



TEMPUS MEDICORUM

ČASOPIS ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY

9/2008

ROČNÍK 17

V TOMTO ČÍSLE:

**Více přesčasů
= riziko pochybení**

**Jaký je stav a co trápí
české zdravotnictví?**

**Podíl výdajů na
zdravotnictví na HDP
České republiky stále
klesá**

**ČLK odmítá vydávání
léků bez předpisu
s omezením**



**JUDr. Vladimír
Jirousek: Nemáme
spory s politiky**

PLUS



FI SÚKL
Klasifikace a terapie funkčních
chorob trávicího traktu

Novela zákona o ČLK řešíme naši budoucnost



inzerce

Chyťte proti bolesti!

Emoxen GEL

Naproxenum
s akcelerátorem vstřebávání



Paranit

ZDRAVOTNICKÝ PROSTŘEDEK NA ODVŠEVENÍ

BEZ INSEKTICIDŮ
klinicky testováno



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



PARANIT ZBAVI VAŠE PACIENTY
GINH VŠEV



Lékárnici nám nesmějí „fušovat do řemesla“

Ministr Julínek chce umožnit lékárníkům vydávat pacientům bez lékařského předpisu vedle současných léků na banální onemocnění, která si může kurýrovat každý sám, i léky na závažné choroby za předpokladu, že lékárník pacienta vyšetří a zhodnotí jeho zdravotní stav. **Tento pro pacienty nebezpečný záměr nemá žádné medicínské opodstatnění, jeho cílem je pouze růst spotřeby léčiv a tedy zvyšování obrátu farmaceutických firem a lékáren.** Bezpečnost pacientů jde stranou.

Léky vyzvednuté bez lékařského předpisu by měli pacienti platit v plné výši. Pokud tedy někdo očekává, že ušetří na regulačních poplatcích v lékárně a u doktora, je na omylu. Spotřebu těchto léků hodlá ministerstvo podporovat tím, že jemu podřízený SÚKL (Státní ústav pro kontrolu léčiv) umožní jejich propagaci i v obecných sdělovacích prostředcích. **Občané vystavení masivní reklamní kampani pak snadno podlehnou představě, že pouhé polykání „záračných“ pilulek vyléčí jejich chorobu.** Rádi budou zapomínat na dodržování diety a také ostatní naše doporučení, která jsou většinou nějak omezující, jim budou k smíchu. Avšak právě tato režimová opatření bývají základem léčby, kterou nelze redukovat na pouhou farmakoterapii.

Návrh je nejenom v rozporu s několika zákony, které určují podmínky k výkonu povolání lékaře či lékárníka, ale především odporuje zdravému rozumu. Každé malé dítě ví, že lékárník a lékař studovali každý jinou vysokou školu a jejich vzdělání je tedy zcela rozdílné. Lékárnici se učí, jak se léky vyrábějí, jak se mají skladovat i jak účinkují. V otázkách fungování lidského těla, patologie a patofyziologie chorob však zůstávají laiky. Návrat k nějakým univerzálním mastičkářům by byl návratem do středověku. **Lékárnici si podle ministra přání mají hrát na doktory a my lékaři pak budeme muset řešit komplikace.**

Lékárny jsou sice zdravotnická zařízení, avšak určená ke skladování, výdeji, event. i výrobě léčivých preparátů, nikoliv k vyšetřování pacientů, jak se domnívá pan ministr. Představa, jak se v tomto specializovaném obchodě pacienti obnažují, aby si mohli nechat změřit krevní tlak, nebo jak ve frontě u okénka líčí lékárníkovy pro pobavení lidí čekajících za nimi počet a kvalitu svých stolic, působí tragikomicky.

Ne lékárník, ale pouze lékař je schopen hodnotit úspěšnost léčby chronických chorob, jen lékař je schopen posoudit nežádoucí účinky či selhávání terapie, jedině lékař je schopen odhalit změnu diagnózy. Vždyť i u pacienta, který léta trpí funkčními zažívacími poruchami, může bez výraznější změny obtíží propuknout rakovina.

Vědecká rada komory složená z předních odborníků tento nesmyslný návrh hazardující se zdravím a lidskými životy jednomyslně odmítla. Julínkova myšlenka sice odporuje zdravému rozumu, ale ministr, jehož občanské sdružení léta sponzorují farmaceutické firmy, je, zdá se, ochoten zajít v jejich zájmu velmi daleko. Asi nejlepší naší obranou je znovu a znovu občanům vysvětlovat, že i vynikající léky mohou být bez lékařské kontroly nebezpečné. Varovat, že například statiny mohou způsobovat rozpad svalové tkáně s následným selháním ledvin, že hormonální antikoncepce může poškozovat játra a způsobovat žilní trombózy, že při předávkování inhalačními sympatomimetiky již ne jeden astmatik zemřel na srdeční arytmiie...

Argument, že v některých státech podobná možnost výdeje potenciálně nebezpečných léků bez lékařského předpisu existuje, může jen těžko obstát. Ne všechno je totiž v naší zemi špatné a nemusíme přece tupě kopírovat každou hloupost jen proto, že přichází ze zahraničí. Važme si toho, že počet závažných komplikací a úmrtí způsobených nežádoucími účinky léků a nekvalifikovanou samoléčbou je v ČR nízký. Jistě můžeme diskutovat o tom, zda je možné rozšiřovat paletu volně prodejných léků. Já osobně si myslím, že ano. Avšak **v žádném případě nemůžeme souhlasit s tím, aby nám lékárnici bez patřičné kvalifikace fušovali do řemesla.**

Je třeba připomenout, že již dnes existuje možnost, aby lékař, pokud to uzná za vhodné a možné, vystavil pacientovi recept umožňující opakované vydávání léku. Pacienti tedy nemusí chodit k lékařům častěji, než je nezbytně nutné. Dostupnost léků skutečně není v ČR ideální. Avšak chyba není na naší straně. Problém je v tom, že zejména na venkově se lékárníkům nevyplácí provozovat lékárně. Aby tedy například staří lidé nemuseli zbytečně cestovat do města, **připravila ČLK novelu zákona o léčivech, která umožní lékařům vydávat léky pacientům přímo v ordinacích.**

Milan Kubek

TÉMA MĚSÍCE

Novela zákona o České lékařské komoře
Norsko: profesní a odborová organizace
Jak ČLK pomáhá lékařům

2-5

ROZHOVOR

Předseda ČAK JUDr. Vladimír Jirousek:
Nemáme spory s politiky

6-7

KULATÝ STŮL

Jaký je stav a co trápí české zdravotnictví?

8-9

LÉKAŘI V EVROPĚ

Také evropské politiky jsou lékaři bezprávní lidé
Každá přítomnost lékaře na pracovišti je práce
Více přesčasů = riziko pochybení

10-11

ČESKO A OECD

Zdravotnictví ČR v porovnání s ostatními státy OECD

12-13

FINANCOVÁNÍ

Situace je rok od roku horší

14

INZERTNÍ PŘÍLOHA

Perorální hormonální antikoncepce: evoluce revoluce
Profil přípravku
YAZ 0,02 mg/3 mg potahované tablety
Profil přípravku Emoxen®
Kontinuální monitorování glykemií
Probiotika a idiopatické střevní záněty
Cyproteron acetát v léčbě karcinomu prostaty
Synergická imunomodulace
Reportáž ze semináře Lege Artis 2008 – léto

17-28

PŘÍLOHA FI

Klasifikace a terapie funkčních chorob
trávicího traktu

ČINNOST ČLK

Hospodaření ČLK v roce 2007

31

LÉKY BEZ PŘEDPISU S OMEZENÍM

Odmítáme hazardovat se životy pacientů

32-33

VZDĚLÁVÁNÍ

Celoživotní vzdělávání posudkových lékařů

34-35

PRÁVNÍ PORADNA

Doporučení lékařům požádat si o specializovanou
způsobilost MZ ČR

35-37

Novela zákoníku práce umožňující tzv. další dohodnutou práci přesčas ve zdravotnictví

KAZUISTIKA

Případ stížnosti na nečlena ČLK

38-40

REFORMA ZDRAVOTNICTVÍ

Bez vzájemné důvěry je léčba nemožná

40

SERVIS

Vzdělávací kurzy ČLK

Inzerce

Křížovka

41-44

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.roksova@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 9: 19. 9. 2008 • Vyšlo: 25. 9. 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.



Novela zákona o České lékařské komoře

Schválilo ji představenstvo ČLK a předkládá k přijetí ministerstvu zdravotnictví

„Představenstvo schvaluje návrh novely zákona č. 220/1991 Sb. o České lékařské komoře zpracovaný JUDr. Machem a MUDr. Kubkem jako oficiální návrh ČLK. Představenstvo pověřuje prezidenta ČLK, aby o přijetí tohoto návrhu začal jednat s ministrem zdravotnictví a představiteli všech parlamentních politických stran.“

Ze zápisu z jednání představenstva ČLK 19. 6. 2008

ČLK je veřejnoprávní korporace

- Česká lékařská komora je veřejnoprávní korporace. Na rozdíl od občanských sdružení s dobrovolným členstvím nevzniká tedy z vůle soukromých subjektů (dle zákona č. 83/1990 Sb. o sdružování), nýbrž vzniká z vůle státu. Stát přenáší na komoru zákonem (zákon č. 220/1991 Sb.) část své pravomoci, a to v zájmu lepší ochrany zdraví a života občanů.
- Analogicky jako každý občan spadá pod pravomoc státu, tak každý příslušník daného svobodného povolání patří pod pravomoc státem zřízené profesní komory. Stát stanoví podmínky pro výkon lékařského povolání, přičemž jednou z nich je i „členství“ v ČLK.
- Místní samosprávě (na principu územním – kde bydlím) je analogická profesní samospráva (na principu osobním – jaké povolání vykonávám). Lékaři patří mezi tzv. svobodná povolání, jejichž příslušníci mají privilegium vlastní profesní samosprávy.
- Profesní samospráva musí být nezávislá na státu, proto je financována z příspěvků na činnost od registrovaných lékařů („členů“).
- Komory se řídí demokratickými principy, např. rovné právo volit a být volen (volební právo, nikoli volební povinnost)
- Profesní komory jsou součástí evropské samosprávné tradice. Z 27 států EU ve 25 vykonávají profesní dozor nad všemi lékaři lékařské samosprávy (12 – povinné členství, 13 – povinná registrace).
- Má-li komora plnit své funkce veřejnoprávní korporace, musí dosáhnout na všechny lékaře a musí mít patřičné kompetence.
- Zdravotnictví je předmětem veřejného zájmu. ČLK jedná s představiteli státu bez ohledu

na jejich politickou příslušnost. ČLK nemůže být apolitická, ale je a bude nestranná.

Základní funkce profesní lékařské samosprávy:

- Vedení registru lékařů vykonávajících povolání na území ČR.
- Garance řádné kvalifikace lékařů a osvědčování splnění podmínek pro výkon specializovaných činností a vedoucích funkcí. Posuzování personálního zabezpečení pro výkon činnosti.
- Organizace a odborná garance celoživotního vzdělávání lékařů.
- Profesní dozor a disciplinární pravomoc vůči všem lékařům vykonávajícím povolání.
- Obhajoba profesních zájmů lékařů tak, aby tito mohli své povolání vykonávat co možná nejlépe.

Premisa:

- ČLK je schopna fungovat i nadále podle dosud platného zákona.

Proč návrh novely zákona o ČLK

- Potřeba reagovat na změny ve zdravotnictví a ve společnosti, které se udály od roku 1991.
- Snaha zlepšit fungování profesní lékařské samosprávy na základě získaných zkušeností tak, aby mohla lépe plnit úkoly veřejnoprávní korporace.
- Nutnost zajistit pro ČLK kompetence, které standardně mají lékařské komory ve vyspělých zemích EU.
- V zájmu lékařů je zachovat funkční profesní samosprávu. Je třeba předcházet účelovým změnám prosazovaným v zájmu politických stran. Je nutné zachovat nezávislost a demokratičnost ČLK.

Navrhované změny se týkají následujících oblastí:

Členství v komoře

- **Povinné členství je nahrazeno zápisem do seznamu lékařů, který je veden komorou** (obdoba komory advokátů). Na místo členského příspěvku platí lékaři příspěvky na činnost komory. Každý lékař vykonávající povolání v léčebné a preven-

tivní péči musí být zapsán v seznamu vedeném komorou. Nesplnění této povinnosti je přestupkem podle zákona č. 200/1990 Sb. o přestupcích. Lékař zapsaný do seznamu musí dodržovat řády komory a její závazná stanoviska.

Posílení krajské struktury

- **Na místo okresních se zřizují krajské čestné rady komory.**
- Krajská rada složená z předsedů okresních sdružení.

Orgány komory

- Mezi orgány komory vyjmenované zákonem se doplňují předseda a místopředseda OS ČLK, prezident a viceprezident a vědecká rada.

Zákonné ukotvení vědecké rady

- Vědecká rada jako poradní orgán pro věci odborné. Podává představenstvu komory návrhy na závazná stanoviska, vydává odborné posudky mající náležitosti odborného vyjádření. Její členy volí a odvolává představenstvo na návrh prezidenta komory.

Pravidla jednání a voleb

- Pozvánka na okresní shromáždění všem členům rozeslána e-mailem nebo poštou 6 týdnů dopředu.
- **Pro platnost usnesení okresního shromáždění stačí nadpoloviční většina přítomných členů.**
- Účastníci okresního shromáždění volí přímou volbou nejenom předsedu, ale i místopředsedu OS ČLK.

Garance kvalifikace lékařů

- Komora stanoví podmínky pro výkon vysoce specializovaných činností (funkční licence).
- Komora vydává osvědčení o specializované způsobilosti pro práci v zahraničí a rozhoduje o přiznání specializované způsobilosti v případě pochybností.
- Komora stanoví podmínky personálního a věcného vybavení zdravotnických zařízení, kontroluje jejich plnění, vydává a odnímá příslušná osvědčení.

- Ve spolupráci s lékařskými fakultami a odbornými společnými organizuje a garantuje celoživotní vzdělávání lékařů (asociace pro vzdělávání).

Obhajoba profesních práv lékařů

- Účast komory při výběrových řízeních před uzavřením smlouvy se zdravotními pojišťovnami.
- Účast komory ve všech dohodovacích řízeních (o seznamu výkonů, o rámcové smlouvě, o úhradách, hodnotě bodu a regulacích) se zdravotními pojišťovnami.
- Krajská rada složená z předsedů OS ČLK je oprávněna předkládat návrhy a podněty v oblasti zdravotnictví radě kraje, která je povinna je do 3 měsíců za účasti zástupců krajské rady ČLK projednat.

Profesní dohled

- „Disciplinární řízení“ je nahrazeno „kárným řízením“.
- Za účelem větší profesionalizace a kvůli větší nezávislosti rozhodování se na místo okresních zřizují krajské čestné rady.
- Podnět k zahájení kárného řízení může podávat i centrální revizní komise.
- Podnět k zahájení kárného řízení pro podezření z neodborného, neetického nebo nezákonného jednání má právo podávat též ministr zdravotnictví (analogie vztahu mezi ministrem spravedlnosti a advokátní komorou).

rem spravedlnosti a advokátní komorou).

- Právo komory ukládat provozovatelům zdravotnického zařízení povinnost napravit zjištěné nedostatky v léčebné a preventivní péči a v případě nesplnění těchto povinností právo uložit pokutu (krajská čestná rada do 200 000 Kč, centrální čestná rada ČLK do 300 000 Kč).
- Právo čestné rady upustit od uložení kárného opatření v případě, kdy samotné projednávání kauzy splnilo výchovný účel nebo pokud došlo k dohodě mezi lékařem a stěžovatelem.
- Proti uložení kárného opatření se lze bránit soudní žalobou, která má odkladný účinek. Ovšem pokud čestná rada komory má důvodnou obavu, že by mohlo dojít k ohrožení života, zdraví nebo k jinému zvláště závažnému následku, je odkladný účinek žaloby vyloučen (větší efektivita rozhodnutí komory při ochraně pacientů i pověsti lékařského stavu).

Rozšíření palety kárných opatření, jejichž cílem je především prevence

- Napomenutí.
- Pokuta do 100 000 Kč (krajská čestná rada do 50 000 Kč).
- Zákaz samostatného výkonu lékařské praxe bez dohledu na dobu 6 měsíců až 3 roky.

Vedení České lékařské komory ve spolupráci s právním oddělením připravilo návrh zákona o zdravotnických komorách. Jaké další kompetence by podle vás měla lékařská komora ještě mít?

Už jsem po apoplexii v důchodu a jsem rád, že jsem po padesátileté praxi službu čestně dokončil. Dnešní problematika mi často připadá absurdní.

Josef Hradil, důchodce

Zatímco v mnoha oblastech společnosti je ctěna presumpce nevinny (např. u policistů, soudců, státních úředníků atd.), u lékařů to neplatí! Už při podezření jsou vláčení médií s plným jménem a v televizi jsou záběry na jejich ordinace a pokusy o rozhovory s nimi. Jejich pozdější očištění soudem a vyslovení nevinny už nic nezmění na společenské újmě a profesním poškození lékaře – naposledy tomu tak bylo u dětské lékařky MUDr. Smékalové v „kuřimské kauze“. Nevzpomínám si, že by v zájmu ochrany lékaře na tyto situace ČLK někdy reagovala. Slovenská lékařská komora je v tomto směru dále a výsledky jsou pozitivní. Proto dávám podnět (v souladu s diskuzí na 2. kongresu primární péče v únoru t. r. v Praze, kde, bohužel, nebyl žádný zástupce ČLK), aby ČLK měla dostatečné právní mechanismy k okamžité reakci v podobných situacích k zastavení útoku na lékaře a jeho ochraně až do pravomocného rozhodnutí soudu. Nevylučuji, že by to za současné situace ve společnosti mělo být i součástí zákona.

Milan Rytíř, praktický dětský lékař, Tábor

ČLK musí být hlavním partnerem při jednání se státem, pojišťovnami a všemi zdravotnickými institucemi, a že jich je. Musí hrát přední a významnou roli při kultivování našeho čím dál chaotičtějšího a nepřehledného zdravotnictví a organizovat jej. Tvorba nepodkročitelných cen, standardů, základního personálního, věcného vybavení, organizace vzdělávání a kontrola kvality vzdělávání, pomoc kolegům v sociální a osobní nouzi, prosazení stejných výhod pro přestárlé a opuštěné lékaře, jako má armáda a policie, neboť jsme stejně významní pro společnost, ne-li více, než tyto dvě složky, které požívají řadu privilegií na rozdíl od lékařů. Komora musí být kompetentní u zasloužilých lékařů žádat stejné výhody.

Jan Pokorný

Organizace	Členství / registrace
General Medical Council / Velká Británie	povinná registrace
Austrian Medical Chamber / Rakousko	povinné členství
Medical Chamber of Slovenia / Slovinsko	povinné členství
Hungarian Medical Chamber / Maďarsko	povinné členství
German Medical Chamber / Německo	povinné členství
Ireland Medical Council / Irsko	povinná registrace
Panhellenic Medical Association / Řecko	povinná registrace
Cyprus Medical Association / Kypr	povinné členství
Luxembourg Medical Association / Lucembursko	povinná registrace
Royal Dutch Medical Association / Nizozemí	povinná registrace
Bulgarian Medical Association / Bulharsko	povinné členství
Danish Medical Association / Dánsko	povinné členství
Swedish Medical Association / Švédsko	povinná registrace
French Medical Chamber / Francie	povinné členství
Slovenská lékařská komora / Slovensko	povinná registrace
Polish Chamber of Physicians & Dentists / Polsko	povinné členství
Belgian Medical Association / Belgie	povinná registrace
General Medical Council of Spain / Španělsko	povinná registrace
Estonian Medical Association / Estonsko	povinná registrace
Finnish Medical Association / Finsko	povinné členství
National Medical Federation / Itálie	povinná registrace
Lithuanian Medical Association / Litva	povinné členství
Latvian Physician Association / Lotyšsko	povinné členství
Medical Association of Malta / Malta	povinné členství
Order of Physicians / Portugalsko	povinné členství
Romanian College of Physicians / Rumunsko	povinné členství



- Povinnost doškolení a přezkoušení před oborovou komisí vědecké rady.
- Povinnost absolvovat komunikační kurz nebo kurz etiky výkonu povolání.
- Vyškrtnutí se seznamu lékařů vedeného komorou na dobu 1 roku až 5 let.
- Vyškrtnutí se seznamu lékařů vedeného komorou s podmíněným odkladem na dobu 1 roku až 5 let.

Závěr

ČLK zůstává garantem kvality lékařské péče a strážcem etiky výkonu lékařského povolání, který hájí profesní zájmy lékařů tak, abychom mohli své povolání vykonávat co nejlépe.

Je praktické a s ohledem na politické tlaky i bezpečnější, pokud budou i nadále podle jednoho zákona zřizována lékařská, stomatologická i lékárnická komora.

Změna zákona je závislá na vůli politiků. Větší šance na úspěch má návrh, který získá širokou podporu mezi lékaři.

Ministr zdravotnictví Dr. Julínek je odpůrcem toho, aby stát delegoval část svých pravomocí na místní nebo profesní samosprávy. Přijetí zákonů předkládaných současným vedením ministerstva, které jsou v rozporu i se současně platným zákonem č. 220/1991 Sb. o zdravotnických komorách, by znamenalo další oslabení profesní lékařské samosprávy.

Ačkoli Česká lékařská komora předala návrh novely zákona o zdravotnických komorách oficiálně ministru zdravotnictví již 19. 6. 2008, dosud jsme ze strany Ministerstva zdravotnictví ČR neobdrželi žádnou odpověď.

Plné znění návrhu novely zákona o zdravotnických komorách naleznete na www.lkcr.cz.

MUDr. Milan Kubek, JUDr. Jan Mach



Norsko: profesní a odborová



Norský stát je odpovědný za zajištění kvalitní zdravotní péče pro všechny občany. Zdravotní péče je financována prostřednictvím daní a práva pacientů definují zákony. Za zajištění lůžkové péče je přímo odpovědný stát, který tak činí prostřednictvím čtyř regionálních státních organizací, které zřizují nemocnice. Počet privátních lůžkových zdravotnických zařízení je v Norsku zanedbatelný.

Každý občan má v Norsku ze zákona právo být zařazen do kartotéky některého praktického lékaře. Zajistit naplnění tohoto práva, to je odpovědnost obcí, které financují praktického lékaře prostřednictvím kapitační platby, tedy za počet registrovaných obyvatel.

Norská lékařská asociace (Den Norske Legerorenining), která byla založena již roku 1886, je profesní a odborovou organizací norských lékařů. Ze zákona je jedinou organizací pro lékaře s celostátní působností. Asociace registruje všechny lékaře pracující v Norsku a navzdory dobrovolnému členství je jejími členy 96,5% lékařů. Celkový počet členů 25 133 (duben 2008), z čehož je 21 499 lékařů a 3684 studentů medicíny. Ženy tvoří 40,5% členské základny, lékařů specialistů je 53,3%, cizinci představují 15,7% členů asociace.

Nejvyšším orgánem asociace je sjezd, jehož 134 delegátů se schází jedenkrát ročně. Mezi sjezdy vede organizaci prezident spolu s dalšími osmi členy výboru, který se schází každý měsíc.

Asociace je rozdělena do 19 lokálních organizací a do sedmi sekcí podle povolání lékařů. Jde o sekce pro mladé lékaře, sekci pro kon-

zultanty, sekci pro praktické lékaře, sekci pro vědce, sekci pro soukromé specialisty a sekci pro lékaře zaměstnance – ta vyjednává o plattech a pracovních podmínkách lékařů jako klasická odborová organizace. Součástí Norské lékařské asociace je též lékařská společnost sdružující 59 vědeckých lékařských společností, které zařizuje vědecká rada asociace. Zvláštní sekci v rámci asociace je Asociace studentů medicíny.

Asociace vydává vlastní časopis a zřizuje etickou komisi a výbor pro lidská práva. Pro asociaci pracuje na plný úvazek 130 zaměstnanců, a to v pěti odděleních: pro profesní záležitosti, pro zdravotní politiku, ekonomické oddělení, právní a vyjednávací oddělení, redakce časopisu.

Asociace se snaží, aby jejím prostřednictvím, tedy jedním hlasem, hovořili lékaři vůči státu i občanské veřejnosti. Jednotlivé skupiny lékařů mohou rozhodovat autonomně v rámci asociace v otázkách, které se týkají speciálně jejich profesních a ekonomických zájmů, pokud rozhodování není speciálně stanovami vyhrazeno výboru asociace či sjezdu jejích delegátů.

Cíle asociace:

- 1) Zvyšovat odborný a etický standard lékařů.
- 2) Sjednocovat lékaře a studenty medicíny za účelem podpory jejich kolegiality, hájení sociálních profesních a ekonomických zájmů.
- 3) Chránit lékaře – členy asociace.
- 4) Zvyšovat kvalitu lékařského vzdělávání a podporovat profesní rozvoj lékařů.
- 5) Podporovat lékařskou vědu a výzkum a dohlížet nad jejich etičností.
- 6) Podpora veřejného zdraví.

organizace

7) Připomínkování a navrhování právních norem.

Hlavní aktivity asociace:

- 1) Lékařské vzdělávání – specializační vzdělávání, celoživotní vzdělávání lékařů, uznávání kvalifikací. Stát delegoval na asociaci zajišťování specializačního vzdělávání i atestačních zkoušek. Asociace je taktéž odpovědná za odbornou náplň specializačního i celoživotního vzdělávání v jednotlivých oborech.
- 2) Lékařská věda a výzkum.
- 3) Zvyšování kvality lékařské péče a její bezpečnosti pro pacienty – například jednání Norskou agenturou pro léky....
- 4) Zdravotní politika – pravidelná jednání s mi-

nisterstvem zdravotnictví a s ministerstvem práce a sociálních věcí, s parlamentním výborem pro zdravotnictví, jednání s politickými stranami. V rámci této činnosti pořádá asociace každoročně seminář s parlamentním výborem pro zdravotnictví a dává pravidelně tomuto výboru svůj komentář ke zprávě ministerstva zdravotnictví o stavu rezortu.

- 5) Odborová činnost – jednání o pracovních smlouvách a o kolektivních smlouvách, jednání o platech a pracovních podmínkách.
- 6) Vydávání časopisu a vzdělávacích materiálů.
- 7) Mezinárodní spolupráce – asociace jako jediná lékařská celostátní organizace v Norsku je členem jak Světové lékařské asociace (WMA), tak Stálého výboru Evropských lékařů (CPME), ale i další organizací jako PWG, UEMO, UEMS, AEMH, EFMA...

