenou péči nezanedbatelný.

2. Data nejsou k dispozici všem, ale jen těm, kteří participují na léčebném procesu, navíc specifická citlivá data mají zvláštní stupeň ochrany.

3. Všechny zdravotní pojišťovny mají k dispozici velké množství dat jako podklady pro vyučování - od ambulantních specialistů, laboratoří, nemocnic etc. Historická data o tom, kdo provedl výkon, na kom a za kolik totiž samozřejmě existují v elektronické podobě už dobrých deset let

4. Revizní lékaři mohou provést inspekci zdravotnické dokumentace ze zákona, pacient na ní má nárok. Došlo k úniku nebo zneužití těchto dat? Kdo, kdy, kde?

5. Některé pojišťovny s těmito daty pracují a dávají je k dispozici participujícím lékařům (například doktor-on-line v OZP), ale jde o retroaktivní data.

6. Stínový ministr zdravotnictví David Rath (ČSSD) svoje představy o elektronizaci českého zdravotnictví již oznámil, například v rozhovoru pro MFDnes z 11.4.2008: „hovořím o kontrole toku peněz. Stačila by jedna takzvaná povinná platebna, to slovo používám schválně, jakási veřejnoprávní obdoba VZP. Vedle toho ať klidně existují soukromé ústavy na komerční připojištění. Pak by se muselo stanovit, co je plně hrazené z pojištění, co částečně a co hrazené není. Zavedl bych on-line evidenci všech výkonů o pacientovi. Abyste i vy měl kontrolu nad tím, co jste dal na pojištění a kolik jste toho ze systému utratil. Mohla by existovat čipová kartička, ve které by byly uloženy informace o závažnějších nemocech člověka a lékař by mohl výkony účtovat pojišťovně jen s touto kartou. Aby to měl pod přímou kontrolou každý. Najednou bychom viděli, kde se šidí a kde se plýtvá.“

Fakultní nemocnice budou privatizovány podle zákona o velké privatizaci.

Ministr, předseda vlády i předsedové koaličních stran opakovaně ujistili veřejnost, že žádná privatizace fakultních nemocnic se nechystá.



Pojistky proti privatizaci obsahuje i návrh zákona o univerzitních nemocnicích.

Hospodaření pojišťoven v roce 2007 skončilo přebytkem přes 20 miliard. Tyto peníze budou zadarmo převedeny novým vlastníkům.

1. Toto číslo je celkový zůstatek peněz ve zdravotních pojišťovnách, včetně povinných

rezerv. Jenom na měsíční platby zdravotnickým zařízením (většinou z nich se platí předem, zatímco odvody na pojistné se platí z platu za minulý měsíc) potřebují pojišťovny téměř 17 miliard Kč.

2. VZP zůstane v rukou státu.

3. Veškeré výtěžky z převedení ostatních pojišťoven do soukromých rukou budou rozděleny mezi občany na jejich spořicí zdravotní

účty. Zůstatky na těchto účtech nejsou majetkem zdravotní pojišťovny.

4. Novým vlastníkům privatizovaných pojišťoven nadlimitní zůstatky tedy převedeny v žádném případě nebudou. ■

Sněm SPLDD ČR

konaný v Harrachově ve dnech 16.–18.5. 2008

Usnesení Sněmu SPLDD ČR

1. Sněm SPLDD doporučuje zachovat regulační poplatky bez výjimek.

- osvobození od regulačních poplatků občanů v hmotné nouzi vede k nadužívání lékařské péče z jejich strany,
- ÚSP často odmítají poplatek platit,
- nákladní a často ošetřovaní pacienti v dětských domovech a diagnostických ústavech nejsou nikterak regulováni,
- výjimky přinášejí ekonomické znevýhodnění některých praxí PLDD.

2. V případě politického rozhodnutí o změně výběru regulačních poplatků u dětí budeme požadovat adekvátní finanční kompenzaci. Možné kompenzace vidíme:

- prostřednictvím státu - transformací daňové úlevy (počítané na regulační poplatky) od rodičů k PLDD
- prostřednictvím ZP - změnou věkové indexace, nebo proplácením kódu 09543 v hodnotě 30,- Kč u odbornosti PLDD
- prostřednictvím občana - např. ročním paušálem u PLDD

3. Sněm podporuje snahy MZdr. o zrušení vyhlášky o dispensární péči, neboť ji v současném systému péče o dítě považuje za nadbytečnou.

4. Sněm vzal na vědomí informace o řízení péči a doporučuje pokračovat v intenzivní informační kampani zejména prostřednictvím Voxu a webových stránek SPLDD. Dále Sněm doporučuje vypracovat pilotní projekt s ČNZP a dále řádnou ekonomickou a právní analýzu celého systému ŘP s dopadem na praxi PLDD. Všechny podklady by měly být připraveny před podzimní konferencí tak, aby mohla rozhodnout o našem případném vstupu do systému ŘP.

5. Sněm ukládá výkonnému výboru SPLDD jednat o úhradách pro rok 2009. Pro cenová jednání roku 2009 požadujeme splnění



slibu 1. náměstka MZdr. Bc. Marka Šnajdra o navýšení úhrad pro obor PLDD. Navrhujeme hodnotu kapitační platby 55,- Kč a hodnotu bodu 1,1 Kč jako nepodročitelného minima se zohledněním výběru či nevyběru regulačních poplatků.

6. Sněm ukládá výkonnému výboru SPLDD pokračovat v jednání s VZP o finančním vyrovnání roku 2006 a 2007.

7. Sněm žádá výkonný výbor, aby na základě

podkladů z regionu ve spolupráci s ČLK zvážil právní kroky proti nekalým praktikám při nábore klientů společnosti Moje ambulance.

8. Sněm doporučuje členům SPLDD do ukončení jednání s Lékárenskou komorou využívat současné tiskopisy receptů, a výkonnému výboru dále jednat o novele vyhlášky o správné lékařské praxi.

9. Sněm vzal na vědomí informaci předsedkyně OSPDL o vývoji situace v problematice vzdělávání lékařů v oboru PLDD a žádá výkonný výbor i OSPDL o větší podporu vzdělávání nových PLDD, zejména v oblasti legislativního zakotvení a ekonomického zajištění.

10. Sněm ukládá výkonnému výboru pracovat na systému předávání praxí.

11. Sněm varuje všechny PLDD před asistencí u domácích porodů, neboť je považuje v souladu s dostupnými stanovisky odborných společností jako postup „non lege artis“. Současně žádá výkonný výbor, aby požádal o vypracování doporučeného postupu v této situaci.

12. Součástí usnesení je i prohlášení sněmu.

Tiskové prohlášení sněmu SPLDD ČR

Praktičtí lékaři pro děti a dorost trvají na zachování regulačních poplatků zcela bez výjimek. Pokud z politického rozhodnutí dojde k jejich změně u dětí, požadují plnou finanční kompenzaci.

Sněm doporučuje zahájit vlastní pilotní projekt řízení péče a pokračovat v diskuzi o problematice řízení péče.

Sněm odsuzuje nekalé praktiky některých řetězců při nábore klientů, jako obranu považuje právní kroky. ■

Za návrhovou komisí: MUDr. Jan Němeček



Co přinese zdravotníkům reforma?

MUDr. Pavel Hroboň

náměstek ministra zdravotnictví pro zdravotní pojišťovny

Na internetu se poslední dobou šíří text s názvem „Jak ovládnout 220 miliard Kč v českém zdravotnictví“. Jde o článek typu „ovládá naše životy kompletně KGB nebo CIA?“, samozřejmě nepodepsaný, celkem jistě vytvořený na zakázku a plný záměrných polopravd a lží. Na takovou špínu se běžně neodpovídá.

Nakonec jsem se ale rozhodl reagovat – ne kvůli těm, které podobné bludy dokážou oslovit, ale kvůli spoustě slušných zdravotníků, kteří často nevědí, co si vlastně mají o návrhu reformy myslet a co jim přinese. Několik poznámek k největším nesmyslům ve zmíněném textu připojuji níže v samostatném přehledu – ale začít chci důležitými otázkami.

Proč potřebujeme reformu? Financování zdravotnictví je z důvodu stárnutí obyvatelstva a nových drahých technologií pod tlakem ve všech vyspělých zemích. Je jasné, že přívod financí do zdravotnictví musí vzrůst. Otázkou je, jak to udělat bez zruinování státních financí a při zachování dostupnosti potřebné péče pro všechny občany.

Prvním krokem je z logických i etických důvodů snaha o lepší využití peněz, které už dnes občané na zdravotnictví povinně platí, v roce 2008 téměř 230 miliard Kč. Později bude muset následovat změna financování a pravděpodobně i rozsahu péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění. První krok se snaží řešit navrhované reformní zákony, krok druhý je diskutován na úrovni tzv. Kulatého stolu iniciovaného ministrem Julínkem (pro zájemce viz www.kulatystul.cz).

Pokud někdo pochybuje o rezervách v dnešním systému, doporučuji zhlédnout expertní odhady v odborné literatuře nebo například studii zpracovanou Transparency International (www.transparency.cz). Ještě lépe – každému zdravotníkovi doporučuji položit si ruku na srdce a vzpomenout si na příklady předražených nákupů a oprav, poloprázdných oddělení, zbytečně opakovaných vyšetření, vykazování neexistující péče, využívání drahé techniky pouhých několik hodin denně a jiné příklady, které buď sami zažili, nebo slyšeli od kolegů, kterým věří.

Našli bychom samozřejmě řadu dalších důvodů pro okamžitou změnu. Jedním z nich

je přílišná závislost zdravotnictví na politikách. Ta vede k častým a prudkým změnám, způsobeným nejen střídáním politických stran u moci, ale bohužel i změnou osoby ministra, byť je ze stejné politické strany.

Co přinese vyšší odpovědnost pojišťoven? Navrhovaná reforma zachovává základní změny dosažené na začátku 90. let minulého století, především systém veřejného zdravotního pojištění. Tvrzení o převodu systému na soukromé zdravotní pojištění jsou naprosto nesmyslná. Všechny hlavní znaky veřejného pojištění – povinná účast, odvody na pojistné založené na schopnosti platit, nikoli na zdravotním stavu, z toho plynoucí masivní přerozdělení peněz nejen mezi zdravými a nemocnými, ale i mezi bohatšími a chudšími, jeden balík služeb stejný pro všechny občany – jsou zachovány a naopak budou posíleny.

Posílen bude zejména nárok pacienta na hrazenou péči, a to včetně její dostupnosti v čase a místě. Je to dobrá zpráva nejen pro pacienty, ale i pro zdravotníky. Znamená totiž větší odpovědnost zdravotních pojišťoven, které musejí uzavřít smlouvy a platit poskytovatelům tak, aby péče byla skutečně dostupná. Samozřejmě to ale také znamená, že se pojišťovny budou více snažit najít poskytovatele, kteří jsou kvalitní a dokážou péči poskytovat za rozumnou cenu. V důsledku dojde k již dlouho potřebnému soustředění vysoce specializované péče u menšího množství poskytovatelů, rychlejšímu rozvoji jednodenní, ambulantní a domácí péče a tlaku pojišťoven na omezení zbytečné nebo nekvalitní péče.

Tohle může být krátkodobě nepřijemná zpráva pro ty, kteří dobře vědí, že kvalita nebo množství jimi odváděné práce při bližším pohledu neobstojí. Je to ale dobrá zpráva pro všechny, kteří chtějí pracovat a více si vydělat. Díky úsporám dosaženým na jiných místech pro ně zůstane více peněz. Rozhodně není třeba bát se plošného zavírání nemocnic nebo omezování počtů jiných poskytovatelů. Naopak, některých profesí je málo již dnes a potřeba zdravotníků a jejich práce bude v důsledku stárnutí obyvatelstva dále narůstat.

Nad finanční situací jednotlivých pojišťoven a nad tím, zda plní své závazky vůči pojiš-

těncům, bude dohlížet nově zřízený Úřad pro dohled nad zdravotními pojišťovnami. V praxi to znamená, že případné opožďování plateb ze strany pojišťoven nebude řešeno po dvou letech, jak tomu bylo v letech 2005 až 2006 v případě VZP, ale neprodleně. Znamená to také zveřejňování, kolik a jaké zdravotní péče svým pojištěncům pojišťovny zaplatily, a postupně také, jaká byla její kvalita.

Jak zvýšit přívod soukromých peněz? Ten, kdo si myslí, že pro české zdravotnictví může získat významně více veřejných peněz, než do něj proudí dnes, je opravdu velký idealista. Doporučuji konzultaci s kýmkoli, kdo zná stav státního rozpočtu a snahu vlády o omezení schodku a dosažení kritérií k přijetí eura.

Potřebujeme dostat do zdravotnictví více soukromých peněz. Prvním krokem jsou regulační poplatky, i když zvýšení příjmů nebylo jejich hlavním cílem. Následuje možnost pacienta legálně si připlatit na „nadstandardní“ péči a lepší vymezení toho, co je standard, ve spolupráci ministerstva, pojišťoven, poskytovatelů a odborných společností. Odborné fórum s tímto zadáním začne pracovat v květnu 2008. Díky lepšímu vymezení péče hrazené z veřejného pojištění bude růst i pojištění komerční a přivádět více peněz do zdravotnictví.

Co je řízená péče? Velké vášně vyvolává tzv. řízená péče. Co to vlastně je? Řízená péče obecně znamená větší vliv pojišťovny na poskytování zdravotní péče, který vede k úsporám díky racionálnější léčbě (pomyslete jenom na možnosti úspor v oblasti předepisovaných léků) a lepší spolupráci jednotlivých druhů poskytovatelů. O úspory se podělí pacient, poskytovatel a pojišťovna. Příklady ze Švýcarska ukazují na možnost 10–15% úspor při zachování kvality péče.

A teď důležitá otázka – jsou v České republice jednotlivé rysy řízené péče něčím zcela novým, nebo je tu vlastně už dávno máme a jenom o nich začínáme mluvit nahlas a plánujeme jejich kontrolu? V nově navrhovaném zákonu jsou definovány čtyři faktory, které při určité míře výskytu vedou samy o sobě nebo v kombinaci k zařazení produktu pojišťovny do řízené péče.

K těmto faktorům patří:

- přenesení finančního rizika za objem poskytnuté péče z pojišťovny na poskyto-



vatele (tedy např. kapitace pokrývající široký rozsah služeb nebo platba rozpočtem namísto výkonového způsobu nebo alespoň platby za případ);

- malý počet smluvních poskytovatelů (tedy malý výběr pro pojištěnce);

- používání gate-keepingu či jiného uspořádání, ve kterém se pojišťovna sama nebo její smluvní poskytovatel (v případě gate-keepingu praktický lékař) vyjadřuje k oprávněnosti zdravotní péče před jejím poskytnutím;

- propojení pojišťovny a poskytovatele.

Minimálně první dvě z těchto situací u nás dobře známe. Po zavedení té třetí část lékařské veřejnosti i politiků opakovaně volá. Čtvrtou blíže rozebírá další část tohoto článku (viz Monopoly).

V čem je tedy hlavní rozdíl oproti dnešnímu stavu? Navrhované zákony výše zmíněné situace jasně pojmenovávají a zavádějí pro ně zvláštní regulace. Řízenou péčí, stejně jako cokoli jiného, je samozřejmě možno zneužít. Ani ne tak proti poskytovatelům, jako proti pacientům. Pojišťovna a poskytovatel mohou ve společném zájmu omezit poskytování zdravotní péče. Opět nic nového, když se podíváme na dnešní rozpočty a některá regulační omezení. Právě proto je důležité, že nové zákony lépe vymezí nárok pojištěnce a učiní jej vymahatelným. Nejdůležitější ze všeho ale je, že zařadit pojištěnce do projektu řízené péče bude možno jenom na základě jejich dobrovolného rozhodnutí. Totéž platí i pro poskytovatele zdravotních služeb – dnešní smlouvy mezi pojišťovnami a poskytovateli samozřejmě budou nadále platné a na řízenou péči bude nutno uzavřít smlouvu novou.

Monopoly ve zdravotnictví a propojení pojišťovna-poskytovatel?

Jediným subjektem, jehož postavení v českém zdravotnictví se blíží monopolu, je VZP ČR. Zásah Úřadu na ochranu hospodářské soutěže (ÚOHS) by si mohlo vysloužit také sdružení zahrnující většinu poskytovatelů určitého typu, které by fungovalo jako kartelová dohoda. ÚOHS má totiž dvě role – ta preventivní zabráňuje vzniku dominantního postavení a spočívá především v posuzování a schvalování spojování pojišťoven nebo poskytovatelů. Druhá role spočívá právě v zabránění zneužívání již existujícího dominantního postavení. ÚOHS není žádným nováčkem ani ve zdravotnictví.

Zvláštním případem jsou propojení pojišťovny a poskytovatele. Především je nutno říci, že taková propojení existovala

v Čechách za první republiky a ani v jiných zemích nejsou neznámá. Mohou přinášet výhody, které byly popsány výše v části týkající se řízené péče. Mohou samozřejmě být i zneužívána. Proto je třeba takovou situaci pečlivě ošetřit zákonem.

Dnešní zákony mimo přímé vlastnictví poskytovatelů pojišťovnou žádné propojení nezakazují. Navrhované zákony to ponechávají, ale vyrovnávají se i s jinými formami propojení. Staví při tom na zkušenostech z jiných oblastí lidské činnosti (viz např. ustanovení obchodního zákona o koncernu). Na první pohled vypadá jako nejlepší zakázat jakékoli propojení mezi pojišťovnou a poskytovatelem. Zkušený právník vám ale řekne, že zákaz lze vždy obejít (třeba přes společnost sídlící na Kajmanských ostrovech). Lepší je proto nařadit zveřejnění takového propojení, tvrdé pokuty za porušení zveřejňování povinnosti a zvláštní regulační režim pro takto propojenou pojišťovnu. Tvrdší regulace nastane jak ze strany Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami, tak ze strany Úřadu na ochranu hospodářské soutěže.

Jaká je alternativa navrhované reformy? Reforma může pro někoho mít své méně příjemné stránky, je ale důležité uvědomit si, co je její alternativou. Stínový ministr zdravotnictví za ČSSD David Rath to říká velmi jasně – zvýšení pravomocí ministerstva zdravotnictví, zrušení zaměstnaneckých pojišťoven a vytvoření jedné „super-VZP“. Tedy de facto návrat ke státnímu zdravotnictví. Takový postup je v naprostém rozporu s decentralizací řízení zdravotnictví a podporou konkurence, o které se snaží v různých formách ve všech evropských zemích. Komu nestačí představa posílení role státu a jedné stoprocentně monopolní pojišťovny, ať si prosím najde stránky Slovenskej lekárskej únie špecialistov (www.slus.sk) a prostuduje si zkušenosti slovenských kolegů s takovým vývojem (a to ještě – alespoň zatím – při existenci více pojišťoven!).

Můžete samozřejmě namítnout, že takové plány se nemusejí uskutečnit. Proč si neponechat současný systém nebo ho jenom mírně nevylepší? Čísla jsou ale neúprosná. Pokud neprovedeme reformu dnes, systém se během pár let opět dostane do finančního propadu. Záchrana ze státního rozpočtu přijde stěží, a tak nakonec k nějaké reformě dojde. Ta už ale bude mnohem bolestivější a tvrdší. Pojdme tedy radši provést změny dnes, kdy je čas na jejich postupné a ohleduplné provedení.

Nenechte se zmýlit pohledem do jiných

zemí. Kopírováním jejich dnešních systémů bychom ze sebe dělali jenom hlupáky. Všechny se musejí vyrovnat se stejnými problémy, jako je ten náš, a všechny také jdou podobnou cestou zvýšení efektivity a zapojení regulovaného trhu. Jenom konkrétní postupy a rychlost změn se liší, protože musejí respektovat specifickou historickou, vztahovou a politickou situaci v každé zemi.

Co čeká zdravotníky po reformě?

Především – nečekejte zítra zázraky, ale ani konec světa. Změny, byť významně vypadající na papíře, se v realitě budou prosazovat postupně. Chápu, že „počkejte“ slyší zdravotníci už 15 let, to ale neznamená, že by měli věřit báchorám o významném zlepšení pro všechny za týden.

Je jasné, že do zdravotnictví přijde (a v roce 2008 již přichází) více peněz. Naprostá většina z nich také bude použita na poskytování zdravotní péče, a tedy i příjmy zdravotníků. Nebojte se zisků ve zdravotnictví – nejsou tam snad už dnes? Stačí se podívat na farmaceutické firmy a jiné dodavatele. Reforma jenom přinese jasnější pravidla a více transparentnosti. Zdravotní pojišťovny, byť vlastněné soukromými subjekty, budou muset odevzdat 85 % zisku (pokud se jim ho podaří vytvořit) svým pojištěncům. Zároveň bude zcela zachována svoboda volby pojišťovny. Pokud by některá z nich přes veškerý dohled a pojistky (včetně zveřejňování objemu a kvality poskytnutých služeb) chtěla šetřit na zdravotní péči, její klienti to poznají a odejdou jinam.

Pokud máte přesto obavy, podívejte se na ostatní obory lidské činnosti. Byli snad právníci, architekti, inženýři nebo jiní vysoce kvalifikovaní pracovníci poškozeni částečným nastolením tržních vztahů a vstupem investorů? Pracují snad všichni pro jednoho monopolního zaměstnavatele, který je sdírá? Samozřejmě že ne. Existují jak silné mezinárodní právní kanceláře, tak samostatní advokáti. Všem se daří ve srovnání se zdravotnictvím velmi dobře.

Podívat se můžete i do zahraničí. Třeba i do zatracovaných Spojených států. Ponechme teď stranou ostudnou situaci na straně financování jejich zdravotnictví, přesně řečeno neexistenci jednotného solidárního systému, a podívejme se na poskytování zdravotní péče. Trh tam působí desítky let. Jsou snad američtí lékaři zmonopolizováni a zbídačeni? Nebo jsou placeni lépe než v Evropě? Každopádně jim jejich postavení nezajistili odboráři, ať už se skrývají pod jakýmkoliv jménem a argumenty.



Co má tedy cenu dělat? Pasivně čekat, jaké návrhy vám na ministerstvu připravíme? Rozhodně ne. Podílejte se na technických řešeních, upozorněte nás, co se dá udělat lépe, diskutujte. A hlavně věřte vlastnímu rozumu a vlastním očím, a ne záměrným dezinformacím.

Některé ze lží a polopravd kolujících na internetu:

• Dojde k vytvoření monopolu jedné pojišťovny propojené s poskytovateli. *Jediná pojišťovna, která se blíží postavení monopolu, je VZP. Vzniku monopolu brání Úřad na ochranu hospodářské soutěže.*

• Řízená péče omezí dostupnost a kvalitu zdravotních služeb. *Poprvé v historii bude dostupnost zakotvena v zákoně ve formě maximální vzdálenosti poskytovatele od místa bydliště a maximální čekací doby na výkon. Bude vymahatelná i u soudu.*

• Standardy vzniknou ve spolupráci

ministerstva, poskytovatelů, odborných společností a pojišťoven. Nikde na světě ale nejsou zakotveny v zákonech. *Pojišťovny budou povinně zveřejňovat objem poskytnutých služeb a ukazatele jejich kvality. Účast v modelech řízení péče bude dobrovolná jak pro pacienty, tak pro poskytovatele.*

• Lékaři budou zaměstnanci zdravotní pojišťovny. *Zdravotní pojišťovna nesmí a nebude smět poskytovat zdravotní služby ani vlastnit zdravotnické zařízení.*

• Hrozí zavedení spoluúčasti na výkonech. *Dnešní rozsah hrazené péče bude zachován a garantován zákonem. Občané si ale dobrovolně budou moci vybrat pojistku s určitou spoluúčastí (jako u pojištění auta).*

• IZIP připraví lékaře o jejich know-how. *IZIP je čistě soukromou aktivitou. Každý lékař se může svobodně rozhodnout, zda se ho účastní, nebo ne. Ministerstvo zdravotnictví nikdy neprosazovalo a neprosazuje IZIP*

jako standard pro české zdravotnictví.

• Fakultní nemocnice budou privatizovány podle zákona o velké privatizaci. *Ministr, předseda vlády i předsedové koaličních stran opakovaně ujistili veřejnost, že žádná privatizace fakultních nemocnic se nechystá. Pojistky proti privatizaci obsahuje i návrh zákona o univerzitních nemocnicích.*

• Hospodaření pojišťoven v roce 2007 skončilo přebytkem přes 20 miliard. Tyto peníze budou zadarmo převedeny novým vlastníkům. *Toto číslo je celkový zůstatek peněz ve zdravotních pojišťovnách, včetně povinných rezerv. Jenom na měsíční platby zdravotnickým zařízením (většinou z nich se platí předem, zatímco odvody na pojistné se platí z platu za minulý měsíc) potřebují pojišťovny téměř 17 miliard Kč.*

• VZP zůstane v rukou státu. Veškeré výtěžky z převedení ostatních pojišťoven do soukromých rukou budou rozděleny mezi občany. ■

Usnesení regionálních konferencí SPLDD ČR

Usnesení konference SPLDD ČR regionu Praha a střední Čechy konané dne 3. 4. 2008

- Konference bere na vědomí zprávu o činnosti za rok 2007.
- Konference bere na vědomí zprávu o hospodaření v roce 2007 a schvaluje návrh rozpočtu na rok 2008.
- Konference bere na vědomí zprávu revizní komise za rok 2007.
- Konference byla seznámena s projektem řízené péče a souhlasí s pokračováním spolupráce zástupců SPLDD v tomto projektu.
- Konference schvaluje kooptaci MUDr. Marie Schwarzové do výboru regionu Praha a střední Čechy.
- Konference doporučuje SPLDD i OSPLDD dále pracovat na novém systému vzdělávání v oboru PLDD ve spolupráci s MZ a ZP.
- Konference děkuje představitelům SPLDD za úspěšná jednání o nových smlouvách a cenových dodatcích v uplynulém období. ■

Usnesení bylo schváleno všemi přítomnými.

Usnesení konference SPLDD ČR z jihomoravského regionu konané dne 5. 4. 2008

Volba komisí:

mandátová: Sedláčková, Gottzmannová, Doleželová,

návrhová: Svítlová, Nentvich, Matoušková, jako hosté přítomni: Dvořáková, Neugebauer, Vitoušová,

omluveni: Kudyn a Cabrnachová.

Konference bere na vědomí:

1. zprávu o činnosti – Hüllelová,
2. zprávu o hospodaření + návrh rozpočtu pro rok 2008 – Chvátalová,
3. zprávu RK – Doleželová,
4. info o systému řízení péče IPA – Neugebauer.

Diskuse:

- oddělení segmentů PLD a PLDD – již proběhlo, zatím nejsou výstupy,
- individuální žaloby – vysvětleny důvody stažení žalob,
- problematika odběrových kódů,
- dispenzární vyhláška,
- IPA – první představení projektu široce diskutováno.

Konference ukládá RR ve spolupráci s centrem:

- pokračovat ve spolupráci s JUDr. Dostálem prostřednictvím AJAK na zvyšování právního povědomí PLDD; témata: postavení a právní obrana lékaře v občanskoprávním

a trestním sporu, problematika zdravotnické dokumentace zvláště vedené na elektronických médiích, předávání citlivých informací; on-line právní poradna a další,

- vést intenzivní diskusi k chystanému projektu řízené péče IPA,
- spolupracovat na řešení projektu generační výměny (věkový průměr 54,5) – vzhledem k ukončení spolupráce s Českou spořitelnou hledat jiný finanční ústav,
- SPLDD a OSPDL pokračovat v jednání s ministerstvem o zajištění financí pro vzdělávání absolventů lék. fakult v oboru PLDD,
- usilovat o právní zakotvení PLDD jako součásti primární péče v ČR a zachování svobodného povolání lékaře,
- při vyhodnocování fungování reg. poplatků trvat na zrušení všech výjimek, v případě úplného nebo částečného zrušení RP prosadit finanční kompenzaci v rámci plateb ZP,
- při dalších jednáních o fin. ohodnocení práce PLDD prosazovat jeho trvalý a dostatečný růst,
- vést diskusi o dělení JM regionu,
- na centru VZP požadovat vyúčtování roku 2007 a doplacení zálohové platby 0,92 Kč na 0,97 Kč dle vyhlášky,
- apelovat na min. zdravotnictví ve smyslu zajištění dostatečného množství a dobré distribuce očkovacích látek pro praxe PLDD. ■



Usnesení konference SPLDD ČR Plzeňského a Karlovarského kraje konané ve dnech 25.–26. 4. 2008

Konference

I. bere na vědomí:

1. zprávu o činnosti zpč. regionu za rok 2007 přednesenou předsedkyní MUDr. Alenou Šebkovou,
2. zprávu o hospodaření zpč. regionu za rok 2007 přednesenou MUDr. Ivou Kubiasovou,
3. projekt Společnosti řízené péče přednesený MUDr. Pavlem Neugebauerem,
4. informace o zajištění LSPP v Karlovarském kraji přednesené zdr. radou Bc. Lokajíčkem – lékaři jsou znepokojeni přístupem státních orgánů k řešení tohoto problému,
5. informaci MUDr. Neugebauera ohledně získávání specializované způsobilosti k výkonu praxe PLDD – stávající praktičtí PLDD, kteří splňují zákonem stanovené podmínky, nemusí žádat MZ ČR o vystavení specializované způsobilosti.

II. schvaluje:

1. složení mandátové komise: Jirků, Tomčalová, Volšíková,
2. složení návrhové komise: Benešová, Bijedičová, Hrubá, Kosařová, Kozderka, Lieblová, Pečenkova, Poláková, Popelová, Růžičková,
3. rozpočet sdružení na r. 2008.

III. vyzývá:

1. členy SPLDD zpč. regionu v průběhu roku vytipovat vhodné kandidáty do reg. výboru zpč. kraje SPLDD pro volební konferenci v r. 2009,
2. členy SPLDD zpč. regionu aktivněji se podílet na činnosti SPLDD a OSPDL, zasílat redakci Vox pediatriae zajímavé kazuistiky,
3. členy SPLDD, aby neposkytovali odbornou garanci lékařům bez specializované způsobilosti, kteří by chtěli vstoupit do sítě PLDD, aniž by předem informovali o tomto záměru regionálního zástupce.

IV. ukládá:

1. zástupcům SPLDD okr. Karlovy Vary, Sokolov a Cheb trvat na zde slíbené rychlé schůzce se zdravotním radou Karlovarského kraje Bc. Lokajíčkem a příslušnými kompetentními zajišťovateli pediatrické LSPP v celém Karlovarském kraji. Termín: do konce dubna 2008,
2. zástupcům výboru SPLDD ČR usilovat o zakotvení primární péče v zákonech ČR na úrovni zákonodárců,

3. zástupcům výboru SPLDD ČR upozornit kompetentní místa na nedostatečnou obnovu kmene PLDD nově atestovanými PLDD s ohledem na věkovou strukturu současných PLDD a z toho vyplývající možné riziko snížení dostupnosti lékařské péče o dětskou populaci nejen v zpč. regionu, ale i celostátně a žádat urychlené vyřešení situace,
4. výboru OSPLD ČR požádat výbor ČPS JEP o opravu chybné informace o získání spec. způsobilosti v oboru pediatrie pro PLDD zveřejněné v posledním vydání Bulletinu ČPS JEP,
5. okresním zástupcům informovat členskou základnu o zásadách, významu a cílech plánu řízené péče a upozornit je na vhodnost absolvování informačních seminářů, které se budou konat.

