TEMPUS MEDICORUM

ČASOPIS ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY

5/2009
ROČNÍK 18

V TOMTO ČÍSLE:

Jak vidí budoucnost českého zdravotnictví největší politické strany

„Protikrizová“ opatření ministerstva zdravotnictví

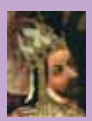
Dana Jurásková novou ministryní

Skandální strategie investic v době krize

Tzv. regulační poplatky – mýty a skutečnost

Konference ČLK: Budoucnost českého zdravotnictví

PLUS

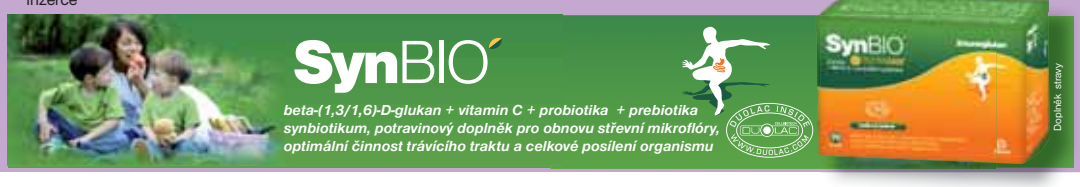


EDUKAFARM
mediNEWS
Edukační a inzertní příloha časopisu Tempus medicorum

FI SÚKL
Poruchy spánku

číslo 5 ročník 18 2009

inzerce



Julínkova reforma sice skončila, ale nezapomínejme na ni

Plány na prosazení revolučních změn v českém zdravotnictví silou skončily krachem. I to se naštěstí v dějinách stává. Neměli bychom však zapomínat na to, co bylo prapodstatou Julínkovy reformy a čemu se, i s přispěním lékařské komory, podařilo zabránit:

- **Privatizace zdravotních pojišťoven**.
- **Zrušení pravidel pro nakládání s výnosy zdravotní daně**, kterou nazýváme pojištěním, kdy pojišťovny měly mít možnost platit jednotlivým zdravotnickým zařízením za stejnou zdravotní péči různě (zrušení dohodovacího řízení nejenom o seznamu výkonů, ale i o úhradách a hodnotě bodu).
- **Obrovské posílení role zdravotních pojišťoven**, které by samy rozhodovaly, se kterým zdravotnickým zařízením uzavřou smlouvu (zrušení výběrových řízení) i o jejím obsahu (zrušení dohodovacího řízení o rámcových smlouvách).
- **Ekonomická likvidace velké části soukromých lékařů**, kteří by nemohli obstát v neférové hospodářské soutěži v konkurenci řetězců ekonomicky propojených se zdravotními pojišťovnami.
- **Možná privatizace univerzitních nemocnic** akciových společností, pro jejichž zaměstnance by již neplatily tarifní platové tabulky.
- **Prodloužení základní pracovní doby pro zdravotníky o 8 hodin týdně**. Lékaři a ostatní zdravotníci měli být jedinou profesní skupinou diskriminovanou povinnými „pracovními sobotami".
- **Podřízení České lékařské komory ministerstvu zdravotnictví** a nastavení takových změn v zákoně, které měly vést k následné likvidaci profesní lékařské samosprávy, aby neexistovala síla hájící profesní zájmy lékařů.

Některé záměry se Julínkovu ministerstvu realizovat podařilo:

- Mezi ty nenápadné patří třeba **podřízení VZP přímému vlivu vlády**.
- **Zmrazení plateb zdravotního pojištění ze strany státu** za děti, důchodce a nezaměstnané.
- **Změna zdravotního pojištění v daň s degresivní sazbou**, kdy po osvobození příjmů nad úrovní čtyřnásobku průměrné mzdy platí nejbohatší občané v podstatě nižší procentní sazbu pojistného.
- **Změny ve způsobu stanovování cen léků a jejich úhrad**, které pod přímým vlivem ministerstva vedly ke zdražení léků a ke zvýšení zisků farmaceutických firem.
- **Novela zákona o vzdělávání** zajišťující nemocnicím a řetězcům levnou pracovní sílu (primářem hned po atestaci, samostatná práce lékařů absolventů v rozsahu nařízení vlády…).
- Pozornost na sebe naopak poutaly a poutají tzv. **regulační poplatky, které se staly symbolem Julínkovy reformy** a jako takové budou zrušeny nebo výrazně modifikovány.

Komoře se bohužel nepodařilo prosadit kompromisní návrh, který zajišťoval soukromým lékařům i nemocnicím kompenzaci ušlých příjmů. Ideologie zvítězila nad zdravým rozumem a boj o třicet korun změnil přirozené soupeření politických stran v zápas na život a na smrt, který bohužel snižuje možnost prosazení i takových změn, které naše zdravotnictví opravdu potřebuje. A právě **diskreditace pojmu reforma je asi tím největším „zločinem", kterého se Julínek a lidé na ministerstvu zdravotnictví dopustili**.

Česká lékařská komora je nestranická profesní organizace, která má ústavním soudem potvrzené právo připomínkovat a vyjadřovat se k návrhům zákonů, vyhlášek a ostatních právních norem. Naší povinností je jednat s představiteli státu a místních samospráv bez ohledu na jejich stranickou příslušnost.

Letošní rok bude ve znamení dvou volebních kampaní. Stejně jako v roce 2006, ani tentokrát se ČLK do nich, na rozdíl od jiných zdravotnických organizací, samozřejmě žádným způsobem zapojovat nebude. Pokud chceme skutečně vážně hájit profesní zájmy lékařů, mezi které kromě kvalitního vzdělávání a dobrých pracovních podmínek neodmyslitelně patří též slušná odměna za práci, musíme se pochopitelně zajímat o to, jak hodlají jednotlivé politické strany v případě svého úspěchu ve zdravotnictví postupovat. Máme prostě právo vědět, co na nás chystají.

Abychom se dozvěděli co nejvíce, uspořádala ČLK koncem dubna konferenci na téma Budoucnost českého zdravotnictví, na které kromě ředitelů pojišťoven, právních a ekonomických expertů dostali prostor prezentovat své programy zástupci všech pěti parlamentních politických stran. Jejich nijak neupravované materiály tvoří tedy hlavní téma tohoto čísla Tempusu. Každý lékař – člen ČLK si tak může sám učinit svůj vlastní obrázek. Úvodem ke konferenci byla moje vlastní prezentace, kterou v případě zájmu naleznete v únorovém čísle našeho časopisu. Zkrátka a dobře, nesmíme zapomínat na Julínka, ale musíme hledět do budoucnosti.

Milan Kubek

OBSAH

TÉMA MĚSÍCE 2–14
Konference ČLK
Budoucnost českého zdravotnictví
Jaké vize mají největší politické strany
„Protikrizová" opatření ministerstva zdravotnictví
Zástupná platba státu za osoby bez vlastních příjmů
Pavel Hroboň: Protikrizová opatření jsou souhrnem možného
Ekonomické aspekty (reformy) zdravotnictví

INZERTNÍ PŘÍLOHA 15–30
Poruchy tvorby růstového hormonu – III. část
Zásady léčby a prevence diabetické nohy
Tecasorb – profil prostředku
Studie prevence progrese osteoartrózy
Mechanismus účinku fytoestrogenů
Stupňovitý algoritmus antihypertenzní léčby - lepší kontrola hypertenze?
Probiotika a prevence alergie u dětí
PROBACIN 5 miliard® – profil přípravku

PŘÍLOHA FI
Poruchy spánku

PRÁVNÍ PORADNA 32–34
Doporučené postupy, standardy
Možné následky hromadného ukončení smluv se zdravotními pojišťovnami

KOMENTÁŘ 35
Skandální strategie investic v době krize - do betonu a hardwaru, nikoliv do lidí

PODMÍNKY VE ZDRAVOTNICTVÍ 36–37
Vítězství nemocničních lékařů
Mírné zvýšení tarifních platů pro zdravotnické pracovníky, kteří nepracují v akciových společnostech

LÉKOVÁ POLITIKA 38–40
Vliv tzv. regulačních poplatků na spotřebu léků – mýty a skutečnost
Jde o pervitin, nebo o zisky farmaceutických firem a o špiclování občanů?

NAPSALI JSTE 41
Ad Jak dosud fungují akreditace po česku

SERVIS 42–44
Vzdělávací kurzy ČLK
Inzerce
Křížovka

Měsíčník TEMPUS MEDICORUM
Vydává: Česká lékařská komora, Dolní nám. 38, 771 00 Olomouc
Registr. číslo MK ČR 6582 • **ISSN** 1214-7524 • **IČO** 43965024
Adresa redakce: Časopis ČLK, Lékařská 2, 150 00 Praha 5
Tel.: **+420 257 217 226** • Fax: **+420 257 220 618** • recepce@clkcr.cz
www. clkcr.cz
Šéfredaktor: MUDr. Milan Kubek
Redakční zpracování: EV public relations, s. r. o., Praha
Odpovědná redaktorka: PhDr. Blanka Rokosová
Příjem příspěvků: blanka.rokosova@ev-pr.cz
Příjem řádkové inzerce: recepce@clkcr.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 5: 20. 5. 2009 • **Vyšlo:** 25. 5. 2009
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.
Řádková inzerce je pro lékaře do pěti řádků (včetně) zdarma. Větší rozsah a inzerát nelékaře je zpoplatněn. Při zadávání inzerátu je proto potřeba zadat fakturační kontaktní adresu, IČO, DIČ, telefon, e-mail. Bez těchto informací nebude inzerát zveřejněn.

Konference ČLK
Budoucnost českého zdravotnictví

Pár dnů po demisi Topolánkovy vlády a před sestavením nové vládní garnitury designovaného premiéra Jana Fischera se poslední dubnový víkend uskutečnila v hotelu Skalský Dvůr u Bystřice nad Pernštejnem vzdělávací konference ČLK. Zúčastnily se jí téměř dvě stovky zájemců, neboť téma bylo více než aktuální: Budoucnost českého zdravotnictví. Vcelku pochopitelně svou neúčast omluvila odstupující ministryně zdravotnictví Daniela Filipiová. Příležitost vyjádřit se dostali rovněž představitelé všech pěti parlamentních stran. Ne všichni jí využili přímo na místě, ale možnost přiblížit své vize lékařům následně na stránkách časopisu Tempus medicorum přivítali.

Na úvod dvoudenního jednání (24.–25. dubna 2009) zopakoval prezident ČLK **Milan Kubek** základní problémy českého zdravotnictví v prezentaci, kterou můžete nalézt v únorovém čísle časopisu Tempus medicorum. Jsou jimi:

- Nedostatečné výdaje a nespravedlnost v platbách pojistného.
- Neexistence standardů péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění.
- Nedostatek lékařů a dalších kvalifikovaných zdravotníků způsobený zejména špatným finančním ohodnocením jejich práce.

A dále položil několik zásadních otázek, na které by nám politici měli odpovědět:

- Zdravotní pojištění, nebo tzv. národní zdravotní služba?
- Když pojištění, pak kolik zdravotních pojišťoven?
- Kdo by měl nabízet komerční připojištění?
- Privatizace zdravotních pojišťoven: ano, či ne?
- Jak zvýšit výdaje na zdravotnictví?
- Může fungovat systém, v němž stát platí za 58 % obyvatel, kteří čerpají 80 % zdravotní péče, pouhých 23 % příjmů systému veřejného pojištění?
- Jak definovat standardy péče hrazené z veřejného připojištění a jaký je vztah těchto standardů ke guidelines odborných společností?
- Smlouvy mezi pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními, nebo raději mezi pojišťovnami a pacienty?
- Seznam zdravotních výkonů jako minimální ceník, nebo volné jednání o cenách mezi pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními?
- Možnost alespoň dílčího zavedení pokladenského systému do úhrady ambulantní péče?
- Pokud zůstane smluvní síť zdravotnických zařízení, jak má být tvořena?
- Privatizace nemocnic, nebo raději nemocnice veřejnoprávní, neziskové?
- Ambulantní služby budou poskytovat soukromí lékaři, nebo řetězce prostřednictvím svých zaměstnanců?
- Zvýšení příjmů lékařů. Samostatná mzdová norma sjednocující pravidla odměňování zdravotníků?
- Vzdělávání zdravotníků musí finančně podporovat stát. Nebo snad existuje jiná možnost, na kterou zatím nikde v Evropě nepřišli?
- Má zdravotnictví nadále suplovat insuficientní sociální služby?
- Má ČLK zůstat klasickou profesní samosprávou? Pokud ano, pak potřebuje patřičné kompetence. Bude je mít?

Vedení komory má v odpovědích na tyto otázky víceméně jasno. Názory politiků máte možnost posoudit na následujících stránkách sami.

Hejtman kraje Vysočina, lékař **Jiří Běhounek**, hlavní myšlenky podpořil a dodal: „Rád slyším, že je snaha něco dělat především s počty lékařů. Za Asociaci hejtmanů České republiky vám tu mohu tlumočit značnou vůli se na všech změnách spolu s vámi podílet."

Členka zdravotního výboru za KSČM **Soňa Marková** zdůraznila priority, ze kterých vychází její strana: „Budoucnost českého zdravotnictví musí stát na tom, že každý má právo na ochranu zdraví a že zdraví není zboží. A je to stát, který musí stanovit podmínky, ale rovněž zodpovědnost za kvalitu zdravotnické péče."

Ludvík Hovorka, který ve zdravotním výboru zastupuje KDU-ČSL, se soustředil zejména na fungování zdravotních pojišťoven, respektive na vytvoření veřejnoprávní zdravotní pojišťovny jako veřejné služby, a nový rozměr komerčního připojištění, které by mohlo zajistit až pětiprocentní příliv peněz do českého zdravotnictví. **Antonín Nechvátal** za Stranu zelených pohovořil o nutnosti státních garancí dostupnosti a kvality zdravotní péče.

Ladislav Friedrich, předseda Svazu zdravotních pojišťoven a ředitel OZP, souhlasil s vytvořením rámce pro komerční připojištění občanů. A mimo jiné přidal varování: „Ve volbách bude třeba občanům slibovat – a jestli padne slib, že zlepšíme například podmínky lázeňské péče, my to budeme umět: za podmínky, že požádáme lékaře, aby padesát lidí léčil zdarma, nebo aby si pojištěnec obešel partaje v paneláku a od každé vybral tisícovku jako příspěvek na svůj lázeňský pobyt… Jinak to neumíme."

S konstatováním, že příjmy zdravotních pojišťoven nerostou tak, jak by si představovaly, se ke svému kolegovi přidal ředitel VZP **Pavel Horák**. A také on vyslal varování: „Pojišťovny se musí vyrovnat s tím, že cena lidské práce se bude dramaticky zvyšovat, pacienti budou vyžadovat dvoulůžkové pokoje, náklady na jednoho pojištěnce tedy budou stále vyšší…"

Úsměvné pozdvižení v sále vyvolal středočeský hejtman **David Rath** svým prohlášením, že na příští konferenci – pokud bude vládnout ČSSD – se již tolik ředitelů pojišťoven rozhodně nesejde: „Jedenáct zdravotních pojišťoven komplikuje situaci ve zdravotnictví, jsem pro snížení jejich počtu, jedna stačí."

Vedle vystoupení zástupců jednotlivých stran, jejichž vize o budoucnosti českého zdravotnictví přinášíme na následujících stránkách hlavního tématu, byla dalším nosným tématem konference ve Skalském Dvoře přednáška viceprezidenta ČLK **Zdeňka Mrozka** Nemocnice 21. století (podrobnosti jsme zveřejnili v minulém čísle časopisu Tempus medicorum).

Druhý den semináře byl věnován protikrizovým opatřením ve zdravotnictví. S kritikou návrhu zákona Ministerstva zdravotnictví ČR z března letošního roku vystoupil prezident ČLK Milan Kubek a varoval, že to je rychlá cesta do vážných ekonomických problémů. Náměstek ministra **Pavel Hroboň** se věnoval obhajobě těchto kroků a záměry ministerstva zdravotnictví označil za promyšlenou cestu z krize českého zdravotnictví. S oběma pohledy se můžete podrobněji seznámit na následujících stránkách.

Blanka Rokosová

Úspěšnost zdravotnictví je přímo úměrná zodpovědnosti politických elit

Panem prezidentem ČLK jsem byl požádán o předložení textu, který by popsal budoucnost českého zdravotnictví po roce 2009 očima zdravotního experta Občanské demokratické strany. Na tuto stránku by však stačilo napsat jedinou větu: Úspěšná budoucnost českého zdravotnictví je přímo úměrná zodpovědnosti politických elit, které o ní rozhodují.

Realitou je dlouhodobá neexistence silné pravicové nebo alespoň středopravé většiny hlasů v poslanecké sněmovně pro přijetí liberální reformy zdravotnictví.

Málokdo si uvědomuje, že rozhodujeme o osudu českého zdravotnictví a o jeho směřování na desítky let dopředu. Jsme v roli pomyslného poutníka, který stojí před jedním z velkých rozcestí na své dlouhé a náročné cestě a rozhoduje se, zda půjde vpravo po modré turistické značce, která je symbolem osobní svobody a také osobní zodpovědnosti, nebo půjde vlevo po cestě vedoucí k přetvářce a falešným slibům.

Slavný a napříč politickým spektrem uznávaný britský válečný premiér Winston Churchill řekl, že kapitalismus je charakterizován nerovnoměrně sdíleným bohatstvím a socialismus naopak rovnoměrně sdílenou chudobou. České zdravotnictví je perfektním důkazem pravdivosti tohoto rčení, protože obsahuje příznačné prvky socialismu. To ve svém důsledku vede k pokryteckému rovnostářství, které se vyznačuje naprosto nelogickým způsobem falešné solidarity – **jeden druhému platíme léčbu rýmy, ale na zásadní operace, které přesahují finanční možnosti jednotlivců, se peněz nedostává.** Po letech přešlapování na místě stojíme před zdravotnickou pastí – rychle rostoucí výdaje, stárnoucí populace, falešná solidarita, neuspokojená poptávka po zdravotní péči a celková finanční nestabilita systému, který se jen těžko daří zbavit návyků získávaných 40 let.

Faktem, který stále velká část veřejnosti a bohužel i polické reprezentace neumí nebo nechce pochopit, jsou tři slova: „Zdravotnictví není zadarmo." Zdravotnictví je statkem, který odpovídá ekonomické definici jako každý jiný. Podotýkám, že zdravotnictví a zdraví obecně není, nikdy nebylo a nikdy ani být nemůže statkem veřejným, to by odporovalo zákonům ekonomické vědy. Zdraví je ve smyslu přesně opačném statkem soukromým a zdravotnictví je pouze poskytovatelem služeb, které jsou velmi draze zaplaceny. A platí, že čím je cena na cenovce menší, tím větší je plýtvání těmito vzácnými statky.

Pokud si uvědomíme, že zdraví je regulérním soukromým statkem a že zdravotní péče má svoji cenu, vyjasní se řada věcí. Zcela se obnaží naprosto iracionální koncepce stávajícího systému, který se nezbavil a zbavit se ani nemůže několika zásadních neduhů, navíc podporovaného průběžným levicovým „vylepšováním". Tím hlavním z nich je nerovnoprávné postavení samotného pacienta, který není během celého životního cyklu péče o své zdraví rovnoprávným partnerem objektům působícím ve zdravotnictví. Není suverénním zákazníkem, který do svého nákupního košíku po konzultaci s lékařem přidává jednotlivé produkty zdravotnictví, je doposud spíše tím nákupním košíkem, které je celou dobu popostrkován od jednoho regálu k druhému bez praktické možnosti ovlivnit, co je nakupováno a kolik bude zaplaceno.

Jsou oblasti, kde v zájmu celé společnosti pokládám za smysluplné hledání politických kompromisů na období 12 a více let, a to za účasti zástupců všech relevantních politických subjektů.

Za nevyhnutelnou v rámci širší politické dohody pokládám:

1. Dohodu o systému veřejného zdravotního pojištění. Podporuji zachování

systému veřejného zdravotního pojištění se současným zavedením atraktivních složek motivace pacientů, tedy citlivě nastavených bonusů, malusů a dalších motivací pacientů z hlediska čerpání zdravotní péče.

2. Dohodu o míře a konstrukci spoluúčasti pacienta. Stanovení standardu pokládám za administrativně velmi komplikované. Podporuji proto více vytvoření systému stanovení nadstandardu a srozumitelné určení míry spoluúčasti pacienta v něm. Rozdělení péče na základní (standardní, hrazenou z prostředků veřejného zdravotního pojištění) a péči nadstandardní (nehrazenou) je jednou z podmínek pro vznik komerčního připojištění.

3. Dohodu o zdravotní péči o seniory. Dohodu o systému, organizaci a financování následné péče, zdravotně-sociální péče, domácí péče a hospicové péče pokládám za zásadní prioritu.

Chci také usilovat o zavedení pacientsky motivovaného, nikoli násilného, gatekeepingu. I nadále pokládám za výhodné sloučení výběru a správy zdravotního a nemocenského pojištění pod zdravotní pojišťovny. To by umožnilo i přistoupení k programům motivace zaměstnanců a zaměstnavatelů ke snižování délky zdravotní neschopnosti.

Konkrétní programové cíle Občanské demokratické strany pro oblast zdravotnictví budou představeny v létě tohoto roku.

MUDr. Boris Šťastný,
místopředseda Výboru pro zdravotnictví PS PČR

Program pro zdravotnictví – jistota kvalitní péče

České zdravotnictví dosahuje v mezinárodním srovnání velmi dobrých výsledků za poměrně nízké finanční prostředky. Kvalitou a dostupností zdravotní péče patří naše země spíše k nadprůměru, a to i ve srovnání se starými zeměmi EU. Za vysokou kvalitu českého zdravotnictví vděčíme především schopným a pracovitým lékařům a zdravotním sestrám.

Sociální demokracie vnímá a prosazuje zdravotnictví jako veřejnou službu založenou na principu solidarity zdravých lidí s nemocnými. Solidarita je zajišťována prostřednictvím veřejného neziskového zdravotního pojištění. Veřejnou službu poskytuje síť veřejných neziskových nemocnic doplněná a provázaná se sítí soukromých zdravotnických zařízení – především ambulancí, které působí ve smluvním vztahu s veřejným pojištěním. Sociální demokracie hledá inspiraci pro další rozvoj zdravotnictví v systémech fungujících ve starých zemích EU.

Sociální demokracie odmítá regulační poplatky ve zdravotnictví, privatizaci zdravotních pojišťoven – pojišťovny jako obchodní společnosti, plošnou privatizaci nemocnic a chudinské standardy zdravotní péče.

Co uděláme prvních 100 dnů na ministerstvu zdravotnictví

1. Finanční stabilizace zdravotních pojišťoven – návrh na navýšení platby státu za státní pojištěnce s automatickou valorizací – stav před nástupem Topolánkovy vlády.
2. Započít s kontrolou hospodaření zdravotních pojišťoven.
3. Návrh pro vnitro a obranu – fúze jejich pojišťoven s VZP do jedné ZP – po dohodě předložení návrhu novely zákona o VZP – zvýšení kontrolních mechanismů, zeštíhlení správní a dozorčí rady.
4. Příprava úhradového mechanismu (vyhlášky MZ) o způsobu úhrady zdravotní péče v následujícím roce – cíl spravedlivé nastavení poměrů v úhradách.
5. Započetí transformace státních zdravotnických zařízení na veřejná nezisková zdravotnická zařízení.
6. Vyjednávání se zdravotnickými odbory o růstu platů zdravotníků a o jejich nové legislativní kodifikaci.

Legislativní aktivity:

1. novela zákona č. 48/97 Sb. rušící poplatky ve zdravotnictví s ponecháním ochranného sociálního limitu, který zohlední reálný příjem každého pacienta;
2. návrh jednoho zákona o zdravotních pojišťovnách, podle kterého budou upraveny poměry ve všech ZP;
3. novela zákona č. 48/97 Sb., jež přinese nový systém kategorizace zdravotní péče, a úprava dobrovolného komerčního připojištění.

Co uděláme v dalších letech

Chceme postupnými kroky a po diskusi v celé společnosti reformovat české zdravotnictví tak, aby:

1. rostla odborná kvalita zdravotní péče;
2. udrželi jsme dobrou dostupnost zdravotní péče;
3. zajistili jsme rychlé zavádění účinných novinek z výzkumu do široké lékařské praxe;
4. rostla citlivost a humánnost přístupu zdravotníků k pacientům;
5. pacienti měli více práv;
6. se rozšiřovaly preventivní programy.

Změny, ke kterým chceme směřovat:

1. růst podílu HDP, jež jde do zdravotnictví, naším cílem je průměr EU (8% HDP);
2. systém neziskového, veřejného zdravotního pojištění pod důslednou kontrolou efektivity;
3. základní síť veřejných neziskových nemocnic;
4. jistota existence sítě soukromých ambulantních služeb;
5. kategorizace zdravotní péče – tvorba katalogu péče hrazené z povinného pojištění,
6. vybudování systému dobrovolného komerčního připojištění;
7. personální stabilizace – růst platů a zlepšování pracovních podmínek zdravotníků;
8. jedno místo výběru zdravotního a sociálního pojištění spolu s výběrem daní.

Podíl HDP

V posledních letech dochází k poklesu podílu HDP, jež jde do zdravotnictví, což je ve světě nevídaný jev. Prakticky všude každoročně stoupá podíl HDP na zdravotnictví (průměr EU 8%, Rakousko 9%, Německo 10 %). V České republice jsme však poklesli už pod 7% z původních 7,6%. Navíc v posledních dvou letech rychle roste podíl soukromých zdrojů. Za vlády ČSSD byl podíl soukromých zdrojů okolo 8%, nyní budeme někde zhruba na dvojnásobné hodnotě, tj. okolo 16% (regulační poplatky a růst doplatků za léky vyvolané vládou ODS). Z uvedeného je patrné, že je nežádoucí dále zvyšovat podíl soukromých osob, tj. zvyšovat podíl spoluúčasti. Spoluúčast by se měla makroekonomicky zafixovat někde okolo 14%. Růst finančních zdrojů by měl být tudíž realizován růstem platby státu za státní pojištěnce a do budoucna bude nutná i debata o výši povinného pojištění s tím, že by ČSSD měla prosazovat mírný nárůst.

Zdravotní pojišťovny

Nyní existuje 9 původních pojišťoven a další nové vznikají. Všechny mají veřejnoprávní statut, který není upraven dostačujícím způsobem. Umožňuje neprůhledné hospodaření, nedostatečnou kontrolu a v krajním případě i manipulativní chování managementu, který má prostor ovládnout statutární orgány, které by měly management kontrolovat. Existují obrovské rozdíly ve velikosti pojišťoven, největší je VZP, u které je pojištěno cca 65% pojištěnců.

Další velké pojišťovny jsou také pod významným vlivem státu, jde o pojišťovnu vojenskou a ministerstva vnitra. Tyto tři pojišťovny mají drtivou většinu všech pojištěnců. Zbývající malé pojišťovny mohou zneužívat své lokální působení a často nerealizují úhrady ve prospěch zdravotnických zařízení tam, kde jde o ojedinělé výkony a služby.

