



TEMPUS MEDICORUM

9/2011
ROČNÍK 20

ČASOPIS ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY

V TOMTO ČÍSLE:

Vláda řeší problémy,
které sama způsobila

Reforma zdravotnictví
podle ČSSD

Prestiž lékařům neklesá,
politikům ano

Kouření škodí zdraví
i ekonomice

Změny v celoživotním
vzdělávání lékařů

Evropská charta
lékařské etiky

Jak se bránit regulačním
srážkám za rok 2010

Ambulantní specialisté
požadují valorizaci úhrad

Hegerův experiment:
Budeme mít nemocnice
bez lékařů?

Inzerce A111005971

110. výročí založení společnosti

110 let zkušeností
v originálním výzkumu
vývoji a výrobě léků

Farmaceutická
společnost
s globální působností

Kvalitní terapie po generace
od roku 1901

Moderní
léčba ve více
pež 100 zemích



RICHTER GEDEON
110 let tradice

MF mediREPORT

Edukační a inzertní příloha časopisu Tempus medicorum



OBSAH**REFORMA ZDRAVOTNICTVÍ 4-11**

Personální vyhláška – nebezpečný experiment
Vláda se snaží řešit problémy, které sama způsobila
Reforma zdravotnictví podle ČSSD
Generická preskripce nebude

AKTUÁLNĚ 12

Návrh poslance Šnajdra poškozují lékaře i pacienty

VEŘEJNÉ MÍNĚNÍ 13

Prestíž lékařů neklesá – politici na chvostu v oblíbě

KOURENÍ 14-16

Čeští politici zpochybňují vědecké informace o kouření
Kouření škodí nejen zdraví, ale i ekonomice
Míra korupce našich politiků tabákovým průmyslem je mezinárodní ostudou

INZERTNÍ PŘÍLOHA MEDIREPORT 17-32**PŘÍLOHA FI****VZDĚLÁVÁNÍ LÉKAŘŮ 25-28**

Změna stavovského předpisu č. 16
Harmonizace vzdělávání lékařů v Evropě
Jak mladí lékaři hodnotí podmínky pro své vzdělávání

ZE SVĚTA 29

Smrt přepracovaného lékaře v Polsku
Evropská charta lékařské etiky

PRÁVNÍ PORADNA 30-31

Jak se bránit regulačním srážkám za rok 2010

SEZNAM ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ 32

Hledání spravedlnosti, nebo jen způsob, jak ožebračit zdravotnická zařízení?

ČLK, O. S. 33-34

Ambulantní specialisté požadují valorizaci úhrad

SERVIS 35-38

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 •
recepcce@clkcr.cz • www.clkcr.cz

Šéfredaktor: MUDr. Milan Kubek

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

Odpovědná redaktorka: PhDr. Blanka Rokosová

Odpovědná redaktorka přílohy MF mediREPORT:

MUDr. Andrea Skálová

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

Pro Českou lékařskou komoru připravuje: Mladá fronta a. s.

Ředitel divize Medical Services: Ing. Petr Němec,

www.medical-services.cz

Art Director: Petr Honzátko

Grafická úprava, sazba: Bc. Karolína Hejná

Inzerce: Ing. Roman Polma, tel. 225 276 427,

fax 225 276 444, e-mail: obchod.ms@mf.cz

Marketing: Hana Holková, DiS., tel. 225 347 257,

e-mail: holkova@mf.cz

Vedoucí distribuce:

Soňa Štarhová, tel. 225 276 252, e-mail: starhova@mf.cz

Tisk: EUROPRINT a. s.

Uzávěrka čísla 9: 7. 9. 2011 • Vyšlo: 12. 9. 2011

Podávání novinových zásilek povoleno: Česká pošta, s. p.,

odštěpný závod Praha, čj. nov. 6139/96 ze dne 22. 11. 1996

Distribuce: Česká pošta, s. p., Postservis OZ Přeprava

Předplatné pro nečleny ČLK 300 Kč/rok (přijímá redakce)

Příspěvky se nemusejí shodovat se stanoviskem redakce.

Ta si současně vyhrazuje právo na redakční úpravu textů.

Řádková inzerce je pro lékaře do pěti řádků (včetně) zdarma.

Větší rozsah a inserát nelekáře je zpoplatněn. Při zadávání

inzerátu je proto potřeba zadat fakturační kontaktní adresu,

IČO, DIČ, telefon, e-mail.

Bez těchto informací nebude inserát zveřejněn.

Nemocnice bez lékařů



Kvůli stárnutí populace a rozvoji medicíny rostou náklady na zdravotní péči ve všech rozvinutých zemích, přičemž zdravotnictví hraje v jejich ekonomice stále významnější roli. Zatímco v roce 2000 tvořily vý-

daje na zdravotnictví u států skupiny OECD v průměru 7,8 % jejich HDP, do roku 2008 se tento podíl zvýšil na 9,0 %. Medicína, která dokáže vyléčit dříve nevyléčitelné a zachránit i ty v minulosti nezachránitelné, se v určitém slova smyslu stává obětí svého vlastního úspěchu. Všechny vyspělé státy se tedy snaží hledat pokud možno spravedlivý kompromis mezi „neomezenými“ možnostmi lékařské vědy na jedné straně a omezenými možnostmi ekonomiky na straně druhé. Takový kompromis musí hledat i česká společnost. Výdaje za zdravotní péči totiž rostou, i když mnohem pomalejším tempem, i v České republice. V roce 2000 spotřebovalo naše zdravotnictví 6,6 % HDP, přičemž do roku 2008 tento podíl vzrostl na 7,2 %. Stagnace výdajů by neznamena nic jiného než pokles kvality, dostupnosti a bezpečnosti zdravotní péče. Opravdu si něco takového přejeme? Ani zdravotnictví totiž není perpetuum mobile, a bez finančních prostředků fungovat nemůže.

České zdravotnictví má však z vůle vládnoucích politiků ještě jiné úkoly než pouhé léčení a péči o zdraví našich občanů. Prostřednictvím rostoucí DPH musí látat státní rozpočet, aby snad, nedej bože, nemuselo dojít ke zdanění hazardu, zdražení tabáku či alkoholu nebo ke zvýšení daní bankám a nadnárodním koncernům. Na úkor zdravotnictví stát podporuje drobné podnikatele, když osobám samostatně výdělečně činným nedokáže pomoci jinak než snížením zdravotního pojištění na polovinu. Celé veřejné zdravotní pojištění leží prakticky pouze na bedrech zaměstnanců a jejich zaměstnavatelů, když stát za 60 % obyvatel, kteří ne vlastní vinou čerpají 80 % zdravotní péče, platí pouhých 24 % jejich příjmů. Směšná částka 723 Kč (30 eur) za měsíc na hlavu zůstane i napřesrok již třetím rokem stejná. Zdravotnictví však podporuje i naše nejbohatší spoluobčany, kteří z příjmů nad úrovní šestinásobku průměrné mzdy stejně jako z kapitálových výnosů nemusí vůbec platit pojistné. A v neposlední řadě musí zdravotnictví zajistit obživu pro armádu překupníků, korupčníků a maňánů, pro které se stalo dojnou krávou.

Moderní, stále intenzivnější medicína potřebuje ale také větší množství kvalifikovaných pracovníků. Počet lékařů se během uplynulé dekády v rámci zemi OECD v průměru zvyšoval každoročně o 2 %. V České republice však rostl jen o 1,6 %, což spolu

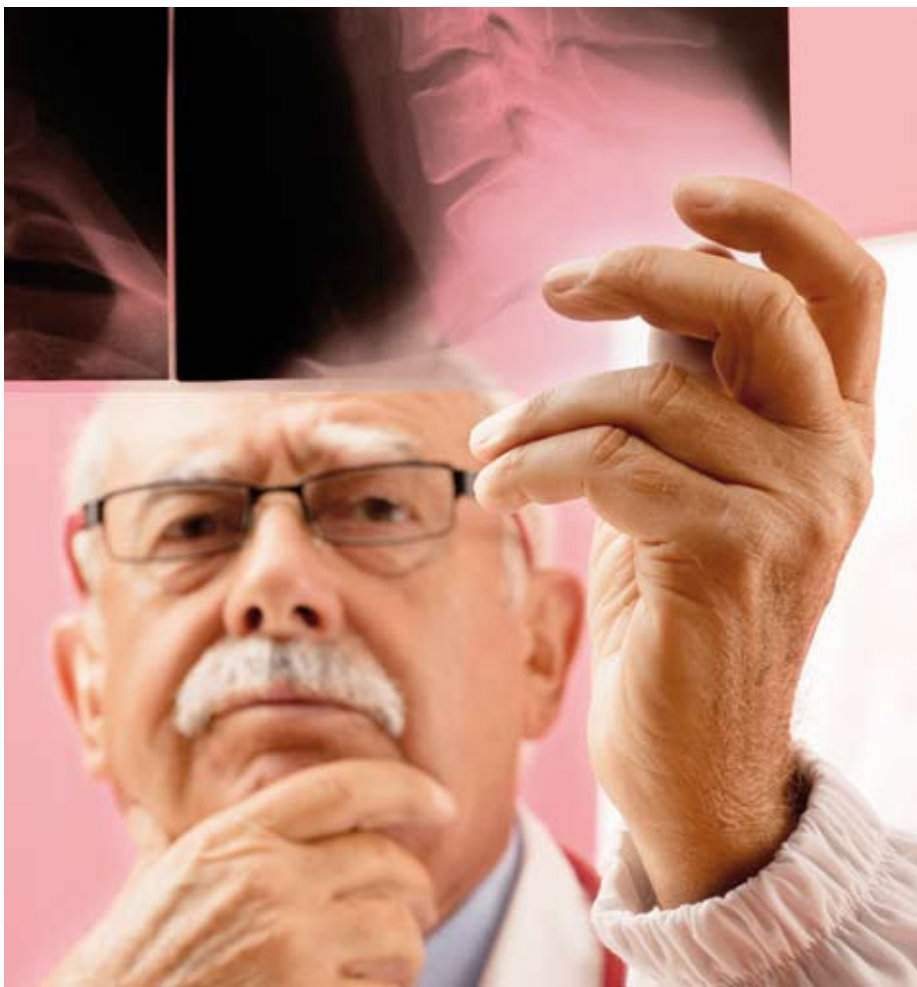
se skutečností, že na zajišťování nepřetržitě péče se u nás podílí pouhá jedna třetina lékařů a že mezi nemocnicemi a privátními ambulantními lékaři na řadě míst vyrostla neprostupná zeď, nedostatek lékařů v našem zdravotnictví prohlubuje.

S nedostatkem lékařů se však potýkají všechny vyspělé státy. Ty, které mají štěstí na rozumnou vládu a odpovědné politiky, se snaží přilákat lékaře ze zahraničí a zajistit alespoň tak svým občanům kvalitní lékařskou péči, bez ohledu na cí úkor. Ty ostatní se buď tváří, že se jich tento problém netýká – vždyť politici pro sebe a své blízké lékaře vždycky seženou. Nebo dokonce, tak jako naše politická reprezentace, dělají vše pro to, aby lékaře vyhnala do emigrace. Nízké mzdy, špatná organizace práce, porušování zákoníku práce, zaměstnávání absolventů na dobu určitou či na formálně zkrácené pracovní úvazky, zpackaný a drahý systém specializačního vzdělávání, dehonestace lékařského stavu ve sdělovacích prostředcích a okrádání lékařů o víru v lepší budoucnost v této zemi – to vše jsou prostředky sloužící k vyhánění lékařů.

Skutečně novátorským přístupem, jak po česku „vyřešit“ problém nedostatku lékařů, je ale vyhláška o minimálním personálním vybavení zdravotnických zařízení, kterou ministr Heger připravuje jako prováděcí předpis k zákonu o zdravotních službách. Personální devastaci hodlá pan ministr vyřešit tak, že ji zlegalizuje. Obdobně, jako jeho novela zákona o veřejném zdravotním pojištění zlegalizovala nečinnost Státního úřadu pro kontrolu léčiv (SÚKL) při revizích maximálních cen a úhrad léků. Co na tom, že zřizování společného lůžkového fondu vrátí naše nemocnice do předminulého století? Co na tom, že možnost lékaře poskytovat péči i v jiném oboru, než jakou má kvalifikaci, staví na hlavu celý systém specializačního vzdělávání a atestačních zkoušek? Ostatně proč by měl být ve službě přítomen kvalifikovaný lékař? Pacienti to možná vydrží, tedy určité alespoň někteří, když při nich bude stát bůh. A ti doktoři, kteří z nemocnic včas neutečou a budou ochotni tuto ruskou ruletu hrát, by si měli obstarat dobrého právníka a chodit do práce s teplem prádlem a kartáčkem na zuby.

Česká lékařská komora musí samozřejmě bránit úroveň našeho zdravotnictví, a proto nebudeme s takto devastující vyhláškou nikdy souhlasit. Chlácholení pana ministra, že jeho vyhláška stanoví pouze nepodkročitelné minimum personálních požadavků, nás lékaře uklidnit nemůže. Je totiž více než zřejmé, že toto vyhláskové minimum budou ředitelé a zřizovatelé zdravotnických zařízení považovat za ekonomické optimum. A právě tomuto „optimu“ jistě přizpůsobí své úhrady v krátké době i zdravotní pojišťovny. Vždyť proč by patily na personál, který není nezbytně nutný? Úroveň české medicíny se tak sice propadne, ale pan ministr-reformátor vyřeší naráz jak problém nedostatku lékařů, tak i nedostatku peněz. A jeho stranický šéf Kalousek ho bude moci za vzorné plnění úkolů pochválit.

Milan Kubek



o dohodě s komorou v něm již není ani slovo. Znění vyhlášky je tedy pouze na ministři a jeho úřednících.

Je podivné, že ministerstvo zdravotnictví na jedné straně pět let porušuje existující zákon a na straně druhé v hektickém chvatu prázdninových měsíců připravuje vyhlášku k zákonu, který ještě ani nebyl schválen.

Ambulantní péče: Řada chyb, ale pacienti přežijí

Lékař bez zdravotní sestry?

Část vyhlášky týkající se poskytování ambulantní péče je celkem přijatelná. Ono tam také není co zkazit – v podstatě pouze vyjmenovává stávající odbornosti a ve velké většině u každé uvádí, že je třeba lékař a zdravotní sestra. Lze sice polemizovat v jednotlivostech, např. zda může traumatolog provozovat chirurgickou ambulanci (a kvalifikovaně diagnostikovat např. náhlou příhodu břicha), nebo zda psychiatr, dermatolog či foniater může ordinovat bez sestry, ale nejde o zásadní problém. Uvedené chyby spíše svědčí o odtržení autora vyhlášky od běžné praxe.

„Porodní domy“ jen v porodnicích

Zajímavým způsobem se vyhláška vypořádává s v poslední době dost diskutovaným problémem vedení porodů mimo porodnice pouze porodní asistentkou. Vyhláška to umožňuje, ale s podmínkou fyzické dostupnosti gynekologa a pediatra do 5 minut a možností transportu a provedení sekce do 15 minut. De facto tedy nelze porod provést mimo plně zařízenou porodnici. Dovedu si ale představit, že v nemocnici dojde ke zřízení „porodního domu“, kam budou lékaři pouze běhat k průšvihům. Cui bono?

Jednodenní chirurgie – anarchie

Velmi benevolentní je vyhláška v oblasti poskytování jednodenní péče. V postatě říká, že ji může poskytovat lékař příslušné kvalifikace, anesteziolog, pokud je podávána anestezie, a zdravotní sestra, případně jiný nelékařský personál. Zajímavé je, že se v této části neodkazuje na minimální personální vybavení operačních sálů (viz dále). Zjistit, kolik má mít pracoviště jednodenní péče personálu (v závislosti na velikosti a objemu poskytované péče), to z této vyhlášky nelze. Nic proti volnosti předpisů, ale tohle už je spíše anarchie.

Personální vyhláška – nebezpečný experiment

Cílem ministra Hegera a jeho lidí jsou nemocnice bez lékařů?



tenci počítá již stávající zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Přestože zákon uložil ministerstvu vypracovat po dohodě s Českou lékařskou komorou tuto vyhlášku již v roce 2006, dodnes ministerstvo tuto povinnost, vyplývající ze zákona, nesplnilo.

Vyháška o minimálním personálním vybavení zdravotnických zařízení, kterou připravuje Ministerstvo zdravotnictví ČR, není sama o sobě žádnou novinkou. S její existencí počítá již stávající zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Přestože zákon uložil ministerstvu vypracovat po dohodě s Českou lékařskou komorou tuto vyhlášku již v roce 2006, dodnes ministerstvo tuto povinnost, vyplývající ze zákona, nesplnilo.

Důvodem této skutečnosti je patrně právě dík současného zákona, který říká: „Ministerstvo zdravotnictví stanoví vyhláškou požadavky na věcné a technické vybavení zdravotnického zařízení a hygienické požadavky na jeho provoz. Ministerstvo zdravotnictví stanoví po dohodě s příslušnou komorou vyhláškou požadavky na personální vybavení zdravotnického zařízení.“ Právě potřeba dohody s ČLK byla jak pro ministra Julínka, tak pro jeho následovníky zjevně tím hlavním problémem.

Ministrem Hegerem a jeho lidmi nově připravovaná vyhláška je již zcela jiného rázu. Zákon o péči o zdraví lidu má být nahrazen zákonem o zdravotních službách. Ten s vydáním personální vyhlášky sice také počítá, ale

Lůžková péče: Jedním slovem – katastrofa

Největší problémy ale vyhláška způsobí v oblasti lůžkové péče. Pokud někdo předpokládal, že konečně vznikne norma, podle které půjde jasně určit, kolik má být v nemocnici personálu, bude velice zklamán. Část vyhlášky, týkající se zabezpečení lůžkové péče, je špatná formálně i obsahově. Pochyby vzbuzuje už první odstavec:

„Požadavky na minimální personální zabezpečení zdravotní péče na lůžkových odděleních v návaznosti na obor odborné zdravotní péče, popř. druh zařízení, jsou uvedeny v části II. této přílohy. Požadavky jsou stanoveny na 30 lůžek, pokud není v příslušných ustanoveních této přílohy uvedeno jinak. Další personální zabezpečení nad rámec minimálních požadavků se odvíjí od druhu a rozsahu poskytované zdravotní péče a spektra prováděných výkonů.“

Personální minimum – pro ředitele ekonomické optimum

Říká se zde tedy, že jde o požadavky minimální. Z praxe ovšem víme, že minimální personální zajištění bude pro řadu ředitelů znamenat zároveň i maximální počet personálu, tedy ekonomické optimum pro zajištění chodu nemocnice. Vyhláška stanoví potřebný počet personálu poměrně tupě pouze podle počtu lůžek – bez ohledu na velikost pracoviště a rozsah poskytované péče. Poslední věta však předchozí část vyvrací a říká, že počet personálu dle vyhlášky vlastně pro konkrétní pracoviště neplatí, ale že je třeba stanovit hodnoty jiné. Neříká se však, jak se k těmto hodnotám má dojít. Bude tedy záviset na názoru přednosty, primáře a pak i rozmaru ředitele. V původním návrhu vyhlášky věta ještě pokračovala slovy: *Za jeho zajištění odpovídají vedoucí pracovníci zdravotnického zařízení.* Tato věta dávala jistou možnost vymáhat větší personální vybavení než minimální – přece jenom by někdo (i když by bylo těžké určit kdo) z managementu mohl být hnán k odpovědnosti. Nyní jde již jen o prázdnou proklamaci.

Válečná medicína

Pokud se pokusíme aplikovat text vyhlášky v praxi, narazíme hned na další podivnosti. Co se týče JIP, tam je znění celkem srozumitelné, i když z představy, že o pacienty na 10 lůžkách JIP vyššího stupně pečují jeden lékař se specializovanou způsobilostí a jeden

rezident s ukončeným kmenem, mrazí v zádech. Zmatené jsou ale předpisy pro standardní lůžka. Výše je uvedeno, že požadavky jsou stanoveny na třicet lůžek. Pokud se počet lůžek liší, počet personálu se přepočítá podle vzorce (nebudu ho zde uvádět, je dost šílený, obsahuje např. umocňování zlomkem). Jenže: „Úpravu počtu úvazků dle tohoto vzorce je možno použít maximálně pro 60 lůžek, minimálně pro 20 lůžek,“ říká vyhláška. A když máme lůžek třeba 78? Vyhláška hovoří o počtu „lůžek daného typu ve zdravotnickém zařízení“. Což může znamenat, že se počítají lůžka všech chirurgických a všech interních oborů dohromady (viz dále).

U sester je to jasné, vzorec pro výpočet je ještě šilenější než u lékařů, ale nad 60 lůžek se začíná počítat opět od začátku. Ze znění vyhlášky ale nevyplývá, že podobné pravidlo platí i pro počet lékařů. Autor vyhlášky by si měl zkusit stanovit potřebný počet personálu třeba pro infekční kliniku FN Bulovka (která má celkem 170 lůžek), když pro infekční lékařství vyhláška stanoví počet personálu na 20 lůžek.

Ustanovení o operačních sálech nabízí stopu ke zdroji, ze kterého autor vyhlášky čerpal. Na sále dle vyhlášky stačí jeden anesteziolog, jeden chirurg, jedna anesteziologická sestra a jedna sálová sestra. Kde jsme tohle viděli? Ano – v seriálu M.A.S.H.!

Podle ministerstva může péči poskytovat i lékař jiné odbornosti

Toto vše zatím mohlo působit tragikomicky jako důkaz naprosté nekompetentnosti úředníků ministerstva zdravotnictví. Další ustanovení vyhlášky již však mohou být ve svých důsledcích životu nebezpečná. Ministerstvo prolamuje ve všech civilizovaných zemích Evropy platné pravidlo, že zdravotní péči může poskytovat pouze odborník s příslušnou kvalifikací, tedy lékař dané specializace. Hegerova vyhláška počítá naopak s tím, že péče v určitém oboru může být poskytována i lékařem jiné odbornosti. Dovolím si citovat, čtěte pozorně.

„Pokud je ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče poskytována péčí ve spojeném lůžkovém fondu chirurgických nebo interních oborů, musí být péče zajišťována lékařem se specializovanou způsobilostí v některém z těchto oborů nebo lékařem se specializovanou způsobilostí, který má společný základní kmen s těmito obory. Musí být zajištěna dostupnost lékaře se specializovanou způsobilostí nebo zvláštní odbornou způsobilostí v oboru péče poskytované pacientovi.“

Chirurgickými obory se pro účely této vyhlášky rozumí obory: cévní chirurgie, gynekologie a porodnictví, hrudní chirurgie, chirurgie, kardiokirurgie, neurochirurgie, oftalmologie, orální a maxilofaciální chirurgie, ortopedie, otorinolaryngologie, plastická chirurgie, popáleninová medicína, traumatologie a urologie.

Interními obory se pro účely této vyhlášky rozumí obory: angiologie, diabetologie a endokrinologie, gastroenterologie, geriatric, hematologie a transfúzní lékařství, kardiologie, klinická onkologie, nefrologie, neurologie, pneumologie a fteziologie, radiační onkologie, revmatologie a vnitřní lékařství.

Dostupností zdravotnického pracovníka se pro účely této přílohy rozumí dostupnost rady a pomoci prostřednictvím telefonu či elektronicky, v případě vyžádání fyzická přítomnost v závislosti na naléhavosti provedení výkonu a na klinickém stavu pacienta.“

V praxi by to znamenalo, že např. o pacientky na gynekologii by se mohl starat oftalmolog s tím, že případně požádá gynekologa o radu e-mailem. Tohle už není legrace, tohle už je hazardování s lidskými životy.

ÚPS jako ruská ruleta

V případech zajišťování ústavní pohotovostní služby (ÚPS) vyhláška ještě přitvrzuje. Jeden lékař může pokrýt 90 standardních nebo až 250 (!) ošetrovatelských lůžek. K tomu samozřejmě zajistí i ambulantní provoz. Na JIP je to pak jeden lékař na 15 až 18 lůžek, na ARO na 12 lůžek. Ten, kdo podobně nesmysly



psal, zřejmě nikdy neviděl lůžkové ARO zevnitř a v nemocnici nepracoval.

Ale vrchol ministerské tvorby má teprve přijít. Opět cituji:

„Ústavní pohotovostní služba (dále „ÚPS“) na lůžkách standardní péče dle II.1. je ve zdravotnickém zařízení zabezpečena minimálně:

Lékařem

a) se specializovanou způsobilostí nebo zvláštní odbornou způsobilostí v příslušném oboru, nebo

b) se specializovanou způsobilostí v oboru, který má společný základní kmen s oborem poskytované péče. Lékař se specializovanou způsobilostí se základním chirurgickým kmenem může zajišťovat péči v oboru ortopedie a urologie a naopak, lékař se specializovanou způsobilostí se základním interním kmenem může zajišťovat péči v oboru neurologie a naopak.“

Tedy chirurg, urolog a ortoped jsou podle ministerstva zdravotnictví plně zastupitelní, stejně tak internista a neurolog. A v rámci ÚPS již není požadována dostupnost lékaře s příslušnou specializovanou způsobilostí. A protože tito lékaři nezajišťují jen lůžka, ale i příjmové ambulance, tak si bude muset neurolog poradit s diagnostikou náhlých bolestí na hrudi a ortoped třeba s ileem. Bůh chraň naše nemocné! A ti lékaři, kteří budou ochotni se na těchto zvěrstvech spolupodílet, necht' mají připraveno teplé prádlo a kartáček na zuby.

Co by aplikace vyhlášky znamenala pro stávající provoz nemocnic, to si lze jen těžko představit. Uvedu tedy alespoň dva modelové případy. Jde o chirurgická pracoviště, první je středně velká nemocnice v bývalém okresním městě, druhé je klinika fakultní nemocnice s traumacentrem a transplantační jednotkou.

Chirurgické oddělení menší nemocnice: dvě lůžkové stanice celkem s 63 lůžky, JIP o 5 lůžkách, dva operační sály. V současnosti má 11 lékařů + 4 externisty. Nemocnice inzerátem shání dalšího lékaře na chirurgii.

Po aplikaci vyhlášky (bez zavedení společného lůžkového fondu a s nejméně restriktivním výkladem jejího textu) na toto oddělení stačí sedm lékařů. Ti musí pokrýt provoz oddělení JIP, sálů a ambulance. Čtyři lékaře může nemocnice propustit a externisty nepotřebuje.

Klinika fakultní nemocnice: má šest lůžkových stanic s celkem 113 lůžky a tři JIP s celkem 18 lůžky, tři operační sály a řadu

specializovaných ambulancí. V současnosti na ní pracuje 36 lékařů. Dle vyhlášky (opět volný výklad, neboť přesný propočet není možný – viz výše) by na zajištění provozu kliniky mělo stačit 17 lékařů. Předpokládám, že v současnosti je jich tam víc i o Vánocích a o prázdninách. Avšak podle vyhlášky může nemocnice propustit 19 lékařů!

V rozporu se zdravým rozumem i platnými právními předpisy

Dalo by se předpokládat, že státní úředníci při tvorbě legislativy budou postupovat tak, aby nevznikaly kolize s jinými platnými právními předpisy. Ani toto se však ministerstvu zdravotnictví nepovedlo. Ve výše uvedeném příkladu ve fakultní nemocnici funguje traumacentrum, jehož provoz se řídí pokynem ministerstva zdravotnictví Traumatologická péče v ČR. Personální požadavky dle tohoto pokynu jsou velmi náročné. Spuštění traumatického plánu v 17 lékařích je zhola nemožné. Dalo by se předpokládat, že to vezme vyhláška v úvahu. Nikoliv, pokud nepočítáme výše uvedené vágní ustanovení.