V. doporučuje:

1. všem svým členům nevykonávat lékařskou činnost v rámci LSPP bez řádně uzavřeného smluvního vztahu.

Za návrhovou komisi:

MUDr. Ctirad Kozderka

Vidovala:

*MUDr. Alena Šebková, reg. zástupce
SPLDD zpč. regionu*

Usnesení konference SPLDD ČR regionu severní Morava a Slezsko konané dne 13. 4. 2008

Konference konstatuje, že je přítomno 79 členů.

Konference zvolila:

- návrhovou komisi ve složení MUDr. Pukovec, Polách,
- mandátovou komisi ve složení MUDr. Mazurová, Šimečková, Čechová.

Konference vyslechla:

- zprávu o činnosti předsedkyně regionu severní Morava a Slezsko MUDr. Heleny Kubénové,
- zprávu MUDr. Elišky Křivské o hospodaření regionu za rok 2007 s příjmy 683 928 Kč a výdaji 383 548,
- návrh rozpočtu regionu na rok 2007 s plánovanými příjmy 675 000 a výdaji ve výši 466 000,
- zprávu revizní komise MUDr. Ludmily Losové, přednesené MUDr. Eliškou Mackowskou.

Konference bere na vědomí:

- na základě přednesené zprávy, že nebyly zjištěny nesrovnalosti v hospodaření.

Konference dále vyslechla:

- odbornou přednášku doc. MUDr. Pazdiory, CSc., na téma rotavirových infekcí a možností očkování proti nim,
- sdělení RNDr. Rakusové (fa MSD) o novinkách v očkování proti lidskému papilomaviru (Silgard),
- informaci předsedy SPLDD ČR MUDr. Pavla Neugebauera o
 - a) statu quo a reformních záměrech v ČR,
 - b) možnosti vytvoření organizace, která by reprezentovala potřeby nestátních zdravotnických zařízení (NZZ) členů SPLDD ČR,
 - c) systému řízené péče a informaci o možném vzniku společnosti pro řízenou péči,
 - d) přípravě plánu řízené péče ve spolupráci s ČNZP,
 - e) jednáních se zdravotní pojišťovnou Agel k úpravě smlouvy,
 - f) problematice vzniku nových ordinací pod hlavičkou „Moje ambulance.cz“.

Konference vyslechla:

informaci MUDr. Macháčkové z Ostravy-Přívozu o alarmujících problémech některých pediatrických praxí při výběru regulačních poplatků v souvislosti s potvrzením o tzv. hmotné nouzi.

Konference bere na vědomí:

- rizika plynoucí ze vzniku nové zdravotní pojišťovny Agel a jejího propojení s řetězcem nemocnic vlastněných společnostmi Agel a ambulantní složkou „Moje ambulance.cz“ podléhajícím rovněž vlivu společnosti Agel,
- informaci o hospodaření regionu za rok 2007.

Konference souhlasí a odhlasovala:

- návrh rozpočtu regionu SM a Slezsko na rok 2008.

Konference si plně uvědomuje:

- rizika spojená se vznikem dalších konkurenčních praxí v rámci projektu MUDr. Potysze „Moje ambulance.cz“.

Konference bere na vědomí:

- informaci o spuštění pilotního projektu řízené péče ve 2. polovině roku 2008,
- rizika spojená s legislativním zrušením kolektivního vyjednávání.

Konference žádá:

- výkonný výbor SPLDD ČR o pokračování intenzivního jednání se zdravotními pojišťovnami, zejména s ČNZP, nad přípravami a vyladováním podmínek řízené péče.

Konference nesouhlasí:

- se snahami některých politiků o prosazení výjimek ve výběru regulačních poplatků, či dokonce jejich zrušení.



Konference rovněž nesouhlasí:

• s neuváženým vydáváním potvrzení o tzv. hmotné nouzi, jejichž existence v některých lokalitách s vyšším výskytem sociálně slabších občanů vede až k ekonomickému ohrožení pediatrických praxí v souvislosti s nevyběrem regulačních poplatků.

Konference dává mandát výkonnému výboru SPLDD ČR k jednáním souvisejícím s udržení stávající situace ve výběru regulačních poplatků bez jakýchkoliv výjimek.

Konference kategoricky odmítá, aby tíha nevybírání poplatků v souvislosti s potvrzením „o hmotné nouzi“ dopadala na provozovatele nestátních zdravotnických zařízení.

Konference i nadále doporučuje výkonnému výboru SPLDD zvyšovat aktuální informovanost členské základny aktivováním komunikačních cest přes SMS bránu, e-mailovou komunikaci a pravidelným aktualizováním webových stránek SPLDD ČR.

Konference i nadále žádá členskou základnu o aktualizaci e-mailových adres a telefonních spojení.

V Opavě 13. dubna LP 2008
Zpracoval: MUDr. Michal Pukovec

Usnesení konference SPLDD ČR východočeského regionu konané dne 20. 4. 2008

1. Konference bere na vědomí zprávu o činnosti SPLDD východočeského regionu za rok 2007, kterou přednesl MUDr. Hrunka.
2. Konference bere na vědomí zprávu o hospodaření východočeského regionu SPLDD za rok 2007, kterou přednesla MUDr. Doležalová.
3. Konference bere na vědomí zprávu revizní komise za rok 2007, kterou přednesla MUDr. Zavřelová.

4. Konference schválila jednohlasně rozpočet na rok 2008.
5. Konference ukládá předsednictvu SPLDD jednat o dalším navyšování kapitační platby v roce 2009. Dále jednat o diferenciaci kapitační platby mezi praktickými lékaři pro dospělé a praktickými lékaři pro děti a dorost.
6. Konference vyzývá členskou základnu k větší účasti na akcích SPLDD.
7. Konference ukládá předsednictvu SPLDD nadále pokračovat v řešení financování vzdělávání a přípravy mladých PLDD.
8. Konference ukládá jednotlivým okresním zástupcům projednat formu uspořádání konference v roce 2009, tak aby se zvýšila účast na maximum.
9. Konference ukládá předsednictvu SPLDD dále rozvíjet projekt řízené péče.

Julínkových 10 000 a jistota desetinasobku

Poplatky ve zdravotnictví jsou doposud jediným viditelným krokem ohlášené reformy ve zdravotnictví.

Jako regulační mechanismus mají nepochybně smysl. Vždy jsem byl příznivcem jejich zavedení.

Potíž je v tom, že současné poplatky neplní regulační funkci, ale jsou zdravotnickou daní. Jsou totiž zavedeny plošně, bez ohledu na to, zda jsou skupiny občanů schopny bez újmy poplatky zaplatit. U některých skupin – například dětí či osob v ústavních zařízeních – je zneužívání zdravotní péče a čerpání nadbytečné péče vyloučeno.

Regulační poplatky musí opravdu regulovat přístup ke zdravotní péči. Zvolený způsob však působí chybně. Poplatky regulují přístup k praktickému lékaři, ale nikoliv k ambulantnímu specialistovi. Každý, kdo se jen trochu vyzná v našem zdravotnictví, dobře ví, že je důležité zavést takzvanou řízenou zdravotní péči, v níž bude mít hlavní slovo praktický lékař.

Zavedení plošného třicetikorunového poplatku při návštěvě kteréhokoliv lékaře vede k tomu, že místo návštěvy svého praktického lékaře a dále ambulantního specialisty budou pacienti vyhledávat přímo specialisty. Z ekonomického hlediska je přitom žádoucí pravý opak, protože praktičtí lékaři jsou placeni paušálem, zatímco specialisté od výkonu.

Zdravotní a sociální péči nelze oddělit. Argumentace, že zdravotnictví nemůže řešit sociální problémy, je účelová a nesprávná.

Zdravotní stav zásadním způsobem ovlivňuje sociální situaci člověka. Proto také v řadě zemí neexistuje striktní rozdělení zdravotní a sociální péče. Zdravotní systémy v zahraničí běžně zahrnují i výdaje na nemocenské dávky, což je dávka sociální.

Tvrdí-li někdo, že rodiny s dětmi dostávají sociální dávky, a mají tedy platit na zdravotnictví, zatímco lidé bez příjmů mají dostat dávku na poplatky, je to z makroekonomického pohledu nesmyslné.

Společensky jsme se dohodli, že budeme podporovat rodiny s dětmi, a je tudíž nesmyslné dávky na jejich podporu z druhé strany vytažovat. Argument, že pětisetisícový limit už dnes řeší situaci lidí, kteří jej vyčerpali, je pokrytecký. Revizní lékař může rozhodnout o odpuštění doplatků za léky. Potom je limit zbytečný, neboť z poplatků za předpisy léků a návštěvy lékaře je jen nikdo nedosáhne. Pětisetisícový limit je jen argumentační berlička. Je zřejmé, že systém poplatků byl špatně nastaven a zásadním způsobem podkopal důvěru veřejnosti v další reformní kroky.

Celá zdravotnická reforma se v poslední době smrkává na změnu právní formy. Je to krok velmi kontroverzní, bez jasného záměru, a nese s sebou velká rizika. Stát převádí majetek na akciové společnosti pouze se záměrem je prodat, jinak je přeměna zbytečná.

Nabídka deseti tisíc korun za privatizované pojišťovny pro rodinu od ministra Julínka zavání jistotou desetinasobku pana Koženého z privatizace z 90. let.

Hrozba monopolů. Právní forma akciové společnosti je velmi nevýhodná i v přístupu k evropským penězům. Hrozí vertikální a horizontální monopoly. Již dnes dochází k soustředění sítě lékáren, zdravotnických zařízení a zdravotní pojišťovny pod jednoho vlastníka. Rád bych znal odpovědi ministerstva zdravotnictví na otázky, které mě v souvislosti se změnou právní formy fakultních nemocnic a zdravotních pojišťoven napadají.

Existuje někde funkční zdravotnictví založené výhradně na akciových společnostech? Opravdu nelze provést reformní kroky bez změny právní formy? Opravdu může vznikající propojení majetku ve zdravotních pojišťovnách a zdravotnických zařízeních v našem morálním, etickém a podnikatelském prostředí být správným lékem na naše zdravotnictví? Komu přinese prospěch vznik velkých akciových společností z dnešních fakultních nemocnic? Není naše zdravotní reforma spíše soubojem velkých ekonomických skupin?

Pro reformu není rozhodující změna právní formy. Měla by především zamezit volnému pohybu pacientů od jednoho odborníka k druhému, nekonceptnímu nákupu zdravotnické techniky, předražování léků a dalším věcem. Nepochybně by se nezbytné reformní kroky lépe realizovaly v současné situaci než při problémech se změnou právní formy.

Václav Krása, předseda NRZP ČR
Převzato z MF Dnes 9. dubna 2008



Nedejte na mýty, věřte zdravotní reformě!

Auta nejezdí na limonádu, voda neteče do kopce a orangutan nesnáší vejce. To každý ví, takovým mýtům nevěří ani malé dítě. Existuje však jedna tajuplná sféra, kde jsme schopni uvěřit kdejaké hlouposti. Je to zdravotnictví a jeho reforma. Podívejme se na tři nejčastější mýty posledních dní ve světle faktů. První mýtus tvrdí, že hlavním cílem reformy je privatizace zdravotních pojišťoven. Ve skutečnosti je nalezení majitele zdravotních pojišťoven až logickým dokončením řady předcházejících kroků. Prvním z nich je stanovení větší odpovědnosti pojišťoven za skutečnou dostupnost zdravotní péče, kterou potřebují jejich pojištěnci. Zákon proto určí, v jaké vzdálenosti od místa bydliště musí být k dispozici například praktický lékař nebo do jaké doby musí pojišťovna zajistit provedení operace dejme tomu kyčelního kloubu. Druhým krokem je zřízení Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami, který bude dohlížet na splnění těchto povinností, stejně jako na hospodaření zdravotních pojišťoven. Třetím logickým krokem je zajistit, aby tohle všechno zdravotní pojišťovny vůbec dokázaly splnit. Jenže, ač se to běžně neví, dnešní zdravotní pojišťovny nepatří nikomu (ani státu, ani pojištěncům, ani zaměstnavatelům), mají velmi zvláštní právní formu a například i mizivou osobní odpovědnost členů správních rad. Proto je nutné převést

pojišťovny na akciové společnosti, zvýšit tak jejich odpovědnost, zavést transparentní účetnictví a motivovat je ke zdravému hospodaření. Ze stejných důvodů pojišťovny potřebují majitele pečujícího o jejich dlouhodobý rozvoj a stabilitu. U Všeobecné zdravotní pojišťovny by jím měl být stát, u ostatních pojišťoven soukromé subjekty, které budou splňovat přísné podmínky. Každý si tedy bude moci vybrat, kde chce být pojištěn.

Zlepšené řízení přinese úspory. Druhým mýtem je, že peníze zaplacené na plánované bonusy pojištěncům za zdravé chování nebo za dosažení úspor budou chybět při financování zdravotní péče. Jde o hluboké nepochopení základních ekonomických faktů. Proč se dnes máme významně lépe než před dvaceti lety? Objevila se snad v Čechách nebo na Moravě ropa a tony zlata? Nikoli. Jenom zacházíme rozumnějším a šetrnějším způsobem s tím, co máme k dispozici – lidmi, časem, surovinami. Lépe investujeme a řídíme. Taková změna však ve zdravotnictví ještě neproběhla. Možnosti úspor jsou tam přitom odhadovány na 20 až 40 miliard korun. Tyto peníze by bylo možné použít především na zkvalitnění zdravotní péče, ale také na lepší řízení a motivaci nemocnic, lékařů i pacientů. Třetím nesmyslným tvrzením je, že přecházíme na systém soukromého pojištění a že navrhované postavení zdravotních pojišťoven je v roz-

poru s právem Evropské unie. Veřejné pojištění se liší od soukromého zejména ve třech hlavních bodech – povinné účasti, výši pojistného založené na schopnosti platit (ne tedy na riziku nemoci) a na masivním přerozdělení peněz nejen směrem od zdravých k nemocným, ale i od bohatších k chudším. Všechny tyto rysy zůstávají zachovány!

Nevymýšlejme neexistující problémy. Dodejme ještě, že ani s evropským právním řádem není naše reforma nijak v rozporu – zdravotnictví a zdravotní pojištění je v něm zařazeno pod takzvané služby ve veřejném zájmu. Ve sdělení Evropské komise z listopadu 2007 se doslova uvádí: „Orgány veřejné moci se mohou rozhodnout, zda budou tyto služby poskytovat samy, nebo je svěří dalším subjektům, ať už veřejným nebo soukromým, jednajícím za účelem dosažení zisku nebo jako neziskové organizace.“

Kdo nechce vidět a slyšet, šíří mýty.

Přítom skutečných problémů má české zdravotnictví už tak jako tak dost, není tudíž nutné vymýšlet nové.

Pavel Hroboň,

náměstek ministra zdravotnictví
Převzato z MF Dnes 30. dubna 2008

Zdravotní pojišťovny privátní?

Privatizace zdravotních pojišťoven patří k nejdřívějšímu ingrediencím Julínkových reformních záměrů. Nevadí jen opozici, ale i části poslanců koaličních stran. Argumentace, že privátní, na zisk orientovaní provozovatelé veřejného zdravotního pojištění budou hospodařit efektivněji, zamezí duplicitám v poskytované péči a zlepší její organizaci, není v mezinárodních odborných kruzích neznámá. Jistěže za předpokladu, že se pojistné přerozdělí tak, aby zabránilo snaze pojišťoven vydělat rychlé peníze přilákáním zdravých a levných pojištěnců. Představa, že by správou zdravotní daně (což je přesnější výraz než zdravotní pojištění) mohly být pověřeny soukromé instituce, navíc ziskově motivované, není právě oblíbená. Ale je to opravdu tak špatné? Česká veřejnost zjevně netuší, co zaplatila během posledních patnácti let soukromým firmám za léky či za zbytečná vyšetření a kolik by třeba mohla ušetřit, kdyby se náhodou problematice nákladů ve zdravotnictví politicky intenzivně věnovala. Jde pravděpodobně o desítky miliard, a to jsem skromný,

ale je to passé. Nikdo nám ty peníze nevrátí. Byly utraceny ve mzdách, lécích, technologiích využívaných na polovinu času, někdo si je užil. Čo bolo, bolo. Bavíme se o budoucnosti. Z pojistně matematického hlediska je při privatizaci pojišťoven velmi podstatná jedna věc. Stárneme, a kdo nevydělává, daně neplatí, což se vztahuje i na zdravotní pojištění. Stárneme, a zdravotní péče o seniory bude stát víc. I průměrné mozky pochopí, že v budoucnu nastane jisté finanční napětí. Jinak řečeno, všechny zdravotní pojišťovny by si měly vytvářet finanční rezervy na dopad stárnutí populace. Jelikož je nyní vzhledem k očekávaným budoucím výdajům na zdravotní péči vytvořeny nemají, jsou přes desítky miliard na účtech fakticky podkapitalizované. Řekněme, že zprivatizujeme asi třetinu zdravotního pojištění, protože VZP bude nadále státní. Celá moje výhrada vůči privatizaci zdravotního pojištění není v privatizaci jako takové, ale vůči tomu, že dosud publikované teze s povinnou tvorbou rezervy na stárnutí v pojišťovnách vůbec nepočítají. Nemám nic proti distribuci zisku, navíc o jeho valnou část

(85 procent) by se měli kapitalisté s pojištěnci podělit. Jsem rovněž přesvědčen, že kapitalisté umějí nalézat úspory jako nikdo jiný. **Žádný odpovědný ekonom si však nemůže přát vznik systému, který navodí situaci, kdy privátní pojišťovny „vytěží“ nemalé úspory v systému, aniž vytvoří rezervy na zestárnutí národa. Už za nějakých deset let by pak mohli vlastníci přijít a požadovat růst pojistného tak, aby byly pokryty rostoucí náklady na zdravotní péči a nárok na „přiměřený zisk“. I kdyby se o zisk pojišťovna dělila s pojištěncem, bylo by to z hlediska mezigeneračního velmi nefér. Kvůli nevytvoření třeba jen částečné rezervy na stárnutí by totiž náklady na péči o seniory musela nést budoucí generace, zatímco my bychom shráblí zisk. Nemravné, že? Před první korunou dividend pro vlastníky nebo bonusů pro pojištěnce má mít přednost tvorba finanční rezervy na naše stáří. Bude-li to jinak, bude to špatné.**

Ing. Miroslav Zámečník

Převzato z MF Dnes 18. dubna 2008



Odborná a specializovaná způsobilost k výkonu zdravotnického povolání lékaře versus požadavky zdravotních pojišťoven

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
MUDr. Markéta Hellerová
náměstkyně pro zdravotní péči

Č.j.: 46000/2006-VZV/3

Vážený pan
MUDr. Pavel Horák, CSc., MBA
ředitel, Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR

Vážený pane řediteli,

obracím se na Vás v souvislosti s vysokým nárůstem počtu žádostí zdravotnických pracovníků o uznání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání podle zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, předkládaných ministerstvu na základě požadavků zdravotních pojišťoven.

Dovolují si Vás upozornit na následující skutečnosti:

Jestliže z výše citovaného zákona a dokladů o získaném vzdělání, předložených zdravotní pojišťovně zdravotnickým zařízením, je zcela zřejmé, že lékař, zubní lékař nebo farmaceut získal odbornou nebo specializovanou způsobilost podle ustanovení § 44 odst. 2 až 7 citovaného zákona Ministerstvo zdravotnictví nepovažuje za potřebné, aby zdravotní pojišťovna požadovala po zdravotnickém zařízení předložení dokladu o příznání odborné nebo specializované způsobilosti zdravotnického pracovníka k výkonu povolání vydaného Ministerstvem zdravotnictví. V těchto případech považuje ministerstvo doklad vydaný příslušnou institucí podle dřívějších právních předpisů (např. o specializaci II. stupně nebo o specializaci v nástavbovém oboru, vydaný podle vyhlášky č. 77/1981 Sb.) pro účely uznání kvalifikace za dostatečnou.

V případech, kdy je požadována praxe podle ustanovení § 44 odst. 2 popř. odst. 5 nebo podle § 10 citovaného zákona, považuje MZ za dostatečné předložení dokladu o absolvování praxe bez jejího osvědčování MZ, pokud nedojde k pochybnosti, že praxe neodpovídá požadavkům uvedeným v zákoně č. 95/04 Sb.

Doklad o uznání způsobilosti zdravotnického pracovníka k výkonu povolání MZ by měl být zdravotní pojišťovnou požadován vždy, jedná-li se o příznání způsobilosti podle ustanovení § 44 odst. 1, nebo v případě pochybností o tom, zda

lékař splňuje podmínky pro získání specializované způsobilosti podle cit. zákona (viz ustanovení § 44 odst. 8 zákona č. 95/04 Sb.).

Z výše uvedených důvodů apeluji na zdravotní pojišťovny, aby nevyžadovaly v jasných případech, kdy pochybnosti ve smyslu § 44 odst. 8 zákona č. 95/04 Sb. nevznikají, doklad o způsobilosti k výkonu povolání vydaný Ministerstvem zdravotnictví.

Dále bych si dovolila upozornit na výklad Ministerstva zdravotnictví, týkající se způsobilosti všeobecné sestry k výkonu povolání. Podle názoru věcně příslušného odboru a odboru právního MZ je všeobecná sestra v ambulantní péči způsobilá vykonávat některé činnosti i pod odborným dohledem lékaře, případně zubního lékaře. Jde o ty činnosti, které jsou součástí léčebné, diagnostické nebo preventivní činnosti lékaře (zubního lékaře), konkrétně činnosti uvedené v § 4 odst. 3 a 4 vyhl. č. 242/2004 Sb., v platném znění. Pokud všeobecná sestra v ambulanci vykonává pouze tyto činnosti a lékař jí poskytuje odborný dohled, nemusí mít k výkonu svého povolání osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu (registraci). MZ však považuje za věcně správné, aby toto osvědčení bylo podmínkou v případě poskytování ošetrovatelské péče v domácnosti pacienta, např. u návštěvních služeb nebo při návštěvě novorozence apod. Z tohoto důvodu doporučujeme, aby registrující úřad od lékaře vyžadoval alespoň čestné prohlášení, že sestra své povolání vykonává pouze pod dohledem lékaře.

V případě zájmu zdravotních pojišťoven může ministerstvo, respektive věcně příslušný odbor vědy a vzdělávání, vypracovat odpovědi na nejčastější otázky zdravotních pojišťoven k vyjasnění konkrétních problémů v oblasti předkládání dokladů o způsobilosti zdravotnických pracovníků k výkonu povolání. Seznam otázek a odpovědí může být pak uveřejněn na internetových stránkách ministerstva.

Bude-li zájem ze strany zdravotních pojišťoven, může ministerstvo uspořádat seminář za účelem vyjasnění problémů v oblasti požadavků zdravotních pojišťoven kladených na zdravotnická zařízení v oblasti předkládání dokladů o uznání způsobilosti zdravotnických pracovníků k výkonu povolání. V tomto případě doporučuji zaslat na ministerstvo upřesnění problémových oblastí a dotazů ke konkrétním §§ zákona č. 95/04 Sb. nebo zákona č. 96/04 Sb., na které by měl být seminář zaměřen.

Nemocnice žádají více peněz za péči o pacienty

Nemocnice chtějí od zdravotních pojišťoven více peněz. Hrozí prý totiž omezení péče o pacienty. „Pro léčebny dlouhodobě nemocných je současná situace likvidační, vede k omezování zdravotní péče a snížení úrovně služeb,“ řekl Stanislav Fiala z Asociace českých a moravských nemocnic (AČMN).

Zmíněné sdružení 147 nemocnic žádá šesti-procentní nárůst úhrad za péči a včera o něm chtělo jednat s ministrem Tomášem Julínkem. Ten však na shromáždění delegátů asociace nedorazil a ani jeho náměstek Pavel Hroboň na něm nemocnice nepotěšil.

Vyhlášku, která určuje minimální výši plateb, ministerstvo podle něj v průběhu roku změnit nemůže. Se svými požadavky chce nyní asociace oslovit hejtmany i poslance. Sněmovna by podle nich mohla pojišťovněm doporučit, aby nemocnicím platily víc.

Ministerstvo zdravotnictví tvrdí, že situace není tak dramatická, jak AČMN líčí. „Podle vyhlášky dostanou navýšení až šest procent a vyhláška není dogma, je mohou se s pojišťovnami dohodnout jinak,“ uvedl mluvčí ministerstva Tomáš Cikrt. Se svými požadavky na zvýšení plateb se podle něj tedy nemají nemocnice obracet na ministerstvo, ale přímo na pojišťovny.

„Chce snad asociace státní zdravotnictví, aby vše řídilo ministerstvo?“ ptá se Cikrt.

Podle pojišťoven záleží na přístupu jednotlivých nemocnic, kolik peněz nakonec za letošek dostanou. „Hledáme individuální dohody,“ říká prezident Svazu zdravotních pojišťoven Vladimír Kothera.

S tím, že by platby pro léčebny dlouhodobě nemocných byly likvidační, nesouhlasí. „Myslím, že to je účelové tvrzení,“ řekl Kothera.

Zdravotní pojišťovny dosud nemocnicím platí jen zálohové platby. Ty nemocnicím nepokryjí ani nárůst cen o inflaci. Tomu, že nakonec pojišťovny nemocnicím přidají, ale zástupci AČMN příliš nevěří. „Pojišťovny nedají více, než říká vyhláška,“ obává se Fiala.

Na konečném vyúčtování letošních plateb se většina nemocnic zatím s pojišťovnami nedohodla. Tiskový mluvčí Všeobecné zdravotní pojišťovny Jiří Rod říká, že práce na dohodách o letošních úhradách péče se právě dokončují. „VZP neregistruje žádné námítky ze strany smluvních partnerů, které by se týkaly výše poskytované předběžné úhrady,“ dodal Rod.

Podle ministerstva zdravotnictví nemocnice také zapomínají do svých výpočtů přičíst příjmy z regulačních poplatků, které mohou představovat další dvě procenta navíc. Nemocnice naopak upozorňují, že jim kvůli poplatkům klesá počet pacientů, což se do příjmů promítá negativně.

Převzato LN 15.května 2008

Avent Magic





Zdravý start do života – Národní program zdraví ČR pro 21. století

MUDr. Pavel Biskup

Dětský domov Strančice a Koordinační centrum sociálně-právní ochrany dětí, občanské sdružení

Souhrn

Program Světové zdravotnické organizace (WHO) „Zdraví pro všechny ve 21. století“ určuje základní postupy v organizaci zdravotních služeb pro první dvě desetiletí 21. století.

Program Zdraví pro všechny nesmí být chápán jako jednorázová akce. Jedná se o proces, který je určen vědecky podloženými návody k dosažení lepšího zdravotního stavu populace.

Pro jeho úspěšnou realizaci v praxi je důležitý soulad politických stran států, které se k programu hlásí, v názorech na zdravotní politiku, školství, vědu, zdravotní prostředí, sociální péči a zabezpečení atd. atd. Žádoucího souladu lze dosáhnout jen a pouze konkrétní celonárodní koncepcí, v případě zdravotnictví podpořenou odbornými společnostmi a autoritami jednotlivých medicínských oborů. Následovat pak musí účast regionálních, resp. krajských odborných aktivit a strategií.

V České republice byly přijaty čtyři hlavní strategie:

- mezioborové strategie definující hlavní součásti zdraví včetně vlivu fyzických, ekonomických, sociálních, kulturních perspektiv a zajištění jejich dopadu na hodnocení zdraví,
- zdravotní programy a investice do rozvoje zdraví a klinické péče,
- integrováná rodinná a komunitní primární zdravotní péče podporovaná odpovídajícím nemocničním systémem,
- účast na procesu rozvoje zdraví se týká domovů, škol a pracovišť.

Proklamativní ambicí programu „Zdraví 21“ je chránit lidské zdraví během celého života a snížit incidenci hlavních nemocí a úrazů a zmírnit utrpení, které způsobují.

Politici evropského regionu stanovili 21 cílů, které předjímají důležitost akcí ke zlepšení situace. Těchto 21 cílů tedy dává dohromady i rámec pro rozvoj zdravotních reforem v zemích Evropy:

- Zdravotní solidarita v evropském regionu.
- Rovnost ve zdraví.
- Zdravý start do života.
- Zdraví mladých lidí.
- Zdravé stárnutí.
- Zlepšení mentálního zdraví.
- Snížení frekvence přenosných nemocí.
- Snížení výskytu neinfekčních onemocnění.
- Snížení frekvence poranění v důsledku násilí a úrazů.
- Zdravé a bezpečné prostředí.

- Zdravější žití.
- Snížení poškození z alkoholu, drog a tabáku.
- Určení pro zdraví.
- Multisektorová odpovědnost za zdraví.
- Integrovaný zdravotní sektor.
- Řízení kvality péče.
- Financování zdravotních služeb a přesuny rezerv.
- Vývoj lidských zdrojů pro zdraví.
- Výzkum a znalosti pro zdraví.
- Mobilizace partnerů pro zdraví.
- Politika a strategie zdraví pro všechny.

Z hlediska koncepce pediatrie je pro Českou republiku důležitý cíl třetí.

V této části programu je definováno například to, že zajistit dětem zdravý start do života musí být nejvyšší prioritou každé společnosti. Velký důraz je kladen na prenatální, neonatální a postnatální vývoj dítěte. Prenatální vývoj a raný vývoj kojence tvoří nejdůležitější základ zdraví dospělého člověka. Neprospívání a nedostatek citové podpory v průběhu časného dětství vedou k nedostatečnému sociálnímu a inteligenčnímu vývoji a zvyšují tak riziko špatného psychického a fyzického zdravotního stavu. Nedostatek citové podpory v dětství snižuje také psychické, intelektuální a emoční funkce v dospělosti. Mnohdy následná nechtěná těhotenství a těhotenství dospívajících dívek představují riziko pro další rozvoj psychického a fyzického zdraví další generace.

Plánování rodiny a vyvarování se nechtěného těhotenství závisí na vzdělání ženy a prostředí, ve kterém vyrůstala. Zdravotní stav jejího dítěte pak následně vyplývá z výživy a zdravot-

ního stavu matky, kvality zdravotních služeb poskytovaných v těhotenství. V České republice jsou již velké rozdíly v socioekonomické úrovni matek.

Zdravý start do života závisí na životním stylu a rodičovských dovednostech obou rodičů. Dětská závislost a traumatické zážitky z dětství ovlivňují duševní zdraví dítěte. U dětí imigrantů či z rodin, které pobývají ilegálně na území našeho státu, a z rodin bezdomovců se zvyšuje riziko vzniku drogové závislosti, delikvence, prostituce, násilí a žebroty.

Ministerstvo zdravotnictví ČR stanovilo ve spolupráci s odbornými společnostmi do roku 2020 pro obor pediatrie následující cíle:

- zvýšit podíl novorozenců, kteří se rodí bez vrozených vývojových vad nebo invalidity, při zachování stávající úrovně kojenecké a novorozenecké úmrtnosti,
- snížit úmrtnost a invaliditu dětí do 5 let věku v důsledku úrazů a násilí o 50 %,
- snížit podíl novorozenců s nízkou porodní hmotností (méně než 2500 g) o 20 %,
- zdokonalit systém zabezpečující péči o reprodukční zdraví, prenatální a perinatální péči a péči o děti do 6 let.

