

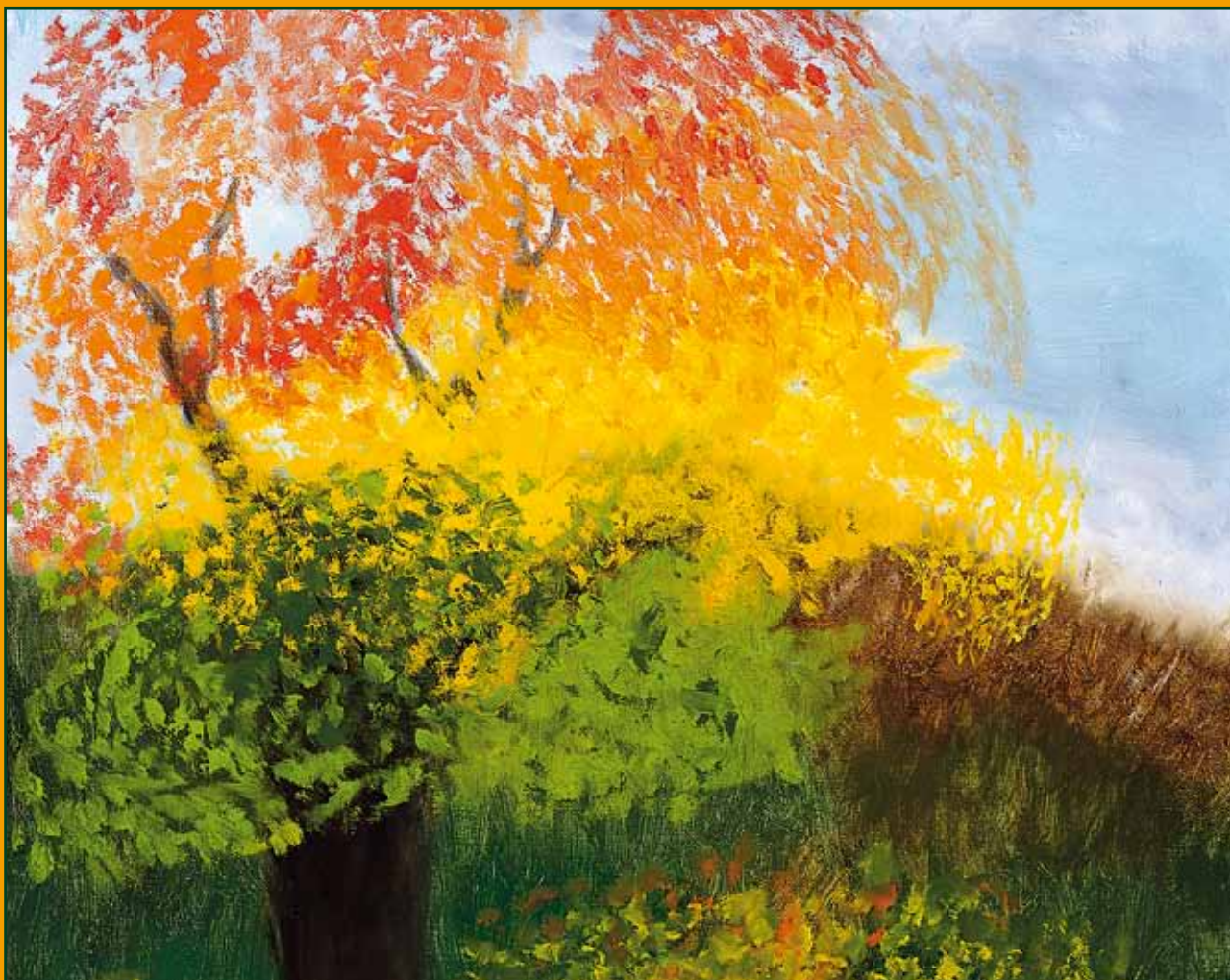
VOX PEDIATRIAE



OSPDL ČLS JEP

časopis praktických lékařů pro děti a dorost

říjen 2011 ■ číslo 8 ■ ročník 11



Bronchiolitida

Asthma bronchiale v dětském věku

Terapeutický přístup ke komunitním pneumoniím v ambulanci

Klinické aspekty alergické rýmy u dětí



Téma čísla:
**ONEMOCNĚNÍ
DÝCHACÍCH
CEST**

Nestlé - Beba HA

tiráž...

VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických lékařů pro děti a dorost

www.detskylekar.cz

Adresa redakce:

U Hranic 16, 100 00 Praha 10

Sekretariát:

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

Redakce VOX:

tel.: 267 184 065

e-mail: centrum@detskylekar.cz

Inzerce:

Ing. Veronika Drahovzalová

U Hranic 16, 100 00 Praha 10

GSM: 605 281 665 – jen pro inzerenty

e-mail: veronika.drahovzalova@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

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

Redakční rada:

MUDr. Jiřina Dvořáková

MUDr. Jiří Liška, CSc.

MUDr. Pavel Neugebauer

MUDr. Olga Roškotová

Odpovědný redaktor:

Mgr. Zdeněk Brtnický

Jazykové korektury:

PhDr. Jana Kratochvílová



Časopis je určen převážně praktickým dětským lékařům.

Distribuce členům SPLDD ČR a OSPDL ČLS JEP zdarma.

Vychází 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.

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

obsah...



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
Koalice soukromých lékařů	5
Protokol z cenových jednání na rok 2012	9



Informace OSPDL ČLS JEP	18
MUDr. Olga Černá Bronchiolitida	20
prim. MUDr. Daniela Pousková, MUDr. Nina Urbánková, MUDr. Lucie Pousková Asthma bronchiale v dětském věku	23
MUDr. Zuzana Blechová Terapeutický přístup ke komunitním pneumoniím v ambulanci	28
prim. MUDr. Karel Dlask, MUDr. Daniel Blažek Domácí plicní ventilace - DUPV	32
MUDr. Hana Janíčková Klinické aspekty alergické rýmy u dětí	36
Ze světa odborné literatury	34



Aktuality	40
Řádková inzerce	45
Autodidaktický test	46

*Středová příloha: Vyhláška 55/2011 Sb.
o činnostech zdravotnických pracovníků
a jiných odborných pracovníků (výběr pro PLDD)*



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



Vážené kolegyně, vážení kolegové,

jsme dětští lékaři, a tak pro většinu z nás není slovo pohádka neznámým pojmem. Jeden z klasiků se na téma pohádky vyjádřil s velkou dávkou ironie slovy: „Pohádka je příběh, který začíná strašně smutným koncem.“ Asi nemusím uvádět, kdo je autorem těchto slov, neboť věhlas podobných citátů překračuje hranice našeho státu. Ať je to jakkoliv, jsme v posledních měsících svědky, jak velké moudro bylo vysloveno. Posuďte sami.

Žil byl jeden rytíř, který měl své panství, lidé ho uctívali a jeho panství vzkvétalo. Nebylo tomu tak ale vždy. Jeho otec byl klasický feudál, který žil z práce svých poddaných. Nepřipouštěl si vznikající problémy, neboť věřil, že se přeci nemůže nic stát, vždyť kdyby bylo zle, přitvrdí a poddaným zvýší daně. Není tedy divu, že jeho panství přestalo vzkvétat. Přišla však nemoc a nezbylo, než předat vládu nad panstvím nejstaršímu synovi. Ten si často hrál s dětmi poddaných, a tak dobře znal jejich každodenní problémy. To byl také důvod, proč změnil přístup svého otce k rozhodování nad vznikajícími problémy, více naslouchal hlasu svých poddaných a panství se začalo dařit.

Úspěchy rytíře nezůstaly bez povšimnutí. Královská rada říše, ve které měl rytíř své panství, se usnesla, že by byl z tohoto rytíře dobrý král. A protože král, který t.č. vládl, byl již starší a nemocný, v říši se objevovaly stále častější nepokoje poddaných a systém byl stále méně udržitelný, oslovila Královská rada rytíře s nabídkou, aby převzal vládu nad celou říší. Rytíř chvíli nabídku zvažoval, nicméně nakonec na nabídku přistoupil.

Když se rytíř ujal kralování, přivedl si s sebou na královský hrad své rádce. Nebylo zvykem, aby měl král tolik rádců, vždyť tu přeci byla Královská rada, která do té doby do jisté míry určovala chod celého království. Není proto divu, že brzy došlo k názorovým střetům. Poddaní zprvu s nadšením přivítali změnu a věřili, že konečně dojde ke zlepšení poměrů v celé říši, věřili, že jim bude nový král více naslouchat a těšili se, že se budou mít přinejmenším tak dobře, jako poddaní v původním rytířově panství.

I sám král zprvu věřil, že nebude velký rozdíl mezi „kralováním“ na jeho panství a kralováním v celé říši. Jenže síla Královské rady se ukázala nad jeho síly. Celé situaci neprospělo ani to, že sílil tlak poddaných na změny, které by zlepšily jejich život. Hrozil dokonce hromadný útěk poddaných z království. Král ve snaze uklidnit situaci vydal nařízení, které alespoň na krátko situaci zklidnilo. Jenže stále narůstající tlak Královské rady přinesl řadu nových zákonů, které ve své podstatě postavení všech poddaných sešněrovalo.

Tady bych si dovolil pohádku ukončit a ponechám její pokračování na vás. Že vám to něco připomíná? Možná ano, možná ne. Příběh rytíře, alias krále má jistě své pokračování, nicméně účelem mého sdělení bylo nechat toto pokračování na vašem zamyšlení. Co asi mohlo následovat? Zvítězí král, Královská rada, nebo se podaří poddaným uspět ve svých požadavcích? To ponechám opravdu na vás.

S přáním hezkého podzimu

Pavel Neugebauer

Civilizační choroby



v tomto čísle inzerují...

AHOU
BOEHRINGER - INGELHEIM
BOIRON
EKA
GSK
HERO
MSD
MUCOS Pharma
NESTLÉ
ORION DIAGNOSTICA
PFIZER
POSTGRADUÁLNÍ MEDICÍNA
QuickSeal

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
Pátek	10. 00–13. 00 hodin

Sdružení praktických lékařů
pro děti a dorost ČR, o. s.
U Hranic 16, 100 00 Praha 10
sekretariát:
tel.: 267 184 065
fax: 267 184 050
redakce VOX:
tel.: 267 184 065
e-mail: centrum@detsky lekar. cz



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR

Druhý prázdninový měsíc byl ve znamení uzavírání cenových jednání na rok 2012, přičemž se ze všech stran ozývalo jen jedno slovo – nedohoda. Proč asi? Kdo sleduje politickou situaci v našem státě a aktuální změny ve zdravotnictví, resp. chystající se změny v rámci tzv. velké zdravotní reformy, asi nebude překvapený. Podle výstupů z Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR se máme opravdu „nač těšit“. Příští měsíce totiž budeme muset věnovat celé řadě jednání a rozborů, co, proč a s jakým rizikem je nově do systému zaváděno. Kdo nebude sledovat aktuální legislativu, může dopadnout jako mnoho řidičů, tj. ti nezřídka obdrží oznámení o tom, že mají odevzdat svůj řidičský průkaz, ve zdravotnictví se asi budou obdobně rušit registrace. Nebo se snad mýlím?

8.8. - Ministr zdravotnictví se sešel se zástupci Koalice, aby s nimi diskutoval aktuální situaci ve zdravotnické legislativě. Zástupci Koalice však ze schůzky odcházeli s rozpaky. I když se ministr tváří často tak, že požadavkům lékařů ambulantních lékařů rozumí, z jeho mediálních vystoupení však jednoznačně vyplývá přesvědčení o podhodnocení nemocniční péče oproti ambulantní. Na závěr bylo přislíbeno, že se ministr vrátí k textu navrženého Memoranda...

23.8. - Koalice soukromých lékařů sešla na svém pravidelném jednání. Hlavními tématy byly aktuální výstupy z cenových jednání a nemohla chybět ani aktuální legisla-

tiva. Po řadě týdnů obdržela Koalice k podpisu text Memoranda o spolupráci mezi KSL a Ministerstvem zdravotnictví ČR. Jestli obsah Memoranda zůstane pouze v rovině proklamace, nebo se stane zárukou vzájemné spolupráce, to ukážou následující týdny a měsíce. Osobně v tomto nejsem přílišný optimista. Podrobnější výstupy z jednání Koalice najdete na jiném místě.

31.8. - v rámci přípravné fáze dohodovacího řízení o cenách na rok 2012 se uskutečnilo závěrečné jednání v rámci segmentu praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost. Asi nebude překvapením, že k dohodě nedošlo. Na jedné straně oprávně-

ný nárok poskytovatelů na narovnání ohodnocení lékařů, nakonec i inflace nepochybně spolu s DPH a dalšími faktory povede ke zvyšování nákladů, na straně druhé pojišťovací logika zachovat rozpočty a moc si nepohoršit, resp. když stát navýší tarifní platy, zavede hrazení tzv. povinného očkování ze zdravotního pojištění, tj. přikáže pojišťovně platit, aniž by kompenzoval. Praktičtí dětské lékaři navíc situaci dopadu politického rozhodnutí bez příslušné kompenzace znají z kauzy regulačních poplatků u dětí. Jak vypadaly návrhy cenových jednání – o tom informujeme na jiném místě.

Koalice soukromých lékařů

Koalice soukromých lékařů se v uplynulém období snažila navázat racionální komunikaci s resortním ministerstvem. To nakonec svolilo k podpisu Memoranda, jako společného dokumentu, který zavazuje obě strany k vzájemné komunikaci nad chystanými změnami. I když je tento dokument převážně deklaratorní, členové Koalice se shodli, že obsahuje určitý závazek ze strany ministerstva, který by mohl zlepšit vzájemnou komunikaci. Vzhledem k předkládaným legislativním normám, a tím není míněn jen zákon o zdravotních službách, bude si jistě o čem povídat...

Výpis z jednání Koalice soukromých lékařů ze dne 23. srpna 2011

1. Připomínky k vyhlášce o zdravotnické dokumentaci

- Zástupci Koalice projednali připomínky

k návrhu vyhlášky a shodli se na společném závěru. Vyhláška je překážkou v rozšíření vedení zdravotnické dokumentace v elektronické podobě, nemá z medicínského hlediska žádný smysl a nesleduje prospěch pacienta.

- Mgr. Slavík zpracuje obecné připomínky, které budou jako společný dokument Koalice

soukromých lékařů postoupeny MZ ČR, připomínky, které jsou specifické, zašlou jednotlivé organizace KSL na MZ ČR individuálně.

2. Memorandum

- MZ ČR zaslalo KSL k připomínkování, případně odsouhlasení, text společného memo-



randa. Text vychází z návrhu vytvořeného a zasláního Koalicí ministru zdravotnictví koncem března 2011.

- Zástupci KSL se dohodli do návrhu již nezasahovat a souhlas s jeho zněním potvrdit podpisy všech zástupců Koalice. Podstatné je, že ministerstvo se memorandumem zavazuje ke spolupráci s KSL při přípravě důležitých legislativních změn ve zdravotnictví.

3. Dohodovací řízení o cenách zdravotní péče na rok 2012

- Zástupci KSL se vzájemně informovali o požadavcích, které se jednotlivá sdružení KSL snaží na jednáních prosadit.

Připomínky Koalice soukromých lékařů k návrhu vyhlášky o zdravotnické dokumentaci

Koalice soukromých lékařů činí k návrhu vyhlášky o zdravotnické dokumentaci tyto zásadní připomínky:

obecně:

- návrh nebyl věcně projednán se zástupci odborné lékařské veřejnosti, v důsledku čehož trpí dále rozebranými nedostatky;

- rozsah údajů ve zdravotnické dokumentaci tak, jak jej předpokládá návrh, neodpovídá potřebám praxe, je především z hlediska medicínského v mnoha ohledech neodůvodněný a zejména v ambulantních segmentech poskytovatelů zdravotních služeb představuje významnou administrativní, časovou, technologickou a v konečném důsledku samozřejmě i finanční zátěž;

- návrh žádným způsobem nezohledňuje reálně existující rozdíly v odůvodněných požadavcích na obsah zdravotnické dokumentace v závislosti na formě zdravotní péče (zejména lůžková péče na jedné straně a ambulantní péče na straně druhé) a na oboru zdravotní péče (např. zcela odlišný obsah má zdravotnická dokumentace vedená praktickým lékařem pro dospělé a zdravotnická dokumentace vedená zubním lékařem);

- návrh je projevem prohlubující se snahy o nepřiměřenou regulaci zdravotnictví ze strany státu, upřednostňuje formu před účelem a ve svých důsledcích povede k přepjatému formalizmu při interpretaci i aplikaci norem upravujících poskytování zdravotních služeb;

- návrh svými administrativními a technologickými nároky znevýhodňuje jednotlivé poskytovatele – fyzické osoby oproti poskytovatelům, kteří vytvářejí tzv. řetězce zdravotnic-

kých zařízení, a ve svých důsledcích významně přispívá k další integraci poskytovatelů a k omezování přirozené plurality na trhu zdravotních služeb;

- návrh završuje zcela nežádoucí proces změny účelu zdravotnické dokumentace: tradiční a generacemi lékařů prověřené chápání zdravotnické dokumentace jako nezbytné pomůcky při léčení je vystřídáno pojetím, které ze zdravotnické dokumentace činí samoúčelný, formalizovaný a byrokratický institut, který lékaři při léčení nepomáhá, ale naopak mu léčení komplikuje;

- návrh si patrně klade za cíl ochranu práv pacienta, ve skutečnosti však žádný reálný prospěch pacientovi nepřináší;

- návrh prakticky ruší prostor pro odborný lékařský závěr (a koneckonců i pro pouhý zdravý úsudek) o účelu, důvodnosti, rozsahu a obsahu záznamů ve zdravotnické dokumentaci a staví lékaře do role administrativního pracovníka, který vyplňuje státem předepsaný formulář.

Jednotlivě:

§ 1 a 2

Výčty údajů, které má zdravotnická dokumentace obsahovat, nemohou být z podstaty věci úplné a ani nemohou reflektovat okolnosti konkrétních případů. Oba paragrafy přesně ilustrují obecnou připomínku o nepřiměřené regulaci a přepjatém formalizmu.

§ 1 odst. 2 písm. b)

(Zdravotnická dokumentace v návaznosti na zjištěné informace o zdravotním stavu pacienta, dále obsahuje) předpokládanou konečnou diagnózu, návrh dalšího léčebného postupu a informace o průběhu léčení,

Ustanovení zcela nevhodné zejména pro registrující poskytovatele primární ambulantní péče; zápis o předpokládané konečné diagnóze a návrh dalšího léčebného postupu nejsou v podmínkách ambulantního poskytovatele primární péče věcně důvodné a často ani technicky proveditelné.

§ 1 odst. 2 písm. písm. h)

(Zdravotnická dokumentace v návaznosti na zjištěné informace o zdravotním stavu pacienta, dále obsahuje) záznam o souhlasu pacienta s poskytnutím zdravotních služeb,

S přihlédnutím k bezprostředně následujícímu ustanovení písm. i), které upravuje písemný souhlas pacienta, je nutno uzavřít,

že záznam o souhlasu pacienta s poskytnutím zdravotních služeb není písemným právním úkonem pacienta, nýbrž skutečně pouhým záznamem o souhlasu, který pacient poskytl ústně, popř. konkludentně. Takový souhlas je však nutno od pacienta získat při každém jednotlivém zákroku. Komentované ustanovení proto patrně vyžaduje, aby ke každému dílčímu zápisu o jednotlivých zákrocích byl ve zdravotnické dokumentaci připojen záznam o souhlasu pacienta. Takový požadavek je však zcela absurdní. Zahrnuje v sobě mimo jiné předpoklad, že zdravotničtí pracovníci často poskytují zdravotní služby proti vůli pacientů, a proto je nutno ve zdravotnické dokumentaci poskytnutí souhlasu pacienta důsledně a vždy zaznamenat.

§ 5 odst. 1

Poskytovatel vede a uchovává zdravotnickou dokumentaci v souladu se zásadami podle přílohy č. 2 této vyhlášky; zajišťuje její posouzení pro další poskytování zdravotních služeb (dále jen „posouzení potřebnosti“) pro účely jejího vyřazení a zničení nebo dalšího uchování. To platí obdobně pro správní úřad, který podle zákona²⁾ převzal zdravotnickou dokumentaci.

Proces posouzení potřebnosti je neodůvodněně formalizovaný a byrokratický. V podmínkách ambulance primární péče o jednom lékaři a jednom nelékařském zdravotnickém pracovníkovi jeví se představa, že každý rok proběhne posouzení potřebnosti, poskytovatel vypracuje návrh na vyřazení zdravotnické dokumentace (vyřazovací komise se v tomto případě nezřizuje), tento návrh pak následně i sám schválí, a to vše za situace, kdy veškerá dokumentace primární péče má vyřazovací znak „Z“ a je tudíž od počátku jasné, že po uplynutí doby uchování má být zničena, jako nereálná až směšná. Komentované ustanovení a s ním i celá příloha č. 2 jsou předpisem, který je přinejmenším v některých segmentech poskytovatelů předem odsouzen k tomu, že nebude dodržován, protože zcela abstrahuje od reality a potřeb praxe.

§ 6 odst. 1

Formát identifikátoru záznamu umožňuje jednoznačnou identifikaci záznamu v dokumentaci pacienta podle poskytovatele a data záznamu a je automaticky generován informačním systémem.

Zavedení identifikátoru záznamu si vyžádá zásadní úpravy stávajících informačních systémů využívaných k vedení elektronické zdra-



votnické dokumentace. Tyto úpravy s sebou přirozeně přinesou náklady, které budou poskytovatelé nuceni vynakládat. Lze rovněž vyslovit pochybnosti o tom, že se v praxi podaří zavést jednotný a fungující systém, který by správně generoval identifikátory záznamu u všech poskytovatelů. Z návrhu navíc nevyplývá, kdo a jakým způsobem stanoví kódy PČZ a čísla oddělení.

§ 6 odst. 3

Pro vedení zdravotnické dokumentace v elektronické podobě je nutné dodržovat následující podmínky

a) na elektronickou dokumentaci a její obsah se vztahují všechny zásady platné pro vedení dokumentace v písemné podobě,

b) povinné dokumenty v listinné podobě obsahující podpis osoby, která není zdravotnickým pracovníkem (pacient, svědek, zákonný zástupce), lze převést do digitální podoby za podmínky uchování originálního písemného dokumentu. Jde o přípustnou výjimku z elektronické podoby. Digitalizovaný dokument musí být označen časovou značkou a nezpochybnitelným, nezměnitelným a ověřitelným identifikátorem zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, který digitalizaci provedl,

c) provádět každý den pravidelné zálohy a dodržovat skartační plán stanovený v příloze 3 této vyhlášky.

Z hlediska legislativní techniky je třeba ustanovení vytknout nejasné a nestandardní formulace. Text pod jednotlivými písmeny jazykově ani logicky nenavazuje na uvozující větu. Věta „Jde o přípustnou výjimku z elektronické podoby“ je zcela nejasná a v kontextu komentovaného ustanovení prakticky nevyložitelná.

Pochybnosti budí pojmy „časová značka“ a „nezpochybnitelný, nezměnitelný a ověřitelný identifikátor“. Ani jeden z nich se v právním řádu ČR dosud nevyskytuje. Právní předpisy definují a pracují s pojmy „elektronická značka“ (§ 2 písm. c) zákona č. 227/2000 Sb., o elektronickém podpisu, ve znění pozdějších předpisů) a „kvalifikované časové razítko“ (§ 2 písm. r) téhož zákona. K jednoznačnému určení identity podepsané osoby ve vztahu k elektronickým datům slouží zpravidla „zaručený elektronický podpis“ (§ 2 písm. b) téhož zákona). Návrh (či přesněji: částečně tak činí již návrh zákona o službách) zavádí zcela nové pojmy, které patrně znamenají něco jiného, než co rozumíme elektronickým podpisem či kvalifikovaným časovým razítkem. Lze usuzovat, že nové pojmy jsou širší, neboli že „čas-

ovou značkou“ je možno rozumět nejen kvalifikované časové razítko, ale i nějaký jiný nástroj, a že „nezpochybnitelným, nezměnitelným a ověřitelným identifikátorem“ může být zaručený elektronický podpis, ale také cokoliv dalšího. V každém případě je nutno poukázat na to, že pravidla pro vedení elektronické zdravotnické dokumentace doznala oproti stávajícímu stavu významných změn, z nichž řada není věcně odůvodněna a které budou jednoznačně vyžadovat, aby poskytovatelé vynakládali další nemalé náklady na úpravu svých informačních systémů, na zajištění časových razítek či jiných časových značek, na synchronizaci systémového času své výpočetní techniky atd.

§ 6 odst. 4

Pro vedení zdravotnické dokumentace v elektronické podobě je nutné dodržovat následující podmínky na technické prostředky

a) zabezpečit výpočetní techniku softwarovými a hardwarovými prostředky před přístupem neoprávněných osob ke zdravotnické dokumentaci,

b) zajistit označení každého záznamu kromě identifikátoru záznamu také časovou značkou a nezpochybnitelným, nezměnitelným a ověřitelným identifikátorem zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, který záznam provedl,

c) vedení evidence všech přístupů ke zdravotnické dokumentaci včetně jejich oprav, změn a mazání,

d) zajistit, že ukončený a podepsaný záznam již nelze dodatečně měnit ani mazat, v případě jeho změny je nutné záznam uložit jako nový dokument,

e) umožnit pravidelné zálohování elektronické zdravotnické dokumentace,

f) umožnit export dat do Národního zdravotnického informačního systému,

g) umožnit výpis nebo kopii z elektronické zdravotnické dokumentace pacientovi nebo jinému poskytovateli,

h) vytvořit speciální kopii dokumentace všech pacientů pro potřeby správního orgánu, který udělil poskytovateli oprávnění k poskytování zdravotních služeb ve formátu čitelném a zpracovatelném i v jiných informačních systémech.

Z hlediska legislativní techniky je třeba ustanovení vytknout nejasné a nestandardní formulace. Text pod jednotlivými písmeny jazykově ani logicky nenavazuje na uvozující větu. Není zřejmé, zda jde o stanovení povinností poskytovateli, anebo zda jde o výčet technic-

kých parametrů, které musí splňovat hardware a software poskytovatele.

§ 6 odst. 4 písm. b)

zajistit označení každého záznamu kromě identifikátoru záznamu také časovou značkou a nezpochybnitelným, nezměnitelným a ověřitelným identifikátorem zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, který záznam provedl,

Viz poznámky výše k odstavci 3.

§ 6 odst. 4 písm. e)

umožnit pravidelné zálohování elektronické zdravotnické dokumentace,

Lze mít za to, že poskytovatel je povinen zajistit pravidelné zálohování elektronických záznamů (to konečně vyplývá i z návrhu zákona o zdravotních službách). Není však zřejmé, proč a komu by měl pravidelné zálohování svých dat umožnit. Patrně má být obsahem tohoto ustanovení úprava parametrů hardware a software, jinými slovy: poskytovatel je povinen používat takový hardware a software, který umožní pravidelné zálohování zdravotnické dokumentace. Formulace obsažená v návrhu je však zcela nejasná.

§ 6 odst. 4 písm. f)

umožnit export dat do Národního zdravotnického informačního systému,

Opět není zřejmé, proč a komu by měl poskytovatel umožnit export svých dat do NZIS. I zde patrně má jít o úpravu parametrů hardware a software, jinými slovy: poskytovatel je povinen používat takový hardware a software, který umožní export dat do NZIS. Formulace obsažená v návrhu je však zcela nejasná. Navíc tato povinnost zřejmě překračuje zmocnění, navržené v § 69 návrhu zákona o zdravotních službách.

§ 6 odst. 4 písm. f)

umožnit výpis nebo kopii z elektronické zdravotnické dokumentace pacientovi nebo jinému poskytovateli

Opět nešťastně formulované ustanovení. Patrně i zde jde o úpravu parametrů hardware a software.

§ 6 odst. 4 písm. g)

vytvořit speciální kopii dokumentace všech pacientů pro potřeby správního orgánu, který udělil poskytovateli oprávnění k poskytování zdravotních služeb ve formátu čitelném a zpracovatelném i v jiných informačních systémech.



Zcela nepřijatelná formulace. Chybí jakákoliv vazba na zmocňovací ustanovení zákona o zdravotních službách, významně (a nepřípustně nad rámec zákona) se rozšiřuje povinnost poskytovatele vytvořit speciální kopii. Návrh zákona o zdravotních službách upravuje tuto speciální kopii § 57, tedy v rámci úpravy nakládání se zdravotnickou dokumentací v případě zániku oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Komentovaný návrh vyhlášky však toto omezení nerespektuje. Navíc je zcela nejasné, zda se navrženým ustanovením ukládá poskytovateli povinnost

vytvořit speciální kopii, anebo zda má poskytovatel vytvoření takové kopie zajistit, anebo zda má opět jít o technický parametr použití tohoto software, který má umožnit vytvoření takové kopie.

Ze všech výše uvedených důvodů Koalice soukromých lékařů předložený návrh vyhlášky o zdravotnické dokumentaci jako odborně i legislativně chybný a dostatečně neprojednaný odmítá.

V Praze dne 23. 8. 2011

Za Koalici soukromých lékařů:
MUDr. Václav Šmatlák, předseda Sdružení praktických lékařů ČR,
 mluvčí Koalice
MUDr. Pavel Chrz, prezident České stomatologické komory
MUDr. Pavel Neugebauer, předseda Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR
MUDr. Zorjan Jojko, předseda Sdružení ambulantních specialistů ČR
MUDr. Vladimír Dvořák, předseda Sdružení soukromých gynekologů ČR

SPOLEČNÉ MEMORANDUM KOALICE SOUKROMÝCH LÉKAŘŮ A MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ ČR

V návaznosti na Memorandum uzávené mezi Ministerstvem zdravotnictví ČR a Lékařským odborovým klubem dne 17. 2. 2011 a Memorandem o úpravě poměrů ve zdravotnictví uzavřeným stejným ministerstvem a Českou asociací sester dne 8. 3. 2011, se níže podepsaní zástupci Koalice soukromých lékařů a Ministerstva zdravotnictví ČR dohodli na společném postupu při naplňování níže uvedených bodů.