Další oblastí, kde je vyhláška v rozporu s jinou legislativou, je zákoník práce. V současnosti platí ustanovení, že práci přesčas je možno konat do výše maximálně 8 hodin týdně (v průměru) s výjimkou pro zdravotnictví – 16 hodin týdně v průměru. Platnost této výjimky ale skončí 1. 1. 2013.

Již v současnosti se zákoník práce leckde nedodrzuje – zejména z důvodů nedostatku personálu. Jak by vypadalo dodržování ZP ve výše zmíněných nemocnicích?

V menší nemocnici by dle vyhlášky měli sloužit lékaři dva. Pak potřebují k zajištění služeb každý odpracovat 36,5 hodiny přesčasů týdně. To je více než dvojnásobek současného limitu a čtyřnásobek (!) evropského limitu od roku 2013.

Ve FN je situace přece jenom lepší. K zajištění služeb budou totiž dle nové vyhlášky potřeba při restriktivním výkladu tři a při benevolentním výkladu čtyři lékaři. Lékaři by pak museli odpracovat 11, resp. 15 hodin přesčasů týdně, tedy „jen“ dvojnásobek od roku 2013 povoleného limitu.

Hegerovy nemocnice bez lékařů

Souhrnem se dá říci, že na půdě Ministerstva zdravotnictví ČR vzniká paskvil, který těžko něco předstihne. ČLK nejprve marně navrhovala, aby vyhlášky vyšla z komorových doporučení pro udělení certifikátu kvality Nemocnice 21. století. Poté komora ministerský

text vyhlášky velmi rozsáhle připomínkovala, přičemž byla ochotna přistoupit na filozofii vyhlášky, ale navrhovala reálný počet lékařů. Zcela zásadně jsme však pochopitelně museli odmítnat princip zaměnitelnosti lékařů různých specializací. Kdybychom na něco podobného přistoupili, nesli bychom spoluodpovědnost za ohrožení bezpečnosti pacientů a za návrat české medicíny někam hluboko do předminulého století. Vždyť proč by vlastně měli lékaři skládat atestace, když by mohl stejně každý dělat všechno?

O „ochotě ke konsenzu ze strany MZ“ svědčí fakt, že z připomínek ČLK nebyla akceptována ani jedna. Zde bych citoval z odůvodnění, které k tomuto návrhu MZ předložilo:

„Navrhovaná právní úprava byla v přípravné fázi po věcné stránce v průběhu přípravy konzultována se zástupci odborných společností a profesních organizací sdružujících zdravotnické pracovníky a se zástupci poskytovatelů zdravotních služeb a další odborné zdravotnické veřejnosti. V některých případech spolupracující subjekty přímo navrhly znění právní úpravy nebo se na jeho vypracování podílely, případně k návrhu vznášely připomínky. Převážná část jejich požadavků a připomínek byla do návrhu zapracována. Návrhy některých subjektů byly naddimenzované co do požadavků pro daný obor či službu z hlediska minimálního zabezpečení služeb a neodpovídaly možnostem finančního zajištění takových požadavků. Tyto návrhy nebyly zapracovány.

Cílem konzultací bylo přiblížit se při stanovování požadavků co nejvěrněji současnému stavu zabezpečení zdravotních služeb.“

Takto si tedy pan ministr Heger představuje spolupráci, k níž se podpisem únorového memoranda jménem vlády zavázal.

Neochota konstruktivně jednat, nezájem o odborně podložené argumenty profesní lékařské samosprávy a především likvidační znění vyhlášky ve vztahu hlavně k nemocničním lékařům vzbuzuje pochyby, jak si vlastně současná vláda představuje další budoucnost českého zdravotnictví. Personální devastace českých nemocnic pokračuje. Vyhláška ji neřeší, naopak stávajícímu stavu dává punc normalnosti, což v odůvodnění, řečeno s klasicem, ministerstvo zdravotnictví „drze přiznává“.

Zdá se, že cílem ministra Hegera a jeho lidí jsou nemocnice bez lékařů. Možná jde z jeho strany o určitý druh pomsty za úspěch akce Děkujeme, odcházíme.

Miloš Voleman

VLÁDA ŘEŠÍ PROBLÉMY, KTERÉ SAMA ZPŮSOBILA

Usnesení představenstva ČLK

Představenstvo ČLK upozorňuje, že Ministerstvo zdravotnictví ČR se v řadě případů svými tzv. reformními návrhy pouze snaží řešit problémy, které způsobila sama vláda svými nekvalifikovanými rozhodnutími. Stagnace výše platby za tzv. státní pojištění a zvyšování DPH jsou spolu s neschopností účinně regulovat ceny léků, zdravotnických materiálů i nakupované zdravotnické techniky a neochotou sku-

tečně bojovat proti korupci pravou příčinou ekonomických problémů systému veřejného zdravotního pojištění a celého českého zdravotnictví.

Představenstvo ČLK varuje, že některé změny, které přinášejí vládou schválené zákony ministra Hegera, mají výrazný prokorupční potenciál. Prostor pro korupci otevírá například novela zákona č. 48/1997 Sb., která nestanoví jasná pravidla, kdo, jakým způsobem a podle jakých kritérií bude

rozdělovat zdravotní péči na standardní a nadstandardní. Stejný zákon zvyšuje riziko korupce také nepřesnými pravidly pro vyhlašování tzv. elektronických aukcí, podle nichž budou moci úředníci zdravotních pojišťoven, SÚKL a Ministerstva zdravotnictví ČR netransparentním způsobem a bez jasných pravidel rozhodovat o miliardových obchodech s léky.

Schváleno jednomyslně na zasedání představenstva ČLK dne 22. 7. 2011.



snažily o revoluční reformy, které poškodily pacienty a vedly ke snižování kvality poskytovaných služeb. Naším cílem je systém zklidnit a stabilizovat jako veřejnou službu realizující princip solidarity zdravých s nemocnými, bohatších s chudšími. Za pravicových vlád došlo k narušení principu solidarity zavedením stropů pro platby pojištění, čímž došlo k zastavení progresu v platbách. Současně byl narušen princip veřejné služby dostupné všem tím, že rychle postupuje nárůst spoluúčasti pacientů na léčbě.

Zdravotnictví jako veřejná nezisková služba

Zdravotnictví se po staletí vyvíjelo jako pomoc lidem v nemoci, kterou poskytovali lékaři jako svobodné povolání. Šlo převážně o charitativní a státem neřízený systém, kdy nemajetní byli odkázáni na milosrdenství a bohatší si lékařské služby nakupovali jako jakoukoli jinou službu. Systémový charakter služba získala zavedením povinného zdravotního pojištění, které zřídil kancléř Bismarck na principu solidarity zdravých s nemocnými a bohatších s chudšími. Cílem bylo zajistit zdravotnickou pomoc pro co nejširší vrstvy obyvatel. Zdraví jednotlivce se postupně stalo veřejným zájmem celé společnosti a ne jen individuální záležitostí příslušného člověka. Nemoc není často pouze individuálním problémem, ale nemoc může ohrožovat i okolí, navíc nemocný člověk znamená ztrátu pro celou společnost, nejen ztrátu osobní či rodinnou. **Dostupné a kvalitní zdravotnictví je jedním z pilířů, který stabilizuje klima ve společnosti a posiluje pocity jistoty.**

Role soukromých zdravotnických zařízení je v oblasti ambulantních služeb nezpochybnitelná, v segmentu nemocnic by měly hrát pouze roli doplňkovou. I soukromé zdravotnické služby fungují na základě objednávky a kontroly veřejné správy. Zdravotní pojišťovny jsou pak pouhými výkonnými složkami ve-

Reforma zdravotnictví podle ČSSD



V polovině srpna (11. 11. 2011) představila ČSSD na konferenci v Malostranské besedě v Praze svou vizi reformy českého zdravotnictví. Programové

teze pro veřejnou debatu připravil státní ministr zdravotnictví David Rath pod mottem „Zdravotnictví nejvyšší kvality dostupné pro všechny!“ Pro Tempus medicorum jsme vybrali stěžejní myšlenky tohoto dokumentu.

Zdravotnický systém potřebuje postupné úpravy a změny, tedy evoluční způsob reformy. Pravicové strany se v posledních letech

řejné správy, pro kterou zajišťují financování celé zdravotnické soustavy.

Pokud vláda ztratí rozhodovací pravomoc nad zdravotním pojištěním, nebude schopna zajistit základní ústavní právo občana na zdravotní péči. Sociální demokracie naopak prosazuje modely, kdy je vláda plně zodpovědná za dostupnost a kvalitu zdravotní péče.

Zvýšit podíl výdajů na zdravotnictví z HDP

V České republice spotřebuje zdravotnictví zhruba 7 % ročního HDP. Ve všech vyspělých zemích je pro společnost dražší a spotřebuje vyšší podíl HDP. V 16 %, ve Francii 11 %, v Německu a Rakousku shodně 10,5 % HDP. Ve Velké Británii došlo v posledních letech k prudkému nárůstu podílu HDP, který jde do zdravotnictví, a to z 6 na současných skoro 9 %. Šlo o politické rozhodnutí vlády Tonyho Blaira, která se chtěla vypořádat s hlavním problémem britského zdravotnictví, a to nízkou dostupností služeb. To se projevovalo dlouhými čekacími lhůtami na vyšetření a potřebné výkony. Nárůst podílu HDP spolu s organizačními změnami a způsobem úhrad za péči vedl k narovnání a dnes nejsou čekací doby v Británii již výrazně delší než v sousedních zemích.

Menší objem financí v českém zdravotnictví se projevuje především v oblasti platů zdravotníků, dále v úrovni nemocničních budov a někde i v nedostatku zdravotnické techniky. Čeští zdravotníci mají platy zhruba na úrovni jedné třetiny jejich západních kolegů. Podstatná část našich nemocnic není v dobrém stavu, budovy jsou technicky zastaralé a neposkytují odpovídající komfort jak pacientům, tak zdravotníkům. Nízké platy a nevyhovující prostory, spolu se špatnou organizací práce, vedou k dlouhodobé frustraci velké části zdravotníků. V oblasti dostupnosti zdravotnické techniky panují velké rozdíly způsobené nespravedlivým způsobem úhrad jednotlivých výkonů. Značný nedostatek je například v klíčové oblasti léčby rakoviny radioterapií. Ta je v současnosti pro řadu pacientů takřka nedostupnou, a to jak z důvodu nedostatku přístrojů, tak z důvodu nedostatku personálu, který je nezbytný pro tento druh léčby.

Sociální demokracie prosazuje postupný růst podílu HDP, který jde do zdravotnictví. Naším minimálním cílem je 8procentní HDP, což je průměr v zemích EU.

Spravedlivé odměňování zdravotníků

Zdravotníci pracovníci trpí v naší zemi dlouhodobě nízkými platy. Týká se to zhruba

PŘEHLED REFORMNÍCH KROKŮ ČSSD VE ZDRAVOTNICTVÍ

Snižíme počet zdravotních pojišťoven

Cílem je zlevnit administrativní správu systému a výrazně ji zjednodušit. Výsledkem by měl být pružný, předvídatelný a srozumitelný úhradový systém. Prvním krokem bude **sloučení Vojenské pojišťovny a Pojišťovny ministerstva vnitra s VZP do jedné instituce. Současně bude sjednocena legislativa o zdravotních pojišťovnách do jedné právní normy.** Náklady na provoz ZP klesnou na maximum 2 % z vybraného pojistného (oproti současnosti úspora necelé 3 mld. ročně).

Zrušíme regulační poplatky

Cílem je odstranit ekonomické bariéry v čerpání zdravotní péče a tím zvýšit dostupnost. **Zrušíme poplatek za návštěvu lékaře, za recept a návštěvu lékařské pohotovosti.** Toto zrušení poplatků bude vykompenzováno jednotlivým zdravotnickým zařízením zvýšenými platbami zdravotních pojišťoven. **Zrušíme poplatek za pobyt v nemocnici a navrhne místo toho zavedení příspěvku na stravu v nemocnici.**

Zrušíme stropy při platbě zdravotního pojištění

Cílem je **zvýšit příjem zdravotních pojišťoven o zhruba 2 miliardy ročně.** Stropy zvyšují vysokopříjmové skupiny obyvatel a snižují míru solidarity v systému. Nemají žádné opodstatnění, neboť systém pojištění je založen na absolutní solidaritě zdravých a vydělávajících s nemocnými. Neexistuje zde žádná vazba mezi výší plateb do systému a výší následného čerpání za zdravotní péči.

Zjednodušíme systém úhrad

Cílem je změnit současný nepřehledný a neprůhledný systém úhrad a především jej zjednodušit. Hlavním podkladem systému by se měl stát „Seznam zdravotních výko-

nů“. Úhrady by v čase měly být nastaveny na střídání výkonového systému a z něho vycházejícího systému rozpočtových paušálů. Tento systém zajistí vyšší míru spravedlnosti – za stejné výkony dostanou zdravotnická zařízení stejné finance, dále se zajistí odstranění historických nespravedlností mezi zařízeními a více se akcentuje princip toho, že peníze jdou za pacientem.

Odstraníme chaos ve stanovení úhrad, cen a doplčků za léky

Cílem je snížit náklady za léky. Zavedeme pravidlo, že za stejný účinek léku bude ze zdravotního pojištění placena jeho stejná úhrada. **Zavedeme systém maximálního doplatku a vrátíme do systému opatření, kdy v každé kategorii musí na trhu existovat alespoň jeden lék bez doplatku.**

Zavedeme kategorizaci cen zdravotnických prostředků. Zdravotní pojišťovny nesmí platit více, než kolik stojí běžně na trzích zemí EU. Cílem je snížit náklady na zdravotnický materiál.

Zastavíme privatizaci nemocnic

Cílem je **udržet základní síť nemocnic pod veřejnou kontrolou a řízením.** Proces privatizace či pronájmů nemocnic soukromým subjektům vede k tomu, že politická reprezentace ztrácí nástroje, pomocí nichž má zajistit realizaci základních ústavních práv obyvatel na dostupnou zdravotní péči. Lidé jsou pak vydáni libovůli majitelů či nájemců, kteří nenesou žádnou zodpovědnost za zajištění zdravotní péče a jejich logickou motivací je vytvářet co nejvyšší míru zisku. Zisk pak zákonitě vyvádějí mimo zdravotnickou soustavu.

Vybudujeme systém veřejných neziskových nemocnic

Systém veřejných neziskových nemocnic stabilizuje síť nemocnic v jednotlivých okresech a zajistí veřejnou kontrolu nad hospodařením

a nad kvalitou zdravotní péče. Cílem je **zajistit dostupné zdravotnictví bez ekonomických bariér** a generování zisku na nemocných a zdravotnících.

Zavedeme objektivní systém porovnávání kvality zdravotní péče v jednotlivých lůžkových zdravotnických zařízeních

Cílem je identifikovat zařízení, která mají problémy s kvalitou péče, a postupným tlakem **zvýšovat měřitelnou kvalitu poskytované péče.** Tento systém bude sloužit ke srovnávání výsledků léčby především pro potřeby kontrolních orgánů – ministerstva zdravotnictví, ČLK a krajů.

Stabilizujeme zdravotnický personál

Mimo jiné i postupným zvyšováním platů. Cílem je zastavit postupující personální krizi. Vedle růstu platů zdravotních sester a lékařů zjednodušíme systém postgraduálního vzdělávání tak, aby odpadla současná šikana mladých zdravotníků.

Modernizujeme nemocnice. Urychlíme modernizaci nemocničních budov tak, aby se zvýšil komfort pacientů – vybudujeme lůžkový fond na dvoulůžkových, maximálně třílůžkových pokojích s vlastními sociálními zařízeními. Cílem je **postupně zvyšování úrovně pobytových služeb pro pacienty.** Zastavíme snahy o překotné rušení akutních lůžek.

Rozvineme preventivní programy

Cílem je předcházení a včasný záchyt vybraných onemocnění dopracujeme systém celoplošné prevence tak, aby se informace o rizikových skupinách pravidelně dostávaly ke každému člověku a ten také věděl, kam se má obrátit. Zajistíme, aby poskytování preventivních programů bylo pro pacienty jednoduché a komfortní.

ba 1/2 nemocničních lékařů, 80 % středního zdravotnického personálu a 100 %

pomocného zdravotního personálu. Rozumnou míru odměňování lze nalézt u většiny

soukromých ambulantních lékařů, i když i zde jsou rozdíly způsobené nespravedlivě nastavenými úhradami za výkony poskytované jednotlivými odbornostmi. Lékaři a zdravotní sestry jsou navíc v posledních letech podrobeny chaotickému a nesmyslnému systému postgraduálního vzdělávání, který posiluje pocity nespokojenosti a frustrace.

Sociální demokracie **upraví seznam zdravotních výkonů tak, aby obsahoval odpovídající cenu práce lékařů, sester, ale i pomocného zdravotnického personálu.** Tato revize narovná historické nespravedlnosti a zvýší cenu práce zdravotníků oproti ceně techniky. Nový seznam výkonů použijeme jako základ výpočtu mezd a podklad reformy v odměňování zdravotníků. **Výrazně zjednodušíme systém dalšího vzdělávání zdravotníků.** Ve veřejných nemocnicích se budeme snažit prosadit moderní organizaci práce a výrazně odbyrokratizovat celý systém. Chceme navrátit lékařům statut svobodného povolání, který pracuje ve prospěch svého pacienta a disponuje vyšší mírou svobodného rozhodování, přičemž nad jeho postupy dohlížejí nezávislé stavovské organizace – komory. Komory ve spolupráci s odbornými společnostmi a lékařskými fakultami budou zajišťovat i postgraduální vzdělávání.

Sít zdravotnických zařízení pod kontrolou veřejné správy

Mnoho let dochází k postupné a řízené erozi sítě zdravotnických zařízení. Jsou chaoticky privatizované, či dokonce likvidované. Vše bez jakékoli představy o tom, jak by síť měla vypadat. Jde o nahodilý proces, který se řídí silami, jež z tohoto procesu chtějí získat materiální prospěch. **Sociální demokracie vidí jako základ zdravotnické soustavy síť nemocnic, které budou pod kontrolou veřejné správy.** Nemocnice budou zajišťovat veškerou základní péči pro svůj region, tudíž jejich povinností bude poskytnout zdravotní péči bez ohledu na to, zda jde o ekonomicky výhodnou záležitost. Měly by proto být neziskovými organizacemi, tedy instituce zřízené ne za účelem vytváření zisku, ale za účelem poskytování stanovených zdravotnických služeb.

Zredukovat počet zdravotních pojišťoven

Nynější systém několika úplně stejných zdravotních pojišťoven nemá žádný význam, respektive stojí naši společnost zbytečně

peníze a jedině vysvětlení jejich existence je plán na jejich privatizaci. Sociální demokracie chce drahý chaos zjednodušit, zlevnit a podrobit veřejné kontrole. Toto nelze provést v systému devíti či deseti pojišťoven. **V optimální variantě by mohla existovat jedna pojišťovna jako ve Francii.** K tomuto modelu nejde však dojít úplně jednoduše, neboť některé zaměstnanecké pojišťovny se i přes svůj veřejný zákonný statut staly plíživě pojišťovnami soukromými. Z tohoto důvodu předpokládáme sérii postupných kroků směřujících ke snížení počtu pojišťoven.

Využití vnitřní rezervy systému

Největší díl nákladů tvoří mzdy zdravotnického personálu. Přitom víme, že mzdy jsou nízké a měly by růst. Dále víme, že oproti vyspělé Evropě máme personálu spíše méně, zvláště pak toho ošetrovatelského. Redukce nákladů v této oblasti je tedy nemožná. Významný podíl je utracen za léky. **Zde se dá v horizontu dvou let uspořít část nákladů tím, že se zavede transparentní a jednoduchý systém stanovení cen a úhrad.** Úspora se však projeví spíše tím, že se přibrzdí, v optimálním případě načas zastaví nárůst nákladů na léky.

Významnější úsporu lze také očekávat ve zlevnění administrativní obsluhy systému zdravotními pojišťovnami. Zde jde o jediný reálný zdroj financí. Snížením jejich provozních nákladů na 2 % se dají získat skoro tři miliardy ročně. Drtivá většina investic je totiž realizována ze zdrojů mimo systém. Jde o dotace ze státního rozpočtu, z EU, z rozpočtů krajů a měst. Uspořené prostředky jednak nebudou nijak zásadní a jednak většina z nich vůbec neskončí v systému zdravotnictví.

Jde tedy spíše o problém morální nežli o problém, jež vyřešení zlepší ekonomickou situaci resortu. Jednoduchým řešením je **zavedení**

systému stropových cen ve výběrových řízeních s tím, že tato cena je určena za pomoci garantované expertizy. **Nejlépe by bylo zavést státní expertizu na obvyklé ceny stavebních prací a technologií.** Systém funguje třeba v Německu.

David Rath

Do veřejné diskuse se můžete zapojit také na www.reformycssd.cz

CO ČSSD VE VLÁDNÍ KONCEPCI ZDRAVOTNICKÉ REFORMY ODMÍTÁ

- Nechceme privatizaci či deetatizaci zdravotních pojišťoven.
- Nechceme regulační poplatky.
- Nechceme privatizaci základní sítě nemocnic.
- Nechceme nárůst spoluúčasti pacientů.
- Nechceme nárůst doplateků za léky a chaos v určování úhrad a cen.
- Nechceme rozdělení zdravotní péče na lacinou pro chudé a ekonomicky náročnější pro bohaté, kteří si ji mohou zaplatit.
- Nechceme nespokojené a frustrované zdravotníky.



v březnu 2009. Tento ekonomicky nesmyslný a pro pacienty nebezpečný experiment se však znovu objevil v létě 2010 v Programovém prohlášení rodící se Nečasovy vlády. Stalo se tak patrně proto, že přinejmenším o zdravotnické části tohoto dokumentu jednali diletanty pod vlivem protřelých šibrů. A ať si o ministru Hegerovi říká, kdo chce, co chce, k nápadu s generickou preskripcí přišel doslova jako slepý k houslím, neboť se osobně na tvorbě koaliční smlouvy nijak nepodílel.

Právní nejistota

Zavedení tzv. generického způsobu preskripce by si podle komorových právníků vyžádalo nejenom změnu zákona o veřejném zdravotním pojištění (č. 48/1997 Sb.), zákona o léčivech (č. 387/2007 Sb.), ale vzhledem k vymezení odpovědnosti za následky farmakoterapie též novelu občanského zákoníku. Současná legislativa totiž neošetřuje dostatečně otázku právní zodpovědnosti lékárníka za důsledky prováděné záměny léků (alergické reakce, nesprávné užívání léků...).

Ekonomický nesmysl

Z hlediska hledání úspor ve výdajích za léky by tento návrh zasloužil pozornost, pokud by byl předložen před zhruba 15 lety. Do poloviny devadesátých let byl totiž v České republice v platnosti systém, podle něhož veřejné pojištění platilo např. za jedno balení Paralenu 7 Kč a za stejné balení dováženého léku obsahující rovněž paracetamol 40 Kč. Tento nesmyslný způsob stanovování úhrad léků z veřejného zdravotního pojištění byl však již dávno nahrazen systémem, kdy se výše úhrady nevztahuje na konkrétní firmní značku léku, ale na stanovené množství účinné látky (množství odpovídající denní definované dávce dle WHO). Pojišťovny tak mají platit za všechny léky se shodným množstvím účinné látky stejně, bez ohledu na jejich výrobce. Je však pravdou, že tento spravedlivý systém tzv. referenčních úhrad začal být narušován poté, co namísto vyhlášky vydávané na základě doporučení tzv. Kategorizační komise Ministerstva zdravotnictví ČR rozhoduje o úhradách Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) v režimu správního řízení. Ministerstvu zdravotnictví však nic nebrání v tom, udělat v této věci znovu pořádek.

Pro úplnost je vhodné uvést, že systém generické preskripce v některých zemích EU existuje a má i ekonomický význam. Jde však o země, které nemají systém stanovení

Foto: www.shutterstock.com

Generická preskripce nebude

Dobrá zpráva pro pacienty: O způsobu jejich léčby budou i nadále rozhodovat lékaři, a nikoli zájmy majitelů lékárenských řetězců a distribučních firem. Zdravý rozum zvítězil.

Ministr zdravotnictví Leoš Heger prohlásil 15. srpna v hlavních zprávách České televize, že stahuje jeden z návrhů reformy zdravotnictví, který se týká generické preskripce. Uvedl, že tak učinil po nátlaku ze strany České lékařské komory a odborných společností.

„Po reakcích lékařské komory a odborných společností zůstanou v platnosti ty

současné zvyklosti, že se předepisuje tím komerčním názvem léku,“ řekl televizi Heger.

Zatímco lékaři skutečnost, že ministr od návrhu na generickou preskripci ustoupil, vítají, koaliční ODS Hegera za ústupek kritizuje a chce jej ještě přesvědčit, aby lékaři mohli na recepty předepisovat jen účinné látky.

Návrh tehdejšího náměstka ministryně zdravotnictví Bc. Šnajdra na zavedení tzv. generické preskripce, tedy předepisování lékařem nikoli konkrétních léků, ale pouze jejich hlavních účinných látek s tím, že by lékárník rozhodoval o tom, který konkrétní lék s obsahem dané účinné látky pacientovi vydá, odmítlo představenstvo ČLK na základě stanoviska Vědecké rady komory již

úhrady podle účinné látky jako my, ale mají úhrady stanoveny procentem z ceny léku. Odvolávání se na ekonomické efekty systému tzv. generické preskripce v jiných zemích tedy nesvědčí o ničem jiném než o neznalosti těchto důležitých souvislostí.

Medicínský hazard

Je třeba zdůraznit, že možnost generické záměny léčiv lékárníkem je se souhlasem pacienta v České republice možná již dnes.

Vzhledem k tomu, že většina užívaných léčiv je na trhu dostupná pod řadou názvů od různých výrobců, vedl by přechod na předepisování podle účinných látek pravděpodobně k častému střídání léků užívaných jednotlivými pacienty. Toto střídání používaných léků by bez ohledu na jejich shodnou hlavní účinnou látku mělo nežádoucí medicínské dopady.

Především není pravda, že by všechny léky obsahující stejné deklarované množství hlavní účinné látky byly shodné. Jednotlivé léky se liší například použitými pomocnými látkami, které mohou být samy o sobě příčinou například alergických reakcí, přičemž časté střídání používaných léků pochopitelně riziko jejich výskytu zvyšuje. Dále je třeba připomenout, že tzv. standardy bioekvivalence vyžadují pro léky od různých výrobců udržení například farmakokinetických parametrů pouze v rozmezí 80–125 % originálu. To znamená, že při přechodu z jednoho léku na druhý, bez ohledu na stejné deklarované množství účinné látky, může být pacient jednou poddávkován, podruhé předávkován. Podobné rozdíly v biologické dostupnosti účinné látky a tím i v účinku mohou být závažné minimálně v případě podávání psychofarmak nebo antiarytmik. U těchto léků je tedy generická substituce zcela nevhodná a nebezpečná.

Je prokázáno, že změny názvů užívaných léků zhoršují compliance pacientů k terapii. Zdaleka přitom nejde pouze o zrušení nadstavbového placebo efektu, jenž se v řadě případů příznivě projevuje u pacientů, kteří důvěřují svému lékaři a jím předepisovaným lékům. Někteří pacienti vystavení častým změnám medikace totiž reagují vysazením léčby či nedodržováním doporučených dávkovacích schémat. Jiné pacienty mohou rozdílné firemní názvy zmást natolik, že užívají shodné léčivo současně od různých výrobců a dochází k jejich předávkování (double dosing). Největšímu riziku jsou samozřejmě vystaveni polymorbidní pacienti s bohatou medikací, senioři a osoby s nižším IQ.

