

PRAKTICKÉ DĚTSKÉ LÉKAŘSTVÍ

Alena Šebková
Zdeněk Zíma
a kolektiv

PRAKTICKÉ DĚTSKÉ LÉKAŘSTVÍ

Alena Šebková
Zdeněk Zíma
a kolektiv

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno.

MUDr. Alena Šebková, MUDr. Zdeněk Zíma a kolektiv

PRAKTICKÉ DĚTSKÉ LÉKAŘSTVÍ

Editoři

MUDr. Alena Šebková, MUDr. Zdeněk Zíma

Kompletní seznam autorů je uveden na straně V–VI.

Recenzenti

prof. MUDr. Jaroslav Slaný, CSc.

Fakulta zdravotnictví a sociální práce,
Trnavská univerzita v Trnavě

† prof. MUDr. František Stožický, DrSc.

Dětská klinika Lékařské fakulty Univerzity Karlovy
a Fakultní nemocnice Plzeň

Kapitola 14 vznikla ve spolupráci s CzechPharmNet a byla podpořena projekty: ESPNIC Children's intensive care textbook 2020, UNCE 204064 (the Innovative Medicines Initiative 2 reg. č. 777389), Progress Q25 a projektem Mezinárodní mobilita výzkumných pracovníků Univerzity Karlovy (reg. č. CZ.02.2.69/0.0/0.0/16_027/0008495) z Operačního programu Výzkum, vývoj a vzdělávání.

Vydání odborné knihy schválila Vědecká redakce nakladatelství Grada Publishing, a.s.

© Grada Publishing, a.s., 2020

Cover Design © Grada Publishing, a.s., 2020

Obrázky překreslil a upravil Jiří Hlaváček. Ostatní obrázky jsou z archivu autorů, není-li uvedeno jinak.

Fotografie dětí byly pořízeny a jsou publikovány se souhlasem rodičů.

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 7939. publikaci

Odpovědná redaktorka Jindřiška Bláhová

Sazba a zlom Artdit spol. s r. o.

Počet stran 616

Praha 2020

Vytiskla D.R.J. Tiskárna Resl, s.r.o.

Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění však pro autory ani pro nakladatelství nevyplývají žádné právní důsledky.

ISBN 978-80-271-4161-6 (pdf)

ISBN 978-80-271-1200-5 (print)

Seznam autorů

Editori

MUDr. Alena Šebková

praktický lékař pro děti a dorost, Plzeň

MUDr. Zdeněk Zíma

praktický lékař pro děti a dorost, Litoměřice

Autoři

MUDr. Hana Cabrnachová, MBA

praktický lékař pro děti a dorost, Praha

MUDr. Mahulena Exnerová

dětské oddělení Nemocnice Hořovice

MUDr. Vendula Gutová

Ústav imunologie a alergologie, Fakultní nemocnice Plzeň

MUDr. Lucie Honková

praktický lékař pro děti a dorost, Praha

MUDr. Pavla Hromádková

praktický lékař pro děti a dorost, Liberec

MUDr. Petr Jehlička

dětská kardiologická ordinace, Genetika Plzeň

MUDr. Veronika Jilichová Nová

praktický lékař pro děti a dorost, Plzeň

MUDr. Pavel Kabíček, CSc.

Pediatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, Fakultní Thomayerova nemocnice, Praha

MUDr. Marie Kmoníčková

praktický lékař pro děti a dorost, Hradec Králové

Jana Kněžová

oddělení léčebné rehabilitace Fakultní nemocnice Plzeň

MUDr. Ctírad Kozderka

praktický lékař pro děti a dorost, Kralovice

MUDr. Kateřina Lejhancová, Ph.D.

praktický lékař pro děti a dorost, Pardubice

doc. MUDr. Ivan Novák, CSc.

praktický lékař pro děti a dorost, Kostelec u Křížků

MUDr. Pavla Pokorná, Ph.D.

Klinika pediatrie a dědičných poruch metabolismu 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy

a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

Ústav farmakologie Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

MUDr. Daniela Pousková

dětské oddělení Nemocnice u Sv. Jiří, Plzeň

MUDr. Bohuslav Procházka

praktický lékař pro děti a dorost, Kutná Hora

MUDr. Natália Szitanyi

praktický lékař pro děti a dorost, Praha

MUDr. Dana Šašková

Léčebné lázně Kynžvart

MUDr. Alena Šebková

praktický lékař pro děti a dorost, Plzeň

MUDr. Karla Šebková

rezidentka oboru praktický lékař pro děti a dorost, Fakultní nemocnice Plzeň

MUDr. Pavla Tvrdoňová

praktický lékař pro děti a dorost, Karviná

MUDr. Jana Týtlová

Dětské centrum Plzeň

MUDr. Daniela Verdánová, MBA

praktický lékař pro děti a dorost, Jindřichův Hradec

MUDr. Zdeněk Zíma

praktický lékař pro děti a dorost, Litoměřice

Bepanthen®



PEČOVAT, CHRÁNIT,

MILOVAT



Trojité péče o miminka i maminky



Chrání před
zarudnutím



Přírozně
regeneruje



Hydratuje

S panthenolem (provitaminem B5) pro profesionální péči o zadeček a bradavky. Poskytuje účinnou dlouhodobou ochranu před zarudnutím a podrážděním, přirozeně regeneruje a hydratuje namáhanou pokožku.



Bepanthen Baby je kosmetický přípravek.

www.bepanthen.cz

I PNEUMOKOK MŮŽE ZABÍJET OČKUJTE VČAS

**Počet onemocnění IPO
u dětí do 5 let věku rok
od roku narůstá.¹**

**V roce 2019 bylo
zaznamenáno celkem
31 případů IPO u dětí do 5 let
věku. 19 z těchto dětí
nebylo proti pneumokokům
očkováno.²**

**Proočkovanost proti
pneumokokům v České republice
dlouhodobě klesá.³**



NABÍDNĚTE SVÝM PACIENTŮM VAKCÍNU SYNFLORIX,

která je na českém trhu již 10 let bez doplatku*

IPO - Invazivní pneumokokové onemocnění

Reference: 1. SZU, ZCEM: 1/2017, 2/2018, 7/2019, 6/2020. 2. SZU, ZCEM: 6/2020.

3. NRHZS 2010–2018; osoby narozené v letech 2012–2018 s alespoň jednou dávkou očkovací látky.



Synflorix

Zkrácený souhrn údajů o přípravku

Název přípravku: Synflorix injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. Synflorix injekční suspenze. Synflorix injekční suspenze ve vícedávkovém balení (2 dávky). Synflorix injekční suspenze ve vícedávkovém balení (4 dávky). Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (adsorbovaná). **Složení:** 1 dávka (0,5 ml) obsahuje pneumokokale polysacharidum serotypus 1 (1 µg), 4 (3 µg), 5 (1 µg), 6B (1 µg), 7F (1 µg), 9V (1 µg), 14 (1 µg) a 23 (1 µg) konjugované na protein D (odvozený z kmenů netypovatelného *Haemophilus influenzae*) jako proteinový nosič (9–16 µg), 18C (3 µg) konjugovaný tetanický toxoid jako proteinový nosič (5–10 µg) a 19F (3 µg) konjugovaný na difterický toxoid jako proteinový nosič (3–6 µg) – adsorbováno na fosforečnan hlinitý (0,5 mg Al₃+). **Terapeutické indikace:** Aktivní imunizace proti invazivním onemocněním, pneumonii a akutní otitis media způsobeným sérotypy *Streptococcus pneumoniae* obsaženými ve vakcíně a zkřížené reaktivním sérotypem 19A u kojenců a dětí ve věku od 6 týdnů až do 5 let. **Dávkování** a způsob podání: Vakcína se podává intramuskulární injekcí, a to přednostně do anterolaterální části stehna u kojenců nebo do deltového svalu ramene u malých dětí. Očkovací schéma musí být v souladu s oficiálními doporučeními. Doporučuje se, aby jedinci, kterým je podána první dávka Synflorixu, dokončili celé očkovací schéma Synflorixem. Synflorix nesmí být v žádném případě aplikován intravaskulárně nebo intradermálně, údaje o subkutánním podání nejsou k dispozici. **Kojenci od 6 týdnů do 6 měsíců věku:** Doporučené schéma k zajištění optimální ochrany tvoří 4 dávky – 3 dávky s intervalem min. 1 měsíc mezi dávkami, posilovací dávka s min. 6měsíčním odstupem od 3. dávky. Je-li vakcína podávána jako část rutinního očkovacího kalendáře, může být podána ve schématu tvořeném třemi dávkami – 1. dávka může být podána od věku 2 měsíců, 2. dávka o 2 měsíce později, posilovací dávka s odstupem min. 6 měsíců od 2. dávky. **Dříve neočkovaní starší kojenci a děti ve věku 7 – 11 měsíců:** 2 dávky s intervalem min. 1 měsíc mezi dávkami, 3. dávku se doporučuje podat v 2. roce života s min. 2měsíčním odstupem mezi dávkami. **Děti ve věku 12 měsíců – 5 let:** dvě 0,5 ml dávky s intervalem nejméně 2 měsíce mezi dávkami. **Děti narozené mezi 27. – 38. týdnem těhotenství:** U nedonošených dětí narozených alespoň ve 27. týdnu těhotenství doporučené očkovací schéma tvoří čtyři dávky, každá po 0,5 ml. **Zvláštní populace:** U jedinců, kteří trpí nemocí, které je činí náchylnějšími k invazivnímu pneumokokovému onemocnění [jako např. infekce virem lidské imunodeficiency (HIV), srpkovitá anémie (SCD) nebo dysfunkce sleziny], může být vakcína Synflorix podána podle výše uvedených schémat s tím rozdílem, že 3dávkové schéma má být podáno jako základní očkování kojenců, u kterých bylo zahájeno očkování před dokončením 6. měsíce věku. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku a nebo na kterýkoli proteinový nosič tohoto přípravku. Aplikace vakcíny musí být odložena u osob trpících závažným akutním horečnatým onemocněním. Přítomnost mírné infekce, např. nachlazení, by ale neměla být příčinou oddálení očkování. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Pro případ vzácně se vyskytující anafylaktické reakce po aplikaci musí být k dispozici odpovídající lékařská péče a dohled. Možné riziko apnoe a nutnost monitorování dýchání po dobu 48 – 72 hodin by se měly zvážit při podávání vakcíny těžce nedonošeným dětem (narozené ve < 28. týdnu těhotenství). U dětí od 2 let věku se může objevit v průběhu očkování, nebo i před ním synkopa (mdloba) jako psychogenní reakce na injekční stříkačku s jehlou. Je důležité předem zajistit takové podmínky, aby při eventuální mdlobě nemohlo dojít k úrazu. Vakcína se musí podávat opatrně osobám s trombocytopenií nebo s jakoukoli poruchou koagulace. Je třeba se též řídit oficiálními doporučeními k očkování proti difterii, tetanu a *Haemophilus influenzae* typu b. Ochrana proti pneumokokovým sérotypům, které nejsou ve vakcíně obsaženy, kromě zkřížené reaktivního sérotypu 19A, nebo proti netypovatelnému *Haemophilus influenzae* nebyla dostatečně prokázána. Synflorix neposkytuje ochranu proti jiným mikroorganismům. Synflorix nemusí chránit všechny očkované jedince proti invazivnímu pneumokokovému onemocnění, pneumonii nebo otitis media způsobeným sérotypy obsaženými v této vakcíně a zkřížené reaktivním sérotypem 19A. Navíc se předpokládá, že celková ochrana proti otitis media a pneumonii by mohla být omezena a podstatně nižší než ochrana proti invazivnímu onemocnění způsobenému sérotypy této vakcíny a zkřížené reaktivním sérotypem 19A tím, že mezi původce těchto onemocnění patří kromě sérotypů *Streptococcus pneumoniae* obsažených ve vakcíně i mnohé další mikroorganismy. Děti by měly dostat vakcínu Synflorix podle očkovacího schématu odpovídajícímu věku dítěte v době zahájení očkování. Data o bezpečnosti a imunogenitě nejsou u dětí nad 5 let věku zatím k dispozici. U dětí se zvýšeným rizikem pneumokokových infekcí a u dětí s nedostatečnou imunitní odpovědí může být odpověď na očkování snižena a očkování nemusí poskytnout optimální ochranu. Profylaktické podání antipyretik před aplikací nebo bezprostředně po aplikaci vakcíny může snížit incidenci a intenzitu horečnatých reakcí po očkování. Klinická data získaná s paracetamolem a ibuprofenem nasvědčují tomu, že by profylaktické použití paracetamolu mohlo snižovat četnost horečky, zatímco profylaktické použití ibuprofenu prokázalo omezený vliv na snížení četnosti horečky. Klinická data naznačují, že paracetamol může snížit imunitní odpověď na Synflorix. Nicméně, klinický význam tohoto pozorování není znám. Profylaktické podání antipyretik se doporučuje u dětí s křečemi nebo s anamnézou febrilních křečí. Antipyretická léčba by měla být zahájena v souladu s místními terapeutickými doporučeními. **Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce:** Synflorix může být podán současně s některou z následujících monovalentních nebo kombinovaných vakcín: vakcínou proti difterii-tetanu-pertusi s acalulární mrtvící celobuněčnou pertusovou složkou, hepatitidě B, dětské obrně *Haemophilus influenzae* typu b, spalničkám, příušnicím a zarděnkám, planým neštovicím, proti meningokokům sérotypu C (CRM197 a TT konjugáty) a rotavirům. Injekce jednotlivých vakcín musí být aplikovány do různých míst. U pacientů podstupujících imunosupresivní terapii nemusí být po očkování dosaženo odpovídající imunitní odpovědi. **Těhotenství a kojení:** Synflorix není určen k očkování dospělých. **Nežádoucí účinky:** Nejčastější nežádoucí účinky jsou bolest a zarudnutí v místě vpichu a podrážděnost. Většina těchto reakcí netrvá dlouho a je mírného až středního stupně. Incidence místních a celkových nežádoucích účinků hlášených do čtyř dnů byla ve srovnávacích klinických studiích po každé podané dávce ve stejném rozmezí jako po očkování 7valentním Prevanarem. Dále se v klinických studiích s různou četností vyskytovaly: somnolence, křeče (febrilní nebo afebrilní), apnoe u těžce nedonošených dětí (narozených ve < 28. týdnu těhotenství), horečka, neobvyklý pláč, průjem, zvracení, vyrážka, kopřivka, nechutenství, nauzea, bolest hlavy, otok, indurace, svědění, podlitina nebo krvácení v místě vpichu, postižení uzlin, alergické reakce (jako alergická dermatitida, atopická dermatitida, ekzém), difúzní otok končetiny v místě podání injekce, někdy zahrnující i přiléhající kloub a Kawasakiho nemoc. **Inkompatibility:** Synflorix nesmí být mísen s žádnými dalšími léčivými přípravky. **Doba použitelnosti:** 4 roky, 4dávkové balení 3 roky. Po prvním otevření 2dávkové injekční lahvičky je třeba vakcínu aplikovat ihned. Pokud není vakcína aplikována ihned, musí být uchovávána v chladničce (2 °C – 8 °C). Pokud není během 6 hodin vakcína aplikována, musí být znehodnocena. Po prvním otevření 4dávkové injekční lahvičky je třeba vakcínu uchovávat maximálně po dobu 28 dní v chladničce (2 °C – 8 °C). Pokud není během 28 dní vakcína aplikována, musí být znehodnocena. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte v chladničce (2 – 8 °C), chraňte před mrazem a světlem. Přítomnost jemné bílého sedimentu a čirého bezbarvého supernatantu není známkou znehodnocení vakcíny. Obsah stříkačky/injekční lahvičky musí být před aplikací dobře protřepán a vizuálně zkontrolován na přítomnost cizorodých částic a/nebo na změnu vzhledu. Jestliže svým vzhledem nevyhovuje, je třeba ji vyřadit. Vakcínu aplikujte po dosažení pokojové teploty. Při použití vícedávkové injekční lahvičky musí být k odebrání každé 0,5 ml dávky použita sterilní jehla a injekční stříkačka. Je třeba zamezit kontaminaci obsahu lahvičky. **Druh obalu a velikost balení:** Předplněná injekční stříkačka: 0,5 ml suspenze v předplněné injekční stříkačce (sklo třídy I) pro 1 dávku s pístovou zátkou (butylová pryž) s jehlami nebo bez jehel. Balení obsahuje 1, 10 nebo 50 předplněných injekčních stříkaček. Injekční lahvička: 0,5 ml suspenze v injekční lahvičce (sklo třídy I) pro 1 dávku s pístovou zátkou (butylová pryž). Balení obsahuje 1, 10 nebo 100 injekčních lahviček. Vícedávkové balení: 1 ml suspenze v injekční lahvičce (sklo třídy I) pro 2 dávky s pístovou zátkou (butylová pryž). Balení obsahuje 100 injekčních lahviček. 2 ml suspenze v injekční lahvičce (sklo třídy I) pro 4 dávky s pístovou zátkou (butylová pryž). Balení obsahuje 10 nebo 100 injekčních lahviček. Na trhu nemusí být všechny velikosti balení. **Držitel rozhodnutí o registraci:** GlaxoSmithKline Biologicals S.A., Rue de l'Institut 89, B-1330 Rixensart, Belgique. **Registrační čísla:** Předplněná injekční stříkačka: EU/1/09/508/001-005,010, injekční lahvička: EU/1/09/508/006-008, 2dávkové balení: EU/1/09/508/009, 4dávkové balení: EU/1/09/508/012,013. **Datum první registrace:** 30. 3. 2009. **Datum revize textu:** 22. 11. 2018. Lék je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění, pokud všechny dávky očkovací látky byly aplikovány do sedmého měsíce věku pojištěnce; hrazenou službou je též přeočkování provedené do patnáctého měsíce věku pojištěnce; hrazenou službou je dále i očkování provedené po uplynutí těchto lhůt, pokud došlo k odložení aplikace jedné nebo více dávek očkovací látky z důvodu zdravotního stavu pojištěnce. Úplnou informaci pro předepisování najdete v Souhrnu údajů o přípravku na: www.gskcompendium.cz nebo se obraťte na společnost GlaxoSmithKline, s.r.o., Hvězdova 1734/2c, 140 00 Praha 4; e-mail: cz.info@gsk.com; www.gsk.cz. Případné nežádoucí účinky prosím hláste také na cz.safety@gsk.com. Verze SPC platná ke dni 3. 11. 2020.

V běžné praxi nemusí vakcína garantovat výsledky dosažené v klinických studiích.

*Přípravek je plně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění, pokud všechny dávky byly aplikovány do sedmého měsíce věku pojištěnce; hrazené je též přeočkování provedené do patnáctého měsíce věku pojištěnce; hrazené je dále i očkování provedené po uplynutí těchto lhůt, pokud došlo k odložení aplikace jedné nebo více dávek z důvodu zdravotního stavu pojištěnce.

GlaxoSmithKline s.r.o., Hvězdova 1734/2c, 140 00 Praha 4, Česká republika
tel.: 222 001 111; e-mail: cz.info@gsk.com; www.gsk.cz

PM-CZ-SYN-ADVT-200003

Datum schválení: listopad 2020



Obsah

Předmluva	XV
Úvod	XVII
Obecná část	1
1 Historie praktického dětského lékařství (<i>Alena Šebková</i>)	3
1.1 Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost České republiky (SPLDD ČR)	4
1.2 Odborná společnost praktických dětských lékařů České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (OSPDL ČLS JEP)	5
1.3 Katedra PLDD	6
1.4 Aktivita českých primárních pediatrů v zahraničí	6
2 Organizace zdravotní péče o děti a dorost (<i>Zdeněk Zima</i>)	8
2.1 Primární péče	8
2.2 Neodkladná primární péče	9
2.3 Lékařská pohotovostní služba	9
2.4 Lůžková péče	10
2.5 Specializovaná lůžková péče	10
2.6 Specializovaná ambulantní péče	11
2.7 Lázeňská péče	11
3 Management ordinace PLDD (<i>Ctirad Kozderka</i>)	16
3.1 Co je to management?	16
3.2 Jak se stát podnikatelem – provozovatelem praxe PLDD	17
3.3 Další povinnosti PLDD jako nové OSVČ	18
3.4 Smluvní vztahy se zdravotními pojišťovnami	21
3.5 Vybavení ordinace PLDD	22
3.6 GDPR	22
3.7 Ordinace PLDD ve vztahu k pacientům	23
3.8 Zdravotnická dokumentace	24
3.9 Ordinace ve vztahu k zaměstnancům – personalistika	24
3.10 Účetnictví	24
3.11 Ekonomika praxe	25
3.12 Prodej a nákup lékařské praxe	26
3.13 Spolupráce PLDD s resortem Ministerstva práce a sociálních věcí	26
3.14 Bezpečnost a ochrana zdraví při práci	26
3.15 Spolupráce PLDD s resortem Ministerstva zdravotnictví	27
3.16 Provozní řád	28

3.17	Hlášení infekčních onemocnění	28
3.18	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR	29
3.19	Státní ústav pro kontrolu léčiv	29
3.20	Státní zdravotní ústav	30
3.21	Lázeňská léčebně rehabilitační péče	30
3.22	Spolupráce PLDD s resortem Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy	31
3.23	Organizace sdružující PLDD	31
4	Vyšetřovací metody a propedeutika (<i>Ctirad Kozderka</i>)	33
4.1	Klinické vyšetření	33
4.2	Laboratorní a zobrazovací vyšetření	38
4.3	POCT metody	43
4.4	Předoperační vyšetření (<i>Zdeněk Zíma</i>)	46
5	Preventivní a posudková péče	52
5.1	Očkování (<i>Hana Cabrnachová</i>)	52
5.2	Preventivní prohlídky (<i>Alena Šebková</i>)	59
5.3	Screeningová vyšetření (<i>Zdeněk Zíma</i>)	62
5.4	Prevence úrazů v dětském věku (<i>Alena Šebková</i>)	66
5.5	Posudková problematika (<i>Ctirad Kozderka</i>)	72
6	Péče o novorozence a kojence (<i>Veronika Jilichová Nová</i>)	84
6.1	Péče o fyziologické novorozence	84
6.2	Péče o rizikové novorozence	88
6.3	Specifika péče o kojence	90
6.4	Kojení a strategie zavádění příkrmů (<i>Alena Šebková</i>)	95
6.5	Psychomotorický vývoj (<i>Alena Šebková, Jana Knězová</i>)	101
6.6	Vývojová rehabilitace u kojence (<i>Alena Šebková, Jana Knězová</i>)	108
7	Od batolete po školáka (<i>Alena Šebková</i>)	117
7.1	Výživa batolat a starších dětí (<i>Natália Szitányi</i>)	117
7.2	Psychomotorický vývoj batolete	121
7.3	Vývoj řeči a její poruchy	122
7.4	Posuzování školní zralosti	125
7.5	Specifické poruchy učení	128
7.6	Růstové bolesti	128
8	Dorostová problematika (<i>Pavel Kabíček</i>)	130
8.1	Vývoj v dospívání	130
8.2	Posuzování sekundárních pohlavních znaků	131
8.3	Časná adolescence	132
8.4	Střední adolescence	132
8.5	Pozdní adolescence	132
8.6	Rizikové chování v dospívání	133
8.7	Preventivní poradenství v oblasti návykových látek v ordinaci PLDD	136
8.8	Sexuálně přenosné infekce	138
8.9	Prevence úrazů a projevů agresivity a autoagresivity	142
8.10	Posudkové aspekty v oblasti výběru povolání	142

9 Cestování s dětmi (<i>Zdeněk Zíma</i>)	144
9.1 Příprava na cestu a očkování	145
9.2 Obecná doporučení pro cestovatele (s dětmi)	146
9.3 Lékárnička na cesty s dětmi	147
10 Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě (<i>Ctirad Kozderka</i>)	162
10.1 Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte	162
10.2 Kdo může odhalit špatné zacházení s dítětem	164
10.3 Jak postupovat při podezření na špatné zacházení s dítětem	164
10.4 Jaký je možný další osud dětí se syndromem CAN?	167
11 Náhradní rodinná péče (<i>Jana Tytlová</i>)	168
11.1 Děti vyrůstající mimo vlastní rodinu	168
11.2 Náhradní rodinná péče	168
12 Dětská paliativní péče (<i>Mahulena Exnerová</i>)	172
12.1 Potřeby dětí žijících s život omezujícím nebo ohrožujícím onemocněním	173
12.2 Zajištění dětské paliativní péče v ČR	173
13 Lázeňská léčba jako součást komplexní péče o děti (<i>Dana Šašková</i>)	176
13.1 Co může PLDD očekávat od lázeňské léčby	176
13.2 Legislativa	176
13.3 Využití přírodních léčivých zdrojů	176
13.4 Návrh na lázeňskou léčbu	177
13.5 Jak probíhá lázeňská léčba dětí	178
14 Farmakologická léčba v dětské populaci (<i>Pavla Pokorná</i>)	179
14.1 Farmakologické zvláštnosti v dětské populaci	180
14.2 Specifika podávání léčiv v pediatrii	182
15 Komunikace	187
15.1 Komunikace v ordinaci, mezioborová a meziresortní spolupráce (<i>Alena Šebková</i>)	187
15.2 Právo na informace a GDPR (<i>Zdeněk Zíma</i>)	189
16 Předávání pacientů do péče všeobecného praktického lékaře (<i>Ctirad Kozderka</i>)	192
16.1 Protokol o předání pacienta	192
Speciální část A	195
17 Diferenciální diagnostika horečky (<i>Karla Šebková</i>)	197
17.1 Definice	197
17.2 Fyziologie	197
17.3 Patofyziologie	197
17.4 Způsoby měření tělesné teploty	197
17.5 Hodnocení	198
17.6 Terapie	198
17.7 Dávkování antipyretik	198
17.8 Fyzikální terapie	198

