

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX

PEDIATRIAE

prosinec 2012
číslo 10 • ročník 12



téma čísla

POSUDKOVÁ ČINNOST



- Celorepubliková konference SPLDD ČR
- 10. Pediatrický kongres v Liberci
- Sociální zabezpečení a lékařská posudková činnost
- Posuzování zdravotní způsobilosti ke sportu v ordinaci PLDD
- Kazuistiky předškolního věku
- Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb



Nutrilon HA – ochranný efekt proti vzniku a rozvoji alergických symptomů přetrvává až do 5 let



Doporučte dětem s rizikem rozvoje alergií včas tu správnou výživu.

Každé dítě má právo na výživu, která podpoří jeho zdraví.

Mateřské mléko je ideální výživou kojenců, neboť dodá dítěti vše potřebné. Pokud kojení není možné, kojenecké mléko **Nutrilon** s obsahem směsi oligosacharidů **scGOS/lcFOS (9:1)** pomáhá přirozeně podporovat **rozvoj pozitivní střevní mikroflóry** po vzoru mateřského mléka.^{1,2}

Alergie postihují více než 20 % populace.³

Děti s pozitivní alergologickou rodinnou anamnézou (PARA) potřebují něco navíc. Riziko, že u nich jinak neškodné antigeny vyvolají nesprávnou, patologickou, reakci imunitního systému, tedy reakci alergickou, je vysoké (i přes 70 %)³. Nekojeným dětem s PARA je správně doporučováno kojenecké mléko

s hydrolyzovanou bílkovinou, díky níž je antigenicita tohoto kojeneckého mléka omezena a riziko rozvoje potravinových alergií sníženo.^{4,5}

Nutrilon HA – dvojnásobné řešení pro děti ohrožené alergiemi.

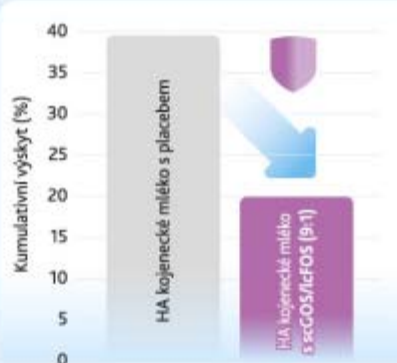
Nutrilon HA pomáhá řešit prevenci alergií u dětí s PARA hned dvakrát, a to díky jedinečné kombinaci:

- hydrolyzované syrovátkové bílkoviny, díky níž je omezen styk s antigenem - bílkovinou kravského mléka,
- unikátní, klinicky testované směsi oligosacharidů **scGOS/lcFOS (9:1)**, která dokáže zajistit prevenci vzniku alergických symptomů **až do 5 let věku.**⁶

Jedná se zejména o projevy **atopické dermatitidy (o 48 %⁶ nižší výskyt v 5 letech věku)** a **alergické rýmy (o 84 %⁶ nižší výskyt v 5 letech věku).**

Nutrilon tak prokazatelně účinně chrání proti vzniku alergických symptomů u dětí s PARA i v 5 letech.⁶

Atopická dermatitida v 5 letech dle typu výživy



Snížení výskytu AD díky zvýšenému účinku HA kojeneckého mléka se směsí oligosacharidů **scGOS/lcFOS (9:1)** v 5 letech věku o **48 %**.

1. Moro G et al., Dosage related bifidogenic effects of galacto- and fructo-oligosaccharides in formula-fed term infants. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2002; 34: 291-5.

2. Rinne MM et al., Similar bifidogenic effects of prebiotic partially hydrolyzed infant formula and breastfeeding on infant gut microbiota.

FEMS Immunol Med Microbiol 2005; 43 (1): 59-65.

3. Osborn DA et al., Formulas containing hydrolysed protein for prevention of allergy and food intolerance in infants.

Cochrane Database of Systemic Reviews 2006; 4. Art. No.: CD003664. DOI: 10.1002/14651858.CD003664.pub3.

4. Ekl BM et al., Improved general health status in an unselected infant population following an allergen reduced dietary intervention programme. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2003; 32 (2): Abstract 100.

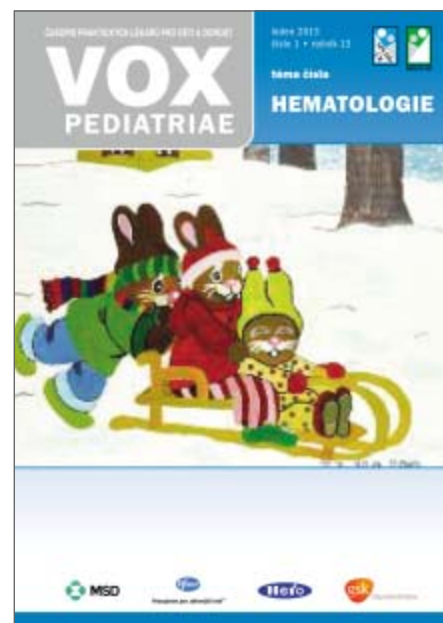
5. Boyce JA et al., Guidelines for the diagnosis and management of food allergy in the United States. Report of the NIAID-sponsored expert panel.

J Allergy Clin Immunol, 2010; 126 (5): 51-558.

6. Antieroglou S et al., Neutral Probiotic Oligosaccharide Supplementation Early in Life And Allergy Associated Symptoms Later On: A Five Year Follow-Up. ESPGHAN 2011.

Book of 2011. Available at: http://www.espgan2011.org/Libraries/Docs/Final_Abstract_ESPGHAN_2011.sfb.wsh.

	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Koalice soukromých lékařů	6
	Zpráva ze zahraniční cesty	8
	Celorepubliková konference SPLDD ČR	9
	10. Pediatrický kongres v Liberci	14
	Termínový kalendář akcí spldd na rok 2013	16
	Informace OSPDL ČLS JEP	17
	MUDr. Alena Zvoníková	20
	Sociální zabezpečení a lékařská posudková činnost	
	MUDr. Dalibor Pastucha, Ph.D., MBA	25
	Posuzování zdravotní způsobilosti ke sportu v ordinaci PLDD	
	MUDr. Olga Roškotová	26
	Ještě k posuzování k TV a sportu	
	MUDr. Ulrika Barčáková	27
	Kazuistiky předškolního věku	
	Ze světa odborné literatury	32
	Aktuality	33
	Řádková inzerce	37
	Autodidaktický test, Obezita, výživa	38
	Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

**HERO
MSD
NESTLÉ
NUTRICIA
PFIZER**

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

**VOX
PEDIATRIAE**

www.detskylekar.cz

Tisk a distribuce: Casus Direct Mail, a.s., držitel certifikátu ISO 9001, ISO 14001 a ISO 27001, Žilinská 5, 141 00 Praha 4, www.casus.cz

Vydavatel: Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR, o.s.
U Hranic 16, 100 00 Praha 10

Odborná garance: Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP

Redakční rada:
MUDr. Jiřina Dvořáková, MUDr. Jiří Liška, CSc.,
MUDr. Pavel Neugebauer, MUDr. Olga Roškotová

Inzerce: Ing. Veronika Drahovzalová
GSM: 605 281 665 – jen pro inzery
veronika.drahovzalova@detskylekar.cz

Jazykové korektury: Bohumila Weilová
Grafické zpracování: Michal Semerák

Úřední hodiny SPLDD ČR

Pondělí 10⁰⁰ – 15⁰⁰ hod.
Úterý 10⁰⁰ – 15⁰⁰ hod.
Středa 10⁰⁰ – 15⁰⁰ hod.
Čtvrtek 10⁰⁰ – 15⁰⁰ hod.
Pátek 10⁰⁰ – 13⁰⁰ hod.

Sekretariát:
U Hranic 16, 100 00 Praha 10

telefon: 267 184 065
fax: 267 184 050

Redakce VOX:
telefon: 267 184 065
e-mail: centrum@detskylekar.cz

Obrázek na titulní straně namaloval nohou Petr Šrámek, převzato z nakladatelství UMÚN, s.r.o., Nad Školou 1285, 463 11 Liberec, tel. 485 161 712, www.umun.cz

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



Vážené kolegyně, vážení kolegové,

V tomto čísle našeho časopisu se vracíme k proběhlé volební konferenci. Chtěl bych v úvodu poděkovat všem za projevenou podporu, kterou vnímám jako velkou výzvu a závazek. Věřím, že se nám podaří nejen uhájit, ale i nadále rozvíjet jeden z nejmladších atestačních oborů v České republice, obor praktický lékař pro děti a dorost. Nevyhnu se ani zde krátké sondě do minulosti, sondě, kterou jsem na jmenované konferenci přednesl.

Funkce předsedy jsem se ujal již na sklonku minulého století, za ministrování Ivana Davida. K činnosti ve vedení Sdružení jsem si pomyslně přičuchl za ministrování Zuzany Roithové, která post ministra vykonávala před Ivanem Davidem. No a pak to šlo dál – Vladimír Špidla, Bohumil Fišer, Marie Součková, Jozef Kubinyi, Milada Emmerová, Zdeněk Škromach, David Rath, Tomáš Julínek, Daniela Filipiová, Dana Jurásková a Leoš Heger. Výčet tvoří fotbalovou jedenáctku včetně jednoho

náhradníka. Z politického hlediska se jednalo jak o pravicové, tak i levicové ministry, ale i nestraníky, z profesního pak o lékaře, zdravotní sestru a inženýry. Jedno však měli všichni společné. I když se snažili více či méně dostat zdravotnictví do polohy dobře fungujícího soustrojí, nikomu z nich se to nepodařilo.

Za jednu z nejpodstatnějších událostí považuji skutečnost, že po neuvěřitelných veletečích byl za ministrování Marie Součkové v zákoně č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, účinném od 2. dubna 2004, zakotven obor praktický lékař pro děti a dorost.

Tomáš Julínek byl ministrem v době, kdy nebývale vzrostly úhrady směrem k praktickým lékařům, tedy i k nám. Stalo by se tak, pokud bychom před jeho nástupem nepořádali mítinky na Palackého náměstí, na Malostranském náměstí a nepochodovali Prahou? Abych ho tedy nepřechválil, hodnotím tuto situaci spíše tak, že nešlo o koncepční záměr zatraktivnit ekonomicky náš obor, ale alespoň částečně dorovnat schodek vzniklý v uplynulých letech.

Nedá mi ale, abych se nezmínil také o negativech, která nám možná nejvíce znepríjemňují život. David Rath zavedl individuální regulace, což přineslo i do dalších let řadu problémů, Daniela Filipiová udělala politický handl a zrušila regulační poplatky u dětí, Tomáš Julínek zavedl do našich ordinací distribučně-aplikační model očkování a najednou jsme byli vtaženi do ekonomiky očkování. Leoš Heger se pak již nerozpákoval převést na tento model kompletní plošné, tedy povinné očkování. Naštěstí zatím bez naší ekonomické spoluúčasti, podotýkám ovšem – zatím.

Další hodnocení naleznete ve zveřejněné části mého projevu na jiném místě časopisu. Je toho totiž hodně, co do takového hodnocení patří a o čem je vhodné se zmínit. Za více než dvacet let se podařilo vytvořit, myslím si, dobře fungující stroj, za nímž lze vidět celou řadu úspěchů. Je třeba si ale otevřeně přiznat, že tu jsou věci, které se nedaří dořešit. Před víceméně staronovým výborem tak stojí nelehká práce, nicméně jste volili ostřílené borce. MUDr. Ilona Hülleová, MUDr. Jiřina Dvořáková, MUDr. Milan Kudyn, to je trojka, která má již za sebou leccos a na leccos může i navázat. Tým byl posílen o MUDr. Ctirada Kozderku, podle mého nesmírně pracovitého kolegy, za kterým již dnes lze dosledovat řadu důležitých podkladů, analýz i výstupů. Pevně věřím, že bude platným členem týmu. Neraď bych, aby z mého zamyšlení vyplynulo, že by MUDr. Gabriela Kubátová nebyla platným členem týmu, naopak, nicméně jsme se domluvili na jiné formě spolupráce a uvolnili si tak další kapacitu pro zvládnutí agend, na kterých se Sdružení podílí.

Milé kolegyně a kolegové,

blíží se závěr roku a já bych vám všem rád popřál, aby při bilancování dalších let nezmizela z našich vyjádření hrdost z naší práce, hrdost na náš obor – praktický lékař pro děti a dorost, vždyť jsme to my, kdo zásadním způsobem ovlivňuje zdraví dalších generací. Nejen další generace, ale i my k tomu potřebujeme hlavně zdraví, potřebujeme ale také klid na práci, a v neposlední řadě my, vaši volení zástupci, potřebujeme při jednáních cítit vaši podporu. Ještě jednou děkuji za projevenou důvěru, myslím si i jménem celého užšího vedení Sdružení, a přeji klidné a pohodové vánoce.

V úctě

Pavel Neugebauer



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Pavel Neugebauer
předseda SPLDD ČR

Očkování, vykazování očkování, způsob distribuce a úhrada očkovacích látek. Témata, která i v měsíci říjnu vyplňovala čas mnohých jednání, ať již formálních či neformálních. Činnost clearingového centra byla téměř paralyzována více než 130 tisíci zápisy očkování, kdy nešlo přiřadit, co bylo vlastně pacientovi naočkováno. Je třeba se zastavit a zamyslet, jestli nastoupená cesta je skutečně tou správnou cestou. Je řada věcí, které je v této problematice potřeba dotáhnout do konce nejen z pohledu efektivity, ale též z pohledu faktické realizovatelnosti, resp. interpretovatelnosti shromažďovaných dat. Zatím se zdá, že alespoň paleta vykazovaných výkonů se podstatným způsobem zúží. Ostatní problematika bude předmětem dalších jednání.

4. 10.

V Liberci byl zahájen pediatrický kongres s aktivní účastí praktických lékařů pro děti a dorost. O průběhu informujeme na jiném místě našeho časopisu.

4. 10.

Na tradičním místě v Milovech na Vysočině se uskutečnilo pravidelné setkání okresních a krajských zástupců Sdružení praktických lékařů, kterého se také již tradičně účastní řada zajímavých hostů, počínaje ministrem a konče řediteli zdravotních pojišťoven. O výstupu z tohoto jednání jsme vás informovali v předešlém čísle našeho časopisu.

12. 10.

Na svém pravidelném jednání se sešlo také Předsednictvo Sdružení. Očkování, legislativa,

výstupy z jednání Komise péče o dítě, to byly jedny z hlavních jednacích bodů. Regionální předsedové informovali o jednáních, která proběhla na jednotlivých regionech, a účastníci jednání též diskutovali o přípravě výroční konference. Co se týká možných změn v oblasti souhlasů obou rodičů a opatrovnických soudů, vše nabralo bohužel zcela jiný kurs. Z dostupných informací vyplynulo, že novela, která byla původně zamýšlena jako tzv. rychlá novela v režimu 90 dnů, se stala klasickou novelou s klasickým projednáváním, což znamená její účinnost nejdříve od 2. čtvrtletí příštího roku. Předsednictvo bylo dále informováno, že při příležitosti konání pediatrického kongresu v Liberci proběhla na Ministerstvu zdravotnictví schůzka s profesorem Mutzem z Rakouska, který naše resortní ministerstvo informoval o způsobu řešení

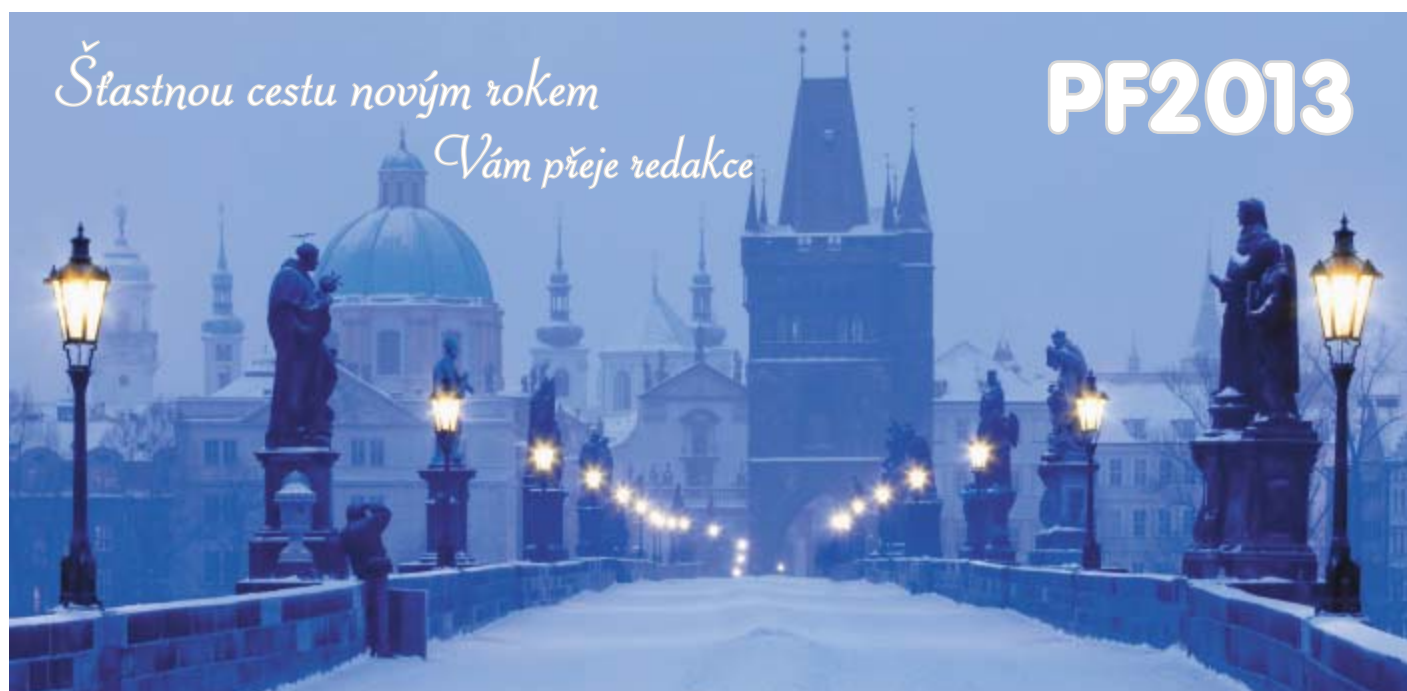
finančního odškodnění při nežádoucích reakcích po tzv. povinném očkování v jeho zemi.

22. 10.

Společně s dr. Cabrnachovou jsme se sešli se zástupci VZP, abychom projednali možný návrh na podstatnou redukci očkovacích kódů. Nakonec došlo ke shodě, že by stály jen 4 výkony – dva se ZULP a bez ZULP. Definitivu by ale mělo dát jednání na MZ ČR. S konečnou verzí vás seznámíme prostřednictvím našich informačních kanálů.

23. 10.

K diskusi se sešli na pravidelném jednání zástupci Koalice soukromých lékařů. Blíže informujeme na jiném místě časopisu.





Koalice soukromých lékařů

Koalice soukromých lékařů v předchozím období diskutovala situaci v resortu, zástupci jednotlivých organizací se vzájemně informovali o známých skutečnostech v souvislosti s dopadem tzv. nové legislativy i chystaných změnách na tomto poli a dohodli se, že budou pokračovat v diskusi s náměstkem pro zdravotní pojištění Ing. Petrem Noskem. Zástupci ambulantních lékařů se zároveň dohodli, že budou pokračovat v diskusi na téma kompetencí a předávání informací mezi lékaři primární péče a ambulantní specializovanou péčí.

I. Stanovisko Rady Sdružení ambulantních specialistů ČR, o.s. (dále také jen SAS), k návrhům ministra zdravotnictví pro vládu ČR v podobě, jak byly zveřejněny v Hospodářských novinách 17. 10. 2012

Přijato 19. 10. 2012

Rada SAS registruje mediální zprávy o tom, že vedení ministerstva zdravotnictví ČR opět bez jakékoli diskuse s odbornou veřejností připravuje pro vládu návrhy a jiné texty, které prý nejsou návrhy, ale jsou jen v návrhu uvedené, na údajné zlepšení finanční situace českého zdravotnictví. Hlavními body těchto (ne)návrhů MZ dle Hospodářských novin jsou:

1. navýšení regulačních poplatků u ambulantních specialistů ze 30 na 100 Kč v případě, že k nim přijde pacient bez doporučení od praktického lékaře,
2. navýšení regulačních poplatků z 30 na 60 Kč těm pacientům, kteří budou zanedbávat prevenci,
3. plné zpoplatnění amalgámových plomb,
4. alternativní zvýšení zdravotního pojištění,
5. zvýšení zdravotního pojištění živnostníků (OSVČ),
6. větší intenzita kontrol zdravotních pojišťoven v nemocnicích a ambulancích,
7. omezení využití fondů prevence zdravotních pojišťoven.

Rada SAS souhlasí s tím, že je třeba řešit situaci ve Všeobecné zdravotní pojišťovně, která ambulantním zařízením:

- stále ještě nedoplatila za výkony za rok 2011,
- zálohové platby v roce 2012 vyplácí v nižších částkách (minimálně o 2 %), než odpovídá úhradové vyhlášce pro tento rok,
- začíná oznamovat, že bude zpoždovat své platby.

Rada SAS považuje tuto situaci, která je ale specifická právě pro Všeobecnou zdravotní pojišťovnu, za alarmující a vyzývá vládu ČR, aby ji opravdu účinně a ve velmi krátkém čase řešila tak, aby nedošlo ke zbytečnému zhoršení kvality a dostupnosti zdravotní péče. To by se při dominantním postavení VZP dotklo jistě všech českých pacientů nezávisle na tom, u které zdravotní pojišťovny jsou zdravotně pojištěni.

Rada SAS je ale toho názoru, že výše vyjmenovaná opatření (ne)navržená MZ by tuto situaci neřešila, nebo řešila jen zčásti, ev. s příliš velkým zpožděním.

Rada SAS vyjadřuje politování nad tím, že se žádné z (ne)navržených opatření nezabývá zabráněním úniků financí ze systému, ačkoli nejen z médií jsou k dispozici jasné informace, kudy nejspíše peníze opravdu bez prospěchu pacientům jen mizejí.

Stanovisko Rady SAS k jednotlivým (ne)návrhům:

Ad 1. Navýšení regulačních poplatků u ambulantních specialistů na 100 Kč v případě, že k nim přijde pacient bez doporučení od praktického lékaře:

K této otázce se Rada SAS vyjadřovala již opakovaně. Naposledy v dubnu 2012. Její **usnesení k dané věci ze 14. 4. 2012 je přílohou č. 1** tohoto Stanoviska (viz níže).

Rada SAS vyjadřuje politování nad tím, že k dané věci dosud nebyla zahájena žádná solidní diskuse, a vyjadřuje jednoznačný názor, že prosté a izolované navýšení regulačního poplatku by znamenalo jen prodražení a zhoršení dostupnosti zdravotní péče s potenciálně významným nebezpečím zejména pro opravdu nemocné pacienty.

Ad 2. Navýšení regulačních poplatků z 30 na 60 Kč těm pacientům, kteří budou zanedbávat prevenci:

(Ne)návrh MZ neobsahuje žádná konkrétní data, přesto si Rada SAS dovoluje s tímto

opatřením souhlasit. Zároveň má ale za to, že jde o opatření, které bude mít spíše dlouhodobý efekt a v začátku bude jistě znamenat zvýšení nákladů na zdravotní péči, nikoli rychlé ušetření peněz.

Za nezbytné Rada SAS považuje, aby byl zajištěn dostatečný počet lékařů a zdravotnických pracovníků, kteří budou mít volnou kapacitu pro vykonávání preventivních prohlídek, musí být také s předstihem zajištěna osvěta občanů ČR, aby měli možnost na dané opatření reagovat včas, nikoli až ve chvíli, kdy jim začne reálně hrozit jen zdražení zdravotní péče.

Ad 3. Plné zpoplatnění amalgámových plomb:

Rada SAS nezastupuje stomatology, přesto doporučuje, bude-li v plánu tento (ne)návrh přijmout, v předstihu dát k dispozici nejen odborné veřejnosti výsledky studií, které nepochybně dokazují, že intenzita výskytu zubních kazů je závislá plně a jen na kvalitě ústní hygieny pacientů.

Ad 4. Alternativní zvýšení zdravotního pojištění:

Rada SAS považuje zdravotní pojištění v dnešní podobě za „zdravotní daň“, přičemž nesouhlasí s jakýmkoli plošným nebo skoro plošným navýšováním daní, tedy i sazeb zdravotního pojištění.

Ad 5. Zvýšení zdravotního pojištění živnostníků:

Mimo stanovisko k bodu 4. zde Rada SAS doplňuje, že velká většina soukromých lékařů pracuje formou OSVČ. Bude-li tedy tento (ne)návrh zvažován, je třeba počítat s tím, že nepůjde jen o plošnou pomoc zdravotnictví, ale i o navýšení jeho finanční zátěže. Je to podobné jako v případě zvýšení DPH, které řada zdravotnických zařízení ucítla velmi silně v nárůstu svých nákladů.

Ad 6. Větší intenzita kontrol zdravotních pojišťoven v nemocnicích a ambulancích:



Toto opatření by Rada SAS podpořila. Mnoho let upozorňujeme na to, že zdravotní pojišťovny prakticky zcela rezignovaly na cílené revize ve zdravotnických zařízeních, což nahrazují tlakem na plošné snižování úhrad všem. Rada SAS také věří, že by se na základě tohoto opatření také ukázalo, že články v denním tisku, které se snažily dokázat, že všichni nebo alespoň většina lékařů jsou podvodníci, nebyly pravdivé.

V této souvislosti občas registrujeme názor, že by bylo věci prospěšné zveřejňování smluv mezi zdravotnickými zařízeními a zdravotními pojišťovnami. Rada SAS upozorňuje na to, že zařízení ambulantní specializované péče nejsou hrazena dle „základní sazby“, jak tomu je u nemocnic, ale čistě a jen dle Seznamu výkonů. Finanční částky uvedené ve smlouvách tedy nevypovídají o ničem jiném než o frekvenci těchto výkonů v dané ambulanci. Jde o veličiny, které by veřejnost, jež nezná vzorec pro objemovou úhradu a reálné výše regulačních srážek za předpisu léků, zdravotnických prostředků, ZÚM, ZÚLP a indukované péče, jen mátlý.

Ad 7. Omezení využití fondů prevence zdravotních pojišťoven:

Toto opatření by Rada SAS také podpořila. A to i přes riziko, že nemožnost zdravotních pojišťoven využít rezervní fondy může v konečném důsledku v očích veřejnosti vést k jejich minimálně optickému splnutí v jednu.

Jsme ale toho názoru, že zdravotní pojišťovny mají v první řadě hradit zdravotní péči. Peníze kamkoli jinam by měly smět vydávat teprve tehdy, pokud by neměly žádný nesplacený závazek vůči poskytovatelům zdravotní péče.

Deklarujeme, že nemáme nic proti tomu, pokud zdravotní pojišťovna, která nebude mít žádné závazky po lhůtě splatnosti, včas a reálně vyúčtuje a zaplatí výkony a regulace, které bude uplatňovat se zohledněním medicínských a finančních možností zdravotnických zařízení, bude zároveň motivovat své pojištěnce k příslušnosti k ní právě přes rezervní fondy.

Závěrem se omlouváme, pokud jsou v názvech či charakteristikách (ne)návrhů nějaké nepřesnosti či pokud některé chybějí. Při absenci odborné diskuse na daná témata nám nezbývalo než vyjít z mediálních zpráv, které mohou být nepřesné či neúplné.

Rada SAS

■ II. Výpis z jednání Koalice soukromých lékařů ze dne 23. 10. 2012

1. Setkání s náměstkem ministra zdravotnictví pro zdravotní pojištění Ing. Noskem

- Zástupci KSL se dohodli na pozvání Ing. Noska na listopadové setkání Koalice k projednání ekonomické situace resortu ve vztahu k platební morálce zdravotních pojišťoven.