1. Základní koncepční kroky

V souladu s Programovým prohlášením vlády, ve kterém je uvedeno:

„Veřejné zdravotní pojištění bude zachováno a modernizováno. Budou navýšeny prostředky přísunem soukromých zdrojů, zprůhledněno právní prostředí a podporována rovná soutěž poskytovatelů i plátců.“

a v souladu s Programovým prohlášením vlády se Ministerstvo zdravotnictví ČR hlásí k aktivní spolupráci s Koalicí soukromých lékařů, zastupující převážnou většinu ambulantních lékařů. Tato aktivní spolupráce bude vyjádřena především formou úzké spolupráce a konzultací nad připravovanými legislativními změnami, včetně formování základních reformativních kroků.

2. Odměňování lékařů

V návaznosti na úpravu platových poměrů lékařů v nemocnicích a vyhlášeních ministra zdravotnictví o postupném narovnání úhrad všech zdravotníků se dohodli zástupci Koalice soukromých lékařů s ministrem zdravotnictví na společné práci nad úpravou tzv. Seznamu výkonů, který je vydáván formou vyhlášky, poslední znění je obsahem Vyhlášky

č. 472/2009 Sb., a nad způsobem účtování zdravotní péče zubních lékařů. Podstatnou změnou by měla být taková úprava, která povede v horizontu několika let k naplnění deklarace o narovnání odměn ve zdravotnictví postupně ve všech jeho segmentech.

3. Přesun péče z nemocnic do ambulancí

Zástupci Koalice soukromých lékařů a Ministerstva zdravotnictví ČR se dohodli na zahájení diskuse, která by měla vést k faktickému naplňování trendu moderní medicíny, tj. přesunu pacientů z lůžek do ambulancí.

4. Legislativní změny

Zástupci Koalice soukromých lékařů a Ministerstva zdravotnictví ČR se dohodli na spolupráci nad předkládanými legislativními návrhy. Ministerstvo zdravotnictví ČR bude iniciovat schůzky se zástupci Koalice soukromých lékařů, na kterých budou předkládány koncepční záměry, ze kterých budou následně vycházet jednotlivé právní normy. V rámci připomínkového řízení budou realizovány schůzky za účelem vypořádávání připomínek předkládaných zástupci jednotlivých organizací sdružujících se v Koalici soukromých lékařů.

Součástí diskusí bude i problematika jasného legislativního vymezení spoluúčasti pacientů na úhradě poskytované zdravotní péče. Za specifickou považuje Koalice soukromých lékařů problematiku stomatologické péče, kdy připravované změny by měly reflektovat trendy nastoupené ve vyspělých státech světa.

5. Vzdělávání zdravotníků

Zástupci Koalice soukromých lékařů a zá-

stupci Ministerstva zdravotnictví ČR se dohodli, že budou ve spolupráci s odbornými společnostmi pracovat na zlepšování systému vzdělávání lékařských i nelékařských pracovníků. Dále se dohodli na úpravě systému rezidenčních míst zejména s důrazem na skutečnost, aby dotace na rezidenta zachovaly stejné platové podmínky po celou dobu vzdělávání v minimální výši jako v současnosti??.

6. Projekty eHealth

Zástupci Koalice soukromých lékařů a zástupci Ministerstva zdravotnictví ČR se dohodli na zahájení spolupráce a otevření diskuse o obsahu a formách eHealth v ČR a potřebě jeho zakotvení v legislativním rámci..

V Praze dne 30. 8. 2011

Za Koalici soukromých lékařů:
MUDr. Václav Šmatlák, předseda Sdružení praktických lékařů ČR,
 mluvčí Koalice
MUDr. Pavel Chrz, prezident České stomatologické komory
MUDr. Pavel Neugebauer, předseda Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR
MUDr. Pavel Tautermann, Sdružení ambulantních specialistů ČR
MUDr. Vladimír Dvořák, předseda Sdružení soukromých gynekologů ČR

Za Ministerstvo zdravotnictví ČR
 doc. **MUDr. Leoš Heger**, CSc., ministr

Pro VOX připravil:
MUDr. Pavel Neugebauer



Protokol

z cenových jednání na rok 2012

Datum a čas konání: **31. 8. 2011**

Místo konání: **Ústředí VZP ČR**

Svolavatel jednání: **MZ ČR**

Účastníci jednání: **dle přiložené prezenční listiny**

Jednání se uskutečnilo v souladu s „Jednacím řádem dohodovacího řízení o hodnotách bodu, výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení“ a navázalo na jednání, které se uskutečnilo 30. 6. 2011.

Návrhy jednotlivých účastníků a jejich skupin byly předloženy v písemné podobě. Tyto návrhy tvoří přílohy č. 1 – 3 tohoto protokolu.

Po jednání o předložených návrzích a vyjasňování stanovisek účastníků k předloženým návrhům účastníci přípravné fáze dohodovacího řízení přistoupili k hlasování o jednotlivých návrzích.

Žádný z předložených návrhů nezískal souhlas všech přítomných zástupců zdravotních pojišťoven a souhlas dvou třetin přítomných zástupců profesních sdružení zastoupených ve skupině praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost, jak stanovuje „Jednacím řádem dohodovacího řízení o hodnotách bodu, výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení“.

Výsledek hlasování:

I. Návrh SZP ČR (příloha č. 1)

Za zdravotní pojišťovny:

Souhlas: 7
Nesouhlas: 0
Zdržel se hlasování: 1

Za poskytovatele:

Souhlas: 0
Nesouhlas: 4
Zdržel se hlasování: 0

Návrh nebyl přijat.

II. Návrh VZP ČR (příloha č. 2)

Za zdravotní pojišťovny:

Souhlas: 1

Nesouhlas: 0

Zdržel se hlasování: 7

Za poskytovatele:

Souhlas: 0

Nesouhlas: 4

Zdržel se hlasování: 0

Návrh nebyl přijat.

III. Návrh skupiny praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost (příloha č. 3)

Za zdravotní pojišťovny:

Souhlas: 0

Nesouhlas: 8

Zdržel se hlasování: 0

Za poskytovatele:

Souhlas: 4

Nesouhlas: 0

Zdržel se hlasování: 0

Návrh nebyl přijat.

Účastníci jednání přípravné fáze Dohodovacího řízení o hodnotách bodu, výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení pro skupinu praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost nedošli k dohodě ve smyslu § 17. zákona č. 48/1997 Sb.

V Praze dne 31. 8. 2011

Za zdravotní pojišťovny:

Zdravotní pojišťovna/Jméno

• Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky/MUDr. Petr Pokorný

• Česká průmyslová zdravotní pojišťovna/MUDr. Pavel Frška

• Oborová zdravotní pojišťovna zam. bank, pojišťoven a stavebnictví/MUDr. Ludmila Plšková

• Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna/MUDr. Jiří Havrlant

• Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky/MUDr. Ladislav Gregor

• Zaměstnanecská pojišťovna Škoda/Ing. Eliška Zajícová

• Zdravotní pojišťovna METAL – ALIANCE/

Ing. Zuzana Zigová, PhD.

• Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra České republiky/MUDr. Jaroslav Juna

Za skupinu praktických lékařů

a praktických lékařů pro děti a dorost:

Organizace/Jméno

• SPLDD ČR/MUDr. Pavel Neugebauer

• SPL ČR/MUDr. Michal Bábíček

• ČLK o.s./MUDr. Petr Němeček

• APRIMED/Ing. Eva Sokolová

Příloha č. 1

NÁVRH SZP ČR PRO DOHODOVACÍ ŘÍZENÍ NA ROK 2012

pro jednání přípravné fáze dne 31.8.2011

Zdravotní péče poskytovaná praktickými lékaři pro dospělé a praktickými lékaři pro děti a dorost na období roku 2012

Zdravotní péče poskytovaná praktickými lékaři pro dospělé a praktickými lékaři pro děti a dorost bude **hrazena v roce 2012 podle individuálního smluvního ujednání** mezi konkrétním zdravotnickým zařízením a příslušnou zdravotní pojišťovnou.

V případě, že mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením **nedojde k individuální smluvní dohodě o způsobu a výši úhrad, bude zdravotní péče poskytovaná v roce 2012 hrazena dle níže uvedených pravidel.**

Článek 1.

Výše kombinované kapitačně výkonové platby a hodnota bodu

A) kombinovaná kapitačně výkonová platba

Výše kapitační platby se vypočte podle počtu přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, násobeného základní sazbou stanovenou na jednoho registrovaného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny na kalendářní měsíc. Počet přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny se vypočte vynásobením počtu zdravotnickým zařízením registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v jednotlivých níže



uvedených věkových skupinách, násobených níže uvedeným věkovým indexem. Základní sazba podle věty první se stanoví ve výši:

**47 Kč u zdravotnického zařízení poskytující péči praktického lékaře,
49 Kč u zdravotnického zařízení poskytující péči praktického lékaře pro děti a dorost.**

Věkové skupiny a indexy:

Věková skupina	Index
0 – 4 roky	3,91
5 – 9 let	1,70
10 – 14 let	1,35
15 – 19 let	1,00
20 – 24 let	0,90
25 – 29 let	0,95
30 – 34 let	1,00
35 – 39 let	1,05
40 – 44 let	1,05
45 – 49 let	1,10
50 – 54 let	1,35
55 – 59 let	1,45
60 – 64 let	1,50
65 – 69 let	1,70
70 – 74 let	2,00
75 – 79 let	2,40
80 – 84 let	2,90
85 a více let	3,40

Výkony podle seznamu výkonů zahrnuté do kapitační platby v odbornosti 001:

č. výkonu	Název
01023	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM
01024	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM
01025	KONZULTACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY PACIENTA
01030	ADMINISTRATIVNÍ ÚKONY PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
09215	INJEKCE I. M., S. C., I. D.
09216	INJEKCE DO MĚKKÝCH TKÁNÍ NEBO INTRADERMÁLNÍ PUPENY V RÁMCI REFLEXNÍ LÉČBY
09217	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET
09219	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U DOSPĚLÉHO ČI DÍTĚTE NAD 10 LET
09220	KANYLACE PERIFERNÍ ŽÍLY VČETNĚ INFÚZE
09233	INJEKČNÍ OKRSKOVÁ ANESTÉZIE
09237	OŠETŘENÍ A PŘEVAZ RÁNY OD 1 CM ² DO 10 CM ²

09507	PSYCHOTERAPIE PODPŮRNÁ PROVÁDĚNÁ LÉKAŘEM NEPSYCHIATREM
09511	MINIMÁLNÍ KONTAKT LÉKAŘE S PACIENTEM
09513	TELEFONICKÁ KONZULTACE OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE PACIENTEM
09523	EDUKAČNÍ POHOVOR LÉKAŘE S NEMOCNÝM ČI RODINOU
09525	ROZHOVOR LÉKAŘE S RODINOU
44239	OŠETŘENÍ A PŘEVAZ BÉRCOVÉHO VŘEDU LÉKAŘEM (1 BÉREC)
71511	VYJMUTÍ CIZÍHO TĚLESA ZE ZVUKOVODU
71611	VYNĚTÍ CIZÍHO TĚLESA Z NOSU – JEDNODUCHÉ

Výkony podle seznamu výkonů zahrnuté do kapitační platby v odbornosti 002:

č. výkonu	Název
01025	KONZULTACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY PACIENTA
01030	ADMINISTRATIVNÍ ÚKONY PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
02023	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST – DÍTĚ DO 6 LET
02024	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST – DÍTĚ DO 6 LET
02033	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST – DÍTĚ NAD 6 LET
02034	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST – DÍTĚ NAD 6 LET
06111	KOMPLEX - VYŠETŘENÍ STAVU PACIENTA SESTROU VE VLASTNÍM SOCIÁLNÍM PROSTŘEDÍ
06119	KOMPLEX - ODBĚR BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU
06121	KOMPLEX – LOKÁLNÍ OŠETŘENÍ
06123	KOMPLEX - EDUKACE, REEDUKACE, OŠETŘOVATELSKÁ REHABILITACE
06125	KOMPLEX - KLYSMA, VÝPLACHY, CÉVKOVÁNÍ, LAVÁŽE, OŠETŘENÍ PERMANENTNÍCH KATETRŮ
06127	KOMPLEX - APLIKACE INHALAČNÍ A LÉČEBNÉ TERAPIE P. O., S. C., I. M., I. V., UV, EVENT. DALŠÍ APLIKACE
06129	NÁCVIK A ZAUČOVÁNÍ APLIKACE INZULÍNU

09215	INJEKCE I. M., S. C., I. D.
09216	INJEKCE DO MĚKKÝCH TKÁNÍ NEBO INTRADERMÁLNÍ PUPENY V RÁMCI REFLEXNÍ LÉČBY
09217	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET
09219	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U DOSPĚLÉHO ČI DÍTĚTE NAD 10 LET
09220	KANYLACE PERIFERNÍ ŽÍLY VČETNĚ INFÚZE
09221	INFÚZE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET
09233	INJEKČNÍ OKRSKOVÁ ANESTÉZIE
09235	ODSTRANĚNÍ MALÝCH LÉZÍ KŮŽE
09237	OŠETŘENÍ A PŘEVAZ RÁNY OD 1 CM ² DO 10 CM ²
09253	UVOLNĚNÍ PREPUCIA, VČETNĚ NEOPERAČNÍ REPOZICE PARAFIMOZY
09507	PSYCHOTERAPIE PODPŮRNÁ PROVÁDĚNÁ LÉKAŘEM NEPSYCHIATREM
09511	MINIMÁLNÍ KONTAKT LÉKAŘE S PACIENTEM
09513	TELEFONICKÁ KONZULTACE OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE PACIENTEM
09523	EDUKAČNÍ POHOVOR LÉKAŘE S NEMOCNÝM ČI RODINOU
09525	ROZHOVOR LÉKAŘE S RODINOU
71511	VYJMUTÍ CIZÍHO TĚLESA ZE ZVUKOVODU
71611	VYNĚTÍ CIZÍHO TĚLESA Z NOSU – JEDNODUCHÉ

Kód výkonu (VZP) 01999 slouží pro možnost vykázání účtu 03 u výkonů zařazených do kapitační platby.

Úhrada smluvně dohodnutých výkonů hrazených mimo kapitační platbu a výkonů za neregistrované pojištění a za zahraniční pojištění, zdravotnickým zařízením vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané bude realizována podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů s hodnotou bodu 1,08 Kč.

Pro výkony 01021, 01022, 02021, 02022, 02031, 02032, 02110, 02120, 02125, 02127 až 02150 podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,10 Kč.

Pro výkony 15120, 15121 podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,03 Kč



Hodnota bodu za výkon dopravy (doprava zdravotnického pracovníka v návštěvní službě) se stanoví ve výši 0,90 Kč.

B) kombinovaná kapitačně výkonová platbou s dorovnáním kapitace

Dorovnání kapitace se poskytuje v případech, kdy praktický lékař nebo praktický lékař pro děti a dorost má, s ohledem na geografické podmínky, menší počet jednicových registrovaných pojištěnců, než je 70 % celostátního průměrného počtu takových pojištěnců (celostátní průměrný počet se stanoví vždy pro daný kalendářní rok podle údajů Centrálního registru pojištěnců, spravovaného Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky /dále jen "VZP"/) a poskytování takové zdravotní péče je nezbytné ke splnění povinností zdravotní pojišťovny podle § 46 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících předpisů, ve znění pozdějších předpisů.

Dorovnání kapitace lze poskytnout až do výše 90 % kapitační platby vypočtené na celostátní průměrný počet jednicových registrovaných pojištěnců. Na dorovnání se podílí zdravotní pojišťovna, s níž má příslušný praktický lékař uzavřenu smlouvu o poskytování a o úhradě zdravotní péče podílem, který odpovídá procentu jejich pojištěnců z jednicových registrovaných pojištěnců tohoto praktického lékaře. Tento typ úhrady se týká ordinací praktických lékařů, kterým byl Komisí pro malé praxe přiznán statut malé praxe.

Hodnota bodu za výkon dopravy (doprava zdravotnického pracovníka v návštěvní službě) se stanoví ve výši 0,90 Kč.

C) podle Vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb.,

ve znění pozdějších předpisů, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, kdy hodnota bodu je 0,95 Kč. Hodnota bodu za výkon dopravy (doprava zdravotnického pracovníka v návštěvní službě) se stanoví ve výši 0,90 Kč.

Článek 2.

Úprava úhrady

Základní sazba kombinované kapitačně výkonové platby, případně úhrada může být upravena na základě plnění dohodnutých kritérií mezi příslušnou zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením po předcho-

zím projednání se zástupci sdružení praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost.

Mezi dohodnutá kritéria patří:

- dostupnost péče, rozsah a délka ordinací doby, objednávací systém
- ukazatele kvality péče o chronicky nemocné
- poskytování nezbytných údajů od zdravotnických zařízení pro sledování kvality péče
- komplexní finanční nákladovost zdravotní péče poskytnuté registrované klientele
- finanční nákladovost zdravotní péče indukované registrované klientele
- zapojení do sledování optimální preskripce léků a zdravotnických prostředků, pozitivních lékových listů,
- oboustranná elektronická komunikace
- zapojení do systému řízení zdravotní péče

Článek 3.

Podmínky regulace indukované zdravotní péče

1. Degresní koeficient nebude v roce 2012 zdravotními pojišťovnami u zdravotnických zařízení uplatňován.

2. Regulační omezení uvedená v následujících odstavcích se nepoužijí, pokud zdravotnické zařízení se dohodlo s příslušnou zdravotní pojišťovnou na jiném způsobu regulace.

3. Pokud průměrná úhrada za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a indukovanou zdravotní péči konkrétním zdravotnickým zařízením vztahena na jednoho přepočteného pojištěnce za hodnocené období roku 2012 **převyšší 105 % průměrné úhrady** za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a indukovanou zdravotní péči konkrétním zdravotnickým zařízením vztahena na jednoho přepočteného pojištěnce za **referenční období roku 2010** je pojišťovna oprávněna uplatnit **srážku ve výši 40 % zvýšených výdajů** za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky nad 105 %. Do průměrné úhrady na jednoho přepočteného pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona a které zdravotní pojišťovna uhradila. Do indukované zdravotní péče konkrétního zdravotnického zaří-

zení se nezahrnují lékařem indikované výkony mamografického screeningu, screeningové kolonoskopie.

4. **Indukovanou zdravotní péčí** v referenčním i hodnoceném období se rozumí péče indikovaná konkrétním zdravotnickým zařízením jako registrujícím lékařem ve vyjmenovaných odbornostech, **dále včetně odbornosti 902, 925 a dopravní zdravotní služby** registrované klientele na tiskopisech dle platné Metodiky pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR.

5. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku za předepsaná léčiva a ZP a za indukovanou péči maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady dané zdravotní pojišťovny danému zdravotnickému zařízení za zdravotní péči za hodnocené období.

6. Regulační omezení uvedená v předchozích odstavcích se nepoužijí, pokud zdravotnické zařízení v roce 2012 nebo 2010 registrovalo 50 a méně pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny nebo poskytlo zdravotní péči 50 a méně neregistrovaným pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny nebo jednalo se o zdravotní péči poskytnutou zahraničním pojištěncům.

Příloha č.2

Návrh VZP ČR na úhradu zdravotní péče praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost na rok 2012

A) Kombinovaná kapitačně výkonová platba

1. Výše kapitační platby se vypočte podle počtu přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, násobeného základní sazbou stanovenou na jednoho registrovaného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny na kalendářní měsíc. Základní sazba podle věty první se stanoví ve výši

a) **50 Kč pro praktické lékaře a praktické lékaře pro děti a dorost**, kteří poskytují zdravotní péči v rozsahu alespoň 30 ordinálních hodin rozložených do **5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň jeden den v týdnu mají ordinací hodiny prodlouženy do 18 hodin** a umožňují pojištěncům objednat se alespoň dva dny v týdnu na pevně stanovenou hodinu.

b) **49 Kč pro praktické lékaře**, kteří poskytují zdravotní péči v rozsahu alespoň 25 ordinálních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň jeden den



v týdnu mají ordinální hodiny prodlouženy do 18 hodin. Pokud to místní podmínky vyžadují, mohou se zdravotní pojišťovny se zdravotnickým zařízením dohodnout na prodloužení ordinálních hodin odlišně.

c) 47 Kč pro praktické lékaře pokud ZZ neposkytnou zdravotní péči v rozsahu uvedeném v předchozích odst. a) nebo b).

d) 49 Kč pro ostatní praktické lékaře pro děti a dorost.

e) V případě více samostatných pracovišť zdravotnického zařízení může být stanovena rozdílná základní kapitační sazba pro každé pracoviště (s ohledem na splnění podmínek).

f) Počet přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny se vypočte vynáobením počtu zdravotnických zařízení registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v jednotlivých věkových skupinách podle bodu 7, násobených indexem podle bodu 7. Výše základní sazby, popřípadě celková výše úhrady, může být navýšena při splnění podmínek stanovených ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením.

2. Výkony podle seznamu výkonů zahrnuté do kapitační platby v odbornosti 001, podle seznamu výkonů:

č. výkonu	Název
01023	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM
01024	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM
01025	KONZULTACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY PACIENTA
01030	ADMINISTRATIVNÍ ÚKONY PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
09215	INJEKCE I. M., S. C., I. D.
09216	INJEKCE DO MĚKKÝCH TKÁNÍ NEBO INTRADERMÁLNÍ PUPENY V RÁMCI REFLEXNÍ LÉČBY
09217	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET
09219	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U DOSPĚLÉHO ČI DÍTĚTE NAD 10 LET
09220	KANYLACE PERIFERNÍ ŽÍLY VČETNĚ INFÚZE
09233	INJEKČNÍ OKRSKOVÁ ANESTÉZIE
09237	OŠETŘENÍ A PŘEVAZ RÁNY VČETNĚ OŠETŘENÍ KOŽNÍCH A PODKOŽNÍCH AFEKČÍ DO 10 CM ²
09507	PSYCHOTERAPIE PODPŮRNÁ

09511	PROVÁDĚNÁ LÉKAŘEM NEPSYCHIATREM
09513	MINIMÁLNÍ KONTAKT LÉKAŘE S PACIENTEM
09523	TELEFONICKÁ KONZULTACE OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE PACIENTEM
09525	EDUKAČNÍ POHOVOR LÉKAŘE S NEMOCNÝM ČI RODINOU
44239	ROZHOVOR LÉKAŘE S RODINOU
71511	OŠETŘENÍ A PŘEVAZ BĚRCOVÉHO VŘEDU LÉKAŘEM (1 BÉREC)
71611	VYJMUTÍ CIZÍHO TĚLESA ZE ZVUKOVODU
	VYNĚTÍ CIZÍHO TĚLESA Z NOSU - JEDNODUCHÉ

3. Výkony podle seznamu výkonů zahrnuté do kapitační platby v odbornosti 002, podle seznamu výkonů:

č. výkonu	Název
01025	KONZULTACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY PACIENTA
01030	ADMINISTRATIVNÍ ÚKONY PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
02023	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST - DÍTĚ DO 6 LET
02024	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST - DÍTĚ DO 6 LET
02033	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST - DÍTĚ NAD 6 LET
02034	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST - DÍTĚ NAD 6 LET
06111	KOMPLEX - VYŠETŘENÍ STAVU PACIENTA SESTROU VE VLASTNÍM SOCIÁLNÍM PROSTŘEDÍ
06119	KOMPLEX - ODBĚR BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU
06121	KOMPLEX - LOKÁLNÍ OŠETŘENÍ
06123	KOMPLEX - EDUKACE, REEDUKACE, OŠETŘOVATELSKÁ REHABILITACE
06125	KOMPLEX - KLYSMA, VÝPLACHY, CÉVKOVÁNÍ, LAVÁŽE, OŠETŘENÍ PERMANENTNÍCH KATETRŮ
06127	KOMPLEX - APLIKACE INHALAČNÍ A LÉČEBNÉ TERAPIE P. O., S. C., I. M., I. V., UV, EVENT. DALŠÍ ZPUSOBY APLIKACE TERAPIE ČI INSTILACE LÉČIV
06129	NÁCVIK A ZAUČOVÁNÍ APLIKACE INZULÍNU
09215	INJEKCE I. M., S. C., I. D.

09216	INJEKCE DO MĚKKÝCH TKÁNÍ NEBO INTRADERMÁLNÍ PUPENY V RÁMCI REFLEXNÍ LÉČBY
09217	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET
09219	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U DOSPĚLÉHO ČI DÍTĚTE NAD 10 LET
09220	KANYLACE PERIFERNÍ ŽÍLY VČETNĚ INFÚZE
09221	INFÚZE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET
09233	INJEKČNÍ OKRSKOVÁ ANESTÉZIE
09235	ODSTRANĚNÍ MALÝCH LÉZÍ KŮŽE
09237	OŠETŘENÍ A PŘEVAZ RÁNY VČETNĚ OŠETŘENÍ KOŽNÍCH A PODKOŽNÍCH AFEKČÍ DO 10 CM ²
09253	UVOLNĚNÍ PREPUCIA, VČETNĚ NEOPERAČNÍ REPOZICE PARAFIMOZY
09507	PSYCHOTERAPIE PODPŮRNÁ
09511	PROVÁDĚNÁ LÉKAŘEM NEPSYCHIATREM
09513	MINIMÁLNÍ KONTAKT LÉKAŘE S PACIENTEM
09513	TELEFONICKÁ KONZULTACE OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE PACIENTEM
09523	EDUKAČNÍ POHOVOR LÉKAŘE S NEMOCNÝM ČI RODINOU
09525	ROZHOVOR LÉKAŘE S RODINOU
71511	VYJMUTÍ CIZÍHO TĚLESA ZE ZVUKOVODU
71611	VYNĚTÍ CIZÍHO TĚLESA Z NOSU - JEDNODUCHÉ

4. Pro zdravotní výkony nezahrnuté do kapitační platby, zdravotní výkony za neregistrované pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny a za pojištěnce z EU, zdravotnickým zařízením vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví pro praktické lékaře pro dospělé hodnota bodu **ve výši 1,08 Kč.**

5. Pro zdravotní výkony nezahrnuté do kapitační platby, zdravotní výkony za neregistrované pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny a z **pojištěnce z EU,** zdravotnickým zařízením vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví pro praktické lékaře pro děti a dorost hodnota bodu ve výši **1,05 Kč. Pro výkony 02021, 02022, 02031, 02032 a výkony očkování se stanoví hodnota bodu pro praktické lékaře pro děti a dorost ve výši 1,10 Kč.**



6. Pro výkony dopravy v návštěvní službě, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 Kč.

7. Index vyjadřuje poměr nákladů na pojištěnce v dané věkové skupině vůči nákladům na pojištěnce ve věkové skupině 15 až 19 let.

Věkové skupiny a indexy:

Věková skupina	Index
0 – 4 roky	3,91
5 – 9 let	1,70
10 – 14 let	1,35
15 – 19 let	1,00
20 – 24 let	0,90
25 – 29 let	0,95
30 – 34 let	1,00
35 – 39 let	1,05
40 – 44 let	1,05
45 – 49 let	1,10
50 – 54 let	1,35
55 – 59 let	1,45
60 – 64 let	1,50
65 – 69 let	1,70
70 – 74 let	2,00
75 – 79 let	2,40
80 – 84 let	2,90
85 a více let	3,40

B) Kombinovaná kapitačně výkonová platba s dorovnáním kapitace

1. Výše kapitační platby s dorovnáním kapitace se stanoví podle písmene A) bodu 1. Dorovnání kapitace se poskytuje v případech, kdy praktický lékař nebo praktický lékař pro děti a dorost má, s ohledem na geografické podmínky, menší počet přepočtených pojištěnců registrovaných u příslušné zdravotní pojišťovny, než je 70 % celostátního průměrného počtu takových pojištěnců (celostátní průměrný počet se stanoví vždy pro daný kalendářní rok podle údajů Centrálního registru pojištěnců, spravovaného Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky) a poskytování takové zdravotní péče je nezbytné ke splnění povinností zdravotní pojišťovny podle § 46 odst. 1 zákona.

2. Dorovnání kapitace lze poskytnout až do výše 90 % kapitační platby vypočtené na celostátní průměrný počet přepočtených pojištěnců registrovaných u příslušné zdravotní pojišťovny. Na dorovnání se podílí zdravotní pojišťovna, se kterou má zdravotnické zařízení uzavřeno smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče podílem, který odpovídá procentu jejich pojištěnců z přepočtených pojištěnců registrovaných tímto zdravotnickým zařízením.

3. Pro úhradu výkonů podle seznamu výkonů se písm. A) body 4 až 6 použijí obdobně.

C) Zdravotní péče hrazená podle seznamu výkonů

Pro zdravotní péči hrazenou podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,95 Kč; pro výkony dopravy v návštěvní službě se stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 Kč. Limitace času nositele výkonu upravuje § 4.48/1997.