Qui bono?

Česká lékařská komora považuje racionalizaci výdajů za léky za prioritní úkol reformy zdravotnictví a opakovaně, i když bohužel ve většině případů marně, nabízí ministerstvu zdravotnictví v této problematice spolupráci. Ministerstvo bohužel stále odmítá návrhy komory směřující k úsporám cestou zefektivnění a zrychlení způsobu určování maximálních cen a úhrad léků z veřejného zdravotního pojištění. Ministerstvo rovněž odmítá zřídit komorou navrhovanou komisi pro farmakoekonomiku a zcela nepochopitelně odsouvá tvorbu pro ekonomickou stabilitu našeho zdravotnictví nesmírně důležitého zákona o stanovení cen a úhrad léků a zdravotnických prostředků.

Návrh na zavedení tzv. generické preskripce považuje ČLK za ekonomického hlediska za nesmyslný a z medicínského hlediska za pro pacienty nebezpečný experiment. Jediný, kdo by z jeho realizace v ČR snad mohl mít prospěch, by byli majitelé lékáren, kteří by nemuseli objednávat celý sortiment léků a mohli by si snáze s dodavatelem vyjednávat množstevní slevy. Argumenty typu, že by generická preskripce „výrazným způsobem snížila korupci v českém zdravotnictví“, nemá smysl více komentovat. Jediné, k čemu by mohlo dojít, by bylo přesunutí zájmu reprezentantů farmaceutických firem z lékařů na lékárníky.

Doporučení pracovní skupiny za účasti zástupce ČLK

Svůj jednoznačně negativní postoj ke generické preskripci, která je povinným způsobem předepisování léků pouze v jediné členské zemi EU, a to v Estonsku, prezentovala ČLK rovněž na jednání pracovní skupiny, kterou ministr zdravotnictví k této problematice vytvořil. V pracovní skupině zasedali vedle naší komory rovněž zástupci České lékárnické komory, ČLS JEP, Svazu zdravotních pojišťoven a VZP.

Pracovní skupina na svých setkáních projednala návrh ministerstva k realizaci generické preskripce v České republice a předložila panu ministrovi následující stanovisko:

Generická preskripce v České republice postrádá jednoznačně stanovený účel, který by ospravedlňoval značné legislativní i odborné nároky na všechny subjekty, které s preskripcí léčiv aktivně pracují.

Úvodem je zapotřebí jednoznačně konstatovat, že zavedení generické preskripce samo o sobě nemůže v ČR vést k úspoře prostředků veřejného zdravotního pojištění. Úhrady léčiv

ze zdravotního pojištění jsou koncipovány na bázi referenčního systému – v zásadě terapeuticky zaměnitelné léčivé přípravky mají stejnou základní úhradu. Zjednodušeně lze zobecnit, že léčivé přípravky obsahující stejnou léčivou látku ve stejné síle mají stejnou úhradu ze zdravotního pojištění. Proto je z pohledu zdravotního pojištění irelevantní, jaký konkrétní léčivý přípravek s obsahem dané léčivé látky je pacientovi předepsán a vydán – náklady systému jsou stejné.

Projekt zavedení generické preskripce v ČR musí být spjat s racionálním účelem a cílem. Bylo-li výše uvedené ekonomické opodstatnění tohoto záměru vyvráceno, je zapotřebí primárně zvolit jiné racionální zdůvodnění, případně od projektu upustit.

Co se týče pozitivních ekonomických dopadů v rámci lékové politiky státu, má pracovní skupina za to, že úspor lze efektivněji docílit jinými prostředky – nejlépe filozofií generické preskripce je generická substituce s možností úpravy její současné podoby postrádající motivaci pro lékárny a rovněž její propojení s pozitivními listy zdravotních pojišťoven. Nicméně i toto řešení by muselo být spjato s relativně zásadními legislativními změnami v zákoně o veřejném zdravotním pojištění a zákoně o léčivech, stejně tak jako s prováděcími předpisy. Alternativou bez zásadních legislativních úprav je efektivnější vymáhání již zavedených exekutivních oprávnění v oblasti cen a úhrad léčiv.

Milan Kubek



Foto: www.shutterstock.com

Návrh poslance Šnajdra poškozují lékaře i pacienty

Česká lékařská komora zásadně nesouhlasí s pozměňovacím návrhem poslance Marka Šnajdra v zákoně o zdravotních službách, o kterém měla poslanecká sněmovna hlasovat ve třetím čtení původně v pátek 2. září, poté po přesunu v úterý 6. září. V době uzávěrky tohoto čísla TM nebyl výsledek hlasování znám. Nicméně podle všech informací bylo velmi pravděpodobné, že návrh s podporou ministra Hegera projde. Podrobnější informace, včetně seznamu hlasujících poslanců, přineseme v příštím čísle. Toto prohlášení bylo vydáno ve čtvrtek 1. září. Důvody pro odmítnutí novely jsou jednak obsahové a jednak legislativně procesní.

Návrh obsahuje dvě zcela nepřijatelné změny. Za prvé jde o násilnou přeregistraci všech zdravotnických zařízení, což znamená zásah do již nabytých práv, protože zdravotnická zařízení tímto procesem již v minulosti prošla. Novela bude znamenat zbytečný nárůst byrokracie pro všechna zdravotnická zařízení, jak pro nemocnice, tak pro patnáct tisíc praxí soukromých lékařů, včetně finančních nákladů. Pro tento krok není žádné odborné opodstatnění. Předkladatel argumentuje nutností naplnit informacemi nové registry, které jsou připravovány. Pokud se nebudeme zabývat potřebou, bezpečností a ekonomickou náročností zmíněných registrů (například registr lékařů vede ve své vlastní režii, tedy pro stát zcela zdarma, Česká lékařská komora), lze získání informací podmínit jiným zákonem, například tím, kterým jsou takové registry zřízeny, a nevystavovat lékaře potupnému žadonění na úřadech. Zástupci ČLK se tento týden marně snažili poslance vládní koalice přesvědčit o svých argumentech. Byla akceptována pouze jediná změna do návrhu, a to aby zařízení, která již registraci mají, měla právo získat registraci novou. For-

mulace byla připravena ve spěchu během jednání sněmovny a nelze vyloučit, že je příliš vágní, a tedy nedostatečná. Samotný byrokratický proces přeregistrace, který může být i zdrojem pro nárůst korupce, zůstává nezměněn.



Poslanec Marek Šnajdr

Druhou naprosto nepochopitelnou změnou je vyškrtnutí lékařských komor (lékařské, stomatologické a lékárnické) ze seznamu subjektů oprávněných nahlížet do zdravotní dokumentace. Dosud tato pravomoc byla komorám svěřena v rámci disciplinárního řízení. Pokud tato změna bude přijata, bude disciplinární proces zcela paralyzován. Nyní si komora v případě, že obdrží stížnost na odbornou činnost lékaře, vyžádá dokumentaci k případu, která je nejdůležitějším zdrojem informací k posouzení případné viny lékaře. Zdravotní dokumentace je základním podkladem pro vypracování znaleckých posudků, jež si komora k případu nechává často vypracovávat. Po přijetí změny, kterou navrhuje poslanec Šnajdr, si bude muset stěžovatel sám zajistit zdravotní dokumentaci u lékaře, na něhož si stěžuje, a to na své vlastní náklady. Tato situace je ještě složitější v případech, kdy jde o úmrtí pacienta a stížnost podávají pozůstali příbuzní, či za situace, kdy je komoře případ předán policií nebo státním zastupitelstvím a pacient není stěžovatelem, což se v poslední době stává celkem často. Návrh představuje tedy bud' ztížení možnosti pro

občany ČR si stěžovat ke komoře, popřípadě možnost komory některé případy disciplinárně řešit zcela znemožňuje. Vystává otázka, proč se poslanec Šnajdr snaží omezit právo pacientů si stěžovat ke komorám a proč je ministr Heger k tomuto návrhu netečný.

Co se legislativně procesní stránky týče, došlo k naprostému popření standardních principů demokratické politické kultury při schvalování zákonů. Návrh na přeregistraci zdravotnických zařízení připravilo ministerstvo zdravotnictví již za ministra Julínka. Po protestech profesních lékařských organizací a mnoha jednáních od záměru ustoupil jak ministr Julínek, tak například ministryně Filipiová. V návrhu zákona o zdravotních službách, který předložil ministr Heger, byly původně přeregistrace opět. Po opakovaných kolech připomínkových řízení, kdy s nimi nesouhlasily prakticky všechny profesní organizace lékařů, byl návrh upraven do přijatelné verze a takto schválen vládou. Avšak minulý týden ve čtvrtek 25. 8. na jednání zdravotního výboru byl předložen návrh poslance Šnajdra a zcela bez diskuse a bez předchozích projednání přijat. Tento týden v úterý proběhlo již druhé čtení, před nímž byl minimální čas na jakékoli smysluplné korekce. Zítra se bude o této novele hlasovat definitivně.

Vrcholné orgány ČLK se na nejbližších jednáních budou zabývat otázkou, zda má vůbec cenu spolupracovat s vládou, ministerstvem zdravotnictví a ministrem Hegerem. Odborníci ČLK tráví hodiny a hodiny při studování nepřetržitě a chaoticky měnících se návrhů zákonů, tráví čas na různých jednáních, přičemž výsledky těchto aktivit jsou naprosto popřené legislativním procesem ve sněmovně, tak jako například v případě návrhu poslance Šnajdra a přístupem ministra Hegera k němu.

Česká lékařská komora je přesvědčena, že pokud bude tento návrh poslance Šnajdra přijat, dojde ke zbytečnému byrokratickému zatížení všech zdravotnických zařízení, ke zvýšení prokorupčnosti prostředí a bude omezena možnost občanů si stěžovat k profesním zdravotnickým komorám, o popření standardní demokratické politické kultury při schvalování zákonů nemluvě.

Česká lékařská komora považuje postup ministra zdravotnictví Hegera za nedůvěryhodný a na nejbližších zasedáních vrcholných orgánů zváží, zda má vůbec cenu s vládou a ministerstvem na čemkoli spolupracovat.

Milan Kubek, prezident ČLK, 1. 9. 2011



Ilustrační foto: www.shutterstock.com

Prestiž lékařů neklesá

Před nedávnem média informovala o výsledcích výzkumu prestiže vybraných profesí, který pravidelně provádí Centrum pro výzkum veřejného mínění (CVVM). Stejně jako v minulých letech se povolání lékaře umístilo na prvním místě. Po akci Děkujeme, odcházíme, kdy byla prestiž lékařského stavu buď přímo některými politiky a novináři zpochybňována, nebo byla aspoň vyslovována obava z jejího poklesu, byl průzkum CVVM očekáván s velkým zájmem.

Když se podíváme na číselné výsledky průzkumu (průměrné bodové hodnocení) a srovnáme je s minulými lety, je rozdíl minimální (2004 – 89,5, 2006 – 90,4, 2007 – 89,8, 2011 – 89,1). Je tedy potěšující, že navzdory všem škarohlídům se prestiž lékařů stále drží na stejné úrovni.

Zajímavé je, že tato informace nevyvolala takový mediální zájem jako prohlášení různých fašizoidních primitivů, kterými nás novináři v poslední době krmí. Jistě, pokud by byl zaznamenán pokles prestiže lékařů, byla by to zpráva na otvíráky deníků a televizních zpravodajství...

Když se podíváme na tiskovou zprávu CVVM a výsledky jednotlivých povolání podrobně, dojdeme k zajímavým poznatkům. Poprvé se v průzkumu objevilo povolání zdravotní sestry a hned obsadilo třetí místo za vědci, ale před učiteli na vysoké škole

i na základní škole. Pohled na poslední místa průzkumu přináší zajímavé souvislosti: bankovní úředník (46,9), novinář (46,5), prodavač (43,6), kněz (42,8), sekretářka (41,4), ministr (38,0), uklízečka (34,0) a poslanec (27,0).

Na prvních pěti místech podle prestiže jsou tedy povolání převážně státních zaměstnanců, které stát jednoznačně na platech okrádá a jejich potřeby ignoruje. Jejich platové ohodnocení neodpovídá vysoké prestiži ve společnosti. Podobné je tomu u bankovních úředníků, ale s obráceným poměrem plat – prestiž. Finančnictví je totiž svět sám pro sebe, s vlastními pravidly, což vidíme v posledních letech díky krizi. Také mnozí novináři si o sobě často myslí, že jsou nejdůležitější a naprosto důvěryhodnou profesí. Výsledek tomu příliš neodpovídá, navíc zde dochází k postupnému poklesu z 54,4 v roce 2004 na nyní 46,5. Postavení ministrů a poslanců na posledních třech místech, společně s uklízečkami, je stabilním umístěním ve všech provedených průzkumech. Alarmující je však výrazný pokles, ke kterému došlo od roku 2004. U ministrů z 53,8 na 34 a u poslanců z 39,9 na 27.

Výsledky průzkumu prestiže jednotlivých povolání a její srovnání s platovým ohodnocením je dlouhodobým symptomem, že česká společnost je stále nemocná. Výrazný propad prestiže a tomu i odpovídající důvěry u politiků je znamením, že společnost je ohroženější, než se nám zdá a než si asi sami dokážeme přiznat. Nízká důvěra a prestiž politiků znamená i nízkou důvěru v politiku samotnou

a v instituce, které představuje, tedy ve stát a ve svém důsledku i v demokracii. O tom, kam taková situace vede, by nás mohla poučit historie dvou tragických „ismů“ dvacátého století. Pochopí toto nebezpečí dřív politici, nebo občané? A pochopí ho vůbec dřív, než bude pozdě?

Michal Sojka

POŘADÍ PODLE PRESTIŽE POVOLÁNÍ

1. lékař
2. vědec
3. zdravotní sestra
4. učitel na vysoké škole
5. učitel na základní škole
6. projektant
7. soudce
8. programátor
9. soukromý zemědělec
10. účetní
11. policista
12. truhlář
13. manažer
14. starosta
15. majitel malého obchodu
16. profesionální sportovec
17. voják z povolání
18. stavební dělník
19. bankovní úředník
20. novinář
21. prodavač
22. kněz
23. sekretářka
24. ministr
25. uklízečka
26. poslanec

Zdroj: CVVM F



Foto: www.shutterstock.com

Tabákostán aneb doba vymknutá z rozumu



Některé věci jsou skutečně možné jen u nás. V civilizovaných zemích politici nepochybně vědecké informace a už vůbec nehájí ekonomickou výhodnost škodlivých věcí. Prostě to patří k politické kultuře. V Česku je tomu zcela naopak.

Část reportáže České televize:

Redaktor: Jsou pro společnost (kuřáci – pozn. red.) zátěž, nebo požehnáním? Ministr zdravotnictví tvrdí, že bez kuřáků by veřejné finance přišly nejméně o 50 miliard. Prospěšnost

kouření pro stát Heger dokládá novou analýzou, kterou vypracovali jeho úředníci.

Leoš Heger (TOP 09), ministr zdravotnictví: Za léčení nemocí kuřáků se ročně spotřebuje v systému veřejného zdravotního pojištění asi šest miliard, přínos do státního rozpočtu z té daně za kuřivo je asi 60 miliard.

Redaktor: Analýza vychází z toho, že na spotřebních daních za tabák vybere stát 44 miliard, dalších zhruba 16 miliard zaplatí kuřáci na DPH. Na léčení rakoviny, infarktu a dalších nemocí přitom pojišťovny podle Hegera utratí jen desetinu sumy vybrané státem. Jenže lékaři a další odborníci na kouření tvrdí, že to je úplný nesmysl.

Je docent Heger ministrem zdravotnictví, nebo ministrem tabákového průmyslu? V normálních zemích by se přece ministr zdravotnictví okamžitě ohradil a jasně for-

muloval, že kouření je nebezpečné a cena lidského života a zdraví má vyšší hodnotu, než by obhajoval jakousi pofiderní analýzu. Mimochodem zmíněnou analýzu nepřípravili úředníci ministerstva zdravotnictví, kteří mají drogovou problematiku a kouření na starosti (odbory v gesci náměstka Vavrouška), dokonce o ní ani nevěděli. Prý ji vyhotovil jakýsi mladý a zřejmě i neklidný poradce Bc. Jan Kvaček z Oddělení analytického a poradců v kabinetu ministra.

Nevím, jaká je jeho kvalifikace k takové analýze. Možná návštěvy na zasedání NERUVU, kde asi pochytil nemoc některých ekonomů mít patent a PIN vyjadřovat se ke všem oblastem lidského života. Mimochodem argumentaci, která je v analýze použita, že kouření je ekonomicky výhodné pro stát, opustily na začátku tohoto desetiletí i tabákové koncerny.

Asi už nepobaví vyjádření ministra financí **Kalouska** ze stejné reportáže:

Analýza potvrzuje to, co jsem si upřímně řečeno myslel vždycky – že pro veřejné rozpočty jsou přínosné, nikoli ztrátové. To vůbec neznamená, že bych propagoval kouření.

A už vůbec nepřekvapí arogance všeználežného senátora **Kubery**, který v rozhlase na argumentaci MUDr. Králíkové o ekonomické nevýhodnosti kouření, kdy odkazovala na názory ekonomů, odpověděl:

Nepochybně, paní doktoro Králíková kdyby měla jmenovat ty ekonomy, tak by žádné nevyjmenovala. Já bych jich vyjmenoval několik. A mám tady několik jejich rozborů. Některé jsou sice z roku 2007, takže ta celková čísla jsou tam menší, ale v principu platí to, že zhruba je to desetkrát. Tam jsou ta čísla pana doktora Hegera naprosto správná. Paní doktoro Králíková to dělá opakovaně. A na to, že je lékařka a účelově lže, protože chce podpořit to, čím se živí. Já se divím, že ona nebojuje za úplný zákaz výroby cigaret a distribuce, protože čím by se potom, samozřejmě, živila. Ale není úplně fér, když ona nikdy žádné relevantní údaje nedá a jenom pořád jaksi opakuje demagogicky tu svoji větu, jak kuřáci nás vlastně stojí víc, že by měli platit vyšší zdravotní pojištění. Já si myslím, že bychom měli zavést daň z hlouposti. A ta by Kalouskovi opravdu přinesla velké peníze.

Přepadá mě stále hlubší deprese z toho, co se děje kolem a kam až tahle doba vymknutá z rozumu může dojít. Nechci se dožít chvíle, kdy nejlepší (nejlevnější) léčbou bude eutanazie, nejlepší (nejlevnější) nemocniční postelí rakev a nejlepší (nejlevnější) nemocnicí koncentrační tábor...

Michal Sojka

Kouření škodí nejen zdraví, ale i ekonomice (státu i občanů)

Vydělávat na kouření? To bychom byli jedinou zemí na světě! Američtí ekonomové spočítali, že náklady na zdravotní péči v důsledku prodané krabičky cigaret jsou kolem 35 USD⁶. Výsledky renomovaných ekonomů se shodují.

I když neznáme ekonomické vzorečky a zapojíme jen selský rozum, vychází to také: kouření je u nás příčinou šestiny či necelé pětiny všech úmrtí, tedy bude to asi také šestina či možná pětina nákladů na zdravotnictví, to je 40–50 mld./rok.

Náklady na zdravotní péči ovšem tvoří jen část nákladů na kouření – musíme přidat sociální oblast, kolem 12 % požárů a podobně – metodiky jsou různé.

Navíc ekonomové nepovažují tabákové daně za přínos pro ekonomiku státu, protože ti, kteří přestanou kouřit, peníze ušetřené na cigaretách utratí jinde (většinou v sektoru služeb) a tím oživí ekonomiku a stát vybere daně za jiné zboží a služby.

Kouření stálo ČR v roce 1999 minimálně 23 miliard Kč¹ čili 1,2 % hrubého domácího produktu (odhad nákladů na zdravotní péči poskytnutou v lůžkových zařízeních; odhad je bez nákladů na ambulantní péči, bez ztráty produktivity vinou předčasné úmrtnosti a vyšší nemocnosti). Jestliže náklady na ambulantní péči dosahují 35–50 % celkových nákladů na zvýšenou zdravotní péči v důsledku kouření², jen zdravotní náklady by v roce 1999 činily alespoň 35,4 miliardy Kč (48,2 miliardy v roce 2011, když se započítá inflace). Když přidáme náklady vinou předčasných úmrtí (30 % celkových nákladů způsobených kouřením³) a náklady spojené s vlivem cigaretového kouře na nekuřáky (23 % celkových nákladů způsobených kouřením⁴), dostaneme odhad 75,3 miliardy Kč, což odpovídá 3,9 % hrubého domácího produktu (HDP). Ve stejném roce vybrala ČR za daně z tabákových výrobků 20,2 mld. Kč.

Částka 75,3 miliardy v roce 1999 tvoří 102,5 miliardy v roce 2011, když se započítá inflace. Tento hrubý odhad se shoduje s vý-

sledkem Evropské studie z roku 2000, která odhaduje, že kouření stálo ČR asi 77–103 miliard Kč za rok, což v roce 2000 znamenalo asi 3,6–4,8 % HDP.

Studie z jiných zemí (např. , Dánsko, Švédsko) dokázaly, že kuřák stojí společnost více než nekuřák, i když se vezme v úvahu jeho předčasná smrt. Kdyby kuřáci přestali kupovat cigarety, zvýšila by se u nás nejen produktivita práce, ale peníze nyní vydávané za cigarety by byly použity k nákupu jiných výrobků či služeb, které jsou zdaněny DPH. Daně z cigaret vybrané státem představují jen prerozdělení již vytvořené hodnoty, tedy se nedají počítat jako přínos pro společnost. Přínosem pro společnost by byl vyšší růst HDP, kterého by se dosáhlo eliminací kouření⁵.

Zvýšené náklady spojené s kouřením nesou spotřebitelé, stát a soukromé firmy, tudíž dotují

tabákový průmysl. Bez těchto dotací by kouřilo jen zanedbatelné procento populace a investice do tabákového průmyslu by měla návratnost srovnatelnou s ostatními odvětvími.

Tolik k faktické stránce věci – ale co etika? Kromě chybných údajů musí lékaře mrzet, že „výhodnost“ kouření zmiňuje právě „jejich“ ministr.

Hana Rossová, strategická ředitelka programu zaměřeného na kontrolu tabáku, American Cancer Society, **Eva Králíková**, I. LF UK a VFN

1. SADÍLEK, P. A KOL.: *Vyčíslení podílu kouření na nákladech, vynaložených v roce 1999 v České republice na nemocniční léčeni*, Lékařské informační centrum, 2001.
2. YANG MC, FANN CY, WEN CP, et al. *Smoking attributable medical expenditures, years of potential life lost, and the cost of premature death in Taiwan*. *Tob Control*, 2005;14(Suppl 1), i62–70.
3. MCGHEE SM, HO LM, LAPSLEY HM, et al. *Cost of tobacco-related diseases, including passive smoking, in Hong Kong*. *Tob Control* 2006;15:125–30.
4. MCGHEE SM, HO LM, LAPSLEY HM, et al. *Cost of tobacco-related diseases, including passive smoking, in Hong Kong*. *Tob Control* 2006;15:125–30.
5. J GRUBER AND B KOSZEGI, “A Modern Economic View of Tobacco Taxation” (International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 2008), http://www.tobaccofreecenter.org/files/pdfs/en/modern_economic_view_taxation_en.pdf





Míra korupce našich politiků tabákovým průmyslem je mezinárodní ostudou

Míra vlivu tabákového průmyslu v dané zemi je mírou korupce a nízké úrovně demokracie – to plyne z publikovaných analýz míry kontroly tabáku. Významné lékařské společnosti i Světová zdravotnická organizace (World Health Organization) doporučují politikům nulový kontakt s tabákovým průmyslem.

Tento průmysl vydělává na šíření původce epidemie, která je u nás příčinou téměř pětiny úmrtí. Kvůli ní ztratí 18 000 Čechů každoročně v průměru 15 let života, celosvětově se počet obětí přibližuje 6 milionům za rok. Pro srovnání, HIV má ve světě ročně na svědomí něco přes 3 miliony obětí. Zdrojem tabákové pandemie je tabákový průmysl, původcem cigarety, vektorem marketing a vnímavým organismem děti, nejčastěji mezi 10. a 14. rokem věku. Bavili

bychom se s výrobcem viru HIV, jehož „zodpovědný“ přístup by spočíval v nabádání „můžete se svobodně infikovat, ale až vám bude 18 let, budete pak úspěšní, krásní, štíhlí a bohatí“?

Rozvinuté a demokratické země dospěly k celkem logickému závěru, že kontrola tabáku není možná ve spolupráci s tabákovým průmyslem, ba je přímo v kontradikci. Přes prokázanou snahu tabákového průmyslu se podařilo toto doporučení uvést i v Rámcové úmluvě o kontrole tabáku WHO (www.fctc.org).

Je to první právně závazný dokument WHO, který v roce 2003 přijalo 192 členských zemí a k 1. 8. 2011 jej ratifikovalo 174 zemí včetně EU – nikoli však Česká republika. Úmluva má podobný proces jako zákon: musí projít parlamentem, senátem a podepíše ji prezident. V roce 2006 Parlamentem ČR prošla, v Senátu vypadla kvůli jedinému hlasu (včetně hlasů lékařů!). Teď se opět dostává

do Poslanecké sněmovny, ale s OSTUDNOU preambulí ve smyslu, že **pro ČR nebude právně závazná** a „ČR prohlašuje, že ustanovení článku 5 odst. 3 považuje za ustanovení, kterým není dotčeno právo na nediskriminační jednání smluvních stran s tabákovým průmyslem, a umožňující nutnou míru součinnosti s tabákovým průmyslem v oblasti kontroly tabáku.“

(Celý text česky i anglicky je možné najít na <http://www.psp.cz/sqw/historie.sqw?o=6&t=421>.)

Co by nemělo být právně závazné? Ochrana před tabákovým kouřem? Kontrola pašování? Zvyšování tabákových daní? Zdravotní varování s obrázkem? Informace o složení tabákového kouře? Dostupná léčba? Měli bychom alespoň znát jméno toho, kdo si v roce 2011 v evropské zemi takovýto text přeje petrifikovat.

MUDr. Eva Králíková, CSc.

1.LF UK a VFN

Obsah

Novinky v hormonální antikoncepci	1
Kombinovaná kontraceptiva s drospirenonem – přehodnocení rizika venózního tromboembolismu	3

NOVINKY V HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCI

Letošní rok je rokem 50. výročí uvedení na trh prvních perorálních antikoncepčních přípravků. Od té doby zaznamenal vývoj v oblasti hormonální antikoncepce výrazný posun – v dávkách steroidních složek, v jejich složení a výzkumu nových molekul. Tyto změny jsou zodpovědné za významné rozšíření užívání antikoncepčních přípravků, které převážně souvisejí s redukcí výskytu závažných i málo závažných nežádoucích účinků, zlepšení snášenlivosti a stále se zvyšující compliance.

Hlavní trendy vývoje v oblasti hormonální antikoncepce (HAK) lze rozdělit do tří základních směrů, které se týkají estrogenní a gestagenní složky a vývoje nových aplikačních forem. K těmto významným vývojovým trendům se v poslední době přidávají i změny na první pohled méně výrazné, které však mohou přinášet další posun ve zlepšení compliance nebo nové nekontracepční příznivé účinky (změny schématu dávkování, přidávání nových doplňků – např. folátu).