2. Aktuální stav v legislativě

- ČSK a SAS předložily své připomínky k návrhu na úpravu Jednacího řádu smírčího jednání a spolu s ostatními zástupci Koalice se shodli na textu společného stanoviska (viz příloha). Stanovisko bude zasláno Mgr. Jiřímu Matějčkovi, vedoucímu oddělení právní podpory VZP (*poznámka: stanovisko bylo odesláno e-mailem 24. 10. 2012*).
- V září letošního roku vydalo MZ ČR **vyhlášku č. 297/2012 Sb.**, o náležitostech Listu o prohlídce zemřelého s datem účinnosti 1. 1. 2013. Podle dostupných informací se již nyní připravuje novelizace tohoto právního předpisu. Lékaři zatím postupují podle vyhlášky č. 289/2012 Sb.
- Dr. Černý informoval KSL o problému, který se vyskytl v některých krajích v souvislosti s **přeregistracemi zdravotnických zařízení**. V těchto krajích hygienické stanice odmítají akceptovat používané provozní řady ordinací a požadují jejich aktualizaci podle současně platné legislativy. ČSK poskytne KSL seznam krajů, ve kterých byl tento problém zjištěn. Ostatní zástupci KSL prověří situaci ve svých organizacích.
- Požadavky jednotlivých krajských úřadů na doklady, které je nutno přiložit k žádosti o přeregistraci ZZ, se liší. KSL bude situaci v krajích monitorovat a vzájemně se informovat. Důležité je upozornit všechny své členy, že **žádost o udělení nového oprávnění k poskytování zdravotních služeb je nutné podat nejpozději do 31. 12. 2012**.
- Dalším problémem, který ČSK v současné době řeší, je **kategorizace prací**. Krajská hygienická stanice v Ústí nad Labem odmítá posuzování fyzické a psychické zátěže zubních lékařů podle vzorových výsledků měření faktorů pracovního prostředí v několika zubních ordinacích a laboratořích a vyžaduje testování všech pracovníků zdravotnického zařízení specializovanou laboratoří. ČSK bude s KHS

v Ústí dále jednat a o výsledcích jednání bude KSL informovat.

3. Aktivita Asociace nemocnic

- Asociace českých a moravských nemocnic společně s několika dalšími organizacemi vytvořila krizový štáb nemocnic, odborů a pacientů jako reakci na dosud neukončená jednání MZ ČR a zdravotních pojišťoven o redukci lůžkové péče, která brání uzavírání smluv s nemocnicemi na příští rok. Krizový štáb požaduje zachování současné nemocniční sítě v regionech, varuje před ohrožením dostupnosti péče a vyzývá ambulantní lékaře k solidaritě. **Zástupci KSL se rozhodli nepodpořit výzvu a nepřipojit se k prohlášení, které krizový štáb vydal.** Jednostranné zvyšování sektoru lůžkové péče bylo důvodem vzniku Koalice soukromých lékařů v roce 2001 a názor zástupců KSL na nutnost redukce lůžek a přesun péče z nemocnic do ambulancí se nezměnil. Je však třeba jasně definovat podmínky, za kterých bude k restrukturalizaci docházet. Dokud nebudou známy, nemůže KSL k situaci zaujmout korektní stanovisko. Pokud se bude o redukci lůžek jednat, měla by se KSL těchto jednání účastnit a mít možnost se k návrhům vyjádřit.

4. Různé

- Zástupci SPL a SAS diskutovali o otázce kompetencí praktických lékařů a ambulantních specialistů. Výsledkem diskuse byl návrh na svolání společného jednání nejprve za účasti praktických lékařů pro dospělé, praktických lékařů pro děti a dorost a ambulantních specialistů a následného jednání za účasti zástupců zdravotních pojišťoven. Otázku kontrolní činnosti je třeba projednat velmi pečlivě, aby nedocházelo ke zbytečným postihům lékařů, kteří svou péči vykazují řádně a svědomitě.

V Praze dne 24. 10. 2012

■ III. Stanovisko Koalice soukromých lékařů (KSL) k návrhu úpravy Jednacího řádu smírčího jednání

V Praze dne 24. 10. 2012

Koalice soukromých lékařů projednala na svém zasedání dne 23. 10. 2012 návrh úprav Jednacího řádu smírčího jednání a nevidí důvod ke změně současného předpisu. Navíc



jsou zástupci Koalice přesvědčeni o tom, že předkládaný způsob úpravy Jednacího řádu je v rozporu s platnou legislativou.

Za Koalici soukromých lékařů:

MUDr. Pavel Neugebauer, předseda Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR, mluvčí KSL

MUDr. Pavel Chrz, prezident České stomatologické komory

MUDr. Václav Šmatlák, předseda Sdružení praktických lékařů ČR

MUDr. Zorjan Jojko, předseda Sdružení ambulantních specialistů ČR

MUDr. Vladimír Dvořák, předseda Sdružení soukromých gynekologů ČR

Pro VOX připravil:
MUDr. Pavel Neugebauer,
předseda SPLDD ČR

Zpráva ze zahraniční cesty

MUDr. Gabriela Kubátová

Zahraníční komise SPLDD

Ve dnech 5.–8. 10. 2012 jsem se zúčastnila 4. kongresu EAPS v Istanbulu, Turecko, který se konal 5.–9. 10. 2012. Je to kongres Evropské akademie pediatrických společností – EAP/UEMS, ESPR a ESPNIC, který se koná každé dva roky.

Pořádající společnosti:

ESPR – Evropská společnost pro výzkum v pediatrii – byla založena v roce 1958 a je jednou z nejstarších evropských společností. Od té doby se vyvinula do současného dynamického seskupení výzkumníků v pediatrii zaměřeného na podporu pediatrického výzkumu v Evropě, podporujícího spolupráci mezi různými specializacemi v oblasti pediatrie se zájmem udržet pediatrii jako jednotnou, vědecky orientovanou odbornost. Společnost má kolem 500 členů, převážně klinických lékařů, kteří pečují o děti, orientovaných na výzkum zaměřený na zlepšení zdraví všech dětí.

EAP/UEMS – Evropská akademie pediatrie – pediatrická sekce Unie evropských medicínských specialistů. Cíle EAP jsou zajistit vysokou úroveň vzdělávání v pediatrii v členských státech, zaručit na mezinárodní úrovni titul pediatra a jeho profesionální postavení ve společnosti, vytvářet užší vazby mezi národními profesními pediatrickými organizacemi, sdružujícími pediatriy na všech úrovních, přispět k vytváření a udržení solidarity mezi pediatrickými subspecializacemi, šířit informace nejenom zdravotnickým subjektům, ale i profesním organizacím, pediatrickým vědeckým společnostem a rovněž národním vládám a evropským nadnárodním institucím.

ESPNIC – Evropská společnost pediatrické a neonatální intenzivní péče – je nezisková organizace věnující se problematice kriticky nemocných dětí a novorozenců a intenzivní péči. Společnost se skládá z lékařů a sester, kteří se snaží zlepšit kvalitu intenzivní péče na evropské a mezinárodní úrovni. Podporuje multidisciplinární mezinárodní spolupráci mezi dětskými, novorozeneckými a dospělými intenzivisty.

Hlavní témata kongresu:

- Primární péče a všeobecná pediatrie
- Adolescentní medicína
- Neonatologie
- Dětská chirurgie
- Kardiologie
- Gastroenterologie a hepatologie
- Výživa
- Neurologie
- Pulmonologie
- Intenzivní péče
- Farmakologie
- Hematologie
- Onkologie
- Nefrologie
- Dětská psychiatrie
- Vývojová pediatrie
- Zlepšení kvality v pediatrické péči
- Bezpečnost a prevence chyb
- Lékařské vzdělávání
- Alergie / imunologie / astma
- Genetika
- Infekční nemoci
- Endokrinologie / Diabetes
- Dermatologie / Kožní poruchy
- Pediatrická pohotovostní medicína

Na Kongresu byli účastníci z celého světa, a to ve velikém počtu. Přesná čísla ještě nebyla zveřejněna. Prezentace, přednášky, workshopy, posterové prezentace a sympozia se konaly v mnoha sálech paralelně téměř čtyři a půl dne v Kongresovém centru Istanbulu. Své zastoupení měla i primární pediatrie. Přednášejícími byli představitelé EAP – pracovní skupiny pro primární pediatrii a představitelé ECPCP.

Témata jejich přednášek byla Hodnocení kvality péče v primární pediatrii, Management infekčních nemocí v primární péči, Výživa a obezita, Globální pediatrické vzdělávací konsorcium, Vakcinace, Pohotovostní péče – hodnocení bolesti, Adolescentní medicína, Vzdělávání, Výzkum v primární péči – EAPRAS net, Pediatrická bezpečnost a prevence chyb.

Pro rozsáhlost příspěvků je nemožné v této zprávě podat podrobné informace.

Kompletní finální program kongresu v písemné podobě a CD s abstrakty přednášek jsou k dispozici v kanceláři SPLDD v boxu s materiály ze zahraničí.

Příští Kongres EAPS se bude konat 17.–21. 10. 2014 v Barceloně, Španělsko, a je otevřen všem zájemcům z řad pediatriů.



Celorepubliková konference SPLDD ČR

konaná dne 3. 11. 2012 v Kongresovém centru Floret v Průhonicích

■ Projev předsedy

(redakčně zkráceno)

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

scházíme se opět na tradičním místě v Průhonicích, abychom bilancovali uplynulé období. Nebudeme ale pouze bilancovat, budeme i rozhodovat o dalším směřování Sdružení, protože je tato konference po třech letech opět volební. Při přípravě této zprávy jsem se proto snažil dohlédnout dále, než je obvyklé. No, a když jsem se ohlédl zpět, napadlo mě začít pohádkovou parafrází – Bylo nebylo, dávno tomu. Ale ono o žádnou pohádku nešlo, tak jsem tuto rétoriku opustil. Věřím, že pochopíte proč.

Samostatnou kapitolu v mé zprávě vždy tvoří zdravotní pojišťovny. Nebudu se příliš vyjadřovat k proběhlým fúzím, obrázek jste si jistě udělali sami. O čem jsem ale přesvědčen, že zdravotní pojišťovny neplní svou základní funkci, tj. starat se o své pojištěnce a své smluvní partnery. Pojištěnec přitom přináší pojišťovně základní kapitál, proto by si ho měla pojišťovna hýčkat a vytvářet mu prostor pro to, aby pečoval o své zdraví a tím minimalizoval náklady na svoji léčbu. S tím souvisí i vztah pojišťoven ke jejich smluvním zdravotnickým zařízením. I tady se nabízí myšlenka, že by pojišťovna měla dbát na jejich správné fungování, které by mělo vést k již uvedenému kvalitní péči poskytované jejím pojištěncům.

Jaká je však realita? Že přináší pojištěnec kapitál, to vnímají pojišťovny velmi intenzivně, a tak s intenzitou tohoto vnímání intenzivní i snaha pojištěnce lapit. Asi víte, o čem mluvím. Místo koncepční péče o své klienty vidíme snahu uplatit pojištěnce a přilákat ho k sobě. Skutečných preventivních programů s důrazem na komplexní sledování především nemocného pojištěnce tak vidíme poskrovnu. Ono je snadnější slibovat, a když to nevyjde, jsou tu přeci poskytovatelé, kteří si nechají leccos líbit. A kdyby byli vzpurní, mám tu přeci nástroje, jak je umravnit.

Proč tomu tak je? Pojišťovna totiž vesměs nic dlouhodoběji neplánuje, tedy určitě ne v horizontu více let. Má svůj roční rozpočet, který vtěluje do tzv. zdravotně pojistného plánu.

A pak jí jde o to, aby to tzv. vyšlo. Příjmy si umí poměrně dobře spočítat, máme tu totiž fakticky zdravotní daň a celkem fixní odvody. No a náklady monitoruje dlouhodobě prostřednictvím úhrad. A když to náhodou nevychází, uplatní tzv. regulace.

Někdo by třeba očekával, že tento nástroj slouží k zamezení plýtvání, tedy řekněme k racionálnějšímu poskytování péče, ale omyl. Pojišťovna provede jakýsi tajemný výpočet a světe div se, výsledek je pro ni pozitivní. Čistě ekonomický, tajemstvími opředený nástroj, nikoliv nástroj kvalitativní. A tak se setkáváme s kuriózní situací. Pojišťovna provede výpočet a sdělí mi výši regulace. Za co a proč se nedovím. Tak se zeptám, systém opět zachroupe a opět světe div se, vypadne částka nižší i třeba více než o 50 %. Najdou se ale i takoví bohatýři na pojišťovnách, kterým se někdo znelíbí, a v tomto případě je vypočtená regulace dokonce vyšší. Filosofie je kupodivu naprosto totožná. Dovím se, že mám regulaci poloviční, řeknu si zaplatť pánbůh a místo boha zaplatím. Dovím se, že mám regulaci vyšší, vyděsím se, že by to příště mohlo být ještě vyšší, a zase zaplatím.

Matematika v rukou zdravotních pojišťoven ale umí i jiné divy. Ačkoliv se regulace dnes počítá na celostátní průměry, Všeobecná zdravotní pojišťovna provedla výpočet za rok 2009 a ejhle, regulací bylo postiženo téměř 45 % ordinací PLDD. Když jsme se optali na matematickou zákonitost, podle které tato pojišťovna při výpočtu postupovala, místo odpovědi systém zachroupal a počet regulovaných klesl na polovinu. Tomu říkám geniální systém.

Proč o tom ale tak dlouze mluvím: z velké části si za to totiž můžeme sami. Máme tu institut tzv. smířčího jednání a máme tu institut soudní. Když už nějaký spor dojde k tomu soudnímu, pojišťovna svůj postup zatím nikdy neobhájila, proč asi? Pokud jde o smířčí, trochu více jsme k němu přičuchli právě v souvislosti s regulacemi za rok 2009. A zkušenost? To, co rok nešlo, najednou šlo, a i když všechny neskončily na nule, ty co se tam nedostaly, byly ukončeny z důvodu totální degustace zúčastněného PLDD. Dovoluji si z tohoto místa poděkovat těm, kteří nesli svou kůži na trh a do boje

s pojišťovnou se neváhali pustit. Vyžadovalo to kus statečnosti, vždyť se stali tak trochu jakýmsi pionýry v cestě za nápravou systému pro mlčící většinu. Bez nich bychom se ale z místa nejspíš vůbec nepohnuli.

A jak to vypadá s nastavením cen pro příští rok? Asi vám nemusím líčit ekonomickou situaci resortu. Za této situace je asi úspěchem, že udržíme základní nastavení plateb v nezměněné výši. Alespoň takový je výstup dohodovacího řízení, a to historicky poprvé i bez našeho souhlasu. V našich návrzích se objevil požadavek na dorovnání kompenzace za zrušené regulační poplatky, navýšení administrativy přijetím nových podmínek poskytování zdravotní péče, dále již jen služeb, zákonem o zdravotních službách, připomínám například problematiku souhlasů, a v neposlední řadě změna organizace očkování, což vede nejen ke zvýšení administrativní činnosti.

Při hlasování ovšem sehrála roli větší váha hlasů Sdružení praktických lékařů, které se přiklonilo ke konzervování úhradového stavu roku 2012. Jednání o cenových dodatcích se teprve rozběhnou, neboť zdravotní pojišťovny s oblibou čekají na text tzv. úhradové vyhlášky, nicméně první jednání s největší zdravotní pojišťovnou máme již za sebou. Pro mě možná trochu překvapivě navrhuji lehké navýšení mimokapitačních výkonů z 1,05 Kč na 1,08 Kč, přičemž úhrada výkonů prevence a očkování by se neměnila, tedy 1,10 Kč. Za mnohem podstatnější však považuji informaci, že VZP se rozhodla alokovat prostředky pro úhradu segmentu praktických lékařů jako jedinému segmentu. Jestli svá slova dodrží, ukáže čas, ale rozhodnutí tohoto typu se dobře poslouchá. Uvidíme ovšem, jak se postaví tato pojišťovna k regulacím, tam zatím příliš dobrou zkušenost nemáme, ale o tom jsem již mluvil.

Rád bych se zmínil také o dalších skutečnostech v souvislosti s úhradami. V posledních letech jsme svědky vzniku různých projektů, pro které je celkem jednoznačné a typické, že ZP jsou schopny a ochotny nabídnout poměrně slušné navýšení úhrad jakoby za málo aktivity lékaře, porovnáme-li to s celkovou úhradou za veškerou zdravotní péči, kterou ve svých ordinacích poskytujeme.



Již při své zprávě o činnosti na poslední volební konferenci jsem uvedl, že jsem hluboce přesvědčen, že nám tím zdravotní pojišťovny sdělují své poselství, které čtu asi takto: „Jsme schopni vám nadále i razantněji zvyšovat úhrady, ale musíme to něčím zdůvodnit, další významné plošné navyšování nám ve správních radách neprojde. Nemůžeme vám hradit zrušené regulační poplatky, máme problémy s navýšením úhrad na vaše sestry, máme ale tyto cesty, tak po nich běžme, jsme schopni je obhájit.“ Tolik k poselství zdravotních pojišťoven.

Vím i z vašich reakcí, že leckde přes přechodný baby boom ubývá dětských pacientů, tyto projekty však jednoznačně nabízejí možné cesty, jak z takové pasti ven. Zadáání je přitom celkem jednoduché – nepřekročit právní rámec současné legislativy a ponechat vše na volbě přístupujícího lékaře. Žádné vymáhání jako povinnost, ale vždy jen svobodná volba. Tak to i zůstalo dodnes. Co bude dál s projektem ČNZP po sloučení s HZP a ZP-MA, na to opravdu v současnosti odpovědět neumím, zatím jsme ujišťováni ze strany bývalého vedení ČNZP, že by se nemělo změnit nic. Každopádně tento projekt mohl přinést těm, kteří se do něho zapojili, celkem slušné navýšení úhrad od této pojišťovny.

Obdobu bychom mohli nalézt u ZP MV, v projektu v mnohém podobném s projektem ČNZP. Na základě ekonomických a dalších ukazatelů v IT systému pojišťovny jsou vytvářeny určité skupiny chronicky nemocných pacientů minimálně pro spravedlivější výpočet bonifikace jednotlivým lékařům. Tento systém přinesl totiž změnu do hegemonie dosud užívaných kritérií, kdy jsou základním a jediným kritériem celkové

náklady na ordinaci bez ohledu na strukturu pojištěnců. Stále to není to pravé, nicméně osobně v tom vidím krok vpřed. Jenže něco v podvědomí křičí, proč to ty pojišťovny vlastně dělají? Když v podstatě je k tomu nic nenutí? Nebude to ve finále nástroj pro to, jak zkrouhnout ty, kteří jsou mimo vymezené mantinely, bez ohledu na to, zda oprávněně, či ne?

Specifickým projektem, o kterém bych se rád zmínil, je projekt Akord. Opět projekt dobrovolný, nicméně stále výkladově značně rozporuplný. Projekt se tváří jako projekt k podpoře elektronické komunikace, dnes již ale dobře víme, že dominantním je v projektu sledování rádooby kvalitativních ukazatelů. Některé lze pochopit – jako například procento prováděných prevencí, ale nalezneme tam i kritérium hospitalizací, kdy dnes za velkou částí hospitalizací dětí stojí v první řadě snaha zajištění obložnosti. Lze se pak divit, že se nám zatím nepodařilo přesvědčit o zavedení tzv. PedAkordu, který jsme postavili s výrazně větší reflexí na skutečně prováděné činnosti v ordinaci PLDD? Mnoho emocí provází nový model distribuce očkovačích látek. Původně možná překvapivé rozhodnutí při zavádění očkování proti pneumokokům, kdy došlo k rozhodnutí vše svěřit do rukou soukromé společnosti, pak změna distribuce plošného povinného očkování se stejným algoritmem a ve finále i stejným distributorem, co bude následovat? Můžeme se jen dohadovat a spekulovat.

Řada problémů, která se na nás v této souvislosti naválila, a to neočekávaně, mnohé zaskočila. Vše bylo a dodnes je umocněno určitou neochotou ze strany resortního ministerstva řešit vzniklé potíže, a když už je řeší, tak s podivným prodlením. Jedno

překvapivé zjištění to ale přineslo, i když otázkou je, zda jde skutečně o překvapení. Provedené změny v systému hrazení očkování a hlavně vakcín z veřejného zdravotního pojištění negativně dopadly i na zdravotní pojišťovny. Zdálo by se, že nás to tedy dostalo na stejnou stranu barikády, ale nikoliv. Celkem nepochopitelné požadavky, úhybné manévry, spousta času stráveného při jednáních. A výsledek? Zmatek, zmatek, zmatek. Chaos ve vykazování, duální systémy, polovina PLDD s očkovačím dodatkem, polovina bez, nepřiraditelné očkování s více než 130 tisíci nepřiraditelnými očkovačimi látkami, svévole v proplácení očkování ze strany Oborové zdravotní pojišťovny, která se svým závěrem odvolává na dohodu na Svazu zdravotních pojišťoven a staví ji nad přípis náměstka pro zdravotní pojištění Ing. Petra Noska.

Před novým výborem tak stojí úkol nastavit podmínky pro vykazování a úhradu očkování v roce 2013. Z naší strany byl učiněn první krok v návrhu na podstatnou redukci očkovačích kódů, kdy by v Seznamu zůstaly dva se ZULPem (02105 a 02125) a dvou bez ZULPu (02100 a 02130). Je třeba udržet stanovisko, že ZULP nemá být předmětem nadstandardu a doplatek se realizuje obdobně jako u jiných léčivých přípravků. Je třeba nadále usilovat o otevření alternativní cesty získávání vakcín, tj. bez toho, aby byl PLDD vtahován do ekonomiky očkování, pokud si takovou cestu sám nezvolí. Máme k této problematice navíc pozitivní stanoviska jak od naší lékařské komory, tak i od komory lékárníků. K tomu se ale ještě vrátím.

Ve svém hodnocení se nemohu nezmínit o našich aktivitách v rámci uskupení nazývaného Koalice soukromých lékařů,



zastupujícího soukromé lékaře (členy jsou krom nás profesní organizace PL pro dospělé, ambulantních specialistů, gynekologů a stomatologů). Již od ledna 2001 tu Koalice je, pracuje a připomínám, že se dokonce stala na přechodnou dobu vůdčím orgánem tzv. Krizového štábu zdravotníků v době tzv. Rathových vyhlášek. Protestní akce vázané na tuto dobu jsem již zmínil.

Koalice se také stala poměrně silným partnerem pro jednání s ministerstvy, ke společnému stolu jsme zasedli i v rámci jednání Asociace krajů. V posledních měsících jsme opakovaně jednali s náměstkem pro zdravotní pojištění Ing. Petrem Noskem. I když tato jednání zatím nepřinesla hmatatelné výstupy, považujeme za důležitou výměnu informací, vždyť je to právě ministerstvo zdravotnictví, které občas vypouští tiskové výstupy, které příliš nesvědčí o znalosti problematiky resortu.

Za velmi důležitou stránku považuji společný postup v otázkách přijímaných legislativních norem, kdy si myslím, že výstupy již jsou. Minimálně za takový považuji skutečnost, že se nám podařilo vysvětlit ministerstvu, že nějaké pokusy o direktivní zavádění elektronického zdravotnictví mohou být výrazně kolizním prostředím.

Ani Koalice se nemohla vyhnout diskusi nad současnou situací, která je vyhrocená ve vztahu zdravotní pojišťovny – lůžková zdravotnická zařízení. Z aktivity Asociace malých a středních nemocnic byl ustaven krizový štáb, do kterého se zapojili odboráři, organizace zdravotně postižených a další sympatizanti. Problém spočívá v tom, že řada lůžkových zařízení nemá k prvnímu dni příštího roku uzavřenou žádnou smlouvu o poskytování a úhradě péče. Z posledních vyjádření se dovídáme, že, má dojít ke zru-

šení cca 6000 lůžek. Při prvním pohledu se zdá, že konečně začala i z naší strany tolik očekávaná reorganizace poskytování zdravotní péče ve smyslu přesunu akutní péče z lůžek do ambulancí. Jde ale skutečně o promyšlený a koncepční krok, nebo se jedná jen o výsledek různých lobbistických tlaků? Zpráva internetového deníku INSIDER, ve které se hovoří o značné diferenci v platbách za jednotku jednotlivým nemocnicím, spíše nahrává k potvrzení vyslovené myšlenky. Nejsou pak řadoví lékaři v lůžkových zařízeních v takovýchto kauzách jen nástrojem k dosažení cílů řekněme vlivných lobbistů? Nevím, ale obávám se, že na tom může být velký kus pravdy. Na půdě Koalice jsme se nedokázali shodnout o radikálnosti postoje k této aktivitě. Slíbili jsme, že to předložíme k diskusi na dnešním jednání.

Rád bych se zmínil i o problémech kolem budoucnosti našeho oboru, ale ono se ukazuje, že nejde jen o obor, ale o koncepci péče o dítě jako takovou. Před několika měsíci jsme byli požádáni o schůzku se zástupci České pediatrické společnosti. Na tomto jednání jsme pak byli požádáni, zda bychom se nemohli stát určitými garanty série jednání, která by nakonec vyústila v racionální koncept péče o dítě v ČR. Jde o to, aby se navázalo na to, co tu bylo vybudováno a nese své ovoce, aby se nebořil systém, který v porovnání s jinými osvědčil své kvality.

V této souvislosti je třeba si položit i otázky, které známe již delší dobu, ale i které přinesl čas. Máme jít cestou prodlužování doby registrace u PLDD? Z usnesení předchozích let jasně vyplývá, že ano. Je třeba ale ve světle nových událostí, ve světle diskuse o základní koncepci, nedat tomuto tématu takovou váhu, aby nám unikla základní podstata, podstata definice péče o dítě.

Další problém, a ten s tím úzce souvisí, je i posudková činnost. Tady by asi obě věci měly jít ruku v ruce. Co se týká posudků, pro nás je jistě zajímavé, že legislativci vymysleli návrh, že by posudek pro brigády, tedy krátkodobou činnost kategorizovanou v riziku jedna a možná i dva, nemusel vůbec být, jen by měl ten, kdo na tento krátkodobý pracovní právní vztah někoho přijímá, právo vyžádat si od registrujícího lékaře informace o tom, zda existují u konkrétní osoby nějaká zdravotní omezení. Jak to nakonec dopadne, musíme počkat, až co s tím provedou naši poslanci.

Mezi první výstupy společného postupu s dalšími pediatrickými společnostmi pak patří oslovení ministra s žádostí o nápravu některých řekněme nepřilís promyšlených kroků. Z naší strany šlo, resp. dosud jde o ne-skutecnou agendu se souhlasu obou rodičů a opatrovnícké soudy, ze strany lůžkových zařízení pak především o dodržování Charty práv hospitalizovaného dítěte, tedy o princip, že náležitá péče se při hospitalizaci dostane pouze na oddělení, které k tomu má vyškolený personál. Jde o to, aby nebyly děti hospitalizovány spolu s dospěláky například na chirurgiích, ORL odděleních apod.

Jak vidíte, i tady lze číst společného jmenovatele – koncepcie péče o dítě. To nemluvíme o záměru rušení kojeneckých ústavů, dopadech tzv. vítězné medicíny, kdy se nám dostávají do péče děti s porodní váhou kolem 500 g s různou měrou různých postižení, apod. Z výše uvedeného vyplývá, že jsou a do budoucna jistě i budou na praktického lékaře pro děti a dorost kladeny čím dál vyšší nároky. Nejen proto potřebujeme tzv. omladit. Ale jsme dostatečně atraktivním oborem? Pomůže nám resortní ministerstvo vytvořit podmínky pro změnu nepříznivého





demografického vývoje, kdy 77 % PLDD je ve věkové kategorii nad 50 let, téměř 35,5 % nad 60 let a téměř 7 % nad 70 let?