Pro pacienty je situace dost komplikovaná, protože pokud jsou pojištěni u malých pojišťoven, při vycestování ze svého kraje mají často potíže najít zdravotnické zařízení ochotné je ošetřit. Situaci budeme řešit sjednocením zákonů o zdravotních pojišťovnách, kdy by měl být jejich veřejnoprávní statut upraven jednotně a jednodušeji.

Velká pozornost by měla být věnována úpravě kontrolních pravomocí statutárních orgánů pojišťoven a ministerstva zdravotnictví. Konečným cílem by měla být jedna veřejná nezisková zdravotní pojišťovna spravující veškeré povinné pojištění.

Kvalita péče

Politická reprezentace z ODS zcela rezignovala na objektivní systém průběžné kontroly kvality zdravotní péče. Oproti snahám ČSSD vybudovat veřejný systém sledování a hodnocení kvality zdravotní péče je nabízen systém chaotických akreditací prováděný prostřednictvím soukromých společností. Tento systém nemá žádný jiný užitek než zisk pro soukromé společnosti, které akreditace organizují a navíc zatěžují zvýšenou byrokracií zdravotnický personál.

Naším cílem by mělo být rychlé vybudování národního systému sledování kvality zdravotní péče v lůžkových zdravotnických zařízeních. Tento systém musí budovat stát v úzké spolupráci s odbornými lékařskými společnostmi a lékařskou komorou. Výsledky hodnocení budou veřejnosti přístupné s doprovodnými odbornými komentáři.

Standardy hrazené péče

V českém zdravotnictví naprosto schází transparentní systém, který by byl schopen posuzovat a vytvářet jasné standardní postupy péče hrazené z povinného (veřejného) zdravotního pojištění. Mělo by jít o průběžný systém kategorizace zdravotních služeb, kde by zdravotní pojišťovny, odborná lékařská veřejnost a zástupci pacientů prováděli kategorizaci služeb na služby plně hrazené, částečně hrazené se stanovením podílu úhrady z pojištění a na služby nehrazené z povinného pojištění. Popis principu tohoto hodnocení musíme zkonstruovat zákonem, čímž jasně definujeme i prostor pro vznik dobrovolného komerčního připojištění, jehož pravidla upraví zákon.

Síť veřejných neziskových nemocnic

Dnes neexistuje garantovaná síť veřejných nemocnic. Máme kombinaci státních – příspěvkových fakultních nemocnic, dále v některých krajích jsou nemocnice obchodní společnosti i v soukromém vlastnictví, někde zůstaly příspěvkovými organizacemi. Vláda ČSSD musí hledat cesty k vybudování základní sítě veřejných neziskových nemocnic, které budou znamenat jistotu pro všechny pacienty, kteří neuspějí se svobodnou volbou lékaře v soukromých zařízeních, nebo nebudou chtít soukromá zařízení vyhledat. Cílovým stavem je existence jedné veřejné neziskové nemocnice v každém okrese.

Modernizace nemocnic

Současná síť nemocnic není na mnoha místech v republice zajištěna technicky kvalitními budovami. Stále leckde leží pacienti po pěti i více lidech na jednom pokoji a bez odpovídajícího sociálního zázemí. Naším cílem je urychlení rozsáhlých investic a modernizace nemocnic. Při hledání zdrojů na rozsáhlé investice se chceme zaměřit i na možnost využití PPP projektů.

Růst platů zdravotníků

V současné době čelíme stále se prohlubující personální krizi českého zdravotnictví. Tato situace se stává limitem existence řady nemocnic i ordinací. Je tímto přímo ohrožena dostupnost, ale i kvalita zdravotní péče. Jediným rychlým řešením je růst platů zdravotnického personálu – sester i lékařů. Nárůst plateb státu za státní pojištěnce by měl být v prvních letech výhradně použit na růst příjmů, a to tak, že zákon stanoví platové podmínky zdravotníků, kteří pracují ve zdravotnických zařízeních placených z veřejného pojištění. Růst platů však sám o sobě stačit nebude. Je nezbytné začít systémově řešit organizaci práce v nemocnicích tak, aby klesalo přetěžování personálu a systematicky se řešila prevence syndromu vyhoření.

MUDr. David Rath, člen Výboru pro zdravotnictví PS PČR, hejtman Středočeského kraje

Veřejná služba, v jejímž rámci musí být řízená konkurence

KSČM plně podporuje ustanovení čl. 31 Listiny základních práv a svobod z roku 1981, která je součástí platné ústavy: ***„Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného zdravotního pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.“***

Vycházíme ze základní teze: **Zdravotnictví je veřejnou službou, v jejímž rámci musí být řízená konkurence.** *Konkurence je pojem spojený s nabídkou a nikoliv poptávkou.* ***Řízená konkurence znamená, že je řízen objem a podmínky nabídky.*** S tím souvisí i naše stanovisko, že **zdraví není zboží** a kvalitní zdravotní péče musí být dostupná všem.

Ze základní teze vyplývá, že **zdravotní péči poskytuje občanům prostřednictvím stanovených subjektů stát, a tedy stát odpovídá za její dostupnost a kvalitu**. Stát proto musí stanovit podmínky jejího poskytování tak, aby existovala **rovnost při její spotřebě** pro všechny občany na celém území státu, rovnost podmínek pro účast na veřejné službě – **povinné veřejné solidární zdravotní pojištění** a **rovnost podmínek pro poskytovatele** při vztazích mezi poskytovatelem a správcem příslušných veřejných prostředků.

Rovnost podmínek při poskytování zdravotní péče skutečně všem občanům, tedy odstranit skupinovou solidaritu. To lze zajistit **vytvořením jediného správce veřejných peněz** povinného veřejného zdravotního pojištění = jedna zdravotní pojišťovna, která musí být pod veřejnou kontrolou a pod kontrolou orgánů k tomu určených (např. NKÚ).

Pozitiva českého zdravotnictví:

1. celkově **dobrá teritoriální dostupnost** zdravotní péče – i když někdy nerovnoměrně rozložená, takže nastává nedostatek některých odborností (např. praktičtí lékaři, stomatologové, zdravotní sestry atd.), nerovnoměrné rozložení vybavení přístrojovou technikou;
2. zdravotní péče je minimálně **na dobré evropské úrovni** – podle studií WHO, OECD a dalších organizací v některých parametrech patří ČR mezi světovou špičku;
3. převažuje názor, že **spektrum léků, léčivých přípravků a zdravotnických pomůcek na českém trhu je velmi dobré, dostatečné;**
4. **princip svobodné volby lékaře** – i když uplatnění tohoto principu je omezeno teritoriálně.

Negativa českého zdravotnictví:

1. **zdravotní péče se neustále zdražuje**, což povede ke zhoršování dostupnosti zdravotní péče pro velkou část obyvatelstva;
2. projevuje se **působení tržních vlivů** v zajišťování veřejné služby, nerovnoměrně rozložená drahá přístrojová technika, chybí předpisy omezující možnost volného vstupu zdravotnických subjektů (noví poskytovatelé zdravotní péče) do oblasti financované veřejnými penězi, což vede ke zvyšování finanční náročnosti;
3. z analýzy „kulatého stolu“ jednoznačně vyplynula **závislost výsledné bilance u jednotlivých zdravotních pojišťoven na podílu tzv. státních pojištěnců na kmeni pojištěnců;**
4. ze strany zdravotních pojišťoven byl dlouhá léta porušován zákon 592/1992 Sb. při **stanovování vyměřovacího základu,** místo 48násobku průměrné mzdy jen 486 000 Kč, což znamenalo výrazné krácení příjmů. To svědčí o nedostatečné funkci kontrolních mechanismů;
5. velký vliv na finanční bilanci zdravotnictví mají **výdaje spojené s úhradami léků,** negativně na objem a složení vydávaných léků působí tzv. marketingové pobídky farmaceutických společností – ty jsou vraceny v navýšeném výdaji originálních léků hrazeném zdravotními pojišťovnami z veřejného solidárního zdravotního pojištění. To považujeme za **korupci hrazenou z veřejných peněz;**
6. **chybí pravidla pro regulaci nadměrných kapacit, nadměrné poskytování zdravotní péče, pro omezení plýtvání finančními prostředky;**
7. ze stimulů efektivity jsou ve zdravotnictví v současné době uplatňovány převážně **jen stimuly na straně poptávky, tedy spoluúčasti, přímé platby a poplatky od pacientů**. Ty však působí dočasně a nepřinášejí očekávaný efekt, navíc se projevují především v některých oblastech prevence a zakládají vyšší náklady pro zdravotnický systém v budoucnosti;
8. **upřednostňování právní formy obchodních společností** u zdravotnických zařízení znamená jednoznačně zvětšení finančních problémů vyplývajících z rozporu mezi regulovanou cenou za výkony, skutečnými náklady a podnikatelskými principy. Viz Karlovarský a Královéhradecký kraj s milionovými dluhy v nemocnicích, vzniklými v tomto období;
9. **síť zdravotnických zařízení je redukována na bázi tržních principů** a nikoliv optimalizována na základě potřeb. Ziskové činnosti (např. lékárny) jsou početně předimenzovány ve velkých městech, což má vliv i na objem výdajů z veřejného solidárního zdravotního pojištění. Chybí normativní stanovení sítě zdravotnických zařízení financovaných z veřejných peněz;

10. **stomatologická péče přestává být běžně dostupná** pro všechny občany ČR a její dostupnost je odvislá od finančních možností pacienta!
11. **méně dostupnou** se stává v důsledku finanční náročnosti **i lázeňská péče**, což má negativní dopad na doléčování pacientů;
12. nevyřešena je **personální problematika a s ní spojené odměňování zdravotníků** vzhledem ke značné specifice jejich pracovní doby. Nedořešenou oblastí je vzdělávání a průběžné vzdělávání lékařů i sester;
13. ve srovnání s EU je u nás **stále malý objem ošetřovatelské péče,** to opět vede k zvyšování finanční náročnosti.

KSČM pro odstranění těchto negativ navrhuje:

1. vytvořit **jediného správce veřejných prostředků** – povinného veřejného solidárního zdravotního pojištění jako veřejnoprávní instituce. Správce stanoví podmínky pro zájemce o účast na poskytování veřejné služby;
2. stanovení výše pojistného – **zrušit stropy pojistného** (návrh zákona již byl KSČM podán), zrušit současné znění § 16a a 16b zákona č. 48/1997 Sb. = **zrušení tzv. regulačních poplatků. Jsou asociální, tvoří bariéru v přístupu ke zdravotní péči pro velkou část občanů;**
3. novelizovat seznam výkonů;
4. **stanovit pravidla pro marketingové pobídky farmaceutických firem;**
5. zpracovat **základní nástroje řízené konkurence** – zpracování a uplatnění normativů počtů poskytovatelů ambulantní zdravotní péče po odbornostech ve vztahu k počtu obyvatel a lůžkových kapacit (včetně rezerv pro mimořádné události);
6. posílit autoregulační prvky – mimo již dnes používané kapitační platby, vytvoření jediného správce regulujícího kapacity uplatněním normativů a výběrových řízení k nim ve vazbě na potřeby poskytování zdravotní péče i finanční možnosti a korigujícího úhradové mechanismy;
7. **utlumení stimulů efektivity na straně poptávky, tj. na straně pacientů** = zmrazení výše spoluúčasti a orientace na opatření na straně nabídky (poskytovatelé zdravotní péče);
8. vytvoření **sítě neziskových poskytovatelů** ústavní péče – nemocnic (např. na 100 000 obyvatel, minimálně jedna na okres);
9. Česká lékárnická komora má doporučený **normativ počtu lékáren na počet obyvatel;**
10. **novelizovat Seznam výkonů stomatologů a limitovat výši příplatku;**
11. **řešit podfinancování nemocnic**, dopracovat pravidla vykazování dle DRG, přehodnotit pravidla pro stanovování paušálů zejména nemocnic. Správce by rovněž měl vyplatit bonus při předávání pacientů mezi nemocnicemi z důvodu závažnosti zdravotního stavu;
12. mezi **záchranné složky** zahrnout též Horskou záchrannou službu a Vodní záchrannou službu;
13. **novelizovat mzdové předpisy** u lékařů a sester, zvýšit příspěvek na vzdělávání – studium na univerzitě ze státního rozpočtu;
14. vybudovat **nástroje v systému kontroly kvality,** jako např. účelnou farmakoterapii, a definovat jejich kompetence při vyřizování stížností a žalob;
15. u všech poskytovatelů veřejné služby zavést **povinné připojení na internet a povinné využívání jednotného softwarového vybavení.**

Standard aneb potřebná zdravotní péče pro všechny

Definice KSČM vychází z optimálních nákladů a označuje *činnost, která vede k předcházení nemocem, uzdravení, udržení zdravotního stavu nebo zbavení utrpení na úrovni současného dostupného vědeckého poznání a s pomocí nejdostupnějších prostředků toto umožňujících. Pojem potřebná péče zahrnuje v případě definované potřeby hospitalizaci, ambulantní péči, následnou péči včetně komplexní lázeňské péče, preventivní péči, lékařskou službu první pomoci a lékařskou záchrannou službu.*

Mgr. Soňa Marková,
členka Výboru pro zdravotnictví PS PČR

Zdravotnictví je veřejná služba s právem na zdravotní péči

Východiskem a základním motivem zdravotní strategie KDU-ČSL je zájem o zdraví lidí a odpovědnost za politická rozhodnutí, která mohou mít přímé i nepřímé dopady na zajištění péče o zdraví jednotlivce i národa. Zdraví je nejvyšší hodnotou člověka a zdraví národa je veřejným statkem. *Proto budeme prosazovat podporu zdraví a zdravého životního stylu a program Zdraví 21 na všech úrovních. Zdravotnictví vnímá KDU-ČSL především jako veřejnou službu a nárok na zdravotní péči jako právo zaručené Listinou základních lidských práv a svobod.*

KDU-ČSL

Pro financování zdravotnictví považujeme za nejvhodnější systém veřejnoprávního zdravotního pojištění, který je provázen důslednou veřejnou kontrolou s cílem přispět k tomu, aby se prostředky vybrané na zdravotním pojištění hospodárně vynaložily na zdravotní péči.

KDU-ČSL podporuje zachování existujícího zdravotnického systému, který je funkční a vzhledem k dostupným finančním zdrojům přináší vynikající výsledky. Odmítáme experimenty řízené i neřízené privatizace zdravotních pojišťoven, veřejného zdravotního pojištění a fakultních nemocnic. Uplynulé volební období ukázalo, že bez demokratického, odpovědného a odborného přístupu nelze vytvořit dobré zdravotnické předpisy.

Hlavní programové teze:

1. KDU-ČSL klade důraz na ochranu veřejného zdraví a primární prevenci jako celospolečenský úkol v předcházení nemocem a minimalizaci nákladů na následnou léčbu. Je nutné, aby státní hygienická služba nadále sledovala působení různých faktorů na zdraví, monitorovala vztahy zdraví a prostředí, hodnotila zdravotní rizika a pracovala na podpoře zdraví a primární prevenci. Očkování je základní a nejvýznamnější protiepidemické opatření celé společnosti a jeho financování má být zajištěno ze státního rozpočtu, minimálně odborné skladování a distribuce očkovacích látek a výkon odborného dohledu mjí být organizovány státem a jeho organizacemi, s přímou odpovědností státu.
2. Základem zdravotní péče je primární péče, tedy činnost zejména praktických lékařů, zubních lékařů, gynekologů. Praktické lékařství v současné době prochází krizí (v odborné přípravě je minimum nových praktických lékařů, praktických lékařů pro děti a dorost, kteří nestačí ani zdaleka na generační obměnu). Nemocnice by měly ve větší míře poskytovat podporu praktickým lékařům. Zasadíme se proto o zvýšení finančních prostředků na vzdělávání lékařů a odbornou přípravu PL a PLDD a usnadnění převodu lékařských praxí, aby se zastavil úbytek lékařů.
3. V nemocnicích by měly být řešeny až ty zdravotní problémy, které nelze zvládnout v primární péči ani činností ambulantních specialistů. Budeme usilovat o strukturovanou ústavní péči:
   - základní péče musí být občanům dostupná především co nejblíže v okresních nemocnicích;
   - náročnější péče v krajských nemocnicích;
   - specializovaná včetně výzkumu a vývoje ve fakultních nemocnicích, výuka ve fakultních nemocnicích musí být patřičně financována ze státního rozpočtu; následná péče v léčebnách dlouhodobě nemocných, přičemž se zasadíme o posílení hluboce podfinancované následné péče na udržitelnou úroveň.
4. Základem kvalitního zdravotnictví jsou odborníci – lékaři a zdravotní sestry, proto podpoříme navýšení prostředků na vzdělávání a odbornou přípravu lékařů a zdravotních sester, aby se Česká republika nemusela potýkat s nedostatkem lékařů mnoha profesí. Příprava lékařů nedostatkových oborů bude podpořena přiměřeně více. Zlepšíme platové podmínky zdravotníků, abychom podpořili jejich stabilizaci v České republice.
5. Zasadíme se o vyvážený rozvoj jednotlivých oborů zdravotní péče a jejich a jejich spravedlivé financování. Zprůhledníme finanční toky ve zdravotnictví.

Zasadíme se o:
- transparentní sjednávání smluv a jejich obsahu mezi zdravotními pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními, vykazování zdravotní péče a kontrolu personálních, věcných a kvalitativních parametrů poskytování péče;
- transparentní pořizovaní investic do zdravotnických zařízení, nákup a předepisování léků, zdravotnických prostředků, vztahy mezi zdravotnickými zařízeními a dodavateli služeb, nájemci a dalšími zdravotnickými zařízeními;
- kompetentní personální obsazování správních orgánů ve zdravotnictví, řídicích orgánů zdravotních pojišťoven a veřejných zdravotnických zařízení.

6. Budeme prosazovat navýšení prostředků plynoucích do zdravotnictví, především podporou zvýšení plateb za státní pojištěnce. Není možné ani udržitelné, aby se podíl nákladů na zdravotnictví pohyboval pod 7% HDP, naopak musí se začít alespoň přibližovat průměru EU (8,5 – 9 %).
7. Podpoříme zavedení komerčního připojištění na zdravotní péči, které přinese až 5% prostředků a sníží tlak na solidárně vynakládané finanční prostředky. Zasadíme se o zavedení tzv. „ošetřovatelského pojištění“ pro financování péče na rozhraní sociální a zdravotní péče, tedy pro financování péče o dlouhodobě nemocné, terénní péči, asistenční služby apod. Do ošetřovatelského pojištění by byla odváděna část prostředků ze sociálního a ze zdravotního pojištění.
8. Ve spolupráci s odborníky budeme usilovat o vytváření standardů odborné lékařské péče a úhradových standardů (nároků z veřejného zdravotního pojištění) pro jasné vymezení hrazené a nehrazené péče.
9. Prosadíme vytvoření „národní lékové po-

litiky“ s využitím našich předních odborníků. Není možné, aby Česká republika vynakládala na léky přes 25 % veškerých prostředků ve zdravotnictví oproti 15 % ve vyspělých zemích EU. Růst nákladů na léky nemůže překračovat nárůst prostředků ve zdravotnictví.

10. Zasadíme se o to, aby léčba drogově závislých jedinců byla financována ze státního rozpočtu, aby náklady na jejich léčbu byly sledovány a vykazovány odděleně, aby prostředky na léčbu nebyly vynakládány na úkor ostatních.

KDU-ČSL bude usilovat o spolupráci s univerzitami, odbornými společnostmi a profesními organizacemi i s jednotlivými odborníky, kteří budou poskytovat materiály usnadňující kvalifikovaná rozhodnutí vedoucí ke konkretizaci zdravotní strategie KDU-ČSL. Ta bude dále rozvíjena a realizována za účasti široké občanské i odborné veřejnosti.

Ing. Ludvík Hovorka,
člen Výboru pro zdravotnictví PS PČR

Dostupnost a kvalitu zdravotní péče garantovat všem aspoň ve standardním rozsahu

Strana zelených bude usilovat o vybudování moderního, efektivního a solidárního zdravotnictví jako obecně dostupné veřejné služby. Dostupnost a kvalita zdravotní péče musí být garantována všem občanům alespoň ve standardním povinném rozsahu, což neomezuje a neruší přístup k nadstandardním službám, které hradí pacient z vlastních zdrojů.

Strana zelených

Prostředky ze zdravotního pojištění jsou omezené, proto bude nutné definovat objem základní nezbytné zdravotní péče a její strukturu, a to vyhláškou nebo zákonem. Na tento objem základní zdravotní péče bude vyhlášena veřejná soutěž. Tento garantovaný systém zdravotní péče vychází z principu povinné solidarity financované z veřejných zdrojů. Je založen na zákonném pojištění s pluralitním vlastnictvím zdravotnických zařízení, pluralitou pojišťoven a na svobodné volbě občana.

Strana zelených se zasadí o ozdravení a stabilizaci pojistného systému, zrovnoprávnění VZP a zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven a o stoprocentní přerozdělování vybraného pojistného jako podmínku efektivní alokace veřejných zdrojů. Bude usilovat o průhlednost hospodaření s finančními prostředky ve zdravotních pojišťovnách. Cílem je stabilizace růstu výdajů systému zdravotního pojištění v souladu s úrovní růstu mezd. Strana zelených navrhuje dále zvýšit platby za pojištěnce, za něž platí pojištění stát.

Strana zelených podporuje systém regulačních poplatků, který je nutné monitorovat a data pak odpovědně analyzovat. Přímé platby představují pouze doplňkovou, okrajovou formu financování zdravotnictví, jejich hlavním cílem je omezit plýtvání.

Zelení chtějí změnit regulaci nákladů na léky tak, aby byla zachována jejich dostupnost, ale výrazně omezeno plýtvání prostředky ze solidárního systému zdravotního pojištění. K tomu je třeba zajistit transparentní pravidla pro tvorbu cen, přičemž spoluúčast pacientů musí být srozumitelně a odůvodněně definována.

Strana zelených prosazuje jasné legislativní zakotvení odborných a finančních vztahů v trojúhelníku, tvořeném poskytovatelem zdravotní péče, pacientem a financujícím subjektem (zdravotní pojišťovnou).

Zelení prosazují vznik a rozvoj koncepčně definované decentralizované „páteřní“ sítě veřejných neziskových zdravotnických zařízení, poskytujících základní péči alespoň v minimálním povinném rozsahu na základě závazných léčebných standardů. Kraje jsou fakticky zodpovědné za zdravotní péči pro své občany, proto si určí, jakou síť a kde chtějí mít.

Informace o zdravotnických zařízeních a kvalitě poskytovaných služeb by měly být zpřístupněny. Strana zelených bude usilovat o zajištění přístupu pacientů k informacím týkajícím se jejich zdravotního stavu. Bude prosazovat důslednější ochranu důstojnosti a práv pacienta, posilovat vliv a postavení pacienta v systému zdravotní péče.

Stárnutí populace znamená zvýšení nároků na primární péči a na praktické lékaře. Strana zelených považuje za nutnost zvýšení počtu praktických lékařů pro dospělé.

Strana zelených podpoří místní společenstva, občanská sdružení, svépomocné

a samoobslužné skupiny, které se starají o seniory na principech komunitivní svépomoci. Zelení budou podporovat vznik domovů stáří a domovů důchodců. Považují za důležité umožnit starým a nemocným lidem důstojné umírání v humánních podmínkách a budou prosazovat rozvoj komplexní paliativní péče. Péče o důstojnost lidského života až do posledního okamžiku patří k našim základním hodnotám.

Podle odborných odhadů zdravotnictví ovlivňuje zdravotní stav obyvatelstva pouze z 15 až 20 %. Významný podíl na zdravotním stavu obyvatel má životní prostředí a způsob života. Prioritou Strany zelených v oblasti zdravotní politiky je prevence a podpora zdraví. Hledisko zdraví, kvality života a stavu životního prostředí by se mělo prosadit do každé lidské činnosti. Zelení usilují o kvalitní životní prostředí, dodržování hygienických norem, nezávadnost potravin, čistotu vody a ovzduší, snižování hlučnosti, bezpečnost práce, a tím i o trvalé zlepšení zdravotního stavu obyvatel a úspory veřejných zdrojů.

MUDr. Antonín Nechvátal, zdravotnický expert

„Protikrizová“ opatření ministerstva zdravotnictví

Věcný záměr, který schválila vláda 16. 3. 2009, byl posléze korigován s ohledem na její demisi. Ministerstvo zdravotnictví chce jedním zákonem změnit následujících 5 zákonů:

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

Maximální ceny léků – ČLK souhlasí.

Maximální cena léku by neměla být vyšší než průměr tří nejnižších cen daného léku v rámci zemí EU. Současný nevyhovující systém umožňuje, aby maximální cena léku v ČR byla třeba i druhou nejvyšší v rámci EU. Snížení maximálních cen léků sice prakticky neovlivňuje výdaje veřejného zdravotního pojištění, ale může mít příznivý dopad na snižování doplatků pacientů v lékárnách. Vzhledem k tomu, že díky konkurenčnímu prostředí jsou však skutečné ceny v lékárnách většinou mnohem nižší než povolené ceny maximální, nelze vliv tohoto opatření přeceňovat.

Úhrady léků z veřejného zdravotního pojištění – ČLK zásadně nesouhlasí.

Úhrada léku by již neměla odpovídat jeho nejnižší ceně v rámci zemí EU, ale průměru tří nejnižších cen. Pro účely stanovení maximální ceny léku a jeho úhrady by se neměly započítávat členské státy EU, jejichž HDP na hlavu přepočtené paritou kupní síly je nižší než 40 % hodnoty ČR.

Kvalifikovaný odhad farmakoekonoma ČLK počítá s nárůstem výdajů zdravotních pojišťoven za léky o cca 5 %, což odpovídá za rok částce +2,5 mld. Kč.

Další návrhy, které pravděpodobně zvýší výdaje zdravotních pojišťoven – ČLK nesouhlasí.

- Mimořádné revize úhrad léků z pojištění provádět pouze tehdy, pokud lze předpokládat v rámci dané referenční skupiny úsporu větší než 50 milionů Kč.
- Lhůta pro zhodnocení efektivity nového léku (cost – benefit ratio) v délce 5 let.
- Zvýšení počtu skupin, v nichž v každé musí existovat alespoň jeden lék plně hrazený z pojištění, ze současných 267 na 275.

Novela zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění

Změny pravidel výběru a přerozdělování pojistného – ČLK souhlasí.

- Prodloužení lhůty, po kterou lze vymáhat dlužné pojistné, z 5 na 10 let.
- Větší spravedlnost v přerozdělování pojistného mezi pojišťovnami díky zohlednění počtu chronicky nemocných.

Zvýšení plateb za tzv. státní pojištěnce ve druhém pololetí 2009 ze současných 677 Kč na 727 Kč – ČLK souhlasí se zvýšením, ale požaduje vyšší částku kompenzující nedostatečné platby v prvním pololetí roku 2009.

Pokud bude zrušeno zmrazení těchto plateb, které s účinností do konce roku 2009 způsobil zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, získá zdravotnictví do konce roku +1,8 mld. Kč, díky jejich zmrazení zákonem č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů však o stejnou částku zdravotnictví již v prvním pololetí letošního roku přišlo.