Vývoj v oblasti **estrogenní složky** byl donedávna zaměřen pouze na postupné snižování dávky etinylestradiolu (EE2), po mnoho let monopolního estrogenu v přípravcích kombinované hormonální perorální antikoncepce (Combined Oral Contraceptives – COC). Z hlediska kardiovaskulárních rizik v souvislosti s užíváním kombinované hormonální antikoncepce měla zásadní význam redukce dávky z 50 na 30–35 µg etinylestradiolu^{1/}. Další snižování obsahu EE2 v kategorii nízkodávkovaných přípravků již zásadní význam v této oblasti nepřineslo. V současnosti nejnižší hladiny – 10–15 µg etinylestradiolu – je velmi pravděpodobně hranice, pod níž obsah EE2 již redukován nebude; nelze ani očekávat širší uplatnění 10 µg kombinací (v USA dostupná v jednom přípravku).

Po mnoha letech monopolního postavení EE2 je poslední rok na trhu alternativa k této syntetické složce v podobě **přírozeného 17β-estradiolu (E2)**. Pokusy o jeho zavedení se objevovaly již v minulosti, limitujícím faktorem byla vždy velmi neuspokojivá kontrola cyklu. Toto slabé místo se podařilo překonat využitím kombinace s některými novými gestageny.

Existují dva hlavní důvody zavedení přírozeného E2 do přípravků COC: očekávané příznivější metabolické působení, které je dáno o něco nižším vlivem na jaterní proteosyntézu a další zlepšení snášenlivosti. Silnější vliv etinylestradiolu na jaterní syntézu proteinů je způsoben přítomností etinylové skupiny, která je zodpovědná za jeho prodloužený účinek a pomalejší

metabolizaci, E2 je naopak metabolizován rychle. Menší vliv na jaterní proteosyntézu znamená nižší míru indukce syntézy koagulačních faktorů, angiotensinogenu, méně výrazné změny v metabolismu lipidů.

Prvním globálně dostupným přípravkem COC obsahujícím E2 je kombinovaný přípravek s **estradiolvalerátem (E2V)** a **dienogestem (DNG)**, který byl konstruován v tzv. dynamickém režimu dávkování. Hledání optimálního režimu a schématu dávek bylo poměrně komplikované, nejprve byl zkoušen v monofázické a trifázické konstrukci, konečný dynamický režim byl spojen s nejlepší kontrolou cyklu. Tento režim zajišťuje převahu estrogenu v časných fázích cyklu a gestagenů ve středních až pozdních fázích cyklu (na počátku cyklu je užíván samotný E2V, jehož obsah klesá postupně ze 3 na 2 a 1 mg); 2 mg tak skládá z 26denního užívání hormonálně aktivních tablet a pouze 2denního „hormone-free“ intervalu. Dávka E2V odpovídá biologickému působení 4–20 µg EE2 – v závislosti na cílovém orgánu (např. 2 mg E2V působí obdobně jako 20 µg EE2 na FSH a endometrium, jako nižší dávka než 20 µg EE2 na jaterní proteosyntézu)^{2/}.

Z dosud dostupných dat byly nejčastějšími nežádoucími účinky nepravidelné krvácení a napětí prsů (u 4,9 % uživatelék), cefalea (u 3,1 %) a akné (u 2,8 %). Z kombinovaných dat ze třech studií na celkem 2 266 uživatelkách nebyl zaznamenán výskyt tromboembolických příhod^{3/}.

V blízké době bude uveden na trh druhý přípravek s estradiolem – monofázická kombinace 1,5 mg E2 a 2,5 mg norgestrolacetátu v režimu užívání 24 dní hormonálně aktivních tablet a 4 dnů placeba. Z dosud známých údajů je i u této kombinace velmi uspokojivá kontrola cyklu^{4/}.

Na druhou stranu stimulační vliv EE2 na jaterní proteosyntézu má i příznivý dopad – terapeuticky je využíván pozitivní vliv na hladiny SHBG (sex-hormone binding globulin), který znamená nižší biologickou dostupnost volných androgenů a tedy efekt v léčbě kožních androgenních obtíží a hyperandrogenního syndromu.

Další v současnosti testovanou novou estrogenní složkou je **estetrol (E4)**, estrogen tvořící se pouze intrauterinně ve fetální jaterní tkáni. Chová se v podstatě jako přírodní selektivní modulátor estrogenních receptorů (SERM) – jako estrogen působí na pochvu, dělohu, kostní tkáň a mozek a v přítomnosti estradiolu se v několika in vitro a in vivo modelech choval jako

NOVINKY V HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCI

estrogenní antagonistu se srovnatelným efektem jako tamoxifen. Schopnost estetrolu blokovat ovulaci byla prokázána na animálních modelech. Ve studii sledující schopnost blokovat ovulaci u žen v reprodukčním věku byla její spolehlivá suprese zjištěna u kombinace 20 mg estetrolu a 150 µg desogestrelu^{5/}. Estetrol je 18x méně biologicky potentní než EE2.

Za hlavní nositele specifických vlastností jednotlivých přípravků COC byla vždy považována **gestagenní složka**. Při jejím vývoji bylo v minulosti hlavním cílem minimalizovat její nepříznivé metabolické působení, tedy hlavně vliv na lipidové spektrum a sacharidový metabolismus, které bylo způsobeno reziduální androgenní aktivitou gestagenu. Prakticky všechny gestageny zavedené do přípravků COC v poslední době již vykazují nulovou reziduální androgenní aktivitu, a tak je snahou farmaceutických firem přidat další příznivou vlastnost. **Dienogest** (DNG) se tak profiluje jako gestagen s antiandrogenním a výrazným gestagenním účinkem, **nestoron** a **nomegestrolacetát** (NOMAc) s výrazným antiovulačním efektem, **trimegeston** (TMG) rovněž se silným gestagenním efektem. **Drospirenon** (DRSP) vykazuje kromě antiandrogenních účinků i antimineralkortikoidní efekt – působí antagonisticky na aldosteronové receptory a tedy mírně natriureticky. Tato vlastnost má význam u žen stěžujících si na symptomy spojené se sklonem k retenci tekutiny, jako je pocit nadýmání, otoků, napětí prsou, ať již jsou tyto příznaky součástí premenstruačního syndromu (PMS) či nikoliv.

Efekt přípravku obsahující 20 µg EE2 a 3 mg DRSP v režimu 24/4 na nejtěžší formu PMS, premenstruační dysforickou po-

ruchu (PMDD), byl prokázán dvěma placebem kontrolovanými studiemi (z nichž jedna byla na dosud největším souboru zabývajícím se PMS)^{6,7/}. Výsledky těchto studií umožnily FDA udělit tomuto přípravku COC indikaci k léčbě PMS a PMDD.

Na loňském kongresu European Society of Contraception byly prezentovány předběžné výsledky fáze III studie vaginálního kroužku s novou gestagenní složkou **nestoronem** (16-methylene-17 α -acetoxy-19-nor-progesteron). Jedná se o syntetický gestagen podobný přirozenému progesteronu, který je biologicky neaktivní po perorálním podání, účinný je v jiných aplikačních formách^{5/}. Další novou gestagenní složkou je modulátor progesteronových receptorů **ulipristal-acetát**, který má již pevné místo jako postkoitální antikoncepce do 120 hod po nechráněném pohlavním styku. Oba uvedené gestageny jsou zkoušeny v různých kombinacích (s E2 i EE2) a aplikačních formách.

U posledních přípravků COC uvedených na trh je patrný další trend – zkracování „hormone-free“ intervalu, které znamená nejen výraznější supresi folikulární aktivity (a tedy vyšší spolehlivost, hlavně v případě opomenutí užití tablet v prvních dnech), ale i vliv na manifestaci některých nežádoucích účinků v období pauzy. Byla zjištěna vyšší prevalence pánevní bolesti, bolesti hlavy, paradoxně napětí prsů atd. v období sedmidenní pauzy ve srovnání s 21denní periodou užívání hormonálně aktivních tablet^{8/}. Etiopatogeneticky je za tyto projevy zodpovědný vzestup FSH následovaný vzestupem endogenního estradiolu.

Přehled novějších antikoncepčních přípravků registrovaných v ČR

Účinná látka	Název přípravku
Estradiolvalerát	QLAIRA
Dienogest	DIENORETTE, DIENILLE, JEANINE, QLAIRA
Drospirenon	BELANETTE, BELUSHA, DAYLETTE, DAYLLA, DROSETIL, ELOINE, ETHINYLESTRADIOL/DROSPIRENONE LEÓN FARMA, JANGEE, KIRGA, MAITALON, RHONYA, RHONYELA, SOFTINE, SOFTINELLE, SYLVIANE, WERRCA, YADINE, YASMINELLE, YAZ
Ulipristal-acetát	ELLAONE

V dosud etablovaných depotních **aplikačních formách** kombinované hormonální antikoncepce je patrný vzestup popularity vaginální cesty (vaginální kroužek). V nedávno publikované multicentrické studii srovnávající akceptabilitu transdermální formy a vaginálního kroužku si po skončení studie přálo pokračovat ve sledované metodě 71 % uživatelék vaginálního kroužku a jen 26,5 % uživatelék náplastí^{9/}. Podobné výsledky přinášejí i první data rozsáhlé multicentrické studie CHOICE (Contraception Health Research of Informed Choice Experience) zaměřené na volbu metody uživatelkou po objektivním informování a poučení o kontracepčních možnostech a aplikačních cestách^{5/}. O postupném rozmachu vaginální aplikační cesty svědčí i nové testované kombinace. Na loňském kongresu European Society of Contraception and Reproductive Health byly prezentovány předběžné výsledky III. fáze studie s vaginálním kroužkem obsahujícím etinylestradiol a nestoron, který působí po dobu jednoho roku. Na souboru 2 277 uživatelék byla zjištěna vysoká spolehlivost, bezpečnost srovnatelná s perorálními přípravky, výborná kontrola cyklu i rychlý návrat fertility^{5/}.

Dále je testován vaginální kroužek s progesteronem, který je zaměřen na cílovou skupinu kojících žen.

Zajímavé bude sledovat, zda se uplatní na trhu další zkoušené aplikační cesty, jako jsou transdermální gely či spreje (kombinace estradiolu a nestoronu), nebo vaginální gel obsahující levonorgestrel, který působí až 5 dní po styku (využití i jako postkoitální kontracepce).

Žádná z nově zavedených látek, kombinací či metod hormonální antikoncepce zatím neznamenají posun v oblasti kontraindikací. Na zodpovězení otázky zda bude možné některé z novinek považovat za bezpečnější, např. z hlediska rizik tromboembolických komplikací, je třeba několikaletých epidemiologických studií na velkých souborech uživatelék.

Pro úplnost uvádíme platné **kontraindikace užívání COC** – vodítkem je doporučení WHO v Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 4. edice (2010) s přihlédnutím k českému Doporučení k předpisu kombinované hormonální antikoncepce, aktualizovanému v roce 2005^{10,11/}:

NOVINKY V HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCI

- Šestinedělí. V prvních 3 týdnech po porodu u nekojících žen, do konce šestinedělí u kojících žen (dle doporučení WHO. České doporučení považuje laktaci za absolutní kontraindikaci do konce 6. měsíce po porodu).
- Věk nad 35 let a kouření více než 15 cigaret denně.
- Hypertenze, neléčená nebo obtížně korigovatelná, s arteriálními komplikacemi.
- Hluboká žilní trombóza, osobní anamnéza hluboké žilní trombózy (povrchové varixy a povrchová tromboflebitis nejsou kontraindikací). Hereditární trombofilní stavy, např. Leidenská mutace, deficit antitrombinu III, deficit proteinů C a S, mutace genu pro protrombin.

Pozn.: plošné hematologické vyšetření před předpisem COC není indikováno ani doporučováno (odbornými společnostmi ani WHO), vhodné je v případě pozitivní rodinné anamnézy (příbuzní 1. linie s výskytem TEN ve věku pod 45 let). Pozitivní antifosfolipidové protilátky. Dlouhodobá imobilizace. Operace zatížená vysokým rizikem vzniku hluboké žilní trombózy.

- Ischemická choroba srdeční, cévní mozková příhoda.
- Komplikované srdeční vady (plicní hypertenze, riziko fibrilace síní, subakutní bakteriální endokarditis).
- Migréna s aurou. Migréna bez aury vzniklá při užívání COC u ženy starší 35 let, kuřáček.
- DM s orgánovými komplikacemi (vaskulopatie), u kuřáček nad 35 let.
- Karcinom prsu do 5 let po léčbě.
- Aktivní virová hepatitis (nosičství viru není kontraindikace).
- Dekompenzovaná cirhóza, m. Wilson, sy. Budd-Chiari, nádory jater (fokální nodulární hyperplázie není kontraindikací).

V problematice vlivu kombinované hormonální antikoncepce na některé nádory byl znovu potvrzen protektivní vliv na rozvoj ovariálního karcinomu. Metaanalýza publikovaná v Lancetu potvrdila nižší riziko rozvoje ovariálního karcinomu, které přetrvává až 30 let po vysazení a platí i pro nositelky hereditárního rizika (mutace BRCA)^{12/}. Ojedinelá britská studie na kohortě 744 000 uživatelů COC a 339 000 žen v kontrolní skupině zjistila z hlediska onkologické problematiky celkově protektivní vliv COC. U uživatelů COC nezjistila vyšší riziko karcinomu prsu (RR 0.98)^{13/}, které bylo ale zvýšené v dřívější metaanalýze 54 studií z roku 1996^{14/}.

KOMBINOVANÁ KONTRACEPTIVA S DROSPIRENONEM – PŘEHODNOCENÍ RIZIKA VENÓZNÍHO TROMBOEMBOLISMU

Převzato z bulletinu Informační zpravodaj nežádoucí účinky léčiv, 3/2011, www.sukl.cz.

Riziko venózního tromboembolismu (VTE) spojené s užíváním kombinovaných orálních kontraceptiv (combined oral contraceptives – COC) je známo již od doby uvedení prvních přípravků na trh v šedesátých letech minulého století. Hluboká žilní trombóza a/nebo plicní embolie jsou závažné nežádoucí účinky, které byly hlášeny při užívání všech COC. VTE je multifaktoriální onemocnění a užívání COC bylo identifikováno jako jedno z rizik při-

Závěr

V současné době je k dispozici široké spektrum antikoncepčních metod a přípravků, které umožňují maximálně individuální přístup při jejich volbě pro konkrétní ženu. Moderní přípravky jsou spolehlivé, bezpečné a dobře snášené a kromě kontracepčního účinku přinášejí i řadu prospěšných nekontracepčních vlastností. I tak je důležitý další výzkum a vývoj v této oblasti, který může v budoucnu znamenat další posun v bezpečnostním profilu i zlepšení compliance.

Literatura:

1. Meade TW, Greenberg G, Thompson SG. Progestogens and cardiovascular reactions associated with oral contraceptives and a comparison of the safety of 50- and 30-microgram oestrogen preparations. *Br Med J* 1980; 280: 1157-1161.
2. Fanta M. Kombinovaná hormonální antikoncepce, *Postgraduální medicína*, 2009, 11, 4: 247-250.
3. Parke S. Bleeding patterns and cycle control with a novel four-phasic COC containing estradiol valerate and dienogest + Efficacy and tolerability of an innovative four-phasic COC containing estradiol valerate and dienogest, 10th Congress of ESC, 2008.
4. Christin-Maitre S, Serfaty D, Chabbert-Buffet N, Ochsenein E, Chassard D, Thomas JL. Comparison of a 24-day and a 21-day pill regimen for the novel combined oral contraceptive, norgestrel acetate and 17β-estradiol (NOMAC/E2): a double-blind, randomized study. *Hum Reprod*. 2011 Jun; 26(6): 1338-47. Epub 2011 Mar 18.
5. *Eu J Contraception Reprod HealthCare*, Book of Abstracts, vol. 15, suppl. 1, 11th Congress of ESC, May 2010.
6. Pearlstein TB, Bachmann GA, Zacur HA, et al. Treatment of premenstrual dysphoric disorder with a new drospirenone-containing oral contraceptive formulation. *Contraception* 2005; 72(6): 414–21.
7. Yonkers KA, Brown C, Pearlstein TB, et al. Efficacy of a new low-dose oral contraceptive with drospirenone in premenstrual dysphoric disorder. *Obstet Gynecol* 2005; 106(3): 492–501.
8. Sulak PJ, Scow RD, Preece C, et al., Hormone withdrawal symptoms in oral contraceptive users, *Obstet Gynecol* 2000, 95, 261-266.
9. Creinin M.D., Multicenter comparison of contraceptive ring and patch: randomized controlled trial, *Obstet Gynecol* 2008, 111, 266-277.
10. Medical Eligibility for Contraceptive Use, 4th Edition, 2010, www.who.int/reproductivehealth.
11. Čepický P, Cibula D, et al., Doporučení k předpisu kombinované hormonální antikoncepce, aktualizace 2005, *Čes. Gynekol.* 2005, 70, 465-468.
12. Collaborative Group on Epidemiological Studies of Ovarian Cancer, Beral V. Ovarian cancer and oral contraceptives: collaborative reanalysis of data from 45 epidemiological studies including 23,257 women with ovarian cancer and 87,303 controls. *Lancet* 2008; 371(9609):303–14.
13. Hannaford PC, Cancer risk among users of oral contraceptives: cohort data from the Royal College of General Practitioners' oral contraception study. *BMJ* 2007; 335:651.
14. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormonal contraceptives: Collaborative reanalysis of individual data on 53,297 women with breast cancer and 100,239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. *Lancet* 1996; 347:1713–1727.

spívajících k jeho vzniku. Dle epidemiologických studií je výskyt VTE v populaci žen, které neužívají COC a nejsou těhotné, kolem 5–10 případů na 100 000 žen v průběhu 1 roku. Užívání COC toto základní riziko zvyšuje 2–4krát. U uživatelů COC se VTE objevuje asi u 20–40 žen na 100 000 v průběhu 1 roku. Ještě vyšší výskyt je u těhotných, kde je incidence VTE 60 na 100 000 těhotných. V 1–2 % případů je VTE (plicní embolie) smrtelná.

Již dříve bylo známo, že riziko VTE související s užíváním COC závisí na délce užívání antikoncepce (nejvyšší riziko je udáváno

KOMBINOVANÁ KONTRACEPTIVA S DROSPIRENONEM

v prvním roce užívání) a na dávce estrogenní složky^{1/}. Dále bylo pozorováno, že výskyt VTE se může lišit i s ohledem na gestagenní složku přípravku, přičemž jako nejméně rizikové v této oblasti se ukázaly COC s obsahem levonorgestrelu (tzv. druhá generace COC) a jako nejvíce rizikové naopak COC obsahující desogestrel nebo gestoden (tzv. třetí generace). Pro novější progestageny není míra rizika VTE často známa. Drospirenon se původně s ohledem na riziko VTE zdál být srovnatelný s nejméně rizikovým levonorgestrem. Dvě prospektivní kohortové studie provedené držitelem rozhodnutí o registraci léčivého přípravku Yasmin (v ČR je obchodován pod jménem Yadine), evropská studie EURAS^{2/} a americká studie Ingenix^{3/} ukázaly, že riziko VTE u uživatelů přípravku Yasmin je srovnatelné s rizikem u uživatelů COC druhé generace. Posun v odhadu rizika nastal po publikaci dalších studií v roce 2009. Dvě epidemiologické studie, retrospektivní kohortová studie autorů Lidegaard et al.^{4/} a case control studie autorů van Hylckama Vlieg et al.^{5/} zjistily, že riziko VTE u uživatelů Yasmin je někde mezi rizikem uživatelů COC obsahujících levonorgestrel a rizikem uživatelů COC obsahujících nejrizikovější desogestrel nebo gestoden. Publikace těchto studií vedla v roce 2010 k aktualizaci textů doprovázejících přípravky kombinovaných orálních kontraceptiv obsahujících drospirenon. V dubnu 2011 byly publikovány další studie^{6,7/} věnující se tomuto tématu, ve kterých bylo potvrzeno, že drospirenon je s ohledem na riziko VTE rizikovější než levonorgestrel a že riziko VTE může být stejně vysoké jako u nejrizikovějších progestagenů desogestrelu a gestagenu, což znamená významný posun od původního odhadu. **Všechny dosud publikované studie znovu přehodnotila Pracovní skupina pro farmakovigilanci Evropské lékové agentury a došla k závěru, že drospirenon je s ohledem na VTE skutečně rizikovější, než bylo dříve uváděno, a doporučila aktualizaci textů doprovázejících všechny přípravky s jeho obsahem indikované jako kontraceptiva^{8/}.**

Výskyt VTE, ačkoli se jedná o závažný, až potenciálně smrtelný nežádoucí účinek, zůstává nadále vzácný a není důvod, aby ženy přestaly kontraceptiva s obsahem drospirenonu užívat. Lékaři by však při předepisování a výběru vhodné COC

měli brát tyto nové informace v úvahu a na riziko VTE musí vždy pamatovat. Při nasazení antikoncepce nové pacientce je především důležité zhodnotit možné rizikové faktory VTE. Proto je nezbytné pečlivě odebrat osobní i rodinnou anamnézu zaměřenou na výskyt VTE a trombofilních dispozic. U žen, které v minulosti VTE prodělaly, je COC kontraindikována. V případě, že je pozitivní rodinná anamnéza, je před předepsáním COC vhodné zvážit doplňující vyšetření (screening trombofilních stavů) a případně konzultaci s klinickým hematologem. Ženu je třeba před nasazením jakékoli COC informovat o možném riziku VTE, o situacích, které toto riziko dále zvyšují (např. zranění spojené s imobilizací, dlouhé cestování apod.) a o možných projevech tohoto onemocnění. Ženy je nutno poučit, že v případě, kdy se u nich projeví symptomy VTE, musí co nejdříve vyhledat lékaře.

Literatura:

1. Battiger LE, et al. Oral contraceptives and thromboembolic disease: effects of lowering estrogen content. *Lancet* 1: 1097, 1980.
2. Dinger JC, Heinemann LA, Kühl-Habich D. The safety of a drospirenone-containing oral contraceptive: final results from the European Active Surveillance Study on oral contraceptives based on 142,475 women-years of observation. *Contraception* 2007; 75: 344-54.
3. Seeger JD, Loughlin J, Eng PM, Clifford CR, Cutone J, Walker AM. Risk of thromboembolism in women taking ethinylestradiol/drospirenone and other oral contraceptives. *Obstet Gynecol* 2007; 110: 587-93.
4. Lidegaard Ø, Løkkegaard E, Svendsen AL, Agger C. Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: national follow-up study. *BMJ* 2009; 339: b2890.
5. van Hylckama Vlieg A, Helmerhorst FM, Vandenbroucke JP, Doggen CJ, Rosendaal FR. The venous thrombotic risk of oral contraceptives, effects of oestrogen dose and progestagen type: results of the MEGA case-control study. *BMJ* 2009 Aug 13; 339: b2921.
6. Jick SS, Hernandez RK. Risk of non-fatal venous thromboembolism in women using oral contraceptives containing drospirenone compared with women using oral contraceptives containing levonorgestrel: case-control study using United States claims data. *BMJ* 2011 Apr 21; 342: d2151.
7. Parkin L, Sharples K, Hernandez RK, Jick SS. Risk of venous thromboembolism in users of oral contraceptives containing drospirenone or levonorgestrel: nested case-control study based on UK General Practice Research Database. *BMJ* 2011 Apr 21; 342: d2139.
8. PhVWP Monthly Report – May 2011: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Report/2011/05/WC500106708.pdf

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*, Časopisu českých lékárníků a Zdravotnických novin vydavatelství Ambit Media.

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: Prof. MUDr. Š. Alušík, CSc., IPVZ; PharmDr. M. Beneš, SÚKL; Doc. MUDr. J. Fanta, DrSc., FN Bulovka; RNDr. J. Kramlová, lékárna VFN; MUDr. J. Lyer, Sante; Doc. MUDr. Jitka Patočková, PhD., Ústav farmakologie 3.LF UK; Doc. MUDr. B. Seifert, PhD., Ústav všeobecného lékařství 1.LF UK; 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; Prof. 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 ISSN 1211 - 0647

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).





Foto: www.shutterstock.com

Změna stavovského předpisu č. 16



Celoživotní vzdělávání lékařů a jeho organizace patří mezi nejdůležitější úkoly České lékařské komory. Z toho důvodu je nezbytné sledovat nejen měnící se potřeby a nároky lé-

kařů v této oblasti, ale též trendy vývoje celoživotního vzdělávání lékařů v Evropě i ve světě. V tomto smyslu a z těchto důvodů představenstvo ČLK přijalo převážně technicko-administrativní změnu Stavovského předpisu č. 16 ČLK.

Tato změna vyplývala nejen z kontinuační potřeby sladování systému celoživotního vzdělávání lékařů v České republice se systémem zaváděným v evropských zemích, ale také z nutnosti upravit některé administrativní prvky, které celý proces celoživotního vzdělávání a vedení registru vzdělávacích akcí zjednoduší a zefektivní.

V tomto smyslu se jedná především o tyto změny:

- sladění některých prvků s požadavky evropských autorit,
- vyjasnit některé skutečnosti, které z aktuální verze nevyplývají (např. že pořádání a garance akcí je pouze v rámci ČR),
- formalizovat některé prvky, které aktuální

verze neobsahuje (např. proces certifikace e-learningu),

- zavést poplatky za administrativní úkony, které při zařazování akcí odlišných subjektů od ČLK tato nese na svůj úkor.

Výše uvedené změny jsou čistě technicko-administrativního rázu a nemění podstatu ani dosavadní pojetí předpisu.

Mezi základní přijaté změny ve Stavovském předpisu č. 16 dále patří:

- vytvoření přílohy a přesunutí administrativních výčtů do ní – účelem této změny je zpřehlednění požadavků SP 16 – a tím usnadnění procesu akreditace pro žadatele,
- omezení maximálního počtu kreditů za jednu vzdělávací akci na 16 kreditů – toto odpovídá předchozí verzi SP 16, kde maximální počet kreditů byl jeden certifikát (rovno 16 kreditům),
- formalizace postupu žádosti o certifikaci e-learningového systému,
- řešení otázky komerční prezentace v e-learningovém systému,
- specifikace „studia odborné literatury“ jakožto vzdělávací „akce“,
- stanovení poplatků za administrativní úkony pro subjekty odlišné od ČLK,
- zjednodušení hodnocení jiných aktivit, než jsou běžné vzdělávací akce (publikace apod.).

Tyto změny by měly vyjasnit a zjednodušit proces akreditace vzdělávacích akcí a jejich zařazování do registru ČLK a zároveň omezit náklady, které ČLK s posuzováním a zařazováním vzdělávacích akcí nese na svůj úkor.

Další poměrně výraznou změnou je navýšení požadovaného počtu kreditů za období 5 let pro účely vydání Diplomu celoživotního vzdělávání, a to ze stávajících 50 kreditů na 150 kreditů. Tato změna byla provedena z důvodu harmonizace s praxí v Evropské unii, kdy Česká republika s požadavkem 50 kreditů za 5 let patřila mezi země s nejmenšími nároky v oblasti celoživotního vzdělávání lékařů. Tato změna nabude účinnosti od 1. 1. 2013 s tím, že do konce roku 2012 mohou všichni členové ČLK žádat o vydání Diplomu celoživotního vzdělávání při splnění dosavadních podmínek, tedy získání 50 kreditů za posledních 5 let.

Změny Stavovského předpisu č. 16, jak ve smyslu technicko-administrativních změn, tak ve smyslu zvýšení nároků na lékaře, by měly vést ke zlepšení kvality celoživotního vzdělávání v České republice a srovnatelné úrovni s ostatními evropskými zeměmi.

