



Postgraduální vzdělávání v pediatrických oborech aneb co bude s PLDD?

Vážení kolegové,

v tomto čísle časopisu jsme věnovali přílohu problematice zachování oboru PLDD. Kdo opět vypustil myšlenku zrušení oboru PLDD, si můžeme domýšlet, ale určitě to nebyli zástupci SPLDD či OSPDL. Snažili jsme se dopracovat k uspokojivému kompromisnímu řešení, ale do dnešního dne se to nepodařilo. Ba právě naopak. Mediální výstupy a přestřelky se zástupci pediatrické společnosti situaci dále hrotí a neprospívají celkově pediatrii a systému péče o děti a dorost v ČR. Současný systém má určitě své rezervy, má co vylepšovat, ale doposud nás nikdo nepřesvědčil, proč se má do něj zasahovat, byť přes zdánlivě nesouvisející zákon o vzdělávání lékařů. Nicméně je potřeba si uvědomit, že zákon je propojený s jinými, náš obor je ukotven v základních zdravotnických zákonech a je nezbytnou součástí primární péče. Patříme k praktikům, máme právo registrovat, máme kombinovanou kapitačně-výkonovou platbu. Pečujeme o děti a dorost do jejich 19. narozenin. Pečujeme o děti a dorost i v mezioborové problematice. To, co se zdá být samozřejmostí, nemusejí vzhledem k problémům ve zdravotnictví obecně, trvat na věčné časy. Náš systém péče o děti není obvyklý v okolních zemích, je velmi kladně hodnocený a nám nezbyvá než ho bránit a rozvíjet. Nechceme se stát ambulantními specialisty.

Snažím se pochopit jednotlivé PLDD, kteří si v klidu pracují ve svých praxích a nemají zájem, možná ani síly sledovat tyto profesní a odborné polemiky. Ale je to právě zásluha profesní organizace a později i odborné společnosti, že jsme tam, kde jsme. Je to zásluha jejich aktivních členů a podpory vedení organizací velkou členskou základnou. SPLDD se vždy snažilo maximálně hájit zájmy jednotlivých praxí PLDD, snažilo se rozvíjet privátní praxe jak formou zvyšujícího se finančního ohodnocení, tak i pořádáním odborných akcí cílených na problematiku ordinací PLDD. Jsou to znalosti, které nepotřebují ke své práci pediatrii pracující na odděleních. Proč taky? Ušli jsme za těch posledních více než 20 let velký kus cesty, prošli jsme řadou změn, spoustu věcí jsme se učili za pochodu. Nelze dnes srovnávat práci na obvodě před privatizací a dnes. K této práci navíc přibyla problematika provozování praxe jako takové, každý vedeme ve své podstatě podnik a snažíme se o jeho prosperitu, rozvoj atd., často s pomocí celé rodiny. Važme si své dlouholeté práce a nenechme se manipulovat do změn, o kterých nemáme jistotu, že budou k lepšímu. Nechci již poslouchat dehonestující řeči o práci kolegů PLDD, jejich nevzdělanosti, jejich lenosti, jejich nezastizitelnosti v ordinacích, jejich chybách atd. Možná taková některá i jsou, ale většina kolegů pracuje odpovědně

a v rámci svým možností. Nikdy jsem se ve stejném duchu nebavila o lékařích na dětských odděleních a také to dělat nebudu. Velmi rádi bychom vybavovali své praxe dalšími přístroji, vzdělávali se v dalších dovednostech (sonografické vyšetření, EKG, alergologické vyšetření atd.). Kdo však zaplatí investice a tato vyšetření? Kdo zastoupí PLDD v době, kdy se budou školit v těchto dovednostech? Kdo pomůže tyto nové výkony pro PLDD prosadit? Kdo ovlivní chování rodičů? Přibývá těch, kteří jdou s dítětem, kam chtějí a kdy chtějí. Bez finanční motivace všech to nepůjde. Bez spolupráce pediatrických, ale i jiných odborných či profesních organizací také ne.

Zachování oboru PLDD zůstává problémem. V tomto úsilí jsme téměř osamoceni, proti nám vystupuje ČPS JEP, ČLK i MZ ČR. Nicméně máme přeci jenom silného spojence – tím jsou rodiče našich dětí. Potvrzuje to počet podpisů pod peticí a podpora rodičů, se kterými hovoříme o naší snaze zachovat obor PLDD. Velmi dlouho jsme zvažovali, zda jeden obor pediatrie by nepřinesl výhody pro zajištění péče o děti v budoucnosti, pro systém generační výměny PLDD, zajištění dětských oddělení atd. Po pečlivém zvážení všech dostupných informací a argumentů jsme dospěli k závěru, že vzhledem k tomu, že neznáme odpovědi na řadu legitimních otázek, které vyplývají z předložené novely zákona o vzdělávání, je nutné bojovat za to, co dobře funguje a co není potřeba měnit. MZ nepředložilo žádnou analýzu možných dopadů změny zákona. Nepředložilo žádnou koncepci péče o dítě v ČR. Navíc, proč se zákon připravuje v tajnosti? Proč jsme ho nemohli i přes sliby MZ standardně připomínkovat? Proč nám nikdo kompetentní neodpovídá na naše otázky? Stále jen slyšíme, že sloučením oborů se vyřeší nedostatek pediatrií. Ale jak se vyřeší, když chybějí lékaři obecně a v pediatrii ještě více? Jak se vyřeší, když při jednom oboru pediatrie v okolních zemích EU je také nedostatek pediatrií? Když v okolních zemích není všude obdobný systém péče o děti v primární péči? Na parlamentním semináři, který jsme pořádali 23. 6. 2015, zaznělo maximum informací o primární péči o děti a dorost v ČR. Přednesené prezentace si můžete najít na webu SPLDD. Jsou velmi zajímavé a obsahují racionální argumenty, které podporují význam primární péče, konkrétně ukazují na odlišnosti primární péče od péče nemocniční, ukazují na variabilitu péče o děti v okolních zemích. ČPS JEP, MZ ČR a ČLK usilují o jeden obor. Jeden obor pediatrie údajně vůbec nesouvisí se systémem poskytování zdravotních služeb. Opak je pravdou. Právě na základě atestace z příslušného oboru je lékař způsobilý k samostatnému výkonu povolání. Bez atestace je lékař schopen pouze práce v zaměstnaneckém poměru a pod dohledem. Privátní praxe, které jsou základem dnešní primární péče o děti v ČR, mohou být ohroženy, stejně tak i dostatečný počet lékařů, který by je provozoval.

Jen pro ilustraci složitosti celé problematiky a rozhodování uvedu otázky, na které doposud neznáme odpovědi:

Jaká bude kvalita (obsah) zkráceného vzdělávacího programu?

Jaká budou přechodná ustanovení pro současné lékaře s atestací?

Kdy bude mít možnost lékař složit atestaci z nového oboru pediatrie? Po čtyřech letech předepsané přípravy, či až po souhlasu školitele?

Kdy bude moci nastoupit do praxe PLDD po atestaci? Nebude vázáný dohodou s nemocnicí, aby odpracoval nějakou dobu na školícím pracovišti dětského oddělení, tak jako se to děje již dnes?

Zůstane síť privátních praxí PLDD?

Bude zachován PLDD jako součást primární péče (po boku PL) a hrazen nadále kombinovanou kapitační platbou? Nebo se stane výhledově ambulantním specialistou – pediatrem?

Jaké bude mít kompetence PLDD v budoucnosti?

Bude povinnost se podílet nejen na lékařské pohotovostní službě, ale i na ÚPS?

Na tyto a další otázky nám nikdo neodpověděl. Slyšíme jen sliby, že se v podstatě nic nemění, jen vzdělávání. Ani předložená novela zákona o vzdělávání lékařů, která ruší obor PLDD, nedává odpovědi. Chybějí prováděcí vyhlášky, na které zákon odkazuje, které jsou velmi důležité, ale které nejsou k dispozici.

Od novely zákona bych očekávala maximální zjednodušení prostupnosti mezi klinickým pediatrem a PLDD oběma směry, posílení kvality vzdělávání a zjednodušení administrativní zátěže. Navrhovali jsme společný tříletý kmen, po kterém by se lékař rozhodl, zda další vzdělání ukončí po roce atestací z oboru PLDD, či po dalších 2 letech složí atestaci z DL, či zamíří k dětské specializaci a ukončí ji příslušnou atestací. V případě přechodu by si lékař pouze doplnil znalosti a dovednosti příslušného oboru. Je to pojistka kvality samostatně poskytovaných zdravotních služeb. V případě zaměstnanců je již dnes svým způsobem prostupnost zajištěna, lékaři pracovat mohou jak na dětském oddělení, tak i v praxi PLDD, ale pod dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí.

Co říci na závěr? Vedení SPLDD hájí postup, který byl odsouhlasen všemi konferencemi SPLDD. Na těchto konferencích jsou členové zastoupeni svými volenými zástupci, mohou se účastnit a vyjadřovat své názory. Proto výstupy konferencí považuji za demokratický a většinový názor členské základny.

Je téměř jisté, že konečné rozhodnutí bude politickým rozhodnutím. Ne vždy jsou taková rozhodnutí přínosná a těžko se napravují.

V úctě Ilona Hülleová

■ Smráká se nad primární pediatrickou péčí v ČR?

Redakční rada si dovoluje předložit čtenářům VOX *Pediatricae* soubor nejzákladnějších a nejzajímavějších podkladů, příspěvků a dalších vyjádření týkající se pediatrických oborů.

Až do r. 2004 existoval jediný základní obor pediatrie, který zajišťoval stejné základní vzdělání jak pro primární, tak sekundární, ev. terciární péči o děti. Zákonem č. 95/2004 Sb. bylo vzdělávání rozděleno a do zákona byly zakotveny obory dětské lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost jako samostatné obory základní.

Osamostatnění oboru PLDD rozproudilo ostrou debatu již tehdy, ale v souvislosti s nyní předkládanou novelou zákona č. 95/2004 Sb., o vzdělávání lékařů, stomatologů a farmaceutů (ale i zákona č. 96/2004 Sb., o vzdělávání v nelékařských povoláních ve zdravotnictví) se výměna názorů mezi odbornou veřejností, pediatrické obory nevyjímaje, ještě více rozhořela. K otázce pediatrických oborů proběhla, probíhá a zřejmě ještě bude probíhat řada jednání, a to jak společných, tak i parciálních, na úrovni odborných či profesních společností, na úrovni IPVZ, na úrovni MZ i na úrovni politické, včetně Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR.

Celostátní, krajské a regionální konference SPLDD i sněm SPLDD v letech 2014 a 2015, tedy nejvyšší orgány představující vůli svých členů, daly jasný pokyn k hájení samostatného oboru PLDD jako oboru základního, poskytujícího primární péči o děti a dorost. Není tedy pravda, že obor chce zachovat jen úzké vedení SPLDD a OSPDL.

Ke škodě všech se zatím nepodařilo najít přijatelný konsensus. Názory se samozřejmě mohou lišit, ale hledíme řešení taková, z nichž budou profitovat jak naši dětská pacientí, tak i lékaři pečující o děti a dorost. Náplň práce v oborech DL a PLDD se liší. Vzájemně se ale potřebujeme – PLDD jako lékař primární péče na úrovni praktické medicíny dostupné všem pacientům dané věkové skupiny musí umět poskytovat nejen část preventivní, ale i část kurativní, a to do té míry, aby maximum možného zvládl přímo ve své ordinaci a jen složitější či vážnější případy odesílal na jiná pracoviště včetně dětských lůžkových. Tím se zvýší komfort jak pro nemocné děti, tak pro jejich rodiče a nakonec nezatíží banalitami sekundární sféru pediatrické péče. Tím se i poskytovaná péče zlevní. Nepokládejme proto otázky typu, kdo je lepší, kdo je více potřebný, kdo je erudovanější, kdo je váženější... Každá odbornost má svá specifika.

Pojďme tedy hledat to, co nás skutečně v současné době spojuje, a naopak definujeme, co nás rozděluje a co s tím můžeme udělat. To lze pouze při vzájemném respektu, bez urážek, bez vyvyšování se jednoho nad druhého a při schopnosti vyslechnout si odlišný názor. Pojďme pojmenovat kritické body a pojďme zvážit, zda je umíme vyřešit sami, bez vlivu ministerských úředníků. Vždyť my zdravotníci máme nejvíce zkušeností s tím, co nás pálí, a máme jistě lepší představy o naší práci než úředník, který je často navíc pod politickým vlivem.

Otázek je samozřejmě hodně a těch vyřešených zatím málo. Tak jen namátkou:

Co bude s péčí o děti a dorost v případě schválení předloženého návrhu novely zákona č. 95/2004 Sb.? Jaké kompetence budou mít současní DL a jaké současní PLDD, kteří

navíc atestovali ve dvou režimech – většina ještě v pediatrii, méně již v oboru PLDD? Je překážkou v zachování samostatných oborů DL a PLDD curriculum? Pokud ano, tak v čem jsou třecí plochy? Je curriculum PLDD nedostatečné? Jak bude probíhat postgraduál při sloučení? Bude výuka probíhat na katedře/subkatedře IPVZ, nebo na fakultách? Kdo bude vzdělávání financovat? Jak bude regulováno zařazení atestantů z jednotné pediatrie do praxe – co když budou chtít všichni do primární péče, nebo naopak do nemocnic? Přitáhne společné curriculum skutečně více zájemců? Bude jednotná atestace z pediatrie identická pro všechny, nebo bude mírně diferencovaná dle zvoleného zařazení? Nebylo by vhodnější změnit označení PLDD za Všeobecný praktický lékař pro děti a dorost, protože není jen specialistou v oboru pediatrie, ale musí ovládat znalosti a dovednosti i v oborech styčných, a to často (zejména mimo městské aglomerace) i z důvodů místní a časové nedostupnosti ambulantních specialistů? Je vhodné, aby školenec byl po celou dobu vzdělávání pouze na jednom pracovišti, nebo cirkuloval na více akreditovaných pracovištích jak lůžkových, tak v primární péči, aby získal náhled na více možných postupů a měl šanci se setkat s větším počtem různých případů, situací a naučil se samostatnému myšlení? Je akceptovatelný přechod z jednoho oboru do druhého bez absolvování „funkčního“ kursu? A kompatibilita s ostatním světem, resp. Evropou či jen EU? Má šanci vznik samostatného základního oboru PLDD v ČR stát se krokem organizátorsky inovátorským a inspirativním pro další státy? Proč nedat absolventům lékařských fakult možnost vybrat si svobodně mezi oborem DL a oborem PLDD, který má své kouzlo, ale s vědomím toho, že bude mít omezené možnosti v přechodu do jiného oboru, do nastavbových oborů či do zahraničí? Není to řešitelné analogií při přechodech v jiných oborech či v zahraničí doplněním vzdělání či nostrifikací?

Všichni, kteří budou o budoucnosti péče o děti v ČR rozhodovat, by si měli plně uvědomit dopady svého rozhodnutí v krátkém i dlouhodobém horizontu a povznést se nad osobní či parciální skupinové zájmy. Musíme také brát ohled na naše mladé kolegy stávající či budoucí, o nichž se tímto zákonem rozhoduje především. Rozhodování to bude jistě složité. Ať dopadne závěrečný ortel jakkoliv, musejí zejména stát (tedy všechny jeho složky) a zdravotní pojišťovny fakticky (nejen proklamativně) podpořit fungování primární péče o děti a dorost v ČR.

Redakční rada nabízí v této příloze množství informací, někdy i zcela protikladných, a to v rámci objektivitu, aby si každý mohl udělat úsudek sám. Otiskujeme materiály starší i čerstvé. Z diskusí je zjevné, že ani jedna společnost – Česká pediatrická společnost, OSPDL a SPLDD – nemá homogenní názor na další formu postgraduálního vzdělávání. V obou táborech jsou zastánci společného curricula, ale i zastánci podporující samostatné vzdělávání pro primární péči a samostatné pro péči sekundární. Samozřejmě se hledají různé důvody, proč to či ono je lepší, bohužel se zdá, že se někdy vytrácí validní argumentace a sklouzává se k „vytahování ojedinelých kauz“ jako příkladů k systémovému řešení. Hledají se i zkušenosti ze zahraničí, které otiskujeme i díky naší zahraniční komisi a lékařům působícím v cizině.