Ministerstvo zdravotnictví ČR stanovilo ve spolupráci s odbornými společnostmi přístupy a postupy, a to:

- vytvářet a rozvíjet funkční systém zdravotně-sociální péče o mladou generaci připravující se na reprodukci,
- zajišťovat a rozvíjet v rámci vzdělávacího systému výchovu mládeže k rodičovství a sexuální výchovu se zaměřením na riziko pohlavně



přenosných onemocnění včetně HIV/AIDS infekce a riziko nechtěných těhotenství,

- zvyšovat dostupnost vhodných forem antikoncepce jako ochrany před pohlavně přenosnými chorobami a nechtěným těhotenstvím,
- zajišťovat a rozvíjet systém prenatální a perinatální péče o matku a dítě včetně zajištění genetického a nutričního poradenství včetně podpory kojení, poradenství k odvykání kouření přispívající ke snížení frekvence výskytu dětí s nízkou porodní hmotností a vrozenými vývojovými vadami,
- zvyšovat podporu rodin s chtěnými dětmi a dobrými rodičovskými možnostmi,
- na úrovni místních komunit podporovat rodiny zajištěním bezpečného prostředí a vytvářením zařízení preventivní zdravotní péče, která se starají o děti,
- rozvíjet síť mateřských škol podporujících zdraví k zajištění práva dítěte na vzdělání ve školách podporujících zdraví,
- zajišťovat pregraduální a postgraduální výcvik zdravotníků a sociálních pracovníků k schopností vyhledávat zneužívané děti a zajišťovat péči o ně.

Konkrétní situace ve Středočeském kraji pro plnění programu „Zdraví 21“:

Při Dětském domově ve Strančicích bylo založeno v roce 2000 občanské sdružení, které v současné době koordinuje projekt Zdraví 21 ve Středočeském kraji. Tato nezisková organizace pořádá tzv. mezioborová symposia, při kterých se setkávají odborníci různých profesí péče o dítě. Přednáší se zde žhavá témata, která vždy souvisí s problematikou péče o dítě. Mezioborových symposií se účastní nejen dětská lékařka, ale i sociální pracovníci, dětská psychologové, speciální pedagogové, soudci i vyšetřovatelé. Obecně nejzajímavější jsou témata a diskuse v problematice sociálně-právní ochrany dítěte. Jak témata šikany nebo syndromu náhlého úmrtí kojence, tak odborný profil činnosti dětské psychiatrie vždy vzbuzují zájem nejen zdravotníků, ale i styčných oborů.

Od roku 2003 občanské sdružení ve spolupráci s obory zdravotnictví a sociální péče středočeského krajského úřadu spoluorganizuje Krajské konference péče o děti a mládež, vždy reprezentativně zastoupené odborníky péče o děti a mládež Středočeského kraje. Na jaře roku 2007 zazněly veřejně závěry konference, které byly i prezentovány v závěrečné zprávě o plnění programu „Zdraví 21“. Opět se ukázalo, že zdravotníci nejsou schopni, bez podpory vedení resortu zdravotnictví, dosáhnout vytyčených cílů programu „Zdraví 21“. Z důvodu reálného zrcadla do současné problematiky dětského lékařství a péče o děti a dorost v České

republice, které se na závěr konference podařilo sestavit primářům dětských lůžkových oddělení ve Středočeském kraji, zástupcům odborné společnosti praktických lékařů pro děti a dorost, zástupcům České pediatrické společnosti, publikuji následující závěry konference.

Po roce 1989 vzniklo v oboru pediatrie množství odborných společností (sociální pediatrie, praktičtí lékaři pro děti a dorost, neonatologická společnost, dorostové lékařství atd.) bez průhledné a časté komunikace s Českou pediatrikou společností J. E. P.

Rozsah pediatrické péče v České republice je odpovídající požadavku WHO („evropské top“), tj. od 0 do 19 let.

V období neonatálním začíná odbornost narážet na problematiku etiky ve zdravotnictví.

Vzrůstá potřebnost genetického poradenství a péče o těhotné.

Chybí komunikace mezi odbornými společnostmi.

Chybí kontrolní systém, který by sledoval úroveň poskytované léčebně-preventivní péče.

V pediatrické péči se čím dál tím více objevuje:

- problematika „chronicky nemocného dítěte,
- nedostatek mladých lékařů v primární péči (průměrný věk PLDD je 53 let),
- nedostatečné klinické vzdělání začínajících mladých praktiků,
- nevyjasněnost, kdo bude platit vzdělávání lékařů připravujících se na kvalifikační zkoušku,
- nespolečnost mezi lůžkovými dětskými odděleními a praktickými lékaři pro děti a dorost,
- nespolečnost praktických lékařů pro děti a dorost při zajišťování nočních a víkendových služeb na dětských lůžkových odděleních,
- neinformovanost o sociálním prostředí, ve kterém dítě žije.

Jako specifikum pro středočeský region bylo konstatováno, že chybí odborné fórum kraje, které by se vyjadřovalo k mezním situacím při poskytování zdravotní péče. Myšlenka „krajského odborníka“ je neprosaditelná.

Dále bylo konstatováno, že chybí finanční spoluúčast občanů, která by je motivovala k zájmu o svůj zdravotní stav, konkrétně v případě dětí se jedná například o pokutu při neúčasti na očkování, na preventivní prohlídce nebo při nedodržení doporučeného léčebného postupu atd.

Pro realizaci cílů programu „Zdraví 21“ však citelně chybí komunikace mezi zástupci jednotlivých odborností péče o dítě na krajské úrovni.

Doporučení konference pro krajský úřad:

- podporovat a udržet síť praktických lékařů pro děti a dorost,
- podpořit financování postgraduálního vzdělávání odborníků péče o dítě,
- podpořit vznik „odborného fóra“ odborníků, kteří budou tvořit a kultivovat koncepci péče o dítě a rodinu ve Středočeském kraji.

IMUNITA • TRÁVENÍ

Swiss
Natural Sources®

LAKTOBACÍLKY™

malé cucací pastilky s výbornou přírodní třešňovou chutí pro mlsné dětské jazýčky
doplňek stravy




- 😊 pro rekonvalescenci po antibiotické léčbě
- 😊 při zvýšeném riziku průjmů vyvolaných rotaviry a cestovních průjmů
- 😊 pro posílení imunity
- 😊 vhodné pro alergiky
- 😊 při potížích dýchacích cest

• 3 kmény, 1 miliarda aktivních buněk
• použita mikroenkapsulace - záruka maximálního prostupu živých organismů do střeva

LAKTOBACÍLKY
probiotikum pro děti

Více info: tel. 241 430 910 • www.swissherbal.cz



Evropská dlouhodobá studie těhotenství a dětství – ELSPAC

doc. MUDr. Lubomír Kukla, CSc.

Výzkumné pracoviště preventivní a sociální pediatrie, LF MU Brno

Souhrn

Světová zdravotnická organizace – Evropská úřadovna v Kodani na svých zasedáních v roce 1986 v Oslu a posléze v Moskvě hodnotí zdravotní situaci dětí a dospívajících a dochází k následujícím závěrům:

V Evropě děti sice umírají již jen sporadicky díky výsledkům boje proti infekčním nemocem, zlepšené hygieně i dobrému zabezpečení zdravotní péče. Avšak tomuto pozoruhodnému snížení dětské úmrtnosti za poslední desetiletí zdaleka neodpovídá příslušné snížení dětské nemocnosti, zejména chronické, která představuje stále vážnější zdravotní zátěž.

Jako nový pojem se zavádí new (child) morbidity, kterou charakterizují následující konkrétní problémy:

- alergie nejrůznějších lokalizací,
- metabolické poruchy,
- neoplazie,
- senzorické a motorické vady,
- neurotické a duševní poruchy,
- následky drobných opakovaných infekčních atak,
- dlouhodobé následky úrazů,
- časný a častý vznik chronických systémových nemocí.

Tyto problémy pak přerůstají z dětství do dospělosti v podobě:

- zvýšené incidence chronické morbidity,
- snížené pracovní schopnosti,
- zvýšené invalidity,
- rizika předčasných úmrtí,
- z čehož vyplývá snížení kvality života.

Světová zdravotnická organizace vidí příčiny ve:

- změněném způsobu života, k němuž vede soudobá civilizace,
- degradovaném přírodním prostředí,
- proměnách vztahů ke zdraví, k přírodě, ke společnosti,
- v užším i širším slova smyslu ve vztahu k dalším tradičním hodnotám, mezi něž patří i rodinný režim a prostředí, v němž vzniká a vyvíjí se nová lidská generace.

A komplex těchto příčin ovlivňuje:

- biologickou, psychickou i sociální složku lidského zdraví,
- u dětí ji dokonce napomáhá formovat, v pozitivním i negativním smyslu.

Možnosti posilování a podpory dětského zdraví a prevence jeho poruch však z tohoto etiologického hlediska dosud zkoumány nebyly.

Záměr rozšířit možnosti prevence tam, kde se možnosti léčby jeví jako omezené, vedl WHO k tomu, aby doporučila vznik projektu ELSPAC a zařadila jej do aktivit „Zdraví pro všechny do roku 2000“.

■ Co je to ELSPAC?

European Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood, čili Evropská dlouhodobá studie těhotenství a dětství, je prospektivní dlouhodobou studií, jejímž iniciátorem je Světová zdravotnická organizace (WHO). Probíhá v několika evropských zemích a sleduje vybrané soubory dětí a jejich rodiny od těhotenství matky přes porod, kojenecké období, školní věk až do nejméně 19 let věku dítěte.

Za Českou republiku studii řeší pracovníci Výzkumného pracoviště preventivní a sociální pediatrie Lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně. Národním odpovědným řešitelem je od počátku projektu doc. MUDr. Lubomír Kukla, CSc., který je rovněž od 1. března 2007 po prof. Jean Golding z Bristolu ve Velké Británii mezinárodním koordinátorem celého projektu. Dále je také poradcem WHO pro ČR pro problematiku růstu a vývoje dítěte a členem Meziřesortní pracovní skupiny pro prevenci dětských úrazů.

Sledovaný soubor zahrnuje v každé zemi všechny děti narozené v průběhu 1 až 1,5 roku v jedné nebo více geografických oblastech. V České republice zahrnuje výzkumný soubor všechny děti s trvalým bydlištěm v městě Brně, které se narodily od 1.3. 1991 do 30.6. 1992 (asi 5500 rodin), a děti s trvalým bydlištěm v okrese Znojmo, které se narodily od

1.4. 1991 do 30.6. 1992 (asi 1750 rodin). Celkově mezinárodní soubor čítá cca 40 000 dětí a jejich rodin.

Základní výzkumné údaje jsou získávány prostřednictvím dotazníků, které vyplňují rodiče zkoumaných dětí ve stanovených termínech. Dotazníky jsou konstruované tak, aby byly použitelné ve všech zúčastněných zemích a jsou pro všechny tyto země závazné. Obsahují jednak soubory otázek vypracovaných speciálně pro studii ELSPAC a jednak standardizované psychologické škály.

Údaje o zdravotním stavu, o vývoji dítěte, morbiditě, způsobech léčení apod. jsou získávány ze zdravotnické dokumentace.

Od osmého roku věku sledovaných dětí vstupuje do hry škola jako další důležité prostředí, ve kterém se dítě pohybuje. Dotazníky vyplňuje nejčastěji třídní učitel sledovaného dítěte.

Dále od osmi let věku vyšetřuje naše pracoviště vybrané soubory dětí pediatricky, antropometricky a psychologicky.

Od 11. roku věku jsou připravovány dotazníky také pro samotné sledované děti.

■ Cíle projektu ELSPAC

a) pohled více výzkumný

Studie má odhalit patogenní, resp. sanogenní působení faktorů obsažených v prvcích a procesech nejbližšího lidského a sociálního prostředí, v němž se formuluje biologická, psychická i sociální komponenta zdraví mladé generace.

Má dát odpovědi na otázku, se kterými osobnostními a sociálními rysy rodičů, typy jejich chování, interakcí a péče je asociována pravděpodobnost zdravého vývoje dětí nebo větší riziko jeho poruch.

Nutricia_HAMI



Má napomoci lépe porozumět okolnostem vzniku zdravotních poruch postihujících děti uvnitř rodiny a odtud nalézt postupy vedoucí k jejich prevenci.

Rovněž má zvážit cesty společenské realizace těchto postupů a tím přispět k ochraně a posílení dětského zdraví jakožto první podmínky pro zlepšení zdravotního stavu celých populací.

b) pohled více praktický

Cíle celého projektu jsou značně rozsáhlé. Vzhledem k množství zkoumaných oblastí a objemu sesbíraných dat je možné jednak mapovat sledované determinanty v populaci (primární monitoring), dále hledat možné vztahy a souvislosti mezi faktory biologickými, psychologickými, sociálními a faktory vnějšího prostředí. Toto vše lze realizovat včetně srovnání s ostatními zúčastněnými zeměmi.

Rovněž je možno díky reprezentativnosti sledovaného souboru využít výsledky analýz pro odborné závěry ve zdravotnictví, v psychologii, pedagogice (výchově) a dalších oborech.

Dále také jako různá preventivní doporučení, monitorovací zprávy, jako podklady pro změny v legislativě, ale i pro osvětovou činnost pro laickou veřejnost, pedagogickou činnost zejména na vysokých školách (rozmanité humanitní obory) apod.

■ Předmět šetření

V centru zájmu studie je vývoj zdravotní kondice dětí a prostředí, v němž se tento vývoj realizuje, a to ve všech variantách obou charakteristik.

Zkoumané vývojové oblasti u dětí jsou: růst, psychomotorika, temperament, chování, prospěch, fyziologické vlastnosti dětí, jejich nemoci, vady, úrazy a jejich následky, spotřeba zdravotní péče atd.

Koreláty, charakterizující prostředí vývoje dětí, představují ukazatele širokého záběru z bio-psycho-sociální oblasti: zdravotní stav matky a otce, resp. dalších členů rodiny, osobnostní rysy, postoje a chování rodičů včetně jejich zdravotního chování a vztahu k dítěti, vyjádřeného způsobu péče, rodinné klima, partnerské vztahy, ekonomické poměry rodin a jejich sociální zázemí, životní a sociální prostředí, do něhož je rodina zasazena, a jejich životní režim včetně expozice rodičů sociálním drogám, profesionální a stresové zátěže, u matky navíc její gynekologická a gestační anamnéza, průběh těhotenství a jeho komplikace, mateřská praxe a spokojenost.

Zájem je soustředěn na zjištění souvislostí mezi oběma uvedenými oblastmi i uvnitř nich samotných.

Rysy jedinečnosti projektu

- Je to první studie, která začala již v období těhotenství a sleduje vývoj dětí přes celé dětství a dospívání.
- Zahnuje do výzkumu nejen matku, ale i otce (téměř rovnocenně), jejich osobnost, chování, postoje, zdravotní stav apod.

- Zcela výjimečná je i v tom, že je mezinárodním projektem se společnou metodologií a shromažďováním údajů a tím umožňuje srovnávání výsledků mezi jednotlivými zeměmi.

■ Sledované oblasti projektu

1. *oblast zdravotnická* obsahuje témata jako zdraví dítěte i rodičů, růst dítěte (vč. hmotnosti, výšky a dalších antropometrických dat), komplikace v těhotenství matky, specifické zakončení těhotenství (předčasný porod, císařský řez, aborty), biologie dítěte (např. vrozené vývojové vady, genetika), vývoj dítěte, morbidita (objektivní hodnocení praktického lékaře, vč. hospitalizací), mortalita (fetální, neonatální, postneonatální, v dalších letech), smyslové poruchy, výživa dítěte, nehody a úrazy (s historií, způsobem řešení, léčbou) a další.

2. *oblast psychologická* obsahuje témata jako postoje rodičů i dětí, temperament, intelektuální schopnosti, stresové životní události, psychická onemocnění, osobnosti rodičů i dítěte, poruchy chování a další.

3. *oblast rodiny* obsahuje témata jako model rodiny, její funkčnost, změny, neúplné rodiny, rozpad rodiny, životní styl rodiny, trávení volného času, výchovný styl, vzdělání rodičů, prodělané životní události, prostředí rodiny, příjem a práce rodičů, patologie v rodině a další.

4. *oblast prostředí školy* obsahuje témata jako druh navštěvované školy, školní prospěch dítěte, poruchy učení, poruchy chování, šikana, nehody a úrazy, agresivita, volný čas dítěte, možnosti prevence a další.

5. *oblast životního prostředí* obsahuje témata jako životní prostředí rodin (včetně sledování chemikálií, plísni a dalších alergenů), jeho změny v čase, jeho vliv na zdraví celé rodiny a další.

6. *oblast lidských práv* obsahuje závažná témata, jako je násilí v rodině, sexuální násilí, kriminalita, zneužívání návykových látek, sociální patologie (to vše jak u sledovaných dětí, tak u jejich rodičů), potřeby a práva dětí, romská otázka, možnosti prevence a další.

Uváděný přehled šesti oblastí je jen výběrem z mnoha dalších možných oblastí zájmu.

■ Charakter studie

Protože působení těchto faktorů na plod nebo dítě v různých stadiích jeho vývoje může vyústit v rozdílné důsledky, jež se navíc mohou projevovat i po různé dlouhé době latence, je studii třeba vést od podnětu k účinku, tedy prospektivně. Metodu retrospektivní zatěžuje riziko, že podnět už zpětně nebude zjištěn vůbec anebo bude na vývojové trase dítěte lokalizován nesprávně (defekt záznamů, chyba paměti)

a účinek zde může být zjištěn až se zpožděním, během něhož se mohl nekontrolovatelně měnit.

Podněty a účinky je třeba šetřit plynule, tedy opakovaně u týchž jedinců na různých stupních vývojové trasy: studie je tedy longitudinální. Počíná v nejkratší možné době po zjištění matčina těhotenství monitorováním okolností vývoje plodu, neboť vývoj zdraví člověka je založen již v prenatálním období. Pokračuje sledováním porodu dítěte a jeho šetřením v období novorozeneckém, kojeneckém, batolivém až do školního věku, kdy je už možno jak vývoj dítěte, tak i vývoj podmínek, v němž probíhal, jakož i vzájemné interakce mezi nimi posuzovat komplexně z hlediska dosaženého stavu. Ten bude základním kritériem k hodnocení významu asociací zjištěných v předchozím vývoji a ty zase budou po příslušné analýze podkladem ke zdůvodněným doporučením a opatřením pro preventivní zásahy.

Projekt je náročný svojí obsahovou komplexností. Podílejí se na něm proto všechna zdravotnická zařízení, jejichž péči děti postupně procházejí – prenatální poradny, porodnická a novorozenecká oddělení, dětská obvodní střediska, odborné konzultace specialistů, nemocnice a další dětská zařízení. V odborné úrovni jejich činnosti je plná záruka validity objektivních zdravotních údajů o sledovaných dětech.

Tyto údaje jsou ještě dále validizovány klíčovými účastníky studie – rodiči dětí, neboť jenom od nich lze obdržet informace o skutečnostech označených svrhu jako koreláty, k nimž budou vztahována vývojová data dětí. Jejich spolupráce spočívá ve vyplňování mezinárodně koncipovaných standardizovaných dotazníků v polovině těhotenství, v šestinedělí, v 6. a 18. měsíci věku dítěte, v jeho 3., 5., 7., 11., 15. a dalších letech. Dotazována je matka i otec – oba se vyjadřují ke své rodině, o vztazích navzájem, o dítěti, domácnosti, zaměstnání atd. Od 11. roku věku je důležitým respondentem i dítě (resp. adolescent).

Obsah dotazníků pokrývá velmi prostorné pole problematiky biologické, zdravotní, ekologické, ekonomické, sociální, psychologické, behaviorální, postojové, pocitové, osobnostní, demografické atd.

Považoval jsem za potřebné seznámit vás se základní kostrou tohoto významného mezinárodního projektu, který řeší naše pracoviště – věřím, že se podařilo upozornit na jeho základní charakteristiky i význam. Také je zapotřebí ještě připomenout, že tento projekt začal krátce po „sametové revoluci“, a je tak jedním z mála projektů, které mohou dlouhodobě reflektovat změny ve společnosti, jež se od té doby odehrály. Může sloužit též jako kvalitní srovnávací základna pro případné studie následující.



Kam s ním?

MUDr. František Schneiberg

Ústav sociální medicíny a veřejného zdravotnictví 1. LF UK, Praha

Souhrn

Otázku v názvu sdělení jsem si tak trochu vypůjčil od Jana Nerudy. On se ptal ve svém slavném fejetonu „Kam s ním“ a myslel tím starý slavník. Bohužel si tutěž otázku musí občas položit i některá nečekaně těhotná žena a vztahuje ji na mnohem závažnější záležitost, na své počaté dítě.

Tato situace ji přivádí do stresového stavu, do nejistoty, do úzkosti, co a jak bude. Rozhoduje se pod tlakem, v rozrušení. V této krizové situaci potřebuje pomoc.

Nesmí zůstat v rozhodování sama. Potřebuje oporu. Oporou by měl být především partner, rodina, přátelé. Bohužel tomu tak není vždy. Potřebuje také poradit, co s nechtěným těhotenstvím, informovat o tom, jaká je dostupná pomoc, aby si své dítě mohla ponechat a nemusela uvažovat o vzdání se dítěte, jak může eventuálně svému dítěti poskytnout jinou péči než svou. Tyto informace musí však být komplexní, skutečně o všech možnostech, nikoliv pouze jednostranné, kdy se ženě nabízí pouze jedna jediná varianta. V této chvíli stresu a nouze se pak bohužel může stát, že přijme rozhodnutí, kterého později lituje, zvláště je-li to rozhodnutí nezvratné.

Těm ženám, kterým není jako opora dostupná rodina, nabízejí oporu, poradenství, informace i doprovázení mnohé organizace a občanská sdružení. Uvádím příklad dvou z nich: poradna Aqua vitae (<http://linkapomoci.cz>), provozovaná Hnutím pro život, dále cca 15 poraden v různých českých a moravských městech, zřizovaných občanským sdružením Ochrana nenarozeného života. Konečně i praktický lékař pro děti a dorost jako „rodinný“ dětský lékař může být také tím správným průvodcem ženy v takové situaci.

Žena, zjistí-li těhotenství včas, se může samozřejmě rozhodnout pro **interrupci**. Bez ohledu na ideové pozice se domnívám jako pediatr, který má hájit zájem a prospěch dítěte, že je to řešení špatné. Žena si pak nese často dlouhodobě psychické trauma, a může mít problémy s dalším otěhotněním či udržení těhotenství.

Je však pravda, že společenská akceptace interrupce je mnohem větší než vzdání se dítěte, které matka donosí a předá do péče někomu jinému. Žena, která se rozhodla pro interrupci, není nijak společensky limitována, žena, která dítě

donosí a nechce o něj pečovat, předá ho do péče někomu jinému, je prohlášena za krkavčí matku a je okolím ostrakizována. Proto se také snaží tento svůj postup skrýt, utajit. Domnívám se, že by tomu mělo být naopak.

V médiích probíhá téměř permanentní kampaň zdůrazňující jednu nabídku pro ženy, které chtějí utajit porození svého dítěte, a to možnost dát své dítě do **babyboxu**, tedy schránky pro anonymní odložení dítěte. Pokud jako pediatr mám hájit zájem, práva a prospěch dítěte, musím vyjádřit jednoznačné zamítavé stanovisko k této možnosti. Konečně takové stanovisko zastává i Česká pediatrická společnost a Společnost sociální pediatrie ČLS JEP. Babybox je možná řešením krizové situace pro matku, nikoliv pro dítě. Pokusím se stručně představit důvody vyvracející z pediatrického pohledu výhody babyboxu.

Odložení dítěte do babyboxu a v důsledku jeho odtržení od jakékoliv vlastní historie, tedy vytváření dětí bez anamnézy, bez identity se musí nutně odrazit v jejich dalším psychickém a sociálním vývoji. O tom jsou již mnohé psychologické a sociologické studie (např. z Francie).

Babybox údajně zachrání životy dětí, které by matky po narození usmrtily, odhodily do kontejneru apod. Matka, která své dítě po porodu usmrtila, jedná ve velkém afektu, stresu, rozrušení, nepřičetně. Nepřemýšlí o svém skutku, je vyděšena z nečekaného porodu. Taková matka není schopna racionální úvahy o tom, že dá souhlas s osvojením, nebo dokonce že pojede dát dítě do babyboxu, ani kdyby byl v sousedním městě, či dokonce sousední ulici. V Německu, kde existuje několik desítek babyboxů, nijak neklesl počet nalezených usmrcených novorozenců.

Zastánci babyboxů předpokládají, že všechny děti z nich budou osvojeny. O těchto dětech nebudou k dispozici žádné anamnestické údaje. To jsou však právě důležité informace, na které se žadatelé o osvojení ptají a podle kterých se roz-

hodují, zda dítě přijmou, či ne. Nebudeme-li tato důležitá fakta znát, těžko nové rodiče pro takové dítě budeme hledat. Samozřejmě dítě bude vyšetřeno, avšak stanovení diagnózy bez anamnézy bude velmi obtížné. Lze také předpokládat, že děti odložené do babyboxu budou pocházet ze zdravotně a geneticky velmi rizikových rodin.

Děti z babyboxu budou údajně osvojeny mnohem dříve, než by neanonymní matka dala souhlas s osvojením. Pokud by byl dodržen důsledně náš právní řád, umístění dítěte do babyboxu nijak neurychlí jeho předání do osvojení. Bude-li dítě nalezeno v babyboxu, musí jej soud prohlásit za nalezenec, přidělit mu jméno a příjmení. Pak teprve může příslušný orgán (krajský úřad) vydat správním rozhodnutím o předání dítěte vybraným žadatelům. To vše může trvat mnohem déle než podepsání souhlasu s osvojením po 6 týdnech od narození.

Zřízení babyboxů předpokládá porody mimo zdravotnické zařízení, protože si neumím představit situaci, kdy matka porodí v porodnici se vší identitou, obejde plot porodnice a strčí dítě do schránky. Měl-li by stoupat počet porodů mimo zdravotnické zařízení, představuje to vážné riziko pro matku i pro dítě.

Z hlediska technického by schránka měla mít charakter inkubátoru, což dosavadní schránky nemají. Není zaručeno, že signalizace, že je v ní dítě, neselže. Jsou ještě další, zejména právní aspekty, které hovoří proti babyboxům (porušení čl. 7 Úmluvy o právech dítěte, práva otce atd.). Rozšiřování sítě babyboxů má i morální aspekt. Ženě-matce usnadňují možnost vzdát se své zodpovědnosti za dítě a jednoduše se ho zbavit, i když si možná v oné kritické chvíli neuvědomuje, že její rozhodnutí je nezvratné.

Torny pro odložení nechtěných dětí u klášterů měly svůj význam. Bylo to v době, kdy nechtěné těhotenství bylo společensky natolik netolerováno, že žena byla ohrožena ve své sociální a mnoh-



dy i fyzické existenci. Tehdy to byla pro ni jediná možnost, jak si zachránit často život, nebo alespoň slušnou společenskou pověst. Dnes má žena mnoho jiných možností, jak se vzdát svého dítěte, aniž by ho nějak ohrozila. Nechtěně těhotné ženě dnes žádná velká společenská, či dokonce fyzická újma nehrozí. Odvolávat se na středověkou existenci schránek pro odložení dětí jako na tradici je pediatricky totéž, jako kdybychom coby tradici oživilí příkládání pijavic při horečce.

Musíme se vždy ptát, zda chce matka svůj porod utajit a před kým. Před sebou a svým narozeným dítětem? Před zvědavým okolím? Absolutní utajení, aniž by bylo ohroženo dítě, není možné, anonymní porody neexistují. Matka může utajit do jisté míry svou identitu a požádat o **utajený porod**.

Tato možnost je dána *zákonem č. 442/2004 Sb.*, který změnou některých dalších zákonů umožňuje ženám trvale žijícím na území České republiky, pokud o to písemně požádají, utajení jejich identity v souvislosti s porodem. Nesmí jít ale o ženu vdanou, popř. v rozvodovém řízení, kdy jejímu manželovi svědčí domněnka otcovství.

Zdravotnické zařízení je v takovém případě povinno vést zdravotnickou dokumentaci v rozsahu péče související s těhotenstvím a porodem, jejíž součástí jsou osobní údaje této ženy, nezbytné k zjištění anamnézy. Jméno a příjmení ženy je vedeno odděleně od zdravotnické dokumentace spolu s písemnou žádostí, datem narození a datem porodu. Po skončení hospitalizace se zdravotnická dokumentace o tyto údaje doplní a zapečetí. Otevření takto zapečetěné zdravotnické dokumentace je možné jedině na základě rozhodnutí soudu. Lékaři a zdravotnický personál, kteří v rámci výkonu lékařské péče přišli do styku s osobními údaji rodičky, jsou povinni o nich zachovávat mlčenlivost.

Do knihy narození na matrice se zapisuje jméno a příjmení, datum narození a rodné číslo dítěte dle zprávy zdravotnického zařízení, v němž byl porod uskutečněn. Nezapíše se jméno, popř. jména a příjmení, rodné číslo, státní občanství a místo trvalého bydliště matky. Písemné hlášení z porodnice o narození dítěte musí obsahovat informaci o tom, že matka požádala o utajení své identity.

Ze zdravotního pojištění se hradí též zdravotní péče související s těhotenstvím a porodem dítěte, jehož matka požádala o utajení své osoby v souvislosti s porodem. Tuto péči hradí zdravotní pojišťovna, kterou na základě identifikačních údajů pojištěnce o úhradu požádá příslušné zdravotnické zařízení.

Upřímně řečeno, o úplné utajení nemůže ani jít. Žena musí prokázat svou identitu, že má v ČR trvalé bydliště, že není provdána ani v rozvodovém řízení. Je zde mnoho dalších nejasností. Matka i v takovém případě zůstává zákonným zástupcem dítěte až do doby, než bude dítě osvojeno. Kdo bude dávat souhlas např. s operací dítěte? Bude se kvůli tomu rozpečetovat dokumentace? Co když osvojeno nebude?

Kolem 15 zařízení typu kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let (např. Dětské centrum Praha-Krč, Kojenecký ústav Kyjov, Dětské centrum Ostrava-Zábřeh, Dětské centrum Veská u Pardubic, Dětský domov pro děti do 3 let Aš a další) poskytuje matkám možnost tzv. **diskrétních porodů**.

To znamená, že jsou schopna přijmout těhotnou ženu nějakou dobu před porodem. Doprovází ji na cestě k porodu, který je dohodnut na spolupracujícím gynekologicko-porodnickém oddělení. Po porodu žena odchází do svého bydliště, dítě je krátkodobě umístěno v zařízení. Matka potom přichází po dohodě po 6 týdnech podepsat souhlas s osvojením, a dítě se tak může dostat brzy do nové rodiny.

Tento způsob „vzdání se“ dítěte má mnoho výhod. Je známa anamnéza matky i dítěte, porod probíhá bezpečně ve zdravotnickém zařízení, matka si může své rozhodnutí o „odložení“ dítěte kdykoliv rozmyslet, než podepíše souhlas s osvojením, resp. než je vydáno správné rozhodnutí o předání dítěte do péče budoucích osvojitelů. Takové případy se také opakovaně stávají.

Bohužel změna *zákona č. 301/2000 Sb.*, o matrikách, neumožňuje zapsat dítě do matriky v místě narození, ale musí to být v místě bydliště matky. Zde hrozí možnost vyrazení onoho utajení diskrétního porodu, pokud matrikářka či jiná osoba nedodrží povinnost mlčenlivosti.