Zmrazení plateb za tzv. státní pojištěnce v roce 2010 na úroveň roku 2009 – ČLK zásadně nesouhlasí.

V roce 2010 by stát platil za jednoho pojištěnce nikoliv 795 Kč, ale pouhých 727 Kč. Systém veřejného zdravotnictví by tak byl v roce 2010, kdy budou pravděpodobně vrcholit dopady ekonomické krize, ochuzen o –4,9 mld. Kč.

Novela zákona č. 551/1991 Sb., o všeobecné zdravotní pojišťovně ČR a zákona č. 280/1992 Sb., o rezortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách

Zpřísnění pravidel pro nakládání s penězi fondu prevence – ČLK souhlasí.

Prostředky fondu prevence jsou v současnosti většinou zneužívány k marketingovým aktivitám pojišťoven, jejichž preventivní hodnota je často velmi sporná.

Avizované snížení limitu provozních nákladů zdravotních pojišťoven – návrh je neobsahuje.

Limity stanovuje vyhláška, kterou ministerstvo slibuje novelizovat. Text návrhu novely však nemá ČLK k dispozici.

Novela zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech

Možnost vydávat také pouze část originálního balení léku – ČLK nesouhlasí.

Realizace návrhu by mohla přinést pouze mizivý ekonomický efekt, ale zároveň by se výrazně zvýšilo riziko pro pacienty. Návrh je v kolizi s dalšími ustanoveními zákona o léčivech, např. s § 37 – povinnost označit obal léku (expirace, číslo šarže…) a s § 38 – povinný příbalový leták.

Závěr:

Navzdory některým racionálním dílčím opatřením, např. změny výběru pojistného a jeho přerozdělování nebo změny ve fondovém hospodaření zdravotních pojišťoven, není návrh zákona žádným protikrizovým opatřením, ale je právě naopak cestou, jak zavléci české zdravotnictví v roce 2010 do závažných ekonomických problémů. ČLK zaslala své připomínky Ministerstvu zdravotnictví ČR a o nebezpečí vyplývajícím z případného schválení zákona informovala premiéra ing. Topolánka, designovaného předsedu vlády ČR ing. Fischera, CSc., ministra financí ing. Kalouska, předsedu zdravotního výboru Poslanecké sněmovny ČR MUDr. Krákoru a rovněž předsedy všech parlamentních politických stran. Schválení tohoto návrhu zákona by totiž ohrozilo ekonomickou stabilitu systému veřejného zdravotního pojištění, a tím i dostupnost kvalitní zdravotní péče pro občany ČR v roce 2010.

Výsledkem přijetí návrhu by bylo v období do konce roku 2010 zvýšení výdajů zdravotních pojišťoven za léky o cca 2,5 miliardy Kč v důsledku změn v systému stanovení jejich úhrady ze zdravotního pojištění a zároveň snížení příjmů systému veřejného zdravotního pojištění o minimálně 3,1 miliardy Kč v důsledku opětovného zmrazení plateb státu za tzv. státní pojištěnce.

MUDr. Milan Kubek, prezident ČLK

Zástupná platba státu za osoby bez vlastních příjmů
(děti, důchodci, nezaměstnaní…)

Těchto 58 % obyvatel čerpá nikoliv vlastní vinou cca 80 % zdravotní péče ve finančním vyjádření, přičemž příspěvek státu za ně tvoří pouhých 23 % příjmů veřejného zdravotního pojištění.

Stát platí podle § 3c zákona č. 592/1992 Sb., měsíčně částku odpovídající 13,5 % z vyměřovacího základu, kterým je 25 % všeobecného vyměřovacího základu (25 % průměrné mzdy) stanoveného nařízením vlády pro účely důchodového pojištění za kalendářní rok, který o 2 roky předchází kalendářnímu roku, pro který se vyměřovací základ zjišťuje.

Na základě zákona č. 261/2007 Sb. o stabilizaci veřejných rozpočtů z 19. 9. 2007 (článek LXVII – přechodná ustanovení) se „vyměřovací základ pro rok 2008 podle § 3c věty druhé zákona č. 592/1992 Sb., ve znění účinném ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona, se použije i pro rok 2009". Tím došlo k tzv. zmrazení platby za státní pojištěnce.

Rok	Průměrná mzda	Vyměřovací základ 25 % průměrné mzdy	Platba státu 13,5 % z vyměřovacího základu	Platba pro rok
2006	20 050 Kč	5 012,50	677 Kč	2008
2007	21 527 Kč	5 381,75	727 Kč	2009
2008	23 542 Kč	5 885,50	795 Kč	2010

Zdroj: ČSÚ

V roce 2009 platí stát pojistné za cca 6 milionů osob. **Kvůli zákonu č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů je měsíční platba nižší o 50 Kč** (727 – 677). **Jen za rok 2009 tak zdravotnictví přichází o 3,6 mld. Kč.**

Varianta A:
Bude schválen tzv. protikrizový balíček

(zákon, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony)

Od 1. 7. 2009 se platba státu zvýší na 727 Kč, tedy o 50 Kč/měsíc (pojistné se v druhém pololetí 2009 a celý rok 2010 bude vypočítávat z průměrné mzdy roku 2007). **Tato platba zůstane stejná až do konce roku 2010.**

Čl. IV Přechodná ustanovení

2. Vyměřovacím základem pro rok 2010 je 25 % všeobecného vyměřovacího základu stanoveného nařízením vlády pro účely důchodového pojištění za kalendářní rok, ***který o 3 roky předchází*** *kalendářnímu roku, pro který se vyměřovací základ zjišťuje 21c). Vypočtená částka se zaokrouhluje na celé koruny nahoru.*

Do konce roku 2010 bude tedy realizováno celkem 18 měsíčních plateb zvýšených proti současnosti o 50 Kč. Platba, která by měla odpovídat roku 2009, bude zafixována na celý rok 2010 a nebude zohledněn nárůst průměrné mzdy v roce 2008. Stát tedy zaplatí do července 2009 do konce roku 2010 za každého svého pojištěnce o 900 Kč více.

V porovnání s Variantou B získá zdravotnictví do konce roku 2009 o 1,8 mld. Kč více, ale v roce 2010 ztratí 4,9 mld. Kč.

V porovnání s Variantou B ztratí v letech 2009 a 2010 zdravotnictví -3,1 mld. Kč.

Varianta B:
Nebude schválen tzv. protikrizový balíček

(zákon, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony)

Do konce roku 2009 se platba státu nezvýší a zůstane na současných 677 Kč za měsíc. Od ledna 2010 však dojde k jejímu zvýšení na 795 Kč, tedy nikoliv o pouhých 50 Kč, ale o 118 Kč za měsíc (pojistné se v roce 2010 bude vypočítávat z průměrné mzdy roku 2008 a nikoliv z průměrné mzdy roku 2007). Každá měsíční platba státu bude v roce 2010 o 68 Kč vyšší oproti stavu, který by způsobilo schválení tzv. protikrizového balíčku. V roce 2010 bude realizováno celkem 12 takto navýšených měsíčních plateb. Stát tedy zaplatí za každého svého pojištěnce o 1416 Kč více.

V porovnání s Variantou A získá zdravotnictví do konce roku 2009 o 1,8 mld. Kč méně, avšak do konce roku 2010 o 4,9 mld. Kč více.

V porovnání s Variantou A získá v letech 2009 a 2010 zdravotnictví +3,1 mld. Kč.

Srovnání dopadu obou variant na výši platby za tzv. státní pojištěnce v období od července 2009 do konce roku 2010

	Varianta B: současný stav		**Varianta A:** návrh MZ		**Rozdíl B – A**
	2. pol. 2009	**2010**	**2. pol. 2009**	**2010**	
Měsíční platba	677 Kč	795 Kč	727 Kč	727 Kč	
Počet měsíců	6	12	6	12	
Počet tzv. státních pojištěnců	6 milionů	6 milionů	6 milionů	6 milionů	
Platba státu	24,372 mld. Kč	57,240 mld. Kč	26,172 mld. Kč	52,344 mld. Kč	
Platba státu do konce roku 2010	81,612 mld. Kč		78,516 mld. Kč		**3,096 mld. Kč**

Závěr:

Pokud bude schválen tzv. protikrizový balíček, zaplatí stát za jednoho svého pojištěnce v období do konce roku 2010 o 516 Kč (1416 – 900) **méně, než kolik by zaplatil při jeho neschválení.** Při celkem 6 milionech pojištěnců, za které platí pojistné stát (děti, důchodci, nezaměstnaní…), **ochudí schválení tzv. protikrizového balíčku české zdravotnictví do konce roku 2010 minimálně o 3,1 mld. Kč.** Vzhledem k očekávanému nárůstu nezaměstnanosti, a tedy zvýšení počtu tzv. státních pojištěnců na cca. 6,1 mil. osob, byla by skutečná ekonomická ztráta ještě větší.

Zvýšení plateb státu za tzv. státní pojištěnce v 2. pololetí roku 2009, a tedy zmírnění negativních dopadů zákona č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů na zdravotnictví, je žádoucí. **Cenou za schválení tzv. protikrizového balíčku v navrhovaném znění a za zvýšení příjmů v roce 2009 o 1,8 mld. Kč by však bylo snížení příjmů systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2010 o 4,9 mld. Kč, což je nepřijatelné.**

MUDr. Milan Kubek, prezident České lékařské komory

Protikrizová opatření jsou souhrnem možného

Podle posledních odhadů zdravotní pojišťovny v roce 2009 vyberou o 11 až 13 miliard Kč méně, než původně předpokládaly. Podobný vývoj lze očekávat i v roce 2010. Přesto úhrady zdravotnickým zařízením porostou oproti roku 2008 v průměru o 7 %. Takový vývoj umožňují v době 20procentního poklesu průmyslové výroby rezervy nashromážděné díky mimořádnému růstu ekonomiky a zavedení regulačních poplatků.

Cílem ministerstva zdravotnictví je zajistit v roce 2009 u všech zdravotních pojišťoven schopnost dostát výdajům plánovaným v předkrizové době, tedy výše zmíněnému 7procentnímu nárůstu úhrad. Pro rok 2010 potom chceme zajistit minimálně stejný objem prostředků jako v roce 2009.

Navrhovaná opatření se skládají ze tří částí. První se týká samotného hospodaření zdravotních pojišťoven. Zahrnuje omezení provozních fondů a tzv. fondů prevence vedoucí k přesunutí 2,5 miliardy Kč na úhradu zdravotní péče. Zároveň dojde k posílení pravomocí pojišťoven při výběru pojistného a zpřesnění státního dohledu nad jejich hospodařením. Další opatření omezují nevhodné jevy v systému a zahrnují zákaz platit pojištěncům za přestup, zákaz zřizování zdravotních pojišťoven subjekty vlastnícími zdravotnická zařízení a povinnost pojišťoven zveřejňovat průměrnou výši jednotkové úhrady v jednotlivých segmentech a zdravotnická zařízení s významně nadprůměrnou úhradou.

Druhá oblast zahrnuje předsunutí navýšení platby státu. Navrhujeme, aby zákonem zvýšená platba byla vyplácena po dobu 18 měsíců (od 1. 7. 2009 do 31. 12. 2010, poté naskočí automatická valorizace), nikoliv až od 1. 1. 2010. Zároveň jsme ve snaze zabránit hrozbě významného snížení platby státu na podzim při sestavování státního rozpočtu uzavřeli s ministerstvem financí kompromis, který celkový objem platby státu oproti původním plánům sice mírně snižuje, ale zároveň vytváří pro zdravotnictví jistotu.

Poslední oblastí jsou změny v oblasti úhrad léků. Nový systém vymýtil korupci při stanovení úhrad (všechna rozhodnutí jsou veřejně přístupná) a již vedl k několikamiliardovým úsporám, je ale administrativně velmi náročný. Rozhodujícím vlivem v realizaci dalších úspor je tedy čas. Navrhujeme proto významné zrychlení vstupu generik na trh a zjednodušení prováděných řízení. Zároveň se z důvodu ochrany pacientů před významným nárůstem doplatků při snižování úhrad mění rovnováha mezi regulací cen a úhrad. Významně zpřísňujeme regulaci cen (z průměru všech cen v 8 zemích na průměr 3 nejnižších v 17 zemích) a mírně upravujeme regulaci úhrad (z nejnižší na průměr 3 nejnižších). Celkový dopad je jednoznačně pozitivní, zejména díky zrychlení řízení povede k dodatečným 2,5 miliardám úspor v průběhu roku 2010 při zamezení neúnosného růstu doplatků.

Celkem navržená protikrizová opatření přinesou na financování zdravotní péče 3,5 miliardy v roce 2009 a 9,5 miliardy Kč v roce 2010. Jejich realizace zajistí finanční stabilitu i při horším než očekávaném vývoji ekonomiky v roce 2009 a následně v roce 2010.

Skutečnou hrozbou pro finanční bilanci zdravotnictví jsou ale snahy o zrušení regulačních poplatků v době krize. Vedly by k výpadku příjmů zdravotnických zařízení ve výši přes 2,5 miliardy Kč a ke zvýšení výdajů pojišťoven v důsledku opětného navýšení zbytečných návštěv a spotřeby léků o dalších 5 miliard. Je třeba jasně říci, že není v silách pojišťoven kompenzovat poskytovatelům příjmy z poplatků. Ostatně ti, kteří toto zrušení navrhují, zcela mlčí o tom, odkud chybějící peníze do zdravotnictví přijdou.

MUDr. Pavel Hroboň, náměstek ministryně zdravotnictví

Ekonomické aspekty (reformy) zdravotnictví

Jedním z hlavních ukazatelů ekonomiky zdravotnictví je podíl výdajů na HDP. Ve vyspělých ekonomikách EU s podobnou demografickou strukturou, jakou má Česká republika, stále stoupá a pohybuje se již mezi 9 až 11 procenty. U nás ještě nedávno kolísal mezi 7 až 7,5%, tedy na hranici udržitelnosti našeho systému.

Zkušenosti zemí Visegrádu ukazují, že pokud výdaje spadnou pod magickou hranici 7 %, zdravotnictví kolabuje. S tím se už setkali v Polsku, v Maďarsku i na Slovensku (5,6–6,8 %). Náš podíl za minulé vlády klesal přes 6,9 % až na 6,5 %. Visegrádské země se už poučily, takže trvale horší ze zemí OECD zůstává např. Turecko (5,7 %).

Vývoj výdajů na zdravotnictví v ČR (v mld. Kč)

Rok	2003	2004	2005	2006	2007
Výdaje	195	207	216	221	231
% HDP	7,6	7,3	7,2	6,9	6,5

(Zdroj: ÚZIS)

Stejně pochmurná jsou absolutní čísla. Našich 1490 dolarů na hlavu a rok (2006) nás řadí až na chvost, a to ještě za použití příznivějšího přepočtu pomocí parity kupní síly. I tak jsou naše výdaje třetinové až poloviční ve srovnání s vyspělou Evropou. To vše při meziročních tempech růstu HDP 5–6 %. Protože vstupy – energie, léky či přístroje – jsou za světové ceny, je evidentní, že hlavním sponzorem českého zdravotnictví je jeho personál.

Výdaje zdravotnictví na osobu při přepočtu dle parity kupní síly (rok 2006)

Stát	USD
Spojené státy	6 700
Švýcarsko, Lucembursko, Německo	4 300 – 4 500
Nizozemsko, Dánsko, Rakousko, Belgie, Francie	3 300 – 3 600
Itálie, Portugalsko, Řecko, Španělsko, Velká Británie	2 100 – 2 600
Maďarsko	1 504
Česká republika	1 490
Slovensko	1 130
Polsko	910
Turecko	591

(Zdroj: ÚZIS)

Ten však už toho začíná mít dost. Za poslední rok odešlo ze zdravotnictví dramatických 20 tisíc zaměstnanců. Snadno je přeplatí cizina či jiná odvětví. V nemocnicích chybí na 6 tisíc sester a stovky lékařů. Mnohá oddělení zavírají. Mladí lékaři nastupují sotva za 17 000 Kč hrubého, vyžaduje se však po nich stoprocentní zodpovědnost. Ani po atestaci to není o mnoho lepší, a tak se peníze nahánějí službami na úkor rodiny. Pokud se hubené nemocniční platy aspoň na dohled nepřiblíží platům praktických lékařů, bude jejich exodus nadále pokračovat.

Nejhůř je na tom následná péče, kde se úhrady dlouhodobě pohybují pod hranicí nákladů i únosnosti. Tak se navyšuje trvalý vnitřní dluh. O neutěšené situaci ví u nás každý, ale nikdo ji neřeší. V důsledku toho zbude na sestry sotva 18 500 hrubého měsíčně. Tam už není z čeho brát (srovnej s 24 000 ve FN).

Průměrné náklady a úhrady v následné péči
(v Kč za 1 OD na středně těžkého pacienta zařazeného do 3. kategorie)

Poznámka: Celkový deficit segmentu je propočítán při 7 mil. ošetřovacích dnů za rok. Náklady na 1 hospicové lůžko v roce 2006 činily 1680–2225 Kč/1 OD.

Rok	2005	2006	2007	2008 (odhad)
Náklady	1 340	1 420	1 550	1 620
Úhrady	1 002	1 052	1 073	1 085
Rozdíl	**-338**	**-368**	**-477**	**-535**
Celkový propad	**-2,3 mld.**	**-2,5 mld.**	**-3,3 mld.**	**-3,7 mld.**

(Zdroj: AČMN,MZ)

To vše za situace, kdy na účtech pojišťoven leží neuvěřitelné 1 procento HDP. Tolik disponibilních zdrojů naše zdravotnictví ještě nikdy nemělo. Největší přírůstky byly v minulém roce. Lze jen spekulovat, proč se kumulovaly na kontech pojišťoven, a ne zdravotnických zařízení. O krizi v těch tučných letech nikdo nehovořil.

Celkové zůstatky na účtech zdravotních pojišťoven

Datum	Zůstatek
k 31. 12. 2007	26,8 mld. Kč (ZF 17,8)
k 31. 3. 2008	35,5 mld. Kč (ZF 26,0)
k 30. 6. 2008	37,9 mld. Kč (ZF 27,8)
k 30. 9. 2008	38,8 mld. Kč (ZF 28,5)
k 31. 12. 2008	37,6 mld. Kč (ZF 27,0)

(Zdroj: MF)

Poznámka: Podle údajů do dubna 2009 včetně byl dosavadní výběr pojistného jen o 0,84 % nižší než za stejné období 2008.

Paradoxně náš podíl na HDP může letos výrazně poskočit. Žel, jen účetním trikem: pokles HDP v důsledku krize při současné stagnaci výdajů na zdravotnictví procento navýší automaticky, aniž by do systému přibyla jediná koruna. Zpátky na zem nás brzy vrátí absolutní čísla, případně další odchody personálu.

Srovnání úhrad jednotlivých typů lůžek v ČR s vyspělou EU je zvláštní: Úhrady na ARO se liší jen minimálně a jsou pro českou nemocnici vysoce ziskové. I na JIPu ještě úhrady převyšují náklady. Jejich analýza ukazuje, že důvodem nejsou platy zdravotníků. Vlivná lobby prosadila, že se tu rychle obrací drahá lékařská technika a léky. To nemocnicím dovoluje spolu se ziskovými ambulancemi dorovnat dluh z lůžek, která jsou v propadu. Mimo to chce každá nemocnice dělat pochopitelně jen nejlukrativněji hrazené výkony (rozuměj: lukrativně vylobbované), a bývalá racionální struktura nemocnic 1. až 3. typu se zcela rozpadla.

Takovou možnost obvykle nemají následná lůžka, jejichž úhrada je 8–10krát nižší než v EU: v přepočtu 1–1,1 tis. Kč: 8–10 tis. Kč jako paušál za 1 den včetně všeho. Tak např. v jedné švýcarské psychiatrické léčebně dostává letos ředitel na jednoho relativně soběstačného pacienta v průměru 500 švýcarských franků, což je v dnešním kurzu cca 8750 Kč. U nás někdy „dohodovací řízení“ připomíná dialog hluchých: nedáme vám peníze, protože nemáte personál, zní z jedné strany. Z té druhé slyšíme: nemáme personál, protože jste nám na něj nedali peníze… Další komentář není třeba.

Řešení této situace je nezbytné

V této situaci lze poměrně snadno identifikovat slabá místa systému a stanovit ekonomické priority reformy: nemocnice a léky nás stojí ročně přes 75 % všech výdajů ve zdravotnictví (50 % a 25 %). Tady musíme začít.

Ukázali jsme si, že u nás existují neodůvodněné rozdíly v nemocničních úhradách při nevyhovující struktuře lůžek. To musí vzít jako výchozí fakt každá reforma. Směr do EU je jasný – neziskové veřejnoprávní zdravotnictví s racionální strukturou („pyramidou") nemocnic: z akutních lůžek co nejrychleji na dostatečně hrazená následná lůžka.

Tak je tomu např. v Nizozemsku – jen 3,1 akutního lůžka na 1000 obyvatel při současné nejhustší síti následných a doléčovacích lůžek. To u nás nejde z prostého důvodu: následných lůžek je absolutní nedostatek mj. i proto, že generují čistou ztrátu. A tak musí pacienti zbytečně zůstávat na drahých akutních lůžkách. Jinými slovy – plýtvání pod heslem úspor.

Druhou prioritou musí být nepochybně léková politika: náš podíl výdajů na léky dlouhodobě převyšující 25 % ve srovnání s 15 % ve vyspělé Evropě není trvale udržitelný. Po krátkém propadu v roce 2006 nemá si dnes farmaceutický průmysl na co stěžovat. Přírůstky jsou více než uspokojivé. Jsme opět tam, kde jsme byli.

Řešení není mimo realitu. Je třeba vytvořit program „národní lékové politiky", která systému vtiskne jasná a dlouhodobě daná pravidla. Regulovat je třeba nejen na straně pacientů, ale daleko více na straně výrobců, distributorů i předepisujících lékařů. To nemohou dělat jen pojišťovny, shoda musí být daleko širší a nemůže se měnit pokaždé se změnou vlády.

Tyto dva problémy řešily v minulých letech i všechny vyspělé evropské země. Jejich řešení se promítala do zdravotnických reforem. Nemusíme tedy objevovat Ameriku. Půl roku před volbami je užitečné se podívat, co politici hodlají dělat s problémy našeho zdravotnictví. Bylo hlavním tématem v minulých krajských volbách a nepochybně zůstane klíčovým i nyní.

Je třeba přidržet se faktů, jak praví latiníci: **Contra factum non est argumentum.**

Prof. MUDr. Ing. Petr Fiala, odborník na ekonomiku a organizaci ve zdravotnictví, Asociace českých a moravských nemocnic

foto: ČTK/Zbyněk Stanislav

Kdo je Mgr. Dana Jurásková, Ph.D., MBA

Ve Fischerově překlenovací vládě do podzimních voleb zaujala místo ministryně zdravotnictví Mgr. Dana Jurásková, Ph.D., MBA. Narodila se 21. září 1961 v Uherském Hradišti. Absolvovala Střední zdravotnickou školu (1980), vystudovala pedagogiku ošetřovatelství na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy (1991), v letech 2000 až 2004 studovala na VŠE, kde získala titul MBA. V roce 2007 dokončila postgraduální studium oboru sociálního lékařství na Lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Od 3. dubna 2009 pracovala jako ředitelka Všeobecné fakultní nemocnice (VFN) v Praze.

Předtím působila ve Fakultní Thomayerově nemocnici v Praze, kde od roku 1996 zastávala funkci náměstkyně ředitele pro ošetřovatelskou péči (hlavní sestra). Byla rovněž zástupkyní ředitele v době realizace projektu spolupracujících fakultních nemocnic a v roce 2007 byla pověřena vedením nemocnice do výběrového řízení, kterého se neúčastnila. Od února 2009 vedla VFN jako pověřená ředitelka.

V roce 2003 se stala vedoucí Ústavu teorie a praxe ošetřovatelství 1. LF UK. Je prezidentkou České asociace sester. Ve své profesní činnosti se vždy orientovala na management zdravotnických zařízení a řízení kvality zdravotní péče.

Je vdaná, má syna a dceru.

(Zdroj ČTK)

Možné následky hromadného ukončení smluv se zdravotními pojišťovnami

Na základě usnesení sjezdu delegátů ČLK se naše právní kancelář zabývala otázkou, jaké možné ***právní důsledky*** *by mohlo mít hromadné vystoupení českých lékařů ze systému veřejného zdravotního pojištění.*

Podle článku 31 Listiny základních práv a svobod, která je součástí ústavního pořádku České republiky, každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají právo na základě veřejného pojištění na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.

Toto ustanovení dává tedy právo všem občanům České republiky na bezplatnou zdravotní péči na základě zdravotního pojištění za podmínek stanovených zákonem. Z toho vyplývá povinnost státu a všech jeho orgánů toto právo občanům České republiky zabezpečit. Pokud by většina českých lékařů vystoupila ze systému veřejného zdravotního pojištění, nebylo by možno ponechat povinnost zajistit poskytování potřebné zdravotní péče svým pojištěncům pouze na zdravotních pojišťovnách, ale z citovaného ustanovení článku 31 Listiny základních práv a svobod by bylo zřejmé, že tuto bezplatnou zdravotní péči na základě veřejného zdravotního pojištění za podmínek stanovených zákonem musí zaručit stát a jeho orgány – tedy zejména vláda a parlament.

Jak by tyto orgány zdravotní péči zabezpečily, pokud by došlo ke shora uvedené situaci, lze těžko předjímat. Nelze ovšem vyloučit, že by bylo nutno vytvořit právní a ekonomický rámec pro **působení většího množství lékařů ze zahraničí**, zejména ze zemí Evropské unie, kteří by měli zájem za určitých výhodných podmínek vykonávat lékařskou praxi v České republice, být zapojeni do systému veřejného zdravotního pojištění místo českých lékařů, kteří by z tohoto systému ve své většině vystoupili. Nelze tedy vyloučit „nábor lékařů“ ze zemí, jako jsou Rumunsko, Bulharsko, Litva, Lotyšsko a Estonsko. Nelze také vyloučit přijetí takových **legislativních opatření, která by umožnila snadné získání povolení k výkonu lékařské praxe od ministerstva zdravotnictví lékařům z nečlenských států EU**, zejména například z Ukrajiny, Ruska a některých dalších zemí bývalého Sovětského svazu.

Podle § 46 odstavec 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění ve znění pozdějších předpisů, zdravotní pojišťovna je povinna zajistit poskytování zdravotní péče svým pojištěncům. Tuto povinnost plní prostřednictvím zdravotnických zařízení, se kterými podepsala smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče. Tato zdravotnická zařízení tvoří síť smluvních zdravotnických zařízení zdravotní pojišťovny.