Za redakční radu připravil MUDr. Ctirad Kozderka

■ Historie dávná i nedávná, přítomnost a budoucnost české pediatrie a péče o dítě a dorost

V 19. století se v Čechách i v medicínských kruzích projevoval vzestup národního uvědomění, a proto se malá skupina českých lékařů, kteří se věnovali pediatrii, semkla kolem svého učitele, **zakladatele a prvního představitele české pediatrie Med. Dr. Bohdana Neureuttera**.

Roku 1884 byl Neureutter jmenován mimořádným profesorem dětského lékařství. V roce 1885 dal podnět k založení dětské nemocnice. Dne 9. května 1888 byla otevřena takzvaná „**Dětská nemocnice na Křižovatce**“ v Praze. Významným pomocníkem při její výstavbě se mu stal MUDr. Antonín Haasz. Tyto dva významné pediatriy minulosti je možné pokládat za zakladatele české pediatrie.

Česká nemocnice se stala základnou pro výchovu budoucích dětských lékařů. Od roku 1911 zde pracoval i nesmírně skromný člověk a vynikající odborník **doc. MUDr. Jiří Brdlík**, který pomohl v Bratislavě uvést do provozu dětskou kliniku a dětské lékařství. Jeho blízkým spolupracovníkem byl **doc. MUDr. Josef Švejcar**.

Po r. 1945 byl, v důsledku šestiletého uzavření vysokých škol, obrovský nedostatek lékařů, a proto byly zřizovány nové lékařské fakulty – v Hradci Králové, v Plzni a v Olomouci; v roce 1951 byla zřízena **pediatrická větev Fakulty všeobecného lékařství UK**, jejímiž proděkany byli profesori Švejcar a Houšťek. V listopadu 1953 byla vládním rozhodnutím o změnách v organizaci vysokých škol zřízena **Fakulta dětského lékařství UK (FDL UK)**, děkanem se stal **profesor Houšťek** a fakulta postupně zřizovala potřebné kliniky.

Základem Dětské fakultní nemocnice a zejména Fakulty dětského lékařství byla bývalá Česká dětská nemocnice, kde byly umístěny I. dětská klinika profesora Švejcara, II. dětská klinika profesora Houšťka, Ústav výzkumu vývoje dítěte (ÚVVD), některé laboratoře a děkanát FDL UK. Vznikem Fakulty dětského lékařství se zlepšila výchova dětských lékařů. Za dobu, po kterou Česká dětská nemocnice sloužila svému účelu, dokázalo dětské lékařství mnohé. Léčba dětí se oddělila od dospělých, neobyčejný pokrok zaznamenala dětská chirurgie a ortopedie, rapidně se snížil výskyt nozokomiálních nákaz, výrazně klesla kojenecká i dětská úmrtnost a prakticky byly vymýceny některé dětské choroby.

V roce 1990 změnila fakulta název z Fakulty dětského lékařství na 2. lékařskou fakultu. Společně s touto změnou nastal odklon od výhradní specializace na pediatrickou péči směrem k všeobecnému lékařství.

Díky dětským poradnám zavedeným J. Brdlíkem, Q. Mannem a J. Švejcarem se zlepšila výchova žen k mateřství a péči o děti. Ke značnému pokroku došlo i v přípravě a dalším doškolení sester a především v pochopení jejich funkce jako rovnocenných partnerů lékařů v péči o nemocné dítě. Koncem 50. let již v Praze existovalo několik zdravotnických škol, z nichž jedna vyučovala dětské sestry.

V roce 2002 předložila pracovní skupina vedená tehdy doc. MUDr. Hanou Hrstkovou, CSc., **návrh koncepce oboru pediatrie**. V tomto dokumentu ze dne 12. 3. 2002 předloženém MZ ČR se dočteme v odst. 3.7. následující:

Hlavními problémy oboru jsou:

1. *udržení vysoké proočkovanosti a zavedení dalších pravidelných očkování*
2. *racionální terapie antibiotiky u komunitních infekcí (cave resistance!)*
3. *optimalizace sítě lůžkových zařízení: zánik dětských oddělení I. typu, budovat akutní ambulantní oddělení s expektačními lůžky, celodenní ambulantní péče, vysoká úroveň a dobrá dostupnost služeb komplementu pro primární lékaře, další centralizace lůžkové péče, vznik akreditovaných pracovišť pro optimální péči a vzdělávání jak ve všeobecné nemocniční pediatrii, primární péči i v nástavbových oborech.*
Trend k umístění všech hospitalizovaných dětí a dorostu na lůžkách dětských oddělení.
Zřizování pracovišť interdisciplinárního typu s multioborovou péčí o děti ohrožené a postižené (dětská centra).
4. *příprava podmínek pro vznik a rozvoj oboru rodinného lékařství*
5. *zavedení ukazatelů kvality péče a optimalizace její úhrady*
6. *rozvoj kontinuální postgraduální výchovy, sledování odborné úrovně poskytovatelů péče*
7. *změna ve smyslu zvýšení frekvence a struktury preventivních prohlídek u dětí a dorostu*
8. *zvysování erudice PLDD v oboru dorostového lékařství*
9. *obor praktický lékař pro děti a dorost nemá definované samostatné specializační vzdělávání. Problém by měl řešit nový zákon o způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání, který zařadí obor praktický lékař pro děti a dorost mezi základní obory s vlastní atestací.*

Jak již bylo výše uvedeno, zlomem v postgraduální přípravě pediatriů bylo schválení zákona č. 95/2004 Sb. Ještě před vydáním tohoto zákona se vedla jednání mezi pediatrii o dalším vývoji oboru dětské lékařství. Před vánočními 2002 vznikl dokument – tzv. **Adventní dohoda**, která reagovala zejména na hrozbu vzniku rodinného lékaře s tím, že pediatr by byl konzultantem-specialistou. Tuto dohodu předložil tehdejší ministryni zdravotnictví MUDr. Součkové ředitel IPVZ MUDr. Antonín Malina, Ph.D.:

Vážená paní ministryně,

dovolte, abych Vás informoval o jednání týkajícím se dalšího vývoje oboru dětské lékařství, které se konalo v IPVZ dne 11. 12. 2002 za přítomnosti zástupců České pediatrické společnosti (doc. MUDr. J. Hoza, CSc., MUDr. J. Gut), Odborné společnosti praktických dětských lékařů (MUDr. H. Cabrnová, předsedkyně), Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost (MUDr. P. Neugebauer, předseda, MUDr. T. Soukup, místopředseda) a IPVZ (MUDr. A. Malina, Ph.D., ředitel, PhDr. J. Krejčíková, náměstkyně pro výuku, doc. MUDr. I. Novák, CSc., vedoucí katedry pediatrie).

Přítomní zástupci se zabývali problémem stanovení oboru v oblasti poskytování péče pro děti a dorost a dospěli k závě-

ru, že lze vytvořit obor dětské lékařství jako jediný obor, z něhož se budou konstituovat odborníci s odborností praktický lékař pro děti a dorost, klinický pediatr a neonatolog.

Celková délka specializačního vzdělávání v oboru dětské lékařství bude 5 let, z toho musí být nejméně 3 roky společného odborného výcviku (společný kmen), po němž bude následovat minimálně 1 rok volitelného specializačního vzdělávání v odbornosti praktické dětské lékařství nebo klinická pediatrie nebo neonatologie. Specializační vzdělávání bude zakončeno společnou atestací a vydáním diplomu pro obor dětské lékařství. Odlišné odbornosti v souladu se zaměřením volitelného posledního roku specializačního vzdělávání budou následně stvrzeny udělením licence nebo certifikátu, které budou opravňovat lékaře k výkonu činnosti v jedné z těchto odborností.

Všichni účastníci jednání se shodují na tom, že primární péči pro děti a dorost budou poskytovat lékaři s atestací, specializací v dětském lékařství. Současně doporučují, aby specialisté, kteří budou mít v označení odbornosti přívlastek „dětská“, absolvovali specializační vzdělávání v oboru dětské lékařství nejméně v rozsahu 24 měsíců (př. dětská kardiologie, dětská neurologie aj.).

Vážená paní ministryně, dovoluji Vám tlumočit přání všech přítomných, aby závěr tohoto konsensuálního jednání byl zohledněn v závěrečné přípravě návrhu zákona o způsobilosti k výkonu povolání.

Vývoj se však záhy ubíral trochu jiným směrem, než Adventní dohoda ukazovala. V úvodníku periodika *Pediatrie pro praxi* 2003/3 se k tomu vyjádřil **prim. MUDr. Josef Gut, člen výboru ČPS:**

Komunikace ale již tehdy mezi ČPS a představiteli SPLDD, resp. OSPDL začala vážnout, přesto jsme se koncem roku 2002 dohodli na půdě IPVZ před jeho ředitelem dr. Malinou na společném 5letém popromočním curricula. Obě strany především formulovaly společnou rámcovou představu o postgraduální přípravě v pediatrii, která měla být i vtělena do právě se finalizující předlohy nového zákona. Celkově pětiletá základní příprava, jež by v prvních třech letech byla kmenově společná, by probíhala na akreditovaných lůžkových zařízeních v soulase s evropskými představami. K diverzifikaci by pak došlo v posledních dvou letech podle plánované profilace školenec. Završením přípravy by byla jediná atestace z oboru pediatrie, což by umožňovalo i poměrně snadnou flexibilitu mezi jednotlivými profilacemi po doplnění náležitých částí postgraduálního programu. Sečteno, podepsáno, odesláno (pod signací ředitele IPVZ ministryni zdravotnictví Součkové). Kdosi nazval uzavřenou dohodu adventní, což dávalo naději na zklidnění emocí do budoucnosti. Budoucnost měla ale délku tří měsíců. V polovině dubna 2003 konečně Poslanecká sněmovna (PS) začala projednávat zákon o postgraduální přípravě, tolikrát přepracovávaný a opět narychlo spíchnutý. Zpravodajskými kanály jsme byli upozorněni, že v návrhu, který bude předkládán dr. Cabrnchem coby zpravodajem zdravotního výboru, jsou v seznamu atestačních oborů uvedeny samostatně dva obory: praktický lékař pro děti a dorost a klinická pediatrie. Zpočátku jsme považovali tuto „uniklou informaci z dobře informovaných zdrojů“ za nejsporný žertík, vždyť nikde v kulturním světě nic podobného neexistuje. Ale hlasování podnikatelů, herců, in-

ženýrů, právníků, ekonomů a dalších profesí v PS bylo rychlé a nejsporný žertík se stal absurdní realitou.

Diskuse na téma postgraduálního vzdělávání pokračovala i počátkem roku 2004. V tomtéž časopise v č. 2004/1 nalezneme **úvahy doc. Ivana Nováka, CSc., v článku *Pediatrie – Jak dál?***

Parlamentem prochází zákon, který má definovat odbornou způsobilost lékařů k výkonu jejich povolání. Jde o jeden ze zákonů, který má přiblížit situaci v naší republice tomu, co je obvyklé v Evropské unii, jejímiž rovnoprávními členy se za několik desítek dnů staneme. V tomto případě jde o to, aby lékaři z České republiky měli takové pregraduální a postgraduální vzdělání, které jim umožní vykonávat povolání v zemích Evropské unie. Zákon má také definovat podmínky, za nichž budou moci lékaři ze zemí Evropské unie působit u nás.

Příprava zákona rozdělila pediatriickou obec. Zákon totiž uvádí 83 medicínských oborů a podoborů, které budou předmětem postgraduální výchovy. Bude zřejmě na dalším jednání odborných společností, lékařských fakult, ČLK a instituce, již Ministerstvo zdravotnictví České republiky pověřil metodickým řízením akreditačního a vzdělávacího postgraduálního procesu, jaké budou hlavní, řekněme základní, obory postgraduální výchovy se zhruba pětiletým vzdělávacím obdobím, a které obory budou mít charakter další, vyšší specializace rozšiřující v kratším dvou- až tříletém období vzdělání základní.

Pokud jde o pediatrii, bude nepochybně vyvíjen tlak na to, aby byly nejméně dva základní obory – dětské lékařství, jako obor pro pediatriy působící v nemocnicích (to, co naši učitelé nazývali nemocniční a fakultní pediatrie), a praktické lékařství pro děti a dorost, kde pediatrii budou poskytovat dětem nemocným, ale především i zdravým péči přednemocniční.

Touha po emancipaci praktických lékařů pro děti a dorost (dále PLDD) motivovaná především tím, aby byli postaveni na roveň všeobecným lékařům – praktickým lékařům pro dospělé populaci –, jinými slovy, aby byl zachován odborník v základní péči o děti a nebyl nahrazen – rychlokvašeným – rodinným lékařem, povede k tomu, že praktické dětské lékařství se stane pro postgraduální vzdělávání zřejmě základem samostatným oborem zakončeným atestací.

Netroufám si v této chvíli odhadnout, jak tomu bude s neonatologií. Také základní obor, nebo obor mající charakter další specializace po ukončení základního vzdělání v dětském lékařství? Navíc dalšími obory pro postgraduální vzdělávání je více než 15 medicínských disciplín, které nesou přídomek dětská – od tradiční dětské neurologie až po méně tradiční dětskou radiologii.

Nemá cenu plakat nad koncem pediatrie, zničením oboru a ohrožením péče o dítě. Těžko bránit v odborném rozvoji a touze po odborné samostatnosti lékařům, kteří mají vlastní odbornou společnost a pevnou profesní organizaci – mimochodem oba subjekty patří k neaktivnějším nejen na úseku primární péče, ale i mezi pediatrickými subjekty. PLDD mají nepochybně speciální problémy profesní (organizace a úhrada péče), ale i odborné zájmy odlišné od kliniků (očkování, point of the care testing, dispenzární péče, zdravý vývoj dítěte). Podobně je tomu s neonatologií, především pokud jde o péči intermediární a resuscitační o novorozence s nízkou porodní hmotností.

Přemýšlejme o tom, kolik bude v příštích deseti letech v Čechách dětí a co budou od odborníků, kteří se o ně budou starat, potřebovat. Děti do 19 let budou asi 2 miliony. Měly by být zdravé. Budou-li nemocné, měly by být doma, budou-li vyžadovat hospitalizaci, pak by to mělo být po dobu co možná nejkratší (emergency, jednodenní péče, stacionář). Budou-li vážně nemocné, pak budou potřebovat kvalitní a dostupnou intenzivní péči. Bude nezbytné, aby se o zdravý vývoj dítěte staralo a při nemoci o něj pečovalo více než několik desítek specialistů-neonatologů. Pokud jde o péči nemocniční, bude postupovat redukce akutních lůžek, jejich koncentrace do větších center a diferenciací, specializace (intenzivní péče, rehabilitační péče).

I když připustíme některé specifické rysy práce PLDD, neonatologa a nemocničního pediatra, je nepochybné, že jejich pregraduální i postgraduální vzdělávání musí mít řadu styčných bodů – pevný a kvalitní společný kmen zajišťující srovnatelné vzdělání v pediatrické propedeutice a základní pediatrické problematice, jako jsou třeba růst a vývoj, výživa, infekce, naléhavé stavy a sociální pediatrie. Teprve potom, zhruba asi v jedné třetině času určeného pro základní postgraduální výchovu, by měly přijít na řadu speciální nebo specifické potřeby té či oné pediatrické specializace. Totéž platí pro ostatní pediatrické specializace s přídomkem dětská. Pozornost všech subjektů působících na poli pediatrie by se měla soustředit na klidné a vstřícné jednání o tom, co bude tento společný kmen pediatrického vzdělání představovat jak délkou, tak náplní a organizací. Hlavními úkoly bude vytvořit hodnotná akreditovaná pracoviště s kvalitními školiteli pro pediatrickou postgraduální výuku jak na úseku nemocničním, tak v primární péči, kde bude potřeba akreditovaných subjektů zvláště vysoká. Cílem musí být výchova vzdělaných dětských lékařů, ať bude jejich pozice v péči o dítě jakákoliv. Nevychováváme odborníky pro Evropu, ale pro péči o naše děti. Zachovejme vysoký standard dosavadní pediatrické péče i pediatrického vzdělání.

