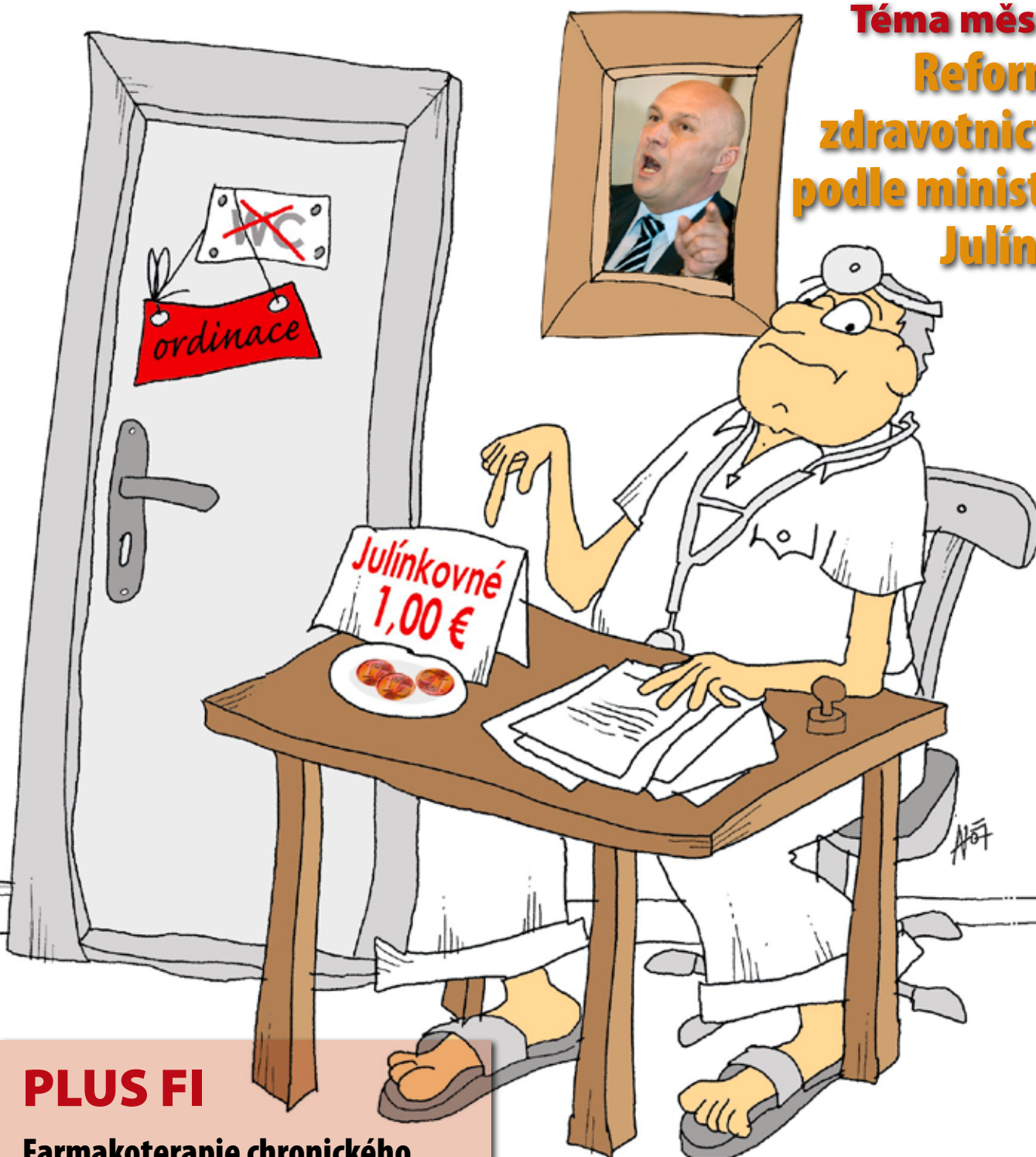


TEMPUS

MEDICORUM

Téma měsíce
Reforma
zdravotnictví
podle ministra
Julínka



PLUS FI

**Farmakoterapie chronického
srdečního selhání ve vyšším věku**



Právní poradna

Telefon: 257 216 810 linka 26, 27.
E-mail: pravni@clkcr.cz, pravni2@clkcr.cz

Rychlá právní pomoc pro členy ČLK

V pracovních dnech v pracovní době kanceláře ČLK se lze dovolat na mobilní telefonní číslo

+420 721 455 456

a ihned se spojit s přítomným právníkem. Nebude-li právník momentálně přítomen, zajistí sekretariát právního oddělení, aby byl neprodleně vyzooměn některý ze spolupracujících právníků, který se sám

s volajícím lékařem spojí a poskytne mu „první právní pomoc“. V mimopracovní době a ve dnech pracovního volna a klidu lze na hlasovou schránku nahrát potřebný vzkaz a právní oddělení se samo volajícímu lékaři ozve nejpozději nejbližší následující pracovní den.

Rychlá právní pomoc je „indikována“ pouze v těchto případech:

- Proti lékaři bylo zahájeno trestní stíhání nebo na něho bylo podáno trestní oznámení.
- Proti lékaři byla podána žaloba u soudu v souvislosti s výkonem lékařského povolání (např. o náhradu škody).
- Lékař obdržel výpověď z pracovního poměru.
- Zdravotní pojišťovna dala lékaři výpověď smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče.
- Příslušný správní orgán vydal rozhodnutí o zrušení registrace nestátního zdravotnického zařízení.
- Fyzické násilí nebo vyhrožování násilím lékaři nebo jeho rodině.

Naléhavě žádáme členy České lékařské komory, aby tísňové linky nevyužívali v jiných než ve shora uvedených případech.

Formuláře a žádosti ke stažení

www.lkcr.cz – rubrika Dokumenty/Formuláře

- Žádost o vydání licence
- Žádost o přijetí lékaře za člena ČLK
- Žádost o vydání certifikátu profesní bezúhonnosti (Certificate of Good Standing)
- Žádost o potvrzení členství v ČLK

Vzdělávání, vzdělávací akce ČLK

www.lkcr.cz – rubrika Vzdělávání
Registr všech vzdělávacích akcí, zařazených do systému celoživotního vzdělávání (s vyhledávačem)
Kurzy pořádané ČLK

Nabídka pracovních míst

www.lkcr.cz – rubrika Ostatní

Aktuální informace

Veškeré dostupné informace:
www.lkcr.cz



Jsme lékaři, ne toaletářky

Ministr Julínek léta slibuje zásadní reformu, která zlepší kvalitu i dostupnost zdravotní péče a promění pacienty ve vážené zákazníky lékařů, kteří budou spokojeni se svými pracovními podmínkami i finančním oceněním své práce. Skutek však kamsi utek'. Místo stanovení standardní zdravotní péče hrazené ze základního pojištění a slibovaného sofistikovaného systému připojištění na

pěči nadstandardní nabízí nám ministr pouze jednoduchý ceník.

Proč? Protože nedokázal obhájit zájmy svého resortu a připustil, aby zmrazení plateb za státní pojištěnce v rámci restriktivního vládního balíčku připravilo pojišťovny o 3 miliardy korun a zavedení maximálního vyměřovacího základu na pojistné ve výši čtyřnásobku průměrné mzdy o další 1,8 mld. Kč. Zvýšení DPH na léky z 5 na 9 % pak bude zdravotnictví stát další 1,7 mld. Kč. Pojišťovněm tedy bude příští rok chybět 6,5 miliardy korun! Julínková „reforma“ spočívá v tom, že pojišťovny nám mají za práci platit ještě méně než dnes, a tyto chybějící peníze si máme my lékaři „vyždímat“ přímo od pacientů.

Nebudeme to však mít jednoduché. Odpovědnost za zdravotní stav pacienta z nás nikdo nesnímá. Na rozdíl od toaletářky, která bez ohledu na naléhavost vaší potřeby může před vámi, pokud nezaplatíte, klidně přibouchnout dveře, lékař se pochopitelně musí nejprve přesvědčit o vážnosti zdravotního stavu pacienta. Jinými slovy, nejdříve ho musíme vyšetřit a pak už záleží na něm, zda se nad svým doktorem smiluje a těch 30 korun „julínkovného“ mu zaplatí.

Pane ministře, jsem lékař a nikoliv toaletářka na pařížském nádraží, abych vybíral od občanů jedno euro! Větší urážku lékařského stavu jste si už těžko mohl vymyslet. Kvůli částce odpovídající jednomu euru bych měl pacientům vydávat stvrzenky s datem, částkou a jejich rodným číslem. Kopie bych měl zakládat do dokumentace pro případnou kontrolu a ještě bych musel seznam plátců i vybraných částek rozesílat každý měsíc zdravotním pojišťovněm. Primitivnější systém snad již ani nešlo vymyslet.

Zahraniční zkušenosti ukazují, že díky Julínkovi budeme mít my lékaři u desítek či stovek svých pacientů pohledávky ve výši jednoho, případně několika eur, které budou reálně nevymahatelné. Ambulantním specialistům klesnou tržby, praktičtí lékaři budou každé ošetření pacienta vykazovat pojišťovněm, které tak zdarma získají přehled o jejich práci v podobě tzv. signálního kódu. Za větší administrativní zátěž budeme všichni odměněni pouze dalším poklesem svých příjmů, a pokud bychom se nechali vmanipulovat do role výběrčích zdravotních pojišťoven, museli bychom ještě čelit nevlídnosti pacientů, kteří Julínkovy poplatky odmítají.

Ani z pacientů pochopitelně nějakých třicet korun vážené zákazníky neudělá, jen je připraví o čas, který budeme trávit další administrativou. Vztah mezi lékaři a pacienty se v každém případě zhorší.

České zdravotnictví je chronicky podfinancované a výdaje na zdravotní péči zůstávají hluboko pod možnostmi naší ekonomiky. Za 7,2 % HDP, což odpovídá částce 740 eur na občana za rok, je totiž stávající vysoká kvalita a široká dostupnost zdravotní péče opravdu nadále neudržitelná. Reformátoři vycházejí ze zcela mylného předpokladu, že výdaje na zdravotnictví nelze zvyšovat. Nechápou, že výdaje na zdravotnictví jsou velmi rentabilní investice. Vždyť pouze zdraví lidé mohou pracovat, a tedy vytvářet hodnoty.

Ministerský návrh nejenomže dehonestuje nás lékaře, ale on bohužel i totálně diskredituje myšlenku více zdrojového financování zdravotní péče i nevyhnutelně nutného zvyšování spoluúčasti pacientů na její úhradě. Rozdíl mezi vzletnými sliby reformy zdravotnictví a umoloušanou novelou zákona o veřejném zdravotním pojištění, kterou ministr předložil, je obtížně vysvětlitelný.

V každém případě Česká lékařská komora nabízí všem politikům, kteří o to mají zájem, svoji neutrální půdu i své odborné zázemí k diskusi o budoucnosti českého zdravotnictví. Zdravotníci i pacienti si zaslouží stabilní systém financování a organizace poskytování zdravotní péče, který se nebude bořit s každou změnou vládní garnitury. Bez širokého konsenzu politiků a lékařů však takový systém vytvořit nelze. Byl bych rád, kdyby, dříve než bude pozdě, k tomuto poznání došel i kolega Julínek, který nás lékaře i naši komoru zatím ostentativně ignoruje.

MUDr. Milan Kubek, prezident ČLK

OBSAH

TÉMA MĚSÍCE

2-7

Plánovaná reforma zdravotnictví
Anketa: Co by podle vás v plánované reformě zdravotnictví nemělo chybět?

ROZHOVOR

8-9

Profesor MUDr. Milan Dragula a Ing. Peter Pažitný o slovenské reformě

NÁZOR

9-13

Kdejaký pes má lepší péči než člověk
Lékaři v čele s Broukem Pytlíkem
Deset největších nebezpečí, která nám hrozí
Non lege artis
Válka nepřináší užitek
Většina stížností pacientů pramení z chyb v komunikaci

STALO SE

14

Loď s unavenými lékaři na Vltavě

PŘÍLOHA FI

Farmakoterapie chronického srdečního selhání ve vyšším věku

NAPSALI JSTE

15

Poplatky a návaly v ordinacích praktických lékařů
Ponižování lékařů se týká i ministra!

FORUM

16-17

Lisabon hostil Evropské forum lékařských asociací a WHO
Migrace lékařů v Německu
Brána do vzdělanější společnosti

PRÁVNÍ PORADNA

18-19

Aprílový zákon platí už deset let

KAZUISTIKA

20-21

Případ podceněného krvácení

Z MÉDIÍ

22

Ministr ignoruje lékařskou komoru

PETICE LÉKAŘŮ

23-24

SERVIS

25-27

Vzdělávací kurzy ČLK
Inzerce
Křížovka o ceny

ZPRÁVA O ČLK-o.s.

28

Měsíčník TEMPUS MEDICORUM

Vydává: Česká lékařská komora, Dolní nám. 38, 771 00 Olomouc
Registr. 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
www.clkr.cz

Šéfredaktor: MUDr. Milan Kubek

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

Odpovědná redaktorka: PhDr. Blanka Rokosová

Příjem příspěvků: blanka.rokosova@ev-pr.cz

Příjem řádkové inzerce: recepce@clkr.cz (viz adresa redakce)

Prepress: EUROVERLAG, s. r. o., Plzeň

Tisk: Moraviapress, a. s., Břeclav

Uzávěrka čísla 05: 10. 5. 2007 • Vyšlo: 25. 5. 2007

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

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

Příspěvky se nemusejí shodovat se stanoviskem redakce.
Ta si současně vyhrazuje právo na redakční úpravu textů.



ANKETA

**Co by podle vás
v plánované reformě
zdravotnictví v České
republice nemělo
chybět?**

Domnívám se, že by v reformě zdravotnictví měl být poplatek za návštěvu lékaře, za pobyt v nemocnici a doplatky na některé léky, jak je plánováno. Navíc ještě bonus za nečerpání zdravotní péče, u běžných léků úhrada pacientem. Naopak drahé výkony nechť jsou hrazeny ze zdravotního pojištění. Specifikovat standardní a nadstandardní péči, na kterou uvalit spoluúčast.

*MUDr. Vladimír Šťastný,
rehabilitační lékař, Děčín*

Rozhodně by neměla chybět možnost spoluúčasti pacienta na úhradě čerpané zdravotní péče. To znamená, že lékař by si stanovil cenu svého výkonu, část uhradí pojišťovna (u všech lékařů stejné odbornosti stejná), zbytek pacient. Bylo by na pojištěnci, jak levného či drahého lékaře si zvolí. Každá kvalita něco stojí. Vyšetření sekundárním lékařem bez asistence je rozdílné od vyšetření specialistou s několika atestacemi. Někteří lékaři by pak uzavírali jen smlouvy s pojišťovnami o úhradě vyžádané péče (i komplementu) a preskripčních limitů. Je to počátek cesty ke komerčnímu připojištění, pokladenskému systému.

*MUDr. Jan Kaufman, internista,
předseda OS ČLK Praha 9, 14*

Velmi se mi líbily osobní účty a ITIP. Myslím, že každý, kdo „konzumuje“ neboli spotřebovává placené služby, by měl vědět, kolik stojí jemu poskytovaná péče. Samozřejmě jí má proplácenu ze svých povinných daní, to jest zdravotního pojištění. Jen aby věděl... IZIP ušetří velké peníze redundancí vyšetření (informovaní jistě vědí, že program dostal řadu evropských a jednu světovou cenu), v Dánsku denně ušetří 1,5 eura na pacienta. Možnost čipové karty navíc (s kontem na čerpání léků) by byla taky dobrá, banky a obchody by poradily, jak se to dělá založit si kredit. Pak stačí jen čtečka. Tu si pořídila už řada hospod, tak by to šlo snad i ve zdravotnictví. A do třetice: léčba standardní a připojištěná.

*Doc. MUDr. Zdeňka Límanová, CSc.,
VFN Praha, interna a endokrinologie*

Chybět nesmějí lékaři. V důsledku necitlivé státní politiky za posledních 18 let došlo k tomu, že se medicína stala neatraktivní činností pro studenty středních škol. Medici a mladí lékaři si poté vybírají jen některé obory. Důsledkem je průměrný věk praktických lékařů 52,2 let (44,4 u ostatních lékařů), za poslední rok

Reforma zdravotnictví

14 + 1 změna ministra Julínka

1. Občan bude mít přehled o tom, na jakou péči má nárok, kdo a kde mu ji poskytne.
2. Občané budou informováni o kvalitě práce jednotlivých zdravotnických zařízení.
3. Občané budou motivováni k péči o vlastní zdraví.
4. Bude zaveden limit na doplatky na léky.
5. Všem bude jasné, na jaké služby si bude možné legálně připlatit.
6. Transformované zdravotní pojišťovny budou moci nabízet smluvní pojištění.
7. Zlepší se řízení zdravotních pojišťoven.
8. Bude zpřísněna kontrola zdravotních pojišťoven.
9. Zdravotnická zařízení budou placena za objem a kvalitu poskytnuté péče.
10. Zvýší se nároky na kvalitu a bezpečnost nemocnic.
11. Stát bude podporovat obory, v nichž hrozí nedostatek lékařů.
12. Významně se zlepší činnosti zdravotnické záchranné služby.
13. Špičkovou medicínu budou garantovat univerzitní nemocnice.
14. Stát vytvoří podmínky, aby si lidé mohli lépe chránit svoje zdraví.
15. Bude zahájena celonárodní diskuse o budoucnosti financování našeho zdravotnictví.

Teze publikované 12. 4. 2007

První reformní návrh ministra Julínka

Novela zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

Ministr ignoruje lékaře i jejich profesní samosprávu

ČLK podle zákona č. 220/1991 Sb. sdružuje všechny lékaře a hájí jejich práva a profesní zájmy. Dr. Julínek je prvním ministrem zdravotnictví, který nekomunikuje s ČLK.

S komorou nebyl projednán ani návrh novely zákona o veřejném zdravotním pojištění.

ČLK opakovaně nabízela spolupráci při přípravě reformy zdravotnictví.

Za 8 měsíců ve funkci předložil ministr jediný návrh zákona, který lze považovat za součást slibované reformy zdravotnictví.

Zdravotnictví bude mít ještě méně peněz než dosud

Ministr Julínek nedokázal obhájit zájmy svého rezortu. Dne 2. 4. 2007 schválila vláda balíček úsporných opatření a daňových změn, které se dotknou i zdravotnictví:

- Zmrazení plateb za tzv. státní pojištěnce sníží výběr pojistného o 3,0 mld. Kč.
 - Maximální vyměřovací základ na platby zdravotního pojištění ve výši čtyřnásobku průměrné mzdy připraví pojišťovny o 1,8 mld. Kč.
 - Zvýšení DPH na léky z 5 % na 9 % bude zdravotnictví stát za rok 1,7 mld. Kč.
- Zdravotní pojišťovny musí ušetřit 6,5 mld. Kč. Na kom? Na nás – na lékařích!

Kosmetická novela aprílového

zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění

„Aprílový zákon“ – přijat narychlo, účinný od 1. 4. 1997 a měl platit pouze dočasně do 30. 6. 1998. Byl reakcí na rozhodnutí ústavního soudu, který zrušil Zdravotní řád s tím, že pravidla poskytování a hrazení zdravotní péče může upravit jen zákon.

Ani po 10 letech vláda nenavrhuje zákon řešící základní problémy:

- Stanovení standardní péče hrazení ze základního pojištění a vytvoření prostoru pro komerční připojištění.
- Zajištění adekvátních finančních zdrojů pro zdravotnictví – vícezdrojové financování.
- Stabilní smluvní a ekonomické prostředí pro zdravotnická zařízení.
- Rovnoprávnost zdravotnických zařízení mezi sebou bez ohledu na formu vlastnictví i vůči zdravotním pojišťovnám.

Positiva Julínkova návrhu

- Zrušení části § 11 „Fišerové“ má umožnit v souvislosti s poskytováním péče vybírat poplatky.
- Výběrová řízení se nekonají při změně právní formy zdravotnického zařízení (např. z fyzické osoby na s. r. o.) a nejsou nutná plošná výběrová řízení při uzavírání smluv na základě nové rámcové smlouvy (§ 46).
- Prodloužení promlčení lhůty dluhů na zdravotním pojištěním z 5 na 10 let.

Nejpodstatnější změny navrhované ministrem

- Regulační poplatky
- Ovládnutí VZP
- Zpomalení nárůstu výběru pojistného (zmrazení plateb za státní pojištěnce ve výši 680 Kč za měsíc a stanovení maximálního vyměřovacího základu pro pojistné ve výši čtyřnásobku průměrné mzdy)
- Změny pravidel dohodovacích řízení a výběrových řízení

Regulační poplatky

30 Kč za vyšetření u PL, AS, za návštěvní službu (neplatí děti do 3 let, ne za komplementární vyšetření, neplatí sociálně slabí, neplatí děti s některými dg.)

30 Kč za každou položku na receptu (bez ohledu na počet balení)

60 Kč za den hospitalizace

90 Kč za LSPP a ÚPS (pokud nedojde k hospitalizaci)

Poplatky jsou příjmem zdravotnických zařízení, avšak ta dostanou od pojišťoven zaplacené méně. Lékaři jako bezplatní výběřčí pro pojišťovny.

Na vyžádání povinnost vystavit potvrzení s rodným číslem, druhem a výší poplatku, datem. Kopii založit do dokumentace a vše jedenkrát za měsíc hlásit zdravotním pojišťovnám spolu s vyúčtováním zdravotní péče.

Limit poplatků 5000 Kč na osobu/rok

- Poplatek za LSPP a ÚPS a hospitalizační taxa se nezapočítávají.

- Nezapočítávají se doplatky za léky k „podpůrné léčbě“.

- Doplatky za léky se počítají jen ve výši doplatku na nejlevnější balení stejné účinné látky a formy.

Většina spoluúčasti bude nadále na léky. Lékárníci vědí, proč poplatky nechtějí vybírat.

Pojišťovna vede osobní účet každého pojištěnce (výdaje na léčbu, regulační poplatky) a jedenkrát ročně na požádání zašle každému svému klientovi výpis proplacené péče a přehled zaplacených poplatků.

Co přinesou regulační poplatky?

POJIŠŤOVNÁM:

úspora výdajů – budou platit zdravotnickým zařízením méně

PRAKTICKÝM LÉKAŘŮM:

obrovský nárůst administrativy (při 45 pacientech a pouhých 2 minutách zdržení u každého jde o 1,5 hodiny denně papírování navíc), signální kód – pojišťovny získají zdarma přehled o práci lékaře

AMBULANTNÍM SPECIALISTŮM:

nárůst administrativy, pokles příjmů (na vyšetření nebudou chodit zejména pacienti s „banalitami“, dojde k poklesu příjmů a ještě k nárůstu nákladů na jedno unikátní rodné číslo, tedy překročení limitů a možná penalizace)

Z pacientů poplatek 30 Kč vážené zákazníkyně neudělá, ale zhorší se vztahy mezi lékaři a pacienty. Nutit lékaře vybírat minipoplatek odpovídající 1 euru, to je urážka lékařského stavu. Primitivní systém výběru poplatků může zdiskreditovat zvyšování spoluúčasti pacientů na úhradě zdravotní péče.

Změny dohodovacích řízení

Dohodovací řízení již nebude o hodnotě bodu. Podle § 20 odst. 1 písm.d) zákona 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně, bude o hodnotě bodu rozhodovat správní rada VZP. Ministerstvo zdravotnictví už nebude garantem řádného průběhu dohodovacího řízení. Správní orgán se zbavuje odpovědnosti a účastníci prakticky ztrácí možnost dovolání se v případě porušování právních norem a procesních pravidel.

Změny výběrových řízení

Výběrová řízení se již nemají konat před uzavíráním smluv na stomatologickou péči, péči praktických lékařů pro dospělé a pro děti. Tento stav nahrává nemocnicím, poliklinikám a ohrožuje soukromé lékaře formou kapitálově silných řetězců, které budou získávat smlouvy od pojišťoven a budou nekalou konkurencí pro soukromé lékaře.

Při rovnosti hlasů rozhodují zdravotní pojišťovny.

ANKETA

Co by podle vás v plánované reformě zdravotnictví v České republice nemělo chybět?

atestovali 3 praktici, v přípravě jich bylo v minulých letech v průměru 60. Přitom přirozeným úbytkem přijdeme do 2 let o celou tisícovku praktických lékařů, to je 20 procent! U ambulantních specialistů je situace podobná, jen o 8 let posunutá. Pokud bude nadále medicína jedinou oblastí lidské činnosti, kde se neuplatňují tradiční evropská pravidla, budeme mít zdravotní pojišťovny a nemocnice bez dluhů, spokojené ministerstvo, občany platící vysoké daně, kteří si budou hledat lékaře v zahraničí.

MUDr. Pavel Lindovský, *Praktik.cz*

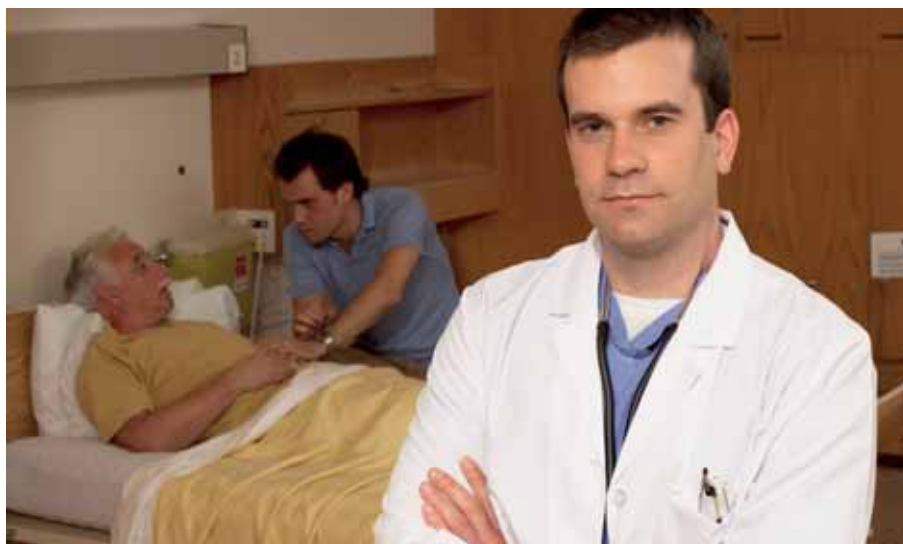
Lékař obvodní: 24hodinová povinnost se starat o pacienta. Pojišťovna: má být ten, kdo dozoruje a platí léčebnou péči, ale nejen ze strany lékaře, ale i pacienta. Revizní lékař: musí hlídat náklady na léčbu, nejen praktik či specialista. Musí dozorovat pacienty s nadměrnou spotřebou péče a určit, kdo čerpá oprávněně a kdo ne. Peníze – věc pojišťovny. Pacient: má nárok na vyšetření, ale s doporučením svého praktického lékaře, bez něj by si měl ošetření a vyšetření specialistou hradit. Poplatky za pobyt v nemocnici – strava, ošacení (praní), lůžkoviny a další.

MUDr. Jaromír Prokop, člen představenstva OS ČLK, Ústí nad Orlicí

Mimo jiné a zejména rozdělení základní a nadstandardní zdravotní péče.