D) Regulační omezení

1. Regulace na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a na vyžádanou zdravotní péči vč. ZUM, ZULP (tj. úhrada za vyžádanou péči v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 809, 812 až 819, 822 a 823 – dále jen „vyjmenované odbornosti“, **domácí péči (odbornost 925), vyšetření CRP a INR, fyzioterapii (odbornost 902);** do vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mamografického screeningu prováděné zdravotnickým zařízením, které má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřeno smlouvu:

1.1. Pokud průměrná úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané ZZ vztahená na jednoho přepočteného pojištěnce dle věkových indexů stanovených podle skutečných celorepublikových nákladů **v roce 2012 převyšší o 20 % celostátní průměrnou úhradu** za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, je Pojišťovna oprávněna uplatnit regulační **srážku do výše 40 % z překročení**. Do průměrné úhrady na jednoho přepočteného pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona. Pojišťovna zohlední případy, kdy zdravotnické zařízení prokáže, že zvýšená průměrná úhrada za zdravotnickým zařízením předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky vztahená na jednoho přepočteného pojištěnce byla způsobena změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změn struktury ošetřených pojištěnců.

1.2. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech a **vyšetření CRP a INR**, podle seznamu výkonů vztahená na jednoho přepočteného pojištěnce dle věkových indexů stanovených podle skutečných celorepublikových nákladů **v roce 2012 pře-**

výší o 20 % celostátní průměrnou úhradu za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech, je Pojišťovna oprávněna uplatnit regulační **srážku do výše 40 % z překročení**. Do objemu vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mamografického screeningu prováděné ZZ, které má s Pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřeno Smlouvu.

1.3. Pokud průměrná úhrada **za vyžádanou péči** v odbornosti 902, podle seznamu výkonů, vztahená na jednoho přepočteného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny dle věkových indexů stanovených podle skutečných celorepublikových nákladů v roce 2012 **převyšší o 20 % celostátní průměrnou úhradu** za vyžádanou péči v odbornosti 902, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační **srážku do výše 40 % z překročení**.

1.4. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči **v odbornosti 925**, podle seznamu výkonů, vztahená na jednoho přepočteného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny dle věkových indexů stanovených podle skutečných celorepublikových nákladů v roce 2012 **převyšší o 20 % celostátní průměrnou úhradu** za vyžádanou péči v odbornosti 925, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační **srážku do výše 40 % z překročení**.

2. Regulační omezení podle bodu 1 se nepoužije, pokud dohodnuté náklady zdravotnického zařízení na zdravotní péči na přepočteného registrovaného pojištěnce v roce 2012 budou nižší než 110 % referenčního krajského (celostátního) průměru.

3. Regulační omezení podle bodu 1 se nepoužije, pokud dohodnuté náklady zdravotnického zařízení na zdravotní péči na přepočteného registrovaného pojištěnce v roce 2012 nepřevyší dohodnuté náklady zdravotnického zařízení na zdravotní péči v roce 2010.

4. Regulační omezení podle bodu 1 se nepoužije, pokud zdravotnické zařízení odůvodní poskytnutou zdravotní péči, na jejímž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodu 1.

5. Regulační omezení podle bodu 1 se dále nepoužije, pokud zdravotnické zařízení v roce 2012 registrovalo 50 a méně pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny nebo poskyt-



lo zdravotní péči 50 a méně neregistrovaným pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny nebo jedná-li se o zdravotní péči poskytnutou pojištěncům z EU.

6. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit **regulační srážku podle bodu 1 maximálně do výše odpovídající 25 % objemu úhrady** poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou zdravotnickému zařízení za kapitační platbu a zdravotní výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za rok 2012.

7. Regulační omezení podle bodu 1.1 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v roce 2012 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče na rok 2012 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.

8. Regulační omezení podle bodu 1.2 se nepoužijí, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v roce 2012 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče na rok 2012 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.

9. Regulační omezení podle bodu 1.3 se nepoužijí, pokud celková úhrada za vyžádanou péči v odbornosti 902 v roce 2012 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče na rok 2012 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.

10. Regulační omezení podle bodu 1.4 se nepoužijí, pokud celková úhrada za vyžádanou péči v odbornosti 925 v roce 2012 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče na rok 2012 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.

11. Zdravotní pojišťovna je oprávněna omezit celkovou výši úhrady zdravotnickým zařízením tak, aby celková výše úhrady za zdravotní péči poskytovanou v tomto segmentu v roce 2012 nepřekročila výši stanovenou ve Zdravotně pojistném plánu VZP ČR na rok 2012 na tuto zdravotní péči.

Příloha č.3

Návrh na úhradu zdravotní péče praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost na rok 2012
Návrh pro jednání přípravné fáze dne 31.8.2011

D) Kombinovaná kapitačně výkonová platba

8. Výše kapitační platby se vypočte podle počtu přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, násobeného základní sazbou stanovenou na jednoho registrovaného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny na kalendářní měsíc. Počet přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny se vypočte vynásobením počtu zdravotnickým zařízením registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v jednotlivých věkových skupinách podle bodu 7, násobených indexem podle bodu 7. Výše základní sazby, popřípadě celková výše úhrady, může být navýšena při splnění podmínek stanovených ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením. Základní sazba podle věty první se stanoví ve výši

g) **55 Kč pro praktické lékaře a praktické lékaře pro děti a dorost**, kteří poskytují zdravotní péči v rozsahu alespoň 30 ordinčních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň jeden den v týdnu mají ordinární hodiny prodlouženy do 18 hodin a umožňují pojištěncům objednat se alespoň dva dny v týdnu na pevně stanovenou hodinu,

h) **53 Kč pro praktické lékaře**, kteří poskytují zdravotní péči v rozsahu alespoň 25 ordinčních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň jeden den v týdnu mají ordinární hodiny prodlouženy nejméně do 18 hodin. Pokud to místní podmínky vyžadují, mohou se zdravotní pojišťovna se zdravotnickým zařízením dohodnout na prodloužení ordinálních hodin odlišně.

i) **50 Kč pro ostatní praktické lékaře**

9. Výkony podle seznamu výkonů zahrnuté do kapitační platby v odbornosti 001, podle seznamu výkonů:

č. výkonu Název

01023	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM
01024	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM
01025	KONZULTACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY PACIENTA
01030	ADMINISTRATIVNÍ ÚKONY PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
04508	LOKÁLNÍ OŠETŘENÍ GINGIVY/SLIZNICE
09215	INJEKCE I. M., S. C., I. D.
09216	INJEKCE DO MĚKKÝCH TKÁNÍ NEBO INTRADERMÁLNÍ PUPENY

09217	V RÁMCI REFLEXNÍ LÉČBY INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET
09219	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U DOSPĚLÉHO ČI DÍTĚTE NAD 10 LET
09220	KANYLACE PERIFERNÍ ŽÍLY VČETNĚ INFÚZE
09233	INJEKČNÍ OKRSKOVÁ ANESTÉZIE
09237	OŠETŘENÍ A PŘEVAZ RÁNY OD 1 CM ² DO 10 CM ²
09507	PSYCHOTERAPIE PODPŮRNÁ PROVÁDĚNÁ LÉKAŘEM NEPSYCHIATREM
09511	MINIMÁLNÍ KONTAKT LÉKAŘE S PACIENTEM
09513	TELEFONICKÁ KONZULTACE OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE PACIENTEM
09523	EDUKAČNÍ POHOVOR LÉKAŘE S NEMOCNÝM ČI RODINOU
09525	ROZHOVOR LÉKAŘE S RODINOU
44239	OŠETŘENÍ A PŘEVAZ BÉRCOVÉHO VŘEDU LÉKAŘEM (1 BÉREC)
71511	VYJMUTÍ CIZÍHO TĚLESA ZE ZVUKOVODU
71611	VYNĚTÍ CIZÍHO TĚLESA Z NOSU - JEDNODUCHÉ

10. Výkony podle seznamu výkonů zahrnuté do kapitační platby v odbornosti 002, podle seznamu výkonů:

č. výkonu Název

01025	KONZULTACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY PACIENTA
01030	ADMINISTRATIVNÍ ÚKONY PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
02023	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST - DÍTĚ DO 6 LET
02024	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST - DÍTĚ DO 6 LET
02033	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST - DÍTĚ NAD 6 LET
02034	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST - DÍTĚ NAD 6 LET
04508	LOKÁLNÍ OŠETŘENÍ GINGIVY/SLIZNICE
06111	KOMPLEX - VYŠETŘENÍ STAVU PACIENTA SESTROU VE VLASTNÍM SOCIÁLNÍM PROSTŘEDÍ
06119	KOMPLEX - ODBĚR BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU



06121	KOMPLEX - LOKÁLNÍ OŠETŘENÍ
06123	KOMPLEX - EDUKACE, REEDUKACE, OŠETŘOVATELSKÁ REHABILITACE
06125	KOMPLEX - KLYSMA, VÝPLACHY, CÉVKOVÁNÍ, LAVÁŽE, OŠETŘENÍ PERMANENTNÍCH KATETRŮ
06127	KOMPLEX - APLIKACE INHALAČNÍ A LÉČEBNÉ TERAPIE P. O., S. C., I. M., I. V., UV, EVENT. DALŠÍ APLIKACE
06129	NÁCVIK A ZAUČOVÁNÍ APLIKACE INZULÍNU
09215	INJEKCE I. M., S. C., I. D.
09216	INJEKCE DO MĚKKÝCH TKÁNÍ NEBO INTRADERMÁLNÍ PUPENY V RÁMCI REFLEXNÍ LÉČBY
09217	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET
09219	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U DOSPĚLÉHO ČI DÍTĚTE NAD 10 LET
09220	KANYLACE PERIFERNÍ ŽÍLY VČETNĚ INFÚZE
09221	INFÚZE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET
09233	INJEKČNÍ OKRSKOVÁ ANESTÉZIE
09235	ODSTRANĚNÍ MALÝCH LÉZÍ KŮŽE
09237	OŠETŘENÍ A PŘEVAZ RÁNY OD 1 CM ² DO 10 CM ²
09253	UVOLNĚNÍ PREPUCIA, VČETNĚ NEOPERAČNÍ REPOZICE PARAFIMOZY
09507	PSYCHOTERAPIE PODPŮRNÁ PROVÁDĚNÁ LÉKAŘEM NEPSYCHIATREM
09511	MINIMÁLNÍ KONTAKT LÉKAŘE S PACIENTEM
09513	TELEFONICKÁ KONZULTACE OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE PACIENTEM
09523	EDUKAČNÍ POHOVOR LÉKAŘE S NEMOCNÝM ČI RODINOU
09525	ROZHOVOR LÉKAŘE S RODINOU
71511	VYJMUTÍ CIZÍHO TĚLESA ZE ZVUKOVODU
71611	VYNĚTÍ CIZÍHO TĚLESA Z NOSU – JEDNODUCHÉ

11. Pro zdravotní výkony nezahrnuté do kapitační platby, zdravotní výkony za neregistrované pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny a za zahraniční pojištěnce, zdravotnickým zařízením vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,10 Kč.

12. Pro výkony 01021, 01022, 02021, 02022, 02031, 02032, 02110, 02120, 02125, 02127 až 02150, podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,12 Kč.

13. Pro výkony dopravy v návštěvní službě, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,91 Kč.

14. Index vyjadřuje poměr nákladů na pojištěnce v dané věkové skupině vůči nákladům na pojištěnce ve věkové skupině 15 až 19 let.

Věkové skupiny a indexy:

Věková skupina	Index
0 – 4 roky	3,91
5 – 9 let	1,70
10 – 14 let	1,35
15 – 19 let	1,00
20 – 24 let	0,90
25 – 29 let	0,95
30 – 34 let	1,00
35 – 39 let	1,05
40 – 44 let	1,05
45 – 49 let	1,10
50 – 54 let	1,35
55 – 59 let	1,45
60 – 64 let	1,50
65 – 69 let	1,70
70 – 74 let	2,00
75 – 79 let	2,40
80 – 84 let	2,90
85 a více let	3,40

E) Kombinovaná kapitačně výkonová platba s dorovnáním kapitace

1. Výše kapitační platby s dorovnáním kapitace se stanoví podle písmene A) bodu 1. Dorovnání kapitace se poskytuje v případech, kdy praktický lékař nebo praktický lékař pro děti a dorost má, s ohledem na geografické podmínky, menší počet přepočtených pojištěnců registrovaných u příslušné zdravotní pojišťovny, než je 70 % celostátního průměrného počtu takových pojištěnců (celostátní průměrný počet se stanoví vždy pro daný kalendářní rok podle údajů Centrálního registru pojištěnců, spravovaného Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky) a poskytování takové zdravotní péče je nezbytné ke splnění povinností zdravotní pojišťovny podle § 46 odst. 1 zákona.

2. Dorovnání kapitace lze poskytnout až do výše 90 % kapitační platby vypočtené na celostátní průměrný počet přepočtených pojištěnců registrovaných u příslušné zdravotní pojišťovny. Na dorovnání se podílí zdra-

vozní pojišťovna, se kterou má zdravotnické zařízení uzavřenu smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče podílem, který odpovídá procentu jejích pojištěnců z přepočtených pojištěnců registrovaných tímto zdravotnickým zařízením.

3. Pro úhradu výkonů podle seznamu výkonů se písm. A) body 4 až 6 použijí obdobně.

F) Zdravotní péče hrazená podle seznamu výkonů

Pro zdravotní péči hrazenou podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč; pro výkony dopravy v návštěvní službě se stanoví hodnota bodu ve výši 0,91 Kč.

G) Regulační omezení

1. Regulace na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a na vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech (do vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mamografického screeningu prováděné zdravotnickým zařízením, které má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu smlouvu):

1.1. Pokud průměrná úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce dle věkových indexů stanovených podle skutečných celorepublikových nákladů na léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v roce 2012, převyšuje o více než 20 % celostátní průměrnou úhradu za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení. Do průměrné úhrady na jednoho přepočteného pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona a které zdravotní pojišťovna uhradila. Zdravotní pojišťovna zohlední případy, kdy zdravotnické zařízení prokáže, že zvýšená průměrná úhrada za zdravotnickým zařízením předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky vztažené na jednoho přepočteného pojištěnce byla způsobena změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změn struktury ošetřených pojištěnců.

1.2. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech (tj. úhrada za vyžádanou péči v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 809, 812 až 819, 822 a 823 pod-



le seznamu výkonů), vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce dle věkových indexů stanovených podle skutečných celorepublikových nákladů na vyžádanou péči v roce 2012, převyší o více než 20 % celostátní průměrnou úhradu za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení.

11. Regulační omezení podle bodu 1.1 a 1.2 se nepoužijí, pokud zdravotnické zařízení odůvodní poskytnutou zdravotní péčí, na jejímž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodu 1.1, popřípadě 1.2.

12. Regulační omezení podle bodu 1.1 a 1.2 se nepoužijí, pokud průměrná úhrada za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, popř. průměrná úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce dle věkových indexů stanovených podle skutečných celorepublikových nákladů v roce 2012, nepřevyší o více než 10 % průměrnou úhradu v příslušném kraji.

13. Regulační omezení podle bodu 1.1 a 1.2 se nepoužijí, pokud komplexní náklady registrované klientely konkrétního zdravotnického zařízení za rok 2012 nepřekročí komplexní náklady registrované klientely roku 2011. Zohledněny budou meziroční odchylky ve složení registrované klientely dle věkových indexů.

14. Regulační omezení podle bodu 1.1 a 1.2 se nepoužijí, pokud zdravotnické zařízení v roce 2011 nebo 2012 registrovalo 50 a méně pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny nebo poskytl zdravotní péči 50 a méně neregistrovaným pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny nebo jednalo-li se o zdravotní péči poskytnutou zahraničním pojištěncům.

15. Regulační omezení podle bodu 1.1 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané praktickými lékaři a praktickými lékaři pro děti a dorost v roce 2012 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče na rok 2012 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.

16. Regulační omezení podle bodu 1.2 se nepoužijí, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v roce 2012 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče na rok 2012 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.

17. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle bodů 1.1 a 1.2 pouze v případě, že zdravotnickému zařízení prokáže, že došlo k plýtvání prostředky veřejného zdravotního pojištění a bylo postupováno při péči o jejich pojištěnce non lege artis.

18. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle bodů 1.1 a 1.2 maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou zdravotnickému zařízení za kapitální platbu a zdravotní výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za rok 2012.



Vážené kolegyně, vážení kolegové,

**dne 5. listopadu 2011 se koná
v době od 9:00 hod do 17:00 hod
v aule Masarykovy Univerzity v Brně, Vinařská ul.**

XX. Celorepubliková konference SPLDD ČR, o.s.

Všechny vás zve Výkonný výbor Sdružení, který pracoval ve složení:

MUDr. Pavel Neugebauer – předseda
MUDr. Ilona Hülleová – 1. místopředseda
MUDr. Jiřina Dvořáková – místopředseda a pokladník
MUDr. Gabriela Kubátová – místopředseda pro integraci se zahraničím
MUDr. Milan Kudyn – místopředseda

K účasti byli pozváni:

doc. MUDr. Leoš Heger, CSc. - ministr zdravotnictví ČR
MUDr. Pavel Horák, MBA – ředitel VZP ČR
Ing. Jaromír Gajdáček, Ph.D. – prezident Svazu zdravotních pojišťoven ČR
MUDr. Zorjan Jojko – mluvčí Koalice soukromých lékařů
MUDr. Boris Šťastný - Předseda Výboru pro zdravotnictví PS PČR

Hlavní téma k diskusi s hosty.

Aktuální situace ve zdravotnictví – legislativní změny, platební morálka ZP

KUPTE SI KLAUNSKÝ NOS
A POMOZTE LIDEM
S POSTIŽENÍM ZPÁTKY DO ŽIVOTA!

Cena nosu
30 Kč



Lukášek, 9 let, na vysvědčení samé jedničky

Kupte si svůj vlastní nos a pomozte handicapovaným

Pomoci lidem s postižením je jednoduché. NOS si můžete koupit u našich partnerů – v síti prodejen Neoluxor, Bontonland, nebo na internetových stránkách www.mall.cz, www.bontonland.cz a www.neoluxor.cz.

Více o našich projektech najdete na www.kontobariery.cz.

kontobariéry
77



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Hana Cabrnachová

předsedkyně OSPDL ČLS JEP

■ Stanovisko Národní imunizační komise z 6. září 2011

Národní imunizační komise (NIKO), poradní orgán Ministerstva zdravotnictví pro oblast očkování, se na svém dnešním pravidelném zasedání zabývala nepravdivými informacemi, které se v posledních dnech objevily v některých sdělovacích prostředcích a které nemají charakter vědecky ověřených zdrojů na téma reakcí po HPV vakcíně. Komise vyjádřila znepokojení nad prezentováním těchto lživých informací a jejich vydáváním za informace od odborníků pro oblast očkování. Obě používané vakcíny proti HPV infekci prošly extenzivním klinickým hodnocením a jejich bezpečnost byla mnohokrát ověřena. Jedná se o moderní preventivní vakcíny, jejichž používání povede v budoucnosti ke kontinuálnímu snižování ekonomické zátěže spojené s léčbou rakoviny děložního čípku.

Komise uvítala parlamentní návrh na hrazení očkování proti rakovině děložního čípku z prostředků veřejného zdravotního pojištění pro mladé dívky ve věku 13 až 14 let. Tento návrh je zcela v souladu s doporučeními NIKO z ledna tohoto roku a odpovídá evropským trendům v očkování. Stanovisko NIKO vycházelo z

doporučení pěti odborných lékařských společností, které považovaly toto očkování za jedno z prioritních a doporučily jeho zařazení do národního imunizačního schématu právě pro tuto věkovou kategorii dívek. Data o bezpečnosti vakcín pro tuto věkovou kategorii vychází ze studií v řadě zemí světa i ze studie, která byla provedena v ČR.

■ Informace z jednání Akreditační komise MZČR pro obor PLDD z 31.8.2011

Odborný dohled – není definován zákonem č. 95/2004 Sb., ČLK (předsednictvo) vydalo stanovisko pro podmínky práce pod odborným dohledem, neřeší ale přípravu, pouze podmínkou 2 roky praxe v oboru (odborný dohled může pak být jen na telefonu) bez ohledu na typ přípravu. Nově by mělo být řešeno vyhláškou o personálních požadavcích.

Stanovisko AK:

Základní podmínkou pro provozování ordinace PLDD je specializovaná způsobilost v oboru PLDD. Práce pod odborným dohledem jiného PLDD je jen přechodným řešením do doby nabytí specializované způsobilosti, tuto činnost ale může vykonávat pod odborným

dohledem pouze lékař, splňující vzdělání v rozsahu minimálně pediatrického kmene.

■ Rezidenční místa aktuální situace

Nejsou obsazena všechna RM, oslovující dopis katedry IPVZ byl rozeslán všem zařazeným do oboru PLDD, pro ty, komu se dosud žádný rezident nepřihlásil, je informace, že je možné už nyní vypsat druhé kolo se lhůtou cca do poloviny října tak, aby se do konce roku stihlo zařazení rezidenta do systému dotací pro rok 2011.

Informace o vypsání výběrových řízení na www.detskylekar.cz.

Dle informace Ing. Šubertové porada vedení MZČR rozhodla, že nebude navýšena celková dotace na jedno rezidenční místo v oboru PLDD do úrovně dotace v oboru všeobecný praktický lékař (VPL). Členové akreditační komise trvají na tomto požadavku a považují za důležité zopakovat tento požadavek v souvislosti s vyhodnocením konečné výše čerpané dotace pro všechna rezidenční místa v oboru PLDD. Není vysvětlitelné, proč by po přepočtu byla měsíční výše dotace být nižší než pro obor VPL.

XVII. Moravskoslezské pediatrické dny

11. – 12. listopadu 2011, Clarion Congress Hotel Ostrava

**Akce se koná pod záštitou ministra zdravotnictví ČR doc. MUDr. Leoše Hegera, CSc.
a prezidenta České lékařské společnosti J. E. Purkyně prof. MUDr. Jaroslava Blahoše, DrSc.**

Témata:

**Vyšetřovací postupy a metody v pediatrii
Varia**

Bližší informace na www.pediatric-ostrava.cz

Přihláška k pasivní účasti:

platba do 15. října 2011 - zvýhodněná cena

platba do 8. listopadu 2011 - uzávěrka přihlášek

Vzdělávací akce je pořádána dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK a je ohodnocena 10 kredity pro lékaře.

Akce je zařazena do celoživotního vzdělávání dle Vyhlášky MZ ČR č. 4/2010 Sb.

a je ohodnocena kredity pro nelékařské zdravotnické pracovníky.

Orion Diagnostika



Bronchiolitida

MUDr. Olga Černá

Jednotka intenzivní a resuscitační péče VFN a 1. LF UK, Praha

Abstrakt: Bronchiolitida je akutní zánětlivé onemocnění dýchacího aparátu, postihuje především kojence a batolata. Etiologie je virová, v naprosté většině případů jde o infekci způsobenou RSV (Respiratory Syncytial virus). Bronchiolitida je častou příčinou hospitalizace, může vést až k akutní respirační insuficienci s rozvojem multiorgánového selhání. V článku je uvedena etiopatogeneze, klinické projevy, diagnostika i doporučená terapie onemocnění a vlastní zkušenosti.

Klíčová slova: bronchiolitida, RSV, respirační insuficience, umělá plicní ventilace

■ Úvod

Akutní bronchiolitida je zánětlivé onemocnění dýchacího aparátu, které postihuje především kojence a batolata, maximální výskyt je u dětí do 2 let věku. V postižené oblasti dýchacího aparátu dochází k zánětu s rozvojem typického edému submukózy, k peribronchiální infiltraci mononukleáry a k nekróze epitelálních buněk v malých dýchacích cestách. Významně se zvyšuje produkce hlenu a bronchiální reaktivita, která vede k bronchospasmům. V některých případech onemocnění rychle vede k akutnímu respiračnímu selhání s nutností komplexní resuscitační péče.

■ Etiopatogeneze

Etiologie onemocnění je virová, v naprosté většině případů jde o infekci RSV, ojediněle může být bronchiolitida způsobena i adenoviry, metapneumoviry eventuálně i viry influenzy a parainfluenzy. Je to onemocnění se sezónním výskytem, maximum výskytu je v chladnějších měsících, typicky od listopadu do března. Infekce se přenáší kapénkovou nákazou, inkubační doba je 2-8 dnů. Zdrojem nákazy je nemocné dítě, nejčastějším místem přenosu jsou kromě rodiny kolektivní dětská zařízení a místa s větší koncentrací dětí, např. herny v nákupních centrech.

■ Klinické projevy

V první fázi onemocnění se objevuje rýma a kašel, dále chrapot a rychle nastupující výrazná tachypnoe. Kašel je dráždivý, často záchrvatovitý. Dítě zapojuje pomocné dýchací svaly, má alární souhyb. Při zahlenění horních dýchacích cest hůře pije, zvrací, snižuje se hydratace. V závažnějších případech se rozvíjí dušnost s převahou expirační složky, dochá-

zí k akutnímu respiračnímu selhání. U některých dětí se objevují apnoické pauzy, dušnost v těchto případech nebývá nápadná.

Pro bronchiolitidu, resp. RSV infekci, je typický sezónní výskyt i věk dítěte. Velmi rizikovou skupinou pro toto onemocnění jsou zejména děti narozené před 35. týdnem těhotenství, které v novorozeneckém věku z jakéhokoli důvodu vyžadovaly umělou plicní ventilaci či oxygenoterapii a děti s chronickým plicním postižením (bronchopulmonální dysplazií). Těžší průběh onemocnění se vyskytuje u dětí s vrozenými srdečními vadami, s plicní hypertenzí, s cystickou fibrózou a u imuno-kompromitovaných dětí.

■ Diagnostika a vyšetření

Diagnostika bronchiolitidy i tíže onemocnění vychází z klinického vyšetření. Je nutno přihlížet k věku dítěte i ročnímu období. U dítěte mladšího 2 let, které je zahleněné, dráždivě kašle, má chrapot, je dušné či tachypnoické, je vždy nutné na bronchiolitidu pomýšlet. Děti jsou zpravidla subfebrilní, mohou však být i afebrilní či naopak mohou mít vysoké teploty. Tachypnoe u bronchiolitidy bývá výrazná, dechové frekvence se u mladších kojenců pohybují kolem 80 dechů/min, někdy i více. Dušnost je smíšená s převahou expirační složky, velmi častý je nápadnější alární souhyb. Poslechový náález je proměnlivý, kromě vlhkých inspiračních fenoménů má dítě prodloužené expirium s četnými expiračními vrzoty, někdy pískoty. RTG nálezy nemusí jednoznačně korelovat s tíží onemocnění. Především u novorozenců a mladších kojenců, kde hlavním klinickým projevem mohou být apnoické pauzy, může být náález na RTG zcela diskretní. Současně s tachypnoí se objevuje tachykardie. V některých přípa-

dech se rychle rozvíjí respirační insuficience, může dojít i k multiorgánovému selhání s nutností komplexní resuscitační péče na resuscitačním oddělení.

Pacienta s podezřením na bronchiolitidu je nutné hospitalizovat. Jde o onemocnění, kdy se dechová nedostatečnost může rozvinout i velmi rychle. Akutní hospitalizaci vyžadují děti s tachypnoí a zvýšeným dechovým úsilím, protože riziko rozvoje respirační insuficience je u těchto pacientů vysoké.

K základnímu laboratornímu vyšetření patří krevní obraz s diferenciálním rozpočtem, biochemie, acidobazická rovnováha a krevní plyny, mikrobiologie a sérologie. V krevním obraze je většinou leukopenie s lymfocytózou, v biochemickém vyšetření je mírně zvýšené CRP a až u poloviny pacientů je zastižena elevace jaterních enzymů.

Laboratorní diagnostika akutní RSV infekce je sérologická. Je zpravidla prováděna rychlými metodami detekce virových antigenů. Možnost úspěšné detekce je závislá na odběru adekvátního vzorku z dýchacích cest. Úspěšnost zachytu stoupá s množstvím epitelálních buněk v odebraném materiálu. Nejvhodnější je provádět vyšetření z nasofaryngeálního výplachu nebo aspirátu, z tracheálního aspirátu event. bronchoalveolární laváže (BAL). Požadované množství vzorku je minimálně 0,5 ml a odebírá se do standardních odběrových zkumavek bez aditiv. Vzorek je vhodné transportovat do laboratoře ihned po odběru, popřípadě jej lze uchovávat 4 hodiny při pokojové teplotě nebo 24 hodin při teplotě 2 – 8°C. Současně se stanovením antigenů RSV lze z materiálu provést vyšetření na přítomnost antigenů virů ADV (adenoviry), influenzy A, influenzy B, parainfluenzy 1,2,3 a hMPV (human metapneumovirus). Detekce

Boiron - Oscillococcinum



RSV antigenů se provádí metodou přímé imuno fluoresceence nebo imunochromatografickým testem. Výsledky je možné získat do 30–60 minut po dodání vzorku do laboratoře, riziko falešně negativních výsledků nastává při neadekvátním odběru vzorku.

RTG plic je indikován u všech dětí s podezřením na bronchiolitidu, které vyžadují oxigenoterapii. U většiny pacientů s bronchiolitidou se na rtg objevují nejruznější abnormality, jsou popisovány ložiskové zánětlivé změny, emfyzém, atelektázy. Podle některých studií je nález atelektáz a zánětlivých ložisek spojen s vysokým rizikem respirační insuficience.

■ Monitorování

Monitorování základních životních funkcí u dítěte s bronchiolitidou je nezbytné. Pulzní oximetrie s TF (tepovou frekvencí) i DF (dechovou frekvencí) je sledována kontinuálně, systémový tlak je měřen v různých časových intervalech dle stavu pacienta. V případě, kdy se rozvíjí respirační insuficience a dítě vyžaduje umělou plicní ventilaci, je třeba zvážit invazivní monitorování krevního tlaku. Samozřejmě je sledování vnitřního prostředí a acidobazické rovnováhy.

