

# TEMPUS

## MEDICORUM

hlavní téma měsíce

# ÚPS jako druhý pracovní poměr?

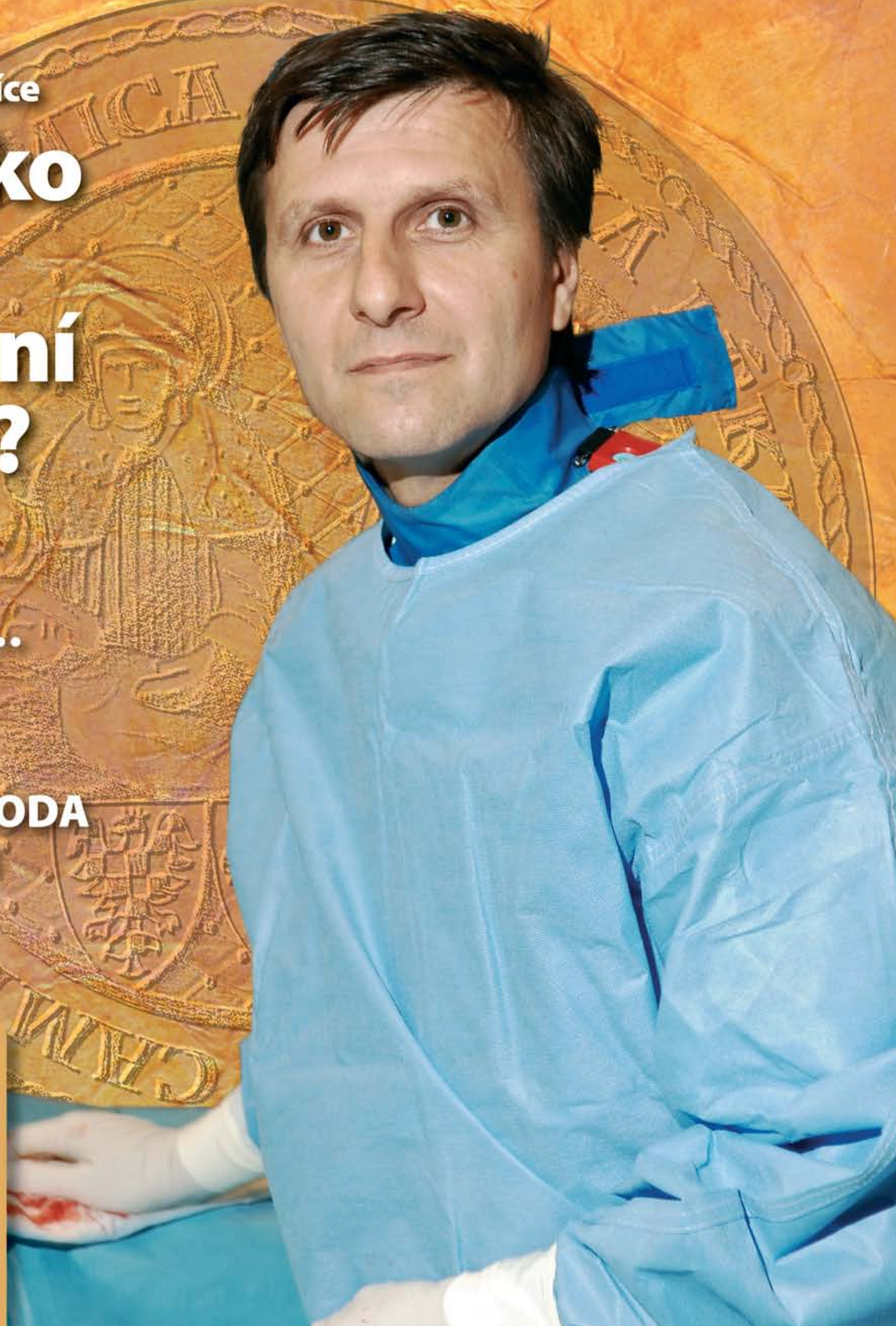
**SNAŽÍM SE  
POROZUMĚT...**

říká Aleš Herman

**SLOŽITÁ DOHODA  
O ÚHRADÁCH**

**PLUS**

**LÉČIVA  
POTENCIONÁLNĚ  
NEVHODNÁ VE  
STÁŘÍ**




**Vážené kolegyně, vážení kolegové,**

vzhledem k tomu, že někteří kolegové neodolali pokušení a znovu začali vnitřní problémy naší komory řešit přes média, nemá již smysl nadále před vámi předstírat, že představenstvo ČLK je dělným týmem lidí, kteří společně táhnou za jeden provaz. Není tomu bohužel tak.

Základní příčinou sporu je dilema, zda má Česká lékařská komora lékaře hájit nebo jen

reprezentovat a trestat. Rozdílný přístup ke komoře a odlišná očekávání, co by komora měla dělat, to je to, co nás skutečně rozděluje. Vše ostatní jsou buď detaily, o kterých je možno demokraticky diskutovat nebo zástupné pseudoproblémy. Samostatnou kapitolku pak jistě tvoří tragikomické útoky některých kolegů, kteří mne líčí jako loutku v rukách ČSSD nebo dokonce komunistů, přičemž pravým důvodem jejich rozčarování je skutečnost, že ČLK pod mým vedením zůstala nestrannou a na rozdíl od řady jiných organizací působících ve zdravotnictví se nezapojila do předvolebního boje, i když si to dokonce i někteří členové představenstva moc přáli. Možná jsme ztratili momentální výhodu, ale komora si zachovala autoritu a kredit.

Osobně jsem přesvědčen, že naše společná komora má lékaře hájit a jako lékař si přeji, aby mi pomáhala komora silná. Komora, která bude garantem kvality zdravotní péče a strážcem etiky výkonu lékařského povolání. Komora, která po svých členech vyžaduje poskytování péče lege artis a dodržování etických norem, ale zároveň jim dokáže vybojovat tak dobré pracovní, profesní a ekonomické podmínky, aby mohli tyto náročné požadavky plnit. Pokud má tato komora zajistit, musí pochopitelně disponovat patřičnými kompetencemi.

Jestliže bychom se naopak shodli na tom, že ČLK má lékaře pouze reprezentovat, pak taková organizace pochopitelně příliš pravomocí nepotřebuje. Stačí usměvavý, žoviální prezident, který za peníze lékařů jezdí po světě, navštěvuje televizní debaty, recepcce a stříhá pásky při otvírání nových zdravotnických zařízení. Vždyť vše podstatné za nás zařídí stát, lékařské odbory a nejrůznější profesní sdružení. Tedy organizace, které zápasí a budou zápasit se sebou tak, jak se sváří i dnes různé skupinky lékařů ke škodolibé radosti politiků a zdravotních pojišťoven.

Doufal jsem, že odpověď na onu zásadní otázku, jakou chceme komoru mít, dal lednový sjezd, jehož delegáti zvolili prezidentem mne s programem **Silná komora pro lékaře**. Věřil jsem, že směřování ČLK k pozici silné stavovské organizace, která lékaře hájí, stvrdil dubnový sjezd, který mne i nově zvolené představenstvo zavázal, abychom se snažili posilovat kompetence komory a prosazovat to, co lékaři skutečně potřebují: existenční jistotu trvalého smluvního vztahu s pojišťovnami, důstojné ocenění vlastní práce, právní jistotu a svobodný přístup ke kvalitnímu vzdělávání.

Byl jsem asi přílišným optimistou, když jsem si myslel, že kritici komory poté, co byli sjezdem zvoleni, uvědomí si míru své odpovědnosti za osud naší stavovské organizace, identifikují se s ní, přestanou s ní bojovat z pozice zástupců různých lékařských sdružení o kompetence, ale budou ji naopak jako členové představenstva hájit a posilovat. Zatím se tak nestalo. To pouze sváry mezi skupinami lékařů se přenesly do představenstva komory a zejména mezi lékaři zaměstnanci tak dále sílí pocit, že komora, v jejímž vedení nejsou reprezentativně zastoupeni, pro ně nic nedělá.

Nezbývá mi tedy nic jiného, než spolu s vámi doufat, že odpověď na otázku, jakou si přejeme komoru mít a zda nás ČLK hájit nebo jen reprezentovat a trestat, dokáže nalézt blížící se listopadový sjezd.

MUDr. Milan Kubek  
prezident ČLK

## OBSAH

<b>TÉMA MĚSÍCE</b>	2-4
Ústavní pohotovostní služba	
<b>STALO SE</b>	8-9
Prezident ČLK jednal s ministrem	
<b>ROZHOVOR</b>	12-14
Aleš Herman: Snažím se porozumět	
<b>PŘÍLOHA FI</b>	
Léčiva potencionálně nevhodná ve stáří	
<b>EKONOMIKA</b>	19
Jak jsme hospodařili v uplynulém období	
<b>POLEMIKA</b>	20-23
Reakce na otevřený dopis MUDr. Karla Blažka Rezignace MUDr. Jana Nového	
<b>FÓRUM</b>	26-28
Názory na dohody o úhradách zdravotní péče v roce 2007	
<b>NAPSALI JSTE</b>	29
ad Trvalý smluvní vztah ad Máme prezidenta za co chválit? ad Zrádné bolesti v zádech	
<b>SERVIS</b>	30-32
Kurzy a vzdělávání	

## Výzva pro kandidáty na viceprezidenta ČLK XX. sjezd ČLK, 25.-26. 11. 2006

Zájemci o kandidaturu na viceprezidenta ČLK, který bude volen na podzimním sjezdu, se mohou prezentovat v listopadovém Tempus Medicorum. Vizitka kandidáta musí obsahovat fotografii (portrét), základní informace (jméno, příjmení, věk, odbornost, místo působení) a stručný popis dosavadní činnosti v ČLK včetně budoucích záměrů a cílů (rozsah do 2000 znaků včetně mezer). Maximální prostor v časopisu pro každého z kandidátů bude 1/2 tiskové strany včetně fotografie. Podklady zasílejte na [kancelar@clkr.cz](mailto:kancelar@clkr.cz) nebo na adresu ČLK, Lékařská 2, 150 00 Praha 5.

Uzávěrka přihlášek: 30. 10. 2006

### Měsíčník Tempus Medicorum

Vydává Česká lékařská komora,  
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.: +420 257 217 226 • Fax: +420 257 220 618 •

[recepce@clkr.cz](mailto:recepce@clkr.cz) • [www.lckr.cz/trm](http://www.lckr.cz/trm)

Šéfredaktor: MUDr. Milan Kubek

Redakční rada: MUDr. Aleš Herman, MUDr. Eva Hledíková,  
MUDr. Zorjan Jojko, MUDr. Lubor Kinšt, MUDr. Martin Sedláček

Redakční zpracování: EV public relations, s. r. o., Praha

Odpovědná redaktorka: PhDr. Blanka Rokosová

Přijem příspěvků: [blanka.rokosova@ev-pr.cz](mailto:blanka.rokosova@ev-pr.cz)

Přijem řádkové inzerce: [recepce@clkr.cz](mailto:recepce@clkr.cz) (viz adresa redakce)

Grafická úprava, sazba: Studio 24 hodin, Brno

Přijem objednávek plošné inzerce: [inzerce@studio24hodin.cz](mailto:inzerce@studio24hodin.cz);

Tel./fax: 532 163 630, mobil: 777 120 187;

Moravské nám. 13, 602 00 Brno

Tisk: Moraviapress, a. s., Břeclav

Uzávěrka čísla 10: 9. 10. 2006 • Východ: 26. 10. 2006

Podávání novinových zásilek povoleno: Česká pošta, s. p.,

odštěpný závod Praha, č. nov. 6139/96 ze dne 22. 11. 1996

Distribuce: Česká pošta, s. p., Postservis OZ Příprava

Předplatné pro nečleny ČLK 300 Kč/rok (přijímá redakce)

Příspěvky se nemusejí shodovat se stanoviskem redakce.

Ta si současně vyhrazuje právo na redakční úpravu textů.

## NEUDRŽITELNÁ SITUACE SE ZŘEJMĚ VYHROTÍ

Podstatné z mého pohledu není, jak ústavní pohotovostní službu budeme klasifikovat, nicméně v současné situaci ji musím považovat za nutnou součást práce lékaře v lůžkovém zařízení. Také chci zdůraznit, že dostatečné zajištění ÚPS není problémem, který by vznikl teprve v souvislosti s novým zákoníkem práce.

Omezením práce přesčas podle nového zákoníku práce však pravděpodobně dojde k vyhocení dlouhodobě neudržitelné situace. Řešení podle mého názoru nespočívá na zřizovateli ústavních zdravotnických zařízení, nýbrž na zákonodárci a institucích, které ze zákona zajišťují odborný dohled a poskytování zdravotní péče pojištěncům.

Domnívám se, že veškerým změnám v této oblasti musí předcházet odborná diskuze o tom, jakým způsobem a v jakém rozsahu je možno zabezpečit lůžkovou zdravotní péči pacientům (tj. občanům, pojištěncům) po 24 hodin denně a 365 dnů v roce.

*Ing. Jiří Veverka  
náměstek hejtmána MS kraje*

## CHÁPU HLASY PROTI PŘETĚŽOVÁNÍ

Patřím ke generaci, která ÚPS považuje za samozřejmou součást práce lékaře. Neumím si představit, že by zejména mladý lékař na operačním chirurgickém oddělení v nemocnici pracoval bez možnosti nočních či víkendových služeb. Ztratil by tak kontinuitu v péči o zdravotní stav svého pacienta, tedy nedílnou součást práce chirurga zejména ve výcviku. Například česká chirurgická společnost zahájila diskusi o změnách v ÚPS již před několika lety. Byl vypracován rozbor a následná statistika přesčasové práce v oboru chirurgie v České republice. Zjistili jsme, že na lůžkových odděleních pracují lékaři v průměru 1000 až 1100 hodin za rok, malá část z nich dosáhla něco málo pod 800 hodin. Vůbec nikdo nedokázal pracovat nyní požadovaných 416 hodin přesčasové práce. O tomto problému jsme hovořili tehdy i s příslušnými zástupci Ministerstva zdravotnictví ČR. Osobně chápu snahu i ČLK zabránit přetěžování lékařů, ale přesčasová práce je skutečnou součástí výkonu tohoto povolání. Neumím si představit dodržení tří následujících základních požadavků současně: 1. vyhovět nařizením

# ÚPS - léta neřešený problém

Je jedna hodina po půlnoci. V ambulanci nemocnice XY je lékařem právě vyšetřována padesátiletá žena pro bolesti břicha, sestra si připravuje nezbytnosti k provedení základních odběrů. V čekárně na lavičce pospává podnapilý spoluobčan s řeznou ranou na pravém předloktí, je v doprovodu dvou městských policistů. V tu chvíli zvoní telefon. Ze sluchátka se ozývá hlas dispečerky: „Tady záchranka. Vezou vám pobodaného muže z baru Kobra...“

**T**o není science fiction, jak potvrdí všichni, kdo se účastní ústavní pohotovostní služby.

ÚPS - ústavní pohotovostní služba - je v současné době samozřejmostí pro většinu nemocničních lékařů. Převedeno do srozumitelného jazyka: jedná se o veškerý čas lékaře - převážně lůžkového zařízení - strávený na pracovišti mimo řádnou pracovní dobu. Pracovní dobu má většina lékařů těchto zařízení v rozsahu osmi hodin a podle typu zařízení se uskutečňuje obvykle od 7.00 do 15.30, popřípadě v obdobném časovém rozmezí.

Zbývá tedy čas od 15.30 do 7.00 následujícího dne, sobota, neděle a veškeré svátky, kdy je nutno zabezpečit přítomnost či dostupnost lékaře na oddělení pro případ náhlé změny zdravotního stavu hospitalizovaných pacientů.

Je třeba připustit, že jsou oddělení, kde je tato situace pravděpodobnější, například ARO, chirurgie, gynekologie a porodnictví, jednotka intenzivní péče. Jsou však také oddělení, kde tyto změny vyžadující rychlý zásah lékaře bývají méně časté, méně pravděpodobné, například rehabilitace, oční apod. Dále tito lékaři zajišťují péči o pacienty (klienty zdravotních pojišťoven), kteří vyhledají ambulanci ošetření pro náhlou změnu zdravotního stavu v odpoledních a nočních hodinách, případně pro závažnost stavu jsou přijati na lůžkové oddělení za účelem sledování či akutního, někdy urgentního výkonu.

Vzhledem k tomu, že lůžková zařízení se stávají ve svém regionu, spádové

oblasti, často jediným místem státem garantované dostupnosti zdravotní péče v mimořádných hodinách menších zdravotnických subjektů, pokládám problém ÚPS za velmi aktuální.

K úplnosti je třeba připomenout, že personální obsazení jednotlivých oddělení, odborností, jsou sledována zdravotními pojišťovnami. V souvislosti s tím, že pojišťovny by měly mít zájem o ošetření svých klientů lege artis, je tato situace pochopitelná.

## NESLEDOVANÝ POJEM: ILEGALNÍ PRÁCE

Před rokem 1989, a ještě několik let následujících, vykonávali lékaři ÚPS bez jakéhokoli omezení a převládá názor, že pohotovostní služba není práce (pracuje se ve fabrice, u doktora je to povinnost a sa-mozřejmost). K první výrazné změně došlo s přijetím novely zákoníku práce 1. ledna 2001, kdy se vymezily pojmy pohotovost na pracovišti, pohotovost mimo pracoviště a práce přesčas. Byly jasně stanoveny roční limity těchto jednotlivých kategorií a podmínky, za kterých mohly být vykonávány. Tehdy se zrodil první velký problém a ukázal se skutečný objem práce vykonávaný v lůžkových zařízeních. Začaly se ozývat hlasy, že zákoník práce není aplikovatelný ve své podobě do zdravotnictví a musí dojít ke změně organizace práce. Protože nikdo necítil potřebu jakkoli situaci řešit, směl oficiálně lékař-zaměstnanec za jeden kalendářní rok strávit 416 hodin přesčasovou práci, 400 hodin pohotovostí na pracovišti (tzv. čekáním na práci - jistě se

## Považujete ÚPS za samozřejmou součást práce lékaře, nebo se podle vás jedná o činnost, která má spíše charakter druhého pracovního úvazku?

ÚPS je součástí práce v nemocnici, ale na jedné straně je a musí být faktický i morální nárok ji žádat, nicméně její ocenění a zaplacení by mělo být provedeno zcela samostatně a vůbec by se nemělo objevovat například v údajích o průměrném výděлку, protože jde o práci navíc k řádné pracovní době. Domnívám se, že by ocenění v řádné pracovní době mělo být tak dokonalé, že o ÚPS zaměstnanec víceméně nebude mít zájem. Proto bude sloužit jen v nejnútnejších případech a tyto služby budou obsazovány odborníky v regionu i privátními tak, aby se na tom všichni podíleli spravedlivým dílem. To samo, i když neexistuje u nás jiná regulace, může vést k tlaku na maximální omezení a tedy racionalizaci ÚPS provozu. Mohlo by to snad přispět i k lepšímu vztahům mezi státním a privátním sektorem. Sám ÚPS sloužím tzv. on demand, když někdo z našeho oddělení vypadne a potřebují honem „zalepit díru“, jednou až dvakrát za rok. Vypisován do služeb nejsem. Jako urolog pak sloužím 3 chirurgickou službu, ve které se střídá ortoped a urolog. To je za normálních okolností dostatek lidí, takže se bez problémů ve službě vystřídají.

*MUDr. Ivo Vermousek, předseda OS ČLK Třebíč*

ÚPS jednoznačně považuji za samostatný pracovní poměr. Nevolnictví skončilo v civilizačním světě s pádem feudalismu, bohužel, ve zdravotnictví přetrvává do současnosti. Nevidím jediný důvod, proč by měl mít lékař v přepočtu na odpracované hodiny dvě a více zaměstnání, aby se uživil. Já se na ÚPS nepodílím a za současných podmínek ohodnocení ani podílet nehodlám.

*MUDr. Michal Lazák, praktický lékař, Praha 6*



foto: Martin Secláček

mnozí nad tímto pojmem pousmějí). Mohl však také být neomezeně k dispozici mimo pracoviště (tzv. na telefonu s předem definovanou dobou dostupnosti-dojezdu).

Situace se začala řešit různým stupněm „lidové tvořivosti“. Vznikaly méně či více výhodné dohody mezi lékaři, zaměstnavateli a zřizovateli. Objevovaly se vyhrůžky, šikana a mobbing. Zrodila se celostátní lež bedlivě sledovaná statistickým úřadem.

Objevil se nikým nesledovaný pojem – ilegální práce.

Dnes neexistuje zdravotnické zařízení, kde by se překračovaly limity hodin dané zákoníkem práce, není zaměstnanec, který by ročně strávil na službách více jak 816 hodin (416 práce přesčas a 400 hodin pohotovosti), ale to jedině díky plošně (celostátně) falšovaným dokladům – výkazům práce. Není dodnes výjimkou, že v některých oborech lékaři stráví na pracovišti 1200 až 1600 hodin ročně mimo řádnou pracovní dobu. Není třeba zdůrazňovat rozpor mezi prací skutečně vykonanou a vykázanou – legalizovanou. Vzniká problém s proplácením fakticky vykonané práce, neboť práce nevykázaná

nená být jak proplacena. Někdy se zdá, že poslední věta je jeden z důvodů, proč situaci nikdo neřeší. Pro jednu stranu je stav vyhovující (připadá mi zbytečné rozepisovat pro kterou).

Po výše popsaném stavu, vzhledem k objektivitě, pokládám za nutné zmínit faktickou a zásadní ekonomickou závislost nemocničních lékařů na ÚPS. Příjmy z této činnosti tvoří v průměru 48 % mzdy či platu, a to je naprosto alarmující číslo. Je to také jeden z důvodů obav a ne velké ochoty systém radikálně, ze strany zdravotníků, měnit. V případě oddělení příjmu za ÚPS se průměrný příjem lékaře-zaměstnance pohybuje na úrovni průměrné mzdy ve státě, což je, bohužel, celosvětová rarita. Výše popsané okolnosti se zcela identicky týkají nemocničních kolegů ve státní i soukromé sféře.

### OKAMŽITĚ ZAHÁJIT JEDNÁNÍ!

Od 1. ledna 2007 nabývá účinnost nový zákoník práce, který opět zásadním způsobem mění možnosti poskytování ÚPS, pokud budeme uvažovat, že jako zákonná norma by měl být dodržován. Která oblast ZP doznala zásadní změny a kde naopak ke změně nedošlo?

EU a českým zákonům, 2. zajistit stejný objem zdravotní péče a za 3. zajistit, aby nepoklesly mzdy lékařů. Když to obrátím, tak při dodržení aktuálně nastavených přesčasových hodin poklesne objem práce chirurga, tím se sníží výše plateb od pojišťoven a následně výrazně poklesnou platy lékařů.

Na závěr bych se rád podělil o zážitky ze své cesty do USA. Mladí chirurgové tam skutečně těžce pracovali a měli neomezené přesčasové hodiny. Před lety ale proběhl soudní proces v souvislosti se zanedbáním lékařské péče, kdy se lékař bránil především tím, že byl přepracován. Nyní tam smí lékař pracovat maximálně 80 hodin týdně, což je stanoveno zákonem. Platí, že mladí lidé musí v rámci svého vyškolení na lékaře také něco obětovat.

Osobně mám vážné obavy z toho, že ve snaze vyhovět požadavku Evropské unie se budou nemocnice snažit zavést směnný provoz. To bych považoval za katastrofický scénář ovlivňující péči o nemocné i výcvik lékařů.

prof. MUDr. Pavel Pařko, DrSc.  
přednosta III. chirurgické kliniky  
1. LF UK FN Motol

### ODLOŽME PLATNOST ZÁKONÍKU PRÁCE

Z mého pohledu je jedno, zda se jedná o součást práce, nebo o druhý pracovní úvazek. Důležité je, že je to práce, kterou musí lékař odvést a dostat za ni zapláceno. Od 1. ledna 2007 bude muset dojít ke změně v systému ÚPS v nemocnici v souvislosti s novým zákoníkem práce. Obávám se, že definitivně tento problém nemá vyřešen žádná nemocnice vyjma fakultních, protože všichni narážejí na nesoulad mezi požadavkem systémem na počet sloužících a na skutečnou kapacitu pracovního času lékařů schopných službu vykonávat. Ten, kdo nový zákoník práce takto vydal, by měl říct, kde nemocnice mají vzít pro výkon ÚPS další lékaře, kteří tady fyzicky nejsou a ani v dohledné době nebudou. Například v Moravskoslezském kraji by bylo potřeba k pokrytí služeb ARO 305 lékařů v přepočteném stavu, k dispozici je pouze 205 lékařů. Osobně bych uvítal, kdyby skončily legislativní smršti, po nichž zůstává legislativní spoušť. Myslím si, že by bylo vhodné platnost zákoníku odložit a otevřít odbornou diskusi, jaká je kapacita lékařů v systému a jaká

Pracuji jako PLDD a podílím se po celou kariéru na pohotovostních službách, zprvu na LSPP včetně výjezdové složky. Ta byla u nás rozhodnutím krajského zdravotního rady 31. 3. 2003 zrušena, proto jsem nastoupil do ÚPS při dětském oddělení nemocnice. Jakékoliv služby po vlastní pracovní době považuji za druhý úvazek. Ve všech jiných oborech se snad tak neslouží jako ve zdravotnictví, kde to všichni (a bohužel i my, zdravotníci), bereme jako samozřejmou záležitost. Na druhou stranu je fakt, že subjektivně mám pocit, že pro moje celoživotní vzdělávání je LSPP i ÚPS přínosem.