17.9	Diferenciální diagnostika	199
18	Diferenciální diagnostika únavy (<i>Lucie Honková</i>)	201
18.1	Pojem únava	201
18.2	Klinické projevy	201
18.3	Etiologie	201
18.4	Diagnostika	202
18.5	Chronický únavový syndrom	202
18.6	Terapie	202
19	Diferenciální diagnostika kašle (<i>Daniela Verdánová, Daniela Pousková</i>)	203
19.1	Akutní kašel	203
19.2	Chronický kašel	203
20	Diferenciální diagnostika exantému (<i>Pavla Hromádková, Zdeněk Zíma</i>)	206
20.1	Závažné stavy	206
20.2	Vyšetřovací metody	207
20.3	Diferenciální diagnostika	207
21	Diferenciální diagnostika bolestí břicha (<i>Bohuslav Procházka</i>)	210
21.1	Definice bolestí břicha	210
21.2	Diagnostika	210
21.3	Nejčastější příčiny bolestí břicha podle věku pacienta	211
21.4	Nejčastější typy chronických obtíží	211
22	Diferenciální diagnostika průjmu (<i>Natália Szitányi</i>)	213
22.1	Definice	213
22.2	Etiologie	213
22.3	Klinický obraz a diagnostika	214
23	Diferenciální diagnostika bolestí hlavy (<i>Zdeněk Zíma</i>)	216
23.1	Diferenciální diagnostika	216
23.2	Vyšetřovací metody	216
23.3	Migrenózní bolesti hlavy	218
23.4	Ostatní příčiny bolestí hlavy	219
24	Diferenciální diagnostika kolapsu a bezvědomí (<i>Zdeněk Zíma</i>)	221
24.1	Kolaps	221
24.2	Bezvědomí	222
24.3	Vyšetřovací metody a management	223
Speciální část B		227
25	Neonatologie (<i>Veronika Jilichová Nová</i>)	229
25.1	Převzetí do péče	229
25.2	Porody ambulantní a mimo porodnici, předčasně propuštěný novorozenec (<i>Zdeněk Zíma</i>)	231
25.3	Fyziologický novorozenec	233
25.4	Prematurita a nízká porodní hmotnost (<i>Zdeněk Zíma</i>)	235

25.5	Hyperbilirubinemie	240
25.6	Exantémy a poruchy kůže u novorozence	240
25.7	Asfyxie	242
25.8	Poporodní sepse	244
25.9	Nejčastější vrozené vady (<i>Zdeněk Zíma</i>)	245
26	Genetika (<i>Pavla Hromádková</i>)	251
26.1	Genetické poruchy a jejich diagnostika	251
26.2	Indikace ke genetickému vyšetření	252
26.3	Nejčastější genetické syndromy	253
27	Hematologie (<i>Alena Šebková</i>)	255
27.1	Základní hematologické vyšetření v ordinaci PLDD	255
27.2	Anemie	258
27.3	Leukopenie, neutropenie	259
27.4	Leukemie	260
27.5	Trombocytopenie a trombocytóza	261
27.6	Poruchy srážlivosti	261
27.7	Trombofilní stavy	262
28	Endokrinologie (<i>Zdeněk Zíma</i>)	264
28.1	Poruchy růstu	264
28.2	Tyreopatie	268
28.3	Pohlavní vývoj	275
28.4	Poruchy sexuální diferenciacce	282
28.5	Kongenitální adrenální hyperplazie	284
28.6	Poruchy hypofýzy a nadledvin	287
28.7	Obezita	293
28.8	Křivice	295
28.9	Syndrom inadekvátní sekrece antidiuretického hormonu	299
28.10	Diabetes a poruchy glycidové rovnováhy	300
29	Revmatologie a autoimunitní onemocnění (<i>Pavla Hromádková</i>)	306
29.1	Juvenilní idiopatická artritida	306
29.2	Artralgie	308
29.3	Autoimunitní onemocnění	310
29.4	Kawasakiho syndrom	312
30	Infektologie (<i>Pavla Hromádková</i>)	314
30.1	Dětská infekční exantémová onemocnění	314
30.2	Infekční gastroenteritidy	319
30.3	Lymeská borelióza	321
30.4	Aseptické meningitidy a klíšťová meningoencefalitida	324
30.5	Importované nákazy	327
30.6	Onemocnění s povinnou izolací a léčbou	331
31	Dermatologie (<i>Pavla Hromádková</i>)	333
31.1	Hemangiomy, vaskulární a pigmentové névy	333

31.2 Dermatomykózy	336
31.3 Vrozená pohlavně přenosná onemocnění	338
31.4 Atopická dermatitida (<i>Zdeněk Zíma</i>)	341
31.5 Akné	344
31.6 Kožní projevy závažných onemocnění	346
32 Neurologie (<i>Pavla Tvrdoňová</i>)	349
32.1 Epilepsie v dětském a adolescentním věku	349
32.2 Febrilní křeče	359
32.3 Dětská mozková obrna	360
32.4 Afektivní záchvaty (<i>Alena Šebková</i>)	362
32.5 Onemocnění svalů (<i>Marie Kmoníčková</i>)	363
33 Oftalmologie (<i>Alena Šebková</i>)	366
33.1 Vrozené vývojové vady	366
33.2 Hordeolum a chalazion	366
33.3 Konjunktivitida	367
33.4 Neprůchodnost slzných cest u novorozenců	367
33.5 První pomoc u úrazu oka	368
33.6 Tumory oka	368
33.7 Poruchy okohybného aparátu	368
33.8 Vyšetření a poruchy zrakové ostrosti	369
34 Otorinolaryngologie (<i>Alena Šebková</i>)	371
34.1 Rinitida, rinosinusitida	371
34.2 Laryngomalacie (stridor laryngis congenitus)	372
34.3 Faryngitida	372
34.4 Tonzilitida	373
34.5 Laryngitida a epiglotitida	375
34.6 Adenoidní vegetace	377
34.7 Epistaxe	377
34.8 Otitida	377
34.9 Screening sluchu	381
34.10 Poruchy sluchu	382
34.11 Dysfonie	384
35 Kardiologie (<i>Bohuslav Procházka</i>)	385
35.1 Srdeční vady	385
35.2 Arytmie v dětském věku	387
35.3 Myokarditida	391
35.4 Infekční endokarditida	392
35.5 Perikarditida	396
35.6 Revmatická horečka, akutní revmatismus	397
35.7 Prevence časného rozvoje aterosklerózy u dětí	398
35.8 Hypertenze u dětí	402
35.9 Funkční hodnocení dětí s vrozenými srdečními vadami (<i>Petr Jehlička</i>)	411

36 Pneumologie a alergologie (<i>Daniela Verdánová, Daniela Pousková</i>)	414
36.1 Bronchitida	414
36.2 Bronchiolitida	415
36.3 Pneumonie	416
36.4 Asthma bronchiale	417
36.5 Aspirace cizího tělesa	420
36.6 Cystická fibróza	421
36.7 Alergická onemocnění v ordinaci PLDD (<i>Daniela Verdánová, Vendula Gutová</i>)	422
37 Gastroenterologie (<i>Natália Szitányi</i>)	425
37.1 Vrozené vady gastrointestinálního traktu	425
37.2 Neprospívání	429
37.3 Gastroezofageální reflux	431
37.4 Alergie na bílkovinu kravského mléka (ABKM)	432
37.5 Idiopatické střevní záněty	437
37.6 Autoimunitní hepatitida	439
37.7 Obstipace	440
37.8 Celiakie	443
38 Nefrologie a urologie (<i>Marie Kmoníčková</i>)	445
38.1 Vrozené vývojové vady ledvin a močových cest	445
38.2 Enuréza a inkontinence	446
38.3 Hematurie a proteinurie	447
38.4 Infekce močových cest	449
38.5 Vezikoureterální reflux	452
38.6 Urolitiáza	452
38.7 Fimóza a konglutinace (<i>Zdeněk Zíma</i>)	453
38.8 Poruchy sestupu varlat (<i>Zdeněk Zíma</i>)	455
38.9 Onemocnění šourku (<i>Zdeněk Zíma</i>)	456
38.10 Synechie vulvy a vulvovaginitidy (<i>Zdeněk Zíma</i>)	458
39 Ortopedie a fyzioterapie (<i>Zdeněk Zíma</i>)	462
39.1 Vadné držení těla	462
39.2 Pedes plani	465
39.3 Vrozené deformity nohy	466
39.4 Skoliózy	466
39.5 Hrudní hyperkyfóza	469
39.6 Torticollis spastica	470
39.7 Akutní vertebrogenní algický syndrom	472
39.8 Aseptické kostní nekrózy	472
39.9 Coxa vara adolescentium	475
39.10 Vývojová dysplazie kyčelního kloubu	476
39.11 Vrozené vývojové vady pohybového aparátu	478
39.12 Kostní dysplazie	479
39.13 Entezopatie	479
39.14 Osteopatie	480

40 Traumatologie (<i>Zdeněk Zima</i>)	482
40.1 Úrazy u dětí	482
40.2 Prvotní ošetření akutních dětských úrazů	482
40.3 Úrazy hlavy	483
40.4 Tupá poranění břicha	484
40.5 Poranění hrudníku	486
40.6 Popáleniny	486
40.7 Cizí tělesa	488
40.8 Zlomeniny a poranění kloubů	489
40.9 Poranění páteře	495
40.10 Navazující péče po úrazu	496
41 Psychiatrie a psychosomatika (<i>Alena Šebková</i>)	498
41.1 Poruchy autistického spektra	498
41.2 ADHD	502
41.3 Úzkostné a depresivní poruchy	503
41.4 Poruchy příjmu potravy	504
41.5 Psychosomatické poruchy v ordinaci PLDD	505
42 Onkologie (<i>Kateřina Lejhancová</i>)	508
42.1 Příčiny malignit u dětí	508
42.2 Příznaky maligních onemocnění	508
42.3 Diagnostika malignit	510
42.4 Obecné principy léčby	510
42.5 Přehled nejčastějších malignit dětského věku	510
42.6 Komplexní a následná péče o onkologického pacienta	518
42.7 Pozdní následky onkologické léčby	519
42.8 Dispenzární péče o děti po onkologické léčbě	520
43 Akutní stavy v ordinaci PLDD (<i>Ivan Novák</i>)	521
43.1 Dusící se dítě	521
43.2 Bezvědomí a křeče u dětí	526
43.3 Anafylaktický šok	529
43.4 Šok, závažná dehydratace	530
43.5 Intoxikace u dětí a postoje k nim v primární péči	533
43.6 Kardiopulmonální resuscitace (KPR)	535
43.7 Život ohrožující infekční onemocnění	536
43.8 Vybavení ordinace praktického lékaře pro děti a dorost pro řešení akutních stavů	541
Souhrn	545
Summary	545
Seznam zkratk	547
Rejstřík	553
Editoři o sobě	563



BEXSERO

vakcína proti meningokokům skupiny B
(rDNA, komponentní, adsorbovaná)

**ROSTOU RYCHLE.
VY JE MŮŽETE OCHRÁNIT RYCHLEJI!**

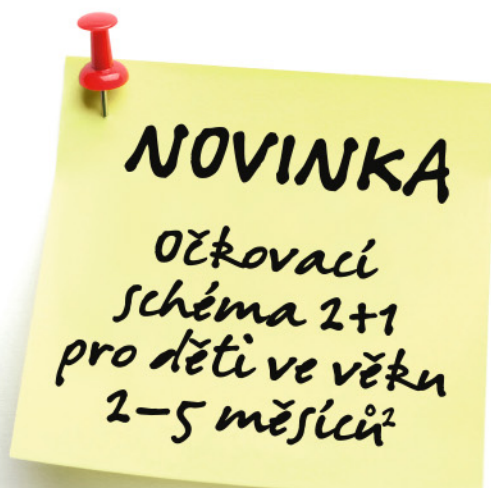
**Plně hrazené očkování proti meningokokům skupiny B
při zahájení očkování do konce 6. měsíce věku¹**

Vakcína BEXSERO
je indikována k imunizaci
proti MenB* již od 2 měsíců věku.²

V běžné praxi nemusí vakcína garantovat výsledky dosažené
v klinických studiích. Neočekává se, že přípravek Bexsero
zajistí ochranu proti všem kolujícím meningokokovým
kmenům skupiny B.

Reference:

1. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění.
2. SPC Bexsero, červenec 2020. *Meningokokové onemocnění séro skupiny B.



ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU BEXSERO

Název přípravku: Bexsero injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. Vakcína proti meningokokům skupiny B (rDNA, komponentní, adsorbovaná) **Složení:** Jedna dávka (0,5 ml) obsahuje rekombinantní fúzní protein NHBA *N. meningitidis* B 50µg; rekombinantní protein NadA *N. meningitidis* B 50µg; rekombinantní fúzní protein fHbp *N. meningitidis* B 50µg; vnější membránové vesikuly (OMV) *N. meningitidis* B kmene NZ98/254 měřené jako množství celkové bílkoviny obsahující PorA P1.4 25µg. **Indikace:** Vakcína Bexsero je indikována k aktivní imunizaci jedinců od 2 měsíců věku a starších proti invazivnímu meningokokovému onemocnění způsobenému kmeny *N. meningitidis* skupiny B. **Dávkování a způsob podání:** Věk v době první dávky: Kojenci (2–5 měsíců) tři dávky po 0,5 ml s prodlevou minimálně 1 měsíc mezi dávkami nebo dvě dávky po 0,5 ml s prodlevou minimálně 2 měsíce mezi dávkami; booster mezi 12 a 15 měsíci věku s prodlevou alespoň 6 měsíců od primární série.* Kojenci (6–11 měsíců) dvě dávky po 0,5 ml s prodlevou minimálně 2 měsíce mezi dávkami; booster v druhém roce života s prodlevou nejméně 2 měsíce od primární série. Děti (12 až 23 měsíců) dvě dávky po 0,5 ml s prodlevou minimálně 2 měsíce mezi dávkami; booster s prodlevou 12 až 23 měsíců od primární série. Děti (2 roky až 10 let) a dospívající (od 11 let) a dospělí dvě dávky po 0,5 ml s prodlevou minimálně 1 měsíc mezi dávkami; u jedinců, kteří jsou vystaveni setrvalému riziku expozice meningokokovému onemocnění má být zváženo podání boosteru dle oficiálních doporučení. Vakcína se podává hlubokou intramuskulární injekcí, ideálně v anterolaterálním směru do stehna u kojenců nebo do oblasti m. deltoideus horní části ramene u starších subjektů. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Podání vakcíny je vhodné odložit u subjektů s akutním závažným febrilním onemocněním. Je nutné mít vždy k dispozici odpovídající lékařskou péči pro případ anafylaktické reakce. Vakcínu se nemá podávat jedincům s trombocytopenií nebo s poruchami srážlivosti krve, pokud potenciální přínos jednoznačně nepřevýší riziko podání. Podobně jako jiné vakcíny nemusí přípravek Bexsero chránit všechny osoby, které byly vakcinovány. Neočekává se, že Bexsero zajistí ochranu proti všem kolujícím meningokokovým kmenům skupiny B. Jedinci s narušenou schopností imunitní odpovědi, ať už z důvodu imunosupresivní léčby, genetické poruchy nebo jiných příčin, mohou mít sníženou protilátkovou odpověď na aktivní imunizaci. Údaje o imunogenicitě jsou k dispozici u jedinců s deficitem komplementu, asplenií nebo s poruchou funkce sleziny. U jedinců s dědičnými deficiencemi komplementu (např. deficiencie C3 nebo C5) a u jedinců podstupujících léčbu inhibující aktivaci terminálního komplementu (např. ekulizumabem) přetrvává zvýšené riziko invazivního onemocnění způsobeného *N. meningitidis* skupiny B i v případech, že u nich dojde po očkování vakcínou Bexsero k tvorbě protilátek. Nejsou k dispozici žádné údaje o použití vakcíny u subjektů starších 50 let. Lékaři by měli před podáním této vakcíny pacientům s hypersenzitivitou na latex v anamnéze zvážit poměr prospěchu a rizika. **Interakce:** Bexsero lze podávat současně s následujícími vakcinačními antigeny ve formě monovalentních i kombinovaných vakcín: difterie, tetanus, acelulární pertuse, *H. influenzae* typu b, inaktivovaná poliomyelitida, hepatitida B, heptavalentní pneumokoková konjugovaná vakcína, spalničky, příušnice, zarděnky, varicela a konjugovaná vakcína proti meningokokům skupin A, C, W, Y. Profylaktické použití paracetamolu snižuje výskyt a závažnost horečky, neovlivňuje však imunogenitu přípravku Bexsero ani běžných vakcín. Při současném podání s jinými vakcínami musí být Bexsero podáno do jiného místa injekce. **Těhotenství a kojení:** Nejsou k dispozici dostatečné údaje o expozici v těhotenství i bezpečnosti v době kojení. Pokud jasně hrozí expozice meningokokové infekci, je nutné zvážit poměr prospěchu a rizika. **Nežádoucí účinky:** U dětí mladších 2 let byly nejčastější místní a systémové nežádoucí účinky citlivost a erytém v místě injekce, horečka a podrážděnost. Velmi časté: poruchy příjmu potravy, ospalost, neobvyklý pláč, bolest hlavy, průjem, zvracení, vyrážka, artralgie. U dospívajících (od 11 let) a dospělých byly nejčastěji pozorované místní a systémové nežádoucí účinky bolest, otok, erytém a indurace v místě injekce, malátnost. Velmi časté: bolest hlavy, myalgie, artralgie, *spontánní hlášení po uvedení na trh:* vyrážka.* **Zvláštní opatření pro uchovávání:** Uchovávejte v chladničce od 2 °C do 8 °C. Chraňte před mrazem a světlem. Před použitím předplněnou injekční stříkačku dobře protřepejte, aby vznikla homogenní suspenze **Držitel rozhodnutí o registraci:** GSK Vaccines S.r.l., Via Fiorentina 1, 53100 Siena I, Itálie. **Datum první registrace:** 14. ledna 2013. **Datum revize textu:** 02. 07. 2020. **Registrační čísla:** EU/1/12/812/001-004. Přípravek Bexsero je vázán na lékařský předpis a je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění, pokud je očkování zahájeno do dovršení šestého měsíce věku dítěte. Hrazen je též pro zákonem definované rizikové skupiny. Přípravek aplikuje lékař intramuskulární injekcí. Před předepsáním léku se prosím seznamte s úplnou informací o přípravku, kterou najdete v Souhrnu údajů o přípravku na: www.gskkompendum.cz nebo se obraťte na společnost GlaxoSmithKline, s.r.o., Hvězdova 1734/2c, 140 00 Praha 4; e-mail: cz.info@gsk.com; www.gsk.cz. Případné nežádoucí účinky prosím hlase také na cz.safety@gsk.com. Verze SPC platná ke dni 10. 11. 2020. *Prosím, všimněte si změny SPC.



Předmluva

Vážení čtenáři!

Otvíráte Praktické dětské lékařství, první ucelenou učebnici, která se zabývá oborem primární péče o děti a dorost.

Tento obor prodělal ve své historii mnohé převratné změny, možná by se chtělo říct až „kotrmelce“. Od socialistického „obvodáka“ po samostatně pracujícího lékaře, jehož odborný záběr nepředstavuje pouze pediatrie, ale mnohé další nauky, obory, oblasti... Praktické lékařství pro děti a dorost je a musí zůstat společně s dalšími základními obory primární péče (všeobecný praktický lékař, ambulantní gynekolog a zubní lékař) základem dobře fungujícího zdravotního systému.

Ten, kdo to ještě nepochopil, se může stát hrobařem systému, jež tu mnozí dětské praktici po léta vlastními silami budovali a který je velmi oceňován našimi pacienty, resp. jejich rodiči, ale je i vyzdvihován jako vzor v zahraničí. A který je v současné době velmi ohrožen.

Především tedy těm našim kolegům, kteří mnohdy přes osobní vypětí, oběti na svých rodinách i na svém zdraví ještě pořád systém drží, věnujeme tuto knihu jako poděkování za jejich práci. Včetně těch, kteří se vydání této první učebnice PLDD nedožili...

Alena Šebková
Plzeň, prosinec 2020

Obor praktické dětské lékařství má v Československu a později v České republice bohatou tradici. Ačkoliv primární lékařskou péči je možno bez nadsázky označit za fundament medicíny, skutečně systematická organizace primární péče o děti a dorost se nejen u nás objevuje až v druhé polovině 20. století. Velkoryse pojatá koncepce péče o děti a dorost pomohla naší medicíně mezi celosvětovou špičku, přesto byla primární pediatrická péče v odborné rovině dlouhou dobu přehlížena. Teprve ekonomicko-spoločenské změny konce 20. století přinesly osamostatnění a skutečný odborný rozvoj dětské medicíny prvního kontaktu. V rámci České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně vznikla Odborná společnost praktických dětských lékařů a následně vznikl i samostatný obor praktické lékařství pro děti a dorost. Rozvíjejí se preventivní a screeningové programy, zaměření oboru se stále rozšiřuje přesahy do specializovaných oborů. Institucionalizací posudkové péče významně vzrostly nároky na erudici a odpovědnost posuzujícího lékaře. Naproti tomu se díky osamostatnění oboru a cílenému zájmu o primární pediatrickou péči podařilo udržet model péče výhodný pro zdravotní systém, v němž má každé dítě k dispozici svého lékaře, jenž o něj komplexně pečuje ve zdraví i nemoci. Společenská situace umožnila přeměnu dřívějšího modelu organizace péče trpícího neduhy, centrálně direktivně řízeného systému, v osvědčený model medicíny jako svobodného povolání, v němž lékaři provozují samostatně svou praxi. Díky tomu se podařilo upevnit tento koncept a zajistit z pohledu pacientů stabilní prostředí primární pediatrické péče.

V průběhu času postupně utěšeně rostl počet lékařů, kteří se pro práci v ordinacích PLDD kvalifikovali atestační zkouškou z praktického dětského lékařství. Bohužel slibný vývoj byl přerván násilným sloučením oboru s pediatrií. Tento nepochopitelný krok zpět s sebou zatím přinesl jen chaos a nebezpečné prohloubení personální krize praktického dětského lékařství. Obor PLDD však znemožněním cíleně zaměřené

předatestační přípravy a atestační zkoušky nezanikl. V současné době se zdá být jediným výsledkem spojení nyní již relativně vzdálených oborů komplikovanější a delší příprava lékařek a lékařů, kteří si vybrali práci v dětské primární péči, a s tím spojený útlum přílivu nových sil do první linie dětského lékařství. Druhým efektem je obtížnější vznik nových preventivních programů a jejich zavádění do praxe. Koncepce zdravotní péče o obyvatelstvo, nastavení úrovně její kvality a její organizace jsou však především politickým rozhodnutím představitelů státní správy. Nezbyvá tedy v tuto chvíli než akceptovat rozhodnutí směřovat podporu státu jinam než na zdravotní péči o děti a dorost, jakkoliv můžeme o jeho skutečných důvodech jen spekulovat. Pediatr připravující se k práci v terénu v současné době prochází poměrně dlouhou praxí u lůžka, a získává tak velmi solidní základ pro péči o nemocné děti za hospitalizace. Jeho praxe v ambulantní sféře je však trestuhodně malá a nemá tak možnost dostatečně si osvojit práci se zdravými dětmi. Schází mu zkušenosti s ambulantním stylem práce, a především prováděním preventivní a posudkové péče. Přitom právě tato oblast je nejen u nás, ale i v celosvětovém měřítku základem a východiskem dalšího rozvoje primární pediatrické péče.

