

TEMPUS

MEDICORUM

- *Reforma slovenského zdravotníctví - vzor nebo odstrašující příklad?*
- *Rozhovor s Pavlem Horákem, novým ředitelem VZP*
- *Odpovědnost lékaře za škodu a pojištění*
- *Vývoj platů lékařů*
- *Farmakoterapeutické informace* - Léčba onemocnění štítné žlázy – 1. část
- Nové bezpečnostní informace týkající se možného výskytu vrozených vad u novorozenců matek léčených v prvním trimestru těhotenství paroxetinem
- SÚKL doporučuje opatrnost při léčbě přípravky Elidel a Protopic

PWG - šance pro mladé lékaře



Vážené kolegyně, vážení kolegové MUDr. Milan Kubek



České zdravotnictví se v uplynulých měsících, týdnech a dnech stalo bojištěm, na kterém si politické strany vyřizovaly své účty a kde politici předváděli voličům své pomyslné svaly. Seriosní diskuze o našich problémech se z těchto svárů bohužel postupně vytratila. Někteří z nás se do těchto pútek aktivně zapojili, jiní se do bojů nechali vmanipulovat. Lékařský stav zůstává rozdělený a z naší nejednoty mohou profitovat pouze zdravotní pojišťovny a politici, kteří nás budou snáze ovládat.

V uplynulých dnech jsem absolvoval řadu rozhovorů s nejvyššími představiteli našich zahraničních partnerských organizací, kteří nedokázali pochopit, kde se v nás Češích bere taková hašteřivost a nekolegialita. Ani já nechápu, proč tak ochotně zdůrazňujeme to, co nás rozděluje a s takovou lehkostí zapomínáme na vše, co je nám společné? Proč děláme mouřeníny politikům, kteří nás zneužívají, tváříce se navzájem jako nesmiřitelní ideoví odpůrci, aby se pak po volbách klidně domluvili ve svůj prospěch a na náš úkor? Proč si z politiků nedokážeme vzít příklad alespoň v tom, jak krásně oni dokáží navzdory ideologických bariérám spolupracovat při prosazování svých osobních zájmů a výhod?

V předvečer parlamentních voleb, jejichž kampaň zanechala na tváři lékařského stavu hluboké šrámy, považují za vhodné zapakovat, v čem já osobně spatřuji úlohu ČLK.

Česká lékařská komora už ze zákona plní roli garanta kvality a strážce etiky výkonu lékařského povolání a pokud se chce jako taková těšit dostatečné autoritě mezi doktory, je její povinností prosazovat zároveň profesní a ekonomické zájmy svých členů, kteří provoz Komory financují. Aby toto mohla Komora plnit, musí si především dokázat obhájit patřičné pravomoci a vybojovat potřebné kompetence. Jen silná Komora totiž může být pro své členy užitečná.

ČLK je a musí zůstat organizací nadstranickou, která bude hájit zájmy českého zdravotnictví a všech lékařů, bez ohledu na jejich stranickou příslušnost či politické preference.

Jako profesní samosprávná organizace disponuje Česká lékařská komora obrovským odborným potenciálem svých členů, díky kterému může nejenom zaujímat kvalifikované postoje k návrhům zákonů a vyhlášek, ale sama by se měla i nadále aktivně podílet na přípravě norem upravujících organizaci a financování zdravotnictví.

Oblast, v níž dle mého názoru zatím Komora selhává, je popularizace medicíny a pozitivní prezentace výsledků práce nás lékařů. České zdravotnictví má totiž mnohem lepší úroveň, než by se mohlo zdát podle informací sdělovacích prostředků, které mají zájem vyhledávat konflikty a zveličovat nedostatky jen proto, aby zvýšily svoji atraktivitu, sledovanost a tedy zisky. Na rozdíl od Polska, Chorvatska či Slovenska v žádném případě nestojíme před krachem. Solidní evropská kvalita a široká dostupnost lékařské péče pro občany ČR jsou však bohužel dosahovány na úkor nízkého finančního ocenění práce zdravotníků, kteří tak zůstávají nedobrovolnými sponzory svých pacientů. Kdo jiný než ČLK může mít sílu toto změnit?

Situace sice není kritická, ale ke spokojenosti máme jistě daleko. Našemu zdravotnictví chybí především peníze. Za 7% českého HDP pacienti opravdu nemohou očekávat péči světové úrovně. Politici, kteří nevnímají důležitost zdravotnictví a nevidí tváří v tvář procesu stárnutí populace nutnost zvyšovat výdaje na zdravotnictví, nemohou v našich očích obstát, neboť takoví lidé nás buďto vyzývají ke zhoršení úrovně české medicíny a nebo chtějí zneužívat skutečnost, že my lékaři vnímáme nejenom ekonomický ale také etický rozměr svého povolání.

Lékaři zaměstnanci pobírají za svoji kvalifikovanou a odpovědnou práci ostudně nízké mzdy a jsou stále nuceni v rozporu s legislativou EU k obrovskému množství přesčasové práce, které ohrožuje jejich zdraví a především bezpečnost pacientů. Naši existenční nejistotu pak umocňuje transformace okresních nemocnic na obchodní společnosti a politické tahanice okolo zákona o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních.

Soukromí lékaři zase zůstávají v nerovném postavení vůči zdravotním pojišťovnám, sužovaní nejistou dobou trvání svého smluvního vztahu a nepřehledným systémem různých regulací úhrad, jejichž hlavním cílem je nezaplatit nám za naši práci. Chaoticky probíhající dohodovací řízení, jejichž organizace dnes prakticky vylučuje shodu mezi lékaři a pojišťovnami, nás pak vystavuje na milost či nemilost vůli zdravotních pojišťoven a ministerstva zdravotnictví.

Vážené kolegyně a kolegové, Česká lékařská komora je prostorem otevřeným pro všechny lékaře, pro každého z vás, pro vaše sdružení či spolky a není tedy úlohou jejího prezidenta, aby vám radil, kterého politika a jakou stranu máte volit či nevolit. Nežijeme však ve vzduchoprázdnu a je tedy zřejmé, že výsledek těchto parlamentních voleb ovlivní také náš profesní život. Proto si vám dovoluji doporučit pouze dvě věci. Za prvé, jděte k volbám, nezříkejte se svého práva a nepodporujte tak ty, koho byste nikdy nevolili. Za druhé pak přemýšlejte více hlavou než srdcem. Vzpomeňte si na to, kdo pro vás co udělal či neudělal dobrého, kdo vám ublížil, kdo prosazoval zájmy zdravotníků a kdo byl spíše zastáncem různých lobby, které na nás parazitují. Buďte kritičtí k předvolebním slibům a posuďte volební programy jednotlivých stran podle jejich reálnosti. Nenechte se nalákat na laciná ideologická hesla. Myslete na prospěch svůj a buďte přitom solidární i se svými kolegy. Volte takové politiky, kteří dle vašeho nejlepšího vědomí a svědomí nejvíce prospějí našemu zdravotnictví. Nezapomeňte však, že ať dopadnou volby jakkoliv, pouze na nás zůstane povinnost léčit naše pacienty. Přeji nám všem šťastnou volbu.

S kolegiálním pozdravem

MUDr. Milan Kubek,
prezident ČLK

**Chcete aktuální
informace o činnosti
České lékařské komory?**



Časopis Tempus Medicorum vychází jedenkrát za měsíc a díky výrobním lhůtám nemůže být zdrojem těch nejaktuálnějších informací. Rovněž na webovou stránku ČLK (www.lkcr.cz) není možno umísťovat veškeré materiály. Kolegové, pokud chcete být nejlépe informováni o činnosti České lékařské komory, zašlete prosím následující text:

**„Žádám o zaslání informací o činnosti ČLK“
na adresu: recepce@clkcr.cz**

Budete tak zařazeni do databáze kontaktů a na vaši adresu budou zaslány aktuální informace. Adresu recepce@clkcr.cz můžete zároveň využívat i k zaslání připomínek a svých námětů, co by měla ČLK prosazovat a jak by měla zlepšit svou činnost, aby pro vás představovala kvalitní servisní organizaci, která bude hájit vaše zájmy.

Představenstvo ČLK



Milan Kubek, prezident ČLK
ambulantní specialista - interna, angiologie
prezident@clkcr.cz

Karel Blažek, Praha
ambulantní specialista - ARO
blazek@anestar.cz



Aleš Herman, Královéhradecký kraj
ambulantní specialista - kardiologie
alesherman@kardio-troll.cz

Eva Hledíková, Praha
ambulantní specialista - Rtg
evahled@volny.cz



Zorjan Jojko, Praha
ambulantní specialista - kardiologie
kardiomed@volny.cz

Lubor Kinšt, Jihočeský kraj
praktický lékař
lkinst@iol.cz



Karel Klanica, Jihomoravský kraj
ambulantní specialista - gynekologie
klanica@poliklinika.cz

David Krbušek, Středočeský kraj
praktický lékař - pediatr
krbusek@quick.cz



Josef Lihne, Ústecký kraj
ambulantní specialista - urologie
lie@iol.cz

Jiří Mach, Jihomoravský kraj
lékař zaměstnanec - ARO
mach13@seznam.cz



Petr Němeček, Olomoucký kraj
praktický lékař
nemecek@pds.olc.cd.cz

Jan Nový, Plzeňský kraj
ambulantní specialista - gynekologie
jan.novy@centrum.cz



Miroslav Pětivlas, Vysočina
praktický lékař
pentapilus@seznam.cz

Věra Rybová, Pardubický kraj
ambulantní specialista - interna
v.rybova@tiscali.cz



Martin Sedláček, Moravskoslezský kraj
lékař zaměstnanec - chirurgie
martinse@atlas.cz

Tomáš Šindler, Zlínský kraj
praktický lékař
tomas.sindler@volny.cz



Ivana Vraná, Liberecký kraj
lékař zaměstnanec - pediatr
vrana@nemjbc.cz

Tomáš Vodvářka, Moravskoslezský kraj
ambulantní specialista - neurologie
neuro.vodva@quick.cz



www.lkcr.cz

...důležité informace,
tisková prohlášení,
korespondence vedená
ČLK se zdravotními
pojišťovnami...

Tempus medicorum
- archiv vydání

www.webtempus.cz

KONTAKTY - Česká lékařská komora

Recepce - telefonní čísla: 257 215 285, 257 211 329, 257 217 226, 257 216 810

Pracoviště	Jméno	Linka	Mobil	E-mail	Fax
Recepce + redakce	Veronika Klierová	11	603 116 383	recepce@clkcr.cz	257 220 618
Recepce 2 + registr	Romana Vlčková	19	603 116 383	registr@clkcr.cz	
Ředitelka kanceláře	Jindra Šťastná	23	603 417 168	sekretariat@clkcr.cz	
Sekretariát prezidenta	-	17	603 580 080	257 220 617 - přímé tel. č.	
Vědecká rada	Olga Molhancová	14	777 577 241	vr@clkcr.cz	
Zahraniční oddělení	Mgr. Radovan Urban Kocák	21	777 941 701	foreign3@clkcr.cz	
Zahraniční oddělení 2	Magdaléna Janderová	21	777 941 701	foreign2@clkcr.cz	
Oddělení vzdělávání	Naďa Reitschlägerová	22.24	603 252 483	seminar@clkcr.cz , vzdelavani@clkcr.cz	
Revizní komise a Čestná rada	Pavla Bublová	33	603 428 595	rkacr@clkcr.cz	
Revizní komise a Čestná rada 2	Petra Vořechová	32	603 428 595	rkacr2@clkcr.cz	
Právní oddělení - sekretariát	Jana Pelikánová	29	731 527 470	pravnisekret@clkcr.cz	257 219 280
Právní oddělení	Mgr. MUDr. Dagmar Záleská	27	731 527 470	pravni@clkcr.cz	
Právní oddělení	Mgr. Ivana Kvapilová	26	731 527 470	pravni2@clkcr.cz	
Právní oddělení	Rychlá právní pomoc		721 455 456		

Studium medicíny v Rakousku

Vedle volného pohybu pracovních sil patří mezi základní práva všech občanů Evropské unie i možnost studia v zahraničí. Praktická realizace těchto práv, tak jak tomu ostatně u velkých vizí často bývá, však naráží na řadu nejrůznějších problémů. Pohyb pracovních sil je omezován kvůli rozdílné úrovni výdělků, mobilitě studentů zase brání rozdílná pravidla pro přístup ke studiu na vysokých školách. Ilustrativním příkladem pro nás může být Rakousko, které je vůči téměř desetkrát většímu Německu v postavení slabšího souseda.

Rakousko tradičně neomezovalo počet studentů na lékařských fakultách. Důsledkem této liberální politiky je dnešní nadbytek lékařů, kdy se právě Rakousko spolu s Itálií potýká s velkou nezaměstnaností lékařů. Absolventi lékařských fakult zde jen obtížně hledají zaměstnání v nemocnicích akreditovaných k postgraduální výuce, takže někteří z nich čekají v pořadníku na uvolnění takového pracovního místa i několik let. Obdobný stav, kdy lékařské fakulty produkují mladé lékaře, kteří nemají uplatnění a nedostanou šanci získat specializovanou způsobilost, hrozí i České republice, pokud v krátkém čase úspěšně neproběhne proces akreditace co největšího počtu nemocnic pro postgraduální vzdělávání lékařů. Představa, že by naši lékaři mohli celou specializační přípravu absolvovat pouze ve fakultních nemocnicích, je absolutně nesmyslná.



MUDr. Kubek při jednání s viceprezidentem Rakouské lékařské komory Dr. Otomarem Haasem

Další zajímavostí z Rakouska je probíhající reforma studia medicíny. Rakouští studenti dnes začínají s klinickou praxí dříve, nikoliv až po absolvování zkoušek z teoretických oborů jako anatomie, histologie... Jde o velký experiment. Aby však bylo možno zajistit řádný průběh praktické výuky v klinických oborech, musely vysoké školy zároveň se změnou curricula přistoupit k výraznému omezení počtu mediků. Zatímco před několika lety začínalo každým rokem studovat medicínu cca 3 000 studentů, tak v letošním roce byl počet studentů prvních ročníků na všech třech státních lékařských fakultách omezen na celkových 1 500 (Vídeň 740, Innsbruck 400, Graz 360), přičemž zájemci o studium musí absolvovat přísnější přijímací zkoušky, než v tomu bylo v minulosti. Jen pro úplnost je dobré zmínit, že ani na těchto státních univerzitách není studium bezplatné, nýbrž stojí 400 euro školného za semestr. Pochopitelně však na druhou stranu řada studentů pobírá prospěchová či sociální stipendia. Vedle tří zmiňovaných státních škol existuje v Rakousku ještě jedna privátní lékařská fakulta v Salzburgu, kde je však studium mnohem dražší.

V Německu naproti tomu již řadu let platí tzv. numerus clausus, tedy striktní omezení počtu studentů, kteří mohou studovat na lékařských fakultách, přičemž místo přijímacích zkoušek jsou studenti přijímáni ke studiu na základě výsledků dosažených při maturitních zkouškách. V praxi to znamená, že se ke studiu mohou hlásit pouze ti, kdo měli lepší studijní výsledky, než je stanovená minimální hranice. Řada maturantů, kteří nemají šanci studovat medicínu doma, se tedy zákonitě snaží o přijetí na univerzity v sousední německy mluvící zemi, tedy v Rakousku. To se však vzhledem k nepoměru počtu obyvatel snaží přílivu studentů z téměř desetkrát lidnatějšího Německa bránit.

V červenci 2005 však Evropský soud rozhodl, že rakouské pravidlo, podle něhož se mohli ke studiu na lékařských fakultách hlásit pouze ti zájemci, kteří splnili předpoklady k přijetí na fakultu i ve své domovské zemi, je v rozporu s legislativou Evropské unie. V únoru 2006 tedy rakouský parlament schválil zákon, podle kterého mají 75 % studijních míst rezervováni Rakušané, 20 % občané dalších států EU a 5 % ostatní cizinci.

MUDr. Milan Kubek,
prezident ČLK



Vážená paní doktoro, pane doktore, přinášíme vám přehled víkendových doškolovacích kurzů České lékařské komory pro letní semestr roku 2006.

Přihlášky, prosím, zasílejte na adresu ČLK: Oddělení vzdělávání ČLK, Lékařská 2, 150 30 Praha 5, fax: 25722 0618, e-mail: vzdelavani@clkcr.cz, seminar@clkcr.cz. (uveďte prosím celé jméno, odbornost, adresu, telefonní číslo a číslo kurzu).

Podrobné informace, týkající se organizace a průběhu kurzu, obdrží přihlášení účastníci 10 dnů před zahájením kurzu. Poplatky za účast na doškolovacích kurzech České lékařské komory jsou následující - cena doškolovacích kurzů ČLK určených pro lékaře příslušných specializací:

při přihlášení a platbě předem 650,- Kč,

při přihlášení a platbě na místě 720,- Kč.

Cena doškolovacích kurzů ČLK pro nečleny České lékařské komory je 1.190,- Kč.

Součástí poplatku za kurz je studené občerstvení, káva a minerální voda.

Začátek víkendových kurzů je v 8.30 hod.

Každý doškolovací kurz České lékařské komory je ohodnocen certifikátem v souladu se systémem kontinuálního vzdělávání lékařů.

V případě jakýchkoli dotazů nás, prosím, kontaktujte na telefonním čísle: 257217226, linka 22, 24, nebo na tel. č. 603 252 483. Veškeré informace o doškolovacích akcích ČLK dále naleznete na internetových stránkách - www.lkcr.cz. **Oddělení vzdělávání ČLK**

25/06 Kurz – Vybrané problémy medicínského práva (6992). Datum konání: 3. 6. 2006.

Místo konání: Praha, Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5

Koordinátor kurzu: MUDr. Helena Slavíková, UPMD Praha 4-Podolí

JUDr. Aleš Buriánek

Právní vymezení vztahu lékař - pacient;

Lékař v postavení zaměstnance;

Lékař jako provozovatel zdravot. zařízení;

Možnosti právní obrany lékaře

Prim. MUDr. Jiřina Hobstová, CSc.

Novinky u virových hepatitid B a C

Prim. MUDr. Jiřina Hobstová, CSc.

Klíšková encefalitida

MUDr. Michal Goetz

Deprese u dětí a adolescentů

MUDr. Michal Goetz

Panická porucha

27/06 Infekční kurz (7334)

Datum konání: 27. 5. 2006

Místo konání: Praha, Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5

Koordinátor kurzu: MUDr. Jana Bíbová,

MUDr. Zuzana Blechová

Diferenciální diagnostika tonzilofaryngitid

MUDr. Zuzana Blechová

Vakcinace v dospělosti, možnosti a problémy

Prim. MUDr. Hana Roháčová, CSc.

Lymfská borelióza, klinické formy,

laboratorní diagnostika a léčba.

MUDr. Ladislav Machala

Importované nákazy, možnosti prevence,

profylaxe

Doc. MUDr. Vilma Marešová, CSc.

Doporučené postupy u močových

infekcí v ordinaci PL

MUDr. Dita Smíšková

Vývoj platů lékařů

Průměrný přepočtený evidenční počet lékařů ve zdravotnických organizacích, které uplatňují pro odměňování zákon č.143/1992 Sb.

O platu, činí 14 581 a meziročně se snížil o 272, tj. o téměř 2 %. Toto snížení je způsobeno transformací některých nemocnic zřizovaných kraji na obchodní společnosti, které platí zaměstnance podle zákona č.1/1992 Sb. O mzdě. Tento pokles je výrazně nižší, než v roce 2004, kdy ubýlo 1 269 lékařů.



Průměrné tarifní platy lékařů činí 18 786 Kč (t. j. nárůst o 1 770 Kč měsíčně) a jejich podíl na celkové průměrné mzdě představuje 48,6 %. Nenárokové složky platu (osobní příplatky a odměny) ve výši 7 297 Kč se meziročně zvýšily o 3,4 %. Dalšími podstatnými složkami platu lékařů (17,3 % z celkové průměrné mzdy) jsou plat za práci přesčas a odměna za pracovní

pohotovost, které představují v měsíčním průměru 6 668 Kč.

Veřejným tajemstvím zůstává, že většina nemocnic falšuje výkazy práce svých zaměstnanců. Počet vykázaných hodin práce přesčas na jednoho lékaře tak oficiálně činí pouhých 222 hodin za rok s hodinovým platem 222 Kč, počet hodin pracovní pohotovosti lékařů pak 422 hodin s odměnou 73 Kč za hodinu. Z celkového počtu hodin pracovní pohotovosti představuje podle zfalšovaných výkazů 212 hodin pracovní

pohotovost na pracovišti, tj. 50,2%. Smutným faktem zůstává, že nemocniční lékař musí strávit na pracovišti cca. 240 hodin měsíčně a jeho hodinový příjem zůstává okolo 160 korun hrubého.

Počet lékařů odměňovaných podle zákona č.143/1992 Sb

	2002	2003	2004	2005
Absolutní počet	16 278	16 122	14 853	14 561
Meziroční změna	+ 1,1 %	- 1,0 %	- 7,9 %	- 2,0 %

Vývoj odměňování v uplynulém roce ovlivnil nárůst platových tarifů v nepodnikatelské sféře k 1.1. 2005 o 7% a dále zvýšené zvýhodnění platových tarifů zdravotnických pracovníků ze 17% na 25%, které prosadil LOK-SČL proti vůli Odborového svazu pracovníků ve zdravotnictví vedeného panem Schlangerem. Vzhledem k tomu, že toto opatření nabylo platnosti po jednáních s předsedou vlády Paroubkem, tedy až od 1.9. 2005, promítlo se do celkových výsledků odměňování pouze částečně a celkový dopad bude zřejmý až v roce 2006.

Průměrná měsíční mzda lékařů dosáhla výše 38 634 Kč a meziročně se zvýšila o 1 541 Kč, tj. o 4,2 %. Tyto příjmy jsou však bohužel vykoupeny extrémně vysokou pracovní zátěží, kdy v českých nemocnicích stále není respektována Evropská směrnice o pracovní době (EWTB) ani rozhodnutí Evropského soudního dvora, že veškerá přítomnost lékaře v nemocnici musí být považována za práci a také patřičně honorována.

Shrnutí průměrných příjmů lékařů v roce 2005

Průměrná měsíční mzda lékařů	38 634 Kč
Průměrné tarifní platy lékařů	18 786 Kč
Průměrná nenároková složka platu (osobní příplatky a odměny)	7 297 Kč
Průměrný plat za práci přesčas a odměna za pracovní pohotovost	6 668 Kč

Průměrná měsíční mzda všeobecných sester a porodních asistentek činí 18 755 Kč, ve srovnání s průměrem roku 2004 vzrostla o 829 Kč, tj. o 4,6%.