MUDr. Ctirad Kozderka, PLDD Kralovice

Sloužím ÚPS již 11 let, jedná se o druhý pracovní úvazek a rozhodně to není samozřejmá pracovní činnost lékaře. Je to práce navíc.

MUDr. Tomáš Čepelák, předseda OSL ČLK Nymburk

Pracuji jako lékař ve VFN. ÚPS nepovažuji za normální součást práce lékaře, ale za další úvazek. Bohužel to nikde takto není zohledňováno. Byla bych ráda, kdyby rovněž zaznělo, že neexistuje profese, kde by člověk pracoval 56 hodin (ÚPS sobota, neděle a pokračující práce v pondělí), bez nároku na volno.

MUDr. Marcela Sojáková, RDG klinika VFN, Praha

ÚPS sloužím a považuji ji za samozřejmou součást svého povolání, i když ne v současném rozsahu. Nelze dlouhodobě trávit půl života v práci. Zcela samozřejmě by měla být adekvátně placena, třeba i jako další úvazek.

MUDr. Jan Uhýrek, Uherské Hradiště

ÚPS = 2. úvazek.

MUDr. Josef Suk, ARO Nemocnice Pelhřimov



má být dostupnost a kvalita péče v rámci ÚPS. Následně na to reagovat buď změnou ustanovení zákoníku práce, nebo změnou požadavku systému na počty sloužících lékařů. Pak se vymotáme z tohoto bludného kruhu, v němž se budeme všichni snažit dokázat, jak nejlépe jsme splnili nespílitelné a kdo přitom více či méně porušil zákon.

*Ing. Petr Kacíř  
ředitel Nemocnice ve Frýdku-Místku*

### KOMPENZACE ZA ZVÝŠENOU PRACOVNÍ ZÁTĚŽ

Jako nemocniční lékař považuji služby za součást svého života, nikoli však za samozřejmost. Nikdy jsem si na ně nezvykl, považuji je jen za nezbytnou součást mé profese, kterou jsem si zvolil a která přináší věci dobré i nedobré.

V nemocnici trávím pětinu svého volného času (6 dnů z měsíce), pětinu nocí, kdy nejsem doma. Za 27 let to dělá asi 5 a půl roku, které jsem mohl věnovat rekreaci a obnovování sil po práci.

Problém služeb je ten, že práce není plánovaná a regulovatelná, člověk musí reagovat na to, co přichází zcela náhodně. Takže se střídají období relativního klidu s prací, o které nevím, kdy skončí, a s obdobími návalu stresujících souběhů mnoha dějů a podnětů. Tato práce je spojena s nedostatečným a přerušovaným spánkem. Je spojena, zvláště u začínajícího lékaře, s pocitem nejistoty ze samostatného rozhodování. Následující pracovní den po službě je pak práce ne po odpočinku, ale práce v únavě. Takže kromě pěti let ve službě jsem dalších zhruba pět pracovních let strávil prací při únavě z nevyspání.

V některých profesích existují z obdobného důvodu (zvýšené pracovní zátěže) kompenzace ve formě dřívějšího odchodu do důchodu, důchodového zvýhodnění, peněz za výsluhu a podobně. U lékařů na to zatím nikdo nepomyslel nebo to nikdo neprosadil. Myslím si, že by mnoho let sloužící lékař měl mít na nějakou podobnou kompenzaci nárok a lékařské odbory by měly i toto prosazovat.

Jako nemocniční lékař nesouhlasím s tím, že nemocniční ambulance supluje pohotovost, která by měla být zajištěna a organizována praktickými lékaři a praktickými lékaři pro děti a dorost.

*MUDr. Luboš Vaněk  
primář dětského oddělení  
Nemocnice Sokolov*

- množství přesčasových hodin limituje na 150 hodin/rok, po dohodě se zaměstnancem na 416 hodin/rok (v této kategorii tedy nedochází k výrazné změně),
- již neexistuje a nový zákoník práce nezná pojem pohotovost na pracovišti (dosud mohl zaměstnanec být v pohotovosti 400 hodin ročně), došlo tedy k částečné harmonizaci s evropskými normami a veškerý čas strávený na pracovišti je nově výkonem práce.
- pohotovost (čekání na práci) může pracovník vykonávat pouze na místě mimo své pracoviště, tzv. na telefonu.

Z výše popsaného je jednoznačné, že pokud by se tato norma měla skutečně dodržovat, tak od 1. ledna 2007 se ÚPS okamžitě zhroutí – a to celostátně. Vzniklou situací se nikdo nezabývá, žádná odpovědná instituce není schopna naznačit alespoň směr řešení. Prohlášení typu, že se jedná o problém složitý a dlouhodobý, nikomu z lékařů (a ani pacientům) nedává žádnou jistotu.

Opět vyvstává otázka, zda by si zdravotnictví, byť na přechodnou dobu, nezasloužilo v zájmu zachování dostupnosti péče výjimku, která by umožnila hledat dlouhodobější řešení.

Již v minulosti na nutnost výjimky upozorňovala ČLK a LOK-SČL. Evropská unie umožňovala novým členům o výjimku na přechodnou dobu žádat, právě pro časovou náročnost k provedení určitých organizačních změn. Ten, kdo se stavěl zásadně proti, bylo Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR a Odborový svaz ve zdravotnictví a sociální péči ČR, zejména jeho vedení.

I nyní existují poměrně snadná řešení situace při zachování struktury ÚPS:

- zavedení třisměnného provozu, který však jednoznačně není vhodný plošně pro všechna pracoviště, mimo jiné pro personální náročnost,
- založení právnických osob (napří-

klad s r. o.) sdružujících lékaře, kteří by prostřednictvím této právní osoby zajišťovali ÚPS; je to cesta nevyzkoušená, a poměrně náročná na organizaci (například registrace činnosti, pojištění odpovědnosti),

- zabezpečení ÚPS lékaři s registrací, s vlastním IČZ (vhodné pouze pro lékaře, kteří splňují kritéria odborné způsobilosti, cesta je to však reálná),
- zabezpečení ÚPS lékaři formou dohody o pracovní činnosti; touto cestou by bylo možné zajistit pokrytí nezbytných hodin ÚPS všemi lékaři; tato varianta má určité právní nedostatky, dají se však poměrně jednoduše odstranit, při vůli obou stran, například úpravou pracovní smlouvy; varianta se v současné době jeví jako nejlepší řešení,
- mnohem širší zapojení do ÚPS ambulantních specialistů a praktických lékařů, kteří spolupracují s lůžkovým zařízením.

Z dlouhodobého hlediska je nezbytné okamžitě zahájit jednání na úrovni ministerstva zdravotnictví a ministerstva práce a sociálních věcí ve spolupráci s Českou lékařskou komorou, odborných společností a LOK-SČL. Pracovat a přijmout taková opatření, která neohrozí dostupnost zdravotní péče (i tento termín je třeba přesně definovat), odstraní ilegální přesčasovou práci ve zdravotnictví, která je nyní tiše státem tolerována, často na úkor samotných lékařů, a neohrozí sociální postavení lékařů. Při dnešní struktuře příjmů lékařů se ÚPS podílí v průměru 48 % na těchto příjmech.

Že se jedná o téma náročné, uspokojivě nevyřešené téměř nikde v civilizovaném světě, nesmí být důvodem k jeho zamlžování a zatajování v České republice.

*MUDr. Martin Sedláček  
člen představenstva ČLK*

Osobně ÚPS sloužím asi 13 let. Velice mne to zatěžuje, po službě jedu do ordinace a ordinuji někdy 6, někdy 8 až 9 hodin. Sedět v ordinaci po vypjaté noční situaci na porodnici je velká oběť. Pokud tam člověk nemá pravidelný záskok nebo pokud nedělá ve dvou, je kombinace privátní praxe a ÚPS velice časově i fyzicky a psychicky náročná. Já to dělám kvůli udržení erudice v porodnictví a pro osobní prestiž, navíc mne to baví, ale vydrží to jenom jedinec s velkou životní energií. U žen s malými dětmi si to neumím dost dobře představit. Privátní praxe totiž vyžaduje po ordinaci mnoho času na zpracování cytologií, výpisů z karet, onkologických hlášení kontrolních, neustálé studování materiálů kolem nových a nových dodatků smluv se zdravotními pojišťovnami, zajišťování materiálů k chodu ordinace. Je toho prostě tolik, že na osobní volno zbývají spíše víkendy, kdy se zase jezdím vzdělávat. Takže ÚPS je určité druhý úvazek, bez ní se lékař v privátní praxi obejde. Je to bonbonek na dortu, je to spíš koníček, adrenalinový sport, otázka prestiže, lásky k porodnictví, nic víc!

*MUDr. Milan Šuják, Dvůr Králové n. L.*

Považuji za samozřejmé, že každý lékař, který pracuje v lůžkovém ústavním zařízení, pokud mu v tom nebrání zdravotní potíže, se účastní na zajišťování ÚPS, ovšem v přijatelné míře. Situace je taková, že ÚPS tvoří u lékařů další pracovní úvazek, který je pro ně nutností z finančních důvodů, protože odměna za ÚPS činí 30 až 50 procent jejich příjmů. Běžně ze stejných důvodů slouží i primární oddělení, jelikož příplatky za vedení, kterými je oceněna jejich poměrně vysoká zodpovědnost, jsou velmi nízké. Také odměňování za ÚPS, které je vlastně přesčasovou prací, je neadekvátní. Podstatná část služby je tzv. čekání na práci, kdy zaměstnanec dostává jen část hodinové mzdy! Toto by se mělo změnit od ledna 2007. Další nepravost, která se nyní děje, je přesouvání LSPP na zaměstnance lůžkových zařízení. Hromadným rušením LSPP nedošlo k vymezení pacientů, kteří ji využívají, ale k přesunu péče o ně od praktických lékařů k lékařům lůžkových zařízení, čímž jejich zátěž ještě více vzrůstá.

Na ÚPS se podílím po celou dobu své profesní dráhy, tj. 27 let, takže se cítím být oprávněna se k této problematice vyjádřit

*MUDr. Ivana Vraná, předsedkyně OS ČLK Jablonec nad Nisou*

# Prezident ČLK jednal s ministrem zdravotnictví

Za účasti svých náměstků (Šnajdr, Hellerová, Hroboň) jednal 2. října 2006 ministr zdravotnictví Tomáš Julínek s prezidenty a viceprezidenty komor stomatologické, lékárnické a lékařské. Bylo to první jednání s představitelem ČLK po měsíci, který ministr Julínek strávil v úřadu. Schůzku, na kterou si vyčlenil zhruba jednu hodinu, označil pan ministr za informativní.

Úvodem jednání ministr Julínek deklaroval, že se v současnosti zaměřuje na nápravu porušování zákonů, pravidel a postupů, ke kterým na ministerstvu údajně docházelo. Informoval nás, že hodlá stáhnout z Poslanecké sněmovny ČR vládní návrh na prodloužení lhůty pro transformaci nemocnic v neziskové organizace vzhledem k tomu, že Ústavní soud zrušil klíčové pasáže zákona o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních. Neziskový princip ministři nevdají a přivítal by existenci obecného zákona o neziskových organizacích za podmínky, že budou zrušeny organizace příspěvkové. V neziskovém režimu by mohly být v budoucnu provozovány např. hospice a LDN.

Ministr Julínek hodlá připravit zákon o zdravotnickém zařízení, který by nahradil stávající zákon o nestátních zdravotnických zařízeních tak, aby stát získal kontrolu nad všemi zdravotnickými zařízeními. Kontrolu hodlá stát údajně požadovat proto, aby mohl řešit krizové situace mobilizací rezerv zdravotnických zařízení.

Za další prioritu označil ministr Julínek přípravu zákona o zdravotní péči a snahu získat pro zdravotnictví peníze z EU. Za svůj dosavadní největší úspěch pak označil skutečnost, že ministerstvo práce vyčlení ze svého rozpočtu 1 mld. Kč na vznik 8000 sociálních lůžek ve zdravotnických zařízeních.

## MINISTR ODPOVÍ PÍSEMNĚ

Po tomto úvodu jsem ministři předložil požadavky a návrhy ČLK (viz str. 9). V této chvíli se naplno ukázalo, jak komoru poškodil postoj části členů představenstva, která odmítá respektovat usnesení sjezdu delegátů a naopak se snaží zabránit jeho splnění. Usnadňuje ministři Julínkovi pozici. Za takové situace je pro mne prosazování zájmů lékařů pochopitelně velmi obtížné. **Pan ministr totiž závěry z porady předsedů OS ČLK, které vycházejí právě z usnesení sjezdu delegátů, odmítl uznat za oficiální dokument České lékařské komory a označil je za pouhou dohodu několika okresních funkcionářů, která nemůže být relevantním stanoviskem ČLK.** Tím nepřímou navázal na jednání s tzv. krizovým štábem, jehož členové pana ministra již 19. 9. 2006 ujišťovali, že stanoviska představenstva České lékařské komory se liší od mediálních výstupů prezidenta ČLK.

Trval jsem na tom, že závěry, které vycházejí z usnesení sjezdu delegátů a na nichž se shodla většina demokraticky zvolených předsedů OS ČLK, jsou oficiálním stanoviskem ČLK. Ministr Julínek mi tedy vyčlenil pět minut pro přednesení našeho stanoviska.

Poté, co jsem stručně přednesl polovinu požadavků a návrhů, byl jsem přerušován s tím, že pan ministr, který během jednání opakovaně telefonoval a posílal SMS, nemá dostatek času a že nám ministerstvo zdravotnictví v časově bližší neurčené lhůtě odpoví písemně.

Prezident lékárnické komory Chudoba vyslovil přání jednat o povinném či nepovinném členství v komorách a o jejich kompete-

## Na jednání mimo jiné zaznělo:

- 1) Nepovinné členství v ČLK nebude ministr navrhopat, neboť nemá v současnosti politickou sílu takový návrh prosadit.
- 2) Zvýšení plateb pojistného za státní pojištěnce, které před volbami ODS slibovala, nepřipadá vzhledem ke stavu veřejných financí v úvahu.
- 3) Zvyšování spoluúčasti pacientů není na pořadu dne.
- 4) Vyhlášku č. 290/2006 Sb. ministr zruší, aniž by vyčkal rozhodnutí Ústavního soudu. Existenční jistota trvalého smluvního vztahu pro soukromé lékaře je akutně ohrožena.
- 5) Ministr ještě neví, zda vydá takovou vyhlášku o úhradách pro rok 2007, která poškodí drtivou většinu soukromých lékařů-ambulantních specialistů a kterou prosazují představitelé některých lékařských sdružení.
- 6) Česká lékařská komora má být zbavena práva hlasovat v kategorizační komisi o úhradách léků z pojištění.
- 7) Ministr hodlá zrušit komisi pro rozmísťování drahých přístrojů.

ncích. Dále se přimlouval za to, aby již od ledna 2007 existoval strop roční maximální spoluúčasti pacientů na úhradě léků ve výši 3000 Kč, jak již dříve ministr Julínek přislíbil.

Prezident stomatologické komory Pekárek upozorňoval na nedostatek zubařů, z nichž 13 % je starších 60 let, a požadoval zvýšení počtu studentů stomatologie. Dále pak znovu požádal ministra Julínka o zrušení vyhlášky č. 290/2006 Sb. o rámcových smlouvách.

Ministr Julínek nás informoval o svém záměru iniciovat tzv. kulatý stůl o zdravotnictví, kde by diskutovali politici se sociology, ekonomy a zástupci zdravotních pojišťoven o řešení problémů českého zdravotnictví. Pro ČLK by měla zbyť role pouhého pozorovatele.

## MINISTR K NÁVRHŮM A POŽADAVKŮM

Ve zbylé části jednání jsem se snažil získat odpovědi na konkrétní otázky a vyjádření ministra Julínka k našim návrhům a požadavkům.

### ● Zvýšení plateb státu za tzv. státní pojištěnce.

Slíbowała je ODS ve volebním programu. Vzhledem ke stavu veřejných rozpočtů považuje ministr Julínek toto za vyloučené, ostatně platby byly zvyšovány celkem dvakrát již za ministrování jeho předchůdce Ratha.

### ● Přesun části výnosu ze zvýšení spotřební daně na tabák a alkohol do fondu přerozdělování zdravotních pojišťoven.

Toto považuje ministr Julínek za nereálné.

### ● Zvyšování spoluúčasti pacientů.

Není na pořadu dne, jde o koncepční opatření, jejichž příprava vyžaduje čas.

### ● Vyhláška č. 290/2006 Sb. o rámcových smlouvách.

Ministr považuje vyhlášku za nezákonnou a vzhledem k tomu, že její zrušení požaduje Asociace českých a moravských nemocnic, Stomatologická komora, Sdružení praktických lékařů a další organizace sdružené v tzv. krizovém štábu, hodlá ministr vyhlášku zrušit a vydat jinou. Situaci považuje ministr za tak vážnou, že nehodlá vyčkat rozhodnutí Ústavního soudu, který v současnosti vyhlášku posuzuje.

V této souvislosti jsem pana ministra upozornil na to, že právě na základě této vyhlášky jsem s řediteli některých zdravotních pojišťoven vyjednal smlouvy, které drtivá většina soukromých lékařů i představitelů jejich sdružení považuje za velmi výhodné. Dále jsem pana ministra požádal, ať nebere soukromým lékařům možnost existenční jistoty v podobě trvalého smluvního vztahu.

Pan ministr odpověděl, že podle jeho informací si většina soukromých lékařů



Prezidenty komor (zleva) Milana Kubka, Jiřího Pekárka a Lubomíra Chudobu přijal 2. října ministr Tomáš Julínek

trvalý smluvní vztah podle vyhlášky č. 290/2006 Sb. naopak nepřeje. Tuto tezi ochotně potvrdil prezident stomatologů Pekárek.

Na přímou otázku, zda po jednání s tzv. krizovým štábem 19. 9. 2006 ministr Julínek skutečně požádal ředitele zdravotních pojišťoven, aby se soukromými lékaři nepodepisovali smlouvy garantující trvalý smluvní vztah, pan ministr odpověděl, že ředitele pojišťoven pouze požádal, aby žádná zdravotnická zařízení k podpisu těchto smluv nenutili. (O tomto postoji ministra Julínka jsem 3. 10. 2006 písemně informoval ředitele zdravotních pojišťoven.)

● **Neexistence právoplatné uzavřené dohody o úhradách pro rok 2007 v segmentu ambulantní specializované péče.**

Pan ministr se dosud nestihl seznámit s důvody, kvůli kterým nebyla uzavřena platná dohoda.

V této souvislosti jsem informoval o skutečnosti, že přechod na paušální způsob úhrady s navýšením o pouhých 3 % je pro většinu ambulantních specialistů nevýhodný a že by toto soukromé lékaře poškodilo v porovnání například s nemocnicemi (+4 % při splnění alespoň 90 % výkonů). Zopakoval jsem návrh ČLK na zachování stávajícího způsobu výpočtu maximální úhrady s možností dvojí hodnoty

bodů (0,85 Kč pro klinická vyšetření a 1,00 Kč pro ostatní výkony) a požádal jsem o jednání s ministerstvem zdravotnictví, které by mělo vyústit ve vyhlášku ministerstva, která by ambulantní specialisty neposkozovala.

Žádnou konkrétní odpověď jsem nedostal. Náměstek Hroboň bude pouze posuzovat korektnost proběhlého dohodovacího řízení.

● **Kategorizace léčiv a účast ČLK v tzv. kategorizační komisi.**

Pan ministr chystá dle svých slov drobnou novelu jednacího řádu tak, aby ČLK již neměla právo v komisi hlasovat.

● **Komise pro rozmnířování drahé techniky.**

Ministr zrušil dvě zasedání komise, jejímž členem je i zástupce ČLK. Stávající žádosti hodlá ministerstvo vyřídit, ale do budoucna nepočítá s tím, že by mělo nějak ovlivňovat, která nemocnice si pořídí jaký drahý přístroj, jehož provoz přinese zvýšení nákladů zdravotním pojišťovnám.

### NEVZNIKLY ŽÁDNÉ ZÁVĚRY

Celkově si dovoluji hodnotit jednání jako velmi špatné. Nebyly přijaty žádné závěry ani uzavřeny nějaké dohody. Nebyl dokonce stanoven ani žádný další termín či harmonogram jednání. Pan ministr se patrně poprvé setkal s někým, kdo prosazuje stanoviska

nezávislé stavovské organizace, která nehájí žádné stranické zájmy.

Za jediné pozitivum považuji vyjádření pana ministra, že v současnosti nebude iniciovat žádnou změnu zákona, která by zrušila povinné členství v ČLK (ostatně k jejímu prosazení nyní nemá politickou sílu) a to přesto, že povinné členství považuje za chybu (to již veřejně deklaroval dříve).

Zatímco se stomatologickou komorou, lékárnickou komorou a dalšími organizacemi z tzv. krizového štábu ministr průběžně jedná, **vůči ČLK, která si uchovála politickou nezávislost, se ministr Julínek chová poněkud přezíravě. S tím koresponduje snaha okleštit kompetence naší stavovské organizace.**

MUDr. Milan Kubek  
prezident ČLK

Časopis Tempus Medicorum požádal tiskový odbor Ministerstva zdravotnictví ČR dne 26. září 2006 o rozhovor s ministrem Tomášem Julínkem. Do uzavřené vydání jsme neobdrželi odpověď. Věříme, že se pan ministr vyjádří k aktuálním tématům zdravotnictví v některém z dalších čísel Tempus Medicorum.

## Požadavky ČLK vůči ministrovi Tomáši Julínkovi

Za účasti 55 předsedů OS ČLK nebo jejich pověřených zástupců se 26. září 2006 uskutečnila v Brně porada, která předcházela jednání prezidentů komor s ministrem zdravotnictví MUDr. Tomášem Julínkem. Z této porady vzešly požadavky ČLK vůči ministrovi.

### Zvýšení výdajů na zdravotnictví

Zvýšení plateb státu na 13,5 % z 30 % průměrné mzdy (dnes z 25 %), z 636 Kč/měsíc dnes (641 Kč/měsíc v roce 2007) na cca 770 Kč/měsíc (+7 mld. Kč za rok).

Zdravotní daň - přesun části výnosu spotřební daně na tabák a alkohol do fondu přerozdělování ZP - 20 hal. na 1 cigaretu (+4 mld. Kč za rok).

### Zvýšení spoluúčasti pacientů

● Zrušení § Fišerové (§11 odst. 1, písm. d). ZZ nesmí za zdravotní péči hrazenou ze zdravotního pojištění ani v souvislosti s jejím poskytováním přijímat úhradu.

● Poplatek za recept, příspěvek na hotelové služby v nemocnici.  
● Nehradit ze zdravotního pojištění léky volně prodejné.  
● Zachovat pravidlo, že v každé terapeutické skupině je alespoň jeden lék plně hrazený, ale zároveň snížit počet těchto skupin.

● Snížit maximální úhrady léků z veřejného zdravotního pojištění plošně minimálně o 1-10 % (s výjimkou léků, u kterých neexistuje náhrada). Zajistit, aby prostředky zdravotnické techniky podléhaly obdobnému systému stanovování úhrad ze zdravotního pojištění jako léky.

● Realizovat nový indikační seznam lázeňské péče zpracovaný Vědeckou radou ČLK.

● Spoluúčast pacienta při hrazení dopravy v neakutních případech.  
● Zahájit práce na vyčlenění části zdravotní péče jako nehrázené ze základního veřejného zdravotního pojištění.

