



TEMPUS MEDICORUM

ČASOPIS ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY

12/2007

ROČNÍK 16



PF 2008

V TOMTO ČÍSLE:

Poslanec Kochan stáhl návrh novely zákona o komorách

„Pracovní soboty“ stále hrozí

Rozhovor s ministrem zdravotnictví
Očekávám věcnou diskusi s ČLK

Regulační poplatky

PLUS

EDUKAFARM

monitor medicinae

Edukační a inzertní příloha

FI SÚKL

Mentální anorexie a její léčba

inzerce



„Dovolte, pane ministře, abych si vyřídil něco osobního...“

XXI. sjezd ČLK

Ruka podaná ministrovi

Paranit

ZDRAVOTNICKÝ PROSTŘEDEK NA ODVŠIVENÍ

BEZ INSEKTICIDŮ
klinicky testováno



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



GINNA VISI

PARANIT

ZBAVÍ VAŠE PACIENTY VŠI A HNĚV



Co nás nezabije, to nás posílí

XXI. sjezd České lékařské komory, který se konal posledním listopadovým víkendem v Brně, byl po celé tři dny konstruktivním a věcným jednáním. Tři stovky zúčastněných delegátů pochopitelně nemohou mít, a také nemají na všechny řešené problémy stejný názor, ale velký příslib spatřuji v tom, že spolu dokážeme komunikovat důstojným způsobem v duchu kolegiality, jak se na nás lékaře sluší a patří. My, pro které brněnský sjezd nebyl naším prvním, dobře víme, že ani tato zdánlivá samozřejmost nebyla na řadě sjezdových jednání v minulosti splněna. Zkrátka a dobře, doktoři se na sjezdu komory hádali mezi sebou mnohem méně než v minulosti a naše profesní samospráva je tedy znovu o něco konsolidovanější.

Je důležité, že shromáždění delegátů jednoznačně podpořili jednotu komory a odmítli jakékoliv aktivity vedoucí k oslabování jejího vlivu, k omezování jejích kompetencí nebo směřující k jejímu rozštěpení. Komora naopak požaduje takové kompetence, aby mohla efektivně hájit profesní i ekonomické zájmy svých členů a plnit vůči společnosti nenahraditelnou úlohu na státní moci nezávislého garanta kvality lékařské péče. Je důležité, že stále více kolegů začíná chápat, že dojemná péče, kterou politici věnují lékařské komoře, není motivovaná zájmem o blaho lékařů, ale je vedená za účelem likvidovat jedinou organizaci schopnou hájit zájmy společné celému lékařskému stavu. Zrušením povinného členství v komoře by pochopitelně lékaři žádnou svobodu nezískali. Právě naopak. Funkci profesního dohledu by převzal stát a místo kvalifikovaných kolegů by skutečná nebo domnělá pochybení lékařů posuzovali státní úředníci, možná doplnění o nejrůznější aktivisty z řad občanů. Pokud nedemokratický návrh poslance Kochana a jeho jedenačtyřiceti kolegů z ODS otevřel lékařům oči, pak možná opravdu platí, že co nás nezabije, to nás posílí.

Symbolickým momentem, který měl jisté divadelní rysy, jak tomu již u symbolů bývá, byla návštěva ministra zdravotnictví. Moje podaná ruka a to, že ji pan ministr přijal, neznamenají nic víc a nic méně než návrat k normálnímu stavu. Ministr uznal, že bez spolupráce s lékaři, jejichž legitimním představitelem je jejich zvolená profesní samospráva, nemůže prosadit žádnou smysluplnou reformu zdravotnictví. Pro komoru je důležité, že se budeme moci účastnit na přípravě změn, po kterých voláme mnoho let. Ztracených patnácti měsíců je jistě škoda, ale pokud máme začít spolupracovat, nemůžeme se malicherně hrabat v minulosti. Nemusíme, a pochopitelně ani nemůžeme, se všemi kroky ministerstva zdravotnictví souhlasit. Ale dobrá vůle pana ministra a závazek, že se již nebude opakovat situace z letošního léta, kdy byly silou prosazovány zásadní změny bez diskuse s relevantní lékařskou reprezentací, dávají naději, že se nám podaří zastavit návrhy poškozující lékaře a naopak prosadíme řešení problémů, které nás trápí.

Většina lékařů hodnotí uplynulý rok 2007 jako mizerný. Smluvní nejistota, stagnace příjmů, rostoucí míra inflace, rodící se monopoly, rozpadlý systém vzdělávání, pokračující privatizace nemocnic a existenční obavy jejich zaměstnanců. Zdá se, že o mnoho lepším nemůže být ani rok, který nás čeká. Musíme se vypořádat se zvýšenou administrativou a budeme čelit nevíli pacientů, z nichž značná část odmítá platit tzv. regulační poplatky. Reformní opatření ke stabilizaci veřejných rozpočtů, které na návrh vlády schválila v létě sněmovna, ochudí zdravotnictví přibližně o deset miliard. Očekávaný třináctimiliardový nárůst výdajů pojišťoven představuje pouhých 6,5%, ale i ta spolkně inflace. Reálné výdaje tedy budou v nejlepším případě stagnovat. České zdravotnictví zůstane stejně podfinancované jako dosud, přičemž hlavním sponzorem máme i nadále zůstat my – zdravotníci.

Zkrátka, jestliže byl rok 2006 rokem ztracených šancí a ten letošní pak rokem očekávání a zklamání, tak i rok 2008 přináší lékařskému stavu pouze nejisté vyhlídky. Navzdory tomu si však dovoluji popřát nejenom vám, ale všem lidem, kteří jsou vám blízcí, na kterých vám záleží a které máte rádi, ve zdraví prožitý, šťastný a úspěšný nový rok 2008.

PF 2008

Milan Kubek, prezident ČLK

TÉMA MĚSÍCE

2-9

Sjezd se jednoznačně postavil za komoru
Poslanec Kochan odvolal návrh novely zákona o komorách
Lékaři si své právo na profesní organizaci uhájili
Usnesení XXI. sjezdu ČLK
Opožděná odpověď premiéra

ROZHOVOR

10-11

Ministr zdravotnictví Tomáš Julínek

STALO SE

12-31

Novela zákoníku práce podle senátora Julínka
Plat podle tarifů, nebo smluvní mzda?
Převádění na akciovky má červenou
Protest LOK-SČL proti krokům ministerstva

INZERTNÍ PŘÍLOHA MONITOR MEDICINAE

15-30

Farmakoterapie obezity:
preskripční a OTC možnosti
SlimCUP® – profil přípravku
Rozhovor s MUDr. Táňou Staňkovou
z centra pro poruchy metabolismu a výživy
Dlouhodobá terapie astmatu:
léčiva, compliance, trendy
Účinnost léčby zaměřené na profylaxi fraktur
u pacientů s osteoporózou: systematický přehled
Zajímavá molekula – Finasterid

PŘÍLOHA FI

Mentální anorexie a její léčba

NÁZORY

32

Krise 2006 ve světle skutečných výsledků

PRÁVNÍ PORADNA

34-37

Lékař v trestním řízení
Informace pro členy ČLK
o zpracování jejich osobních údajů
Co je „udržovací pojištění“ a proč je uzavírat

KAZUISTIKA

38-39

Případ nezletilé pacientky a soudících se rodičů

STALO SE

40

Regulační poplatky

SERVIS

41-44

Vzdělávací kurzy ČLK
Inzerce
Křížovka o ceny

Měsíčník TEMPUS MEDICORUM

Vydává: Česká lékařská komora, Dolní nám. 38, 771 00 Olomouc
Registr. číslo MK ČR 6582 • ISSN 1214-7524 • IČO 43965024
Adresa redakce: Časopis ČLK, Lékařská 2, 150 00 Praha 5
Tel.: +420 257 217 226 • Fax: +420 257 220 618 • recepc@clkr.cz
www.lkcr.cz
Šéfredaktor: MUDr. Milan Kubek
Redakční zpracování: EV public relations, s. r. o., Praha
Odpovědná redaktorka: PhDr. Blanka Rokosová
Příjem příspěvků: blanka.rokosova@ev-pr.cz
Příjem řádkové inzerce: recepc@clkr.cz (viz adresa redakce)
Grafická úprava, sazba, inzerce: Edukafarm, spol. s r. o.
Design: Ing. Jindřich Hurt
Marketing a inzerce: Ing. Renáta Podracká, mobil: 724 261 177,
tel.: 224 252 435, e-mail: renata.podracka@edukafarm.cz
Tisk: EUROPRINT Modřany, a. s.
Uzávěrka čísla 12: 19. 12. 2007 • Vyslo: 27. 12. 2007
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.