■ Terapie

Terapie RSV bronchiolitidy není zdaleka jednoznačná. Existuje celá řada prací, které se této problematice věnují.

K nejčastěji podávaným lékům patří inhalační bronchodilatancia – salbutamol a ipratropium bromid. Některé práce doporučují inhalace racemického adrenalinu a solných roztoků. Ve studiích však nebyl prokázán vliv ani na saturaci, ani na DF či na délku hospitalizace. Léčba inhalačními bronchodilatacemi či inhalačním adrenalinem je doporučena pouze pro pacienty s jasným klinickým efektem. K rutinnímu podání nejsou podle posledních publikací doporučeny ani systémové či inhalační kortikosteroidy, i když u části pacientů byl prokázán benefit z kombinace steroidů a salbutamolu.

Velmi sporná jsou antibiotika. Jsou indikována při současné bakteriální infekci či superinfekci. Příkladem je relativně častá kombinace virové bronchiolitidy s bakteriální zánětem středního ucha. Závažná bakteriální infekce je prokázána u méně než 4% dětí s bronchiolitidou. RTG nálezy plicních atelektáz jsou často mylně hodnoceny jako zánětlivá komplikace a ATB jsou pak dětem podávána. Existují i práce, které do léčby RSV bronchiolitid zařazují clarithromycin pro jeho imu-

nomodulační účinek. Pro riziko nárůstu ATB rezistence nelze tento postup paušálně doporučit. Antivirotika (ribavirin) jsou kontroverzní, jejich podávání není doporučeno.

Fyzioterapie může být indikována v prevenci atelektáz, opět ale nepatří mezi rutinně doporučované metody.

V závažnějších případech, kdy dítě je dehydratované, nemůže přijímat stravu enterálně, je indikována parenterální výživa.

U dětí s klidovou saturací pod 90% je vždy nutná oxigenoterapie za kontinuálního monitorování. Zvlhčený a zahřátý kyslík se podává maskou ev. nosními brýlemi. Pokud nelze stav zvládnout konzervativně, je nutné včasné zahájení umělé plicní ventilace (UPV). Dle stavu dítěte se používá konvenční i nekonvenční UPV, v případě kritického selhání je možná i mimotělní membránová oxygenace (ECMO).

■ Komplikace

K mimoplicním komplikacím patří především oběhové selhání se systémovou hypotenzí. Až jedna polovina ventilovaných dětí s bronchiolitidou má zvýšenou hladinu troponinu. Jsou popisovány i poruchy srdečního rytmu (sinusová tachykardie, supraventrikulární tachykardie, AV blok) a fatálně probíhající intersticiální myokarditidy. Až u 40% ventilovaných pacientů se objevují komplikace související s CNS. Časté jsou centrální apnoe (apnoe delší 20 vteřin s bradykardií a/nebo desaturací). Postihují hlavně děti mladší 2 měsíců a děti z nižších gestačních týdnů. Monitorování vnitřního prostředí je důležité i pro riziko vzniku SIADH (syndrom nepřiměřené sekrece antidiuretického hormonu) s hyponatremií (až u 10% dětí je Na pod 130 mmol/l).

■ Prevence

Prevence palivizumabem je vyhrazena pouze pro vybrané rizikové skupiny dětí s chronickým plicním a kardiálním postižením. Obecným pravidlem prevence je omezení pobytu dítěte v místech s vyšším rizikem infekce a dostatečná hygiena, děti by neměly být vystaveny pasivnímu kouření.

■ Vlastní zkušenosti

Na Klinice dětského a dorostového lékařství bylo od ledna 2009 do dubna 2011 vyšetřeno 460 hospitalizovaných dětí s respiračním infektem na RSV. Pozitivní nález virového antigenu (aspirát HCD, BAL) byl u 138 dětí. Na standardním oddělení bylo hospitalizováno 108 dětí, z nich 30% vyžadovalo oxigenoterapii. Na JIRP bylo hospitalizováno 30 dětí s respiračním selháním. Z nich 23 vyžadovalo umělou plicní ventilaci, 6měsíční pacientka byla úspěšně léčena pomocí ECMO. V souboru zemřel 1 kojeneček po 6týdenní hospitalizaci a umělé plicní ventilaci se závažnou respirační insuficiencí, u kterého bylo vysloveno podezření na vrozenou poruchu homeostázy surfaktantu.

■ Závěr

Bronchiolitida patří mezi závažná onemocnění dýchacího traktu v raném dětském věku. Její léčba je kontroverzní, neexistují jednoznačná doporučení. Vzhledem k tomu, že průběh onemocnění nelze iniciálně odhadnout, je každé dítě s podezřením na bronchiolitidu indikováno k včasné hospitalizaci a monitoraci klinických projevů.

6. konference odborníků zabývajících se obezitou dětí a dorostu

DĚTSKÁ OBEZITA V TEORII A PRAXI

Odborné zajištění:

MUDr. Petr Tláškal, CSc., primář Dětské polikliniky FN v Praze-Motole,
MUDr. Blanka Kosová, vedoucí lékařka Léčebny Dr. L. Filipa Poděbrady

PODĚBRADY - 25. a 26. listopadu 2011
Kongresové centrum Lázeňská kolonáda,
nám. T. G. Masaryka 433/II, Poděbrady

Ubytování: Hotel Zimní lázně a další hotelové kapacity

Bližší informace a registrace na www.spolvyziva.cz



Asthma bronchiale v dětském věku

prim. MUDr. Daniela Pousková, MUDr. Nina Urbánková, MUDr. Lucie Pousková

Nemocnice u Sv. Jiří, Plzeň

Incidence astmatu u dětí v posledních dvou desetiletích stoupá a stává se častým předmětem debat odborníků i laiků. Dechové obtíže spojené s obstrukcí dolních dýchacích cest, jejich rekurentní infekce a kašel patří mezi nejčastější symptomy v pediatrické praxi a rozpoznání jejich příčin patří do rukou lékařů prvního kontaktu. V poslední době se pohled na astma změnil. Astma je považováno za heterogenní skupinu onemocnění a je děleno a léčeno dle jeho fenotypů, tedy dle etiologie a také průběhu nemoci. Praktický pediatr by si měl být vědom vysoké prevalence astmatu a na tuto možnost pomýšlet a v případě odůvodněného podezření pacienta odeslat k dalšímu vyšetření ke specialistovi – pneumologovi nebo alergologovi, ORL specialistovi a event. psychologovi. Zároveň je v kompetenci praktického lékaře pro děti a dorost zahájit protiastmatickou léčbu iniciální dávkou inhalačního kortikoidu.

Tab. 1.1: Výskyt astmatu u dětí dle onemocnění rodičů

Rodiče bez AB	6% dětí má AB
1 rodič AB	20% dětí AB
Oba rodiče AB	60% dětí AB

Průduškové astma je chronickým zánětlivým onemocněním s prevalencí 15 – 20% dětské populace (tzn. o polovinu vyšší než u dospělých). Na rozvoji se podílí faktory genetické i environmentální. Genetická zátěž byla prokázána v rodinách s přítomností astmatu u příbuzných prvního stupně. Ovšem mluvíme zde spíše o dispozici k rozvoji astmatu a na vlivech prostředí pak je, zda se astma skutečně vyvine nebo nevyvine. Při chybění podnětů zevního prostředí se nemusí uplatnit. Metodami analýzy genomu byly nalezeny sekvence ADAM33, PHF1, DPP10, které signalizují zvýšené riziko rozvoje astmatu. Zároveň genetické vlivy mohou ovlivňovat i odpověď na terapii, např. pacienti s polymorfismem B16 arg/arg mají horší odpověď na léčbu LABA a je třeba volit jinou léčebnou strategii.

Jako závažné vlivy prostředí uvádí GINA2010 inhalační alergeny (domácí prach, roztoči, plísňe a alergeny srsti zvířat). Protektivní vliv kojení, respektive mateřského mléka, nebyl jednoznačně prokázán, ovšem kojení zřejmě potlačuje rozvoj perzistentní formy astmatu. Protektivní efekt ve vztahu k pozdějšímu rozvoji alergie byl prokázán u dětí z farmářského prostředí, které pily nativní kravské mléko - efekt je vysvětlován vlivem mléčné bakteriální flory na imunitní systém střeva, tzv. „hygienická hypoté-

Tab. 1.2: Klinický index dle Castro-Rodriguezové

Velká kritéria	Malá kritéria
Ověřené astma u rodičů	Ověřená alergická rýma u dítěte
Ověřená atopická dermatitida u dítěte	Pískoty mimo respirační infekce
	Eozinofilie ($\geq 4\%$)
Přítomnost nejméně jednoho z velkých kritérií nebo dvou z malých kritérií u dítěte s obstrukčními příznaky při dýchání ukazuje na vysoké riziko astmatu.	Při první obstrukční příhodě a splnění kritérií je relativní riziko 2,6 – 5,5, při opakovaných obstrukcích 4,3 – 9,8.

za“. Jednoznačným faktorem podílejícím se na rozvoji astmatu zůstává vliv kouření matky v těhotenství a přítomnost tabákového kouře v okolí dítěte, dále psychosociální faktory (stres v rodině, emoční stres apod.), vliv porodu per sectio Caesarea a užívání paracetamolu v těhotenství.

V důsledku těchto a dalších vlivů dochází k deregulaci zrání dětského imunitního systému a rozvoji alergické reakce charakteru zánětu s predominancí Th2 lymfocytů. Převaha Th2 imunitní odpovědi se stává základem pro alergickou senzibilizaci a možný rozvoj alergické reakce ve všech svých projevech. Alergická reakce má ve všech orgánech podobný průběh, ale projevy se liší. Dle lokalizace pak nalézáme na kůži urtikou a edém, typickým očním projevem alergie je alergická konjunktivitida, v ORL oblasti alergická rhinitida a v bronších dochází k manifestaci astmatu. Vzhledem k faktu, že u citlivých jedinců často předchází respiračním obtížím alergický ekzém, je právě atopická dermatitida zahrnuta též mezi pozitivní rizikové faktory rozvoje astmatu, tzv. Kriteria dle Castro-Rodriguezové. U takto senzibilizovaných pacientů zároveň

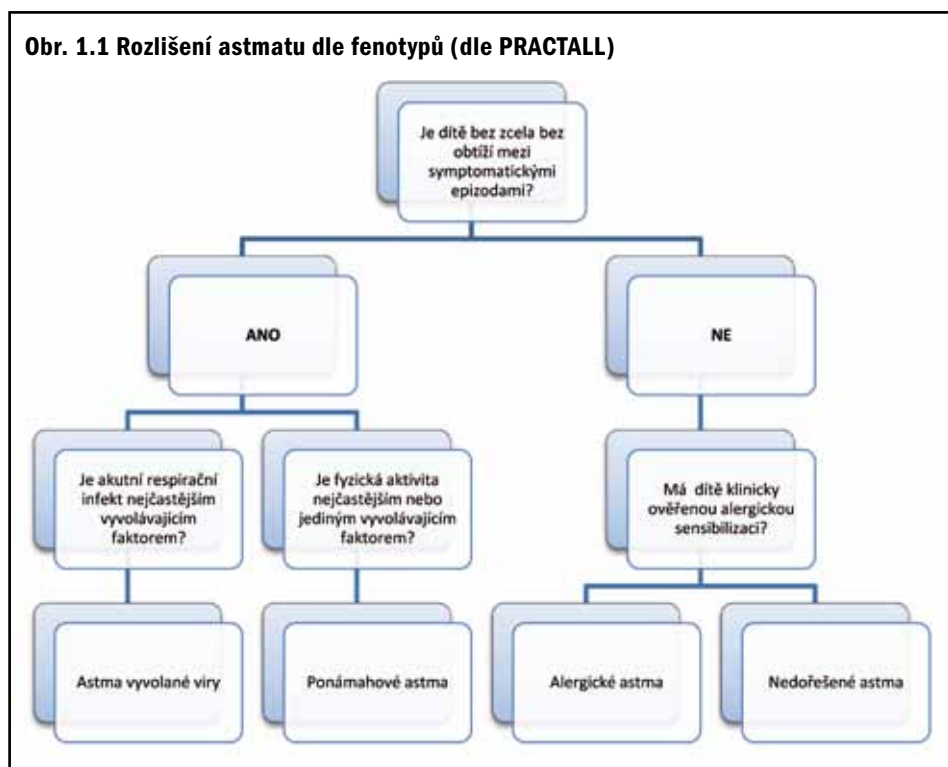
často detekujeme pozitivní protilátky třídy IgE proti kravskému mléku a vejcím.

U dětí do 5 let věku je stanovení správné diagnózy a optimální léčby obtížné. Za prvé: základní symptomy astmatu – pískoty a vrzoty jsou příznakem častým a v tomto věku nespecifickým a v rámci diferenciálně diagnostické rozvahy je nutné zahrnout širší spektrum onemocnění než u starších dětí a dospělých. Za druhé: funkce plic jsou v tomto věku obtížně vyšetřitelné. Na druhou stranu nelze opakovat epizody pískotů u malých dětí podceňovat, bylo prokázáno, že rozvoj těžkého astmatu začíná již ve věku do tří let. V této věkové skupině se diagnostika opírá zejména o **symptomatologii, pečlivou rodinnou anamnézu a objektivní klinický náález.**

Hlavním klinickým dějem se stává obstrukce dolních cest dýchacích s rozvojem ventilační poruchy, snížením rychlosti nádechu a výdechu vyúsťující v subjektivní pocit dušnosti. V různém poměru se zde uplatňuje spasmus hladké svaloviny, otok sliznice a hypersekrece hlenu. Při klinickém vyšetření slyšíme typicky pískoty a vrzoty zejména během expirace, často doprovázené kašlem. Těžší

Tabulka 1.3: Klinické projevy astmatu jednotlivých věkových skupin	
Věková skupina	Charakteristika
Kojenci a děti do dvou let věku	Perzistující pískoty jsou hlavní indikátor tíže
Předškolní děti (2 - 5 roků)	Pískoty přetrvávají i přes 2 roky věku, hlavní rozlišení
	Skupina spouštěčů zahrnuje viry, námahu, alergenů, projevy jsou častější, narůstají
	Viry jsou nejčastějším spouštěčem
Školní děti (starší 6 let)	Významná role je přisuzována expozici různým alergenům
	Podobné předchází věkové skupině
Dospívající	Může se rozvinout atopické a neatopické astma
	Problémem je adherence k léčbě, kouření, přechod od pediatra

Obr. 1.1 Rozlišení astmatu dle fenotypů (dle PRACTALL)



stav dušnosti omezí dítě v běžných denních aktivitách, ve hře, někdy až v mluvení. Patrně je zatahování jugula a interkostálně, ovšem u malých dětí může být vznik obstrukce nenápadný a projeví se až hypoxií s centrální cyanosou! Diagnózu astmatu podporují noční epizody kašle a pískotů, kašel po probuzení a kašel indukovaný alergenem, fyzickou aktivitou, pláčem nebo smíchem bez návaznosti na respirační infekci. Diagnóza astmatu je suspekt při více než 3 epizodách reverzibilní průduškové obstrukce v průběhu 6 po sobě jdoucích měsíců. Přestože u dětí je tzv. nealergické astma ojedinělé, lze se setkat s dětmi, které mají jasné projevy astmatu, ale žádné projevy alergické přecitlivělosti. Tyto jsou

řazeny do kategorie tzv. viry-indukovaného astmatu. Dle spouštěčů rozlišuje v současné době PRACTALL (první mezinárodní konsensus zaměřený na dětské astma publikovaný v lednu 2008 v časopisu *Allergy*, je výsledkem práce 40 odborníků na pediatriickou alergii a astma z dvaceti zemí světa, tento dokument poskytuje jasná a stručná doporučení z oblasti diagnostiky, praktické léčby a sledování astmatu u dětí) čtyři základní fenotypy astmatu: **astma vyvolané viry, alergické, ponáhlové a neděšené astma**.

Nejčastějším spouštěčem exacerbace astmatu zejména u dětí ve věku 1-4 roky je virová infekce často v kombinaci s narušenou

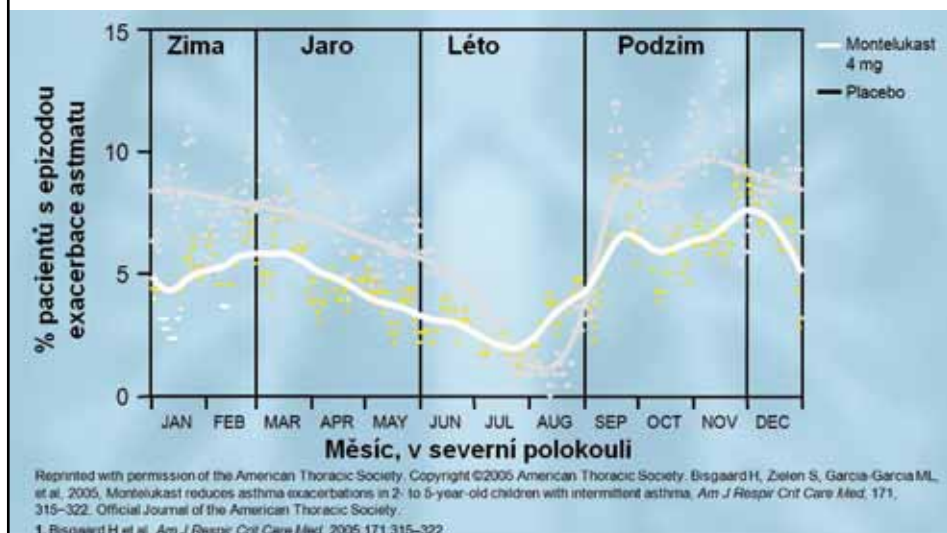
imunitní odpovědí. Virová infekce epitelových buněk spustí imunitní odezvu, která dále aktivuje vrozenou a získanou imunitu a dochází k rozvoji epizody astmatu. Zásadní roli v patofyziologii rozvoje ponáhlového astmatu hraje ztráta vody a zahřátí organismu, které je v dýchacích cestách vnímáno jako patologická, tedy prozánětlivá reakce. Námaha ovlivňuje až 90% pacientů nemocných astmatem buď přímo nebo ve spojení s jinými spouštěči. Alergenem indukované astma patří mezi nejčastější fenotypy u dětí. Senzibilizace v časném věku a reexpozice alergenů spouští příznaky astmatu a přispívá k rozvoji jeho chronické formy. Astma a alergická rýma zahrnují IgE zprostředkovanou časnou nebo pozdní alergickou odpověď, která následuje po expozici alergenů. Zároveň však není pravidlem, aby kojenci a batolata s projevy obstrukce dolních cest dýchacích a alergicky senzibilizované astmatem onemocněli. Věk a spouštěče jsou důležitými prvky v definici fenotypu a každý fenotyp má specifické klinické a patologické projevy a tedy i léčbu. Tabulka 1.3 shrnuje základní kategorie dle věku a spouštěčů.

Podmínkou úspěšné léčby je správná diagnóza. V rámci diferenciálně diagnostické rozvahy bychom měli zvážit skupinu infekčních, vrozených a mechanických příčin. Mezi infekční onemocnění řadíme rekurentní respirační infekty, chronickou rhinosinuitidu a tuberkulózu. Širokou skupinu vrozených onemocnění tvoří tracheomalacie, cystická fibróza, BPD, vrozené zúžení nitrohrudní části dýchacích cest, syndrom primární ciliární dyskineze, imunodeficiencie a vrozená srdeční vada. Příčinou mechanické obstrukce pak může být gastroezofageální reflux a aspirace cizího tělesa. Zajímavou a v současné době diskutovanou jednotkou, která dokáže klinicky imitovat i velmi těžké astma, je **dysfunkce hlasivkových vazů**. Jedná se o poruchu pohyblivosti hrtanu, kdy místo normální abdukce hlasivek během inspiria dochází k addukci se sevřením hlasivek mimo trojúhelníkové lumen, a projevuje se výrazným inspiračním stridorem, který může vést k subjektivním i objektivním symptomům dušnosti.

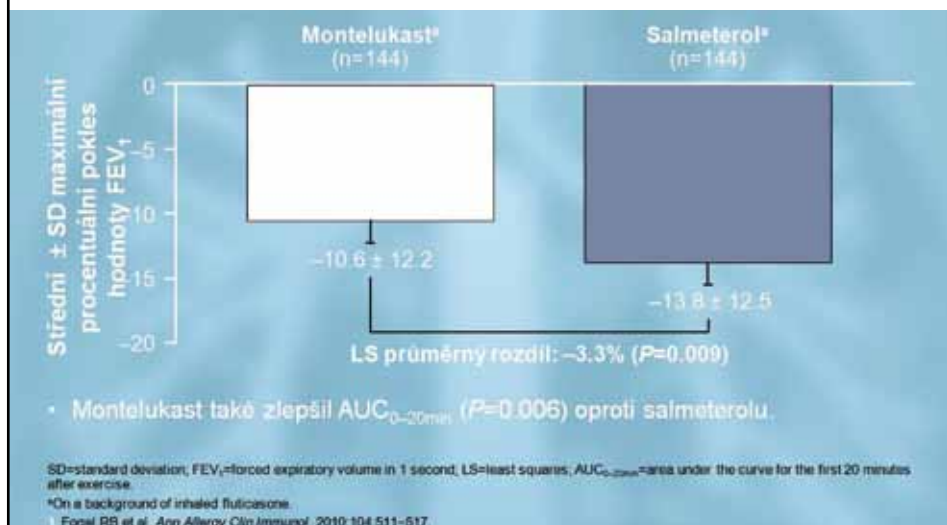
Cílem léčby astmatu je **astma pod dobrou kontrolou**, jehož základní charakteristikou je dosažení kontroly příznaků a udržení nemoci v bezpříznakové formě. Léčbou docílíme nejen kontroly příznaků, ale též kontroly budoucích rizik (snížení počtu akutních exacerbací) spojených s neléčeným astmatem. Prvním krokem ke kontrole astmatu je navá-

Boehringer-Ingelheim - Mucosolvan

Graf 1.1 Montelukast snížil výskyt exacerbací od podzimu od jara 1 – klinická studie se zaměřením na virem indukované astma



Graf 1.2 Montelukast vs. Salmeterol v léčbě námahou indukovaného astmatu - Montelukast poskytl kvalitnější bronchoprotekci po námaze v porovnání se salmeterolem¹



zání vztahu s pacientem a rodiči a eliminace vyvolávajících faktorů. Důvěra ve svého lékaře je základním předpokladem úspěšné léčby. Následuje srozumitelná edukace nemocného a jeho rodičů o základních principech nemoci, dovednostech a technice léčby. Správná edukace usnadní pacientovi a rodičům nemoc přijmout a pochopit. „Podmínkou však je, aby všichni zdravotníci hovořili stejně a pacient nedostával protichůdné a zavádějící informace“, říká prof. Pohunek.

Pacienta a rodiče seznámíme s obecnými režimovými opatřeními – snížení kontaktu s příčinnými alergeny, vyloučení kontaktu s tabákovým kouřem a zejména v sezóně

ně se vyhýbat infekcím, jak je to jen možné (např. častým mytím rukou, vyhnout se kontaktu s nemocnými lidmi). Alergolog či pneumolog může v indikovaných případech zahájit **specifickou imunoterapii**, resp. alergickou vakcinaci (injekční forma, sublinguálně), standardizovanými alergeny, minimálně po dobu tří let.

Preventivní farmakoterapii doporučuje GINA 2010 zahájit u dětí do 5 let nízkými dávkami inhalačního kortikosteroidu. Zároveň by měl být pacient vybaven selektivními beta-agonisty ke zvládnutí akutního zhoršení. Iničiální léčba by měla trvat minimálně 3 měsíce před stanovením míry efek-

tu. Nízké dávky kortikosteroidu odpovídá 100 µg bedomethason dipropionátu, resp. 200 µg budesonidu prostřednictvím MDI + odpovídajícího inhalačního nástavce (u dětí do 5let nástavec s maskou, event. od 4let s náustkem). Stejným způsobem lze podávat úlevovou medikaci – selektivní beta-2-agonisty (salbutamol, terbutalin) v dávce 2 pufy, resp. 200µg salbutamolu nebo odpovídající množství terbutalinu. Selektivní beta-2-agonisty je doporučeno indikovat též preventivně před fyzickou zátěží. V případě, že není možné u malých dětí použít inhalaci, je možno podat beta-2-agonistu ve formě sirupu clenbuterol (Spiropent) nebo tablety procaterol (Lontermín). Z klinického hlediska je jejich účinek delší, působí až 8 hodin. Tyto léky mají ovšem vyšší procento nežádoucích účinků a je nutné se vyvarovat jejich užívání jako sirupu na kašel, tak jak si často rodiče myslí! Jedinou další skupinu úlevových léků představují anticholinergika (bromid ipratropia), která s výhodou podáváme v kombinaci s beta-agonisty (např. Ventolin+Atrovent). Užívání anticholinergik není doporučeno pro dlouhodobou kontrolu astmatu. Anticholinergika lze indikovat i u kardiaků.

Při špatné odpovědi na iničiální léčbu nejprve **zkontrolujeme způsob a techniku užívání, adherenci k léčbě**, poté můžeme zdvojnásobit počáteční dávku kortikosteroidu. V kontextu fenotypů astmatu lze léčbu upravit dle etiologie a jeho mechanismů. Zejména v prevenci virem-indukovaného astmatu studie prokázaly pozitivní účinek antileukotrienu, resp. montelukastu v kombinaci s nízkodávkovaným IKS (graf 1.1).

Stejně tak byl prokázán lepší účinek v prevenci námahou indukovaného astmatu při terapii inhalačním kortikosteroidem v kombinaci s antileukotriem, než v kombinaci IKS a LABA (graf 1.2). Antileukotrieny se váží na receptory pro cysteinylóvé leukotrieny s mírným, ale jasně definovaným protizánětlivým účinkem. Vhodné jsou i u astmatu z přecitlivělosti na acetylsalicylovou kyselinu, výhodné v případě, kdy je dítě současně postiženo alergickou rýmou. K dispozici na trhu je preparát Singulair 4 mg, 5 mg a 10 mg ve formě žvýkacích tablet, s účinnou látkou montelukastum natricum, pomocná látka je aspartam. Je indikován jako doplňková léčba pro děti od 2 do 5, resp. od 6 do 14 let a starší 15 let, pro mírné až středně těžké přetrvávající astma, které není možné dostatečně zvládnout IKS a kde beta-agonisté nezaručují dobrou klinickou kontrolu. Pro nejmenší pa-



cienty od 6. měsíce věku je registrován granulát 4 mg. Lze jej indikovat jako alternativu při kontraindikaci užívání IKS. Antileukotrieny nejsou indikovány k léčbě akutních obtíží.

Obecně v preventivní léčbě astmatu využíváme několika skupin léků. Dlouhodobě ověřen je pozitivní efekt IKS na remodelaci a snížení hypereaktivity průdušek. Ani během dlouhodobého užívání nízkých dávek IKS nebyly prokázány nežádoucí účinky (útlum osy hypothalamus-hypofýza, katarakta, osteoporóza). Navíc denní dávka 400 µg budesonidu inhalačně má menší vliv na vzrůst než nízký socioekonomický status. Léčebné látky zahrnují budesonid, flutikazon, beklometazon a ciclesonid (molekula ciclesonidu je aktivována až po podání do plic s minimálním systémovým účinkem a vysokou vazební kapacitou). Díky synergickému protizánětlivému účinku je výhodná kombinace IKS + LABA s možností podání nižší dávky IKS. Dle posledních studií nesmí být LABA užívána v monoterapii! V současné době je upřednostňována terapie tzv. fixní kombinací LABA + IKS (salmeterol + flutikazon = Seretide, formo-

terol + budesonid = Symbicort). Teofyliny byly používány jako monoterapie nebo v kombinaci s IKS, k dobré kontrole denních i nočních příznaků a zlepšení plicních funkcí, zejména ale při léčbě akutní exacerbace, ale vzhledem k dobrému účinku a vysoké bezpečnosti beta-2-agonistů není jejich podávání dále aktuální. Při terapii teofylinem je nutná kontrola sérové koncentrace, která by měla být udržována v rozmezí 55-100 µg/ml, což odpovídá dávce 10 mg/kg/den. Závažné předávkování teofylinem může být letální! Použití kromonů u dětí do 5 let dnes ustupuje do pozadí s upřednostněním LTRA.

Závěr

Pokrok v diagnostice a v léčbě dětského AB na základě rozlišení klinických fenotypů vede k výraznému zlepšení prognózy a snížení závažnosti nemoci. V možnostech praktického lékaře pro děti a dorost je v případech závažného podezření na průduškové astma provést terapeutický pokus nízkodávkovanými IKS. Při včasné léčbě mohou děti vést zcela normální život, jen je třeba dodržovat základní pravidla

dla léčby a přijmout některá omezení. Šance dětí s astmatem na kvalitní a neomezený život je vynikající.

