



TEMPUS MEDICORUM

ČASOPIS ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY

2/2008

ROČNÍK 17

V TOMTO ČÍSLE:

**Nizozemská reforma
jako zdroj inspirace?**



**Otazníky kolem
budoucnosti českého
zdravotnictví**

**Pseudoprobém:
Kdo vlastní zdravotní
pojišťovny**

PLUS

EDUKAFARM

monitor medicinae

Edukační a inzertní příloha

FI SÚKL

Úloha lékaře a lékárníka
vyplývající z nového
zákonu o léčivech

Co čeká karlovarskou nemocnici?



Paranit

ZDRAVOTNICKÝ PROSTŘEDEK NA ODVŠEVENÍ

BEZ INSEKTICIDŮ
klinicky testováno



- novinka na odvševnění
- bez insekticidů
- klinicky testováno
- zdravotnický prostředek (medical device)



PARANIT ZBAVI VAŠE PACIENTY



Jak vypadá rozklad zdravotnictví

Převod okresních nemocnic na kraje bez stanovení závazné minimální sítě nemocnic, které by fungovaly v Evropě obvyklým způsobem jako neziskové organizace, byl obrovskou chybou vlády Miloše Zemana.

Kraje jsou především příliš malé na to, aby samostatně tvořily koncepci zdravotnictví. Dostupnost zdravotní péče se zhoršuje. Na jedné straně jsme tak svědky rozprodeje nemocnic, který často probíhá za ceny přinejmenším neobvyklé, nebo útluhu ekonomicky nelukrativních oddělení, a to bez ohledu na skutečné potřeby občanů. Na druhé straně jsou budovány nové kapacity. Takové snažení může připadat nelogické pouze tomu, kdo nemá představu o možných „pozitivních efektech lití stovek milionů korun do betonu pro některé vlivné lidi“.

Převod zadlužených nemocnic pod kraje předběhl reformu daňové soustavy. Kraje nemají peníze na financování nemocnic, a tak jedním z důvodů jejich transformace v obchodní společnosti je právě snaha zbavit se odpovědnosti za jejich hospodaření. Zatímco ztrátu příspěvkové organizace musí ze zákona vyrovnávat zřizovatel, tak na provozu akciové společnosti se kraj nemusí podílet nijak. Dobrým příkladem alibismu se závažnými následky je pak přenechání správcovství krajské nemocnice soukromým firmám, které v nemocnici mohou řídit jako kuna v kurníku, aniž by nesly jakoukoliv odpovědnost.

Vznik obchodní společnosti nepochybně oslabuje vliv stávajícího zřizovatele a pokud do firmy vstoupí soukromý kapitál, je krokem nevratným. Soukromé zdravotnické zařízení pochopitelně nemusí vypisovat žádná výběrová řízení. Jako paraziti se tak na nemocnice přisávají nejrůznější dodavatelé zboží a služeb, jejichž skutečná hodnota v řadě případů vůbec neodpovídá zaplacené ceně.

Společnosti s ručením omezeným dokonce ani nemusí mít ze zákona žádné kontrolní orgány. Avšak ani u akciové společnosti její představenstvo a dozorčí rada, pokud jsou obsazené převážně krajskými zastupiteli a úředníky krajského úřadu, nedokáží zabránit tunelování nemocnice, pokud se na něm budou chtít vlivní krajští představitelé sami podílet. A snad právě proto mohou vytvářet kraje akciové společnosti i za tu cenu, že těmto svým nemocnicím prakticky znemožňují čerpání peněz z fondů Evropské Unie a tak je vlastně okrádají.

Pro většinu i těch poctivých krajských zastupitelů zůstává prioritou vyrovnané hospodaření nemocnice, či tvorba zisku. Kvalita zdravotní péče ustupuje do pozadí. Ostatně druhým důvodem vzniku akciových společností je možnost odměňovat zaměstnance smluvními mzdami a nikoliv podle státních tarifních tabulek. Cílem je maximální možné snížení osobních nákladů. Na skutečnost, že v akciových společnostech vydělávají lékaři o 6 % a zdravotní sestry dokonce o 20 % méně než v nemocnicích státních, reagovala významná část kvalifikovaných zaměstnanců odchodem. Důsledkem je pochopitelně snižování kvality lékařské péče.

Zdravotní pojišťovny, které jménem svých klientů péči nakupují, si s oblibou došlápnou na soukromé lékaře, ale vůči nemocnicím jsou naopak podivuhodně benevolentní. Tolerují nedostatek lékařů i zdravotních sester a proplácají péči dokonce i na těch odděleních, kde potřebou kvalifikaci nemá ani primář.

Ministerstvo, které má ze zákona povinnost ve spolupráci s ČLK vydat vyhlášku o minimálních personálních standardech všech typů zdravotnických zařízení a ve spolupráci s komorou kontrolovat její dodržování, své povinnosti neplní a tím celou tu hrůzu kryje. Nekonzumovatelný zákon č. 95/2004 Sb. pak prakticky rozložil systém vzdělávání lékařů a tak ty kvalifikované kolegy, kteří z nemocnic uprchli, nemá kdo nahradit. Kvůli špatným pracovním podmínkám se totiž do našich nemocnic nehnou ani lékaři z Bulharska či Rumunska, které ministr sliboval.

Katastrofální nedostatek lékařů, který často ohrožuje pacienty a je příčinou množících se poruch, byl demaskován zákoníkem práce, respektujícím evropské normy. Ministr ve spolupráci s panem Schlangerem vyřeší problém typicky „po česku“, tedy výjimkou. Přepřacovaní lékaři v nemocnicích by se snad ještě měli tvářit nadšeně jen proto, že budou otročit za stejně bídné peníze jako dosud a že jim příjmy neklesnou tak, jak si představoval pan ministr v případě zavedení „pracovních sobot“ a zrušení tarifních tabulek. Opravdu podivné vítězství.

Strach z podzimních voleb možná dnes drží krajské politiky na uzdě, ale o atmosféře v nemocnicích, které se již staly akciovými společnostmi, myslím dostatečně vypovídá to, že jejich zaměstnanci se o svých zkušenostech bojí hovořit.

Kolegové pracující ve fakultních nemocnicích možná stále mají pocit, že se jich trampoty lékařů z okresních špitálů netýkají. Opak je pravdou. Pro případ, kdyby vzpurní poslanci či koaliční partneři chtěli začít používat vlastní rozum a skutečně odmítní vznik univerzitních nemocnic a.s., má ministerstvo přichystanou další kličku. Obejde parlament tím, že fakultní nemocnice zprivatizuje pouhým rozhodnutím vlády podle sedmnáct let starého zákona o velké privatizaci.

Pokud by si skutečně v naší zemi byli všichni před zákonem rovni, pokud by právo bylo opravdu vymahatelné a my bychom se těšili ochraně zákonů, které zajistí férovost hospodářské soutěže, a pokud by také existovaly reálné ceny zdravotní péče, pak by snad ani totální privatizace zdravotnictví nemusela být tragédií. V našich podmínkách, kdy úhrada za zdravotní péči neodpovídá její náročnosti, potřebnosti a kvalitě a kdy těžce nemocní pacienti představují pro nemocnice ekonomickou pohromu, si však něco takového skutečně nedovedu představit.

Milan Kubek

TÉMA MĚSÍCE

2–10

Historie karlovarského Kocourkova
Anketa jako znamení doby?
Pohled z druhé strany barikády
Umíme být jednotni
Jak chce ministr zdravotnictví obejít parlament
Jak je to s dotacemi z EU?

NÁZORY

11

Kdo kryje personální devastaci nemocnic
Některí zubaři patrně překračují zákon

POLEMIKA

12–14

Otazníky kolem reformy zdravotnictví
Novela Zákoníku práce a stanoviska
LOK-SČL a ČLK

INZERTNÍ PŘÍLOHA MONITOR MEDICINAE

15–30

Najčastejšie formy padania vlasov
Potenciální lékové chyby
Systane - liek, ktorý akceptuje zložitost
slzného komplexu
Sartany v léčbě hypertenze
Základy terapie
supraventrikulární tachykardie
Molekula měsíce – pantoprazol

PŘÍLOHA FI

Úloha lékaře a lékárníka vyplývající z nového zákona
o léčivech

REFORMA ZDRAVOTNICTVÍ

31–33

Nizozemská reforma – zdroj inspirace?

ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY

34

Pseudoprobém: vlastník pojišťovny
Stabilizace státního rozpočtu na úkor zdravotnictví

NÁZORY

35

Proč byla přijata staronová šestnáctka

PRÁVNÍ PORADNA

36–37

Podmínky pro trestní odpovědnost lékaře

PORADNA

38–39

Hrozí zneužití – diskreditace lékařské genetiky
Kardiopulmonální resuscitace

SERVIS

41–44

Vzdělávací kurzy ČLK
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 • recepc@clkr.cz
www.clkr.cz

Šéfredaktor: MUDr. Milan Kubek
Redakční zpracování: EV public relations, s. r. o., Praha
Odpovědná redaktorka: PhDr. Blanka Rokosová
Příjem příspěvků: blanka.rokosova@ev-pr.cz
Příjem řádkové inzerce: recepc@clkr.cz (viz adresa redakce)
Grafická úprava, sazba, inzerce: Edukafarm, spol. s r. o.
Design: Ing. Jindřich Hurt
Marketing a inzerce: Ing. Renáta Podracká, mobil: 724 261 177,
tel.: 224 252 435, e-mail: renata.podracka@edukafarm.cz
Tisk: EUROPRINT Modřany, a. s.
Uzávěrka čísla 2: 14. 2. 2008 • Východ: 24. 2. 2008
Podávání novinových zásilek povoleno: Česká pošta, s. p.,
odštěpný závod Praha, čj. nov. 6139/96 ze dne 22. 11. 1996
Distribuce: Česká pošta, s. p., Postservis OZ Přeprava
Předplatné pro nečleny ČLK 300 Kč/rok (přijímá redakce)
Příspěvky se nemusejí shodovat se stanoviskem redakce.
Ta si současně vyhrazuje právo na redakční úpravu textů.



Historie karlovarského Kocourkova

Až stupňující se protesty a podpora značné části veřejnosti donutily krajské politiky k jednání

Když vznikl v roce 2000 Karlovarský kraj, zdědil tři příspěvkové okresní nemocnice v každém ze sídelních měst původních okresů (Karlovy Vary, Sokolov a Cheb). V oblasti neexistovala nemocnice s terciárními rolí, zdravotní péče nebyla nijak svísel uspořádána (specializována), pracoviště nebyla navzájem ani provozně (funkčně) propojena. Poměr jejich objemů poskytované péče a počtů zaměstnanců (5:3:2 = tedy s absencí jednoznačné převahy) rovněž nepřispěl k přirozenému převzetí krajské role největší z nich. Všechny tři přitom, vzhledem ke své okresní povaze, dosud odborně prosperovaly, karlovarská navíc, jako jedna z nemnoha v celé zemi, dokázala dlouhodobě hospodařit s vyrovnaným rozpočtem.

Kouzlo se nepovedlo

Místo vytvoření zdravotní koncepce nově vzniklého správního celku s určením krajské nemocnice, vymezením rolí jednotlivých pracovišť, vypracováním restructuralizačního plánu a její veřejné debaty kraj nemocnice nejprve přetvořil na tři samostatné s. r. o. a poté se je rozhodl spojit dohromady pod jednu akciovou střechu. Nesourodý slepenec pak vtipně přezval (po vzoru pohádky o císařových nových šatech) Karlovarská krajská nemocnice, aniž název čímkoli obsahovým naplnila. Snad mělo jít o zaklínadlo, jež krajští kouzelníci pronášeli při svém čarování. Pokud ano, pak se kouzlo nepovedlo: žádnou krajskou nemocnici (ve smyslu zdravotnického zařízení, jež by bylo schopno poskytovat péči na terciární úrovni) se jim tím vytvořit nepodařilo.

Namísto společného hledání životaschopného modelu krajského zdravotnictví s lékařskou veřejností nahnali jednoho zimního dne roku 2005 představitelé kraje přednosty všech tří zařízení na krajský úřad, kde jim předvedli nahatého císaře, aniž k jeho chybějícím šatům připustili námítky. Hlasité varování lékařů, že je krajské zdravotnictví nahé, protože zkratka žádným krajským zdravotnictvím není (vyjádřená v roce 2005 též petičně), bylo cudně přeslechnuto.

Koncepční impotenci kraje přitom nelze svést na bezradnost. Vždyť samotní lékaři se krajským politikům – ústy svých institucí – opakovaně ke společnému hledání koncepční perspektivy nabízel. K posouzení předkládali tři její možné cílové tváře:

1. model „koloniální“: zmrazení současného stavu tří okresních nemocnic se smluvním zajištěním specializované péče extrateritoriálně se všemi odbornými a politickými důsledky (vč. otevřeného příznání);
2. typ „divizní“: jedna krajská nemocnice v zeměpisně nejpříhodnějším místě oblasti;
3. tvar „brigádní“: jedna určena jako krajská, v ostatních dvou ponechány základní obory s důrazem na
 - a) jakost převozové služby,
 - b) funkčnost ambulantní sítě praktických lékařů a specialistů (i sítě sociální) jako klíčové podmínky, a na
 - I. časování cílového stavu,
 - II. pečlivost restructuralizačního postupu,

III. důvěryhodnost jeho veřejného vysvětlení.

Ač lékaři to, že upřednostňují „divizní“ podobu (tedy model ad 2. s jednou krajskou nemocnicí) – též vzhledem k velikosti spádu (320 000) – nijak neskrývali, ostatní možná řešení předem nezamítali.

Aby kulisy potěmkinovské trojjediné nemocnice vypadaly krajštěji, najala rada kraje k její správě podezřelým výběrem (prosinec 2005) společnost Česká zdravotní, a. s. (jedno z chapadel Perglovy lobby), takřčené „odborníky z Prahy“. V čem měli být odborníky (snad v kulisáctví?), ví bůh. Že to však nebylo řízení zdravotnických zařízení, bylo zřejmé jak ze zápisu předemtu podnikání v obchodním rejstříku, tak z předchozí nulové zkušenosti. Jediným (alespoň přiznaným) důvodem byl příslib pětiprocentní úspory provozních nákladů, jež prý měla přinést restrukturalizace a racionalizace provozů pod jejich knutou.

O co šlo doopravdy, nešikovně prozradil nešťastný prof. Christian Köck, člen představenstva KKN, a. s., v rozhovoru pro rakouský Wirtschaftsblatt (25/I 06). Pochlubil se svou rolí v „dobře zaplacené přípravě... budoucího převzetí nemocnic KV kraje“. Záměr byl již připraven do té míry konkrétně, že v článku jmenoval své privatizační pomocníky: dvě firmy a jednu vídeňskou banku. Protože jej vyzradil předčasně, byl z představenstva „odejit“ a tvar akcí se z „doručitele“ změnil „na jméno“. Plán ověřit v KV kraji snadnost postupné privatizace (snížením účetní hodnoty nemocnic úmyslně špatným hospodařením s následným odkoupením kapitalizované pohledávky strategickým partnerem) na údajné zadání mocných finančních skupin s posvěcením současné vládnoucí garnitury však s jeho zmizením nezmizel.

K smlouvě na manažerské řízení nemocnice (ev. č. 023/2006) mezi krajem a Českou zdravotní (realitní kanceláře s několikaměsíční existencí) podotkl O. Nápravník (MF Dnes 5. 2. 2008), že použitá formulace o koupi know-how bývá „... oblíbenou formulací používanou k vyvádění finančních prostředků mimo subjekt (česky: tunelování)“. Podezření na jiný účel dalšího předpokládaného postupu prý dále zvýšily finanční operace při samotném slučování. Při fúzi nemocnic totiž





vznikla akciovka se základním kapitálem 22 milionů (později navýšeným o zhruba 10 milionů kapitalizací), přičemž se sloučilo cca 613 milionů aktiv (obsahujících i dar movitého majetku kraje, tedy veřejného majetku, obchodním společností, tedy soukromým, ve výši 323 milionů), 395 milionů vlastního kapitálu (většinou přesunutého do kapitálových fondů, které tvoří akcie) atd.

„Dítě“ se nenarodilo živé

Poté, co se najatí „hospodáři“ rozkoukali, začaly na nemocnici od počátku roku 2007 dopadat – jako rány egyptské – důsledky jejich nekompetence na všech polích: zhoršování provozních podmínek, postupný odchod personálu (zprvu středního), zastavení investic, v důsledku všeho předchozího snižování kvality zdravotní péče atd.

To vedlo k fluktuaci lékařů, včetně vedoucích pracovníků – primářů (Int. Cheb 2x, Int. Sokolov 2x, Gyn. K. Vary 2x, Chir. Sokolov) a celých týmů (Neur. Cheb). Někde (ORL K. Vary) odchod primáře zcela zastavil operativu, a stal se tak pro obor likvidačním. Jinde (Neur. Cheb) došlo k úplnému zániku celého oddělení. Na řadě jiných se provoz významně omezil (Neur. K. Vary, TRN K. Vary, Gyn. K. Vary) či vedl k trvalému uzavření lůžkových stanic (Int. K. Vary + Sokolov + Cheb, Chir. K. Vary + Sokolov + Cheb), o krátkodobém nemluvě (kolísavě postihlo většinu oddělení všech tří nemocnic). Tento živelný rozpad byl následně vydáván za rozmyslná tvůrčí rozhodnutí vedení.

Spor se přitom nikdy nevedl o to, že by všechna současná oddělení musela být

ve všech stávajících nemocnicích za všech okolností nutně udržena: naopak ale o způsobu pojetí a provádění restrukturalizačních kroků, pečlivost jejich přípravy, způsob diskuse – obvykle žádné – s odbornou i laickou veřejností a rozhodování o něm.

Z koncepčního spánku vyrušil blanické manažery až budíček krajských politiků: potřebovali totiž zdůvodnit chystanou tři-čtvrtmiliardovou stavební investici na rok 2008. Za nemalých porodních obtíží tak spatřilo světlo světa dílo s honosným názvem „Optimalizace lůžkového fondu“. Bohužel se dítě – navzdory slibnému titulu – nenarodilo živé, a šlo tak o pouhý potrat: není-li mezi řádky vepsáno tajné poselství neviditelným inkoustem, nelze z textu vyčíst více než prostý součet provozních dopadů exodu sester a lékařů.

Navíc (jak vyplývá z článku II. smlouvy vymezujícího předmět činnosti České zdravotní ve smyslu „zajištění operativního řízení společnosti“) byla strategická rozhodnutí představenstva o redukci lůžek, rušení oddělení v Sokolově a Chebu apod. mimo smluvní rámec manažerů. Jak opět poznamenal O. Nápravník ve výše zmíněném rozboru v MF Dnes „nejenže nebyli oprávněni o nich rozhodovat (...účastnit se hlasování), ale ani se zabývat jejich realizací“.

Primáři rozpočty odmítli

Když se v polovině roku 2007 ukázalo, že ztráta dosáhla 50 milionů korun, bylo již jasné, že sloučení nemocnic nedostojí ani onomu jedinému (jakkoli chatrnému) sebezduvodnění, jímž se legitimovalo: ušetřit 5% nákladů (desítky milionů za rok). Správci se nejprve schodek pokusili svést

na nárůst mezd (tvořil jeho 1/6). Následným „manažerským opatřením“ (nesplnitelným nařízením snížit rozpočty na 50% při zachovaném objemu poskytované péče) jako by usilovali o vítězství v soutěži Vtipnější vyhrává. Lékaři měli zřejmě rozpočítat své pacienty na sudé/liché a léčit jen jedny z nich. Odbornou odpovědnost nesoucí primáři se odmítli imaginární soutěže zúčastnit a rozpočty hromadně odmítli jako nesplnitelné. Protože vedení zůstalo k jejich důrazným protestům hluché, snažili se jejich mluvčí upozornit přímo vedení kraje, včetně hejtmana, že je ohrožena dostupnost zdravotní péče, a otevřeně varovat veřejnost (7. 9. 2007). Republikové představenstvo ČLK (14. 9. 2007) je jednomyslně podpořilo vyjádřením, v němž se mj. obává možnosti, že za hospodářským hroucením „...nejsou jen chyby manažerů, ale ... úmysl snížit cenu nemocnice před její privatizací“. Konstatovalo, že „model řízení, kdy kraj svěřil hospodaření s vlastním majetkem jinému subjektu (Česká zdravotní), který nenese ekonomickou odpovědnost, evidentně selhal“. Situaci v karlovarském zdravotnictví vnímá jako „alarmující“, ještě znepokojivěji však hodnotí, že „v současnosti nestojí v cestě žádné zákonné překážky jejímu případnému opakování v jiných oblastech“. Nabízí se proto k jednání s vedením Karlovarského kraje o budoucnosti lůžkové zdravotní péče v oblasti. Jako všechny předchozí, i tato nabídka zůstala nevyslyšena.

Jako deus ex machina se pak (5.–18. 10. 2007) v nemocničním účetnictví vynořily (omylem zaslané?) faktury účto-

vané dodavatelem účelově založené firmě Zdravotní distribuční s jasným napojením na Českou zdravotní. Dokázaly, že zdravotnický materiál se předražoval až o 80 %. Pouhým srovnáním cen, za něž se nakupovaly léky a zdravotnický materiál do KKN a nemocnic mimo Karlovarský kraj, se tak ukázalo, že nadcenění se děje v řádu desítek milionů ročně. Jen na poli kardiointervence zhruba třetinové předražení spotřebního materiálu přesahovalo ročně 20 milionů. Podobné přecenění cytostatik vedlo v jediném klinickém oboru – onkologii k ročnímu rozdílu 8 milionů atd.

Obdobně pod taktovkou „českých zdravotníků“ vzrostly náklady na služby (auditorské, analytické, právní, mediální, informatické a další), mnohdy nadto nekvalitní, zbytečné či zhora nepotřebné. Nejenže je nikdo nepotřeboval, ale většinou neviděl ani jejich výsledky. Jeden příklad za všechny: s obsahem auditu, ač se prý provedl v březnu 2006, nebyl dosud – 2 roky po jeho provedení – nikdo seznámen.

Celková ztráta společnosti se za minulý rok kvalifikovaně odhaduje na zhruba 90 milionů korun.

Účelové chátrání nemocnice

Vynořivší se doklady obrátily sílící tušení, že nemocnice nechátrá pouhou – byť rovněž neomluvitelnou – neschopností odpovědných hospodářů, ale účelově (vlivem vyvádění peněz z ní), v jistotu. Proto mluvčí primářů a lékařů vyzvali hejtmana k řešení a sešli se 6. 11. 2007 s ním a jeho rezortními náměstkami u kulatého stolu. Výsledkem schůzky byl slib, že kraj neprodlouží České zdravotní smlouvu (platnou do 31. 12. 2007) a že nové ředitele (výkonného, lékařského a hospodářského) vybere pečlivě, aby zabránil opakování scénáře pod jinou vlajkou a pokračujícímu rozkladu krajského zdravotnictví.

Neochota politických členů dozorčí rady (včetně hejtmana) nechat věc řádně vyšetřit, posílila obavu, že jsou s nekalostmi správce spjatí. Když se pak – navzdory „zárukám“ politiků, že se tak nestane – pokusili manažeři pronajmout ziskovou dialýzu hluboko pod tržní cenou (opět v rozporu se smluvním vymezením předmětu jejich kompetence dle čl. II), provedli tender technologie pro intenzivní péči (za 31 milionů) o třetinu dráže a podobně

nevýhodně vybrali kuchyňský provoz i výpočetní tomograf (to vše v posledním měsíci svého působení a poté, co do té doby navzdory potřebě téměř neinvestovali), nezbylo primářům než se obrátit 15. 12. 2007 (již podruhé) petičně na veřejnost a podat trestní oznámení. Za zaměstnance tak učinil člen dozorčí rady, prim. Pospíšil. Pochybnosti mířily směrem možného porušování povinnosti při správě cizího majetku (§ 255) a zneužití informací v obchodním styku (§ 128).

Když hejtman porušil svůj slib tím, že výběrové řízení na nové ředitele světlil do rukou zostuzených správců, podezření, že krajské „politiky“ jen vodí loutkovodiči zájmové lobby, ještě vzrostlo. Nikoho pak nepřekvapilo, když „čeští zdravotníci“ do funkcí exhumovali své „pohrobky“ (zdiskreditované jejich činnou podporou, včetně veřejně). Po tomto plivnutí do tváře odstoupila většina primářů (16 z 18), vrchní sestry je následovaly.

Normalizační praktiky staronového vedení, které vzpurným primářům ihned předložilo výpovědi, se staly pověstnou poslední kapkou. Většina lékařů a značná část sester karlovarské nemocnice (polovina zdravotnického personálu a třetina všech jejích zaměstnanců) podala hromadnou výpověď. (Na vrcholu dosáhl jejich po-



Hlavní protagonisté karlovarských bouřlivých dnů: MUDr. Berenika Podzemská z interny, která tu v revoluční době byla přechodně přednostkou, vrchní sestra z interny Alena Švabčíková, primář dermatologie a člen dozorčí rady MUDr. Tomáš Pospíšil a zástupce LOK-SČL gynekolog MUDr. Filip Berger (zleva).

čet 328 z 600 zdravotníků.) Požadovali:

1. prošetřit hospodaření bývalých správců (z hlediska jeho výhodnosti pro nemocnici),
2. odvolání osob z orgánů společnosti znevěřitelných kolaborací s nimi,
3. dekonstrukci samotné obchodní společnosti KKN (pro její naprosté selhání).