Torunn Janbu MD., prezident Norské lékařské asociace

Jak ČLK pomáhá lékařům aneb Případy z právního oddělení

Soukromá dětská lékařka nesouhlasila s uplatněním regulačních mechanismů na předepisování léčivých přípravků v roce 2006. Po konzultaci s právním oddělením ČLK namítala, že musela řešit rozpor mezi postupem lege artis na straně jedné a dodržení regulačních mechanismů na straně druhé, přičemž přednost měl pochopitelně postup lege artis. Žádné léčivé přípravky nepředepsala zbytečně, nadbytečně, ani neehospodárně. Výslovně uvedla, že bude-li jí prokázáno, že v některém případě postupovala neehospodárně, pak bude s uplatněním regulace souhlasit. Zdravotní pojišťovna původně argumentovala tak, že jde o pouhý matematický výpočet, který se uplatní zcela automaticky, aniž by lékař musel postupovat neehospodárně, nebo předepisovat léčivé přípravky nadbytečně, nebo zbytečně drahé. Po předložení argumentace právního oddělení ČLK, včetně nástinu možné žaloby u soudu, zdravotní pojišťovna rozhodla regulaci na léčivé přípravky v daném případě neuplatnit.

Lékař-zaměstnanec obdržel výpověď z pracovního poměru za údajné závažné porušení pracovní kázně. S výpovědí nesouhlasil a obrátil se na právní oddělení ČLK. Na základě právní podpory tímto oddělením podal žalobu o určení neplatnosti výpovědi soudem a současně písemně upozornil zaměstnava-

tele, že výpovědní důvod neuznává, výpověď považuje za nezákonnou a trvá na dalším zaměstnávání. Po více než třech letech soud pravomocně vyhrál a vyzval zaměstnavatele k náhradě škody. Poté došlo k dohodě, že zpět do pracovního poměru již nenastoupí, ač by jinak měl na to právo, a obdrží odškodné ve výši několika set tisíc korun.

Dva soukromí lékaři byli trestně stíháni za vykazování zdravotních výkonů, které řádně provedli, ale ve větší četnosti než připouštěl Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (šlo o rehabilitační výkony), když navíc některé výkony nebyly řádně dokumentovány ve zdravotnické dokumentaci pacientů (neuvezeny časy). Šlo o bezprecedentní kriminalizaci běžného obchodně-právního vztahu mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením. Právní kancelář ČLK vypracovala ke kauze písemné stanovisko a na její podnět prezident ČLK upozornil na bezprecedentní kriminalizaci lékařů nejvyšší státní zástupkyni i krajského státního zástupce. Krajský státní zástupce provedl tzv. dohled nad postupem okresního státního zastupitelství se závěrem, že nebude-li prokázáno vykazování neprovedených výkonů, případ by neměl být kriminalizován. Vykazování nepravdivých výkonů prokázáno nebylo a trestní stíhání bylo pravomocně zastaveno.

Michal Sojka

Salzburské semináře pro lékaře s atestací

Postupně všechny klinické obory zahrnuje nabídka týdenních seminářů, které se konají v Salcburku ve spolupráci s americkými univerzitami a odbornými pracovišti a zaměřují se na postgraduální vzdělávání lékařů ve střední a východní Evropě a v zemích bývalého SSSR. Program týdenních seminářů Salzburg Medical Seminars International organizuje Open Medical Institute, financuje The Association of AAF a pro Českou republiku administruje Výbor dobré vůle – Nadace Olgy Havlové. Jedná se o nejrozsáhlejší postgraduální vzdělávací program pro mladší lékaře ve střední a východní Evropě. Na něj navazuje program postgraduálního vzdělávání přímo na klinikách v Rakousku a USA (Alberto Vilar Medical Internship Program a Pro Infantis Medical Internship Program), který platí pro účastníky seminářů, jež úspěšně projdou konkursem.

Na seminářích přednáší řada špičkových odborníků z různých oborů z USA a Evropy. Podmínkou účasti je atestace I. stupně, věk 30 – 45 let a dobrá znalost angličtiny. Organizátoři hradí náklady na seminář, účastník si uhradí jen cestu do Salcburku. Další podmínkou je dále ochota šířit dále získané vědomosti.

Výbor dobré vůle již několik let navazuje na Salzburské semináře pořádáním seminářů v Praze, při nichž se setkávají lékaři a zástupci nestátních neziskových organizací, které se zabývají podporou, rehabilitací a integrací do společnosti jejich pacientů. Doposud se pořádaly semináře o rakovině prsu, o cévních mozkových příhodách, o paliativní medicíně a hospicovém hnutí, o hyperaktivních dětech, o následcích úrazů a nemocí páteře a další. Tyto pražské semináře jsou uznávanou formou dalšího šíření vědomostí získaných v Salcburku.

V současné době jsou již uzavřeny přihlášky na semináře pro rok 2008, ale od září začíná zápis na rok 2009. Sledujte webové stránky www.vdv.cz.

Milena Černá,

Výbor dobré vůle – Nadace Olgy Havlové

Nemáme spory s politiky

říká předseda České advokátní komory JUDr. Vladimír Jirousek



Česká lékařská komora připravila novelu „svého“ zákona, v němž se nově upravují kompetence a další ustanovení, která se týkají činnosti zdravotnických komor. Návrh vychází ze zákona o advokátní komoře. Česká advokátní komora patří k nejvlivnějším, i když mediálně ne tak viditelným komorám. Požádali jsme proto jejího předsedu JUDr. Vladimíra Jirouska o rozhovor.

Jaká je v současnosti – a pokud by se měla měnit, jaká by měla být – úloha a postavení profesní samosprávy v České republice?

V první řadě je třeba připomenout a zdůraznit, že profesní samospráva v pravém slova smyslu (tj. samostatná řídicí struktura, rozpočet zásadně z vlastních zdrojů bez návaznosti na státní rozpočet, nezávislý výkon kontrolní a kárné odpovědnosti, pravomoc k vnitřní legislativní tvorbě), je v rámci určité profese výkonem správy veřejné. Privilegium této správy musí být podmíněno a obecně odůvodněno

JUDr. Vladimír JIROUSEK (1951)

Pracuje v advokacii od roku 1974, kdy promoval na Právnické fakultě Univerzity Karlovy. V roce 1990 stál u privatizace advokacie a začal pracovat v orgánech ČAK, nejprve jako člen kárné komise. V roce 1996 se stal členem představenstva odpovědným za výchovu a vzdělávání. Od roku 1999 zastával funkci místopředsedy. Předsedou byl zvolen v roce 2003 a opakovaně v letech 2005 a 2007. Předseda ČAK žije v Ostravě, je ženatý a má 4 děti. Svůj volný čas věnuje převážně sportu – lyžuje, jezdí na raftech, hraje hokej a fotbal. Vede amatérský tým FC Jirousek.

jak specifickou dané profese (významem, posláním, strukturou atd.), tak **přirozeným** (nikoli momentálně politickým či politicko-populistickým) zájmem státu, který potřebné kompetence na tu kterou samosprávu deleguje zákonem. Dovolují si tvrdit, že advokacie, jakožto sektor **výlučně** privátní, avšak na druhé straně zároveň stav, jenž je součástí justice v širším slova smyslu, naplňuje podmínky a potřebnost samosprávné regulace jako málokterý jiný stav. Z uvedeného plyne primární úloha samosprávy: výkon veřejné správy v rámci dané profese, a to při absolutní odpovědnosti tím založené. Zmíněnou primární úlohou je determinováno i posta-

vení takové samosprávy: rovnocenný partner příbuzných orgánů státní správy, samozřejmě při respektování např. kontrolní ingerence Ministerstva spravedlnosti ČR.

Někteří politici by nejradši komory v ČR zrušili. Dokážete si představit, že by kompetence advokátní komory převzal stát? Jak by to ovlivnilo svobodné povolání, jakým by měly být profese jak lékařů, tak advokátů?

Samozřejmě jsme v minulosti podobné politické aktivity registrovali. Vlna těch z roku 2006/2007 se nás však již netýkala. Myslím, že si příslušná garnitura uvědomila (nebo to zjistila), že zrušením advokátní sa-

mosprávy by se ČR stala absolutní výjimkou (!) a raritou nejen v Evropě. Navíc podobné úvahy se v našem případě týkají i základních principů právního státu (jen ilustrativně: advokáti obhajují a zastupují **proti** státu). Mj. určité okleštění advokátní samosprávy v Polsku vyvolalo v celé Evropě bouři nevole. Zdůrazňuji však, že právě s ohledem na vztah „advokát-stát“ v rámci justičního systému a vzhledem k jednomu ze základních práv občana, tj. právu na zastoupení a obhajobu (i proti státu), je postavení advokacie výlučné a toto postavení neumím nebo netroufám si srovnávat s postavením lékaře, jež je podmíněno jinými atributy. Něco jiného je řazení ČAK a ČLK ve společnosti a jejich obecný společenský kredit ve vyspělých zemích. Připomínám, že u příležitosti vstupu do EU byli prezidentkou Irské republiky MacEllis pozváni k slavnostnímu ceremoniálu jednak prezidentů a premiérů vstupujících států, jednak prezidentů lékařských a advokátních komor (bohužel prezidenta ČLK jsem v Dublinu neregistroval). V té souvislosti ještě drobné připomenutí: Jistý právní etik svého času poznamenal, že povolání a poslání lékaře a advokáta jsou společensky nejvýznamnější, neboť chrání či hájí čtyři základní zájmy člověka: život, zdraví, svobodu a čest. Je nutné a vhodné tento význam či poslání našich povolání neustále, byť v různých modifikacích, připomínat.

Jaké problémy v současné době nejvíce tíží Českou advokátní komoru?

ČAK funguje a po této stránce nijaké zásadní problémy, tj. vedle běžných, neregistruji. Kdyby byla otázka položena tak, co v současné době nejvíce tíží advokacii a advokáty, byla by odpověď výrazně obsáhlejší. Je to např. povrchní a častá mediální dehonestace stavu prostřednictvím „atraktivních“ skandálů či skandálků jedinců.

Advokátní komora nemá povinné členství, ale každý advokát musí být povinně zapsán do seznamu komory, přičemž má povinnosti a práva člena. Je mezi povinným členstvím a povinnou registrací opravdu jen sémantický rozdíl?

Členství v ČAK je povinné, přitom princip obligatorního členství je vlastní prakticky všem advokacím kontinentální Evropy. Anglie vzhledem ke staletým a pevným stavovským tradicím a v rámci jiného právního systému má poněkud jiný režim.

Dost často se nyní mluví o nepovinném členství v komorách. Co by to znamenalo konkrétně pro vaši komoru?

V případě advokacie a mj. v již zmíněném evropském kontextu si něco podobného vůbec nepřipouštím. Připomínám, že obligatorní členství zaručuje např. výkon advokacie pod povinným pojištěním, pod kárnou odpovědností vázanou na Etický kodex atd., což ve svém souhrnu zaručuje ochranu spotřebitele (klienta), která je i politicky stavěna na první místo. A to již nehovořím o odpovědnosti za potřebnou odbornost, výchovu koncipientů a řadu dalších věcí.

Jak vnímají advokáti svoji komoru? Je mezi nimi o práci pro komoru – tedy pro svůj stav – zájem?

Advokátní stav se nejdříve překotně formoval. Počet advokátů a koncipientů narostl od roku 1990 z počtu cca 700 na počet téměř 12 000, nyní se budí a čím dál víc si uvědomuje význam stavovské soudržnosti. I u nás samozřejmě platí, že mnohdy je nejvíce slyšet nespokojence. Obecně lze ale říci, že Komora je vnímána čím dál pozitivněji a zájem o práci pro Komoru enormně za poslední roky vzrostl (jde však samozřejmě i o to, tento zájem umět podnítit).

ČLK vedle dohledu nad profesí má ze zákona právo hájit profesní zájmy svých členů. Vzhledem k problémům, které ve zdravotnictví jsou, se často dostává do sporů s politiky. Zažíváte něco podobného?

Hájení profesních zájmů je samozřejmě nutné, ale vždy až po splnění veřejnoprávních funkcí a zásadně s upřednostněním zájmů klientů. Ve směru „profesních zájmů“ se s politiky scházím zejména na poli legislativní tvorby. Spory prakticky neregistruji, naučili jsme se diskutovat, což tč. platí zejména pro vztahy mezi ČAK a MS ČR. Něco jiného jsou spory s úředníky, a to na nejrůznějších úrovních byrokratické struktury. Ale to už je jiná otázka.

Předpokládám, že advokátní komora se snaží za podmínky pro profesi svých členů lobbovat. V politice působí mnoho advokátů i mnoho lékařů. Mám ale pocit, že politici-advokáti jsou ke svému stavu více loajální než politici-lékaři. Je to jen můj dojem?

Ano, politici-advokáti jsou ke svému stavu v drtivé většině případů loajální.

Michal Sojka

VZP zvýšila limit na preskribci léků u lékařů, kteří „nemají recepty“

V květnu 2008 vyzval prezident ČLK ředitele zdravotních pojišťoven k jednání o úpravě podmínek uzavírání smluv o úhradě léčivých přípravků a zdravotnických prostředků předepisovaných sobě nebo svým rodinným příslušníkům u lékařů, kteří na toto nemají oprávnění. Jde o lékaře, kteří nejsou v pracovně právním vztahu ke zdravotnickému zařízení (dále jen „ZZ“) poskytujícímu zdravotní péči, nebo nejsou sami provozovateli takového ZZ (důchodci, teoretici, organizátoři, pedagogové, revizní lékaři apod.), nebo o lékaře, kteří jsou v pracovně právním vztahu ke smluvnímu ZZ, jež nemá oprávnění předepisovat léčivé přípravky a zdravotnické prostředky na lékařské předpisy (např. lékaři LDN, ZZS, ZZ lázeňské péče, odd. RTG, laboratoří).

Podle § 17 odst. 8 zákona č. 48/1997 Sb. uzavírá zdravotní pojišťovna s lékaři, kteří o to požádají a doloží příslušné potvrzení České lékařské komory, smlouvu o úhradě léčivých prostředků, na základě které jsou pak tyto lékaři oprávněni předepisovat léčivé prostředky hrazené z veřejného zdravotního pojištění sobě, manželovi, svým rodičům, prarodičům, dětem, vnukům a sourozencům. Každá zdravotní pojišťovna má v současnosti jinak nastavené finanční limity a uzavírá tak s lékaři, kteří „nemají recepty“ jiné smlouvy.

Na základě aktivity ČLK zvyšuje VZP limit pro tuto preskribci z 5000 Kč na 10 000 Kč na jednoho lékaře a rok. Navíc ve výjimečných případech může revizní lékař VZP schválit úhradu receptů nebo poukazů na zdravotnické prostředky nad tuto výši.

Podrobnosti a vzorovou smlouvu mezi lékařem a VZP naleznete na www.lkcr.cz.

(red)



Jaký je stav a co trápí české zdravotnictví? ČLK připravena konstruktivně diskutovat o potřebných změnách

Prezident ČLK Milan Kubek se koncem června zúčastnil panelové konference s názvem České zdravotnictví v číslech a názorech, kde byla představena Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR. Tato Zpráva, která vznikla v rámci vládou iniciovaného projektu Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR, nabízí komplexní hodnocení aktuálního stavu českého zdravotnického systému.

Zpráva je výsledkem téměř roční práce nezávislých analytiků a odborníků parlamentních politických stran s výjimkou ČSSD, která se projektu neúčastní. Zpráva obsahuje téměř 300 stran, 270 schémat, tabulek, map a grafů a shromažďuje názory od více než 150 osobností a organizací působících ve zdravotnictví. Ke Zprávě uvedl Ing. Ondřej Mátl, MPA, MSc, koordinátor projektu Kulatý stůl: „Přestože našemu zdravotnictví již byla věnována celá řada analytických studií, je tato publikace do značné míry průkopnická. Klade si totiž za cíl nejen vytvořit komplexní společnou faktografickou základnu o českém zdravotnictví v mezinárodních souvislostech, ale současně shromáždit postřehy, komentáře a názory odborníků.“ (Zpráva i podrobné informace o konferenci je dostupná na <http://www.kulatystul.cz/cs/node/236>.)

Zpráva popisuje, že české zdravotnictví trápí dopady stárnutí populace a zajištění dlouhodobé péče. Poukazuje také na to, že i přes značný technologický pokrok neznáme a nemůžeme dostatečně měřit přidanou hodnotu peněz investovaných do zdravotnictví. Zvyšují se také regionální rozdíly ve spotřebě péče i úrovni zdraví; stejně tak finanční prostředky



Koordinátor a politici projektu Kulatý stůl

investované do zdravotní péče se významně liší mezi jednotlivými regiony.

Dalším problémem je nedostatek motivace občanů pečovat o své zdraví. „Lidé očekávají, že když odvádí zdravotní pojištění, budou jejich veškeré zdravotní problémy vyřešeny někým jiným a ideálně zadarmo. Tomu odpovídají i poměrně nízké výdaje na zdraví v rozpočtech domácností, velká nevole k placení za zdravotní péči a naopak poměrně velká ochota utrácet za alkohol, tabák a další zdraví neprospívající položky,“ komentoval výstupy analytiků projektu MUDr. Stanislav Vachek.

V diskusním bloku jako první vystoupil prezident ČLK Kubek. Ten ve svém vystoupení uvedl: „Pozice lékařské komory je od počátku neměnná, projekt Kulatý stůl je velmi užitečný, měl existovat dávno. Výhrady jsou k načasování, protože není možné dělat analýzu a současně realizovat zásadní změny, které celý stav zdravotnictví změní. Protože se ukazuje, že reformy nebudou, je možné navázat na závěry z analytické zprávy a zahájit seriózní diskusi o permanentních změnách, kterými bude mu-

set zdravotnictví procházet. Reforma nemůže být velkým třeskem, zdravotnictví, jako každý jiný složitý systém, je třeba kultivovat a měnit postupně. Zpráva prokázala to, co již většina z nás věděla. České zdravotnictví je efektivní, efektivita je však dosahována na úkor těch, kdo ve zdravotnictví pracují. Zaměstnanci ve zdravotnictví systém dotují, nesvětovou je totiž pouze cena lidské práce. Je třeba, aby si politici uvědomili, že investice do zdraví jsou ty nejefektivnější investice, které mohou být, jsou stejně efektivní jako investice do vědy a školství, protože pouze zdraví lidé mohou pracovat, vytvářet hodnoty a platit daně.“

Prezentovaná Zpráva není konečným výstupem projektu Kulatý stůl, představuje hlavně podklad pro návrhy řešení odhalených problémů. Ty budou předmětem činnosti v nadcházejícím období, v rámci druhé fáze projektu Kulatý stůl, kdy všichni aktéři včetně ČLK dostanou příležitost diskutovat a navrhovat možnosti dlouhodobě udržitelných změn zdravotnického systému v České republice.

(red)



Milan Kubek v diskusi ke Zprávě o stavu

Kulatý stůl: nic nového

Přece jen se v této okurkové sezoně něco nového odehrálo. Konečně a slavnostně nám projekt Kulatý stůl vyplodil a 17. července 2008 na svém webu zveřejnil dlouho očekávaný výstup hodnocení českého zdravotnictví. Má název Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR a stojí za přečtení.

Je to materiál rozsáhlý, prosycený stovkami grafů a tabulek. Hledal jsem v něm několik odpovědí na otázky, které mně zajímají, hledal jsem hrozby, důkazy neefektivnosti chybných strategií, návody, jak a co dělat lépe, hledal jsem hodnocení zdravotnictví.

Protože mnohým z vás v době letních dovolených možná na jeho přečtení nezbude čas, dovoluji si vám předložit zdaleka ne úplný výtah, co v něm můžete nalézt. Něco, co mi připadlo zajímavé, jsem si dovolil kratičce okomentovat.

Srovnání počtu kontaktů pacientů s lékaři v ČR a v jiných zemích

Tento materiál jsem dlouho někde hledal, nicméně sami autoři uvádějí, že v případě mezinárodního srovnání nejsou stanovena dostatečně přesná vymezení toho, co je za kontakt považováno. Údaj o tom, že v ČR je velký počet kontaktů, mi proto i nadále připadá ne příliš věrohodný.

Zajímavý a pro mě nový pojem je **vstřícnost**. Je definována jako míra úcty k pacientovi a míra zaměření na jeho potřeby. V rámci srovnávaných zemí (Chorvatsko, Maďarsko, Slovensko, Slovinsko) si vedeme nejlépe – škoda, že autoři nezveřejnili výsledky zemí ležících na sever a na západ od našich hranic.

Pokud jde o další hodnocení ČR, a nyní již ve srovnání klasických, tedy i západoevropských států, nevedeme si vůbec špatně. V hodnocení dostupnosti lékařské péče, čekací doby na ošetření, ohleduplnosti, srozumitelnosti, ale i soukromí a teritoriální dostupnosti, objednávací doby, ale také dostupnosti péče pro náročné operace, transplantace dosahuje velmi dobrých výsledků.

Kulatý stůl se pouští i do tak ožehavé problematiky, jakou je **hodnocení kvality poskytované péče**. Bere si však podle mého názoru ne příliš šťastná kritéria, například v oblasti novotvarů bere jako uka-

zatel kvality počet screeningových záchytných testů, v oblasti přenosných nemocí pak proočkovanosť seniorů proti chřipce. Nejsm si zcela jist, jestli toto dostatečně vypovídá o kvalitě poskytované péče.

V oblasti věnované **etice** najdeme nepřilíh objevnou větu: prostředí, kde nebudou zdroje na všechno a bude tedy nutné provádět volby, přinese nové etické problémy.

Korupce. Autoři sami přiznávají, že neexistují věrohodná data, nicméně v uveřejněném grafu rozšíření úplatkářství je toto pořadí: Úřady, policie, soudnictví, zdravotnictví, služby, školství, armáda, pohostinství.

Oblasti financování. Nic nového. Opět potvrzení, že výdaje HDP jsou hluboko pod průměrem EU 27, a dokonce konstatování, že výdaje na zdravotnictví v ČR v porovnání s ostatními sledovanými státy mírně zaostávají za výkonem ekonomiky.

Další desítky grafů a tabulek mají z mého pohledu jednu zásadní vadu: všechny trendové a vývojové ukazatele končí v roce 2006.

Celkové hodnocení autorů. Není konkrétně definovaná péče, která bude vždy hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Primární péče neplní roli koordinátora čerpání zdravotní péče, protože k tomu nemá ani nástroje, ani k tomu není motivována. Ambulantní péče je poskytovaná nekoordinovaně. Chybějí lůžka dlouhodobé ošetrovatelské péče, pacienti blokují lůžka akutní. Dlouhodobě není řešeno rozhraní zdravotních a sociálních služeb, a to nejen v lůžkové, ale i v ambulantní oblasti. Populace se nedostatečně věnuje prevenci. V oblasti lidských zdrojů nejsou dostatečně stanoveny kompetence mezi zdravotníky.

České zdravotnictví je jako celek na dobré evropské úrovni. Zdravotní péče je široce dostupná jak v místě, tak v čase, tak z pohledu finančního. Kvalita zdravotní péče je dobrá po stránce technické i odborných znalostí, na nižší úrovni je někdy přístup k nemocnému (moje poznámka – k tomuto tvrzení jsem však v materiálu našel jediný důkaz).

Vybavení nákladnými technologiemi je dobrá, ale regionálně nevyrovnaná. Ve využívání informačních technologií chybí státem prosazovaný rozvoj jejich využívání.



Systémové chyby z pohledu autorů

Chybí autoregulační mechanismus systému, což vede k nedostatečné stimulaci efektivity na straně nabídky. Existuje vysoké riziko neudržení veřejných financí (to ale jistě nemohou ovlivnit zdravotníci sami). Předporodní péče může být drahá.

OECD 2008 radí věnovat větší pozornost popisu zdravotní péče, která je hrazena z veřejného zdravotního pojištění, zavést systém, který by důsledně hodnotil kvalitu zdravotních služeb a který by pohlídal, aby se při případné privatizaci pojišťoven nedostali jejich majitelé do střetu zájmu s poskytovateli zdravotních služeb.

Shrnutí a podtrženo

Výsledek kulatého stolu do mé mysli nevnese nic nového nebo neznámého. Utvrdil mě v tom, že za peníze vložené v ČR do zdravotnictví je našim občanům poskytovaná stejně dobrá péče, jak za často mnohem větší finanční prostředky ve státech EU 27. Dále mě utvrdil v tom, že není pod pláštíkem a vlajkou reformy vůbec zapotřebí zbourat vše dosavadní, ale že stačí v některých oblastech zavést spíše systém a řád. Je nesmyslem vytahovat velká slova, jako je krize, hrozící rozpad zdravotnictví a podobně. Je zapotřebí po vzoru států, vážících si zdraví svých občanů, i v ČR zvýšit procento HDP na zdravotnictví, alespoň na důstojnou úroveň EU 27. To samo o sobě může uklidnit celou situaci ve zdravotnictví a zabránit hledání mnohdy směšných a nedůstojných způsobů, jak v roli zdravotníka v systému přežít.

Český člověk zahnaný do úzkých si stejně jako vždy v minulosti nějakou cestičku najde a způsob, jakým se s pro něj neřešitelnou situací vypořádá, nemůže vést v lepším případě k ničemu jinému než k bezmeznému údivu statistiků, v horším k úplnému zkreslení výsledků základních parametrů k hodnocení našeho zdravotnictví.

Petr Němeček, Olomouc

I když by lékař mohl příležitostně spát během noční služby, jeho spánek je rušen vzkazy a telefonáty. Noční služby jsou zkrátka psychicky náročné a mají negativní vliv na zdraví lékařů.

Rozdíl mezi aktivní prací a čekáním na práci, tedy pracovní pohotovostí, nemůže být přesně definován. Toto umělé rozdělování služeb lékařů vyvolává pouze nejasnosti a dohady, a to i s právními důsledky.

Po shrnutí všech těchto aspektů vyplývá logický závěr, že by pohotovostní služby lékařů neměly být rozdělovány na čas práce a čas pracovní pohotovosti.

3. Individuální opt-out (článek 22)

Možnost zříci se ochrany poskytované článkem 6 EWTD podkopává samotný základní princip Směrnice, kterým je ochrana zdraví a bezpečnost pracovníků. V případě lékařů existuje navíc úzká souvislost mezi jejich zdravím a zdravím pacientů. Lékaři jsou zodpovědní za své zdraví a výkonnost, aby mohli co nejlépe chránit zdraví svých pacientů.

CPME a další evropské lékařské organizace tímto odmítají jakékoli změny, které zhoršují sociální podmínky lékařů a způsobují jejich diskriminaci vůči ostatním profesím. CPME společně s dalšími evropskými lékařskými organizacemi bude vyvíjet celoevropský tlak s cílem naopak zlepšovat pracovní podmínky lékařů a zvyšovat kvalitu a bezpečnost zdravotní péče pro evropské občany.