Matka, která se rozhodne, že nebude pečovat o své narozené dítě, má také možnost to oznámit a **zanechat dítě v porodnici**. Zdravotníci mají povinnost takové dítě ihned nahlásit na příslušný orgán sociálně-právní ochrany (*zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně, v platném znění*). Není vyloučena ani možnost, že matka zanechá své dítě v jiném zdravotnickém zařízení (např. kojeneckém ústavu). Pak se opět postupuje standardním způsobem.

Pokud jde o souhlas s osvojením, pak má matka dokonce možnost si budoucí rodiče svého dítěte vybrat. Může podepsat *souhlas s osvo-*

jením se vztahem k určitým osvojitelům (zákon o rodině č. 94/1963 Sb., v platném znění). Nesmí však v tom být třetí osoba neboli prostředník. Ze zákona smí u nás náhradní rodinnou péči zprostředkovat pouze státní orgán. I když tento způsob souhlasu s osvojením může být pro matku výhodný (nechce své dítě dát někomu, koho nezná), není výhodný pro dítě a novou rodinu. Matka ví, kde její dítě je, a anonymita osvojení je narušena. Matka může svého činu litovat, snažit se na sebe upozornit, dítě vyhledávat a narušovat jeho vztahy v nové rodině.

Výhodnější pro dítě je podepsání tzv. **souhlasu s osvojením bez vztahu k určitým osvojitelům**. Každý souhlas s osvojením musejí vždy podepsat oba rodiče (otec, pokud je uveden v rodném listě). Souhlas musí být podepsán před soudem nebo orgánem sociálně-právní ochrany dítěte (oddělení sociálně-právní ochrany dítěte příslušných obcí) a musí být písemně stvrzen dvěma svědky. Platný souhlas může být podepsán až po 6 týdnech od narození dítěte. Tato lhůta umožňuje matce (rodičům), aby se rozhodla uvážene v psychicky dobrém stavu, nenarušeném poporodním obdobím.

Pokud si matka přeje, umíme, a výše zmíněná poradenská zařízení to v rámci doprovázení dělají, vést matku tak, že s novou rodinou nemusí být v přímém osobním kontaktu, a přitom se může dozvědět částečné informace, jak se dítěti daří. Mnohé matky, které se rozhodnou dát souhlas s osvojením svého dítěte i bez vztahu k určitým osvojitelům, to takto chtějí, chtějí mít alespoň částečnou záruku, že se jejich dítěti vede dobře. Matka může novým rodičům i zanechat dopis, kde popíše své rozhodnutí a vyjádří svá přání. Osvojitelé jsou také vedeni k tomu, aby, aniž matku dítěte znají, ji měli i před dítětem v určité úctě, už jen za to, že dala jejich dítěti život. Vůbec tyto ženy, které se racionálně rozhodly nepečovat o své dítě a přitom mu neublížit, by neměly být ostrakizovány, ale naopak do jisté míry „váženy“ za tento skutek, kdy 9 měsíců nosily dítě, které pak udělá velkou radost jiným rodičům. Ať už je důvod jejich rozhodnutí jakýkoliv, nemají to lehké.

Pokusil jsem se podat přehled možností matky, která se nechce nebo nemůže postarat o své dítě. Takovou sumu informací se všemi pro a proti by měla dostat každá matka, která se dostane do takové mezní situace. Neměla by být závislá jen na vybraných jednostranných informacích, šířených médii. Doufám, že mé sdělení k tomu alespoň částečně přispěje.

Beiersdorf_A4



Role dětských lékařů v prevenci sociální exkluze

Leoš Horký

HoSt Home-Start ČR, Brno

Souhrn

Tématem tohoto článku je sociální vyloučení neboli sociální exkluze. Je jedním z problémů, které mají dalekosáhlé následky a ovlivňují život celé rodiny. Na druhé straně je to ovšem problém, který není neřešitelný. Svým dílem zde mohou přispět i lékaři. Proč a jak, se dozvíte níže.

■ Sociální pediatrie

Začneme ale malinko odjinud – od sociálního lékařství a sociální pediatrie. Základem nám bude celistvý pohled na člověka jako na jednotu aspektů fyzických, psychických a sociálních (někteří odborníci ještě připojují aspekt spirituální). Mluvíme-li o zdraví, není možné opomenout ani jeden z výše uvedených aspektů. Tato koncepce jistě není žádnou novinkou, což dokazuje i často citovaný text deklarace WHO z roku 1978: „Konference zdůrazňuje, že zdraví, které je stavem plné tělesné, duševní a sociální pohody a ne jen pouhou nepřítomností nemoci nebo vady, je základním lidským právem.“ (Deklarace z Alma-Aty 1978, cit. dle Holčík, Žáček, 1995, str. 100.)

Zjednodušeně lze říci, že sociálním aspektem se do značné míry zabývá i sociální lékařství. Jak poznamenávají (s přihlédnutím k Rosen, G., 1974) autoři Anderson, Smith, Sidel: „Termín ‚sociální lékařství‘ získal během doby různé významy a byl adaptován pro různé společnosti a odlišné sociální podmínky. Nicméně existují určité společné principy, které se k tomuto termínu vztahují:“

1. Sociální a ekonomické podmínky hluboce ovlivňují zdraví, nemoci a lékařskou praxi.
2. Zdraví populace je věcí veřejného zájmu.
3. Společnost by měla podporovat zdraví jednotlivci i sociálními prostředky.“

Vše výše uvedené platí samozřejmě i pro sociální pediatrii, kterou se nyní budeme zabývat. V zásadě o ní můžeme uvažovat na základě dvou úhlů pohledu. Jak uvádí MUDr. Schmeberg: „Sociální pediatrii chápeme tedy v našich podmínkách jednak jako samostatnou pediatriickou disciplínu, zasahující tam, kde sociální složka zdraví dítěte vystupuje do popředí, jak co do kvantity, tak i do kvality, jednak jako pracovní metodu, kde sociální aspekt prolíná každou činnost v péči o dítě a stává se nedílnou součástí všeho úsilí ve prospěch dítěte.“ (Tyl, Schmeberg, 1998, str. 33.)

Pro účely našeho článku budeme uvažovat v intencích druhého pohledu, tj. jako pracovní metodu dětského lékaře.

Než se tak stane, připomeňme jen, že sociální lékařství má u nás již stoletou tradici. Hynek Pelc, pracovník státního zdravotního ústavu a později profesor sociálního lékařství na Lékařské fakultě

UK v Praze a autor první vysokoškolské učebnice s názvem Sociální lékařství (vydáno 1937), píše: „V našem medicínském životě se objevuje sociální lékařství po prvé jako samostatný celek při IV. Sjezdu českých přírodovědců a lékařů r. 1908. Tehdy byla vytvořena pro tento obor zvláštní sekce, ve které se projednávalo dělnické pojišťování, chudinství, ústavní péče o nemocné, choré a abnormální a otázky stavovské. Objevila se tam však již témata z oboru péče o mládež, ochrany mateřství a boje proti tuberkulóze.“ (Pelc, 1937, str. 12.)

■ Sociální exkluze

Nyní se zaměříme na problém sociálního vyloučení. Co rozumíme pod tímto pojmem? Jedná se o komplexní sociální jev, kdy je část populace odepřena účast na běžném životě – společenském, ekonomickém, politickém i kulturním. Lidé ztrácí své kontakty, mizí široká síť mezilidských vztahů, a dostávají se tak do stavu izolace a osamění. Protikladem sociální exkluze je soudržnost, hojnost vztahů a integrace.

Pro zajímavost dodejme, že termín sociální exkluze byl poprvé použit v 70. letech 20. století ve Francii. Popisoval specifickou situaci skupin obyvatel žijících na okraji společnosti, kteří byli odříznuti od pracovních příležitostí i od záchranné sítě státní sociální pomoci.

Mezinárodní výzkumný projekt Tackling social exclusion in families with young children (studie byla provedena v Irsku, Řecku, Maďarsku a Velké Británii) rozlišil projevy sociálního vyloučení ve čtyřech kategoriích.

V sociální oblasti nejčastěji respondenti uváděli zejména pocity nedostatečné společenské (sociální) sítě, pocity nedostatečné sociální podpory, pocity neexistujícího společenského života, pocity stigmatizace a nerespektování a pocity neadekvátnosti nebo neefektivnosti, příp. nedostupnosti sociálních služeb.

V oblasti financí uváděli respondenti následující: pocity, že si nemohou dovolit určité věci či činnosti; pocity, že nedokážou vyjít s tím, co mají; život v chudých poměrech.

Nejčastějšími psychologickými projevy byly: nedostatek sebedůvěry, nedostatek respektu k sobě samým, nízká úroveň spokojenosti, život ve

stresu, beznadě a pocit, že nemají žádnou kontrolu nad svou situací. V situaci sociálního vyloučení se rovněž mohou projevovat problémy v oblasti mentálního zdraví.

Na tělesné úrovni se sociální exkluze projevuje zejména častým rozvinutím zdravotních potíží a špatným tělesným rozvojem – následkem nedostatečné výživy.

V rámci tohoto výzkumu bylo také identifikováno několik ohrožujících faktorů, které mají kumulativní efekt. Tzn. setká-li se najednou více z těchto faktorů, je ohrožení sociálním vyloučením větší. Můžeme mluvit o třech typech ohrožení: ohrožující faktory ve vztahu k jednotlivci, ohrožující faktory ve vztahu ke společenskému prostředí a ohrožující faktory ve vztahu k fyzickému prostředí.

Mezi ohrožující faktory ve vztahu k jednotlivci patří: chabé zdraví nebo zdravotní postižení, nevyhovující ubytování, nízká sebedůvěra, nízké očekávání, určité hodnoty a přístup, nedůvěra k autoritám, nedostatečná vzdělanost, chybní dovednosti, jazykové problémy, osamělí rodiče, imigrace, nedostatek v oblasti legálního statutu, domácí násilí, závislosti, nezaměstnanost, selhání vlastních rodičů v minulosti, finanční chudoba, rozvod či rozpad rodiny, mnohočetná rodina, nedostatek mobility, příslušnost k etnické skupině, velmi nízký věk matek.

Mezi ohrožující faktory ve vztahu ke společenskému prostředí řadíme: strukturální změny v ekonomickém a sociálním prostředí (např. vzrůst nezaměstnanosti, příliv imigrantů atd.), nedostatečná a neefektivní sociální politika (v oblasti zaměstnanosti, rodiny, vzdělání, přistěhovalectví atd.), diskriminace – negativní přístup, nedostatek dostupných služeb, nefungující a neefektivní sociální záchranná síť, matoucí změň služeb, nedostačující síť sociálních kontaktů, nedostatečná podpora ze strany širší rodiny.

Ohrožujícími faktory ve vztahu k fyzickému prostředí rozumíme následující: fyzickou odloučenost, chybějící veřejný prostor, špatnou dopravu, nedostačující bytové podmínky, špatný územní plán, prázdnotu venkova a geografickou izolaci (ostrovy, hory atd.).

Je zřejmé, že sociální exkluze je vážný problém, který není možné přehlížet. Co ale mohou v této



problematice učinit lékaři – a ještě přesněji dětští lékaři? Připomeňme si slova prof. MUDr. Dunovského, DrSc.: „Sociální pediatrie se tedy zabývá sociálními faktory prostředí, jejich analýzou, a hodnocením ve vztahu k dětem v jejich zdraví a nemoci. Snaží se přitom posilovat faktory pozitivní a odstraňovat negativní a vytvářet tak optimální podmínky pro všestranný rozvoj dětí a mládeže.“ (Dunovský, 1972, str. 15.) Posilovat faktory pozitivní a odstraňovat ty negativní lze dvojím způsobem. Buď přímou cestou, anebo nepřímou. Přímý způsob je takový, kde sami vystupujeme jako činitelé, aktivně se v celém procesu angažujeme a situaci řešíme. Jsme to tedy my, kdo posiluje pozitivní faktory nebo odstraňuje faktory negativní. Druhou možností je nepřímý způsob. V situaci nejednáme přímo, ale spíše fungujeme jako poradci.

Z hlediska rodiny ohrožené sociálním vyloučením může dobrý lékař pomoci například tím, že rodinu nasměruje na organizace věnující se této problematice nebo na místní sdružení apod. Tak lze preventivně působit proti vzniku sociální exkluze. Níže si představíme jednu z možností, kterou jsou sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi.

■ Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi

Na internetových stránkách ministerstva práce a sociálních věcí se dočteme následující definici: Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi jsou ambulantní služby poskytované rodině s dítětem, u kterého existují rizika ohrožení jeho vývoje nebo je jeho vývoj ohrožen v důsledku dopadů dlouhodobě obtížné sociální situace, kterou rodiče nedokážou sami bez pomoci překonat. Služba obsahuje výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje bezúplatně.

Na příkladu činnosti občanského sdružení HoSt Home-Start Česká republika (dále jen „HoSt“) si ukážeme, jak sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi vypadají v praxi.

HoSt se zaměřuje na podporu rodin s dětmi v předškolním věku. Znamená to, že v dané rodině musí být alespoň jeden předškolák. Službu využívají zejména lidé ohrožení sociálním vyloučením – ti, které trápí osamělost a izolace, starají se sami o dítě, jsou velmi mladými rodiči, mají dvojčata či vícčata, trpí poporodními depresemi nebo je jejich rodinná situace ztížená nemocí či postižením některého z členů domácnosti.

Tyto rodiny navštěvují dobrovolníci, což jsou lidé, kteří sami mají zkušenost s péčí o děti a jejich výchovou. Většinou jsou sami rodiči. Každý dobrovolník spolupracuje vždy s jednou rodinou, kterou jedenkrát týdně navštěvuje přímo v její domácnosti. Služba je bezplatná a dlouhodobá. Vzniká zde proto prostor pro podporu a pomoc při řešení situace rodiny. Velký význam má také skutečnost, že si rodič může s dobrovolníkem popovídat, porovnat a případně využít jeho

rodičovské zkušenosti, požádat jej o doprovod na úřady anebo prostě jen sdílet běžné starosti i radosti. Jedním z nejčastějších témat je přirozeně péče o dítě, podpora jeho zdravého vývoje a nalézání optimálních způsobů trávení volného času. Nejedná se ovšem o hlídání dětí nebo služby au-pair.

Pobočky HoStu lze v současné době nalézt v Praze (zde funguje od roku 2003), v Brně (od roku 2007) a v Liberci (od roku 2007). V těchto městech je možné využít služby dobrovolníků. Více informací lze získat na internetových stránkách HoStu: www.hostcz.org.

■ Modelový příklad

Na závěr našeho krátkého článku se podíváme na modelový příklad, který nám shrne vše výše uvedené.

Do ordinace dětského lékaře přijde maminka se čtyřletým chlapcem a jednoletou holčičkou. Z rozhovoru se lékař dovídá, že se přestěhovali ze zcela jiného kraje – manžel maminky zde získal dobré pracovní místo. Zdá se však, že maminka se v okolí příliš nevyzná a ani zde nemá žádné kamarádky. Celá její širší rodina je více než 250 km vzdálená. Lékař během rozhovoru vzpomene nabídku občanského sdružení HoSt s tím, že by mohli pomoci mamince se v novém prostředí zorientovat. Dává jí kontakt na místní pobočku HoStu.

Maminka zavolá na uvedené telefonní číslo a domluví si setkání s pracovníkem HoStu. Společně proberou mamičiny potřeby a možnosti pomoci ze strany HoStu. Cílem spolupráce se stává zorientovat se v novém bydlišti a jeho okolí a zjistění nabídky vhodných kroužků pro jejího syna.

Na další setkání s maminkou přivede pracovník HoStu dobrovolnici. Seznámí je a pomůže tak s rozběhem jejich spolupráce. Dobrovolnice se s maminkou vídají každý týden. Někdy se věnují „průzkumu“ bližšího i vzdálenějšího okolí a maminka tak zjišťuje, kde všude lze s dětmi trávit volný čas. Dobrovolnice také pomůže mamince najít všechny příslušné úřady a organizace, kde si potřebuje něco vyřídit. Rovněž naleznou nejbližší centrum volného času s nabídkou kroužků pro předškolní děti.

Když se po třech měsících spolupráce setkává pracovník HoStu s maminkou, aby zhodnotili dosavadní spolupráci, maminka uvádí: „Jsem moc ráda, že k nám Eliška (dobrovolnice) chodí. Už jsme se tady aspoň trochu zabydleli a víme, kde jsou pěkné procházky a tak...“ A pak ještě dodává: „S Eliškou si dobře rozumíme. Konečně se tu necítím tak sama a mám někoho, komu věřím a komu se můžu svěřit.“

Je pravděpodobné, že bez lékaře by se nic z toho neuskutečnilo. Z tohoto důvodu je mezi-resortní spolupráce velmi důležitá. Tento názor zastávají i jiní, např.: „Základním znakem zdravé rodiny je její schopnost plnit řadu funkcí. Diagnóza stavu rodiny i sanace nefungujících rodin bývá obtížná a předpokládá záměrnou spolupráci lékaře se sociálním pracovníkem, učitelem, právní-

kem i jinými odborníky.“ (Břicháček in Dunovský, 1999.) Rovněž v zahraniční literatuře nacházíme obdobné myšlenky: „Účelem sociální pediatrie je prosazovat zúčastněný vztah, tvořený rovným dílem z naslouchání a empatie, který zahrnuje lékaře, dítě, rodinu a komunitu. Jedná se o přímý a efektivní přístup, který je dosažitelný pro všechny. Poskytuje cesty a řešení pro všechny, kdo chtějí dávat dětem to, co potřebují pro svůj růst a vývoj ve zdraví a štěstí.“ (Julien, Lieber, 2004, str. xiv.)

■ Závěr

Léčebná péče přináší určitá specifika vztahu mezi lékařem a pacientem, resp. jeho rodinou. „Vytváří se v ní intimní vztah založený na plné důvěře pacienta v lékaře, v jeho vědomosti a umění a na odpovědnosti lékaře poskytnout nemocnému co nejlepší péči. Tento vztah je výjimečný již od dávných časů a je dokonce chráněn povinnou mlčenlivostí lékaře. To také přisuzuje lékařskému povolání jeden z nejvyšších společenských statusů.“ (Dunovský, Eggers, 1989, str. 226.) V případě dětského lékařství do hry vstupují nejen dětští pacienti, ale i jejich rodiče či pečující osoby. Rovněž oni do ordinace vstupují s důvěrou a s očekáváním kvalitní péče. Pro lidi ohrožené sociálním vyloučením mohou být pediatrii jedněmi z mála lidí, se kterými se dostanou do užšího kontaktu. V takovém případě může dané rodině velmi pomoci například i pouhé předání kontaktu na sociální službu, tak jak tomu bylo v našem modelovém příkladě.

Pevně věříme, že lze tímto způsobem pomoci potřebným rodinám a pozitivně tak ovlivnit zdravý vývoj mnoha dětí. I tímto způsobem lze navázat a rozvíjet stoletý odkaz české sociální medicíny.

Literatura u autora

HoSt Home-Start Česká republika Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi (v předškolním věku)

Kontaktní informace:

Pobočka Praha:

Holandská 22, 101 00 Praha 10-Vršovice
Tel.: +420 272 656 031, +420 777 801 404
E-mail: info@hostcz.org

Pobočka Brno:

Reneská 42
630 00 Brno
Tel.: +420 777 801 405
E-mail: info-brno@hostcz.org

Pobočka Liberec:

Palachova 504/7, 460 01 Liberec
Tel.: +420 777 801 422
E-mail: info-liberec@hostcz.org

Internetové stránky: www.hostcz.org



H St

Podpora rodiny

HoSt Home-Start Česká republika

Leoš Horký

HoSt Home-Start ČR, Brno

Souhrn

HoSt je nestátní nezisková organizace zaměřená na podporu rodičů a jejich péči o dítě, které je mladší 6 let.

Podpora se uskutečňuje prostřednictvím vyškolených dobrovolníků přímo v rodinách, kde působí jako hosté v jejich přirozeném prostředí. Významnou podmínkou našich služeb je, že dobrovolníkem může být pouze osoba s rodičovskými zkušenostmi. To znamená, že dobrovolníky jsou sami rodiče, kteří již překonali různé fáze vývoje rodiny a mají konkrétní představu o situacích a problémech, do kterých se mohou mladí a nezkušení rodiče dostat.



Díky svým zkušenostem mohou rodiče-dobrovolníci pochopit a předvídat různé nepříjemné/sociálně patologické situace, které mohou v průběhu zakládání nebo fungování mladé rodiny nastat (mladou rodinou rozumíme rodinu, kde je alespoň jedno dítě ve věku 6 let).

Dobrovolníci HoStu napomáhají překonávat důsledky nepříznivých životních událostí (odchod nebo úmrtí jednoho z rodičů, osamělost, nezaměstnanost, závažné nebo dlouhodobé zdravotní postižení rodičů nebo dětí a další), ale i vyrovnávat se s minulými handicapy, nedostatkem zkušeností s rodičovstvím a chodem rodiny a domácnosti (např. rodiče, kteří vyrostli v dětských domovech). Zároveň

pomáhají rodině začlenit se do širšího sociálního kontextu/prostředí dočasným suplováním nevyhovujících nebo neexistujících sociálních vztahů a postupně ji tak napojují do dalších možností komunity, v níž rodina žije. Dobrovolníci tak zabraňují sociální izolaci (osamělí otcové nebo matky, české nebo cizinecké rodiny, které jsou v komunitě nové).

Před zahájením svého působení v rodinách musejí všichni dobrovolníci projít přípravným kurzem pro práci s rodinou a dětmi.

Návštěvy v domácnostech probíhají pouze na pozvání rodičů, tedy se souhlasem klienta (písemným souhlasem v souladu se zákonem č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí).

■ Cíle HoStu

Cílem HoStu je šťastné dítě prostřednictvím šťastných rodičů

HoSt chce prostřednictvím svých služeb docílit posílení rodičovské identity.

Služba HoStu je preventivní, svým pojetím zaměřená na předcházení rizikům již ve stadiu jejich zrodu a na podporu vývoje dětí v raném stadiu, které je z hlediska formování osobnosti a budoucích mezilidských vztahů nejpodstatnější. Tento přístup včasného a cíleného zásahu je v zahraničí osvědčený, a v podmínkách naší republiky stále vzácný.

Posilováním kompetencí rodičů zvládat pro ně náročné problémy služba směřuje k omezení potenciální konfliktivity rodinného prostředí. HoSt je vstřícným a nápomocným zázemím pro rodiče, kterým v přirozené sociální síti jistota

chybí. Funguje na principu dobrovolné přátelské pomoci zkušeného rodiče-dobrovolníka nezkušenému rodiči-klientovi, rodič rodiči. Umožňuje klientům získat stabilitu, kompetence a pozitivní motivaci pro vytvoření stabilního a láskyplného zázemí pro vývoj jejich dětí.

Koordinátoři vybírají vhodného dobrovolníka pro rodinu podle jejich požadavků a potřeb, průběžně sledují a supervidují průběh spolupráce dobrovolníka s rodinou a působení dobrovolníka v rodině za stanovených podmínek ukončují.

■ Pro koho je HoSt určen?

Hlavním kritériem, které musí klient splňovat, je výchova alespoň jednoho dítěte do 6 let. A to například:





- rodiny s několika malými dětmi předškolního věku;
- velmi mladí rodiče, kteří se o své dítě starají sami nebo jsou stále ještě sami dětmi;
- rodiny, kde jsou různé sociální (a psychologické) problémy pramenící např. z nezaměstnanosti, alkoholismu, užívání drog, příslušnosti k určité etnické minoritě nebo z příslušnosti ke skupině cizinců žijících na území ČR apod.;
- osamělí a izolovaní rodiče (včetně osamělých otců, kteří sami vychovávají dítě), často noví v lokalitě;
- rodiče s dětmi s postižením nebo samotní rodiče s postižením;
- rodiče, kteří trpěli deprivací ve svém vlastním životě a nikdy neměli příležitost zažít rodinný život (zkušenost z dětského domova);
- matky v poporodní depresi;
- mladé matky do 18 let (i ve stadiu těhotenství), které zahrhla jejich nejbližší rodina.

■ Jak funguje HoSt?

Rodiče, kteří se na HoSt obrátí, budou nejprve podrobně informováni o jeho službách. V případě zájmu o službu je navštíví v jejich domově koordinátorka projektu, aby zjistila, jaká je situace a požadavek rodiny, se kterým by chtěla pomoci, a následně potom mohla pro rodinu vybrat vhodného dobrovolníka. Na další návštěvu přichází koordinátorka s vyškoleným dobrovolníkem. Rodina a dobrovolník jsou si představeni, pokud obě strany souhlasí a osobně si vyhovují, domluví si termíny, kdy a za jakých podmínek se budou scházet. (Rodina může konkrétního dobrovolníka odmítnout, aniž by tím ztratila možnost vyhledání nového.)

V průběhu služby/návštěv v rodinách se může jak dobrovolník, tak rodina kdykoliv obracet na koordinátory projektu s případnými problémy či žádostmi o informace. Dobrovolník dochází na pravidelné supervize, obvyklá doba práce dobrovolníka je dvě až tři hodiny jednou týdně.

Práce dobrovolníka spočívá zejména v

- pomoci při zajištění chodu domácnosti,



- pomoci s péčí o dítě/děti a jejich výchovou,
- provádění, pomoci a nasměrování ke vhodnému trávení volného času,
- podpoře vytváření pozitivních, přátelských a podpůrných vztahů v rámci rodiny a komunity/okolí,
- naslouchání, sdílení trápení a radostí, zvláště když se rodič nemá komu svěřit, s kým si popovídat,
- pomoci v situacích, v nichž se právě nacházejí a se kterými se nemají komu svěřit.

Adresy poboček najdete na www.hostcz.org



Volba pro letní rinofaryngitidy

Bioparox[®]

fusafungin

Součást
letní
lékárničky

Lék
pro každou
rodinu

Speciální
aplikátor
pro děti

Praktické
balení

2 inhalace nosem a 4 inhalace ústí ~ 4x denně

Složení: Fusafunginum 0,5 g ve 100 ml roztoku. **Charakteristika:** Mikronizovaný aerosol obsahující 10 ml (400 odměřených dávek) roztoku se třemi nástavci (1 ústní nástavec a 2 nosní nástavce). **Indikace:** Lokální léčba zánětů a infekcí sliznice hltanu a dýchacích cest – při rhinitis, sinusitis, rhinopharyngitis, laryngitis, pharyngitis, tonsillitis, stavech no toxikolektemii, tracheitis, bronchitis. **Dávkování a způsob podávání:** Přípravek je určen pro inhalaci ústí a nosem. Dávkování je stejné pro všechny indikace. Dospělí: Obvykle 4krát denně 2 vstíčky do každé nosní dírky a 2 až 4 vstíčky do úst. **Děti nad 30 měsíců:** Obvykle 4krát denně 1 až 2 vstíčky do každé nosní dírky a 2 až 4 vstíčky do úst. K dosažení maximálního a dlouhodobého účinku je třeba dodržovat dávkování a podávání přípravku 8-10 dní. **Kontraindikace:** Děti mladší 30 měsíců, známá nebo předpokládaná přecitlivělost na účinnou látku nebo pomocné látky. **Speciální upozornění:** Indikace neopravňuje k dlouhodobé terapii, protože může dojít k porušení rovnováhy mikrobiální flóry s nebezpečím šíření bakteriální infekce. V případě příznaků celkové infekce je nutné podání systémového antibiotika. **Interakce:** Dosud nebyly zaznamenány žádné lékové interakce s topicky podávaným fusafunginem, ani při současném podávání se systémovými antibiotiky. **Nežádoucí účinky:** Zřídka se mohou vyskytnout buko-faryngeální iritace a záchvaty kýčání. Jsou zpravidla přechodné a nevyžadují přerušování léčby. **Uchovávání:** Uchovávejte při teplotě do 50°C. Nádobka se nesmí propíchnout a ani prázdným vzhovazet do ohně. **Registrační číslo:** 15/833/925/C. Přesné informace o preskripci viz Souhrn údajů o přípravku. Přípravek je k dispozici v lékárnách i bez lékařského předpisu. Přípravek není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Další informace lze vyžádat na adrese: **Servier, s.r.o.,** Praha City Center, Klimentská 46, 110 02 Praha 1, tel.: +420 222 118 510, fax: +420 222 118 501, www.servier.cz Držitel registračního rozhodnutí: **Les Laboratoires Servier,** 22 rue Garnier, 922 00 Neuilly-sur-Seine, France. **Datum poslední revize textu:** červenec 2005.





Posuzování zdravotního stavu pro účely náhradní rodinné péče

MUDr. Lenka Šírová

Odbor posudkové služby, Ministerstvo práce a sociálních věcí, Praha

Souhrn

Problematika provádění náhradní rodinné péče (osvojení, pěstounské péče) je upravena v zákoně č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů. Na zprostředkování osvojení nebo pěstounské péče se podílí obecní úřady obcí s rozšířenou působností, krajské úřady a ministerstvo práce a sociálních věcí. Cílem osvojení, potažmo pěstounské péče, je vytvoření nového rodinného svazku, v první řadě ku prospěchu dítěte, dále pak ku prospěchu osvojitelů a celé společnosti.

Žadatelé o náhradní rodinnou péči jsou povinni se podle § 27 zákona č. 359/1999 Sb., v platném znění, podrobit odbornému posouzení, které zahrnuje mimo jiné i posouzení zdravotního stavu žadatelů.

Cílem a smyslem posouzení zdravotního stavu žadatele (muže, ženy) pro účely sociálně-právní ochrany je zjistit, zda zdravotní stav žadatele nebrání účelu zprostředkování osvojení nebo pěstounské péče.

Posuzování zdravotního stavu žadatele pro účely zprostředkování osvojení nebo svěření dítěte do pěstounské péče zahrnuje posouzení, zda zdravotní stav žadatele po stránce duševní, tělesné nebo smyslové nebrání výkonu dlouhodobé, soustavné, dostatečné a řádné péče a výchovy dítěte, tedy neomezuje jeho vychovatelské a pečovatelské schopnosti.

Posuzování zdravotního stavu žadatele pro účely zprostředkování osvojení nebo pěstounské péče provádějí krajské úřady a ministerstvo práce a sociálních věcí, a to svými lékaři. Na krajských úřadech většinou provádějí posuzování zdravotního stavu žadatelů posudkoví lékaři. Na MPSV toto posuzování je svěřeno odboru posudkové služby, který zároveň metodicky vede lékaře krajských úřadů. **Při posuzování vycházejí posuzující lékaři zejména** z lékařských zpráv a posudků vypracovaných registrujícími praktickými lékaři pro dospělé a odbornými lékaři, kteří mají žadatele ve své léčebné a dispenzární péči. Posuzující lékaři krajských úřadů a MPSV musí stanovit jednoznačný závěr, tedy zda posuzovanou osobu doporučují, doporučují s výhradami, nebo nedoporučují zařadit do seznamu žadatelů o náhradní rodinnou péči.

Posuzování zdravotního stavu žadatele musí mít individuální charakter a nevychází pouze ze samotné existence zdravotního postižení jako takového, ale z dopadu tohoto postižení na dlouhodobé pečovatelské a vychovatelské schopnosti žadatele. Proto neexistuje ani žádný seznam diagnóz, které

by jednoznačně vylučovaly zařazení do evidence žadatelů o náhradní rodinnou péči. Vždy je posuzována celková schopnost péče o dítě a zajištění jeho příznivého vývoje.