Protest proti rozkrádání nemocnice

Na podporu svých požadavků zorganizoval LOK-SČL 11. 1. 2008 demonstraci před krajským úřadem. Zúčastnilo se jí bezmála 2000 zdravotníků a občanů. Podpořila ji též okresní sdružení ČLK celého kraje. Praktičtí lékaři na ní vyhlásili, že jsou připraveni své nemocniční kolegy podpořit časově sladěnou stávkou. Hejtman se „taškařice“ (jak největší akci toho druhu od listopadu 1989 označil) nezúčastnil.

O týden později (17. 1. 2008) uspořádal LOK-SČL hodinovou protestní stávku a do průvodu od Becherovky k Thermalu se zvonečky a lampióny pod heslem „Posvítíme si na tuneláře a odzvoníme rozkrádání nemocnice“ se téhož večera vydalo již 3500 účastníků.

Teprve stupňování protestů a okolnost, že se zdravotníkům podařilo udržet i podporu značné části laické veřejnosti, donutilo hejtmana k jednání s lékaři a krajské politiky posléze k uzavření dohody, že:

1. bude odvoláno současné vedení KKN, a. s., na úrovni dozorčí rady a představenstva,
2. bude proveden audit hospodaření společnosti.

Na mimořádném jednání 24. 1. 2008 krajské zastupitelstvo tuto dohodu potvrdilo, odvolalo dozorčí radu a nově složilo představenstvo bez jeho nejnedůvěryhodnějších členů. Na (ač nedobrovolně) vstřícný krok primářů a zdravotníků vzali zpět rezignace a výpovědi, svou obezřetnost však nikoli. Zůstali ostražití. Nevěří totiž křehkému příměří a nevidí žádné záruky, jež by mohly zabránit snaze podobný pokus – po změně politické situace (podzimních krajských volbách) – opakovat.

Tolik k historii tzv. karlovarského scénáře. Vedle neméně slavné karlovarské losovačky je to již druhý vskutku „světový“ zářez našeho karlovarského Kocourkova do novodobých českých (anebo ruských?) dějin. Odpusťte nám to, prosím, pokud můžete.

Jaroslav Žák,
primář interního odd. nem. Karlovy Vary

Anketa jako znamení doby?

Jistě jste si všimli, že v tomto čísle zveřejňujeme jen jednu odpověď na anketní otázku. Víc jich totiž nemáme k dispozici! Anketa mezi lékaři se stala nedílnou a velmi zajímavou součástí hlavního tématu každého čísla. Redakce vždy obesílá desítky až stovky kolegů, buď přímo, nebo přes okresní sdružení ČLK. Doposud se všechna témata týkala všech lékařů, takže se k příslušné problematice vyjadřovali jak soukromí lékaři, tak lékaři zaměstnanci.

Hlavním tématem tohoto čísla je tristní situace v nemocnicích v Karlovarském kraji. Anketní otázka tedy byla tentokrát položena trochu jinak. Týkala se konkrétní zkušenosti lékařů pracujících v nemocnicích, které byly převedeny na obchodní společnosti. Proto redakce obesílala pouze lékaře zaměstnané v těchto nemocnicích. Překvapením bylo, že přišla jedna jediná podepsaná odpověď. Když se redakce snažila s některými kolegy hovořit, zdůvodněním byla obava a strach vyslovit negativní názor na dění v nemocnici a podepsat se pod něj. Nakonec redakce vyhověla také autorovi jediné odpovědi, že nezveřejní jeho jméno.

Vzpomínám si, jak jsem v roce 1997 jako předseda místní organizace LOK oficiálně oznámil řediteli nemocnice, kde jsem pracoval, že ho žádám o započítání jednání o kolektivní smlouvě. Ta totiž v té nemocnici několik let podepsána nebyla. Během několika dnů si mě ředitel pozval na jednání a beze svědků mi řekl, že mám smlouvu na dobu určitou, že mi za pár dnů končí a že se rozhodl mi ji neprodloužit. Pokud prý z nemocnice odejdu, nebude mít kdo kolektivně vyjednávat a on bude mít klid. Tak se tak i stalo. To, že se za mne kolegové, kteří mě kolektivně vyjednávat vyslali, pak nepostavili, mě sice zklamalo, ale v podstatě nepřekvapilo. Odešel jsem pracovat do fakultní nemocnice, čímž jsem si osobně dost polepšil, a v té nemocnici pak byly dlouhodobě nejvyšší průměrné platy v republice.

Zřejmě se od té doby v nemocnicích nic k lepšímu nezměnilo. Ba naopak. Nátlak vedení

nemocnic na své podřízené (a to nemluvím jen o těch aktivních s vlastním názorem) je mnohem brutálnější a nebezpečnější. Atmosféra ve společnosti a v politice začíná připomínat scény z westernů (v lepším případě) či z mafiánského Chicaga. Ministr zdravotnictví může beztrestně na veřejnosti zastrašovat členku odborů, která se postavila proti jeho nekonceptnímu rozhodnutí. Ministr vnitra beztrestně vyhrožuje při volbě prezidenta tím, že plno lidí půjde bruchet. Zákonodárci dostávají výhrušné SMS a kulky. Jiní zase dostávají – slovy dona Corleoneho – nabídky, které se nedají odmítnout. Nelze se pak divit, že houstne i atmosféra ve zdravotnictví, kde jde také o rozdělení vlivu (teritorií) nad docela slušnými penězi a ziskem. Nechci nijak soudit kolegy, kteří se rozhodli nepromluvit veřejně o svých zkušenostech z vlastní nemocnice. Neznám jejich rodinnou a finanční situaci. Kritizovat je nemá právo nikdo, kdo se do podobné situace nedostal a nemusel se takto rozhodovat. Bojovat proti přesile a často i navzdory některým kolegům je nevděčné. Mnozí lékaři si logicky našli jiné cestičky, jak si zvýšit příjem, popřípadě uvažují o odchodu do ciziny za lepším. Nelze se na ně zlobit, protože každý z nás je především zodpovědný sám za sebe, za svoji rodinu a svého pacienta, kterého právě v té chvíli léčí. Za osud nemocnice či dokonce celého zdravotnictví je přeci zodpovědný někdo jiný.

Mám neodbytný pocit deja vu. Strach ze ztráty zaměstnání, vnitřní emigrace, snaha najít si paralelní cestu, jak si přilepšit – to všechno tady již jednou bylo. Měl jsem naivní pocit, že jsme tomu v listopadu 1989 odzvonili. Asi jsme měli málo klíčů, nebo věřili špatným lidem. Proto je potřeba podporovat a bránit ty kolegy (ony příslovečné ostrůvky pozitivní deviace), kteří ne-rezignovali a mají až někdy sebevražednou odvalu měnit věci, když už ne k lepšímu, tak aspoň k normálu. I to je úkol České lékařské komory se všemi riziky, které z toho pro ní plynou.

Michal Sojka

Jako v každém čísle našeho časopisu jsme uspořádali anketu mezi vámi, členy ČLK. Prostřednictvím LOK-SČL jsme položili otázku zaměstnancům nemocnic - akciových společností. Bohužel, dostali jsme pouze jedinou odpověď, jejíž autor si nepřeje zveřejnit své jméno. Bojí se lékaři kritizovat své zaměstnavatele?

Otázka zněla:

Jak hodnotíte přerod vaší nemocnice na akciovou společnost z pohledu lékaře-zaměstnance?

Platy v naší oblastní nemocnici, akciové společnosti, poklesly v posledních měsících uplynulého roku o cca 2000 korun za služby, v porovnání s tím, co bylo domluveno v červnu 2007. To znamená, že lékař se třemi lety praxe a čtyřmi službami má 18 000 Kč čistého. Jak jsem zjistila, redukce platů se týká i zdravotních sestřiček – v průměru o 1000 Kč. Vedení této nemocnice se ke svým zaměstnancům chová, bohužel, tím nejhorším možným způsobem. Nejsm si jista, zda se nám podaří tuto zoufalou situaci zlepšit.

Napadá mě ale, jestli můj názor, jako jediný, může něco změnit, něčemu pomoci? Když se neozvou lékaři s 10letou praxí, zmůžu něco já, začátečnick? Změní to plány ministra k přeměně fakultek na akciovky? Asi těžko, čeho chce dosáhnout, to se mu většinou podaří. Asi nezbude nic jiného, než vyčkat nových voleb.

(Redakce jméno autora zná, ale respektuje jeho přání zůstat v anonymitě.)



Ministerstvo se nevyjádřilo

Redakce Tempus medicorum se zajímala o názor ministerstva zdravotnictví na situaci kolem karlovarské nemocnice. Požádala o odpověď na následující otázky:

1. Co říkáte situaci kolem krajské nemocnice v Karlovarském kraji?
2. Co hodlá Ministerstvo zdravotnictví ČR udělat, aby se stejná situace neopakovala někde jinde?
3. Krajské, ale i další nemocnice jsou obecně ve špatném personálním stavu. Přitom v § 12a zákona 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu se říká: Zdravotnické zařízení poskytující zdravotní péči musí být

personálně, věcně a technicky vybaveno pro druh a rozsah zdravotní péče, kterou poskytuje a musí splňovat hygienické požadavky na svůj provoz. – §12a zmíněného zákona ukládá ministerstvu zdravotnictví: Stanovit vyhláškou ve spolupráci s lékařskou komorou požadavky na personální vybavení zdravotnického zařízení. V jaké fázi příprava této vyhlášky je? Jak hodlá ministerstvo plnit svoji povinnost kontrolovat ve spolupráci s ČLK dodržování podmínek této vyhlášky?

Ministerstvo se k těmto otázkám odmítlo vyjádřit.

Pohled z druhé strany barikády

Jméno ředitelky Nemocnice v Sokolově MUDr. Věry Procházkové se během zjitřených nedávných dní skloňovalo v Karlových Varech v mnoha negativních pádech. Mnozí ji dokonce považují za jednu z nejdůležitějších osob v pozadí všech událostí. Na žádost časopisu *Tempus medicorum* se pokusila některé souvislosti vysvětlit.

Zhodnotila byste ze svého pohledu vývoj a současnou situaci okolo karlovarské nemocnice?

Pokud se podívám zpětně, vidím dva pohledy. Jeden se týká čistě Nemocnice v Karlových Varech, druhý celé Karlovarské krajské nemocnice, a. s., (KKN, a. s.). Vidím i dvě varianty řešení v kraji o spádovém území pro 300 tisíc obyvatel, které si nemůže dobře sáhnout ani na evropské fondy. Jedna akciovka s třemi pracovišti či opravdu jediná nová nemocnice uprostřed kraje – tato varianta je nejekonomičtější, s nejmenším počtem personálu při dobré výkonnosti, se zachovanými obory v celém spektru a dokonalou dostupností. Pro novou nemocnici však nejsou k dispozici dvě až tři miliardy korun a vstup silného investora je vzhledem k politické situaci nemožný. Věřím, že se toho dočkáme v budoucnu. Samotná Nemocnice v Karlových Varech byla považována za vyrovnaně hospodařící. Bohužel za cenu podfinancování vnitřního vybavení, se zakonzervovanými vztahy na všech úrovních a bez výraznějšího rozvoje. Jevila



přítom silné centralizační snahy, bez odpovídajícího poskytování služeb jako vyšší pracoviště. Všechny nemocnice se proto musely obracet na FN v Plzni či v Praze. Spolupráce neexistovala, konkurence pouze oslabovala zdravotnictví v kraji. Strategická aliance tří s. r. o. nefungovala a jedna akciovka se třemi pracovišti tak byla logickým vyústěním situace. Vedení akciovky odevzdané externí firmě slibovalo úspěch.

Co považujete za příčinu všech nesrovnalostí?

K tomu, aby to fungovalo, bylo zapotřebí spolupráce s najatou firmou, která nastavovala jednotné procesy, leckdy nepopulární. Nejlépe se s tím vyrovnala naše Nemocnice v Sokolově, poté v Chebu po přechodu mého ekonomického náměstka na post ředitele. Bylo potřeba sjednotit naprosto rozdílné účetnictví, mzdové předpisy, organizační řády, způsoby nakupování materiálu a koncepční vedení. Změny s tím spojené leckde přinášely tuhý odpor a velmi záleželo na ředitelích nemocnic, zda dovedli v kontextu jednotné politiky své podřízené přesvědčit. Myslím, že ředitel v Karlových Varech od počátku s touto politikou nesouhlasil, a tak to tam prostě neprosadil. Chybou České zdravotní pak bylo, že jej nepřesvědčila. Snaha o rozbití staré struktury, leckde výhodné pro některé zaměstnance i další, kteří byli navázáni ve městě na nemocnici, vedla k odporu, který vyústil demonstrativní rezignací několika primářů. K těm se přidali další, kteří byli lehce ovlivnitelní, protože neměli informace. Absence informací o veškerých krocích, otevřená a včasná diskuse o změnách a racionální zdůvodnění opravdu chyběly. Chybou bylo i neobratné jednání České zdravotní. Tím, že měla exkluzivní smlouvu na vedení společnosti, mohla sama rozhodovat téměř absolutně, a tak se občas s vysvětlováním ani nezdržovala. Takzvané předražené nákupy vybraných komodit nehrály v hospodářském



výsledku zas až tak velkou roli, jaká je jim přikládána. Většinou šlo o ZUM, ZULP, plně zaplacený zdravotní pojišťovnou (ZP). Vývoj mezd však byl velmi dramatický a neodpovídal nárůstu plateb od ZP hned od začátku. Na rozdíl od ostatního, mzdy byly v kompetenci ředitelů a jejich plán v Karlových Varech nebyl dodržen. Rostly rychleji, než se mohly projevit pozitivní efekty centralizace. Ta pochopitelně zpočátku něco stála.

Umíte se vžit do pocitů tamních primářů a dokážete si představit, jakým způsobem byste na jejich místě stávající problémy řešila vy?

Jistě, umím a chápu, když neměli dostatek informací. Mzdy jim předtím rostly, neměli důvod k protestům. Když jim ale byly náhle, uprostřed roku, zkráceny limity na nákupy tak, že to nebylo reálné, což udělal ekonom nemocnice, tak se pochopitelně vzbourili a hledali viníka. Regulovat se mělo od začátku roku.

Existuje vůbec nějaké řešení, které by uspokojilo všechny strany?

Myslím, že rychlé dokončení centralizačních kroků, aby se projevil pozitivní efekt fúze. Měsíčně kontrolovat nárůst mezd s hodnocením vývoje. Nastavit racionální investiční politiku s podporou specializovaných center v celé KKN, a. s., a zachováním dostupnosti základní péče pro pacienty. Již nyní se projevuje efekt monopolního

postavení KKN, a. s., v kraji, hlavně v jednáních o cenách se ZP. Je nutno dokončit tlak na správné vykazování ve všech třech nemocnicích.

Mnoho protestů se obrací přímo proti vám osobně. Proč?

Myslím, že právě proto, že jsem se vždy hlásila otevřeně k myšlence fúze a ctěla rozhodnutí kraje, našeho majitele. Také to, že jsem se nepřidala na stranu proti kraji, ač jsem o to byla požádána. To vedlo k osočování, že jsem spjata s Českou zdravotní. Neuznávám a z duše se mi protiví mávání hesly na ulici místo jednání za stolem nad fakty. Výhrůžky a manipulace s pacienty i zaměstnanci je nepřijatelná. Naproti tomu ale sokolovská nemocnice má nejlepší hospodářský výsledek za rok 2007, nejlepší vykazování pro ZP a plnila vždy pokyny majitele, a pokud něco vážlo, tak to udělala za druhé. Já sama jsem nezávislá a korupce u mě nemá šanci. Úspěchy plodí závist a profesionálně vedená mediální kampaň proti kraji se svezla i na mne.

Jaké byly vaše kroky v tomto vývoji, co byste zhodnotila jako chybu, co za správné rozhodnutí a co plánujete vy osobně ve svém profesním životě v dohledné době?

Mojí chybou je možná nekompromisní prosazování myšlenek, které považuji za správné. Říká se o mně, že jsem přísná, já

tomu ale říkám spravedlivá. Nekoukám nalevo ani napravo, ale dopředu. V celém vedení jsem jediná žena, a to se ještě stále v naší společnosti moc nenosí.

Pokračuji v práci ředitelky Nemocnice v Sokolově, pracuji jako lékařka na ARO a konečně mám čas na znalectví a koníčky.

Jaká je vaše role v právě probíhajících jednáních?

Moje role je vcelku jednoduchá. Víze fúze pokračuje, procesy se daří, i když někdy těžce. I nadále budou pokračovat nepopulární a bolestivá opatření; to bude muset udělat každé vedení. Nespokojenost bude dál. Prosazování těchto kroků je ale úkolem jiných lidí. Já jsem svůj úkol splnila. Byla zachována kontinuita společnosti v té nejkritičtější době a bylo otázkou času, kdy jednu z funkcí předám někomu jinému, což jsem otevřeně řekla. Nyní z postu jednoho z ředitelů nemocnic kontroluji, aby vše probíhalo regulérně. Žádám výběrová řízení, transparentní rozhodování, informace a zas je přetřím dál. Snažím se o spolupráci stejně jako předtím.

Jaká by musela nastat situace, abyste se posadila do křesla ředitelky KKN?

Pokud bude post předsedy představenstva i nadále spojený s politikou jako dosud, myslím, že o něj nemám zájem.

Blanka Rokosová

Umíme být jednotní

Co se vlastně v Karlových Varech (a našich duších) stalo? Jan Patočka kdysi napsal, že v dějinách nejde o to, čím lze otřást, ale o otevřenost vůči všemu otřásajícím. Nuže, co se nám v našem otřesu ukázalo?

Dověděli jsme se něco o světě a o sobě samých.

1. Ukázalo se, jak zranitelné jsou v současnosti veřejné nemocnice proti útokům politicko-hospodářských uskupení a jak křehké zákonné záruky poskytuje jejich současná hospodářsko-právní podoba. (Vědomí, že opakovat obdobný pokus kdekoli v zemi bude snazší, bude-li u nás úspěšný, nás donutilo vytrvat, i když se náš spor zdál předem ztracen.)

Protože není pochyb, že budou v budoucnu – vzhledem k čerpání evropských peněz – lákadlem k opakování po-

dobných nájezdů. Domníváme se, že neziskový půdorys nemocnic (páteřní síť veřejného zdravotnictví) by je ztížil. Nepřehlídíme přitom, že za současné vládní garnitury – v kontextu plánovaného přerodu fakultních pracovišť i zdravotních pojišťoven na akciové společnosti – je náš návrh ryzí utopií.

2. O sobě jsme se dověděli, že jsme schopni jednoty. Objevíme-li svou stavovskou čest, mohli bychom se stát elitou společnosti, jíž bychom měli být. Pak budeme méně snadno hračkou v rukou hrabivých manipulátorů.

Vedle role kolegiality jsme odhalili též význam naší lékařské komory. Její důstojné vystupování na straně práva bylo mocným fermentem příznivého vyústění. Vážíme si toho a děkujeme za to.

Jaroslav Žák





Jak chce ministr zdravotnictví

Pro případ, kdy by vzpurní poslanci či koaliční partneři chtěli při projednávání reformy zdravotnictví začít používat vlastní rozum a skutečně odmítl vznik univerzitních nemocnic jako akciových společností, má ministerstvo

zdravotnictví přichystanou další kličku. Obejde parlament tím, že fakultní nemocnice zprivatizuje pouhým rozhodnutím vlády podle sedmnáct let starého zákona o velké privatizaci. Zaznamenala to i česká média.

Stát řekl, jak převést fakultní nemocnice na akciovky

Minulý pátek čekala na ředitele státních nemocnic překvapivá přednáška. První náměstek ministra zdravotnictví Marek Šnajdr jim popsal, jak převést nemocnice na akciové společnosti. Mají tak učinit pomocí zákona o velké privatizaci z roku 1991.

Deník Aktuálně.cz získal podrobnosti tajné schůzky nezávisle od dvou účastníků. Setkání náměstka s řediteli potvrdil mluvčí ministra zdravotnictví Tomáš Cikrt.

Podle zákona z roku 1991

Nejvíce konkrétní byl náměstek Šnajdr u státních nemocnic, které nejsou fakultní, například u Masarykova onkologického ústavu, nebo ústavu IKEM.

Jejich ředitelům přímo nařídil, aby připravili převod ústavů na akciové společnosti podle privatizačního zákona.

To umožňuje transformaci bez vydání speciálního zákona o univerzitních nemocnicích, se kterým dosud vedení ministerstva zdravotnictví počítalo.

Podle privatizačního zákona je nutné připravit privatizační projekt. K tomu je třeba popsat a ocenit majetek určený k privatizaci. Manažeři společností jsou dále povinni založit obchodní společnost a převést na ni majetek. Privatizační projekt bude posléze předložen vládě, která rozhodne, jak naloží s akciemi.

„Není to žádná nová aktivita. Ředitelé už několik měsíců připravují své strategie s tím, že chceme, aby tyto státní nemocnice měly právní formu akciové společnosti,“ připustil Cikrt na dotaz Aktuálně.cz., jestli se postupuje podle privatizačního zákona.

Do kategorie nemocnic, které mají neprodleně připravit projekt, se počítá také pražská Bulovka, která přestane být fakultní nemocnicí. Nepatří sem ovšem menší státní ústavy, u kterých se počítá, že budou v nejbližších měsících sloučeny s velkými nemocnicemi.

Proti rektorům a lidovcům

Fakultní nemocnice se zatím mají připravovat na dvě možná řešení. Ministr Julínek se v těchto dnech snaží přesvědčit rektory a poslance KDU-ČSL, aby souhlasili s návrhem zákona o univerzitních nemocnicích.

Zákon má také změnit fakultní nemocnice na akciové společnosti. Dvě třetiny akcií by přitom získal stát a třetinu univerzity. Česká konference rektorů ovšem návrh odmítla už počátkem prosince. Podle rektorů je neúplný, vnitřně rozporný a není o něm možné ani vážně jednat. Lidovci zveřejnili stejné stanovisko před čtrnácti dny.

Pokud Julínek kritiky do května nepřesvědčí, mají také ředitelé fakultních nemocnic postupovat podle privatizačního zákona. S přípravou na tuto možnost mají začít také už dnes.

Cikrt privatizaci odmítá

Náměstek Šnajdr tak našel cestu, jak obejít nesouhlas koaličních partnerů. Teď mohou nemocnice vykročit ke stejnému cíli, i když s tím nebude souhlasit sněmovna. Bude stačit souhlas většiny ministrů.

Podle Cikrta se nepočítá s tím, že stát fakultní nemocnice v ceně 40 až 50 miliard prodá.

„Zůstanou i nadále státní. Nadále také upřednostňujeme vznik univerzitních nemocnic, čili situaci, kdy by v těchto akciovkách měly svůj podíl – vedle státu – také univerzity. A byly by to akciové společnosti zvláštního druhu, upravené zvláštním zákonem,“ vysvětluje Julínkův mluvčí.

Šnajdrův návrh tak může sloužit jako nástroj na zlomení odporu na univerzitách. Pokud by došlo k transformaci univerzit podle privatizačního zákona, nedostanou univerzity žádné akcie.

Petr Holub, Aktuálně.cz
25. 1. 2008



obejít parlament

Privatizační přípravy v nemocnicích začaly naostro

Právníci najatí ministerstvem zdravotnictví navštívili tento týden státní ústavy. Žádají data potřebná k tomu, aby připravili privatizační projekty. Například do pražského ústavu IKEM se dostavili podle informací Aktuálně.cz experti z advokátní kanceláře Jaroslava Svejkovského. Informaci, že Svejkovského kancelář spolupracuje s ministerstvem zdravotnictví a že kontaktovala i státní nemocnice, potvrdil jeden z jejich právníků Vladimír Kolář. Podrobnější informace však nemůže poskytnout: „K tomu potřebujeme souhlas klienta, s tím se nám zatím nepodařilo spojit,“ vysvětlil.

Zatím čtyři projekty

Aktuálně.cz udělalo anketu v devíti státních nemocnicích a ústavech. S jejich transformací se už začalo – po příkazu prvního ministra náměstka Marka Šnajdra.

Čtyři z ústavů budou zrušeny a jejich agendu převezmou blízké fakultní nemocnice. U dvou z nich jsou známy i termíny: Úrazová nemocnice v Brně skončí od března, pražský Revmatologický ústav v dubnu.

Další čtyři ústavy (vedle IKEMu ještě pražské nemocnice Bulovka a Na Homolce a Masarykův onkologický ústav v Brně) připravují privatizační projekty. Podle dostupných informací mají o Bulovku zájem soukromí investoři, ostatní zatím zůstanou státními akciovkami.

Nejasný je osud pražského Ústavu hematologie a krevní transfúze. Měl být rovněž zrušen a jeho pracoviště převedena pod Všeobecnou fakultní nemocnici. Zájem však projevila i vinohradská nemocnice a ve hře je stále samostatný privatizační projekt. Deset fakultních nemocnic zatím privatizační projekty nepřipravuje. Mohou se však připojit už v květnu.

Mluvčí ministerstva zdravotnictví Tomáš Cikrt nestihl během tří dnů informace z nemocnic potvrdit či vyvrátit. Už dříve však připustil, že ústavy privatizační projekty připravují. Mají podle něho ale zůstat státními akciovými společnostmi.

