



# TEMPUS MEDICORUM

ČASOPIS ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY

6/2010

ROČNÍK 19

## V TOMTO ČÍSLE:

**Nedostatek lékařů  
ohrožuje kvalitu a  
dostupnost zdravotní  
péče**

**Syndrom vyhoření  
u lékařů**

**Kam mizí peníze ve  
zdravotnictví?**

**ČLK podporuje  
nemocniční lékaře**

**Děkujeme, odcházíme**



**Jak to bylo  
v karlovarské nemocnici**

## PLUS



**EDUKAFARM  
medicine news**

Edukační a inzertní příloha časopisu Tempus medicorum



**Farmakoterapeutické  
informace SÚKLu**

Léčba polyneuropatií

Nimesulid – změna v používání  
na lék druhé volby

Fluoxetin a riziko vrozených  
srdečních vad

SSRI, venlafaxin, mirtazapin  
a zvýšené riziko vzniku perzistující  
plicní hypertenze u novorozenců

Zvýšené riziko fraktur kostí ve  
spojení s užíváním některých  
antidepressiv



**Zde odpočívá český lékař, který trpělivě a marně  
čekal, až se mu po nějaké reformě zdravotnictví  
zvýší plat.**

**Čest jeho památce  
Spokojení pacienti**

inzerce



**SAFRAN Positive Libido**

Podpora libida a erekce ♥ Kvalitnější sexuální prožitek ☀ Zlepšení psychické pohody



## Děkujeme, odcházíme...

Na prohlubující se nedostatek lékařů i jeho příčiny komora marně upozorňuje řadu let. Situace se postupně stává kritickou.

Každým rokem odchází za prací do zahraničí cca 250 lékařů, tedy počet odpovídající téměř celé třetině promočního ročníku. Zároveň klesá počet absolventů lékařských fakult. Povolání lékaře přestává být z ekonomických důvodů atraktivní pro mladé muže, a

proto dnes již dvě třetiny mediků jsou ženy. Naopak celé dvě třetiny z odcházejících lékařů jsou muži a plnou polovinu emigrantů tvoří plně kvalifikovaní lékaři ve věku 30–40 let, tedy kolegové s nejdelší profesní perspektivou, jejichž odchod představuje pro naši společnost největší ztrátu. Mezi odcházejícími lékaři výrazně převažují zaměstnanci nemocnic, a to zejména anesteziologové, chirurgové a internisté.

Pracující lékaři stárnou a zajišťování lékařské péče leží stále více na bedrech kolegů v důchodovém věku. Nemocnice marně shání několik stovek kvalifikovaných lékařů, avšak kvůli rozvrácenému systému vzdělávání odchází i mladí lékaři absolventi. Naše zdravotnictví je tak stále více závislé na práci cizinců, mezi nimiž kromě Slováků dominují kolegové ze zemí bývalého Sovětského svazu.

Většina politiků lze občanům, že mají zajištěnu kvalitní lékařskou péči. Bohužel to již přestává být pravda. Ministerstvo však stále vydává za úspěch růst spotřeby drahých léků, lití peněz do betonu i nákupy dalších a dalších přístrojů. Co na tom, že s nimi často ani nemá kdo pracovat a že personální devastace některých nemocnic dosáhla takového stupně, že by se v nich již nikdo informovaný léčit nenechal. Snižující se dostupnost a kvalita lékařské péče politiky netrápí. Spoléhají na to, že pacient-volič nic nepozná.

Lékařským odborovým klubem formulovaný požadavek na zvýšení příjmů lékařů zaměstnanců za základní pracovní dobu na jedenapůlnásobek až trojnásobek průměrné mzdy v závislosti na kvalifikaci lékaře je zcela oprávněný a při troše dobré vůle i poměrně snadno splnitelný. Je zvláštní, že i ti politici, kteří jsou jinak zastánci tržních principů, se najednou podivují nad tím, že se i lékaři chovají tržně a odcházejí tam, kde za svoji náročnou práci dostanou lépe zapláceno. Nemá smysl mudrovat na téma, jak vysoký plat by si lékaři v ČR zasloužili. Hodnota zboží, služba a nakonec i lidské práce v tržní ekonomice totiž odpovídá ceně, za jakou je ji někdo ochoten prodat a jiný koupit. Lékařů je nedostatek a nemocnice bez nich fungovat nemohou. Pokud politici nechtějí, aby se zdravotnictví zhroutilo, budou zkrátka muset lepší platy pro lékaře zajistit. Tedy pokud odpor lékařů nedokážou zlomit jinak.

Komora pochopitelně nemůže ignorovat zájmy 16 000 svých členů, a proto nezněla otázka, zda protestní akci vyhlášenou na jaře letošního roku podpoříme, ale pouze jakou formou svoji jednoznačnou podporu vyjádříme. Lékařská komora je povinna hájit nejenom profesní práva svých členů, ale také kvalitu lékařské péče. Právě v zájmu bezpečnosti pacientů se porada předsedů OS ČLK a následně i představenstvo na můj návrh usnesly, že komora nemocniční lékaře k hromadnému podávání výpovědí přímo vyzve.

Doufám, že se většina lékařů zaměstnanců k výzvě „Děkujeme, odcházíme“ připojí. Je to totiž možná naše poslední šance na prosazení potřebných změn. Důvod je jednoduchý. Dokud odchází lékaři do ciziny po desítkách a po stovkách, daří se politikům problém rozpadajícího se zdravotnictví před občany zatajovat. Pokud však koncem roku podají výpověď tisíce lékařů, politici již problém pod koberec zamést nedokážou a budou muset oprávněným požadavkům lékařů vyhovět.

Na zlepšení své ekonomické situace čeká většina nemocničních lékařů marně již dvacet let. Tak dlouho politici debatují o koncepcích a slibují nám lepší zítřky, pokud jen budeme mlčky pracovat a hrbit hřbet. Díky naší slušnosti a naivitě je dnes většina pacientů spokojená a naše finanční situace je logicky vůbec nezajímá. Představa, že nějaký politik bude reformovat zdravotnictví a riskovat nevůli voličů proto, abychom se my, lékaři, měli lépe, je hloupá. Vždyť o stejné peníze s námi soutěží mocné lobby farmaceutických či stavebních firem. Politici budou jistě jako již mnohokrát i nyní apelovat na naši odpovědnost. Avšak ekonomické problémy státu nezavinili lékaři, ale právě nezodpovědní a zkorumpovaní politici. Jsem zvědav, kolik prosáčků v našich řadách opět naletí na jejich výzvy, že my občané musíme šetřit, aby oni politici mohli v klidu reformovat a krást. Navrhují, abychom pro tentokrát postupovali obráceně. Nejprve zaplatte lékaře, aby neutíkali, a o koncepcích i reformách pak s námi mohou politici diskutovat podle libosti. Díky zvýšení platů lékařů, kteří přestanou zdravotnictví sponzorovat, se možná nakonec i nějaké smysluplné reformy dočkáme. Obrácený postup totiž dosud nikam nevedl.

A že je zdravotnictví politikum? Ano, je. Nikdo jiný než politici o zdravotnictví rozhodovat nebude. Proto je volíme, proto si je platíme. Všichni politici mají stejnou šanci nám pomoci. Nikoho neodmítáme, nikoho nepreferujeme. Je nám úplně jedno, kdo z politiků nejpalčivější problém českého zdravotnictví vyřeší. Avšak ten, kdo to dokáže, ten na tom nemůže prodělat.

Milan Kubek, prezident ČLK

**TÉMA MĚSÍCE** 2–7  
 Nedostatek lékařů ohrožuje kvalitu a dostupnost zdravotní péče

**FINANCE A ZDRAVOTNICTVÍ** 8–9  
 Zbytečně vysoké výdaje za předražené léky  
 Kam mizí peníze ve zdravotnictví?

**IUVENTUS MEDICA** 11  
 Výroční zpráva

**KAZUISTIKA** 12  
 Případ zprávy zneužití v rodinném boji

**PRÁVNÍ PORADNA** 13–14  
 Postup při komunikaci s pacienty–cizinci  
 Neetické a nekalé praktiky při získávání pacientů

**INZERTNÍ PŘÍLOHA** 15–30  
**PŘÍLOHA FI**  
 Antihypertenzní léčba a prevence demencí: účinnost nitrendipinu

Rosuvastatin a jeho současná pozice v hypolipidemické léčbě  
 Nová aplikační forma etanerceptu – jednorázové pero MyClic

Niacin – staronové hypolipidemikum s přidanou hodnotou  
 Profil přípravku – TREDAPTIVE  
 Koxiby – stále aktuální téma?

Fytoterapie mužských sexuálních dysfunkcí  
 Profil přípravku – Safran positive libido  
 O postavení fyziologické regulační medicíny v léčbě bolesti pohybového systému

Účinnost chondroitinsulfátu u pacientů s osteoartrózou a psoriázou  
**DĚKUJEME, ODCHÁZÍME** 31–40

Komora podporuje nemocniční lékaře  
 Děkujeme, odcházíme – kampaň pokračuje  
 Ohlasy na výzvu  
 Anketa  
 Proč je podání hromadné výpovědi lékařů jako forma protestu správné  
 Jak to bylo v karlovarské nemocnici.

**SERVIS** 41–44  
 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@clkr.cz • www.clkr.cz  
 Šéfredaktor: MUDr. Milan Kubek  
 Redakční zpravodáři: EV public relations, s. r. o., Praha  
 Odpovědná redaktorka: PhDr. Blanka Rokosová  
 Příjem příspěvků: blanka.rokosova@ev-pr.cz  
 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 6: 24. 6. 2010 • Vyšlo: 27. 6. 2010  
 Podávání novinových zásilek povoleno: Česká pošta, s. p., odštěpný závod Praha, č. nov. 6139/96 ze dne 22. 11. 1996  
 Distribuce: Česká pošta, s. p., Postservis OZ Příprava  
 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. Rádčková inzerce je pro lékaře do pěti řádků (včetně) zdarma. Větší rozsah a inzerát nelékaře je zpoplatněn. Při zadávání inzerátů je proto potřeba zadat fakturační kontaktní adresu, IČO, DIČ, telefon, e-mail. Bez těchto informací nebude inzerát zveřejněn.

# Nedostatek lékařů ohrožuje kvalitu a dostupnost zdravotní péče

*Nedostatek lékařů a pokračující personální devastace nemocnic představují spolu s nedostatečnými výdaji na zdravotnictví hlavní nebezpečí pro české zdravotnictví. Lékaři odmítají nadále dotovat poskytování zdravotní péče na úkor svých příjmů, a proto odchází do zahraničí.*

*Dvě třetiny z odcházejících lékařů jsou muži a plnou polovinu tvoří plně kvalifikovaní lékaři ve věku 30–40 let, tedy lékaři s nejdelší profesní perspektivou, jejichž odchod představuje pro naši společnost největší ztrátu. Drtivou většinu emigrujících lékařů tvoří zaměstnanci nemocnic, a to zejména anesteziologové, chirurgové a internisté.*

*Počet studentů lékařských fakult klesá. Povolání lékaře přestává být pro mladé muže atraktivní, a tak 2/3 studentů tvoří ženy.*

*Pracující lékaři stárnou a zajišťování lékařské péče leží stále více na bedrech lékařů v důchodovém věku. Nemocnice marně shánějí kvalifikované lékaře, ale kvůli rozvrácenému systému vzdělávání stále více odcházejí i mladí lékaři absolventi. Naše zdravotnictví je tak stále více závislé na práci cizinců, mezi nimiž kromě Slováků dominují kolegové ze zemí bývalého Sovětského svazu.*

*ČLK podporuje požadavky lékařských odborů. Hromadné podání výpovědi je legitimním prostředkem k tomu, aby politici přestali občanům lhát a začali konečně opravdové problémy českého zdravotnictví řešit. Splnění oprávněných mzdových požadavků lékařů je v ekonomických možnostech České republiky. Vše je pouze otázkou priorit.*

Hlavním problémem českého zdravotnictví je nepochybně nedostatek peněz. Výdaje na úrovni 7% hrubého domácího produktu České republiky prostě nemohou stačit na zaplacení zdravotní péče v evropské kvalitě a při dostupnosti, na kterou jsou naši občané zvyklí. Ani zdravotnictví není perpetuum mobile, a nemůže tedy fungovat bez peněz.

Svým pacientům ordinujeme drahé moderní léky, pro diagnostiku a léčbu využíváme přístroje nakupované za světové ceny. Veškeré vstupy do zdravotnictví se zdražují, a to včetně cen služeb, energií či potravin. Stavební lobby má krize nekrize obrovské zisky a můžeme se jen domýšlet, jakými metodami asi přesvědčuje management nemocnice, která nemá 4 miliony korun na platy lékařů, aby byla zahájena stavba nové budovy za ¾ miliardy Kč.

Příčinou zdánlivě vysoké efektivity českého zdravotnictví, které za zlomek peněz investovaných do zdravotní péče třeba v Německu či Rakousku stále ještě dosahuje srovnatelných výsledků, je žalostně nízké finanční ohodnocení práce lékařů a ostatních zdravotníků. Je až zarážející, že i politici, kteří patří mezi zastánce tržní ekonomiky, najednou žasnou, když se i lékaři začínají chovat tržně a odcházejí tam, kde za svoji náročnou práci dostanou lépe zaplacení.

## Početně nejsilnější lékařské obory

Obor	Počet lékařů	Podíl z celku	Feminizace	Průměrný věk
PL	5 211	14,11 %	61,1 %	53,0
Interna	3 616	9,79 %	51,0 %	43,2
Chirurgie	2 485	6,73 %	14,4 %	46,1
Gyn-por	2 403	6,51 %	42,7 %	47,2
PLDD	2 121	5,74 %	86,8 %	53,5
ARO	1 779	4,82 %	47,6 %	40,2

Stav k 31. 12. 2008. Zdroj: ÚZIS



## Počet absolventů lékařských fakult klesá

Rok promoce	Počet absolventů
2003	874
2005	831
2007	795
2009	784

Zdroj: MZd

Zájem o studium medicíny klesá. Kolegové vyučující na lékařských fakultách se shodují v názoru, že ti nejtalentovanější studenti si patrně zvolili jinou vysokou školu. Mladí lidé se chovají pragmaticky, a tak si na místo náročného studia medicíny raději volí obory lehčí, ale zato lépe placené. Hlavní příčinou nedostatku mediků je však nedostatečný příspěvek státu univerzitám, který nepokrývá náklady na studium. Lékařské fakulty tedy nemají ekonomickou motivaci umožnit studium medicíny většímu počtu zájemců.

### Certifikáty o profesní bezúhonnosti

	Certifikát o profesní bezúhonnosti	Certifikát o nečlenství v ČLK	Celkem
2003	87		87
2004	472		472
2005	466		466
2006	348		348
2007	339		339
2008	263	50	313
2009	272	64	336

Zdroj: Registr ČLK

Emigrace lékařů začala být závažným problémem po vstupu České republiky do EU, která se řídí pravidlem, že specializace získaná v kterémkoli členském státě musí být automaticky uznávána všude. Naši lékaři, kteří na tuto šanci čekali, již tedy nemuseli skládat žádné dodatečné zkoušky a mohli okamžitě nastupovat za pětinasobné platy na pozice kvalifikovaných lékařů.

Každý lékař, který chce pracovat v jiné zemi v rámci EU, potřebuje od České lékařské komory tzv. potvrzení o profesní bezúhonnosti, tedy jakýsi „výpis z rejstříku trestů“. Počet vydaných certifikátů je poměrně přesným ukazatelem míry emigrace lékařů z ČR. Pochopitelně ne všichni žadatelé o tato potvrzení skutečně do zahraničí odejdou. Odcházejí „pouze“ dvě třetiny z nich. Novým trendem z posledních dvou let jsou pak množící se odchody lékařů absolventů hned po promoci. Tito kolegové vůbec nezačnou v ČR pracovat a ČLK pro ně musela zřídit speciální potvrzení.

Každoročně z ČR odchází z ekonomických důvodů za prací do zahraničí 200–250 lékařů, což představuje prakticky jednu třetinu promočního ročníku. Zpět do vlasti se navzdory proklamacím zaznívajícím z ministerstva zdravotnictví nevrací téměř nikdo. Není divu. Ten, kdo zjistil, jak dobře lze žít s platem nemocničního lékaře v Německu či Velké Británii, a to bez nutnosti obrovského množství přesčasové práce, ten nemá příliš chuť se vracet a čekat dalších dvacet let na to, až se postavení lékařů zaměstnanců v ČR zlepší.

### Emigrující lékaři podle pohlaví

Pohlaví	2008	2009	Celkem	
Muži	176	172	348	65 %
Ženy	87	100	187	35 %
Celkem	263	272	535	100 %

Z analýzy ČLK vyplývá, že plně dvě třetiny emigrujících lékařů tvoří muži. Příčina je nasnadě. Ve většině rodin je to právě muž, kdo nese hlavní tíhu odpovědnosti za její finanční zajištění. A pokud český lékař není schopen ekonomicky zajistit svoji rodinu z platu zaměstnance nemocnice, nezbyvá mu nic jiného, než

emigrovat, tedy pokud nechce medicínu pověsit na hřebík a neholdlá se třeba začít živit politikou.

### Pokračující feminizace české medicíny

	2002	2008
PL	59,0%	61,1%
Interna	49,2%	51,0%
Chirurgie	13,2%	14,4%
Gyn-por	39,6%	42,7%
PLDD	79,8%	86,8%
ARO	46,5%	47,6%
Celkem	51,8%	53,0%

Zdroj: ÚZIS

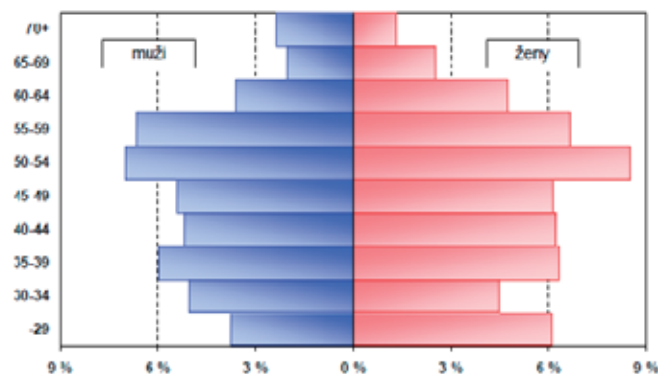
Povolání lékaře přestává být pro mladé muže atraktivní. V současnosti tvoří medičky již 2/3 všech studentů na lékařských fakultách. Výsledkem je pokračující feminizace medicíny, která tak z obdobných ekonomických důvodů následuje příklad našeho školství. Je zajímavé, že počet lékařek roste nejenom v tradičně ženských oborech, jakým je třeba pediatrie, ale i v oborech dosud dominantně mužských, mezi něž tradičně patřila chirurgie.

### Emigrující lékaři podle věku

Věk	2008	2009	Celkem	
Do 30	22	37	59	11,0 %
30–40	135	135	270	50,5 %
40–50	67	70	137	25,6 %
50–60	31	24	55	10,3 %
Nad 60	8	6	14	2,6 %
Celkem	263	272	535	100,0 %

Ještě více alarmující výsledky však přináší lékařskou komorou provedená analýza věkového složení emigrujících lékařů. Plnou polovinu z nich totiž tvoří plně kvalifikovaní lékaři ve věku 30–40 let, tedy kolegové, kteří mají před sebou nejdelší profesní kariéru. Právě odchod takto perspektivních kvalifikovaných lékařů představuje pro naši společnost největší ztrátu. Osobně patřím mezi zastánce práva na volný pohyb osob a pracovních sil v rámci EU a budu vždy bojovat proti jakýmkoliv administrativním omezením, ale přesto se nemohu ubránit pocitu, že by bylo lepší, kdyby absolvent Karlovy univerzity ošetřoval pacienty v Kolíně nad Labem a ne v Kolíně nad Rýnem.

### Věková struktura lékařů



\*) evidenci počet lékařů a lékařů zaměstnavatelé;

% vyjadřuje podíl daného pohlaví v dané věkové skupině na celkovém počtu lékařů



K žadatelům o certifikát o profesní bezúhonnosti za uplynulé dva roky je třeba ještě připočítat celkem 114 absolventů, které perspektiva žebrácké mzdy a rozvráceného systému specializačního vzdělávání vyhnaly ze země hned po promoci. Teprve pak nahlédneme celé hloubky personální katastrofy českého zdravotnictví.

### Pracující lékaři stárnou

	Do 50 let	Nad 60 let
2000	67 %	11,5 %
2007	56 %	<b>16,0 %</b>

Na lékařských fakultách nepromuje dostatečné množství lékařů a stále více mladých lékařů odchází do zahraničí buď ihned po promoci, nebo po získání kvalifikace. Zajišťování lékařské péče tedy stále ve větší míře leží na bedrech lékařů důchodového věku. Pokud by někoho napadlo, že obdobně jako v sousedním Německu musí lékaři v určitém věku odejít do penze, naše zdravotnictví by se zhroutilo. Zatímco v roce 2000 představovali kolegové a kolegyně starší 60 let 11,5% ze všech pracujících lékařů, tak do roku 2007 se jejich podíl zvýšil již na 16%. Zaplatpánbůh za jejich ochotu stále pracovat. Je však smutné, že řadu z nich k tomu nutí existenční starosti a hrozba minimálního důchodu.

### Emigrující lékaři podle oboru

Obor	Počet lékařů v oboru	Počet certifikátů 2008 + 2009
PL	5 211	4
Interna	3 616	46
Chirurgie	2 485	49
Gyn-por	2 403	12
PLDD	2 121	1
Pediatric		14
<b>ARO</b>	<b>1 779</b>	<b>34</b>

Česká lékařská komora s využitím svého registru provedla také analýzu lékařských oborů, které emigrací trpí nejvíce. Pokud máme počty odcházejících lékařů správně interpretovat, musíme je samozřejmě porovnávat s celkovým počtem lékařů dané odbornosti. Asi málokoho překvapí, že do ciziny prakticky vůbec neodchází praktičtí lékaři ani praktičtí lékaři pro děti a dorost. Soukromí lékaři zkrátka nemají motivaci a navzdory všem problémům, které jim přináší vazalské postavení vůči zdravotním pojišťovněm, jsou na tom po ekonomické stránce v porovnání s lékaři zaměstnanci mnohem lépe. Úplně jinak je tomu u klinických pediatrů nebo u internistů, kteří z českých nemocnic prchájí do zahraničí. Zdaleka nejhorší situace je však u chirurgů, a zejména anesteziologů, kteří mezi emigranty dominují. Právě nedostatek anesteziologů přitom zcela spolehlivě paralyzuje provoz každé nemocnice.