Zákon tedy stanoví, že za poskytování zdravotní péče svým pojištěncům odpovídá příslušná zdravotní pojišťovna. Lze tedy předpokládat, že i zdravotní pojišťovny by všemi dostupnými prostředky usilovaly o to, aby jednak stávající smluvní lékaři nevystupovali ze systému veřejného zdravotního pojištění, jednak by se všemi možnými způsoby snažily získat lékaře ze zemí Evropské unie, aby vytvořily novou síť smluvních zdravotnických zařízení příslušné zdravotní pojišťovny a zajistily poskytování zdravotní péče pojištěncům. A v případě, že by legislativa a příslušné státní orgány vytvořily příznivé prostředí pro toto zapojení i pro lékaře z nečlenských států Evropské unie (což lze patrně předpokládat), mohli by tvořit síť smluvních zdravotnických zařízení zdravotní pojišťovny i tito lékaři.

Vzniklá **situace by patrně dávala velkou příležitost tzv. řetězcům poskytujícím zdravotní péči, neboť by se snadno stávaly smluvními zdravotnickými zařízeními zdravotních pojišťoven** a jejich vedení by zajišťovalo potřebný počet lékařů s potřebnou kvalifikací, takže smluvním zdravotnickým zařízením zdravotní pojišťovny by nemusel být konkrétní rumunský, bulharský, litevský či ukrajinský lékař, ale tito lékaři by se stali zaměstnanci řetězce, který by byl smluvním zdravotnickým zařízením příslušné zdravotní pojišťovny. Tato úvaha však již překračuje právní rámec a dostává se do ekonomického rámce možných dopadů příslušné situace.

Zdravotní pojišťovny by jistě trvaly na dodržení smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče ze strany dosavadních smluvních lékařů a na šestiměsíční výpovědní době, po kterou by ještě smluvní lékař byl povinen ve smluvním vztahu setrvat. Během této doby by se patrně snažily zajistit poskytování zdravotní péče svým pojištěncům náhradním způsobem, například rozšířením smluv s nemocnicemi ohledně poskytování ambulantní péče, nebo navazováním nových smluvních vztahů, ať již s jinými lékaři, nebo s řetězci. **Lze také těžko předpokládat úplnou jednotu lékařského stavu, spíše by ze systému vystoupila jen část smluvních lékařů, ti by mohli být možná rychle nahrazeni**, ať již jinými lékaři, řetězci, cizinci, nebo rozšířením ambulancí nemocnic, a sami se již zpět do sítě smluvních zdravotnických zařízení zdravotních pojišťoven nedostat, se všemi sociálními a ekonomickými důsledky.

Je otázkou, zda by vzniklá situace naopak nevedla k tomu, že zdravotní pojišťovny ve spolupráci s vládou a dalšími státními orgány vytvoří pro české soukromé lékaře příznivější ekonomické a další podmínky k poskytování řádné zdravotní péče, a tím je přesvědčí k tomu, aby nevystupovali ze systému veřejného zdravotního pojištění. Jistě i tato verze je možná, ale vsadit na ni by bylo asi velmi riskantní.

JUDr. Jan Mach, ředitel právní kanceláře ČLK

Doporučené postupy, standardy

Co je lege artis, kdo to posoudí a podle jakých kritérií

V současné době se lékaři často ptají, do jaké míry jsou či nejsou závazné určité doporučené postupy či standardy vydávané některými odbornými společnostmi a zda z těchto standardů bude vycházet i úhrada zdravotní péče ze strany zdravotních pojišťoven, nebo jde pouze o závazný či nezávazný návod, jak správně postupovat při provádění některých výkonů zdravotní péče.

Česká lékařská komora posuzovala též záměr stanoviska některých odborných společností k postupům v případech, kdy je rozhodováno, zda přejít na paliativní poskytování zdravotní péče u některých pacientů s nezvratným selháváním životních funkcí. Kromě toho se zástupci ČLK zúčastnili sympozia České chirurgické společnosti, České onkologické společnosti a České gastroenterologické společnosti v Lokti na téma Doporučené postupy nebo standardy, kde byla na vysoké odborné úrovni tato problematika předmětem diskuse. V současné době připravujeme kongres ČLK na téma Činnost soudních znalců ve zdravotnictví aneb Co je lege artis a kdo to posoudí.

Právní prostředí v českém lékařství

V současné době pozorujeme soustavný, již několik let trvající nárůst civilních žalob proti lékařům a zdravotnickým zařízením jak o náhradu škody, tak o ochranu osobnosti a trend k výrazné kriminalizaci lékařů, kdy vzrostl počet případů trestních oznámení na lékaře i trestních stíhání vedených proti lékařům. Stěžejní otázkou v těchto případech je odborné znalecké posouzení postupu lékaře. S tím souvisí otázka definice pojmu lege artis, otázka kdo a podle jakých kritérií posoudí, zda lékař postupoval v konkrétní situaci lege artis, nebo naopak non lege artis. V této souvislosti se nabízí, zda by neměly být k dispozici přesné standardy poskytování zdravotní péče, které by, ať již zavazujícím či doporučujícím způsobem, stanovily lékaři jakýsi standardní správný postup při léčbě té či oné diagnózy, případně v té či oné situaci, kterého by se lékař mohl přidržet, a v případě, že jej dodrží, a to i kdyby výsledek byl nakonec pro pacienta nepříznivý, by nemohla jeho odborná činnost být hodnocena jako non lege artis.

S tím souvisí otázka, zda tyto standardy či doporučené nebo dokonce závazné postupy budou automaticky znamenat povinnost zdravotních pojišťoven uhradit péči na té úrovni, na jaké je stanovena příslušným standardem nebo doporučeným postupem. V této souvislosti se lze jen okrajově zmínit i o problematice informovaného souhlasu a nesouhlasu pacienta s potřebným lékařským výkonem, neboť i tato problematika souvisí s právním prostředím v českém lékařství. Nejde totiž pouze o odpovědnost lékaře za správný odborný postup, ale rovněž za dodržení práv pacienta, tedy i práva na to, aby dostal potřebné informace a aby jeho souhlas s příslušným lékařským výkonem byl skutečně kvalifikovaný – tedy informovaný. Zejména tam, kde lékařská věda umožňuje několik možných postupů, z nichž všechny jsou v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy – lege artis má pacient nepochybně právo obdržet informace o všech v úvahu připadajících lege artis postupech a sám se rozhodnout (byť lékař mu jistě doporučí, co by pro něho považoval za nejvhodnější) pro postup ve svém konkrétním případě. Toto právo pacienta a povinnost zdravotníka vyplývá z článku 5 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně a z § 23 zákona o péči o zdraví lidu v platném znění.

Současná právní úprava

Článek 4 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně označený jako „Profesní standardy" stanoví, že jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví včetně vědeckého výzkumu je nutno provádět v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy.

Z vysvětlující zprávy k tomuto článku Úmluvy o lidských právech a biomedicíně vyplývá, že náplň profesních standardů, povinností a pravidel chování není ve všech zemích identická. Tytéž lékařské povinnosti se mohou v jednotlivých společnostech poněkud lišit. Ve všech zemích však platí základní zásady řádného výkonu lékařského povolání. Profesní úroveň a kvalifikaci, kterou lze očekávat u profesionálních lékařských pracovníků při výkonu jejich povolání, určuje současný stupeň vývoje oboru. Sledováním pokroku v medicíně se tato úroveň mění s novým vývojem, přičemž se vylučují metody, které již neodpovídají současnému stavu oboru. Nicméně se připouští, že profesní standardy nepředepisují nezbytně jeden postup jako jediný možný. Uznávaná lékařská praxe může totiž připouštět několik možných postupů, a ponechává tak určitou volnost ve volbě metod a technik. Dále se musí konkrétní průběh úkonu posuzovat pod zorným úhlem specifického zdravotního problému. Zvláště pak musí zákrok splňovat kritéria relevance a přiměřenosti mezi sledovaným cílem a použitými prostředky.

Tolik Úmluva o lidských právech a biomedicíně o standardech.

Podle § 11 zákona o péči o zdraví lidu č. 20/1966 Sb., v platném znění zdravotnická zařízení poskytují zdravotní péči v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy. Toto ustanovení je v současné době považováno za definici lege artis v České republice.

Podle § 55 téhož zákona zdravotničtí pracovníci poskytují zdravotní péči v rozsahu a způsobem, pro něž zásady stanoví ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s profesními organizacemi.

Současná soudní praxe se opírá o velmi zdařilý judikát Nejvyššího soudu ČR čj. 7 Tdo 219/2005, v němž Nejvyšší soud ČR vysvětluje, jak chápat při právním posuzování pojem lege artis.

Nebezpečný návrh Ministerstva zdravotnictví ČR

V návrhu zákona o poskytování zdravotních služeb, který byl předložen a v současné době stažen ministerstvem zdravotnictví, se předpokládala následující definice: *„Pacient má právo na poskytování zdravotních služeb, odpovídajících jeho zdravotnímu stavu, v souladu se standardy poskytování odborné zdravotní péče při respektování individuality každého pacienta a s přihlédnutím k současným poznatkům vědy (dále jen «náležitá odborná úroveň»).“* Dále bylo navrhováno ustanovení, že: *„Zdravotnický pracovník je povinen poskytovat odbornou zdravotní péči v rozsahu odpovídajícím jeho odborné způsobilosti a zdravotnímu stavu pacienta, v souladu se standardy poskytování odborné zdravotní péče, při respektování individuality každého pacienta a řídit se etickými principy.“*

Česká lékařská komora kritizovala tento návrh nové definice lege artis jako velmi neadekvátní a nebezpečný z hlediska právní odpovědnosti lékařů. Vždyť i při správném postupu podle všech dostupných poznatků lékařské

vědy a odborných pravidel se může stát, že až pitevní nález ukáže, že poskytnutá zdravotní péče neodpovídala zdravotnímu stavu pacienta, např. z důvodu diagnostického omylu lékaře, který však nelze považovat za postup non lege artis. ČLK vycházela ze shora uvedeného judikátu Nejvyššího soudu ČR k pojmu lege artis a navrhla následující definici.

Definice „lege artis" podle ČLK

„Zdravotnický pracovník je povinen poskytovat odbornou zdravotní péči podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, v mezích daných rozsahem svých úkolů podle pracovního zařazení, konkrétních podmínek a objektivních možností. Je-li v konkrétním případě standardem poskytování odborné zdravotní péče dán doporučený postup, postupuje zpravidla v souladu s tímto doporučeným postupem, při respektování individuality pacienta. Je-li to důvodné a v zájmu pacienta, může zvolit i jiný než doporučený postup. Důvod jiného než doporučeného postupu uvede ve zdravotnické dokumentaci."

V kontextu s tím navrhla i definici práva pacienta na poskytování náležité zdravotní péče, v souladu se shora uvedenými profesními povinnostmi zdravotníků, nikoli „odpovídajících jeho zdravotnímu stavu".

Pokud jde o závazné a doporučené postupy, tedy jakési „standardy", v současné době kromě již zmíněné právní úpravy stanoví zákon č. 220/1991 Sb. § 2 odstavec 2 písmeno i), že Česká lékařská komora, Česká stomatologická komora a Česká lékárnická komora jsou oprávněny vydávat pro své členy závazná stanoviska k odborným problémům poskytování zdravotní péče a ve zdravotnickém výzkumu. Česká lékařská komora tato závazná stanoviska vydává a zveřejňuje ve svém věstníku, avšak při jejich vydávání postupuje velmi obezřetně a uvážlivě, neboť je poměrně obtížné závazně stanovit lékařům určité konkrétní povinnosti a bývá patrně lépe určité postupy pouze doporučit. Samotných závazných stanovisek České lékařské komory je tedy poměrně málo.

Standardy vydávané odbornými společnostmi České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, případně jinými odbornými vědeckými společnostmi, jsou doporučeními občanského sdružení, nemohou být tedy závazné, ale mají často velkou autoritu a znalci i znalecké komise při posuzování postupu lékařů z těchto doporučení často vycházejí. Samozřejmě kdykoli nastane nějaký problém, vyšetřující orgán policie a státní zastupitelství i soud kladou otázku, zda existuje pro daný případ nějaký závazný či doporučený postup a je-li doporučený postup odbornou společností brán při posuzování případu v úvahu zejména tehdy, pokud soudní znalec nebo znalecký ústav označí tento doporučený postup jako správný a posuzuje, zda se ho lékař přidržel, či nikoliv. Nezávazná doporučení odborných společností tedy ve skutečnosti mají velkou váhu a autoritu, byť závazná jsou pouze stanoviska České lékařské komory.

Úvahy o budoucí právní úpravě – de lege ferenda

Návrh zákona o poskytování zdravotních služeb, který byl stažen z poslanecké sněmovny, vycházel z principu, že vše stanoví ministerstvo zdravotnictví „ve spolupráci" s komorami, odbornými společnostmi, občanskými sdruženími poskytovatelů zdravotní péče, zdravotními pojišťovnami a tyto standardy budou vydány ve Věstníku ministerstva zdravotnictví, přičemž jejich závaznost bude dána navrhovanou definicí postupu lege artis.

Česká lékařská komora naproti tomu navrhla, aby standardy stanovila komise složená ze zástupců profesních komor, odborných společností, občanských sdružení poskytovatelů zdravotní péče, a to mechanismem, který zákon přesně stanoví. Ministerstvo zdravotnictví pak zveřejní zákonem stanoveným způsobem dohodnuté standardy či doporučené postupy ve Věstníku ministerstva zdravotnictví, aniž je však bude samo stanovovat.

V zásadě existují dva možné přístupy a názor na jeden či druhý se liší. První přístup je takový, že standardy slouží pouze pro lékaře a další zdravotníky jako doporučené postupy při péči o pacienty a dále pro soudní znalce a soudce jako vodítko pro posouzení správnosti či nesprávnosti postupu lékaře či jiného zdravotníka. Nemají však nic společného s úhradou poskytované zdravotní péče.

Druhým možným přístupem je, že standardy jsou současně zásadním vodítkem pro úhradu zdravotní péče ze zdravotního pojištění a stanoví nepodkročitelné minimum, které musí být dodrženo, aby byl dodržen postup lege artis, a toto nepodkročitelé minimum musí být také uhrazeno ze strany zdravotní pojišťovny. Vše nad rámec těchto nepodkročitelných postupů by pak mohlo být považováno za nadstandardní péči, přičemž finanční rozdíl mezi nepodkročitelnou hrazenou péčí stanovenou standardem a nadstandardní péčí, která byla poskytnuta na přání pacienta, by mohl být předmětem připojištění, nebo přímé úhrady.

České zákony zatím konkrétní postup nestanoví a patrně s ohledem na současnou situaci k legislativnímu řešení tohoto problému v nejbližší době nedojde. Doporučené postupy a standardy vznikají spontánně především z iniciativy vedení některých odborných společností. Závazné postupy pro své členy mohou vydávat pouze profesní komory zřízené zákonem. Tím není vyloučeno, aby profesní komory zřízené zákonem vydávaly pro své členy i doporučené, nikoli přímo závazné postupy. Za užitečné bych považoval spojit úsilí vedení odborných společností, které tvoří jednotlivé standardy a doporučené postupy, s činností jednotlivých oborových komisí vědecké rady České lékařské komory (složení oborových komisí VR ČLK a vedení odborných společností bývá velmi podobné, někdy identické) a na půdě vědecké rady ČLK postupně pracovat na doporučených postupech pro lékaře jednotlivých odborností, které budou společným dílem vědecké rady ČLK a příslušné odborné společnosti. Skutečnost, že lékař postupoval podle doporučeného či dokonce závazného postupu stanoveného ČLK, může mít pro právní ochranu lékaře zcela zásadní význam.

V souvislosti se znaleckým posuzováním práce lékařů v českém právním prostředí zjišťujeme celou řadu zásadních problémů, kdy neuvážený znalecký posudek často přináší i osobní tragédie, zbytečné trestní stíhání a nepříznivou medializaci, a posléze se ukáže, že takové hodnocení nebylo objektivní a správné. Také proto dne 18. června 2009 od 10.00 pořádá ČLK kongres na téma Činnost soudních znalců ve zdravotnictví aneb Co je a co není lege artis a kdo to posoudí za účasti předních soudců Nejvyššího soudu, státních zástupců, pozvaných zástupců vedení Služby kriminální policie a vyšetřování Policie ČR, vedení odborných společností a významných soudních znalců, kde bude naším cílem tyto problémy probrat za účasti lékařů „z terénu" a doporučit určitá východiska pro budoucí právní úpravu i pro praxi.

Účast všech lékařů, které tato problematika zajímá, a zapojení do panelové diskuse bude velmi žádoucí.

JUDr. Jan Mach, ředitel právní kanceláře ČLK

Česká lékařská komora zve své členy a další zájemce na

KONGRES ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY

na téma

Činnost soudních znalců ve zdravotnictví aneb Co je a co není lege artis a kdo to posoudí

Kongres se koná ve čtvrtek dne 18. června 2009 od 9.30 hodin v Kongresovém sále Nemocnice Na Homolce v Praze 5

Program:

9.00 **Registrace**

9.30 **Zahájení a úvodní slovo**
MUDr. Milan Kubek – prezident ČLK
JUDr. Jan Mach – ředitel právní kanceláře ČLK

- Formulace základních problémů znaleckého posuzování správnosti postupu lékařů.
- Formulace pojmu lege artis v současné a v případné budoucí právní úpravě.
- Vystoupení soudců, státních zástupců, předních soudních znalců a předsedů některých odborných společností – praktické zkušenosti, názory, doporučení.
- Panelová diskuse s účastníky kongresu.
- Formulace závěrů a doporučení pro legislativu a justiční i znaleckou praxi.

15.00 **Závěr**

Aktivní účast přislíbil například předseda trestního senátu Nejvyššího soudu a významný autor právních publikací JUDr. František Púry. O aktivní účasti dalších předních českých soudců, státních zástupců, soudních znalců z oboru zdravotnictví, ministerstva spravedlnosti a ministerstva zdravotnictví se jedná.

Zváni jsou předsedové odborných společností ČLS JEP, členové vědecké rady ČLK a předsedové okresních sdružení lékařů ČLK, jakož i všichni zájemci z řad lékařů, právníků a dalších profesí.

Po vystoupení prezidenta ČLK, ředitele právní kanceláře ČLK, předních českých soudců zabývajících se trestním právem a problematikou náhrady škody i ochrany osobnosti, zástupce státního zastupitelství, Služby kriminální policie a vyšetřování, předních soudních znalců a předsedů některých odborných společností bude uspořádána panelová diskuse, ve které mohou účastníci položit otázky a přednést své názory na danou problematiku.

Hlavním důvodem uspořádání tohoto kongresu je rostoucí počet případů kriminalizace lékařů a žalob proti zdravotnickým zařízením, kdy příčinou vzniku celé „kauzy" je znalecký posudek z oboru zdravotnictví, který je posléze shledán jako nesprávný, zavádějící či neobjektivní. V závěru kongresu se proto společně pokusíme přijmout doporučení pro soudní znalce z oboru zdravotnictví, soudce, státní zástupce a policejní komisaře, jakož i pro případnou změnu legislativy.

Účastnický poplatek pro členy ČLK 500 Kč, pro nečleny ČLK 2000 Kč. Účastnický poplatek je nutno uhradit předem!
Pro účastníky kongresu bude zajištěno občerstvení.
Účast na konferenci bude hodnocena 7 kredity.
Odborná vzdělávací akce je pořádána v rámci celoživotního vzdělávání lékařů dle SP č. 16.

V registru akcí ČLK je zařazena pod číslem 19861.

Potvrzení o platbě je nutné předložit při registraci účastníků.

Platbu proveďte na číslo účtu 19 -1083620217/0100 ,k. s. 0379, v. s. 3509.

V případě zájmu je možné přihlášku zaslat na adresu Česká lékařská komora, Lékařská 2, 150 30 Praha 5, e-mailem vzdelavani@clkcr.cz, seminar@clkcr.cz nebo faxem na číslo 257 220 618.

Přihláška k účasti na Právním kongresu ČLK

Fax: +420 257 220 618, e-mail: vzdelavani@clkcr.cz, seminar@clkcr.cz

Příslušnou částku uhradím na číslo účtu 19-1083620217/0100, k. s. 0379, v. s. 3509 do 12. 6. 2009, potvrzení o platbě přinesu s sebou k registraci účastníků

Titul, jméno, příjmení .....

Korespondenční adresa.....

Telefon ..... **e-mail.** .....**specializace**.....

Člen ČLK: ano **výše úhrady 500 Kč/člen OS ČLK**.....

Člen ČLK: ne **výše úhrady 2000 Kč/zástupce firmy**.....

Dne ..... **Podpis** .....

Skandální strategie investic v době krize
do betonu a hardwaru, nikoliv do lidí

Slovo krize slyšíme na každém kroku. Nevíme, jak bude probíhat dál, zda se bude ještě prohlubovat, nebo zda jsme již za bodem obratu. Někdy mám pocit, že předpovědi „renomovaných" ekonomů mají menší věrohodnost než věštění budoucnosti nějaké kartářky. Faktem ale je, že propad ekonomiky se podepíše i na nižším výběru zdravotního pojistného. Vláda přitom odmítá v rámci svých protikrizových opatření navýšit platby za státní pojištěnce na úroveň, kterou by mohla či dokonce měla.

Když budou tato vládní opatření přijata, dostane zdravotnictví za rok 2009 a 2010 o 3,1 mld. korun méně, než kdyby přijata nebyla. Náměstek Hroboň to na konferenci ve Skalském Dvoře obhajoval postojem ministerstva financí, které nechce dát více. Dokáži si představit, že tomu tak je. Jenomže: paragrafy, které se v těchto opatřeních týkají léků, nahrávají farmaceutickému průmyslu a zdravotní pojištění budou stát další miliardy. Ale to není všechno! Vláda na svém takřka posledním zasedání schválila materiál, který se týká tzv. strategických investic do zdravotnictví už pro rok 2009. Nebojte se, nejde o investice do vzdělávání, ale do betonu a hardwaru. Jak jinak! Někdo si holt v krizi musí utahovat opasky, někdo naopak. To je přece ta dialektika. George Orwell by se asi moc nesmál. Všichni jsme si přece v krizi rovni…

Na rozdíl od farmafirem a stavební lobby zdravotníci asi nepatří k těm rovnějším, protože úhrady za zdravotní péči se nebudou zvyšovat, jak by měly. Budovat se však bude o sto šest. Že by to byla protikrizová pobídka, která pomůže nastartovat ekonomiku a skomírající stavební průmysl? V protikrizových opatřeních o tom ale není ani řádek a ve zdůvodnění investic slovo krize také nenajdete. Bývalá koalice se navíc takovýmto formám protikrizových investic ze státního rozpočtu bránila jako čert kříži. Zřejmě jen verbálně. Tady zřejmě i ministerstvo financí souhlasí. Vše je, zdá se, jen otázkou priorit a charakteru. Mimochodem, například u investice do likvidací následků ekologických škod za bratru sto miliard by mě také zajímalo, jak souvisí s krizí a zda by se nemohlo chvíli počkat…

Tomu dala, tomu víc… a tomu nic

Podívejme se, co se píše ve vládou schváleném dokumentu Strategické investice v rezortu ministerstva zdravotnictví v roce 2009. *V návaznosti na schválení vládního návrhu zákona, kterým se mění zákon č. 178/2005 Sb., o zrušení Fondu národního majetku České republiky § 5 odst. 3 písm. k), bylo uloženo ministerstvu zdravotnictví předložit vládě ke schválení „závazný jmenovitý výčet strategických investic navržených ministerstvem zdravotnictví a schválených vládou, včetně uvedení předpokládané finanční částky". Ustanovením § 5 odst. 3 písm. k) výše uvedeného zákona se stanovuje, že bude v roce 2009 kapitole ministerstva zdravotnictví převedena částka ve výši 1500 mil. Kč. Tyto prostředky budou získány z výnosů prodeje majetku určeného k privatizaci.*

Seznam oněch „strategických" investic je také zajímavý:

- FN Plzeň – pavilon chirurgických oborů (2009 – 200 mil. Kč, celkem 2000 mil. Kč);
- FN Hradec Králové – Neurologická klinika (2009 – 200 mil. Kč, celkem 231 mil. Kč);
- FN Brno – Gynekologicko-porodnická klinika (2009 – 60 mil. Kč, celkem 1200 mil. Kč);
- FN Královské Vinohrady – pavilon traumacentra (2009 – 200 mil. Kč, celkem 3600 mil. Kč);
- FN Olomouc – rekonstrukce hlavní budovy Franze Josepha (2009 – 150 mil. Kč, celkem 2355 mil. Kč);
- FN Ostrava – vybavení pro pracoviště centra stereotaktické radiochirurgie a radioterapie (2009 – 220 mil. Kč, celkem 220 mil. Kč);
- FN Ostrava – rekonstrukce traumatologie, urgentního příjmu a vybudování JIP a ARK (2009 – 200 mil. Kč, celkem 357 mil. Kč);
- Nemocnice Na Homolce Praha 5 – Leksellův gama nůž (2009 – 120 mil. Kč).

Nevím, zda jsou tyto investice potřebné, o tom v době krize, kdy se „musí šetřit", pochybuji. Nevím také, jak byly jednotlivé projekty vybírány. Proč třeba chybí investice do Thomayerovy nemocnice, která se nachází v chátrajících budovách? A kde je s odborníky projednaná strategická koncepce péče ve fakultních nemocnicích? Tedy ještě jinak: co je na těchto projektech strategického? A když už se projekty schvalovaly, neměly se projednávat dříve a ne na poslední chvíli, před koncem vlády a skoro potají?

Přímá linka Karlák–Letňany?

Samostatnou kapitolou je investice do Všeobecné fakultní nemocnice na Karlově náměstí. V dokumentu se doslova píše:

Všeobecná fakultní nemocnice Praha 2 – nová nemocnice

Hlavní zásady nového areálu

Protože rekonstrukce stávajících budov pro účely moderní zdravotnické péče není jak z hlediska jejich technického stavu, tak z hlediska dispozice areálu plně efektivní, je třeba řešit soudobé požadavky novou výstavbou. Výhledově bude tedy efektivní realizovat modernizaci v novostavbě. V daném případě se z plošných důvodů a nároků na velikost volných ploch možných k zastavění jeví jako výhodné řešení nalezení nové lokality pro umístění všech nezbytných provozů zdravotnických zařízení (oborů), a to buď v rámci některých již existujících zdravotnických zařízení, či v nové rozvojové lokalitě na území hlavního města Prahy.

Náklady na akci v roce 2009 činí 50 mil. Kč. Předpokládané celkové náklady na výstavbu nové nemocnice jsou ve výši 6500 mil. Kč.

Když se informace o tom objevila v médiích (Petr Holub, Aktuálně), reagovalo ministerstvo hystericky, že nejde o rušení VFN. Nevím, jak vám, ale mně z výše uvedeného textu jasně vyplývá, že jde o přesun do nové lokality nebo do jiných existujících zařízení. Tedy o zrušení nemocnice na stávajícím místě. V tomto mém názoru mě navíc utvrzují předchozí zkušenosti s přístupem ministerstva k přesunu/likvidaci Úrazové nemocnice v Brně.