Je proto třeba udělat si pořádek i ve vzdělávání. Jednání o pre- i postgraduálním vzdělávání v rámci našeho oboru, jednání o problematice rezidentních míst, jednoznačně ukázala, že naše vymezení vůči našim klinickým kolegům zdaleka není stabilizováno. Neustálé zpochybňování samostatnosti našeho oboru, změny již dohodnutého, to vše ukazuje, že úkolem do budoucna bude především vystupovat jednotně, sebejistě a v úzké spolupráci s naší odbornou společností. Právě nastavení úzké spolupráce, vzájemná pomoc při jednáních a hájení pozic praktického dětského lékaře bude nejbližším úkolem pro nové vedení Sdružení.

A dostává se na tenčí led ve své zprávě, ale i o tom se musí hovořit. Zažil jsem řadu emocí uvnitř naší členské základny. Vyslechl jsem si řadu kritických hlasů. Tyto hlasy žádaly razantnější výstupy, dosažení vyššího navýšení plateb, případně i pokračování v protestních akcích. Na straně jedné radikalizace části našich členů, na straně druhé až netečnost jiných.

I když již zmíněné protesty byly v danou chvíli namístě a byl jsem při pohledu na zaujetí a často i kreativitu hrdý na náš obor, na ty, kteří ho při protestech zviditelňovali, je mým bytostným přesvědčením, že dohody se uzavírají u stolu a ne na náměstích. Demonstrace jednou skončí a problémy je nutné řešit. Museli jsme tedy hledat míru, která bude pro nás ještě pozitivní. To byly protesty.

Bohužel jsme ale byli také svědky nesynergie ve výstupech dvou společností, které praktické dětské lékaře reprezentují. Asi nejmarkantněji to bylo znát při projednávání alternativní cesty očkování, tj. cesty získání očkovací látky bez ekonomického vtažení praktického dětského lékaře, což představuje v realu cestu přes lékárnu. Místo striktního vymezení postupu v tomto případě stanovisko, které nám tuto cestu znemožnilo. Plané jsou pak diskuse, že si to vykládám tak či onak, důležitý je výstup. A pokud je takový, že se takového stanoviska chytla oficiální místa a s odkazem právě na toto stanovisko tuto cestu neumožnily, je to podle mě špatně. Na tuto skutečnost se pak nabalovaly další a další věci a místo komunikace a hledání společných výstupů následovala téměř zákopová válka. Zákopová válka, při níž se obě strany zaštiťovaly stejnou skupinou lékařů, praktickými lékaři pro děti a do-

rost. Pokud se tedy dnes bavíme o tom, že v rámci zachování oboru, v rámci nastavení koncepce péče o dítě v České republice, chceme být lídry v jednáních, musíme umět situaci vyhodnotit a přijmout nápravná opatření. Nám se to bohužel v uplynulých měsících moc nedařilo.

Je třeba se tedy bez emocí zastavit a zamyslet se, zda nenastal nějaký čas na změnu. A tuto příležitost nám konec tohoto roku nabízí. V příštím roce zasednou ke společnému stolu, tedy alespoň já v to doufám, nové reprezentace obou společností nás, praktických dětských lékařů. Je jen a jen na vás, kdo od vás dostane zelenou kartu a kdo stopku. Jsem přesvědčen, že většina z vás, co tu dnes sedíte, situaci znáte, z našich informačních zdrojů šla čist, tak je tedy na vás, jakou cestu, resp. jaké směřování pro PLDD zvolíte.

Věřte, a jak jsem již na začátku uvedl, mám již více než patnáctiletou zkušenost, nejde o individualitu, ale o tým. A pokud ve volbách nezvolíte tým, může být problém. Věřím, že jste zodpovědní, že jste o volbách v regionech hovořili a že máte reálnou představu, jak takový tým sestavit. Za sebe mohu říci, že již jen obtížně hledám v sobě sílu bojovat s tzv. vnitřním nepřítelem, velmi mě to oslabuje v boji s tím vnějším. Pokud byste uvažovali o důvěře k mé osobě, neberte prosím má slova na lehkou váhu.

Nejsem z těch, kteří by něco předem vzdávali, tedy alespoň já si to o sobě myslím, rozhodl jsem se přes problémy, které mne potkaly, opět kandidovat, pokud budu osloven, ale i já mám za ta léta své limity, přes které se dostávám stále obtížněji. Za dobu mého předsedování jsem poznal spoustu skvělých lidí z řad našich členů, a i když se někdy nemusíme názorově shodnout, velmi si cením toho, že mi dokázali říci svůj názor do očí, velmi si cením toho, že jsou ochotni a schopni udělat něco pro druhé, velmi si cením toho, že jsou ochotni a schopni bojovat s tou mašinerií státních správ a pojišťoven. To vše na úkor svého volna, svých rodin a často i svého zdraví. Nebudu je jmenovat, protože bych určitě na někoho z nich zapomněl, a to by mi bylo líto. Když dnes o těch jménech přemýšlím, samotného mne překvapuje, o jak velký výčet se jedná.

Vždycky, když otvíráme Kongres primární péče, cítím hrdost na to, co dělám, a i když se nám ne vždy vše povede, jsem přesvědčen, že naše Sdružení nebývá při řadě jednání v pozici outsidera, což mě vede k závěru, že něco děláme i dobře. Proto bych rád podě-

koval celému týmu užšího vedení Sdružení, chtěl bych poděkovat všem funkcionářům v regionech, chtěl bych poděkovat za práci i okresním zástupcům, jejichž činnost možná nebývá tak vidět, a v neposlední řadě bych chtěl poděkovat i týmu naší kanceláře. A vy se dnes rozhodněte, kdo bude kormidlo Sdružení svírat po další tři roky. Přeji vám šťastnou volbu.

MUDr. Pavel Neugebauer

■ Usnesení Celorepublikové konference SPLDD ČR konané dne 3. 11. 2012 v Kongresovém centru Floret v Průhonicích

- Konference se zúčastnilo 164 delegátů, z toho 156 mandatarů

- Konference zvolila:

Návrhovou komisi ve složení:

MUDr. Weiss, Svobodová Miroslava, Kozderka, Gricová, Zemánková, Matoušková, Ladman, Pukovec, Svobodová Eva

Mandátovou komisi ve složení:

MUDr. Kudyn, Petrtylová, Ropková, Adamová Ruth, Kuklová

Volební komisi ve složení:

MUDr. Verdánová, Doleželová Miroslava, Bušek, Čišecká, Kubiasová, Zavřel, Kalabusová

Pracovní předsednictvo ve složení:

MUDr. Neugebauer, Hülleová, Kudyn, Dvořáková, Kubátová

Zápis:

Ing. Veronika Drahovzalová

- Konference schvaluje navržený program.
- Konference bere na vědomí zprávu předsedy o činnosti SPLDD ČR.
- Konference bere na vědomí zprávu předsedkyně zahraniční komise SPLDD ČR.
- Konference bere na vědomí závěrečnou zprávu o hospodaření SPLDD ČR za rok 2011, informace o průběžném čerpání rozpočtu na rok 2012 a schvaluje návrh rozpočtu na rok 2013.
- Konference bere na vědomí zprávu revizní komise.
- Konference ukládá VV zabývat se problematikou vysokých povinných odvodů (např. změnou právnické osoby, změnou Stanov a Finančního řádu SPLDD, ...).
- Konference vítá prohlášení náměstka MZ o plánovaném vydání nového Seznamu výkonů s platností od 1. 1. 2013 a 2014.



- Konference doporučuje pracovat na zjednodušení vykazování výkonů očkování a příslušného ZULP, aby ZULP byl případně nahrazen 5. pozicí diagnózy.
- Konference podporuje realizaci alternativy k nákupu očkovacích látek hrazených z v.z.p.
- Konference opět ukládá Sněmu 2013 a Regionálním konferencím 2013, aby připravily dle potřeby a dle návrhů z regionů úpravy Stanov a dalších interních předpisů SPLDD a předložily je na jednání Konference 2013.
- Konference vyzývá PLDD, aby v případě uplatnění nepodložené regulace ze strany ZP více využívali institutu smírčího řízení, ev. řešení sporu soudní cestou.
- Konference podporuje návrh, aby zdravotní pojišťovny provádějící veřejné zdravotní pojištění byly vyjmuty z působnosti ústavního zákona o rozpočtové odpovědnosti.
- Konference ukládá VV zabývat se mechanismy, jak zajistit navýšení příjmů do ordinací PLDD (dispenzární péče, bonifikace za vykazování očkování, vystavování pracovnělékařských posudků u dorostu, bonifikace za péči poskytovanou dětem do 6 let), a při jednáních je prosazovat.
- Konference ukládá VV dále sledovat legislativní změny a dle potřeby na ně aktivně reagovat.
- Konference trvá na znovuzavedení regulačních poplatků v ordinacích PLDD, v tomto smyslu vyjednávat se zainteresovanými institucemi.
- Konference zvolila nový Výkonový výbor, který bude pracovat ve složení: předseda MUDr. Neugebauer, další členové: MUDr. Hülleová, Dvořáková, Kudyn, Kozderka.
- Konference zvolila novou revizní komisi, která bude pracovat ve složení: MUDr. Dufka, Pacovská, Vitoušová.
- Konference apeluje na členskou základnu na dodržování kolegiality, soudržnosti a respektování rozhodnutí z Centra v zájmu prosazení požadavků PLDD.
- Konference děkuje všem dosavadním členům VV a revizní komise za jejich odvedenou práci.
- Konference vyslechla prohlášení ministra zdravotnictví o výhledu financování zdravotnictví na příštím období (restriktivní úhradová vyhláška, zavedení nominálního pojistného na v.z.p. k vytvoření konkurenčního prostředí mezi ZP).
- Konference žádá legislativní dořešení domácích porodů, ambulantních porodů či předčasného propuštění novorozence z novorozeneckého odd. na žádost rodičů s forenzní ochranou lékařů.
- Konference žádá urychlené přijetí legislativního kroku rušícího tzv. objektivní odpovědnost lékaře za nežádoucí reakce v souvislosti s pravidelným/povinným očkováním.
- Konference žádá zřehlednění zúčtovacích zpráv jednotlivých zdravotních pojišťoven.
- Konference žádá zrušení aktivního ukončení registrace 19letých zdravotními pojišťovnami, dokud se nezaregistruje u VPL.
- Konference podporuje pořádání dalších cyklů seminářů Management ordinace PLDD.
- Konference žádá revizi koncepce péče o dítě, včetně ošetření posudkové činnosti u dětí a dorostu, optimalizace lůžkového fondu, personálního zajištění primární péče zajišťující péči o dítě současně s adekvátním finančním ohodnocením.
- Konference vyzývá k synergické spolupráci mezi SPLDD a OSPDL.

Zapsal: MUDr. Ctirad Kozderka

Kongres primární péče

**Sdružení praktických lékařů ČR, Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR
ve spolupráci
s Odbornou společností praktických dětských lékařů ČLS JEP
si Vás dovoluují pozvat na**

7. kongres primární péče s mezinárodní účastí

Motto: Lékař první volby

1. až 2. března 2013

TOP HOTEL Praha, Congress Hall, Blažimská 1781/4, 149 00 Praha 4

**Registrační formulář najdete na internetových stránkách www.splcr.cz, www.detskylekar.cz
a www.ahou.cz. Akce je určena pro lékaře a sestry v primární péči a je zařazena
do kreditovaného systému celoživotního vzdělávání.**



10. Pediatrický kongres v Liberci

Ve dnech 3.–6. 10. 2012 proběhl 10. Pediatrický kongres s mezinárodní účastí pro lékaře a sestry pediatrických lůžkových zařízení a praktické lékaře pro děti a dorost a sestry z jejich praxí. Pořadatelem kongresu byla Česká pediatrická společnost ČLS JEP za odborné spolupráce OSPDL ČLS JEP.

Odborný program připravili prezident kongresu MUDr. Jaroslav Škvor, CSc., prof. MUDr. Jan Lébl, CSc., prof. MUDr. Jiří Zeman, DrSc., MUDr. Hana Cabrnachová, MUDr. Olga Roškotová a MUDr. Bohuslav Procházka. Organizačně kongres zajišťovala firma BOS org. s. r. o. a na přípravě se podíleli liberecký primář MUDr. Martin Zitek a pro sekci sester Bc. Marie Lulková a Bc. Petra Plašková.

Kongresu se zúčastnilo 286 nemocničních lékařů, 241 PLDD, 191 sester z lůžkových oddělení a sester z ordinací PLDD. Účast praktických lékařů pro děti a dorost na 10. Pediatrickém kongresu byla slušná, přestože v témže termínu probíhaly v Hradci Králové Vakcinologické dny, kterých se každoročně PLDD tradičně účastní.

Pokusím se Vám na stránkách VOX Pediatríae přiblížit atmosféru 10. Pediatrického kongresu, z něhož v roce 2013 postupně zveřejníme prezentace kolegů a kolegyní PLDD, kteří náš obor na kongresu odborně reprezentovali. Odborný program byl koncipován tak, že úvodní prezentaci zajišťovali praktičtí lékaři pro děti a dorost a následující dvě sdělení kliničtí odborníci.

V jednom ze dvou kongresových sálů zahájila úvodní blok Očkování sdělením „Očkování dětí v roce 2012“ MUDr. Cabrnachová, ve druhém sále v bloku Anémie u dětí já (Roškotová) prezentací „Bledost – varovný signál“. Odpolední přednášky v bloku Současný pohled na dětskou výživu uvedl kolega Procházka (PLDD a dětský kardiolog) na téma „Výživa dětí v prvním roce života 2010“. V bloku Endokrinologie v ambulanci PLDD proběhl křest knihy autora MUDr. Jaroslava Škvora, CSc., „Selhání růstu nejen pro pediatrickou praxi“ a kolegyně Blanka Skalická z Liberce (PLDD a endokrinoložka) přednášela na téma „Štítná žláza – co vyšetřit a jak léčit“. V pátečním ranním bloku Kam směřuje antibiotická terapie v pediatrii v sále EXPO kolega Marek (PLDD) prezentoval „Jak dál s ATB terapií v primární péči?“, zatímco v Kongresovém sále v bloku Novorozenecké nízké porodní hmotnosti v ambulanci PLDD kolegyně Pavla Drnková vystoupila se sdělením „Možnosti praktického

lékaře pro děti a dorost v péči o novorozence s nízkou porodní hmotností“, v němž zúročila své zkušenosti z působení na neonatologickém oddělení, kde pracovala předtím, než se stala PLDD. Odpolední vystoupení kolegyně Růžkové (PLDD) „Recidivující horečky v ordinaci dětského praktika“ v bloku Recidivující horečky v dětském věku bylo ukázkou, jaké možnosti rychlé diagnostiky a postupy v takových situacích v ordinacích PLDD využíváme. V rámci Pediatrického kongresu byla udělena dvě významná ocenění. Brdlickova cena panu profesorovi MUDr. J. Dunovskému, DrSc., za jeho celoživotní přínos české pediatrii a Cena České pediatrické společnosti mladému autorovi do 35 let věku MUDr. M. Magnerovi za nejhodnotnější publikaci v letech 2010–2011 Mitochondriální onemocnění v dětském věku. 10. Pediatrický kongres se konal v libereckém Babylonu. Jak příznačné místo pro období, kdy tápeme v dnešním světě plném zmatků, nedokonalých změn, podvodů a poklesu morálky. Kdy se v resortu zdravotnictví ruší osvědčené a léty prověřené, abychom naši zdravotní péči, levnou a jasně nadstandardní díky nám poskytovatelům, dostali na evropskou úroveň v prodlužování termínů vyšetření a operací, v ohrožení lékařů žalobami. V šetření na nepravém místě poté, co se dvacet let ve zdravotnictví čerpalo plnými hrstmi bez jakéhokoliv omezení z nabídky služeb, často neúčelně, duplicitně, někdy i multiplicitně. Díky labyrintu jsme během kongresu při přecházení z Kongresového sálu do sálu EXPO a naopak či do salónek se satelitními programy nebo k posterům měli i dostatečnou pohybovou aktivitu. Za asistence hostesek z firmy BOS se i orientačně méně zdatní účastníci kongresu dostávali včas do sálů na vybrané přednášky. Já osobně kongres hodnotím kladně. Program byl zajímavý, sestavený tak, aby bylo z čeho vybírat jak pro lékaře z lůžkových oddělení, tak pro PLDD. Srovnávám-li s ostatními pediatrickými kongresy pořádanými v Česku, celosvětovým pediatrickým kongresem v Aténách nebo evropskými kongresy v Moskvě či ve Vídni, rozhodně lze kongres po stránce odborné a organizační považovat za zdařilý.

Slyšela jsem kritiku některých kolegů na občerstvení během kongresu, které se konzumovalo v přednáškovém sále. Ve světě je běžné dostávat balíčky s občerstvením se srovnatelným obsahem, které účastníci konzumují na chodbách a v přilehlých prostorách a přitom navzájem diskutují o tom, co nového se dozvěděli nebo jak zdravotní péče probíhá v jejich zemi. Nikdo tím není pohoršen. Každý lačně chytá především novinky z oblasti medicíny. Účastníci s batůžky na zádech navštěvují přednášky často sportovně oblečení, společenský oděv mají jen na zahajovací a ukončovací ceremoniál kongresu.

Na mezinárodních kongresech je také zvykem přihlásit se na tzv. setkání s odborníkem, kde je vstup zpoplatněn a povolen jen přihlášeným. Přitom kongresové účastnické poplatky na takových kongresech se pohybují ve výši 400 až 500 eur. To jen na vysvětlenou, proč i na 10. Pediatrickém kongresu v Liberci se na tato setkání s odborníkem dostala jen část posluchačů, kteří se nezapomněli včas přihlásit. Ti, kdo neslyšeli výtečné přednášky prim. Frühaufa „Nové aspekty celiakie“, prof. Jandy „Racionální diagnostika a léčba infekce močových cest“, prof. Špičáka „Učíme se z teorie i z omylů – alergie v dětském věku“, doc. Hozy „Fakta a mýty o dětské bolesti“ nebo doc. Šumníka „Novinky v diagnostice a terapii dětského diabetu“, budou mít snad příležitost jindy; pokusíme se od těchto odborníků výhledově získat články na daná témata pro VOX Pediatríae.

Na základě odezvy klinických lékařů v kuloárech na vystoupení praktických lékařů pro děti a dorost si troufnu říci, že jsme na kongresu reprezentovali obor Praktické lékařství pro děti a dorost úspěšně, a doufáme, že jsme klinické kolegy přesvědčili, že ordinace PLDD mají své nezastupitelné místo v péči o dětského a dorostového pacienta.

Program 10. Pediatrického kongresu a abstrakta jsou uvedeny v říjnovém čísle časopisu Česko-Slovenská pediatrie.

Olga Roškotová, PLDD Litoměřice

Nová

- Snadnější rozpustnost
- Lepší chuť
- V novém praktickém balení

BEBA A.R.

Trojnásobná ochrana proti ublinkávání díky unikátní kombinaci Opti Pro^{HA}, škrobu a *Lactobacillus reuteri*



Beba A.R. snižuje ublinkávání u kojenců o 80 %¹



- ✓ Snižuje ublinkávání až o 80 %¹
- ✓ Snižuje objem ublinkávání až o 48 %²
- ✓ Snižuje epizody ublinkávání až o 75 %³
- ✓ Vhodná i pro děti ohrožené rizikem vzniku alergických onemocnění

Důležité upozornění: Kojení je nejlepší způsob výživy kojenců, proto mu dáváme přednost před výrobky náhradní kojenecké výživy. Matka by měla zvážit zdravotní, sociální a finanční důsledky přerušení kojení. Také by měla být poučena o správně hygienické přípravě.

1. Valverde A et al. Estudio del tratamiento dietético de las regurgitaciones mediante una leche para lactantes de consistencia modificada. Ensayo clínico NIDINA A.R. in NIDINA A.R. ensayos clínicos. Pulso ediciones, Nestlé España S.A. 1998: 14-28.

2. Mazin MJ. Efficacy of dietary measures during regurgitation episode observed in 578 infants aged 3 to 18 weeks. Multicentric study. Efficacité de mesures diététiques prises lors d'épisodes de régurgitations observés chez 578 nourissons âgés de 3 à 18 semaines. Post marketing survey - Internal Communication 1998.

3. Indio F, Rizzo G, Ramondà F, Bisceglia M, Filonino A, Cavallo L, Francavilla R. *Lactobacillus reuteri* accelerates gastric emptying and improves regurgitation in infants. Eur J Clin Invest 2011;41(4):417-22.



Termínový kalendář akcí SPLDD na rok 2013

1.-2. 3.	Celorepubliková		Praha, Hotel TOP
2. 2.	Středočeský + Praha	vzdělávací seminář	Praha, hotel Krystal
16. 3.	Západočeský	konference SPLDD	Zámecký hotel Býkov, Hromnice
23. 3.	Východočeský	konference SPLDD	Golf Resort, Dříteč
4. 4.	Středočeský + Praha	konference SPLDD	Praha, hotel Olympik
6. 4.	Severočeský	konference SPLDD	Ústí nad Labem, Krajský úřad
6. 4.	Jihomoravský	vzdělávací seminář	Brno, hotel Avanti
13. 4.	Severomoravský	konference SPLDD + vzdělávací seminář	Slezská univerzita, Opava
13. 4.	Západočeský	vzdělávací seminář	Plzeň, Šafránkův pavilon
20. 4.	Jihomoravský	konference SPLDD	hotel ALLVET, Výškov
26.-27. 4.	Jihočeský	konference SPLDD	hotel Concertino, Jindřichův Hradec
27. 4.	Severočeský	vzdělávací seminář	Děčín, hotel Česká koruna
4. 5.	Jihočeský	vzdělávací seminář	Hluboká nad Vltavou, Parkhotel
18.-19. 5.	Celorepubliková	Sněm	Bystřice nad Pernštejnem, hotel Skalský Dvůr
25. 5.	Východočeský	vzdělávací seminář	Pardubice, hotel Labe
7.-9. 6.	Celorepubliková	Školitelé	hotel LIONS, Nesuchyně
28. 9.	Středočeský + Praha	vzdělávací seminář	Praha, hotel Krystal
12. 10.	Západočeský	vzdělávací seminář	Plzeň, Šafránkův pavilon
19. 10.	Jihočeský	vzdělávací seminář	Hluboká nad Vltavou, Parkhotel
19. 10.	Severomoravský	vzdělávací seminář	Ostrava, hotel Imperiál
2. 11.	Celorepubliková	Celostátní konference	Brno, Menza MU
9. 11.	Severočeský	vzdělávací seminář	Děčín, hotel Česká koruna
16. 11.	Jihomoravský	vzdělávací seminář	Brno, hotel Avanti
30. 11.	Východočeský	vzdělávací seminář	Hradec Králové, Krajský úřad



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Hana Cabrnachová
předsedkyně OSPDL ČLS JEP

■ PROHLÁŠENÍ ODBORNÝCH SPOLEČNOSTÍ

Péče o matku a dítě

České zdravotnictví může být právem hrdé na svůj systém péče o těhotné, rodičky a novorozence.

I v zahraničí vysoce oceňované tuzemské výsledky v poskytování péče o těhotné, rodičky a novorozence vznikly na podkladě dlouhodobě systematicky vybudované mezioborové spolupráce gynekologů, porodníků, neonatologů, pediatriů, genetiků, porodních asistentek a dětských sester.

Nevidíme proto důvod, proč měnit dobře fungující koncepci poskytování perinatologické péče v České republice.

Postavení porodní asistentky a lékaře nelze v naší zemi chápat jinak než jako vztah, ve kterém obě složky hrají zcela nezastupitelnou roli stran týmové spolupráce. Jak porodní asistentky, tak i lékaři odvádějí vysoce odbornou/specializovanou činnost a je proto na odborných společnostech obou skupin, aby dále spolupracovaly jako doposud.

Pokud budou žadatelky o perinatologickou péči minoritně vyžadovat alternativní služby, je dnes v České republice dostatek porodnických zařízení, mezi kterými si mohou zcela svobodně/demokraticky vybrat a svoje potřeby tak uspokojit.

Veškerá péče, která je poskytována matce a jejímu novorozenskému dítěti v rámci novorozeneckých oddělení, je vysoce specializovaná. Zahrnuje všechny prvky komplexní péče – sledování dítěte, léčbu a prevenci patologických stavů, provádění povinných screeningových vyšetření a v neposlední řadě péči o rozvoj kojení a komplexní edukaci matky. Tento systém péče je dobře zavedený, je v zájmu matky a dítěte – a přináší velmi dobré výsledky. Počet žen požadujících dobu hospitalizace kratší než 72 hodin je minimální. Pokud však matka na předčasném propuštění (případně na tzv. „ambulantním porodu“) trvá, potom lze dítě propustit pouze v případě, že jeho propuštění není lékařem kvalifikováno jako ohrožení života. V případě předčasného

propuštění nesou rodiče za zdravotní stav dítěte plnou odpovědnost.

MUDr. Vladimír Dvořák, předseda ČGPS; doc. MUDr. Jaroslav Feyereisl, CSc., místopředseda ČGPS; doc. MUDr. Antonín Pařízek, CSc., Perinatologická sekce ČGPS; prim. MUDr. Martin Čihař, místopředseda ČNeoS; MUDr. Hana Cabrnachová, předsedkyně Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP

Praha, 30. listopadu 2012

■ Zpráva ze zasedání předsedů akreditačních komisí na MZČR

Náměstek pro zdravotní péči MUDr. Ferdinand Polák, Ph.D., v úvodu zmínil, že v návaznosti na vyjednávání lůžkových zdravotnických zařízení s pojišťovnami se objevují informace o možných dopadech případného rušení lůžek. Diskutovanou problematikou se staly podmínky akreditace v souvislosti s plánovaným slučováním lůžkových oddělení a vytvářením tzv. společného lůžkového fondu. Je zde patrná obava pracovišť, zda v případě redukce počtu lůžek splní podmínky akreditace. Z tohoto důvodu byla diskutována vize specializačního vzdělávání do budoucna, některé změny byly procesem rušení lůžek uspišeny. První fáze specializační přípravy bude i nadále probíhat na I. typu akreditovaného pracoviště, kterým musí projít velké množství školenců a strávit zde podstatnou část školení. U těchto pracovišť by se nově neuváděl minimální počet lůžek, ale pouze podmínka lůžkové části. Rozhodujícím faktorem by bylo personální zabezpečení a další podmínky, např. v případě vnitřního lékařství neselektovaný příjem. Konkrétně v případě dermatovenerologie by byla zcela zrušena povinnost lůžkové části na pracovišti I. typu. U dětského lékařství by pracoviště I. typu muselo mít lůžkovou část, ale bez konkrétního počtu, zároveň je možné navýšení personálu u pracovišti II. typu. Také v chirurgii by se neuváděl minimální počet standardních lůžek, ale opět jen lůžková část a dále JIP lůžka, resp. zajištění

intenzivní péče. V oboru vnitřní lékařství by pracoviště I. typu bylo definováno podmínkou lůžkové části, neselektovaného příjmu, příjmové ambulance a JIP lůžek. Vyšší typ pracoviště pak musí mít navíc JIP pro KV a JIP pro metabolická onemocnění. U definic II. typu pracoviště je do budoucna možná diskuse o zpřísnění kritérií. Ze vzdělávacích programů bude také vypuštěn požadavek na vedoucího pracoviště, v rámci společného lůžkového fondu musí personální podmínky splňovat školitel či určený počet školitelů. Dílčí úpravy vzdělávacích programů by byly zřejmě řešeny hromadným výčtem ve Věstníku MZ, aby nemusel být vydáván a schvalován každý vzdělávací program zvlášť.