Na sjezdu ČLK jsme položili některým delegátům otázku:

Co říkáte smíření ministra Julínka a prezidenta ČLK na sjezdu komory a jak by se to mělo projevit v praxi?

Myslím, že to je skutečně vykročení správným směrem. Dosavadní problém byl v tom, že komora přeci jenom změnila své původní směřování. Má být stavovskou, nikoli politickou organizací. Má ze zákona povinné členství, a tudíž se nemůže nikdy deklarovat jako odborová organizace. Skutečné rozdělení těch dvou platforem, profesní a odborové, bude výhodou, protože každá složka bude moci hájit to, co jí patří. Od okamžiku, kdy ČLK začala fungovat jinak, než co je jejím posláním, tak se stát pochopitelně bouří, protože veškerá moc a síla komory vychází z toho, že má delegované pravomoci státem. Když je používá na něco jiného, je to špatně a stát si říká: „Delegoval jsem to dobře?“ A vždycky někdo řekne: „Tak to zrušíme!“ Protože jsem byl u zrodu této komory, mám naprosto jasnou představu, jak by měla fungovat, a myslím si, že její existence je nezbytná. A že jakákoli snaha o její zrušení je špatná. A nemám nejmenší zájem ani na tom, aby stát komoru hlídal... Pokud neexistuje dohoda mezi dvěma stranami, nikdy není chyba jenom na jedné, jenom na straně ministerstva. Chyba je i na druhé straně. Kdybych setkání Julínek – Kubek nevěřil, tak bych ho nepodpořil. Nenavrhl bych, že vytočím ministrovo telefonní číslo a předám mobilní telefon prezidentovi komory. Vstřícný postoj je jen první krok, dalším musí být vyhrazení prostoru pro obě strany: „Toto je moje pole, toto já hraji.“ Z Julínkových úst některé názory na první poslech neznějí dobře, přesto jsou akceptovatelné, nebo potřebují jen malou úpravu, aby byly prospěšné lékařskému stavu a pacientům. Polemizovat s nimi jen přes média není dobré. Já dokonce trvám na tom, aby komoře tyto postupy ministerstva nevysvětloval nižší představitel než samotný ministr.

Prof. Bohuslav Svoboda,
děkan 3. lékařské fakulty UK

Jsem rád, že došlo ke smíření, a přál bych si, aby ta spolupráce fungovala na věcném podkladu a abychom otevřeli diskusi. Zádrhel by mohl vzniknout,

Sjezd se jednoznačně postavil za svou komoru

Ve vzrušené atmosféře proběhl 23. až 25. listopadu 2007 v brněnském Interhotelu Voroněž XXI. sjezd České lékařské komory. Ten se jednoznačně ohradil proti některým velmi problematickým krokům ministerstva zdravotnictví a skupiny poslanců v čele s Jozefem Kochanem.

Kritice byly na sjezdu podrobeny ministrem Tomášem Julínkem navržené a poslaneckou sněmovnou schválené třicetikorunové tzv. regulační poplatky, které budou muset od 1. ledna 2008 pod hrozbou pokuty vybírat lékaři od pacientů. S nevolí delegátů se setkal také záměr prodloužit pracovní dobu lékařů na 48 hodin týdně. ČLK podporuje snahu zaměstnaneckých organizací o snížení přesčasové práce lékařů a jejich závislosti na příjmech z této práce.

Ostrý nesouhlas vyslovil sjezd rovněž s novelou zákona č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře, jejímž autorem je poslanec Jozef Kochan. Změna by posílila vliv státu, omezila kompetence komory a mohla by vést až k likvidaci naší stavovské organizace.

Sjezd odhlasoval ministrovo pozvání

Na začátku druhého jednacího dne prezident komory Milan Kubek seznámil delegáty sjezdu s pozváním ministra MUDr. Tomáše Julínka, MBA, na toto jednání. První dopis je datován 20. září tohoto roku, bezprostředně poté, kdy představenstvo ČLK rozhodlo o účasti představitelů politické reprezentace na sjezdu. Pan ministr neodpověděl, proto mu byla odeslána další pozvánka 1. listopadu. Ten v odpovědi z 12. listopadu uvedl, že písemnost postoupí grémium ODS, aby samo rozhodlo o účasti vhodného kandidáta na připravené diskusi. Z toho plyne, že ODS rozhoduje o tom, kdo je nej kvalifikovanější odborník na problematiku zdravotnictví, zda je to samotný ministr zdravotnictví, nebo někdo jiný.

Bohuslav Svoboda, někdejší prezident ČLK, v diskusi prohlásil, že „teď se láme chleba“, a navrhl, aby sjezd pozval Tomáše Julínka jako ministra zdravotnictví a člena

ČLK, ne jako člena politické strany. Podal návrh, že v případě souhlasu delegátů sjezdu vytočí číslo mobilního telefonu ministra a mobil předá prezidentovi ČLK. Sjezd poté schválil 228 hlasy proti 23 (hlasování se zdrželi 4 delegáti) znění pozvání: „Vážený pane ministře, právě zasedající XXI. sjezd ČLK vás zve k diskusi nad vámi plánovanou transformací zdravotnictví. Těšíme se, že naše pozvání neodmítnete.“

Ministr Julínek byl na právě probíhajícím kongresu ODS s prezidentem Václavem Klausem, a tudíž nebyl momentálně na telefonu k zastížení. Po několika minutách sám zavolal a prezident komory Kubek mu tlumočil pozvání sjezdu. Ministr oznámil, že odjíždí z kongresu ODS a za hodinu a půl bude v Brně na sjezdu ČLK.

Tento způsob pozvání se stal tématem kuloárových debat. Značná část delegátů nevěřila nepřipravenosti celé akce. Někteří například tvrdili, že ministr se s lékaři sejít chtěl, ale usoudil, že po tolika měsících neochoty jednat s představiteli ČLK by nebylo taktické přijmout pozvání prezidenta ČLK. Po dohodě s Bohuslavem Svobodou tedy zvolil řešení, které ale v naší anketě označili někteří delegáti za připravené a teatrální.

Bohuslav Svoboda však tuto verzi odmítal. Časopisu Tempus medicorum tvrdil: „Gesto usmíření prezidenta komory a ministra zdravotnictví nijak předjednáno nebylo. To byla skutečně reakce na hlasy delegátů, že současný stav je neuspokojivý, že ministr je špatný a proč s námi nehovoří, když je jedním z nás. To byl moment, kdy jsem si řekl, že mají pravdu a že tam je asi nějaký osobní blok mezi prezidentem komory a ministrem.“

Ministr Julínek bránil svou reformu

Skutečně, po hodině a půl přivítal prezident ČLK Milan Kubek v sále Interhotelu Voroněž ministra zdravotnictví Tomáše Julínka. Inspirován scénou ze sjezdu České stomatologické komory, kde si Miroslav Macek v roli moderátora vyřizoval osobní záležitost s čestným hostem Davidem Rathem, pronesl prezident ČLK, že si dovolí vyříditi svou osobní záležitost s ministrem



Profesor Bohuslav Svoboda

zdravotnictví. Leckterým delegátům v sále zatrnulo, ale Milan Kubek s úsměvem nabídl ministrovi Julínkovi pravici: „Toto je podaná ruka České lékařské komory, vítám vás mezi námi,“ řekl Kubek.

Z reakce ministra bylo patrné příjemné překvapení. Uvedl, že by chtěl, aby podaná ruka od prezidenta Kubka byla naplněná věcným jednáním, a věří, že komora je apolitickou organizací, ne odborovou, ale profesní, a že reprezentuje vážený lékařský stav. Toto myslí upřímně, samotné slovo upřímnost je pro něj důležité. Sdělil, že by rád za stávající situaci udělal tlustou čáru a na základě toho vyškrtl svůj úvod, kterým chtěl vysvětlovat problémy v komunikaci. Podle jeho názoru by to bylo „zbytečné vrácení se do minulosti“.

„Dovolím si pominout pseudoproblémy s vybíráním poplatků a realizací zákona,“ zahájil Julínek proslov k delegátům sjezdu. „Zákon bude od 1. 1. 2008 platit. Byla vydána metodika, pojďme podle ní pracovat a vyhodnoťme za půl roku nebo za rok, jestli to k něčemu bude. Věřte mi, že bych si to uměl představit i jinak, částka 30 korun je nastavena reálně, jak to dovozuje náš sociální systém. Je to krok správným směrem. Neklid v Maďarsku v souvislosti se zavedením poplatků nevznikl ničím jiným než tím, že se nepodařilo ukočírovat poslance, kteří odhlasovali mnoho výjimek. To, že my jsme se tomu ubránili, by mohlo zaručit, aby vybírání probíhalo hladce.“ Ministr nazval zákon jakýmsi startem k reformě zdravotnictví, „otvíráním dvířek“.