● Legislativní příprava systému komerčního připojištění a příprava přechodu ze současné pouhé registrace pojištěnce na opravdový smluvní vztah pojištěnce se zdravotní pojišťovnou.

### Smluvní vztahy

ČLK požaduje trvalý smluvní vztah pro co největší počet soukromých lékařů.

● Nerušit vyhlášku č. 290/2006 Sb. - rámcová smlouva.  
● Zajistit závaznost výsledků výběrových řízení pro zdravotní pojišťovny.  
● Vytvořit pravidla prodeje a dědění lékařských praxí.

### Cena práce

ČLK trvá na realizaci seznamu výkonů s vyšší cenou lékařské práce.  
● ČLK nesouhlasí s návratem ke starému seznamu výkonů.  
● Vydat urychleně novelu seznamu výkonů (nové kódy atd.).

### Úhrady a regulace

● ČLK vyzývá MZ, ať respektuje dohody, kterých bylo právoplatné dosaženo.

● V segmentu ambulantní specializované péče (AS) není dohoda, nechť rozhodne MZ.

● „Dohoda“: úhrady +3 % a změna vzorce pro výpočet max. úhrady s přechodem na paušální systém úhrad je nepřijatelná (výběr pojistného +6-7 %, úspory za léky 1 mld. Kč u AS...). ČLK navrhuje: stávající vzorec, dvojí hodnota bodu (klinická vyšetření 85 hal., ostatní výkony 1,00 Kč).

● ČLK požaduje bonifikace za úspory i pro AS.

### VNÚZZ

#### ČLK podporuje vznik neziskových nemocnic

● ČLK nesouhlasí s prodloužením lhůty na transformaci nemocnic do konce roku 2007.  
● ČLK podporuje novelizaci § 31 zákona o VNÚZZ (za práci plat).  
● MZ nechť pokračuje v práci na vyhlášce o PTV.

#### Zvýšení platů zdravotníků

● Zvýšení tarifního příplatku z 25 % na 35 % z nejvyššího tarifního stupně v dané platové třídě.  
● Příprava samostatné mzdové normy pro odměňování zdravotníků.

#### ČLK a její kompetence

● Zachování povinného členství pro všechny lékaře vykonávající léčebně preventivní péči.  
● Změna pravidel DR tak, aby ČLK zastupovala v DR všechna soukromá zdravotnická zařízení poskytující ambulantní lékařskou péči.  
● Nerušit komisi pro kategorizaci léčiv - účast ČLK.  
● Nerušit přístrojovou komisi - účast ČLK.

#### Zákon č. 95/2004 Sb.

##### Návrh MZ neřeší základní problémy

● Snížení počtu atestačních oborů, zavést modifikovaný dvoustupňový systém atestací.  
● Realistická náplň specializační přípravy.  
● Finanční krytí pobytu školenců na akreditovaných pracovištích, odměna školitelům.  
● Množství akreditovaných pracovišť.  
● Odstranit diskriminaci žen lékařek (podmínka 5 let z 6).  
● Právo ČLK přiznávat lékařům specializovanou způsobilost.

Předkládá prezident ČLK MUDr. Milan Kubek  
Praha 2. 10. 2006

# Snažím se porozumět a pracovat...

**MUDr. Aleš Herman, Ph.D., vybudoval v Krajské nemocnici v Pardubicích výborně fungující pracoviště invazivní kardiologie Kardio-Troll. Od roku 1998 působí ve vědecké radě, o dva roky později byl zvolen do představenstva ČLK.**

## **Jak jste se dostal ke kardiologii a proč zrovna k ní?**

Pracoval jsem velmi dlouho jako lékař I. interní kliniky v Hradci Králové a už na škole jsem si zvolil kardiologii, protože jsem měl za vzor svého tehdejšího školitele pana profesora Kvasničku. Pracoval jsem jako pomocná vědecká síla na kardiologii na interní klinice už od třetího ročníku. Po ukončení studia jsem na tuto kliniku nastoupil jako sekundář. Vzdělával jsem se dále v oboru kardiologie a současně jsem pracoval na jednotce intenzivní péče této kliniky. S touto zkušeností jsem složil kardiologickou atestaci. Od začátku se mi líbila invazivní kardiologie, v této subspecializaci jsem získal příslušné funkční licence.

## **Co vás vedlo k tomu, abyste vytvořil v Pardubicích centrum invazivní kardiologie, což je zařízení nestátní či soukromé, předpokládající z vaší strany určitý finanční vklad?**

Když mi bylo čtyřicet a s manželkou jsme čekali první dítě, na klinice v Hradci Králové došlo k výrazné změně vedení a ke změně filozofie. Poměry začaly být jiné, než jsem si představoval. Bylo nás více, kteří jsme se rozhodli během roku 2001 kliniku opustit. Musel jsem si hledat novou budoucnost, a když je člověku čtyřicet, měl by se umět dobře rozhodnout. Měl jsem nabídky dělat vedoucího invazivní kardiologie v nově vzniklých centrech po republice, ale chtěl jsem zůstat co nejbliž Hradci Králové. Věděl jsem, že v Pardubicích toto centrum, ač schválené kardiologickou společností, dosud nevzniklo. Takže jsem se dohodl s ředitelem krajské nemocnice, který byl té myšlenky velice nakloněn, na spolupráci. Nemocnice posílala o erudovaný tým lidí od sekretářky až po vedoucího lékaře. Je třeba říct, že v nemocnici bylo velmi předvídaté vedení a primář tohoto ústavu, který při rekonstrukci již před mnoha lety myslel na prostor pro takové pracoviště. Prostorově tedy bylo vše připraveno, šlo jen o to sem instalovat technologii. Během osmi měsíců od zrodu myšlenky se pracoviště otvíralo a hned první den najelo do plného provozu.

Humorná příhoda: když přišel pan

primátor města přestříhnout pásku, musel dvacet minut čekat, než jsme udělali první akutní výkon. Život je někdy rychlejší než oficiality.

## **V čem spočívalo riziko takového podnikání?**

Aby mohlo pracoviště invazivní kardiologie vzniknout, založili jsme spolu se společníkem právníkou osobu a absolvovali vše, co je dobře známé soukromým lékařům. Museli jsme finančně pokrýt start tohoto pracoviště. Prostě jsme byli nuceni si vypůjčit a dohodnout se na splácení. Riziko spočívalo v tom, zda pracoviště nalezne své uplatnění. Než jsme ten první krok udělali, spočítali jsme si, že Pardubický a Královéhradecký kraj mají jediné intervenční pracoviště v Hradci Králové, kde jsme všichni vyrostli, a to stačí svojí kapacitou na polovinu požadavků. Tím se myslí výskyt chorob, které toto zařízení umí ošetřit. Ta druhá polovina regionu byla odkázána částečně na Prahu, částečně na Brno. Ukázalo se, že náš předpoklad byl správný.

## **Jste ukázkou toho, jak soukromý sektor může dobře spolupracovat s krajskou nemocnicí. Ale jako člen představenstva**

### **MUDr. Aleš Herman, Ph.D.**

Narozen 17. 4. 1961, ženatý, dva synové (5 let a 2 roky). V roce 1986 promoval na LF UK v Hradci Králové. I. atestace z vnitřního lékařství (1986), II. atestace z kardiologie (1989), nástavbová atestace z kardiologie (1993), obhajoba disertační práce (2000). Vlastní licenci pro výkon vedoucího lékaře-primáře zdravotnického zařízení pro obor kardiologie. Byl na studijních pobytech v Rakousku a USA.

V letech 1986 až 2001 působil na I. interní klinice FN v Hradci Králové, od roku 2002 je vedoucím lékařem Kardio-Troll, nestátního pracoviště invazivní kardiologie v KN Pardubice. Tajemník akreditační komise pro kardiologii, místopředseda vědecké rady IGA.

V roce 1997 se stal členem vědecké rady ČLK, od letošního roku je jejím předsedou. Od roku 2000 působí v představenstvu ČLK.

## **České lékařské komory víte, že lékaři vytvořili dvě armády, které proti sobě stílejí – jedna pod praporem zaměstnanců a druhá ve jménu podnikatelů. Proč tomu podle vašeho soudu tak je?**

Patnáct let jsem dělal na státní klinice, která mě vychovala. Nyní pracuji na jiném pracovišti – privátním, které jsme si vybudovali. Současně ale mám úvazek i v krajské nemocnici. Soupeří mezi sebou názory jednotlivých profesních sdružení a potom se střetávají v otázkách úhrad. Segmenty nemocniční a ambulantní mají rozdílné podmínky a rozdílné zájmy. Troufám si říct, že bych chtěl v představenstvu ČLK působit jako tmelící prvek. U soukromých lékařů je nutno zakotvit podnikatelskou jistotu, aby věděli, že mají nějaký smluvní vztah za určitých podmínek. Lékaři nemocnic potřebují mít také nějakou jistotu v nemocnici s odborným rozvojem, vidinu postupu v postgraduální výchově a možnost sebeuplatnění.

Komora se teď podle mě stará více o zájmy soukromých lékařů a státní doktoři mohou cítit nejistotu, protože nemocnice se hodně mění. Některé se stávají privátními subjekty ve vlastnictví krajů – akciovými společnostmi, některé jsou ryze soukromé, jiné nemocnice se mají stát neziskovými a některé jsou ještě pod gesci státu – fakultní nemocnice, a ty sdružují stovky lékařů, kteří jsou podstatní pro další rozvoj medicíny. Myslím si, že je špatný zákon o vzdělávání lékařů, z něhož rovněž mohou cítit nejistotu. Jsou stovky mladých lékařů – ať mi prominou, ale říkám jim popromoční děti a nemyslím to nijak pejorativně –, kteří velmi špatně dokáží odhadnout, kam se bude ubírat systém vzdělávání, a přináší jim to mnohé svizele. Mohu říct za kardiologii, že bude problém, aby všichni pracovali na akreditovaných pracovištích, problém existenční. Tyto nejistoty je třeba změnit a ČLK se o to musí zasadit. Mým cílem je lékaře vrátit k větší profesionalitě. Všichni máme nějaký svůj kariérní cíl a chceme něco dělat dobře a něco umět, aby si člověk mohl ve své práci najít jisté uspokojení.

**A nezačnou křičet soukromí lékaři, že se na ně zapomíná? Není ta nerovnováha zájmu zaviněna právě tím, že oni jsou**



**hlasitější, víc křičí, protože v tom mají nějaký svůj kapitál?**

Soukromí lékaři jsou ke své praxi vázáni příměji než státní lékaři, ale nemyslím si, že křičí. Oni vznášejí oprávněné požadavky a chtějí mít svou jistotu ve smlouvách s pojišťovnami, aby mohli financovat a rozvíjet své praxe. To asi patří k věci. Většinu nemocničních lékařů nezajímá úhradová vyhláška, ale možnost sebeuplatnění ve svém oboru a možnost profesního růstu. Chci jako předseda vědecké rady změnit například zákon o vzdělávání, změnit celoživotní vzdělávání v komoře.

**Prezident ČLK Kubek je svými oponenty nazýván odborářem. Z vašeho současného postavení vyplývá, že musíte být tvrdý kapitalista. Jak se spolu názorově shodnete?**

Mým problémem není, jestli je někdo odborář nebo neodborář. Snažím se vždycky ptát, jaký je problém, a hledat věcná řešení. A to, že doktora Kubka nazývají odborářem, je proto, že byl kdysi předsedou lékařských odborů. Mimochodem je také soukromý lékař angiolog. Velmi dobře se orientuje v problematice nemocnic, vždycky k tomu vznášá pregnanční připomínky a argumenty. Když se s někým liším v názorech, ptám se, v čem, a nad tím pak vedeme diskuzi. Nechám se přesvědčit, že ten druhý má pravdu, anebo se snažím přesvědčit jeho, že já mám pravdu. A když se nedohodneme, nezbývá než konstatovat, že jsme se nepřesvědčili. Ale já se v podstatě s doktorem Kubkem ve většině názorů shodnu a myslím, že jak on ovlivňuje mě, tak já ovlivňuji jeho. Přál bych si, aby takto komunikovali lékaři, najmě v představenstvu ČLK.

**Pracoval jste v představenstvu ČLK v minulém funkčním období a jste i v tom současném. Změnila se atmosféra k lepšímu, nebo se naopak ještě vyostřuje?**

Myslím, že v minulém představenstvu vládla větší shoda, bylo názorově méně rozčleněno. Současné představenstvo je názorově vyhocenější. Má nevyvážené zastoupení lékařů. Spoře jsou zastoupení lékaři nemocnic, většina reprezentantů lékařů jsou soukromí lékaři, ambulantní specialisté a praktičtí lékaři, takže to je trochu nevyvážené. Ale tak si to delegáti sjezdu zvolili, s tím se nedá nic dělat. Je nutno najít způsob komunikace a vzájemné tolerance.

**Rozdílné názory jsou například i na rámcovou smlouvu se zdravotními pojišťovnami. Co si o tom myslíte vy?**

Minulá rámcová smlouva byla na pět let

a mým dávným úkolem bylo, ještě za minulého představenstva, pokusit se vytvořit trvalý smluvní vztah. Byl jsem tím pověřen předchozím prezidentem ČLK doktorem Rathem. Vedl jsem jednání se všemi zdravotními pojišťovnami, při nichž jsme zjistili, že trvalý smluvní vztah by vlastně nebyl proti zájmu pojišťovny. Při této formě smluvního vztahu bylo důležité

otázkou dvou smluvních stran. Tady se obě smluvní strany na něčem dohodly a myslím si, že tato dohoda je pro lékaře velmi výhodná.

**Několik let jste byl členem vědecké rady, od letoška jste jejím předsedou. Jaká situace je v této oblasti?**

Členem vědecké rady jsem od roku 1998. Po odchodu doktora Ratha na post



foto: Lenka Hrašková

stanovit další části, například výpovědní podmínky. Následná jednání vedl současný prezident ČLK doktor Kubek. Myslím si, že trvalý smluvní vztah upravený podle dohody prezidenta Kubka s ředitelem VZP doktorem Horákem je velmi dobrý. Pokud mu bude někdo něco vytýkat, tak může mít samozřejmě pravdu, protože těžko dojde k ideálnímu dokumentu, vždycky je

ministra bylo nutno, aby někdo nadále řídil vědeckou radu, protože v té době byla komora i bez prezidenta. Podle stanov ČLK si vědecká rada volí předsedu ze svého středu. Hlasováním všech odborníků, členů vědecké rady, jsem byl pověřen řízením této rady, přičemž jsem řekl, že jen do doby, než bude zvolen prezident komory. Ale vědecká rada se novým

hlasováním shodla na pokračování mého úkolu, a tak jsem zůstal předsedou i nadále. Jsem přesvědčen, že jsou v ní vynikající renomovaní odborníci, se kterými se mi velmi dobře spolupracuje. Vědecká rada dostala spoustu úkolů, které je potřeba vyřešit. Například otázka informovaného souhlasu. Myslím si, že dokument tohoto typu je ve většině zemí EU a tato rozsáhlá administrativa nás asi nemine. Bohužel neexistuje dokument, který by byl závazný nebo jednotný. Vědecká rada má ambice takový dokument vytvořit, ovšem jediné ve spolupráci s právníky. Byl by vydán jako závazné stanovisko, protože ČLK jako jediná může takové stanovisko vydat. Stal by se pro všechny lékaře základním dokumentem, z kterého budou vycházet. Informovaný souhlas slouží pacientům a současně má chránit lékaře.

Dalším úkolem je personální vybavení oddělení nemocnic a ambulancí nemocnic. Trošku se setkávám s kritikou, že tyto otázky komora nemá řešit. Já si myslím, že kdo jiný než lékařská komora by měl říci své k otázce personálního vybavení té které odbornosti, na tom kterém stupni ambulance, JIP a oddělení.

Myslím si, že nás dále rozhodně čeká změna postgraduálního vzdělávání, protože zákon 95/04 Sb. je špatný, kritizovaný všemi odbornostmi a všemi lékaři. Je nutné jej změnit.

#### V jakém smyslu?

Celá akademická obec se shodla na některých okruzích. Takže první. Je tam nadbytečný počet atestačních oborů, rekordní na celém světě. Nikde není 83 atestačních oborů. Z našeho seznamu existuje v zemích EU asi 52 nebo 53 oborů. Pokud budou mít naši lékaři jinou kvalifikaci, tak ji mohou vykonávat pouze na území našeho státu, jinde jim nebude uznána.

Druhý okruh. Měli bychom se vrátit k variaci našeho dvoustupňového systému vzdělávání. Myslím si, že dvoustupňový bychom mohli nahradit takzvanou funkční specializací. Něco podobného mají v SRN.

Třetí okruh jsou akreditovaná pracoviště, protože podle Bruselského dokumentu EU musíme mít akreditované pracoviště kodifikované jako pracoviště, kde se školenec učí po celou dobu své přípravy. Pak ale vzniká otázka, co s lékaři v nemocnicích prvního a druhého typu, které jsou mimo akreditovaná centra? Nějaký nástin už je v euronovele, kterou vypracovalo ministerstvo, ale na tom je

třeba ještě dále pracovat a vyřešit otázku výchovy lékaře na menších pracovištích.

Žádný zákon neřeší financování vzdělávání ve zdravotnictví, to je veliký problém. Pokud stát chce nějaký stupeň péče o lékaře, měl by se podílet na financování postgraduální výchovy. Dále je třeba vytvořit statut organizace pověřené řízením vzdělávacího procesu po administrativní stránce. Těchto pět okruhů vidím jako základní, které je třeba v zákoně změnit.

#### Budete kandidovat na viceprezidenta ČLK?

Přátelé a blízcí kolegové říkají, že mám kandidovat, ale já jsem rozhodnut z po-



foto: Lenka Hatašová

loviny, zatím je to tak padesát na padesát. Už jsem jednou kandidoval: ačkoli jsem vyhrál s naprostou převahou, myslím, že o 61 hlasů, chybělo mi šest nebo sedm hlasů do zvolení, do nutného počtu hlasů, který je dán stavovským předpisem. Je mi osobně nepříjemné za té situace do toho jít znova. Uvidíme...

**Od začátku 90. let se hovoří o reformě zdravotnictví, ale pořád se jen hovoří, žádné hmatatelné výsledky se nedostávají. Přesto: v čem by podle vašeho názoru měla reforma spočívat?**

Mým vzorem je rakouský model zdravotnictví. Několik měsíců jsem byl v Rakousku na stáži. Tam existuje nějaké základní pojištění, které má další dvě nadstandardní třídy, navíc jsou tam jednotlivé motivační doplátky. Například se hradí doprava do nemocnice a z nemocnice nikoli sanitou, ale taxislužbou, protože ta vyjde levněji. Je tam nějaký

finanční limit v přístupu k praktickému lékaři a ke specialistovi. Když se překročí, pacient už musí přispívat ze svého. Zásadní problém u nás bude v odborné společnosti stanovit standardy, protože když si stanovíme, že standard je všechno, co je v amerických nebo evropských doporučeních, co bude tím nadstandardem? Ale to je věc odborné debaty, a jestli se to povedlo v Rakousku, tak by se to mělo povést i u nás. A to by byl klíč k reformě.

**Laická společnost bude samozřejmě namítat, že to tedy znamená, že bohatí lidé budou žít a chudí budou umírat. Otázka je, co bude obsahovat ten standard.**

Je nepřipustné, aby vznikla nějaká změna v přístupu člověka k péči. Spíš si myslím, že tím standardem musí být určen nějaký komfort, přístup k určitému typu odborníků, typu operace, ale nemůže tím být nikdy dotčena léčba nebo algoritmus léčby. Když si zaplatíte základní třídu, tak se budete muset na léčbě angíny podílet víc, třeba financováním antibiotik, než když budete mít připravený nějaký nadstandard. Ale vůbec se to netýká chorob, které jsou závažnější, nebo když se ta angína zkomplikuje. Potom by byl přístup identický. V Rakousku ti pacienti, kteří měli základní třídu, leželi na pěti- nebo sedmilůžkovém pokoji a přednosta kliniky nechodil na vizitu dvakrát denně, ale jednou za tři dny.

**Jako kardiolog přicházíte denně do styku s civilizačními chorobami. Žijete sám zdravě?**

Od narození svých dětí žiju velmi nezdravě.

#### Proč?

Protože se plně věnuju svým malým synům, takže jsem se slzou v oku vrátil dres svého hokejového mužstva, s druhou slzou v oku jsem vrátil dres svého fotbalového mužstva, takže už nehraju třetí ligu v malé kopané, nehraju hokej a jsem jenom s hochy. Dříve jsem hrával fotbal dvakrát i třikrát týdně, teď jsem již dva roky nehrál.

**Takže nejdete svým pacientům příkladem?**

Mám rád nezdravá jídla, našťastí to na mě není vidět. A další moji neřestí, když nevím, jak si poradit s nějakým problémem, je, že si jednou za týden zapálím dýmku.

#### Hodláte to nějak měnit?

Hodlám to změnit zásadně. Až moji synové trošku vyrostou, začnu s nimi víc sportovat, na což se velmi těším. Zatím jsme byli jen pouštět draky.

(MIM)



# Hospodaření ČLK v uplynulém období

V souladu s paragrafem 2a) stavovského předpisu číslo 17 finančního řádu zveřejňuje Česká lékařská komora ve svém časopisu Tempus Medicorum informace o hospodaření.

## Zpráva o hospodaření majetku centra ČLK k 31. 12. 2005

Finanční majetek je používán pro běžný chod komory na hrazení průběžných nákladů komory.

Dlouhodobý nehmotný majetek představuje zejména program pro evidenci lékařů. Dlouhodobý hmotný majetek je používán pro běžnou činnost komory.

Pohledávky se pohybují řádově ve stejné výši, rozhodující položkou jsou nepřevedené členské příspěvky od okresních sdružení. Žádné sporné pohledávky se nevyskytují.

## Přehled majetku centra ČLK k 31. 12. 2005

### I. Finanční majetek

Na účtech finančního majetku jsou vedeny zůstatky peněz v pokladnách, zůstatky cenin a zejména zůstatky vkladových bankovních účtů. Část finančních prostředků je uložena na termínovaných vkladech.

### II. Dlouhodobý hmotný a nehmotný majetek

Rozhodující položkou dlouhodobého majetku jsou stavby. Jedná se o kancelářské prostory v Praze, Brně a Olomouci. Dále je v majetku vedena kancelářská technika a zařizovací předměty.

### III. Pohledávky

Zůstatek byl ovlivněn zejména nepřevedenými členskými příspěvky od okresních sdružení ČLK.

MUDr. Jiří Mach  
tajemník ČLK

	Název	Stav k 31. 12. 2005
I.	Finanční majetek	10 482 566,63
II.	Dlouhodobý nehmotný majetek	624 960,77
	Dlouhodobý hmotný majetek	26 492 775,94
III.	Pohledávky	3 143 263,00

## ZPRÁVA AUDITORA o ověření účetní závěrky za rok 2005

Česká lékařská komora se sídlem v Olomouci  
IČO: 43965024

Provedli jsme ověření přiložené účetní závěrky organizace podle zákona o auditorech a v souladu s mezinárodními auditorskými standardy. Zpráva je určena pro členy a statutární a kontrolní orgán České lékařské komory. Údaje o organizaci jsou uvedeny v příloze účetní závěrky. Ověřování jménem auditorské společnosti prováděl JUDr. Antonín Husák (osvědčení KAČR č. 98, licence SKAU 236).

Za vedení účetnictví, jeho úplnost, průkaznost a správnost odpovídá statutární orgán účetní jednotky. Naším úkolem bylo podle auditorských standardů provést ověření tak, abychom získali přiměřené ujištění, že účetní závěrka neobsahuje významné nesprávnosti. Ověřování bylo provedeno výběrovým způsobem při respektování významnosti jednotlivých položek účetnictví a zahrnovalo ověření úplnosti a průkaznosti částek a informací uvedených v účetní závěrce, posouzení použitých účetních metod a významných odhadů a zhodnocení vypovídací schopnosti účetní závěrky. Jsme přesvědčeni o tom, že jsme získali objektivní základ pro vyslovení našeho názoru.

Účetní závěrka byla podle našeho názoru sestavena v souladu s platnými právními předpisy a zobrazuje věrně ve všech významných souvislostech stav aktiv, závazků, jmění a finanční situaci organizace k rozvahovému dni a náklady, výnosy a výsledek hospodaření za účetní období.