Prof. Škrha uvedl, že i pro něj jsou navrhované úpravy novinkou, ale je zřejmé, že představa společného lůžkového fondu se musí promítnout do vzdělávacích programů. Specializační vzdělání nelze přesunout pouze na pracoviště vyššího typu, která by se zahltila vysokým počtem školenců. Společný lůžkový fond předpokládá zachování dvou podstatných faktorů kvality pracoviště, a to dostatečné personální zajištění a odpovídající množství pacientů, resp. provedených výkonů.

Pozn: Na zasedání předsedů akreditačních komisí bylo doporučeno, aby byl zachován test po ukončení základního kmene. Akreditační komise Dětského lékařství uvažovala o jeho zrušení, MZČR má ale zájem na jednotné podobě vzdělávacích náplní, a proto se pravděpodobně ani náplň oboru PLDD měnit nebude a test zůstane zachován.

■ Novorozenecký screening sluchu

Na téma předčasné propouštění novorozenců a novorozenecký screening sluchu proběhlo na MZČR jednání dne 2. 11. 2012. Téma předčasného propouštění novorozenců bude ještě předmětem dalšího schvalování materiálů a metodického pokynu na toto téma (včas vás budeme o konkrétní



podobě informovat), názory na screening sluchu byly již diskutovány se závěry.

Vzhledem k tomu, že některé porodnice nejsou schopny screening zajistit, novorozenci jsou propuštěni do domácí péče s upozorněním, aby toto vyšetření bylo zajištěno cestou PLDD. Již dnes na tuto situaci reagují ambulantní pracoviště ORL a nabízejí tuto možnost, není ale jasné, jak jsou na novorozenecký screening připravena, zda splňují kritéria specializovaných center, zda nedochází k riziku kontaktu s nemocnými dětmi apod. Trváme na tom, že tento screening by měl být zajištěn na novorozeneckých odděleních, která by pro tyto účely měla být urychleně dovybavena. O kontaktech na spádová pracoviště pro případnou potřebu kontroly u dětí předčasně narozených, případně dětí s negativním výsledkem prvního vyšetření, by měla být našim kolegům k dispozici informace, kterou zveřejníme.

■ Informace o léčích, jednání Lékové komise a SÚKL (zpráva MUDr. M. Rytíře)

Plenární schůze Komise pro lékovou politiku a kategorizaci (léčiv) (KLPK) ČLS JEP: Tuto komisi vede stále prof. MUDr. Jan Švihovec, DrSc. Plenární schůze se účastnili zástupci jen čtvrtiny ze 121 odborných společností (obvyklá účast).

Nové informace o farmakoekonomice přednesl (jako už několikrát předtím) Mgr. Filip Vrubel, pracovník MZ ČR. Zaměřil se na změny ve třech stěžejních zákonech:

Zákon o léčivech č. 378/2007 Sb., který již prodělal 300 novelizačních změn, většinou z důvodu kompatibility s EU. Poslední novela bude platit od 1. 1. 2013.

Nejdůležitější změny jsou následující:

- transpozice k farmakovigilanci a padělkům
- jednotné vyhodnocení nežádoucích účinků léčiv
- zabránění nežádoucím reexportům léčiv (které zvyšují cenu léků)
- umožnění výměny léků se závadou za jiný (tedy nejen jejich stažení)
- nutnost hradit náklady za stažený lék
- nová podkategorie – výdej léčiv na lékařský předpis s omezením (na specializaci, množství léku a období). Platí to pro léky, kde hrozí zneužití (např. Subutex). Bude předepisováno formou e-receptu.

- zavedení registru výdejů výše uvedených léčiv s omezením (e-receptů)
- zavedení jednotných obranných prvků léků (jakési kolký) k identifikaci a pravosti u těch, kde nejčastěji hrozí padělání a zneužití (k zabránění tomu, aby se padělky dostaly do legální distribuční sítě)
- požadavky na obsah a označení www stránek provozovaných lékárnami za účelem zásilkového výdeje léčiv

Zákon o veřejném zdravotním pojištění (v.z.p.) č. 48/1997 Sb. (novela k 1. 1. 2012)

- změna regulačního poplatku z položky na recept
- maximální cena léčiva se nepočítá z celého referenčního koše (průměr cen ve všech státech EU), ale dle tří nejnižších cen v EU. Česká republika patří nyní k zemím s nejnižšími léky. Níže už ceny nepůjdou. V současnosti jsou ceny léků u nás mezi Velkou Británií (nízké ceny díky kursu libry) a Pobaltím. 70 % států EU už referuje na ČR při tvorbě cen léků v jejich zemi. V Dánsku, Norsku a Nizozemsku dochází k tzv. barterovým dohodám – cena léku je např. na tři měsíce snížena (zájem farmaceut. firem udržet si trh) a pak se opět zvýší.
- vyřazení OTC (over the counter – tj. léků vydávaných bez lékařského předpisu) z úhrad od 1. 7. 2012 (zase kromě několika výjimek, kde byla ponechána stávající úhrada z v.z.p. i po 30. 6. 2012: z „našich“ léků Brufen sirup, Ibalgin baby sus., Ibalgin sus., pro nás okrajově snad ještě Kreon, Panzynom, celkem 21 různých balení, 7 různých substancí – úplný seznam u autora)
- povinné očkování hrazeno z v.z.p.
- revize ceny léku kdykoliv při předpokládané úspoře 30 mil. Kč
- rozdělení účelu hloubkové a zkrácené revize ceny léčiva
- zjednodušení vstupu vysoce inovativních léčiv na trh
- zrychlený vstup nových léčiv – generik

Zákon o regulaci reklamy č. 40/1995 Sb.

- regulace reklamy na léky od r. 2013

■ Budoucí vývoj v lékové politice

- HTA (Health Technology Assessment) je multidisciplinární proces hodnotící medicínské, sociální, ekonomické a etické dopady při zavádění nových léků – nových účinných molekul (a samozřejmě i tech-

nologií...). Cílem je zakotvení HTA v legislativě.

- e-preskripce – trend k rozšiřování. Vydáno již 100 000 receptů, čtvrtina lékáren již dovede e-recept zpracovat. Bude zpětná vazba pro předepisujícího lékaře (kontrola, zda si pacient lék vyzvedl).
- projekty racionalizace preskripce
- podpora „risk-sharing“ úhrad, tj. závislost ceny na výsledku. Uvedené příklady: léčba konopím stojí u jednoho pacienta cca 1500 Kč/měs, což není mnoho, ale objem pacientů pro tento typ léčby je velký. Léčba Viagrou má společenský efekt, ale je třeba najít rovnováhu mezi počtem léčených a celkovou cenou za tuto léčbu. Stejným problémem je trvalá hormonální (substituční) léčba při změně pohlaví.

■ Role farmakoekonomiky

Nová definice nákladové efektivity léčby:

- při stejných nákladech vyšší efekt terapeutický
- při stejném terapeutickém účinku nižší náklady (generika)
- s jinými terapeutickými postupy dosaženo vyššího terapeutického efektu, ale s vyššími náklady
- analýza dopadu do v.z.p.

Prof. Švihovec upozornil na **další praktické problémy**:

- lékárny masivně provádějí záměny léků za jiné bez vědomí lékaře
- lékárny aktivně nenabízejí jako záměnu lék plně hrazený
- „pozitivní listy lékáren“ (řetězců) – lékárníci jsou finančně zainteresováni na tom, kolik konkrétních záměn udělají (často i v neprospěch pacienta). Bylo už řešeno na půdě České lékařské komory, ministr je informován. Budou zvýšené kontroly SÚKLe a lékárny budou postihovány.
- sběr reálných cen selhává, lékárny často prodávají léky za vyšší než maximální ceny
- vzniká síť „dobrých lékáren“, které se chovají účelně, přistupují na e-recept (je dobře kontrolovatelný)

Nový ředitel SÚKL MUDr. Pavel Březovský, MBA, zdůraznil, že SÚKL je prodloužená ruka Ministerstva zdravotnictví (MZD). SÚKL nebude dělat vlastní politiku a vrátí se ke stylu fungování, který skončil před šesti lety, což nepovažuje za žádný návrat do minulosti, ale racionální postup. Co půjde do



úhrad, nebude určovat SÚKL, ale bude to na základě společenské objednávky MZd. SÚKL reaguje včas na podněty odborných společností ČLS JEP. Počet nevyřízených žádostí či stížností se z 300 v minulosti snížil na momentální dvě. Nově bude první jednání nad preskripčními a indikačními omezeními za účasti špiček zdravotních pojišťoven, odborných společností ČLS JEP (zatím pouze prostřednictvím KLPK, tedy za účasti prof. Švihovce) a Ministerstva zdravotnictví ČR. Takže všechny naše připomínky na SÚKL musejí jít zatím cestou KLPK.

Zatím nebyla nalezena kritéria, klíč či filtr, dle kterých by bylo možné informace o změnách u léků zasílat konkrétním skupinám lékařů tak, aby to pro ně bylo užitečné, tj. dle jejich portfolia preskripce. Těchto změn je totiž denně 30–40, za poslední týden 300! Proto není možné stahovat tyto údaje v určitých cyklech, ale je to nutné provádět kontinuálně. Automat nevyhodnotí jen změnu indikačního či preskripčního omezení, ale jen jakoukoliv změnu. Bylo konstatováno, že někdy jsou i tři různé zprávy o různých preskripčních omezeních. Zdravotní pojišťovny mají dobrý systém vyhledávání těchto změn ze stránek SÚKL a mohly by je v budoucnu rozesílat.

Jako příklad nové informace, o které lékaři dosud nevědí, bylo v diskusi uvedeno nové preskripční omezení u Norfloxacinu – vázáno na souhlas antibiotického centra. Tzv. e-registry léčiv pro každého lékaře by měly být součástí e-preskripce.

■ Pozitivní listy zdravotních pojišťoven

Zatím návrhy obsahují jen několik léků, které jsou doporučované jako nejvýhodnější a zaměnitelné. Pozitivní listy by v budoucnu měly obsahovat cca 50 substancí. Předpokládají se omezující doložky ke Smlouvám (např. nebude-li předpis těchto léků ve výši 70 %, bude ze strany zdravotní pojišťovny přistoupeno k preskripčním limitům). Lékaři by měli být částečně finančně

zainteresováni. Zatím nebylo dosaženo dohody se softwarovými firmami, které za nastavení těchto změn chtějí od zdravotních pojišťoven finanční úhradu.

V diskusi na toto téma zaznělo, že každoročně opustí český trh cca 10 % léků (nikoli substancí!). SÚKL o tom přehled nemá. Pro distributory je tu buď nízká cena, či malý trh (malý objem vydaných balení), někdy se na náš trh opět po čase vrací. Pokud by tyto léky nebylo možné nahradit jinými, slibuje Ministerstvo zdravotnictví, že vyjde vstříc, pokud lék na trhu chybějí dlouhodobě a nejde jen o momentální výpadek. Můj komentář: V pediatrické praxi toto kritérium dlouhodobě splňuje např. prokinetikum dromperidon ve formě čípků (Motilium).

Ve snahách o redukci preskripčních omezení jsou v poslední době aktivní praktičtí lékaři. Prof. Švihovec je ale upozornil, že si nebudou moci diktovat plošné rušení preskripčních omezení ve svůj prospěch a že zásadní změny nemohou očekávat.

Proti tomuto názoru stojí ale materiál, který pro letošní konferenci SPL v Milovech připravil MUDr. Michal Prokeš (Infopharm, a.s., www.drugagency.cz), původem PL, který měl spolu s doc. MUDr. Býmou, CSc., přednášku na téma Vzestup počtu léků s preskripčním a indikačním omezením v ČR. Z této přednášky, kterou mi MUDr. Prokeš laskavě zaslal, vyberu jen několik nejzávažnějších informací, které mohou být v souvislosti s tlakem na různá preskripční omezení, ať na diagnózu či odbornost:

1. ČR jde proti celosvětovému trendu i proti doporučení WHO posílit primární péči. Zatímco je počet praktických lékařů pro dospělé i pro děti za posledních 20 let prakticky stejný, počet ostatních ambulantních lékařů (kromě gynekologů) se zvýšil na více než dvojnásobek proti počtu PL a PLDD a téměř na trojnásobek proti počtu ambulantních lékařů v r. 1990. A tento trend nadále trvá. Přitom ještě v r. 1990 bylo ambulantních lékařů méně než PL a PLDD.

2. Od r. 2004 se výrazně zvýšil podíl léčivých přípravků s omezením na odbornost zejména u nových léků, u „starých“ léků nejsou počty nových omezení velké. Vyplývá z toho, že primární péče je omezována v moderní preskripci.

3. Nejvyšší omezení preskripce je na odbornost psychiatrie, neurologie a onkologie (až 10× proti r. 2004), ale i pro dermatologii je dvojnásobné proti r. 2004. Pokud dochází k uvolnění preskripce, je to mnohem častěji pro jinou odbornost než pro PL a PLDD.

4. V r. 2010 byla snaha SÚKL pro stoupající cenu (na základě zahraničních cen) omezit preskripci jen na několik odborností i u kys. salicylové („Acylypyrin“), až po zpracování studie, že ztráty by se cestou preskripce ambulantních lékařů ještě 5× zvýšily, bylo od toho upuštěno. Nyní je ale taková snaha u přípravků pro léčbu akné.

A můj komentář na závěr: Zdá se, že po změně ve vedení SÚKL by bylo možné cestou odborné společnosti konečně prosadit zrušení některých nesmyslných preskripčních omezení, když ani zdravotní pojišťovny (které zajímá ekonomické hledisko) nejsou proti, jak jsem si při několika jednáních v posledních letech ověřil. Potíž je v tom, že narážíme na vedení odborných společností, které tyto léky mají ve své preskripci a jejichž souhlas je vyžadován. Situace je stejná u PL (viz výše). Bez zásadního politického rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví a tedy změny zdravotní politiky v ČR zřejmě budeme moci prosadit jen občas nějaké dílčí změny. Několik návrhů z řad PLDD na zrušení omezení preskripce (zejména z oblasti léků pro kožní a alergická onemocnění, ORL) z minulosti v odborné společnosti nadále evidujeme.

Zápis z jednání Národní imunizační komise naleznete na www.detskylekar.cz.



Oznámení pro akreditovaná zařízení v oboru praktické lékařství pro děti a dorost

Vážení kolegové – školitelé,

oznamujeme, že tradiční setkání školitelů proběhne ve dnech 7.–9. 6. 2013 v hotelu LIONS Nesuchyně. (www.stredisko-nesuchyne.cz)

Za výbor OSPDL ČLS JEP Olga Roškotová, vědecký sekretář



Sociální zabezpečení a lékařská posudková činnost

MUDr. Alena Zvoníková

Odbor posudkové služby MPSV

Článek přináší informace o sociálním zabezpečení, jeho jednotlivých systémech, úloze lékařské posudkové služby, součinnosti orgánů sociálního zabezpečení a ošetřujících lékařů, způsobech posuzování zdravotního stavu v souvislosti s řízením o dávky sociálního zabezpečení podmíněné dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem.

Klíčová slova: orgány sociálního zabezpečení – lékařská posudková služba sociálního zabezpečení – dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav – posuzování zdravotního stavu – ošetřující lékaři

■ Systém sociálního zabezpečení

Sociální zabezpečení je souhrnné označení pro systémy sociální ochrany (nemocenské pojištění, důchodové pojištění, sociální služby, dávky pro osoby se zdravotním postižením, státní sociální podpora, pomoc v hmotné nouzi, zaměstnanost), jejichž smyslem a cílem je pomoci lidem v obtížných životních a sociálních situacích a událostech, a to prostřednictvím různých dávek, služeb, pomoci, podpory či jiných nástrojů. Řeší také zabezpečení fyzických osob v nepříznivých, popř. dlouhodobě nepříznivých zdravotně-sociálních situacích z důvodu nemoci, úrazu, zdravotního postižení.

■ Lékařská posudková služba

Posudková služba v resortu práce a sociálních věcí je soustava lékařských posudkových orgánů okresních správ sociálního zabezpečení, České správy sociálního zabezpečení a Ministerstva práce a sociálních věcí (dále jen „OSSZ“, „ČSSZ“, „MPSV“), jejichž úkolem je posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti osob pro účely jednotlivých systémů sociální ochrany – nemocenského a důchodového pojištění (jako pojistných sociálních systémů) a sociálních služeb, dávek pro osoby se zdravotním postižením, státní sociální podpory a pomoci v hmotné nouzi (jako nepojistných sociálních systémů). Činnost lékařské posudkové služby OSSZ lze rozdělit do dvou základních oblastí, a to na posuzování zdravotního stavu pro účely sociálních systémů, tj. vy-

dávání posudků jako jednoho z podkladů pro rozhodování o dávkách podmíněných dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem při zjišťovacích a kontrolních lékařských prohlídkách (kontrolním posouzení), a na kontrolní činnost – kontrolu posuzování dočasné pracovní neschopnosti (ev. i potřeby ošetřování) ošetřujícími lékaři. V případě posudkových komisí MPSV je jejich činnost orientována na vydávání posudků pro účely odvolacích řízení správních, pokud napadené rozhodnutí bylo vydáno na základě posudku OSSZ, a přezkumného řízení soudního ve věcech důchodového pojištění. Kompetence lékařské posudkové služby sociálního zabezpečení jsou dány v § 4 odst. 2 (pro posudkové komise MPSV) a v § 8 (pro OSSZ a ČSSZ) zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, a v zákoně č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů. MPSV má pak zásadní roli v oblasti koncepce a normotvorby na úseku lékařské posudkové služby a lékařské posudkové činnosti v sociálním zabezpečení.

■ Součinnost lékařské posudkové služby a ošetřujících lékařů

Spolupráce orgánů sociálního zabezpečení (potažmo lékařské posudkové služby) je upravena v ust. § 16 zákona č. 582/1991 Sb. ve znění pozdějších předpisů. Poskytovatelé zdravotních služeb jsou povinni za úhradu na žádost příslušného orgánu sociálního zabezpečení provést vyšetření zdravotního stavu fyzické osoby v rozsahu vyžádaného zdravotního výkonu, zpracovat lékařské podklady (ve vyžádaném rozsahu), jichž je třeba k posouzení zdravotního stavu fyzické osoby. Poskytovatelé zdravotních služeb jsou povinni bezplatně sdělit lékařům, který plní úkoly orgánu sociálního zabezpečení,

na jeho žádost (bez souhlasu posuzované fyzické osoby) informace ze zdravotnické dokumentace vedené o posuzované osobě, které jsou potřebné pro posouzení jejího zdravotního stavu, a umožnit (bez souhlasu posuzované fyzické osoby) nahlížení do zdravotnické dokumentace, která je o ní vedena, a na nezbytně nutnou dobu zapůjčit tuto zdravotnickou dokumentaci v rozsahu potřebném pro posouzení jejího zdravotního stavu. Poskytovatelé zdravotních služeb plní uvedené povinnosti ve lhůtě určené orgánem sociálního zabezpečení, a to zpravidla do 15 dnů ode dne, kdy obdrželi žádost. Výše úhrady za výkony se řídí Seznamem zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a jinými právními předpisy. Úhradu poskytne orgán sociálního zabezpečení, který si provedení výkonu vyžádal, a to na základě vyúčtování předloženého poskytovatelem zdravotních služeb; to platí obdobně i pro náhradu poštovného za zaslání zdravotnické dokumentace.

■ Nemocenské pojištění

Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů, upravuje nemocenské pojištění pro případ dočasné pracovní neschopnosti, nařízené karantény, potřeby ošetřování, těhotenství a mateřství. Z nemocenského pojištění se poskytují následující dávky: nemocenské, peněžitá pomoc v mateřství, ošetrovné, vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství. Nemocenské pojištění je systémem, který řeší zajištění pojištěnců při dočasných „zdravotních situacích“, jejichž trvání je časově omezeno a nepřesahuje stanovenou podpůrnou dobu. Zákon podrobně upravuje práva a povinnosti jednotlivých aktérů systému, pojištěnců, orgánů nemocenského pojištění, zaměstnavatelů a ošetřujících lékařů, vznik, trvání i ukončování dočasné



pracovní neschopnosti, vznik a ukončování potřeby ošetřování, režim dočasné práce neschopného pojištěnce i sankce a správní delikty. Ošetřující lékaři ve věcech nemocenského pojištění rozhodují v zákonem stanovených případech na předepsaných tiskopisech. Orgány nemocenského pojištění jsou oprávněny provádět svým lékařem kontrolu posuzování dočasné pracovní neschopnosti nebo potřeby ošetřování a v zákonem stanovených případech jsou oprávněni je ukončit. V roce 2011 bylo nově hlášeno 1 268 761 nových případů pracovní neschopnosti (z toho 47 111 pro pracovní úraz a 77 115 pro nepracovní úraz) a v důsledku toho bylo prostonáno celkem 55 924 016 kalendářních dnů. Průměrný denní stav práce neschopných v České republice v roce 2011 byl 153 216 pojištěnců a průměrná délka trvání jednoho případu pracovní neschopnosti byla 44,7 dne. Nejčastějšími příčinami dočasné pracovní neschopnosti jsou nemoci dýchacích cest a nemoci pohybového a nosného systému.

■ Důchodové pojištění

Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, upravuje důchodové pojištění pro případ stáří, invalidity a úmrtí živitele. Z důchodového pojištění se poskytují tyto důchody: starobní, invalidní (podle stupně invalidity), vdovský a vdovecký, sirotčí. Podmínkou pro přiznání invalidního důchodu je uznání invalidity a splnění potřebné doby pojištění pro nárok na invalidní důchod. Pojištěnec je invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nastal pokles jeho pracovní schopnosti nejméně o 35 % (invalidita prvního stupně), nejméně o 50 % (invalidita druhého stupně) a nejméně o 70 % (invalidita třetího stupně). Při posuzování zdravotního stavu, pracovní schopnosti a invalidity lékařská posudková služba (dále jen „LPS“) vychází ze zdravotního stavu pojištěnce (doloženého výsledky funkčních vyšetření ošetřujících lékařů), z tělesných, smyslových a duševních schopností pojištěnce, s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozím výdělečným činnostem. Při určování poklesu pracovní schopnosti se bere v úvahu, zda jde o zdravotní postižení trvale ovlivňující pracovní schopnost, zda se jedná o stabilizovaný zdravotní stav, zda a jak je pojištěnec na své zdravotní postižení adaptován, schopnost rekvalifikace

pojištěnce na jiný druh výdělečné činnosti, než dosud vykonával, schopnost využití zachované pracovní schopnosti v případě invalidity prvního a druhého stupně a popř. schopnost výdělečné činnosti pojištěnce za zcela mimořádných podmínek. Vyhláška č. 359/2009 Sb., o posuzování invalidity, stanoví procentní míry poklesu pracovní schopnosti, upravuje posuzování pracovní schopnosti, stanoví náležitosti posudku o invaliditě a vymezuje zcela mimořádné podmínky. Zákon o důchodovém pojištění vymezuje i invalidní důchod v mimořádných případech, kdy na invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně má nárok též osoba, která dosáhla aspoň 18 let věku, má trvalý pobyt na území České republiky a je invalidní pro invaliditu třetího stupně, jestliže tato invalidita vznikla před dosažením 18 let věku a tato osoba nebyla účastna důchodového pojištění. Jde o situace, kdy v důsledku těžkého zdravotního postižení vrozeného, získaného v předškolním věku nebo v době povinné školní docházky takový jedinec po skončení povinné školní docházky není schopen soustavné přípravy pro pracovní uplatnění (studium na střední škole, teoretickou a praktickou přípravou pro zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost).

V prosinci 2011 bylo v České republice celkem 2 244 606 důchodců, z toho 1 719 932 starobních důchodců, 217 536 invalidních důchodců pro invaliditu třetího stupně, 57 033 pro invaliditu druhého stupně a 156 821 pro invaliditu prvního stupně. Průměrný věk invalidních důchodců se pohyboval mezi 48–50 lety. V roce 2011 bylo nově přiznáno 27 290 invalidních důchodů, z toho 9 945 pro invaliditu prvního stupně, 4 859 pro invaliditu druhého stupně a 12 486 pro invaliditu třetího stupně. Pro srovnání je důležité uvést, že v roce 1991 (tj. před dvaceti lety) byla invalidizace podstatně nižší. V roce 1991 bylo nově přiznáno pouze 29 071 plných invalidních důchodů (nyní důchodů pro invaliditu třetího stupně) a 15 812 částečných invalidních důchodů (nyní invalidních důchodů pro invaliditu prvního a druhého stupně). V té době byly možnosti lékařské vědy podstatně menší. Rovněž značná část populace v produktivním věku vykonávala dělnické práce v náročných pracovních podmínkách, se značnými požadavky na fyzické schopnosti, a tedy i s vyšším výskytem invalidizace (v hornictví, hutnictví, těžkém průmyslu, zemědělství). V současné době cca 7 % osob v produktivním věku (do 65 let věku) má některý druh invalidního důchodu,

■ V kuřáctví jsme na 12. místě v EU

Typický český kuřák vykouří podle aktuálního průzkumu Eurobarometru denně přes 14 cigaret. Z 27 členských zemí je podíl kuřáků v české populaci 12. nejvyšší. Přestat kouřit jim pomáhá projekt Evropské komise Ex-kuřáci jsou nezastavitelní, řekla novinářům za tento projekt Jana Martinková. Rizika kouření připomene ve čtvrtek Mezinárodní nekuřácký den. „Téměř tři milióny lidí v ČR, tedy 29 %, jsou pravidelnými kuřáky. To Česko ve srovnání s dalšími 26 státy EU řadí na dvanáctou příčku. Na prvních třech místech jsou Řekové se 40 % a Bulhaři s Litevci, v každé z těchto zemí kouří 36 % obyvatel,“ upřesnila. V průzkumu pro Evropskou komisi odpovídalo 27 000 Evropanů. Vyšlo z něj, že v EU je v průměru 28 % kuřáků, nejohroženější jsou mladí lidé od 15 do 24 let, kouří jich 29 %. Nejvíce kuřáků je v zemích východní a jižní Evropy. Naopak nejméně kuřáků je ve Švédsku, 13 %, a v Portugalsku a na Slovensku, v obou zemích kouří 23 % lidí. Častějšími kuřáky jsou podle průzkumu muži, kterých kouří 32 %, žen pak necelá čtvrtina, 24 %. Častěji také kouří lidé s manuálním zaměstnáním, podnikatelé a nezaměstnaní, mezi nimiž je 49 % kuřáků. Hodně kuřáků je mezi lidmi s nižším vzděláním, nejméně kuřáků je mezi důchodci, jen 17 %. Průměrný kuřák v EU vykouří denně 14,2 cigarety, Češi tak jsou na evropském průměru. Vedou Kypřané, kteří každý den vykouří 20,5 cigarety. Eurobarometr také zkoumal, jak velká je pravděpodobnost, že kuřák v dané zemi přestane kouřit. Zjistil, že největší šanci mají obyvatelé ze severu Evropy – 80 % kuřáků se o to snažilo v Dánsku a Velké Británii, kde stát odvykací léčbu plně hradí, 75 % ve Švédsku a Nizozemsku. Nejméně lidí se snažilo přestat kouřit v Bulharsku, 36 %, Rakousku, 37 %, a Řecku, 39 %. Na prvním místě důvodů pro nekouření uvedli lidé ve všech zemích EU kromě dvou zdraví. Jen v Bulharsku a na Slovensku uvedli na prvním místě vysokou cenu cigaret. Projekt Ex-kuřáci jsou nezastavitelní lidem radí a motivuje je prostřednictvím internetové aplikace iCoach. V současné době je v něm registrováno přes 200 000 lidí, je mezi nimi také 9000 Čechů. Více na www.exsmokers.eu/cz-cz/home.