Julínek považuje za důležitá některá současná opatření ministerstva zdravotnictví. Je to především úhradová vyhláška, práce na novém sazebníku výkonů a otázky cenové regulace. Plány zdravotních pojišťoven jsou nastaveny na růst 13 miliard korun, což není málo, a české zdravotnictví

podle ministra nečeká špatný rok. Nikdy od zavedení kapitace u praktických lékařů nebyl nárůst platu 15 procent, v tom nejsou zahrnuty poplatky. Proti penězům stojí samozřejmě vždy výkon a kvalita. Na tom se lze shodnout. Přistoupení na regulační mechanismus praktických lékařů je podle ministra výsledkem solidní komunikace mezi ministrem a praktickými lékaři.

Všechny segmenty prý relativně rostou, limity nejsou tvrdé, ale pružné, s degresivní hodnotou bodu. Důležité na úhradové vyhlášce je její doporučující charakter. Poprvé je dovoleno dohodnout se od 1. 1. 2008 jinak, než uvádí vyhláška. Je otázkou, jak tento prostor bude naplněn a jak reálně bude moci nějaká skupina vyjednávat se zdravotními pojišťovnami.

Úhradovou vyhlášku bude doprovázet zrušení maximální hodnoty bodu, od 1. 1. 2008 nebude regulována. Z hlediska nastavení sazebníku se limit týká především LDN, záchranných služeb a výkonů, které provádějí zdravotní sestry.

„Bod není měna. S bodem bychom měli skončit!“ uvedl Julínek. Přeprocovávání sazebníků výkonů nebude přeprocováváním kalkulačních vzorců těchto výkonů, ale přesným popisem české produkce ve zdravotnictví. Debata o tom je prý jednoznačně otevřená a ČLK v ní bude hrát svou roli. Toto uvedl ministr Julínek proto, aby si všichni uvědomili, že když v zákoně stojí, že ministerstvo bude vydávat sazebník výkonů bez dohodovacího řízení, tak bude vydávat jen část popisnou, nikoli kalkulační. To je důležité pro to, aby lékaři mohli sjednávat se zdravotními pojišťovnami své kontrakty v korunách.

„Je důležité mluvit o pracovních soubotách,“ řekl Tomáš Julínek. „V zákoně je 40 hodin týdně, ministr nemůže měnit zákon. Ministr navrhuje 40 hodin plus 8

kdyby se ministr zdravotnictví a prezident ČLK „zabetonovali“ ve svých doškových pozicích. Ale jsem optimista, věřím, že bude zahájena skutečná, otevřená diskuse o připravované reformě zdravotnictví. Na sjezdu ČLK pan ministr Julínek směr reformy nastínil, což je pro mě důležité. To, co tady řekl, se mi zdá to nejlepší, co jsem zatím měl možnost od ministrů vyslechnout. Byl jsem příjemně překvapen.

MUDr. Luboš Vaněk,
primář dětského oddělení, nemocnice Sokolov

Myslím si, že komunikace mezi komorou a ministerstvem je velmi důležitá. Je to dobrá možnost, abychom mohli ministrovi říct svoje názory, protože pak by se už nerozhodovalo od zeleného stolu. Bohužel mám dojem, že to smíření bylo trochu hrané. Až budoucnost nám ukáže, jak to bylo doopravdy. Přesvědčilo by mě, kdyby zákon o komorách, o kterém se bude hlasovat, poslaneckou sněmovnou neprošel. Měl by být podroben rozumným připomínkám a lépe zformulován.

Hana Vejvarová,
PLDD, Liberec

Doufám, že nabídka usmíření byla ze strany pana ministra myšlena upřímně. Že nebyla vyvolána nějakými politickými okolnostmi. Mělo by se to projevit na jeho krocích vůči lékařům, které by měly být vstřícnější. Lékaři by neměli být považováni pouze za levnou námezdní sílu, ale za kvalifikované lidi, které je nutno si v tomto státě držet. Samozřejmě očekávám, že lékařská samospráva bude brána jako samostatná správa lékařů se všemi klady i zápory, které má i státní samospráva. A že ČLK bude brána jako důstojný partner při všech jednáních.

Zdeněk Mrozek,
Klinika anesteziologie a resuscitace, FN Olomouc

Příliš tomu nevěřím. Současná politická reprezentace mě osobně tolikrát zklamala a dokázala, že nedrží své slovo. Bylo to podle mě jen formální gesto. Ministr k tomu byl vyzván, tak to gesto udělal, ale myslím, že praktický dopad, bohužel, žádný nebude. Byl bych rád, kdyby byl, ale jsem velmi skeptický.

Miloš Voleman, chirurg,
FN Královské Vinohrady, Praha



Na sjezdu ČLK jsme položili některým delegátům otázku:

Co říkáte smíření ministra Julínka a prezidenta ČLK na sjezdu komory a jak by se to mělo projevit v praxi?

Bylo pozitivní, že se to setkání uskutečnilo. Osobně mě ale vadila teatralita, jakou k tomu došlo, ignorace oficiálních pozvání a najednou telefonát, připravený scénář a zabalený dárek pana ministra. To je nedůstojné lékařského stavu. Moc z toho asi nebude; ministr deklaroval pouze ty věci, které jsou nepřijatelné. Neustoupil z ničeho, co směřuje k delší pracovní době, špatnému ohodnocení lékařů, zákonu proti komoře. Pořád prezentuje to, co prezentoval dříve. Jediné se změnilo: že to tady řekl přímo lidem do očí. Podstatné věci se nezměnily. Přesvědčivý krok by byl, kdyby s námi začal vyjednávat a vzdal se své představy, že nejdřív privatizace a pak vše ostatní. Nejdřív se musí nastavit pravidla a pak se můžeme bavit o skutečné privatizaci, ne té „po česku“! Byl bych pro jednotnou normu odměňování pro zdravotníky, ale ne to, že všichni přejdou na smluvní mzdy, které už existují a žádné navýšení ani diferenciaci zaměstnanců nepřinesly. Současné platové tabulky totiž diferenciaci umožňují až ve výši 35 tisíc korun, což je svým způsobem dost, ale problém je v nedostatku peněz. Když tam žádné další peníze nepřijdou, tak ani smluvní mzdy nebudou vycházet z jiných norem než ze současných. A pokud se někomu zvedne mzda, tak jinému se musí snížit. Pokud pan ministr bude aplikovat své metody, trvám na tom, že exodus lékařů do zahraničí bude ještě masivnější.

Martin Engel, radiodiagnostická klinika FN Královské Vinohrady, Praha

Mile mě potěšilo, že sjezd komory cestu smíru s ministrem hledá a pokusil se naprosto nenásilným způsobem ministra pozvat. Prezident komory pak naznačil provedení tlusté čáry za minulostí a ministr se zjevně pokusil podanou ruku přijmout. Zda tento krok přinese ovoce, to se nepochybně ukáže až v budoucnu, protože bude záležet na způsobu, jakým obnovena komunikace bude dál probíhat, do jaké míry bude racionální a bez skutečného ohlížení se do minulosti. Bude záležet na výběru osob, které budou

hodin normální řádné pracovní doby a 8 hodin přesčasů. To by vedlo ke zvyšování základních platů a toho chceme dosáhnout.“ Podléhalo by to dohodě mezi lékařem a jeho zaměstnavatelem. „Bojuju o smluvní platy. Netrvám na tom! Jenom řeším překračování přesčasové práce,“ podotkl Julínek.

Debaty o připravovaných krocích

Nejpodstatnější je podle slov ministra věcná debata o připravovaných reformách. Do legislativního procesu byly odeslány tři porce zákonů, z nichž je sedm zcela nových a jedna významná novela týkající se dvou vzdělávacích zákonů. O těchto zákonech se otevírá diskuse.

Ministr předal prezidentu Kubkovi modrou mašlí převázaný dar v podobě knihy zákonů, aby ČLK začala číst a diskutovat o záměrech ministerstva.

„České zdravotnictví by se po přijetí tohoto balíku zákonů mělo dostat významně dál od politického vlivu, politického lomcování zleva doprava. Návrh znamená autonomii systému a kapitalismus ve zdravotnictví, po kterém lékaři volají. Mluvím o moderním kapitalismu, při zachování všech hodnot, které potřebují naši občané. Uskutečňuje smluvní politiku zdravotních pojišťoven, což bude znamenat realizaci nasmlouvaných produktů s pojištěncem,“ prohlásil ministr.

Další blok zákonů o zdravotní péči má nahradit zákon z roku 1966, který prý byl již padesátkrát novelizován. Uvádí na trh rovnoprávnost vstupu. V tomto novém zákonu je jasná definice, kdo je pacient, kdo poskytovatel, jaká má kdo práva a jaké povinnosti. Je tam též zjednodušení převzetí praxe a její přerušování, vytváří i přechodná období.