CPME a další evropské lékařské organizace trvají na svém dřívějším stanovisku, že:

- Maximální týdenní pracovní doba by měla být 48 hodin.
- Každá přítomnost lékaře na pracovišti musí být považována za výkon práce.
- Vyrovňovací období pro výpočet průměrné týdenní pracovní doby by nemělo být delší než 6 měsíců.
- Tzv. opt-out, tedy možnost individuálního souhlasu s větším množstvím přesčasové práce, by měla být pro lékaře zrušena.
- Také pracovní smlouvy na dobu určitou by měly odpovídat podmínkám stanoveným Směrnicí (EWTD).
- Kompenzační odpočinek musí následovat neprodleně po pracovní směně.

Brusel, 14. června 2008

Více přesčasů = riziko pochybení

Novela zákoníku práce umožňuje do 31. 12. 2013 na základě individuálního souhlasu zaměstnance větší rozsah přesčasové práce než dosavadních v průměru maximálních 8 hodin týdně. Tato 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. Návrh tedy umožňuje lékařům pracovat v průměru až 56 (lékařům ZZS až 60) hodin týdně! Na rozdíl od původního návrhu senátora Julínka (ODS) se základní pracovní doba pro lékaře neprodlužuje ze 40 na 48 hodin týdně.

Povinným pracovním sobotám jsme se tedy, my lékaři, ubránili. V nemocnicích, které dosud zůstávají příspěvkovými organizacemi, i nadále platí státní tarifní tabulky. Mzdy lékařů zde tedy sice stagnují, ale alespoň se nemožnou snižovat.

ČLK uplatnila pozměňovací návrhy, které měly alespoň trochu zmírnit negativní dopady zákona na lékaře zaměstnance.

- Individuální souhlas zaměstnance s výkonem další dohodnuté práce přesčas by šlo poskytnout pouze tehdy, jestliže to umožňuje kolektivní smlouva uzavřená mezi zaměstnavatelem a odborovou organizací, jejíž je zaměstnanec členem.

- Byla by omezena účinnost novely zákona z 5 let na 3 roky, tedy do 31. 12. 2011.

Pozměňovací návrhy ČLK bohužel **nebyly přijaty**. Schválená novela zákoníku práce tak problémy zdravotnictví neřeší, ale pouze je zastírá.

Představenstvo České lékařské komory varuje

Představenstvo ČLK upozorňuje občany, že není zaručeno dostatečné zajištění provozu některých nemocnic patřičně kvalifikovaným zdravotnickým personálem, zejména lékaři s dostatečnou kvalifikací, což zhoršuje kvalitu zdravotní péče a ohrožuje bezpečnost pacientů. Česká lékařská komora nemůže preventivně zasáhnout, protože ministerstvo zdravotnictví porušuje zákon (§ 12a zákona č. 20/1966 Sb. v platném znění), když ministr odmítá vydat po dohodě s ČLK vyhlášku, která stanoví požadavky na personální vybavení zdravotnického zařízení, přičemž tuto vyhlášku je podle zákona ministerstvo povinno vydat a její dodržování ve spolupráci s ČLK kontrolovat.

Bezpečnost pacientů dále snižuje přetěžování lékařů nadměrným množstvím přesčasové práce. Evropské normy omezující množství přesčasové práce lékařů slouží nejenom k ochraně zdraví lékařů, ale zejména k ochraně pacientů. Novela zákoníku práce prosazená ministrem zdravotnictví bezpečnost pacientů snižuje.

Představenstvo ČLK nedoporučuje lékařům, aby souhlasili s větším množstvím přesčasové práce než v průměru 8 hodin týdně. Velké množství přesčasové práce a následná přepracovanost totiž výrazně zvyšují riziko odborného pochybení lékaře, který navzdory své přepracovanosti způsobené snahou vyhovět svému zaměstnavateli zůstává za své jednání plně právně odpovědný.

„Dobrovolný“ souhlas s nadlimitní přesčasovou prací

Jak taková „dobrovolnost“ vypadá v praxi:

- a/ Zaměstnavatel může zaměstnanci nařídit dovolenou. Obzvláště se hodí v lukrativní termíny – listopad, únor, mimo prázdniny ve škole...
- b/ Služby – rozsáhlé pole neorané pro „dobrovolnost“. Zejména čtyři páteční služby měsíčně s 1 až 2 víkendy jsou bezva. Nebo Vánoce obden...
- c/ Semináře, kongresy – zde je to jednoduché. Nechceš jet, pojedeš. Chceš jet, sloužíš.
- d/ Souběh prací – chceš si, holenku, přivydělat na záchrance, po večerech v privátu? Povolení zaměstnavatele potřebuješ, holenku, tak se moc nevzpouzej...
- e/ Atestace – bič na mladší kolegy. Potřebuješ na stáž, na kolečko, volno před atestací? Tak nedělej fóry a podepiš...
- f/ Jsou posty za trest, posty normální a práce za odměnu. Jistě takové „kotelny“ taky znáte. Například příjem s ambulancí, ještě k tomu s neschopnou sestrou a jako bombónkem stážistou za krkem, pěkně na pár týdnů. To dokáže divy...

Zdravotnictví České republiky v porovnání s ostatními státy OECD

Výdaje na zdravotnictví

Celkové výdaje na zdravotnictví v České republice představovaly v roce 2006 pouhých 6,8 % hrubého domácího produktu (HDP) a výrazně zaostávaly za celkovým průměrem 8,9 % všech členských států OECD dohromady. I v roce 2006 zůstávaly Spojené státy zemí, která na zdravotnictví vydává zdaleka největší finanční prostředky – celých 15,3 % svého HDP. S velkým odstupem pak následují Švýcarsko (11,3 %), Francie (11,1 %) a Německo (10,6 %). Nižší podíl svého HDP než ČR investují do zdravotnictví ve všech státech OECD pouze Mexiko, Korea, Polsko a Turecko.

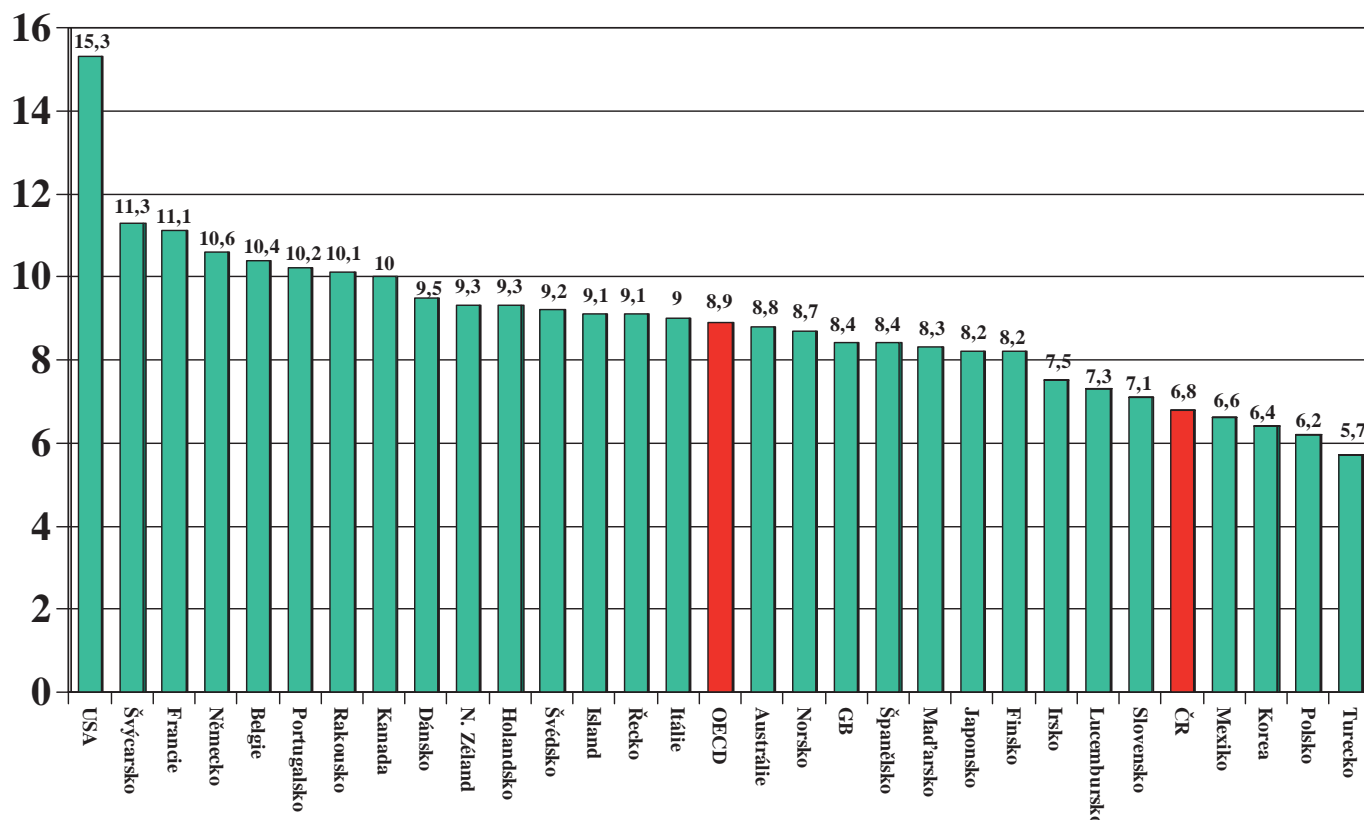
Česká republika zůstává hluboko pod průměrem OECD také v porovnání zdravotnických výdajů na jednoho obyvatele při přepočtu paritou kupní síly. Zatímco třicítka států OECD vydala v roce 2006 na jednoho obyvatele v průměru 2824 USD, tak ČR pouhých 1490 USD. Nejvyšší výdaje (6714 USD) jsou pochopitelně rovněž v USA, které následují Norsko (4520 USD), Švýcarsko (4311 USD) a Lucembursko (4303 USD). Méně než ČR investuje do zdravotnictví pouze Korea (1480 USD), Slovensko (1130 USD), Polsko (910 USD), Mexiko (794 USD) a nakonec Turecko (591 USD).

S výjimkou Mexika a USA je ve všech ostatních členských státech OECD financována zdravotní péče převážně z veřejných zdrojů.

Podíl veřejných výdajů v ČR zůstává na 88 %, což představuje po Lucembursku druhou nejvyšší hodnotu v rámci OECD, na úrovni Norska a vysoko nad průměrem OECD (73 %). Paradoxem v ČR zůstává absence komerčního připojištění. Soukromé výdaje ve výši 12 % nákladů na zdravotnictví jsou v ČR placeny občany v hotovosti, zatímco v drtivé většině vyspělých států v neveřejných výdajích dominuje privátní připojištění.

Prudký nárůst výdajů za léky zůstává v České republice hlavní příčinou meziročních nárůstů výdajů na zdravotnictví. **Zatímco v rámci všech států OECD tvoří náklady na léky 17,6 % výdajů na zdravotnictví, v ČR léky představují 23,4 % zdravotnických výdajů.**

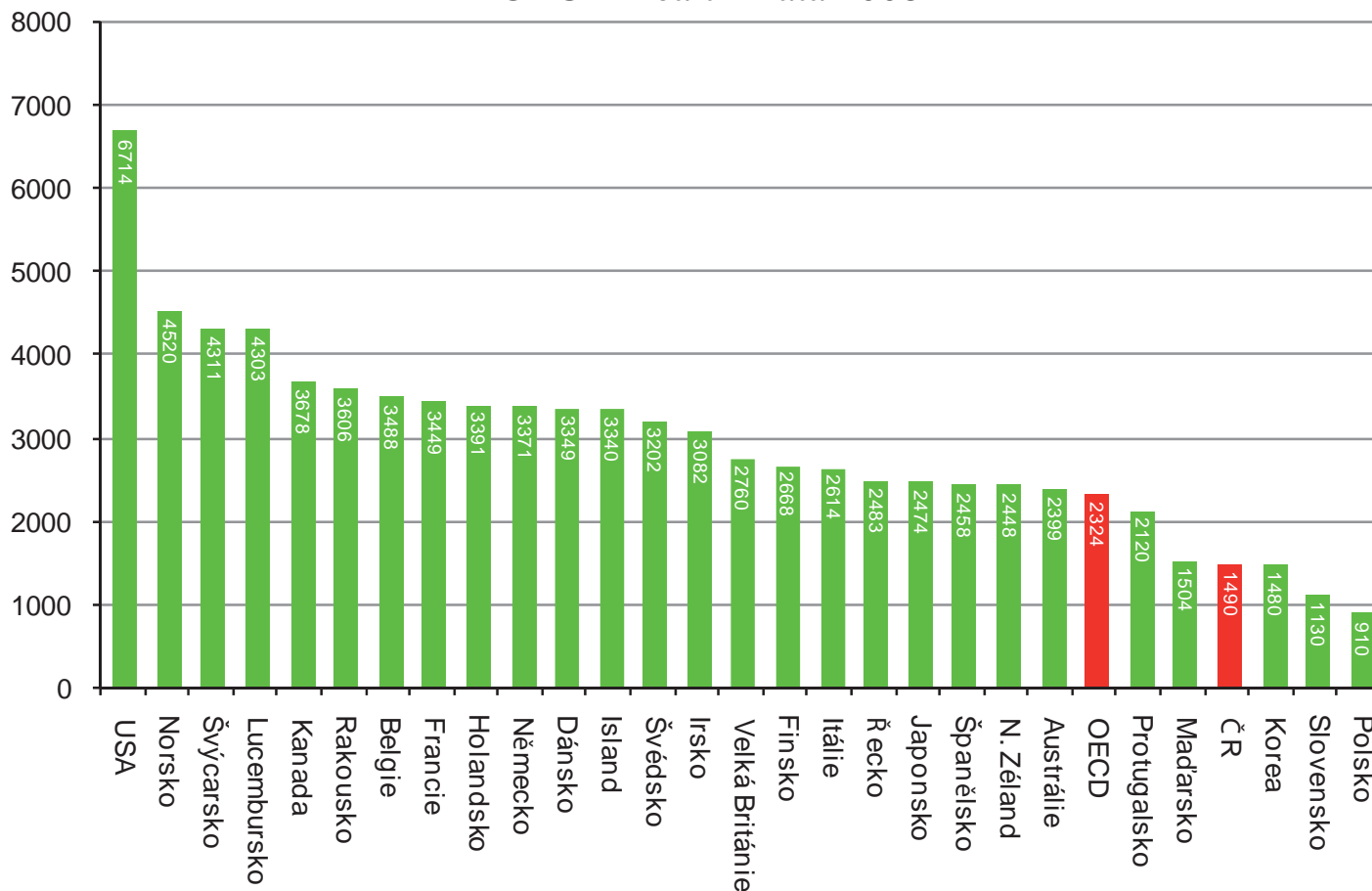
Podíl celkových výdajů na zdravotnictví v % HDP OECD Health Data 2008



(Údaje z roku 2006, Austrálie, Japonsko, Slovensko a Turecko z roku 2005)

Náklady na zdravotnictví v USD na osobu (2006)

OECD Health Data 2008



Data jsou z roku 2006, u Austrálie, Japonska, Slovenska a Turecka z roku 2005.

Výdaje na zdravotnictví na jednoho obyvatele v roce 2006 v USD přepočtené paritou kupní síly

Lidské zdroje a zdravotnická zařízení

Česká republika disponuje na jednoho obyvatele větším počtem lékařů, než jaký je průměr v rámci OECD.

V roce 2006 pracovalo v ČR na 1000 obyvatel 3,6 lékaře (včetně stomatologů), zatímco průměr OECD je 3,1. Naproti tomu 8,1 kvalifikované zdravotní sestry na 1000 obyvatel v ČR je pod průměrnou hodnotou 9,7 v rámci všech států OECD.

Akutních lůžek na 1000 obyvatel bylo v roce 2006 v ČR 5,4, tedy více v porovnání s průměrnou hodnotou 3,9 v rámci všech států OECD. **V porovnání s ČR pak pouze Japonsko, Korea, Německo, Rakousko a Maďarsko disponují větším počtem akutních lůžek.** Tak jako ve většině vyspělých zemí, i v ČR počet akutních lůžek trvale klesá v důsledku zkracování průměrné délky hospitalizace a rozvoji tzv. jednodenní chirurgie.

Technologický rozvoj ve zdravotnictví se nevyhýbá ani České republice. Přesto ČR stále zaostává oproti průměru OECD v takových parametrech, jakými jsou počet CT (v ČR 13,1 na milion obyvatel v porovnání s 19,2 na stejný počet obyvatel v rámci OECD) nebo počet NMR (v ČR 3,8 na milion obyvatel oproti 10,2 na milion obyvatel v rámci OECD).

Zdravotní stav a zdravotní rizika

Většina států OECD zažívá v posledních letech výrazné prodlužování očekávané průměrné střední délky života. **V ČR byla pro osoby narozené v roce 2006 průměrná očekávaná délka života 76,7 roku, tedy přibližně o dva roky kratší v porovnání s průměrem OECD.**

Kojenecká úmrtnost v ČR v uplynulém desetiletí prudce klesla na úroveň 3,3 zemřelých na 1000 živě narozených v roce 2006, což je významně pod prů-

měrnou hodnotou 5,2 v rámci OECD. Nejnižší kojenecká úmrtnost je v Japonsku, Lucembursku a ve Skandinávii.

Ve většině vyspělých zemí v uplynulých 20 letech výrazně klesá počet pravidelných kuřáků mezi dospělými. Česká republika s 24,3 % kuřáků zůstává mírně nad průměrem 23,7 % v rámci všech států OECD, avšak **v porovnání s většinou ostatních států se počet kuřáků v ČR prakticky nesnižuje** (v roce 1993 pravidelně kouřilo v ČR 26,1 % dospělých).

Podíl obézních obyvatel v zemích OECD roste, avšak i zde zůstávají mezi jednotlivými státy výrazné rozdíly. **V ČR je 17,0 % dospělých obyvatel obézních, což je lehce nad 15,4 % průměru OECD. Situace je nejhorší v USA, kde trpí obezitou 34,3 % dospělých,** ale v porovnání s ČR je vyšší počet obézních osob například i ve Velké Británii (24,0 %).

Zpracoval Milan Kubeš, Zdroj: OECD Health Data 2008

Situace je rok od roku horší Podíl výdajů na zdravotnictví na HDP České republiky stále klesá

Ze všech 30 států OECD investovaly v roce 2007 menší podíl HDP do zdravotnictví pouze Korea a Polsko. Ekonomická situace českého zdravotnictví se tak stává kritickou. Nebýt dosud slušného hospodářského růstu, české zdravotnictví by zkolabovalo kvůli hlouposti politiků, kteří jej v lepším případě nepovažují za nic jiného než ekonomickou černou díru nebo v případě horším za tučnou kořist.

Katastrofální důsledky má převod více než stovky dříve okresních nemocnic pod kraje, které na provoz svých nemocnic prakticky nepřispívají. Většina těchto nemocnic se tedy dnes potácí ve finančních problémech a balancuje na hranici personální katastrofy. Navzdory inflaci se rozpočtové výdaje za uplynulých let v nominální hodnotě snížily o více než 6 miliard korun.

Vinou katastrofálního podhodnocení kvalifikované práce zdravotníků se však i při vládou podvázaných příjmech

zdravotních pojištoven (stagnace plateb za tzv. státní pojištěnce a osvobození příjmů vyšších čtyřnásobku průměrné mzdy od placení pojistného) na jejich účtech nahro-

madilo již více než 30 miliard korun.

Podíl osobních nákladů v českém zdravotnictví patří v rámci EU k těm nejnižším, přesto mzdy lékařů stagnují. Naproti tomu podíl výdajů za léky v ČR vysoko překračuje evropský průměr a přesto za léky utrácíme stále více.

Jak dlouho ještě české zdravotnictví přežije takto kocourkovské politické vedení rezortu?

Milan Kubek

	2003	2004	2005	2006	2007
Celkové výdaje	195 155	206 752	215 584	220 878	230 980
Podíl na HDP	7,6 %	7,3 %	7,2 %	6,9 %	6,5 %
Veřejné výdaje	175 592	184 825	191 356	194 344	203 120
	90,0 %	89,4 %	88,8 %	88,0 %	88,0 %
Z toho rozpočtové výdaje	23 891	21 495	21 263	22 828	17 510
	12,3 %	10,4 %	9,9 %	10,3 %	7,6 %
Z toho zdravotní pojišťovny	151 701	163 330	170 093	171 516	185 610
	77,7 %	79,0 %	78,9 %	77,7 %	80,4 %
Soukromé výdaje	19 563	21 927	24 228	26 534	27 860
	10,0 %	10,6 %	11,2 %	12,0 %	12,0 %

(Zdroj ÚZIS)



Hospodaření ČLK v roce 2007

Zpráva o hospodaření majetku centra České lékařské komory k 31. 12. 2007:

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

Dlouhodobý nehmotný majetek představuje zejména program pro evidenci lékařů a webové stránky ČLK. Dlouhodobý hmotný majetek je používán pro běžnou činnost komory. Pohledávky se pohybují řádově ve stejné výši, rozhodující položkou pohledávek jsou nepřevedené členské příspěvky od okresních sdružení, zaplacené zálohy na daň z příjmu za rok 2007 a nedobytná pohledávka z roku 2006 za tisk a distribuci časopisu ČLK, která je vymáhána soudní cestou. Jiné sporné pohledávky se nevyskytují.

Přehled majetku centra České lékařské komory k 31. 12. 2007:

I. Finanční majetek

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

II. Dlouhodobý hmotný a nehmotný majetek

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

III. Pohledávky

Zůstatek byl ovlivněn zejména nepřevedenými členskými příspěvky od OS ČLK, zaplacenou zálohou na daň z příjmu za rok 2007 a nedobytnou pohledávkou za tisk a distribuci časopisu ČLK.

Název	Stav k 31. 12. 2007
I. Finanční majetek	16 729 880,00
II. Dlouhodobý nehmotný majetek	1 590 220,67
Dlouhodobý hmotný majetek	26 438 537,24
III. Pohledávky	4 563 816,00



společnost s ručením omezeným

Kotlářská 53
602 00 Brno
Obch. rejstřík Kraj. soudu v Brně C 4855
IČ: 454 77 639

ČESKÁ REPUBLIKA

tel. +420 541 211 237, tel. +420 541 240 807

tel. +420 544 526 119, fax +420 544 526 118

www.topauditing.cz

e-mail: audit@topauditing.cz

Zpráva auditora o ověření účetní závěrky za rok 2007

Česká lékařská komora se sídlem v Olomouci
IČO: 43965024

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

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

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

V Brně dne 18. června 2008



Kotlářská 93/53, 602 00 BRNO

TOP AUDITING, s.r.o., Brno

Osvědčení Komory auditorů České republiky č. 47

Licence Slovenské komory auditorů č. 7

Znalecký ústav (MSP ČR 63/97-00D)

Porovnání hospodaření centra ČLK za období 1997–2007

Název	rok										
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Výnosy	15 866 684,23	16 580 054,39	20 364 619,30	22 728 792,79	24 583 282,63	23 866 929,00	43 086 880,64	41 022 491,52	47 895 336,24	34 516 394,11	41 565 454,23
z položky výnosů čl. příspěvky	15 053 810,00	13 395 083,00	17 802 605,00	19 461 530,00	22 398 538,00	22 338 936,00	24 786 579,00	25 412 073,00	30 609 988,00	28 517 847,00	31 669 723,00
Náklady	16 180 730,63	17 863 390,84	17 957 129,81	17 414 247,26	19 892 664,63	21 470 280,45	40 296 152,11	39 214 199,79	42 178 702,03	29 778 477,83	35 749 866,76
Hospod. výsledek před zdaněním	-314 046,40	-1 283 336,45	2 407 489,49	5 314 545,53	4 690 618,00	2 396 648,55	2 790 728,53	1 808 291,73	5 716 634,21	4 737 916,28	5 815 587,47
Daň z příjmu	146 253,00 (39 %)	0,00	1 391 948,00 (35 %)	2 011 551,00 (31 %)	1 939 419,00 (31 %)	1 367 307,00 (31 %)	2 588 733,00 (31 %)	1 504 320,00 (28 %)	2 610 109,00 (26 %)	1 760 449,00 (24 %)	2 108 462,00 (24 %)
Hospod. výsledek po zdanění	-460 299,40	-1 283 336,45	1 015 541,49	3 302 994,53	2 751 199,00	1 029 341,55	201 995,53	303 971,73	3 106 525,21	2 977 467,28	3 707 125,47

Odmítáme hazardovat se životy pacientů

Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) navrhuje vedle stávajících léků volně prodejných a léků na lékařský předpis vytvořit novou kategorii léčivých přípravků „bez lékařského předpisu s omezením“, a to s účinností od 1. 1. 2009 v souladu s § 39 odst. 3 zákona č. 378/2007 Sb. o léčivech, který prosadil ministr zdravotnictví MUDr. Tomáš Julínek.

Návrh předpokládá následující:

a) Farmaceut bude moci lék vydat pouze dospělé osobě, které je určen, a to na základě kontroly dokladů.

b) Informace o vydaných léčivech se budou shromažďovat v centrálním úložišti dat, do kterého budou mít všechny lékárny on-line přístup.

c) Takto zakoupená léčiva nebude hradit pojišťovna, ale pacient v plné výši.

d) Na tyto léky bude možná reklama v obecných sdělovacích prostředcích.

e) Lékárník bude kontrolovat zdravotní stav pacientů.

Návrh byl projednán Vědeckou radou České lékařské komory 11. 9. 2008, která vyslovila jednomyslně svůj zcela zásadní nesouhlas se zaváděním této nové kategorie léčiv! Česká lékařská komora považuje návrh za velmi nebezpečný pro zdraví a bezpečnost pacientů.