Zdroj: ČTK, 13. 11. 2012



což není v souladu se zlepšujícím se zdravotním stavem obyvatel ČR, novými zdravotnickými technologiemi a moderními léčebnými postupy ani se změnami na trhu práce.

Pojištěnci (žadatelé o invalidní důchod nebo poživatelé invalidního důchodu) jsou povinni spolupracovat s orgánem sociálního zabezpečení, podrobit se vyšetření zdravotního stavu, předložit nálezy ošetřujících lékařů, které mají, a sdělit údaje o dosaženém vzdělání, zkušenostech, znalostech a předchozích výdělečných činnostech. OSSZ a ČSSZ předá nebo zašle pojištěnci do 7 dnů stejnopis posudku o invaliditě. Pojištěnec má právo podat proti rozhodnutí ČSSZ o důchodu námitky jako řádný opravný prostředek do 30 dnů ode dne jeho oznámení účastníku řízení. Rozhodnutí o námitkách je přezkoumatelné soudem.

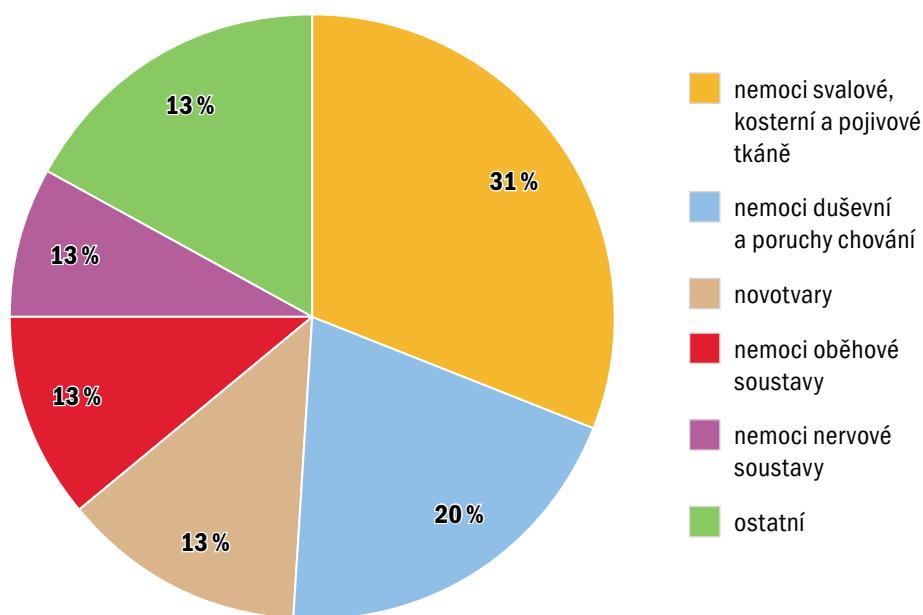
■ Nepojistné sociální systémy a sociální reforma

V souvislosti s 1. etapou sociální reformy k 1. 1. 2012 byly dřívější agendy mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany a sociální příspěvky nahrazeny novými s obdobným posláním (dávka mobility, příspěvky na zvláštní pomůcky, průkazy osob se zdravotním postižením). Od 1. 1. 2012 se také již nově neposuzují kategorie jako stupeň zdravotního postižení pro účely zákona o státní sociální podpoře (zákon o státní sociální podpoře již neobsahuje dávky podmíněné zdravotním stavem), osoba zdravotně znevýhodněná pro účely zákona o zaměstnanosti a schopnost zvýšit si příjem vlastní prací pro účely zákona o pomoci v hmotné nouzi.

■ Sociální služby

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb, předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách a předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka. Příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby, a to podle stupně závislosti I až IV. Tímto příspěvkem se stát podílí na

Nejčastější zdravotní příčiny invalidity v roce 2011



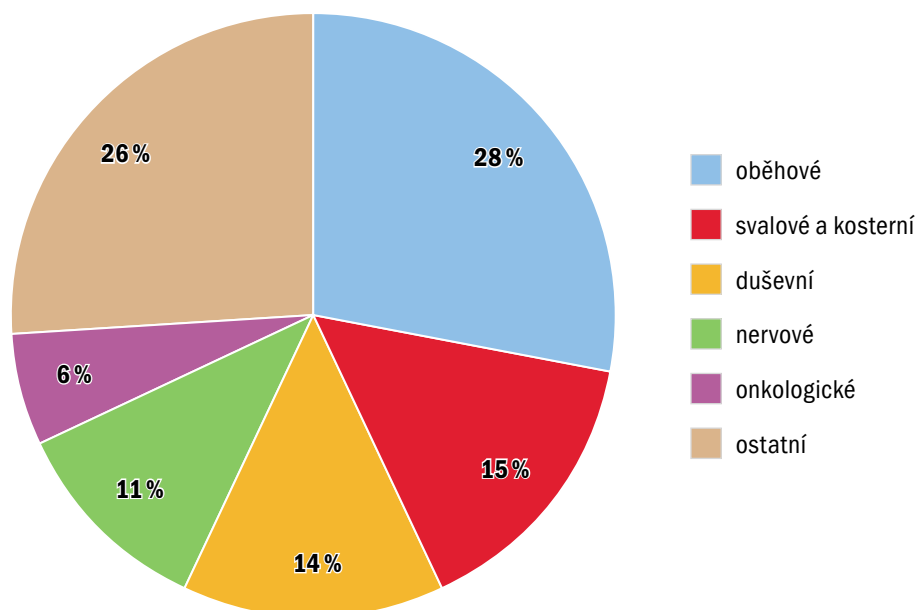
zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci podle zákona o sociálních službách při zvládání základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti. O nároku na příspěvek na péči rozhoduje s účinností od 1. 1. 2012 krajská pobočka Úřadu práce na základě posudku LPS OSSZ o stupni závislosti jako jednoho z podkladů pro rozhodnutí.

Novelou zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, byl s účinností od 1. 1. 2012 zaveden nový, ucelenější a přehlednější systém posuzování stupně závislosti pro účely příspěvku na péči podle schopnosti zvládat základní životní potřeby s možností využití posudku i pro účely poskytování dávky mobility a průkazu osoby se zdravotním postižením. Do deseti základních životních potřeb byly agregovány dřívější úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti (36 úkonů, 129 činností). Deset základních životních potřeb odpovídá deseti oblastem testu ADL (Activity of Daily Living, test Bartelové). Zákon z hlediska nároku na příspěvek na péči vymezuje dvě skupiny osob – do 18 let věku a nad 18 let věku. Základními vstupy pro posouzení stupně závislosti LPS jsou: sociální šetření prováděné sociálním pracovníkem krajské pobočky Úřadu práce, kdy při sociálním šetření se zjišťuje schopnost samostatného života osoby v přirozeném sociálním prostředí, nálezy ošetřujících

lékařů osoby a výsledky vlastního vyšetření posuzujícím lékařem. Výchozím momentem pro uznání stupně závislosti je prokázání dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Při posuzování stupně závislosti se hodnotí funkční dopad dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu na schopnost zvládat 10 základních životních potřeb; v případě osob do 18 let věku jen 9 základních životních potřeb. Za základní životní potřeby se považují: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost (která se hodnotí jen v případě osob starších 18 let věku). V případě osob do 18 let věku pak zákon stanovuje odchylný postup, kdy se nehodnotí schopnost zvládat základní životní potřeby, neboť děti do určitého věku z důvodu svého věku a tomu odpovídajícího stupně biopsychologického vývoje fyziologicky základní životní potřeby nezvládají. Péči, pomoc a dohled jim vždy do určitého věku a v určitých oblastech poskytuje rodič nebo blízká osoba nebo vzhledem k svému věku zvládají jen některé aktivity (za podmínku dopomoci nebo pravidelného dohledu). Zákon proto stanoví zásadu hodnocení potřeby mimořádné péče, kterou se rozumí péče, která svým rozsahem, intenzitou nebo náročností podstatně přesahuje péči poskytovanou osobě téhož věku. Zákonná právní úprava obsahuje základní zásady hodnocení, jako jsou: příčinná souvislost



Nejčastější zdravotní příčiny závislosti osob starších 18 let v roce 2011



mezi dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem a neschopností zvládat základní životní potřebu, nepřihlížení k pomoci, péči nebo dohledu, který nevyplyvá z dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu („hyperprotektivní péči“), hodnocení schopnosti zvládat základní životní potřebu s využitím zachovaných potenciálů, kompetencí, běžných pomůcek, prostředků a vybavení domácnosti a veřejných prostor („facilitátorů“), hodnocení schopnosti péče o zdraví jen ve vztahu ke konkrétnímu zdravotnímu postižení fyzické osoby a režimu stanovenému ošetřujícím lékařem. V souvislosti se změnou způsobu posuzování stupně závislosti v zákoně o sociálních službách byla novelizována i vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Podstatou „posudkové části“ novely vyhlášky je podrobnější stanovení způsobu hodnocení schopnosti zvládat základní životní potřeby a vymezení obsahu základních životních potřeb prostřednictvím aktivit.

Nejčastější zdravotní příčiny stupně závislosti osob mladších 18 let jsou poněkud odlišné a jsou jimi poruchy duševní a poruchy chování (zejména autismus a mentální retardace) – cca 38 %, poruchy nervové soustavy (zejména dětská mozková obrna) – cca 17 %, vrozené vývojové vady (zejména m. Down a vrozené deformity) – cca 9 %, po-

ruchy zažívací a metabolické (zejména celiakie, diabetes mellitus) – cca 5 %, poruchy dýchacího systému – cca 5 %, onkologická postižení – cca 4 %.

V prosinci 2011 byl příspěvek na péči vyplácen 300,8 tis. osob, z toho pro stupeň závislosti I 106,3 tis. osob (35,3 %), pro stupeň závislosti II 96,5 tis. osob (32,1 %), pro stupeň závislosti III 60,4 tis. osob (20,1 %) a pro stupeň závislosti IV 37,6 tis. osob (12,5 %). Pokud srovnáme současný stav v oblasti závislosti a příspěvku na péči se situací před nabytím účinnosti zákona o sociálních službách, tj. před 1.1.2007, kdy k zajištění potřeby pomoci, péče nebo dohledu osobám se zdravotním postižením a k zajištění mimořádné péče o dítě dlouhodobě těžce zdravotně postižené se sníženou soběstačností existovaly dvě dávky, a to zvýšení důchodu pro bezmocnost a příspěvek při péči o osobu blízkou, lze uvést, že během krátké doby značně (cca o 70 tisíc) vzrostl počet osob, které vyžadují každodenní potřebu pomoci, péče nebo dohledu druhé osoby (poživateli příspěvku na péči). Přitom se v tak krátké době zdravotní stav populace v České republice nezměnil. V této souvislosti se tedy nabízí řada otázek k zamýšlení i k analýze, proč k tomu došlo.

LPS zasílá stejnopis posudku o stupni závislosti krajské pobočce Úřadu práce, která rozhoduje o nároku na příspěvek na péči.

O odvolání proti rozhodnutí krajské pobočky Úřadu práce rozhoduje MPSV.

■ Dávky pro osoby se zdravotním postižením

Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, upravuje poskytování peněžitých dávek osobám se zdravotním postižením určených ke zmírnění sociálních důsledků jejich zdravotního postižení a k podpoře jejich sociálního začleňování a průkaz osoby se zdravotním postižením. Peněžitými dávkami jsou příspěvek na mobilitu a příspěvek na zvláštní pomůcku. O dávkách podle citovaného zákona rozhoduje krajská pobočka Úřadu práce na základě posudku LPS OSSZ jako jednoho z podkladů pro rozhodnutí. Citovaná právní úprava s účinností od 1. ledna 2012 nahradila předchozí právní úpravu: zákon č. 100/1988 Sb. ve znění pozdějších předpisů, vyhlášku č. 182/1991 Sb. ve znění pozdějších předpisů a systém sociálních dávek a mimořádných výhod pro těžce zdravotně postižené občany. Do 31.12.2011 bylo rozhodující podmínkou pro nárok na mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany prokázání podstatného omezení pohybové nebo orientační schopnosti. Proto bylo v rámci sociální reformy a zákona č. 329/2011 Sb. přistoupeno k víceúčelovému využití posudku o stupni závislosti na základě hodnocení základních životních potřeb. Dvě z hodnocených základních životních potřeb, tj. schopnost mobility a schopnost orientace, odpovídají předchozímu hodnocení pohybových nebo orientačních schopností a jejich podstatnému omezení. Uvedeným mechanismem tak bylo možno zajistit kontinuitu s dřívějším pojetím mimořádných výhod pro těžce zdravotně postižené občany.

■ Průkaz osoby se zdravotním postižením

Osobám, kterým byl podle zákona o sociálních službách přiznán příspěvek na péči, a osobám, kterým byl přiznán příspěvek na mobilitu nebo příspěvek na zvláštní pomůcku, vydává krajská pobočka Úřadu práce podle jiného právního předpisu kartu sociálních systémů („S karta“), která současně v zákonem stanovených případech slouží jako průkaz osoby s těžkým zdravotním postižením (§ 34 zákona č. 329/2011 Sb.). Tzv. víceúčelové využití posudku o stupni závislosti umožňuje osobám, které byly



Podpora vzdělávání je prý nedostatečná

Podpora specializačního vzdělávání lékařů je nedostatečná, dotace na rezidenční místa není motivační. Upozornil na to 10. listopadu sněm spolku Mladých lékařů. Ministr zdravotnictví doc. MUDr. Leoš Heger, CSc., jim víc peněz nepřislíbil, nemocnice by ale podle něho měly víc nabízet rezidenční místa na dobu určitou.

Takzvaná rezidenční místa jsou určena lékařům, kteří ukončili studium na lékařské fakultě a připravují se na atestaci. „Nemocnice, když lékaře přijme, tak mu mnohdy dá ve fakultní nemocnici smlouvu pouze na 0,1 úvazek a platí ho za 0,1 úvazku, přitom očekává, že bude pracovat na celý úvazek“, vysvětlil předseda Mladých lékařů MUDr. Jiří Šedo. Lékaři se pak také třeba musejí zavázat, že budou několik let pracovat v dané nemocnici, protože když si zařízení mladého specialistu vychová, nechce jej ztratit. „Mobilita je nutná“, řekl k tomu L. Heger. Pokusí se vyvíjet tlak na velká akreditovaná zařízení, aby umožňovala vzdělávání většímu počtu mladých lékařů po omezenou dobu. Ve velkých zařízeních se podle ministra začínající lékaři seznámí se svým oborem lépe a komplexněji. L. Heger ale zároveň upozornil, že není možné dát do zákona nemocnicím povinnost lékaře vzdělávat. Ministr připomněl svou pracovní zkušenost z USA, kde jsou prý doktoři po postgraduálním studiu mnohdy na úrovni českých primářů. To je podle něho možné nejen díky intenzivnějšímu vzdělávacímu systému, ale i dotovanému programu vzdělávání. „On (ministr) to srovnává se stavem ve Spojených státech, kde systém vzdělávání funguje perfektně, nicméně na něj jsou vynakládány snad deseti- či až stonásobně vyšší prostředky než v České republice“, řekl Šedo. Heger ale mladým lékařům víc peněz neslabil. Stát dává každý rok na vzdělávání mladých lékařů půl miliardy korun, dotace na jednoho lékaře je zhruba 5000 korun měsíčně. V programu rezidenčních míst dostávají peníze všichni uchazeči ve společném programu v prvních dvou letech a u vybraných oborů po celou dobu vzdělávání. Pro 200 rezidenčních míst je určena podpora po celou dobu vzdělávání a pro 800 míst jen pro základní v délce 24 měsíců.

Zdroj: ČTK, 12. 11. 2012

uznány závislými ve stupni I až IV, přiznat průkaz osoby se zdravotním postižením. Jednotlivé stupně závislosti odůvodňují přiznání průkazu osoby se zdravotním postižením: TP – pokud je uznán stupeň závislosti I, ZTP v případě stupně závislosti II a ZTP/P v případě stupně závislosti III a IV. Nárok na průkaz ZTP mají rovněž osoby starší 18 let věku, které nejsou schopny zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace z důvodu úplné nebo praktické hluchoty. Nárok na průkaz ZTP/P mají v souladu s citovaným ustanovením i osoby, které nejsou schopny zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace. Pokud posudek o stupni závislosti nebyl vydán nebo došlo ke změně zdravotního stavu nebo nebyl uznán žádný stupeň závislosti, je vyžadováno pro účely řízení o přiznání průkazu osoby se zdravotním postižením nové posouzení zdravotního stavu a schopnosti zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility a orientace a posouzení stupně závislosti podle § 35 citovaného zákona.

Dávka mobility

Nárok na příspěvek na mobilitu podle § 6 zákona č. 329/2011 Sb. má osoba starší 1 roku, která není schopna zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace; současně zákon stanovuje další „nezdravotní“ podmínky nároku na příspěvek. Schopnost osob zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace se posuzuje podle zákona o sociálních službách stejným způsobem jako pro účely příspěvku na péči. Jestliže byl zdravotní stav žadatele o příspěvek na mobilitu již posouzen pro účely příspěvku na péči podle zákona o sociálních službách, vychází krajská pobočka Úřadu práce při rozhodování o příspěvku na mobilitu z tohoto posudku. V ostatních případech požádá krajská pobočka Úřadu práce OSSZ o posouzení schopnosti zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace.

Příspěvek na zvláštní pomůcky

Nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku má osoba, která má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí anebo těžké sluchové postižení anebo těžké zrakové postižení charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a její zdravotní stav nevylučuje přiznání tohoto příspěvku. Zdravotní postižení charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu odůvodňující přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku a zdravotní stavy vylučující jeho přiznání jsou uvedeny v příloze k zákonu č. 329/2011 Sb. Citovaný

zákon stanoví další „nezdravotní“ podmínky nároku na poskytnutí příspěvku, jako např. věk, účel zvláštní pomůcky, provedení pomůcky a výši příspěvku na zvláštní pomůcku. Vyhláška č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, v příloze č. 1 stanoví seznam druhů a typů zvláštních pomůcek určených osobám se zdravotním postižením, na jejichž pořízení se poskytuje příspěvek na zvláštní pomůcku, a v příloze č. 2 dovednosti vodicího psa. Zdravotní stav žadatele o příspěvek na zvláštní pomůcku posuzuje na žádost krajské pobočky Úřadu práce LPS OSSZ. Přitom zkoumá, zda jde o zdravotní postižení charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu odůvodňující přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku a zdravotní stavy vylučující jeho přiznání podle přílohy k zákonu č. 329/2011 Sb.

Závěr

Lékařská posudková služba sociálního zabezpečení je významnou složkou resortu práce a sociálních věcí, která má vliv na výplatu dávek ze sociálních systémů v rozsahu až 90 miliard Kč ročně. Lékařská posudková činnost vykonávaná v sociálním zabezpečení je odbornou činností nezbytnou pro provádění řady systémů sociálního zabezpečení a zaměstnanosti a poskytování dávek podmíněných nepříznivým, resp. dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem. Proto je nezbytné, aby LPS byla vždy odborně připravena reagovat a řešit v oblasti své působnosti potřeby změn a modernizaci systémů sociální ochrany v souladu s pokroky lékařské vědy i potřebami systémů. LPS se neobejde bez úzké spolupráce s ošetřujícími lékaři a pro její činnost je stěžejní, aby disponovala podrobnými a kvalitními podklady o zdravotním stavu posuzovaných osob od ošetřujících lékařů, neboť od spolehlivosti podkladových nálezů se odvíjí i kvalita výkonu LPS. Odborná, kvalitní, spolehlivá a včasná činnost LPS přispívá ke stabilitě a důvěryhodnosti systémů sociální ochrany.

*MUDr. Alena Zvoníková
Odbor posudkové služby MPSV
Na Poříčním právu 1
128 00 Praha 2
E-mail: alena.zvonikova@mps.v.cz*



Posuzování zdravotní způsobilosti ke sportu v ordinaci PLDD

MUDr. Dalibor Pastucha, Ph.D., MBA

Klinika Tělovýchovného lékařství a kardiovaskulární rehabilitace FN a LF UP Olomouc

V ordinaci PLDD se s problematikou posuzování zdravotní způsobilosti pro sportovní aktivity setkáváme nejčastěji ve dvou zcela protichůdných situacích. Jednak z důvodu žádosti o osvobození z tělesné výchovy (TV), nebo naopak žádosti o uznání zdravotní způsobilosti ke sportovní aktivitě. V obou situacích je stávající legislativa insuficientní a chybějí jasná indikační, ev. kontraindikační kritéria, kterých by se mohl lékař jednoznačně držet.

■ Osvobození z tělesné výchovy

V současné době se velká část naší dětské populace ocitá v pásmu hypokineze. Poslední studie provedená na české dětské populaci prokázala, že **tři čtvrtiny českých dětí nesplňují mezinárodní doporučení pro pohybovou aktivitu a nedosahují na doporučených 60 minut pohybové aktivity každý den v týdnu**. Řada dětí nemá žádnou jinou pohybovou aktivitu než právě TV ve škole. I přesto stále přibývá žadatelů o „osvobození“ z TV. Je alarmující, že nejvíce těchto žádostí přichází právě od rodičů obézních dětí, pro které je pohyb nezbytnou součástí jejich terapie.

Je pravdou, že pro morbidně **obézní dítě** mohou některé typy sportovních aktivit představovat riziko poškození pohybového aparátu (přetížení nosných kloubů, oploštění nožní klenby aj.). V tomto případě však jednoznačně doporučujeme „částečné osvobození“ především pro dlouhé běhy, skoky a doskoky s nekoordinovaným dopadem. Vhodné jsou cviky s odlehčením těžiště těla např. vleže, vsedě, plavání či aquagymnastika ve vodě, vytrvalostní aktivity s mírnější intenzitou zátěže a postupným zvyšováním zátěže, cviky zaměřené na dechovou gymnastiku, hybnost bránice a posílení neuromuskulární kordinace a zvyšování posturální stability, metody tzv. funkčního tréninku (např. cvičení na balančních podložkách, velkých míčích, TRX, systém Gravity apod.)

Relativní indikací k částečnému omezení tělesné výchovy může být také nedostatečně kompenzovaná **hypertenze**. V tomto případě nejsou vhodné aktivity silového charakteru, především cviky v leže a ve svislé poloze. Důležitou roli hraje také pravidelnost

dýchání v průběhu cvičení, pacienta je zapotřebí upozornit na nutnost správného výdechu v tlaku. Naopak vhodné jsou všechny aerobní vytrvalostní aktivity střední a nižší intenzity, které podporují pokles systolického tlaku.

Částečné, přechodné osvobození doporučujeme také u dětí v akutní fázi **Morbus Osgood-Schlater**. Jedná se o entezopatii vzniklou v důsledku přetížení úponu Musculus quadriceps femoris na tuberositas tibiae. S tímto onemocněním se nejčastěji setkáváme u chlapců před uzavřením jejich růstových štěrbin v období akcelerace jejich růstu. Více jsou ohroženi chlapci s vyšší zátěží dolních končetin (např. kopaná, lední hokej, běžci...). V případě potvrzení této diagnózy (zlatým diagnostickým standardem je prostý RTG snímek, ev. UZ vyšetření kolenního kloubu). Doporučujeme omezení dlouhých běhů, skoků a doskoků. Úplný zákaz sportu u těchto dětí není vhodný, neboť u dětí dosud intenzivně a pravidelně sportujících může vést k rozvoji abstinčních prodomů.

Indikace k úplnému osvobození z TV jsou stále vzácnější a měly by být vždy podloženy doporučením specialisty (kardiolog, tělovýchovný lékař, neurolog, endokrinolog aj.).

■ Uznání zdravotní způsobilosti pro sportovní aktivity

V současné době prochází legislativa řadou změn, zákon o sportu se připravuje a posuzování ke zdravotní způsobilosti vychází z platného zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, dle kterého se zdravotní způsobilost k:

- tělesné výchově v rámci vzdělávacích programů a uvolnění z vyučování v předmětu tělesná výchova a ke sportu pro všechny posuzuje a lékařský posudek vydává registrující poskytovatel, pro děti tedy **PLDD**
- výkonnostnímu sportu v organizovaných sportovních soutěžích posuzuje a lékařský posudek vydává registrující poskytovatel (**PLDD**) nebo **poskytovatel se specializací v oboru tělovýchovné lékařství**,
- vrcholovému sportu, ke sportovní reprezentaci státu a její přípravě posuzuje a lékařský posudek vydává **poskytovatel se specializací v oboru tělovýchovné lékařství**; vrcholovým sportem pro účely tohoto zákona se rozumí oblast sportu, která zahrnuje státní sportovní reprezentaci a přípravu talentovaných sportovců k této reprezentaci, kterými jsou členové resortních sportovních center nebo sportovních center mládeže a obdobných zařízení pro přípravu sportovců.

Praktičtí dětské lékaři mají možnost si vyžádat vyšetření tělovýchovným lékařem v případě, že si nejsou jisti vhodností sportovní aktivity při některém z onemocnění dítěte, v tomto případě se však nejedná o preventivní prohlídku, ale o konziliární vyšetření, ke kterému pacienta odesílají s žádankou. V případě preventivní prohlídky tělovýchovným lékařem a rozhodnutí o zdravotní způsobilosti ke sportovní aktivitě u zdravého dítěte není žádanka vyžadována a prohlídka by neměla být hrazena zdravotní pojišťovnou, ale **přímo úhradou žadatele!**



Doporučený rozsah prohlídky PLDD u žadatelů skupiny a) ev. b) – viz výše:

- základní anamnestické vyšetření
- základní antropometrická měření (výška, váha, BMI percentil), visus
- základní laboratorní vyšetření (moč chemicky)
- základní klinické vyšetření za klidových podmínek s posouzením zdravotního stavu vzhledem k pohybové aktivitě (krevní tlak, tepová a dechová frekvence).
- zařazení do zdravotní skupiny v tělesné výchově a sportu (v současné době se postupně upouští od klasické klasifikace I–IV, ale řada sportovních oddílů toto zařazení vyžaduje na svých formuláři).
- zpráva učiteli či trenérovi v případě nutnosti omezení konkrétních sportovních aktivit.

V případě odchylky od fyziologických hodnot, minimálně vždy i u zdravých dětí před započítáním sportovní aktivity, dále vždy u dětí s výskytem náhlé smrti v rodinné anamnéze, synkopou v anamnéze a dětí již dispenzarizovaných s jiným chronickým onemocněním je vhodné žadateli doporučit prohlídku tělovýchovným lékařem.

Doporučený rozsah prohlídky TVL lékařem:

- anamnéza osobní, rodinná a sportovní (v rozsahu Lausannských doporučení)

Tab 1. Rozdělení výkonnostních skupin

Skupina I	sport bez omezení	Školní TV bez omezení
Skupina II	sport s částečným omezením	Školní TV s úlevami
Skupina III	relativní kontraindikace ke sportu	Školní TV nevhodná
Skupina IV	absolutní kontraindikace ke sportu	Školní TV nevhodná

- základní laboratorní vyšetření (FW, moč chemicky, další lab. vyš. dle indikace)
- antropometrické vyšetření s posouzením tělesného rozvoje
- klinické tělovýchovnělékařské vyšetření (vyšetření interní včetně klidového EKG, pohybového systému, orientačně dermatologické vyšetření)
- vyšetření zraku a sluchu
- zátěžový test kardiovaskulárních funkcí a jeho vyhodnocení (dvoustupňová ergometrie s výpočtem W170 nebo W170/kg, ergometrie do maximální zátěže, spiroergometrie – stanovení $\text{VO}_2\text{max/kg}$, stanovení anaerobního prahu atd.)
- pomocná a doplňková vyšetření dle indikace lékaře
- zařazení do zdravotní skupiny v tělesné výchově a sportu
- vyjádření k tréninku a závodění včetně zprávy trenérovi v případě nutnosti – omezení sportovních aktivit.