Při jednáních o budoucnosti pediatrie v Čechách mějme, my šedesátníci, jen hlasy poradní a ruku pomocnou. Odpovědnost dejme mladším kolegům, kteří se budou o děti opravdu v příštích letech starat. Nedívejme se ale jen dopředu a do Evropy, ale ohlédněme se i zpět na naše učitele

Zákon byl schválen a začala jeho realizace. Při IPVZ vznikla postupně **Katedra praktického lékařství pro děti a dorost**, v jejímž čele stanula MUDr. Hana Cabrnová. První zájemci o postgraduální vzdělávání v samostatném základním oboru PLDD se přihlásili a první tři odatestovali po absolvování přípravy v roce 2008. V roce 2009 to již bylo 9 lékařů, v následujících letech 18, 16, 25, 39 a v roce 2014 již 53 (v oboru dětské lékařství v roce 2014 atestovalo 58 lékařů). Osamostatnění oboru PLDD zůstalo ale i nadále jablkem sváru. Spory vygradovaly opět v souvislosti s nyní předkládanou novelou zákona č. 95/2004 Sb., o vzdělávání lékařů, stomatologů a farmaceutů, která navrhuje po 11 letech oba pediatrické obory sloučit zpět do jediného základního oboru pediatrie.

Ale ještě 30. 4. 2013 se uskutečnilo společné jednání zástupců ČPS, SPLDD a OSPDL s hledáním spolupráce na poli péče o dítě v ČR, která byla později signována pod názvem **Májová dohoda**:

Signatáři dohody deklarují společnou vůli jednat o dalším zajištění kvalitní péče o dítě a hledat cesty k úzké spolupráci. Signatáři dohody se zavazují postupovat společně při hájení zájmů dětských lékařů v lůžkových a ambulantních zdravotnických zařízeních (provozujících primární a sekundární péči), která sdružují ve svých organizacích. Signatáři deklarují snahu o vytvoření společné platformy pro všechny pediatrické odbornosti (Pediatrická akademie – asociace) a vypracování jejího Statutu.

Tato dohoda bude naplňována:

- vzájemným předáváním informací
- tvorbou společných pracovních komisí (LPS, Konceptce péče o dítě ČR, vzdělávací programy)
- společnou analýzou legislativních a jiných předpisů, ovlivňujících provozování lůžkových a ambulantních zdravotnických zařízení, pečujících o dětskou a dorostovou populaci
- koordinací postupu vůči státním orgánům, zdravotním pojišťovněm a dalším subjektům
- hájením ekonomických zájmů při rozdělování prostředků veřejného zdravotního pojištění s ohledem na poskytování pediatrické péče
- koordinovaným vystupováním v médiích
- přípravou nových vzdělávacích programů pro dětské lékařství
- možností přistoupení dalších subjektů – pediatrických společností

Bohužel k naplnění žádného bodu z této dohody nedošlo, zřejmě i vzhledem k nečekanému úmrtí doc. MUDr. Oldřicha Pozlera, CSc., předsedy ČPS, záhy po úmrtí předsedy SPLDD MUDr. Pavla Neugebauera.

V různých částech republiky se začaly projevat problémy spojené s vysokým věkem PLDD. Někteří PLDD odešli do důchodu bez náhrady a jejich ordinace nikdo nepřevzal. A nebyly to jen ordinace venkovské či v pohraničí. S tímto problémem se setkala i Praha a její okolí.

V květnu r. 2014 proto vydali účastníci **sněmu SPLDD tiskové prohlášení**:

Účastníci sněmu SPLDD ČR, který se konal ve dnech 17. 5. a 18. 5. 2014 ve Skalském Dvoře, důrazně upozorňují, že demografická situace jejich oboru je dlouhodobě varující. Stoupající věkový průměr (nyní 58 let) je alarmující zejména proto, že již nyní v některých lokalitách na území ČR rodiče obtížně nalézají svého dětského praktického lékaře. Vyzývají proto představitele státní správy, aby urychleně vytvořili takové podmínky pro zachování dosavadního systému, který poskytuje kvalitní komplexní léčebně-preventivní primární péči o dětskou a dorostovou populaci. V současné době se snaží tento náš léty prověřený fungující systém zavést mnohé evropské státy do svých programů péče o dětskou populaci.

Toto prohlášení bylo vydáno na základě dat zpracovaných ze zdrojů ÚZIS a SPLDD.

Lze se právem domnívat, že nepříznivý demografický vývoj pediatrii obecně mohl být způsoben nízkým zájmem o pediatrii jako celek a zrušením specifické výuky na FDL UK, která zajišťovala průběžně dostatečný počet pediatrii jak pro lůžková oddělení, tak pro primární péči. Nedostatek PLDD byl a je také jedním z argumentů, proč musí dojít k sloučení postgraduálního vzdělávání v pediatrii. Paradoxem ale je fakt, že obdobně nepříznivá čísla jsou i u dětských lékařů.



Jaká je skutečná potřeba nových PLDD,
uvádí MUDr. Milan Cabrnok (20. 6. 2015)

Dnes pracuje 2040 PLDD.

Dejme tomu, že pracují průměrně od 30 do 65 let věku, tedy 35 roků.

Potřebujeme tedy 2040 : 35 = 58,2 nových PLDD každý rok.

Podle počtů nově narozených dětí však budeme v příštích 20 letech mít pouze 1 900 000 dětí od 0 do 19 let.

Počítáme 1000 dětí na jednoho PLDD, tedy budeme potřebovat 1900 PLDD.

Pokud bude pracovat 35 let, potřebujeme reálně 1900 : 35 = 54,3 nového PLDD každý rok.

Zohlednění starých PLDD

Dnes máme 35 % PLDD nad 60 let = 35 % z 2040 = 714 PLDD.

Vzhledem k úbytku dětí bude 140 z nich (2040 - 1900) uzavřeno, potřebujeme tedy 574 nových PLDD.

Pokud budou stávající staří PLDD pracovat ještě 10 let, potřebujeme 574 : 10 = 57,4 nových PLDD ročně.

Pokud budou stávající staří PLDD pracovat ještě průměrně 15 let, potřebujeme 574 : 15 = 38,3 nových PLDD ročně.

Stávající systém specializačního vzdělávání PLDD takový počet nových PLDD již dnes zajišťuje. V roce 2012 se do oboru PLDD zapsalo 58 lékařů, v roce 2013 59 a v roce 2014 již 61 lékařů. Počet lékařů zapsaných do oboru v posledních letech stále stoupá.

(Pozn. redakce: v roce 2014 složilo atestaci v oboru PLDD 53 lékařů.)

Diskutována je také **délka postgraduálního vzdělávání**. ČPS prosazuje curriculum v délce trvání 5 roků, PLDD 4 roky. Jen pro srovnání: VPL (všeobecné praktické lékařství) má curriculum v délce 3 roků. Shoda mezi pediatrii byla, že pediatrické curriculum by mělo vycházet ze tříletého společného kmene (ve shodě s doporučením EU), což ale ministerský návrh neakceptuje a uvádí kmen dvouletý. Jak vypadalo pediatrické curriculum v 38 evropských zemích v roce 2012, ukazuje tabulka

(The Journal of Pediatrics, 2015, Ehrich et al.):

Délka pediatrického vzdělávání (roky)	Počet států (N = 38)	% (100%)
2	1	2,6
3	1	2,6
4	13	34,2
5	16	42,2
6	7	18,4

K otázce vzdělávání v pediatrických oborech vyslalo vedení ČPS ČLS JEP v prosinci 2014 ve svém Bulletinu (a následně v periodiku Čsl. Pediatrie) **otevřený dopis praktickým lékařům pro děti a dorost**, který dosud nebyl mezi PLDD jinou cestou distribuován:

Vážené kolegyně a kolegové,

po určité době, kdy vztahy mezi výbory ČPS, SPLDD a OSPDL byly charakterizovány snahou vyjasňovat rozdílná stanoviska, začala část vedení SPLDD a OSPDL zcela nespravedlivě podezírat ČPS ze snahy likvidovat obor PLDD. **Proti tomu se musíme výrazně ohradit!** ČPS nikdy nepochybovala práci a význam praktických lékařů pro dítě a dorost a naopak vždy prosazovala názor, že primární péči o děti a dorost v ČR mají zajišťovat pediatrii – **a to i v době, kdy ještě neexistovalo SPLDD!** Toto naše přesvědčení bylo podporováno i demografickou studií EPA – UNEPSA (Katz et al. Demography of pediatric primary care in Europe: delivery of care and training. Pediatrics, 2002 May;109(5):788–796). Náš otevřený dopis je motivován snahou vysvětlit naše názory nejen vedení PLDD, ale i všem členům SPLDD a ČPS (mezi které konečně patří i řada praktických pediatrii). Mimo tento Bulletin ČPS otiskneme tento text v Čsl. pediatrii a budeme prosit, aby byl uveřejněn i ve Vox pediatriae.

1. Pregraduální vzdělání pediatrie na lékařských fakultách: Je pravda, že na lékařských fakultách je výuce pediatrie věnován rozdílný prostor. Největší rozsah výuky pediatrie má 2. LF UK a 1. LF UK v Praze (13 a 10 týdnů), což je mnohem více než řada fakult v EU. Snaha znovu otevřít „dětskou fakultu“ je naprosto nereálná. To však neznamená, že bychom se na fakultách neměli snažit motivovat studenty pro budoucí práci s dětmi.

2. Postgraduální vzdělávání DL a PLDD: Rozdíly v názorech na postgraduální pediatrické curriculum v ČR nabyly až neuvěřitelného rozsahu. V naprosté většině zemí stále převládá snaha o 5letý vzdělávací program. Tam, kde se místní administrativy snaží dobu vzdělávání zkrátit, se ozývají významné protesty pediatrických společností (Diversity and Differences of Postgraduate Training in General and Subspecialty Pediatrics in the European Union (J Pediatr. 2014 Aug;165(2):424–426). Jde o materiál připravený společností EPA/UNEPSA). ČPS se domnívá, že vzdělávací program by měl mladému lékaři umožnit, aby získal široké vzdělání, které je kompatibilní s EU. **Vnímáme, že práce v primární péči má svá specifika, která je třeba ve vzdělávacím programu akcentovat.** ČPS připravila řadu návrhů popromočního vzdělání pediatra, jedním z nich je společný 5letý program, ve kterém je 5měsíční pobyt na dětském středisku a všechny kursy potřebné pro práci PLDD. Navíc si každý lékař může vybrat, ve které specializaci/subspecializaci stráví poslední rok před atestací (např. budoucí PLDD může 5. rok praco-

vat 12 měsíců na středisku, zájemce o nefrologii na dětské nefrologii, zájemce o kardiologii na dětské kardiologii atd.). **Takový společný vzdělávací program umožňuje, aby se jeho absolventi, včetně zájemců o praktickou pediatrii, mohli později hlásit i do všech pediatrických subspecializací (např. endokrinologie, nefrologie, alergologie atd.).** Program navíc umožní absolventům fakult se zájmem o práci s dětmi, aby se rozhodli o své specializaci/subspecializaci až v průběhu pediatrického kmene a ne hned po promoci. Vzhledem k tomu, že pokusy o konsensus mezi ČPS a PLDD nepřinesly řešení, stoupá riziko, že dosud velmi vstříčný přístup MZČR to v rámci resortu vyřeší za nás, a pravděpodobně i ke škodě obou stran. Tvrzení, že při společném systému vzdělávání přijdou současní PLDD o status „praktický lékař pro děti a dorost“, není pravdivé. **ČPS bude první, která bude bojovat za trvalé legislativní zakotvení oboru PLDD,** máme v tomto smyslu i slib ze strany MZČR. **I když je zřejmé, že současné vedení SPLDD a OSPDL t.č. odmítá společné curriculum, domníváme se, že stále ještě existuje prostor pro další jednání.** Prosíme také vedení SPLDD a OSPDL, aby si uvědomilo, že zkrácené curriculum pro PLDD se bude v budoucnu týkat až těch, kteří jsou dnes ještě studenty lékařských fakult. A těm by mohl zkrácený program v budoucnu zkomplikovat uplatnění nejen doma při ev. přechodu na jiné pracoviště, než je ordinace PLDD – navíc ale některým i možnost uplatnění v zahraničí, kde již dnes pracuje řada českých pediatrů. Výbor ČPS je také informován, že řada mladších pediatrů zařazených v přípravě si již dnes uvědomuje rizika zkráceného a v evropské pediatrii zcela nestandardního curricula.

Současné spory mezi nemocničními pediatry a praktickými lékaři pro děti a dorost neprospívají ani jedné straně a zcela určitě neprospívají ani oblasti péče o děti a dorost! **Naším přáním je zachovat korektní vztahy mezi lůžkovou a terénní péčí o děti, neboť i nadále se budeme s kolegy PLDD dělit o stejnou skupinu pacientů a na případné rozbroje a sváry by kromě oboru jako takového doplatili v první řadě malí pacienti. Hledjme proto vše, co nás spojuje, a respektujme to, co nás rozděluje. Společným zájmem je zdraví populace dětí a dorostu.**

výbor České pediatrické společnosti při ČLS JEP, prosinec 2014

A protože během prvního pololetí 2015 probíhala další jednání a debaty, požádalo nás vedení ČPS o zveřejnění **aktualizovaného znění otevřeného dopisu** ze dne 17. 8. 2015:

Jaké jsou důvody pro společné popromoční vzdělávání pediatrů a návrat ke společné atestaci

Před několika měsíci výbor České pediatrické společnosti (ČPS) uveřejnil v Bulletinu Otevřený dopis pro PLDD s prosbou o otisknutí textu ve Vox Pediatrae. Protože k uveřejnění zatím nedošlo a od formulace dopisu uplynulo několik měsíců, následující text je určitou novelizací původního.

1. ČPS nikdy nezpochybňovala důležitou úlohu praktických lékařů pro děti a dorost (PLDD) v rámci primární péče v ČR. ČPS hned po roce 1989 pomáhala získat od našich zahraničních kolegů praktické zkušenosti při zakládání profesní organizace. Sdružení PLDD (SPLDD) se od 1992

rychle etablovalo a významně pomohlo transformovat primární péči o děti a dorost. Vznikla kompetentní profesionální organizace, navíc byla v roce 1997 registrována i Odborná společnost PLDD (OSPDL). Oba subjekty se staly důležitými partnery pro zdravotní pojišťovny i MZ ČR a podařilo se jim prosadit důležité změny potřebné pro provoz soukromých ordinací.

2. Komunikace mezi SPLDD a ČPS začala v 2002 vážnout, přesto se představitelé ČPS (Hoza, Gut), SPLDD (Neugebauer, Soukup), OSPDL (Cabrnchová) a Katedry pediatrie IPVZ (Novák) dohodli s ředitelem Malinou dne 11. 12. 2002 na společném 5letém popromočním curricula (tzv. Adventní dohoda). Začátkem roku 2003 ale SPLDD za vydatného lobbingu v Poslanecké sněmovně prosadilo – již bez konzultací a informací směrem k ČPS – oddělené vzdělávací curriculum pro PLDD (návrh byl předkládán poslancem MUDr. Cabrnchem). Vznikly dva vzdělávací programy v pediatrii, které představují v EU výjimku. Zatímco absolventi vzdělávacího programu pro DL mají kompatibilní vzdělání s EU a mohou v EU pracovat v primární, sekundární i terciární sféře, absolventi zkráceného programu pro PLDD, kteří atestují na Katedře praktického lékařství pro děti a dorost IPVZ Praha, mohou pracovat pouze v soukromých ordinacích v ČR. Samostatné curriculum PLDD navíc omezuje přístup jeho absolventů do systému dalšího vzdělávání v nadstavbových specializacích, jako jsou například dětská nefrologie, dětská kardiologie či dětská alergologie, které významně rozšiřují kompetence praktiků. Český dvojí model popromočního vzdělání tak představuje unikát a zahraniční kolegové nechápou, jak k takové situaci mohlo dojít. Systém vede i k tomu, že absolventi 5letého curricula pro DL sice mohou pracovat v EU v oblasti primární péče, ale pro tuto práci v ČR si musejí doplnit praxi na akreditovaném pracovišti PLDD a složit atestaci na Katedře praktického lékařství pro děti a dorost IPVZ. Přitom naprostá většina PLDD v ČR má stejnou atestaci jako DL.