Zdůvodnění :

a) Nelze souhlasit s možností odebrat anamnezu od pacientů a provádět jejich vyšetřování v prostorách lékárny, které neumožňují zachování lékařského tajemství a nespĺňují hygienické podmínky.

b) Lékárník, který nemá lékařské vzdělání, nemůže provádět lékařské úkony (viz např. změření TK a posouzení hodnoty s návodem léčení). Tyto úkony jsou ze zákona vyhrazeny pouze lékařům a ostatní profese nemají zákonné oprávnění provádět léčeni. Návrh je v kolizi s několika platnými zákony, (např. § 17 a § 20 zákona č. 20/1966 Sb., § 3 a § 4 zákona č. 220/1991 Sb., § 80 zákona č. 378/2007 Sb., § 4 a § 10 a § 11 zákona č. 95/2004 Sb.), které určují podmínky k výkonu profese lékaře a lékárníka.

c) Zásadně nelze souhlasit s naprosou vágní formulací v otázce zodpovědnosti za lékárníkem navržený postup léčeni a jeho postupu při posuzování rizik, interakcí, změn stavu pacienta.

d) Považujeme minimálně ze sporné zavádět nový centrální registr osobních dat –

léčení u jednotlivých osob. Nelze souhlasit s možností nahlížet do tohoto centrálního registru u každého lékárníka, navíc tento by byl nucen pacienta legitimovat.

e) Léčbu nelze redukovat na pouhou farmakoterapii. Nedílnou součástí léčby jsou totiž režimová opatření (často pacientům nepřijemná), k jejichž dodržování by pacienti v případě přijetí návrhu nebyli motivováni.

f) Reklama v obecných sdělovacích prostředcích jistě zvýší tržby farmaceutickým firmám, ale v pacientech vzbudí klamný dojem, že pouhé „polykání pilulek“ stačí k vyléčení.

Návrh je patrně motivován snahou zajistit zvýšení tržeb výrobcům a prodejcům léků eventuálně snížit náklady zdravotních pojišťoven. Dostupnost lékařské péče je v ČR dobrá, lepší než dostupnost lékáren. Zlepšení dostupnosti léků pro pacienty lze zajistit jejich výdejem v ordinacích lékařů.

g) Návrh umožnit volný prodej léčiv je ukázkou zkratkovitého uvažování a porušuje principy péče lege artis. Byl by narušen léčebný proces a celá léčba by byla redukována pouze na výdej léků bez zajištění řádné lékařské kontroly. Pacient musí mít právo na rozhovor se svým ošetřujícím lékařem, na konzultaci nad jednotlivými příznaky, změnami stavu. Pouze lékař může v rozhovoru posoudit případné změny chronického onemocnění.

Odpovědi ČLK na otázky Státního ústavu pro kontrolu léčiv:

1. Jak z hlediska klinické praxe hodnotíte, že pacienti s chronickým onemocněním si budou moci vyzvednout svůj lék v lékárně, aniž by pokaždé museli navštívit ošetřujícího lékaře?

Chronický pacient není pouze konzumentem léčivých přípravků. Jak lze dovojit, bude předmětem cílené reklamy, „bude možná reklama zaměřená na širokou veřejnost“.

Chronický pacient je člověk, který má právo být ošetřen: má právo být vyslechnut, zda-li nedošlo ke změně jeho zdravotního

stavu, a má právo být poučen lékařem (platí si mimo jiné zdravotní pojištění). Změnu zdravotního stavu neposoudí nikdo jiný než lékař, který pacienta léčí.

2. Souhlasíte s tzv. Pozitivním seznamem a s návrhy omezení výdeje? Pokud ne, prosíme o konkrétní odůvodnění.

Vámi vyhotovený „pozitivní seznam“ je velmi nebezpečný dokument, který je typickým příkladem zneužití ekonomických motivů při potlačení etických a humánních norem člověka.

Je prokázáno, že u některých léčiv došlo vlivem předávkování nebo interakce léčiv ke smrtelným komplikacím, proto se domníváme, že nelze naše pacienty vystavit smrtelnému ohrožení v zájmu „zjednodušení výdeje léčiv“.

Například:

Selektivní agonisté beta 2 adrenergních receptorů jsou v určité koncentraci původci závažných arytmií a příčinou náhlých úmrtí.

Statiny jsou někdy příčinou rhabdomyolýzy se závažným postižením pacienta (selhání ledvin).

Antihypertenziva mohou rovněž způsobit závažné komplikace – hypotenze, ztráta vědomí.

3. Navrhujete rozšíření „Pozitivního seznamu“ o další léčivé látky / ATC skupiny? Pokud ano, prosíme o konkrétní návrhy, včetně návrhu omezení výdeje.

Navrhujeme opustit tuto zhoubnou a pro pacienty nebezpečnou myšlenku.

4. Domníváte se, že u stabilizovaného pacienta se zavedenou účinnou léčbou je frekvence navržených kontrol u ošetřujícího lékaře (viz „omezení výdeje“) dostatečující k odhalení případných komplikací a/nebo nutnosti změnit léčbu?



Jsme přesvědčení, že i „stabilizovaný“ pacient je nemocný člověk, který má z principu nárok na pohovor s lékařem a na odborné lékařské vyšetření.

5. Domníváte se, že lékárník je schopen spolehlivě rozpoznat stavy, kdy pacientovi lék nevydává a odešle jej k ošetřujícímu lékaři?

Lékárník není odpovědný ani ze zákona ani z hlediska etického, a není příslušen vést terapii nemocných. Jeho úloha není v poloze univerzálního léčitele. Vzdělání lékárníka nesplňuje předpoklady k léčení pacientů a k diagnostikování chorob a jejich změn.

Závěr:

Česká lékařská komora zásadně odmítá zavádění zmiňované nové kategorie léčiv, a to v zájmu zachování bezpečí pacientů a jejich neohrožení na životě. Pokládáme za nutné zdůraznit, že pokud by byl tento životu nebezpečný záměr realizován, lékaři by nemohli nést odpovědnost za závažné komplikace při svévolném nákupu léčivých přípravků, ani za jejich následné mnohdy nákladné řešení.

*Aleš Herman, předseda Vědecké rady ČLK
Milan Kubek, prezident ČLK*

V Praze 12. 9. 2008

Dále otiskujeme dopisy lékařů na toto téma, které došly do redakce časopisu *Tempus medicorum*.

Pacient má být vždy vyšetřen

Nepodceňuji vůbec znalosti lékárníků. I vlastní dcera je PharmDr. Ale pokud mám něco posoudit, musím to VIDĚT (jako nemohu posoudit, zda je morče, horské kolo, auto hezké nebo ne, když ho nevidím). Nemohu posoudit, „co je to za pupínky, které mám ve tříslech už od pondělka“, a tudíž čím je léčit.

Mohli bychom uvádět nespočet konkrétních příkladů, kdy se může takto něco zanedbat. Například pacientka dostala na „nějaké pupínky“ Hydrocortison mast a on to byl pásový opar. Pacientka samozřejmě nevěděla, co je a jak vypadá pasový opar, a lékárník samozřejmě pacientku ve frontě neprohlížel svlečenou do půl těla.

Pacient by měl být vždy vyšetřen, nejen dostat nějaké analgetikum „na bolesti kloubů“. Lékař se mu podívá do krku, „nabere“ ASLO, provede výtěr z krku, zda nejde o streptokoky, provede se odběr na L. Boreliosu a hladinu urikemie atd. atd., A NIC SE NEZANEDBÁ. Nebo když žádá pacient něco na kašel, vždy poslechneme plíce, zda nejsou třeba spastické fenomény, nebo hypostaza při plicních basích...

A co se týká regulačního doplatku – pacienti docela chápou doplatky za léky, poplatky při hospitalizaci, pokud by byly za stravu a v odpovídající výši k podávané stravě. Ale už méně poplatky u praktiků a specialistů, když – cituji – si celý život platili zdravotní pojištění, třeba ho vůbec nečerpali a nyní, když péči, na kterou si celý život „předpláceli“, potřebují, musí platit zase.

Ale proti třicetikoronovému poplatku za položku jsou pacienti zásadně. Tak jako berou doplatek k ceně léku za nutnost, protože jsou léky drahé, tak považují zmíněnou třicetikoronovou položku za platbu za každé „ohnutí se k šuplíku“ – cituji pacienty.

Vaši snahu jsem chtěl podpořit názorem z praxe a názory pacientů.

Václav Hejda, Karlovy Vary

Hypertenze není rýma!

Důrazně protestuji jako lékař a též jako pacient-kardiak proti bludům, jež šíří trvale pan Cíkr v intencích svého ministra Julínka o zavádění „samoobsluhy“ pacientů s vysokým krevním tlakem. Doporučení pana Cíkrta, aby si pacienti volně kupovali léky proti vysokému tlaku a „případně se poradili s lékárníkem“, považuji za neúnosné z hlediska lékařské etiky a odbornosti, a navíc je to vysoce nebezpečné pro tyto pacienty.

Hypertenze je závažné onemocnění, je jedním z největších „zabijáků“ naší populace a její léčba vyžaduje trvalou lékařskou kontrolu. Sám mám v důsledku hypertenze pětinásobný aorto-koronární bypass (po několika infarktech) a dlouhodobě užívám léky na snížení tlaku a hladiny cholesterolu. Z vlastní zkušenosti vím, jak neblahý důsledek měla

změna medikace ve formě hypertenzní krize.

Hypertenze není rýma, musí ji léčit odborník-lékař a nelze nechat na úvaze pacienta, jak se léčit. Ti, kdo tuhle lékovou politiku zavádějí (bohužel zřejmě s podporou Státního ústavu pro kontrolu léčiv), hazardují se zdravím pacientů a někdo by měl tuto neblahou kampaň rázně zatrhnout všem, počínaje panem Cíkrtem.

Ivo Miler, Praha 4

Máme se snad inspirovat u optiků?

Agens napětí, tentokrát mezi lékaři a lékárníky, připravuje novou kategorii léčivých přípravků bez lékařského předpisu s omezením. Rubem zamýšleného svobodnějšího přístupu k LP jsou rizika a nezodpovězené otázky. Kde vzít v lékárně čas a prostor k replikaci léčitelství z první vývojové periody farmacie, která skončila před mnoha staletími?

V dnešní lékárně musí být zaručena ochrana osobnosti, jejího soukromí a informací o jejím zdraví. Záměr počítá reálně s těmi pacienty, kteří změni zdravotní chování. Psychologové si budou moci rozšířit seznam příčin, „proč nejt k lékaři“. Osoby opouštějící z vlastního rozhodnutí lékařskou péči snáze naplní vlastní samoléčitelské ambice. A takových bude dost. Současně se rozšíří škála trestných činů, ke kterým může dojít při výkonu povolání farmaceuta.

Proč proto nezaměstnat v lékárně internistu nebo jiného specialistu (třeba neurologa ve větší lékárně) podle seznamu LP zařazených do nové kategorie? Nezaměstnávají snad optici (s nižším vzděláním) oftalmology? Lze také posílit diagnostickou potenci lékárny pomůckami a přístroji k vyšetřování. Váhu a tonometr zná už každý. To by byl servis zdraví! To by byla reklama! S respektováním omezení, která mají chránit zdraví a životy, máme zkušenosti z našich silnic. Naštěstí zdravotnictví není silnice, protože slušní lékaři a slušní lékárníci se vždy domluvili a domluví ku prospěchu rozumného pacienta. Přejme si spolu s jedním z klasiků naší profese, aby „nevázanost neslula nikdy svobodou a snášenlivost byla smírem rozumu a srdce“.



Celoživotní vzdělávání posudkových lékařů

Pomalou si zvykáme na předpovědi o hrozícím nedostatku lékařů, který je citelný především v oborech, jako je např. praktické lékařství, anesteziologie či ortopedie. Odborná ani laická veřejnost však netuší, že největší nedostatek lékařů má obor posudkové lékařství.

Posudkové lékařství je trvale personálně poddimenzováno. Více než polovina lékařů je ve věku 60 let a téměř polovina ze všech lékařů léta pracujících v lékařské posudkové službě nesplňuje podmínky získání specializované způsobilosti z oboru posudkové lékařství. Výsledky dotazníkového šetření MPSV z roku 2007 „Názory lékařů a veřejnosti na práci lékařské posudkové služby“ jasně ukazují, že je třeba zvýšit odbornou erudovanost posudkových lékařů, tzn. věnovat zvýšenou pozornost celoživotnímu vzdělávání a tím zlepšit vnímání prestiže oboru odbornou i laickou veřejností. Ze 101 lékařů, tedy skoro jedné třetiny všech dotázaných (348 respondentů), kteří by si znovu nezvolili práci posudkového lékaře, jich 19% uvádí, že to je z důvodu nízké společenské prestiže a 16% z důvodu malého kontaktu s klinickou medicínou. 12% lékařů si myslí, že by se dalo zlepšit využití jejich lékařské kvalifikace klinickým dnem, tedy stáží na klinickém pracovišti, a 12% by si přálo více času na studium, neboť je zatěžuje vysoká administrativa.

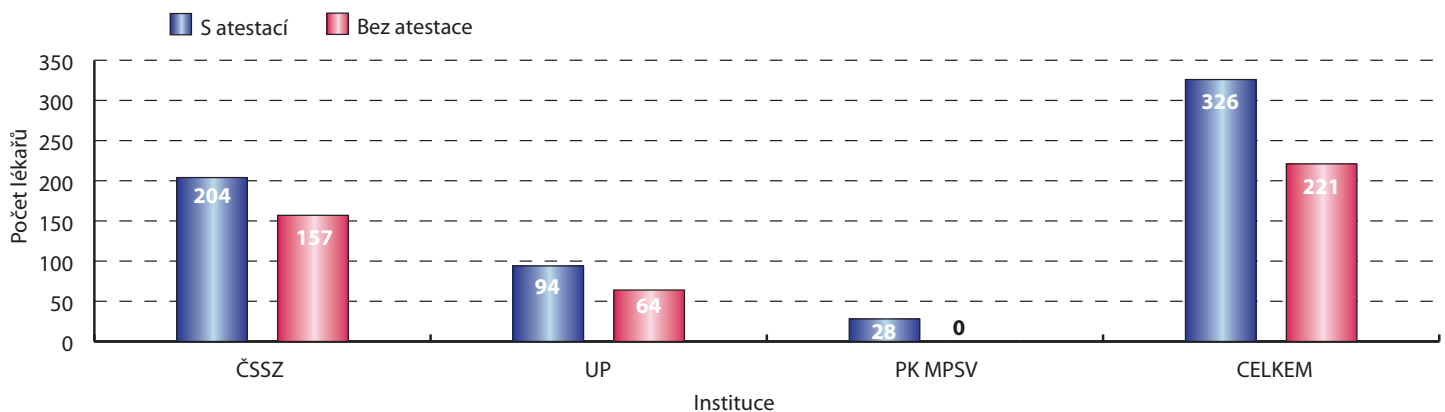
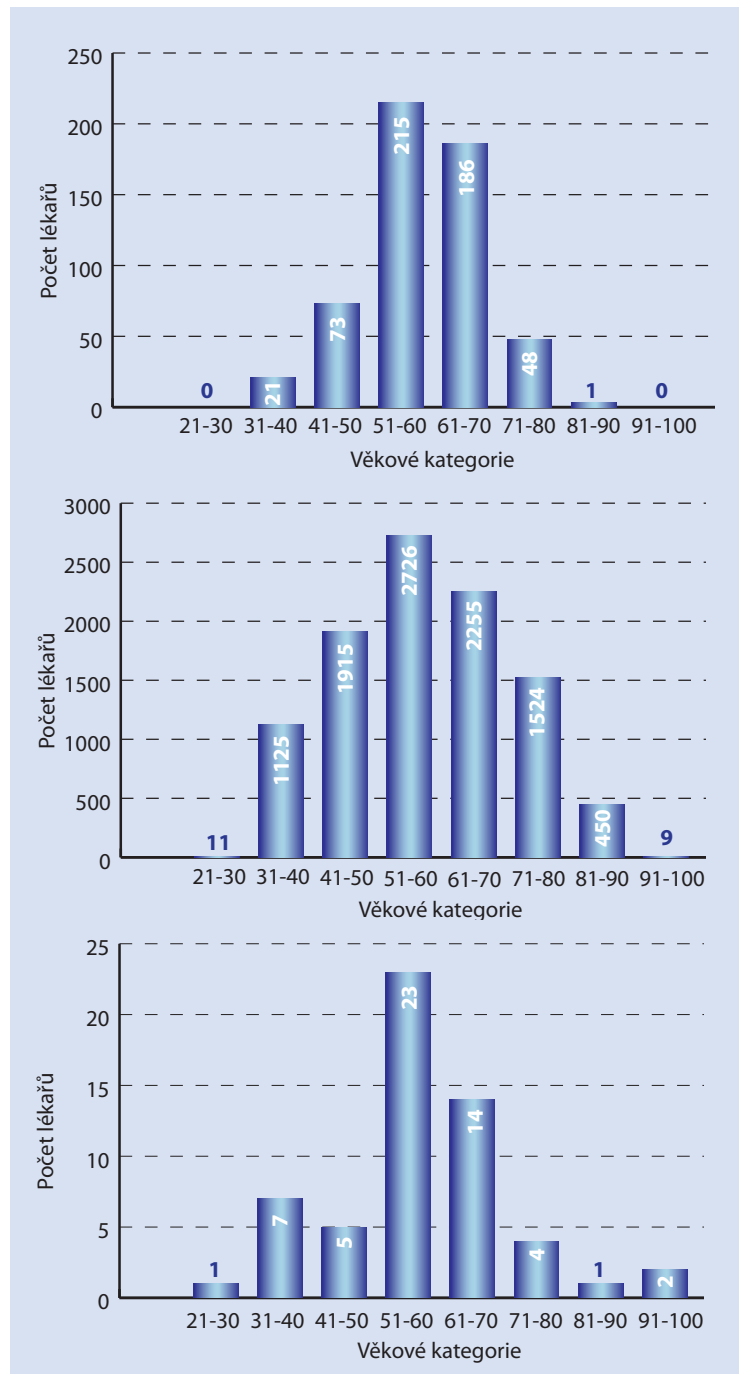
V rezortu ministerstva práce a sociálních věcí vykonává svoji činnost v současné době 545 posudkových lékařů, kteří pracují na Ministerstvu práce a sociálních věcí (posudkové komise MPSV) v instanci druhé, na České správě sociálního zabezpečení ČR (ČSSZ) a na úřadech práce v instanci první.

Graf č. 1 znázorňuje věkovou strukturu všech posudkových lékařů rezortu MPSV: 43% lékařů je ve věku nad 61 let, 40% od 51 do 60 let a pouze 17% lékařů ve věku do 50 let.

Pro srovnání uvádíme věkovou strukturu oboru vnitřní lékařství, jako jednoho z oborů s největším počtem lékařů a zároveň věkovou strukturu oboru soudní lékařství, které je z hlediska charakteristiky práce i jejího institucionálního vymezení posudkovému lékařství nejvíce podobno.

Následující graf ukazuje, kolik lékařů splňuje požadavky specializované způsobilosti, a to i podle místa působení. Z 547 posudkových lékařů požadavky na vzdělání splňuje pouze 326, tj. 59,6%.

Graf č. 2:
Struktura sociálního zabezpečení podle vzdělání



Nezpochybnitelná skutečnost, že skoro polovina ze všech posudkových lékařů působících v současné době v lékařské posudkové službě rezortu MPSV předepsané požadavky na vzdělání nesplňuje, opodstatňuje nutnost změny v přístupu ke vzdělávání.

Nároky na vzdělání posudkových lékařů byly vždy vysoké, a to nejen v souvislosti s pokroky lékařské vědy, ale i v rámci velice dynamického vývoje v oblasti sociální.

Podle zákona č. 95/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění zákona č. 189/2008 Sb., který byl publikován ve sbírce zákonů 2. 6. 2008, se specializační vzdělávání uskutečňuje dle specializačních programů, které jsou schváleny a zveřejněny Ministerstvem zdravotnictví ČR ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR. Stávající vzdělávací program oboru posudkové lékařství je zveřejněn ve Věstníku MZ ČR, ročník 2005, srpen, částka 8, str. 116–118. V současné době se připravuje nový vzdělávací program, který bude sladěn se vzdělávacími programy ostatních lékařských oborů a bude pro výkon povinné praxe rozlišovat akreditovaná pracoviště I., II. a III. typu.

Specializační vzdělávání, tedy celý vzdělávací program, má být absolvováno dle směrnice 93/16/EHS na akreditovaném pracovišti tzv. oficiálně schváleném. Akreditaci pracovišť

upravuje rovněž zákon 95/2004 Sb. Akreditaci na vzdělávací program v oboru posudkové lékařství má již IPVZ, Katedra posudkového lékařství. Je žádoucí, aby o akreditaci pro obor posudkového lékařství usilovalo i Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, neboť by tak přímo ovlivňovalo vzdělávání lékařů, kteří v rámci rezortu vykonávají svoji činnost.

Novela právní úpravy zákona č. 95/2004 Sb. platná od 1. 7. 2008 umožňuje již akreditaci pouze na část vzdělávacího programu, a to v případě oboru posudkového lékařství by znamenalo povinnou praxi v oboru v délce současného jednoho roku zaměřenou pouze na posudkovou činnost. Jednou z podmínek podání žádosti o akreditaci, zahrnující vybraná detašovaná pracoviště Odboru posudkové služby MPSV, k získání specializované způsobilosti v oboru posudkové lékařství je lektorská a publikační činnost zaměstnanců. Požaduje se, aby lékaři z uvedených pracovišť pravidelně publikovali např. v publikacích vydávaných MPSV nebo v časopise „Posudkové a revizní lékařství“ a aktivně vystupovali se svými odbornými příspěvky zejména na akcích příslušných odborných lékařských společností nebo vykonávali jinou odbornou lektorskou činnost. Žádoucí je však i pasivní účast posudkových lékařů na vzdělávacích akcích v rámci celoživotního vzdělávání.

V návaznosti na požadavek vytvoření uceleného systému celoživotního vzdělávání

zaměstnanců rezortu MPSV byla zpracována a ministrem práce Petrem Nečasem schválena Koncepce jednotného vzdělávání posudkových lékařů rezortu MPSV.

Koncepce, která je v souladu se zákonem č. 95/2004 Sb., si klade za cíl zdokonalit a sjednotit systém vzdělávání posudkových lékařů v rámci rezortu MPSV. Zbývá ještě zpracovat normativní instrukci, která zkonkretizuje jednotlivá ustanovení v koncepci obsažená a současně zohlední i Stavovský předpis č. 16 ČLK, který upravuje systém celoživotního vzdělávání lékařů. Pro tento rok je připravena realizace česko-vlámského projektu zaměřeného na celoživotní vzdělávání lékařů. Závěry projektu budou rovněž podkladem pro rozpracování koncepce vzdělávání posudkových lékařů formou normativní instrukce.

Reforma a stabilizace činnosti lékařské posudkové služby je na jedné straně spojena s modernizací systému sociální ochrany a státní správy a na straně druhé úzce souvisí se vzděláváním posudkových lékařů rezortu MPSV.

Nejefektivnějším vzděláváním a personálním rozvojem pracovníků v organizaci je dobře organizované systematické vzdělávání, které se odráží v rozvoji celé organizace a ve zvyšování kvality služeb poskytovaných klientům. Pevným základem silné autonomie rezortní lékařské posudkové služby jsou špičkoví odborníci s exkluzivním postavením.

Libuše Čeledová, Radek Ptáček, Rostislav Čevela

Doporučení lékařům požádat si o specializovanou způsobilost MZ ČR

V návaznosti na článek o zákonu č. 189/2008 Sb., kterým se mění zákon č. 95/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, uveřejněný v čísle 6/2008 časopisu *Tempus Medicorum*, znovu poukazujeme na článek V., odst. 2, věta před středníkem zákona č. 189/2008 Sb., která zní: *Specializovanou způsobilost mají osoby, kterým Česká lékařská komora vydala do 17. dubna 2004 osvědčení k výkonu soukromé lékařské praxe.*

Vzhledem k očekávaným legislativním změnám, kdy je nejisté, zda některé odbornosti zůstanou obory specializačního vzdělávání, nebo se stanou tzv. certifikovanými kurzy (nový pojem, který zavedl zejména § 21e a násl. novelizovaného zákona č. 95/2004 Sb.), případně budou některé odbornosti spojeny v jednu, doporučujeme všem lékařům, kteří vlastní osvědčení k výkonu soukromé lékařské praxe vydané ČLK nejpozději do 17. 4. 2004, aby si v této odbornosti bez zbytečného odkladu požádali

Ministerstvo zdravotnictví ČR o přiznání specializované způsobilosti.

Nejnejistější situace panuje v dřívějších nástavbových oborech interního lékařství (dnes „vnitřní lékařství“), např. diabetologie, endokrinologie, gastroenterologie a další. Dosud jsou tyto odbornosti stále obory specializačního vzdělávání, a to na základě vyhlášky MZ ČR č. 233/2008 Sb. Jestliže by se však očekávanou novou vyhláškou MZ ČR některé z těchto odborností staly certifikovanými kurzy, předpokládalo by jejich přiznání nejprve získání specializované způsobilosti v oboru vnitřní lékařství (viz zmíněný § 21e zákona č. 95/2004 Sb.). Pro lékaře, kteří nemají II. atestaci z interního lékařství a svou praxi provozují na základě I. atestace z interního lékařství a licence ČLK, pozbývá možnost získat specializovanou způsobilost z vnitřního lékařství ze zákona na základě přechodných ustanovení § 44 zákona č. 95/2004 Sb. dnem 17. 4. 2009. Poté již bude nutné absolvovat novou atestaci podle současných vzdělávacích programů. Pokud tedy lékař s I. atestací z interního lékařství je držite-

lem licence ČLK pro nástavbový obor vydanou až po datu 17. 4. 2004, je zde do 17. 4. 2009 stále možnost získat specializovanou způsobilost alespoň pro obor vnitřní lékařství (buď opět pomocí licence ČLK, nebo doplněním praxe, viz § 44, odst. 1 zákona č. 95/2004 Sb.), která by cestu k získání dokladu o certifikovaném kurzu značně ulehčila. Podobný stav by nastal v případě spojení některých odborností v jednu.

Výše uvedené se však netýká pouze zmíněných odborností. Doporučení směřuje ke všem lékařům, kteří jsou držiteli osvědčení k výkonu soukromé lékařské praxe vydané ČLK do 17. 4. 2004. Je sice pravdou, že na základě čl. III zákona č. 121/2004 Sb. zůstávají práva nabytá z těchto osvědčení nedotčena, nicméně dle dosavadních zkušeností zabrání písemné rozhodnutí MZ ČR o přiznání specializované způsobilosti zbytečným právním a administrativním nedorozuměním v komunikaci se zdravotními pojišťovnami a s krajskými úřady jakožto registrujícími orgány nestátních zdravotnických zařízení.

Miloš Máca, Tomáš Merhaut

Novela zákoníku práce umožňující tzv. další dohodnutou práci přesčas ve zdravotnictví

Dne 16. července 2008 byl přijat zákon č. 294/2008 Sb., kterým se mění zákoník práce a zákon o inspekci práce a který umožňuje tzv. další dohodnutou práci přesčas ve zdravotnictví. Účelem tohoto článku není hodnotit počínání zákonodárce, ale poskytnout informaci o obsahu předmětné novely a také o tom, jakým způsobem se mohou lékaři-zaměstnanci bránit zneužívání této novely ze strany zaměstnavatelů.