PhDr. Radek Ptáček



Bílá kniha celoživotního vzdělávání lékařů

V roce 2010 bylo toto úsilí završeno vydáním tzv. „Bílé knihy celoživotního vzdělávání lékařů“ – „White Paper on Continuing Medical Education in Europe“, která shrnuje obvyklou praxi v evropských zemích a zároveň vydává určitá doporučení ke sjednocení praxe. Podtitul publikace je výrazně provokativní – „Continuing Medical Education – Revolution or Evolution?“ (Celoživotní vzdělávání lékařů – evolve, nebo revoluce?) a odráží její účel i snahu transformovat celoživotní vzdělávání lékařů do systému, který bude alespoň v základních obrysech v evropských státech shodný. Účelem není celoživotní vzdělávání unifikovat ve všech aspektech, ale vytvořit základní pravidla, která lze aplikovat na stávající národní podmínky. Cílem této snahy je dosáhnout alespoň rámcové srovnatelnosti i v této oblasti, zvláště proto, že mezi jednotlivými evropskými státy existují stále poměrně velké rozdíly, což představuje určitý problém právě při možnosti volného pohybu, kdy lékaři jsou sice na základní úrovni odborné způsobilosti srovnatelní, nicméně jejich úroveň kontinuálního zvyšování kvalifikace se liší. V tomto smyslu jsou základní doporučení především v oblasti hodnocení vzdělávacích akcí:

- 1 vzdělávací hodina** – 1 kredit CME
- ½ dne vzdělávání** – 3 kredity CME
- celý den vzdělávání** – 6 kreditů CME

V oblasti doporučení počtu vzdělávacích kreditů za 1 rok nejsou oficiální doporučení vydána, ovšem většina evropských zemí při-

Harmonizace vzdělávání lékařů v Evropě

Celoživotní vzdělávání ve smyslu kontinuálního udržování a zvyšování odbornosti patří mezi nedílnou součást výkonu lékařské profese. I přesto, že právě lékařské profese patří dle Evropských směrnic, zvl. Směrnice Rady 93/16/EHS „O usnadnění volného pohybu lékařů a vzájemného uznávání jejich diplomů, osvědčení a jiných dokladů o dosažené kvalifikaci“ a Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2005/36/ES „O uznávání odborných kvalifikací“ mezi tzv. **regulované profese**, což znamená, že **pregraduální i postgraduální vzdělávání se řídí společnými předpisy, spadá problematika celoživotního vzdělávání („Continual Medical Education“ – dále jen „CME“)** do kompetence národních profesních správ a samospráv.

Nicméně existují evropské autority, které vyvíjejí významnou a jednoznačnou snahu o harmonizaci i v této oblasti. Jedná se především o „The Standing Committee of European Doctors“ (CPME), která dále zřídila zvláštní komisi pro celoživotní vzdělávání lékařů „The European Accreditation Council for Continuing Medical Education“ (EACCME) a dále také organizace „European Union of Medical

Specialists“ (UEMS). Základní snahou těchto organizací je sjednocování celoživotního vzdělávání lékařů v rámci Evropské unie. A to na úrovni formy, kvality, způsobů financování, ale i způsobu hodnocení a nároků na samotné lékaře.

Tabulka 1: Hodnocení CME v evropských zemích s povinným CME

Země	CME povinné	Počet kreditů za rok	Počet kreditů za období
Rakousko	ano	50	150 (3 roky)
Belgie	ano	200	neuveдено
Německo	ano	50	250 (5 let)
Řecko	ano	neuveдено	
Maďarsko	ano	50	250 (5 let)
Irsko	ano	50	250 (5 let)
Itálie	ano	50	150 (3 roky)
Rumunsko	ano	40	200 (5 let)
Slovensko	ano	50	250 (5 let)
Chorvatsko	ano	120	neuveдено
Velká Británie	ano	50	250 (5 let)
Baltické státy	ano	40	200 (5 let)
Polsko	ano	40	200 (5 let)
Slovinsko	ano	75	neuveдено
Švýcarsko	ano	50	150 (3 roky)
Kypr	ano	50	150 (3 roky)

Tabulka 2: Hodnocení CME v evropských zemích s nepovinným CME

Země	CME povinné	Počet kreditů za rok	Počet kreditů za období
Island	ne	2 týdny ročně	
Malta	ne	neuvedeno	
Bulharsko	ne	50	150 (3 roky)
Nizozemsko	ne	neuvedeno	
Finsko	ne	50	150 (3 roky)
Bulharsko	ne	50	150 (3 roky)
Nizozemsko	ne	X	X
Finsko	ne	50	150 (3 roky)
Norsko	ne	povinná recertifikace po 5 letech	
Portugalsko	ne	kreditní systém se zavádí	
Španělsko	ne	kreditní systém se zavádí	
Švédsko	ne	doporučeno 10 dní ročně + 1/2 týdně	
Turecko	ne	30	150 (5 let)

stupuje k modelu **povinného celoživotního vzdělávání** s nárokem **40–50 kreditů za jeden rok**. Další oblasti, které „*Bílá kniha*“ řeší, jsou především:

- poskytovatelé CME,
- zdroje financování,
- akreditační proces,
- způsoby zhodnocení CME kreditů,
- úloha národních profesních správ a samospráv.

Specifika CME v evropských státech

Samotný způsob a forma organizace celoživotního vzdělávání náleží plně do národních kompetencí. Vzhledem k tomu, že se forma CME i jeho způsoby hodnocení v rámci evropských zemí stále liší, uvádíme v následujících tabulkách informace o základních parametrech.

Z výše uvedených tabulek je zřejmé, že většina členských zemí akceptuje model povinného celoživotního vzdělávání lékařů s nárokem 40–50 kreditů za rok. V zemích, kde není celoživotní vzdělávání povinné, se buď podle informací národních komor zavádí (např. Turecko, Portugalsko, Španělsko), nebo existuje systém periodické recertifikace (např. Norsko). Česká republika dle minulého SP 16 požadovala 10 kreditů za rok, při požadavku 50 kreditů za období 5 let. V kontextu evropských zemí – členů i nečlenů EU i zemí na hranici Evropy (např. Turecko) – Česká republika patřila mezi země s nejmenšími nároky v oblasti celoživotního vzdělávání lékařů.

Otázka dalších aktivit

Specifickou otázkou, v rámci CME, je hodnocení jiných než vyloženě vzdělávacích aktivit. Tedy aktivit, jako jsou psaní odbor-

ných článků, vystoupení na konferenci, pedagogická činnost aj. Zmiňované evropské instituce a dokumenty tuto otázku neřeší, protože výslovně uvádějí, že celoživotní vzdělávání lékařů jsou aktivity, které vedou ke zvyšování a udržování odborné způsobilosti, což u řady specifických aktivit může být minimálně nejasné, a proto se v řadě evropských států takovéto specifické činnosti do celkového CME vůbec nezapočítávají. Následující tabulka uvádí, jakým způsobem hodnotí evropské země v rámci CME jiné aktivity, než jsou klasické vzdělávací kurzy a semináře.

ZEMĚ	HODNOCENÍ
Švýcarsko	<i>Hodnotí tyto specifické aktivity:</i> – implicitně 30 kreditů za dané období za osobní studium, např. četba, publikace apod.
Slovensko	<i>Hodnotí tyto specifické aktivity:</i> – hodnotí se samostatně publikační, pedagogická a další činnost, hodnocení je velice komplikované
Rumunsko	<i>Hodnotí tyto specifické aktivity:</i> – 1 hodina vědecké akce (sympozium, konference, workshop atd.) – 0,75 kreditu – publikace – 15 až 50 kreditů podle vědecké kvality
Maďarsko	<i>Hodnotí tyto specifické aktivity:</i> – lektorská činnost – 3 kredity, s testem 5 kreditů – vědecká konference – 10 kreditů – přednášející na VK v maďarštině – 10 kreditů, spoluautor – 5 – přednášející na VK v cizím jazyce – 30 kreditů, spoluautor – 20 – skripta – autor – 40, spoluautor – 20, redaktor – 30 kreditů – článek podle určujícího faktoru (citovanost) – 50 – autor, 30 – spoluautor – jiná vzdělávací činnost – 20 – autor, 10 – spoluautor, 10 – redaktor
Německo	<i>Hodnotí tyto specifické aktivity:</i> – prezentace na odborné akci 1 kredit/hod., max. 5-15 kreditů vědecká publikace – prezentace, publikace – autor – 1 kredit individuální studium – 30/50 kreditů za 3/5 let
Slovinsko	<i>Hodnotí tyto specifické aktivity:</i> – max. 5 kreditů za publikování odborného článku
Norsko	<i>Hodnotí tyto specifické aktivity:</i> – publikování v odborném IF časopise – 50 kreditů – autor, 25 – spoluautor – skripta – autor hodnocen individuálně specializačním výborem

Informace byly získány rozesláním dotazníků na evropské lékařské komory. Země, které v tabulce uvedeny nejsou, ve většině vůbec specifické aktivity jako publikace neřeší nebo podklady nedodaly.

Jak je zřejmé, hodnocení specifických aktivit je v řadě evropských zemí stále poměrně různé. Nicméně i v této oblasti lze jistě brzy očekávat minimálně stanoviska k postupnému sladování této praxe.

Snaha o základní rámec a pravidla

Přestože celoživotní vzdělávání lékařů v evropských zemích stále spadá do kompetence národních správ a samospráv, lze sledovat jednoznačnou snahu evropských odborných autorit vytvořit základní rámec a pravidla, která budou pro jednotlivé členské státy závazná a vytvoří tak alespoň základní platformu srovnatelného systému celoživotního vzdělávání lékařů v jednotlivých státech Evropské unie. V tomto smyslu by Česká republika měla jednoznačně tyto aktivity podpořit a stávající systém k těmto společným standardům postupně i přibližovat.

PhDr. Radek Ptáček

Použitá literatura:

Continuing Medical Education – Revolution or Evolution? MedEd Global Solutions, 2010.

[dostupné na: www.continuingmedicaleducation-europe.com]

Co bude dál?

Oččanské sdružení Mladí lékaři v posledním roce intenzivně usiluje o kultivaci a racionalizaci podmínek postgraduálního vzdělávání lékařů v ČR. Jsme totiž přesvědčeni, že pouze reálně splnitelné podmínky pro získání atestace včetně adekvátní finanční podpory specializačního vzdělávání ze strany státu společně s důstojnými organizačními a ekonomickými podmínkami výkonu lékařského povolání mohou do budoucna garantovat kvalitu a personální stabilitu českého zdravotnictví.

Zrušení kvalifikačních dohod – ministerstvo ano, kraje ne

Jednoznačným posunem v naší snaze o zlepšení podmínek mladých lékařů bylo zrušení kvalifikačních dohod v organizacích přímo řízených MZ ČR (fakultní nemocnice, psychiatrické léčebny, vybrané ústavy atd.). Podpis kvalifikačních dohod byl podmínkou pro absolvování úplného specializačního výcviku a zároveň striktně zavazoval mladého lékaře k práci pro daného zaměstnavatele po dobu až pěti let po složení atestace, to vše pod hrozbou až 500 000 Kč pokuty při porušení této dohody. MZ ČR v lednu 2011 nařídilo svým přímo řízeným organizacím zrušení již uzavřených kvalifikačních dohod a do budoucna neuzavírání dalších.

Nemocnic zřizovaných kraji, městy nebo privátními subjekty se zrušení kvalifikačních dohod, legislativně zakotvených v zákoníku práce, bohužel netýká. MZ ČR nemá ze zákona kompetenci nařídit těmto zřizovatelům jejich zrušení. Mladí lékaři, o. s., opakovaně jednali se zástupci Asociace krajů ČR s požadavkem na zrušení kvalifikačních dohod též v nemocnicích zřizovaných kraji. Kraje tento krok podmiňují racionalizací specializačního vzdělávání včetně jeho financování a praxi kvalifikačních dohod v nezměněné podobě alibisticky nadále uplatňují. Tento nepříznivý stav pravděpodobně zvrátí, ve světle již patrného nedostatku lékařů na trhu práce v krajích, až jasně deklarovaná neochota nynějších absolventů na stávající podmínky kvalifikačních dohod přistupovat.

Maximální ceny specializačních stáží

Jako dílčí úspěch vnímáme určení cenového stropu za specializační stáž v přímo řízených organizacích MZ ČR na částce

350 Kč/den nebo 5000 Kč/měsíc. Tento výsledek považujeme za dočasný kompromis při nynějším nevyhovujícím modelu financování specializačního vzdělávání lékařů. Zde je třeba připomenout slova pana ministra Hegera, že postgraduální vzdělávání zdravotníků je vedle poskytování léčebně preventivní péče hlavním úkolem a posláním fakultních nemocnic. Optimální by tedy bylo narovnat absurdní stav, kdy školenc v podstatě platí za práci, kterou často pro dané školící zdravotnické zařízení v rámci praxe vykonává. Pokud by byla školící pracoviště dostatečně personálně vybavena, školitelé adekvátně finančně ohodnoceni, a tedy k výuce mladších kolegů snad i více motivováni, nepovažovali bychom my ani někteří naši zaměstnavatelé přiměřenou platbu za specializační stáž za až tak absurdní...

Kvalitní postgraduální vzdělávání lékařů je pro stát sice nákladné, to nekvalitní je však ve svých důsledcích pro celý systém zdravotnictví mnohem dražší, nehledě na kvalitu péče a bezpečnost pacienta. Z toho plyne, že je nutné intenzivně hledat cesty, jak objem financí určených na postgraduální vzdělávání lékařů navýšit.

Změny vzdělávacích programů

V oblasti slibovaných změn náplně vzdělávacích programů došlo v uplynulých měsících ke sjednocení a zkrácení tzv. „všeobecného kolečka“ pro všechny základní kmeny na 6 měsíců i k dalším zjednodušením v rámci některých vzdělávacích kmenů. Naopak zklamání jsme výslednou podobou vzdělávacích programů základních oborů – chirurgie, vnitřní lékařství a pediatrie (viz http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/lekari_4935_3.html), kde i přes naši snahu došlo v podstatě pouze ke kosmetickým změnám. Naše argumentace enormní finanční náročností a omezených možností reálného splnění takto extenzivně pojatých vzdělávacích programů nebyla jejich tvůrci reflektována. Podle našeho názoru však platí, že kvalita specializačního vzdělávání je dána jeho reálnou, nikoli formální podobou. Přílišná komplikovanost vzdělávacích programů a s tím spojené náklady přímo souvisejí s často pouze formálním absolvováním některých stáží, jak to známe z mnoha osobních svědectví.

Co bude dál? To nikdo neví

Předsednictvo ML, o. s., se v neposlední řadě intenzivně zabývá situací ohledně součas-

né role a perspektiv fungování IPVZ, zejména s ohledem na organizaci a cenotvorbu povinných specializačních kurzů. Cenotvorbu těchto kurzů považujeme za vysoce netransparentní. ML, o. s., proto opakovaně žádali o podstatné snížení jejich ceny, která v současnosti činí asi 1000 Kč za den školení. Další krucifiální otázkou nejen pro mladé lékaře je plánované převedení organizace postgraduálního vzdělávání z IPVZ na lékařské fakulty univerzit. Jako alarmující vnímáme fakt, že i když je činnost IPVZ již v útlumu, není vůbec jasné, kdy a jakým způsobem lékařské fakulty převzou jeho roli. Přesně to patrně neví ani samo ministerstvo zdravotnictví... Podle informací MZ je jasné pouze to, že smlouva mezi univerzitami a MZ, pověřující lékařské fakulty organizací specializačního vzdělávání, nebyla dosud podepsána. Do konce roku 2011 budou tedy atestační zkoušky organizovány IPVZ.

K pozitivním změnám, které naše sdružení iniciovalo, patří tzv. malá novela zákona č. 95/2004 Sb., o vzdělávání zdravotníků, která nyní prochází schvalovacím procesem v parlamentu. Novela mimo jiné upraví podmínky dotačního programu Rezidenční místa – nárok na dotaci bude mít každý lékař po dobu základního kmene a vybrané obory pak po celou dobu specializačního vzdělávání. Novela zároveň ruší tzv. stabilizační dohody, které zavazovaly rezidenty k práci na území ČR po dobu minimálně pěti let od složení atestace a omezovaly možnost změny pracovního místa po dobu rezidentury.

Příjemnou zprávou také je, že se nám ve spolupráci s ČLK podařilo s platností od 1. 8. 2011 prosadit snížení poplatku za první termín atestační zkoušky z původních 3000 Kč na nynějších 500 Kč.

Přes tyto dílčí úspěchy vnímáme nadále vzdělávací, pracovní a ekonomické podmínky lékařů v ČR jako nevyhovující. Naším cílem je stav, kdy se reálně vzdělávací i pracovní podmínky mladých lékařů v ČR přiblíží podmínkám obvyklým ve vyspělých zemích EU. Z našich dosavadních zkušeností i reálného vývoje však plyne, že pozitivní změny samy nepřijdou – na kvalitních a fungujících řešeních je třeba pracovat. Dovolujeme si vás proto tímto požádat o podporu v našem úsilí, ať už formou aktivní spolupráce, členství, nebo finančního příspěvku na naši činnost.

www.mladilekari.com



Smrt přepracovaného lékaře v Polsku

V minulém čísle Tempusu jsme přinesli šokující zprávu z médií o smrti polského lékaře po několikadenní nepřetržité službě. Vzhledem k závažnosti této smutné skutečnosti jsme požádali kolegy z Polské lékařské a stomatologické komory o bližší informace. Zde je překlad vyjádření prezidenta dr. Hamankiewiczze.

Jsmo šokováni smrtí našeho kolegy anesteziologa, který zemřel v Głubczyci po několik dní po sobě trvající pohotovostní službě.

Dnes celé Polsko věnuje pozornost příčině jeho smrti, a zejména důvodům, které ho vedly k tomu, pracovat tak vyčerpávajícím způsobem. Jsme si vědomi toho, že v Polsku mnoho lékařů pracuje nad rámec svých sil. Vyplývá to především z nepřiměřeného omezení základních odměn pro lékaře a zubaře. Lékař v Polsku namísto slušného příjmu za práci na jednom pracovišti obdrží jen nízkou základní mzdu, což ho vede k rozhodnutí přijmout další výdělečnou činnost: pohotovostní služby, práce v soukromých zdravotnických zařízeních, provoz soukromé praxe. Už roky naše profesní samospráva lékařů a stomatologů požaduje, aby odměny pro lékaře byly určeny zákonem. V roce 2006 jsme volali po stanovení minimální odměny na úroveň dvojnásobku průměrné mzdy v Polsku. Dali jsme jasně najevo, že jinak hrozí nebezpečí, že pacienti budou ošetřováni vyčerpanými lékaři, kteří budou nuceni přijmout další práci vzhledem k nízkému platu.

Avšak místo pracovních smluv s pevnou minimální odměnou bylo lékařům v mnoha zdravotnických zařízeních nabízeno uzavření občanskoprávních smluv. Někteří lékaři uzavřeli smlouvy, které pokrývaly celou jejich práci, zatímco někteří podepsali smlouvy pouze na pohotovostní služby. Změna právní formy jejich zaměstnání se ne vždy ukázala jako výhodná. Nebylo vzácností, když lékař uzavřel smlouvu s několika zaměstnavateli nebo vykonával další pohotovostní služby.

Příliš mnoho povinností, které na sebe lékaři berou, může představovat ohrožení života – nenadálá smrt našeho kolegy je toho příkladem. A vyvstává hned další otázka: je naše vyčerpanost potenciálním nebezpečím

pro naše pacienty? Nepochybuji o tom, že je. U přepracovaného lékaře, který i přesto převezme odpovědnost za zdraví a život pacientů, je mnohem větší pravděpodobnost spáchání profesního pochybení. A proto polská profesní samospráva lékařů a stomatologů nevzdává úsilí za přijetí jednotné vysoké odměny za práci (vykonávanou na jednom pracovišti).

Polský parlament nedávno schválil nový zákon o lékařské činnosti, který vstoupil v platnost 1. července. Zákon předpokládá, že zadlužené veřejné nemocnice budou přeměněny na obchodní společnosti. Naším cílem tedy je, aby lékaři v těchto nemocnicích, působících v podobě obchodních společností, byli odměňováni na vysoké úrovni, jelikož to je jediný způsob, jak se vyhnout neustálé práci přesčas a z toho pramenící vyčerpanosti směřující k nebezpečným důsledkům.

Polská komora lékařů a stomatologů bude nadále vyzývat ministra zdravotnictví, aby zavedl odpovídající předpisy.

Maciej Hamankiewicz,

prezident Polské lékařské a stomatologické komory

EVROPSKÁ CHARTA LÉKAŘSKÉ ETIKY

Evropská lékařská charta, schválená představiteli lékařských komor při jejich setkání na řeckém ostrově Kos v červnu 2011, shrnuje základní etické principy, jimiž se musí řídit lékaři při výkonu svého povolání.

Základní etické principy

Princip 1

Lékař chrání jak fyzické, tak duševní zdraví lidí. Lékař zmírňuje lidské utrpení při respektování kvality života a důstojnosti člověka, a to bez jakékoli diskriminace v čase míru i za války.

Princip 2

Lékař se zavazuje vždy upřednostňovat zájem pacienta a jeho zdraví nad zájmy ostatními.

Princip 3

Lékař poskytuje pacientovi vždy nejlepší a pro něho nejvhodnější péči, a to bez jakékoli diskriminace.

Princip 4

Lékař bere vždy v potaz prostředí, v němž pacient žije a pracuje, jako jednu z určujících podmínek pro jeho zdraví a kvalitu života.

Princip 5

Lékař je nenahraditelným důvěrníkem pacienta. Lékař dodržuje lékařské tajemství a nikdy nezneužije informace, které se při léčení pacienta dozvěděl.

Princip 6

Lékař využívá svých odborných znalostí k zlepšení či udržení zdraví těch, kteří mu důvěřují a kteří o to požádají; za žádných okolností



nesmí jednat k jejich neprospěchu.

Princip 7

Lékař využívá všech poznatků lékařské vědy ve prospěch svých pacientů.

Princip 8

Při dodržování své osobní nezávislosti v rozhodování lékař postupuje v souladu s principem účinnosti léčby, přičemž bere v úvahu spravedlivé využití dostupných finančních zdrojů.

Princip 9

Ochrana zdraví je spojena s trvalým úsilím o zachování osobní integrity pacienta.

Princip 10

Lékař nikdy nesmí souhlasit s používáním mučení nebo jakékoli formy kruté, nehumánní či ponižující léčby, a to z jakýchkoli příčin a za jakýchkoli okolností včetně občanského či válečného konfliktu. Nesmí být přítomen u takových postupů a nesmí se jich zúčastnit.

Princip 11

Lékař jednající vůči pacientovi,

at již jako prostý praktik, odborník, či člen instituce, musí zachovávat naprostou transparentnost ve všem, co se může jevit jako konflikt zájmu, a musí jednat zcela nezávisle, a to jak po stránce morální, tak i odborné.

Princip 12

Pokud právní, etické či odborné podmínky brání lékaři jednat zcela nezávisle, musí o tom vždy informovat pacienta. Pacientovo právo na kvalitní léčbu musí zůstat zaručeno.

Princip 13

Pokud se lékař rozhodne účastnit se protestní akce spočívající v omezení poskytování lékařské péče, není zproštěn etického závazku zajistit nezbytnou akutní péči.

Princip 14

Lékař není povinen vyhovět požadavkům pacienta na takové ošetření a léčbu, s níž nesouhlasí. Nicméně lékař bere při výkonu povolání ohled na svobodnou vůli pacienta.

Princip 15

Lékař vykonává své povolání v souladu se svým svědomím a s respektem k důstojnosti vlastní i ostatních lidí, a to vždy zcela nezávisle a svobodně.



Jak se bránit regulačním srážkám za rok 2010

V posledních týdnech obdržela řada zdravotnických zařízení od zdravotních pojišťoven tzv. výpočet regulačních mechanismů za rok 2010. Nejčastěji jsou uplatňovány regulační srážky za léky a vyžádanou péči.

Je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku, přestože s ní zdravotnické zařízení nesouhlasí?

Základním argumentem proti uplatnění regulační srážky za léky a zdravotnické prostředky nebo vyžádanou péči je ustanovení obsažené v úhradové vyhlášce na rok 2010 (a tedy ve většině případů i v úhradových dodatcích jednotlivých zdravotnických zařízení), která stanoví, že zdravotní pojišťovna regulační srážku za léky a zdravotnické prostředky, resp. vyžádanou péči **neuplatní**, pokud zdravotnické zařízení **odůvodní** poskytnutou zdravotní péči, na jejímž základě došlo k překročení průměrných úhrad. *Toto ustanovení je třeba vykládat tak, že zdravotní pojišťovna nesmí regulační srážku uplatnit, pokud zdravotnické zařízení s uplatněním regulace nesouhlasí a zdůvodní zdravotní péči, která překročení limitů způsobila.*

Bezodůvodné obohacování zdravotních pojišťoven

Smyslem regulačních mechanismů nemůže být obohacování zdravotních pojišťoven na úkor zdravotnických zařízení tím, že zdravotní péči, která je ze zákona hrazena z veřejného zdravotního pojištění, budou hradit zdravotnická zařízení, která ji indikovala. Smyslem regulačních mechanismů je zabránění poskytování zbytečné, nadbytečné nebo neodůvodněné nákladné zdravotní péče, přičemž zdravotní pojišťovna je pouze v takovém případě oprávněna „výúčtovat“ tuto péči indikujícímu zdravotnickému zařízení. Výše uvedená tzv. vyvíňovací klauzule má zabránit tomu, aby zdravotní pojišťovny uplatňovaly regulační srážky čistě mechanicky pouze na základě matematického výpočtu.

Pravdou je, že praxe není na aplikaci uvedeného ustanovení (odůvodňování zdravotní péče) připravena a zdravotní pojišťovny uvedené ustanovení vykládají a aplikují způso-

bem, který jim vyhovuje a co nejméně je časově a personálně zatěžuje. Tj. zdravotnickému zařízení na žádost zašlou seznam „nákladných pacientů“ a žádají, aby zdravotnické zařízení tuto veškerou péči odůvodnilo. Mnohdy se jedná o takový rozsah, že připravit odborné zdůvodnění není prakticky možné. V takovém případě doporučujeme zdůvodnit případy nejnákladnější péče, u kterých je zřejmé, že průměrný limit úhrady za léky nebo vyžádanou péči proti referenčnímu období navýšily, a u ostatních žádat zdravotní pojišťovnu, aby zdůvodnila, proč zrovna tyto případy označila za příčinu překročení limitů. Důvodem je skutečnost, že zdravotní pojišťovny často zasílají „sjetiny“ všech ošetřených pojištěnců, což je samozřejmě zcela v rozporu se shora uvedeným ustanovením, které požaduje odůvodnění pouze té *zdravotní péče, na jejímž základě došlo k překročení průměrných úhrad.*

Musí jít o dialog smluvních partnerů

Jednání o uplatnění regulační srážky musí mít s ohledem na dikci shora uvedené vyvíňovací klauzule podobu dialogu, kdy oba smluvní partneři (zdravotnické zařízení i zdravotní pojišťovna) musí při určení výše regulační srážky nutně spolupracovat, a to jak při vymezení zdravotní péče, kterou je třeba zdůvodnit (musí to být pouze péče, která zapříčinila překročení limitů), tak při posuzování odůvodnění, které musí za zdravotní pojišťovnu provést příslušný revizní lékař. Zdravotní pojišťovna je povinna zdravotnickému zařízení vysvětlit, proč jeho odborné zdůvodnění případně neakceptovala nebo akceptovala pouze částečně a jakým způsobem provedla případný nový výpočet regulační srážky. V písemné námitce lze proto žádat zdravotní pojišťovnu o osobní jednání ve věci tak, aby mohlo být postupováno podle smlouvy. Ze smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče vyplývá, že požadavku na osobní jednání je zdravotní pojišťovna povinna vyhovět do 14 dnů.