Fakulty v nejistotě

Také manažeři státních nemocnic zpravidla odmítají transformaci komento-

Ministerské plány s nemocnicemi

Pražské projekty	
FN Motol	Převod na univerzitní nemocnici, nebo privatizační projekt
Všeobecná FN	Převod na univerzitní nemocnici, nebo privatizační projekt
FN Královské Vinohrady	Převod na univerzitní nemocnici, nebo privatizační projekt
FN Thomayerova	Převod na univerzitní nemocnici, nebo privatizační projekt
FN Bulovka	Privatizační projekt
Nemocnice Na Homolce	Privatizační projekt
IKEM	Privatizační projekt
ÚHKT	Spojit s Všeobecnou FN, nebo s FN Královské Vinohrady, případně privatizační projekt
Revmatologický ústav	Spojit s Všeobecnou FN
Endokrinologický ústav	Spojit s FN Thomayerova
Brno	
FN Brno	Převod na univerzitní nemocnici, nebo privatizační projekt
FN U svaté Anny	Převod na univerzitní nemocnici, nebo privatizační projekt
Masarykův onkologický ústav	Privatizační projekt
Centrum transplantační chirurgie	Spojit s FN U svaté Anny
Úrazová nemocnice	Spojit s FN Brno
Ostatní	
FN Plzeň	Převod na univerzitní nemocnici, nebo privatizační projekt
FN Hradec Králové	Převod na univerzitní nemocnici, nebo privatizační projekt
FN Olomouc	Převod na univerzitní nemocnici, nebo privatizační projekt
FN Ostrava	Převod na univerzitní nemocnici, nebo privatizační projekt

vat, protože jsou placeni ministrem zdravotnictví. Sdílnější jsou děkani a profesori lékařských fakult, kteří spadají pod školský resort.

„Vnímám to tak, že jde o první krok k další privatizaci,“ hodnotil postup ministerstva Pavel Pafko, který vede 3. chirurgickou kliniku v Praze-Motole. Podle něho nemůže mít vznik státních akciových společností jiný smysl, než zakrýt skutečný plán: prodat nemocnice soukromníkům.

Lékařské fakulty očekávají od ministra zdravotnictví, že jim svůj postup vysvětlí. „Předpokládám, že vychází z nějaké vládní direktivy a že má zlepšit hospodaření nemocnic. Zatím však není jasné, jestli převod na akciové společnosti skutečně zlepšením bude,“ říká brněnský děkan Jan Žaloudík.

„Nejsem si jist, jestli je akciová společnost lepší právní formou než dosavadní příspěvková organizace. Ale i s tím by se dalo pracovat,“ míní královéhradecký děkan Vladimír Palička. Požaduje však, aby rozhodující vliv se správních radách nemocnic dostaly univerzity.

Ministerstvo ovšem počítá s tím, že dvě třetiny akcií podrží stát, univerzity se budou muset spokojit s třetinou.

K čemu je akciová společnost

Děkan Žaloudík odmítá spekulovat o tom, jestli budou nemocnice nakonec prodány soukromníkům. Chtěl by však vysvětlit, proč jsou akciové společnosti lepší.

Není předem jisté, že jejich hospodaření bude víc efektivní. Například akciová karlovarská nemocnice se loni propadla do padesátimilionové ztráty, většina státních příspěvkových organizací však hospodařila s vyrovnaným rozpočtem.

Akciovky mají být státní, proto je zřejmé, že transformace nepřinese žádnou investici. „Pokud bude jedinou změnou, že se začnou vysokými částkami vyplácet členové správních a dozorčích rad, pak na tom nemocnice jen prodělají,“ říká brněnský děkan.

Podle Žaloudíka by se také měly vyjasnit další kroky, které nastanou po převodu na státní akciové společnosti. „Například v Brně vzniknou tři: stará a nová nemocnice a Masarykův onkologický ústav. Akcie ve všech by měl mít stát a Masarykova univerzita. Nedává proto smysl, aby si navzájem konkurovaly. Pokud by se spojily do holdingu, mohly by vydělat na společných nákupech,“ doporučuje.

Petr Holub, Aktuálně.cz
3. 2. 2008

Jak je to s dotacemi z EU?

Nedávno proběhla médií informace, že kraj Vysočina zruší nejpozději do konce června 2008 založené akciové společnosti Havlíčkovobrodská nemocnice a Pelhřimovská nemocnice a převede je na příspěvkové organizace kraje. Odpověď na otázku proč je jednoduchá. Jde o dotace z EU.

Na co lze peníze z EU čerpat?

Peníze z EU je možno čerpat jednak na tzv. **investiční programy**, v rámci nichž je možné budovat či modernizovat zařízení a vybavení, a na **neinvestiční programy**, které umožňují podporovat rozvoj lidských zdrojů v oblasti zdravotnictví či realizovat další vzdělávací programy.

Zcela prioritním investičním programem pro zdravotnictví je **Integrovaný operační program (IOP)**, a to konkrétně jeho **oblast intervence 3.2 - Služby v oblasti veřejného zdraví**. V této oblasti směřují finanční prostředky jak na organizace MZd, tak i na další organizace krajů a obcí zařazených do národních sítí podle oborového vymezení (traumatologie, onkologie apod.). Cílem je dosažení jednotné a srovnatelné úrovně technického vybavení a kvality péče se zeměmi EU a zlepšení statistik úmrtnosti v ČR. Nedílnou součástí této intervenční podpory v rámci IOP je také podpora řízení kvality a nákladovosti zdravotní péče. Někteří příjemci mohou na výše zmíněné oblasti podpory získat až 100 % celkových způsobilých výdajů projektu. Celková finanční alokace pro danou oblast je cca 8,3 mld. Kč.

V rámci IOP je možnost čerpat prostředky také na budování IT systémů, a to jak na národní, tak i na krajské a regionální úrovni.

Další podpora má být zajištěna prostřednictvím **regionálních operačních programů (ROP)**, do nichž tedy lze předkládat projekty místního významu, tj. s regionálním dopadem a působností. V tomto kontextu byla také vymezena pravidla intervencí tak, aby nedocházelo k překryvům v investiční podpoře do oblasti zdravotnictví v rámci IOP.

Z Operačního programu Životní prostředí (OPŽP) lze získat dotace na realizaci opatření na úsporu energie, tj. zateplování, výměny oken, rekonstrukce otopných sou-

stav, dále na budování systémů odděleného sběru nebezpečných odpadů či udržitelné využívání zdrojů energie. Specificky pro oblast zdravotnictví zde byla prosazena témat, jakými jsou například systémy pro separaci nebezpečných zdravotnických odpadů nebo modernizace sterilizačních zařízení (tzv. formaldehydové sterilizace).

Také soukromí lékaři nebo jiné podnikatelské subjekty působící v oblasti zdravotnictví mohou získat unijní podporu, a to především v rámci **OP Podnikání a inovace (OPPI)** a končícího **OP Průmysl a podnikání (OPPP)**. Podpora v rámci těchto programů však není tak markantní a dosahuje výše podle stanovené regionální podpory.

Z **OP Výzkum a vývoj pro inovace (OPVVI)**, jehož gestorem je Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR, je možno podporovat projekty školských, výzkumných a dalších subjektů ve zdravotnictví.

Kromě investiční podpory z programů, které jsou financovány z Evropského fondu pro regionální rozvoj (ERDF), je možno i ve zdravotnictví využívat také prostředky z Evropského sociálního fondu (ESF), jež jsou určeny především na vzdělávání a další rozvoj lidských zdrojů. Prvním z programů financovaných z ESF je **OP Vzdělávání pro konkurenceschopnost (OPVpK)**, který je určen na podporu rozvoje dalšího vzdělávání v Česku, druhým **OP Lidské zdroje a zaměstnanost (OPLZZ)**, jenž je zaměřen na další profesní vzdělávání zaměstnanců.

Kdo a jak může čerpat?

Z výše uvedených řádků vyplývá, že možnosti získávat dotace z EU jsou pro nemocnice velmi rozsáhlé. Mohly a měly by se stát jejich dalším zajímavým příjmem.

Přestože o dotace z EU mohou žádat kraje, města a obce, resp. jimi zřizované a zakladané organizace, dobrovolné svazky obcí, nestátní neziskové organizace, zájmová sdružení právnických osob, podnikající fyzické osoby nebo právnické osoby (vymezené obchodním zákoníkem), výše finanční podpory

je rozdílná podle toho, zda jde či nejde o podnikatelský subjekt. A tady je vysvětlení kroků krajských zastupitelů z Vysočiny.

U nepodnikatelských subjektů je dotace do výše 85 % z celkových nákladů projektu, u podnikatelských subjektů pouze do výše 46 % z celkových nákladů.

To znamená, že nemocnice obchodní společnosti, které se řídí obchodním zákoníkem (a.s., spol. s r. o.), musí k projektu dodat 54 % finančních prostředků z vlastních zdrojů, což je oproti 15 %, jimiž musí přispět nemocnice, které na obchodní společnosti převedeny nebyly, dosti výrazný rozdíl a značné znevýhodnění.

Uvědomují si ostatní krajští politikové, kteří převedli nemocnice na obchodní společnosti a chtějí je dokonce zprivatizovat, že je připravují o dosti značný finanční obnos? Uvědomuje si to vedení ministerstva zdravotnictví, které chce převést na obchodní společnosti (a.s.) i fakultní nemocnice a pak je zprivatizovat? Pokud ano, je zde postupováno s péčí řádného hospodáře a nedochází tady dokonce k porušování povinností při správě cizího majetku? A co na to ministerstvo financí a orgány činné v trestním řízení? A co na to my?

*Michal Sojka
s použitím informací
ministerstva
zdravotnictví*



Kdo kryje personální devastaci nemocnic

ČLK marně vyzývala ministra Julínka, aby plnil povinnosti uložené zákonem

V rámci přijetí zákona o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních byl doplněn zákon č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu v § 12a tak, že s účinností od 31. 5. 2006 se ČLK zásadním způsobem podílí na kontrole personálního vybavení všech zdravotnických zařízení.

Podle § 12a **Zdravotnické zařízení poskytující zdravotní péči musí být personálně, věcně a technicky vybaveno pro druh a rozsah zdravotní péče, kterou poskytuje** a musí splňovat hygienické požadavky na svůj provoz.

§ 12a zmíněného zákona ukládá ministerstvu zdravotnictví:

- Stanovit vyhláškou požadavky na věcně a technické vybavení zdravotnického zařízení a hygienické požadavky na jeho provoz.
- Stanovit po dohodě s lékařskou komorou vyhláškou požadavky na personální vybavení zdravotnického zařízení.

• **Kontrolovat ve spolupráci s lékařskou komorou splnění požadavků na personální vybavení.**

• **V případě splnění požadavků na personální vybavení vydávat po dohodě s lékařskou komorou doklad osvědčující splnění těchto požadavků.**

Ministerstvo zdravotnictví je v této věci nečinné a dosud nesplnilo svoji zákonnou povinnost vydat příslušnou vyhláškou, ač mu tuto povinnost uložil zákon již před téměř rokem.

Práce na přípravě příslušné vyhlášky zastavil ministr Julínek ihned po svém nástupu do funkce. ČLK nemůže bez součinnosti ze strany ministerstva zdravotnictví sama situaci řešit. ČLK je připravena dostát své povinnosti být garantem řádného personálního vybavení zdravotnických zařízení patřičně kvalifikovanými lékaři a je připravena spolupracovat s minis-

terstvem zdravotnictví na plnění úkolů uložených zákonem č. 20/1966 Sb. o zdravotní péči.

Kvalita zdravotní péče nepatří mezi priority ministra zdravotnictví Julínka!

Jak je to možné?

ČLK marně vyzývala ministra Julínka k tomu, aby plnil povinnosti uložené mu zákonem. Je nepochopitelné, že ani zákonodárce nerespektuje zákony.

Vzhledem k závažnosti situace, která ohrožuje kvalitu poskytované zdravotní péče (zdravotnické zařízení, které nemá dostatek kvalifikovaných zdravotníků nemůže poskytovat kvalitní péči) se ČLK obrátila s žádostí o zjednaní nápravy na předsedu vlády a zároveň vyzvala členy zdravotního výboru PS, aby v této věci ministra interpelovali. Avšak marně.

Milan Kubek, prezident ČLK

Někteří zubaři patrně překračují zákon

Zákon č. 48/1997 Sb. v platném znění:

§ 16a

1) Pojištěnec, anebo za něj jeho zákonný zástupce, je povinen v souvislosti s poskytováním hrazené péče hradit zdravotnickému zařízení, které zdravotní péči uvedenou v písmenech a) až f) poskytl, regulační poplatek ve výši...

e) 90 Kč za pohotovostní službu poskytnutou zdravotnickým zařízením poskytujícím

1. Lékařskou službu první pomoci včetně lékařské služby první pomoci poskytované zubními lékaři...

3) Regulační poplatek podle odstavce 1 písm. a) se neplatí, jde-li o a) preventivní prohlídku...

I špatný zákon je zákon, a dokud platí, měli bychom ho dodržovat. To pochopitelně platí i pro zubaře, kteří se, kryti nepochopitelnou shovívavostí ministra Julínka, snaží v rozporu se zákonem inkasovat i ve svých řádných ordináčních hodinách od pacientů, kteří u nich nejsou registrováni, za ošetření nikoliv zákonných 30 Kč, ale 90 Kč, jako by šlo o lékařskou službu první pomoci.

Zákon o veřejném zdravotním pojištění ve svém § 28 přitom pohotovostní službu definuje jako zdravotní péči poskytovanou v akutních pří-

padech mimo ordináční hodiny lékaře nebo jako lékařskou službu první pomoci či jako ústavní pohotovostní službu v nemocnicích. Poskytování lékařské služby první pomoci je možné v souladu s § 5 zákona o nestátních zdravotnických zařízeních pouze na základě speciální smlouvy zdravotnického zařízení s krajským úřadem. Je tedy naprosto vyloučeno, aby ošetření jakéhokoli pacienta zubním lékařem v jeho ordináčních hodinách mohlo být považováno za lékařskou službu první pomoci.

Oporu v zákoně nemá ani další stomatologická novinka – podmiňování nároku na bezplatné preventivní prohlídky tím, že pacient byl tímto stomatologem v daném roce již ošetřen s poplatkem. Občan, kterého zuby nebolí a který se pouze snaží o svůj chrup pečovat a problémům předcházet, je tak nucen platit za službu, kterou vůbec nechce ani nepotřebuje, s tím, že prevence mu bude provedena „až příště“. Takové pojetí preventivní péče staví její smysl na hlavu a zpochybňuje základní účel regulačních poplatků, kterým by mělo být omezení zneužívání lékařské péče. Preventivní prohlídky v oboru stomatologie přitom jasně upravuje § 29 zákona o veřejném zdravotním pojištění tak, že jsou prováděny u dětí a dorostu ve věku do 18 let dvakrát ročně, u těhotných žen dvakrát v průběhu těhotenství a u dospělých jedenkrát ročně. Nikde ani slůvko o

tom, že by snad nárok na bezplatnou preventivní prohlídku mohl být podmiňován tím, že v daném roce již bylo pojištěnci provedeno registrujícím zubařem zpoplatněné vyšetření či ošetření.

Podivná je úloha ministerstva zdravotnictví, které zákon nezmocnil upravovat podmínky vybírání regulačních poplatků vyhláškou. Ministerstvo se tak svými metodickými pokyny snaží fušovat do činnosti nezávislých soudů, které jediné jsou oprávněny zákony vykládat. Metodické pokyny ministerstva jsou přitom závazné pouze pro ředitele přímo řízených organizací, které pan ministr může odvolat. Z pohledu většiny nemocnic a všech soukromých lékařů jde o pouhé cáry papíru.

Někdo považuje ministerstvem tolerované stomatologické překrucování zákona, které přispívá k diskreditaci reformy zdravotnictví, za „vyčuranost“, jiný v tom může spatřovat snahu ministra Julínka odvděčit se stomatologické komoře za aktivní podporu v kampani před parlamentními volbami v roce 2006. Ať tak či onak, takové jednání diskredituje celou reformu zdravotnictví.

A propos, může se v této situaci někdo divit tomu, že představitelé praktických lékařů se snaží vymoci u ministra Julínka stejnou benevolenci?

Milan Kubek, prezident ČLK

Otazníky kolem reformy zdravotnictví

Navržená reforma zdravotnictví vzbuzuje četné otazníky. Největší pochybnosti mezi odbornou veřejností i politiky vzbuzují záměry přeměnit nejenom veškeré nemocnice, ale i zdravotní pojišťovny, v akciové společnosti. Jde o obrovské peníze a tak se ministerstvo zdravotnictví snaží přesvědčovat poslance a rozptýlit jejich pochybnosti. Proto pro ně připravilo tento dokument. Nejistoty a obavy však zůstávají, a aby zákonodárci získali úplný přehled, připravila pro ně ČLK, která brání profesní práva svých členů, následující komentář, který uvádí na pravou míru argumenty ministerstva.

■ text MZ ČR

■ text ČLK

Řadu zásadních otázek tento materiál vůbec neřeší. Jde zejména o otázky, které zajímají soukromé lékaře a další provozovatele nestátních zdravotnických zařízení. Některé z nich považuje většina soukromých poskytovatelů zdravotní péče za zcela alarmující. Jde zejména o:

- zrušení dohodovacích řízení o rámcové smlouvě, tím patrně do budoucna i celého institutu rámcové smlouvy, která chrání soukromé lékaře před „smluvním diktátem“ zdravotních pojišťoven (každý jednotlivý soukromý lékař nemá šanci vyjednat se zdravotní pojišťovnou individuální smlouvu „pro sebe“, přístup byl před zavedením institutu rámcové smlouvy takový, že „berte co vám nabízíme, nebo neberte...“);
- zrušení dohodovacích řízení o hodnotě bodu, výši úhrad zdravotní péče a regulačních omezeních s tím, že nadále bude hodnotu bodu, výši úhrad zdravotní péče a regulační omezení stanovovat vyhláška MZ (velmi pravděpodobně ústavně nekonformní návrh právní úpravy);
- dohodovací řízení o seznamu zdravotních výkonů bylo zrušeno již k 1. 1. 2008;
- zákaz „kartelových dohod“ (!!!) pro nestátní zdravotnická zařízení, která až dosud naprosto legitimně a způsobem v Evropě obvyklým vyjednávají o cenách zdravotní péče v dohodovacím řízení;
- zrušení výběrových řízení pro vstup do sítě smluvních zdravotnických zařízení zdravotních pojišťoven, které si samy budou určovat, s kým a na jak dlouho smlouvu uzavřou či neuzavřou (obrovský prostor pro korupci, patrně rozpor se směrnicemi EU o transparentnosti...);

• zdravotní pojišťovny i zdravotnická zařízení mohou mít stejné vlastníky, neexistuje žádná pojistka proti zvyhodňování „svých“ zdravotnických zařízení oproti ostatním, což je flagrantní porušení pravidel hospodářské soutěže, které nemá v Evropě obdoby.

Poznámka: Uvádíme jen nejzávažnější změny k horšímu, bylo by možno uvést mnohem více... Návrh vede k obrovskému zvýšení kompetencí a „moci“ zdravotních pojišťoven.

Bude zachován veřejný charakter pojištění:

- Všichni občané zůstávají povinně účastníky veřejného zdravotního pojištění.
- Odvody se nadále platí na základě schopnosti platit a jsou přerozdělovány, zůstává tedy zachována dostupnost potřebných zdravotních služeb pro všechny občany a solidarita nejen mezi zdravými a nemocnými, ale i mezi bohatými a chudými.
- Občané se stejným zdravotním stavem a stejnou zdravotní potřebou mají nárok na stejný standard zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění.
- Stávající rozsah úhrady z veřejného zdravotního pojištění nebude významně omezen.
- Návrhy neřeší ani nedostatek finančních prostředků, kterým trpí naše zdravotnictví (7% HDP ČR x 8,9% HDP EU-15), ani nespravedlnost v odvodech zdravotního pojištění, kdy stát platí pojistné za 57% obyvatel (děti, důchodci, nezaměstnaní), kteří čerpají 80% zdravotní péče ve finančním vyjádření, avšak státní příspěvek představuje pouhých 24% příjmů pojišťoven.
- Zachování stávajícího stavu bez zajištění dalších finančních zdrojů – něco takového lze těžko vydávat za reformu zdravotnictví.
- Předkladatel návrhu nepočítá s žádnými dodatečnými finančními zdroji, které by řešily základní problém chronicky podfinancovaného českého zdravotnictví. Právě naopak velmi složitý systém pseudokonkurence privátních zdravotních pojišťoven s vyššími režijními náklady, který má ještě prodražovat vznik Úřadu pro dohled nad zdravotní-

mi pojišťovnami, odčerpá z veřejného zdravotního pojištění další prostředky, které by mohly být jinak použity na úhradu zdravotní péče.

- Jednou ze zásadních chyb návrhů je skutečnost, že není ani naznačen obsah tzv. transformačního zákona, podle kterého by se stávající zdravotní pojišťovny měly měnit v akciové společnosti.

Bude zajištěna ochrana pojištěnce a naplnění jeho nároku na péči:

- Zdravotní pojišťovna (ZP) nesmí odmítnout žádného pojištěnce, který si ji vybral.
- ZP je povinna vytvořit takovou síť smluvních poskytovatelů zdravotních služeb, aby pojištěnec nemusel cestovat za poskytovatelem dál, než zákon stanoví – tj. maximální limit místní dostupnosti; a aby pojištěnec nemusel čekat na zdravotní službu déle, než zákon stanoví – maximální limit časové dostupnosti.
- Pojištěnec má nárok na úhradu u nesmluvního poskytovatele, pokud ZP neplní limity místní a časové dostupnosti. Plnění limitů je sledováno Úřadem pro dohled a zveřejňováno.
- ZP je povinna vytvořit systém sledování a řešení žádostí a stížností pojištěnců.
- Smluvní poskytovatel je povinen vést transparentní objednacích seznamy zdravotních služeb.
- ZP je povinna zajistit a uhradit pojištěnci konzultaci mimo smluvní síť (second opinion).
- Přísný, pravidelný a nezávislý dohled Úřadu nad ZP a jejím plněním nároků pojištěnců.
- Pojištěnec by měl mít právo na svobodnou volbu svého lékaře, se zvoleným lékařem či zdravotnickým zařízením by měla zdravotní pojišťovna povinně kontraktovat, jak je to v řadě států EU a bylo původně i v ČR. Jinak jde o velmi omezenou volbu, pokud je odkázán jen na omezenou množinu zdravotnických zařízení, se kterými má smlouvu jeho zdravotní pojišťovna.
- Zdravotní pojišťovna nesmí odmítnout pojištěnce ani dnes.
- Návrh ministerstva zdravotnictví omezuje právo pacientů na svobodnou volbu lékaře a podporuje vznik monopolistick-

kých řetězců poskytovatelů zdravotní péče ekonomicky provázaných se zdravotními pojišťovnami.

- Administrativní stanovování maximální objednávací doby na jednotlivé zdravotní služby je zcela iluzorní, představovalo by neodůvodněný zásah státu do svobodného podnikatelského prostředí. Zdravotnická zařízení, která jsou podnikatelskými subjekty, nemohou být nucena k poskytování zdravotních služeb v takovém objemu, který nedostanou zaplacený v souladu s platnými předpisy.
- Ad tzv. second opinion – Samotná konzultace spočívající v „přezkoumání léčebného plánu“ nemá pro pacienta žádný význam, pokud bude omezeno jeho právo svobodné volby zdravotnického zařízení. Zdravotnické zařízení poskytující tuto konzultační službu nenese odpovědnost za průběh a výsledek léčby. Otázkou zůstává: co se bude dít, pokud se názory zdravotnického zařízení, které léčí, budou rozcházet s názory pracoviště poskytujícího konzultaci?
- Zřízení Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami, tedy dalšího centrálního úřadu, by vedlo pouze k dalšímu nárůstu byrokracie. Dohled nad zdravotními pojišťovnami může i nadále vykonávat Ministerstvo zdravotnictví ČR ve spolupráci s Ministerstvem financí ČR. Představa, že pouhá skutečnost, že Úřad nebude podléhat přímému vlivu žádného ministerstva, zajistí jeho politickou nezávislost, je naivní, neboť předseda Úřadu by měl být jmenován prezidentem republiky na návrh vlády a rovněž by mohl být také prezidentem na návrh vlády, tedy orgánem politického, odvolán.

Bude posílena motivace pojišťoven k hospodárnému nakupování zdravotní péče:

- Pojišťovny budou mít na rozdíl ode dneška zodpovědného majitele (stát nebo soukromé subjekty) a členy statutárních orgánů. Jejich zájmem bude předcházet zbytečným nákladům na léčení zanedbaného zdravotního stavu.
- Pojišťovny budou povinny zveřejňovat informace o poskytnuté zdravotní péči (počty zákroků apod.) a její kvalitě.
- Pojištěnci si budou vybírat zdravotní pojišťovnu a její produkt (zdravotní plán) podle kvality služeb a podle dosažených úspor, které jim budou vyplaceny.

- Tato motivace a konkurenční prostředí povede k postupnému vymizení plýtvání, které je v dnešním systému odhadováno na 30 až 40 miliard korun.
- Zdravotní pojišťovny mají pochopitelně vlastníka i v současnosti.
- Zdravotně pojistné plány s nižším krytím si budou vybírat lidé mladí a zdraví. Pokud jim pojišťovny budou vyplácet ušetřené peníze, pak tyto budou chybět v solidárním systému k zajištění péče o lidi nemocné, staré, chudé... Ušetřené peníze jim mají pojišťovny vyplácet zpět buď na tzv. spořicí účty, nebo formou různých bonusů. Účelnost takto vynaložených prostředků, které budou v solidárním systému chybět, je přinejmenším sporná.
- Údaje o údajném plýtvání s 30 až 40 mld. korun ročně jsou čistou spekulací, neopírající se o žádnou seriózní analýzu.