Aktuálně se postupně upouští od zařazování sportovců do tzv. výkonnostních skupin, nicméně s požadavkem na zařazení se často můžeme setkat ze strany jednotlivých sportovních oddílů, proto je schematicky uvádím v tabulce.

Závěrem lze konstatovat, že za posudkový závěr sportovní prohlídky odpovídá lékař (PLDD nebo TVL lékař), který sportovní prohlídku potvrdil. Odpovědnost za absolvování této tělovýchovnělékařské prohlídky však vždy nese samotný sportovec. Pokud sportovec nemá platnou prohlídku v souladu s výše uvedenými zásadami, odpovědnost za případné poškození zdraví nebo smrt při organizovaném sportu nese jeho sportovní svaz, organizátor soutěže nebo rozhodčí. Případnou míru zavinění by určil soud.

Ještě k posuzování k TV a sportu

V loňském roce připomínkovala OSPDL ČLS JEP návrh vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR o zdravotní způsobilosti dětí a dorostu k tělesné výchově a sportu. V souvislosti s nárůstem obezity v dětském a dorostovém věku se obrátila v listopadu 2011 k výboru České společnosti tělovýchovného lékařství s výzvou o spolupráci při vypracování materiálu určeného pro PLDD, který by mohl být určitým návodem k provádění sportovních prohlídek u dětí a dorostu.

Vzhledem k tomu, že dosud nevyšla výše zmíněná vyhláška ani nebyl vypracován doporučující návod pro PLDD k posuzování dětí a dorostu k TV a sportu, je článek primáře Pastuchy k této problematice dobrým vodítkem.

Při této příležitosti své kolegy upozorňuji na knížku Pohyb v terapii a prevenci dětské obezity autora Dalibora Pastuchy a kolektivu. Velmi podrobně a srozumitelně vysvětluje obezitu, její podstatu a důsledky, přes vývoj pohybového aparátu a potřebu pohybových

aktivit v dětském věku. Rozebírá zásady při zatěžování mladého organismu a možnosti a vhodnost pohybových aktivit pro skupinu obézních pacientů. Je dobrým rádcem a pomocníkem pro PLDD v jejich posudkové činnosti.

OSPDL ČLS JEP dlouhodobě věnuje velkou pozornost výživě, jejím poruchám ať ve smyslu nadměrného, nebo nedostatečného příjmu. Mnozí z nás jsme zapojeni do různých projektů a studií vývoje hmotnostních a růstových parametrů dětské populace od kojeneckého po školní věk (projekty Procházka, doc. Kunešová, které mají pokračování, díky spolupráci PLDD).

Být dobrým výchovným poradcem k odpovědnosti jedince za své zdraví je součástí naší každodenní činnosti, být vzdělaným a erudovaným ochráncem svěřených pacientů by mělo být naším cílem.

Olga Roškotová
vědecký sekretář OSPDL ČLS JEP



Kazuistiky předškolního věku

MUDr. Ulrika Barčáková

FN Motol Praha

■ Specifika předškolního věku

Zásadní z pohledu vedení obézních dětí v předškolním věku je:

1. rodinné zázemí a důsledné dodržování režimových opatření ze strany všech rodinných příslušníků – ideální model – práce s celou rodinou – oba rodiče + sourozenci, případně prarodiče.
2. „zdravé prostředí“ v kolektivních zařízeních – MŠ, mateřská centra

Pro ilustraci, jaká je skutečná aktuální situace, přikládám zprávu pro MŠ:

Vzhledem k závažné obezitě u Lucinky prosím o možnost úpravy v jídelníčku i v rámci MŠ:

1. trvalý přístup k nedoslazovaným tekutinám bez cukru – čistá pramenitá voda, nesladký ovocný čaj.
2. možnost domácích ovocně-zeleninových dopoledních svačinek

Děkuji mockrát za spolupráci!

■ Základní stravovací návyky

- Děti předškolního věku tvoří asi 15 % pacientů dětské obezitologické ambulance FN Motol
- Rodinu je třeba naučit dodržovat stravovací návyky
- Jídlo 5× denně u stolu, bez TV, dostatek vhodného pití (ne sladké ovocné šťávy, přeslazené čaje), dostatek ovoce a zeleniny
- Pravidelná pohybová aktivita, která dítě baví – procházky se psem, koloběžka, kolo, míčové hry
- Umění odmítnout na návštěvě sladkosti, dorty pro dítě, dát jogurt, ovoce
- Poučít i prarodiče a ostatní rodinné příslušníky

■ Pacientka č. 1

- Vstup do programu ve věku: 3 roky – obezita s nadměrným vzrůstem
- Odeslána OL, vstupní míry: 111,5 cm, 26 kg, BMI 21,9 (SD 3,53)
- nárůst hmotnosti prakticky od narození, jinak dítě celkově bez obtíží, močení, stolice v normě
- OA: IVF, rizikové těhotenství – bez komplikací, amniocentéza – karyotyp 46, XX, porod v termínu spont., záhlaví, 3620/51 cm, nekříšená, bez komplikací.
- Kojena 14 měsíců.
- AA: konkrétní alergen nezjištěn
- FA: Seretide 1 vdech 2× denně, Zyrtec sezónně, Isoprinosin, Ventolin
- Disp.: alergologie
- V RA: matka drobné štíhlé postavy, manažerka v cestovním ruchu, otec obezita 1. st., manažer IT, starší sestra, 20 let, štíhlá
- Ze strany rodičů matky – matka DM II. typu na inzulinu, od 55 let, otec obezita, DM na PAD, hypertenze, ze strany otce – otec DM II. typu na inzulinu – umřel na komplikace cukrovky v 57 letech
- Zájmy: TV denně asi 1,5 hod, PC ne (prozatím ☺), sportovní aktivity: 1× týdně tanečky a 1× pidi-balet, 1× týdně tenis a 1× týdně kurs zdravého vaření
- Snídá pravidelně, v jídelníčku ale často přeslazené tučné mléčné výrobky, větší porce, jídlo i 7–9× denně, rádoby „zdravé“ sladkosti se sklenicí mléka v jedné porci, sladké pití.
- V chování patrný neklid, hyperaktivita, silná fixace na matku, v zátěži s náznaky agresivity vůči matce
- V odběrech: normální funkce štítné žlázy i hladina IGF-1, výsledky steroidního spektra jsou v pořádku, v lipidogramu vyšší LDL, jinak ostatní odběry v normě.
- Vzhledem k věku nástupu obezity, stupni obezity a nadměrnému vzrůstu doporučeno sledování endokrinologem, antropologem, psychologem a na genetice

- Kostní věk – mírně urychlen, odpovídá věku přibližně 4,5–5 let.
 - Antropologie: Výška: 109,6 cm (2,9 SD) vysoko nad normou
 - Hm: 26 kg (4 SD) vzhledem k výšce nad normou, BMI 21,6 (3,4 SD)
 - Sex. maturace: P1, M1+tuk
 - Stigmatizace: širší nos, širší krk, hypertelorismus.
 - Auxologické hodnocení:
 - podle výšky rodičů (matka 160 cm, otec 180 cm) bychom očekávali růst mezi 10. a 50. P. s cílovou výškou 163,5+/-8,5 cm. Porodní parametry byly nadprůměrné v mezích normy 3620 g/51 cm. Po šesti- neděli se začal nárůst výrazně urychlovat, přičemž stav výživy zůstal v normě mezi 25. a 50. P. Kolem 1 roku byla již délka na 90. P. Pacientka byla dlouho kojena. Po přechodu na batolecí stravu došlo k výraznému nárůstu hmotnosti a od 18. měsíce k rozvoji obezity.
 - Závěr: Makrozomie postnatálně, obezita, mírná stigmatizace.
- (Pozn.: výrazně podobná tatínkovi)
- Genetika: Chromozomální vyšetření: normální ženský karyotyp 46, XX. Vyšetření subtelomerických přestavb: výsledek vyšetření nesvědčí pro delecii ani duplikaci ve všech vyšetřovaných oblastech.
 - FISH – vyšetření zaměřené na delecii 16p11.2 – delecce nebyla prokázána
 - Zatím nebylo navrženo žádné další cílené podezření, doporučeno nadále sledování na endokrinologii, obezitologii, dívka ale ponechána i ve sledování genetiků
 - Pacient dochází na kontroly pravidelně po cca 6 týdnech, většinou jen v doprovodu matky, jen občas v doprovodu obou rodičů
 - Režimová opatření se rodina snaží dodržovat
 - Nastartovaná redukce potencionována 2× lázeňskou terapií s dobrým efektem – 1× Olivovna, 3týdenní pobyt, kde přes



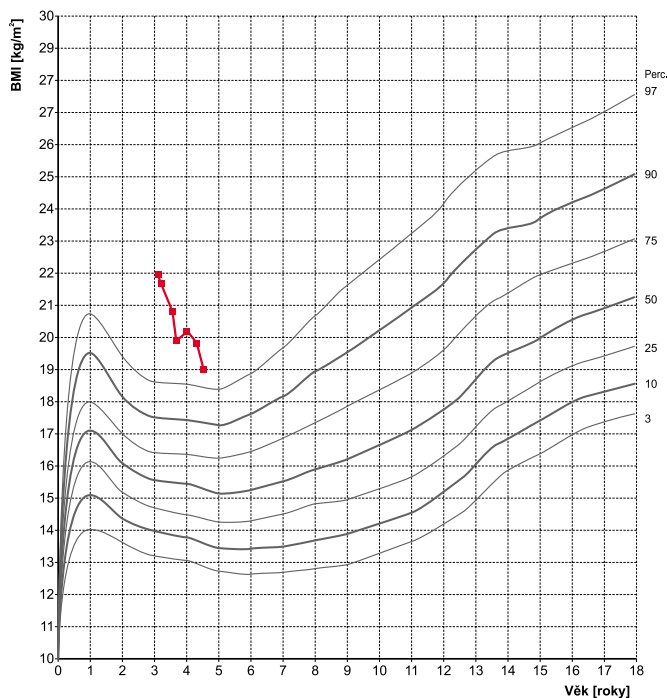
Dětský lékař.cz

Služby praktických lékařů pro děti a dorost České republiky

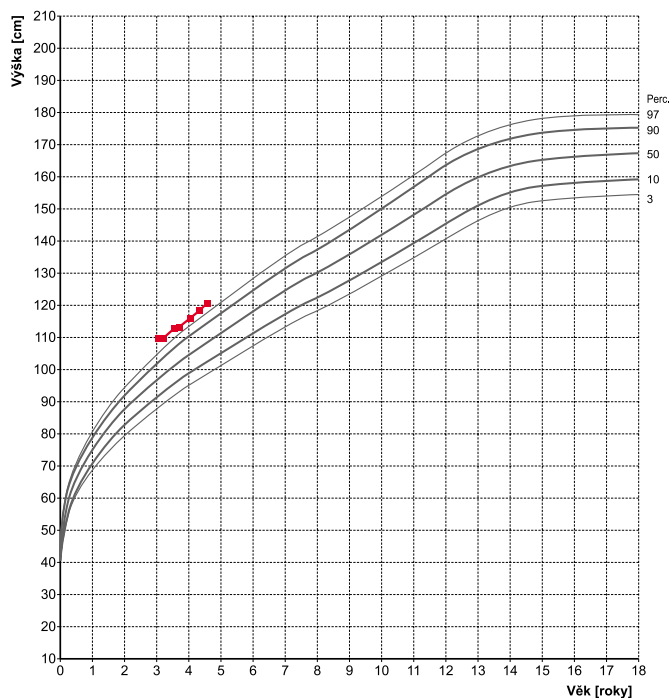




BMI, dívky



Tělesná výška, dívky



Pacient 1

veškerou snahu a dobrou spolupráci matky nebyla redukce hmotnosti úspěšná, pobyt komplikován bronchitidou, 1× Bludov, 5týdenní pobyt s úbytkem 1,8 kg (vstupní hm. 28,4 kg, výstupní 26,6 kg)

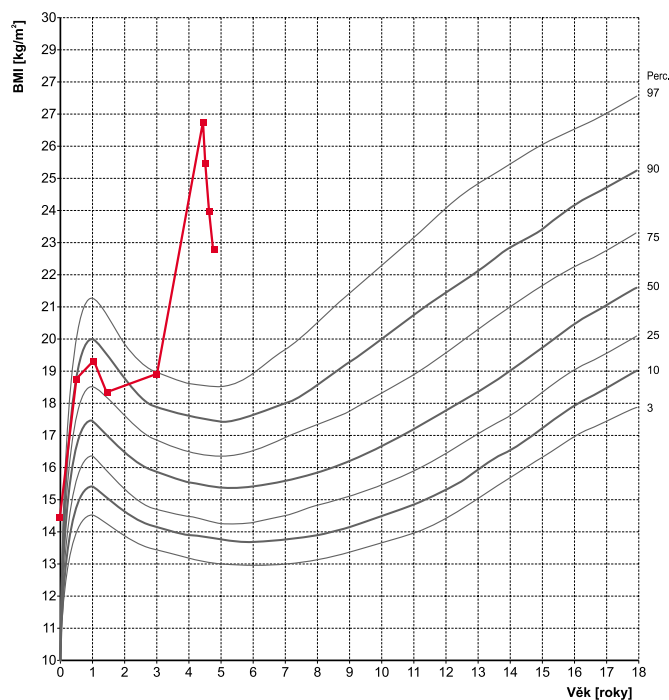
- Výstup: BMI při poslední kontrole 19,8; 2,54 SD (pokles z 21,9; 3,55 SD)
- Jídelníček s nastavením režimu jídel 5× denně, omezení tučných přeslazených mléčných výrobků a sladkostí, pitný režim doma výhradně nesladké tekutiny, ředěný džus jako společenský nápoj, PROBLÉM? – výhradně sladké pití ve škole! (nesmyslné obstrukce při požadavku o možnosti nošení nedoslazovaných tekutin z domova!!!)
- Pohybový režim dostatečný – organizované aktivity – 1× týdně plavání, 1× týdně gymnastika, 1× týdně pidi-balet, 1× týdně tenis, aktivní víkendy s rodiči – výlety, plavání.

Charakteristika: dominuje práce s matkou, otec podpora, ale spíše pasivní, motivována matka – sama štíhlá, pracující v zaměstnání, kde je vzhled velmi důležitý, důraz na systematickosti, edukace ve smyslu celoživotní úpravy životního stylu

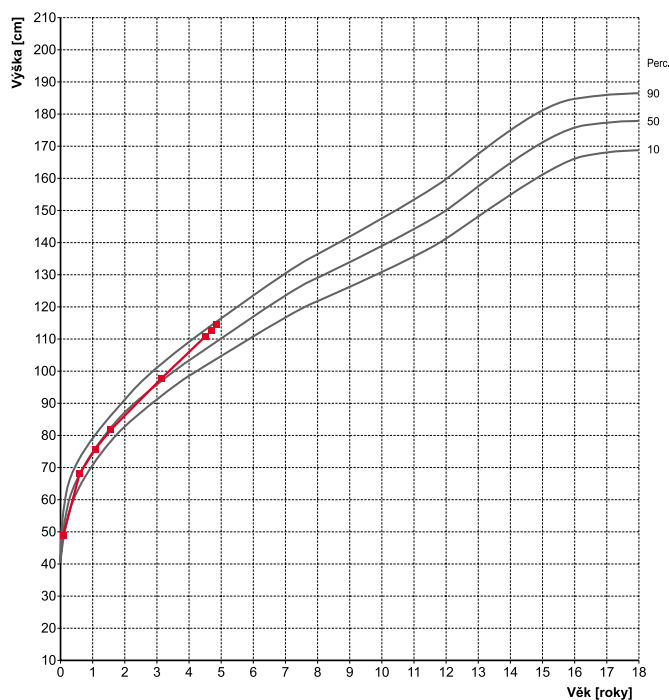
Prognóza: dobrá



BMI, chlapci



Tělesná výška, chlapci



Pacient č. 2

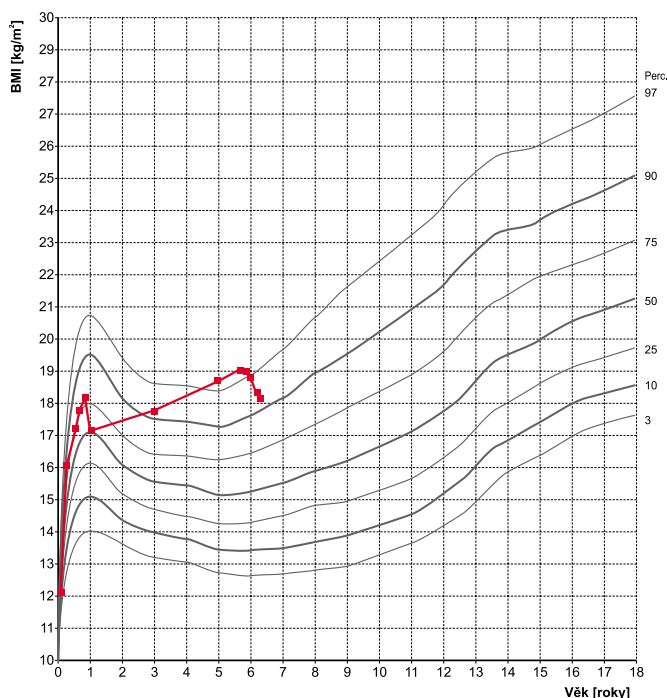
- Vstup do programu ve věku: 4 roky
- Odeslán OL, rodina motivovaná
- Vstupní míry: 32,5 kg, 113 cm, OP 24 cm, OB 77,5 cm, TK 105/65
- Do pásma obezity se dostává mezi 2. a 3. rokem, jinak bez obtíží, močení, stolice bpn, chuť do jídla výborná
- OA: z II. gravidity, donošený, p.h. 3600 g, 50 cm, poporodní adaptace nekomplikovaná, kojen 1 měsíc, dosud závažněji nestonal
- AA: 0
- FA: 0
- Míry rodičů: matka: 161 cm, 73 kg, pracuje jako prodavačka; otec: 182 cm, 124 kg, pracuje jako zedník; sourozenec: starší bratr, 9 let, štíhlý
- RA: matka chronické střevní zánětlivé onemocnění, matka matky měla DM 2. typu na inzulinu, ICHS, nefropatie, umřela v 60 letech, otec matky měl DM 2. typu na inzulinu+dna, ve 40 letech CMP, umřel na komplikace DM; otec zdravý, matka otce hypertenze, otec otce DM 2. typu na PAD; bratr zdravý
- SA: rodina úplná
- Dominik chodí do MŠ, sportovní aktivity: začínají kolo, odstrkovadlo
- Rodinné trávení víkendů: nákup; aktivně: málo, rodiče v práci i o víkendu, většinu víkendů tráví u prarodičů



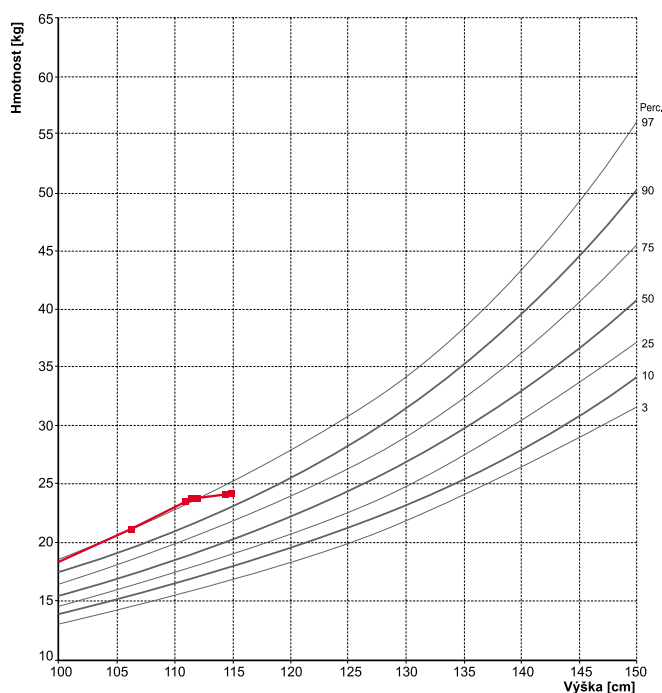
Pacient 2



BMI, dívky



Hmotnost / TV dívky, do období dospívání



Pacient 3

- Snídá velmi nepravidelně, oběd ve školce 5× týdně
- Objektivní nález bez pozoruhodností, stůj o širší bázi.
- Vydána brožura a pokyny.
- Kompletizace výsledků:
- KO+diff v normě, P-GLUK: 4.5 mmol/l
C-PEP: 431.3 pmol/l INSUL: 4.7 mIU/l
ALP: * 8.04 ukat/l AST: 0.45 ukat/l
ALT: 0.45 ukat/l GGT: 0.27 ukat/l AMS:
1.32 ukat/l BIL-CELIK: 8.2 umol/l KM:
267 umol/l UREA: 4.6 mmol/l KREA:
30 umol/l TRIGL: * 1.16 mmol/l CHOL:
4.6 mmol/l HDL-CHOL: 1.48 mmol/l LDL-
CHOL: * 2.20 mmol/l CRP-HS: 1.4 mg/l
TSH: 2.029 mIU/l FT4: 12.99 pmol/l FT3:
* 7.39 pmol/l PROL: 4.2 ug/l Kortizol:
155 nmol/l, GHBC: 43.00 mmol/mol
- Ve výsledcích jen vyšší LDL.

Antropologické vyšetření:

- Výška/Délka 114,7 cm (1 SD), vzhledem k výšce rodičů (M 161, O 182 cm) mírné urychlení
- Hmotnost 31,1 kg (3,7 SD), H/V nad 97. P., BMI 23,6 (3,8 SD),
- Tělesné složení: Tloušťka kožních řas nad normou. Obvod paže 24 cm (3,2 SD), obvod břicha 74 cm (3,2 SD), obvod hrudníku 72 cm (5,9 SD). Robusticita skeletu je rovněž nadprůměrná.



- Proporcionalita: v mezích normy, poněkud delší dolní končetiny, větší hrudník. Délka chodidla 18,8 cm – dlouhé.
- Asymetrie: nevýznamná
- Sexuální maturace: P1, testes 2/2 ml
- Závěr: Obezita, mírné urychlení růstu. Neprokazují markery některého ze známých syndromů spojených s obezitou. Výrazná podoba celkového tělesného habitu s otcem.
- Pohyb – plavání, pravidelné procházky, rodina jezdí na chalupu – turistika
- Jí za stolem, televize je vypnutá

Charakteristika: práce s celou rodinou, otec aktivní podpora, matka motivována – sama zlepšení zdravotního stavu, důraz na udržení úpravy životního stylu v ideálním případě natrvalo

Prognóza: dobrá

■ Pacientka č. 3

- Vstup do programu ve věku: 5 let s obezitou 1. stupně
- Přicházejí sami, bez doporučení
- Nárůst hmotnosti od 3 let, holčička jinak bez obtíží, močení bpn, stolice 1–2× denně, chuť do jídla výborná
- Vstupní míry: 23,6 kg, 112 cm, OP 19,9 cm, OB 65 cm, BMI 19 (SD 2,01), TK 100/65
- V odběrech – jen lehce nižší hodnota HDL-CHOL: * 0.93 mmol/l, jinak vše včetně hormonů ŠŽ v normě
- AA: plísňe, roztoče
- FA: Zyrtec
- z OA: porod v termínu, 50 cm, 3,03 kg, kojena do 2. roku
- Oba rodiče atletické postavy, štíhlí, výrazně sportovně založení
- Mladší sestra 3,5 let, 15 kg, 95 cm
- V RA: jen hypotyreóza na substituční th u matky, jinak bez pozoruhodností
- V jídelníčku pravidelnost vzorná, pitný režim s dominantní převahou nesladkých tekutin
- Zájmy, záliby: 1× týdně plavání, 1× týdně Sokol, v létě jízda na kole, v zimě lyžování
- Z dalších nepohybových aktivit – předškolní příprava, keramika, angličtina
- Víkend – výlety s rodinou s vydatnou pohybovou aktivitou
- Zajímavost: počet TV v domácnosti: 0, PC 2, ale jen jako pracovní nástroje rodičů
- Obj. nález bez nápadností, jen vadné držení těla s výraznou bederní lordózou a povolenými břišními svaly

- V čem je chyba?
- Při 2. kontrole u nás hmotnost stagnuje, komplikace – pacientka po úraze – po pádu ze 3 metrů na nohy a záda (z kruhů) s následkem v.s. kompresivní fraktury Th 8–Th 12 a drobného kontuzního ložiska horního pólu P ledviny
- Obj.: chůze o berličích, pohybový režim prakticky nulový
- V jídelníčku ale patrné výrazné zlepšení v častosti podávání zeleniny a ovoce, zmenšeny porce, hlavně večer
- Po 2 měsících chůze o berličích opět pohybový režim bez omezení
- Jídelníček vzorný, klasické sladkosti max. 1× týdně, většinou v kontextu s organizovanými sportovními aktivitami! (paradox?) – sladké odměny v soutěžích, občasné sušenky, koblihy v rámci školního oběda
- Při poslední kontrole již jen v pásmu nadváhy

Charakteristika: práce s celou rodinou, výrazně motivování, potřebné jen malé úpravy, důležitá trpělivost, edukace
Prognóza: velmi dobrá s cílem zařazení do pásma normální hmotnosti

■ Shrnutí

- Redukovat hmotnost lze u dětí předškolního věku velmi úspěšně.
- Základem boje proti obezitě u dětí ale zůstává bezpodmínečně prevence!
- Začínat s prevencí ve školním věku je pozdě!
- Americké děti protestují proti zdravějšímu jídlu na školách! – aktuální zpráva
- Ve Spojených státech v rámci boje s obezitou podepsal prezident Barack Obama v roce 2010 zákon „o zdravých, nehladovějících dětech“, v rámci kterého je do škol dodáváno zdravější a méně kalorické jídlo. U studentů se ale postup nesesetkal s kladným ohlasem.
- Na protest proti zdravějšímu jídlu natočili video s výstižným názvem „We Are Hungry“ (Máme hlad), kde jsou zachyceni ve třídách nebo při tělocviku, jak kolabují z hladu, nebo studenti pašující tajně do třídy kalorické jídlo, aby neměli hlad.

■ Ministr posílil svůj vliv ve správní radě VZP

Dlouho očekávaný krok ministra zdravotnictví L. Hegera (TOP 09) se stal skutečností, vláda na svém střeďechním jednání schválila změny ve správních radách zdravotních pojišťoven. Hegerův resort získá větší vliv ve správní radě Všeobecné zdravotní pojišťovny. Vláda při svém střeďechním jednání na návrh Leoše Hegera odvolala 12 členů správních rad zdravotních pojišťoven a shodla se na jmenování 15 nových. Někteří byli do svých funkcí jmenováni znovu a došlo také k doplnění tří členů správní rady VZP, kteří v ní od jara chyběli. Vedle VZP se proměnilo i složení správních rad Vojenské zdravotní pojišťovny, Oborové zdravotní pojišťovny zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví, Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra a Revírní bratrské pokladny.

