



# TEMPUS MEDICORUM

ČASOPIS ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY

6/2007

ROČNÍK 16

## V TOMTO ČÍSLE:

### Konec soukromých lékařů v Čechách?

Nechceme lékařské supermarkety

### Reforma zdravotnictví

Komora vyzývá k odporu proti těm návrhům, které by poškodily lékaře.

### Rozhovor

Prezident České lékarnické komory PharmDr. Lubomír Chudoba



## PLUS

EDUKA FARM

 *monitor medicinae*

Edukační a inzertní příloha

FI SÚKL Farmakoterapie karcinomu plic



## Julínkové návrhy = konec soukromých lékařů v Čechách

Základním problémem českého zdravotnictví je nepoměr mezi omezenými finančními zdroji a nelimitovanou poptávkou po zdravotnických službách. Žádná z polistopadových vlád si tento rozpor netroufla řešit. Vysoká kvalita a široká dostupnost zdravotní péče jsou stále zajišťovány na úkor platů zaměstnanců nemocnic, na úkor příjmů zdravotnických zařízení. My, lékaři se již léta potácíme v pseudotržním prostředí, kdy jsme na jedné straně nuceni veškeré zboží a služby nakupovat za tržní ceny, ale na straně druhé cenu naší práce a naše příjmy limituje politické zadání zajistit za české peníze výdobytky světové medicíny každému pacientovi dle jeho potřeb.

Většina z nás se shodne na tom, že je třeba definovat standard zdravotní péče, která bude zaplatitelná z prostředků veřejného zdravotního pojištění v cenách pokrývajících skutečné náklady zdravotnických zařízení a umožňujících jim tvořit přiměřený zisk. Určením těchto standardů péče vznikne prostor pro komerční připojištění, a tedy pro konkurenci pojištěn i zdravotnických zařízení. Je nám jasné i to, že ani české zdravotnictví nedokáže, navzdory přání politiků, fungovat jako perpetuum mobile a že potřebuje více peněz, neboť 7,2% českého HDP, tedy 740 eur na občana a rok, nemůže stačit na péči evropské úrovně. Z vědomí nezbytnosti těchto změn a z letité frustrace způsobené nezájmem politiků o naše problémy, z těchto zdrojů vyvěrá touha lékařů po změně – po reformě.

U některých z nás je tato touha tak silná, že potlačuje pud sebezáchovy. Zdaleka ne všechny změny totiž musí být k lepšímu. „Lepší jakákoliv reforma než žádná,“ tak mi nedávno odpověděl představitel jedné z lékařských organizací, když jsem upozorňoval na rizika Julínkových návrhů. S tím nemohu souhlasit. Naše situace není tak zoufalá, abych si nedokázal i bez bujné fantazie představit pozici ještě horší.

V dubnu například schválila vláda záměr reformy veřejných financí, který připraví o peníze i zdravotnictví. Díky zmaření plateb pojistného za tzv. státní pojištěnce budou mít pojišťovny oproti očekávání méně o 3 mld. Kč, zavedení maximálního vyměřovacího základu pro pojistné je připraví minimálně o 1,8 mld. Kč a zvýšení DPH na léky z 5% na 9% odčerpá ze zdravotnictví zpět do státního rozpočtu 1,7 mld. korun. A hádejte, na kom mají pojišťovny ušetřit? Na nás!

Chybějící peníze mají přinést tzv. regulační poplatky. Primitivní ceník, podle něhož si máme my, lékaři vybírat od pacientů peníze, o které nám budou pojišťovny platit méně za práci, jistě nemůžeme považovat za nějakou reformu. Nutit lékaře, aby vybírali v souvislosti s ošetřením pacienta minipoplatky odpovídající částce jednoho eura, to je urážející. Avšak celá bouře okolo těchto poplatků odvádí pozornost od zásadních změn, které se Julínek snaží propašovat parlamentem jako přílepkou na reformu veřejných financí, i když s ní tyto se zdravotníky neprojednané návrhy vůbec nesouvisí.

Úplným podřízením VZP vlivu ministerstva a zrušením dohodovacího řízení o seznamu výkonů chce Julínek získat absolutní kontrolu nad tím, s jakým zdravotnických zařízením a s kterým soukromým lékařem bude dominantní pojišťovna smět uzavírat smlouvu, i kolik mu bude platit za práci. Tyto snahy korespondují s rozhodnutím ministra novou vyhláškou o rámcových smlouvách zlikvidovat trvalé smluvní vztahy, které by nás před takovou svévolí chránily.

Návrhem, aby pojišťovny mohly uzavírat smlouvy na péči praktických lékařů i gynekologů bez výběrových řízení, pak ministr umetá cestičku silným finančním skupinám, které nekalou konkurencí zlikvidují soukromé lékaře. Aby jim nemohla lékařská komora překážet, odmítá ministr vydat vyhlášku o minimálním personálním vybavení zdravotnických zařízení, a to i za cenu, že porušuje zákon.

Lékařská komora v současnosti jedná s poslanci všech parlamentních stran. Naším cílem je zabránit přijetí těchto pokoutně prosazovaných změn ohrožujících zejména soukromé lékaře. Projednávání zákona o veřejném zdravotním pojištění chceme naopak využít k uzákonění dlouhodobých smluvních vztahů s pojišťovnami, pravidel prodeje lékařských praxí, závaznosti transparentních výběrových řízení pro pojišťovny i změn v dohodovacích řízeních. Klíčem ke skutečné reformě zdravotnictví by pak mohlo být nové dohodovací řízení o standardech zdravotní péče.

Situace je tak vážná, že si již nemůžeme dovolit luxus handrkování se mezi sebou. Komora, která je ze zákona povinna hájit zájmy všech lékařů, proto vyzývá všechny organizace zdravotníků, aby se společně pokusily zabránit změnám, které by bez nadsázky mohly přivodit konec soukromých lékařů v Čechách.

MUDr. Milan Kubek, prezident ČLK

### TÉMA MĚSÍCE

Hra monopoly aneb  
konec soukromých lékařů?

2-8

Anketa: Myslíte si, že soukromý lékař může dlouhodobě konkurovat silným finančním skupinám ve zdravotnictví, tzv. řetězcům? Jaké jsou vaše osobní zkušenosti?

### ROZHOVOR

Prezident České lékařské komory  
PharmDr. Lubomír Chudoba

9

### REFORMA

#### ZDRAVOTNICTVÍ

Co si na nás přichystala vláda

10-13

Co prosazuje ČLK

### INZERTNÍ PŘÍLOHA

#### MONITOR MEDICINAE

Novinka v léčbě bronchiálního  
astmatu: strategie SMART

15-30

Diabetická polyneuropatie, její  
léčba a prevence

Chondroitin sulfát  
– nejnovější poznatky

... z rozhovoru  
s Prof. MUDr. Richardem Češkou, CSc.

Lokální terapie  
nesteroidními antirevmatiky

Veš dětská - velký malý problém

Časný záchyt revmatických onemocnění

Farmakoterapie obezity

### PŘÍLOHA FI

Karcinom plic

### ČINNOST ČLK

Celoživotní vzdělávání lékařů  
organizované komorou

31

### NÁZOR

Mzda, nebo plat?

32-33

### PŘÁVNÍ PORADNA

Komunikace lékaře  
s pacientem a rodinou je nutná

34-37

Novela zákona o péči o zdraví lidu

### KAZUISTIKA

Případ (ne)perforovaného  
apendixu

38-39

### NAPSALI JSTE

#### SERVIS

Vzdělávací kurzy ČLK

40

41-44

Inzerce

Křížovka o ceny

### 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 • recepcie@clkcr.cz

www.lkcr.cz

Šéfredaktor: MUDr. Milan Kubek

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

Odpovědná redaktorka: PhDr. Blanka Rokosová

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

Příjem řádkové inzerce: recepcie@clkcr.cz (viz adresa redakce)

Grafická úprava, sazba, inzerce: Edukafarm s.r.o.

Design: Ing. Jindřich Hurt

Marketing a inzerce: Ing. Renáta Podracká, mobil: 724 261 177

renata.podracka@edukafarm.cz, tel.: 224 252 435

Tisk: EUROPRINT Modřany, a.s.

Uzávěrka čísla 06: 15. 6. 2007 • Vysílá: 27. 6. 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 Preprava

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.

## TEMPUS MEDICORUM vychází v nové podobě

Časopis pro všechny lékaře, který vydává ČLK už šestnáctým rokem, má od tohoto čísla novou grafickou tvář i pozměněný obsah. Je to důsledek nedávno uzavřené smlouvy ČLK se společností Edukafarm. Firma zabývající se především vzdělávacím odborníků z oblasti medicíny a farmacie se stala novou servisní organizací pro vydávání TM. Více na straně 15.



# Hra monopoly

## aneb konec soukromých lékařů?

*Nejvíce diskutovanou a mediálně pro-  
trásanou částí dosud zveřejněných kroků  
ministra zdravotnictví Julínka jsou regulač-  
ní poplatky. V pozadí a prakticky bez zájmu  
veřejnosti dochází k alarmujícím dějům,  
které mohou zlikvidovat soukromé lékaře  
a svobodu lékařského povolání. Jde o něko-  
lik let trvající a nyní akceleraovaný vznik tzv.  
řetězců nebo-li monopolů.*

### Horizontální monopol

Začátkem června rozhodla rada Olomouckého kraje na základě obchodní veřejné soutěže pronajmout společnosti Agel oceláře Tomáše Chrenka, která se specializuje na provoz nemocnic, na 20 let nemocnice v Přerově, Prostějově a Šternberku. Jejich roční obrat se odhaduje na 1,6 miliardy. Na soutěži je pikantní, že v zadávací dokumentaci se v kvalifikačních předpokladech od zájemce požaduje, aby provozoval zdravotnické zařízení s minimálně 500 lůžky a zároveň aby průměrný obrat jeho firmy (či majetkově propojené skupiny firem) v souvislosti s poskytováním zdravotní péče dosáhl v předcházejících třech letech minimálně jednu miliardu korun. Asi nepřekvapí, že u nás existuje jediný takový možný zájemce... Vskutku otevřená férová veřejná soutěž! Zda Agel skutečně ony tři nemocnice dostane, není ještě jasné, protože představitelé samosprávy z dotčených měst se snaží rozhodnutí kraje zvrátit a napadnout. Mají v pronájmu obavu a chtějí nemocnice od kraje převzít sami.

V Moravskoslezském a Olomouckém kraji již existuje řetězec osmi nemocnic firmy Agel. V současné době ovládá přímo Nemocnice Šumperk, a.s. a Třinec-Podlesí, a.s., kde je Agel jediný akcionář. Nemocnice Podlesí, a.s. (dříve Euromednet) je pak jediný akcionář u Vítkovické nemocnice, a.s. (dříve Vítkovická nemocnice Blahoslavené Marie Antoníny), Podhorské nemocnice, a.s. v Rýmařově, Nemocnice Bruntál, a.s., Nemocnice Český Těšín, a.s., Nemocnice Nový Jičín, a.s. a u Nemocnice Valašské Meziříčí, a.s. Součástí impéria Agel je pak ještě Hornická poliklinika v Ostravě a řada servisních a komplementárních firem (Středomoravská nemocniční, a.s., Nemocniční servis, a.s., P&R LAB, s.r.o., Martek Medical, a.s., Zdraví pro život, o.p.s., Transfúzní služba, a.s., Regionální centrum zdraví, a.s. a distributor léků a provozovatel lékáren Repharm, a.s.). Podle časopisu Týden (ze 4. 9. 2006) byl v roce

2005 obrat impéria (bez Repharm!) 3,5 miliardy korun a čistý zisk činil 528 milionů.

V části republiky se tak vytváří v poskytování nemocniční zdravotní péče horizontální monopol jedné firmy. Přestává tak prakticky platit svobodná volba zdravotnického zařízení pro pacienty. A o nižších platech lékařů-zaměstnanců v soukromých nemocnicích se na stránkách Tempusu psalo již mnohokrát.

### Rozšiřování monopolu

Agel svůj vliv posiluje jak nahoru, do fakultních nemocnic, tak dolů do soukromé ambulantní sféry. O tom, že ředitel ostravské fakultní nemocnice má s Agelem „korektní“ vztahy, se mezi zaměstnanci nemocnice mluví již dlouho. Před několika měsíci byla ministrem zdravotnictví Julínkem na post ředitelky FN u Svaté Anny v Brně jmenována bývalá ředitelka nemocnice v Břeclavi MUDr. Vladimíra Danihelková, která seděla od roku 1994 do roku 2004 v dozorčí radě agelské firmy Repharm. A koncem května byl na post ředitele FN Olomouc jmenován MUDr. Radomír Maráček, ředitel Vítkovické nemocnice, a.s. Co když spříznění ředitelé fakultních nemocnic nebudou chtít konkurovat v některých lukrativních oblastech nemocnicím Agelu? Nenaroste počet překladů komplikovaných a tudíž finančně náročných – a pro nemocnice Agelu nevýhodných – pacientů do fakultních nemocnic? Mimo chodem, na to od přeměny krajských nemocnic na akciovky upozorňují lékaři z fakultních nemocnic nejen z Moravy. A pokud nebude žalobce, nebude ani soudce...

### Moje (naše) ambulance

Pod Agel nyní přímo patří Hornická poliklinika v Ostravě a rozšiřování řetězce dolů pokračuje. Více než rok nás upozorňují kolegové ze severní Moravy na pro ně znepokojivý jev, že se v jejich okresech objevují ambulance specialistů, které patří pod nemocnici Agelu z jiného okresu. Vedení VZP o ničem takovém neví a ani vědět nemusí. Pro vytvoření takové ambulance v jiném okrese totiž stačí jen rozšíření registrace od kraje. Pokud patří pod nemocnici, není třeba ani měnit smlouvu s pojišťovnou. Kolegové z Moravy se bojí, že jde o nekontrolovanou a za jiných podmínek fungující konkurenci, která má jako předsunutá hlídka nasávat pro Agel pacienty.

Mezi praktickými lékaři se nedávno začal diskutovat projekt Moje ambulance, se

kterým přišel MUDr. Marek Potysz, bývalý předseda představenstva a nynější člen dozorčí rady Agelu. Jde o vytvoření řetězce ambulantních praktických lékařů, jakýchsi supermarketů. Mají vznikat díky odkupu stávajících praxí praktických lékařů nebo nově na zelené louce. Tento projekt obhajuje náměstek ministra zdravotnictví MUDr. Pavel Hroboň v článku pro Hospodářské noviny. Jistě by bylo pro lékaře výhodné, kdyby se mohl věnovat jen svým pacientům a o veškerou administrativu by se staral někdo jiný. V zahraničí skutečně existují firmy, které se tím zabývají. Má to však být na podkladě smlouvy soukromého a svobodného lékaře se servisní firmou nebo v pozici lékaře-zaměstnance firmy provozující řetězec? Dávám přednost první možnosti. Lékařské supermarkety mohou být opravdu výhodné i pro pacienty – delší ordinační dobou, nadstandardními službami apod. Pokud ovšem rezignují na osobní přístup praktického lékaře k pacientovi, který těžko půjde v supermarketu zajistit.

Problém na rozdíl o náměstka Hroboně vidím někde jinde. Kdyby vše probíhalo jaksi zespodu, na podkladě svobodného rozhodnutí lékařů, byl by můj pohled poněkud jiný. Tady jde o tlak kapitálu a okolností. Nástup projektu Moje ambulance usnadňuje návrh změny zákona, který ministerstvo zdravotnictví umístilo do baňohu reformních opatření Topolánkovy vlády a podle něhož by se například neměla vypisovat výběrová řízení na praktické lékaře a gynekology. Tím výrazně klesne cena stávajících praxí při případném prodeji. Stačí otevřít praxi novou a původního praktika nechat dožít. U lékařů v předdůchodovém či již v důchodovém věku to nebude trvat ani dlouho. A může být ještě hůř. Dr. Potysz v Hospodářských novinách tvrdil, že jde o jeho vlastní iniciativu, která s Agelem nesouvisí. Docela ale pochybuji, že by svoji firmou konkuroval té, v níž je v dozorčí radě. Jeho tvrzení však zatím nelze vyvrátit. Pripusťme tedy, že je to pravda. Kdo a co zabránil tomu, aby po vytvoření řetězce několika desítek praxí celou firmu se ziskem neprodal Agelu? Mít k nemocnicím, ambulantním a komplementu ještě své praktické lékaře je přeci výhodné.

Pokud by se řetězec takto uzavřel, představuje nebezpečí nejenom pro praktické lékaře, ale i pro ambulantní specialisty. Finančně silné zázemí impéria umožní svým zdravotnickým zařízením přežít jakékoliv změny a dopady reformy zdravotnictví. Třeba i nižší příjem od pojišťoven díky zohlednění regulačních doplatků v úhradách a snížení počtu výkonů. A hlavně: dá se předpokládat, že praktik Agelu bude posílat pacienty jen do ambulantí, zařízení komplementu a nemocnic Agelu, což může ostatní poskytovatele postupně likvidovat.



## Pojišťovny

K upevnění monopolu mohou navíc významně pomoci pojišťovny. V Moravskoslezském kraji je podíl pojištěnců rozdělen zhruba na třetiny mezi VZP, Hutnickou a Revírní bratrskou. V Olomouckém kraji je v každém okrese podíl jiný a objevují se zde i jiné pojišťovny. V Hutnické pojišťovně došlo k zajímavému vývoji. Za ministra Ratha byl na návrh zaměstnavatelů správní radou odvolán ředitel ing. Zdeněk Vrožina. Zároveň byla do pojišťovny vyslána kontrolní skupina ministerstva zdravotnictví. Kontrolní zpráva byla v souladu se zákonem těsně před změnou ministrů ukončena a mohla a měla být zveřejněna. Po příchodu ministra Julínka byl záhy nový ředitel Pustelník odvolán, ing. Vrožina instalován zpět a odbor pojišťoven dostal na starost náměstek Hroboň. Kontrolní skupina se zabývala kromě jiného také vztahem pojišťovny ke Společnosti pro řízenou zdravotní péči v České republice, o.p.s., kterou vedle Hutnické pojišťovny založily Nemocnice Podlesí, a.s. (Euromednet) a Klient Pro, s.r.o. Předsedou správní rady je MUDr. Tomáš Macháček, spoluautor Julínkovy reformy, ing. Vrožina je členem správní rady a v dozorčí radě sedí vedle lidí z firem Agelu i náměstek Hroboň!

Jak vyplývá ze šetření ministerstva zdravotnictví a parlamentní komise, u VZP existovalo několik typů úhrad pro nemocnice (od paušálů až po výkonový systém). Naprostý smluvní voluntarismus byl také jedním z hlavních důvodů zadlužení VZP. Objevovaly se také určité indície a náznaky, že nemocnice Agelu byly zvýhodňovány oproti jiným. Šlo například o vysoké meziroční nárůsty úhrad, které neodpovídaly vyhláškám. Zajímavá jsou například srovnání standardizovaných nákladů na jednoho pojištěnce VZP v jednotlivých krajích. V roce 2005 byl Moravskoslezský kraj u celkových nákladů druhý za Prahou a v nákladech na nemocniční péči na třetím až čtvrtém místě (spolu s Libereckým krajem) za Prahou a Středočeským krajem. Je překvapivé, že předhonal například i Jihomoravský kraj, kde jsou brněnské fakultní a specializované nemocnice. Vzhledem k tomu, že šlo o dosti složitý problém, komplikovaný nedostatkem času, u VZP například i neexistencí centrálního informačního systému, kde by byly umístěny všechny smlouvy, aby se daly

porovnat a prozkoumat, nebylo v silách kontrolních skupin toto prokázat, či vyvrátit.

Ve VZP právě probíhá výběrové řízení na post všech čtrnácti krajských ředitelů. Vzhledem k tomu, že VZP přechází na krajskou strukturu, povyšuje se jejich význam. Vládní koalice má ve správní radě VZP většinu a toto hlasování vyvolala. Bude jistě zajímavé sledovat, kdo se stane ředitelem v severomoravských krajích (a také ve středních Čechách). V reformním bafohu v Julínkově zdravotnické části je také návrh na to, aby ředitele VZP jmenovala a odvolávala pouze vláda na návrh správní rady. Tedy jinak: vláda sama sobě navrhne a pak rozhodne. Nyní se vláda musí domluvit ve sněmovně a získat pro odvolání a jmenování ředitele VZP většinu poslanců, což není tak úplně jednoduché. Z VZP se tak stane „organizační složka“ ministerstva zdravotnictví. Nedokáží si představit, co by se dělo, kdyby s podobným návrhem přišel David Rath. Teď je vcelku ticho po pěšině. Nestandardní postup ministerstva vyvolává řadu otázek. Jak bude ministerstvo takto přímo ovlivňovat chod VZP? Má být ředitel Horák odvolán? Přejde na jeho místo někdo z Agelu, jak některé dobře informované zdroje tvrdí?

## Nejistá budoucnost

Další vývoj vyvolává mnohé obavy. Zde nastíním jeden z možných scénářů. Z pojišťoven se mají stát akciové společnosti a ceny si mají se zdravotnickými zařízeními domlouvat volně. Dokonce se na seminářích autorů Julínkovy reformy mluvilo o tom, že by měly probíhat aukce, kdy zdravotnická zařízení budou nucena nabízet své služby pojišťovně za co nejnižší cenu. Za této situace nebudou mít jednotliví soukromí lékaři proti impériu šanci. Řetězec nemocnic, komplementu, dodavatelů zdravotnického materiálu a léků, lékáren a ambulančí bude moci vždy nabídnout nižší cenu než jednotliví lékaři. Postupně se tak zlikviduje konkurence a pak se budou moci ceny opět zvýšit. A to nemluví ani o extrémní situaci, kdy součástí řetězce bude i pojišťovna. Pokud by byly oborové pojišťovny zprivatizovány, kdo zabrání tomu, aby Hutnickou nebo Revírní bratrskou získal Agel? Co když skutečně ředitelem VZP bude člověk blízký Agelu, pokud nebude přímo zprivatizována také? Je pak příliš černá myšlenka, že povolání lékaře na

severní Moravě přestane být svobodným povoláním, protože všichni postupně skončí jako zaměstnanci řetězce, novodobého KÚNZ?

Možná si říkáte, že se to týká jen severní Moravy. Omyl, názny se dají vystopovat i v jiných krajích. Nemocnice Hořovice a Beřoun ve Středočeském kraji mají získat firmy NH Hospital, s.r.o. a Jessenia, s.r.o., které patří do jedné skupiny firem (Mediscan, Multiscan, Eurodiagnosis atd.). Firma Eurodiagnosis založila s Agelem firmu Somascan, s.r.o. Je to jen náhoda? Plošná privatizace nemocnic může vést v jiných krajích ke stejnému modelu jako na Moravě. Zákon o neziskových nemocnicích je bezzubý a nejsou nastavena pravidla pro hrazení péče v nemocničních ambulancích, podobná těm, co platí pro soukromé praxe. Myslím si, že antimonopolní úřad potrestá spíše pár lékařů, kteří se domluví na společném postupu, než aby zabránil vzniku monopolu. Možná nakonec dojde k rozparcelování českého zdravotnictví mezi několik řetězců, ovládaných silnými finančními skupinami, a lékaři budou jen vojáci v jejich vzájemné boji.

Nelze než obdivovat obchodní a organizační schopnosti Tomáše Chrenka a jeho lidí, kteří ze současných podmínek dokáží vytěžit maximum. Jejich chování je totiž z podnikatelského pohledu naprosto přirozené a logické. Podobně se budou chovat i podnikatelé v jiných krajích. Děje se tak i v jiných oblastech – lékárny, obchodní centra atd. A jen politici mohou nastavit pravidla, která zamezí vzniku horizontálních a vertikálních monopolů a která budou chránit jednotlivé soukromé lékaře proti řetězcům. Pokud samozřejmě budou chtít. Bohužel, u současného ministerstva vidím kroky spíše opačné. Zda jsou motivováni jen „ideologicky“, nebo jde o „řízený“ proces, neví.

Pro soukromé lékaře je vznik řetězců stejně nebezpečný jako znárodnění, jen má opačné ideologické znaménko. Pozoruhodné je, že proti vzniku monopolů a za zachování existence soukromých praxí a svobody lékařského povolání, což je spíše liberální princip, bojuje Česká lékařská komora, která je mnohými označována za levicovou. Na straně řetězců zatím stojí pravicová vláda a ministerstvo zdravotnictví. Je to paradox dnešní doby, nebo je pravda jiná a nálepky neplatí?

MUDr. Michal Sojka

## ÚOHS posuzuje fúzi nemocnic

**Antimonopolní úřad posuzuje poprvé ve své historii sloučení několika krajských nemocnic do akciové společnosti. Nemocnice v Ústí nad Labem, Děčíně, Teplicích, Mostě a Chomutově má nově spravovat společnost Krajská zdravotní.**

„Firmu vlastní Ústecký kraj, který o posouzení sloučení nemocnic požádal. Úřad o fúzi rozhodne do měsíce, využije k tomu standardní metodiku, kterou využívá při fúzích firem,“ řekl ČTK Martin Švanda z odboru vnějších vztahů Úřadu pro ochranu hospodářské soutěže (ÚOHS).

Ústecký hejtman Jiří Šulc ČTK řekl, že souhlas antimonopolního úřadu kraj ze zákona mít musí, protože nemocnice poskytují zhruba 70 procent zdravotní péče v regionu.

Podobné uspořádání nemocnic má i řada dalších krajů. Antimonopolní úřad loni posuzoval 61 fúzí, o rok dřív to bylo 55 a v předchozích letech mnohonásobně víc. Ani jeden z případů se ale netýkal nemocnic. „Úřad proto bude muset nejprve zjistit, zda mu vůbec přísluší podobná spojení posuzovat,“ soudí Švanda.

Ústecká akciovka s 6500 zaměstnanci bude disponovat majetkem v hodnotě šesti miliard. S ročním obrátem

přes čtyři miliardy se stane jedním z největších zdravotnických zařízení v České republice.

S transformací nemocnic na akciovou společnost ne-souhlasí opozice z řad KSČM a ČSSD.

Předseda sociálních demokratů Jiří Paroubek řekl, že se obává, aby špičková technologie, již je vybavena například nemocnice v Mostě, nepřišla vniveč kvůli rozhodnutím o rušení jednotlivých neziskových oddělení.

Představitelé kraje naopak tvrdí, že sloučením nemocnic jejich chod zefektivní a na zdravotnictví tak bude více peněz.

(ČTK)



**Myslíte si, že soukromý lékař může dlouhodobě konkurovat silným finančním skupinám ve zdravotnictví, tzv. řetězcům? Jaké jsou vaše osobní zkušenosti?**

Dobrá otázka. Zeptejte se majitelů maloobchodů, jak se jim žije a pracuje ve stínu obchodních řetězců. Budete mít odpověď. Myslíte-li si někdo, že diametrálně odlišná tematika dává diametrálně odlišnou odpověď pro podmínky zdravotnických a obchodních řetězců a jejich konkurence drobným soukromníkům, pak se mýlí. Základní zákonitosti jsou podobné a platí pro obojí. Lidově řečeno drobní soukromníci nakonec „ostrouhají“! V případě zdravotníků i se svými pacienty. Ne všichni totiž se svými chorobami budou lukrativními pacienty pro zdravotnické řetězce.

*MUDr. Vratislav Škoda, RTG odd., NsP Česká Lípa*

Finančně silné skupiny se svými „řetězci“ jsou jistě problémem budoucnosti. Nemyslím si ale, že to bude paralela s malými obchody a velkými hypermarkety. Možná podobnost bude v tom, že mohou ohrozit spíše soukromé speciality ve velkých městech. Pokud budou mít i lékárny, jistě lékárníci dostanou „doporučení“, aby doporučili pacienta k jejich specialistovi, který napíše pacientovi „lepší lék, a možná i bez doplatku...“. Jako specialista v malém městě zatím obavy nemám, ale jistě bude hůř!

*MUDr. Ján Dindoš  
plicní a praktický lékař, Neratovice*

I když dosud osobní zkušenosti žádné nemám, myslím, že soukromý lékař těžko může konkurovat tzv. řetězcům.

*MUDr. Věra Černá, soukromý praktický lékař,  
poliklinika Žďár nad Sázavou*

Řetězce, a je zcela lhostejné, v jakém oboru lidské činnosti, se tvoří právě proto, aby svou silou ekonomickou, komplexností a centralizací nabídky, personálním a lobbyistickým tlakem na orgány státní správy ovládly oblast činnosti ve svém segmentu. Proti řetězci pak jednotlivci nenalézají podporu orgánů, ani klientů a zavírají.

*MUDr. Jiří Ort, ortoped, Praha 11*

Myslím, že samostatně pracující lékař konkurovat nemůže především pracovní dobou a tím, že má stanovené limity. Řetězce si zajistí nadbytečnou péči, i kdyby byla pojišťovnami pokutována nebo jen nehrazena, jim se to nasměrováním výkonů do svých laboratoří, lékáren, odborných ambulancí a lůžkových zařízení

## Nechceme lékařské supermarkety

*Nízké ceny a dlouhá otevírací doba, to jsou hlavní lákadla, která přivádí koupěchtivé zákazníky do velkých supermarketů. Za vidinou ušetřených korunek se většina z nás trmácí do polí za město. V neosobních halách pak bloudíme mezi regály zboží umně naaranžovaným tak, abychom utratili díky nižším cenám „ušetřené“ peníze za něco, co ani nepotřebujeme. Nikdo z nedostatečného počtu nekvalifikovaných prodáváčů nám nedokáže poradit. Po vystání fronty u pokladny nás pak za svoji minimální mzdu zkasíruje uštvaná pokladní – bývalá prodávačka a majitelka útulného obchůdku v centru města, který jsme nechali svým nezájmem zkrachovat. Cestou na parkoviště si slibujeme, že už nikdy více, a marně vzpomínáme, kam se poděly naše peníze. Znáte ten pocit?*

Lékařské supermarkety chtějí pacientům nabízet i zdravotničití oceláři ze severní Moravy. Sliby jsou podobné. **Dlouhé ordinanční hodiny – to zaujme pacienty. Nízké ceny – na lacinou zdravotní péči budou slyšet pojišťovny. Minimální mzdy a kruté pracovní podmínky – to by mělo varovat nás, lékaře.**

Supermarket je tu pro vás! A praktický lékař, který se o naši rodinu stará už dvacet let a přesně ví, s čím stonáváme a nač zemřela naše babička... Co je nám po něm?

Hra Monopoly má jasná pravidla. Vyhrává silnější. Pravděpodobně doktůrek zkrachuje, tak jako ti obchodníci z centra města, kteří zákonitě prohráli cenovou válku s giganty na jeho okraji. Možná se ale podvolí a ještě včas svoji praxi prodá s tím, že zbaven podnikatelských starostí bude smět za plat, který mu nový majitel na základě ekonomické efektivity jeho práce vypočítá, co by námezdní síla pracovat nadále. A třeba bude mít to štěstí, že bude moci na svoji zodpovědnost a za příplatek dělat odborného garanta desítkám nekvalifikovaných lékařů z rozličných zemí – můžeme jen doufat, že převážně ze Slovenska –, kteří se budou v neosobních lékařských supermarketech střídat ve směnách, čímž se definitivně zničí vztah důvěry budovaný mezi lékařem a jeho pacienty.