MUDr. Zdeněk Stránek, člen představenstva OS ČLK, Ústí nad Orlicí

Preferuji pokladenský systém, který zde byl za první republiky a nyní funguje ve Francii. Lékař na platbu nečeká měsíce, jsou dva bilaterální vztahy lékař – pacient, pacient – pojišťovna, pacient platí pojišťovně, tak ať si pak řeší proplacení účtu. Jedná se o obdobu úrazové pojistky. Výhoda tohoto systému je, že pacient DOČASNĚ (několik hodin, maximálně dnů – pokud je jeho ZP solventní) vkládá do systému své peníze. Dále by odpadl systém výběrových řízení na jednotlivé praxe. Lékaři by stačila registrace a dle plateb od pacientů by se v systému udržel či naopak. Dnes však nikdo reformu nechce, lékaři se bojí, že budou mít méně pacientů a potažmo peněz, pacienti se bojí spoluúčasti. Dále nikdo nemluví o rušení řady nemocnic, které poskytují jen méně než základní nemocniční péči. Pošlu pacienta a ten se vozí postupně na vyšší pracoviště. Ve Švédsku mají lidi do nemocnice i 100 (slovy sto)





ANKETA

Co by podle vás v plánované reformě zdravotnictví v České republice nemělo chybět?

kilometrů – a jde to. Zde máme každých 20 kilometrů ploužící špitály. Tanvald – Jablonec 15 km, Jablonec – Liberec 7 km, Liberec – Turnov 18 km, Turnov – Semily 17 km, Semily – Jilemnice do 20 km, Jilemnice – Vrchlabí 9 km. Kdo toto vyřeší? Myslím, že se nic nezmění dalších 10 let, dokud tento systém nepadne na ústa.

MUDr. Leo Černý, Medical centrum Harrachov, Špindlerův Mlýn, Rokytnice n. J.

To, co se nazývá reformou, reforma vůbec není. Neustále se ztěžuje práce ambulantní složce, která pracuje dobře a nedělá dluhy. Nikdo nevymyslel, jak utáhnout otěže pražským nemocnicím, které produkují nejvíce dluhů. Když chceme, aby se něco změnilo, dozvíme se, že k tomu není vhodné politické klima. Říká to každá vládnoucí garnitura, modrá i růžová.

MUDr. Luboš Gebauer, OPL Neplachovice

Nepovinné členství v ČLK.

MUDr. Libor Žák, OS ČLK Žďár nad Sázavou

Jsem trvale pro pokladenský systém, ale ten není politicky průchodný. Současný návrh mnoho neřeší, regulační poplatky nás zatíží administrativně. V první řadě chybí stanovení standardu, který by platila pojišťovna, nadstandard by platil klient nebo by se nechal připojistit.

MUDr. Miroslav Seyček, PL, Svatka

Představenstvo našeho OS ČLK má jasno: Nechceme řešit řídné věci, které nám nepřísluší, nechceme suplovat více placených politiků, ale chceme klid a adekvátní ohodnocení naší práce. Zatím bohužel díky různým tahům je opak pravdou.

MUDr. Igor Šubert, PL, Radostín nad Oslavou

Především mi chybí demokracie v celé ČLK, která je silně zpolitizovaná doleva, nezastupuje zájmy většiny lékařů. Řešením je odpojit vazby vedení ČLK na jakoukoliv politickou stranu, které jsou dnes zcela evidentní. A jen hlupák to nevidí nebo nechce vidět.

MUDr. Libor Macek, OS ČLK Žďár nad Sázavou

Zcela jednoznačně by měl být každý pacient informován o ceně péče. Měl by být zapojen do systému, aby byl sám zainteresován na péči o sebe a své zdraví – je to jeho věc a ne věc

Výsledek výběrového řízení i nadále nemá kládat nárok na smlouvu s pojišťovnou.

Změny úhrad

Zdravotnické zařízení se může s pojišťovnou za podmínky dodržení zdravotně pojistného plánu dohodnout o jiném způsobu a výši úhrady i regulačních omezení. To znamená, že pojišťovna může podle svého uvážení někomu přidat a jinému ubrat.

O vydávaném léku má rozhodovat lékárník

Pokud to lékař na receptu přímo nezakáže, pak na požádání může lékárník vydat pacientovi jiný lék se stejnou účinnou látkou. Za léčbu ale odpovídá lékař!

Ovládnutí VZP

Ředitele VZP nemá volit a odvolávat poslanecká sněmovna, ale vláda na návrh správní rady pojišťovny. Složení správní rady, kdy 1/3 členů jmenuje vláda a 2/3 volí poslanecká sněmovna dle poměrného zastoupení stran v ní, zajišťuje vládě minimálně dvoutřetinovou většinu.

VZP se z veřejnoprávní instituce mění na „organizační složku MZ“ a při její 2/3 dominanci na trhu vzniká „Národní zdravotní služba“. Pokud ještě Vojenská zdravotní pojišťovna a Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra budou změněny v akciové společnosti vlastněné státem, vznikne státní monopol, který definitivně ukončí beztak již omezenou konkurenci pojišťoven.

Chybné předpoklady vedou ke špatným závěrům

Zdravotnictví není černá díra, ale tvůrce hodnot. Jen zdraví lidé mohou pracovat, vytvářet hodnoty a platit daně. Zdravotnictví podporuje sociální soudržnost společnosti, je významným zaměstnavatelem i odběratelem zboží a služeb.

Zdravotnictví má potenciál být jedním z motorů ekonomiky.

České zdravotnictví je podfinancované – výdaje ve výši pouhých 7,2 % HDP, tedy 740 eur na občana za rok, jsou pod možnostmi ekonomiky ČR i pod hranicí 8 % HDP, kterou jako minimum svým členům doporučuje EU.

ČR	7,2 % HDP
Rakousko	9,1 % HDP
Francie	9,7 % HDP
Německo	10,9 % HDP
USA	14,6 % HDP

Státy G 7 v průměru vydávají na zdravotnictví 9,3 % HDP. Jsou bohaté mimo jiné i proto, že dostatečně investují do zdravotnictví. Investice do zdravotnictví, školství a vědy patří k neefektivnějším. Naši ekonomové to, zdá se, nechápou.

Závěry

ČLK hájí profesní zájmy svých členů lékařů. ČLK se bude snažit bránit změnám, které by poškodily lékaře.

Ministerstvo zdravotnictví nemá zájem o spolupráci s ČLK.

ČLK připraví vlastní návrh novely zákona č. 48/1997 Sb. a bude o něm jednat s poslanci.

ČLK nabízí politikům svoji neutrální půdu i odborné zázemí jako prostor k seriózní diskusi o reformě. Zdravotnictví si zaslouží stabilitu, kterou může přinést pouze konsensus politických stran a zdravotníků.

Návrh novely zákona č. 48/1997 Sb. není reformou zdravotnictví, ale pouze o projevem snahy ministerstva ovládnout VZP (snaha získat kontrolu nad 130 mld. Kč za rok) a snížit příjmy zdravotnických zařízení od pojišťoven s tím, že si lékaři mají chybějící peníze vybrat přímo od pacientů.

Lékař za 1 euro = urážka lékařského stavu.

*MUDr. Milan Kubek
prezident ČLK*

Lékaři mají být výběřčími pro pojišťovny

MUDr. Jiří Wicherek je ambulantní specialista, bývalý člen představenstva ČLK. Je známý svými vystoupeními na sjezdech ČLK a jiných fórech, v nichž požadoval „zatažení pacienta do systému“. Redakce TM mu položila několik otázek.

Jaký je váš názor na reformu zdravotnictví předloženou ministrem Julínkem?

Nu, pokud mne paměť nešálí, s osnovami té či oné verze reformy českého zdravotnictví nás dr. Julínek seznamoval jako stínový ministr zdravotnictví asi od roku 2003. Ještě před volbami počátkem června 2006 tvrdil, že má reformu připravenou, včetně návrhů nutných změn zákonů v paragrafovém znění. Od jeho uvedení do funkce 4. září 2006 jsem proto očekával rychlý sled připravených kroků. To, co nám bylo v polovině letošního dubna předloženo jako první kroky reformy, mi přišlo jako poněkud opožděné, nepřilíhající promyšlené, ba i nepřipravené. Stále mi chy-

bí nějaký ucelený obraz, nějaká vize, ke které by měla reforma zdravotnictví spět.

Co jste tedy od ministra očekával?

Očekával jsem, že ministr co nejdříve vydefiniuje postavení účastníků systému, stanoví rozsah, dostupnost péče, že bude zahájena celonárodní diskuse o budoucnosti financování českého zdravotnictví, že bude jednat nejen s politickými stranami, ale i s těmi, kteří reformní kroky budou uvádět v reálný život – s lékaři. Očekával jsem, že bude co nejdříve zrušen takzvaný paragraf Fischerové, že bude stanoveno, na jakou péči má občan nárok ze všeobecného zdravotního pojištění a na jaké služby si bude možné legálně připlatit, že do-

jde k dofinancování zdravotnictví na úroveň procent HDP srovnatelnou se srovnatelnými státy EU, že dojde k nápravě podfinancování zdravotnických zařízení, které neumožňuje ani jejich prostou obnovu. Místo toho jsme se nejdříve dozvěděli, že ministr financí navrhuje zprvu snížení, později „jen“ zmrazení plateb za státní pojištění, že je připravováno stanovení maximálního stropu v odvodech zdravotního pojištění. No, jak se zdá, pan ministr zdravotnictví považoval zřejmě za neurgentnější řešení nároku pacienta na přístup do zdravotnické dokumentace.

První krok očekávané reformy však přece jenom přišel...

Míníte-li tím krokem novelu zákona 48/1997, o veřejném zdravotním pojištění, pak nelze nepřipomenout, že tento zákon, který měl původně platit něco přes rok a nakonec platí 10 let, novělu skutečně urgentně potřebuje. Tato novela však nebyla v dostatečném předstihu projednána s poskytovateli zdravotní péče, nebyla předjednána se



zástupci politických stran zastoupených v parlamentu. Z předložené novely nejvíce upoutalo zavedení tzv. regulačních poplatků. Soudím, že začít s tzv. regulačními poplatky jako prvním krokem, nadto v uvedené podobě, nebyl šťastný tah. Ohlášené výše poplatků zarazily odbornou veřejnost nejen naprosto nelogickými diskrepancemi v jejich výši, ale i samotnou výší či spíše níží poplatků. Odborná veřejnost do dnešního dne nebyla informována o metodice výběru regulačních poplatků a o jejich evidenci. Při neustálých změnách ohlašovaných v médiích je odborná i laická veřejnost matena neustále se měnícími podmínkami a výjimkami. Veškerá tíha nárůstu administrativy, nevole občanů je přenesena na poskytovatele.

Takže se zavedením poplatků nesouhlasíte?

„Vtažení občanů do systému“ považuji za nezbytné, nanejvýše žádoucí, mojí představou jsou přímé platby v ordinacích. Víím, není to nic nového, takové platby byly i u nás normální za první republiky, dnes jsou běžné, do určité míry, například ve Švýcarsku.

Ano v tom Švýcarsku, jehož napodobení systému zdravotnictví bylo ambicí Julínkova plánu v listopadu 2006, kdy hlavním pilířem reformy měla být konkurence zdravotnických zařízení, spoluúčast se ještě zvyšovat neměla. Ano, když už vybírat, pak už není rozdíl, jestli vybírat 30 či 300 korun, práce je s tím stejně. Proč tedy nezavést konečně přímou platbu u lékařů v ordinacích za poskytnutou péči? Nemocný ať si pak u „své“ ZP uplatňuje proplacení celé či alespoň části zaplacené částky. Zdravotnická zařízení, lékaři by pak měli platby za poskytnutou péči hned, nemuseli by čekat, až ZP pošle alespoň zálohu, nemocní by měli okamžitou kontrolu provedených výkonů a jejich ceny. Proto se stávající podobou výběru poplatků nemohu souhlasit, ba mám obavu, že tento nepromyšlený, nepřipravený krok myšlenku plateb v ordinacích zdiskredituje natolik, že dojde spíše k jejímu oddálení. Že budou poplatky odmítnuty občany, to se dalo celkem očekávat, zvláště když smysl, nezbytnost, systém výběru, uplatňování limitů poplatků nebyl veřejnosti předem vysvětlen. Že však výběr poplatků byl poměrně rázně odmítnut lékárníky, tedy těmi, kteří by měli výběr realizovat, je varující a o mnohém vypovídá. Jsem přesvědčen, že většina lékařů má názor obdobný, jen ještě nebyli schopni ho dát najevo. A pojišťovny? Ty mlčí...

Co konkrétního vám na zavedení regulačních poplatků ještě vadí?

Závad vidím celou řadu. Jak už jsem uvedl, ve výši „regulačních poplatků“ jsou nepochopitelné diskrepance. Například vypsání receptu na PC zabere několik sekund, vyšetření nemocného pak podstatně déle. Poměr vyjádřený výší poplatků je však 30:30, při vypsání dvou položek na receptu dokonce 60:30.

Za zcela demotivující považuji skutečnost, že vybrané poplatky mají zůstat v ordinacích, ale zdravotní pojišťovny těmto zařízením patřičně „upraví“ platby. Lékaři tak budou, obdobně jako v Německu, dělat výběrčí poplatků pro zdravotní pojišťovny. Na své náklady, v čase, který by mohli a měli věnovat nemocným.

Výběr poplatků, zvláště v zamýšlené, značně primitivní a pracné podobě totiž přinese lékařům zcela nepochybně nárůst administrativy. Proč nebylo uvažováno o výběru a evidenci poplatků těmi, kteří peníze určené k financování zdravotnictví spravují, tzn. zdravotními pojišťovnami? Ty jediné mají u nás evidenci o všech návštěvách pojištěnců ve zdravotnických zařízeních. Vyřešilo by se tím mnohé. Mojí představou by bylo zavedení plastových kartiček s integrovaným čipem (podobné už chtěl zavádět ministr Kubinyi). Pominu-li možnost ukládání osobních údajů o diagnóze a léčení nemocného na takové kartičky, mohly být pouhým zasunutím těchto kartiček do čteček PC v ordinacích či v lékárnách tyto poplatky „vybírány“ a odesílány do zdravotní

Co by podle vás v plánované reformě zdravotnictví v České republice nemělo chybět?

zdravotnictví, státu apod. Musí se podílet na financování různými způsoby – regulačními poplatky u praktických lékařů, na LsPP, při návštěvě odborného lékaře, vyšší taxou při návštěvě bez doporučení. Při ošetřování některých nemocí a úrazů, které by si způsobil sám, by měl být více zatížen spoluúčastí – např. při nedodržení bezpečnosti práce, nepoužívání ochranných pomůcek, chráničů při sportu apod. Větší poplatek za hospitalizaci – minimálně v ceně stravy a energií. A za velice důležitou pokládám i možnost individuálního připojištění, např. dle výše příjmu, obdobně jako tomu je v Německu.

MUDr. Jaromír Čech, praktický lékař pro dospělé, Valašské Meziříčí

Dle našeho názoru by rozhodně nemělo chybět stanovení standardu a nadstandardu včetně ekonomické kalkulace.

MUDr. Vladimír Čuba, předseda OS ČLK Kladno

Zdobrovolnění členství v lékařské komoře.
MUDr. Tomáš Lajkep, Ph.D., psychiatrie, invalidní důchodce

Určitě valorizace platů lékařů. Nové platové třídy. K prevenci zneužívání lékařské péče mimo pracovní dobu v tzv. pohotovostních režimech, zpoplatnění péče.

MUDr. Ján Farkas

Naše zdravotnictví nepotřebuje reformovat, potřebuje zbourat a postavit na nových základech úplně od začátku. Ano, to je to nejdůležitější, na nových základech. Je potřeba se rozhodnout, jestli budeme mít A) drahé a neefektivní sociální zdravotnictví podle tradice před rokem 1989, kde budou mít všichni nárok na státem garantované "všechno" bez ohledu na to, kolik platí a jak se o své zdraví starají, anebo B) kapitalistické zdravotnictví na neúspěšném tržním základě, kde stát bude zaručovat pro všechny jen minimální nejnutnější péči a vše "nad rámec" si bude muset občan zaplatit buď z vlastní kapsy, nebo z komerčního pojištění. Sám bych se asi spíše přikláněl ke druhé variantě, i když by určitě alespoň ze začátku bylo nutné "nárazníkové období" pro lidi, kteří podstatnou část svého života platili do současného "systému" (spíše by se totiž hodil termín chaos než systém). Mladá generace vyrůstající

ANKETA

**Co by podle vás
v plánované reformě
zdravotnictví v České
republice nemělo
chybět?**

v posledních 30 letech by už snad s jeho přijetím neměla mít problémy. Úplně špatná není ani varianta A), potřebovala by ale hodně zefektivnit. Nedokážu pochopit, k čemu nám je kapitalistická smečka "konkurenčních" zdravotních pojišťoven v státěm garantovaném socialistickém systému zdravotnictví? Stačila by přeci jedna státní zdravotní pokladna (rovná se přibližně VZP), která bude přerozdělovat státem vybrané "pojistné". A proč by se měly platit ze zdravotního pojištění hotelové služby v nemocnicích? Proč by si obézní cukrovkář neměl kupovat antidiabetika, inzulin a hypolipidemika z vlastní kapsy...? Tohle jde ale už vše do téměř nekonečného pralesa podrobností, kam nemá cenu se pouštět, dokud si neujasníme to hlavní: Co od zdravotnictví chceme a kolik nás to bude stát. Anebo naopak kolik jsme ochotni zaplatit a co si za to můžeme dovolit.

*MUDr. Michal Jeránek,
anesteziolog, Sasko*

P.S.: Obávám se, že u nás dnes není nikdo, kdo by jakoukoli větší změnu než neustálé lepení nových záplat na staré záplaty dokázal prosadit, i kdyby snad chtěl...

Co považuji za zásadní body v reformě zdravotnictví:

1. Určit, co je standardní a nadstandardní péče, a nadstandardní péči vyjmout z VZP.
2. Umožnit vznik a legalizaci komerčního zdravotního připojištění.
3. Rozlišit know-how v ocenění lékařské péče (stanovit příplatky za vyšetření od vedoucího lékaře, primáře, docenta, profesora).
4. Zrušit paragraf „Fišerové“ o bezplatné zdravotní péči.
5. Provést totální revizi seznamu zdravotních výkonů podle skutečných nákladů a ne podle výmyslů úředníků.
6. Místo seznamu zdravotních výkonů zavést ceník zdravotních výkonů s pravidelnou aktualizací.
7. Zavést příplatky k ceníku výkonů (komplexnost péče, know-how, kvalifikace ošetřujícího zdravotního personálu, pracovní prostředí...).
8. Vzhledem k omezeným platbám za zdravotní péči omezit i soudní rozhodnutí o náhradách škody (právo podle USA, platba podle socialistických limitů).
9. Změnit systém doškolování z pasivního (sbírání kreditů) na aktivní (ověřování znalostí). Dalších bodů by bylo daleko více, ale to by bylo asi na celý zákon.

*MUDr. Petr Lippert,
ADC Sanatorium, Praha 4*

pojišťovny. Lékaři a lékárníci by se nemuseli dohadovat s pojištěnci, s výběrem poplatků by neměli prakticky žádnou administrativu, za výběr pro zdravotní pojišťovny by lékaři od ZP dostávali smluvní odměnu. Čerpání či přečerpání limitu poplatků by si nemocný vyřizoval se svojí zdravotní pojišťovnou.

Při stávajícím systému úhrad, založeném na „unicitních pojištěncích“, při přetrvávajícím nenaplnění hodnoty výkonů dle poslední verze Sazebníku a při očekávaném poklesu počtu návštěv pojištěnců v ordinacích se tento úbytek zcela nepochybně dotkne příjmů lékařů. V neposlední řadě pak lékaři ponесou celou tíhu nevole nedostatečně informovaných pojištěnců, zhorší to vztahy mezi lékaři a nemocnými...

Velmi mi vadí, že s lékaři zastoupenými zákonem zřízenou ČLK o reformních krocích zatím nikdo z ministerstva nejednal, ba výzvy k jednání ze strany ČLK jsou skryté i přímo odmítány. Lékaři se musí spoléhat na informace z médií, mnohdy více než zkreslené. Bez lékařů se ovšem žádná reforma dělat nedá a neudělá. Úspěšně už vůbec ne...

Celkově shrnuto v krocích ministerstva je patrná snaha snížit výdaje ze zdravotního po-

jištění, výběrem dalšího příjmu pro zdravotní pojišťovny pověřit lékaře, na ty pak nechat dopadnout nevoli občanů, nadto občany ujišťovat, jak se za ty poplatky stanou vážnými zákazníky...

Co když nemocný odmítne poplatek v ordinaci zaplatit? Co uděláte?

No, co bych měl a mohl dělat? Pomínu-li nám v poslední době médií tak masivně upíranou míru altruismu, morálky, etiky, kterou valná většina lékařů zcela nepochybně oplývá, pak jsem ze zákona povinen nemocného vyšetřit a ošetřit bez ohledu na úhradu nějakého poplatku, ba i úhrady poskytnuté péče zdravotní pojišťovnou. A dohadovat se o 30 korun? No, to nečiním ani jinde, natož v ordinaci. Nadto se stalo prakticky normou, že lékaři značnou část roku ani nevědí výši úhrady, za kterou poskytují péči, při stávajících limitech a regulacích jsou nuceni pravidelně poskytovat péči i s vědomím, že ji nedostanou od zdravotní pojišťovny uhrazenou, že ji budou muset poskytnout na své náklady. Částky, které tak lékaři vkládají každoročně do systému zdravotnictví, jsou nemalé – co jsou proti tomu nějaké poplatky?

(red)



ČLK hájí práva a profesní zájmy všech lékařů

ČLK uspořádala ve dnech 27. – 28. 4. 2007 konferenci, jejímž hlavním tématem byla chystaná reforma zdravotnictví.

Účastníci konference:

- Vyslovují politování nad tím, že Ministerstvo zdravotnictví ČR ignoruje profesní lékařskou samosprávu a že ani ministr Julínek, ani nikdo z jeho náměstků nepřijal pozvání k prezentaci reformních záměrů na půdě ČLK.
- Nesouhlasí s plány na omezování výdajů na zdravotnictví.
- Konstatují, že cílem reformy zdravotnictví nemůže být jen úspora peněz v podfinancovaném rezortu, ale udržení dostupnosti a zvyšování kvality zdravotní péče, omezení jejího zneužívání a zlepšování podmínek lékařům pro její poskytování.
- Nepovažují návrh novely zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, za reformu zdravotnictví, ale za pouhou snahu ministerstva zdravotnictví ušetřit za každou cenu peníze a ovládnout VZP.
- Vyzývají politiky k diskusi o budoucnosti zdravotnictví v České republice a nabízí jim k těmto jednáním svoji neutrální půdu i odborné zázemí. Výsledkem těchto jednání by měl být široký konsenzus politiků, pacientů i zdravotníků, který je nezbytným předpokladem pro vytvoření stabilního a funkčního systému zdravotnictví.
- Ohrazují se proti urážlivým výrokům tiskového mluvčího ministerstva zdravotnictví pana Cikrta na adresu zákonem zřízené profesní lékařské samosprávy a jejich demokraticky zvolených představitelů ve vyjádření zveřejněném ČTK 27. 4. 2007. Účastníci vyzývají ministra Julínka, aby v této věci zjednal nápravu.

Milovy 28. 4. 2007



Co by nemělo chybět v reformě zdravotnictví

1. Pacient si po dobu hospitalizace plně hradí stravu a přispívá na ubytování. Stejně tak při pobytu v lázních v rámci tzv. komplexní kázeňské péče (nejí ani nespí doma, nespotebovává energie, vodu atd.).

2. Značně zpřísnit indikace ke komplexní lázeňské léčbě. Jako komplexní lázeňskou léčbu bych ponechala pouze tu, která je v návaznosti na hospitalizaci, kdy byla provedena náročná operace (operace chlopnových vad, by-pass, náhrady kloubů, komplikované neurochirurgické operace atd.). Z nemocnice by tedy pacient rovnou odjel do lázní. V současné době si mnoho pacientů plete dovolenou a komplexní lázeňskou léčbu. V lázních se pak jako na dovolené chovají, dobré jídlo, víno, ženy a zpěv a to jim hradí dobrotivá zdravotní pojišťovna.

3. Pacienti si musí uvědomit veškeré své právy, kterých se zhusta dožadují, své povinnosti, o kterých zatím většinou nemají ani tušení. Základní povinností pacienta je ochrana svého vlastního zdraví. Při úhradě zdravotního pojištění je nutno rozlišit mezi pojištěnci, kteří si snaží udržet dobrou kondici, chránit si své zdraví, od těch, co si ho systematicky ničí, alkoholic, kuřáci, uživatelé drog, lidé, kteří se přejíždají atd. Zvýhodnění by měli být ti pojištěnci, kteří se účastní preventivních prohlídek.

4. Pojišťovny by měly povinně pro-

plácet preventivní vyšetření jak specialistům, tak praktickým lékařům v plné výši. Vinou regulací nedostávají lékaři tyto výkony v plné výši proplaceny.

5. Měla by existovat možnost, aby si pacient mohl připlatit na kvalitnější materiál, např. na kvalitnější čočku při operaci katarakty, kvalitnější endoprotézu atd.

6. Pacienti by měli mít výraznou spoluúčast na pomůckách při inkontinenci. Velmi často na ní mají svůj podíl, obezita, inaktivita atd. Výrobci vnučují všem lidem své vzorky a nabádají je, aby se nebáli požádat svého lékaře o předpis na pomůcky, neboť mají nárok na vložky za 1600 Kč/3 měsíce, místo aby pacientovi doporučili redukci hmotnosti nákupem overballu a příručky ke cvičení, aby posilovali svalové dno pánevní.

7. Preventivní prohlídky závodní zdravotní péče bych zcela vyloučila ze systému zdravotního pojištění. Měly by být plně v režii zaměstnavatele. To, co se děje dnes, je zcela nesmyslné. Registrující praktický lékař provede 1. 4. 2007 preventivní prohlídku u pojištěnce v pravidelném intervalu 2 let, vyšetří stolici na okultní krvácení a provede EKG ve 4letém intervalu. V důsledku regulací nedostane lékař plně tyto výkony proplaceny, ačkoliv je povinen je provádět. 4. 4. jde tentýž pojištěnec na prohlídku v rámci závodní preventivní

péče a lékař, který tuto prohlídku provádí, pacienta nezná, proto si zapůjčí zdravotní dokumentaci. Prohlídku provede duplicitně, i když ne v takovém rozsahu jako PL registrující pacienta, vyúčtuje ji zdravotní pojišťovně a ta ji proplatí. Mnohdy provede množství zbytečných laboratorních vyšetření z důvodu neznalosti pacienta a jeho rodinné anamnézy.

8. Zcela jasně by měla být definována možnost přepravy pacienta sanitou hrazenou pojišťovnou. Stává se, že starší pacient vyžaduje sanitu jenom proto, že neví, kde se příslušně ambulance některé pražské kliniky nachází, takže je pohodlnější, když řidič pacienta vysadí až v čekárně. Na druhou stranu se ale může stát, že pacientce nepředepíše sanitu, ta při vystupování z tramvaje spadne, zlomí si krček, již se nerozchodí... A kdo potom je zodpovědný za zranění?

9. Lékař nesmí být omezován regulacemi na komplementární vyšetření. Lékař musí mít možnost cíleně provádět laboratorní a jiná komplementární vyšetření v rámci diagnostického postupu, stejně jako musí mít svobodnou volbu při výběru léku. Pokud dojde k soudnímu sporu v důsledku toho, že lékař neprovedl určitá vyšetření a došlo tím ke zhoršení stavu pacienta, nebude argumentem u soudu, že měl vyčerpanou taxu na pomocná vyšetření. **Není normální, aby lékař platil pacientovi léky a komplementární vyšetření.**

MUDr. Helena Nová, PLD, Kralupy n. V.