Vysvětlivky:

IKS – inhalační kortikosteroidy

AIT – alergenová imunoterapie = specifická imunoterapie = alergenová vakcinace

MDI – metered-dose inhaler – dávkované aerosolové přípravky

RABA – rapid acting beta agonist – selektivní beta-2-agonista s krátkodobým účinkem

LABA – long acting beta agonist – beta agonista s dlouhodobým účinkem

Literatura:

1. Global Initiative for Asthma: Global strategy for Asthma management and prevention in children 5 years and younger, 2009
2. Diagnosis and treatment of asthma in childhood: a PRACTALL consensus report, Allergy 2008; 63: 5-34
3. Petr Pohunek: Průduškové astma v dětském věku, Maxford, Praha, 2007
4. Viktor Kašák et al.: Překonejte své astma, Maxdorf, Praha, 2003
5. MUDr. Jiřina Chládková, Ph.D.: Současný pohled na průduškovou obstrukci a astma u dětí, Pediatr. pro Praxi 2011; 12(1): 8-11
6. Kliegman, Behrman, Jenson, Stanton et al.: Nelson textbook of Pediatrics, 18th edition, Saunders Elsevier, 2004


Elobase®
Hydratační krém a mast

www.elobase.cz

Hypoalergenní kosmetické přípravky

Elobase® krém pro denní péči

- antiseptický (obsahuje chlorokresol)
- zklidňuje podrážděnou, citlivou a rozškrábanou kůži
- dobře se roztírá, rychle se vstřebává

Elobase® mast pro noční péči

- čisté emolencium, obsahuje pouze vazelinu a parafin
- bez parfémů a konzervantů
- péče o extrémně suchou, šupinatou a rozpraskanou kůži
- obnovuje pružnost kůže a chrání před rozpraskáním

VYŽIVUJE A CHRÁNÍ SUCHOU, PODRÁŽDĚNOU KŮŽÍ



Merck Sharp & Dohme s.r.o., Evropská 2588/33a, 160 00 Praha 6, Česká republika
Copyright © 2011 Schering-Plough Ltd., a subsidiary of Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, USA. All right reserved.
06-13-DPB-2011-C2-2681-J



Terapeutický přístup ke komunitním pneumoniím v ambulanci

MUDr. Zuzana Blechová

I. infekční klinika 2.LF UK a FN Na Bulovce, Praha

Komunitní pneumonie (CAP) patří mezi nejzávažnější respirační onemocnění dětského věku. Vyšetřující pediatr často stojí před otázkou, zda dítě odeslat k hospitalizaci, a pokud ne, jakou léčbu nasadit, vzhledem k praktické obtížnosti zjištění etiologie pneumonií.

Metaanalýzou dat získaných z Medline ze studií z USA, Itálie a Finska bylo prokázáno, že zavádějící může být i rozdílný podíl jednotlivých etiologických agens u hospitalizovaných a ambulantně léčených dětí, vzhledem k rozdílné míře závažnosti jednotlivých forem infekce. U hospitalizovaných dětí je nejčastějším vyvolavatelem *Streptococcus pneumoniae* (37 – 44%), kdežto u ambulantně léčených pacientů podíl této etiologie dosahuje pouze 18%. U ambulantně léčených dětí je častějším vyvolavatelem *Mycoplasma pneumoniae* (27%) ve srovnání s hospitalizovanými dětmi (7 – 14%).

Častým podkladem bakteriálních respiračních infekcí bývá poškození epitelu předchozími, běžně u dětí recidivujícími virovými infekty. Typicky lze pozorovat jistý sezónní vzestup incidence respiračních infekcí, odpovídající sezónnímu nárůstu výskytu jednotlivých virů (RS viry – pozdní podzim, rhinoviry – podzim a jaro, influenza – leden až březen) a následně vzestup počtu pneumonií. Současné lze pozorovat sezonalitu výskytu pneumokokových infekcí, kopírující s časovým prodloužením výskytu chřipkového viru. Mykoplasmové infekce se vyskytují typicky v 3–5 letých cyklech, jejich četnost se zvyšuje obvykle koncem léta a začátkem podzimu.

Recentní a přitom první doporučený postup v USA, zabývající se pediatrickými pneumoniemi, publikovali poslední srpnový den letošního roku Pediatrics infectious diseases society (PIDS) a Infectious diseases society of America (IDSA). V doporučení se zdůrazňuje role časně imunizace proti chřipce, ochraňující děti před život ohrožující pneumonií. Samozřejmě každá země musí jakákoliv doporučení aplikovat na lokální podmínky zohledňující nejen epidemiologickou a ekonomickou situaci, ale především citlivost mikroorganismů v dané populaci. Podle zmíněných guidelines u ambulantně léčených plně

imunizovaných dětí v dobrém klinickém stavu s jasným poslechoвым nálezem není potřebné je zatěžovat exaktní diagnostikou – rentgenologickým vyšetřením, z důvodu expozice dítěte radiačnímu záření nebo zbytečnou preskripcí antibiotik, které nepůsobí na viry a selektují rezistentní bakterie. Naproti tomu vyšetření a hemokultura by se měly vždy provádět u dětí s těžším průběhem infekce, s progresí příznaků nebo deteriorací příznaků po zahájení antibiotické léčby. Americká asociace doporučuje vakcinovat každoročně všechny děti starší 6 měsíců proti chřipce k prevenci CAP. U dětí starších 6 měsíců, které nemohou být imunizovány, se doporučuje očkování jejich rodičů. V léčbě je jednoznačně doporučován jako lék volby amoxicilin. Jaký je postup v diagnostice a léčbě u nás?

■ Klinický obraz CAP

Z praktického hlediska rozdílnosti terapeutického postupu je především nutno v ordinaci onemocnění správně diagnostikovat. Přes obecně známá doporučení **nemusí být poslechový nález vždy spolehlivým vodítkem**, na počátku onemocnění nebývá často přítomen ani nemusí být charakteristický. Z dětí, které přicházejí k hospitalizaci na infekční kliniku a je u nich diagnostikována CAP, má pouze 40% respirační nález!

Na těžký průběh onemocnění upozorní alterace celkového stavu dítěte. Nespecifickým klinickým příznakem je **tachypnoe** jako ukazatel respirační tísně nebo hypoxemie. Rovněž však může být způsobena horečkou, dehydratací anebo současnou metabolickou acidózou. Ve srovnání s dospělou populací jsou přítomny u dětí časté **mimorespirační příznaky**. Jednak může onemocnění probíhat jako nejasný febrilní stav, nebo být provázeno známkami meningeálního dráždění. Nejčastěji dochází ke gastrointestinálním obtížím. Nepřítomnost horečky nebo na-

opak hypotermie je spojena s vyšší morbiditou a mortalitou.

Alarmující příznak představuje **syndrom dechové tísně** se značnou tachypnoí závislou na věku: věk do 2 měsíců více než 60 dechů/min, věk 2 – 12 měsíců více než 50 dechů/min, 1 – 5 let – více než 40 dechů/min, pro věk 6 – 8 let – více než 30 dechů/min.

Dalšími alarmujícími příznaky jsou rovněž dyspnoe, zatahování jugula nebo mezižebních svalů, grunting, alární souhyby, apnoe, saturace kyslíku na vzduchu méně než 90%, cyanóza, alterace vědomí, poruchy příjmu potravy až malnutrice. Hospitalizovány s pneumonií by měly být vždy děti mladší dvou let.

Skórovací systémy závažnosti CAP jsou vypracovány spíše pro dospělou populaci. Dítě by mělo být monitorováno se zřetelem k riziku závažného průběhu a odesláno na příslušnou JIP nejen v případě akutní potřeby umělé plicní ventilace a hypoxemie (tzv. velká kritéria), ale rovněž při poruchách dechu (tachypnoe, apnoe, zvýšené dechové úsilí), $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ menší než 250, alteraci vědomí, hypotenzi, s efusemi nebo nevysvětlitelnou metabolickou acidózou (tzv. malá kritéria)

■ Poznámky k ambulantní léčbě CAP při suspekci na nejčastější agens

Streptococcus pneumoniae je nejčastější bakteriální příčinou CAP a komplikovaných pneumonií u dětí ve vyspělých zemích. Nárůst počtu komplikací byl pozorován od 90. let 20. století. Tento trend souvisí částečně s nárůstem penicilin-rezistentních kmenů, dokonce byl dáván do souvislosti se zavedením konjugované pneumokokové vakcíny, avšak byl zřejmý již o několik let dříve. Význam jednotlivých sérotypů je v jejich etiologii rozdílný, nejtypičtěji je spojen se sérotypem 1.

Pneumokoková pneumonie je z patofy-



Tab. č. 1: Etiologie komunitních pneumonií dětí podle věku:

věk	běžné	vzácné
0. – 20. den	<i>Streptococcus agalactiae</i> , <i>E. coli</i> <i>L. monocytogenes</i> <i>Kl. pneumoniae</i> + nosokomiální patogeny	<i>H. influenzae</i> , <i>S. pneumoniae</i> , <i>U. urealyticum</i> , anaeroby CMV, HSV
3 týdny – 3 měsíce	respirační viry • RS virus • influenza • parainfluenza 1-3 • adenoviry <i>S. pneumoniae</i> <i>Ch. trachomatis</i> + nosokomiální kmeny	<i>B. pertussis</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>U. urealyticum</i> , CMV
4 měsíce – 5 let	respirační viry • RS virus • influenza • parainfluenza 1, 3 • adenoviry <i>S. pneumoniae</i>	<i>H. influenzae</i> , <i>M. pneumoniae</i> , <i>C. pneumoniae</i> , <i>M. catarrhalis</i> , <i>S. aureus</i> (v období chřipky)
5 let a více	<i>S. pneumoniae</i> <i>M. pneumoniae</i>	Respirační viry • RS virus • influenza • parainfluenza 1-3 • adenoviry <i>C. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i> <i>Legionella</i> (vzácně)

ziologického hlediska typickým příkladem. V důsledku poškození sliznic většinou virovou infekcí dojde k selhání obranných mechanismů, vniknutí pneumokoků do alveolů a následné replikaci. Bakterie proliferují v alveolárních prostorech a šíří se alveolárními septy. Aktivují komplement, navozují produkci cytokinů a aktivují receptory na endotelu cév. Exsudát a leukocyty se akumulují v septech a alveolech, což je typické včetně postižení celých segmentů až laloků.

Sekundární pneumonie, komplikující chřipky, jsou typické zejména pro věkovou skupinu seniorů nad 65 let věku. Avšak v období chřipkových epidemií mohou být rovněž terapeutickým problémem u malých dětí do 2 let věku, u nichž je podíl komplikací srovnatelný se skupinou seniorů. V pandemii H1N1 v roce 2009 byla bakteriální etiologie prokázána až v 80% dětí s pneumonií komplikovanou empyémem. Nejčastěji byl zachycen *S. pneumoniae* nebo méně často *S. pyogenes*, narůstá podíl stafylokokových kom-

plikací. V zemích, kde se očkuje konjugovanou pneumokokovou vakcínou, došlo k poklesu nejen pneumokokových, ale celkového počtu pneumonií, přesto však dochází k již zmíněnému nárůstu počtu komplikovaných případů.

Pro léčbu pneumokokových infekcí je indikován penicilin, za hospitalizace **krystalický penicilin G**, v ambulantní praxi **amoxicilin** ve vysokých dávkách. Zvýšení dávky amoxicilinu na 90 mg/kg/den je důsledkem výskytu intermediárně citlivých kmenů pneumokoka. Vzhledem k biologickému poločasu amoxicilinu je ideální je podávat ve 3 denních dávkách, jak bývá někdy doporučováno. I v případě výskytu diskutovaného rezistentního sérotypu 19A je adekvátní léčba vysokými dávkami amoxicilinu. Při podezření na pneumokokovou infekci se nedoporučuje v neindikovaných případech iniciální léčba makrolidy vzhledem k signifikantnímu nárůstu rezistencí. U dětí s prokázanou alergií na amoxi-

lin je nutno volit léčbu individuálně, v lehčích případech lze použít např. cefalosporiny II. generace při zvýšeném dohledu a poučení rodiny nemocného dítěte, i když zkřížená přecitlivělost je zřídka. V případě anamnézy závažných alergických reakcí či anafylaxe se doporučují makrolidy, avšak se zřetelem k vysoké rezistenci, nebo klindamycin. Za hospitalizace jsou alternativou krystalického penicilinu cefalosporiny III. generace.

Haemophilus influenzae

V éře imunizace proti infekcím vyvolaným *Haemophilus influenzae* typu *b* nejsou tyto mikroby běžným patogenem CAP. Vzácně se zachytí netypovatelné hemofily u dětí s chronickým plicním onemocněním a obstrukcí. Často se však při jejich zachytu např. při výtěru z krku jedná o běžnou nepatogenní flóru, která je mylně považována za vyvolavatele onemocnění. Amoxicilin je lékem volby u kmenů neprodukcujících betalaktamázy. V opačném případě v potencované formě s inhibitorem betalaktamáz nebo cefalosporiny.

Streptococcus pyogenes

Je zřídka příčinou CAP u dětí, avšak může způsobit nekrotizující pneumonii. Perakutní průběh potencovaný produkcí streptokokových toxinů může být podobný syndromu toxického šoku. Lékem volby jsou peniciliny.

Staphylococcus aureus

Stafylokokové pneumonie jsou zřídka, ale mívají závažný průběh, typicky se vznikem abscesů. *Staphylococcus aureus* produkuje toxiny způsobující nekrózu a destrukci plicní tkáně. V posledních letech byly zaznamenány rovněž fatální případy infekce způsobené kmenem produkující Pantone-Valentinův leukocidin. Závažný průběh těchto infekcí vždy vyžaduje hospitalizaci. Problémem ve světě je narůstající podíl komunitních metycilin-rezistentních stafylokoků (CA-MRSA), který např. v USA dosahuje 50 – 70%. Tato závažná onemocnění se léčí parenterálně klindamycinem nebo u necitlivých vankomycinem, event. linezolidem.

Mycoplasma pneumoniae

Nejvyšší incidence dosahuje u školních dětí, nicméně může postihnout i jiné věkové skupiny. Mykoplasma pneumoniae postihuje horní i dolní cesty dýchací, symptomatické infekce perzistují dlouhé týdny. Nejčastější klinické manifestace zahrnují bolesti v krku, teplotu, chrapot a neproduktivní kašel, který se může v průběhu onemocnění mě-



Tab. č. 2: Terapie CAP podle doporučení ČLS JEP

etiologie	ATB volby	Alternativní volba
bakteriální	amoxicilin	makrolidy (alergie)
<i>S. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i> – vzácnější <i>H. influenzae</i> – β laktamáza pozitivní – vzácný	amoxicilin, parenterální PNC amoxicilin aminopenicilin s inhibitorem β laktamázy cefalosporiny II. generace	makrolidy
<i>M. catarrhalis</i>	cefalosporiny II. generace	makrolidy
<i>Legionella</i>	makrolid+ -rifampicin fluorochinolony	dtto
<i>S. aureus</i>	oxacillin	klindamycin
<i>M. pneumoniae</i> , <i>C. pneumoniae</i>	doxycyklin, makrolidy	dtto

Tab. č. 3. Empirická léčba CAP dle věku:

Věk	Ambulantní	Hospitalizace lehčí p.	Hospitalizace závažný p.
0 – 20 dnů	vždy hospitalizace	ampicillin + gentamicin	ampicillin + gentamicin + cefalosporiny III. generace
21 dní – 3 měsíce	vhodná hospitalizace cefalosporiny II. generace	cefalosporiny II. generace PNC G	cefalosporiny III. generace
od 3 měsíců	amoxicillin	PNC G	PNC G, aminopenicilin cefalosporiny III. generace

nit, myalgie, artralgie nebo celkovou únavu, bolesti hlavy, častý je též parainfekční exantém. U dětí do 5 let se manifestují spíše jako rýma a rozvoj pneumonie je relativně vzácný, asi v 5% případů může způsobit bronchiolitidu, kdežto u starších dětí se častěji rozvíjí bronchopneumonie postihující jeden nebo více laloků.

Virové pneumonie

Virové pneumonie mohou uniknout pozornosti, často bývají samoúdržavné, avšak u rizikových skupin dětí (do 2 let, imunokompromitované, nedonošené) mohou probíhat jako život ohrožující infekce. Spoluúčastní se rovněž na bakteriálních CAP jako jejich základ nebo koinfekce až ve čtvrtině případů a tento podíl narůstá až na 35% v chladných zimních měsících. Typickým rentgenologickým nálezem u nich bývají bilaterální intersticiální infiltráty. Průkaz vyvolavatele je poměrně obtížný, jelikož i v pozitivním případě nelze vyloučit virovou infekci jako podklad k sekundární bakteriální koinfekci, jež může být pro klinický obraz nosnou. Nejčastější agens,

RS viry se vyskytují až v 50% u nedonošených dětí, a zejména v nejnižších věkových skupinách může mít infekce, jimi vyvolaná, závažný až fatální průběh. Rovněž často bývají zachyceny **rhinoviry**, které se spoluúčastní až na polovině případů dětských pneumonií. Např. **adenoviry**, jež způsobují typické respirační infekce kojenců a batolat s komplexním postižením více etází dýchacích cest (rýma, konjunktivitida, kašel) se zachytí zřídka, ale některé sérotypy (3, 7, 14) mohou způsobovat závažné nekrotizující pneumonie. Navzdory obtížnosti identifikace viru nelze opomenout dvě novější virová agens, podílející se na etiologii CAP. **Lidský metapneumovirus** (hMPV) má podobné vlastnosti jako RS virus. Je to výlučně lidský patogen, postihující zejména děti do 2 let věku. Polovina dětí se promoří do věku 12 měsíců a s vnímavostí zhruba do 5 let věku. Často způsobuje subklinické infekce, např. bronchiolitidy nebo pneumonie. **Bocavirus** (HBoV) se nejčastěji uplatňuje v koinfekci s jinými viry, ale může způsobovat i pneumonie, provázené virémií.

■ Diagnostika CAP dětí

Jednoznačné potvrzení diagnózy je v pozitivním rentgenologickém nález. Přičemž kontrolní rentgenologický snímek by se měl provádět vždy s odstupem minimálně 7 dnů, lépe delším. Negativní rentgenologický nález ovšem diagnózu nevylučuje. Zejména pokud se jedná o úplný začátek onemocnění při výrazné dehydrataci dítěte, při leukopenii a agranulocytóze, nebo při lokalizaci infiltrátu nezachyceném v zado-přední projekci.

Ozřejmit etiologické agens u pneumonie je velmi obtížné. Vzhledem k požadavku časného nasazení antibiotické léčby bývá stanovení agens většinou dodatečné, nemá význam pro iniciální antibiotickou volbu. Zejména u dětí do dvou let a seniorů protrahovaným začátkem léčby o více než 8 hodin významně stoupá riziko zvýšené morbidity a mortality.

Odlišit bakteriální a virovou etiologii lze někdy na základě rizikovosti pacienta, laboratorních výsledků nebo **rtg nálezu**. Přesto však pouhé vyšetření **CRP** nebo leukocytů k odlišení virové a bakteriální etiologie v dětském věku dle studií nemusí být jednoznačné. Vyšší efektivitu poskytuje vyšetření **prokalcitoninu**, jež však v ambulantní praxi není dostupné. Rovněž toto vyšetření nemusí být jednoznačné, koncentrace prokalcitoninu rapidně klesá po nasazení léčby v průběhu 1-2 dnů, kdežto CRP se může ještě krátce v průběhu prvních dnů léčby zvýšit. Odlišit virovou a bakteriální etiologii pouze na základě CRP rovněž vždy není možné, jelikož některé bakteriální pneumonie mohou mít lehký průběh s minimálními rentgenologickými změnami a mírnou zánětlivou reakcí, kdežto některé virové pneumonie mají rozsáhlý rentgenologický obraz s mohutnou zánětlivou odpovědí. Tento fakt byl znovu ověřen v době pandemické chřipky H1N1.

Studie Keye (Pediatri. Pulmonol. 2009) potvrdila, že ani rentgenologické vyšetření nemusí být vždy užitečné v odlišení bakteriální a lehké virové pneumonie. Zajímavá je však predikce závažnosti infekce podle lokalizace infiltrátu. Je rozdíl v patogenezi vzniku infiltrátu v horním nebo dolním plicním laloku. Horní a střední lalok pracuje při každém dechu, vytváří dechový objem, kdežto dolní lalok pracuje, když dítě vzdychá, pláče. Z toho vyplývá, že horní plicní laloky jsou více používány při ventilaci, a tudíž zánětlivé postižení těchto segmentů bývá spojeno s výraznějším narušením plicních funkcí. Podle Keyovy stu-



die až ve třetině případů je právě rentgenologický nález prediktorem závažnosti infekce.

Zlatým standardem pro diagnostiku bakteriemických, zejména pneumokokových pneumonií zůstává **hemokultura**. Reálně má toto vyšetření vysokou specifitu, avšak nízkou senzitivitu. Nízká záchytnost pneumokoků souvisí s jejich značnou citlivostí k prostředí a nestabilitou během transportu. V České republice se navíc na rozdíl od některých zemí hemokultury neodebírají v primární péči, ani pro tyto odběry nejsou vytvořeny v současnosti podmínky. Tudíž agens u lehčích pneumonií, jež se léčí ambulantně, nejsou podchyceny, navíc často nejsou hemokultury rutinně odebrány ani na klinických pracovištích. Záchytnost agens ze sputa je ještě problematičtější. Děti jednak při odběru sputa nespoluupracují, jednak výtěžnost vyšetření je velmi malá. Navíc důležitá je správná interpretace získaného nálezu s odlišením kolonizace. V posledních letech se využívá neinvazivní vyšetření antigenu z moči, legionelového a pneumokokového. U dětí má toto vyšetření vzhledem k vysokému podílu nosičství pneumokoků (50-90% u dětí v předškolních kolektivech) na rozdíl od dospělé populace pouze omezený význam.

Sérologické vyšetření se využívá zejména k určení atypických patogenů, jako *Mycoplasma pneumoniae* nebo *Chlamydia pneumoniae*. Tyto pneumonie jsou většinou u dětí lehčího charakteru, léčí se ambulantně. Prevalence závisí na zvolené populaci a diagnostických metodách. Standardně k potvrzení infekce je vhodný odběr párových sér v akutním a rekonvalescentním stádiu s odstupem 7-14 dnů. Alternativou v praxi bývá rychlejší stanovení protilátek IgM protilátek, přesto však konfirmace párovým sérem v rekonvalescenci je nezbytná vzhledem častým jak falešně pozitivním, tak negativním výsledkům. Rovněž při reinfekci dochází k pozitivitě IgM. Při jednorázovém odběru dochází k častému nadhodnocení podílu atypické etiologie. Tato vyšetření by měla být uvážlivě interpretována vzhledem k obecně nízké senzitivitě a dle řady zahraničních autorů ani nejsou rutinní metodou volby. Iniciální léčba se nimi neřídí, případně mohou sloužit ve sporných případech k přehodnocení léčby či v rámci epidemiologických šetření. Dostupností molekulárních metod je naopak přínosem možnost vyšetření real-time PCR s vysokou senzitivitou i speci-

ficitou 96-100%, tato metoda je však finančně náročná, tudíž v rutinním terénu se využívá minimálně. V praxi je často nakonec cesta k určení patogenu a tudíž adekvátní léčbě komplexní úvahou kombinující klinické i laboratorní parametry.

■ Léčba

V léčbě komunitní pneumonie je ve většině případů lékem volby empiricky v našich podmínkách **amoxicilin** v dostatečné dávce s výjimkou imunokompromitovaných dětí. Léčba volby u dalších nejčastějších patogenů je stručně v tabulce č. 2. Doporučovaná délka léčby u CAP dětí je 10 dnů s výjimkami závažných infekcí, způsobených např. CA-MRSA. Změna léčby na jiné širokospektré antibiotikum (v našich podmínkách nutno především zvážit hospitalizaci) je indikována v případě závažného průběhu onemocnění nebo při neadekvátní klinické odpovědi po 2-3 dnech léčby antibiotikem volby, perzistující infekci po léčbě, s anamnézou předchozího selhání adekvátní léčby dostatečnou dávkou, nesnášenlivostí antibiotika např. z hlediska nežádoucích účinků, epidemiologické souvislosti např. v kolektivním

zařízení nebo při vysoké incidenci rezistentních patogenů v komunitě.

Neadekvátní indikace širokospektré léčby, leckdy na nátlak pacienta, mohou v končeném důsledku způsobit navzdory zdánlivě lepší compliance pro pacienta, dysmikrobie a průjmy po potencionovaných aminopenicilitech či nauzeu po makrolidech.

Při podezření na „atypickou“ etiologii jsou v ambulantní praxi lékem volby **makrolidy** s preferencí klarithromycinu, u starších dětí i doxycyklin. Problémem mykoplazmových infekcí se může stát rezistence k makrolidům, která byla prvně popsána v Japonsku (Okazaki 2001). Od té doby jejich rezistence marštalují a byly opakovaně hlášeny i z Evropy. In vitro byly již prokázány i rezistence k fluorochinolonom, jež se u dospělých stávají alternativou, ale in vivo prokázány dosud nebyly. K rezistencím dochází nukleotidovou mutací na 23S RNA.

Zmíněný přehled diagnostiky a léčby pouze obecně nastínil část rutinní ambulantní praxe u CAP dětí, protože v podmínkách ČR není problém dítě hospitalizovat již při podezření na tuto diagnózu.

XXIV. KONGRES ČLS JEP

ÚLOHA GYNEKOLOGIE DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH V OCHRANĚ BUDOUCÍHO MATEŘSTVÍ

20. října 2011, 9.00 - 17.00 hodin, Brno
BVV, pavilon A3 – Rotunda

HLAVNÍ TÉMATA:

- Výtok v dětském věku a v dospívání
- Bolesti břicha a záněty vnitřních rodidel
- Hormonální antikoncepce a rizika TEN
- Ultrazvukové vyšetření dětí a dospívajících
 - Cysty ovaria a jejich management
 - Nádory rodidel
 - Vrozené vývojové vady
 - Novinky v očkování proti HPV
- Menstruační cyklus a jeho poruchy v dospívání

PROGRAM JE ROZDĚLEN DO ČTYŘ BLOKŮ:

- Blok I: Vrozené vývojové vady
- Blok II: Zánětlivá onemocnění
- Blok III: Onkologická problematika včetně HPV prevence
- Blok IV: Gynekologická endokrinologie včetně novinek v hormonální antikoncepci

Podrobnější informace a registrace: www.cls.cz.



Domácí plicní ventilace - DUPV

prim. MUDr. Karel Dlask, MUDr. Daniel Blažek

Klinika anesteziologie a resuscitace FN Motol, Praha

DUPV je léčebná metoda poskytovaná pacientům, jejichž stav vyžaduje dlouhodobě umělou plicní ventilaci a není z hlediska zdravotního stavu nutná hospitalizace. Jako cíl nebo motto této metody lze chápat zlepšení kvality života těchto pacientů. K domácí ventilaci jsou indikováni pacienti ve stabilizovaném stavu, u kterých dechová nedostatečnost má povahu trvale nepříznivého zdravotního stavu nikoliv akutního onemocnění. Patří sem především nemocní s nervosvalovým postižením a nemocní s chronickým postižením dýchacího ústrojí v klidovém stadiu onemocnění. Podmínkou poskytování DUPV je příznivé sociální zázemí nemocného.

Historie umělé plicní ventilace zaznamenala od svého počátku mnoho převratných změn a porovnávat současné metody a techniku s počátky řízené ventilace je prakticky nemožné. Veškeré úsilí zdravotníků a techniků se nejprve soustředilo na zajištění náhrady akutního selhání respirační funkce. Postupně se možnosti ventilátorů rozšiřovaly. Zvyšovala se bezpečnost ventilátorů, pacientovi byl poskytován při umělé plicní ventilaci stále větší komfort. Do doby nedávno minulé byly všechny tyto snahy směřovány k poskytování dokonalého ventilačního servisu v nemocničních zařízeních. Přesunout péči za pacientem domů si nevymysleli lékaři. Bez rozhodnutí někoho z rodiny, nejčastěji matky, manželky, manžela by nemělo smysl o DUPV vůbec uvažovat. Toto rozhodnutí je nutnou podmínkou realizace domácí ventilace.

Začal se rozvíjet nový směr umělé plicní ventilace - ventilace pacienta v domácí péči. Tato oblast s sebou přináší mnoho nových technických, odborných, psychosociálních i ekonomických aspektů a těm bude věnováno následující sdělení.

■ Indikace DUPV

Indikace k DUPV se v zahraničí i v naší zemi velmi rychle rozšiřují. Tento trend postihuje nejen příčiny vzniku chronické respirační insuficience, ale dochází k rozšíření do nižších i vyšších věkových kategorií. Obecně lze říci, jak bylo zmíněno již v úvodu, že k DUPV jsou indikováni pacienti ve stabilizovaném stavu, u kterých dechová nedostatečnost má povahu trvale nepříznivého zdravotního stavu nikoliv akutního onemocnění. Rozšiřování indikací pochopitelně přináší u některých diagnóz výrazně horší výsledky.

Podle typu závažnosti postižení rozlišuje-

me tři kategorie nemocných. Jsou to postižení, kteří jsou zcela závislí na přístroji. V některých případech postrádají zcela spontánní dechovou aktivitu. Druhou skupinu tvoří pacienti, kteří mohou při vhodně zvoleném ventilačním režimu využívat spontánní dechovou aktivitu. Do třetí poslední skupiny řadíme nemocné, kteří jsou schopni samostatné ventilace podstatnou část dne a ventilační techniku využívají převážně v období spánku. S ohledem na tuto skutečnost je nutno volit typ ventilační techniky.

K DUPV jsou obvykle indikováni pacienti s neuromuskulárními chorobami a nemocní s chronickým plicním postižením pokud možno v klidovém stadiu. Do první skupiny příčin respiračního selhání můžeme zařadit i posttraumatické míšní leze, deformity skeletu a další. Druhá skupina je poněkud problematictější a zahrnuje především chronickou plicní obstrukční chorobu, plicní fibrózu, cystickou fibrózu, bronchiectázie, plicní emfysém a mnoho dalších.