Za nejcennější považuje ministr svobodný výkon lékařského povolání, což vede k flexibilitě pracovního trhu, přináší další příležitosti lékařům, kteří mohou pracovat pro více zařízení. Je to průlom, o který ministr bojoval, a tak si splnil svůj cíl. Stát se vzdává řízení výzkumných ústavů a organizace vzdělávání lékařů.

Ministr Julínek se mohl na sjezdu ČLK zdržet zhruba půldruhé hodiny, poté ho čekal další pracovní program. Druhá část jeho vystoupení byla věnována diskusi s delegáty sjezdu.

(Rozhovor s ministrem Julínkem najdete na jiném místě tohoto čísla.)

Poslanec Kochan vyzván k diskusi

Mezi pozvanými hosty sjezdu z parlamentních politických stran byl také poslanec MUDr. Jozef Kochan (ODS), muž, který připravil novelu zákona č. 220/2004 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře.

Michal Sojka, vedoucí tiskového oddělení ČLK, upozornil poslance Kochana na to, že si prezident komory Milan Kubek podal ruku na usmířenou s ministrem Tomášem Julínkem, a vyzval ho, aby svůj návrh stáhl. Kochan namítl, že jednak novelu zákona schválila vláda a jednak má zprávy o nespokojenosti části ČLK se současným stavem v komoře.

Prezident komory Kubek zrekapituloval, že první indicie o novele zákona byly z ledna letošního roku. Požádal 23. ledna o jednání, nabídl, že poslance Kochana seznámí s fungováním, činnostmi a úkoly, které komora plní, a bude s ním diskutovat. Na tuto výzvu dostal 27. ledna odpověď, že poslanec Kochan má informací dostatek a další tedy již nepotřebuje. Současně v lednu slíbil ministr Julínek zahájení věcné diskuse, která ale nikdy nezačala. Naopak 26. září se jako blesk z čistého nebe objevil ve sněmovně návrh poslance Kochana, neprojednaný s představiteli dotčených komor. Proto 2. října prezident ČLK společně s prezidentem ČSK Peškarkem a prezidentem ČKL Chudobou opět písemně vyzvali Kochana k jednání a informovali ho, že tento návrh považují za nepřijatelný. Nedočkali se však žádné reakce.

V debatě na sjezdu poslanec Kochan potvrdil, že s nikým z vedení ČLK opravdu nejednal. Na otázku „proč?“ odpověděl, že měl dost informací z jiných zdrojů, od řadových členů komory. Kubek upozornil, že lékařský stav v Evropě hodnotí Kochanův návrh jako ostudu demokracie. „Stáhněte zákon, jako jeho předkladatel to můžete udělat, a zahajme jednání,“ vyzval Kubek poslance za potlesku delegátů. Kochan však trval na svém: „Neučiním tak, zákon půjde v poslanecké sněmovně do prvního čtení.“ Pravděpodobně netušil, jaká bouře kritiky se na sjezdu snese na jeho hlavu. Ani jeden z diskutujících delegátů jeho novelu nepodpořil.

V ostré palbě kritiky

Helena Stehlíková, zástupkyně ČLK při CPME, nezávislé mezinárodní organizaci zastupující dva miliony evropských lékařů, řekla: „Dovolte, abych vás informovala, že toto sdružení je otrěseno vývojem v ČR. Do-



stali jsme podporu všech členů, abychom hájili svá demokratická práva. EU klade jako první a nejcennější atributy své činnosti ochranu demokracie, občanské společnosti a lidských práv... Jménem lékařů EU vás žádám, abyste stáhl svůj návrh.“

Tomáš Šindler prohlásil, že ČLK nepotřebuje nově konstruovat volební systém. „Zřejmě víte, že nejvyšší správní soud shledal veškeré námitky stěžovatele doktora Stránského proti volbám v orgánech ČLK za nemístné a prohlásil volby za legislativně platné. (*Stránský kandidoval proti Kubkovi na post prezidenta ČLK, ale neuspěl – pozn. red.*) Principy, které v novele navrhuje, neplatí v žádné ze 14 komor, jsou namířeny pouze proti těm třem komorám a nejsou akceptovatelné v žádné evropské demokracii. Váš návrh nepatří do slušné občanské společnosti,“ řekl Šindler.

Poslanec Kochan poté připomněl, že stížnost asi 25 senátorů na tento zákon leží u ústavního soudu, který by měl určit, co v něm není legitimní.

Delegát Kaška reagoval na tu část připravované novely, která říká, že vedení ČLK by mělo být zvoleno nadpoloviční většinou všech členů. „Náš současný ministr zdravotnictví Tomáš Julínek byl zvolen v posledních řádných volbách ve svém obvodu za okolností, kdy k volebním urnám přišlo v prvním kole 29,5 procent, ve druhém kole 18,49 procent oprávněných voličů. Stejná situace nastává ve volbách do zastupitelstev krajů, kde přijde k volebním urnám kolem 30 procent. Kolem 20 procent je normální číslo, protože volit máte právo, ale není to vaše povinnost.“

Další z delegátů, Sýkora, se zeptal, kolik lidí z těch 46 000 členů ČLK pan poslanec reprezentuje. „Mně přišel do mé mailové schránky názor jednoho kolegy, který vás podporuje. Máte jich víc?“ Poslanec Kochan odpověděl, že on má takových mailů spoustu.

Delegát Henzl, který je považován za jednoho z kritiků vedení ČLK, upozornil,

že v sále, kde sjezd probíhá, je jedním z nejpravděpodobněji smýšlejících lékařů a zároveň je velmi citlivý na jakékoli pokřívování a zmanipulování demokracie. „Pane poslanče, na rozdíl od řady kolegů zde chápu důvody, které vás vedly k podání tohoto návrhu. Ale pokud vy, představitel strany, kterou jsem opakovaně volil, podáváte takhle kontroverzní a zásadně pozměňující návrh, měl byste ho naprosto exaktně zdůvodnit a vysvětlit. Všechny jednotlivé sporné body do detailu. To, co jste tady předvedl, je katastrofa a já se stydím, že jsem vám ve volbách ten hlas dal a že jste tohle tady vůbec dokázal prezentovat.“

Jakápak nedemokratičnost komory?

Delegát Musil: „Je napadána nedemokratičnost lékařské komory. Ale všichni mají možnost na okresních shromážděních i na sjezdu svůj názor demokraticky vyjádřit a pak se hlasuje. Možná, pane poslanče, kdybyste ta hlasování viděl, zjistil byste, že se návrh neprotlačuje o jeden hlas jako v poslanecké sněmovně, kde se rozhoduje o nás, občanech, na spoustu let dopředu. Chápu, že kolegové, jejichž názor nebyl akceptován, mohou být z toho rozladěni, ale taková je demokracie. Vy jste zřejmě vyslechl část lékařů, kteří mají pocit, že jejich názor tady měl převážet. Zřejmě nás nepřesvědčili, čili jejich názory nepřevážily. Ale určitě to není v tom, že by komora nebyla demokratická.“

Miloš Voleman: „Máme tady zástupce všech pěti parlamentních stran. Je mezi nimi i paní poslankyně za stranu, kterou si všichni spojujeme s totalitní minulostí. Ta tu hájí principy parlamentní demokracie, zatímco zástupce strany, která má v názvu občanská a demokratická, nám předvádí aroganci moci jako Vasil Bílak v dobách své největší slávy.“

Také další diskutující ostře vystoupili proti navrhovaným změnám zákona o komorách.

V závěrečné řeči poslanec Kochan uvedl: „Ta diskuse byla potřebná. Byla to moje chyba, měl jsem oslovit možná všechny vaše čelní představitele. Nicméně můj názor se nezmění, já stejně ten návrh podám. Protože si myslím, že mám svým způsobem pravdu.“

(mim)

k diskutím za ČLK docházet. Podstatné je, zda bude zúročeno toto deklarované usmíření. Domnívám se, že velice cenná na výstupu pana ministra na sjezdu byla i prezentace jeho věcných závěrů chystané reformy, neboť poplatky nejsou reformou, ale vstupním krokem. Až další zákony, jejichž věcný záměr nám zde byl stručně a srozumitelně vysvětlen, ukáží směr, kterým by se české zdravotnictví mělo vydat. Na mě tyto kroky dělají dobrý dojem. Jako soukromý lékař si umím představit, že nastíněný systém může dobře fungovat, racionalizovat práci lékařů jak v soukromých praxích, tak v nemocnicích, a zejména omezit plýtvání ve zdravotnictví a posílit zdroje financování o soukromý zdroj z regulačních poplatků a především komerčního zdravotního připojištění a sponzorování..