V roce 2006 by se mělo v plné míře projevit zvýhodnění platových tarifů zdravotnických pracovníků o celkových 25%, rovněž pak obecný nárůst platových tarifů od 1.1. 2006 v průměrné výši o 5%.

MUDr. Milan Kubek

Vývoj průměrných měsíčních příjmů lékařů odměňovaných dle z. 143/92 (včetně ÚPS) a srovnání nárůstu reálných příjmů lékařů se zaměstnanci nepodnikatelské sféry

	ČR (Kč)	Lékaři (Kč)	Lékaři jako % ČR	Lékařimeziroč. (+ Kč)	Lékaři meziroč. (+ %)	Inflace (%)	Lékaři - vývoj reálné mzdy
1992	4 825	7 801	165,1				
1993	6 032	10 347	171,5	+ 2 546	+ 32,64	20,8	+ 11,84 %
1994	7 114	13 384	188,1	+ 3 037	+ 29,35	10,0	+ 19,35 %
1995	8 438	15 860	188,0	+ 2 476	+ 18,50	9,1	+ 9,40 %
1996	9 994	19 116	191,3	+ 3 256	+ 20,53	8,8	+ 11,73 %
1997	11 029	20 258	183,4	+ 1 142	+ 5,97	8,5	- 2,53 %
1998	12 055	20 857	173,0	+ 599	+ 2,96	10,7	- 7,74 %
1999	13 047	23 692	181,6	+ 2 835	+ 13,59	2,1	+ 11,49 %
2000	13 912	24 854	178,7	+ 1 162	+ 4,90	3,9	+ 1,00 %
2001	14 642	28 839	197,0	+ 3 985	+ 16,03	4,7	+ 11,33 %
2002	16 212	33 270	205,2	+ 4 431	+ 15,36	1,8	+ 13,56 %
2003	16 917	35 843	211,9	+ 2 573	+ 7,73	0,1	+ 7,63 %
2004	18 035	37 093	205,7	+ 1 250	+3,49	2,8	+ 0,69 %
2005	19 030	38 634	203,0	+ 1 541	+ 4,15	1,9	+ 2,25 %

Odpovědnost lékaře za škodu a pojištění

V posledním období je právní oddělení České lékařské komory stále častěji dotazováno na problematiku občanskoprávní odpovědnosti lékařů za škodu způsobenou pacientovi nebo pozůstalým a na možnosti pojištění proti tomuto druhu právní odpovědnosti. Z toho důvodu podáváme o této problematice členům České lékařské komory podrobnější informaci.

Základní druhy občanskoprávní odpovědnosti

Obecně lze konstatovat, že ve zdravotnictví rozlišujeme následující základní druhy právní odpovědnosti:

- trestní odpovědnost
- občanskoprávní odpovědnost za škodu
- občansko právní odpovědnost za zásah do práva na ochranu osobnosti
- pracovněprávní odpovědnost
- správní odpovědnost
- disciplinární odpovědnost
- smluvní odpovědnost.

V tomto článku se chceme zabývat problematikou občanskoprávní odpovědnosti lékaře za škodu způsobenou pacientovi nebo pozůstalým.

Abychom se v této problematice dokázali dobře orientovat, musíme rozlišit odpovědnost:

1. Provozovatele nestátního zdravotnického zařízení – soukromého lékaře za škodu způsobenou pacientovi nebo pozůstalým;
2. Odpovědnost provozovatele nestátního zdravotnického zařízení – soukromého lékaře za zásah do práva na ochranu osobnosti a případně též lékaře-zaměstnance za zásah do práva na ochranu osobnosti;
3. Odpovědnost lékaře-zaměstnance vůči zaměstnavateli za způsobenou škodu (pracovněprávní odpovědnost);

Občanskoprávní odpovědnost za škodu

Za škodu způsobenou pacientovi nebo pozůstalým při poskytování zdravotní péče odpovídá, jsou-li splněny podmínky stanovené občanským zákoníkem, vždy provozovatel příslušného zdravotnického zařízení. Za tuto škodu neodpovídá zaměstnanec zdravotnického zařízení. Občanskoprávní odpovědnost za škodu tedy nemá zaměstnanec zdravotnického zařízení, ale pokud jeho zaměstnavatel byl nucen nahradit škodu, kterou zaměstnanec způsobil, pak může zaměstnavatel požadovat, aby zaměstnanec přispěl k náhradě škody ve výši čtyřapůlnásobku průměrného měsíčního výdělku. Vyšší příspěvek k náhradě škody nemůže zaměstnavatel požadovat. Výjimkou jsou případy, kdy škoda byla způsobena úmyslně nebo pod vlivem alkoholu či jiné návykové látky. Pokud tedy pacient či pozůstalý nebo jejich právní zástupce uplatňuje nárok na náhradu škody vůči zaměstnanci zdravotnického zařízení, jde o zcela chybný postup a zaměstnanec může právem odkázat na svého zaměstnavatele, který za škodu odpovídá.

V případě škody na zdraví nebo na životě se zatím uplatňuje tzv. obecná odpovědnost, dle § 420 občanského zákoníku. Podle tohoto ustanovení každý odpovídá za škodu, kterou způsobil porušením právní povinnosti. Škoda je způsobena právnickou osobou anebo fyzickou osobou, když byla způsobena při jejich činnosti těmi, které k této činnosti použili (nemusí jít vždy jen o zaměstnance). Tyto osoby samy za škodu takto způsobenou podle občanského zákoníku neodpovídají; jejich odpovědnost podle zákoníku práce samozřejmě není dotčena, tak jak bylo shora uvedeno.

Aby mohl být pacient s nárokem na náhradu škody úspěšný, musí prokázat následující skutečnosti:

1. porušení právní povinnosti při poskytování zdravotní péče – zpravidla chybný odborný postup – non lege artis;
2. vznik škody na zdraví nebo na životě;
3. příčinná souvislost mezi porušením právní povinnosti a vznikem škody.

Nemusí sice prokazovat zavinění, ale žalované zdravotnické zařízení se může zprostit odpovědnosti, pokud prokáže, že škodu nezavinilo. Musí samozřejmě prokázat, že škodu nezavinili ani jeho zaměstnanci. V případě zavinění je důkazní břemeno na straně žalované, v případě porušení právní povinnosti, vzniku škody a příčinné souvislosti je důkazní břemeno na straně žalující.

Poněkud jiný právní režim je pouze v případech, kdy škoda je způsobena okolnostmi, které mají původ v povaze přístroje nebo jiné věci, které bylo při plnění závazku (v daném případě při poskytování zdravotní péče) použito. Zde se nevyžaduje porušení právní povinnosti ani zavinění a postačí, že škoda byla způsobena povahou přístroje, léčivého přípravku apod. Jde o tzv. objektivní odpovědnost, která se také někdy nazývá odpovědností za výsledek. Proti tomuto druhu právní odpovědnosti poskytovatele zdravotní péče se lze zpravidla bez problémů pojišťovat. Pokud měla použitá věc (lék, přístroj) vadu, lze uplatnit nárok vůči jeho výrobci.

Zaměstnanec vždy za škodu odpovídá pouze podle zákoníku práce

Z jednoho okresního sdružení lékařů ČLK mi přišel nedávno dotaz, zda v případě, že je lékař trestně stíhán pro trestný čin spáchaný z nedbalosti při poskytování zdravotní péče pacientovi a pacient nebo pozůstalý uplatní v trestním řízení nárok na náhradu škody, přičemž v občanskoprávním řízení byl tento nárok již promlčen, nebude lékař současně s případným trestem odsouzen i k náhradě škody místo zdravotnického zařízení, vůči kterému byl nárok promlčen. Není tomu tak. Po dobu trestního řízení, ve kterém byl uplatněn nárok na náhradu škody, se běh promlčecí lhůty podle občanského zákoníku zastavuje a promlčecí lhůta tedy neběží. V daném případě by však soud vůbec neměl připustit uplatnění nároku na náhradu škody v trestním řízení, protože za škodu podle § 420 odst. 2 občanského zákoníku nemůže lékař – zaměstnanec pacientovi ani pozůstalým odpovídat, vždy za ni odpovídá jeho zaměstnavatel. Zásada uvedená v ustanovení § 420 odst. 2 občanského zákoníku platí tedy i při uplatnění nároku na náhradu škody v trestním řízení.

Nároky vyplývající z práva na ochranu osobnosti

V případě nároků na satisfakci za zásah do práva na ochranu osobnosti není již zákonem stanovena zásada, že za škodu neodpovídá zaměstnanec zdravotnického zařízení, ale jen provozovatel, tedy zaměstnavatel. Přesto však v praxi dochází jen zcela ojediněle k případům, kdy pacient žalobu na ochranu osobnosti s požadavkem přiměřené satisfakce podává proti lékaři – zaměstnanci. Zpravidla právně zastoupen a právní zástupce podává žalobu, stejně jako v případě „klasické žaloby“ o náhradu škody, na zdravotnické zařízení, nikoli na jeho zaměstnance. V tomto případě však odpovědnost zaměstnance zdravotnického zařízení, na rozdíl od odpovědnosti za škodu, vyloučit nelze.

Problematika práva na ochranu osobnosti a satisfakce za zásah do práva na ochranu osobnosti vyžaduje samostatný článek na toto téma. Zde se omezíme na konstatování, že soudy v minulosti opakovaně vyhověly žalobě na ochranu osobnosti pro ztrátu blízké osoby, spočívající například v úmrtí manžela, dítěte apod. a přiznaly poměrně vysokou finanční satisfakci pozůstalým. Kromě toho soudy vyhověly i žalobě pro zásah do práva na ochranu osobnosti spočívajícího v tom, že pacient byl omezen ve svých právech rozhodovat sám o sobě, když nebyl zákrok proveden s jeho náležitým a dostatečným informovaným souhlasem, nebo byl proveden nad rámec toho, k čemu pacient souhlas dal. Úspěšné byly i žaloby, kterými se pacient domáhal satisfakce za porušení práva na ochranu jeho lidské důstojnosti pro nedůstojné zacházení nebo nedůstojné jednání s ním ve zdravotnickém zařízení.

Z praxe jsou známy případy, kdy právní zástupce pacienta se musí správně rozhodnout, jaký typ žaloby za svého klienta proti zdravotnickému zařízení nebo soukromému lékaři podá. Například v případě perforace tlustého střeva při kolonoskopii lze těžko hovořit o porušení právní povinnosti, neboť jde o přípustné riziko tohoto výkonu. Stejně tak v případě přetěti žlučovýchodů při endoskopické operaci žlučniku je tato velmi nepříjemná komplikace přípustným rizikem endoskopického výkonu. Advokát poškozeného v těchto případech zpravidla zjišťuje, že bude možno těžko prokázat porušení právní povinnosti, protože prostý nezdar při určitém typu výkonu, který lze předvídat a je i statisticky objektivně zjištěn, není sám o sobě porušením právní povinnosti a odpovědnost za výsledek v daném případě zatím dána není. Proto se zpravidla velmi důsledně zajímá o to, zda byl jeho klient řádně poučen právě o této komplikaci, zda vzal na vědomí, že např. při kolonoskopii může dojít k perforaci tlustého střeva a co za důsledky toto riziko pro pacienta přináší, pokud k perforaci skutečně dojde. Stejně tak se zajímá, zda jeho klient byl poučen o tom, že při endoskopicky prováděné operaci žlučniku může dojít k přetěti žlučovodu,

v kolika procentech případů k této komplikaci dochází, že lze volit též „operaci řezem“, která představuje podstatně menší riziko přetětí žlučovodu než operace prováděná endoskopicky a zda pacientovi byla dána možnost volby a možnost vzít na vědomí všechna v úvahu připadající rizika i alternativy. Není-li tomu tak, není-li k dispozici kvalifikovaný informovaný souhlas pacienta a zdravotnické zařízení nemůže prokázat, že péče byla poskytnuta s jeho dostatečným informovaným souhlasem, pak pochopitelně hrozí úspěšná žaloba na ochranu osobnosti, včetně finanční satisfakce, místo žaloby o náhradu škody. Proto pojistnému krytí nároků vyplývajících z práva na ochranu osobnosti je třeba věnovat zvýšenou pozornost a žádnému soukromému lékaři bych nemohl doporučit uzavřít pojištění odpovědnosti za škodu, v němž bude vyloučeno pojistné plnění nároků vyplývajících z práva na ochranu osobnosti.

Co je hrazeno v rámci náhrady škody?

V rámci náhrady škody je hrazena především škoda spočívající v ušlém výděлку, popřípadě v rozdílu mezi výší invalidního důchodu a předchozí výší výděлку, dále veškeré náklady spojené s léčením včetně dopravy, popřípadě úhrady domácí ošetrovatelské péče, bolestné a tíže u společenského uplatnění, jakož i další náklady, které souvisejí se vznikem škody na zdraví.

V případě úmrtí osoby, na které byly jiné osoby závislé svou výživou, se hradí výživné a dále náhrada škody (kterou bych však spíše nazýval satisfakcí, zákon ji však považuje za odškodnění), která náleží blízkým osobám zemřelého. Tato náhrada je nově stanovena od 1. 5. 2004 v ustanovení § 444 odst. 3 občanského zákoníku, přičemž za škodu způsobenou blízké osobě náleží pozůstalým kromě výživného, pohřebného apod. jednorázové odškodnění ve výši:

- manželovi nebo manželce 240.000,- Kč;
- každému dítěti 240.000,- Kč;
- každému rodiči 240.000,- Kč;
- každému rodiči při ztrátě dosud nenarozeného počatého dítěte 85.000,- Kč;
- každému sourozenci zesnulého 175.000,- Kč;
- každé blízké osobě žijící ve společné domácnosti s usmrčeným v době vzniku události, která byla příčinou škody na zdraví s následkem jeho smrti, 240.000,- Kč.

Připočteme-li k těmto částkám případnou náhradu za výživné a pohřebné, lze snadno dojít k závěru, že pojistné krytí do výše 1.000.000,- Kč soukromému lékaři zpravidla v současných podmínkách již nemůže stačit. V minulosti došlo již k případům, kdy soudy přiznaly odškodné i ve výši několika desítek milionů korun. Proto výši pojistného krytí je třeba věnovat zvýšenou pozornost.

Dobrou ochranou je dobré pojištění

Za velmi zásadní považují apelovat na lékaře, aby měli kvalitní pojistnou smlouvu, která je spolehlivě kryje proti případům právní odpovědnosti vůči pacientovi vyplývajících z poskytování zdravotní péče. Je především třeba zkoumat pojistné podmínky, které jsou součástí příslušné pojistné smlouvy, zvláště pak veškeré výluky z pojistného krytí. To je pro člověka, který není v pojištnictví vzdělán a nemá ani právnícké vzdělání, někdy velmi obtížné.

Před uzavřením rámcové pojistné smlouvy České lékařské komory s Kooperativa, pojišťovnou, a. s., jsme se zajímali o to, zda jiné pojišťovny neposkytují lepší podmínky pro pojištění zejména soukromých lékařů pro případ odpovědnosti při výkonu jejich povolání. Některé výluky z pojištění při jinak dobrých podmínkách jsou však pro právníky České lékařské komory neakceptovatelné. Pokud pojišťovna může odmítnout pojistné plnění i v případě „hrubé nedbalosti“, přičemž co je „hrubou nedbalostí“ a co je „nikoli hrubou nedbalostí“ posoudí sám pojistitel, pak takto stanovená pojistná podmínka, která však může být slovně vyjádřena i jinými slovy než „hrubá nedbalost“, je pro právníky České lékařské komory zcela nepřijatelná. Zákon nedělí nedbalost na hrubou a lehkou ani nijak jinak a je zcela nezbytné, aby pokud není škoda způsobená úmyslně (popřípadě pod vlivem návykové látky), bylo pojistné plnění vždy poskytnuto. Stejně tak považujeme za zcela nepřipustné, aby mezi výlukami z pojistného krytí byly i případy nároků vyplývajících z práva na ochranu osobnosti. Takové pojistné krytí je podle našeho názoru zcela nedostatečné v současných podmínkách, kdy pacienti stále více využívají práva na ochranu osobnosti k uplatnění svých nároků vůči zdravotnickým zařízením. Pojistné podmínky rámcové pojistné smlouvy mezi ČLK a Kooperativa pojišťovnou, a. s., považujeme proto na současném českém „pojistném trhu“ za vcelku optimální.

A jedna rada na závěr: Pokud jste nepochybili, nikdy zbytečně neuznávejte svou odpovědnost za škodu. Jednak uznání nároku, má-li být hrazen z pojištění, musí odsouhlasit předem pojišťovna (jinak by pak právem mohla odmítnout hradit škodu), jednak nárok, který se vám v tuto chvíli zdá jako zanedbatelný a nechcete se kvůli němu zbytečně soudit, může být kdykoliv v příštích letech rozšířen o další a další původně nepředvídané nároky (například i za psychickou újmu, která se projevila po řadě let...) a když jste jednou důvod pro nárok uznali, těžko jej posléze neuznáte.

Tento článek je pouze základní informací, přičemž nebylo možno zmínit se zdaleka o všech aspektech občanskoprávní odpovědnosti, které mohou nastat. V případě potřeby samozřejmě odpovíme na doplňující dotazy.

Resumé

Odpovědnost za škodu vzniklou pacientovi nebo pozůstalým při poskytování zdravotní péče má zdravotnické zařízení (ať již nemocnice nebo soukromý ambulantní lékař), nikoli však lékař - zaměstnanec. Žalobce musí prokázat, že došlo k porušení právní povinnosti v příčinné souvislosti se škodou na zdraví nebo životě. Žalovaný se může zprostit odpovědnosti pokud prokáže, že škodu nezavinil. Výjimkou je odpovědnost za škodu způsobenou povahou použité věci (přístroje, léku), která je objektivní - tzv. za výsledek bez ohledu na porušení či neporušení právní povinnosti a zavinění. Lékař - zaměstnanec odpovídá za škodu pouze svému zaměstnavateli podle zákoníku práce ve výši maximálně čtyřapůlnásobku průměrného měsíčního výděлку. Kromě žaloby o náhradu škody podávají často pacienti či pozůstalí žaloby na ochranu osobnosti, proti kterým je třeba mít zajištěno řádné pojistné krytí, stejně jako proti žalobě o náhradu škody. U soukromých lékařů je dobré a dostatečné pojistné krytí zcela zásadní.

JUDr. Jan Mach
ředitel právního oddělení ČLK

inzerce



To je nádhera. Sluníčko svítí,
ticho jako v kostele, i ryby berou...
Jen ti komáři kdyby tolik neštípali.

Vy se starejte, aby Vám nic nezkazilo krásný den.
Své velké starosti můžete nechat na nás.

www.koop.cz
Volejte zdarma 800 105 105

Kooperativa
PRO ŽIVOT JAKÝ JE

Informace o 14. sjezdu LOK-SČL

25. 4. 2006 se v Praze konal mimořádný volební sjezd LOK-SČL. Hlavním úkolem delegátů bylo zvolit nového předsedu a doplnit předsednictvo tak, aby bylo i nadále akceschopným orgánem.



Bývalý předseda LOK-SČL Kubek, nový předseda LOK-SČL Engel, místopředsedkyně LOK-SČL Vedralová

Předsedou LOK-SČL byl drtivou většinou hlasů zvolen dr. Martin Engel, místopředsedy pak dr. Lukáš Velev a dr. Jana Vedralová. Sjezd také doplnil předsednictvo LOK-SČL s tím, že zvolil dr. Martina Opočenského, který je představitelem soukromých lékařů, a „staronovým“ členem pak jednomyslně zvolil dr. Milana Kubka.

Sjezd přijal zprávu o činnosti za uplynulý rok, kterou přednesl bývalý předseda dr. Kubek. Delegáti sjezdu poděkovali dr. Kubkovi za jeho práci pro organizaci, vysoce ocenili jeho zásluhy při rozvoji LOK-SČL. Sjezd se ztotožnil se snahou prezidenta ČLK dr. Kubka integrovat lékařský stav. LOK-SČL bude i nadále podporovat Českou lékařskou komoru v jejím zápase za obhajobu práv a oprávněných zájmů všech lékařů a vyzývá ostatní profesní organizace lékařů, aby vzájemné rozpory řešily formou dialogu na půdě ČLK.



Slovenský host - místopředseda LOZ
MUDr. Kamil Kvaltění

Delegáti sjezdu s velkým zájmem vyslechli informace zástupců Lékařského odborového svazu Slovenskej republiky. Se zaujetím jsme přijali autentické informace o degradaci a dehonestaci lékařského stavu na Slovensku, informaci o negativních dopadech „Slovenské cesty“ na systém tamního zdravotnictví. „Budu mít pět milionů příznivců a pět set tisíc odpůrců, tedy zdravotníků,“ shrnul v bonmotu ministr zdravotnictví SR Zajac budoucí dopady své reformy. „Dnes je situace na Slovensku taková, že pan minstr má pět a půl milionu odpůrců,“ trefně parafrázoval situaci jeden z referujících.



Hostem sjezdu byl také
ministr zdravotnictví
MUDr. David Rath

Chápeme tato vyjádření jako výrazné memento pro budoucí vývoj zdravotnictví v ČR. Kolegové na Slovensku stejně jako my protestují proti plošnému převodu nemocnic na obchodní subjekty. Tento převod tam, stejně jako u nás, ve svém důsledku znamená pouze přenesení odpovědnosti za špatně nastavené financování zdravotnictví na zaměstnance nemocnic. Závěrem těchto sdělení jsme vyjádřili našim slovenským kolegům plnou podporu v boji za důstojné postavení lékařů a ohodnocení jejich práce.

Pod dojmem předchozího sdělení jsme vyjádřili politování nad kampaní vedené kolem zákona o „neziskových nemocnicích“. Politování, že část našich kolegů, pracujících mimo tento sektor, proti zákonu protestuje. Je-li LOK-SČL podezírán z politické angažovanosti, pak musíme konstatovat, že právě ti kolegové, kteří dnes podporují „krizový štáb“, vystupují krajně stranicky, navíc v přímém rozporu se zájmy významné části lékařského stavu. LOK-SČL nikdy nevnímá rozdíl mezi lékaři „v privátu“ a v nemocnicích. Lékaři z nemocnic odcházejí do soukromých praxí a lékaři „soukromníci“ jsou mnohde platnými členy nemocničních lékařských týmů. LOK-SČL vždy razantně podporoval oprávněné zájmy kolegů v privátní praxi. O to více jsme současnou situací zklamáni.