Menší a menší ochota pracovat

Jsem praktický lékař pro dospělé, 32 let, v oboru 5 let. Praktičtí lékaři jsou na hranici ochoty nadále nést ekonomickou odpovědnost za náklady čerpání zdravotní péče svých pacientů, konzumentů péče. Zdroje jsou neomezené, to je jasné, to jsou ve všech i podstatně bohatších zemích. Regulační mechanismy však jsou správné, jen motivují-li lékaře pozitivními, nikoli negativními represivními mechanismy. Nikde v civilizovaných západních zemích není přípustné, aby lékař byl penalizován způsobem, jaké jsou možné u nás! Limity bývají vždy prospektivní, lékař je zná dopředu, žádné zpětné propočty a přepočty podle hospodaření celého segmentu a podobné právní paskvily, podobné jako antedatování smluvních dodatků – práce za neznámých podmínek a podobné právní hrůzy. Znechucení a deprese je mezi praktiky nebyvalá, razantní skepsi nastartovaly regulace na rok 2006. Pokud náklady na péči nepřijdou za pacientem jako konzumentem péče, ale nadále za lékařem, tak se nic zásadního nezmění! Toto je základní patologický stav ekonomiky v našem zdravotnictví! Lékař musí být pozitivně motivován k racionálnímu ekonomickému chování a břemeno ekonomiky musí pojišťovny přenést z velké míry hlavně na pacienta, svého klienta, pokud je nákladný, a musí s ním řešit způsoby financování nákladů za jeho péči, jeho usměrňovat... Jako ten zodpovědný nemůže být pranýřován pacientův lékař a pacient ani netuší, co si jeho lékař díky jemu zažívá a co má za jeho péči platit ze svého. Budou-li pokračovat tyto pokřivené regulační mechanismy, bude i nadále klesat ochota pracovat jako praktický lékař a obor tím bude nadále ztrácet na atraktivitě. Praktických lékařů je nedostatek kvůli tristnímu stavu atestační přípravy, která je velmi komplikovaná a nezajištěná, kvůli nedostatečné atraktivitě oboru a kvůli obavě lékařů vydat se na takto dlouhou, nejistou a nyní i velmi rizikovou kariéerní cestu.

Jsem široko daleko jediný mladý lékař, situace na obor všeobecného lékařství působí personálně devastujícím způsobem.

Podíl prostředků jdoucích do primární péče neustále klesá, v současné době činí už pod 5 %, ve vyspělých zemích je trend v podpoře primární péče právě opačný a dosahuje běžně 10 %, to jsou jasné signály globální nepodpory primární péče u nás. Velmi nekonceptní signály. Kvalitní, podporovaná primární péče je pro systém ve výsledku výhodná, což ve světě dobře vědí a také se podle toho tak reálně činí. U nás se o tom možná ví, ale není ochota udělat pro obor něco konkrétního i díky přetrvávajícímu mýtu, že obor se má bůhvíjak dobře a žádnou podporu nepotřebuje. Když se obor ozve za nutnost razantního zlepšení podmínek, je nařčen, že chce zlepšení na úkor jiných oborů. Nejen v mediích, ale i na půdě komory se udržuje mýtus o bůhvíjaké ekonomické síle v primární péči, v současné době je to opravdu už jen mýtus. Nákladové studie jsou opakovaně prováděny, ale nikdo na ně neslyší. Obor sám bez konceptní systémové podpory upadá do větší a větší krize.

Chtěl bych věřit v komoru, ale byli to právě její vrcholní zástupci, kteří obhajovali restrikce, které na nás začaly nebyvale tvrdě dopadat. Zatím je vedení komory z našeho pohledu nedůvěryhodné, když ještě před rokem jsme slyšeli, jak jsou regulační vyhlášky spravedlivé. Ztracená důvěra se bude komoře v očích primární péče nabývat zpět velmi obtížně a dlouho.

Zpět k navrhovaným bodům reformy – je nutné přenést značnou část ekonomické zodpovědnosti za zdravotní péči z lékaře na pacienta, klienta jeho pojišťovny! Drobné poplatky jsou jen drobné a počáteční opatření, kterým to nesmí skončit. Samotné by to bylo k ničemu. Jinak ochota pracovat za takovýchto podmínek, kdy nesou značnou část zodpovědnosti za pacienta, jen aby neměl starosti, bude menší a menší!

MUDr. Jiří Šmíd, praktický lékař pro dospělé, Jablonec nad Nisou



Foto: Michal Sojka

První osobní setkání profesora Draguly (vlevo) s reformátorem inženýrem Pažitným během konference v Milovech

Slovenská reforma: Pažitný versus Dragula

Reforma zdravotnictví probíhala na Slovensku dříve než v Česku, postarala se o ni pravicová vláda z let 2002 až 2006. Tu vystřídal současný Ficův levicový kabinet, který některá opatření zrušil. Jedním z „konstruktérů“ reformy byl Ing. Peter Pažitný, bývalý hlavní poradce slovenského ministra zdravotnictví Rudolfa Zajace, od loňska poradce Lajose Molnára, ministra zdravotnictví Maďarska. K oponentům reformy patřil profesor MUDr. Milan Dragula, prezident Slovenské lékařské komory. Příležitost poprvé se osobně setkat jim kupodivu dala až konference ČLK, která se uskutečnila v dubnu v Milovech.

Během konference ČLK proběhlo vaše historicky první osobní setkání. Jakého člověka jste po předchozích zkušenostech očekával a jaké dojmy z tohoto setkání jste si nakonec odnesl?

Pažitný: Hodnotím ho jako člověka, s kterým se dá spolupracovat.

Dragula: Nehovořil bych o historickém setkání, protože oba nic moc neznamenáme. Ale opravdu jsme se setkali poprvé, očekával

jsem větší aroganci, a byl jsem příjemně překvapený, že taková nebyla.

Co byste označil za hlavní přínos a nedostatky Zajacovy reformy pro slovenské zdravotnictví?

Pažitný: Za hlavní přínos považuju to, že jsme lidi začali vzdělávat v tom, že bezplatně neznamená zadarmo. Za největší nedostatek pokládám fakt, že se nestihla dokončit. Její dokončení teď čeká na někoho dalšího.

Dragula: Přednosti: zavedení spoluúčasti pacienta, i když nakonec přesáhla rozumné ekonomické meze, zavedení pocitu, že nic není zadarmo, že se mám o sebe lépe starat. Hlavním nedostatkem byl byznys ve zdravotnictví, zdraví jako zboží a žádná nebo špatná komunikace s těmi, kteří měli reformu uskutečnit. Arogance a agresivita představitelů reformy.

Čemu na Slovensku zásadně pomohlo a čemu ublížilo zavedení poplatků u lékařů?



Kdejaký pes má lepší péči než člověk

Pažitný: Pomohlo občanům uvědomit si, že nic takového jako oběd zdarma neexistuje. Podle mě ublížilo jejich zrušení novou vládou!

Dragula: Poplatky zřejmě nebyly v souladu s ústavou Slovenské republiky, i když rozhodnutí ústavního soudu bylo šalamounské: „nebyly protiústavní, protože byly v malé výši“. Přinesly určité zdroje do zdravotnictví, i když pojišťovny argumentovaly neochotou zvýšit ceny výkonů, protože „vybíráte poplatky“. Vysoké doplatky za léky udělaly v určitých oblastech zdravotní péči méně dostupnou – omezily zejména konzumaci chronickým pacientům a potom ve špatném stavu se to řešilo hospitalizačně.

Jak hodnotíte následné zrušení těchto poplatků?

Pažitný: Jako populistické opatření, které připravilo zdravotnictví o 2,5 miliardy slovenských korun ročně.

Dragula: Jako politické rozhodnutí, které nezměnilo situaci ve slovenském zdravotnictví. Kompenzačně jsme dosáhli navýšení cen výkonů.

Jak se projevíly vlastnické změny ve zdravotnictví, ke kterým došlo?

Pažitný: Jsem zastáncem úplné privatizace zdravotnictví. Každý krok směrem k odstátnění proto vnímám pozitivně. Soukromý vlastník má vlastní dlouhodobou vizi, vynakládá své peníze efektivně, investuje do rozvoje svého podnikání a snaží se pochopit potřeby svých klientů.

Dragula: Rozdávaly se „trafiky“, změna vlastnictví nemůže být cílem, ale jen prostředkem k dosažení cíle. Změna vlastnictví šla až do „fetišismu“.

Co by v příští reformě zdravotnictví na Slovensku rozhodně nemělo chybět?

Pažitný: Jasná definice solidárního balíku, aby každý pojištěnec věděl, na co má nárok, co za něho hraje zdravotní pojišťovna a co si má hradit sám.

Dragula: To, co říkáme a žádáme roky: Odpojení zdravotního pojištění od státního rozpočtu, sloučit nemocenské a úrazové pojištění se zdravotním, přiměřený dostatek zdrojů – 8,5 % HDP, jak doporučuje EÚ zlepšit řízení zdravotnictví, jeho odpolitizování, zúžení léčebného řádu, který mimochodem v SR nemáme, redukcí lůžkové, specializované ambulantní a SVALZové sítě. Zavést systémově regulovaný trh.

V čem je druhý z vás podle vašeho názoru hodný obdivu, jedinečný a neopakovatelný?

Pažitný: Je zastáncem dohody poskytovatelů se zdravotními pojišťovnami v otázce zavedení diagnostických a léčebných protokolů.

Dragula: Opakovanými snahami o zlepšení legislativy – některé zákony jsou novelizované pětikrát. A navzdory odporu víc než 70 % obyvatelů Slovenské republiky vůči takové reformě snaha o její zavedení.

(red)

„Kdejaký pes má lepší péči nežli člověk.“ Pod tímto provokativním titulkem se před nedávnem v MF Dnes objevil rozhovor s Janou Petrenko z Koalice pro zdraví, což je organizace významně sponzorovaná farmaceutickými firmami, v jejímž čele kdysi stál i tiskový mluvčí ministerstva Tomáš Cikrt. „Pes má v Česku lepší péči než člověk. Žádný veterinář si nedovolí se chovat tak, jako to zkoušejí lékaři a sestry na lidi,“ tvrdí zastupkyň pacientů.

Nehodlám komentovat podobné nehoráznosti, ale článek mne vedl k vypracování následujícího srovnání cen výkonů u lékaře a u veterináře. U lékaře je platí zdravotní pojišťovna, u veterináře samozřejmě majitel zvířete z vlastní kapsy.

Názor Komory veterinárních lékařů ČR:

Ceny jsou u veterináře smluvní čili nejsou nijak regulovány a jsou zcela v režii majitele praxe. Každý veterinární lékař oceňuje svoji práci podle různých měřítek, respektive podle jím preferovaných kritérií. Dominantním kritériem je překvapivě nejčastěji „nerozladit klienta cenou“. Každý veterinární lékař si také cení své práce jinak. Do ceny se také samozřejmě musí promít-

nout nákladová stránka praxe. Je například rozdíl, zda veterinář podniká ve svém domě, či je v nájmu. V ceně za veterinární ošetření se dále odráží velké množství aspektů: místo podnikání, charakter praxe (všeobecná vs. specializovaná), přístrojové vybavení a podobně.

Je jisté, že my lékaři si volnou cenotvorbu těžko prosadíme, i když by to bylo krásné. Pro začátek by nám však, milá paní Petrenko, stačilo, kdybychom byli za výkony placeni aspoň tak, jak jsou honorováni veterináři. Nebo má větší cenu zdraví a život zvířete než zdraví a život člověka?

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

Takzvaný paragraf Fišerové (§ 11 odst. d) říká: „Lékař či jiný odborný pracovník ve zdravotnictví ani zdravotnické zařízení nesmí za zdravotní péči poskytnutou v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem ani v souvislosti s poskytnutím této péče přijmout od pojištěnce žádnou úbradu.“

MUDr. Jana Vybulková, soukromý chirurg

www.veterina-uh.cz/cenik.htm
www.svep.cz/index.php?id=2&chirurgie
www.vetklinika.net/xls/vet_cenik.pdf
www.vetkom.cz/

Srovnání cen výkonů u lékaře a veterináře

výkon	člověk (Kč)	pes (Kč)
císařský řez	2814	5000 (bez materiálu)
předpis receptu	0	50
obvaz /převaz	92 (včetně materiálu)	100 – 165 (bez materiálu)
aplikace injekce do žíly	54 (včetně materiálu)	80 – 150 (bez materiálu)
aplikace injekce do svalu	17 (včetně materiálu)	50 (bez materiálu)
vyšetření chirurgické	127	200 - 300
endoskopické vyšetření	134 (anoskopie, rektoskopie)	600
kastrace muž/pes	416 (včetně materiálu)	1400 (bez materiálu)
kastrace žena/fena	1498 (včetně materiálu)	3000 (bez materiálu)
lokální anestezie	72 (včetně anestetika)	110 (bez anestetika)
amputace prstu	328 (včetně materiálu)	550 – 595 (bez materiálu)
extirpace nádoru kůže, podkoží	622 (včetně materiálu)	500 – 700 (bez materiálu)
odstranění bradavice	150 (včetně materiálu)	165 (bez materiálu)
incize a drenáž abscesu/hematomu	162 (včetně materiálu)	220 (bez materiálu)
chirurgické ošetření rány	92	570
extirpace novotvaru	898	1000 - 3000
kontrolní vyšetření	113	190
odběr krve	24	150
operace novotvaru u konečníku	221 – 622	600 - 2000
porada bez vyšetření	68	200
záloha na chirurgický zákrok	zálohuje lékař 2-3 měsíce	2270

Lékaři v čele s Broukem Pytlíkem

Prohlášení těch, kteří opravdu hájí zájmy soukromých lékařů
(Reakce nejen na tzv. Prohlášení představitelů občanských sdružení, která hájí zájmy soukromých lékařů – Tempus Medicorum č. 4, duben 2007)

My, níže podepsaní, se již nemůžeme dívat na to, jak nedostatečně jsou soukromí lékaři honorováni, proto deklarujeme:

1. Všechny dosavadní dohodnuté i nedohodnuté způsoby úhrad lékařům jsou pro soukromé lékaře ekonomicky nevýhodné.

2. Podporujeme jakékoli protesty proti současné vládě, i když protestují ti, jejichž podobné akce před rokem jsme odsuzovali a nazývali stávkou milionářů.

3. Vyzýváme ministra zdravotnictví, aby od 1. 7. 2007 v souladu s ekonomickými možnostmi pojišťoven zařídil zvýšení příjmů všech soukromých lékařů minimálně o 100 %.

4. Soukromí lékaři požadují nezasťopovaný výkonový systém bez jakýchkoli regulací. Zdroje se najdou (V. Špidla)!

5. Soukromí lékaři vyzývají ministra zdravotnictví, aby začal jednat s organizacemi, které jsou zpolitizované, podporují levou část českého politického spektra, které využívají svých značných finančních prostředků ke snahám o likvidaci profesních organizací. Zejména je nutné jednat s ČLK-o.s. a LOK.

6. Podepsaní představitelé těch, kteří chtějí opravdovou změnu, budou vždycky postupovat hezky pospolu, pak už soukromí lékaři nebudou trpět ...

7. Signatáři této dohody vyzývají všechny lékaře, aby jim na základě vlastní svobodné volby udělili plnou moc. Protože jen oni nepodepíší nevýhodné dohody a zařídí, aby se všichni soukromí lékaři měli lépe.

8. Signatáři prohlášení nabízejí spolupráci všem organizacím soukromých lékařů. Tyto organizace s námi ale ve všem musí souhlasit a počítat s tím, že vyvineme maximální snahu o to, aby ztratily veškeré kompetence.

Signatáři:

Sdružení za opravdu radikální ČLK-o.s.

MUDr. Brouk Pytlík

Sdružení za rudější LOK

MUDr. Jan Věználek

Obdivovatelé a nohsledi Brouka Pytlíka

Komentář:

Zdá se někomu toto prohlášení absurdní? Zaráží někoho, že podepsaní neuvádějí, jak svých cílů dosáhnou? Pak doporučujeme, aby si kolegové našli dosavadní výzvy ČLK-o.s., LOK a jejich satelitů a hledali rozdíly. My

je nevidíme a vyzýváme soukromé lékaře, aby nevěřili demagogickým tvrzením, jimiž nás zahrnují odboráři bývalí a současní, a plnou moc jim v žádném případě neudělovali.

Přejeme všem krásné jaro, smysl pro humor a realistické uvažování.

Za výbor Sdružení soukromých gynekologů ČR a revizní komisi

MUDr. Vladimír Dvořák, předseda

MUDr. Jan Nový, místopředseda

MUDr. Jiří Dvořák, předseda revizní komise



Kresba: Rakus

Deset největších nebezpečí, která nám hrozí

1. Součástí reformy veřejných financí má být snížení výdajů na zdravotnictví.
2. Platby od zdravotních pojišťoven se sníží o výši regulačních poplatků, které si mají zdravotnická zařízení vybírat od pacientů v hotovosti. Zvýšení administrativy, pokles příjmů a nevěle ze strany pacientů, kteří poplatky odmítají platit.
3. Na místo smluvní jistoty pro soukromé lékaře mají mít pojišťovny možnost volné kontraktace dodávek zdravotnických služeb. Vznik řetězců – zdravotnických supermarketů – které budou v první vlně monopolizovat poskytování péče praktických lékařů, když získají smlouvy bez nutnosti výběrového řízení. V druhé fázi pak zlikvidují soukromé ambulantní specialisty, kterým nebudou posílat pacienty, pokud nepřistoupí na pravidla řetězce.
4. Na místo seznamu zdravotních výkonů s vyšší cenou lékařské práce jen volná konkurence zdravotnických zařízení cenou svých služeb, která povede nejenom ke snížení kvality zdravotní péče, ale v cenové válce soukromí lékaři nemohou odolat tlaku nemocnic a poliklinik.
5. Zestátnění VZP a přeměna několika dalších zdravotních pojišťoven (201, 211) v akciové společnosti stoprocentně vlastněné státem.
6. Privatizace bývalých okresních nemocnic s jen minimálním závazkem poskytovat zdravotní péči.
7. Zmrazení platů v příspěvkových organizacích.
8. Přejedání smluvní mzdy i v současných fakultních – v budoucnu tzv. univerzitních nemocnicích.
9. Snahy zrušit omezení množství přesčasové práce a návrat k špatně placené pracovní pohotovosti na pracovišti.
10. Snaha zlikvidovat ČLK jako profesní lékařskou samosprávu prostřednictvím zrušení povinného členství tak, aby lékaře neměl kdo hájit a jejich případná profesní pochybení mohly trestat občanské komise podřízené orgánům státní správy.

KOLEGOVÉ, nebylo by rozumnější v takovéto situaci spíše spolupracovat, nežli se pro pobavení politiků a novinářů navzájem veřejně urážet a zesměšňovat?

MUDr. Milan Kubek

Non lege artis?

Je úžasné a povzbudivé číst v odborném tisku o stále nových a nových objevech na poli medicíny, které více či méně ovlivňují zdravotní stav našich pacientů. Je tomu opravdu vždycky tak? Neztratili jsme za ta tři staletí objevů něco daleko podstatnějšího, něco, co dělá doktora skutečným lékařem? Neztratili jsme samotného pacienta?

Kde stojíme my, lékaři, a kde stojí ten, o kterého má jít především?

Přiznejme si upřímně, že se mnohdy stal pouhým předmětem a zájmem našich badatelských aktivit, klinických zkoušek, nových postupů, specializovaných vyšetření a laboratorních výsledků. Kde je ten, o kterého se jedná? Ztrácí se za hradbou medicínské techniky, ambulantních vyšetření, často alibistických a nic neřešících konziliárních vyšetření, kompletních internistických propouštěcích zpráv...

Kde je komplexní (celostní) přístup k pacientovi? Kde jsou saturovány jiné než somatické potřeby pacienta? Kdo se ptá, kde vidí kvalitu svého života pacient a jeho blízcí?

Nemocný sám nám dává odpověď: „Kladte mi otázky, ptejte se mě, ale taky poslouchejte, co odpovím. Přeji si, abyste našli příčinu mých obtíží, ale ne za každou cenu. Jestliže je můj náález špatný, mluve se mnou o tom, ne jednou, ale opakovaně. Hlavně si mě nepřehazujte jako horký brambor, abyste mě nakonec opustili a nechali samotného s řadou nezodpovězených otázek, které mi krouží hlavou, a nevím kam se vrátit...“

Teď malá exkurze do minulosti:

Způsob svého života zasvětim podle svých sil a svědomí prospěchu nemocných a budu je chránit před každou úhonou a bezprávím.

Tolik věta z Hippokratovy přísahy. Je z ní patrné, že lékař a pacient patří k sobě. Lékař je pacientovi ochráncem i průvodcem, a to nikoliv, jak je dnes chápáno, v paternalistickém vztahu s výraznou asymetrií. Lékař v minulosti si byl zpravidla dobře vědom nejen své obrovské moci, ale i svých výrazně omezených diagnostických i terapeutických možností, a proto tam, kde „se už nedalo nic dělat“, zcela samozřejmě uplatňoval laskavou, osobně laděnou a vstřícnou péči. Tato strategie dobře korespondovala především s potřebami těžce nemocných a umírajících. Lékařův kultivovaný soucit s člověkem, kterému už nemohl odborné pomoci k uzdravení, kdysi pojmenoval slavný český internista Josef Charvát jako roli Charónů. Cesta zpět není možná, i když by si to řada z nás přála... Vítězná medicína posunula metu hodně daleko. Tak daleko, že dystanázie (= nesmyslně oddalovaná neodvratitelná smrt) je běžnou praxí ve většině nemocničních zařízení.

Poslouchejme své pacienty, oni nám dají odpověď...

Ať nefunkční vztah lékaře a pacienta není stálou realitou.

Existuje realizovatelné a dostupné řešení?

Napadají mě následující možnosti:

1. Kurativní medicína by měla plynule přecházet v paliativní péči. Dosud je to tak, že až když ve všem selže vítězná medicína, nastupuje dosud přehlížená a nedocenená paliativní péče, pokud ji vůbec lékař zahájí! Bohužel pro mnoho lékařů je paliativní medicína pojmem stále neznámým.

2. Paliativní medicína by měla být součástí pregraduálního vzdělávání alespoň po dobu dvou semestrů. V postgraduálním vzdělávání pak jako nedílná součást atestačního oboru, kterému se bude kandidát věnovat.

3. Pregraduální i postgraduální vzdělávání lékaře by nemělo být zaměřeno pouze na rozšiřování oblasti odborných znalostí určitého oboru, ale i na sebezkušenostní a osobnostní růst lékaře. V praxi zejména v oblasti krizové intervence citelně schází většině lékařů hlubší znalosti psychologických přístupů a psychoterapeutických postupů v péči o nemocného. Mnoha hrubým nedostatkům v našem zdravot-



nictví by se dalo čelit i preventivně, například kvalifikovaným výběrem studentů medicíny nejen podle studijních, ale též osobnostních předpokladů. U řady profesí (např. u řidičů autobusů) jsou psychotesty u uchazečů naprostou samozřejmostí.

Co napsat závěrem?

Naše země ratifikovala řadu dokumentů zajišťujících mimo jiné práva umírajících pacientů:

„Paliativní péče je přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožující nemocí, prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění, vyhodnocení a řešení bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních obtíží.“ (WHO 2002)

Hlavní zásady WHO jsou rozvedeny dále v Doporučení výboru ministrů Rady Evropy členským státům – O organizaci paliativní péče (Rec 24/2003), kde se mimo jiné uvádí: „Obecnou paliativní péči by měli umět poskytnout všichni zdravotníci s ohledem na specifika své odbornosti“. Pokud tak nečiní, jejich léčba přestává být lege artis a stává se non lege artis a staví je do prostoru možnosti trestního stíhání.

A zde bychom se měli, vážené kolegyně a kolegové, zamyslet a přijmout skutečnost, že obecná paliativní péče se týká nás všech bez výjimky. Je totiž jen otázkou času, kdy vážně nemocní a umírající a jejich blízcí začnou vymáhat svá práva. A právo je na jejich straně...

„NON LEGE ARTIS“, tak mohou znít v nejbližší době výroky soudu z neposkytnutí obecné paliativní péče. Má to stejný právní dopad, jako když zdravotník neposkytne KPR při autonehodě...

MUDr. Tereza Dvořáková
Mobilní hospic Dobrého Pastýře, Benešov u Prahy



Válka nepřináší užitek

Úvaha všedního dne o časech minulých, současných i budoucích

Situace v České lékařské komoře už dlouho není optimální a zdá se mi, že se plíživě zhoršuje. Důvodů je mnoho. Některé jsou patrné a známé, jiné by bylo potřeba hledat a definovat. Tak jako je neradostná situace uvnitř ČLK, stejně tak je neradostná situace uvnitř celého lékařského stavu.

Myslím, že do jisté míry jsou to spojené nádoby. Všechna kolizní témata, která na první pohled komoru štěpí, jsou zástupným problémem a ze sporů se už dávno vytratilo racionální jádro. Dokonce se hluboce domnívám, že i ten nezásadnější problém, který vyvolává nejsilnější emoce, tedy úhrady a vše co s tím souvisí, v zásadě není problémem. Všichni chceme být co nejlépe honorováni a mít co možná nepřijatelnější podmínky ke své práci. Důvod tedy není ten, že naše obecné a základní požadavky jsou rozdílné. Důvod spatřuji v tom, že je mnoho hlav, které se domnívají, že právě jejich postup a strategie je ta nejsprávnější.

V minulosti se nedokázaly (ty hlavy) domluvit na základní filozofii a strategii společného postupu. Ale obě tyto kategorie jsou prosté. Základem filozofie je nezbytnost dohody a základem strategie je vždy táhnout provaz jedním směrem. Rčení, že „v jednotě je síla“, bylo v dějinách použito mnohokrát a častokrát se jeho pravda prakticky prokázala. Jak jednoduché. Ale jak těžké, když jsem zakopán v hlubokém zákopu své vlastní pravdy.

Dlouhodobé a vyčerpávající války nikdy v dějinách nepřinesly nikomu užitek. Nakonec prohráli všichni. Někteří morálně, jiní hmotně, jedni si odnesli šrámy na duši, jiní na těle. Ale vždy se dá zasednout a pokusit se hledat mírovou cestu prospěšnou pro všechny. Jen je potřeba se na počátku hluboce na-

dechnout a potlačit tu extrémní míru nevole k tomu druhému. Naše problémy jsou lidským dílem, a lidé je tudíž mohou vyřešit. Nejde o změnu lidské povahy, jen o změnu postoje, která by měla vést k sérii konkrétních kroků a efektivních dohod, jež jsou v zájmu všech zúčastněných, protože naše zájmy jsou prakticky totožné.

Ptám se mnohých, zda je skutečně tak těžké překonat své ego v zájmu CELÉHO lékařského stavu, který má stále větší a reálnější obavy o svou budoucnost? Vždyť válka se netýká jen vůdců, ale její následky dopadnou na všechny.

Samotná ČLK také musí hledat novou tvář. Scénářů, jak ČLK transformovat do skutečně životaschopné instituce užitečné pro všechny, je určitě několik. Vždy ale bude nezbytné mít vůli se domluvit. Bude důležité najít prostor jak pro prezentaci myšlenek o možné budoucnosti ČLK, tak pro následnou věcnou diskusi. Z té by měla vzejít nová tvář komory. Je zcela jisté a pochopitelné, že bude potřeba hodně dobré vůle ke kompromisům, abychom se dohodli a našli společné pohledy na svou budoucnost. Výsledek by pak měl být demokraticky respektován i těmi, kteří budou mít připomínky nebo nebudou se vším beze zbytku souhlasit. Tedy skutečně demokratickým principem, kdy menšina respektuje a akceptuje vůli většiny. To však není v naší společnosti běžné. Není výjimečné takové chování, kdy pokud nebude přijat můj



Foto: Michal Sojka

názor, pak názor většiny nepřijmu a budu si dělat, co budu chtít, nebo budu systematicky podryvat vůli většiny. Tento způsob chování však není v souladu s demokracií. Dá se označit za anarchii. A ta nikomu neprospívá a bývá cestou do pekel.

Vzhledem k množství času, který jsme všichni ztratili při hledání nové cesty pro komoru, je potřeba konečně začít. Situace ve společnosti ukazuje, že je více než žádoucí, aby se lékařský stav opět spojil a aby byl jako pevný funkční celek zachován. Až nezbude kámen na kameni a výsledek naší současné práce pocítíme, pak bude pozdě zpytovat svědomí, že jsme se měli dohodnout, a tak mohli udělat víc. Pak bude vše ještě mnohem těžší než dnes.