Karel Blažek, soukromý anesteziolog, Praha 4

Snad nebyl nikdo v jednacím sále, kdo by si nepřál, aby návrh docenta Svobody nebyl realizován. Pan ministr Julínek opravdu přijel. Na to se pan prezident Kubek skutečně zachoval jako gentleman. Dokázal navodit gradaci napětí, s nádherným odlehčením, tlustou čarou za minulostí a přijmout upřímně pana ministra jako vítaného hosta. Pan ministr udělal dobře, že přijel. Určitě tím jeho prestiž stoupla. Dostal volný prostor, možnost monologu, bez konfrontace – jako host. Naděje na vzájemnou komunikaci a naplnění smyslu komory, ovlivnit v rámci svých možností život lékařského stavu, stoupla. Myslím, že po dlouhé době bylo cítit atmosféru optimismu. Budoucnost je o tom, zda bude dialog v tomto duchu pokračovat. Většina lékařů se o „politiku“ nezajímá. Těžce ale snáší zprávy z jasněho nebe. Každý z nás by uvítal naznačení perspektivy budoucnosti. Bohužel, některé dosavadní kroky ministerstva postrádaly spolupráci s ČLK a pak působí jako hrozba naší existence. Doufejme, že podané ruce byly míněné vážně a budou začátkem spolupráce. Bezprostředně po odchodu pana ministra přicházela realita. Válečná sekyra nebyla zcela zakopána. Další průběh sjezdu ji pak postupně vykopával v podobě dosud nedořešených otázek. Návrh poslance Kochana, 48 hodin...?

Jaroslav Harman, epidemiolog, Krajská hygienická stanice Liberec



Na sjezdu ČLK jsme položili některým delegátům otázku:

Co říkáte smíření ministra Julínka a prezidenta ČLK na sjezdu komory a jak by se to mělo projevit v praxi?

Byla bych ráda, kdyby to usmíření bylo upřímné. Pomohlo by to oběma stranám. Ministerstvo by získalo znalost širšího spektra názorů a ČLK by mohla zkorrigovat svůj chybný směr, protože se stala spíše odborovou organizací než organizací, která se stará o kvalitu péče, vztahy mezi lékaři a pacienty i vztahy mezi lékaři navzájem, o výzkum... Snad smíření přinese i sjednocení všech jednotlivých segmentů lékařské péče a naladí je na jednu potřebnou notu.

Jitka Šlechtová, hematolog, FN Plzeň

V prvé řadě nevěřím, že tento náznak historického smíření proběhl náhodou, jako okamžité rozhodnutí. Naopak jsem přesvědčen, že to byla z některé strany dobře promyšlená akce. Každý náznak usmíření považuji za velice vstřícné vykročení správným směrem, k diskusi. Považoval bych to za obrovský průlom, ale počkám si na ten krok číslo dvě – pokud vůbec přijde. To, jak se ministr vyjadřoval k chystanému zákonu, mě vůbec nepřesvědčilo, že sdílí naše obavy. Pokud jako ČLK budeme moci přijít na ministerstvo a diskutovat o dalších krocích, změnách ve zdravotnictví, v organizaci nemocniční či ambulantní péče, pak budu téměř přesvědčen, že to bylo myšleno vážně.

Martin Sedláček, chirurgické odd., NSP, Havířov

Smíření sice formálně proběhlo, ale pan ministr bohužel tuto podanou ruku ČLK zneužil pouze k tomu, aby dal legitimní formu svým legislativním a exekutivním krokům z poslední doby. To, že pozvání na sjezd ČLK prostřednictvím docenta Svobody bylo zinscenováno předem, pochopil asi každý. Závěrem obecného, velmi optimistického projevu ale pan ministr potvrdil, že podporuje zákon o „nepřímém“ zrušení ČLK, stejně jako prodloužení pracovní doby pro zdravotníky. Svoji „dobrou vůli“ k další spolupráci potvrdil nakonec i odmítnutím jakékoliv komunikace s odbornou veřejností stran koncepce fakultních nemocnic. To jsou věci, které jsou aktuálně pro komoru a lékaře nejpalčivější. O upřímnosti jednání pana ministra by mě



Udržet nezávislost na státní moci! Stanovisko sjezdu ČLK k návrhu novely zákona č. 220/1991 Sb. (sněmovní tisk 314)

Sjezd ČLK zásadně nesouhlasí s návrhem novely zákona č. 220/1991 Sb. (sněmovní tisk 314), který byl předložen skupinou poslanců, aniž se k němu ČLK mohla vyjádřit. Takový postup považuje ČLK za odporující principům demokratické společnosti. Návrh zákona významně posiluje roli ministerstva zdravotnictví, tedy státu, a zároveň omezuje kompetence ČLK a tím oslabuje princip profesní samosprávy, který je ve všech vyspělých demokratických právních státech znakem občanské společnosti a demokracie.

Sjezd ČLK odmítá návrh zákona, jehož přijetí by umožnilo ministerstvu zdravotnictví, jako orgánu výkonné moci, svévolně zasahovat do činnosti profesní lékařské samosprávy, která by tak ztratila svoji nezávislost na státní moci.

Za zcela bezprecedentní porušení článku 21 Listiny základních práv a svobod, která je součástí ústavního pořádku ČR, považuje ČLK návrh, aby státní moc zruši-

la výsledek demokratických voleb orgánů lékařské komory. Návrh zákona vyžaduje pro platnost voleb orgánů ČLK, aby se jich účastnila nadpoloviční většina oprávněných voličů-lékařů. V žádné ze 14 profesních komor zřízených zákonem v ČR přitom není nadpoloviční volební účast jako podmínka platnosti voleb vyžadována. Takový požadavek není obvyklý ani v jiných státech EU. Pokud by splnění takové absurdní podmínky vyžadovaly zákony o volbách, neexistoval by v ČR například Senát ani většina krajských a obecních zastupitelstev.

Přijetí návrhu zákona by nemohlo vést ke zkvalitnění činnosti ČLK, ale zcela nepochybně by vedlo k její postupné a nedůstojné likvidaci. Česká lékařská komora jako profesní samospráva lékařů plní vůči společnosti nezastupitelnou úlohu nezávislého garanta kvality poskytované lékařské péče.

Sjezd ČLK žádá všechny poslance Parlamentu ČR, aby návrh novely zákona číslo 220/1991 Sb. (sněmovní tisk 314) odmítli.

Poslanec Jozef Kochan 27. listopadu 2007 stáhl návrh novely zákona č. 220/1991 Sb. Podle zpravodajství České televize ho k tomu přiměl fakt, že by pro něj nehlasovali poslanci KDU-ČSL, a tudíž by sněmovnou neprošel.

ČLK zve ministra a představitele parlamentních stran k jednání

Dnes, 27. 11. 2007, poslanec ODS MUDr. Jozef Kochan vzal zpět návrh na změnu zákona č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře. Přijetí tohoto návrhu by vedlo k likvidaci profesních samospráv zdravotníků.

ČLK zve tímto ministra zdravotnictví a představitele všech parlamentních politických stran k serióznímu jednání o postavení profesní lékařské samosprávy v České republice. Naším cílem je vytvořit takový zákon, který umožní České lékařské komoře co nejlépe plnit její vůči občanům nezastupitelnou roli na státní moci nezávislého garanta kvality lékařské péče a zároveň komoře umožní efektivně hájit profesní zájmy lékařů, aby tito mohli pacientům poskytovat co nejkvalitnější zdravotní péči.

V Praze 27. 11. 2007, Milan Kubek, prezident ČLK

Lékaři své právo na profesní samosprávu uhájili


Vážená paní kolegyně, vážený pane kolego,
poslanec Kochan dne 27. listopadu stáhl návrh na změnu zákona o lékařských komorách (tisk 314). Bezprostřední hrozba likvidace tedy naší profesní samosprávě alespoň v tuto chvíli nehrozí.

Děkuji všem z vás, kdo jste své komoře pomohli. Vítězství, jakkoliv cenné a těžce vybojované, může však mít pouze dočasný charakter. Nelze vyloučit, že se budou objevovat další a další iniciativy a návrhy na změny komorového zákona. Pozor, ani jejich cílem nemusí být zkvalitňování činnosti a posilování naší profesní samosprávy nebo zlepšování postavení lékařů v ČR! Může jít naopak znovu jen o další snahy o likvidaci komory, o její oslabení, podřízení politickým vlivům nebo třeba jen o prostý úmysl paralyzovat činnost komory tak, abychom v nekonečném boji o přežití již neměli čas a sílu hájit profesní zájmy svých členů vůči státu a pojišťovněm.