Jedním z důležitých pilířů vývoje oboru je také vydání této první učebnice praktického dětského lékařství. Práce praktického dětského lékaře je ve srovnání s ostatními obory dětského lékařství zatížena až několikanásobným počtem kontaktů s pacienty a jejich rodiči. Navíc musí dětský praktik analogicky s praktickým lékařem pro dospělé ovládat na dostatečné úrovni základy všech oborů dětského lékařství, a to včetně jejich přesahů do medicíny dospělého věku. Není tedy divu, že se čas od času každý z nás setká s pacientem nebo klinickou situací, v níž se necítí zcela jistý a potřebuje oporu přehledné odborné literatury. Také z těchto důvodů po dlouhou dobu zaznívaly hlasy volající po souhrnném zpracování důležitých témat praktického

dětského lékařství nejen od kolegů připravujících se k atestační zkoušce, ale také od praxí zkušených lékařů.

Učebnice je rozdělena na část obecnou, věnující se základním tématům praktického dětského lékařství, a část speciální. V úvodu speciální části je ještě zařazena stručná diferenciální diagnostika vybraných symptomů, s nimiž se dětský praktik setkává nejčastěji. Přestože je obor PLDD převážně preventivně zaměřen, je diferenciální diagnostika patologických stavů základní podmínkou pro další léčebnou péči v této oblasti medicíny. Na diferenciálnědiagnostickou část pak již navazuje speciální část praktického dětského lékařství podle orgánových systémů.

Naše učebnice si neklade za cíl být vyčerpávajícím zdrojem informací či kopírovat stávající učebnice pediatrie, ale spíše poskytnout ucelený přehled pro základní orientaci v popisované problematice, který je nezbytný pro práci praktického dětského lékaře. Z toho důvodu je autorský kolektiv tvořen právě zejména aktivně pracujícími praktickými dětskými lékaři. Každý z nich má zkušenost z provozování praxe PLDD s potřebným spektrem vědomostí z jednotlivých oblastí při práci dětského praktika. Většina z autorů je současně v pozici ambulantního dětského specialisty, a skloubení těchto rolí jim umožňuje podat problematiku s potřebným nadhledem, aniž by sklouzávali k příliš

teoretickému pojetí. Jsou však i styčné obory, v nichž jsme museli spojit síly s kolegou specialistou a využít jeho cenné rady z praxe.

Je pro mne velkou ctí moci pomáhat uvést tuto první učebnici praktického dětského lékařství do života. Její zrod byl nelehký, jak tomu bývá vždy, když vzniká něco nového. Ačkoliv se autoři učebnice vydali na pionýrskou cestu, zhostili se svého úkolu s obdivuhodnou energií a odvahou. Za tuto odvahu a obětavost, díky níž tato historicky první učebnice praktického dětského lékařství vznikla, patří jejím autorům můj obdiv a vděčnost. V neposlední řadě se patří poděkovat také rodinám autorů za jejich trpělivost a podporu, z níž bezpochyby čerpali další síly potřebné k zdolání tohoto nelehkého úkolu.

Čtenářům knihy přeji, aby se jim následující stránky četly příjemně a s lehkostí. Rád bych, aby se jim učebnice stala vlídným průvodcem na cestě za zvládnutím tak rozsáhlého oboru, jakým praktické dětské lékařství bezesporu je. Zkušeným praktikujícím kolegům pak přeji, aby jim učebnice byla spolehlivou oporou v nezvyklých situacích. A konečně, aby tato nádherná část medicíny byla nám všem více než povoláním spíše koníčkem.

Zdeněk Zíma

Obecná část

1 Historie praktického dětského lékařství

Úvod

V období po sametové revoluci v listopadu 1989 se řada společenských změn také dotkla stávajícího socialistického zdravotnického systému. Jeho nedílnou součástí byli obvodní dětské lékaři, poskytující léčebnou a preventivní péči dětem do šesti let ve státních ordinacích, dětských střediscích, spadajících pod jednotlivé okresní polikliniky, někde NsP (nemocnice s poliklinikou). Obsahem jejich činnosti byl také zdravotní dohled v jeslích, mateřských školách, včetně například kontroly stravování. Kromě obvodních lékařů, jejichž pacienti tvořily děti z určité lokality, tedy obvodu, doplňovali péči o děti školní lékaři a dorostoví lékaři. Svobodná volba lékaře byla prakticky nemožná. Ordinance spadaly pod centrálně řízené městské ústavy národního zdraví (MÚNZ) či okresní ústavy národního zdraví (OÚNZ) a krajské ústavy národního zdraví (KÚNZ), které metodicky a odborně řídily „řadové“ obvodní pediatri prostřednictvím okresních a krajských odborníků, povětšinou primářů příslušných dětských oddělení spádové nemocnice. Lékaři byli zaměstnanci se systémem odměňování podle tarifních tabulek. Vzdělávání budoucích pediatri, kteří pak vykonávali také činnost obvodních lékařů, zajišťovala ve velké míře Fakulta dětského lékařství Univerzity Karlovy. Její vznik v roce 1953 byl pro dětskou medicínu velkým přínosem, protože pomohl dosáhnout vysoké kvality vzdělávání pediatri. Její porevoluční zrušení v roce 1990 bylo bezpochyby velkou chybou.

V období porevolučních změn nebyl popsán systém péče o děti a dorost udržitelný, proto přišlo politické rozhodnutí o privatizaci zdravotnictví a původní dětské ordinace se změnilly na nestátní zdravotnická zařízení (období 1991–1995). Bohužel v první fázi mnohde povinně. Díky tomu ale v důsledku došlo i k odbornému a profesnímu růstu lékařů, k hospodářské nezávislosti ordinací. Vznikla odbornost praktického lékaře pro děti a dorost, jehož kompetencí se stala léčebná

a preventivní péče o tuto věkovou kategorii – od narození do 19 let věku (18 let + 364 dní). Změnila se i forma odměňování, byl zaveden systém zdravotních pojišťoven, s nimiž vstoupili lékaři do smluvního vztahu. Postupně se výrazně změnila a rozšířila náplň práce dětského praktika, rozšířily se diagnostické a léčebné metody. Snahy o „přiblížení se Evropě“ ale přinesly také myšlenky na zavedení oboru rodinného lékaře. Na obranu tradiční péče o děti v ČR, kde jako v jedné z mála zemí se již tehdy o děti staral lékař pediatri, se postavily profesní a odborná organizace dětských praktiků (viz dále). V roce 2004 se podařilo zakotvit obor praktického lékaře pro děti a dorost (PLDD) v systému postgraduálního vzdělávání lékařů. Stal se součástí tzv. primární péče, společně s praktickými lékaři pro dospělou péči (dnes všeobecnými praktickými lékaři), stomatology a gynekology. Vznikla katedra praktického lékařství pro děti a dorost.

Nově vzniklý obor si vytyčil za cíl vychovat odborníky, kteří mají být schopni poskytnout dětem a mladistvým lékařskou péči odpovídající vědeckým poznatkům, poskytovanou kontinuálně, komplexně a dlouhodobě, a to vlastními silami na úrovni primární péče nebo prostřednictvím efektivního využívání specializovaných služeb. Praktický lékař pro děti a dorost se stal lékařským oborem, jenž zajišťuje diagnostickou, léčebnou a preventivní péči o dětskou a dorostovou populaci, který je otevřen všem kategoriím problémů souvisejících se zdravím, se zřetelem na sociálně-ekonomické faktory a prostředí, v němž dítě a mladistvý žijí, studují a pracují. Je také nejbližší rodičům dětí a mladistvým pacientům ve smyslu místní, časové, ekonomické i kulturní dostupnosti.

Charakteristické rysy oboru:

- komunitní péče s možností ovlivňovat způsob života celé rodiny – péče zohledňující individuální rizika dětského a mladistvého pacienta,

- přístup k dětskému pacientovi zvažující hlediska biologická, psychologická i sociální,
- poskytování péče v prostředí pacientovi vlastním nebo blízkém.

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 i osobní. Stejně významná je role výchovná, směřující k odpovědnosti jedince za své zdraví.

Přes výrazně rostoucí požadavky na práci dětských praktiků, přes trendy směřovat maximum péče do péče primární, která je efektivní a ekonomicky nejméně náročná, nedošlo ale ze strany státu, především tedy Ministerstva zdravotnictví, k pochopení toho, že ambulantní lékaři stárnou, že jejich vzdělávání a další podpora jsou nutné k zachování nastaveného systému primární péče o děti a dorost. Jedinou vlašťovkou bylo zavedení tzv. rezidenčních míst, tedy příspěvku na vzdělávání mladých lékařů. Jejich systém a organizace jsou ale pro lékaře OSVČ poměrně náročné. Tato situace vedla k tomu, že postupně začal klesat počet dětských praktických lékařů a vina za to byla dávana existenci samostatného oboru. Kvůli některým představitelům České pediatrické společnosti ČLS JEP a politickým hrátkám přes veškerou argumentaci a posilování primární péče v Evropě došlo k politicky motivovanému rozhodnutí o zrušení oboru PLDD (2017). A to i přesto, že od roku 2011 začal výrazně stoupat zájem mladých kolegů o tento obor a v posledních dvou letech před zrušením dokonce strmě. Následkem toho se dostává primární péče o děti a dorost do personální krize a vzdělávání pro primární péči se bohužel ocitlo na okraji zájmu.

1.1 Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost České republiky (SPLDD ČR)

Porevoluční vznik nových systémových struktur, systému zdravotního pojištění a poskytovatelů zdravotní péče, vznik původně desítek zdravotních pojišťoven, nových zákonných i podzákonných norem spojených s činností lékařů (tedy i obvodních dětských lékařů, resp. praktických dětských lékařů), jejich odměňování, následná privatizace činnosti lékařů si vynutily ustavení společné profesní platformy. Tato platforma měla

jednoznačný cíl: pomoci lékařům (tzv. soukromým) orientovat se v novém systému, odolávat tlaku ze strany zdravotních pojišťoven na „smluvní“ vztahy, od kterých se odvíjelo financování jejich práce. Implementace seznamu zdravotních výkonů na jednotlivé odbornosti, tvorba kalkulačního vzorce pro cenu jednotlivých výkonů, jejich následná agregace do kapitální platby – to byly základy finanční stabilizace praxí „nových“ poskytovatelů zdravotní péče o děti a dorost a jejich existence.

Základem profesní platformy obvodních dětských lékařů se stali členové pražského Občanského fóra (MUDr. Ševčíková, MUDr. Halašková a další), kteří svolali do Lékařského domu na počátku roku 1990 shromáždění dětských lékařů. Z tohoto shromáždění, jehož se účastnili také zástupci Československé pediatrické společnosti (prof. Janda, prof. Špičák), vzešel jednoznačný požadavek na ustavení samostatné profesní organizace dětských praktiků. Přípravný výbor připravil návrh stanov, představu o celorepublikové struktuře, systému řízení a vytyčil základní cíle. Na proběhlém ustavujícím shromáždění byl zvolen první celorepublikový výbor SPLDD (MUDr. Ševčíková, Halašková, Karger, Kudyn, Skála). Jeho předsedou, tedy prvním předsedou SPLDD ČR, se stal MUDr. Kudyn. Na tomto výboru a několika dalších (MUDr. Roškotová, MUDr. Dvořáková) ležel obtížný úkol – postupně objíždět jednotlivé okresy, organizovat schůzky s lékaři ochotnými zapojit se do činnosti sdružení a pomoci při získávání členů. Na základě již celospolečensky platných demokratických principů proběhly volby okresních předsedů, z nichž vznikla tzv. výkonná rada, která byla koordinátorem společných aktivit a přenášela informace z centrální úrovně jednotlivým členům. Předsedkyní byla dlouho MUDr. Roškotová z Litoměřic. Od doby založení SPLDD se na postu členů výkonných výborů ve čtyřletých volebních cyklech vystřídala řada kolegů praktických pediatriků. Zejména nelze opomenout dlouholeté působení MUDr. Neugebauera, dalšího nezapomenutelného předsedy SPLDD, který s ohledem na stoupající rozsah činnosti SPLDD obětoval svoji lékařskou praxi a stal se profesionálním předsedou. Po reorganizaci státní správy a vzniku nových krajských celků se této situaci přizpůsobila i struktura SPLDD. Ze zvolených krajských předsedů bylo ustaveno předsednictvo, které se stalo spojovacím článkem pro předávání informací členům v regionech.

SPLDD ČR hájí zájmy PLDD na všech úrovních, zajišťuje kvalitu smluvních vztahů, účastní se připomínkování zákonů a bojuje o kvalitní ohodnocení práce.

1.2 Odborná společnost praktických dětských lékařů

České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (OSPDL ČLS JEP)

Dne 1. 9. 1997 byla oficiálně přijata do České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně nově založená Odborná společnost praktických dětských lékařů. Předchůdcem v její činnosti byla Vědecká rada Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost, kterou v té době vedl MUDr. Karger.

Založení odborné společnosti si vyžádala potřeba, aby praktičtí dětské lékaři měli kromě zastřešující organizace spravující profesní zájmy dětských praktiků také odpovídající platformu zastupující PLDD při jednání na odborném poli nebo s jinými odbornými společnostmi. Tato potřeba byla prvním důvodem vzniku odborné společnosti.

Druhým motivem bylo udržení a posílení postavení a úrovně praktického dětského lékaře v primární péči. To si vyžádalo nutnost vzniku zrcadlového objektu k odborné společnosti praktických lékařů pro dospělé jako odborného, rovnocenného, samostatného partnera v rámci primární péče.

Třetím a zcela jistě nejdůležitějším důvodem založení odborné společnosti byla víra, že po zklidnění společenské situace se naším prvořadým úkolem opět stane celoživotní vzdělávání.

Šlo především o vzdělávání postgraduální a kontinuální zaměřené na potřeby dětského lékaře v primární péči. Ukázalo se, že takový typ vzdělávání musí organizovat lidé, kteří v primární péči pracují, její problematiku dokonale ovládají a jsou schopni navázat kontakt s klinickými odborníky, kteří budou ochotni s naší odbornou společností spolupracovat. Je velkou zásluhou tehdejších představitelů pediatrie, že tento základní axiom po konstruktivních diskusích vzali za svůj a pochopili, že nejde o štěpení pediatrie, ale naopak o kvalitativní posílení jedné z jejích základních větví. Proto vzniku naší odborné společnosti nebránili, ale naopak její vznik doporučili a velice obětavě s námi spolupracovali. Alespoň za Prahu zde musím zmínit několik jmen: prof. Špičák, prof. Dunovský, prof. Šamánek, prof. Šnajdauf a doc. Novák.

Prvními členy výboru OSPDL byli MUDr. Petr Endler, předseda, MUDr. Petr Karger, vědecký sekretář, MUDr. Jarmila Seifertová, tajemnice. Postupem času se stali významnými pomocníky MUDr. Jiří Marek, MUDr. Bohuslav Procházka, MUDr. Ivana Wurmová, MUDr. Helena Halašková, MUDr. Ivana Sobotková.

Těm všem patří dík za zrod a úspěšnou činnost OSPDL. V dalších letech se k těmto „zakladatelům“ přidalo mnoho dalších jmen, ať už na celorepublikové úrovni, či na úrovni regionální. Dlouhá léta byla předsedkyní MUDr. Hana Cabrnachová, od roku 2013 dosud stojí v čele MUDr. Alena Šebková.

Bylo již řečeno, že základním úkolem OSPDL bylo rozvíjet a zintenzivnit vzdělávání praktických dětských lékařů. Podařilo se vybudovat fungující systém školení, kteří se stali vyslanci odborné společnosti až na úroveň okresu. Posléze se z jejich ordinací stala akreditovaná pracoviště. Velice efektivně se zcela jistě stala i myšlenka tvoření vzdělávacích programů na bázi tzv. páteřních témat. Na vzniku tohoto systému má velkou zásluhu MUDr. Petr Karger a MUDr. Jarmila Seifertová, která přinášela i řadu výborných podnětů ze svých studijních pobytů v zahraničí. Dosud se jednou ročně školitelé setkávají na konferenci, kde si vyměňují odborné poznatky, pedagogické i osobní zkušenosti z výchovy mladých lékařů.

Kromě tzv. páteřních seminářů je v současné době OSPDL pořadatelem či odborným garantem dalších vzdělávacích akcí především v rámci kontinuálního vzdělávání – cyklu Pediatrických akademií, konferencí, jako je Zdravotnické fórum, řešící témata společensky závažná (týrané děti, návykové chování...), mezioborová konference (přináší poznatky z oborů, které musí PLDD v rámci své práce znát), v rámci Edice OSPDL vydává Doporučení pro praxi, vytváří doporučené postupy nebo se podílí na jejich tvorbě. OSPDL je zároveň prostřednictvím ČLS JEP účastníkem připomínkového řízení ke zdravotnickým zákonům, její zástupci se zúčastní mnohých jednání na nejrůznějších úrovních (Ministerstvo zdravotnictví, hygienické stanice, Státní ústav pro kontrolu léčiv [SÚKL], Státní zdravotní ústav [SZÚ], krajské samosprávy atd.), včetně mezirezortních. Poměrně široká spolupráce se rozvinula v rámci ČLS JEP a několik let se také rozvíjí spolupráce OSPDL s patientskými organizacemi.

V roce 2017 a 2018 se podařilo vydat dva díly knihy Kazuistiky z (primární) pediatrické praxe, na níž pracovali PLDD napříč republikou.

Odborné informace šíří OSPDL prostřednictvím webu společnosti (www.ospdl.eu) a elektronického časopisu Newsletter OSPDL.

1.3 Katedra PLDD

V rámci Institutu postgraduálního vzdělávání (IPVZ) vznikla v první fázi pod katedrou pediatrie subkatedra PLDD, samostatný obor dal vznik katedře PLDD. Přestože obor PLDD byl administrativně zrušen, katedra zůstává a pevně věříme, že zůstane. Náplní práce katedry je především starost o předatestační vzdělávání dětských praktiků. Od jejího vzniku dosud stojí v čele MUDr. Hana Cabrnachová.

1.4 Aktivita českých primárních pediatriů v zahraničí

Významným úkolem po vzniku SPLDD ČR bylo začlenit PLDD do Evropy a i prostřednictvím mezinárodní spolupráce podporovat rozvoj odborných kompetencí praktických dětských lékařů. Zástupcem v Evropské unii (EU) se stal na počátku MUDr. Tomáš Soukup, který nyní již dlouhá léta pracuje jako dětský praktik v zahraničí (Německo, Švýcarsko), nicméně nadále spolupracuje s naší společností.

SPLDD se stalo členem Evropské odborné společnosti, SEPA/ESAP se sídlem v Lyonu, členem European Academy of Pediatrics (EAP), kde MUDr. Soukup zastupoval českou primární péči ve výboru jako primary care representative. V té době zažil vznik Sekce primární pediatrie na úrovni EU, k čemuž tehdy čeští ambulantní praktičtí pediatrii výrazně přispěli. Byly navázány odborné a profesní kontakty napříč Evropou, zejména tam, kde byla také silná primary pediatric care, tedy se Slovenskem, Německem, Itálií, Švýcarskem, Slovinskem a Španělskem.

Naše členství v evropských strukturách nás naučilo znát evropskou pediatrickou legislativu a požadavky EU, zejména na postgraduální vzdělávání pediatriů a PLDD.

V současné době jsme členy dvou evropských organizací:

European Academy of Paediatrics (EAP) – Evropská akademie pediatriů, součást The European Union of Medical Specialists (UEMS) – Evropská unie lékařských specialistů.

V této organizaci má Česká republika dva oficiální delegáty. Jeden reprezentuje nemocniční pediatriy (za ČPS ČLS JEP), jeden primární pediatrii (za OSPDL ČLS JEP). Od roku 2006 je zástupcem za primární

pediatrii MUDr. Gabriela Kubátová. Připravena převzít zastupování je nyní MUDr. Ing. Veronika Jilichová Nová.

Posláním této organizace je posilovat postavení pediatrii v Evropě, sjednocovat a certifikovat v rámci Evropy jejich vzdělávání. EAP pracuje systémem pracovních skupin pro jednotlivé oblasti a specializace v rámci pediatrie. Pracovní skupina pro primární pediatrii má za cíl doporučovat dostatečné vzdělávání a praxi pro lékaře všech specializací, kteří poskytují péči dětem v primární péči.

Pracovní zasedání této organizace probíhají dvakrát ročně. Jednou za dva roky se koná Kongres EAP s Mastercoursem.

Druhou organizací je European Confederation of Primary Care Paediatricians (ECPCP) – Evropská konfederace primárních pediatrii.

Konfederace sdružuje organizace primárních pediatrii ze států, kde primární pediatrie má svoji organizaci, společnost nebo syndikát.

V ČR je to SPLDD. Počet delegátů se odvíjí od počtu PLDD v dané zemi. ČR má v současnosti nárok na pět delegátů. Od roku 2008 je hlavním zástupcem v ECPCP MUDr. Gabriela Kubátová, od roku 2014 postupně přebírá funkci hlavního delegáta MUDr. Ing. Veronika Jilichová Nová, která se začala v roce 2020 již aktivně účastnit jednání.

Posláním a cílem této organizace je posilovat postavení primární pediatrie v systému péče o děti a dorost v Evropě, sjednocovat a koordinovat doporučení v oblasti preventivní pediatrie a v očkování, sjednocovat vzdělávání v oblasti primární pediatrie, stanovit minimální požadavky pro vzdělání a praxi pro pediatriy, kteří mají zájem o práci v primární pediatrii.

Rovněž pracuje systémem pracovních skupin pro jednotlivé oblasti primární pediatrie.

Pracovní zasedání probíhají dvakrát ročně.

Zdroje

Velmi děkuji kolegům praktickým dětským lékařům, Petru Kargerovi, Milanu Kudynovi, Tomovi Soukupovi a Gábině Kubátové, kteří se výrazně zasloužili o rozvoj našeho oboru, stáli u jeho zrodu a zrodu našich organizací, za poskytnuté informace, které jsem použila v tomto sdělení.

2 Organizace zdravotní péče o děti a dorost

Péče o děti a dorost je v České republice organizována na několika úrovních, které jsou na sobě nezávislé, ale přitom jsou provázány a logicky na sebe navazují.

2.1 Primární péče

Základní úroveň je péče praktického lékaře pro děti a dorost (PLDD). Ta je koncipována jako medicína prvního kontaktu a zahrnuje péči preventivní, diagnostickou, léčebnou a posudkovou. Dále praktický dětský lékař spolupracuje s orgány sociálně-právní ochrany dětí, se školou a jinými nezdravotnickými institucemi a s rodiči. Současně praktický dětský lékař poskytuje pomoc při volbě povolání a jiných rozhodnutích, v nichž je třeba zohlednit zdravotní stav pacienta. V neposlední řadě dětský praktik spolupracuje při péči o děti s dětskými specialisty a při stavech vyžadujících hospitalizaci s lůžkovým zařízením. Péče praktického dětského lékaře je bezprahová, a její dostupnost tedy není nijak omezována (na rozdíl od specializované péče). V ideálním případě by praktický lékař pro děti a dorost měl fungovat pro pacienty jako vstupní brána do zdravotního systému, s výjimkou emergentních situací.

Široká dostupnost péče PLDD je zajištěna tzv. kapitačně-výkonovým systémem úhrady zdravotní péče. Je jím podpořen princip přijetí pacienta do systematické péče praktického dětského lékaře. Ten je formálně stvrzen registrací, tedy přijetím dítěte do péče příslušného PLDD, případně s podpisem registračního listu zákonnými zástupci dítěte (není povinné). Povinná v ČR není ani samotná registrace, což v některých případech může působit potíže, a dokonce ohrožení zdraví dítěte (není očkováno, není sledován jeho vývoj, prospívání atd.). Registrací a přijetím do péče se vytváří vzájemný vztah mezi pacientem a zdravotnickým zařízením, v dětském věku ideálně jedním konkrétním lékařem. Na jeho základě lékař (ordinace PLDD) poskytuje pacientovi pravidelnou preventivní a diagnosticko-léčebnou péči, vede

jeho zdravotnickou dokumentaci a poskytuje také posudkovou péči. Pacient by měl prioritně využívat péče registrujícího praktického lékaře, s výjimkou emergentních situací nebo onemocnění na cestách. Pacient má právo změnit registrujícího lékaře v minimálním intervalu registrace tři měsíce. Možnosti praktického lékaře (zdravotnického zařízení) ukončit tento vztah s pacientem jsou omezeny zákonem pouze na situace, kdy jeho pokračování spíše ohrožuje zdraví nebo činí poskytování péče neefektivním (odmítnutí poskytování veškeré péče, opakované porušování léčebného režimu pacientem, pacient nespolupracuje, pacient omezuje práva ostatních pacientů atp.). Oproti všeobecným praktickým lékařům se u PLDD může ale jednat pouze o doporučení zákonným zástupcům, PLDD nemůže jednostranně ukončit registraci dítěte. Výjimku tvoří ukončení péče při předání do péče jiného PLDD.