Dovolte, abychom v zvěru sdělení vyzvali lékařský stav k jednotě. Vždyť jen společně jsme schopni, prosadit naše oprávněné zájmy vůči vládnoucím garniturám, lhostejno zda pravicového či levicového zaměření. Jen společně se můžeme stát rovnocennými partnery ostatních zájmových skupin v segmentu zdravotnictví a obhájit svoji rozhodující úlohu. Chceme proto vyzvat všechny profesní skupiny k otevřenému dialogu na půdě ČLK. Dialogu, který dobře vystihují slova M. Gorbačova: „Nemluvme o tom, co nás rozděluje, ale o tom co nás spojuje.“

LOK-SČL a jeho předsednictvo je přesvědčeno, že toho, co nás jako lékařský stav spojuje, je naprostá většina. Poškození zájmů kterékoliv skupiny lékařů je naší společnou prohrou.

Jménem předsednictva LOK-SČL
MUDr. Lukáš Velev, místopředseda



Nový předseda LOK-SČL
MUDr. Martin Engel

Zástupci LOK-SČL jednali s prezidentem o budoucnosti nemocnic



Prezident republiky Prof. Václav Klaus a nový předseda LOK-SČL MUDr. Martin Engel

Vážený pan Václav Klaus,
prezident republiky

V Praze dne 2. 5. 2006

Vážený pane prezidente, obracíme se na Vás jako na čelného představitele českého státu. Obracíme se na Vás jako na člověka, který je znám svou schopností racionální úvahy a nezájatého hodnocení věcí. Obracíme se na Vás také jako na předního ekonoma světového významu, jímž bezesporu jste. V těchto dnech Vám byl doručen k posouzení zákon o „veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních“.

Tento zákon vznikl jako snaha o nastavení základních pravidel v českém zdravotnictví i jako reakce na plošný převod nemocnic na obchodní společnosti, realizovaný krajskými samosprávami v poslední době. Jako reakce na snahu vyvést z nemocnic některé provoz, které byly zřízeny z veřejných prostředků a jejichž ztráta může být v budoucnu pro nemocnice nenahraditelná.

Vážený pane prezidente, musíme konstatovat, že po letech deformací, regulací a direktivních zásahů je ekonomické prostředí v českém zdravotnictví vším, jen ne svobodným a volným trhem. Jde o prostředí navýsost klientelistické a nepřehledné, kde ekonomický úspěch není určen schopnostmi a konkurencí ve zdravotnických činnostech, ale schopností vylobbovat si výhodnější smlouvu u zdravotních pojišťoven. Prostředím, kde táž činnost je u dvou subjektů ohodnocena zcela odlišně bez vazby na efektivitu a kvalitu. Prostředím, kde bují korupce a protekce, kde nejsou dány rovné podmínky všem.

Inkorporuje-li kdokoliv do takového prostředí nemocnice jako tržní společnosti, dopouští se tím dle našeho názoru hrubé chyby a další deformity, jejíž následky mohou být nepříznivé. Měl-li být převod nemocnic na tržní subjekty pouhou snahou zabránit navýšení ohodnocení léta podhodnocené práce zdravotníků, jde podle našeho názoru o špatný a nesystémový krok, který ve svém důsledku může situaci spíše zhoršit.

Vážený pane prezidente, stojíme na prahu dalších svobodných voleb, v nichž rozhodnutí voličů určí další směřování českého státu i jeho zdravotního systému. Vzejde-li z voleb vláda pravice, nechť ve zdravotnictví nastaví podmínky pro svobodné podnikání a trh. Nechť nastaví rovné podmínky pro všechny zúčastněné subjekty. Ty nechť jsou pak transformovány na subjekty tržní a podřízeny mechanismům trhu. Jsme připraveni vyvinout maximální snahu, abychom v takovém prostředí

obstáli. Ale právě prvotní vytvoření podmínek trhu a teprve následná transformace nemocnic je podle nás logickou posloupností dějů, již nelze zaměnit. Záměny těchto kroků, ke které bohužel již zčásti došlo, se však právem obáváme. Budou-li podmínky trhu vytvořeny a prostředí správně nastaveno, pak má vládnoucí garnitura možnost zákon o VÚZZ novelizovat a třeba i zrušit. Možná pak již takový zákon nebude třeba.

Je pochopitelně možné, že z voleb vzejde vláda levicová. Pak je zákon o VÚZZ plně v souladu s představou takové vlády o základní regulační a determinační funkci státu. Pak je setrvání tohoto zákona zcela legitimní a nám nezbyvá než věřit, že i v tomto prostředí jsme schopni plně zabezpečit kvalitní zdravotní péči našim spoluobčanům.

Nutno říci, že bychom byli nejraději, kdyby nutné změny v našem zdravotnictví probíhaly v politickém konsenzu všech stran i úzké spolupráci se zdravotníky tak, aby se systém zdravotnictví neměnil po každých volbách a s každou vládnoucí garniturou. V takovém systému by i VÚZZ včetně jejich napojení na veřejné rozpočty mohly mít své důležité místo. Jisté není třeba zdůrazňovat, že zdravotnictví a zejména nemocnice mají své nezastupitelné místo i v možné obraně Českého státu.

S politováním musíme konstatovat, že podobná diskuze o našem zdravotnictví dosud neproběhla, či jen okrajově. Místo toho se ze zákona o VÚZZ stalo politikum. Politikum, k němuž se bohužel veřejně vyjadřuje i část našich zdravotnických kolegů. Jsou to ale ti, jichž se zákon prakticky nedotýká, ti, kteří se do značné míry podíleli na deformitě celého prostředí. Navíc tyto lidé vystupují jménem všech zdravotníků. To musíme zásadně odmítnout.

Dovolujeme si Vás oslovit jménem zaměstnanců nemocnic, nejen lékařů, ale i zdravotních sester a ostatních zdravotníků. Dovolujeme si Vás požádat, abyste zvážil naše důvody a zákon dle uvážení podepsal. Doufáme, že se nám podařilo vysvětlit důvody, proč zákon o VÚZZ velká část zdravotníků v této chvíli podporuje.



Delegace LOK-SČL spolu s prezidentem ČR

Znovu podotýkáme, že tak nečiníme z obavy z tržních principů, ale z obavy, že budeme podřízeni těmto principům v nerovném postavení. Nuceni na trhu působit, bez možnosti tržně se chovat.

Je jistě na Vás, jak se ve věci zákona rozhodnete, a víme, že to bude rozhodnutí odpovědné. Chceme, abyste před tímto rozhodnutím uvážil názor všech a tedy i náš.

S poděkováním a pozdravem jménem LOK-SČL

MUDr. Martin Engel, předseda
MUDr. Lukáš Velev, místopředseda

PWG

PERMANENT WORKING GROUP OF
EUROPEAN JUNIOR DOCTORS

Šance pro mladé lékaře

Být mladým lékařem nebývá jednoduché. Většinou se totiž praktické zkušenosti dosti liší od čerstvě nabytých teoretických poznatků, a tak mladému adeptovi lékařského umění nezbyvá než se za pochodu mnohému novému učit.

Je vždy výhodou, máme-li dobré a ochotné kolegy - učitele, kteří jsou i za cenu oběti vlastního času ochotni pomáhat. Tu radou, tu praktickou ukázkou. Každý z nás si to prožil, každý z nás na své učitele vzpomíná. Nakonec zjišťujeme, že nejlepší školou života je stálá výměna zkušeností mezi sebou navzájem. Je naším velkým štěstím, že konečně žijeme v tradičním evropském prostoru bez bariér a ideologických „ismů“. Můžeme se volně pohybovat, cestovat a čerpat vědomosti nejen doma, ale i u svých sousedů.

Právě na takových myšlenkách je založena mezinárodní organizace mladých lékařů PWG. Zkratka skrývá celý název: „Permanent working group of European junior doctors“.

Název vcelku přesně vystihuje podstatu i náplň organizace. Jde o kolektivní orgán, složený z reprezentantů mladých negraduovaných lékařů celé Evropské unie. Historie organizace se datuje od 29. května 1976, takže právě v těchto dnech slaví 30 let svého vzniku.

V současnosti PWG sdružuje mladé lékaře z následujících členských států: Rakousko, Chorvatsko, Dánsko, Estonsko, Finsko, Francie,

Jubilejní pracovní zasedání PWG
se konalo 28. - 30. 4. 2006
v portugalském Portu



Německo, Island, Irsko, Itálie, Litva, Malta, Holandsko, Norsko, Portugalsko, Slovinsko, Španělsko, Švédsko, Švýcarsko, Ukrajina a Velká Británie. Pozorovateli jsou: Bulharsko a nově i Česká Republika. Jednotlivé země jsou zastoupeny reprezentativními organizacemi mladých lékařů nebo přímo asociacemi či komorami, které vytvářejí většinou speciální sekce pro lékaře ve specializační přípravě.

S PWG čile spolupracují další evropské lékařské organizace - CPME, UEMO, UEMS, AEMH, FEMS, EANA. PWG spolupracuje nejenom s odbornými společnostmi v otázkách náplně specializační přípravy v jednotlivých oborech, ale i s lékařskými odbory v boji za dobré pracovní podmínky a rovný přístup ke vzdělávání.

PWG není byrokratickým aparátem, ale čínorodou organizací, jejíž doménou zůstává snaha usnadnit začínajícím lékařům v EU postgraduální specializační přípravu. Pokusit se ji unifikovat a hlavně koordinovat tak, aby vznikl bez nadsázky celoevropský prostor pro tyto mladé kolegy.



PWG klade maximální důraz na systém specializační přípravy, ale nedělá si ambice zasahovat do pravidel atestačních zkoušek v jednotlivých zemích EU. Tato pravomoc zcela zůstává v kompetenci národní legislativy.

Po pádu železné opony se PWG z původní staré Unie rozrostla o nováčky z postkomunistických zemí. Naší velkou ctí a popravdě i zásluhou dnešního prezidenta České lékařské komory MUDr. Milana Kubka, který jako viceprezident FEMS navázal tolik potřebné osobní kontakty, je skutečnost, že i ČR je v zastoupení ČLK pozvána k jednacímu stolu. Zatím se dle obvyklé procedury musíme sice spokojit se statutem pozorovatele, ale nikdo nám nebrání požádat na berlínském sympoziu v listopadu 2006 o plnohodnotné členství. Tím by se ještě více otevřel prostor mladým českým lékařům k získávání zkušeností z praktické medicíny v celé EU.

Spolu s prezidentem ČLK jsem měl možnost účastnit se ve dnech 28. - 30. 4. 2006 jubilejního pracovního zasedání PWG v portugalském Portu. Byl jsem překvapen jak aktivně zde vystupovali například zástupci pobaltských republik, které tvoří motor projektu zvaného „Euromobility“. Země jako Estonsko a Litva na rozdíl od nás již dokáží hrát poměrně významnou roli v organizaci výměnných stáží.

Snaha koordinovat specializační přípravu v jednotlivých zemích naráží pochopitelně v praxi na nejrůznější problémy. Jedním z nich je například akreditace nemocnic, ve kterých příprava probíhá. Není jisté, zda problém obhájit stáž na slovně univerzitní klinice, avšak potíže nastanou



Prezident PWG - Rui Guimaraes, MD
a viceprezident FEMS - MUDr. Milan Kubek

v momentě, kdy se snažíte zapojit do mezinárodní sítě vzdělávání i menší nemocnice. Přitom právě pro lékaře pracující v takových okresních nemocnicích je cesta na zahraniční stáž nejobtížnější.

PWG má dnes vytvořeny pracovní sekce specializující se na různou problematiku, přičemž práce uvnitř jednotlivých sekcí probíhá skutečně permanentně. Ostatně dnes, v době elektronické komunikace, není problém pořádat konferenční hovory nebo získávat odpovědi na jakýkoliv dotaz od všech zúčastněných. Z výše uvedených skutečností vyplývá, že být členem PWG a moci se tak aktivně podílet na jejích aktivitách může být pro naše mladé lékaře jediné výhodné. PWG je demokratická organizace, která zásadně vylučuje rizika tzv. „dvourychlostního“ členství. Medicína je totiž jen jedna.

Česká lékařská komora s novým vedením se chce vrhnout na pole u nás dosud neorané. Chceme začít splácet dluh, který pocítujeme zejména vůči mladým lékařům, kteří dnes často oprávněně pochybují o smysluplnosti svého členství v komoře. Má-li nést tato snaha ČLK do budoucna ovoce, neobejde se pochopitelně bez aktivního zapojení těch, kterých se především týká. Komora bude mladým lékařům pomáhat, avšak nemůžeme nikoho do žádné aktivity nutit. Doufám, že se najde dostatek mladých kolegů, kteří pochopí, že i Česká lékařská komora může být prostorem pro obhajobu a realizaci jejich zájmů, pokud o to oni sami budou stát a o dění v ČLK se začnou aktivně zajímat.

MUDr. Tomáš Šindler
člen představenstva ČLK

Související internetové adresa: www.juniordoctors.eu



Prezident Ordem dos Médicos (Portugalská lékařská komora) Pedro Nunes, MD a prezident ČLK MUDr. Milan Kubek



Rozhovor s Pavlem Horákem, novým ředitelem VZP

TEMPUS Pane doktore, 26. dubna jste byl sněmovnou zvolen ředitelem Všeobecné zdravotní pojišťovny, jaké jsou vaše první dojmy?

Když manažer vystoupí o úroveň výš, je to jako když si na počítač nainstalujete novou verzi programu. Zvykáte si na nové prostředí, procházíte menu, seznamujete se s funkcemi, ale současně jste ve velkém tlaku, protože už s programem musíte pracovat a jsou před vámi termíny a úkoly. Když navíc během týdne změňte i firmu, je to jako muset ještě vše nainstalovat na nový počítač. Zkrátka směsice stresu a radosti.

TEMPUS Neleká Vás, že přicházíte řídit instituci v centru pozornosti veřejnosti i politiků, s obratem přes 100 miliard korun, která miliardy dluží, hospodaří už roky se ztrátou a nyní se od ní očekává, že se to do konce roku změní? Je pravda, že si člověk musí zvyknout na další dvě nuly v bilancích navíc. Pozornost médií mne příliš netěší, ale co se týče zadlužení, to mne z rovnováhy nevyvádí. Nikdy jsem nic jiného než velké zadlužené instituce neřídil, zatím se nám vždy povedlo trendy obracet, takže jsem střízlivý optimista.

TEMPUS Kdo je to my? Když říkám my, myslím tím svůj tým ekonomů, nejbližší spolupracovníky se kterými pracuji.

TEMPUS Jak jste se vůbec stal z lékaře ředitelem nemocnice?

Když jsem se v roce 1992 vrátil z pobytu v USA, brzy jsem v nemocnici zažil situaci, kdy jsme Furosemid pro pacienty v plicním edému kupovali za hotové v lékárně za rohem, protože do nemocnice už nikdo léky nedodával a i lékárníci se rozutekli. O drahých cytostatikách jsme si mohli často nechat jen zdát a když jsme se ozývali, tak z ředitelství zaznívaly jen výhrůžky, že půjdeme na dlažbu. Psal jsem na NKÚ, stěžoval si na ministerstvu zdravotnictví, novinářům, ČLK, ale k ničemu to nevedlo. Buď řekli, že nemohou nic dělat, nebo že je vše v pořádku. Tahle situace mne přivedla do lékařského hnutí a teprve poté se věci začaly měnit.

TEMPUS A dál? Pak nastalo mé odborové období. Sešel jsem se tam s lidmi, kteří chtěli věci měnit, byli ochotni i pro věc riskovat a přitom každý z nich byl jiného založení. Měl jsem jiný styl než současný pan ministr, ale tam, kde mne s mým „Dobrý den, prosil bych...“ vypoklonkovali, odtud po jeho návštěvě začaly vylétat slepice a ozýval se silný hřmot. Když se prach usadil, bylo dobojováno, někdy se štítem, jindy na štítě, ale věci se dávaly do pohybu. Pak se cesty řady z nás začaly rozcházet. Někdo se vrátil zcela do medicíny, odešel do privátní praxe, jiní vstoupili do politiky, mne lákalo přejít od kritiky k tomu ukázat, jak to jde jinak, a tak jsem si nakonec přesedl v kolektivním vyjednávání na opačnou stranu stolu a začal studovat a praktikovat ekonomii a management. Tím jsem strávil posledních skoro 10 let, z medicíny mi zbyly jen semináře se studenty a jinak mi celý čas zabírá ředitelování.

TEMPUS Co chcete změnit ve VZP? Chtěl bych ji změnit v moderní finanční instituci, v lídra ve zdravotním pojištění a současně ve spolehlivého partnera pro poskytovatele, stát a jeho instituce. Ať už bude politika ve zdravotnictví pravicová či levicová, jsem přesvědčen o tom, že oddělení zdravotního pojištění od státu je správné a že ať již míra komerce bude nízká či vysoká, měla by být ve státě velká veřejná pojišťovna garantující všeobecnou dostupnost péče, rovné podmínky pro poskytovatele a fundovanou expertizu pro exekutivu a zákonodárné sbory. Takovou úlohu těžko může plnit státní úřad nebo podnikatelský subjekt. Chtěl bych také změnit postoje ve VZP. Od nářku nad tím, že nemůžeme v kontrole nákladů nic dělat, od uplatňování byrokraticko administrativního puntičkářství dospět k přátelštějšímu partnerskému vztahu k pojištěncům a poskytovatelům, u nich včetně navazování spolupráce s cílem se navzájem podílet na snížení rizika deficitu. Revizní činnost bych rád viděl více založenu na kvalifikované odborné činnosti, na spolupráci s odbornými lékařskými společnostmi a autoritami, na spolupráci se stavovskými organizacemi k dosažení korektního kompromisu mezi často protichůdnými zájmy obou stran.

TEMPUS Co bude s úhradami v prvním pololetí?

Do toho jsem spadl rovnýma nohama. Mrzí mne, že atmosféra je rozhádaná, věcnou argumentaci málokdo poslouchá a často vládnou emoce a ne rozum. Pravdu nemá vlastně nikdo a současně všichni.

Podstatné je, že narůstající deficit zdravotního pojištění přesvědčil vládu o nutnosti významně zvýšit příspěvek do zdravotnictví ze státního rozpočtu, takže proslulý koláč se zase zvětšil. Současně byl první 3 měsíce roku systém pod přísnými regulacemi, které zabrzdlily růst nákladů. Úhradová vyhláška 101/2006Sb. situaci mírně uvolnila, takže po úvodním zchlazení nákladové expanze jsou zdroje na léčení a hospodaření všech zdravotnických zařízení dostatečné. Hrozbou zůstávají jen nové kapacity. Co se týče rozeslání dotatků na úhradu ve druhém čtvrtletí, je jen technickou záležitostí.



„...Často vládnou emoce a ne rozum. Pravdu nemá vlastně nikdo a současně všichni...“

TEMPUS V novinách však čtete něco jiného.

To se asi v příštím měsíci nezmění. Chtěl bych zde ale říci, že kolegové, kteří příliš drasticky změnili svoje chování pod vlivem mediální masáže o regulacích v předvolební kampani, uvedli jednak do potíží své kolegy v komplementu (kteří si tak vyzkoušeli, jak by mohla poklesnout poptávka po jejich službách kupř. při vyšší participaci), jednak si asi nastavili laťku pro příští období níž, než chtěli, a asi i popudili některé své pacienty. Je to bohužel také důsledkem pro běžného lékaře neprůhledných financovacích mechanismů, které by měly být takové, aby odměňovaly v přímé závislosti na množství odvedené práce, na jejím výsledku a na komfortu pro pacienta. Tak, aby bylo možné si dopředu plánovat a jednoduše sledovat v čase, bez stresu, jak se praxe vyvíjí. Chtěl bych co nejvíce spolupracovat s Českou lékařskou komorou, aby úhrady byly spravedlivé vůči všem, transparentní a jednoduché a přitom aby nekrvá-

cely díky spekulacím a profitu z neléčení, nepracování, nesolidního vykazování, ze záměrného zvyšování nákladů.

TEMPUS A smlouvy na druhé pololetí?

V dohadování je sice pranice, ale za VZP mohu zodpovědně prohlásit, že na přelomu prvního a druhého pololetí nedojde k ničemu jinému, než buď k prodloužení stávajících smluv (a to dostatečně dlouhému z hlediska jistoty), nebo k uzavření nových dle nové rámcové smlouvy. Ta žádné pasti neskýtá a v jedné verzi dává možnost volby mezi variantami s prodloužením na 5 let s podmínkami blízkými se staré smlouvě nebo s trvalým smluvním vztahem s delší splatností (30 dní) a s o něco přísnějším stanovením požadavků na výkon praxe. Osobně bych dával přednost prodloužení stávajících smluv, aby se nové neuzavíraly hekticky. Žádné kampaně na redukci sítě nechystáme, ale chtěli bychom, než se stav zakonzervuje trvalými smlouvami, standardizovat náplň smluvního vztahu a odstranit křivklavé nespravedlnosti. K tomu je zapotřebí více času a spolupráce s ČLK a asociacemi nemocnic.

TEMPUS Jaký máte vztah k ČLK?

Jsem členem představenstva obvodu Prahy 2, takže je přirozené, že v komoře vidím reprezentanta zájmů všech jejích členů. Přes to, co se říká a neustále opakuje, si myslím, že komora se v posledních letech stále vyčerpává a točí v kruhu kolem problémů a zájmů ambulantní sféry, místo aby její a obecné problémy řešila vytvářením prostředí pozitivní komunikace mezi specializacemi a mezi nemocničním a ambulantním sektorem. Aby sjednocovala, vyřazovala excesy a vytvářela shodu nad pro všechny lékaře společným zájmem a oprávněným zájmem jednotlivých skupin. Další problém je v soutěži s mnoha fauly mezi privátní a neprávní sférou v důsledku chybějících pravidel a absence souborné, konzistentní a konsenzuální zdravotní koncepce státu. Komora jako stavovská organizace by měla sledovat zájmy lékařů jako svobodného povolání, aby se lékaři jednou všichni neocitli v pozici zaměstnanců, ať již ÚNŽů, nebo velkých privátních korporací nemocnic s ambulancemi. Myslím si také, že ve svobodném povolání nejde jenom o svobodu privátní praxe, ale i o lékařskou a vědeckou svobodu na univerzitním pracovišti.

Děkuji za rozhovor a přeji hodně úspěchů.