Co přináší novela zákona

Zákon, kterým se mění zákoník práce a nabývá účinnosti dnem 1. září 2008, zakotvuje nový § 93a nazvaný „Další dohodnutá práce přesčas ve zdravotnictví“. Za další dohodnutou práci přesčas se podle tohoto zákona 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 lékař, zubní lékař, farmaceut nebo zdravotnický pracovník nelékařských zdravotnických povolání pracující v nepřetržitém pracovním režimu. Tuto další dohodnutou práci přesčas lze konat nad rozsah uvedený pro ostatní zaměstnance v ustanovení § 93 odstavec 4 zákoníku práce, a je tedy k ustanovení § 93 odstavec 4 v poměru *lex specialis*.

Zákon výslovně stanoví, že 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 musí zaměstnavatel písemně informovat příslušný orgán inspekce práce.

Další dohodnutá práce přesčas u 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. Pouze kolektivní smlouva může stanovit období delší než 26 týdnů po sobě jdoucích, a to nejvýše 52 týdnů po sobě jdoucích.

Dohoda o další dohodnuté práci přesčas:

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

Zákon dále stanoví, že další dohodnutá práce přesčas ve zdravotnictví může být vykonávána pouze v období ode dne účinnosti tohoto zákona, tj. od 1. září 2008 do 31. prosince 2013.

Některé poznámky z pohledu oprávněných zájmů lékařů-zaměstnanců

Právní kancelář České lékařské komory je ze strany lékařů-zaměstnanců opakovaně dotazována, zda proti tomuto zákonu nelze podat ústavní stížnost, protože vymezuje jedno povolání, které má stanoveno jiný rozsah právní ochrany (v daném případě zejména práva na odpočinek) než všechna ostatní povolání. Česká lékařská komora je tedy dotazována, zda nemůže proti tomuto zákonu podat ústavní stížnost u Ústavního soudu ČR.

K tomu je třeba poznamenat, že ČLK není ze zákona oprávněna podávat ústavní stížnosti proti obecně závazným právním předpisům přijatým Parlamentem ČR. Toto právo má pouze prezident republiky a skupina nejméně 41 poslanců, nebo skupina nejméně 17 senátorů, senát Ústavního soudu v souvislosti s rozhodováním o ústavní stížnosti v jednotlivé kauze, za určitých podmínek také vláda a některé další osoby v souvislosti s konkrétními kauzami.

Stavovská profesní organizace není oprávněna k podání ústavní stížnosti.

Domnívám se však, že i kdyby ČLK k podání ústavní stížnosti oprávněna byla, v daném případě by ústavní stížnost neměla úspěch,

neboť není zcela neobvyklé, že ve veřejném zájmu jsou některým povoláním nařízena odlišná pravidla od jiných povolání (například soudci a státní zástupci nesmí stávkovat, advokáti musí vykonat práci určenou soudem nebo komorou, i pokud si nepřejí ji konat apod.). Navíc by patrně bylo poukazováno na skutečnost, že nedobrovolně nikdo další dohodnutou práci přesčas zdravotníkům uložit nemůže a princip dobrovolnosti je zákonem dostatečně zajištěn.

S jakými situacemi se můžeme v praxi setkat?

Především při přijímání do pracovního poměru se může stát, že zaměstnavatel bude požadovat od zaměstnance ať již písemný, nebo alespoň ústní příslib, že bude souhlasit s prováděním další dohodnuté práce přesčas a uzavře o ní se zaměstnavatelem dohodu. V daném případě nikoli náhodou zákon stanoví, že dohoda nesmí být sjednána právě v prvních 12 týdnech ode dne vzniku pracovního poměru, protože i zkušební doba nového zaměstnance je nejdéle tříměsíční a pokud by zaměstnanec neuzavřel dohodu o další dohodnuté práci přesčas, mohl by být bez odůvodnění propuštěn ve zkušební době. Tomu 12týdenní lhůta, ve které nesmí být sjednána další dohodnutá práce přesčas, brání.

Vyžadování jakýchkoli písemných či jiných příslibů, či dokonce zakotvení povinnosti konat další dohodnutou práci přesčas v pracovní smlouvě při nástupu do pracovního poměru, by bylo jasným porušením, popřípadě obcházením zákona ze strany zaměstnavatele a důvodem k uložení pokuty od inspekce práce a ke konstatování neplatnosti takového nezákonného ujednání.

Zaměstnavatel by neměl žádat zaměstnance, aby se vyjádřil k otázce, zda je či není ochoten konat další dohodnutou práci přesčas dříve, než po uplynutí 12 týdnů od vzniku pracovního poměru, tedy prakticky po ukončení zkušební doby. Pokud by nastupující lékař-zaměstnanec byl povinen ještě před nástupem do pracovního poměru, nebo při nástupu do pracovního poměru písemně potvrdit, že po uplynutí 12 týdnů uzavře se zaměstnavatelem dohodu o další dohodnuté práci, šlo by nepochybně o obcházení zákona, který právě před tímto postupem ze strany zaměstnavatele má zaměstnance chránit. Takové ujednání, kterým

se obchází zákonná ochrana zaměstnance, by mohlo být právem považováno za neplatné.

Prvních 12 týdnů od sjednání dohody o další dohodnuté práci může jak zaměstnanec, tak zaměstnavatel tuto dohodu okamžitě zrušit pouze tím, že písemně její zrušení oznámí druhému účastníkovi. Pokud se tedy do 12 týdnů od podepsání dohody o další dohodnuté práci zaměstnanec z jakýchkoli důvodů rozhodne tuto dohodu zrušit, může tak učinit bez jakékoli výpovědní doby okamžitě, pouhým písemným oznámením zaměstnavateli.

Po uplynutí těchto 12 týdnů může zaměstnanec dohodu o další dohodnuté práci přesčas písemně vypovědět, přičemž pokud nebyla sjednána v písemné dohodě kratší výpovědní doba, činí výpovědní doba 2 měsíce. Po písemné výpovědi musí tedy dohodu dodržet ještě po dobu 2 měsíců.

Bude především na odborové organizaci, zda a za jakých podmínek dohodne v kolektivní smlouvě možnost zaměstnavatele prodloužit období 26 týdnů po sobě jdoucích na období 52 týdnů po sobě jdoucích. Je zde velká příležitost pro odborové organizace požadovat za vstřícnost vůči zaměstnavateli od zaměstnavatele patřičné finanční či jiné ocenění. Nebude-li uzavřena kolektivní smlouva umožňující další dohodnutou práci přesčas po dobu nad 26 týdnů až do 52 týdnů, nezbude zaměstnavateli, než uzavírat dohody o další dohodnuté práci nejvýše na 26 týdnů po sobě jdoucích.

Dohoda o další dohodnuté práci přesčas by měla ve své písemné formě obsahovat i odměnu, kterou za další dohodnutou práci přesčas zaměstnavatel zaměstnanci poskytne, popřípadě jakékoli další výhody, které si smluvní strany dohodly.

Není lépe zůstat u dohod o pracovní činnosti?

V řadě lůžkových zdravotnických zařízení i ve zdravotnické záchranné službě se dosud praktikovala další práce přesčas tak, že ústavní pohotovostní služba byla považována za jiný druh práce než běžný výkon práce lékaře v nemocnici a uzavírala se o jejím konání dohoda o pracovní činnosti za podmínek, které dohodla buď odborová organizace, nebo sami zaměstnanci se zaměstnavatelem. Bylo pouze věcí každého lékaře, zda mu dané podmínky vyhovují a přistoupí na uzavření dohody o pracovní činnosti, kterou bude konat ústavní pohotovostní službu či nikoli.

Nová právní úprava má tuto praxi eliminovat a umožnit legální další dohodnutou práci přesčas v daném rozsahu. To však neznamená,

že by dosavadní praxe tím byla zakázána či vyloučena a že by jedinou možnou formou ústavních pohotovostních služeb byla právě dohoda o další dohodnuté práci přesčas podle § 93a zákoníku práce. Naopak za situace, kdy zaměstnanec i zaměstnavatel toto považují za výhodnější, mohou zůstat u dosavadní praxe, byť tato praxe je někdy, podle některých právních názorů napadána jako praxe, která není v souladu s platnými právními předpisy. Dosud však byla všude tolerována, protože jinak by asi nebylo možno zajistit obsazení ústavních pohotovostních služeb. Pokud se lékaři v některém zdravotnickém zařízení rozhodnou, ať již z jakýchkoli důvodů, že nepřistoupí na dohodu o další dohodnuté práci přesčas podle § 93a zákoníku práce, ale setrvávají u současné praxe dohod o pracovní činnosti, nezbude patrně zaměstnavateli nic jiného, než toto jejich rozhodnutí respektovat, protože v opačném případě, nepřistoupí-li zaměstnanci na další dohodnutou práci přesčas podle § 93a zákoníku práce, neobsadí zaměstnavatel ústavní pohotovostní služby.

Ochrana proti donucování

Zákon výslovně stanoví, že zaměstnanec ve zdravotnictví, který nesouhlasí s výkonem další dohodnuté práce přesčas, nesmí být k jejímu sjednání nucen ani být vystaven jakékoli újmě za to, že dohodu o další dohodnuté práci přesčas ve zdravotnictví se zaměstnavatelem neuzavřel. Pokud by zaměstnavatel jakkoli znevýhodňoval lékaře, kteří tuto dohodu neuzavřou, počínal by si nezákonně a mohl by být pokutován od inspekce práce, případně by na něho mohl zaměstnanec podat žalobu u soudu. Také pokud by na základě oznámení zaměstnance inspekce práce byla vůči zaměstnavateli porušujícímu zákon nečinná, lze podat proti inspekci práce soudní žalobu proti nečinnosti orgánu státní správy.

Pokud by zaměstnanec uzavřel se zaměstnavatelem další dohodnutou práci přesčas nikoli dobrovolně, ale pod nátlakem, nešlo by o svobodný projev vůle, ale jednalo by se o neplatný právní úkon, a neplatností by bylo možnost se kdykoli dovolat a smlouvu nerepektovat, právě pro neplatnost z důvodu nedostatku svobodné vůle zaměstnance při jejím uzavírání.

Příslušný vedoucí pracovník zaměstnavatele, který by pod pohrůžkou jakékoliv újmy nutil zaměstnance, aby uzavřeli další dohodnutou práci přesčas, by se dopouštěl nezákonného jednání. Jak již bylo uvedeno, za toto jednání by zaměstnavatelská organizace (ať již

příspěvková organizace, akciová společnost či jiná) měl být právem pokutována, ale vedle tohoto by příslušný vedoucí pracovník, který si takto počíná, mohl naplnit skutkovou podstatu trestného činu útisku podle § 237 trestního zákona. Tohoto trestného činu se dopustí ten, kdo jiného nutí zneužívaje jeho tísně nebo závislosti, aby něco konal, opomenul, nebo trpěl. Pachateli hrozí trest odnětí svobody až na 6 měsíců.

Je všeobecně známo, že hodnota lékařské práce je v ČR ostudně podceněna. Na jedné straně veškeré průzkumy veřejného mínění zaměřené na otázku, kterého povolání si občané nejvíce váží, jednoznačně odpovídají, že je to právě povolání lékaře. Na druhé straně odměna, kterou společnost lékařům za jejich práci poskytuje, je v porovnání s jinými evropskými zeměmi směšně nízká. Toto podcenění hodnoty práce lékaře platí jak pro zaměstnance, tak pro soukromé lékaře. Hodnota výkonu veterináře, například cena provedené veterinární operace karcinomu střeva u psa, je třikrát vyšší než hodnota lékařské operace karcinomu střeva u člověka, podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Pokud by lékař-zaměstnanec pobíral pouze plat nebo mzdu bez práce přesčas, tedy pohotovostních služeb, případně bez osobního ohodnocení či jiných příplatků, které nejsou obligatorní a mohou, ale nemusí být poskytnuty, činila by jeho odměna za práci přibližně jednonásobek průměrné odměny za práci ve státě. Se službami, osobním ohodnocením a dalšími náležitostmi činí sotva dvojnásobek. V jiných srovnatelných zemích i bez přesčasů trojnásobek až pětinašobek. Snahou ČLK je legislativně zakotvit nepodkročitelný ceník lékařských výkonů, přiměřený hodnotě a odpovědnosti lékařské práce, a přijmout samostatný zákon o odměňování lékařů-zaměstnanců. Konečně i odměňování soudců, státních zástupců, notářů a mnohých dalších profesí je stanoveno zákonem.

Zatím lékař-zaměstnanec nízkou odměnou za svou práci kompenzuje alespoň poněkud vyšší odměnou za ústavní pohotovostní služby. Ať již tyto služby budou probíhat formou dohody o pracovní činnosti, kterou lékař může, ale nemusí uzavřít se zaměstnavatelem, nebo formou další dohodnuté práce přesčas podle nově přijatého § 93a zákoníku práce, bude na samotných lékařích a lékařských odborech, aby alespoň za tuto přesčasovou práci dosáhli slušné odměny přiměřené významu a odpovědnosti práce lékaře.

JUDr. Jan Mach, ředitel právní kanceláře ČLK

Případ stížnosti na nečlena ČLK

Základní fakta

ČLK obdržela od Odboru sociální péče a zdravotnictví Magistrátu HMP stížnost pacienta. V doprovodném dopise se píše:

„Vážení, odbor sociální péče a zdravotnictví Magistrátu HMP obdržel stížnost pacienta prostřednictvím Úřadu městské části Praha 15 (*bydliště pacienta*). Ve své stížnosti si stěžuje na neprofesionální chování a kvalitu poskytnuté lékařské péče lékařkou, zaměstnankyní nestátního zdravotnického zařízení provozovatele MUDr. XY (originál stížnosti viz příloha). Odbor sociální péče a zdravotnictví požádal provozovatele nestátního zdravotnického zařízení o přešetření a zaslání stanoviska k této stížnosti (kopie stanoviska viz příloha). Dne 9. 12. 2003 bylo provedeno místní šetření v ordinaci MUDr. XY za přítomnosti tohoto lékaře-provozovatele a lékařky. Ze zdravotní dokumentace bylo zjištěno, že pacient je v péči ortopedického zařízení od 23. 10. 2002 pro bolesti palce pravé nohy. Dle klinického vyšetření a rtg snímku byla diagnostikována artróza I. MTP skloubení s výrazným omezením hybnosti palce. Byla doporučena operace. Pacient dal přednost konzervativní léčbě (obstříky Depo-Medrol-Trimecain, Fasttum gel, Dolmina), která však byla bez výraznějšího efektu. Dne 27. 5. 2003 byl ambulantně proveden zákrok – oper. sec. Bragard. Dne 9. 6. 2003 při kontrolním vyšetření byla rána zhojena, vyndány stehy, doporučeno promašování rány, vycházky. Při kontrole dne 23. 6. 2003 bylo zjištěno omezení hybnosti palce a pacient byl odeslán na rehabilitaci. Dne 28. 7. 2003 pro bolesti a omezení hybnosti byla ordinována magnetoterapie. Dne 11. 8. 2003 bylo provedeno rtg palce, ale nebyl zjištěn důvod omezení hybnosti (kloubní štěrbinová vytvořená). Dne 3. 9. 2003 pro bolesti a omezení hybnosti bylo doporučeno rtg ozáření, intenzivní rehabilitace. V říjnu 2003 se zdravotní stav zkomplikoval virózou. Dne 6. 11. 2003 zdravotní stav hodnocen jako stabilizovaný, přetrvává omezená hybnost palce pravé nohy. Pacient byl uznán schopným práce od 10. 11. 2003 (PN od 27. 5. 2003 do 9. 11. 2003). S ukončením dočasné pracovní neschopnosti pacient nesouhlasil, ale žádost o jeho přezkoumání nepodal. Dále bylo zjištěno, že v současné době je pacient v péči ortopedického oddělení FN, kde mu byl dne 17. 12. 2003 za hospitalizace proveden další ortopedický zákrok. Kopii stanoviska ošetřujícího ortopeda ke zdravotnímu stavu pacienta ze dne 29. 12. 2003 pro informaci poskytujeme

v příloze. Ze zjištěných skutečností nelze vyloučit nedostatky v odborném postupu lékaře nestátního zdravotnického zařízení. Posuzování odbornosti poskytované zdravotní péče však spadá do kompetence orgánů České lékařské komory, a proto Vám podání pacienta předávám k přímému vyřízení. O předání podání jsme jmenovaného písemně informovali.“

Ze stížnosti pacienta cituji:

„Rád bych podal oficiální stížnost na lékaře klouby ortopedie pro neprofesionální chování vůči pacientovi a odmítnutí poskytnutí lékařské péče. Zhruba před rokem a půl jsem s doporučením od PL navštívil ambulanci ortopedie a stěžoval jsem si na bolesti v kloubu palce na pravé noze. V palci při ohýbání praskalo a přeskakovalo a bylo to chvílemi dosti bolestivé. Po udělení rtg snímku diagnostikovala paní doktorka artrózu a okamžitě mi doporučila operaci, což je prý jediná možnost, jak se neustálé bolesti zbavit. Domluvili jsme se, že tuto operaci je nejlepší provést na jaře kvůli chůzi v otevřených botách, a přiznám se, že mi to vyhovovalo, protože se mi do žádné operace nechtělo. Paní doktorka mi píchla injekci proti bolesti a potom jsem začal na injekce chodit více méně pravidelně podle toho, jak moc to bolelo. Paní doktorka se ovšem neopomněla při každé návštěvě zmínit o operaci, až přišla návštěva v polovině května, kdy mi paní doktorka nabídla přímo termín operace. I když mě to dost zaskočilo, byl jsem nucen se v minutě rozhodnout, a tak jsem souhlasil. Rozhodl jsem se té bolesti jednou provždy zbavit.

Dne 27. 5. 2003 mi paní doktorka provedla operaci palce na pravé noze. Operaci, jejíž rekonvalescence měla trvat podle paní doktorky měsíc, maximálně pět týdnů. Po dvou dnech jsem dojel na první převaz, paní doktorka pochválila, jak to pěkně vypadá, a pozvala mě asi po čtrnácti dnech na vyndání stehů. Od této chvíle si přestávám být jistý časem, nemám v ruce žádnou dokumentaci, kde bych si mohl přesná data ověřit. Po vyndání stehů paní doktorka opět pochválila, jak to pěkně vypadá, a přikázala mi, abych s palcem začal pomalu cvičit a hodně ho masíroval. Toto vše jsem svědomitě dodržoval, masíroval a natíral jsem mastičkou tak dobře, že po čtrnácti dnech jsem měl prakticky zahojenou jizvu, jen palec se nechtěl hýbat a dost příšerně bolel. Když jsem toto oznámil na kontrole paní doktorce, zdála se překvapená, a že mi tedy napíše nějaké rehabilitace. Když jsem se dostavil na první

rehabilitaci, ptala se mě rehabilitační sestra, jak dlouho jsem po operaci a proč jsem nepřišel dříve. Prý tam lidi chodí hned po vyndání stehů, dokonce ani ještě nemůžou na vodoléčbu, kvůli jizvě. Nezbylo mi než konstatovat, že mě paní doktorka poslala až teď.

Absolvoval jsem deset rehabilitačních cvičení a deset kúr vodoléčby, sám jsem si prováděl masáže i doma, a jelikož mi paní doktorka napsala vycházky, snažil jsem se svědomitě chodit ven, abych nohu rozhodil. Bohužel se tak nestalo, bolest byla stále větší, začala mi vystřelovat z kloubu přes nárt do kotníku a po chvíli chození až do kolena. Kloub se vůbec neuvolňoval, stále byl tvrdý a neohebný a při každém pohybu nohy silně bolestivý. Při další kontrole, kdy paní doktorka začala mluvit o ukončení pracovní neschopnosti, na ní bylo vidět, že toto oznámení se jí vůbec nelíbí a je jí dost nepříjemné. Přesto byla ochotna se mnou ještě komunikovat a rozhodla se poslat mě na magnety, které údajně bolestem uleví. Po absolvování pěti kúr magnetů, kdy jsem necítil vůbec žádnou úlevu, naopak, po každé jsem se dost těžko dobelhal domů, jsem pochopil, že to není ta správná léčba. Jelikož jsem se obával, že s paní doktorkou už nebude žádná rozumná řeč, našel jsem si na internetu pár adres soukromých ordinací ortopedie a po absolvování všech deseti magnetů jsem došel na kontrolu k paní doktorce. Ta mi oznámila, že už jsem na neschopence moc dlouho, a proto mi ji musí ukončit. Snažil jsem se jí přesvědčit, že mě noha teď bolí víc než před operací a že nemůžu skoro vůbec chodit a že dvanáctihodinové směny na nohou jako prodáváč rozhodně nejsem schopen vydržet. Bylo mi řečeno, že si v tom případě budu muset asi najít jinou práci. Snažil jsem se naznačit, že pacientovi se snad neukončuje neschopnost podle toho, jak je na ní dlouho, ale podle jeho zdravotního stavu. Na to mi bylo řečeno, že podle paní doktorky jsem absolutně v pořádku, potřebuji nohu akorát víc namáhat a víc na ní chodit. Pokusil jsem se požádat o odložení ukončení z 31. 8. na 10. 9., abych získal čas na kontaktování některého z lékařů, které jsem si vybral, ale paní doktorka v tom viděla pokus o bezdůvodné prodloužení neschopnosti a rázně mou prosbu zamítla. Tím mě zajedno rozčílila a za druhé postavila do situace, ve které jsem neměl moc na výběr. A tak po poradě s PL jsem vyrazil za vedoucím posudkových lékařů, který po zhlédnutí mé opuchlé, modrozelené nohy okamžitě rozhodl, že s takovouhle nohou opravdu do práce nemůžu. Paní doktorce bylo doporučeno, aby můj případ konzultovala s MUDr. XY, který se tvářil, že se mu noha taky moc nelíbí, přede-

psal mi ortopedické vložky a napsal doporučení na rentgenologické ozařování. Byl ovšem solidární s paní doktorkou a také mi odmítl vystavit neschopnost s doporučením, že mám hodně chodit. Teprve po další intervenci pana doktora z posudkové mi paní doktorka vystavila pokračování pracovní neschopnosti bez přerušování, a to velmi neochotně a dost našťvaně. Aniž by se mnou cokoli dělala, kamkoli mě poslala, zeptala se pouze, jestli mám to doporučení od pana doktora na radiologii a že se tam mám objednat.

Na radiologii mě objednali až za další tři týdny a mezitím jsem se snažil chodit na procházky a svědomitě jsem masíroval a cvičil s palcem. Pořídil jsem si masážní vaničku na nohy s masáží a perličkovou koupelí, používal jsem i elektrický masážní pás, ale nic nepomáhalo. Když jsem přišel na radiologii, paní doktorka při pohledu na mou oteklou nohu usoudila, že je tam na 99% zánět a že ozařování by tomu mělo pomoci. A opravdu jsem po absolvování pěti kúr ozařování pocítil velkou úlevu, bolest vystřelující až do kolena pomalu přecházela a noha splaskla a přestala být oteklá, až nakonec bolest zůstala pouze v onom operovaném kloubu, který je stále tvrdý a po hodině chůze nesnesitelně bolí. Při kontrole u lékařky na ortopedii v polovině října jsem se snažil s paní doktorkou „lidsky si promluvit“. Paní doktorka mi oznámila, že se mnou stále lidsky mluví a že je dokonce tak lidská, že mi vyjednává reoperaci, že když mi tu nohu tak poničili, tak že mi sežene někoho, kdo mi jí zase opraví. Toto jsem přivítal s povděkem, byla to věc, na kterou jsem taky myslel a měl jsem v plánu ji paní doktorce sám navrhnout. Na otázku, co si myslí, že se v tom kloubu stalo, a proč je pořád tak neohebný a bolestivý, mi bylo sděleno, že je to od začátku zanedbaná rehabilitace, samozřejmě z mé strany. Tak už jsem se víc neptal. Domluvili jsme se, že si přijdu 3. 11. listopadu pro lístek na peníze a paní doktorka mi oznámí datum reoperace. Když jsem se dostavil k paní doktorce, oznámila mi, že reoperace nepřichází v úvahu, že o tom mluvila s kolegy a nikdo to nechce dělat. Přišlo mi to logické, což jsem jí také řekl. Pokud operaci prováděla ona, měla by snad provést nápravu. Začala opět mluvit o ukončení neschopnosti, tak jsem se zeptal, kam se mám tedy dále obrátit a kdo mi nohu spraví. Bylo mi tedy řečeno, že požádá pana doktora XY, zda by mi reoperaci neprovedl on. Když jsem přišel na kontrolu, pan doktor mi oznámil, že rozhodně žádnou reoperaci dělat nebude a že mi okamžitě ukončuje pracovní neschopnost. Paní doktorka mi vyčetla, že kdybych šel tenkrát, jak mi ukončila nescho-



penku, do práce, tak už bych byl dnes v pohodě. Nohu jsem měl už tehdy zdravou a rozhodně ne oteklou a modrozelenou a je zajímavé, že když přicházím k ní do ordinace, tak kulhám, a když odcházím a ona na mě kouká z okna, tak jdu normálně. Čímž mě nařkla z toho, že simuluji. Na otázku, co mám tedy teď dělat, mi bylo opět řečeno, že mám hodně chodit a hodně cvičit. Na mé námitky, že po necelé hodině chůze mi tečou bolestí slzy, mi bylo řečeno, že oni se mnou teď minimálně půl roku nic dělat nebudou, neboť už mě vyléčili. Na otázku, kam se mám obrátit s eventuální stížností, mi bylo řečeno, že žádného nadřízeného nemá, neboť jsou soukromý sektor. Dostal jsem se tedy do velmi nepříjemné situace, ve které vůbec nevím co mám dělat. Rozhodně již nedůvěřuji jejich úsudku a nechci s nimi mít již nic společného. Přesto bych nerad od čtyřiceti let kulhal a pocítoval bolest při každém kroku jen proto, že jsem se rozhodl podrobit banální operaci. Prosim tedy o přidělení jiného nezaopatřeného lékaře, který by byl ochoten mi pomoci a nepodezíral mě ze simulování. Jsem ochoten podstoupit cokoli, abych zase mohl normálně a bezbolestně chodit.“

Z odpovědi provozovatele ZZ cituji:

„Pacient vstoupil do léčby 23. 10. 2002 pro bolesti palce pravé nohy. Podle klinického vy-

šetření a rtg snímků diagnostikována artróza I. MTP kloubu pravé nohy s výraznou poruchou hybnosti. Léčený konzervativně (obstřiky Depo-Medrol-Trimecain, fyzikální léčba). Pro neúspěch léčby navržena operace, která byla provedena dne 27. 5. 2003. Stav po operaci uspokojivý, oblast bez zánětu, pacient přesto odmítá uschopnění k 1. 9. 2003. Vyšetřil jsem ho 3. 9. 2003, kdy konstatuji lehké omezení hybnosti v extenzi. Po domluvě s posudkovým lékařem vystavuji pokračování neschopnosti s tím, že pacient ještě absolvuje rtg ozáření a intenzivní rehabilitaci. 6. 11. 2003 přetrvává lehké omezení extenze, jinak nález přiměřený. Pacient práce schopný ke dni 10. 11. 2003. V závěru upozorňuji, že jde o komplikovaného pacienta, který chtěl prodloužení PN za každou cenu, nejprve od mé lékařky do konce září, nyní už požadoval PN do ukončení dávek, což je 29. 3. 2004 včetně.“

Stanovisko ortopedické kliniky FN:

„Pacient přijat na OT kliniku na vlastní žádost 16. 12. 2003. Dle anamnézy se jedná o stav po operaci metatarsophalangeálního kloubu palce pravé nohy na jiném pracovišti v květnu 2003. Dokumentaci o provedené operaci a další léčbě nemáme k dispozici. Při přijetí zjištěna rigidita kloubu palce, vřetenovitě tuhé prosáknutí kloubu, jizva zhojená. Zkrat 1.



paprsku proti druhé straně o 5mm. Na rtg nálezu destrukce kloubu hlavně v oblasti hlavičky metatarsu, výrazné artroticko-artritické změny se skvrnitým projasněním kosti. 17. 12. 2003 proveden redres kloubu s následnou intenzivní rehabilitací pod clonou opiátů a nesteroidních antirevmatik. Dosaženo zlepšení pohybu na 2/3 rozsahu druhé strany. Pacient bude po propuštění pokračovat v RHB na naší klinice. Pokud bude přetrvávat bolestivost a rozvoj artrotických obtíží, bude v druhé době artrodéza MTP kloubu.“

Řešení stížnosti

Pověřený člen revizní komise stížnost přijal jako oprávněnou a předal ji místně příslušné RK OS ČLK. RK OS ČLK přidělenou kauzu vrátila centrální revizní komisi zpět s odůvodněním, že lékařka, proti níž je stížnost vedena, není členkou ČLK, ač je zaměstnána od 15. 10. 2002. Pověřený člen proto stížnost odmítl a předal ji k dalšímu řešení Odboru sociální péče a zdravotnictví Magistrátu HMP. V dopise píše: „Podáváme tímto podnět k šetření Vašemu odboru jako zřizovateli nestátního zdravotnického zařízení MUDr. XY, který zaměstnává lékařku, jež není členkou České lékařské komory, což je v rozporu se zákonem. Šetřením jsme zjistili, že jmenovaná lékařka je v tomto pracovním poměru od 15. 10. 2002!“ O tomto postupu byl informován stěžovatel.