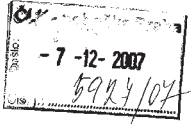
S kolegiálním pozdravem MUDr. Milan Kubek, prezident ČLK

Opožděná odpověď premiéra

Tři dny poté, kdy poslanec Jozef Kochan stáhl návrh novely zákona o komorách, je datovaná odpověď premiéra Mirka Topolánka na dopis prezidenta ČLK Milana Kubka z 30. října 2007.



Předseda vlády České republiky
Mirek Topolánek



V Praze dne 30. listopadu 2007
Č.j. 18076/07-OSV

Vážený pane prezidente,

odpovídám na Váš dopis ze dne 30. října 2007, ve kterém žádáte o jednání věnované návrhu poslance pana Jozefa Kochana a dalších na vydání novely zákona o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře.

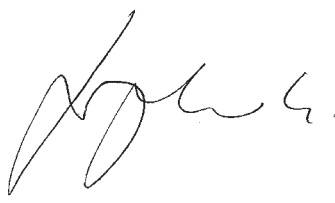
Předpokládám, že k široké diskuzi k tomuto návrhu dojde na půdě Parlamentu ČR a dalších demokraticky volených orgánů.

Musím však konstatovat, že Česká lékařská komora dosud spíše pracuje jako odborový orgán než jako profesní a odborná organizace lékařů, což by mělo být jejím posláním. Tomu nasvědčuje i konfrontační postoj a kampaň ze strany České lékařské komory v posledním období, a to zejména k procesu tolik potřebných změn ve zdravotnictví.

Právě změna volebního systému do orgánů komor dává šanci, že orgány komor budou voleny většinou lékařů, a budou tedy většinu lékařů potom zastupovat. Dává šanci, aby se všechny Komory staly v budoucnu kvalitním partnerem při jednání o procesu změn, kterými české zdravotnictví prochází a musí projít. Šanci, že představitelé České lékařské komory budou analyzovat návrhy změn, pravdivě a otevřeně seznamovat s dopady veřejnost, podávat k návrhům konkrétní smysluplné připomínky a podněty.

Vážený pane prezidente, návrh neohrožuje další existenci České lékařské komory, ale umožňuje, aby se stala skutečným nezávislým demokratickým orgánem a partnerem pacientů a státu.

S pozdravem



Vážený pan
MUDr. Milan Kubek
prezident České lékařské komory
Lékařská ul. č. 2
150 00 Praha 5

presvědčil přesně opačný postoj nebo alespoň snaha o konstruktivní dialog ve všech diskutovaných otázkách.

Miroslav Čarek, neurolog, nemocnice Jihlava

Je to pozitivní signál, ale až budoucnost prozradí, jak byl naplněný. Ukázalo se, že komunikace je možná. Je to sice základní předpoklad, ale samotné je to málo. Na počátku musí být dohoda, že uděláme vše pro to, abychom se dohodli, a že jsme vzájemně připraveni ke kompromisům. Oba mají o směřování reformních kroků zcela odlišné představy. Pokud nejsou schopni a ochotni si naslouchat a občas ustupovat, nemůže dojít ke sblížení a povede to opět k nepochopení a rozkolu. Pak je to podání ruky sice důležité, ale prázdné gesto. Chci ale věřit, že nastává období spolupráce.

Jaroslav Imrych, gynekolog, Olomouc

Je velmi dobré, že k setkání vůbec došlo. Vnímám to tak, že pan ministr akceptoval názor sjezdu jako nejvyššího orgánu, a proto přijal pozvání na sjezd. Zřejmě vnímá vztah mezi ním a ČLK trochu jinak než vztah mezi ním a prezidentem ČLK, doktorem Kubkem. Pokud to obě strany myslí vážně a dobře s lékařským stavem, může to mít pozitivní význam. Mohla by nastat kvalifikovaná diskuse nad problémy. Člověk nesmí mít klapky na očích, musí se rozhlédnout kolem sebe a uvědomit si, že v tom prostoru se nacházejí místa, kde mohu své názory prezentovat.

Helena Fousková, soukromý gynekolog, Ostrava

To smíření doktora Kubka se mi líbí. Jestli mělo větší význam a jestli znamenalo něco do budoucna, to ale ukáže až čas. Neumím si totiž představit, že by na jedné straně ministr Julínek změnil názor, že ČLK pracuje podle zákona, dle kterého byla zřízena, a že by na druhé straně prezident ČLK Kubek změnil svůj názor na ministra. V každém případě doufám, že při podávání ruky si prezident komory uvědomil svůj závazek, který tím na sebe bere. Myslím tím, že se bude muset změnit z automatického negátora všeho, co ministr dělá, v konstruktivního kritika, v lepším případě začne konečně odlišovat od politického podtextu to, co je dobré a prospěšné, a začne na tom dobrém spolupracovat.

Zorjan Jojko, soukromý kardiolog, Praha



Na sjezdu ČLK jsme položili některým delegátům otázku:

Co říkáte smíření ministra Julínka a prezidenta ČLK na sjezdu komory a jak by se to mělo projevit v praxi?

Bylo by dobré, aby k jednání ministra Julínka a prezidenta komory Kubka skutečně došlo a aby si začali vyřikávat věci, které jsou pro všechny lékaře aktuální a životně důležité. Chtěla bych, aby se změnilo postavení ČLK, aby ji ve společnosti akceptovaly i nejvyšší politické orgány. Uvěřím tomu smíření ČLK a ministerstva, až tohle bude skutečností.

Helena Fukalová, infekční oddělení, nemocnice Vsetín

Myslím, že to usmíření je dobré. Jen si nejsem jistý, že ze strany ministra je to myšleno upřímně. Ten divadelní příchod ve mně budí určité rozpaky, nicméně chci být optimistou a věřit, že ministr na dialog s ČLK přistoupí. ČLK je na dialog připravena, záleží jen na ministru Julínkovi, zda se bude i nadále chovat diktátorsky a prosazovat věci mocensky, bez diskuse, nebo začne vést věcnou diskusi.

Tomáš Spousta, interna a diabetologie, Ostrava

Myslím, že příjezd pana ministra byl přede-
m zrežirovaný, teatrální, jen se předstí-
ralo, že je nečekaný. Reakce pana prezidenta
Kubka v podobě nabídky smíru pro mě byla
taky nečekaná. Je to sice velice sympatické,
ale nic z toho nebude, protože pan minis-
tr nesleví z neochoty bavit se s lékařskou
komorou. Přesvědčily by mě konkrétní vý-
stupy. Komora by měla komentovat a připo-
mínkovat reformu, ale přijde mi to jako sen.

Miroslav Pšenička, kardiolog, Praha 2



Z usnesení XXI. sjezdu delegátů ČLK konaného ve dnech 23. – 25. listopadu 2007 v Brně

Česká lékařská komora – profesní samospráva lékařů

16) Sjezd podporuje jednotu ČLK a odmítá jakékoliv aktivity vedoucí k oslabování vlivu komory, omezující kompetence komory nebo směřující k jejímu rozštěpení. Sjezd ukládá prezidentovi, představenstvu i ostatním funkcionářům komory, aby hájili kompetence ČLK a prosazovali jejich rozšiřování.

Česká lékařská komora požaduje takové kompetence, aby mohla efektivně hájit profesní i ekonomické zájmy svých členů a plnit vůči společnosti nenahraditelnou úlohu na státní moci nezávislého garanta kvality lékařské péče.

Organizace a financování zdravotnictví

17) Sjezd ČLK považuje za nejlepší způsob úhrady ambulantní péče tzv. pokladenský systém.

18) Sjezd ČLK deklaruje, že pacienti v ČR mají nárok na svobodnou volbu lékaře. Toto právo pacientů nesmí být omezováno administrativním rozhodnutím zdravotních pojišťoven nebo státu. Pacient má právo svobodně si vybrat svého lékaře, přičemž zdravotní pojišťovna, u které je pacient pojištěn, by měla být povinna pacientem zvolenému lékaři respektive zdravotnickému zařízení uhradit provedenou zdravotní péči podle platných předpisů, v současnosti podle Seznamu zdravotních výkonů, který je účinný od 1. 1. 2006.

19) ČLK bude prosazovat následující novelizace zákona o veřejném zdravotním pojištění:
- zrušení § 11, odst. 1 písm. d) 48/1997 Sb. (poslan-
kyně Fišerové),
- trvalý smluvní vztah, tedy smlouvy mezi zdra-
votnickými zařízeními a zdravotními pojišťovnami
na dobu neurčitou, které lze ukončit pouze ze záko-
nem stanovených důvodů, pro všechny soukromé
lékaře, kteří mají o takový smluvní vztah zájem,

- možnost prodeje, dědění a darování zdravotnických zařízení včetně smluv se zdravotními pojišťovnami,
- transparentnost a objektivitu výběrových řízení pro uzavírání nových smluvních vztahů, jejichž výsledek bude závazný pro zdravotní pojišťovny,
- uzákonění pravidla, že zdravotní pojišťovny nesmí vůči zdravotnickým zařízením uplatňovat žádná regulační omezení, pokud tato prokáží, že bez překročení regulačních limitů by nemohla poskytovat péči lege artis,
- umožnění účasti ve výběrových řízeních o uzavření smlouvy se zdravotními pojišťovnami i těm lékařům, kteří zatím neprovozují žádné nestátní zdravotnické zařízení, pokud splňují požadovanou kvalifikaci a v případě uzavření smlouvy se zdravotními pojišťovnami budou nestátní zdravotnické zařízení provozovat.