Závěr posouzení zdravotního stavu musí být zdůvodnitelný jen nepříznivým zdravotním stavem. Posuzující lékař nemůže uzavírat hodnocení zdravotního stavu tak, že nedoporučuje zařazení do seznamu žadatelů o náhradní rodinnou péči např. vzhledem k závěrům sociálního šetření či psychologického vyšetření nebo že žadatel či žadatelka nepracuje nebo pobírá plný či částečný invalidní důchod. Stejně tak není důvodem nezařazení nepříznivý zdravotní stav partnera. Důvodem k nezařazení do seznamu žadatelů o náhradní rodinnou péči nejsou ani chronická onemocnění, jako je např. roztroušená mozkomíšni skleróza. Pokud zjišťujeme, že proběhla jediná ataka, která nezpůsobila žádné nebo jen minimální pohybové omezení, neomezila celkovou výkonnost posuzované osoby a zdravotní stav je při adekvátní léčbě dobře stabilizován, pak lze z hlediska zdravotního stavu žádosti vyhovět. Jiná je situace při stejné diagnóze v případě, kdy onemocnění vedlo k těžkému omezení pohyblivosti, snížení celkové výkonnosti s následným omezením nebo ztrátou soběstačnosti. Důsledkem je omezení pečovatelských a vychovatelských schopností a žádosti o zařazení do seznamu žadatelů o náhradní rodinnou péči nelze po zdravotní stránce vyhovět. Složitější je i posouzení zdravotního stavu u žadatelek, které prodělaly zpravidla do věku 30 let onkologické gynekologické onemocnění. Po absolvování úspěšné onkologické léčby, která obvykle vede ke ztrátě možnosti mít vlastní dítě, chtějí tuto situaci řešit okamžitým osvojením dítěte. Opět je však třeba individuálně zhodnotit dopad prodělaného onkologického onemocnění na vychovatelské a pečovatelské schopnosti v souvislosti s prognózou a dosavadním průběhem onemocnění, což lze učinit zpravidla až po dosažení stabilizace zdravotního stavu. Stejně

tak u psychické poruchy je třeba zvážit dopad prodělané poruchy na vychovatelské a pečovatelské schopnosti. V situaci, kdy psychická porucha již odezněla (bylo dosaženo remise) a nemá nepříznivý vliv na osobnost, emoční prožívání, intelekt, schopnost zvládnout psychickou i fyzickou zátěž, není důvod žádosti ze zdravotních důvodů nevyhovět.

Posoudit zdravotní stav žadatele o náhradní rodinnou péči je jednoduché v případě, že je žadatel zdravý. Pokud žadatel trpí vážnou chronickou chorobou/zdravotním postižením, je posouzení zdravotního stavu a jeho dlouhodobého vývoje a dopadu značně komplikované. Odhadnout vývoj zdravotního stavu na řadu let dopředu, do dosažení určité zralosti a samostatnosti dítěte, je v řadě případů velmi obtížné a vyžaduje, aby posuzující lékař měl dostatečné medicínské znalosti a zkušenosti a byl schopen své závěry sladit s novými poznatky a pokroky lékařské vědy.

V České republice se **každoročně vypracovává** 1700–2000 posudků ve věci zdravotního stavu žadatelů o náhradní rodinnou péči s kladným posudkovým závěrem. V 1,5–5% jsou shledány nepříznivé zdravotní skutečnosti, které neposkytují vhodné předpoklady, aby žadatelé byli zařazeni do seznamu žadatelů pro náhradní rodinnou péči.

Závěrem nelze než připomenout, že účelem osvojení nebo pěstounské péče je vytvoření nového rodinného svazku v první řadě ku prospěchu dítěte, dále pak ku prospěchu osvojitelů i celé společnosti. Nehledáme žadatelům dítě, ale dítěti rodiče, a to rodiče co nejlepší. Máme zájem, aby dítě získalo úplnou harmonickou rodinu, ve které natrvalo najde vhodné prostředí pro svůj příznivý vývoj, harmonii, lásku, ochranu a pocit bezpečí. Důvodem pečlivého zkoumání a posuzování všech možných rizik je to, že děti, kterým hledáme nové rodiče, již jednou zažily nevyhovující rodinné prostředí a opakování této situace je pro dětský vyvíjející se organismus obrovsky nepříznivým faktorem pro jeho další život. ■



Postup lékařů primární péče při podezření na syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (sy. CAN)

MUDr. Lenka Šírová

Odbor posudkové služby, Ministerstvo práce a sociálních věcí, Praha

Souhrn

Problematika provádění náhradní rodinné péče (osvojení, pěstounské péče) je upravena v zákoně č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů. Na zprostředkování osvojení nebo pěstounské péče se podílí obecní úřady obcí s rozšířenou působností, krajské úřady a ministerstvo práce a sociálních věcí. Cílem osvojení, potažmo pěstounské péče, je vytvoření nového rodinného svazku, v první řadě ku prospěchu dítěte, dále pak ku prospěchu osvojitelů a celé společnosti.

Čl. 1

■ Diagnostika syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte

Diagnózu sy. CAN, která potvrzuje podezření na sy. CAN u dítěte, lze definitivně stanovit na základě komplexního vyšetření mezioborového týmu odborníků soustředěných v rámci dětského lůžkového zařízení.

1.1 DEFINICE

Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (sy. CAN) je soubor nepříznivých příznaků v nejrůznějších oblastech zdravotního stavu a vývoje dítěte i jeho postavení ve společnosti, především v rodině. Jsou výsledkem převážně úmyslného ubližování dítěti, způsobeného nebo působeného nejčastěji jeho nejbližšími vychovateli, hlavně rodiči. Za týrán, zneužívání a zanedbávání dítěte se považuje jakékoliv nenáhodné, preventabilní, vědomé (případně i nevědomé) jednání rodiče, vychovatele nebo jiné osoby vůči dítěti, které poškozuje tělesný, duševní i společenský stav a vývoj dítěte, popřípadě způsobuje jeho smrt. Nejčastějším jevem, ale zároveň nejhůře prokazatelným, je psychické týrán dítěte. Nejčastěji jsou pachatelé osoby z nejbližšího okolí dítěte.

1.2 VYMEZENÍ sy. CAN

(viz podrobně *Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize*)

Základní klasifikace, zejména:

- T 74 Syndromy týraní

Podpurná klasifikace, zejména:

- F 40 – F 48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy
- X 85 – Y 9 Napadení (útok)
- Y 05 Sexuální napadení s použitím tělesné síly
- Y 07 Jiné syndromy špatného zacházení (pohlavní zneužívání)
- Z 55 – Z 65 Osoby s potenciálně ohroženým zdravím ve vztahu k socioekonomickým a psychologickým okolnostem
- Z 72 Problémy spojené se životním stylem
- Z 72.5 Vysoce rizikové sexuální chování

1.3 CHARAKTERISTICKÁ RIZIKA VEDOUcí K sy. CAN

Neexistuje jednoznačná predikce sy. CAN. Avšak ze společenské situace, ze sociálního prostředí dítěte a z aktuálního zdravotního a psychického vývoje dítěte lze vyslovit podezření na sy. CAN. Pokud lékař má podezření, že dítě nebo i jeho sourozenci žijí v rizikovém prostředí, pak v souladu s Úmluvou o právech dítěte (byla vyhlášena pod č. 104/1991 Sb.) se jedná o děti ve zvlášť obtížné situaci, které potřebují zvláštní pomoc společnosti, tj. mezioborovou a meziresortní spolupráci (viz čl. 2. Terapie).

Rizikové dítě

- narozené z nesledované gravidity,
- narozené mimo zdravotnické zařízení,
- narozené v nepříznivém epidemiologicko-hygienickém prostředí,
- s perinatálně prokázanou pozitivitou inf. nemocí (HIV/AIDS, hepatitis aj.),

- nedonošené,
- neregistrované u praktického lékaře pro děti a dorost,
- chronicky či opakovaně nemocné,
- s postižením,
- neklidné, hyperaktivní.

Rizikové vztahy v rodině

- děti nezletilých rodičů,
- děti simplexních rodičů,
- děti rodičů s psychiatrickou dg.,
- děti rodičů s HIV/AIDS,
- děti nechtěné,
- děti rodičů se závislostí,
- děti narozené rodičům, kteří odmítají doporučenou péči o ně,
- děti vyrůstající v prostředí se zvýšenou kriminalitou,
- děti žijící v prostředí domácího násilí,
- děti žijící v rodině s nestabilními vztahy,
- dítě s nevlastním rodičem, nevlastními sourozenci,
- děti s osamělým rodičem a nízkým socioekonomickým statutem,
- dítě žijící ve velké rodině s mnoha dětmi a nízkým socioekonomickým statutem.

Celospoolečenská rizika

- děti imigrantů, děti uprchlíků hledajících azyl,
- děti etnických skupin či jiných minorit,
- děti žijící ve venkovských, málo civilizovaných oblastech,
- děti žijící v chudobě,
- děti ze sociálně vyloučených skupin či skupin s odlišným způsobem života (sekty apod.),
- děti nezaměstnaných rodičů.



1.4 KLINICKÝ OBRAZ sy. CAN (podrobně viz odborná literatura)

1.4.1 TÝRÁNÍ Fyzické týrání

Modřiny: nejčastější známka fyzického týrání. Rozsah i tvar modřiny mnohdy naznačuje předmět, kterým byla způsobena. Opakující se nálezy modřin na typických místech (predilekční místa: zadní strana těla – temeno hlavy, záda, hýždě, zadní strana stehen, dále předloktí) znamená vždy fyzické násilí. Důležité je správně popsat lokalizaci, velikost, tvar, barvu a četnost modřin (např. modřina stará do 2 dnů je s otokem a bolestivostí místa, modřina stará do 5 dnů je červená až modrá, modřina stará 5–7 dní je zelená, modřina 7–10 dní stará je žlutá, modřina stará 10 až 14 dní má hnědou barvu a z modřiny staré 2 až 4 týdny jsou vidět jen zbytky obrysů).

Popáleniny: podezřelý je mechanismus vzniku, který doprovodná osoba uvádí. Typický způsob popálení je od cigaretového oharku. Fyzicky týrané děti jsou páleny na místech, která se běžně při vyšetřování dětí neodhalují, např. na chodidlech. Při nálezu jedné podezřelé cirkulární popáleniny či jizvy je třeba hledat na těle další. Příznaky spálení jiným žhavým předmětem (např. plotna, žehlička) jsou typické na dlaních, chodidlech a zadečku.

Opáření vařící vodou je časté zvláště u kojenců a batolat.

Fraktury: 15–20 % týraných dětí utrpí frakturu. U dítěte mladšího 2 let je každá fraktura podezřelá z fyzického týrání, resp. ze zanedbávání péče. Je třeba pozorně zvažovat autenticitu mechanismu úrazu, správným vodítkem je i úroveň psychomotorického vývoje zraněného dítěte. Podezření na sy. CAN již musí vzbudit pozdní příchod zraněného k prvotnímu lékařskému ošetření (i za několik dní), opakující se úrazy a fraktury, mnohdy na různých částech těla a v různých fázích hojení. Charakteristickým úrazem fyzického týrání jsou zlomeniny žeber. Fraktury dlouhých kostí jsou u dětí většinou spirální a mohou vzniknout též kroucením, škrbnutím a silným úderem.

Poranění centrálního nervového systému: vzniká úderem nebo nárazem hlavy do tvrdého předmětu. U kojenců může dojít k poranění mozku hrubým a intenzivním zatřesením celého těla.

Poraněné oči a vyražené zuby: jsou neobvyklé úrazy dětí a je potřeba dohledat event. další symptomy sy. CAN. U kojenců bývá, po surovém krmení lžičkou, časté natržení uzdič-

ky horního rtu.

Poranění nitrobršních orgánů je většinou přidruženým nálezem fyzicky týraného dítěte. Mnohdy se jedná o natrženou slezinu, játra, roztržený žaludek, duodenum, hematom v břišní stěně, traumatickou pankreatitidu, event. pseudocystu pankreatu. Roztržení či utržení ledviny je též možné. Při podezření na sy. CAN je třeba vždy vyloučit **poranění genitálu**.

Psychické týrání a šikanování

Podstatou psychického týrání a šikanování je zesměšňování, nevhodné kritizování, ponižování a terorizování dítěte v soukromí i na veřejnosti nebo naopak nepřiměřené nároky na ně. Rodič ignoruje adekvátní potřeby dítěte a vědomě je terorizuje. V dítěti postupně narůstá pocit neštěstí, podceňování, neúspěšnosti a beznaděje. Navenek je dítě samotářské, bez kamarádů, mnohdy vystaveno šikanování spolužáků. Psychické týrání dítěte zahrnuje též zřeknutí se dítěte, resp. prosazování ústavní péče a výchovy. Typickým znakem psychického týrání je zamykání ve sklepech, na toaletě nebo ve chlévě se zvířaty. U dětí psychicky týraných se zhoršuje školní prospěch, objevují se nevysvětlitelné teploty, bolesti břicha, bolesti hlavy, pomočování i pokálení. Podobné příznaky jsou popisovány u dětí, o které rodiče nadměrně pečují. Nejčastější forma psychického mučení je tam, kde jsou spory o to, kým bude vychovááno, s kým bude žít, s kým se smí či nesmí stýkat. Tato situace je v mnoha rodinách v rozvodovém řízení.

Šikanování se obvykle definuje jako agrese, které se dopouští jedinec nebo skupina vůči jedinci nebo skupině víceméně bezbranným, ať už pro fyzickou nebo jinou slabost nebo nemožnost účinné obrany. Za charakteristické se považuje opakování agrese vůči těžce oběti.

1.4.2 SEXUÁLNÍ TÝRÁNÍ A ZNEUŽÍVÁNÍ

Klinická manifestace sexuálně zneužitého dítěte je specifická a nespecifická.

Specifickými symptomy jsou:

- pohlavně přenosné choroby, včetně HIV/AIDS,
- výtok z pochvy u malých dívek,
- ragády a poranění oblasti anální a genitální,
- hematomy na pohlaví,
- známky deflorace u nezletilých dívek,
- gravidita nezletilých dívek.

Nespecifické symptomy jsou:

- poruchy spánku,
- enkopréza nebo enuréza,
- bolesti břicha,
- nechutenství,
- zvracení,
- poruchy řeči,
- okusování nehtů nebo cucání palce,
- zhoršení prospěchu,
- fobie, tiky, hysterie,
- asociální chování,
- ztráta sebehodnocení,
- psychosomatické potíže,
- deprese,
- narkomanie,
- promiskuita nebo prostituce,
- útěky z domova.

1.4.3 ZANEDBÁVÁNÍ PÉČE

Zanedbávání péče je nejčastějším projevem sy. CAN. Může, ale nemusí současně probíhat s týráním dítěte, ohrožuje však dítě na životě a zdraví a způsobuje jeho opožďování ve vývoji.

Zanedbávání péče nejčastěji pozorují a posléze popisují sousedé v místě bydliště nebo učitelé dítěte.

U zanedbávaných dětí jsou charakteristické:

- depresivní nálada, plačtivost,
- opoždění vývoje (somatického i psychomotorického),
- nedostatečná výživa,
- vnějšková zanedbanost,
- absence náležité péče a dohledu,
- nepravidelný životní rytmus,
- nevhodné prostředí,
- vyšší úrazovost,
- absence registrace u PLDD,
- neúčast na preventivních prohlídkách a očkování u PLDD, zvl. po opakovaných vývážích,
- nerespektování doporučení zdravotníků.

1.5 DALŠÍ RIZIKA VEDOUcí K sy. CAN

1.5.1 KOMERČNÍ SEXUÁLNÍ ZNEUŽÍVÁNÍ DĚTÍ (KSZD)

KSZD je definováno jako použití dítěte pro sexuální účely výměnou za peníze nebo odměnu v naturálních nebo požitcích mezi dítětem a zákazníkem, dítětem a prostředníkem nebo dítětem a agentem nebo jinými osobami, které vydělávají na obchodu s dětmi pro tyto účely.

Jsou 3 formy KSZD:

- dětská prostituce,
- dětská pornografie,



- obchod s dětmi
 - pro sexuální průmysl,
 - pro jiné účely, které nemusí být vždy spojeny s KSZD (např. nezákonné postupy při předávání dítěte do náhradní rodinné péče, dětská práce, prodej orgánů, dětská vojáci atd.).

Oběti KSZD:

- traumatizované děti (v anamnéze sy. CAN, zvl. sexuální zneužívání),
- děti přinucené rodinou,
- děti přinucené nepřibuznou osobou,
- děti ulice,
- děti se závislostí,
- vrstevnický vliv,
- strategie zisku.

Charakteristika obětí KSZD:

- pocit emocionální opuštěnosti/osamocení,
- trauma/polyviktimize,
- oslabení pozice/vyšší zranitelnost,
- absence živých vzpomínek na láskyplnou péči a podporu rodičů/klíčové osoby,
- osobní zkušenosti s expozicí nabídky peněz za sex.

KSZD bývá spjato:

- se sociopatologickou situací rodiny, bez ohledu na vzdělání, postavení ve společnosti a ekonomické zázemí rodiny;
- s celospolečensky nebezpečnými jevy, např. drogy, gamblerství, alkoholismus, komerční způsob života jedince atd.;
- s agresivním nebo závislým jednáním jedince, např. vliv agresora, party, gangu.

1.5.2 NEDOVOLENÁ MANIPULACE S DĚTMI A sy. CAN

Manipulace s dítětem je situace, kdy je pro výsledek vlastního prospěchu zkreslována pravdivá skutečnost. Manipulátorem může být společnost, rodič, širší rodina, organizace, instituce, vrstevnický kolektiv apod., např.:

- popouzení proti druhému rodiči či prarodičům,
- zakazování kontaktu s některým s rodičů či prarodičem,
- navádění k chybnému chování s druhým člověkem,
- využívání některých informací k diskreditaci člověka před dítětem,
- nabídka obrazu dítěte pro komerční účely,
- nucení dítěte do nepřiměřených volnočasových aktivit,

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

rádi bychom vás informovali, že nově spuštěná **sekce pro odborníky** na webových stránkách **Peceodite.cz** obsahuje již **4 díly Dětské dermatologie**, které si můžete vytisknout nebo stáhnout k sobě na PC.

Jednotlivé díly **Dětské dermatologie** zpracovala přední dětská dermatoložka **MUDr. Stanislava Polášková** (recenzi provedla MUDr. Štěpánka Čapková). Do současné doby bylo zpracováno celkem 13 dílů, které jsou věnovány nejčastěji diskutovaným tématům v ordinaci dětského lékaře. Každý díl obsahuje i názornou fotografickou přílohu.

Všechna zpracovaná témata:

- 1. Principy dermatologické léčby dětských pacientů** (k dispozici v sekci pro odborníky)
- 2. Kožní onemocnění u novorozenců** (k dispozici v sekci pro odborníky)
- 3. Kožní infekce u dětí** (k dispozici v sekci pro odborníky)
- 4. Kožní infekce u dětí – pokračování** (k dispozici v sekci pro odborníky)
5. Papulosquamózní onemocnění
6. Atopická dermatitida
7. Polékové kožní reakce
8. Ekzémová onemocnění v dětství – pokračování
9. Kůže a slunce
10. Kožní cysty a noduly
11. Pigmentová onemocnění
12. Urticaria, angioedém, anafylaktický šok
13. Acne

Vstup do sekce naleznete v záhlaví stránek **www.peceodite.cz**. V případě, že budete mít zájem o další díly, můžete v sekci zadat svoji e-mailovou adresu a jakmile bude vložen další díl, obdržíte e-mailové připomenutí.

Věříme, že výše zmíněný materiál bude přínosem pro vaši pediatriickou praxi.

S pozdravem

MUDr. Hana Cabrnchová, předsedkyně OSPDL ČLS J.E.P.
MUDr. Pavel Neugebauer, předseda SPLDD ČR, o.s.



- pochybné využívání právních norem při uplatňování sociálně-právní ochrany dětí,
- úmyslné neposkytování informací důležitých pro rozvoj potřeb dítěte,
- morální obtěžování,
- nezákonné postupy při předávání dítěte do náhradní rodinné péče – viz 1.5.1, atd.

1.5.3 PRONÁSLEDOVÁNÍ

Jedná se o:

- opakované a pro oběť skličující pokusy o kontakt cestou dopisů, elektronické pošty, telefonátů, SMS, zasílání drobných předmětů apod.,
- demonstrování moci v podobě přímých nebo nepřímých výhrůzek, které u pronásledované osoby vzbuzují oprávněný strach a obavy,
- ničení věcí.

Pachatele motivuje k pronásledování či slídění:

- reakce na odmítnutí,
- hledání intimity a blízkosti za každou cenu,
- ventilování hostility a nezávislosti,
- pronásledování z nedostatku kompetencí řešit vzniklou situaci jinak,
- pronásledování jako důsledek predátorské (útočné) agresivity.

Pachatelé, kteří se dopouští pronásledování či slídění, trpí často vážnými duševními poruchami, i psychotického rázu a je namístě včasná spolupráce s psychiatry. V některých případech jsou nutné i formální právní kroky.

1.5.4 DOMÁCÍ NÁSILÍ (DN) A sy. CAN

Za domácí násilí lze považovat fyzické, psychické nebo sexuální násilí mezi intimními partnery, tj. manžely, druhy apod., ke kterému dochází ve společně obývaném bytě nebo domě, tedy v soukromí, mimo kontrolu veřejnosti, ke kterému dochází opakovaně, intenzita násilných incidentů se zpravidla stupňuje (viz metodické opatření „Postup lékařů při poskytování zdravotní péče osobám ohroženým domácím násilím“, Věstník MZ, částka 3, duben 2006).

Je třeba pamatovat na to, že DN ve vztahu k dětem má 3 formy:

- sy. CAN,
- děti v roli svědků násilí mezi partnery/rodiči,^{*)}
- agresivní chování dětí vůči členům rodiny.

**) Děti v roli svědků domácího násilí se považují za týrané, zneužívané a zanedbávané.*

1.6 DOPORUČENÝ POSTUP

PŘI PODEZŘENÍ NA sy. CAN

A) Důvody, které vedou lékaře k podezření na sy. CAN:

Před vyslovením podezření na sy. CAN je třeba, současně s převzetím dítěte do péče, aby lékař primární péče:

a) měl k dispozici předchozí zdravotnickou dokumentaci, zjišťoval a zapisoval do zdravotnické dokumentace aktuální sociální zázemí dítěte a jeho změny,

pojal podezření na dítě žijící v rizikovém prostředí, pokud rodič nebo zákonný zástupce (dále jen „rodič“) dítěte odmítl udat jméno a adresu posledního praktického lékaře pro děti a dorost;

b) pojal podezření na dítě žijící v rizikovém prostředí u rodičů, kteří často mění ošetřujícího lékaře nebo vyhledali opakovaně lékaře a uváděli nedůvěryhodnou anamnézu potíží dítěte;

c) rozeznal užívání nedoporučených postupů v léčbě dítěte;

d) rozeznal chybné způsoby péče o dítě včetně stravování dítěte;

e) provedl komplexní vyšetření dítěte při převzetí do péče, včetně výšky, hmotnosti, obvodu hlavy, BMI, vyšetření moče. Důležité je zaznamenat anomálie v chování a v navazování kontaktu s dítětem. Obzvláštní pozornost je potřeba věnovat popisu zhojených poranění, jizvám, tetováním, opruzeninám, úrovni hygieny včetně stavu oblečení;

f) řádně, čitelně a úplně provedl o vyšetření zápis do zdravotnické dokumentace.

Při podezření na sy. CAN je třeba, aby lékař:

a) zachoval profesionální jistotu v komunikaci s dítětem a jeho doprovodem;

b) zabránil konfrontačnímu pohovoru s doprovodem dítěte;

c) zaznamenal údaje získané od doprovodu dítěte (dle možností i od dítěte) ve vztahu k aktuálním potížím dítěte;

d) provedl cílené vyšetření zcela odhaleného dítěte, včetně výšky, hmotnosti, obvodu hlavy, BMI, vyšetření moče. Důležité je zaznamenat způsob chování dítěte a rodičů a případné obtíže v navazování kontaktu s nimi. Obzvláštní pozornost je potřeba věnovat popisu poranění, úrovni hygieny včetně stavu oblečení;

e) v případě podezření na sexuální zneužívání zvláště pozorně vyšetřil genitál a řitní otvor. Mnohdy jsou známky násilí patrné na prádle, které je potřeba zajistit (stopy krve, spermatu). Výtok z pochvy u malých děvčátek vždy

znamená podezření ze sexuálního zneužití;

f) jde-li o podezření na týrání a sexuální zneužití, odeslal dítě k diagnostickému pobytu na příslušné dětské oddělení;

g) písemně zaznamenal všechny údaje ze svého vyšetření do zdravotnické dokumentace (viz dále);

h) na základě subjektivních i objektivních údajů neprodleně telefonicky informoval o svém podezření Orgán sociálně-právní ochrany dětí (dále jen „OSPOD“). Dle reálné situace oznámí OSPOD svůj další postup a kam dítě odesílá. Záznam do zdravotnické dokumentace – viz písm. C;

i) v případě podezření na týrání dítěte nebo jeho pohlavní zneužívání neprodleně tuto skutečnost též oznámil státnímu zástupci nebo policejnímu orgánu (viz písm. D);

j) se vyvaroval zbytečné viktimizace dítěte opakovaným vyšetřováním.

B) Další postup lékaře (alternativy) při podezření na sy. CAN:

Další postup lékaře vyplývá ze zdravotního stavu dítěte a reálné situace:

- vyšetří a ošetří dítě,
- poučí doprovod,
- pozve ke kontrolnímu vyšetření (popř. zařadí do dispenzarizace),
- popř. zajistí hospitalizaci (dle situace a zdravotního stavu dítěte, vždy u dítěte, které vyhledalo lékařskou péči samo, u dítěte v doprovodu cizí osoby, která vyslovila podezření na sy. CAN). V případě, že rodiče nedali souhlas s hospitalizací, je postupováno v souladu s § 23 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů,
- v případě doprovodu cizí osoby, která vyslovila podezření na sy. CAN, lékař zaznamená do zdravotnické dokumentace kontakt na tuto osobu (jméno, bydliště, telefon).

C) Zdravotnická dokumentace dítěte:

Záznam do zdravotnické dokumentace dítěte je veden v souladu s vyhl. č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, a to zejména:

1. datum a čas prvotního podezření na sy. CAN,
2. záznam vlastního šetření:
 - 2.1 subjektivní popis potíží vyslovený dítětem nebo doprovodem,
 - 2.2 komplexní vyšetření dítěte s detailním popisem nálezů,
3. způsob, datum ohlášení ajméno pracovníka OSPOD, kterému lékař podezření na sy. CAN vždy nahlásí.



Výpis ze zdravotnické dokumentace s popisem nálezu předá lékař na výzvu OSPOD, a to v souladu s § 53 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů. Pokud je výzva k zaslání výpisu ze zdravotnické dokumentace dítěte učiněna telefonicky, lékař udělá záznam o této telefonické výzvě do zdravotnické dokumentace a v případě e-mailové výzvy tuto výzvu vytiskne a založí do zdravotnické dokumentace dítěte. Zpoplatnění výpisu ze zdravotnické dokumentace dítěte se děje v souladu s § 15 odst. 10 zákona č. 47/1998 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, to znamená, že úhradu platí orgán, který si výpis vyžádal.

V souladu s ust. § 67 bb odst. 3 zákona 20/1966 Sb., v platném znění, lze konstatovat, že pokud jsou ve zdravotnické dokumentaci o nezletilém pacientovi zaznamenány takové údaje o jeho zákonném zástupci, které zdravotnickému pracovníkovi nezletilý pacient sdělil, z nichž lze zároveň vyvodit podezření na zneužívání nebo týrání nezletilého pacienta, může zdravotnický pracovník omezit zpřístupnění zdravotnické dokumentace zákonným zástupcům. Stejný postup lze aplikovat v případě, že o to nezletilý pacient sám požádá.

D) Oznamovací povinnost lékaře:

Podezření na sy. CAN podléhá oznamovací povinnosti, a to v souladu s § 10 a § 53 zákona č. 359/1999 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Oznamovací povinnost je taktéž stanovena v ust. § 168 trestního zákona.

Nesplnění této oznamovací povinnosti je možno sankcionovat jako přestupek či jiný správní delikt podle zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí. Pokud negativní jednání vůči dítěti dosahuje intenzity trestného činu, je třeba upozornit na zákonnou oznamovací povinnost vyplývající z § 168 trestního zákona č. 140/1961 Sb., neboť každý, kdo se hodnověrným způsobem dozví, že jiný spáchal trestný čin týrání svěřené osoby, a takový čin neoznámí bez odkladu státnímu zástupci nebo policejnímu orgánu, dopustí se tím trestného činu neoznámení trestného činu. Rovněž každý má povinnost překaziti spáchání trestného činu týrání svěřené osoby. Pokud páchaní nebo dokončení takového trestného činu nepřekazí, dopustí se tak trestného činu, kterým je nepřekazeni trestného činu (§ 167 trestního zákona). Příkladem překazeni trestného činu je včasné oznámení státnímu zástupci nebo policejnímu orgánu.

Jedná se o významné prolomení povinné mlčenlivosti zdravotníků ve vztahu k týraným a pohlavně zneužívaným dětem, neboť

v těchto případech se povinnosti zachovávat mlčenlivost podle zvláštního právního předpisu nelze dovolávat.

Čl. 2

■ TERAPIE

Komplexní terapeutická práce je souhrnem příslušných opatření – od jednorázové krizové intervence (spojené s diagnostikou) přes krátkodobou individuální, skupinovou či rodinnou terapii až k dlouhodobé formě psychoterapie, kdy je potřeba několikaměsíční péče. Důležitou složkou terapie je i forma socioterapie, kterou rozumíme terénní práci v podobě kontaktu s rodinou v jejím přirozeném prostředí. V praxi lékaře primární péče se terapie řídí dle doporučení odborných ambulancí a sociálním statutem dítěte, které se nachází v biologické rodině nebo v náhradní rodinné péči nebo v ústavní péči.

Čl. 3

■ DISPENZÁRNÍ PÉČE

Duševní poruchy v dětském věku – děti v těžkých sociokulturních podmínkách (děti týrané, sexuální zneužívané)

Frekvence dispenzárních prohlídek:

4–6× za rok.

Specializace dispenzarizujícího lékaře:

praktický lékař pro děti a dorost, pedopsychiatr, psycholog.

Čl. 4

■ PREVENCE sy. CAN V PRAXI LÉKAŘŮ PRIMÁRNÍ PÉČE

1. Primární prevence sy. CAN vyžaduje: informování veřejnosti o syndromu, spolupráci s obecním úřadem a spolupráci s důvěryhodnými nestátními organizacemi. Primární prevence sy. CAN znamená vědomé a cílené zaměření na zaregistrované děti z rizikových rodin (viz čl. 1 bod 1.3 Charakteristická rizika vedoucí k sy. CAN a bod 1.5 Další rizika vedoucí k sy. CAN).

2. Sekundární prevence je závislá na včasné diagnostice sy. CAN a spolupráci mezi pediatry, pedagogy, psychology a sociálními pracovníky.