Zdravotní pojišťovna, jakožto plátce zdravotní péče, za tuto službu (lékař je pacientům k dispozici během ordinační doby bez omezení) vyplácí zdravotnickému zařízení (poskytovateli) paušální platbu označovanou jako kapitační platba. Je třeba upozornit, že přijetí pacienta do péče (registrace) je podmínkou nároku na kapitační platbu, ale opačně to neplatí. Jinak řečeno do péče může praktický lékař přijmout i pacienty, u nichž nevzniká nárok na kapitační platbu (cizinci, pojištěnci v jiném státě Evropské unie). Pokud PLDD přijal pacienta do péče (vystavil potvrzení o registraci), zajišťuje pro pacienta preventivní péči podle platné legislativy, včetně očkování, poskytování diagnostické a léčebné péče a posudkové péče. Vznik tohoto vztahu mezi pacientem (rodiči – zákonnými zástupci) a lékařem (poskytovatelem primární pediatrické péče) však není povinností ani podmínkou. Léčení dítěte je možné také uskutečnit jako tzv. nepravidelnou péči. Důvodem může být akutně vzniklé onemocnění mimo trvalé bydliště pacienta, momentální nedostupnost registrujícího lékaře nebo jiný důvod. Stejně tak je možné, že pacient, resp. rodiče nechťejí takový vztah navázat. Tato

situace je nezvyklá, protože registrace pacienta v zásadě k ničemu nezavazuje, respektive spolupráci s pacientem prakticky nelze nijak vynutit, ale registrace je pro pacienta zárukou v zásadě neomezené dostupnosti lékařské péče a v případě nutnosti také efektivního směřování ke specializované péči. Pokud tedy dítě vůbec nemá registrujícího lékaře, lze to považovat za významný signál pro orgán sociálně-právní ochrany dětí, že rodiče u dítěte nezajistili preventivní péči obvyklým způsobem. Preventivní péči totiž zajišťuje jen registrující lékař. Na druhou stranu, jak už bylo zmíněno, žádný předpis rodičům ani samotnému dítěti přímo nenařizuje vyhledat pravidelnou péči (registraci) lékaře nebo zdravotnického zařízení. Ani ze strany lékaře, resp. zdravotnického zařízení (ordinace) není stanovena povinnost pacienta přijmout do péče. Pokud není registrací pacienta zajištěn nárok na paušální (kapitační) platbu od zdravotní pojišťovny (příklad dětí tzv. pendlerů), je otázkou motivace lékaře k takovému kroku, protože povinnosti spojené s registrací nejsou nijak honorovány. V tomto případě je možno zainteresovat pacienta paušální platbou analogickou kapitační platbě zdravotní pojišťovny (dítě není zdravotně pojištěno) nebo poskytovat péči bez registrace pacienta. Pokud však má poskytovaná péče charakter dlouhodobé systematické péče, je PLDD povinen nabídnout pacientovi, resp. rodičům registraci (pokud je dítě zdravotně pojištěno). V případech, kdy rodiče (pacient) žádají přijetí do péče PLDD, může lékař přijetí odmítnout z důvodů uvedených v zákoně o zdravotních službách. V paragrafu 48 jsou uvedeny důvody vycházející z chybějící úhrady péče (poskytovatel nemá smlouvu se zdravotní pojišťovnou pacienta), důvody geografické (příliš velká vzdálenost pacienta a lékaře) a nedostatečná kapacita lékaře. Poslední důvod zahrnuje jak situaci, kdy lékař již pečuje o tolik pacientů, že dalšího nemůže přijmout, tak situaci, kdy by přijetí dalšího dítěte do péče vedlo k přetížení lékaře nebo zdravotnického zařízení, a tím ke znemožnění nebo významnému snížení dostupnosti péče pro stávající registrované pacienty.

2.2 Neodkladná primární péče

Další složkou primární péče je síť výjezdových stanic zdravotnické záchranné služby (ZZS). Posádky s lékařem nebo bez lékaře poskytují neodkladnou péči

v terénu (tj. mimo zdravotnické zařízení) dětem, u nichž došlo k náhlé změně zdravotního stavu, která ohrožuje jejich život nebo hrozí trvalým poškozením zdraví. Péče ZZS není věkově specifická a posádky jsou školeny i v péči o dětské pacienty. Tento druh péče je označován jako přednemocniční neodkladná péče, protože na ni zpravidla navazuje intenzivní péče lůžková. Síť výjezdových stanic buduje zřizovatel ZZS, tedy příslušný kraj, tak, aby byla zajištěna stanovená dojezdová vzdálenost (20 minut) po celém území kraje.

2.3 Lékařská pohotovostní služba

V případech náhlé změny zdravotního stavu, která však neohrožuje zdraví ani život dítěte, by měla být dostávající kapacita ordinací PLDD (registrující PLDD nebo nepravidelná péče PLDD) v rámci pravidelné ordinace doby. Protože v některých situacích by však mohlo dojít k prodlení, organizují územně správní celky (kraje) lékařskou pohotovostní službu (LPS). K jejímu personálnímu pokrytí využívají povinnost PLDD účastnit se na zajištění LPS, pokud jsou k tomu vyzváni. LPS slouží především k řešení situací, které nesnesou odkladu do běžné ordinace doby registrujícího PLDD. Nejde tedy o péči nahrazující běžnou péči PLDD. LPS je lokalizována v přiměřené časové a místní dostupnosti pro obyvatele daného území (zpravidla jedna na území někdejšího okresu), při dětských lůžkových odděleních. Blízkost dětského lůžkového oddělení umožňuje snadné zajištění případně indikované hospitalizace. Současně je také zárukou snadné dostupnosti laboratorních a zobrazovacích vyšetření či dostupnosti konziliárních specializovaných vyšetření.



Obr. 2.1 Dělení zdravotní péče o děti a dorost
LPS – lékařská pohotovostní služba, PLDD – praktický lékař pro děti a dorost, ZZS – zdravotnická záchranná služba

2.4 Lůžková péče

Na primární péči navazuje lůžková péče o děti. Slouží k akutní léčbě dětí, u nichž není možná léčba ambulantní formou. Indikace léčby na lůžku je ponejvíce dána klinickým stavem, tj. je obava z náhlé změny zdravotního stavu nebo lze předpokládat ohrožení životních funkcí (např. akcentující dušnost). Důvodem může být forma léčby (např. pravidelné parenterální podání léků), často spojená s nutností následné observace. Stejně tak může být důvodem potřeba kontinuálního sledování pacienta či pravidelné kontroly stavu lékařem v krátkém intervalu (např. bolesti břicha, komoce, diagnosticky nejasné stavy).

Podle těchto kritérií lze hospitalizace dělit na diagnostické a léčebné. Trochu stranou stojí institut sociální hospitalizace, kdy lůžkové zařízení slouží jako útočiště pro dítě v tíživé sociální situaci. Uskutečňuje se vždy ve spolupráci s orgánem sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD) a jde o krátkodobé hospitalizace v okamžiku, kdy nelze využít kapacity sociálního systému. V praxi je využívána tato možnost minimálně. Nejčastěji se stává, že před umístěním do zařízení sociální péče je podezření na onemocnění dítěte, a pak může být výhodné

krátké přijetí k diagnostické hospitalizaci. Potom se však nejedná o sociální hospitalizaci. Stejně tak není vhodné řešit takto onemocnění, která je možné zvládnout ambulantně (např. zvržení).

2.5 Specializovaná lůžková péče

Speciálním druhem lůžkové péče jsou standardní neonatologická oddělení v rámci porodnických oddělení. Nesplňují plně kritéria žádného z výše uvedených druhů hospitalizace. Slouží k péči o novorozence bezprostředně po porodu a po prvních několik dní adaptace po porodu (nejméně po 72 hodin). Účelem je v první řadě včasný záchyt a léčba poruch adaptace novorozence (hyperbilirubinémie, hypogalacie matky a potíže s kojením, infekční komplikace, nepoznané vrozené vady aj.), včetně provedení screeningových vyšetření. V druhé řadě pak slouží k záchvatu matky v péči o novorozence tak, aby byla zajištěna jeho výživa. Pro péči o novorozence velmi nedonošené, se závažnými komplikacemi adaptace a jejichž životní funkce jsou ohrožené nebo selhávají z jiných důvodů, slouží síť

Tab. 2.1 Centra specializované péče o děti a dorost

Centra onkologické péče	Centra péče pro pacienty s hemofilí a dalšími poruchami hemostázy
Fakultní nemocnice v Motole	
Fakultní nemocnice Brno	Fakultní nemocnice v Motole
Centra pro izolaci pacientů s nakažlivou nemocí	Perinatologická centra
Nemocnice Na Bulovce	Fakultní nemocnice v Motole
Popáleninová centra	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
Fakultní nemocnice Královské Vinohrady	Ústav pro péči o matku a dítě
Fakultní nemocnice Brno	Fakultní nemocnice Plzeň
Fakultní nemocnice Ostrava	Fakultní nemocnice Hradec Králové
Centra pro farmakorezistentní epilepsii	Fakultní nemocnice Olomouc
Fakultní nemocnice v Motole	Fakultní nemocnice Ostrava
Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně	Fakultní nemocnice Brno
Fakultní nemocnice Brno	Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem
Kardiocentra	Nemocnice Most
Fakultní nemocnice v Motole	Nemocnice České Budějovice
Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie Brno	Krajská nemocnice T. Bati
+ Fakultní nemocnice Brno	Traumacentra – viz kapitola 40 Traumatologie

neonatologických center. Jsou vybudována zpravidla v každém kraji.

Péče o děti vyžadující resuscitační a intenzivní péči je rovněž centralizovaná zpravidla v rámci jednotlivých krajů. Podobně jako perinatologická centra mají statut center vysoce specializované péče o děti. Stejně tak je v ČR organizována síť traumatologických center (viz kapitola 40 Traumatologie), center popáleninové medicíny, hematologické péče, transplantací centra, centra kardiiovaskulární péče (kardiocentra), diabetologická centra, centra pro léčbu růstovým hormonem aj. Účelem centralizace vysoce specializované péče je efektivita poskytované péče z pohledu její kvality i nákladů na péči a zajištění potřebného přístrojového vybavení center.

2.6 Specializovaná ambulantní péče

Dalším z pilířů zdravotní péče o děti a dorost u nás jsou odborné ambulance specializované péče. Směrování do specializované péče by mělo vždy (podobně jako lůžková péče a vysoce specializovaná péče) vycházet z indikace lékaře primární péče, výjimečně může vyplynout z výsledku diagnostické hospitalizace. Byla by tím zajištěna žádoucí efektivita celého zdravotního systému, v němž by registrující lékař měl zajistit onu efektivitu správným směrováním pacienta. V praxi se tak bohužel často neděje, protože specialista nemá možnost podmínit poskytnutí péče doporučením registrujícího praktického dětského lékaře. Dochází tak k opakování stejných či podobných vyšetření v neindikovaném časovém odstupu, duplikaci laboratorních vyšetření nebo vyšetření za účelem získání „druhého názoru“. Pomineme-li zbytečně a neefektivně vynaložené prostředky z veřejného zdravotního pojištění, může tímto dojít k vážnému pochybení a ve výsledku poškození pacienta. Často totiž pacienti z obavy, neznalosti nebo účelově zatají vyšetřujícímu lékaři výsledky a závěry předešlých vyšetření.

2.7 Lázeňská péče

Zvláštní částí našeho zdravotního systému je lázeňská péče. V ordinacích PLDD máme možnost indikace pobytu v různých druzích zařízení dětské lázeňské péče. Ozdravovny jsou určeny zejména k pobytu dětí, jejichž zdravotní stav je ohrožen nepříznivými

Tab. 2.2 Dětské ozdravovny v České republice – stav k 1/2018

Dvůr Králové – Království	
Pec pod Sněžkou – Karkulka	Pec pod Sněžkou – Mělnická bouda
Špindlerův Mlýn – Svatý Petr	Špindlerův Mlýn – Bedřichov

podmínkami (klimatické, průmyslové znečištění, sociální aj.). Základem léčebného pobytu je především klimatická léčba, ale také hydroterapie, kinezioterapie, dietoterapie, popřípadě psychoterapie a socioterapie. Nejčastějším důvodem indikace PLDD k ozdravnému pobytu budou patrně recidivující respirační infekty. Ačkoliv počet dětských ozdraven v posledních třiceti letech značně prořídil, je nepochybné, že klimatický pobyt často nemocných dětí, zvláště z průmyslově zatížených oblastí, má na většinu z nich velmi dobrý vliv. Pobyt doporučuje PLDD na formuláři Návrh na umístění dítěte v ozdravovně (obr. 2.2), a po schválení návrhu zdravotní pojišťovnou je dítě (ev. s doprovodem) vyzváno k nástupu. Pobyt jsou zpravidla tří- až čtyřtýdenní.

K péči v dětských odborných léčebnách jsou praktickým dětským lékařem indikovány děti se specifickým chronickým onemocněním za účelem zlepšení kompenzace či celkového zdravotního stavu nebo jako prevence recidivující dekompenzace (např. asthma bronchiale, obezita, podvýživa, dětská mozková obrna a chabé obrny, svalová onemocnění, oční vady, skoliózy, entezopatie, stavy po úrazech a operacích aj.). V porovnání s ozdravovnou je zde kromě klimatoterapie využíváno i specifických léčebných postupů balneoterapeutických, někdy i s využitím přírodních léčivých zdrojů. Pobyt indikuje PLDD na formuláři Návrh na umístění dítěte v dětské odborné léčebně (obr. 2.3). Po schválení pobytu revizním lékařem zdravotní pojišťovny vyzve léčebna dítě (případně s doprovodem) k nástupu. Pobyt trvá zpravidla čtyři týdny. Pobyt je rovněž možné uskutečnit překladem z lůžkového dětského oddělení (pak není třeba schválení zdravotní pojišťovnou).

Nejvyšším stupněm lázeňské péče o děti jsou lázeňské léčebny, kterým je věnována samostatná kapitola.

Na pomezí mezi zdravotní a sociální péčí o děti stojí tzv. kojenecké ústavy. Jde o zařízení poskytující

Kód pojišťovny	IČP	Odbornost	Ev. číslo	Čís. návrhu	Rok návrhu	Číslo vysílající pobočky

NÁVRH NA UMÍSTĚNÍ DÍTĚTE V OZDRAVOVNĚ

VYPLNÍ ŽADATEL	Příjmení a jméno dítěte	Číslo pojištění	
	Škola (třída)		Sourozenci žijící (počet, stáří)
	Dřívější pobyt v ozdravovně (která, kdy):		
	Rodiče (zákonný zástupce) :	email :	mobíl :
	Bydliště (adresa) vč. PSČ	Ulice, část obce, č.p. :	PSČ : Město :
	Zaměstnavatel, telefon		
	Žádám, aby shora uvedenému dítěti, které je pojištěncem ZP, byl povolen pobyt v dětské ozdravovně a současně prohlašuji, že všechny údaje v žádosti jsou pravdivé. Zároveň prohlašuji, že budu respektovat navržené datum a ukončení pobytu dítěte v ozdravovně.		
	Dne:		Podpis rodiče (zák. zástupce):

VÝSLEDEK LÉKAŘSKÉHO VYŠETŘENÍ	Nemoci a úmrtí v rodině:			
	Přestálé nemoci dítěte (zejména nemoci infekční - uveďte kdy, zvláště bezprostředně přestálé):			
	Očkování proti:	TE	v roce	
	Reakce:			
	Potvrzuji, že další předepsaná očkování proti přenosným nemocem byla provedena v řádných termínech podle vyhlášky MZ č. 19/1994 Sb.			
	Váha kg	směrodatná odchylka %	Výška cm	směrodatná odchylka %
	Nynější zdravotní obtíže a rizika (alergické reakce na léky a pod.):		Případné laboratorní vyšetření:	
Ostatní somatický nález (uveďte všechny patologické odchylky, zvláště pokud mají vliv na umístění v ozdravovně):				

STANOVISKO NAVRHUJÍCÍHO LÉKAŘE

Zdůvodnění návrhu: Typ ozd. prog. ☐ I. ☐ II.

Doporučená ozdravovna:

1 DO Špindlerův Mlýn-Bedřichov, <http://ozdravovna.cz>, 603 294 469, info@ozdravovna.cz

2 _____

Doporučená délka pobytu: 21

Dne: _____

razítko, jméno a podpis lékaře

STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE

Schvaluji ozdravovnu:

Upravuji - Zamítám (důvod):

Dne: _____

jmenovka a podpis
revizního lékaře

podpis a razítko
ÚP ŮZP ČR

***) UPOZORNĚNÍ:**
 ZP hradí náklady na pobyt v ozdravovně pouze svým pojištěncům. V případě, že pojištěnec před nástupem do ozdravovny nebo v průběhu léčení změní svůj pojistný vztah, tj. stane se pojištěncem jiné zdravotní pojišťovny, zařídí rodiče (zákonný zástupce dítěte) úhradu za ty dny, po které byl již jejím pojištěncem, protože ZP tyto náklady neuhradí. Při nenastoupení dítěte do ozdravovny a při předčasném ukončení ozdravné péče jsou uznávanými důvody úmrtí v rodině, nebo onemocnění které je neslučitelné s pobytem v ozdravovně. Ostatní případy jsou považovány za svévolné porušení ozdravného režimu a v takovém případě hradí ZP vzniklou škodu rodiče (zákonný zástupce).

ZP-2015

Obr. 2.2 Návrh na umístění dítěte v dětské ozdravovně

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA

A: DŮLEŽITÁ ANAMNESTICKÁ DATA (RA, OA, očkování, alergie, dřívější pobyt v léčebně)

RA (i sourozenci):

QA:

Očkování:

Alergie:

Předchozí pobyt v léčebně (kdy, ve které):

B: NO:

C: OBJEKTIVNÍ NÁLEZ A FUNKČNÍ STAV (event, odborná vložka nebo překladová zpráva):

D: LABORATORNÍ A EVENT. DALŠÍ VYŠETŘENÍ související s onemocněním, pro které je léčba navrhována a nejsou uvedena v bodě C:

E: LÉKAŘEM DOPORUČENÉ ZVLÁŠTNÍ POŽADAVKY NA POBYT V LÉČEBNĚ:

Obr. 2.3 Návrh na umístění dítěte v dětské odborné léčebně

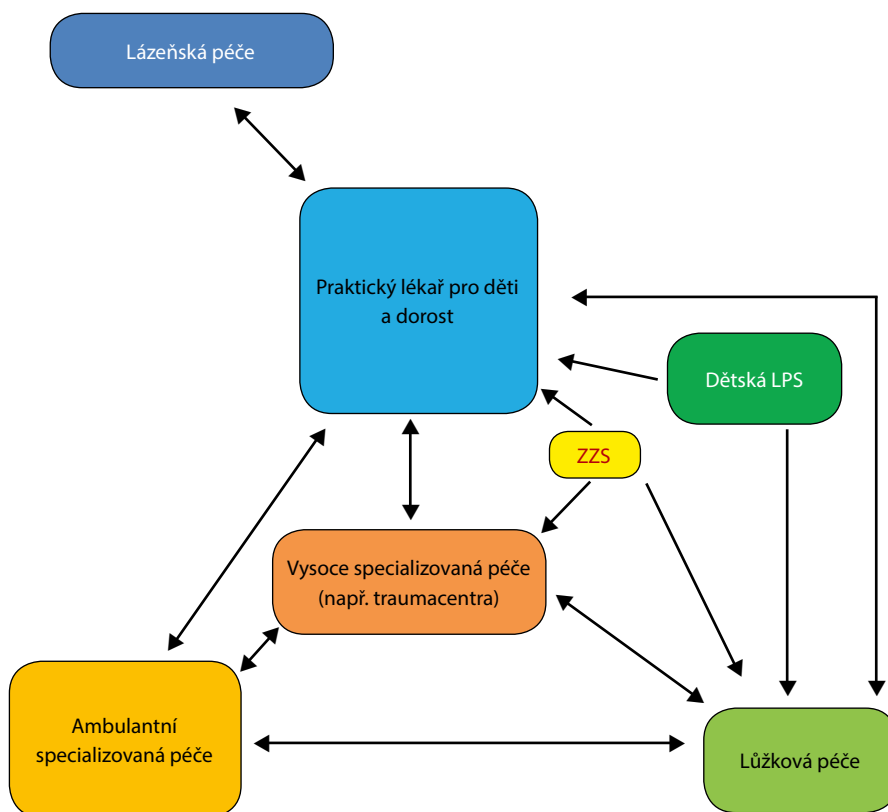
Tab. 2.3 Dětské odborné léčebny v České republice – stav k 1/2018

Dětská odborná léčebna	Indikace – diagnostické skupiny
Dětská odborná léčebna CH. G. Masarykové, Bukovany	nemoci krve, krvetvorných orgánů a některé poruchy týkající se mechanismu imunity; nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek; poruchy dýchací soustavy; nemoci kůže a podkožního vaziva
Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé, Luže Košumberk	nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek; nemoci nervové soustavy; nemoci dýchací soustavy; nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně
Olivova dětská léčebna, o.p.s., Říčany	nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek; nemoci dýchací soustavy; nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně
Odborný léčebný ústav Metylovice – Moravskoslezské sanatorium, p.o.	nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek; nemoci nervové soustavy; nemoci dýchací soustavy; nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně
Dětská léčebna pohybových poruch Boskovice	nemoci nervové soustavy; nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně
Dětská léčebna se speleoterapií, Ostrov u Macochy	nemoci dýchací soustavy
Dětská léčebna Křetín	nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek; nemoci dýchací soustavy; nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně
Léčebna zrakových vad, Dvůr Králové nad Labem	nemoci oka a očních adnex
Léčebna respiračních nemocí Cvikov, p.o., dětská léčebna	nemoci dýchací soustavy
Sanatorium EDEL, s.r.o., Zlaté Hory	nemoci dýchací soustavy
Dětské psychiatrické léčebny jsou v Opařanech, Lounech a Velké Bíteši.	
Následnou psychiatrickou péči dětem poskytují také psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě, Šternberku a Kroměříži.	

dlouhodobě potřebnou péči a co nejlepší podmínky pro vývoj dětem, o které se nemohou nebo nechtějí starat rodiče či které špatná péče rodičů ohrožuje. V současné době jsou kojenecké ústavy transformovány v dětská centra. Spadají pod gesci Ministerstva zdravotnictví ČR a poskytují péči dětem do tří, výjimečně čtyř let věku. Ačkoliv historicky se jednalo o převratnou změnu z někdejších nalezinců, v současné době se nepovažují za optimální řešení pro dítě bez pečující osoby. Je zřejmé, že v kolektivním zařízení je sice zaručena optimální ošetrovatelská i případně zdravotní péče, dítěti však chybí možnost vzniku vazby s jednou pečující osobou

a s tím spojený model fungující rodiny. Proto se počet dětí umístěvaných do dětských center (kojeneckých ústavů) trvale snižuje a je snaha využívat jiné formy institucionální péče o nejmenší děti (náhradní rodinná péče, práce s rodinou a dítětem ještě před umístěním do dětského centra). Lze tedy předpokládat, že tato kolektivní zařízení pro péči o děti do tří let zcela zaniknou a budou nahrazena náhradní rodinnou péčí (jako sociální službou).

Dětské domovy, které na péči dětských center (kojeneckých ústavů) navazují, jsou již výhradně zařízením sociální péče o děti.



Obr. 2.4 Management zdravotní péče o děti a dorost

LPS – lékařská pohotovostní služba, ZZS – zdravotnická záchranná služba

Literatura

- <https://www.mzcr.cz/category/agendy-ministerstva/zdravotni-sluzby-agendy-ministerstva/centra-vysoce-specializovane-pece/seznam-center-vysoce-specializovane-pece-v-cr/>.
- <https://www.mzcr.cz/platny-indikacni-seznam-pro-lazenskou-peci/>.
- <https://www.vzp.cz/pojistenci/zdravotnicka-zarizeni-a-specializovana-centra/lazne-ozdravovny-detske-lecebny>.

3 Management ordinace PLDD

Primární péče o děti a dorost může být samostatně bez potřeby dozoru či dohledu poskytována lékařem se specializovanou způsobilostí v oboru podle platné legislativy. PLDD může tuto péči poskytovat buď jako zaměstnanec, nebo jako OSVČ (osoba samostatně výdělečně činná). Pod pojem zaměstnanec spadá více možností: být zaměstnancem firmy, OSVČ nebo pracovat jako společník právnické osoby (nejčastěji s. r. o.). Každá možnost má svá pro a proti. V dalším textu se budeme věnovat především formě poskytování zdravotních služeb formou fyzické osoby (OSVČ). Řadový zaměstnanec firmy je řízen jejím managementem a plní úkoly podle jeho zadání. Není tolik zatížen administrativními požadavky, o ekonomiku firmy se vesměs stará vedení firmy. Lékař se tak věnuje prakticky jen odborné problematice. OSVČ či společník právnické osoby je v rozhodování o chodu firmy více svobodný, má možnost, resp. by měl mít možnost vytyčit si cíle a strategii, jak jich dosáhnout, a to i s dlouhodobým výhledem. OSVČ by neměla zapomenout na to, že je postavena na úroveň zaměstnavatele a současně zaměstnance firmy, a to bez ohledu na to, zda má či nemá zaměstnance. PLDD jako OSVČ se tak stává současně manažerem zajišťujícím si sám vše potřebné pro svoji činnost a prosperitu praxe. K tomu potřebuje mít nejen znalosti medicínské, ale i alespoň základní znalosti z oblastí nemedicínských (zejména ekonomika, právo, ale i sociologie, filozofie, informatika, ev. politologie a další).