3. Českou pediatrii se podařilo v oblasti postgraduálního vzdělávání rozdělit. V rámci přípravy nového zákona o postgraduálním vzdělání v 2015 se zdá, že snad zvítězí zdravý rozum a že se vrátíme k jednotnému curricula. Vedení SPLDD a OSPDL však organizuje řadu masmediálních akcí, ve kterých tvrdí, že společný vzdělávací program ohrožuje práci primární pediatrické praxe. Petiční akce s jednostrannými a často zmanipulovanými informacemi dáváne k podpisu zmateným rodičům zneklidňují nejen rodiče, ale i další veřejnost. Zatahování laické veřejnosti do ryze odborné diskuse kolem vzdělávání považujeme za účelové, matoucí a neetické. Ve svém důsledku to vyvolává neoprávněné zneklidnění veřejnosti až na úrovni poplašné zprávy. Představitelé PLDD zdůrazňují v denním tisku vysokou úroveň PLDD a zcela neoprávněně zpochybňují znalosti nemocničních pediatrů.

4. Pediatrie (dětské lékařství) je celosvětově vnímána jako jeden obor. Postgraduální příprava (rezidentura) v EU obvykle probíhá na dětském lůžkovém oddělení a trvá 5 let, v Rakousku dokonce 6 let. Souhlasíme, že i v rámci pregraduálního vzdělávání na lékařských fakultách je třeba věnovat pediatrii dostatečnou délku výuky, ale

obnovení samostatné Fakulty dětského a dorostového lékařství je již mimo realitu. Souhlasíme také, aby v rámci postgraduální přípravy v pediatrii byl dán dostatečný prostor i pro pobyt na akreditovaném pracovišti PLDD. Pokud se vrátíme ke společnému curricula, pak po absolvování společného vzdělávacího programu pediatrie se lékař může dále profilovat jako PLDD nebo nemocniční pediatr, navíc oba mohou vstupovat do vzdělávacích programů pediatrických subspecializací (např. alergologie, kardiologie, nefrologie, gastroenterologie atd).

- Argumenty některých PLDD, že si zahraničí chce vzít ze zkráceného modulu PLDD v ČR příklad (dopis Dr. Med. Hussa na naše MZČR), neodpovídají realitě. To potvrdili nejen mnozí kolegové v Rakousku i SRN, ale i představitelé organizací EPA/UNEPSA a EPA na kongresu Europaediatrics v květnu 2015 ve Florencii. Také konstatování, že naše primární péče o děti a dorost je špičková a lepší než v zahraničí, je pouhou fikcí. Zakládalo by to fakt, že při zkráceném curricula jsou PLDD vzdělanější a schopnější než pediatri v zahraničí. Tak tomu není. Profil praxe německého nebo rakouského pediatra se liší minimálně 5–6letým pobytem na dětském oddělení/klinice a také servisem, který může dítěti (rodičům) poskytnout. Přístrojové vybavení ordinace pediatra v zahraničí včetně sonografie a širší okruh laboratorních vyšetření jsou obvykle lepší než u většiny PLDD. Selským rozumem si lze jen těžko představit, že kratší curriculum PLDD může vést k lepší vzdělanosti, konečně atestace PLDD nestačí ani k práci v zahraničí. Naopak řada českých pediatrů s atestací z DL úspěšně pracuje v EU. Naopak v ČR se ordinář či primář lůžkového oddělení musí školit pro práci PLDD u kolegů, které v nemocnici kdysi učil „širokou pediatrii“.
- Samotní PLDD jsou schopni předat vlastními silami jen část znalostí potřebných pro práci praktického lékaře, takže spoléhají, že podstatná část výuky proběhne v nemocnici. Pro nemocnice to představuje problém v situaci, kdy finanční podpora rezidentur nestačí a nemocnice musí dotovat externí vzdělávací program. Není divu, že pokud je ředitel nemocnice ekonom, tak se mu takový model nezamlouvá.
- Vzdělávací program nemůže sám o sobě zajistit dostatek lékařů v oboru pediatrie. Důležitá je ekonomika, renomé oboru i motivace absolventů lékařských fakult. Členové výboru ČPS se účastnili celé řady jednání s funkcionáři SPLDD a OSPDL a opakovaně se snažili předkládat návrhy na kompromisní řešení. ČPS upozorňuje, že změna postgraduálního vzdělávání se týká pouze studentů lékařských fakult, ale nijak se netýká současných PLDD. Spojení vzdělávacího programu může pomoci absolventovi se zájmem o pediatrii odložit rozhodnutí, zda bude jednou pracovat v primární, sekundární nebo terciární sféře.
- Víme, že řada PLDD se odmítla zapojit do „petičních akcí“, ale jen někteří mají i odvahu se ozvat, například MUDr. Roučka, jehož dopis pro vedení PLDD VOX otiskuje. Ozývají se i PLDD, kteří pracují v zahraničí a kteří považují společný vzdělávací program za žádoucí.
- ČPS má zájem o korektní vztahy mezi nemocničními pediatry a praktickými lékaři pro dítě a dorost. Stále doufáme v racionální spolupráci. Společný úkol pro SPLDD a ČPS

by například mohl být požadavek na zvýšení finančních prostředků pro mladé lékaře se zájmem o pediatrickou rezidenturu. **Hledejme vše, co nás spojuje, a respektujme, co nás rozděluje. Společným zájmem je zdraví populace dětí a dorostu.**

Za výbor ČPS: Gut, Janda, Ryba, Zeman

V této aktualizované verzi Otevřeného dopisu ČPS praktickým lékařům pro děti a dorost jsou zmiňována dvě vyjádření k otázce vzdělávání lékařů v pediatrických oborech.

Prvním je **dopis Dr. Med. Gottfrieda Husse, prezidenta ECPCP**, z června 2015:

Postgraduální vzdělávání v primární pediatrické péči v České republice.

Píšeme z důvodu alarmující zprávy, která nás zasáhla z České republiky ohledně plánů redukovat, nebo dokonce opustit stávající postgraduální pediatrické vzdělávání a hodnocení v primární pediatrické zdravotní péči.

Dosud metody vzdělávání a hodnocení pro české školené, kteří chtějí pracovat v primární pediatrické péči, byly vedoucím modelem pro mnohé evropské státy. Jenom nedávno Evropská konfederace primárních pediatrů (ECPCP) vyvinula curriculum pro primární pediatrickou péči na základě českého curricula, které teď bude sloužit jako šablona pro všechny evropské státy s pediatry pracujícími v primární péči.

Jsmo přesvědčeni, že přiměřená zdravotní péče poskytovaná dětem a adolescentům začíná na úrovni vzdělávání. Kvalita pediatrického vzdělávání je jednou z domén kvality zdravotní péče o děti a dorost.

Spektrum nemocí a potíží, které se v dnešní době vyskytují v primární pediatrické péči, se diametrálně liší od nemocí léčených v nemocnicích na univerzitní úrovni. Lékař pracující v primární péči a komunitní medicíně se potřebuje s nimi setkávat a školit v ambulanci, kde se vyskytuje

- Medicína prvního kontaktu
- Preventivní medicína
- Očkování
- Péče o děti a dorost s psychosociálními problémy
- Dlouhodobá kontinuální péče o děti s disabilitou a o chronicky nemocné
- Adolescentní medicína

Zdravotní ukazatele pro české děti a dorost byly v minulosti vždy dobré.

Tato situace pravděpodobně dozná velkou ztrátu, pokud se uskuteční plánované změny. V budoucnosti sledované náklady na péči budou vyšší, pokud lékaři nebudou správně vzdělávání pro jejich profesionální povinnosti.

Druhým je **dopis MUDr. Vladimíra Roučky, praktického lékaře pro děti a dorost z Nové Paky**. K němu připojujeme i odpověď MUDr. Milana Rytíře, vědeckého sekretáře OSPDL:

MUDr. Ilona Hulleová
předsedkyně SPLDD České republiky

Vážená paní předsedkyně SPLDD,
dovolují si reagovat a nesouhlasit s dopisem a výzvou k za-

chování oboru praktický lékař pro děti a dorost, které byly přiloženy k poslednímu vydání časopisu *Vox paediatricae*.

Váš názor vychází, dle mého mínění, z mylných předpokladů, že je ohrožena primární péče v pediatrii, která je vykonávána praktickými lékaři pro děti a dorost. Zdá se mi, že argumentace, že by se systém vrátil před rok 1989 s tím, že by dětské lékaři pendlovali mezi dětským oddělením a terénem, je naprosto zavádějící a neodpovídající realitě nutných registrací ordinací a nutných smluv s pojišťovkami. Domnívám se, že toto nikdo nezpochybňuje a nechce to změnit. Ani si nemyslím, že by ze strany nemocničních pediatrií byl znevažován systém činnosti v ordinacích praktických dětských lékařů. Zároveň si nemyslím, že by někdo z pediatrické obce souhlasil se snížením věkové hranice pro pacienty praktických dětských lékařů ve prospěch praktiků pro dospělé.

Problémem je však vzdělávání. Návrh, proti kterému protestujete a vyzýváte k tomu kolegy, pravděpodobně směřuje ke společné atestaci dětských lékařů (nemocničních i praktických). Bránit se tomu za situace, kdy věkový průměr praktických lékařů pro děti a dorost se blíží 60 letům, mi připadá likvidační pro obor praktické pediatrie. Z hlediska optimálního vzdělávání považuji několikrátou základní praxi na dětském oddělení za naprosto zásadní. Rozhodování se pro obor praktického lékaře ihned po promoci se mi zdá předčasné a nepřirozené. Jak praxe ukázala, tento systém přispívá k současné a hlavně budoucí absenci praktických dětských lékařů. Generování budoucích praktických dětských lékařů stávajícími dětskými odděleními a jejich mzdové i personální posílení je jedinou možnou cestou zachování našeho oboru. Kde jinde než na dětském oddělení, by si začínající pediatrii měli uvědomovat, kde je jejich budoucí uplatnění – zda nastoupí na uvolněná místa po odcházející generaci praktických pediatrií, či zůstanou, bude-li tam místo, na lůžkovém oddělení. My, dětské praktici, nejsme ohroženi nemocničními pediatrii, kteří by se drali na naše místa, ale sami sebou a vlastní omezeností.

Problém se mi zdá výsostně odborný a není mi známo, že by byl prodiskutován na nejnižší úrovni praktiků, kterých se to konkrétně týká. Zatahování patientské veřejnosti prostřednictvím petice, kterou vyzýváte vyvěsit do čekáren našich ordinací, pokládám za minimálně neetické. Medicína by se neměla snižovat k těmto manýrům, které dehonestují lékařský stav v očích soudné veřejnosti.

Dovoluji si aktivně vyslovit tento odlišný názor. Dosud se nás nikdo neptal, zda se domníváme, že pediatrie jsou dvě, či jedna. Já si myslím, že je jedna a někdo dělá v nemocnici a má tam pracovní smlouvu a někdo má registraci a smlouvu s pojišťovkami a pracuje jako praktik. Ale pediatrii jsou oba, ale každý jinak zařazen a oba mají své pevné zakotvení ve společném základu.

Dobrá pediatrie může být jen jedna – založená na vzájemném respektu a důvěře spolupracujících praktiků a nemocničních pediatrií. Umělé stavění obou skupin proti sobě obor poškozují.

V Nové Pace 22. 4. 2015

MUDr. Vladimír Roučka

Odpověď MUDr. Roučkovi ze dne 27. 4. 2015

Vážený pane doktore,
předsedkyně SPLDD ČR mi pro svou velkou zaneprázdněnost (zejména v současné době) poslala svou korespondenci s Vámi a požádala mne o vypracování podrobnější odpovědi. Názor volených funkcionářů ve vedení SPLDD i OSPDL je na tuto problematiku totožný a postupujeme ve spolupráci.

Vážený pane doktore,
velice jsem uvítal Váš odlišný názor na současné dění v oblasti primární péče o děti a dorost. Soudím, že patříte ke skupině lékařů, kteří byli od začátku proti vzniku samostatného oboru PLDD. Znáám takových lékařů více, vážím si jejich názoru a přemýšlím o něm. Další podobná rozhodnutí, která se části lékařů nezamlouvala, byla hromadná privatizace primární péče a nutnost nákupu vakcín bez možnosti jejich předepisování na recept.

Emancipace oboru byla reakcí nejen na stále se rozvíjející nůžky mezi náplní práce praktických a klinických pediatrií, ale také snaha ochránit „cech“ PLDD od živelného vstupu jiných lékařů do sítě PLDD, což by ohrozilo jejich investice a potažmo i existenci. Předpokládalo se, že se bude redukovat síť lůžkových dětských oddělení. To se i potvrdilo.

Během 20 let se situace postupně měnila. Pozitivně v rozvoji kompetencí PLDD, kdy došlo k výraznému poklesu hospitalizací na dětských odděleních a ke z kvalitnější úrovni léčby i prevence (primární i sekundární). Negativně ve zvyšování průměrného věku PLDD a nedostatku pediatrií v primární péči, ale v současné době mnohde i mimo ni.

Nemocniční lékař musí jistě ovládat diferenciální diagnostiku, ale má za sebou veškeré speciality a komplement, na které se může obrátit. PLDD musí ovládat přinejmenším základy z celé řady odborností včetně některých výkonů a léčby. Zatímco lékař u lůžka řeší dílčí, ať akutní, či chronický problém dítěte, PLDD se zabývá prevencí (třetina jeho ordinační doby), kontinuálně pracuje s rodinou, školou a sociální sférou, posuzuje dítě pro různé činnosti a řeší jeho různé problémy v různých obdobích života. A to nezmiňuji administrativní oblast a různá režimová a bezpečnostní opatření v ordinaci kontrolovaná úřady, protože toto se dá dle manuálu naučit rychle, i když je to ta nejméně příjemná část naší práce, která stále narůstá. Rozdíl v přechodu mezi odbornostmi DL a PLDD je i v tom, že v nemocnici se pracuje v týmu, kdežto PLDD se v ordinaci rozhoduje sám. Nemohu se ztotožnit s názorem např. neonatologa, který si myslí, že může ze dne na den přejít do ordinace PLDD, a argumentuje tím, že má dokonce dvě atestace z pediatrie. Proto nás společná atestace děsí.

Proto chceme, aby po kmeni lékařů byl aspoň 6, optimálně 12 měsíců v ordinaci PLDD pod dohledem lékaře a aby s ním zdravotní pojišťovny uzavřely plnohodnotnou smlouvu až po splnění dokončení vzdělání, kterým společná atestace nemůže být. Nebo snad bude také lékař, který se chce specializovat v nemocnici, absolvovat 6 měsíců u PLDD? Jestli společná atestace, pak i náplň musí být stejná.

To, co Vy nazýváte omezeností, je snaha o to, aby se nesnížila kvalita poskytované péče dětem, která se v posledních 20 letech v primární péči výrazně zlepšila. Obáváme se, aby do ordinace PLDD nemohl vstoupit a samostatně pracovat lékař po kmeni či bez atestace. I takové nápady se totiž objevují. Vám i mně s tak dlouhou praxí, kterou jsme navíc zahájili

v totalitním drilu, naše profese připadá docela snadná, ale ptejte se rezidentů, jak to vidí oni. A to už byli v nemocnici několik let. Proto jsem přesvědčen, že není jedna pediatrie, stejně jako není praktický lékař pro dospělé internista a naopak. Pediatrie v nemocnici je naše interna. Nedomnívám se, na rozdíl od Vás, že jediným rozdílem mezi DL a PLDD je ten, že první je zaměstnanec a druhý OSVČ.

Máte pravdu, že lékař po škole nemusí ještě vědět, jaké specializaci z oblasti jeho zájmu se bude věnovat. Ale nesmí docházet k tomu, co se běžně děje, že když se chce nechat zapsat do odbornosti 002 – PLDD, není na dětské oddělení přijat. Proto to zapře, přihlásí se k odbornosti 301 – DL a po kmeni to mění. Tento přestup během postgraduální přípravy je možný, proto s Vámi nemohu souhlasit, že z tohoto důvodu vzniká nedostatek PLDD.

Plně sdílím Váš názor, že jediným možným řešením je mzdové a personální posílení dětských oddělení. A já k tomu přidám ještě požadavek na zvýšení počtu a finanční zvýhodnění rezidenčních míst – ať školenců, či školitelů – a přenesení administrativní zátěže s tím spojené na personální oddělení nemocnic či IPVZ. Ale to je, bohužel, politické rozhodnutí, tedy mimo naše kompetence.