3. Terciární prevence zahrnuje resocializaci dítěte se sy. CAN a jeho rodiny (biologické či náhradní) pomocí mezioborového týmu odborníků.

Zrušuje se metodické opatření „Postup lékařů primární péče při podezření ze syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (sy. CAN)“ zveřejněné ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví v částce 10 z října roku 2005.

Poznámka redakce:

Bude uveřejněno v nejbližším Věstníku MZ.

O Z N Á M E N Í

Léky používané u dětí „off the label“

Státní ústav pro kontrolu léčiv je, stejně jako podobné instituce v jiných členských státech Evropské unie, pověřen sběrem dat na všechna existující použití léčivých přípravků u pediatrické populace v České republice a jejich předložením Evropské lékové agentuře (EMA) a Pediatrickému výboru (PDCO). EMA si klade za cíl identifikovat potřeby v pediatrii a sestavit seznam těchto potřeb, protože více než 80 % léčivých přípravků v pediatrii je užíváno tzv. off-label, tedy mimo rámeček SPC. Právním základem tohoto požadavku je článek 42 Pediatrického nařízení (ES) č. 1901/2006, které vešlo v platnost 1. ledna 2007.

SÚKL tímto způsobem žádá/prosí všechna lůžková pediatrická pracoviště, ambulantní pediatry a i PLDD, aby laskavě poskytli odpovídající údaje o off-label užívání léčivých přípravků, avšak pro léčbu dětských pacientů nezbytných. Dále prosíme o spolupráci specializovaná pracoviště (např. neonatologie, onkologie a další), kde se off-label medikamenty běžně používají.

Toto je jediný způsob, jak požadovaná data získat. Jejich sběr se má tedy týkat léčivých přípravků, které pediatři používají u dětí přesto, že v příbalových letáčcích či jiných informacích firem je uvedeno, že pro děti není přípravek vhodný. Měly by se uvést i případy, kdy je lék prodáván v jiných indikacích, než je doporučeno, nebo v jiných dávkovacích schématech. Prosíme pak jednotlivé subjekty o vyplnění **tabulky elektronicky (tabulka bude vyvěšena na www.cpsjep.cz)** a její odeslání na e-mailovou adresu: paed.use@sukl.cz nejpozději do 30.9. 2008. V případě dotazů se obraťte na MUDr. Andreu Viktorinovou ze SÚKL (andrea.viktorinova@sukl.cz).



Jak porozumět dětem s Prader-Willi syndromem a jak k nim přistupovat

PhDr. Marie Nesrstová, MUDr. Zlatko Marinov, MUDr. Petr Tláškal, CSc.

Dětská poliklinika, FN Praha Motol a 2. LF UK, Praha

DiS. Božena Tomášková

Oddělení léčebné výživy, FN Praha Motol a 2. LF UK, Praha

Souhrn

V roce 1956 popsali švýcarští endokrinologové Praderová, Labhart a Willi skupinu dětí, které měly shodné tělesné znaky – malý vzrůst, snížený svalový tonus, nadváhu, opožděný pohlavní vývoj a lehce snížené mentální schopnosti. Soubor popsanych příznaků byl nazván Prader-Willi syndrom (PWS).

Uvedený syndrom je geneticky zakódován (se změnou na 15. chromozomu) a vyskytuje se u dívek i chlapců asi v poměru 1 dítě na 10–16 000 živě narozených. V současné době se dá syndrom dobře diagnostikovat na základě kombinace typických projevů a genetického vyšetření.

Děti s PWS mohou mít nižší porodní hmotnost i délku, než odpovídá délce těhotenství. Nápadné je u nich nižší svalové napětí a lehce opožděný motorický vývoj. Děti v raném věku neprojevují zájem o jídlo – sání, proto se někdy krmí žaludeční sondou. Koncem prvního roku se svalová hypotonie upravuje, okolo 2. roku se již děti většinou samy pohybují, chodí. Vývoj řeči bývá lehce opožděný, je patrná dyslalie a někdy (okolo 4. roku) je třeba péče logopeda.

■ Příjem potravy, pohyb, chování

Z hlediska příjmu potravy: po prvním roce ustupují problémy s krmením a dítě začíná vyrovnávat svou hmotnost. Je zde nebezpečí, že rodiče začnou dítě překrmovat, protože konečně začalo jíst. Děti mívají velkou chuť k jídlu a je u nich nutné dodržovat omezený příjem stravy, jinak rychle přibývají na hmotnosti. Nadváha je patrná u dětí, které mají pomalejší tempo růstu. Je proto třeba pokračovat v pravidelné pohybové aktivitě. Dětem je pohyb blízký, a pokud si na něj zvyknou, stane se jejich každodenní potřebou a tím budeme předcházet obezitě. Děti se při aktivní činnosti naučí odvádět svou pozornost od potřeby stále něco jíst.

Někdy může pomoci zařazení dítěte mezi vrstevníky do mateřské školy, kde se provádí stále nějaká činnost – staví z kostek, pracují s modelínou, kreslí, skládají puzzle. Tím se

snažíme zamezit u dětí sebepoškozování ve formě škrábání, štipání. Děti k tomu vede snížená citlivost vůči bolesti.

Z hlediska chování jsou tyto děti většinou milé, přátelské a velmi vstřícné. Postupně se u nich objevují změny nálad, jako výrazný negativismus, záchvaty vzteku a problémy s přizpůsobením se jakémkoliv změně.

■ Období školního věku

Nástup do školy je velkou změnou pro každé dítě. Nastávají povinnosti, dítě se musí podřídit ostatním, udržet koncentraci na zadaný úkol, jíst až o přestávce, a ne, když dostane chuť na svačinu. Školní výkon dětí s PWS je často nerovnoměrný. Jejich intelektové schopnosti jsou též většinou nerovnoměrně rozloženy, kdy verbální složka bývá lepší, a to v pásmu podprůměru, alespoň u našich několika pacientů, kdežto neverbální – názorová bývá v pásmu hlubokého podprůměru až lehké mentální retardace. Děti mají horší krátkodobou paměť, což vede ke slabším výkonům v matematice. Jejich slovní zásoba je často průměrná, ale nedokážou ji v praxi uplatnit. Při pobytu ve škole se mohou opět projevit výkyvy v chování. Pokud se dítěti ihned nevyhoví – třeba chce něco sdělit, ukázat, může následovat projev hněvu až agresivity. Jsou tedy emočně labilní. Je proto žádoucí, aby děti byly v péči školního psychologa, který do dané školy dochází a může pomoci řešit situace jak s pedagogy, tak i rodiči, případně pracovat s dětmi ve třídě, a tak pomoci řešit vzniklé konflikty mezi dětmi.

Někdy děti tempu a nárokům ve třídě nestačí, proto ročník opakují nebo navštěvují speciální školy, kde je výuka pozvolnější. Tyto děti vyžadují velkou trpělivost a chápající

přístup jak od pedagogů, tak i rodinných příslušníků.

Ve škole může též nastat problém s velkou chutí k jídlu, kdy nutkání – posedlost jídlem je tak velká, že dochází ke zcizování jídla ostatním dětem. Někteří jedinci dokonce probírají odpadkové koše, zda tam někdo neodložil kus svačiny. Ve školní jídelně dojírají po dětech s malou chutí k jídlu. Některé děti jsou schopny odcizit jídlo v obchodě. Jedna naše pacientka paní učitelce brala v kabinetě jídlo z tašky. Dítě za toto chování nemůže. Je třeba v době svačiny a oběda mít dítě pod kontrolou. Domluvit se s paní kuchařkou v jídelně na přiměřené porci jídla. S dětmi ve třídě by měla paní učitelka pohovořit, že nemohou dívce nebo chlapci dávat své jídlo, sladkosti, protože by mu to škodilo.

Je velmi žádoucí podporovat pohybovou aktivitu u dětí, zejména pravidelné denní cvičení – chůze do schodů, míčové hry, plavání, jízdu na kole, o víkendy výlety do přírody. Rodičům je třeba vysvětlit, že při každém pohybu je vydávána energie a dochází ke spalování a též omezení nárůstu tukových zásob. Je-li dítě již silně obézní, je třeba se o zátěži poradit s dětským endokrinologem a ortopedem. Při každém úspěchu, kdy se dítě snaží více pohybovat nebo sníží svou hmotnost, je nutné ho pozitivně posilovat – chválit. U dětí je třeba sledovat jejich růst, a pokud se tempo začne opožďovat, po vyšetření dětským endokrinologem bývá zahájena léčba růstovým hormonem. Tato doba není u všech dětí stejná. Růstový hormon se podává proto, že si jej organismus nedokáže sám v dostatečné míře vytvořit. Při léčbě růstovým hormonem se sleduje hladina krevního cukru, protože děti pro svou nadváhu mají zvýšený sklon k rozvoji diabetu 2. typu.



■ Období puberty, adolescence a dospělosti

Období puberty a adolescence je náročné pro všechny dospívající jedince. Adolescenti začínají být zvýšeně citliví vůči sobě, emočně nevyrovnaní. Jedinci s PWS mají výrazný nedostatek sebedůvěry, který pramení z pocitu odlišnosti od vrstevníků. To vede k jejich uzavírání se do sebe, což ještě zhoršuje jejich komunikaci s okolím.

Zdravé dívky a chlapci se začínají běžně osamostatňovat, hledají si své místo mezi vrstevníky a též se začínají zajímat o jedince opačného pohlaví. U dospívajících s PWS tomu tak nebývá. Jedinci s PWS vypadají mladší, většinou jsou menší postavy a nerozvíjí se u nich tak významně sekundární pohlavní znaky. Dospělí k nim často přistupují jako k mladším jedincům. Někteří dospívající s PWS mají proto ordinovány pohlavní hormony. Hormony mohou zpočátku navodit velké emoční rozlady, nervozitu až afektivní chování. Stav trvá různě dlouho a postupně se upravuje. Rodinní příslušníci, ale i pedagogové by tyto projevy měli akceptovat.

I v tomto období je třeba mít na zřeteli otázku příjmu potravy. Náročné období dospívání může u jedinců s PWS opět vést k nadměrnému příjmu jídla, včetně odcizování peněz jako zdroje k obstarání různých pochutin. Jedna z našich pacientek peníze utrácela za gumové medvídky a tatranky. Pokud má již jedinec zafixované každodenní cvičení, je třeba v tom nadále pokračovat a pozitivně dospívajícího posilovat.

Cílem výchovných postupů by mělo být pokračování v náviku praktických dovedností spojených s běžným životem (dobrá sebeobsluha, doprava veřejnými prostředky, komunikace v obchodě i okolí, obsluha jednoduchých domácích přístrojů – varná konvice apod.). Též je nutné posilovat sebeovládání.

Ukončením základní nebo speciální školy nastává rozhodování o dalším uplatnění jedince. Vzhledem k jejich mentálním schopnostem většinou půjde o jednoduché učební obory. Je třeba si uvědomit, že by se neměly doporučovat učební obory, kde by jedinec přicházel do styku s jídlem, např. kuchař, cukrářka, prodavačka v lahůdkách apod.

Dívky a chlapci v adolescenci většinou nezačínají sexuální život. Jejich vztahy jsou kamarádké nebo spíše romantické a až v dospělosti někteří začínají žít sexuálně. Většina žen a mužů v dospělosti nemá snahu uzavřít manželství a založit si vlastní rodinu.

Jedinci s PWS se velmi pozdě osamostatňují, jsou silně fixováni na svou rodinu a mnozí se nikdy nedokážou od rodiny plně odpoutat.

Jak se v praxi s jedincem, který má dg. PWS a výraznou obezitu, pracuje, bychom chtěli ukázat na kazuistice 16letého chlapce, který doposud nebyl v péči žádné odborné ambulance.

■ Kazuistika

Z anamnézy: chlapec ruské národnosti. Je ze 2. gravidity, porod v termínu, hlavičkou, nekříšen, porodní hmotnost 3200 g, délka 52 cm. Po porodu špatně sál, proto byl krmen nasogastrickou sondou. Asi v 6 měsících byl u chlapce diagnostikován PWS. Měl opožděný psychomotorický vývoj. Hlavičku držel v 7 měsících, seděl okolo 1 roku, chodit začal před 2. rokem věku. Mezi 6. a 8. rokem byl chlapec 3× hospitalizován na dětském oddělení v Samaře, kde bylo ještě diagnostikováno astma bronchiale a alergie na trávy. Když bylo chlapci 9 let, rodina se přestěhovala do ČR. V této době byl již obézní, s hmotností 75 kg na 148 cm výšky. Podle matky jezdil ještě na kole, asi 1× týdně cvičil a hrál míčové hry. Postupně začal vyhledávat jen sedavou činnost, měl stále velkou chuť na jídlo, méně však přijímal tekutin.

Z rodiny: otec – váží 80 kg, měří 180 cm, matka má hmotnost 63 kg, měří 156 cm. Starší sestra váží 55 kg, měří 158 cm. S výchovou pomáhá babička (matka matky), která je vůči chlapci často nedůsledná, zejména stran jídla.

Hospitalizace: ve věku 15 let chlapec prodělal chřipkové onemocnění. Podle matky během šesti týdnů přibral na váze o 15 kg, a to na 162 kg, při výšce 154 cm. Pro akutní kardiopulmonální insuficienci byl hospitalizován ve spádové nemocnici a pro prohlubující se dekompenzaci byl přeložen na ARK FN Motol. Po ukončení umělé plicní ventilace a celkové stabilizaci stavu měl chlapec zaveden redukční dietní režim, který byl upravován podle stravovacích návyků pacienta. Přílohy byly postupně nahrazovány zeleninou. Matka byla po celou dobu instruována o redukční dietě. Hmotnost klesla na 157 kg, ale matka o víkendy vždy porušovala domluvený režim. Chlapec byl propuštěn z nemocnice, ale během krátké doby byl ještě 3× hospitalizován na ARK FN Motol s rozvojem kardiopulmonální insuficience a potřebou umělé plicní ventilace. K léčbě byla přidána

antidepresiva. Z dětské kliniky byl propuštěn v polovině září 2006 s hmotností 129 kg. Vzhledem k tomu, že chlapec nebyl pojištěn u žádné zdravotní pojišťovny, byla finanční částka za léčbu vyčíslena přes milion korun.

Ambulantní sledování: do ambulantní péče obezitologické ambulance Dětské polikliniky v Praze-Motole byl převeden na trvalé podpurné kyslíkové léčbě oxygenátorem.

Z výsledků psychologického vstupního vyšetření vyplynulo, že chlapec je žákem 7. třídy speciální (zvláštní) školy, prospěch má podprůměrný a měl individuální školní výuku. Ze zdravotních důvodů třídu opakoval.

Chlapec má problém v dvoujazyčném prostředí, doma se hovoří jen rusky. Proto i terapie občas probíhala dvoujazyčně. V řeči jsou patrné agramatismy. Ve škole vnímal od dětí často výsměch, jednak kvůli obezitě a též kvůli nepřesným českým výrazům. Problémem jsou počty, a to základní sčítání i odčítání. Kresba je jednoduchá, spíše vybarvuje předložený obrázek. Rád sleduje televizi, neumí určit, jak denně dlouho. Má psa a kočku. Pokud je nejistý, škrábe se na celém těle. Jinak je hravý, infantilní, zajímají ho hračky pro mnohem mladší věk než jeho 16 roků. Zabývá se hrou na playstationu, málo čte, údajně pro horší visus. Z hlediska stravovacího režimu, jídla vaří babička, a to boršč, pirožky, rád pije džus a colu.

Zpočátku chlapce ambulantně sledujeme ve 14denních intervalech. Prováděna intenzivní psychoterapie. Již dříve měla matka tendenci vše přislíbit, ale často dojednané nedodržovala. V pracovní terapii kreslíme, skládáme z papíru a povídáme si o tom, co se událo v rodině od posledního setkání. Během měsíce chlapec snížil hmotnost o 3 kg. Zlepšil se jídelní režim, matka začala dodržovat doporučení, chlapec jí více zeleniny a ryb. Cvičí denně 15 minut s činkami, ujde na trenažéru asi 2 km. Matce doporučeno, aby nekupovala nevhodné potraviny a pochutiny pro chlapce, které často na matce vyžaduje. Nedůsledná byla nyní spíše babička. Chlapec však stále vyžaduje kyslíkovou terapii.

V dalším měsíci se zlepšuje dýchání, chlapec pravidelně provádí dechová cvičení, sleduje TV již bez kyslíku, nafukuje balonky. Chodí dopoledne i odpoledne na trenažéru. Již nejí žádné sladkosti, jen 1× týdně na „hříšný den“, kdy má pochutinu povolenou, si většinou sní malou čokoládu. Matka vede záznamy jídla, vždy jsou vyhodnoceny nutrič-



„Kalkulačka“ navrhuje léčbu pro nedonošené děti

Američtí vědci nabízejí pomůcku, která může lékařům i rodičům usnadnit jedno z nejuživějších rozhodnutí: kolik lékařské péče věnovat malíčným, krajně nedonošeným dětem? Tedy dětem narozeným na hranici životaschopnosti, s váhou pod kilogram.

Metoda využívá on-line kalkulačku, který pracuje s faktory jako porodní váha a pohlaví a vytvoří statistiku šancí dítěte na přežití i pravděpodobnosti zdravotního postižení. Nejde o individuální předpovědi, jen o odhad rizika založený na údajích shromážděných u obdobných dětí v rámci velké studie, kterou minulý týden zveřejnil časopis *The New England Journal of Medicine*.

Lépe se daří dívkám

Větší šanci přežít a uniknout vážným postižením mají novorozenci s vyšší váhou. Výhodu přináší i jednočetné těhotenství. Lépe se daří dětem, jejichž matka dostávala před porodem steroidy. Ty pomáhají plicím novorozence dovyvinout se. Dívky prospívají lépe než stejně staří chlapečkové, což je faktor, který je lékařům známý už dlouhou dobu, aniž by byli schopní ho vysvětlit. Kterýkoli z těchto vlivů je zhruba stejně dobrý jako jeden týden věku, uvádějí vědci.

Přes veškerou péči mnohé děti umírají, často po týdnech bolestivých invazivních procedur. Ty, které přežijí, mnohdy trpí poškozením mozku, problémy chování, poruchami zraku či sluchu a dalšími poškozeními. To vše je při porodu prakticky nemožné předpovědět. Lékaři i rodiče bojují s rozhodnutím, kdy se agresivní léčba zdá být rozumná a kdy se smrt nebo vážné poškození zdají být natolik pravděpodobné, že je vůči dítěti laskavější vyhnout se bolestivým procedurám.

Zadání konkrétních dat do kalkulačky ukáže, jak rozdílné šance na přežití mají dvě děti donošené do stejného týdne. Stáří je přitom dnes bráno za hlavní kritérium pro zahájení léčby. Například chlapeček narozený ve 24. týdnu jako dvojče vážící méně než kilogram, jehož matka nedostávala steroidy, má šanci na přežití 69 procent a padesátiprocentní riziko vážného postižení. Holčička dvojče, donošená do stejného týdne a stejné váhy má šanci přežít 86 procent a riziko vážného postižení 23 procent.

Převzato z LN 22. dubna 2008

ní terapeutkou a s matkou prohodeno a též doporučeno, co ještě změnit.

V celkovém přístupu se snažíme jak chlapec, tak matku hodnotit pozitivně, je to motivace k další spolupráci. Hmotnost chlapce se opět snižuje na 120,8 kg. Další měsíc má chlapec hmotnost 118 kg. Denně cvičí sestavu cviků, např. kliky s opřením o stěnu místnosti, zvedání pánve v leže na zádech s pravidelným dýcháním, zanožování nohy při poloze na břicho apod. Matka poučena o režimových opatřeních. Chlapec je stále na kyslíkové podpoře, po vysazení kyslíku uvádí bolest hlavy a kyslík stále vyžaduje. Je to již více psychogenní záležitost.

V lednu 2007, tzn. 4 měsíce po hospitalizaci, uskutečňujeme kontrolní psychologické vyšetření, zaměřené též na rozložení intelektových schopností. Z vyšetření vyplynulo, že jeho mentální schopnosti jsou v horní části pásma lehké mentální retardace, s lepším výkonem ve složce verbální. Byla uskutečněna dohoda se školou na individuální domácí výuce s tím, že pedagog dochází 1–2× týdně na výuku za chlapcem domů. Rodina dobře spolupracuje. Chlapec snížil hmotnost na 112 kg při 157 cm výšky. Pravidelně cvičí, na trenažéru ujde denně 3–4 km. V dalším období se daří chlapce vysadit z kyslíkové terapie a při stabilizaci zdravotního stavu se termíny kontrol na našem pracovišti dále prodlužují, kdy postupně upadá zájem rodiny na dalším sledování.

Na naše vyzvání se matka se synem dostavila na kontrolní vyšetření v únoru 2008. Chlapec opět zvýšil hmotnost na 125 kg. Je žákem 8. třídy speciální školy, prospěch 3 a 4. Dle matky má opět větší chuť k jídlu. V čekárně před ordinací matka opět chlapce lžící krmí.

K jídlu měl sice rybu a zeleninu, ale porce byla velká, nesplňovala doporučené množství. S matkou i chlapcem opět jídelní režim prohoděn. Chlapec omezil i pohybovou aktivitu, velkou část dne sleduje televizi.

Závěr

V našem sdělení jsme vás seznámili se syndromem Prader-Willi, který je geneticky podmíněn. Ročně bývá nově diagnostikováno 3–9 dětí. Hned po narození je zahájena všestranná terapeutická léčba. Pokud rodina vede dítě k správnému jídelnímu režimu, tzn. doporučeným dietním opatřením, vývoj u dítěte probíhá dobře a pomocí růstového hormonu se zlepšuje i začlenění těchto jedinců do společnosti.

Děti a dospívající se syndromem Prader-Willi jsou většinou milí a kamarádští. Proto se snažíme pomoci nejen dětem, ale i rodičům překonat některá úskalí v době vývoje jejich dětí. Je třeba mít na paměti, že zde nepomůže lítost a nedůslednost, ale systematická pomoc. Důležitá je pohybová aktivita a posilování jejich osobnosti. Právě odlišné projevy v jejich chování někdy pramení z pocitu nízkého sebevědomí nebo pro odlišnost tělesného vzhledu.

Je třeba akceptovat dítě takové, jaké je. Rodina se musí postupně vyrovnávat s myšlenkou, že mají trochu odlišné dítě. Rodiče by měli pravidelně navštěvovat nejen dětského lékaře, ale i lékaře jiných specializací, jako neurologa, endokrinologa, ortopeda, kožního lékaře, dětského psychologa, fyzioterapeuta, antropologa, případně pedopsychiatra, kteří poradí, jak přistupovat k dítěti v jednotlivých fázích vývoje.

O Z N Á M E N Í

Srdečně Vás zveme na

X. HRADECKÉ PEDIATRICKÉ DNY, které se konají 21. 11.–22. 11. 2008 v Kongresovém centru Aldis v Hradci Králové

Veškeré informace a přihlášky najdete na:

www.nucleus.cz/aktuální_akce/X_Hradecké_pediatriké_dny.

Na setkání se těší předseda organizačního výboru
prof. MUDr. Milan Bayer, CSc., přednosta Dětské kliniky FN HK,
a vrchní sestra Bc. Jitka Nováková s kolektivem.

Organizátor kongresu:

RNDr. F. Skopec, CSc. – NUCLEUS HK, Divišova 882, 500 03 Hradec Králové

Kontaktní osoba: Jana Vítková

Tel./fax: 495 212 841, mobil: 603 923 196, e-mail: vitkova@nucleus.cz

Informovanost o nepovinných očkováních a zájem o ně u veřejnosti roste

Zdroj: STEM/MARK, Prevenir 01/2008 na zadání společnosti Wyeth Whitehall

Souhrn

Světoví odborníci na zdravotnictví upozorňují na nepodceňování lékařských vyšetření a kladou důraz na nezbytnost plošného očkování. To patří k nejdůležitějším a zároveň nejefektivnějším programům, které mohou zajistit prevenci imunitního systému před infekčními onemocněními jak u jednotlivce, tak i celé společnosti. I proto je velmi důležité, aby se očkovací programy dále rozvíjely. Spolu s tím je však nutné, aby o smyslu a výhodách prevence byla pravidelně informována především široká veřejnost. A právě v této oblasti se otevírá široké pole působnosti především pro praktické, ale i odborné lékaře.

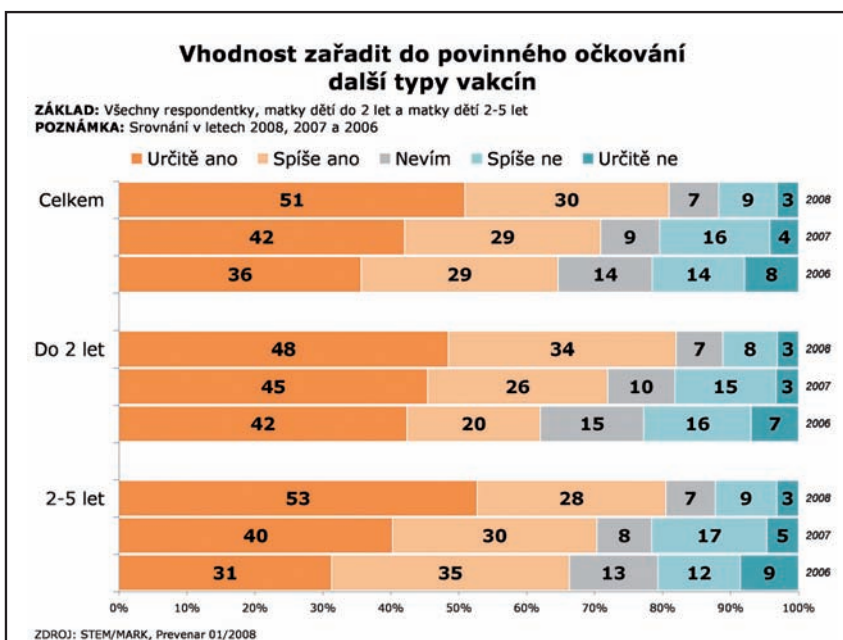
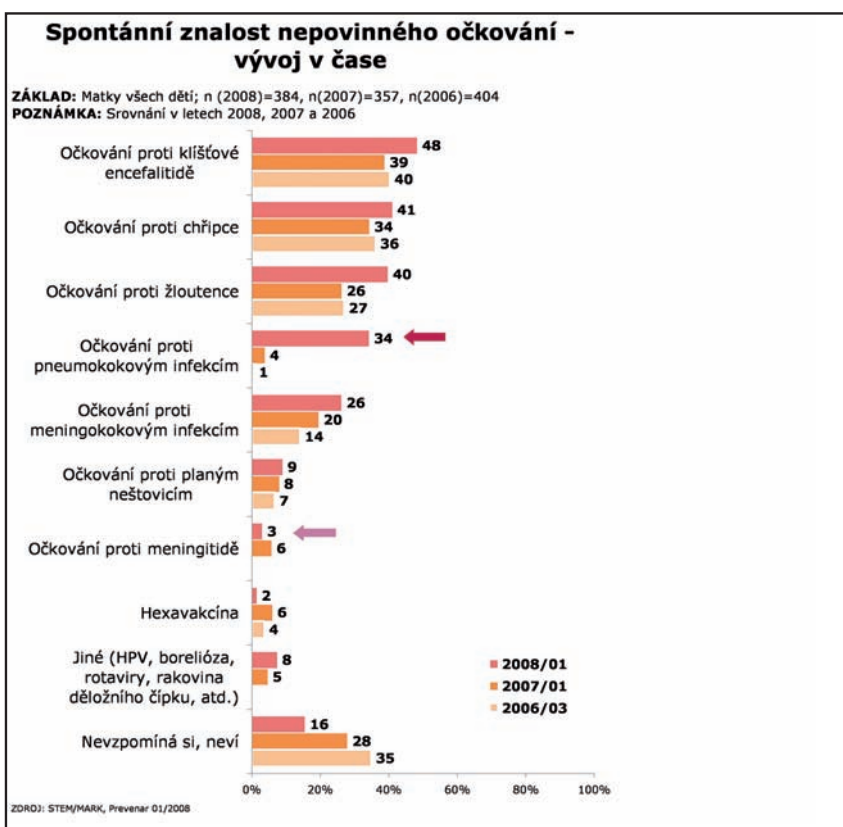
Jak ukazují výsledky nejnovějšího průzkumu agentury STEM/MARK, jehož třetí vlna se uskutečnila na začátku letošního roku na vzorku 384 rodičů dětí do pěti let věku, široká veřejnost je přesvědčena o společenském přínosu očkování. Čtyři pětiny dotázaných rodičů vnímají očkování jako zásadní prevenci proti šíření infekcí v populaci. A více než 80 % z nich se vyslovilo pro zavedení nových vakcín do stávajícího očkovacího plánu v České republice.

Průzkum rovněž odhalil důležitý fakt. Od roku 2006 se o téměř 20 % zvýšila spontánní znalost nepovinného očkování. Alespoň jeden typ nepovinného očkování zmínilo 84 % matek, které mají děti do pěti let věku. Respondentky nejčastěji zmiňovaly očkování proti klíšťové encefalitidě, chřipce, žloutence a pneumokokovým onemocněním.

S rostoucí uvědomělostí o důležitosti očkování se veřejnost také více zajímá o nepovinnou prevenci. Za poslední tři roky nechalo alespoň jednou vakcínou mimo povinný rámec očkovat své děti průměrně 25 % dotázaných. Zájem o nepovinná očkování se podle průzkumu zvedá především s rostoucím věkem dítěte, matky a také s příjmem domácnosti. Z již tradičně pro maminky nejzajímavějších očkování, jako jsou ta proti klíšťové encefalitidě, chřipce, žloutence typu A, meningokokovým či pneumokokovým infekcím, vzrostl nejvíce zájem u pneumokoků, a to o 16 % oproti roku 2007.

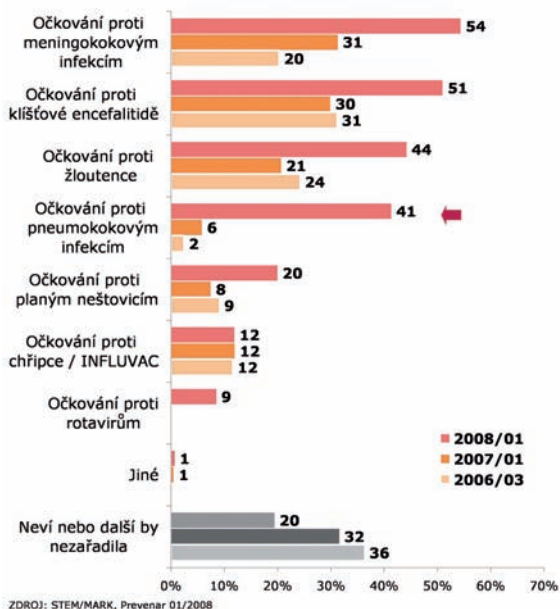
■ Rodiče si přejí doplnit očkovací program

Většina oslovených rodičů vnímá současný očkovací program jako nedostatečný a vyjádřila se pro jeho další rozšíření. Plošné očkování by o další z nepovinných vakcín doplnilo 81 % respondentů. Více než polovina z nich by velmi uvítala zařazení očkování proti meningokokovému onemocnění a klíšťové encefalitidě. Nejvíce však přibýlo názorů na zavedení ochrany dětí proti pneumokokovým infekcím, které doporučuje o 36 % matek více než v loňském roce. Ve všechny tyto vakcíny mají oslovené maminky velkou důvěru a vnímají je jako účinné.