Milan Kubek

Obsah:

Léčba onemocnění štítné žlázy – 1. část..... 1	těhotenství paroxetinem 3
Nové bezpečnostní informace týkající se možného výskytu vrozených vad u novorozenců matek léčených v prvním trimestru	SÚKL doporučuje opatrnost při léčbě přípravky Elidel a Protopic 4

LÉČBA ONEMOCNĚNÍ ŠTÍTNÉ ŽLÁZY – 1. ČÁST

Onemocnění štítné žlázy je v populaci poměrně časté. Hyperfunkce se vyskytuje u 1-2 %, hypofunkce v mladším věku u 4-6 %, u žen nad 60 let až u 15 %, do statistiky jsou zahrnuty klinické i subklinické stavy. Prevalence žen je výrazná (5:1). Na incidenci tyreopatií má vliv zásobením jodem, genetika, ženské pohlaví, zevní prostředí, věk, hormonální vlivy a u některých typů onemocnění i prodělaný stres. Onemocnění štítné žlázy je ve většině případů celoživotní: prostá struma je riziková pro rozvoj pozdějších komplikací či onemocnění (růst s možným mechanickým syndromem, rozvoj hyperfunkce, vznik malignity i další). Celosvětově je nejčastější příčinou tyreoidálního onemocnění deficit jodu.

Struma je označením pro zvětšenou štítnou žlázu nad normu, může být difúzní nebo uzlová, a její léčba vychází z etiologie. Pokud je příčinou jodopenie, je indikována léčba suplementační. Výrazný deficit jodu se v ČR za 50 let jodace jedlé soli zlikvidoval a většinou je zásobením populace jodem dostatečné; denní potřeba jodu je za běžných podmínek pro dospělého člověka 150 µg denně. Nicméně jsou skupiny osob se **zvýšenou potřebou jodu**: dospívající mládež, ženy těhotné a kojící, které potřebují 200-250 µg jodu denně. Pokud je výrazněji omezena sůl v potravě (děti, kardiaci, nemocní s hypertenzí) a nekonzumují se mořské ryby, je vhodné doplnit jod v tabletách obdobně jako u osob se zvýšenou potřebou: 100 µg 5x týdně. Podle doporučení České endokrinologické společnosti JEP mají těhotné a kojící ženy dostávat jod v dávce nejméně 100 µg/den. K dispozici jsou tablety obsahující kalii iodidum v množství 100 a 200 µg jodu. Je možné jodidové tablety podávat intermitentně, abychom osoby nepředávkovali. Jod obsahují některá vitaminová suplementa pro těhotné - většinou 150 µg jodu v 1 tbl. Zvýšený dlouhodobější příjem jodu může u vnímavých osob vyvolat autoimunitní tyreoidální onemocnění, obdobně jako aplikace jodu v léčbě či rtg kontrastu. V případě strumy na podkladě chronického zánětu s hypofunkcí podáváme substituci, při eufunkci můžeme zkusit supresní léčbu, která má mít časově omezené trvání.

Léčba hyperfunkce

Léčba hyperfunkce štítné žlázy se řídí etiologií choroby. Nejčastější jsou následující příčiny: autoimunitní typ, projevující se chorobou Graves-Basedowovou, a autonomie při nodózní strumě. Další etiologické příčiny jsou méně časté až vzácné. Přechnodné a většinou spontánně vyhasínající hyperfunkce mohou provázet iniciační fázi subakutního a chronického zánětu, omezeným trváním se vyznačuje i poporodní a silentní tyreoiditis. Velmi vzácně vzniká tyreotoxikóza při ektopické strumě nebo při funkčních metastázách karcinomu tyreoidy, iatrogenní předávkování při substituční léčbě pozorujeme někdy u starších osob. **Choroba Graves-Basedowova** postihuje častěji ženy 4-8:1, nejčastěji mezi 30. – 50. rokem, vyskytuje se ale i u dospívajících, po 70. roce je vzácnější. Asi u 10 % je bez strumy a více než 60 % je provázeno endokrinní oftalmopatií. **Léčbu dělíme na iniciační - dočasnou a trvalou.** K medikamentózní terapii využíváme tyreostatika, tj. léky, které interferují s produkcí a uvolňováním hormonů ve štítné žláze, případně ovlivňují konverzi thyroxinu (T4) na trijodthyronin (T3). Cílem léčby je normalizace hladiny periferních hormonů tyreoidy a potlačení klinické symptomatologie. Většinou, ne však vždy, se zmenší i zvětšená tyreoida. Mechanismus účinku tyreostatik je různý podle toho, do jaké fáze hormonogeneze zasahují.

Historický význam má **chloristan draselný nebo sodný**, který kompetitivním působením inhibuje jodidovou pumpu ve štítné žláze, stav je však při zvýšeném příjmu jodu reverzibilní. Chloristan draselný (perchlorát) není dnes k léčbě využíván pro poměrně vysoké riziko nežádoucích účinků (aplastická anémie). Byl však využíván k blokadě tyreoidy při vyšetřovacích metodách s radiojodem jako ochrana štítné žlázy proti nežádoucímu vstupu a vazbě radioaktivního jodu ve štítné žláze. Dnes se již nevyrábí.

Hlavními léky k léčbě hyperfunkce štítné žlázy jsou deriváty thiomocoviny. Tyto léky inhibují syntézu hormonů štítné žlázy tím, že interferují s účinkem tyreoidální peroxidázy při jodaci tyrozinových zbytků v thyreoglobulinu, tím brání důležitému kroku, nutnému k syntéze T4 a T3. Inhibují oxidaci a organifikaci jodu v tyreocyty, snižují množství jodu ve štítné žláze a tím snižují produkci T4 i T3. Jejich představiteli jsou imidazolové **preparáty** obsahující **karbimazol, thiamazol (methimazol) a propylthiouracil - viz tabulka č 1.**

Tabulka 1. Tyreostatika - deriváty thiourey

Léčivá látka	Léčivý přípravek	Množství v 1 tbl.	Denní dávka v mg
karbimazol	CARBIMAZOL-SLOVA-KOFARMA, por.tbl.nob.	5 mg	30-60
thiamazol	THYROZOL 5 / 10, tbl.obd.	5, 10 mg	30-60
propylthiouracil	PROPYCIL 50, por.tbl.nob.	50 mg	300-600

Téměř 60 let je základním a stále kvalitním lékem používaným u nás **karbimazol**, který se v játrech musí na účinný methimazol přeměnit, zatímco **thiamazol** je biologicky pro potřeby organismu ihned dostupný. **Propylthiouracil** je dalším lékem z této skupiny, interferuje rovněž s tvorbou a sekrecí T4 a T3, ale navíc snižuje konverzi T4 na T3 ve prospěch metabolicky neúčinného reverzního T3 (rT3). Antityreoidální léky působí i mírně imunomodulačně, a to je u imunogenní etiologie tyreotoxikózy výhodné. Byl prokázán jejich vliv na solubilní interleukin-2 a interleukin-6 receptor, mohou patrně indukovat apoptózu intra-tyreoidálních lymfocytů a snižovat expresi HLA II. třídy a mění poměr lymfocytů Thelperů a Tsupresorů, snižují počet NK buněk s následným příznivým vlivem na imunologický proces choroby (Cooper 2005).

Farmakokinetika: absorpce léků je rychlá - v horní části trávicího ústrojí. Biologický poločas karbimazolu a methimazolu je uváděn cca 10 hodin, u propylthiouracilu méně, nicméně jejich účinek trvá 12-24 hod. u propylthiouracilu a údajně déle u methimazolu. Někteří autoři doporučují podávat v průběhu dne ve 2-4 dávkách, jiní požadují tento postup pouze pro propylthiouracil. Methimazol cirkuluje v séru volně, propylthiouracil je vázán na albumin, u jaterních onemocnění může být clearance léku snižena. Tyreostatika procházejí placentou a přecházejí do mléka, propylthiouracil snad méně než karbimazol. Byla prokázána interakce karbimazolu, thiamazolu i propylthiouracilu s perorálními antikoagulancii, jejichž účinek snižují, proto při změně dávky tyreostatik u osob léčených perorálními antikoagulancii je nutné dávkování antikoagulancii upravit. Při předchozí aplikaci jodu rtg kontrastem nebo léky (amiodaron) je působení tyreostatik zpomaleno a zlepšení nastává až po několika měsících v důsledku velkých zásob jodu ve štítné žláze.

Přehled nežádoucích účinků: Nežádoucí účinky tyreostatik se uvádějí u všech tří přípravků obdobně a nejsou časté - méně než 5 %. Zahrmují kožní vyrážky při úvodu terapie nebo po delším užívání zhruba do měsíců, mohou se ale objevit po znovuzahájení užívání přípravku po předchozím přerušení léčby. Méně výrazné kožní reakce lze léčit podáním antihistaminik bez přerušení léčby, závažnější reakce vyžadují změnu typu léku nebo dokonce přerušení medikace. Obdobně postupujeme i při výskytu dalších nežádoucích účinků. Méně časté jsou myalgie, bolesti kloubů, edémy, gastrointestinální potíže - nauzea, zvracení, pachtě (po propylthiouracilu), obávaná je hepatopatie s cholestatickými nebo hepatocelulárními rysy. Elevace jaterních testů může provázet samu tyreotoxikózu - vždy před zahájením léčby je nutné jejich vyšetření - a zvýšení není kontraindikací podávání tyreostatik. Při elevaci jaterních enzymů přidáme hepatoprotektiva, vitamín B, doporučujeme jaterní dietu a s léčbou pokračujeme, vysazujeme jen v případě zhoršování jaterního nálezu. Při nápadné alteraci testů přerušujeme léčbu a hospitalizujeme, v úvahu přichází transplantace jater - tyto stavy jsou však velmi vzácné. Častější příznaky hepatotoxicity se uvádějí u propylthiouracilu než u methimazolu či karbimazolu, u cholestázy naopak. Vzácně se objeví teplota, lymfadenopatie a trombocytopenie a vasculitis s přítomností antineutrofilních cytoplazmatických protilátek, někdy dokonce provázených poruchou ledvinných funkcí (obvykle se stav zlepší po vysazení léku), uvádí se i nefrotický syndrom. Lehká leukopenie může být průvodním znakem tyreotoxikózy a není kontraindikací léčby, je však nutné po zavedení terapie tyreostatiky hemogram kontrolovat častěji. Především však každého pacienta před zahájením léčby upozorňujeme, že jakékoliv známky anginy, ulcerací v ústní dutině nebo teploty musí okamžitě vyšetřit lékaře. Obávaná agranulocytóza, považovaná většinou za autoimunitní, se vyskytuje u méně než 0,5 % léčených, aplastická anémie je rovněž vzácná. Zvýšená pozornost je nutná při poklesu leukocytů pod $1,5 \times 10^9/l$. Závažná leukopenie až agranulocytóza vyžaduje okamžitou hospitalizaci a léčbu růstovými faktory G-CSF.

Léčba deriváty thiomocoviny: Výběr léků se řídí spíše zvyklostmi, dosažitelností a cenou tyreostatik. Obvykle začínáme tradičním karbimazolem nebo novějším thiamazolem. Dávkování: u plně rozvinuté hyperfunkce volíme ambulantně karbimazol v dávce 30-40 mg (maximálně 60 mg) denně nebo thiamazol v dávce 30-40 mg (maximálně 120 mg) denně. Pokud podáváme propylthiouracil, počáteční dávka je nejčastěji 300 mg denně a maximální 600 mg denně. Součástí léčby tyreotoxikózy je zklidnění tachykardie, svalových a psychických potíží, a případně i léčba roborující. Tachykardii i hypertenzi příznivě ovlivní betablokátor, tradičně ověřený je trimepranol 5-10 mg 3krát denně nebo metipranol ve stejné dávce, alternativně lze podat blokátory kalciových kanálů. S ohledem na zvýšený metabolismus podáváme vitaminy skupiny B a E, zvláště při myopatickém syndromu; psychickou tenzi, neklid a nespavost dobře koriguje krátkodobě podávání benzodiazepinů. Doplnění kalcia perorálně je plně indikováno, protože hyperthyroxinémie zvyšuje kostní obrát a kalciiurii s následným odvápnováním skeletu. Po zahájení léčby klesá hladina T4 i T3 pozvolna vzhledem k jejich zásobám ve štítné žláze, podávání betablokátorů zlepšuje subjektivní stav pacienta do 2-3 týdnů. Úplný efekt léčby bývá patrný za 4-8 týdnů, jen výjimečně je nutné po 4 týdnech zvyšovat dávku léku, při příznivé reakci snižujeme obvykle o 20-25 % předchozí dávky po 6-8 týdnech. Vitaminy skupiny B ponecháme do funkčního zklidnění, betablokátor při stabilizaci stavu zvolna ukončujeme, tyreostatika zvolna snižujeme, udržovací denní dávka je 5-10 mg karbimazolu nebo thiamazolu nebo 50-100 mg propylthiouracilu. Zcela výjimečně se pro dlouhodobou léčbu využívá supresně-substituční léčby, což je kombinace tyreostatika s podáním thyroxinu. Tento postup vychází z předpokladu imunologického vlivu methimazolu a korekci případné lehčí hypotyreózy thyroxinem, který může příznivě ovlivnit autoimunitní proces (izohormonální terapie). Lze ho využít při léčbě endokrinní oftalmopatie, u stabilizovaného stavu před plánovaným ukončením léčby, nicméně nadšení pro tuto kombinaci léčby již opadlo a rozhodně nepatří k běžnému léčebnému postupu. Je vyloučen při léčbě tyreotoxikózy v graviditě.

Pro úplnost jmenujeme **lithium carbonicum** (uhlíčan lithný) tbl. po 300 mg, který ve vyšších dávkách kompetuje s jodem ve folikulu štítné žlázy. Tento lék je možné podat při tyreotoxické krizi jako doplněk k základní terapii nebo přechodně při intoleranci tyreostatik, v dávce maximálně 6 tbl. pro die. **Jod ve formě Lugolova roztoku** na přechodnou dobu asi 14 dní působí centrálně tlumivě na tyreoidální funkci, ale k základní terapii hyperfunkce nemůže být využit. V současné době se doporučuje podávání jodu ve formě jodovaných olejů (rtg kontrastní látky).

Po medikamentózním dosažení eufunkce je nutné **rozhodnout o dalších krocích:** vycházíme ze situace nemocného, reakce na léčbu i z přidružených komplikací.

1/ Operaci doporučujeme především osobám, které netolerují medikamentózní léčbu, mladým ženám, které plánují těhotenství (tyreotoxikóza často relabuje po porodu), u osob s náročným či stresovým zaměstnáním, přetrvává-li objemná struma, většinou při výraznější endokrinní oftalmopatii, a u nemocných s relapsem tyreotoxikózy po ukončení léčby. Operační řešení je vhodné u osob, které potřebují rychle vyřešit zdravotní stav, u osob s dalším chronickým onemocněním: diabetem mellitem, revmatoidní artritidou, některými dalšími autoimunitními chorobami, osteoporózou a samozřejmě při podezření na malignitu v basedowské strumě. Dnes se jednoznačně doporučuje totální odstranění štítné žlázy. Pacient má být před operací eufunkční a dávka tyreostatika má být nízká. Dříve se ke snížení vaskularizace před operací podával Lugolův roztok, dnes tento postup nepatří k základní předoperační přípravě. Po operaci léčíme vzniklou hypotyreózu. Tyreostatika po operaci vysazujeme.

2/ Další možností je léčba radiojodem, ta je vhodná u osob se zvýšeným operačním rizikem, je alternativou k operačnímu výkonu u osob, které operaci odmítají nebo mají sklon k tvorbě keloidu, u relabující tyreotoxikózy. Po této léčbě jsou nutné kontroly stavu pro pozdější rozvoj hypotyreózy. Radiojod je více využíván v USA než v Evropě.

3/ Pokud nemocný na léčbu příznivě reagoval a stav je stabilizovaný, je možné po 12-18 měsících léčby zvolna **terapii ukončit**, doporučujeme však dlouhodobou dispenzarizaci, protože trvalá remise se udává u asi 30 % pacientů, u ostatních dojde k relapsu za 3 měsíce až řadu let. U části nemocných dojde později k rozvoji hypotyreózy.

4/ Je možné dlouhodobě ponechat minimální dávku tyreostatika, tj. 1-2 tbl. denně. Jsme si však vědomi rizika relapsu při stresu, graviditě, interkurentním onemocněním či zátěží jodem. Proto tento postup volíme výjimečně (častěji u gerontů a u osob se závažnými chorobami) a je vyloučen u žen plánujících těhotenství.

Je-li tyreotoxikóza důsledkem nodózní strumy, je jednoznačným postupem po medikamentózním zklidnění volit definitivní řešení. Postup při zklidnění tyreotoxikózy je obdobný jako u tyreotoxikózy imunogenní, definitivním řešením je buď operace nebo léčba radiojodem. Volíme-li operační řešení, je nutné odstranit oba postižené laloky, jde-li o toxický adenom, obvykle postačí lobektomie. Alternativní léčba radiojodem je využívána především v USA, letité dobré zkušenosti podporují využití tohoto postupu i v České republice. Léčba radiojodem nejen zklidní hyperfunkci, ale v průběhu let dojde ke zmenšení tyreoidy. Kontraindikací tohoto postupu je malignita v některém z uzlů. S rozvojem hypotyreózy po léčbě radiojodem ovšem musíme počítat jak u polynodózní strumy, tak u toxického adenomu, celoživotní kontroly funkce jsou nezbytné. Pokud pacient odmítá operaci i radiojod, je možné ve výjimečných případech celoživotně ponechat malou dávku tyreostatika za pečlivé kontroly funkce. Rozvoj iatrogenní hypotyreózy by vyvolal růst strumy s případným mechanickým syndromem, zvláště známé je toto nebezpečí u strumy retrosternální.

Pokud hyperfunkce doprovází **subakutní tyreoiditis**, podáváme pouze betablokátor, hyperfunkční příznaky odezní spontánně do několika týdnů. Tyreostatika rozhodně nejsou indikována.

Silentní tyreoiditis léčbu tyreostatiky vyžaduje vzácně, obvykle krátkodobě však nižší dávku (20-25 mg denně) a kratší dobu, po ukončení léčby může pacient zůstat trvale eufunkční nebo do přechodné nebo trvalé hypotyreózy.

Endokrinní orbitopatie provází Graves-Basedowovu chorobu asi v 60 %, závažná však asi v 5 %. Základním léčebným přístupem je

zklidnění funkce štítné žlázy tyreostatiky včetně další uvedené léčby. Předpokladem úspěchu je dosažení eufunkce, i když zlepšení oftalmopatie tím není zaručené. V lehčích případech postačí oční kapky s obsahem kyseliny borité nebo methylcelulózy, doporučujeme spát s více podloženou hlavou, používat mírně zakalené brýle. U části nemocných však oční příznaky progredují, v tom případě podáme kortikoidy 60 mg denně ve třech dávkách za pozvolného snižování dávky, při příznivé reakci ponecháme udržovací dávku 5 mg denně dlouhodobě nebo pulsálně methylprednisolon. Variantním řešením je kombinace kortikoidů a imunosupresiv, zlepšení bylo pozorováno po podání imunoglobulinů. Při kontraindikaci nebo intoleranci je možné zkusit somatostatin (případně oktreotid, lanreotid), ale úspěch zaručený není. Dalším možným přístupem je zevní ozáření orbit nebo totální tyreoidiektomie s následným podáním radiojodu. Všechny uvedené postupy patří na specializované pracoviště, kde je týmová spolupráce endokrinologa a oftalmologa. Léčba je vždy dlouhodobá a výsledek nelze předpovědět.

Dermatopatie se sice vyskytuje u imunogenní tyreotoxikózy vzácně, ale nemocného značně obtěžuje. Základem léčby je dosažení eufunkce obvyklým postupem a lokální aplikace kortikoidů. Léčba bývá dlouhodobá a vyžaduje trpělivost pacienta i lékaře.

Tyreotoxikóza v graviditě: tyreotoxikóza se vyskytuje u 1:1000- 2000 těhotenství. Plod je ohrožen transplacentárním přenosem stimulujících imunoglobulinů, vzácněji imunoglobulinu inhibujícími činnost tyreoidy plodu. Podání tyreostatik snižuje hladinu FT4 matky, při léčbě by hladina thyroxinu měla být na horní hranici. Tyreostatika placentou procházejí, podle některých autorů propylthiouracil méně (není však jednoznačný důkaz). Vždy podáme minimální nutnou dávku a hladiny FT4 častěji kontrolujeme, při správné léčbě má být zklidněn klinický nález a FT4 má být na horní hranici normy. Ve 3. trimestru se tyreotoxikóza často zmírní a je možné léčbu ukončit. Nepodaří-li se však stav zvládat malými dávkami tyreostatik nebo se dostaví komplikace či intolerance léku, indikujeme na rozhraní 2.-3. trimestru operaci tyreoidy. Po operaci pak ihned zahájíme substituční léčbu (a to i v případě, že byla zjištěna malignita).

Subklinická tyreotoxikóza je stav, při kterém nacházíme supresi TSH, ale hladiny periferních hormonů nejsou zvýšené. Příznaky nejsou nápadné, nicméně při podrobné anamnéze často nacházíme kardiální obtíže (dysrytmie) nebo zvýšení kostního obratu s následnou osteopenií až osteoporózou. Příčinou je buď dlouhodobě a nedostatečně léčená imunogenní tyreotoxikóza, častěji polynodózní struma nebo toxický adenom. Jsou-li při cíleném vyšetření přítomné arytmie nebo výraznější subjektivní obtíže, je léčba nutná, nejsou-li, dotyčnou osobu sledujeme a vyšetření v odstupu času opakujeme. Vyvarujeme se u nich podání léků s přítomností jodu (amiodaron, expektorancia, oční kapky) i rtg kontrastu. **Tyreotoxikóza po amiodaronu** postihuje cca 3 % takto léčených

osob, nástup je obvykle za několik měsíců od zahájení léčby. Jsou známy 2 typy: první nasedá na již existující tyreoidální odchylku (většinou imunogenní či nodózní přestavbu), druhý typ má charakter destruktivní a je považován za přímý důsledek amiodaronu. Amiodaron ukončíme a podáme tyreostatika ve vyšších dávkách (6-12 tbl. denně) spolu s další doprovodnou léčbou, u typu 2 se osvědčilo podání kortikoidů. Léčba je obvykle zdouhavá, protože poločas amiodaronu je 60 dní. Po zklidnění je většinou možné tyreostatika ukončit, choroba nerelabuje, naopak u některých přechází do hypotyreózy. Příčinu, pro kterou byl podáván amiodaron, léčíme variantními léky bez jodu. Definitivním řešením tyreotoxikózy po amiodaronu je tyreoidiektomie nebo v odstupu času radiojod.