Pokud zdravotní pojišťovna písemné námitce s odborným zdůvodněním nevyhoví, popř. vyhoví pouze částečně, aniž svůj postup relevantně zdůvodní, **lze spor o uplatnění regulační srážky řešit formou smířčího jednání se zdravotní pojišťovnou.** Jedná se o způsob řešení sporů mezi smluvními part-

ner, který je dohodnutý ve smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče. Smířčí jednání se vyvolává písemným návrhem, jehož vzor spolu s dalšími informacemi právní oddělení ČLK členům ČLK na požádání poskytne.

K výše uvedenému lze doplnit, že je pochopitelné, že se zdravotní pojišťovny brání časově a personálně náročnému jednání o uplatnění regulačních srážek a postupují pro ně nejjednodušším způsobem – požadují odůvodnění velkého rozsahu poskytnuté zdravotní péče, aniž by bylo zřejmé, že se jedná právě o tu péči, která navýšila průměrné limity, na což zdravotnická zařízení často rezignují a písemnou námitku neuplatní, nebo na základě písemné námitky regulační srážku zdravotnickému zařízení „nějak“ poníží, aniž by bylo zřejmé, jak k novému výpočtu došlo. Valná většina zdravotnických zařízení se s určitým snížením regulační srážky spokojí, nepídí se po tom, proč byla námitka akceptována pouze částečně a jaké odborné argumenty nebyly akceptovány, a nepožadují po zdravotní pojišťovně, aby sama označila případy, které případně dále požaduje zdůvodnit, aby mohlo být od uplatnění regulace zcela upuštěno. Zdravotní pojišťovny tak nic nenutí k tomu, aby dodržovaly postup dohodnutý ve smlouvě, tj. umožnily zdravotnickým zařízením nákladnou indikovanou péči zdůvodnit a následně zdravotnickému zařízení, co bylo akceptováno a co nikoli. **V tuto chvíli je na zdravotnických zařízeních, aby si správný postup na zdravotní pojišťovně vynucovala.**

Jak vyjádřit nesouhlas?

Jak postupovat, když zdravotnické zařízení s uplatněním regulačních srážek nesouhlasí?

Zdravotnické zařízení musí svůj nesouhlas bezodkladně sdělit zdravotní pojišťovně formou písemné námitky. Zdravotní pojišťovny téměř ve všech případech stanoví zdravotnickému zařízení lhůtu, ve které má písemnou námitku uplatnit. K tomu je třeba uvést, že **nedodržení pojišťovnou stanovené lhůty neznamená, že zdravotnické zařízení po uplynutí určené lhůty již není oprávněno písemnou námitku podat a výpočet regulačních srážek rozporovat.** Je však v zájmu samotného zdravotnického zařízení, aby byla písemná námitka uplatněna co nejdříve po obdržení výúčtování, jelikož tím zdravotnické zařízení zdravotní pojišťovně sděluje svůj nesouhlas s uplatněním regulační srážky, tj. se jejím započtením proti pohledávce zdravotnického zařízení. **V případech, kdy je zpracování námitky pro zdravotnické zařízení časově ná-**

ročné (odborné zdůvodnění nákladné zdravotní péče – viz výše), lze postupovat tak, že zdravotnické zařízení co nejdříve zašle zdravotní pojišťovně písemnou námitku, ve které uvede, že s výpočtem regulačních mechanismů nesouhlasí, a odborné zdůvodnění s ohledem na časovou náročnost jeho přípravy pojišťovně zašle např. do 20 dnů. Takový postup musí zdravotní pojišťovna akceptovat. Pokud zdravotnické zařízení nemůže z jakéhokoli důvodu samo určit případy nákladné zdravotní péče, která je

příčinou překročení průměrných úhrad, je třeba v písemné námitce vyzvat zdravotní pojišťovnu, aby tyto případy sama určila a jejich soubor zdravotnickému zařízení zaslala s tím, že zdravotnické zařízení je připraveno tuto zdravotní péči odůvodnit. Stejně upozornění doporučujeme uvést i v případě, kdy zdravotnické zařízení samo určí případy nákladné péče a ty v námitce zdůvodní. V tomto případě doporučujeme na závěr námitky uvést, že zdravotnické zařízení je připraveno odůvodnit veške-

rou další zdravotní péči, kterou zdravotní pojišťovna oprávněně označí za příčinu překročení dohodnutých limitů. V dalším jednání o uznání námitky lze potom postupovat, jak je výše uvedeno. Pracovníci právního oddělení ČLK jsou připraveni členům ČLK zodpovědět případné dotazy a poskytnout právní podporu formou písemné i osobní konzultace, případně pomoci při sepsání námitek a dalších písemností.

Mgr. Dagmar Záleská,
právní oddělení ČLK

Verdikt soudu, který neobstojí

Stanovisko k odsouzení Jihomoravské záchranné služby

Podle řady publikovaných sdělení soudce Michal Ryška ve svém rozsudku odsoudil Jihomoravskou záchrannou službu k omluvě a úhradě 100 000 Kč za imateriální újmu, neboť lékař záchranné služby nedbal přání matky a i přes její odpor rozhodl o převozu do nemocnice, dokonce za asistence policie.

Právní názor zřejmě vyslovený soudem je v rozporu s ustanovením § 23 odst. 3 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidí, kde je stanoveno:

„Je-li neodkladné provedení vyšetřovacího nebo léčebného výkonu nezbytné k záchraně života nebo zdraví dítěte anebo osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům a odpírající rodiče nebo opatrovník souhlas, je ošetřující lékař oprávněn rozhodnout o provedení výkonu. Toto ustanovení se týká dětí, které nemohou vzhledem ke své rozumové vyspělosti posoudit nezbytnost takového výkonu.“

Přitom není přesný závěr soudu o tom, že podmínkou, kdy přítomný lékař, který

byl ošetřujícím lékařem, měl učinit své rozhodnutí, jednalo-li by se o ohrožení života novorozence, stačilo, že bylo ohroženo zdraví novorozence, k čemuž došlo. Proto lékař mohl rozhodnout o převozu dítěte do porodnice, pro který byly odpovídající medicínské důvody, a to i proti přání rodičů. Proto není správný závěr, že postup rodičů, kteří bránili převozu novorozence do nemocnice, odpovídal jejich právu, ale toto jejich právo bylo legálně omezeno zákonem.

Nadto do bytu rodičky se lékař záchranné služby nedostavil o své vůli, ale na základě jejího přání. Proto pokud rodiče bránili jeho rozhodnutí o provedení výkonu u dítěte,

pak jistě mohl rozhodnout o jeho provedení i s využitím potřebného zákroku policie. Přitom nelze přehlednout zcela specifické přání rodičů narozeného dítěte – přestřížení pupeční šňůry –, které jednak bylo nepřiměřené (tento výkon mohl provést jakýkoli zdravotník), jednak vyloučilo případné další zdravotní úkony, pokud by byly potřebné.

Soudce Michal Ryška podal zdůvodnění: „Soud nemohl přehlédnout, že přístup zdravotníků k celé věci se netýkal toho, zda bylo dítě v ohrožení života, ale toho, že matka nechce na kontrolu do nemocnice. Je otázkou, zda přístup zdravotníků k alternativním lidem (pozn.: termín pana soudce) nebyl snahou je získat pod kontrolu tradičního systému zdravotnické péče. Čeští zdravotníci se stále uchylují k autoritativním postojům.“

Tento výrok se nesnaží o právní zdůvodnění, je to ideologie. Nelze si představit lékaře ve službě, který by měl snahu získat někoho „pod kontrolu tradičního systému zdravotnické péče“. Jeho snahou je, aby když je přivolán namnoze v situacích, kdy je nebezpečí z prodlení, udělal odpovědné závěry, které z hlediska lékařské vědy lze označit za lege artis. Zdůvodnění pana soudce Ryšky je vykonstruovaná, kostrbatá formulace, hodná strážmistra z Putimi, lékaři nemají zapotřebí získávat někoho pod kontrolu. Tímto verdiktem je kladeno do stejné roviny rozhodnutí rodičů, kteří neumí ani přestříhnout pupečník, s rozhodnutím kvalifikovaného lékaře, který nesmí hazardovat a musí myslet na to, co se může stát. Soudní verdikt nadřadil hazardní jednání „alternativních lidí“ chování statečnému a odpovědnému.

V případě komplikací, v daném případě komplikací po podchlazení novorozence, by byla oprávněná stížnost na lékaře, pokud by

nejapnému jednání rodičů vyhověl. Tragicky skončil nedávno život dítěte zapřisáhlých vegetariánů.

Za poškození má každý z rodičů dostat 50 000 Kč a omluvu. Možno se ptát: za co, kdo byl poškozen, jaká újma nastala? Domníváme se, že žádná. Pro srovnání: podle vyhlášky č. 440/2001 pro hodnocení bolestného je za poranění dělohy 80 bodů – 9600 Kč, za poranění kyčelních krevních cév 130 bodů – 15 600 Kč, kde každou položku musí ošetřující lékař prokazatelně doložit. Ano, je to nebyvale velkorysý.

Rozsudek soudu odpovídá současnému trendu soudních rozhodnutí, kde zdravotnickým zařízením jsou v občanskoprávních sporech stanovovány nepřiměřeně vysoké náhrady škody, aniž by byla vybavována odpovídajícími prostředky. Takže tíže takových rozhodnutí se přesouvá do úhrad, které musí hradit ostatní občané.

Soudci dané kauzy bychom rádi doporučili, aby v záležitostech lidského zdraví a lékařství zůstal nějakou dobu raději ještě čtenářem. Dočte se, že soudobé úspěchy perinatologie nevznikly činností křiklavých, militantních stoupenců tzv. alternativních metod, ale úmornou prací celých generací lékařů, stávajících na vědě.

Údajně autoritativní postoje českých zdravotníků jsou v současnosti mnohem menší, než jaké má kominík. Řadě lidí vadí, že kredit lékařů v naší společnosti je stále vysoký, je to s podivem, ale vyšší, než je kredit justice či správců konkurzních podstat. V televizi, za mlčení Lékařské komory, odstranili přítomným lékařům akademické tituly, diváci dostávají informace, aniž by věděli, jaké vzdělání mají přednášející.

Verdikt soudu neobstojí ani podle zdravého rozumu. Pokud verdikt při dalším řízení obstojí, budou muset zdravotníci sáhnout k obranným opatřením.

JUDr. Zdeněk Zemek, prof. MUDr. Antonín Doležal, DrSc.

Hledání spravedlnosti, nebo jen způsobu, jak ožebračit zdravotnická zařízení?

Na základě veřejné zakázky Ministerstva zdravotnictví ČR zveřejněné 25. 3. 2010 byla jako vítěz veřejné obchodní soutěže firma Janiga Labs, s. r. o., pověřena zpracováním projektu „Kultivace Seznamu zdravotních výkonů a vytvoření nezávislého SW pro jeho další údržbu a modelace“. Projekt byl spolufinancován Evropskou unií z Evropského fondu pro regionální rozvoj – Integrovaný operační program Oblast intervence 3.2 Služby v oblasti veřejného zdraví – Výzva č. 3.

Cílem projektu byla tzv. kultivace stávajícího seznamu zdravotních výkonů (SZV), vytvoření nezávislého softwarového prostředí pro komplexní řešení agendy dalších změn a úprav SZV (včetně elektronického formuláře a statistického a expertního modulu pro vyhodnocování změn) a vytvoření softwarového prostředí pro modelaci dopadů navrhovaných změn včetně nové moderní standardizované databáze SZV.

První tisková konference o průběhu projektu byla 17. 9. 2010, kde byly prezentovány jednotlivé cíle revize registračních listů SZV: revize cen přístrojové techniky, aktualizace zdravotnického materiálu, aktualizace cen léků, aktualizace času využití přístrojové techniky v konkrétních výkonech, sjednocení podobných výkonů v různých autorských odbornostech, vytvoření metodiky pro stanovení mzdových koeficientů. To vše v rámci databázového softwarového prostředí.

Na druhé tiskové konferenci 6. 6. 2011 bylo oznámeno ukončení projektu a zástupci médií byli seznámeni s výsledky na konkrétních příkladech s tím, že přijetí navrhovaných změn by bylo promítnuto do novely vyhlášky č.134/1998 Sb., platné od 1. 1. 2011.

Dne 13. 6. 2011 požádal prezident ČLK ministra zdravotnictví o zaslání výsledků projektu v souladu se slibem, který dal ministr Heger v dubnu 2011.

Další prezentace výsledků, tentokrát pro odbornou veřejnost, byla na semináři 23. 6. 2011. Z diskuse kromě jiného vyplynulo:

- Výsledkem projektu je databázový softwarový nástroj umožňující porovnat jednotlivé položky v registračních listech, především materiálové a přístrojové, s možností jejich aktualizace na základě elektronického přístupu a následnou modelaci případných finančních dopadů na úhradový systém.
- Nebyly aktualizovány položky vyjadřující režijní a mzdové náklady u jednotlivých výkonů.
- Navrhované změny nebyly konzultovány s odbornými společnostmi.
- Navrhované změny nevytvářejí ceník v korunách, ale opět pouze bodový SZV.
- Unifikace cen přístrojového vybavení nemusí být vždy v souladu s požadavky na specifickou konfiguraci přístroje v konkrétní klinické situaci (viz radiodiagnostika).

Dne 30. 6. 2011 obdržela ČLK prostřednictvím svého zástupce MUDr. Sedláčka v Pracovní komisi k SZV jedenáctibodový dotazník k navrhovaným změnám v SZV s možností vyjádření souhlasu či nesouhlasu. Vyplněný dokument měl být podkladem pro jednání komise 11. 8. 2011.

Představenstvo ČLK projednalo obdržení materiál na svém řádném zasedání 22. 7. 2011 a svůj zamítavý postoj deklarovalo v jednomyslně přijatém usnesení:

- ČLK podpoří veškeré snahy o narovnání nespravedlnosti v současném Seznamu výkonů a o zrealnění cen jednotlivých výkonů tak, aby jejich provádění umožnilo zdravotnickým zařízením svoji reprodukci a zajišťovalo přiměřený zisk při zachování kvality a bezpečnosti poskytované péče.
- Představenstvo ČLK má pochybnosti o správnosti v projektu použitých cen materiálů a o správnosti zakalkulovaných režijních nákladů, včetně ceny práce.
- Představenstvo ČLK nepovažuje výsledek projektu „Kultivace Seznamu zdravotních

výkonů“ za použitelný ceník zdravotních výkonů, tedy za seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, který by mohl sloužit jako základ pro stanovení úhrad zdravotní péče v roce 2012.

- Výsledky projektu „Kultivace Seznamu zdravotních výkonů“ tak, jak s nimi byli zástupci ČLK seznámeni, vzbuzují pochybnosti o správnosti použité metodiky i o své užitečnosti.
- Představenstvo ČLK pochybuje o účelnosti vynaložených finančních prostředků na zaplacení tohoto projektu.

Toto negativní stanovisko zaujalo vedení komory po rozsáhlé diskusi, ze které vyplynulo že:

- Navrhované změny nelze kvalifikovaně posoudit v tak krátkém termínu především s ohledem na možné finanční dopady na úhradový systém v příštím roce.
- Vzhledem k tomu, že za jednotlivé registrační listy zodpovídají příslušné autorské odborné společnosti, měly by to být především ony, které schválí, neschválí nebo zaktualizují navrhované změny. A to i v případě například vyřazení nevykazovaných kódů ze SZV.
- Aktualizace pouze položek materiálových nákladů a přístrojů bez současného posouzení úrovně režijní (inflace, DPH, energie, PHM, akreditace) a podhodnocených mzdových nákladů je nesystémová.
- V registračních listech by měla být zakalkulována odpovídající míra zisku zajišťující rozvoj, obnovu, inovace a vzdělávání pracovníků.
- Navrhované změny materiálových nákladů v komplementu nevychází z reálných cen reagentů a spotřebního materiálu. Redukce byla provedena pomocí koeficientu, který se liší u jednotlivých laboratorních odborností. Přijetí těchto změn při současném bodovém ohodnocení by vedla k praktické likvidaci laboratorních pracovišť.

Uvedené stanovisko bylo prezentováno 11. 8. 2011 na jednání Pracovní komise k SZV, kterého se zúčastnil i náměstek ministra zdravotnictví ing. Nosek. Po rozsáhlé diskusi zástupců VZP a SZP, ČLS JEP, ČLK, ANČR, SAS a dalších členů komise bylo přijato usnesení, které otevřelo časový prostor ke kvalifikovanému posouzení navrhovaných změn SZV jednotlivými odbornými společnostmi s tím, že by novelizovaný SZV měl být vydán k 1. 7. 2012 s účinností až od 1. 1. 2013.

František Musil

Ambulantní specialisté požadují valorizaci úhrad

Toto je společný návrh zástupců zdravotnických zařízení v segmentu AS pro jednání se zdravotními pojišťovnami v rámci dohodovacího řízení o hodnotě bodu a výši úhrad na rok 2012.

A) Hodnota bodu a výše úhrad

1. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté zdravotní výkony s hodnotou bodu ve výši

- a) Minimálně 1,19 Kč pro zdravotnická zařízení poskytující hemodialyzační péči, pro zdravotnická zařízení ve smluvních odbornostech 305, 306, 308, 309 vykazující výkony odborností 910 – psycho-terapie podle seznamu výkonů společně s ošetrovacím dnem denního stacionáře podle seznamu výkonů,
- b) Minimálně 1,21 Kč pro zdravotnická zařízení smluvní odborností 901 – klinická psychologie, minimálně 1,12 Kč pro zdravotnická zařízení smluvní odborností 903 – klinická logopedie a minimálně 1,12 Kč pro zdravotnická zařízení smluvní odborností 927 – ortoptista, podle seznamu výkonů,
- c) Minimálně 0,80 Kč pro výkony 4331I, 43313, 43315, 43613, 43617, 43627, 43629, 43633, podle seznamu výkonů, smluvní odbornosti 403 – radiální onkologie, podle seznamu výkonů,
- d) minimálně 1,14 Kč pro ostatní zdravotnická zařízení, do objemu vypočteného pro jednotlivé odbornosti, podle seznamu výkonů, takto:

$$\text{PBro} \times \frac{\text{POP} \times \text{Ivp}}{\text{POP} \times \text{Ivp}}$$

kde:

PBro – celkový počet zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za referenční období. Referenčním obdobím se rozumí příslušné pololetí 2011.

POP – počet unikátních pojištěnců ošetřených zdravotnickým zařízením v hodnoceném období. Hodnoceným obdobím se rozumí příslušné pololetí 2012. Unikátním pojištěncem se rozumí jeden pojištěnec příslušné zdravotní pojišťovny, ošetřený zdravotnickým zařízením v dané odbornosti v hodnoceném nebo referenčním období alespoň jedenkrát, přičemž není rozhodné, zda se jedná o ošetření v rámci vlastní péče nebo péče vyžádané. Pokud byl tento pojištěnec zdravotnickým zařízením v dané odbornosti ošetřen v příslušném pololetí vícekrát, zahrnuje se do počtu unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, ošetřených v dané odbornosti, pouze jedenkrát.

POP – počet unikátních pojištěnců ošetřených zdravotnickým zařízením v dané odbornosti v referenčním období.

Ivp – index výběru pojistného (myšleno celkové příjmy zdravotní pojišťovny včetně plateb státu), který se rovná hodnotě poměru vybraného pojistného zdravotní pojišťovny v příslušném pololetí 2012 vůči sumě vybraného pojistného v příslušném pololetí 2011. Ivp se ve vzorci použije pouze v případě, že bude větší než 1.

Zdravotní péče poskytnutá zdravotnickým zařízením nad vypočtený objem, vyjádřená počtem bodů za výkony zdravotnickým zařízením vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané za referenční období, se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 0,50 Kč.

2. U zdravotnického zařízení, které v referenčním období neexistovalo, popřípadě které neposkytovalo péči v dané odbornosti, může zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu objemu použít průměrný počet bodů na jednoho unikátního pojištěnce, ošetřeného v dané odbornosti za referenční období, srovnatelných zdravotnických zařízení.

3. U zdravotnického zařízení, kde oproti referenčnímu období dojde vlivem změny nasmlouvaného rozsahu poskytované zdravotní péče v některé odbornosti (tj. změně spektra nasmlouvaných výkonů)

k nárůstu průměrného počtu bodů na jednoho unikátního pojištěnce, se objem počtu bodů, podle bodu 1 písm. d) navýší o počet bodů, který odpovídá zdravotnickým zařízením vykázaným a zdravotní pojišťovnou uznaným nově nasmlouvaným zdravotním výkonům. U zdravotnických zařízení odbornosti 205 – pneumoftizeologie (dříve TRN), která provádí kalmetizační výkony, zohlední zdravotní pojišťovny při úhradě poskytnuté zdravotní péče změny počtu bodů, nákladů na léky a PZT a nákladů na indukovanou péči na jednoho unikátního pojištěnce, které vznikly vlivem změn v povinném očkování proti tuberkulóze novelou vyhlášky č. 537/2006 Sb.

4. Snížená hodnota bodu v dané odbornosti podle bodu 1 se nepoužije:

- a) v případě zdravotnického zařízení, které v referenčním nebo hodnoceném období v rámci jedné odbornosti ošetřilo 100 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané hodnotě poměrného kapacitního čísla 1,00. V případě poměrného kapacitního čísla menšího než 1,00 se limit 100 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává nasmlouvanou hodnotou poměrného kapacitního čísla pro danou odbornost. Poměrné kapacitní číslo vyjadřuje hodnotově velikost nasmlouvaného rozsahu zdravotní péče pro danou odbornost poskytované jedním nositelem výkonu se zdravotní pojišťovnou,
- b) v případě zdravotní péče poskytované pojištěncům z EU. Je-li péče poskytnuta v jiném než českém jazyce (a to i u cizinců pojištěným u českých zdravotních pojišťoven), je hodnota bodu 2,00 Kč,
- c) v odbornosti 105 (I15) u výkonů screeningová koloskopie – kód 15101 a primární screeningová koloskopie – kód 15105.

V případech uvedených v písm. a) až c) se všechny výkony hradí s hodnotou bodu uvedenou v bodu 1 písm. d).

B) Regulační omezení

1. Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky (s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků hrazených na specializovaných pracovištích podle § 15 odst. 7 písm. b) zákona) a zvlášť účtovaný materiál (dále také jen ZÚM a ZÚLP) v hodnoceném období vyšší než 115 % průměrné úhrady na jed-

noho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky (s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků hrazených na specializovaných pracovištích podle § 15 odst. 7 písm. b) zákona) a zvlášť účtovaný materiál v referenčním období, zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení, po skončení roku 2012, snížit úhradu o částku odpovídající 40 % zvýšených nákladů na zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál (nad 115 %), a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny.

2. Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 115 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení, po skončení roku 2012, snížit úhradu o částku odpovídající 40 % zvýšených nákladů na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky (nad 115 %), a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny. Do průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona.

3. Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než 115 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období, zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení, po skončení roku 2012, snížit úhradu o částku odpovídající 40 % zvýšených nákladů za vyžádanou péči (nad 115 %), a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny. Do vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mamografického screeningu a screeningu karcinomu děložního hrdla prováděné zdravotnickým zařízením, které má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu smlouvu. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky, podle věty první, se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období ocení podle seznamu výkonů platného k 1. 1. 2012 hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.

4. Regulační omezení podle bodu 1 až 3 se nepoužijí, pokud zdravotnické zařízení odů-

vodní poskytnutou zdravotní péči, na jejímž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodu 1, podle bodu 2, popřípadě podle bodu 3. Pokud zdravotní pojišťovna neprokáže, že zdravotnickým zařízením užitý postup nebyl lege artis a že existuje stejně účinný, ale levnější postup (užitá indukovaná péče, ZÚM, ZÚLP, léčivé přípravky a zdravotnické prostředky), regulaci vůči zdravotnickému zařízení neuplatní.

5. Regulační omezení podle bodu 1 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál v ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících ambulantní specializovanou péči v roce 2012 nepřevyší u příslušné zdravotní pojišťovny 100 % úhrad na tento druh zdravotní péče v roce 2011.

6. Regulační omezení podle bodu 2 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v mimonemocničních ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících ambulantní specializovanou péči v roce 2012 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče na rok 2012 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.

7. U zdravotnického zařízení, kde oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytované zdravotní péče (změna počtu nositelů výkonů oprávněných předepisovat léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a vyžadovat péči ve vyjmenovaných odbornostech), zdravotní pojišťovna po dohodě se zdravotnickým zařízením hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro tyto účely úměrně upraví.

8. U zdravotnického zařízení, které v referenčním období nebo v jeho části neexistovalo, nebo nemělo uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou, může zdravotní pojišťovna použít pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 1 až 3 referenční hodnoty srovnatelných zdravotnických zařízení.

9. Pokud zdravotnické zařízení ošetřilo v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 100 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané hodnotě poměrného kapacitního čísla 1,00, zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 1 až 3. V případě poměrného kapacitního čísla menšího než 1,00 se limit 100 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává nasmlouvanou hodnotou poměrného kapacitního čísla pro danou odbornost.

10. Regulační omezení podle bodu 3 se ne-

použijí, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v roce 2012 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče na rok 2012 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.

11. Zdravotní pojišťovna smí uplatnit regulační srážky dle bodů 1 až 3 maximálně u 5 % zdravotnických zařízení příslušné odbornosti, a to u těch, u kterých je překročení regulačních limitů nejvyšší.

12. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle bodů 1 až 3 maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou zdravotnickému zařízení za zdravotní výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za rok 2012.

13. Pokud zdravotnické zařízení předepíše zdravotnický prostředek nad 5000 Kč, schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nebude tato částka zahrnuta do regulačních omezení.

14. Zdravotní pojišťovny poskytnou zdravotnickým zařízením v rámci pravidelného měsíčního vyúčtování výkonů i přehledné informace průběžných měsíčních nákladů těchto zdravotnických zařízení na jimi předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, ZÚM, ZÚLP a indukovanou péči.

15. Zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení poskytnout měsíční předběžnou úhradu ve výši jedné šestiny 110 % objemu úhrady za odpovídající referenční období nebo ve výši hodnoty zdravotnickým zařízením vykázané, popřípadě zdravotní pojišťovnou uznané zdravotní péče za příslušný měsíc. Zvolenou formu předběžných úhrad zachovají zdravotní pojišťovny po celé hodnocené období, pokud zdravotnické zařízení během hodnoceného období nepožádá o snížení výše předběžných úhrad. Předběžné úhrady za hodnocené období budou finančně vypořádány v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 120 dnů po ukončení hodnoceného období.

16. Referenčním obdobím pro všechny body odstavce B) Regulační omezení je myšleno příslušné pololetí roku 2011 (nebo rok 2011).