Při rozhodování o DUPV hraje roli kromě základní diagnózy a závažnosti postižení i další onemocnění. Je třeba zde především respektovat profit nemocného. Jen stěží se lze jednoznačně vyjádřit o kvalitě života postiženého s těžkým neurologickým nálezem ve smyslu apalického stavu. Rozhodování bývá v takových případech velmi delikátní a je třeba řešit je s velkou citlivostí s ohledem na rodinu postiženého. S takovými případy se setkáváme zejména v pediatrii a může zde sehrát roli kromě rodičovského pouta mnoho dalších okolností jako například pocit viny rodiče u dopravních úrazů i u dědičných chorob.

Indikaci k DUPV lze postavit po důkladném zhodnocení somatického stavu nemoc-

ného, zhodnocení sociálního zázemí rodiny, po psychologickém vyšetření rodinných příslušníků, zaškolení osoby, která bude pečovat o nemocného. Dále je třeba zajistit lékařskou péči o nemocného v místě bydliště, případně domácí péči a další instituce.

■ Přístrojové vybavení pro DUPV

K poskytování DUPV je nezbytný vhodný přístroj pro umělou plicní ventilaci, výkonný odsávací systém a spolehlivý monitor sledující základní vitální funkce nemocného v podmínkách domácí péče a ruční křísící přístroj pro případ selhání přístroje pro UPV.

■ Ventilátor

Je základní součástí vybavení nemocných pro DUPV. Mezi základní požadavky na takový přístroj patří jednoduchá obsluha, možnost napájení vnitřním i zevním elektrickým zdrojem, možnost připojení nízkotlakého kyslíku, vybavení základními alarmy, nízká hmotnost, vysoká spolehlivost včetně vybavení citlivým systémem alarmů.

Ventilace v domácí péči je v současné době prováděna prakticky všemi známými způsoby. Obecně lze způsoby ventilace rozdělit na:

a) Ventilaci pozitivním tlakem, což je nejčastěji používaný způsob u dospělých i dětí v zahraničí a téměř výlučně používaný způsob v naší zemi. Zahrnuje množství rozmanitých modů ventilace založených na stejném principu.

b) Ventilaci negativním tlakem, zde jde o negativní tělové ventilátory v minulosti označované jako železné plíce, které prodělaly jakési znovuzrození. Inspirium je zajišťováno vytvořením negativního tlaku kolem hrudníku, přičemž vzduch či vdechova-



ná směs proudí po tlakovém spádu směrem do plic. Expirium může pak být pasivní nebo i aktivní. Současné negativní tělové ventilátory se zdaleka nepodobají železným plicím z počátku éry umělé plicní ventilace. Jsou to moderní sofistikované přístroje, které se plně podřizují dechovému vzoru pacienta. Ten je snímán moderními flow senzory zavedenými většinou do pacientova nosu, takže trigrování přístroje při spontánní dechové aktivitě je zcela na úrovni. Negativní tělové ventilátory mají největší využití u dětí při neuromuskulárních chorobách a často se používají na překlenutí nočních hodin, kdy je snížena ventilace pro pacienta nejnebezpečnější.

c) Ventilace s pozitivním inspiriem s expiračními pásy. Expirium je u tohoto druhu ventilace aktivní díky mechanickému stlačení hrudního koše a vytlačení vzduchu z plic pacienta.

■ Odsávání

Nezbytnou součástí vybavení pro DUPV k udržování průchodnosti dýchacích cest je výkonný odsávací systém. Pro domácí provoz je nejvhodnější elektrický bateriový přenosný přístroj.

■ Monitorace

Pro monitoraci nemocného v domácích podmínkách je zcela vyhovující pulzní oxymetr vybavený zvukovým alarmem, který snímá tepovou frekvenci a saturaci kyslíku. Tyto hodnoty spolehlivě upozorní na změnu stavu nemocného a na případnou poruchu ventilátoru.

■ Ruční křísící přístroj

Je třeba považovat za nutný doplněk přístrojového vybavení pro DUPV, který je určen k řešení nouzových situací vzniklých v souvislosti se selháním ventilační techniky, výpadkem elektrického proudu apod.

■ Zkušenosti ze zahraničí

V historii DUPV je třeba připomenout, že až v osmdesátých letech byly vyvinuty ventilátory nezávislé na vnějším zdroji elektrické energie a nemocničním rozvodu medicínských plynů nebo tlakových nádobách. Jako první se objevují neinvazivní metody asistované ventilace, které ve studiích jednoznačně přinášely lepší výsledky než doma poskytovaná oxygenoterapie a měly i menší výskyt závažných komplikací s následně nutnou hospitalizací. Systémy CPAP a BPAP jsou stále používány, a to z řady důvodů. Jsou lev-

nější, mají snazší obsluhu, jednodušší servis, ale jejich použití je omezeno pro úzký okruh indikací jako jsou neuromuskulární poruchy a syndrom spánkové apnoe. Technický pokrok devadesátých let přinesl redukci hmotnosti přístrojů, zmenšení velikosti, zvýšení kapacity vnitřních baterií, což otevřelo cestu pro DUPV. Možnost tlakově kontrolované ventilace mimo nemocniční prostředí umožnilo rozšíření počtu diagnóz, u kterých může být indikována DUPV.

Dlouholeté zkušenosti ukázaly, že incidence komplikací při DUPV je velmi nízká a určitě nižší, než bychom předpokládali při použití komplikované techniky laiky. Byla vytvořena centra pro výuku a pravidelné proškolení rodinných příslušníků, aby byli schopni zajistit běžný provoz i rozpoznat problémy techniky i pacienta, ke kterým je nezbytné přivolat odbornou pomoc. Do rodin dochází sestry a rehabilitační pracovníci. Ve vyspělých státech je poskytování těchto aktivit zřetelně levnější než hospitalizace. DUPV je poskytována dle zahraničních studií v řádu měsíců až roků. Pacienti snášejí DUPV většinou velmi dobře, téměř ve všech případech dochází ke zlepšení jejich psychiky. DUPV je využívána i pro období čekání na transplantaci plic.

Pomocí propracovaných dotazníků byla v několika státech hodnocena kvalita života pacientů ventilovaných v domácí péči. Akce se zúčastnili pacienti, členové jejich rodin i servisní pracovníci. Jednalo se o nemocné s nejrůznějšími diagnózami. Pro vyhodnocení byla monitorována ABR, plicní funkce, mentální a psychický stav pacientů a řada subjektivních faktorů. Nejvýznamnější zlepšení v domácí péči bylo zaznamenáno v oblasti pocitu zdraví, mentálního stavu, vitality a kapilární tenze kyslíku. Nejlepších výsledků dosahovali při celkovém vyhodnocení pacienti s neuromuskulárními chorobami a deformitami skeletu, a to zejména v kategorii pediatrických nemocných. Většina dětí snáší umělou plicní ventilaci v domácím prostředí podstatně lépe než v nemocnici. Výsledky u některých diagnóz a především u COPD byly podstatně horší až sporné. U těchto nemocných je třeba zejména u vyšších věkových kategorií indikaci k DUPV velmi pečlivě zvážovat.

Vzhledem k tomu, že KAR ve FN Motol je v oblasti DUPV zaměřena zejména na děti a mládež, zaměřili jsme se na výsledky DUPV u dětí v některých centrech v zahraničí. Dětská nemocnice v Basileji udává informace o výsledcích studie zahrnující 32 dě-

tí ze 7 center. Nejčastěji uváděné diagnózy byly hypoventilační syndrom, nervosvalové poruchy, přerušení spinální míchy a kraniofaciální anomálie. Cestou tracheostomie bylo ventilováno 10 dětí, 19 nosí maskou. Stimulací frenického nervu byly ventilovány 2 děti a 1 dítě bylo ventilováno pomocí pneumatického pásu. Pouze 5 dětí bylo ventilováno v rozmezí 16–24 hodin denně, 24 dětí bylo ventilováno jen během spánku, 3 děti byly ventilovány nepravidelně. Rodiny obdržely vyškoleného pracovníka pro DUPV a pečovatelskou podporu. Univerzita v Basileji zvažuje zřízení centra pro sběr informací a vyhodnocování zkušeností s DUPV. Velký soubor 38 ventilovaných dětí uvádí Univerzita Michigan v USA. Studie hodnotí nejen výsledky ventilace, ale i psychický stav dětí a jejich spokojenost s denními aktivitami.

Dětská nemocnice Univerzity Winnipeg v Kanadě udává zkušenost s 22 dětmi s DUPV, z nichž 11 bylo plně závislých na UPV. Ze souboru 7 dětí zemřelo a studie nenalezla souvislost mezi úmrtím a dobou strávenou na ventilátoru, péčí rodiny a věkem dítěte. V další retrospektivní studii týkající se 54 dětí bylo 9 dětí „odnaučeno od ventilátoru“, 3 dostaly stimulator freniku. Při vyhodnocení po 20 letech bylo zjištěno, že první rok DUPV přežilo 84% dětí a 5 let přežilo 65% nemocných. Nemocnice Osaka v Japonsku uvádí soubor 100 dětí, u kterých byla zkoušena DUPV. Zajímavé jsou údaje z Paříže o souboru 8 dětí s respiračním selháním, u kterých byla aplikována neinvazivní DUPV. Jednalo se o pacienty s cystickou fibrózou, chronickou fibrózou a dalšími příčinami chronické respirační insuficience.

■ Stav v naší republice

První zprávy o DUPV se objevují v naší zemi před více než 15 lety. Jednalo se o jednotlivé případy, které neměly žádnou oporu v legislativě a mnohdy ani velkou podporu odborné veřejnosti. Snaze prosadit tuto metodu byly kladeny velké překážky. DUPV nebyla vnímána zdravotními pojišťovnami jako výkon. Jedním z největších problémů bylo získání ventilátoru a proplácení jeho provozu v domácích podmínkách. Přes četné překážky ekonomické, právní i technické se podařilo zahájit program DUPV u dětí v roce 2003. Převratným krokem byl vznik společného projektu VZP a Ministerstva zdravotnictví ČR směřující k zakotvení DUPV jako léčebné metody. Projekt je dotován Ministerstvem zdravotnictví, které poskytuje limitovanou část-



ku na pořízení ventilační techniky. Ventilátor je přidělován nemocným na základě poměrně komplikované žádosti vypracované návrhujícím zdravotnickým zařízením. O přidělení rozhoduje komise složená z pracovníků ministerstva, zástupců pojišťovny a zdravotnických pracovníků zapojených do projektu DUPV. Dosud bylo uspokojeno 87 žádostí, z toho se jednalo v 36 případech o děti. Z diagnóz u dětí převládala spinální amyotrofie (17x), dále to byly myopatie, metabolické vady, poškození CNS, poranění míchy a vady páteře. DUPV byla po dobu trvání projektu ukončena u 23 nemocných, z toho u 5 dětí (4 zemřeli, v jednom případě byl nutný návrat k hospitalizaci). V České republice průměrně ročně přibývá 8 – 10 pacientů a ve 3 – 4 případech je DUPV ukončena.

Pacienti mají zajištěn trvalý servis přístroje s možností záložního přístroje v případě poruchy přiděleného ventilátoru. Pravidelně dostávají veškerý spotřební materiál pro UPV. Pracovníci projektu jsou v kontaktu s rodinami postižených a poskytují jim dle možnosti další služby.

■ Laické iniciativy

Rodiny postižených hrají významnou úlohu při DUPV. Bez dokonalé spolupráce rodiny a pracoviště, které je odborným garantem, si nelze její existenci ani představit. V zahraničí i v naší zemi se příbuzní podobně postižených sdružují a poskytují si vzájemnou pomoc. Na území České republiky vzniklo nejprve volné později registrované sdružení rodičů a příbuzných pacientů na DUPV. Členové sdružení pořádají společné akce, dovolené, ozdravné pobyty v přírodě. Velmi důležitá je výměna zkušeností nejen na poli odborném, ale i v oblasti jednání s úřady, pojišťovnami apod. Následoval vznik a registrace obecně prospěšné společnosti, která již jako právní subjekt se může konkrétním způsobem podílet na péči o postižené.

■ Ekonomické aspekty

Dlouhodobé umístění pacienta v nemocnici má celou řadu nevýhod a kromě jiného je po celém světě velmi drahé. Ve většině zemí, kde DUPV je považována za řádnou léčebnou metodu, je tato skutečnost zohledněna. V USA byl finanční rozdíl mezi domácí péčí o ventilovaného pacienta a péčí v nemocnici vyčíslen na 16 000 dolarů za měsíc. Zahraničním pojišťovnám se vyplatí poslat za nemocným vyškoleného pracovníka do domácího prostředí.

Situace v naší zemi je poněkud odlišná. Nemocniční péče je výrazně levnější. Přesto zdravotní pojišťovna proplácí podle platného sazebníku za lůžkodenní 6 000 – 8 000 Kč u dospělých a v dětské intenzivní péči zahrnující umělou plicní ventilaci zhruba 11 000 Kč na den. DUPV nebyla donedávna chápána pojišťovnami jako léčebný výkon. Velmi intenzivně a také velmi dlouho se pracuje na způsobu proplácení této léčebné metody. Kalkulace lůžkodenní v resuscitační péči má svůj obsah a zahrnuje i amortizaci ventilátoru. Při DUPV je to zatím velký problém. Svízelná je i otázka proplácení spotřebního materiálu, který je vázán na lékařský výkon. Péči realizují laici a k proplácení není vhodný kód. Situace není jednoduchá ani v oblasti specializované ošetrovatelské péče. Ventilovaný pacient má dle našeho sazebníku nárok na 3 hodiny domácí péče sestry, ve zvláštním případě po schválení revizního lékaře až na 6 hodin. Snaha prosadit potřebu péče sestry specializované se vzděláním v oblasti anesteziologie a resuscitace narazila na výrazný odpor. Po dlouhých jednáních se podařilo tuto péči obhájit, ale s nárokem 30 minut za den. V současné době lze již jednoznačně prohlásit, že DUPV lze realizovat v průměru za polovinu prostředků, než je nutno vynaložit na téhož nemocného v nemocnici.

■ Kasuistiky

V závěru sdělení si dovoluujeme výsledky DUPV prezentovat na několika kasuistikách.

I. kasuistika Tomáš 23 let:

Chlapec utrpěl v 9 letech polytrauma při dopravní nehodě zahrnující zlomeninu spodiny lebeční, pohmoždění mozku s nitrolebním krvácením, poranění krční míchy, zhmoždění plic, zlomeninu pánve a krvácení do dutiny břišní a zlomeniny obou stehenních kostí. Pacient byl opakovaně operován včetně dekomprese krční míchy, byla mu poskytována dlouhodobá komplexní resuscitační péče. Po zvládnutí akutního stavu v klinickém obrazu dominovala transversální míšní léze v oblasti C1-C2.

Rodina, zejména matka, byla od počátku hospitalizace aktivní v ošetrovatelském procesu. Po stabilizaci stavu začala uvažovat o péči o svého syna v domácím prostředí. Po překonání všech ekonomických, právních a medicínských aspektů se Tomáš po 3 letech hospitalizace stal v roce 2000 naším prvním doma ventilovaným pacientem.

Tomáš je nyní ve svém domácím prostředí. Je ventilován přes tracheostomii, přetrvává kvadruplegie. Pacient je plně při vědomí a na svém speciálně upraveném kolečkovém křesle je s přenosným ventilátorem schopen řady aktivit. Pracuje s počítačem, kreslí a zúčastnil se řady výstav a mezinárodních setkání malířů ústy.

II. kasuistika Kateřina 27 let

Pacientka byla od dětství sledována na neurologické klinice pro spinální amyotrofii typu Kugelberg – Wellander. Dále byla diagnostikována skolióza hrudní a bederní páteře, porucha růstu, prolaps mitrální chlopně a těžká restriktivní plicní porucha. Pacientka byla opakovaně hospitalizována na naší klinice pro progredující respirační insuficienci. Při poslední hospitalizaci v únoru 2000 již nebylo možno pacientku odpojit od ventilačního přístroje a dekanylovat. Byla jí zavedena perforovaná „mluvící“ kanyla a pro usnadnění motility zajištěn transportní ventilátor. Pacientka je velmi pozitivně psychicky laděná, má řadu cílů a již v době hospitalizace byla silně motivována k vlastnímu samostatnému životu. Požádala o propuštění do domácího ošetřování. Je schopna se o sebe sama starat, sama dokázala pečovat o toaletu dýchacích cest. Rodiče Kateřině poskytují veškerou materiální i psychickou pomoc. Na základě těchto okolností byla po vyřízení všech formalit pacientka propuštěna do domácího ošetřování v režimu DUPV.

Život Kateřiny se po propuštění z nemocničního zařízení výrazně zkalitnil. Pacientka je v domácím prostředí dobře psychicky kompenovaná, podniká výlety do okolí a má řadu dalších aktivit. S pomocí zdravotní pojišťovny se jí podařilo získat upravený osobní automobil, který je schopna ovládat zcela sama. Díky přenosnému ventilátoru se dokonce mohla zúčastnit celonárodní znalostní soutěže přenášené hlavním televizním okruhem a v konkurenci zvítězit. Na kliniku dojíždí k pravidelným kontrolám a výměně TS kanyly.

III. kasuistika Eliška 18 let:

Pacientka utrpěla v roce 1997 při autonehodě polytrauma. Nejzávažnější bylo poranění CNS (krvácení do dutiny lební a do míchy na úrovni C1-C2), dále úraz zahrnoval zhmoždění levé plíce, rupturu sleziny a tříštivou zlomeninu levé stehenní kosti. Na naše oddělení byla pacientka přijata v hlubokém bezvědomí (GCS 3) a v hemoragickém šoku. Kritickým se ukázalo krvácení do parenchy-



mu míchy v úrovni C1-C2 s rozvojem post-traumatické malácie. Neurologický nále z odpovídal transversální míšní lézi.

Rodiče od počátku hospitalizace vyjadřovali snahu převzít dceru do domácí péče. Po 2 letech byla Eliška propuštěna k DUPV. Její neurologický nále z je trvale nepříznivý a odpovídá apalickému stavu s transversální míšní lézí na úrovni C1-C2. Je trvale uměle ventilována s intermitentní nutností FiO₂ 0,4. Na naši kliniku je přijímána k pravidelným kontrolám a výměně TS kanyly. Propuštění nemocné v tomto případě nesplnilo naše kritérium týkající se zlepšení kvality života nemocného, ale měla výrazný přínos pro rodinu postiženou.

IV. kasuistika Štěpánka 24 let

Pacientka prodělala opakované krvácení z mnohočetných cévních malformací postižující mozkový kmen. Stav byl zhodnocen jako inoperabilní. V roce 1999 došlo u pacientky ke krvácení do mozkového kmene, byla resuscitována a řízeně ventilována. Prodělala ARDS, hepatorenální insuficienci a rozvinula

se u ní postanoxická kardiomyopatie.

Stav pacientky byl neurologicky charakterizován jako kmenová léze s pravostrannou převahou, poruchou dechového centra a centrální kvadruparézou s pravostrannou převahou. Pacientka je schopna několik hodin denně spontánně dýchat. V nočních hodinách je podpora ventilátorem nezbytná, pro zajištění dýchacích cest z důvodů dlouhodobé ventilace byla provedena tracheostomie. Rodiče pacientky se snažili zapojit se do programu domácí péče v režimu DUPV. Matka se aktivně účastnila ošetrovatelského procesu. Nyní je sama schopna se o dceru postarat v rámci běžné péče a toalety dýchacích cest. Po zajištění přenosného ventilátoru byla pacientka propuštěna do domácího ošetřování. Po propuštění se psychický stav nemocné značně zlepšil. Pacientka se účastní rozsáhlého socioedukačního programu včetně ergoterapie, pohybové i dechové rehabilitace.

■ Závěry

DUPV lze akceptovat jako léčebnou meto-

du vhodnou pro pacienty s chronickou respirační insuficiencí, jejichž stav je natolik stabilní, že nevyžaduje hospitalizaci. Nejlepších výsledků u nás i v zahraničí bylo dosaženo u neuromuskulárních chorob. Kvalita života sledovaná podle objektivních ukazatelů se ve většině případů v domácím prostředí významně zlepšila. Dlouholeté zkušenosti ukázaly, že incidence komplikací při DUPV je výrazně nižší, než bychom mohli očekávat. Technický pokrok přináší na trh přístroje, které jsou bezpečné, váhově přijatelné, schopné fungovat po mnoho hodin bez nutnosti připojení k elektrické síti. Výběr nemocných musí být velmi pečlivý. Je nutno hodnotit nejen zdravotní stav nemocného, ale i možnosti jeho domácího prostředí. Rozumí se tím možnostmi sociální, zdravotní i ekonomické. V neposlední řadě DUPV je výhodná i z ekonomického hlediska. DUPV přes mnohé ještě nevyřešené problémy je jednoznačně metodikou, které je vhodné věnovat svoji pozornost.



EKA Erzgebirgsklinikum Annaberg
nezisková společnost GmbH
hledá

od 01.01.2012

**příjemnou angažovanou odbornou lékařku/
příjemného angažovaného odborného lékaře
pro dětskou ordinaci v již zavedené
POLIKLINICE**

Jsme moderní klinika poskytující lékařskou péči pro děti od novorozeneckého věku do 18-ti let.

V rámci Vašeho dalšího vzdělávání Vám bude umožněna účast na zajímavých odborných seminářích.

Jsme ochotni pomoci při vyřizování potřebných formalit nutných k uznání odborného vzdělání v Německu.

Rádi Vás podpoříme při hledání ubytování a případně při zajištění místa pro dítě v mateřské školce.

Velmi dobré platové podmínky se řídí tarifem Marburger Bund.

MÁTE ZÁJEM?

Pošlete Vaše podklady na adresu:

EKA Erzgebirgsklinikum Annaberg gemeinnützige GmbH
Personalwesen
Chemnitzer Straße 15
09456 Annaberg-Buchholz, Německo
Tel.-Nr. +493733804041



Mezinárodní škola klinické homeopatie CEDH
a
Homeopatická lékařská asociace
pořádají

HOMEOPATICKÉ SEMINÁŘE

pro lékaře, veterináře, klinické psychology.

Zveme Vás na dvouletý cyklus seminářů
vedený českými a francouzskými lékaři.

„Základy homeopatické terapie“

PRAHA, BRNO
listopad 2011 – duben 2012

účastnický poplatek 4.900 Kč/rok (80 výukových hodin)

Organizuje:
BOIRON CZ, s.r.o.
Pobřežní 3
186 00 Praha 8

Kontakt:
Ivana Žikmundová
tel.: 224 835 091, mobil: 724 185 559,
e-mail: ivana.zikmundova@boiron.cz



Klinické aspekty alergické rýmy u dětí

MUDr. Hana Janíčková

AlergoCentrum s.r.o., Šumperk

Alergická rýma je nejčastějším chronickým onemocněním dětského věku. Na rozdíl od průduškového astmatu, o kterém jsou zmínky již ve starověku, jde o relativně „moderní nemoc“, v odborné literatuře je popisována až od 19. století. V současné době se o alergických onemocněních hovoří jako o civilizační epidemii. Uvádí se, že 5–40% dětí na světě trpí alergickou rýmou, u nás prevalence alergické rýmy přesahuje 20%. Je součástí „atopického syndromu“ společně s atopickou dermatitidou a průduškovým astmatem. Prvním projevem atopie je atopická dermatitida, která se většinou objevuje v prvních měsících života, postupně se může rozvinout alergická rýma a astma – u předškolních dětí může astma předcházet vzniku rýmy, u starších dětí se jako první projeví alergická rýma, následovaná astmatem.

Alergická rýma je definována jako soubor nosních příznaků vznikajících po kontaktu nosní sliznice s alergenem na podkladě zánetu zprostředkovaného imunoglobulinem E. Na jejím vzniku se podílí genetická predispozice a vliv zevního prostředí. Expozice alergenům vyvolá u predisponovaných jedinců tvorbu specifických IgE protilátek – dochází k senzibilizaci organismu na daný alergen, poté následuje různě dlouhé období bez klinických příznaků, než se po opakovaném kontaktu s alergenem rozvine alergická reakce.

V časně fázi reakce, bezprostředně po kontaktu s alergenem nebo během několika minut, jsou typickými projevy kýčání – často v salvách, svědění nosu, vodnatá sekrece, v pozdní fázi reakce – po hodinách až dnech – s postupným přechodem do chronicity dochází k nosní obstrukci, někdy provázené i poruchou čichu. Lokální projevy často provázejí i celkové příznaky – pacienti trpí bolestmi hlavy, pocitem plnosti dutin, únavou, podrážděností, poruchami spánku a sníženou schopností koncentrace. V ambulanci je nutné se na všechny tyto potíže cíleně ptát, protože většina pacientů a rodičů nemocných dětí považuje za příznak rýmy pouze sekreci z nosu.

Podle iniciativy ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma) rozdělujeme rýmu podle frekvence příznaků na **intermitentní a perzistující**:

- u **intermitentní rýmy** se příznaky objevují méně než 4 dny v týdnu nebo méně než ve 4 po sobě následujících týdnech.
- u **perzistující rýmy** má pacient potíže déle než 4 dny v týdnu a déle než 4 po sobě jdoucí týdny.

Podle tíže rozlišujeme rýmu **lehkou a středně těžkou až těžkou**:

- **lehká rýma** nenarušuje běžné denní aktivity, zábavu, sport, neovlivňuje spánek, není provázena výraznými obtěžujícími příznaky, nevede k problémům ve škole a v práci.

- **středně těžkou až těžkou rýmu** naopak provází výrazné obtěžující příznaky, vede k narušení běžných denních aktivit i spánku a v souvislosti s tím, negativně ovlivňuje výkonnost, koncentraci i zvládání školních povinností.

Rýma je často považována za banální onemocnění, ale příznaky alergické rýmy jsou pro pacienta natolik nepříjemné, že ovlivňují kvalitu života stejně jako středně těžké perzistující průduškové astma. V každodenní praxi je zapotřebí přesně zjistit, jaké potíže pacient má, protože zvláště v alergických rodinách jsou nosní příznaky považovány za normu a podceňují se, někteří pacienti naopak příznaky zveličují.

Klinické vyšetření by mělo vždy obsahovat přední rhinoskopii – orientačně lze provést běžným otoskopem – k posouzení stavu nosní sliznice. V akutním stavu bývá překrvená, prosáklá, pokrytá sklovitým hlenem, v chronickém stavu je sliznice typicky světlá, bledá až lividní, výrazně edematózní. Další vyšetření se provádí na specializovaných pracovištích – nazální endoskopie, rhinomanometrie, akustická rhinomanometrie, popřípadě nazální provokační testy.

Diagnostika alergické rýmy je založena především na pečlivé anamnéze – typické příznaky popsané výše, jejich frekvence, sezónní nebo celoroční výskyt, vazba na konkrétní prostředí (např. kočka v bytě prarodičů, kde dochází k alergickým projevům), ovlivnění příznaků počasím (zhoršení potíží pylových alergií v suchém a větrném počasí a úleva při

deštích). Rizikovým faktorem a současně důležitým anamnestickým znakem je výskyt alergie v rodině a atopický ekzém v osobní anamnéze.

Základní vyšetřovací metodou v alergologické ambulanci jsou **kožní testy (prick test)**, které se typicky provádějí na volární straně předloktí. Pokud nelze kožní testy provést, při diagnostických pochybnostech nebo při diskrepanci mezi anamnézou a výsledky kožních testů, vyšetřujeme **specifické IgE protilátky** proti jednotlivým alergenům. Vždy je zapotřebí posuzovat výsledky kožních testů i specifického IgE v souvislosti s klinickými příznaky pacienta. V praxi se často setkáváme s pacienty, kteří mají pouze projevy sezónní rýmy, ale v kožních testech reagují pozitivně jak na sezónní pyly, tak na celoroční alergeny – roztoče. V takových případech léčíme sezónní rýmu, pacienta upozorníme na riziko vzniku celoročních potíží a doporučíme preventivně příslušná režimová opatření. Často vyšetřovaný celkový imunoglobulin E nemá pro diagnostiku alergické rýmy žádnou výpovědní hodnotu.

Příčinné alergeny rozdělujeme do dvou skupin:

- **alergeny vnějšího prostředí**, kam řadíme **pyly** – nejčastěji pyl trav, stromů, pelyňku, a **plísně** – nejběžnější druhy *Alternaria* a *Cladosporium*.

- **alergeny vnitřního prostředí** – **roztoči** domácího prachu, **kočka, pes** a další domácí mazlíčci, **některé druhy plísň**, někdy i švábi.

Pátráme i po doprovodných příznacích a komorbiditách:

- alergická rýma je významným rizikovým faktorem pro vznik **průduškového astmatu**, asi 40% pacientů s rýmou trpí současně

Mucos - Wobenzym



astmatem, 80% astmatiků má alergickou rýmu. Po astmatických projevech bychom měli u alergiků s rýmou vždy aktivně pátrat.

- typické jsou **oční potíže** – svědění, otoky očních víček, zarudnutí spojivek – nejčastěji u sezónního průběhu rýmy.

- **orální alergický syndrom** je založen na principu zkřížené reaktivity mezi jednotlivými alergeny. Vazebná místa alergenů, odpovídající za vznik alergické reakce jsou u některých druhů ovoce, zeleniny, ořechů nebo kořenů totožná nebo natolik podobná pylovým antigenům, že vyvolají reakci specifických IgE protilátů u senzibilizovaného pacienta. Nejčastěji dochází po požití k lokální reakci ústní sliznice a okolí úst – otoky rtů, jazyka, svědění, škrábání v hrdle, méně často se objeví celkové příznaky až anafylaxe. Typickým příkladem je pyl břízy a jablko, pyl trav – kiwi, pelyněk – celer, existuje dokonce zkřížená reaktivita mezi roztoky domácího prachu a mořskými plody a hlemýždi.

- průběh alergické rýmy u dětí často komplikují **infekční rhinosinuitidy a otitidy**.