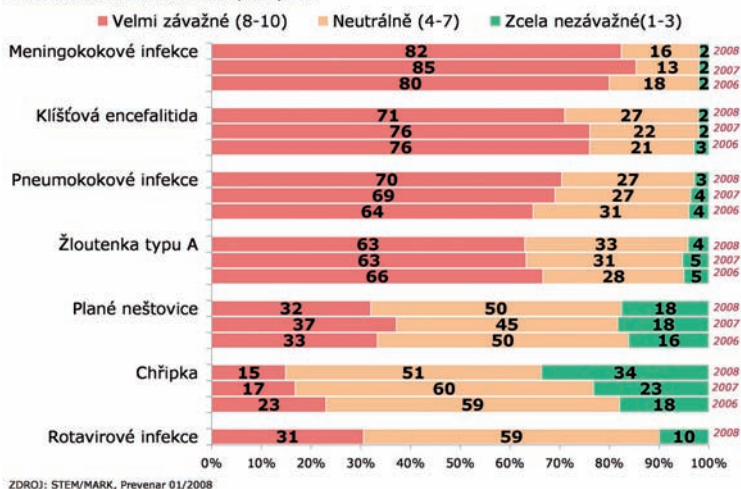
Vakcíny, které by respondentky zařadily do povinného očkování

ZÁKLAD: Matky všech dětí; n(2008)=384, n(2007)=357, n(2006)=404
POZNÁMKA: Srovnání v letech 2008, 2007 a 2006



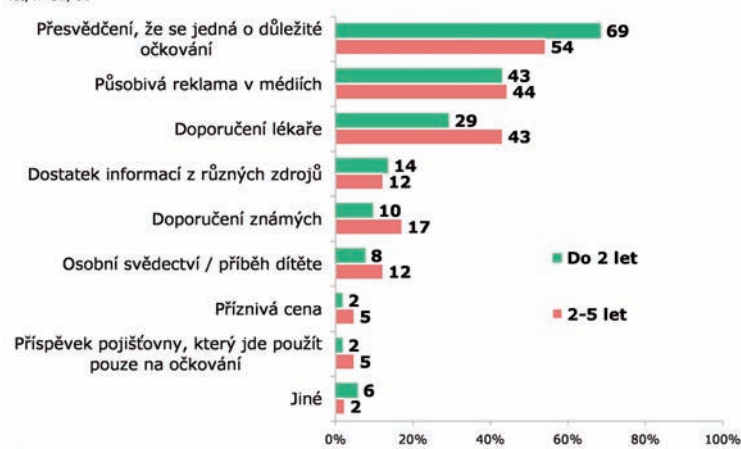
Hodnocení závažnosti onemocnění

ZÁKLAD: Matky všech dětí; n(2008)=384, n(2007)=357, n(2006)=404
POZNÁMKA: Srovnání v letech 2008, 2007, 2006



Co všechno ovlivnilo vaše rozhodnutí nechat své dítě očkovat proti pneumokokům/ vakcínou Prevenar?

ZÁKLAD: Respondentky, které uvažují o očkování vakcínou Prevenar; n=132, matky dětí do 2 let a matky dětí 2-5 let, n=51, 81



Vysoký zájem o zařazení očkování proti meningokokovému onemocnění je spojen s vnímáním těchto onemocnění jako nejzávažnějších. Jako méně závažné považují oslovené maminky pneumokokové infekce a klíšťovou encefalitidu. Zároveň se domnívají, že je méně pravděpodobné, aby jejich děti onemocněly například pneumokokovou bakterií, než byly napadeny meningokokem. Tato falešná domněnka může pramenit ze samotného názvosloví. Většina lidí si totiž spojuje meningitidy pouze s bakterií meningokoka a jen málo z nich tuší, že tuto nemoc způsobují také další původci, jako například pneumokoky. O tom, že pneumokoky mohou způsobit kromě pneumonií i zápaly mozkových blan, věděla necelá třetina respondentů. I proto by v případě rozhodování mezi očkováním proti pneumokokům a meningokokům zvítězila u respondentů vakcína proti meningokokům, kterou oslovení hodnotí jako nejprínosnější.

■ Pneumokok vyvolává velký zájem

Pneumokokové infekce a vakcína Prevenar zaznamenaly dle průzkumu obrovský nárůst v povědomí veřejnosti. Tuto účinnou ochranu, hodnocenou jako třetí nejprínosnější vakcínu z hlediska prevence závažných onemocnění, je ochotno svým dětem pořídit stále větší procento české populace. A to i přesto, že jednotlivé dávky nepatří k nejlevnějším a je třeba je plně uhradit, pokud rodiče nezískají příspěvek od příslušné zdravotní pojišťovny nebo jejich dítě nespadá do přesně definované rizikové kategorie.

■ Cena vakcíny není překážkou

Jak ukázaly výsledky průzkumu STEM/MARK, více než čtvrtina pětiny dotázaných by měla zájem o samostatně hrazenou vakcínu za předpokladu, že onemocnění představuje pro dítě riziko. Při rozhodování o tom, zda očkovat, či neočkovat proti zákeřným pneumokokům, hraje tedy významnou roli vnímání důležitosti očkování, míry nebezpečnosti onemocnění a množství informací poskytnutých především lékařem. U více než 50 % dotázaných je totiž lékař považován za nejvýznamnější zdroj informací o nepovinném očkování.

Při zvážení všech těchto kritérií by podle průzkumu bylo ochotno očkovat své děti třemi dávkami Prevenaru v ceně 1950 Kč za každou vakcínu 32 % respondentek. Toto procento se výrazně zvedá, pokud jsou rodiče lékařem informováni o prospěšnosti preventivního očkování proti pneumokokům. Průzkum však zároveň odhalil, že postoje lékařů k očkování Prevenarem se různí. U 5 % maminek lékař očkování spontánně nabídl, u dalších 20 % jej po dotazu rodičů dítěti doporučil. Necelá 4 % dotázaných se setkala s negativním postojem k vakcíně, kdy jim lékař očkování rozmlouval.

■ Doporučení lékaře může změnit postoj rodičů

Role praktického lékaře se z hlediska prevence pneumokokových onemocnění ukazuje jako klíčová především u rodičů, kteří o očkování proti pneumokokům neuvažovali. Jako hlavní důvody svého rozhodnutí uváděli buď nízký věk dítěte, vysokou cenu vakcíny nebo například nízké vnímání závažnosti tohoto onemocnění. Čtvrtina z nich by však byla ochotna svůj postoj změnit, pokud by jim vakcínu proti pneumokokovému infekcím doporučil lékař.

Wyeth Whitehall - Prevenar

Složení mateřského mléka a význam jeho složek

2. část

MUDr. Magdalena Paulová, CSc.

FTN Krč, Praha

Souhrn

V prvním díle tohoto článku jsme se dozvěděli o složení základních živin a hlavně o bílkovině mateřského mléka. V tomto díle se budeme blíže zabývat složením cukrů a tuků v mateřském mléce.

Složení MM přesně odpovídá měnícím se nárokům a potřebám adaptujícího se novorozence a kojence. **Dodnes je známo více než 1000 významných složek MM, mnohé plní v organismu dítěte více úloh současně (nutriční a jiné).** Další na své objevení a zjištění významu a funkce teprve čekají. **Složení MM se považuje za „zlatý standard“**, kterému se snaží přípravky umělé výživy přiblížit.

Tuky se zvyšují ze 2 g/100 ml v kolostru na 3,8 až 4,5 g ve zralém mléce. Z kalorického obsahu MM představují tuky 40–50 %. Tuky se v MM vyskytují ve formě tukových kapének. 95–98 % tuků je tvořeno triglyceridy, hlavním zdrojem energie a tukových zásob. Energetický obsah triglyceridů s dlouhým řetězcem je asi 9 kcal/g, což je 2,25× více než u sacharidů a bílkovin (4,1 kcal/g).

Tuky v mléce jsou sice pro novorozence a kojence především zdrojem energie, ale mají, jako všechny živiny, mnoho dalších, pro růst a vývoj nezbytných rolí. Tato role je určována zastoupením a typem mastných kyselin (MK), obsažených ve všech tucích.

Až 57 % mastných kyselin je nenasycených, s několika zdvojenými vazbami v různě dlouhém řetězci uhlíkových atomů. Velmi významné jsou mastné kyseliny s dlouhým řetězcem, známé pod zkratkou **LC-PUFA** (3, 6 LC-PUFA). Významná je hlavně kyselina linolová (LA) a -linolenová (ALA) a z nich vytvářené kyseliny **arachidonová (AA) a dokosa-hexaenová (DHA)**. Nenasycené mastné kyseliny s dlouhým řetězcem jsou jako součást všech buněčných membrán nezbytné pro: **růst a vývoj CNS, sítnice oka, ovlivňují neurohumorální informaci, vasomotorické reakce, zánětlivé procesy, zvláště v prvních dvou letech života.**

LC-PUFA výrazně ovlivňují **imunitu**. Některé z nich jsou tzv. esenciální. Znamená to, že je organismus novorozence a kojence neumí tvořit (vázne elongace a denaturace) a musí je získávat od matky transplacentárně (transportem z krve matky i syntézou v placentě) nebo po narození ve výživě. Z mateřského mléka jsou LC-PUFA velmi dobře vstřebávány. V posledním trimestru těhotenství plod rychle roste a tvoří tukové zásoby. Novorozenci narození předčasně jsou o toto období ochuzeni. Vzhledem k omezené schopnosti syntézy mohou trpět nedostatkem LC-PUFA s důsledky pro jejich další vývoj. **Pokud není přívod LC-PUFA od porodu zajištěn dostatečně MM, je třeba je ve výživě doplňovat umělou výživou speciálního složení (suplementace).**

Cukry poskytují **40 % z celkové energetické hodnoty MM**. Jsou v MM zastoupeny monosacharidy (glukóza a galaktóza), disacharidy (laktóza a fruktóza) a malým množstvím jiných oligosacharidů.

Hlavním cukrem MM je laktóza. Laktóza je syntetizována v sekrečních buňkách mléčné žlázy z mateřských surovin. Obsah laktózy stoupá ze 4–5 % v kolostru do téměř 7 % ve zralém MM. Předpokládá se, že laktóza reguluje množství MM. Čím více se jí tvoří, tím větší je produkce mléka a její koncentrace v mléce nekolidá. MM má několikanásobně vyšší

koncentraci laktózy než KM. Většina je trávena v tenkém střevě (90 %), zbytek je fermentován v nižších úsecích tlustého střeva bakteriemi. Vzniká kyselina mléčná a mastné kyseliny s krátkým řetězcem. Velké množství laktózy v mléce a fermentace v tlustém střevě souvisí se sníženým pH střevního obsahu a tím je příznivě ovlivněno osídlení střeva dítěte vhodnými bakteriemi (tzv. **bifidogenní flórou**). Laktóza zlepšuje vstřebávání minerálů vápníku, hořčíku a fosforu. Laktóza se dále štěpí na glukózu a galaktózu, nezbytnou pro tvorbu galaktolipidů, důležitých pro vývoj CNS. Laktóza usnadňuje resorpci vápníku a železa.

Laktóza a oligosacharidy podporují růst optimální střevní mikroflóry. Bakterie produkují enzymy (např. fruktosidázu, galaktosidázu), hydrolyzující oligosacharidy. Konečnými metabolickými produkty bifidogenní flóry jsou kyselina octová, máselná a propionová. Kyselina máselná má pozitivní vliv na resorpci vápníku a kyselina propionová ovlivňuje hladinu cholesterolu. Bifidobakterie a laktobacily produkují fermentací laktózy kyselinu mléčnou a mastné kyseliny s krátkým řetězcem. Kyselina mléčná snižuje pH střevního obsahu a ovlivňuje tak buňky podílející se na funkci GALT (gut associated lymphoid tissue) při zabezpečení imunity kojeneckého dítěte. Mastné kyseliny s krátkým řetězcem se vstřebávají a využívají jako energetické zdroje. **Ve sliznici tlustého střeva ovlivňují resorpci vody, přispívají k ochraně integrity a vyzrávání sliznice tlustého střeva.**

V současné době existuje řada umělých kojeneckých výživ, ale ne všechny obsahují optimální množství polynenasycených mastných kyselin (hlavně DHA a ARA), které jsou nezbytné ve vývoji CNS a zraku. Hlavním cukrem mateřského mléka je

laktóza a ta nejenže podporuje růst bifidogenní flóry, ale dodává zároveň mléku přijatelnou chuť. Tím se stává nezastupitelnou složkou moderní kojenecké výživy stejně jako mateřského mléka.

Tab. 1: Složení zralého mateřského mléka

Složka		ve 100 ml
Energetická hodnota:	kcal	67
Voda:	g	90,4
Bílkoviny:	g	0,9–1,3
Celkový N	g	0,19
Syrovátka : kasein		70 : 30
Bílkovinný N	% celk. N	77
Nebílkovinný N	% celk. N	23
Laktóza:	g	6,8–7,2
Tuky:	g	3,8–4,5
Kys. linolová:	g	8–20 % z celk. mn. MK
Kys. -linolenová:	mg	0,5–1 % z celk. mn. MK
Kys. arachidonová (ARA):	mg	0,3–0,6 z celk. mn. MK
Kys. dokosa-hexaenová (DHA):	mg	0,1–0,3 z celk. mn. MK
Minerální látky:	g	
Vápník:	mg	28,0
Fosfor:	mg	14,0
Hořčík:	mg	3,5
Železo:	mg	0,03–0,07
Zinek:	mg	0,12
Mangan:	µg	0,6
Měď:	mg	0,0252
Jód:	µg	11,0
Selen:	µg	0,15
Sodík:	mg	17,9
Draslík:	mg	52,8
Chloridy:	mg	42,2
Vitaminy:		
Vitamin A:	µg RE	60,0
Vitamin D:	µg	0,0
Vitamin E:	IU	0,4
Vitamin K:	µg	0,2
Vitamin C:	mg	4,0
Vitamin B1 (thiamin):	mg	0,021
Vitamin B2 (riboflavin):	mg	0,040–0,060
Niacin:	mg	0,018–0,020
Vitamin B6 (pyridoxin):	mg	0,0206
Kys. listová:	µg	5,0
Kys. pantothenová:	mg	0,20–0,25
Vitamin B12:	µg	0,05
Biotin:	µg	0,50–0,90
Karnitin:	mg	0,658–0,917
Nukleotidy:	mg	5,166–5,642
Uridin-5-monofosfát:	mg	1,53–1,659
Cytidin-5-monofosfát:	mg	1,53–1,660
Adenosin-5-monofosfát:	mg	0,294–0,336
Guanosin-5-monofosfát:	mg	0,945–1,085
Renální nálož:	mOsm/l	75,2
Osmolarita:	mOsm/l	286

*AAP, Committee on Nutrition: Pediatric Nutrition Handbook, 4th ed., 1998: 655–658, 258, 217
*Dept of Health, United Kingdom, 1994

Beba 1 BL CZ_Nestlé



Ze světa odborné literatury...

Enterovirus asociace s haemofagocytickým syndromem

Enterovirus může zapříčinit závažnou manifestaci u dětí s malignitami. Infekcí asociovaný haemofagocytický syndrom může být zapříčiněn infekcí enterovirem. Pacienti s malignitami a klinickým obrazem tohoto syndromu byli ohodnoceni v průběhu 6 let. U 3 z 56 pacientů byl dokumentován tento syndrom (IAHS) se současnou enterovirovou infekcí. Tato diagnosa byla potvrzena aspirací kostní dřeně a biopsií. Doplňeno PCR reakcí a imunohistochemickým vyšetřením. Typ enteroviru byl specifikován nepřímou imunofluorescencí. Možné konstatovat, že pacienti v časně fázi nemoci se prezentovali středně těžkou virovou infekcí nevysvětlitelnými teplotami a pancytopenií. V poslední fázi měli ale persistující vysoké teploty, diarheu, ztráceli na váze, měli hepatosplenomegalii a hepatickou dysfunkci. Haemofagocytický syndrom (HS) je nezvyklé klinické označení s obvykle špatnou prognosou, který má mimo výše uvedené ještě generalisovanou lymfadenopatii, hypertriglyceridémii, hypofibrinogémií s haemofagocytosou ve dřeni, játrech, slezině a uzlinách. Může probíhat jako primární forma familiární nebo sekundárně po inzultu. Sekundární HS je ve vazbě s haemofagocytickým syndromem, imunodeficiencí a autoimunním nepořádkem (juvenilní artritida, LE atd.). Syndrom byl popsán i ve vazbě na EB virus infekční mononukleozy. IAHS byl poprvé v roce 1979 popsán u imunoalterovaných pacientů dostávajících chemoterapii po transplantaci orgánů. Mortalita syndromu se pohybuje kolem 40 procent. HS je vlastně reaktivní nepořádek mononukleárního fagocytového systému. Resultuje v nekontrolovatelnou aktivaci buněčného imunitního systému, T-lymfocytů a makrofágů. Histologicky je charakterisován proliferací histiocytů. Z terapeutického hlediska se podává imunoglobulin v dávce 400 mg/kg. Všichni tři pacienti měli ale fatální průběh. Včasná terapeutická intervence by mohla průběh pravděpodobně ovlivnit.

Eur.J.Pediatr. 2008, 167, 97-102.

Léčení adolescentní nadváhy a obezity

Adolescence je obdobím pro nadváhu a obesitu. Proto se lékařská veřejnost stále snaží obesitu tohoto období léčit podle schématu. Prošli pacienti ve stáří 12 - 19 let v letech 1982 - 2006 ve Velké Británii. Vhodnými studii byla ohodnocena váha,

percentilové grafy, bodymass index a tělesný tuk. Byla posouzena bezpečnost a efekt chirurgických zákroků a farmakologické intervence. Dieta a sportovní aktivity může zlepšit stav v krátké době. Psychologická intervence, kognitivní terapie a další pomáhají k další redukci. Chování, dieta a fyzická aktivita jsou na stejné rovině. Nutné říci, že obezita a nadváha se např. v Austrálii pohybuje kolem 60%. Je možné konstatovat, že hypertenze, diabetes a dyslipidémie doplňují tento obraz. Často také vidíme, že adolescence je obdobím zranitelnosti a tím i kompenzačních reakcí k obezitě. Mnohé chirurgické procedury včetně tzv. gastrického bypassu jsou užívány k léčbě těžké obezity. Váhová redukce u 60% operovaných pacientů. Z kooperativních komplikací se zde objevuje symptomatická cholelithiasis, střevní obstrukce, kýly a další.

Z hlediska farmakoterapie Orlistat, pankreatický lipasový inhibitor, redukuje tukovou absorpci. Dále pak Sibutramin, inhibitor serotoninu a dalších. Metformin redukuje také váhu, kladem však jsou diety. Je nutné změnit chování jedince směrem k dietě a fyzické aktivitě. Ale tato léčba změnou chování vede jen k dočasnému úspěchu. Po 3 letech se váha mnohdy opět vrací.

Eur.J.Pediatr. 2008, 167:9-16

Ohodnocení febrilních křečí u dětí

Febrilní křeče postihují 2 - 5 % dětí obvykle mezi 3 měsícem a 5 lety věku. Většinou mají benigní prognózu. Jsou však příjmovou složkou pediatrických emergencí. Jsou definovány jako jednoduché nebo komplexní a mohou být vyprovokovány bakteriální nebo virovou infekcí. Febrilní křeče (FS) nemají přímou vazbu k hodnotě teploty. Základem vždy je vyloučit meningitidu, proto často u těchto dětí bývá provedena lumbální punkce. Riziko následné epilepsie se pohybuje mezi 1 - 6%. Často to však bývá na úkor rodinné anamnézy. Efekt profylaktické léčby je diskutabilní, ani včasná podávání antiepileptik nezabrání křečím. Vrchol incidence FS je v období kolem 18 měsíců. Jejich správná definice je asociace s teplotou bez evidence intrakraniální infekce nebo definované příčiny křečí. Musíme také vyloučit u křečí elektrolytovou dysbalanci a jiné neurologické nálezy. Podle definice trvají méně než 15 minut, nevrátí se během 24 hodin. Léčbou je rektální diazepam u dětí starších 6 - 12 měsíců 0,5 mg/kg, tj. 2,5 mg pro děti mezi 6 - 12 měsícem a 5 mg 1 - 4 rok, 7,5 mg od 5 - 9 let.

Závěrem možné konstatovat, že u většiny

dětí, tj. 97% se nevyvine EP. Ale přesto je zde riziko větší. Jsou zde tři nezávislé rizikové faktory pro EP:

1. idiopatická nebo genetická forma EP
2. abnormální neurologický nebo vývojový status před atakou FS
3. Complex FS

Eur.J. Pediatr. 167, 2008, 17 - 27

Ztluštění intimy a medie aorty a lipidový profil u makrosomních novorozenců

Makrosomia je asociována s alterací lipoproteinového profilu a jejich koncentrací při porodech. Exozice k diabetu in utero je značena jako signifikantní riziko pro vývoj metabolického syndromu. Účelem studie je vysvětlit a vyšetřit efekt makrosomie na lipidový metabolismus, na ztluštění intimy a medie v aortě a na následné aterogenní riziko. Ztluštění bylo měřeno u 40 makrosomních novorozenců diabetických matek, dále 30 novorozenců zdravých matek a u 30 zdravých novorozenců. Lipidový profil byl měřen u všech kojenců a jejich matek. Nutné konstatovat, že makrosomie je zapříčiněna maternální hyperglykemií a hyperinsulinémií fetu. Maternální hyperglykémie zapříčiňuje fetální hyperglykémii a fetální pankreatická odpověď vede k fetální hyperinsulinémií. Fetální hyperglykémie a insulinémie pak zvyšuje hepatální glukózový výdej a glykogenovou syntézu. Patologickými nálezy jsou pak hypertrofie a hyperplasie se zvýšením Beta buněk pankreatu, zvýšením váhy placenty a orgánů mimo mozků, myokardiální hypertrofií a zvýšením cytoplasmu v jaterních buňkách. Zvyšuje pak hladinu mateřského, placentárního a fetálního insulinu podporujícího růstového faktoru a leptinu. Ztluštění aorty, intimy a medie bylo signifikantně větší u makrosomních novorozenců diabetických matek a zdravých matek než u kontrol. Lipidový profil byl však podobný ve všech třech skupinách, ale makrosomie byla vždy ve vztahu k lipidové koncentraci. Tyto změny alterují arteriální vasodilatační funkci. Prvé léze se vyvíjejí v abdominální aortě. Tyto změny mohou exacerbovat aterosklerosu v pozdějším věku. Další ještě zjišťují, že větší změny na sonografii měly děti s intrauterinní růstovou retardací než bez ní. Nejčastěji je měřený proximální segment břišní aorty.

Eur.J.Pediatr, 2007, 166; 333 - 338

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



Aktuality...

■ Vláda neumí prodat úspěch

Kampaň kolem reformy zdravotnictví selhává. Výsledky tu jsou, a vláda přesto mlčí.

Osudovou chybou současné vlády je, že se pokouší provádět nepopulární systémové změny, aniž by lidem srozumitelně vysvětlila svou představu o tom, co, jak, a hlavně proč hodlá změnit, povzdechl si Petr Bukač už na začátku tohoto roku na serveru Měsíc.cz, když uvažoval o důsledcích poplatků u lékařů. Nebylo třeba jasnovidnosti k odhadu, že poplatky budou nepopulární. Však se to taky brzy projevilo na faktech a číslech. Jen pětina lidí věří, že poplatky zvednou kvalitu naší zdravotní péče, jak zjistil STEM. Stejně se lidé dívají na poplatky v nemocnicích a jakž takž shovívavě posuzují dopad reformy na plýtvání léky. Že to nepovede k ničemu, totiž věří „jen“ jednapadesát procent, kdežto plných devětačtyřicet procent si myslí, že se léky bude plýtvat méně.

Boj o inkubátor Nejvíce emocí vyvolali novorozenci v inkubátoru. I za ně se platí šedesát korun denně a stačí kdekoliv zavést řeč na toto téma, a dozvíte se, jak absurdní je celý systém reformy: reforma deklaruje jako jeden z cílů omezení zbytečného marodění. Novorozenec opravdu z vlastní vůle do inkubátoru nelez! Vzpomeneme si na jiný absurdní předpis či paragraf, podle něhož pokutu platí cyklista, který spadne z kola a ublíží si na zdraví.

Jaksi stranou vášní plynou fakta, například ten fakt, že za novorozence platí poplatky pojišťovna.

Z vášní se dá uplést politický bič, jak nám předvedla i místopředsedkyně lidoveckých poslanců Michaela Šojdrová, jež se vrhla hlava nehlava do parlamentního boje, aniž počkala na dubnové vyhodnocení dopadů reformy.

Zdravotní reforma je zapsána mezi dvanáct hříchů Topolánkovy vlády. Popularita ODS klesá, a kdyby se volby konaly dnes a splnily se předpovědi, sociální demokracie by vyhrála na celé čáře. Zdravotní reforma a v ní její nejnápadnější část, poplatky u lékařů, by k prohře jistě přispěly.

Je jiný scénář myslitelný?

Neexistuje populární zdražení, neexistují populární poplatky. Všechny ty neblahé důsledky reformy byly předvídatelné dávno předtím, než byla reforma dokončena a zveřejněna. Hroty hněvu se úplně odstranit nedají, avšak otupit by se daly. Jenže pro to otupení by někdo musel něco udělat.

Vláda nemá mnoho prostředků, jak propagovat svoji činnost. Každá státní instituce samozřejmě má svoje orgány pro styk s veřejností a ty jsou povinné poskytovat informace. Tato oddělení pro styk s veřejností více méně dobře fungují. Upřesněme: fungují v normální situaci. V krizových situacích selhávají. Vycházejí totiž z předpokladu, že tu jsou pro poskytování informací. Že tedy nastane ten proces, kdy se občan obrátí na instituci se žádostí o informaci a instituce mu ji dá.

Krizový management ale musí fungovat jinak. Jeho činnost se podobá praxi propagačního oddělení soukromého podniku pracujícího v prostředí tvrdé konkurence. Každý takový soukromý subjekt je

obklopen jinými subjekty, které se mu snaží sebrat zákazníky a v další fázi ho zlikvidovat a zaujmout jeho místo. Propagace je ofenzivní. Neexistuje soukromý podnik, který by čekal, až se potenciální zákazníci začnou pít po informacích.

Zato státní instituce se takto chová. Když se občas pokusí o nějakou ofenzivní akci, dopadne to zpravidla špatně. Naposledy se Topolánkova strana pokusila vylepšit si image billboardovou kampaní zaměřenou na „snížení a zjednodušení daní“. Učebnicový příklad neúčinné reklamy! Neúčinné proto, že reklama musí být založena na pravdivých údajích. Ve skutečnosti daně sníženy nebyly, šlo jen o cosi podobného promíchání karet, a o jednoduchosti se opravdu u nás nedá mluvit.

Situace není beznadějná Naproti tomu propagace dopadů reformy zdravotnictví není tak beznadějná. Uplynul čtvrtrok, a jsou tu první výsledky. Ubylo zbytečných návštěv u lékařů. Opravdu kleslo plýtvání léky. Lidé se učí počítat, zda se jim vyplatí utracet čas a peníze u lékařů, aby si nechali předepsat lék, když je volně koupený preparát vyjde levněji. Výsledky tu jsou, ale vláda mlčí. Musíte se ptát lékařů, musíte se pít po informacích. Že by vás nějaká zainteresovaná instituce bombardovala fakty a čísly? Že by na vás dotírala? Nepřichází v úvahu.

Stačí jediná návštěva webové stránky ministerstva zdravotnictví, abychom pochopili míru lhostejnosti vůči dopadům reformy. Tisková konference k poplatkům ve zdravotnictví se konala 8. ledna 2008. O více než měsíc později „kreativci“ na ministerstvu vymysleli akci, při níž ministr Julínek symbolicky odstranil z vchodu do budovy rudou bariéru s nápisem „nevstupujte, neklepejte, čekejte“. V článku se praví, že v březnu a dubnu budou stránky doplněny. Pak si kliknete na „odkaz reforma zdravotnictví, můžete se navíc dozvědět o reformě mnoho dalších užitečných informací“. Skutečnost? Nekliknete si. Oddíl tu není, zato je tu oddíl „žádost o informace“. A čas plyne... lidé nadávají a preference klesají.

Převzato z LN 15. dubna 2008

Autor: Ondřej Neff

■ Julínkův ústup: děti do tří let bez placení

Boj všech politických stran s ODS o poplatky ve zdravotnictví den ode dne nabírá ostřejší ráz. A ministr zdravotnictví Tomáš Julínek (ODS) už má připravenou i možnou ústupovou variantu: děti do tří let by byly osvobozeny od poplatků. „Je to nejméně zatěžující změna v poplatcích. Není to výjimka, jež by poplatky dramaticky komplikovala. Tak jsme to původně měli v našem návrhu. Byli to právě lidovci, kteří tuto výjimku dostali ze zákona ven. Z toho vyplývá, že je to nejbližší úprava, jež by se v rámci politických kompromisů mohla udělat,“ řekl Julínek. Ministr trvá na tom, že poplatky by se měly vyhodnotit nejdříve za půl roku.

Ministr si připadá jako archeolog

„Poplatky fungují bezvadně, funguje úspora, kterou jsme předpokládali, snížilo se plýtvání, uplatňuje se úspěšně ochranný limit, odhalují se nepravosti v léčbě a možná i podvody. Připadám si jako



archeolog, který na slunce vytahuje objevy, v tomto případě problémy, které budou řešitelné, protože budou mít konkrétní podobu – například vysoké doplatky u některých pacientů,“ tvrdí Julínek. Vůbec to ale nebude mít snadné. Zdravotnická komise složená z expertů koaličních stran v dubnu dala konkrétní požadavky na změnu poplatků.

„Požadujeme osvobodit děti do 18 let a seniory nad 70 let,“ řekl Právu Ludvík Hovorka z KDU-ČSL. Strana zelených rovněž chce osvobodit děti do 18 let a také klienty sociálních ústavů a domovů důchodců.

„Požadujeme, aby se platilo šedesát korun za den v nemocnici jen 28 dní v roce,“ řekla Právu Olga Zubová, poslankyně Strany zelených.

S novým návrhem přišly i další parlamentní strany. ČSSD chce osvobodit od poplatků děti do 18 let, důchodce a všechny, kteří mají nižší příjem, než je dvojnásobek až trojnásobek životního minima. „Dál ale trváme na úplném zrušení všech poplatků, protože jsou asociální,“ řekl Právu David Rath, stínový ministr za ČSSD.

Komunisté jsou proti všem poplatkům a chtějí jejich zrušení.

Proti poplatkům je i lékařská komora a Lékařský odborový klub. Ten chce proti reformě zdravotnictví dokonce v květnu demonstrovat a v červnu stávkovat.

Žena vyzvedávala v lékárně 44 léků

Díky poplatkům Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitřní odhalila 45letou ženu, která vyzvedávala v lékárnách 44 přípravků. „Zjistíme, o jaké léky šlo, protože může dojít ke kontraindikaci,“ řekl Právu Jaromír Gajdáček, ředitel uvedené pojišťovny. Už u pěti léků, které pacient bere denně, dochází k nežádoucímu efektu.