V Brně dne 19. června 2006

**TOP  
AUDITING**  
Kotlářská 53, 602 00 BRNO

Osvědčení Komory auditorů České republiky č. 47  
Licence Slovenskej komory auditorov č. 7

## Porovnání hospodaření centra ČLK za období 1997-2005

	rok									
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	
Výnosy	15 866 684,23	16 580 054,39	20 364 619,30	22 728 792,79	24 583 282,63	23 866 929,00	43 086 880,64	41 022 491,52	47 895 336,24	
Z položky výnosů čl. příspěvky	15 053 810,00	13 395 083,00	17 802 605,00	19 461 530,00	22 398 538,00	22 338 936,00	24 786 579,00	25 412 073,00	30 609 988,00	
Náklady	16 180 730,63	17 863 390,84	17 957 129,81	17 414 247,26	19 892 664,63	21 470 280,45	40 296 152,11	39 214 199,79	42 178 702,03	
Hospod. výsledek před zdaněním	-314 046,40	-1 283 336,45	2 407 489,49	5 314 545,53	4 690 618,00	2 396 648,55	2 790 728,53	1 808 291,73	5 716 634,21	
Daň z příjmu	146 253,00 (39 %)	0,00	1 391 948,00 (35 %)	2 011 551,00 (31 %)	1 939 419,00 (31 %)	1 367 307,00 (31 %)	2 588 733,00 (31 %)	1 504 320,00 (28 %)	2 610 109,00 (26 %)	
Hospod. výsledek po zdanění	-460 299,40	-1 283 336,45	1 015 541,49	3 302 994,53	2 751 199,-	1 029 341,55	201 995,53	303 971,73	3 106 525,21	

### Otevřený dopis MUDr. Karla Blažka



Vážení kolegové, obracím se na Vás naléhavě v následující věci. Po zralé úvaze jsem se rozhodl, s ohledem na dění několika málo posledních dnů, podat dnes podnět revizní komisi ČLK k šetření postupu prezidenta ČLK v souvislosti s jednáním s novým ministrem zdravotnictví ČR Julínkem. Dle mého názoru pan prezident ČLK na tomto místě nerespektuje zákon o komorách a stavovské předpisy ČLK.

Domnívám se, že věc je závažná a souvisí úzce s dodržováním základních demokratických principů v tak důležité organizaci, jakou ČLK je. Jsem přesvědčen, že je na toto téma nezbytné do následujícího sjezdu ČLK otevřít širokou diskusi mezi všemi kolegy lékaři. Jde totiž o to, zda chceme mít komoru demokratickou, otevřenou všem názorům a diskuzím, nebo komoru, kde pravdu má vždy jen ten jeden vyvolený a neomylný.

Jsem s pozdravem a s vírou v ještě demokratický stav naší společnosti

Váš kolega Karel Blažek, 5. 10. 2006

### Další podnět pro revizní komisi

I já prosím RK ČLK o vyjádření, zda prezident ČLK MUDr. Milan Kubek tím, že neprojednal s ministrem Julínkem body schválené představenstvem ČLK, nepřekročil své kompetence. Plně se ztotožňuji i s dalšími body podnětu MUDr. Blažka.

Dále upozorňuji ještě na jednu skutečnost: Porada předsedů okresních sdružení je dle §18 Organizačního řádu ČLK poradním orgánem představenstva a prezidenta. Tím, že prezident ČLK MUDr. Kubek bez porady s představenstvem zrušil její plánované konání 20. 10. 2006, znemožnil členům představenstva, aby s tímto poradním orgánem konzultovali problematiku, za kterou v rámci představenstva odpovídají. Sama jsem měla v úmyslu předsedům OS vysvětlit důvod a podstatu plánovaných změn v licenčním řádu, chtěla jsem je požádat, aby v čase do sjezdu v rámci okresů prodiskutovali pasáže, které budou navrhovány variantně. Domnívám se, že právě při řešení podobných otázek, jako jsou pravidla udělování licencí, má věcná diskuze na takovém fóru smysl.

MUDr. Věra Rybová  
členka představenstva ČLK

## Porušil prezident stavovské předpisy ?

MUDr. Karel Blažek, člen představenstva ČLK, se 5. října 2006 obrátil na MUDr. Janu Vedralovou, předsedkyni revizní komise ČLK, s podnětem k přezkoumání jednání prezidenta ČLK. Mimo jiné v něm uvedl:

Dávám tímto podnět revizní komisi ČLK, aby posoudila, zda prezident ČLK pan MUDr. Milan Kubek svým dokumentem ze dne 26. 9. 2006 nazvaným „Požadavky ČLK vůči ministrovi Julínkovi“ (zveřejněným mj. na webových stránkách ČLK) nepřekročil své kompetence a neporušil zákon o komorách a stavovské předpisy ČLK.

Prezident ČLK pan MUDr. Kubek předložil na zříjovém jednání představenstva ČLK v předmětné věci k hlasování několik svých návrhů, z nichž řada byla odmítnuta. Vzápětí pan prezident svolal narychlo do Brna poradu předsedů okresních sdružení ČLK. Připomínám, že porada předsedů OS ČLK není dle zákona č. 220/1991 Sb. orgánem komory, je pouze diskusním a poradním fórem, které nemá pravomoc přijímat jakákoli závazná rozhodnutí či stanoviska. Mezi sjezdy je nejvyšším orgánem ČLK dle zákona i našich stavovských předpisů její představenstvo. Na této poradě předsedů se navíc sešla jen těsná nadpoloviční většina zástupců OS ČLK, což zpochybněje relevanci výstupů z této porady. Přesto nechal prezident ČLK na poradě hlasovat v podstatě o návrzích, z nichž řada byla v přímém či částečném rozporu s usnesením představenstva ČLK z 15. 9. k jednání s panem ministrem, a po tomto hlasování je sepsal jako „Požadavky ČLK vůči ministrovi Julínkovi“.

Představenstvo ČLK je řídicím a výkonným orgánem ČLK, mezi sjezdy pak jeho nejvyšším orgánem. Jeho rozhodnutí jsou pro prezidenta ČLK závazná a mohou být rušena pouze sjezdem ČLK. Případně mohou být pozastavena revizní komisí, jsou-li v rozporu se zákonem nebo se stavovskými předpisy ČLK. Prezident ČLK je povinen respektovat, dodržovat a podporovat i ta usnesení představenstva ČLK, s nimiž osobně nesusouhlasí. Toto pravidlo pan MUDr. Kubek porušil, když se pokusil rozhodnutí představenstva ČLK obejít a své jednání legitimizovat souhlasem poradního orgánu - poradou předsedů OS ČLK.

Jednalo se zejména o tyto otázky:

1) Představenstvo ČLK odmítlo návrh MUDr. Kubka, aby ČLK podpořila přijatý zákon č. 245/2006 Sb. o veřejných neziskových ústavních ZZ a vyzvala ministra zdravotnictví, aby nebránil brzkému vstupu zákona v účinnost (viz zápis z 15. 9. 2006). Přesto dokument MUDr. Kubka schválený na poradě předsedů obsahuje výzvu ministrovi tohoto znění: „ČLK podporuje vznik neziskových nemocnic, ČLK nesusouhlasí s prodloužením lhůty na transformaci nemocnic do konce roku 2007.“ Na dokreslení uvádím, že podstatné části zákona č. 245/2006 Sb., který MUDr. Kubek proti vůli představenstva ČLK neustále prosazuje i přes jeho poškozující vliv na platové poměry nemocničních lékařů, přitom byly dne 27. 9. 2006 zrušeny Ústavním soudem pro rozpor s Ústavou ČR. Zde zdůrazňuji, že navíc podpora tohoto zákona ve znění platném do výnosu Ústavního soudu ČR z 27. 9. byla pravděpodobně v rozporu s usnesením 13 - XIX. sjezdu ČLK, neboť není prospěchem lékařů těchto ZZ mít nižší odměnu za svou práci v řádu 3 tisíc Kč za měsíc, zcela jistě pak byla v přímém rozporu s usneseními č. 15, 17 a zejména pak 23 tohoto sjezdu! V tomto bodu tedy prezident ČLK pan MUDr. Kubek ignoroval jak usnesení představenstva ČLK z 15. 9., tak minimálně 3 a spíše 4 usnesení posledního sjezdu ČLK a to přesto, že se neustále na usnesení tohoto sjezdu odvolává.

2) Představenstvo 15. 9. rovněž zamítlo návrh dr. Kubka, aby ČLK odmítla existenci dosažené dohody na dohodovacím řízení o úhradě zdravotní péče v segmentu ambulantních specialistů na rok 2007. MUDr. Kubek, ač si osobně myslí, že prosazovat nedohodu je v dané věci výhodnější, měl rozhodnutí představenstva ČLK respektovat. Místo toho si nechal předsedy odhlasovat, že „V segmentu ambulantní specializované péče (AS) není dohoda, nechť rozhodne MZ“. Podle mého názoru může o tom, zda došlo či nedošlo k dohodě v DR v případě odlišných stanovisek, rozhodnout pouze nezávislý soud na základě prozkoumání na DR platného jednacího řádu a posouzení doložitelných skutečností o průběhu předmětného DR. O tom nemohou hlasovat předsedové OS ČLK! Věřím totiž, že stále ještě žijeme v demokratické zemi.

3) Obdobně pan MUDr. Kubek pak nerespektoval také například postoj, který představenstvo ČLK 15. 9. 2006 zaujalo k vyhláše č. 290/2006 Sb. ministerstva zdravotnictví, kterou se vydává rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví ČR o rámcových smlouvách.

Bez ohledu na můj osobní názor k jednotlivým bodům prezentované výzvy ministrovi, která je prezentována jako „požadavky ČLK“, pokládám jednání pana MUDr. Kubka za nepřijatelné. Mám za to, že ČLK je demokratickou institucí a pravidla k vydávání veřejných stanovisek ČLK si pan MUDr. Kubek nemůže interpretovat dle libosti a svých momentálních zájmů.

MUDr. Karel Blažek  
člen představenstva ČLK

## K porušení stavovských předpisů nedošlo

RK ČLK obdržela podnět MUDr. Karla Blažka ze dne 4. 10. 2006 k přezkoumání jednání prezidenta ČLK a k eventuálnímu pozastavení jeho rozhodnutí v souvislosti s vydáním dokumentu, nazvaného Požadavky ČLK vůči ministrovi MUDr. Julínkovi z 26. 9. 2006.

RK ČLK podle ustanovení § 19, odst. 2, zákona 220/91 Sb. v platném znění: a) kontroluje činnost komory; b) pozastavuje výkon rozhodnutí prezidenta, viceprezidenta, představenstva a OS ČLK, jsou-li v rozporu s právními předpisy nebo organizačním řádem a ostatními předpisy komory.

Rozhodnutí je akt, který vyvolává nějaké právní následky. K výše uvedenému podnětu MUDr. Blažka RK ČLK konstatuje, že k žádnému rozhodnutí prezidenta, které by mohlo být eventuálně pozastaveno, nedošlo.

Podle S1, § 15, odst. 1 má prezident komory právo jednat a vystupovat jménem komory ve všech věcech. Prezident komory je oprávněn činit

nezbytná rozhodnutí spadající do kompetence představenstva komory. Ta jsou účinná okamžikem rozhodnutí prezidenta. Prezident předloží toto rozhodnutí představenstvu na nejbližším zasedání.

Podle S1, § 18, je stálým poradním orgánem prezidenta porada předsedů OS ČLK, kteří jsou zároveň delegáty sjezdu. Porada předsedů 26. 9. 2006 probíhala podle předpisu S3 a zúčastnily se jí 64 procenta oprávněných účastníků.

RK ČLK ctí usnesení sjezdu delegátů ČLK jako nejvyššího orgánu České lékařské komory a zároveň dodržuje legislativní normy, platné pro činnost ČLK.

RK ČLK konstatuje, že jednáním prezidenta ČLK v souvislosti s vydáním výše uvedeného dokumentu nedošlo k porušení stavovských předpisů ani bodů Usnesení sjezdu delegátů ČLK.

(ze zápisu 32. zasedání RK ČLK v Olomouci, 6.-7. 10. 2006)

## Předsedové OS mají právo mluvit

Po událostech 5. října 2006 jsem si uvědomil, že se chci k určitým věcem, týkajícím se dění v komoře, vyjádřit. Dovedly mě k tomu zejména tři události z poslední doby:

1. Jednání prezidenta, představenstva a předsedů OS v Brně.
2. Podnět revizní komisi od MUDr. Karla Blažka.
3. Abdikace člena představenstva MUDr. Jana Nového.

### Ad 1

Je zajímavé, a bohužel pro naši společnost již typické, že pokud se o něčem mluví, probírají se více okolnosti než vlastní obsah. Jednání v Brně na mě působilo až nezvykle konstruktivně. Předsedové OS jsou lidé s jasným vlastním názorem a nazývat je správně Dr. Kubka je pro mě naprosto nepřijatelné pohrdání názory lidí, které si zcela demokraticky zvolili za své zástupce členové okresních sdružení. V souvislosti s tímto jednáním se prezidentem Kubkoví zejména vytýká, že body, které předložil na tomto jednání, předem neprojednal v představenstvu. Na představenstvu 15. 9. 2006 materiál k jednání s ministrem prezident Kubek předložil chtěl a chtěl o něm i široce diskutovat. Tento bod však překotně sklouzl do hlasování o několika návrzích na usnesení představenstva a mnohé body důležité pro první jednání s novým ministrem zdravotnictví na něm projednány nebyly. Věřil jsem ale, že zbývající věci projednáme ještě před setkáním s ministrem, kterého se mělo na žádost prezidenta Kubka účastnit i celé představenstvo ČLK. Až o několik dní později jsme se dozvěděli, že schůzku v tomto složení nový ministr zdravotnictví odmítá a sejde se jen s prezidenty zdravotnických komor. Prezident Kubek dal sám dohromady asi 30 bodů, které považoval pro první schůzku s ministrem za stěžejní, sezal do Brna k jejich projednání představenstvo a předsedy OS - což je podle mého názoru široký a poměrně reprezentativní mozkový trust a vše demokraticky, bod po bodu projednal. Je pravda, že se mezi uvedenými třiceti body objevily dva, na které mezi prezidentem a těsnou většinou představenstva napanuje názorová shoda a nyní se bude dlouho diskutovat o tom, nakolik jsou usnesení představenstva pro prezidenta komory závazná. Podotýkám však, že usnášeníschopné představenstvo na jednání v Brně bylo a kdokoliv z jeho členů mohl ihned po jednání s předsedy požádat o svolání představenstva. Nikdo však tak neučinil.

### Ad 2

Dne 5. 10. 2006 pak podal MUDr. Karel Blažek, člen představenstva, na prezidenta Kubka podnět pro revizní komisi ČLK ve věci šetření postupu prezidenta.

MUDr. Karel Blažek je člověk, který má výrazné právní citění, velmi dbá na dodržování toho, čemu já ošklivě říkám procedurální rituály. Dokážu si s ním, stejně jako s kýmkoliv z představenstva, věci otevřeně vyříkat, své názory však bezvýhradně a s úctou k druhému respektujeme. Toto prosím platí i o prezidentu Kubkovi, byť to možná mnohé překvapí. Věci se proberou, odhlasují, sečtou se hlasy a jede se dál.

V průběhu jednání v Brně měl MUDr. Blažek a několik dalších členů představenstva výhrady k problematice neziskových nemocnic a vyhláše o rámcových smlouvách. Nečekal jsem však, že trvalá názorová neshoda na tyto dva body, která se vleče představenstvem již od dubna, nabude rozměru stížnosti na RK, spíše jsem si myslel, že si to znovu (pokolikrát již?) probereme na představenstvu.

### Ad 3

MUDr. Jan Nový napsal dopis, kterým mě překvapil. Na představenstvu jsem měl dojem, že více naslouchá, než mluví a nevzpomínám si, že by se někdy aktivně zapojil do mnohdy velmi živé diskuze a vyslovil svůj vyhraněný názor.

Pokud jde o obsah jeho dopisu, jen pár poznámek.

MUDr. Nový ve svém dopise tvrdí, že: „Stanovy ČLK týkající se jejího vedení jsou šity na míru absolutistickému vůdci.“ Já osobně si myslím, že lze-li vůdce volit demokraticky, a to v ČLK volit jednoznačně lze, neměl by se takto zvolenému představiteli ČLK touto formulací podsouvat přívlastek absolutistický. Zároveň dodávám, že jsem si na žádném z představenstev ani nikde jinde nevšiml, že by prezident Kubek vystupoval absolutisticky.

Stejně tak jsem v představenstvu na rozdíl od MUDr. Nového nepozoroval žádné snahy antagonizovat lékaře zaměstnance a lékaře soukromé. Líbívá mi připadá také tato věta pana MUDr. Nového: „Podívám-li se na mnohahodinová jednání představenstva pohledem zvenčí, připadá mi to jako maňáskové divadlo, maňáskové sice hlasují, ale herce a režiséra dlouho dopředu vědí, jak hra dopadne, ať už má v ní převahu ten či onen.“

Pane doktore Nový, žádný maňásek z maňáskového divadla se na sebe nemůže podívat zvenčí. A jste-li poctivý chlap, a já o tom nemám důvod pochybovat, musíte přiznat, že představenstvo není nijak režírováno. A také musíte přiznat, že když se z jedné či druhé strany sebemenší náznak snahy něco režírovat objeví, ostatní to velmi citlivě (ba až precitlivě) poznají a nenechají se do toho vtáhnout. Ve svém vyjmenování osob a obsazení jste však zapomněl na jednu důležitou součást divadla - na diváky. Diváci sledují naše představení a diváci nás na sjezdu budou hodnotit. Nechme na nich, jak náš „kus“ ohodnotí. Oni se rozhodnou, jestli na nás ještě někdy přijdouce, nebo jestli na scénu pozvou jiné maňásky, herce a režiséry. Nevím jak vy, ale já „hraju“ pro ně, a ne pro sebe.

Nakonec bych rád poprosil laskavého čtenáře, aby ze všeho současného dění nenabyl dojmů, že představenstvo je smečkou rozhádaných nesvéprávných idiotů. Probíjíme se zoufalstvím nedokonalých zákonů a různých vlivů a někdy se v čisté snaze rozhodnout pro lékařský stav co nejlépe, dostáváme vlivem šílené legislativy a neschopnosti našich politiků do slepých uliček, ve kterých zabloudíme a někdy třeba prostě a lidsky uděláme chybu.

MUDr. Petr Němeček  
člen představenstva ČLK

## A furt se něco děje!

S touto vpravdě filozofickou floskulí uvedenou v titulku se nesetkáte jenom v onom povedeném českém filmu, ale i v lékařské komoře. Jak bývá v předsjezdové době zvykem, nejde o nic méně než o vymezení pozic mezi názorovými proudy před očekávanými volbami víceprezidenta a eventuálně i dalších orgánů ČLK. Nejnověji se o bouřlivou polemiku zasloužil prezident Kubek. Poté, co neuspěl v nejvyšším orgánu ČLK mezi sjezdy - tedy v představenstvu - se obrátil na jednotlivá sdružení dopisem, ve kterém obvyklým způsobem popisuje svou usilovnou snahu o sjednocení lékařské veřejnosti. Ovšem pod jednu, tedy tu jeho, zástavu. Ale v ČLK je mnoho názorů, mnoho zájmů a tedy i více pravd.

Vždycky jsem si kladl otázku, kde dělám chybu, že nedokážu přesvědčit zpočátku dr. Ratha a nyní i jeho následovníka o tom, že spolu mohou vzdělaní lidé diskutovat, přit se a přitom společně hledat, obrušovat a cizlovat své názory. A potom formulovat vyvážená stanoviska tak, aby neměla třeba i menší část lékařů pocit, že jejich názory propadají pouhou silou většiny. Dlouho jsem si myslel, že je to má chyba a neumění dostatečně přesvědčivě formulovat své myšlenky. A i když mám o sobě stále pochybnosti, přesto si myslím, že pravda je někde jinde. Přivedl mě na to můj kamarád, který je vynikající matematik úspěšně podnikající v softwarovém průmyslu. Tento člověk trpěl jako dyslektik obrovskými problémy při studiu do té doby, než si osvojil jiné techniky učení. Možná je to ono.

Oba dva poslední prezidenti ČLK jakoby byli dyslektiky v oboru demokratické diskuze, jakoby neměli ony důležité dispozice pro tento styl jednání. Jejich stylem je něco jako pokus o kvantifikování pravdy, tedy ona „většinová demokracie“ v diskuzi. Je-li nás více, musíme mít pravdu. Osobně se domnívám, že to je relikv v nás všech z dob, kdy existovala jediná, říkalo se vědecky podložená, pravda. Ale život ve svobodné společnosti je daleko pestřejší a ne tak „placatý“ a tedy možná i složitější, než bývávalo v dobách jediné správné ideologie. Má to své výhody, ale také úskali. Jedním z postulátů této svobody je i princip odvolatelnosti. Obhájení své pravdy na druhé straně zakládá ve svobodné společnosti zase možnost být znovu zvolen. Proto je tak důležité zachovat si určitou úroveň a vyvarovat se osudových poklesků. Zanechme tedy personální konfrontace a hledejme, mnohdy i bouřlivěji, konsensus. Budeme to potřebovat bez ohledu na to, bude-li u vesla Julínek či Rath.

MUDr. Lubor Kjnšt  
člen představenstva ČLK

Omlouváme se všem čtenářům, kteří si zvykli na těchto stránkách nacházet právní informace, rady a kazuistiku. Žádosti MUDr. Karla Blažka a MUDr. Jana Nového o zveřejnění jejich prohlášení vyvolaly značnou odezvu. V zájmu korektnosti přinášíme tedy výjimečně na tomto místě většinu ohlasů v pokud možno kompletním znění. Již příště se k našim obvyklým informacím vrátíme. Děkujeme za pochopení. Redakce.

## V čele komory není statista

Tak nám zabili zákon o neziskovkách, chtělo by se zvolat s klasikem v narážce na verdikt Ústavního soudu ze dne 27. 9. 2006. Věc je však mnohem vážnější. Tak nám zabili zdravý rozum v představenstvu ČLK. Zejména z příspěvku kolegy MUDr. Karla Blažka mám pocit, že největším škůdcem a odsouzeníhodným vyvrhlem českého zdravotnictví již není Rath, ale současný prezident ČLK, doktor Kubek. A to proto, že si dovolil poměrně pregnančně formulovat základní postuláty a okruhy problémů, které je nutno řešit s jakýmkoliv ministrem zdravotnictví z jakékoliv politické strany. A že si dovolil seznámit s nimi i předsedy okresních sdružení ČLK.

Ano, vážení, my jsme se sjeli do Brna na poradu předsedů urgentně, neboť jsme se mylně domnívali, že nový ministr od nás očekává aktivitu, se kterou by již dále mohl politicky pracovat a „obrušovat“ ji, jak je v parlamentní demokracii zvykem. Vůbec se nedivím prezidentovi Kubkovi, že potřeboval „slyšet hlas zezdola“, neboť po našich nekonečných debatách v představenstvu se původní patriční razance a přímost navržených usnesení rozemílala a mizela jak pára nad hrncem. Ti, kterým ještě nedávno přišlo vtipné přivést osla v motýlku Rathovi před ministerstvo, měli najednou obavu, že Kubkovy formulace jsou zbytečně a neprozíravě syrové a mohou snad ministra Julínka zbytečně popudit. Přijde mi to docela úsměvné po tom, co jsem se ze zprávy o informativní schůzce Julínka s Kubkem dozvěděl. Hodina čistého času, ani o minutu více, a to ještě všechny komory najednou. Mezitím nějaká ta ministerská sms a telefon. Tak tomu říkám přijetí!

Ale zpět k podstatným věcem. Nikdo na představenstvu 15. 9. 2006 nezpochybňoval záměry prezidenta ČLK hovořit na vybraná témata. Dokonce ani tradiční oponenti nevystupovali nesmířlivě. Pouze prosadili demokratickou cestou většiny méně razantní formulace, ale i takové, s odpuštěním, nic neříkající. Problematika chřipkových vakcín skutečně není to zásadní, co bych asi v kůži prezidenta řešil jako jednu z priorit. Protože neprošlo prezidentovo usne-

sení, zvedl jsem s čistým svědomím ruku pro alternativní návrh kolegy Jojka, neboť nepřišel s ničím zásadně špatným. Pouze byl odvarem toho, co jsem cítil, že je nutné říci. Dnes čtu příspěvek Dr. Blažka a nevěřím vlastním očím. Vypravují se mi články v Rudém právu, masově odsuzující chartisty a signatáře „Několika vět“. Ti si také dovolili mít svůj vlastní názor a stát si za ním, i když tupá většina s mávátky na Letné provolávala slávu výdobytkům socialismu. To byli ti škůdci.