Právní základ a. s. bude doplněn řadou specifických ustanovení:

- Z Obchodního zákoníku pouze základ: propojení s právním řádem a statutární orgány.
- Specificky („sui generis“) a odlišně od běžné akciové společnosti jsou upraveny podmínky udělení licence, požadavky na hospodaření (minimální hotovostní rezerva, monitorování solventnosti...), omezení provozních nákladů, podíl pojišťovny na úsporách vyplacených pojištěncům a další povinnosti vůči pojištěncům a Úřadu pro dohled.
- Soukromoprávní společnosti provozující veřejné zdravotní pojištění ve Švýcarsku, Nizozemsku, Irsku, na Slovensku a nově v Maďarsku. Stejně tak povinné odvody spravují v řadě evropských zemí soukromí správci penzijních fondů.
- Hlavním účelem každé obchodní společnosti podle obchodního zákoníku je dosažení zisku. Zisk není zdravotní pojišťovna povinna vložit zpět do systému veřejného zdravotního pojištění, je určen pro vlastníka obchodní společnosti, který si sám rozhodne, jakou jeho část vloží do dalšího podnikání (do poskytování zdravotní péče) a jakou část si ponechá. Obrovský problém, který v současné době velmi těžce řeší u privatizovaných zdravotních pojišťoven vláda Slovenské republiky.
- Standardním modelem v EU jsou veřejnoprávní neziskové zdravotní pojišťov-

ny, které zajišťují standardní zdravotní péči, doplněné o pojišťovny poskytující nadstandardní pojištění, které pracují na komerčním principu. Samo ministerstvo přiznává ve svém zdůvodnění, že soukromé zdravotní pojišťovny představují v Evropě minoritní, zcela marginální řešení.

Mnohem lépe než dnes bude zajištěna ochrana zdrojů veřejného zdravotního pojištění před zpronevěrou:

- Prověřování akcionářů a původu jejich majetku při založení ZP i při změnách.
- Minimální výše základního kapitálu a hotovostních rezerv vyšší než dnes.
- Prověřování řídicích a vedoucích zaměstnanců při založení ZP i při změnách.
- Odpovědnost členů statutárních orgánů za škody způsobené společností.
- Pravidelné monitorování finanční situace pojišťoven Úřadem pro dohled, tvrdé sankce při porušení povinností.
- Navrhovatel se snaží řešit problémy, které v současnosti neexistují a které vzniknou teprve v případě realizace takto nepromyšleného experimentu. Používá přitom zcela absurdní argumenty – není zřejmé, proč stejně efektivní systém kontroly by nemohl fungovat, aniž by zdravotní pojišťovny byly akciovými společnostmi. Naopak, lze předpokládat, že některé zásahy státu do rozhodování soukromých vlastníků o vlastním majetku mohou být právem označeny za ústavně nekonformní a příslušná ustanovení o kontrolních mechanismech zrušena třeba i rozhodnutím Ústavního soudu, pokud shledá, že stát příliš zasahuje zákonem do správy majetku soukromého vlastníka.
- Představa o „prověřování“ řídicích a vedoucích zaměstnanců v privátních společnostech je naprosto naivní.
- Členové statutárních orgánů akciových společností odpovídají pouze za úmyslně způsobené škody.
- Finanční situaci zdravotních pojišťoven by mělo monitorovat Ministerstvo financí ČR.

Žalostný výsledek zcela obdobného slovenského zdravotnického experimentu by měl být jistě výstrahou před stejnou cestou u nás.

Milan Kubek, Jan Mach

Novela Zákoníku práce (tzv. dohoda Schlanger – Julínek)

Za § 93 se vkládá § 93a, který zní:

Další dohodnutá práce přesčas ve zdravotnictví

1. Další dohodnutou prací přesčas ve zdravotnictví (dále jen „další dohodnutá práce přesčas“) se rozumí práce v nepřetržitém provozu spojená s příjmem, léčbou, péčí nebo se zajištěním přednemocniční neodkladné péče v nemocnicích, ostatních lůžkových zdravotnických zařízeních a zdravotnických zařízeních zdravotnické záchranné služby, kterou vykonává
 - a. lékař, zubní lékař nebo farmaceut,
 - b. zdravotnický pracovník nelékařských zdravotnických povolání pracující v nepřetržitém pracovním režimu,
 - c. (dále jen „zaměstnanec ve zdravotnictví“). **Další dohodnutá práce přesčas je práce konaná nad rozsah uvedený v § 93 odst. 1 a odst. 4.**
2. Zaměstnanec ve zdravotnictví, který nesouhlasí s výkonem další dohodnuté práce přesčas, nesmí být k jejímu sjednání nucen ani být vystaven jakékoli újmě. O uplatnění další dohodnuté práce přesčas je zaměstnavatel povinen písemně vyrozumět příslušný orgán inspekce práce.

3. Další dohodnutá práce přesčas zaměstnanců ve zdravotnictví nesmí přesáhnout v průměru 8 hodin týdně a v případě zaměstnanců zdravotnické záchranné služby v průměru 12 hodin týdně v období, které může činit nejvýše 26 týdnů po sobě jdoucích; jen kolektivní smlouva může toto období vymezit na nejvýše 52 týdnů po sobě jdoucích.

4. Dohoda o další dohodnuté práci přesčas
 - a. musí být sjednána písemně, jinak je neplatná,
 - b. nesmí být sjednána v prvních 12 týdnech ode dne vzniku pracovního poměru,
 - c. nesmí být sjednána na dobu delší než 52 týdnů po sobě jdoucích,
 - d. může být okamžitě zrušena, a to i bez udání důvodu v období 12 týdnů od sjednání. Okamžité zrušení musí být provedeno písemně a doručeno druhému účastníku,
 - e. může být vypovězena z jakéhokoliv důvodu nebo bez uvedení důvodu; výpověď musí být dána písemně a doručena druhému účastníku. Pokud nebyla výpovědní doba sjednána kratší, činí 2 měsíce a musí být stejná pro zaměstnavatele i zaměstnance ve zdravotnictví.

5. Zaměstnavatel vede aktuální seznam všech zaměstnanců ve zdravotnictví vykonávajících další dohodnutou práci přesčas.

Tento zákon pozbývá platnosti dnem 31. prosince 2013.

Tímto textem nahradil 7. 2. 2008 ministr Julínek při jednání zdravotního výboru Senátu svůj návrh z listopadu 2007, kterým chtěl všechny zdravotníky vyjmout z režimu platu, tedy odměňování podle tarifních tabulek, a zároveň umožnit „dobrovolné“ prodloužení základní pracovní doby ze 40 hodin na 48 hodin týdně, které lékaři nikoliv bez příčiny považovali za „pracovní soboty“.

(red)

Stanovisko ČLK

Pokud bude schválena novela zákoníku práce v souladu s tzv. dohodou Schlanger – Julínek, bude řešení problému přepracovaných lékařů, kteří představují potenciální ohrožení pro své pacienty, odloženo na neurčito. Zdravotnictví získá 6 let trvající výjimku, přičemž i tento čas bude s největší pravděpodobností promarněn, a tak jediné, čeho se asi dočkáme, budou v roce 2013 aktivity směřující k prodloužení platnosti této výjimky.

Kauzálním řešením problému nemůže být nic jiného než zvýšení výdajů na zdravotnictví, výchova většího počtu lékařů, úpravy sítě nemocnic, změny organizace práce v nemocnicích a zapojení soukromých lékařů do práce v nemocnicích na bázi dobrovolnosti.

Vzhledem k tomu, že se dá očekávat nátlak ze strany zaměstnavatelů na „dobrovolný“ souhlas s větším množstvím přesčasové práce, je třeba připomenout, že i nadále platí a bude platit, že zaměstnavatel může zaměstnanci nařídít přesčasovou práci maximálně do limitu 150 hodin za rok. Větší rozsah přesčasové práce mohou zaměstnanci odmítnout a zaleží pouze na nich, jak s pomocí své odborové organizace dokáží tohoto zákonného práva využít.

Milan Kubek, prezident ČLK

Stanovisko LOK-SČL k návrhu řešení přesčasové práce

Daný návrh byl sice často prezentován jako odborový, ale autorem je pouze Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče spolu se zástupci zaměstnavatelů.

LOK-SČL během všech předchozích jednání zastával konzistentní názor, že daný návrh ve skutečnosti neřeší ani neúnosnou zátěž lékařů přesčasovou prací (viz naše aktivity „unavený lékař“) ani neúměrnou finanční závislost na příjmech z ní. Velká část zaměstnanců se ani do tohoto zvýšeného limitu nevejde, takže stávající forma „dohod“ bude pokračovat pro tyto nadlimitní hodiny i nadále.

Zvolený limit 16 hodin přesčasové práce týdně je navíc dle našich právníků v rozporu s Evropskou směrnicí (čl. 23), protože Česká republika nepožádala o výjimku z limitu 8 hodin přesčasové práce týdně.

Rovněž nepovažujeme za vhodné, aby byl zákoník práce takto účelově pouze pro zdravotnictví měněn.

Snad největší výhrady máme ke skutečnosti, že tato výjimka by měla trvat až do konce roku 2013. To považujeme za neúnosné prodloužování již uplynulého, a politiky i manažery nemocnic promarněného, přechodného období z let 2001–2006. Výsledkem bude zakonzervování stávajícího neúnosného stavu. Bohužel v pracovní skupině, která hledala řešení problému nedostatku kvalifikovaných lékařů, jsme se svými připomínkami zůstali v menšině.

Vzhledem k tomu, že zdravotnictví v současné době čelí ještě mnohem závažnějším hrozbám (snaha zprivatizovat všechny subjekty ve zdravotnictví, pojišťovny i nemocnice), rozhodli jsme se řešení přesčasů již opustit a všechny síly věnovat tomu, aby předložené návrhy o pojišťovných a univerzitních nemocnicích nebyly přijaty.

Martin Engel, předseda LOK-SČL

Obsah

Úloha lékaře a lékárníka vyplývající z nového zákona o léčivech.....	1
Informace o evropském přehodnocení bezpečnosti užívání přípravků obsahujících karisoprodol.....	4

Champix – nová doporučení pro lékaře a pacienty v souvislosti s výskytem sebevražedných myšlenek a pokusů	4
---	---

ÚLOHA LÉKAŘE A LÉKÁRNÍKA VYPLÝVAJÍCÍ Z NOVÉHO ZÁKONA O LÉČIVECH

Nový zákon o léčivech č. 378/2007 platný od 31.12.2007 umožňuje lékárníkovi vydat místo předepsaného léčivého přípravku jiný léčivý přípravek se stejnou léčivou látkou za splnění dále uvedených podmínek. Nevyznačí-li předepisující lékař, že trvá na vydání předepsaného léčivého přípravku, může lékárník předepsaný léčivý přípravek nahradit jiným léčivým přípravkem za předpokladu, že s tím pacient souhlasí a náhradní léčivý přípravek je shodný z hlediska účinnosti a bezpečnosti, obsahuje stejnou léčivou látku se stejnou cestou podání a stejnou lékovou formu; obsahuje-li náhradní léčivý přípravek rozdílné množství léčivé látky v jednotce hmotnosti, objemu nebo lékové formy, lékárník upraví jeho dávkování tak, aby odpovídalo dávkování předepsanému lékařem.

Tento způsob záměny léčivého přípravku je u nás pro zdravotníky obvykle spojen s výrazem „generická substituce“ a možnost předepisovat přímo názvem léčivé látky „generická preskripce“, což není zcela přesné vyjádření. V některých zemích může lékař předepisovat léčivo přímo s použitím názvu léčivé látky místo obchodního názvu konkrétního léčivého přípravku a používá přitom mezinárodní nechráněný název léčivé látky (INN - International Nonproprietary Name), tzv. „INN preskripce“, nebo je možná substituce za jiný přípravek se stejnou léčivou látkou.

Upřesnění terminologie: INN a generika jsou odlišné záležitosti

- **INN:** INN je zcela jednoduchý a skutečný název léčivé látky. INN systém vytvářený Světovou zdravotnickou organizací (WHO) je používán na celém světě. Umožňuje zdravotníkům a pacientům rozlišit přesně a spolehlivě lék a vyloučit potenciální závažné nežádoucí účinky způsobené nejasnostmi ohledně podaných léků.
- **Generikum:** Generikum je kopie léku, která přichází na trh po několika letech, kdy vyprší patentová ochrana, která poskytuje originálnímu přípravku mnohaletou exkluzivitu. Všechna generika jsou kopie originálních přípravků a obsahují stejnou léčivou látku (se stejným INN) a mají stejný účinek.

Bez ohledu na používané termíny došlo po schválení nového zákona o léčivech k živé mediální diskusi o vhodnosti a podmínkách zákonem umožněné záměny léčivého přípravku a k četným dotazům ze strany lékařů i lékárníků.

Pro lepší orientaci v tomto problému nabízíme zkušenosti francouzského lékového bulletinu a zveřejňujeme zkrácený překlad jeho článku „Think INN, prescribe INN, dispense INN“, Prescrire International 2000; 9 (50): 184 – 190, ve kterém jsou rozebrány výhody i omezení „INN preskripce“.

Používání INN názvů léčivých látek při předepisování a výdeji léčiv

1. INN systém: jasný mezinárodní jazyk

Syntetické a semisyntetické látky jsou mimo vnitřní systém firemních kódů označovány různými způsoby:

- chemický název, který je často srozumitelný jen pro odborníky a může se měnit podle interpretace chemické nomenklatury;
- chemický vzorec, který může být použit pro výpočet molekulové váhy, ale jinak není příliš využitelný;
- strukturální vzorec, který graficky popisuje chemické složení; jeho význam je jasný pro chemiky, ale ne pro ostatní uživatele;
- registrační číslo CAS (Chemical Abstract Service), které je přiděleno všem produktům uváděným v publikacích od roku 1965; je to dobrá identifikace, ale už trochu bezvýznamná;
- registrované výrobní značky, které mohou být početné, lišit se země od země a které vypovídají málo nebo nic o původu látky a jejích vlastnostech;
- a poslední je mezinárodní nechráněný název (International Nonproprietary Name – INN).

Evropská direktiva 92/27/EEC doporučuje používat INN léčiv ve všech členských státech.

Úloha WHO. Po rezoluci Světového zdravotnického shromáždění v roce 1950 byla WHO pověřena zavést od roku 1953 INN systém.

Tento úkol byl WHO dán jako část jejího základního mandátu: vytvořit, zavést a podporovat přijetí mezinárodních standardů pro potraviny a farmaceutické a biologické přípravky.

Průběžně jsou požadavky na INN léčiv předávány národními názvoslovnými komisemi nebo přímo farmaceutickými společnostmi. Jsou doprovázeny přesnou informací o chemické povaze látky, její farmakologické účinnosti a možnosti použití.

Po přezkoumání každé žádosti navrhne expertní skupina WHO při Mezinárodním lékopise léčivých přípravků INN, který:

- je jasně rozeznatelný, napsaný i vyslovitelný;
- je krátký;
- je nepravděpodobné, že by byl zaměněn s jinými obecně používanými názvy;
- obsahuje klíčovou část (předponu, příponu nebo střední část) obvyklou pro všechny látky stejné skupiny, založenou na farmakologické účinnosti nebo chemické struktuře;
- je přenosný do co největšího počtu jazyků (písmena „h“ a „k“, „ae“, „oe“ jsou vyloučena; písmeno „f“ se používá místo „ph“ atd.);

Seznamy INN jsou publikovány WHO v 6 verzích: anglické, latinské, francouzské, španělské, ruské a arabské (čínská verze je plánovaná), ale rozdíly mezi verzemi jsou minimální.

Návrh INN je publikován ve WHO Drug Information Bulletin a následně jsou shromažďovány všechny připomínky a kritiky

po dobu 4 měsíců. Poté se návrh INN stává doporučeným INN a po zveřejnění je definitivní. Seznam navržených a doporučených INN je pravidelně publikován a je dostupný na <http://med-net.who.int>.

2. INN předepisování má farmaceutická omezení

Určitá léková forma, dávkování a doba léčby je volena tak, aby bylo dosaženo požadovaného kladného účinku léčiva. Všechny léky přinášejí riziko nežádoucích účinků, které musí být rovněž bráno v úvahu.

Při předepisování nebo vydávání léku je třeba udělat maximum pro zvýšení účinnosti a minimalizování rizik, obzvláště probráním léčby s pacientem. „INN preskripce“ může tyto cíle podpořit, ale může být za určitých okolností nevhodná.

Krátkodobá versus chronická preskripce

Při léčení akutního stavu, jako je traumatická bolest nebo infekce, má význam výběr účinné látky a způsob dávkování. Krátkodobá léčba je ideálním případem pro INN preskripce.

INN preskripce je rovněž vhodná, když začínáme dlouhodobou terapii. Tak jako ve výše uvedeném případě může být vhodná léková forma vybrána jednodušeji, když vezmeme v úvahu problémy s pomocnými látkami a preference pacienta. Značnou výhodou je i to, že pacient může snadněji získat stejný lék při cestě v cizině. Stejný lék může být používán tak dlouho, jak je potřeba, jestliže je účinný a bezpečný.

Převedení na INN preskripce může být provedeno v okamžiku první opakované preskripce, ale farmakokinetické, psychologické a praktické problémy mohou nahrávat pokračování v užívání určitého obchodního názvu přípravku.

Nezapomínejte na pomocné látky

Dospělí i děti mohou odmítnout pomocné látky určité chuti nebo zápachu a nemusí pokračovat v léčbě, pokud lék takové látky obsahuje. Další pacienti z osobních, kulturních, náboženských či jiných důvodů dávají přednost jedné lékové formě před jinou (pevná versus tekutá, krém versus roztok, nealkoholické složení, nepřítomnost zvířecí želatiny atd.). Někteří pacienti mohou mít potíže s určitým typem balení jako jsou bezpečnostní uzávěry nebo špatně značené dávkování odměrky.

Lékaři a lékárníci by měli rovněž kontrolovat, zda vybraná léková forma nevystavuje pacienta neodůvodněnému riziku (např. intramuskulární injekce versus perorální použití).

Někteří pacienti se musí vyhnout pomocným látkám jako je sacharóza, etanol, sodík nebo draslík (kontraindikace nebo riziko interakce) nebo antimikrobiálním přísadám jako jsou rtuťnaté deriváty a kvarterní amonium (v očních kapkách), injekční sířičitany nebo topický lanolin (známá alergie). V těchto případech je jistější předepsání obchodního názvu přípravku.

Psychologické faktory

INN preskripce může posílit pacienty a zvýšit jejich důvěru v léčbu a zdravotníky. Někteří pacienti však nemusí být ochotni užívat přípravky předepisované pod INN. Samozřejmě obeznamenost s obchodním názvem přípravku může způsobit, že na něm pacient lpí. V těchto případech se má lékař nebo lékárník zeptat pacienta, jestli má nějaké zvláštní preference.

Bioekvivalence

Ve Francii je bioekvivalence mezi dvěma léčivy definována v „Public Health Code“ jako „ekvivalence biodostupnosti“ a biodostupnost jako „rychlost a stupeň absorpce účinné látky nebo její terapeutické frakce z lékové formy, určené k dostupnosti v cílovém místě“.

Evropský soudní dvůr považuje dva léky za bioekvivalentní, jestliže jsou to „ekvivalentní nebo alternativní léčivé přípravky“

a jestliže „jejich biodostupnost (stupeň a rychlost) po podání ve stejné molární dávce je tak podobná, že jejich účinek (účinnost a bezpečnost) je v podstatě stejný“.

Přesná bioekvivalence je nutná zřídka, ale za určitých okolností by mělo být vyloučeno předávkování nebo nedostatečné dávkování. Obzvláště důležité je to pro léky s úzkým terapeutickým rozmezím a pacienty se zvláštními rizikovými faktory (viz Tabulka).

Ačkoliv zprávy o klinických problémech spojených s nedostatečnou bioekvivalencí jsou vzácné, doporučení se mohou lišit země od země, od dodržování stejné lékové formy pro pacienta k důkladnému monitorování a detailní informaci pro pacienta, když je převáděn na INN preskripce.

Bioekvivalenci některých lékových forem a cest podání je těžké prokázat konvenčními metodami. To platí obzvláště v případě nízkých plasmatických koncentrací (topické přípravky, dávkovací inhalátory). V těchto případech je lepší pokračovat se stejnou lékovou formou. To samé platí i pro přípravky, které vyžadují trénink pacienta (např. inhalátory) a představují riziko vzniku chyb.

Změna vzhledu léku může vylekat pacienta

Oponenti INN předepisování často argumentují tím, že starší pacienti a pacienti s mentálními poruchami jsou v obzvláštním riziku a mohou být zmateni zásadní změnou v barvě jejich prášků.

Je na lékařích, lékárnících a dalších poskytovatelích péče informovat pacienta a jakýkoliv možný problém vzít dopředu v úvahu. To ale platí i u léčivých přípravků s obchodními názvy, jejichž příležitostné změny v balení, barvě a tvaru nejsou vždy zřetelně dopředu farmaceutickými společnostmi oznámeny.

Tabulka: Farmaceutická omezení INN preskripce

Následující přehled není žádným způsobem vyčerpávající. Bere v úvahu mezinárodní publikace a doporučení a hlavně směřuje k osvětlení potenciálních rizikových okolností, které vyžadují zvláštní péči ze strany lékaře a lékárníka. V těchto situacích může být preferováno předepsání nebo vydání podle obchodního názvu přípravku.

Léky s úzkým terapeutickým rozhraním:

- antikonvulziva – karbamazepin, fenytoin, valproát sodný, primidon;
- digitaliny – digoxin, digitalin;
- theofoliny;
- chinidiny;
- orální antikoagulancia;
- diuretika (obzvláště u velmi starých pacientů).

Lékové formy:

- roztoky nebo prášky pro dávkovací inhalátory (zvláště když pacient má potíže s ovládnutím zařízení);
- přípravky s řízeným uvolňováním, včetně transdermálních systémů (hlavně když určitá léčivá látka je obsažena v různých typech systémů pod různými firemními názvy, kdy INN preskripce může způsobit zmatek);
- topické formy (pro vysoce účinné látky).

Pacienti v určitém riziku při změně léku:

- epileptici;
- velmi staré osoby (zvláště se srdečním onemocněním);
- diabetici (pokud monitorování léčby není adekvátní);
- astmatici (když ještě nejsou zvyklí ovládat různé dávkovače);
- osoby se známou alergií na konkrétní pomocné látky.

Tento výčet nebere v úvahu psychologické a psychosociální aspekty, které mohou také ovlivnit rozhodnutí předepisovat pod INN.

Preference pacienta

Je zcela opodstatněné, že pacientovi s INN preskripcí (nebo s předepsaným obchodním názvem přípravku) by mělo být umožněno vybrat si podle tvaru léku, chuti a ceny mezi různými přípravky obsahujícími stejnou látku ve stejné dávce, se stejným způsobem podání.

To platí zvláště pro obvyklá analgetika (např. paracetamol) a často předepisovaná antibiotika (rodiče mohou dát přednost určitým přípravkům s amoxicilinem pro své děti, protože znají např. konkrétní odměrku). Někteří pacienti preferují levnější přípravek.

Pokud bereme výše zmíněná farmakoterapeutická rizika v úvahu, není žádný důvod odmítnout takovou žádost pacienta. To může přinášet lékárně někdy problém se skladováním, zatímco INN preskripcí většinou dovolí snížit lékárně zásoby. S pacientem může být obvykle nalezen rovnocenný kompromis.

3. Čtyři pádné důvody pro INN preskripci

INN preskripcí eliminuje nutnost pamatovat si a vybírat z velkého množství firemních názvů přípravků. To umožňuje lékařům soustředit se na diagnózu a léčbu a ovšem i na správnou lékařskou praxi.

Získat znalosti o lécích

Databáze francouzského kompendia obsahuje asi 11 000 odkazů odpovídajících CIP čárovým kódům, z nichž každý reprezentuje chráněný obchodní název přípravku v určité lékové formě, dávce a balení. Je to asi 6 500 obchodních názvů. Pro srovnání je na francouzském trhu jen asi 1 700 INN.

Pozor na edukační nástroje. Na různých lékařských školách se farmaceutické vzdělávání často soustřeďuje na obchodní názvy jak při přednáškách, tak v učebnicích a elektronických médiích. Postgraduální lékařské vzdělávání rovněž směřuje k používání obchodních názvů přípravků častěji než k užití INN. Na konferencích, seminářích, v brožurách, odborných časopisech, webových stránkách atd. se také většinou používají obchodní názvy přípravků.

To je nevyhnutelný důsledek rozšířené finanční podpory ze strany farmaceutického průmyslu, který výměnou za podporu předpokládá uvádění názvů svých přípravků na receptech. Výsledkem je, že zdravotníci odborníci často neznají složení léku, který předepisují nebo vydávají.