Reakce právního zástupce pacienta

Právník pacienta se obrátil na ČLK se stížností na nestátní zdravotnické zařízení MUDr. XY, kdy „je oprávněná domněnka, že v souvislosti se zaměstnáváním lékařky, která není členem ČLK, porušuje nestátní zdravotnické zařízení předpisy ČLK“.

Revizní komise ČLK na svém řádném zasedání dne 13. 11. 2004 projednala dopis právního zástupce pacienta a odpověděla, že „na půdě ČLK nelze řešit stížnosti na nečleny ČLK a též ČLK ze zákona 95/2004 nemůže posuzovat PVT vybavení zdravotnických zařízení, tudíž ČLK je k vyřízení podnětu nekompetentní. Z právního pohledu by zřejmě bylo nejvhodnější obrátit se na příslušný registrující orgán uvedeného NZZ, protože ten je kompetentní k přezkoumání PVT vybavení pracoviště. Komora tuto zákonnou pravomoc pozbyla. Pokud tento orgán zjistí, že byl porušen zákon, je další postup věci registrujícího orgánu v intencích platných právních předpisů.“

Michal Sojka

Bez vzájemné důvěry je léčba nemožná Pacienta, který svému lékaři nedůvěřuje a nerespektuje jeho doporučení, nemůže tento lékař léčit

Pro všechny ministrem Julínkem předkládané návrhy zákonů je charakteristické, že se důsledně vyhýbají pojům: lékař, lékařská komora, odborná lékařská společnost, lékařská péče. Místo toho zavádějí pojem poskytovatel, zdravotnický pracovník a pojem zdravotní péče je nahrazen pojmem zdravotní služby. To samo o sobě naznačuje technokratický přístup zpracovatelů návrhu, kteří při zpracování vůbec nespolečovali s ČLK. Návrh zákona odlidšťuje vztah lékaře a pacienta. Místo o péči o služby, místo o lékaře jde o „poskytovatele“ a ve svých důsledcích znamená návrh zákona zhoršení právního postavení jak lékařů, tak pacientů.

Návrh zákona o zdravotních službách v právech poskytovatele zdravotní péče (§ 44) nepamatuje na možnost ukončení péče o pacienta v případě, že je zásadním způsobem narušen vztah důvěry mezi pacientem a lékařem, která je k poskytování zdravotních služeb nezbytná. V těchto případech musí mít lékař možnost ukončit péči o pacienta, s výjimkou péče neodkladné, eventuálně akutní. Jiného lékaře (poskytovatele) by zajišťovat neměl, to je a patrně zůstane povinností zdravotní pojišťovny pacienta (§ 46 odstavec 1 zákona č. 48/1997 Sb.).

Tuto zásadní připomínku ČLK odmítlo ministerstvo zdravotnictví akceptovat. Písemné vyhodnocení připomínek však odmítl ministr zdravotnictví ČLK předat. Text návrhu zákona o zdravotních službách, který by byl výsledkem zpracování připomínek, uplatněných v rámci připomínkového řízení, nám není znám.

Obdobnou chybu obsahuje i aktuální návrh novelizace zákona č. 48/1997 Sb. O veřejném zdravotním pojištění. Také v tomto případě uplatnila ČLK svoji zásadní připomínku následujícího znění:

K bodu 17

V ustanovení § 11 odst. 1 navrhujeme za poslední větu písmene b) doplnit věty **Zvolený poskytovatel ambulantní zdravotní péče může odmítnout přijetí pojištěnce do své péče pouze tehdy, jestliže by jeho přijetím bylo překročeno únosné pracovní zatížení poskytovatele tak, že by nebyl schopen za-**

jistit kvalitní zdravotní péči o tohoto nebo o ostatní pojištěnce, které má ve své péči. Jiná vážná příčina, pro kterou může zvolený poskytovatel odmítnout přijetí pojištěnce, je též přílišná vzdálenost místa trvalého nebo přechodného pobytu pojištěnce pro výkon návštěvní služby. Míru únosného pracovního zatížení a závažnost příčiny pro nepřijetí pojištěnce do své péče posuzuje zvolený poskytovatel. Poskytovatel, který je lékařem, má právo odmítnout péči o pojištěnce též tehdy, dojde-li k závěru, že se v průběhu dosavadní péče nevytvořil potřebný vztah důvěry mezi ním a pojištěncem. Poskytovatel nemůže odmítnout pojištěnce ze stanoveného spádového území a v případě, kdy se jedná o neodkladnou péči. Každé odmítnutí převzetí pojištěnce do péče musí být poskytovatelem pojištěnci písemně potvrzeno.

Odůvodnění:

Návrh ministerstva zdravotnictví vypouští velmi důležité ustanovení zakládající právo soukromého ambulantního poskytovatele, zpravidla lékaře, nepřijmout v odůvodněných případech pojištěnce do své péče, resp. ukončit poskytování zdravotních služeb pacientovi. Jedná se o jedno ze základních práv lékaře ve vztahu k pacientovi, jehož zrušení je zcela nedůvodné. Toto ustanovení tudíž navrhujeme nejen ponechat v platnosti ve svém původním znění, nýbrž ještě doplnit tak, aby vztah lékař – pacient bylo možno ukončit i tehdy, nevznikla-li mezi nimi potřebná vzájemná důvěra (obdobná úprava je zakotvena např. ve vztahu advokát – klient).

Připomínky ČLK k tomuto návrhu zákona nebyly dosud vypořádávány.

Obdobně jako v případě zákonů o zdravotních službách, o speciálních zdravotních službách, o zdravotnické záchranné službě i v případě novely zákona o veřejném zdravotním pojištění bude ČLK, v případě nezohlednění našich zásadních připomínek, lobovat u poslanců za nepřijetí nekvalitních zákonů předkládaných ministerstvem.

Milan Kubek, prezident ČLK

Vzdělávací kurzy České lékařské komory

Přehled podzim 2008

Přihlášky zaslejte na adresu:

Oddělení vzdělávání ČLK

Lékařská 2, 150 30 Praha 5, fax: 257 220 618, e-mail: vzdělavani@clkr.cz, seminar@clkr.cz (uveďte celé jméno, odbornost, adresu, telefonní číslo a číslo kurzu)

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

Poplatky za účast na doškolovacích kurzech České lékařské komory

Cena doškolovacích kurzů ČLK, 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 studený 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.clkr.cz

44/08 Kurz – Gynekologie

Datum konání: 4. 10. 2008
Místo konání: Praha 5, Klub ČLK, Lékařská 2
Koordínátor: *Doc. MUDr. Alena Měchurová, CSc.*

- Doc. MUDr. Alena Měchurová, CSc.
- Septická pánevní tromboflebitis tromboza venae ovaricae
 - Porody mimo zdravotnická zařízení
- MUDr. Zuzana Urbánková
- Komplikace po císařských řezech
- Doc. MUDr. Alena Měchurová, CSc.
- Perinatální infekce a podávání ATB dle nových poznatků
- MUDr. Ladislav Krofta, CSc.
- Správná technika dopplerovského vyšetření, praktické ukázky
- Doc. MUDr. Jarmila Drábková, CSc.
- Novinky v urgentní medicíně
- MUDr. Ivana Koblíhová
- Používání neregistrovaných léků v gynekologii a porodnictví v ČR
- Doc. MUDr. Alena Měchurová, CSc.
- Doporučené postupy v perinatologii

45/08 Kurz intenzivní medicíny – I. blok:

Respirační a renální selhání

Datum konání: 11. 10. 2008
Místo konání: Praha 5, Klub ČLK, Lékařská 2
Koordínátor: *MUDr. Jiří Valenta, KARIM VFN I. LF UK Praha 2*

- MUDr. Josef Závada, CSc.
- Respirační selhání
- MUDr. Pavel Herda
- Zajištění dýchacích cest
- MUDr. Jiří Valenta
- Umělá plicní ventilace
- MUDr. Marek Svíttek
- COPD a astma bronchiale
- MUDr. Zdeněk Stach
- Monitorace respiračního systému
- MUDr. Tomáš Kotulák
- Oligurie a renální selhání
- MUDr. František Novák
- Prevence a léčba akutního renálního selhání
- MUDr. Martin Balík, Ph.D.
- Antikoagulační CRRT s rizikem krvácení

47/08 Kurz – Dorostové lékařství

Datum konání: 18. 10. 2008
Místo konání: Praha 5, ČLK, Oválná pracovna, Lékařská 2
Koordínátor: *MUDr. Pavel Kabíček, CSc.*

- MUDr. Pavel Kabíček, CSc.
- Poruchy příjmu potravy v dospívání
- Doc. MUDr. Zuzana Urbanová, CSc.
- Vztah výživy k rizikovým faktorům v dospívání
- MUDr. Alexandra Moravcová
- Dospívání a obezita
- Prim. MUDr. Pavel Frühauf, CSc.
- Speciální diety a compliance v adolescenci
- MUDr. Lenka Vepřeková
- Anémie a výživa v dospívání
- Jitka Tomešová
- Zdravá výživa dospívajících
- Marieta Balíková
- Alternativní výživa v dospívání
- Mgr. Pavel Suchánek
- Výživa sportujících adolescentů

52/08 Kurz – Neonatologie

Datum konání: 1. 11. 2008
Místo konání: Praha 5, ČLK, Oválná pracovna, Lékařská 2
Koordínátor: *MUDr. Marcela Černá*

- Doc. MUDr. Zbyněk Straňák, CSc.
- Sekundární prevence závažných vrozených vývojových vad
- MUDr. Miloš Černý
- Co je nového v přístupu k rozštěpovým vadám rtu a patra?
- Doc. MUDr. Petr Zoban, CSc.
- Dlouhodobé sledování rizikových nedonošenců
- MUDr. Helena Slavíková
- Screening sluchu u novorozenců
- MUDr. Jan Radina
- Dítě diabetické matky
 - Osteopenie nedonošených dětí
- MUDr. Marcela Černá
- Mateřské mléko – pokrm, nebo tkáň?
 - Systém kritických bodů při používání mateřského mléka

48/08 Kurz – Tak léčím já Rozšířeně kazistiky s dif. dg. rozvahou, algoritmy vyšetřování a možnostmi léčby

Datum konání: 15. 11. 2008
Místo konání: Praha (bližší informace budou uvedeny na pozvánce)
Koordínátor: *MUDr. Marcela Černá*

- MUDr. Štěpánka Čapková
- Atopický ekzém
- MUDr. Anna Zobanová
- Konjunktivitida
 - Neprůchodnost slzných cest
- Prof. MUDr. Jiří Nevala, DrSc.
- Kazistiky z gastroenterologie
- MUDr. Petr Smíšek
- Anemie

54/08 Kurz – Data, klinické momenty i novinky v neodkladné péči: zkušební a atestací a k atestacím z urgentní a intenzivní medicíny

Datum konání: 15. 11. 2008
Místo konání: Praha 5, Klub ČLK, Lékařská 2
Koordínátor: *Doc. MUDr. Jarmila Drábková, CSc., OCHRIP, FN Praha Motol*

Podrobnosti naleznete na www.clkr.cz, registr akcí, č. 16432

49/08 Kurz – Novinky ve vnitřním lékařství

Datum konání: 22. 11. 2008
Místo konání: Praha 5, Klub ČLK, Lékařská 2
Koordínátor: *MUDr. Jan Bruthans, CSc., FESC, Pracoviště preventivní kardiologie IKEM, Praha*

- MUDr. Jan Bruthans, CSc.
- Terapie v kardiologii
- MUDr. Robert Čihák, CSc.
- Arytmologie
- MUDr. Eva Kotlíková
- Intenzivní metabolická péče

Prof. MUDr. Karel Pavelka, DrSc.

- Autoimunní onemocnění – diagnostika a léčba

Prof. MUDr. Václav Zamrazil, DrSc.

- Endokrinologie
- MUDr. Radkin Honzák, CSc.
- Komunikace s pacientem

56/08 Kurz – Odborný seminář o PN

Datum konání: 29. 11. 2008
Místo konání: Praha 5, Klub ČLK, Lékařská 2,
Koordínátor: *MUDr. Zdeněk Schwarz, ředitel Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy*

- MUDr. Jiří Danda, MUDr. Milana Pokorná
- Kardiopulmonální resuscitace, včetně praktického návčiku na modelu + praktická ukázka monitorace vitálních funkcí na běžně užívaných pomůckách ZZS HMP-ÚSZS
- MUDr. Ondřej Franěk
- Stratifikace volání na tísňovou linku a telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace
- MUDr. Karel Kučera
- Resuscitační systém Auto-Pulse
- MUDr. Jiří Danda
- Alternativní zajištění dýchacích cest, včetně návčiku na modelu
- MUDr. Milana Pokorná
- Alternativní vstup do cévního řečiště, včetně návčiku na modelu
- Alan Ryba, Dis.
- Použití imobilizačních prostředků běžně užívaných v přednemocniční neodkladné péči
- MUDr. Jaroslav Valášek, Bc. Tajčman, Dis.
- Třídění raněných a postižených při mimořádných událostech při hromadném postižení zdraví, včetně vysvětlení systému START

57/08 Seminář – Komunikace mezi lékařem a pacientem a jejich zvládnání

Datum konání: 29. 11. 2008
Místo konání: Praha 4, ÚPMD, Podolská nábř. 157
Účastnický poplatek: 500 Kč
Hodnocení: 6 kreditů

Koordínátor: *PhDr. Erika Gerlová*

58/08 Kurz – Dětská psychiatrie

Datum konání: 6. 12. 2008
Místo konání: Praha, Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5
Koordínátor: *Doc. MUDr. Ivo Paclt, CSc.*

- Doc. MUDr. Ivo Paclt, CSc.
- Úvod, dětská psychiatrie a pediatrie
 - Co lze očekávat od dětské psychiatrie
 - Spolupráce s dalšími pedagogickými institucemi
 - Základní diagnostické kategorie v pedopsychiatrii
 - Hyperkinetický syndrom, poruchy učení, poruchy chování, tikový syndrom
 - Schizofrenie, depresivní poruchy, úzkostné poruchy
 - Psychosomatické poruchy v pedopsychiatrii
 - Možnosti spolupráce

59/08 Kurz intenzivní medicíny – II. blok: Infekce a seps, kardiologie v intenzivní medicíně

Datum konání: 13. 12. 2008
Místo konání: Praha 5, Klub ČLK, Lékařská 2
Koordínátor: *MUDr. Jiří Valenta, KARIM VFN I. LF UK Praha 2*

- MUDr. Josef Závada, CSc.
- Sepsa a MODS
- MUDr. Jan Rulišek
- Závažné infekce v intenzivní medicíně
 - Strategie léčby infekcí na JIP
- MUDr. Michal Kolář
- Imunokompromitovaný pacient
 - Hygienická rizika v intenzivní péči
- MUDr. Martin Balík, Ph.D.
- Neinvasivní vyšetření hemodynamiky
- MUDr. Severin Romaniv
- Kardiální selhání a kardiogenní šok

MUDr. Miloš Dobiáš

- Arytmie a hypertenze

1/09 Kurz – Metody vyšetřování úrovně zrakové ostrosti a indikační pravidla při korekci refrakčních vad u malých nespolupracujících dětí a u dětí s vícečetným, nejen zrakovým postižením

Teoretická část
Datum konání: 10. 1. 2009
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
Koordínátor: *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 (MDVT)
- Kritéria pro korekci refrakčních vad brýlemi či kontaktními čočkami u dětí

Přehled odpoledních seminářů:

Místo konání: ČLK – Klub, Lékařská 2, Praha 5
Spojení: Metro trasa B, stanice Anděl – výstup Na Knížecí, autobusem č. 167 do stanice Weberova
Předpokládaný začátek: 16.30
Délka semináře: 90 min
Účastnický poplatek: 200 Kč
Hodnocení: 2 kredity
Na semináře je nutné se vždy přihlásit předem.

105/08 – středa 8. 10.
MUDr. Jan Melichar
Resuscitace novorozence. Praktický nácvik

106/08 – úterý 14. 10.
Prof. MUDr. Jan Lebl, DrSc.
Tak léčím já: Dítě s poruchou růstu

107/08 – úterý 4. 11.
MUDr. Petr Velebil
Kazistiky: Mateřská úmrť

108/08 – úterý 11. 11.
MUDr. Anna Zobanová
Tak léčím já: Konjunktivitida u dětí. Neprůchodnost slzných cest.

109/08 – středa 19. 11.
MUDr. Jan Melichar
Resuscitace novorozence. Praktický nácvik

110/08 – středa 3. 12.
MUDr. Štěpánka Čapková
Tak léčím já: Dítě s atopickým ekzémem

112/08 – úterý 21. 10.
Mgr. Jana Wolenská
Komunikace s obtížným pacientem

113/08 – úterý 25. 11.
MUDr. Jana Sebllová, Ph.D.
Intoxikace návykovými látkami: současná drogová scéna a nové trendy – příznaky předávkování jednotlivými typy drog, diferenciální diagnostika – zdravotní rizika abúzu drog a první neodkladná opatření v terénu.



Připravujeme (odpolední semináře) 111/08

Prim. MUDr. Jiřina Hobstová
Infekce: Které nové infekce hrozí a proč?
Hrozí přenos i zdravotníkům?
Čím jsou důležité současné komunitní pneumonie? Jak se zachováme k pacientovi s MRSA pozitivitou v akutních případech? Jak zformulovat systém dotazů na anamnézu u akutních pacientů, vracejících se z různých kontinentů?
Kde lze najít optimální databáze s informacemi?

114/08
Doc. MUDr. Jiří Nevala, CSc.
Zajímavé kauzistiky z gastroenterologie

115/08
MUDr. Petr Smíšek
Tak léčím já: Anémie

Dermatovenerologie aktuálně (celodenní sobotní kurzy)

Brno (25. 10. 2008), Praha (8. 11. 2008), Olomouc (29. 11. 2008), Česká Budějovice (10. 1. 2009), Hradec Králové (7. 2. 2009), Plzeň (21. 2. 2009)

Kurz je určen pro praktické lékaře, pediatri, dermatovenerology a jiné specialisty
Odborný garant: Prof. MUDr. Jana Hercogová, CSc.

Pořadatel: Česká lékařská komora a Česká akademie dermatovenerologie o. p. s. (CZADV)

- Program:**
- Atopická dermatitida
 - Psoriáza
 - Maligní melanom
 - Kožní karcinomy
 - Vitiligo
 - Herpes zoster
 - Kožní projevy HIV infekce
 - Novinky v dermatovenerologické terapii

Inzerce

Příjem rádkové inzerce:
recepce@clkr.cz
Časopis ČLK, Jiřina Kinčlová
Lékařská 2, 150 00 Praha 5
tel.: +420 257 217 226
fax: +420 257 220 618

Volná místa – poptávka

Lékařka, čerstvá dýchodkyně s atestací FBLR, hledá možnost zastupování, event. úvazek 1–2x týdně. Mám licenci i registraci (dříve OSVČ ve vlastní rehab. ambulanci).
Kontakt: nova2007@volny.cz, tel. 603 838 261

Volná místa – nabídka

NNZZ na Praze 5-Smíchov hledá gynekologa/žku na menší pracovní úvazek a zástup. Tel. 724 022 702

Nabízíme zaměstnání pro neurologa v ambulanci i na částečný úvazek. Pracoviště se nachází v Německu ve městě Kronech. Přijem na celý úvazek od 4500 Euro/měs. netto. Tel. 604 272 330

Chrudimská nemocnice, a.s., Václavská 570, 537 27 Chrudim, přijme lékaře i absolventa na porodnicko-gynekologické odd. Kontakt: prim. MUDr. Liška, e-mail: lidka@nemcr.cz, tel. 469 653 440

Gynekolog/ku/gynekologa (i důch. nebo VPP) pro amb. v Praze 6 (u „M“ Hradčanská) a v Praze 4 (u „M“ Chodov) přijmeme na 0,6–1,0 úv. Zkušenosť s 3D UZ vítány. Tel. 606 393 938

Česko-německá horská nemocnice Krkonoše s.r.o., přijme primáře chirurgického oddělení. Požadavky: II. atestace obor chirurgie, příp. spec. způsobilost v oboru dle zák. č. 95/2004, organizační schopnosti. Nástup dle dohody. Přihlášky zasílejte na adresu: Česko-německá horská nemocnice Krkonoše s.r.o., Fignerova 50, 543 01 Vrchlabí, e-mail: srnaska@nemocnice.vrchlabi.cz, sekretariat@nemocnice.cz Tel. 499 502 330

Oční ordinace v Olomouci přijme lékaře do pracovního poměru. Tel. 602 755 954, e-mail: ordinace.hlavackova@c-mail.cz

Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o., přijme lékaře na oddělení urologie. Odborná způsobilost v oboru a praxe vítána, není však podmínkou. Platové podmínky dle platných předpisů. Nástup možný ihned. Blížší informace podá primář oddělení MUDr. Jaroslav Všeticka, tel. 483 345 700, e-mail: vseticka@nejbc.cz

Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o., přijme lékaře a radiologického asistenta na RDG oddělení, odborná způsobilost v oboru radiodiagnostika, či praxe vítána, není však podmínkou. Možnost rychlého odborného růstu v mladém kolektivu na moderně vybaveném pracovišti – špičkový 40řadý MDCT, nová digit. dálková ovládaná stěna s C ramenem, nový sono přístroj, v příštím roce do provozu MR, mamograf. Máme akreditaci k provádění mamografického screeningu. Možnost ubytování. Nástup možný ihned. Blížší informace podá primář RDG oddělení MUDr. Petr Tuček, tel. 483 345 855, e-mail: tucek@nemjbc.cz

Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o., přijme lékaře na oddělení následné péče. Odborná způsobilost v oboru interní lékařství a praxe vítány, není však podmínkou. Platové podmínky dle platných předpisů. Možnost ubytování v ubytovně nemocnice. Nástup možný ihned. Blížší informace podá primářka oddělení MUDr. Alena Drašarová, tel. 483 345 227, e-mail: drasnarova@nemjbc.cz

Pro ordinaci PL ve Vrchlabí přijmu lékaře/lékařku na plný nebo částečný pracovní úvazek. Nástup dle dohody. Kontakt: MUDr. Jana Schmidtová, janapaseka.schmidt@seznam.cz

Krajská zdravotní, a.s., Nemocnice Chomutov, o.z., přijme lékaře – i absolventy na dětské oddělení. Nástup možný ihned. Tel. 777 667 679

Hornická poliklinika, s.r.o., v Ostravě přijme do PP lékaře internistu nebo diabetologa, popř. internistu-diabetologa. Kvalifikační požadavky: VŠ, specializace v oborech interní lékařství a diabetologie. Nabízíme: vynikající pracovní podmínky, dobré platové ohodnocení, možnost osobního růstu. Nástup: 1. 11. 2008. Kontakt: personalista@rditel.polikliniky.cz, tel. 597 454 111

Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s., přijme: fyzioterapeuta (vhodné i pro absolventy), nástup ihned nebo dle dohody, možnost získání bytu, závodní stravování, penzijní připojištění, další zaměstnanecké výhody. V případě zájmu kontaktujte prim. MUDr. Karla Bajera, tel. 384 376 464, e-mail: bajer@hospitaljh.cz nebo Marii Škodovou, tel. 384 376 478, případně písemně nabídky zasílejte na adresu: Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s., U nemocnice 380/III, 377 38 Jindřichův Hradec

Hledám pro zdravotnická zařízení v Německu lékaře různých oborů, m. j. všeobecná medicína, chirurgie, interna, nefrologie, neurologie a jiné. Alespoň částečná znalost němčiny nutná. Tel. 774 860 457

Přijmu očního lékaře s atestací do oční ordinace ve středě Kladna na částečný úvazek. Výhodné platové podmínky, možnost dalšího profesního růstu včetně operativy. Nástup dle dohody. Tel. 603 226 406, e-mail: ordinace@bystrozrak.cz