Překvapuje mne, že Vám chybí diskuse zdola. Jistě se jako člen profesní organizace setkáváte s kolegy na okresní úrovni, v současné době probíhají regionální konference – ve východočeském regionu se konala 11. 4. Na všech regionálních konferencích v ČR byli přítomni zástupci z výkonného výboru SPLDD a zástupce odborné společnosti, protože to je jedinečná příležitost, jak se sejít se všemi členy sdružení, protože sněm je orgán volených zástupců, byť z celé republiky, a na celorepublikové konferenci je přítomno jen několik delegátů z každého okresu.

Kritizujete petici, kterou i vedení Sdružení považuje za zásadní rozhodnutí a právě na výzvy členů na regionálních konferencích byla tato akce nyní spuštěna. Nikdo k podpisu není nucen, rodiče ji mohou ignorovat. Ale vidíme i aktivní přístup rodičů, kteří si přejí petici rozmnožit a přenést i na jiná místa mimo ordinaci, což není přípustné. Kromě Vás se zatím neozval nikdo s názorem, že by tato akce dehonestovala lékařský stav v očích veřejnosti.

Narůstající průměrný věk lékařů a jejich stále četnější odchody bez náhrady a tedy nedostatek lékařů v oblasti péče o dítě není rozhodně zaviněn tím, že jsou dva obory v pediatrii, ale mnohaletým špatným vedením zdravotnictví politickými reprezentacemi. Nejen že není, ale ani se nepracuje na koncepci péče o dítě v ČR. Nikdo Vám neodpoví na otázku, co je důvodem rušení oboru PLDD (který je v navrhované novele zákona zatím vypuštěn), zda je vypracována analýza dopadu tohoto kroku (celá řada legislativních souvislostí), jaké kroky plánuje ministerstvo učinit k větší atraktivnosti pediatrie pro studenty LF, jaké kroky plánuje MZ k usnadnění vstupu PLDD do praxí právě s ohledem na nepříznivý demografický vývoj PLDD a dostupnost péče o děti v některých oblastech republiky.

Vážený pane doktore, plně s Vámi souhlasím, že spolupráce mezi praktickými a nemocničními pediatry může být jen tehdy, pokud je vzájemný respekt a důvěra. Umělé stavění obou skupin proti sobě věci neprospívá.

S pozdravem MUDr. Milan Rytíř,
vědecký sekretář OSPDL ČLS JEP

K problematice vzdělávání lékařů se letos (20. 5. 2015) znovu vyjádřil **doc. MUDr. Ivan Novák, CSc.**, který si vyzkoušel obě pozice – práci u lůžka i práci v terénu. Má zkušenosti i jako člen zkušební atestační komise jak z pediatrie, tak z oboru PLDD. Takže skutečně může porovnávat:

Zamyšlení nad postgraduálním vzděláváním v pediatrii

Před více než deseti lety se rozdělil obor pediatrie na dětské lékařství (dále DL) a praktické lékařství pro děti a dorost (dále PLDD). Byl jsem proti. Proti byla tradice, to, jak je tomu v Evropě, a jistě moje dosavadní převažující zkušenost klinického pediatra. Nicméně tehdejší, byť trochu chabá osobní zkušenost s činností PLDD (na úvazek asi tak 0,2, po večerech, při současném vedení kliniky a katedry pediatrie v IPVZ) mě poučila, že je to určitá profese lišící se od činnosti klinické. Je nesporné, že tlak PLDD na osamostatnění oboru měl v pozadí i jisté obavy, že by jejich profesní jistoty mohly být ohroženy infiltrací sítě PLDD právě takovými kliniky jako já, kteří by snadno získávali smluvní vztahy s pojišťovkami. Nicméně úsilí o oddělení bylo podpořeno vlastní profesní organizací, odbornou společností ČLS JEP a obratnými představiteli oboru, kteří měli jak charisma, tak politické zázemí. Obory tedy vznikly a existují. Objevují se tendence k opětovnému spojení oborů, hlavně s poukazem na sjednocení postgraduálního vzdělávání. Zhoršilo rozdělení pediatrie péči o děti v České republice, jak po stránce odborné, tak organizační (vzestup kojenecké úmrtnosti, dostupnost péče...)? Tvrdím, že nikoliv. Mění-li se cosi, pak proto, že to stávající je vadné, nefunkční nebo zastaralé. Ti, kteří změnu reprezentují, by měli přesvědčivě doložit, že přijde jasný pokrok a zlepšení.

Postgraduální vzdělávání a jeho cíle a postupy může, určitým způsobem, deklarovat zvláštnost toho či onoho oboru proti ostatním. S ohledem na to, že mám více než 25 let zkušenosti s postgraduálním vzděláváním (organizace stovek školicích akcí, zkoušení stovek atestací I. a II. stupně z pediatrie, DL i PLDD – poslední uvedené zkouším dosud), cítím povinnost se zamyslet nad postgraduálním vzděláváním v době volání po zásadních změnách.

Postgraduální vzdělávání je **specializační**, vedoucí k závěrečné zkoušce – atestaci, a **celoživotní**, udržující vzdělaného vědomostmi a dovednostmi na současné úrovni vědy.

Malá odbočka – před lety v IPVZ působil doc. MUDr. Josef Vyšohlíd, který se zabýval metodikou postgraduální výchovy a zavedl pro učitele IPVZ tzv. pedagogické minimum. Oslovil v megaanketě prakticky všechny lékaře v ČR s otázkou: jak (jste se vzdělávali) se vzděláváte, s podotázkou, kdo byl vaším tutorem, školitelem. Před knihami, časopisy, školicími akcemi a primářem/přednostou dostal se na 1. místo (v 74 % odpovědí) **starší kolega**. Tedy – učíme se **od někoho** jeho znalosti, dovednosti a postoje.

Jak se jeví pod tímto úhlem pohledu vzdělávání DL a PLDD? Studenti na fakultě a mladí lékaři při specializačním vzdělávání v oboru DL jdou především po znalostech. Ti na větších odděleních a klinikách často již specializovaných, učí se, jak se dříve říkalo, pediatrii fakultní. Vidí málo běžně nemocných dětí, ví toho málo o populaci, které má pomáhat (kolik je v Praze 4 dětí?), dovednosti jsou pro něj jen rukama prováděné výkony. Nemá manažerské dovednosti, ví málo o pro-

vozu oddělení (kolik co stojí), natož nemocnice, kde působí. Nezabývá se zdravými dětmi a prevencí – zažil jsem atestaci, kdy moravský renomovaný klinik publikující v impaktovaných časopisech nevěděl, kolik měří a váží tříleté dítě... Pokud jde o nemocné dítě, jen vzácně je nad ním sám, a protože má kolem sebe odborníky z neurologie, ORL, dermatologie, atd., těmito obory se netrápí. Pokud jde o postoje, etiku a komunikaci s dětmi a s rodiči, je tato oblast u mladých kliniků deformována ve smyslu „vykašli se na ně, už je nikdy neuvidíš...“. Sociální pediatrie se pro obor DL opět stává zbytečnou Popelkou. Výživa dětí je pro něj často spojena s nemocniční kuchyní.

Kdo se mu soustavně věnuje, kdo je jeho tutor? Od koho se učí? O děti se na klinikách starají stážísté a nedávno jsem na jedné klinice viděl, jak se tři lékařky, dohromady mající asi 20 měsíců po promoci, radí, zda „je to na JIP?“ – protože pan primář má endokrinologickou ambulanci a pan asistent mediky. Ale nakonec někdo přece jen proběhl kolem a shodně s mým názorem náhodného kolemjdoucího pravil, že je to na JIP.

Jak je to se znalostmi u PLDD? Možná neumí všechny dědičné poruchy metabolismu, ale musí poznat kriticky nemocné dítě. Musí ovládat **rychlou diferenciální diagnózu** – třeba zda kojeneček třesoucí se před ním s horečkou a mrzutostí má invazivní bakteriální infekci, dentitidu, virovou infekci... Po atestaci je nad tímto dítětem sám bez odborníků různých oborů za zadkem a bez statimového vyšetření prokalcitoninu. Ne každé dítě s vyrážkou může cestovat na kožní, nebo dítě s bolestí ucha v pátek odpoledne na 50 km vzdálené ORL nebo dítě s bolestí břicha na chirurgii tamtéž. Musí být vzdělán (znalosti a dovednosti) v ORL, vývojové neurologii, výživě (hlavně u kojenců), měl by mít základy chirurgie a traumatologie, používat metody rychlé diagnostiky POCT. Musí ovládat **dovednosti spojené s provozem praxe** – kolik co stojí?, daně, smlouvy s pojišťovnami, zaměstnanci... Takže nejen to proskribované očkování.

Co se týče jednání s rodiči a dětmi – musí být takové, aby se k němu vrátili... S většinou z nich má co do činění celou profesionální dráhu – mám ve své ordinaci asi 90 dětí, jež jsem léčil jako PLDD a ony již mají vlastní děti... Musí znát, jak to vypadá u nich doma, zda budou mít na to, aby jezdili obden na 30 km vzdálenou rehabilitaci?

Každý, kdo získává kvalifikaci jako PLDD, má svého tutora, tj. PLDD, v jehož ordinaci vzdělávání probíhá. Tito **školičelé** nejen povinně absolvují pravidelná setkání, jež jsou nejen věnována problematice odborné, ale také metodice vzdělávání. Vzdělává-li se někdo, tak by k tomu měl mít určitou motivaci. Nemocniční pediatr ve státním zdravotnickém zařízení není motivován ke vzdělávání ničím. Zůstaňme na zemi – nejsilnějším motivem jsou peníze. Ale v nemocnici tato motivace chybí. Po atestaci, jež je většinou jediným odborným předpokladem pro zařazení do platových tříd, je tu již jen cosi jako výsluha let, tj. počet let po promoci.

PLDD může ovlivnit vzděláváním, jak sebe, tak svého školence před atestací, výši kapitační platby. Zde je motivace ke vzdělávání tlačena pojišťovnami. PLDD s akreditovanými praxemi, školící ordinace a s doklady o celoživotním vzdělávání (nejméně 30 kreditů ČLK za rok, diplom celoživotního vzdělávání) přinášejí **finanční efekt**. Dalším motivem, proč se snaží školitel školenec pro práci PLDD kvalitně připravit,

bývá to, že si vychovává nástupce, ne vzácně předá praxi synovi či dceři. To pochopitelně v nemocnici nenastává.

Je tedy zřejmé, že vzdělávání v pediatrickém oboru PLDD má své specifické rysy, jež musejí být respektovány. Nic nebrání společnému dvouletému kmeni. Pak by se měly oba obory rozdělit, kdy by mělo DL v následujících 2 letech větší objem neonatologie, intenzivní péče, ale i praxi u PLDD nejméně v rozsahu 6 měsíců. PLDD by měl zase více hraničních oborů (neurologie, ORL, kožní), prevence a řešení naléhavých situací. Za těchto okolností by pak konverze pediatrií DL ← → PLDD mohla sestávat z 6 měsíců trvajících školení. PLDD by měli trvat na tom, aby na **akreditovaných nemocničních pracovištích** měl školenec definovaného školitele, jenž bude garantem naplnění vzdělávacího programu tak, aby se školení na nemocničním pracovišti nescvrklo na plácání se po ambulanci a dopisování po měsíce nedešlaných propouštěcích zpráv.

Být přednostou kliniky a vedoucím katedry je pro pocit realizace odborných ambic pěkné. Ale to, že na vás ukáže prstem pětiletý Pepíček O. a řekne: „Hele mami, támhle ten dědek je **MŮJ** doktor...“, taky není špatné.

A na jaké straně barikády stojí vedení ČLK? Na dopis předsedkyně SPLDD MUDr. Hulleové se žádostí o schůzku **prezident ČLK MUDr. Milan Kubek** odpověděl 2. 4. 2015 takto:

Vážená paní předsedkyně,
reaguji na Váš dopis ze dne 1. dubna 2015. Hned na úvod si dovoluji upozornit, že z návrhů novely zákona č. 95/2004 Sb., o vzdělávání lékařů, které má Česká lékařská komora od Ministerstva zdravotnictví k dispozici, nevyplývá záměr zrušit základní obor praktické lékařství pro děti a dorost, ale záměr sloučit Váš obor s oborem pediatrie. Pokud se tento plán podaří Ministerstvu zdravotnictví realizovat, dojde k rozšíření kompetencí jak u současných pediatrií, tak u stávajících praktických lékařů pro děti a dorost. Obě skupiny lékařů na tom vydělají, stejně tak jako jejich pacienti. Nedostatek praktických lékařů pro děti a dorost je v současnosti obecně známou skutečností, stejně tak jako katastrofální demografická struktura lékařů v tomto oboru pracujících. Sloučení obou pediatrických oborů vedení ČLK považuje za jednu z mála možností, jak zachovat dostupnost kvalitní lékařské péče o děti a dorost, proto tento záměr Ministerstva zdravotnictví podporujeme. Respektuji skutečnost, že názor sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR, kterému předsedáte, je odlišný, a nemyslím si, že by tuto názorovou odlišnost mohlo změnit jednání nás dvou.

Názory MUDr. Kubka je možné si přečíst v Tempus medicorum (květen 2015) Opětovné sloučení pediatrie je nutností, kde mj. píše: **„V některých zemích se sice o děti starají tzv. rodinní lékaři a ono to také funguje“**. Ústí prezidenta ČLK je tím porušena základní premisa, že ČLK dbá na kvalitu poskytované zdravotnické péče.

Indiferentní jsou zatím **vyjádření předsedy ČSL JEP prof. MUDr. Štěpána Svačiny, DrSc.**

Odpoověď prof. Svačiny na dopis MUDr. Šebkové, předsedkyně OSPDL, ze dne 22. 4. 2015 se žádostí o podporu v zachování samostatného curricula PLDD:

Prof. Svačina: ČLS zatím nedostala oficiálně žádný návrh nového zákona... S odpovědí vyčkáváme, až obdržíme oficiální verzi. Dnes jsem se ptal profesora Škrhy, který byl u některých jednání, zda na MZ není nějaké písemné stanovisko pediatrické společnosti a není. Když jsem já naposledy mluvil s prof. Zemanem, tak mně říkal, že už jednání o sjednocení oborů vzdal a že usiluje jen o to, aby klasická pediatrie mohla mít také rezidenty. Tak nevím, proč někteří členové posílají dopisy, že vystupují z Pediatrické společnosti. Nemám žádné zprávy o tom, pokud se snižuje počet oborů a v některých verzích Váš obor chybí, že by šlo o iniciativu kohokoli z ČLS včetně pediatrické společnosti.

MUDr. Šebková: Souhlasím s Vámi, že oficiálně písemně nemáme k dispozici nic ... O iniciativě ČLS jako takové jsem nikdy nemluvila, naopak doposud se nám dostávalo podpory – viz zápisy z předsednictva ČLS.

Nicméně – a je mi to moc líto – snaha o sloučení oborů skutečně je iniciativou vedení ČPS, které ani na chvíli nepřipustilo, že by mohly obory zůstat zachovány za podmínky zjednodušení přechodu mezi nimi a vymezení kompetencí, které by vyhovovaly oběma stranám i systému péče o děti a dorost v ČR.

Co se týče členství v odborné společnosti – předpokládám, že členství v odborných společnostech je dobrovolné, a pokud někdo má pocit, že nesouhlasí s jejich činností, či nepovažuje toto členství pro sebe za přínosné, má právo tuto společnost opustit. To je jistě platné i obecně a nevyhne se to například ani naší společnosti.

Prof Svačina: ... Jinak mně ale napište, jak chcete řešit tu věkovou strukturu. Dospělí praktici mně například říkali, že jsou schopni převzít pacienty od 15 a později třeba od 12. Myslíte, že by to řešila rekvalifikace nemocničních pediatriů? Kolik by jich muselo být?

Jinak myslím, že pokud se to nepodaří zvrátit, by byla dobrá remíza, kdyby měli všichni povinnost být 1–2 roky v přípravě na ambulanci praktického dětského lékaře.