3.1 Co je to management?

Management je jednoduše řečeno řízení podniku. Zahnuje v sobě rozhodování, systematické plánování, vytyčení cílů a vytvoření postupů k jejich dosažení, organizování a koordinaci práce a lidských zdrojů,

kontrolní činnost, provádění průběžných analýz a na jejich základě případnou úpravu strategií. Obecným cílem je prosperita podniku, kterou musí vnímat jako prospěšnou nejen klient (v našem případě pacient), ale i všichni pracovníci. Základními předpoklady k vybudování a udržení úspěšného podniku je efektivní komunikace a pozitivní motivace pracovníků. Pracovníci si musí být vědomi toho, že na každém z nich závisí hodnocení a další osud podniku.

Osoba lékaře, ale i dalších pracovníků ordinace (sestra, recepční), je pozitivně vnímána, pokud je empatická, schopna ovládat své emoce, asertivní, má charisma a přirozený respekt, přesto ale dovoluje vyvážený dialog. Vztah mezi lékařem a pacientem či jeho doprovodem musí být rovnoprávný, kooperující a musí vyústit ve vzájemnou důvěru. Zejména při prvním kontaktu je velmi významným rozhodujícím faktorem pro další komunikaci vzhled a řeč těla (výraz obličeje, pohyby a postavení končetin...). Pacient pozitivně vnímá upravenost, dodržování osobní hygieny či příjemnou vůni personálu. Rád také bude v upraveném, čistém prostředí zdravotnického zařízení s dostatečným prostorem, osvětlením, vybalancovanou teplotou..., navozujícím na první pohled klid a pohodu. Na té se také podílí vlnivé interpersonální vztahy zdravotnických pracovníků, které vedou k účelné kooperaci, z níž těží svým způsobem i pacient.

Bohužel ne vždy je klientem kladena na první stupeň pomyslného žebříčku hodnot vysoká odbornost pracovníků (která by měla být z pohledu pacienta na nejvyšší příčce), ale dojmy z přístupu a prostředí. Proto by každý zdravotnický pracovník měl k zajištění úspěchu firmy mít i toto na mysli. To vše se podílí na tvorbě a udržení know-how, které má jednu z nejvyšších hodnot podniku. Ordinaci PLDD musíme chápat jako podnik, případně jako součást podniku.

3.2 Jak se stát podnikatelem – provozovatelem praxe PLDD

Začínající PLDD má v zásadě dvě možnosti získání samostatné praxe poskytující primární péči o děti a dorost:

- převzetí dosavadní praxe (např. v rámci tzv. generační výměny lékařů),
- vybudování zcela nové praxe (tzv. na zelené louce).

Převzetí praxe je častější variantou. Pokud se lékař rozhodne pro provozování soukromé praxe PLDD, musí splnit legislativu nastavené podmínky (zákon 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách, hlava II). Mezi ně patří zejména:

- získání specializované způsobilosti v oboru,
- získání oprávnění k poskytování zdravotních služeb,
- uzavření smluvního vztahu se zdravotní pojišťovnou (pokud nezvolí mimosmluvní vztah s přímou platbou od klientů).

Specializovanou způsobilost zájemce získá na základě absolvování vzdělávacího programu pro zvolený obor. V současné době (dle právního stavu platného v době vydání této učebnice) praxi PLDD může provozovat lékař se specializovanou způsobilostí v oboru PLDD nebo lékař se specializovanou způsobilostí v oboru dětské lékařství po absolvování tříměsíčního kvalifikačního kurzu nebo lékař se specializovanou způsobilostí v oboru pediatrie.

Oprávnění k poskytování zdravotních služeb vydává dle platné legislativy (§ 18 zákona č. 372/2011 Sb.) místně příslušný krajský úřad. Žádost o udělení oprávnění se podává písemně na příslušný odbor zdravotnictví krajského úřadu. Formulář žádosti k udělení oprávnění je dostupný na webových stránkách krajských úřadů/odbor zdravotnictví. Oprávnění může být uděleno fyzické osobě, která dosáhla věku 18 let, je svéprávná, bezúhonná, má povolení k pobytu na území ČR (pokud vzniká povinnost ho mít), je způsobilá k samostatnému výkonu zdravotnického povolání pro uvedenou zdravotní službu, je členem ČLK, je oprávněna užívat k poskytování zdravotních služeb zdravotnické zařízení splňující technické a věcné vybavení, jsou splněny personální požadavky, předložila provozní řád schválený orgánem ochrany veřejného zdraví a má přidělené identifikační číslo osoby (IČO).

Z uvedeného tedy vyplývá, že žadatel k žádosti o udělení oprávnění musí předložit:

- doklad/doklady o způsobilosti k samostatnému výkonu zdravotnického povolání dle zákona č. 95/2004 Sb. ve znění pozdějších předpisů, tj. doklady o vzdělání (získání specializované způsobilosti pro obor PLDD), a to ve formě úředně ověřené kopie,
- doklad o zdravotní způsobilosti, a to ve formě originálu,
- doklad/y o bezúhonnosti ne starší 3 měsíců (lze získat písemným podáním do sídla rejstříku trestů v Praze, které je v gesci Ministerstva spravedlnosti, nebo na pracovišti CzechPoint nebo online na Portálu veřejné správy <https://portal.gov.cz/obcan/formulare> prostřednictvím datové schránky),
- seznam zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, kteří budou vykonávat zdravotnické povolání v pracovněprávním nebo obdobném vztahu k žadateli,
- prohlášení, že zdravotnické zařízení je pro poskytování zdravotních služeb technicky a věcně vybaveno,
- pravomocné rozhodnutí o schválení provozního řádu zdravotnického zařízení vydané orgánem ochrany veřejného zdraví a provozní řád (viz dále),
- doklad, z něhož vyplývá oprávnění žadatele užívat prostory k poskytování zdravotních služeb (výpis z katastru nemovitostí, nájemní smlouva),
- doklad prokazující povolení k pobytu na území ČR žadatele a odborného zástupce, pokud mají povinnost takové povolení mít,
- prohlášení, že u žadatele netrvá žádná z překážek pro udělení oprávnění uvedených v ust. § 17 písm. a) až c) zákona o zdravotních službách, a písemný souhlas předběžného insolvenčního správce nebo insolvenčního správce v případě, kdy nevydání tohoto souhlasu by bylo překážkou pro udělení oprávnění uvedenou v ust. § 17 písm. d) nebo e) zákona o zdravotních službách,
- nabyvatel majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb dosavadním poskytovatelem připojí doklady prokazující převod nebo přechod majetkových práv na žadatele nebo prohlášení o tom, že nedošlo ke změnám údajů v dokladech předložených dosavadním poskytovatelem,

- potvrzení o členství v ČLK,
- doklad o zaplacení správního poplatku.

Smluvní vztahy o poskytování a úhradě zdravotní péče se zdravotními pojišťovnami jako plátcí hrazených zdravotních služeb dle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, jsou pro PLDD ekonomicky v současné době výhodnější než přímá platba pacientem. K navázání smluvních vztahů slouží **výběrové řízení**. Vyhlášení výběrového řízení může navrhnout zdravotní pojišťovna, uchazeč nebo obec. Na základě podaného návrhu na vyhlášení výběrového řízení je příslušným krajským úřadem vyhlášeno výběrové řízení na uzavření smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče, jehož zákonná lhůta vyvěšení na úřední desce krajského úřadu je 30 pracovních dnů. V této lhůtě lze podávat přihlášky na základě uvedených podmínek. Jednání komise výběrového řízení probíhá v nejbližším možném termínu od uplynutí doby stanovené pro podávání přihlášek. Komise výběrového řízení posoudí přihlášky uchazečů a stanoví jejich výsledné pořadí. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uzavřít smlouvu s uchazečem pouze tehdy, bylo-li uzavření takové smlouvy ve výběrovém řízení doporučeno, avšak toto doporučující stanovisko nezakládá právo na uzavření smlouvy se zdravotní pojišťovnou (ZP).

K uzavření smluvního vztahu o úhradách poskytované zdravotní péče mezi zdravotní pojišťovnou a PLDD musí PLDD kromě rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb ještě předložit:

- doklad o zřízení podnikatelského **bankovního účtu**,
- přidělené **IČO** (vydá editor registru osob místně příslušné krajské pobočky ČSÚ),
- doklad o uzavření **pojištění provozovatele nestátního zdravotnického zařízení**,
- přidělené **IČZ (identifikační číslo zařízení) a IČP (identifikační číslo pracoviště)**. O IČZ a IČP je nutno požádat regionální pobočku VZP. Identifikační čísla jsou platná pro všechny další zdravotní pojišťovny a jsou PZS (poskytovatel zdravotnických služeb) používána ke vzájemné komunikaci (např. vyúčtování poskytnuté zdravotní péče, uzavření smluvních vztahů, identifikace na žádankách a receptech...).

3.3 Další povinnosti PLDD jako nové OSVČ

Před faktickým zahájením podnikatelské činnosti je nutno zaregistrovat podnikatelskou činnost:

- u příslušného správce daně (FÚ; <http://cds.mfcr.cz>),
- u okresní správy sociálního zabezpečení (ČSSZ; <http://www.cssz.cz>),
- u zdravotní pojišťovny (www.vzp.cz, www.portalzp.cz).

3.3.1 Finanční úřad – daňové povinnosti

Daňovému subjektu vzniká povinnost podat přihlášku k registraci k jednotlivé dani. Registrace se týká fyzické (i právnické) osoby, a pokud subjekt zaměstnává pracovníky, týká se registrace subjektu i z titulu zaměstnavatele. Přihlášku podává na místně příslušné pobočce finančního úřadu. Finanční úřad (FÚ) přidělí daňovému subjektu **daňové identifikační číslo (DIČ)**. PLDD v souvislosti s podnikáním odvádí daň z příjmů fyzické osoby a obvykle silniční daň, případně daň z nemovitosti, v níž provozuje praxi, pokud je vlastníkem. Předmětem daně z příjmů fyzických osob jsou jednak příjmy ze samostatné činnosti, jednak příjmy ze závislé činnosti.

Poplatník daně z příjmů fyzických osob je povinen podat přihlášku k registraci k dani z příjmů fyzických osob u příslušného správce daně do 15 dnů ode dne, ve kterém získal povolení nebo oprávnění vykonávat činnost, která je zdrojem příjmů, vydané tuzemským orgánem veřejné moci (tedy PLDD jako OSVČ s oprávněním k poskytování zdravotních služeb vydaným krajským úřadem je daňovým poplatníkem a musí se od pravomocného nabytí oprávnění zaregistrovat u místního FÚ do 15 dnů).

Plátce daně je povinen podat přihlášku k registraci k dani z příjmů fyzických nebo právnických osob u příslušného správce daně nejpozději do 8 dnů ode dne, kdy mu vznikla povinnost vykonávat zákonem o daních z příjmu stanovené úkony plátce daně (plátcem daně se PLDD jako OSVČ stane v momentě, kdy figuruje jako zaměstnavatel a odvádí správci daně daň vybranou od poplatníků, např. sestry, a jako plátce se registruje na FÚ do 8 dnů).

Čísla účtů, na která jsou jednotlivé daně plátcem odváděny, získá plátce na finančním úřadu nebo jsou uvedena na webových stránkách finanční správy

(<https://www.financnisprava.cz/cs/dane/placeni-dani/bankovni-ucty-financnich-uradu>).

3.3.2 ČSSZ/OSSZ – pojištění

PLDD jako OSVČ má povinnost oznámit příslušné správě sociálního zabezpečení (OSSZ) den zahájení samostatné výdělečné činnosti s uvedením dne, od kterého je oprávněn tuto činnost vykonávat, a to nejpozději do 8. dne kalendářního měsíce následujícího po měsíci, v němž nastala skutečnost, která zakládá tuto povinnost. Dále má povinnost do 8 kalendářních dnů od nástupu zaměstnance podat přihlášku k sociálnímu pojištění zaměstnance.

Pro OSVČ je povinná účast na sociálním zabezpečení v oblasti důchodového pojištění a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti. Účast na nemocenském pojištění je u OSVČ dobrovolná.

OSSZ plátce seznámí s čísly účtů a přidělí variabilní symbol subjektu k úhradě pojištění za OSVČ a zaměstnance. Povinností PLDD jako zaměstnavatele je též za své zaměstnance odesílat na příslušný účet pojistné.

3.3.3 Zdravotní pojištění

Povinností OSVČ je oznámení o zahájení výdělečné činnosti, a to nejpozději do 8 dnů. Za zahájení výdělečné činnosti se pro účely zdravotního pojištění považuje okamžik, kdy začne OSVČ vykonávat činnost s cílem „mít příjem“. Za zahájení výdělečné činnosti se naopak nepovažuje pouhé získání oprávnění k provozování samostatné výdělečné činnosti. Povinností PLDD jako zaměstnavatele je podat přihlášku zaměstnanců ke zdravotnímu pojištění a odesílat za ně na účet příslušné zdravotní pojišťovny pojistné.

3.3.4 Zřízení podnikatelského bankovního účtu, finanční zdroje (úvěr/leasing)

PLDD jako OSVČ si může zvolit bankovní ústav, u něhož bude mít účet pro podnikání. Potvrzení o jeho zřízení předkládá PLDD na FÚ, OSSZ a ZP. K tomuto účtu se budou vztahovat všechny transakce mezi OSVČ a těmito institucemi. Banka k účtu většinou vydává platební kartu a nabízí elektronické bankovníctví.

Pro zahájení činnosti je potřeba větší či menší kapitál. Pokud není ihned k dispozici, lze požádat bankovní ústav o úvěr. Banky lékařům poskytují úvěr vesměs bez problémů, některé i s výhodnějším úrokem a za jiných, příznivějších podmínek. Banky si uvědomují, že lékaři jsou málo rizikovou skupinou, která brzy dosáhne solventnosti.

Další možností je pořízení některého vybavení ordinace a auta na leasing.

3.3.5 Získání kvalifikovaného certifikátu

Kvalifikovaný osobní certifikát je nutný k povinnému vystavování eReceptů, ale je použitelný i při elektronické komunikaci se státní správou a dalšími fyzickými a právnickými osobami.

Kvalifikovaný certifikát jednoznačně prokazuje totožnost dané osoby, proto někdy bývá označován jako elektronický podpis, neboť nahrazuje v elektronické komunikaci vlastnoruční podpis. Má tedy stejnou právní váhu jako klasický podpis listin. Je proto nezbytné kvalifikovaný certifikát chránit před zneužitím. Pro bezpečné uložení certifikátu lze použít čipovou kartu nebo USB token, který je zabezpečen PIN kódem. V České republice existují tři certifikační autority, které mají povolení k vydávání certifikátů: První certifikační autorita, a. s., Česká pošta, s. p. (PostSignum) a eIdentity a. s. Vydání a prodloužení kvalifikovaného certifikátu jsou zpoplatněny.

3.3.6 Datová schránka

Zřízení datové schránky není povinné, ale má jisté výhody. Komunikace prostřednictvím datové schránky je na rozdíl od běžně používané komunikace e-mailem komunikací zabezpečenou proti zneužití. Zprávy zasílané datovou schránkou odpovídají klasickému doporučenému dopisu. Datové schránky spravuje Ministerstvo vnitra ČR. O datovou schránku mohou zažádat fyzické osoby, podnikající fyzické osoby a právnické osoby. Zřízení datové schránky je zdarma. Nejjednodušším způsobem je požádat o založení datové schránky na kontaktním místě Czech POINT. PLDD může využít bezplatně datovou schránku pro komunikaci se státní správou (ČSSZ/OSSZ včetně odesílání měsíčních hlášení o povinném pojistném, komunikace s OSPOD,

lékařskou posudkovou komisí, FÚ včetně podání daňového přiznání, zdravotními pojišťovnami včetně odesílání měsíčních hlášení o povinném pojistném, přijímání zúčtovacích zpráv, soudy, policií aj.), ale i s osobami mimo státní správu, které jsou vlastníky datové schránky (za poplatek).

3.3.7 Pojištění provozovatele nestátního zdravotnického zařízení

Legislativa ukládá nestátním zdravotnickým zařízením některá pojištění povinně. Vhodné je zvážit i uzavření nepovinného pojištění. Rozsah pojistných smluv je vhodné nastavit podle předpokládaných aktivit a rizik na dostatečnou úroveň a průběžně smlouvy aktualizovat.

- a) Povinnost uzavřít **Pojištění profesní odpovědnosti poskytovatele zdravotnických služeb pro provozovatele nestátních zdravotnických zařízení za škodu způsobenou v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb** ukládá zákon č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách, § 45, odst. 2 písm. n). Rozsah a výše pojištění by měly odpovídat potenciálním rizikům. Nastavenou pojistnou částku je vhodné průběžně aktualizovat v kontextu s aktuálními judikáty. Toto pojištění musí trvat po celou dobu poskytování zdravotních služeb; kopii pojistné smlouvy je poskytovatel povinen zaslat příslušnému správnímu orgánu nejpozději do 15 dnů ode dne zahájení poskytování zdravotních služeb.
- b) Každý zaměstnavatel je povinen uzavřít **zákonné Pojištění odpovědnosti organizace za škodu při pracovním úrazu nebo nemoci z povolání**, pokud má alespoň jednoho pracovníka (zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, § 269). Výše pojistného se odvíjí od výše vyměřovacího základu (vyhláška č. 125/1993 Sb., vyhláška Ministerstva financí, kterou se stanoví podmínky a sazby zákonného pojištění odpovědnosti organizace za škodu při pracovním úrazu nebo nemoci z povolání, příloha č. 2). Podle současné právní úpravy provozuje toto zákonné pojištění Česká pojišťovna a pojišťovna Kooperativa, na jejichž účet je možné stanovené pojistné platit bankovním převodem.
- c) Nepovinná pojištění: Komerční pojišťovny nabízejí řadu pojišťovacích produktů, které by měl

PLDD při provozování praxe zvážit. Jedná se například o pojištění nemovitosti a jejích částí, vybavení ordinace, proti krádeži, proti vandalství, proti zničení obsahu při poruše chladicího zařízení (očkovací látky), při přerušení provozu, pojištění odpovědnosti za vadný výrobek, pojištění právní ochrany a další podle nabídek jednotlivých pojišťovacích institucí. Pokud je pro účely provozování praxe používán automobil, je kromě povinného ručení vhodné uzavřít smlouvu o havarijním pojištění.

V případě výkonu činnosti na jiném pracovišti (např. lékařská pohotovostní služba – LPS) je nutné zahrnout do pojištění i tuto činnost.

3.3.8 Lékařská pohotovostní služba

Poskytovatel je povinen podílet se na žádost kraje, jehož krajský úřad mu udělil oprávnění, na zajištění lékařské pohotovostní služby (zákon č. 372/2011 Sb.). PLDD uzavírá smlouvu s provozovatelem stanoviště LPS.

3.3.9 Odpady

Odpadové hospodářství upravuje zákon č. 185/2001 Sb., zákon o odpadech.

Každá fyzická/právní osoba oprávněná k podnikání, při jejíž činnosti vznikají odpady, je původcem odpadů. Původce odpadů je povinen odpady zařazovat podle druhů a kategorií (vyhláška č. 93/2016 Sb., o Katalogu odpadů), shromažďovat odpady utříděné podle jednotlivých druhů a kategorií, zabezpečit odpady před nežádoucím znehodnocením, odcizením nebo únikem, vést průběžnou evidenci o odpadech a způsobech nakládání s nimi, ohlašovat odpady a zasílat každoročně do 15. února následujícího roku hlášení o druzích a množství odpadů příslušnému obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností, pokud produkuje více než 100 kg nebezpečných odpadů za kalendářní rok nebo více než 100 tun ostatních odpadů za kalendářní rok. Odpady, které sám nemůže odstranit v souladu s legislativou, je povinen předat jen osobě oprávněné k jejich převzetí. Odpad je rozlišován na odpad podobný odpadu komunálnímu (vzniká při činnosti fyzických/právnických osob oprávněných k podnikání

a odpovídá běžnému komunálnímu odpadu) a odpad nebezpečný.

PLDD tedy jako provozovatel zdravotnického zařízení musí odpad třídit a smí ho předat pouze právnické nebo fyzické osobě s oprávněním k odstranění nebo ke sběru odpadů, a to na základě písemných smluv pro jednotlivé druhy odpadů (komunální, infekční, ostrý, léčiva...). Nebezpečný odpad musí na obalu původce označit písemně a výstražným grafickým symbolem a při předání oprávněné osobě vybavit identifikačním listem.

3.3.10 Zdravotní způsobilost zaměstnance k práci

Stejně jako každý zaměstnavatel musí i OSVČ zajistit pro své zaměstnance pracovnílékařské služby. Dle zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, jsou všechny jednotlivé práce rozděleny do čtyř různých kategorií podle náročnosti a omezení pro jednotlivé pracovníky. Zařazení zaměstnance do kategorie prací je řešeno dle vyhlášky č. 432/2003 Sb. v součinnosti s krajskou hygienickou stanicí, které se zařazení označuje. Každý zaměstnavatel musí uzavřít smlouvu o poskytování pracovnílékařských služeb pro zaměstnance (podle kategorie prací je posuzujícím lékařem praktický lékař nebo lékař s atestací z pracovního lékařství). Je zodpovědný za provádění předepsaných prohlídek s posouzením způsobilosti zaměstnanců k práci na konkrétní pracovní pozici, a to v předepsaných intervalech. Posuzující smluvní lékař vydá písemný posudek o způsobilosti, který je důležitým dokladem nejen pro případné kontroly inspektorátem bezpečnosti práce, ale i pro právní ochranu zaměstnavatele v případě nemoci z povolání nebo pracovních úrazů.

3.4 Smluvní vztahy se zdravotními pojišťovnami

V ČR existuje systém povinného veřejného zdravotního pojištění (v. z. p.), z něhož je hrazena péče dle platné legislativy (zákon č. 48/1997 Sb., zákon o veřejném zdravotním pojištění). PLDD jako samostatný poskytovatel zdravotních služeb může pracovat v režimu smluvního zdravotnického zařízení se zdravotními pojišťovnami nebo může zdravotní služby poskytovat bez smluvního vztahu se zdravotními pojišťovnami,

vyžádanou péči si tedy hradí sám žadatel. Každý poskytovatel je ale povinen poskytnout neodkladnou a akutní péči (viz § 5 zákona č. 372/2011 Sb.), a to i v případě bezsmluvního vztahu. Tuto péči pak vykáže zdravotní pojišťovně, u níž je pacient registrován. Poskytování zdravotní péče PLDD bez smlouvy se zdravotními pojišťovnami je z ekonomického hlediska převážně nerentabilní a více rizikové.

Smlouvu lze uzavřít se všemi existujícími zdravotními pojišťovnami nebo jen s některými (např. jen s těmi, které v daném regionu operují). Smlouvy se zdravotními pojišťovnami se řídí tzv. rámcovými a typovými smlouvami, které jsou podkladem pro konkrétní smlouvu s PZS. Každý rok je pojišťovnami nabízen tzv. úhradový dodatek ke smlouvě, který vychází z úhradové vyhlášky MZ po dohodovacím řízení o úhradách. Úhradový dodatek je nabízen ve dvou variantách, a to pro kombinovanou kapitačně-výkonovou platbu (KKVP) nebo výkonovou úhradu. Dodatek pro KKVP lze uzavřít, pokud PLDD poskytuje péči v rozsahu poměrného kapacitního čísla (PKČ) alespoň 0,8 (odpovídá 20 hod./týden). Úhrada formou KKVP obsahuje složku za tzv. kapitaci, tj. paušální úhrada za registrované jednicové pojištěnce a kapitované výkony, dále složku za výkony mimokapitační a ZULP/ZUM (zvlášť účtovaný materiál/zvlášť účtovaný léčivý přípravek), pokud je hrazen z v. z. p. Jednotlivé výkony mají podle Seznamu zdravotních výkonů stanovenou bodové ohodnocení, přičemž maximální hodnota bodu je stanovena cenovým předpisem MZ. Výkony jsou rozděleny do skupiny výkonů kapitovaných, které se u registrovaných pacientů nevykazují (jsou zahrnuty do kapitačního paušálu), a skupiny výkonů mimokapitačních. Mimokapitační výkony jsou pojišťovnám vykazovány k úhradě. Skupina mimokapitačních výkonů je dále členěna do podskupiny obligatorních mimokapitačních výkonů, které pojišťovny nasmlouvají automaticky, a podskupiny mimokapitačních výkonů fakultativních, o jejichž nasmlouvání musí PLDD požádat. U některých fakultativních výkonů je nutno doložit způsobilost PZS a/nebo technické vybavení. Rozsah nasmlouvané péče je pak uveden v příloze č. 2 smlouvy konkrétního PZS.