INN umožňují přístup k nezávislým informacím. „Přemýšlet v INN“ pomáhá více se obeznámit s léčivou látkou, která je předepisována nebo vydávána. Zcela to vyloučí např. předepisování kombinovaných léků skrytých za jedním názvem přípravku. To také pomáhá vyhnout se chybám, když se složení určitého přípravku mění bez odpovídající změny v obchodním názvu (a naopak) nebo když se stejný chráněný obchodní název používá pro několik přípravků s různým složením.

V určitém rozsahu přemýšlení v INN ochraňuje zdravotníky před vlivem farmaceutických reklamních kampaní. Odmítnutím edukačního materiálu, který používá jen obchodní názvy a preferováním srovnávací informace založené na INN mohou lékaři, lékárníci a ostatní zdravotníci zlepšit své znalosti terapeutických postupů.

Léky jsou v každé zemi označovány na prvním místě (a někdy pouze) jejich INN ve spolehlivých zdrojích srovnávacích informací, terapeutických postupech, doporučeních, klinických zkouškách a meta-analýzách. Zdravotníci, kteří neznají léky pod jejich INN, nemohou opravdu předpokládat, že udělá krok s nejnovejšími nezávislými informacemi.

Lékaři a lékárníci: rozdělení úloh

Je na lékárnících kontrolovat předpisy (chyby, dávkování, interakce se současně probíhající léčbou atd.) a vysvětlit pacientovi způsoby a opatrnost při použití. Na receptu by měly být zaznamenány následující informace:

- jméno a pohlaví pacienta (protože pacient nepřichází vždy do lékárny osobně), věk a často i váha (hlavně u dětí a velmi štíhlých či obézních pacientů) a v některých případech i plocha těla;
- INN, ponechává se na lékárníkovi a pacientovi výběr konkrétního přípravku (to může být explicitně uvedeno na receptu). Pokud předpis uvádí obchodní název přípravku z lékařských důvodů, lékař by to měl explicitně uvést. Lékárník musí potom vydat předepsaný přípravek, pokud nenalezne chybu nebo problém, který by způsobil pacientovi riziko;
- dávkování a doba léčby: jakmile je vybrána léčivá látka, lékař může zvolit lékovou formu a dávkování (jednotku dávky, denní počet dávek, časování dávek a dobu léčby).

Pro vyloučení chyb je podstatné, aby dávkování bylo popsáno čitelně (rukou nebo vytištěno). K záměně může zvláště dojít mezi miligramy a mikrogramy. K chybě může rovněž dojít, když desetinná čárka není patrná (lepší je použít 500 mg než 0.5 g); nebo když se zamění počet dávek za den s množstvím v dávce při použití zkratk (lépe 500 mg 3x denně než zkratkou).

Není na lékaři, aby se staral, kolik kapek je v lahvičce nebo jestli krabička obsahuje 28 nebo 30 tablet; lékárník má všechny nutné informace k dispozici.

INN preskripcí ponechává lékárníkovi možnost omezit množství jinak totožných přípravků, které skladuje, jak v nemocničních, tak v obecných lékárnách. To je také jeden z praktických důvodů pro INN předepisování, který je zmíněn v British National Formulary.

Ke společné mezinárodní terminologii léčiv

V současnosti ve Francii mohou být předpisy v nemocnicích psány buď v INN nebo s obchodními názvy. Pacient dostane lék s určitým obchodním názvem (někdy se liší od názvu předepsaného léku) a sestra, která lék podává, může být zvyklá na jiný obchodní název.

Stejněmu pacientovi při návratu domů je obecně předepisována stejná léčba, obvykle pod obchodním názvem přípravku (někdy odlišným od léku podávaného v nemocnici) a lék, který pacient dostane od místního lékárníka může mít opět jiný obchodní název. Pacient se také setkává s tím, že může brát stejný lék, ale s jiným obchodním názvem nebo zcela odlišný lék s velmi podobným chráněným názvem. V domácí lékárně mohou některé krabičky obsahovat stejné účinné látky pod jinými obchodními názvy. Použití INN systému v celém zdravotnickém řetězci by usnadnilo komunikaci mezi zdravotníky a pacienty, ovšem za předpokladu, že INN jsou zřetelně uvedené na obalu.

Při cestě do ciziny je pro pacienty důležité znát INN všech léků, které užívají a tak je mohou s větší pravděpodobností obdržet v případě potřeby. To je jedním z důvodů, které vedly WHO k propagaci INN systému.

Zlepšování komunikace mezi zdravotníky a pacienty

Předpis není jen „nákupní seznam“ nebo účetní zdroj pro zdravotní pojišťovny; může být využit i k zaznamenání rady o způsobu užívání, doprovodného upozornění a příhod, které lze očekávat během léčby.

Při využívání INN systému by lékař měl mít prostor strávit více času vysvětlováním léčby pacientovi, když bude méně soustředěn na výběr názvu léku a jeho různé ceny.

Použití INN systému rovněž ochraňuje lékaře před tlakem prováděným farmaceutickou lobby, která vytváří někdy reklamní slogany, které znějí jako terapeutické postupy.

Pacient, který zná INN léku, který užívá, jej může poznat i v jiných přípravcích (u léků na předpis i volně prodejných) a tak může předejít potenciálně nebezpečné souběžné léčbě. Poskytnutí jasných informací pacientovi je rovněž známkou respektu k němu.

INFORMACE O EVROPSKÉM PŘEHODNOCENÍ BEZPEČNOSTI UŽÍVÁNÍ PŘÍPRAVKŮ OBSAHUJÍCÍCH KARISOPRODOL

Státní ústav pro kontrolu léčiv informuje, že obdržel doporučení Evropské lékové agentury (EMA) k pozastavení registrace všech léčivých přípravků obsahujících karisoprodol. Postup přezkoumání byl zahájen na základě případů zneužívání, závislosti, intoxikací a psychomotorických poruch v souvislosti s užíváním karisoprodolu, které se vyskytly v Norsku. Dle závěrů přehodnocení dostupných dat Výborem pro humánní léčiva (CHMP) rizika užívání karisoprodolu převažují nad přínosem. **Vzhledem k riziku vzniku syndromu z náhlého vysazení je doporučeno postupné převedení pacientů užívajících v současné době karisoprodol na jinou léčbu. Pacientům se doporučuje nepřerušovat léčbu náhle bez předchozí konzultace se svým ošetřujícím lékařem.**

V České republice je v současné době na trhu pouze jediný léčivý přípravek obsahující karisoprodol, a to **Scutamil C**. Je

vydáván pouze na lékařský předpis a je indikován pro léčbu bolestí pohybového aparátu, spastických stavů svalových skupin, lumboischiadického syndromu, burzitidy a pooperační myalgie. SÚKL nebyl dosud informován o žádných případech zneužívání či vzniku závislosti a intoxikací souvisejících s užíváním tohoto přípravku v České republice. Nicméně pro dané riziko existují ověřené podklady a tento přípravek je možné nahradit jinými, bezpečnějšími léčivými přípravky. Proto se SÚKL vydaným doporučením bude řídit a po vydání závazného rozhodnutí Evropské komise dojde v **průběhu několika měsíců** k postupnému stažení léčivého přípravku Scutamil C z českého trhu.

Doporučení Evropské lékové agentury je zveřejněno na webové stránce (<http://www.emea.europa.eu/>).

CHAMPIX – NOVÁ DOPORUČENÍ PRO LÉKAŘE A PACIENTY V SOUVISLOSTI S VÝSKYTEM SEBEVRAŽEDNÝCH MYŠLENEK A POKUSŮ

Státní ústav pro kontrolu léčiv vyzývá lékaře a pacienty ke zvýšené opatrnosti při používání léčivého přípravku Champix v souvislosti s případy sebevražedných myšlenek a pokusů, které byly primárně hlášeny u pacientů užívajících Champix v USA.

Léčivý přípravek Champix obsahuje účinnou látku vareniclin a používá se ve formě tablet pro odvykání kouření u dospělých. Champix je registrován centralizovanou procedurou pro celou Evropu od roku 2006 a od té doby je dostupný i na trhu v České republice.

V průběhu druhého pololetí roku 2007 byly hlášeny případy sebevražedných myšlenek a sebevražedných pokusů u lidí užívajících Champix. Samotné odvykání kouření však může také způsobovat deprese, hlavně u pacientů, kteří již v minulosti měli nějaké potíže s duševním zdravím. Deprese jsou často spojeny se sebevražednými myšlenkami.

- Lékaři by měli být opatrní při předepisování přípravku Champix pacientům s duševní chorobou. Měli by také

myslet na možnost rozvoje deprese u pacientů, kteří si odvykají kouřit a dostatečně je o tomto možném riziku informovat.

- Pacienti, u kterých se objeví sebevražedné úmysly, musí ukončit užívání Champixu a okamžitě navštívit lékaře, který jim přípravek předepsal.

Texty doprovázející léčivý přípravek budou doplněny o výše uvedené varování pro lékaře a pacienty, která schválila Evropská léková agentura (EMA) v prosinci 2007. Více informací o přípravku Champix je k dispozici na: <http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/champix/champix.htm>

Děkujeme zdravotnickým pracovníkům za hlášení podezření na nežádoucí účinky léčiv, která je možné zasílat jak poštou na adresu SÚKL, Šrobárova 48, Praha 10, 100 41, tak elektronicky na adresu farmakovigilance@sukl.cz, nebo faxem na 272 185 816. K hlášení je možné také využít interaktivní webový formulář, který je k dispozici na www.sukl.cz.

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

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

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

Šéfredaktor: MUDr. Marie Alušíková, CSc.

Oborní redaktori: MUDr. Jana Mladá, MUDr. Martina Kotulková

Výkonný redaktor: RNDr. Blanka Pospíšilová, CSc.

Redakční rada: Doc. MUDr. Š. Alušík, CSc., IPVZ; PharmDr. M. Beneš, SÚKL; Doc. MUDr. J. Fanta, DrSc., FNKV; Prof. MUDr. Z. Fendrich, CSc., FaFUK; MUDr. J. Haber, CSc., VFN; RNDr. J. Kramlová, lékárnice 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).



ISSN 1211 - 0647
MK ČR E 7101

Nizozemská reforma – zdroj inspirace?

V souvislosti s reformou českého zdravotnictví se stále častěji hovoří o nizozemských reformách jako o možném zdroji inspirace. Jaká je tedy nizozemská reforma a oč v ní vlastně jde?

Nizozemská společnost se jistě v mnohém velmi liší od té naší. Vzpomeňme jen liberální přístup k drogám nebo toleranci eutanázie. Financování zdravotnictví však vychází z bismarkovského systému veřejného zdravotního pojištění, tedy ze stejných kořenů, na které jsme po listopadu 1989 navázali i v naší zemi.

Tak jako České republice, ani Nizozemsku se nemohou vyhnout problémy způsobené stárnutím populace. Tak jako všechny vyspělé země, i Nizozemsko musí řešit nepoměr mezi rozvojem lékařské vědy, která využívá stále dražší přístroje a léky, a omezenými možnostmi ekonomiky.



Reformě nizozemského zdravotnictví předcházela mnoho let trvající celospolečenská diskuse a hledání konsensu napříč politickým spektrem.

Výsledkem jsou změny, které mohou přetrvat bez ohledu na střídání jednotlivých vlád.


Otcem nizozemské reformy zahájené v lednu 2006 je bývalý ministr zdravotnictví Hans Hoogervorst (Liberální strana). Změna vlády v únoru 2007 ani nové personální obsazení ministerstva, které v současnosti vede Abraham Klink (Křesťansko-demokratická strana), nevyvolaly tedy potřebu žádných zásadních změn v systému, který je výsledkem širokého politického konsensu.


V České republice naopak vláda prosazuje změny silou, bez diskuse s relevantními zástupci odborné veřejnosti a bez ohledu na názory opozice.

Hrozí nám tedy opakování slovenského modelu, kdy jedna vláda silou a bez diskuse prosazuje změny, které po volbách následující vláda ruší. Výsledkem takového počínání politiků nemůže být nic jiného než chaos.


Výchozí situace v Nizozemsku a Česku byly zcela odlišné


Výdaje na zdravotnictví

 Extrémní růst výdajů na zdravotnictví – v roce 2003 9,2% HDP, zatímco v roce 2005 již 9,8% HDP. Celkové výdaje 3750 eur na hlavu za rok.

 Výdaje na zdravotnictví zaostávají za růstem ekonomiky – zatímco v roce 2003 ještě 7,6 % HDP, tak v roce 2006 již jen necelých 7,0 % HDP. Celkové výdaje 850 eur na hlavu za rok.


Postavení zdravotnických zařízení vůči pojišťovnám


 Zdravotnická zařízení byla ve velmi výhodné pozici proti zdravotním pojišťovnám, které byly povinné uzavřít smlouvy se všemi zdravotnickými zařízeními.

 S ohledem na nesrovnatelnou ekonomickou sílu jednotlivých partnerů ve smluvním vztahu je pozice zdravotních pojišťoven oproti zdravotnickým zařízením mnohem silnější. V ČR předchází uzavření smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče výběrové řízení, jehož výsledky však podle zákona č. 48/1997 Sb. nejsou pro pojišťovny závazné. O síti svých smluvních


partnerů tak rozhodují zdravotní pojišťovny prakticky podle vlastního uvážení.


Postavení pojištěnců

 Občané si neměli možnost svobodně volit zdravotní pojišťovnu. Respektive zdravotní pojišťovny mohly odmítnout pojistit občany s vyšším individuálním rizikem. Zdravotní pojišťovny mohly zároveň požadovat po chronicky nemocných pacientech, či po jinak rizikových klientech, vyšší pojistné. Povinnost být pojištěn platila pouze pro lidi s nižšími příjmy, přičemž ti, kdo si to mohli dovolit (cca 30 % obyvatel), měli privátní pojištění nebo si zdravotní péči platili v hotovosti. Existovaly speciální pojistky pro určité skupiny obyvatel, např. pro státní zaměstnance nebo pro důchodce. Zdravotní pojišťovny byly privátní, většinou non-for-profit organizace.

 Každý obyvatel musí být pojištěn. Pojištěnci mohou svobodně měnit pojišťovnu, přičemž všechny pojišťovny musí vybírat shodné pojistné, nesmí odmítnat klienty ani diskriminovat rizikovější pacienty vyššími sazbami pojistného. Zdravotní pojišťovny jsou právníky osobami „sui-generis“.

Rozložení rizika mezi zdravotními pojišťovnami

 Neexistoval žádný mechanismus rozkládání rizik způsobených rozdílnou strukturou kmene pojištěnců mezi pojišťovnami.

 Existuje fond přerozdělování pojistného, který vyrovnává rozdíly v nákladech jednotlivých pojišťoven způsobené odlišným složením jejich kmene pojištěnců (různý podíl důchodců, dětí, těžce nemocných...).

Hlavní důvody, které vedly nizozemskou vládu k reformě zdravotnictví:

- Růst nákladů způsobený rozvojem medicínských technologií a stárnutím populace.
- Falešný pocit občanů, že lékařská péče je zadarmo a nárůst výdajů je problémem vlády, nikoliv jejich.
- Nízká efektivita vynaložených nákladů.
- Nedostatek konkurence mezi zdravotnickými zařízeními i mezi pojišťovnami a chybějící motivace ke zlepšování kvality poskytované péče.

První kroky, které předcházel vlastní reformě:

- Vyřazení stomatologické a fyzioterapeutické péče z úhrad od pojišťoven a tedy zvýšení dříve velmi nízké spoluúčasti pacientů.
- Dohoda s farmaceutickými firmami o poklesu cen generických léčiv o 40 %, která zajistila, že poprvé se meziročně snížily výdaje za léky.
- Dohoda s nemocnicemi, že ošetří větší množství pacientů za stejné peníze.

Základní prvky reformy, která vypukla 1. ledna 2006:

- Nový jednotný standard zdravotní péče platný pro všechny.
- Právo svobodně měnit zdravotní pojišťovnu jedenkrát ročně.
- Soutěž pojišťoven o klienty.
- Posílení pozice pojišťoven ve vztahu ke zdravotnickým zařízením.
- Finanční kompenzace pro lidi s nízkými příjmy.

Rozsáhlá privatizace na straně jedné, doplněná výrazným posílením sociálních jistot na straně druhé.

- Všichni obyvatelé musí být povinně pojištěni bez ohledu na výši svých příjmů. Nikdo nesmí ze systému „vystoupit“ a to pod hrozbou vysokých pokut.
- Existuje jedno jediné povinné standardní zdravotní pojištění pro všechny obyvatele, které musí poskytovat všechny pojišťovny.
- Standardní péče je definována zákonem a zahrnuje prakticky všechnu nezbytnou zdravotní péči. Všechny pojišťovny musí všem svým klientům zajišťovat stejnou péči v rámci základního povinného standardního pojištění.
- Každý obywatel platí stejné povinné základní pojištění a to bez ohledu na své příjmy. V současnosti jde v průměru o cca 1100 eur ročně. Výši základního pojistného si stanoví každá pojišťovna podle vlastní kalkulace, ale pro všechny své klienty ve shodné výši. Toto pojištění pokrývá celou polovinu nákladů na zdravotní péči. Zbytek je placen z pojistného, jehož výše je odvozena od příjmů pojištěnce.
- Za děti do 18 let platí veškeré pojištění stát.
- Občané, kteří mají příliš nízké příjmy na to, aby si mohli dovolit platit celé základní pojištění, mají nárok na příspěvek od státu.

- Vedle základního pojistného v jednotné výši platí všichni ekonomicky aktivní obyvatelé další pojistné úměrné jejich příjmům a to do fondu přerozdělování mezi pojišťovny. Důchodci a osoby samostatně výdělečně činné platí 4,4 % z příjmu. Zaměstnanci platí 6,5 % z příjmů, přičemž jim toto pojištění refunduje v plné výši zaměstnavatel.
- Maximálním vyměřovacím základem pro toto pojištění je příjem 30 000 eur za rok a maximální pojištění tedy činí cca 2000 eur za rok (+ 1100 eur základního pojistného).
- Pacienti mají právo svobodně si zvolit a jedenkrát ročně změnit zdravotní pojišťovnu.
- Pojišťovny nesmí odmítnout žádného zájemce o pojištění ani nesmí diferencovat pojištění podle individuální rizikovosti pojištěnce.
- Byl zřízen fond přerozdělování mezi pojišťovnami, který zohledňuje rizikovost jejich kmene pojištěnců.
- Pojištění poskytuje cca 30 privátních pojišťoven – akciových společností, které jsou oprávněny tvořit zisk, avšak nikoliv z prostředků základního povinného pojištění. Řada pojišťoven má privátní vlastníky. Z celkového počtu pojišťoven jich asi pouhá desítka působí celostátně.
- Pojišťovny mají povinnost zajistit svým klientům dostupnost kvalitní zdravotní péče, avšak byla zrušena povinnost zdravotních pojišťoven uzavírat smlouvy se všemi zdravotnickými zařízeními. Pojišťovny tedy již nemají tzv. kontraktační povinnost.
- Pojišťovny mohou v mantinelech regulovaných cen vyjednávat se zdravotnickými zařízeními o cenách služeb. Snahy o zavádění výkonově orientovaných systémů úhrad a o DRG.
- Pacienti, kteří si zvolí pokladenský systém úhrady ambulantní zdravotní péče, mají zcela svobodnou volbu zdravot-



Alex van Bolderen – viceprezident Královské nizozemské lékařské asociace

nického zařízení. Pro ostatní jsou např. vyšetření specialistou dostupná pouze na základě doporučení praktického lékaře, tzv. gate-keeping.

- Pojištěnec má právo zvolit si míru své spoluúčasti na úhradě zdravotní péče i individuálně, a to v rozpětí od 0 do 500 eur za rok.
- Zdravotní pojišťovny mohou poskytovat též připojištění např. na stomatologickou péči a fyzioterapii. Každý občan má právo se svobodně rozhodnout uzavřít si takové připojištění, jehož cena se pohybuje mezi 15 až 40 eury za měsíc.
- Velké množství státních institucí nebo sociálních zařízení uzavřelo pro své zaměstnance či klienty kolektivní smlouvy zajišťující slevy na pojistném či různé výhody.

Podstatnou část nizozemské reformy představuje zavádění toho, co je v ČR již řadu let samozřejmostí:

- Povinné pojištění kryjící stejný rozsah zdravotní péče pro všechny obyvatele a jednotné procentní sazby pojistného.
- Pojišťovny nesmí diskriminovat rizikové klienty vyšším pojistným.
- Právo pojištěnce na svobodnou volbu pojišťovny.
- Právo pojišťovny vytvářet si síť smluvních zdravotnických zařízení.



- Fond přerozdělování pojistného mezi pojišťovnami.
- Pojištění dětí do 18 let placené státem.

Část reformních opatření slouží jako vzor pro reformní tým Ministerstva zdravotnictví ČR:

- Zdravotní pojišťovny jako akciové společnosti s privátními vlastníky.
- Zdravotní pojišťovny mohou poskytovat nadstandardní připojištění i levnější pojistné plány řízené péče.

Některé podstatné části nizozemské reformy naopak zůstávají v ČR zatím nepovšimnuty:

- Právo pojištěnce volit si pokladenský způsob úhrady ambulantní zdravotní péče, který mu zajišťuje absolutně svobodnou volbu lékaře.
- Síť neziskových nemocnic zajišťující 95% veškeré lůžkové péče.
- Základní pojistné placené v jednotné výši všemi obyvateli s výjimkou dětí, za které platí stát, s refundací od státu nízkopříjmovým skupinám obyvatel.

Bonusy za nečerpání zdravotní péče se neosvědčily:

- Součástí reformy byl motivační systém odrazující pacienty od čerpání banální zdravotní péče. Dospělí (tedy platící) pojištěnci měli nárok na vrácení části svého povinného základního pojistného, pokud čerpali za rok péči za méně než 255 eur, přičemž do této limitní částky se nezapočítávaly návštěvy u praktického lékaře. Refundace byla poskytnuta téměř 4 milionům osob (z 16 milionů obyvatel) za první rok. Systém byl však tak administrativně náročný a drahý, že byl od 1. 1. 2008 zrušen a nahrazen naopak povinností každého pacienta platit prvních 150 eur ročně za zdravotní péči v hotovosti. Zcela bezplatnou zůstala pouze péče u praktických lékařů.

Zásadní odlišnosti nizozemské reformy proti návrhům Ministerstva zdravotnictví ČR:

- V Nizozemsku sice neexistují „státní nemocnice“, ale více než 95% nemocnic má statut non-for-profit organizací.
- V Nizozemsku jsou ceny zdravotní péče regulované, a tak pojišťovny alespoň prozatím nemohou tlačit jednotlivá zdravotnická zařízení do vzájemné konkurence cenami zdravotnických služeb.
- Pojišťovny jsou sice akciovými společnostmi, avšak nesmí vytvářet zisk z fondů povinného základního pojištění.
- Všechny pojišťovny mohou poskytovat nadstandardní připojištění.
- Pacienti si mohou zvolit pokladenský systém úhrady zdravotní péče a v tomto případě mají zcela svobodnou volbu zdravotnického zařízení, přičemž pojišťovna je povinna jim proplatit vystavené účty.
- Není zvykem, aby zdravotní pojišťovny a zdravotnická zařízení měly společné vlastníky, i když to teoreticky není vyloučeno.

Závěr:

Nizozemská reforma zdravotnictví je v rámci Evropy odvážným experimentem, který jistě může být zajímavým zdrojem inspirace. Avšak stejně tak, jak není možné otrocky kopírovat zdravotní systém jiného státu, který je zasazen do zcela jiného ekonomického, sociálního a právního prostředí, není přijatelné ani vyzobávání určitých částí reformy bez zohlednění jejich souvislostí, ekonomických parametrů a právních pojistek.



Politici na rozdíl od sociálních inženýrů musí ve svém konání především respektovat realitu dané země. Reformy by měly v první řadě řešit skutečné existující problémy, a nikoliv virtuální hrozby budoucích desetiletí. V ČR v současnosti kvalitu a dostupnost zdravotní péče ohrožují zejména nízké výdaje na zdravotnictví a nedostatek kvalifikovaných zdravotníků.

Cílem politického snažení přece nemůže být reforma pro reformu.

Zásadní změny v tak citlivé oblasti, jakou je zdravotnictví, nelze prosazovat bez diskuse, z pozice síly, proti odporu většiny občanů a bez podpory zdravotníků a jejich reprezentace.

Na reformním úsilí nizozemských politiků je inspirativní nikoliv pouze to, co prosazovali, ale také to, jak citlivě a obezřetně při tom postupovali.

A na úplný závěr stojí za to připomenout oficiální heslo nizozemské reformy:

„Úkolem vlády je zajistit nezbytnou kvalitní zdravotní péči pro každého, kdo ji potřebuje, bez ohledu na jeho finanční situaci, a to nejenom v současnosti, ale i v budoucnu.“

Milan Kubek

Zdroj informací:

- 1) *Reforma zdravotnictví – informační brožura ministerstva zdravotnictví (Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport)*
- 2) *Přednáška bývalého ministra zdravotnictví a spoluautora reformy Hanse Hoogervorst v parlamentu Maďarské republiky*
- 3) *Alex van Bolderen – viceprezident Královské nizozemské lékařské asociace*





Pseudoproblém: vlastník pojišťovny

Kdo je opravdu vlastníkem VZP ČR a dalších zdravotních pojišťoven není důležité

Zdravotní pojišťovny jsou právnické osoby zřízené zvláštním zákonem, resp. na základě zvláštního zákona. Způsob jejich fungování je dán přímo zákonem, včetně způsobu nakládání s majetkem. Jde tedy o subjekty „sui genesis“.