Není to poprvé, co se o VFN v této souvislosti mluví. Už asi před pěti roky se objevovaly informace o zrušení a prodeji. Tenkrát dokonce byla vytvořena studie renomovanou firmou, která i ohodnocovala pozemky a budovy. Objevovaly se informace o 15 až 32 miliardách korun v závislosti na tom, zda šlo jen o areál, či také o budovy a pozemky vně (jako např. areál Karlov atd.).

V posledních letech se zase (někdy v souvislosti s VFN, někdy v souvislosti s olympiádou v Praze, někdy v kombinaci obojího) v kuloárech mluví o stavbě nové

(fakultní?) nemocnice v Letňanech. Dávalo by to určitou logiku. Ale to by museli lidé z ministerstva komunikovat jinak. O podivnosti návrhu a (ne)komunikaci totiž svědčí reakce univerzity a fakulty, z níž vyplývá, že s nimi nikdo o osudu „jejich" nemocnice nemluvil. Stejně tak zazněla ostrá negativní reakce ze strany pražského magistrátu a pražské ODS. Jistě, dalo by se to chápat i jako vnitrostranický boj nebo jako kritika netaktického postupu ministerstva před volbami, pokud jsou zvěsti o nové „olympijské" nebo fakultní nemocnici v Letňanech pravdivé. Ta se bez podpory magistrátu nepostaví.

VFN se ale týká univerzity, fakulty a magistrátu nejenom pro svoji funkci fakultní (univerzitní) nemocnice, která zajišťuje část péče o občany hlavního města, ale i z důvodů čistě formálních. Část pozemků a budov totiž patří magistrátu (Faustův dům) a univerzitě (některé budovy a pozemky mimo areál, například zahrady). Bez vzájemné součinnosti ministerstva, univerzity a města se budou prodávat či pronajímat hůře. Opět je nasnadě otázka: kde je „strategický" materiál vypracovaný ministerstvem, univerzitou a magistrátem o výuce studentů a o péči v Praze?

Možná je to celé bouře ve sklenici vody. Třeba jde jen o těch 50 milionů na nějakou studii a nikdo se k transferu VFN nechystá. Pokud je ale text z materiálu míněn upřímně, vyvolává obavy a rozpaky gigantických rozměrů. O tom, že jde o další důkaz arogance a přezíravosti, ani nemluvě. Tak si jen říkám, jak je dobře, že nebyl přijat ministerský návrh zákona o univerzitních nemocnicích.

Jistě, paní ministryně

Dokument o strategických investicích na vládu sice předkládala bývalá ministryně Daniela Filipiová, ale autorem bude nejspíše někdo jiný, buď **sir Humphrey, nebo Bernard**. O poměrech na ministerstvu zdravotnictví připomínajících skvělé britské seriály Jistě, pane ministře a Jistě, pane premiére svědčí reakce paní ministryně Filipiové pro portál Aktuálně. Na informaci, že jmenovala do funkce ředitele ÚHKT člověka, který nevyhrál výběrové řízení, odpověděla: „Když jsem ho podepisovala, tak mi bylo řečeno, že vyhrál výběrové řízení."

Samotné „strategické" investice do betonu a přístrojů v době krize a způsob jejich přijímání vyvolávají mnoho otazníků. Kdybych neznal pověstnou neúplatnost sira Humphreye a Bernarda, myslel bych si, že je za tím nějaká čertovina…

Michal Sojka

Vítězství nemocničních lékařů

Evropská směrnice o pracovní době zůstává v platnosti beze změn

Rada ministrů práce členských států EU v červnu 2008 schválila návrh revize Evropské směrnice o pracovní době – ED 2003/08 (EWTD). Také náš ministr Nečas podpořil následující změny diskriminující lékaře vůči ostatním profesím, ohrožující zdraví lékařů i bezpečnost pacientů:

1. Opětovné zavedení tzv. čekání na práci na pracovišti (inactiv part of on-call duty). Tato pracovní pohotovost na pracovišti neměla být považována za pracovní dobu, pokud ji za výkon práce neoznačí národní legislativa nebo kolektivní smlouva. Národní legislativa, pokud by byla projednána se sociálními partnery, nebo kolektivní smlouva by mohly tuto pracovní pohotovost na pracovišti dokonce považovat za odpočinek.
2. Automatické prodloužení vyrovnávacího období pro sledování průměrné týdenní odpracované doby na 12 měsíců.
3. Lékař by nemusel odpočívat bezprostředně po směně, ale odpočinek by mu měl být umožněn „v rozumné době" (???).
4. Opt-out (možnost souhlasit s větším rozsahem pracovní doby než 48 hodin týdně). Zaměstnanec by mohl souhlasit s prodloužením týdenní průměrné pracovní doby na 60 hodin nebo na 65 hodin, pokud by na základě národní legislativy byla pracovní pohotovost na pracovišti i nadále považována za pracovní dobu. Tyto limity by ještě mohly navýšit kolektivní smlouvy.

Poslanci Evropského parlamentu naštěstí 17. 12. 2008 tento návrh novely směrnice předložený Evropskou komisí odmítli. Pro jejich rozhodování byl důležitý zásadní odmítavý postoj všech relevantních evropských lékařských organizací, jejichž zástupci demonstrovali 15. prosince před budovou Evropského parlamentu ve Štrasburku. Ke zdaru akce přispěli nejenom kolegové, které na demonstraci vyslal LOK-SČL, ale též ČLK, jejíž prezident zaslal vysvětlující dopis všem europoslancům zvoleným v ČR a s řadou z nich také osobně jednal.

Na jaře letošního roku pak následoval proces zdlouhavých jednání mezi zástupci Evropské komise a představiteli Evropského parlamentu s cílem nalézt přijatelný kompromis. Koncem dubna tato jednání skončila neúspěchem, což znamená, že současná směrnice o pracovní době zůstává v platnosti beze změny. V souladu s rozhodnutími Evropského soudního dvora tedy i nadále bude veškerá přítomnost lékaře na pracovišti považována za výkon práce, a nebude se tedy zavádět nám dobře známé tzv. čekání na pracovišti, tedy ponižující a špatně placená pracovní pohotovost na pracovišti. Tzv. opt-out, tedy možnost individuálního souhlasu s větším množstvím přesčasové práce než v průměru 8 hodin týdně, bude zrušena do tří let.

Alespoň pro tentokrát politici uznali, že i lékaři jsou lidé a s ohledem na bezpečnost pacientů by neměli pracovat déle než v průměru 48 hodin týdně. Směrnice je závazná pro všechny členské státy EU včetně České republiky.

Michal Sojka

Mírné zvýšení tarifních platů pro zdravotnické pracovníky, kteří nepracují v akciových společnostech

Ministerstvo zdravotnictví ČR v uplynulých týdnech slíbilo, že s ohledem na nedostatek zdravotních sester budou od poloviny tohoto roku jejich tarifní platy zvýšeny o 15 %. Vzhledem k tomu, že nemocnice trápí nejenom nedostatek středního zdravotnického personálu, ale i lékařů a že mzdy ve veřejném sektoru stagnují, byl po složitých jednáních původní záměr ministerstva modifikován následujícím způsobem:

Od 1. června 2009 budou navýšeny tarifní platy všem státním zaměstnanců o 3,5 %.

Prostřednictvím zvláštního příplatku ve výši dalších 3,5 % budou s účinností od 1. 7. 2009 navýšeny tarifní platy všech zdravotnických pracovníků, kteří pracují ve zdravotnických zařízeních.

Obě tato navýšení platů proběhnou na základě novelizace nařízení vlády č. 564/2006 Sb., o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě. Mechanismus navýšení platů zdravotníků je tedy podobný, jaký byl zaveden bývalým ministrem zdravotnictví Bohumilem Fišerem na základě jednání s představiteli Lékařského odborového klubu na konci roku 2000, resp. od ledna 2001, kdy toto navýšení bylo nazýváno tzv. fišerným. Tarifní platy lékařů by tedy po 1. 7. 2009 měly být o 7 % vyšší než dnes.

Od 1. července letošního roku bude dále změněn tzv. katalog prací ve veřejných službách a správě, **přičemž změna se bude týkat všeobecných sester a porodních asistentek**. Novelizovaný katalog prací bude vydán novým nařízením vlády, které s účinností od 1. 7. 2009 nahradí dosavadní nařízení vlády č. 469/2002 Sb. Na podkladě této změny (přesun v tarifních třídách) se předpokládá navýšení tarifních platů všeobecných sester a porodních asistentek, které jsou státními zaměstnankyněmi, v průměru o dalších 8 %.

Uvedené změny povedou přímo k navýšení platů pouze u tzv. státních zaměstnanců, tj. u zaměstnanců zaměstnavatele, kterým je stát, územní samosprávný celek nebo státní příspěvková organizace, popř. veřejné neziskové ústavní zdravotnické zařízení. Na základě zkušeností z minulých let lze však předpokládat, že v návaznosti na tuto změnu dojde k tlaku na zaměstnavatele v nestátní sféře tak, aby i oni přistoupili ke změně mzdového ohodnocení u svých zaměstnanců. Nová právní úprava platového odhodnocení zdravotníků se tak nepochybně stane pádným argumentem při nastavování podmínek mzdového ohodnocení lékařů a sester v rámci kolektivního vyjednávání ve zdravotnických zařízeních, která tato právní úprava přímo nezavazuje. Nyní již záleží pouze na síle odborových organizací, aby pro lékaře vybojovaly zvýšení mezd i v akciových společnostech a aby zabránily snižování osobních příplatků a odměn. Na podporu komory se nemocniční lékaři mohou spolehnout.

Milan Kubek

Avizované navýšení platů zdravotníků: Iluze a prázdný slib?

LOK-SČL vítá aktivitu odstoupivší vlády ČR o zvýšení příjmů zdravotníků. Na druhou stranu tato vláda nezajistila finanční krytí tohoto kroku. V dlouhodobě podfinancovaných zdravotních zařízeních se tak může stát, že místo skutečného přidání bude toto navýšení kompenzováno snížením jiné složky platu, a jak máme signály, tak tento způsob řešení reálně hrozí. Ve skutečnosti tedy o žádné navýšení nepůjde! LOK-SČL zásadně odmítá takovéto řešení a žádá novou vládu ČR, aby zajistila finanční krytí těchto kroků.

LOK-SČL proto vyzývá ministryni zdravotnictví, aby zajistila splnění nařízení vlády ČR v přímo řízených zdravotnických zařízeních tak, aby ke zvýšení příjmů zdravotníků reálně došlo. Zároveň žádáme hejtmany jednotlivých krajů, aby toto navýšení bylo realizováno i v jimi zřizovaných zdravotnických zařízeních, a to bez ohledu na jejich právní formu. Jinak hrozí, že dojde k prohloubení rozdílů v odměňování, které způsobí další odliv kvalifikovaných zdravotnických pracovníků.

MUDr. Martin Engel, MUDr. Lukáš Velev (jménem předsednictva LOK-SČL, 16. 5. 2009)

Prohlášení Koalice soukromých lékařů k navýšení plateb zdravotních pojišťoven nemocnicím

Koalice soukromých lékařů vnímá celkově finančně podhodnocenou práci zdravotnických pracovníků v ČR, ale zásadně nesouhlasí se způsobem, jakým se tuto situaci chystá řešit Ministerstvo zdravotnictví ČR. Navýšení úhrad některým lůžkovým zařízením s účelem zvýšení platů pouze selektované skupině zdravotních sester je jednoznačně porušením poměru úhrad mezi lůžkovou a ambulantní sférou. Koalice soukromých lékařů žádá ministerstvo zdravotnictví, aby se obrátilo na managementy svých nemocnic a vyzvalo je k řešení finanční situace v rámci úhrad poskytovaných zdravotními pojišťovnami na základě současně platných finančních ujednání.

Za Koalici soukromých lékařů: MUDr. Jan Jelínek, zástupce Sdružení praktických lékařů ČR, mluvčí koalice; MUDr. Jiří Pekárek, prezident České stomatologické komory; MUDr. Pavel Neugebauer, předseda Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR; MUDr. Zorjan Jojko, předseda Sdružení ambulantních specialistů ČR; MUDr. Vladimír Dvořák, předseda Sdružení soukromých gynekologů ČR (29. 4. 2009)

Omluva

Nová lékařská iniciativa

V minulém čísle časopisu Tempus medicorum se díky nepřesnému přepisu vloudila do prohlášení občanské lékařské iniciativy *Sebeobrana lékařů – za kvalitní medicínu* (založena 28. března 2009 v Praze) velice nepříjemná chyba: V prvním bodě jejich požadavků se namísto „pokladenského“ objevilo slovo „poradenského“. Samozřejmě to zásadně mění smysl, proto nyní s hlubokou omluvou uveřejňujeme požadavky nové lékařské iniciativy znovu.

Požadavky lékařského sdružení Sebeobrana lékařů – za kvalitní medicínu:

A. zavedení pokladenského systému v ambulantní péči se zachováním dostupnosti a přiměřené kvality pro všechny vrstvy obyvatelstva;
B. ukončení platnosti manipulativního bodníku a zavedení ceníku zdravotnických výkonů v korunách s každoroční aktualizací;
C. vytvoření legislativních podmínek, které zabrání pohlcení drobných soukromých lékařských praxí spekulativním velkokapitálem.

Blanka Rokosová

Vliv tzv. regulačních poplatků na spotřebu léků – mýty a skutečnost

Mýtus první:

MUDr. Tomáš Julínek, tehdejší ministr zdravotnictví, v Nedělní partii TV Prima, 16. 11. 2008 s Petrem Šimůnkem:

„Jde o dramatickou úsporu, co se týče plýtvání, která je tím provázena, jestliže jsem tady seděl v tomhle pořadu a říkal jsem, my projíme dvě miliardy v paralenech, tak ty dvě miliardy jsou teďka ve veřejném zdravotním pojištění a my za ně můžeme nakupovat drahé léky pro opravdu vážně nemocné, protože ta hloupá třicetikoruna přinutila lidi, aby si to šli koupit, ten paralen, a nešli k doktorovi. A neutrácí se a dělá to ony miliardy, o kterých vy hovoříte.“

Skutečnost:

Kumulované náklady všech zdravotních pojišťoven za všechny léčivé přípravky obsahující paracetamol za rok 2007 byly 14 979 884 Kč, tedy necelých 15 milionů.
(Zdroj: odpověď ministerstva zdravotnictví ze dne 30. 4. 2009 na dotaz.)

Poznámka:

Zdravotní pojišťovny utrácejí ročně za paracetamol 15 milionů, a tak i kdyby ho přestaly platit úplně, uspořily by bývalým ministrem Julínkem zmiňované dvě miliardy nikoliv za rok, ale za 133 let.

Mýtus druhý:

Bc. Marek Šnajdr, první náměstek ministryně zdravotnictví, 4. 3. 2009 pro Právo:

„V lékové politice došlo loni k revoluci. Prosadili jsme zásadní změnu. Na českém trhu dříve byly prodávány stovky, možná tisíce přípravků za ceny vyšší, než je běžné v Evropské unii. Státní ústav pro kontrolu léčiv provedl přecenění a snížil ceny zhruba u 3500 přípravků. Dokonce počet léků bez doplatku pacienta stoupl o 500. Nám se tak podařilo zásadním způsobem snížit ceny léků, doplatky a ještě díky regulačním efektům zmrazit výdaje zdravotních pojišťoven na léky. Efekty první fáze reformy v oblasti léků jsou tedy úspěšné.“

Skutečnost:

Celkový objem distribuovaných léků se započítáním maximální možné obchodní přirážky:

	Výdaje za léky mld. Kč	Meziroční nárůst	Inflace
2005	64,89	13,8 %	1,9 %
2006	58,97	- 9,1 %	2,5 %
2007	67,15	12,2 %	2,8 %
2008	72,75	8,3 %	6,3 %

Zdroj: SÚKL, ČSÚ

Poznámka:

Regulační poplatky nesnížily celkové výdaje za léky. Pokles počtu prodaných balení léků z 343 milionů v roce 2007 o 7,4 % na 318 milionů kusů, tedy na úroveň roku 2006, kdy platily Rathovy vyhlášky (320 milionů balení), byl totiž naprosto eliminován raketovým nárůstem průměrné ceny jednoho balení léku ze 196 Kč v roce 2007 na 229 Kč, tedy meziročně o 17 %.

Ještě zajímavější je ale fakt, že regulační poplatky nedokázaly snížit ani výdaje za léky na předpis, které se naopak po jejich zavedení zvýšily z 58,56 mld. Kč na 63,52 mld. Kč, tedy meziročně o 8,5 %. Nejrychleji rostoucí položkou byla onkologika, jejichž spotřeba se za jediný rok zvýšila z 9,1 mld. Kč na 11,04 mld. Kč, tedy o neuvěřitelných 21 %!

Mýtus třetí:

Bc. Marek Šnajdr, první náměstek ministryně zdravotnictví, 4. 3. 2009 pro Právo:

„Léky díky našim opatřením jsou pod kontrolou. Neutrácíme za paraleny, ale za moderní účinné preparáty.“

Skutečnost:

Tabulka 8 ATC skupin, u kterých došlo k největšímu poklesu výdajů pojišťoven:

ATC skupina		Výdaje 2007 (Kč)	Výdaje 2008 (Kč)	Úspora (Kč)
C08CA	Dihydropyridiny (selektivní Ca blokátory)	1 091 720 281	965 230 211	126 490 070
C09AA	ACE inhibitory	1 670 784 975	1 549 856 495	120 928 480
C07AB	Beta-blokátory kardioselektivní	831 835 565	711 509 731	120 325 834
C10AB	Fibráty	320 268 621	228 899 559	91 369 062
C10AA	Statiny	1 830 599 752	1 747 868 802	82 730 950
C04AD	Deriváty purinu (oxyphylin)	153 683 601	78 856 919	74 826 682
R03BA	Inhalační glukokortikoidy	344 526 233	282 426 316	62 099 917
M01AX	Jiná NSA (nimesulid…)	279 215 031	219 837 739	59 377 292
Celková úspora na prvních 8 ATC skupinách s největším poklesem výdajů pojišťoven				**738 000 000**

Zdroj: odpověď ministerstva zdravotnictví ze dne 30. 4. 2009 na dotaz občana

Poznámka:

- Největší úspory nejsou u léků na „banální“ choroby, ale u kardiologických preparátů.
- Počátkem loňského roku byla se léků prodávalo méně, neboť chroničtí pacienti se předzásobili, aby ušetřili na poplatcích.
- Regulační poplatky mohou motivovat ke snižování spotřeby léků. Pokud by však snížení výdajů za statiny nebo ACE inhibitory bylo opravdu způsobeno poklesem jejich spotřeby, tedy vlivem regulačních poplatků, pak by to byl efekt z lékařského hlediska jistě nežádoucí.
- Skutečnou příčinou poklesu výdajů naštěstí nebyly regulační poplatky, ale spíše příchod nových generických léčiv a pokles cen léků zapříčiněný konkurencí mezi lékárnami. A pokles spotřeby Oxyphylinu? Ten nejspíše signalizuje, že jsme si asi oblíbili nějaké jiné placebo.

Milan Kubek

Právě procházíme vývojovým skokem.
Ať žije evoluce!

Kvalitní a ověřené informace
v moderní podobě.

Předplatné s mimořádnou slevou 45 % pro členy ČLK objednávejte pomocí předplatenky na druhé straně tohoto inzerátu.

HOSPODÁŘSKÉ NOVINY

Jde o pervitin, nebo o zisky farmaceutických firem a o špiclování občanů?

Údajně až osmdesát procent léků obsahujících pseudoefedrin, které jsou v ČR volně prodejné, neslouží k léčbě nemocných, ale k výrobě pervitinu. Společenské škody a ekonomické ztráty způsobené zneužíváním drog pochopitelně vysoko překračují daňový výnos z prodeje těchto léků a o pověst pervitinové varny Evropy asi také nestojíme. Vzhledem k závažnosti problému je tedy logické, když poslanci původně schválili zákon omezující výdej léků s pseudoefedrinem na lékařský předpis, obdobně jak je tomu s tisíci dalších potenciálně nebezpečných léků. Jde o efektivní, jednoduché a vyzkoušené opatření, které nevyžaduje žádné zvláštní náklady. A právě takové zákony bychom měli mít.

Nepředpokládám, že by senátorům a poslancům, kteří nakonec hlasovali proti tomuto znění zákona, ležel na srdci prospěch dealerů drog. Patrně pouze podlehli kouzlu farmaceutických firem, které se strachují o své zisky. Na léky, jejichž výdej je omezen pouze na lékařský předpis, je totiž zakázána reklama s výjimkou odborného lékařského tisku. Bez reklamy by se prodej takových léků pochopitelně snížil. A pokud pseudoefedrin nebude sloužit narkomanům, tržby firem klesnou ještě výrazněji.

Není pravda, že by každý, kdo u respiračních infekcí dává přednost samoléčbě před vyšetřením u lékaře, musel po přijetí zákona spěchat k lékaři pro recept. Kombinované léky s obsahem pseudoefedrinu totiž chorobu neléčí, pouze zmírňují její příznaky, a pokud budou ke smůle narkomanů dostupné jen na lékařský předpis, i nadále si slušní lidé budou moci volně koupit jiné „léky na chřipku“. Výrobci léků se také mohou přizpůsobit a rizikový pseudoefedrin v kombinovaných preparátech nahradit například fenylefrinem, který účinkuje podobně, přičemž se ale k výrobě pervitinu nehodí. Na Novém Zélandu se taková záměna osvědčila.

Asi nikde není mezi narkomany pervitin tak populární jako u nás, přesto patří pseudoefedrin například v Nizozemsku nebo ve Finsku mezi zakázané látky. Je sice pravda, že léky s pseudoefedrinem jsou volně prodejné třeba na Slovensku, v Polsku, Rakousku nebo Francii, otázkou však zůstává, jak dlouho ještě. Lékařským předpisem podmiňují výdej těchto léků ve Švédsku, Dánsku nebo v pobaltských státech. A čekárny tamních lékařů kvůli tomu ve švech nepraskají.

Nestandardní metodu kontroly zvolili ve Velké Británii, kde je prodej omezen na jedno balení, avšak bez jakékoliv centrální evidence. Nic tedy případnému zájemci nebrání v tom, aby si neobešel tolik lékáren, kolik pseudoefedrinu potřebuje. Podobně by výdej maximálně dvou balení těchto léků na základě předložení občanského průkazu nebo průkazky zdravotní pojišťovny nefungoval bez dalšího opatření ani u nás.

Standardní evidenci lékařských receptů hodlají ministerstvo zdravotnictví a jemu podřízený Státní ústav pro kontrolu léčiv nahradit prostřednictvím tzv. centrálního úložiště dat, tedy „Velkého bratra“, který bude kontrolovat a evidovat, jaké léky užívá na své nemoci každý z nás, a zároveň kontrolovat, jaké léky ten který lékař předepisuje.

Výhrady právníků zabývajících se ochranou osobních údajů vůči tomuto špiclovacímu systému jsou tak zásadní, že se nelze divit lékárníkům, když se brání podřídit špatnému zákonu a odmítají se zapojit do přeposílání citlivých osobních údajů o občanech po internetu. Nevím, jak vy, ale já bych si také nepřál, aby po internetu kolovaly informace o lécích, které užívám, a tím nepřímo také o chorobách, kterými trpím. Pokud by měl systém fungovat, pak by do něho museli mít on-line přístup zaměstnanci všech lékáren. A nejsem si jist, že by si někdo z nás přál, aby se tito lidé elektronicky přehrabovali v jeho zdravotní dokumentaci.

Aby bylo jasno. Anonymnímu sledování spotřeby léků, jejich cen a hlídání výskytu nežádoucích účinků se nikdo nebrání. Avšak bez zajištění ochrany dat a bez jistoty, že takto citlivá databáze zůstane nepřístupná pro zaměstnavatele, banky, pojišťovny, penzijní fondy nebo prodejce všeho možného, je tzv. centrální úložiště dat nepřijatelným průlomem do lékařského tajemství. Pokud by politici opravdu chtěli omezit zneužívání léků s pseudoefedrinem k výrobě pervitinu, pak měli zapomenout na představu elektronického špiclování občanů a měli v souladu s návrhem ČLK využít standardní způsob omezení jejich výdeje na lékařský předpis, jehož zneužití a falšování je trestné. Avšak v tomto případě jde patrně o něco jiného.

Milan Kubek

P. S.: V některých státech USA se pro sledování preskripce používá podobný program jako u nás zákonem zavádí SÚKL. Například ve Virginii (USA) se 30. dubna neznámý počítačový hacker „proboural“ do jejich systému a odcizil záznamy o 8 milionech pacientů a 35,5 milionech receptů. Navíc celou databázi zašifroval a za to, že ji zase odšifruje, vyžaduje 10 milionů dolarů. Podrobnosti byly zveřejněny 7. 5. 2009 pod názvem Virginia Data Ransom na adrese http://www.schneier.com/blog/.

Závazně objednávám roční předplatné Hospodářských novin

☐ CHCI ROČNÍ PŘEDPLATNÉ HN se slevou 45 % za 2 819 Kč s DPH (2 586,24 Kč bez DPH)

ADRESA OBJEDNAVATELE

Organizace
Příjmení
Jméno
Titul
Ulice
Č. p.
PSČ
Obec

Vyplněním kuponu souhlasím s tím, aby ECONOMIA a.s., se sídlem Dobrovského 25, 170 55 Praha 7, IČ: 00499153, jako správce, zpracovala poskytnuté osobní údaje v souladu se zák. č. 101/2000 Sb,. o ochraně osobních údajů, za účelem marketingového využití. Tento souhlas zahrnuje v uvedeném rozsahu i telefonické kontaktování a zasílání obchodních sdělení prostřednictvím SMS zpráv, e-mailů, jakož i dalších elektronických prostředků, a to po dobu 10 let ode dne udělení souhlasu. Poskytnuté údaje budou zpracovány správcem nebo jím pověřenými zpracovateli v souladu se zák. č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Účastník má právo přístupu k údajům, které poskytl. A další práva podle § 11. 21 zák. č. 101/2000 Sb. Souhlas uděluji dobrovolně a mohu jej kdykoliv bezplatně písemně odvolat na adrese správce.

Souhlasím se zasíláním obchodních sdělení vydavatele elektronickou poštou: ANO ☐ NE ☐

ADRESA PRO DORUČOVÁNÍ
Je-li shodná s adresou objednavatele, nevyplňovat.

Organizace
Příjmení
Jméno
Titul
Ulice
Č. p.
PSČ
Obec

Počet kusů ☐

VYPLŇTE KONTAKT

Telefon
Fax
E-mail

ZPŮSOB PLATBY Akceptujeme EuroCard/MasterCard, Visa, JCB, Diners Club International. Pro doplnění čísla karty a její platnosti Vás budeme telefonicky kontaktovat.

Faktura ☐ Platební karta ☐ Složenka ☐
SIPO ☐ Spoj. číslo

ÚDAJE PRO FAKTURACI

IČ
DIČ CZ
Č. účtu
Kód banky

Datum
Razítko
Podpis

Ad Jak dosud fungují akreditace po česku

Tak co navrhujete, pane doktore?