V rámci **diferenciální diagnózy** musíme vyloučit hypertrofii adenoidní vegetace, strukturální změny – deviaci septa, anomálie skořep, cizí tělesa – zvláště u batolat, nosní polypy – v dětském věku vzácně, ale často u cystické fibrózy. Chronická rýma u dětí může mít také infekční etiologii, recidivující chronické rhinosinuitidy mohou být příznakem imunodeficiency, primární ciliární dyskinezy nebo cystické fibrózy.

Léčba alergické rýmy je komplexní a zahrnuje edukaci pacienta společně s úpravou prostředí a režimu, symptomatickou farmakoterapii a specifickou alergenovou imunoterapii. Základem je důsledná edukace pacienta a jeho rodiny o příčinách rýmy a o dalším léčebném postupu. Nejdůležitějším krokem je odstranění alergenů z okolí pacienta, což je možné například u alergie na zvířata, ale většinou režimová opatření vedou jen ke snížení množství alergenů. Přesto je důsledné dodržování těchto opatření základním předpokladem léčby a někdy samo o sobě vede k vymizení nebo výraznému zmenšení potíží.

Farmakologická léčba zahrnuje léky lokální a systémové. K výhodám lokální terapie patří vysoká koncentrace léku přímo v nosní sliznici, rychlý nástup účinku a minimální riziko systémového působení. K dispozici jsou

- lokální antihistaminika – používají se u lehkých forem rýmy, dobře ovlivňují svědění, kýchání, vodnatou sekreci, účinek nastupuje během 20 minut, dávkuje se 2x denně,

- lokální glukokortikoidy – nejúčinnější léky alergické rýmy, jsou lékem volby u chronických rým se sníženou nosní průchodností nebo s úplnou bloádou, působí na všechny symptomy rýmy a zlepšují i oční příznaky. Účinek nastupuje během 7-8 hodin, maximální účinnosti dosahují po 2 týdnech pravidelného užívání (je nutné na to pacienta dopředu upozornit), lze je podávat i 1x denně,

- nazální kromoglykáty – mají výborný bezpečnostní profil, mírný účinek, jsou vhodné u lehkých forem, především u dětí. Jejich účinnost se projevuje až po 3-4 týdnech léčby, podávají se 4x denně.

Nosní dekongestiva nepatří k lékům alergické rýmy kvůli riziku vzniku medikamentózní rýmy při dlouhodobém podávání. Lze je použít pouze krátkodobě k rychlé úlevě, při výrazné nosní bloádě je výhodné je použít k uvolnění nosu před aplikací nosních glukokortikoidů a po několika dnech pokračovat v léčbě pouze lokálními glukokortikoidy. Rodiče našich pacientů už jsou většinou poučeni, že dlouhodobé užívání těchto léků nosní sliznici škodí, ale mylně se domnívají, že když budou střídát jednotlivé přípravky, k poškození nedojde.

Nejčastěji používanými léky se systémovým účinkem jsou perorální antihistaminika II. generace – ovlivňují sekreci z nosu, kýchání, svědění, oční příznaky, méně působí na nosní obstrukci. Účinkují rychle, podávají se 1x denně, nemají anticholinergní efekt a nepůsobí sedativně, na rozdíl od starších antihistaminik I. generace, která právě pro tyto nežádoucí účinky nejsou u alergické rýmy indikována.

U malých dětí nejsou k léčbě alergické rýmy indikovány systémové kortikoidy, i když u dospělých se někdy u těžkých forem v krátkých kúrách používají.

Příznaky alergické rýmy potlačují i antileukotrieny, které jsou určeny k léčbě astmatu.

Jako kauzální léčbu alergie můžeme označit **specifickou alergenovou imunoterapii**. Je určena pro alergiky s lehkým a středně těžkým perzistujícím onemocněním. Zvážení indikace, volba vhodného alergenového preparátu a formy aplikace je v rukou specialisty alergologa. Alergenová imunoterapie se používá u dětí od 5 let věku, zkoumá se indikace i pro mladší děti. Nejčastěji se provádí u alergií na pyl a roztoc. Lze zvolit formu sublinguální a injekční, délka trvání je 3-5 let.

K úspěšné léčbě alergických onemocnění je nutné získat pacienta i jeho rodinu pro spolupráci, vysvětlit podklad onemocnění, možný vývoj choroby a případná rizika, informovat

o režimových opatřeních, seznámit s principy a fungováním léků. Diagnostika i léčba alergické rýmy je komplexní a vyžaduje spolupráci pediatra, alergologa a otorinolaryngologa.

Rakouské děti budou mít očkování proti meningokokovi zdarma

Rakouský ministr zdravotnictví chce od příštího roku zavést bezplatné očkování dětí proti invazivnímu meningokokovému onemocnění. Náklady na vakcíny budou uhrazeny státem a ze sociálního pojištění.

Ministr zdravotnictví Alois Stöger plánuje od roku 2012 rozšířit bezplatné očkování proti meningokokovi. Potvrdil to na zdravotnickém fóru v Alpbachu. „Od příštího roku by mělo být všem dětem umožněno bezplatné očkování proti meningokokovi a pneumokokovi,“ informoval Stöger a doplnil, že tento důležitý krok dlouhodobě podporuje také rakouská rada vlády pro oblast zdravotnictví.

Ročně dochází v Rakousku téměř ke stove závažných meningokokových onemocnění, které se týkají především malých dětí a mladistvých. Smrtelné infekci podlehe 13 ze 100 pacientů. Úmrtnost v důsledku meningokokového onemocnění posledních deset let v Rakousku stále stoupá. Ti, kteří nákažu přežijí, bojují s vážnými následky celý život. Rakousko se proto rozhodlo pro preventivní opatření a poskytne školákům novou konjugovanou vakcínu. „Doufáme, že se díky celostátnímu očkování na rakouských školách počet nových onemocnění sníží,“ uvedla Pamela Rendi-Wagner z rakouského ministerstva zdravotnictví.

Vývoj očkovacích látek vedl v devadesátých letech k tomu, že se na trh začalo dostávat stále více kombinací vakcín. Byly však poměrně drahé a proto své děti někteří rodiče nenechávali očkovat. To se ale od příštího roku změní. Na důležité očkování budou mít nárok všechny děti, žijící v Rakousku. Jejich zákonní zástupci přitom nebudou muset za vakcínu platit. Náklady na očkovací program uhradí ze 2/3 stát, z 1/6 jednotlivé spolkové země a 1/6 bude hrazena ze sociálního pojištění.

Národní imunizační komise (zkráceně NIKO) doporučuje v České republice pro děti ve věku od 2 - 6 let očkování konjugovanou vakcínou C a od 11 - 14 let očkování konjugovanou tetrařávkou (A, C, W135 a Y).

Zdroj: MediaTrust Communications spol. s r.o., 8.9.2011



Ze světa odborné literatury...

Klinická a epidemiologická charakteristika pacientů s chřipkou A1N1 přijatých na emergenci

Virus byl potvrzen v roce 2001 při pandemii. Jednalo se o prvou pandemii ve 21. století. Jde o kombinaci mezi evropským a euroasijským virem. Poprvé byly tři klinické obrazy popsány ve Španělsku v dubnu 2009. Všechny země postupně vypracovaly protokoly ošetřování a léčby. Účelem studie bylo popsat epidemiologickou a klinickou charakteristiku a komplikace i letalitu. Dále se zkoumaly i rizikové faktory pro přijetí k hospitalizaci a ohodnocena bezpečnost antivirové léčby (Oseltamiviru).

Mezi červencem a prosincem byly shromážděny údaje o pacientech, kteří splňovali kritéria. Původně v plánu byla terapie antivirovým preparátem jen do jednoho roku. Byly odebírány vzorky z nosu, hrdla a nasopharyngeálního prostoru. Sledováno 1144 pacientů, na emergenci nebylo přijato 412 pacientů, 36 %. Střední věk byl 7 let, 191 děvčat a 221 chlapců. Rizikové faktory pro případné komplikace byly definovány. U 81 % pacientů bylo rizikové chronické plicní onemocnění, 43 % prodělávalo imunosupresivní terapii. Dále zde byli pacienti s kardiovaskulárním nebo plicním onemocněním. Pneumonie při chřipce se objevila v 8 %.

330 pacientů, t.j. 80 %, dostávalo antivirovou terapii. 20 % přijatých bylo umístěno na intenzivní péči a 2 zemřeli. U 14 pacientů byla detekována klinická infekce, většinou RS virus. Krevní testy byly provedeny u 105 pacientů. Pokud se objevila alterace ledvin a jater, pak byla vždy jen s daným onemocněním. Děti pod 1 rok věku v počtu přijatých činili 45 % ve srovnání s 12 % dětí ve věku 5-10 let. Děti pod rok věku také měli častěji pneumonie, hemoglobinopatie nebo jiná krevní onemocnění.

Po propuštění z hospitalizace byli rodiče dětí dotazováni telefonicky. Jejich klinická manifestace zahrnovala nejčastěji teploty, rýmu, kašel v průměru trvání 6 dní. 3,4 % pacientů přestalo brát doporučenou léčbu. Tato byla u všech podávána po 5 dní.

Střední čas mezi začátkem onemocně-

ní a léčby byl 2,8 dne. 59 % pacientů dostávalo léčbu již během prvních 48 hodin a 80 % v prvních 4 dnech. Vedlejší reakce po léku nebyla patrná, jen 7 % mělo GIT potíže. Na intenzivní péči byli přijati např. tyto pacienti: desetiletá dívka s astrocytome a následnou encephalopatií s bilaterální pneumonií, která vyžadovala mechanickou ventilaci. 12 letý chlapec po transplantaci pro leukémii. Komplikací byla pneumonie. Třetí pak 7letá dívka po transplantaci ledvin s pneumonií osídlená Aspergilem s krvácením do CNS. Poslední dva citovaní pacienti zemřeli.

Virus má vysokou morbiditu, nízkou incidenci těžkých stavů i nízkou letalitu. Antivirová terapie může zkrátit čas a důležitým se jeví zvláště její včasné podání.

Z hlediska biochemie patrné normální CRP, leukocyty, jaterní i ledvinové testy.

Snášenlivost i efekt protivirové terapie je velmi dobrý.

Eur.J.Pediatr.2011,170,371-378.

Vývoj nové terapie pro pediatrickou onkologii

V posledních létech se poměr vyléčených dětí s karcinomy zlepšil na hodnoty kolem 70 %.

V další dekádě v rámci připravených preparátů lze hodnotit další zlepšení. Nová léčba připadá v úvahu zvláště pro děti se IV. st. neuroblastomů, sarkomem, mozkovými tumory a relapsy leukémie.

Objevují se další inhibitory buněčného cyklu jako cladafarin, nelarabin, inhibitory tyrosinázové kinasy, DNA vázající komponenty. Dále Trabectedin nebo monoklonální protilátky pro neuroblastom a anti CD 22 protilátka pro akutní preBeta lymf. leukémii. Cladafarin narušuje nukleotidový metabolismus, užívá se pro relabující leukémie. Současně je testován s dalšími léky např. cytarabinem. Efekt se odhaduje na 38 %. Nelarabin in preparát pro relapsy T leukémie a pro lymfoblastické lymfomy. Desatinin perorální multikinasový inhibitor efektivní u chronické myeloidní leukémie. Sorafenib podáván u AML. Inhibující

růstový inhibující faktor pro léčbu sarkomů. Monoklonální protilátky pro léčbu neuroblastomů.

Eur.J.Pediatr.2011,170,555-559.

Kongenitální syphilis u nezralého dítěte

Uvádějí případ novorozence narozeného ve 29. týdnu s klasickými ukazateli kongenitální syphilis včetně koagulopatie, hepatosplenomegalie, intra-ventrikulární ischemické léze a kostních změn v metafysách. Porodní váha 1340 g 17leté matky ze SR S.C. při placentární abrupci. Ještě byla matka pozitivní i na chlamydie. Prenatální péče nedostačující, při sporadickém vyšetřování nebylo pomýšleno na uvedené onemocnění. Po narození dítě ventilováno, dostávalo surfaktant, mělo obrovskou hepatosplenomegalii. Anémie, vysoké CRP, metafysitis. Dostávalo ATB/PNC a Cefotaxim v kombinaci, transfuze plasmy, destiček, dextrosy a pozitivně inotropní látky. Objevuje se ventrikulitida. Propuštěno ale nakonec po 10 týdnech. Je nutný včasný záchyt a léčba matek 2x v průběhu gravidity.

Eur.J.Pediatr.2011,170,667-669.

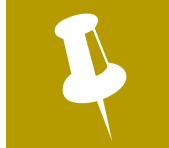
Problémy chování u dětí s noční a denní enuresou

Posuzovány byly 6-12leté děti. Celkem 85 s denní i noční spolu s 56 dětmi s noční EN a 156 zdravými dětmi. Děti s EN mají nižší sebevědomí, větší neurotisaci, nižší svědomitost, nižší přizpůsobivost, nižší motivaci. Někdy je zde i nižší socioekonomický faktor. Dále nižší motivace a někdy i negativní životní události.

Journal of Pediatric Psychology, Vol.31,č.5, 2005.



Ve spolupráci s firmou Mucos Pharma připravil MUDr. Jiří Liška, CSc.



Aktuality...

Zákon chce skoncovat s porody doma

Reforma zdravotnictví bude mít fatální dopad na ženy, které rodí doma. Porodní asistentky, které jim při tom pomáhají, by za to totiž mohly dostat až milionovou pokutu. Hrozí i sankce matkám. Podle předsedy zdravotního výboru Sněmovny Borise Šťastného by léčbu případných komplikací měla domácí rodička zaplatit.

Žena, která chce родit doma, si dnes může pozvat a zaplatit porodní asistentku. Do budoucna to však nebude možné. Nejenže tuto péči ani nadále nebudou hradit zdravotní pojišťovny, reforma zdravotnictví navíc zavádí až milionovou pokutu pro kohokoli, kdo by plánovaně poskytoval zdravotní péči mimo zdravotnická zařízení. Tedy třeba, pokud by porodní asistentka pomáhala rodičkám u nich doma.

Zákony, které mimo jiných novinek tuto pokutu zavádějí, nyní čeká třetí čtení v parlamentu a je pravděpodobné, že díky vládní většině projdou. Pohrůžka by přitom nejspíš fungovala. „Těžko mohu jít k někomu rodit, když jen za to, aniž by se stalo nějaké pochybení, bych mohla dostat milion pokuty,“ říká porodní asistentka Marie Vnoučková ze Zbuzan u Prahy. Podle ní je ovšem represivní přístup státu v této otázce zcela v rozporu se standardy nastavenými v jiných zemích Evropské unie i mimo ni. Stejně vidí příslušnou část návrhu zákona i právnička Kateřina Červená, která pracuje pro Ligu lidských práv. Liga návrh opakovaně kritizovala.

Právnička: stát tím odepré některým ženám lékařskou péči

„Ministerstvo zdravotnictví odmítá debatu na toto téma, ale zapomíná na to, že tady vždycky budou ženy, které chtějí родit mimo zdravotnická zařízení, a těm i jejich dětem odpírá zdravotní péči,“ uvedla právnička Červená. Poukázala přitom na to, že Evropský soud pro lidská práva jasně deklaroval, že ženy mají na volbu místa porodu právo a státy jim k tomu musí vytvořit podmínky, nikoliv jim ve volbě bránit.

Předseda zdravotního výboru Sněmovny Boris Šťastný (ODS) naopak změnu namířenou proti porodům doma a s ním spojené omezení pro porodní asistentky jednoznačně podporuje.

„Jsem jako lékař i zdravotní expert proti porodům doma, protože tam chybí potřebný servis a technické vybavení pro případ komplikací,“ řekl. Do budoucna se nebrání ještě tvrdšímu přístupu vůči ženám, které chtějí přivést své děti na svět mimo porodnice. „Kdo chce mít péči placenou ze zdravotního pojištění, musí splnit určité podmínky – při porodu doma by to například byla přítomnost lékařského personálu či potřebného technického vybavení,“ řekl poslanec.

Poslanec: Léčbu případných komplikací ať zaplatí matky

Pokud by žena takové podmínky nesplnila, musela by platit veškeré následné výdaje spojené třeba s léčbou dítěte, které by při takovém porodu mělo poškozený mozek kvůli nedostatku kyslíku. Podle Šťastného je takový vývoj legislativy jen otázkou času.

„A jak to, že zdravotní pojišťovny platí léčbu adrenalinových sportovců či třeba kuřáků,“ reagovala na tento nápad porodní asistentka Vnoučková. Pětatřicetiletá Alena Davidová sice nakonec doma kvůli zdravotním problémům nerodila, ale přesto zůstává zastáncem tohoto způsobu porodů. „Sice by se mi líbilo, kdyby navíc pojišťovna tuto péči platila, přece jen je to pro rodiny dost peněz, smířila bych se však s tím, že tohle se nezmění. Ale hodně mi vadí, pokud mi stát znemožní, abych si pozvala domů porodní asistentku a porodila s její pomocí,“ říká.

Na takový zákon by navíc doplatily nejen matky, ale rovněž samostatné

porodní asistentky, pro které představuje příjem za porod, přípravu k němu a následnou péči určitý zdroj příjmů. Shodou okolností před několika dny vydala britská odborná gynekologická společnost zprávu, podle níž se rodí příliš mnoho dětí v porodnicích, přičemž některé z nich by mohly přijít na svět doma. Mnohé studie totiž prokázaly, že porod doma není rizikovější než v porodnici a že se případné hrozby dají minimalizovat kontrolami v těhotenství a nepřetržitým sledováním celého průběhu porodu.

FAKTA

V Česku nevídané domácí porody

Porody doma nejsou zakázané, ale nemají ani žádná pravidla, část žen rodí úplně sama, část s porodními asistentkami, které si ženy hradí samy. Cena se pohybuje od čtyř do sedmi tisíc korun.

Co se má změnit

Zdravotnická reforma zavádí až milionový postih pro porodní asistentky, které by ženě doma pomáhaly. V budoucnu je možné, že by zdravotní pojišťovny neplatily ani péči, kterou by potřebovala matka nebo dítě poté, kdyby se porod doma zkomplikoval. Kolik jich je u nás a ve světě Loni se v Česku doma narodilo 419 dětí, z toho 151 v Praze. Je to necelého půl procenta ze všech porodů. Statistika sice nerozlišuje porody plánované od překotných, ale jelikož je domácích porodů asi dvakrát více, než bylo před deseti lety, lze soudit, že jich přibýlo. V Německu se doma rodí asi dvě procenta dětí, ve Velké Británii pět procent, v Holandsku více než 30 procent a v USA tři procenta.

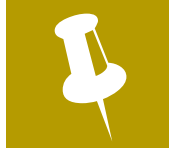
Zdroj: MFD, 5.9.2011

Můžete zabít své dítě beztrestně.

Porod doma v Brně II.

„Pronikáním do hloubky případu se vynořují nové, velmi zásadní otázky. Jedna z nich je - jak mohlo toto řízení dopadnout tak nekompetentně, proč nebyli tázáni znalci, jak vypadaly znalecké posudky... Protože nejsem právník, budu se na to dívat filozoficky a medicínsky,“ píše úvodem svůj komentář MUDr. Jiří Selucký.

Pokud se rozhodnutí brněnského soudu stane pravomocným rozhodnutím, bude to mít velmi zásadní dopady na většinu občanů. Proto je vhodné se k tomu případu vrátit, i když by se zdálo, že není co nového říct. První otázkou na pomezí filozofie a práva je **otázka, zda matka může v každém případě rozhodovat o svém dítěti**. Setkává se tady několik právních výkladů, ale když řešili případ odmítnutého potratu ze zásadních zdravotních důvodů na Slovensku, padlo rozhodnutí, že matka může plně rozhodovat o svém dítěti, dokud je v jejím těle. Porodem tato jednoznačnost končí. Protože máme stejný historický, právní a kulturní základ, zřejmě by u nás toto rozhodování dopadlo stejně. Takže od porodu jsou situace, kdy za matku, nebo i proti jejímu přání, smí nebo musí rozhodnout stát v zastoupení zdravotníkem. Nebudu citovat paragrafy, nicméně prakticky jde o situace, kdy hrozí (postupem podle matky) poškození zdraví nebo života dítěte. V dlouhodobých případech tak rozhoduje sociálka nebo soud, v akutních musí rozhodnout lékař, který u této situace je. Dosud by se mnou jistě souhlasila jak liga na ochranu práv, tak brněnský soudce. Toto uspořádání je celkem logické i z hlediska ochrany dětských práv a ochrany společnosti a jejich členů. Nejsou jenom orientované a duševně zdravé matky, nejsou jenom rozumné matky zásadně pečující o své dítě.....



V tomto případě se jako zásadní pro rozhodování soudní stolice vynořila otázka, **v jakém stavu bylo dítě při příjezdu RZP osádky**. Protože lékař konstatoval, že jde o fyziologického novorozence dobrých parametrů (Apgar 10), soudce pominul ostatní fakta a z toho naprosto mylně vyvodil, že nebyl důvod nutit rodiče silou k transportu do pár minut vzdálené porodnice. Jednak je otázka, zda opravdu o dítě bez rizika medicínsky šlo, při příjmu bylo jistě podchlazené, což může být začátek zásadních problémů, proto také bylo 3 dny v inkubátoru. Také medicínsky existuje něco jako adaptace novorozence na „nové“ prostředí - dýchání, změna funkčnosti srdce odpojením od placenty.....a v tomto období nejsou překvapením projevy zásadních vad, o kterých se nevědělo a nemohlo vědět, nejdou dříve zjistit. Také při opožděné reakci na první příznaky komplikací se dá zadělat na velmi zásadní problémy... Odborná společnost považuje za jedině správné a závazné, aby se po nesledovaném či nekontrolovaném porodu mimo zdi nemocnice dítě transportovalo ihned do porodnice k vyšetření. Že to nevěděl nebo opominul soudce, je docela zvláštní a velmi by mne zajímalo, co ho k tomu vedlo, jaké znalecké posudky připustil nebo nepřipustil, jak to vlastně probíhalo.

Bez ohledu na zjevné, nezjevné či nepřítomné patologie dítěte po porodu je potřeba se na situaci **podívat z pohledu posádky RZP**. Lékaři musí běžně řešit nejenom patologické stavy, zjištěný problém, ale i podezření na něj, nebo situaci, kdy se na základě jasných příznaků očekává, že se něco „pokazí“ následně. Je to poměrně častá situace, například neurčitě zažívací potíže trvající nějakou dobu, z hlediska laika nepodstatné až směšné, musí vést lékaře k úvaze, zda se nejedná o první nenápadné příznaky nádoru a podle toho musí konat - pacienta vyšetřit, třeba i včetně kolonoskopie a gastrokopie, což rozhodně nejsou vyšetření bez rizika. Asi nejběžnější příklad takové situace - aktivita při podezření - je důvodné podezření na zánět slepého střeva (APE), kdy první příznaky jsou nejednoznačné, leckdy atypické, přes to musí chirurg při věcně oprávněném podezření na APE indikovat akutní operaci, prostě zjistilo se, že čekání na rozvoj nemoci s jasnými příznaky je daleko nebezpečnější a může vést k zásadním trvalým následkům nebo i k úmrtí při veškeré super péči. Proto dobrá chirurgie má až kolem 50% indikací k APE, kde se najde jiný problém, který by nebyl k akutní operaci, kdyby se to dalo zjistit předem. Prostě hnisání v břiše, neplodnost nebo smrt jsou dostatečné hrozby ve srovnání s minimálním rizikem „zbytečné“ operace. Další mylná laická představa je, že až budou komplikace, zavoláme lékaře (nebo zajedeme do nemocnice) a oni vše vyřeší. To ano, vyřeší se mnohé, ale vše nikoliv. Jenom snad v amerických seriálech, v praxi může někdy být velmi pozdě, některé zásadní průšvihy se vyvíjí v minutách a záhy jsou nevratné....

Když se vrátíme ke konkrétnímu případu **v Brně - porod nevedený a nesledovaný porodní asistentkou**, nevěrohodné informace, **nekonformní prostředí** pavlačového bytu s několika lidmi a psy v místnosti - pro známého záchranáře (RZP) jasná situace. I kdyby bylo dítě více jak zdravé, jak medicínsky, tak prostředím a dalšími okolnostmi lze případ vyhodnotit jako nestandardní, rozhodně nezaručující bezchybné reakce rodičů na vývoj situace = odvézt do porodnice k vyšetření a dalšímu rozhodnutí. Při personálním a přístrojovém vybavení RZP nemohou zjistit a zajistit vše, krom toho MUSELI reagovat i na PODEZŘENÍ, že se něco pár minut nebo hodin po jejich odchodu může zdravotně něco zásadního přihodit a že rodiče nemusí následnou situaci zvládnout i pokud by se zvládnout dala (a to jistě nejsou všechny). Takto je to také v „manuálu“ co mají dělat, takto se také dodatečně vyjádřili autority oboru. Proč to nevěděl a nerespektoval soudce je opravdu zajímavé.

Zdánlivá záchrana zdravotníků by mohl být **negativní revers**. Ale už dnes tu máme přepapírováno a přeprávnikováno a platnost reversu má několik podmínek- pacient plně chápe, vše včetně možných komplikací, je mu to důkladně, podrobně a opakovaně ve variantách vysvětleno, měl čas se rozmyslet, je prokazatelně při vědomí, svéprávný a schopen rozhodovat, není nijak tlačěn bolestí nebo nedostatkem času..... To ale matka (plně orientovaná, bez bolesti, tlaku i třeba jen časového...) po porodu z hlediska práva rozhodně není. Takže žádný revers by nikoho neochránil před ničím. Každý právní nedouk by ho u soudu v tomto případě „roztrhal“ na kusy, pokud by se po odjezdu zdravotníků něco přihodilo. Krom toho RZP nemá čas hodinu diskutovat s rodiči o aspektech svobody osobnosti ve vztahu ke zdraví jejich dítěte....Může být tu stejnou minutu potřebná k opravdové záchráně života a ne k účasti na diskusním fóru.

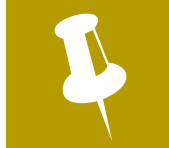
Z mého pohledu jde zjednodušit **situaci do dvou variant**. Buď šlo o plánovaný porod doma, pak je docela darebáctví a adrenalinový sport, že ho nevedla porodní asistentka. Pokud ho tak jak tak dovedli k nějakému konci a chtěli zůstat doma a mysleli si, že je všechno v pořádku, neměli nikoho volat. Pokud zavolali, je to zneužití RZP a pojišťovna by měla na nich vymáhat proplacení. Nebo neměli dojem, že je vše v pořádku, zavolali RZP a pak měli sledovat doporučení lékaře záchranáře. Což opět neudělali. Kde je problém? Pokud si mysleli, že přijede porodník a pediatr, nebo porodní asistentka- žijí v realitě ČR? Dá se od nich čekat další bezproblémová péče o novorozence s nulovými zádrhly? Asi nedá.

Pokud rozhodnutí brněnského soudu dospěje do **pravomocného rozhodnutí**, znamená to, že případné následné komplikace vedoucí ke smrti dítěte by byly pro rodiče beztestné. Možná by (skoro jistě) vymáhali odškodné na RZP. Bude to vlastně znamenat, že se můžete chovat jakkoliv nezodpovědně, vymýšlet leccjaké ptákoviny pro své dítě a nemusíte nijak respektovat lékaře. Až Vaše dítě zemře, jistě Vás nějaký brněnský soudce osvobodí a zjistí, co všechno zdravotníci zanedbali. Mohlo by to také znamenat, že lékaři NESMÍ konat při podezření, při důvodných pochybnostech. Takže konat nebudou, bude prostě méně vyšetřování a operací „pro jistotu“, více zásadních zdravotních komplikací a mrtvých? Budou lékaře i dál soudci odsuzovat za nedostatek zjevných patologií v případech, kdy je nerozumné čekat na plný rozvoj nemoci? Opravdu to chcete?

Toto rozhodnutí má a bude mít další mnohé zásadní **dopady na zdravotní péči pro Vás všechny**. Bude dražší (musíme si zaplatit pojišťovny a právníky), bude daleko hůř dostupná (nechtějí sloužit ani za milion RZP, ubývá porodníků, anesteziologů, chirurgů- prostě akutních a průšvihových profesí) a za ty, co zbudou, budete platit i při jejich mizerných výkonech (budou muset uvažovat o právních aspektech svého konání a o ligách pro práva těch i oněch místo přemýšlení o léčbě) jak mourovat. A to platí i pro inkriminovaného brněnského soudce. Už dnes absolventi gymnázií chodí leckde jinam raději než na medicínu. A pokud už ji vystudují, vyhýbají se „rizikovým“ oborům. Proč asi? Taky mezi absolventy medicíny je téměř 80% žen. Opravdu věříte, že budou chtít dělat rizikové obory se zhruba 10 a víc letou přípravou? Právníci Vás nevytlačí. To je celkem jisté.

Poznámka pro fanatiky a méně chápavé. Nemám zásadní problém s porodem doma, pokud bude ten, kdo jej povede plně právně zodpovědný za eventuální komplikace A to dnes není. Myslím si ale, že je to zjevný krok zpět a že ho může absolvovat jedině zaslepený sektář nebo milovník adrenalinových sportů. Je mi ale líto těch dětí.

Zdroj: www.tribune.cz, 5.9.2011



Soukromí lékařů jsou proti přeregistraci

Pozdvižení mezi soukromými lékaři vyvolal plán vládní koalice, podle kterého budou muset do 3 let všichni znovu požádat krajský úřad o povolení provozovat praxi. Považují to za šikanu a zbytečnou byrokracii. Reportáž České televize.

Ministr Leoš Heger záměr obhajuje. Říká, že stát chce touto novou registrací zkontrolovat kvalitu poskytované zdravotní péče.