Rostoucí vliv MZ

Leoš Heger již v minulosti opakovaně deklaroval svůj zájem na tom, aby jeho resort získal větší vliv ve správních radách zdravotních pojišťoven a zejména pak VZP, kde se často mluví o budoucím odvolání ředitele Pavla Horáka, ale například i změně na postu předsedy správní rady, který stále zastává Marek Šnajdr (ODS). Předseda vlády Petr Nečas (ODS) se dosud zdráhal vyhovět, ba dokonce projednávat na vládě návrh ministra zdravotnictví na personální změny zejména ve VZP. Důvodem byla zřejmě vnitrostranická opozice proti Petru Nečasovi a hrozící pád vlády kvůli daňovému balíčku spojenému s hlasováním o důvěře vládě, který ale nakonec díky rezignaci několika rebelujících poslanců ODS sněmovnou prošel. Posílení vlivu MZ ve správní radě VZP umožní Leoši Hegerovi lépe prosazovat politiku ministerstva zdravotnictví. Správní rada může rozhodovat i o odvolání nejvyšších představitelů VZP včetně odvolání a jmenování ředitele, volí také svého předsedu. Zejména personální obměna těchto funkcí je často předmětem spekulací. V souvislosti s postem ředitele VZP je často zmiňováno jméno dosavadního náměstka ministra zdravotnictví Petra Noska, budoucím předsedou správní rady VZP by údajně mohl být Marek Ženíšek (TOP 09). (První zasedání správní rady VZP je plánováno na 26. listopadu)

Zdroj: ČTK, 15. 11. 2012



Ze světa odborné literatury...

■ Influenza A u hospitalizovaných kojenců mladších 6 měsíců

Popsána klinická charakteristika a průběh u kojenců pod 6. měsíc věku, kteří byli hospitalizováni pro chřipku A. Klinický průběh byl hodnocen podle mezinárodní klasifikace nemocí. Vždy byl pozitivní influenza A test. Vzorek se týkal 73 kojenců. Střední věk kojenců byl 48 dní. Většinou společných charakteristik byla teplota a respirační ukazatele. 53 % pacientů dostalo bolus intravenózních tekutin. Střední doba hospitalizace se pohybovala kolem 2 dnů. U 27 % dětí se vyvinula klasická chřipka s komplikacemi, včetně pneumonie, křečí a potřeby intenzivní péče. Oseltamivir byl podáván u 82 % dětí a byl dobře tolerován.

The Journal of Pediatrics
2012;160(4):626–630

■ Efektivita různých typů splenektomie u dětí s kongenitální hemolytickou anémií

Práce srovnává efektivitu různých typů splenektomie u dětí s kongenitální hemolytickou anémií. Byly připraveny otázky, které byly adresovány klinikům a rodinám, ve kterých byla prováděna parciální nebo totální splenektomie. Zahrnut byl hematologický efekt, funkce sleziny a riziko vedlejších událostí. Prohlédnuto bylo celkem 703 studií, kde byly ohodnoceny různé typy splenektomií, a pro vstupní kritéria bylo akceptováno 93 studií. Nebyly žádné výraznější rozdíly. Vedlejších událostí je minimum, jsou minimalizovány i použitím laparoskopie. Autory zajímala hodnota Hb, retikulocytů, anemické krize a transfuze. Dále clearance Howell-Jollyho tělísek, červené krvinky, scinti sleziny, dále pak perioperační komplikace do 30 dnů a pozdní (za 30 dnů). Dále vaskulární komplikace. Ze 4726 splenektomií popsán 2× exitus. Celkem ve 37 studiích bylo popisováno krvácení, a to od 0 do 26 %, a infekce celkem v 17 studiích od 0 do 20 %, častěji pneumonie. V některých studiích se přecházelo od laparoskopie do laparotomie. Akutní hrudní syndrom popsán v 15 studiích. V 77 studiích rozlišovali komplikace perioperační v méně

než 30 dnech po operaci a dlouhodobé po 30 dnech. V perioperačních zařazeny již výše uvedená krvácení, infekce a dokonce mortalita. Do prolongovaných událostí zařadili vaskulární události a sepse. Incidence akutního hrudního syndromu v daných výše uvedených studiích se pohybovala od 1 do 10 %. Přechod původní laparoskopie v laparotomii udáván ve 3 %. Po laparoskopii zůstávaly děti na lůžku v průměru 2 dny, po laparotomii 6 dní. Splenektomie pro sickle cell disease se ukázaly jako efektivní. Stejně tak pro talasémii. Pro další formy kongenitální hemolytické anémie je přínos splenektomie variabilní. Některé imunologické studie vykazují tzv. retenci některých složek imunity. Totální splenektomie rezultuje ve zvýšení rizika vaskulární trombózy nebo plicní hypertenze.

Možno konstatovat, že studie jsou většinou omezeny počtem operovaných pacientů.

The Journal of Pediatrics
2012;160(4):684–688

■ Metabolický syndrom u obézních adolescentů je asociován s vysokým rizikem nefrolitiázy

Metabolický syndrom u obézních dospívajících je často sdružen s rizikem nefrolitiázy. Vyšetřovali proto relace mezi močovým pH a metabolickým syndromem i podle inzulinové rezistence. Ohodnotili dále relaci mezi formujícími a inhibujícími močovými markery a metabolickým syndromem. Bylo zařazeno 46 obézních pacientů. Analyzovány 24hodinové vzorky moče pro pH, oxaláty, kalcium oxaláty a na druhé straně pro inhibitory kostní formace (citráty, osteopontin). Dále sledována výška, váha, TK, lipidy, inzulin a glykémie. Průměrný věk skupiny byl 14,6 roku. Možno konstatovat, že močové pH a rizikové faktory byly v negativní korelaci. Relativní saturační poměr kalcium oxalátů byl korelován s homeostázou a inzulinovou rezistencí a s počtem rizikových faktorů pro metabolický syndrom. Nízké močové pH může být primární příčinou nefrolitiázy. Inzulinová rezistence může být spojena s defektem amoniové produkce v ledvinách, ke které přispívá i nízké močové pH. Močové pH totiž primárně

určuje krystalizaci močové kyseliny, která precipituje při pH pod 5,35. Pokles močového pH a zvýšení saturace poměru kalcium oxaláty bylo asociováno s počtem rizikových faktorů metabolického syndromu.

The Journal of Pediatrics
2012;160(4):615–620

■ Biliární atrezie v Nizozemsku

Autoři se snažili procházet chorobopisy všech pacientů narozených s biliární atrezií v letech 1987–2008. Snažili se využít databáze. Jednalo se jednak o měření clearance žlučového barviva, byla stanovována hodnota 20 $\mu\text{mol/l}$ v 6 měsících po operaci a čtyřleté přežívání transplantátu. Byly vytvořeny dvě kohorty, jedna v letech 1987–1997, druhá v letech 1998–2008. Ty byly srovnávány. Prognostické faktory byly analyzovány. Úvodem možno konstatovat, že biliární atrezie vede k cirhóze a ta k smrti u až 80 % pacientů do roku věku. Jsou popisovány 3 základní typy obstrukce podle lokality. Někdy je ještě patrná asociace s polysplenií a asplenií. Někdy se ještě nalézají kardiální nebo venózní anomálie a intestinální malformace. Léčba je primárně chirurgická podle Kasaie, a to portoenterostomie. Nebo také cholechojejunostomie nebo hepaticojejunostomie. Centralizace chirurgického léčení zlepšuje podmínky. Při kontrole pacientů skupiny byl průměrný věk všech pacientů 6,9 roku a všech přeživších kolem 10 let. Z 231 pacientů nebyli 4 operováni, jeden pacient zemřel pro intrakraniální hemoragii. U 10 pacientů byla provedena explorativní laparotomie bez chirurgické korekce. Ale 214 ze 231 pacientů nakonec bylo operováno. 4 roky po transplantaci přežívalo 46 % pacientů a 4 roky paušálně přeživších bylo 73 %. Clearance žlučového barviva po operaci za 60 dní byla měřena. Postoperativní anafylaktická profylaxe byla nezávisle asociována se zvýšením počtu přeživších pacientů. Výsledky lze hodnotit jako povzbuzující.

The Journal of Pediatrics
2012;160(4):638–644

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



Aktuality...

Heger osekává lékovou korupci. Děláme z lékařů hlupáky a z lidí ovce, namítá Šťastný

Hegerovi tradiční odpůrci z ODS Marek Šnajdr s Borisem Šťastným kritizují novelu zákona o regulaci reklam, která má omezit uplácení lékařů a lékárníků farmaceutickými firmami. Novela přesto prošla ve sněmovně prvním čtením. Podívejte se, jak chce Heger bojovat s korupcí ve svém resortu. Ministr zdravotnictví Leoš Heger dál hledá recept, jak omezit korumpování lékařů a lékárníků, kteří čelí obrovské lobby farmaceutických firem.

Ve čtvrtek částečně uspěl ve sněmovně, kde mu poslanci schválili v prvním čtení novelu zákona o regulaci reklam. Ta má přesněji a leckdy i přísněji vymezit marketingové vztahy mezi lékaři, lékárníky a firmami, které vyrábějí léky. Sankce za porušení stanoví proti současnosti trojnásobně, až do výše 15 milionů korun.

Předlohu, která nyní míří do zdravotnického výboru, však čekají ještě velké potíže. Někteří poslanci už ohlásili, že se budou snažit o její změny. Nejhlasitější kritiky jsou podle očekávání tradiční Hegerovi oponenti – a přitom zároveň vládní koaliční poslanci z ODS – Marek Šnajdr a Boris Šťastný. Silné zastání přitom mají i v opozičních řadách.

Podle Šnajdra novela vychází vstříc mediální poptávce. Účinná by podle něho byla úprava, podle které by zdravotnická zařízení nepředepisovala konkrétní lék, ale účinnou látku.

Šnajdr se spolu Borisem Šťastným (ODS) pozastavil zejména nad ustanovením, podle kterého nebudou smět reprezentanti farmaceutických firem navštěvovat lékaře v ordinacích hodinách.

Poslanec: Lékaři nejsou bílá mafie

„Děláme z lékařů hlupáky a z lidí ovce,“ uvedl Šťastný. Zákaz podle Šnajdra nebude možné kontrolovat. Šťastný navíc soudí, že stát nemá právo zasahovat do regulace preparátů, které nejsou hrazené ze zdravotního pojištění. Mnohé výtky Šťastného podpořil sociální demokrat Jan Koskuba. „Lékaři nejsou banda korupčníků, není to bílá mafie,“ uvedl. Komunist Jan Klán zase kritizoval pasáže, které podle něho omezí soutěž mezi lékárnami.

Heger: Píchnul jsem do vosího hnízda

„Zdá se, že jsem píchnul do vosího hnízda,“ komentoval debatu ministr zdravotnictví Leoš Heger (TOP 09). Zákon má podle něho postihnout nepoctivé jednotlivce, kteří kazí pověst ostatních. Předloha zahrnuje mezi reklamou na léky také průzkumy trhu, marketingové studie a poregistrační studie, které nebude možné nadále provádět za úplatu. Novela také zpřesňuje a výrazně omezuje sponzorování kongresové turistiky. Jasně stanoví, že lze lékaři hradit pouze zdůvodnitelné výdaje na dopravu, stravu, ubytování a registrační poplatky. Pokud bude novela platit, budou zakázány soutěže, loterie a hry, kterými chtějí firmy ovlivňovat předepisování léků. Novela uloží firmám, aby ve svém účetnictví dokládaly příjmy a výdaje související s reklamou na konkrétní lék. Státní ústav pro kontrolu léčiv má pak nově dohlížet také na reklamu na potravinové doplňky a regulovat ji, aby doplňky nebyly nadále uváděny jako léčiva.

Luxusní dovolené od Pfizeru

Lobbing farmaceutických firem patří i do agendy protikorupční policie. Detektivové se od léta například zabývají podnětem z USA.

V srpnu totiž vyšlo najevo, že největší světový výrobce léků – koncern Pfizer – v letech 2003 a 2004 údajně uplácel české lékaře a úředníky. Aby si je Pfizer získal na svou stranu, platil jim zejména luxusní dovolené. Se zprávou o korupci v Česku i v celém světě přišli američtí vyšetřovatelé z Komise pro cenné papíry (SEC). Američtí vyšetřovatelé se však na kauzu nevrhli. Aby se jich Pfizer zbavil, raději oznámil, že zaplatí v přepočtu přes jednu miliardu korun mimo soudního vyrovnání.

Šnajdr: Lobboval jsem

Že v zájmu Pfizeru lobboval, přiznal právě i Hegerův kritik a jeden z nejvlivnějších mužů českého zdravotnictví Marek Šnajdr, který pro firmu pracoval v letech 2003 až 2006 a dotáhl to až na pozici šéfa vnějších vztahů a podpory obchodu.

Šnajdr, který se po ukončení angažmá ve Pfizeru přesunul na ministerstvo zdravotnictví, kde dělal prvního náměstka ministru Tomáši Julínkovi přiznal, že za firmu kopal například při jednáních s exministrem zdravotnictví a bývalým hejtmanem Davidem Rathem, který je shodou okolností ve vazbě právě kvůli korupci.

Šnajdr však zároveň popřel souvislost mezi svým manažerským působením ve Pfizeru a tím, že firma v Česku uplácela. „Vztahy s lékaři, to znamená marketing, a vše, co se týkalo prodeje, se mě netýkalo,“ řekl Šnajdr v srpnovém rozhovoru pro IHNED.cz.

Zdroj: ČTK, 25. 10. 2012

V českých nemocnicích zmizí šest tisíc lůžek. Podívejte se, jak dopadne ta vaše

Ministerstvo zdravotnictví dosáhlo svého. Pojišťovny, které si nechaly zanalyzovat využití lůžek v nemocnicích, přinutí zdravotnická zařízení ke snížení jejich počtu. Na základě jejich možností s nimi uzavřou dlouhodobé nebo kratší smlouvy. Zdravotní pojišťovny se na základě pověření ministerstvem zdravotnictví dohodly na dalším snižování počtu lůžek akutní péče v nemocnicích. Po zhruba třech tisících lůžek, která zanikla už v minulých letech, se jejich počet v rámci úspor sníží ještě o šest tisíc.

„Máme na stole dohodu o tom, jakým způsobem budou pojišťovny postupovat. Především je zde seznam nemocnic, které se mohou těšit na dlouhodobější kontrakt s pojišťovnami na dobu pěti let,“ uvedl v České televizi náměstek ministra zdravotnictví Petr Nosek. Podle něho nebude zdravotní péče nijak ohrožena. S tím však nesouhlasí předseda České lékařské komory Milan Kubek.

„Lidé budou muset za péčí dojíždět. Osmdesát procent občanů přitom s redukcí zařízení nesouhlasí. Rozhodovat by měl pacient, a ne zdravotní pojišťovny,“ tvrdí lékař, podle něhož může tímto krokem dojít k uzavření menších nemocnic.

Lůžka pro akutní péči slouží k poskytnutí neodkladné péče, v řadě zařízení jich však mají nadbytek a někde je využívají i pro následnou péči. Nicméně pojišťovny jim platí paušál, takže počet lůžek není rozhodující, sníží se zřejmě jen náklady na jejich provoz. Proto se podle šéfa ČLK Kubka nijak výrazně neušetří.

„Počet lůžek trvale klesá sám, přirozeně, někde je těch pro následnou péči i nedostatek. Někjaký propočet nemá opodstatnění, spíše



máme špatnou strukturu. Lůžek je nadmíru ve fakultních nemocnicích, kde je péče mnohem dražší než v menších zařízeních," upozorňuje Kubek.

Podle mluvčího resortu Vladimíra Sršně uložilo ministerstvo pojišťovně revizi smluv se zdravotnickými zařízeními.

„Nové smlouvy tedy nemají primárně za cíl uspořádat finanční prostředky, ale naplnit již zmíněná uzavřená memoranda týkající se zajištění dostupné kvalitní a bezpečné péče pro pacienty,“ upřesnil mluvčí. Kubek však označil dohodu pojišťoven a ministerstva za „hurá akci“. Proti rušení nemocničních lůžek se také staví zástupci menších nemocnic spolu s odborníky a zdravotně postiženými.

Dvanáct nemocnic bude bez lůžek

Pojišťovny podle dohody uzavřou s nemocnicemi tři typy smluv.

Většina nemocnic získá dlouhodobou smlouvu na pět let, další část zařízení pak během tří let bude muset vyřešit změnu struktury poskytované péče. Dvanáct nemocnic pak bude mít jeden rok na úplné ukončení akutní lůžkové péče. Ministerstvo zdravotnictví vydalo seznam, kde a kdy se má omezit lůžková péče.

Seznam nemocnic:

<http://www.scribd.com/doc/111456047/Seznam-Nemocnic>

Zdroj: M. Kalina, iHned.cz, 29. 10. 2012

AIFP našla lék na neduhy patientských organizací

Pomoci překonat prohlubující se krizi, naučit efektivnějšímu získávání prostředků na vlastní činnost a zlepšit fungování – takové cíle byly vytčeny vzdělávacímu projektu Akademie patientských organizací, za jehož zrodem stojí Asociace inovativního farmaceutického průmyslu.

V připraveném cyklu šesti dvoudenních seminářů budou zástupce sdružení pacientů školit nejzkušenější čeští lektoři a experti na fundraising, projektový management, strategické řízení nebo komunikaci.

„Chronické problémy většiny patientských organizací v České republice spočívají především v nedostatku finančních prostředků na realizaci projektů a dlouhodobý rozvoj. V konečném důsledku se tento problém promítá do nižší míry jejich nezávislosti a omezeného hájení práv pacientů. Cílem akademie je přispět k narovnání tohoto stavu a ke zvýšení transparentnosti ve vztahu patientských organizací a farmaceutického průmyslu tak, jak to mimo jiné stanovuje i Etický kodex AIFP,“ konstatuje Mgr. Jakub Dvořáček, výkonný ředitel AIFP.

Také podle Mgr. Jany Drexlerové, ředitelky sítě Mamma HELP, by připravovaný projekt měl zahojit největší bolesti českých patientských organizací, symptomy jejich nemoci však vidí poněkud jinde:

„Patientské organizace mají také nouzi o profesionálně vyškolené zaměstnance, kteří by působili v oblasti fundraisingu, spolupráce s médii, veřejností či firemními dárci. Cílem patientských organizací není suplovat lékařskou péči, ale doplňovat ji. Lékaři zpravidla nemohou každému pacientovi věnovat tolik času, aby s ním probrali vše o jeho onemocnění, ale i věcech souvisejících. A pacient se mnohdy cítí bezradný, bezbranný, osamocený, nedostatek nebo nerosrozumitelnost nových informací jej vnáší do nejistoty. V tuto chvíli by měla nastoupit patientská organizace. Ta mu nejen zprostředkuje doplňující informace, ale také poskytne psychosociální podporu.“

Za zrodem projektu určeného všem českým patientským organizacím je třeba vidět spolupráci s americkou asociací inovativních farmaceutických firem PhRMA a českým sdružením Koalice pro zdraví. Díky sérii interaktivních seminářů a workshopů, doplněných o praktická cvičení, získají patientské organizace větší nezávislost a dostatečné schopnosti k zajišťování financí na realizaci projektů mimo farmaceutický průmysl. Veškerá účast vybraných patientských organizací na seminářích je bezplatná, náklady na provoz Akademie patientských organizací, které dosahují přibližně 60 000 Kč na jednu osobu, uhradí v plné výši AIFP. Odborníci se v programu zaměří i na práva pacientů, zlepšení vyjednávacích schopností zástupců patientských organizací, natrénování jejich prezentačních dovedností nebo na oblast legislativy a inovace v léčbě jednotlivých onemocnění.

Na teoretickou seminární část naváže od dubna 2013 fáze poradenství. Patientské organizace, které se budou projektu aktivně účastnit, budou moci zdarma čerpat ze stanoveného objemu konzultačních hodin se zkušenými poradci a lektory. Pro 15 až 20 zájemců je navíc připraven dvoudenní intenzivní rekvalifikační kurs Manažer neziskové a příspěvkové organizace, který získal akreditaci Ministerstva školství ČR. Jeho spuštění je naplánováno na květen příštího roku. Účastníci akademie budou mít k dispozici i speciální web, na němž naleznou veškeré učební materiály ze seminářů nebo aktuální finanční výzvy určené patientským organizacím.

Zdroj: Medical Tribune, 6. 11. 2012

První řetězová transplantace ledvin v Česku trvala dva dny. V IKEM operovali 12 lidí

Devět měsíců trvalo, než lékaři pražského IKEM našli šest vhodných dvojic. Během úterý a středy pak provedli unikátní řetězovou transplantaci ledvin, poprvé v Česku. Všichni pacienti jsou v pořádku. Lékaři pražského Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM) provedli vůbec první řetězovou transplantaci ledvin v Česku. Podařilo se jim spárovat šest dárců a šest příjemců. Těchto šest dvojic operovali 6. a 7. listopadu. Pacienti jsou v pořádku, oznámil v čtvrtek přednosta kliniky transplantační chirurgie IKEM Jiří Froněk. Příprava řetězové operace trvala zhruba tři čtvrtě roku. Odborníci vyšetřovali možné dárcy a příjemce. Měli pět párů, v nichž ale nebyla shoda. Většinou to byly partnerské dvojice. Na počátku řetězce nakonec stanul podle Froňka altruista, který chtěl darovat svou ledvinu komukoliv potřebnému. Páry se pak různě propojily. První den se uskutečnily tři zákroky, druhý den zbývajících tři.

„Je to souhra dvou týmů, které spíše fungují jako jeden. Na jednom sále jsem odebíral laparoskopicky ledvinu. Ještě při této operaci začal kolega operovat na sále druhém tak, aby ve chvíli, kdy mám ledvinu v ruce, byl připraven ji rovnou transplantovat. Tak to proběhlo v sekvenci šesti výkonů – tři v jeden den, tři ve druhý,“ popsal Froněk operace.

Mimo tělo tak byly ledviny jen pár desítek minut. „Všechny štěpy začaly fungovat bezprostředně po operaci,“ dodal Froňkův kolega Libor Janoušek, který orgány transplantoval.

Podle Froňka lékaři trojici dárců dnes propustí domů, zbývajících tři by měli nemocnici opustit v pátek. Příjemci v ní zůstávají v průměru deset až 14 dní po zákroku.

Místo dialýzy žádost o ruku

Jednou z dvojic v řetězové operaci byla Zuzana a Georgis. Ledvinu mu lékaři transplantovali už před dvěma desetiletími, vydržela mu



19 let. Poslední více než rok byl na dialýze. O možnosti unikátního zákroku se dozvěděla jeho partnerka z televize. Přímou Georgisovi ledvinu dát nemohla, on sám řetězovou operaci odmítal. „Neváhala jsem ani vteřinu. Nejsem žádná altruistka, ale sobec. Chci zpět normální život, který jsme měli. Na dialýze je to jenom přežívání,“ prohlásila Zuzana.

Podle ní by se nemocní neměli stydět či bát požádat své blízké o pomoc. „Jsem dva dny bez ledviny. Chodím, jím, piju, sprchuji se, nic mě nebolí. Stačí se rozhodnout, lékaři už člověka povedou,“ tvrdí dárkyně. Dobře se cítí i Georgis. „Když se na mě podíváte, jsem v poměrně dobrém stavu. Nepotřebuji dialýzu a na operaci jsem byl včera (ve středu),“ uvedl.

Pro svou Zuzanu měl připravenou velkou kytici a přímo před televizními kamerami a objektivy fotografů ji požádal o ruku. „Ale jo,“ odpověděla po chvíli dojatá Zuzana.

Podobný zákrok může IKEM zopakovat

Na náhradní ledvinu čeká v Česku zhruba 680 lidí. I když má transplantace štěpu od živícího dárce lepší výsledky, v ČR se využívá zatím asi jen u desetiny operovaných pacientů. V západní Evropě se provádí častěji. V Británii či Nizozemsku ledvinu od živícího dárce lékaři používají ve skoro polovině zákroků.

Od konce roku má IKEM program, který dává naději více pacientům. Shromažďuje data živých dárců a příjemců, dvojice se tak daří lépe spárovat. Možná byla i řetězová operace. Přednosta kliniky nefrologie IKEM Ondřej Viklický nevyloučil, že by se počátkem příštího roku mohl podobný zákrok znovu opakovat.

Zdroj: ČTK, 8. 11. 2012

EKONOM: Holého ústav chce objevit slibné látky na bolest či obezitu

Ústav organické chemie a biochemie chce pod vedením nového ředitele Zdeňka Hostomského navázat na úspěchy patentů nedávno zesnulého profesora Antonína Holého. Ty ústavu ročně přinášejí stamilióny korun.

Ústav organické chemie a biochemie chce navázat na úspěchy patentů profesora Antonína Holého. Pod vedením nového ředitele Zdeňka Hostomského proto zakládá skupiny cíleného výzkumu, které by měly co nejrychleji dokázat, zda některé ze slibných látek objevených v rámci základního výzkumu mohou vést až k objevu nového léku.

„Je tady například skupina neurosteroidů. To jsou velmi zajímavé látky, které mohou mít využití v kontrole určitých typů bolesti, a to je oblast, o níž je velký zájem. A naší snahou je vyvinout látku, která by se mohla stát léčivem,“ řekl Hostomský týdeníku Ekonom ve vůbec prvním rozhovoru, který poskytl českým médiím.

„Zabýváme se i modifikovanými peptidy ovlivňujícími základní metabolismus, což jsou látky, které by mohly vést k léčbě obezity,“ dodává Hostomský.

Miliardové patenty

Ideou cílených skupin je co nejrychleji prokázat, zda jde o nosnou linii výzkumu, nebo ne. „Když se ukáže, že to k cíli nevede, výzkum se zastaví. Jsou to jakési interní spin-off firmy, které jsou například běžné na špičkových amerických univerzitách,“ vysvětluje Hostomský, který posledních dvacet let strávil ve Spojených státech prací pro farmaceutické firmy.

Hostomský se netají tím, že by rád navázal na úspěchy týmu Antonína Holého. Jen z patentů na jeho antivirové léky loni ÚOCHB získal 1,5 miliardy korun. Čistý zisk ústavu byl 800 miliónů korun.

„Peníze investujeme tak, abychom zvýšili pravděpodobnost, že to nejsou a nebudou poslední patenty, o něž bude ve světě zájem. A věřím, že tyto úspěchy mít budeme, i když třeba ne ve stávajícím rozsahu,“ řekl týdeníku Ekonom Hostomský.

Zdroj: R. Břešťan, iHned.cz, 8. 11. 2012

Praktické lékaře odsunulo nařízení na vedlejší kolej. Nepředepisou už ani mast na akné

Kvůli většině léků na předpis musíte ke specialistovi, praktik jich může předepsat minimum. Z ordinací se pak stává spíše dispečink. To se nejen prodražuje, ale nutí pacienty běhat od jednoho doktora k druhému, což je problém zvláště pro staré lidi.

Každý ministr zdravotnictví zkouší už léta totéž – naučit české pacienty, aby chodili nejprve ke svému praktickému lékaři, protože je to nejlevnější. Jenže ve skutečnosti jejich služby využívá rok od roku méně lidí. Na praktické doktory totiž padlo v poslední době tolik regulací, že jen počet přípravků, které už nesmějí předepisovat, se v posledních dvou letech ztrojnásobil. Omezení se týká například pohotovostního balíčku pro alergiky, inhalačních léků pro astmatiky, které dříve běžně předepisovali, nebo léků proti závratím či řady mastí na kožní problémy – nyní k nim má přibýt dokonce i mast na akné.

„V roce 2010 platil zákaz předepisovat 431 léků, v roce 2012 už jich je 1163,“ potvrzuje lékový odborník Michal Prokeš ze společnosti Infopharm, která se vývojem na farmaceutickém trhu dlouhodobě zabývá.

Specialisté jsou dražší

Narůstající počet omezení však znamená, že se ordinace pěti tisíc praktiků postupně mění jen v jakési dispečinky, které pacienty přeposílají dál, třebaže často nesmyslně.

„Mám v péči řadu nepohyblivých seniorů, za kterými docházím domů. Když však potřebují lék proti úniku moči, já jim ho dát nesmím. Pro recept musejí k sexuologovi nebo urologovi, což je v jejich situaci dost komplikované,“ uvádí příklad ze své praxe lékařka Jana Uhrová.