Pokud se domníváte, že k něčemu takovému nemůže dojít, pak trpíte pouze nedostatkem informací. Myšlenka je už tady a pokud její semínko padne na úrodnou půdu, pak vyklíčí a rozroste se jako plevel, který soukromé lékaře zadusí.

**Ministr Julínek** se svým týmem mu přitom kypří a hnojí půdu, seč mu síly stačí. **Nejprve vyhláškou připravil soukromé lékaře o existenční jistotu trvalého smluvního vztahu se zdravotními pojišťovnami**, který by byl vypověditelný pouze

z předem stanovených závažných důvodů. **Nyní chce zákonem zrušit pro praktické lékaře výběrová řízení**, která musí absolvovat každý zájemce o smlouvu s pojišťovnou a do nichž si troufá zasahovat i ta nežádoucí lékařská komora. Proč? Protože je třeba snížit cenu lékařských praxí. Ostatně nač je kupovat, zkrachují obdobně jako ty bývalé obchůdky.

Stačí, když vám zdravotní pojišťovny budou díky Julínkovi moci povolit tolik laciných a tedy pro ně výhodných lékařských supermarketů, kolik si budete přát.

A praxe od ambulantních specialistů, ty vám pak do klína spadnou samy jako přezrálé hrušky. Postačí jenom zaměstnancům supermarketu praktických lékařů zakázat posílat pacienty na vyšetření jinam než do ambulancí nemocnic, které jste za úsměvy vzbuzující ceny odkoupil od krajů již dříve. Bez pacientů i ambulantní specialisté změknou a budou žadonit, abyste je zaměstnal.

Bohužel, cena lékařské práce zůstává poté, co se Julínkovi podařilo zlikvidovat komorou prosazený seznam výkonů, tak nízká, že nový pán doktorům nebude nabízet více než průměrnou mzdu. Éra soukromých lékařů tak v Česku skončí. A tentokrát to nebude kvůli komunistickému puči.

**Pokud ministr Julínek prosadí svůj záměr zestátnit dosud veřejnoprávní VZP a pokud malé pojišťovny změni v akciové společnosti, jejichž akcionáři budou smět vlastní i zdravotnická zařízení, která budou zvýhodňovat na úkor ostatních soutěžitelů na trhu, vzniknou lokální monopoly** a definitivně se uzavře kruh oběhu peněz, na jehož počátku je veřejné zdravotní pojištění, tedy daň, kterou my všichni povinně platíme. Pro soukromé lékaře v tomto systému však místo nezbyvá. Vždyť oni jsou tak zoufale neefektivní a v situaci, kdy po nich Julínek chce, aby rodícím se supermarketům konkurovali cenou svých služeb, nedokáží obstát.

**Lékařská komora se snaží hájit kvalitu zdravotní péče. Cílem reformních změn ve zdravotnictví přece nemohou být jen peníze či jejich úspora. Narážíme však na nezáměr ministra, který pohrdá zákonem**, jenž mu ukládá vydat vyhlášku, kterou má ve spolupráci s lékařskou samosprávou určit, jaký minimální počet a jak kvalifikovaného personálu musí ve zdravotnickém zařízení pracovat. Proč? Taková norma by sice chránila spotřebitele, tedy pacienty, ale snižovala by zisky lékařským supermarketům, které kvalitní lékaře nepotřebují.

Lékaři patřili odjakživa mezi svobodná povolání. Právo kvalifikovaných lékařů poskytovat svobodně jako soukromí podnikatelé své služby hájí Česká lékařská komora,



kteřá tím překáží leckterým lobbyistům, na jejichž objednávku pak je ne jeden politik ochoten navrhnout likvidaci této profesní samosprávy.

Povinnost lékařské komory je hájit práva svých členů. Lékařům, námezdním silám pracujícím v novodobých OÚNZ, moc nepomůže to, že mají privátní vlastníky. Spíše naopak, na rozdíl od státních zaměstnanců se nebudou moci spoléhat ani na jistotu tarifních tabulek ani na pomoc odborů.

Kolegové, až vás tedy bude někdo chtít zbavit starostí soukromého podnikatele, nezapomeňte, že když ptáčka lapají, pěkně mu zpívají. A vy, milí pacienti, si vzpomeňte na své pocity cestou ze supermarketu domů. Moje babička často opakovala, že když nejde o život jde o... Ale zde jde o zdraví.

MUDr. Milan Kubek - prezident ČLK

(vyšlo ve zkrácené verzi v Hospodářských novinách)

## Věc výhodná pro lékaře i pacienty

Plány na vytvoření sdružených ordinací praktických lékařů vlastněných soukromým investorem vzbudily nevoli prezidenta České lékařské komory Milana Kubka (Nechceme lékařské supermarkety, HN 17. května). Bohužel svému rozhořčení dal průchod v článku, kde překrucuje fakta.

### Podivná role prezidentů

Samí praktičtí lékaři upozorňují na svůj nedostatečný počet a vysoký průměrný věk. Co se s tím dá dělat? Jednou z cest je umožnit lékařům, aby více času věnovali svým pacientům a administrativu přenechali jiným. Takového rozdělení práce se dá dosáhnout právě v prostředí sdružené praxe, která je běžným jevem v mnoha zemích Evropy i v zámoří. Sdružení praxí navíc vede ke snížení nákladů a možnosti většího komfortu pro pacienty, například díky prodloužené ordináčnické době.

Nepochybně je nutné zabránit monopolům a vytvořit kvalitní regulační prostředí. Právě proto na ministerstvu zdravotnictví pracujeme na jasném zakotvení povinnosti pojišťoven zajistit svým klientům dostupnost zdravotní péče, na zřízení Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami a na vyjasnění role Úřadu pro ochranu hospodářské soutěže ve zdravotnictví. Je nutno si uvědomit, že nikoliv naše návrhy, ale současná nedokonalá legislativa nahrává monopolům.

Je také dobře si připomenout, že otázku nedostatku praktických lékařů dlouhodobě zanedbávalo právě vedení České lékařské komory. Naproti tomu například Česká stomatologická komora, která řeší obdobný problém, dokázala prosadit pružný systém vzdělávání zubařů v ordinacích jejich zku-

šenějších kolegů. Prezidenti České lékařské komory se ale tradičně věnovali odborářské a politické kariéře spíše než práci ve prospěch svých členů.

Stačí si připomenout úhradovou vyhlášku vydanou ministrem Rathem na začátku roku 2006. Ta v podstatě znemožnila praktickým lékařům, aby dostali zaplacen za nové pacienty včetně právě narozených dětí. Pan Kubek tuto vyhlášku, s jejímiž dopady se praktičtí lékaři a ambulantní specialisté potýkají ještě rok po skončení platnosti, označil za „tvrdou, ale spravedlivou“.

Mimo to pan Kubek neváhá překrucovat ve svém článku fakta. Jenom namátkou – seznam výkonů nikdo nezrušil. Ani sami jeho tvůrci ale nebyli schopni zajistit dostatek peněz pro jeho reálné naplnění. Stejně tak je nesmyslné tvrzení o vlivu chystaného omezení výběrových řízení na cenu praxe. Všichni soukromí lékaři vědí, že výsledky výběrových řízení byly pro zdravotní pojišťovny vždy nezávazné.

### Jsou architekti nešťastní?

Pan Kubek a další bývalí odboráři nejen zničili stavovskou roli a důvěryhodnost České lékařské komory, ale zároveň svým spoleháním na stát a odporem k regulovanému trhu dlouhodobě poškozují české zdravotnictví včetně ekonomických zájmů zdravotníků.

Obdobu jejich strášení jsme u jiných oborů lidské činnosti poslouchali před 15 lety. Kdo z tradičních „svobodných“ povolání, čili „professions“ v anglické terminologii, lituje zavedení tržního prostředí v jejich oblastech? Jsou snad architekti, právníci a další vykořisťování nemilosrdnými monopoly a vyhánění ze svých kanceláří? Vedl snad vstup soukromého kapitálu do ostatních odvětví ke zhoršení kvality služeb?

Volba je jasná. Více států už čeští lékaři zažili.

Pavel Hroboň - náměstek ministra zdravotnictví

(Hospodářské noviny 22. 5. 2007)

## Řetězení

Dobře zavedená praxe praktického lékaře má roční příjem zhruba 1 milion korun. Lékař získá pro svou potřebu zhruba 40 000 korun měsíčně. Jeho zisk je tedy velmi malý – je to tím, že cena lékařovy práce je nízká. Budeme-li se stávajícím tempem přibližovat Německu, bude za 10 let náš čistý měsíční příjem 100 000 korun. To už spousta z nás pracovat nebude, ale mladí se toho dočkají. Když dnes – ve svých 30 letech – od nás koupí praxi za 2 miliony korun, bohatě se jim to vrátí.

Každý individuální zájemce, který v současnosti odkupuje praxi a hodlá se živit prací ve své ordinaci, bude v popsané situaci. Čím bude lékař mladší, tím lepší udělá obchod.

Přichází „dobrák“, který chce naše praxe

bohatě vyplatí. Myslím si, že v konečném důsledku to povede k nadužívání péče ze zdravotního pojištění.

MUDr. Jaromír Čech, praktický lékař,  
Valašské Meziříčí

Praktický lékař, pokud má léčit pacienty, vyplňovat dotazníky, vysvětlovat pacientům, co nevysvětlí odborníci a nemocnice, vysvětlovat, co může a nemůže, atd., atd., řetězci určitě konkurovat nemůže. Den má pouze 24 hodin a pro mne osobně to už začíná být málo. Zatím ještě jsem lékař pro lidi a ne pro peníze, takže ani konkurovat nechci. A pokud budu někam tam tlačena, končím s medicínou a do důchodu půjdu raději mýt nádoby s čistou hlavou.

MUDr. Jana Omová, praktický lékař pro dospělé,  
Železný Brod

Samozřejmě, že nemůže.

MUDr. Zdeněk Stránek, chirurg, Žamberk,  
člen představenstva OS ČLK v Ústí n. O.

Určitě může soukromý lékař s patřičným vzděláním konkurovat velkým zdravotním skupinám. Velmi ovšem záleží na jeho trvalém vzdělávání, přístupu k lidem. Obrovský problém ovšem jsou zdravotní pojišťovny, které nedovolí dalším lékařům vstoupit do smluvní sítě pojišťoven, tím se konkurence a mnohdy tedy i kvalita péče u privátních lékařů velmi snižuje, neboť často jsou soukromí lékaři v důchodovém věku a jsou si jisti svoji smlouvou na dobu neurčitou. Proto mladí lékaři, pro které jsou nové zdravotní postupy samozřejmostí, nemají šanci zařadit se do sítě smluvních lékařů. Chybí naprostá konkurence a boj o pacienta jako zákazníka, klienta. Proto se může stát, že tzv. řetězce budou personálně daleko lépe vybaveny a tudíž péče bude kvalitnější.

MUDr. Zdeňka Janoušková, praktická lékařka,  
Velké Meziříčí

Řetězci se lze postavit za předpokladu jiné legislativy. V současné situaci to vidím jako předem prohraný boj, kde je jen otázka času, kdy řetězce budou vítězem – se všemi důsledky.

MUDr. Igor Šubert, praktický lékař, Vysočina

Otázka je špatně položená, zavádějící: kdyby bylo dobře honorovaných, svobodně pracujících lékařů, nedocházelo by tolik k odchodu ze svobodného povolání do svazujícího řetězce. Z toho plyne, že špatně honorovaný lékař dlouhodobě vydrží jen výjimečně.

MUDr. Jan Rejholec, Soukromá chirurgická ambulance, Ústí nad Labem



**Myslíte si, že soukromý lékař může dlouhodobě konkurovat silným finančním skupinám ve zdravotnictví, tzv. řetězcům? Jaké jsou vaše osobní zkušenosti?**

Při mé subjektivní představě (možná nesprávné), jací kolegové by do těchto řetězců vstupovali, pak nepochybuji, že ostatní soukromí lékaři dokáží tuto konkurenci bez obav ustát. Nedokážu si totiž představit lékaře, který v rámci „řetězce“ nabízí jakousi „levnější péči“, s platem kolem 1200 eur, který navíc prodal dobrou a zavedenou praxi za směšných 15 až 25 000 eur (jak bylo publikováno v ZDN). Medicína je umění, lékař by měl být osobností s dobrým příjmem, neustále se vzdělávající, neboť pak je péče kvalitní ve prospěch celé společnosti i lékaře. Dlouhodobě je to pro společnost nejenom ekonomicky výhodné.

*MUDr. Viktor Jenšovský, interna,  
pneumologie, Lovosice*

Pokud má soukromý lékař zavedenou praxi, smlouvy se zdravotními pojišťovnami a svou práci dělá dlouhodobě kvalitně, pak se dle mého názoru konkurence zdravotnických řetězců bát nemusí. Každý ze subjektů vykonávajících lékařskou praxi může v dané době zvážit svou situaci a svobodně se rozhodnout, kudy dále.

*MUDr. Jaromír Vašát,  
odborný internista a nefrolog, Zlín*

Odpověď dle mého názoru není jednoznačná. Řetězce ve zdravotnictví mohou být v oblasti služeb, techniky, léků, ale i informatiky. Objevuje se sdružování nemocnic, poliklinik, praxí, ale i firem, které nás zásobují zdravotní technikou, spotřebním materiálem a léky. Za zmínku stojí také zdravotnická informatika. Opozici těmto aktivitám a garanci pro všechny zúčastněné by měl zajišťovat stát. Finanční, sociální a zdravotní zákony by měly být smysluplné a měly by kopírovat potřeby společnosti a také by měly být zárukou stabilního prostředí, uprostřed kterého je nemocný člověk. Jak to vypadá ve skutečnosti, asi všichni víme. Zisk bývá často hlavní motivací různých společností. Mohli jsme se setkat se střetem zájmů u některých politiků, poslanců či úředníků. Raději nechtějme vědět, ve kterých dozorcích radách kdo sedí a o čem se tam rozhoduje. Vida, máme zákon o střetu zájmů. Nejsem si jistý, zda stát jako garant zdravotnictví toto všechno stačí ohlídat, zda zákony jako jeho nástroj vymezují jasně a transparentně prostředí a vztahy ve zdravotnictví.

odkoupit a slibuje nám zaměstnání a k tomu navrch 300 až 700 000 korun. Jistě si každý položí otázku, co ho k tomu vede.

Řeknete si: „Má zřejmě volný kapitál, tak chce perspektivně uložit peníze a až se situace změní, tak praxi zase prodá – řekněme za 10 let – za 4 miliony.“

Může být, že i takový motiv se u investora najde. (Snad si nikdo z nás nemyslí, že chce zlepšit kvalitu a dostupnost lékařské péče. To možná nastane, protože lékaři-novolníci opravdu budou šlapat ulice 8 hodin denně, protože budou „bodovat“, aby bylo z čeho zaplatit dovolenou v Karibiku svému chlebozárci.)

Ale toto vysvětlení je příliš konzervativní, neboť náš investor nehodlá čekat 10 let, chce své peníze zpátky mnohem rychleji.

Musím dodat, že náš dobroděj patří do skupiny lékařů, kteří již v relativně mladém věku pochopili, že vlastní prací nelze zbohatnout. Proto se před několika lety zaměřili na vytváření sítí, ve kterých by mohlo uváznout co nejvíce ryb. Tyto sítě tvoří soustava nemocnic a superspecializovaná centra se zaměřením na kardiologii, onkologii a gastroenterologii. Zařízení nemuseli budovat na zelené louce, protože si je uměli výhodně pronajmout. Umějí si totiž najít ty správné spoluhráče.

Chtělo to jen odvahu do začátku. Jak říká jeden z tvůrců myšlenky, který zažívá znovu něco jako na počátku 90 let, kdy již jednou zažil onen exciting, kdy se před ním náhle vynořily netušené možnosti, kterých by bylo hřích nevyužít. Podobný exciting zřejmě měl i mistr Kožený, když v rámci kuponové privatizace rozkrádal majetek vzniklý z našich daní.

Přišel tedy den, kdy v zájmu zisků autoři projektu pohlédli směrem dolů a uzřeli prostáčky lopotící se na vinici páně, kteří nemají ani potuchu o tom, jakou má jejich práce přidanou hodnotu. Co je tedy tak excitovavolo?

Praktičtí lékaři předepisují každoročně obrovské množství receptů. Po zavedení regulací u specialistů stále více. Každý z nás za několik milionů. Velmi zjednodušeně platí, že z každého jednoho milionu plyne pro někoho zisk ve výši 250 000. Při 4 milionech to dělá 1 milion – ne v bodech, ale v korunách. Léky jsou totiž opravdové zboží, naším zbožím je bohužel práce, která je ale vždy podle zákonů trhu zaplácena až podle toho, co zbude.

Kuriozitou je jistě fakt, že za zvýšený zisk lékárníka jsme potrestáni formou regulace.

Naše praxe tedy někomu přináší ročně 1 milion. Za 10 let z nás má lékárník 10 milionů. To však není všechno; odesíláme své pacienty do dalších zařízení a generujeme příjmy dalších ordinací – některé mají příjmy nespravedlivě vysoké, některé zase nízké. Ale zisk určitě mají, jinak by tu nebyly.

Jsme generátorem zisků pro jiné. A v tom je ta naše přidaná hodnota. Generujeme jistě největší množství nákladových položek.

Nad námi stojí potenciální řetězec odborných ambulancí, které plní podobné funkce.

Tady však nejde již o tak velká množství položek, jde spíše o menší množství podstatně dražších položek. Předpis léků je rovněž kvantitativně menší, ale cena léčiv je zase podstatně vyšší. V některých odbornostech zcela mimořádná, např. v onkologii.

Když se někomu podaří vytvořit a ovládnout jednotlivé řetězce, kdy ten nejnižší je tvořen praktickými lékaři, další ambulancními specialisty, laboratořemi, rentgeny a další sítí superspecializovaných center a nemocnic, získá na trhu poskytování zdravotních služeb postavení, kterému se říká dominantní (ne-li monopolní).

Potom mu zbývá jen sofistikovaně jednotlivé řetězce vertikálně propojit a vytvořit uzavřený systém, který sice pustí každého dovnitř, ale nepustí nikoho ven.

Ve jménu efektivity potom odstraníte zbytečné různorodosti v předpisu léků a uzavřete dohodu s několika málo výrobci či dodavateli. To jistě stojí za provizi. Byli byste dvojnásobní blázni, kdybyste nezracionalizovali toky peněz za léky, vytvoříte tedy síť lékáren a využijete alternativních možností výdeje léků, které již dnešní legislativa umožňuje.

Není to, pravda, zrovna ideální klima pro drobné a střední podnikání, ani to příliš nekoresponduje s charakterem svobodného povolání lékaře, naopak se to trochu podobá kolektivizaci a sjednocenému zdravotnictví. Ale pozor, majitelé jsou pravicově zaměřeni soukromníci.

Takže pokud v tuto chvíli máte kolem konečnicku divné chvění, vezte, že na vině je prostě řetězení.

*MUDr. Michal Chromec*

## Co jsme si vybrali, to teď máme

- **Víte, že Julínkova reforma v příštím roce sníží zdroje zdravotního pojištění o pět miliard?**
- **Víte, že Julínkova reforma znehodnotí cenu lékařských praxí praktiků a gynekologů?**
- **Víte, že reforma zdraží léky o 4% a tím se dostanete mnohem snadněji do regulací?**

Obávám se, že tato fakta většina lékařů ani netuší.

Reforma zavede strop na výběr zdravotního pojištění, a to ve výši čtyřnásobku průměrné mzdy. Zjednodušeně: dnes platíte 13,5% ze mzdy, ať vyděláváte 20 tisíc, nebo ať vyděláváte 200 tisíc měsíčně. Od Nového



roku se 13,5% zastaví u cca 80 tisíc měsíčně a z toho, co vyděláte navíc, nezaplátíte zdravotnímu a sociálnímu již ani korunu. Jen u VZP tak nejbohatší lidé ušetří přes dvě miliardy ročně, o které přijde zdravotní pojištění. U ostatních pojištěn to bude něco přes miliardu ročně.

Další výpadek způsobí snížení platby, a především jejího automatického růstu, placené státem za státní pojištěnce. Odhadem jde o zhruba dvě miliardy. Zdražení všech léků o 4% navýšením DPH z 5 na 9% dělá také téměř dvě miliardy ročně. Tedy poprvé za 17 let dojde ke snížení plateb do zdravotního pojištění. Strážlivým odhadem o pět miliard, může jít ale až o sedm miliard v příštím roce.

Nejvíce na to doplatí zdravotníci. Jak zaměstnanci, tak i soukromí lékaři. V nejlepším případě jejich příjmy budou stagnovat, ale spíše bude tlak na jejich pokles. Argument bude ten, že si přeci dost vydělají třicetikorunovým poplatkem.

Součástí reformních balíků je i změna zákona č. 48/97 Sb. Napříště k uzavření smlouvy s pojišťovnou nebude potřeba výběrového řízení u praktických lékařů a gynekologů. Pojišťovny uzavřou smlouvu se všemi, kdo o to požádají. Roky budované praxe se stávají téměř bezcennými nebo minimálně ztrácejí výrazně na své hodnotě. Proč by někdo měl dát milion za praxi končícího kolegy, když si ji zdarma může otevřít vedle a pacienty přetáhnout?

Navíc co takový monopolní Agel dnes na Ostravsku a Olomoucku? Nebude už muset přesvědčovat praktiky, aby mu praxi prodali a stali se zaměstnanci tohoto super KÚNZ. Prostě a jednoduše jeden praktik zagarantuje desítky lékařů bez atestace, kteří ve vysunutých ordinacích praktiků zaplaví příslušné okresy. Samozřejmě všechny pacienty budou směřovat jen do nemocnic Agelu, do laboratoří Agelu, na rentgeny Agelu, ke specialistům Agelu, do lékáren Agelu. Kolik let vydrží tuto konkurenci soukromí praktici a kolik let bude trvat, než zkrachují ambulantní specialisté a komplement nepatřící Agelu? Zastaví se Agel na Ostravsku a Olomoucku, či půjde dál na Zlínsko, jižní Moravu...?

Čtyřprocentní zdražení všech léků formou navýšení DPH způsobí, že při předpisu 100% léků utratím 104% finančních prostředků předcházejícího roku. V roce 2006 byla náměstí plná lékařů, kteří měli strach, že se nevejdu do stoprocentního objemu na léky. Totéž je čeká i v roce 2008, navíc s tím, že oproti roku 2006 nedostanou pětiprocentní nárůst plateb od pojišťoven, ale mohou si gratulovat, že dostanou alespoň 100%, to v případě, že třicetikorunové poplatky nevystraší pacienty tak, že jich přijde třeba o 10% méně.

Kde jsou nejhlasitější bojovníci proti příliš nízkým lékovým limitům v roce 2006?

Proč nejsou na náměstích? Proč nebijí na poplach, neboť takové „utahování“ opasků lékaři za posledních 17 let ještě nezažili? Nemají čas. Schází se s Topolánkem a Julínkem a shodují se, jak je nastoupená cesta správná. Nezbyvá, než lékařům popřát „na společné cestě po modré“ hodně štěstí. Budeme ho potřebovat jako ještě nikdy v novodobé historii.

MUDr. David Rath

## Existence řetězců: konec svobodného povolání

V současné době přicházejí silné finanční skupiny s budováním své sítě ordinací praktických lékařů a také již i praktických gynekologů. **Nyní jsou téměř ideální podmínky pro vstup velkého kapitálu do privátní sítě ambulancí.** Tyto ideální podmínky jsou dány především podfinancováním těchto malých zdravotnických zařízení regulovanou cenou práce praktických lékařů ze strany státu a zdravotních pojišťoven.

Zdravotnická zařízení o jednom lékaři a jedné zdravotní sestře jsou v současné době na hranici ekonomické rentability. Další živnou půdou pro vykoupení privátních ordinací je také vysoký věk praktických lékařů a nezajištěné vzdělávání nových mladých praktiků. Tím vzrůstá nejistota současných majitelů těchto malých zdravotnických zařízení k možnosti budoucího prodeje svých praxí. Proto se lékařům nyní jeví podmínky odkupu jejich ordinací silnými řetězci jako výhodné. Nechají se zaměstnat za plat kolem 40 tisíc korun měsíčně, auto, mobil k dispozici, odpadnou jim starosti se zdravotními pojišťovnami, účetnictvím...

Provozovatelé ekonomicky silných řetězců tvrdí, že přinášejí do zdravotnictví vyšší efektivitu a lepší služby pro klienty (otevírací doba, objednávkový systém, administrativa...). Tvrdí, že tvorba řetězců nebo sítí je běžná ve všech dnešních odvětvích, v průmyslu, obchodě i službách.

Tvorbě sítí či řetězců do budoucna asi nemůžeme zabránit. Ale je třeba si uvědomit, že proklamovaná lepší péče o klienty v těchto řetězci má jen zdánlivý efekt. Větší rozsah ordinačních hodin se střídáním lékařů rozhodně nepřinese ve svém důsledku lepší péči pro pacienta. **Zdravotní péče v ordinaci praktického lékaře se nemůže stát běžnou službou či obchodem, tak jako v supermarketech, kde pacient prochází mezi regály téměř v kteroukoliv hodinu a kupuje zboží či službu od anonymního prodejce.** Vztah mezi lékařem a pacientem v ordinaci praktické-

Společnosti či řetězce mají velmi dobrou manévrovací taktiku a strategii. Možná se mýlím, ale čím větší společnost, tím se v ní možná pacient a doktor více ztrácejí, nebo ne. A právě s dobrým doktorem má pacient větší šanci, a to si určitě každý uvědomuje. Jde jen o to, zda právě ten dobrý doktor bude kopat v týmu, nebo sám za sebe. Nebo to je jinak?

MUDr. Petr Matek, dětský neurolog, Jablonec n. N.

V ideálním světě, kde se budou zdravotní pojišťovny chovat ke všem smluvním partnerům stejně a kde bude na celostátní i regionální úrovni politická vůle z různých důvodů nepreferovat finančně silné subjekty, zní odpověď ANO. V reálném světě NE.

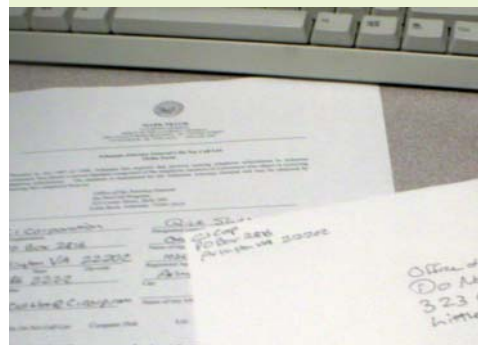
MUDr. Jiří Havel, oftalmolog, Litoměřice

Považuji to za nehoráznost. Na jedné straně bylo a je vytýkáno lékařům, že se chovají jako podnikatelé a že přece mají léčit, protože je to jejich poslání, a na druhé straně se tu zcela bezostyšně rodí silný podnikatelský záměr, zcela bez skrupulí. Jak to, že se tomu nebrání samy pojišťovny? Jak to, že nejsou praktičtí lékaři ochráněni před takovými tlaky pořádnými smlouvami? Finanční drancování státu ve prospěch obohacení úzké skupiny lidí pod rouškou „ušlechtilých“ záměrů považují za nejhorší formu hyenisumu. Ukončeme již stav primitivního kapitalismu (trvá tady příliš dlouho) tlakem na zákonodárce a politiky, aby splnili to, co rozhlášovali po revoluci – posílením střední podnikatelské sféry jako základu stabilní demokracie. Pracuji jako zaměstnanec, ale má žena je PLDD v Hranicích.

MUDr. Jan Smýkal, nemocnice Hranice

Zajímavý názor to nebude, ale myslím si, že soukromý lékař nemá šanci konkurovat řetězci v zdravotnictví. Osobní zkušenost nemám naštěstí žádnou, ale jsem ráda, že nemám daleko do důchodu. Už ani po tom posledním jeden a půl roce nemám sílu za něco bojovat.

MUDr. Nada Prokšová, PL, Žďár nad Sázavou





ho lékaře je dlouhodobě budován na zcela jiných základech.

Tvorba řetězců připomíná systém bývalých poliklinik řízených řediteli OÚNZ, kdy způsob řízení velkého množství ordinací byl spíše jednodušší, ale pro pacienta znamenal méně osobní přístup s menší iniciativou zaměstnaného lékaře.

**Pro lékaře znamená vstup do velkých řetězců konec svobodného povolání.** Skupina zaměstnaných lékařů se mnohem lépe ovládá a řídí. Odpadnou protesty a dohadování o výkonech či cenách s jednotlivými lékaři. Sdružení praktických lékařů postupně ztratí na významu a úbytkem jednotlivých soukromých ordinací až zanikne. **Ekonomicky silné řetězce v budoucnu lehce ovládnou zdravotní pojišťovny** a dovedu si představit, jak bude probíhat tok financí ze zdravotních pojišťoven k jednotlivým provozovatelům zdravotní péče.

**Vždyt cílem těchto silných finančních skupin není zájem o zdravého pacienta, ale především zisk,** který chtějí mít v budoucnu z veřejného zdravotního pojištění.

MUDr. Lubomír Nečas

- předseda Sdružení praktických lékařů Zlínského kraje

## Zmizí osobní vztah lékař – pacient

Zdánlivě liberální přístup kohokoliv do sítě ZZ je v podstatě likvidační pro lékaře jako svobodné povolání.

- Ruší se tím princip úzkého, důvěrného a ryze osobního vztahu lékař – pacient. Nahrazuje se směnným provozem Tesca, kde rotující lékaři jako na běžícím páse ošetřují klienty bez možnosti takovýto vztah navázat a udržet.
- Vytváří se likvidační tlak na ekonomiku stávajících a ještě odolávajících praxí, což je jisté údel.
- Mohutné odsávání prostředků zdravotního pojištění (zdravotní daně) jedním směrem s velmi pravděpodobnou možností nerovných plateb pro různá ZZ (viz bod 2). Jako sněhová koule se budou nabalovat – ambulance smluvních specialistů, lékárny, komplement. Nejlépe jeden vlastník či dceřiné společnosti. S důraznou povinností jediné a pouze tam pacienty odesílat.
- Naprostá nekontrolovatelnost pod pláštíkem ochrany svobody trhu a dat.
- Jediné pozitivum mohou pocítit kolegové na konci své profesní kariéry, kteří t.č. nemají možnost praxe legálně prodat ani přenechat dědicům tím vyřeší svůj nerudovský problém „kam s ním“. Pokud jim ještě nějaké síly zbudou, tak mohou za odměnu ordinovat do aleluja ve třisměnných provezech nějakého pěkného clusteru.

MUDr. Tomáš Šindler - praktický lékař pro děti a dorost

## Nový fenomén doby - řetězce

Silné finanční skupiny se rozhodly investovat v podfinancovaném českém zdravotnictví a dokázat současným ředitelům nemocnic, vedením různých menších zdravotnických zařízení (ZZ), ale i jednotlivým soukromým lékařům, jací jsou v řízení a podnikání žabaři. Našinec by měl být po hubených letech rád, že se do zdravotnictví hrne kapitál, ale protože většina z nás žije v této zemi již nějakou dobu, máme na základě zkušeností z let minulých dost a dost důvodů zapochybovat o na první pohled čistých úmyslech téměř kohokoliv a být ostražití.