Obdobné postavení mají například Univerzita Karlova, Masarykova univerzita v Brně apod. Kdo je jejich vlastníkem? Je třeba snad zřídit akciovou společnost, která bude vlastníkem univerzity, ze členů akademické obce udělat akcionáře apod.?

Obdobně i profesní komory zřízené zákonem – Česká lékařská komora, Česká advokátní komora, Česká notářská komora apod. Kdo je jejich vlastníkem? Je snad třeba zřídit akciové společnosti, které budou jejich vlastníky, jinak nastává velký problém, že komory nemají vlastníka? Je snad třeba z členů komor udělat akcionáře?

Argumentum ad absurdum: Kdo je vlastníkem obce? Kdo je vlastníkem kraje? Je snad třeba zřídit akciové společnosti, které je budou vlastnit? Je snad třeba z obyvatel udělat akcionáře obcí a krajů?

Kdo je vlastníkem státu? Ano, Česká republika, a kdo je jejím vlastníkem? Neměla by se vytvořit akciová společnost, protože jinak to není jasné?

Právnické osoby zřízené zákonem, které jsou samy sobě vlastníkem, jsou přirozeným prvkem právního prostředí demokratického státu. Argumentace ministerstva zdravotnictví, že zdravotní pojišťovny nemají v současnosti žádné vlastníky a že je tedy „nezbytné“ je změnit v akciové společnosti, je z právního hlediska zcela nesmyslná.

JUDr. Jan Mach

Stabilizace státního rozpočtu na úkor zdravotnictví

Dopad zákona č. 261/2007 Sb. na finanční stabilitu VZP

Zavedení maximálního vyměřovacího základu pro výpočet pojistného (osvobození příjmů nad hranici čtyřnásobku průměrné mzdy)	- 2,160 mld. Kč
Zmrazení růstu vyměřovacího základu pro pojistné osob, za které je plátcem pojistného stát (tzv. státní pojištění: děti, důchodci, nezaměstnaní... tvoří 57 % všech pojištěnců)	- 1,980 mld. Kč
Rozšíření definice vyměřovacího základu pro platbu pojistného (o náhrady)	+ 0,500 mld. Kč
Zvýšení nákladů na zdravotní péči z titulu zavedení tzv. regulačních poplatků	- 1,700 mld. Kč
Zvýšení nákladů na poštovní poplatky související se zavedením tzv. regulačních poplatků a se zasláním přehledů o stavech osobních účtů	- 0,209 mld. Kč
Dopad zvýšení dolní sazby DPH z 5 % na 9 % na náklady za zdravotní péči	- 1,130 mld. Kč
Celkový očekávaný dopad tzv. reformy veřejných financí na ekonomiku VZP v roce 2008	- 6,679 mld. Kč

Zdroj: Zdravotně pojistný plán VZP pro rok 2008

Otázka na závěr:

Je prozíravé snažit se stabilizovat státní rozpočet za cenu rizika destabilizace systému veřejného zdravotního pojištění?

Milan Kubek

Zaměstnavatelé vyhrožovali

Úrazovku nedáme - pod tímto heslem se lékaři, sestry a další zaměstnanci zúčastnili manifestace proti Julínkově reformě zdravotnictví a proti rušení Úrazové nemocnice Brno.

V parlamentu je nyní návrh zákona o převedení Úrazové nemocnice na město Brno.

Ministr Julínek se ale snaží urychleně nemocnici sloučit s fakultní nemocnicí a to v rozporu se zákony ČR. MO LOK-SČL opakovaně marně žádá o transparentní jednání a seriózní informování zaměstnanců i veřejnosti. Místo toho bylo za-

městnancům ze strany zaměstnavatele vyhrožováno, byl vydán zákaz vystupovat na veřejnosti a poskytovat informace médiím. Tak si svobodu slova a projevu rozhodně nepředstavujeme. Lékaři nejsou ministři nevolníci.

Lenka Doležalová

Aristokratické chování prezidenta ČLK

Dívala jsem se na televizní debatu o zdravotnictví a nemohu pochopit, že oba muži, náměstek ministra a hendikepovaný „mluvčí“ reprezentují naše zdravotnictví, zdá se mně, že je to sen. Obdivuji

kolegu Kubka, který se choval opravdu důstojně, jsem na něj hrdá, opravdu aristokratické chování. Jednou jsem napsala, že píše složitě a je to tím, že nemá právnické vzdělání, ale dnes to napravil a se mnou určitě budou souhlasit ostatní kolegové, kteří se dívali. I publikum mluvilo lépe než tyto dva „reprezentanti“ a bojím se, že kdyby býval přišel Julínek, nebylo by to o moc lepší, když spolupracuje s takovými lidmi.

Ještě bych dodala, že například v Holandsku, kde jsem často, dostanete lék levnější jen na recept od lékaře a s vašim dovolením. Mám dojem, že je to i protiprávní, aby lékárník dával jiné léky, než předepíše lékař.

Anna Plachá

Proč byla přijata staronová šestnáctka aneb Stavovský předpis číslo 16 opět trochu jinak

Minulý sjezd ČLK byl poznamenán hlavně napětím a očekáváním spojeným s vystoupením ministra Julínka a zástupců politických stran a s tím spojenou diskusí, dále pak nemenším soustředěním delegátů na volbu viceprezidenta ČLK. Problematika vzdělávání nebyla tedy, bohužel, ve středu zájmu.

Stavovský předpis číslo 16, jak byl přijat představenstvem ČLK v období před sjezdem komory, nebyl sjezdem v tom shonu přijat. Nedomnívám se, že tomu bylo proto, že byl nekvalitní, ale proto, že přinášel nové prvky, a budme upřímní, hlavně poplatky, které vzbudily v některých lékařích odpor, což se dá snadno pochopit.

I já jsem byla dříve proti jejich zavádění, a to hlavně proto, že pocházím z menšího okresního sdružení a byli jsme rádi, když u nás někdo vůbec byl ochoten nějaké vzdělávací akce připravit. Požadovat pak ještě od kolegů peníze, to se mi zdálo krajně nemorální. Při bližším prostudování předpisu se však tato situace dala bez problémů zvládnout. Dělalí jsme to tak ke spokojenosti všech u několika akcí. Stačilo, aby akce byla pořádána přímo naším, tedy příslušným OS, a poplatky se nevybíraly.

Jak to tedy je a proč se nepočkalo do dalšího sjezdu

Nepřijetím SP 16 sjezdem vzniklo vakuum nepřijemné pro ty kolegy, pro které je celoživotní vzdělávání povinností, tj.

všechny, kteří pracují v medicíně. A to je drtivá většina z nás.

Celoživotní vzdělání je nám uloženo zákonem 95/2004 Sb. a kontinuální vzdělávání lékařů zaměstnanců je vtěleno i do Zákoníku práce.

Čekat do příštího sjezdu by znamenalo ochromení systému skoro na celý rok, mnoho kvalitních akcí by tak nemohlo být vůbec ohodnoceno a vypadlo by ze systému celoživotního vzdělání. A to by bylo skutečně zbytečné, dokonce hloupé.

Proto muselo představenstvo ČLK urychleně projednat a přijmout tento stavovský předpis, přepracovaný a upravený v souladu s požadavky zejména malých OS, znovu.

Co zůstalo a co se změnilo

Zpracování agendy spojené s registrací školicí akce je služba jako každá jiná a je spojena s nějakou prací. Registrace není jen zapsání do registru, ale také posouzení kvality obsahu vzdělávací akce, na čemž se podílí oddělení vzdělávání ČLK a Vědecká rada ČLK.

Provádí-li vzdělávání sama ČLK, je to jedna z jejích základních činností a je logické, že registraci provede na svoje náklady a nic sama sobě neplatí. Stejně tak je ale logické, že pokud o registraci vzdělávací akce, tedy službu, žádá ČLK jiný subjekt, musí účelně vynaložené náklady, resp. cenu služby, zaplatit. Myslím, že takto formulováno je to jasné. Nejedná se tedy o nějaké neúměrné pokusy o obo-

hacování či hrabivost. Tohle byl asi hlavní důvod nepochopení a odmítnutí původní verze sjezdem.

Ve své podstatě zůstal předpis stejný. To je dáno tím, jak jsem již řekla, že nebyl původně věcně špatný a byl plně v souladu s požadavky na systém celoživotního vzdělávání, jak je aplikován v Evropské unii a jak je po našich lékařích nejen při odchodu do zahraničí požadován. Došlo hlavně k úpravě výše poplatků, respektive k jejich snížení. Ačkoli jsem proti dřívějším poplatkům brblala, při porovnání s cenami obdobných služeb v této zemi se mi zdají ty naše komorové nyní dokonce nízké. Také došlo k rozšíření možnosti poplatky nevyžadovat vůbec. V rozhodování o snížení nebo neplacení byla posílena především samostatnost okresních, resp. obvodních sdružení. Což velice vítám a myslím, že to je i to, o co kolegům, kteří původní verzi odmítali, vlastně šlo.

Jak dál?

Jak jinak než zvesela. Je to příjemnější, než brečet. SP 16 v nové verzi platí, tak vám všem přeji příjemné vzdělávání. A všem, kteří se na něm podílejí a připravují ho a věnují svůj čas, aby kolegům sdělili něco nového a posunuli je profesně dál, za všechny, kteří se rádi učíme, a to jsme přece všichni, k medicíně učení patří odjakživa.

Helena Stehlíková

Výpočet celkové hodnoty bodů Seznam zdravotních výkonů

Mnoho lékařů vzneslo připomínky, že novela Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (dále jen SZV) znamená výrazný pokles počtu bodů u jednotlivých výkonů. Je třeba upozornit na fakt, že lékaři srovnávají počet bodů v novele SZV a počet bodů, který k příslušnému výkonu našli v elektronické verzi číselníku VZP. V číselníku VZP je ke každému počtu bodů daného výkonu připočtena i režie příslušného výkonu, kdežto SZV uvádí jen stanovený počet bodů a čas trvání výkonu.

Pokud chce lékař zjistit celkovou hod-

notu bodů daného výkonu, tedy to, co je uvedeno v číselníku VZP, je třeba k počtu bodů uvedených v SZV přičíst minutovou režijní sazbu násobenou délkou trvání výkonu, uvedenou v SZV v minutách. Příklad: výkon 11021 Komplexní vyšetření internistou – počet bodu 475, trvání výkonu 60 minut. Celkový počet bodů, který hradí zdravotní pojišťovna je tedy $475 + (60 \times 2,52) = 626,2$ bodů, kde 2,52 je minutová režijní sazba pro obor interní lékařství. V případě, že je ve výkonu hrazen ZUM a ZULP, přičítá se k celkové hodnotě bodů.

Další informace o minutové režijní sazbě jsou uvedeny v SZV, v kapitole 7 „Úhrada nepřímých nákladů“. V této kapitole je kromě jiného výčet autorských odborností, kterým je přidělena minutová režijní sazba ve výši 2,52 bodu. Dále jsou uvedeny autorské odbornosti s minutovou režijní sazbou 3,02 bodu a odbornosti, kde je minutová režijní sazba 1,83 bodu. Autorským odbornostem 014 a 015 náleží minutová režijní sazba ve výši 3,15 bodu.

Eva Klimovičová

Podmínky pro trestní odpovědnost lékaře

V minulých dvou číslech jsme v právní poradně psali o postavení lékaře v trestním řízení a pořizování znaleckých posudků pro potřeby trestního řízení. V tomto článku chceme rozebrat, jaké konkrétní podmínky musí být podle zákona naplněny k tomu, aby byla dána trestní odpovědnost – a to jak obecně, tak v případě výkonu lékařského povolání zvlášť. Současně chceme poukázat na to, jaké možnosti má lékař, který nesouhlasí s postupem orgánů činných v trestním řízení, případně s rozsudkem soudu.

Porušení právní povinnosti

Lékaři musí být prokázáno, že se dopustil protiprávního jednání. Jde-li o případ profesní odpovědnosti, pak musí být prokázáno, že lékař porušil své profesní povinnosti například tím, že nepostupoval při léčbě pacienta v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy – tedy lege artis. Porušení právní povinnosti může spočívat buď v konání, nebo v nekonání. V konání spočívatá tehdy, pokud lékař konal něco, co konat neměl, případně konal něco chybně a zvolil chybný postup, v rozporu s pravidly lékařské vědy. Opo-
menutí připadá v úvahu tehdy, pokud lékař nekonal to, co vyplývalo z jeho profesních povinností, ač to konat měl a mohl. Protiprávní jednání může být naplněno i v jiných případech než při postupu non lege artis, například pokud lékař porušil povinnou mlčenlivost, neposkytl první pomoc, provedl interrupční výkon v rozporu s interrupčním zákonem, neoznámil trestný čin, který podléhá oznamovací povinnosti apod. **Není-li prokázáno porušení právní povinnosti, tedy protiprávní jednání, nepřipadá trestní odpovědnost v úvahu.**

Škodlivý následek

Další podmínkou trestní odpovědnosti je škodlivý následek, který nastal v důsledku porušení právní povinnosti. V případě profesní povinnosti lékaře bývá škodlivým následkem zpravidla úmrtí pacienta nebo újma na jeho zdraví. V jiných případech to může být skutečnost, že se neoprávněná osoba dozvěděla o chráněných osobních údajích pacienta, v případě neposkytnutí pomoci se za škodlivý následek považuje i skutečnost, že pomoc nebyla včas a řád-

ně poskytnuta, ač poskytnuta být měla, bez ohledu na to, zda to mělo za následek újmu na zdraví či smrt, nebo zda takový následek nenastal. Následkem je již samotná skutečnost, že nebyla poskytnuta pomoc – jde o tzv. ohrožovací delikt. Totéž platí u neoznámení trestného činu – následkem je již to, že trestný čin nebyl oznámen.

Příčinná souvislost

Další podmínkou pro trestní odpovědnost lékaře je skutečnost, že škodlivý následek nastal v příčinné souvislosti s porušením právní povinnosti. Jinými slovy: nebyť porušení právní povinnosti, nedošlo by ke škodlivému následku. Tedy například pokud by lékař nepostupoval non lege artis, pacient by nezemřel nebo by neutrpěl újmu na svém zdraví.

Zde je velký prostor pro obhajobu lékaře, neboť obžaloba musí bez jakýchkoli pochybností prokázat, že příčinná souvislost v daném případě zcela nepochybně dána je. Existuje-li pochybnost o příčinné souvislosti, mělo by být postupováno podle zásady v pochybnosti pro obviněného – in dubio pro reo. Obhájce musí klást zejména znalcům otázky typu: „Pane znalče, můžete s naprostou jistotou říci, že kdyby lékař neudělal chybu, pacient by rozhodně nezemřel?“ Pokud odpověď zní tak, že nelze postavit na jisto, že pokud by nedošlo k odbornému pochybení, pacient by nezemřel, mělo by trestní stíhání skončit s tím, že nejsou splněny podmínky pro vznik trestní odpovědnosti a věc by měla být předána České lékařské komoře k případnému disciplinárnímu řízení pro chybný odborný postup. V trestním řízení se vyžaduje stoprocentní jistota o existenci příčinné souvislosti mezi protiprávním jednáním a následkem, jinak nejsou splněny podmínky pro trestní odpovědnost.

Zavinění

Zavinění je obligatorní složkou skutkové podstaty trestného činu, tedy není-li prokázáno zavinění, nemůže trestní odpovědnost nastat. Některé trestné činy lze spáchat pouze úmyslně (např. neposkytnutí pomoci, neoznámení trestného

činu, nedovolené přerušování těhotenství), některé lze spáchat i z nedbalosti (např. ublížení na zdraví, neoprávněné nakládání s osobními údaji).

Zavinění úmyslné může být buď v úmyslu přímém, nebo v úmyslu nepřímém (eventuálním).

Úmysl přímý – je dán tehdy, pokud pachatel věděl, že svým jednáním může způsobit škodlivý následek a způsobit jej chtěl. Ve zdravotnictví se, až na naprosté výjimky, takové případy nestávají.

Úmysl nepřímý (eventuální) – nastává tehdy, pokud je prokázáno, že pachatel věděl, že svým jednáním může způsobit škodlivý následek a pro případ, že jej způsobí, s tím byl srozuměn. Ve zdravotnictví dochází k takovým situacím zcela výjimečně, ale stalo se, že lékař odmítl poskytnout první pomoc, ač mu v jejím poskytnutí nic nebránilo, a pacient v důsledku toho zbytečně zemřel. Tento případ může být kvalifikován jako úmysl nepřímý (eventuální), protože pachatel věděl, že hrozí škodlivý následek a pro případ, že nastane, s tím byl srozuměn. Podle stanoviska Nejvyššího soudu ČR může být takové jednání posouzeno i jako trestný čin vraždy. Z publikovaných případů došlo v posledních letech k takovému jednání ve dvou případech.

Zavinění z nedbalosti může mít formu nedbalosti vědomé nebo nedbalosti nevědomé.

Nedbalost vědomá – nastává tehdy, pokud pachatel věděl, že může způsobit škodlivý následek, způsobit jej nechtěl, ale bez přiměřených důvodů spoléhal, že takový následek nezpůsobí. Řidič předjíždí v nepřehledném úseku, nechce sice způsobit dopravní nehodu, ale bez přiměřených důvodů spoléhá, že k dopravní nehodě nedojde. Porodník podle všech známek ví, že hrozí tíseň plodu a plod může být poškozen, nebude-li neprodleně proveden císařský řez, ale bez přiměřených důvodů spoléhá na to, že k poškození plodu nedojde, a císařský řez neprovede.

Nedbalost nevědomá – nastává, pokud pachatel nevěděl, že svým jednáním může způsobit škodlivý následek, způsobit jej nechtěl, ale vzhledem k okolnostem a svým osobním poměrům to vědět měl a mohl.

V praxi běžně nastávají situace, kdy dojde k odbornému pochybení při léčbě pacienta, ke kterému dojít nemělo, a v příčinné souvislosti s tímto pochybením pacient utrpí újmu na zdraví, případně i zemře. Není-li však prokázáno, že lékař postupoval nedbale, tedy, že naplnil podmínky alespoň pro vznik odpovědnosti za nedbalost nevědomou (nevěděl, ale vědět měl a mohl), pak nejsou splněny podmínky pro vznik trestní odpovědnosti.

Některé lékařské výkony jsou spojeny s rizikem, o kterém, nejde-li o výkon neodkladný, by měl být pacient předem informován. Pokud vznikne při provedení výkonu komplikace, ke které pravidelně v určitém počtu procent případů dochází, nejedná se zpravidla o nedbalost, ale o přípustné riziko při výkonu lékařského povolání, které není možno za nedbalost považovat a trestní odpovědnost nepřipadá v úvahu. Může jít například o přerušení žlučovodu při laparoskopicky prováděné operaci žlučníku, protržení tlustého střeva při kolonoskopickém diagnostickém výkonu, úmrtí pacienta vinou radikální onkologické léčby (viz případ úmrtí Josefa Luxe) apod. Může se však jednat i o případ chybné diagnózy, zejména u některých raritních chorob, kdy lékař provedl veškerá standardní opatření k tomu, aby zjistil správnou diagnózu, avšak nepodařilo se mu ji zjistit a určil diagnózu chybně.

Co je vlastně diagnóza? V podstatě hypotéza. Stanovení chybné hypotézy, pokud se případ jevil tak, že takové hypotéze (diagnóze) napovídá, samo o sobě není a nemůže být nedbalým jednáním, zejména pokud lékař neopomenul provést potřebná vyšetření, která by správnou diagnózu měla odhalit.

Také manuální nezdar lékaře, ke kterému dojde při náročném chirurgickém či podobném výkonu ve zlomku sekundy, nelze považovat za nedbalost. Konečně některé vrcholové chirurgické výkony se přirovnávají k výkonu houslového virtuóza. Pokud se v konkrétním případě nepodaří provést vrcholový výkon právě virtuózně, není to znakem nedbalosti

a podmínky pro trestní odpovědnost splněny nebudou.

Opravné prostředky v trestním řízení

Ve stadiu vyšetřování, jak již bylo konstatováno v předminulém článku, lze proti usnesení o zahájení trestního stíhání podat stížnost, o které rozhoduje státní zástupce, pokud trestní stíhání bylo zahájeno rozhodnutím policejního orgánu. Pokud výjimečně zahájil trestní stíhání sám státní zástupce, rozhoduje o stížnosti nadřízený státní zástupce.

V průběhu vyšetřování může obviněný nebo jeho obhájce kdykoli žádat státního zástupce, který provádí dozor nad vyšetřováním, aby odstranil průtahy, chyby a nezákonnosti v postupu vyšetřujícího orgánu, zpravidla orgánu Policie ČR. Státní zástupce musí takovou žádost neprodleně vyřídit.

Má-li obhajoba za to, že ve věci chybně postupuje i dozoruující státní zástupce, zejména že jsou závažným způsobem porušena práva obviněného, může požádat nadřízené státní zastupitelství (v případě trestního stíhání lékařů bude dozoruujícím orgánem zpravidla okresní státní zastupitelství a nadřízeným orgánem krajské státní zastupitelství) o výkon tzv. **dohledu**. Nadřízené státní zastupitelství pak přezkoumá správnost postupu dozoruujícího státního zástupce podřízeného státního zastupitelství.

Proti každému rozsudku soudu může obžalovaný podat **odvolání**. Odvolání má odkladný účinek a o případu dále rozhoduje nadřízený soud. V případě trestního stíhání lékařů zpravidla věc posuzuje okresní soud a odvolacím soudem je krajský soud. Odvolání je možno ohlásit přímo do protokolu po vyhlášení rozsudku, nebo je třeba jej podat do osmi dnů od doručení písemného vyhotovení rozsudku.

Proti rozhodnutí odvolacího soudu je možno podat mimořádný opravný prostředek, kterým je **dovolání**. Na rozdíl od odvolání nemá dovolání odkladný účinek. Nemůže být podáno z jakýchkoli důvodů, ale důvody pro jeho podání jsou přesně zákonem stanoveny. Pokud dovolací soud shledá, že tyto důvody nejsou splněny, může dovolání odmítnout. O dovolání rozhoduje Nejvyšší soud ČR. Ten, kdo dovolání podává, musí být zastoupen advokátem.

Proti pravomocnému soudnímu rozhodnutí, včetně rozhodnutí Nejvyššího

soudu ČR, je možno podat **ústavní stížnost**. Ústavní stížnost lze podat tehdy, pokud je tvrzeno a prokazováno, že v trestním řízení byla porušena ústavní práva účastníka, nebo práva, která vyplývají z mezinárodních smluv, jež Česká republika ratifikovala. Ten, kdo podává ústavní stížnost, musí být zastoupen advokátem. O ústavní stížnosti rozhoduje Ústavní soud ČR.

Pokud občan vyčerpal všechny opravné prostředky, včetně ústavní stížnosti, které mu zákon dává k dispozici, a cítí se být poškozen na svých právech, přičemž dovodí, že šlo o porušení evropské Úmluvy o lidských právech, může se obrátit na Evropský soud pro lidská práva ve Štrasburku se stížností proti České republice. V trestním řízení jsou tyto případy spíše výjimečné.

K jakým trestným činům může dojít při výkonu lékařského povolání?

Nejčastějším trestným činem, ke kterému dochází při výkonu lékařského povolání a který je předmětem trestního stíhání, je ublížení na zdraví z nedbalosti. Dále připadá v úvahu trestný čin neposkytnutí pomoci, neoprávněné nakládání s osobními údaji (porušení mlčenlivosti nebo neoprávněné zpřístupnění zdravotnické dokumentace), nedovolené přerušování těhotenství, vystavování nepravdivých lékařských zpráv, posudků a nálezů, omezování nebo zbavení osobní svobody, poškozování cizích práv (např. provedení jiného lékařského výkonu, než ke kterému dal pacient souhlas – viz případy sterilizace), neoznámení a nepřekažení trestného činu, který je povinen oznámit a překazít každý bez ohledu na mlčenlivost (zejména vražda a týrání svěřené osoby), úplatkářství (nutno odlišit od sponzorování nebo obdarování – znakem úplatku je poskytnutí neoprávněné výhody), podvod (zejména vykázaní lékařských výkonů zdravotní pojišťovně, pokud výkony provedeny nebyly).

V praxi však dochází k těmto trestným činům spíše ojediněle. Bohužel však velmi často se vyskytuje trestní stíhání lékařů pro ublížení na zdraví z nedbalosti, popřípadě ublížení na zdraví s následkem smrti z nedbalosti, kdy je třeba obhajobu zaměřit tak, aby trestně stíhaný lékař pokud možno vyvrátil alespoň jednu ze čtyř podmínek pro vznik trestní odpovědnosti, které jsou uvedeny v tomto článku.

JUDr. Jan Mach, ředitel právního oddělení ČLK



Hrozí zneužití – diskreditace lékařské genetiky

Lékařská genetiky má pohnutou historii s obdobími, kdy byla tragicky zneužita (30. a 40. léta minulého století v nacistickém Německu v podobě rasové teorie a následné otřesné praxe rasové hygieny, odmítnutí a likvidace genetiky v období lysenkismu v komunistickém Rusku v 50. letech). V současnosti existují vážné obavy z použití vědecky a klinicky nepodložených postupů a následné diskreditace oboru, jeho medicínských aplikací, včetně závažného zanedbání základních etických principů medicíny.