V případě poskytnutí neodkladné nebo akutní péče neregistrovanému pojištěnci se tato péče vykazuje k úhradě příslušné zdravotní pojišťovně výkonovým způsobem. Tato péče je hrazena pouze v případě, že

pojištěnec nemůže být z objektivních důvodů ošetřen u svého registrujícího PLDD.

Smluvní PLDD registruje podle kapacitních možností pacienty do věku 19 let. Registrace znamená, že zákonný zástupce nezletilého/zletilý písemně potvrdí, že preventivně-léčebnou péči bude čerpat u zvoleného PLDD. Registrující PLDD na závěr každého měsíce odesílá na smluvní zdravotní pojišťovny seznam nově registrovaných pojištěnců (do 5 kalendářních dnů následujícího měsíce).

Dle § 48 zákona 372/2011 Sb. může PLDD odmítnout přijetí pacienta do péče, pokud by přijetím bylo překročeno jeho únosné zatížení, pokud by vzdálenost místa pobytu pacienta neumožňovala výkon návštěvní služby nebo pokud pacient je pojištěncem zdravotní pojišťovny, s níž PLDD nemá uzavřenu smlouvu. Důvody odmítnutí přijetí pacienta do péče posuzuje sám PLDD a v takovém případě vydá pacientovi písemnou zprávu, ve které je uveden důvod odmítnutí. Pojištěnec se v případě odmítnutí může obrátit na svoji zdravotní pojišťovnu, aby mu pomohla najít dostupného PLDD.

Vyúčtování poskytnuté zdravotní péče a seznam registrovaných pacientů předává PLDD příslušným zdravotním pojišťovnám obvykle za každý kalendářní měsíc. Vyúčtování je předáváno prostřednictvím příslušného portálu dané zdravotní pojišťovny elektronicky (www.vzp.cz, www.portalzp.cz, www.zpmvcr.cz), ve výjimečných případech jiným dohodnutým způsobem.

3.5 Vybavení ordinace PLDD

Požadavky na technické a věcné vybavení ordinace stanoví obecně zákon č. 372/2011 Sb. v § 11 odst. (6): „Zdravotnické zařízení musí být pro poskytování zdravotních služeb technicky a věcně vybaveno. Technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení musí odpovídat oborům, druhu a formě poskytované zdravotní péče a zdravotním službám podle § 2 odst. 2 písm. d) až f). Požadavky na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení, týkající se stavebně technického, funkčního a dispozičního uspořádání prostor a vybavení vybranými zdravotnickými prostředky, jinými přístroji a zařízeními, ..., stanoví prováděcí právní předpis. Tímto nejsou dotčeny požadavky na zdravotnická zařízení podle jiných právních předpisů.“

Cílem primární péče je poskytnout maximum možné péče ambulantním způsobem přímo v ordinaci

praktického lékaře. Vybavení je do značné míry také ovlivněno místní nebo časovou dostupností dalších poskytovatelů zdravotních služeb v dané lokalitě. PLDD pracující v oblasti s horší dostupností péče ambulantních specialistů bude jistě okolnostmi donucen se technicky dovybavit, případně vyškolit (např. kurzy IPVZ) např. pro tzv. malou chirurgii, otoskopii, oftalmoskopii, přístroje k POCT vyšetřením, sonografii apod. Každá ordinace by ovšem měla být vybavena prostředky pro zvládnutí akutních život ohrožujících stavů včetně pomůcek pro kardiopulmonální resuscitaci.

Postupující elektronizace zdravotnictví si samozřejmě vyžaduje výpočetní techniku v ordinacích PLDD. Kromě hardwaru je potřebný kvalitní lékařský software, jehož výrobce je schopen provádět průběžně jeho aktualizace. Podmínkou je také internetové připojení a vlastnictví kvalifikovaného osobního certifikátu. Postupně se rozšiřuje možnost připojení ordinací PLDD na informační systémy spolupracujících zdravotnických zařízení (laboratoře, radiodiagnostika...) a předávání zdravotnických informací zabezpečenou elektronickou cestou mezi lůžkovými i ambulantními zdravotnickými zařízeními. Spektrum využití výpočetní techniky jistě bude narůstat.

K čitelnému vyplnění různých tištěných tiskopisů bez elektronické verze bude stále potřebný klasický psací stroj.

Nezbytným vybavením ordinace je také zajištění telefonického spojení (pevná linka, mobil).

K cílenému zničení citlivých listin je vhodné disponovat skartovačkou.

3.6 GDPR

Vedle zachování mlčenlivosti zdravotnického pracovníka o skutečnostech týkajících se poskytování zdravotních služeb pacientům je vyžadováno zachovávání pravidel ochrany osobních údajů (GDPR – General Data Protection Regulation, Obecné nařízení o ochraně osobních údajů). GDPR se týká každého, kdo zpracovává nebo shromažďuje osobní údaje evropských občanů a dalších subjektů. PLDD se tak stává správcem, protože tyto údaje shromažďuje a zpracovává, a to nejen ve vztahu k pacientům, ale i k zaměstnancům. Shromažďované osobní údaje by měly být pouze v rozsahu potřebném pro účely vyplývající z jeho činnosti. Navzdory GDPR nepotřebuje PLDD souhlas pacienta k vedení zdravotnické dokumentace včetně

osobních údajů v ní uvedených, protože mu způsob a obsah vedení zdravotnické dokumentace nařizuje legislativa. Pacient proto nemůže požadovat výmaz osobních údajů ze zdravotnické dokumentace. PLDD z titulu své činnosti tedy může osobní údaje potřebné k naplnění smluvního vztahu ukládat a zpracovávat bez samostatného souhlasu pacienta v daném rozsahu, a to včetně kontaktních údajů (telefonní číslo, e-mailová adresa, případně IDDS – identifikátor datové schránky). Pokud by osobní údaje používal k jiným účelům (např. marketingovým) nebo zasilal lékařské zprávy nezabezpečeným komunikačním prostředkem (např. e-mail), pak potřebuje písemný souhlas se zpracováním osobních údajů.

Jako správce osobních údajů musí PLDD pro dodržování pravidel GDPR vést předepsanou dokumentaci. Povinnou dokumentaci tvoří:

- a) záznamy o činnostech zpracování osobních údajů,
- b) rizika pro práva a svobody subjektů údajů,
- c) základní zhodnocení rizik,
- d) směrnice upravující technicko-organizační opatření,
- e) právní rozbor,
- f) informace o zpracování osobních údajů pro subjekty údajů,
- g) dokumentace případů porušení zabezpečení a ohlášení porušení zabezpečení.

Z uvedeného tedy vyplývá zejména to, že všechny nosiče osobních údajů musí být chráněny před zpřístupněním nepovolaným osobám a zneužitím a musí se s nimi zacházet podle platných předpisů. Jde tedy o ochranu dat nejen písemně vedené zdravotnické či personalistické dokumentace, ale i o ochranu elektronicky shromažďované dokumentace (zamykací kartotéky, alarmy, šifrování, přístupová hesla, identifikace při telefonické komunikaci, používání zabezpečené elektronické komunikace, zakrytí monitoru počítače před nepovolanými...).

Podrobné informace lze nalézt na www.uouu.cz.

3.7 Ordinace PLDD ve vztahu k pacientům

Místo poskytování zdravotních služeb musí být zřetelně označeno. PZS je povinen umístit na viditelné místo rozpis pracovní doby a ordinační doby. Vhodné je

umístit tyto údaje s dalšími informacemi pro pacienty na vlastních webových stránkách ordinace PLDD. V případě přerušení poskytování péče musí PLDD tuto skutečnost oznámit zdravotním pojišťovnám a současně informovat pacienty o pracovišti, které jim po dobu přerušení provozu poskytne neodkladnou péči.

PLDD je povinen mít zpracovaný a přístupný ceník služeb nehrazených z v. z. p.

PLDD zajišťuje u svých registrovaných pacientů očkování. Očkování hrazené z v. z. p. je prováděno podle platného očkovacího kalendáře (vyhláška č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem) a zdravotním pojišťovnám vykazováno podle Metodického postupu vykazování očkování. V současné době je distribuce očkovacích látek pro pravidelné očkování zajištěna distributorem vzešlým ze soutěže, který na základě objednávky zaveze za dodržení chladového řetězce očkovací látku přímo do ordinace. Pro nepovinná očkování si může PLDD zvolit jakéhokoliv dalšího dodavatele. PLDD je povinen hlásit stav zásob očkovacích látek pro pravidelná očkování k 30. 6. a 31. 12. každého roku do Clearingového centra Kanceláře zdravotního pojištění na předepsaném formuláři. Tuto povinnost lze ideálně splnit elektronickým vyplněním formuláře přímo na webových stránkách KZP (<https://www.kancelarzp.cz/cs/pro-poskytovatele/cc>).

Pokud zákonný zástupce/pacient odmítá absolvovat povinné očkování dle zákona o ochraně veřejného zdraví ve stanoveném termínu, je vhodné, aby si odmítnutí nechal PLDD podepsat formou negativního reverzu. Naopak žádost o provedení nepovinného očkování je vhodné doplnit podepsaným pozitivním reverzem. Všechna provedená očkování musí očkující lékař zapsat do zdravotnické dokumentace pacienta a do očkovacího průkazu. PZS má mít vypracován seznam zdravotních úkonů, u nichž vyžaduje souhlas pacienta/zákonného zástupce. Jedná se zejména o úkony porušující integritu těla.

Pro zajištění péče o pacienty nakupuje PLDD spotřební zdravotnický materiál a potřebná léčiva. Některé druhy materiálu a léčivých přípravků jsou hrazeny při péči o pacienta z v. z. p. a vykazují se pojišťovně pacienta formou ZUM a ZULP.

Legislativa nařizuje každému PZS mít knihu stížností. Vyřízení případné stížnosti je v kompetenci PZS. Pokud pacient není s vyřízením spokojen, odvolá se na krajský úřad, který vydal rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb.

3.8 Zdravotnická dokumentace

Zásady správného vedení zdravotnické dokumentace, uchovávání a nakládání s ní jsou uvedeny v zákoně 372/2011, hlava II, § 53–69, a ve vyhlášce č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci.

Poskytovatel je povinen vést a uchovávat zdravotnickou dokumentaci a nakládat s ní podle platné legislativy. Zdravotnická dokumentace může být vedena v listinné nebo elektronické podobě nebo v kombinaci obou. Zdravotnická dokumentace musí být vedena průkazně, pravdivě, čitelně a musí být průběžně doplňována. Každý zápis do zdravotnické dokumentace vedené v listinné podobě musí být opatřen uvedením data provedení, podpisem zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, který zápis provedl, a otiskem razítka se jmenovkou nebo čitelným přepisem jeho jména; to neplatí v případě poskytovatele, který poskytuje zdravotní služby vlastním jménem. Zápis vedený v elektronické podobě musí být opatřen identifikátorem záznamu; samotný zápis obsahuje nezměnitelné, nezpochybnitelné a ověřitelné údaje, kterými jsou datum provedení zápisu, identifikační údaje zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, který záznam provedl. Opravy zápisů ve zdravotnické dokumentaci se provádí novým zápisem. Původní zápis musí zůstat čitelný.

Zákon č. 372/2011 Sb. dále definuje, jak nakládat se zdravotnickou dokumentací v případě zániku oprávnění k poskytování zdravotních služeb a dále pravidla pro nahlížení do zdravotnické dokumentace, pořizování jejích výpisů nebo kopií.

Zásady pro uchování zdravotnické dokumentace a postup při jejím vyřazování a zničení po uplynutí doby uchování jsou uvedeny ve vyhlášce č. 98/2012 Sb.

Není snad nutné připomínat, že uložení zdravotnické dokumentace musí být zabezpečeno tak, aby do ní nemohly nahlížet nebo se jí zmocnit neoprávněné osoby.

3.9 Ordinace ve vztahu k zaměstnancům – personalistika

Požadavky na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb specifikuje vyhláška 99/2012 Sb. Pro obor praktické lékařství pro děti a dorost stanovuje praktického lékaře pro děti a dorost a dětskou sestru nebo všeobecnou sestru nebo zdravotnického asistenta, pokud je poskytována ošetrovatelská péče.

Se všemi zaměstnanci musí být uzavřena písemná pracovní smlouva. Součástí smlouvy jsou i mzdové podmínky. Výše mzdy zaměstnance není zastropována, je však stanovena minimální a zaručená mzda (nařízení vlády 567/2006 Sb., o minimální mzdě, zaručené mzdě).

Zaměstnanec předkládá zaměstnavateli před podpisem smlouvy Potvrzení o zaměstnání (tzv. zápočtový list), údaje o dosažené kvalifikaci, údaje o zdravotní způsobilosti k výkonu práce (lékařský posudek ze vstupní prohlídky), údaj o zdravotní pojišťovně, potvrzení o bezúhonnosti.

Zaměstnanec vyplní tiskopis Prohlášení k dani z příjmů. Ze zákona č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, a zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, vyplývá, že zaměstnavatel je povinen nejpozději do 8 dnů od vzniku pracovního poměru zaměstnance přihlásit u příslušné zdravotní pojišťovny a příslušné okresní správy sociálního zabezpečení.

Zaměstnavatel je povinen provést se zaměstnancem školení o bezpečnosti práce,

Každá OSVČ mající i byť jen jednoho zaměstnance vede evidenci docházky.

Oprávněný zaměstnanec zacházející s osobními daty jiných osob musí dodržovat pravidla GDPR. Stejně tak zaměstnavatel je povinen chránit data svých zaměstnanců. Proto při zpracovávání osobních údajů zaměstnanců jinou osobou (např. účetní) musí mít PLDD podepsané prohlášení od této osoby o dodržování pravidel ochrany dat.

O celoživotní vzdělávání svých zaměstnanců-nelékařských zdravotnických pracovníků se stará PLDD ve spolupráci s profesními a odbornými společnostmi, případně s NCO NZO (Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů).

3.10 Účetnictví

Jako každý podnikatel a zaměstnavatel musí i PLDD jako OSVČ vést účetnictví. OSVČ vedou účetnictví v režimu „daňové evidence“ (dříve tzv. jednoduché účetnictví), ale mohou se rozhodnout i pro režim

„účetnictví“ (dříve tzv. podvojně účetnictví). Povinně vést účetnictví mají fyzické osoby, jejichž roční obrat převyší 25 milionů Kč, a právnické osoby.

OSVČ může danit podle reálných příjmů a výdajů nebo daňově uznatelné výdaje uplatnit procentem z dosažených příjmů. Procentní sazba se v průběhu času pro jednotlivé druhy příjmu mění a je zveřejňována Ministerstvem financí (MF).

Vzhledem k náročnosti sledování legislativních změn v tomto odvětví a riziku postihů při chybném zpracování je vhodné přenechat vedení této agendy nasmlouvané účetní firmě, případně daňovému poradci. Vedení účetnictví samotným PLDD je samozřejmě možné.

3.11 Ekonomika praxe

Příjmy ordinace PLDD tvoří především úhrady za poskytnuté zdravotní služby hrazené z v. z. p. od zdravotních pojišťoven, platby od institucí za vyžádané služby (ČSSZ, policie...) podle aktuálního Cenového předpisu Ministerstva zdravotnictví (MZ) a přímé platby v ordinaci (doplatky za podané léčivé přípravky a poskytnuté služby nehrzené z v. z. p.). Ve výdajové složce jsou především všechny provozní náklady včetně mezd s povinnými odvody.

V případě přímých plateb v ordinaci pacienti jistě uvítají možnost platby bezhotovostně prostřednictvím platebního terminálu.

Příjmy za provedené činnosti hrazené z v. z. p. se při smluvním vztahu se zdravotními pojišťovnami formou KKVP odvíjejí od počtu registrovaných pojištěnců ke konkrétnímu IČZ, výše tzv. kapitační sazby a výkonové složky ohodnocené body. Výše kapitační sazby je stanovena úhradovou vyhláškou MZ. Výše měsíční kapitační platby se vypočte součinem počtu přepočtených pojištěnců a výši kapitační sazby. Počet přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny se vypočte jako součin počtu poskytovatelem registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v jednotlivých věkových skupinách a indexů. Indexy vyjadřují poměr nákladů na pojištěnce v dané věkové skupině vůči nákladům na pojištěnce ve věkové skupině 15 až 19 let.

Příklad výpočtu: Celková úhrada za poskytnuté služby hrazené z v. z. p. se skládá z měsíční kapitační platby a platby za výkony. Ordinance PLDD registruje

např. 1000 dětí různých věkových skupin. Vynásobením s věkovými indexy získáme počet přepočtených pojištěnců. V roce 2019 činil celostátní průměr přepočtených pojištěnců 1648 na jednoho PLDD. Výše základní kapitační platby činila pro PLDD 50 Kč, při splnění vyhláškou stanovených podmínek pak 56 Kč. Měsíční kapitační platba tedy bude činit v případě vyšší kapitační sazby 92 288 Kč. Počítáme-li, že výkonová složka představuje asi 40 %, obdrží PLDD za tuto složku 61 525 Kč. Celková měsíční úhrada tedy činí 153 813 Kč. Roční úhrada z v. z. p. se blíží k 1 850 000 Kč. Tato finální částka může být ještě řádově o deseti- až statisíce vyšší při splnění bonifikačních podmínek jednotlivých zdravotních pojišťoven, nepřekročení regulačních limitů apod.

Činnosti pro instituce (např. v gesci MPSV, MV, MS...) jsou dány jejich požadavky. Výše úhrady za jednotlivé úkony jsou taxativně stanoveny Cenovým předpisem MZ.

Nezanedbatelnou složkou příjmů ordinace PLDD jsou **přímé platby**. Každá ordinace PLDD musí mít vypracován **ceník služeb** nehrzených z v. z. p., který musí být přístupný pacientům. Obecně maximální výše ceny za tyto služby je součinem tzv. minutové režie a času potřebného k provedení služby. **Minutová režie** je u každého PLDD jiná, a to z důvodu odlišných příjmů a výdajů ordinace a fondu pracovní doby. Výpočet minutové režie lze tedy provést až na základě hospodářského výsledku za předchozí rok. Čas potřebný k provedení služby je také individuální, měl by být ale přiměřený realitě. Jako pomůcku lze použít Seznam zdravotních výkonů, kde u jednotlivých výkonů je čas uveden. Ceníky i výpočet minutové režie je PZS povinen archivovat pro kontrolní účely finančních orgánů po dobu 3 let od konce jejich platnosti.

Příklad výpočtu: Pokud roční náklady budou činit 2 500 000 Kč (výdaje podle daňové evidence, sociální a zdravotní pojištění, osobní spotřeba PLDD, zisk), pak při ročním fondu pracovní doby např. 110 000 minut hodnota minuty práce daného PLDD činí 22,72 Kč. Pokud se budeme držet časové zátěže uvedené v Sazebníku zdravotních výkonů pro výkon 02032 – Opakované komplexní vyšetření praktickým lékařem pro děti a dorost – dítě nad 6 let, kde je kalkulováno se 40 minutami, a tento výkon budeme aplikovat např. pro platbu za posouzení zdravotní způsobilosti dítěte k účasti

na zotavovací akci a škole v přírodě, můžeme žadateli účtovat maximálně 908,80 Kč. V rámci konkurence lze cenu snížit, ale nelze výkon provést zdarma, protože pak se jedná o dar žadateli a jako dar ho musí PZS zdanit.

3.12 Prodej a nákup lékařské praxe

Při prodeji a nákupu lékařské praxe je vhodné vycházet ze znaleckého posudku. Cena praxe fyzické osoby (OSVČ) vychází zejména z průměrných ročních příjmů a zisku. Prodávající prodává praxi jako celek (podnik), kupující ji jako podnik kupuje. Kupující samozřejmě zvažuje výši kupní ceny v souvislosti s dobou návratnosti investice. Stanovení předpokládané návratnosti kupní ceny je vhodné svěřit odbornému poradci.

3.13 Spolupráce PLDD s resortem Ministerstva práce a sociálních věcí

Mezi organizace podřízené Ministerstvu práce a sociálních věcí (MPSV) patří Úřad práce ČR (ÚP ČR), Česká správa sociálního zabezpečení (ČSSZ), Státní úřad inspekce práce (SÚIP) a Úřad pro mezinárodněprávní ochranu dětí (ÚMPOD).

PLDD se pravděpodobně při své činnosti jako OSVČ či právnická osoba setká se všemi těmito složkami:

- **Úřad práce** – vyřizuje agendu posouzení zdravotního stavu pro účely nepojistných sociálních dávek (např. pro posouzení zdravotního stavu ve věcech sociálního zabezpečení) a zajišťuje agendu dávek pěstounské péče. I PLDD se může setkat s uchazečem o zaměstnání, který dočasně není schopen plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání z důvodu nemoci, úrazu nebo z důvodu vyšetření/ošetření ve zdravotnickém zařízení. Uchazeč je povinen tyto důvody oznámit krajské pobočce Úřadu práce ČR, a to nejpozději v den vystavení Potvrzení o dočasné neschopnosti uchazeče, případně Potvrzení o vyšetření/ošetření uchazeče. Potvrzení vystavuje PZS a tiskopisy lze získat na pobočkách ÚP.
- **Česká správa sociálního zabezpečení/OSSZ** vykonává působnost v oblasti sociálního zabezpečení (důchodového pojištění a nemocenského pojištění, zejména ošetrovné, dlouhodobé

ošetřovné, dočasná pracovní neschopnost) a lékařské posudkové služby. Posuzuje zdravotní stav a pracovní schopnost občanů pro účely sociálního zabezpečení, vede evidenci praceneschopných občanů a v určených případech provádí nemocenského pojištění. PLDD potvrzuje výše uvedené položky nemocenského pojištění a zpracovává lékařské zprávy pro posouzení zdravotního stavu ve věcech sociálního zabezpečení. Některé z těchto agend je možné zpracovat elektronicky (povinně eNeschopenka, další tiskopisy uvedené na ePortálu ČSSZ nepovinně).

- **Státní úřad inspekce práce** zejména kontroluje dodržování povinností plynoucích z pracovněprávních předpisů včetně předpisů o bezpečnosti a ochraně zdraví při práci (BOZP), předpisů o odměňování zaměstnanců, náhradě mzdy nebo platu a náhradě výdajů zaměstnancům a právních předpisů stanovujících pracovní dobu a dobu odpočinku (zákon č. 251/2005 Sb., o inspekci práce).
- O BOZP pojednává oddíl níže.
- **Sociálně-právní ochrana dětí** je realizována prostřednictvím pracovišť Orgánu sociálně právní ochrany dětí (OSPOD) při obecních úřadech obcí s rozšířenou působností. Výkon sociálně-právní ochrany dětí se opírá především o zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, který je jen jedním z širokého souboru právních předpisů, protože problematika ochrany dítěte zahrnuje oblast rodinněprávní, sociální, školskou, zdravotní, daňovou, občanskoprávní, trestní apod. PLDD na tomto poli má oznamovací povinnost, podává informace týkající se dětí spadajících pod § 6 zákona 359/1999 Sb. a může být podle potřeb OSPOD přizván k tzv. případovým konferencím. Blíže o tomto tématu pojednává kapitola 11 Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě.

3.14 Bezpečnost a ochrana zdraví při práci

Předpisy z oblasti BOZP je povinná dodržovat každá firma, od firmy tvořené pouze samotnou OSVČ bez zaměstnanců až po právnickou osobu s velkým počtem zaměstnanců na různých pracovních pozicích. Základními právními předpisy jsou zejména zákon č. 262/2006 Sb. zákoník práce, zákon č. 309/2006 Sb.,

o zajištění dalších podmínek bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, a zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví. Další předpisy jsou již specificky zaměřeny na dotčenou pracovní oblast.

Každá firma musí mít vytvořené směrnice BOZP, a to na konkrétní pracoviště a konkrétní druh činnosti. Každý zaměstnavatel musí mít uzavřenu smlouvu o poskytování pracovnělékařských služeb (praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost, lékař pracovního lékařství), a to s ohledem na pracovní pozice zaměstnanců podle kategorizace prací.

V rámci ochrany zdraví zaměstnanců je zaměstnavatel povinen stanovit podmínky ochrany zdraví při práci (nařízení vlády č. 361/2007 Sb.) a zajistit zaměstnancům vhodné osobní ochranné pracovní pomůcky (OOPP) (nařízení vlády 495/2001 Sb.). Mezi OOPP také řadíme například mycí a dezinfekční prostředky či ochranné nápoje. Všechny OOPP přiděluje zaměstnavatel bezplatně a prokazatelně oproti podpisu zaměstnance v Evidenčním listu vydaných osobních ochranných pracovních prostředků.