### Závislost na práci cizinců se prohlubuje

	Počet lékařů cizinců
2003	829
2004	1 097
2005	1 188
2006	1 619
2007	1 849
2008	2 015
2009	2 129

Zdroj: MPSV

České zdravotnictví je stále více závislé na práci cizinců. Pokud by se 2129 zahraničních lékařů rozhodlo vrátit domů, nemocniční péče by se zhroutila. Závislost na práci cizinců je riskantní z toho důvodu, že ten, kdo již jednou odešel za prací do zahraničí, ten snadno odejde zase někam jinam, kde mu více zaplatí. Pro řadu cizinců také naše zdravotnictví představuje pouze přestupní stanici k cestě přestupní stanici v cestě na západ.

Díky absenci jazykové bariéry mezi zahraničními lékaři našťastí stále dominují kolegové ze Slovenska, u kterých se nemusíme obávat nedostatku erudice. Poněkud jiná situace je však u lékařů přicházejících ze zemí bývalého Sovětského svazu. Analýza ČLK přitom prokazuje, že to budou právě oni, kdo nás bude léčit. Naproti tomu pro Bulhary či Rumuny, které se po vstupu těchto zemí do EU snažil přilákat bývalý ministr Julínek, nepředstavují pracovní podmínky v našich nemocnicích žádné lákadlo. Bulhaři směřují do Británie a do Německa, Rumuni míří do Francie. Jaké štěstí by mohli najít u nás?

V roce 2008 jsem upozornil ředitele nemocnic, že pokud zaměstnávají lékaře, kteří nejsou členy ČLK, dopouští se jednání v rozporu se zákonem. Tato „náborová akce“ přinesla tyto výsledky:

Celkem	1132
ČR	862
SR	229
Rusko	9
Kypr, Ukrajina	4
Izrael	3
Albánie, Keňa, Libanon, Sýrie, Uzbekistán	2
Ázerbájdžán, Benin, Bosna a Hercegovina, Bulharsko, Indie, Jemen, Jordánsko, Kazachstán, Kyrgyzstán, Portugalsko, Sierra Leone, Tanzanie, Uganda	1

### Nedostatek lékařů v nemocnicích

Doba, po kterou je místo neobsazeno	Počet volných míst
0–3 měsíce	87
3–6 měsíců	82
6–12 měsíců	119
Déle než 12 měsíců	385
Celkem	673

Zdroj: MPSV

Personální devastace nemocnic se prohlubuje a nedostatek lékařů již ohrožuje kvalitu a dostupnost zdravotní péče. Ředitelé nemocnic se většinou marně snaží sehnat kvalifikované lékaře. Někteří k tomu využívají i zcela zoufalé metody, mezi něž patří využívání služeb úřadů práce. Z údajů Ministerstva práce a sociálních věcí ČR vyplývá, že většina volných lékařských míst je neobsazena již déle než celý jeden rok. Tyto případy jsou tedy bez systémových změn neřešitelné.

Toto je však pouze pověstná špička ledovce. Skutečný nedostatek lékařů je totiž mnohem větší. Vzhledem k tomu, že reálně nikdo nekontroluje personální vybavení nemocnic, nemají jejich zřizovatelé ani ředitelé prakticky žádnou motivaci platit přiměřené množství zdravotnického personálu.

Česká lékařská komora nemá žádný právní mandát k tomu, aby kontroly personálního vybavení prováděla. Personální doporučení, na základě jejichž splnění udělujeme certifikát kvality „Nemocnice 21. století“, většina nemocnic nespĺňuje, a proto mají strach o bezplatné provedení personálního auditu komoru vůbec požádat.

## Z dopisů prezidentovi ČLK

Stávající počet lékařů již kvalitní zdravotní péči v nemocnicích zajistit nedokáže. Jaké však existují možnosti řešení?

- 1) Větší investice státu do lékařských fakult by umožnila studovat medicínu většímu počtu zájemců. Školné nejspíše nebude řešením, neboť v důsledku jeho zavedení jistojistě někoho z politiků napadne naopak státní příspěvek v zájmu snižování rozpočtového deficitu snížit.
- 2) Výrazné zvýšení příjmů lékařů zaměstnanců za základní pracovní dobu. Jinak to nepůjde. Lékaři nemohou být existenčně závislí na penězích za přesčasovou práci..
- 3) Změny v organizaci práce, které osvobodí lékaře od nutnosti vykonávat činnosti, které by mohli zvládnout lidé méně kvalifikovaní.
- 4) Dodržování zákoníku práce a evropských norem limitujících povolené množství přesčasové práce. Na první pohled to zní paradoxně, vždyť právě promítnutí Evropské směrnice o pracovní době do naší pracovněprávní legislativy demaskovalo nedostatek lékařů v našich nemocnicích. V současnosti však další lékaře z nemocnic vyhání mimo jiné i nutnost obcházet zákoník práce. Kolegové si uvědomují, jak riskují v případě odborného pochybení plynoucího z únavy, a začíná jim docházet i to, že smyslem života není pouze práce, jakkoliv zajímavá a užitečná.
- 5) Zrušení bariéry mezi nemocnicemi a soukromým sektorem. Účast na práci v nemocnici musí být ekonomicky atraktivní i pro soukromé lékaře, kteří by si jejím prostřednictvím i zvyšovali a udržovali erudici. Není možné, aby se na zajišťování nepřetržité zdravotní péče o pacienty podílela pouze menšina lékařů.
- 6) Zásadní změny vyžaduje i specializační vzdělávání. Proto ČLK nabídla Ministerstvu zdravotnictví ČR, že převezme jeho organizaci. Ministerští úředníci by se měli přestat snažit určovat nám lékařům, jak má naše vzdělávání vypadat. V rámci projektu „Lékaři sami sobě“ navrhla komora následující rozdělení kompetencí:
  - ČLK, která vede registr lékařů, zajišťuje evidenci a organizaci specializačního vzdělávání a atestačních zkoušek.
  - Lékařské fakulty spolu s fakultními nemocnicemi a dalšími akreditovanými zdravotnickými zařízeními jsou prostorem pro teoretickou i praktickou výuku, která s výjimkou časově omezených stáží probíhá převážně na pracovištích nižšího typu.
  - Odborné společnosti spolu s komorou garantují obsah specializačního vzdělávání a zkoušek.
  - Stát specializační vzdělávání financuje a prostřednictvím Ministerstva zdravotnictví ČR i kontroluje.

**Lékařů je v ČR nedostatek. V tržní ekonomice přitom platí, že hodnota nedostatkového zboží či služby stoupá. Zákonitě tedy musí růst i cena práce nás lékařů. Zároveň platí, že hodnota zboží, služby či lidské práce odpovídá ceně, kterou je za ni někdo ochoten zaplatit a za kterou je jiný ochotný ji prodat. Cenu své práce máme tedy ve svých rukách my lékaři. V České republice není nikdo, kdo by nás dokázal nahradit. Je na čase, abychom si to uvědomili a třeba i cestou protestních akcí si lepší odměnu za práci vybojovali.**

Milan Kubek

Vážený pane prezidente,

je to smutné, ale bohužel je to tak, že práce lékaře v této zemi není zaplacená – na tomto se shodnou snad všichni lékaři. Mladí lékaři mají „zprzněné“ vzdělávání a systém je nutí pracovat za dumpingové mzdy. Na tom se také shodnou – snad všichni lékaři. Personální obsazení nemocnic, zvláště na okresech, je špatné, nedostatečný počet lékařů a ještě s nedostatečnou praxí a vzděláním – snad se na tom všichni lékaři také shodnou. A nyní přichází ono krásné „rozděl a panuj“ – lékaři v nemocnicích, čili zaměstnanci a lékaři s vlastní soukromou praxí, tzv. „podnikatelé“. Zde je práce hodnocena také dumpingově. Např. předoperační vyšetření kardiaka po bypassu před totální endoprotézou – možno účtovat cílené vyšetření za 430 Kč plus EKG za 123 Kč a zabere to více jak hodinu. V servisu Škoda si za hodinu práce účtují 600 Kč a materiál zvláště. Soukromý lékař ale také musí hlídat náklady – jak na výkonu, tak na léky a ostatní, hlavně na vyšetření – to je další práce (což lékař zaměstnanec nedělá), lékař soukromník za dovolenou nedostane ani korunu, musí zaplatit zaměstnance, nájem, energie za ordinaci atp. (což si zaměstnanec nedovede snad ani představit). Toto ovšem není problém praktických lékařů, těm kapitace jde pořád. Toto je další důvod k rozdělení lékařského stavu i mezi „podnikateli“ – lékař praktik a lékař specialista. U soukromých lékařů neexistují „platové třídy“, délka praxe atp.

Omlouvám se, že jsem se rozepsala, ale je smutné, když peníze na velké množství pandurů a jiných věcí jsou, ale na zdraví ne, vždyť to zaplatí pacienti a lékaři ze své kapsy. Toto je ovšem velmi krátkozraké, noví lékaři nebudou, protože za takových podmínek nebudou chtít pracovat, lidé nebudou mít peníze na řádnou léčbu... atd.

Vážený pane prezidente, děkuji Vám, že se snažíte o narovnání těchto pokřivených skutečností.

MUDr. Ludmila Veselá

Pane prezidente!

Přestaňte už politicky agitovat a začněte konečně spolupracovat při vytváření koncepce zdravotnictví, tak jak by měl reprezentovat důstojný prezident komory a ne kašpárek. Posledním opravdovým prezidentem komory byl dr. Svoboda, po něm je již spíše směšno. A proto také tak komora vypadá.

Vždy jsem četla Tempus od začátku až do konce, ale v posledních letech ho rovnou dávám do sběru, je to ztráta drahocenného času. To Vy a dr. Rath jste vnesl do zdravotnictví šarvátky, urážky, nenávisť mezi jednotlivými rezorty (nemocnice x ambulance, soukromí x státní...) atd. Sám jste byl nadšen, když byla u moci ČSSD a KSČM, říkal jste nám, že je příznivá politická situace prosazovat potřebné zákony. Nepamatují si, že by nějaký užitečný byl přijat, a to byla Vaše oblíbená ČSSD u moci 8 let, pak už jen devastovala.

Do zdravotnictví politika nepatří, je to příliš složité těleso, aby se tam dalo něco vyhádat nebo vystávkovat. Jedině konsenzus je v zájmu pacientů a i lékařů. K dehonestaci lékařů jste přispěl i Vy svým diletantským a spíše politickým vedením komory. Podívejte se, kam jste ji dovedl. Kdyby bylo odhlasováno nepovinné členství, tak do druhého dne 99 % lékařů vystoupí. Toho se bojíte, že přijdete o moc a z toho vyplývající peníze, vliv, konexe... To je Váš hlavní záměr, nikoliv postavení lékařů. Kdyby to tak bylo, tak už je komora někde jinde.

Přestaňte již politikařit, v zájmu lékařů by bylo, abyste dobrovolně opustil křeslo prezidenta a nechal někoho důstojného řídit tuto organizaci, snad by z mrtvých vstala a pomohla řešit opravdové problémy našeho zdravotního systému.

MUDr. Eva Baxová, Plzeň

P  
R  
O

P  
R  
O  
T  
I



# Syndrom vyhoření u lékařů

*Syndrom vyhoření, tzv. „burn out syndrom“, je definován jako stav emocionálního vyčerpání a depersonalizace, který vede k poklesu efektivity práce. Hlavními spouštěči syndromu vyhoření jsou chronický stres, permanentní časový tlak a vysoké emoční napětí. Není tedy výsledkem izolovaných traumatických zážitků, ale objevuje se jako důsledek dlouhodobého psychického vyčerpání a působení stresujících podnětů.*

Burn out syndrom se nejvíce vyskytuje u osob, které mají neustálý, náročný a intenzivní kontakt s lidmi a jejichž práce je neadekvátně ohodnocená. Nejvíce se vyskytuje u profesí souvisejících s mezilidskou komunikací a kontaktem s lidmi obecně. Lékaři v tomto smyslu patří mezi nejvíce ohrožené profese.

## Syndrom vyhoření u lékařů

Stres a syndrom vyhoření u lékařů je velice aktuálním tématem, neboť ohrožuje nejen lékaře samotné, ale má také významný vliv na kvalitu jejich práce a přístup k pacientům. Řada studií prokazuje, že právě burn out syndrom a příbuzné jevy, jako např. deprese, patří mezi nejvýznamnější prediktory lékařských chyb, na rozdíl např. od počtu odpracovaných hodin, které ovšem mohou být jednou z jeho příčin. Studie kvantifikující tento jev udávají až šestinásobný výskyt lékařských omylů u lékařů trpících depresemi a pracovním vyčerpáním. Toto je alarmující údaj, který poukazuje na skutečnost, že burn out syndrom u lékařů není jen pouhým hypotetickým fenoménem, ale představuje konkrétní jev, který může významným způsobem ovlivnit práci lékařů, a tedy i zdraví pacienta.

## Příznaky a příčiny

Mezi příznaky syndromu vyhoření patří celá škála fyzických, ale i sociálních projevů, které se při dlouhodobě neřešené situaci mohou manifestovat řadou onemocnění.

**Tabulka 1: Příznaky syndromu vyhoření**

Fyzické
stav celkové únavy až vyčerpání organismu, apatie, ochablost, dechová tíseň, pocity zkrácení dechu, bušení srdce, bolesti hlavy, gastrointestinální obtíže, nespavost, nespecifické tělesné bolesti
Psychické
předrážděnost, záchvaty zlosti a hněvu, zvýšený smutek, celkový útlum a depresivita, nekontrolované verbální projevy zlosti, podezřívavost a vztahovačnost, vyhýbání se pracovním povinnostem
Pracovní
přesvědčení, že „nic už nemá cenu“, pokles až naprostá ztráta zájmu o témata související s profesí, negativní hodnocení instituce, v níž byla profese až dosud vykonávána, sebelítost, intenzivní prožitky nedostatku uznání, projevy negativismu, cynismu a zvýšené iritability ve vztahu k pacientům, redukce činnosti na rutinní postupy, užívání stereotypních frází a klišé, objevuje se přesvědčení o vlastní postradatelnosti až bezcennosti

Syndrom vyhoření v lékařských profesích nemá ovšem vliv pouze na lékaře samotného, jak již bylo uvedeno, ale projevuje se i výrazným způsobem na výkonu jeho profese, čímž je ohrožen nejen pacient, ale i systém zdravotnictví jako takový. Tabulka 2 uvádí důsledky zvýšeného výskytu syndromu vyhoření v lékařských profesích uváděných v odborných studiích v posledním roce.

**Tabulka 2: Dopady syndromu vyhoření na systém zdravotnictví**

Vztah pacient–lékař
snížená výkonnost lékaře, zvýšený počet medicínských chyb, snížený zájem o pacienta, volba kompromisů v souvislosti s bezpečím pacienta, neefektivní, rigidní vzorce preskripce medikace a léčby obecně, neochota ke kreativnímu, alternativnímu myšlení
Systém zdravotnictví
zvýšený odchod ze zaměstnání, zvláště služebně mladších lékařů, snížená ochota lékařů k profesnímu růstu, zvýšená „cirkulace“ lékařů zvláště na exponovaných pracovištích, zvýšené náklady související s neochotou lékařů k jiným než zaběhnutým postupům, zvýšený počet lékařů odcházejících z profese, snížená efektivita systému v důsledku zvýšeného počtu chyb lékařů, snížená důvěra veřejnosti v systém zdravotnictví v důsledku zjevných projevů syndromu u lékařů (nižší ochota komunikovat, odosobněný přístup, deklarovaný cynismus)

**Tabulka 3: Příčiny stresového zatížení lékařů**

Vycházející z podstaty profese
Fyzické zatížení
vysoké statické zatížení (např. operační sál), narušení spánkového rytmu, nepravidelná strava, kontakt s léky, chemikáliemi, popř. dezinfekcí, radiací apod., vysoké riziko infekce
Psychické zatížení
vysoké pracovní tempo, vysoká zodpovědnost, nutnost neustále rychle a pružně reagovat, kontakt s utrpením, bolestí, smrtí, nutnost komunikace s pacientem a jeho rodinou
Vycházející z pracovních podmínek
vysoké nároky na pracovní výkon, špatné ohodnocení, časté nebo neefektivní organizační změny, nárůst neefektivní administrativní zátěže, nízká podpora profesního růstu, nejasnost nebo nesrozumitelnost probíhajících nebo plánovaných změn, profesní nejistota

Aktuální odborné studie se samozřejmě nezabývají pouze samotnými projevy a dopady syndromu vyhoření, ale studují i možné příčiny a spouštěče. Mezi ty patří, nejen v případě lékařů, osobnostní dispozice, především v souvislosti s úrovní frustrační a stresové odolnosti, základními osobnostními charakteristikami apod. I přesto, že osobnostní předpoklady určitou roli v rozvoji burn out syndromu rozhodně hrají, nepředstavují rozhodující faktor. Samotný burn out syndrom je reakcí na kombinaci externích, dlouhodobě působících faktorů. V lékařských profesích lze nejzávažnější příčiny klasifikovat do dvou základních kategorií.

Faktory, které bezprostředně souvisejí s výkonem lékařské profese, a faktory, které vycházejí primárně z pracovních podmínek lékaře. Tabulka č. 3 tyto faktory shrnuje.

Z tabulky je zřejmé, že jevy jako je stres a burn out s výkonem lékařské profese neodělitelně souvisejí. Nicméně je otázkou, jakým způsobem napomáhá systém zdravotnictví jeho prevenci a zda v jeho rozvoji nemá rozhodný podíl, tak jak některé odborné studie uvádějí.

### Prevence a terapie

Prevenici a terapii syndromu vyhoření lze opět spatřovat ve dvou základních rovinách a tou je rovina osobní a systémová. V rovině osobní jsou jako základní projektivní faktory udávány: aktivní přístup ke vzdělávání, dostatečný volný čas, sociální podpora v rodině a samozřejmě další řada specifických psychologických postupů. Nicméně jestliže i přes aktivní přístup k prevenci syndromu vyhoření neexistuje dostatečná podpora ze strany zaměstnavatele, resp. systému zdravotnictví, jsou individuální snahy většinou marné. V tomto ohledu je podle řady odborných studií nejen zapotřebí omezit, případně zcela vyloučit systémové příčiny syndromu vyhoření u lékařů, ale také nabídnout aktivní systém prevence ve smyslu různých programů, systémů supervize a poradenství apod. Otázkou však zůstává, zda jsou tato doporučení realizovatelná v podmínkách reálného zdravotnictví.

Každopádně burn out syndrom představuje velice závažný jev, který ohrožuje nejen lékaře, ale i pacienty a samotný systém zdravotnictví, a v tomto ohledu by se k této problematice mělo přistupovat.

R. Ptáček, H. Kuželová, L. Čeledová

Zdroje:

*Kebsza, V., Šolcová, I. Syndrom vyhoření. Praha, Státní zdravotní ústav 2003.*

*Fahrenkopf, AM, Sectish, TC, Barger, LK, et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. BMJ 2008;336:488-91.*

*Blanchard, P., Truchot, D., Albiges-Sauvin, L., Dewas, S., Pointreau, Y., Lorient, Y., Giraud, P., et al. (2009). 3010 Prevalence and causes of burnout syndrome among oncology residents in France: a comprehensive cross sectional study. European Journal of Cancer Supplements, 7(2), 178.*

*Familoni, O. B. (2008). An overview of stress in medical practice. Health Sciences, 8(1), 6-7.*

*Soler, J. K., Yaman, H., Esteva, M., Dobbs, F., Asenova, R. S., Katic, M., Ozvacic, Z., et al. (2008). Burnout in European family doctors: the EGPRN study. Family Practice, 25(4), 245-265.*

*Panagopoulou, E., Montgomery, A., & Benos, A. (2006). Burnout in internal medicine physicians: Differences between residents and specialists. European Journal of Internal Medicine, 17(3), 195-200.*

### Výzkum burn out syndromu u českých lékařů

Česká lékařská komora ve spolupráci s Psychiatrickou klinikou 1. LF UK a VFN bude realizovat výzkum na výskyt burn out syndromu u českých lékařů. Výzkum by měl přinést reprezentativní data o tom, zda a v jaké míře se burn out u českých lékařů vyskytuje a jaké jsou jeho příčiny. Výsledky by měly být podkladem nejen pro odborné studie porovnávající výskyt syndromu v evropských zemích, ale také návrhy změn v systému zdravotnictví. Výzkum bude realizován elektronickou formou. Žádáme tedy všechny lékaře, aby se výzkumu účastnili, a pomohli tak získat konkrétní podklady o stavu českého zdravotnictví.