Časopis České lékařské komory čtu prakticky pokaždé, a tak mi neušel článek kolegy Veleva. A musím říct, že autor zřejmě nepochopil vůbec základní principy akreditačního procesu. Kritizovat umí každý, ale pokud nemá zároveň přijatelné řešení, pak je to jen a jen plácání do vody, kalné (ne naší vinou) až běda. Že je třeba zahájit práci na skutečných změnách systému, to víme už 20 let, ale co se skutečně stalo? Dlouho očekávaná reforma vypadala, jak vypadala, a už je asi mrtvá, co bude dále, nikdo neví. Jak se bude řešit základní nepoměr mezi výdaji ve zdravotnictví a možnými zdroji, také nikdo neví. Populace stárne, zvyšují se náklady na léčbu a na druhé straně se nezvyšují finanční zdroje. Tyto základní principy asi není třeba lékařům připomínat, jen naši pacienti to někdy moc netuší.

Bezpečnost pacientů, ale i zdravotnického personálu musí být na prvním místě. A k tomu akreditace určitě vede. Udělá alespoň základní pořádek ve zdravotnické dokumentaci, v důležitých procesech v nemocnici, jako je hygiena, podávání léčiv, informovanost pacientů, návaznost péče… A měla by přispět i ke zlepšení pozice zdravotnického personálu, jeho lepšímu odměňování, dodržování platných zákonů (včetně zákoníku práce).

Všichni odpůrci akreditace neustále zdůrazňují administrativní náročnost procesu. I já mám někdy problém s tím, proč musím vždy dát razítko, kam mi někdo určil. Na druhé straně, pane doktore, byl jste někdy členem znalecké komise? Studoval jste dokumentaci, která byla absolutně nečitelná, kde se pacient jakoby z naší péče ztratil na několik hodin, kde je zřetelné dopisování dlouho po události, kde vidíte pod objektivním vyšetřením napsáno, že pacient se cítí dobře, stav je idem a pak najednou v 45 letech umře na komplikaci, kterou podle rodiny hlásil dva dny nazpět?

Toto jsou procesy, které se dají napravit bez velkých finančních nákladů. Dále akreditace zahrnuje procesy, které potřebují finanční krytí a kam patří například i otázky personální. Akreditace by měla vést k tomu, že upozorní na problémy a žádá jejich řešení. Pokud si vezmeme otázku pohotovostních služeb, akreditace přesně odhalí, co je špatné. Ale jak na to reagujeme my lékaři? Místo abychom se jednotně postavili za dodržování zákoníku práce a společně trvali na tom, že je nutné zlepšit odměňování všech zdravotnických pracovníků, necháme se rozložit na skupiny. Tak co vlastně chceme? V boji pak zůstanou osamocení jednotlivci a s těmi si vedení už dobře poradí.

A tak váš článek shazuje práci stovek lidí a nenabízí řešení.

Akreditace mě neživí ani živit nebudou, ale myslím si, že kdo pochopí, o co vlastně tady jde, bude o krok dopředu. A to jsem vždycky chtěla – být o krok dopředu. Takže pokud budete chtít zahájit práci na skutečných změnách systému a nebýt stejný jako ti, které kritizujete, pak vám ráda pomohu. Pokud se vám podaří dát dohromady naši nejednotnou lékařskou veřejnost, veřejně vám zatleskám.

Takže, co navrhujete, pane doktore?

Doc. MUDr. Eliška Sovová, Ph.D., MBA, FN Olomouc

Nevěřím v jednoduchá řešení

Vážená paní docentko, vaše reakce na můj článek v Tempus medicorum svědčí o tom, že splnil svůj účel. Vyprovokoval diskusi k probíhajícím akreditačním šetřením v českých nemocnicích. Dosud totiž téměř žádná neproběhla a způsob, s jakým všichni akreditace nařízené „stranou a vládou“ přijali, opravdu spíše konvenuje praxi obvyklé před rokem 1989. Velmi dobře chápu potřebu sofistikovat procesy léčebné péče, a tím zvýšit bezpečnost pacientů i zdravotníků. V tomto světle rozumím i akreditačním standardům a v této části je velmi podporuji. Souhlasím s tím, že dobře vedená dokumentace je především ochranou nás zdravotníků, a jsem si vědom nedostatků, které se v ní často vyskytují. Jsem si ale také vědom, jaké důvody k tomu často vedou, tedy především nedostatek času a přetížení zdravotníků.

O to více jsem rozladěn akreditační praxí, která – dle mého názoru zcela záměrně – pomíjí četná a závažná rizika, která tak nějak nejsou v souladu s politickým zadáním řízení. Jak jinak můžete vysvětlit, že akreditace vůbec neřeší otázku personálního vybavení zdravotnických zařízení? Jak mohou, a tedy i vy můžete, připustit stav, kdy o 35 těžce nemocných, z toho třetinu ležících, pečují 2 zdravotní sestry (často jen jedna z nich schopna práce bez odborného dohledu) a jedna sanitářka? Jak si myslíte, že tyto zdravotnice mohou pracovat s dokumentací a jak pečlivě dodržovat ošetřovací standardy, když mají oněch 35 nemocných ošetřit, umýt v rámci ranní hygieny, rozdat léky, injekce, infuze, nakrmit, polohovat… Mohou konat jinak, než se uchýlit k formalismu a ošidit buď pacienty, nebo dokumentaci? Je to jistě chyba, ale proč SAK neupozorní na to, že za daných personálních podmínek nelze akreditační standardy splnit? Když, jak píšete, vám jde o bezpečnost pacientů, proč SAK, a tedy i vy, neřešíte, že pacienti jsou ošetřováni lékaři, kteří jsou nepřetržitě v práci 24 a více hodin? Opravdu jste přesvědčena, že je to pro pacienty bezpečné? A jestli ne, proč na to nepoukazujete? Nezlobte se, ale to mi přijde jako poněkud vyšší riziko než zvlhlá sůl v pacientské jídelně. Co však považuji za největší chybu probíhajících akreditací, je vytvoření iluze, že problémy českého zdravotnictví jsou tímto šetřením vlastně odstraněny a naše nemocnice jsou pak bezpečné. Pro politiky, kteří často problematice vůbec nerozumí, je pak přidělení akreditace známkou, že problémy zdravotnictví řeší a možná již vyřešili. Systém veřejného zdravotního pojištění to nestálo ani korunu – pojišťovny prostě akreditace ignorují. To je skvělý výsledek.

Závažné problémy, jako je chronický nedostatek financí či personální devastace nemocnic, jsou pak snadno přehlíženy. Náklady spojené s akreditací navíc hradí nemocnice z provozu. Šetření také nejsou zdarma a stojí nemalé prostředky z veřejných rozpočtů. Neříkám, že jsou zcela neúčelná, ale právě nedostatkem vazby na personální standardy svůj účel neplní dobře, místy se stávají kontraproduktivní.

Ptáte se na řešení? Není jednoduché. Je však třeba přestat předstírat a otevřeně popsat problémy českého zdravotnictví. To, že se vždy najde skupina, která politikům nabídne nějaké jednoduché a relativně levné řešení, vede k tomu, že závažné problémy nikdo neřeší. Je to možná lukrativní, ale neprozíravé. I my jednou budeme pacienty. Možná by bylo rozumnější přiznat, že české zdravotnictví je dlouhodobě podfinancované, personálně devastované a je třeba tento problém řešit. Pokud se na tom shodneme a pokud přestaneme nabízet politikům jednoduchá řešení typu akreditace, dostaneme se všichni o kus dál. Pak budou i zdravotníci mnohem vstřícnější k opatřením navrhovaným jak v akreditačních, tak jiných řízeních. Budou na jejich plnění mít dostatek času, budou mít i při nezbytné administrativní zátěži dostatek času na pacienty. Nechci znevážit práci těch, kdo se na akreditaci podílejí, jen bych byl rád, kdybychom při její aplikaci vnímali realitu zdravotnických provozů.

Lukáš Velev

Vzdělávací kurzy České lékařské komory

Přehled jaro a podzim 2009

Přihlášky zasílejte na adresu:
Oddělení vzdělávání ČLK
Lékařská 2, 150 30 Praha 5, fax: 257 220 618,
e-mail: vzdelavani@clkcr.cz, seminar@clkcr.cz
(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 zasílaným informacím, neboť místo konání kurzu může být změněno.

Poplatky za účast na doškolovacích kurzech České lékařské komory

Cena doškolovacích kurzů ČLK, pokud není uvedeno jinak:
- pro lékaře příslušných specializací při přihlášení a platbě předem 650 Kč,
- pro lékaře příslušných specializací při přihlášení a platbě na místě 720 Kč,
- pro nečleny České lékařské komory 1190 Kč.

Součástí poplatku za kurz je studené občerstvení, káva a minerální voda. Začátek víkendových kurzů je v 8.30, pokud není uvedeno jinak.

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 **733 529 061** a **603 252 483.**

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

27/09 Kurz – Orgánová selhávání v intenzivní medicíně – sepse a MODS – opakování

Datum konání: 30. 5. 2009
Místo konání: Praha 5, Klub ČLK, Lékařská 2
Koordinátor kurzu: MUDr. Jiří Valenta, KARIM VFN 1. LF UK, Praha 2

MUDr. Jan Bláha
- Šok

MUDr. Pavel Herda
- Poškození teplem, chladem a elektrickým proudem

MUDr. Jan Bruthans
- Zajištění dýchacích cest

MUDr. Zdeněk Stach
- Kraniocerebrální poranění

MUDr. Jiří Valenta
- Peripartální hemoragie, role anesteziologa – metodický pokyn

MUDr. Jiří Valenta
- Intoxikace hadími jedy

MUDr. Marek Svítek
- Chronická obstrukční plicní nemoc

MUDr. Pavlína Nosková
- Chronická bolest – dg., terapie

28/09 Kurz – Rozmazlený spratek výchovně neschopných rodičů nebo Aspergerův syndrom?

Datum konání: 30. 5. 2009
Místo konání: Praha 4–Podolí, ÚPMD, Podolské nábř. 157
Délka trvání: 4 hodiny
Koordinátor: MUDr. Sausen Sládková

PhDr. Kateřina Thorová, Ph.D., psycholog, ředitelka metodického střediska Asociace pomáhající lidem s autismem APLA Praha, Střední Čechy, o. s., MUDr. Sausen Sládková
- Bezradní učitelé, vyčerpaní a zoufalí rodiče hledající léta odpověď na otázku, co je s dítětem v nepořádku, proč se tak vymyká?
- Jak odhalit děti, které vypadají jako ADHD (lehká mozková dysfunkce), ale u nichž běžné výchovné postupy selhávají?
- Jak nabídnout rodičům konstruktivní pomoc?
- Symptomy, kazuistiky, praktické videoukázky dětí, kterých má každý pediatr v registru několik.

35/09 Právní kongres ČLK – Činnost soudních znalců ve zdravotnictví aneb co je a co není lege artis a kdo to posoudí

Datum konání: čtvrtek 18. 6. 2009
Místo konání:
Kongresový sál Nemocnice Na Homolce
Účastnický poplatek:
člen ČLK 500 Kč
ostatní 2000 Kč
- Formulace základních problémů znaleckého posuzování správnosti postupu lékařů.
- Formulace pojmu lege artis v současné a v případné budoucí právní úpravě.
- Vystoupení soudců, státních zástupců, předních soudních znalců a předsedů některých odborných společností – praktické zkušenosti, názory, doporučení.
- Panelová diskuse s účastníky kongresu.
- Formulace závěrů a doporučení pro legislativu a justiční i znaleckou praxi.

Na základě přihlášky budou zájemcům zaslány bližší informace včetně pokynů k uhrazení účastnického poplatku, který je nutno uhradit předem.

Připravujeme

Kurz 32/09 – IVF 19. 6. 2009, *MUDr. Řezáčová*

36/09 Kurz – Odvykání kouření

Datum konání: 12. 9. 2009
Místo konání: Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5
Koordinátor: MUDr. Eva Králíková, CSc., 1. LF UK a VFN, Praha

MUDr. Eva Králíková, CSc.
- Epidemiologie užívání tabáku, související mortalita a morbidita
- Účinná prevence kouření, složení tabákového kouře, pasivní kouření

Prof MUDr. František Perlík, DrSc. (1. LF UK a VFN)
- Lékové interakce kouření

MUDr. Lenka Štěpánková (1. LF UK a VFN, Praha)
- Kouření a psychiatrická komorbidita

MUDr. Eva Králíková, CSc.
- Princip závislosti na tabáku, diagnostika, historie léčby, různé metody

MUDr. Lenka Štěpánková
- Psychoterapie závislosti na tabáku, příklady

MUDr. Eva Králíková, CSc.
- Farmakoterapie závislosti na tabáku
- Současné možnosti léčby závislosti na tabáku v ČR, specializovaná centra
- Situace ve světě, mezinárodní a naše doporučení léčby

MUDr. Alexandra Kmeťová (1. LF UK a VFN, Praha)
- Léčba závislosti na tabáku s podporou zaměstnavatele, příklady z ČR, ekonomika této léčby
- Nácvik skupinové terapie, nejčastější dotazy pacientů, panelová diskuse

37/09 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: 19. 9. 2009
Místo konání: Praha 5, Lékařská 2, Oválná pracovna

Praktická část
Datum konání: individuální stáž (6 hodin). Termín si domluví každý posluchač dle svých časových možností.
Místo konání: Dětská oční ambulance, Zdravotnické zařízení Barrandov, Krškova 807, 152 00 Praha 5–Barrandov
Cena kurzu: 2500 Kč
Koordinátor: MUDr. Anna Zobanová

Teoretická část (5 hodin):
- Vývoj vidění
- Vývoj refrakce
- Metody vyšetřování úrovně zrakové ostrosti u nonverbálních pacientů
- Zásady práce s dětmi s vícečetným, nejen zrakovým postižením (MDVI)
- Kritéria pro korekci refrakčních vad brýlemi či kontaktními čočkami u dětí

Odpolední seminář

119/09 – Nové postupy v resuscitaci novorozence
středa 30. 9. 2009

MUDr. Jan Melichar
- Nové přístupy v resuscitaci novorozence / resuscitace kyslíkem, či vzduchem?
- Optimální vybavení resuscitačního lůžka na porodním sále.

Inzerce

Příjem řádkové inzerce:
recepce@clkcr.cz
Časopis ČLK, Helena Vognarová
Lékařská 2, 150 00 Praha 5
tel.: +420 257 217 226
fax: +420 257 220 618

UPOZORNĚNÍ PRO INZERENTY

Česká lékařská komora upozorňuje inzerenty, že s platností od 1. srpna 2009, resp. od čísla 9/2009 časopisu Tempus medicorum, bude možné zadat inzeráty ke zveřejnění pomocí elektronického formuláře na webu www.lkcr.cz – sekce Zajímavé odkazy – Tempus medicorum – Zadání inzerce. Zároveň tam naleznete bližší informace, jak postupovat. Nadále platí, že pro člena ČLK je zadání inzerátu zvýhodněno (250 znaků a dvě opakování zdarma). Větší rozsah inzerátu stejně jako inzerce jiných subjektů jsou zpoplatněny. Členové ČLK mohou své inzeráty zadávat rovněž písemně na adrese redakce či osobně v kanceláři ČLK. Uzávěrka aktuálního čísla je vždy k 1. daného měsíce.

(red)

Volná místa – poptávka

Oční lékařka s 35letou praxí v oboru, s licencí ČLK a atestací 2. stupně přijme místo na částečný pracovní úvazek v oční ordinaci v Praze. Tel.: 272 931 334 od 19–20 hodin. Mobil: 777 871 772

Lékařka – obor hygiena a epidemiologie – hledá místo v Praze. Mobil: 728 884 393

Volná místa – nabídka

Poliklinika Prosek, a.s., Praha 9, přijme do prac. poměru lékaře revmatologa, lékaře do odd. rehabilitace a vedoucího lékaře lůžkového odd. následné péče. Specializovaná způsobilost v oboru (pro lůžkové odd. např. interna, geriatrie). Lze kratší úvazek. Možnost ubytování, pomoc při řešení bytové situace. Nástup dohodou. V případě zájmu zašlete profesní životopis. Kontakt: pí Prchalová – 266 010 106, e-mail: prchalova.o@poliklinikaprosek.cz, fax: 286 589 362

Karlovarská krajská nemocnice, a.s., hledá primáře a lékaře na oddělení interny v Nemocnici Sokolov. V rámci KKN, a.s., přijmeme lékaře i na jiná oddělení. Nabízíme nadstandardní finanční ohodnocení, možnost ubytování, náborový příspěvek až 50 000 Kč. V případě zájmu kontaktujte naše personální oddělení: Mgr. Ing. Lucie Pilousová, lucie.pilousova@kkn.cz, tel.: 353 115 641 nebo ředitelství Karlovarské krajské nemocnice, a.s., Bezručova 19, 360 66 Karlovy Vary. Více na www.kkn.cz

Poličská nemocnice, s.r.o., přijme do trvalého pracovního poměru lékaře pro léčebnu dlouhodobě nemocných. Pro lékaře s příslušnou kvalifikací možnost práce v interní ambulanci na část úvazku. Nabízíme dobré platové podmínky, zaměstnanecké výhody, ubytování v areálu nemocnice. Výhledově získání bytu. Vhodné i pro důchodce. Poličská nemocnice, s.r.o., Eimova 294, 572 01 Polička. Tel.: 461 722 700, 732 567 007. E-mail: ldn.nempol@tiscali.cz

Zdravotnické zařízení v Praze 4–Jižním Městě II přijme do zaměstnaneckého poměru praktického lékaře. Informace na tel. 296 506 173

Přijmu praktického lékaře do ordinace PL v Praze 6–Řepích. Do září 2009 na 1–2 dny v týdnu, od září 2009 na plný pracovní úvazek. V horizontu 2–3 let možné převzetí praxe. Tel.: 602 572 779

NZZ v Praze 4 přijme atestovanou dermatoložku, dermatologa a chirurga. Výhodné pracovní a platové podmínky. Nástup možný ihned nebo dle dohody. Informace na tel. 241 765 162 nebo 241 770 620

Ambulance u Arbesa, s.r.o., Praha 5, přijme gynekoložku nebo gynekologa na 0,2–0,5 úvazku.
Kontakt: 606 601 018

Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o., přijme lékaře pro oddělení patologie. Odborná způsobilost v oboru a praxe vítána, není však podmínkou. Nabízíme: zajímavou práci v prosperující organizaci, podporu dalšího vzdělávání, přátelské pracovní prostředí, pět týdnů dovolené, závodní stravování, nástup možný ihned, zajištění bytu. Platové podmínky dle platných mzdových předpisů. Bližší informace podá primář oddělení patologie MUDr. Pavel Srna, tel.: 483 345 820, e-mail: srna@nemjbc.cz, případně vrchní sestra Monika Neumannová, tel.: 483 345 824, e-mail: neumannova@nemjbc.cz

Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o., přijme pro oddělení patologie zdravotnického laboranta/laborantku. Požadujeme: vzdělání střední, vyšší odborné nebo vysokoškolské v oboru zdravotnický laborant, samostatnost, zodpovědnost, komunikativnost, praxe vítána, není však podmínkou. Nabízíme: zajímavou práci v prosperující organizaci, přátelské pracovní prostředí, pět týdnů dovolené, závodní stravování, nástup možný ihned, možnost ubytování. Platové podmínky dle platných mzdových předpisů. Bližší informace podá vrchní sestra Monika Neumannová, tel.: 483 345 824, e-mail: neumannova@nemjbc.cz

Oddělení klinické biochemie a hematologie Medicentrum Beroun, s.r.o., přijme zdravotní laborantku. Požadujeme: odborné vzdělání zdravotní laborantky, registraci v oboru, dobrou znalost práce na PC, pečlivost, zodpovědný a aktivní přístup. Nabízíme: stálou ranní směnu bez pohotovostních služeb, moderní a příjemné pracovní prostředí, motivující platové ohodnocení, pravidelné odměny v závislosti na výkonu oddělení. Kontakt: Zlatoslava Přecechtělová, tel.: 311 746 171, e-mail: okbh@medicentrum.cz

Nestátní poliklinika v Berouně přijme na plný úvazek alergologa, neurologa, zubního asistenta/ku a zdravotnického (biochemického) laboranta/ku. Nabízíme práci v příjemném kolektivu, výhodné platové podmínky a možnost dalšího vzdělávání. Dobré spojení do Prahy. Informace na tel.: 724 786 903, voldanova@medicentrum.cz

NZZ hledá do provozu na poliklinice v Olomouci internistu nebo kardiologa na plný prac. úvazek. Informace na telefonu 585 506 329, 585 051 467

Oftalmologická ordinace v Litovli přijme lékaře/lékařku na plný nebo částečný úvazek. Moderní vybavení, široká klientela, po celou ordinační dobu v ordinaci přítomna zdravotní sestra + optometristka. MUDr. Andrea Dostálová, Litovel, tel.: 724 234 605, andr.dostalova@volny.cz

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

Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s., přijme: lékaře na akreditované ORL oddělení. Denně operativa, pohotovostní služby (viz www.hospitaljh.cz), možnost dalšího odborného růstu, dobré platové ohodnocení, ubytování a stravování zajištěno. Kontakt: prim. MUDr. Bohumil Markalous, tel.: 384 376 147,
e-mail: markalous@hospitaljh.cz

Lékařská fakulta UK v Plzni přijme do pracovního poměru: odborný asistent – Ústav imunologie a alergologie. Kvalifikační předpoklady: vysokoškolské vzdělání lékařského nebo přírodovědeckého směru, znalost alespoň jednoho světového jazyka – angličtina preferována, předpoklady pro vědeckou práci. Nástup po vzájemné dohodě. Kontaktní osoba: Doc. MUDr. Petr Panzner, CSc., tel.: 377 104 343,
e-mail: panzner@fnplzen.cz

Česko-německá horská nemocnice Krkonoše, s.r.o., ve Vrchlabí přijme: lékaře s I. nebo II. atestací z nemocnice Jilemnice a Gerontocentra Hostinného a zdravotní sestry z těchto zdravotnických zařízení. Nabízíme nadstandardní finanční ohodnocení + náborový příspěvek pro lékaře 100 000 Kč, pro sestry 20 000 Kč. Možnost ubytování v areálu nemocnice. Nástup možný ihned nebo dle dohody. Kontakt: Česko-německá horská nemocnice Krkonoše, s.r.o., personální oddělení, Fügnerova 50, 543 01 Vrchlabí nebo mail: srnska@nemocnice.vrchlabi.cz

Hornická poliklinika, s.r.o., v Ostravě přijme do pracovního poměru za velmi dobrých platových podmínek lékaře internistu – revmatologa, na poloviční úvazek. Nástup možný od 1. 6. 2009. Informace na tel.: 597 454 353, event.
e-mail: hornicka.poliklinika@horpol.cz

Diagnostická laboratoř KlinLab, spol. s r.o., součást Futurelab Holding GmbH, U Vojenské nemocnice 1200, Praha 6, přijme na plný úvazek analytika – biochemika pro oddělení biochemie, podmínkou VŠ s osvědčením, dále laboranta/ku, registrace, atestace výhodou. Nabízíme týden dovolené navíc, rizikový příplatek, stravenky, podporu dalšího vzdělávání. Bližší informace podá MUDr. Lukášková na tel.: 973 203 633, MUDr. Malá 725 062 962,
e-mail: lukaskova@klinlab.cz

Diagnostická laboratoř KlinLab, spol. s r.o., U Vojenské nemocnice 1200, Praha 6, přijme lékaře s atestací z oboru hematologie a krevní transfuze, nebo v přípravě na atestaci, pro práci v zavedené hematologické ambulanci a laboratoři. Nabízíme týden dovolené navíc, rizikový příplatek, stravenky, podporu dalšího vzdělávání. Bližší informace u vedoucího hematologického odd., MUDr. Chrz, tel.: 724 966 903, e-mail: chrz@klinlab.cz

Diagnostická laboratoř KlinLab, spol. s r.o., U Vojenské nemocnice 1200, Praha 6, přijme vysokoškoláka s přírodovědným zaměřením pro práci v hematologické laboratoři se specializovanou způsobilostí v oboru hematologie, nebo v přípravě na tuto specializaci a dále laboranty/ky – registrace, atestace výhodou. Nabízíme týden dovolené navíc, rizikový příplatek, stravenky, podporu dalšího vzdělávání. Bližší informace u vedoucího hematologického odd., MUDr.Chrz, tel.: 724 966 903, e-mail: chrz@klinlab.cz

Diagnostická laboratoř KlinLab, spol. s r.o., U Vojenské nemocnice 1200, Praha 6, přijme na plný úvazek zdravotní laboranty/ky pro oddělení imunologie. Registrace, atestace výhodou. Vhodné i pro absolventy. Nabízíme týden dovolené navíc, rizikový příplatek, stravenky, podporu dalšího vzdělávání. Bližší informace podá Mgr. Černotová 973 203 649, e-mail: cernotova@klinlab.cz

Diagnostická laboratoř KlinLab, spol. s r.o., odd. molekulární biologie a parazitologie, U Vojenské nemocnice 1200, Praha 6, přijme na plný úvazek zdravotní laboranty/ky. Pracoviště je v areálu ÚVN, Praha 6–Střešovice. Nabízíme týden dovolené navíc, rizikový příplatek, stravenky, podporu dalšího vzdělávání. Bližší informace podá Ing. Kottová, tel.: 973 203 657, e-mail: kottova@klinlab.cz

Oblastní nemocnice Náchod, a.s., hledá nejen absolventy na pozice: lékař gynekologicko-porodnické oddělení. Lékař interní oddělení. Lékař infekční oddělení. Lékař chirurgické oddělení. Lékař RDG. Lékař hematologie. Lékař ORL. Lékař ARO. Náborový příspěvek 20 000 Kč. Umožníme a zajistíme rychlý odborný růst na akreditovaných pracovištích v rámci naší nemocnice a případně i FN. Nástupní mzda: lékař bez praxe od 17 800 Kč + osobní příplatek dle dohody + výkonnostní odměny po zapracování (cca 35 000 Kč včetně služeb). Nástup možný ihned. Možnost ubytování. Informace podá: Mgr. Lukáš Holub, Oblastní nemocnice Náchod, a.s., tel.: 491 601 639, 737 271 012, holub.lukas@nemocnicenachod.cz

Lázně Kundratice, a.s., Liberecký kraj, hledají lékaře na plný úvazek alespoň se základní atestací. Léčba pohybového ústrojí. Vhodné i pro aktivní důchodce. Výhodou klidné rodinné prostředí na kraji volné přírody, možnost ubytování, stravování, smluvní plat. Kontakt: e-mail: info@laznekundratice.cz,
tel.: 485 344 202, p. Veselá

Fakultní nemocnice Hradec Králové přijme: lékaře oddělení plastické chirurgie Chirurgické kliniky. Požadujeme: magisterské vysokoškolské vzdělání lékařského směru, zdravotní způsobilost a bezúhonnost, ukončený chirurgický základ, specializovaná způsobilost v oboru plastická chirurgie výhodou, zájem a předpoklady pro výcvik a práci mikrochirurgickou technikou, předpoklady pro pedagogickou práci, znalost anglického jazyka, znalost dalšího světového jazyka výhodou, znalost práce na PC. Nabízíme: práci ve špičkovém zdravotnickém zařízení, možnost odborného a vědeckého rozvoje, nadprůměrné platové ohodnocení, sociální výhody, zvýhodněné ubytování pro svobodné. Platové podmínky podle platných předpisů. Nástup po vzájemné dohodě. Případné informace na tel. 495 832 395, sekretariát chirurgické kliniky.