Tyreotoxická krize vyžaduje pobyt na jednotce intenzivní péče: ideální je podání thiamazolu i.v. nebo i.m. v dávce 40 mg 2-4krát denně. K základní léčbě patří betablokátory, pacienta zajistíme hydrokortisonem 100 mg 2-3krát denně a nutná je prevence dysrytmií. Stav vyžaduje korekci základních biochemických ukazatelů (acidobazickou rovnováhu, tekutiny, energetický příjem) v infuzi denně, v případě interkurentní infekce, která může být akcelerujícím momentem, podáme širokospektrá antibiotika. Neklid tlumíme benzodiazepiny. Pokud nemáme injekční thiamazol, podáme thiamazol tbl. 200-300 mg nebo karbimazol až 1000 mg denně, je-li pacient v bezvědomí, aplikujeme léky gastrickou sondou spolu s malým množstvím tekutiny nebo rozdrčené do rektálního nálevu. Při hrozcím stavu je možné za 2-3 hodiny po aplikaci tyreostatika podat Lugolův roztok (1 ml) v malém množství fyziologického roztoku pozvolna intravenózně (jodi puri 0,2, kalii jodati 2,0, aquae destil. ad 20,0) nejdříve 4-6 hod. po podání masivní dávky tyreostatika. Jinak hrozí zajodování štítné žlázy, které může výrazně komplikovat další léčbu. Je možná i kombinace thiamazolu a propylthiouracilu, vycházíme z částečně odlišného farmakoterapeutického efektu, příznivé zkušenosti jsou i s přidáním lithia (Lithium carbonicum tbl. a 0,5 mg až 6 mg). Po stabilizaci má následovat definitivní řešení v podobě operace.

Poporodní tyreoiditis s příznaky hyperfunkce léčíme podle závažnosti: lehčí formu léčíme betablokátory, výjimečně v kombinaci s tyreostatiky, při kojení však oba léky v minimální dávce, protože tyreostatika (methimazol i propylthiouracil) prostupují do mléka. Pokud nastane relaps tyreotoxikózy po porodu, což bývá obvykle za 2-6 měsíců, zahajujeme obvyklou léčbu vyššími dávkami tyreostatik, v tom případě je nutné kojení ukončit a pacientku připravit k operaci štítné žlázy. Při vzácné intoleranci na všechna tyreostatika je možné tyreotoxikózu ovlivnit vysokými dávkami betablokátorů (až 120 mg), podat lithium carbonicum až 6 mg denně, kortikoidy a po 5-10 a maximálně 14denní lugolizaci předat k chirurgickému výkonu. Tyto situace jsou však extrémně neobvyklé a svízelné.

NOVÉ BEZPEČNOSTNÍ INFORMACE TÝKAJÍCÍ SE MOŽNÉHO VÝSKYTU VROZENÝCH VAD U NOVOROZENCŮ MATEK LÉČENÝCH V PRVNÍM TRIMESTRU TĚHOTENSTVÍ PAROXETINEM

Paroxetin (Apo-parolex, Parolex, Paroxat, Paroxetin-ratiopharm, Remod, Seroxat) patří mezi inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), používá se v léčbě epizod deprese, obsedantně-kompulzivní poruchy, panické poruchy s agorafobií nebo bez ní, sociální úzkosti/sociální fobie, generalizované úzkostné poruchy a posttraumatické stresové poruchy. Držitel rozhodnutí o registraci pro přípravek Seroxat poskytl nedávno kontrolním úřadům nové informace z posledních epidemiologických studií. Některé tyto studie naznačují mírné zvýšení rizika vzniku vrozených srdečních vad (například defektů komorového septa - většina a síňového septa) u novorozenců matek užívajících v průběhu prvního trimestru těhotenství paroxetin. Dostupná data až doposud pro obdobné riziko nesevřela.

Držitel rozhodnutí o registraci rozeslal informační dopis lékařům.

Informace v SPC (souhrn údajů o přípravku) v bodu 4.6. Těhotenství a kojení bude aktualizována následujícím způsobem:

Některé epidemiologické studie naznačují, že s užíváním paroxetinu v prvním trimestru těhotenství je spojeno mírně zvýšené

riziko kardiovaskulárních malformací, např. defektů komorového (většinou) či předstňového septa. Mechanismus není znám. Údaje naznačují, že riziko narození dítěte s kardiovaskulární vadou matkám, jež byly vystaveny účinkům paroxetinu, je menší než 2:100, zatímco předpokládané riziko v běžné populaci činí přibližně 1:100. Dostupná data nesevřelá pro nárůst celkového rizika vrozených vad.

V těhotenství by se měl paroxetin předepisovat jen v přísně indikovaných případech. U žen těhotných nebo těch, které těhotenství plánují, bude zapotřebí, aby předepisující lékař zvážil jiné možnosti léčby. Během těhotenství by neměl být přípravek náhle vysazen (viz „Symptomy zjištěné po vysazení paroxetinu“, část 4.2 Dávkování a způsob podávání).

K tomuto tématu je rovněž zveřejněn na webu SÚKL (www.sukl.cz) seznam nejčastějších otázek a odpovědí.

Důležité informace pro lékaře

- V těhotenství by se měl paroxetin předepisovat jen v přísně indikovaných případech.

- U žen, které plánují otěhotnění, anebo které otěhotní v průběhu léčby, je zapotřebí zvážit jiné možnosti léčby.
- Zhodnotíte-li po zvážení prospěchu a rizika u konkrétní pacientky, že by léčba paroxetinem měla být přerušena, je důležité, aby ukončení léčby nebylo náhlé. Dávky paroxetinu je třeba snižovat postupně během týdnů. Náhlé přerušení léčby může vést ke vzniku abstinenčních symptomů, které mohou být u některých pacientů závažné (např. závratě, smyslové poruchy, poruchy spánku).
- Doporučuje se rovněž pečlivě sledovat novorozence v průběhu prvních 24 hodin po narození, pro možný vznik abstinenčních příznaků, zejména pokud byl paroxetin užíván matkou v posledních 3 měsících těhotenství.

Státní ústav pro kontrolu léčiv v součinnosti s ostatními národními kontrolními úřady EU bude nadále hodnotit všechny nové informace týkající se výše popsaného bezpečnostního problému, v případě

potřeby bude informovat odbornou i laickou veřejnost a přijme potřebná opatření k minimalizaci eventuelního rizika.

Literatura:

1. Wogelius P, Norgaard M, Munk EM, Mortensen PB, Lipworth L, Sorensen HT. Maternal use of selective serotonin reuptake inhibitors and risk of adverse pregnancy outcome (Abstract) Pharmacopidem Drug Safety 2005; 14: S72-S73.
2. Diav-Citrin O, Schechtman S, Weinbaum D, Arnon J, Di Gianantonio E, Clementi C, Ornoy A. Paroxetine and fluoxetine in pregnancy: a multicenter, prospective, controlled study. (Abstract). Reprod Toxicol 2005; 20:459.
3. GlaxoSmithKline Clinical Trial Register. Epidemiology Study: Preliminary Report on Bupropion in Pregnancy and the Occurrence of Cardiovascular and Major Congenital Malformation.
4. Källén B, Otterblad Olausson P. Antidepressant drugs during pregnancy and infant congenital heart defect. (Letter). Submitted for publication.

SÚKL DOPORUČUJE OPATRNOST PŘI LÉČBĚ PŘÍPRAVKY ELIDEL A PROTOPIC

SÚKL oznamuje, že bylo dokončeno celoevropské přehodnocení bezpečnosti přípravků Elidel (pimekrolimus) a Protopic/Protopy (takrolimus) v souvislosti s možností rozvoje nádorových onemocnění. Z přehodnocení vyplývá, že léčebný přínos těchto přípravků v léčbě kožních onemocnění převažuje nad riziky. Musí však být používány s větší opatrností tak, aby potenciální rizika vzniku karcinomu kůže a lymfomů byla redukována na co nejmenší míru.

Pacienti, kteří jsou léčeni přípravkem Elidel nebo Protopic/Protopy, nemají přerušovat léčbu bez doporučení odborného lékaře, který léčbu zahájil.

Elidel a Protopic/Protopy jsou přípravky určené k místní zevní léčbě atopické dermatitidy (atopické ekzému). V České republice jsou dostupné léčivé přípravky Elidel a Protopic. Celoevropské přehodnocení bezpečnosti těchto přípravků bylo zahájeno v dubnu 2005 poté, co u pacientů léčených těmito přípravky byly zjištěny případy výskytu zhoubných nádorových onemocnění kůže a lymfomů.

Na základě dostupných údajů nebylo zatím možné rozhodnout, zda nahlášené případy karcinomu kůže a lymfomů byly způsobeny léčbou přípravky Elidel nebo Protopic/Protopy. Držitelé rozhodnutí o registraci byli proto požádáni, aby dodali více údajů o dlouhodobé bezpečnosti používání přípravků. Byly připraveny změny v současných informacích doprovázejících tyto přípravky, jejichž cílem je zvýšit pozornost pacientů i lékařů k možnému dlouhodobému riziku spojenému s jejich používáním.

Při předepisování Elidelu nebo Protopicu/Protopy je třeba pamatovat především na následující skutečnosti:

- Tyto přípravky mohou být používány
 - pouze u **děti starších dvou let**
 - na **mírnou** nebo **středně závažnou** atopickou dermatitidu (v případě přípravku **Elidel**) nebo **středně závažnou až závažnou** atopickou dermatitidu (v případě přípravku **Protopic/Protopy**)
 - v obou případech **pouze tehdy, když v léčbě nesmí nebo by neměly být používány lokální kortikosteroidy** (ať už pro plochu nevhodnou

k aplikaci kortikosteroidů jako je obličej a šije, pro nesnášenlivost kortikoterapie nebo pro její neúčinnost).

- Léčba přípravky Elidel a Protopic/Protopy může být zahájena pouze lékaři se zkušeností ve stanovení diagnózy a v léčbě atopické dermatitidy.
- Elidel a Protopic/Protopy mohou být aplikovány na postiženou plochu pouze ve slabě vrstvě, nikdy ne v okluzi. Ošetřená plocha má být chráněna před sluncem, po aplikaci je třeba umýt ruce, pokud na nich nejsou léčené plochy.
- Přípravky by neměly být aplikovány dlouhodobě kontinuálně. Při vymizení akutních příznaků ekzému má být léčba ukončena.
- Pokud se stav nezlepšuje nebo dokonce zhoršuje, měla by být přehodnocena diagnóza atopické dermatitidy a zváženy jiné možnosti léčby.
- Přípravky Elidel a Protopic/Protopy nesmí být používány při léčbě imunosuprimovaných dětí ani dospělých (při oslabení imunity, např. při AIDS nebo při léčbě imunosupresivy).
- Přípravky nesmí být aplikovány na kancerózní nebo prekancerózní léze a na místa s projevy akutní kožní virové infekce.
- U pacientů léčených těmito přípravky byly hlášeny případy výskytu nádorových onemocnění včetně kožních a jiných lymfomů a karcinomů kůže.

Více informací pro pacienty a předepisující lékaře je uvedeno v dokumentu Otázek a odpovědí dostupném na webové stránce SÚKL (www.sukl.cz/dulezite informace/nezadoucici ucinky leziv).

Děkujeme Vám za hlášení podezření na nežádoucí účinky léčiv, které můžete zasílat jak poštou na adresu SÚKL, Šrobárova 48, Praha 10, 100 41, tak elektronicky na adresu farmakovigilance@sukl.cz, nebo faxem na 272 185 816.

Formulář pro hlášení nežádoucích účinků je dostupný na webové stránce SÚKL http://www.sukl.cz/_download/es14farmakovig/CIOMS.rtf.

Postup, jakým jsou naše články připravovány: témata navržená redakční radou jsou zpracovávána vybranými odborníky z oboru a procházejí recenzí a event. dopracováním oponenty a redakční radou. Autor má možnost vlastního kritického pohledu, ale články reprezentují i názor redakční rady. Nadále proto nebudeme autory uvádět, v posledním čísle každého ročníku však naleznete souhrnné poděkování všem, kteří pro nás články do příslušného ročníku napsali. Podobně pracují i ostatní nezávislé lékové bulletiny (např. britský DTB), sdružené v Mezinárodní společnosti lékových bulletinů (ISDB), jejímž řádným členem jsou Farmakoterapeutické informace od roku 1996.

Farmakoterapeutické informace jsou vydávány Státním ústavem pro kontrolu léčiv s podporou Nadace prof. Skamitzla a distribuovány jako příloha Věstníku SÚKL a časopisu ČLK zdarma nebo na objednávku za uhrazení poštovného (100,- Kč). Materiál publikovaný ve FI nemůže být používán pro žádnou formu reklamy, prodeje nebo publicity, ani nesmí být reprodukován bez svolení.

Šéfredaktor: MUDr. Marie Alušíková, CSc.

Odborní redaktoři: MUDr. Jana Mladá, MUDr. Martina Kotulková

Výkonný redaktor: RNDr. Blanka Pospíšilová, CSc.

Redakční rada: Doc. MUDr. Š. Alušík, CSc., IPVZ; Doc. MUDr. J. Fanta, DrSc., FNKV; Prof. MUDr. Z. Fendrich, CSc., FaFUK; MUDr. J. Haber, CSc., VFN; RNDr. J. Kramlová, lékárna FN Motol; MUDr. J. Lyr, Sante; MUDr. B. Seifert, praktický lékař; MUDr. H. Skalická, CSc., soukromý kardiolog; MUDr. M. Šmíd, CSc., SÚKL; Doc. MUDr. T. Vaněk, CSc., FNKV; MUDr. J. Zicha, DTC, Praha 4; Prof. MUDr. J. Živný, DrSc., VFN.

Poradní sbor: Doc. MUDr. A. Hahn, CSc., FNKV; Doc. MUDr. K. Hynek, CSc., VFN; MUDr. M. Jirásková, CSc., VFN; Doc. MUDr. F. Perlík, CSc., VFN; Doc. MUDr. E. Růžičková, CSc., VFN; Prof. MUDr. J. Švihovec, DrSc., 2. LF UK; Doc. MUDr. P. Vavřík, CSc., VFN; MUDr. V. Vomáčka, FTN.

Náklad 52.000 výtisků

Korespondenci zasílejte na adresu: Redakce FI, Státní ústav pro kontrolu léčiv, Šrobárova 48, 100 41 Praha 10

Na internetu naleznete FI na domovské adrese SÚKL (www.sukl.cz).



ISSN 1211 - 0647
MK ČR E 7101

Reforma slovenského zdravotníctví

– vzor nebo odstrašující příklad ?

1. Verejná mienka
2. Zámery, prezentácia, skutočnosť
3. Legislatíva
4. Ekonomické súvislosti
5. Realita v praxi

ako úspešná, opakom je reforma zdravotníctva. Teraz to už konštatujú aj politici, a to nielen opoziční. Reformu zdravotníctva negatívne zhodnotil aj prezident SR.

Reformy sa nerobia pre reformy. Robia sa pre ľudí. A preto mienku verejnosti o reformách nemožno brať na ľahkú váhu.

...Na jaké časy se blýská nad slovenským zdravotníctvím...?



1. Verejná mienka

Prieskum verejnej mienky agentúry Polis (august 2004) pred schválením reformných zákonov:

„Súhlasíte s reformou zdravotníctva ako ju navrhuje minister Zajac?“

Súhlas	24,6 %
Nesúhlas	57,8 %
Neviem	17,6 %

Prieskum verejnej mienky agentúry MVK (september 2004) – tesne pred schválením reformných zákonov:

„Súhlasíte alebo nesúhlasíte s reformou zdravotníctva ako ju navrhuje minister Zajac?“

Súhlasím	13,4 %
Nesúhlasím	69,6 %
Neviem to posúdiť	17,0 %

Prieskum verejnej mienky IVO (december 2005) – rok po schválení reformných zákonov:

„Ako hodnotíte reformu zdravotníctva?“

Nesúhlasím, bude ju potrebné zásadne zmeniť	74 %
V zásade súhlasím, treba ju ale doladiť	19 %
Je dobrá, netreba ju meniť	2 %
Neviem odpovedať	5 %

3/4 občanov Slovenska zdravotnícku reformu odmietlo.

To, že reforma zdravotníctva je reálnym problémom, signalizovalo aj protestné zhromaždenie zdravotníkov a občanov 10. 9. 2005. Zdravotníci aj pacienti spoločne protestovali proti dopadom reformy. (Pozn.: najväčšie zhromaždenie zdravotníkov od zmeny režimu r. 1989.)

Je pomerne ľahko identifikovateľné, prečo takáto situácia vznikla. Občania totiž už zistili, že:

- jedna vec je, „čo sa prezentuje“;
- druhá, „čo prináša nová legislatíva v jej praktickom využití“;
- tretia, aké sú „ekonomické dopady“ na občanov;
- štvrtá, „aká je realita v každodennom živote“.

A medzi „prezentovaním“ a „realitou“ je významný rozdiel. Teraz to už ľudia vedia. Preto bol prieskum verejnej mienky taký, aký bol. Zahraničie má väčšinou len informácie o tom, „čo sa prezentuje“ a takmer vôbec nemá informácie o tom, „aká je realita v každodennom živote“.

Ak posudzujeme reformy na Slovensku, nemožno ich hodnotiť en bloc. Zatiaľ čo daňová reforma je odborníkmi celkovo hodnotená

2. Zámery, prezentácia, skutočnosť

Reformátori na začiatku (r. 2001) deklarovali tri strategické zámery reformy A), B), C).

A) Odpojiť financovanie zdravotníctva od štátneho rozpočtu – strategický zámer reformy

Štát opustil neefektívnu pozíciu poisťovateľa (podpredseda vlády a minister financií SR I. Mikloš: Kniha reforiem, september 2005) – **nekorektná informácia**.

V skutočnosti štát ostal platiteľom zdravotného poistenia za 60 % obyvateľov; výška poistného plateného štátom pokrýva len tretinu skutočných nákladov na zdravotnú

starostlivosť týchto občanov.

Zdravotníctvo sa neodpojilo od štátneho rozpočtu – **strategický zámer sa nenaplnil**.

B) Zúžiť rozsah zdravotnej starostlivosti – strategický zámer reformy

Zdravotné výkony boli rozdelené do dvoch skupín:

- a) tzv. základný balík zdravotnej starostlivosti (z. s.) – 6 400 prioritných diagnóz,
- b) 3 300 diagnóz je zaťažovaných spoluúčasťou od 5 do 100 % (podpredseda vlády a minister financií I. Mikloš v Knihe reforiem, september 2005) – **nepravdivá informácia**.

V skutočnosti nedošlo k žiadnemu zúženiu rozsahu zdravotnej starostlivosti – **strategický zámer sa nenaplnil**.

C) Oddlžiť a zabezpečiť vyrovnanú bilanciu – strategický zámer reformy

Oddlženie sa zrealizuje a ukončí v r. 2005. V r. 2005-2006 sa prejaví vyrovnané hospodárenie (podpredseda vlády a minister financií SR I. Mikloš v Knihe reforiem, september 2005) – **nepravdivá informácia**.

K úplnému oddlženiu nedošlo, aj keď cez Veritefa, a. s., (štátna agentúra na oddlženie) sa alokovalo do systému viac ako 20 mld. Sk. Systém sa naďalej zadlžuje a nemá vyrovnanú bilanciu – **strategický zámer sa naplnil čiastočne**.

Pôvodné strategické zámery reformy zdravotníctva sa nenaplnili a reformátori nevnímajú realitu.



3. Legislatíva

Legislatíva sa v skutočnosti odlišuje od pôvodne deklarovaných zámerov a zároveň išla nad rámec Programového vyhlásenia vlády SR. Poslanci parlamentu podali štyri návrhy na Ústavný súd SR pre nesúlad reformných zákonov s Ústavou SR. Okrem toho za jeden rok od schválenia reformných zákonov sa uskutočnili štyri vlny novelizácií zdravotníckych zákonov (december 2004; jún 2005; september 2005; december 2005 – a rezort pripravuje ďalšie zásahy do reformných zákonov).

Zdravotnícka legislatíva má aplikačné problémy (v mnohých prípadoch až nevykonateľnosť v praxi). Výrazne zbyrokratizovala a zneprehľadnila systém. Jej nejasnosti vyvolávajú rôzne výklady, z čoho denne vznikajú konflikty.

Reformná legislatíva nebola profesionálne zvládnutá.

4. Ekonomické súvislosti

V Európe výška verejných výdavkov na zdravotníctvo (vyjadrená % z HDP) neklesá, naopak mierne vzrastá. Vývoj na Slovensku má opačný trend.

Vláda programovo znižuje podiel verejných výdavkov na zdravotníctvo (vyjadrené % z HDP) z celkových rozpočtových verejných výdavkov. Index rastu celkových výdavkov na zdravotníctvo vyjadrený absolútnymi číslami je nižší ako index rastu HDP v absolútnych číslach. V snahe udržať aspoň stabilizovanú výšku celkových výdavkov na zdravotníctvo vyjadrenú % z HDP je vláda naďalej rozhodnutá vykonávať opatrenia na zvyšovanie súkromných výdavkov (výdavkov občanov).

Takáto makroekonomická a zdravotná politika s jej radikálne reštriktívnou náplňou sa javí ako deviácia.

Takýto model nemôže dlhodobu fungovať a ekonomicky a sociálne nie je udržateľný – viď. tab. 1.



Vo všeobecnosti sa v zdravotníckom rezorte transparentnosť narábania s verejnými zdrojmi zhoršila. Systém povinného – verejného zdravotného poistenia má v r. 2006 hospodáriť so 75 mld. Sk. S týmito verejnými zdrojmi bude hospodáriť päť zdravotných poisťovní. Všetky sa museli zo zákona stať akciovými spoločnosťami. U troch z nich verejnosť nemá možnosť oboznámiť sa s ich poistnými plánmi. Krajínám EÚ realizujúcim systém povinného – verejného zdravotného poistenia je cudzí stav, že s verejnými zdrojmi povinného zdravotného poistenia hospodária len akciové spoločnosti.

Takýto princíp odmietla aj AIM (Association Internationale de la Mutualité). Neprijateľný je stav, že verejnosť nemá prístup k ich rozpočtom resp. poistným plánom.

Ani r. 2005 nepriniesol žiadne zlepšenie makroekonomických ukazovateľov zdravotníctva.

Tab. 1 (Zdroj: MF SR)

Rok	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
HDP v mld. Sk	746	845	886	967	1065	1160	1293	1430	1531	1648	1768
Verejné zdroje zdravotníctva (mld. Sk)	47,40	48,90	50,70	55,60	60,80	63,30	67,00	73,50	78,30	83,20	87,50
Platby obyvateľstva (mld. Sk)	4,10	5,40	5,90	6,30	7,00	10,50	16,00	---	e. 18,00	-----	-----
Verejné zdroje ako % z HDP	6,35	5,79	5,72	5,75	5,71	5,46	5,41	5,14	5,11	5,05	4,95
Verej. zdr. a platby obyv. spolu ako % z HDP	6,90	6,43	6,39	6,40	6,37	6,36	6,42				

Vysvetlivky: e = predpoklad

Podľa zdrojov OECD vynakladá Slovensko najnižšie percento z HDP na zdravotníctvo z krajín EÚ – viď tab. 2.