Logickým cílem jakéhokoliv řetězce podnikajícího ve zdravotnictví je prostá strategie: proniknout postupně do jednotlivých segmentů poskytovatelů, propojit je, vše optimalizovat a vytvořit systém, umožňující pod pláštíkem nabídky navenek neomezené zdravotní péče pronést (pokud možno nenápadně) občana (unicitní rodné číslo), žasnoucího nad netušenými možnostmi, které najednou systém má, veřejným zdravotním pojištěním. Pochopitelně tak, aby to řetězci přineslo co největší finanční přínos.

Způsoby, jak to udělat, se pochopitelně budou lišit a operativně přizpůsobovat výtvorům našich legislativců a orgánů státní správy a budou využívat jejich nedokonalosti a chyb. Příliš práce jim to nedá. Novela vyhlášky č. 48 a dalších zákonů je chytře zabalená do jednoho velkého balíku zapečetěného jedinou kouzelnou pečetí, jejíž rozlomení se při současném rozložení sil v parlamentu rovná téměř jistě doživotnímu cejchu vyvrhele, který se pokusil rozbít křehkou vládní koalici. Přitom novela svazuje ruce a jazyky i těm lucidnějším poslancům, kteří by se jinak nebáli hlasovat proti jednotlivostem. Nutno podotknout, že změny zákona č. 48 /1997 Sb. předložené parlamentu musí řetězce jen uvítat.

**Řetězce se pochopitelně budou snažit zalíbit pacientům, budou je hýčkat, obskakovat a zejména vyšetřovat a odesílat na spousty vyšetření (většinou pochopitelně zbytečných) a ti budou s úžasem sledovat, na co všechno najednou to zdravotní pojištění má.** Dluh, který v oblasti chování k pacientům značná část zdravotnických zařízení má, připraví navíc řetězcům báječnou výhodu, kterou by bylo hřích nevyužít. **Čím více ZZ, nejlépe v různých segmentech poskytovatelů, řetězce ovládnou, tím větší možnosti se jim otevřou.** Pro

zkušené manažery bude hračkou vytěžit maximum třeba jen z jednoho (v té které době z hlediska příjmů od pojišťoven lukrativního) segmentu nebo jeho oblasti, protože si hravě spočítají, že jim to umožní v příštích jednáních se zdravotními pojišťovnami nabídnout při vyjednávání o cenách v jiném segmentu tak dumpingové ceny, že v tomto segmentu položí konkurenci, která tuto výhodu nebude mít, hravě na lopatky. **Božím požehnáním pak bude pro řetězce získání vlivu např. v ZZ typu fakultní nemocnice,** obecně v ZZ zřizovaném státem. Takové ZZ přináší jistotu, že jej stát nenechá zkrachovat, ať to stojí, co to stojí, maximálně se vymění ředitel a jede se dál močálem temným kol divokých skal. **Takovéto státem zřízené ZZ se stane cílovým místem, kam budou řetězce směřovat z širokého okolí nejnákladnější pacienty,** kteří se pro svou nákladnost jaksi nebudou hodit menším špitálům vlastních řetězců do krámu. K uzavření kruhu dokonalosti pak bude chybět už jen ovládnutí některé stávající nebo zřízení si své vlastní zdravotní pojišťovny.

Řetězce pochopitelně neopovrhnu ani tak finančně nezajímavým segmentem, jakým jsou praktičtí lékaři. Velmi dobře tuší obrovský potenciál možnosti vygenerování prakticky neomezeného množství dalších vyšetření, která se stanou finančně velmi zajímavou potravou pro zařízení komplementu a sekundární péče již řetězci vlastněnými. Směšně nízké finanční nabídky na odkup soukromých praxí 300 až 700 tisíc korun (které jsou mimochodem urážlivě podhodnocené), pojištěných zaměstnaneckým pracovním poměrem praktického lékaře, by měly být varováním nejen pro samotné praktické lékaře (PL), ale také pro ambulantní specialisty (AS) a pro komplement. Bylo by jistě naivní, aby současní soukromí AS nebo komplement očekávali, že by jim jejich klientelu prořídil dopadem třicetikorunových dopltek doplnili pacienti od těchto PL.

**PL-zaměstnanci řetězců budou pochopitelně tvrdě vedeni k tomu, aby nasměrovali pacienty výlučně do ambulantní nemocnic a zdravotnických zařízení vlastněných řetězci.** A právě v tom, že lékaři řetězců nebudou moci odeslat svého pacienta tam, kde by mu byla podle jejich názorů a zkušeností poskytnuta optimální zdravotní péče, vidím největší nebezpečí ohrožení toho, co si já osobně na medicíně cením nejvíce, a to svobodného rozhodování lékaře.

MUDr. Petr Němeček - člen představenstva ČLK

# Souboj jednotlivce s řetězcem je nerovný

Rozhovor s prezidentem České lékarnické komory PharmDr. Lubomírem Chudobou



**Mezi lékaři se začíná s obavou mluvit o hrozbě řetězců, jako je například Agel na severní Moravě, pro existenci soukromých praxí. Vaše komora má s řetězci svoji zkušenost. Můžete popsat, jaká je situace u lékáren a jak se vyvíjela?**

Narozdíl od řady evropských zemí, jako jsou Dánsko, Francie, Německo, Rakousko nebo Španělsko, může lékárnou v České republice vlastnit kdokoli. V průběhu posledních let se tak vyprofilovaly čtyři největší řetězce veřejných lékáren. Každý z nich provozuje desítky lékáren a podle mých informací všechny patří zahraničním majitelům. Kromě toho působí v naší zemi desítky firem a jednotlivců, kteří regionálně provozují tři až pět veřejných lékáren. Pokud se tito majitelé rozhodnou své lékárny velkým řetězcům prodat, může pozice čtyř největších lékárenských řetězců rychle a výrazně posílít. Agel bude pravděpodobně první firmou provozující významný řetězec nemocničních lékáren.

**Skutečně řetězce ohrožily existenci jednotlivých soukromých lékáren a myslíte si, že něco podobného hrozí i lékařským praxím?**

Souboj jednotlivce s řetězcem je nerovný v kterémkoli odvětví. Řetězec disponuje mnohem lepší vyjednávací pozicí vůči výrobcům či distributorům a určitě je oproti jednotlivci schopn uspořít část svých provozních nákladů. To se, myslím, očekává. Nicméně ve vztahu k řetězcům se potýkáme s určitými problémy. Prvním z nich je personální situace v některých lékárnách, kdy býváme upozorňováni na nedostatečný počet, kvalifikaci a někdy i nevhodné chování zaměstnanců. Částečně se tyto podněty snažíme řešit v rámci kontrolní a disciplinární činnosti komory. Většinou ale žádáme o prošetření a zjednání nápravy krajské úřady, zdravotní pojišťovny nebo Státní ústav pro kontrolu léčiv. Bohužel, zejména první dvě jmenované instituce jsou na můj vkus velmi tolerantní.

Za druhý nešvar považuji agresivní a často zavádějící marketingové nástroje některých řetězců. Občanům jsou tak do poštovních schránek vhažovány letáčky o „neodolatelných“ cenách a slevách na vybrané léky či doplňkový sortiment, jinde dostávají pětikorunu za přinesený recept... S tím jednotlivá lékárna těžko soupeří, neboť většinou nemá finanční prostředky ani kapacitu na to, aby občanům obdobně sdělila, že doplatky na léky má minimálně stejně „úžasně“, že navíc poskytuje další služby... Protože neznám detailně vnitřní procesy lékárenských řetězců, nezbyvá mi také než doufat, že v jejich lékárnách nebude docházet k „selektování“ sortimentu léků. Vzhledem k posilování pozice řetězců lékáren nejen v České republice nezbude pravděpodobně lékárníkům, majitelům lékáren, nic jiného, než se ve svém úsilí o přežití sdružit a spolupracovat kupříkladu v rámci tzv. virtuálních řetězců. V opačném případě se budu obávat zejména o osud venkovských lékáren a o svobodný výkon naší profese.

Jsem přesvědčen, že soukromí lékaři jsou na tom ve srovnání s privátními lékárníky mnohem lépe. Neznám evropskou zemi s funkčním řetězcem lékařských ordinací. I když na druhou stranu by si člověk v tuzemských podmínkách při troše fantazie uměl představit „regionální monopol“ firmy vlastnící nemocnice, ordinace, lékárny, zdravotní pojišťovnu...

**Mohla či může s tím komora něco udělat?**

V prostředí volného pohybu kapitálu, osob a služeb může Lékárnická komora, kromě dohledu nad odborností a etikou výkonu profese, jen upozorňovat státní správu a politiky na možná rizika vyplývající z monopolizace provozování lékáren. Společnou snahou všech tří zdravotnických komor by však mimo jiné mělo být stálé úsilí o důstojné podmínky výkonu lékařské a lékárnické profese tak, aby se jak lékaři, tak lékárníci neobávali vzít na sebe riziko provozování své soukromé praxe.

**V návrzích ministerstva zdravotnictví jsou i poplatky za recept. Lékárnická komora proti nim protestuje a chce, aby poplatky za recept vybírali lékaři a ne lékárníci. Proč?**

Regulační poplatky za recept či nově za předepsanou položku léku by podle našeho názoru měly vést k eliminaci nadbytečného předepisování léčiv a návštěv ordinací lékařů. Pokud se budou poplatky vybírat až v lékárně, nic z výše uvedeného se tím již nevyřeší. Bude jen docházet k dalším nedorozuměním při vybírání doplatku na lék a regulačního poplatku zároveň. Někteří pacienti si pravděpodobně významněji doplácejí lék ani nevyzvednou, což se jejich ošetřující lékař nemusí ani dozvědět. Spoluúčast v lékárnách je nastavena na doplatky za léky, a proto za mnohem účelnější považujeme posun k zavedení předvídatelného doplatku – v procentuální či pevné částce z ceny léku. Jinak zůstane Česká republika se svým chaotickým systémem doplatků nadále evropskou raritou. Pokud však bude ministerstvo zdravotnictví trvat na vybírání regulačních poplatků lékárnou, pak jsme panu ministrovi navrhli druhé řešení – regulační poplatek budeme vybírat pro zdravotní pojišťovny a ponecháme si jen jeho část na zaplacení vícenákladů a práce spojené s vybíráním poplatků. V žádném případě nechceme jednat o úpravě marží. Nikdo nemůže odhadnout, o kolik poklesne počet receptů v příštím roce, a my nebudeme lékárny vystavovat riziku, že by za nějakou dobu mohly být regulační poplatky přehodnoceny obdobně jako na Slovensku. Pokud ani tento druhý návrh nebude ministerstvo zdravotnictví akceptovat, pak s největší pravděpodobností vyzveme lékárny, aby regulační poplatky nevybíraly.

**Vy podporujete tzv. generickou záměnu, která je také součástí ministerských návrhů a se kterou naopak nesouhlasí lékaři. Proč?**

Neznám žádné odborné překážky, které by nám nedovolily následovat evropské země a některé tuzemské nemocniční zařízení v myšlence generické substituce. Při podmínce, že „lékař nezakáže a pacient souhlasí“, lze přeci jen zaměnit identický lék jeho levnější variantou, na čemž ušetří pacient. V této souvislosti bych pro utišení emocí jen přivítal, kdyby Státní ústav pro kontrolu léčiv buď zveřejnil všechny „bioekvivalenční studie“, nebo vytvořil a odborně zdůvodnil seznam léků, u kterých by generická substituce nebyla doporučována, případně nebyla vůbec povolena. Jsem přesvědčen o tom, že při zachování výše uvedených podmínek a při vyloučení motivací spíše firemního charakteru nemůže generická substituce představovat žádné riziko.

MUDr. Michal Sojka



# Co si na nás přichystala vláda aneb „reforma zdravotnictví“

Vláda v dubnu schválila balíček úsporných opatření a daňových změn, které se dotknou i zdravotnictví:

- **Zmrazení plateb za tzv. státní pojištěnce** sníží výběr pojistného v roce 2008 o 3 mld. Kč.
- **Maximální vyměřovací základ na platby zdravotního pojištění** ve výši čtyřnásobku průměrné mzdy připraví pojišťovny v roce 2008 buď o 1,8 mld. Kč (údaj vlády), nebo o 3 mld. Kč (údaj zdravotních pojišťoven).
- **Zvýšení DPH na léky z 5% na 9%** bude znamenat zpětný přesun peněz ze zdravotnictví do státního rozpočtu ve výši 1,7 mld. Kč za rok. Zvýšení cen léků bude pochopitelně znamenat i to, že jich budeme moci předepsat méně, abychom nepřekročili regulační limity, jinak je pacientům znovu zaplatíme ze svého.

**Zdravotní pojišťovny musí tedy v roce 2008 ušetřit minimálně 6,5 mld. Kč. Na kom? Na nás – na lékařích!**

Návrhy ministra Julínka neobdržela ČLK k připomínkování, žádný zástupce Ministerstva zdravotnictví ČR nepřijal pozvání prezentovat návrhy na konferenci pořádané komorou, ministr se o svých záměrech odmítl vyjádřit pro časopis Tempus Medicorum. ČLK, která ze zákona hájí práva a profesní zájmy všech lékařů, kteří v ČR vykonávají lékařské povolání, neměla žádnou možnost s ministrem Julínkem jednat a jeho návrhy korigovat.

Dne 11. 5. 2007 schválilo po drobných úpravách představenstvo ČLK mnou předložený návrh věcného záměru vlastní novely zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, jehož jednotlivé části se budeme snažit prosazovat formou poslaneckých návrhů při projednávání vládního návrhu v parlamentu. **Naším cílem je prosadit skutečně zásadní změny prospěšné lékařům** (dlouhodobé smluvní vztahy, pravidla prodeje praxí, závaznost transparentních výběrových řízení, účast ČLK v dohodovacích řízeních, zachování VZP jako veřejnoprávní instituce, zabránění poklesu výdajů na zdravotnictví, zachování dohodovacích řízení...), **ale i skutečnou reformu zdravotnictví – tedy stanovení standardů péče hrazené ze zdravotního pojištění.**

Ministr Julínek na podporu svých návrhů vytvořil tzv. Radu poskytovatelů, jejíž zástupci se v přítomnosti ministra Julínka setkali 29. 5. 2007 s premiérem Topolánkem, kterému dle zpráv ČTK slíbili (viz článek na straně 14) podporu záměrům ministra Julínka.

Dne 30. 5. 2007 vláda schválila balík opatření (parlamentní tisk 222), jehož součástí jsou i změny zdravotnických zákonů. Tento balík bude vláda prosazovat ve sněmovně jako celek, což zvyšuje riziko, že i pro řadu koaličních poslanců nepřijatelné návrhy na změny zdravotnictví budou takto silou odhlasovány.

### Nejpodstatnější vládou navrhované změny

- Regulační poplatky
- Ovládnutí VZP vládou
- Snížení výběru pojistného
- Změny pravidel dohodovacích řízení a výběrových řízení
- Zvýšení DPH na léky z 5% na 9%

### Regulační poplatky

- Poplatky jsou příjmem zdravotnických zařízení, avšak ta dostanou od pojišťoven zaplacenou méně. Lékaři mají fungovat jako

bezplatní výběrčí pro pojišťovny.

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

### Co přinesou regulační poplatky?

- Pojišťovnam: úsporu 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 pravděpodobnější překročení limitů a penalizace).

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

### Změny dohodovacích řízení

- Dohodovací řízení již nebude o seznamu výkonů – ten bude vydávat ministerstvo dle svého vlastního rozhodnutí.
- Ministerstvo zdravotnictví už nebude garantem řádného průběhu dohodovacího řízení o úhradách. Správní orgán se zbavuje zodpovědnosti a účastníci tak 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 a péči gynekologickou. Tento stav nahrává nemocnicím, poliklinikám a ohrožuje soukromé lékaře formou kapitálové silných řetězců, které získají smlouvy od pojišťoven a budou nekalou konkurencí pro soukromé lékaře.

### Změny úhrad

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

### Ovládnutí VZP

- Ředitele VZP nemá volit a odvolávat poslanecká sněmovna, ale vláda na návrh správní rady pojišťovny. **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.

MUDr. Milan Kubek, prezident ČLK



# Komora vyzývá k odporu proti těm návrhům, které by poškodily lékaře

*Ministr Julínek nejenom ignoruje lékaře a jejich profesní samosprávu, ale ani nesplnil slib ustanovit komisi politiků a odborníků, která by připravila reformu zdravotnictví. Bez podpory veřejnosti, širokého politického konsensu a spolupráce se zdravotníky přitom nelze vytvořit stabilní systém organizace a financování zdravotní péče. Namísto otevřené demokratické diskuse prosazuje pokoutně, jako součást vládního balíku, reformy veřejných financí, zásadní změny zdravotnictví, které nebyly projednány s představiteli zdravotníků a které s reformou veřejných financí nijak nesouvisí.*

Česká lékařská komora nesouhlasí se snižováním reálných výdajů na zdravotnictví, které připravuje vláda. Zmrazení plateb za tzv. státní pojištění, zavedení stropu vyměřovacího základu pro výpočet pojistného, zvýšení DPH na léky z 5 na 9% - to vše ohrozí kvalitu a dostupnost zdravotní péče v České republice. Výdaje na zdravotnictví v ČR ve výši 7,2% HDP (740 eur na občana a rok) jsou přitom hluboko pod průměrem EU a české zdravotnictví je chronicky podfinancované. Vysoká kvalita i široká dostupnost zdravotní péče jsou v ČR dosahovány na úkor pracovníků ve zdravotnictví.

**Tzv. regulační poplatky, s jejichž strukturou, výší a způsobem výběru ČLK nesouhlasí, jsou pouze zástěrkou, která má sloužit k odvedení pozornosti od závažných a nevratných změn, které mohou rozložit systém poskytování zdravotní péče na základě veřejného zdravotního pojištění a ohrožují právo lékařů vykonávat svobodně své povolání.**

## Jde o tyto změny:

- Podřízení dosud veřejnoprávní Všeobecné zdravotní pojišťovny ministerstvu zdravotnictví znamená faktický přechod ze systému konkurujících si zdravotních pojišťoven na systém vládou ovládané tzv. národní zdravotní služby.
- Extrémní posílení pozice ministerstva, které bude nejenom ovládat VZP a tím i většinu peněz ve zdravotnictví, ale i rozhodovat o seznamu zdravotních výkonů a prostřednictvím vládou ovládané správní rady VZP i o hodnotě bodu. Systém dohodovacích řízení mezi zdravotními pojišťovnami a představiteli lékařů a zdravotnických zařízení má nahradit diktát ministerstva zdravotnictví, které bude podle své libovůle rozhodovat, se kterými zdravotnickými zařízeními a soukromými lékaři pojišťovna uzavře smlouvu, i kolik jim bude platit za práci.
- Ministerstvo zdravotnictví porušuje zákon tím, že nevytvořilo ve spolupráci s ČLK vyhlášku o minimálním personálním vybavení zdra-

votnických zařízení. Zdravotnické řetězce, podporované ze strany ministerstva, díky tomu mohou zaměstnávat nekvalifikované lékaře a svojí nekalou konkurencí zlikvidují praktické lékaře i soukromé gynekology. Pojišťovny s nimi totiž budou moci uzavírat smlouvy na poskytování této péče bez výběrových řízení. Následný vznik lokálních monopolů (společné vlastnictví zařízení nabízejících ambulantní péči, nemocnic a dle plánů ministerstva i tzv. zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven) zlikviduje i ostatní soukromé lékaře.

**Česká lékařská komora považuje situaci za velmi vážnou, proto v současnosti jedná s poslanci všech parlamentních politických stran. Naším cílem je zabránit přijetí těchto s lékaři neprojednaných a zdravotnictví devastujících záměrů v Poslanecké sněmovně.**

## ČLK připravila vlastní reformní návrhy:

Své návrhy budeme snažit prosadit při projednávání zákona o veřejném zdravotním pojištění v parlamentu.

**• Za základní pilíř reformy zdravotnictví považujeme vytvoření systému dohodovacího řízení o standardech zdravotní péče.**

Nepoměr mezi limitovanými finančními zdroji, tržními cenami zboží a služeb, které do zdravotnictví vstupují, a ideologicky motivovaným zadáním poskytovat veškerou dostupnou zdravotní péči za všech okolností všem, to způsobuje deformace ceny zdravotní péče, která dnes neodráží skutečné náklady jejích poskytovatelů.

Z veřejného pojištění mohou být hrazeny výkony pouze v nejlevnějším provedení, které je ještě „lege artis“. Zúžení rozsahu péče kryté ze základního pojištění vytvoří prostor pro komerční připojištění, konkurenci zdravotních pojišťoven a zdravotnických zařízení. Toto je reforma zdravotnictví, nesmyslné regulační poplatky, jejichž účelem je pouze získat peníze, které má ze zdravotnictví odčerpat balíček vládních úsporných opatření - ty nelze při nejlepší vůli za reformu považovat.

*ČLK nabízí svoji neutrální půdu i odborné zázemí představitelům všech relevantních politických stran k seriózní diskusi o budoucnosti českého zdravotnictví.*

*ČLK vyzývá ke spolupráci všechny organizace hájící zájmy zdravotníků. Situace je příliš vážná na to, abychom si mohli dovolit pokračovat v nejrůznějších malicherných sporech. Vedení ČLK si je toho vědomo, a proto nabízíme pomocnou ruku všem, kdo mají o spolupráci zájem.*

MUDr. Milan Kubek - prezident ČLK

## Ohlédnutí rok po volbách

Rok po parlamentních volbách, jejichž výsledek ovlivnily i protesty některých zdravotnických organizací, je čas na malé ohlédnutí. O posledním zvýšení platů zaměstnanců státních nemocnic rozhodla minulá vláda. Na ekonomické stabilitě VZP, která nám platí v podstatě v termínu, má kromě schopností jejího vedení zásluhu především zvýšení plateb za tzv. státní pojištění, které jsme vyjednávali ještě se sociálními demokraty. Nárůst příjmů soukromých lékařských praxí máme letos nižší než před rokem, regulace nás ale trápí obdobně. Naproti tomu výdaje za léky a zisky farmaceutických firem i lékárníků rostou meziročně o více než deset procent, tedy se podle názoru ministerstva „vrací k normálu“. O možnost existenční jistoty v podobě trvalého smluvního vztahu s pojišťovnami nás vyhláškou připravil ministr Julínek. Vzdělávání lékařů nadále blokuje špatný zákon, jehož změnu ministerstvo odmítá. Pokračuje transformace bývalých okresních nemocnic v akciové společnosti i jejich rozprodávání. Moc a vliv společnosti Agel, která dominuje zdravotnictví na severní Moravě, roste. Z pohledu lékaře, ať už zaměstnanec či soukromník, tedy bilance nic moc.

MUDr. Milan Kubek

# Co prosazuje lékařská komora

## Věcný záměr novely zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění

### • Trvalý smluvní vztah – smlouvy mezi zdravotnickými zařízeními a zdravotními pojišťovnami na dobu neurčitou, které lze ukončit jen ze zákonem stanovených důvodů:

Návrh by mohl odpovídat tisku 1045, resp. „dohodě Kubek-Horák“ s tím, že smlouvy mezi zdravotnickým zařízením a zdravotní pojišťovnou se uzavírají na dobu neurčitou a lze je ukončit pouze z důvodů přímo uvedených v zákoně. Možná by bylo možno upustit od termínu „trvalý smluvní vztah“ s tím, že ekvivalentem tohoto termínu by byl samotný text zákona, který by neumožňoval rozvázání smluvního vztahu z jiných než zákonem stanovených důvodů. Argument, že smlouvu na dobu neurčitou lze kdykoliv ukončit v tříměsíční výpovědní lhůtě, je nepřipadný. Pokud zákon stanoví, kdy a jak lze smlouvu uzavřenou na dobu neurčitou ukončit, a současně jasně stanoví, že ji z jiných důvodů ukončit nelze, jde de facto o trvalý smluvní vztah, byť to nemusí být přímo v zákoně vyjádřeno.

### • Dědění, prodej a darování zdravotnických zařízení, včetně smluv se zdravotními pojišťovnami:

Zakotvit do zákona možnost prodeje, dědění a darování nestátního zdravotnického zařízení s tím, že s převodem vlastnictví se současně převádí i veškeré smluvní vztahy tohoto zdravotnického zařízení se zdravotními pojišťovnami, bez ohledu na to, zda provozovatelem je fyzická nebo právnická osoba. V případě dědění by dědic a v případě darování obdarovaný musel pochopitelně zajistit, aby zdravotnické zařízení bylo nadále náležitě personálně a věcně vybaveno, a není-li obdarovaný či dědic lékařem, aby byla zajištěna funkce odborného zástupce.

### • Závažnost výběrových řízení a nové výběrové komise, zachovat výběrová řízení i pro poskytování péče PL a PLDD:

Výběrová řízení konat jen na uvolněná místa v síti smluvních zařízení zdravotních pojišťoven. Zakotvit závažnost výsledků výběrového řízení pro zdravotní pojišťovny a stanovit, že zdravotní pojišťovna je povinna s úspěšným uchazečem určeným výběrovou komisí uzavřít smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče. Složení komise pro výběrové řízení stanovit tak, aby v komisi byli zástupce příslušné profesní komory zřízené zákonem, zástupce příslušné odborné společnosti České lékařské společnosti J. E. Purkyně (oba za lékařský či zdravotnický stav), jeden zástupce za zdravotní pojišťovny a zástupce kraje, pokud jedním z kandidátů ve výběrovém řízení není zdravotnické zařízení, které by bylo ve vlastnictví kraje. Je-li jedním z kandidátů ve výběrovém řízení zdravotní zařízení, které by bylo ve vlastnictví kraje, pak by zástupce kraje neměl být členem výběrové komise, ale mohl by jím být zástupce obce, ve které bude zdravotnické zařízení poskytovat zdravotní péči.

### • Zakotvit, že žádná regulační omezení není možno uplatnit, prokáže-li zdravotnické zařízení, že bez překročení limitů by nemohlo poskytovat péči lege artis (vyvíňovací klauzule):

Vyřešit problém regulací příslušných lékařských výkonů, indukované péče i preskribční omezení tak, že příslušné regulace nelze uplatnit tam, kde provozovatel zdravotnického zařízení prokáže, že pokud by nepřekročil příslušný limit, nemohl by poskytovat péči lege artis. Po takovéto „vyvíňovací klauzuli“ volá většina soukromých lékařů, kteří poukazují na rozpor mezi povinností poskytovat péči lege artis a regulačními omezeními.

### • Účast zástupců profesních komor zřízených zákonem v dohodovacích řízeních:

Zakotvit do ustanovení o dohodovacím řízení o rámcové smlouvě a o úhradě zdravotní péče včetně regulací účast profesních komor zřízených zákonem (České lékařské komory, České stomatologické

komory a České lékárnické komory) jako řádných účastníků dohodovacího řízení. Tím rozšířit okruh účastníků dohodovacího řízení (obdobně jako je širší u dohodovacího řízení k Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami).

### • Umožnit účast ve výběrových řízeních o uzavření smlouvy se zdravotními pojišťovnami i lékařům, kteří zatím neprovozují nestátní zdravotnická zařízení:

Cílem návrhu by bylo umožnit širšímu okruhu lékařů kandidovat, aniž by museli předtím nákladně zakládat nestátní zdravotnické zařízení, věcně a personálně jej vybavovat bez jistoty, zda toto vše nebudou zcela zbytečné náklady. Navrhuje se umožnit, aby kandidoval lékař či zdravotník, který čestně prohlásí, že do tří měsíců splní podmínky pro provozování zdravotnického zařízení v příslušném oboru. Pokud by podmínky posléze nesplnil, postoupil by na jeho místo jiný kandidát nebo by se výběrové řízení opakovalo. Vycházelo by se tím vstřícně těm lékařům, u kterých by bylo těžké požadovat, aby nejprve založili řádné nestátní zdravotnické zařízení a pak se s naprostou nejistotou ucházeli o smlouvu se zdravotními pojišťovnami.

### • Ze zdravotního pojištění hradit výkon provedený nejlevnějším možným způsobem:

*(Je-li výkon proveden na žádost pojištěnce nákladnějším způsobem než nejlevnějším možným, pak umožnit, aby byla požadována úhrada ve výši rozdílu mezi nejlevnějším způsobem provedení a požadovaným způsobem provedení výkonu.)*

Ze zdravotního pojištění hradit pouze takový způsob provedení výkonu, který je ještě lege artis, ale je nákladově pro zdravotnické zařízení i zdravotní pojišťovnu tím nejlevnějším. Jakýkoliv nadstandardní výkon nad rámec tohoto „standardu“ by pak bylo možno provádět pouze na výslovnou žádost pojištěnce a za příplatek, kterým by byl vykalkulovaný rozdíl mezi cenou nejlevněji provedeného výkonu a cenou výkonu provedeného způsobem, jaký pojištěnec žádá. Pojištěncům by pochopitelně nesmělo být vnucováno, aby požadovali nadstandardní provedení výkonu, např. s odůvodněním, že zdravotnické zařízení výkon, který je plně hrazen ze zdravotního pojištění v nejlevnějším možném provedení, vůbec neprovádí. Toto ustanovení by umožnilo zcela legálně požadovat příplatky za nadstandard, což je v současné době předmětem diskusí, a ani po provedení úpravy, jaká je navrhována v ustanovení „§ poslankyně Fišerové“, situace nebude vyřešena. Tímto ustanovením by vyřešena byla.

### • Zcela vypustit dosavadní § 11 odstavec 1 písmeno d) (§ poslankyně Fišerové).

### • V dohodovacím řízení stanovit standardy zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění:

Stanovit zákonem způsob, jak v dohodovacím řízení definovat minimální standardy zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění. Tyto standardy by mimo jiné mohly definovat i to, jakým způsobem lze ten který zdravotní výkon provádět v nejlevnějším možném provedení, plně hrazeném ze zdravotního pojištění. Dohodovací řízení o standardech zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění by mohlo probíhat mezi Českou lékařskou komorou, Českou stomatologickou komorou, popřípadě Českou lékárnickou komorou, případně též odbornými společnostmi ČLS JEP na straně jedné a zdravotními pojišťovnami na straně druhé. Požadavek poskytovat zdravotní péči v souladu se stanovenými profesními standardy obsahuje článek 4 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, který dosud není u nás aplikován, ač Česká republika je uvedenou úmluvou vázána od roku 2001.

**• Zachovat VZP jako veřejnoprávní instituci:**

Ředitel VZP nechť je nadále volen a odvoláván poslaneckou sněmovnou

**• Regulační poplatky ve zdravotnictví:**

Regulační poplatek

- musí sloužit k zamezení nadužívání zdravotní péče
- má-li plnit svou regulační funkci, nesmí mít výjimky
- nesmí být součástí úhrady zdravotní péče;
- nesmí zvýšit administrativní zátěž lékařů;
- by měl být součástí vztahu mezi pojišťovnou a pacientem, tedy bez účasti lékaře

**• Nesouhlas se zmrazením plateb za tzv. státní pojištění, naopak zvýšení vyměřovacího základu z 25 na 30% průměrné mzdy.**

Za 57% občanů, kteří čerpají 80% zdravotní péče, platí stát pouhých 24% příjmů zdravotních pojištěven

**• Zachovat dohodovací řízení o hodnotě bodu i seznamu zdravotních výkonů.**

Záměr ministerstva, aby o hodnotě bodu rozhodovala dle § 20 odst. 1 d) zákona 551/1991 o VZP její správní rada, je nepřijatelný.

Garance státu s sebou přináší i možnost dovolání se účastníky v případě nedodržování právních norem a procedurálních pravidel DŘ.

**• Lékárník nemůže mít právo bez vědomí lékaře zaměňovat předepsaný lék.**

Za terapii zodpovídá lékař.