Každý zaměstnanec musí být proškolen oprávněnou osobou se směrnicí BOZP, a to v den nástupu na pracovní pozici a dále v pravidelných intervalech. O absolvování školení je potřeba vést evidenci včetně kopie osnov školení a výsledků přezkoušení zaměstnance s podpisem zaměstnance.

Každý zaměstnavatel musí vést evidenci pracovních úrazů a knihu úrazů, kam se zaznamená každý, i drobný úraz. Pracovním úrazem je každý úraz, který se zaměstnanci stane během výkonu pracovní činnosti nebo v souvislosti s ní. Zaměstnavatel je povinen ohlásit pracovní úraz a zaslat záznam o úrazu (Oblastní inspektorát bezpečnosti práce, policie, OOVZ), jestliže v jeho souvislosti došlo k pracovní neschopnosti delší než 3 kalendářní dny nebo k úmrtí zaměstnance (zákoník práce § 105). Požadavky stanovené k evidenci a hlášení pracovních úrazů jsou uvedeny v nařízení vlády č. 201/2010 Sb., o způsobu evidence úrazů, hlášení a zasílání záznamu o úrazu.

Postup při poranění ostrým kontaminovaným předmětem nebo nástrojem ve zdravotnictví uvádí § 75b) zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví. PZS je povinen bezodkladně oznámit příslušnému orgánu ochrany veřejného zdraví každé poranění zdravotnického nebo jiného odborného pracovníka, které vzniklo při manipulaci s ostrým kontaminovaným předmětem, v jehož důsledku by mohlo dojít ke vzniku

infekčního onemocnění přenosného krví. Příslušný orgán ochrany veřejného zdraví rozhodne o nařízení lékařského dohledu nad poraněným pracovníkem.

Zaměstnavatel je povinen mít pro zaměstnance uzavřené pojištění odpovědnosti organizace za škodu při pracovním úrazu nebo nemoci z povolání.

V rámci BOZP je potřeba provádět pravidelné revize elektrických instalací, hromosvodů, plynových kotlů, spalinových cest a komínů, nízkotlakých kotlen, tlakových nádob apod. Pracoviště musí být vybaveno prostředky pro hašení požárů, které musí také procházet pravidelnými revizemi. K poskytování první pomoci při poraněních musí být pracoviště vybaveno lékárníčkou.

PZS je povinen zajišťovat bezpečnostně technickou kontrolu používaných přístrojů podle pokynů výrobce. Měřidla kontroluje pracoviště Českého metrologického institutu.

3.15 Spolupráce PLDD s resortem Ministerstva zdravotnictví

Kromě toho, že MZ ČR řídí sektor, má k němu PLDD určité povinnosti.

Mezi organizace v přímé působnosti Ministerstva zdravotnictví patří zejména fakultní nemocnice, psychiatrické nemocnice, státní lázeňské léčebny, IKEM, KHS, IPVZ, ÚHKT, ÚPMD a další, ale také Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS), Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) a Státní zdravotní ústav.

KHS (OOVZ)

Spolupráce s krajským, případně územním pracovištěm orgánu ochrany veřejného zdraví (OOVZ) probíhá na několika úrovních. KHS vykonává státní zdravotní dozor, angažuje se v prevenci vzniku a zamezení šíření infekčních onemocnění, nařizuje mimořádná opatření při epidemii, výskytu zdravotně závadných výrobků, dozoruje plnění povinnosti zaměstnavatele zajistit závodní preventivní péči, podílí se na úkolech integrovaného záchranného systému, hodnotí a řídí zdravotní rizika ve vztahu ke zdraví obyvatelstva.

PLDD spolupracuje s KHS zejména v těchto případech:

- vypracování a schválení provozního řádu (součástí je i dezinfekční řád),

- hlášení infekčních onemocnění (zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, § 62 a vyhláška č. 306/2012 Sb. s přílohou č. 1),
- provádění pravidelného, zvláštního a mimořádného očkování,
- součinnost při kontrole proočkovanosti, sběru dat,
- součinnost při kontrole dodržování hygienických a protiepidemických opatření podle provozního řádu,
- plnění opatření při epidemii,
- konzultační činnost.

3.16 Provozní řád

Zákon č. 258/2000 (§ 15–18) a vyhláška č. 306/2012 ukládají vypracovat ambulantním zdravotnickým zařízením provozní řád s opatřeními k prevenci a zamezení šíření infekčních nemocí a k dodržování hygienických požadavků na provoz. Provozní řád takto vypracovaný je předkládán ke schválení orgánu ochrany veřejného zdraví (KHS). Provozní řád je nutné vypracovat na každé konkrétní pracoviště. Všichni pracovníci zdravotnického zařízení musí být s tímto řádem prokazatelně seznámeni. Vzorový provozní řád pro ambulantní zdravotnická zařízení je dostupný na webových stránkách všech KHS.

Provozní řád musí obsahovat tyto údaje:

- základní údaje o pracovišti (název, adresa, telefonní číslo, IČO, ordinační doba, vedoucí pracovník),
- charakteristika pracoviště, rozsah poskytované péče, prostorové uspořádání, vybavení místností, charakter stěn a podlah, hygienické vybavení pro pacienty, dezinfekční režim, sterilizace, manipulace s prádlem, způsob provádění úklidu a malování, dekontaminace, manipulace a likvidace odpadu, odstraňování tekutých odpadů, zdroj pitné vody, zásady osobní hygieny zaměstnanců, očkování zdravotnických pracovníků, zásady odběru biologického materiálu a manipulace s ním,
- v ambulancích provádějících očkování způsob uložení očkovacích látek, způsob provádění a kontroly zachování předepsaných teplotních podmínek,
- kdo a kdy provozní řád zpracoval, kdo za dodržování řádu zodpovídá,
- kdo a kdy schválil provozní řád za OOVZ,

- kdo a kdy zajistil seznámení personálu s provozním řádem.

3.17 Hlášení infekčních onemocnění

Příloha č. 1 k vyhlášce č. 306/2012 Sb.

Seznam infekčních onemocnění, která se hlásí orgánu ochrany veřejného zdraví až při hromadném výskytu

1. Akutní respirační onemocnění včetně chřipky a chřipce podobných (například dg. J00, J03, J04–J06, J10–J18, J20–J22).
2. Konjunktivitida (například dg. H10, B30).
3. Mastitida (například dg. 091).
4. Kožní zánětlivá infekční a mykotická onemocnění (například dg. L00–L08, B00, B07, B08, B09, B35–B37),

podle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, ve znění 10. decennální revize.

Příloha č. 2 k vyhlášce č. 306/2012 Sb.

Seznam infekčních onemocnění, při nichž se nařizuje izolace na lůžkových odděleních nemocnic nebo léčebných ústavů, a nemocí, jejichž léčení je povinné

1. Akutní virové záněty jater
2. Antrax
3. Dengue
4. Hemoragické horečky
5. Cholera
6. Infekce CNS mezilidsky přenosné
7. Mor
8. Paratyfus
9. Syfilis v I. a II. stadiu
10. Přenosná dětská obrna
11. Pertuse v akutním stadiu
12. Rickettsiózy
13. SARS a febrilní stavy nezjištěné etiologie s pozitivní cestovní anamnézou
14. Spalničky
15. Trachom
16. Tuberkulóza
17. Tyfus břišní
18. Úplavice amébová
19. Úplavice bacilární v akutním stadiu onemocnění (v případě bezpříznakového nosičství původce

onemocnění je možné propustit pacienta do domácího prostředí pouze se souhlasem orgánu ochrany veřejného zdraví)

20. Záškrť
21. Další infekce podléhající hlášení Světové zdravotnické organizaci
22. Projevy nemoci nebo událost, která představuje možnost propuknutí nemoci podle článku 1 Mezinárodního zdravotního řádu (IHR 2005), která je podle přílohy rozhodnutí č. 2119/98/ES nemocí přenosnou

3.18 Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) je správcem Národního zdravotnického informačního systému (NZIS), což je jednotný celostátní informační systém veřejné správy, v němž jsou shromažďovány a zpracovávány osobní a další údaje ze základních registrů orgánů veřejné správy, ministerstev, od poskytovatelů zdravotních služeb, případně dalších osob předávajících údaje do NZIS. Spolupracuje s Českým statistickým úřadem.

ÚZIS je pověřen správou těchto agend:

1. Program statistických zjišťování Ministerstva zdravotnictví: pro předání dat z výkazů je nutné využít webovou aplikaci Centrální úložiště výkazů (CÚV), která umožňuje interaktivní vyplňování a odeslání výkazů do CÚV.
2. Národní zdravotní registry: PZS jsou povinni předávat údaje pouze v elektronické podobě, a to do příslušného národního registru (onkologický, hospitalizovaných, reprodukčního zdraví, kardio-vaskulárních operací, kloubních náhrad, nemocí z povolání, léčby uživatelů drog, úrazů, osob trvale vyloučených z dárcekrve, pitev, diabetologický, intenzivní péče).
3. Národní registr poskytovatelů: obsahuje údaje o poskytovatelích zdravotních služeb. Za zápis, změnu a výmaz údajů o poskytovatelích zdravotních služeb je zodpovědný krajský úřad, který poskytovateli udělil oprávnění.
4. Národní registr zdravotnických pracovníků: obsahuje údaje o zdravotnických pracovnících, včetně hostujících osob a osob, které způsobilost

k výkonu zdravotnického povolání získaly mimo území České republiky.

5. Národní zdravotní registry vedené podle zákona upravujícího transplantace.
6. Informační systém infekčních nemocí vedených podle zákona o ochraně veřejného zdraví.
7. Národní registr hrazených zdravotních služeb: obsahuje údaje o pojištenci a o PZS, který zdravotní službu poskytl, a o provedených úhradách z veřejného zdravotního pojištění. Do tohoto registru předává údaje zdravotní pojišťovna, která zdravotní službu uhradila.

PLDD se týká elektronické vyplnění a odesílání statistických výkazů do Centrálního úložiště výkazů vždy souhrnně za předchozí rok (formulář Ambulantní péče: praktický lékař pro děti a dorost A041 – roční výkaz a formulář o pracovnících a ekonomice E101 – roční výkaz). ÚZIS informuje PZS o této povinnosti e-mailem s uvedením termínu splnění.

3.19 Státní ústav pro kontrolu léčiv

Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) bdí nad tím, aby v ČR byla na trhu dostupná pouze kvalitní, účinná a bezpečná léčiva a zdravotnické prostředky, aby byly racionálně používány, a dbá na vhodné uplatňování regulačních opatření k zajištění jejich dostupnosti (mj. rozhoduje o preskripčních omezeních). Ústav také kontroluje používání léčiv a zdravotnických prostředků v praxi, provádí dozor nad reklamou léčiv (např. v prostorách zdravotnického zařízení [ZZ] nesmí být reklama na léčivé přípravky, jejichž výdej je vázán na lékařský předpis, reklama na počáteční náhradní kojeneckou výživu...), provádí cenovou politiku (maximální ceny, výše úhrady z v. z. p.). Informuje o závadách léčivých přípravků (LP) na trhu (výstrahy). SÚKL také informuje o nedostupnosti léků (výpadky).

Důležitou roli hraje SÚKL v oblasti farmakovigilance.

Organizuje sběr dat o nežádoucích účincích léčivých přípravků. Zdravotničtí pracovníci a pacienti jsou nejdůležitějším zdrojem informací o léčivém přípravku po jeho uvedení na trh. Povinnost zdravotnických pracovníků (lékařů, lékárníků, zdravotních sester atd.) nahlásit SÚKL závažný nebo neočekávaný nežádoucí účinek je dána zákonem o léčivech. Hlášeno má být

jakékoliv podezření na závažný nebo neočekávaný nežádoucí účinek léčivého přípravku.

- **Nežádoucí účinek** je nepříznivá a nezamýšlená odezva na podání léčivého přípravku, která se dostaví po dávkách běžně užívaných k profylaxi, léčbě či určení diagnózy onemocnění nebo k obnově, úpravě nebo jinému ovlivnění fyziologických funkcí, a to i když přípravek nebyl použit v souladu se souhrnem údajů o přípravku.
- **Neočekávaný** nežádoucí účinek je takový nežádoucí účinek, jehož povaha, závažnost nebo důsledek jsou v rozporu s informacemi uvedenými v souhrnu údajů o přípravku.
- **Závažný** nežádoucí účinek je každý (tedy i ten, který je uveden v souhrnu údajů o přípravku) nežádoucí účinek, který má za následek: úmrtí pacienta, ohrožení života, vážné poškození zdraví, trvalé následky, hospitalizaci nebo její prodloužení, vrozenou anomálii u potomků a jiné závažné důsledky, kam lze např. počítat i omezení schopností.

SÚKL uvítá i informace o zneužití nebo nesprávném použití léčivého přípravku, předávkování, podezření na lékovou interakci, teratogenním efektu nebo neúčinnosti přípravku.

Optimální způsob hlášení je elektronické vyplnění interaktivního formuláře, ale je možné vyplněný formulář odeslat též poštou, případně hlášení podat telefonicky.

Hlášení podezření na závadu v jakosti léčivého přípravku: <http://www.sukl.cz/hlaseni-o-vyskytu-zavady-v-jakosti-lecivych-pripravku>.

Hlášení podezření na nežádoucí účinky léčivého přípravku: <http://www.sukl.cz/nahlasit-nezadouci-ucinek>.

SÚKL také spravuje centrální úložiště elektronických receptů (CÚER). Elektronická preskripce je povinná, k tomu musí mít každý lékař, který předepisuje léky, kvalifikovaný certifikát a SSL (secure sockets layer) certifikát SÚKL.

SÚKL je oprávněn provádět kontroly nejen v lékárnách, ale i v ordinacích PLDD. Může se jednat o kontroly náátkové nebo cílené. Předmětem kontrol je zejména způsob zacházení s LP a zdravotnickými prostředky (certifikace, revize), vypracované operační postupy (návodů k zacházení s léky a přístroji), kon-

trola cenotvorby, skladování (zachování skladovacích podmínek podle SPC, zaznamenávání teploty v místě skladování) a evidence LP (příjem, výdej, likvidace), zabezpečení léčiv a receptů před zcizením, sledování expirace (exspirované LP nesmí být v ordinaci uloženy, smějí být shromažďovány do doby jejich převzetí k likvidaci odděleně v označeném kontejneru), způsob zajištění sterilizace a dezinfekce... PLDD také musí prokázat sledování výstrah vydaných SÚKL (např. jejich ukládáním do složky v počítači). Informace o závadách (výstrahy) SÚKL denně zveřejňuje na svých stránkách www.sukl.cz. K tomu je možné využít RSS (rich site summary) kanál, kdy přihlášený uživatel dostává na svoji e-mailovou adresu informaci o aktuálních článcích podle zvoleného RSS kanálu.

3.20 Státní zdravotní ústav

Úkoly Státního zdravotního ústavu (SZÚ) vyplývají ze zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví. Ústav připravuje podklady pro národní zdravotní politiku, pro ochranu a podporu zdraví, zkoumá souvislosti mezi životními podmínkami a zdravím, podílí se na postgraduální výchově v lékařských oborech ochrany a podpory zdraví a na zdravotní výchově obyvatelstva.

Návštěva webových stránek SZÚ není zbytečná ani pro PLDD. Najde zde také informace pro laickou veřejnost, na které může své pacienty odkazovat. Zveřejněny jsou tu i růstové grafy s možností jejich stažení do svého počítače.

3.21 Lázeňská léčebně rehabilitační péče

Podmínky poskytování lázeňské léčebně rehabilitační péče uvádí Materiál k aplikaci zákonné úpravy v oblasti poskytování lázeňské léčebně rehabilitační péče. Tento dokument obsahuje také indikační seznam pro lázeňskou péči. Je k dispozici na webových stránkách MZ ČR (www.mzcr.cz – odborník – Český inspektorát lázní a zřídel – Platný indikační seznam pro lázeňskou péči) <http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/platny-indikacni-seznam-pro-lazenskou-pecici32413.html>.

3.22 Spolupráce PLDD s resortem Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy

Na poli spolupráce PLDD se školskými zařízeními dochází často k neshodám zřejmě z důvodu nejednotných metodik, doporučení a nejednotné interpretace legislativy. K nejčastějším konfliktním situacím dochází při omlouvání absence žáka/studenta ve škole a při požadování posudků vztahujících se ke školství.

Omlouvání žáků z vyučování

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) ČR vydalo v roce 2002 Metodický pokyn k jednotnému postupu při uvolňování a omlouvání žáků z vyučování, prevenci a postihu záškoláctví. Tento metodický pokyn by měl být pro všechna uvedená školská zařízení závazný. Jednoznačně zodpovědnost za omlouvání žáků z vyučování nese zákonný zástupce nezletilého, nikoliv lékař. Lékaři žádný právní předpis tuto povinnost neukládá. V případě nespolupráce zákonného zástupce mají ředitelé škol postupovat podle metodiky (školní výchovná komise – OSPOD – policie – soud).

Základní a střední škola může požadovat, pokud to považuje za nezbytné, doložení nepřítomnosti žáka z důvodu nemoci ošetřujícím lékařem žáka, resp. praktickým lékařem pro děti a dorost, a to pouze jako součást omluvenky vystavené zákonným zástupcem nezletilého žáka, a to pouze v případě, že nepřítomnost žáka ve škole přesáhne tři dny školního vyučování. Na dobu nepřítomnosti žáka ve škole, která předchází návštěvě žáka u ošetřujícího lékaře, není tento lékař oprávněn vydat potvrzení o nemoci, neboť zpětně nelze jednoznačně a zodpovědně posoudit zdravotní stav žáka. Ve zcela výjimečných, individuálně stanovených případech (především v případě časté nepřítomnosti žáka nasvědčující zanedbávání školní docházky) může škola požadovat jako součást omluvenky potvrzení ošetřujícího lékaře, resp. praktického lékaře pro děti a dorost, o nemoci žáka i v případě nepřítomnosti, která nedosahuje délky 3 dnů.

Škola v takovém případě musí PLDD registrujícího dotčeného žáka písemně požádat o tuto spolupráci, a to se souhlasem zákonného zástupce. I v takových případech PLDD potvrzuje pouze to, že žák byl v konkrétní čas ošetřen, nepotvrzuje tedy celý interval absence.

Posudky o zdravotní způsobilosti

Nejčastěji je požadováno posouzení o zdravotní způsobilosti k účasti dítěte na zotavovací akci a škole v přírodě, posouzení o zdravotní způsobilosti ke vzdělávání, posouzení o zdravotní způsobilosti k tělesné výchově a sportu, případně posouzení o zdravotní způsobilosti k praktickému vyučování a praktické přípravě. Této problematice se komplexně věnuje kapitola 5.5 Posudková problematika.

Úrazy žáků a studentů ve školských zařízeních

Právnícká osoba vykonávající činnost školy či školského zařízení odpovídá vždy (odpovědnost absolutní objektivní) za odškodnění, dojde-li k úrazu žáka či studenta.

PLDD bývá v případě úrazů dětí, žáků a studentů při činnosti školy nebo školského zařízení žádán o vyplnění lékařské zprávy pro likvidátora pojišťovny, u níž je škola pro tyto účely pojištěna. Formulář vyplňuje lékař na základě zdravotnické dokumentace vztahující se k události. Pokud je požadováno ohodnocení bolesti, případně ztížení společenského uplatnění, postupuje dle nařízení vlády č. 276/2015, o odškodňování bolesti a ztížení společenského uplatnění způsobené pracovním úrazem nebo nemocí z povolání. Tento administrativní výkon není hrazen z v. z. p., a proto ho hradí žadatel podle ceníku PZS.

3.23 Organizace sdružující PLDD

Obdobně jako jiné skupiny lidí, kteří mají společné cíle a zájmy, se i lékaři včetně PLDD setkávají v organizacích profesních a/nebo odborných. Členství v lékařských organizacích umožňuje každému lékaři zvyšovat svoji úroveň poskytované péče účastí na kontinuálním celoživotním vzdělávání. Možností je více:

Česká lékařská komora (ČLK): samosprávná profesní organizace lékařů zřízená zákonem č. 220/1991 Sb. České národní rady. Každý lékař, který vykonává na území České republiky lékařské povolání v léčebné a preventivní péči, **musí být členem ČLK**. ČLK mimo jiné organizuje vzdělávání lékařů. Podrobné informace: www.lkcr.cz.

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost České republiky (SPLDD): zájmová samosprávná nepolitická profesní organizace dobrovolně sdružující PLDD zejména za účelem ochrany a hájení společných

zájmů, odbornosti, etiky a cti lékaře poskytujícího primární léčebně preventivní zdravotní péči dětem a dorostu. Sdružení vzniklo v roce 1992. Prosazuje profesní zájmy PLDD, zastupuje své členy ve vztahu k orgánům veřejné správy, výkonné i zákonodárné moci a dalším institucím a při jednáních se zdravotními pojišťovnami. Spolupodílí se na organizaci kontinuálního vzdělávání svých členů. Sdružení spolupracuje zejména s Odbornou společností praktických dětských lékařů a dalšími odbornými společnostmi České lékařské společnosti J. E. Purkyně. Podrobné informace: www.detskylekar.cz.

Odborná společnost praktických dětských lékařů (OSPDL ČLS JEP): vznikla na sjezdu Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost a dne 1. 9. 1997 byla oficiálně přijata do České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. Hájí odborná stanoviska praktických dětských lékařů. Jejím cílem je podpora a rozvoj pediatrie primární péče v České republice, spolupráce s jinými obory i se zahraničními partnery. Podílí se na pregraduální i postgraduální přípravě pediatriů pro primární péči, organizuje vzdělávací akce, podílí se na tvorbě národních doporučení a vědecko-výzkumné činnosti v oboru. Podrobné informace: www.ospdl.eu.

Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP): dobrovolné nezávislé sdružení fyzických osob – lékařů, farmaceutů a ostatních pracovníků ve zdravotnictví a příbuzných oborech, příp. osob právnických. Vychází z tradic spolků lékařů a odborných lékařských společností. J. E. Purkyně dosáhl toho, že 26. 6. 1862 císař František Josef potvrdil založení Spolku českých lékařů, jehož náplní bylo stimulovat lékaře k sledování pokroku v medicíně. Postupně vznikaly další odborné společnosti, které se v roce 1949 zařadily do Československé lékařské společnosti, od roku 1969 samostatné České lékařské společnosti. Podrobné informace: www.cls.cz.

Literatura

- Nařízení vlády č. 201/2010 Sb., o způsobu evidence úrazů, hlášení a zasílání záznamu o úrazu.
Nařízení vlády č. 276/2015, o odškodňování bolesti a ztížení společenského uplatnění způsobené pracovním úrazem nebo nemocí z povolání.

Nařízení vlády č. 361/2007 Sb., kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci.

Nařízení vlády č. 495/2001 Sb., kterým se stanoví rozsah a bližší podmínky poskytování osobních ochranných pracovních prostředků, mycích, čistících a dezinfekčních prostředků.

Nařízení vlády č. 567/2006 Sb., o minimální mzdě, zaručené mzdě.

Vyhláška č. 93/2016 Sb., vyhláška o Katalogu odpadů.

Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci.

Vyhláška č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče.

Vyhláška č. 432/2003 Sb. Vyhláška, kterou se stanoví podmínky pro zařazování prací do kategorií, limitní hodnoty ukazatelů biologických expozičních testů, podmínky odběru biologického materiálu pro provádění biologických expozičních testů a náležitosti hlášení prací s azbestem a biologickými činiteli.

Vyhláška č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem.

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

Zákon č. 111/2009 Sb., o základních registrech.

Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění.

Zákon č. 185/2001 Sb., o odpadech.

Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění.

Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví.

Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce.

Zákon č. 269/1994 Sb., o rejstříku trestů.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách.

Zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů.

Zákon č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti.

Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.

<https://docplayer.cz/12635097-Postup-pri-zrizeni-nestatniho-zdravotnickeho-zarizeni-michal-sellner.html>.

https://media.vzpstatic.cz/media/Default/dokumenty/smlouvy/prakticti-lekari/postup_uzavreni_smlouvy-prakticti_lekari_1118.pdf.

<https://portal.pohoda.cz/zakon-a-pravo/pracovni-pravo/povinnosti-zamestnavatele-pri-prichodu-noveho-zame/>.

<https://www.bezpecnostprace.info/>.

<https://www.bezpecnostprace.info/bozp/jste-osvc-a-vite-jake-mate-povinnosti-v-bozp/>.

<https://www.cssz.cz/web/cz/osvc-povinnosti>.

<https://www.dokumentacebozp.cz/aktuality/co-obsahuje-dokumentace-bozp-prehled-toho-nejdulezitejsiho/>.