V celkových výdavkoch na zdravotnú starostlivosť na občana za rok (vyjadrené v parite kúpnej sily v USD) je Slovensko na predposlednom mieste – 777 USD za r. 2003 (krajiny V4: Poľsko 677 USD, Maďarsko 1 115 USD, ČR 1 298 USD) – viď tab. 3.

Slovensko vynakladá na zdravotníctvo najnižšie % z HDP z krajín EÚ – t. j.: 5,9 % v r. 2003.

Je pravdou, že finančné zdroje na zdravotníctvo v absolútnej hodnote narastajú (najmä v dôsledku zvýšených platieb poistného poistencami).

Na zvýšení celkových finančných zdrojov sa stále väčšou mierou podieľajú priame platby občanov zo 7 mld. Sk v r. 2002 na 16 mld. Sk v r. 2004 (čo je 128% nárast) a trend nárastu pokračuje.

Rovnako je pravdou, že dynamika zadlžovania rezortu sa znížila. Nepodarilo sa ju však odstrániť (ku koncu r. 2004 bolo zadlženie 20 mld. Sk, pričom na oddlženie cez Veriteľ, a. s., išlo viac ako 20,1 mld. Sk).

Úsilie o vyrovnané hospodárenie v rezorte existuje, veľakrát je však s neudržateľným dopadom na občanov – pacientov a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Tab. 2

Celkové výdavky na zdravotníctvo vyjadrené % z hrubého domáceho produktu (metodika OECD)

Rok	2003
Nemecko	11,1
Švajčiarsko	11,5
Island	10,5
Nórsko	10,3
Francúzsko	10,1
Grécko	9,9
Holandsko	9,8
Belgicko	9,6
Portugalsko	9,6
Švédsko	9,2
Dánsko	9,0
Taliansko	8,4
Maďarsko	7,8
Rakúsko	7,7
Španielsko	7,7
Veľká Británia	7,7
Česko	7,5
Fínsko	7,4
Írsko	7,3
Luxembursko	6,1
Poľsko	6,0
Slovensko	5,9

Zdroj: OECD Health Data, jún 2005

Tab. 3

Celkové výdavky na zdravotnú starostlivosť na občana za rok vyjadrené v USD v parite kúpnej sily

Rok	2003
Nórsko	3807
Švajčiarsko	3781
Luxembursko	3190
Island	3115
Nemecko	2996
Holandsko	2976
Francúzsko	2903
Belgicko	2827
Dánsko	2763
Švédsko	2594
Írsko	2386
Rakúsko	2280
Taliansko	2258
Veľká Británia	2231
Fínsko	2118
Grécko	2011
Španielsko	1835
Portugalsko	1797
Česko	1298
Maďarsko	1115
Slovensko	777
Poľsko	677

Zdroj: OECD Health Data, jún 2005

5. Realita v praxi

Občania (pacienti, poisťenci) „platia viac a dostávajú menej“:

- doplácajú viac
 - za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a za spoluúčasť,
 - za zvýšené odvody na zdravotné poistenie,
 - za platby za nadštandardné služby,
- znižila sa pre nich dostupnosť zdravotnej starostlivosti (napr. vytvorením čakacích listín),
- znižila sa kvalita poskytovaných služieb (napr. v dôsledku odchodu zdravotníckych pracovníkov do cudziny sa už prejavil akútny nedostatok odborníkov v niektorých odboroch).

Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti „dostávajú menej a musia dávať viac“:

- za svoje služby dostávajú reálne menej peňazí od zdravotných poisťovní (za cca 20 % uznaných výkonov nedostanú zaplatené),
- novou legislatívou sa výrazne zvýšila administratívna záťaž zdravotníckych zariadení,
- ustavične sú konfrontovaní s problematickým aplikovaním novej legislatívy v praxi,
- zvýšil sa ich odchod za prácou mimo SR – pre nízke platy a nestabilitu profesionálneho života: r. 2003 – 63 lekárov, r. 2004 – 363 lekárov, r. 2005 – 323 lekárov (v SR je 18 000 lekárov),
- vzťah lekár – pacient sa výrazne zhoršil (najmä v dôsledku často sa meniacej legislatívy,
- všetky univerzitné nemocnice a veľké všeobecné nemocnice v pôsobnosti MZ SR sa zo zákona musia stať a. s.

Občania platia viac a dostávajú menej; zdravotníci dostávajú menej a musia vykonať viac.

MUDr. Eduard Kováč – január 2006

Autor bol v r. 1999 – 2002 riaditeľom Všeobecnej zdravotnej poisťovne. V r. 1994 – 1999 pôsobil v pozícii riaditeľa Zdravotnej poisťovne Ministerstva vnútra SR a bol prezidentom Združenia zdravotných poisťovní. V r. 1976 – 1993 pracoval ako chirurg – ortopéd.

inzerce

Usnesení Evropské asociace vedoucích nemocničních lékařů (AEMH) k aktuální situaci v evropských nemocnicích



AEMH přijala na svém 59. plenárním zasedání v Bratislavě dokument AEMH 06-048 „Usnesení k aktuální situaci v evropských nemocnicích“, autorem je prof. Degos z Francie.



Ve světle rostoucích ekonomických a finančních potíží politické a administrativní orgány evropských zemí přijímají různá opatření směřující k omezení výdajů nemocnic, která však mohou mít negativní dopad na kvalitu zdravotní péče.

Na svém jednání v Bratislavě ve dnech 28.–29. dubna 2006 AEMH důrazně vyzvala vlády evropských zemí, aby se vyvarovaly takových politických řešení, která by negativně dopadla na pacienty a zdravotníky pracující v nemocnicích.

O oprávněnosti těchto obav nejlépe svědčí protesty nemocničních lékařů, které v současnosti probíhají v několika evropských zemích, přičemž je ohrožen provoz nemocnic.

Skutečnost, že orgány veřejné správy v některých zemích, ve snaze nalézt řešení finančních problémů, uvolnily pravidla poskytování zdravotní péče tak, že je kladen větší důraz na komerční aktivity, jejichž cílem je tvorba zisku, způsobila zhoršení dostupnosti zdravotní péče, snížení kvality zdravotní péče a prohloubila nerovnosti ve zdravotních a sociálních podmínkách jednotlivých vrstev obyvatelstva.

Nevyhovující pracovní podmínky nemocničních lékařů, obzvláště nadměrný rozsah přesčasové práce a nízké mzdy, odrážejí mladé lékaře od volby pracovat v nemocnici. Počet lékařů, kteří odchází z nemocnic do soukromé sféry nebo na penzi, převyšuje ve většině evropských zemích počet lékařů, kteří se rozhodnou v nemocnici zůstat i po dosažení specializované způsobilosti. Pokračování tohoto nepříznivého trendu způsobí v krátkém čase dramatické škody v zajištění nemocniční péče.

AEMH vědoma si své zodpovědnosti představitelů vedoucích nemocničních lékařů v Evropě, podporuje a bude i nadále podporovat jakékoliv úsilí nemocničních lékařů směřující k dosažení jejich cílů, které jsou v souladu s tímto usnesením.

Evropská federace lékařů zaměstnanců

Evropská federace lékařů-zaměstnanců (FEMS) chce i nadále být hlasem evropských lékařů – zaměstnanců, respektovaným partnerem pro Evropskou komisi i Evropský parlament. Naším společným cílem je postupná přeměna této federace ve skutečné evropské lékařské odbory. Podmínkou dosažení tohoto ambiciózního cíle je jednak rozšíření FEMS tak, aby v něm měly zastoupení všechny členské státy EU, a dále pak úzká spolupráce s ostatními lékařskými organizacemi, zejména s AEMH (organizace sdružující vedoucí lékaře a primáře z nemocnic) a s PWG (organizace lékařů ve specializační přípravě).



Bez ohledu na různou ekonomickou úroveň a politickou kulturu čelí lékaři – zaměstnanci v celé Evropě obdobným nebezpečím. Jde zejména o snahy řešit finanční deficit zdravotních systémů snížením platů zdravotníků a dále pak o nedodržování evropské směrnice o pracovní době. Všechny evropské zdravotní systémy se potýkají s deficitem ve financování, jehož skutečnými příčinami jsou stárnutí populace a překotný rozvoj lékařské vědy. Nevyjasněné vztahy mezi veřejným a privátním sektorem při zajišťování zdravotní péče komplikují život lékařům v celé Evropě. V některých státech (Španělsko, Česká republika...) pak situaci komplikuje federalizace, kdy při respektování principu subsidiarity přebírají lokální vlády odpovědnost za zajištění dostupnosti zdravotní péče, a tím se zároveň oslabuje vyjednávací pozice odborů.

Viceprezident FEMS Dr. Milan Kubek, prezident FEMS Dr. Claude Wetzel (Francie) a viceprezident FEMS Dr. Maurizio Dal Maso (Itálie)



Na plenárním zasedání FEMS v Paříži (12.-13. 5. 2006) byl zvolen novým prezidentem dr. Claude Wetzel (Francie), který vytyčil následující program:

- 1) Postavení lékařů zaměstnanců – rovnoprávné postavení vůči soukromým lékařům, spolupráce s organizacemi soukromých lékařů.
- 2) Pracovní podmínky – dodržování evropských směrnic o pracovní době, volný pohyb lékařů v rámci celé EU, podpora žen lékařek, podpora mladých lékařů.
- 3) Platy – stanovit minimální standard v rámci celé EU, podpora snahy lékařů v chudších zemích dosáhnout tohoto standardu.
- 4) Podíl zaměstnanců na řízení nemocnic – účast ve správních a dozorčích radách veřejných nemocnic.
- 5) Financování zdravotnictví – zvyšování výdajů a nárůst podílu výdajů na zdravotnictví na HDP.

MUDr. Milan Kubek, viceprezident FEMS

Evropská federace lékařů zaměstnanců (FEMS) přijala na návrh slovenské delegace na svém plenárním zasedání v Paříži dne 13. května 2006 jednomyslně následující usnesení



Předseda slovenských lékařských odborů dr. Marián Kollár, předseda LOK-SČL dr. Martin Engel, místopředseda francouzských lékařských odborů dr. Michel Dru, viceprezident FEMS dr. Milan Kubek

FEMS si je vědoma tíživé existenční situace zdravotnických pracovníků v některých členských státech Evropské unie, která se projevuje následujícími negativními jevy:

- Ostudně nízké ohodnocení práce lékařů.
- Obrovské množství přesčasové práce, kdy není výjimkou, že lékaři jsou nuceni odpracovat měsíčně i 150–200 přesčasových hodin.
- Odchod řady lékařů za prací do zahraničí, který má za následek zhoršování kvality lékařské péče.
- Odchod mnoha studentů medicíny ihned po ukončení studia z existenčních důvodů do zahraničí.
- V některých zemích, například Slovensko, Polsko, Chorvatsko, Česko, je základní plat lékaře stále nižší než průměrná mzda ve státě.

FEMS trvá na tom, aby nejpozději v horizontu dvou let byla mzdy lékařů v uvedených zemích podstatně zvýšeny.

Plenární zasedání zavazuje prezidenta FEMS, aby:

- Protestoval proti přetěžování lékařů nadměrnou přesčasovou prací.
- Protestoval rovněž proti nízkým mzdám nemocničních lékařů v jmenovaných zemích a podnikl souladu s tímto usnesením nezbytné kroky u kompetentních orgánů Evropské unie a Rady Evropy a dle vlastního uvážení i u ostatních zainteresovaných mezinárodních, vládních a mezivládních organizací.
- Rozšířil toto usnesení mezi asociované organizace FEMS a dle vlastního uvážení je s nimi diskutoval.
- Informoval o plnění tohoto usnesení a o výsledcích své snahy na příštím plenárním zasedání FEMS.

ASAC (The System of the Accreditation of the Specialized Ambulatory Care)

Ochrana kvalitou

V současné době je velmi diskutovaný problém možného dalšího směřování systému našeho zdravotnictví. Prakticky denně čteme v denním tisku o událostech, které mohou mít zásadní vliv na budoucnost každého lékaře i pacienta v ČR. Zaznávají různé silná pro i proti systému centralizace péče do tzv. neziskových nemocnic, zavádění „Krajského systému“ zdravotnictví, privatizaci některých typů služeb. Hodnotíme-li celý systém, musíme si ale uvědomit, že Česká republika je t. č. dosti otevřenou zemí a že ačkoli se to zdá dnes možná málo výrazné nebo pravděpodobné, okolní svět se stále více globalizuje a ČR se stává stále více přitažlivou pro „levnou pracovní sílu“ i „silný kapitál“ ze zahraničí. Ať bude budoucnost systému Českého zdravotnictví jakákoli, má-li být udržena úroveň zdravotnictví a zaměstnanost českých lékařů, je nezbytné, aby byl kladen maximální důraz na kvalitu zdravotnických zařízení a to i ambulantních. Kvalita pak bude chránit nás samotné, lékaře i pacienty, bude nás chránit, abychom se nestali snadno nahraditelným levným článkem velkého řetězce, ať již majitelem toho řetězce bude stát, kraj, obec nebo soukromá osoba.

V rámci přípravy výběrových řízení bylo možné zaregistrovat několik pokusů o tvorbu jakýchkoli zjednodušených žebříčků kvality ze strany krajských úřadů a zdravotních pojišťoven. Protože jde o problém, který jistě patří na půdu České lékařské komory, předkládáme Vám, jejím členům, k prostudování část zatím neúčelnějšího návrhu, který vytvořili sami lékaři pracující v ambulancích – členové rady Sdružení ambulantních specialistů ČR. Snaží se v něm při znalosti typu práce maximálně podchytnout to, aby to hlavně zůstalo důležitým a to vedlejší bylo uznáno jako doplňkové. Souhlasíte-li s níže uvedeným systémem v plném rozsahu, budeme rádi, dáte-li to jakkoli najevo, máte-li nějaké výhrady, budeme ještě radši. Jde o materiál v jistém smyslu otevřený a je jistě v zájmu nás všech, aby jeho definitivní podoba byla co nejkvalitnější.

Vzhledem k omezenému prostoru zde v časopise předkládáme jen krátký nástin systému. Blíže o něm můžete číst na www.sasp.cz. „The System of the Accreditation of the Specialized Ambulatory Care“ (dále také jen ASAC)

Proč potřebujeme speciální systém jednotného hodnocení kvality ambulancí a nestačí systém, který se t. č. pracovává pro nemocnice?

Důvody jsou

HISTORICKÉ: Během lůžkové péče jsou řešeny zcela jiné situace, proto jsou zde i jistě zcela jiná kritéria pro hodnocení kvality, než péče ambulantní, rozdělení ambulantní péče na „intramurální“ a „extramurální“ vedlo k tomu, že v dnešní době jsou na tyto dva typy ambulancí kladeny zcela jiné nároky.

MAJETKOVÉ: Rozdílný postoj k různým formám vlastnictví je registrovatelný prakticky denně.

LEGISLATIVNÍ: Již dnes platí jiné právní normy pro existenci státních a nestátních subjektů.

ÚHRADOVÉ: Lůžková zdravotnická zařízení mají zcela jiný systém financování a regulací, často pracují s dotacemi z veřejných prostředků, ke kterým soukromé ambulance nemají přístup.

KOMOROVÉ: ČLK v této chvíli nepůsobí jako zcela plnohodnotný multioborový „hlídač kvality a etiky“. Tato její úloha musí být maximálně rozvinuta.

DISCIPLINÁRNÍ: V hodnocení kvality je třeba sjednotit kritéria pro posuzování velikosti úvazků, pracovní doby, rozsahu služeb.

LOBBYSTICKÉ: Systém musí být jednotný a průhledný, aby byly eliminovány možnosti nepřiměřeného prosazování zájmů úzkých skupin poskytovatelů na úkor druhých.

PROZÁKONNÉ: Je třeba, aby systém minimalizoval pravděpodobnost podvodů při vykazování péče, účelové přesouvání pacientů do nebo z nemocnic, poskytování péče bez trvalého přímého dohledu pracovníky s příslušnou kvalifikací.

Podstata systému ASAC

Systém ASAC je univerzální, zabývá se hodnocením obecných parametrů, které jsou shodné pro ambulance všech odborností.

Systém ASAC je rozpracováván ve dvou verzích: ve verzi **zjednodušené**, kterou je teoreticky možné aplikovat i za současných podmínek a verzi **plnohodnotné**, která počítá se zavedením parametrů, které v současné době ještě nejsou plně hodnocené (např. složitost případů léčených v určité ambulanci), popřípadě jsou v současné chvíli irelevantní (např. nabídka ceny, dumping). V systému ASAC je každé zdravotnické zařízení hodnoceno kredity. Jsme si vědomi, že hodnocené oblasti i výše jim příslušejících kreditů jsou do jisté míry závislé na dohodě či na politickém rozhodnutí, přesto jsme tohoto názoru:

Které parametry považujeme za vhodné v hodnocení v systému ASAC. Parametry, které jsou hodnocené kredity, jsou rozděleny do tří stupňů.

I. PARAMETRY I. STUPNĚ: VÝZNAMNÉ

I. a) bez alternativy - hodnoceny + 30 kredity

- Splnění podmínek minimálního technického vybavení ordinace daných příslušnými právními normami (nejspíše není třeba nijak vysvětlovat). Poskytování péče v mezích zákona 95/2004 (trvalá/občasná přítomnost plně kvalifik. lékaře).
- Plnění podmínek postgraduálního vzdělávání pracovníků (vzdělanost personálu – atestace, absolvovaná specializovaná školení).

I. b) s alternativami - hodnoceny + 20 nebo 10 kredity

- Provozní doba zařízení (dostupnost celodenní/dopolední, jen některé vymezené časy, některé dny v týdnu).
- Spektrum prováděných výkonů (úplné/neúplné spektrum běžné pro ambulance příslušného typu – je již vydefinováno většinou příslušných zájmových sdružení).

II. PARAMETRY II. STUPNĚ (DOPLŇKOVÉ) - hodnoceny + 5 kredity:

- Kvalita organizace provozu „odkladné péče“ (Objednávání neakutních pacientů na přesný čas nebo časový interval? Průměrné zpoždění přijetí pacienta lékařem po jeho objednání? Vnitřní organizace práce ZZ v zájmu minimalizace zátěže pacienta).
- Zástupy v době nepřítomnosti (Plnohodnotné? Pro pacienty dobře dostupné v čase i místě? – Jde o ukazatel velmi závislý na lokalitě, ve které je umístěné příslušné ZZ, tento parametr je také velmi závislý na lokálním směrném čísle počtu ZZ příslušné odbornosti, který neurčuje samo ZZ, ale zdravotní pojišťovny).
- Participace na službách v lůžkovém zařízení, LSPP participace na organizaci integrovaného záchranného systému, popř. jiný druh plnění úkolů v kompetenci státní správy nebo samosprávy (opět velmi rozdílně hodnotitelný parametr – dle místních podmínek může být jednou výhodné, aby ambulance působila minimálně 12 hodin denně, ale pak není možné očekávat, že příslušní lékaři budou mít kapacitu na pohotovostní služby, jindy je vhodnější čas kratší, se zapojením personálu do práce i v nemocnici – např. chirurgické obory s operačními dny).
- Ordinace v odpoledních hodinách či o víkendech (% ordinační doby po 14.00 hodině).
- Účast na postgraduálním vzdělávání (akreditace pro postgraduální vzdělávání, způsob jejich získávání).
- Počet zdravotnických zařízení, s nimiž hodnocené ZZ spolupracuje (individuální dle příslušné odbornosti, přesto lze soudit, že čím více okolních ZZ např. ve vztahu - praktický lékař-amb. specialista – s tímto ZZ spolupracuje, tím potřebnější je toto ZZ v místě působení).
- Dobrá dostupnost ambulance (hl. místní a dopravní).
- Účast v jiných systémech hodnocení kvality (ISO apod.).

III. PARAMETRY III. STUPNĚ (HANDICAPUJÍCÍ) - hodnoceny – 30 kredity:

- Oprávněné stížnosti na péči lege artis.
- Prokázání podvodu při vykazování zdravotní péče.

Z výše uvedeného je snad jasné, že cílem je, aby v případě akceptování ASAC obdrželo 100% kreditů každé ambulantní zdravotnické zařízení, které svou praxi provozuje poctivě a bezproblémově, aby v hodnocení naší kvality hrály hlavní roli faktory, které můžeme sami svou aktivitou ovlivnit. Nelze však samozřejmě, vyloučit, že by měly potíže ty ambulance, které provádí selekci v rozsahu své péče (poradny, ambulance dostupné jen občas), ambulance, které nepracují lege artis a podvodníci.

MUDr. Jan Šťastný, MUDr. Zorjan Jojko

...ČR se stává stále více přitažlivou pro „levnou pracovní sílu“ i „silný kapitál“ ze zahraničí. Ať bude budoucnost systému Českého zdravotnictví jakákoli, má-li být udržena úroveň zdravotnictví a zaměstnanost českých lékařů, je nezbytné, aby byl kladen maximální důraz na kvalitu zdravotnických zařízení...

Proč jsem podpořil zákon o neziskových nemocnicích

Zákon o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních jsem inicioval a podpořil, protože se mně jeví jako potřebný. Události kolem nemocnic v naší zemi mají svůj překotný sled, který již ani nestačíme sledovat.

Pro nás stát byly nemocnice ekonomickým břemenem, protékaly jimi miliardy a finanční díry se nedařilo z centra ucpat. Proto padlo rozhodnutí, že stát předá nemocnice krajům. Tak se stát zbavil majetku v hodnotě zhruba sto miliard korun. Hejtmani oprávněně a důrazně žádali, aby stát zaplatil i dluhy zadlužených nemocnic. Stát tedy vydal něco málo přes tři miliardy a všichni hejtmani podepsali dohodu, že už žádné další nároky na oddlužení nemocnic nevnesou. A zde nastává první problém.

Vlastnictví

Kraj je jistě vlastníkem, ale vlastníkem svého druhu. Když rodina adoptuje dítě, soud toto potvrdí a to dítě je jako jejich vlastní, má jejich jméno, patří jim. Patří jim v tom smyslu, že se o ně musí starat, pečovat o něj. I vlastní dítě nechápu rodiče jako své vlastnictví, se kterým si mohou dělat, co chtějí, ale jako svěřený dar, který mají rozvíjet až k jeho samostatnosti. V takovém slova smyslu je i kraj vlastníkem nemocnic.

Byl na něj převeden majetek, dílo generací a společných financí, majetek, který si sám kraj nevybudoval, byl na něj převeden, aby o něj pečoval.