„Pokud by pacientka skutečně denně brala 44 druhů léků, pak má 380procentní riziko závažné komplikace,“ uvedl prezident České lékařnické komory Stanislav Havlíček. Paradoxně tak poplatky mohou této ženě zachránit život.

Čekání na ÚS

O legálnosti poplatků by v příštích týdnech měl rozhodnout Ústavní soud. Ten už vyslechl Julínka i premiéra Topolánka, ale svůj verdikt odložil na neurčito.

Co už placení u lékaře přineslo

- o 40 procent poklesl počet receptů
- o 20 procent klesly náklady na léky z veřejného zdravotního pojištění, což uspořilo 1,75 miliardy Kč
- o 12 procent klesl počet hospitalizovaných a průměrná délka nemocniční hospitalizace se zkrátila o 9 procent
- o 28 procent klesly návštěvy u ambulantních specialistů
- o 8 procent u zubařů
- o 45 procent klesl počet pacientů na pohotovosti
- 1 miliarda se vybrala na regulačních poplatcích
- 2,6 miliardy jsou úspory z nižších návštěv u lékařů. Tyto peníze daly pojišťovny na léčbu nákladných onemocnění
- 200 pacientů překročilo ochranný roční limit 5000 Kč na doplatky za léky a poplatky u lékaře.

Návrhy zdravotních expertů KDU-ČSL:

- poplatky mají být příjmem systému, nikoli lékařů či lékáren;
- od poplatků osvobodit návštěvu praktického lékaře, lékaře pro děti a dorost, gynekologa, zubaře, psychiatra;
- od poplatků osvobodit děti do 18 let a seniory nad 70 let, dále obyvatele domovů důchodců, ústavů sociální péče apod.;

- omezit vybírání poplatků v lůžkových zařízeních na 28 či 30 dní za rok, nebo na určité procento z příjmů;
- poplatky zachovat u pohotovosti, ale s výjimkou akutních případů;
- ponechat zpoplatnění při přímém přístupu k ambulantním specialistům;
- změnit poplatky za recept buď na položku, nebo za celý recept.

STRANA ZELENÝCH:

- poplatek musí být příjmem zdravotní pojišťovny, nikoli zdravotnického zařízení;
- osvobodit od placení poplatků děti do 18 let;
- identifikovat skupinu chronicky nemocných pacientů a osvobodit je od placení regulačních poplatků. Od poplatků osvobodit klienty sociálních ústavů a domovů důchodců. Za chronicky nemocného může být považován pacient léčící se na jednu diagnózu déle než jeden rok;
- v primární sféře zpoplatnit pouze vstup k praktickému lékaři platný na určitou dobu (1 až 3 měsíce);
- zpoplatnit pouze přímý vstup ke specialistům;
- časově limitovat poplatek 60 korun za den v nemocnici na 28 dní v roce, další pobyt nezpoplatňovat;
- od nemocničních poplatků osvobodit dárce orgánů a ženy po porodu do ukončení šestinedělí;
- zrušit poplatek za položku na receptu a zavést buď poplatek za každé balení ze zdravotního pojištění hrazeného léčiva dle velikosti balení (5, 10, 15 korun), nebo zavést poplatek za celý recept;
- zvážit nastavení výše limitu (nyní pět tisíc korun za rok) v závislosti na výši příjmu, snížit limit pro důchodce.

ČSSD:

- osvobodit od poplatků děti do 18 let;
- osvobodit důchodce a všechny, kteří mají nižší příjem, než je dvojnásobek až trojnásobek životního minima.

KSČM:

- zrušit všechny poplatky ve zdravotnictví.

Scénář dalšího postupu:

- do 7. května má ministerstvo zdravotnictví vypracovat analýzu dopadu poplatků za první čtvrtletí a dopadu návrhů, s nimiž přišly KDU-ČSL a Strana zelených na koaliční jednání;
- 12. května na celostátní konferenci se bude KDU-ČSL výhradně zabývat zdravotnictvím a dá se očekávat, že přesně zformuluje své návrhy na změny;
- 15. května se má znova sejít zdravotní komise složená z expertů koaličních stran k poplatkům;
- kdy se sejdou lídři koaličních stran, tzv. K9, k poplatkům, zatím známo není.

Převzato: Právo 24. dubna 2008

Konkurence může znamenat snižování kvality péče

Prezident České lékařské komory Milan Kubek vidí v řízené péči omezení práva pacientů na svobodnou volbu lékaře.

Předsedové okresních sdružení ČLK se shodli na tom, že kvůli



fungování společnosti Agel hrozí praktickým lékařům nebezpečí. Můžete vysvětlit v čem?

Možnost, aby stejný majitel vlastnil zdravotní pojišťovnu spravující prostředky veřejného zdravotního pojištění, které není ničím jiným než povinnou zdravotní daní, a zároveň zdravotnická zařízení, jejichž služby budou touto pojišťovnou financovány, nemá v civilizovaném světě obdoby. Pokud se ministři Julínkovi podaří zrušit dohodovací řízení o hodnotě bodu, úhradách zdravotní péče a regulacích a dohodovací řízení o rámcových smlouvách tak, jak se mu již podařilo zrušit dohodovací řízení o seznamu zdravotních výkonů, vytvoří tím privátním pojišťovnám možnost individuálně vyjednávat o cenách zdravotní péče s každým zdravotnickým zařízením zvlášť.

To umožní pojišťovnám finančně zvýhodňovat ta zdravotnická zařízení, s nimiž budou majetkově propojeny. Bude se tak dít pochopitelně na úkor ostatních, tedy zejména soukromých lékařů, kteří nebudou v této nekalé soutěži konkurenceschopní. Pokud si budou zdravotnická zařízení muset vzájemně konkurovat cenou svých služeb, povede to nutně ke snižování kvality lékařské péče, s čímž se ČLK nemůže smířit.

Praktičtí lékaři tak zdaleka nejsou jedinou skupinou zdravotníků, které ohrožují záměry ministerstva. Pokud se vytvoří síť „lékařských supermarketů“, v nichž se budou ve směnách střídát povětšinou nekvalifikovaní lékaři, povede to nejen ke zhoršení kvality lékařské péče, ale i k likvidaci ambulantních specialistů. Zaměstnanci těchto řetězců totiž nebudou smět posílat pacienty jinam než do nemocnic a ambulantních zařízení k těmto řetězcům patřících.

Jaké stanovisko zaujala ČLK k řízené péči?

Skutečný význam pojmu „řízená péče“ možná někteří lékaři stejně tak jako většina pacientů nechápou. Nejde o nic jiného než o drastické omezení práva pacienta na svobodnou volbu lékaře. Nikoli pacient, ale zdravotní pojišťovna totiž rozhoduje, v jaké nemocnici může být nemocný hospitalizován, u jakého lékaře se smí léčit. Podobné plány však představují i zásadní omezení autonomie rozhodování lékařů, kteří již nesmí léčit podle poznatků lékařské vědy v souladu se svým svědomím, ale jen podle nařízení regulátorů, kteří rozhodují, jaké léky smíte předepisovat, jaká vyšetření můžete ordinovat.

Jediným cílem je co nejlacinější zdravotní péče, tedy minimalizace nákladů zdravotních pojišťoven a maximalizace zisků jejich majitelů. Pokud by se projekty tzv. řízené péče realizovaly v prostředí monopolů, kterým lidé z ministerstva zdravotnictví prošlapávají cestičky, pak by pacienti ani lékaři neměli z této pasti úniku. Kolegové prezidenti lékařských komor z vyspělých zemí Evropské unie, s nimiž mám možnost jednat, nás před podobnými experimenty varují. Ani v jejich zájmu totiž není devastace českého zdravotnictví, jež by z naší země vyhnala stovky lékařů, kteří by u nich hledali práci.

V čem by měl pomoci zákon umožňující prodej praxí, který předkládá David Rath?

ČLK se opakovaně snažila prosadit zákony, které by umožňovaly prodej lékařských praxí včetně smluv se zdravotními pojišťovnami. Na jaře roku 2006 takový zákon zpracovaný komorou dvakrát schválila poslanecká sněmovna, a nebýt toho, že prezident Klaus jej vetoval po parlamentních volbách, kdy již poslanci neměli možnost jeho rozhodnutí zvrátit, měli by dnes soukromí lékaři existenční jistotu a nemuseli by se zdravotnických žraloků tolik obávat.

Možnost prodat svoji praxi by uvítali kolegové v důchodovém věku,

kteří by tak zhodnotili léta úsilí, která jejich budování věnovali. Mladší kvalifikovaní lékaři by zároveň mohli odejít z nemocnic a praxe si odkoupit. Tak jako ve vyspělých zemích by jim banky na jejich nákup rády půjčily peníze. To dnes není možné. Smlouvy s pojišťovnami se prodat nedají a bez nich se většina lékařů nemůže uživit.

Převzato: ZN 21. 4. 2008

Penta buduje síť vlastních ordinací

Pod značkou Mediclinic začíná kupovat soukromé praxe.

Po několikaletých námluvách vstoupila investiční skupina Penta skutečně do českého zdravotnictví. Do léta by měla převzít první soukromé ordinace, které sjednotí pod svou značku Mediclinic. Zájem má o koupení zavedených praxí obvodních lékařů a o ordinace specialistů. V první etapě by chtěla získat desítky ordinací. Pro pacienty se nic nezmění, péče jim bude dále hrazena ze zdravotního pojištění.

Do ordinací je málo lékařů „Majitelům nabídneme převzetí za výhodných podmínek včetně dalšího zaměstnání s garancí,“ říká jeden z autorů projektu, Petr Švrček. Jinak řečeno, budou moci pracovat, jak dlouho budou chtít, a pohoršit by si neměli ani finančně. Podle Švrčka se skupina zpočátku zaměří na lékaře, kteří si soukromou praxi pořídili na počátku devadesátých let a teď začínají řešit, komu a za jakých podmínek ji předat. Na výběr bude mít Mediclinic z přibližně dvanácti tisíc soukromých ordinací, které jsou rozestry po celém Česku. „Proporcionálně chceme mít zastoupení ve všech oborech a regionech. Jinak řečeno: uříznout kousek trhu napříč,“ dodává Švrček. Ten společně s bývalým spolužákem z lékařské fakulty Martinem Hofmanem projekt vymyslel a sháněl pro něj investičního partnera. Nakonec se dohodl s Pentou. „Jsme připraveni investovat desítky milionů korun,“ potvrdila mluvčí skupiny Jana Studničková. Penta není jediná, kdo tento segment trhu objevil. V budování sítě ji předběhl Marek Potysz, dříve jeden ze šéfů soukromé nemocniční skupiny Agel. Pod značkou Moje Ambulance již spojil čtyři ordinace praktických lékařů a podle manažera jeho společnosti Marcela Kotáskova jich do konce letošního roku chce mít jedenáct. Potysz buduje na rozdíl od Medicliniku také nové ordinace a soustředí se pouze na praktické lékaře. Co budou mít pravděpodobně obě sítě společné, je nedostatek lékařů, kteří budou ochotni pro ně pracovat. Potyszova Moje Ambulance se je už teď na svých webových stránkách snaží nabírat. „Noví lékaři se jim budou shánět těžce. Na různých odborných seminářích se setkávám už několik let se stále stejnými lidmi,“ říká alergoložka s vlastní praxí ze severních Čech. Podle ní je zájem lékařů o praktické a specializované ordinace malý a chybí hlavně u absolventů. „Z toho obavy nemáme. Budeme nabízet zajímavé podmínky, které osloví i lékaře pracující dnes v nemocnicích,“ tvrdí Švrček. Počítá také s tím, že lékaři sice svou praxi prodají, ale zůstanou v ní i nadále pracovat. A pokud odejdou do důchodu, uvolní se tak místo pro mladší.

Převzato z MF Dnes 3. 4. 2008

Spor o potratovou pilulku RU-486

Lékaři chtějí otevřít veřejnou diskusi o legalizaci tablety, která nahrazuje chirurgický zákrok.



Česká republika je jednou z posledních zemí, kde se nesmí používat takzvaná potratová pilulka známá pod názvem RU-486.

A to chtějí gynekologové a porodníci změnit. Na konci dubna budou o používání této pilulky diskutovat na kongresu Evropské společnosti pro antikoncepci, který se uskuteční v Praze.

„Je čas o legalizaci potratové pilulky opět začít mluvit,“ řekl pražský gynekolog David Cibula, který je zároveň prezidentem této evropské společnosti. „Úroveň české medicíny je ve srovnání s EU v mnoha ohledech vynikající. V některých aspektech, jako je například i používání této pilulky, ale zaostáváme. A to je škoda,“ dodal.

Naposledy se lékaři snažili prosadit zaregistrování tablety RU-486, po jejímž požití žena samovolně potratí, v roce 2005.

Žádná vláda ani žádný ministr zdravotnictví zatím záměr lékařů nepodpořili. Někteří odborníci proto říkají, že důvody jsou spíše etické než politické.

Potraty jsou u nás stále ještě citlivé téma. To nepřímě potvrdil i mluvčí ministra zdravotnictví Tomáš Cikrt. Diskusi o legalizaci pilulky rozpoutat nechtějí. „Ze strany ministerstva nelze očekávat v tomto směru žádnou aktivitu. Jestli si ale odborníci myslí, že je to dobrá věc, bránit jim v diskusi nebudeme,“ řekl Cikrt.

Podle jeho slov má ministerstvo již nyní problémy s připravovanou novelou, ve které chtějí, aby na potraty u nás mohly chodit i cizinky. Jenomže s tím nesouhlasí například KDU-ČSL. „V tuto chvíli je zde i jiná alternativa potratů než užití pilulky,“ dodal.

Tou je chirurgický zákrok pod narkózou, jenomže podle lékařů je pro ženy mnohem méně šetrný než potratová pilulka a poukazují na to, že pacientky nemají na výběr a všechny musí chodit na operaci, která má své komplikace. „Nikomu bychom ji nenutili, ale žena by se mohla svobodně rozhodnout, což nyní nemůže. Nebránili bychom se ani tomu, aby byla používána jen ze zdravotních důvodů,“ upřesnil brněnský gynekolog Vít Unzeitig.

Pilulku by braly ženy jen pod přísným dohledem lékaře, který by za ni měl odpovědnost. Nechtějí, aby byla volně prodejná nebo aby ji mohli předepisovat jiní lékaři.

Je to jedna malá pilulka a diskutuje o ní celý svět, lidé proti jejímu používání demonstrují v ulicích. Potratová pilulka, která se jmenuje RU-486, je alternativou k potratům chirurgickou cestou. Českým porodníkům a gynekologům se ale zatím její zaregistrování nepovedlo, a proto se u nás používat nesmí.

„Zkoušeli jsme to již na počátku devadesátých let, ale neúspěšně. Tenkrát k preparátu ještě nebyla moc důvěra a nevědělo se, jestli se vůbec osvědčí. Nyní už ale výsledky ze zahraničí máme a ty jsou pozitivní,“ říká člen České gynekologické a porodnické společnosti Vít Unzeitig a dodává, že je Česko jednou z posledních evropských zemí, kde se používat nesmí.

Podle jeho slov není problém ani tak v etice používání pilulky, jako v politice. Potraty jsou u nás stále kontroverzním tématem a s používáním medikamentu musí souhlasit vláda. Firma, která ji vyrábí, ji sama od sebe dovážet nebude. I v ostatních zemích musel o její zaregistrování zažádat ministr zdravotnictví. Pro a proti Zastánci potratové pilulky argumentují hlavně tím, že je šetrnější metodou potratu než chirurgický zákrok v narkóze. Po podání tablety žena do dvaasedmdesáti hodin samovolně potratí. Nemusí tak absolvovat náročnou a často i riskantní operaci.

Odpůrci ale upozorňují na to, že potrat zanechává v ženě hluboké psychické rány, protože, oproti chirurgickému zákroku, při kterém je v narkóze, musí po použití pilulky „čekat na smrt svého dítěte“. Poukazují také na to, že má její požití i závažné nežádoucí účinky. Například nevolnost, zvracení, horečky i silné krvácení.

S tím souhlasí i odborníci, nicméně namítají, že nežádoucí účinky mají všechny léky a že použití tohoto by bylo pod přísným dohledem lékaře.

„Zhruba v patnácti procentech musí žena po požití pilulky k úplnému vyčištění dělohy v narkóze. Ale není to stejné jako chirurgický potrat, protože už nemusíme násilně otevírat čípek, ten je již po samovolném potratu otevřený,“ vysvětlil gynekolog pražské porodnice U Apolináře David Cibula, který je zároveň prezidentem Evropské společnosti pro antikoncepci a plánované rodičovství.

Dalším argumentem proti legalizaci „kontroverzní“ pilulky je, že se s ní bude obchodovat na černém trhu a zvýší se počet potratů. Jenomže ani s tím lékaři nesouhlasí. Poukazují na to, že už dnes, zvláště po vstupu Česka do Evropské unie, si pro pilulku mohou ženy zajet například do Německa. „V žádné zemi se po zavedení pilulky nezvedl počet potratů. Nepotvrdily se tak obavy, že potratovost poroste,“ řekl Cibula. A jak pilulka funguje? Tableta RU-486 obsahuje látku mifepriston, která zabrání tvorbě hormonu progesteronu, který je nezbytný k udržení těhotenství. Tím dojde k potratu. Žena polkne pilulku, kterou dostane od lékaře. Případně polkne ještě jednu. Poté začne krvácet, jako by menstruovala.

Klikatá cesta z Francie Stejně jako má u nás mnoho odpůrců, má je i v zahraničí, a nikde nebyla její cesta k legalizaci jednoduchá. První zemí, kde se potratová pilulka začala používat, byla v roce 1988 Francie. V devadesátých letech se pak připojila Velká Británie, Švédsko, Rakousko, Belgie, nebo třeba Řecko a Španělsko. Všude, kde se ale o jejím zavedení diskutovalo, následovaly demonstrace a velký odpor. Jasno neměli ani samotní politici. Například ve Spojených státech nejprve v roce 1989 prezident George Bush starší její dovoz zakázal, jeho nástupce Bill Clinton ji ale hned pár dní po zvolení do úřadu povolil.

V Austrálii bylo nejdříve používání potratové pilulky v roce 1996 zakázáno. O deset let později tento zákaz ale australský parlament zrušil, když ministra zdravotnictví zbavil kontroly nad jejich dostupností. Ministr Tony Abbott je totiž katolík, který interrupce zásadně odmítá. Poslanci rozhodli, že o předepisování pilulky bude rozhodovat hlavní australský ústav pro léčiva, a nikoliv ministr vlády.

Potratová pilulka je už běžná ve většině Evropy. Stále ale vyvolává odpor u části obyvatel.

Kdy používání schválili

1988	Francie
1991	Velká Británie
1992	Švédsko
1999	Rakousko, Belgie, Dánsko, Finsko, Německo, Řecko, Lucembursko, Nizozemsko, Španělsko, Švýcarsko
2000	Norsko
2001	Srbsko, Černá Hora, Slovinsko
2002	Litva



2003 Estonsko

2005 Albánie a Maďarsko

„V žádné zemi se po zavedení pilulky nezvedl počet potratů. Nepotvrdily se tak obavy, že potratovost poroste,“ řekl gynekolog pražské porodnice U Apolináře David Cibula.

O tom, jestli se bude někdy v Česku používat potratová pilulka RU-486, musí rozhodnout politici

Převzato z LN 7. dubna 2008

Lidská střeva prohlédne robot

Rakovina tlustého střeva a konečníku patří mezi nejčastější příčiny úmrtí. Šance na vyléčení či prevenci se podstatně zvyšuje s včasným odhalením potenciálně rakovinných polypů. Lékař po nich pátrá pomocí endoskopu, který se musí strkat pacientovi do střeva. Nyní vyvíjejí nizozemští vědci robota, který by se uvnitř střeva pohyboval. „Zmizí riziko natažení stěny střeva, což způsobuje bolestivé křeče,“ říká výzkumnice Dimitra Dodouová z Delftské technologické univerzity pro server Live Science. Robot se bude přichytávat na kluzkých stěnách střeva pomocí lepkavé fólie známé jako mukoadheziv. Používá se při aplikaci některých druhů léků.

Při pokusech s prasečími střevy vědci ověřili, že sondy s mukoadhezivou se přilepují dobře, přilnavost rovněž zvyšuje vhodný tvar robota. Zařízení schopné vysouvat nebo zasouvat vlastní části by se mohlo přichytit či naopak posunout, kamkoli by potřebovalo. Další testy budou pokračovat na živých zvířatech. Teprve pak se ukáže, zda je nápad funkční.

Převzato z LN 9. dubna 2008

Lék na sklerózu nakonec bude zadarmo

Pacienti s roztroušenou sklerózou, kteří se spoléhají na nový lék na českém trhu, si mohou oddechnout. Dosud museli na lék tysabri doplácet více než sedmnáct tisíc korun měsíčně. Státní ústav pro kontrolu léčiv, který určuje, kolik peněz z ceny přípravku uhradí pacientovi pojišťovna, teď rozhodl, že jim ho pojišťovna bude platit celý. Pacienti tedy budou mít lék, který stojí více než 46 tisíc korun, zadarmo. Změna přišla týden poté, co MF DNES upozornila na neúnosnou situaci pacientů, kterým lékaři tysabri předepisují, protože pro ně lék představuje poslední naději. Nejenže si musí vysoký doplatek nemocní hradit z vlastní kapsy, navíc se na ně nevztahuje ochranný pětitisícový limit. „Je to pro mě velká úleva. Vyzkoušela jsem už všechny možné léky a ty nezabírají nebo po nich mám velké obtíže,“ raduje se sedmadvacetiletá Jana Vyskočilová z Berouna. Peníze na léčbu si sháněla přes nadace, ale když se objevily první neoficiální informace, že lék pro pacienty ještě podraží, sponzoři ji upozornili, že s dalšími financemi nemůže počítat. „Byla jsem zoufalá, protože se mé potíže zrovna zhoršily a bylo mi jasné, že pokud nebudu pokračovat v léčbě, nebudu schopná se postarat o své devítiměsíční dítě,“ říká pacientka.

Proč nefunguje limit?

Čím to je, že některé drahé léky nemusí spadnout do pětitisícového

limitu, při jehož dosažení by každému pacientovi měla další peníze za doplatky ve zdravotnictví vrátet pojišťovna? Podle ministerstva zdravotnictví to může nastat jen výjimečně. Některé léky na vážné nemoci si totiž pacient nemůže vyzvednout v lékárně a aplikovat sám, ale musí mu je podat lékař v ordinaci. Nevyzvedávají se tedy na klasické recepty, ale na takzvané žádanky. A na ty se v zákoně zapomnělo, takže se teď doplatky za léky na žádankách do pětitisícové hranice nezahrnují. Ministerstvo už počítá s nápravou.

„V balíku nových zákonů už obě kategorie zrovnoprávnujeme,“ říká náměstek ministra zdravotnictví Pavel Hroboň. Nad zákony ministra Tomáše Julínka, které toto opatření obsahují, se v současné době dohadují vládní strany.

Rozhodnutí o úhradě za lék na roztroušenou sklerózu ještě není pravomocné. Pojišťovny se proti němu mohou odvolat. Pacienti tak ještě v květnu budou muset za lék platit ze svého. „Pokud všechno dobře půjde, předpokládám, že vyhláška začne platit v červnu,“ odhaduje Monika Zenkerová z firmy Biogen Idec, která lék prodává.

Ceny se budou měnit častěji V nejbližších dnech by měl Státní ústav pro kontrolu léčiv stanovit výše úhrad i dalším lékům. Pacienti se tak dozvědí, jestli léky, které berou, podraží. Už před časem pojišťovny přišly s požadavkem, aby si pacienti hradili nejpoužívanější podpůrné a doplňkové léky ze svého. To jsou přípravky, které sice přímo neléčí, ale pomáhají pacientovi lépe snášet nemoc. Jde například o léky pomáhající lidem s nemocnými klouby nebo křečovými žilami. Pojišťovny totiž mají v plánu přesunout peníze ušetřené za podpůrné a doplňkové léky na léčbu nákladných nemocí. A to nebude ani zdaleka jediná letošní změna cen léků. Zatímco dříve se o léčích rozhodovalo zhruba dvakrát do roka, nyní se budou doplatky měnit každý měsíc. Ale „šoky“ pro pacienty by podle lékárníků neměly být tak velké jako v minulosti.

Jak se mění ceny?

Nad cenami léků dohlíží od ledna Státní ústav pro kontrolu léčiv. Výrobci léků u něj žádají, aby jejich lék byl částečně nebo zcela hrazen pojišťovnou. – Každým rokem se objeví nové léky. „Balík“ peněz je však omezený, takže pokud se zavede u nových léků úhrada od pojišťovny, musí u jiných doplatky stoupnout. – Zdražení pacient nemusí vždy pocítit. Někdy se výrobci uskromní a sníží si své zisky.

Převzato z MF Dnes 29. 4. 2008

Šest barviv ohrožuje děti

Zkratky jako E102 nebo E129 připomínají spíše označení silnic než rizikové chemikálie. Podle britských vědců však mohou tyto látky používané jako barviva potravin vyvolat poruchy v pozornosti a chování dětí.

Britské úřady proto chtějí, aby je výrobci do roku 2009 přestali používat, a chtějí prosadit jejich zákaz v EU. Činí tak po zjištění, že i povolené denní dávky barviv vyvolávají nadměrnou aktivitu dětí a s ní spojenou ztrátu pozornosti. Poruch označovaných zkratkou ADHD mezi dětmi přibývá.

Šéfka britské vládní agentury pro potravinové standardy Dame Huttonová proto vyzvala výrobce, aby „odstranili ze všech potravin a nápojů“ šest rizikových barviv. Jejich záporný vliv na zdraví a chování dětí zjistili vědci v Southamptonu.



Rizikové látky:

- E102 – tartrazin (žlutá)
- E104 – chinolinová žluť
- E110 – žlutá oranž
- E122 – azorubin (červená)
- E124 – ponceau 4R (červená)
- E129 – červeň allura

Převzato: Právo 15. dubna 2008

Víno: škodí, nebo pomáhá?

Podle nové studie amerických vědců zvyšuje víno riziko rakoviny prsu.

Měly by ženy pít červené víno a používat antiperspiranty? Tuto otázku nyní nastolili američtí a britští vědci. Uveřejnili totiž dvě studie, podle nichž právě víno a antiperspiranty zvyšují riziko onemocnění rakovinou prsu.

„Závěry ukázaly, že u žen, které pily jednu nebo dvě skleničky červeného vína denně, se zvýšila o 32 procent pravděpodobnost vývoje nádorů. Tři a více skleniček denně pak zvyšovalo možnost onemocnění o 51 procent,“ cituje americké vědce britský deník Daily Telegraph. Data jim k analýze poskytlo více než 184 tisíc žen. Studii vypracoval národní institut pro výzkum rakoviny. Vědci na britské univerzitě v Keelu zase upozornili na to, že může existovat spojitost mezi používáním antiperspirantů a vznikem rakoviny prsu. Většina přípravků totiž obsahuje hliník, který podle vědců může zůstat v podkoží v oblasti podpaží a způsobit rakovinu.

Podle jedné z autorek americké studie Jasmine Lewové je sice zatím brzy vyvozovat nějaká nařízení, ale lékaři by podle ní měli především starší ženy upozornit, že víno je možným rizikovým faktorem.

Čeští vědci oslovení MF DNES jsou však k závěrům studie zdrženliví. Existuje totiž řada jiných výzkumů, které naopak říkají, že pití vína nejen že neublíží, ale jedna sklenka denně dokonce pomáhá snížit riziko například infarktu.

„I já jsem někde takovou noticku četl. Kdyby to ale bylo tak jednoduché, tak celý svět pije červené víno,“ říká s nadsázkou Zdeněk Dienstbier, ředitel Ligy proti rakovině, s tím, že aby se daly tyto studie uznávat v lékařství, musí být dostatečně ověřené. A takové výzkumy ukazují, že vliv alkoholu nebo například kouření či obezity nepatří k těm nejvýznamnějším problémům. „Známe dva velmi významné rizikové faktory vzniku rakoviny prsu. Tím jedním je genetická dispozice, která může zvýšit riziko onemocnění rakovinou prsu až dvacetkrát. Druhým je takzvaná hormonální expozice,“ popsal ředitel Masarykova onkologického ústavu v Brně Rostislav Vyzula. Hormonální expozice je doba, po kterou ženské tělo tvoří hormony, jež však mohou vyprovokovat k růstu případné rakovinové buňky. Tento čas je vlastně většinou života – od první menstruace dívky až po přechod do menopauzy. „Ve srovnání s těmito vlivy jsou faktory jako kouření, alkohol nebo obezita menšinové,“ vysvětluje Vyzula s tím, že škodlivá může být takřka jakákoliv věc, které se užívá nadměrně.

Převzato z MF Dnes 18. 4. 2008

I N Z E R C E

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

Hledám asistenta do ordinace PLDD

Hledám asistenta do ordinace PLDD v Ostravě, s následným převodem praxe. Tel.: 775 223 531. Ev. č.: 128-04-08

Přijmeme dětského lékaře



Pro nestátní zdravotní zařízení Doktor nonstop, a. s., v Praze přijmeme dětského lékaře pro ošetření pacientů formou výjezdů. Nabídka je zvláště vhodná pro důchodce. Nabízíme dohodu o provedení práce, případně zkrácený úvazek.

Zájemci, hlaste se u p. Stránské, tel.: 242 480 837, 602 660 998, e-mail: info@doktornonstop.cz. Ev. č.: 129-04-08

Hledám nástupce

Hledám nástupce do zavedené pediatrické praxe ve Zlíně. Tel.: večer 577 431 056. Ev. č.: 130-04-08

Hledám nástupce do zavedené praxe PLDD

Hledám nástupce do zavedené praxe PLDD v okrese Příbram. Tel.: odpoledne: 604 304 666. Ev. č.: 131-05-08

Ordinace PLDD hledá asistenta

Ordinace PLDD Praha 6 hledá asistenta na 1 den v týdnu plus zástupy. Tel.: 604 988 174. Ev. č.: 132-05-08

Přenechám praxi

Přenechám praxi praktického lékaře pro děti a dorost v Praze 9. Tel.: 732 673 852. Ev. č.: 133-05-08

Hledáme pediatry do Německa

Hledáme PEDIATRY do Německa na pozici Assistenzarzt, Arzt in Weiterbildung a Facharzt. Požadujeme velmi dobrou znalost NJ. Nabízíme dobré finanční ohodnocení, kompletní pomoc při relokaci... Pro bližší info nás kontaktujte: medical@optima-recruit.cz nebo na tel.: +420 224 162 700. Ev. č.: 134-05-08

Nabídka lékařům pro děti a dorost

Šumavská města Kašperské Hory a Hartmanice hledají lékaře pro děti a dorost pro soukromou praxi dvojvodou Kašperské Hory, Hartmanice a spádové území. Ordinace pro lékaře je k dispozici v obou městech od měsíce dubna 2008, možnost přidělení městského bytu v Kašperských Horách, případně jiné řešení bydlení po dohodě se zájemcem. Informace: Městský úřad, Náměstí 1, 341 92 Kašperské Hory, tel.: 376 503 420, 725 042 582, e-mail: starosta@kasphory.cz. Městský úřad Hartmanice, Hartmanice 75, 342 01 Sušice, tel.: 376 593 218, 724 181 016, e-mail: podatelna@muhartmanice.cz. Ev. č.: 135-05-08

Montrose Pharma - Altargo

Nutricia - Nutrilon