Fakultní nemocnice Hradec Králové přijme: lékaře (2 místa) Chirurgická klinika. Požadujeme: magisterské vysokoškolské vzdělání lékařského směru, zdravotní způsobilost a bezúhonnost, ukončený chirurgický základ nebo předpoklad jeho brzkého ukončení, předpoklady pro vědeckou a pedagogickou činnost, znalost anglického jazyka, znalost práce na PC. Nabízíme: práci ve špičkovém zdravotnickém zařízení, možnost odborného a vědeckého rozvoje, nadprůměrné platové ohodnocení, sociální výhody, zvýhodněné ubytování pro svobodné. Platové podmínky podle platných předpisů. Nástup po vzájemné dohodě. Případné informace na tel. 495 832 395 sekretariát chirurgické kliniky.

Fakultní nemocnice Hradec Králové přijme: lékaře (vedoucího otevřeného oddělení pro léčbu úzkostných a afektivních poruch) Psychiatrická klinika. Požadujeme: magisterské vysokoškolské vzdělání lékařského směru, zdravotní způsobilost a bezúhonnost, specializovanou způsobilost v oboru psychiatrie nebo předpoklad brzkého dosažení této kvalifikace, zájem o výzkumnou a pedagogickou činnost, znalost anglického jazyka, znalost práce na PC. Nabízíme: práci ve špičkovém zdravotnickém zařízení, možnost odborného a vědeckého rozvoje, nadprůměrné platové ohodnocení, sociální výhody, zvýhodněné ubytování pro svobodné. Platové podmínky podle platných předpisů. Nástup po vzájemné dohodě. Případné informace na tel. 495 832 228 sekretariát psychiatrické kliniky. Písemné přihlášky doložené kopiemi dokladů o získané kvalifikaci, životopisem a přehledem o průběhu předchozí praxe zasílejte do dvou týdnů po uveřejnění na adresu: odbor personálních vztahů, Fakultní nemocnice Hradec Králové, Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové

Hledáme praktické lékaře a závodní lékaře pro celou ČR. Možnost i na kratší úvazek. Vhodné i pro lékaře v důchodu. Nabízíme výborné platové ohodnocení. Svůj životopis zašlete na
e-mail: medical@optima-recruit.cz, tel.: 224 162 700

Lékaře do Anglie, Německa a Nizozemska. Anglie a Německo – gastroenterolog, ortopedický chirurg, internista, pediatr, kardiolog, gynekolog, urolog, ORL, anesteziolog, neurolog, pneumolog, radiolog. Nizozemsko – pediatr, gastroenterolog, intensivista, oftalmolog, psychiatr. Velmi dobrá AJ/NJ a praxe podmínkou. CV v AJ/NJ zašlete na medical@optima-recruit.cz, tel.: 224 162 700

Fakultní nemocnice Brno, Jihlavská 20, přijme: lékaře/ky pro obor anesteziologie a resuscitace. Požadavky VŠ vzdělání LF, absolventi nebo zařazení do specializační průpravy nebo se specializovanou způsobilostí v oboru A-R, morální a občanská bezúhonnost. Kontaktní osoba: doc. MUDr. Lubomír Hakl, CSc., lékařský náměstek, tel.: 532 232 100,
e-mail: l.hakl@fnbrno.cz

Lázně Poděbrady, a.s., přijmou kardiologa se znalostí ultrasonografie. Zajímavá práce na JIP v centru časných rehabilitací po operaci srdce a částečně v kardiologické ambulanci. Nabízíme nadstandardní finanční ohodnocení, možnost ubytování. Bližší informace podá prim. MUDr. Vít Maťatka, tel.: 724 610 931, e-mail: lr@lazne-podebrady.cz. Písemnou žádost s profesním životopisem zasílejte na Lázně Poděbrady, a.s., personální oddělení, Jiřího nám. 39/I, 290 33 Poděbrady.

Lázně Poděbrady, a.s., přijmou internistu či diabetologa. Nabízíme nadstandardní finanční ohodnocení, možnost ubytování. Bližší informace podá: prim. MUDr. Vít Maťatka, tel.: 724 610 931,e-mail: lr@lazne-podebrady.cz. Písemnou žádost s profesním životopisem zasílejte na Lázně Poděbrady, a.s., personální oddělení, Jiřího nám. 39/I, 290 33 Poděbrady

Rehabilitační klinika Malvazinky přijme lékaře internistu se specializovanou způsobilostí k práci na ambulanci kliniky, úvazek 0,5–1,0 dle dohody. Nástup možný v 6/09. Dobré plat. podm., zaměstn. bonusy. Kontakt: asistentkarkm@malvazinky.cz,
tel.: 251 116 680, 251 116 604

V lékařském areálu v Liberci nabízím prostor pro ordinaci včetně čekárny a zázemí. Při dlouhodobé smlouvě první 2 nájmy zdarma. Prostory jsou slunné, s terasou, v přízemí, bezbariérové, po rekonstrukci. V budoucnu možný odkup budovy.
Info: Ing. Cicvárek, mobil: 602 350 915

Hledám psychiatra s atestací nebo i bez, psychologa s atestací. Vzdělání v psychoterapii výhodou, směr nerozhoduje. Nabízím možnost získat zaměstnání v ambulantním zařízení, zamýšlený rozsah je od 0,5 do 1,0 úvazku na pracovníka. Ambulantní psychiatrická péče je plánovaná i ve stacionární formě. Odměňování je zamýšleno v závislosti na výkonu a jako vysoce nadprůměrné.
Kontakty s CV zasílejte na
e-mail: robert.maticka@seznam.cz, tel.: 775 218 094

Nemocnice s poliklinikou v Semilech přijme pro chirurgické lůžkové oddělení lékaře s atestací I. st., popř. se specializovanou způsobilostí nebo absolventa. Nabízíme příjemné pracovní prostředí. Možnost dalšího profesního růstu. Ubytování v místě pracoviště. Kontakt: prim. MUDr. Georgios Karadzos, tel.: 481 661 211, 777 789 513, e-mail: georgios.karadzos@nemsem.cz

Nestátní poliklinika v Berouně přijme na plný úvazek alergologa, biochemického laboranta a lékaře v oboru rehabilitační a fyzikální medicína. Na částečný úvazek logopeda, diabetologa, nefrologa, psychiatra a očního lékaře – nabízíme výhodné platové podmínky, práci v příjemném kolektivu, možnost dalšího vzdělávání. Dobré spojení do Prahy. Informace na čísle 311 746 315, 724 786 903,
medicentrum@medicentrum.cz

Fakultní nemocnice v Motole přijme pro 3. chirurgickou kliniku UK 1. LF interního konziliáře na plný úvazek. Požadavky: specializovaná způsobilost v oboru interní lékařství, praxe u lůžka. Písemné nabídky s CV zašlete na adresu: Prof. MUDr. Pavel Pafko, DrSc., 3. chirurgická klin. UK 1. LF, FN Motol, V Úvalu 84, 150 06 Praha 5,
pavel.pafko@lfmotol.cuni.cz. Info: 224 438 000–1

Lékaře/lékařku na poloviční úvazek přijme NZZ v centru Prahy. Požadujeme: atestaci z dermatovenerologie I. nebo II. st., praxi v obecné i estetické dermatologii. Předpokládáme: profesionální vystupování, individuální přístup ke klientovi, aktivní znalost svět. jazyku, uživ. znalost PC. Nabízíme: odpovídající platové ohodnocení, příjemné prostředí a výhledově možnost uzavření plného úvazku. Nástup dle dohody. Přihlášky vč. CV zasílejte na e-mail: horakova@ghc.cz

Rehabilitační ústav Kladruby u Vlašimi nabízí zajímavou a perspektivní práci lékařům se zájmem o ucelenou rehabilitaci. Vhodné pro lékaře se specializovanou způsobilostí (nebo v přípravě) v oboru RFM, neurologie, interna, ortopedie, ale i absolventy. Jsme akreditované zařízení – státní příspěvková organizace. Ústav se nachází cca 50 km od Prahy na trase dálnice D1. Nabízíme velmi dobré platové podmínky, profesní i kariérní růst, podporu vzdělávání, vědy a výzkumu, možnost okamžitého poskytnutí služebního bytu nebo ubytování, mateřská škola v areálu. Program zaměstnaneckých benefitů (příspěvky na penzijní připojištění nebo na dovolenou, stravování, poznávací zájezdy a další). Kontakt: sekretariát ředitele, tel. 317 881 554, nebo náměstkyně pro zdravotní a preventivní péči, tel. 317 881 330, fax 317 881 191,
e-mail: sekretariát@rehabilitace.cz

Fakultní nemocnice v Motole, V Úvalu 84, 150 06 Praha 5, přijme lékaře/ku pro foniatrické odd. a rehabilitační centrum kochleárních implantací u dětí ORL kliniky UK 2. LF. Úvazek 0,8, zástup po dobu MD. Požadavky: at. v oboru ORL, příp. foniatrie. Ubytování pro mimopražské. Písemné nabídky s CV zašlete: eva.vymlatilova@fnmotol.cz.
Info: 251 013 810

Přijmeme lékaře/ku do privátní alergologické ordinace v Rychnově nad Kněžnou s atestací z alergologie, interny, pediatrie nebo všeobecného lékařství. Nabízíme dobré platové podmínky. Byt a auto k dispozici. Tel. večer: 494 384 019, e-mail: Koblasa.L@seznam.cz

Přijmu praktického lékaře do privátní ordinace v Praze 10. Info na tel.: 777 175 508, nebo
e-mail: ordinace.praha10@seznam.cz

Neonatologické oddělení Fakultní nemocnice Na Bulovce (oddělení fyziologických novorozenců a JIP) přijme 2 lékaře na 0,5–1,0 pracovního úvazku. Praxe v neonatologii či pediatrii vítána. Nástup možný k 1. 7. 2009. Přihlášky včetně profesního životopisu zasílejte na e-mail: ciharmar@seznam.cz. Kontakt: prim. MUDr. Martin Čihař, tel.: 266 083 247,
www. novorozencibulovka.cz

Přijmu lékaře na chirurg. odd. polikliniky v centru Prahy. Celý, ev. část. úvazek. Tel.: 603 396 831 po 20. hod. Nemocnice Havířov přijme lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru chirurgie, interna nebo anesteziologie (případně i absolventa LF) na meziooborovou jednotku intenzivní péče pro operační obory. Nabízíme: odpovídající mzdové ohodnocení, moderní pracovní prostředí, možnost profes. růstu. Nástup dle dohody. Kontakt: primář MUDr. I. Satinský, Ph.D., igor.satinsky@nsphav.cz

Nemocnice v německém městečku Vohenstrauss v blízkosti českých hranic hledá lékaře s min. 2letou praxí pro práci na interním oddělení s širokou škálou diagnostických možností, možnost licencovaného vzdělávání pro lékaře bez atestace, nadprůměrné finanční ohodnocení, znalost německého jazyka podmínkou. Kontakt: Dr. Markovic 00490/965 151 107, Dr. Pribyl 00420/606 462 357

Česko-německá horská nemocnice Krkonoše, s.r.o., ve Vrchlabí přijme: primáře na dětské oddělení, lékaře pediatry na služby. Požadavky: VŠ, atest. II. stupně pediatrie, příp. special. způsobilost dle zákona č. 95/2004 Sb. Nabízíme dobré finanční ohodnocení. Možnost ubytování v areálu nemocnice. Nástup možný ihned nebo dle dohody. Kontakt: Česko-německá horská nemocnice Krkonoše, s.r.o., personální oddělení, Fügnerova 50, 543 01 Vrchlabí nebo mail: srnska@nemocnice.vrchlabi.cz

Krajská zdravotní, a.s. – Nemocnice Most, o.z. – přijme do pracovního poměru lékaře na dětské a dorostové odd. s perinatologickým centrem, gynekologicko-porodnické, onkologické, otorinolaryngologické, neurologické, psychiatrické, patologické. Požadavky: VŠ vzdělání na LF, specializovaná způsobilost není podmínkou, zájem o obor. Nabízíme: práci v dobrém kolektivu, moderně vybavená oddělení, možnost dalšího vzdělávání a profesního růstu, možnost ubytování v ubytovně nemocnice, účinnou pomoc při hledání bytu, zaměstnanecké výhody. Nástup možný ihned. Kontaktujte L. Peškovou, personální odd., 478 032 414, 724 160 850, peskova.lucie@nspm.cz

Krajská zdravotní, a.s. – Nemocnice Most, o.z. – přijme do pracovního poměru lékaře na urologické oddělení. Požadavky: VŠ vzdělání na LF, specializovaná způsobilost není podmínkou, zájem o chirurgický obor, morální a občanská bezúhonnost. Nabízíme: práci v perspektivním kolektivu na moderně vybaveném oddělení, možnost dalšího vzdělávání a profesního růstu, aktivní spolupráci s Centrem robotické chirurgie MNUL, nadstandardní finanční ohodnocení, možnost ubytování v ubytovně nemocnice, účinnou pomoc při hledání bytu, příspěvek na penzijní připojištění, příspěvek na dovolenou a další zaměstnanecké výhody. Nástup možný ihned. Kontakt: prim. MUDr. Jiří Král, e-mail: kral.jiri@nspm.cz, tel.: 478 032 398

Hledáme k nejbližšímu termínu pro Elblandkliniku Grossenhain (vzdálenost od ČR cca 90 km, oblast Drážďany) lékaře/ku s atestací 2. stupně ze všeobecné chirurgie. Nabízíme velmi dobré finanční podmínky odpovídající tarifu dle Marburského odborového svazu a současně podporu v práci v českém jazyce prostřednictvím zde pracujícího českého kolegy. V případě zájmu je k dispozici primář Dr. med. Rainer M. Voss, tel.: 0049/352 253 2656,
e-mail: rainer.voss@elblandkliniken.de

Nemocnice s poliklinikou Karviná-Ráj přijme do pracovního poměru lékaře se specializací, možno i absolventy pro tato oddělení: neurologie, gynekologie, ORL, ARO, TRN, RDG, chirurgie, interna, rehabilitace, patologie, oční, LDN. Dále přijmeme do pracovního poměru pro ústavní lékárnu magistra se specializací, možno i absolventa a biomedicínského technika pro oční oddělení. Nástup možný ihned. Ubytování zajistíme. Žádosti přijímá odd. personalistiky a mezd NsP Karviná-Ráj, Vydmuchov 399/5, 734 12 Karviná-Ráj, Ing. Letochová, tel.: 596 383 205, e-mail: letochova@nspka.cz. Bližší informace na www.nspka.cz

Sdružené zdravotnické zařízení Krnov, příspěvková organizace, vyhlašuje výběrové řízení na funkční místo: primář gynekologicko-porodnického oddělení. Kvalifikační požadavky: VŠ lékařského směru, specializovaná způsobilost v oboru dle zák. č. 95/2004 Sb., 10 let odborné praxe, licence ČLK pro výkon vedoucí funkce, organizační, řídící a komunikační schopnosti. Nabízíme moderně vybavená

pracoviště, nadstandardní platové podmínky, přidělení bytu v nemocniční ubytovně. Nástup dohodou. Přihlášku do výběrového řízení doloženou strukturovaným profesním životopisem, osobním dotazníkem, doklady o dosaženém vzdělání, platným výpisem z rejstříku trestů a čestným prohlášením uchazeče, že proti němu není vedeno trestní řízení, zasílejte do 15 dnů od zveřejnění na adresu: Sdružené zdravotnické zařízení Krnov, příspěvková organizace, MUDr. Ivan Pavlák, náměstek LPP, I. P. Pavlova 9, 794 01 Krnov, tel. 554 690 144; pavlak.ivan@szzkrnov.cz

Přijmu lékaře radiologa do NZZ v Praze 5, na skiagrafické pracoviště s digitalizací na 1–3 dny v týdnu. Tel.: 608 200 398, e-mail: stauda@cbox.cz

Hledám praktického lékaře na zástup s možností převedení praxe v Řevnicích. Tel.: 603 233 873, 603 750 514

Přijmu lékaře do ambul. nefrologie a dialýza v Praze. Nutná atestace interna I. st., nefrolog. praxe výhodou, kratší úvazek možný. Tel.: 602 812 388

Nemocnice Blansko přijme odborného lékaře na ortopedickou ambulanci (možnost i zkráceného úvazku). Kvalifikační předpoklady: specializovaná způsobilost v oboru ortopedie a traumatologie, občanská a morální bezúhonnost. Písemné žádosti zasílejte na adresu personálního oddělení Nemocnice Blansko, Sadová 33, 678 31 Blansko, tel.: 516 838 115, e-mail: valkova@nemobk.cz

Nestátní zdravotnické zařízení v Praze 8 přijme lékaře foniatra či ORL se zájmem o foniatrii na částečný úvazek. Nabízíme dobré pracovní podmínky, široké spektrum pacientů, příjemný kolektiv. Tel.: 283 024 317, mobil 774 229 170, e-mail: uhvezdy@centrum.cz

Nestátní zdravotnické zařízení v Praze 8 přijme audiologickou sestru na částečný úvazek. Nástup možný v červenci či září 2009. Nabízíme dobré pracovní podmínky a příjemný kolektiv. Tel.: 283 024 317, mobil: 774 229 170, e-mail: uhvezdy@centrum.cz

Zástup

Hledám dlouhodobý zástup, ev. nástupce, do zavedené ordinace praktického lékaře pro děti a dorost v okrese Plzeň-jih. Tel.: 603 790 450

Hledám zástup do int. ord. v Plzni za MD na 1 den v týdnu od 9/09 cca na 1 rok. Tel.: 602 937 429

Hledám na pravidelný zástup lékaře v Praze 8, foniatra či ORL se zájmem o foniatrii. Nabízíme dobré pracovní podmínky, příjemný kolektiv. Tel.: 283 024 317, mobil 774 229 170, e-mail: uhvezdy@centrum.cz

Prodej a koupě

Prodám ultrazvukový přístroj Sonoscope 20 Krazbühler na náhradní díly, dále 3 funkční sondy vč. vaginální a vozík. Mobil: 602 142 117

Prodám digitální barevný 3D UZ Medison SA 8000 s doplerem, multifrekvenční vaginální a 3D transabdominální sondou, termoprinterem, barevnou tiskárnou, vypalovačku CD/DVD. Cena dohodou. Tel.: 777 554 537

Prodám kartotéky 4 zásuv., nová i zánovní. Tel.: 603 396 631 po 20. hod.

Prodáme liposukční přístroj PAL, výrobce MicroAire Surgical Instruments USA, vyrobeno: 2004 včetně příslušenství, servisovaný, zachovalý. Více informací: LAUREA, tel.: 541 420 771

Pronájem

Pronájem zařízené ordinace na Vítězném náměstí v Praze 6. Možno i jednotlivé dny, či hodiny. Cena pronájmu 1 dne v týdnu 2800 Kč/měsíčně. Kontakt tel.: 603 106 564, nebo 602 859 031

Pronajmu prostory vlastní ambulance v Praze 13 v budově zdravotnického zařízení. Možnost plné ordinační doby. Od 1. 6. 2009. Cena podnájmu dohodou. Odpovědi prosím na adresu: lekarna.napravil@centrum.cz

Pronajmu 2 ordinace se společnou čekárnou v Praze 5, možno i samostatně. Mobil: 776 612 449

Pronajmu prostor vhodný na lékařskou ordinaci, 40 m^2, v Londýnské ulici, Praha 2, foto na www.vinohrady.wz.cz. Nájem 14 000 Kč/měs. K dispozici jsou i prostory v Římské ul., Praha 2 na určité dny v týdnu. MUDr. R. Němec, 603 319 309, drnemec@volny.cz

Různé

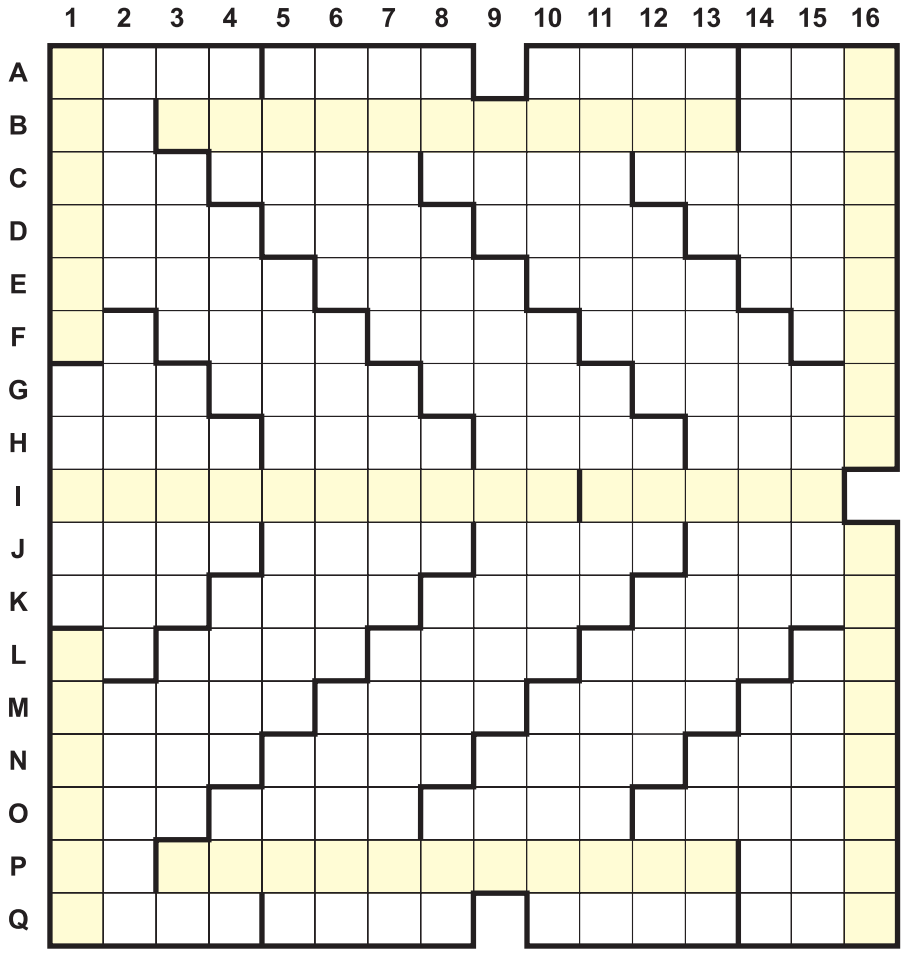
Přenechám ordinaci PLDD Praha 4. Mobil: 605 169 110

Přenechám na dobu 8 let provozování soukromé lékařské praxe v oboru praktický lékař pro dospělé v Praze 4–Libuši. Velmi spěchá, možné ihned nastoupit. Při zájmu prosím SMS na tel. 723 824 352.

Daruji málo používaný inhalátor značky TUR-USSY-50 Drážďany. DD proudy. Diody 6. Děčín. Tel.: 412 516 852

Příjem řádkové inzerce: recepce@clkcr.cz
Časopis ČLK, Helena Vognarová
Lékařská 2, 150 00 Praha 5
tel.: +420 257 217 226, fax: +420 257 220 618

Křížovka o ceny



Většina myslitelů se shoduje v tom, že...
(Dokončení citátu George Bernarda Shawa se skrývá v tajence.)

VODOROVNĚ: A. Čiva; oznámit; spěch; římskými číslicemi 2005. - **B.** Název značky metru; **3. díl tajenky**; výše než. - **C.** Chutný nápoj; český hokejista; osiřelá; nápadně. - **D.** Ohon; druh lososa; slovensky „věž"; karetní výraz. - **E.** Souhrn jednotlivin; bodná zbraň; usušená tráva; latinsky „umění". - **F.** Slovensky „jíl"; omámení (zastarale); cizí mužské jméno; tihle; chemická značka astatu. - **G.** Zpěvný pták; vejčitá křivka; čili; ukrajinská řeka. - **H.** Zátopkovo jméno; jméno psa; vzdělávat; určití v pořadí. - **I. 4. díl tajenky**; **7. díl tajenky**. - **J.** Trnitý strom; zbrojnoš; pcháč; darebák. - **K.** Email; český kaskadér; svatebčan (nářečně); holandsky „zoborožec". - **L.** Ouha; pouze; jednotka prostorového úhlu; kostry; iniciály komika Laurela. - **M.** Značka ovocných nápojů; nehýbat se; pohřební hostiny; značka pracích prášků. - **N.** Rekreační stavení; přednost; šíje; konstrukce nesoucí střechu. - **O.** Ba (slovensky); setrvávat; holenku; obraceti pluhem. - **P.** Zkratka Zemského divadla; **6. díl tajenky**; větřík. - **Q.** Obyvatelka evropského státu (slovensky); indická směs koření; notový zápis hlasu; kód Antarktidy.

SVISLE: 1. 2. díl tajenky; postava z Prodané nevěsty; **5. díl tajenky**. - **2.** City; Kozinův nepřítel; potulka. - **3.** Chemická značka radonu; ztráta hmotnosti zboží vysycháním; šedý kůň; hra s čísly; zkratka závodního klubu. - **4.** Násep; na toto místo (zastarale); litevské platidlo; německé město; spodky nádob. - **5.** Zajíc; slavnostní jezdecký průvod; pozice na kolenou. - **6.** Kousek; domácky Amálie; průhledný nerost. - **7.** Trhavina; postava z Maryši; pevná část elektromotoru. - **8.** Zkratka strojírenských podniků; výměra pozemku; mys; rychlý průběh; hafani. - **9.** Zázrak; snažit se násilím přimět; mistr popravčí. - **10.** Estonský šachový velmistr; nesklízet ovoce; zkratka Krkonošského národního parku. - **11.** Strkat; vstupenka (zastarale); tenisová potřeba. - **12.** Přitakání; spojka; jihnout; hadry; žlutohnědé barvivo. - **13.** Stará zbraň; trocha steliva; torze. - **14.** Bájný český kníže; věštby; slovenská řeka. - **15.** Český skokan na lyžích; základ slova (anglicky); svinout. - **16. 8. díl tajenky**; **1. díl tajenky**.

Pomůcka: atut, cálao, etyma, kalo, Žerev.

V Tempus medicorum 4/2009 jsme hledali výrok *Karla Thiersche*: **Jsou dvě věci, kterých se musí bát lékař přicházející do praxe: veřejnosti a právníků.**

Knihu Christophera Fowlera *Sedmdesát sedm hodin* získává deset úspěšných luštitelů, které jsme vylosovali: **Robert Baran**, Ostrava–Poruba; **Stanislav Benda**, Praha 5; **Alena Cabalová**, Praha 1; **Jan Černý**, Chomutov; **Květa Dousková**, Senohraby; **Leona Dragounová**, Klobuky; **Vojtěch Mikláš**, Praha 1; **Helena Sokolová**, Karlovy Vary; **Jaroslava Tomanová**, Blovice; **Karel Tomek**, Praha 4.
Na správné řešení tajenky z čísla 5/2009 čekáme na adrese **recepce@clkcr.cz** do **9. června 2009.**
Hodně štěstí!