Krajské úřady byly zřízeny proto, aby se v zastoupení svých občanů staraly o školy, silnice 2. a 3. třídy, o nemocnice a léčebné ústavy. To, co na ně bylo převedeno, to svěřené, jim sice patří, ale nemohou s tím nakládat zcela libovolně, nemohou své prodát a zprivatizovat, co by pak spravovaly, k čemu by tu byly?

Záchranná brzda

Kraje, tito novopečení vlastníci, lépe řečeno zřizovatelé, nabyly dojmu, že mají nemocnic zbytečně mnoho a již začaly hledat firmy, které jim nadbytečné a nerentabilní nemocnice zprivatizují, učiní z nich akciové - obchodní společnosti. Otázka je, měly na to jako vlastníci právo, či právo jen domnělé? A právě zde začíná střet zájmů kraje a státu.

Ústava zaručuje dostupnost zdravotní péče všem občanům. Stát se tedy musí postarat o to, aby vedle soukromých nemocnic fungovaly i nemocnice veřejné a všem přístupné. Ještě když ministerstvo vedla MUDr. Milada Emmerová, začala se svým týmem až trochu horečnatě připravovat zákon o veřejných neziskových organizacích. Musel být vytvořen dříve, než bude pozdě, proto měl charakter záchranné brzdy.

První pokus

Ve chvatu byla připravena první verze zákona, který měl zajistit onu ústavní všeobecnou dostupnost zdravotní péče. Tvůrci zákona se nejprve podívali, jak tento problém řeší v Evropě, konkrétně v Rakousku, ve Francii, v Německu a ve Švýcarsku. To byl základ, který pak jen mírně upravili pro naše podmínky.

Určující pravidlo převzaté z Evropy říká, že obchodním společenstvem není možno poskytovat státní dotace. Realita financování zdravotní péče v ČR zároveň jasně ukazuje, že bez dotací ze státního rozpočtu se budovat a rozvíjet všeobecná nemocnice nedá. Zákon o rozpočtovém určení daní přitom jasně stanoví, že příspěvková organizace kraje může dostat dotace pouze od kraje.

Veřejné neziskové organizace jsou v evropských zemích - a teď i u nás - budovány proto, aby mohly kumulovat finanční zdroje. To znamená, aby mohly přijímat dotace státu, kraje i obcí. Tato veřejná zdravotní služba musí vytvořit dostupnou síť a aby se předcházelo zbytečným transportům nemocných, musí rovnoměrně pokrývat celé území státu. Konkrétně musí zůstat alespoň jedna veřejná nemocnice v okrese, ostatní mohou být s pánem bohem klidně privatizovány.

Nestejně podmínky

Veřejné a neziskové organizace nemohou pochopitelně mít stejné podmínky jako privátní akciové společnosti. Ty první totiž plní úkoly veřejnosti, proto jim všichni pomáhají (stát, kraj, obec), ty druhé mohou a musí hledět, aby se udržely bez dotací a ještě něco získaly - jinak zbankrotují.

Policie, armáda, hasiči, veřejné nemocnice - takové instituce nemohou zkrachovat, na ně nelze vyhlásit konkurz. Ochráňuje je zákon - jsou totiž veřejnou službou. Na obchodní společnost naopak může přijít exekutor a zabavit její majetek. Za takovou ochranu ovšem musí nezisková organizace, na rozdíl od akciové společnosti, respektovat pravidla zákona o zadávání veřejných zakázek, musí na internetových stránkách zveřejňovat od koho a za kolik co nakupuje. Prostě musí vést otevřené účetnictví, kdy každý nákup dražší než 2 milióny musí být předem odsouhlasený od zřizovatele. Zřizovatel má zkrátka v ruce všechny nástroje ke kontrole. Případný zisk organizace musí být znovu investován zpět do nemocnice, a za to, na rozdíl od obchodní společnosti, má nezisková nemocnice výhodu - je osvobozena od placení daně ze zisku. U neziskových organizací je možno kromě hospodaření kontrolovat také kvalitu personálního a přístrojového vybavení, i kvalitu lékařské péče. Na kontrole se podílí zřizovatel, ministerstvo i lékařská komora.

Akciová společnost se může specializovat pouze na některé zákroky, nemusí přijímat chronické, a tím nákladné pacienty. Nezisková nemocnice naopak každého občana, který žije ve spádové oblasti, ošetřit musí.

První verze navrhovaného zákona byla odmítána hlavně proto, že porušovala některá práva vlastníka a že rozlišovala a znevýhodňovala privátní nemocnice, kterým znemožňovala pracovat čerpat prostředky z veřejného zdravotního pojištění.

Legislativní rada

Mnozí poslanci poukazovali na to, že takto navržený zákon je protiústavní. Proto předali předkladatelé zákon Legislativní radě vlády, aby řešila problém, jak přeměnit nemocnice, které patří krajům, v neziskové organizace. Legislativní rada podle judikatury Ústavního soudu našla jedinou možnost - takzvaný výčtový zákon, což znamená přílohu k zákonu, ve které bude seznam jednotlivých nemocnic, které vytvářejí právě onu síť veřejných neziskových zařízení.

Akciové společnosti v souladu s obchodním zákoníkem fungují v režimu obchodního tajemství a není možné zvnějšku ovlivňovat jejich chod. Nikdo nemá právo určovat jim koho a jak mají léčit. Všeobecné nemocnice mají jiné poslání a jiné podmínky, jsou službou veřejnosti garantovanou ústavou, a proto mají ze zákona právo na smlouvy s pojišťovnami realizujícími veřejné zdravotní pojištění. Akciové společnosti, které se řídí obchodním zákoníkem, jsou soukromé, budou mít i nadále z veřejného pojištění hrazenou akutní péči, která představuje cca 70 % veškerých výkonů nemocnic.

Alespoň jedna nemocnice v okrese musí zůstat veřejná. Všechny ostatní mohou být do seznamu zařazeny na požádání, tedy budou-li si to přát. Rozhodnou-li se naopak být akciovou společností či společností s ručením omezeným, pak mají zaručenou financování 70 % své činnosti pojišťovnou a na zbývající úkony plánované péče (tedy cca. 30 %), musejí získávat, stejně jako dosud, každých pět let prodlouženou smlouvu s pojišťovnou či se o ni musí ucházet ve výběrovém řízení.

Ukáže-li se, že je některá nemocnice v kraji nadbytečná a bude-li chtít zůstat jako nezisková, - pak může po dohodě vedení kraje, lékařské komory, pojišťovny a ministerstva - získat jinou funkci jako léčebna či rehabilitační ústav.

Tento zákon jistě není dokonalý. Ministr Rath, který zákon musel v krátkém čase, proti silnému odporu prosadit, nahlíží, že by rozdíl mezi jednotlivými typy nemocnic, v čerpání prostředků z veřejného pojištění mohl být menší. Praxe ukáže, bude-li možné, aby pojišťovny i nadále prodloužovaly smlouvy na plánované výkony i soukromým nemocnicím. V tomto čase a za tohoto stavu, musely dostat nemocnice zajišťující veřejnou službu přednost v naději, že se zdravotní pojištění zkonsoliduje. Prudký rozvoj lékařské vědy přináší stále lepší a nákladnější léky a přístroje - a tak i já jako laik mám obavu, že nikdy nebude mít naše společnost tolik prostředků, aby mohla zaplatit vše pro každého.

Já osobně jsem tento zákon s klidným svědomím podpořil - i při vědomí zmiňovaných nerovností. Po zkušenostech s privatizací v průmyslu, která se konala též v časové nouzi a bez právních podkladů, jsem nechtěl zopakovat stejnou chybu. Jak říká pan ministr - "praxe ukáže". Zákon se jistě dá zlepšovat, ale ztracené miliardy z veřejných peněz se zpátky do společné kasy jen těžko vrací, ty jsou prostě fuč.

Svatopluk Karásek, poslanec za US-DEU



"...ztracené miliardy z veřejných peněz se zpátky do společné kasy jen těžko vrací..."

Král je nahý!

V olíci je prý před volbami pro politiky králem. A protože páni politici udělali ze zdravotnictví velké politikum, tancují své tanečky i před fiktivním pacientem a klaní se mu jako Židé zlatému teletí pod horou Sinai. A tak jsou politici, kteří dosud pacientovi lžou, že zdraví je takový statek, že zdravotnictví musí být zadarmo. Socialisté v celé Evropě jsou přesvědčeni, že nikdo nedokáže zdravotnictví zorganizovat lépe než oni. A protože to skutečně nijak moc nedokázali, přesvědčují ostatní, že zdravotnictví nikdy a nikde nelze nastavit ideálně. A mnozí volíci, ale i slovníci lékařů jim věří, přestože mají své negativní zkušenosti se systémem. Nepřemýšlejte o tom, lepší to ve zdravotnictví být nemůže.

Naše evropské, supersociální zdravotnictví ve všech státech funguje jen díky vnitřnímu, hlubokému zadlužení. Přes veškeré tanečky kolem pacienta, je to především právě pacient (ale i lékař), kdo je plně vyloučen z možnosti ovlivnění systému. Pacient zaplatí svou zdravotní daň, která na své pouti k lékaři se ztrácí, protože desítky tunelů ji na této cestě vysávají. Tyto tunely socialistický přístup ke zdravotnictví uzavřít nedokáže.

Evropské sociální zdravotnictví je v každé zemi řízeno centrálně v přesvědčení, že do posledního detailu musí být určeno a naplánováno, protože jinak by nefungovalo. Panuje přesvědčení, že svobodná rozhodnutí mohou přinášet jen chaos. A tak se hledá geniální superman, který dokáže vše naplánovat a určit. Takovým skutečným supermanem mohou být jen přirozené, svobodné a odpovědné vztahy mezi jednotlivými subjekty ve zdravotnictví.

Naše evropské, sociální zdravotnictví je udržováno v rovnováze represivní politikou omezující zdravotní péči, která jak všichni víme je bezbřehá. Pacient je přesvědčován, že vše je tu jen pro něho, a utají se mu, že na to stát nemá. Tak je to i v bohatších státech Evropy, natož u nás. A tak nikoliv stát, ale samotní lékaři omezují pacienta v jeho rozletu, protože chyby v systému a luxus léčby neplatí pacient, ale jeho lékař formou nejružnějších regulačních opatření.

Toto socialistické zdravotnictví vede ve skutečnosti k trvalému omezování zdravotní péče. A přes veškerá omezování je neohospodárné. I u nás jsme si již vědomi, že pacient díky restrikci lékařů není vždy řádně vyšetřen, ani nedostává léky, které má mít. Ale tento systém též umožňuje, že přijde pacient ke svému praktickému lékaři a hodí mu na stůl šest i více nálezů z nejružnějších odborných pracovišť potvrzujících, že je zdravý, přestože praktický lékař to děl již před tím i bez drahých vyšetření. Na jedné straně je péče nedostatečná a na druhé straně péče naprosto zbytečná. Pacient, kterému opravdu něco je, toto brzo zjistí. A máme tu protekcionismus a korupci jako nezbytné souputníky našeho socialistického zdravotnictví.

Peníze odevzdané pacientem jako zdravotní daň se stejně do zdravotnictví nedostávají, a tak lékaři zůstávají nedostatečně ohodnoceni. A navíc tak jako v každém direktivním systému se na ně valí nekonečné restrikce a vzrůstá výkaznictví a byrokracie. To vede k opakovaným bouřím lékařů a stávkám, které jen dokazují, že v socialistickém systému lékařů nejsou skuteční pány. Ale pánem není ani pacient!

Pacient se může stát pánem jen v přirozených, svobodných a odpovědných vztazích ve zdravotnictví. Mnozí se bojí, že přirozené vztahy jsou jen zdrojem zmatků. Jsou přesvědčeni, že úředníci dokáží vše řídit lépe a nastolit lepší rovnováhu, než je rovnováha přirozená. Bohužel, pravicový přístup ke zdravotnictví se v Evropě jaksi nenosí.

A tak nikdo nemá zájem, ani levice, ani pravice, aby se zdravotní „pojišťovny“ staly skutečnými pojišťovnami na zdraví a nemoc. Nikdo nemá zájem, aby pacient dnes zcela vyřazený ze systému se mohl stát pánem v

systému, který si vybírá nejen schopného lékaře, ale i skutečnou zdravotní pojišťovnu se skutečným pojištěním na nemoc. Nikdo z politiků nemá zájem, aby se ve zdravotnictví rozbila falešná zrcadla a falešné iluze o fungování systému. Nikdo z politiků ve skutečnosti nemá zájem, aby každý pacient mohl být řádně vyšetřen a léčen. Nikdo z politiků nemá zájem zamezit ztrátám peněz z naší zdravotní daně v nejružnějších tunelech.

Je to jedině pacient, kdo si mnohem lépe než sebedokonalejší úředník dokáže ohlídat své peníze, které vkládá do svého zdraví. Proto bez změny toku peněz ve zdravotnictví s tím žádný politik nemůže nic udělat. Pacient skutečně musí zaplatit svému lékaři v ordinaci za jeho vyšetření a předem dohodnutý podíl si pak vyzvednout ve své zdravotní pojišťovně. Dokonalejší a levnější způsob neexistuje. Jedině samotný pacient si musí rozhodnout v součinnosti se svým lékařem, kterému důvěřuje, která vyšetření a jak luxusní léčbu pacient potřebuje. Ale ten luxus, výhodnost, účinnost... si musí platit ze svého. To mu přece nemůže platit ani stát, ani lékař, jak je tomu dnes!

To znamená, v ambulancích zavést pokladenský systém financování. Toto otočení toku peněz dostane zdravotní pojišťovny do plodných konkurenčních vztahů a uvidí se jich zde mnohem více za méně peněz. Dostane i lékaře do těchto plodných konkurenčních vztahů. Jedině tak, zcela přirozenou cestou bez direktiv, skutečně poroste kvalita zdravotní péče ku spokojenosti pacientů i lékařů. Navíc otočením toku peněz ve zdravotnictví vznikne šance uzavřít některé tunely zdravotní daně.

Pro většinu našich občanů je tato cesta reálná. Prostě denně se přesvědčujeme, že na to mají. Kdo nebude považovat své zdraví za nejvyšší statek, neinvestuje do něj. Půjde o jeho zdraví. Už nebude muset platit ostatním Acylpyrin či Paralen, aby se pak u něho nedostalo na náročnější péči. Pacient sám si bude rozhodovat o svém zdraví a bude se jistě i lépe o něj starat preventivně. Neboť poškodí-li si své zdraví svévolně, bude platit více na solidární pojištění. Sociálně či ekonomicky slabší občané musí zajistit stát sociálními dávkami či poukázkami na ošetření. V tom záleží skutečná sociální péče státu o své občany, která řeší i dostupnost zdravotní péče mnohem lépe, než to řešíme dnes. A je to špatné, nutí-li politici, aby lékaři zde suplovali stát, jako je tomu ve Švýcarsku.

Nemocniční péče v pokladenském systému by byla pro většinu z nás nad naše finanční možnosti. Proto musí být v plně solidárním systému financování a bude nasmulována předem ve svobodných vztazích mezi nemocnicemi a zdravotní pojišťovnami. Na skutečně mimořádně drahou zdravotní péči, na kterou se dnes skládáme v nejružnějších nadacích a sbírkách, a na kterou nemá ani sebevětší pojišťovna, by se mohla najít rezerva ve státním rozpočtu.

Povinností státu je především rámcově definovat subjekty zdravotnictví a zajistit vymahatelnost práva v naší zemi. Pouhé nastavení mantinelů a dohled nad hospodařením větších subjektů (pojišťoven a nemocnic), aby směřování k ekonomickému propadu bylo včas odhaleno a řádně soudně odměněno. Není možné dále beztrápně tunelovat na všech úrovních. Překáží-li v normalizaci vztahů a stabilizaci ve zdravotnictví Ústava, je nutné nefunkční větu změnit i v Ústavě.

Přirozené, svobodné vztahy s odpovědností je jediná cesta ke spokojenosti pacientů, lékařů, ale i politiků. Zdravotnictví přestane být i pro politiky riskantní politikum a bude fungovat lépe než pod politickým sešroubováním do nefunkčních vztahů. Teprve v těchto svobodných a odpovědných vztazích se občan stává skutečně pánem a volí králem.

Sám se cítím jako to dítě z Andersenovy pohádky, které zatím nikdo neslyší. A tak král zůstává nahý. Neví o tom. A všichni ho přesvědčují, jak je vše v naprostém pořádku.

MUDr. Bohumír Šimek, Kremže, sim@c-mail.cz

Větší význam mají dobré mravy než dobré zákony. Co se to s námi lékaři stalo?

V rámci povinností, kterými naplňuji v posledních několika letech roli editora odborného periodika, mám do značné míry mimořádnou možnost obsáhnout a posoudit stav i rozvoj české medicíny. Tato bezmála denní exkurze do laboratoří, ústavů a na lůžková oddělení nemocnic, která realizují náročné projekty klinického výzkumu, mne pravidelně naplňuje pocitem uspokojení. To plyne z vědomí, že našim nemocným se dostává péče, která reflektuje současné evropské trendy jak v diagnostice, tak i terapii. Fascinující možnosti v oblasti molekulární genetiky, zřetelná progres v oboru onkohematologie, nepochybnitelné úspěchy kardiologie a to zvláště té invazivní a celá řada dalších, vzbuzujících pocit skvěle odvedené práce dokonale organizovaných a harmonických týmů vědců, lékařů, zdravotních sester, laboratorních a dalších pracovníků.

Takový je pohled od redakčního stolu při prvním čtení příspěvků a analýze jejich recenzí či komentářů. Jaký je ale pohled na „bílou armádu“ známý úhlem českých médií bez ohledu, jde-li o denní tisk, rozhlas či televizi? Výraz tristní bude v tomto případě pošetilým eufemismem.

Co se stalo s českými lékaři? Co je substrátem hostility jednotlivých „zájmových“ skupin? V etikém kodexu České lékařské komory se v jednom z článků hovoří o tom, že lékař m. j. ...“ tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení nevtrívou lidskou ochetou chápat a sdílet pocity nemocných...“ Neměli bychom „šetřit lidskou důstojnost“ také my sami mezi sebou na vzájem?

Bohužel i laická veřejnost už dnes vnímá, že zvláště v ohledu lidské důstojnosti jsme si bohužel mezi sebou mnohé dlužni.... Nevybíráv

střety některých z nás s rysy hulvátství před TV kamerami, insinuace v tisku a dehonestující projevy na sjezdech ČLK indukují dojem, že jde o projevy psychopatických osobností, které nerespektují elementární normy slušnosti. Že tak přispívají k znevážení obětavé práce mlčící většiny a postupně likvidují epitetu, která byla našemu stavu vlastní? Kdo dnes může náš stav skrze taková problematická individua, řešící si prostřednictvím médií vlastní mindráky a průměrnost, ještě považovat za vážený či úctyhodný?

Nicméně za jeden z nejzávažnějších problémů považují skutečnost, že lékařské reprezentace nejružnějších oborů a úrovní připustily zpolitizování stavovských aktivit. Velmi, velmi bych si přál, aby vzájemné spory, které jsou m. j. často vyvolány nepromyšlenými administrativními zásahy málo kompetentních úředníků či neuváženími, ale jindy i legitimními představy reprezentantů jednotlivých lékařských sdružení, byly diskutovány demokraticky, nicméně výlučně na platformě lékařské komory. Proto jsem mimo jiné rád, že v usnesení posledního sjezdu ČLK byl prosazen požadavek, aby se prezident a členové představenstva zavázali, že po dobu mandátu rezignují na členství v politických stranách.

Jakkoli se to zdá obtížné, nezbyvá než integrovat naše zájmy a vrátit se k původním premisám z časné polistopadového období. Je nejvyšší čas spojit svoje síly a zasadit se o restituci prestiže lékařského stavu. To lze učinit pouze jediným způsobem, že budeme jednat korektně a na všech úrovních našeho společenství budeme prosazovat slušnost! V tomto kontextu je užitečné připomenout si výrok Tacitův: „Plus boni mores, valent quam bonae leges“, což značí: „Větší význam mají dobré mravy než dobré zákony.“

Doc. MUDr. Petr Bartůněk, CSc.



Profesní standardy

Z dotazů lékařů vyplývá, že není zcela jasné, zda v České republice existují pro lékaře standardy, podle kterých by se mělo postupovat při léčbě jednotlivých chorob, a pokud existují, do jaké míry jsou pro lékaře závazné, případně jaké důsledky by mohlo mít jejich nedodržení. Všeobecně je známo, že jednotlivé odborné společnosti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně vydávají občas svá stanoviska k problematice léčby některých chorob. Také Česká lékařská komora občas vydává stanoviska týkající se poskytování zdravotní péče. Ministerstvo zdravotnictví kromě vyhlášek vydává občas i určité instrukce, metodická doporučení či stanoviska. Pro lékaře je významné přesně vědět, zda tato stanoviska či doporučení jsou pro jeho činnost a léčbu pacienta závazná nebo mají pouze doporučující charakter.

Co je pro lékaře závazné

Při léčbě pacienta musí lékař postupovat v souladu s právními předpisy, kterými jsou jednak mezinárodní úmluvy, kterými je Česká republika vázána, jednak ústavní předpisy včetně Listiny základních práv a svobod, jednak zákony (například zákon o péči o zdraví lidu, zákon o veřejném zdravotním pojištění) a jednak i vyhlášky vydané na základě zákonného zmocnění. Zákon dále zmocňuje Českou lékařskou komoru, aby pro své členy vydávala závazná stanoviska k odborným problémům poskytování zdravotní péče a ve zdravotnickém výzkumu.

Právní předpisy většinou závazné postupy léčby nestanoví a stanovit nemohou. V některých případech stanoví určité závazné zásady či postupy, které se však netýkají zpravidla přímo léčby. Například zákon o ochraně veřejného zdraví ukládá povinnost léčby přenosných chorob a hlášení o těchto chorobách příslušnému orgánu ochrany veřejného zdraví. Zákon tedy nestanoví způsob, jak chorobu léčit, ale závazně stanoví postup, který při zjištění přenosné choroby je nutno dodržet.

Úmluva o lidských právech a biomedicíně, která byla ratifikována Českou republikou v roce 2001 v článku IV stanoví, že jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví včetně vědeckého výzkumu je nutno provádět v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy. Jak budou tyto profesní povinnosti a standardy definovány záleží na každém členském státu a jeho vnitřních zákonech – důležité je právo každého, aby jakýkoliv zákrok, který je na něm prováděn, byl prováděn v souladu s těmito státem a zákonem stanovenými povinnostmi.