Poznámka: *Návrh je platný jen v případě, že nebudou od 1. 1. 2012 v platnosti výsledky tzv. kultivace seznamu výkonů.*

Vzdělávací kurzy České lékařské komory

Příhlášky zasílejte na adresu:

Oddělení vzdělávání ČLK

Lékařská 2, 150 30 Praha 5
fax 257 220 618
e-mail: vzdělavani@clkcr.cz
seminar@clkcr.cz

(uveďte celé jméno, odbornost, adresu, telefonní číslo a číslo kurzu)

Podrobné informace týkající se organizace a průběhu kurzu obdrží přihlášení účastníci 10 dnů před konáním kurzu.

Věnujte pozornost zasílaným informacím, neboť místo konání kurzu může být změněno.

Pro účastníky je zajištěno občerstvení. Začátek víkendových kurzů je v 8.30 hod., pokud není uvedeno jinak.

Každá vzdělávací akce ČLK je pořádána v souladu se SP č. 16. V případě dotazů nás kontaktujte na telefonním čísle 257 211 329 (línka 22, 24). UPOZORNĚNÍ: Případné změny jsou průběžně aktualizovány na www.clkcr.cz

Účastnické poplatky:

Pro členy ČLK a při platbě předem 660 Kč, pro členy ČLK a platbě na místě 730 Kč, pro nečleny po dohodě s odd. vzdělávání.

MÍSTO KONÁNÍ: PRAHA

27/11 Kurz – Váš nevidomý pacient

Datum: 3. 12. 2011 **ZMĚNA TERMÍNŮ**

Místo: Praha 5, Lékařská 2, Klub ČLK

Délka: 6 hodin

Odborní garanti: PhDr. Radek Ptáček, MUDr. Milan Kubek

Anotace:

Kurz *Váš nevidomý pacient* je zaměřen na zvyšování informovanosti lékařů v přístupu k pacientům se zrakovým postižením. Kurz je orientován na nemedicínské aspekty zrakového postižení. Seznamuje s důsledky, které poškození nebo absence zraku přinášejí v osobní a sociální rovině. Cílem semináře je interaktivní formou informovat a naučit dovednostem potřebným pro oboustranné příjemnou spolupráci lékaře a pacienta se zrakovým postižením. Přidanou hodnotou jsou pro účastníky i konkrétní zkušenosti nevidomého lektora. Seminář obsahuje kromě popisných částí (oblasti rehabilitace zrakového postižení) i části zkušenostní (návky doprovázení a předvedení kompenzačních pomůček). V průběhu kurzu jsou účastníci aktivně zapojováni do dění. Seminář je veden tandemem nevidomého a vidícího lektora.

Lektoři: Ing. Miroslav Michálek, Ph.D., Petr Vojtíšek

Program:

- Obecný úvod do tématu Život bez zraku.
- Specifika komunikace s nevidomým pacientem.
- Sebeobsluha osob se zrakovým postižením.
- Prezentace kompenzačních pomůček pro osoby se zrakovým postižením.
- Odstraňování informačního deficitu.
- Prostorová orientace a samostatný pohyb ve zdravotnických zařízeních.
- Nevidomý pacient v ordinaci.
- Ukázky a návky správného doprovázení nevidomého pacienta.

35/11 Kurz Intenzivní péče – Sepse

Datum: 24. 9. 2011

Místo: Praha 5, Lékařská 2, Klub ČLK

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

MUDr. Josef Závada, CSc.

- Systémový zánět, sepsis, MODS.

MUDr. Jiří Valenta

- ALI/ARDS, VILL.

MUDr. Michal Otáhal

- Umělá plicní ventilace při ALI/ARDS.

Doc. MUDr. Martin Balík, Ph.D.

- Renální funkce a renální selhání v sepsi.

MUDr. Zdeněk Stach

- Antikoagulační postupy v sepsi.

MUDr. Marek Svítek

- Skórovací systémy u kriticky nemocných a v sepsi.

MUDr. Michal Kolář

- Možnosti ATB terapie v sepsi.

MUDr. Ferdinand Polák

- Metabolismus a nutrice v sepsi.

36/11 Kurz – Praktické využití laboratorních oborů pro klinickou praxi

Datum: 24. 9. 2011

Místo: Praha 5, Lékařská 2, Klub ČLK – Oválná pracovna

Koordinátor: MUDr. Jana Čepová, FN Motol

MUDr. Jana Čepová

- Nejčastější chyby spolupráce pediatra a klinického biochemika.

MUDr. Otakar Nyč, Ph.D.

- Vhodnost a indikace mikrobiologických vyšetření.

MUDr. Ivana Hadačová

- Praktické využití hematologických vyšetření v klinické praxi.

MUDr. Margareta Beyerová

- Kazuistiky z alergologie a imunologie.

30/11 Kurz – Novinky v dětské obezitologii

Datum: 1. 10. 2011

Místo: Praha 5, Lékařská 2, Klub ČLK

Délka: 6 hodin

Koordinátor: MUDr. Jitka Kytnarová, KDDL, 1. LF UK, Praha 2, Ke Karlovu 2

RNDr. Hana Zamrazilová, Ph.D.

- Analýza tělesného složení: historie, současnost a perspektivy metod stanovení množství a distribuce tukové tkáně.

MUDr. Irena Aldhoon-Hainerová, Ph.D.

- Metabolický syndrom a jeho diagnostika v dětském věku.

MUDr. Jitka Kytnarová

- Diagnostika sekundárních příčin obezity, novinky v léčbě obezity u dětí – možnosti medikamentózní a bariatrické terapie.

Mgr. Jana Divoká

- Praktická aplikace kognitivně-behaviorální terapie v běžné praxi lékaře.

Jitka Rusková – nutriční terapeut

- Fakt to de aneb zásady nutričního poradenství v léčbě dětské obezity.

MUDr. Martin Matoulek, Ph.D.

- Možnosti intervence u adolescentů při snižování hmotnosti – motivace, dieta a pohyb – jak na to?

32/11 Kurz – Léčba závislosti na tabáku

Datum: 7. 10. 2011

Místo: Brno, Vinařská 6 – NCO NZO

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

MUDr. Eva Králíková, CSc.

- Epidemiologie užívání tabáku, související mortalita a morbidita.

- Účinná prevence kouření, složení tabákového kouře, pasivní kouření.

Prof. MUDr. František Perlík, DrSc.

- Farmakologické interakce cigaret.

MUDr. Alexandra Kmeťová

- Kouření adolescentů, motivace.

MUDr. Eva Králíková, CSc.

- Princip závislosti na tabáku, diagnostika, léčba. Psychiatrická komorbidita.

- Psychobehaviorální intervence a farmakoterapie. Elektronická cigareta.

MUDr. Alexandra Kmeťová

- Kouření a hmotnost.

- Léčba závislosti na tabáku s podporou zaměstnavatele.

MUDr. Eva Králíková, CSc., MUDr. Alexandra Kmeťová

- Současné možnosti léčby závislosti na tabáku v ČR, specializovaná centra, jejich role v nekuřácké nemocnici.

- Situace ve světě, mezinárodní a naše doporučení léčby.

MUDr. Alexandra Kmeťová

- Léčba závislosti na tabáku na Mayo Clinic, USA.

- Praktické příklady – časté dotazy pacientů, návky skupinové terapie.

37/11 Kurz – Moderní trendy v zobrazovací diagnostice, denní praxe, indikace k vyšetření

Datum: 8. 10. 2011

Místo: Praha 5, Lékařská 2, Klub ČLK

Doba: 5 hodin

Koordinátor: Prim. MUDr. Martin Kynčl

37/11 Kurz – Moderní trendy v zobrazovací diagnostice, denní praxe, indikace k vyšetření

Datum: 8. 10. 2011

Místo: Praha 5, Lékařská 2, Klub ČLK

Doba: 5 hodin

Koordinátor: Prim. MUDr. Martin Kynčl

Autoři kurzu jsou kmenovými pracovníky Kliniky zobrazovacích metod 2, LF UK a FN v Motole a využívají bohatých praktických zkušeností s výše uvedenou problematikou, které se věnují i v rámci

nejrůznějších výzkumných projektů.

MUDr. Lenka Mrázková

- UZ vyšetření hrudníku, technika, denní praxe, indikace.

MUDr. Zdeněk Hříbal

- Obraz akutního břicha v UZ zobrazení u dětí, indikace k vyšetření, příklady z praxe.

MUDr. Martin Kynčl

- Pediatrická neurodiagnostika, indikační kritéria pro CT a MR vyšetření CNS u dětí.

38/11 Kurz – Novinky v neodkladné péči 2011 a zajímavé kazuistiky

Datum: 15. 10. 2011

Místo: Praha 5, Lékařská 2, Klub ČLK

Koordinátor: Doc. MUDr. Jarmila Drábková, CSc., OCHRIP, FN Praha 5-Motol

Prim. MUDr. Jiřina Hobstová

- Alimentární vážné infekce se selháním ledvin i pobytu s exotickou dovolenou.

MUDr. Igor Dvořáček, Ph.D.

- Domácí a rozmaháající se násilí individuální i skupinové.

Prim. MUDr. Jan Sikora

- Jak se vyrovnat s pacientem naprosto neadekvátního chování a jednání v akutní situaci.

Prim. MUDr. Karel Dlásk

- Novinky v dětské urgentní péči vč. pokousání psy, domácí násilí na dětech, zneužívání, týrání po zdravotní stránce, kontakt s handicapovaným dítětem a jeho rodiči.

(program bude doplněn ještě o další, již tradiční, témata)

39/11 Kurz – Komplexní přístup k nedonošenému dítěti v ordinaci PDDL

Datum: 22. 10. 2011

Místo: VFN – Centrum komplexní péče pro děti s perinatální zátěží. Klinika dětského a dorostového lékařství VFN a 1. LF UK.

Koordinátor: MUDr. Daniela Marková, Klinika dětského a dorostového lékařství VFN a 1. LF UK

MUDr. Daniela Marková

- Následná komplexní péče o předčasně narozené děti v Centru komplexní péče pro děti s perinatální zátěží.

PhDr. Renata Hacklová

- Postresové reakce rodičů nezralého dítěte.

PhDr. Božena Sulženková

- Rodinná psychoterapie.

MUDr. Jana Schmidtová

- Nejčastější psychiatrické problémy u nezralých dětí.

MUDr. Petr Klement

- Nejčastější projevy CNS postižení u nezralých dětí.

MUDr. Iva Příhodová

- Poruchy spánku.

Bc. Dagmar Mirovská

- Rehabilitace.

• Vojtova metoda nebo Bobath koncept.

Bc. Renata Kunzmannová

- Úloha speciálního pedagoga v péči o nedonošené dítě.

MUDr. Petr Koťátko, MUDr. Šulc

- Funkční vyšetření plic u nespupracujících dětí.

MUDr. Blanka Zlatohlávková

- Výživa nezralých dětí po propuštění z JIRP.

MUDr. Martin Vyhnaněk

- Vyšetření GER pomocí impedance pH metrie.

40/11 Kurz – Rigidní egoista, podivín nebo Aspergerův syndrom?

Datum: 22. 10. 2011

Místo: Praha 5, Lékařská 2, Klub ČLK

Koordinátor: MUDr. Sausen Sládková

Lektoři:

PhDr. Kateřina Thorová, Ph.D., psycholog, ředitelka metodického střediska Asaiece pomáhající lidem s autismem APLA Praha, Střední Čechy, o. s.

MUDr. Sausen Sládková

Seminář vhodný pro všeobecné lékaře pro dospělé, psychiatry, neurology, pediatry atd.

Jedná se o rozšířené opakování oblíbeného semináře „Rozmazlený spratek“, který se pro velký zájem konal již třikrát. Tentokrát bude seminář zaměřen převážně na dospělé pacienty. Kazuistiky z ordinací dr. Sausen Sládkové a dr. Kateřiny Thorové. Příklady dospělých pacientů, kteří byli mnoho let vedeni pod mylnou diagnózou, než u nich byl diagnostiko-

ván Aspergerův syndrom. Frekvence Aspergerova syndromu je 1:200 napříč všemi věkovými skupinami. Každý praktický lékař má ve své praxi několik lidí s touto diagnózou.

47/11 Kurz – Fototerapie a rentgenoterapie v estetické medicíně a dermatologii

Datum: 22. 10. 2011

Místo: Praha 5, Lékařská 2, Klub ČLK – Oválná pracovna

Koordinátor: Doc. MUDr. Leoš Středa, Ph.D., přední odborník na obezitu, redukci nadměrné diety a dietní poradenství, vysokoškolský pedagog, na Karlově univerzitě přednáší lékařskou regeneraci a kosmetiku.

Doc. MUDr. Leoš Středa, Ph.D., MUDr. Milena Jirásková, CSc., MUDr. Vlastimil Víšek, CSc.

1. část

Je věnována terapii využívající biostimulační lasery s výkonem do 50 mW a zdroje viditelného nekoherentního polarizovaného světla v nein- vazivních esteticko-medicínských ošetřeních, zejména při léčbě akné, některých typů alopecie, teleangiektázií, alergických reakcí a přecitlivělosti na kosmetické přípravky. Multiplikace kolagenu ve škaře při využití techniky fotonky (kvazimono- chromatické světlo s úzkou spektrální pološířkou) při ošetření jizev, strií, vrásek (tzv. antiaging efekt), celulitidy.

2. část

Zabývá se podstatou vzniku a působení rentgenových paprsků se zaměřením na uplatnění povrchové působícího elektromagnetického záření o vlnové délce na pomezí záření ultrafialového a rentgenového, tzv. hraničních paprsků X (Buckyho záření), v dermatologii. Indikace zahrnují zejména chronický ekzém, rezistentní ložiska psoriázy kůže, psoriáza nehtů aj. Zmíněny jsou i hlavní indikace onkologické.

3. část

Soustřeďuje se na využití laserů s výkonem 100 W v estetické chirurgii, které se používají ve třech módech: jednak pro bodové odpaření (zejména k odstranění různých typů bradavic a nevlů), jednak pro plošné odpaření, tzv. vaporezaci (laserový výbrus obličej), a dále jako laserový skalpel (při transkonjunktivní dolní blefaroplastice).

34/11 Kurz – Léčba závislosti na tabáku

Datum: 5. 11. 2011

Místo: Praha, Kongresové centrum Nemocnice Na Homolce

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

Podrobnosti viz kurz 32/11

31/11 Kurz – Novinky v resuscitaci novorozence včetně návky na modelu

Datum: 8. 11. 2011 od 15 hodin

Místo: Praha 5, Lékařská 2, Klub ČLK

Lektor: MUDr. Jan Melichar

41/11 Kurz – Novinky ve vnitřním lékařství

Datum: 12. 11. 2011

Místo: Praha 5, Lékařská 2, Klub ČLK

Koordinátor: MUDr. Jan Bruthans, Ph.D., IKEM Praha

- Genetika – přednášející bude upřesněn
- Gastroenterologie – Prof. MUDr. Milan Lukáš, DrSc.
- Pneumologie – Prof. MUDr. Miloslav Marel, CSc.
- Nefrologie – Prof. MUDr. Miloslav Marel, CSc.
- Metabolismus a poruchy vnitřního prostředí – Prim. MUDr. Eva Kotlíková
- Diabetologie – přednášející bude upřesněn
- Revmatologie – Prof. MUDr. Karel Pavelka, DrSc.
- Onkologie – As. MUDr. Milada Zemanová, CSc.

42/11 Kurz z pediatrie – Vrozené metabolické poruchy (DMP) v ordinaci PDDL

Datum: 12. 11. 2011

Místo: Praha 5, Lékařská 2, Klub ČLK

Koordinátor: Doc. MUDr. Tomáš Honzík, Ph.D., KDDL 1. LF UK a VFN, ÚDMP 1. LF UK a VFN, Ke Karlovu 2, Praha 2

Doc. MUDr. Tomáš Honzík, Ph.D.

- Co by měl PDDL vědět o DMP – úvod do problematiky a patofyziologické mechanismy.

Doc. MUDr. Viktor Kožich, CSc.



43/11 Seminář z pediatrie

Datum: středa 23. 11. 2011, 16.30–18.00 hodin

Místo: Praha 5, Lékařská 2, Klub ČLK

Lektor: MUDr. Štěpánka Čapková

MUDr. Štěpánka Čapková

- Repetitorium lokální dermatologické terapie pro pediatry.
- Dermatologická vnitřní farmakoterapie v dětském věku.

44/11 Kurz – Novinky v neodkladné péči 2011 a zajímavé kauzistiky

Datum: 26. 11. 2011

Místo: Praha 5, Lékařská 2, Klub ČLK

Koordinátor: Doc. MUDr. Jarmila Drábková, CSc.,

OCHRIP; FN Praha 5-Motol

Podrobnosti viz kurz 38/11

51/11 Kurz – Důstojná péče ve zdravotnictví pro zdravotníky i nemocné?

Datum: 26. 11. 2011

Místo: Praha 5, Lékařská 2, ČLK – Oválná pracovna

Koordinátor: MUDr. Eva Kalvínská, FN Praha

5–Motol

MUDr. Eva Kalvínská

- Spiritualita a spirituální péče ve zdravotnictví.

MUDr. Tereza Dvořáková

- Spirituální potřeby z pohledu paliativní medicíny.

Mgr. Jana Vichová

- Spirituální otázky v psychologické péči o nemocné.

Doc. Ing. Mgr. Aleš Opatrný, Th.D.

- Kdy a jak může být náboženská víra pomocí a kdy může nemocné zatěžovat.

Diskuze, práce ve skupinách, reflexe vlastních zkušeností.

Anotace:

O spirituální péči o nemocné je mezi zdravotníky čím dál větší zájem v rámci bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu WHO péče o pacienty. Zároveň však vyvstává kolem tohoto tématu mnoho otázek. Zdravotníci nemívají dostatek informací, a proto si kurz klade za cíl přispět ke schopnosti lékařů rozpoznat spirituální potřeby pacientů a umět k jejich naplnění vhodně přistupovat. Porozumět rozdílům mezi spirituální a psychologickou péčí, obecnou spiritualitou a vírou v náboženském smyslu slova, pochopit význam naplňování duchovních potřeb pa-

ciéntů pro celkový proces uzdravování i pro zlepšení kvality umírání v rámci paliativní péče.

45/11 Kurz – Pediatrie

Datum: 3. 12. 2011

Místo: Praha 5, Lékařská 2, Klub ČLK

Koordinátor: MUDr. Marcela Černá, ÚPMD, Praha 4-Podolí, Podolské nábf. 157

MUDr. Štěpánka Čapková

- Repetitorium lokální dermatologické terapie pro pediatry.
 - Dermatologická vnitřní farmakoterapie v dětském věku.
 - MUDr. Irena Petráčková
 - Měl by obvodní pediatr vyšetřovat transferinový receptor u dětí se sideropenickou anemií? Doc. MUDr. Štěpán Kutilek, CSc.
 - Péče o děti s odchylkami v kalciofosfátovém metabolismu v ordinaci PDDL. 2 hod.
 - MUDr. Zuzana Blechová
 - Pertuze – aktuální problém v pediatrii.
 - Pneumonie u dětí z pohledu infektoologa.
- Martin Balcar
- Děti a sociální síť.

46/11 Kurz – Prenatální diagnostika

Datum: 10. 12. 2011

Místo: Praha 5, Lékařská 2, Klub ČLK

Doba trvání: 5 hodin

Koordinátor: Prim. MUDr. Martin Kynčl

Prof. MUDr. Pavel Eliáš, CSc. (Radiologická klinika

LF UK a FN Hradec Králové)

MUDr. Blanka Prosová (KZMFN a 2. LF UK

v Motole)

MUDr. Radovan Vlk (Gynekologicko-porodnická

klinika FN a 2. LF UK v Motole)

MUDr. Martin Kynčl (Klinika zobrazovacích

metod FN a 2. LF UK v Motole)

Informace o jednotlivých přednáškách budou doplněny v příštím čísle TM.

Připravujeme:

Dvoudenní kurz 25.–26. 11. 2011

Získávání zdrojů pro výzkum a klinickou praxi prostřednictvím grantů a patentů prof. George B. Stefano, Ph.D.

Inzerce

Příjem řádkové inzerce:
www.lkcr.cz

sekce Zajímavé odkazy –
Tempus medicorum –
Zadání inzerce.

Uzávěrka příjmu inzerce
do 20. dne předchozího
měsíce.

Volná místa – nabídka

NZZ Brandýs nad Labem přijme lékaře na chirurgické, gynekologické a dětské oddělení. Dobré platové podmínky, podpora odborného růstu. E-mail: jchalus@volny.cz

NZZ Gona hledá ambulantního gynekologa na plný pracovní úvazek. Tel. 724 031 582

Hledám lékaře/ku s atestací v oboru radiologie a zobrazovací metody 809 na částečný úvazek do ambulantní ultrazvukové ordinace v Praze 4–Nuslích, svoje CV zasílejte na e-mail: m.svoboda.f@seznam.cz. Tel. 608 443 122

Zprostředkování zaměstnání v Německu, Rakousku, Anglii a dalších zemích. Specializovaná agentura VÁCLAVA, www.vaclava.cz, prace@vaclava.cz

Přijmu očního lékaře do zavedené oftalmologické ambulance v Hranicích na Moravě na plný či částečný úvazek. Tel. 581 607 541, 604 727 861, 737 866 900, 581 607 558, Robert.Franc@seznam.cz, jasran123@email.cz

Hledám lékaře/ku s atestací v oboru endokrinologie – diabetologie na částečný úvazek do ordinace NZZ v Praze 4–Nuslích, svoje CV zasílejte na e-mail: m.svoboda.f@seznam.cz. Tel. 608 343 122

Hledám lékaře s atest. všeob. léc. dosp. na 1–2 dny v týdnu dle vzájemné dohody do ordinace v Chýni u Prahy (4 km k metru Zličín). Tel. 606 501 832, e-mail: medves@seznam.cz

Soukromé lékařské centrum, které se specializuje na diagnostiku a léčbu pohybového aparátu v Praze, hledá vhodného kandidáta/ku k rozšíření týmu na pozici lékař/ka v oboru ortopedie (možnost i částeč. úvazku). Požadavky: VŠ vzdělání, odborná způsobilost dle zák. č. 95/2004 Sb., praxe a zkušenosti podmínkou, znalost AJ výhodou, výborné komunikační schopnosti, zodpovědnost a loajalita, schopnost samostatného rozhodování, dobrá znalost práce na PC, morální a občanská bezúhonnost. Nabízíme: zájem prestižního lékařského centra, finanční ohodnocení odpovídající vašim zkušenostem, možnost seberealizace a profesního růstu, nástup dle dohody. Zaujaly-li vás tato pozice, kontaktujte nás: ORP Centrum, s. r. o., L. Odkorková, Pod Juliskou 1805/4, 160

00 Praha 6, GSM: 773 507 907, e-mail: Lodkorkova@orp.cz

Zavedená oční ordinace v centru Kladna přijme lékaře. Tel. 602 357 210

Přijmu internistu na částečný úvazek (dny v týdnu dle dohody) do interní ambulance v Praze-západ. Tel. 220 571 495, 602 312 754

Soukromé ZZ na periférii Prahy 6 (zahájení provozu v 1. pololetí 2012) přijme neurologa s atestací, příp. EMG a MM. Pouze HPP. Nadstandardní komunikační dovednosti podmínkou. Velmi dobré fin. ohodnocení odpovídající indiv. výkonu. E-mail: person.pkl@gmail.com

Hledám chirurga s licencí na část pracovní úvazek a zástup pro ambulanci v Praze 9. Kontakt: drnikula@seznam.cz

Gynekoložku přijmu pro amb. v Praze 4 (u „M“ Chodov) na 0,2–0,6 úv. (1 na MD, VPP nebo důch. na výpomoc) – výhledově možné rozšíření úvazku. Dobré platové podmínky + výkonnostní ohodnocení. Tel. 606 394 487

Malé plasticko-chirurgické pracoviště v Praze 4–Jižním Městě, přijme instrumentárku, úvazek 0,4, dále přijme anesteziologa, 1 pracovní den v týdnu. Nástup ihned. Tel. 602 303 877

Zařízení ZL a ordinace praktického lékaře v Praze 8 přijme internistu s kardiologickým zaměřením na úvazek 0,5–1,0. Pro mimopražské uchazeče zajišťujeme ubytování. Zajímavá a pestrá práce, dobré finanční ohodnocení. Tel. 603 844 709

Malé plasticko-chirurgické pracoviště v Praze 4 přijme anesteziologa, zkrácený úvazek, nástup 8/11. Tel. 602 303 877

Malé plasticko-chirurgické pracoviště v Praze 4 přijme instrumentárku, úvazek 0,4, nástup 8/11. Tel. 602 303 877

Dermatopatologický laboratoř, s. r. o., v Praze přijme patologa – možnost získání podílu ve společnosti. Kontakt: 725 896 091, lumir.pock@seznam.cz

Do ordinace PL hledám plně kvalifikovaného lékaře v oboru všeobecné praktické lékařství. Nástup podzim–zima 2011. Výše úvazku dohodou. Dobré platové podmínky a další výhody. E-mail: praxe-PL@email.cz

Úrazová nemocnice v Brně přijme: – neurologa s II. atestací nebo spec. způsobilostí za stand. podmínek vč. osob. příplatku dle dohody – neurologa na dohodu o prac. činnosti na zabezpečení příslužeb. Podrobnosti sdělí na tel. 777 233 048 nám. pro LPP MUDr. Filipinský.