Autor:

Pokud do tří let neprokážete, že máte právo provozovat svou ordinaci, musíte jít dělat něco jiného.

Václav Šmatlák, předseda, Sdružení praktických lékařů:

Toto bude velká rána, byť jsou na to tři roky. Říkám, mnoho kolegů, kteří jsou plně způsobilí pracovat, tu praxi radši ukončí, než by museli absolvovat tu nesmírnou administrativní zátěž.

Milan Kubek, prezident, České lékařské komory:

Řada starších kolegů avizuje, že takovouto šikanu odmítá absolvovat a že radši své praxe zavrou. Takže pokud je dnes problém sehnat praktického lékaře, tak ten problém bude ještě větší.

Autor:

Lékařům nevádí jen dokládání nejrůznějších potvrzení a výpisů. Všechny 15 000 soukromých doktorů bude muset státu znovu povinně zaplatit tisíce korunový registrační poplatek. Ministerstvo zdravotnictví v tom ale problém nevidí a říká, že mu jde jen o blaho pacientů.

Martin Plíšek, TOP 09, náměstek ministra zdravotnictví:

Je to v zájmu toho, aby bylo zkontrolováno, že skutečně se poskytují zdravotní služby v souladu se zákonem. Je to podle našeho názoru v zájmu pacienta.

Autor:

Návrh na povinnou přeregistraci soukromých lékařů a nestátních nemocnic podal minulý týden ve sněmovně místopředseda zdravotního výboru Marek Šnajdr z ODS. Dnes se k tomu ale odmítl vyjádřit. Jeho návrh podporuje celá koalice včetně ministra zdravotnictví. Ten ho přitom ještě před měsícem odmítal.

Martin Plíšek, TOP 09, náměstek ministra zdravotnictví:

Já myslím, že to byl kompromis všech koaličních stran.

Autor:

Lékařská komora už kvůli zákonu hrozí protesty soukromých doktorů.

Milan Kubek, prezident, České lékařské komory:

Tu válku jim mohu jménem České lékařské komory garantovat.

Autor:

Jedinými zdravotnickými zařízeními, která můžou zůstat v klidu, jsou státní a fakultní nemocnice. Ty se totiž, na rozdíl třeba od soukromých lékařů, znovu registrovat nemusí.

Zdroj: ČT 1, 6.9.2011

Trest za plýtvání.

VZP je na nule, chystá velké propouštění

Jsem na nule, přiznává otevřeně VZP a chystá propouštění. Rezervy jsou vyčerpány, pojišťovna hledá úspory v provozu. On-line deník TÝDEN.CZ přitom zjistil, že pojišťovna plýtvá. Její provoz spolkně o třetinu víc peněz, než je tomu u konkurence.

Rezervy jsou vyčerpány, pojišťovna hledá úspory v provozu,“ přiznal mluvčí Všeobecné zdravotní pojišťovny Jiří Rod.

Pojišťovna proto začala mohutně škrtat. Podle člena správní rady a poslance za Věci veřejné Jiřího Rusnoka zhubne takzvaný provozní fond, jenž doposud nekontrolovaně bobtnal. Zatímco na léčení letos začala pojišťovna posílat o dvě procenta peněz méně, fond na platy, administrativu či opravy se naopak o necelá dvě procenta zvýšil a činí 4,1 miliardy.

Provoz VZP už byl přitom dříve nejdražší ze všech pojišťoven. Oproti konkurenci spolykal až o třetinu více peněz. Ukazují to čísla shromážděná ministerstvem financí, jež si všimlo třeba toho, kolik korun zaplatí za fungování své pojišťovny každý její klient.

Zatímco třeba u Oborové zdravotní pojišťovny činí částka, kterou si poukáže na svůj provoz, v přepočtu 434 korun na hlavu pojištěnce a u Zdravotní pojišťovny Metal – Aliance 554 korun, u největší VZP to v posledních třech letech dělalo 746 korun.

Snížíme si platy, rozhodla správní rada

„To je samozřejmě špatně,“ hodnotí člen správní rady Jiří Rusnok a pokračuje: „VZP je sice největší pojišťovnou a zaměstnává největší aparát lidí, ale i tak by měly provozní náklady na jednoho pojištěnce spíše klesat než růst. Proto jsme na zasedání správní rady odsouhlasili propouštění administrativních zaměstnanců,“ řekl on-line deníku TÝDEN.CZ.

Podle něho se budou snižovat odměny managementu i ředitele VZP Pavla Horáka. O kolik, to zatím neprozradil.

Doposud si brala Všeobecná zdravotní pojišťovna na svůj provoz 4,67 miliardy korun. V loňském roce dokonce sáhla do rozpočtu o dvacet procent hlouběji, než původně plánovala, přestože se všechny pojišťovny v květnu roku 2009 zavázaly ministerstvu zdravotnictví, že náklady na provoz omezí nejméně o půl procenta. Zatímco zaměstnanecké pojišťovny úkol splnily, VZP to nezládla.

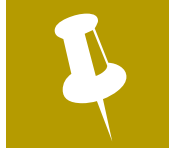
Miliardy za IZIP

„Vyšší náklady na provoz v minulém roce vznikly přeúčtováním nákladů na IZIP,“ vysvětluje náhlou potřebu peněz mluvčí pojišťovny Jiří Rod. Pojišťovna podle jeho slov přesunula placení elektronických zdravotních knížek ze základního fondu, odkud plynou peníze na péči, do fondu provozního. „Důvodem bylo ponechat maximum finančních prostředků na úhradu zdravotní péče,“ doplnil Rod.

Dalším důvodem, který prodrazuje provoz pojišťovny, jsou třeba počty úředníků VZP. Zatímco v zaměstnaneckých pojišťovnách se jeden zaměstnanec stará průměrně o 1633 klientů, ve VZP připadá na jednoho zaměstnance 1384 pojištěnců.

„Už dlouhodobě platí, že produktivita práce zaměstnaneckých pojišťoven je oproti VZP o 15 procent efektivnější,“ hodnotí šéf pojišťovny Metal – Aliance Vladimír Kothera. Proto se také v červenci ostře ohradil proti plánu ministerstva zdravotnictví poslat Všeobecné zdravotní pojišťovně pomoc ve výši 3 miliardy korun, na kterou by se měly složit právě menší pojišťovny.

Vláda tehdy rozhodla, že z účtu každé zaměstnanecké pojišťovny odčerpá 30 procent jejích výdělků. „Šlo by o znárodnění,“ rozzlobil se tehdy Kothera.



Pokud by VZP hospodařila se stejně velkou částkou na klienta jako ostatní pojišťovny, stačilo by jí podle Kothery na provoz 2,7 miliardy.

Zdroj: Týden, 7.9.2011

Praktických lékařů stále ubývá

V Olomouckém kraji možná za pár let bude velký problém sehnat praktického lékaře. Většině z nich je teď více než 50 let. Vedení Olomouckého kraje už proto hledá řešení blížícího se problému a naléhá na Ministerstvo zdravotnictví.

Redaktor:

Z 345 praktických lékařů pro dospělé v Olomouckém kraji je jich bez mála 200 starších 50ti let. A o mnoho lépe na tom nejsou ani lékaři pro děti a dorost. Například ve věku do 40ti let jich je v celém kraji pouze 8.

Michael Fischer, 1. náměstek primátora Olomouckého kraje (ČSSD):
Toto nám zadělává do velmi krátké budoucnosti v průběhu několika let poměrně velký problém.

Může se totiž stát, že za pár let bude v některých lokalitách zejména na severu kraje téměř chybět primární zdravotnická péče. Důvod, proč se mladí do práce praktického lékaře příliš nehrnou, je jednoduchý.

Michael Fischer:

Lékař, když odpromuje, tak nemůže hned začít pracovat. Musí vykonat ještě tak zvanou atestaci. Ta dnes trvá 4 roky, než se k té atestaci dopracuje, tak aby mohl vykonávat práci praktického lékaře. A to jeho vzdělávání samozřejmě někdo musí zaplatit.

Ministerstvo zdravotnictví ho ale hradí jen z části. Pokud tedy mladý lékař nemá rodiče praktiky, kteří by mu vzdělání platili a po kterých by sdělil praxi, je tento obor pro mediky nelukrativní. Mnohem výhodnější je pro ně si vybrat jiný obor a zůstat v nemocnici. Ty obvykle pod podmínkou setrvání lékaře v zařízení i po atestaci jeho vzdělání hradí.

Obyvatelé Olomouce:

S tím moc nepočítám, že bych měl praxi.

Nemám zkrátka nikoho, kdo by mi tuhle věc ulehčil.

Michael Fischer:

Řešíme to v rámci Asociace krajů a snažíme tlačit na Ministerstvo zdravotnictví, snažíme se tlačit na pojišťovny, snažíme se hledat vlastní cesty.

Tou by mohlo být financování vzdělání a stáží mladých lékařů v lůžkových zdravotnických zařízeních z krajského rozpočtu.

Zdroj: TV Prima, 9.9.2011

Zavedení povinných lékařských výpisů koalice jen slibovala

Ještě na jaře slibovala koalice ODS, TOP 09 a VV jak v rámci zdravotnické reformy přistřihnout křídélka některým nepoctivým lékařům, kteří si od pojišťoven účtují výkony, jež nikdy neprovedli.

Cestou k tomu měla být povinnost zdravotních pojišťoven jednou ročně bezplatně zasílat svým klientům výpis z jejich osobního účtu. Ten měl dokládat, jakou péči čerpali, nebo spíš kolik za ně pojišťovna uhradila za ty které výkony.

Tato povinnost byla dokonce obsažena v sedmnácti bodech chystané reformy. Zůstalo ovšem jen u slibů. Sněmovna mezitím už dvakrát hlasovala o změnách zákona o veřejném zdravotním pojištění a kde nic tu nic. Dosud takový výpis pojišťovny zasílají pouze na vyžádání pacienta. „Automatický výpis je ekonomický nesmysl, který by stál půl miliardy ročně,“ řekl Právu šéf sněmovního zdravotního výboru Boris Šťastný (ODS). Navíc by podle něj znamenal pro pojištěnce komplikace.

Muselo by jít o doporučený dopis, který by si pacient vyzvedl na poště. Obyčejný dopis by – jak tvrdí Šťastný – mohl někdo ukrást ze schránky a snadno tak zjistit, na co a kdo adresáta léčí. Šťastný, povoláním lékař, je navíc přesvědčen, že lidé se ve výpisech stejně moc nevyznají, a pokud by jim chodily pravidelně, končily by v koši.

Gazdík se s tím smířit nehodlá

Jak v pondělí uvedlo Právo, u VZP si o výpis žádá 90 tisíc klientů ročně. To je zlomek z celkového počtu pojištěnců (6,2 milionu) u této největší zdravotní pojišťovny v zemi.

„Případů, kdy si lékaři účtují fiktivní úkony, je naprosté minimum,“ prohlásil šéf zdravotního výboru s tím, že za takové počínání by hrozil trest a také ztráta smlouvy s pojišťovnou.

Šéf poslaneckého klubu TOP 09 Petr Gazdík ale takovou jistotu nemá. Proto chtěl povinnost pojišťoven prosadit. „Bohužel se mi to nepodařilo, ale nehodlám se s tím smířit,“ řekl Právu.

Připomněl, že v Česku je například ročně vykázáno 6,5 milionu plomb, což při počtu obyvatel vede k domněnce, že někteří stomatologové účtují pojišťovnám i neprovedené výkony.

Na Czech-pointu i za stokoruny

Zřejmě aby se vlk nažral a koza zůstala celá, schválil parlament v uplynulých dnech ustanovení, podle kterého budou mít zdravotní pojišťovny povinnost na vyžádání pacienta zajistit mu dálkový přístup k jeho osobnímu účtu. Neboli přes internet by mohl občan svůj účet procházet.

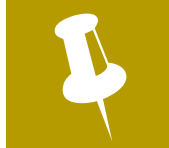
Na rozdíl od dnešní úpravy žádná velká změna. Účet bude k dispozici opět jen na vyžádání pacienta, nově přes internet, což třeba pro seniory, kteří nejvíce čerpají zdravotní péči, jako velké usnadnění nevypadá. „Třeba starší lidé by měli mít možnost získat výpis ze svého účtu na vyžádání také na Czech-pointech,“ uvedl Šťastný. Ovšem i toto rádobí usnadnění má svůj háček: vydávání výpisů je na Czech-pointech zpoplatněno, může dosáhnout i několika stovek korun. To podle rozsahu. Navíc s touto možností zatím zákon nepočítá. „Je na tom dohoda s ministerstvem vnitra,“ dodal Šťastný.

Zdroj: Právo, 13.9.2011

VZP obešla zákaz kontrolního úřadu. Z peněz na léčbu zaplatí zdravotní knížky

Když nemůžeme platit zdravotní knížky z peněz na léčbu, převedeme je pod jiný projekt, který z nich platit lze. Tak se podle časopisu TÝDEN rozhodla VZP. Elegantly obešla nařízení Nejvyššího kontrolního úřadu, kterému se toky peněz uvnitř pojišťovny nelíbily.

Z peněz určených na rakovinu se nesmí platit nic než rakovina. Tak by se dal shrnout závěr prověrky Nejvyššího kontrolního úřadu, který si v zimě letošního roku posvítal na účetnictví Všeobecné zdravotní pojišťovny. Kontrolorům se nelíbilo, že pojišťovna ukrájí z peněz na léčbu a posílá



lá je na projekt zdravotních knížek (IZIP). Pojišťovna musela toky peněz změnit. IZIP začala platit z fondu na provoz.

Jenomže opatření trvalo sotva rok. Nyní se ho chystá VZP obejít: elektronické zdravotní knížky převede pod jiný projekt. Jmenuje se „Akord 2G“ a Nejvyšší kontrolní úřad proti němu nic nemá.

IZIP vlastně peníze ušetří

„IZIP se stane součástí druhé generace Akordu,“ potvrzuje člen správní rady Všeobecné zdravotní pojišťovny Michal Sojka. Akord podle něj slouží především k tomu, aby usnadnil komunikaci mezi jednotlivými lékaři. Tím, že si předávají data o pacientovi, brání zbytečnému plýtvání. „Za to, že se do něj lékař přihlásí, dostane zvýhodněné platby. Je to tudíž součást obvyklé úhrady a může to jít základního fondu,“ vysvětluje princip změny Sojka.

Propojení obou projektů přiznává i náměstkyně ředitele pro zdravotní péči Miloslava Šlajsová. Právě ona má mít nový program na starosti. „Od začátku září rozjela VZP ve vybraných krajích pilotní projekt, který má elektronické zdravotní knížky a Akord propojit,“ uvedla Šlajsová.

Z peněz, které chybějí

Platformě zdravotních pojištěnců, která dlouhodobě hospodaření VZP kritizuje, se to ale nelíbí. Právník sdružení Ondřej Dostál upozornil, že už v minulosti připravila pojišťovna své pacienty o miliardu korun, která měla sloužit na léčení. Peníze, které za IZIP utratila, prý totiž pacientům nevrátila. I když citelně chybějí.

„Prostředky, které byly vzaty z toho základního zdravotního fondu a použity do provozního fondu, tak Nejvyšší kontrolní úřad chtěl, aby se vrátily, do toho zdravotního fondu,“ popsal Ondřej Dostál Radiožurnálu. To se podle něj nestalo.

„Ta částka, o kterou se jedná, je přitom částkou, která by vyřešila problémy s podfinancováním péče, se kterými se setkáváme v oblasti psychiatrie či v oblasti biologické léčby,“ řekl Radiožurnálu Dostál.

Pojišťovna už několikrát avizovala, že je „na nule“. „Rezervy jsou vyčerpány a pojišťovna hledá úspory v provozu,“ přiznal mluvčí Všeobecné zdravotní pojišťovny Jiří Rod.

Zdroj: Týden, 14.9.2011

Policie prošetřuje hlavního hygienika Víta, hrozí mu až deset let

Policisté začali prošetřovat hlavního hygienika Michaela Víta. Mají podezření, že se mohl dopustit zneužití pravomoci veřejného činitele. Případ se vztahuje k zakázce v hodnotě několika milionů korun, kterou měl Vít zadat manželovi své podřízené z ministerstva zdravotnictví. To vše bez výběrového řízení. V úterý o tom informoval obvodní státní zástupce pro Prahu 2 Tomáš Bláha.

„Policie zahájila ve věci úkony trestního řízení,“ uvedl Bláha. Případ vyšetřuje na základě trestního oznámení, které na hlavního hygienika na jaře podala organizace Transparency International. V případě prokázání viny by Vítovi hrozilo až desetileté vězení.

Vladan Brož z Transparency International v dubnu uvedl, že organizace získala dokumenty, které „opodstatňují důvodné obavy z toho, že pan doktor Vít, případně i další osoby, spáchali trestný čin zneužití pravomoci veřejného činitele“. Listiny se týkají poptávkového řízení na strategické poradenství pro ministerstvo zdravotnictví. TI podle Brože zjistila, že se poptávkové řízení zřejmě vůbec nekonalo.

Konzultace za milióny

Hlavní hygienik si údajně najal externího poradce Otakara Vychodila. Spolupráce trvala od roku 2003 a poradce si za konzultace, často jen

po telefonu, vydělal do roku 2009 celkem asi 2,5 miliónu korun. Na stejnou práci má přitom hlavní hygienik na ministerstvu zvláštní odbor.

V době, kdy smlouva s Vychodilem vznikla, navíc vedla zmíněný odbor Vychodilova manželka Karla Říhová. Televize Nova později uvedla, že si Vychodil díky Vítovi zřejmě přišel až na téměř čtyři milióny korun.

Vít prý na spolupráci nic zlého nevidí. „Stejně jako je to běžné u soukromých subjektů, i jednotlivé úřady ve státní správě využívají v oblasti poradenství externích subjektů,“ řekl dříve serveru Týden.

Zdroj: Právo, 16.9.2011

Hegerovi odchází náměstek.

Elektronické projekty se zadrhly, tvrdí.

Ministerstvo zdravotnictví opouští bývalý odborářský boss Jiří Schlanger. Končí ve funkci náměstka pro elektronizaci. Ministerstvo jeho pozici už nechce obsazovat.

„Skončil jsem na ministerstvu k 30. červnu jako náměstek a koncem září mi končí pracovní poměr. Nemohl jsem dělat to, pro co jsem na ministerstvo šel, tak jsem panu ministrovi řekl, že to nemá smysl,“ řekl Schlanger.

Do zdravotnických odborů se nehodlá vracet, chce být privátním poradcem ve zdravotnictví.

Mluvčí ministerstva Vlastimil Sršeň řekl, že Schlangrova funkce byla zrušena, ministerstvo neplánuje jeho místo znovu obsazovat. Úkoly přebírá náměstek pro ekonomiku Petr Nosek.

Mluvčí nepotvrdil spekulace, že by místo po Schlangrovi mohly dostat Věci veřejné, podle inovované koaliční smlouvy by měly mít náměstka na každém ministerstvu.

„Je to rozhodnutí pana Schlanga, pan ministr s ním byl spokojený,“ podotkl Sršeň. Podle Schlanga se projekt elektronizace zdravotnictví a práce na propojení zdravotní a sociální péče zadrhly. To ale Sršeň popřel. Faktem je, že projekty elektronizace mají problémy. Například elektronická zdravotní knížka IZIP stála stát už stamiliony, přesto v praxi nefunguje. Informace si přes ni vyměňuje jen zlomek zdravotnických zařízení. S dalším z projektů, elektronickými recepty, sice má stát velké plány, ale ani tady není velké množství lékařů a lékáren, kteří by si je zatím vyměňovali. Navíc i s čárovým kódem musí být recept vystaven na papíře, jinak ho zdravotní pojišťovny neakceptují.

Zdroj: iDnes.cz, 11.9.2011

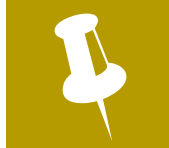
Zdravotnictví hledá peníze na příští rok, ušetřit musí miliardy

Ministerstvo zdravotnictví příští rok přijde ve státním rozpočtu o 300 milionů korun, dalších asi 10 miliard bude chybět v systému pojistného. Resort proto čeká opět úspory a přelévání peněz.

Ministerstvo zdravotnictví pro letošek z rozpočtu dostalo 6,3 miliardy. Příští rok by tato částka měla klesnout pod šest miliard korun. Alespoň podle představ ministerstva financí. Resort proto nyní hledá úspory.

„Státní rozpočet nám sebere pět procent a my nemáme žádnou výrazně záračnou oblast, kde bychom ta procenta mohli pokrýt v jedné věci. Pravděpodobně proto budeme muset znovu snižovat počty lidí, šetřit na investicích a udělat lépe výběrová řízení na materiály,“ řekl iDNES.cz ministr zdravotnictví Leoš Heger.

Úsporná opatření se dotknou ministerstva i nemocničních zařízení, která pod ně spadají. „Musíme chybějící procenta ze státního rozpočtu rozdělit na jednotlivé instituce, které z nich žijí. To znamená vlast-



ní úřad ministerstva, hygienické stanice a zřizované organizace, které jsou součástí státu. Tedy Státní zdravotní ústav, Státní ústav pro kontrolu léčiv, Národní lékařská knihovna. Na ty všechny redukce rozepíšeme," dodal Heger s tím, že snížený rozpočet je ještě v jednání.

Vyjmenované organizace zatím nevědí, kolik a kdo bude muset přesně šetřit, ale například z Ústavu pro kontrolu léčiv už nyní zní: přizpůsobíme se. „Pokud se z úrovně ministerstva rozhodne o nutném omezení prostředků, bude Státní ústav pro kontrolu léčiv v této věci maximálně nápomocen a nově nastaveným podmínkám se přizpůsobí," řekla mluvčí SÚKL Lucie Šustková.

Pojišťovny, šetřete

Mnohem větší šetření ale čeká zdravotnictví jinde. V systému zdravotního pojištění vznikne příští rok odhadem desetimiliardový výpadek. Heger v rozhovoru pro Hospodářské noviny vysvětlil, jak si systém dokáže zčásti s výpadkem poradit. Například část reformy zdravotnictví příští rok schodek sníží o dvě miliardy. Nuceným přerozdělením rezerv menších zdravotních pojišťoven by pak systém mohl získat další tři miliardy korun.

Heger zároveň připustil, že s dalšími pěti miliardami si už budou muset poradit zdravotní pojišťovny samy. „Budou je muset ušetřit. I když nastavíme úhradovou vyhlášku zhruba na sto procent loňska a něco přidáme na DPH, tak tam ale pořád zůstane deficit, který dopadne na poskytovatele péče a oni si s tím budou muset poradit," řekl daníku ministr zdravotnictví.

Dominový efekt šetření

Chybějící peníze ale vyvolávají dominový efekt. Pojišťovny se dohodly, že v situaci, kdy se jim nedostává miliard, mimo jiného šetření poskytnou nemocnicím o pět procent nižší úhrady. „Rezervy jsou v tuto chvíli vyčerpány," vzkázal mluvčí VZP Jiří Rod s tím, aby nemocnice restrukturalizovaly lůžka a zrušily oddělení, která jsou poloprázdna. Heger v online rozhovoru pro iDNES.cz už avizoval, že letos skončí tři tisíce lůžek. Snížení úhrad a k tomu čtyřprocentní zvyšování DPH v příštím roce vyvolává reakci u nemocnic. Ty připouštějí, že přinejmenším se dostanou do potíží při hledání peněz na růst platů lékařů, kteří si navýšení vynutili akcí Děkuje, odcházíme.

„Zvýšení daně bychom zvládli zkrátit veřejnými zakázkami, navýšení platů lékařů při stejných úhradách od pojišťoven nepokryjeme," upozorňuje Jaroslava Kunová, předsedkyně Asociace nemocnic a ředitelka plzeňské fakultní nemocnice. Nemocnice s pojišťovnami stále jednají. Pokud se nedohodnou, nastaví pravidla ministerstvo úhradovou vyhlášku. Tu vydává na podzim.

Dominový efekt hrůzy ze šetření pokračuje u lékařů. Jejich odbory už naznačily, že budou opět protestovat. „O formě protestu jsme zatím nemluvíli, že dojde k akci Děkuje, odcházíme číslo dvě se ale vyloučit nedá," připustil Lidovým novinám místopředseda Lékařského odborového klubu Miloš Voleman. Heger ale lékaře obratem ujistil, že memorandum dodrženo bude a platy se zvednou i příští rok.

Na konci padajícího domina je pacient. Potíže v systému letos dolehly například na nově diagnostikované pacienty s roztroušenou sklerózou. Peníze na moderní léčbu se u těch nových hledají dodatečně.

„Zajímavé na našem systému je, že peníze se vždy někde najdou. Je to ale jen záplatování a systém neřeší nikdo komplexně. Vždy někdo zakřičí, a kdo má dostatečnou páku a zná svůj právní nárok, tak péči dostane. Jenže tím většinou způsobí, že už je péče jinému odebrána," míní Michala Filipová z Platformy zdravotních pojištěnců.

Zdroj: iDnes.cz, 19.8.2011

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.

Prodám zavedenou praxi PLDD

Prodám zavedenou praxi PLDD ve Stříbře, okres Tachov. MUDr. Věra Roháčková. Bližší informace na telefonu: 374 624 204, 607 254 531

• Ev. č.: 209-03-11

Přijmeme pediatra

Přijmeme pediatra na plný či částečný úvazek pro naši ordinaci v Roztokách u Prahy. Práce v moderním, dobře vybaveném zdravotnickém zařízení, přátelský kolektiv, motivační ohodnocení, zaměstnanecké benefity. Nástup od 1.1.2012 nebo dle dohody. Tel.: 608284740, e-mail: prace@strediskoroztoky.cz

• Ev. č.: 215-05-11

PLDD hledá zástup

Praktická lékařka pro děti a dorost hledá zástup na 1 - 2 dny v týdnu do zavedené praxe v Praze 10. Nástup možný ihned. Pozdější převod praxe možný. Tel.: 602 230 697. • Ev. č.: 216-05-11

PLDD hledá zástup

Hledám zástup na 2 týdny v měsíci září, říjnu nejlépe od 10.9. do ordinace PLDD v Doksech na Máchově jezeře. Nabízím ubytování a nadstandartní plat. podmínky, turistika, cyklistika, houbaření. Telefon: 487 883 924 dopoledne, nebo e-mail: blanka.spalkova@seznam.cz. • Ev. č.: 217-05-11

Pronajmu ordinaci

Pronajmu pěknou ordinaci s příslušenstvím (cca 50 m²) v menším zdravotnickém zařízení v Praze 4 - sídliště Lhotka. Tel.: 604 133 417 • Ev. č.: 218-06-11

Prodám zavedenou praxi

Prodám zavedenou praxi praktického lékaře pro děti a dorost v blízkosti Českých Budějovic. Bližší informace na tel.: 604 318 717 • Ev. č.: 219-06-11

Koupím praxi PLDD

Koupím praxi praktického lékaře pro děti a dorost v Praze, nejraději Praha 5, 6, není podmínkou. Michal Weinreb, tel.: 602 708 315 • Ev. č.: 220-06-11

Prodám zavedenou praxi PLDD

Prodám zavedenou praxi praktického lékaře pro děti a dorost v Králíkách, okr. Ústí nad Orlicí. Bližší informace na tel.: 721 018 160 • Ev. č.: 221-07-11

Hledám zástup do ordinace PLDD

Hledám zástup do ordinace PLDD v Praze 5 v době od dubna 2012 na 3 až 6 měsíců. Pozdější převzetí praxe možné. Tel.: 737 401 343 • Ev. č.: 222-09-11

Koupím praxi PLDD

Koupím praxi praktického lékaře pro děti a dorost v Praze a okolí. Telefon: 604 133 209 nebo e-mail: ambulancedeti@seznam.cz.

• Ev. č.: 223-09-11

Autodidaktický test 8/2011

AUTOINFLAMATORNÍ CHOROBY

1. Autoinflamatorní choroby:

- a) je nově používaným synonymem pro choroby autoimunitní
- b) jsou vyvolány poruchou imunity s tvorbou autoprotilátek a autoreaktivních lymfocytů
- c) jsou podmíněny eozinofilním zánětem, který destruuje vlastní cílové tkáně organismu
- d) vznikají na podkladě dysregulace vrozené imunitní odpovědi s chybějící produkcí autoprotilátek a autoreaktivních lymfocytů a naopak s přítomnou patologickou prozánětlivou aktivitou

2. Mezi autoinflamatorní onemocnění nepatří:

- a) familiární středomořská horečka
- b) syndrom PFAPA (Periodic Fever, Aphthosis, Pharyngitis, Adenitis)
- c) revmatická horečka
- d) dermatomyositida

3. Některé periodické horečky mají dnes již prokázaný hereditární původ a lze je verifikovat genetickým vyšetřením s nálezem mutace některého genu. U kterého syndromu periodických horeček není dosud známa mutace genu jako příčina?

- a) familiární středomořská horečka (FMF)
- b) syndrom PFAPA
- c) periodický syndrom asociovaný s receptorem pro $\text{TNF}\alpha$ (TRAPS)
- d) periodický syndrom asociovaný s kryopyrinem (CAPS)
- e) periodický syndrom asociovaný s mevalonátem (MAPS)

4. Trvalé zvýšení koncentrace imunoglobulinu D (a A) nacházíme u většiny pacientů s:

- a) familiární středomořskou horečkou (FMF)
- b) syndromem PFAPA
- c) periodickým syndromem asociovaným s receptorem pro $\text{TNF}\alpha$ (TRAPS)
- d) periodickým syndromem asociovaným s kryopyrinem (CAPS)
- e) periodickým syndromem asociovaným s mevalonátem (MAPS)

Pfizer - Prevenar

Hero - Nutradefence