Podle § 11 odst. 1 zákona o péči o zdraví lidu zdravotní péči poskytují zdravotnická zařízení státu, obcí, fyzických a právnických osob v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy. Toto ustanovení se považuje za základ výkladu pojmu *lege artis*.

Podle § 55 odst. 1 zákona o péči o zdraví lidu je každý zdravotnický pracovník povinen vykonávat své povolání podle zásad stanovených Ministerstvem zdravotnictví ve spolupráci s příslušnými profesními organizacemi.

Podle § 2 odst. 2 zákona č. 220/1991 Sb. v platném znění je Česká lékařská komora oprávněna přijímat pro své členy závazná stanoviska pro výkon jejich povolání a ve zdravotnickém výzkumu.

Z toho vyplývá, že pro lékaře by byl závazný určitý postup při léčbě pacienta, pokud by byl takový postup stanoven:

1. Mezinárodní smlouvou, kterou Česká republika ratifikovala, ústavním zákonem, nebo zákonem.
2. Vyhláškou vydanou na základě zákonného zmocnění.
3. Závazným stanoviskem České lékařské komory.

Konkrétní způsob léčení konkrétní choroby mezinárodní smlouvy ani zákony zpravidla nestanoví ani stanovit nemohou. Vývoj lékařské vědy je kontinuální proces, který nelze uzavřít do konkrétního právního rámce a trvat na tom, aby tento rámec byl bez ohledu na vývoj nových poznatků oboru jednou pro vždy nebo alespoň v určitém časovém období dodržován.

Pokud však přece jen v některých případech zákon stanoví určité povinné postupy (například při transplantacích, při



ilustrační foto

poskytování zdravotnické záchranné služby, při umělém přerušení těhotenství apod.) je třeba tento postup dodržet.

Česká lékařská komora vydává na základě shora uvedeného zákonného zmocnění v některých případech závazná stanoviska k odborným problémům poskytování zdravotní péče.

Tato stanoviska lze nalézt na webové stránce České lékařské komory nebo ve Věstníku České lékařské komory, který je v současné době nově vydán.

Existuje-li k některému odbornému problému poskytování zdravotní péče závazné stanovisko České lékařské komory, je lékař povinen toto závazné stanovisko dodržet, leda by v konkrétním individuálním případě shledal, že v zájmu pacienta je vhodný jiný rovněž odborně přípustný postup a tento jiný postup by byl schopen odborně odůvodnit.

Normy doporučujícího charakteru, které nejsou závazné

Metodické pokyny, doporučení Ministerstva zdravotnictví, doporučení profesních komor zřízených zákonem, jakož i doporučení odborných společností nebo stanoviska odborných společností České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně či jiných odborných společností, které pracují mimo rámec České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně nemají pro lékaře charakter závazný, ale pouze doporučující.

Rovněž budou-li v budoucnu vydávány standardy postupů při léčbě jednotlivých chorob, bude třeba k nim přistupovat jako k určitému standardně doporučenému postupu, který však lékař není povinen za všech okolností vždy dodržet, pokud shledá, že v zájmu pacienta je odklonit se od tohoto obecně doporučovaného postupu. Bylo by proto žádoucí, aby v samotném standardu, který by jinak měl mít povahu závazného stanoviska profesní komory, byla dána možnost v odůvodněných případech se odchýlit od standardního postupu a toto odchýlení náležitě odůvodnit ve zdravotnické dokumentaci.

Stanoviska odborných vědeckých společností i doporučující stanoviska Ministerstva zdravotnictví mají při posuzování činnosti lékaře jistě velkou váhu, jejich charakter je však doporučující nikoli závazující. Lékař by je měl při své práci brát v úvahu, ale není povinen se jimi řídit, pokud v konkrétním případě shledá, že by byl podle jeho odborného přesvědčení vhodný jiný než doporučený postup.

Co je péče „lege artis“

Jak bylo uvedeno, zákon požaduje, aby zdravotní péče byla poskytována v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy. Toto ustanovení je poměrně vágní a bude patrně v nově připravovaném zákonu o zdravotní péči definován přesněji. Za poznatky lékařské vědy se pokládá to, čeho věda dosáhla. Jde ovšem o trvalý poznávací proces, přičemž ne každý poznatek je možno již považovat za dostatečně ověřený a použitelný v lékařské praxi. Hodnocení toho, co je postupem lege artis a co nikoli přísluší medicíně nikoli právu. Přitom i lékařská věda připouští v řadě případů více různých lékařských postupů, z nichž všechny mohou být lege artis. Proto platí základní zásada, že **lékař, který se přidržel kteréhokoliv z uznávaných postupů, postupoval lege artis.**

Při posuzování, zda lékař postupoval lege artis bude třeba brát v úvahu jednak, zda dodržel postup stanovený obecně závaznými právními předpisy nebo závaznými stanovisky České lékařské komory, dále zda postupoval v souladu s tím, co je obsahem výuky na lékařských fakultách a v postgraduálním vzdělávání, s tím, co je převážně uznáváno v odborném lékařském tisku, na odborných kongresech, apod. Při konkrétních sporech bude ovšem rozhodující váhu hrát vyjádření znalecké komise, soudního znalce, nebo ústavního znaleckého posudku.

Bude tedy vždy jen na lékaři – znalci, nebo lékařích – znalcích, či členech znalecké komise (v disciplinárním řízení též na členech příslušné oborové komise vědecké rady České lékařské komory), zda z odborného medicínského hlediska zhodnotí, že postup lékaře v konkrétním případě byl v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, či nikoli. Při tomto hodnocení je třeba klást důraz na slovo „dostupnými“, protože postup lege artis je třeba vykládat v souladu s tím, jaké možnosti má lékař na konkrétním pracovišti při

péči o konkrétního pacienta, přičemž ne vždy lze poskytnout péči na nejvyšší světové úrovni, proto za lege artis je považována i taková péče, která odpovídá dostupným možnostem konkrétního zdravotnického zařízení.

Při posuzování otázky, zda lékař postupoval lege artis či nikoliv se vyšetřovací orgány i soud především zabývají otázkou, zda postup v daném případě při konkrétní diagnóze je něčím závazně stanoven. V naprosté většině případů zjistí, že závazné stanovisko



ilustrační foto

vyplývající z právního předpisu nebo z rozhodnutí České lékařské komory pro postup při konkrétní diagnóze neexistuje. Teprve poté je zjišťováno, zda existují nějaká doporučení či doporučující odborná stanoviska, ať již vydaná Ministerstvem zdravotnictví, odbornými vědeckými společnostmi, komorami či jinými k tomu povolánými orgány a institucemi, která sice nejsou pro lékaře přímo závazná, ale určité postupy doporučují. Jak již bylo uvedeno, od těchto doporučených postupů se lékař může odklonit v konkrétním případě, shledá-li to potřebné v zájmu pacienta a svůj odlišný postup by měl vždy být schopen odůvodnit. Stane-li se, že se lékař odchýlil od doporučených postupů a svůj postup si zdůvodnil, nelze než konstatovat, že postupoval lege artis.

Protože pro většinu situací, kdy lékař poskytuje zdravotní péči neexistují ani doporučující stanoviska jak v té či které konkrétní situaci postupovat, je posouzení otázky, zda postup lékaře byl v dané situaci odborně správný a náležitý či nikoli, zpravidla převážně na úvaze soudního znalce nebo znalecké komise. Nelze přitom zastírat, že i názory soudních znalců a členů znaleckých komisí na správnost či nesprávnost postupů lékaře v konkrétním případě bývají často rozdílné. Znovu je třeba zdůraznit, že přidržel-li se lékař kteréhokoliv z možných postupů, který je odborně odůvodněn, postupoval lege artis. Na tom nic nemůže změnit ani skutečnost, že se ex post ukáže, že by byl vhodnější postup odlišný. Důležité je, jak se ex ante jevil stav pacienta lékaři v okamžiku, kdy se o dalším postupu rozhodoval, nikoli jak se jeví ex post, když již je výsledek znám.

Lze očekávat, že v budoucnu budou v souladu v Úmluvou o lidských právech a biomedicíně přijímány i v České republice standardy profesního postupu lékaře při léčbě některých chorob. Z hlediska právní ochrany lékaře to lze jen uvítat. Standardy je třeba chápat jako autoritativní doporučení, jak obvykle při léčbě určité choroby či při určitém zdravotním stavu pacienta postupovat, od kterých je možno se v konkrétním případě, je-li to odborně odůvodněno odklonit a odlišný způsob zdůvodnit.

JUDr. Jan Mach, ředitel právního oddělení ČLK

Volná místa – zájem

Kožní lékařka, 20 let praxe, 2 atest., licence LK, hledá zam. v Praze. 728 929344.

PL pro dospělé hledá od 10/06 úvazek 0,5 v Praze, pozdější převzetí praxe možné. Tel.: 736 155 808.

Lékařka, gynekolog-porodník s II. atestací a zkušeností v ambulanci, t. č. na MD, hledá možnost sníženého úvazku nebo záskoku v ordinaci – pravidelně. Praha a okolí. Tel.: 604 608657.

Volná místa – nabídka

VEDOUCÍ LÉKAŘ/KA – LÁZNĚ. Severomoravská lázeňská spol. vyhlašuje výběrové řízení na pozici VEDOUCÍ LÉKAŘ. Požadavky: atestace I. st. nebo II. st. z interního lékařství + atestace z FBL, vítána znalost NJ, popř. AJ, RJ, PL, praxe min. 5 let na obdobné pozici, orientace na nové trendy v lázeňství. Nabízíme: motivující platové ohodnocení, služební byt. Kontakt: Personální agentura Advantage Consulting, Ostrava, e-mail: briosi@acprace.cz; www.acprace.cz, tel.: 775 787 076.

Hledáme na úvazek lékaře ZPP s řidičským průkazem a smlouvou s pojišťovnami. Kontakt: 777 830 261, 606 927 918.

Zdravotnické zařízení v Praze 6 - Dejvická přijme lékaře alergologa na částečný, nebo plný úvazek, příspěvek na bydlení. shaker.y@seznam.cz, tel. 608 517792.

Lékař přijme pneumologa i na částečný úvazek v Praze 6 (vhodné i pro lékaře – důchodce). Tel.: 602 275 113.

LÉKAŘ/KA – GYNEKOLOG. Ostravské nestátní zdravotnické zařízení vyhlašuje výběrové řízení na pozici LÉKAŘ/KA – GYNEKOLOG. Požadavky: atestace I. stupně z oboru gynekologie a porodnictví, zájem o znalosti v reprodukční medicíně (genetika, imunologie, andrologie, endokrinologie), dobrá znalost pánevní monografie, zkušenosti z asistované reprodukce nejsou podmínkou. Nabízíme: zajímavé finanční ohodnocení, zajímavá práce v dynamicky se rozvíjícím oboru, kvalita pracoviště certifikována dle normy ISO 9001, kontakt s posledními novinkami v léčbě neplodnosti. Kontakt: Personální agentura Advantage Consulting, Ostrava, e-mail: briosi@acprace.cz; www.acprace.cz, tel.: 775 787 076.

DIABETOLOGA na poloviční úvazek přijme soukromá diabetologická ordinace v centru Prahy. 1. atestace v oboru interna nutná. Informace: e-mail: soucekteptin@quick.cz nebo tel.: 602 484 714.

Nemocnice Třebíč, p. o., přijme kardiologa s praxí pro práci na JIP a v kardiologické ambulanci na dobře vybaveném pracovišti. Dobré platové podmínky. Odborně zajímavá práce ve finančně stabilizované nemocnici. Nabízíme ubytování ve vlastní ubytovně. Zájemci zasílejte vaše životopisy na e-mail: milena.vanickova@nem-tr.cz., tel. kontakt + 420 568 809 691.

Ředitel Městské nemocnice Hořice, přijme lékaře pro LDN. Možnost pracovat i na jednu směnu (bez služeb). Kvalifikační požadavky: atestace I. st. z vnitřního lékařství. Informace na telefonním čísle 493 621 273, e-mail: hor.nemocnice@sendme.cz.

Přijmeme oftalmologa s atestací do dobře zavedené soukromé oční ambulance. Nadstandardní platové podmínky, s možností pozdějšího odkupu praxe. Byt 2+kk k dispozici. Tel.: 608 840 531, 775 638 585. Zn.: Výhodná nabídka.

Soukromá německá URL praxe (Frankfurt nad Mohanem) přijme odbornou lékařku/lékaře. Pracovní doba po-pá, 40 hod. týdně – plný úvazek. Dobré platové podmínky (80.000 Kč měsíčně), dobrá znalost německého jazyka podmínkou. DrMed. André Asfemi, Innerer Ring 4, Bruchköbel 634 86, Deutschland. Tel.: +490 618 177 015.

Neurologa přijme nestátní poliklinika v Berouně. Nabízíme práci v příjemném kolektivu, výhodné platové podmínky a možnost dalšího vzdělávání. Dobré spojení do Prahy. Informace na tel. čísle: 311 746 424 nebo 311 746 348.

Lázně Kundratice, a.s., hledá lékaře. Přednostně lékaře se zájmem v oboru rehabilitace se základní atestací nebo zařazeného do oboru FBLR. Výhodou je aktivní znalost německého jazyka. Přihlášky spolu s profesním životopisem zasílejte na adresu: Lázně Kundratice, a.s., 463 52 Osečná, okr. Liberec, tel.: 485 344 211, 221.

Rentgenologa přijme nestátní poliklinika v Berouně. Nabízíme práci v příjemném kolektivu, výhodné platové podmínky a možnost dalšího vzdělávání. Dobré spojení do Prahy. Informace na tel. čísle: 311 746 424 nebo 311 746 348.

Klinického psychologa přijme nestátní poliklinika v Berouně na částečný úvazek. Nabízíme práci v příjemném kolektivu, výhodné platové podmínky a možnost dalšího vzdělávání. Dobré spojení do Prahy. Informace na tel. čísle: 311 746 424 nebo 311 746 348.

Psychoterapeutické středisko Břehová přijme psychiatra. Psychoterapeutická kvalifikace výhodou, nikoliv podmínkou. Přihlášky a profesní CV zasílejte buď písemně (Psychoterapeutické středisko, ředitel, Břehová 3, 110 00 Praha 1 a nebo mailem (k.koblic@seznam.cz) do 28. 6. 2006.

Železniční poliklinika Nymburk, Boleslavská 1854, 288 02 Nymburk přijme do pracovního poměru na plný pracovní úvazek absolventa LF se zájmem o práci v oboru všeobecné lékařství. Místo výkonu práce pro získání atestace je ordinace praktického lékaře v Mladé Boleslavi. Odborné stáže a školení, které jsou nutné k získání atestace v daném oboru, budou umožněny. Kontakt: ředitelka ŽP Nymburk, tel : 325 514 318 , 602 310 953, e-mail: jenikova@mail.cd.cz.

Přijmeme praktického lékaře na zástup v letních měsících. Praha. Mobil: 602 318 025, tel.: 261 006 443, 427.

Zahraněční společnost působící v oblasti zdravotnictví přijme LÉKAŘE DIALYZAČNÍHO STŘEDISKA do Ústí nad Orlicí. Požadujeme atestaci z vnitřního lékařství, samostatnost, organizační schopnosti. Nabízíme: dobré platové ohodnocení, prostor pro další vzdělávání, možnost zajištění ubytování. Nástup ihned. Kontakt: 495 213 748, jana.valaskova@grafton.cz.

Zástup

Přijmu praktického lékaře (i důchodce) na zástup do soukromé ordinace v Bílině. Nástup možný ihned. Možná dohoda i na převzetí ordinace. Tel.: 728 642 958.

Hledám zástup do ordinace praktického lékaře nedaleko Prahy - dostupnost příměstskou MHD - ve dnech 3., 4. a 7. 7. 2006. Za zástup zaplatím celkem 3.500,-Kč,tel: 257 730 492, e-mail:hodik@volny.cz.

Prodej a koupě

Prodám digitální kojeneckou váhu a světelný optotyp. Informace na tel.: 728 133 047 po 18. hodině.

Prodám kovové kartotéky, cena za kus 250,- Kč. Dále horkovzdušný sterilizátor HS 61 A za cenu 500,- Kč. Tel.: 728 438 041.

Prodám ekg Bioset Bos třísvodové za 5 000,- Kč, + 2 náhradní pac. kabely + ekg papír za 1500 Kč. Tel. 721 903 425.

Polský kolposkop MI 22, 2 malé, 2 střední a 2 velké kruhové sterilizační bubny. Kartotéka kovová format A 5 6x6 šuplíků. Lampa vyšetřovací nástěnná. Zrcadla gynekologická vyšetřovací kovová - cca 30 Ks. Tel.: 603 733 467.

Prodám kompletní vybavení gynekologické ambulance. Sterilizátor, vyšetřovací stůl, kolposkop, zrcadla atd. Nejraději v celku. Cena dohodou. Tel.: 602 809 301.

Prodám starší klasický gynekolog. stůl v dobrém stavu, cena 1.400,- Kč, tel.: 603 804 726.

Prodám bílý nábytek do lékařské ordinace. Jde o 2 bílé psací stoly s pohyblivými kontejnery, 2 bílé skříně se stahovacími dveřmi a 1 menší se stahovacími dveřmi. Dohoda jistá, nábytek i jednotlivě. Tel.: 376 526 411 (od 17 do 20 hod.)

Prodáme starší, ale plně funkční kardiomonitor Hewlett Packard 78353B s printrem 78173B s ekg svodem a s konzolí na zeď. Cena dohodou. Tel. 603 418 304.

Prodám ECHO SOUNDER 101EX 2 roky v provozu poř. cena 10 000; 2 kontejnery M. E. 2053, 1 nový; 1 1,5 roku používaný. Mobil 606 222 650.

Prodej nových bytů (apartmánů) do osobního vlastnictví v Bedřichově (nad Zátiším) – v krásném prostředí Jizerských hor. Hypotéka možná. Tel.: 606 641 692.

Pronájem

Pronajmu dlouhodobě kolaudovanou ordinaci v secesním domě v bezprostřední blízkosti Vinohradského divadla. Dům i ordinace po kompletní rekonstrukci. 2 místnosti 16 a 17 m², 2x WC, koupelna, a společná hala s druhou ordinací 15 m².Nájem 11 000/ měs. Foto na www.vinohrady.wz.cz, drnemec@volny.cz, tel. 603 319 309.

Operační sál pronajmu v Praze 10 na poliklinice, kompletně zařízený se stacionářem, včetně nástrojů. Cena 500,- Kč/hod. Jen čistá chirurgie, ortopedie, plastická chirurgie. Tel.: 737 935 359.

Dlouhodobě pronajmu ordinaci ve Zdravotním středisku Špičák v České Lípě. Vhodná pro jakoukoliv profesi. Volná od května 2006. MUDr. Markéta Bělková, tel. 603 439 887.

Pronájem zařízené ordinace na Vítězném náměstí v Praze 6. Možno i jednotlivé dny či hodiny. Cena pronájmu I dne 2000,- měsíčně. Kontakt tel.: 603106564, nebo 602859031.

Různé

Přenechám zavedenou ordinaci PL pro dospělé 10 km od Liberce. Tel.: 721 017 472.

Promoční ročník 1975 LF UJEP Brno, všeobecný směr - plánujeme setkání. Napište e-mail adresu, adresu a telefon i dalších spolužáků na: WeinbergerV@atlas.cz. Kontaktní tel.: 533 302 381.

Odkoupím alergol.-imunol.praxi v Praze, Středočes.kraji, Plzni a okolí, další spolupráce s prodávajícím lékařem možná.Mail: alergosalve@seznam.cz, tel.:608034422.

Přenechám zavedenou ordinaci praktického lékaře pro dospělé v Turnově, a to ve vlastním objektu na hlavní ulici s možností pronájmu nebo i prodeje objektu na byt nebo kancelářský prostor. Telefon: 776 318 715.

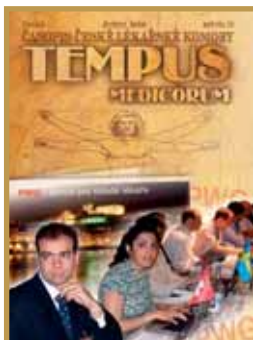
Psychiatr II. at. převezme - odkoupí zavedenou soukromou praxi v Brně a okolí, i perspektivně. tel: 720 252 157.

Přenechám dobře zavedenou ordinaci praktického lékaře pro dospělé v centru Ústí nad Orlicí. Tel.: 465 712 347.

Hledám asistenta praktického lékaře pro dospělé. Zavedený venkovský obvod 40 km od Brna (u Vyškova). Po roce převzetí praxe. K dispozici byt 3+1 se zahradou. Tel.: 736 146 226.

Nabídka služeb

Helfende Hände von Land zu Land, Spolek pro pomoc při vyřizování daňových záležitostí, Registrované občanské sdružení. Vítejte v EU! Čeští lékaři a zdravotní personál, kteří pracovali nebo pracují legálně v Německu, mohou, částečně nebo zcela, získat zpět zaplacené daně v Německu. Informace získáte na těchto telefoních číslech: Karel Kazmír, Starý Šachov 20, CZ 407 25 Verneřice, IČO: 694 242 250, DIČ: 178-480515136. Tel./fax: +420 412 586 093, mob.: +420 603 484 250.



Vydává: Česká lékařská komora. Adresa: Dolní nám. 38, 771 00 Olomouc. Registrační číslo MK ČR : 6582. ISSN: 1214-7524. IČO:43965024.

Adresa redakce: Časopis ČLK, Lékařská 2, 150 00 Praha 5. Tel.: 257 217 226, fax: 257 220 618.

Internet: www.lkcr.cz/tm. **Sekretářka redakce:** Veronika Klierová.

Příjem řádkové inzerce: Veronika Klierová, Lékařská 2, 150 00 Praha 5. Tel.: 257 217 226, Fax: 257 220 618, recepce@clkcr.cz

Grafická úprava, sazba: Ivan Vacke. **Tisk:** MoraviaPress, a. s. Břeclav.

Fotografie: Pokud není uveden autor - archiv redakce.

Uzávěrka tohoto čísla 13. 5. 2006. Vychází měsíčně. Toto číslo vyšlo 23. 5. 2006.

Podávání novinových zásilek povoleno: Česká pošta, s. p., Odštěpný závod Praha, čj. nov 6139/96 ze dne 22. 11. 1996.

Distribuce: Česká pošta, s. p., Postservis OZ Přeprava. Předplatné pro nečleny ČLK (300,- Kč /rok) přijímá redakce.

Příspěvky v rubrice Názory se nemusí shodovat se stanoviskem redakce. Ta si současně vyhrazuje právo na formální krácení příspěvků.

Nemiřme sami sobě na komoru...



Vaše silná Česká lékařská komora