*Představenstvo ČLK - 11. 5. 2007*

## Výtky k reformě

**1. Poplatky u lékařů ve výši 30 Kč** – není to regulační poplatek. Výše je nízká, pokud budou výjimky, ztrácí vše smysl. V této podobě jen komplikující administrativa pro lékaře a efekt ztrátový (zejména u specialistů). Navíc odmítáme, aby byly poplatky kalkulovány do ceny lékařské práce a tím došlo ke snížení plateb ze strany pojištěven. Naopak jsme pro zachování poplatků za pohotovost, „hotelový“ poplatek za hospitalizaci v nemocnici (avšak ve vyšší, než navrhovaná částka). Dále je nutná spoluúčast pacienta-pojištěnce na převozech sanitním vozem a u lázeňské léčbě.

**2. Jmenování ředitele VZP vládou** – narušení parlamentního principu, riziko přílišné spjatosti ředitele s aktuální vládnoucí garniturou. Jsem pro zachování současného stavu, tedy demokraticky volený ředitel napříč parlamentem.

**3. Zachovat statut výběrových řízení a jejich závaznost** pro nová zdravotnická zařízení.

**4. Snížení platby za státní pojištění** – již teď je systém podfinancován ve vztahu k tomu co je poskytováno z veřejného zdravotního pojištění. Chybí rozlišení standartu a nadstandardu péče. **Stát za svých 57% pojištěnců platí jen 24% příjmů pojištěven, ale ti to pacientu čerpají více než 80% péče! Toto je dlouhodobě neúnosné.** Bude-li tendence snižovat procento HDP a jiné finanční toky do systému budou např. z důvodu politických rozhodnutí negovány, nemůžeme financovat současnou úroveň zdravotnictví jinak než na úkor především a opět zdravotníků.

**5. Trváme na proplácení výkonů dle nového sazebníku lékařských výkonů v plné výši.** Hodnota bodu pro nás základní měnná jednotka – nepodkročitelnost je jednou ze základních podmínek podnikání.

**6. Otázka eventuální novely zákoníku práce a přesčasů k naplnění ústavních pohotovostních služeb** – nechceme návrat ke starému systému, kdy bylo legalizováno obrovské penzum přesčasových hodin pro lékaře, aby byly pokryty služby. Považujeme to za zneužívání naší profese. Navíc je tu riziko poškození pacienta uavřeným lékařem.

Jedná se o stěžejní náměty, které, budou-li pomínuty, poškodí

širokou lékařskou obec, tedy lékaře soukromé i zaměstnance. Jsme přesvědčeni o tom, že reforma zdravotnictví nemůže být provedena právě na úkor těch, kteří ve zdravotnictví pracují.

*Krajská rada České lékařské komory: MUDr. Lubomír Nečas, MUDr. Jaroslav Novák, MUDr. Libor Mann, MUDr. Jan Pištěk, MUDr. Stanislav Stupavský, MUDr. Tomáš Šindler*

## Nemít klapky na očích

*Doufám, že těchto několik myšlenek dokáže odstranit některým kolegům klapky z očí. Nelze připustit, aby ministr Julínek mohl zase argumentovat, jak široké hnutí ho v lékařské veřejnosti podporuje.*

S plánovanou reformou, o kterou se již asi 2 roky intenzivně zajímám, zásadně nesouhlasím. Své důvody jsem poměrně podobně vysvětlil v internetové diskusi s Dr. Flašarem. Má zásadní výhrada spočívá v tom, že liberalistické principy se reformátoři snaží naroubovat na náš v podstatně Bismarkovský sociální systém. V liberálním prostředí beze zbytku platí, že službu může dostat jenom ten, kdo ji je schopen z vlastních zdrojů či prostřednictvím pojišťovny uhradit. Ani naši liberální reformátoři toto zásadní tabu českého zdravotnictví ani náznakem nehodlají měnit. Především tedy postrádám informaci, jak bude insolventní pacient-associál za své neodpovědné jednání postížen. Když si pozorně přečtete texty „modré šance“, nedovíte se ani náznakem o nějaké formě restrikce k těmto občanům. Pokud se v tomto základním a politicky nanejvýš citlivém bodě nezmění naše zdravotnická legislativa – zákony č.20/1966 a č. 48/1997, všechny diskutované reformy nejenom stojí na hliněných nohou, ale co více – především z pohledu zdravotníka se obávám, že se obrátí proti poskytovatelům zdravotní péče. Viz příklad spoluúčasti. Podle platné legislativy nemůže žádný lékař v České republice pacienta neošetřit. Ve chvíli, když já odpustím trapný třicetikorunový poplatek prvnímu, druhému či třetímu pacientovi, již mi to nebude chtít platit nikdo. Prohlašuji, že se s tímto dehonestujícím úkonem ve své ordinaci i za cenu ponížené platby od pojištěven nebudu před svými pacienty ztrapňovat. Tento nepřijemný akt dávají stát a pojišťovny opět na bedra lékařů. Jinak řečeno, pokud nebude legislativně ošetřeno, že pacienta, který odmítá zaplatit, nemusím ošetřit a bude maximálně spadat do záchranné charitativní sítě, zůstává tato část reformního snažení zcela mimo realitu.

Ještě heslovitě k některým dalším myšlenkám „reformy“:

Úmysl dnešní vlády ponížít platby za státní pojištění. Stávajících 7,2% HDP na zdravotnictví je zvlášť v absolutních číslech zoufale málo ve srovnání s německými 10,9 %. Přístroje a léky kupujeme za světové ceny, šetří se na zdravotním personálu. Nemáte opravdu obavu jako potenciální pacient, že v dnešní situaci, kdy žijeme v otevřeném světě a za čtyři roky padnou v rámci EU poslední bariéry ve volném pohybu osob, poté, co naše generace čtyřicátníků, padesátníků svoji aktivní kariéru ukončí, že u nás ve zdravotnictví zůstane za levný peníz většinou intelektuální potenciál druhé kategorie? Já osobně jsem z toho opravdu hluboce znepokojen

Úmysl svěřit veškerou regulativní moc ve zdravotnictví pojišťovně. Pokud by ve zdravotnictví platily čisté zákonitosti liberálního trhu, vůbec bych se toho neobával. Mám důvěru pacientů a prosperující praxi. Ale v tom českém pseudoliberalismu, kdy pacienti tak či tak musí dostat všechno, volný trh je spíše neprůhledným systémem státních dotací, což automaticky znamená korupci a klientelismus. Obávám se, že při cyklických soutěžích o kontrakty budou tyto kontakty skoupené silnými hráči a systém bude spět k modelu řetězců, kde bude většina z nás opět zaměstnanci. Oklikou se tak dostaneme ze zaměstnaneckého poměru v OÚNZ do zaměstnaneckého poměru v akciovce, kde paradoxně či spíše logicky hrají prim lidé, kteří ho častokrát hrávali i v bývalých OÚNZ.

*MUDr. Stanislav Stupavský - privátní chirurg, Vsetín*

## Topolánek se shodl s poskytovateli péče na poplatcích pacientů

Na zavedení poplatků pacientů jako součásti reformy zdravotnictví se 29. května t.r. shodl premiér Mirek Topolánek (ODS) s těmi, kdo budou reformu ve skutečnosti naplňovat. Setkal se s takzvanou Radou poskytovatelů (zdravotní péče), kterou si ministr zdravotnictví Tomáš Julínek (ODS) vytvořil jako poradní orgán. Výtky, s nimiž vystupovali její zástupci v předchozích dnech, nezopakovali.

„My jsme se všichni shodli na poplatcích, a dokonce jsme se shodli na tom, že i ty technické problémy, které jsou tak zmiňovány médii, jsou tím nejmenším problémem zdravotnictví a že my se s nimi do případné platnosti a náběhu systému lehce vypořádáme,” řekl po jednání novinářům premiér.

Ministr poznamenal, že jedná s jednotlivými skupinami poskytovatelů zdravotní péče a vyjasňuje si s nimi případné technické problémy, které je třeba v souvislosti s poplatky řešit. Julínkův plán poplatků již schválil kabinet a čeká na projednání ve sněmovně. Pokud návrh projde a podepíše ho i prezident republiky, budou lidé od ledna 2008 platit za návštěvu lékaře a položku na receptu 30 korun, za den v nemocnici 60 korun a za pohotovost 90 korun.

Lékaři Julínkovu návrhu v předchozích týdnech vytýkali, že v zákoně nejsou sankce pro neplatiče. Obecně jim vadilo, že větší část vybraných peněz pohltí administrativní. Praktici se obávali zhoršení vztahu s pacientem. Lékáři tvrdili, že poplatek za recept by měl vybírat lékař, který recept napíše. Nemocnice se obávaly, že poplatky připraví o peníze, protože zdravotní pojišťovny jim zaplatí méně úměrně k předepsaným poplatkům, a to i když je nevyberou.

Z diskuse na úřadě vlády ale vyplynulo, že se všichni na všem shodli a případné nejasnosti nepovažují už za důležité. Julínek vysvětlil, že zákon je psán obecně, aby si vykázaní poplatku mohly dojednat jednotlivé skupiny lékařů s pojišťovnou podle svých specifických podmínek. „Neumíme napsat do zákona speciálně situaci praktických lékařů, specialistů, popřípadě dětských lékařů a stomatologů, protože je hodně odlišná,” řekl. Topolánek vyjádřil velkou spokojenost s diskusí s Radou poskytovatelů. Uvítal, že se všichni shodli na tom, že reforma je nutná. „Je jednoznačná shoda, že jde o krok správným směrem, a bavíme se spíše o technických,” komentoval diskusi o poplatcích premiér.

Předseda Sdružení soukromých gynekologů Vladimír Dvořák za přítomné poskytovatele zdravotní péče potvrdil, že nikdo v diskusi nezpochybnil, že reformy jsou nutné. „Dlouho se s nimi otálelo, a jak jsou teď předestírány, jdou skutečně směrem, kterým se ubírá zdravotnictví ve vyspělých zemích, to znamená posílení role pacienta v systému,” řekl.

V Radě poskytovatelů jsou zástupci různých lékařských sdružení, lékárnické a stomatologické komory a organizací nemocnic a sester. Její členové kritizovali Julínkova předchůdce Davida Ratha (ČSSD) a pořádali proti němu demonstrace. Nyní podporují Julínka a jeho reformní kroky. Naopak šéfa České lékařské komory, který podporoval Ratha, Julínek do Rady poskytovatelů nepřizval.

(ČTK)

## Americký zdravotnický systém je prý nejdražší a nejméně účinný

Americký zdravotnický systém je nejdražší na světě, ale je zároveň nejméně účinný v porovnání se šesti jinými průmyslově vyspělými zeměmi. Konstatuje to institut nezávislých studií Commonwealth Fund v uveřejněné studii.

„Americký zdravotnický systém je nejdražší na světě, ale srovnávací analýzy neustále ukazují, že jeho výkonnost je daleko za jinými zeměmi,“ cituje agentura AFP ze studie, v níž byly porovnávány systémy v Austrálii, Kanadě, Německu, na Novém Zélandě, v britském Společenství národů a ve Spojených státech. „Zdravotníci odborníci v USA často říkají, že americký systém je nejlepší na světě, ale nemají pro to žádný vědecký důkaz. Počínají si trochu jako královna z pohádky o Sněhurce: Američané se dívají na svůj vlastní obraz v zrcadle, ale nesrovnávají ho s jinými,“ říkají autoři studie.

Při hodnocení kvality, přístupu k lékařské péči a její efektivnosti, je systém amerického zdravotnictví pokaždé v porovnání s těmito šesti zeměmi poslední. Německo zaujímá první místo, pokud jde o přístup ke zdravotní péči a o kvalitu služeb, zatímco britské Společenství národů je první z hlediska rovného přístupu ke zdravotní péči a její účinnosti.

„Spojené státy jsou jediný stát mezi zeměmi porovnávanými ve studii, který nezajišťuje všeobecný přístup ke zdravotní péči



(...) Vzhledem k tomu, co vynakládáme v této zemi na zdraví, bychom mohli očekávat lepší a výkonnější zdravotnický systém,“ řekl předseda Commonwealth Fund Karen Davis.

Zdravotní pojištění nemá v USA 45 milionů lidí, což je 15 procent obyvatelstva. Výdaje na zdravotní péči na jednoho obyvatele jsou v USA více než dvakrát vyšší, než je průměr v zemích OECD (Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj); V USA je to 6102 dolarů (127,5 tisíce Kč) oproti 2571 dolarům (53,7 tisíc Kč), uvádí Commonwealth Fund. Pro toto vyhodnocení použil údaje z jiné studie OECD, v níž se zkoumaly i další evropské země a Japonsko.

Naříklad ve Francii jsou zdravotnické výdaje na jednoho obyvatele stejné jako v Kanadě, něco přes 3000 dolarů ročně, uvádí Commonwealth Fund.

(ČTK)

### Obsah

Farmakoterapie karcinomu plic ..... 1

### FARMAKOTERAPIE KARCINOMU PLIC

Česká republika patří mezi země s vysokou incidencí i mortalitou na karcinom plic. Ročně umírá na karcinom plic v České republice více než 5 500 nemocných (4 227 mužů a 1 341 žen za rok 2003)<sup>15/</sup>. Mortalita na karcinom plic se sice u mužů mírně snižuje, za posledních 25 let klesla asi o 15 %, ale stále je velmi vysoká a u žen dochází k trvalému vzestupu. Výsledky léčby jsou i přes nesporný pokrok stále neuspokojivé a většina nemocných na toto onemocnění zemře. Nepříznivé ukazatele dlouhodobého přežívání jsou způsobeny také tím, že většina onemocnění je už v době zjištění v pokročilém stadiu, kdy již není proveditelné radikální odstranění nádoru chirurgicky. Většina onemocnění je tak odkázána na konzervativní způsob léčby - chemoterapii, v indikovaných případech v kombinaci s radioterapií.

Volba léčebné strategie závisí na histologickém typu, rozsahu onemocnění v době diagnózy (stadiu), stavu výkonnosti (performance status) a přidružených chorobách.

#### Histologická klasifikace a dělení do stadií

Stanovení histologického typu je standardní součástí diagnostiky plicního karcinomu a je vždy vyžadováno před rozhodnutím o léčbě. Výjimku tvoří nemocní s operabilním nádorem, který se nepodařilo morfologicky verifikovat z bronchoskopie. Tito nemocní jsou indikováni k operaci a nádor je histologicky ověřen při operaci z peroperační biopsie.

Třetí revize histologické klasifikace z roku 1999<sup>14/</sup> rozeznává devět hlavních typů epitelových maligních plicních nádorů, viz tabulka 1. Z hlediska léčby se v klinické praxi používá zjednodušené dělení na malobuněčný a nemalobuněčný typ. Označení nemalobuněčný plicní karcinom zahrnuje všechny typy kromě malobuněčného karcinomu a karcinoidu. Toto dělení bylo zavedeno z praktického hlediska, neboť u nemalobuněčného karcinomu se používají stejné léčebné postupy bez ohledu na histologický typ, zatímco pro malobuněčný karcinom je léčebná strategie jiná.

**Tabulka 1. Histologická klasifikace maligních epitelových nádorů plic dle WHO**

- spinocelulární karcinom (epidermoidní karcinom)
- malobuněčný karcinom
- adenokarcinom
- velkobuněčný karcinom
- adenoskvamózní karcinom
- karcinomy s pleomorfními, sarkomatoidními nebo sarkomatózními elementy
- karcinoid
- karcinom typu slinných žláz
- nespecifikovaný karcinom

Nejvýznamnějším kritériem pro volbu léčby je stadium v době diagnózy. V současnosti je používána pátá revize TNM klasifikace a dělení do stadií z roku 1997<sup>7/</sup>. Podle této klasifikace jsou onemocnění podle pokročilosti dělena do čtyř stadií, z nichž stadium I, II a III mají dvě podstadiá.

Hlavní zásady pro určení stadia:

Stadium I zahrnuje T1 (nádor do 3 cm v nejdelším průměru) a T2

(nádor větší než 3 cm, nádor postihující hlavní bronchus ve vzdálenosti větší než 2 cm od kariny, nádor působící atelektázu menší než je celá plíce), bez postižení lymfatických uzlin; stadium IA - T1N0, stadium IB - T2N0.

Stadium II zahrnuje nemocné s postižením regionálních mízních uzlin, nejvýše však do úrovně uzlin hilových homolaterálně (N1), stadium IIA - T1N1, stadium IIB - T2N1. Dále se do stadia IIB ještě zahrnují nemocní s T3 (T3 - tumor jakékoliv velikosti s přímým šířením do hrudní stěny nebo bránice, mediastinální pleury, parietálního perikardu; nebo tumor postihující hlavní bronchus ve vzdálenosti < 2 cm distálně od kariny, ale bez postižení kariny; nebo je sdružen s atelektázou nebo s pneumonií za stenózou postihující celou plíci) bez postižení uzlin - T3N0.

Většina nemocných klinického stadia IIIA má metastaticky postižené homolaterální mediastinální nebo bifurkační uzliny (N2). Dále jsou do stadia IIIA zahrnováni nemocní s T3N1.

Stadium IIIB zahrnuje nemocné s T4 (nádor jakékoli velikosti s invazí do mediastina, srdce, velkých cév, průdušnice, jícnu, těl obratlů nebo kariny; nebo tumor s maligním pleurálním nebo perikardiálním výpotkem, nebo se satelitním nádorovým uzlem ve stejném laloku ipsilaterální plíce) nebo N3 (metastáza v kontralaterální mediastinální uzlině, kontralaterální hilové, ipsilaterální nebo kontralaterální skalenové nebo supraklavikulární uzlině).

Stadium IV zahrnuje nemocné se vzdálenými metastázami. Za vzdálené metastázy se však podle této klasifikace pokládají metastázy nejen do jiných orgánů, ale i do jiného laloku homolaterální plíce a samozřejmě i metastázy v kontralaterální plíci.

Vedle klasifikace stadií podle TNM, která se používá pro všechny histologické typy bronchogenního karcinomu, existuje jen pro malobuněčný karcinom další klasifikace rozlišující dvě stadia, (tabulka 2<sup>13/</sup>). Tato klasifikace rozděluje malobuněčný karcinom plic na limitované (LD - limited disease) a extenzivní (ED - extensive disease) stadium.

**Tabulka 2. Definice stadií malobuněčného karcinomu plic, podle konsenzu IASLC**

Stadium	Popis rozsahu postižení
Limitované	Onemocnění omezené na jeden hemithorax s nebo bez postižení ipsilaterálních nebo kontralaterálních mediastinálních nebo supraklavikulárních uzlin s nebo bez ipsilaterálního pleurálního výpotku bez ohledu na cytologický nález
Extenzivní	Onemocnění rozsáhlejší než je definováno LD

Posouzení stavu výkonnosti (Performance status, PS) je dalším důležitým faktorem při indikaci způsobu léčby. Nemocní s nedobrou stavem výkonnosti mají obecně podstatně horší prognózu. Špatný stav výkonnosti bývá kontraindikací protinádorové léčby, protože je u těchto nemocných sdružena s vyšším rizikem komplikací a zpravidla prognózu nemocného nezlepšuje.



Dalším faktorem ovlivňujícím volbu léčebného postupu jsou přidružené nemoci. Nemocní s nedostatečnou funkcí ledvin, jater, srdce nebo pokročilou kachexií jsou kontraindikováni k chemoterapii.

**Léčba malobuněčného karcinomu**

Malobuněčný karcinom plic tvoří asi 20 % všech primárních zhoubných nádorů plic, u žen je o něco častější. Jeho procentuální zastoupení v posledních desetiletích celosvětově klesá. Příčina tohoto poklesu není zcela jasná, možná souvisí s poklesem prevalence kouření, protože asociace tohoto histologického typu s kouřením je velmi vysoká. Vyznačuje se rychlým a agresivním typem růstu, medián přežívání neléčených nemocných ve stadiu limitovaného onemocnění je 12 týdnů a 5-6 týdnů u extenzivního stadia<sup>16/</sup>. Vyznačuje se však chemosenzitivitou a radiosenzitivitou. Základní léčebnou modalitou je v současné době kombinovaná chemoterapie, kterou se dosáhne významného prodloužení přežívání nemocných s LD i ED. Indikace monoterapie je zcela výjimečná a v běžné klinické praxi se v první linii léčby nepoužívá. Vzhledem k časnému metastazování malobuněčného karcinomu je i u lokalizovaného onemocnění nutno předpokládat klinicky nedetekované vzdálené mikrometastázy a u všech stadií vždy použít systémovou léčbu.

Standardní chemoterapeutické režimy u malobuněčného karcinomu:

- CAV - cyklofosamid + doxorubicin (adriamycin) + vinkristin
- CDE (CAE) - cyklofosamid + doxorubicin (adriamycin) + etopozid
- PE - cisplatina + etopozid
- CbPt + E – karboplatina + etopozid
- VIP - cisplatina + etopozid + ifosfamid
- ICE – karboplatina + etopozid + ifosfamid

Výběr chemoterapie

V současné době je nejvíce užívaná kombinace cisplatinu a etopozidu, která vzhledem k mechanismu účinku jeví určitý aditivní efekt obou léků. Tato kombinace je účinná i u nemocných, u nichž došlo k selhání léčby kombinacemi CAV a CAE. Její výhodou je i možnost použití v konkomitantní radiochemoterapii, protože je méně myelotoxická, její toxicita na sliznice je menší, stejně jako riziko vzniku intersticiální pneumonitidy. Při srovnávání účinnosti CAV a PE nebylo prokázáno významněji delší přežívání nemocných s ED<sup>4,11/</sup>. Kombinace PE však má lepší terapeutický index. Při stejné protinádorové účinnosti je méně myelotoxická. Karboplatina v kombinaci s etopozidem má srovnatelnou protinádorovou účinnost s cisplatinou. Ve srovnání s cisplatinou má výhodu v menší nefrotoxicitě, ototoxicitě a neurotoxicitě, je méně emetogenní a její aplikace je snadnější. Je však více myelotoxická. Přidání ifosfamidu ke kombinaci platinového derivátu s etopozidem sice zvyšuje účinnost, ale za cenu výraznější hematologické toxicity. U malobuněčného karcinomu byly zkoušeny léky 3. generace - gemcitabin, vinorelbin, paklitaxel a doxetacel, ale výsledky léčby těmito léky nebyly lepší než u starších léků a tak jejich podávání v první linii chemoterapie není vhodné<sup>8/</sup>.

Operace a radioterapie

Vedle systémové chemoterapie hrají důležitou roli i další dvě klasické léčebné modalit, radioterapie a chirurgická léčba. Operace prodlužuje přežívání u nemocných s periferní formou malobuněčného karcinomu plic v případě, že nejsou postiženy regionální lymfatické uzliny (stadium I), ale vždy musí být samozřejmě i v případě radikální resekce kombinována s chemoterapií. V tomto iniciačním stadiu se však zjistí malobuněčný karcinom jen vzácně. Při kombinaci operace a chemoterapie u stadia I je preferováno provedení resekce před zahájením cytostatické léčby. Zda u operovaných nemocných s následnou chemoterapií zlepši prognózu přidání radioterapie není jasné.

V ostatních případech limitovaného onemocnění se chemoterapie kombinuje s radioterapií sekvenčně nebo konkomitantně. Konkomitantní radiochemoterapie – současné podávání chemoterapie i radioterapie - má sice vyšší toxicitu, hlavním typem toxicity je ezofagitida a hematologická toxicita, ale je účinnější a u malobuněčného karcinomu je dnes pokládána v kombinaci s režimem cisplatina + etopozid za standardní postup. Nejvhodnější je zahájení radioterapie při prvním nebo druhém chemoterapeutickém cyklu. U nemocných vyššího věku nebo u nemocných, u kterých lze předpokládat sníženou toleranci léčby je bezpečnější sekvenční podání chemoterapie s následnou radioterapií.

U nemocných, u nichž se dosáhlo léčbou kompletní remise je vhodné profylaktické ozáření mozku. Mozek je totiž nejčastějším místem relapsu a profylaktické ozáření snižuje frekvenci mozkových metastáz a mírně prodlužuje i celkové přežívání nemocných.

**Tabulka 3. Doporučený léčebný postup u malobuněčného karcinomu**

Stadium	Léčebný postup
Limitované	Operace → 6 cyklů CT → (RT?)* 6 cyklů CT + RT (6 cyklů CT → RT)
Extenzivní	6 cyklů CT

\* Operace je indikována jen u periferního nádoru neprorůstajícího mimo plicí a bez postižení regionálních lymfatických uzlin  
Vysvětlivky: CT – chemoterapie, RT - radioterapie

Léčba relapsu

I když citlivost dříve neléčených nemocných na chemoterapii je velmi dobrá, u většiny nemocných dojde k relapsu. Ty bývají terapeutickým problémem a příčinou úmrtí většiny nemocných během dvou let od stanovení diagnózy.

Úspěch 2. linie chemoterapie závisí na intervalu mezi ukončením léčby a relapsem a citlivostí na primární léčbu. U nemocných, u kterých bylo dosaženo objektivní léčebné odpovědi na první linii léčby a léčebná odpověď trvala nejméně tři měsíce je možno očekávat u více než poloviny nemocných dosažení léčebné odpovědi i při použití stejného režimu, který byl podán v indukční léčbě. U nemocných, u kterých nebylo dosaženo léčebné odpovědi na první linii nebo k relapsu došlo dříve než za tři měsíce je nutno zvolit jiný chemoterapeutický režim, ale i při změně složení chemoterapie bývají výsledky léčby druhé linie velmi skromné.

Příklady chemoterapeutických režimů pro refrakterní typ relapsu malobuněčného karcinomu:

- PP - cisplatina + paklitaxel
- CbPt + P – karboplatina + paklitaxel
- topotekan v monoterapii

**Léčba nemalobuněčného karcinomu**

Nemalobuněčný karcinom je mnohem častější než malobuněčný typ, jeho podíl představuje zhruba 80 %. Hlavní léčebnou modalitou, která poskytuje nejvyšší šanci na dlouhodobější přežívání u nemalobuněčného karcinomu plic je chirurgická léčba. Většina onemocnění je však diagnostikována až v pokročilém stadiu, kdy je radikální chirurgická resekce nemožná. Dalším důvodem nízkého počtu operovaných jsou přidružené nemoci. Za radikální operační výkon je pokládána lobektomie a pneumonektomie, popřípadě vpravo bilobektomie. Z menších, „parenchym šetřících“ výkonů (segmentektomie, klínovitá excize) mají nemocní v indikovaných případech rovněž profit, ale vzhledem k vysokému počtu lokálních recidiv se tyto výkony nepokládají za radikální léčebný postup. Radikální radioterapie prodlužuje přežívání nemocných bez vzdálených metastáz a v paliativních indikacích zlepšuje kvalitu života. Chemoterapie má v komplexní léčbě nemalobuněčného karcinomu významné postavení, i když chemosenzitivita tohoto typu je

podstatně nižší než u malobuněčného karcinomu. Všeobecně se v současnosti uznává, že by chemoterapeutický režim pro první linii měl obsahovat platinový derivát (cisplatinu nebo karboplatinu) v kombinaci s lékem 3. generace.

Některé chemoterapeutické režimy používané u nemalobuněčného karcinomu v první linii léčby:

- karboplatina + paklitaxel
- cisplatinu + paklitaxel
- karboplatina + docetaxel
- cisplatinu + docetaxel
- cisplatinu + vinorelbin
- karboplatina + vinorelbin
- karboplatina + gemcitabin
- cisplatinu + gemcitabin

Cytostatická léčba II. linie je podávána především s cílem symptomatické úlevy, i když je prokázáno u nemocných vhodně indikovaných k chemoterapii prodloužení přežití. Doporučená je monoterapie, vhodné léky v této indikaci jsou docetaxel nebo pemetrexed. V druhé nebo třetí linii je účinná cílená biologická léčba erlotinibem, který je v této indikaci registrován.

Základní zásady výběru vhodné léčebné strategie jsou uvedeny dále podle stadií.

#### Stadium I

Chirurgická resekce je modalitou první volby pro nemocné s nemalobuněčným karcinomem plic v prvním klinickém stadiu. Standardní rozsah výkonu je lobektomie.

Radioterapie je používána u nemocných nevhodných k chirurgickému výkonu. Výsledky radikální radioterapie, resp. délka přežívání, je u malých nádorů (T1) jen o málo horší než výsledky resekcí léčby.

Po radikální resekcii u stadia IA není nutná žádná další terapie, u stadia IB mají nemocní mírně lepší prognózu při aplikaci adjuvantní chemoterapie.

#### Stadium II

Stejně jako v prvním klinickém stadiu je radikální operace modalitou první volby. Inoperabilní nemocní s dostatečnou dechovou rezervou jsou indikováni k radioterapii s kurativním záměrem. Stejně jako u stadia IB mají nemocní s adjuvantní chemoterapií mírně, ale statisticky signifikantně, delší přežívání. Je proto nutné nemocným předpokládané výhody i očekávaná rizika vysvětlit a podávat adjuvantní chemoterapii jen u nemocných, kde riziko léčby není zvýšené.

#### Stadium III A

Pokud je postižení mediastinálních uzlin stanoveno předoperačně, jsou výsledky samostatné chirurgické léčby nedobré s pětiletým přežitím mezi 10-15 %. Pokud je postižení mediastinálních uzlin zjištěno až operací, je prognóza lepší, ale celkově je i u kompletně resekováných nádorů stadia IIIA bez další terapie pětileté přežívání menší než 25 %. Většina relapsů je vzdálených, takže se dá předpokládat diseminace již v době chirurgického výkonu.

U stadia IIIA bylo opakovaně prokázáno, že kombinace léčebných modalit přináší lepší léčebné výsledky než použití jediné léčebné modalit. I v případech, kdy je kompletní resekce nádoru proveditelná, lze považovat samostatný chirurgický výkon při stadiu IIIA (N2) za neadekvátní<sup>2/</sup>. Operace je kombinována s chemoterapií nebo chemoradioterapií. Samostatná pooperační radioterapie u kompletně resekováného nádoru nemá pro nemocné prokázaný benefit. Lze o ní uvažovat v případech nekompletně resekováného nádoru, ale i zde se nyní dává přednost chemoradioterapii.

#### Neoadjuvantní léčba

Aplikace neoadjuvantní léčby, tzn. podání chemoterapie před chi-

urgickým výkonem, ve studiích II etapy klinického zkoušení prokázala možnost prodloužení přežití při tomto postupu<sup>5,6/</sup>. Účinnost této strategie se zkoumala ve čtyřech studiích III etapy klinického zkoušení, ve kterých byla provedena randomizace nemocných mezi chirurgickým výkonem bez nebo s předoperační chemoterapií režimy obsahujícími cisplatinu. Ve třech studiích bylo zaznamenáno u nemocných s neoadjuvantní chemoterapií delší přežití v rámci s chemoterapií<sup>10,12/</sup>, ačkoliv ani v jedné z nich rozdíl nedosáhl statistické významnosti<sup>9/</sup>. Tato studie byla totiž předčasně ukončena po zařazení 28 nemocných pro nedostatečný nábor pacientů. I zbývající dvě studie byly kritizovány pro malé počty nemocných, protože byly z etických důvodů předčasně ukončeny, když průběžná analýza ukazovala jasnou výhodu neoadjuvantní chemoterapie. Nicméně se koncept neoadjuvantní chemoterapie v druhé polovině 90. let začal pokládat za standardní postup u nemocných ve stadiu IIIA. Zpochybnění výhodnosti neoadjuvantní léčby přinesly později výsledky poslední studie fáze III. Tato francouzská studie randomizovala nemocné ve stadiu IB, II a IIIA k předoperační chemoterapii dvěma cykly kombinace MIP (mitomycin C + ifosfamid + cisplatinu) nebo rovnou k operaci. V obou větvích byla použita pooperační radioterapie. Mediány doby přežívání (37 a 26 měsíců) ani tříleté přežívání nebyly statisticky významné<sup>3/</sup>. I když vhodnost neoadjuvantní chemoterapie, především u stadia IIIA, nebyla zatím vyvrácena, je v současné praxi postupně opouštěna.