NIHIL NOCERE

FARMAKOTERAPEUTICKÉ INFORMACE

Měsíčník pro lékaře a farmaceuty

5

2009

Obsah

Poruchy spánku 1

PORUCHY SPÁNKU

Přeloženo z Prescrire International October 2008, Vol. 17 (97): 206

„Pane doktore máte nějakou tajnou metodu jak usnout?“ ptal se pacient doktora Knocka ve hře Jules Romains (1924). O století později pacienti trpící nespavostí stále hledají kouzelnou „střelu“, ktera by jim pomohla k dobrému nočnímu spánku.
Ale jak je možné těmto pacientům pomoci, aniž bychom je vystavili nežádoucím účinkům farmakoterapie?

Nespavost: uklidněte pacienta

Spánek je považován za normální, pokud se ráno probudíme odpočatí s pocitem, že jsme v noci dobře spali (1).

Subjektivní nespokojenost spíše než objektivní porucha. Dosud neexistují kvantitativní normy pro lidský spánek. Pacienti, kteří si stěžují na nespavost, nemusí nezbytně krátce spát (2). Nespavost je často definována jako subjektivní neschopnost usnout nebo spát (časté probouzení, časné probuzení) a dojem, že spánek nebyl posilující (3,4). Tento dojem nekvalitního spánku je nejméně tak důležitý jako objektivní porucha spánku (2,3). To je také důvod, proč byl pro tento článek zvolen termín „nekvalitní spánek“ spíše než „nespavost“.
Potíže související s nekvalitním spánkem zahrnují únavu během dne, subjektivní nedostatek energie, obtíže se soustředěním a poruchy paměti (3).

Spánkové cykly. Poskytnutí informací o základech fyziologie spánku může pomoci pacientovi lépe pochopit další doporučení související s úpravou nekvalitního spánku. Délka spánku, délka usínání i noční probouzení se liší podle věku, času uléhání na lůžko, práce, denních aktivit a duševního napětí jedince (4).
Spánek se skládá z řady po sobě následujících cyklů, jejichž trvání se u jednotlivců liší a trvají přibližně mezi 90 a 120 minutami (1,2,5). Cyklus se skládá z fáze pomalovlnného spánku (non REM), kdy je spánek z počátku lehký, ale stává se hlubším a hlubším. Tato fáze je následována krátkou fází paradoxního spánku (REM fáze rapid-eye-movement) nebo spánkem se sny (1,2). Pomalovlnná fáze spánku převládá v první třetině noci. Po sobě následující spánkové cykly jsou odděleny fázemi krátké bdělosti obvykle trvajících méně než tři minuty. Během těchto fází měníme polohu (1) a jen velmi zřídka si je pamatujeme.
Tato struktura spánku má tendenci se ve stáří měnit. Obecně chodíme dříve spát a dříve se ráno probouzíme (6). Fáze hlubokého spánku se stává kratší a začínáme si více pamatovat krátká noční probuzení. To je důvod, proč starší lidé mají často dojem, že spí méně než dříve, i když se u nich celková délka spánku nezkrátí nebo se i prodlouží (1,2,7).
Některé poruchy spánku jsou přechodné a jejich možné příčiny jsou četné a rozmanité.

Účinné nefarmakologické metody

Mylná představa a přehnané obavy z nekvalitního spánku a jeho následků mohou přispívat k přetrvávání a upevňování dojmu nekvalitního spánku (3,8,9). Před zahájením farmakologické léčby by měly být vyzkoušeny nefarmakologické metody jako je poskytnutí rad týkajících se spánkové hygieny, relaxace a kontroly podnětů (stimulů). Tyto kognitivně-behaviorální metody jsou dále uváděny jako behaviorální terapie.

Behaviorální terapie: i dlouhodobě prokázaná účinnost. Behaviorální terapie jsou zaměřeny na obnovení uspokojivého cyklu spánek-bdění působením mimo jiné na nesprávný úsudek a názory týkající se spánku jako jsou nerealistické představy o nezbytné délce spánku, přehnané obavy z následků nespavosti a omylů ve strategiích směřujících k podpoře spánku (10).
K doporučením týkajícím se stimulujících nápojů a faktorů prostředí je možné navrhnout i další techniky. Kontrola podnětů (stimulů) byla ověřena ve vysoce kvalitních klinických studiích (11). Cílem kontroly podnětů je znovu vytvořit asociaci mezi ložnicí a spánkem a obnovit pravidelný cyklu spánek-bdění na základě jednoduchých doporučení (viz tabulka).
Tato technika zkracuje oboje: čas do usnutí i délku nočních probuzení na polovinu a tento přínos trvá dlouhodobě (3,9,11).
Systematický přehled provedený Cochran collaboration vybralo 6 kontrolovaných randomizovaných studií behaviorální terapie oproti placebu nebo registraci na čekacím seznamu. Do studií bylo zařazeno celkem 224 pacientů většinou starších než 60 let. Výsledky byly pozitivní, především pokud se týká doby trvání spánku.
Analýza 21 studie z roku 2002 porovnávající farmakoterapii s behaviorální terapií neukázala žádný rozdíl v krátkodobé účinnosti na poruchy spánku (13).
Jedna kontrolovaná randomizovaná studie se 40 pacienty neprokázala po 8 týdnech po ukončení terapie statisticky signifikantní rozdíl mezi behaviorální terapií (týdenní kurz) a užíváním benzodiazepinů (temazepam od 7,5 mg do 30 mg večer) (10,14).
Jiná randomizovaná placebem kontrolovaná studie porovnávala týdenní behaviorální terapii oproti šestitýdenní terapii zopiklonem (7,5 mg večer) u 46 dospělých s průměrným věkem 61 let. Po šesti týdnech byla pacientům nabídnuta možnost pokračovat v užívání zopiklonu po dobu šestiměsíční obzervační fáze. Šest týdnů a šest měsíců po ukončení terapie byla behaviorální terapie podle pacientských spánkových kalendářů a polysomnografických záznamů nejméně tak účinná jako terapie zopiklonem (15).

Středně těžká fyzická námaha: občas užitečné, především ráno. Namáhavé cvičení před spaním údajně negativně ovlivňuje spánek, ale fyzická aktivita je považována za prospěšnou.
Dvě kontrolované randomizované studie se 43 a 173 pacienty stěžujícími si na nekvalitní spánek ukázaly prospěšný vliv trvalé denní fyzické aktivity, a to několikrát týdně, na dobu do usnutí i na trvání spánku (16,17).

Ostatní psychoterapie. Nebehaviorální psychoterapie může být zvážena v některých komplexních situacích, především pokud pacient trpí psychologickým onemocnění, jako je např. deprese. Nejsou k dispozici žádné systematické přehledy takového přístupu.

Placebo a kvazi placebo

Různé léčby téměř tak neúčinné jako placebo nebo jen o něco více účinné než placebo mohou u některých pacientů pomoci.
Placebo. Placebový efekt není jednoduché změřit. Pokud se paci-

Spánková hygiena a kontrola podnětů (stimulů)

Základní spánková opatření, která mohou pacientovi pomoci usnout, jsou následující:
- vyhnout se podnětům hodinu až dvě před spaním;
- vyhnout se přílišnému pití nebo jídlu večer, vyvarovat se kofeinu, nikotinu a alkoholu před ulehnutím do postele;
- v ložnici udržovat klidné, šeré a příjemné prostředí;
- vyvarovat se spánku během dne po noci s nekvalitním spánkem (a,b).

Kontrola podnětů (stimulů) je navržena tak, aby ložnice byla spojena ve většině případů se spánkem. Pro obnovení pravidelného cyklu spánek-bdění je třeba pacientovi poskytnout k základům spánkové hygieny další jednoduchá doporučení:
- choďte do postele pouze když se cítíte unavený/á, i kdyby to mělo být později než jste plánoval/a;
- používejte ložnici jen ke spaní (případně sexu), nečtěte tam nebo nesledujte televizi;
- nastavte si budíka na stejný čas bez ohledu na to, v kolik hodin jdete spát;
- pokud se vám nepodaří usnout během 20 minut, je lepší vstát a jít do jiné místnosti, věnovat se klidné činnosti (bez jídla, kouření nebo pití kávy) a vrátit se do postele pouze v případě, že se cítíte unavený/á (b).

Použít tuto metodu může být pro některé lidi těžší než pro jiné, ale zdá se, že je více účinná než samostatně používaná spánková hygiena (a).

a) Prescrire Editorial Stuff: Insomnia treatment without drug therapy, Prescrire Int 1998; 7 (35): 86-87.
b) Prescrire Rédaction: Idées-Forces Prescrire. Plainte d´insomnie chez les adultes, updated June 2007; www.prescrire.org: 9 pages.

ent radí se svým lékařem v průběhu nejhoršího období nekvalitního spánku, velmi pravděpodobně u něj dojede ke spontánnímu zlepšení stavu, které je způsobené fenoménem zvaným návrat k průměru (regression to the mean).
Autoři metaanalýzy randomizovaných dvojitě slepých placebem kontrolovaných studií „s aktivními" terapiemi se pokusili změřit placebo efekt při poruchách spánku (18). Bylo vybráno 5 studií zahrnujících 213 pacientů (převážně mladých žen). Analýza byla zaměřena pouze na první dva týdny léčby. V placebové skupině se čas do usnutí zkrátil o 13 minut oproti výchozímu a celková délka spánku se prodloužila o 13 minut (18). Spokojenost pacientů nebyla uvedena.
Takovýto stupeň zlepšení může být pro některé pacienty dostatečný.

Herbální přípravky: limitovaný vliv valeriány (kozlíku lékařského). Valeriána je jediný herbální přípravek, který byl testován v klinických studiích. Některé metodologicky slabé studie ospravedlňují použití kozlíku (19). Přednost by měla být dána vodným extraktům jako jsou bylinné čaje nebo slabému hydroalkoholickému výtažku, protože neobsahují toxické složky a nezdá se, že by způsobovaly nežádoucí účinky.
Tradičně byly k terapii lehkých poruch spánku používány i další léčivé rostliny, ale studie o jejich účinku a potenciálních rizicích prakticky neexistují. Rostliny jako lípa, pomeranč a sporýš lékařský se jeví bezpečné. Pití bylinkového čaje před spaním může přinést uklidňující chvíle a stát se tak pozitivním rituálem v čase ukládání se ke spánku (19).

Melatonin: ne účinnější než placebo. Systematický přehled s metaanalýzou ukázal, že melatonin u poruch spánku není krátkodobě účinnější než placebo. Dlouhodobé nežádoucí účinky jsou jen málo prozkoumány (20,21).

Akupunktura: neprůkazné údaje. Systematické přehodnocení provedené Cochran collaboration identifikovalo 7 randomizovaných studií (pouze dvě dvojitě slepé studie) s celkem 590 pacienty ve věku od 15 do 98 let (22). Akupunktura bez ohledu na techniku se nezdá mít specifický vliv na délku času nutného k usnutí, celkovou délku spánku nebo noční probouzení. Bylo však popsáno zlepšení kvality spánku. Nežádoucí účinky akupunktury jsou obvykle mírné (mírná bolestivost). V souvislosti s akupunkturou však byly hlášeny případy přenosu virové infekce (23).

Doxylamin: příležitostná alternativa benzodiazepinů

Většina antihistaminik zvláště první generace má sedativní účinky. Antihistaminika byla testována v placebem kontrolovaných studiích k léčbě poruch spánku (24).
Většina antihistaminik má však i atropinové účinky (25) jako je závrať, únava a suchá ústa. Starší pacienti jsou k těmto účinkům citlivější a je u nich i vyšší riziko pádů způsobených závratí a sedací (24-26).
Doxylamin: opatrnost u starších pacientů. Doxylamin (není v ČR registrován), sedativní ne-fenothiazinové antihistaminikum s atropinovým efektem je ve Francii obchodován pro terapii příležitostné nespavosti u dospělých (26).
Byla nalezena pouze jedna randomizovaná srovnávací studie s doxylaminem s 338 pacienty stěžujícími si na nekvalitní spánek. Po dvou týdnech léčby byl účinek 15 mg doxylaminu večer srovnatelný s účinkem zopiklonu užívaného před spaním v dávce 10 mg (27).
Dlouhý poločas eliminace doxylaminu může zvláště u starších pacientů a u pacientů s ledvinným nebo jaterním selháním způsobit nahromadění v organizmu (26).
V placebem kontrolované studii srovnávající doxylamin se zolpidemem byla denní ospalost mnohem častější ve skupině s doxylaminem než v jiných skupinách (11 % versus 4 %, na základě výpočtu autorů p = 0,02) (27).
Doxylamin byl používán k léčbě nauzei a zvracení u těhotných žen a údaje o použití v těhotenství jsou povzbudivé (28, 29).

Ostatní antihistaminika: méně účinná nebo hůře prozkoumaná. Randomizovaná dvojitě slepá studie se 111 pacienty s týdenní léčbou naznačila, že difenhydramin (není v ČR registrován), další antihistaminikum, podávaný v dávce 50 mg za den, má mírný hypnotický účinek v porovnání s placebem (30). Dvě další studie u psychiatrických pacientů a starších pacientů v ústavech přinesly obdobné výsledky (24).
Hydroxyzin (není v ČR registrován), derivát ledrazinu, je další sedativní antihistaminikum s atropinovými účinky (31). Autoři nenašli žádnou srovnávací studii s hydroxyzinem použitým k terapii poruch spánku. U novorozenců matek užívajících v období 2 až 12 týdnů před porodem hydroxyzin v dávce od 100 do 200 mg denně byl popsán syndrom z vysazení (32,33).

Benzodiazepiny: omezená role, především u starších pacientů

Různé benzodiazepiny mají více či méně vyjádřený anxiolytický, hypnotický, myorelaxanční, antikonvulzivní a amnestický účinek (8). Avšak benzodiazepiny mohou rovněž vyvolat paradoxikální excitaci, podrážděnost a dokonce i násilí (8).
Délka účinku závisí na délce eliminačního poločasu jak účinné látky, tak jejího aktivního metabolitu. Plazmatický eliminační poločas se interindividuálně velmi liší (3). Benzodiazepiny jsou klasifikovány podle rychlosti účinku a rychlosti eliminace.
Rychle působící benzodiazepiny a příbuzné látky zahrnují zolpidem, zopiklon a triazolam (které jsou rychle eliminovány) a flunitrazepam (střední rychlost eliminace). Další benzodiazepiny se střední rychlostí eliminace jsou estazolam, loprazolam, lorazepam, lormetazepam, nitrazepam, oxazepam a temazepam. Jiné

léčivé látky této skupiny mají dlouho-trvající účinek, obvykle proto, že vytvářejí aktivní metabolity.

Benzodiazepiny a příbuzné látky: krátkodobé prodloužení spánku. Metaanalýza identifikovala 50 kontrolovaných randomizovaných studií s benzodiazepiny včetně 27 studií kontrolovaných placebem, do kterých bylo zařazeno 2 500 pacientů (34). Žádná ze studií zařazených do metaanalýzy netrvala déle než 2 týdny.
Čas potřebný k usnutí byl podle odhadu pacientů zkrácen o 14 minut ve skupině s benzodiazepiny v porovnání s placebovou skupinou (8 studií s 539 pacienty), v elektronicky zaznamenávané délce spánku ale nebyl prokázán signifikantní rozdíl (34). Pacienti v benzodiazepinové skupině se domnívali, že se jim spánek v průměru prodloužil o 49 minut v porovnání se skupinou placebovou. Elektronické záznamy prokázaly prodloužení spánku o 62 minut (34).
Další metaanalýza byla zaměřená na studie s pacienty staršími než 60 let (35). Pacientům užívajícím hypnotika se spánek průměrně prodloužil o 25 minut v porovnání s pacienty užívajícími placebo ($p = 0,0001$).
Klinická hodnocení zolpidemu a zopiklonu neprokázala lepší poměr přínosů a rizik v porovnání s ostatními benzodiazepiny u nespavých pacientů (36,37).
Britský systematický přehled analyzoval 17 randomizovaných kontrolovaných studií se zolpidemem nebo zopiklonem v porovnání s benzodiazepinem (38). Souhrnně byla účinnost srovnatelná s ohledem na počet nočních probuzení, čas nutný k usnutí a na celkové trvání spánku, a to i ve studiích zahrnujících pouze pacienty starší než 60 let (35). Tyto léky mají obdobné farmakodynamické vlastnosti jako benzodiazepiny (36,37).

Závratě a ospalost během dne. V kontrolovaných randomizovaných studiích jeden ze šesti pacientů hlásil alespoň jeden nežádoucí účinek. Nejčastěji to byla ospalost během dne nebo únava, bolest hlavy, náměsíčnost a závratě (34,35,39).

Poruchy paměti. Benzodiazepiny mají vliv na všechny složky funkce paměti (40). V klinických hodnoceních u pacientů starších než 60 let byly kognitivní poruchy, zvláště poruchy paměti, pětkrát častější u skupiny s benzodiazepiny než u placebové skupiny ($p < 0,01$) (35).
U pacientů užívajících benzodiazepiny dlouhodobě nedochází po ukončení léčby k úpravě kognitivních poruch (schopnost zapamatovat si a koncentrovat se), které se objevily v průběhu léčby (9,40,41).
Benzodiazepiny včetně látek v s krátkým eliminačním poločasem mohou způsobit poruchy paměti již po prvním dnu používání (8).

Behaviorální poruchy. Amnézie, chození ve spánku a automatické chování jsou nežádoucí účinky benzodiazepinů a příbuzných léčiv, která účinkují rychle a krátce (42).
U některých pacientů užívajících triazolam nebo flunitrazepam se rozvinulo kriminální chování, které si někdy ani nepamatovali (43-45).

Pády a nehody. Látky ovlivňující centrální nervový systém, zvláště benzodiazepiny, zvyšují riziko pádu a zlomenin u starších pacientů (46,47). Zolpidem není výjimkou (48).
Chronické užívání benzodiazepinů je spojeno se špatným řízením a zvyšuje riziko vzniku autonehody s jiným vozidlem a/nebo chodcem (41,49). Mnohé epidemiologické studie s tisíci řidičů ukázaly, že užívání psychotropních léků, především benzodiazepinů, je spojeno s výrazným zvýšením rizika, že člověk bude příčinou nebo obětí dopravní nehody (49-52).

Tolerance, syndrom z vysazení a závislost. Tolerance na hypnotický účinek se při pravidelném užívání benzodiazepinů rozvíjí rychle (během dnů nebo týdnů). Hypnotický účinek odezní a čas nutný k usnutí a délka spánku se navrací na úroveň před zahájením léčby (7,8,41).
Zolpidem, látka příbuzná benzodiazepinům, byl v roce 2002 Světovou zdravotnickou organizací klasifikován jako psychotropní látka s rizikem zneužívání (53). Zopiklon nese stejné riziko zneužívání a vzniku závislosti (53,54).
Pravděpodobnost, že se objeví syndrom z vysazení při přerušení podávání benzodiazepinů, se zvyšuje s délkou podávání, dávkou a při užívání látek s rychlejší eliminací (flunitrazepam, zolpidem, zopiklon nebo triazolam).

Těhotenství a benzodiazepiny: opatrnost. Riziko rozvoje vrozených vad při podání benzodiazepinů v průběhu prvního trimestru těhotenství je kontroverzní (55). Byla naznačena možnost rizika vzniku rozštěpu patra při použití v prvním trimestru. Metaanalýza kohortových studií neukázala zvýšení tohoto rizika, přestože v některých „case control“ studiích byla možnost spojení mezi užíváním benzodiazepinů v prvním trimestru a rozštěpem patra naznačena.
U matek užívajících benzodiazepiny byl u novorozenců hlášen syndrom z vysazení, který nezbytně vyžadoval intenzivní péči (57,58). Bylo také prokázáno riziko hypotonie s poruchou sacího reflexu (59).
Možný dlouhodobý vliv intrauterinní expozice není znám.

Úspěšné vysazení benzodiazepinů: užitečná opatření

Syndrom z vysazení benzodiazepinů zahrnuje úzkost, návrat nespavosti, změnu vnímání (halucinace, pocit pokroucení těla) a zmatenost (1-3). Po ukončení terapie vysokými dávkami benzodiazepinů se mohou objevit neurologické poruchy jako jsou křečové stavy a zmatenost.
Když se spánek vrátí, je paradoxně delší a někdy může vést ke vzniku nočních můr. Takovéto příznaky mohou falešně naznačit, že je léčba účinná, což někdy může vést k prodloužení léčby (4).
Zdá se, že závažnost syndromu z vysazení souvisí s délkou léčby, vysokou dávkou a s používáním benzodiazepinů s krátkým poločasem (1,3,5). Zvláště citliví na benzodiazepinový syndrom z vysazení se zdají být starší lidé (6).

Účinná preventivní opatření
U dospělých je syndrom z vysazení benzodiazepinů méně častý, pokud je lék vysazován postupně a pokud pacient podstoupí behaviorální terapii a je informován o problémech souvisejících s benzodiazepiny (7).
V některých studiích tyto zásahy pomohly okolo 25 % pacientů snížit nebo ukončit používání benzodiazepinů, i když byli spokojeni s léčbou a přáli si v ní pokračovat (1,8,9). Testované intervence byly založeny na týdenních konzultacích sloužících k informování pacienta o možných nežádoucích účincích benzodiazepinů a rozvoji syndromu z vysazení, na vysvětlení fyziologie spánku a nabídky možnosti spánkové strategie založené na kontrole stimulů.

Posílení povědomí
Pokud pacienti užívají po nějakou dobu benzodiazepiny a mají problémy se spánkem, léky často ztrácejí účinek, ale nežádoucí účinky přetrvávají, zvláště ty postihující paměť a pozornost. V těchto případech je nezbytné informovat pacienta o možných problémech a být připraven na velmi pozvolné vysazování léku.

Žádné další psychotropní látky pro léčbu poruch spánku

Pro léčbu spánku mohou být použity i další látky se sedativními účinky. Některé, jako např. barbituráty, jsou obsoletní, protože poměr jejich přínosů a rizik je negativní.
Ve Francii není dostupný monokomponentní přípravek obsahující neuroleptikum k léčbě poruch spánku.

Antidepresiva: velmi málo studií. Pouze okolo 300 pacientů s poruchami spánku bylo zařazeno do malého počtu studií zkoumajících tricyklická antidepresiva. Závěry ukázaly přínos pro délku spánku, mírný vliv na čas nutný k usnutí a zlepšení subjektivního hodnocení kvality spánku (39).

Závěrem: dlouhodobé užívání „pilulek“ na spaní je rizikové

U pacientů stěžujících si na nekvalitní spánek mají nefarmakologická opatření nejlepší poměr přínosů a rizik. K úpravě spánku a subjektivního vnímání kvality spánku mohou být použita nejrůznější opatření: od prostého objasnění fyziologie spánku až k behaviorální terapii.
Pokud se farmakologická léčba zdá nevyhnutelná a placebo nebo kvazi placebo jsou nedostatečné, pak jsou benzodiazepiny a jim příbuzné látky stejně jako antihistaminika účinnou a obecně uznávanou volbou. Při prvním nasazení musí být pacienti informováni o možných nežádoucích účincích, což může napomoci omezení používání farmakoterapie na co nejkratší dobu.

Jak pomoci pacientovi, který si stěžuje na nekvalitní spánek a ještě nebyl léčen

- Když si pacient stěžuje na nekvalitní spánek, je třeba pozorně naslouchat popisu obtíží, jejich dopadu na pacientův běžný život, informacím o délce trvání obtíží, kontextu, ve kterém se objevily a způsobům, které dosud pacient použil, aby se mu lépe spalo.
- Takový rozhovor někdy odhalí souběžně probíhající onemocnění způsobující spánkové obtíže a vyžadující specifickou léčbu (psychoterapie, analgezie, úprava probíhající léčby).
- Některé příčiny poruch spánku souvisí s prostředím (hluk, chlad, pracovní podmínky). Pokud se je podaří odhalit, je třeba pacienta přesvědčit, aby se pokusil změnit prostředí, spíše než začal užívat léky.
- Pokud je nekvalitní spánek způsoben nějakou nedávnou situací, je dobré pacienta uklidnit a podpořit jeho přesvědčení, že se situace zlepší. V takovém případě je vhodné použít placeba nebo kvazi placeba, jako jsou herbální přípravky (např. kozlíkový čaj).
- Pokud spánkové obtíže přetrvávají, zvláště problémy s usínáním, je vhodné pacientovi vysvětlit základní fyziologické mechanismy spánku, aby pochopil souvislosti. Doporučení týkající se spánkové hygieny, fyzické aktivity během dne a kontroly podnětů (stimulů) může vést ke zřetelnému zlepšení (viz výše). I v tomto případě může být dostatečné placebo nebo bylinkový čaj.
- Pokud tato opatření nevedou ke zlepšení, je třeba s pacientem probrat možnost behaviorální terapie, nebo v některých případech i jiný typ psychoterapie.
- Pokud je farmakologická léčba nevyhnutelná, je třeba pacienta poučit o vlivu sedativ na denní bdělost, aby se snížilo riziko vzniku nehody.
- Krátkodobá léčba krátkodobě, nebo střednědobě působícími benzodiazepiny v minimální dávce je nejlepším způsobem jak posoudit léčbu. Taková léčba má akceptovatelný poměr přínosů a rizik, pokud je pacient upozorněn na možný rozvoj závislosti a poruch paměti. Další možností jsou antihistaminika, která však nesou riziko vzniku atropinových nežádoucích účinků.
- Pokud jsou benzodiazepiny předepsány, musí být vysazení terapie prodiskutováno s pacientem hned na počátku s uvedením možnosti rizika rozvoje příznaků z vysazení (zvláště úzkosti, obnovení nespavosti a náměsíčnosti).
- U starších pacientů může být spánek přerušován potřebou močit. Měli bychom se u nich vyvarovat použití sedativ, u nichž je riziko pádů.
- Ještě důležitější je vyhnout se farmakoterapii u těhotných žen. Pokud je farmakologická léčba nevyhnutelná, je nejlepší možností příležitostné užívání doxylaminu, který by však neměl být užíván ke konci těhotenství. Benzodiazepinům je nutné se vyhnout v prvním trimestru a před koncem těhotenství. Pokud jsou benzodiazepiny předepisovány ženě v produktivním věku, je třeba ji upozornit na možné riziko vzniku vrozených vad při užívání přípravku v průběhu časného těhotenství, i když je riziko pravděpodobně velmi malé a slabě prokázané.

Citovaná literatura je dostupná na vyžádání na adrese: infs@sukl.cz

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

Farmakoterapeutické informace jsou vydávány Státním ústavem pro kontrolu léčiv a distribuovány jako příloha časopisu Tempus Medicorum a Časopisu českých lékárníků. 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 redaktoři: 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. Lyer, 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