K diskreditaci oboru dochází především v oblasti komerčně nabízených genetických služeb, které například poskytují vyšetření paternity bez souhlasu všech zúčastněných osob (tzv. anonymní testování otcovství). Dokonce se v poslední době objevují firmy, které nabízejí dospělým a i dětem tzv. prediktivní genetické vyšetření. Tyto laboratoře proklamují, že na základě DNA analýzy za úplaty 10 000 až 20 000 Kč jsou schopny stanovit genetickou náchylnost k více než dvaceti často se vyskytujícím multifaktoriálním onemocněním dospělého věku a upozornit klienta a jeho smluvního lékaře na možná preventivní opatření, jak onemocněním předcházet. Zodpovědnost, nikoli strach z konkurence nás vede k argumentaci proti takovýmto aktivitám. Komerční firmy totiž zkreslují naše současné znalosti tak, že zamlčují zásadní nejistoty, které v dané oblasti nebyly dosud uspokojivě vyřešeny. Vliv genetických faktorů na rozvoj multifaktoriálních chorob dospělého věku (např. diabetes, hypertenze, kardiovaskulární onemocnění) je dle současných znalostí v řádu jednotek procent. Zavádějící interpretace výsledku může vyšetřované iatrogenizovat neodůvodněnými obavami, nebo naopak falešně uklidnit. Kromě toho dosud publikované studie byly provedeny na různých populacích, pro naši populaci obdobné studie neexistují.

Dalším důvodem obav je skutečnost, že uvedené laboratoře mohou pracovat na základě pouhého zápisu v obchodním rejstříku, neexistuje tedy nejmenší záruka kvality jejich práce. Genetické testování (tj. vyšetření na úrovni DNA), které skutečně může odhalit rizika některých geneticky podmíněných onemocnění, je dnes rutinně prováděno a hrazeno pojišťovkami na odborných genetických pracovištích (státních a soukromých), která k tomu mají požadovanou a kontrolovanou kvalifikaci. Je pro-

váženo genetickým poradenstvím, tj. velmi podrobnou konzultací vyšetřovaných s klinickým genetikem. Výsledkem je podepsaný informovaný souhlas pacienta s genetickým testováním a jeho možnými důsledky a limitacemi. Tento postup je důsledně dodržován ve všech vyspělých státech Evropské unie a v USA, kde je lékařská genetiky chápána a uznána jako samostatný klinický obor. Po podepsání informovaného souhlasu se na odděleních/ústavech lékařské genetiky provádí odborný odběr tkáně, extrakce DNA a její další vyšetření. Je zaručena autenticita vzorku, jeho okamžité zpracování a zejména zajištění vzorku, resp. výsledku testování před zneužitím.

Naopak komerční laboratoře pacientům/klientům často posílají kity, sloužící ke stěru buněk z dutiny ústní pro extrakci DNA a další zpracování. Stěr si pacient/klient provádí většinou sám, vzorek pošle poštou do příslušné komerční laboratoře. Není třeba zdůrazňovat možnosti nechtěných, nebo i chtěných záměn (ze strany vyšetřovaných) vzorků, nekontrolovatelnost přepravy i možnosti neoprávněného použití/zneužití vzorku.

Dalším významným krokem je interpretace výsledků a informování pacientů o nich, přejí-li si to. Je to krok patřící do rukou klinické genetiky s příslušným vzděláním a specifickými komunikativními zkušenostmi. Komerční laboratoře ponechávají interpretaci namnoze v rukou ošetřujících lékařů, včetně smluvních obvodních nebo rodinných, bez specializované erudice a dostatečných zkušeností v lékařské genetice. Dispozice k různým nádorům, především nádorům prsu, vaječníku, tlustého střeva, melanomům, ale i vzácné nádorové syndromy se dnes rutinně testují (viz supplementum Klinické onkologie 1/2007, www.linkos.cz) s příslušným genetickým poradenstvím před i po testování. Jedná se o velmi důležitý proces, který zajišťuje rodinám co nejkvalitnější informace týkající se vyšetření, rizik, prevence, ale i limitace testování.

Komerčně nabízené testy a jejich interpretace, tak jak bylo uvedeno, mají značné limitace a navíc nelze na základě doposud provedených studií vyvodit z jejich výsledků jednoznačné klinické závěry. Poskytování nepřesných informací evidentně porušuje jedno ze základních etických pravidel medicínských etiky, pravidlo beneficence (konání pro dobro a prospěch pacienta), zejména

při testování chorob, u kterých není doposud známa ani možná účinná prevence a léčba (např. Alzheimerova choroba). Je porušováno i pravidlo nonmaleficence (nepoškozování pacienta). Některá rizika prediktivního genetického testování, jako jsou rizika psychologická, sociální a finanční, byla prokázána řadou zahraničních studií (pocit viny, stres, úzkost, narušená sebeúcta, sociální stigmatizace, diskriminace ze strany pojišťoven a zaměstnavatele). Non lege artis provedené prediktivní testování může také zcela narušit dynamiku rodiny a rozdělit její členy na zdravé a „nemocné“, komunikaci v rodině, způsob informování blízkých a vzdálených příbuzných o výsledku testu a jeho důsledcích. Tato problematika je řešena pouze na specializovaných akreditovaných genetických pracovištích odborně vyškolenými klinickými genetiky. Zachování absolutní důvěrnosti získaných dat je na specializovaných genetických pracovištích důsledně ošetřeno a kontrolováno, zachování důvěrnosti přístupu k výsledkům testování v případě jejich předávání a uchovávání v dokumentaci praktických a rodinných lékařů je problematické.

Eticky naprosto nepřijatelné je nabízení komerčního prediktivního testování dětí. Evropská společnost lékařské genetiky (ESHG) i OECD a Evropská komise jednoznačně doporučují prediktivní genetické testování dětí odsunout do věku, kdy je pacient schopen pochopit aspekty genetického testování a svobodně se rozhodnout, zda si testování přeje. Výjimku tvoří pouze onemocnění s nástupem v dětském věku, nebo onemocnění, u kterých je účinná časná prevence a léčba. Důvodem doporučení ESHG je časově omezená autonomie nezletilých (do adolescence či 18 let), kdy za ně plně rozhodují jejich zákonní zástupci. To může vést k diskriminaci (pozitivní i negativní) v rámci rodiny (hyperprotektivita, nezáměr rodičů, výběr životní profese, zájmů atd.). Dalším důvodem proti je i neschopnost nezletilých zachovávat důvěrnost dat získaných genetickým testováním (riziko celoživotní psychické a sociální stigmatizace).

Za výbor Společnosti lékařské genetiky

Prof. MUDr. P. Goetz, CSc., předseda společnosti

Za etickou komisi Mzd ČR

Doc. MUDr. P. Hach, CSc., předseda komise

Za výbor Společnosti lékařské etiky

MUDr., Mgr. Jan Payne, PhD, předseda společnosti

Kardiopulmonální resuscitace

Jak v praxi používáme ERC Guidelines 2005

Uplynuly dva roky od chvíle, kdy byly v prosinci 2005 publikovány nové doporučené postupy pro resuscitaci (KPR) a neodkladnou péči, které vypracovala Evropská rada pro resuscitaci (European Resuscitation Council; ERC). Tyto doporučené postupy jsou určeny všem zdravotnickým pracovníkům, nejen tedy lékařům, ale též zdravotním sestram, záchranářům či farmaceutům.

Kapitola „Základní podpora života“ (Basic Life Support) přináší rovněž užitečné informace veřejnosti, která je ochotna pomoci druhým lidem ve zdravotní tísní či při ohrožení jejich života.

Nová doporučení ERC jsou založena na systematickém zhodnocení dosavadních vědeckých a praktických znalostí v oblasti resuscitační medicíny a neodkladné péče, které probíhalo v předcházejících letech (2000 až 2004) mezi odborníky z celého světa. Tito odborníci diskutovali své výsledky na konsenzuálním setkání, které se uskutečnilo v lednu 2005 v Dallasu (Texas, USA) a jejich závěry byly celosvětově publikovány v listopadu 2005 společně s těmito doporučenými postupy (časopisy Resuscitation a Circulation). Cílem bylo zformulovat souhrn rozhodujících znalostí pro zavádění co nejlepší klinické praxe v resuscitaci na celém světě.

Poslední doporučené postupy pro resuscitaci byly publikovány v roce 2000. Od té doby nové vědecké poznatky posunuly naše poznání dopředu i v této oblasti lékařské vědy a praxe. Nové doporučené postupy pro resuscitaci jsou zaměřeny na „návrat k základnímu přístupu“ a jsou jednodušší pro záchránce z řad veřejnosti a rovněž i pro zdravotníky při jejich osvojování a udržování nabytých znalostí a zejména praktických dovedností. Kroky vedoucí k úspěšné resuscitaci jsou popsány jako tzv. „řetěz přežití“ (Chain of Survival). Časné rozpoznání varovných příznaků u člověka, který může být vážně nemocný, vede k časnějšímu přivolání lékařské pomoci, dává pacientovi větší naději na časnější léčbu a tím se stává i prevencí eventuelní náhlé srdeční zástavy. Pokud již došlo k náhlé srdeční zástavě, časné stlačování hrudníku a umělé dýchání může zajistit dostatek krve do srdce a mozku postiženého pacienta a tím získat rozhodující čas,

aby činnost „zastaveného“ srdce mohla být obnovena např. elektrickým výbojem (defibrilací). Jakmile je činnost srdce včas obnovena, další léčba může zvýšit šanci pacienta na úplné uzdravení.

Pokud srovnáme nová doporučení s těmi z roku 2000, tak doporučení z roku 2005 dávají mnohem větší důraz na vyšší počet kompresí hrudníku (30 kompresí na každé dva dechy místo tradičních 15 kompresí na každé dva dechy). Poměr 30:2 je doporučován pro všechny dospělé pacienty a rovněž pro děti (kromě novorozenců) – toto doporučení je zároveň mnohem jednodušší pro každého na učení a zapamatování si naučených praktických dovedností. Pokrok v technologii léčby elektrickým výbojem defibrilátory umožňuje nejen zdravotníkům, ale rovněž i poučené veřejnosti, podat elektrický výboj časněji a mnohem účinněji osobám s náhlou srdeční zástavou.

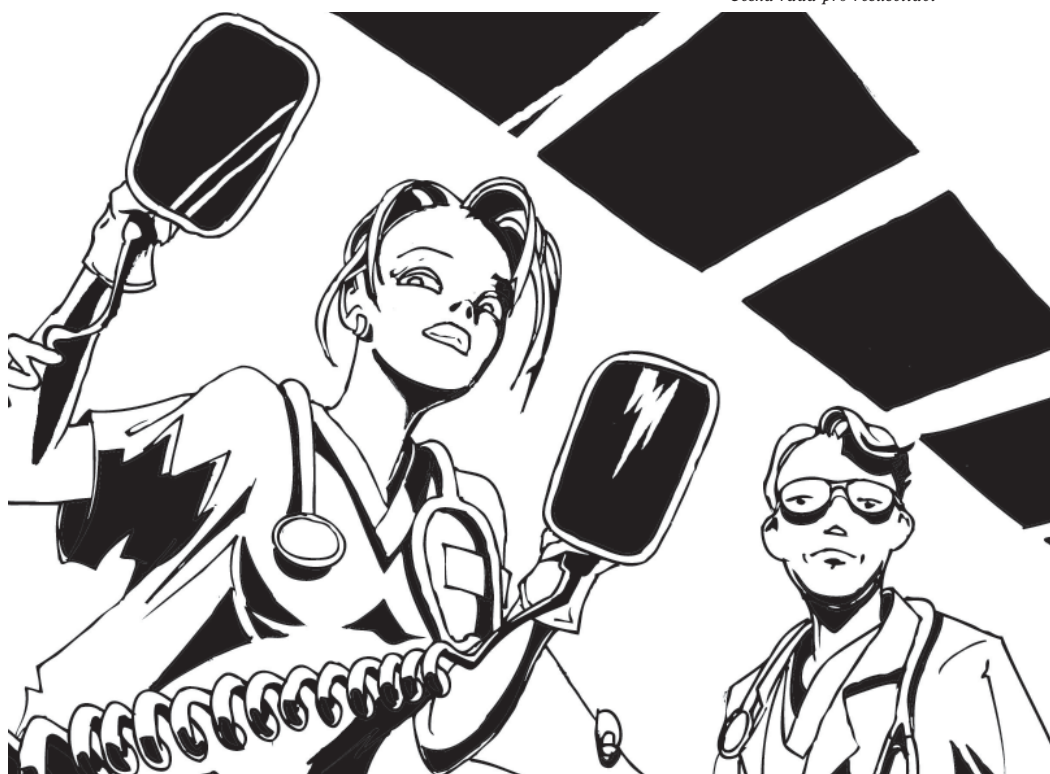
Mnoho let je známo, že ochlazování tělesné teploty (hypothermie) přispívá k ochraně mozku, jestliže dojde k srdeční zá-

stavě. Poslední vědecké poznatky naznačují, že mírné ochlazování pacienta, který utrpěl náhlou srdeční zástavou a je úspěšně resuscitován, může zvýšit šanci na úplné uzdravení. Nové doporučení zní tak, aby tato léčba (terapeutická hypothermie) byla poskytována těmto pacientům na jednotkách intenzivní péče po srdeční zástavě.

Jak v praxi používáme ERC Guidelines 2005? Česká rada pro resuscitaci (www.resuscitace.cz) pořádá pro lékaře, ale rovněž i ostatní kategorie zdravotníků, jakož i pro veřejnost, řadu kurzů, ve kterých je možné si zopakovat praktické dovednosti resuscitace a neodkladné péče – v nemocnicích i v terénu. Rovněž oficiální český překlad kapesní verze ERC Guidelines 2005 je k dostání u většiny knihkupců se zdravotnickou literaturou, popř. v e-shopu na výše uvedených internetových stránkách.

ERC je přesvědčena, že zavádění těchto nových doporučených postupů resuscitace v široké praxi zvýší počet přeživších obětí náhlé srdeční zástavy. Tyto doporučené postupy dále přispějí k jednotné bázi výuky a praxe v resuscitaci a neodkladné péči v celé Evropě jak mezi zdravotnickými pracovníky, tak mezi veřejností.

Vít Mareček,
Česká rada pro resuscitaci



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

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

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

zde odstříhnete

PLNÁ MOC

Zmocnitel – smluvní zdravotnické zařízení

název: _____

sídlo: _____

IČ: _____ IČZ¹⁾: _____ IČP²⁾: _____

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

zastoupený: _____

tímto zmocňuje

Zmocněnce – profesní (zájmové) sdružení poskytovatelů zdravotní péče:

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

aby jej jako smluvní zdravotnické zařízení zastupoval

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

a to za (zaškrtněte)

- skupinu poskytovatelů praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost;
- skupinu poskytovatelů ambulantní specializované péče a péče ženských lékařů (odbornost 603, 604) s výjimkou těch, kteří poskytují fyzioterapii (odbornost 902 a 918) a ergoterapii
- skupinu poskytovatelů diagnostické péče (odbornosti 222, 801, 802, 804, 805, 807, 809, 812 až 819, 822 a 823).
- skupinu poskytovatelů laboratorní a radiodiagnostické péče (příslušnou skupinu zmocnitel označuje křížkem)

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

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

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

V _____ dne: _____

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

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

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

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

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

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

4) Vyplnění údajů není povinné.

Zmocnitel (podpis a razítko)

Vzdělávací kurzy České lékařské komory

Přehled jaro 2008

Příhlášky zasílejte na adresu:

Oddělení vzdělávání ČLK

Lékařská 2, 150 30 Praha 5, fax: 257 220 618, e-mail: vzdelavani@clkcr.cz, seminar@clkcr.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 zaslávaným informacím, neboť místo konání kurzu může být změněno.

Poplatky za účast na doškolovacích kurzech České lékařské komory

Cena doškolovacích kurzů ČLK, pokud není uvedeno jinak:

- 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 příslušným počtem kreditů v souladu se SP č. 16 ČLK.

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.clkcr.cz

11/08 Kurz – Pediatrie

Datum konání: 1. 3. 2008

Místo konání: Praha 5, ČLK, Lékařská 2

Koordinátor kurzu: MUDr. Marcela Černá, Ústav pro péči o matku a dítě, Praha 4-Podolí

MUDr. Šárka Doležalová

- Novinky v léčbě enuresis nocturna
- MUDr. František Schmeberg
- Chyby a omyly v sociální pediatrii
- MUDr. Štěpánka Čapková
- Nejčastější kožní bakteriální infekce v dětském věku
- MUDr. Miroslava Balaščíková
- Screening cystické fibrózy
- MUDr. Anna Zobanová
- Kdy se má dítě dispenzarizovat u dětského očního lékaře?

37/08 Kurz – Kardiologie

Datum konání: 1. 3. 2008

Místo konání: Praha 4, ÚPMD, Podolské náb. 157

Koordinátor kurzu: prof. MUDr. Roman Čerbák, CSc.

Prof. MUDr. Jaromír Hradec, CSc.

- Chronické formy ICHS, zejména stabilní angina pectoris

Doc. MUDr. Vladimír Soška, CSc.

- Dyslipidémie
- MUDr. Petr Fridl, CSc.
- Novinky v echokardiografii
- Prof. MUDr. Roman Čerbák, CSc.
- Aortální stenóza
- Doc. MUDr. Josef Veselka, CSc.
- Kardiomyopatie
- As. MUDr. Petr Janský
- Akutní srdeční selhání
- Prof. MUDr. Jan Vojáček, DrSc.
- Novinky v intervenční kardiologii
- MUDr. Pavel Jansa
- Arteriální plicní hypertenze

12/08 Kurz – Metody vyšetřování úrovně zrakové ostrosti a indikační pravidla při korekci refrakčních vad u malých nespupracujících dětí a u dětí s vícečetným nejen zrakovým postižením
Podrobné informace jsou uvedeny na www.clkcr.cz – Odd. vzdělávání, akreditované akce, číslo 12814

Theoretická část

Datum konání: 8. 3. 2008

Místo konání: Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5

Praktická část

Datum konání: individuální stáž (6 hodin). Termín si domluví každý posluchač dle svých časových možností.

Místo konání: Dětská oční ambulance, Zdravotnické zařízení Barrandov, Krškova 807, 152 00 Praha 5-Barrandov
Cena kurzu: 2500 Kč
Koordinátor kurzu: MUDr. Anna Zobanová

Program teoretické části (5 hodin):

- Vývoj vidění
- Vývoj refrakce
- Metody vyšetřování úrovně zrakové ostrosti u nonverbálních pacientů
- Zásady práce s dětmi s vícečetným, nejen zrakovým postižením (MDVI)
- Kritéria pro korekci refrakčních vad brýlemi či kontaktními čočkami u dětí

13/08 Kurz intenzivní medicíny, III. blok: homeostáza, metabolismus, miscilanea

Datum konání: 15. 3. 2008

Místo konání: Praha 5, Klub ČLK, Lékařská 2
Koordinátor kurzu: MUDr. Jiří Valenta, KARIM VFN 1. LF UK Praha 2

MUDr. Martin Balík, Ph.D.

- Homeostáza
- MUDr. Helena Brodská
- Biochemický monitoring v intenzivní péči
- MUDr. Jiří Valenta
- Hemokoagulace v intenzivní péči
- MUDr. Ferdinand Polák
- Nutrice v intenzivní péči
- MUDr. Martin Urban
- Klinická vyšetření a monitorace orgánových funkcí
- MUDr. Miloš Dobiáš
- Závažné intoxikace
- Kardiopulmonální resuscitace – co nového?
- MUDr. Jiří Valenta
- Smrt mozku

39/08 Právní seminář

Datum konání: čtvrtek 27. 3. 2008

Místo konání: Lékařský dům, Praha 2

Účastnický poplatek pro členy ČLK 500 Kč, pro nečleny ČLK 3000 Kč.

Účastnický poplatek je nutné uhradit předem poštovní poukázkou nebo bezhotovostně.

Pozvánka spolu se složenkou bude rozeslána 10 dnů před konáním semináře. Doklad o úhradě je nezbytné předložit u registrace.

Koordinátor: JUDr. Jan Mach, ředitel právního odboru ČLK

Přednáší: JUDr. Jan Mach, ředitel právního oddělení ČLK, JUDr. Jaromír Jirsa, prezident Soudcovské unie ČR

- Aktuální právní problémy při výkonu lékařského povolání
- Novinky ve zdravotnické legislativě
- Zákon č. 111/2007 Sb. – nová právní úprava nahližící 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, kazuistiky
- Právní sebeobrana lékaře – jak reagovat na trestní oznámení, žaloby, vyhrožování, útoky na profesní čest v médiích
- Dohodnuté 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

14/08 Kurz – Pediatrie (Opakování)

Datum konání: 29. 3. 2008

Místo konání: Praha 1, Senovážné nám. 23, SMOSK K-centrum, posluchárna č. 201

Koordinátor kurzu: MUDr. Marcela Černá

Doc. MUDr. Ivo Paclt, CSc.

- Hyperkinetický syndrom u dětí
- As. MUDr. Helena Ambrožová, CSc.
- Hepatopatie u infekčních onemocnění u dětí
- 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 vlasů u dětí
- Vzájemná interakce mezi lékařem a náročným pacientem
- Chování k pacientům mimoevropských kultur a náboženství

15/08 Seminář – Komunikačně náročné situace mezi lékařem a pacientem a jejich zvládnání

Datum konání: 29. 3. 2008

Místo konání: Brno, Brněnské kulturní centrum, Sál B. Bakaly, Žerotínovo nám. 6

Účastnický poplatek: 500 Kč

Hodnocení: 6 kreditů

Kapacita: max. 20 osob

Koordinátor kurzu: PhDr. Erika Gerlová

Podrobnosti o programu naleznete u kurzu 5/08.

7/08 Seminář – Komunikačně náročné situace mezi lékařem a pacientem a jejich zvládnání

Datum konání: 5. 4. 2008

Místo konání: Praha 1, Senovážné nám. 23, SMOSK K-centrum, posluchárna č. 201

Účastnický poplatek: 500 Kč

Hodnocení: 6 kreditů

Koordinátor kurzu: PhDr. Erika Gerlová

Podrobnosti o programu naleznete u kurzu 5/08.

27/08 Seminář – Traumatologie

Datum konání: 5. 4. 2008

Místo konání: Praha 5, Klub ČLK, Lékařská 2

Koordinátor: doc. MUDr. Leopold Pleva, CSc.

MUDr. Tomáš Dědek, Ph.D.

- Organizace přednemocniční péče v návaznosti na TC
- MUDr. Stanislav Jelen
- Diagnostika a algoritmy ošetření polytraumatu na urgentním příjmu TC
- Doc. MUDr. Leopold Pleva, CSc.
- Nové operační metody v úrazové chirurgii
- MUDr. Sylvia Skotnicová
- Radiointervenční metody v úrazové chirurgii
- MUDr. Petr Nestrojil, CSc.
- Novinky v konzervativní léčbě zlomenin
- MUDr. Richard Lukáš, Ph.D.
- Nové operační metody v léčbě zlomenin
- Prof. MUDr. Peter Wendsche, CSc.
- Poranění páteře – operační a konzervativní léčba
- Doc. MUDr. Pavel Maňák, CSc.
- Poranění ruky a možnosti jejich ošetření

16/08 Kurz – Novinky v neodkladné péči v roce 2008

Datum konání: 12. 4. 2008

Místo konání: Praha 5, Klub ČLK, Lékařská 2

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

Podrobné informace naleznete u kurzu 10/08.

Vzdělávací den ČLK

Neodkladné stavy a naléhavé situace v urgentní a intenzivní medicíně

Nové „guidelines“:

- Cévní mozkové příhody, mozkolebeční poranění; výsledky hlavních metaanalytických studií poslední doby: euglykémie, Corticis, Eldicus, Ethicus, Sepsis aj.
- Nové slibné (?) postupy:
- Permisivní hodnoty a kdy je tolerovat medicínsky i právně; jak se změnil názory na vnitřní prostředí – funkce ledvin, laktátémie, a BMI; jak je zjistíme a zohledníme.
- Alternativní postupy v extrémní tísni:
- Jak se přizpůsobují nové přístroje a pomůcky, kde jsou jejich hranice pro užít lege artis?
- Neletální zbraně – inkapacitancia a látky užívané k sofistikovaným suicidiím – jak poskytnout první pomoc? Které drogy mají budoucnost a jaké vitální komplikace lze od drog a prodrug očekávat?
- Kde činíme nejvíce chyb v neurologické diagnostice a jak hledět na cévní mozkové příhody ischemického a hemoragického původu v triage pro další ošetření?
- Které novinky přinesla klinická biochemie a lékařská mikrobiologie do neodkladné péče?
- Nová rizika pro zdravotníky, OOPP, bezpečnostní pomůcky.

Odpovědi na konkrétní otázky z minulého kurzu. 38/08 Kurz – Kardiologie

Datum konání: 12. 4. 2008

Místo konání: Praha 4,

ÚPMD, Podolské náb. 157

Koordinátor kurzu:

prof. MUDr. Jaromír Hradec, CSc.

Doc. MUDr. Otto Mayer, CSc.

- Prevence kardiiovaskulárních onemocnění
- Prof. MUDr. Jiří Widimský, CSc.
- Arteriální hypertenze
- MUDr. Miloš Táborský, CSc.
- Novinky v léčbě arytmií
- MUDr. Kateřina Linhartová
- Aortální stenóza
- MUDr. Miroslava Benešová
- Mitrální regurgitace
- MUDr. Hana Skalická
- Nekardiální operace kardiaků
- Doc. MUDr. Ivan Málek, CSc.
- Chronické srdeční selhání
- Doc. MUDr. Jiří Král, CSc.
- Co s těhotnou kardiakou?