MUDr. Jaroslav Imrych, Olomouc


Očkovací centrum

...v krajských městech hledá lékaře do odpoledních směn:

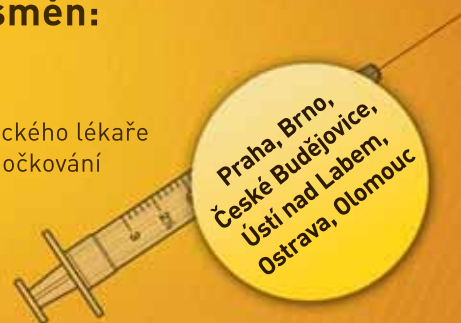
Nabízíme:

- flexibilní ordinační dobu v kombinaci s vaší praxí
- atraktivní finanční ohodnocení bez účasti pojišťoven
- online objednávkový systém pacientů

Požadujeme:

- praxi pediatra nebo praktického lékaře
- odbornou způsobilost pro očkování
- profesionální přístup

Příhlášky s životopisem nebo dotazy zasílejte na: ockovacentrum@mhw.cz



Většina stížností pacientů **pramení z chyb v komunikaci**, nikoliv z odborných pochybení lékařů

„Lékařská komora vůbec stížnosti neřeší ku prospěchu pacientů. Známe spíše negativní odezvy, že doktoři drží při sobě a že se stejně nikdo nic nedozví.“ (Ministr Julínek – Hospodářské noviny 14. 5. 2007)

Tato slova pana ministra považují za hrubou urážku práce stovek dobrovolných funkcionářů lékařské komory, kteří se řešení stížností věnují.

Pokud si uvědomíme, že každý obyvatel České republiky vyhledá v průměru lékaře třináctkrát za rok, snadno spočítáme, že ze 130 milionů ročních kontaktů s lékaři skončí stížností jeden až dva na sto tisíc, tedy jedna až dvě setiny promile! Zdravotnictví zkrátka díky práci lékařů asi není tak špatné, jak by se mohlo při čtení novinových titulků zdát.

V uplynulých dnech se ve sdělovacích prostředcích objevila řada článků, jejichž autoři se ke kvalitě zdravotní péče, ale i k jednání některých zdravotníků vyjadřovali velmi kriticky. Zásadně odmítám zjednodušující novinářské odsudky i princip kolektivní viny. České zdravotnictví poskytuje občanům za 7,2 % HDP (740 eur na občana za rok) vel-

Přehled stížností a uložených disciplinárních opatření v letech 2000 - 2006								
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Celkem
Stížností	833	1 059	1 060	1 044	1 139	1 954	1 270	8 359
Smírčích řízení		7	23	43	48	3	8	132
Disciplinárních řízení	12	33	51	53	66	79	99	393
Důtka	5	9	13	13	23	17	18	98
Pokuta	3	2	10	3	7	12	42	79
Podmínečné vyloučení	1	0	1	1	0	1	7	11
Vyloučení z ČLK	0	0	1	1	0	1	0	3

mi kvalitní a dobře dostupnou zdravotní péči a drtivá většina lékařů se chová slušně a to i k těm pacientům, kteří s námi příliš uctivě nejednají.

Pokud si má komora zachovat autoritu u lékařů i u veřejnosti, pak stejně důrazně, jak odmítáme princip kolektivní viny, musíme být schopni potrestat ty lékaře, kteří svým kolegům dělají ostudu. To je právo i povinnost profesní samosprávy, kterou nám ukládá zákon.

Zákon č. 220/1991 Sb., o ČLK, v platném znění:

§ 2 odst. 1 a) : Komory dbají, aby členové komor vykonávali své povolání odborně, v souladu s jeho etikou a způsobem stanoveným zákony a řády komor;

§ 2 odst. 2 e) : Komory jsou oprávněny řešit stížnosti na výkon povolání svých členů v rozporu s odstavcem 1 písm. a).

V poslední době se bohužel mnozí případy, kdy se pacienti se svými stížnostmi místo na ČLK obraceli na zdravotní pojišťovny, na ministerstvo či krajské úřady nebo rovnou podávají na lékaře trestní oznámení. Vzhledem k tomu, že ČLK díky povinnému členství vykonává disciplinární pravomoc nad všemi lékaři, kteří vykonávají na území České republiky povolání v léčebné a preventivní péči, je žádoucí, aby se občané se stížnostmi vůči lékařům v co největší míře obraceli právě na lékařskou komoru, která je schopna každý případ kvalifikovaně posoudit.

Advokáti a příslušníci jiných svobodných povolání již pochopili, že je obrovskou výhodou, řeší-li stížnosti na ně jejich kolegové a ne státní úředníci či nějaké nezávislé kárné komise. Proto je třeba, aby občané věděli o možnosti využít bezplatně tuto službu České lékařské komory a dali jí přednost před trestními oznámeními, kterých na lékaře bohužel stále přibývá.

Většina stížností se netýká odborných pochybení, ale pramení z chyb v komunikaci mezi lékaři a nemocným či jeho rodinou. Jak vím od našich právníků, většina trestních oznámení a žalob na lékaře má svůj psychologický základ v komunikačních chybách. **Abychom lékařům pomohli, zařadí ČLK od podzimu do vzdělávacích akcí garantovaných v rámci celoživotního vzdělávání lékařů i kurzy komunikace s pacienty a jejich příbuznými.** Nejde o to, aby komora učila lékaře jak se mají chovat (jak bylo uvedeno v mediální zkratce jednoho deníku), ale aby lékařům, kteří o to projeví zájem, dala možnost nácvičku prospěšných komunikačních technik a zvládnání komunikačních pastí spojených s lékařským povoláním.

MUDr. Milan Kubek, prezident ČLK





Lod' s unavenými lékaři na Vltavě

Z přístaviště u Čechova mostu vypluli 10. 5. 2007 lékaři na manifestační plavbu po Vltavě. Touto akcí uzavřel LOK-SČL první část kampaně „Unavený a přepracovaný lékař“. Odjezdu lodi předcházela manifestace, jejímž cílem bylo vysvětlit podstatu kampaně a celou problematiku přesčasové práce lékařů v nemocnicích a naprosto ostudného rozsahu ekonomické závislosti lékařů na této práci.

Shromážděné lékaře i veřejnost pozdravili pozvaní hosté, prezident ČLK dr. Kubek, místopředsdkyně OSZSP ing. Břeňková. S zásadním projevem vystoupila zástupkyně Marburského svazu dr. Magdalena Benemanová. Ta ve svém velmi emotivním projevu seznámila shromáždění se situací, se kterou se

potýkali němečtí lékaři a která nakonec vyústila v dlouhodobý celostátní protest. Zdůraznila, že snahou všech vlád je zajistit levné a dostupné zdravotnictví na úkor lékařů. Je jen věcí lékařů, zda a jak dlouho si takový přístup nechají líbit. Projev zakončený slovy: „Ať se snaží sebevíce, může člověk prohrát, ale



ten, kdo nebojuje, ten už prohrál. Kolegové v Čechách, nejste sami, němečtí lékaři vás podporují!“ sklídl bouřlivý potlesk.

Předseda LOK-SČL dr. Engel shrnul ve svém projevu průběh kampaně, znovu připomněl a definoval její cíle. Tyto cíle zůstávají trvale stejné: snížení zátěže lékařů přesčasovou prací, odstranění ekonomické závislosti lékařů na této práci, nastavení odpovídajícího ohodnocení lékařů, které je nebude dále nutit k neúměrnému množství přesčasů.

V kontrastu s kultivovanou a věcnou atmosférou manifestace pak byla reakce ministra zdravotnictví, který shromážděným lékařům vzkázal prostřednictvím mluvčího Cikrta a tisku, že jej „ostře napadli na tiskové konferenci“, a tím jej nejspíše urazili a „zavřeli si tak na MZ dveře“. Jen jako glosu třeba uvést, že na inkriminované tiskové konferenci 26. 4. 2007 v Praze zazněla sice věcná a argumentovaná kritika kroků současného ministra, avšak nepadlo ani jediné slovo, které by mohlo být považováno za ostrý nebo osobně laděný výpad. Přestože byli zváni, nenašel ani ministr, ani nikdo z jeho náměstků odvahu přijít s účastníky manifestace diskutovat.

Obrazně řečeno, jestliže dříve mráz přicházel z Kremle, pak 10. května v Praze u Čechova mostu vál ledový vítr od ministerstva zdravotnictví. Že bude ale v Praze toho dne větrno, to meteorologové předpovídali.

V závěru oficiální části manifestace pak lékaři vynesli na pódium černou rakev s nápisem „České zdravotnictví“. Tento symbol měl předznamenat možný vývoj, pokud nebude zahájen smysluplný dialog všech zúčastněných stran. Jak výstižně konstatoval Milan Kubek, není možné vytvořit stabilní a fungující systém poskytování a financování zdravotní péče bez účasti lékařů a podpory pacientů.

Po 13. hodině pak loď Šumava ozdobená symboly LOK-SČL a nápisem „Lékaři zvedají kotvy“ vyplula na čtyřhodinovou plavbu po Vltavě. Z vody pak lékaři zdřevili ministerstvo zdravotnictví houkáním lodní sirény.

Celá akce se těšila velké pozornosti médií, která účastníky akce provázela po celou dobu jejího trvání.

MUDr. Lukáš Velev



Foto: Michal Sojka





Poplatky a návaly v ordinacích praktických lékařů

Píše se dnes o průměru 50 lidí denně v ordinaci, a to ještě v kratší ordinační době než dříve (viz Tempus 4). To dříve znamená období 1970 až 1990, kdy jsem měl tu čest pracovat na venkovském obvodu (11 obcí plus porcelánka, něco kolem 2000 lidí) v osmihodinové pracovní době s průměrem 25 až 30 pacientů v ordinaci denně. Udávané stesky nejsou nic nového pod sluncem, rozdíl mezi dneškem a dobou před 30 lety je pouze v přístupu k nim.

„Zbytečné návštěvy – zvláště seniorů – s maličkostmi“: Dříve výskyt jen ojedinělý. Ke všem byl totiž vztah ne pouze „profesní“, byly vytvořeny úzké osobní vztahy. Proto většina měla povědomí „logiky a slušnosti“ v otázce „jít, či nejít k lékaři“. Za léta se svěřenými (dnes registrovanými) občany byl dostatek času pro medicínskop psychologickou osvětu.

„Vymáhání neschopenek simulací nebo přemlouváním“: Při prvním pokusu toho druhu po adekvátním vyšetření byl oznámen stručně, ale výstižně závěr s tím, že nelze dělat z lékaře spolupachatele v ulevování (přemlouvání) nebo že lékař si nenechá ze sebe dělat vola (simulace). Vždy neutajovaný zápis do dokumentace.

„Náhodní kolemjdoucí, vzpomenuvší si, že je něco bolí (pozor, nikoliv trápi)“: Již od dveří lze poznat, že jde o náhodu a nezávažný stesk. Jednoduchá rychlá reakce – přívětivě objednat na pozdější dobu bez přesného termínu s krátkým vysvětlením. Poznamenat do dokumentace včetně udávané příčiny zastávky v ordinaci.

„Chronicky nemocní, dostaví se bez důvodu ke kontrole mimo stanovený termín (obvykle jednou za 3 týdny až 6 neděl, podle závažnosti diagnózy a stavu)“: Poučení v duchu empatie s upozorněním na zbytečnou autoiatrogenizaci. Není na škodu podotknout, že není třeba mít nedůvěru k zavedenému a prověřenému způsobu kontroly závidy ve zdravotním stavu.

„Běhání klasických hypochondrů za doktorem“: V těchto případech, zvláště u osob ve věku přesného dle WHO, neexistuje bohužel jiný způsob než se obrnit trpělivostí s diplomatickým zdůrazněním lékařské autority jak při vyšetření, tak při sdělení výsledku.

„Pacienti si vydupávají na lékaři spoustu zbytečných odborných vyšetření“: Plně ošetřitelné lékařem – lze přívětivě umravnit naléhavějším dotazem, kde dotyčný studoval medicínu. Pak krátká přednáška se stručnou charakteristikou žádaných zbytečných vyšet-

ření s průběžným zkliděním hyperaktivního resp. ustrašeného, pacienta.

„Zbytečné výjezdy LSPP k banalitám či ke šprýmařům“: Oprášení jednoduchého preventivního opatření – centrálně seznámit občanstvo s povinností uhradit prokazatelně zneužitou lékařskou službu se zvýrazněním aspektu ohleduplnosti k těm, kdo skutečně LSPP neodkladně potřebují.

Řešení těchto problémů je ověřeno praxí. **Použití zastrašování formou poplatků je hloupé a zavádějící.** Zavádějící proto, že za 50 korun (či méně) simulant, agravant, hypochondr i šprýmař jakéhokoli věku sice snad omezí své zlozvyky, ale nesimulanti, neagravanti, nonhypochondři i nešprýmaři se dostanou do vážných dilemat „jít, či nejít k lékaři?“. Co se může stát při podcenění stavu? Jaké je kritérium, s čím jít a s čím ne? Zde je nutná centrální osvěta psaným slovem. V záplavě nejrůznějších medicínských rad pro veřejnost by toto téma mělo ve svém dopadu výjimečnou cenu.

Další zavádějící aspekt poplatků za návštěvu u lékaře: kde je zaručeno, že si bidné

placení všeobecní kolegové nebudou pacienty zvat ke zbytečným kontrolám? Byl to ostatně známý jev při bodovém pojišťovenském systému. Angína zvaná po 3 (!) dnech ke kontrolám, sádra na prstu ruky kontrolována za 5 dní po naložení, zda „není náhodou rozmočená“, 178 (!) návštěv u pacientů v bytě za jeden měsíc odůvodňováno měřením TK, „protože to pacienti mají rádi“ atd., atd. To vše se v období 1970 až 1990 nevyskytovalo. Nešlo totiž o prachy.

Konečně otázka úzce související s tématem zneužívání lékařské péče: **Jak je možné, že si lékař nechá radit a fušovat laikem do své práce?** Není to tím, že je neschopný obhájit stavovskou čest a postavení lékařství v žebříčku hodnot formy existence nazývané člověk?

Není to tím, že je líný být aktivní a lhostejný i k samotným pacientům? Není to tím, že nemá ponětí o podstatě poslání, kterému se zavázal sloužit v promoční aule? Zní to dost pateticky, ale jinak se to nedá říct. Autorita lékaře je jedním ze základních předpokladů úspěšnosti a bezproblémovosti práce v linii prvního styku s pacientem. Je závislá na úrovni znalostí a na úrovni vztahů k nemocnému, vyjádřených medicínskou logikou, věcností, empatií a vlídností.

Břečet nad nízkými příjmy není patetická, ale trapná forma snahy o zlepšení postavení lékařů a kvality jejich péče o občana. Veřejnost tuto trapnost registruje!

MUDr. Zdeněk Hampl, Karlovy Vary

Ponižování lékařů se týká i ministra!

Tento můj krátký příspěvek je reakcí na dopis kolegů z Jindřichova Hradce. Doufám pevně, že se někdy ledy pohnou, někdo se začne o tuto skupinu občanů, myslím lékaře a všechny zdravotníky, starat a zajímat. Zatím to vypadá tak, že každý ministr pojezdí po světě, nahrabe kačky, dávno by se o skalpel poranil a potom zmizí mezi všemi těmi proklaté milovanými zbohatlíky za kordonem tělesných vyholených strážců. Jako lékař, často vidící krev, hnus a lidské exkrementy, mám silný žaludek, jinak bych zvracel od rána do večera. A „hrdý“ jsem, že jsem zatím vytrval, ale jak dlouho to vydržím, to je otázka. A koho vlastně to zajímá?

Pane kolego, nyní ministře zdravotnictví ČR!

Soustavné ponižování lékařů pojišťovnami, státem a jeho byrokratickými a drahými institucemi (metrologie, SÚKL, hygiena a další a další). Toto neuvěřitelné soustavné buzerování beze smyslu něco zlepšit pro pacienta a zdravotníky, jen generování úniku finančních prostředků mimo systém zdravotní péče. Toto neuvěřitelné a stále se stupňující ponižování se, pane ministře, týká i Vás, i když již dávno lidi neléčíte a ani to nikdy dělat již nebudete.

Souhlasím v plném rozsahu s dopisem kolegů z okresu Jindřichův Hradec. Až to dojde většině lékařů, bude v této zemi tak teplo, že rekordy tohoto jara a zimy budou překonány. Pane ministře, již brzy hrozí generální stávká. Již jste to pochopil. Jsme nespokojeni, poníženi a zoufalí. Máte šanci něco udělat, ale musíte spěchat.

S úctou

MUDr. Jan Christian Pokorný, Ostrava

Obsah

Farmakoterapie chronického srdečního selhání ve vyšším věku	1	Informace o očkování proti klíšťové encefalitidě.....	4
SÚKL upozorňuje: pioglitazon a riziko kostních fraktur u žen.....	3	Sdělení SÚKL o dovozu vakcíny Encepur pro dospělé	4

FARMAKOTERAPIE CHRONICKÉHO SRDEČNÍHO SELHÁNÍ VE VYŠŠÍM VĚKU

Chronické srdeční selhání (CHSS) je klinický syndrom, který se vyskytuje u nemocných se srdeční dysfunkcí různé etiologie a manifestuje se symptomy jako je dušnost, únava, nevykonnost a/nebo přítomností otoků. Syndrom chronického srdečního selhání nemá jednotnou etiologii. Nejčastějším podkladem poruchy srdeční funkce u chronického srdečního selhání je systolická dysfunkce levé komory. Systolická dysfunkce a srdeční selhání vzniká jako následek řady kardiovaskulárních onemocnění. Hlavní příčinou srdeční dysfunkce je ischemická choroba srdeční (ICHS), u starších nemocných ICHS spolu s hypertenzí^{1/}.

CHSS je z populačního hlediska charakterizováno stoupající incidencí a prevalencí. Odhad prevalence je 0,4 - 2 % a incidence 0,4 % populace ročně. Výskyt srdečního selhání je vyšší u starších jedinců, ve věkovém rozmezí 50 - 80 let je odhad prevalence 2 - 5 % a u nemocných nad 80 let dokonce 10 %. Za vzestup prevalence a incidence srdečního selhání je odpovědné stárnutí populace a pokles mortality na ischemickou chorobu srdeční. Srdeční selhání se jistě pomalu stává epidemií nového tisíciletí. Trend vzestupu výskytu srdečního selhání pokračuje. Snižuje se rovněž úmrtnost hypertoniců na cévní onemocnění mozku, a tak stoupá počet pacientů s chronickou arteriální hypertenzí s rizikem rozvoje srdečního selhání.

Diagnostika srdečního selhání je založena na přítomnosti symptomů nebo objektivních známek srdeční insuficience, průkazu poruchy srdeční funkce a v případě sporné diagnózy pozitivní odpovědi na terapii srdečního selhání. Prognóza pacientů s chronickým srdečním selháním je srovnatelná s prognózou pacientů s některými maligními nádory.

Za rozvoj symptomů a progresi srdeční dysfunkce do stadia srdečního selhání je odpovědná zvýšená aktivace několika vazokonstrikčních a antinatriuretických neurohumorálních systémů. Za hlavní systémy, jejichž aktivace je nutná u akutního srdečního selhání k udržení kardiovaskulární homeostázy, jsou považovány systém sympatoadrenální, systém renin-angiotenzin-aldosteron. U chronického srdečního selhání je aktivace těchto systémů trvalá a nežádoucí. Proti aktivaci těchto systémů stojí systém vasodilatačních a natriuretických hormonů, jejichž syntéza je u chronického srdečního selhání rovněž zvýšena: jsou to systém natriuretických peptidů, systém kallikrein-kininový, prostaglandiny, systém oxidu dusnatého a další. Jejich hlavní úlohou je udržení kompenzované srdeční dysfunkce a oddálení rozvoje srdečního selhání. Při již rozvinutém srdečním selhání však jejich účinek nestačí a rovnováha je narušena ve prospěch vazokonstrikčních systémů.

Principy terapie srdečního selhání ve vyšším věku

Cílem terapie nemocných se syndromem CHSS je snížení morbidity a mortality pacientů a zlepšení kvality jejich života.

Ve všech případech je nezbytná agresivní terapie kardiovaskulárního onemocnění, které je podkladem srdeční dysfunkce: terapie ischemické choroby srdeční, léčba hypertenze nebo chlopenní vady. Terapie nemocných je komplexní a zahrnuje principy dietních a režimových opatření, farmakoterapii a chirurgickou a přístrojovou terapii.

U nemocných se systolickou srdeční dysfunkcí je strategie farmakoterapie společná bez ohledu na příčinu poškození myokardu. Farmakoterapie se opírá o léky, které příznivě ovlivňují morbiditu a prognózu pacientů, a dále léky, jejichž efekt na prognózu pacientů je neutrální, ale zlepšují kvalitu života nemocných (diuretika, digoxin, vasodilatační léčba). Důkazy o zlepšení prognózy nemocných se srdečním selháním máme pro inhibitory angiotenzin-konvertujícího enzymu (ACE-I), blokátory receptoru angiotenzinu II – sartany (ARB), betablokátory (BB) a antagonisty aldosteronu^{2/}.

Léky zasahující do systému renin-angiotenzin-aldosteron /RAAS/

Inhibitory angiotenzin-konvertujícího enzymu

ACE-I zasahují do neurohumorální aktivace systému RAAS inhibicí přeměny neaktivního angiotenzinu I na biologicky velmi aktivní angiotenzin II. Dalším následkem inhibice enzymu ACE je snížení degradace bradykininu, který má příznivé vasodilatační a natriuretické účinky. ACE-I jsou základem terapie nemocných s CHSS na podkladě systolické dysfunkce levé komory bez ohledu na její etiologii a stadium srdeční insuficience v každém věku^{3,4,5,6,7/}. Prokazatelně snižují celkovou mortalitu a morbiditu nemocných ve všech stadiích srdečního selhání, u pacientů se systolickou dysfunkcí po infarktu myokardu snižují riziko rozvoje srdeční insuficience, kardiovaskulární mortalitu a riziko reinfarktu.

Přítom je z řady přehledů známo, že léčba ACE-I je u starších pacientů nedostatečná^{8/}. Terapie ACE-I má přísná pravidla, která je zejména nutné dodržovat u pacientů ve vyšším věku. Zahájení léčby ACE-I musí předcházet laboratorní vyšetření kreatininu a kalémie. Pokud jsou nemocní léčeni diuretiky, doporučuje se dávku diuretik snížit. Vždy je nutné začít nejnižší dávkou: ramipril 1,25 mg denně, perindopril 2 mg denně, trandolapril 0,5 mg denně, enalapril 2,5 mg dvakrát denně, chinapril (quinapril) 5 mg denně, lisinopril 5 mg denně, kaptopril 6,25 mg třikrát denně, spirapril 1,5 mg denně. Dávku je nutné zvyšovat postupně a provádět v prvních dnech kontroly minerálů a renálních funkcí. Při vzestupu koncentrace kreatininu o více než 50 % by měla být léčba ACE-I přerušena. Riziko hyperkalemie při léčbě ACE-I se u starších jedinců vyskytuje zejména pokud mají sníženou funkci ledvin. Přesto je vhodné u starších nemocných se pokusit dosáhnout cílových dávek ACE-I, pro které byl prokázán příznivý efekt na mortalitu a morbiditu.

Blokátory receptoru angiotenzinu II

Chronická terapie ACE-I není schopna dostatečně zabránit vzestupu koncentrací angiotenzinu II. Zvýšené koncentrace angiotenzinu II jsou známkou vyšší neuroendokrinní aktivity a jsou spojeny s horší prognózou. Kromě toho je terapie ACE-I zatížena výskytem nežádoucího účinku – dráždivého kašle, který je až u 10 % pacientů důvodem k přerušení terapie. Použití ARB zůstává alternativou pro nemocné, kteří netolerují terapii ACE-I. Indikace ARB jsou shodné s indikacemi pro ACEi. Nemáme důkaz, že ARB jsou lepší než ACEi, proto lékem volby u srdečního selhání jsou jen při intoleranci ACEi. Výhody kombinační léčby ACEi a ARB na úmrtnost nebyly potvrzeny^{9,10}. Stejně jako v případě ACE-I, léčba ARB se zahajuje po snížení dávek diuretik. Začíná se co nejnižší dávkou: losartan 12,5 mg denně a dávku postupně zvyšovat za kontrol krevního tlaku, kalémie a renálních funkcí.

Antagonisté aldosteronu

Aldosteron je podle současných poznatků odpovědný kromě retence sodíku a ztrát kalía a magnézia za rozvoj srdeční fibrózy a zvýšení rizika srdečních arytmií. Inhibice aldosteronu se jeví tedy logickým terapeutickým přístupem. U pacientů v pokročilých stadiích CHSS dochází po určité době navzdory terapii ACEi k opětovnému vzestupu koncentrací aldosteronu. Použití nízké dávky blokátoru receptoru aldosteronu spironolaktonu u pacientů v pokročilém stadiu CHSS podle klasifikace New York Heart Association (NYHA) III. – IV. stadia, kteří jsou léčeni kombinací ACEi a kličkového diuretika, prokazatelně zlepšuje prognózu pacientů – snižuje celkovou mortalitu, riziko úmrtí na náhlou srdeční smrt, úmrtí z progresu srdeční insuficience a riziko hospitalizace¹¹. Terapie spironolaktonem je zatížena významným nežádoucím účinkem - gynekomastií a bolestmi prsou u mužů, která se vyskytuje i při nízké dávce léku až u 10 % pacientů. Tyto nežádoucí antiandrogenní účinky nemá selektivní blokátor receptoru aldosteronu eplerenon. Blokádou tubulární sekrece kalía při použití spironolaktonu se významně zvyšuje riziko hyperkalémie. To platí zejména pro nemocné ve vyšším věku. V jedné studii ambulantních pacientů s CHSS a průměrným věkem 72,9 roku se hyperkalémie (K > 5 mmol/l) vyskytla během 11 měsíců od zahájení léčby spironolaktonem u 36 % jedinců a kalémie > 6 mmol/l u 10 % pacientů¹². I zde platí doporučení zahájit co nejnižší dávkou, to je 12,5 mg denně za kontroly parametrů renálních funkcí a kalémie. V případě spironolaktonu platí, že i nízká dávka je v indikaci CHSS účinná.

Léky zasahující do sympatoadrenální aktivity

Betablokátory (BB) zasahují do zvýšené sympatoadrenální aktivity na úrovni beta-receptorů. Na základě výsledků klinických studií se staly BB standardní součástí terapie pacientů s CHSS. Byl prokázán jejich efekt na snížení celkové a kardiovaskulární mortality, snížení rizika náhlé srdeční smrti, snížení morbidity hodnocené rizikem hospitalizace a snížení rizika úmrtí z progresu srdeční insuficience. Důkazy máme pro metoprolol, bisoprolol, karvedilol a nebivolol u starších pacientů^{13,14,15,16}. Při zahájení terapie BB je nutné u nemocných s CHSS dodržovat zásadu zahájení léčby co nejnižší dávkou léku: karvedilol 3,125 mg dvakrát denně, metoprolol-sukcinát 12,5 mg denně a bisoprolol 1,25 mg denně s titrací do dávky co nejvyšší doporučené, ale tolerované. Léčba BB je v indikaci CHSS u starších nemocných při dodržení kontraindikací a dávkování dobře tolerována, přesto není, jak ukazují některé přehledy, dostačující. V jedné studii seniorů s CHSS s průměrným věkem 87 let bylo léčeno pouze 16 % nemocných betablokátory¹⁷.