Další možný postup u klinického stadia IIIA je kombinace chemoterapie a radioterapie před vlastním chirurgickým výkonem. U tohoto trimodálního postupu je však nutno počítat s vyšší morbiditou i mortalitou.

U nemocných s rozsáhlým postižením mediastinálních uzlin nebo postižením nejvyšších mediastinálních uzlin nevhodných k chirurgickému řešení se používá kombinace chemoterapie a radioterapie.

Předoperační radioterapie se v současnosti používá jen u Pancoastova nádoru, i zde je však účinnější chemoradioterapie.

#### Adjuvantní léčba

Postupný odklon od neoadjuvantní (předoperační) chemoterapie byl podmíněn v posledních letech publikovanými studiemi, prokazujícími přínos adjuvantní chemoterapie u kompletně resekováného nádoru. Nejvýznamnější z publikovaných studií je zřejmě IALT (International Adjuvant Lung Cancer Trial)<sup>1/</sup>. Studie začala v roce 1995 a původně bylo plánováno zařazení 3 300 nemocných, ale pro pomalý nábor bylo rozhodnuto studii ukončit po randomizaci 1 867 nemocných. V této studii byli nemocní ve stadiu I, II nebo III randomizováni po kompletní resekcii k observaci nebo k chemoterapii jedním ze čtyř chemoterapeutických režimů s cisplatinou (cisplatinu + vinorelbin, cisplatinu + vinblastin, cisplatinu + etopozid nebo cisplatinu + vinorelbin). Pooperační chemoterapie byla povolena podle institucionálních zvyklostí jednotlivých center. Primárním cílem studie byla doba přežívání. Pětileté přežívání bylo statisticky signifikantně vyšší ve větvi s chemoterapií, 44,5 % versus 40,4 % (p < 0,03), medián přežívání byl 50,8 versus 44,4 měsíce.

#### Stadium IIIB

Chirurgická léčba je indikována jen výjimečně a pokud je indikována, je vždy kombinována s jinými léčebnými modalitami. O operaci lze uvažovat pokud se indukční chemoterapií nebo chemoradioterapií dosáhlo významného snížení stadia. Není však většími randomizovanými studiemi dostatečně doloženo, zda nemocní mají z tohoto postupu užitek a tak je tento postup nutno pokládat za nestandardní nebo výzkumný.

Standardním postupem u stadia IIIB je kombinace chemoterapie a radioterapie. V současnosti nelze jednoznačně odpovědět na otázku, zda je z hlediska účinnosti a bezpečnosti léčby vhodnější sekvenční nebo konkomitantní chemoradioterapie. V klinické praxi se používá sekvenční postup, chemoterapie s následnou radioterapií. Stále více studií ukazuje vyšší účinnost konkomitantní radiochemoterapie a lze předpokládat, že se brzy začne pokládat,

podobně jako je tomu u malobuněčného karcinomu, konkomitantní radiochemoterapie za standardní postup.

#### Stadium IV

Chirurgická léčba se ve IV stadiu neprovádí. Výjimku tvoří nemocní s radikálně resektabilní primární lokalizací nádoru (T1-2, N0-1) a pokud mají izolovanou metastázu v jediném orgánu – v mozku, nadledvině nebo plíci a obě lokalizace (primární nádor a metastáza) je možno radikálně chirurgicky odstranit. Pokud je metastáza v jiných orgánech, chirurgická léčba není vhodná.

U nemocných s dobrým stavem výkonnosti (PS 0-1) je standardním postupem podání kombinované chemoterapie. U nemocných vyššího věku nebo u nichž by byla kombinovaná chemoterapie riziková je možno podat monoterapii, případně zvážit cílenou biologickou léčbu erlotinibem. Hodnocení léčebné odpovědi se provádí po dvou cyklech a další pokračování se zvažuje podle efektu a tolerance.

Dlouhodobé přežívání nemocných se vzdálenými metastázami je zcela výjimečné. Léčebný záměr je vždy paliativní s individuálním léčebným přístupem. Vzhledem k tomu, že se jen u velmi malého počtu nemocných dosáhne léčbou dlouhodobého přežívání, je nutno při indikaci chemoterapie pečlivě zvažovat předpokládaný profit a rizika léčby, včetně vlivu léčby na kvalitu života. S nemocnými je nutno otázkou léčby a její očekávané výsledky otevřeně diskutovat a respektovat jejich vztah k uvažované léčbě a individuální preference. U nemocných s generalizovaným nemalobuněčným karcinomem plic, u kterých by léčba byla sružena se zvýšeným rizikem, nebo u kterých není z různých důvodů předpoklad dobré spolupráce při léčbě, není v žádném případě neetické chemoterapii nepodávat. Protinádorový efekt biologické léčby spočívá v cíleném ovlivnění signálních drah zúčastněných v procesu proliferace nádorových buněk a ve srovnání s klasickou chemoterapií je její toxicita nižší.

#### Literatura:

1. Arrigiada R, Bergman B, Dunant A et al. *Cisplatin-based adjuvant chemotherapy in patients with completely resected non-small cell lung cancer*. N Engl J Med, 2004, 350, p. 351 – 360.
2. Bunn PA. *To treat or not to treat non-small-cell lung cancer patients? Current perspectives*. Oncology, 13, 1999, dopl. 4, 9 – 15.
3. Deperiere A, Milleron B, Moro-Sibilot D, et al. *Preoperative chemotherapy followed by surgery compared with primary surgery in resectable stage I (except T1N0), II a IIIa non-small cell lung cancer*. J Clin Oncol, 2002, 20, p.247-253.
4. Fukuoka M, Furuse K, Saijo N, Nishiwaki Y, Ikegami H, Tamura T,

- Shimoyama M, Suemasu K. *Randomized trial of Cyclophosphamide, Doxorubicin and Vincristine versus Cisplatin and Etoposide versus alternation of these regimens in small cell lung cancer*. J Natl Cancer Inst, 83, 1991, 855 – 861.
5. Martini N, Kris M, Flehinger BJ, Gralla RJ, Bains MS, Burt ME, Heelan R, McCormack PM, Pisters KM, Rigas JR. *Preoperative chemotherapy for stage IIIA (N2) lung cancer: Te Sloan Kettering experience with 136 patients*. Ann Thorac Surg, 35, 1993, 1365 –1374.
6. Martini N, Kris MG, Gralla RJ. *The effect of pre-operative chemotherapy on the resectability of non-small-cell lung carcinoma with mediastinal node metastases*. Ann Thorac Surg, 45, 1988, 370 – 379.
7. Mountain CF. *Revisions in the international system for staging lung cancer*. Chest, 1997;111: 1710-17.
8. Murray N, Turrisi AT. *A review of first-line treatment for small-cell lung cancer*. J Thorac Oncol, 2006, 1, p. 270-278.
9. Pass HI, Pogrebnik HW, Steinberg SM, Mulshine J, Minna J. *Randomized trial of neoadjuvant therapy for lung cancer: Interim analysis*. Ann Thorac Surg, 53, 1992, 992 – 998.
10. Rosell R, Gomez-Godina J, Comps J. *A randomized trial comparing preoperative chemotherapy plus surgery with surgery alone in patients with non-small cell lung cancer*. N Engl. J Med, 330, 1994, 153 – 158.
11. Roth BJ, Johnson DH, Einhorn LH, Schacter LP, Cherg NC, Cohen HJ, Crawford J, Randolph JA, Goodlow JL, Broun GO, et al. *Randomized study of Cyclophosphamide, Doxorubicin and Vincristine versus Etoposide and Cisplatin versus alternation of these two regimens in extensive small cell lung cancer: A phase III trial of the Southeastern Cancer Study Group*. J Clin Oncol, 10, 1992, 282 – 291.
12. Roth JA, Fossella F, Komaki R, Ryan MB, Putnam JB Jr, Lee JS, Dhingra H, De Caro L, Chasen M, McGavran M. *A randomized trial comparing preoperative chemotherapy and surgery with surgery alone in resectable non-small-cell-lung cancer*. J Natl Canc Inst, 86, 1994, 673 – 680.
13. Stahel RA, Ginsberg R, Havemann K, Hirsch FR, Ihde DC, Jassem J, Karrer K, Maurer H, Osterlind K, Van Houtte P. *Staging and prognostic factors in small cell lung cancer: a consensus report*. In: H.H. Hansen, Kristjansen P.E.G. (eds.): Management of small cell lung cancer. Third IASLC Workshop on small cell lung cancer. Elsevier, Amsterdam, 1989, 1 – 8.
14. Travis WD, Colby TV, Corrin B, Shimosato Y, Brambilla E. *Histological typing of lung and pleural tumors. International histological classification of tumors*. World Health Organisation, Third Edition, Springer, Berlin, Germany, 1999.
15. ÚZIS. *Novotvary 2003 ČR*. Zdravotnická statistika, ÚZIS, Praha, 2006.
16. Zelen M. *Keynote address on biostatistics and data retrieval*. Cancer Chemother Rep, 4, 1973, část 3, 31- 42.

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), sružené v Mezinárodní společnosti lékových bulletinů (ISDB), jejímž řádným členem jsou Farmakoterapeutické informace od roku 1996.

Farmakoterapeutické informace jsou vydávány Státním ústavem pro kontrolu léčiv s podporou Nadace prof. Skarnitzla a distribuovány jako příloha Věstníku SÚKL a časopisu ČLK zdarma nebo na objednávku za uhrazení poštovního (100,- Kč).

Materiál publikovaný ve FI nemůže být používán pro žádnou formu reklamy, prodeje nebo publicity, ani nesmí být reprodukován bez svolení.

Šéfredaktor: MUDr. Marie Alušíková, CSc.

Odborní 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. Lyer, 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](http://www.sukl.cz)).



ISSN 1211 - 0647  
MK ČR E 7101

# Celoživotní vzdělávání lékařů organizované komorou

## Povinnost celoživotně se vzdělávat ukládají lékařům zákony

### • Zákon č. 95/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti lékařů:

#### § 22 Celoživotní vzdělávání

- 1) Lékaři... vykonávající zdravotnické povolání se celoživotně vzdělávají.
- 2) Celoživotní vzdělávání je průběžné obnovování vědomostí, dovedností a způsobilosti odpovídající získané odbornosti v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky.
- 3) Formy celoživotního vzdělávání jsou zejména samostatné studium odborné literatury, účast na kurzu, školicí akci, seminářích, odborných a vědeckých konferencích a kongresech, absolvování klinické stáže na akreditovaném pracovišti, účast na odborně vědeckých aktivitách, publikační a pedagogická činnost a vědecko-výzkumná činnost.
- 4) Celoživotní vzdělávání organizují a pořádají zejména ministerstvo, vysoké školy, ČLK... a odborné lékařské společnosti ve spolupráci s akreditovaným i vzdělávacími zařízeními, zdravotnickými zařízeními... Každý pořadatel tohoto vzdělávání vydává účastníkům potvrzení o účasti na školicí akci.
- 5) Účast na celoživotním vzdělávání se považuje za prohlubování kvalifikace.

### • Zákon č. 220/1991 Sb. o České lékařské komoře:

#### § 2

Komory dbají, aby členové komor vykonávali své povolání odborně, v souladu s jeho etikou a způsobem stanoveným zákony a řády komor.

Komory zaručují odbornost svých členů a potvrzují splnění podmínek k výkonu lékařského povolání.

**Česká lékařská komora je povinna zajistit lékařům dostupnost dostatečného počtu kvalitních vzdělávacích akcí, aby si lékaři mohli prohlubovat svoji kvalifikaci.**

Diplom celoživotního vzdělávání vydávaný komorou slouží pro lékaře jako nezpochybnitelný důkaz, že plní zákonnou povinnost celoživotně se vzdělávat. V současnosti je držiteli tohoto diplomu pouhých 5580 lékařů, tedy asi 17 % z celkového počtu 33 500 pracujících lékařů.



SP 16 – Systém celoživotního vzdělávání lékařů ČLK upravuje pouze celoživotní vzdělávání lékařů garantované ČLK. Jiné celoživotní vzdělávání organizované dalšími subjekty zmocněnými zákonem není a ani nemůže být stavovským předpisem lékařské komory regulováno.

Platnost akreditací pro organizování vzdělávacích akcí, které udělila ČLK podle dříve platného SP 16, zůstává nedotčena.

**Obavy, že nový SP 16, který je účinný po schválení představenstvem ČLK od 18. 2. 2007, způsobí pokles počtu vzdělávacích akcí, se nenaplnují.**

Počet registrovaných vzdělávacích akcí

	Rok 2006	Rok 2007
Březen	406	450
Duben	411	445
Květen	435	437
<b>Celkem za 3 měsíce</b>	<b>1 252</b>	<b>1 332</b>

Registrace a kontrola kvality vzdělávacích akcí vyžadují náklady. SP 16 zavádí poplatky za registraci akcí a stanoví pravidla pro prezentaci komerčních subjektů na těchto akcích. Získané prostředky může komora použít k rozšíření nabídky vzdělávacích akcí i o témata pro sponzory neatraktivní.

## Příjmy ČLK z garantovaných vzdělávacích akcí

(18. 2. – 5. 6. 2007)

Akce garantované centrem ČLK

	Příjem centra ČLK
Registrace	129 000 Kč
Prezentace	12 000 Kč
<b>Celkem</b>	<b>141 000 Kč</b>

Akce garantované OS ČLK

	Příjem centra ČLK	Příjem OS ČLK	Celkem příjem ČLK
Registrace	95 250 Kč (50 %)	95 250 Kč (50 %)	190 500 Kč
Prezentace	15 600 Kč (10 %)	140 400 Kč (90 %)	156 000 Kč
<b>Celkem</b>	<b>110 850 Kč</b>	<b>235 650 Kč</b>	<b>346 500 Kč</b>

Částka 235 650 Kč, kterou za čtvrt roku vydělala pro svoji potřebu aktivní okresní sdružení komory, představuje pro ně výrazné zlepšení finanční situace. Systém se přitom teprve rozbíhá.

**Vedení ČLK v současnosti jedná s vedením ČLS JEP o možnosti vytvoření společného systému celoživotního vzdělávání. Naším cíle je zajistit lékařům dostatečný počet kvalitních vzdělávacích akcí v rámci všech odborností a vyjednat pro držitele Diplomu celoživotního vzdělávání nějaké ekonomické zvýhodnění.**

Připravilo oddělení vzdělávání ČLK

# Mzda, nebo plat?

*Tato téměř shakespeareovská otázka již delší dobu víří kalné vody českého zdravotnictví. Do nedávné doby byl všem lékařům zaměstnancům vyplácen plat podle tabulek platných pro zaměstnance rozpočtové sféry. Teprve s přechodem většiny nemocnic pod kraje a následném převodu nemocnic na obchodní subjekty začali být jejich zaměstnanci odměňováni mzdou.*

V rozporu s tvrzením, že právě odměňování podle zákona o mzdě bude pro zaměstnance přínosem a umožní lepší odměňování „těch schopných“, došlo až na čestné výjimky k poklesu příjmu všech zdravotnických pracovníků. LOK-SČL na tuto skutečnost opakovaně upozorňoval. **Možnost snížit platy zaměstnanců byla hlavním důvodem převodu nemocnic na obchodní subjekty, jakkoli tuto účelovost krajské samosprávy popíraly.** Současné vedení ministerstva zdravotnictví (MZ) plánuje převod fakultních nemocnic na tzv. nemocnice univerzitní.

Jde o výše zmíněný a osvědčený model. Poutavý název „univerzitní“ má být ve skutečnosti jen zástěrkou snahy převést zaměstnance nemocnic na odměňování podle zákona o mzdě a pravděpodobně také pro snížení jejich příjmů.

Proč je vlastně mzda u zdravotnických pracovníků takový problém? Vysvětlení je jednoduché a obecné. Poměry v českém zdravotnictví jsou vším, jen ne tržním prostředím. Toto platí pro všechny segmenty poskytovatelů péče. Neexistuje nic, co bychom mohli nazvat cenotvorbou, nikdo neví, jaká je cena lékařské práce. Jednotlivé segmenty poskytovatelů péče mají jen omezené, spíše žádné možnosti promítnout do úhrad zdravotních výkonů trvale narůstající objektivní náklady. Tržní ceny vstupů se nepromítají do ceny výkonů, nedochází k valorizaci dle inflace... atd.

Fraška, hrdě nazývaná dohodovacím řízením, je pouze faktickým vyjádřením nerovnoprávného postavení poskytovatelů a monopolního postavení pojišťoven podporovaných státem. **V systému, který nelze nazvat jinak než „pojišťovenský socialismus“, nakoupí zdravotní pojišťovny za omezené zdroje neomezenou péči. Přesně v duchu hesla „každému podle jeho potřeb“.** Zdravotní péče z tohoto pohledu je tak veřejnou službou poskytující neomezenou péči bez ohledu na rentabilitu a zisk, zdravotní pojištění jen eufemismem pro zdravotní daň. Ekonomický přínos zdravotní péče není společností hodnocen, ačkoli podle nových ekonomických poznatků je zřejmě rozhodující determinantou prosperity společnosti (viz např. článek v týdeníku Euro, který najdete na <http://www.zdn.cz/scripts/detail.php?id=307226>).

Mzdu zdravotníků pak nelze objektivně stanovit, neboť se stavá jen prostou nákladovou položkou, která není pro zdravotnická zařízení investicí přinášející zisk. **Kvalitní a schopný lékař je pro nemocnici spíše ekonomickou zátěží, poskytování ze-**

**jména nákladné zdravotní péče je nerentabilní.**

**Za těchto podmínek lze zdravotníkům stanovit pouze plat a tedy arbitrární cenu práce. Reálná cena jejich práce neexistuje. Snaha odměňovat zdravotníky mzdou je jen pokusem řešit problém financování zdravotnictví na jejich úkor. Zdravotníci tak nedobrovolně přispívají do systému dvakrát, jednou jako plátcí daně a podruhé nízkou úrovní svých příjmů.**

Plánovanou reformu zdravotnictví je třeba z tohoto pohledu hodnotit velmi opatrně. Ač možná filozoficky správná, poněkud zaráží nelogickou posloupností kroků, v nichž má být uskutečňována. Dojde-li totiž ke změně plátců (ZP) na obchodní subjekty a zavedení konkurence „cenou“ dříve, než bude změněno

ohodnocení zdrav. výkonů z bodového sazebníku na ceník, pak dojde k fixaci současně nastavených cenových neproměrů. Při ohlášeném zmrazení výdajů státu na zdravotní pojištění a možné (předpokládané) neschopnosti zajistit tento výpadek od soukromých zdrojů je zřejmé, že s nárůstem cen výkonů, natož na úroveň reálných cen (někdy jen z pohledu materiálových nákladů), nelze počítat.

**Další vývoj tedy jednoznačně směřuje ke snaze zajistit levné zdravotnictví na úkor lékařů-zaměstnanců.** Půjde-li to levně v nemocnicích, proč také trochu neutáhnout kohout financí na straně soukromých praxí?

**Při chystané konkurenci cenou bude řada nemocnic za těchto podmínek schopna nabídnout ceny zdravotní péče, které budou pro soukromníky pod hranicí rentability. Zejména velké řetězce poskytovatelů se budou chovat analogicky jako jiné obchodní řetězce.**

Zdá se tedy, že problém plat, či mzda lékařů-zaměstnanců je problémem mnohem obecnějším než jen problémem nemocnic. Jde o obecné nastavení ceny lékařské práce, která se v důsledku dotkne všech segmentů. Má-li někdo pocit, že si předvolební účastí na mítincích na Staroměstském náměstí zajistil doživotní blahobyt, může být poněkud zklamán.

Peníze získané z takto chytře „zefektivněného“ systému zdravotnictví poplynou úplně jinam než lékařům v nemocnicích a soukromých praxích. Proto také o nich nesmí plně rozhodovat pacient. Rozhodovat budou pojišťovny, které přece pro něj budou péči „nakupovat“ co nejefektivněji (rozuměj nejlevněji). Fixace smluvního vztahu lékař – pojišťovna je totiž základním prvkem k regulaci systému (a deformaci trhu), který budou fakticky ovládat vlastníci pojišťoven.

Reforma se totiž musí vyplatit především těm, kdo si ji zaplatili.

MUDr. Lukáš Velez



**Při přechodu na obchodní společnost se změnilo odměňování:  
zaměstnanec je potřeba připravit na složitější jednání se zaměstnavatelem o odměně!**

	PLAT	MZDA
<b>Nejnižší úroveň zaručené mzdy</b>	ZP č. 262/2006 Sb., § 112. Nařízení vlády č. 567/2006 Sb., 8000 – 16100 Kč, do 8 skupin se zařazuje podle přiznaných platových tarifů.	ZP č. 262/2006 Sb., § 112. Nařízení vlády č. 567/2006 Sb., 8000 – 16100 Kč, do skupin se zařazuje podle charakteristiky prací, které jsou uvedeny v příloze NV.
<b>Platové tarify</b>	ZP č. 262/2006 Sb., § 123. 16 platových tříd, 12 platových stupňů v každé třídě. NV č. 564/2006 Sb., o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě. NV č. 469/2002 Sb., katalog prací.	Nahrazeno nejnižší úrovní zaručené mzdy.
<b>Přesčas Nařízená práce přesčas v rozsahu 150 hodin a 266 hodin práce přesčas, jejich výkon musí být se zaměstnancem dohodnut.</b>	ZP č. 262/2006 Sb., § 127, platový tarif, osobní příplatek, zvláštní příplatek + příplatek 25 % průměrného hod. výdělku, jde-li o pracovní dny. Ve dni nepřetržitého odpočinku v týdnu dvojnásobný příplatek tj. 50 % průměrného hod. výdělku. Po dohodě zaměstnanec se zaměstnavatelem náhradní volno. Za dobu čerpání náhradního volna se plat nekrátí.	ZP č. 262/2006 Sb., § 114, mzda a příplatek nejméně 25 % průměrného výdělku. Dohoda na náhradním volnu místo příplatku.
<b>Svátek</b>	ZP č. 262/2006 Sb., § 135, čerpání náhradního volna (za náhradní volno se plat nekrátí). Po dohodě zaměstnanec se zaměstnavatelem příplatek za hodinu ve výši 100 % průměrného hod. výdělku.	ZP č. 262/2006 Sb., § 115, dosažená mzda a náhradní volno. Za náhradní volno náhrada mzdy ve výši průměrného výdělku. Po dohodě místo náhradního volna příplatek k dosažené mzdě ve výši průměrného výdělku.
<b>Noční práce</b>	ZP č. 262/2006 Sb., § 125, za odpracovanou hodinu noční práce příplatek 20 % průměrného hod. výdělku.	ZP č. 262/2006 Sb., § 116, dosažená mzda, příplatek nejméně 10 % průměrného výdělku, pokud není v kolektivní smlouvě sjednáno jinak.
<b>Ztížené pracovní prostředí</b>	NV 567/2006 Sb., § 6, viz. ustanovení o vymezení obtíží z vystavení účinkům ztěžujícího vlivu. NV 564/2006 Sb., § 7, viz. ustanovení o výši příplatku 400 – 1400 Kč/měs.	NV č. 567/2006 Sb., § 7 a ZP č. 262/2006 Sb., § 117, dosažená mzda a příplatek za každý ztěžující vliv nejméně 10 % základní sazby minimální mzdy.
<b>Sobota a neděle</b>	ZP č. 262/2006 Sb., § 126, za hodinu práce příplatek ve výši 25 % průměrného hod. výdělku	ZP č. 262/2006 Sb., § 118, dosažená mzda a příplatek nejméně ve výši 10 % průměrného výdělku.
<b>Vedení a zástup</b>	ZP č. 262/2006 Sb., § 124, podle stupně řízení a náročnosti. Příplatek v % z platového tarifu nejvyššího platového stupně přiznané platové třídy (5 % - 60 %).	ZP neřeší
<b>Zvláštní příplatek</b>	ZP č. 262/2006 Sb., § 129, NV č. 564/2006 Sb., § 8, rozdělení do 5 skupin podle míry ztěžujících vlivů na pracovní podmínky.	ZP neřeší
<b>Rozdělená (dříve dělená) směna</b>	ZP č. 262/2006 Sb., § 130, směny rozdělené na 2 nebo více částí, příplatek ve výši 30 % průměrného hod. výdělku za každou takto rozdělenou směnu (směna, ve které souvislé přerušování práce nebo jejich souhrn činí alespoň 2 hod.).	ZP neřeší
<b>Osobní příplatek</b>	ZP č. 262/2006 Sb., § 131, ocenění dlouhodobých velmi dobrých pracovních výsledků, větší rozsah pracovních úkolů. 1 - 9 platová třída max. 50 % platového tarifu, 10 – 16 PT max. 100 % platového tarifu.	ZP neřeší
<b>Přímá pedagogická činnost nad stanovený rozsah</b>	ZP č. 262/2006 Sb., § 132, za hodinu nad stanovený rozsah náleží příplatek ve výši dvojnásobku průměrného hod. výdělku.	ZP neřeší
<b>Specializační příplatek pedagogického pracovníka</b>	ZP 262/2006 Sb., § 133, za specializované činnosti příplatek 1000 – 2000 Kč/měs.	ZP neřeší
<b>Odměny</b>	ZP č. 262/2006 Sb., § 134, za splnění mimořádného nebo zvláště významného pracovního úkolu. Odměny se stanoví jako doplňková nenáročná složka platu. FKSP - podrobnější podmínky čerpání součástí kolektivní smlouvy.	ZP neřeší, § 134, ZP lze vztáhnout na poskytování odměn ze sociálního fondu, pokud tento fond obchodní společnost vytváří.
<b>Odměna za pracovní pohotovost</b>	ZP č. 262/2006 Sb., § 140, odměna nejméně ve výši 10 % průměrného výdělku, pokud není sjednáno v kolektivní smlouvě jinak.	ZP č. 262/2006 Sb., § 140, odměna nejméně ve výši 10 % průměrného výdělku, pokud není sjednáno v kolektivní smlouvě jinak.

Zpracovala: Irma Drobňá  
Kontroloval: Mgr. Buriánek

# Komunikace lékaře s pacientem a rodinou je nutná

**Klade-li vedení České lékařské komory důraz na nácvik správné komunikace lékařů s pacienty, plní svou zákonnou povinnost, neboť má dbát podle zákona na lékařskou etiku, a současně se stará i o právní ochranu lékařů.**

V zemích západní Evropy a USA je více úspěšných žalob na lékaře pro porušení práv pacientů a nedostatek informací či komunikace než pro zdravotní poškození. I v Česku se začínají objevovat stále více žaloby na nedostatek informací a nedostatečnou komunikaci. Komunikační úskalí a pasti v medicíně začínají být pro lékaře a jejich právní ochranu i etický výkon povolání velmi aktuální. Naše představa je taková, že na semináři o komunikaci lékařů s pacienty a jejich rodinami by přibližně z poloviny měly zaznít odstrašující kazuistiky, kdy nevhodná komunikace vedla k trestním stíháním, žalobám a stížnostem, druhá polovina pak by měla být svěřena psychologovi nebo specialistovi na lékařskou etiku a komunikaci v medicíně, který by co nejkonkrétněji poradil, jak vhodně jednat s jednotlivými typy pacientů a jejich rodinami.

## Většina žalob plyne z chybné komunikace

V České republice sice zatím nelze konstatovat, že většina úspěšných žalob či trestních oznámení na lékaře se týká porušování patientských práv včetně práva na informace a komunikaci, ale lze konstatovat, že většina žalob, trestních oznámení a stížností plyne z chybné komunikace lékařů a dalších zdravotníků s pacienty a jejich rodinami.

„Tak, jak dobře odebraná anamnéza stanoví diagnózu v 80 % případů, tak kvalitní komunikace s pacientem zabrání v 80 % podání stížnosti, žaloby či trestního oznámení, i kdyby třeba byly oprávněné.“<sup>(1)</sup>

Podle kvalifikovaného odhadu v 90 % případů, kdy pacienti, členové jejich rodin či pozůstalí podávají žalobu na zdravotnické zařízení nebo trestní oznámení na lékaře, jde o lidi, kterým by bylo možno rozumnou komunikací a citlivou věcnou argumentací tento postup rozmluvit. Pro zbytek, kdy často jde o osoby kverulantního zaměření nebo agresivní jedince někdy i s psychopatickými rysy, takováto snaha nemá příliš význam. Lékař by zpravidla měl umět rozlišit situaci, kdy vlídná komunikace s pacientem, rodinou či pozůstalými má význam, od situace, kdy s některým jedincem nemá význam vlídně a dlouze hovořit a poslouchat jeho výhrůžky a urážky.

Původní televizní seriál Nemocnice na kraji města Jaroslava Dieta je skvělým příkladem naprosto chybné komunikace lékařů s pacienty, která by v současné době patrně měla i vážné právní následky. Kdyby primář Blažej vlídněji a trpělivěji komunikoval se zelinářkou, patrně by se ušetřil vysvětlování postupu léčby u jejího manžela znalecké komisi. Když nic netušícího zraněného hokejistu veze zřízenec na sál a hokejista se táže, co s ním budou dělat, dozvídá se, že to je přece věc lékařů a on tomu nerozumí. Je vykreslen jako rozmazlený fracek, který se dožaduje informací, na které měl i podle tehdy platných právních předpisů zákonný nárok. Že jde na operaci hlavy, bez jakékoliv bližší informace, se dozvídá na nemocničním vozíku po cestě se zřízencem a když

si doslova „vydupe“ rozhovor s primářem, dává mu primář jasně najevo, jak ho svými otázkami obtěžuje a jak je zcela nemístné, aby se on, laik, zajímal o to, co s ním ti, kteří nejlépe vědí jak postupovat, budou v následujících hodinách dělat.