Výňatek z komentáře MUDr. Milana Rytíře, vědeckého sekretáře OSPDL:

Dobrá zpráva z ČLS JEP ústy prof. Svačiny: ... aby byl dle nového vzdělávacího programu **každý lékař s atestací z pediatrie 1–2 roky u PLDD**. Co si přát více? Ale pak musí být ještě řečeno, za jakých podmínek bude vstupovat takto jednoatest. pediatri, který bude např. 10–20–30 let pracovat v nemocnici, do prim. péče. Bude mu stačit před desítkami let udělaná atestace? Jistě ne, pokud je zájem udržet kvalitu – úroveň poskytované péče...

K názoru PL: od 15 let je už registrovat mohou a konají tak v obcích, kde PLDD valně ubývá. Je ale třeba dodat, že jsem ještě neviděl v tomto věku převzaté dítě problémové, neřku-li chronika. Dále, že v 15 či dokonce ve 12 letech skončí komplexní a zejména preventivní péče... **A je vidět, že PL nás rozhodně nepodpoří, když to půjde natvrdo...**

Místopředseda výboru pro zdravotnictví PS PČR Vít Kaňkovský se vyjádřil dne 9. 6. 2015 k novelám zákonů o vzdělávání ve zdravotnictví (red. zkráceno):

V současné době jak lékařská veřejnost, tak zdravotní sestry a zástupci dalších zdravotnických profesí s napětím očekávají, jak dopadne příprava a následně parlamentní diskuse

kolem vzdělávání zdravotníků. Obě zásadní normy – tedy zákon č. 95/2004 Sb. a č. 96/2004 Sb. – připravuje Ministerstvo zdravotnictví významným způsobem změnit.

Pokud se mohu vyjádřit k připravovaným změnám v postgraduálním vzdělávání lékařů, pak základní záměr tohoto zákona vítám – tedy zjednodušení celého systému a přesun co největší části vzdělávacího procesu na mateřská pracoviště lékařů. Stejně tak jsem přesvědčen, že je nutné výrazným způsobem snížit počet základních oborů a takzvaných kmenů. Současný stav, kdy máme více než 90 oborů lékařského postgraduálního vzdělávání, tedy více než 90 odborností v základním systému atestací, našemu zdravotnictví škodí.

Dřívější systém menšího množství základních oborů a poté systém nadstavbových oborů – tedy nadstavbových atestací – byl dle mého názoru funkčnější.

...
Současný stav připravované novely dává v tomto směru naději, že by novelizovaný zákon mohl situaci zlepšit. Bohužel ale lze tušit některé problémy. Existují specifické medicínské obory, které by dle mého názoru měly zůstat obory základními, přestože v současném návrhu se s nimi dále jako se základními nepočítá. Mám na mysli třeba velmi specifický, v současné době velmi nedostatkový a přitom neoddiskutovatelně velmi významný obor, a tím je dětská psychiatrie.

...
Podobně napjatá situace je u praktických lékařů pro děti a dorost. I s tímto oborem současná verze připravovaného zákona nepočítá. Jsem přesvědčen, že se tento obor vyvinul ve svébytný obor, který v komplexní péči o naše děti a dospívající potřebujeme.

...
Podobně vnímá návrh novely zákona č. 95/2004 Sb. i poslanec **Ing. Ludvík Hovorka, předseda podvýboru pro ekonomiku ve zdravotnictví, zdravotní pojištění a lékovou politiku**, který ve své tiskové zprávě ze dne 23. 6. 2015 uvedl (red. zkráceno):

Stávající systém zdravotní péče o děti je vyhovující a není třeba jej měnit!

Jako člen výboru pro zdravotnictví oceňuji záměr ministerstva zdravotnictví učinit kroky k návratu k systému vzdělávání lékařů i zdravotních sester před rok 2004 a podporuji klíčový krok ke snížení počtu lékařských oborů.

Nemohu však souhlasit se záměrem na zrušení oboru vzdělávání Praktický lékař pro děti a dorost, protože se jedná o obor primární péče, který má velmi dobré výsledky, brání zbytečným hospitalizacím a přináší úspory v systému zdravotní péče.

Zrušení zavedeného oboru praktické lékařství pro děti a dorost je nezodpovědný zásah do fungujícího systému primární péče a nezajistí vyšší počet lékařů v terénu ani v nemocnicích, přinese zvýšení nákladů a nespokojenost rodičů a starostů obcí a měst.

...
Podpůrná stanoviska pro zachování oboru PLDD jako základního nám poskytla řada subjektů (KSL, SPL ČR, SEM ČLS JEP, Björn Wettergren – člen EAP, ale i rodiče). Zajímavé jsou zkušenosti absolventa postgraduálního vzdělávání v oboru PLDD.

Uvádíme redakčně zkrácené verze:

1. **Koalice soukromých lékařů** dne 10. 4. 2015

KSL nepodporuje záměr MZ ČR sloučit klinický obor dětské lékařství a obor primární péče praktické lékařství pro děti a dorost do jednoho oboru pediatrie. KSL je přesvědčena, že praktické lékařství pro děti a dorost by mělo zůstat základním atestačním oborem, připravujícím v rámci postgraduálního vzdělávacího programu a příslušné délky praktické výuky nové kolegy-lékaře na poskytování kvalitní, komplexní léčebně-preventivní péče o dětskou a dorostovou populaci v ČR ... KSL se nedomnívá, že vytvořením „jednotné“ pediatrie dojde k vyřešení nepříznivé demografické situace stávajících PLDD, ani se tím nevyřeší klesající zájem o tento základní medicínský obor ze strany absolventů lékařských fakult. ...

2. **SPL ČR** ze dne 11. 4. 2015

SPL ČR nesouhlasí se záměrem sloučit klinický obor dětské lékařství s oborem praktické lékařství pro děti a dorost do jednoho oboru pediatrie. Praktické lékařství pro děti a dorost by jako jeden ze základních pilířů stávající funkční a efektivní primární péče mělo zůstat základním atestačním oborem.

3. **Společnost pro epidemiologii a mikrobiologii ČLS JEP**

Výbor SEM jednomyslně vyjadřuje podporu zachování tohoto důležitého oboru, jehož význam v primární péči je nezastupitelný. ... Na základě osobních zkušeností členů výboru SEM v pracovních kontaktech s praktickými lékaři pro děti a dorost potvrzujeme vysokou odbornou a profesionální úroveň pracovníků Vašeho oboru a věříme, že i nadále zůstane zachován, jakožto základní pilíř primární péče o děti a dorost v České republice.

4. **Björn Wettergren MD, PhD, member of the EC of the European Academy of Paediatrics (EAP)**

(předneseno na parlamentním semináři v Praze dne 23. 6. 2015)

Každá země v Evropě se snaží poskytovat nejvyšší možnou zdravotní péči pro děti, ale ta je zajištěna různými způsoby a pravděpodobně s různými výsledky. Dosud chybí porovnávací výsledky v každé zemi metodami založenými na důkazech. Jedinou studií je studie Ingrid Wolfe a kol., která byla uvedena v britském lékařském časopise Lancet 2011 a v roce 2013. ... Ve všech evropských zemích úmrtnost dětí klesá v průběhu času. ... Spojené království se přesunulo od střední pozice do nejvyšší pozice. Ingrid Wolfe a kol. ukazuje, kolika úmrtím by se dalo předejít, kdyby v Evropě všechny země mohly provádět péči o děti stejným způsobem jako ty nejlepší. Zjistila, že existuje způsob, kterým by se dalo zabránit 6000 úmrtím dětí ve věku 0–14 let za rok v Evropě jako celku. Jak dosáhnout pokroku? Musíte mít vysokou kvalitu jak v specializované pediatrické péči, tak v primární a preventivní péči. ...

V Evropě existuje velká rozmanitost týkající se poskytování primární péče pediatrem v závislosti na věku dítěte. ... Cílem je obecná dostupnost pediatra zajišťujícího první kontakt. Na obrázku představují zelené státy stav, ve kterých má více než 70 % dětí svého pediatra zajišťujícího péči prvního kontaktu, žlutá představuje země, kde je to 30 až 70 % dětí, a červené jsou země, kde je méně než 30 % dětí v péči pediatrů. Obrázek A ukazuje státy, kde je pediatrem zajištěna primární péče o děti ve věku do 5 let, obr. B se týká dětí ve věku 6–11 let a obrázek C děti ve věku 12–18 let. Jak můžete vidět, pri-



obr. A



obr. B



obr. C

márním pediatrem zajištěná péče v nejvyšších věkových kategoriích existuje pouze v několika zemích, a mezi nimi je Česká republika.

Prohlášení EAP (Lancet 05/2015):

Děti mají právo na přístup k nejvyšší možné úrovni zdravotnických služeb a zařízení, a to jak v primární zdravotní péči, tak když potřebují specializovanou péči.

... je potřeba dobře organizovaný pediatrický systém primární péče a speciální znalosti, etika a empatické chování poskytovatele pediatrické zdravotní péče.

... jakékoliv omezení poskytování odpovídající péče by bylo v rozporu s článkem 24 Úmluvy OSN o právech dítěte.

Strukturovaný a odpovědnější vzdělávací program v pediatrii je třeba obhajovat pro všechny lékaře, kteří poskytují péči

o děti v primární linii, a pokud je to možné, je doporučováno, aby pediatři byli poskytovateli pediatrické primární péče. Pokud rodinní lékaři poskytují primární lékařskou péči dětem, je nutno podpořit úzkou spolupráci s pediatrií a provádět odpovídající průběžné školení v obou pediatrie a primární péče.

5. Matka dětí (Mgr. Martina Kekulová)

Obracím se na Vás jako naprostý lékařský laik, ale především jako matka dvou dětí, s prosbou o přezkoumání a zastavení chystaného procesu zrušení oboru PLDD (Praktický lékař pro děti a dorost). Prostřednictvím svého PLDD jsem se dozvěděla tuto nemilou informaci. Jsem rodič pětileté holčičky a třináctiměsíčního chlapečka a informace o zrušení oboru PLDD mě nenechalo chladnou. I když jsem se aktivně zapojila do podpisové akce Petice, přeci jen se za sebe obracím přímo na Vás.

Vnímám péči PLDD jako důvěrný a dlouholetý vztah dětského pacienta a jeho zákonných zástupců ke zvolenému lékaři. Jde přeci o kontakt v případě prevence, ale i nouze v první linii. S naší paní doktorkou jsme v úzkém, téměř rodinném kontaktu, stejně jako mnoho dalších rodin. Všichni ji vnímáme jako svou „příbuznou“. Ona je první, na koho se obracím, když jsou děti nemocné! Ona byla první, komu jsem volala ve večerních hodinách, když měl syn třes a vysoké horečky. Byli jsme vyděšení rodiče a paní doktorka nás uklidnila, provedla bleskovou diagnostiku s okamžitou radou, kam s chlapcem zajet. Druhý den ráno se sama informovala přímo na dětském oddělení v nemocnici, jak se situace vyvíjela. Pokaždé je velmi ochotná, starostlivá, zná naše děti, ví o nich téměř vše (jaká jsme rodina, jaké máme možnosti, jak se jmenují naše děti, atd.).

Považuji ji, ale i ostatní PLDD za vysoce vzdělané odborníky a praktiky s velkou lidskostí, která se často v „nemocničním šumu“ vytrácí. Pro naše děti, ale i pro nás, rodiče, je lidskost, tak jako odbornost, velmi důležitá. Děti se paní doktorky nebojí, i oni ji znají a přistupují k ní s velkou důvěrou. Věřím, že spousta rodičů se ke svému PLDD časem zase vrací se svými dětmi. I to je velký důkaz toho, že PLDD má důležitou roli pro děti i rodiče, pro celou společnost. Tímto dopisem nebojuji jen za naši paní doktorku, ale především za kvalitní a dostupný systém primární péče o děti a dorost v ČR. Chci, a podporuji tento zcela fungující a důležitý systém péče a věřím, že mé volání o pomoc bude vyslyšeno, nebude lhotejně a bude i nadále zajištěna dostupnost kvalitního PLDD pro každé dítě v ČR.

6. Absolvent curricula v oboru PLDD (jméno je v redakci) 6. 5. 2015

Otázka: Jak jako absolvent vzdělávacího programu PLDD vnímáte vzdělávání po dobu 1 roku v ordinaci PLDD? Pomohlo Vám to do praxe, nebo si myslíte, že je to zbytečné a stačí vzdělávání na lůžku, ev. jen doba 2–3 měsíců v ordinaci?

Odpověď: Pro mne byl naprosto stěžejní ten rok v ordinaci. Před tím, i když jsem sloužila na lůžku v nemocnici atd., jsem nevěděla ke své budoucí práci téměř vůbec nic. Vše důležité jsem začala chápat až při praxi v ordinaci PLDD a rozhodně podle mne nestačí tři měsíce! Kdyby to bylo na mně, klidně bych i ten rok praxe prodloužila na delší dobu a měla bych se pořád co učit. Pokud můžu mluvit za sebe, tak kdybych ten rok nebyla na praxi u PLDD, tak teď jsem v ordinaci dost ne-

požitelná a měla bych hodně práce se do toho vůbec dostat a nějak fungovat. Pobyt v nemocnici mi sice také dal dost, ale spíš to, že jsem uměla řešit jiné věci s tím, že mám za zády neurologa, RTG, prostě vše. Ale v ordinaci si musím poradit sama a hned, což bych bez toho roku u PLDD asi těžko dokázala. Tam jsem se fakt naučila vše důležité pro praxi.

V průběhu letních měsíců 2015 probíhá **vnější připomínkové řízení** k navrhované novele zákona o vzdělávání lékařů. Některá připomínková místa neměla připomínky žádné, některá měla připomínky drobnějšího rázu, některá měla připomínky zásadní. Z nich vybíráme ty, které připomínkují obor PLDD:

1) Připomínka kanceláře prezidenta republiky:

Přechodná ustanovení: Nedostatečně upravují problematiku přílohy k zákonu, kterou byla provedena výrazná redukce oborů specializačního vzdělávání (nyní základních oborů). Například v odstavci 1 je správně uvedeno, že získaná specializovaná a zvláštní odborná způsobilost zůstává nedotčena. Ale není vůbec řešen například zánik oborů DL a PLDD a jejich transformace do nového oboru pediatrie. Dále je v odstavci 5 uvedeno, že lékaři se způsobilostí v DL se po absolvování AKK (pozn. redakce: Akreditovaný kvalifikační kurs) považují pro účely poskytování ambulantní péče za lékaře se specializací PLDD, přitom tento obor novelou zákona zanikl (rozhodně do budoucna). Rovněž zákon neobsahuje žádné ustanovení o AKK, což je institut nelékařského vzdělávání.

2) Připomínka ČLK

Lékaři, kteří podle dřívějších předpisů ke dni účinnosti tohoto zákona získali specializovanou způsobilost v oboru praktické lékařství pro děti a dorost nebo dětské lékařství, získávají specializovanou způsobilost v oboru pediatrie. Ministerstvo vydá na základě písemné žádosti lékaře osvědčení o získané specializované způsobilosti v oboru pediatrie do 30 dnů ode dne podání žádosti.

3) Připomínky KÚ zlínského kraje – odbor zdravotnictví **Z hlediska primární péče pokládáme za zásadní chybu zrušení základního specializačního oboru Praktické lékařství pro děti a dorost.**

Obor Praktický lékař pro děti a dorost je spolu s oborem Všeobecný praktický lékař nosným oborem primární péče. V tomto oboru pracuje více než 2000 lékařů, kteří poskytují primární péči všem dětem od narození do devatenácti let věku.

Práci praktického lékaře pro děti a dorost nemohou vykonávat lékaři, kteří nezískali specializovanou způsobilost nebo ji získali v jiném oboru, a to ani v oboru dětské lékařství. Přes zdánlivou formální podobnost specializačního vzdělávání je profil absolventa odlišný. Praktický lékař pro děti a dorost v primární péči vykonává výrazně jiné činnosti než dětský lékař na lůžkovém oddělení. Ke kvalitnímu výkonu své práce potřebuje jiné znalosti a dovednosti. Liší se nejen náplň specializačního vzdělávání, ale i atestační zkouška. Praktický lékař pro děti a dorost poskytuje preventivní péči včetně očkování, dispenzární péči, diagnostickou a léčebnou péči, vykonává významnou sociální a posudkovou činnost. Díky charakteru práce v terénu poskytuje péči, která zasahuje i do jiných medicínských oborů, jako například dermatologie,

chirurgie, ORL, oftalmologie a další. Dětský lékař na lůžkovém oddělení naproti tomu zajišťuje například intenzivní péči, infuzní léčbu, spolupracuje s řadou konziliářů z jiných medicínských oborů v rámci nemocnice.