Léky ovlivňující příznivě kvalitu života starších pacientů se srdečním selháním

Digoxin, který je řazen mezi pozitivně inotropní látky, je některými autory považován za modulátor neurohumorální aktivity sympatiku. Prokazatelně modifikuje u srdečního selhání adrenergní aktivaci snížením plazmatických koncentrací noradrenalinu a aktivity nervových vláken sympatiku. Efekt digoxinu na mortalitu je u nemocných s CHSS neutrální, ale významně snižuje riziko hospitalizace pro zhoršení srdeční insuficience. Tento účinek je výraznější u pacientů s těžkým srdečním selháním a těžkou systolickou dysfunkcí levé komory¹⁸. U starších nemocných rozhodně není digoxin v indikaci CHSS lékem volby. Přesto je jeho užití i u velmi starších pacientů častější, než léčba ACEi. Ve studii pacientů s průměrným věkem 84,9 let a CHSS, kde 80 % jedinců nad 85 let věku byly ženy, byla léčena digoxinem polovina pacientů, zatímco ACEi pouze 25 % pacientů¹⁹. Terapie digoxinem u jedinců ve vyšším věku rozhodně není bezpečná. Velmi snadno dochází k předávkování, které může mít fatální následky. K příznakům digitalisové toxicity může dojít i při použití nízké dávky u jedinců dehydratovaných, u pacientů s nízkou hmotností, zejména u žen, u pacientů s hypokalémií, hyperkalémií, u pacientů léčených amiodaronem nebo verapamilem, které uvolňují vazbu digoxinu na plazmatické bílkoviny. Digoxin je z těla eliminován výhradně močí, takže i mírný pokles glomerulární filtrace je spojen s kumulací léku v organismu. Indikací pro digoxin u nemocných s CHSS ve vyšším věku zřejmě zůstane pouze fibrilace síní, kdy terapie betablokátorem nebude dostačující pro kontrolu tepové frekvence, a srdeční selhání při velmi těžké systolické dysfunkci levé komory. Terapie digoxinem má v těchto případech významný symptomatický efekt. Dávkování digoxinu je přísně individuální a u starších nemocných se vyplatí monitorovat sérovou hladinu digoxinu. I při dávkách od 0,0625 mg denně lze snadno dosáhnout optimální terapeutické hladiny kolem 1,0 nmol/l, která je účinná a přítom bezpečná.

Diuretika představují symptomatický základ léčby nemocného s městnáním v plicním nebo systémovém oběhu. Jsou na místě u pacientů, kteří již užívají kombinaci inhibitoru ACE a betablokátoru nebo ARB a BB. Diuretika nejsou indikována u nemocných asymptomatických, bez otoků a bez dušnosti. Při mírném stupni selhání jsou lékem volby thiazidová diuretika, při těžším stupni diuretika kličková. Při nedostatečné odpovědi lze léky z těchto skupin kombinovat. U nemocných ve vyšším věku velmi snadno dochází k dehydrataci. Dávka diuretik by měla být individuální. Základem péče o starší nemocné s CHSS je restrikce solí, opatrná restrikce příjmu tekutin a denní kontroly hmotnosti. Teprve tehdy, kdy restrikce solí a tekutin je nedostačující ke kontrole otoků a dušnosti, jsou namísto diuretika.

Symptomatické zlepšení, a tedy i příznivé ovlivnění kvality života starších nemocných s CHSS, přináší *vasodilatační léčba*. Je známo, že vasodilatační léčba při kombinaci vyšších dávek isosorbid-dinitrátu a hydralazinu je dokonce spojena se snížením mortality pacientů s CHSS²⁰. Vyšší dávky nitrátů nejsou však dobře tolerovány, častým nežádoucím účinkem je cefalea. Hydralazin není v ČR registrován. Léčba nitráty má význam u jedinců ve vyšším věku s CHSS a ischemickou chorobou srdeční, u pacientů s kontraindikací ACEi a ARB a u pacientů s CHSS a plicní arteriální hypertenzí. Dávka nitrátů je opět individuální, někdy je u starších nemocných dosaženo symptomatického zlepšení i při použití nízké dávky isosorbid-mononitrátu 20 mg dvakrát denně, u části pacientů ve vyšším věku je dobře tolerována i dávka 100 mg denně. Jedinou indikací pro *blokátory kalciového kanálu* u pacientů

s CHSS je nedosažení cílových hodnot krevního tlaku u pacientů s CHSS a arteriální hypertenzí navzdory kombinaci BB, ACEi nebo ARB a diuretika. Zásadně by měly být použity látky dihydropyridinového typu, jako je amlodipin nebo felodipin. Léky ze skupiny difenylalkinů typu verapamilu a diltiazemu jsou u pacientů s CHSS nevhodné vzhledem k jejich negativně inotropnímu potenciálu.

Závěr

Syndrom CHSS je charakterizován stoupající incidencí a prevalencí, nejvíce nemocných s CHSS jsou pacienti ve vyšším věku. Moderní farmakoterapie srdečního selhání se opírá o léky, které blokadou nadměrně zvýšené neuroendokrinní aktivity prokazatelně zlepšují prognózu a snižují morbiditu nemocných se syndromem chronického srdečního selhání ve vyšším věku. Kombinace ACEi nebo ARB a BB je základem léčby u všech pacientů se srdečním selháním na podkladě systolické dysfunkce levé komory, a to bez ohledu na etiologii srdeční dysfunkce a na funkční třídu nemocných. Blokáda receptoru aldosteronu přináší další benefit ve smyslu snížení mortality a morbiditu. V léčbě CHSS jsou u starších pacientů velké rezervy. Farmakoterapie CHSS by měla být u pacientů ve vyšším věku přísně individuální, léčbu je vždy nutné zahájit co nejnižší dávkou s titrací za monitorace klinických a laboratorních parametrů.

Literatura

- Ho KK, Pinsky JL, Kannel WB, Levy D. The epidemiology of heart failure: the Framingham study. *JACC* 1993, 22: 6A-13A.
- Špinar J, Hradec J, Málek I, Toman J. Doporučení pro diagnostiku a léčbu chronického srdečního selhání. *Cor Vasa* 2001; 43(6): K123-K137.
- The CONSENSUS trial study group. Effects of enalapril on mortality in severe congestive heart failure. Results of the Cooperative North Scandinavian Enalapril Survival Study. *N Engl J Med* 1987; 316: 1429-35.
- Rogers WJ, Johnstone DE, Yusuf S, Weiner DH, Gallagher P, Bittner VA, Ahn S, Schron E, Shumaker SA, Sheffield LT. Effect of enalapril on survival in patients with reduced left ventricular ejection fractions and congestive heart failure. *N Engl J Med* 1991; 325: 293-302.
- Pfeffer MA, Braunwald E, Moye LA, on behalf of the SAVE Investigators. Effect of captopril on mortality and morbidity in patients with left ventricular dysfunction after myocardial infarction. *N Engl J Med* 1992; 327: 669-77.
- The Acute Infarction Ramipril Efficacy (AIRE) study investigators. Effect of ramipril on mortality and morbidity of survivors of acute myocardial infarction with clinical evidence of heart failure. *Lancet* 1993; 342: 821-8.
- Thorp-Pedersen C, Kober L, Carlsen J. Angiotensin-converting enzyme inhibition after myocardial infarction: the Trandolapril Cardiac Evaluation study. *Am Heart J* 1996; 132: 235-43.
- Forman DE, Chander RB, Lapane KL, Shah P, Stoukides J. Evaluating the use of angiotensin-converting enzyme inhibitors for older nursing home residents with chronic heart failure. *J Am Geriatr Soc* 1998 Dec; 46(12): 1550-4.
- Maggioni AP, Anand I, Gottlieb SO, Latini R, Tognoni G, Cohn JN, Val-HeFT Investigators (Valsartan Heart Failure Trial). Effects of valsartan on morbidity and mortality in patients with heart failure not receiving angiotensin-converting enzyme inhibitors. *J Am Coll Cardiol* 2002, 40(8): 1414-21.
- Granger BB, Swedberg K, Ekman I, Granger CB, Olofsson B, McMurray JJ, Yusuf S, Michelson EL, Pfeffer MA, CHARM investigators. Adherence to candesartan and placebo and outcomes in chronic heart failure in the CHARM programme: double-blind, randomised, controlled clinical trial. *Lancet* 2005, 366(9502): 2005-11.
- Pitt B, Zannad F, Remme WJ, Cody R, Castaigne A, Perez A, Palensky J, Wites J. The effect of spironolactone on morbidity and mortality in patients with severe heart failure. Randomized Aldactone Evaluation Study Investigators. *N Engl J Med* 1999; 341(10): 753-5.
- Svensson M, Gustafsson F, Galatius S, Hildebrandt PR, Atar D. How prevalent is hyperkalemia and renal dysfunction during treatment with spironolactone in patients with congestive heart failure? *J Card Fail* 2004, 10(4): 297-303.
- Packer M, Bristow MR, Cohn JN, et al. For the Carvedilol Heart Failure Study Group. The effect of carvedilol on morbidity and mortality in patients with chronic heart failure. *N Engl J Med*, 1996, 334: 1349-55.
- CIBIS Investigators and Committees. The Cardiac Insufficiency Bisoprolol Study II (CIBIS II). *Lancet*, 1999, 353: 9-13.
- MERIT-HF Study Group. Effect of Metoprolol CR/XL in Chronic Heart Failure. Metoprolol CR/XL Randomised Intervention Trial in Congestive Heart Failure. *Lancet* 1999, 353: 2001-7.
- Flather MD, Shibata MC, Coats AJ, Van Veldhuisen DJ, Parkhomenko A, Borbola J, Cohen-Solal A, Dumitrascu D, Ferrari R, Lechat P, Soler-Soler J, Tavazzi L, Spinarova L, Toman J, Bohm M, Anker SD, Thompson SG, Poole-Wilson PA, SENIORS Investigators. Randomized trial to determine the effect of nebivolol on mortality and cardiovascular hospital admission in elderly patients with heart failure (SENIORS). *Eur Heart J* 2005, 26(3): 215-25.
- Shibata MC, Soneff CM, Tsuyuki RT. Utilization of evidence-based therapies for heart failure in the institutionalized elderly. *Eur J Heart Fail* 2005, 7(7): 1122-5.
- The Digitalis Investigation Group: The effect of digoxin on mortality and morbidity in patients with heart failure. *N Engl J Med* 1997, 336: 525-533.
- Gambassi G, Forman DE, Lapane KL, Mor V, Sgadari A, Lipsitz LA, Bernabei R. Management of heart failure among very old persons living in long-term care: has the voice of trials spread? The SAGE Study Group. *Am Heart J* 2000, 139(1 Pt 1): 85-93.
- V-HeFT I. Cohn JN, Archibald DG, Ziesche S, et al. Effects of vasodilator therapy on mortality in chronic congestive heart failure. *N Engl J Med* 1986, 314: 1547-1552.

SÚKL UPOZORŇUJE: PIOGLITAZON A RIZIKO KOSTNÍCH FRAKTUR U ŽEN

V návaznosti na zjištění zvýšeného rizika kostních fraktur u žen léčených rosiglitazonem ve studii ADOPT (FI 4/2007) proběhlo hodnocení tohoto rizika i pro látku pioglitazon. Pioglitazon je příbuzná látka s rosiglitazonem, obě patří mezi perorální antidiabetika – thiazolidindiony.

V ČR jsou registrovány přípravky Actos a Glustin s obsahem pioglitazonu a kombinované přípravky s metforminem resp. glimepiridem – Competact resp. Tandemact. V současné době je na českém trhu pouze přípravek Actos.

Při hodnocení údajů z klinických studií s pioglitazonem bylo zjištěno, že celkově ve všech studiích se vyskytly fraktury u žen s incidencí 19,0 na 1000 pacientů léčených 1 rok, zatímco u léčených komparátorem byla incidence fraktur 11,4 na 1000 pacientů léčených 1 rok. Při samostatném hodnocení studie PROactive byl zjištěn výskyt fraktur 5,1 % u žen léčených pioglitazonem a 2,5 % při léčbě komparátorem. U mužů byl výskyt fraktur srovnatelný ve skupině léčených pioglitazonem i komparátorem. Obdobně jako u rosiglitazonu, i fraktury u léčených pioglitazonem postihovaly především kosti horních a dolních končetin.

Firma Eli Lilly rozešle během dubna diabetologům informativní dopis, upozorňující na toto riziko. Další hodnocení tohoto rizika i mechanismu jeho účinku nadále probíhá na celoevropské úrovni.

Zjištění zvýšeného rizika kostních fraktur u žen léčených pioglitazonem není v současné době důvodem k nutnosti změny léčby. Doporučujeme však lékařům, aby na toto

možné riziko pamatovali a dbali na kontrolu a zajištění dobrého stavu kostí pacientek.

Prosíme lékaře, aby nahlásili zjištění kostních fraktur u pacientů léčených thiazolidindiony nebo podezření na jakékoli jiné nežádoucí účinky na formuláři CIOMS (ke stažení na www.sukl.cz v oddíle Vybrané informace na webu SÚKL). Adresa pro zaslání: SÚKL, Šrobárova 48, 100 41, Praha 10, nebo faxem na číslo 272 185 816.

INFORMACE O OČKOVÁNÍ PROTI KLÍŠŤOVÉ ENCEFALITIDĚ

Při očkování (vakcinaci) proti klíšťové encefalitidě je pro vytvoření dostatečné imunitní odpovědi vhodné dodržet doporučené schéma podání jednotlivých dávek vakcín: tři dávky vakcín v intervalu 1-3 měsíce mezi první a druhou dávkou a 5 - 12 měsíců (FSME-IMMUN), resp. 9 - 12 měsíců (Encepur) mezi druhou a třetí dávkou. Není-li možné interval dodržet, např. z důvodu kontraindikace, je nutno aplikovat druhou a třetí dávku v nejbližším možném intervalu a nejdříve za 4 týdny po podání třetí dávky stanovit hladinu specifických protilátek v séru očkování. Při nedostatečné protilátkové odpovědi je nutno aplikovat ještě čtvrtou dávku vakcín.

Pro očkování a rychlou imunizaci je možné využít tzv. zrychlených schémat imunizace; pro FSME-Immun je možné tak interval mezi první a druhou dávkou zkrátit na 14 dní. U vakcín Encepur pro děti nebo pro dospělé je zrychlené schéma tvořeno třemi dávkami aplikovanými v den-0, den-7 a den-21. Avšak v případě, že není možno zaručit aplikaci všech dávek, např. z důvodu nedostatku vakcín, není vhodné zrychlené schéma imunizace zahajovat.

Bez ohledu na aplikované schéma ochrana proti infekci nastupuje za 14 dní po aplikaci druhé dávky vakcín.

Zahájení vakcinace je nejvhodnější v období, kdy nedochází k přenosu onemocnění klíšťaty. Není-li to možné, je nutno vyloučit riziko přímého kontaktu s klíšťaty v přírodě. Dojde-li přesto k přísátí klíšťete před podáním druhé dávky, je nutné vyčkat po inkubační dobu klíšťové encefalidity, a to nejméně 14 dnů. Pokud nedojde k projevům onemocnění, je možné druhou dávku vakcín aplikovat.

V ČR jsou registrovány vakcín FSME-IMMUN (pro dospělé: FSME-IMMUN 0,5 ml Baxter; pro děti: FSME-IMMUN 0,25 ml), výrobce Baxter AG, Rakousko a Encepur pro dospělé, Encepur pro děti, výrobce Novartis Vaccines GmbH & KG, Německo. Vzhledem ke shodné účinnosti obou vakcín, lze v případě potřeby vakcín v rámci očkovacího schématu zaměnit.

Použité zdroje:

Beran J, Havlík J, Vonka V. Očkování, minulost, přítomnost, budoucnost, Galén 2005

MUDr. Jitka Škovránková: www.ockovanideti/pro-lekare.cz
Souhrn údajů o přípravku FSME-IMMUN, Encepur

SDĚLENÍ SÚKL O DOVOZU VAKCÍNY ENCEPUR PRO DOSPĚLÉ

Na základě žádosti držitele rozhodnutí o registraci **CHIRON BEHRING GmbH & Co. KG, Marburg, Německo** o povolení uvedení šarže na trh v cizojazyčném obalu povolil SÚKL dne 24. 4. 2007 dovoz léčivého přípravku (vakcín) **ENCEPUR pro dospělé, inj. sus., reg. č. 59/682/93-C**, velikost balení **1 x 0,5 ml**, č. šarže **068011A**, v množství 45 450 balení v anglicko-ruském obalu. Léčivý přípravek **ENCEPUR pro dospělé** je obchodován pod názvem **ENCEPUR ADULTS**. V České republice bude dovážen přípravek **ENCEPUR ADULTS** pro

usnadnění orientace zdravotníků a pacientů na vnějším obalu opatřen přelepku **ENCEPUR pro dospělé** a českým registračním číslem. Vnitřní obal, který je pouze v ruském jazyce, nebude přeznačen. Držitel rozhodnutí o registraci **CHIRON BEHRING GmbH & Co. KG, Marburg, Německo** se zavázal, že společně s přípravkem budou dodávány do lékáren i schválené příbalové informace odpovídající přípravku **ENCEPUR pro dospělé** v českém jazyce.

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. Skarmitzla 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 Alušíková, CSc.

Oborní redaktori: 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. Lyrer, Sante; MUDr. B. Seifert, praktický lékař; MUDr. H. Skalická, CSc., soukromý kardiolog; 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 stránce SÚKL (www.sukl.cz).



ISSN 1211 - 0647
MK ČR E 7101

Lisabon hostil Evropské forum lékařských asociací a WHO

Foto: Milan Kubek



Fórum evropských lékařů se sešlo v lisabonském areálu Expo 98

Portugalské hlavní město Lisabon hostilo 20. a 21. dubna nejreprezentativnější forum evropských lékařů. Na společném zasedání se sešli nejenom prezidenti lékařských komor členských států EU, ale i zástupci lékařů všech ostatních evropských států a zemí kulturně s Evropou spjatých, jako např. Izraele, aby společně s vedením Světové zdravotnické organizace (WHO) jednali o jedné z největších výzev pro 21. století – o migraci ve zdravotnictví. Význam zasedání podtrhla účast zástupců Evropské komise i portugalské vlády, která považuje problém migrace za hlavní téma portugalského předsednictví Evropské unii v druhém polovině letošního roku.

Předseda Evropské komise J. M. Barosso ve svém úvodním projevu zdůraznil význam solidarity jako jednoho ze základních pilířů evropské civilizace. Upozornil zejména nové členské státy EU, že si nesmějí rozbít svůj fungující sociální systém a zdravotnictví. **Varoval před sociálním dumpingem** a možností, že by Evropa měla soutěžit s Čínou či Indií levností své pracovní síly, označil za poštilost.

Barosso zdůraznil, že ačkoliv právo na volný pohyb zdravotníků a pacientů nelze z principiálních důvodů omezovat, **nesmíme zavírat oči před rizikem vzniku tzv. zdravotní pouště v chudších státech EU, odkud odchází kvalifikovaní zdravotníci za prací do zahraničí.** Bohatší členové EU nechtějí parazitovat tím, že by odtud odsávaly kvalifikované pracovní síly. Evropská komise se snaží napomáhat zlepšování situace v nových člen-

ských státech, aby postupně došlo k vyrovnání sociálních rozdílů mezi regiony Unie.

Na závěr svého vystoupení shrnul, že zdravý životní styl spolu s kvalitou životního a pracovního prostředí a úrovní lékařské péče vytváří základní podmínky nejenom pro delší, ale hlavně plnohodnotný život Evropanů. Toto je podle jeho slov evropský sen, který do EU přitahuje 20 % veškerých světových migrantů. A Evropská unie se musí vyrovnat s tím, že 25 milionů imigrantů v současnosti tvoří již 5,5 % její populace, i s tím, že toto číslo poroste.

Ředitel úřadu WHO pro Evropu M. Danzon hovořil o tom, že otvírání hranic přináší nejenom výhody, ale i globalizaci zdravotních problémů a rizik. V současnosti, kdy nás nechrání žádná izolace, musí podle jeho slov i Evropany znepokojovat neutěšená situace v rozvojových zemích,



Předseda Evropské komise J. M. Barosso

kdy například v Africe, jejíž obyvatelé trpí 25 % světových nemocí, se o jejich zdraví stará pouhých 1,3 % zdravotníků a miliony lidí vinou jejich špatné distribuce nemají přístup vůbec k žádné lékařské péči.

Největší zkušenosti s migrací lékařů mají Velká Británie, kde třetina lékařů získala svoje vzdělání v zahraničí, nebo Izrael, který během sedmi let po rozpadu Sovětského svazu akceptoval 14 800 lékařů z jeho bývalých zemí, a tímto způsobem skokově zdvojnásobil počet svých lékařů. Součástí zajímavé prezentace Marburského svazu ilustrující situaci v Německu, kam směřují i stovky lékařů z České republiky, by si zasloužila samostatný článek.

MUDr. Milan Kubek

Migrace lékařů v Německu



Marburger Bund (Odborová asociace německých nemocničních lékařů založená v roce 1947 v Marburgu) sdružuje v současnosti 110 000 členů (74 procent) z celkového počtu 148 300 lékařů

zaměstnaných v nemocnicích v Německu.

V Německu pracuje 311 200 lékařů, z toho 48 % jako zaměstnanci v nemocnicích. Celkem evidujeme 4600 nezaměstnaných lékařů. Naproti tomu německé nemocnice nabízejí 3200 volných pracovních míst pro lékaře.

Němečtí lékaři stárnou. Zatímco v roce 1993 byl průměrný věk lékaře zaměstnance v nemocnici 38 let, v roce 2006 již 41 let. Ještě více za stejných 13 let zestárlí smluvní lékaři zdravotních pojišťoven, a to z 46,6 na 51,1 let, tedy o čtyři a půl roku.

V Německu pracuje 11 500 lékařů cizinců. Z tohoto počtu je 8100 zaměstnáno v nemocnicích a 2300 provozuje soukromou praxi. Mezi cizinci nalezneme 7000 občanů

EU a 4500 lékařů pochází ze států mimo Evropskou unii.

V roce 2006 rostly nejrychleji komunity lékařů pocházejících ze Slovenska (+ 26 %), z Rakouska (+ 13 %) a z České republiky (+ 10 %).

V zahraničí v současnosti pracuje více než 12 000 německých lékařů. Nejvíce ve Velké Británii (4140) a ve Švýcarsku (2570). Dalšími populárními destinacemi jsou Švédsko, Dánsko, Norsko, Nizozemsko a mimo Evropu pak pochopitelně USA, ale i Austrálie.

Německo se nově dostává do pozice státu, odkud větší počet lékařů odchází za většími výdělky a lepšími pracovními podmínkami do zahraničí, než kolik cizinců za práci přichází. Tento trend je pro společnost velmi nevýhodný, neboť **studium jednoho lékaře v Německu stojí stát 200 000 eur.**

Marburger Bund nejenom bojuje za lepší pracovní podmínky pro lékaře v německých nemocnicích, ale snaží se i bránit tomu, aby lékaři přicházející z chudších zemí zde nepracovali za dumpingové mzdy. Aby tomu tak nebylo, uzavřel MB před několika lety s LOK a v loňském roce i s odbory sloven-

Země původu pracujících v Německu	Počet lékařů
Rusko	1 304
Rakousko	1 251
Řecko	1 202
Turecko	745
Ukrajina	614
Rumunsko	593
Itálie	567
Nizozemsko	438
Slovensko	351
Bulharsko	333
Francie	308
Španělsko	268
Srbsko	260
Maďarsko	254
Česko	238

ských lékařů – LOZ smlouvy o tom, že členové těchto odborových organizací se stávají bezplatně půl roku členy Marburger Bundu a mají nárok na jeho ochranu a právní pomoc v případě uzavírání pracovní smlouvy v některé z německých nemocnic.

*Dr. Frank Ulrich Montgomery
prezident Marburger Bund*

Brána do vzdělanější společnosti

Již více než 5000 lékařů si mělo možnost vyzkoušet nový alternativní způsob vzdělávání, který více než rok nabízí elektronická univerzita EUNI. Tento počet je možná pro někoho překvapující, protože až doposud bylo jediným motivem, proč lékaři na EUNI vstupovali, studium. Pro zasvěcené to naopak překvapením není, neboť EUNI je svou odbornou úrovní přesvědčila o tom, že tento způsob vzdělávání má svou budoucnost a že zde lze nalézt mnoho zajímavých informací, které mohou lékaři pomoci v jeho každodenní praxi. Nyní mají lékaři ještě o důvod navíc, proč studovat na portálu EUNI. Představenstvo České lékařské komory totiž na svém dubnovém zasedání rozhodlo o přidělení akreditace tomuto projektu na kontinuální vzdělávání lékařů, a tak lékaři nyní mohou získávat kredity i touto „elektronickou“ cestou.

Elektronické vzdělávání s sebou přináší řadu výhod. Tou hlavní je bezesporu skutečnost, že se můžete vzdělávat kdykoliv, kdekoliv a v čemkoliv. Internet vám totiž neutече a můžete se ke studiu vrátit, až na něj budete mít opět čas. EUNI je vám k dispozici 24 hodin denně sedm dní v týdnu. Nikdo vás nebude do studia nutit. Pokud se vám téma

nelíbí, vyberete si jiné. Na EUNI je v současné době k dispozici 27 vzdělávacích témat z různých lékařských oborů. Každý obor má svého garanta, který je předním odborníkem na danou specializaci v České republice. Většina garantů pochází z 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně, které jsou hlavními edukačními partnery tohoto projektu.



Strukturu jednotlivých vzdělávacích témat tvoří odborné review, které je doplněno hypertextovými odkazy a případně propojeno i s dalšími lekci, čímž vzniká „nekonečná učebnice“. Dále zde naleznete přednášku, která je kompletně ozvučena komentářem autora lekce, což ocení zejména ti lékaři nebo možná spíše lékařky, které tak mohou poslouchat přednášku a zároveň vykonávat i jinou práci. Získané znalosti z odborného review a přednášky si pak můžete cvičně ověřit na sadě edukačních otázek a kazuistik, u kterých

je vám k dispozici i vysvětlení správné odpovědi. Po ověření znalostí se můžete vrátit ke studiu, požádat autora o pomoc v modulu konzultace a případně se pustit do zkuškového testu, za jehož úspěšné absolvování vám bude připsáno osm kreditů do kontinuálního vzdělávání ČLK a zároveň e-mailem obdržíte potvrzení o získání těchto kreditů. Pokud se vám zkuškový test nepodaří úspěšně složit na první pokus, máte k dispozici ještě dva opravné termíny.

Jestliže jste již v minulosti absolvovali na EUNI nějaký zkuškový test nebo testy, ať již úspěšně, nebo neúspěšně, o možnost získat kredity nepřijedete. Výsledky všech testů byly anulovány, a můžete tak složit zkuškový test znovu.

Pokud ještě nevíte, jak začít studovat na elektronické univerzitě EUNI, máme pro vás jednoduchý návod. Zapněte počítač. Připojte se k internetu. Jděte na adresu www.euni.cz. Klikněte vpravo nahoře na odkaz „Zaregistrovat se“, čímž se vám otevře registrační formulář, po jehož vyplnění a odeslání vám budou na váš e-mail doručeny přihlašovací údaje. Poté se s použitím těchto přihlašovacích údajů přihlásíte a můžete využívat všech výhod studia na EUNI, které je zcela ZDARMA.

Aprílový zákon platí už deset let

Prvního dubna 2007 uplynulo deset let od přijetí zákona o veřejném zdravotním pojištění č. 48/1997 Sb. Byl přijat s tím, že jeho časová působnost bude omezena pouze do 30. 6. 1998 a poté bude přijat nový, kvalitnější zákon. Ale zákon č. 48/1997 Sb. platí dodnes. Byl to tedy patrně apríl...

Proč byl přijímán nový zákon o veřejném zdravotním pojištění



Dne 10. 7. 1996 přijal Ústavní soud České republiky nálezu, který byl publikován ve Sbírce zákonů pod číslem 206/1996 Sb. Jednalo se o rozhodnutí, kterým ústavní soud zrušil některá ustanovení zákona

o péči o zdraví lidu a zákona o všeobecném zdravotním pojištění a nařízení vlády č. 216/1992 Sb. – tzv. Zdravotní řád. Důvodem pro zrušení částí zákonů a podzákoných právních předpisů byl rozpor s článkem 31 Listiny základních práv a svobod, který stanoví, že občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon. Ústavní soud konstatoval, že jestliže podmínky, za kterých je poskytována zdravotní péče, mohou být upraveny pouze zákonem, je nezbytné, aby i rozsah a způsob jejich poskytování byl vymezen právním předpisem síly zákona a nikoliv podzákonným právním předpisem. Vykonatelnost tohoto nálezu byla odložena k 1. 4. 1997, aby parlament získal časový prostor k přijetí nové zákonné úpravy veřejného zdravotního pojištění.