Co když se kolega Blažek normálně lidsky mylí? Kde bere přesvědčení, že prezident porušuje zákony komory a že vytáhl do boje? Tím, že chtěl před tak vážným jednáním slyšet kromě svého nejchytřejšího poradního sboru také „hlas z lidu“? Tím, že se na jednání připravil a znovu rekapituloval témata, která jsme probírali na představenstvu? Normální lidská reakce by byla vyříkat si to na představenstvu mezi sebou. Z dikce textu Dr. Blažka však číší touha veřejně a nejlépe institucionálně pranýřovat něco či někoho. Bohužel to není poprvé.

Naprosto rozumím tomu, že po minulé zkušenosti s kvapně přijatým usnesením (tak chápacím Krizový štáb) a zbytečným zavlečením ČLK do předvolebních taškařic nechtěl prezident podruhé předstoupit před předsedy okresních komor v roli pouhého statisty. Tam by ho totiž někteří jistě rádi viděli. Jsem rád, že v čele komory nestojí pouhý statista, ale člověk, který na jednání chodí připraven, problematiku dobře zná a dokáže i dobře formulovat. To, že má jiný názor než většina současného představenstva, ještě neznamená, že nemá právo ho korigovat s periferií.

A ještě jeden podstatný poznatek. Porada předsedů proběhla až na drobné extempore, které nezaslouží komentář, v racionálním a konstruktivním duchu. Ukázala, že přítomní kolegové z okresů dovedou jednat rozumněji a zodpovědněji než celé naše slavné představenstvo. A to konstatuji s plným vědomím toho, že jsem jeho členem.

MUDr. Tomáš Šindler  
člen představenstva ČLK

## Neházejme prezidentovi klacky pod nohy

V žádném případě nepovažuji chování prezidenta Dr. Kubka za nedemokratické. Naopak, chápu svolání porady předsedů OS ČLK před jednáním s ministrem zdravotnictví jako snahu získat co nejvěrnější obraz požadavků a názorů mezi lékaři. Na tomto fóru dokonce zazněl názor, že se prezident ani představenstvo nemusí řídit usnesením sjezdu, který je podle stanovských předpisů nejvyšším orgánem komory. Mezi sjezdy je pak nejvyšším orgánem představenstvo. Tak jaký je mezi tím rozdíl? Proč je potom usnesení představenstva nedotknutelné?

Na poradě předsedů byl prezentovaný materiál Dr. Kubka celkem jednoznačně označen jako kvalitní materiál, prospěšný pro všechny segmenty lékařů, tak proč jsou nyní aktivity prezidenta a jeho požadavky vůči ministroví takto ostře napadány námi samými? Nebyla jsem přítomna na posledním zasedání představenstva, ale podle zápisu jednotlivé návrhy do usnesení, předkládané prezidentem, neprošly velmi těsně a jistě i díky nepřítomnosti mé a Dr. Pětivlase. Za sebe mohu říci, že bych hlasovala pro jejich přijetí.

Ještě malá poznámka k usnesení z našeho představenstva v květnu: měla jsem velmi silný dojem, že zde šlo o snahu prohlášení Krizového štábu vydávat za prohlášení komory. Nyní jsem jako předsedkyně OS velmi často dotazována na dohodnuté smlouvy se ZP prezidentem. Soukromí lékaři o ně mají zájem. Tak proč se snažíme zrušit vyhlášku 290, ze které vycházejí? Sama bych vám do této problematiky mluvit nechtěla, neboť nejsem soukromý lékař, ale zmiňuji se o tom na základě názorů a dotazů soukromníků.

Pluralita názorů je jistě velmi pozitivní, dejte klidně podnět RK, ale neházejte klacky pod nohy prezidentovi, když se snaží hájit zájmy všech segmentů lékařů pokud možno proporcionálně. Zachovejme si jednotu alespoň navenek. V tom je naše síla.

MUDr. Ivana Vraná  
členka představenstva ČLK

## Prohlášení odstupujícího člena představenstva ČLK

Po několika měsících od svého zvolení jsem se rozhodl rezignovat na členství v představenstvu ČLK. Někoho to potěšilo, určitě moji manželku, mnoho kolegů mi to bude mít za zlé, já sám z toho mám velmi smíšené pocity. Považuji za správné své rozhodnutí zdůvodnit.

Proč jsem kandidoval?

Chtěl jsem změnu a myslel, že mohu pomoci.

Viděl jsem vedení ČLK v posledních letech jako agitku ČSSD, od níž někteří jeho členové za odměnu získali posty nejen politické a někteří nemocniční lékaři trochu profit, naproti tomu především ambulantní lékaře a soukromá zdravotnická zařízení zatížilo břímě existenčních starostí. Doufal jsem, že je možné, aby lékařská komora byla nepolitickou stavovskou organizací. A takovou by být měla, protože ze zákona sdružuje lékaře všech politických názorů a zastane všech filozofií. Přitom většinu z nich jde o stejnou věc - dělat dobře svou profesi a být za ni dobře ohodnocen. A ti lepší lépe, ti horší hůře. Nevidím žádný důvod, proč by měla komora útočit na profesní sdružení a naopak, nevidím přínos centrálního rozhodování o všem. Nevidím žádný skutečný antagonismus mezi lékaři nemocničními a ambulantními. Každý nemůže být přednostou kliniky, naopak není racionální, sociálně přijatelné ani ekonomické, aby všichni zkušení lékaři do smrti dělali sekundáře v nemocnici. Jsem přesvědčen, že začínající lékař se může naučit kvalitní medicíně jen v kvalitních nemocnicích. A v neposlední řadě je každý

lékař zároveň pacientem, stejně jako jeho rodinní příslušníci a rozhodně je v zájmu každého z nás, aby byl dobře ošetřen i v době, kdy bude starý a nemocný a jeho vrstevníci na tom budou stejně.

Rozhodování o kandidatuře bylo velmi dlouhé a oscilovalo mezi všemi pro a proti. Rozhodování o rezignaci bylo velmi krátké. Jsem trochu fatalista, mé přesvědčení je, že některé události v našem životě mají vyvolat důraznější sebereflexi a revizi hodnot. To jsem udělal a pohlédl na výsledek své dosavadní činnosti a cestu, která k němu vedla.

Stanovy ČLK týkající se jejího vedení jsou šity na míru absolutistickému vůdci. Při vědomí, že jsou to stanovy organizace ze zákona povinné, je to alarmující. Představenstvo, stejně jako celý národ rozdělené na dva názorové proudy, schvaluje či neschvaluje rozhodnutí prezidenta, ale nakonec to je jedno, protože komoru zastupuje prezident. Ten se může stanoviskem představenstva zaštitit, když mu vyhovuje, anebo ho odmítnout, když má jiný názor a pak jednat podle svého přesvědčení. Zásadní rozhodnutí pak mohou vycházet ze zcela jiných jednání na jiných místech a s jinými osobami. Podívám-li se na mnoha-hodinová jednání představenstva pohledem zvenčí, připadá mi to jako maňáskové divadlo, maňáskové sice hlasují, ale herec a režisér dlouho dopředu vědí, jak hra dopadne, ať už má v ní převahu ten či onen. Komora si dále bude platit „agenty“ v parlamentu, aby tak mohla aktivně ovlivňovat politické dění. Dále existuje snaha

antagonizovat lékaře zaměstnance a lékaře soukromé. Dále existuje ČLK, o. s., sdružení zastupované při jednáních prezidentem ČLK, takže často ani vcelku zasvěcenému pozorovateli není jasné, za koho mluví. K osobě prezidenta se příliš vyjadřovat nechci, zklamal mě jen jednou. To bylo tehdy, když jsem poprvé pochopil, jak chápe sjednocení lékařského stavu. Sjednocení názorů lze dosáhnout postupnými a třeba i obtížnými kompromisy, ale tyto kompromisy musí znamenat ústupky i zisky na obou stranách. Je-li kompromis asymetrický, je to asimilace. Ve slavném sci-fi seriálu existuje civilizace kyborgů, kteří sjednocují celý vesmír. Každý, kdo je potká, uslyší stejný pozdrav: „My jsme BORG. Budete asimilováni...“ Nevím, proč mě to napadlo. V rámci svých názorů pak prezident vystupuje vždy konzistentně a skutečně po celou dobu zachovává stejný trend. Nekritizuju ho, jen vidím svět jinak. Tím méně ho chci chválit. Chválí se sám. A dost a všude. Od dětství mi vštěpovali, že samochválá smrdí. A jak. Ale jsem i relativista. Každý má svou pravdu.

Jestli někdo dočel až sem, pak již ví, že se mé asi naivní představy o možném směřování ČLK nenaplnují, nemohu je ovlivnit a nechci být asimilován. Důvody, kvůli kterým jsem kandidoval, pro mě stále platí. Žijeme ale v roce 2006 v České republice a politická reprezentace je obrazem národa. Tedy i lékařů.

Přeji hodně sil a úspěchů všem, kteří jsou schopni současnost změnit a velmi si vážím jejich práce.

Jan Nový, Plzeň 4. 10. 2006

## Práce v představenstvu není ztráta času

Pan doktor Nový, místopředseda Sdružení soukromých gynekologů, byl členem představenstva zvolen delegáty Plzeňského kraje 1. 4. 2006. Svoji rezignaci mi oznámil e-máilem 13. 9. 2006 s odůvodněním: ... *Důvodem je moje naprosto odlišná představa o fungování vedení ČLK.*

Tentýž den jsem pana doktora požádal, aby své rozhodnutí zvážil a pokud je považuje za konečné, aby je oznámil oficiálně, písemně, s vlastnoručním podpisem.

Dne 14. 9. 2006 jsem se s panem doktorem Novým osobně setkal na Dohodovacím řízení o úhradách zdravotní péče pro rok 2007, kde jsem já zastupoval ČLK, o. s. a kolega Nový Sdružení soukromých gynekologů. Doktor Nový mi zde svoji rezignaci zdůvodnil kombinací osobních a zdravotních důvodů spolu s faktem, že práce člena představenstva neodpovídá představám, které o ní měl v době své kandidatury. Zároveň mi přislíbil, že podepsanou rezignaci dodá co nejdříve. Od té doby do dnešního dne mne ani sekretariát ČLK nekontaktoval.

Dne 5. 10. 2006 jsem od několika novinářů obdržel tiskové prohlášení odstupujícího člena představenstva ČLK Dr. Nového. Ačkoliv jsem osobně od kolegy Nového tento text nedostal, nemám důvod zpochybňovat jeho autenticitu.

**Pokud se kolega Nový skutečně rozhodl na funkci v představenstvu ČLK rezignovat, rád bych mu tímto poděkoval jménem lékařů za práci, kterou pro ně odvedl, a jménem svým za spolupráci.**

Dr. Nový se upřímně snažil prosazovat zájmy soukromých gynekologů. Neúspěšně vyjednával se zdravotními pojišťovnami, aby vůči soukromým gynekologům nebyly uplatňovány regulace za indukovanou péči, pokud je její nárůst způsobem pouze změnami ohodnocení výkonů komplementárních oborů (např. cytologická vyšetření) v Seznamu výkonů.

Česká lékařská komora však musí plnit celé spektrum úkolů a hájit zájmy českého zdravotnictví i všech lékařů. Představenstvo ČLK se tedy zákonitě musí zabývat mnoha tématy a řešení určitých otázek skutečně může některým členům představenstva,

kteří se zcela neidentifikovali se svojí povinností zastupovat všechny lékaře, připadat jako ztráta jejich času.

Kolega Nový ve svém prohlášení zdůrazňuje nezbytnost nadstranickosti ČLK. S tím plně souhlasím a jsem rád, že se mi podařilo zabránit tomu, aby se Česká lékařská komora, na rozdíl od řady jiných organizací působících ve zdravotnictví, zapojila do kampaně před parlamentními volbami. Možná jsme obětovali krátkodobý profit, ale jistě jsme posílili kredit ČLK do budoucna.

V parlamentu si ČLK samozřejmě žádné „agenty“ neplatí, ale lobování mezi zákonodárci za zájmy lékařů pochopitelně patří mezi naše povinnosti. Chovají se tak všechny komory v ČR i všechny lékařské komory ve světě.

ČLK, o. s., byla zřízena na základě usnesení sjezdu ČLK jako nástroj, s jehož pomocí může hájit zájmy soukromých lékařů v dohodovacích řízeních o rámcové smlouvě, o hodnotě bodu a výši úhrad. Špatným zákonem, jehož novelu dvakrát schválilou poslanceckou sněmovnou vetoval v červnu prezident republiky, jsou totiž komory z těchto jednání vyloučeny. Ostatně za stejným účelem si například Stomatologická komora zřídila občanské sdružení Zubohrad.

ČLK, o. s., v souladu s usnesením sjezdu důsledně hájí zájmy soukromých lékařů, kteří jí důvěřují, a není tedy divu, že například v segmentu ambulantní specializované péče disponuje dnes největším počtem plných mocí k zastupování soukromých lékařů. Některým méně úspěšným sdružením lékařů to možná vadí a rádi by ČLK, o. s., jako nepohodlného konkurenta zlikvidovali. Pro soukromé lékaře je naopak výhodné, když jejich zájmy hájí silná organizace.

Pokud své rozhodnutí myslí vážně, pak se Dr. Nový stane druhým členem představenstva, který na svou funkci v tomto volebním období rezignoval. Prvním byl MUDr. Štál, který byl 1. dubna zvolen delegáty Karlovarského kraje a rezignoval ihned 3. dubna 2006. Představenstvo 19. dubna 2006 na jeho místo kooptovalo ve volbách poraženého protikandidáta MUDr. Moravce.

MUDr. Milan Kubek, prezident ČLK  
5. 10. 2006

### Obsah:

Léčiva potenciálně nevhodná ve stáří ..... 1

## LÉČIVA POTENCIÁLNĚ NEVHODNÁ VE STÁŘÍ

### Specifické rysy geriatrické preskripce

Předepisování léků starým nemocným vyžaduje individuální přístup s přihlédnutím k řadě faktorů, které komplikují farmakologickou léčbu (farmakokinetické a farmakodynamické změny, polymorbidita, polyfarmakoterapie, zhoršená adaptace organismu, noncompliance aj.). Vzhledem k nedostatečnému množství poznatků z randomizovaných kontrolovaných studií vycházejí specifická doporučení terapeutických postupů ve vyšším věku z výsledků menších klinických studií a z poznatků aplikované farmakologie - známých fyziologických změn ve stáří a změn farmakokinetiky a farmakodynamiky léčiv. Běžně doporučované postupy a dávkovací schémata klasické interní medicíny v geriatрии mnohdy neplatí a při volbě léčiva, dávky a lékových kombinací se dostávají ke slovu znalosti aplikované farmakologie a farmakoepidemiologie.

Zahraniční epidemiologické studie dokládají, že chyby v geriatrické preskripci jsou časté z důvodu nesnadného zobecnění postupů v geriatrické medicíně při významných interindividuálních rozdílech mezi pacienty. Tyto studie prokazují, že při podrobné revizi lékového režimu bývají preskripční chyby nalézány až u 30 % seniorů. Jedná se o volbu nesprávné geriatrické dávky, nesprávného dávkovacího intervalu, o upřednostnění nevhodného léčiva, lékové duplikace, relativní kontraindikace i lékové interakce. Až 20 % hospitalizací ve stáří je ve vyspělých zemích zapříčiněno polékovými reakcemi, přitom za polovinu z nich zpravidla odpovídají lékové interakce nebo relativní kontraindikace. Nepřímé náklady na nežádoucí reakce zaujímají podstatnou část výdajů na zdravotní péči. Domácí farmakoekonomické studie v tomto ohledu chybí, zkušenosti z USA však dokládají, že celkové výdaje sociálně-zdravotního systému na polékové reakce představují v USA stomiliardové částky (až 175 miliard dolarů ročně).

Cílem geriatrické farmakoterapie je proto nejen vhodná volba a indikace léčiva, ale i snaha minimalizovat rizika léčby, zlepšit funkční schopnosti pacienta, prognózu nemocného a kvalitu života. V případě, že se můžeme vyvarovat rizikových postupů, upřednostňujeme ekonomicky stejně dostupné bezpečnější alternativy, které jsou provázeny nižším rizikem polékových reakcí (akutních i chronických).

Některá léčiva mají ve stáří změněnou terapeutickou hodnotu - riziko významně převyšuje přínos terapie - a je vhodné se jejich podávání vyvarovat. Taková léčiva, pokud mohou být nahrazena ekonomicky dostupnými bezpečnějšími alternativami, jsou v geriatрии označována jako „léčiva potenciálně nevhodná ve stáří“. Jejich podávání je indikováno pouze tehdy, není-li k dispozici nebo neúčinkuje-li bezpečnější léčba. Respektování seznamů léčiv potenciálně nevhodných ve stáří patří k základním pravidlům geriatrické preskripce. Bohužel tento koncept není dosud v mnoha zemích rozšířen nebo z různých důvodů respektován.

### Seznamy léčiv potenciálně nevhodných ve stáří

Seznamy léčiv potenciálně nevhodných ve stáří byly vytvořeny

v zahraničí (USA a Kanadě) odborníky z oblasti akutní, ambulatní a dlouhodobé geriatrické péče a lékaři a farmaceuty se specializací v psychofarmakologii, farmakoepidemiologii a aplikované geriatrické farmakologii. Tato kritéria vznikla na základě podrobné rešerše publikovaných studií, sledujících změněnou terapeutickou hodnotu léčiv ve stáří. I při dobré toleranci starým pacientem jsou léčiva uvedená v expertních seznamech považována za potenciálně riziková proto, že mohou vést k toxicitě při náhlých změnách zdravotního stavu, např. při dehydrataci, malnutrici, poklesu renálních funkcí, zhoršení srdečního selhávání apod. Zvýšené riziko při jejich podávání zpravidla souvisí s jejich vysokým interakčním potenciálem, významnou kumulací v organismu, popř. toxicitou, kterou nelze předvídat z podané dávky ani z plazmatické koncentrace léčiva. První kritéria léčiv potenciálně nevhodných ve stáří byla publikována v USA pracovní skupinou vedenou Beersem v roce 1991 pro seniory v ošetrovatelských ústavech. Jejich cílem bylo zlepšit v té době vysokou a diskriminující preskripci silně anticholinergních a sedativních léčiv u starých pacientů v ošetrovatelských zařízeních. V roce 1997 byla původní Beersova kritéria upravena a jejich platnost rozšířena na celou seniorskou populaci. Zahrnovala kromě seznamu nevhodných léčiv i základní výčet interakcí lék-nemoc a seznam závažných lékových interakcí. Poslední verze Beersových kritérií, publikovaná v roce 2003, odráží nejnovější poznatky geriatrických studií o bezpečnosti léčiv ve stáří a nové podmínky amerického trhu. Tato kritéria upřesňují nevhodnost podávání řady potenciálně rizikových léčiv (dávku, délku terapie, specifické indikace) a v současné době jsou považována za „zlatý standard“ existujících doporučení. Doplnují Beersův seznam z roku 1997 o nově zařazená nevhodná léčiva (např. fluoxetin v dávkování denně, digoxin nad 0,125 mg/den u pacientů bez arytmií, tiklopidin, amiodaron, krátkodobě-působící oxybutynin, imipramin, cimetidin a další).

- Léčiva vyřazená z Beersova seznamu 1997: fenylobutazon (zrušena registrace)
- Léčiva přidána do Beersova seznamu 1997: ketorolak, orfenadrin, guanethidin, guanadrel, cyklandelát, isoxsuprin, nitrofurantoin, doxazosin, methyltestosteron, mesoridazin, klonidin, minerální olej, cimetidin, etakrynová kyselina\*, sušený extrakt štítné žlázy, sulfát železnatý nad 325 mg/den, amfetamin (s výjimkou methylfenidátu a centrálních anorektik), thioridazin, krátkodobě působící nifedipin, fluoxetin denně, kontaktní laxativa, amiodaron, COX1-NSAID, reserpin nad 0,25 mg/den, estrogeny bez gestagenů u starých žen
- Léčiva zařazená pouze v Mc Leodových kritériích z roku 1997: kyselina nikotinová (niacin), triazolam bez uvedení dávky, methylfenidát, bufenin (nylidrin)\*, pentoxifylin, imipramin, difenoxylát, naproxen, oxaprozin, piroxikam (bez uvedení dávky a délky podávání)



Tabulka 1. Léčiva potenciálně nevhodná ve stáří dle Beersových kritérií z roku 2003

Léková skupina/ léčivá látka	Důvod nevhodnosti léčiva ve stáří	Klinická závažnost možných NÚ
<b>Psychofarmaka</b>		
flurazepam*	Benzodiazepinové hypnotikum, které dosahuje extrémně dlouhého eliminačního poločasu ve stáří (v řádu dní), navozuje přetrvávající denní sedace, zvyšuje riziko pádů a fraktur. Středně a krátkodobě působící benzodiazepiny jsou lékem volby u seniorů.	vysoká
amitriptylin a kombinace (chlordiazepoxid-amitriptylin, perfenazin-amitriptylin)	Pro silné anticholinergní a sedativní nežádoucí účinky je amitriptylin ve stáří zřídka antidepresivem volby. K anticholinergním nežádoucím účinkům patří sucho v ústech, zastřené vidění, retence moči, zácpa, zmatenost a někdy i delirium a halucinace. Amitriptylin může navodit i srdeční arytmiie a ortostatickou hypotenzi.	vysoká
doxepin*	Pro silné anticholinergní a sedativní nežádoucí účinky je doxepin ve stáří zřídka antidepresivem volby. K anticholinergním nežádoucím účinkům patří sucho v ústech, zastřené vidění, retence moči, zácpa, zmatenost a někdy i delirium a halucinace. Doxepin může zapříčinit srdeční arytmiie.	vysoká
meprobamát*	Vysoce návykové a sedativní anxiolytikum. Dlouhodobé užití navozuje závislost, léčivo je třeba vysazovat postupným snižováním dávky. Nejčastějšími nežádoucími účinky ve stáří jsou spavost a ataxie.	vysoká
vysoké dávky krátkodobě působících benzodiazepinů: lorazepam >3 mg, oxazepam >60 mg, alprazolam >2 mg, temazepam* > 15 mg, a triazolam* > 0,25 mg	Pro vyšší senzitivitu k benzodiazepinům u starších pacientů jsou zpravidla nižší dávky u seniorů stejně efektivní a bezpečnější. Celková denní dávka by neměla překročit stanovené denní maximum.	vysoká
dlouhodobě působící benzodiazepiny: chlordiazepoxid, chlordiazepoxid-amitriptylin, klidinium*-chlordiazepoxid, diazepam, kvazepam*, halazepam*, klorazepát*	Tato léčiva mají ve stáří velmi dlouhý poločas (zpravidla několik dní). Navozují protražovanou sedaci, zvyšují riziko pádů a zlomenin. Pokud je nutné podat léčivo ze skupiny benzodiazepinů, středně a krátkodobě působící alternativy jsou lékem volby ve stáří. Další nežádoucí účinky zahrnují spavost, ataxii, zmatenost, slabost, závratě, synkopy a psychomotorické změny.	vysoká
barbituráty (kromě fenobarbitalu, s výjimkou užití v léčbě epilepsie)	Vysoký potenciál závislosti, navozují více nežádoucích účinků než jiná dostupná sedativa a hypnotika ve stáří. Časté nežádoucí účinky barbiturátů zahrnují: spavost, letargii, závratě, bolesti hlavy, útlum centrálního nervového systému, těžké deprese, nauzeu, zvracení, průjem a zácpu. Vysazení je třeba provádět velmi pomalu vzhledem k riziku syndromu z vysazení.	vysoká
amfetamin* a centrální anorektika (s výjimkou methylfenidátu)	Tato léčiva mohou navodit závislost, hypertenzi, anginu pectoris a infarkt myokardu.	vysoká
fluoxetin v dávkování denně	Dochází k významnému prodloužení eliminačního poločasu léčiva s rizikem nadměrné stimulace centrálního nervového systému, s poruchami spánku až agitací. Existují bezpečnější alternativy.	vysoká
thioridazin	Vyšší potenciál k centrálním a extrapyramidovým nežádoucím účinkům než bezpečnější alternativy.	vysoká
mesoridazin*	Časté centrální a extrapyramidové nežádoucí účinky.	vysoká
orfenadrin	Navozuje častěji sedace a anticholinergní nežádoucí účinky než bezpečnější alternativy.	vysoká
<b>Kardiovaskulární léčiva</b>		
disopyramid*	Ze všech antiarytmik má nejsilnější negativně inotropní účinek, může navodit srdeční selhávání u starších pacientů. Je také silně anticholinergní. Jiná antiarytmika by měla být ve stáří preferována. K anticholinergním nežádoucím účinkům patří sucho v ústech, zastřené vidění, retence moči, zácpa, zmatenost, někdy i delirium a halucinace. Disopyramid může navodit kardiovaskulární nežádoucí účinky: periferní otoky a přírůstek na váze, bolest na hrudi, dušnost, synkopy a hypotenzi.	vysoká
digoxin (dávka by neměla překročit 0,125 mg/den kromě terapie arytmií)	Pokles renální clearance s rostoucím věkem zvyšuje riziko toxicity digoxinu. Vyšší dávky nezvyšují účinnost léčiva (s výjimkou terapie arytmií).	nízká