## Příklady chybné komunikace I

V závěrečné zprávě Mareše a spolupracovníků věnované výzkumu humanizace medicíny se uvádí řada zajímavých případů zcela chybné komunikace s pacienty. Uvedeme jen některé:

*Pacient byl přijat pro kardiologické potíže. Při velké vizitě ošetřující lékař informoval přednostu oddělení o stavu pacienta. Na závěr dodal: „Bude nutná operace.“ Pacient byl šokován, protože o závažnosti svého stavu nebyl informován: „Pane primáři, je to opravdu tak vážné a je ta operace nutná?“ Primář k ošetřujícímu lékaři: „Napište do papírů, že pacient odmítá operaci. Jdeme dál.“*

• *Pacient: „Pane doktore, už přišly ty výsledky?“  
Lékař: „To víte že jo. Už včera.“*

*Pacient (dychtivě): „No a co? Jak to vypadá? Jaký mám krevní obraz?“*

*Lékař (s despektem): „Milej pane, tomu stejně nebudete rozumět.“*

•

*Sestra: „Pane doktore, jsou tady příbuzní od paní Richterové, té na čtyřce, co se v noci zhoršila. Chtějí nějaké informace.“*

*Lékař: „Snad vidíte, že nemám čas.“*

*Sestra: „Ale oni čekají. Vědí, že se zhoršila.“*

*Lékař (otráveně): „Zhoršila se a kdoví, jak to dopadne? Co jim můžu říkat. Heleďte, běžte tam sama a něco jim řekněte ...“*

Autoři upozorňují na skutečnost, že mezinárodní organizace začínají prosazovat širší pojetí pojmu poškození pacientů a rozumí jimi důsledky komplikací v celém zdravotnickém systému, tedy včetně iatropatogenního poškození nevhodným nebo neprofesionálním sdělením.<sup>(2)</sup>

Přední český odborník v oboru medicínského práva Jaromír Štěpán upozorňuje, že zejména při jednání s dětským pacientem může být psychické poškození tohoto pacienta nevhodným chováním zdravotníka (autor zde má na mysli případ nevhodného jednání zdravotní sestry s malým dítětem v nemocnici) důsledky i v oblasti trestního práva.<sup>(3)</sup>

## Personál se vyhýbá vysvětlení

Publikace Právní odpovědnost v medicíně, která vyšla v roce 1998 a pro rok 2008 se počítá s jejím druhým vydáním, obsahuje samostatnou kapitolu na téma komunikace s pacientem a rodinou, přičemž její první podkapitola zní: „Nelze nekomunikovat!“ A nikoli náhodou se tento nadpis objevuje v knize pojednávající o právní odpovědnosti nikoli o etické problematice v medicíně.

Přední český gynekolog a soudní znalec MUDr. PhDr. Pavel Čepický, CSc. ve velmi zajímavém článku „Průšvihy při porodu“ v kapitole „Komunikace s rodičkou a její rodinou“ uvádí:

„Překvapivě vysoké procento stížností a žalob není primárně podmíněno průšvihem samým, ale tím, že postižené ženě se



personál vyhýbá a „nikdo jí nic neřekne“. Komunikace v těchto případech je nepříjemná a obtížná, ale může mnoho zachránit. Toto doporučení vychází nejen ze zkušeností, ale dokonce z vědeckých poznatků o reakci ženy na perinatální úmrtí. Po první fázi šoku, necitlivosti, nevíry (trvá několik hodin až dva týdny), nastává akutní fáze zármutku, jejíž specifickou složkou je hněv, pocit podvedení a nespravedlnosti, obviňování (někdy sebe, jindy jiných osob). Je silná potřeba pochopit „proč se to stalo“. Obviňování se objevuje asi u tří pětín žen a představuje v této situaci „fyziologickou“ reakci, na kterou je zapotřebí „komplementárně“ reagovat, jinak hrozí, že si komplementární reakci vynutí stížností nebo žalobou.“<sup>(4)</sup>

V rámci problematiky komunikace s pacientem, jeho rodinou a pozůstalými je velmi důležité znát zásady ochrany osobních údajů a takové komunikace, která neporušuje povinnou mlčenlivost zdravotnických pracovníků. V této souvislosti by jistě bylo možno poukázat na celou řadu komunikačních zlozvyků, které mnohde přetrvávají a jsou časovanou bombou z hlediska právní odpovědnosti lékařů a dalších zdravotníků. Jde například o prezentaci citlivých osobních údajů pacienta před ostatními spolupacienty při velké vizitě, aniž s tím pacient předem vyslovil souhlas, komunikaci sestřičky v čekárně gynekologické ordinace o výsledcích cytologie a jiných vyšetření u jednotlivých pacientek, podrobné informace o zdravotním stavu pacienta po telefonu komukoli kdo si je přeje...

### Sestra se snaží suplovat lékaře

Jedním z přežitků socialistického zdravotnictví je sestra „Kerberos“ v předpokojí lékařské ordinace. Všem pacientům raději preventivně vynadá, mnohé „ordinace“ provede sama za lékaře, aby lékař nebyl zatěžován, často zasvěceněji než lékař sám informuje pacienty o zdravotním stavu, diagnóze, potřebných výkonech i prognóze. Pan doktor sedí „v závětrří“, chová se vlídně a je rád, že je spolehlivě chráněn svým Kerberem v předpokojí.

Jenomže právě případy takového chování nevychované zdravotní sestry v ambulanci soukromého lékaře vedly v několika případech k úspěšným žalobám, kdy žalovaným nebyla ona nevhodně jednající sestra, Kerberos, ale lékař, který jako provozovatel nestátního zdravotnického zařízení odpovídá za chování svého personálu. Ve dvou mně osobně známých případech došlo dokonce k trestnímu stíhání lékaře jen a jen vinou nevhodnému chování zdravotní sestry. Kdyby se sestra chovala jinak, na lékaře by nebylo podáváno trestní oznámení.

Specialista na komunikaci ve zdravotnictví spolu s právníkem specializovaným na problematiku medicínského práva by měl umět dát zcela praktické, věcné a srozumitelné rady lékařům, jak se chovat v některých situacích, například:

- s pacientem, který se stále dokola ptá na totéž a stále nic nechápe nebo nechce chápat;
- s pacientem, který je vyděšený, úzkostný a depresivní;
- s pacientem, který je poučen z internetu a odborných publikací, klade lékaři opakovaně velmi kvalifikované otázky a dožaduje se naprosto přesných informací o svém zdravotním stavu, diagnóze i prognóze;
- s pacientem, který tuší, že jeho prognóza je infaustní, ale děsí se „natvrdo podané informace“;
- s pacientem, který je kverulantem a neustále si na něco stěžuje, podává žaloby a trestní oznámení, přitom si však nechce zvolit jiného lékaře;
- s pacientem či pozůstalým, který je agresivní, vyhrožuje lékaři, případně i jeho rodině;
- s pacientem, u něhož slovní vyhrožování přerostlo ve fyzické napadení zdravotníka.

### Příklady chybné komunikace II

Na závěr několik příkladů, kdy nesprávná komunikace lékaře či zdravotní sestry s pacientem vedla ke zbytečným právním následkům:

*Zdravotní sestra gynekologické ambulance na telefonický dotaz pacientky, jak dopadla laboratorní vyšetření včetně cytologie, odpověděla, že špatně s tím, že lékařka bude mít na pacientku čas nejdříve v úterý (pacientka volala ve čtvrtek) a aby se pacientka v úterý dostavila, že jí lékařka vše vysvětlí. Pacientka propadla depresi a panice, musela navštívit psychiatra, který jí posléze vypracoval lékařskou zprávu o psychické újmě, kterou utrpěla. V úterý se pak dozvěděla od lékařky, že jde o banální záležitost. Podala žalobu pro nedostatečnou komunikaci a psychické poškození s žádostí o vysokou finanční satisfakci.*

*Praktický lékař diagnostikoval pacientovi zánět horních cest dýchacích a předepsal léky. Dcera, která pacienta doprovázela, se ptala, co má dávat tatínkovi jíst, když nemůže polykat. Do rozhovoru se vložila velmi nevhodně zdravotní sestra, která se na dceru pacienta obořila, že snad nebude tatínkovi dělat řízek, když ho bolí v krku, ale bude mu dávat kašovitou stravu. Pacient za dva dny zemřel. Na lékaře bylo podáno dcerou pacienta trestní oznámení a byl posléze trestně stíhán. Pozůstalá dcera opakovaně i na policii uváděla, že kdyby se sestra nechovala sprostě, což lékař toleroval, trestní oznámení by nepodávala. Případ posléze dopadl pro lékaře dobře, ale vzal si z něho poučení, že již nikdy nepřipustí nevhodné chování zdravotní sestry k pacientovi či jeho doprovodu.*

*O invazivním lékařském výkonu spojeným s rizikem poučovala pacienta místo lékaře pověřená zdravotní sestra. Při výkonu došlo k poškození pacienta, které je považováno za přípustné riziko daného výkonu. Pacient byl úspěšný se svou žalobou, že měl nedostatek informací, jinak by se pro zákrok nerozhodl, protože měl právo na rozhovor s lékařem před lékařským zákrokem, ale hovořila s ním pouze zdravotní sestra.*

*Věkově starší pacient s poruchou sluchu opakovaně nerozuměl, co se ho lékař i laborantka táže, a na otázku, zda má kardiostimulátor, odpověděl negativně (zároveň však v dotazníku vyplnila otázku kardiostimulátoru jeho manželka pozitivně). Kardiostimulátor měl a když byl posléze podroben vyšetření nukleární magnetickou rezonancí, zemřel. Až poté rodina sdělila, že tatínek se za svou sluchovou poruchu styděl, a proto se někdy choval tak, jako by slyšel, ač dobře neslyšel a jen odhadl, na co byl tázán a jak by měl reagovat.*

*Při porodu v důsledku asfyxie došlo k poškození a posléze úmrtí plodu. Když se rodička spolu s otcem dítěte dostavila k jednání do nemocnice, léčebně preventivní náměstek v průběhu jednání zvýšil hlas a zlostně se otázal: „Tak o co vám vlastně jde?! O prachy?!“ Pacientka i její manžel se urazili, odešli, podali trestní oznámení a žalobu na ochranu osobnosti – případ končil před trestním i občanskoprávním soudem.*

Pokud má tedy vedení České lékařské komory v úmyslu pořádat pro své členy kurs v komunikačních dovednostech při jednání s pacienty, příbuznými a pozůstalými, nejde o to „naučit lékaře slušnému chování“, jak některá média interpretovala, ale jde o to, lékaře chránit před právními i společenskými důsledky chyb v komunikaci s pacienty a učit je zvládat komunikační techniky při různých složitých situacích, které mohou při výkonu lékařského povolání nastat.

JUDr. Jan Mach, ředitel právního oddělení ČLK

- (1) Rath, D., Mach, J.: Právní sebeobrana lékaře, 2006
- (2) Honzák, R.: Komunikační pasti v medicíně, 1997
- (3) Štěpán, J.: Právní odpovědnost ve zdravotnictví, 1970
- (4) Čepický, P.: Průsvihy v porodnictví, Moderní gynekologie a porodnictví, 2007





# Novela zákona o péči o zdraví lidu

**zákonem č. 111/2007 Sb. s účinností od 15. května 2007**

Dne 19. dubna 2007 byla schválena novela zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění zákonem č. 111/2007 Sb., který nabyl účinnosti dne 15. 5. 2007 a je tedy třeba podle něj v současné době postupovat.

Kromě některých méně podstatných záležitostí tento zákon v podstatě upravil následující problematiku:

- 1) Nově stanovil definici informační povinnosti zdravotnického pracovníka vůči pacientovi a blízkým osobám.
- 2) Nově stanovil definici mlčenlivosti zdravotnického pracovníka.
- 3) Nově stanovil právo pacienta nahlížet do zdravotnické dokumentace, požívat si výpisy a opisy a právo pozůstalých seznamovat se se zdravotnickou dokumentací a výsledky pitvy.
- 4) Nově stanovil ve změně zákona o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře zápis hostujících osob a usazených osob – lékařů, kteří jsou státními příslušníky členských států Evropské unie.

**Plný text zákona č. 111/2007 Sb. je uveřejněn na webových stránkách České lékařské komory – [www.lkcr.cz](http://www.lkcr.cz).**

## Nová právní úprava informování pacientů a dalších osob

Ač přijatá formulace odstavce 1 § 23 zákona o péči o zdraví lidu je jazykově velmi nezdařilá a předimenzovaná, když jasnější a stručnější návrh České lékařské komory, prosazovaný některými poslanci, nebyl přijat, vyplývá ze současného novelizovaného znění tohoto ustanovení v zásadě povinnost informovat pacienta a osoby pacientovi blízké, neurčí-li pacient jinak o následujícím:

- 1) O účelu a povaze poskytované zdravotní péče a každého vyšetřovacího nebo léčebného výkonu.
- 2) Informace o důsledcích každého vyšetřovacího nebo léčebného výkonu.
- 3) Informace o alternativách lékařem navrhované léčby, pokud reálné alternativy existují a lze volit mezi několika možnými postupy.
- 4) Informace o rizicích lékařem doporučeného zákroku nebo léčby. Informace o lékařských výkonech musí podávat zásadně lékař, informace o ostatních zdravotnických výkonech podává ten zdravotník, který je oprávněn je provádět.

Informace jsou podávány jednak pacientovi nebo jeho zákonným zástupcům, jednak dalším osobám, které pacient určil. Umožňuje-li to zdravotní stav pacienta, je třeba vždy vyžádat, aby určil osoby, kterým lze podávat informace o zdravotním stavu a své rozhodnutí podepsal ve zdravotnické dokumentaci. Pacient může rovněž vyslovit zákaz podávání informací o zdravotním stavu jakékoliv osobě. Pokud zdravotní stav pacienta neumožňuje, aby určil osoby, které mohou být informovány o jeho zdravotním stavu, mají právo na aktuální informaci o zdravotním stavu osoby pacientovi blízké. Těmi jsou příbuzní v řadě přímé, sourozenec a manžel. Jiné osoby v poměru rodinném nebo obdobném se považují za osoby blízké, pouze pokud prokáží, že jsou si navzájem

natolik blízké s pacientem, že by újmu, kterou by utrpěla jedna z nich, druhá důvodně pocítovala jako újmu vlastní (§ 116 občanského zákoníku).

Nově je stanoveno, že jestliže to zdravotní stav nebo povaha onemocnění vyžadují, je zdravotnický pracovník oprávněn sdělit osobám blízkým pacientovi a členům jeho domácnosti také informace nezbytné k zajištění péče o tohoto pacienta nebo pro ochranu jejich vlastního zdraví. Pro podání těchto bazálních informací není třeba souhlasu pacienta.

## Právo pacienta, jím určených osob a pozůstalých nahlížet do zdravotnické dokumentace a pořizovat si jejich kopie

Jednak je rozšířeno právo orgánů a osob již dosud uvedených v § 67b odst. 10 zákona č. 20/1966 Sb. v platném znění, které dosud měly právo pouze nahlížet do zdravotnické dokumentace o právo pořizovat si její kopie v rozsahu nezbytně nutném pro potřebu splnění konkrétního úkolu. To se týká např. soudních znalců, orgánů České lékařské komory, revizních lékařů zdravotních pojišťoven, apod.

Pacient má nově právo v přítomnosti zdravotnického pracovníka nahlížet do zdravotnické dokumentace a všech dalších dokumentů a zápisů vztahujících se k jeho zdravotnímu stavu. Pouze v případě autorizovaných psychologických metod a popisů léčby psychoterapeutickými prostředky, má nárok jen na informace, jejichž obsahem je popis příznaků onemocnění, diagnóza, popis terapeutického přístupu a interpretace výsledků testů. Kromě tohoto omezení, týkajícího se psychotestů, má tedy pacient přístup k veškeré zdravotnické dokumentaci a všem dalším zápisům o jeho zdravotním stavu. Má právo nahlížet do zdravotnické dokumentace a pořizovat si výpisy, opisy nebo kopie. Pacient může také určit osobu, která má být informována o jeho zdravotním stavu a má mít stejně jako sám pacient právo nahlížet do zdravotnické dokumentace a činit si kopie, nebo může naopak vyslovit zákaz podávání těchto informací jakékoliv osobě a to při přijetí k poskytování zdravotní péče nebo kdykoli po přijetí. Toto určení může kdykoliv změnit nebo odvolat. Jde-li o pacienta, který nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav určit osoby, které mohou být informovány o jeho zdravotním stavu, mají na základní aktuální informace o zdravotním stavu právo osoby blízké.

Určit osobu, která má právo na informace, je třeba písemně a záznam o tomto určení je zaznamenán do zdravotnické dokumentace a opatřen podpisem ošetřujícího lékaře a pacienta. Nemůže-li pacient zápis podepsat, podepíše jej ošetřující lékař a jeden svědek a v záznamu je třeba uvést, jakým způsobem pacient projevil svou vůli a proč nemohl záznam sám podepsat.

U zemřelého pacienta mají právo na informace a nahlížení do dokumentace včetně kopií osoby blízké zemřelému pacientovi, neurčil-li za svého života jinak, nebo jiné osoby, které pacient naopak za svého života určil. Jde-li o osobu nezpůsobilou k právním úkonům nebo nezletilou, mají toto právo zákonní zástupci.

V případě pochybnosti o totožnosti toho, kdo požaduje nahlédnutí do zdravotnické dokumentace, má zdravotnický pracovník právo, aby dotyčná osoba prokázala svou totožnost.



Jsou-li ve zdravotnické dokumentaci nezletilého pacienta zaznamenány údaje o jeho zákonném zástupci, které svědčí o zneužívání, týrání, ohrožování jeho zdravého vývoje, popřípadě porušování rodičovské odpovědnosti, může zdravotnický pracovník omezit zpřístupnění zdravotnické dokumentace zákonným zástupcům, pokud uzná, že je to v zájmu nezletilého pacienta. Stejně lze postupovat i tehdy, požádá-li o to nezletilý pacient a zdravotnický pracovník uzná, že s ohledem na věk a stupeň rozumové vyspělosti je schopen sám si utvářet své názory.

Lhůty pro nahlédnutí do zdravotnické dokumentace a pořízení kopií jsou následující:

- jde-li o osoby a orgány uvedené v § 67b odst. 10 zákona č. 20/1966 Sb. (znalce, orgány komory, revizní lékaře zdravotních pojišťoven, apod.), pak do 10 dnů od obdržení žádosti, není-li zvláštním předpisem stanoveno jinak nebo není-li dohodnutá jiná lhůta;
- jde-li o pacienta, osoby jím určené a pozůstalé, do 30 dnů od obdržení žádosti.

Zdravotnické zařízení může za pořízení výpisu nebo kopií ze zdravotnické dokumentace požadovat úhradu ve výši, která nesmí přesáhnout náklady spojené s jejich pořízením. To neplatí, je-li toto hrazeno z veřejného zdravotního pojištění.

Každé nahlédnutí do zdravotnické dokumentace musí být ve zdravotnické dokumentace zaznamenáno s uvedením jména, příjmení a data narození osoby, která do zdravotnické dokumentace nahlédla nebo které byla poskytnuta kopie. Dále má být uveden rozsah, účel a datum nahlédnutí nebo předání kopie. Záznam podepíše zdravotnický pracovník, který byl přítomen nahlížení do dokumentace nebo který pořídil příslušnou kopii, jakož i osoba, která do dokumentace nahlížela nebo kopii převzala.

### Nová právní úprava povinné mlčenlivosti

K této novele dal podnět prezident České lékařské komory a text, který byl parlamentem přijat, plně odpovídá návrhu podanému prezidentem.

Zákon především vypouští dávno překonanou formulaci, že informací o zdravotním stavu pacienta lze podávat i bez jeho souhlasu se souhlasem nadřízeného orgánu v důležitém státním zájmu. Dále zákon připustil zcela nový průlom do povinné mlčenlivosti zdravotníků, je-li to nezbytné k jejich vlastní právní ochraně.

Nově tedy z formulace § 55 odstavce 2 písmena d) zákona o péči lidu v novelizovaném znění vyplývá, že zdravotník je povinen zachovávat mlčenlivost o všem, o čem se dozvěděl při výkonu povolání s výjimkou těchto případů:

- 1) Byl-li zproštěn pacientem mlčenlivosti a podal informace s jeho souhlasem.
- 2) Má-li zdravotnický pracovník zvláštním právním předpisem uloženu povinnost oznamovat určité skutečnosti určitým orgánům.
- 3) V rozsahu nezbytném pro obhajobu v trestním řízení a v řízení před soudem nebo jiným orgánem, je-li předmětem řízení spor mezi zdravotníkem a pacientem, popřípadě zaměstnavatelem zdravotníka a pacientem nebo jinou osobou, která uplatňuje vůči lékaři nebo zdravotnickému zařízení právo na náhradu škody nebo na ochranu osobnosti v souvislosti s poskytováním zdravotní péče. Údaje potřebné pro obhajobu nebo obranu v soudním či jiném řízení může tedy zdravotník použít i bez souhlasu pacienta na svou vlastní právní ochranu.
- 4) Nadále vyplývá z § 8 odstavce 5 trestního řádu povinnost poskytnout informace pro potřeby orgánů činných v trestním řízení i bez souhlasu pacienta, vysloví-li s tím souhlas soudce.

JUDr. Jan Mach, ředitel právního oddělení ČLK



# Případ (ne)perforovaného apendixu

## Stížnost

„Podávám žalobu na lékaře nemocnice z podezření na zanedbání lékařské péče mé dcery narozené v roce 1998. Kvůli od pátku přetrvávající bolesti břicha ji obvodní lékařka v sobotu 4. února 2006 dopoledne odeslala na pohotovost centrálního příjmu nemocnice pro podezření na zánět slepého střeva. Chirurg centrálního příjmu ji však po vyšetření poslal domů s doporučením, ať břicho ledujeme, měříme teplotu a předepsal jí Spasmosan. Kolem 18. hodiny jsme se pro přetrvávání bolesti a zvýšení teploty na 37,4° na centrální příjem vrátili. Lékařka dceru po vyšetření poslala na ultrazvuk břicha a navrhla hospitalizaci. Na dětském oddělení dceru po necelých dvou hodinách znovu vyšetřila a konstatovala rapidní zhoršení stavu. Přivolala chirurga, který ovšem přišel dceru vyšetřit až ve 22 hodin, kdy již zvracela, a navrhl okamžitou operaci. Slepé střevo prasklo a nás se nikdo neobtěžoval informovat o operaci, byť měli mé číslo telefonu. Operovali naši dceru bez našeho souhlasu a vědomí. Vše jsme zjistili až v neděli, když jsme přijeli dceru navštívit. Byla nám zatajena správná diagnóza. Sloužící lékařka na dětském oddělení nás pouze informovala o proběhnuvší operaci. Na mou otázku, proč byla operovaná klasickým řezem místo laparoskopicky, mi bylo odpovězeno, že měla slepé střevo špatně uložené a v jeho okolí byl absces, což nám bylo vysvětleno jako vytvořené hnisavé ložisko. Že došlo k prasknutí slepého střeva, jsme se dozvěděli až za týden, kdy již byla dcera po druhé operaci, neboť nastaly komplikace. Do dnešního dne se dcera léčila na chirurgické ambulanci. Chodila na převazy a čištění rány, neboť po druhé operaci nebyla kůže a podkoží šitá a léčilo se jako otevřená rána. Myslím si, že postupem lékařů dcera zbytečně utrpěla tolik bolesti a psychologického traumatu, neboť druhá operace a následné převazy a čištění rány bylo pro dceru velmi stresující a bolestivé. Myslím, že se dalo všemu předejít dopolední hospitalizací a následným sledováním dcery, kdy mohlo dojít dřív k operaci. Nebo aspoň kdyby chirurg přišel dceru vyšetřit ihned po hospitalizaci a provedl operaci dříve. Myslím si, že prasknutí slepého střeva šlo včasným zásahem lékařů zabránit a dcera mohla jít po první operaci za týden domů a mít malou jizvu a ne to, co ji teď postupným zarůstáním rány na břichu vzniká.“

Stížnost pověřený člen Revizní komise ČLK přijal a předal jí k řešení místně příslušným disciplinárním orgánům ČLK.

## Předběžné šetření

Předseda revizní komise OS ČLK požádal nemocnici o poskytnutí dokumentace a dvě lékařky – z centrálního příjmu (CP) a dětského oddělení – o vyjádření. Zároveň se telefonicky spojil s matkou pacientky, aby si ujasnil některá fakta. Na jeho cílený dotaz stěžovatelka uvedla, že nepodepisovala informovaný souhlas s případnou operací, ani nebyla telefonicky dodatečně o něj požádána. Informaci, že bylo slepé střevo prasklé, obdržela ústně od sloužící lékařky, jejíž jméno nezná – nejspíše den po operaci. Tutéž informaci (že byl apendix prasklý) obdržela již po skončení hospitalizace i od primáře oddělení. Předseda rovněž požádal primáře jiného dětského oddělení o posouzení postupu. Z vyjádření lékařky dětského oddělení cituji: „Vzhledem k tomu, že lékařka CP měla ve večerních hodinách větší počet ambulantních ošetření na CP, jsem v 19 hodin přijímala na standardní oddělení jinou pacientku. Poté jsem jako obvykle provedla vizity na JIP novorozenců, rooming-in a dětské JIP. Po ukončení vizit jsem měla ambulantní vyšetření na příjmové ambulanci. Po ukončení ambulantního vyšetření a zapsání ve 21.26 hod jsem na ambulanci ještě vyšetřila moč, kterou si naordinovala dle sdělení sestry

lékařka CP u pacientky XY (lékařka CP stále pracovala na CP). Výsledek jsem zapsala do chorobopisu, přečetla jsem si anamnézu a šla jsem přijatou pacientku vyšetřit. Dívka spala, probudila jsem ji – dle mého vyšetření citlivý pravý podbříšek, pozitivní peritoneální příznaky. Proto jsem ihned volala chirurga ve 22.00, chirurgem byla indikována apendektomie. Po příjezdu pacientky z operačního sálu v 0.20 jsem ordinovala infusní a ATB terapii. Stran písemného souhlasu sděluji, že při přijetí dítěte na dětské oddělení k observaci pro bolesti břicha je zvykem oznámit matce, že je možný chirurgický zákrok, a souhlas s operací se podepisuje již při přijetí. Předpokládala jsem, že potřebné náležitosti jsou vzhledem k anamnéze splněny.“ Lékařka CP píše: „K prodávám, nepředání k podpisu formuláře informovaného souhlasu k operaci, k nesouladu při předávání pokynů mezi lékaři různých oddělení došlo bohužel v hektické době, kdy mezi 18. až 22. hodinou se sešlo na CP několik pacientů k přijetí na oddělení (3 jména pacientů), dále k ambulantnímu vyšetření (4 jména pacientů). V případě pacientky XY se postupovalo stejně, jako v ostatních případech a jak je na CP obvyklé. Byla odeslána na vyšetření ultrazvukem, současně byla věnována pozornost jinému pacientovi. Zjišťovala se anamnéza, odebrala se krev a moč k laboratornímu vyšetření, vypisovala se dokumentace – to vše (cca 45 min.), aby chirurg měl tyto podklady včas k dispozici a mohl kvalifikovaněji vyšetřit pacientku. To už v čekárně čekali další pacienti. Podle mého názoru nešlo o nedbalost, ale nešťastný souběh událostí. Každá činnost vyžaduje svůj čas, nikdo z personálu se bezcílně nepoflakoval, lidově řečeno kmitalo se. Přesto či proto se bohužel stalo, že v časové tísní došlo k výše uvedeným politováníhodným chybám, za které se rodičům pacientky omlouvám.“

## Posudek

Z posudku primáře dětského oddělení cituji: „Je zřejmé a z dodané dokumentace průkazné, že k odbornému zanedbání lékařské péče nedošlo. Dítě bylo během dne přijmu a operace opakovaně vyšetřeno různými lékaři, operováno 4 hodiny po přijetí do nemocnice. Stav NEBYL při prvním vyšetření chirurgem hodnocen jako apendicitis. Akutní apendicitis, stejně tak jako některá jiná onemocnění, je kontinuální proces, jehož klinický obraz se mění s časem a v iniciační fázi neexistuje žádná suverénní vyšetřovací metoda, která dá jednoznačnou odpověď, zda se o apendicitidu jedná či nikoliv. Důsledkem je určité procento (udává se cca 10 %) zánětů slepého střeva operovaných již v době perforace, a naopak určité procento apendicitid odoperovaných bez zánětlivých změn. V případě pacientky se navíc o „prasklé slepé střevo“, jak uvádí matka, NEJEDNALO. Popis operátora je jednoznačný, perforaci nepopisuje, v břišní dutině nebyl sterkorální obsah. Klasická operace místo laparoskopické při nejasné diagnóze, při nebezpečí z časového prodloužení, je samozřejmě zcela na místě. Absces subfasciální v jizvě patří ke komplikacím apendicitidy, pacient nebo rodiče dítěte by o této možnosti měli být informováni. Rána se hojí per secundam, hojení je dlouhodobější. Převazy a výplachy rány samozřejmě pro dětského pacienta stresující jsou, ale jejich provedení je nezbytné. K minimalizaci tohoto stresu se využívá analgosedace, eventuálně převaz probíhá v celkové anestézii, jak tomu bylo u této pacientky. Vyšetření chirurgem 2 hodiny po přijetí nepovažuji za žádné výrazné časové prodloužení. Lékaři jsou často na operačním sále a všeobecně platí, že k vyšetření akutního břicha přichází co nejdříve. Na druhou stranu nelze nevidět určité problémy v komunikaci s rodiči dítěte. Matka dítěte opakovaně uvádí informaci o „prasklém slepém střevu“ ... o perforaci se přitom nejednalo. Je evidentní, že ji

vše nebylo řádně vysvětleno, nebyl podepsán souhlas s výkonem, s anestézií, poučení o možných komplikacích..., pokud vše probíhalo v časové tísní, měla být o výkonu informována alespoň telefonicky... Myslím si, že kdyby vše toto bylo realizováno, jak je zvykem, nemuselo ani k žádné stížnosti dojít.

#### Závěrem:

Neshledávám žádné odborné zanedbání nebo pochybení v lékařské a ošetrovatelské péči. Po etické stránce shledávám řadu nedostatků, týkajících se hlavně informovanosti rodičů dítěte.“

#### Rozhodnutí RK OS ČLK

Revizní komise OS ČLK se sešla a na základě návrhu pověřeného člena revizní komise rozhodla **nezahajovat disciplinární řízení**. Ze zdůvodnění cituji

„K bodům uvedeným ve stížnosti:

**Souhlas s operací:** Rodičům k podpisu dán nebyl. Při vyšetření na CP nebylo ještě jednoznačné, že definitivní diagnózou bude akutní zánět slepého střeva, který si vyžádá operaci. Ke zhoršení stavu, jenž vedl ke konzultaci chirurga a následnému operačnímu výkonu, došlo až po přijetí, kdy již pacientka pobývala na oddělení. Je pravdou, že v tomto případě by bylo vhodné alespoň telefonicky nutnou operaci oznámit rodičům. Ve svém vyjádření k případu si je lékařka CP tohoto nedostatku vědoma, rodičům se za něj omlouvá. Uvádí však skutečnost, pro kterou k neinformování před operací došlo – že v inkriminované době se na CP sešlo větší množství pacientů (jmenovitě je uvádí, jejich ošetření v uvedené době je dokladovatelné). Operace akutní apendicitidy je operací z vitální indikace (neprovedení operace hrozí ohrožením života nemocného). V těchto případech ani případný nesouhlas právního zástupce nezletilého nemůže být důvodem neoperovat.