Poliklinika v Praze 4 přijme lékaře pro práci v administrativě, možný i částečný úvazek. Tel. 261 006 427, 602 318 025

Masarykova městská nemocnice v Jilemnici přijme do trvalého pracovního poměru na oddělení pediatrie kvalifikovaného lékaře/ku na místo zástupce primáře, dále lékaře/ku i bez spec. způsobilosti nebo absolventa LF. Nástup možný ihned. Nabízíme: odpovídající platové ohodnocení, ubytování, možnost dalšího vzdělávání. Oddělení má akreditaci MZ ve vzdělávacím oboru dětské lékařství. Žádost s profesním životopisem zašlete na adresu MMN v Jilemnici, Metyšova 465, 514 01 Jilemnice. Tel. 481 551 332, michaela.jirickova@seznam.cz

Přijmu očního lékaře do soukromé ordinace v Č. Budějovicích. Tel. 774 217 654

Rehabilitační klinika Malvazinky hledá rentgenologa se znalostí monografie. Možnost zkrác. prac. úv. na 0,5. Nástup možný ihned. Příjemné prac. prostředí, zaměstn. benefity, plat. podm. tarif +30 % PSM. Kontakt: p. Michánková 251 116 604, asistentkarkm@malvazinky.cz

Sanatoria Klímkovice hledají samostatně pracujícího lékaře – ortoped, neurolog, rehabilitačního lékaře, gynekologa, možnost i pro důchodce. Nástup možný ihned. Možnost ubytování ve služebních bytech. Zájemci volejte na tel. 556 422 122, 556 422 129, 603 299 124, e-mail: hpuskova@sanklim.cz

Nestátní poliklinika v Berouně přijme neurologa. Nabízíme práci v příjemném kolektivu, výhodné platové podmínky a možnost dalšího vzdělávání. Dobré spojení do Prahy. Atestace podmínkou. Informace na tel. 311 746 155, medicentrum@medicentrum.cz

Přijmu očního lékaře s atestací do oční ordinace na Praze 4. Zahájení provozu od prosince 2008. Tel. 281 019 264

NZZ Centrum naděje a pomoci Brno přijme do pracovního poměru lékaře dermatovenerologie. Nástup dle dohody, možný ihned, i na zkrácený úvazek či formou DPP. Strukturovaný životopis poslejte na cenap@cenap.cz. Blížší informace MUDr. Lázníková 731 428 333

Nemocnice s poliklinikou Karviná-Ráj přijme do pracovního poměru lékaře pro následující oddělení: interna, chirurgie, RDG, dětské oddělení, neurologie, patologie, rehabilitace, ARO, ortopedie. Vhodné i pro absolventy. Jsme akreditovaná pracoviště. Možnost ubytování a další sociální výhody. Kontakt: Ing. Lenka Letochová, tel. 596 383 205, email: lenochova@nspka.cz, www.nspka.cz

Hledám očního lékaře na částečný i celý úvazek do soukr. oční ambulance v Praze. Velmi zajímavé platové ohodnocení. Tel. 774 994 673

Nemocnice Pelhřimov, p.o., přijme lékaře (i absolventa) na oddělení urologie. Nabízíme dobré platové ohodnocení, podporu specializačnímu a celoživotnímu vzdělávání, možnost ubytování a další sociální výhody. Blížší informace podá Jana Horáková na adrese: jhorak@hospital-pe.cz nebo na telefon 563 355 104, 731 619 104

Poliklinika v Praze 4 přijme lékaře v odbornosti chirurgie. Nástup dle dohody. Tel. 261 006 427, 602 318 025

Poliklinika v Praze 4 přijme lékaře internistu. Nástup dle dohody, možný ihned. Tel. 261 006 247, 602 318 025

Nestátní poliklinika v Berouně hledá odborné lékaře na tyto pozice: alergolog, neurolog, rentgenolog a dále na pozici RTG laborant – nabízíme výhodné platové podmínky, práci v příjemném kolektivu, možnost dalšího vzdělávání, dobré spojení do Prahy. Informace na čísle 311 746 155, medicentrum@medicentrum.cz

Lázně Kundratice, a.s., (Liberecký kraj), přijmou do pracovního poměru lázeňského lékaře s atestací v základním oboru, nástavbová atestace v oboru FBLR vítána. Nejlépe v úvazku 1,0. Vhodné i pro pracující důchodce. Nástup ihned nebo dle dohody. Blížší informace na tel. 485 344 202, e-mail: info@laznekunderaticke.cz

Odborný léčebný ústav Jevíčko přijme lékaře/ku na místo sekundárního lékaře oddělení ortopedie – léčba kostní a kloubní tbc. Atestace z ortopedie není podmínkou, vhodné i pro absolventa v přípravě na atestaci. Nadstandardní platové podmínky, zaměstnanecké výhody, ubytování nebo menší byt, krásné prostředí. Nástup dle dohody. Info: www.olujevicko.cz případně zájmu nás kontaktujte na e-mailové adrese: olujevicko@olujevicko.cz nebo na tel. 461 550 712.

Qualified diagnosticians with 3-5 years experience

sought to work full-time in Barcelona in musculoskeletal, neuro, body or mammography sub-specialist radiology. Excellent career opportunity. Contact Erika Maguire 606 648 960 or erika.maguire@seznam.cz

Esthé-Klinika estetické medicíny, s.r.o., Na Příkopě 17, Praha 1 přijme lékařku pro práci v laserovém centru. Plný pracovní úvazek, HPP. Nástup možný ihned, atestace a praxe v oboru korektivní dermatologie výhodou, nalost Aj výhodou, příjemné vystupování. CV zasílejte na e-mail: slesingerova@esthe-laser.cz, tel. 224 423 157

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

Polická nemocnice, s.r.o., přijme lékaře pro léčebnu dlouhodobě nemocných. Pro lékaře s atestací možnost práce v interní ambulanci na část úvazku s odměňováním v podmínkách přímé závislosti na ekonomických výsledcích ambulance s adekvátní autonomií rozhodování. Polická nemocnice, s.r.o., Eilmova 294, 572 01 Polička. Tel. 461 722 700, 732 567 007. Email: ldn.nempol@tiscali.cz

Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o., přijme lékaře na oddělení patologie. Odborná způsobilost v oboru a praxe vítána, není však podmínkou. Platové podmínky dle platných předpisů. Nástup možný ihned. Blížší informace podá primář oddělení MUDr. Pavel Srna, tel. 483 345 820, e-mail: srna@nemjbc.cz

Lékař/lékařka. Institut onkologie a rehabilitace Na Pleši, s.r.o., Nová Ves pod Pleší přijme do pracovního poměru pro radiologické oddělení lékaře/ku na pracoviště sonografie. Požadujeme zdravotní způsobilost, bezúhonnost, znalost práce na PC. Nabízíme ubytování, event. byt. Písemně nabídky s CV zasílejte na e-mail: personalni@institut-ples.cz

Ředitel KZ, a.s. – nemocnice Most, o.z., vyhledává výběrové řízení na obsazení funkce primář dermatovenerologického oddělení. Požadavky: LF, specializovaná způsobilost v oboru, praxe min. 10 let, organizační a řídicí schopnosti, zdravotní způsobilost a bezúhonnost. Přihlášky se stručným životopisem s dosavadní praxí, kopie dokladů o vzdělání (vč. licence ČLK), výpis z rejstříku trestů ne starší než 90 dnů, osvědčení a čestné prohlášení ve smyslu § 4 zák. č. 451/1991 Sb. a váš návrh koncepce oddělení zašlete nejpozději do 15.10.2008 na adresu: Nemocnice Most, p.o., vedoucí PaM, J.E.Purkyně 270, 434 64 Most.

KZ, a.s. – Nemocnice Most, o.z., přijme lékaře na odd. dětské a dorostové s perinatologickým centrem, gynekologicko-porodnické, interní, neurologické, psychiatrické a patologické (i absolventy, specializace a v oboru výhodou). Nabízíme možnost dalšího vzdělávání ve vámi zvoleném oboru. Dále ubytování v ubytovně organizace, závodní stravování, možnost čerpání benefitů. Kontaktujte L. Peškovou, personální odd. 478 032 414, 724 160 850, peskova.lucie@nspm.cz

V roce 2001 kompletně zrekonstruovaná a nadstandardně vybavená Nemocnice Sušice, o.p.s., přijme absolventa na chirurgické oddělení (případně lékaře ve specializační přípravě). Požadujeme: vzdělání odpovídající danému zařízení, morální a občanskou bezúhonnost. Nabízíme: působení na chirurgickém oddělení s široce rozvinutou problematikou všeobecné chirurgie včetně laparoskopie a velmi kvalitní a širokou aktivitou v oboru traumatologie s používáním nejmodernějších operačních postupů a implantátů, zájemci nemocnice se 160 lůžky a akutní i následné péče v základních oborech včetně multidisciplinární JIP a RLP, profesní růst s intenzivním dalším vzděláváním, ubytování v areálu nemocnice s možností služebního bytu, atraktivní prostředí centrální Sumavy s nabídkou plného sportovního i kulturního vyžití. Nástup v co nejkratším termínu. Blížší informace na tel. 376 530 216 – MUDr. Jiří Sedivý, ředitel, 376 530 220, 777 113 976 – MUDr. Choc, nám. pro LP, e-mail: sekretariat@nemocnice-susice.cz nebo choc@nemocnice-susice.cz, www.nemocnice-susice.cz

Přijmeme lékaře (lékařku) s at. I. st. (PL pro dospělé nebo interna nebo s výhledem na atestaci v blízké době) na místo praktického lékaře pro zavedení obvodu v Třebíči. Pozdější převzetí obvodu po dohodě možné (osamostatnění). Byt k pronajmutí rezervován. Obvyklý plat + zaměstnanecké výhody (vč. auta). Nástup po vzájemné dohodě. Podrobnosti sdělí MUDr. V. Lhotský, tel. 568 822 444, 608 317 011, e-mail: avimed@iol.cz

Karvinská hornická nemocnice, a.s., akreditované zdravotnické zařízení, přijme lékaře pro oddělení nemocí z povolání a pracovní lékařství – kvalifikační požadavky: specializační způsobilost v oboru vítána, zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb., oddělení závodní preventivní péče – kvalifikační požadavky: Specializační způsobilost v oboru vítána, zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb. Nabízíme smluvní plat, zaměstnanecké výhody, možnost pronajmu bytu, týmovou práci ve špičkově vybavené nemocnici. Žádost s profesním životopisem zašlete na adresu: Karvinská hornická nemocnice a.s., sekretariát ředitele, Zakladatelská 975/22, 735 06 Karviná-Nové Město. Kontaktní osoba: Ing. Janko, e-mail: janko@khn.cz, tel. 596 380 555

Přednosta Kliniky kardiologie IKEM vypisuje výběrové řízení na místo odborného lékaře se zájmem o práci na oddělení akutní kardiologie. Předpokladem je atestace z kardiologie nebo výhled jejího složení v příštím roce a základní znalost angličtiny. Odborného lékaře pro oddělení neinvazivní kardiologie (echokardiografie a další zobrazovací metody v kardiologii – NMR/CT). Předpokladem je atestace z kardiologie nebo zařazení do její přípravy a základní znalost angličtiny. Sekundárního lékaře v přípravě na atestaci z kardiologie. Předpokladem je atestace I. stupně z vnitřního lékařství nebo ukončené interního knene (popř. výhled ukončení v nejbližších týdnech) a základní znalost angličtiny. Zájemci o následnou práci v oboru akutní kardiologie jsou vítáni. Přihlášky se strukturovaným životopisem zasílejte do 3 týdnů od zveřejnění inzerátu na sekretariát Kliniky

kardiologie IKEM, Vídeňská 1958/9, 140 21, Praha 4, email: pakw@ikem.cz

Klinika kardiologie IKEM, Vídeňská 1958/9, Praha 4, přijme na arytmiologické oddělení biomedicínského (klinického) inženýra/technika. Požadujeme: odpovídající VŠ vzdělání v oboru biomedicínská technika/biomedicínské inženýrství. Zájem o práci ve zdravotnictví, samostatnost, pracovní nasazení, schopnost týmové spolupráce, znalost anglického jazyka. Praxe není podmínkou. Nabízíme: nevšední práci na arytmiologickém sále s moderními technologiemi, možnost kontinuálního vzdělávání, účast na tuzemských i mezinárodních kardiologických sympóziích. Pro mimopražské možnost ubytování. Informace na tel. 733 691 748, e-mail: lune@ikem.cz nebo pakw@ikem.cz

Lékař/ka na transfúzní oddělení, počet: 1 Požadujeme: VŠ vzdělání lékařského směru, zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb., znalost práce na PC (word, excel), znalost anglického jazyka, ukončený základní knen v oboru vnitřní lékařství nebo pediatrie nebo předpoklad jeho ukončení v blízké době. Nabízíme: nadstandardní platové podmínky, dlouhodobého uplatnění v oboru na moderně vybaveném pracovišti, příjemné pracovní prostředí, možnost ubytování, týdnů dovolené, zaměstnanecké výhody (např. příspěv. na stravování, příspěv. na penzijní pojištění). Kontakt: . MUDr. Renata Procházková, e-mail: renata.prochazkova@nemlib.cz, tel. 485 312 518. Životopisy zasílejte na výše uvedenou e-mailovou adresu nebo poštovní adresu: Krajská nemocnice Liberec, a.s., Ivana Manová – personální oddělení, Husova 10, 460 63 Liberec 1

Krajská nemocnice Liberec, a. s. přijme lékaře/ku na oddělení neurologie. Požadujeme: VŠ vzdělání lékařského směru, atestace v oboru neurologie vítána, není nutností, výhodou zaměření na oblast EEG či EMG, zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb. Nabízíme: smluvní plat, perspektivu dlouhodobého uplatnění v oboru, příjemné pracovní prostředí, možnost ubytování, zaměstnanecké výhody (např. příspěv. na stravování,

přísp. na penzijní nebo životní pojištění, 5 týdnů dovolené), nástup možný ihned. Kontakt: prim. MUDr. Jan Dienelt, e-mail jan.dienelt@nemlib.cz, tel. 485 312 710. Životopisy zasílejte na výše uvedenou e-mailovou adresu nebo poštovní adresu: Krajská nemocnice Liberec, a.s., Ivana Manová – personální oddělení, Husova 10, 460 63 Liberec 1

Oční ordinace v Brně přijme lékařku (lékaře) na částečný úvazek (2 dny), v budoucnu s možností ev. rozšíření . Tel. 604 262 952

Klinika Dr. Pírka Mladá Boleslav, soukromá nemocnice, přijme lékaře se specializací anesteziologie. Nabízíme dobré finanční podmínky, případně možnost bydlení. Pracoviště 30 min. od Prahy. Informace MUDr. Stanislav Najman, najman@drpirek.cz, tel. 736 750 812

Hledám oftalmologa do oční ambulance 50 km od Brna na I den v týdnu nebo alespoň zástupy v době nepřítomnosti cca 2x měsíčně. Výhledově možné i převzetí praxe. Nabídky zasílejte na semtrex@volny.cz

Nestátní zdravotnické zařízení v Praze 9 přijme rehabilitačního lékaře. Pracovní úvazek dle dohody. Tel. 266 032 894

Sana Klinikum Hof hledá 2 radiology/ky se znalostí německého jazyka a se smyslem pro samostatnou práci. Nástup možný ihned. Pracovní poměr možný jak na zaměstnanecké, tak na privátní bázi. Víkendy volné. Velmi výhodné platové podmínky a blízká perspektiva v budoucím novém radioterapeut. oddělení. Klinika se nachází 25 km za CZ hranicemi za Aš. Podpoříme vás ve všech formálitách a v hledání ubytování. Nabídky na: Sana Klinikum Hof, sekretariát, Strahlentherapie, Dr. Alexander Abt, Eppenreuther str. 9, 95032 HOF – NSR, nebo na e-mail: alexander.abt@klinikumhof.de, nebo telefon: 00499281982260 – sekretariát: frau Lang, nebo Strahlentherapie, Dr. A. Abt: 00499281982207, www.sana-klinikum-hof.de

Vítkovická nemocnice, člen skupiny Agel přijme

všeobecné sestry, zdravotnické asistentky, ergoterapeuty, fyzioterapeuty a laboranty pro biochemii do směnného provozu pro oddělení ARO, JIP a ostatní nestandardní oddělení včetně TRN. Dále přijmeme řidiče pro dopravní zdravotní službu. Nabízíme: výkonnostní, čtvrtletní a mimořádné odměny, podporu v dalším vzdělávání, příjemné pracovní prostředí. Kontakt: sekretariát hlavní sestry, tel. 595 633 085, 602 555 687, e-mail: andrea.slacalova@nemvitkovice.cz nebo info@nemvitkovice.cz www.nemvitkovice.cz

Hledám očního lékaře k navázání spolupráce k občasným zástupům. Ubytování hradím. Tel. 737 991 444

Regulující lékař asistenční služby – částečný úvazek. Společnost Axa Assistance CZ hledá lékaře s praktickou zkušeností v oboru urgentní medicíny (ARO, intenzivní péče, transportní medicína). Náplň práce – vyhodnocení stupně akutnosti a rozsahu nejnutejší lékařské či nemocniční péče v místě pojistné události, návrh optimálního řešení případu v souladu s rozsahem pojištění, plánování a organizace převozu nemocných osob, znalosti cestovní a geografické medicíny a platné předpisy týkající se těchto převozů. Pracoviště Praha. Blížší informace na: hrjobs@axa-assistance.cz

Zástup

Hledám praktického lékaře s atestací I. st. jako zástup do ordinace v Nových Butovicích, Praha 5 na 2–6 let. Plat 35 tisíc Kč. Ostatní podrobnosti po osobní dohodě. Převzetí praxe výhledově možné. Tel. 777 717 765

Hledám praktika pro dospělé na pravidelný zástup s výhledem převzetí praxe. Atestace v oboru nutná. Oblast Poberouní. Tel. 603 750 514, 603 233 873

Hledám dlouhodobý, částečný zástup na pondělí odpoledne a středu dopoledne od podzimu 2008 s výhledem na převzetí praxe praktického lékaře v Praze 10. Tel. 604 217 387, e-mail: praxe10@seznam.cz



Praktická lékařka hledá zástup PO a ST, příští rok více s výhledem na převzetí praxe, např. kolegyne na MD. Tel. 604 217 387

Hledám kolegyni/kolegu, která by chtěla 1–2 dny v týdnu pracovat v interní ordinaci. Licence nutná. Plzeň. Tel. 721 903 425, e-mail: intord@volny.cz

Hledám občasný zástup do zavedené privátní ordinace v Brně. Tel. 602 849 209

Hledám očního lékaře/ku na 1–2 dny v týdnu do soukromé ordinace v Praze 3. Pracovní doba dohodou, i nepravidelně. Tel. 603 432 630

Hledám lékaře na provádění sonografie 1x týdně v privátu, věk ani kvalifikace nerozhoduje, nutná základní znalost. Výhodné podmínky. Tel. 776 321 742

Prodej a koupě

Odkoupím v Praze ordinaci rehabilitační a fyzikální medicíny. Pouze plný úvazek a vyšší limity. Kontakt: myorehab@seznam.cz

Prodám velice levně několik kusů rehabilitačních lehátek, 1 Keny stůl, 1 masážní lehátko, schůdky. I jednotlivě. Tel. 774 553 819

Odkoupím ordinaci PL. Mám atestaci I. st. ze všeobecného lékařství vč. licence a atestací I. st. z ORL. Další spolupráce vítána. Podmínkou dobrá dojezdnost z Prahy 9. Tel. 731 059 473, e-mail: ordinace.PL@mail.cz

Prodám levně ultrazvukový zvlhčovač vzduchu UZ-9301 zvlhčovač vzduchu Bionare CM-3, dále ultrazvukový inhalátor-nebulizér OMRON NEU 07 a OMRON NEU 12. Tel. 606 202 005

Koupím, převážně oční ordinaci v Praze a Středočeském kraji. Tel. 731 546 247

Prodám gastroskop OLYMPUS GIF-E rok v. 99, kolposkop Pentan FC 38 FW, rok v. 2005, s příslušenstvím – zdroj světla, odsávačka, koagulační jednotka. Tel. 603 448 534

Prodám funkční UZ přístroj Kretz SA 5000 s abdominální a vaginální sondou, porodnický program, výbava na změnu frekvence, nožní spínač, filtr, videoprinter Seikosha za 170 000 Kč. Dále vyšetřovací stůl ENGON za 7000 Kč. Tel. 777 554 537

Prodám veškeré lékařské vybavení gynekologické ordinace – sterilizátor, ultrazvuk, gyn. lampa, vyšetř. stoly, skříň na kartotéku. Vše v Teplicích v Čechách. Cena dohodou. Tel. 774 973 075

Prodám zachovalý gynekologický vyšetřovací stůl z dermatovenrolog. amb. v Brně. Cena 5000 Kč. Tel. 541 227 661, 605 167 302

Hledám k odkoupení ordinaci všeobecného lékařství v Olomouci a okolí. Tel. 608 460 760

Prodám levně gynekologický vyšetřovací stůl zn. Ergon, daruji funkční kolposkop polské výroby i s náhradními žárovkami. Tel. 605 155 352 nebo 556 402 056, okr. NJ.

Pronájem

Trvale a velice výhodně pronajmu jednu až tři plně vybavené ordinace se zájemem na Smíchově. Dobrá lokalita, cena dohodou. Při rychlém jednání sleva. Tel. 774 553 819

Různé

Přenechám dobře zavedenou ordinaci PL pro dospělé v centru Vrchlabí / Krkonoše. Tel. 499 421 508

Převážně ordinaci PL pro dospělé, okres Olomouc, Opava, FM, Havířov, N. Jičín. Tel. 737 327 006, email: sa.ve@post.cz

Přenechám dobře zavedenou oční ordinaci v Č. Budějovicích s možností násl. odkoupení. Tel. 774 217 654

Přenechám dobře zavedenou praxi PL pro dospělé v Brně. Kontakt po 13. hod., 731 831 916

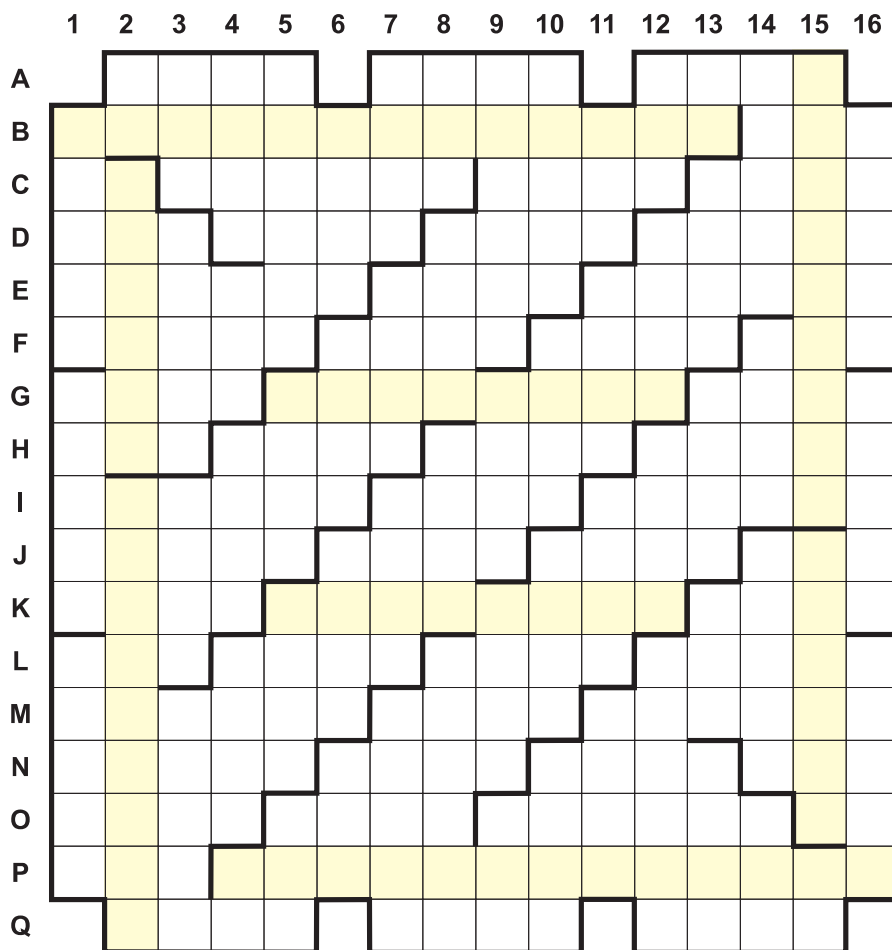
Praktický lékař pro dospělé prodá dobře zavedenou praxi na Uherskobrodsku. Spěchá. Tel. 572 632 756 po 20. hod.

Služby

Gaudia – ISZ pořádá komplexní psychotherapeutický výcvik Umění terapie. Výcvik nabízí 750 hodin výuky v průběhu 5 let, je akreditován pro oblast zdravotnictví ČPS. Zahájení dalšího běhu 12. listopadu 2008. Podrobnosti na www.g-i.cz



Křížovka o ceny



Jestli Freudovi dobře rozumím, tak ... (dokončení citátu Vladimíra Jiráňka se skrývá v tajence).

VODOROVNĚ: **A.** Otázka 6. pádu; opar; výzva ke skoku. – **B. 7. díl tajenky;** ozvěny. – **C.** Označení našich letadel; zaháletí; jméno spisovatele Maye; starší lyžařský pozdrav. – **D.** Stovky; textilní surovina; opravny loď; jihoamerická opice. – **E.** Mláďata skotu; epidemické choroby; severoameričtí Indiáni. – **F.** Jméno herečky Kačírkové; obruby obrazů; část druhohor; španělský šlechtic. – **G.** Okapová rouha (oblastně); **5. díl tajenky;** hrad u Sobotky. – **H.** Držadla; jméno zpěvačky Turnerové; vrhy; smuteční oznámení. – **I.** Platové; hlučné doušky; jméno herce Růžka. – **J.** Součásti vajec; obilniny; vhodné k orbě; primáti. – **K.** Značka čaje; **8. díl tajenky;** někdo. – **L.** Lyže; domácí Albert; kopí; sesouvání půdy. – **M.** Kempy; hesla; nosnosti vozidel. – **N.** Značka koupelové pěny; jméno zpěvačky Pavone; název obchodního řetězce; chládek (nářečně). – **O.** Údery; biograf; prsteneč; zkratka tlaku krve. – **P.** Temnota; **1. díl tajenky.** – **Q.** Latinsky „tedy“; značka kožichů; dvh.