krátkodobě působící dipyridamol	Může vyvolávat ortostatické hypotenze. Účinnost byla prokázána především v sekundární prevenci kardiovaskulárních onemocnění pouze u pacientů po implantaci umělých chlopní. Pokud lze, je vhodné se ve stáří vyvarovat podávání tohoto léčiva.	nízká
methyldopa	Může navozovat bradykardie a deprese u starých pacientů.	vysoká
reserpin v dávkách >0,25 mg	K častým nežádoucím účinkům léčiva ve stáří patří deprese, impotence, ortostatická hypotenze a sedace.	nízká
ergotamin mesylát*	Nebyla prokázána dostatečná účinnost (nejen v indikaci centrálního vazodilatancia, ale i v jiných indikacích).	nízká
tiklopidin	Ve stáří by měly být preferovány bezpečnější alternativy, riziko hematologické toxicity tiklopidinu je vyšší. Nejzávažnějším nežádoucím účinkem je život ohrožující neutropenie. K dalším nežádoucím účinkům, které vedly k vysazení léčiva patří zácpa, zvracení, průjemy, bolesti žaludku a zčervenání kůže (rash).	vysoká
amiodaron	Podávání provází změny QTc intervalu s rizikem arytmií typu torsade de pointes. Účinnost léčby je ve stáří snížena.	vysoká
guanethidin*	Existují bezpečnější alternativy, podávání ve stáří je spojeno s rizikem ortostatické hypotenze.	vysoká
guanadrel*		vysoká
cyklandelát*	Nedostatečná účinnost (ztráta účinku) ve vyšším věku.	nízká
isoxsuprin*		nízká
krátkodobě působící nifedipin	Může navodit hypotenzi, reflexní tachykardii, myokardiální ischémii a zácpu. Retardované formy jsou v současné době preferovány.	vysoká
klonidin	Vyšší potenciál k ortostatickým hypotenzím a centrálním nežádoucím účinkům, zejména sedaci.	nízká
<b>Analgetika, nesteroidní antirevmatika</b>		
propoxyfen* a komb.	Nemá vyšší analgetickou účinnost ve srovnání s paracetamolem, spektrem možných nežádoucích účinků se podobá opioidním analgetikům.	nízká
indometacin	Ze všech nesteroidních antiflogistik navozuje nejvíce centrálních nežádoucích účinků. Nejčastěji bolesti hlavy (10 %), závratě (3-9 %), spavost, únavu a depresivní stavy (1-3 %).	vysoká
pentazocin	Opioidní analgetikum, jež s vyšší četností než jiná opioidní analgetika navozuje u seniorů centrální nežádoucí účinky, mj. i zmatenost a halucinace. Jedná se o smíšeného agonistu a antagonistu opioidních receptorů. Světloplachost, závratě, euforie a sedace patří k častým nežádoucím účinkům pentazocinu.	vysoká
pethidin (meperidin)	V doporučovaných dávkách neúčinné analgetikum ve stáří. V porovnání s ostatními opioidními analgetiky je nevýhodný u seniorů, může navodit zmatenost a jiné nežádoucí účinky, jako respirační útlum, méně často cirkulační poruchy (ortostatické hypotenze). Významné riziko útlumu dechového centra je třeba zohlednit u pacientů s dýchacími potížemi v anamnéze.	vysoká
ketorolak*	Jinému než krátkodobému užití je třeba se vyvarovat u starých pacientů pro významné riziko asymptomatické gastrotoxicity.	vysoká
dlouhodobé podávání plných dávek neselektivních NSA s dlouhým poločasem: naproxen, oxaprozin, piroxikam	Vyšší potenciál k navození gastrotoxicity, renálního selhávání, hypertenze a srdečního selhávání než u jiných NSAID.	vysoká
<b>Léčiva ostatních lékových skupin</b>		
myorelaxancia a spasmolytika: methokarbamol*, karisoprodol, chlorzoxazon*, metaxalon*, cyklobenzaprin* a krátkodobě působící oxybutynin	Tato spasmolytika a myorelaxancia jsou špatně tolerována starými pacienty pro anticholinergní, sedativní a silné myorelaxační účinky (navozují svalovou slabost a nestabilitu). Účinnost v dávkách tolerovaných seniory je diskutabilní.	vysoká

## LÉČIVA POTENCIÁLNĚ NEVHODNÁ VE STÁŘÍ

gastrointestinální spasmolytika: dicykloverin*, hyoscyamin*, propanthelin*, alkaloidy belladonny (ruříku), klidinium*-chlordiazepoxid	Vysoce anticholinergní léčiva s nejistou efektivitou. Pro časté anticholinergní nežádoucí účinky by neměla být podávána ve stáří (zejména dlouhodobě).	vysoká
anticholinergní léčiva a antihistaminika: chlorfenamin, hydroxyzin, cyproheptadin, promethazin, tripelenamin*, dexchlorfeniramin*	Léčiva s vysokým anticholinergním potenciálem. Neanticholinergní antihistaminika jsou ve stáří preferována.	vysoká
difenhydramin	Může navodit zmatenost a sedace. Neměl by být užíván jako hypnotikum a jako antialergikum by měl být podáván seniorům v co nejnižších dávkách. K anticholinergním nežádoucím účinkům patří sucho v ústech, zastřené vidění, retence moči, zácpa, zmatenost a někdy i delirium a halucinace.	vysoká
trimethobenzamid*	Antiemetická účinnost léčiva je velice nízká, potenciál k navození extrapyramidálních nežádoucích účinků vysoký. Extrapyramidové nežádoucí účinky zahrnují třes, posturální nestabilitu, hypokinezi, svalovou rigiditu, a další.	vysoká
cimetidin	Časté centrální nežádoucí účinky ve stáří.	vysoká
dlouhodobé podávání kontaktních laxativ: bisakodyl, aj.	Může navodit polékovou zácpu.	vysoká
doxazosin	Časté projevy hypotenze, retence moči a sucha v ústech.	nízká
sulfát železnatý >325 mg/den	Při vyšší dávkách se nezvyšuje biodostupnost, ale výrazně roste výskyt zácpy u seniorů.	nízká
chlorpropamid*	Ve stáří se prodlužuje eliminační poločas a léčivo vyvolává protražované hypoglykémie. Chlorpropamid ovlivňuje vyplavování antidiuretického hormonu a navozuje hyponatrémie.	vysoká
methyltestosteron	Může navodit prostatickou hypertrofii a kardiální problémy.	vysoká
samotné estrogény (perorálně podávané bez gestagenů)	Vyšší potenciál ke karcinogenezi (nádory prsu a endometria), u starších žen nedostatečný kardioprotektivní efekt.	vysoká
nitrofurantoin	Riziko renálního poškození ve stáří. Existují bezpečnější alternativy.	vysoká

### Vysvětlivky:

\* - v ČR není s uvedenou látkou registrován žádný léčivý přípravek (stav k 1.1.2006, pozn. red.)

Kromě Beersových kritérií byla publikována i kanadská McLeodova kritéria (v roce 1997), která zahrnují některá léčiva a postupy nejmenované v Beersových kritériích, např. periferní vasodilatancia (isoxsuprin, cyklobenzaprin, pentoxifylin) - léčiva s nedostatečně prokázanou účinností v chronické terapii demencí a ischemické choroby dolních končetin; doxepin -

vysoce anticholinergní tricyklické antidepresivum; piroxikam - nesteroidní antiflogistikum s prodlouženým eliminačním poločasem ve stáří a nejvyšším potenciálem gastrotoxicity ve stáří; difenoxylát - antidiarhoicum s významnou dostupností přes hematoencefalickou bariéru a centrálními anticholinergními účinky apod.

### Pokračování v příštím čísle FI.

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. Skarnitzla a distribuovány jako příloha Věstníku SÚKL a časopisu ČLK zdarma nebo na objednávku za uhrazení poštovního (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 Alušiková, 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. Lye, 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](http://www.sukl.cz)).



ISSN 1211 - 0647  
MK ČR E 7101

# Nevýhodný systém paušálních úhrad na jedno RČ

**Změna kalkulačního vzorce úhrad (viz tabulka) znamená přechod z limitovaného výkonového systému na systém paušální úhrady. Je to změna zcela zásadní, se soukromými lékaři nekonzultovaná, pro zdravotní pojišťovny velmi výhodná a tedy v případě jejího uskutečnění patrně změna, bohužel, definitivní.**

Dosud platilo, že ten, kdo dobrovolně více pracoval a tedy vykazoval na jedno RČ více bodů, sice nedostal proplaceno vše, ale zvyšoval si základnu pro výpočet maximální úhrady v příštím roce. Tedy jinými slovy: zvýšený objem práce dostal zaplacený následující rok.

Nový seznam výkonů platný od 1. 1. 2006 přinesl výrazně vyšší cenu naší práce, díky tomu při zachování počtu RČ stačí zdravotnickému zařízení (ZZ) k zajištění potřebného počtu bodů méně pracovat. Úhrada na jedno RČ je však, bohužel, letos limitována 105 % referenčního období.

Ta ZZ, která nesppekulovala a účelově neomezovala množství provedené (nebo vykázané) práce na jedno RČ, si vytvářela základnu pro nárůst příjmů v roce 2007. Tedy alespoň za předpokladu, že nedojde ke změně kalkulačního vzorce. Pokud SAS, SSG, Aprimed... svoji vizi prosadí, pak by byla tato naše práce ztracena.

## MALÝ NÁRŮST PŘÍJMŮ

**Hlavní nevýhody této takzvané dohody a nového kalkulačního vzorce:**

**1. Jedná se o paušální úhradu, která se meziročně zvýší pouze o Inu, tedy o 3 %.**

Takový nárůst příjmů pro ambulantní specialisty je však vzhledem k 6-7% plánovanému nárůstu výběru pojistného (ČSÚ predikuje pro rok 2007 nárůst mezd o 7,8 %) trapez malý. Pojišťovny odmítají použít prostředky, které jsme jim my - ambulantní specialisté - v roce 2006 ušetřili za léky (velmi hrubý odhad cca 1 mld. Kč), na zvýšení našich úhrad. Vzhledem k tomu, že roční objem úhrad za výkon v segmentu AS je cca 11 mld. Kč, nemůže tedy jejich zvýšení o 10-20 % nijak ekonomiku pojišťoven rozkolísat. **Přistoupit na nárůst úhrad o pouhých 3 % - to je kapitulace, kterou lze jen stěží vydávat za „maximum možného“.**

**2. ZZ může své příjmy zvyšovat pouze zvyšováním počtu RČ.**

Tuto možnost mají zejména polikliniky, jejichž zaměstnanci mohou v případě, kdy je každá odbornost hodnocena zvlášť, posílat pacienty jeden druhému a tím systém „vytěžovat“.

**3. Nový kalkulační vzorec neguje nový seznam výkonů, za jehož přijetí ČLK bojovala několik let. Zřejmě bychom definitivně rezignovali na výraznější zvýšení ceny naší práce.**

Rezignovali bychom na to, že je třeba posílovat podíl lékařské práce na úkor režijních nákladů. Právě nový seznam výkonů zvýšil cenu klinických vyšetření a pomohl léta podhodnoceným lékařům takových oborů, jako je například interna. Ceník výkonů v korunách je jistě ideálem, který ale ČLK při nezájmu ministerstva zdravotnictví a nevlíci zdravotních pojišťoven, jež mají v této věci právo veta, nemá šanci bez změny zákonů prosadit.

V současnosti jsou stále ještě úhrady pro ambulantní specialisty počítány podle vzorce:

$$MÚ = RČ \times [PB \times CB + (ZUM + ZULP)] \times 1,05$$

MÚ - maximální úhrada  
RČ - počet unikátních RČ  
PB - body vykázané a uznané v referenčním období na RČ  
CB - cena bodu (1,05 Kč)

Některá sdružení poskytovatelů (Sdružení ambulantních specialistů, Sdružení soukromých gynekologů, Aprimed aj.) se však dohodla s pojišťovnami pro rok 2007 na následující zcela zásadní změně kalkulačního vzorce:

$$MÚ = RČ \times PÚ \times Inu$$

MÚ - maximální úhrada  
RČ - počet unikátních RČ  
PÚ - průměrná úhrada za výkon včetně ZUM a ZULP na RČ v referenčním období  
Inu - index nárůstu úhrad (pro rok 2007 hodnota 1,03)

Zafixovali bychom stav, kdy některá ZZ, která se v minulosti lépe přístrojově vybavila, vydělávají výrazně více než ti lékaři, kteří přístroje nevládní, přístrojová vyšetření neprovádějí a díky nízké úrovni úhrad si nikdy na lepší vybavení svých prací nevydělají. Některým vyjednavacům to zřejmě vyhovuje, alespoň nebudou mít konkurenci.

**4. Nový systém úhrad bonifikuje účelové chování.**

Ti, kdo nechytřali a neomezovali účelově poskytovanou péči, nedostanou svoji práci zaplacenou ani v příštím roce - jejich reálná cena bodu bude velmi nízká. Vykáží sice hodně bodů s nominální hodnotou 1,05 Kč, ale dostanou zaplacenou pouze část. (Čím více pracujete a vykazujete více bodů na RČ, tím vlastně pracujete za nižší ceny.)

Ten, kdo by si chtěl přesto koupit nový přístroj a začít vykazovat více výkonů, ten má smůlu: pojišťovna mu zaplatí více pouze o ono Inu (tedy v roce 2007 o 3 %).

**5. „Dohoda“ znevýhodňuje ambulantní specialisty vůči jiným segmentům.**

Vždyť například nemocnice si vyjednaly 4% nárůst úhrad, který dostanou, pokud provedou alespoň 90 % loňských výkonů, a to ještě bez regulací na léky a materiál!

## VÝHODA ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN

Pro koho je tedy systém úhrad prosazovaný Sdružením ambulantních specialistů (SAS) výhodný?

Návrh ČLK na kalkulační vzorec

$$MÚ = RČ \times PB \times CB + ZUM + ZULP$$

MÚ - maximální úhrada  
RČ - počet unikátních RČ  
PB - body vykázané a uznané v referenčním období na RČ  
CB - cena bodu

a) Určitě pro zdravotní pojišťovny, které snadno udrží pod kontrolou své náklady, neboť ty porostou pouze o hodnotu tzv. Inu. Tedy v příštím roce o 3 %. O kolik procent to bude v letech příštích? Nebude koeficient Inu nižší než 100 a nedojde tedy k poklesu úhrad? Jak donutíme pojišťovny, aby v budoucnu opustily pro ně takto výhodný systém?

b) Pro velké polikliniky, které mají možnost přeposílat pacienty mezi lékaři různých odborností a tím u každé zvlášť hodnocené odbornosti zvyšovat počet unikátních rod-ných čísel. Čestný člen SAS ing. Král dobře ví, co dělá, jeho poliklinika neprodělá.

c) Snad pro zdravotnická zařízení, jejichž ekonomika není založena na lidské práci, ale na přístrojových vyšetřeních. Vydělají o 3 % více a mají jistotu, že nikdo z chudších a hůře vybavených kolegů si svoji práci nevydělá na lepší přístroje a nebude jim tedy moci být konkurentem. Stávající nespravedlnosti budou zachovány.

Pro soukromé lékaře, kteří se žijí vlastní prací, je naopak takový systém nevýhodný. Není tedy divu, že většina respondentů ankety, kterou jsem mezi ambulantními specialisty uspořádal, takový systém odmítla.

ČLK, o. s., odmítá „dohodu“, která poškodí většinu soukromých lékařů-ambulantních specialistů a žádá ministra Julínka, aby rozhodl ve prospěch soukromých lékařů.

Jediným problémem zůstává hodnota bodu. Pojišťovny nemají peníze na to, aby okamžitě realizovaly nový seznam výkonů v plné výši při stávající hodnotě bodu 1,05 Kč.

I když je ekonomická argumentace zástupců pojišťoven velmi chabá a většinu důležitých čísel pojišťovny buď nevědí, nebo tají (těžko říci, co je horší), vyslovily při jednání z jejich strany nijak neprokázaný údaj, že stávající výše jejich výdajů by byla při plném uskutečnění nového seznamu výkonů zachována při hodnotě bodu cca 0,72 Kč a že bez nárůstu příjmů by na vyšší hodnotu bodu neměly peníze. Příjmy pojišťoven však porostou.

## DVĚ HODNOTY BODU

Řešení je velmi jednoduché a spravedlivé. Stanovme dvojí hodnotu bodu. Nižší - např. 85 halérů pro klinická vyšetření, jejichž bodové ohodnocení se výrazně zvýšilo, a vyšší - např. 1,00 Kč pro výkon ostatní.

Přiznám se, že nechápu poráženecký a kapi-tulantský postoj některých vyjednavců, kteří rezignovali na obhajobu oprávněných zájmů ambulantních specialistů. Vždyť ředitelé nemocnic, zubaři nebo praktičtí lékaři si dokázali vyjednat pro svá zařízení skutečně výhodné úhrady a já doufám, že ministr Julínek bude jejich dohody akceptovat. (viz tabulka z MZ.)

Doufám, že ministr Julínek jako pravivý politik využije skutečnosti, že v segmentu ambulantních specialistů nedošlo k uzavření právoplatné dohody a rozhodne v intencích návrhu ČLK, o. s., ve prospěch nás, soukromých lékařů.

MUDr. Milan Kubek  
prezident ČLK

# Ceník výkonů - systémové řešení sporů

Dne 14. září 2006 proběhlo v souladu se zákonem 48/97 Sb. v platném znění na MZ ČR jednání závěrečné fáze dohodovacího řízení o výši úhrad a hodnotě bodu. Zástupci všech segmentů si zde potvrdili, že nebudou nijak vzájemně napadat své dohody (došlo k nim všude kromě segmentu poskytovatelů domácí péče), protokoly z jednotlivých jednání byly předány zástupcům ministerstva zdravotnictví (MZ). To nyní posoudí soulad těchto dohod se zákonem a veřejným zájmem a vydá vyhlášku, podle které bude hrazena práce všech zdravotnických zařízení. Zvýšenou pozornost a značnou část svého času museli účastníci věnovat sporu, který se i zde projevil uvnitř segmentu ambulantních specialistů. MUDr. Kubek (ČLK, o. s.) a Mgr. Buriánek (LOK-SČL) jakoby zapoměli, jaká pravidla pro hlasování platí v tomto segmentu od 4. 5. 2005, a prohlásili, že dohodu uvnitř ambulantních specialistů neuznávají. Ačkoli k tomu nemají dostatečný mandát, dožadovali se její neplatnosti.

## Jak si vysvětlit postoj ČLK, o. s.?

Nesouhlas ČLK, o. s., s dohodou není jednoduše pochopitelný, protože:

- Mgr. Buriánek byl účastníkem jednání skupiny, která se v polovině srpna snažila dát dohromady její základní výchozí pravidla a je tedy v jistém smyslu jejím spoluautorem.
- V průběhu celého jednání (kromě stanoviska až během závěrečného hlasování) zástupci ČLK, o. s., prakticky nikdy tato pravidla nenapadali a ani nenavrhovali jiná řešení.

Zarážející je i to, že ačkoli je výsledek deklarováno, že ČLK, o. s., je jakýmsi vykladem ČLK od některých dohodovacích řízení, rozhodování o jeho postupech probíhá zcela mimo představenstvo ČLK, představenstvem zvolení zástupci pro řešení problémů příslušné skupiny zdravotnických zařízení nejsou nijak informováni o aktivitách ČLK, o. s., které také často na jednání deleguje osoby, které nikdo z přítomných dříve neviděl, které se konkrétně v případě DR pro rok 2007 v segmentu AS nijak neúčastnily věcné diskuze a jen na samotném konci jednání během hlasování o dohodě vyjádřily zcela opačný názor než všichni ostatní (kromě LOK-SČL).

## FORMÁLNÍ NEDOSTATKY JEDNÁNÍ

Je jisté pravda, že svůj podíl na zmaticích v jednáních má i samo minulé vedení Ministerstva zdravotnictví ČR. Nevydalo, resp. neakceptovalo včas dohodnutou novou jednacího řádu, ve kterém bylo třeba upravit pravidla v souladu se zákonem 117/06 Sb., platným od 1. 4. 2006, samo začalo shromažďovat plné moci účastníků, ale tyto jen prostým způsobem sčítalo bez toho, aby, jak je to právě uloženo jednáním řádem, přepočítalo jejich sílu podle počtu nositelů výkonů, takže je vlastně nepřevadlo do použitelné podoby již pro všechna tato jednání.

Většinu těchto formálních nedostatků napravilo až jednání 14. 9. 2006, pro zajištění dalšího řádného průběhu byla zvolena i nová mandátová komise.

## Co dál uvnitř segmentu ambulantních specialistů?

Co tím ale neskončilo, je napadání dohody uvnitř segmentu ambulantních specialistů MUDr. Kubkem. Důsledkem byla velmi obsáhlá diskuze k tomuto tématu na jednání představenstva ČLK 15. 9. 2006 i na poradě prezidenta ČLK s předsedy OS ČLK 26. 9. 2006, ale tím to jistě nekončí.

## Na tomto místě lze jednoznačně konstatovat:

- Jak vyplývá i z několika výše uvedených údajů, je rozhodující většina všech účastníků jednání toho názoru, že dosažená dohoda je nejlepším možným řešením ze všech projednávaných. Je v ní maximálně možné vyváženě řešen nárůst jednotky naší práce

(za stejné množství práce dostaneme o 3 % více než v roce 2006) a regulační opatření na předpis léků a indukované péče eliminující i nesystémové propady, ke kterým jistě u mnoha zdravotnických zařízení došlo během roku 2006. Jistě by bylo možné dosáhnout v úhradách za výkony vyššího nárůstu (např. o 4 %), bylo by to však nutné kompenzovat větší tvrdostí regulací.

- Jinou reálnou možností, než je přijatá dohoda, by byla jen tzv. nedohoda, což by ale v současné politické situaci, kdy nejsou známá žádná dlouhodobě platná smluvní pravidla, znamenalo jen nárůst nejistoty zdravotnických zařízení, přičemž naše zkušenost je taková, že ať byl ministr zdravotnictví z jakékoli strany, vždy byla jím stanovená pravidla úhrad horší než to, o čem bylo v té době jednáno. I ten, kdo formuluje požadavky, jako je žádost o 25% navýšení úhrad, jistě dobře ví, že jde jen o zbožné přání a ne realitu.

- Na dohodě je proti stávajícímu způsobu výpočtu nepřijemné, že nepracuje již s výpočtem úhrad podle v referenčním období dosažených bodových hodnot, ale podle vyplacených finančních částek. Vzhledem k tomu, že od 1. 1. 2006 platí novela Seznamu výkonů, která významným způsobem selektivně navýšila ohodnocení lékařské práce, zachování způsobu výpočtu by znamenalo značný pokles hodnoty bodu (podle údajů od zdravotních pojišťoven na cca 0,70 Kč), což by, připočítáme-li nárůst úhrad zdravotnickým zařízením (bez regulací za předpis léků a indukované péče) za rok 2006, znamenalo pro některá ZZ nulový nárůst, pro velkou část ZZ však pokles úhrad až o 35 % (protože těm novela Seznamu výkonů nijak nepomohla).

Možná negativa nového systému výpočtu se neprojeví v roce 2007. Mohou se projevit v roce 2008 a dalších jen v případě, pokud tento systém nebude změněn.

## NESHODY NAD SEZNAMEM VÝKONŮ Co by tedy systémové pomohlo ambulantním specialistům?

Ambulantní specialisté jsou velmi nesourodou skupinou zdravotnických zařízení. Jsou jisté témata, na která mají společný názor (jejich systémové postavení, rámcová smlouva, zákonné předpoklady pro výkon práce atd.), největší neshody již řadu let vznikají v otázkách, které se týkají Seznamu výkonů, s tím související hodnoty bodu a výše úhrad. Všichni ti, kteří spory v této otázce vyvolávají, dobře vědí, jak jednoduché je v tomto lékaře rozhádat.