20) Sjezd ČLK upozorňuje na skutečnost, že české zdravotnictví je chronicky podfinancované a že bez podstatného zvýšení výdajů na zdravotnictví nelze udržet stávající evropskou kvalitu a širokou dostupnost zdravotní péče.

Sjezd ČLK požaduje podstatné zvýšení plateb pojistného za tzv. státní pojištěnce, zavedení tzv. zdravotní daně na tabákové výrobky a na alkohol, zvýšení plateb na zdravotnictví ze státního rozpočtu a z regionálních rozpočtů, zvýšení spoluúčasti pacientů na úhradě zdravotní péče, a to nikoliv formou regulačních poplatků, ale jako podíl na úhradě některých zdravotních výkonů, jak je to obvyklé v zemích západní Evropy.

21) ČLK je nadále připravena spolupracovat s ministerstvem zdravotnictví, s vládou, s poslanci a senátory, s představiteli krajských i místních samospráv i se zdravotními pojišťovnami na reformě zdravotnictví.

Základem reformy zdravotnictví je definování standardů zdravotní péče, která bude nadále hrazena

Viceprezident ČLK opět nebyl zvolen

Ani další, už třetí pokus zvolit viceprezidenta České lékařské komory na sjezdu se nezdařil. Ze tří kandidátů získal letos v prvního kole Aleš Herman 94 hlasů, Lubomír Nečas 83 a Jiří Wicherek 71. Z 290 odevzdaných volebních lístků bylo 42 neplatných. Ve druhém kole se rozhodovalo už jen mezi dvěma kandidáty: Herman dostal 130 hlasů, Nečas 104. Již potřetí za sebou ve třech letech získal Aleš Herman nejvíc hlasů, přesto nebyl ani tentokrát viceprezidentem zvolen, neboť neměl nadpoloviční většinu hlasů všech pozvaných delegátů sjezdu. Ve druhém kole bylo rozdáno 298 volebních lístků, 281 delegátů je vhodilo do volební urny, z toho 47 lístků bylo neplatných.

Tři neúspěšné pokusy vedly delegáty sjezdu k tomu, aby mezi několika změnami Stavovských předpisů ČLK schválili i změnu volebního řádu, týkající se volby prezidenta i viceprezidenta. Nedojde-li od příště ke zvolení jednoho z kandidátů ani ve druhém kole, rozhodnou delegáti sjezdu o tom, zda se bude konat třetí kolo volby. Pro platnost rozhodnutí o konání třetího kola bude nezbytný souhlas nadpoloviční většiny **všech** delegátů sjezdu. Třetího kola volby se účastní oba kandidáti, o nichž se hlasovalo v kole druhém. Pro zvolení ve třetím kole musí kandidát získat nadpoloviční většinu hlasů **přítomných** delegátů sjezdu. (mim)



z veřejného zdravotního pojištění. ČLK požaduje, aby ministerstvo zdravotnictví připravilo legislativní rámec pro jednání zdravotních pojišťoven a lékařů o těchto standardech. Definování standardů vytvoří prostor pro konkurenci zdravotních pojišťoven a zdravotnických zařízení při poskytování péče nadstandardní.

24) Sjezd ČLK upozorňuje, že stabilní systém organizace a financování zdravotnictví nelze vytvářet silou, bez společenského konsensu a bez diskuse s lékaři a jejich reprezentací.

25) Sjezd ČLK podporuje požadavky lékařských odborů na vytvoření samostatného zákona o odměňování zdravotníků, který by sjednotil pravidla pro odměňování ve všech zdravotnických zařízeních bez ohledu na formu jejich vlastnictví.

26) Sjezd ČLK trvá na dodržování evropských norem limitujících množství přesčasové práce lékařů. Tyto normy slouží nejenom k ochraně zaměstnanců, ale zejména jako ochrana pacientů před rizikem odborného pochybení způsobeným únavou lékaře. ČLK rezolutně odmítá návrh ministerstva zdravotnictví na prodloužení pracovní doby pro lékaře. ČLK podporuje snahu zaměstnaneckých organizací o snížení přesčasové práce lékařů na nejnižší minimum a především snahu o snížení závislosti lékařů na finančních příjmech za přesčasovou práci.

27) Sjezd ČLK protestuje proti poklesu reálných příjmů, k němuž v roce 2008 dojde u většiny lékařů zaměstnanců. ČLK požaduje podstatné zvýšení tarifních platů a mezd lékařů.

28) Sjezd ČLK protestuje proti neudržitelnému stavu, kdy plat či mzda kvalifikovaného lékaře bez přesčasové práce se pohybuje na úrovni průměrné mzdy v ČR a to navzdory skutečnosti, že takový lékař musel 6 let studovat na vysoké škole a dalších v průměru 5 let získával specializaci. Právě špatné finanční ocenění práce lékařů je hlavní příčinou, proč kvalifikovaní lékaři odcházejí do zahraničí.

29) Sjezd ČLK upozorňuje na trvalou existenci nejistoty soukromých lékařů. Jejich příčinou je neexistence dlouhodobých smluv se zdravotními pojišťovnami. ČLK trvá na tom, že soukromá ambulantní zařízení, která v době účinnosti vyhlášky č. 290/2006 Sb. požádala zdravotní pojišťovnu o uzavření tzv. „trvalého smluvního vztahu“, mají na uzavření této smlouvy nárok i nyní.

30) Pro segment ambulantní specializované péče ČLK požaduje opuštění současného systému paušálních plateb na tzv. unikátní rodné číslo a naopak návrat k výkonovému způsobu úhrady zdravotní péče s hodnotou bodu minimálně 1,05 Kč.

31) Sjezd ČLK vyslovuje politování nad skutečností, že ministerstvo zdravotnictví neplní povinnost, která je mu uložena zákonem – vydat ve spolupráci s ČLK vyhlášku, která stanoví požadavky na personální vybavení všech zdravotnických zařízení, a kontrolovat ve spolupráci s ČLK její dodržování. Za této situace není garantováno, že je ve všech zdravotnických zařízeních poskytována péče dostatečným počtem lékařů s patřičnou kvalifikací.

32) Sjezd ČLK zcela zásadně odmítá snahy některých zdravotních pojišťoven vnucovat svým

smluvním partnerům – zdravotnickým zařízením – bezdůvodné snížení kapacitního čísla, a tím je nutit devalvovat cenu své práce. Sjezd vyzývá prezidenta i představenstvo ČLK jednat s řediteli pojišťoven proti takovým praktikám a chránit tak své členy.

Vzdělávání a specializovaná způsobilost lékařů

23) Sjezd ČLK upozorňuje na katastrofální situaci ve vzdělávání lékařů, kterou způsobuje zcela nevyhovující zákon č. 95/2004 Sb. ČLK připraví vlastní návrh novely zákona č. 95/2004 Sb., který zohlední následující teze:

- Za organizaci a financování specializačního vzdělávání lékařů je odpovědný stát. ČLK je připravena spolupodílet se po odborné stránce.
- Platba státu musí „směřovat za školencem“, nesmí být vyloučeny další zdroje financování.
- Specializační vzdělávání bude považováno za prohlubování kvalifikace.
- Stupňovitý systém získávání specializace – počet oborů určuje podzákonná norma.
- Reálná náplň specializační přípravy v jednotlivých oborech, důraz na flexibilitu a mezioborovou propustnost.
- Základní kmen – trvá 24 měsíců, není zakončen zkouškou.
- Specializační příprava – navazuje na základní kmen, zakončena atestační zkouškou.
- Funkční specializace – podmínkou k zahájení přípravy je specializovaná způsobilost.
- Specializovaná způsobilost musí být lékařům přiznávána i na základě licence ČLK.
- Akreditace zdravotnických zařízení pro celý vzdělávací program nebo pro jeho část, ČLK je účastna procesu akreditace.
- Odstranění diskriminace lékařek-matek.
- Stejně podmínky pro lékaře občany ČR i pro lékaře cizince, ověřování jazykových znalostí.

ČLK bude prosazovat přijetí novely zákona č. 95/2004 Sb. buď ve spolupráci s ministerstvem zdravotnictví, nebo formou poslanceckého návrhu.