<https://www.financnisprava.cz/cs/dane/danovy-system-cr/postup-v-danovem-rizeni/registrace-zahajeni-podnikani>.

<http://www.plzensky-kraj.cz/clanek/formulare-k-opravneni-k-poskytovani-zdravotnich-sluzeb>.

<https://www.vzp.cz/platci/informace/osvc/povinnosti-osvc>.

4 Vyšetřovací metody a propedeutika

4.1 Klinické vyšetření

Cílem klinického vyšetření je **zjistit zdravotní stav vyšetřované osoby**. I v době dostupnosti plejády vyšetřovacích metod je nutno klinické vyšetření považovat za zcela zásadní pro sestavení racionálního algoritmu dalších kroků lékaře. Klinickým vyšetřením máme na mysli jednak **získání anamnestických dat** a jednak **provedení fyzikálního vyšetření**, případně **použití jednoduchých doplňkových metod**.

4.1.1 Anamnéza

Anamnéza je základním krokem, který lékaři může výrazně usnadnit cestu ke stanovení správné diagnózy a zvolení vhodného terapeutického postupu. Z praxe lze potvrdit dávno známou pravdu, že pacient v 80–90 % při anamnéze nevědomě sdělí lékaři diagnózu. Získání validní anamnézy však nebývá vždy jednoduché. Anamnézu získá lékař buď přímo od pacienta, nebo v ordinaci PLDD to bývá nejčastěji od doprovodu, případně u větších dětí od obou stran. Pravděpodobně nejčastějším a nejcennějším zdrojem anamnestických dat bývají matky dětí. Při návštěvě v ordinaci pacient či jeho doprovod většinou spontánně sdělí jen nejpalčivější údaje (teplotní křivka, bolesti...), ale některé symptomy pokládá za marginální. Ty však mohou lékaře navést k etiologii potíží a rozšířit diferenciálně-diagnostický okruh s postupem vedoucím ke správné diagnóze. V takových situacích se lékař může setkat s nepochopením pacienta či jeho doprovodu ohledně významu kladených otázek. Je proto vhodné pacientovi stručně vysvětlit důvod, proč se ptáme na informace zdánlivě s potížemi pacienta nesouvisejícími. Lékař tedy musí umět rozumně usměrnit tok informací od pacienta, musí umět získat informace podstatné a hledat zdánlivě vzdálené souvislosti. V první fázi kontaktu by

lékař měl v klidném a přívětivém prostředí pacienta vyslechnout a teprve následně klást doplňující otázky. Anamnézu odebíráme vždy v prostředí zajišťujícím zachování lékařského tajemství. Samozřejmostí je potíže pacienta nebagatelizovat. Na druhou stranu se ale PLDD nejednou setká s pacienty, zejména v adolescentním věku, kteří ordinaci navštívili účelově z jiných důvodů než zdravotních a chorobu předstírají. Nelze také opominout Münchhausenův syndrom by proxy. Odhalení takového jednání zabírá mnoho času, je často pro zdravotníky psychicky náročné a pro zdravotní systém ekonomicky neefektivní. Při rozhovoru s pacientem je nutná jistá míra empatie, je potřeba se vyvarovat odborné terminologie, které pacient nemusí rozumět, vyvarovat se ukvapených diagnostických závěrů. V některých případech pacient či jeho doprovod nesdělí všechny informace, a to buď z neznalosti, nebo záměrně. Možností, jak se pokusit informace získat, je položit otázku jiným způsobem. To ale vyžaduje od lékaře soustředění a schopnost improvizace. Odběr anamnézy by se měl kvalitativně zlepšovat každodenní praxí lékaře. Ideální je, aby anamnézu odebíral lékař, protože má možnost se ihned zamyslet nad problematickým bodem, případně ho dalšími otázkami doplnit. Někteří pacienti zahrnou lékaře velkým množstvím nesořodných informací a je úkolem lékaře je profiltrovat a utřídit pro potřeby nastavení dalšího postupu.

Pacient také špatně snáší, když v rámci jedné návštěvy musí anamnestické údaje opakovat několika zdravotníkům (např. nejprve sestře a pak znovu lékaři nebo i více lékařům). Z tohoto důvodu by měla být odebraná anamnéza dostatečně výstižně zanesena do zdravotnické dokumentace pacienta.

PLDD většinou u registrovaných pacientů, kteří přicházejí do ordinace se zdravotním problémem, již má z předchozích kontaktů, a zejména z preventivních prohlídek zpracovanou rodinnou a osobní anamnézu. Přesto je přínosné ji neustále aktualizovat. V rámci kurativní

návštěvy již registrovaného dítěte v ordinaci PLDD nebývá čas na scholasticky vyžadovaný odběr anamnézy. Čas na podrobný odběr anamnestických dat by si měl PLDD jistě najít v rámci preventivních prohlídek.

Anamnéza současných potíží, označovaných jako „**nyňější onemocnění**“, se kterými pacient k lékaři přichází, většinou předchází odběru níže uvedených anamnestických dat. Pacient či doprovod většinou sám vyličí základní potíže. Lékař pak klade doplňující otázky. Lékař by měl znát dobu trvání potíží, jejich dynamický vývoj, opatření zahájená pacientem samotným a jejich efekt. Přínosné je také zjištění názoru na možné zdroje obtíží od pacienta či doprovodu. Ne vždy se věnuje dostatečná pozornost anamnéze možných patologických projevů močení (frekvence, množství moči, makroskopické posouzení moči), defekace (frekvence, vzhled a konzistence stolice, patologická příměs ve stolici), chuti k jídlu (nechutenství, nápadná chuť k jídlu, zvracení, změna hmotnosti). Ne vzácně recidivující infekce močových cest souvisí s obstrukcí nebo chybnou hygienou po defekaci či koitu.

Do **rodinné anamnézy** (RA) zahrnujeme zdravotní informace o členech nejčastěji z posledních tří generací (tzn. sourozenci probanda, rodiče a sourozenci rodičů, prarodiče, a to s údaji z obou stran rodičů). Pátráme zejména po geneticky vázaných onemocněních, případně možných dědičných stavech, často se vyskytujících chorobách v rodokmenu, příčinách úmrtí zejména v mladším věku (náhlé úmrtí, suicidium, časný výskyt kardiovaskulárních chorob, příčiny abortů, vrozené vady...). Na obecnou otázku, zda je nebo byl někdo v pokrevním příbuzenstvu závažněji nemocen, často slyšíme zápornou odpověď. V takovém případě je vhodné pokládat konkrétnější otázky, např. na choroby jednotlivých orgánových systémů.

Osobní anamnéza by měla být souhrnem kritických dat jedince od prenatálního období do současnosti. O prenatální fázi většinou mají nejvíce informací matky dětí, ale zásadně by měly být uvedeny v propouštěcí zprávě o novorozenci. Zde by měl ošetřující PLDD nalézt informace o průběhu gravidity, zdravotním stavu matky v době gravidity a případné léčbě, o gestačním stáří, způsobu porodu, poporodním stavu dítěte (hmotnost, délka, obvod hlavy, Apgarové skóre, potřeba léčebných zákroků) a o stavu v časném novorozeneckém období (hyperbilirubinémie, hypoglykémie, novorozenecké křeče, syndrom dechové tísně, hemoragie, nalezené vrozené

vady...). PLDD by měl znát i další údaje o vývoji dítěte (psychomotorický vývoj, antropometrická data, způsob výživy, výsledek ortopedického vyšetření kyčlí, preventivní podávání vitaminů, očkování), o frekvenci a závažnosti prodělaných onemocnění, o hospitalizacích, operacích a vážnějších úrazech, o sledování u specialistů.

Nedílnou součástí anamnézy je **sociální anamnéza**. Nejednou nás totiž problémy uvnitř rodiny mohou nasměrovat k řešení psychosomatických potíží dětského pacienta (recidivující cefalgie, abdominalgie, nově vzniklá enuréza...) bez nálezu klinického korelátu. Do kapitoly sociální anamnézy patří informace o složení rodiny (úplná, neúplná, vícegenerační), o postavení dítěte v rodině, o vzdělání rodičů a vzdělávání dítěte (úspěšnost, záškoláctví, agresivní chování...), mimoškolní aktivity dítěte (přetěžování dítěte sportem...), kvalita bydlení, chování domácího zvířectva apod.

Vždy se doptáváme na **alergickou anamnézu**, a to jak u dítěte, tak v rodině (pokud nebylo uvedeno v RA). Ptáme se na alergii na potraviny, na léky, případně jiné alergické projevy.

V **epidemiologické anamnéze** pátráme po epidemiologických souvislostech, zejména po kontaktu s infekčně nemocným, ptáme se na výskyt symptomů podezřelých z infekčního onemocnění u dalších členů rodiny, v kolektivu, v okolí (scabies, enterokolitida...) a zjišťujeme také cestovatelskou anamnézu.

V rámci **farmakologické anamnézy** se nezapomene zeptat na aktuálně užívané léky, a to užívané jak akutně, tak chronicky, včetně užívaných léků volně dostupných a potravinových doplňků či tzv. přírodních prostředků. I zde se opět dotážeme na toleranci k užívaným léčebným prostředkům.

U adolescentek, případně i u ošetřování dospělých žen je součástí odběru anamnézy též **anamnéza gynekologická**. Důležité je to také při indikování diagnostických a terapeutických postupů (např. radiační zátěž v případě gravidity, podání léků kontraindikovaných v graviditě). Informace o menstruačním cyklu mohou napomoci odhalit poruchy hormonální, které adolescentka nemusí považovat za abnormální. U dospívajících dívek bychom se měli dotazovat na menarché.

4.1.2 Fyzikální vyšetření

Ke stanovení správné diagnózy je potřeba získat kromě anamnézy dostatek dalších informací. Do tohoto spektra

náleží i fyzikální vyšetření. Významným zdrojem informací je již samotný příchod pacienta do ordinace. Proto by lékař měl mít pracovní místo orientované tak, aby viděl na vstupní dveře, kudy pacient přichází, pokud si pacienta nevyzvedává sám z čekárny. Cenné informace o pacientech může poskytnout všímavá (dětská) sestra, která má často lepší přehled o dění v čekárně než samotný lékař.

Při fyzikálním vyšetření by měl být pacient svlečený, zejména pokud je nekomunikující, abychom nepřehlédli symptomy skryté pod oděvem. Při fyzikálním vyšetření by měl být pacient vyšetřen celý („od hlavy k patě“ nebo jak říkají veterináři „od čumáčku po ocasek“), a to zejména v případech nejasné diagnózy a samozřejmě při preventivních prohlídkách.

V rámci fyzikálního vyšetření lékař používá všechny své smysly (zrak, sluch, hmat, čich), v dnešní době snad vyjma chuti. (V dřívějších dobách byl diabetes mellitus diagnostikován ochutnáváním moče. Cenným údajem ale může být chuťové zhodnocení potu dítěte rodičem v případě podezření na cystickou fibrózu.)

Pohledem posuzujeme nejen celkový vzhled pacienta, stav jeho výživy, barvu (bledý, ikterický...), jeho pohyby včetně chůze a stoje, způsob dýchání (dyspnoe, tachypnoe, retrakce měkkých tkání hrudníku, facies adenoidea...), celkové chování (únava, apatie, agitovanost, kvalita vědomí...), ale i konkrétní lokality (projevy na kůži a pod kůží, kožní adnexa, hydratace, oční projevy – spojivky, pohyb očních bulbů, fotoreakci, vzhled tělních otvorů, apod.). Vizuální zhodnocení dutiny ústní a faryngu často bývá pro děti nepříjemné, a proto bychom toto vyšetření měli ponechat až na závěr celkového vyšetření. Zraku vyšetřujícího jsou přístupné také velké cévy krku (zvýšená náplň u pravostranné srdeční nedostatečnosti), někdy je vizuálně patrná struma či zvětšené lymfatické uzliny. Nezapomeneme na vizuální zhodnocení proporcionality těla, vývoj sekundárních pohlavních znaků, genitálu (labia u děvčat, testes u chlapců). Na břiše si můžeme všimnout vyklenutí hernií, usilovné peristaltické vlny u pylorostenózy, vzednutí břicha při obstrukci střevní, velkého břicha u organomegalie či ascitu... Všímáme si i tzv. malých symptomů (např. čtyřprstá rýha, fistuly periaurikulárně, mongolská skvrna, atypický tvar a postavení ušních boltců, hypertelorismus...) a při jejich nálezu bychom měli zvážit pátrání po souvislostech s dalšími patologiemi.

Příklady možných souvislostí jednotlivých symptomů:

- preaurikulární výrůstky – vrozené vývojové vady uropoetického systému,
- bolest břicha – pneumonie,
- epistaxe – Gaucherova nemoc (trombocytopenie),
- obraz faryngitidy bez bolesti v krku s afebrilním průběhem – diabetes mellitus (acidóza).

K vyšetření **pohmatem** je nutné, aby vyšetřující lékař měl ruce příjemně teplé, zejména při vyšetření břicha, kdy by při chladných rukách lékaře došlo k reflexnímu napnutí břišní stěny pacienta a tím znesnadnění palpce. Hmatem posuzujeme velikost rezistencí (např. lymfatické uzliny, absces, štítná žláza...), prekordium (úder srdečního hrotu, vír), prsní žlázy (telarché, tumory), břicho (posouzení velikosti nitrobřišních orgánů, palpační bolestivost, hernie, patologické rezistence v břišní dutině, tapotement, Israeliho hmat, peritoneální příznaky atd.). Při bolesti břicha zahajujeme palpační vyšetření v místě mimo udanou lokalitu maxima bolesti. Při příznacích ukazujících na problematiku dutiny břišní či malé pánve nezapomeneme vyšetřit per rectum. I když je toto vyšetření zejména pro starší děti a adolescenty spíše psychicky nepříjemné, měl by ho PLDD umět provést a vyhodnotit (vzhled anální oblasti, tonus svěrače, ampula a její obsah, Douglasův prostor, bimanuální vyšetření). Palpačně také vyšetříme stav hydratace ohodnocením kožního turgoru. Určitou zkušenost vyžaduje posouzení svalového napětí (centrální tonusové poruchy u kojenců, parézy, plegie).

Vyšetření **poslechem** vyžaduje nepoškozený sluch vyšetřujícího, vhodné naslouchací pomůcky a klid ve vyšetřovací místnosti. Dnes se vesměs k vyšetření poslechem používá fonendoskop, který by měl být kvalitní, tzn. že olivky dobře padnou do zvukovodů lékaře a těsní proti zvukům z okolí, membrána fonendoskopu je nepoškozená. U novorozenců a malých dětí je vhodné použít přiměřenou velikost koncovky fonendoskopu. Na trhu jsou i elektronické fonendoskopy zesilující zvuky. Při auskultaci se nejednou stává, že doprovod se snaží s lékařem i nadále verbálně komunikovat – v tom případě je nutné rozhodnout o upřednostnění jednoho zdroje informací. Nespolupracující malé děti je vhodné zklidnit např. odvedením jejich pozornosti k zajímavým předmětům. Pláč nespolupracujícího dítěte při auskultaci plic může být

i výhodou, protože při něm dochází k maximální inspiraci a expiraci. V ordinaci PLDD poslechem nejčastěji vyšetřujeme hrudník (plíce, srdce), za pomoci sluchu měříme TK (pokud nepoužijeme elektronický automatický tonometr), ale neměli bychom zapomenout ani na auskultaci břicha k vyhodnocení střevní motility u podezření na akutní břišní příhody. Sluch v kombinaci s poklepem využijeme při vyšetření některých dutin (hrudní dutinu k odhalení výpotku, břišní dutinu k objasnění velikosti orgánů, tekutiny, patologické rezistence). Sluch ovšem lékař používá i k hodnocení kvality hlasu pacienta (dysfonie), výslovnosti, charakteru kašle, zachycení distančních ventilačních fenoménů.

K odhalení některých patologických stavů nám pomáhá také čich. Jednak nám obvykle pomůže zhodnotit hygienické návyky pacienta, jednak pomocí čichu můžeme odhalit i závažné patologické stavy, jako jsou např. některé dědičné metabolické vady (nemoc javorového sirupu, trimetylamínurie – rybí zápach, fenylketonurie – myší zápach, tyrosinémie – kyselý či zelný zápach, cystinurie – zápach po síře...), jiná metabolická onemocnění (diabetická ketoacidóza, hepatopatie – foetor hepaticus, renální selhávání – foetor uremicus), putridní zápach při nekrotázách (např. u rozpadajících se solidních tumorů genitálu, konečníku), infekční onemocnění (kvasnicový zápach u mykóz, vůně upečeného chleba u tyfu).

Zápach je však významně ovlivnitelný stravou (česnek, cibule, mentol, alkohol), kosmetikou, inhalací některých látek (tabák, marihuana, toluen...), léky (vitaminy skupiny B, peniciliny...).

Zápach může pocházet z potu, úst, ucha, konečníku, moče, infikovaných ran, nekrotických hmot...

Poškození čichu (hyposmie, anosmie) může doprovázet některé choroby: Parkinsonova choroba, Alzheimerova choroba, schizofrenie, autismus (hyposmie), diabetes mellitus, ale může být též při obezitě. Hyperosmii můžeme zachytit u pacientů s epilepsií, migrénou, sclerosis multiplex, v graviditě...

Při fyzikálním vyšetření bychom měli postupovat systematicky, a to zejména se zaměřením na oblasti, které souvisí s udanými potížemi pacienta.

Ke klinickému vyšetření pacienta, především v rámci preventivní prohlídky, patří zjištění jeho hmotnosti, výšky, krevního tlaku, vyšetření zraku, sluchu, orientační vyšetření moče. U dětí je samozřejmostí sledování dynamiky měřených veličin.

Hlava

Lebka: tvar (plagiocefalie, kraniosynostózy), velikost (mikrocefalie, makrocefalie), velká a malá fontanela (vyklenutá – nitrolební hypertenze, vkleslá – dehydratace), pevnost záhlaví (kraniotabes u rachitidy), u kojenců a batolat sledujeme dynamiku růstu hlavičky pomocí nomogramů.

Oči: tvar očních štěrbin, pohyblivost očních víček (parézy), symetričnost, spojivky (bledé, překrvené, se sekrecí), skléry (ikterické, modré), zornice (anizokorie, porucha fotoreakce), leukokorie (retinoblastom), luxace čočky (Marfanův syndrom), chybějící červený reflex (kongenitální katarakta), postavení očních bulbů (strabismus, nystagmus), orientační vyšetření zraku (příznak loutky, optotypy, autorefraktometr).

Uši: umístění boltců, tvar boltců, zhodnocení zvukovodu a bubínku (otoskopie), sekrece, orientační vyšetření sluchu, orientační vyšetření rovnovážného systému.

Nos: vzhled sliznice, sekret, krvácení z nosu (trauma, arteriální hypertenze, venektazie v locus Kiesselbachii, hemokoagulační poruchy i v rámci některých dalších nemocí, např. Gaucherova nemoc), průchodnost (adenoidní vegetace, cizí těleso, edematózní sliznice u alergií...).

Ústa: barva rtů (cyanotické, bledé, sytě červené), rty oschlé, edematózní, rozštěpové vady, jazyk (makroglosie, frenulum linguae breve, vlhký – oschlý, povleklý), sliznice dutiny ústní (suchá, afty, gingivitida, kandidóza = soor – u starších dětí a osob možný příznak imunodefektu či diabetu), chrup (termín protruze, dočasný a stálý chrup, kazivost, tvar, ortodontické vady, progenia, prognathia), orofaryng (rozštěp patra včetně submukózního, vzhled a velikost tonzil, vzhled sliznice orofaryngu, sekrece v orofaryngu), hybnost mandibuly, tvar maxily, zápach (foetor ex ore).

Kštice, obočí: barva ochlupení, alopecie, parazité (pedikulóza).

Krk

Pohyblivost krkem (torticollis, afekce C páteře, meningeální příznaky).

Štítná žláza (velikost, povrch).

Lymfatické uzliny (velikost, bolestivost, pakety).

Náplň krčních žil (zvýšená – pravostranné srdeční selhání, zvýšený intrathorakální tlak), auskultace na a. carotis (stenózy).

Pterygium colli (Turnerův syndrom).

Hrudník

Tvar a symetrie: pectus excavatum, pectus carinatum, rachitida, skoliotické deformity, vyklenutí prekordia u vrozených srdečních vad spojených s kardiomegalií.

Plíce: zhodnocení dechových fenoménů – trubico-vité dýchání (pneumonie, atelektáza), suché fenomény (obstrukce dýchacích cest), vlhké fenomény (sekret v dýchacích cestách), oslabené (pneumothorax, fluidothorax). Grunting. Gaspings. Dyspnoe (inspirační, expirační), hiátová hernie. Charakter kašle. Takzvané přenesené fenomény (vznikají v horních cestách dýchacích a zejména u malých dětí jsou vzhledem ke krátkému průduškovému stromu a tenké hrudní stěně dobře slyšitelné na hrudníku). Retrakce měkkých částí hrudníku (inspirační dyspnoe – obstrukce, aspirace).

Srdce: pravidelnost srdeční akce, kvalita ozev (šelest, rozštěp ozev), hmatný vír v prekordiu, vyklenutí hrudníku, lokalizace ozev (dextrokardie, situs viscerum inversus).

Prsní žlázy: fyziologický vývoj podle Tannera, telarché, gynekomastie, pseudogynekomastie, patologické rezistence v prsu, záněty, patologická sekrece. Mamma accessoria. Lokalizace prsních dvorců (lateralizace při Turnerově syndromu).

Břicho

Tvar: trvalý konvexní tvar břicha při organomegalií (hepatosplenomegalie – infekce, hematologická a hematoonkologická onemocnění), při neprůchodnosti střevní, při obezitě. Akutní přechodný konvexní tvar břicha (meteorismus, postprandiálně).

Konkávní tvar břicha (dystrofie, hiátová hernie, peritonitida – „prkenné břicho“).

Dýchací vlna: postupuje až k inguinám.

Poklep: hypersonorní (distanze trávicí trubice), zkrácený (patologický útvar, tekutina)

Hernie zevní (umbilikální, supraumbilikální, inguinální, skrotální, in cicatrice), vnitřní (hiátová).

Inguinální uzliny (někdy zvětšení po očkování v regionální oblasti).

Tapotement, Israeliho hmat (záněty ledvin, renální kolika).

Vyšetření per rectum.

Genitál

Vyšetření genitálu nesmí být ze strany lékaře opomíjeno, a to i přes případný stud pacienta.

Určení pohlaví (intersex), anatomické odchylky (mal-descensus testis, hypospadie, fimóza, synechie, malformace genitálu zevního, vnitřního), vývoj sexuálního zrání (nástup puberty), zánětlivé afekce.

Končetiny

Vrozené vývojové vady: syndaktylie, amelie, fokomelie, osteochondrodysplazie, délka končetin – proporcionality, tvorba nožní klenby, osově postavení (genua valga, pedes valgi, pes equinovarus...).

Klouby: pohyblivost aktivní a pasivní, otoky, deformity, hypermobilita.

Krevní oběh na končetinách (pulzy na a. femoralis, a. poplitea, a. dorsalis pedis – CoA), kapilární návrat nad 2 s (centralizace oběhu, šokový stav), paličkovité prsty (chronická hypoxie).

Svaly končetin: objem (poruchy výživy, myopatie, inaktivita), tonus (myopatie, neurologické afekce).

Kůže a kožní adnexa

Kvalita kůže: vlhkost, pružnost, xeróza, hyperpigmentace, depigmentace, hemangiomy, lymfangiomy, verucky, moluska, exantémy při infekčních chorobách (morbilli, rubeola, megalerythema infectiosum, roseola infantum, erythema chronicum migrans při lymeské borelióze, mykózy, varicella, parazitární onemocnění), intertrigo, impetigo, hematomy a hemoragie (traumatické – týrané dítě, hematologické – idiopatická trombocytopenická purpura, Henochova-Schönleinova purpura, infekční etiologie – meningokoková sepe...), exantémy alergické, ichtyóza.

Pozn.: Petechie v obličejí se mohou objevit při usilovném zvracení nebo kašli.

Vlasy: alopecia totalis, areata – vyloučit infekční a endokrinní choroby, parazitární onemocnění (pedikulóza), mykotická onemocnění (tinea).

Deformity nehtů (vrozené, mechanického původu – onychogrypóza, infekčního původu – onychomykóza, nehet paličkovitých prstů při chronické hypoxii – plicní a srdeční onemocnění).

Orientační neurologické vyšetření

Zhodnocení svalového napětí, taxy, stabilita stoje, chůze, diadochokineze, tremor, meningeální příznaky (Lasègueův příznak, příznak trojnožky, opozice šíje).

Zhodnocení psychomotorického vývoje dítěte (včetně vývoje řeči a kognitivních funkcí), orientační posouzení mentálního vývoje.