Přijmu lékařku do soukromé gynekologické ambulance v Lounech na zkrácený úvazek dva dny týdně, nutně osobní jednání. Tel. 777 554 537

Nemocnice Znojmo přijme lékaře na ženské oddělení. Požadujeme příslušné vzdělání – lékařská fakulta (možno i absolvent), specializace v daném oboru vítána. Nabízíme ubytování v blízkosti pracoviště, platové ohodnocení dle odborného profilu, 5 týdnů dovolené, příspěvek na penzijní připojištění a životní pojištění. Nástup možný ihned nebo po dohodě. Žádosti doplněné o strukturovaný životopis zasílejte elektronicky na e-mail personalni@nemzn.cz nebo fyzicky na adresu Nemocnice Znojmo, p. o., personální úsek, MUDr. J. Janského 11, 669 02 Znojmo. Primář ženského oddělení – MUDr. Martin Kalický – tel. 515 215 195, e-mail: primar.zenske@nemzn.cz

Hledám sonografistu do ordinace v Praze 1 na pondělí a úterý v době od 8 do 12 hod. Jedná se o břišní sono, výhledově měkké tkáně, thyroidea. Horný. Tel. 602 805 497

Soukromá kožní ambulance v Jablunkově, okres Frýdek-Místek, přijme lékaře na částečný i plný úvazek. Nadprůměrný výdělek. Přátelské a flexibilní prostředí. Moderní vybavení ordinace. Tel. 608 732 323, e-mail: kontakt@estederma.cz

Klinika následné péče Praha 4 přijme lékaře. Požadujeme minimálně interní základ. Nástup možný hned. Nabízíme pracovní poměr na dobu neurčitou, min. na úvazek 0,6, zajímavé mzdové ohodnocení, zaměstnanecké benefity, podporu odborného růstu. Nabídky s životopisem zasílejte na adresu vladena.peckarkova@mediconas.cz

Pro spolupráci na Klinice jednodenní chirurgie, obor gynekologie, ve Stonavě (okres Karviná) hledám lékaře s adekvátní praxí. Tel. 607 764 518

Hledám na částečný výpomoc do interní ordinace v Praze 1 lékaře/ku – maminku na MD nebo důchodce. Tel. 602 481 671, e-mail: interna.cisarova@seznam.cz

Přijmu lékaře – lékařku do dermatologické ordinace v Pisku. Možno i na částečný úvazek. Tel. 721 488 758, e-mail: L.Pumprova@centrum.cz

Přijmu internistu s atestací do dobře zavedené interní ambulance v Kladně, částečný úvazek, nástup od 1. 12. 2012. Tel. 605 114 815

Zdravotnické zařízení v Roztokách u Prahy hledá pediatra na plný či částečný úvazek. Licence ČLK výhodou. Přátelské prostředí, moderní zdravotnické středisko, dobré finanční ohodnocení, benefity. Nástup od 1/2012 nebo dle dohody. Tel. 608 284 740

Lékař v Praze 6 přijme alergologa a pneumologa na plný či částečný úvazek (vhodné i pro lékaře v důchodovém věku). Tel. 602 275 113

Hledám psychiatra do soukromé ordinace v Litovli na úvazek 0,4, výhledově možno zvýšit. Kontakt: javtab@seznam.cz

Neurologická ambulance v Praze 10 přijme neurologa na 0,1–0,3 úvazek (vhodné pro MD, důchodce). Tel. 606 553 857, chmelovaneurologie@tiscali.cz

Do soukromé ordinace (Praha-západ) přijmu neurologa na částečný úvazek. Nadprůměrný výdělek, flexibilní pracovní doba. Tel. 724 877 788, e-mail: neurology@email.cz

Es werden Fachärzte für Allgemein- oder Innere Medizin mit guten Deutschkenntnissen für die Festanstellung in einer Rehaklinik in Deutschland ab sofort gesucht. Tel. +49 211 22 975 363; Web: www.bdaerzte.de

NNZ Clinicum (NsP Vysočany) přijme lékaře následujících odborností na HPP pro ambulantní provoz: interna, endokrinologie, alergologie, ortopedie a kardiologie. Požadujeme specializovanou způsobilost v daném oboru. Nabízíme zajímavé ohodnocení, podporu odborného růstu, zaměstnanecké výhody. Nástup dle dohody. Nabídky s životopisem zasílejte na adresu: sekretariat@clanicum.cz

Přijmu do soukromé ORL ordinace v Říčanech lékaře(ku) na 2 dny v týdnu. E-mail: orl-ricany@seznam.cz, tel. 602 332 599

Zaměstnám praktického lékaře nebo internistu v Ostravě a okolí. Rozsah pracovní doby a výše odměny dohodou. Tel. 602 647 044

Hledám zdravotní sestřičku do ambulantního provozu v Praze 4 na plný úvazek. Tel. 722 795 000

Soukromá kožní ordinace v Klatovech (cca 1 hodina od Prahy) přijme lékaře na částečný i plný úvazek. Možno i jako občasný zástup pro důchodce. Možno i bez atestace. Nadprůměrný výdělek. Přátelské a flexibilní prostředí. Tel./SMS 737 441 365, 376 322 023

Soukromá oční ambulance v Praze 8 přijme ihned lékaře na částečný i plný úvazek. Flexibilní pracovní doba. Přátelské prostředí, nadprůměrný výdělek. Možno i bez atestace. Kompletní spektrum výkonů včetně extraokul. chirurgie a estetiky. Tel. 603 995 473

Soukromá oční ambulance v Berouně přijme ihned lékaře na částečný i plný úvazek. Flexibilní pracovní doba. Přátelské prostředí, nadprůměrný výdělek. Možno i bez atestace. Kompletní spektrum výkonů včetně oční mikrochirurgie a estetiky. Tel. 603 995 473

Do zavedené gynekologické ordinace v Praze 5 přijmu lékařku důchodkyni na částečný úvazek. Volejte ve večerních hodinách 731 907 803

Soukromá kožní ambulance v Klatovech přijme ihned lékaře na částečný i plný úvazek. Flexibilní pracovní doba. Přátelské prostředí, nadprůměrný výdělek. Možno i bez atestace. Kompletní spektrum výkonů včetně dermatochirurgie a estetiky. Tel./SMS 737 441 365

Přijmeme na částečný, příp. i plný úvazek do NZZ ambulantního typu lékařku pro obor gyn.- por. Zajímavé platové podmínky, možnost dalšího odborného růstu. Oblast Ostravsko, tel. 731 446 884

Ambulantní zařízení v centru Prahy přijme klinického onkologa. Rozsah spolupráce dle dohody. Tel. 606 601 018

NZZ přijme samostatně pracujícího lékaře v oboru ortopedie na úvazek 0,5–1,0 pro pracoviště Poliklinika Prosek, Praha 9. Úvazek je možný dopolední i odpolední. Tel. 603 156 283

Hledám do soukromé oční ordinace v Říčanech nebo Votčích lékaře na 1–2 dny v týdnu. ocniricany@seznam.cz, tel. 606 687 174

Nestátní zdravotnické zařízení Dopravního podniku hl. m. Prahy, akciová společnost, přijme: 2 praktické lékaře/lékařky do zaměstnaneckého poměru na dobu neurčitou. Požadujeme: specializaci v oboru všeobecné lékařství prvního stupně, výhodou znalost problematiky pracovního lékařství. Nabízíme: dobré platové i sociální podmínky, vybavené ordinace a smlouvy se zdravotními pojišťovnami, zaměstnanecké jízdné. Informace: Součková Dagmar, tel. 296 122 251, 725 461 456, e-mail: souckovada@dpp.cz

Vojenská lázeňská léčebna Teplice. Požadovaná profese: lékař/ka. Jednosměnný provoz po-pá 8 hod. Nástup od 1.6.2011. Vzdělání vysokoškolské. Mzdové rozpětí od 40 000 Kč. Životopisy zasílat na e-mail: novotna@vllteplce.cz. Info na tel. 417 537 440 nebo 723 655 386, primář MUDr. Lněnička. Atestace I. stupně obor neurologie, ortopedie nebo vnitřní lékařství. Dle dohody možnost i zkráceného úvazku. Možnost využití vstupních benefitů (příspěvek na dopravu, popř. příspěvek na bydlení).

Hledám anesteziologa poskytujícího analgesedace v ambulanci zub. lékaře pro dlouhodobou spolupráci. Praha. Tel. 724 049 765

Vypisujeme výběrové řízení na rezidenční místo pro obor praktického lékařství. Zabezpečíme přípravu k atestaci z všeobecného lékařství pro dospělé dle vzdělávacího plánu. Dále lékaře pro zabezpečení závodní preventivní péče pro Prahu a okolí. Strukturovaný životopis spolu s motivačním dopisem zašlete na e-mail: info@medicacg.cz

CGB laboratoř, a. s., Ostrava – www.pathology.cz přijme lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru patologie (atestace II. st.) nebo lékaře před dokončením specializační přípravy v oboru. Nabízíme nadstandardní pracovní podmínky. Blíží informace: prim. MUDr. Dušan Žiak, 595 700 991, 776 063 166, ziaak@pathology.cz

Volná místa – poptávka

Neuroložka 2 atestace, EEG, manipulační medicína, hledá uplatnění v soukromé ambulanci v Praze a okolí. Tel. 724 182 878

Anestezioložka v důchodu nabízí práci na sálecké, praxe 33 let ve všech operačních oborech, krátce OAM, OCHRIP, JIP, ZS. Možný i záskok za PL, Praha, Středočeský kraj, h.vlastimila@seznam.cz

Internista se spec. způsobilostí, praxí s abdomin. SONO, gastrokopií, práce u ZZS. Hledá možnost prac. uplatnění bez nočních služeb. Tel. 605 931 697

Klinikum Obergöltzsch Rodewisch sucht zur Teamverstärkung Fachärztinnen/-ärzte für Anästhesie, Innere Medizin, Chirurgie, Allgemeinmedizin Pädiatrie. Wir bieten Ihnen einen interessanten Arbeitsplatz in kollegialer Atmosphäre mit guten Entwicklungsmöglichkeiten sowie einen Arbeitsvertrag nach TV-Ärzte/VKA. Teilzeitarbeit möglich. Weitere Informationen finden Sie unter www.klinikum-obergoeltzsch.de Ihre Bewerbung richten Sie bitte an: Klinikum Obergöltzsch, Personalabteilung, Stiftstr. 10 Rodewisch-08228 BR, personalabteilung@klinikum-obergoeltzsch.de. Kontakt v češtině: OA Dr. M. Povejšil, 0049 374 436 171 121

Ordinace, praxe

Převzmu (odkoupím) zavedenou praxi PL pro dospělé. Nabízím zástup 2–3 dny v týdnu s předpokladem převzetí ordinace v horizontu 1–2 let. Dle zájmu i pozdější spolupráce možná. Zaručuji korektní jednání. Lokalita Praha a okolí. Tel. 606 630 770

Do volné ordinace s čekárnou v Praze 8, se společným zázemím, hledám lékaře/ku. PL pro děti a dorost. Tel. 603 851 692

Koupím zavedenou praxi praktického lékaře pro dospělé v Jihlavě. Tel. 606 366 066

Převzmu/odkoupím interní praxi v Brně a okolí, před převodem možný i dlouhodobý zástup. Tel. 774 288 211

Lékařka koupí interní ambulanci v Praze. Tel. 721 000 969

Přenechám praxi PL pro dospělé v Sedlčanech. Tel. 605 802 065

Převzmu (odkoupím) dobře zavedenou praxi praktického lékaře pro dospělé, nejlépe v oblasti Jihomoravského kraje či Vysočiny. Zaručuji solidní jednání. Licenci v oboru mám. Tel. 608 828 347

Lékařka koupí praxi praktického lékaře + vitám dlouhodobou spolupráci v ordinaci, Praha. Děkuji za nabídky, tel. 723 355 189

Zaměstnám lékaře/lékařku s interní licenci v kardiologické ambulanci na trase Praha–Turnov. Zkrácený úvazek možný, stejně tak možnost pozdějšího odkoupení praxe. Z.Fulera@seznam.cz

Odkoupím praxi PL pro dospělé. Okresy Rokycany, Plzeň-město, Plzeň-sever, Plzeň-jih, Hořovice, Beroun. E-mail: adamcipavel@tiscali.cz, tel. 602 588 033

Lékař koupí chirurgickou ordinaci v Praze nebo východně od Prahy po Mladou Boleslav. Prosim nabídněte. Další spolupráce se současným majitelem v případě zájmu vítána. Tel. 606 204 765, e-mail: silvie@seznam.cz

Koupím soukromou kožní praxi kdekoliv na Moravě. Tel. 739 088 778

Odstoupím zavedenou diabetologickou ambulanci (s. r. o.), tel. 736 457 368

Odkoupím ord. PL pro dosp. v Brně a širším okolí, možnost předešlého i delšího zástupu. Tel. 605 831 336

Manželé, psychiatři s psychoterapeutickým výcvikem, koupí psychiatrickou praxi v Praze, tel. 605 879 787

Koupím praxi praktického lékaře, České Budějovice, 777 023 070, michry@centrum.cz

Přenechám/prodám zavedenou ordinaci interního a sportovního lékaře v Praze. Tel. 607 629 653

Převzmu/koupím diabetologickou ambulanci v Praze. Slušné a rychlé jednání. Tel. 721 000 969, e-mail: ambulance7@seznam.cz

Převzmu nebo odkoupím zavedenou praxi PL pro dospělé v Brně a okolí. Zaručuji solidní jednání. Tel. 775 933 543

Do dermatol. ambulance v P9 hledáme od lékaře na dlouhodobou perspektivní spolupráci, návaznost na laserové pracoviště. Nabízíme samostatnost a nadstandardní ekonomické podmínky. Tel. 737 516 861, 777 883 734

Převzmu ordinaci PL pro dospělé Plzeňský kraj, Mar. Lázně, tel. 724 801 068, chladekpetrp@seznam.cz

Prodám zavedenou praxi praktického lékaře pro děti a dorost v blízkosti Českých Budějovic. Blíží informace na telefonu 604 318 717

Koupím zavedenou praxi praktického lékaře v Ostravě a v okolí, i v Opavě a okolí, tel. 602 647 044

Převzmu (odkoupím) praxi všeobecného lékaře pro dospělé v Hradci Králové, Pardubicích nebo jejich okolí. Z mé strany možná realizace ihned nebo eventuálně v horizontu do dvou let. Tel. 723 821 890

Prodám v Karviné ordinaci se zákrokovým sálem, stavebně upravenou podle vyhl. 221/2010 Sb. Cena za výdaje bez navýšení. Tel. 773 294 577, e-mail: k.herbocek@seznam.cz

Odkoupím (převzmu) praxi všeobecného lékaře pro dospělé v regionu Letohrad, Jablonné n. O., Žamberk nebo jinde na Orlickoústecku. Z mé strany možná realizace ihned nebo eventuálně v horizontu do dvou let. Tel. 777 142 184

Odkoupím praxi PL pro dospělé. Okresy Plzeň-město, sever, jih, Rokycany, Hořovice, Beroun a okolí. adamcipavel@tiscali.cz, tel. 602 588 033

Zástup

Praktická lékařka pro dospělé na MD nabízí krátkodobý zástup v ordinaci PL v okr. Brno-město a Brno-venkov (Kuřim, Tišnova a okolí). Tel. 777 982 156, e-mail: kamz@email.cz

Lékařka prac. důch. s atestací int. I. stupně, s licenci z int. přijme místo na zástup lékaře/ky pro dospělé (nemoc, dovolená atd.) na obvodě, na LPS v Praze. Tel. 776 357 391

Hledám očního lékaře/lékařku k občasnému zástupům (dovolená, nemoc) – důchodce nebo lékařka na MD. Tel. 737 991 444

Zastoupím v ord. PL pro dosp. v Brně a bližším okolí (možnost od července i delší zástup), tel. 605 831 336

Do soukromé oční ordinace v Praze 10 hledám lékaře/lékařku k občasnému zástupům. Tel. 723 965 141

Nabízím pravidelný zástup v ordinaci PL pro dospělé v Plzni na 1–2 dny v týdnu, od září 2011. Tel. 728 931 468, 377 821 025

Praktická lékařka pro dospělé nabízí zástup – okresy Náchod, HK, Trutnov, Rychnov nad Kn. Tel. 604 260 953

Prodej a koupě

Prodám malé sterilizátory – horkovzdušný Coneta firma Melag a parní PS 06/2 firmy BMT Brno. Oba vyhovující podmínkám Zdravotního ústavu. Vodní parafinovou lázeň E 2000 Combi firmy Eureka. EAV přístroj firmy MBA + testovací sady. Tel. 604 761 374 nebo 382 228 124

Prodám UZ přístroj na vyšetření srdce a cév Philips Envisor CHD, výborný stav. Cena dohodou. Tel. 257 921 551, ev. 776 048 486

Jsem praktická lékařka s atestací, odkoupím zavedenou praxi PL v Praze. Tel. 603 710 202

Přenechám zavedenou gyn. ordinaci v Jemnici – úvazek 0,5. Tel. 602 611 647

Prodám UZ přístroj MEDISON SA 600, lineární sonda 5–9 MHz, cena 25 tis. Kč, tel. 737 935 359

Koupím EKG i starší. Tel. 607 588 143

Prodám podíly v nestátním zdravotnickém zařízení s. r. o. v centru Prahy se specializací na preventivní rehabilitaci (obory rhb, neurologie, fyzioterapie). Podrobnější informace na tel. 602 719 596

Koupím zavedenou chirurgickou praxi. E-mail: demes@centrum.cz

Prodám UZ přístroj Sonosite 180+, abd. a vag. sonda, Doppler, stojan, tichý chod, zálohovací baterie, 7 let starý, výborný stav. Tel. 541 225 296

Prodám HEMORON k neinvazivní léčbě hemoroidů, včetně příslušenství a zaškolení. Cena 10 000 Kč. Tel. 721 405 317

Prodám velmi levně operační gynekologický stůl, tel. 732 604 447

Prodám digitální dermatoskop microFinder (výrobce Visiomed AG), zprovozněn jako samostatná mobilní jednotka vč. softwar. řešení. Kontakt 737 161 885 nebo info@aktip.cz. Detaily na www.aktip.cz/dermatoskop

Daruji klasické velmi zachovalé plechové kartotéky. K dispozici od července t. r. Tel. 605 155 352, Studénka, okr. NJ

Koupím ORL praxi v Praze a Středočeském kraji s možností další spolupráce. Cena dohodou. Děkuji. Kontakt: ori-amb@seznam.cz

Prodám 7 let starý sonograf Aloka 1700 s lineární sondou a fotoprintem, plně funkční, v dobrém stavu. E-mail: viktorpavlik@tiscali.cz

Prodám gynekologický ultrazvuk BTL 8140 r. v. 2005, abdominální a vaginální sonda s pojízdným stolem, ve velmi dobrém stavu. Kompletní dokumentace. Cena 60 000 Kč. Tel. 602 211 514

Koupím starší ultrazvuk v dobrém stavu, s vaginální sondou. Volejte prosím ve večerních hodinách 731 907 803

Prodám/pronajmu zavedenou ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost v Liberci 30. Smlouva s pojišťovnou trvá. Plně vybavena vč. počítačové sítě a elektronické kartotéky. Možnost bytu. Ostatní informace osobně. Tel. 737 822 903, e-mail: VotrubaL@seznam.cz

Prodám gynekologické vyšetřovací křeslo + hydraul. stoličku – vhodné do menší ordinace, kolposkop ZEISS klasický, zástěna 4dílnou na kolečkách, tel./fax Canon (nezapojený), vše ve výborném stavu, cena rozumná. Tel. 602 142 117

Prodám dobře zavedenou a vybavenou ordinaci PL, 30 km severovýchodně od Prahy. Kontakt: medicin@centrum.cz, tel. 605 828 432

Odkoupím ordinaci PL ČB, ČK a okolí, michry@centrum.cz

Koupím nebo pronajmu psychiatrickou ordinaci v Olomouci a okolí či v Prostějově. Kontaktujte xyfantomas@seznam.cz

UZ – ultrazvuk prodám. Logiq 200pro, výrobce GE, r. v. 2005, pořizovací cena 533 063 Kč. UZ + širokopásmová konvenční sonda 2,5–5 MHz – cena 35 000 Kč. Vaginální/rektální sonda 4,3–8,6 MHz – cena 10 000 Kč. Cena celkem 45 000 Kč. Tel. 606 393 938

Prodám rázovou vlnou BTL Power 5000, přístroj je 1,5 roku starý, modul i pro kosmetickou část a rehabilitační laser. Tel. 602 449 937

Pronájem

Operační sál, předšálí, stacionár, na poliklinice Praha 10, 500 Kč/hod., dle dohody – jen ortopedie, plastická chirurgie, čistá chirurgie. Tel. 737 935 359

Pronajmeme ordinaci v novém dentálním centru v Praze 4-Podolí. Nově zrekonstruovaná vila, dobrá dostupnost MHD, dentální laboratoř, bezproblémové parkování, služby recepcie. Tel. 777 106 664

Na soukromé klinice jednodenní chirurgie v obci Stonava (mezi Karvinou a Havířovem) pronajmu jeden až dva operační sály s adekvátním zázemím a 7 lůžky, ARO služby lze domluvit. Rovněž pronajmu jednu ambulanci. Tel. 607 764 518

Pronajmu volné prostory na Klinice jednodenní chirurgie ve Stonavě (okres Karviná), možnost využití fyzioterapeutem apod. Tel. 607 764 518

Pronajmu ordinaci cca 23 m² + společné zázemí v prostorách ambulantní rehabilitace. Nedaleko Vítězného náměstí v Praze 6. E-mail: rehab.josi@seznam.cz

Lékařnu zavedenou (15 let, součást zdrav. střediska) pronajmu na adrese Praha 8, Ústecká 551/57 (výhledově na Teplice). E-mail: vizvlad@centrum.cz, tel. 602 759 020

Pronajmu ordinaci v Praze 8, čekárna a 2 místnosti, celkem cca 50 m², 5 minut chůze od metra Ládví. Ordinance se nachází ve vilové rezidenční čtvrti. Volná od října 2011. Tel. 605 154 448

Různé

Soukromá chirurgická ordinace v Praze 10 hledá dermatologa ke vzájemné spolupráci. Příjemný kolektiv, velmi pěkně vybavené prostory a podíl na zisku garantuji. Prosím nabídněte. Tel. 606 204 765, e-mail: sicio@email.cz

Slevy na nové vozy až 25 % a na roční až 40 %. Možnost leasingu nebo úvěru. Tel. 776 222 882, www.aaautonove.cz

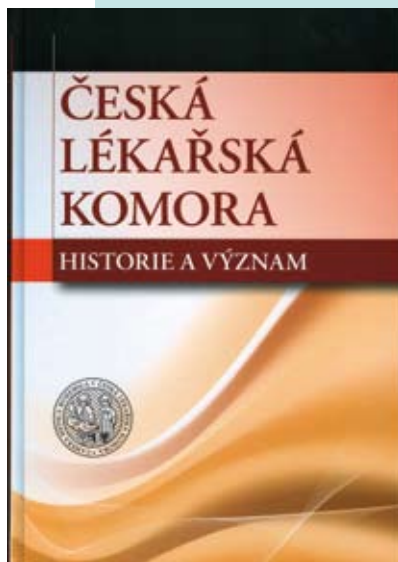
Křížovka o ceny

V Tempus medicorum 7-8/2011 skrývala tajenka citát z detektivky Agathy Christie *Vražda v Mezopotámii*: **Doktoři jsou pořád samý vtíp a starou belu se starají, co při tom člověk cítí.**

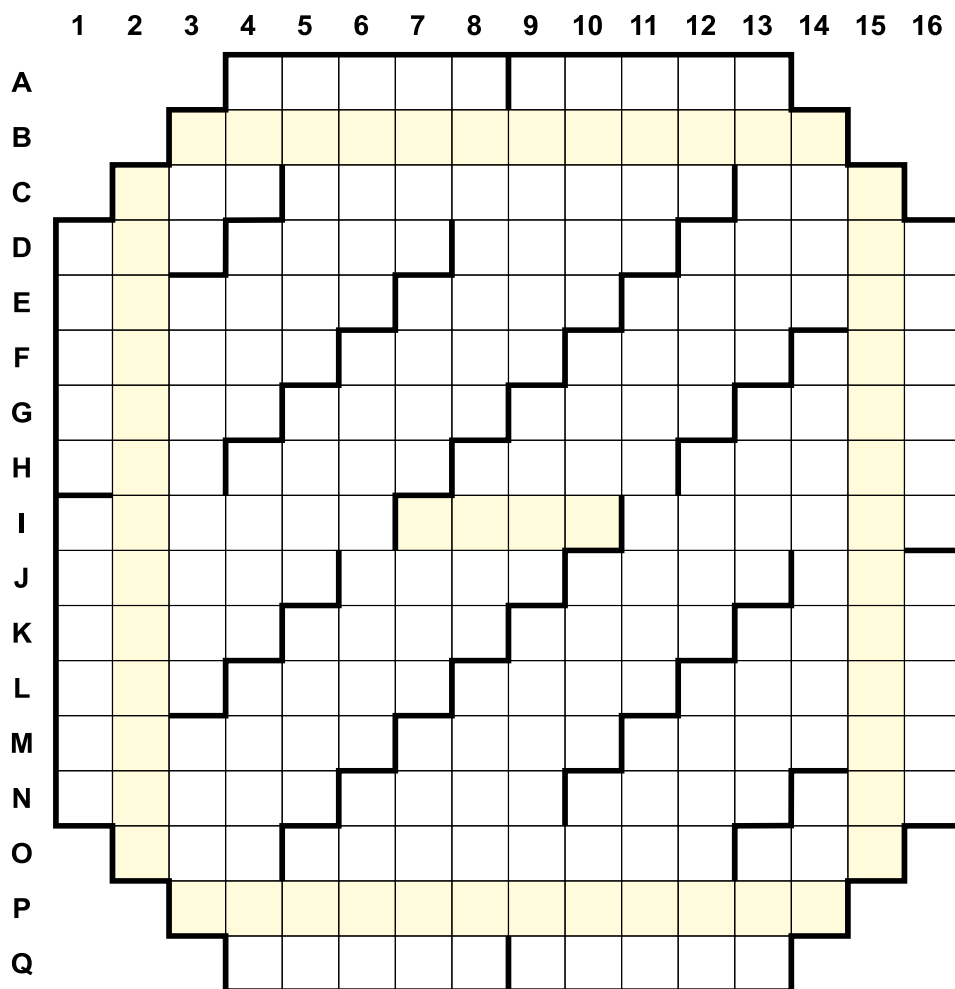
Publikaci *Česká lékařská komora – historie a význam* získává deset vylosovaných luštitelů: **Rostislav Dvořák**, Plzeň; **Eva Hlaváčková**, Letohrad; **I. Hochem**, Praha 10; **Otakar Kraft**, Petřvald; **Jaroslav Leština**, Praha 5; **Dana Němcová**, Chvalkovice; **Josefa Pazourková**, Brno; **MUDr. Středová**, Teplice; **Jiří Valeš**, Rokycany; **Petra Vázanová**, Vřesina.

Na správné řešení tajenky z čísla 9/2011 čekáme na adrese recepc@clkcr.cz do **25. září 2011**.

Hodně štěstí!



KŘÍŽOVKA O CENY



Neurotik si staví ... (dokončení citátu Grahama Reeda je v tajence).

VODOROVNĚ: **A.** Vlastní; vodní květina. – **B. 2. díl tajenky.** – **C.** Hluboký ženský hlas; bezbarvý lak; chytání zvířat. – **D.** SPZ Teplíc; emoce; jméno kuráta z Haškova Švejka; nákras. – **E.** Odříkavě žijící člověk; nešikovná; pramice (nářečně). – **F.** Konající kývavý pohyb; obvazový materiál; zpěvní ptáci; tlouct. – **G.** Vzdychat; druh lososa; oleje; pružiny. – **H.** Označení kamionů dálkové dopravy; druh antilopy; popěvek; kanýr. – **I.** Tyrani; **3. díl tajenky;** mořské vydry. – **J.** Osvědčení; biograf; předložka; věnovat. – **K.** Slovensky „krtci“; tohle; kořeny rostlin s hlínou; společenstva hmyzu. – **L.** Zralé vaječné buňky; německy „tedy“; jméno herečky Hlaváčové; prášek do kopírek. – **M.** Spřádat; mé; citoslovce hrozby. – **N.** Kůň s několikabarevnou srstí; citoslovce smíchu; druh lemura; vzorec sulfidu cínu. – **O.** Americká zpěvačka arménského původu; argentinský fotbalista; které (slovensky). – **P. 1. díl tajenky.** – **Q.** Německy „železo“; ublížit.

SVISLE: **1.** Souhlasit; čapí nůsek. – **2. 4. díl tajenky.** – **3.** Tlach; komorní hudební tělesa; setí. – **4.** Pšt; setina eura; cestovní doklady; odpor. – **5.** Vylokaná; německý filozof; nápor; římskými číslicemi 1501. – **6.** Vstřícnost; rozměr; německy „dům“. – **7.** Malé námořní čluny poháněné vesly nebo plachtami; druh květenství; obilnina; pochody. – **8.** Nálepka; jméno herce Ventury; jméno hudebního skladatele Strausse. – **9.** Přítok Dunaje v Maďarsku; španělský veletok; část ženského oděvu (zastarale). – **10.** Okovaná; karetní barva; holenku; domácí zvíře. – **11.** Opevněné sídlo; nealkoholický nápoj; jižní ovoce. – **12.** Tamta; části obličejů; kazy; zápasíště pro džudo. – **13.** Atleti; lán; ranní vláha; dějství. – **14.** Nemocná; rulík zlomocný; anglicky „obloha“. – **15. 5. díl tajenky.** – **16.** Čerti; stupeň ve svahu (řidčeji).

Pomůcka: *bajadér, Eisen.*