K výzkumu se lze přihlásit na internetové adrese:

[www.sanep.cz/registrace/lekari](http://www.sanep.cz/registrace/lekari)

# MŮŽEŠ

ČASOPIS O PŘEKONÁVÁNÍ BARIÉR

**ZDROJ INFORMACÍ  
PRO VŠECHNY  
HANDICAPOVANÉ!**

**REPORTÁŽE, ANALÝZY,  
ROZHOVORY, FEJETONY,  
ČTENÍ PRO HLAVU I PRO SRDCE!**

- informace o sociálních službách
- medicína, rehabilitace, novinky v oblasti zdravotvědy
- životní příběhy, osudy, aktivity pro každého
- podniková i soukromá inzerce



konta  
bariéry  
77

Vydává: Sdružení přátel Konta BARIÉRY, o. s. ● Adresa redakce: Na Pankráci 121/1658, 140 21 Praha 4  
Vychází 12x do roka ● Cena jednoho výtisku: 29 Kč, pro předplatitele: 20 Kč ● Celoroční předplatné: 240 Kč  
Další informace vám rádi sdělíme na tel.: 224 242 973 nebo pište na e-mail: [info@muzes.cz](mailto:info@muzes.cz)



# Zbytečně vysoké výdaje za předražené léky

*Zbytečně vysoké výdaje za předražené léky likvidují české zdravotnictví. Zatímco my utratíme za léky 27% veškerých výdajů souvisejících se zdravotní péčí, sousedním Rakušanům stačí pouhých 19%.*

## Celkové výdaje za léky se v České republice v loňském roce již přiblížily hranici 80 miliard korun.

V České republice byly v roce 2009 distribuovány léčivé přípravky v maximální ceně 79,75 mld. Kč. Příčinou nárůstu není zvýšené užívání léků, ale skutečnost, že užívané léky jsou stále dražší. Zatímco počet distribuovaných balení léků se v roce 2009 oproti roku 2008 snížil o 1,8%, celkové výdaje za léky vzrostly o 9,6%! Takto extrémní nárůst výdajů si nemůže dovolit žádná ekonomika, natož podfinancované české zdravotnictví.

## Zdravotní pojišťovny vydávají za léky předepsané na recept stále více.

Podle své vlastní výroční zprávy VZP zaplatila za léky předepsané na recept v roce 2009 při přepočtu na jednoho pojištěnce meziročně o 13,1% více. Když uvážíme, že ekonomická krize v loňském roce stlačila inflaci na pouhé 1%, je to katastrofální výsledek. Výdaje zdravotních pojišťoven za léky na recept měly přitom brzdit Julínkovy regulační poplatky.

## Poplatky za položku na receptu výdaje pojišťoven za léky na předpis neomezily.

Výdaje zdravotních pojišťoven za léky na recept, jejichž spotřebu měly právě tyto poplatky regulovat, rostou naopak extrémním tempem. Například u VZP se výdaje za léky v roce 2009 přepočtené na jednoho pojištěnce meziročně zvýšily o 13,1%!

**V roce 2008: 3 566 Kč.**

**V roce 2009: 3 833 Kč.**

*(zdroj: Výroční zpráva VZP)*

Celkový počet vystavených receptů přitom za stejné období vzrostl o pouhých 3,9%.

**V roce 2008: 40,8 milionu receptů.**

**V roce 2009: 42,4 milionu receptů.**

*(zdroj: Výroční zpráva VZP)*

## Systém regulace cen a úhrad léků ze zdravotního pojištění selhává.

Bývalý ministr Julínek prosadil jako přílepek k zákonu o stabilizaci veřejných

rozpočtů, který je znám jako tzv. Topolánkův batoh, otročskou implementaci dvacet let staré evropské směrnice do našeho právního řádu. Ani odborníci, ale ani zákonodárci neměli možnost o změnách diskutovat. Julínkovi se tak podařilo úplně rozvrátit dosud fungující systém určování maximálních cen léků i částek, které za léky platí zdravotní pojišťovny. Na místo komisí odborníků dnes mají o všem rozhodovat úředníci Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL), který tak ve svých rukách soustředil obrovskou moc rozhodovat o balíku léků za 80 miliard korun.



## SÚKL neplní povinnosti uložené zákonem.

Podle ministrem Julínkem prosazené novely zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, měl SÚKL do konce roku 2008 provést revizi úhrad u všech léků. Všemocný lékový úřad však tuto svoji základní povinnost nesplnil. Díky jeho nečinnosti jak zdravotní pojišťovny, tak pacienti na doplácích v lékárnách zaplatili za zbytečně předražené léky několik miliard korun navíc. A pokud se dnes ministerstvo zdravotnictví a SÚKL chvástají slibem, že s dvouletým zpožděním splní část úkolu, který jim uložil zákon dokončit již v roce 2008, lze takové jednání stěží označit jinak než za drzost. Je škoda, že spíše než plnění zákonem uložených povinností se vedení SÚKLu věnovalo tomu, jak utratit několik set milionů korun za vybudování nelegál-

ního, tzv. Centrálního úložiště dat na špiclování citlivých osobních údajů pacientů a lékařů.

Ministerstvem zdravotnictví řízený SÚKL zkrátka katastrofálním způsobem selhal a zdravotnictví kvůli tomu přichází o miliardy. O skutečných příčinách, proč vedení ministerstva zdravotnictví toleruje porušování zákona ze strany přímo řízené organizace, můžeme pouze spekulovat. V každém případě platí, že systém stanovení cen léků a výše jejich úhrady z prostředků veřejného zdravotního pojištění potřebuje zásadní změny.

## Lékaři nemohou před pacienty tajit existenci moderních a bohužel také velmi drahých léků.

Zatímco koncem roku 2007 byla průměrná cena jednoho balení léčiva používaného v ČR 200 Kč, ve čtvrtém čtvrtletí roku 2009 již 260 Kč. Hlavní příčinou extrémního nárůstu výdajů za léky je selhání cenové regulace.

## Pozor na regulace!

Lékaři podléhají tvrdým regulačním limitům stanoveným vyhláškou ministerstva zdravotnictví. Pokud soukromý lékař specialista předepíše letos pacientům léky, za které by pojišťovny měly vydat více než 105% částky utracené v roce 2008, zaplatí 40% zvýšených nákladů na léčbu svých pacientů ze svého! Vedle pacientů, kterým léky dělají průvan v peněženkách, to budou právě soukromí lékaři, kdo za selhání ministerstva zdravotnictví a SÚKLu zaplatí.

## Pacienti doplácí za léky stále více.

V roce 2008 byl průměrný doplatek pacienta za jeden recept včetně regulačních poplatků 122 Kč. V současnosti to bude nepochybně ještě více. Samozřejmě záleží na tom, jaké léky daný pacient užívá. A snad ještě jedno číslo pro představu. V roce 2008 utratil v průměru každý obyvatele ČR za zdravotní péči ze své kapsy, tedy kromě pojištění, částku 4174 Kč. Drtivou většinu této útraty přitom vedle regulačních poplatků tvoří doplatky za léky na recept a útrata za léky volně prodejné. A jistě pro nikoho nebude překvapením, že důchodci utrací za své léky ještě více.

*Milan Kubek*

## Kam mizí peníze ve zdravotnictví?

*Reportáž reportérů Českého rozhlasu ukazuje jeden z mnoha desítek příkladů, kam mizí peníze ze zdravotnictví. Jak dlouho bude platit, že jedinou komoditou, za kterou ve zdravotnictví nelze získat provizi, jsou peníze pro zdravotníky? Pokud za slovem reforma neuvidíme pořádek a transparentnost, neuvěříme...*

### Homolka nakoupila za milion skenery, v nemocnici ale nejsou

Státní nemocnice Na Homolce pořídila před dvěma roky tři skenery, počítače a kopírku za téměř jeden a půl milionu korun. Celá transakce má ale dva háčky. Zařízení nakoupila od firmy Copymat, jejíž jednatel je také ředitelem dceřiné firmy nemocnice. Radiožurnál navíc zjistil, že nakoupené skenery vůbec v nemocnici nejsou.

I když nemocnice Na Homolce sídlí v pražském Motole, skenery, které si koupila, objevil Radiožurnál až v Pardubicích. Proč sem nemocnice skenery poslala, nikdo z jejího vedení nevysvětlil. Nikdo také neřekl, proč je za téměř 1,5 milionu od firmy Copymat vůbec kupovala. Za firmu Copymat jedná Petr Kutil. Ten je ale také generálním ředitelem a předsedou představenstva dceřiné firmy nemocnice Na Homolce s názvem Holte Medical. Kutil nejdříve tvrdil, že se o střet zájmů nejedná, protože je zaměstnancem dceřiné firmy, ale ne přímo nemocnice. Když ho Radiožurnál požádal o vyjádření na mikrofon, už jen mlčel, otevřel dveře a minutu a půl na ně ukazoval. Podobným způsobem reaguje i vedení nemocnice. Ředitel Vladimír Dbalý už před měsícem slíbil odpovědi, přesto po opakovaných prosbách a telefonátech jen mlčí. Neodpověděl ani druhý muž nemocnice, ředitelův náměstek Michal Toběrný. Ten shodou okolností bydlí v pražském Podolí hned vedle pana Kutila a firmy Copymat. Vše je v pořádku, tvrdí ministerstvo. Po několika urgencích se Českému rozhlasu k nákupu vyjádřil alespoň mluvčí ministerstva zdra-

voznictví Vlastimil Sršeň. Ministerstvo je zřizovatelem nemocnice a mělo by kontrolovat její hospodaření. „Nikde jsme neshledali žádné pochybení managementu. Pokud se dělá nějaký nákup, tak probíhá naprosto standardním výběrovým řízením, takže ani tam jsme neshledali žádné pochybení,“ uvedl Sršeň. Podrobnější informace o kontrole prý není možné získat. Český rozhlas také už před několika týdny upozornil, že pro nemocnici Na Homolce pracuje advokátní kancelář Šachta & Partners, aniž by bylo jasné, za jakých podmínek nemocnice právnický vybrala a kolik jim platí. Ani na tento dotaz vedení nemocnice nereaguje. Ministerstvo tvrdí, že je vše v pořádku.

*Petr Sehnoutka, Martin Hromádka*

*ČRo – izurnal.cz, 8. 6. 2010*

### Zakázka na skenování pro Homolku je předražena o miliony

Nemocnice Na Homolce si nechává skenovat za 174 milionů korun chorobopisy. I když zakázku neměl dělat žádný subdodavatel, přesto ji vítěz tendru postoupil další firmě. Ta pak chorobopisy skenuje jen za tři čtvrtiny vyhrané částky. Radiožurnál ale zjistil, že i cena tohoto subdodavatele je výrazně předražena.

Státní nemocnice Na Homolce se rozhodla skenovat chorobopisy, které se jí za dvacet let její činnosti nahromadily v archivu. Zakázku vyhrálo sdružení dvou firem s cenou 174 milionů korun včetně DPH. Radiožurnál ale zjistil, že ani jedna z vítězných firem na zakázce nepracuje. Chorobopisy totiž skenuje pardubická firma K2P, která se přitom výběrového řízení vůbec neúčastnila. Jednatel firmy Vladimír Podnecký Radiožurnálu potvrdil, že K2P má za skenování slíbeno jen tři čtvrtiny z vysoutěžené ceny, zbytek inkasují vítězové tendru. „Jedna věc je, za kolik to děláme my, druhá věc je celková cena, ale je tam v podstatě celý zisk rozdělený mezi to sdružení,“ řekl Podnecký. Rozdíl 100 milionů. Celková částka je počítaná na 75 milionů stran chorobopisů. Nemocnice tak vítězi platí za stránku 2,30 Kč i s dopravou. Pardubická firma ale skenuje stránku už jen za 1,70 Kč. Doprava přitom cenu ovlivňuje zanedbatelně, jen v řádech setin haléřů na stránku. Podle zjištění Radiožurnálu ale K2P umí velké zakázky dělat i za mnohem nižší částku – jen 80 haléřů na jednu stránku. V tomto týdnu totiž zaslala firma pana Podneckého nabídku na oskenování 50 000 stran svázaných scénářů za 40 800 Kč. Pokud by se to převedlo na zakázku pro nemocnici Na Homolce, skenování chorobopisů by za těchto podmínek vyšlo na 60 milionů Kč, tedy o více než 100 milionů levněji. Jak je možné, že se pardubická firma s nabídkou dostala na takovou cenu, jednatel Vladimír Podnecký vysvětlovat nechtěl. „Bez komentáře, to je prostě obchodní tajemství, moje cena. Spojujete jablka a hrušky,“ řekl. Všichni zainteresovaní mlčí. Ředitel nemocnice Na Homolce i jeho kolegové z vedení této státní nemocnice se k detailům zakázky odmítají vyjádřit už více než měsíc. Podobně reagoval i Tomáš Kadlec, jednatel jedné z vítězných firem Disol. Nejprve slíbil setkání, pak ho odvolal. Jaromíra Konečného, jednatele druhého vítěze, kterým je výrobní družstvo invalidů VDI Meta Trans, zastihnul Radiožurnál v rodinném domě na okraji Prahy. Komunikovat chtěl ale jen přes e-mail, na který neodpověděl.

Chtěli jsme vědět, proč je kolem zakázky tolik tajností. Obrátili jsme se proto na organizaci sdružující na 250 zaměstnavatelů zdravotně postižených – Svaz výrobních družstev. Karel Rychtář z tohoto svazu ale říká, že vítězná firma VDI Meta Trans členem jejich svazu není. „Dalo by se asi s úspěchem přemýšlet, jestli to, že mezi zpracovatelem, což je K2P v Pardubicích, a mezi odběratelem, což je nemocnice Na Homolce, má nějaký smysl zprostředkovatel, který je pouze obchodním zprostředkovatelem za provizi,“ pozastavuje se Rychtář. Zajímavostí je, že pár měsíců před vypsáním výběrového řízení na skenování nemocnice nakoupila skenery za 1,5 milionu od firmy Copymat. Jedním z vítězů tendru na skenování pak byla firma Disol. Za ni jedná Tomáš Kadlec, který je zároveň zaměstnancem firmy Copymat.

*Petr Sehnoutka, Martin Hromádka*

*ČRo – izurnal.cz, 8. 6. 2010*

# Víte, co Vaši pacienti pijí?

Jídelníček společně s pitným režimem a pohybem ovlivňují v nemalé míře zdraví Vašeho pacienta. Především lidé vyššího věku přestávají pociťovat pocit žízně, pijí méně a jejich organismus je vystaven „skryté“ dehydrataci, která jim může způsobit řadu zdravotních obtíží. Nezapomínejte se proto ptát svých pacientů co a jak často pijí. Můžete jim tak snadno pomoci k tomu, aby se cítili lépe.

## Hořčík:

- podporuje fungování CNS
- pomáhá při svalových křečích
- podporuje srdeční činnost
- uvolňuje napětí a snižuje škodlivé účinky stresu
- stimuluje enzymatické reakce a pomáhá při trávení



Doporučuje  
Česká lékařská  
komora



[www.magnesia.cz](http://www.magnesia.cz)

- 179 mg/l hořčíku
- pouze 5,06 mg/l sodíku

**Vzdělávejte se na [www.magnesia.cz](http://www.magnesia.cz) a získejte každý měsíc 6 kreditů do celoživotního vzdělávání!**

Magnesia Vám spolu s časopisem Světová medicína stručně přináší na svém webu [www.magnesia.cz](http://www.magnesia.cz) každý měsíc možnost získat 6 kreditů do celoživotního vzdělávání dle stavovského předpisu 16/ČLK vyplněním znalostního testu časopisu SMS.

# Výroční zpráva 2009

*Nadace Charty 77 se ve své výroční zprávě pro rok 2009 zabývala rovněž činností Iuventus Medica, který spravuje ve spolupráci s Českou lékařskou komorou. Kompletní znění přetiskujeme.*

## IUVENTUS MEDICA



**Nadace Charty 77 se na základě výzvy České lékařské komory a její znalosti problematiky mladých lékařů rozhodla založit nový zdravotnický projekt. Jeho cílem je podpora povinného předatestačního vzdělávání mladých lékařů, kterých je nyní v ČR asi pět tisíc. Jejich průměrný nástupní plat se pohybuje kolem 16 000 korun před zdaněním, přičemž cena odborné literatury a předatestačních kurzů, nutných pro složení atestační zkoušky, může být i v řádech desetitisíců.**

zdravotnické  
projekty



Ve druhé polovině roku 2009 jsme se rozhodli vyzkoušet pilotní variantu tohoto projektu. Partnerem nadace se stala Česká lékařská komora (dále jen ČLK) a Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (dále jen AIFP), která byla v roce 2009 i nejvýznamnějším donátorem projektu. Finančně na účet projektu přispěla i ČLK a dále Lékařský odborný klub – Svaz českých lékařů. Správní rada ustavila radu samostatného projektu Iuventus medica a schválila její složení. Většinové zastoupení zde má Nadace Charty 77, oba partneři ČLK i AIFP mají po jednom zástupci. Rada na svém prvním zasedání schválila Statut projektu a poté i kritéria, jejichž splnění je podmínkou pro získání dotace. Projekt je určen pro absolventy lékařských fakult v ČR, kteří jsou členy České lékařské komory. Podmínkou pro získání finančního příspěvku je prokázání nákladů spojených s předatestační přípravou, převážně půjde o náklady na kurzovní nebo odbornou literaturu.

Nadace připravila webovou stránku pro registraci žadatelů, která byla zahájena 30. 10. 2009.

Zájem byl obrovský, během prvního dne se zaregistrovalo 169 uchazečů o příspěvek. Projekt mohl pracovat pouze s pevně stanovenou částkou pro rok 2009, která činila 1 200 000 korun. Proto byla registrace po 5 dnech ukončena. Přihlásilo se 425 lékařek a lékařů.

Prvních 165 zaregistrovaných uchazečů bylo vyzváno v průběhu listopadu 2009 k předložení podkladů, dle kritérií projektu.

**Projekt vzbudil velký zájem a velké očekávání u přesné cílové skupiny, mladých lékařů, kteří se nacházejí v období předatestační přípravy. Víme z prvních zkušeností, že žadatelů, kterým nebylo možno vyhovět, vzhledem k omezenému množství finančních prostředků, je mnohem více než těch, kterým jsme pomohli.**



1. LF UK

Do konce roku potřebné podklady předložilo 119 žadatelů a v průběhu prosince byla rozdělena a vyplacena částka 353 296 korun mezi prvních 53 lékařů. Zbývajícím byla dotace proplacena v měsíci lednu 2010. Uchazeči, kteří nemohli splnit nastavená kritéria a ve stanovený termín nepředložili požadované doklady, byli vyškrtnuti a nadace v únoru 2010 vyzvala další žadatele v pořadí, aby byla dočerpána celá částka pilotního projektu.

Projekt vzbudil velký zájem a velké očekávání u přesné cílové skupiny, mladých lékařů, kteří se nacházejí v období předatestační přípravy. Víme z prvních zkušeností, že žadatelů, kterým nebylo možno vyhovět, vzhledem k omezenému množství finančních prostředků, je mnohem více než těch, kterým jsme pomohli. Chceme jim dát šanci v dalším roce. Nadace má zájem pokračovat v tomto projektu a chtěla by spolupracovat jak s farmaceutickými firmami, tak i s dalšími partnery, kteří mají zájem podpořit vzdělávání mladých lékařů.

### RADA PROJEKTU / PROJECT COUNCIL

František Janouch, Anna Veverková,  
JUDr. Robert Bezděk (Nadace Charty 77),  
MUDr. Milan Kubek (ČLK),  
Ing. Martin Pospíšil (AIFP)



# Případ zprávy zneužití v rodinném boji

## Stížnost

„Obracím se na Revizní komisi LK se stížností na lékaře, jehož jednáním jsem šokována a který mě velmi poškodil. Zhruba 20 let jsem byla jeho pacientkou (léčila jsem se zejména na hypertenzi, ischemickou chorobu srdeční a na problémy související s tumorem v levé ledvině, která mi byla odoperována). Předmět mojí stížnosti nesouvisí s úrovní mně poskytované péče zmíněným lékařem. Když v souvislosti s mým v poslední době vyšším tlakem pan doktor dával toto do souvislosti s napětím a neklidem, jemuž jsem vystavena v důsledku nedávného úmrtí mých dvou snach, svěřila jsem se mu ještě s dalším trápením, které k tomu všemu prožívám. V létě 1999 jsem do svého nájemního bytu 2+1 vzala svoji vnučku, která po ukončení vysoké školy marně hledala práci odpovídající její kvalifikaci. Nebudu se rozepisovat o tom, jak jsem ji finančně a materiálně celou dobu studií podporovala, ani o tom, že jsem jí proti vůli majitele domu dovolila nahlásit si v mém bytě trvalé bydliště. Prostě „byla bych pro ni dýchala“. Tehdy jsem ještě netušila, že vnučka na mě začne dále naléhat, abych souhlasila s tím, že se do mého bytu přistěhuje její přítel, který si ji mívá vzít poté, co se jako otec pětiletého dítěte rozvede, neboť s mojí vnučkou čeká dítě. Nechtěla jsem to dovolit, ale ona mě uprosila. Opět jsem tedy svolila a podepsala souhlas k jeho přihlášení k trvalému pobytu v mém bytě. Potom to mělo rychlý spád. Nejprve jim vadila moje stará kuchyňská linka, malá lednička, moje pračka, pořídili si všechno nové, mlčela jsem. Vyhovovalo jim zejména to, že jsem byla častěji u syna, který ovdověl. Současně jsem trpěla situací, kdy mi na rakovinu v té době umírala snacha od druhého syna, matka dvanáctileté vnučky.

V květnu 2001 jsem absolvovala měsíční lázeňskou léčbu. Před odjezdem do lázní mi právní zástupkyně majitele domu sdělila, že musím byt opustit (po 20 letech), a bylo mi naznačeno, že se do mého bytu nastěhuje mladá rodina. Majitel domu nabídl prostřednictvím realitní agentury náhradní bydlení, a tak jsem o svůj byt přišla. Po dobu mého pobytu v lázních bez mého vědomí manžel vnučky s agenturou vybral sám náhradní byt a ten mi byl potom přidělen. Společné soužití

bylo hned po nastěhování nesnesitelné. Vykázali mi jeden pokojík o 12 čtverečních metrech ze 76 m<sup>2</sup> bytu 3+1. Proti mé vůli si opatřili psa, a když jsem se ohradila, zůstala jsem v šoku, jakým způsobem se mnou vnučka jedná, jak mě vulgárně oslovuje a její muž mě dokonce fyzicky napadl, že jsem musela být na pohotovosti ošetřena. Když jsem si byla u pana doktora pro recept na léky, svěřila jsem se mu se svými starostmi. Proto jsem šokována tím, k čemu se propůjčil. Moje vnučka mi začala psát dopisy, kde mně sděluje, že se mám léčit u psychiatra, píše mi, že jsem blázen a že si na to nechala vystavit potvrzení od mého pana doktora. K tomu podotýkám, že jsem při poslední mojí návštěvě lékaře byla objednána na 9.30 hodin a při odchodu z ordinace jsem zjistila, že na 10.00 hodin téhož dne byla lékařem pozvána vnučka s manželem. Ptám se lékařů revizní komise ČLK, zda má lékař právo informovat bez souhlasu pacienta o termínu, kdy pozval pacienta na kontrolu, a zejména se ptám, zda může praktický lékař dát písemné vyjádření o duševním stavu pacienta, kterého nikdy po psychické či psychiatrické stránce nediodagnostikoval, ani pacienta nikdy v tomto směru na odborné pracoviště neposlal. Přestože jsem se svému lékaři svěřovala s problémy, které s vnučkou a jejím mužem mám, vystavil jim prohlášení, které oni zneužívají a používají k mojí kompromitaci a mému absolutnímu znemožnění. Přes veškeré životní útrapy se cítím naprosto duševně zdráva a jsem písemným prohlášením lékaře pohoršena. Vydal toto prohlášení zcela účelové mé vnučce na podporu jejích záměrů získat pro sebe můj byt. (Cituji ji: „měla by ses léčit na psychiatrii“ nebo „táhni do domova důchodců“.) Vnučka mi kopii prohlášení lékaře předala a vyhrožuje mi tím.