**Informace o „prasklém“ slepém střevu, o přítomnosti abscesu:** Jedná se informaci mylnou, což je jednoznačně dokumentováno (viz operační protokol, kde je jednoznačně popisována apendicitis gangraenosa, nikoli absces). Další část informace o „špatně uloženém slepém střevu“ se již na pravdě zakládá – dle operačního protokolu cékum uloženo vysoko nad lopatou kyčelní, appendix fixován laterálně subserosně. Tato nesprávná informace vedla stěžovatelku k přesvědčení, že jí byla zatajena správná diagnóza

**Proč bylo operováno klasicky a ne laparoskopicky:** Rozhodnutí o operačním postupu je zcela v kompetenci chirurga. Rozhoduje se na základě aktuálního stavu pacienta. Každý z přístupů má své výhody i nevýhody. Provedení klasického výkonu nelze v žádném případě hodnotit jako chybu. (V tomto konkrétním případě, kdy nebyla poloha appendixu zcela typická se, jeví klasický postup i jako vhodnější)

**K časovému prodlení mezi přijetím a operací:** V 18 hod. příchod na CP, v 18.32 UZ vyšetření břicha, v 19.10 přijetí na oddělení, 19.45 a 21.26 kontrolní vyšetření pediatrem již na oddělení, volán chirurg, 22.04 chirurgické vyšetření s indikací operace, operační výkon ve 24 hodin. Z výše uvedeného je patrné, že u pacientky byl stav od příchodu do nemocnice v 18 hodin opakovaně sledován s vědomím, že se stav může vyvinout v náhluu příhodu břišní. Na základě pozorovaného vývoje stavu byl volán chirurg. Ani ve 22 hodin nebyl při vyšetření chirurgem obraz zcela jednoznačný (závěr apendicitis acuta susp.). Za 2 hodiny na to proveden po nezbytné přípravě operační výkon. Jak je uvedeno i v posudku — apendicitida má svůj vývoj v čase, kdy zpočátku nejsou příznaky ani nálezy pomocných vyšetřovacích metod typické. Tak tomu bylo i zde. Dopolední rozhodnutí chirurga o konzervativním postupu s konzultací lékaře při zhoršení potíží nelze tedy hodnotit jako chybu. I v postupu po přijetí do nemocnice není prokazatelné zbytečné časové prodlení.

**Ke komplikovanému hojení rány:** Druhý operační výkon –

revizi rány – si vyžádala infekce (subfasciální absces), která se s několikadenním odstupem objevila v ráně. Jedná se o komplikaci, která může nastat po různých operačních výkonech, nejen při operaci slepého střeva. Nejedná se o důsledek nějakého pochybení v operačním postupu, možnost jejího vzniku nelze nikdy zcela vyloučit. V případě, že se objeví, je revize rány nutná (což bylo provedeno). Hojení rány po revizi per secundam („jako otevřená rána“) je pravidlem. Jiný postup by vedl k vysokému riziku opakování komplikace.

#### Shrnutí:

1) Zanedbání lékařské péče, na které je vysloveno podezření ve stížnosti, nebylo prokázáno. Diagnosticko-léčebný postup je postupem „lege artis“. Hojení rány per secundam pro absces v ráně je komplikace nezaviněná, která se může po operačních výkonech vyskytnout. V daném případě byla včas rozpoznána, adekvátně ošetřena a následně léčena standardním postupem.

2) V komunikaci personálu dětského oddělení s rodiči nemocné byly shledány nedostatky. Operování nezletilé pacientky bez předchozí informování rodičů je v daném případě vitální indikace sice právně nenapadnutelná, eticky však nevhodná. Stejně tak podání nepřesných informací o diagnóze pacientky hodnotím jako významnou etickou chybu (byť zřejmě neúmyslnou).

#### Námítka

Stěžovatelka podala proti rozhodnutí námítku, v níž žádá o vypracování znaleckého posudku. Plénum Čestné rady ČLK na svém řádném zasedání námítku posoudilo a rozhodlo takto: „Podle ustanovení 7, odst. 6, Disciplinárního řádu ČLK se rozhodnutí Revizní komise OS ČLK ruší a vrací zpět k novému projednání. Odůvodnění: Stížnost nesměřuje proti určitému lékaři, ale celému oddělení.“

#### Rozhodnutí RK OS ČLK

„S vědomím, že proti rozhodnutí senátu ČR ČLK není na půdě ČLK opravný prostředek, vězte, že revizní komise OS ČLK se sešla na základě vašeho rozhodnutí znovu projednat kauzu. Rozhodnutí revizní komise je následující: V postupu při léčbě pacientky XY na dětském oddělení nebyl prokázán postup non lege artis, revizní komise rozhodla nezahajovat disciplinární řízení. Veškeré zdůvodnění je dosti podrobně vypracováno v dokumentech, které jsou již součástí spisu, nebude znovu opisováno. Avšak: Odůvodnění ve vašem rozhodnutí, že stížnost byla podána proti oddělení, nikoli proti konkrétním lékařům, je irrelevantní. Celý Disciplinární řád se zabývá postupem proti konkrétnímu obviněnému lékaři, konkrétním obviněným lékařům.“

*Při podání stížnosti proti zařízení je neopominutelnou povinností RK OS rozhodnout o zodpovědnosti konkrétních lékařů a jmenovitě je uvést. Případná žaloba totiž musí být adresná vůči konkrétnímu lékaři (lékařům).* Kurzívou je opsaná přesná citace z metodiky, kterou k Disciplinárnímu řádu vypracoval MUDr. Ivan Sucharda. V návrhu pověřeného člena RK nezahajovat disciplinární řízení, též v rozhodnutích pro stěžovatele, lékařku CP a primáře oddělení, je podrobný rozbor celého průběhu hospitalizace. Z něj je zjevné, že byl posuzován celý postup léčby pacientky, nikoli jen konání těchto jednotlivých lékařů.

#### Shrnutí:

1) Postup léčby pacientky byl již prošetřen, projednán a vše je již zdokumentováno v disciplinárním spisu. Jiný závěr z projednávání na okresní úrovni neočekávejte.

2) Důvod, proč je nové projednání požadováno, je ve zjevném rozporu s Disciplinárním řádem, podle nějž ČLK může postihovat chyby jednotlivců – výhradně členů ČLK, nikoli kolektivů, oddělení apod. Disciplinární spis zaslám s tímto zpět. To, že proti rozhodnutí senátu ČR není na půdě komory opravný prostředek, považuji za největší slabinu v Disciplinárním řádu.“

MUDr. Michal Sojka



### Praktik.cz nabídl SPL svoji pomoc

*Otevřený dopis MUDr. Lubomíru Kinštovi, místopředsedovi SPL a členovi představenstva ČLK:*

Vážený pane doktore Lubomíre Kinšte, protože jste sám praktický lékař, musíte vědět, jak kritická je situace v praktickém lékařství a jak je perspektiva našeho oboru pochmurná.

Protože se stav stále neřeší a protože se již nedá čekat, vzniklo občanské sdružení Praktik.cz, aby na tuto skutečnost upozornilo veřejnost a vyzvalo vedení Sdružení praktických lékařů, aby hájilo oprávněné zájmy svého oboru důsledněji a s větší razancí.

Za své peníze si toto sdružení pronajalo služby profesionální Public Relations agentury, aby dokázalo v médiích informovat o současném stavu našeho oboru. Tedy udělalo to, co mělo dělat vedení SPL. Je bohužel smutnou pravdou, že v naší zemi se řeší problémy jenom toho, kdo se dokáže ozvat.

Občanské sdružení Praktik.cz chce upozornit na skutečnost, že praktičtí lékaři nejsou jenom doktoři v penzijním věku, kteří již do svých ordinací neinvestují, nebo dobře vdané manželky, které si mohou dovolit vykonávat své povolání jako koníček. Jsou zde mladí lékaři a lékaři ve středním věku, kteří chtějí vykonávat svoji práci na špičkové úrovni, což předpokládá mimo jiné investice do ordinací, zařízení, vzdělávání a zároveň ze svých výdělků musí živit své rodiny, kterým chtějí zajistit slušný životní standard.

Tito lékaři si chtějí udržet své svobodné povolání a nechtějí pod tlakem finanční tísně prodat své praxe doktoru Potyszovi a stát se zaměstnanci clusterového systému, který může velmi vážně zničit ještě to dobré, co zde zůstalo.

Je sice hezké, že SPL zajišťuje odbornou vzdělávání a tak doplňuje odbornou Společnost všeobecného lékařství, ale hlavní těžiště SPL by mělo být ve vytváření optimálních podmínek pro práci praktických lékařů a to se, bohužel, neděje v potřebné intenzitě.

Měli bychom žít v demokratické zemi, kde by každý měl mít právo svobodně vyslovit svůj názor. To, co následovalo ze strany vedení Sdružení praktických lékařů poté, co sdružení Praktik.cz vyslovilo své obavy o další osud praktického lékařství, byla však nevídaná snůška pomluv, arogance a lži. Místo diskuse agrese. Připomíná to doby totality, kdy jakákoli skupinka, která si dovolila projevit jiný názor, musela být okamžitě a důsledně zničena a zadupána.

Praktik.cz nabídl výboru SPL svoji pomoc. Odpovědí mu byl povyšenecký výsměch a sdělení, ať se Praktik.cz sám účastní jednání o úhradách. K čemu by bylo dobré, kdyby se počet jednajících stran nyní rozrostl o dalšího člena? Pokud by Praktik.cz měl jiný názor než má SPL, potom by se jednání zkomplikovalo a strana zdravotních pojišťoven by na tomto rozkolu získávala. Pokud by Praktik.cz měl názor stejný jako SPL, potom by jeho účast neměla žádný smysl. Kromě toho občanské sdružení Praktik.cz zastává názor, že současná úhradová jednání jsou protiprávní.

SPL nyní může prokázat, že vyjedná pro praktické lékaře důstojné podmínky. Pokud selže, nelze vyloučit, že potom bude muset Praktik.cz změnit svoji taktiku, ale tato doba ještě nenastala.

Nejzákeřnější pomluvou, která byla proti sdružení Praktik.cz použita, je, že toto sdružení je organizováno Českou lékařskou komorou s cílem rozložit Sdružení praktických lékařů.

To je hanebné a lživé tvrzení. Lékaři z Praktik.cz jenom nedsledí nenávisť SPL vůči ČLK a považují ji za škodlivou pro celý lékařský stav. Protože SPL tak velmi pomlouvá ČLK, zaujalo mě, že vy jste vrcholný funkcionář v obou organizacích, a tak mi není zcela jasná vaše funkce. Když bylo sdružení Praktik.cz obviňováno z rozbíječské politiky SPL ve službách ČLK, nejenže jste se Praktik.cz nezastal, ale naopak jste tyto lži ještě podpořil. Jak

jste tak mohl činit, když jste členem vrcholného orgánu ČLK? To opravdu nemohu pochopit.

Před naším zdravotnictvím jsou nyní velmi těžké časy. Musíme být jednotni. ČLK a SPL musí spolupracovat, a to je váš úkol, pane doktore Lubomíre Kinšte. Pokud to tak dělat nechcete, tak se zachovejte jako čestný muž a jednu z těchto funkcí položte.

*P.S. Mám obyčejnou průměrnou ordinaci praktického lékaře. Abych stihl všechno, co musím, pracuji po večerech a přes víkendy. Nedovedu si představit, že bych časově ještě zvládl pracovat aktivně jako vrcholný funkcionář ČLK a SPL a ještě dojížděl do Prahy z jižních Čech. Můj obdiv.*

*MUDr. Ing. Petr Bouzek, praktický lékař, člen SPL, ČLK, Praktik.cz*

### Ad Většina stížností pacientů pramení z chyb v komunikaci

*TM 5/2007, strana 13*

Mám za to, že komunikace s pacientem je nedílnou a zásadní součástí práce lékaře ve většině specializací a schopnost adekvátně s pacientem komunikovat je podmínkou úspěšné diagnostiky i léčby. Navíc tam, kde léčba, případně diagnostika selhává, je komunikace to, co lékař ještě může nemocnému poskytnout. Proto si myslím, že chyby v komunikaci JSOU odborným pochybením lékaře. Velmi malý počet stížností podaných pacienty nemusí samozřejmě vypovídat pouze o spokojenosti léčených, ale také o jejich pasivitě, nihilismu, strachu si stěžovat nebo neschopnosti posoudit, zda diagnostika a léčba byly včasné a adekvátní. (Já sama mohu uvést příklady, kdy pacient byl neadekvátní nebo pozdní diagnostikou či léčbou podle mého názoru přinejmenším poškozen na zdraví, a nikdo nikam žádnou stížnost nepodal.) Z publikovaných kazuistik mám podobný pocit jako ministr Julínek, a to že při řešení sporů lékař – pacient stojí ČLK často výrazně na straně lékaře, takže pacienti nemají v dostatečné míře zastání. Navíc většina z nich je neinformována, kde by si v případě nespokojenosti mohla stěžovat. Myslím, že větší počet podaných a vyřešených stížností by zvýšil důvěru pacientů v lékaře a lékařům zvedl sebevědomí tím, že budou patřit ke skupině, kde se špatná práce netrpí. S vyšší odměn lékařů ani s množstvím peněz jdoucích do zdravotnictví tohle nemá nic společného.

*MUDr. Jana Smrzová, Ph.D., Dialyzační a nefrologické odd., IGEK, FN Brno*

### Paní doktorko, děkuji!

Mnohdy slyšíme stížnosti a výtky na adresu lékařů, měla bych však opačně vyjádření. Chtěla bych aspoň několika větami vyjádřit poděkování mé praktické lékařce, MUDr. Stanislavě Kubšové-Hejné z Prahy 5. Jedná se o mladou, schopnou, ale hlavně lidskou lékařku, která nám všem pomáhá a vzorně se o nás stará.

Pracovala jsem v administrativě plných 42 let. Vychovala jsem dvě děti při plném zaměstnání. Dnes jsem už 73letá důchodkyně s mnoha operačními zákroky. Jsem stále činná, neboť se starám o invalidního manžela a mám ještě vnoučata. Život se se mnou nemazlil, penzi nemáme s manželem vysokou, ale jsem optimista.

A hlavně vyjadřuji dík své lékařce...

*Helena Junková-Kuchtová, Praha 5*

# Vzdělávací kurzy České lékařské komory

## Přehled na II. pololetí 2007

Příhlášky zasílejte na adresu:  
**Oddělení vzdělávání ČLK**  
 Lékařská 2, 150 30 Praha 5, fax: 257 220 618,  
 e-mail: vzdelavani@clkr.cz, seminar@clkr.cz  
 (uveďte celé jméno, odbornost, adresu, telefonní číslo a číslo kurzu)

Podrobné informace, týkající se organizace a průběhu kurzu, obdrží přihlášení účastníci 10 dnů před zahájením kurzu. Věnujte prosím pozornost zasláným informacím, neboť místo konání kurzu může být změněno.

**Poplatky za účast na doškolovacích kurzech České lékařské komory**

Cena doškolovacích kurzů ČLK

- pro lékaře příslušných specializací při přihlášení a platbě předem 650 Kč

- pro lékaře příslušných specializací při přihlášení a platbě na místě 720 Kč

- 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 hodin.

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 naleznete na internetových stránkách [www.clkr.cz](http://www.clkr.cz)

### 20/07 Kurz – Závislost na tabáku

Datum konání: 8. 9. 2007

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

Koordinátor kurzu: MUDr. Eva Králíková, CSc., 1. LF UK a VFN Praha

Určeno lékařům z nemocnic, kteří se chtějí věnovat specializované léčbě závislosti na tabáku MUDr. Eva Králíková, CSc.

- (1. LF UK a VFN, Praha)
- Epidemiologie, tabáková pandemie
- Prevence, legislativa, situace ve světě a v ČR, pasivní kouření

MUDr. Eva Králíková, CSc., MUDr. Lenka Štěpánková (1.LF UK a VFN, Praha)

- Princip závislosti na tabáku, diagnostika, validace expozice tabákovému kouři

MUDr. Lenka Štěpánková

- Sociální a behaviorální aspekty závislosti na tabáku, psychoterapie
- MUDr. Eva Králíková, CSc.
- Farmakoterapie závislosti na tabáku
- MUDr. Lenka Štěpánková
- Komorbidita kuřáků: psychiatrická, endokrinologická, těhotná, sociální a další aspekty
- MUDr. Eva Králíková, CSc.
- Intenzivní intervence, centra léčby závislosti na tabáku, možnosti léčby v ČR
- Návrt skupinové terapie – nejčastější dotazy pacientů

### 21/07 Kurz – Komunikačně náročné situace mezi lékařem a pacientem a jejich zvládnání

Datum konání: 15. 9. 2007

Místo konání: Praha, Oválná pracovní ČLK, Lékařská 2, Praha 5

Koordinátor kurzu: PhDr. Erika Gerlová

PhDr. Erika Gerlová, Mgr. Tatiana Krulová

- příčiny poruch v komunikaci mezi lékařem a pacientem
- principy efektivní komunikace
- komunikace pod vlivem emocí
- jednání s agresivním jedincem
- sdělování nepřijemných zpráv v lékařské praxi

- nároky na komunikaci pramenící ze současných změn v pojetí lékařské role

### 22/07 Kurz – Novinky v neodkladné péči 2007

Datum konání: 22. 9. 2007

Místo konání: Praha, Klub ČLK,

Lékařská 2, Praha 5

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

#### Předběžný program kurzu

1. Jak si poradím s verbálně a fyzicky agresivním, ev. ozbrojeným pacientem a s pacientem sociálně zanedbaným a při podezření na činnost neslučující se zákonem. Nespouprávací rodiče s požadavky mimo zvyklo/zákonnou normu. Alternativní komunikace s pacienty nechápavými, s nízkým IQ, nerozumějící; role tlumočnické služby a její limity.

2. Na jaká poranění mám myslet při nových úrazových mechanismech při DN, adrenalinových sportech a open-air akcích, kdy je hospitalizovat a kdy je ošetřit ambulantně? Jak se právně chránit? Co je dnes „life-style“ a kde jsou v něm drogy a aktuální stavy?

3. Co pro mne znamená aktivace traumaplánu a evakuačního plánu jak v nemocnici, tak v terénu ve funkci lékaře a v situaci občana.

4. Co je nového v lékařské první pomoci, diagnózy, které často přehlédneme nebo podceníme u dětí a u dospělých, které nové léky pro akutní medicínu a v jakých adjustacích přišly na trh v období 2006-2007. Novinky metodických doporučení jednotlivých odborných společností z jejich www stránek z posledního roku pro akutní stavy. Musíme znát metodická doporučení i jiných odborných společností?

5. Které nežádoucí účinky přinášejí nové metody do akutní péče: CT+kontrast, senty, implantáty, kostní kryt po kraniektomiích, bariatrická chirurgie žaludku...

6. Vyšetření před urgentním výkonem pro anesteziologii, endoskopii z anesteziologického pohledu, délka platnosti u dětí a u dospělých, v superakutním případě. Jak zorganizují optimálně tým prvního ošetření na OUP. Kdy má komplement rozhodující roli a o který komplement se jedná? Jak drahá jsou která urgentní vyšetření POCT a z centrální laboratoře?

7. Jak ohrožují zdravotníky nové mikroorganismy, viry, priony a jak se projevují u pacientů v akutní fázi? Kterých toxických látek s akutní symptomatologií je třeba se obávat, kde máme antitoxika? Co mohou symptomaticky podniknout? Mohou ohrozit zdravotníky?

8. Odborné kompetence bakalářek a magistrů a jejich profesní odpovědnost společensko-právní a trestně-právní ve státním a v soukromém zdravotnickém zařízení. Existuje dělena zodpovědnost? Změnilo se něco prodejem nemocnic v krajích? Odlišnost posuzování znaleckých komisí a soudních znalců. Osobní žádosti a posudky při obvinění z pochybení, omylu, časového prodlání mimo terapeutické okno, z kumulace komplikací, z nedostatečné analýzy, z posttraumatické stresové poruchy atd.

### 23/07 Kurz – Úrazová chirurgie

Datum konání: 6. 10. 2007

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

Koordinátor kurzu: Doc. MUDr. Leopold Pleva, CSc., předseda České společnosti pro úrazovou chirurgii ČLS JEP

MUDr. Tomáš Dědek, Ph.D.

- Organizace přednemocniční péče v návaznosti na TC

MUDr. S. Jelen

- Diagnostika a algoritmy ošetření polytraumatu na urgentním příjmu TC

Doc. MUDr. Leopold Pleva, CSc.

- Nové operační metody v úrazové chirurgii

MUDr. S. Skotnicová

- Radiointervenční metody v úrazové chirurgii

MUDr. P. Nestrojil, CSc.

- Novinky v konzervativní léčbě zlomenin

MUDr. R. Lukáš

- Nové operační metody v léčbě zlomenin

Prof. MUDr. P. Wendsche, CSc.

- Poranění páteře

– operační a konzervativní léčba

Doc. MUDr. P. Maňák, CSc.

- Poranění ruky a možnosti jejich ošetření

### 24/07 Kurz – Komunikačně náročné situace mezi lékařem a pacientem a jejich zvládnání – OPAKOVÁNÍ

Datum konání: 6. 10. 2007

Místo konání: Praha, Oválná pracovní ČLK, Lékařská 2, Praha 5

Koordinátor kurzu: PhDr. Erika Gerlová

Podrobné informace jsou uvedeny

u kurzu č. 21/07

### 25/07 Kurz – Metody vyšetřování úrovně zrakové ostrosti a indikační pravidla při korekci refrakčních vad u malých nespouprávacích dětí a u dětí s vícečetným nejen zrakovým postižením

Cena kurzu 2500 Kč

Podrobné informace jsou uvedeny na internetové adrese ČLK na adrese [www.clkr.cz](http://www.clkr.cz)

– Odd. vzdělávání, akreditované akce – číslo akce 12814

Datum konání:

- teoretická část 13. 10. 2007. Místo konání: Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5

- praktická část – individuální stáž (6 hodin)

– Termín si domluví každý posluchač individuálně dle svých časových možností.

Místo konání: Dětská oční ambulance, Zdravotnické zařízení Barrandov, Krškova 807, 152 00 Praha 5–Barrandov

Koordinátor kurzu: MUDr. Anna Zobanová

Program teoretické části (5 hodin):

- Vývoj vidění

- Vývoj refrakce

- Metody vyšetřování úrovně zrakové ostrosti u nonverbních pacientů

- Zásady práce s dětmi s vícečetným, nejen zrakovým postižením (MDVI)

- Kritéria pro korekci refrakčních vad brýlemi či kontaktními čočkami u dětí

### 26/07 Seminář – Praktické rady pro klinické hodnocení léčiv a grantové studie

Datum konání: čtvrtek 18. 10. 2007 od 17 hodin (90 minut)

Místo konání: Praha, Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5 Účastnický poplatek 250 Kč

Hodnocení 2 kredity

Koordinátor semináře: MUDr. Ivana Kobliho- vá, SÚKL, vedoucí Sekce klinického hodnocení a farmakovigilance

- Co je považováno za klinické hodnocení

- Podmínky provádění klinických hodnocení – jak se dostat do rozporu se zákonem

- Úkoly lékaře v klinickém hodnocení

- Co dělat, když je grantový úkol současně klinickým hodnocením

### 27/07 Kurz – Novinky v neodkladné péči 2007 – OPAKOVÁNÍ

Datum konání: 20. 10. 2007

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

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

Podrobné informace jsou uvedeny

u kurzu č. 22/07

### 28/07 Kurz – Chirurgie

Datum konání: 27. 10. 2007

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

Koordinátor kurzu: MUDr. Vít Jakoubek, ÚPMD, Praha 4–Podolí

As. MUDr. Svatopluk Smutný

- Některé aspekty souběžné tyreoidální chirurgie

As. MUDr. Ronald Pospíšil

- Aktuality v hrudní chirurgii

Prim. MUDr. Karel Harvánek, MUDr. Dušek

- Chirurgie třísel a chlapeckého genitálu

MUDr. Kletenský

- Plastická chirurgie

### 29/07 Kurz – Novinky v moderní psychiatrické péči

Datum konání: úterý 30. 10. 2007 od 9 hodin

Místo konání: Psychiatrická klinika 1. LF UK, Ke Karlovu 11, Praha 2, velká posluchárna

Koordinátor kurzu: MUDr. Ladislav Procházka, předseda oborové komise pro psychiatrii VR ČLK

Prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc.

- Afektivní poruchy (novinky v léčbě)

As. MUDr. Pavel Doubek, Ph.D.

- Schizofrenní poruchy (novinky v léčbě)

Doc. MUDr. Roman Jiráček, CSc.

- Demence (možnosti biopsychosociální péče)

Doc. MUDr. Hana Papežová, CSc.

- Somatoformní poruchy (diagnostika a léčba)

Doc. MUDr. Ivo Paclt, CSc.

- Hyperkinetická porucha od dětství do dospělosti (novinky v diagnostice a léčbě hyperkinetické poruchy dětí a dospělých)

Prim. MUDr. Petr Popov

- Substituční léčba u duševních poruch vyvolaných účinkem psychoaktivních látek (indikace a úskalí substituční léčby)

MUDr. Zdeněk Baňý

- Vývojové trendy moderní psychiatrie v České republice (iluze, vise, realita)

MUDr. Ladislav Procházka

- Přínos soudní psychiatrie pro klinickou praxi (konfrontace psychiatrie s právními normami)

Po ukončení vzdělávacího semináře event. neformální diskusní posezení k aktuálním otázkám psychiatrické péče.

### 30/07 Právní seminář

Datum konání: čtvrtek 1. 11. 2007

Místo konání: Děkanát 1. LF UK, Kateřinská 32, Praha 2

Účastnický poplatek 300 Kč

Koordinátor: JUDr. Jan Mach, ředitel právního odboru ČLK

- Aktuální právní problémy při výkonu lékařského povolání

- Novinky ve zdravotnické legislativě

- Zákon č. 111/2007 Sb. – nová právní úprava nahrazení do zdravotnické dokumentace a její aplikace v praxi

- Vyhláška č. 385/2006 Sb. ve znění vyhlášky č. 64/2007 Sb. o vedení zdravotnické dokumentace a její aplikace v praxi

- Informovaný souhlas a nesouhlas pacienta se zdravotním výkonem

- Právní odpovědnost při výkonu lékařského povolání, kazistiky

- Právní sebeobrana lékaře – jak reagovat na trestní oznámení, žaloby, vyhrožování, útoky na profesní čest v médiích

- Dohodnutí a nadstandardní služby poskytované na žádost pacienta

- Právní problematika smluvních vztahů zdravotnických zařízení a zdravotních pojišťoven, nové rámcové smlouvy dle vyhlášky č. 618/2006

- Odpovědi na dotazy a diskuse k dalším aktuálním problémům medicínského práva

### 31/07 Kurz intenzivní medicíny – 1. blok: respirační a renální selhání

Datum konání: 3. 11. 2007

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

Koordinátor kurzu: MUDr. Jiří Valenta, KARIM VFN 1. LF UK Praha 2

MUDr. Josef Závada, CSc.

- Respirační selhání

MUDr. Pavel Herda

- Zajištění dýchacích cest

MUDr. Jiří Valenta

- Umělá plicní ventilace



MUDr. Marek Svíték  
 • COPD a astma bronchiale  
 MUDr. Zdeněk Stach  
 • Monitorace respiračního systému  
 MUDr. Tomáš Kotulák  
 • Oligurie a renální selhání  
 MUDr. František Novák  
 • Prevence a léčba akutního renálního selhání  
 MUDr. Martin Balík, Ph.D.  
 • Antikoagulační CRRT s rizikem krvácení

**32/07 Kurz – Závislost na tabáku**  
 Datum konání: 3. 11. 2007  
 Místo konání: Praha, Oválná pracovní ČLK, Lékařská 2, Praha 5  
 Koordinátor kurzu: MUDr. Eva Králíková, CSc.  
 1. LF UK a VFN Praha

MUDr. Eva Králíková, CSc.  
 • Epidemiologie a prevence, složení tabákového kouře  
 Prof. MUDr. František Perlík, DrSc.  
 • Lékové interakce kouření  
 Prof. MUDr. Luboslav Stárka, DrSc.  
 • Kouření a endokrinní systém  
 MUDr. Aleš Herman, Ph.D.  
 • Kouření a KVO  
 MUDr. Eva Králíková, CSc.  
 • Princip závislosti na tabáku  
 • Léčba závislosti na tabáku: psychobehaviorální intervence a farmakoterapie, současné možnosti v ČR  
 MUDr. Lenka Štěpánková  
 • Psychoterapie závislosti na tabáku, psychiatrická komorbidity kuřáků  
 MUDr. Eva Králíková, CSc., MUDr. Lenka Štěpánková  
 • Nácvik skupinové terapie  
 – nejčastější dotazy pacientů

**33/07 Infekční kurz**  
 Datum konání: 10. 11. 2007  
 Místo konání: Praha, ÚPMD, Praha 4–Podolí, Podolské náb. 157  
 Koordinátor kurzu: MUDr. Jana Bíbová, Ph.D., Poliklinika Lovosická 440/40, Praha 9

MUDr. Zuzana Blechová  
 • Proč se mění očkovací kalendář?  
 • Aktuální změny v očkovacím kalendáři  
 • Nové očkovací látky (RSV, papilomaviry, pneumokokové infekce, rotavirové infekce, varicella + herpes zoster)  
 MUDr. Dita Smíšková,  
 doc. MUDr. Zuzana Mandáková  
 • Horečky po návratu z tropů – cestovatelská medicína  
 Prim. MUDr. Hana Roháčová, Ph.D., MUDr. Machala  
 • Výsoco nebezpečné nákazy  
 MUDr. Dušan Pícha  
 • Vektorem přenášené nákazy (bakteriální i virové)  
 Doc. MUDr. Vilma Marešová, CSc.  
 • Pneumonie v dospělém a dětském věku  
 MUDr. Machala  
 • HIV pacienti v ambulanci péči

**34/07 Seminář – Jak legálně používat neregistrované přípravky**  
 Datum konání: středa 14. 11. 2007 od 17 hodin (90 minut)  
 Místo konání: Praha, Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5  
 Hodnocení 2 kredity  
 Účastnický poplatek 250 Kč  
 Koordinátor kurzu: MUDr. Ivana Koblihová, SÚKL, vedoucí Sekce klinického hodnocení a farmakovigilance

• Obecná pravidla pro používání léků  
 • Použití neregistrovaného léku pro jednotlivého pacienta a co s tím souvisí  
 • Specifické léčebné programy – praktické rady pro realizaci

**35/07 Kurz – Odborný seminář o PNP**  
 Datum konání: 24. 11. 2007  
 Místo konání: Praha, Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5  
 Koordinátor kurzu: MUDr. Zdeněk Schwarz, ředitel Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy

MUDr. Ondřej Franěk  
 • Aplikace nových doporučených postupů

v KPR (ERC 2005). Nové přístupy ke KPR – TANN, směřování pacienta po úspěšné KPR  
 MUDr. Tomáš Garnol  
 • Defibrilace, parametry výboje, správné postupy v terénu, AED – praktické ukázky v součinnosti s firmou ZOLL  
 MUDr. Jan Škoula  
 • Různé typy arytmií s hemodynamickým efektem a bez hemodynamického efektu – ukázky na simulátoru, způsoby léčby  
 MUDr. Milana Pokorná, MUDr. Jan Bělohávek  
 • Použití autopsu, seznámení s přístrojem (firma ZOLL), praktická ukázka, vyjádření klinického pracoviště, různé techniky KPR  
 MUDr. Josef Vosátka, p. Ryba DiS.  
 • Praktická ukázka a nácvik KPR u dospělých, dětí atd.  
 MUDr. Josef Vosátka  
 • Alternativní zajištění dýchacích cest (krom OTI, kombitubus, laryngeální maska, minitrach, tracheovick, indikace použití rizika atd.) – praktická ukázka  
 MUDr. Milana Pokorná  
 • Alternativní zajištění vstupu do žilního řečiště (intraoseální jehla a další postupy – praktická ukázka)  
 MUDr. Jaroslav Valášek  
 • Úmrtí pacienta v PNP, postupy při ohledání, chyby, omyly, metodika

**36/07 Kurz – Pediatrie**  
 Datum konání: 1. 12. 2007  
 Místo konání: Praha, ÚPMD, Praha 4–Podolí, Podolské náb. 157  
 Koordinátor kurzu: MUDr. Marcela Černá, Ústav pro péči o matku a dítě, Praha 4–Podolí

Doc. MUDr. Ivo Paclt, CSc.  
 • Hyperkinetický syndrom u dětí  
 As. MUDr. Helena Ambrožová, CSc.  
 • Hepatopatie u infekčních onemocnění u dětí  
 As. MUDr. Helena Ambrožová, CSc.  
 • Extraintestinální projevy salmonelových infekcí u dětí  
 MUDr. Ivana Koblihová  
 • Vzájemná spolupráce Státního ústavu pro kontrolu léčiv a pediatra v primární péči  
 MUDr. Štěpánka Čapková  
 • Parazitární onemocnění kůže a vlnit u dětí  
 MUDr. Petr Kouřil  
 • Vzájemná interakce mezi lékařem a náročným pacientem  
 • Chování k pacientům mimoevropských kultur a náboženství

**37/07 Kurz – Novinky ve vnitřním lékařství**  
 Datum konání: 1. 12. 2007  
 Místo konání: Praha, Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5

Koordinátor kurzu: MUDr. Jan Bruthans, CSc., FESC, Pracoviště preventivní kardiologie IKEM, Praha  
 MUDr. Petr Janský  
 • Akutní koronární syndrom  
 Prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.  
 • Nádorová onemocnění zažívacího traktu  
 MUDr. Robert Čihák, CSc.  
 • Arytmologie  
 MUDr. Jan Bruthans, CSc.  
 • Arteriální hypertenze  
 Prof. MUDr. Miloslav Marel, CSc.  
 • Pneumologie  
 Prof. MUDr. Michal Anděl, CSc., MUDr. Jan Brož  
 • Diabetes mellitus  
 As. MUDr. Martin Havrda, CSc.  
 • Nefrologie  
 As. MUDr. Zdeněk Kalvach, CSc.  
 • Geriatrie

**38/07 Kurz – Novinky v neodkladné péči 2007 – OPAKOVÁNÍ**  
 Datum konání: 8. 12. 2007  
 Místo konání: Praha, Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5  
 Koordinátor kurzu: Doc. MUDr. Jarmila Drábková, OCHRIP, FN Praha Motol

Podrobné informace jsou uvedeny u kurzu č. 22/07

**39/07 Kurz – Komunikačně náročné situace mezi lékařem a pacientem a jejich zvládní – OPAKOVÁNÍ**  
 Datum konání: 8. 12. 2007  
 Místo konání: Praha, Oválná pracovní ČLK,

Lékařská 2, Praha 5  
 Koordinátor kurzu: PhDr. Erika Gerlová  
 Podrobné informace jsou uvedeny u kurzu č. 21/07

**1/08 Kurz – Diabetologie**  
 Datum konání: 5. 1. 2008  
 Místo konání: Praha, ÚPMD, Praha 4–Podolí, Podolské náb. 157  
 Koordinátor kurzu: MUDr. Andělová, Ústav pro péči o matku a dítě, Praha 4–Podolí

Prof. MUDr. Michal Anděl, CSc.  
 • Novinky v léčbě diabetu II. typu  
 MUDr. Stanislava Koloúšková, CSc.  
 • Novinky v dětské diabetologii  
 MUDr. František Duška  
 • Perorální antidiabetika  
 MUDr. Marcela Černá  
 • Dítě diabetické matky  
 MUDr. Kateřina Andělová  
 • Diabetes v těhotenství  
 MUDr. Ludmila Trešlová, CSc.  
 • Novinky v léčbě diabetu I. typu.