Zákon č. 48/1997 Sb. nabyl účinnosti 1. 4. 1997 a měl pozbyt účinnosti 30. 6. 1998, když v mezidobí měla být přijata nová právní úprava veřejného zdravotního pojištění. Zákodárce sám si byl tedy vědom nekvality zákona, a proto jej časově omezil. Účinnost zákona však byla naopak opakovaně prodloužována, až ustanovení o dočasné účinnosti zákona č. 48/1997 Sb. zcela zmizelo.

Rozsah hrazené péče není v přílohách zákona stanoven zcela jasně

Zákon o veřejném zdravotním pojištění stanoví, že ze zdravotního pojištění se nehradí nebo se hradí jen za určitých podmínek zdravotní výkony uvedené v příloze č. 1 tohoto zákona, dále se nehradí výkony akupunktury

a hradí se jen za určitých podmínek zdravotní péče v souvislosti s mimotělním oplodněním. Pokud jde o zdravotní výkony, zákon tedy ve své příloze č. 1 obsahuje tzv. negativní vymezení, tedy přesný výčet zdravotních výkonů, které nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění a které si tedy hradí pojištěnec sám. Na tomto místě se nebudu zabývat přílohou č. 2, která řeší problematiku léčivých přípravků, přílohou č. 3, která řeší problematiku prostředků zdravotnické techniky, ani přílohou č. 4, která řeší problematiku úhrady stomatologických výrobků.

Zůstaneme-li tedy pouze u zdravotních výkonů, máme zde v příloze zákona negativní výčet toho, co není hrazeno ze zdravotního pojištění a kde lze požadovat plnou úhradu od pojištěnce. Různé zdravotní výkony mohou však být prováděny různými způsoby, více či méně pro pacienta komfortními a také více či méně ekonomicky náročnými prostředky zdravotnické zařízení. Příkladem může být výkon cystoskopie, kdy jeho provedení klasickým způsobem je pro pacienta poměrně nepříjemné, lze jej však provést novým způsobem, pro pacienta podstatně komfortnějším, ale pro zdravotnické zařízení podstatně nákladnějším.

Takových výkonů by bylo jistě mnoho z jednotlivých lékařských odborností vyjmenovat celou řadu. Zákon přitom neřeší, který výkon je plně hrazen ze zdravotního pojištění, a pokud pojištěnec požaduje, aby mu byl výkon proveden pro zdravotnické zařízení nákladnějším a pro něho komfortnějším způsobem, zda a v jaké výši může zdravotnické zařízení požadovat od pojištěnce úhradu rozdílu mezi jedním a druhým způsobem provedení výkonu.

Jistý ústavně konformní náhled dává nálezu ústavního soudu Pl. ÚS 14/02 zveřejněný ve sbírce zákonů pod č. 207/2003 Sb. Z tohoto nálezu alespoň vyplývá, že pokud pojištěnec požaduje, aby mu zdravotnické zařízení poskytlo zdravotní péči nadstandardním způsobem, jakým se obvykle neposkytuje a nehradí, a zdravotnické zařízení je schopno a ochotno na jeho žádost mu nadstandardní péči poskytnout, nejde o porušení zákona, a to ani o porušení tzv. paragrafu poslankyně Fišerové. Přesto se dosud objevují názory, že není jasně dáno, co je standard a co je nadstandard, a proto by si pacient neměl připlácet na žádné zdravotní výkony, neboť všechny jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění s výjimkou těch, které jsou taxa-

tivně uvedeny v příloze č. 1 zákona. Bylo by proto velmi žádoucí do zákona zakotvit, že plně hrazený zdravotní výkon je v nejlevnějším možném provedení a za provedení nákladnějším způsobem, na žádost pojištěnce, lze požadovat úhradu ve výši rozdílu mezi nejlevnějším možným provedením výkonu a požadovaným komfortnějším a finančně náročnějším provedením výkonu. To v zákoně dosud chybí.

Existenční nejistota nestátních zdravotnických zařízení

Za situace, kdy je uzavírána smlouva mezi nestátním zdravotnickým zařízením a zdravotní pojišťovnou na dobu určitou a po skončení smlouveného období, není zřejmé, zda smluvní vztah bude, či nebude pokračovat, řada soukromých lékařů právem trpí pocitem existenční nejistoty. Bylo by jistě naprosto legitimní, pokud by soukromý lékař zkrachoval, protože od něho na základě svobodné volby odešli pojištěnci k jinému, lépe pracujícímu soukromému lékaři. Není však rozhodně správné, pokud o tom, zda může soukromý lékař pokračovat ve své praxi, rozhoduje bez jakýchkoli zákonem stanovených kritérií úředník zdravotní pojišťovny. V minulém roce některé menší zdravotní pojišťovny bez dalšího neprodloužily smluvní vztah s některými, dosud smluvními zdravotnickými zařízeními, s jinými tento smluvní vztah prodloužily, aniž musely zdůvodňovat, proč tak činí.

Toto prostředí je zcela netransparentní a dává velký prostor ke korupci. Rozumné a nekorupční by naopak bylo, pokud by smluvní vztah mezi soukromým lékařem a zdravotní pojišťovnou byl trvalý a bylo jej možno ukončit z přesně definovaných důvodů. Za současného stavu se, jak vím z vlastní zkušenosti, soukromí lékaři obávají vést jakékoli soudní spory se zdravotními pojišťovnami, protože by po skončení období, na které je smlouva uzavřena, mohli být za to, že se soudili se zdravotní pojišťovnou, „potrestáni“ ukončením, resp. neprodloužením, smluvního vztahu. A to je lépe si dobře rozmyslet, zejména u monopolní zdravotní pojišťovny. Řešením by byl trvalý smluvní vztah smluvních zdravotnických zařízení a zdravotních pojišťoven. Zákon, který jej zakotvil, byl však bohužel před rokem vetován prezidentem.

tem republiky, a to ze zcela jiných důvodů (kancléř pana prezidenta se při jednání s vedením ČLK vyjádřil, že s trvalým smluvním vztahem by pan prezident rozhodně souhlasil – nesouhlasil však s nově navrženým zastupováním poskytovatelů zdravotní péče v dohodovacích řízeních).

Prodej, darování a dědění nestátních zdravotnických zařízení

Je nepochybné, že nestátní zdravotnické zařízení je soukromým majetkem a soukromý majetek lze prodat, darovat nebo dědit. Zcela paradoxně to však u lékařských praxí provozovaných soukromým lékařem jako fyzickou osobou neplatí. Soukromý lékař může samozřejmě prodat vybavení své ordinace, popřípadě i nemovitost, ve které svou ordinaci provozuje, je-li jeho vlastnictvím, ale podle výkladu, ze kterého vychází zdravotní pojišťovny, nemůže bez výběrového řízení převést smluvní vztah se zdravotními pojišťovnami na kupujícího (obdarovaného, dědice). Naproti tomu, je-li provozovatelem nestátního zdravotnického zařízení právnická osoba (může to být například i jeden soukromý lékař, který provozuje praxi například jako s.r.o.), není problém tuto právnickou osobu i se smlouvami se zdravotními pojišťovnami prodat, darovat nebo i dědit. To je paradox, který se za deset let nepodařilo ze zákona odstranit. Přitom napříč politickým spektrem je vždy ze strany politiků konstatováno, že je třeba umožnit prodej, dědění a darování soukromých lékařských praxí, včetně smluv se zdravotními pojišťovnami.

Komplikovanost a nezávaznost výběrových řízení

Výběrová řízení a podmínky, za kterých lze vstoupit do sítě smluvních zdravotnických zařízení zdravotních pojišťoven, jsou zákonem stanovena velmi komplikovaně. Ve výběrové komisi zasedá, jde-li o ambulantní péči, zástupce příslušného krajského úřadu, zástupce příslušné zdravotní pojišťovny, zástupce příslušné profesní organizace a odborník pro druh zdravotní péče, která má být zdravotnickým zařízením poskytována. Komisi zřizuje vyhlášovatel výběrového řízení, kterým je u ambulantní zdravotní péče krajský úřad. Krajský úřad tak rozhodne i o tom, který odborník bude členem výběrové komise, čímž má ve výběrové komisi již dvě ze čtyř míst. Přitom paradoxně se může o smlouvu se zdravotními pojišťovnami ucházet nestátní zdravotnické zařízení, jehož vlastníkem je právě kraj.

Výběrová komise však stanoví pouze pořadí uchazečů a další stanovisko k výsledku výběrového řízení zaujímá sám vyhlášovatel výběrového řízení, přičemž zdravotní pojišťovna „přihlíží k výsledkům výběrového řízení a stanoviskům vyhlášovatele při uzavírání smluv o poskytování a úhradě zdravotní péče. Výsledek výběrového řízení a stanovisko vyhlášovatele nezakládají právo na uzavření smlouvy se zdravotní pojišťovnou“. V konečné fázi tedy rozhodne úředník zdravotní pojišťovny libovolně, bez ohledu na stanovisko komise.

Česká lékařská komora v minulosti navrhovala a bude i v rámci připravované novely zákona prosazovat, aby odborníka pro daný druh zdravotní péče ve výběrové komisi nejmenoval krajský úřad, ale příslušná odborná společnost a aby výsledek výběrového řízení byl pro zdravotní pojišťovny i vyhlášovatele výběrového řízení závazným.

Lege artis a regulace

Podle platných právních předpisů i podle smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče vycházející z rámcové smlouvy je na jedné straně zdravotnické zařízení povinno poskytovat zdravotní péči na úrovni současných dostupných poznatků lékařské vědy, tedy lege artis, na druhé straně podléhá určitým regulacím, lékovým limitům i limitům indukované zdravotní péče, což může někdy být v rozporu s potřebou poskytovat péči lege artis. V minulosti si například někteří praktičtí lékaři pro děti a dorost stěžovali na to, jak jsou „pokutováni“ za to, že vyžadují u svých dětských pacientů z opatrnosti a snahy poskytovat péči lege artis některá komplementární vyšetření.

Do vyhlášky č. 101/2006 Sb. se České lékařské komoře podařilo prosadit tzv. vyvíňovací klauzuli, byt nikoli ideálně formulovanou. Do vyhlášky č. 619/2006 Sb. se již vyvíňovací klauzule nedostala. Právo lékaře, aby nebyl nijak finančně poškozen tehdy, kdy je nucen lege artis poskytovat zdravotní péči bez ohledu na regulace, předepisovat léky tak, aby postupoval lege artis a vyžadovat určitá vyšetření, která jsou pro náležité poskytnutí zdravotní péče nezbytná, by mělo být jasně dáno zákonem. Domnívám se však, že i v současné době by u soudu lékař s případnou žalobou proti uplatnění regulací a limitů v situaci, kdy nemohl postupovat jinak, chtěl-li postupovat lege artis, uspěl. Soukromý lékař, který je ve smluvním vztahu se zdravotní pojišťovnou, však zpravidla nebude zdravotní pojišťovnou žalovat, pokud smluvní vztah s ní bude dočasný a bez jakýchkoliv bližších kritérií bude posléze rozhodováno, zda smlouva bude, či nebude pokračovat.

Samostatnou kapitolou jsou dohodovací řízení o rámcové smlouvě. Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a výši

úhrad zdravotní péče včetně regulačních omezení. Pojednání o této problematice by bylo nad rámec možností tohoto příspěvku.

Ovládnou soukromé lékařské praxe řetězce?

Na konferenci České lékařské komory ve dnech 27. – 28. 4. 2007 v Milovech byla několikrát velmi vážně vyslovena obava, že soukromé lékařské praxe do budoucna ovládnou řetězce velkých společností, které budou konkurovat po vzoru hypermarketů soukromým lékařským praxím jednotlivců, zejména nižšími cenami za poskytnutou zdravotní péči. Nabídne-li velká společnost zdravotním pojišťovnám, že poskytne zdravotní péči ve stejném rozsahu a kvalitě (?) jako nestátní zdravotnické zařízení provozované jedním lékařem, ale levněji, než je schopen poskytnout péči tento lékař, a bude-li zdravotní pojišťovna neomezeně rozhodovat, s kým bude a s kým nebude kontraktovat, je zřejmé, jak bude patrně rozhodnuto.

Byla nastíněna otázka: lze vůbec zabránit tomu, aby v Česku byly soukromé lékařské praxe pohlceny řetězci velkých obchodních společností? Nepochybně ano! Bude-li však zákonem zakotven trvalý smluvní vztah soukromých lékařů se zdravotními pojišťovnami a možnost prodeje a dědění nestátních zdravotnických zařízení, pak k pohlcení soukromých lékařů řetězci může dojít jen tehdy, pokud tito lékaři sami dobrovolně své praxe těmto řetězcům prodají.

Není asi náhodné, že obavu z „převálcování“ soukromých lékařských praxí řetězci velkých obchodních společností poskytujících zdravotní péči mají lékaři pouze ve státech na východ od našich hranic; západoevropské a americké soukromí lékaři, s ohledem na kultivované právní a společenské prostředí v jejich zemích, tyto obavy mít nemusí.

JUDr. Jan Mach
ředitel právního oddělení ČLK





Případ podceněného krvácení

Popis podle stížnosti

Onoho večera roku 2003 nebylo otci stěžovatelky (1937) dobře, nevěčel se a šel si brzo lehnout. Okolo jedné hodiny se probudil s pocitem na zvracení. Cestou na toaletu v chodbě omdlel. Při pádu hlavou rozbil skleněnou výplň dveří a po těle se poranil o střepy. Asi po třech hodinách, chvíli před čtvrtou ranní, vzbudil manželku a zavolal záchranku. Manželka telefonovala dceři, která žije v sousedství, a ta jí řekla, ať ihned volá 155. Přestože otec již volal, kontaktovali 155 znovu. RLP přijela po druhém zavolání asi za 30 minut.

Jak dlouho byl otec v bezvědomí, si nepamatoval. Před čtyřmi lety prodělal infarkt myokardu a od té doby kromě jiných léků užívá Warfarin. Na tuto skutečnost stěžovatelka přivolaného lékaře RLP upozornila a požadovala odvoz otce do nemocnice k vyšetření. Lékař uvedl, že krev je natrávená, po injekci se otci udělá lépe. Ať zůstane ležet v klidu v posteli, nechodí, po lžičkách pije pouze černý čaj s trochou cukru. Dcera řekla, že je otec tak slabý, že se ani nepostaví na nohy, a že nezvracel zvrátky s příměsí krve, ale pouze krev, stejně jako neměl krev ve stolici, protože stolici neměl, ale vytékala z něj jenom natrávená krev. Na to lékař reagoval informací, že ráno mají předat zprávu obvodnímu lékaři, který jim poví, co dál. Manželka pacienta upozornila lékaře RLP, že obvodní lékař má dovolenou. Lékař RLP odvětil, že ho jistě někdo zastupuje. Manželka vysvětlila, že zástup je tři kilometry od nich a oni nemají auto, takže tam otce nemohou dopravit. Na to lékař reagoval, že si to mají nějak zařídit nebo že obvodní lékař má přijet k nim, že určitě pacienty navštěvuje. Dcera se zeptala, co mají dělat, bude-li otci hůř a bude znovu krvácet. Na to lékař reagoval otázkou: „A vy víte, že se mu udělá hůř?“ Odpověděla: „Ne, ale vy víte, že se mu hůř neudělá?“ A lékař reagoval: „Nevím, proto musíme počkat.“ Dcera řekla, že to do nemocnice mají 30 kilometrů, jsou bez auta, chodí do práce a má děti, které musí do školy atd. Lékař byl však neoblomný.

Asi kolem desáté hodiny se stěžovatelka přišla na otce podívat. Když zjistila, že krvácí spodem a jeho stav se nezlepšil, usoudila, že doporučený postup lékaře nestačí. Jelikož si nevěděla rady, zavolala kamarádce do nemocnice, které popsala situaci. Kamarádka se zeptala na traumatologii na doporučení a během 30 vteřin zavolala zpět a poradila jí, aby zavolala zase na tísňovou linku 155 a požadovala ihned odvoz otce do nemocnice. Na dispečinku se dcery zeptali: „Co my s tím máme dělat?“ Odpověděla, že ho mají odvézt

do nemocnice, protože z otce stále teče krev. Na to přišla odpověď: „Tak si ho tam odvezte sami, když jste mluvili s nemocnicí.“ Na reakci, že nemají auto, dostala odpověď, ať si teda zavolají sanitku. Od sousedů si půjčila auto a otce odvezla do nemocnice na Emergency, kde na ně již čekali.

Další průběh

Pacient byl přijat na JIP interní kliniky. Prvním vyšetřením per rektum byla prokázána meléna. Další vyšetření zjistila žaludeční vřed a byla mu nasazena adekvátní terapie. Z propouštěcí zprávy vyplývá, že byl hospitalizován pro melénu a hematemu při krvácícím prepylorickém vředu, klasifikovaném při gastrokopickém nálezu jako Forrest II. c, zjištěna posthemoragická anémie. Z dalších závažných dg. uvedena arteriální hypertenze, diabetes melitus na dietě, ICHS a st. p. IM přední stěny.

Dcera sepsala stížnost, kterou odeslala zdravotnímu radovi na krajský úřad a na vědomí řediteli ÚSZS a prezidentovi ČLK.

Vyjádření krajského úřadu

Krajský úřad požádal primářku ARO krajské nemocnice o odborné stanovisko, z něhož zdravotní rada cituje v odpovědi stěžovatelce:

Hlavní problém byl v komunikaci lékaře RLP s příbuznými pacienta. Lékař nebyl schopen vhodným a dostatečným způsobem vysvětlit tíži zdravotního stavu a obhájit svůj postup. Pacient měl být vzhledem k dříve prodělaným onemocněním, trvalé léčbě protisrážlivými preparáty a kolapsovému stavu převezzen do nemocnice ke gastrokopickému vyšetření. Postup lékaře byl ovlivněn stavem nemocného na místě, který byl při vědomí, nejevil známky dehydratace a krvetní ztráty, byl oběhově kompenzován a lékař nezastihl krvácení a neviděl důvod k okamžitému převozu. Podle údajů ve zdravotnické dokumentaci nešlo o krvácení, které by pacienta ohrožovalo na životě. V nemocnici byl prokázán žaludeční vřed. Rozhodnutí lékaře pacienta nepoškodilo.

Postup disciplinárních orgánů

Stížnost projednala revizní komise OS ČLK a navrhla disciplinární řízení. Senát Čestné rady OS ČLK lékaře uznal vinným a uložil mu důtku. Svůj postup zdůvodnil následovně:

Lékař při vyšetření a ošetření pacienta nepostupoval zcela lege artis. Dostatečně nezvažil údaje nemocného o krvácení ze zažvacího traktu, přestože nemocný byl soustavně léčen

Warfarinem. Přes objektivní uspokojivý stav pacienta nebylo možné vyloučit další závažnější krvácení. Lékař neuzal v úvahu vzdálenost místa bydliště pacienta od nejbližší nemocnice a to, že v případě závažného krvácení by nebylo možné včas dopravit pacienta do nemocnice. Komunikace lékaře s příbuznými pacienta nebyla na dostatečné úrovni.

Vzhledem k tomu, že naštěstí nedošlo k podstatnému zhoršení stavu a poškození zdraví pacienta, nedala Čestná rada OS ČLK návrh na přísnější potrestání a udělila lékaři napomenutí (důtku), aby příště lépe zvažil své rozhodnutí ponechat pacienta v domácí péči a uvážil i možnosti těžkého krvácení při léčbě protisrážlivými preparáty.

Lékař podal odvolání proti rozsudku. Stížnost považuje za snůšku polopravd, zkreslených informací, naprostých lží od osoby emocionálně nevyrovnané s hysteriformním jednáním ve vypjaté pro ni situaci. Popis události uvedený ve stížnosti se nezakládá na reálně pravdivém podkladě, stěžovatelka nemohla situaci objektivně zhodnotit, jelikož nemá adekvátní odborné vzdělání. Na pacientovi v průběhu vyšetření neshledal žádnou závažnou poruchu zdraví, žádné známky krvácení na pacientovi, ani v bytě a ani anamnestické údaje od pacienta pro ni nesvědčily. Údaje, že z otce tekla krev horem dolem, jsou z oblasti lží. Cituje pasáže z posudku primářky ARO. Problém v komunikaci s pacientem neměl žádný. Rodina byla náležitě v dostatečném rozsahu poučena o dalším postupu, ale ani jednu možnost nevyužila. Není si vědom žádného provinění proti své povinnosti vykonávat lékařské povolání odborně a v souladu s jeho etikou.

Znalecký posudek

Čestná rada ČLK požádala Vědeckou radu ČLK o vypracování odborného posudku, který vypracovali tři znalci v oboru urgentní medicína a medicína katastrof. Podrobně prostudovali celý případ včetně zdravotní dokumentace. Zabývali se i postupem operátorky zdravotnického operačního střediska a ZZS (dojezd k případu atd.). Z posudku vyjímám části týkající se lékaře.

K vyjádření krajského úřadu

Autorka posudku, který byl podkladem k předchozímu hodnocení případu a k vyjádření krajského úřadu, si ve vyjádření sama odporuje. Nejdříve tvrdí, že pacient měl být převezzen do nemocnice k vyšetření (neodeslání pacienta k navazujícímu vyšetření a pozdní předání do péče odborníků je postup non lege artis), ale pak uvádí, že lékař neviděl důvod k okamžitému převozu. Ani

další tvrzení, že podle zdravotnické dokumentace nešlo o krvácení, které by pacienta ohrožovalo na životě (byl prokázán nekrvácující žaludeční vřed), a že rozhodnutí lékaře pacienta nepoškodilo, nelze akceptovat.

Odborné stanovisko znalců a závěr

Klasifikace podle J. A. H. Forresta (1974) je klasifikace aktivity krvácení do GIT. Pakliže gastrokopický nálezný druhý den po příhodě (akutním masivním krvácením – odhad dle výsledků a zkušenosti nejméně 1000 až 1500 ml krve) hodnotí aktivitu krvácení jako Forrest II. c, znamená to neaktivní krvácení s viditelnou cévou v lézi a koagulem, což potvrzuje, že krvácení bylo.

Metodický pokyn k péči o pacienty s krvácením do HČTT uvádí, že pacienti krvácící s tachykardií jsou hospitalizováni na JIP a poté vyšetřeni gastrokopicky, pacienti krvácící s normálními hodnotami TK a P jsou endoskopováni ihned. Dále uvádí, že krvácení do GIT patří mezi nejzávažnější příhody, které ohrožují život postiženého a jsou posuzovány jako náhlá příhoda břišní vyžadující okamžitou hospitalizaci a vyšetření, protože je stále zatížena vysokou úmrtností.

Doporučený postup pro praktické lékaře při krvácení do HČTT uvádí:

- *Krvácení do horních částí trávicí trubice je nutně vždy považovat za život ohrožující a z toho musí vyplývat postupy v diagnostice a léčbě.*

- *Okamžitě vyšetření a zajištění adekvátního a bezpečného transportu.*

- *Rychlé akutní odborné vyšetření musí co nejrychleji následovat, onemocnění nelze řešit ambulantně.*

- *Klíčová úloha spočívá v dostatečném docištění údajů získaných od pacienta nebo jeho doprovodu.*

- *Definitivní stanovení diagnostiky je výsledkem několika odborných vyšetření chirurga, gastroenterologa a radiodiagnostika.*

- *Základem je anamnéza, klinické vyšetření, zhodnocení parametrů oběhu, spočítání pulsu, změření tlaku, pohled na jazyk a do dutiny ústní, vyšetření břicha a per rektum, přidat se může i zhodnocení zvratků, pokud k nim je přístup.*

- *Letalita u krvácení ze žaludečního vředu je 20 až 40 % a představuje 80 až 85 % krvácení do GIT.*

- *Krvácení je většinou akutní s rychlými a velkými krevními ztrátami a okamžitou odezvou na stav organismu nebo silné krátké krvácení.*

- *Diagnostiku je možné postavit na údajích vyplývajících z anamnézy a z jasných klinických příznaků.*

- *Je nezbytně nutné věnovat plnou pozornost všem údajům svědčícím pro krvácení, i kdyby se potom zjistilo, že o žádné krvácení nešlo. Krvácení do trávicí trubice je natolik nebezpečná komplikace většinou závažného onemocnění, které se nesmí nikdy podcenit.*

- *Projevy organismu jsou patrné až při ztrátě krve nad 1000 ml.*

- *Vyšetření per rektum je bezpodmínečně nutné u každého krvácení do GIT. Opomenutí tohoto vyšetření je nutně považovat za vyšetření non lege artis.*

- *Nepodávat nic per os.*

- *Zajistit šetrný převoz na pracoviště s možností urgentní endoskopie vozem RZP.*

Prodlení mohlo znamenat zhoršení přidružených onemocnění, mezi nimiž vede koronární srdeční choroba (v roce 1999 po infarktu myokardu s konzervativní léčbou, kombinovanou s léčbou hypertenze a hyperlipidemie). Již tyto medikace, které lékař znal a zapsal, svědčí o vysoce rizikovém pacientovi. Rodina, manželka, zřejmě i pacient hlásí kolaps při chůzi na WC v noci, což umocňuje chronický nálezný ještě akutní oběhovou nedostatečností. K zaznamenanému jednoduchému markeru patří i tachykardie — P 113 / min., ačkoliv užíval Betaloc. Bylo třeba zvážit trvalou warfarinizaci pacienta, který na kontroly nechodil; lékař neuvádí žádné negativní odpovědi na otázky ohledně krevní srážlivosti; první INR v nemocnici bylo 3,71, dokonce označeno (!); navíc bylo třeba Warfarin vynechat a posléze kontrolovaně nasadit Ticlopidin — v mezidobí mohlo dojít ke koronární příhodě. Současně se totiž jednalo o anemizaci (při příjmu bledý) a o pokles systolického TK u hypertoniaku – v záznamu RLP 120/80 mm Hg, medikován Goptenem plus potenciace Hydrochlorothiazidem.

Pacienty s touto léčbou je třeba posuzovat nejen individuálně, ale jako vysoce rizikové, jejich hodnoty neodpovídají běžnému pásmu a hroty se po dosažení určité hranice krevní ztráty. I medikace statinem – hypolipidemikem Simvalem – svědčí o dlouhodobé rizikovitosti.

Podání Deganu i. m. nemělo indikaci – jedná se o prokinetikum, které může stav dokonce zhoršit zvýšením kinetiky stěny GIT. Podání Ranisanu per os je při krvácení z GIT protismyslné, nevstřebá se. Ze záznamu není zřejmé, zda pacient měl peristaltiku. Nelze nalézt ve velmi obtížně čitelném záznamu vyšetření per rektum. Krevní ztráta není vyznačena — zatření patří ke Glasgow Coma Scale. Kapilární návrat není zatřeno. Barva kůže také není popsána. Proti názoru, že byl pacient kardiopulmonálně (KP) kompenzován, máme námítky – viz výše. Objektivně je vyznačena palpační citlivost v epigastriu. Vyznačena dg.: hematemeza (anamnesticky) stp. ? nečitelné.

Lékař strávil na místě 20 minut. Údajně opakovaně odmítl převoz do nemocnice k observaci, dg. a terapii. V záznamu je údaj, že ráno kontrola u OL s vyšetřením na okultní krvácení – zřejmě k dovyšetření – nečitelné. Dokumentace postrádá čitelnost, koncentraci na důležité údaje a správné rozhodnutí.

Souhrn:

Stav pacienta z hlediska velmi významných přidružených chorob, chronicky užívaných

medikací a právě prodělaného kolapsu byl na místě významně podceněn. Nelze vyloučit, že podcenění se nepromítlo např. do kognitivní dysfunkce apod., protože pacient nebyl vyšetřen předtím ani poté. Vyšetření je nedostatečné. Důležité složky vyšetření při krvácení do GIT chybí. Medikace jsou nevhodné, popř. podány nevhodným způsobem. Konečné dg. jsou neúplné, nepostihují akutnost a závažnost akutního stavu u chronicky vysoce rizikového a u medikovaného pacienta.