Písemný verdikt lékaře mě staví do pozice nesvéprávného člověka, který by s tímto cejchem neměl ani právo bránit se na úřadech proti bezpráví. Považuji prohlášení lékaře za hrubou urážku mě jako pacienta a jsem přesvědčena, že jako lékař porušil povinnost mlčenlivosti. Žádám, aby se mi písemně omluvil za neoprávněné prohlášení o mém zdravotním stavu jiné osobě. Žádám, aby mi zaslal písemné sdělení o tom, že nebyl oprávněn k prohlášení, že nejsem schopna jednat s úřady.“

## Předběžné šetření

Členka Revizní komise OS ČLK provedla předběžné šetření. Ze zápisu cituji:

„Osobně jsem jednala s lékařem, na kterého byla podána stížnost. Dle jeho sdělení a z přiložené dokumentace vyplývá, že stěžovatelka ho navštívila dne 4. 10. 2001. Byla vyšetřena, byly jí předepsány léky a pro hypertenzní krizi lékař doporučil pacientku k hospitalizaci na interním oddělení. Zároveň lékař potvrdil, že pacientka není schopna jednat s úřady ze zdravotních důvodů, lékař si nevzpomíná, kdo potvrzení převzal, neboť v danou chvíli se zde setkala stěžovatelka se svou vnučkou a vznikl velký rodinný konflikt. Toto potvrzení bylo vydáno pro městský úřad, odbor sociálních věcí – odd. sociální péče, neboť se měla pacientka dostavit osobně na úřad. V dané chvíli pacientka tohoto nebyla schopna, byla doporučena k hospitalizaci. Dne 19. 2. 2002 mne navštívila stěžovatelka. K celé situaci dodává, že se cítí být poškozena, neboť vnučka všude lidem (i na vesnici) říká, že je blázen, a dokládá to i zprávou od lékaře. Je si vědoma, že vnučka tohoto zneužívá. Potvrzení lékaře bylo na formuláři předvolání odboru soc. věcí. Ve stížnosti je lékařská zpráva lékaře přiložena samostatně, tudíž je vytržena z kontextu, čímž může dojít k zneužití této lékařské zprávy. Tato skutečnost však přesahuje již kompetenci lékařské komory. Ve zprávě není uvedeno nic o somatickém či psychickém stavu stěžovatelky. Závěr: Z mého hlediska nedošlo k etickému ani odbornému pochybení lékaře. Navrhuji RK nezahajovat disciplinární řízení z důvodu nevinny lékaře.“

Revizní komise na podkladě předběžného šetření rozhodla **disciplinární řízení nezahajovat**.

## Námítka

Stěžovatelka sepsala proti rozhodnutí námítku. Mj. píše: „Touto stížností se zabývala předběžným šetřením lékařka, které jsem byla doplnit další podnět proti lékaři a která mě překvapila tím, že řekla, že kdybych měla zlamanou ruku nebo nohu, že bych s úřady jednat nemohla. Tehdy jsem si uvědomila, že moje stížnost předběžně šetřená touto paní doktorkou bude asi marná, takže jsem jí ani

neřekla další podněty a doplnění. Chtěla jsem ještě podotknout, že toho dne, kdy jsem měla být u lékaře na kontrole krevního tlaku v 9.30 hod., v 10 hod., tedy půl hodiny po mně, tam šla vnučka s manželem, neboť byli s lékařem dorozumění, že k němu přijdou, ačkoliv se u něho vůbec neléčí. Tato jejich návštěva byla účelová, aby dostali za každou cenu takové vysvědčení, abych nemohla podepisovat žádné úřední věci, protože mne chtěli připravit o můj byt, na který mám dekret, kam jsem je z dobré vůle přihlásila, když neměli kde bydlet. Přikládám výpis

telefonních hovorů, kde je vyznačen čas, kdy mluvili s lékařem. Když jsem se druhý den telefonicky ptala sestry od lékaře, proč tam manželé byli, bylo mi řečeno, že tam byli, ale pan doktor jim řekl, abychom si to vyřešili mezi sebou. Na vydané vysvědčení jsem přišla až začátkem t.r., když jsem se dozvěděla, že již v mém bytě oni nebydlí, předtím jsem jim dala výpověď z bytu. Okamžitě jsem volala lékaře, proč takovou zprávu vydal, když mne nikdy na nic jiného než na vysoký krevní tlak, na anginu pectoris a posléze na pooperační stav ledviny neléčil, odpo-

věděl, že se na nic takového nepamatuje a abych řekla lékaři, ke kterému nyní budu chodit, aby napsal, že jsem schopna jednat s úřady.“

Čestná rada ČLK rozhodnutí Revizní komise OS ČLK nezahajovat disciplinární řízení potvrdila, protože: „Plénum ČR ČLK se domnívá, že jde **v první řadě o rodinné, interpersonální a sociální problémy stěžovatelky. Nedošlo k odbornému ani etickému pochybení.**“

Michal Sojka

## Stanovisko ministerstva k postupu při komunikaci s pacienty-cizinci je shodné s názorem ČLK

*V minulém čísle Tempusu jsme informovali o doporučeném postupu při zajištění náležitě komunikace mezi lékařem a pacientem-cizincem, který neovládá český jazyk a zdravotní péči je nutno mu poskytovat s informovaným souhlasem. Dne 9. 6. 2010 jsme obdrželi stanovisko ředitelky odboru dohledu nad zdravotním pojištěním Ministerstva zdravotnictví ČR ze dne 3. 6. 2010 čj. MZDR23114/2010/DZP-1158/21. Z tohoto stanoviska cituji jeho podstatné části:*

„Žádný právní předpis výslovně neupravuje tlumočení komunikace lékaře s pacientem-cizincem při poskytování lékařské péče. Otázka překladu komunikace mezi lékařem a pacientem do jazyka, kterému rozumí pacient, je tedy nezávislá na právu pacienta (i cizince), aby mu byla poskytnuta zdravotní péče v souladu s jeho právem na informace o poskytované zdravotní péči a v souladu s tzv. informovaným souhlasem. Toto právo má oporu nejen v již zmiňovaném ustanovení § 23 zákona č. 20/1966 Sb., ale i v čl. 5 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, jež byla vyhlášena pod č. 96/2001 Sb.m.s.

**Pokud pacient není schopen rozumět informacím o svém zdravotním stavu v jazyce, kterým hovoří lékař, může si na své vlastní náklady obstarat tlumočnicka. Náklady na tlumočnicka by v žádném případě nemělo hradit zdravotnické zařízení a nelze**

**je hradit ani z veřejného zdravotního pojištění.** *Tlumočnick přitom může svou činnost provozovat na základě ustanovení § 25 a přílohy č. 4 zákona č. 455/1991 Sb., o živnostenském podnikání (živnostenský zákon) ve znění pozdějších předpisů, či podle zákona č. 36/1967 Sb., o znalcích a tlumočnickách ve znění pozdějších předpisů. Pacient má též právo zvolit si osobu, které důvěřuje a která je schopna zajistit překlad informací o zdravotním stavu tak, aby jim pacient porozuměl. Zákon tedy nevyklučuje, aby překlad poskytla osoba, která není ani tlumočnickem ani živnostníkem s předmětem podnikání překladatelská a tlumočnická činnost a je např. osobou příbuznou pacienta... Lékař by měl v každém případě do zdravotnické dokumentace pacienta poznamenat, kdo tlumočil komunikaci mezi ním a pacientem, včetně uvedení identifikačních údajů tlumočící osoby.“*

S tímto stanoviskem souhlasí též právní kancelář ČLK. Lze tedy shrnout:

1. Nejde-li o neodkladnou péči, lze podmínit vyšetření či ošetření pacienta-cizince tím, že si sám na vlastní náklady zajistí tlumočení rozhovoru s lékařem. Tlumočení nemusí provádět pouze autorizovaný tlumočnick ani živnostník v oboru překladatelství a tlumočnictví, ale může jej provést osoba ovládající český jazyk, kterou pacient-cizinec určí a prohlásí, že jejímu překladu ro-

zumí. Údaje o této osobě je třeba uvést do zdravotnické dokumentace.

2. Tlumočení a překlad v žádném případě nehradí zdravotnické zařízení ani zdravotní pojišťovna.
3. Jde-li o neodkladnou péči, je nutno ji poskytnout vždy. Je-li pacient v bezvědomí, nebo není-li ze zdravotních důvodů schopen k platnému projevu vůle, lze ji podle § 23 odstavec 4 písmeno c) zákona o péči o zdraví lidu č. 20/1966 Sb. v platném znění poskytnout i bez souhlasu pacienta. Jinak ji lze poskytnout též tehdy, lze-li souhlas pacienta předpokládat. V kritické situaci, kdy je třeba poskytnout neodkladnou péči a rozhovor s pacientem je nezbytný, se lze pokusit o telefonické spojení s příslušným zastupitelským úřadem a zajistit tlumočení zásadních informací alespoň telefonicky.

**Česká lékařská komora a Ministerstvo zdravotnictví ČR se tedy plně shodují na tom, že tlumočení rozhovoru s pacientem-cizincem v rámci informovaného souhlasu by v žádném případě nemělo hradit zdravotnické zařízení a hradí si jej pacient sám. Je přípustné, aby rozhovor tlumočila i osoba, které cizinec rozumí, byť není soudním tlumočnickem ani držitelem živnostenského oprávnění pro tlumočnické služby. Identifikační údaje o tlumočící osobě je třeba uvést do zdravotnické dokumentace.**

JUDr. Jan Mach, ředitel právní kanceláře ČLK



## Neetické a nekalé praktiky při získávání pacientů Prohlášení prezidenta České lékařské komory

*Lékařské povolání patří mezi nej-důstojnější profese, proto také profesní dozor nad ním nenáleží živnostenskému úřadu, ale profesní komoře, podobně jako v případě advokátů, notářů a dalších svobodných povolání.*

Etické normy profesních komor pak do jisté míry regulují též reklamu tak, aby nebyla nedůstojná a zavádějící. Lékař je podle zákona povinen vykonávat povolání v souladu s jeho etikou a řídit se řády komory, včetně Etického kodexu.

Etický kodex České lékařské komory v § 2 odstavci 16 stanoví:

*„Lékař se musí zdržet všech nedůstojných aktivit, které přímo nebo nepřímo znamenají propagaci nebo reklamu jeho osoby a lékařské praxe a ve svých důsledcích jsou agitační činností zaměřenou na rozšíření klientely. Nesmí rovněž tyto aktivity iniciovat prostřednictvím druhých osob.“*

Je pravdou, že ČLK může za nedůstojnou reklamu postihnout pouze své členy, nikoli vlastníky zdravotnických zařízení, kteří členy ČLK nejsou. To je naše velká nevýhoda oproti např. České advokátní komoře. Vlastníky advokátních kanceláří, byť provozovaných právnickou osobou, mohou totiž být pouze advokáti. Bylo by dobré, kdyby provozovateli soukromých lékařských ambulancí také mohli být pouze lékaři. Zatím tomu tak u nás není. Pokud však zdravotnické zařízení provozuje nelékař, musí mít odborného zástupce-lékaře. Ten sice neodpovídá za obchodní a reklamní aktivity vlastníka, ale budeme uvažovat o jeho odpovědnosti v případě, že zdravotnické zařízení, které

odborně garantuje, bude porušovat etické normy ČLK.

Nedávno byla na internetu zveřejněna výzva, aby se občané stali klienty „Mojí ambulance a.s. – síť ordinace praktických lékařů“ a vyhráli netbook. Stačí vyplnit on-line registrační formulář na [www.mojeambulance.cz](http://www.mojeambulance.cz). Autoři této výzvy jaksi „opomenuli“ občany informovat o tom, že tímto aktem mají změnit svého registrujícího praktického lékaře a místo něho si zvolit jako registrujícího lékaře uvedenou společnost. Občan je tedy vyzván k aktu, jehož právní dopad zpravidla vůbec nezná a netuší, že se tím „odhlašuje“ od svého dosavadního lékaře, kterého již nadále nemůže navštěvovat (kapitační platba za pojištěnce může čerpat jen jeden registrující praktický lékař). Pojištěnec je tak nedůstojným způsobem uváděn v omyl.

Jako prezident České lékařské komory se s těmito praktikami nehodlám smířit a ve spolupráci s příslušnými orgány a právní kanceláří ČLK hodlám činit proti nim následující opatření:

- Požádat etickou komisi ČLK o etické zhodnocení uvedených praktik.
- Doporučit lékařům, kterých se tyto aktivity dotýkají a kterým jsou takto nekalé „odebírání pacientů“, aby podávali podnět k disciplinárnímu řízení orgánům ČLK.
- Doporučit orgánům příslušným k registraci nestátních zdravotnických zařízení, aby zvažily, zda nejde o správní delikt v jejich kompetenci, a současně aby požadovaly při přeregistraci pojištěnce jeho vlastnoruční podpis na listině, ze které

bude zřejmé, že pojištěnec končí registraci u svého dosavadního praktického lékaře a nově se registruje u jiného lékaře.

- Doporučit zdravotním pojišťovnám, aby trvaly na vlastnoručním podpisu pojištěnce při přeregistraci k jinému praktickému lékaři na listině, ze které bude zřejmé, že pojištěnec končí registraci u svého dosavadního praktického lékaře a nově se registruje v jiném zdravotnickém zařízení.
- Poskytnout právní podporu a pomoc členům ČLK, kteří se rozhodnou napadnout uvedenou praxi u soudu jako nekalou soutěž, by sice musel rozhodnout soud, ale pokud je reklama zveřejněna tak, že pojištěnci z ní není zřejmé, že tím mění svého registrujícího lékaře, pak může o nekalou soutěž jít – žalobu ovšem musí podat ten, kdo je nekalou soutěží poškozen, nikoli ČLK.
- Poskytnout právní podporu těm členům ČLK, kteří se rozhodnou pro uvedené jednání podat trestní oznámení pro eventuální spáchání trestného činu poškození cizích práv dle § 181 trestního zákoníku.

Vyzývám rovněž lékaře, aby nevykonávali funkci odborného zástupce ve zdravotnických zařízeních, která porušují etické normy ČLK, dopouštějí se nekalé soutěže a uvádějí pojištěnce v omyl za účelem vlastního prospěchu. Upozorňuji i na jejich disciplinární odpovědnost za dodržení základních etických principů.

Hodlám důsledně bojovat proti uvedeným nekalým praktikám při „přetahování pacientů“ za pomoci darů a jiných nedůstojných aktivit a plně podpořím lékaře, kteří se proti nim budou bránit právní cestou.

Milan Kubek, prezident ČLK

Aktuální číslo Postgraduální medicíny, recenzovaného časopisu pro vzdělávání lékařů, přináší monotematický Focus

# HEMATOLOGIE

jehož editorem je prof. MUDr. Karel Indrák, DrSc.

Dále zde najdete řadu hodnotných článků z různých lékařských oborů, monitoring zahraničního tisku a test, po jehož vyplnění můžete získat 10 kreditů v Systému celoživotního vzdělávání.

Bližší info najdete na [www.postgradmed.cz](http://www.postgradmed.cz)

Předplaťte si Postgraduální medicínu ještě dnes na tel. 800 300 302 nebo e-mailem na [mf.prst@cpost.cz](mailto:mf.prst@cpost.cz)



# Komora podporuje nemocniční lékaře

Česká lékařská komora podporuje své členy, lékaře zaměstnané v nemocnicích, a vyzývá je, aby na výzvu lékařských odborů podali výpověď z pracovního poměru koncem roku 2010, pokud nebudou splněny jejich oprávněné požadavky.



- Česká lékařská komora (ČLK) hodnotí pracovní podmínky většiny lékařů zaměstnaných v nemocnicích nadále jako neuspokojivé.
- ČLK upozorňuje, že prohlubující se nedostatek lékařů ohrožuje kvalitu a dostupnost zdravotní péče v ČR.
- ČLK podporuje požadavky lékařů zaměstnanců formulované usnesením XVII. sněmu LOK-SČL.
- ČLK vyzývá lékaře zaměstnance, aby se připojili k výzvě LOK-SČL, a ostatní organizace lékařů žádá o podporu pro členy ČLK, kteří pracují jako zaměstnanci v nemocnicích.

Usnesení porady předsedů OS ČLK, 27. 5. 2010

Usnesení představenstva ČLK, 28. 5. 2010

## Děkujeme, odcházíme – kampaň pokračuje



LÉKAŘSKÝ ODBOROVÝ KLUB SVAZ ČESKÝCH LÉKAŘŮ

Už 2500 lékařů českých nemocnic se připojilo ke kampani LOK-SČL „Děkujeme, odcházíme“. To vyplynulo z jednání předsedů MO LOK-SČL dne 17. června 2010 v hotelu Golf v Praze. Potěšitelné je,

že ke kampani se začali připojovat i lékaři velkých pražských nemocnic. Jisté je, že podpora velkých nemocnic v Praze, Brně, Ostravě, Plzni a Olomouci bude pro úspěch kampaně velmi důležitá.

Porada předsedů MO se také zabývala analýzou situace po proběhlých volbách. Přijímáme rozhodnutí občanů podpořit vznik zdravotnictví založeného na tržních principech s určitou úlevou. Umožní to zvýšit příjmy rezortu zdravotnictví ze soukromých zdrojů. Konstatujeme také, že právě ve zdravotnických systémech založených na volném trhu je finanční ohodnocení lékařů na velmi vysoké úrovni, neboť tržní cena zdraví a života je také velmi vysoká. To by měli politici respektovat a svým voličům sdělit.

Je však třeba uvést některé další skutečnosti. Rodící se koalice chystá, jak bylo uve-

deno v médiích, zrušení tabulkových platů. Není však jasné, čím je nahradí. Podobnou situaci jsme zažili již v Julínkové éře a dlužno říci, že nebyla pro lékaře v nemocnicích vůbec příznivá. Snad v duchu charakteristiky Tomáše Bati, že „komunismus jen spravedlivě rozděluje bídu“, snažila se tehdejší garnitura zrušit tabulkové platy a nahradit je „spravedlivými“ smluvními mzdami. Problém byl v tom, že aby se mohlo několika lékařům přidat, bylo by nutno mnoha jiným ubrat. Tuto snahu jsme tehdy úspěšně blokovali. Dle našeho tehdejšího, ale i současného názoru není žádný prostor pro snižování platů či mezd lékařů. Nechceme-li tedy znovu čelit snahám o spravedlivé „rozdělení bídy“, musíme vytvořit tlak na politiky, neboť jedinou cestou ke stabilizaci a také reformě zdravotnictví je nastavení odpovídající ceny práce lékařů a zdravotníků obecně.

Vyzýváme všechny kolegy v nemocnicích ČR, aby se dále připojili k výzvě kampaně „Děkujeme, odcházíme“ a podpořili požadavky LOK-SČL na stanovení minimální mzdové úrovně lékařů. V prostředí volného trhu není nic nemravného si říci o odpovídající ohodnocení práce. Předejdete tak riziku, že někoho opět napadne finanční ohodnocení lékařů snižovat, obáváme se, že v současné době je tato snaha reálná. Pokud nebudeme nic požadovat, mohou to politici mylně považovat za fakt, že považujeme naše ohodnocení za dostatečné, ba přehnané. Záleží opravdu, ale opravdu jen na nás.

Předsednictvo LOK-SČL



EXODUS LÉKAŘŮ ČESKÉ ZDRAVOTNICTVÍ NIKTERAK NEOHROZÍ. NA JEJICH MÍSTĚ NASTOUPÍ MLADÍ AMBICIÓZNÍ NAHRADNÍCI. NĚKTERÍ Z NICH JIŽ ZAHÁJILI STUDIUM!





## A co kdybychom šli všichni hromadně stonat

*Šel by z toho už natočit takový zdravotnický armagedon. Do podzimu dojdou peníze na léčbu! Všichni lékaři utečou do ciziny! A nejnovější hrozba: na konci roku podají doktoři kvůli nízkým platům hromadnou výpověď a nebude nás mít kdo léčit.*

Kdyby se měly naplnit všechny katastrofické scénáře, co jsme za poslední roky slyšeli, už by tu nepracoval ani jeden český doktor. Ze všech by byli boháči v cizině a u nás by se neléčil ani jeden pacient. Lékaři však odjíždějí a zase se vracejí (bohatší nejen o peníze, ale i o zkušenosti) a z novin se každou chvíli dozvídáme, kde se zase koupil nový přístroj za „iks“ milionů, který hned tak někde v bývalé východní Evropě nemají. Na nějakou všeobíhající bídu to nevypadá, ačkoli zdravotnictví samozřejmě je napěchovaný sud léta neřešených problémů, o tom žádná pochybnost.

I tak vsadím všechny svoje botky (a to je mám hodně ráda), že ani na hromadné výpovědi, k nimž doktoři vyzývá Lékařský odborový klub, nedojde. Kdo chce riskovat, že opuštěné místo už nezíská zpátky?