Sloučení obou stávajících oborů do jednoho by vedlo k výraznému zhoršení kvality zdravotní péče. Lékaři by během specializační přípravy nezískali znalosti a dovednosti k výkonu své práce a naopak by během specializační přípravy zbytečně ztráceli čas nácivkem činností, které v praxi vykonávat nebudou.

Obecný nedostatek pediatrií, tím méně praktických lékařů pro děti a dorost, sloučení obou stávajících oborů neřeší, naopak ještě více zhoršuje. Dle našeho názoru lze u dětských lékařů akceptovat pro oba obory základní kmen pediatrický v délce 24 měsíců, následný vlastní specializovaný výcvik by měl být ale již výrazně diferencován – vzhledem k vývoji medicíny v posledních desetiletích došlo k zásadnímu rozdílu v činnosti pediatra v primární a lůžkové/specializované ambulantní péči. Zcela odlišné jsou požadavky na činnost pediatrií na lůžkových odděleních a specializovaných ambulancích – diagnostika a léčba řešení těžkých stavů, závažných a komplikovaných dětských onemocnění s využitím konziliárních vyšetření/ošetření specialistů dalších oborů (ORL, dětská chirurgie, ortopedie, psychiatrie atd.) a praktických dětských lékařů – pro okamžitou diagnostiku, léčbu a rozhodování o dalším postupu (ev. konzilium, hospitalizace) v terénu jsou potřebné základní znalosti a praxe nejen v pediatrii, ale také v dalších uvedených oborech, kromě toho detailně posudková a preventivní činnost, oblast zdravotně-sociální, důležitá role „průvodce a koordinátora zdravotní péče“ – **upozorňujeme, že v primární péči tuto roli pro dětské pacienty nemohou VPL převzít.** Doporučujeme úpravu vlastního specializačního výcviku PLDD v tomto směru, doba 12 (ev. 24) měsíců po absolvování základního kmene by měla být dostačující a primární péče o děti a dorost by byla kvalitně zajištěna. Zavedení oboru praktický lékař pro děti a dorost bylo pro zajištění primární péče o dětskou populaci v ČR nepochybným přínosem hodnoceným kladně i v zahraničí, jeho likvidace by znamenala krok zpět s nepříznivým dopadem na dětské pacienty a pravděpodobně i ekonomiku systému.

■ Souhrnný pohled na současnou problematiku primární péče o děti a dorost v ČR – 2015 předsedkyně OSPDL MUDr. Aleny Šebkové

Klíčové pojmy: pediatrie, praktické lékařství pro děti a dorost, praktický lékař pro děti a dorost (PLDD), primární péče

Pediatrie

je lékařský obor, který se zabývá onemocněním a léčbou dětí a mladistvých. Původně byl řazen do interního lékařství, ale vzhledem ke specifikaci dětského organismu a výskytu některých onemocnění výhradně v dětském věku je tento obor vyčleněn. Pediatrie klade důraz na prevenci u dětských pacientů preventivními prohlídkami a očkováním.

Dětská specializace – pediatrii zabývající se úzkými obory v rám-

ci pediatrie – například dětská revmatologové, hematologové, nefrologové, endokrinologové, pneumologové atd.

Praktický lékař pro děti a dorost (PLDD)

Lékař, který je prvním a tím nejbližším v kontaktu s kategorií dětí a dorostu od 0 do 19 let a jeho rodinou. Praktický lékař pro děti a dorost je vzdělán v oboru „Praktické lékařství pro děti a dorost“, jenž je lékařským oborem, který zajišťuje léčebnou a preventivní péči, včetně péče posudkové, o dětskou a dorostovou populaci, který je otevřen všem kategoriím problémů souvisejících se zdravím, se zřetelem na sociálně ekonomické faktory a prostředí, ve kterém dítě a mladistvý žije, studuje a pracuje. Je také nejbliže rodičům dětí a mladistvým pacientům ve smyslu místní, časové, ekonomické i kulturní dostupnosti.

Charakteristickými rysy oboru jsou:

- komplexní dlouhodobá a soustavná péče, komunitní péče, s možností ovlivňování způsobu života celé rodiny pečující o dítě a individuálních rizik dětského a mladistvého pacienta
- přístup k dětskému pacientovi, zvažující hlediska biologická, psychologická i sociální a poskytování péče v prostředí dětskému pacientovi vlastním nebo blízkým.

Klíčová je funkce praktického lékaře pro děti a dorost jako ochránce práv dítěte, důvěrníka i rádce rodičů a mladistvých v problematice zdravotní, zdravotně-sociální, sociálně-zdravotní, osobní a posudkové, včetně zaměření na výběr povolání zohledňující zdravotní stav mladistvého. Stejně významná je role výchovná, směřující k odpovědnosti jedince za své zdraví.

V současné době je obor praktické lékařství pro děti a dorost jedním ze čtyř základních oborů primární péče v České republice. Téměř každé dítě v ČR má svého registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost, což je zárukou zajištění přístupu dítěte ke zdravotní péči v souladu s platnými právními předpisy.

Primární pediatrické péče – definice odsouhlasená na zasedání EAP (Evropská asociace pediatrií) dne 30. 5. 2014 v Rzeszově

Primární pediatrická péče je specifická disciplína se svým vzděláním, obsahem, výzkumem, evidence base medicínským přístupem a klinickou aktivitou, která má specifické charakteristiky odvozené od toho, že na jedné straně je to větev pediatrie, proto řeší zdravotní problémy a well being kojenců, dětí a adolescentů od postnatální péče do pozdní adolescence, a z druhé strany je to větev primární péče. Je to místo prvního lékařského kontaktu v rámci zdravotního systému poskytující otevřený a ničím limitovaný přístup, zabývající se všemi zdravotními problémy a všemi typy pacientů a jejich stížnostmi. Propaguje zdraví, provádí preventivní péči a poskytuje léčbu včetně paliativní. Provádí efektivní využívání zdrojů zdravotní péče formou koordinované péče, pracuje s dalšími profesionály v primární péči a v pediatrickém systému. Manažuje rozhraní s ostatními specialisty, přebírá roli obhájce dítěte tam, kde je zapotřebí. Poskytuje toto vše v souvislosti s rodinou, společností, kulturou a sociálním prostředím.

Primární pediatrická péče má jedinečný konzultační proces, obvykle založený na opakovaném vztahu v průběhu času, a tím se stává pro dítě partnerem, který je sleduje z pohledu

optimálního vývoje dle jeho potenciálu a který je přivede k fyzické, psychické a sociální dospělosti.

Rozdíly PLDD × nemocniční pediatr/specialista

PLDD:

- 1) jiné postavení ve zdravotním systému jako součást primární péče, nemocniční lékaři a specialisté (tj. sekundární nebo terciární péče) – již péče specializovaná
- 2) jiné spektrum činností (prevence viz vyhláška č. 70/2012 Sb., primární prevence, vakcinace, posudková péče, sociálně-právní péče, výchova k zdraví, výběr povolání, aj.)

PLDD	Nemocniční pediatr/specialista (NP/S)
Relativně malý počet registrovaných ve věku 0–19, v současné době průměrně 900–1000 pacientů na 1 PLDD	Velký okruh neregistrovaných ve věku 0–19, podle spádu nemocnic, specialisté i v počtu 1 na více regionů
Pacient dobrovolně registrován ke svému PLDD = dobrá osobní znalost většiny pacientů	Pacienti nejsou registrováni a NP/S se mohou měnit nebo je může měnit pacient
Přímý přístup pacienta k PLDD včetně návštěv doma	Přístup by měl být většinou prostřednictvím PLDD
PLDD zpravidla pracuje v dané lokalitě, blízko svého pacienta i jeho životních situací	Nemocnice/specialisté jsou zpravidla ve větších centrech nebo aglomeracích
PLDD má zodpovědnost za všechny problémy prezentované pacientem	NP má zodpovědnost za chorobu, se kterou je pacient přijatý nebo je diagnostikována z příznaků, se kterými pacient přichází / specialista má zodpovědnost za problémy týkající se dané odbornosti
PLDD má neroztřídný soubor chorob jak akutních, tak i chronických. Nutnost koordinace léčby od různých specialistů.	Zpravidla soubor chorob dle odbornosti
Základem práce PLDD je kontinuální péče, charakterizovaná dlouhodobým úzkým vztahem lékař/dítě a mladistvý a jeho rodina	Většinou epizodická péče, pacient s ukončenou léčbou je předán nebo propuštěn
PLDD má v rukou rozsáhlou oblast preventivní péče – daná vyhláškou, primární prevence v celospolečenském slova smyslu, VAKCINACE	Prevence omezena na odbornost
PLDD v rámci své péče řeší i obecné sociální problémy registrovaných pacientů – oblast sociálně-právní ochrany dětí, rodinné vztahy, výchova ke zdraví, volba povolání, osobní a posudková péče	Možnost řešení sociálních problémů je omezena a pokud je, tak krátkodobá akutní intervence či zpravidla vázaná na danou odbornost
PLDD léčí tzv. „běžná“ onemocnění a ve spolupráci se specialisty i závažná onemocnění.	NP/S by měli léčit komplikace „běžných“ chorob a stavy závažné.
Holistický pohled, je přihlíženo ke komplexnímu názoru pacienta.	Pohled spíše na nemoc orientovaný

Klíčový je důraz na celoživotní vztah lékař-pacient a znalost pacienta, jeho rodiny, sociální situace apod.

Vztah lékař-pacient je méně rozvinutý a zpravidla slabší

Vnímání postavení primární péče v současnosti dle WHO

Předneseno na mezinárodním zasedání všeobecných praktických lékařů. Pokud toto má platit pro dospělé, proč by mělo platit pro děti něco jiného??

- Důraz na primární péči a prevenci
- Tempo a komplexnost změn ve zdravotnictví začala nejdramatičtěji stoupat od počátku tohoto století. Tyto změny zásadně proměnily podobu lékařské péče, povahu hrozeb pro lidské zdraví a strategie prevence
- Rozpočty určené na zdravotní péči jsou ve srovnání s rozpočty na marketing a reklamu výše uvedených průmyslových odvětví směšně malé (tabákový, potravinářský, alkoholické a nealkoholické nápoje)
- Nárůst civilizačních chorob – prevence a primární péče vystupuje do popředí jako nikdy předtím
- V roce 1978 bylo Almaatskou deklarací zahájeno hnutí za zdraví pro všechny, které bylo založeno na primární zdravotní péči. Deklarace pojala primární péči jako odrazový můstek pro rozsáhlejší společenské a politické hnutí vedoucí ke spravedlivější péči.
- S nástupem chronických onemocnění se nyní kyvadlo nezvratně pohybuje ve směru integrované, komplexní a na pacienty zaměřené primární péče. Jak si nyní zdravotníci uvědomují, těmto chorobám nelze předcházet ani je zvládnout bez silné infrastruktury primární péče.
- Zdravotní systém, jehož páteří je primární péče, přináší nejlepší výsledky zdravotní péče s nejnižšími náklady a maximální spokojeností uživatelů. (Podíl PLDD na rozpočtu zdravotnictví je minimální!!!)
- Základním pilířem je kontinuita péče. Postupem času lékař v primární péči své pacienty pozná a sleduje vývoj jejich života a zdraví, detektivní práce prohlubuje diagnózu, aby zahrnovala i sociální a environmentální příčiny poruchy zdraví. Dlouhodobý vztah nastoluje důvěru, zvyšuje motivaci, u motivovaných lidí je nejpravděpodobnější, že přijmou osobní zodpovědnost za udržování svého zdraví
- V roce 2011 svolalo Valné shromáždění OSN zvláštní zasedání o prevenci a kontrole nepřenosných onemocnění. Vznikla strategie Zdraví 2020, již přijala i Česká republika. Prevence musí být základním kamenem globální reakce na tuto smrtelná, náročná a nákladná onemocnění.
- Zdravotní systémy musejí mít, samozřejmě, k dispozici specialisty a nemocnice. Musejí však rovněž mít lékaře primární péče, kterým záleží na prevenci. Musejí mít lékaře, kteří znají své pacienty dost dlouho a dost dobře na to, aby doopravdy zvládli zdraví jako celek, ve všech jeho různých dimenzích, včetně duševních a duchovních potřeb
- Primární péče je naší největší nadějí pro budoucnost.

Existence oboru PLDD v souvislostech

Základním impulsem pro vznik oboru PLDD bylo ohrožení pediatrické primární péče v ČR, kterou poskytovali a poskytují PLDD. Toto ohrožení nastalo v období funkce paní

ministrně zdravotnictví dr. Součkové, zastupující tehdy soc. demokracii.

Na přelomu 2002/2003 byl připraven a veřejně v TV vyhlášen záměr MZ o přechodu pediatrické primární péče do rukou tzv. všeobecného (rodinného) lékaře. Všichni PLDD měli být v uvedené reformě přeškoleni během 1 roku na rodinného lékaře.

SPLDD ČR a OSPDL ČLS JEP tehdy okamžitě a důrazně odmítly snahy MZ, které tehdy zdůvodňovalo uvedenou reformu ve směru k RL jako nutnou pro kompatibilitu s EU.

Stanovisko ČPS ČLS JEP, 2002, doc. MUDr. Hrstková, CSc., za pracovní skupinu koncepce pediatrie: Popis hlavních problémů: Obor PLDD nemá definováno vlastní specializační vzdělávání. Problém by měl řešit nový zákon o způsobilosti k výkonu zdravotnických povolání, který zařadí obor PLDD mezi základní obory s vlastní atestací.

Později došlo k zařazení samostatného nového oboru PLDD do zákona č. 95/2004 Sb., což bylo a je dodnes plně kompatibilní s legislativou EU.

Uvedený zákon byl důležitý pro vstup ČR do EU v roce 2006. Ustanovení nového oboru PLDD bylo posílením české pediatrie a zejména symbolizovalo silnou českou pediatrickou primární péči, poskytovanou PLDD.

Vláda ČR si tehdy uvědomila nutnost zákonného zakotvení oboru PLDD na návrh SPLDD ČR a OSPDL ČLS JEP. Následně vznikla také Katedra PLDD při IPVZ. Vzniklo i curriculum oboru PLDD.

V současné době má zájem o obor PLDD velmi dobrou dynamiku, s výrazně stoupající tendencí, počet nových dosažených specializací dosáhl cca 186 a plně dostačuje současným potřebám. Zájem o obor PLDD je srovnatelný v posledním období se zájmem o obor Dětské lékařství.

Obor PLDD je oborem, který je velký, je základním oborem primární péče, kterou poskytuje právě PLDD dětem a dorostu v ČR jako v jediné zemi EU. Evropská legislativa to nejen umožňuje, ale i podporuje. Každá země EU si má právo určit základní obory, které považuje za vhodné. Např. sousední Rakousko má tři základní pediatrické obory: pediatrii, dětskou a dorostovou chirurgii a dětskou a dorostovou psychiatrii. A nezdá se, že by to někomu vadilo...

Každá země EU má jiné množství a jinou strukturu základních oborů. Žádná direktiva neukládá žádné zemi EU přesné množství a strukturu těchto oborů.

Absolventi oboru PLDD v ČR splňují požadavek na minimální postgraduální přípravu, danou evropskou směrnicí z roku 2003 pro pediatrii. Nutno konstatovat, že podobně dlouhou přípravu jako PLDD v ČR má nyní i pediatrie na Slovensku. USA mají dokonce jen 3 roky, Kanada má také 4 roky. Jiné země v EU mají přípravu 5 nebo 6 let. Není zde přesná kompatibilita.

Obor PLDD má skutečně v ČR mimořádné postavení, protože praktický lékař pro dospělé se tradičně soustřeďuje na dospělou populaci, nejen z odborných důvodů, ale i z důvodů kapacitních. Jde o dlouhodobé rozdělení kompetencí mezi dvěma velkými skupinami praktických lékařů, což zajišťuje funkčnost systému v primární péči. Toto rozdělení má velkou tradici a probíhá za vzájemné podpory obou velkých profesních sdružení a je také ojedinělé v rámci celé EU.