**2/08 Kurz – Pediatrie**  
 Datum konání: 12. 1. 2008  
 Místo konání: Praha, ÚPMD, Praha 4–Podolí, Podolské náb. 157  
 Koordinátor kurzu: MUDr. Marcela Černá, Ústav pro péči o matku a dítě, Praha 4–Podolí

Doc. MUDr. Ivo Paclt, CSc.  
 • Deprese u dětí  
 MUDr. Jaroslava Turzíkova  
 • Astma a virové infekce u dětí  
 • Zajímavé kauzistiky z pneumologické praxe  
 Doc. MUDr. Jiří Chomiak, CSc.  
 • Zánět v dětské ortopedii  
 Doc. MUDr. Vilma Marešová, CSc., MUDr. Dita Smíšková  
 • Infekce plodu a novorozence v ordinaci PDDL

## PŘIPRAVUJEME

**19. 1. 2008 Kurz intenzivní medicíny**  
 koordinátor MUDr. Jiří Valenta

**26. 1. 2008 Kurz imunologie**  
 koordinátor MUDr. Jana Bíbová

**Syndrom vyhoření u lékaře**  
 koordinátor PhDr. Erika Gerlová

## Inzerce

Přijem řádkové inzerce:  
[recepc@clkc.cz](mailto:recepc@clkc.cz) Časopis ČLK  
 Lékařská 2, 150 00 Praha 5  
 tel.: + 420 257 217 226  
 fax: +420 257 220 618

**Volná místa – poptávka**  
 Praktický lékař pro dospělé s atestací a licencií ČLK, praxí 12 let, hledá místo. Možno i LDN nebo láně. Tel.: 737 887 452

Lékařka s atestací II. stupně v oboru gynekologie a porodnictví hledá místo v nemocnici. Tel.: 481 541 523

**Volná místa – nabídka**  
 Vsetínská nemocnice přijme do pracovního poměru lékaře na ARO, LDN a neurologii. Specializace v oboru není podmínkou. Nabízíme: jednorázovou odměnu při nástupu do zaměstnání, ubytování a příspěvek na ubytování, příspěvek na stravování. Kontakt: Vsetínská nemocnice a. s., ORLZ, 755 32 Vsetín, tel.: 571 490 131, e-mail: konarikova@nemocnice-vs.cz

Přijmu na pozici asistenta lékaře či lékařku na obvod PL pro dospělé v blízkosti Prahy směr Ruzyně, s perspektivou převzetí praxe. Preferuji lékaře s dĚLZ, kterou bych zastupoval v penzi. Tel.: 602 970 280 (večer, po 17. hod.)

Fakultní nemocnice v Motole, V Úvalu 84, 150 06 Praha 5, přijme pro Klinikou anesteziologie a resuscitace UK 2. LF lékaře/ku se specializovanou způsobilostí v oboru. Nabízíme: zajímavé fin. ohodnocení, jedinečnou možnost odb. i osobního růstu v nemocnici, kde jsou zastoupeny prakticky všechny operační i neoperační obory. Významná angažovanost v intenzivní medicíně. Písemné nabídky s CV zašlete na sekretariát kliniky nebo na e-mail: [alena.beleova@fmotol.cuni.cz](mailto:alena.beleova@fmotol.cuni.cz). Ubytování pro mimopražské. Info: 224 435 400-2

Fakultní nemocnice v Motole přijme pro Kliniku dětské chirurgie UK 2. LF pediatra pro práci na JIP. Požadavky: specializovaná způsobilost v pediatrii nebo neonatologii. Písemné nabídky s CV zašlete: prof. MUDr. Jiří Šnajdauf, DrSc., přednosta Kl. dět. chirurgie 2. LF, V Úvalu 84, 150 06 Praha 5. Kontakt: MUDr. Jana Kalousková – 224 432 434, 2401 nebo [alena.brabcova@fmotol.cuni.cz](mailto:alena.brabcova@fmotol.cuni.cz). Ubytování pro mimopražské.

Oblastní nemocnice Náchod přijme lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví pro Gynekologicko-porodnické oddělení Nemocnice Náchod. Lékaře pro Radiodiagnostické oddělení Nemocnice Náchod, specializace v příslušném oboru výhodou. Lékaře pro oddělení ARO-JIP Nemocnice Opocno, specializace v příslušném oboru výhodou. Nástup možný ihned. Mzdové zařazení v souladu se zákonem č. 262/2006 Sb., v platném znění. Přihlášky zasílejte na adresu: Oblastní nemocnice Náchod a. s., k rukám Mgr. Lukáše Holuba, vedoucí oddělení personálního rozvoje a mezd, Purkyňova 446, 547 69 Náchod. Informace na tel.: 491 601 639

Fakultní nemocnice Brno, Klinika nemocí plicních a tuberkulózy, přijme na plný pracovní úvazek (1.0) lékaře/ku pro práci v lůžka i v ambulanci. Požadavky: preferujeme lékaře s atestací v oboru tuberkulóza a respirační nemoci, lékaře po absolvování interního kmene; po dohodě je možné přijmout i lékaře absolventa; flexibilita a aktivní přístup k práci; morální a občanská bezúhonnost. Nabízíme: po zapracování výhodné platové podmínky, možnost profesního růstu, pro mimobrněnské zájemce možnost ubytování. Nástup možný ihned. Kontakt: prim. MUDr. Pavel Turčáni, tel.: 532 232 571, e-mail: [pturcani@fnbrno.cz](mailto:pturcani@fnbrno.cz). Písemné nabídky vě. strukturovaného životopisu a přehledu odborné praxe zasílejte na adresu: FN Brno, sekretariát KNPT, Jihlavská 20, 625 00 Brno

Nestátní zdravotnické zařízení ETIC společnost s r. o. Broumov přijme praktického lékaře péče o dospělé na uvolněný obvod v Broumově. Atestace v oboru I. stupně vítána. Možnost i pro zájemce s atestací I. stupně v oboru chirurgie, vnitřního lékařství a ARO. Nástup dle dohody. Nabídky zasílejte na adresu: ETIC společnost s r. o., Masarykova 30, 550 01 Broumov, případně telefonicky na 491 523 607, e-mail: [etic@iol.cz](mailto:etic@iol.cz)

Karvinská hornická nemocnice, akreditovaná zdravotnické zařízení, přijme lékaře na interní oddělení. Kvalifikační požadavky: atestace nebo praxe v oboru vnitřní, zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb. Nabízíme smluvní plat, možnost odborného růstu, zaměstnanecké výhody, práci ve špičkově vybavené nemocnici. Písemné nabídky s profesním životopisem zasílejte do 4 týdnů od zveřejnění na adresu: Karvinská hornická nemocnice a. s., sekretariát ředitele, Zakladatelská 975/22, 735 06 Karviná-Nové Město. Kontaktní osoba: MUDr. Canibal, e-mail: [canibal@khn.cz](mailto:canibal@khn.cz), tel.: 596 380 420

Soukromé zdravotnické zařízení vyhlášené výborové řízení na funkci zástupce primáře nemocnice. Požadujeme 10 let praxe, atestaci II. stupně interna nebo geriatry, bezúhonnost, manažerské dovednosti. Nabízíme dobré platové podmínky, pro mimopražské možnost ubytování, po zkušební době příspěvek na důchodové připojištění. Životopis je možné zaslat na e-mailovou adresu [appeltovan@seznam.cz](mailto:appeltovan@seznam.cz). Více informací zájemci mohou získat na tel.: 602 266 718 Bc. Appeltová (po 17–19 hod.).

Společnost CTM Hospital a.s. přijme pro LDN v Humpolci: lékaře, příznivé platové podmínky, byt 3+1 v místě zajištěn; fyzioterapeuta, příznivé platové podmínky, ubytování v místě zajištěno. Kontakt: CTM Hospital a. s., Antala Staška 20, 140 46 Praha 4. Tel.: 261 006 443

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

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

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

Dětské oddělení nemocnice v Sokolově přijme lékaře L3, L2 i absolventa. Kontakt 352 520 291, lubos.vanek@kkn.cz. Ubytování zajištěno v ubytovně v nemocnici.

Hledám kardiologa do ambulantního provozu v Olomouci. Znalost obsluhy UZ nutná. Informace na tel.: 606 717 555

Lékaře pro pracoviště Společného (urgentního) příjmu interně nemocných přijme Všeobecná fakultní nemocnice v Praze. Kvalifikační předpoklady: optimem obě atestace z vnitřního lékařství nebo nová atestace z vnitřního lékařství podle pravidel EU. Zkušenosti z JIP, záchranné služby či práce na odd. urgentního příjmu výhodou. Vybranému uchazeči je nabízen vysoký osobní příplatek. Kontakt: MUDr. Zdeněk Novotný, primář odd. SPIN, tel.: 724 021 117, e-mail: zdenek.novotny@vfn.cz

Dětská psychiatrická léčebna Opofany přijme do pracovního poměru lékaře/lékařky se specializací z dětské a dorostové psychiatrie nebo psychiatrie, před ukončením předatelské přípravy v oboru dětská a dorostová psychiatrie, se specializací z oboru pediatrie s předpokladem doplnění specializace v oboru dětské psychiatrie, absolventa/absolventku se zájmem o obor dětská a dorostová psychiatrie. Nástup ihned nebo dle dohody. Možnost přidělení bytu nebo ubytování. Plat podle zákonníku práce (rozpočtová organizace). Zaměstnanecce výhodou. Příjemné prostředí jižních Čech. Informace na tel.: 381 204 212 – ředitelka léčebny, 381 204 294 – osobní oddělení, e-mail dplopary@dplopary.cz

Fakultní nemocnice v Motole přijme pro Dětskou polikliniku lékaře/ku pediatra do jednod. provozu (zástup za MD s persp. trvalého PP, možno i částečný úvazek). Požadavky: atestace v oboru pediatrie, zájem o práci v problematické výživě. Písemné nabídky zasílejte na sekretariát Dět. polikliniky FN Motol, v Úvalu 84, 150 06 Praha 5 nebo na e-mail: detpoliklinika@fnmotol.cz. Info: 22443 3700-1, 3704

Esthe s.r.o. – Soukromá klinika plastické chirurgie a laserové medicíny přijme lékaře pro práci v centru laserové a estetické dermatologie. Pracovní úvazek dle dohody. Atestace a praxe v estetické dermatologii podmínkou, Aj podmínkou. CV zasílejte na e-mail: slesingerova@esthe.cz

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

Věznice Valdice u Jičína, v blízkosti Českého ráje, přijme na plný úvazek lékaře/lékařku s atestací.

Nabízíme: dobré platové podmínky, služební byt, zaměstnanecce výhody (např. příspěvek na stravování, využití FKSP včetně poskytnutí bezúročných půjček, 6 týdnů dovolené). Nástup: dohodu. Bližší informace: personální oddělení, tel.: 493 507 221, 493 507 222

Kardia s.r.o., nestátní zdravotnické zařízení působící v oblasti pracovní lékařské péče a hygieny práce, hledá lékaře na HPP i zkrácený úvazek pro své ordinace v Praze, Mostě, Kolíně a ve střeďočeském regionu. Požadujeme: odbornost a praxi v praktickém nebo interním lékařství, atestace vítána, profesionální vystupování se vztahem na klienta, ochotu cestovat. Nabízíme: odpovídající platové ohodnocení, zaškolení, flexibilní pracovní dobu, pouze denní služby, vzdělávání a profesní růst. Profesi životopisy zasílejte na Kardia s.r.o., Kodaňská 46, 110 10 Praha 1, tel.: 272 084 463 e-mail: jitka.zichackova@kardia.cz

Kardia s.r.o., nestátní zdravotnické zařízení působící v oblasti pracovní lékařské péče a hygieny práce, hledá lékaře na HPP i zkrácený úvazek pro své ordinace v Praze, Mostě, Kolíně, Frenštátu p. Radh., Jevíčku a v dalších městech Moravy. Požadujeme: odbornost a praxi v praktickém nebo interním lékařství, atestace vítána, profesionální vystupování se vztahem na klienta, ochotu cestovat. Nabízíme: odpovídající platové ohodnocení, zaškolení, flexibilní pracovní dobu, pouze denní služby, vzdělávání a profesní růst. Profesi životopisy zasílejte na Kardia s.r.o., Kodaňská 46, 110 10 Praha 1, tel.: 272 084 463, e-mail: jitka.zichackova@kardia.cz,

Gyn. por. oddělení Nemocnice a SZZ Nymburk přijme do hlavního prac. poměru lékaře gynekologa-porodníka s atestací nejméně I. stupně či specializovanou způsobilostí v oboru na plný prac. úvazek, nástup možný ihned. Zájemci se mohou hlásit na osobní oddělení, tel.: 325 505 346, pí. Vránová, e-mail: kristina.vranova@nemnbk.cz

Chirurgické oddělení Nemocnice a SZZ Nymburk přijme do hlavního prac. poměru lékaře s atestací nejméně I. stupně či specializovanou způsobilostí v oboru na plný prac. úvazek, nástup možný ihned.

Zájemci se mohou hlásit na osobní oddělení, tel.: 325 505 346, pí. Vránová, e-mail: kristina.vranova@nemnbk.cz

Institut klinické a experimentální medicíny přijme lékaře na Oddělení klinické mikrobiologie (i absolventa lékařské fakulty). Pracovní poměr na dobu neurčitou, perspektivní práce v malém kolektivu. Informace na tel.: 236 055 5214 nebo 5215 – dr. Petkov, e-mail: vladimir.petkov@ikem.cz

Augenarztpraxis in Bad Elster (Dreiländerek Sachsen-Bayern-Tschechien), 130 m2, konservativ, moderne Ausstattung, viele Geräte neu 2003, sehr gutes Einkommen, gut eingearbeitetes hilfsbereites zuverlässiges Personal, sehr günstig abzugeben. Idyllischer Kurort, landschaftlich schön gelegen, sehr großes kulturelles Angebot, Theater am Ort. Selbstständigkeit und/oder Angstelltenverhältnis mit operativer Tätigkeit (Helios-Klinikum) möglich. Dr. med. Christa Németh, Hagerstr. 16, D-08645 Bad Elster, Tel.: 0049-37437-2111 (Praxis), Fax: 0049-37437-3416 (Privat)

Lékařku/lékaře pro obor dermatovenerologie přijme prestižní soukromá klinika v centru Prahy. Požadujeme znalost svět. jazyka, profesionalitu a příjemné vystupování. Zaměření na estetickou dermatologii vítáno, není podmínkou. Nabízíme ubytování, dobré finanční podmínky a zaměstnanecce výhody. Přihlášky vč. CV zasílejte na e-mail: horakova@ghc.cz

Přijmu fyzioterapeutku na HPP na rehab.oddělení v Otrokovicích. Ambulantní provoz. Registrace výhodou. Plán od 1. 9. 2007. Dlouhodobá, ale je možná i krátkodobá spolupráce. Informace na tel.: 577 922 300, 608 401 945

Nemocnice Litomyšl přijme lékaře na gynekologicko-porodnické oddělení. Požadavky: atestace I. stupně v oboru, popř. bez atestace. Nabízíme práci v rekonstruovaném moderním oddělení s možností profesního růstu. Kontakt: primář MUDr. Čadílek, tel.: 465 655 230

Nemocnice Litomyšl přijme lékaře na chirurgické oddělení s atestací v oboru a praxi v traumatologii. Kontakt na tel.: 737 948 930,

e-mail: daiibor.dvorak@nemocnice.lit.cz nebo písemně Nemocnice Litomyšl, J. E. Purkyně 652, 570 14 Litomyšl

Zdravotnické zařízení v Praze 4-Nuslích přijme lékaře gynekologa. Dobré platové podmínky. Výše úvazku dohodou. Tel.: 602 334 357

NEMOCNICE ZNOJMO příspěvková organizace hledá lékaře psychiatrického oddělení, i absolventa, nabízíme ubytování, nástup možný ihned. Žádosti se strukturovaným životopisem zasílejte na adresu: Prim. MUDr. Petra Hartová, psychiatrické oddělení Nemocnice Znojmo p.o., Vídeňská 8, 669 02 Znojmo nebo na primar.psychie@nenuzn.cz, tel.: 515 223 161

Hledám neurologa do privátní ambulance v Nymburce na částečný úvazek. Licence není nutná. Dohoda o pracovní činnosti nebo pronájem. Tel: 602 276 002

Soukromé rehabilitační a ortopedické centrum v Praze 6-Dejvích přijme rehabilitačního lékaře na poloviční nebo částečný úvazek. Nástup možný ihned. Podmínky: lékař s licencií FLBR. Kontaktní osoba: pí Ferencíková, tel.: 732 714 125 nebo s.ferencikova@orpcentrum.cz

Nemocnice Blansko přijme lékaře pro ambulanci ORL. Kvalifikační předpoklady: specializovaná způsobilost v oboru ORL. Nejlépe v úvazku 1,0. Nástup dle dohody. Občanská a morální bezúhonnost. Písemné žádosti zasílejte do 31. 7. 2007 na personální oddělení Nemocnice Blansko, Sadová 33, 678 31 Blansko, tel.: 516 838 116, e-mail: vasickova@nemobk.cz

Nemocnice Blansko přijme lékaře na ortopedickou ambulanci. Kvalifikační předpoklady: specializovaná způsobilost v oboru ortopedie. Nejlépe v úvazku 1,0. Nástup dle dohody. Občanská a morální bezúhonnost. Písemné žádosti zasílejte do 31. 7. 2007 na personální oddělení Nemocnice Blansko, Sadová 33, 678 31 Blansko, e-mail: vasickova@nemobk.cz, tel.: 516 838 116

Vojenská nemocnice Brno přijme lékaře-neurologa s atestací. Tel.: 973 445 549

Přijmeme lékaře endokrinologa na celý i na částečný úvazek. Výhodné platové podmínky. Praha 4. M: 602 318 025, T: 261 006 427, 443

Přijmeme lékaře – dětského neurologa, případně lékaře se základní atestací se zájmem o uvedený obor, i na částečný úvazek. Výhodné platové podmínky. Praha 4. M: 602 318 025, T: 261 006 427, 443

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

## Zástup

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

Hledám zástup do ordinace praktického lékaře Úvaly u Prahy v týdnu 23. 7.-27. 7. 2007 za výhodných finančních podmínek. Tel.: 721 146 483, e-mail: kkk.eva@seznam.cz

Přijmeme lékaře dermatovenerologa na zástup i na částečný úvazek. Výhodné platové podmínky. Praha 4. M: 602 318 025, T: 261 006 427, 443

## Prodej a koupě

Prodám EKG přístroj Chiracard funkční, servisovaný, vč. náhradních dílů a EKG papírů na několik let. Cena celkem 6000 Kč. Tel.: 606 490 504

Prodám UZ přenosný FUKUDA UF 4300R se zabudovanou tiskárnou, abdominální sondou (RV2001), vaginální sondou (RV 2004). Používán od r. 2002, pouze 1 den v týdnu. Tel.: 312 681 885, mobil: 736 405 527

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

Prodám akupunkturní obrazy, zasklené, zarámované, barevné, vel. 90x60 cm, 6 ks celotělová akupunktura, 1 ks aurikuloterapie, cena za 1 obraz 1350 Kč Pouze vše, mobil: 736 114 447

Prodám věci k provádění východní medicíny: odborná literatura (čj, angl., rusky), skleněné baňky, orig. čínské moxovací tyčinky, přístroj na vyhl. aku bodů a mnoho dalšího významným zájemcům zašlu emailem podrobný seznam a cenu. Pouze vše. mob.: 736 114 447 E-mail: jirimalekmudr@seznam.cz,

Prodám flexibilní gastroskop Olympus GIF E s odsávačkou a zdrojem světla, nepoužívaný, jako nový. Cena dohodou. Technické detaily na vyžádání na tel. 603 823 157 či e-mail: fibroskop@seznam.cz

Prodám horkovzdušný sterilizátor HS 62A. Cena dohodou. Dále přenechám 4 ks plechových 4zásuvkových kartoték vel. A4. Tel.: 541 218 410

Prodám stojanový mikroskop a vše potřebné k provozu ORL ordinace – 736 418 713 Praha.

Prodám Hemoron – přístroj k ošetření hemoroidů (2001), zánovní, 21 000 Kč (převod 110 000). Tel.: 412 334 291 dopoledne.

## Pronájem

Hledáme prostory pro 1-2 gynekol. amb. (2-6 místností, 40-100 m2) v Praze 1, 2, 3, 4, 6 nebo 10. Tel.: 606 393 938

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

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

Pronajmu 20 let vedenou gastroenterologickou praxi v centru města České Budějovice. Atestace a licence k endoskopickým výkonům podmínkou. Tel.: 605 278 734

Nemocnice Na Františku s poliklinikou se sídlem v Praze 1, Na Františku 8, nabízí k pronájmu kompletně vybavené chirurgické a ortopedické operační sály. Cena pronájmu 2500 Kč/hodinu. Podrobnější informace možno získat u Ing. Čekala na tel.: 222 801 271, event e-mail: cekal@nmpf.cz nebo u prim. MUDr. Svehly, tel.: 222 801 205, 222 801 222

Pronajmu nestátní zdravotnické zařízení s všestranným využitím, možnost i bytového provozu. Zařízení se nachází v centru Říčana. Kontakt: M. Fišer, tel.: 604 716 113

## Různé

Výhledově prodám zavedenou ordinaci PL pro dospělé (1800 reg. pojištěnců) v Č. Krumlově. Dohoda. Tel.: 380 715 147 (večer)

Prodám dobře zavedenou praxi PL pro dospělé v okresním městě západních Čech. Tel.: 736 645 009

Odkoupím ordinaci rehabilitační a fyzikální medicíny v Praze, i výhledově; spolupráce s prodávajícím lékařem možná. myorehab@seznam.cz

Prodám – přenechám zavedenou a kompletně vybavenou (PC, UZ, KTG a další) soukromou gynekologickou ambulanci nedaleko Žďáru nad Sázavou. Kontaktní tel.: 728 548 942

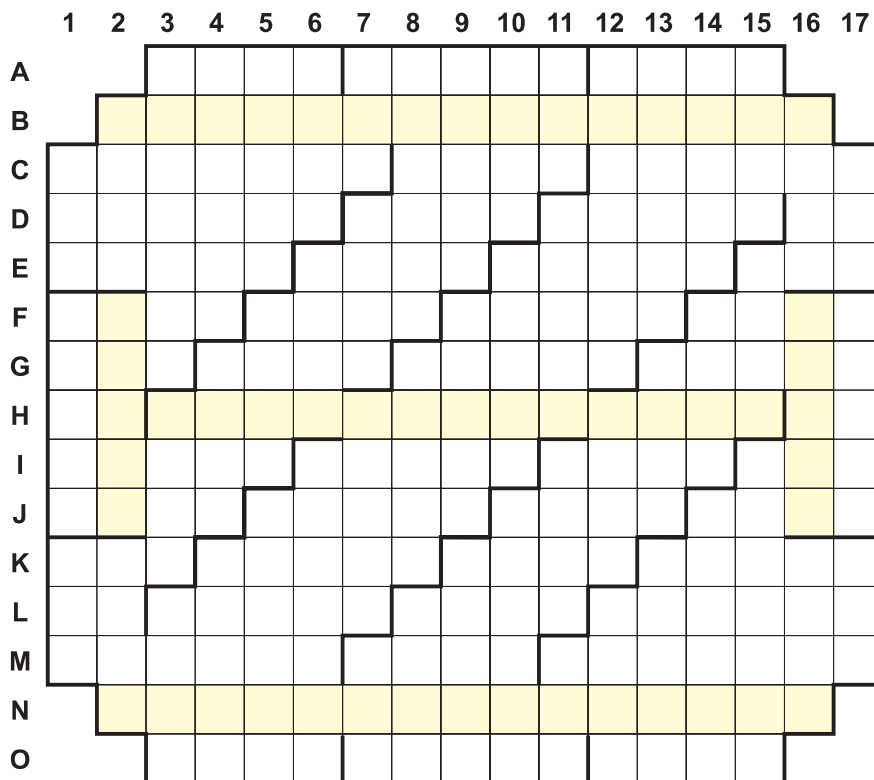
Odkoupím alergol. praxi (dětskou, dospělou nebo obojí) v Brně nebo okolí. Možná spolupráce s odprodávajícím. alergopraxe@seznam.cz. Tel.: 602 974 255





## Křížovka o ceny

V časopisu Tempus Medicorum 5/2007 se v tajence skrýval citát Johanna Wolfganga Goetha: **Medicína vyžaduje celého člověka, protože se zaobírá celým člověkem.** Desítku úspěšných luštitelů, které jsme vylosovali, získává knihu Hodinář od pověstného mistra psychologického thrilleru Jefferyho Deavera: **MUDr. Ladislav Ponos**, Ostrava; **MUDr. Vladimír Šlapák**, Prachatice; **MUDr. Miroslav Edl**, Olomouc; **MUDr. Irena Mikesková**, Šilheřovice; **MUDr. Jiří Zikmund**, Pardubice; **MUDr. Martina Hrádková**, Zlatníky; **MUDr. Kateřina Jáglová**, Karlovy Vary; **MUDr. Eugen Liška**, Praha; **MUDr. Dušan Bublík**, Karlovy Vary; **MUDr. Josef Tesař**, Suchdol nad Lužnicí.



**VODOROVNĚ:** **A.** Lyžařský pozdrav; rozpouštět žárem; sídlo v Argentině. – **B.** 2. díl tajenky. – **C.** Nevidomost; tvrdý bonbon; vedlejší místnost. – **D.** Darebák; vrch; německy „růže“ (plurál); polní míra (slovensky). – **E.** Ochrana výrobků; dvojice; vylučovat moč; spodky nádob. – **F.** Koupací nádoba; polynéský opojný nápoj; překážet; jitro. – **G.** Kru-té; vady dřeva; let kolem něčeho; až na toto místo. – **H.** Francouzsky „z“; 1. díl tajenky; iniciály herce Töpfera. – **I.** Opatřebovaná jízdou; kořalky (nářečně); přívěs; přitakání. – **J.** Spínací součástka; kontra; ohrada; Libušin otec. – **K.** Vyhynulý novozélandský druh pštrosa; požadavek; oblak; vzletný způsob projevu. – **L.** Označení našich letadel; ob-chodní úpadek (hovorově); Mohamedův rádce; slovenská řeka. – **M.** Asijský bojový sport; vykleštěný beran (oblastně); malý kňour. – **N.** 5. díl tajenky. – **O.** Kudly; původní obyvatelé Nového Zélandu; lihovina z rýže.

**SVISLE:** **1.** Zkratka Světové meteorologické organizace; zatvrzelý odpor; lahodný ná-poj. – **2.** Závazek; 3. díl tajenky; součást střechy. – **3.** Obyvatelé Opavska; jméno herečky Boudové; český hokejista. – **4.** Hudební těleso; vysévané; madridská obrazárna. – **5.** Ohrazené části lesů; neúplná; zastavení. – **6.** Roky; vojenská úmluva; loupeže. – **7.** Temnota; šaty; anglická řeka; na toto místo. – **8.** Jitřenka (řídce); pozorující vlastníma očima; úřední spisy. – **9.** Předlohy; vtloci; hodně. – **10.** Jméno zpěvačky Zemánkové; opice; bojový symbol. – **11.** Úder sekerou; kovbojská slavnost; chlup; SPZ Karviné. – **12.** Rychle uhnout; salamandr; značka kancelářských potřeb. – **13.** Nahromadit na jedno místo; básník (řídce); potopení. – **14.** Slovensky „námět“; styl populární hudby; mořská želva. – **15.** Trikyslík; věnovati; zelenina. – **16.** Asijský stát; 4. díl tajenky; čtyři páry (slovensky). – **17.** Papoušek; odtékání; rybářská síť.

**Pomůcka:** Kron, kvity, Usno.

Na správné řešení tajenky z čísla 6/2007 čekáme na adrese [recepte@clkr.cz](mailto:recepte@clkr.cz) do **15. července 2007**. Hodně štěstí!