Že toho zdravotní pojišťovny využijí pro to, oč se léta snaží: zavřít pár nemocnic a ušetřit peníze, které jinde chybějí? Třeba na ty platy. To není moje armagedonská fantasy, prodávám, jak jsem na vlastní uši slyšela.

Takže jsme, pokud jde o výpovědi, nejspíš jen svědky hlasitého plácnutí do vody. Aby se všichni lekli, přesněji, aby politici před volbami slyšeli. Recept je to starý, před posledními volbami do Sněmovny tehdejší šéf lékařské komory David Rath pohrozil Jiřímu Paroubkovi, že dokáže s lékaři prohrát socialistům volby, nepůjde-li mu na ruku. Paroubek je, jak víme, nakonec prohrál, ale sotva kvůli doktorům. Ostatně, mezitím už si rebela Ratha vzal do vlády.

Nezlehčuji lékařskou nespokojenost, má své oprávněné důvody. Spíš mi vadí hurónství podobných výkřiků, protože jsou na nic. Připomínají pohádku o pasáčkovi, který několikrát z legrace zburcoval celou vesnici, že mu vlk sežral ovci, a když vlk skutečně přišel, ve vesnici už nebyl nikdo, kdo by mu věřil.

Se zdravotnictvím je nutno něco udělat, bohužel nic z toho, co by se vešlo do placatých hesel. Je to s ním trošku složitější. Máme tu lékaře nedocenené – a pak zlatokopy, kteří se v něm naučili chodit. Máme tu nové drahé přístroje (případně přístrojovou lobby) – a pak situace, kdy vám dědečka nechají umřít hladu. Realitu jen tušíme a jen doktoři vědí, kdy nám dávají to nejlepší a kdy musí tvrdě šetřit. Nadáváme na poplatky – a pak sháníme protekci a přemýšlíme, komu je třeba dát něco do obálky a kolik.

Na všechno zkrátka není. Jak praví jeden trefný příměr: Je příliš mnoho slimáčků a málo kapustičky. A tak pořád čekám, zda se najde někdo, kdo dokáže prosadit skutečnou reformu. Těžký úkol: první, koho zabolí (lékaře nevyjímaje), ji totiž vždycky roztrhá na cucky. Vsadím ještě jednou ty své botky, že ani po volbách se nic nestane. Možná maluju čerta na zeď. Možná bych mohla zkusit vyzvat nespokojené pacienty, ať na protest začnou všichni hromadně stonat. To by byla panečku hurá akce. Na nic.

*Martina Riebauerová, MF Dnes, 22. 5. 2010*

## Co kdybychom se všichni zkusili zamyslet?

Po přečtení článku paní redaktorky Riebauerové „A co kdybychom šli všichni stonat“ mě napadlo několik postřehů. Rád bych se s vámi o ně podělil. Předně mohu říct, že kampaň „Děkujeme, odcházíme“ vznikla jako spontánní reakce na narůstající nespokojenost lékařů a zdravotníků. Tato nespokojenost je způsobena dlouhodobě neřešenými problémy ve zdravotnictví. Nastavení úhrad zdravotní péče, zejména pro nemocnice, prakticky znemožňuje zaplatit lékaře a zdravotníky podle náročnosti jejich práce, odpovědnosti a nároků na profesi kladených. Zatímco v Německu se plat plně erudovaného lékaře pohybuje kolem 8000 až 10 000 eur (tedy téměř 250 000 Kč) měsíčně, v ČR mu náleží základní plat kolem 26 000 Kč a se 130 hodinami přesčasů dosáhne až „závratných“ 50 000 Kč.

Taková nerovnováha je dlouhodobě neudržitelná. Není divu, že až 60% absolventů lékařských fakult odchází mimo české zdravotnictví. Bez toho, že by je k tomu pobízel LOK. Mají svoji hlavu. Požaduje-li tedy LOK pro lékaře s plnou erudicí plat na úrovni 430 Kč/hod., nejde z pohledu řečeného o nijak nemravný požadavek. Zvážíme-li platy soudců, cenu práce právníka, ale i mzdy kvalifikovaných odbor-

níků ve stavebnictví a jiných rezortech, nejde opravdu o nic jiného, než opustit socialistickou představu lékaře jako opraváře těl dělnické třídy, který vystudoval za dělnické peníze.

Lékaři jsou vysoce kvalifikovaní profesionálové, po nichž se požaduje vysoký stupeň vzdělání a celoživotní vzdělávání včetně atestačních zkoušek. Již tím je tato profese mimořádná, a je to tak dobře s ohledem na odpovědnost na lékaře kladenou. Problém s odměňováním je jinde. České zdravotnictví se stalo ohromným „kšeftem“ pro všechny, kdo se na něm podílejí. Pro všechny kromě výkonných zdravotníků. A jsme u jádra věci. Ne zadlužený stát, ne celosvětová krize, ale nemravné zisky farmaceutických firem podporované státem řízeným SÚKLEM. Vysoké marže dodavatelů léčiv a zdravotnických prostředků, zisky stavebních firem a podivně předražené nákupy již tak drahé zdravotnické techniky.

To jsou hlavní kanály a hlavní penězovody, kterými mizí prostředky z veřejného zdravotního pojištění. Přičteme-li k tomu exkluzivní smlouvy o úhradách některým soukromým poskytovatelům péče, je vše zcela jasné. Proto není zájem ani síla reformovat české

zdravotnictví. A promiňte, Julínkova reforma nebyla ničím jiným než pokusem odprodat český zdravotní systém do předem vybraných soukromých rukou. Bude-li tedy třeba zaplatit lékaře a zdravotníky, řada těchto finančních požitků prostě nebude možná. A to je problém. Problém pro vlivné lobby a také pro politiky, kterým platí kampaně. Mohlo by se pak stát, že mnohý z politiků nebude schopen dostat závazkům vůči sponzorům. Ti ho pak již nedoporučí na volitelné místo kandidátky. Jaká škoda pro českou politickou kulturu!

Budou-li lékaři a zdravotníci dobře placeni, může teprve nastat konkurence na trhu práce v tomto segmentu. Nemocnice nebudou nuceny ze zoufalství přijmout „aspoň někoho“, ale budou si moct vybírat kvalitní odborníky. Bude-li třeba zaplatit zdravotníky, může na tom celý systém jen a jen vydělat a nakonec přinést prospěch pacientům. Co kdybychom všichni přestali hromadně stonat, hromadně odcházet a zkusili se hromadně zamyslet? Vždycky jsem měl pocit, že jestli něco může svět Čechům závidět, je to zdravý lidský rozum. Doufejme, že tentokrát převládne nad médii živou závistí.

*Martin Engel, předseda LOK-SČL, MF Dnes, 26. 5. 2010*

# Několik názorů na ohodnocení lékařské práce

## Podpořte požadavky LOK

Představenstvo OS ČLK Prostějov na zasedání 19. 5. 2010 jednomyslně přijalo následující stanovisko:

- Představenstvo OS ČLK Prostějov podporuje požadavky LOK.
- Představenstvo OS ČLK Prostějov se ztotožňuje s oprávněnými požadavky na nezbytnost přijetí samostatného zákona, který stanoví nepodkročitelnou hodnotu mzdy lékaře v závislosti na dosaženém vzdělání.
- Vyhláška MZ o úhradách zdravotní péče pro 2010 je likvidační a má za následek neklid ve zdravotnictví.
- Představenstvo přivítalo stanovisko LOK na nutnost okamžité reformy systému vzdělávání lékařů. Současný systém vážně ohrožuje další vzdělávání lékařů v České republice.
- Představenstvo vyzývá prezidenta ČLK a představenstvo, aby jednotně podpořili požadavky LOK.

*Bohuslav Macháň, předseda OS ČLK Prostějov*

## Proč poděkovat

Máme za sebou dvacet let budování svobodné společnosti, demokracie a tržních vztahů. Každý si může říkat, co se mu zlíbí, pokud to není názor extrémní, každý může nabízet a poptávat cokoliv, pokud to není v rozporu se zákonem, cenu určuje poptávka a nabídka, někdy kvalita. Na první pohled idyla, společnost rovných příležitostí. Až na výjimky – žel není jich málo.

Zdravotnictví na tom není nijak odlišně. Dají se zde nalézt oblasti s dobře prosperujícími firmami, které pěstují byznys a netrápí je ani v nejmenším Hippokrates. Podnikatelské záměry stavebních a farmaceutických firem, dodavatelů techniky, energií, vody, prádla, různých smyslů a nesmyslů včetně zdravotních pojišťoven jsou famózní. Rezort se postupně rozvíjí, nikdo nepochybuje o legitimitě svých záměrů a finančních plnění. Až na jednu výjimku. Tou výjimkou jsou lékaři (zdravotníci). Je zvláštní a zajímavé, že není okamžik, kdy by lékařům nebylo připomenuto, že nejsou nic mimořádného, zvláštního, jak si naivně myslí, ale že jsou součástí tržního soukolí jako kdokoli jiný. Až na výjimku. Tou výjimkou je cena práce špičkového specialisty, kterým bezpochyby lékař je. A to bez roz-



dílu, zda provozuje praktickou medicínu, specializovanou ambulanci či je součástí nemocničního týmu.

Dvacet let, domnívám se, je dosti dlouhá doba na zrušení této prazvláštní výjimky. Po dvaceti letech uvědomění při budování je zcela legitimní se zařadit s tržními požadavky do tržního soukolí jako každý jiný. Myslím si, že za těch dvacet let mají kormidelníci státu, krajů a měst proč lékařům poděkovat. Pokud k tomu nedojde (a samo se to určitě nestane), nezbuďte, než jako slušní lidé poděkovat, zhasnout a odejít se poohlédnout někde jinde. Nejsme na charitativní misi s dobou neomezenou.

*Martin Sedláček, chirurgické oddělení NsP Haviřov, p.o.*

## Jedna z posledních šancí

Proč se mají zúčastnit i další lékaři kampaně „Děkujeme, odcházíme“? Je to jedna z posledních šancí, jak upozornit na hanebně nízké finanční ohodnocení práce lékaře-

zaměstnance. Dvacet let od sametové revoluce je stále nefunkční systém zdravotnictví, nefunkční systém a vztah pojištěnec – pojišťovna – poskytovatel zdravotní péče. Jen ta skutečnost, že jsou zdravotnická zařízení hodnocena různě podle jednotlivých výkonů v různých regionech ČR, je toho důkazem. Dále nemožnost se připojistit apod. Lokální a lobbistické zájmy přispívají k tomu, že zdravotníci nejsou jednotní. Lékaři, ale nejen oni (i sestry a ostatní zdrav. personál), by měli pochopit, že při současné poptávce a nedostatku těchto profesí na trhu práce mají jedinečnou možnost na sebe upozornit a zlepšit své postavení. A to i za cenu nátlakových akcí. Nelze čekat, že nová vláda, která se nyní formuje, bude příznivě nakloněna mzdovým požadavkům zdravotníků. Proto v současné době tato akce LOK-SČL, navíc podpořená ze strany ČLK, má šanci na úspěch, ale jen v tom případě, že se k ní přidá drtivá většina lékařů-zaměstnanců. Lékařky a lékaři – zvedněte hlavu, povznes-



te se nad lokální zájmy, nebojte se a ukažte svou jednotu v prosazování svých mzdových požadavků. Zadarmo a bez osobní odvahy vám nikdo na platu nepřidá a můžete jen dále žehrat na své mizerné platové ohodnocení. Pro svůj plat je potřeba něco udělat – teď je ta chvíle a možnost něco získat.

*Milan Navrátil, internista, IHOK, FN Brno*

### Seberme zbytek sebeúcty

Pokud mluvíme se svými známými, přáteli a spolužáky-nelékaři o podmínkách práce nás lékařů-zaměstnanců, zpravidla na mě nejprve koukají s otevřenými ústy, postupně ale jejich výraz přechází do pobaveně soucitné grimasy. Neznají totiž jinou profesi, kde by se zaměstnanci – notabene vysokoškoláci a v situaci nedostatku zdravotníků na trhu práce – nechali vykořisťovat mizerným příjmem v tristní hodinové sazbě a ignorací platných právních norem se stovkami hodin přesčasové práce v podmínkách trvalého odborného, zdravotního i forenzního rizika, strpěli nucené omezování osobního a rodinného života či doplňovali povinné zvyšování kvalifikace na podkladě nerovnoprávně až vyděračské smlouvy se zaměstnavatelem.

Všichni vidí, že peníze ve zdravotnictví jsou, ale odtékají tam, kde si o ně neváhají říct. To lékaři-zaměstnanci nedokážou. A pokud se to nyní rychle nenaučí, současná snaha o přerozdělení zbytku zdravotního systému do privatního vlastnictví způsobí, že na ně opravdu nezbude. Pak už nepůjde o výpověď z důvodu protestní výzvy „Děkujeme, odcházíme“, ale z důvodů bilančních a existenčních. Seberme zbytek sebeúcty a postavme se za svou důstojnost tak, jako to již dříve udělaly mnohé jiné graduované profesní skupiny.

*Petr Konečný, Prostějov*

### Proč tuto akci podpořit

Je až zarážející, a já osobně to už nechápu, proč stále píšeme a opakujeme to samé. Stále dokola již mnoho let. A přesto mám pocit, že mnozí z nás nechápu. Téměř každý lékař zaměstnanec při běžném rozhovoru, ze kterého vyplyne naplánování třeba normálního a obyčejného posezení s rodinou, s kamarády, je limitován časem. Z úst každého slyšíme to samé: nemám čas. A proč? Protože ho většinu prostě trávíme v práci, v nemocnici. O těch mnoho desítek a stovek hodin měsíčně okrádáme své blízké. Stále dokola vysvětlujeme, co to znamená, když má lékař službu. Že to není stejné jako hasič, železničář nebo policista, který

jde po normální směně domů, ale že v nemocnici jsme již před službou a zůstáváme tam i po ní. Normálním lidem se těžko chápeme, že služba není to samé jako noční. A už vůbec nechápu, proč tohle podstupujeme, když se pak otevřeně bavíme o odměně, kterou za takovou časovou obět a náročnou práci ve všech ohledech dostaneme. Přepočít na hodinový tarif je skutečně směšný.

Pracuji v nemocnici 14 let a odborové akce byly často namířeny – i když nepřímou – proti zaměstnavateli, proti majiteli zdravotnického zařízení, proti statutárnímu zástupci a já nevím, proti komu všemu ještě. Vše bylo vždy vedeno snahou zlepšit si léty pokřivené vazby, společenské postavení, finanční ohodnocení, nebo lépe řečeno narovnat k normálním poměrům.

V minulosti proběhlo již několik aktivit ze strany LOK, posléze LOK-SČL, některé byly úspěšné, některé méně, konečně byly i takové, které můžeme nazvat fiaskem. Ale ještě nikdy, opakuji NIKDY, nebyla atmosféra v naší malé zemi tak příznivě nakloněna, jako je tomu nyní. MZ nám nyní dalo do ruky mocnou zbraň v podobě absolutní dlouhodobé nečinnosti v oblasti rozvráceného systému vzdělávání lékařů, vydání nesmyslné likvidační úhradové vyhlášky a dalších impotentních pokusů realizování jakési reformy systému.

Nikdy v minulosti netáhly za jeden provaz všechny zainteresované strany proti veškerému zlu, vykořisťování a nevěli něco změnit. Všichni přece známe podporující stanovisko akce LOK-SČL Děkujeme, odcházíme od AČMN, ČLK, Mladých lékařů. Navíc v situaci nedostatku lékařů.

Proto nechápu. Proč a čeho se všichni stále bojíme? Myslím, že už opravdu není kam couvnout. Pokud budeme stále mlčet, tak si opravdu nic nezasloužíme.

Včera jsem sledoval v televizi debatu představitelů politických stran ze zahrady Kramářovy vily, kteří diskutovali o škrtech ve státním rozpočtu, o ekonomické krizi a snižování platů ústavních činitelů a soudců. Okamžitá odmítavá reakce předsedy soudcovské unie je dle mého soudu naprosto na místě. Jsme ale i my schopni se ohradit? Oč jsme my lékaři horší než soudci?

Můj kamarád, který není lékař, na mé stesky ohledně nedostatku času vždycky říká: čas nemáme nikdo, čas si musíme udělat.

Velice si přeji, abychom všichni už konečně pochopili tíživost celé situace a podařilo se nám si ten chybějící čas a spravedlivé ohodnocení naší náročné práce vydobýt.

Držím nám palce. Nebo si opravdu všichni myslíte, že na to nemáme nárok jen kvůli tomu, že nám titul začíná písmenem M a nikoli J? V tom případě ale v budoucnu už jen mlčte a nestěžujte si. Ale uvědomte si, že až zestárnete a budete potřebovat péči o své zdraví vy sami, tak nebude žádný kvalifikovaný odborník k dispozici. Je to smutné, když si potom uvědomíte, kolik pacientů jste ve svém profesním životě zachránili. Ale jistě bude dostatek šikovných s titulem s J na jeho začátku, kteří vám rádi sepíšou závěť. Jen aby bylo, z čeho je zaplatit.

*Zdeněk Bytel, zástupce primáře chirurgického oddělení,*

*Klatovská nemocnice, a.s.*

### Jak si manažeři cení své zdraví?

Současný systém odměňování lékařů zaměstnanců vychází ze základního platu (většinou tarifní plat + osobní ohodnocení) a platby za takzvané pohotovostní služby. Neustále opakovat, že základní platy jsou ve srovnání se stejně kvalifikovanými ostatními profesemi nízké, je už opravdu unavující, snad uvedení průměrného hodinového platu lékaře, vycházejícího stále na částku, jež osciluje od 150 do 250 Kč hrubého na hodinu, vyvolá u některých přemýšlivějších dojem, že něco není v odměňování lékařů v pořádku.

Pokud si toho někdo není vědom, lékaři krom své pracovní doby stráví ročně stovky a někteří i tisíce hodin v takzvaných pohotovostech, přesčasech, zkrátka službách, jejichž náplň čím dál více připomíná běžnou pracovní dobu a již dávno není jen „pohotovostí“. Pohotovostní služby jsou něčím, co je nad rámec běžné pracovní doby, a odměny za ně by měly být mimo mzdu nebo plat jako takový, přesto jsou do platů stále započítávány! Je to dědictví režimu, který zde panoval do roku 1989. Lékař v běžné české nemocnici po osmi až deseti letech práce „odevzdá“ v přesčasech a službách přibližně rok života, tj. 365 dní 24 hodin denně navíc ze svého volna k normální pracovní době. Zajímavé je, že se nikdo tímto faktem příliš nezabývá. Naprosto automaticky se předpokládá, že je to jeho povinnost, kterou bude vykonávat do důchodového věku bez ohledu na zdraví, vlastní rodinu, za odměnu, která mu bude někým direktivně stanovena – a opět jde o částky, jež platíme za práci kvalifikovanějšího zedníka (120–220 Kč/hod. hrubého je v nemocnicích běžnou „odměnou“). Na kolik si manažeři ovlivňující toky financí ve zdravotnictví cení roku svého života? Odevzdali by ho vůbec? A za co?

*Leoš Glanc, předseda LOK-SČL Jičín (specializace: interní lékařství)*

## Z čeho mám a z čeho nemám strach

### Mám strach, že

- bude dále pokračovat personální zkáza nemocnic (na našem oddělení za posledních 10 let nenastoupil jediný absolvent schopný po nás „převzít veslo“);
- medicína pro mladé ztrácí svoji atraktivitu (zejména vzhledem k systému postgraduálního vzdělávání a ohodnocení) a ti nejschopnější maturanti dávno dávají přednost jiným oborům;
- budeme dále nedobrovolnými sponzory farmaceutických firem a všech jejich nabízečů a podbízečů (těch bývalých českých firem navíc tak „dobře“ v minulosti rozprodaných);
- budeme dále nedobrovolnými sponzory přebujelých a dobře placených managementů nemocnic (s násobkem naší mzdy a zlomkem naší odpovědnosti);
- budeme dále nedobrovolnými sponzory vědomě špatných rozhodnutí politiků a vládních úředníků (viz vakcína proti prasečí chřipce);
- při zachování současného stavu se brzy začne projevovat zhoršování zdravotní péče.

### Nemám strach, že

- my lékaři, zvyklí naplno pracovat 260 hodin měsíčně, nenajdeme kdekoli zaměstnání.
- Tak přestaňme děkovat a dejme se do toho.

*Toman Šenk, chirurgické oddělení, Nemocnice Mělník*

## V Německu budou volná místa

Pane prezidente, nevím, zda podpora z vaší strany předsedovi Lékařského odborného klubu ve věci hromadného podání výpovědi našich lékařů je uvážena. Jak jsem informován, řada lékařů v Bavorsku a i v celém Německu hromadně odchází za lepšími finančními podmínkami do Spojených států a do Kanady, a proto se v Německu brzy vyskytne řada volných lékařských míst, a to včetně privátních. Nevěřím také, že v našem zdravotnictví dojde k úsporám organizačními opatřeními, jak navrhuje pan předseda klubu. Navýšení mezd zdravotníků tedy bude podle mého záležet jen na státní dotaci.

*Miroslav Mukensnábl, Plzeň*

## Chybí politická vůle

Ve sdělovacích prostředcích byla opět široce otevřena diskuse na téma, proč lékařům nezvyšovat platy. Objevují se obvyklé argumenty (vystudovali za dělnické peníze, lékařské povolání je poslání, znám špatné lékaře, také pracuji přes čas, pra-

cují přes čas rádi, ať si jdou, přijdou výborní lékaři z východu, u lékaře, kterému jde o peníze, se nechci léčit atd.), se kterými k lékařům (a pak už snad jen k učitelům) přistupuje ta část veřejnosti, která si myslí, že jsou současné platy lékařů přiměřené.

Rád bych připomněl analogickou situaci soudců, kteří ve většině civilizovaných zemích s tržním hospodářstvím patří do podobné kategorie jako lékaři.