Nejde jen o to, že se lidé naběhají. To, že k ambulantním specialistům chodí více pacientů, než je nutné, vede také k tomu, že se celá léčba prodražuje.

„Každá návštěva u lékaře znamená další vyšetření, a to zase dalších 400 korun z veřejného zdravotního pojištění,“ říká Michal Prokeš z Infopharm.

Pro acylpyrin by muselo 400 tisíc pacientů

Právě kvůli tomu, aby se návštěvy u specialistů omezily, přitom chtěl ministr zdravotnictví Leoš Heger opakovaně zvedat regulační poplatky. Teď se však ukazuje, že pacienti v ambulancích končí často jen proto, že předpisy oklešťují pravomoci praktiků a ti je tam nuceně přeposílají. Lékový úřad navrhl omezit předepisování i u acylpyrinu, což by ke specialistům pro recept automaticky přeposlalo 400 tisíc pacientů, které jinak v rámci paušálu léčí praktici. Samotní lékaři vyčíslili, že tímto způsobem by se vyhodilo přes 100 miliónů korun, a tak se změny nakonec neuskutečnily.

Zdroj: M. Mužíková, iHned.cz, 12. 11. 2012



Léčba dětské epilepsie dietou

Lékaři z Fakultní nemocnice Brno zavádějí léčbu dětské epilepsie pomocí speciální ketogenní diety. Jídelníček je postavený na vysokém příjmu tuků, normálním příjmu bílkovin a velmi nízkém příjmu cukrů. Díky jídlu se změní vnitřní prostředí pacientova organismu, což potlačí epileptické záchvaty.

Dieta je vhodná hlavně pro děti, kterým nepomáhají léky. Takových je asi 30 až 40 procent, uvedla primářka neurologické kliniky prof. MUDr. Hana Ošlejšková, Ph.D. Epilepsie je podle ní velmi různorodá nemoc. Každý pacient má jiné příčiny vzniku, jinou prognózu a zabírají různé způsoby léčby. Lékaři mohou pacientům podávat léky, operovat je nebo zamezit záchvatům pomocí stimulace bloudivého nervu. Časté záchvaty jsou nežádoucí, protože poškozují mozek dítěte, mohou zastavit jeho vývoj a způsobit poruchy chování. Dieta se hodí pro určitý typ pacientů, kterým nezabírají léky a nedají se operovat. „Změna stravy dostane člověka do takzvané ketózy, kdy jsou produkovány ketolátky, což je v podstatě potrava pro mozek. To působí na potlačení záchvatů,“ uvedla primářka. Lékaři na Klinice dětské neurologie prokázali, že dieta zabírá a nyní ji chtějí nabízet jako jeden ze způsobů léčby. „Změna jídelníčku je náročná pro rodinu i okolí pacientů a nehodí se pro všechny,“ řekla H. Ošlejšková. Děti musí projít výběrem, aby lékaři zjistili, zda pacientům dieta neuškodí. Četnost epilepsie v dětské populaci je jedno až tři procenta. V ČR žije asi 70 000 lidí s epilepsií, 20 000 až 30 000 z nich nezabírají léky. Zhruba 75 procent všech epilepsií má počátek v dětství. Klinika dětské neurologie při FN Brno se na léčbu epilepsie specializuje od roku 1981.

Zdroj: ČTK, 13. 11. 2012

Proočkovanost proti chřipce je nízká

Očkování proti chřipce má v Česku podle hygieniků zhruba pět procent lidí. Je to číslo srovnatelné s rozvojovými zeměmi, řekla ČTK MUDr. Renata Vavřková z Krajské hygienické stanice Brno. Pro oslabené, starší a nemocné lidi může být přítom chřipka smrtelná. Ročně zemře v ČR na chřipku zhruba 2000 lidí. Epidemie prý v současném období zatím nehrozí, podle R. Vavřkové je nyní nejvhodnější doba nechat se očkovat. Současná situace s chřipkovými onemocněními je v Evropě mírná, vyšší výskyt zřejmě přijde v následujících měsících. Prodělaná chřipka nezanechává imunitu a očkování je třeba opakovat každý rok. „Je třeba rozlišit akutní respirační onemocnění a chřipku. Chřipka člověka skolí a znemožní mu běžné fungování. Může způsobit komplikace a je to nebezpečné onemocnění,“ řekla R. Vavřková. Očkování uvádějí hygienici jako vhodný způsob prevence před chřipkou. Účinnost vakcíny je kolem 80 až 90 procent, člověk za ni zaplatí zhruba 200 až 300 korun. Senioři nad 65 let a lidé s určitým chronickým onemocněním definovaným pojišťovnami mají očkování zdarma. „Proočkovanost u nás je hluboko pod úrovní doporučenou Světovou zdravotnickou organizací,“ podotkla R. Vavřková. V Česku jsou nyní lidé nejčastěji nemocní akutním respiračním onemocněním, které má zhruba 1100 lidí na 100 000 obyvatel. Zvýšený výskyt hygienici zaznamenali po zahájení školního roku a drží se stále.

Zdroj: ČTK, 13. 11. 2012

Zdravotní poplatky, Němci a my

Proč si Němci mohou dovolit zrušit poplatky u lékaře? V čem je situace pacientů a zdravotníků v Německu odlišná? Nad těmito otázkami se ve svém blogu zamýšlí nezávislý kandidát na prezidenta a člen NERV Vladimír Dlouhý. Německý parlament zrušil poplatky u lékaře. Tak vida! – zvolají odpůrci poplatků ve zdravotnictví. Těch poplatků, které rozhodly o vítězi předminulých krajských voleb, jakkoliv šlo o celostátní téma. Krok německých poslanců se stane dalším argumentem pro levici, která se pokusí o renesanci tohoto citlivého tématu: Poplatky jsou přežitek, který se ruší po celém světě. Jen u nás se nedávno zavedl. Jaká to zpozdilost!

Jenže: Zdravotní pojišťovny v České republice bojují s nedostatkem financí, které by včas posílaly do zdravotnických zařízení. Tady je každá koruna dobrá. Německé pojišťovny uvažují, jak naložit s dvanáctimiliardovým přebytkem (v eurech). V Německu se práce vyplácí i nižším příjmovým skupinám více než marodění. Zvyk „hodit se marod“ není zdaleka tak rozšířen.

Lze předpokládat, že při německém smyslu pro pořádek mají naši sousedé i dokonalejší způsob kontroly čerpání nemocenské. Mnoho starších pacientů dokáže (a také si to může finančně dovolit) trávit svůj volný čas zábavnějším způsobem než hodinami vysedávání u lékaře. Zkrátka situace pacientů a zdravotníků je v Německu znatelně odlišná. Německá zkušenost je ale cenná i přesto. Uvidíme, jak se změna projeví. Zda jenom sníženým příjmem zdravotních pojišťoven, nebo i změnou chování. Zavedením poplatků už jsme si prošli – míra zneužívání zdravotnictví se snížila. Tak teď ještě jak to bude fungovat naopak. Pro případnou diskusi o poplatcích bude německá zkušenost znamenat přínos.

Zdroj: Ing. V. Dlouhý, CSc., Lidové noviny, 13. 11. 2012

Většina Čechů je chronicky nemocná. Stát tratí miliardy, říká institut

Zdravá je jen třetina Čechů, ostatní jsou chronicky nemocní. Z resortu zdravotnictví na jejich léčbu ročně odečtou miliardy. Ještě mnohonásobně větší jsou však nepřímé náklady. Chronicky nemocný člověk totiž čerpá nemocenské a sociální dávky, a především sám nevydělává a neodvádí tak státu daně.

Současné výdaje na české zdravotnictví činí 219 miliard korun, přičemž za posledních pět let narostly o 30 miliard, uvedla na úterní konferenci Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP). Největší podíl na tom mají právě chronické choroby, které zatím nelze zcela vyléčit, a pacienti jimi trpí celý život. Samotná cena léčby však netvoří největší část nákladů na nemocného člověka. „Pro státní rozpočet jsou zásadní nepřímé náklady, tedy ztráta produktivity nemocného. Samotné zdravotní náklady jsou daleko nižší,“ vysvětlil ředitel Institutu pro zdravotní ekonomiku Tomáš Doležal.

Pacienti, kteří trpí nejvíce omezujícími chorobami, například rakovinou nebo nemocí pohybového systému, musejí od základu změnit svůj každodenní režim. Často musejí opustit zaměstnání a spoléhají na finanční pomoc státu a okolí. Jen invalidní důchody a nemocenské dávky chronicky nemocných zatížily v minulém roce státní rozpočet téměř 80 miliardami korun. „V invalidním důchodu je sedm procent lidí v produktivním věku. Průměrně jim je 48 až 50 let,“ uvedla Alena



Zvoníková z ministerstva práce a sociálních věcí. Další peníze státu unikají prostě proto, že nemocný člověk nepracuje a neodvádí daně. Časově i finančně náročná je také péče rodiny. Někdy musí z práce odejít i další člen rodiny, aby o vážně nemocného pečoval. Podle Zvoníkové jsou nyní příspěvky na péči vypláceny 300 tisícům lidí. Pro stát a systém zdravotního pojištění tak vznikají dva problémy: růst celkových nákladů na léčbu a současný pokles počtu výdělečně činných obyvatel, kteří by ji hradili skrze zdravotní a sociální pojištění. Současný systém českého zdravotnictví je podle Doležala dlouhodobě neudržitelný. Dlouhodobě totiž rostou náklady na léčbu a přitom klesají příjmy. Nedostatečně efektivní léčba sice může prodloužit život pacienta, snižuje však jeho kvalitu a zároveň státní kasu stojí další peníze. „Nemá smysl vyrábět invalidní důchodce. Důležité je prodloužit produktivní život,“ dodal Doležal.

Stát by měl investovat do modernější léčby

Podle ředitele AIFP Jakuba Dvořáčka se státu vyplatí investice do vývoje nových, efektivnějších léků, přestože jsou na první pohled dražší. „Moderní medicínské metody mají vliv na včasější diagnostiku, a tím pádem efektivnější a méně nákladnou léčbu chronických chorob,“ uvedl. U řady dříve neléčitelných onemocnění se díky novým způsobům léčby podařilo omezit jejich příznaky na minimum. Chronicky nemocní tak mohou běžně fungovat a náklady státu na zdravotnictví jsou nižší. Vývoj nových typů léčby je přitom finančně náročný. Jen v ČR výrobci léků v roce 2010 do této oblasti investovali 1,2 miliardy korun. Přesto podle nich přínosy převažují. „V současné chvíli se v laboratořích nachází téměř 3500 sloučenin, které procházejí přísným testováním. Téměř třetina z tohoto počtu připadá na onkologická onemocnění,“ upozorňuje zpráva AIFP.

Zdroj: Z. Trachtová, iDnes.cz, 13. 11. 2012

Náklady nemocnic rostly víc než výnosy

Náklady nemocnic v ČR rostly v prvním pololetí rychleji než jejich výnosy a také závazky z obchodního styku stouply více než jejich pohledávky. Vyplyvá to z dat ÚZIS, podle nichž nejvíc zatížily nemocnice růst DPH a tarifních platů. Nemocnice jako celek skončily v plusu, výrazný propad ale měly nemocnice krajů a měst. Celkové náklady nemocnic dosáhly k 30. červnu 64,6 miliardy korun a proti prvnímu pololetí loňska stouply o dvě procenta. Nejvíc, o šest procent, narostly náklady na léčiva a služby a o pět procent na energie, potraviny a platy. Podíl platů meziročně stoupl z 44,8 na 45,9 %. Náklady nemocnic/obchodních společností krajů a měst byly 16,7 miliardy korun. Celkové výnosy nemocnic dosáhly k 30. červnu 64,9 miliardy korun a proti prvnímu pololetí loňska stouply o 1,7 procenta. Příjmy od zdravotních pojišťoven ve stejném období narostly o 2,3 %. Nemocnice krajů a měst měly v prvním pololetí výnos 16,5 miliardy korun. Data statistiků jsou ze 164 nemocnic, které odevzdaly výkaz. Celkem bylo v ČR k 30. červnu 187 nemocnic, chybějící data ale podle statistiků neměla na výsledky podstatný vliv. Ke kladnému hospodářskému výsledku 328 milionů korun přispěly nejvíc nemocnice ministerstva zdravotnictví, kladných 387 milionů, zatímco nemocnice krajů a měst měly ztrátu 143 milionů. V propadu skončily i příspěvkové organizace krajů a měst, po minus 28 miliónech korun. Celkové pohledávky nemocnic stouply meziročně o dvě procenta na 15,5 miliardy, z toho pohledávky nemocnic krajů a měst byly 3,7 miliardy. Celkové závazky nemocnic stouply o čtyři procenta na 16,9 miliardy korun, z toho závazky ne-

mocnic krajů a měst byly 4,5 miliardy. Ve 187 nemocnicích bylo v pololetí 59 052 lůžek, z nich 49 446 akutních, 7415 ošetrovatelských a 2191 novorozeneckých. Od konce roku 2011 ubylo v nemocnicích 1284 lůžek. Ve 156 nemocnicích akutní péče bylo v pololetí 56 502 lůžek, z toho v deseti fakultních nemocnicích 13 296. V 31 nemocnicích následné péče bylo 2550 lůžek. Ministerstvo zdravotnictví chce zrušit 6000 akutních lůžek, v ČR jich je prý moc. Část akutních lůžek se má přeměnit na lůžka následná. Zdravotní pojišťovny k tomu chtějí využít nových smluv, které v těchto dnech začaly nemocnicím nabízet. Platnost dosavadních smluv končí 31. prosince. Asociace českých a moravských nemocnic tvrdí, že za plánem rušení lůžek je snaha zrušit 30 nemocnic, z toho 12 ihned, další během dvou až tří let. Podle zdravotních pojišťoven se ale nemocnice rušit nebudou, jen se změní spektrum poskytované péče.

Zdroj: ČTK, 13. 11. 2012

INZERCE

243 9-12

Prodám zavedenou praxi praktického lékaře pro děti a dorost ve vlastních prostorách **v Praze 6**. Tel.: 603 750 672.

244 9-12

Do zavedené soukromé praxe praktického lékaře pro děti a dorost **v Praze 6 se přijme dětský lékař** prozatím na zástup 0,1 hod, dle dohody možnost pozdějšího prodeje ordinace. Bližší informace na tel. číslo 721 136 314.

246 9-12

Prodám praxi praktického lékaře pro děti a dorost **v Praze 6**. informace na tel. 602 626 959

248 10-12

Medicon a.s. přijme pediatra Přijmeme pediatra na plný úvazek (ev. i částečný) pro ordinaci **v Praze 4, Poliklinika Budějovická**. Práce v dobře vybaveném zdravotnickém zařízení, dobré platové podmínky, benefity, zavedená praxe. Nástup od 1. 3. 2013; kontakt: alena.petrakova@mediconas.cz; telefon: 261006476.

249 10-12

Prodám zavedenou praxi praktického lékaře pro děti a dorost **ve Velkých Karlovicích** (Zlínský kraj – okres Vsetín). Obvod je volný od 1. 1. 2013. Telefon: 739 039 381.

250 10-12

Pronajmu zařízení ordinaci v centru Brna ve velmi hezkém prostředí. Možnost okamžitého zahájení praxe. E-mail: remunda@centrum.cz.

V této rubrice je možné otisknout požadavky na zástupy, možnost zaměstnání asistenta, lektory, pronájem místností apod. Pro členy SPLDD a OSPDL zdarma.

Autodidaktický test 10/2012

Obezita, výživa

1. Nutriĝenomika je:

- a) vědecký obor, který se zabývá expresí genů s navozením některých onemocnění v dospělosti v závislosti na časné výživě člověka
- b) vědecký obor, který se zabývá genetickými vlohami determinujícími budoucí stravovací návyky a způsob výživy člověka
- c) vědecký obor, který se zabývá genetickým šlechtěním zemědělských plodin využitelných v potravinářství ke zlepšení výživy člověka
- d) mladý vědecký obor, který má za cíl modifikovat genom člověka na úrovni pohlavních buněk k prevenci chybného vývoje výživy člověka
- e) vědecký obor, který se zabývá způsobem výživy gravidní ženy k ovlivnění karyotypu plodu včetně jeho pohlaví

2. Lidská strava obsahuje základní živiny (sacharidy, tuky, bílkoviny), které mají různou sytivost. Jaký je žebříček sytivosti základních živin od nejvyšší k nejnižší? Které tvrzení je správné?

- a) tuky – bílkoviny – sacharidy
- b) bílkoviny – tuky – sacharidy
- c) sacharidy – tuky – bílkoviny
- d) bílkoviny – sacharidy – tuky
- e) tuky – sacharidy – bílkoviny

3. Glykemický index udává poměr využití glukózy z dané potraviny k čisté glukóze v daném čase (obvykle během 2 hodin po požití). Čistá glukóza má index 100. Hodnotu glykemického indexu můžeme využít k sestavení odpovídajícího jídelníčku. Je ale také třeba vzít v úvahu i tzv. glykemickou nálož, tj. celkové množství přijatých sacharidů (např. 20 g čokolády vs. pecen celozrnného chleba). Z hlediska sytivosti jsou výhodné potraviny s:

- a) nízkým glykemickým indexem, protože rychle uvolní potřebnou glukózu a rychle zvýší glykémii a tím i pocit nasycení
- b) vysokým glykemickým indexem, protože rychle uvolní potřebnou glukózu, ale její hladinu udrží dlouho zvýšenou a tím i pocit nasycení
- c) nízkým glykemickým indexem, protože pomalu uvolní potřebnou glukózu, čímž se dlouhodobě udržuje normoglykémie a tím i pocit nasycení
- d) vysokým glykemickým indexem, protože pomalu uvolní potřebnou glukózu, čímž se dlouhodobě udržuje mírná hyperglykémie a tím i pocit nasycení

4. Léčba dětské obezity je odlišná od přístupu v adultním věku. Základem je dosažení negativní energetické bilance, a to úpravou stravovacích návyků a zvýšením energetického výdeje. Správně nastavený redukční dietologický režim obézního dítěte, které roste, je snížení energetického příjmu o 500–1000 kJ/den, u adolescentů až o 2000 kJ/den. U rostoucího organismu je přípustný jako redukční režim ten, který:

- a) vede k hmotnostnímu úbytku 0,5–0,9 kg na nárůst výšky o 1 cm
- b) vede k hmotnostnímu přírůstku 0,5–0,9 kg na nárůst výšky o 1 cm
- c) vede k hmotnostnímu přírůstku méně než 0,5 kg na nárůst výšky o 1 cm
- d) vede k hmotnostnímu úbytku 1 kg na nárůst výšky o 1 cm
- e) vede k hmotnostnímu přírůstku 1 kg na nárůst výšky o 1 cm

Sunar®

protože milujeme
naše děti

Jsme připraveni
i pro vaše malé
hvězdy



Pro každou maminku jsou její děti těmi největšími hvězdami.

Proto pokaždé s radostí sleduje, když dobře rostou. Nejvíce českých dětí vyrůstá právě na Sunaru*, který je nyní připraven i pro nově generace. Sunar complex totiž obsahuje **naturbalance** – vyváženou kombinaci zdravé výživy a přirozené mléčné chuti. Ještě lepší receptura poskytuje Vašemu dítěti vše potřebné pro zdravý růst a harmonický vývoj.

- Lahodná, přirozeně mléčná chuť
- **Prebiotika GOS** potřebná pro střevní mikroflóru
- **Beta-palmitát** – unikátní složka tuku přirozeně obsažená v mateřském mléce
- **Vitaminy a minerální látky** včetně vápníku a vitamínu D pro zdravý růst kostí

www.sunar.cz ☎ 800 201 102

*Na základě největšího prodaného objemu mléčné výživy v České republice podle ACNielsen Czech Republic s.r.o. za rok 2011. Kojení je pro kojenice nejlepší způsob výživy. Potravina pro zvláštní výživu.



INVAZIVNÍ PNEUMOKOKOVÁ ONEMOCNĚNÍ (IPO)

v roce 2011⁴

Sérotypy 3, 6A a 19A způsobily v roce 2011 v České republice **28,6 % IPO** u dětí ve věku do 5 let.⁴

Distribuce sérotypů *S. pneumoniae*, které způsobily IPO u dětí do 5 let věku v ČR v roce 2011⁴

- 15A, 15C, 24F, 25A
- 15B, 17F
- 14, 18C, 23F
- 1, 7F
- 3, 6A, 19A



Graf adaptován dle publikovaných dat SZÚ, 2012.⁴

Sérotypy 3, 6A a 19A pokrývá z konjugovaných vakcín **pouze Prevenar 13.**^{1,2,3}

Sérotyp 3 je v současné době **nejčastější příčinou IPO** v celé populaci ČR (44 případů v roce 2011).⁴

Prevenar 13

nejširší pokrytí sérotypů ze všech pneumokokových konjugovaných vakcín^{1,2,3}



Prevenar 13

Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (13valentní, adsorbovaná)

Zkrácená informace o přípravku - Prevenar 13 injekční suspenze. Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (13valentní, adsorbovaná). • **Léčivá látka:** Jedna dávka (0,5 ml) obsahuje: Pneumococcal polysaccharide serotypes 1* (2,2 µg), 3* (2,2 µg), 4* (2,2 µg), 5* (2,2 µg), 6A* (2,2 µg), 6B* (4,4 µg), 7F* (2,2 µg), 9V* (2,2 µg), 14* (2,2 µg), 18C* (2,2 µg), 19A* (2,2 µg), 19F* (2,2 µg), 23F* (2,2 µg). *Konjugováno s nosným proteinem CRM₁₉₇, a adsorbováno na fosforečnan hlinitý (0,125 mg). **Indikace:** Aktivní imunizace k prevenci invazivních onemocnění, pneumonie a akutní otitis media, vyvolaných *Streptococcus pneumoniae* u kojenců a dětí ve věku od 6 týdnů do 5 let. Aktivní imunizace k prevenci invazivních onemocnění způsobených *Streptococcus pneumoniae* u dospělých ve věku 50 let a starších. **Dávkování:** Imunizační schémata přípravku Prevenar 13 by měla být založena na oficiálních doporučeních. Kojenci ve věku 6 týdnů - 6 měsíců: Tři dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 1 měsíc mezi dávkami. První dávka se obvykle podává ve věku 2 měsíců. Čtvrtou dávku se doporučuje podat ve věku 11 až 15 měsíců. **Dříve neočkovaní kojenci a děti ve věku ≥ 7 měsíců:** Kojenci ve věku 7 - 11 měsíců: Dvě dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 1 měsíc mezi nimi. Třetí dávka se doporučuje podat ve druhém roce života. **Děti ve věku 12-23 měsíců:** Dvě dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 2 měsíce mezi nimi. **Děti ve věku 2 - 5 let:** Jedna samostatná dávka 0,5 ml. **Dětské schéma pro Prevenar 13 u kojenců a dětí dříve neočkovaných přípravkem Prevenar (7valentní) (Streptococcus pneumoniae serotypy 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F a 23F):** Kojenci a děti, u nichž bylo očkování zahájeno přípravkem Prevenar, mohou být převedeni na Prevenar 13 v kterémkoli stadiu očkování. Malé děti (ve věku 12-59 měsíců) očkované přípravkem Prevenar (7valentní) v kompletním schématu: Malé děti, které byly kompletně imunizované přípravkem Prevenar (7valentní), by měly dostat jednu dávku po 0,5 ml přípravku Prevenar 13, pro navození imunity odpovídající vůči 6 dalším sérotypům. Tato dávka přípravku Prevenar 13 by měla být podána nejméně 8 týdnů po poslední dávce přípravku Prevenar (7valentní). **Dospělí ve věku 50 let a starší:** Jedna samostatná dávka. Potřeba revakcinace následnou dávkou přípravku Prevenar 13 nebyla stanovena. Bez ohledu na stav předchozí pneumokokové vakcinace, pokud je použit 13valentní pneumokokový polysacharidový vakcínový povahověno za vhodné, Prevenar 13 by měl být podán jako první. **Způsob podání:** Vakcína se má podávat formou intramuskulární injekce. Přednostním místem podání je anterolaterální část stehna (musculus vastus lateralis) u kojenců nebo deltový sval horní části paže u malých dětí. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku nebo na důležitý toxoid. Podobně jako u jiných vakcín i aplikace přípravku Prevenar 13 má být odložena u jedinců trpících akutním závažným horečnatým onemocněním. Přítomnost mírné infekce jako je nachlazení, by ale neměla být příčinou oddělení očkování. **Zvláštní upozornění:** Prevenar 13 nesmí být aplikován intravaskulárně. Tato vakcína nesmí být podána jako intramuskulární injekce kojencům nebo dětem s trombocytopenií nebo s jinými poruchami koagulace, které jsou kontraindikací pro intramuskulární aplikaci, ale může být podána subkutánně v případě, že potenciální přínos jasně převáží nad rizikem podání. Prevenar 13 chrání pouze proti těm sérotypům *Streptococcus pneumoniae*, které vakcína obsahuje a nechrání proti jiným mikroorganismům, které způsobují invazivní onemocnění, pneumonii nebo zánet středního ucha. Podobně jako jiné vakcíny nemůže ani Prevenar 13 ochránit všechny očkované jedince před pneumokokovými onemocněními. **Interakce:** Prevenar 13 může být podáván současně s jinými dětskými vakcínami podle doporučených očkovacích schémat. Přípravek Prevenar 13 může být podán současně se sezónní trivalentní inaktivovanou chřipkovou vakcínou (TIV). Různé injekční vakcíny musí být vždy podány každá do jiného místa očkování. **Těhotenství a kojení:** Neexistují údaje o použití pneumokokového 13valentního konjugátu u těhotných žen. Není známo, zda je pneumokokový 13valentní konjugát vylučován do mateřského mléka. **Nežádoucí účinky:** Mezi nejčastěji hlášené nežádoucí účinky u dětí patřily raskce v místě očkování, horečka, podráždění, nechuť k jídlu, zvýšená spavost a/nebo nespavost. U dospělých osob artralgie, myalgie, bolesti hlavy, příjem, vyrážka, zimnice, nevolnost, zarudnutí v místě aplikace, indurace/otok v místě aplikace, bolest/přecitlivělost místa aplikace, omezení pohyblivosti paže, snížení chuti k jídlu. **Předvakcinace:** Předvakcinace přípravkem Prevenar 13 není pravděpodobně vzhledem ke způsobu balení v předplněné injekční stříkačce. **Uchování:** Uchovávejte v chladničce (2 - 8 °C). Chraňte před mrazem. **Balení:** 0,5 ml injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce s pístovou zátkou a ochranným krytem hrotu. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Pfizer Ltd., Ramsgate Road, Sandwich, Kent, CT13 9NL, Velká Británie. **Registrační číslo:** EU/1/09/590/001-6. **Datum poslední revize textu:** 3.7.2012. **Výdej léčivého přípravku** je vázán na lékařský předpis. **Přípravek Prevenar 13 je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění pro děti splňující podmínky dané zákonem č. 48/1997 Sb. v aktuálním znění. Před předepsáním se, prosím, seznáme s úplnou informací o přípravku.**

Reference: 1. SPC Prevenar 13. 2. SPC Synflorix. 3. SPC Prevenar. 4. Motlová J, Beneš Č, Kozáková J, Křiváček P. Invazivní pneumokoková onemocnění v České republice v roce 2011. Zprávy ČSM (SZÚ, Praha) 2012; 21(2): 51-58.

Pfizer, spol. s r.o., Stroupežnického 17, 150 00 Praha 5
tel.: +420 283 004 111, fax: +420 251 610 270, www.pfizer.cz

www.prevenar13.cz

Pfizer

Pacujeme společně pro zdravější svět™

www.pfizer.cz

PRV-2012.01.116