Každý z oborů má totiž v Seznamu výkonů jinou strukturu ohodnocení své práce, jinak reálně stanovené časy. Pro celý Seznam výkonů je společné, že většině zdravotnických zařízení významně podhodnocuje režijní náklady, nepočítá se zaplacením práce sester, nepočítá se ziskem, ignoruje některá zcela základní pravidla cenotvorby užívaná všude jinde. Navíc: obecně platí, že české zdravotnictví je jako celek finančně podhodnoceno (požadovaná je „západní“ kvalita za „východní“ ceny). Narovnání jedné složky (např. práce lékaře, jak tomu je od 1. 1. 2006) tedy ve skutečnosti neznamená nastolení spravedlnosti, ale jen nastavení jiných poměrů nespravedlnosti. A „nová“ nespravedlnost bude menší než ta „stará“ jen tehdy, pokud navýšení úhrady jedním nebude znamenat objektivně ekonomicky nezdůvodněné snížení úhrady jiným, což by bylo dosaženo právě např. výše zmíněným plošným snížením hodnoty bodu.

Chceme-li tedy věc řešit systémově, musíme místo handrkování se na téma, co s námi bude po 1. 1. 2008, pokud se nezmění kalkulační vzorec, konečně zahájit práce na tvorbě

ceníku, který bude takový, aby všechny složky naší činnosti byly přiměřeně a kvalitně ohodnoceny. Je na to více než rok času, ale vyžaduje to aktivní zapojení velké skupiny lidí ze všech oborů. Chceme-li být konstruktivní a dát najevo, že naším cílem je věc řešit - ne se kvůli ní hádat - musíme na tom začít pracovat co nejdříve. ČLK má k této činnosti plný zákonný mandát, který zatím nevyužívá tak, jak by mohla.

MUDr. Zorjan Jojko  
člen představenstva ČLK

## Návrh úhrad pro rok 2007

(typ úhrady)	2007
lůžková péče akutní	Dohoda Paušál - 104 % celk. úhrady náležející v r. 2006 při alespoň 90 % bodů roku 2006 „zohlednění dopadu lékové vyhl.“ a mimoř. nákladné péče Bez regulací na léky, PZT a induk. péči
lůžková péče následná	Dohoda Paušál za OD - 103 % náležející v 1. čtvrtletí 2006 Bez regulací na léky, PZT a induk. péči
praktičtí lékaři	Dohoda Kapitace 36,00 Kč + věkové indexy; cena bodu 0,97 Kč/bod Dorovnání kapitace na 90 % Regulace 105 % na celk. úhradu za neregistr. pojištěnce Regulace na léky, PZT a indukovanou péči
ambulantní specialisté	Dohoda zpochybňovaná ČLK o. s. Unikátní pojištěnec dle SV Cena bodu 1,05 Kč/bod (Hemodialýza - 1,02 Kč/bod) Max. úhrada 103 % Nově nasmlouvané výkony dle SV k 31.12. 2005, bod 1,05 Kč/bod x index 1,07 Méně než 50 pojištěnců při úvazku lékaře 1,0 - bez regulací, PZT a vyžádanou péči - dle ZPP 2007 dané pojišťovny
zubní lékaři	Dohoda Pouze objem finančních prostředků, sazebník neuveden, ale požadováno navýšení 4 kódů
komplement	Dohoda Paušál - 101 % ref. období, pokud objem poskyt. péče bude v intervalu 98-102 % ref. období nebo výkonově dle SV u výrazně kolísavého objemu péče - tj. méně než 100 unikát pojištěnců, pro 809 - 1,05 Kč/bod ostatní - 0,87 Kč/bod mammoгр. scree. - 1,05 Kč/bod uplatnění omezení úhrady limitem max. úhrady podle SV k 31.12. 2005

Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví

## Proč nebylo dosaženo platné dohody?

Některá profesní sdružení ambulantních specialistů podepsala 7. září 2006 se zdravotními pojišťovnami **Protokol o dohodě o úhradách zdravotní péče pro rok 2007**. S touto dohodou z přítomných organizací však **nesouhlasily ČLK, o. s. a LOK-SČL**.

Z Jednacího řádu dohodovacího řízení, který přijali nejenom všichni účastníci řízení, ale i jeho garant a svolavatel Ministerstvo zdravotnictví ČR, jasně plyne, že **dohody je dosaženo tehdy, pokud se pro její přijetí vysloví organizace disponující nejméně 2/3 hlasů přítomných zástupců profesních sdružení poskytovatelů** (viz čl. 2 Jednacího řádu).

Počet hlasů se v souladu s Jednacím řádem, i s elementární logikou, neřídí počtem sdružení, nýbrž, jak je doslova uvedeno: „... **přepočteným počtem nositelů výkonů v dané odbornosti, které profesní sdružení v dohodovacím řízení prokazatelně reprezentuje (tato skutečnost se prokazuje zejména písemnou plnou mocí...)**“. Z ustanovení § 17 odst. 6 zákona

č. 48/1997 Sb. vyplývá, že svolavatelem a garantem, a tudíž i tím, kdo posuzuje váhu hlasů jednotlivých profesních sdružení, je Ministerstvo zdravotnictví ČR. **Dle písemného přehledu plných mocí distribuovaného ministerstvem účastníkům řízení vystupovaly ČLK, o. s. a LOK-SČL jménem téměř poloviny poskytovatelů zdravotní péče - ambulantních specialistů, kteří se tak řízení prostřednictvím svých plných mocí účastnili. Vzhledem k odmítnutí dohody těmito dvěma sdruženími tak v segmentu ambulantních specialistů nemohlo dojít k dohodě, když v souladu s Jednacím řádem nebylo dosaženo dvou-třetinového souhlasu poskytovatelů.**

Ti, kdo tvrdí, že dohody dosaženo bylo, opírají svůj závěr nikoliv o Jednací řád dohodovacího řízení, nýbrž jen o svůj subjektivní názor, že v dohodovacím řízení má hlavní váhu pouhý počet sdružení poskytovatelů, byť tato sdružení v některých případech neprokázala ani jednu jedinou plnou moc udělenou konkrétním poskytovatelem!

Z právního hlediska nemůže obstát ani snaha odvolávat se na v uplynulých letech používané praktiky, kdy organizacím, které se těší největší důvěře mezi soukromými lékaři, byla váha hlasů uměle snižována. Podobná nedemokratická pravidla hlasování totiž nový Jednací řád, který byl pro toto dohodovací řízení schválen všemi účastníky, neobsahuje.

Závěrem zbývá dodat, že ač dohody v segmentu ambulantních specialistů pro rok 2007 nebylo vzhledem k její zjevné nevýhodnosti a odmítnutí poskytovateli dosaženo, není vyloučeno, že Ministerstvo zdravotnictví ČR, v rozporu se zájmem soukromých lékařů, text údajně dohody přesto vydá formou obecně závazného předpisu - vyhlášky. Během jednání 2. 10. 2006 jsem ministra Julínka požádal, aby nepoškozovat soukromé lékaře - ambulantní specialisty a nevydával dohodu, která je znevýhodní v porovnání s jinými poskytovateli včetně nemocnic.

MUDr. Milan Kubek  
prezident ČLK

## Nejasnosti v počtech plných mocí

Na schůzi předsedů OS ČLK, kterou svolal prezident Kubek do Brna před jednáním s ministrem zdravotnictví a která byla jistě nejsprávnějším posílením mandátu pro toto jednání, jsme byli svědky bouřlivé diskuze kolem otázky dohodovacích jednání o úhradě zdravotní péče. Již osm let je mým údělem zastupovat v těchto jednáních ambulantní specialisty, od roku 2000 Sdružení privátních ambulantních chirurgů, jehož jsem předsedou. Za úděl to považují proto, že musím opakovaně prožívat rozčarování z jednání, kdy jsou smluvní strany ve výrazné asymetrii a kdy způsob jednání druhé strany vnímám jako ponižující.

Bohužel ještě horší pocity si odnáším z přípravného jednání segmentu ambulantních specialistů ještě bez přítomnosti plátců. Zatímco jsou ostatní skupiny poskytovatelů poměrně homogenní a zastupují zájmové skupiny stejné problematiky, je segment ambulantních specialistů od počátku zavedení dohodovacích jednání zcela nesourodný. Vedle stovky lékařských odborností s rozličnými formami a nároky na čerpání veřejnoprávních prostředků zahrnuje i nelékařské profese, zařízení poliklinik a dialyzačních center. Již z tohoto uspořádání vyplývá složitost jednání, prosazování partikulárních zájmů a tendence k postranním vyjednáváním s pojišťovnami a s ministerstvem. Zdání demokratického postupu jednání má zajistit hlasování zástupců poskytovatelů prostřednictvím jejich občanských sdružení a to i v případech, kdy je pro rozdílnost přístupu k poskytování péče hlasování nevhodné. Přítomní zástupci sdružení ovšem mají

mandát k jednání pouze na podkladě plné moci povětšinou pouze svých členů, nikoliv od všech lékařů příslušné odbornosti. Avšak ujednání, která přijmou, se nadále dotýkají všech a jsou závazná pro všechny subjekty dané odbornosti. Za naše sdružení jsme opakovaně, v souladu se zástupci dalších sdružení, zpochybňovali platnost rozhodování pro nejasnosti v počtech uváděných plných mocí. Na tuto skutečnost již několik let marně upozorňujeme. Platnost plných mocí nebyla nikdy ověřována. Od počátku uzákonění institutu Dohodovacího řízení jsme cítili dopad § 17 odst. 5 č. 48/1997 Sb., ve kterém se podařilo lobby některých sdružení eliminovat ČLK z dohodovacích jednání o hodnotě bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění. Tím byla ČLK vyloučena z žádoucí role arbitra jednání a ti, kteří nejsou členy profesních sdružení, ztratili obhájce svých zájmů. Z tohoto důvodu jsme uvítali vznik ČLK, o. s., které svým vstupem do vyjednávání výrazně posílilo zájmy lékařů a vyvinulo tlak na plátce zdravotní péče, aby zajistili pro obě strany stejné vyjednávací podmínky. Vstupem ČLK, o. s., do vyjednávání se lékařská komora dostává tam, kde měla být dávno a mohla tak plnit svou funkci zástupce všech lékařů navenek a uvnitř omezovat nespravedlivé partikulární zájmy různých odborností.

Na základě svých zkušeností doporučuji všem kolegům, aby návrhy komory podpořili, protože jsou z hlediska všech lékařů spravedlivé.

MUDr. Ladislav Knajfl  
předseda SPACH

## Zmocněnci pro dohodovací řízení

Název zmocněnce	Počet hlasů	poznámka
ČLK, o. s.	1083	
Sdružení soukromých gynekologů ČR	640	Ověření pouze na základě čestného prohlášení
LOK-SČL	405	
Asociace klinických logopedů ČR	267	Ověření pouze na základě čestného prohlášení
Sdružení privátních očních lékařů ČR	217	
Sdružení privátních ambulantních chirurgů ČR	87	
Česká asociace optometristek	61	
Asociace dialyzačních středisek ČR	55	
Sdružení smluvních pneumoftizeologů	37	
Sdružení ambulantních gastroenterologů	34	
Sdružení ambulantních dětských kardiologů	20	
Sdružení soukromých patologů	15	
Asociace denních stacionářů a krizových center	6	
Asociace denních stacionářů a krizových center	4	
Česká asociace ergoterapeutů	2	

Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví - svolavatel a garant DŘ, údaje pro jednání 14. 9. 2006



## ad: Trvalý smluvní vztah

Již v červnu jsme předvíдали, že v určitém, byť možná krátkém období, si budou moci naši smluvní partneři vybrat ze dvou alternativ smluv. Za pojišťovnu jsem se snažil - a i nadále budu postupovat stejně - nalézt kompromis a přijatelné znění smlouvy pro obě strany, ať již na základě textu vyhlášky či dohodovacího řízení či vyjednávání o typové smlouvě. Zájmům VZP, na kterém budeme trvat, je požadavek na vyvážený smluvní vztah, založený na poskytování potřebné a kvalitní zdravotní péče pro naše pojištěnce. Naším cílem je jednak vyjít vstříc těm, kterým se zamlouvá ta či ona varianta smlouvy, jednak těm, u nichž je zřejmé, že jejich činnost je standardní, jejich smlouva včetně příloh aktuální a dokumentace v pojišťovně úplná. Ve VZP probíhá u příležitosti uzavírání nových smluv důsledná formální revize smluvních vztahů, jejímž cílem není ani omezit počet poskytovatelů nějakým koeficientem, ani šikanovat smluvní partnery, ale aktualizovat všechny údaje ve smlouvě do standardní podoby, vyřešit rozpor v údajích a pro pojišťovnu nepřijatelné jevy, jako jsou tabulkově nasmulované úvazky některých lékařů ve stovkách hodin týdně, neposkytovaná, ale nasmulovaná péče, naopak péče poskytovaná, ale nenasmulovaná, jindy vícekrát placená, smlouvy neumožňující efektivní posouzení činnosti a přínosu poskytovatele, splnění zákonných požadavků na věcné a personální vybavení atd. Proto si postupně třídíme smluvní vztahy na ty, kde není nutné kromě běžné aktualizace (většinou pomocí přílohy č. 2) nic dalšího dělat a kde můžeme s klidným srdcem nabídnout jediný vztah, který máme dnes připraven (vzešlý z jednání s ČLK) a který doporučily k podpisu svým členům i další zainteresované organizace. Paralelně budeme vyjednávat se zástupci těch organizací, které si představují vztah jiný, ať již na základě dnes platné vyhlášky, či na základě očekávané vyhlášky budoucí. Kdo chce čekat na úplné vyjasnění situace, může zatím podepsat prodlužovací dodatek a aby neztratil čas, třeba mezitím aktualizovat s pojišťovnou přílohy smlouvy.

Na pobočkách VZP je tato činnost v plném proudu, evidence smluv je krajsky jednotná a bude celostátně uspořádána tak, aby byl managementu pojišťovny k dispozici úplný přehled o všech smluvních vztazích a jejich důležitých parametrech. V době, kdy píšete tyto řádky, jsou již uzavřeny první nové smlouvy a tento proces bude pokračovat. Pokud bychom později dospěli k ještě konsenzuálnější variantě znění smluv, příslušné vzory zaměníme. Na druhé straně neustoupíme nátlaku tam, kde nechce smluvní partner splnit ať již požadavky dané legislativou nebo dobrými mravy, požadavky pojišťovny na vyvážený smluvní vztah vyplývající z jejího úsilí o pořádek ve smluvních vztazích, souladu smluv s realitou a se zajištěním oprávněných zájmů pojištěných. Smyslem činnosti pojišťovny je financování potřebné zdravotní péče pro její klienty, jejichž očekávání rostou a pojišťovna musí vytvořit podmínky pro jejich uspokojování. S tím se neslučuje zbytečně či neúčelně vynakládání finančních prostředků, ke kterému by mohlo dojít, kdybychom se neřídili více popsanými zásadami. Očekáváme, že případná nová legislativa nám tento úkol ještě usnadní, aniž by vytvářela pro naše partnery další rizika.

Plně chápu nelehkou situaci jednotlivých lékařů i zdravotnických zařízení zápasících

s nejistotou ve smluvním vztahu a ve financování. VZP bude vždy oceňovat poctivou a kvalitní činnost, nespekulativní, rozumný a k nemocnému korektní přístup a dle těchto zásad bude přistupovat k zohledněním, úhradovým mechanismům, regulacím, metodikám výpočtů i k jednáním o smlouvách. Chceme dobře platit za práci a její výsledek, nechceme při úhradách vycházet z prosté existence smluvního zařízení, jenom z historie, z paušálů a jiných neadresných úhrad. Myslím si, že takový přístup poskytovatelé uvítají, protože jim umožní se soustředit na svoji hlavní činnost a mít dlouhodobou jistotu partnerského vztahu s pojišťovnou.

MUDr. Pavel Horák, ředitel VZP

## ad: Zrádné bolesti v zádech

Jsem praktický lékař v důchodu, ještě nedávno jsem zastupoval několik kolegů, ale jak mi nedávno nadešla osmdesátka, tak jsem zástupy odmítl. V časopise mě zajímají jen odborné články, organizace zdravotnictví jde již mimo mne.

K článku o bolestech v zádech mám jen tyto připomínky. Zřejmě se nikdo z ošetřujících lékařů nezajímá o to, zda nemocný je kuřák. Přece jen u kuřáků je nutno myslet i na jiné choroby - hlavně malignity. Já jsem se vždy věnoval prevenci a dbal jsem o to, aby každý pacient svěřený mi obvodním systémem měl v kartě základní vstupní prohlídku, kde se nezapomínalo ani na údaj o kouření. Druhá věc, která mě překvapila, byla ta, že při několikařech vyšetřeních pro bolesti páteře nikdo neudělal rtg snímek páteře. Asi se šetří na nesprávném místě. Kdyby se byl rtg snímek udělal, tak by se třeba zjistily metastázy a pak by asi i ten chirurgický zákrok na mozků byl zbytečný.

MUDr. Zdeněk Borský, Ústí nad Labem

## ad: Máme prezidenta zač chválit?

Nemohu souhlasit s kolegyní Vandou Hořejší. Hluboce se mě dotkla její „jedovatá slina“, která jako obvykle postrádá věcnost a pravdivost. Naštěstí za MUDr. Kubkem je vidět velké množství práce během jeho více než desetiletého působení ve vedení LOK-SČL i na různých úrovních v ČLK. A vždy vystupoval ve prospěch zlepšení postavení všech lékařů bez rozdílu, ať privatních či nemocničních. Naopak o MUDr. Hořejší jsem dosud neslyšel.

Dr. Kubek nikdy neusiloval o vyřazení soukromých lékařů z jednání o úhradách. Proto také navrhl, aby jejich přední představitelé byli současně mluvčími jednotlivých segmentů v představenstvu ČLK. Prosazuje-li však zcela logicky sjednocující roli ČLK při těchto jednáních, je to ve prospěch všech soukromých lékařů, což mj. vyplývá z usnesení posledního sjezdu delegátů ČLK, které je pro prezidenta závazné. Nakonec lékařská komora u našich jižních sousedů v Rakousku jako jediná vyjednává o úhradách a má přitom samozřejmě velmi silné postavení. Kromě toho současně řeší odborové problémy lékařů - zaměstnanců, včetně sociálního postavení a důchodového pojištění všech lékařů. Jsem přesvědčen, že legislativa je v tomto směru u nás špatná a napsána zcela jednoznačně účelově, aby rozdělila lékařský stav a oslabilá jej. Ve tvrdých jednáních může uspět pouze početná skupina, v názorech navenek jednotná, zastoupená odborně fundovaným vedením se silným mandátem.

Podaří-li se zakotvit trvalý smluvní vztah

soukromých lékařů se zdravotními pojišťovnami, bude to skutečně historický úspěch. Každý trochu ekonomicky uvažující člověk chápe, že hodnota soukromé lékařské ordinace se tím významně zvýší. Soukromý lékař se nebude muset obávat jít do sporu třeba i s monopolní zdravotní pojišťovnou jako dosud, kdy měl odůvodněnou obavu, že by mohl dostat za svou drzost „červenou kartu“, až mu skončí smluvní období. Kontroverzní body v rámcových smlouvách vydaných vyhláškou MZ, na které soukromí lékaři právem poukazovali, se prezident Kubekovi při jednáních podařilo změnit natolik, že výsledné znění rámcové smlouvy hodnotili i jeho tradiční oponenti v superlativech.

Je neuvěřitelné, kde MUDr. Hořejší bere jistotu, že úvazek nad 0,7 měl být jediným kritériem pro získání smlouvy. Projekt „kultivace sítě“ připravovaný bývalým vedením VZP ČR vycházel ze zcela jiných principů a kdyby byl realizován, mnoho set soukromých lékařů by se ocitlo mimo síť smluvních zdravotnických zařízení VZP. Někteří lékaři to konečně pocítili v menším, když jim jedna ze zdravotních pojišťoven počátkem roku 2006 stroze oznámila, že se s nimi dále nepočítá. A nebyly to ordinace s úvazkem pod 0,7. Tehdy to byla ČLK, která intervenovala a dosáhla zrušení tohoto rozhodnutí.

Hlasování na sjezdu ČLK se řídí zákonem, nikoli tím jak prezident „nechá hlasovat“. Zákon nestanoví, že by lékaři-zaměstnanci jako vybraní delegáti svých OS nesměli či neměli o něčem hlasovat. Je třeba si zákon přečíst, stejně tak jako rámcovou smlouvu, která samozřejmě na klinické dny pamatuje, a stejně jako několik let staré usnesení sjezdu ČLK, potvrzené dalšími sjezdy, že komora použije ČLK, o. s., jako své „prodloužené ruky“, aby mohla zasahovat do dohodovacích řízení o rámcové smlouvě a o cenách, protože si to většina lékařů přeje. Konečně počet plných mocí pro ČLK, o. s., svědčí o důvěře soukromých lékařů.

Za necelý rok ve funkci prezident Kubek vyjednal velmi výhodnou rámcovou pojistnou smlouvu pro soukromé lékaře, která konečně představuje spolehlivé pojistné krytí bez zrádných „výluk“, trvalý smluvní vztah se zdravotními pojišťovnami, nastartoval práci na vzorech informovaných souhlasů a reversů, které budou mít nesmírný forenzní význam pro právní krytí lékařů, spolupodílel se na zvýšení plateb pojistného státem za děti a důchodce, otevřel otázku zvýšení spoluúčasti pacientů i otázku přesunu části spotřebních daní z tabáku do fondu prerozdělování zdravotních pojišťoven.

Co se „odborářskému bossovi“ paradoxně nepodařilo? Zlepšit postavení lékařů-zaměstnanců, kteří na řadě míst přecházejí z režimu platu do režimu mzdy. Alespoň tedy představenstvo komory celkem jednoznačně přijalo stanovisko, že zavedení případných smluvních provozů v nemocnicích po zrušení ústavní pohotovosti na pracovišti bude nutno považovat za non lege artium.

Myslím, že se prezident Kubek snaží „kopat za všechny doktory“. Právě umělé rozdělování lékařského stavu a prosazování zájmů jedné skupiny doktorů na úkor ostatních, to jsou věci, které nám škodí asi nejvíce. Proto si myslím, že je třeba prezidenta Kubka velmi pochválit a na nadcházejícím sjezdu podpořit, aby tuto nevděčnou, těžkou práci pro celý lékařský stav dělal dále!

MUDr. Jan Pištěk  
předseda OS ČLK Uherské Hradiště

# Vzdělávací kurzy České lékařské komory

## Přehled pro zimní semestr 2006

Přihlášky zasílejte na adresu:

### Oddělení vzdělávání ČLK

Lékařská 2, 150 30 Praha 5, fax: 257 220 618,  
e-mail: vzdělavani@clkr.cz, seminar@clkr.cz.  
(uveďte 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

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: 1190 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 kontaktujte na telefonních číslech 257 217 226 (linka 22, 24) nebo 603 252 483.

### 35/06 Kurz - Novinky v neodkladné péči 2006 - opakování

Datum konání: 4. 11. 2006 (KURZ JE OBSAZEN)  
Místo konání: Praha, Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5  
Koordínátor kurzu: Doc. MUDr. Jarmila Drábková, OCHRIP, FN Praha Motol

### 36/06 Kurz - Novinky ve vnitřním lékařství 2006 - II.

Datum konání: 11. 11. 2006  
Místo konání: Praha, Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5  
Koordínátor kurzu: Prim. MUDr. Jan Bruthans, CSc. FESC, Interní odd. PNsP, Roudnice n. L.