Nemyslím si, že veřejnost podporovala dramatické zvýšení platů soudců, ke kterému došlo před více než 10 lety. Nemyslím, že si soudci platili svoje studia sami, a myslím, že po nich lze žádat stejně obětavosti a entuziasmu (a např. přesčasové práce) jako po lékařích (nešlo a nejde jim přece jistě o peníze, ale o službu spravedlnosti). Soudci byli a jsou dobře zaplacení, i když jejich odchod do ciziny vzhledem k jejich kvalifikaci nikdy nehrozil, a to i za cenu pokračujícího nefungování systému (byla provedena elektronizace, nebylo zaměstnáno dost administrativních sil atd.), které se navíc za posledních 15 let nijak významně nezlepšilo, a je to české soudnictví a ne zdravotnictví, které je mezinárodně kritizováno. Soudci mají na rozdíl od lékařů výhodu, že mohou svou práci i o roky odložit, nemusí si tedy přivydělávat přesčasovou práci. Nízké platy jako kolektivní trest za individuální selhání jednotlivců by bylo možno aplikovat na soudce stejně jako na lékaře. Na rozdíl od lékařů si ale soudci dokázali svoje platy prosadit a (i s pomocí Ústavního soudu) obhájit.

Pozoruhodné jsou pokrytecké apely na zvýšení kvality práce u špatně zaplacených a nedostatkových profesí, ke kterým teď lékaři vedle učitelů patří. Jestliže si vedoucí pracovník nemůže vybírat, na volné místo se nikdo nehlásí, těžko může dramaticky zvyšovat nároky na ty, které zaměstnává a kteří mohou bez problémů odejít. Kromě entuziastů pak zůstávají začátečníci a právě ti nejhorší, kteří preferují pohodlí před úsilím. Bez platové motivace se to ale těžko může zlepšit. Postkomunistické dědictví nízkých platů pro vysoce kvalifikované pracovníky překvapivě obhajují i pravicoví politici, u kterých bych platové rovnostářství neočekával.

V českém zdravotnictví je podobná situace, jako kdyby si ČSA koupily desítky nových letadel a pak snížily svým pilotům

platy ze 120 tisíc na čtvrtinu a po jejich odchodu angažovaly piloty např. z Kazachstánu. Zatímco u aerolinií by bylo všem jasné, jak je to stupidní, ve zdravotnictví to připadá všem, včetně novinářů a veřejnosti, jako výborný nápad a optimálním řešením je nakupovat další letadla.

Bohužel se obávám, že stávající marasmus bude pokračovat, dokud se v některých regionech nemocniční péče zcela nezhroutí. Až to politici budou muset připustit, bude už prakticky nemožné to v krátkém horizontu řešit.

Myslím, že naším úkolem je o současném špatném stavu a rizicích s politiky i veřejností mluvit. Myslím, že bez platového narovnání, ke kterému nechybí prostředky (jde o 1–2% prostředků zdravotního pojištění, několik kilometrů předražených dálnic), ale jen a jen politická vůle, žádné zlepšení očekávat nelze.

*Prof. MUDr. Vladimír Tesař, nefrolog*

## ... a nakonec vox populi, aby bylo jasné, co si o nás někteří pacienti myslí

Chcete odejít? Tak běžte! Co jiného odpovědět na hrozbu lékařů, kteří chtějí – v případě, že jim nebudou asi trojnásobně zvýšeny platy – odejít do ciziny. Měli by vědět, že po odchodu bude jejich místo obsazeno a v případě návratu jej nezískají snadno zpět...

Vyhledka, že se jinde bude k nim společnost chovat jako k božstvu, budou jim přetékat konta, budou jezdit v nejdražších autech a bydlet v luxusních vilách, se blíží ideám romských cestovatelů za bezpracným blahobytem. Snít o tom, že jsou někde otevřené dveře, ve kterých už dlouho na vás někdo čeká a s otevřenou náručí vás přijme, splní vaše požadavky a nebude vás přetěžovat? Proč ne. Proč to nejit zkusit? Možná ale srážka s realitou bude dost krutá. Pokud se díváte na seriály z nemocničního prostředí, tak pouze v těch českých na nového lékaře čekají a doufají, že nějaký přijde. Ale o nějakých nadstandardech platových či jiných se nikde moc nebáší. Co teprve oblíbený seriál Chirurgové nebo Dr. House? Pokud se někdo chce stát špičkou v oboru, tak pracoviště takřka neopouští, dělá cokoliv, jen aby mohl stávající špičku sledovat při práci a něčemu se přiučit. A pak léta čeká a doufá, že právě on bude ten, kdo exmistra doktora nahradí. Tvůrci seriálů se dušují, že jejich podání odráží realitu, takže...

Že jsou to pouhé seriály, kde je prostředím záměrně smyšleně ztížené a náročné? No, nebylo by jednodušší ukázat spíše opak, pokud by existoval? Doba, ve které lékařské pohodlí a nadřazenost ve společnosti byla, je pryč. Vidět ji ale lze například ve filmu s Vlastou Burianem s názvem „U pokladny stál“, kde hraje roli zdravotního bratra, tajně studujícího na doktora. Pokud odcházející doktor nebude mistrovským plastickým chirurgem s kontakty a reputací ve světě, moc práce asi mít nebude. I u soukromých klinik především profitují jejich majitelé. V řadě případů zkrachovali lékaři s dědictvím po babičce z Ameriky nebo z nějakého „ne příliš čistého podnikání“. A klinika, která chce dobrou klientelu, se musí snažit. Tedy – snažit se musí lékaři. Pak jsou taky podle toho hodnoceni. Ve srovnání s cestou Romů za lepšími ztífkami lékaři budou vycházet dost podobně. Jeden ze sta se možná slušně uchytí... A zbytek?

*Aleš Baloun, iDnes, 17. 6. 2010*

*P. S. Hlavu bych si s tím nelámala. Když se vrátí, mohou pak v nemocnici nastoupit jako pomocný personál. Vozit a umývat pacienty..., ale ne za lékařský plat.*

Kdo z nich udělal lékaře? Kdo jim dal vzdělání? Obvykle to není žádná inteligence, ale jen statistický vzorek populace, jejichž

rodiče chtějí být honorace, děcko drželi na škoře a nutili ho učit se. Průměrný plat ve státě nemá skoro nikdo, a lékaři chtějí mít trojnásobek? Copak jsou to nějakí nadlidi? Když přijdu k obvoďačce, tak čekám obvykle 2 hodiny, ona přichází do práce hodinu po začátku ordinačních hodin a její hlavní starost je vypít kávičku a všem na všechno dát antibiotika. To dokáže každý úředník a nemusí být lékař. Chápu, že špičkový chirurg by měl opravdu brát těch 70 tisíc. Ale většina té sebranky, co si říká lékaři, nestojí za zlamanou grešlí a jsou to jen opakovači a papouškovací automaty jako všichni ostatní. Tak proč mají mít nějaké extrémní výhody? Copak neberou na úplatcích dost? Chápal bych to, pokud by studium lékaře stálo milion a on to pak musel splácet. Jenže tady studuje zadarmo a pak bude vydírat spoluobčany? To je přece gaunerství!!!!

*Jiří Procházka, Chlumec nad Cidlinou*

Vážený pane prezidento! Jsem zděšen z Vaší výzvy, aby nemocniční lékaři dali výpověď kvůli nízkým platům. Prý lékařům nestačí 40 až 50 tisíc/měsíc a chtějí... (tedy to říkáte VY a Vaši spolupracovníci–postkomunističtí odboráři!!!) a požadují 70 tisíc/měsíc.

OSTUDNÉ!!! Vy ze ztráty soudnosti zapomínáte na „obyčejné lidi“ (jak říká post-

soudruh Paroubek)? A na to, v jakém stavu je česká společnost a jaké jsou všeobecně příjmy? Jinak úspěšně jdete ve šlápěch Vašeho předchůdce a nepochybně vzoru dr. Ratha. Dalo by se říci, že nad celkovou úroveň společnosti svoji inteligencí příliš nevyčníváte (samozřejmě je řada výjimek!). Za to Vaše prohlášení a výzvu by bylo třeba Vás žalovat a snad i zavřít. Zamyslete se nad sebou a slezte z toho Vašeho namyšleného nebe do reálu!

Možná, že by se našlo řešení: emigrujte Vy a ta Vaše „rudá a oranžová garda“ a solidní lékaře nezatahujte do svých hrátek!

Je to od Vás hanebné!!! Měl byste tu zprávu dementovat!!!

*Ing. Zbyněk Pospíšil*

Vy vyděrači, seberte se a odejděte všichni! Ve středověku také felčari nebyli a lidi také žili. Zaplatte studia a odejděte do Německa. Konečně se tímto aktem Němcům pomstíme za 2. světovou válku. Vy nebudete nikdy dost nažraný. Moje žena umí 4 světové jazyky a bere 27 tisíc měsíčně. Já jako podnikatel s 2 vysokými školami si vyplácím jenom 30 tis. Kč, abych měl na rozvoj firmy. Pochopil jsem, proč museli sedět felčari v komůrce s katem Mydlářem. Běžte už konečně do pr... a přestaňte vydírat.

*L. Vojsa*



# Anketa: Jak se lékaři stavějí k iniciativě Děkujeme, odcházíme?

**LOK-SČL vyhlásil výzvu Děkujeme, odcházíme. Jak se k této iniciativě stavějí lékaři ve Vaší nemocnici? Sbíráte podpisy pod tuto výzvu? Pokud ano, kolik lékařů ji zatím podepsalo? Souhlasíte s požadavkem navýšit plat plně kvalifikovaného lékaře na trojnásobek průměrného platu? Dovedete si představit, že dáte letos na Silvestra výpověď z práce? Medical Tribuna oslovila předsedy LOK z nemocnic po celé republice...**

Lékaři přijímají iniciativu velice kladně. Podpisy sbíráme, nemáme zatím rozdané výpovědi na všechna oddělení. Ale na většině oddělení, kde jsme souhlasy rozdali, se jedná o nadpoloviční většinu, na některých odděleních je to až 90 %. Dovedu si představit, že dám ke konci roku výpověď.

*Sárka Drinková, Havlíčkův Brod*

Téma je diskutováno, část lékařů se již slovně souhlasně vyjádřila. Ano, chystáme se při setkání místní organizace LOK shromáždit podpisy. Plně souhlasím, zedníka na stavbu svého rodinného domku jsem nesehnal levněji než za průměrnou mzdu ve státě a myslím si, že plně kvalifikovaný lékař má mnohem náročnější a zodpovědnější povolání než zedník. Domnívám se, že tento požadavek odpovídá rozdílu náročnosti a odpovědnosti jejich práce.

Není vůbec těžké si představit, že dáme výpověď – jak nyní, tak na Silvestra. Problémy v naší nemocnici stran přesčasové práce či určitých benefitů pro oddělení s chybějícími lékaři mě donutily o takové možnosti zcela reálně uvažovat již před pár týdny. Osobně strávím v práci běžně měsíčně 160 hodin základní pracovní doby a dále šest všedních a dvě víkendové služby (tedy cca 140 hodin ve službě) – celkem tedy každý měsíc 300 hodin. Doma se vyskytují zřídka, ale jsem docela normální člověk a občan ČR a nikoli otrok, tak si myslím, že mám stejně jako kterýkoli jiný občan této země nárok na odpočinek, nějaký soukromý život či rodinu. Tohle nemá pražádnou souvislost s tzv. lékařskou etikou, medicínou jako posláním a nikoli povoláním, i když těmito hesly volá závistivá

nelékařská veřejnost po ztrestání nenasytných lékařů.

*Jaroslav Liška, nemocnice Domažlice*

Teprve v naší nemocnici začínáme, akce podpisů se rozbíhá, s číslem zatím nelze nijak počítat. Výpověď už mám přichystanou.

*Jana Vedralová,*

*Fakultní Thomayerova nemocnice, Praha*

Lékaři v naší nemocnici výzvu podporují, z našeho oddělení ji zatím z 10 lékařů podepsali čtyři. Nedovedu si zatím představit, že dám výpověď. Ne že bych ji nepodepsal, ale nevěřím v masovost této akce. Myslím si, že ve finále to podají jen jednotlivci. O jednotě lékařského stavu si nedělám iluze – viz sněmy komory a volby do jejího čela. Mimo to, asi jako každý lékař v mém věku, mám na krku dvě hypotéky a dva stavební úvěry. A banky moje spokojenost, respektive nespokojenost se stavem zdravotnictví a přístupem ministerstva k jeho řešení opravdu nezajímá. Myslím, že spíše vyřeší tento problém pravcový ministr. S levicovým vedením skončíme jako Řecko a Maďarsko. Máme k nim už dobře nakročeno.

*M. Serbák,*

*chirurgické oddělení Litomyšlské nemocnice, a.s.*

K této výzvě se staví většina lékařů u nás velmi kladně, doufají, že vše doběhne do zdárného konce a lékař konečně bude zaplacen jako normální člověk s vysokoškolským vzděláním a velkou zodpovědností. Podpisy sbíráme od úterý, takže zatím fakticky nemáme žádné podpisy. Uvidíme, kolik lékařů se nakonec přidá, mladí lékaři určitě, nemají co ztratit, ale u starších kolegů nevím. Vzhledem k tomu, že jsme a.s., tak většina starších kolegů má smluvní platy a jistě by neradi o ně přišli. Uvidíme. Samozřejmě, souhlasím s navýšením mzdových tarifů, myslím si, že trojnásobek po atestaci je minimum, ale rozhodně nyní nemůžeme žádat ihned navýšení platů, jako mají v Německu či jinde v západní Evropě. Opravdu není možné aby v 21. století lékaři brali méně než zedník na stavbě. Nevím potom, k čemu nám

je vysokoškolské vzdělání. Jinak se v tomto státě nic nestane. Pokud bude ohrožena péče o pacienty, pak možná politici schválí urychleně zvýšení platů. Je to sice drsné, ale nevím, jakými metodami bychom měli uspět. Běžná vyjednávání nemají smysl, politici skoro nikdy nereflektují naše žádosti. A nemocnice, která má poskytnout všechnu péči, není rozhodně žádná továrna na nemocnice. Tak se rozhodně nemocí zdravotníci platit podle hospodářského výsledku.

*Jan Kábrt, předseda MO LOK Příbram*

Ekonomicky úspěšná nemocnice se rozpadá – nejsou lékaři (toto není politická propaganda, ale realita). Tudíž nemá smysl podávat výpovědi.

*Pavel Lipták, nemocnice Prachatice*

Podpisy teprve začneme sbírat, aktuálně probíhá rozšiřování dalších informací o celé akci mezi všechny lékaře i SZP.

*Zdeněk Bytel, Klatovy*

Lékaři u nás v nemocnici se k výzvě staví vcelku pozitivně, leč skepticky. Podpisy zatím nesbíráme. S požadavkem trojnásobku průměrného platu naprosto souhlasím. Pokud budu vidět jednotu lékařů, tak dám ke konci roku také výpověď.

*Eva Pauchová, nemocnice Prachatice*

Druhoatestovaní lékaři jsou vyčerpaní systémem, poškozují to jejich osobní životy, myslím, že by měli mít hlavně normální čas strávený v práci. I pro ně považuji poměrné zvýšení na trojnásobek vzhledem k populaci za adekvátní. Pracuji v ministerstvem řízené nemocnici, aktuálně si stěžuji hlavně na nepřiměřenou pracovní náplň, která se nedá v osmihodinové pracovní době stihnout. Dovedu si představit, že za určitých okolností se připojím. Ptáte se, zda tento problém bude chtít řešit spíše pravcový, nebo levicový ministr zdravotnictví.

Nejsem si jistý, že to kdokoli z nich řešit bude. Je to podobné jako v Řecku. Tak dlouho byla zatajovaná pravda, že až se provalí, populace ji nepřijme.

*Lékař z mimopražské fakultní nemocnice*

*(nepřál si být jmenován)*



Doposud oslovení členové i nečlenové MO LOK-SČL v naší nemocnici v naprosté většině souhlasí s oprávněností požadavků formulovaných sněmem. Na sněm jsme na úvod kampaně z naší nemocnice přivezli 20 podpisů z cca 70 lékařů pracujících v naší nemocnici. Za 24 hodin po sněmu se připojilo již několik dalších kolegů a pevně věřím, že se postupně v průběhu kampaně přidá většina ostatních. Kampaň opravdu považují teprve za zahájenou. S minimální mzdou, resp. platem pro plně kvalifikovaného lékaře ve výši 3násobku průměrného výdělku, navíc z předminulého roku, jednoznačně souhlasím. Výpověď už leží v šuplíku mého stolu.

*Toman Šenk, předseda MO LOK-SČL Mělník*

V naší nemocnici jsme začali s informováním lékařů na místních webových stránkách a připravuji na toto téma schůzi. Byl informován i ředitel akciové společnosti. Akce je dobrovolná a myslím, že kolik lékařů se přidá, bude hlavně záležet na výsledku voleb a chuti následující vlády něco s českým zdravotnictvím udělat. Lékaře myslím není potřeba přesvědčovat, protože ti, kteří pracují v nemocnici, vědí, jaké mají podmínky k práci, jaké je jejich skutečné finanční ohodnocení, počty přesčasových hodin, jak hrozný je systém vzdělávání, jak nespravedlivý je systém pojišťoven a další. Přesvědčit by se měli politici, kteří tento problém dlouhodobě neřeší a zneužívají zaběhnutý systém, který zdravotníky vysává, a počet lékařů a sester tak ubývá.

Počty lékařů, kteří s kampaní souhlasí, neevoluji, protože lékaři své vyjádření mohou směřovat přímo do centra LOK-SČL. Počty by také mohly být zneužity a mohla by vzniknout mylná představa, že je kampaň vedena proti nemocnicím. To, jestli lékař nepodepíše, neznamená, že s kampaní nesouhlasí. Připravenost dát výpověď je z mého pohledu hlavně akt zoufalosti nad celým zdravotnickým systémem. Dát výpověď je pro mě akt hrdinství. Řada kolegů má malé děti, hypotéky, splátky, ale přesto všechno je situace natolik vážná, že se do kampaně přidali, byť je na konci při neúspěchu jednání s politiky čeká výpověď.

S navrženým finančním ohodnocením souhlasím. Škoda, že média masírují občany lživými údaji o tom, kolik si vydělá lékař, a do průměrného platu zahrnují odměnu za množství přesčasové práce. Po 10

letech práce ve zdravotnictví, se třemi atestacemi, na vysoce specializované jednotce intenzivní péče mám základní plat 23 900 Kč. Naštěstí pro nedostatek lékařů mám ještě navíc odměnu za 80 až 120 hodin přesčasové práce za měsíc. Tohle ale asi nikdo slyšet nechce. Pokud nedojde ke změně, jsem připravený dát na Silvestra výpověď. Nabídek ze zahraničí jsem měl už několik, v ČR mne drží zejména rodina a také to, že když odejdu, tak se mým kolegům zase navýší práce přesčas a neužijí si ani svoji rodinu. A to nepřeji nikomu.

*Antonín Gabera, Ústí nad Labem*

Akce Děkujeme, odcházíme má v naší nemocnici podporu většiny lékařů, a to jak členů, tak i nečlenů LOK. Podpisy sbíráme, vzhledem k tomu, že akce je teprve v plenkách, nemůžu vám říct, že máme 100 % podpisů. Konkrétní čísla jsou tato: V nemocnici pracuje asi 70 lékařů, z těchto lékařů se již k výzvě připojilo necelých 40 % (přesné číslo je 27 podpisů). Samozřejmě není konečné a všichni lékaři jsou dlouhodobě tak rozčilení a nespokojení, že počítám s podporou blížící se spíše k 90 %. Co se týče požadavku na trojnásobek průměrného platu. Samozřejmě, o výši platu nelze vůbec diskutovat. Z mého pohledu je tento požadavek spíše podhodnocen. Brát za práci, kterou nemocniční lékaři vykonávají, a za nasazení, s jakým pracují, mzdu, za kterou žádného řemeslníka (při vši úctě k nim) ani nezvednete ze židle, je absurdní a pro celou společnost ostudné. Názory našich spoluobčanů na internetu nemá smysl vůbec komentovat. Takové věci, které se můžeme dočíst, může snad napsat jenom člověk bez kousku zdravého rozumu a nebo člověk, který se pohybuje zcela mimo realitu.

Já osobně si dovedu rozhodně představit, že na konci roku dáme výpověď. Ani já, ani žádný z mých kolegů se rozhodně nemusíme obávat toho, že zůstaneme nezaměstnanými.

*Antonín Jedlička, Strakonice*

Lékaři v naší nemocnici se staví k akci nejspíše pozitivně, ale nemám přesnější přehled. Podpisy nesbírám. Dovedl bych si představit, že dám výpověď, pokud by byly určité záruky, že to k něčemu bude dobré.

*Michal Mára, Všeobecná fakultní nemocnice, Praha*

Lékaři u nás se k akci staví pozitivně. S akcí teprve začínáme. Nemám žádný problém s tím, že bych podal výpověď.

*Jan Vorel, nemocnice Český Krumlov*

Podpisy sbíráme, je to zatím asi polovina všech lékařů nemocnice, ale u spousty oddělení jsem ještě nebyl. Měli jsme nyní mnohem více práce s organizováním a koordinací výpovědí z přesčasové práce v naší nemocnici, což ještě pořád není u konce. Atmosféra na posledním celorepublikovém sjezdu LOK-SČL a nakonec i tato výzva, která tam byla prezentována, byly pro nás velkou inspirací k zahájení našeho protestu. Uvědomili jsme si, že nejsme sami.

Myslím, že tato výzva má šanci přetavit celorepublikovou dlouholetou vyčerpanost lékařů z extrémního přetížení a přehlížení do konkrétní podoby. Ptáte se, zda souhlasím s tím, že je nutné navýšit plat plně kvalifikovaného lékaře na trojnásobek průměrného platu. V současné společnosti tržního hospodářství jinou metodu motivace a ocenění nevyznáváme, což je mně osobně líto, ale zde můj názor není rozhodující. Proto v současné době, za současných podmínek si myslím, že je to minimálně adekvátní ohodnocení. Já osobně bych si dovedl představit, že v případě nutnosti dám ke konci roku výpověď.