Konference ČLK v Milovech

Ve dnech 25. a 26. dubna 2008

pořádá ČLK konferenci v hotelu Devět skal – Milovy.

Konference je určena především pro funkcionáře okresních sdružení a centrálních orgánů komory. Srdečně zvání jsou však i ostatní lékaři, kteří mají o komorovou problematiku zájem. Vzhledem k omezené kapacitě vyzýváme zájemce o účast, aby kontaktovali kancelář ČLK (recepcie@clkcr.cz).

Hlavní témata konference:

Reforma zdravotnictví v ČR

Lékař a jeho profesní samospráva

Připomínky a další náměty jsou vítány.

Milan Kubek, prezident ČLK

+ licence na vedoucího pracovníka, klinická praxe nejméně 10 let, morální a občanská bezúhonnost, manažerské předpoklady, komunikační schopnosti, ochota absolvovat manažerské studium, znalost systému veřejného zdravotního pojištění, osvědčení dle zákona č. 451/1991 Sb., ve znění pozdějších předpisů, notářsky ověřené čestné prohlášení dle ust. § 4 cit. zákona. Přihlášky včetně životopisu, údajů o dosažené praxi, doklady o vzdělání a výpis z rejstříku trestů, ne starší tří měsíců, čestné prohlášení uchazeče, že proti němu není vedeno trestní řízení a návrh vlastní koncepce efektivního řízení a provozu pracoviště, vztahující se k obsazené pozici v rozsahu cca tři stran a více, zaslejte do 20. 2. 2008 na adresu: Krajská zdravotní a.s., Nemocnice Teplice, o.z., personální oddělení, Duchcovská 53, PŠC 415 29 Teplice, s označením Výběrové řízení – ORL oddělení. Informace na tel.: 417 519 216 (417/519 200)

Gynekologická praxe v centru Prahy hledá atestovanou gynekoložku. Velmi dobré podmínky. Tel.: 731 325 380

Rehabilitační ústav Kladruby u Vlašimi přijme pro lůžkové oddělení: lékaře – vhodné pro lékaře po atestaci FBLR nebo v základním oboru (neurologie, interna ...) se zájmem o rehabilitaci, fyzioterapeuti, ergoterapeuti. Jsme státní příspěvková organizace. Nabízíme zajímavou práci, možnost profesionálního růstu i funkčního zařazení, možnost ubytování, mateřská škola v areálu. Ústav se nachází cca 50 km od Prahy na trase dálnice D1. Kontakt: sekretariát ředitele, tel.: 317 881 554 nebo náměstkyň pro zdravotní a preventivní péči, tel.: 317 881 330, fax 317 881 191, e-mail: sekretariát@rehabilitace.cz

Nemocnice Hranice, a. s., přijme lékaře na interní a gynekologické oddělení. Kvalifikační požadavky: atestace v oboru nebo v přípravě k atestaci, praxe v oboru, organizační a řídicí schopnosti, občanská a morální bezúhonnost. Nabízíme: nástup dle dohody, možnost ubytování, odměňování smluvním platem, možnost dalšího vzdělávání. Požadované doklady k přihlášce: stručný životopis s přehledem odborné praxe, kopie dokladů o dosaženém vzdělání. Blíží informace na tel. 581 679 230, náměstek pro lékařskou péči nebo 581 679 102, sekretariát ředitele. Písemné nabídky vč. stručného životopisu a přehledu odborné praxe zaslejte na adresu: Nemocnice Hranice a.s., sekretariát ředitele, Zborovská 1245, 753 22 Hranice

35 000 Kč čistého příjmu měsíčně nabízím lékaři s atestací z všeobecného lékařství (event. v předatestační přípravě) či interny za práci v soukromé praxi. Zlínský kraj, ubytování zdarma. Kontakt: madoprax@seznam.cz

Health Management Consulting Czech Republic hledá LÉKÁŘE – ANALYTIKA (Seniora) na plný i na částečný úvazek. Máte lékařskou praxi, nejlépe jako praktický lékař a chtěl/a byste se zabývat něčím novým? Nabízíme Vám práci v týmu výzkumníků a participaci na výzkumech v oblasti Health care. Místo výkonu práce Praha. Požadujeme: VŠ vzdělání lékařského směru, lékařskou praxi, pozitivní vztah k číslům a statistice (znalost používaných statistických metod výhodou), proaktivní a důvěryhodnou osobnost s dobrými komunikačními a prezentačními dovednostmi, AJ na mírně pokročilé úrovni, RČ typu B. Svůj strukturovaný životopis zaslejte na e-mail: Klara.Moravcova@hmcgroup.eu. Info na tel.: 774 889 413

Psychiatr. klinika ESET přijme na úvazek 1,00 psychiatra pro práci v ambulanci. Nelze pro absolventy. Výcvik a psychoterapeutická atestace výhodou. Strukturovaný životopis zaslejte na: ESET, Vejvanovského 1610, 149 00 Praha 4, mail: klinikaeset@volny.cz, tel./fax: 272 940 880

Psychiatr odd. AT na 0,5. Klinika ESET přijme na úvazek 0,5 lékaře psychiatra do ambulance závislosti. Nelze pro absolventy. Výcvik a psychoterapeutická atestace výhodou. Strukturovaný životopis zaslejte na: ESET,

Veivanovského 1610, 149 00 Praha 4, mail: klinikaeset@volny.cz, tel./fax: 272 940 880

Psychiatrická sestra. Klinika ESET přijme na úvazek 1,00 psychiatrickou zdravotní sestru. Nabídky s profesním CV zaslejte na: ESET, Renata Prehliková, Veivanovského 1610, 149 00 Praha 4, mail: klinikaeset@volny.cz, tel./fax: 272 940 880

Slezská nemocnice v Opavě, příspěvková organizace, nabízí pracovní umístění na pozici: lékaře/lékařky s atestací i bez atestace v oboru neurologie. Nabízíme kvalitní odborný růst a širokou možnost dalšího vzdělávání. Nástup možný ihned. Blíží informace na www. nemocnice.opava.cz, nebo u primáře: MUDr. David Doležil, Ph.D., tel.: 553 766 393 e-mail: david.dolezil@nemocnice.opava.cz

Oddělení TRN nemocnice Karlovy Vary, a.s., přijme lékaře, specializační atestace v oboru nebo atestace vnitřního lékařství I. stupně výhodou, možno i absolvent. Dobré platové podmínky, mladý kolektiv. Odpovědi zaslejte na: ivanajohannova@hotmail.com nebo volejte na tel.: 775 653 756

Dermatolog před atestací. Kožní sanatorium v Praze zaměstná dermatologa před atestací. Tel.: 603 222 123

Lékař/lékařka. Nemocnice Třebotov, a.s., nacházející se cca 1 km od Prahy-Radotína přijme 2 sekundární lékaře pro lůžka následné péče. Požadujeme vzdělání: 1 atestovaný internista, geriatr nebo neurolog. Nabízíme: dobré pracovní a finanční podmínky i s možností částečného úvazku, příjemné prostředí, dále nabízíme přidělení bytu nebo poskytnutí osobního automobilu. Nástup možný ihned. Blíží informace: MUDr. Kateřina Toběrná, tel.: 257 899 941, l. 937, primar@nemocnice.trebotov.cz

Endoskopické centrum Oblastní nemocnice Kolín, a.s., přijme lékaře s Zletou praxí v oboru interna nebo chirurgie, který má zájem o další specializaci v oboru gastroenterologie a endoskopie. Nástup dle dohody. Kontakt: prim. MUDr. Petr Volšanský, tel.: 321 756 209

Nabízíme volné místo ambulantního gynekologa v nové soukromé ordinaci v CHRUDIMI. Lze domluvit úvazek v rozmezí 0,5-1,0. Hledáme komunikativní kolegyni či kolegu odborně na vyšší. Příjemné prostředí, perfektní tým kolegů. Tel.: 602 222 921

Krajská zdravotní, a.s. – Nemocnice Chomutov, o.z., přijme do pracovního poměru lékaře pro oddělení: anesteziologicko-resuscitační, interní, rehabilitační, radiodiagnostické, urologické, léčebna dlouhodobě nemocných. Požadavky: odborná způsobilost k výkonu povolání v souladu se zákonem 96/2004 Sb., bezúhonnost, zdravotní způsobilost, schopnost týmové práce, praxe v oboru vítána (není podmínkou), zájem o obor. Nabízíme: perspektivní práci v moderních provozech, možnost dalšího vzdělávání a profesního růstu, odpovídající finanční ohodnocení, příspěvek na penzijní pojištění, příspěvek na dovolenou, závodní stravování a jiné zaměstnanecké výhody. Písemné nabídky zaslejte na personální úsek Krajské zdravotní, a.s. – Nemocnice Chomutov, o.z., Kochova 1185, 430 12 Chomutov

NZZ v Praze 4 přijme praktického lékaře/ku na plný úvazek. Výhodné pracovní a platové podmínky. Nástup ihned nebo dle dohody. Informace na tel.: 241 765 162 nebo 241 770 620

Hledám asistenta do praxe dět. lékaře na Praze 4 na část. úvazek či zástup, převedení praxe v blízkém horizontu. Tel.: 602 884 240

Lázně Luhačovice, a.s., přijmou do pracovního poměru lázeňského lékaře se specializací vnitřního lékařství, nástavbová atestace z diabetologie, pneumologie či FBLR. Přijmeme také lázeňského lékaře na období duben-říjen. Info: 577 681 102, 606 705 792, personální odd.: 577 682 204, 602 249 668, mail: pavlistik@lazneluhačovice.cz

Hledáme praktického lékaře do ordinace, pracoviště OM-Praha 9, nástup možný ihned nebo dle dohody. Tel.: 731 503 803, medicur@seznam.cz

Dobře zavedená privátní praxe s bohatou klientelou hledá oftalmologa na celý úvazek. Jsme akreditované pracoviště, nabízíme možnost dalšího vzdělávání v předatestační přípravě, možnost ubytování a výhodné platové podmínky. Výhledově možnost převzetí praxe. Nástup dle dohody. Šumperk. Tel.: 774 959 534, 608 840 531

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

Krajská nemocnice T. Bati, a.s., přijme lékaře na plicní oddělení, požadavky: lékař s minimálně roční praxí na interním oddělení, atestace z pneumologie nebo interny vítána. Lékaře na neurochirurgické oddělení, požadavky: lékař zařazen do oboru neurochirurgie nebo lékaře se zájmem o tento obor. Nabízíme možnost odborného růstu a dalšího vzdělávání. Platové podmínky a ubytování dohodou. Nástup možný ihned. Blíží informace podá primář plicního oddělení MUDr. Řihák, kontakt: 577 552 620, rihak@bnzlin.cz, primář neurochirurgického oddělení MUDr. Filip, kontakt: 577 552 131, Filip@bnzlin.cz. Písemné nabídky zaslejte na adresu: Krajská nemocnice T. Bati a.s., Oddělení lidských zdrojů, Havlíčkovo náb. 600, 762 75 Zlín

Nemocnice Blansko přijme lékaře radiodiagnostického oddělení nejlépe v úvazku 1,0. Kvalifikační předpoklady: s praxí v radiodiagnostice alespoň 12 měsíců, nejlépe specializovaná způsobilost v oboru RDG, občanská a morální bezúhonnost. Nástup dle dohody. Písemné žádosti zaslejte na personální oddělení Nemocnice Blansko, Sadová 33, 678 31 Blansko, tel.: 516 838 116, e-mail: vasickova@nemobk.cz

Ambulantes Rehazentrum in Braunschweig sucht ab sofort einen ORTHOPEDEN. Unterkunft ist vorhanden, Verdienst ist cca 5000 EUR/Monat. Anschrift: Herr Jacobs, Hamburger Str. 49, 38114 Braunschweig, Deutschland. Tel.: 0049 531 2322333, E-Mail: Rehazentrum-Braunschweig@web.de. Weitere Informationen an Dr.Valkova, Adalbert Stifter Str. 97, 38239 Salzgitter. Tel.: 0049 5341 266 844. E-Mail: rostavalek@yahoo.com

FAKULTNÍ THOMAYEROVA NEMOCNICE S POLIKLINIKOU, VÍDEŇSKÁ 800, 140 59 PRAHA 4 – KRČ přijme na základě konkursního řízení sekundárního lékaře/lékařku pro Novorozenecké oddělení s JIPN. Požadujeme: absolvent lékařské fakulty s atestací z dětského lékařství, zájem o intenzivní péči v neonatologii (atestace z neonatologie vítána), nutná znalost alespoň jednoho světového jazyka, práce s PC. Nabízíme: zajímavou práci, možnost celoživotního vzdělávání, podmínky odměňování dle kvalifikace, zaměstnanecké benefity. Přihlášky včetně životopisu, odborné a zdravotní způsobilosti a výpisu z rejstříku trestů pošlete do zaměstnaneckého odboru PTNPS, Vídeňská 800, 140 59 Praha 4 k rukám paní Márii Bergmanové, případně na e-mail: jan.janota@ftn.cz do 7.3.2008. Blíží informace: 261 08 3706, 261 08 3621

Zástup

Alergolog. Hledám lékaře alergologa na zástup na částečný úvazek do Vrchlabí do ambulantní praxe. V případě potřeby zajistím ubytování. Tel.: 604 204 234

Hledám pediatra na dlouhodobý zástup do ordinace PLDD v okrese Český Krumlov od dubna 2008, tel.: 605 554 333

Hledám zástup do soukromé dermatologické ordinace v centru Prahy v době od 15. 5.–15. 6. 2008. Tel.: 724 024 464

Prodej a koupě

Prodám starší EKG přístroj, zn. Chiracard, plně

funkční, pravidelně servisovaný, větších rozměrů. V ceně náhradní díly a EKG papír na několik let. Cena celkem 3000Kč. Tel.: 606 490 504

Levně prodám vyšetřovací gynekologický stůl z r. 1985, funkční sterilizátor z 40 posuvnými zrcadly, kolposkop a lékařskou váhu, nástroje na drobné výkony zdarma. Tel.: 495 538 603

Prodám funkční UZ přístroj KRETTZ Combison 310 A, abd. a vag. sonda, levně. Tel.: 608 828 582

Prodám horkovzdušný sterilizátor HS 32A, cena 500Kč. T.: 603 309 732

Koupím vybavení ORL ordinace: vyšetřovací křeslo, nástroje, odsavačku, event. další. Tel.: 607 512 013, e-mail: TZahalka@seznam.cz

Prodám UZ přenosný FUKUDA UF 4300R se zabudovanou tiskárnou, abdominální a vaginální sondou. Nabízím program PC Doktor. Mobil: 736 405 527

Prodám vyšetř. lehátko, stojan, lampu, sterilizátor, židle do čekárny. Zn.: Levně, koncím. Mobil: 602 420 758

Prodám elektrokauter Chiratom 400, odsávací přístroj Medela, typ Dominant, kompaktní konfigurovatelný monitor Hewlett-Packard, typ 78352C, kompletní sadu chirurgických nástrojů pro plastickou chirurgii. Tel.: 732 332 377

Pronájem

Nabízím pronájem dvou ordinací a čekárny včetně kompletního zázemí v nově rekonstruované třípatrové vile situované na atraktivním místě v centru Olomouce. V objektu jsou ordinace praktického lékaře a dalších specialistů, lékárna s „drive-in“ pro invalidy a edukační středisko. Vila má výbornou dopravní obslužnost (autobusy, tramvaje) a vlastní parkoviště. Cena pronájmu 2500 Kč/m² ročně. Další informace: info@vilazdravi.cz, www.vilazdravi.cz nebo 585 225 504 případně 588 500 566

Pronajmu lék. ordinaci, 43 m², vedle lékárny u Juvelu v Č. Budějovicích, tel.: 723 668 080

Pronajmu 1–2 nezařízené ordinace v centru Brna. Cena dohodou. Kontakt: 604 754 364

Různé

Prodám ordinaci PL pro dospělé na Mělnicku. Od Prahy 18 km po dálnici na Teplice. Mám ozn. „dobrá praxe“, 1100 reg. pacientů, moderně vybavená. Zn.: pro nemoc + věk. Tel.: 315 691 121, mobil: 721 662 237

Přenechám dobře zavedenou chirurgickou ordinaci na Praze 10. Volejte na tel.: 605 122 082

Prodám zavedenou ortopedickou ambulanci v Brně. Tel.: 604 558 322

Oční ordinaci Praha nebo Středočeský kraj odkoupím. Tel.: 731 016 661

Koupím zavedenou praxi PL v J, JZ, Z části Prahy a přilehlém okolí. Tel.: 603 727 823

Prodám dobře zavedenou FBLR praxi v Litoměřicích. Informace na tel.: 775 321 696

Přenechám menší praxi PL pro děti a dorost na sídlišti Dědina, Praha 6, oblast Ruzyně. V objektu jsou 2 PL pro dospělé, 2 zubní lékaři, 2 oční lékaři, erudovaný gynekolog a lékárna. Objekt je uprostřed sídliště, bezbariérový, bezplatné parkování. V okolí je vybudována nová rezidenční výstavba. Spojení metrem, tramvají nebo autobusem. Tel.: 233 310 454 (ordinace), 220 512 161 (domů), 731 256 911 (mobil), email: krachey@mediarepre.cz

Praktický lékař pro dospělé prodá dobře zavedenou praxi na Uherskobrodsku. Tel.: 572 632 756 denně po 20. hodině. Zn.: Spěchá

Služby

Nabízím zaškolení na moderním ultrazvuku, abdomen, small part, color Doppler, pro předchozí domluvě. Mám pracoviště na Praze 5, u stanice metra. Telefon mobil, celý den: 776 321 742. Mám 18 let praxe, 2 atestace a další postgraduály.

Úmrtí našich kolegů

MUDr. Eva Schwarzkopfová zemřela 2. 2. 2008 po dlouhé těžké nemoci ve věku nedožitých 83 let. Narodila se 22. 5. 1925 v Praze. Po promoci v roce 1951 nastoupila jako sekundární lékařka na Dětskou kliniku Fakultní nemocnice v Plzni. Brzy se stala odbornou asistentkou lékařské fakulty, později primářkou kliniky. Věnovala se především neonatologii. Po roce 1968 musela z politických důvodů z kliniky odejít a pracovala až do odchodu do důchodu jako praktická dětská lékařka v Brandýse nad Labem. Eva Schwarzkopfová byla mimořádně silná osobnost, vzdělaná, moudrá, oblíbená a skromná. Děkujeme za tichou vzpomínku.

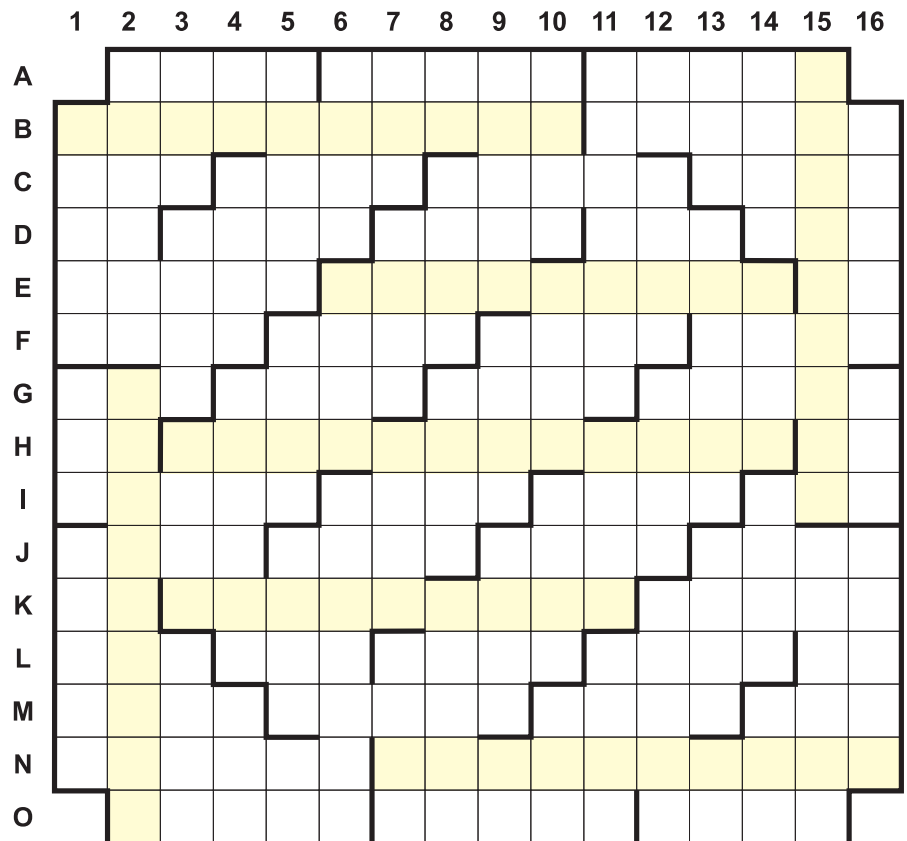
Jana Marková

MUDr. Jan Fiala, obvodní a osvětový lékař v Jindřichově Hradci, zemřel 16. 1. 2008 ve věku nedožitých 96 let. „Je nám smutno! Odešel nestor jihočeských lékařů, pro kterého „hipokratismus“ nikdy neotevřel cestu k byznysu, přezíravosti, bohorovnosti, samolibosti či profesionální nezodpovědnosti. Od mladistvého elánu studenta, až po vyzrálou, životem zpečetěnou moudrost, podléhal toliko Prozřetelnosti, vlastnímu svědomí a ušlechtilé „starosvětské“ etice,“ napsal novinář Josef Bednář z Tábora.



MUDr. Jan Fiala

Křížovka o ceny



VODOROVNĚ: **A.** Řecké písmeno; chemický prvek; tudíž. – **B. 4. díl tajenky;** jazyk starých Římanů. – **C.** Tamta; bicykly; prskat; odvětví. – **D.** Značka bismutu; dělitelné dvěma; letadla; slepice; klekání. – **E.** Stadium; **3. díl tajenky;** maďarsky „a“. – **F.** Jihoamerický přezývavý sudokopytník; nealkoholický nápoj; jednotky informace; prodejní stůl. – **G.** Spojka; německy „tedy“; nástroje ženců; angorská vlna. – **H.** Nikoli; **1. díl tajenky;** předložka. – **I.** Krasobruslařský skok (slangově); bezcenné zboží; chlupový porost; výběžek pevniny do moře. – **J.** Jméno tenisty Lendla; pořadí; jasně hořet; drobné závaží. – **K.** Pobídka tahounů k chodu (řídce); **7. díl tajenky;** biřic. – **L.** SPZ vozidel Litoměřic; lepkavá hmota; část ruky; druh saní; chemická značka lithia. – **M.** Jídelní miska; dlouhé kosti; jméno zpěvačky Hegerové; nádech. – **N.** Často se sytiti; **5. díl tajenky.** – **O.** Tvrdě pracovat; ženské jméno; světaříl.

SVISLE: **1.** Vynálezce dynamitu; přitakání; litá kovová výplň zubu. – **2.** Jakost; **6. díl tajenky.** – **3.** Pramátí lidstva; opuštění; rodový svaz; část maďarské metropole. – **4.** Odvar z bylin; halda; benigní nádor ze žlázového epitelu; rybářská síť. – **5.** Kladná elektroda; plynný chemický prvek; stráž; tahle. – **6.** Spínací součástka; anglicky „slečna“; šilet. – **7.** Japonská lovkyně perlorodek; vozidlo; náš bývalý házenkář; vládci. – **8.** Předložka; měnová jednotka v některých iberoamerických zemích; možná; rozsudek. – **9.** Sídlu v Bolívii; pláč; části ženského těla; vzorec oxidu boru. – **10.** Výklenek ve zdi; smažené bramborové plátky; sokolská slavnost; štvanice. – **11.** Menší pamětní desky s nízkým reliéfem; břevno; značka obuvi. – **12.** Chemická značka radia; omastky; forma léku; oděvy jihoamerických indiánů. – **13.** Mužské jméno; vojenské hlášení; čas; snad. – **14.** Královédvorský podnik; pevná; lesní podrosty; hafani. – **15.** **2. díl tajenky;** vysokoškolské ubytovny. – **16.** Vězení (obecně); Slovan; omámeně.

Pomůcka: čips, Eret, és, Ocurí, ojler.

V Tempus medicorum 01/2008 jsme hledali výrok z knihy Richarda Gordona *Doktor v žitě*:

Většina chirurgů se dokáže bavit leda o útrokách svých pacientů nebo svých aut.

Sci-fi *Mezivěst* od Neila Gaimana a Michaela Reavese získává deset šťastných luštětelů, které jsme vylosovali: **Juliana Černíková**, Čáslav; **Jaromír Hampl**, Praha 10; **Květa Johanišová**, Praha 10; **Viktor Leukanič**, Mariánské Lázně; **Stanislava Navrátilová**, Vsetín; **Bohumil Reml**, Olomouc; **Vlastimil Šlapák**, Prachatice; **Vlasta Šmejkalová**, Havlíčkův Brod; **Ladislav Vykouřil**, Hradec Králové; **Zdeněk Žižka**, Praha 10.

Na správné řešení tajenky z čísla 02/2008 čekáme na adrese recepce@elker.cz do **10. března 2008!** Hodně štěstí!