Výše uvedená spolupráce praktických lékařů pro dospělé

a pro děti a dorost je základním pilířem českého zdravotnictví. Systém je nejen vysoce funkční, ale i eficientní, to znamená výkonný a ekonomicky výhodný pro zdravotní pojišťovnu a stát.

PLDD je všeobecným lékařem pro děti a dorost, chcete-li rodinným dětským lékařem. Paralelní existence oboru všeobecného lékaře pro dospělé a PLDD kopíruje situaci mezi oborem interna a pediatrie. Takto je možno lépe porozumět existenci dvou základních pediatrických oborů.

Ve všech zemích EU je nedostatek dětských lékařů, jak v primární, tak v sekundární péči. V ČR zatím dostačuje počet juniorů odstupujícím seniorům. Nutno si uvědomit i některé nové trendy, kam patří i relativně i absolutně stoupající věk lékařů, činných zejména v primární péči, podobně jako ve Skandinávii, Německu, na Slovensku.

V žádném případě jeden obor pediatrický nebude automaticky generovat více lékařů činných v primární a sekundární péči, což lze doložit právě na příkladu vývoje na Slovensku, Německu či ve Švýcarsku. Naopak dva základní pediatrické obory budou zajišťovat více pediatrií pro obě oblasti. PLDD se aktivně podílí jako školitelé na přípravě juniorů.

Nutno dále počítat s přesunem péče z lůžkové oblasti do pediatrické primární péče, což je trend nejen celosvětový, ale i evropský. Počet lůžkových oddělení bude dále klesat a část subspecialisací pediatrických najde uplatnění jako OSVČ.

Existence dvou základních oborů pediatrických umožňuje velmi dobrou spolupráci a posiluje celou českou pediatrii nejen doma, ale i v Evropě.

Není pravdou, že v zahraničí nerozumějí systému české pediatrie. V zemích EU funguje pediatrie v mnoha modelech a variacích. Český model není neznámý.

Např. německé profesní sdružení dětských lékařů v primární péči považuje pediatrický český primární systém péče za jeden ze vzorových možných pediatrických modelů v Evropě. Obdobně je tomu v rámci EAP ve skupině ECPCP, sdružující 25 000 kolegů a kolegyň v 18 zemích Evropy.

Česká republika měla a má to štěstí, že má nejen dostatek pediatrií v primární péči, má jich dokonce nejvíce na světě. Je to dáno specifickým vývojem pediatrie v této malé vyspělé zemi. Do světové špičky se řadí společně s Maďarskem, USA, Izraelem, Švýcarskem a Německem.

Česká primární péče je velmi dobře organizována, čeká ji ještě další rozvoj, přebírání nových kompetencí, jak je tomu běžné v celé EU.

Obor PLDD je zapojený pomocí svých aktivních zástupců do všech zejména evropských pediatrických struktur, aktivně se podílí na jejich činnosti a reprezentuje činnost všech PLDD zejména v EU.

Hluboká historie pediatrie v ČR, vyspělá kultura této malé země, dovedla právě českou pediatrickou primární péči do ve světě ojedinělé pozice, která je srovnatelná s typicky českými produkty, jako je Karel Gott, české pivo nebo i automobily Škoda.

A takové produkty si musí tato malá země chránit, a ne je likvidovat, protože vznikly pílí této části profesní pediatrie.

Nedávné vystoupení bývalého předsedy švédské pediatrické společnosti pana Björna Wettergreny MD, PhD – v rámci semináře pořádaného na půdě Parlamentu ČR na téma „Budoucnost primární péče o děti a dorost v ČR“ připomnělo

všem zúčastněným poslancům a hostům, že česká primární pediatrická péče je zlaté vejce, které by se nemělo nechat v ČR nikdy rozbít, jinak už se nikdy nedá dohromady.

Kontroverze

Záměr MZ – sloučení stávajících oborů Dětské lékařství a Praktické lékařství pro děti a dorost

Důvod – požadavek dostupnosti a dostatku lékařů

Námítky:

- Každý obor má svá specifika, sloučením dojde ke zhoršení kvality přípravy v obou směrech, zkrácením doby vzdělávání v ambulantní praxi nebudou mladí lékaři dobře připraveni pro výkon samostatného povolání.
- Dostupnost – je již nyní, po doplnění praxe a složení zkoušky. Opakovaně námi navrhováno zjednodušení, nepřijato
- Dostatek lékařů – stárnutí PLDD, nedostatek DL + specialistů – 2 problémy spojeny v jeden – v Německu a na Slovensku dosud jeden vzdělávací program, problémy stejné – stárnutí lékařů v ambulantní sféře, nedostatek v některých lokalitách – důkaz, že sloučení oborů problémy neřeší.
- Další destabilizace – nový program – v okamžiku, kdy vzrůstá zájem o obor, byla přijata národní strategie Zdraví 2020, kde je kladen důraz na primární péči
- Péče pro dospělé – interna + VPL, pro děti pediatrie + PLDD – nutný rozvoj!!!
- Kompatibilita s EU – současnost není v rozporu s evropskou legislativou, podle této logiky nebude ani nový program kompatibilní, protože v Evropě je doporučený tříletý pediatrický kmen. Problém je v odchodu mladých lékařů do Evropy, proč máme stavět vzdělávání pro Evropu a nikoli pro své potřeby?

Řešení:

- Ponechat stávající dva obory, pro lékaře s atestací z jednoho či druhého oboru jednodušší modul dovzdělání.
- Provést jasnou analýzu stavu se stanovením potřebnosti lékařů pečujících o děti a dorost – síť PLDD, dětských oddělení, dětských specialistů. Na základě toho stanovit potřebnost absolventů. Vytvořit koncepci péče o děti a dorost odpovídající současným poznatkům a rozvoji medicíny s posílením důležitosti primární péče s nastavením spolupráce se všemi pediatrickými i jinými styčnými obory.
- Podpora oboru – lékařské fakulty – posílení výuky pediatrie a primární péče, motivace mediků, kultivace procesu rezidenčních míst, zapojení IPVZ (Institutu postgraduálního vzdělávání), zapojení krajů, obcí, rozšíření kompetencí lékařů v primární péči, ale ne ve smyslu práce v nemocnici, naopak více možných výkonů ze styčných oborů, podpora malých a potřebných praxí, pojišťovny – bonifikační systém – více peněz tam, kde je potřeba.
- Jasná podpora státu, jehož představitelé konečně uznají – tak jako Evropa a ostatní svět –, že primární péče je základem zdravotní péče státu jak po stránce zdravotní, tak ekonomické.

V předchozích informacích zaznělo jméno **MUDr. Tomáše Soukupa**. Mnozí z pamětníků SPLDD ho pamatují, někteří i osobně.

Kolega pracoval dlouhá léta jako místopředseda SPLDD ČR a asi před 10 lety odešel pracovat jako primární pediatr do Německa, kde si vybudoval prosperující praxi ve Stuttgartu. Po delší době jsme se s kolegou setkali osobně na sněmu SPLDD v květnu 2015 a dále na parlamentním semináři v červnu. V letošním roce je naším čilým zahraničním dopisovatelem – sleduje dění v ČR a nabízí svůj pohled na vývoj českého zdravotnictví a zejména péče o děti. Je to pohled člověka, který zná systém péče o děti a mládež jak u nás, tak v SRN, resp. i Evropě, protože je i členem evropských pediatrických struktur.

Komunikuje jak s představiteli SPLDD, tak i s představiteli ČPS ČLS JEP a snaží se pomoci najít optimální řešení. Dne 10. 8. 2015 zaslal návrh na zřízení institutu tzv. **Pediatrického konventu**, a to jak SPLDD a OSPDL, tak i ČPS ČLS JEP.

Vážené kolegyně a kolegové.

Mám dnes tu výhodu, že se mohu dívat s desetiletým odstupem na šikovnou českou pediatrii.

Nedávno jsem měl možnost vystoupit na posledním celostátním sněmu SPLDD. Byl jsem při tom překvapen řadou věcí, pozitivně i negativně. Vážím si všech pediatrů, kteří českou pediatrii posunují dál, v primární, sekundární nebo terciární oblasti. Nemám rád hašteřivost, házení klacků pod nohy nebo povýšenost. Pediatrie je dnes opět na malém rozcestí, pokud se vrátí k dětskému lékařství jako k jednomu oboru. Martiální rétorika obou stran situaci změnit nemůže. Oboustranná frustrace a oboustranné nedorozumění, tak jak to vnímám při komunikaci s oběma stranami, může vést k zesměšnění celého dětského lékařství, což si nezaslouží ani děti s rodiči, ani čeští dětské lékaři. Navíc, obě strany nestojí tak daleko od sebe, jak by se na první pohled mohlo zdát.

Nic se určitě nezmění na (profesně a organizačně) nejsilnější pediatrické primární péči. Odborně a kvalitou je nutno ještě světovou pediatrickou špičku např. ve Švýcarsku nebo v Německu dlouho dohánět a jednou i dohnat. Bude to vyžadovat ovšem větší úsilí celé pediatrické obce. Ani v Německu, Švýcarsku či Rakousku tomu není jinak. Tyto tři země jsou nám mentálně nejbliže – nejen pediatricky, ale i kulturně, sociálně a historicky. Samostatně je nutno ocenit špičkovou českou neonatologii, která všechno zvládá nejrychleji.

Trošku mi chybí větší „drive“ nejen u většiny dětských lékařů – včetně PLDD, registrují trošku usnutí na vavřínech, větší otevření se do zahraničí. Samozřejmě, že by byla ideální větší iniciativa u průměrného pediatra, ale to nikdo z nás nezmění. Určitě je to i tím, že silná generace lékařů byla ztracena v roce 1968 a později při nomenklaturních čistkách za sovětské okupace. Dvě generace pediatrů nesměly nejen cestovat a navštěvovat zahraniční akce, tím pak ztratily dynamický kontakt s vyspělou pediatrickou Evropou...

Je třeba dále rozšiřovat odborné kompetence dětských lékařských praxí. Do minimálního vybavení ordinace musí patřit otoskop, EKG, uriculy, vyšetření moči pod mikroskopem, CRP, streptesty, ideální by byl i KO a diff., ale i další položky. Vím, že je na cestě mnoho bariér, tady ale musejí všichni pediatrii táhnout za jeden provaz. Pediatrie patří

k nejkrásnějším lékařským oborům a právem patří pediatrii k nejspokojenějším lékařům na světě.

Za dnešní složité situace si je možné představit níže uvedené pragmatické řešení, které by měl posoudit tzv. Konvent pediatriky – tedy setkání zástupců obou stran,

možno si představit tříčlenné týmy, ideální by byl navíc jeden mediátor, pokud by na něm byla shoda nebo dva mediátory, pokud by ke shodě nedošlo.

1. **Obor: Dětské lékařství – Praktické lékařství pro děti a dorost**, tedy jeden obor, kombinující v názvosloví obou složek Dětský lékař – Praktický lékař pro děti a dorost, tedy jeden obor bude generovat v ČR dva dětské lékaře
2. **Jedno společné pediatrické curriculum pro výše uvedený jeden obor**
3. **Délku postgraduální přípravy je nutno ještě pečlivě zvážit...**
 - **4 roky je evropské minimum – Paediatrics light?** – minimální politické doporučení EU, např. v Kanadě, nově mu podlehl i Slovensko, USA mají 3 velmi intenzivní roky, odpovídající 5 letům evropským...
 - **4,5 roku je možný nový kompromis pro ČR?**
 - **5 let – evropský odborný standard** – doporučení European Academy of Paediatrics např. v Německu, Švýcarsku, Francii, Itálii... pouze Rakousko a Anglie mají 6 let nebo vhodné i pro ČR, protože tradice, profesionalita a historie tuto kvalitu vyžadují...

CAVE: dnešní návrh MZ je 4 roky pro Dětské lékařství, což je sice možné, ale velmi diskutabilní, protože tak vznikne v naší zemi opravdu Paediatrics light..., kdy bude prakticky nemožné vtěsnat do postgraduálu všechny nutné požadavky... Domnívám se, že je nutné, aby příprava pediatrii – juniorů, byla velmi kvalitní.

4. **Společné pediatrické curriculum bude obsahovat minimálně 6 měsíců v akreditované dětské lékařské praxi** – tím bude umožněn bezbariérový přechod mezi primární a sekundární pediatrii
5. **Společné pediatrické curriculum umožní primárním a sekundárním pediatrům další přípravu do terciární pediatrie, rovnocenně, bezbariérově, např. do dětské kardiologie apod.**
6. **Společné pediatrické curriculum může obsahovat common trunk**, existuje odborné doporučení v délce tří let dle EAP, ale evropské politické doporučení common trunk neřeší, jen pro zajímavost Německo jej nemá...
7. **Společné pediatrické curriculum bude tímto plně kompatibilní s EU**, umožní oboustrannou prostupnost mezi klinickými a praktickými dětskými lékaři, což je nutné zejména u menších dětských oddělení...
8. **Společné pediatrické curriculum může mít flexibilní obsah se stanovením minimálních požadavků**, tedy každý pediatr si jej sestaví dle svých představ
9. Provozování samostatné pediatrické lékařské praxe bude umožněno v primární pediatrické péči na základě výběrového řízení ZP
10. **Během postgraduální specializační přípravy bude vykonána pouze jedna závěrečná zkouška**, jak je obvyklé v Evropě

11. **Smluvní ujednání mezi ČPS a SPLDD, resp. OSPDL, že nebude v budoucnu v ČR podporována reforma k rodinnému lékaři. Je nutno zabránit budoucím iniciativám ve smyslu reformy pediatrické primární péče směrem k rodinnému lékaři, jako tomu bylo krátce před vznikem oboru PLDD – za paní ministryně dr. Součkové, kdy bylo navrhováno přeškolení všech PLDD během jednoho roku na rodinné lékaře jako v Pobaltí či Polsku...**

12. **MZ, resp. zákonodárci by měli dobře formulovat tzv. přechodná ustanovení navrhované novely zákona č. 95/2014 Sb. tak, aby byla plně zajištěna kontinuita platné legislativy, vztahující se k PLDD, jež bude naplňovat dětský a dorostový lékař činný v primární pediatrické péči.**

Úkoly pro ČPS: Prohloubit pregraduální přípravu v pediatrii na všech lékařských fakultách. Dostatečně informovat studenty LF o primární, sekundární a terciární pediatrii. Umožňovat studentům LF hospitace v dětských lékařských praxích. Propojit organizačně ČPS a OSPDL – např. jeden člen výboru bude pověřený přímou spoluprací a aktivní účastí na jednání výborů...

Vox Pediatrae by mohl dát trvale prostor pro aktuální informace ČPS. Podobně časopis ČPS by mohl trvale dát prostor pro totéž.

Intenzivně dlouhodobě spolupracovat při přípravě pediatrii – juniorů. Vést všechny pediatriy ke vzájemné spolupráci, uznání, profesionalitě. Podporovat rychlejší rozvoj nových odborných kompetencí v primární pediatrické péči, zejména při jednání se ZP...

Co dodat závěrem. Pokusili jsme se vám předložit plejádu dostupných dokumentů, na jejichž základě by si každý měl učinit vlastní závěr. Věříme, že všem jde o jedno – neustále zvyšovat kvalitu poskytovaných zdravotních služeb, což je samozřejmě podmíněno i zvyšující se kvalitou vzdělávání zdravotnických pracovníků, ať lékařských, či nelékařských. Je pravda, že (promiňte) starších PLDD, kteří atestovali ještě v dobách jednotné (a nepochybně jedné) pediatrie, se řešená otázka postgraduálního vzdělávání již osobně nedotýká. Dopad chybného rozhodnutí ale můžeme pocítit v tom, že pokud se nepodaří stabilizovat situaci, nemusí být o vzdělávání jak v oboru DL, tak PLDD, ev. společné pediatrii dostatečný zájem ze strany absolventů fakult a péče o dítě a dorost v ČR může regredovat. Z toho pro PLDD, kteří plánují své praxe předat/prodat mladším kolegům, vyplývá, že sehnat svého nástupce bude oříškem. Při sestavování této přílohy jsme se snažili dodržet objektivnost. Věříme, že jsme toto předsevzetí naplnili.