*Peter Igaz, Karlovy Vary*

V naší nemocnici je takový nedostatek lékařů, že neexistuje oddělení, které by nepřijalo jednoho, dva, ale i 5 lékařů okamžitě na plný úvazek. Ti „šťastnější“ si mohou vybírat, zda chtějí atestovaného lékaře, či absolventa. Deficit lékařů je tak velký, že většina oddělení nemocnice by zaměstnala jakéhokoliv lékaře. Počet absolventů, kteří nastupují, se rapidně snížil, počet odcházejících narůstá. Jednoznačným důvodem je ponížující finanční ohodnocení a rozvrácený způsob vzdělávání lékařů. Zbývající lékaři pracují za dva, za tři kolegy, kteří chybí. A jejich únava a naštvanost roste. Vybrat si dovolenou se stává luxusem a zároveň trestem pro ty, kteří zůstanou. Naše nemocnice rozhodně akci LOK-SČL podpoří.

*Ivana Horková, Kroměříž*

*Zdroj: www.tribune.cz (ivb)*

# Proč je podání hromadné výpovědi lékařů jako forma protestu správné

*Díky letité, plíživé a nenápadné masáži laické veřejnosti a účinnému potlačování projevů nespokojenosti lékařů dnes nikoho nezajímá, že doktor pracující v nemocnici stráví ve svém zaměstnání za mrzký peníz podstatně více času než ostatní pracující občané. Nemá za to žádné výhody ani odměny, právě naopak – je za svou pracovitost permanentně postihován, trestán. Všichni víme jak. Ponižující nízká základní mzda s perspektivou směšně zanedbatelného zvýšení během dalších let v zaměstnání nutí lékaře odpracovat neúnosné množství přesčasových hodin k dosažení rozumného finančního ohodnocení.*

A když ho nenutí peníze, pak to dobře zvládne i sám zaměstnavatel. A to nejhorší nakonec, z tvrdě (ne)vydělaných peněz lékaři neustále nedobrovolně sponzorují svým pacientům poskytovanou péči, na kterou by jinak české zdravotnictví nemělo prostředky. Jak by se líbila pilotům a letušským pravidelná srážka ze mzdy na palivo pro letadlo, aby pasažéři bezpečně doletěli do cíle? Jak by se líbilo zedníkovi, kdyby nám musel přispět na cihly a beton při stavbě domu?

## Proč se situace nezmění?

Politikům, pojišťovnám a všem ostatním mocipánům současné nastavení pravidel hry samozřejmě vyhovuje. Ať už doprava nebo doleva, použijeme-li (dnes už zjevně mírně přežitě) schéma rozdělení politických sil, nikdo z nich nemá zapotřebí provést něco takového, jako je navýšení finančního ohodnocení práce lékařů a nikdo z nich dobrovolně nic takového neudělá. Proč ne? Ve chvíli, kdy lékař dostane více peněz v základní mzdě, není již existenčně závislý na příjmu z přesčasové práce a nadále není nucen k porušování zákona. Nastává problém – kdo bude pracovat ve službách, když lékařů není stále nazbyt, naopak právě kvůli podmínkám panujícím v systému jich neustále ubývá? Čtvrtina absolventů dnes okamžitě odchází do zahraničí. Kdo efektivně a nedobrovolně (byť bez možnosti jakékoliv obrany) bude sponzorovat systém zdravotní péče? Proto dosud nebyla a (bez dostatečně hlasité a účinné formy protestu) ani nikdy nebude vůle ke změně.

„Platy lékařů, to je mizérie a dalo by se to relativně snadno napravit, kdyby byla chuť. Jenže proč vám ty peníze navíc dávat, když

poslušně makáte za málo?“ (Nepřesná citace, vysoce postavený pracovník v jedné z pojišťoven. Se svolením autora převzato z [www.stefajir.cz](http://www.stefajir.cz), článek Platy státních lékařů.)

„Kolegyně, vždyť vy budete stejně pořádkem ve špitále. K čemu by vám ty peníze byly? Vždyť byste je neměla ani kde utratit.“ (Reakce ředitele jedné z pražských nemocnic na dotaz medičky, jak má se svým budoucím měsíčním platem vyjít. Se svolením autora převzato z [www.stefajir.cz](http://www.stefajir.cz), článek Platy státních lékařů.)

Lékaři mlčeli/mlčí a pracovali/pracují. V přeneseném slova smyslu by se dalo říci, že český lékař trpí syndromem týraného dítěte. To přece také snáší veškerá přikopřá a trápení ze strany matky, protože si neumí vůbec představit, že by vše mohlo být jinak. Proč by se mělo dávat více peněz někomu, kdo si o ně neřká/neřká? Společnost si na tento perzistující stav zvykla, protože jí vyhovuje. Bezplatná zdravotní péče, kdykoliv, co nejrychleji, co nejlépe a pokud možno na co nejvíce místech. Nyní, když se po dvou desetítkách let mlčení a zneužívání začínají lékaři ozývat, ze všech stran se nezadržitelně začínají hrnout hromady nenávistných komentářů, výhrůžek a nevybíravých nadávek. Toliko a pouze obraz naší současné společnosti a jejího vztahu k těm, kteří se starají o to nejcennější, co má. Na nevybíravé komentáře při podpoře této iniciativy se musí lékaři připravit, bude to mnohem horší. Režim a ti, co mu vládnout používají a použijí všech nečestných, špinavých způsobů boje a nezastaví se vůbec před ničím, ať už se jedná o hru na struny morálky a odpovědnosti lékařů („Zapomněli jste už, na co jste přísahali?!“), cíleného mlčení, překrucování faktů až po zcela nepokryté lži v médiích na objednávku z těch nejvyšších míst.

Kdo s tím může něco udělat? Jistě tedy ne politici a jejich kamarádi, jen my lékaři můžeme sami sobě pomoci. Nikdo jiný nám ruku nepodá a sebemenší pomoc zjevně ani neslibuje – viz předvolební programy politických stran. Nula, nic a žádná změna na obzoru při pohledu před sebe, doprava či doleva.

## Publikují se zkreslené informace

Je až s podivem, kolik pomluv a hnoje už stačili „obyčejní lidé“ v diskuzích nakydát, a to se ještě pořádně nic nestalo. Lékařům ale přece tímto protestem nejde o to, aby měli

peníze jako kolegové na Západě od nás, to je jen jedna z oblíbených a velmi užívaných berliček pro argumenty spousty odborníků (?) v diskuzích. Jde o přiměřené ohodnocení odpovědné práce lékaře, poměr jeho mzdy k průměrnému platu, jako je to běžné v EU, to je jistě spravedlivý požadavek. Nicméně nejvyšší místa nelení a iniciativa pro zvýšení platů lékařům je již nyní v několika člancích prezentována záměrně zkresleně, titulky jako „Lékaři chtějí plat 70 800 korun“ jsou samozřejmě cíleně zavádějící. Z požadavků lékařů jasně vyplývá, že po úpravě platů by práce lékaře absolventa byla ohodnocena 160 Kč/hod. čistého (odpovídá čisté mzdě 26 tisíc), práce kvalifikovaného lékaře by pak byla odměněna 320 Kč/hod. čistého (odpovídá čisté mzdě 51 tisíc). Může někdo namítnout, že takové ohodnocení hodinové práce je nespravedlivé či snad dokonce nehorázné?

Demagogie a ignorance masmédií dnes již nezná mezí. Pochopitelně, vždyť pouze pracují na zakázku těch nahoře. Vždy, když se udávají platy lékařů, padají částky 35–40 a více tisíc. Samozřejmě to je zavádějící lež, která plánované a cíleně ztěžuje postavení lékařů v očích laické veřejnosti při stížnostech na pracovní podmínky.

„Plat za normální pracovní dobu (8 hodin denně 5 dnů v týdnu) se u začínajícího lékaře v současné době pohybuje kolem 15 tisíc čistého, vychází to asi na 90–95 Kč čistého na hodinu práce. Po 4 letech praxe ve 29–30 letech věku budete pobírat skvělý plat 16 tisíc čistého. Po 6 letech to bude dělat 16,5 tisíce čistého. A teď další velký skok – pokud po 5 až 6 letech složíte velice obtížnou atestaci, vyskočíte na neuvěřitelných 17,7 tisíc čistého. Finanční motivace k atestaci je v našem státě prostě neodolatelná. A po 32 letech praxe ve věku asi tak 57 let (pokud se do té doby nezblázníte) dostanete kolem 23 tisíc čistého.“ (Se svolením autora převzato z [www.stefajir.cz](http://www.stefajir.cz), článek Platy státních lékařů.)

Zcela nevyhovující systém postgraduálního vzdělávání s „vylepšeními“ typu zavazujících smluv a minimálních otrockých úvazků při standardním objemu práce jsou dnes bohužel již běžným folklorem a poslední kapkou.

## Požadavek mimo realitu?

Podle aktuálního vyjádření mluvčího ministerstva zdravotnictví p. Vlastimila



Sršně je požadované navýšení mezd „zcela mimo realitu a možnosti zadluženého státu, zvláště v době ekonomické krize“. Mimo realitu pana Sršně a schopnosti setrvale podhodnoceného a přepracovaného lékařského stavu je však nepochybně udržet za daného způsobu financování kontinuitu zdravotní péče v požadované kvalitě a dostupnosti. Peníze pro lékaře jsou, ale nesmělo by mizet 40 mld. ročně na úplatcích v systému, provizích a v kapsách tunelářů a podvodníků spřízněných s politickou reprezentací.

Současně je nutno zřetelně žádat o dodržování zákoníku práce. Byť se respektování zákona v tomto státě vyžaduje a většina společnosti jej bere jako danou nepřekročitelnou normu určující pravidla hry, pro lékaře jakýmsi záhadným způsobem zákony v práci neplatí. Překvapivě však tento argument opakovaně postrádá svou váhu ve chvíli, kdy na tento problém zdravotníci začnou poukazovat, potažmo proti němu protestovat.

Výše uvedené je dle mého názoru důvodem k jednoznačné podpoře této iniciativy. Nejde o protesty proti svým primářům, ředitelům, nemocnicím. Jde o vyjádření hlasitého nesouhlasu proti nastavení celého systému a podlému zneužívání lékařů. Bez radikálního postoje nelze dnes již očekávat žádnou změnu k lepšímu. Dvacet let je dlouhá doba a na změnu zatím nestačila. Lékařský stav nedrží při sobě a projevuje se navenek neustálými půtkami, naše ne soudržnost je bohužel státem vítána a neustále používána v náš neprospěch. Vzpamatujme se. Pokud se alespoň jednou dokážeme domluvit a sjednotit, úspěch je zaručen!

*Jiří Sedlák, neurologické oddělení, Oblastní nemocnice Kladno, a.s. blisty.cz (Britské listy), 21. 5. 2010 ZDN.cz, 28. 5. 2010*



## Jak to bylo v karlovarské nemocnici

*Jednání o kolektivní smlouvě začala na podzim 2009, přičemž všechny odborové organizace z nemocnic Karlovy Vary, Sokolov a Cheb, které jsou sdruženy v KKN, a.s., požadovaly splnění slibu zavedení 16třídní platové tabulky, který byl dříve dán krajskou politickou reprezentací a vedením nemocnice v čele s Mgr. Fojtíkem.*

Návrh managementu nemocnice na zmrazení mezd byl nepřijatelný, protože platy nebyly zvyšovány čtyři roky, a také z důvodu masivního odchodu zdravotníků a následného pracovního přetížení zbývajících lékařů.

Výsledkem politických změn ve vedení karlovarského kraje bylo odvolání radní pro zdravotnictví dr. Podzemské, ředitele pro zdravotní péči v KKN, a.s. dr. Bergera a nakonec i lékařského ředitele karlovarské nemocnice dr. Brázdila. Všichni tito odvolání přitom požívali vysokou míru důvěry u lékařů karlovarské nemocnice.

LOK-SČL Karlovy Vary na rozdíl od ostatních pěti odborových organizací (LOK-SČL v Chebu a v Sokolově a tzv. Schlangerovy odbory ze všech tří nemocnic) nepodepsal koncem března kolektivní smlouvu pro rok 2010.

Ústavní pohotovostní služby v KKN, a.s., jsou převážně zajišťovány prostřednictvím dohod o přesčasové práci, které umožňují obcházet zákoník práce, který přesčasovou práci limituje na v průměru 8 hodin týdně, tedy na maximálně 416 hodin za kalendářní rok.

Dohody o přesčasové práci vypověděli lékaři z pěti oddělení karlovarské nemocnice symbolicky ve stejný den, kdy byla oficiálně zahájena stavba pavilonu akutní medicíny, tedy stavební investice za cca 3/4 mld. Kč. Lékaři požadovali zvýšení základních mezd o 20% a zvýšení platby za ÚPS o 10%.

Dne 13. 5. vydal prezident ČLK tiskové prohlášení, kterým jménem lékařské komory lékaře karlovarské nemocnice podpořil. Dalších jednání v nemocnici se účastnil také právník ČLK.

Vedení nemocnice postupně lékařům ze čtyř protestujících oddělení nabídlo finanční kompenzace za ochotu nadále zajišťovat ÚPS prostřednictvím dohod o přesčasové práci. Žádnou nabídku neobdrželi pouze lékaři interního oddělení, na kterém vyhlásil ředitel nemocnice v pátek 14. 5. 2010 protiprávním

způsobem směnný provoz, který negativním způsobem zasáhl do provozu nemocnice.

Dne 21. 5. 2010 byla uzavřena dohoda, že také lékaři interního oddělení budou pokračovat v zajišťování ÚPS prostřednictvím dohod o přesčasové práci výměnou za zvýšení základních mezd protestujících lékařů o 20%. Vedení nemocnice se zároveň zavázalo řešit problém přetěžování lékařů nadlimitní přesčasovou prací.

Dohoda s vedením KKN, a.s., v žádném případě neznamená, že bychom se nezapojili do akce LOK-SČL nazvané „Děkujeme, odcházíme“. Tato iniciativa je totiž mnohem koncepčnější, než byla ta naše. My jsme chtěli pouze upozornit na letitý obrovský problém přesčasové práce a chtěli jsme dát jednoznačný signál, že je třeba tento problém konečně začít koncepčně řešit.

Protestující lékaři v karlovarské nemocnici dosáhli zvýšení svých mezd. Mzdy ostatních lékařů zůstaly bez navýšení. Myslím, že tato naše zkušenost by měla být inspirací pro nemocniční lékaře v celé České republice.

*Peter Igaz, Karlovarská krajská nemocnice, a.s.*









Operační sál na poliklinice v Praze 10 včetně stacionáře, jen ortopedie, plastická chirurgie. Tel.: 737 935 359

Pronajmeme ordinace v Ostravě-Vitkovcích na náměstí. V budově jsou provozovány ordinace, lékárna, služby. Informace na tel.: 603 464 154

## Různé

Bílí baroni aneb Zlatá klec, sarkasticky a s humorem popisuje autor dr. Jiří Kučera poměry na vojenské medicíně v době totality. Román je určen nejen vojenským kolegům, nýbrž všem, kteří mají rádi humor. Objednávejte na [www.stahujknihy.cz](http://www.stahujknihy.cz)

[www.aaauto-slevy.cz](http://www.aaauto-slevy.cz). Slevy na nové vozy až 25% a na roční až 40%. Možnost leasingu, úvěru. Tel.: 776 222 882

## Oznámení pro členy OSL ČLK Praha 2



## PODPORUJEME MLADÉ KOLEGY

Po zprávě o finanční situaci OSL ČLK P2, po přihlédnutí k velkému počtu mladých kolegů a kolegyň (182) v našem sdružení a po diskusi se představenstvo rozhodlo takto:

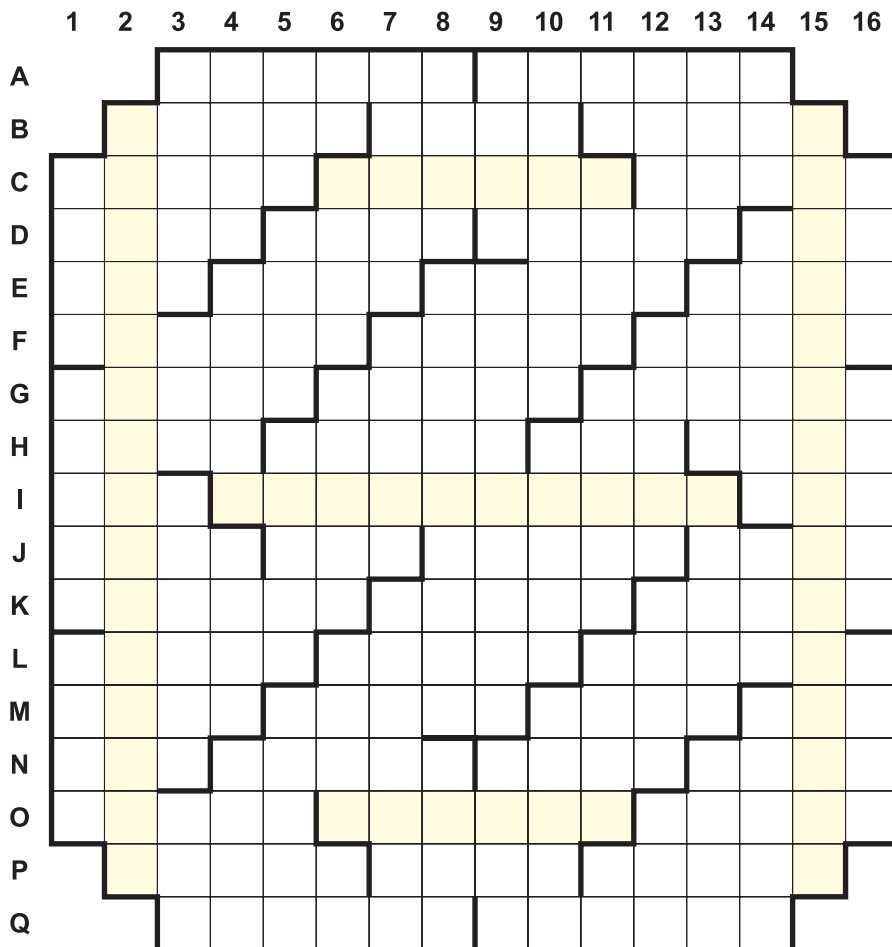
Vnímáme tíživou situaci, zejména finanční, našich mladých kolegů a kolegyň do složení atestace. V rámci našich finančních možností jsme se jednohlasně usnesli na příspěvku 500 Kč pro každého mladého lékaře, lékařku na odbornou literaturu každý rok. Tato finanční pomoc se týká lékařů do 5 let od promoce a po nastoupení do přípravy k atestaci. Zároveň se tímto ruší usnesení představenstva OSL ČLK P2 z roku 1999 o poskytování příspěvku 300 Kč na vzdělávání pro všechny lékaře.

Ludmila Říhová, předsedkyně OSL ČLK Prahy 2

[www.clk-praha2.wgz.cz](http://www.clk-praha2.wgz.cz)



## Křížovka o ceny



### Nejhorší je, když vás pomoci ...

(dokončení citátu Oty Pavla se skrývá v tajence).

**VODOROVNĚ:** **A.** Bahenní pták; souvislá řada vozidel. – **B.** Dohled; otázka 6. pádu; pohromadě. – **C.** Vypouštět po kapkách; **5. díl tajenky;** pestře zbarvení tropičtí američtí papoušci. – **D.** Čtyři páry (slovensky); vojenská úmluva; svobodné šlechtické statky; zpívat. – **E.** SPZ Klatov; čeládka; sportovní oděvy; blboun nejnepř. – **F.** Skrblíctví; části rostlin (slovensky); pražská tiskárna. – **G.** Kladná elektroda; nechutné pokrmy; družstvo umělecké výroby v Kožlanech. – **H.** Roleta; úsilí; druh gibona; jméno psa. – **I.** Omastek; **3. díl tajenky;** řecké písmeno. – **J.** Oznámit; SPZ Tábora; kroutit; žlaznatá část žaludku přežvýkavců. – **K.** Jméno herce Redforda; český vynálezce bleskosvodu; podrobněji. – **L.** Legrace; blednout; spárek. – **M.** Sopka na Sicílii; předložit; Fibichova skladba; španělská chůva. – **N.** Jméno spisovatele Bradburyho; prostor mimo dům; německy „národ“; chlupový porost. – **O.** Značka koupelové pěny; **1. díl tajenky;** masa. – **P.** Městská komunikace; vařené vepřové maso z hlavy; vynálezce telegrafické abecedy. – **Q.** Sbírka náboženských knih nauky Zarathuštrovy; druh kořalky.

**SVISLE:** **1.** Český klavírista; mužské jméno; pružiny. – **2. 2. díl tajenky.** – **3.** Závěr; okolo; kajuty; domácí Eliška. – **4.** Plodina setá na podzim; část Prahy 4; jméno zpěvačky Elefteriady; působení. – **5.** Biblická osoba; část nohy; jméno zpěvačky Janů; anglicky „mír“. – **6.** Evropan; kontrabas; zakopávat; bývalá zkratka kladenského podniku Poldi; název sykavky. – **7.** Dívka; porážeti (zastarale); francouzský filozof. – **8.** Trnitý strom; pět procent; hořký nápoj. – **9.** Domácí zvíře; informovat; ale. – **10.** Vaječné pokrmy; kurýrovat; jídlo. – **11.** Iničiály dramatika Stroupežnického; části obličejů; vrubozobý jihoamerický pták podobný huse; směrem k zemi; moji. – **12.** Poklesy; italský přístav; pláč; štvanice. – **13.** Doupata; domácí Teodora; muslimské náboženství; jehličnatý strom. – **14.** Hajdy; líné; kvalitnější; švýcarské sportovní středisko. – **15. 4. díl tajenky.** – **16.** Mravní základ; výhodná koupě; druh lemura.

**Pomůcka:** Arosa, kamiš, Tomos.

V Tempus medicorum 5/2010 tajenka skrývala citát z knihy Williama Hazlitta **Dílo: Nejmenší bolístka v našem malíčku nám dělá větší starosti a obtíže než záhuba milionu vzdálených lidí.**

Knihu **Vladimír Menšík** autorky Jolany Matějkové získává desítkou vylosovaných: **Alena Hoznauerová**, Jirny; **Bernard Chrudimský**, Karlovy Vary – Doubí; **Lucie Kudrnová**, Napajedla; **Miroslav Mazanec**, Jindřichův Hradec; **Dana Němcová**, Chvalkovice; **Eva Popková**, Tanvald; **Jana Renčínová**, Dlouhá Třebová; **Lukáš Růžek**, Brno; **Vlastimil Šmíd**, Havlíčkův Brod; **Zdeněk Žižka**, Praha 10 – Strašnice.