Medicínskou stránku považujeme za non lege artis postup. O tom svědčí nepřímě i to, že bylo nutno pacienta přijmout na JIP, že mu bylo nutno podat krevní převod, což samozřejmě mělo svůj přínos, ale nutno uvést, že i to vždy má svá rizika. K újmě na zdraví našťastí nedošlo. Pouze byl protrahován zhoršený zdravotní stav pacienta ohrožující ho na zdraví i na životě. Přesto lze uvést, že nesprávný postup lékaře RLP i ZZS jako celku by měl příčinnou souvislost s újmou na zdraví, kdyby k ní došlo.

Návrh doporučení komise

Zamítnout odvolání proti disciplinárnímu napomenutí (důtce), která byla udělena oprávněně, protože postup lékaře byl non lege artis po stránce medicínské, časového prodlení, po stránce etické i komunikační. Zvýšil morbiditu pacienta, neměl vliv na mortalitu. Významné časové prodlení bylo zkráceno pouze zásahem dcery, která se podílela na zajištění transportu do nemocnice k náležité diagnostice a ošetření. Zůstává otázka, zda disciplinární napomenutí (důtka) je v tomto případě dostačující opatření. Její vyslovení OS ČLK bylo naprosto oprávněné – ale fakt, že lékař nebyl schopen přiznat, že svým jednáním ohrozil zdraví, ne-li život pacienta, svědčí o tom, že její „výchovný efekt“ se zcela minul účinkem. Proto považujeme za zcela nevhodné, aby tento lékař v budoucnu pracoval ve funkci lékaře RLP a LSPP, protože nelze vyloučit další pochybné jednání z jeho strany a možnost poškození pacienta.

Řešení před Čestnou radou ČLK

Před termínem zasedání senátu Čestné rady ČLK byl doručen dokument o proběhlém smířcím řízení (dohodě), kterou podepsali pacient, stěžovatelka a lékař. V závěru se píše: *Stěžující strana dále netrvá na důvodech stížnosti ve výše zmíněném případě a považuje za dostačující osobní vysvětlení, které proběhlo mezi zúčastněnými stranami, a dále se vzdává použití jiných právních prostředků.*

Lékař vzal své odvolání proti rozhodnutí OS ČLK, kterým mu byla udělena důtka, v plném rozsahu zpět. Čestná rada ČLK zastavila disciplinární řízení. Udělená důtka nabyla účinnosti datem, ke kterému bylo vzato zpět odvolání.

MUDr. Michal Sojka

Ministr ignoruje lékařskou komoru



Foto: ČTK

Ministr Tomáš Julínek, mluvčí resortu Tomáš Cíkr a náměstek Pavel Hroboň (zleva) v pořadu Otázky Václava Moravce (22. dubna). Hlavním tématem diskuse byla reforma zdravotnictví.

Názory z podzimu 2006

ČLK nepozvala na svůj XX. sjezd žádného politika.

ČT 1 – 24. 11. 2006

Milan Kubek, prezident ČLK:

Přítomnost pánů Julínka a Ratha na sjezdu by zase vyústila v politickou přestřelku, v politickou exhibici.

Tomáš Julínek, ministr zdravotnictví (ODS): Bylo dobrou tradicí ministra a ostatní osoby ze státní správy na sjezd komory zvat a musím poznamenat, že i jako stínový jsem byl dokonce pozván od bývalého prezidenta Ratha.

TV Nova – 25. 11. 2006

Tomáš Julínek, ministr zdravotnictví (ODS): Můžu to interpretovat tak, že pan prezident Kubek se bojí otevřené diskuse. To nepovažují úplně za nejlepší komunikaci mezi ministrem a lékaři.

Názory z jara 2007

Ani ministr Julínek, ani nikdo z jeho náměstků nepřijali pozvání ČLK, aby prezentovali své reformní záměry na konferenci ČLK.

„Máme za to, že ČLK je v krizi a není důstojným reprezentantem lékařů. A zejména její vedení a prezident ČLK Milan Kubek osobně nejsou seriózními partnery pro jakékoli jednání,“ řekl ČTK 27. 4. 2007 mluvčí ministerstva Tomáš Cíkr. „Dýchánky ČLK se staly tradičními propagačními akcemi, kde jde hlavně o to shodit oponenta. Navíc pan ministr dnes odlétá a náměstci mají důležitější práci.“

Ministr Julínek – Zdravotnické noviny 30. 4. 2007:

Pan Kubek pro mě není prezidentem komory, ale jen prodlouženou rukou Ratha. Říká úplně stejné věty. **Kubek se nechce o ničem pozitivně bavit,** nezačne říkat nic než svůj kolovrátek, rétoriku, kterou jsem slyšel dva dny před tím v rozhlase od Ratha. **I když mu věc vysvětlíme a doložíme, pořád opakuje své. To bylo například v souvislosti s údajnou neplatností dohodovacího řízení.** Poslali jsme mu právní rozbor, vše bylo zřejmě a jasně popsáno. **On klidně řekne, že ministerstvo něco udělalo špatně, přitom byl upozorněn, že ministerstvo není organizátorem toho dohodovacího řízení, ale jen jeho svolavatelem, takže ministerstvo nemohlo už z principu nic porušit.** On to ale stále opakuje, jako by to s námi nebylo projednané. Je toto seriózní diskuse? Buď je to člověk, který nic nepochopí, což si o Kubkovi nemyslím, nebo má jiné zadání než se konstruktivně bavit o problémech ve zdravotnictví.

Poznámky redakce:

1) § 15 zákona 220/1991, o ČLK, v platném znění:

Sjezd delegátů je nejvyšším orgánem komory.

Sjezd delegátů volí a odvolává prezidenta komory.

2) § 17 odst. 6 zákona č. 48/1997 Sb. v platném znění:

Ministerstvo zdravotnictví je svolavatelem a garantem řádného průběhu dohodovacího řízení o hodnotě bodu, výši úhrad zdravotní péče a regulačních omezeních.

Z výše citovaných právních norem vyplývá, že se pan ministr mylí.

Adresát: MUDr. Pavel Hroboň

Vážený pane náměstku, obracím se na Vás jako na jednoho z hlavních tvůrců reformy zdravotnictví se zdvořilou žádostí, zda byste nám poskytl stručný souhrn hlavních plánovaných proměn systému zdravotnictví v České republice, samozřejmě nejraději s Vaším krátkým komentářem. Hlavním tématem připravovaného pátého letošního čísla časopisu *Tempus Medicorum*, který naše společnost redakčně připravuje pro ČLK, jsou totiž právě připravované změny a rádi bychom zásadní body reformy uveřejnili z oficiálního zdroje. Vašemu stanovisku budou věnovány 1–2 tiskové strany tohoto média, určeného více než 44 tisícům lékařů.

Věřím, že si ve svém určité přeplněném programu najdete chvíli a vysvětlíte lékařům, co se chystá. Bohužel harmonogram výroby je neúpravný, tudíž bych Vás článek potřebovala nejpozději ve středu 9. května dopoledne. Vzhledem k tomu, že se jedná pouze o výběr z již hotového a schváleného dokumentu, snad to nebude přílišný problém?

Děkuji Vám za zprávu, kdy můžeme Váš příspěvek očekávat. Byl byste nesmírně laskav, kdybyste připojil i svůj portrét v tiskové kvalitě.

Přeji Vám příjemný a klidný víkend,

4. 5. 2007

Blanka Rokosová

Adresát: Mgr. Tomáš Cíkr

Vážený pane řediteli, posílám Vám níže na vědomí žádost, se kterou jsme se obrátili na pana náměstka Hroboně obhledné odborného vyjádření pro časopis *Tempus Medicorum*. Byl byste velice laskav, kdybyste nám mohl s realizací našeho záměru pomoci a případně se na přípravě tohoto článku pro lékaře spolu s panem náměstkem podílet.

Prosím Vás o vyjádření, zda je to v navrhovaném termínu reálné.

Děkuji Vám a přeji příjemný den,

4. 5. 2007

Blanka Rokosová

Vážená paní redaktorko, dovoluji si Vám oznámit, že náměstek ministerstva zdravotnictví neposkytne rozhovor časopisu *Tempus Medicorum*. Ministerstvo nemůže být žádným způsobem spojováno s časopisem, kritizovaným ze strany lékařů za nejasnosti kolem financování, které, jak jsme se dověděli z médií, nadále trvá.

S pozdravem Mgr. Tomáš Cíkr

Vážený pane řediteli, děkuji za odpověď. Samozřejmě mě netěší, neboť bez ohledu na názor médií časopis *Tempus Medicorum* vychází a stále dochází na adresu více než 44 tisíc lékařů. Podle mého názoru, jako člověka nezatiženého jak minulostí tohoto média, tak vztahy uvnitř lékařského stavu, mají členové České lékařské komory právo na zásadní názory a vysvětlení ze strany Ministerstva zdravotnictví ČR, zejména pak k tak zásadním otázkám, k jakým patří reforma zdravotnictví.

Budu Vám vděčná, pokud mi poskytnete aspoň oficiální tiskovou zprávu, která se reformy zdravotnictví v České republice týká.

Přeji Vám příjemný den,

Blanka Rokosová

Vážená paní doktorko, samozřejmě to není osobní. Všechny zásadní informace naleznete na www.mzcr.cz. Lékaři mají na informace právo, stejně tak, jako ostatní občané ČR – to s povinným členstvím v ČLK nijak nesouvisí.

Zdraví Mgr. Tomáš Cíkr

Petice lékařů

**Prezidentovi České republiky
Vládě České republiky
Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR
Senátu Parlamentu ČR
Ministromi zdravotnictví vlády ČR**

Podepsaní lékaři se na Vás obrací v souladu s článkem 18 Listiny základních práv a svobod a s § 1 a § 5 zákona č. 85/1990 Sb., o právu petičním, v platném znění, a předkládají Vám tuto

PETICI:

1. České zdravotnictví trpí nedostatkem financí a stávající vysoká kvalita a široká dostupnost zdravotní péče pro občany jsou dosahovány na úkor platů lékařů v nemocnicích a na úkor příjmů soukromých lékařských praxí. Proto požadujeme zvýšení celkových výdajů na zdravotnictví alespoň na 8 % HDP ČR, tedy na minimální úroveň doporučenou ze strany EU členskými státy. Vzhledem k tomu, že největším dlužníkem zdravotního pojištění je stát, požadujeme průběžné zvyšování plateb za tzv. státní pojištěnce, kteří čerpají zdravotní péči nejvíce.
2. Žádáme, aby ministr zdravotnictví jednal o zamýšlených reformách zdravotnictví s Českou lékařskou komorou, lékařskými odbory a se všemi ostatními organizacemi zastupujícími lékaře a nikoliv, tak jako dosud, pouze s některými sdruženími lékařů.
3. Nesouhlasíme s takovými návrhy změn ve financování zdravotní péče, které poškodí lékaře. Podporujeme zvyšování spoluúčasti pacientů na úhradě zdravotní péče, ale odmítáme vybírat od pacientů nedůstojně nízké poplatky, které by nám měly kompenzovat plánované snížení plateb za péči ze strany zdravotních pojišťoven. Jsme lékaři a nikoliv výběřčí peněz pro zdravotní pojišťovny. Odmítáme nést na svých bedrech administrativní náklady spojené s výběrem takových poplatků stejně jako ekonomické riziko jejich nedovýběru.
4. Žádáme, aby byla odstraněna existenční nejistota soukromých lékařů a aby bylo dodatečně umožněno uzavřít tzv. trvalý smluvní vztah těm z nich, kteří v době účinnosti vyhlášky č. 290/2006 Sb. o tento trvalý smluvní vztah se zdravotními pojišťovnami požádali, a to s ohledem na skutečnost, že zdravotní pojišťovny vůči nim nesplnily svoji z platné legislativy vyplývající povinnost.
5. Požadujeme s účinností od 1. 7. 2007 takovou novelu nespravedlivé vyhlášky č. 619/2006 Sb., o úhradách a regulacích objemu zdravotní péče, která v souladu s ekonomickými možnostmi zdravotních pojišťoven zvýší příjmy všech soukromých lékařských praxí minimálně o 10 %.
6. Trváme na plné realizaci Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami s navýšenou cenou lékařské práce a požadujeme pro ambulantní specialisty návrat od paušálního způsobu úhrady k výkonovému způsobu úhrady za zdravotní péči. Pro praktické lékaře požadujeme podstatné zvýšení kapitační platby a úhradu výkonů mimo tuto kapitační platbu podle stejných pravidel jako u ambulantních specialistů.
7. Požadujeme zvýšení základních platů a spravedlivé ohodnocení práce lékařů v nemocnicích tak, aby tito lékaři nebyli existenčně závislí na obrovském množství přesčasové práce. Trváme na dodržování zákoníku práce a limitů pro přesčasovou práci, které stanoví směrnice EU za účelem ochrany pacientů i zdraví lékařů.

Petiční výbor:

MUDr. Jan Píštěk, 650212/2066, Chabaně 302, 687 08 Břestek, jan.pistek@seznam.cz
Předseda a kontaktní osoba
MUDr. Milan Tržil, 510816/128, Přímětice 155, 669 04 Znojmo, mudrtrzil@volny.cz
MUDr. Sárka Drinková, 706114/4805, Na Výšině 3222, 580 01 Havlíčkův Brod,
drinkovasarka@seznam.cz





Vzdělávací kurzy České lékařské komory

Přehled na I. pololetí 2007

Přihlášky zasílejte na adresu:

Oddělení vzdělávání ČLK

Lékařská 2, 150 30 Praha 5, fax: 257 220 618, e-mail: vzdelavani@clkcr.cz, seminar@clkcr.cz

(uvedte 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.

Věnujte prosím pozornost těmto informacím, neboť místo konání kurzu může být změněno.

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**.

Veškeré informace o doškolovacích akcích ČLK dále naleznete na internetových stránkách www.lkcr.cz

18/07 Kurz – Klinická imunologie opakování

Datum konání: 26. 5. 2007

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

Koordinátor kurzu: MUDr. Jana Bíbová, Ph.D., Poliklinika Lovosická 440/40, Praha 9

Prof. MUDr. Terezie Fučíková, DrSc.

• Klinická imunologie: první kontakt s pacientem
As. MUDr. Helena Marečková, CSc.

• Laboratorní výsledky v imunologii a jejich interpretace

As. MUDr. Jaroslav Svoboda

• Proč je interpretace klinických výsledků v imunologii tak složitá

As. MUDr. Tomáš Poch, CSc.

• Imunologie a chirurgické obory

As. MUDr. Eva Zavadová, CSc.

• Onkologický pacient v rukách imunologa

As. MUDr. Pavlína Hrdá

• Jsou endokrinní onemocnění také poruchou imunity

As. MUDr. Zuzana Humlová, Ph.D.

• Alergie

As. MUDr. Mgr. Jitka Petanová, CSc.

• Životní prostředí a imunita

17/07 Kurz – Novinky v neodkladné péči 2007

opakování

KURZ JE OBSAZEN

Datum konání: 9. 6. 2007

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

Koordinátor kurzu: Doc. MUDr. Jarmila Drábková, OCHRIP, FN Praha Motol

Doc. MUDr. Jarmila Drábková, CSc.

• Jaké novinky je třeba vědět v roce 2007 pro neodkladnou péči? Nové roztoky, nové léky a pomůcky, nové postupy, přípravná metodická doporučení. Jak medikovat v těhotenství a v šestinedělí?

MUDr. Otakar Buda

• Hlavní problémy, pochybení, omyly v neodkladné péči po stránce medicínské - diferenciální diagnostiky, prvních opatření, oznámení apod. – kazuistiky a poučení z nich u dospělých pacientů po stránce medicínské a medicínsko-právní.

MUDr. Aleš Tomek a jeho hosté – minipanel

• Novinky v neurologii – jak se k nim aktivně a správně postavit v nečekané konfrontaci v terénu, v ordinaci, na urgentním příjmu.

MUDr. Jana Šeblová

• Které life-style drogy jsou dnes "in"? Zasaňují i do dětského věku? Jak posuzujeme výpovědi a anamnézy nezletilých, popř. dětí pod vlivem alkoholu, drog, reaktivní anxiolyty? Na co se soustředit při případném ohledání s podezřením na komplikovaný předcházející děj, nebo dokonce trestný čin? Přibýly nové momenty v roce 2005/2006 v trestněprávní problematice v linii prvního styku, popř. konfliktu – a jaké?

MUDr. JUDr. Lubomír Vondráček, JUDr. Jan Vondráček, Mgr. Jana Woleská

• Významné případy a jejich řešení z poslední doby po stránce právní; možnosti psychologického řešení kolizních situací – konkrétní příklady podle kazuistik; změnil se již hranice viability plodu, rozhodování pro dobu budoucí. Napadení – pohled z obou stran a jeho následky a důsledky; jaké kompetence lze nelékařskému personálu svěřit na místě v terénu a na urgentním příjmu při postupech zachraňujících život a jak za ně zodpovídají tyto pracovníci, popř. dobrovolníci?

MUDr. Jarmila Drábková, CSc.

• Jsou nové raritní nozologické jednoty a syndromy, a které bychom měli znát a čeho si všimnout podle doporučení zkušenějších ze zahraničí? Přicházejí nová rizika do první linie a která? Máme vhodné bezpečnostní pomůcky? Jsme připraveni na nezvyklé momenty – vlna veder, vysoká voda, únik chemikálií, střet s jinou kulturou – souhrn z posledních názorů a příprav medicíny katastrof. Diskuse.

INZERCE

Příjem řádkové inzerce: recepce@clkcr.cz

Časopis ČLK, Lékařská 2, 150 00 Praha 5

Tel.: +420 257 217 226 • Fax: +420 257 220 618

Volná místa – zájem

I. zdravotní Rumburk, a.s., Lužická nemocnice, nabízí příležitosti lékařům na následujících odděleních: Gynekologie-porodnictví – lékař s atestací II. st. na funkční místo, lékař s atestací I. st., Interní oddělení – lékař s atestací II. st. nebo s nástavbou z kardiologie, lékař s atestací I. st. nebo absolvent se zájmem o obor, ARO – lékař s atestací I. či II. st. (funkční místo), Chirurgie – lékař s atestací I. či II. st. či absolvent. Nabízíme dobré životní a pracovní podmínky, velmi dobré platové podmínky, týden dovolené navíc nad rámec zákonné, možnost dalšího profesního růstu, podíl na probíhajících rozvojových programech společnosti (kompletní rekonstrukce zařízení), služební byt, atraktivní okolí národního parku Českosaské Švýcarsko. Kontakt: MUDr. Tomáš Veselý, Nemocnice Rumburk, U Nemocnice 10, 408 01 Rumburk, vesely@nemrum.cz, tel.: 412 332 551

Přijmeme lékaře do ambulance lékařské genetiky v Pardubicích, vítaná odbornost genetika, gynekologie, pediatrie či interna. Plat 30 tisíc plus prémie. E-mail: xbaum01@post.cz, tel.: 776 710 012

Oční lékař. Nestátní poliklinika v Berouně přijme očního lékaře. Nabízíme práci v příjemném kolektivu, výhodné platové podmínky a možnost dalšího vzdělávání. Dobré spojení do Prahy. Atestace podmínkou. Informace na tel.: 311 746 424 nebo 311 746 155

Chirurg. Nestátní poliklinika v Berouně přijme lékaře-chirurga i na částečný pracovní úvazek. Nabízíme práci v příjemném kolektivu, výhodné platové podmínky a možnost dalšího vzdělávání. Dobré spojení do Prahy. Atestace podmínkou. Informace na tel.: 311 746 424 nebo 311 746 155

Hledám praktického lékaře na funkci asistenta pro zavedenou ordinaci v Ostravě. Tel.: 596 769 033

Do endokrinní ambulance v Praze hledám lékaře na výpomoc. Atestace z endokrinologie podmínkou. Tel.: 605 806 222

Do oční ambulance se zavedenou klientelou v Příšovicích u Turnova přijmu očního lékaře na částečný úvazek na 2-3 dny v týdnu. Tel.: 774 000 104

Oční lékař. Hledá se pro oční ordinaci s optikou. Tel.: 602 357 210

Nemocnice Vsetín, p. o., přijme do pracovního poměru lékaře na oční oddělení. Požadavky: specializovaná způsobilost z oftalmologie, minimální praxe 5 let v oboru, bezúhonnost, zdravotní způsobilost. Kontakt: 571 490 334, prim. MUDr. Daniela Zámečnicková. E-mail: zamecnikova@nemocnice-vs.cz

Dermatovenerolog. Nestátní poliklinika v Berouně přijme dermatovenerologa. Nabízíme práci v příjemném kolektivu, výhodné platové podmínky a možnost dalšího vzdělávání. Dobré spojení do Prahy. Atestace podmínkou. Informace na tel.: 311 746 424 nebo 311 746 155

Přijmeme lékaře hematologa pro práci v ordinaci v Praze 4, i na částečný úvazek nebo lékaře s interní atestací se zájmem o obor. Výhodné platové podmínky. Nástup dle dohody. Praha. Kontakt: 602 318 025, 261 006 427 (443)

Přijmeme lékaře endokrinologa a diabetologa na celý i částečný úvazek. Výhodné platové podmínky. Nástup dle dohody. Praha. Kontakt: 602 318 025, 261 006 427 (443)

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

Přijmeme lékaře - dětského neurologa i na částečný úvazek, popřípadě lékaře se základní atestací se zájmem o obor na celý úvazek. Výhodné platové pod-



mínky. Nástup dle dohody. Praha. Kontakt: 602 318 025, 261 006 427 (443)

Přijmeme lékaře neurologa i na částečný úvazek pro ambulanci, EMG vítáno. Výhodné platové podmínky. Nástup dle dohody. Praha. Mobil: 602 318 025, tel.: 261 006 443 (427)

Nemocnice Jindřichův Hradec, a. s., 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 MUDr. Markalouse, tel.: 384 376 143, případně písemně na adresu: Nemocnice Jindřichův Hradec, a. s., U Nemocnice 380/III, 377 38 Jindřichův Hradec

Lázně Kunratice, a. s., hledají lékaře. Přednostně lékaře se zájmem v oboru rehabilitace se základní atestací nebo zařazeného do oboru FBLR. Výhodou je aktivní znalost německého jazyka. Nabízíme byt v areálu lázní. Přihlášky spolu s profesním životopisem zasílejte na adresu: MUDr. Martin Štolfa, Lázně Kunratice, a. s., 463 52 Osečná, okr. Liberec, tel.: 485 344 211 (221)

Zdravotnické zařízení v Praze 4–Jižním Městě II přijme do zaměstnaneckého poměru diabetologa na plný i event. částečný úvazek. Bližší informace na tel.: 296 506 268

Hledám oftalmologa do zavedené oční ambulance v Miroslavi (JM kraj) na úvazek cca 0,4. Kontakt: 736 211 061, mail: zdenekomelka@volny.cz

Hledám kolegu, kolegyni s atestací v oboru praktické lékařství, event. v předatestační přípravě a s atestací z interny do zaměstnaneckého poměru v ordinaci PL pro dospělá v Praze 6 na částečný i plný úvazek. Nástup možný ihned, práce na PC vhodná. Tel.: 604 929 144

Soukromá farmaceutická společnost přijme lékaře na částečný úvazek nebo nárazové činnosti při provádění klinických studií (vhodné pro ženy na MD a důchodce). Znalost AJ a atestace je výhodou. Informace o společnosti naleznete na www.quinta.cz. CV zasílejte na ales.mazura@quinta.cz, tel.: 242 454 398

Nemocnice Sušice, o. p. s., přijme: 1) internistu se specializací II. st. do funkce vedoucího lékaře interdisciplinární JIP a zástupce primáře interního oddělení. Požadujeme: atestace II. st. z interního lékařství, kardiologická či jiná specializace vítána, 10 let praxe, občanská a morální bezúhonnost. 2) sekundárního lékaře na interní oddělení. Požadujeme: atestace I. st. z interního lékařství (případně L2), kardiologická či jiná specializace vítána, občanská a morální bezúhonnost. 3) praktického lékaře pro děti a dorost na dětský obvod a observační lůžka pro děti. Požadujeme: atestaci I. st. z dětského lékařství, osvědčení k výkonu lékařské praxe vydané ČLK. 4) sekundárního lékaře na oddělení LDN. Požadujeme: atestace I. st. z interního lékařství či atestace ze všeobecného lékařství (není podmínkou), občanská a morální bezúhonnost. Nabízíme: nadstandardní pracovní a platové podmínky, možnost pracovního růstu, možnost ubytování na ubytovně nemocnice či přidělení služebního bytu. Nástup dohodou. Žádosti se stručným životopisem a kopiemi dokladů o dosaženém vzdělání zasílejte v co nejbližším možném termínu na adresu: Nemocnice Sušice, o. p. s., sekretariát ředitele, Pod nemocnicí 116/III, 342 01 Sušice. Bližší informace na tel.: 376 530 216 – sekretariát, 376 530 220, 777 113 976 – MUDr. Choc, nám. pro LP. E-mail: sekretariat@nemocnice-susice.cz nebo choc@nemocnice-susice.cz, internet: www.nemocnice-susice.cz

Nemocnice následné péče Most, p. o., přijme lékaře, nejlépe s atestací z interny, ale i bez atestace. Nabízíme práci v příjemném prostředí, vzdělávání v oboru endokrinologie (v ambulanci) a rehabilitace. Slušné platové podmínky. Tel.: 476 449 111

Nemocnice Chrudim přijme lékaře pro interní oddělení. Předpoklady: odborná způsobilost, zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost dle zák. č. 95/2004 Sb.; praxe a atestace z vnitřního lékařství výhodou; vhodné i pro absolventy. Platové podmínky dle zákonných předpisů. Nástup po dohodě. Písemné nabídky zasílejte na adresu: Nemocnice, Václavská 570, 537 27 Chrudim. Kontakt: prim. MUDr. Franc,

tel. 469 653 350, e-mail: franc@hospital.chrudim.cz; personální odd., tel. 469 653 141

Nemocnice Prachatice, a. s., přijme na funkci primáře gyn.-por. oddělení lékaře/lékařku s atestací II.st. v oboru a min. 10 let praxe. Dále přijme lékaře/lékařku (i absolventy) v oboru ARO a interna. Nástupy možné ihned, byty k dispozici. Informace na tel. 602 324 538, příp. na e-mail: strasky@nempt.cz

Nemocnice Pelhřimov přijme lékaře na pozici zástupce primáře gyn.-por. oddělení. Podmínky přijetí: specializovaná způsobilost, minimální požadovaná praxe 8 let, morální a občanská bezúhonnost, zdravotní způsobilost. Byt k dispozici po nástupu. Kontakt: Jana Horáková, Nemocnice Pelhřimov, p. o., Slovanského bratrství 710, 393 38 Pelhřimov. Tel.: 731 619 104, e-mail: jhorak@hospital-pe.cz