SVISLE: **1.** Části kostry; latinskoamerický tanec; začátek závodu. – **2.** Iniciály herce Víznery; **4. díl tajenky;** **2. díl tajenky.** – **3.** Pilota; jméno herečky Vránové; římskými číslicemi 552; náš textilní podnik. – **4.** Tuk; kterážto; dámský klobouček; žaly; iniciály herečky Galatíkové. – **5.** Část hodiny; horské louky; anglicky „Věra“; otázka 1. pádu. – **6.** Jméno herečky Kabátové; mužské jméno; moravské město; portugalsky „řeka“. – **7.** Aromatická bylina; rodička; vesmír; hlavní město Běloruska. – **8.** Nepravdy; do své vlasti; obsah dlaně; záplava. – **9.** Těžké a tvrdé severoamerické dřevo; velké pytle; řešeta; škrobení. – **10.** Napadání; toxické látky; škrabka k pluhu; ženské jméno. – **11.** Plovoucí ledy; ševely; chlévský hnůj; spojovník. – **12.** Podpora při chůzi; slovensky „moře“; manželka; biblické město. – **13.** Iniciály našeho ombudsmana; domácí Alexandr; pečínka; cizí mužské jméno; středověká francouzská mince. – **14.** Místo věčných trestů v posmrtném životě; zákusek; sání odebrat; hrůza. – **15. 3. díl tajenky;** **6. díl tajenky;** předložka s 3. pádem. – **16.** Jméno herce Delona; bílý sport; mimo dům.

Pomůcka: arse, těr, tín, tiré.

V Tempus medicorum 07–08/2008 jsme hledali výrok z díla Jiřího Nohy *Lékař vypravuje: Je s podivem, že medicína dvacátého století se nedovedla dosud oprostít od tak prastaré a primitivní léčebné metody, jako je klystýr.*

Publikaci *Temná voda* od T. Jeffersona Parkera získává deset úspěšných luštitelů, které jsme vylosovali: **Marie Běhounková,** Čáslav; **Jan Betlach,** Havlíčkův Brod; **Jana Blagová,** Opava–Vavrovice; **Miloslava Cihelková,** Habry; **Eva Čejková,** Potěhy; **Květa Dousková,** Senohraby; **Zdeněk Kubíček,** Staré Město; **Markéta Provazníková,** Praha 10; **Kateřina Stehlíková,** Příbram III; **Jaroslav Szturc,** Leškovice.

Na správné řešení tajenky z čísla 09/2008 čekáme na adrese recepte@clkcr.cz do **10. října 2008!** Hodně štěstí!

Obsah

Klasifikace a terapie funkčních chorob trávicího traktu - 1. část 1

KLASIFIKACE A TERAPIE FUNKČNÍCH CHOROB TRÁVICÍHO TRAKTU

1. část

Funkční poruchy gastrointestinálního traktu (GIT) jsou souhrnem izolovaných symptomů nebo jejich kombinace bez prokazatelných organických, biochemických či morfologických abnormalit postihujících trávicí trubici či biliární systém^{1/}.

Stanovit diagnostická kritéria u funkčních poruch GIT bylo a stále je snahou celé řady autorů. Složitost problematiky, tradice, styl života, ekonomická vyspělost populace a prevalence chorob však neumožnily zcela přijmout obecný konsensus při vytváření této klasifikace, který by byl odbornou veřejností akceptován. Zásadou A. Torsoliho a jeho spolupracovníků byla až v roce 1988 na Mezinárodním gastroenterologickém kongresu v Římě poprvé představena komplexní diagnostická kritéria funkčních poruch trávicího traktu. Tato „římská“ skupina spolupracovala i nadále a výstupy její práce byly shrnuty v knize „The Functional Gastrointestinal Disorders“, vydané v roce 1994. Tato tzv. Římská klasifikace využívá zpracovanou psychiatrickou a revmatologickou klasifikaci (DSM III a ARA Criteria) a dělí funkční poruchy do 25 kategorií.

Na světovém gastroenterologickém kongresu ve Vídni v roce 1998 byl prezentován projekt Rome II, kterého se kromě lékařů zúčastnili i poradci farmaceutických společností, aby formulovali otázky a odpovědi pro 2. Římskou klasifikaci. Původní diagnostická kritéria a schémata byla upravena na základě výsledků řady studií a takto upravená byla prezentována ve druhém vydání stejnojmenné knihy, publikované v roce 1999 v Gut a poté v roce 2000 v monografii „The Functional Gastrointestinal Disorders Rome II“. Jejím autorem byl opět D. A. Drossman, který práci doplnil o kapitoly patofyziologických mechanismů, diagnostické a terapeutické postupy a komentář definující jednotlivé příznaky s dotazníkovým modulářem. Monografie obsahuje 7 skupin označených A až G, kdy poslední kategorie je doporučena pro pediatrii.

Poslední verze, tzv. 3. Římská klasifikace spatřila světlo světa v roce 2006 a byla publikována opět D. A. Drossmanem v Gastroenterology pod názvem: „The Functional Gastrointestinal Disorders and the Rome III Process“. Oproti minulým klasifikacím je zřejmě nejzásadnější změnou podmínka časová, potíže musí trvat nejméně 3 měsíce v roce, tyto nemusí jít po sobě, se začátkem nejméně 6 měsíců před stanovením diagnózy^{2/}.

1. Funkční poruchy jícnu

Funkční onemocnění jícnu jsou stavy doprovázené typickými jícnovými symptomy (pyróza, bolest na hrudi, dysfagie, globus), které však nelze vysvětlit strukturálním onemocněním, průkazem motorických poruch nebo refluxní chorobou jícnu^{2/}. Mechanismus odpovědný za tato onemocnění je většinou nejasný. Kombinace faktorů fyziologických a psychologických zřejmě přispívá k vyprovokování a k progresi symptomů na klinicky významnou hladinu.

Diagnostické podmínky:

- vyloučení strukturálních nebo metabolických onemocnění, která by mohla způsobit symptomy;
- potíže trvající 3 měsíce, které nemusí jít po sobě, se začátkem nejméně 6 měsíců před stanovením diagnózy;
- musí být vyloučena refluxní choroba jícnu;
- musí být vyloučena onemocnění motoriky, která mají histopatologický podklad (např. achalázie, sklerodermie jícnu).

A. Funkční pyróza

Pálení nebo bolest za sternem při nepřítomnosti refluxní choroby jícnu a onemocnění motility.

Diagnostická kritéria musí splňovat všechny následující podmínky:

- pálivý retrosternální diskomfort nebo bolest;
- zřejmý důkaz, že gastroezofageální kyselý reflux není příčinou symptomu;
- není prokázáno onemocnění motility jícnu.

B. Funkční bolest na hrudi předpokládaného jícnového původu

Bolest na hrudi ve střední čáře nebo diskomfort, které nemají pálivý charakter, při nepřítomnosti refluxní choroby jícnu a nepřítomnosti histopatologicky prokazaného onemocnění motility^{2/}. Bolest se často zaměňuje s kardiální angínou nebo s ostatními jícnovými nemocemi, včetně achalázie a refluxní choroby jícnu.

Diagnostická kritéria musí splňovat všechny následující podmínky:

- bolest nebo diskomfort ve střední čáře hrudníku, která nemá pálivý charakter;
- zřejmý důkaz, že gastroezofageální kyselý reflux není příčinou symptomu;
- není prokázána porucha motility jícnu.

C. Funkční dysfagie

Onemocnění je charakterizováno pocitem abnormálního průchodu bolusu potravy, tuhého nebo tekutého, tělem jícnu, při vyloučení strukturální léze, refluxní choroby jícnu a histopatologicky prokazaného onemocnění motility.

Diagnostická kritéria musí splňovat všechny následující podmínky:

- pocit, že solidní a/nebo tekuté sousto ulpívá, zůstane uloženo nebo prochází abnormálně jícnem;
- zřejmý důkaz, že gastroezofageální kyselý reflux není příčinou symptomu;
- není prokázána porucha motility jícnu.

D. Globus

Trvalý nebo intermitentní nebolestivý pocit cizího tělesa nebo retinované potravy nebo zúžení hrdla v období mezi jídly.

Nejedná se o bolest, často se zlepší jídlom, obvykle je epizodický a není spojen s dysfagií nebo odynofagií^{2/}. Není prokázána refluxní choroba jícnu a histopatologicky prokázáno onemocnění motility.

Diagnostická kritéria musí splňovat všechny následující podmínky:

- trvalý nebo intermitentní nebolestivý pocit cizího tělesa v hrdle;
- pocity se objevují mezi jídly;
- zřejmý důkaz, že gastroezofageální kyselý reflux není příčinou symptomu;
- není prokázána porucha motility jícnu.

2. Funkční gastroduodenální onemocnění

A. Funkční dyspepsie

Přítomnost symptomů pocházejících z gastroduodenální oblasti, při absenci organického, systémového nebo metabolického onemocnění, které se mohou projevovat stejnými symptomy^{2/}.

a. *Epigastrická bolest*: Epigastrium je oblast mezi pupkem a dolním koncem sternu a je ohraničeno medioklavikulárními čarami. Bolest je subjektivní, nepříjemný pocit; někteří pacienti ji pocítují jako poškození tkáně.

b. *Epigastrické pálení*: Nepříjemný subjektivní pocit pálení.

c. *Postprandiální plnost*: Nepříjemný pocit dlouhodobého přetrvávání potravy v žaludku.

d. *Časná sytost*: Pocit, že žaludek je přeplněn brzy po zahájení konzumace jídla, bez závislosti na objemu požití potravy, a to tak, že jídlo nemůže být dokončeno.

Diagnostická kritéria musí obsahovat:

- nejméně jeden ze symptomů: nepříjemnou postprandiální plnost, časnou sytost, epigastrickou bolest, epigastrické pálení;
- nepřítomnost strukturálního onemocnění (včetně průkazu horní endoskopii).

e. Postprandiální distress syndrom

Ke stanovení diagnózy je zapotřebí jeden nebo více symptomů:

- nepříjemná postprandiální plnost, vyskytující se po obvyklé porci jídla, nejméně několikrát za týden;
- časná sytost, která zabrání dokončení obvyklého (řádného) jídla, nejméně několikrát za týden.

Podpurná kritéria:

- nadmutí v horní části břicha nebo postprandiální nauzea nebo nadměrné říhání;
- může být přítomna epigastrická bolest.

f. Syndrom epigastrické bolesti

Ke stanovení diagnózy je zapotřebí všech následujících bodů:

- bolest nebo pálení lokalizované v epigastriu, nejméně střední tíže, nejméně jednou týdně;
- bolest je intermitentní;
- bolest není generalizovaná ani se nešíří do ostatních břišních nebo hrudních oblastí;
- bolest není závislá na defekaci nebo průchodu plynů;
- bolest nespĺňuje kritéria pro onemocnění žlučníku a Oddiho svěrače.

Podpurná kritéria:

- bolest může být pálivá, ale bez retrosternální složky;
- bolest je obvykle vyvolána nebo zmírněna požitím potravy, ale může se vyskytovat nalačno;
- může se vyskytnout současně postprandiální distress syndrom.

B. Poruchy spojené s říháním

Polykání vzduchu během jídla a pití je normálním fyziologickým jevem. Vzduch pak odchází během přechodných relaxací dolního jícnového svěrače^{2/}. Ale s říháním mohou být spojena některá onemocnění.

a. Aerofagie

Musí zahrnovat všechna kritéria:

- obtížné opakované říhání několikrát za týden;
- polykání vzduchu je objektivně pozorováno nebo měřeno.

b. Nespecifické nadměrné říhání

Musí zahrnovat všechna kritéria:

- obtížné opakované říhání několikrát za týden;
- není průkaz, že vzduch je polykán.

C. Poruchy s nauzeou a zvracením

Nauzea je subjektivní příznak a je definována jako nepříjemný pocit hrozcí potřeby zvracení, typicky pocítovaný v epigastriu nebo v hrdle. Zvracení je násilné vypuzení žaludečního nebo střevního obsahu ústy, spojené s kontrakcí svalů břišní a hrudní stěny. Zvracení je nutno odlišit od regurgitace a ruminace.

a. Chronická idiopatická nauzea

Musí splňovat všechna kritéria:

- nauzea vyskytující se nejméně několikrát za týden;
- ne vždy je spojena se zvracením;
- nejsou přítomny abnormální nálezy při horní endoskopii ani nejsou metabolická onemocnění, která by nauzeu vysvětlovala.

b. Funkční zvracení

Musí splňovat všechna kritéria:

- jedna nebo více epizod zvracení za týden;
- nepřítomnost kritérií pro nemoci z poruch příjmu potravy (eating disorders), ruminaci a velká psychická onemocnění;
- nepřítomnost vyvolávaného zvracení a chronického užívání kanabinoidů a nepřítomnost nemocí centrálního nervového systému a nemocí metabolických, které mohou způsobit zvracení.

c. Syndrom cyklického zvracení

Musí zahrnovat všechna následující kritéria:

- opakující se typické epizody zvracení týkající se akutního začátku a trvání (méně než 1 týden);
- tři nebo více samostatných epizod v předcházejícím roce;
- nepřítomnost nauzey a zvracení v mezidobí mezi epizodami.

Podpurná kritéria:

- anamnéza nebo rodinná anamnéza migrenózních bolestí hlavy.

D. Rumináčnický syndrom

Jedná se o opakovanou snadnou regurgitaci nedávno požití potravy do úst, následovanou opětovným přežvýkáním a polknutím nebo vyplivnutím. Epizody často trvají 1-2 hodiny. Rumináčnický syndrom je často špatně diagnostikován a je zaměňován se sekundárním zvracením při gastroparéze nebo gastroezofageálním refluxu nebo anorexii nebo bulimii nervosa. Ukazuje se, že mnoho osob s ruminací má přidatné symptomy včetně nauzey, pyrózy, břišního diskomfortu, průjmů a/nebo zácpy. U dospělých se s tímto syndromem může objevovat i úbytek na váze^{2/}.

Musí zahrnovat obě následující podmínky:

- trvalé nebo opakující se regurgitace nedávno požití potravy do úst s následným vyplivnutím nebo přežvýkáním a spolknutím;
- regurgitaci nepředchází dávení.

Podpurná kritéria:

- regurgitačním příhodám obvykle nepředchází nauzea;
- proces je přerušovaný, jestliže regurgitovaný materiál je solidní;
- regurgitát obsahuje poznatelnou potravu s příjemnou chutí.

3. Funkční střevní poruchy

Jedná se o funkční gastrointestinální poruchy, jejichž symptomy jsou typické pro střední a dolní části trávicího traktu.

Patří sem dráždivý tračník (irritable bowel syndrome), funkční nadýmání, funkční zácpa, funkční průjem a nespecifické funkční střevní poruchy. Tak jako všechny funkční poruchy musí splňovat podmínky časové (začátek nejméně před 6 měsíci, příznaky více jak 3 dny za měsíc nejméně po dobu 3 měsíců) a diagnostické, tzn. vyloučení strukturálních nebo jinak objektivizovatelných onemocnění (laboratorní změny...).

A. Dráždivý tračník (irritable bowel syndrome)

Jde o funkční střevní poruchu, u které je břišní bolest nebo diskomfort spojen s defekací nebo změnami vyprazdňování a se známkami poruch defekace^{5/}.

Diagnostická kritéria:

Rekurentní břišní bolest nebo diskomfort nejméně 3 dny v měsíci v minulých třech měsících (začátek nejméně před 6 měsíci) ve spojení nejméně se dvěma z kritérií:

- zlepšení defekací;
- začátek spojen se změnami ve frekvenci vyprazdňování stolice;
- začátek spojen se změnami ve formě (vzhledu) stolice.

Subtypy dráždivého tračníku (irritable bowel syndrome) dle základního vzhledu stolice:

- dráždivý tračník se zácpou (constipation) (IBS-C) - tvrdá nebo kouskovitá (bobkovitá) stolice > 25 % a řídká (kašovitá) nebo vodnatá stolice < 25 % vyprázdnění;
- dráždivý tračník s průjemem (diarrhea) (IBS-D) - řídká (kašovitá) nebo vodnatá stolice > 25 %, tvrdá nebo kouskovitá (bobkovitá) stolice < 25 % vyprázdnění;
- smíšený (mixed) dráždivý tračník (IBS-M) - tvrdá nebo bobkovitá stolice ve > 25 % a řídká (kašovitá) nebo vodnatá stolice ve > 25 % vyprázdnění;
- nezařaditelný dráždivý tračník - nedostatečné abnormality v konzistenci stolice, takže nejsou klasifikovatelné jako typ IBS-C, -D, -M.

Podpůrné symptomy, které nejsou součástí diagnostického kritéria, zahrnují: abnormální frekvenci vyprázdnění - (a) < 3 vyprázdnění za týden; (b) > 3 vyprázdnění za den; abnormální formu stolice - (c) kouskovitá/tvrdá stolice nebo (d) řídká/vodnatá stolice; (e) namáhavé vyprazdňování; (f) naléhavost nebo pocit nekompletního vyprázdnění, odchod hlenu a nadýmání. Užívá se Bristolská škála forem stolice:

- typ 1 – oddělené tvrdé kousky velké jako ořechy (obtížně procházející),
- typ 2 – klobásovitě zaostřená, ale kouskovitá,
- typ 3 – vypadající jako párek, ale s prasklinami na povrchu,
- typ 4 – vypadající jako párek nebo had, hladká a měkká,
- typ 5 – měkké kousky nebo hrudky s hladce oříznutými konci (snadno procházející),
- typ 6 – načepýřené kousky s rozedranými okraji, kašovitá stolice,
- typ 7 – vodnatá stolice, bez solidních kousků.
- Typ 1 má obvykle dlouhý průchod, až 100 hodin, typ 7 má krátký průchod, např. 10 hodin.

B. Funkční nadýmání

Rekurentní pocit břišního nadmutí (distenze), které může a nemusí být spojeno s měřitelným rozpětím, které ale není součástí jiné střevní nebo gastroduodenální poruchy.

Na nadmutí si stěžuje více jak 90 % pacientů s dráždivým tračníkem. Je 2x častější u žen než u mužů a je často spojeno s menstruací. Patofyziologickým mechanismem může být intolerance potravin, abnormální bakteriální flóra, nedostatečná břišní muskulatura, abnormální retence tekutin ve střevě nebo mimo něj. Studie ukazují na zvýšenou akumulaci plynu ve střevě a jeho abnormální tranzit.

Diagnostická kritéria musí být splněna obě:

- rekurentní pocit nadmutí nebo viditelného nadmutí nejméně 3 dny za měsíc ve 3 měsících;
- nejsou dostatečná kritéria pro diagnózu funkční dyspepsie, dráždivého tračníku nebo ostatních funkčních onemocnění trávicího traktu.

C. Funkční zácpa

Funkční střevní porucha, která se projevuje trvale obtížným, málo častým nebo zdlánlivě nedostatečným vyprázdňením.

Diagnostická kritéria:

- Požadují dvě a více podmínek: namáhání nejméně ve 25 % defekací, tvrdá nebo bobkovitá stolice nejméně ve 25 % defekací, pocitu neúplného vyprázdnění nejméně po 25 % defekací, pocitu anorektální překážky/uzávěru nejméně ve 25 % defekací, digitální manévry k usnadnění nejméně ve 25 % defekací, méně než 3 defekace za týden.
- Měkká stolice je výjimečně přítomna, pokud nejsou užita laxativa.
- Jsou nedostačující kritéria pro dráždivý tračník (IBS).

D. Funkční průjem

Kontinuální nebo rekurentní syndrom charakterizovaný odchodem řídké nebo kašovitě nebo vodnaté stolice bez břišní bolesti nebo diskomfortu^{2/}.

Diagnostická kritéria:

- řídká nebo kašovitá nebo vodnatá stolice bez bolesti vyskytující se nejméně v 75 % vyprázdnění.

Měkká stolice má 85 % vody a vodnatá stolice má 90 % vody, čímž je redukována její viskozita; anální kontakt s tekutinou je příčinou naléhavosti (urgency).

E. Nespecifikovaná funkční střevní porucha

Střevní symptomy, jejichž příčinou není organické onemocnění, ale která nesplňují kritéria pro předchozí kategorie^{4/}.

4. Funkční břišní bolestivý syndrom

Bolest je konstantní nebo téměř konstantní či alespoň velice často rekurující. Pacienti popisují břišní bolest výrazně emočními termíny, postižená oblast je spíše difuzní, než jasně definovaná. Funkční abdominální bolestivý syndrom se liší od ostatních funkčních střevních onemocnění; je méně častý, projevy většinou nejsou ve vztahu k jídlu a defekaci a je u něj vysoká komorbidita s psychickými nemocemi. Etiologie a patofyziologie jsou opět nejasné.

Diagnostická kritéria, která musí být splněna:

- trvalá nebo téměř trvalá břišní bolest,
- žádný nebo jenom příležitostný vztah bolesti k fyziologickým stavům (např. k jídlu, k defekaci nebo k menses),
- pokles denní činnosti/pokles denních aktivit,
- bolest není předstíraná (např. simulovaná),
- symptomy jsou nedostatečné k uspokojení kritérií pro další funkční gastrointestinální onemocnění, která se projevují bolestí.

5. Funkční poruchy žlučníku a Oddiho svěrače

Biliární trakt transportuje a reguluje sekreci jaterní žluče. Funkční poruchy žlučníku jsou způsobeny jak metabolickými abnormalitami, tak poruchou motility. Funkční poruchy Oddiho svěrače jsou způsobeny motorickými aktivitami Oddiho svěrače biliárního nebo pankreatického. Dysfunkce žlučníku a/nebo Oddiho svěrače způsobuje stejné bolesti. Bolesti způsobené dysfunkcí spíše pankreatického Oddiho svěrače se mohou podobat bolestem při akutní pankreatitidě^{2/}.

Diagnostická kritéria pro funkční poruchy žlučníku a Oddiho svěrače musí zahrnovat epizody bolesti lokalizované v epigastriu a/nebo v pravém horním kvadrantu a všechna následující kritéria:

- epizody trvají 30 minut a déle, výskyt rekurentních symptomů má různé intervaly (nikoliv denně),
- bolest vystoupí na stejnou hladinu,
- bolest je středně těžká až těžká, dokonce přeruší pacientovu denní činnost nebo jej přinutí vyhledat pohotovostní službu,
- bolest neustoupí po vyprázdnění stolice, změnou polohy, po antacidech,
- je nutno vyloučit ostatní strukturální nemoci, které mohou způsobit tyto symptomy.

Podpůrná kritéria (bolest se může projevit s jedním nebo více kritérii):

- bolest je spojena s nauzeou a zvracením;
- bolest vyzařuje do zad a/nebo pravé infrasubskapulární oblasti;
- bolest může probudit ze spánku uprostřed noci.

A. Funkční porucha žlučníku

Funkční porucha žlučníku je porucha motility, která se manifestuje symptomem biliární bolesti jako následek počátečního metabolického onemocnění (např. supersaturací žluče cholesterolem) nebo primární poruchy motility žlučníku, kdy v počátku není abnormalita ve složení žluči.

Diagnostika musí zahrnovat všechna následující kritéria:

- kritéria pro funkční poruchu žlučníku a žlučových cest;
- žlučník není odstraněn;
- normální jaterní enzymy, konjugovaný bilirubin a amylázy/lipázy.

B. Funkční biliární porucha Oddiho svěrače

Dysfunkce Oddiho svěrače je termín používaný pro poruchu motility Oddiho svěrače, která je spojena s bolestí, zvýšením jaterních nebo pankreatických enzymů, dilatací duktus choleochus nebo s pankreatitidou. Oddiho sfinkter je situován strategicky v duodenu v junkci žlučového a pankreatického vývodu. Dysfunkce Oddiho svěrače může být přítomna u pacientů s intaktním žlučníkem, ale většinou bývá nalézána u pacientů po cholecystektomii.

Diagnostika musí zahrnovat obě následující kritéria:

- kritéria pro funkční poruchu žlučníku a Oddiho svěrače;
- normální hodnoty amylázy/lipázy.

Podpůrná kritéria: zvýšené sérové transaminázy, alkalická fosfatáza nebo konjugovaný bilirubin ve vztahu nejméně ke dvěma bolestivým epizodám.

C. Funkční pankreatická porucha Oddiho svěrače

Existuje spojení mezi dysfunkcí motility Oddiho svěrače a rekurujícími epizodami pankreatitidy. Mezi epizodami pankreatitidy bývají intervaly spíše měsíců než dní a epizody jsou spojeny se signifikantním zvýšením hodnot amylázy a lipázy. Mohou být zvýšeny i jaterní enzymy nebo bilirubin. Pankreatitida nebývá těžká.

Diagnostika musí zahrnovat obě následující kritéria:

- kritéria pro funkční poruchu žlučníku a Oddiho svěrače;
- zvýšené hodnoty amylázy/lipázy.

6. Funkční anorektální poruchy

A. Funkční fekální inkontinence

Je definována jako nekontrolovaná pasáž stolice v trvání nejméně 3 měsíce. Odchod samotného střevního plynu nelze charakterizovat jako funkční inkontinenci, částečně i proto, že je obtížné definovat, kdy je odchod plynů abnormální. Fekální inkontinence není medicínským problémem do věku 4 let. Fekální inkontinence může být spojena s organickými nemocemi (např. s demencí, sklerózou multiplex, Crohnovou chorobou).

Diagnostická kritéria:

- Rekurentní nekontrolovatelný odchod stolice u jedince ve věku nejméně 4 roky musí zahrnovat ještě nejméně 1 nebo více následujících kritérii: abnormální fungování normálně inervovaných a strukturálně intaktních svalů, malé abnormality struktury svěrače a/nebo inervace, a/nebo normální nebo porušené vyprazdňování (retence stolice nebo průjem), a/nebo psychologické příčiny.
- Vyloučení všech následujících kritérii: abnormální inervace způsobená lézí - lézemi mozku (např. demencí), míchy nebo kořenů sakrálních nervů nebo smíšenou lézí (např. sclerosis multiplex), nebo jako součást generalizované periferní nebo autonomní neuropatie (např. jako následek diabetu), abnormality análního svěrače spojeného s multisystémovým onemocněním (např. sklerodermie), strukturální a neurogenní abnormality, o kterých se lze domnívat, že jsou hlavní nebo primární příčinou fekální inkontinence.

Pokračování v příštím čísle FI

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

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

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

Šéfredaktor: MUDr. Marie Alušíková, CSc.

Odborní 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., ONP Příbram; Prof. MUDr. Z. Fendrich, CSc., FaFUK; RNDr. J. Kramlová, lékárna FN Motol; MUDr. J. Lyrer, Sante; MUDr. B. Seifert, praktický lékař; MUDr. H. Skalická, CSc., soukromý kardiolog; Prof. MUDr. T. Vaněk, CSc., FNKV; 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