Na správné řešení tajenky z čísla 6/2010 čekáme na adrese [recepte@clk.cz](mailto:recepte@clk.cz) do **15. července 2010.**

**Hodně štěstí!**

### Obsah

Léčba polyneuropatií .....	1	SSRI, venlafaxin, mirtazapin a zvýšené riziko	
Nimesulid – změna v používání na lék druhé volby .....	3	vzniku perzistující plicní hypertenze u novorozenců .....	4
Fluoxetin a riziko vrozených srdečních vad .....	3	Zvýšené riziko fraktur kostí ve spojení s užíváním	
		některých antidepresiv .....	4

## LÉČBA POLYNEUROPATIÍ

Polyneuropatie je onemocnění periferních nervů, které může mít nejrůznější etiologii. Jednu skupinu tvoří hereditární polyneuropatie, způsobené různými genovými mutacemi. Druhou skupinou jsou získané polyneuropatie a jejich příčinou mohou být poruchy metabolické (DM), endokrinní (thyreopatie), karenční, nutriční a paraneoplastické. Polyneuropatie vznikají též po podání neurotoxických látek, mezi které patří i některé léky. Zánětlivé polyneuropatie bývají nejčastěji autoimunní, ale může je způsobit i infekce jako je borelióza.

Při polyneuropatii mohou být postiženy motorické, senzitivní i autonomní nervy. Příznaky jsou proto různorodé nejen v závislosti na typu postižených vláken periferních nervů, ale i na lokalizaci a intenzitě postižení. Nejčastěji jsou nejvíce postižena vlákna dlouhých nervů, proto jsou velmi často prvními příznaky hypestézie a parestézie na akrálních částech nohou. Ze stejných důvodů se často polyneuropatie projevuje i hypotrofií a slabostí akrálních svalů na nohách.

Nemocní si stěžují na nejistou chůzi zejména při špatném osvětlení, kdy nemohou nerovnosti korigovat zrakem. Mají pocit chůze „po mechu“. Při těžších poruchách se příznaky šíří i proximálně a objevují se i na ruce. Nepříjemnými průvodními příznaky jsou dysestézie, bolesti, někdy až pocit pálivých vjemů. Někdy tyto senzace nutí nemocného ke stálým změnám polohy nohou – tzv. sy neklidných nohou. Tyto obtíže bývají především vleže před usnutím.

### Diagnostika

Diagnostika polyneuropatie je založena pochopitelně na anamnéze a klinickém vyšetření, důležité jsou však i laboratorní a zejména elektrofyziologické testy.

#### Anamnéza

Důležité jsou informace o dřívějších onemocněních, možné toxické a lékové expozice, údaje o rodinné anamnéze. Často zjistíme pomalu progredující bolesti, parestézie a neobvyklé senzace na nohách, nejistou chůzi.

Již anamnesticky je možno určit lokalizaci postižení, vyloučit postižení individuálních nervů nebo nervových kořenů (mono-neuropatie, radikulopatie). Když je postižena celá končetina, může jít o postižení brachiálního nebo lumbosakrálního plexu. Většina polyneuropatií má příznaky symetrické s maximálním postižením akrálním.

*Klinické a elektrofyziologické vyšetření* pak distribuci postižení potvrdí.

Klinické vyšetření ukazuje snížené nebo nevýbavné šlachosvalové reflexy, svalová síla je snížena, bývá porucha citlivosti pro teplo a chlad a snížená citlivost pro vibrace (vyšetření ladičkou).

Elektrofyziologické vyšetření prokazuje poruchu vodivosti v motorických i senzitivních vláknech periferních nervů (zpomalení, snížení amplitudy vyvolaných odpovědí, případně nevýbavnost), vyšetření autonomních reflexů může ukázat postižení vegetativních nervových vláken.

*Laboratorní vyšetření:* glykémie, snížená glukózová tolerance, vitaminový deficit, hypothyreóza, jaterní a ledvinové funkce mohou naznačit příčinu polyneuropatie.

Vyšetření mozkomíšního moku je často nutné k vyloučení zánětlivé etiologie postižení periferních nervů. Tam kde je podezření na vaskulitidu, může být užitečná i nervová biopsie. Vhodné je pátrat po případném maligním procesu.

### Léčba

Základem léčby je rozpoznání příčiny a její ovlivnění nebo odstranění.

Zejména u intenzivních pozitivních senzitivních příznaků (dysestézie a neuropatické bolesti) je velmi důležitá i léčba symptomatická.

#### Cíle léčení:

1. podle příčiny pokud možno zavést kauzální terapii
2. ovlivnit symptomy
3. podpořit pacientovy funkční schopnosti a nezávislost

Mezi *kauzální léčbu* je možno zařadit:

1. kompenzaci diabetu
2. antibiotika u neuroinfekce
3. úpravu medikace u lékově podmíněných neuropatií (změna nebo vysazení cytostatik a antibiotik, podání pyridoxinu)
4. léčbu AIDS
5. dietní opatření (např. abstinence)
6. každodenní nutriční podporu (u karenčních neuropatií)
7. vyřazení neurotoxické látky

Kauzální léčbou lze obvykle ovlivnit všechny příznaky polyneuropatie, tj. motorické, senzitivní i autonomní.

Mezi perspektivní léčbu diabetické polyneuropatie může patřit aplikace genu pro vaskulární endoteliální růstový faktor (VEGF). Je nutné ověřit klinickými studiemi.

Pokud nemocného obtěžují nepříjemné senzitivní příznaky, je nutná *symptomatická farmakoterapie*.

Obvykle jsou obtíže dlouhodobé a je proto vhodné využít dlouhodobou *adjuvantní terapii*. Efekt této léčby je třeba posuzovat po delší době, nejméně po třech měsících, i když subjektivní zlepšení může pacient pociťovat i dříve. Mezi takovou léčbu patří:

1. tricyklická antidepresiva, duloxetin, venlafaxin
2. antikonvulziva
3. kyselina thioktová -  $\alpha$ -lipoová
4. kortikoidy

1. U *tricyklických antidepresiv* je nutno vzít v úvahu jejich nežádoucí účinky. Na druhé straně bývají často účinná. Je vhodné začít dávkami 10-25 mg amitriptylinu na noc, při kterých se nemocný adaptuje na sedativní efekt. Dávky se postupně zvyšují podle tolerance, obvykle v týdenních intervalech. Amitriptylin má často nežádoucí účinky. Zejména u nemocných s poruchou kardiovaskulárního systému může vyvolat převodní poruchy, ortostatickou hypotenzi, někdy i zmatenost a poruchy paměti. Při dobré toleranci lze stoupat až do dávek 150 mg/d. Při nesnášlivosti lze použít antidepresiva typu SSRI, jejichž účinek bývá méně spolehlivý. Duloxetin je indikován u senzitivní diabetické polyneuropatie a jeho účinek spočívá v blokádě zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu. Doporučuje se začít dávkováním 1 tbl (60 mg) obden, protože během prvních dnů mohou být přítomny nežádoucí účinky (závratě, nevolnost, zvracení). Dalším podobně působícím lékem je venlafaxin, který je zde uváděn jako adjuvantní terapie. Ten je podáván v doporučených postupech stejně jako jiná antidepresiva.

2. Neuropatické bolesti lze ovlivnit *antikonvulzivou*. Vhodné je začít malými dávkami karbamazepinu - 2krát 100 mg a podle tolerance a léčebného efektu postupně zvyšovat. Zvyšovat lze do denní dávky 1200 mg a rozvržení jednotlivých dávek je možno přizpůsobit potřebě účinku a nežádoucím účinkům (závratě, ospalost, únava). Dále je možno použít deriváty kyseliny valproové, ty se mohou podávat i v kombinaci s amitriptylinem. Gabapentin bývá dobře tolerován, je vhodné začít dávkou 3x 100 mg a lze jej dávkovat až do 3 g/d ve třech dávkách. Někdy je účinnější pregabalin, který má výhodu podávání ve dvou denních dávkách.

3. Kyselinu thioktovou -  $\alpha$ -lipoovou lze podávat v infuzích a následně dlouhodobě perorálně v dávce 600 mg/d. Tolerována je dobře.

4. U těžko zvládnutelných bolestí lze podávat i kortikoidy, opět po zvážení všech nežádoucích účinků.

Antiarytmika (mexiletin) jsou málo účinná a užívala se dříve, dokud nebyla k dispozici novější antikonvulziva.

Centrální myorelaxancia (baklofen) mohou mít v nízkých dávkách adjuvantní analgetický účinek.

Rehabilitační léčba má velký význam vždy u akutních zánětlivých polyneuropatií, užitečná je však i u všech ostatních.

Obtížně lze ovlivnit příznaky autoimunní neuropatie.

Mezi autoimunní polyneuropatie patří AIDP (akutní zánětlivá demyelinizační polyneuropatie), CIDP (chronická

zánětlivá demyelinizační polyneuropatie), polyneuropatie u vaskulitid.

Specifická léčba AIDP (plazmaferéza nebo IVIg) se podává jen u těžších forem, s motorickým postižením, které vede k neschopnosti chůze.

U chronických zánětlivých forem se podávají kortikoidy, IVIg nebo plazmaferéza s následnou imunosupresí.

Léčba IVIg se zkouší i u proximální diabetické polyneuropatie, kde se předpokládá v patogeneze i proces autoimunitní.

Léčba u všech hereditárních neuropatií je symptomatická a rehabilitační. Potřebná je péče o nohy, zvláště je důležitá u autonomních poruch.

Podpora pacientovy *funkční schopnosti* a nezávislosti:

1. rehabilitace, reedukace
2. úprava pracovních podmínek, změna pracovního zařazení, přeškolení
3. ortopedická léčba u výrazných paréz - podpůrné pomůcky – hole, vozíček

Zhoršená motorika a porucha hlubokého čítí způsobuje neobratnost a vysoké riziko pádů a jiných poranění.

Podpůrná opatření:

1. dostatečné osvětlení je velmi důležité, protože poruchy chůze z důvodů periferní ataxie lze zčásti kompenzovat zrakem
2. odstranění překážek – rohožky, koberečky
3. testování teploty vody před mytím a koupáním
4. využití zábradlí na schodišti a chodbách
5. vhodná obuv – pevná s nízkou podrážkou, vhodné vložky
6. podiatrie, péče o nohy, ošetření drobných poranění a otlaků, zabránění infekce
7. prevence komprese nervů – opírání o lokty, překládání nohy přes nohu nebo jiné pozice, při kterých může dojít k útlaku.

Péče o dobré prokrvení končetin může mít podstatný význam. K úlevě od bolestí mohou pomoci koupele střídavě v teplé a studené vodě. Fyzikální léčba, případně kožní elektrická stimulace v oblasti bolestivé projekce jsou další pomocné léčebné metody.

Léčba depresivních a anxiózních stavů a psychoterapie je součástí komplexní terapie.

#### Doporučená literatura:

Barclay J. Combination Therapy May Be Best for Nonsystemic Vasculitic Neuropathy. *Neurology*, 2003, 6, 623-630.

Hahn AF, Bolton CF, Pillay N, Chalk C, Benstead T, Brill V, Shumak K, Vandervoort MK, Feasby T E. Plasma-exchange therapy in chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy. A double-blind, sham-controlled, cross-over study. *Brain*, Vol. 119, No. 4, 1055-1066.

Ziegler D, Nowak H, Kempler P, Vargha P, Low PA. Treatment of symptomatic diabetic polyneuropathy with the antioxidant alpha-lipoic acid: a meta-analysis. *Diabet Med*. 2004, 21(2), 114-21.

Ropper A a spol. VEGF gene transfer for treatment of diabetic polyneuropathy: a randomized double blinded trial. *Neurology* 2009, 72, A117.

## NIMESULID – ZMĚNA V POUŽÍVÁNÍ NA LÉK DRUHÉ VOLBY

*Převzato z bulletinu Informační zpravodaj nežádoucí účinky léčiv, 2/2010, www.sukl.cz*

Nimesulid je nesteroidní antirevmatikum, které se používá k léčbě akutní bolesti, bolestivé menstruace a k symptomatické léčbě bolestivé artrózy. V České republice jsou na trhu následující přípravky s obsahem nimesulidu: Aulin, Coxtral, Mesulid, Nimed a Nimesil.

V roce 2002 bylo zahájeno celoevropské hodnocení bezpečnosti nimesulidu pro hepatotoxicitu. Ve Finsku a Španělsku byla v té době pozastavena registrace všech přípravků s obsahem nimesulidu pro hlášené hepatální nežádoucí účinky včetně fatálních případů jaterního selhání. Evropská léková agentura (EMA) zhodnotila poměr přínosů a rizik léčby nimesulidem jako příznivý. Pro snížení rizika hepatotoxicity byly však harmonizovány indikace léčby, stanoveno doporučení co nejkratšího trvání léčby, zavedeny kontraindikace léčby u pacientů se známým poškozením jater, nutnost přerušit léčbu při výskytu symptomů jaterního poškození a zákaz současného podávání nimesulidu s jinými hepatotoxickými látkami včetně alkoholu.

V roce 2007 bylo pozastaveno používání nimesulidu v Irsku, protože zde bylo hlášeno několik případů transplantace jater pro jaterní selhání v možném vztahu k léčbě nimesulidem. V květnu 2007 proto zahájila EMA další přehodnocení hepatotoxicity nimesulidu. Výbor pro humánní léčivé přípravky (CHMP) EMA uzavřel toto přehodnocení v září 2007 s výsledkem, že poměr přínosů a rizik léčby nimesulidem zůstává i nadále příznivý, ale je nutné omezit používání tak, aby riziko vzniku jaterního poškození bylo co nejnižší. Výbor CHMP EMA proto doporučil **nepodávat nimesulid déle než 15 dní**. Z tohoto důvodu byla z trhu stažena všechna balení léčivých přípravků obsahujících více než 30 dávek nimesulidu (tablet nebo sáčků).

Evropská komise schválila závěry CHMP až v říjnu 2009 s tím, že potvrdila příznivý poměr mezi přínosy a riziky léčby, navrhla však ještě další omezení používání nimesulidu za účelem snížení rizika vzniku nežádoucích účinků. Dle Evropské komise má být **nimesulid předepisován pouze jako lék druhé volby**, aby se zajistilo, že nebude jako lék proti bolesti používán rutinně.

Souhrn údajů o přípravku (SPC) všech léčivých přípravků s nimesulidem pro systémové podání bude změněn následovně:

Část „Terapeutické indikace“ bude zahrnovat následující upozornění pro lékaře:

- Nimesulid má být předepisován pouze jako lék druhé volby.
- Rozhodnutí předepsat nimesulid by mělo být založeno na posouzení celkového rizika pro každého pacienta.

Část „Dávkování a způsob podání“ bude zahrnovat následující omezení:

- Minimální účinná dávka by měla být použita po co nejkratší dobu, aby se omezil výskyt nežádoucích účinků.
- Maximální délka léčebného cyklu je 15 dní.

V části „Kontraindikace“ bude kromě stávající kontraindikace u pacientů s poruchou funkce jater uvedena také kontraindikace v následujících případech:

- Současné užívání jiných potenciálně hepatotoxických látek.
- Alkoholismus, toxikomanie.
- Horečka a/nebo příznaky podobné chřipce.

Oddíl „Zvláštní upozornění a zvláštní opatření pro použití“ bude upraven tak, aby připomněl zdravotnickému personálu, že léčba nimesulidem by měla být ukončena u pacientů, u kterých se objeví horečka nebo příznaky podobné chřipce.

Tytéž změny budou uvedeny i v aktualizované Příbalové informaci pro pacienty.

**SÚKL doporučuje lékařům, aby v zájmu zvýšení bezpečnosti pacientů předepisovali nimesulid v souladu se všemi výše uvedenými upozorněními, používali jej pouze jako lék druhé volby a sledovali stav pacientů během léčby se speciálním zaměřením na možnost jaterního poškození. Pokud dojde k podezření na nežádoucí účinek nimesulidu, prosíme nezapomeňte jej nahlásit, aby bylo možno riziko hepatotoxicity lépe zhodnotit.**

## FLUOXETIN A RIZIKO VROZENÝCH SRDEČNÍCH VAD

Aktualizace textů doprovázejících léčivé přípravky obsahující fluoxetin s ohledem na zvýšené riziko výskytu vrozených srdečních vad.

Na svém jednání v prosinci 2009 Pracovní skupina pro farmakovigilanci (dále jen PhVWP) Výboru pro humánní léčivé přípravky zhodnotila výsledky metaanalýzy studií, ve kterých byly hlášeny případy vrozených malformací u dětí matek, které během prvního trimestru těhotenství užívaly fluoxetin. Na základě tohoto hodnocení se prokázalo, že existuje možnost rizika zvýšeného výskytu kardiovaskulárních malformací u dětí, jejichž matky v prvním trimestru těhotenství užívaly

fluoxetin, a to v poměru 2/100 ve srovnání s předpokládanou hodnotou 1/100 pro tyto defekty v běžné populaci. PhVWP proto doporučila zohlednit výše uvedené nově zjištěné riziko v textech doprovázejících léčivé přípravky s obsahem fluoxetinu.

Děkujeme zdravotnickým pracovníkům za hlášení podezření na nežádoucí účinky léčiv, která je možné zasílat jak poštou na adresu SÚKL, Šrobárova 48, Praha 10, 100 41, tak elektronicky na adresu farmakovigilance@sukl.cz, nebo faxem na 272 185 816. Je také možné využít elektronický formulář pro hlášení nežádoucích účinků, který je dostupný na webové stránce SÚKL.



## SSRI, VENLAFAXIN, MIRTAZAPIN A ZVÝŠENÉ RIZIKO VZNIKU PERZISTUJÍCÍ PLICNÍ HYPERTENZE U NOVOROZENCŮ

Pracovní skupina pro farmakovigilanci (PhVWP) doporučila začlenit riziko vzniku perzistující plicní hypertenze u novorozenců matek, které užívaly zvláště v pozdním stádiu těhotenství antidepresiva ze skupiny selektivních inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu (tzv. SSRI), venlafaxin či mirtazapin.

Na svém jednání v březnu 2010 Pracovní skupina pro farmakovigilanci Výboru pro humánní léčivé přípravky zhodnotila aktualizovaný přehled výsledků studií z uplynulých tří let, a to s ohledem na možné riziko vzniku perzistující plicní hypertenze u novorozenců (PPHN) matek, které užívaly antidepresiva ze skupiny SSRI. Na základě všech dostupných dat došla PhVWP k závěru, že existuje možná souvislost mezi užíváním SSRI a vznikem PPHN. Zjištěné riziko je přibližně 5 případů na 1000 těhotenství. V běžné populaci se objevují 1 až 2 případy PPHN na 1000 těhotenství. Vzhledem k podobnému

mechanismu účinku (inhibice zpětného vychytávání serotoninu) nelze riziko vyloučit ani u mirtazapinu a venlafaxinu, ačkoliv nebyly provedeny studie zkoumající toto riziko.

Do skupiny hodnocených účinných látek byly zahrnuty tyto látky:

- 1) selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu: citalopram, escitalopram, fluoxetin, fluvoxamin, paroxetin, sertralin;
- 2) venlafaxin, mirtazapin.

PhVWP doporučila začlenit toto riziko do textů doprovázejících léčivé přípravky obsahující některou z výše uvedených účinných látek.

## ZVÝŠENÉ RIZIKO FRAKTUR KOSTÍ VE SPOJENÍ S UŽÍVÁNÍM NĚKTERÝCH ANTIDEPRESIV

Pracovní skupina pro farmakovigilanci (PhVWP) doporučila začlenění informace o zvýšeném riziku fraktur kostí u pacientů užívajících některá z tricyklických antidepresiv (TCA) nebo antidepresiv ze skupiny selektivních inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu (SSRI).

Už v roce 2007 PhVWP Výboru pro humánní léčivé přípravky na svých jednáních hodnotila možné souvislosti mezi rizikem zvýšeného výskytu zlomenin kostí u pacientů užívajících antidepresiva, ale z nedostatku relevantních dat nedospěla k jednoznačnému závěru. V květnu 2009 se tímto rizikem začala opět zabývat, a to na základě výsledků epidemiologických studií provedených především u pacientů ve věku 50 let a starších, i z jiných dostupných dat. Z výsledků hodnocení vyplynulo, že **existuje možná souvislost mezi užíváním antidepresiv ze skupiny TCA i SSRI a zvýšeným výskytem zlomenin kostí.**

Mechanismus vzniku není znám. Na svém jednání v březnu 2010 doporučila PhVWP držitelům registračních rozhodnutí začlenit informaci o možném riziku rozvoje zlomenin do textů doprovázejících přípravky obou skupin antidepresiv.

Do skupiny hodnocených účinných látek byly zahrnuty tyto látky:

**tricyklická antidepresiva:** amitriptylin, klomipramin, dosulepin, doxepin, imipramin, lofepramin, nortriptylin;  
**selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu:** citalopram, escitalopram, fluoxetin, fluvoxamin, paroxetin, sertralin.

V České republice nejsou registrovány léčivé přípravky obsahující doxepin a lofepramin.

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

**Výkonný redaktor:** RNDr. Blanka Pospíšilová, CSc.

**Redakční rada:** Doc. MUDr. Š. Alušík, CSc., IPVZ; PharmDr. M. Beneš, SÚKL; Doc. MUDr. J. Fanta, DrSc., ONP Příbram; Prof. MUDr. Z. Fendrich, CSc., FaFUK; RNDr. J. Kramlová, lékárna FN Motol; MUDr. J. Lyer, Sante; MUDr. Jitka Patočková, PhD., Ústav farmakologie 3. LF UK; Doc. MUDr. B. Seifert, PhD., 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](http://www.sukl.cz)).



ISSN 1211 – 0647  
MK ČR E 7101