Stellenausschreibung 2.Med. Abteilung Landeskrankenhaus Weinviertel Mistelbach/Gänserndorf. An unserer 2. Med. Abteilung gelangt per sofort die Stelle einer(s) Oberärztin/Oberarztes im Sinne der Vollzeitbeschäftigung zur Besetzung. Mit seinen modernen Einrichtungen und derzeit 518 Betten erfüllt das Landeskrankenhaus Weinviertel/Gänserndorf die Schwerpunktfunktion für die medizinische Versorgung des Weinviertels. Das Klinikum verfügt über 15 Abteilungen und Institute, davon 7 operative Fächer. Wir stellen unseren Patienten nicht nur medizinische und pflegerische Kompetenz, sondern auch eine hohe Qualität der Infrastruktur als Basis für Spitzenleistungen zur Verfügung. Die 2. Medizinische Abteilung mit 80 Betten ist definiert als Schwerpunktabteilung für Gastroenterologie & Hepatologie, Onkologie und Endokrinologie incl. Diabetes mellitus. Wir bieten das gesamte Spektrum der interventionellen Endoskopie und Sonographie. Eine umfangreiche Onkologie bereichert das Angebot. Ab sofort suchen wir eine/n Oberarzt/ärztin für die 2. Medizinische Abteilung. Er/Sie trägt die Verantwortung für die Führung der Station und/oder unterstützt weiters die Tätigkeiten in der Ambulanz. Voraussetzungen sind eine abgeschlossene Ausbildung als Facharzt/ärztin für Innere Medizin sowie endoskopische und sonographische Kenntnisse. Das Zusatzfach für Gastroenterologie & Hepatologie ist erwünscht, aber nicht Voraussetzung. Entscheidungsvermögen, Belastbarkeit und Teamfähigkeit sollten zu den persönlichen Stärken zählen. Für fachliche Auskünfte stehe ich als Leiter der Abteilung unter folgenden Adressen gerne zur Verfügung: Prim. Dr. B. Jaritz, 2. Medizinische Abteilung, Landeskrankenhaus Weinviertel Mistelbach/Gänserndorf, Liechtensteinstraße 67, 2130 Mistelbach, Tel. Nr.: +43 2572/3341-6124 Österreich, e-mail: bernhard.jaritz@mistelbach.kknoe.at

Pro našeho klienta, gynekologickou praxi na Praze 5, hledáme gynekologa/gynekoložku s praxí, znalostí ÚZ dg. vítána. Internistu-onkologa se zájmem s ÚZ vyšetř. prsu. Velmi dobré finanční podmínky, výše úvazku dohodou. Agentura Medica, Dr. Srbová, 731 325 380, www.agenturamedica.cz

Psychiatrická léčebna Lnáře hledá lékaře-psychiatra, případně absolventa LF se zájmem o obor. Ubytování zajistíme, ve druhé polovině roku 2007 možnost získání bytu. Dobré platové podmínky. Kontakt: MUDr. Vladimír Muchl, tel.: 383 495 101, 724 002 111, e-mail: muchl@lnare.com, Psychiatrická léčebna Lnáře, 387 42 Lnáře 16

Dermatovenerolog s atestací II. st. s příslušnými licencemi a dlouhodobou praxí v ambulanci přijme odpovídající místo(ambulace, odb. poradce apod.) na zkrácený úvazek max. 0,6 v Praze a dostupném okolí. Kontakt: 070827@seznam.cz

Lázně Teplice nad Bečvou, a. s., přijmou lékaře (i důchodce) pediatra do pracovního poměru od 01. 06. 2007. Požadujeme: atestaci I. st. v oboru pediatrie, popř. FBLR (RFM). Možnost ubytování. Písemné přihlášky zasílejte na adresu: Lázně Teplice nad Bečvou a.s., personální oddělení, 753 51 Teplice nad Bečvou 63, e-mail: personalni@lnb.cz. Bližší informace: MUDr. Jiří Leisser, ředitel pro vnější vztahy, tel. 581 686 539

Fakultní nemocnice v Motole přijme lékaře/ky pro ORL kliniku UK 2. LF zaměřenou na dětské pacienty. Požadavky: ukončená VŠ, plný i částečný úvazek. Písemné nabídky s CV zasílejte na sekretariát ORL kliniky UK 2. LF, FN Motol, v Úvalu 84, 150 06 Praha 5 nebo na

e-mail dagmar.prochazkova@fnmotol.cz. Ubytování pro mimopražské. Info: 224 432 601

Ředitelka Zaměstnanecké pojišťovny Škoda, Husova ul., 293 01 Mladá Boleslav vyhláší výběrové řízení na obsazení funkce revizní lékař. Předpoklady: specializace interní obory nebo pediatrie, vzdělání VŠ lékařského směru, atestace min. I. st. v oboru, 5 let odborné praxe ve zdravotnictví, z toho alespoň 3 roky v akutní lůžkové péči, uživatelská znalost práce s PC, řidičský průkaz, pasivní znalost jednoho cizího jazyka. Nástup možný ihned. Písemné přihlášky s profesním životopisem, kopiemi dokladů o dosaženém vzdělání a o členství v ČLK zašlete na adresu: Zaměstnanecká pojišťovna Škoda, Libuše Brodská, Husova ul., 293 01 Mladá Boleslav. Informace na tel.: 326 579 004, e-mail: brodska@zpskoda.cz

Karlovarská krajská nemocnice, a. s., přijme pro nemocnici v Karlových Varech: 2 lékaře se specializací pro gyn.-por. oddělení, 1 lékaře se specializací otorinolaryngologie (ORL), 1 lékaře bez atestace pro urologické oddělení, 1 lékaře nebo jiného VŠ (farmaceut, přírodní vědy) pro mikrobiologické oddělení, 15 zdravotních sester na lůžkovou oddělení, 1 zdravotního laboranta pro transfuzní stanici, 4 radiologické asistenty. Nabízíme: zajímavé mzdové podmínky, příjemné pracovní prostředí. Kontakt: Eva Kastnerová – PaM. Tel.: 353 115 192, e-mail: eva.kastnerova@kkn.cz

Karlovarská krajská nemocnice, a. s., přijme pro nemocnici v Sokolově: 1 lékaře s atestací pro dětské oddělení, možno i absolvent. Nabízíme: zajímavé mzdové podmínky, zajištěné ubytování, možnost získání služebního bytu, nástup ihned. Kontakt: Dana Chlupová, personální mzdový referent. Tel.: 352 520 276, e-mail: dana.chlupova@kkn.cz, primář: MUDr. Luboš Vaněk, dětské oddělení, tel.: 352 520 291

Karlovarská krajská nemocnice, a. s., přijme pro nemocnici v Chebu: 1 lékaře s atestací, případně absolventa na interní oddělení, 1 lékaře se specializací pro gyn.-por. oddělení. Jedná se o funkční místo, 2 lékaře na anesteziologicko-resuscitační oddělení. 1 lékař se specializací, 1 lékař s I. atestací, 2 lékaře na neurologické oddělení. 1 lékař se specializací pro funkční místo, 1 lékař s I. atestací a 1 absolvent, 1 lékaře pro dětské oddělení – I. atestace, 1 lékař (absolvent) na chirurgické oddělení. Nabízíme: zajímavé mzdové podmínky, možnost ubytování v areálu nemocnice a pomoc při získání nájemního bytu. Kontakt: Ing. Kamil Kastner, ředitel nemocnice v Chebu, tel.: 354 405 230, e-mail: kamil.kastner@kkn.cz

ÚKBLD Klinická mikrobiologie a ATB centrum Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, Ke Karlovu 2, Praha 2 přijme lékaře s atestací v lékařské mikrobiologii nebo VŠ s přírodovědným zaměřením se specializací z metod v lékařské mikrobiologii nebo absolventy s možností postgraduální přípravy v oborech bakteriologie, parazitologie, mykologie a sérologie-virologie (složení atestace nebo specializační zkoušky). Nástup co nejdříve. ÚKBLD dále přijme administrativní pracovníci. Kontakt: primář MUDr. Jedličková, tel.: 224 967 622, 602 433 836 nebo ved. laborant Zemanová tel.: 224 967 638

Francouzská společnost v Paříži Rivière Consult Associes nabízí práci specializovaným lékařům ve FRANCII. Aktuálně pro: radiology, pediatri (znalost neonatologie), oftalmology, anesteziology a praktické lékaře. POŽADAVKY: atestace z oboru, základní znalost francouzštiny, osvědčení o specializované způsobilosti. Kontakt: sl.Pavlovskova, tel.: 0033 153 05 93 65, email: santeconsult@seznam.cz; www.riviereconsult.com

Přijmou lékaře do oční ambulance v Hlinsku v Čechách, možno jako hlavní i jako vedlejší pracovní poměr, nadstandardní platové podmínky. Tel: 608 800 886

Přijmou lékaře do oční ambulance v České Třebové a v Lanškrouně, nadstandardní platové podmínky. Tel.: 608 800 886

Hledám lékaře-asistenta PL na Brně-venkově. Atestace ani licence nejsou podmínkou. Vše umožním získat. Tel.: 603 727 756

Psychoterapeutické středisko Břehová přijme psychiatra. Psychoterapeutická kvalifikace výhodou. Přihlášky a profesní CV buď mailem (k.koblic@seznam.cz) a nebo písemně na adresu Psychoterapeutické středisko (k rukám ředitele), Břehová 3, 110 00 Praha 1

Zástup

Hledám oftalmologa na občasný zástup, ev. na 1 den v týdnu pravidelně do oční ambulance v Mikulově, JM kraj. Tel.: 737 781 461 nebo e-mail: hendrychovah@seznam.cz

Hledám zástup do ordinace PLDD v okrese Benešov, 30 km od Prahy, na období červenec-prosinec 2007, po dohodě i déle. Tel.: 602 102 079

Prodej a koupě

Prodám EKG přístroj Chiracard funkční, servisovaný, vč. náhradních dílů a EKG papírů na několik let. Cena celkem 8000 Kč. Tel.: 606 490 504

Koupím starší funkční UZ přístroj pro kardiologii, nejlépe „Ultramark M“. Spěchá. Tel.: 605 591 913

Prodám knihu: Pavel Klener et al.: Vnitřní lékařství. Mobil: 604 337 464

Prodám autokláv v bezvadném stavu, komora 18 l, Olomouc, tel.: 774 425 562, 776 228 622

Prodám 4leté kardioecho Esaote, po leasingu, levně, nutno dokoupit novou sonda, stávající sonda odchází. Koupí sondy zabezpečím, bez problémů. Tel.: 603 321 521

Prodám ekg Bioset Bos třísvodové za 2000 Kč a 2 náhradní pac. kabely plus ekg papír za 500 Kč. Tel.: 721 903 425

Lázně Bludov přijmou lázeňského lékaře, nejlépe pediatra (event. jiná odbornost). Vhodné i pro důchodce. Smluvní platové podmínky. Kontakt: MUDr. Vilhelm, tel.: 602 338 839, vilhelm@lazne-bludov.cz

Pronájem

Operační sál v Praze 10 na poliklinice, pronájem 500 Kč/hod, včetně vybavení a stacionáře. Pouze ortopedie, plastická chirurgie nebo čistá chirurgie. Tel.: 737 935 359

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

Různé

Prodám dobře zavedenou praxi PL pro dospělé na Uher-skobrodsku. Tel.: 572 632 756 po 20. hodině.

Od koupím chirurgickou praxi v ČR, nyní i výhledově, další spolupráce s prodávajícím lékařem možná. Tel.: 777 030 656

Od koupím kardiologickou praxi v ČR, nyní i výhledově, další spolupráce s prodávajícím lékařem možná. Tel.: 737 871 822

Od koupím zavedenou interní nebo diabetologickou praxi, Plzeň a okolí. Tel.: 606 461 810

V časovém horizontu cca 3-5 let od koupím/převzmu ordinaci PL pro dospělé na Praze 5. Prozatím možná spolupráce formou občasných/pravidelných zástupů. Tel.: 732 619 098, 261 710 769 (večer), Janka@email.cz

Prodám zavedenou psychiatrickou praxi v Praze. Tel.: 739 148 080

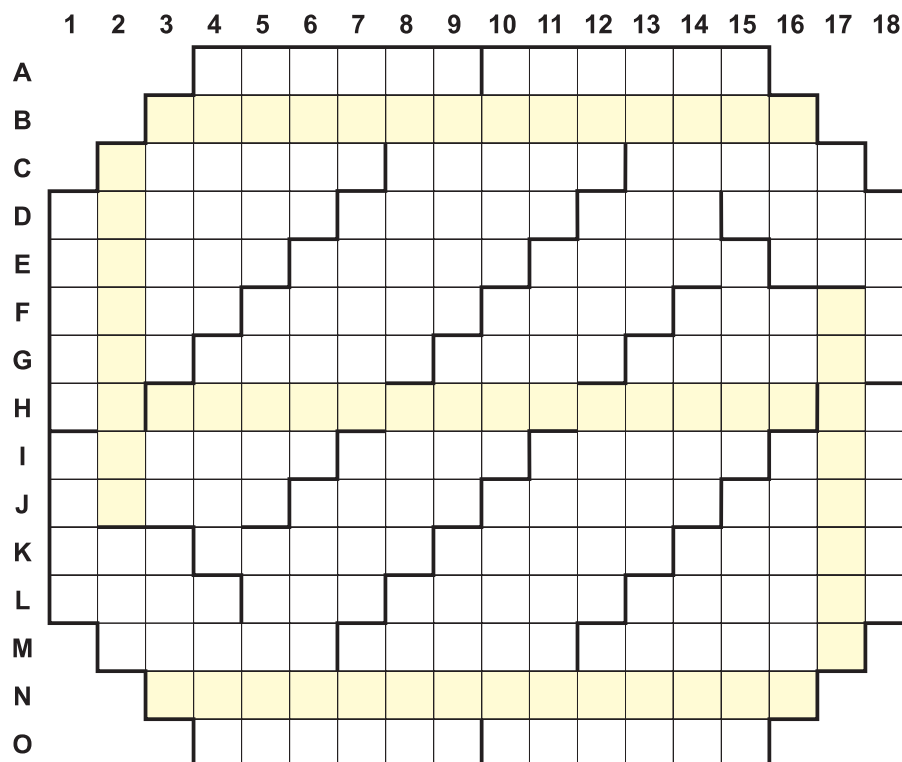
Postoupím dobře zavedenou privátní KOŽNÍ ORDINACI v ROKYCANECH. Podzim 2007. Pro více informací kontaktujte Mgr. Martinu Štastnou, tel.: 605 200 952, e-mail martina.stastna@optim.cz

Koupím gynekologickou a endokrinologickou ambulanci v Praze. Tel.: 604 212 121

Křížovka o ceny

V časopisu Tempus Medicorum 4/2007 se v tajence skrýval citát Anatola France: **Jen ženy a lékaři vědí, jak velice potřebná a milosrdná je lež.** Desítka úspěšných luštitelů, které jsme vylosovali, získává Slovník cizích slov s více než 40 000 hesly: **MUDr. Vratislav Daněk**, Brno; **Květa Dousková**, Senohraby; **MUDr. Petr Mikolajek**, Kladno; **MUDr. Josef Nedvěd**, Karviná-Mizerov; **MUDr. Alena Preiningerová**, Olomouc; **MUDr. Naděžda Šotolová**, Libina; **MUDr. Vlasta Štorková**, Praha 9; **MUDr. Jaroslav Urbanová**, Praha 6; **MUDr. Jirí Valeš**, Rokycany; **MUDr. Marie Zemanová**, Plzeň.

Na správné řešení tajenky z čísla 5/2007 čekáme na adrese recepte@clkcr.cz do 7. června 2007. Hodně štěstí!



VODOROVNĚ: **A.** Starořímský spodní oděv; mnohý člověk. – **B.** 2. díl tajenky. – **C.** Ženské jméno; pryskyřice; jméno herečky Vránové. – **D.** Baskická sportovní hra; druhá tráva; značka elektroniky; evropské moře. – **E.** Opuchlá; náhlé změny; tropický strom; severan. – **F.** Litevská platidla; přednosti; cíl; severoameričtí indiáni. – **G.** SPZ Olomouce; lehce se vznášeti po větru; neobděláná půda; udidlo k měkkému vedení koně. – **H.** Moji; 3. díl tajenky; iniciály našeho ombudsmana. – **I.** Domácky Anna; luční rostlina; zkušně; druh pepře. – **J.** Území spravované bánem; krátkonohý kůň; cáry; třet (řídce). – **K.** Papoušek; ohrazený svršek povozu; vylepovat (zastarale); popruhy (nářečně). – **L.** Pokladna; kruchta; dolovat; svitek. – **M.** Obyvatel Havaje; antický autor komedií; cysta mazové žlázy. – **N.** 4. díl tajenky. – **O.** Stejně; klerik s nižším svěcením.

SVISLE: **1.** Poškození lesa větrem; deska na hlavici sloupu. – **2.** 1. díl tajenky; koryš. – **3.** Cizí měna; skutek; dvakrát snížený tón. – **4.** Země v západním Rakousku; německý ovčák; čili. – **5.** Upotřebená; kloktavý zvuk (básnický); výhodná koupě. – **6.** Zolův román; věhlas; osobní doklad. – **7.** Běloveská kyselka; nápadně; velký hlodavec; lidový svatební tanec. – **8.** Správci sbírek; biografy; klenutá místnost (zastarale). – **9.** Mongolské správní celky; náterové hmoty; malý hlodavec. – **10.** Patřící Leovi; list v atlasu; milenka. – **11.** Zkratka Hospodářské komise pro Latinskou Ameriku; vzácný jehličnatý strom; hostinec nízké úrovně. – **12.** SPZ Českých Budějovic; tyhle; unavovat (zastarale); SPZ Prahy. – **13.** Jednoduchý stroj; začátek závodu; stelivo (nářečně). – **14.** Rozměr; korálové ostrovy; kyty. – **15.** Zřícenina nad Sečí; špižirny; prorýpat. – **16.** Biblická osoba; SPZ Prahy; znalec stavby těla. – **17.** Hajdy; 5. díl tajenky. – **18.** Trojice; učitel matematiky (slangově).

Pomůcka: ACO, AHE, ECLA, koba, kot.

ČESKÁ LÉKAŘSKÁ HOMEOPATICKÁ SPOLEČNOST

zahajuje v září 2007

III. cyklus tříleté homeopatické školy

Přednášejí zkušení čeští lektoři
**Absolvent lékař, farmaceut,
veterinář obdrží certifikát v souladu s požadavky
Evropské komise pro homeopatii (ECH)**

Místo konání: Praha

**Přihlášky zasílejte na kontaktní adresy do 30. 6.
2007**

**Cena: 6000 Kč za jeden ročník předem,
3200 Kč při pololetní platbě**

**Kontakt: ČLHS, Čestmírova 1, 140 00 Praha 4
E-mail: elekova@seznam.cz**



WORK IN UK

IMS is looking for young doctors for RMO post minimum of 2 years experience in Anaesthesia, surgery or Internal medicine Very good command of English

Salary £36 000 – £60 000 per year
Accommodation/food free of charge
Courses ALS, PALS – free for successful candidates

Information:

Marketa Johnston Mobile: 00420 736 208 844
marketa@imsrecruitment.com
www.imsrecruitment.com

WORK IN UK

IMS is looking for doctors of all specialisms, especially for: Haematologists, Oncologists, Histopathologists, Pathologists, Psychiatrists
IMS assists with all the aspects of getting a job in the UK free of charge

Information:

Marketa Johnston Mobile: 00420 736 208 844
marketa@imsrecruitment.com
www.imsrecruitment.com

Zpráva o ČLK–o.s.

7. 4. 1999 podal přípravný výbor občanského sdružení ČLK–o.s. ve složení David Rath, Pavel Kubíček, Milan Kubek, Martin Čihař a Jan Mach návrh na registraci občanského sdružení ČLK–o.s. Ministerstvu vnitra ČR dle § 6 odstavec 2 zák. č. 83/1990 Sb.
5. 5. 1999 byla Ministerstvem vnitra ČR provedena registrace pod čj. VS/1/40 033/99-R.
12. 5. 1999 se konalo shromáždění členů sdružení, které zvolilo prezidentem sdružení MUDr. Davida Ratha, viceprezidentem MUDr. Michala Sojku a členem představenstva JUDr. Jana Macha.
3. 11. 2002 sjezd ČLK svým usnesením zmocnil ČLK–o. s. k jednání na dohodovacím řízení o hodnotě bodu a výši úhrad.
5. 11. 2005 pověřil prezident ČLK–o.s. MUDr. David Rath výkonem funkce statutárního zástupce ČLK–o.s. do volby nového prezidenta MUDr. Aleše Hermana.
13. 1. 2006 představenstvo ČLK usnesením konstatovalo, že jakákoli účast funkcionářů ČLK na dohodovacích řízeních, kde vystupovali jako zástupci ČLK–o.s., se konala z pověření představenstva ČLK a zástupci ČLK–o.s. na těchto jednáních prosazovali stanoviska České lékařské komory.
9. 2. 2006 shromáždění členů sdružení zvolilo: prezidentem ČLK–o.s. MUDr. Milana Kubka a představenstvo ČLK–o.s. ve složení: Milan Kubek, Michal Sojka, Aleš Herman, Pavel Kubíček, Jan Mach.

25. – 26. 11. 2006 z usnesení XX. sjezdu delegátů ČLK v Praze:

33) Sjezd žádá, aby ČLK–o.s. hájila zájmy těch členů ČLK, kteří o to požádají, při jednáních, kterých se nemůže zúčastnit ČLK. Současně ukládá, aby komora tuto činnost ČLK–o.s. v nezbytném rozsahu hradila tím, že zaplatí náhradu za ztrátu času členům ČLK vystupujícím za ČLK–o.s. na uvedených jednáních.

40) Sjezd považuje ČLK–o.s. za legitimní nástroj České lékařské komory k ovlivňování těch jednání, u kterých nemůže být ČLK ze zákona zastoupena. Sjezd ČLK zmocňuje představenstvo ČLK, aby ČLK–o.s. k těmto jednáním užívalo.

41) Sjezd ČLK volí pět zástupců pověřených zastupováním ČLK v dohodovacím řízení. Zvolení zástupci komoru zastupují prostřednictvím ČLK–o.s. Výsledky jednání ČLK–o.s. budou předkládány Sjezdu a zveřejňovány na webové stránce ČLK.

16. 1. 2007 shromáždění členů sdružení přijalo rezignaci MUDr. Kubíčka na funkci člena představenstva ČLK–o.s. a zvolilo členkou představenstva ČLK–o.s. MUDr. Ludmilu Říhovou.

31. 3. 2007 ze zápisu ze zasedání představenstva ČLK: Vzhledem k tomu, že možnost ČLK hájit zájmy soukromých lékařů je úměrná počtu plných mocí pro ČLK–o.s., vyzývá představenstvo ČLK soukromé lékaře, aby zplnomocnili ke svému zastupování ČLK–o.s., případně některé z občanských sdružení, které již podepsalo nebo podepíše text společného prohlášení ze dne 22. 3. 2007.

ČLK bude prosazovat zájmy svých členů – soukromých lékařů – prostřednictvím ČLK–o.s. s vyjednávacím týmem: Dr. Kubek, Dr. Herman, Dr. Knajfl, Dr. Němeček.

Základní zadání pro jednání ČLK–o.s. v dohodovacím řízení o úhradách zdravotní péče pro rok 2008

Segment ambulantních specialistů:

- Realizace Seznamu výkonů s vyšší cenou práce lékaře platného od 1. 1. 2006;
- Opuštění systému paušálních úhrad – návrat k původnímu vzorci pro výpočet max. úhrady, tedy k výkonovému systému.
- Posílení prvků pozitivní motivace v úhradách.

Segment praktických lékařů:

- Podstatné navýšení základní kapitační platby.
- Úhrada výkonů mimo kapitační platbu dle stejných pravidel jako u ambulantních specialistů.
- Posílení prvků pozitivní motivace v úhradách.

„Sjezd žádá, aby ČLK–o.s. hájila zájmy těch členů ČLK, kteří o to požádají, při jednáních, kterých se nemůže zúčastnit ČLK.“
„Sjezd považuje ČLK–o.s. za legitimní nástroj České lékařské komory k ovlivňování těch jednání, u kterých nemůže být ČLK ze zákona zastoupena.“

Vyzýváme ty lékaře, kteří dali v minulosti plnou moc ČLK–o.s. a v současnosti nesouhlasí s tím, aby je ČLK–o.s. zastupovala, aby nám své rozhodnutí oznámili písemně.

**Soukromí lékaři, kteří mají naopak zájem o to, aby je ČLK–o.s. v dohodovacích řízeních zastupovala, mohou využít přiloženého formuláře a svoji plnou moc zaslat na adresu:
Recepce ČLK, Lékařská 2, 150 00 Praha 5**

Prosíme, aby totéž znovu učinili i ti lékaři, kteří ČLK–o.s. dali plnou moc dříve než v roce 2006.

..... zde odstříhnete

PLNÁ MOC

Zmocnitel – smluvní zdravotnické zařízení

název: _____

sídlo: _____

IČ: _____ IČZ¹⁾: _____ IČP²⁾: _____

PPNV³⁾: _____ E-mail⁴⁾: _____ Telefon⁴⁾: _____

zastoupený: _____

tímto zmocňuje

Zmocněnce – profesní (zájmové) sdružení poskytovatelů zdravotní péče:

Českou lékařskou komoru–o.s.,
IČ: 70885117, se sídlem: Praha 5, Lékařská 2,

aby jej jako smluvní zdravotnické zařízení zastupoval

- v dohodovacím řízení o rámcové smlouvě ve smyslu ust. § 17 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb. v platném znění
- v dohodovacím řízení o seznamu výkonů s bodovými hodnotami dle ust. § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb. v platném znění
- v dohodovacím řízení o hodnotě bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulačních omezeních objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění dle ust. § 17 odst. 6 zákona č. 48/1997 Sb. v platném znění

a to za (zaškrtněte)

- skupinu poskytovatelů praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost;
- skupinu poskytovatelů ambulantní specializované péče a péče ženských lékařů (odbornost 603, 604) s výjimkou těch, kteří poskytují fyzioterapii (odbornost 902 a 918), ergoterapii a klinickou logopedii
- skupinu poskytovatelů diagnostické péče (odbornosti 222, 801-805, 807, 812-823, 809)
- skupinu poskytovatelů laboratorní a radiodiagnostické péče (příslušnou skupinu zmocnitel označuje křížkem)

Zmocněnec je oprávněn zastupovat zájmy zmocnitele v plném rozsahu úkonů stanoveném pro účastníky dohodovacího řízení zákonem číslo 48/1997 Sb.

Zmocněnec je oprávněn ustanovit si za sebe zástupce a pokud jich ustanoví více, souhlasí s tím, aby každý z nich jednal samostatně v plném rozsahu tohoto zmocnění.

Tato plná moc nabývá účinnosti dnem jejího podpisu zmocnitelem a je vyhotovena ve dvou stejnopisech, z nichž jeden si ponechá zmocněnec a druhý zmocnitel.

pozn: IČZ, IČP, PPNV jsou fakultativními údaji, na jejichž základě ČLK–o.s. získává komplexní představu o smluvních zdravotnických zařízeních, která v rámci dohodovacích řízení reprezentuje. **Nevyplnění těchto údajů nezakládá neplatnost plné moci.**

1) IČZ - identifikační číslo zařízení, nebo části zařízení: jednoznačný osmimístný číselný kód ve vztahu k Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR. Číslo přiděluje vždy místně příslušná okresní pojišťovna VZP ČR na základě žádosti té zdravotní pojišťovny, která první uzavře smlouvu na poskytování zdravotní péče s daným zařízením.

2) IČP - identifikační číslo pracoviště: jednoznačný osmimístný číselný kód ve vztahu k Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR, který blíže identifikuje konkrétní zdravotnické pracoviště zařízení nebo části zařízení, případně samostatné lékaře, kteří mají s některou ze zdravotních pojišťoven uzavřenu smlouvu pouze na preskripci léčivých přípravků pro rodinné příslušníky. Potvrzuje jej vždy místně příslušná okresní pojišťovna VZP ČR.

3) PPNV - přepočtený počet nositele výkonu: zjistí se z počtu hodin odpracovaných jednotlivým nositelem výkonu ve zdravotnickém zařízení v daném čtvrtletí při poskytování zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění (podle ust. § 41 odst. 6 zákona č. 48/1997 Sb.) takto:

Odpracovaný čas nositele výkonu v období	Přepočtený počet nositele výkonu
do 10 hodin / čtvrtletí	0,00
do 100 hodin / čtvrtletí	0,25
do 200 hodin / čtvrtletí	0,50
do 300 hodin / čtvrtletí	0,75
nad 300 hodin / čtvrtletí	1,00

V případě, že je nositelem výkonů sestra ošetřujícího lékaře, je počet odpracovaných hodin vztážen pouze na dobu samostatně prováděných zdravotních výkonů.

4) Vyplnění údajů není povinné.

Zmocnitel (podpis a razítko)

V _____ dne: _____