### 40/06 Odborný onkologický seminář pro lékaře všech oborů

Datum konání: 24. 11.-25. 11. 2006  
Místo konání: Znojmo  
Pátek 24. 11. 2006, od 13 hodin  
Sobota 25. 11. 2006, od 9 hodin

### 37/06 Kurz - Dorostový den

Datum konání: 2. 12. 2006  
Místo konání: Praha, ÚPMD, Podolské nábř. 157, 140 00 Praha 4-Podolí  
Koordínátor kurzu: MUDr. Marcela Černá, ÚPMD, Praha 4-Podolí

### 39/06 Kurz - Stenózy karotid z pohledu kardiologa a neurologa

Datum konání: 2. 12. 2006  
Místo konání: Praha, Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5  
Koordínátor kurzu: doc. MUDr. Josef Veselka, CSc., Kardiologické centrum FN Motol

### 38/06 Kurz klinická imunologie

Datum konání: 9. 12. 2006  
Místo konání: Praha, Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5  
Koordínátor kurzu: MUDr. Jana Bibová, Ph.D., Poliklinika Lovosická 440/40, Praha 9

### 01/07 Kurz - Pediatrie

Datum konání: 6. 1. 2007  
Místo konání: Praha, Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5  
Koordínátor kurzu: MUDr. Marcela Černá, ÚPMD, Praha 4-Podolí

### 02/07 Kurz - Novinky v neodkladné péči 2006 - opakování

Datum konání: 13. 1. 2007 (KURZ JE OBSAZEN)  
Místo konání: Praha, Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5  
Koordínátor kurzu: Doc. MUDr. Jarmila Drábková, OCHRIP, FN Praha Motol

### 03/07 Kurz - Odborný seminář o PNP v ČR (EU) pro lékaře

Datum konání: 27. 1. 2007  
Místo konání: Praha, Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5  
Koordínátor kurzu: MUDr. Zdeněk Schwarz, ředitel Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy

### 04/07 Kurz - Úrazová chirurgie pro PL

Datum konání: 10. 2. 2007  
Místo konání: Praha, Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5  
Koordínátor kurzu: doc. MUDr. Leopold Pleva, CSc., předseda České společnosti pro úrazovou chirurgii

### 05/07 Kurz - Bezpečná farmakoterapie

Datum konání: 14. 4. 2007  
Místo konání: Praha, Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5  
Koordínátor kurzu: MUDr. Ivana Koblihová, SÚKL, vedoucí Sekce klinického hodnocení a farmakovigilance

Veškeré informace o doškolovacích akcích ČLK dále naleznete na internetových stránkách [www.lckr.cz](http://www.lckr.cz)

## Křížovka o ceny

V minulém čísle Tempus Medicorum technické problémy při zpracování časopisu způsobily mimo jiné i poškození legendy křížovky o ceny. Správné dokončení výroku znělo: *Asklépios se v Římě objevil jako velký had druhu Elaphe Longissima jménem Aeskulap.* Všem luštitelům se upřímně omlouváme a všichni stateční, kteří se přesto dopracovali až ke správnému řešení tajenky, dostanou slibnou odměnu, krásnou publikaci **Houby - Praktický průvodce** autorů Thomase Laessa a Anny Del Conte. Získávají ji: **Iva Adamová**, Praha 4  
**J. Aljančičová**, Liberec  
**Jana Brodská**, Praha 5  
**Milada Filipová**, Hradec Králové  
**Marie Gergelová**, Znojmo  
**Jiří Hak**, Hradec Králové  
**Vladimír Jouda**, Rokycany  
**Vlasta Malá**, Miroslavské Knínice  
**Jiří Pospíšil**, Ostrov  
**Vladimír Potůček**, Hodonín  
**Ladislav Vašíček**, Olomouc  
**Markéta Voltová**, Písek  
Na správné řešení tajenky z TM číslo 10 čekáme na adrese [recepce@clkr.cz](mailto:recepce@clkr.cz), ale pouze do 4. listopadu, neboť Tempus Medicorum 11 vyjde kvůli sjezdu ČLK o týden dříve (20. 11. 2006) a tudíž máme i zkrácenou uzávěrku. Děkujeme za pochopení.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
A																				
B																				
C																				
D																				
E																				
F																				
G																				
H																				
I																				
J																				
K																				
L																				
M																				

## Hledejte postavu z lékařské historie

**VODOROVNĚ:** **A.** Italský operní pěvec; Jméno psa z Babičky Boženy Němcové; území. - **B. 1. díl tajenky.** - **C.** Vlk z Knih džunglí; plemeno; plát; slavnostní hodování. - **D.** Značka audiotekniky; zástupy lidí; kovové třísky (slangově); pádová otázka; zdravotní. - **E.** Hluboký ženský hlas; vyvřelá magma; plechy; nádhera; smyčky. - **F.** Darebák; jméno herečky Kačírkové; články; karetní hra. - **G.** Provinění; **2. díl tajenky;** snížení cen; německý filozof. - **H.** Úder tágem; šalby; předmět sloužící k sevření; veselí. - **I.** Citoslovce zvuku trubky; styky ploch; světlavlasá; kříženc osla a kobylky; slepice. - **J.** Jméno herečky Janžurové; naše komerční televize; palma; evropský veletok; koupací nádoba. - **K.** Pomůcky k ladění (řídčij); nelétavý novozélandský pták; důrazný zápor; skýtat. - **L. 3. díl tajenky.** - **M.** Osmá třída gymnázia; napadení; Turci.

**SVISLE:** **1.** Listnatý strom; starší jednotka jasu. - **2.** Libovlnná věc; věčnost (řídce). - **3.** Vojenský odvod (zastarale); průzračná; domácky Adam. - **4.** Motoristická soutěž; český písničkář (Samson); zpracovávat mačkáním. - **5.** Ruské město; desková hra; ochočená. - **6.** Jídlo; město u Brna. - **7.** Ohyzda; jméno herečky Chýlkové; druh pepře. - **8.** Středové čáry; točené ploché šňůry (zastarale); který (slovensky). - **9.** Temnota; hleny; naše komerční televize. - **10.** Subtropická rostlina s jedlými hlízami; vládci; snížit cenu. - **11.** Neporušenost (řídce); švagr (zastarale); běloveská minerálka. - **12.** Zimní měsíce; částí vět; slovensky „nikdo“. - **13.** Jméno spisovatele Bradburyho; jaká; ženské jméno. - **14.** SPZ Opavy; slovenská řeka; tropické ovoce. - **15.** Těžké hedvábné tkaniny; vlámský barokní malíř. - **16.** Ryby s načervenalým masem; kloudně; katedrála. - **17.** Záducha; set; nádoba na květy. - **18.** Hlen; otvor ve zdi; český politik. - **19.** Starořímské spodní roucho; ničivé mořské vlny. - **20.** Chytat; Pomůcka; prýmy, stlib, Ufa, yam.





## INZERCE

**Přijem řádkové inzerce:** recepce@clkc.cz  
Časopis ČLK, Lékařská 2, 150 00 Praha 5  
Tel.: +420 257 217 226 • Fax: +420 257 220 618

## Volná místa - zájem

PL pro dospělé v důchodu, s atestací vnitřního a všeobecného lékařství a licencií ČLK nabízí své služby pro krátkodobý i dlouhodobý zástup v Ostravě, popř. v okolních okresech (FM, NJ). Tel.: 732 846 208

Atestovaná pneumoložka s 10letou klinikou prací hledá práci v ambulanci TRN v Praze a okolí. Soukromou praxi případně odkoupím. pneumol@seznam.cz

Chirurg s atestací II. stupně a licencií ČLK hledá pracovní uplatnění v ČR. Tel.: 572 556 893, mobil: 739 267 426

Důchodce s licencií VL a akupunktury hledá místo v lázních nebo na rehabilitaci. I dlouhodobý zástup.

Lékař důchodce s licencií pro ORL a všeobecné lékařství hledá místo na ambulanci. Může být i dlouhodobý zástup. Mobil: +421 910 346 415, Slovenská republika

## Volná místa - nabídka

Ředitel Nemocnice Teplice, příspěvkové organizace, vyhlášený výběrový řízení na obsazení funkce primář ORL oddělení. Požadované předpoklady: VŠ na lékařské fakultě, atestace II. stupně v oboru, klinická praxe nejméně 10 let, morální a občanská bezúhonnost, manažerské předpoklady, zkušenosti s řízením a komunikační schopnosti, ochota absolvovat manažerské studium, znalost systému veřejného zdravotního pojištění, osvědčení dle zákona č. 451/1991 Sb., ve znění pozdějších předpisů, notářsky ověřené čestné prohlášení dle ust. § 4 cit. zákona. Přihlášky včetně životopisu, údajů o dosažených praxích, doklady o vzdělání a výpis z rejstříku trestů, ne starší tří měsíců, čestné prohlášení uchazeče, že proti němu není vedeno trestní řízení a návrh vlastní koncepce efektivního řízení a provozu pracoviště, vztahující se k obsazení pozici v rozsahu coa tři stran a více, zasílejte do 30. 10. 2006 na adresu: Nemocnice Teplice, příspěvková organizace, personální oddělení, Duchcovská 53, PSC 415 29, Teplice, s označením "Výběrové řízení - ORL oddělení". Informace na tel. 417 519 202 (417 519 200)

Nemocnice Teplice, p. o., Duchcovská 53, 415 29 Teplice, přijme na odd. ORL lékaře s atestací I. stupně v oboru nebo absolventa. Informace poskytnete personální odd. na tel. 417 519 200 nebo 417 519 216

Nabízím místo asistenta na minimálně 0,75 úvazek v zavedené prosperující praxi PL v Praze 4 s možností brzkého projeje praxe. Nástup možný ihned. Financování koupě možno zajistit leasingem. Vážní zájemci volejte na tel. 728 841 197 mezi 19-22 hod.

NZZ v Jilově u Prahy hledá kvalifikovaného PL pro dospělé, s náležitou kvalifikací, i důchodce. Možnost zaměstnání, odkoupení nebo pronájmu zavedené ordinace, eventuelně i dlouhodobý zástup. Tel.: 241 950 760, mobil 607 549 014, 604 236 097

Chirurg s licencií přijme chirurgická ambulance v Praze 5 na úvazek 0,5 od 01/2007. Tel.: 775 771 166

Ambulantní zařízení v Durýnsku (bývalá NDR) hledá praktického lékaře nebo internistu, neurologa a gynekologa. Evropská certifikát a němčina jsou nutné. Blíže informace na 241 728 795.

Hledám oftalmologa na občasný zástup do oční ordinace v Mikulově na Moravě. Tel.: 737 781 461

Přijmeme lékaře odbornosti otorinolaryngologie, i na částečný úvazek. Výhodné platové podmínky. Nástup dle dohody. Praha. Mobil: 602 318 025, tel.: 261 006 427, 443

Přijmeme dětského neurologa nebo neurologa, resp. pediatra s praxí v oboru dětské neurologie. Nástup dle dohody. Praha. Mobil: 602 318 025, tel.: 261 006 427, 443

Přijmeme lékaře revmatologa nebo lékaře s atestací vnitřního lékařství se zájmem o obor. Výhodné platové podmínky. Nástup dle dohody. Praha. Mobil: 602 318 025, tel.: 216 006 427, 443

Přijmeme lékaře angiology nebo lékaře s praxí v angologii nebo atestovaného lékaře se zájmem o obor, i na kratší úvazek. Sono vitáno. Nástup dle dohody. Praha. Mobil: 602 318 025, tel.: 261 006 427, 443

Přijmeme lékaře neurologa pro ambulanci s vyšetřováním EMG, event. lékaře v přípravě k atestaci z neurologie se zájmem a praxí v EMG. Výhodné platové podmínky. Nástup dle dohody. Praha. Mobil: 602 318 025, tel.: 261 006 427, 443

Nemocnice Vsetín, p. o., přijme do pracovního poměru lékaře na oční oddělení se specializovanou způsobilostí v oboru oční lékařství. Nástup možný ihned. Písemně přihlašky se strukturovaným životopisem zasílejte: Nemocnice Vsetín, přísp. organizace, ORLZ, Nemocniční 955, 755 32 Vsetín. E-mail: jkonarikova@nemocnice-vs.cz

Nemocnice Valašské Meziříčí, a. s., přijme lékaře na chirurgické oddělení na místo zástupce primáře. Požadavky: II. atestace v oboru nebo I. atestace a delší praxe, výpis z rejstříku trestů. Nabízíme výhodné platové podmínky, profesní růst, možnost přidělení bytu. Kontakt: Sekretariát ředitele Nemocnice Valašské Meziříčí, a. s. Tel.: 571 758 103, fax: 571 758 555, e-mail: sek@valmez.cz

Přijmu dermatologa jako zaměstnance do ordinace na Praze 10. Tel.: 608 886 941

Přijmu kožního lékaře/lékařku do dermatologické ordinace na Praze 6. Tel.: 608 886 941

Zdravotnická záchranná služba Zlínského kraje přijme lékaře pro vjezdová stanoviště v oblastech Zlín, Kroměříž,

Uherské Hradiště, Vsetín a Valašské Meziříčí. Požadujeme: odpovídající kvalifikaci, adekvátní povahové dispozice, nadstandardní komunikační schopnosti. Nabízíme: důstojný plat, možnost pracovat ve směnném provozu, slušné jednání, profesní perspektivu. Kontakt: MUDr. Aleš, tel.: 577 056 917, e-mail: jaromir.ales@zsszslin.cz

Přijmu lékaře s atestací do zavedené kožní ordinace v Ostravě. Nástup a pracovní doba po vzájemné dohodě, zajímavé platové podmínky, možnost dlouhodobé perspektivy. Stručný profesní životopis zašlete na emailovou adresu: kozni@centrum.cz

Hradecké oční sanatorium, s. r. o., přijme 1 očního lékaře, I. či II. atestace výhodou, v Hradci Králové na úvazek 1,0 (včetně ambulantní operativy). Nástup dle dohody. Další informace na tel.: 495 535 752, 602 587 177, e-mail: horecky@ocni-sanatorium.cz

Pro zavedenou oční ordinaci v Kladně hledám lékaře s I. atestací v oboru oftalmologie na částečný pracovní úvazek a krátkodobé zástupy. Kontakt: tel. 603 226 406, e-mail: ordinace@bystrozraky.cz

CTM Hospital a.s. přijme pro LDN v Humpolci lékaře s atestací v oboru interní lékařství, nejlépe II. stupně. Nástup dle dohody, příznivé platové podmínky, byt zajištěn. Spojení: 261 006 443.

Přijmu lékařku do pracovního poměru (i na mateřské dovolené nebo i důchodkyni) do ordinace PLDD na částečný úvazek, za výhodných podmínek, výhledově s možností úvazku za praxe. Tel.: 721 407 103. Z.n.: Ustecko, Děčínsko

NZZ v centru Prahy přijme gynekologa/gynekoložku na plný nebo částečný úvazek. Blíže informace na tel.: 606 601 018

Okresní nemocnice Jindřichův Hradec přijme lékaře na ORL oddělení se zájmem o operativu. Výhodné platové podmínky, nástup možný ihned, ubytování zajištěno, možnost přidělení bytu, práce v novém moderním prostředí. V případě zájmu se ihned telefonicky obraťte na primáře ORL oddělení MUDr. Markalouse, tel.: 384 376143, případně písemně na adresu: Okresní nemocnice Jindřichův Hradec, U Nemocnice 380/III, 377 38 Jindřichův Hradec

Hledám samostatného lékaře s UZ praxí na alespoň 2-4 dny v měsíci do soukromé sono ordinace v Praze 5 - Nové Butovice, tel. 296 113 282, mobil 776 121 077 (sestra). Ordinační doba dle dohody, zavolejte.

Nemocnice Český Krumlov nabízí pracovní místo pro zástupce primáře na Oddělení následné péče. Kvalifikační předpoklady: atestace II. st. v oboru vnitřního lékařství, případně s nástavbovou atestací z geriatric či základní atestace s licencií ČLK. Nabízíme výhodné platové podmínky. Nástup je možný ihned, nebo dle dohody. Ubytování zajištěno. V případě zájmu kontaktujte MUDr. Vl. Čecha, zástupce ředitele pro LP, tel.: 602 109 647, nebo volejte 380 761 374. Písemně na Personální odd. Nemocnice Český Krumlov, Nad Nemocnicí 153, PSC 381 27

Karvinská hornická nemocnice, a. s., akreditovaná zdravotnické zařízení, se sídlem v Karvině-Novém Městě, přijme lékaře:

- pro oddělení nemocí z povolání a pracovní lékařství. Kvalifikační požadavky: specializovaná způsobilost v oboru pracovní, všeobecné nebo vnitřní lékařství - alespoň atestace I. stupně; zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb.

- pro oddělení závodní preventivní péče. Kvalifikační požadavky: specializovaná způsobilost v oboru všeobecné nebo vnitřní lékařství - alespoň atestace I. stupně; zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb.

Nabízíme smluvní plat, zaměstnanecké výhody, možnost pronájmu bytu, týmovou práci ve špičkově vybavené nemocnici. Žádost s profesním životopisem zašlete na adresu: Karvinská hornická nemocnice, a. s., sekretariát ředitele, Zákadatelská 975/22, 735 06 Karviná-Nové Město. Kontaktní osoba: ing. Janko, janko@khn.cz, tel.: 596 380 555

Lékař přijme alergologa-imunologa do ambulantní praxe v Praze 3 na plný i částečný úvazek. Nástup dle dohody nebo od ledna 2007. Vhodné i pro lékaře v důchodovém věku. Tel.: 602 275 113

Hledám oční lékařku/lékaře pro dlouhodobou a perspektivní spolupráci v oční ordinaci v Praze. Tel.: 723 844 105

ESET, Psychoterapeutická a psychosomatická klinika přijme na úvazek 1,0 psychiatra pro ambulanci organických duševních chorob. Strukturovaný životopis zašlete na: ESET, Vejvanovského 1610, 149 00 Praha 4, mail: klinikaeset@volny.cz, tel./fax: 272 940 880

Psychoterapeutické středisko Břehová přijme 2 psychiatry (jednoho s nástupem od 1. 1. 2007). Psychoterapeutická kvalifikace výhodou. Přihlášky a profesní CV zasílejte buď mailem (k.kobic@seznam.cz) a nebo písemně na adresu Psychoterapeutické středisko, ředitel, Břehová 3, 110 00 Praha 1

Praktického lékaře/lékařku do ordinace Centra primární péče na Fakultní poliklinice v Praze 2 přijme VFN v Praze. Požadujeme atestaci z všeobecného lékařství. Nástup od 1. 1. 2007. Tel.: 224 968 588, e-mail: zeman.petr@vfn.cz

## Zástup

Hledám lékaře pro dlouhodobý zástup v ordinaci praktického lékaře pro dospělé v rozsahu 0,6-0,8 úvazku. Severní Plzeňsko. Tel.: 603 575 687

Hledám dermatologa na občasný zástup v Brně. Tel.: 777 899 246

Přijmu pro ambulantní pracoviště na Praze 9 ortopeda na zástup, ev. na částečný prac. úvazek. Tel.: 603 502 517

Hledám zástup do ordinace praktického lékaře v Orlických horách v termínu 9-10/2007. Tel.: 494 595 288, 603 178 189

Hledám zástup od února 2007 cca na 6 měsíců v ordinaci dětského lékaře v okrese Praha-západ. Rozsah 4 dopoledne a 1x odpoledne. Výhledově možno převedení praxe.

Kontakt: praxe1@seznam.cz

NZZ-ORL ambulance přijme na dlouhodobý zástup po dobu mateřské dovolené lékaře(ku) na ORL ambulance v Karvině nebo v Českém Těšíně. Dobré platové podmínky, možnost ubytování a služebního vozu. Kontakt: 602 703 452, 603 282 834; orl@medicentrummorava.cz

Lékař přijme alergologa-imunologa do ambulantní praxe v Praze 3 na plný i částečný úvazek. Nástup dle dohody nebo od ledna 2007. Vhodné i pro lékaře v důchodovém věku. Tel.: 602 275 113

Pro ordinaci praktického lékaře v Praze 4 - Pankrác hledám lékaře s atestací I. st., na zástup 1 den v týdnu. Základní znalost popisu EKG a práce s PC podmínkou. Nabídky prosím na tel. 604 879 254

## Prodej a koupě

Prodám perif. denzitometr OsteoPlan+p-DXA. Rok výr. 2002. Cena dohodou. Tel.: 603 502 517

Prodám přístroje pro fyzikální terapii: NEODIADYNE 2000, SONOTER S 1, MTU 500 magnet, REBOX, KETTLER posilovací věž. Cena dohodou. Tel.: 723 449 887, fblr@centrum.cz

Pro renovaci ambulance prodám zánovní UTZ přístroj Pie Medical Corvus 260 s vaginální i abdominální sondou, printerem, s frezovacím pedálem, s prohlášením o shodě, zcela bezporuchový, 3 roky od data výroby. Cena 300 000 Kč. Tel.: 606 778 772

Pro oční ordinaci prodám kulový perimetr, oftalmometr - zeiss, refreanometr - zeiss a tři podstavce pod přístroje. Tel.: 221 715 225, mobil: 776 346 507.

Prodám levně zánovní autokláv Domina vhodný pro ambulanci všech oborů, má normu pro EU, vakuum a Bowditch test, čerstvý mikrobiol. test hygienika, možnost připojení k tiskárně i PC, objem komory 18l. Tel. ordinace: 585 425 562, mobil 776 228 622

NZZ v Praze odkoupí starší, ale funkční TÓNŮVÝ AUDIOMETR. Cena dohodou. Kontakt pl. Nagovová - 284 081 211, 603 462 740; e-mail: administrativa@egk.cz

Prodám starší vyš. gyn. stůl a kolposkop. Kontakt: 603 591 596

Prodám EKG přístroj Chiracard 600T, plně funkční, servisovaný. Nahrádní díly a EKG papíry. Cena 5000 Kč. Tel.: 224 312 510

Prodám UZ patní kostní denzitometr HOLOGIC SAHARA, perfektní stav, kvalitní servis zajištěn. Výhodný pro UZ screening osteoporózy, zejm. v menopauze. Cena: 115 000 Kč. Tel.: 602 702 930

## Pronájem

Pronajmu prostory vhodné pro lékařskou ambulanci, 2 místnosti po 16 m<sup>2</sup> plus čekárna, sociální zařízení a kuchyňka společné s již fungující ambulancí. Bezbariérové, novostavba. Plzeň Slovany. Tel.: 777 072 600

NZZ Centromed, a. s. - Poliklinika Budějovická, Praha 4, Antala Štaška 80, pronajme gynekologický sálék s vybavením a s dospávacími lůžky. Tel.: 261 006 443

Pronájem zařízení ordinace na Vítězném náměstí v Praze 6, možno i jednotlivé dny, či hodiny. Cena pronájmu 1 dne 2000 Kč měsíčně. Tel.: 603 106 564 nebo 602 859 031

## Různé

Prodám zavedenou praxi prakt. dětského lékaře v atraktivní lokalitě Praha-západ. Pouze vážný zájemce. Tel.: 603 233 873 nebo 739 094 195

Prodám zavedenou prosperující praxi PL v Praze 4. Financování možno zajistit leasingem.

Vážní zájemci volejte na tel. 728 841 197 mezi 19-22 hod.

Prodám zdravotní středisko i s ordinací praktického lékaře pro dospělé v okrese Tábor. Tel.: 723 744 726

Přenechám zavedenou pedopsychiatrickou ambulanci v Chrudimí. Tel.: 732 387 770

Přenechám - prodám zavedenou praxi praktického lékaře pro dospělé v Otrokovicích. Tel.: 723 819 455 nebo 577 933 873 vč. záznamníku. Zn.: Důchod

Rychle za výhodných podmínek přenechám venkovskou praxi PLDD s cca 650ti registrovanými, popřípadě přijmu asistenta/ku na dobu určitou, vztahujícími ubytování v místě. Okr. Uherské Hradiště, kontakt: 739 054 625

Odkoupím alergol.-imunol. praxi v Praze, Středočeský kraj, Plzeň a okolí, další spolupráce s prodávajícím lékařem možná. Mail: alergosalve@seznam.cz, tel.: 608 034 422

Přenechám zavedené rehabilitační středisko 12 km od Plzně, ve vlastním objektu, s možností prodeje. Po komplexní rekonstrukci, vybavené pro nadstandardní péči, v bezprostřední blízkosti střediska je prostorná vila, umožňující další podnikání (ubytování klientů, personálu, další lékařské či jiné služby). Podrobné informace na www.volny.cz/rehab.hb. Kontakt: p. Ševčíková, tel.: 605 842 434

## Služby

Zájezd do Izraele pro zdravotníky za bezkonkurenční cenu - lze odepsat z daňového základu. Program: Izrael Aviv, Betlém, Jeruzalém, Mrtvé moře, Sinaj, Mojžíšova Hora, Eilat, Genezaretské jezero, biblické památky, návštěva palestinské a židovské nemocnice, odborný program. Cena: 11 900 Kč. Letecký příplatek za palivo (dle současné ceny ropy): 3600 Kč. Termín: 21.-28. 11. 2006. Kontaktní adresa: AWERTOUR, s. r. o., Žitkova 11, 789 01 Zábřeh na Moravě, tel./fax: 583 418 297, mobil 731 626 506