29) Česká lékařská komora, která je garantem a organizátorem celoživotního vzdělávání lékařů, vyzývá další organizace, které pořádají celoživotní vzdělávání lékařů, aby se připojily k Asociaci pro vzdělávání, jejíž vznik bude iniciovat ČLK.

33) Sjezd ČLK ukládá orgánům komory prosazovat novelu zákona č. 95/2004 Sb. také v tom směru, aby bylo možno získat specializovanou způsobilost doplněním vzdělávacího programu bez atestace nejméně do 31. 12. 2015 v případě lékařek a lékařů, kteří si jej nemohli doplnit do roku 2009 z důvodu mateřské nebo rodičovské dovolené.

Celé usnesení, zprávu prezidenta o činnosti a další sjezdové dokumenty naleznete na www.lker.cz.

(red)

Tenká tlustá čára

Tlustá čára, kterou o víkendu na sjezdu lékařské komory udělali za svými spory ministr zdravotnictví Tomáš Julínek a prezident České lékařské komory Milan Kubek, se včera změnila ve velmi tenkou. Moc nechybělo a bylo po ní.

Stalo se to po prvním setkání Julínka s Kubkem od chvíle, kdy uzavřeli příměří. Julínek totiž znovu zpochybnil platnost voleb orgánů lékařské komory. Jak známo, Julínek chce, aby orgány byly zvoleny nadpoloviční většinou členů komory. Kubka to naštválo a řekl mu, že takto by nebyli zvoleni žádní představitelé do obecních zastupitelstev, a dokonce ani poslanci a senátoři. „Vy sám, pane ministře, jste byl do senátorského křesla ve svém obvodu zvolen pouze dvanácti procenty voličů a já vám k tomu blahopřeji,” řekl Kubek a napřáhl ruku k Julínkovi. Ten se ale jen usmál a ruku mu nepodal.

Po skončení brífinku se Kubek ještě obrátil k Julínkovi a řekl: „Zbytečně jste rejpal. Takhle se nikam nedostaneme.” Ministr nereagoval. Nakonec se ale oba aktéři shodli, že se budou snažit spolu věcně diskutovat o problémech zdravotnictví. *Právo, 30. 11. 2007*

Očekávám věcnou diskusi s ČLK

Ministr zdravotnictví Tomáš Julínek odpovídá na otázky časopisu Tempus medicorum

Proč jste jako senátor podal návrh na prodloužení základní pracovní doby zdravotníků ještě před schůzkou s prezidentem ČLK k tomuto tématu?

Já touto cestou usiluji o to, aby se lékaři mohli bez zkreslených interpretací dovědět, jak vypadá návrh ministerstva zdravotnictví a mohli zvážit všechny jeho klady a zápory. Nedostal jsem možnost otevřít diskusi jiným způsobem, protože zástupci odborářů opakovaně rušili schůzky, na kterých jsme měli hovořit o pracovní době ve zdravotnictví.

Můj návrh se od současnosti neliší v délce základní pracovní doby 40 hodin týdně. Ani osm přesčasových hodin týdně, o nichž jednají zaměstnavatelé se zaměstnanci, nechci měnit. Tento objem hodin však nestačí a jeho navýšení se nyní realizuje přes černé dohody a smlouvy, nad rámec platné legislativy. Je tak obcházen zákon. Existuje několik možností, jak se zase dostat do legálního rámce. Já nabízím jednu z nich – možnost dohodnout si k základní pracovní době další hodiny, a tedy i možnost otevřít debatu o základním platu. Vyjednávání by bylo vedeno na základě dobrovolnosti a za takových podmínek, které si obě strany určí. Zdůrazňuji však, že počet hodin navíc se nemusí držet čísla osm, ale že může být sjednáván individuálně.

Odbory chtějí vcelku úplně totéž, jenom v podobě 16 přesčasových hodin týdně. Jsem přesvědčen, že je pro lékaře výhodnější jednat o základním platu, kde lze lépe licitovat o ceně a dojednat lepší konkrétní podmínky, než jaké nabízí přesčasová práce. Zkrátka říkám, že co je dobré pro odboráře, ještě nemusí být výhodné pro zaměstnance. Zároveň dodávám, že mi jako ministru zdravotnictví přijde nedůstojné, aby si lékaři vydělávali prostřednictvím přesčasů. Jsem přesvědčen, že by měl být lékař za svou činnost odměněn dostatečně vysokým základním platem.

Pokud tento návrh projde, dojde k zakonzervování současného stavu. Co donutí ředitele nemocnic, aby změnili organizaci práce v nemocnicích a vyřešili tak problematiku přesčasů systémově?

Lékaři, kteří si dnes vydělávají především přesčasy, budou proti jakékoliv reorganizaci práce. Zakonzervování současného stavu tudíž znamená, že se lékaři stanou na přesčasových hodinách existenčně závislí. Proto například nebudou souhlasit s redukcí počtu pohotovostí. Svým návrhem především sleduji dodržování platného zákona a nechci nikomu nic nařizovat, ani zavádět pracovní soboty. Věřím, že budu moci i na stránkách Tempus medicorum vysvětlit další aspekty svého návrhu. Musíme změnit české zdravotnictví, aby v něm vznikly přirozené motivace, které nakonec povedou i ke změně organizace práce v jednotlivých nemocnicích.

Navrhujete, aby nemocnice přešly na smluvní platy. Co zaručí lékařům, aby jejich platy nepoklesly?

Ze statistických údajů vyplývá, že v nemocnicích, kde tento systém odměňování funguje, jsou platy nižší. Především musím oponovat názoru o nižších smluvních platech. Jde o statistickou lež, která zohledňuje pouze základní platy v akciových společnostech, a to ještě pouze v některých krajských nemocnicích. Nejedná se tedy o plošné srovnání. Nemůžeme srovnávat kraj například s fakultní nemocnicí, kde jsou již teď platy vyšší. Smluvní plat dovoluje růst v jednotlivých případech i o desítky procent, zatímco tabulkový plat je vázán na situaci ve státním rozpočtu a neodpovídá tomu, co by měli dostávat lékaři pracující ve veřejném zdravotním pojištění. Tabulkové platy navíc ministr zdravotnictví nemůže ovlivnit, neboť jsou v kompetenci MPSV. Podívejme se na to, jak zdravotní pojišťovny letos hospodaří s přebytkem a jak naproti tomu platy porostou o pouhé jedno procento. Rezervy také existují ve službách nasmlouvaných řediteli nemocnic, v prostorách, které nejsou využívány, v investicích do přístrojů apod. Tady všude „utíkají“ peníze lékařů, kteří by se o ně mohli ve svých mzdách podělit. Hlavní motivací zavedení smluvní mzdy však zůstává, že dobří lékaři musí být dobře zaplacení a že jejich nadějní mladí kolegové nebudou mít důvod utíkat do zahraničí.

Ve vámi představených záměrech zákonů je návrh na změnu pojišťo-

ven na akciové společnosti, které budou tvořit zisk. Nedojde k odčerpání peněz, které by jinak byly použity na péči, tedy na příjmy zdravotnických zařízení a tím pádem i zdravotníků?

Zisk vede k lepšímu využívání prostředků a k inovacím. V zákoně je navíc přesně uvedeno, jakým způsobem bude zisk regulován a že nemůže být odčerpán mimo tento systém. Zdravotní pojišťovny se o zisk musejí podělit se svými klienty. To samozřejmě povede k větší motivaci pojištěnců využívat zdravotní služby racionálně.

Lékaři mají obavu z tzv. řetězců typu Agel na severní Moravě. Pokud budou pojišťovny soukromé a budou mít stejného majitele, který zároveň vlastní řetězec zdravotnických zařízení, kdo zabrání tomu, aby ostatní zdravotnická zařízení nebyla ekonomicky a jinak znevýhodňována?

Kdo tomu brání dnes? Kde jsou pravidla pro tuto koexistenci? Tento stav není v současnosti upraven, a proto dává daleko větší prostor pro eventuální spekulace. Zákon o zdravotním pojištění a zákon o dohledu nad zdravotními pojišťovnami, které jsou komplementární, dávají garanci na uhlídání tohoto fenoménu. Objeví-li se stejný majitel – nastaví se zpřísněný kontrolní režim.

Nevadí vám monopolizace zdravotní péče? Jde přece o protiliberalní princip, který likviduje konkurenci a svobodnou volbu pacienta vybrat si zdravotnické zařízení.

To je rolí Úřadu na ochranu hospodářské soutěže. Z hlediska svobodného evropského prostoru nelze omezovat vznik řetězců, a to ani z pozice ministra zdravotnictví. Ministerstvo spolupracuje s ÚOHS tak, aby se mohl lépe orientovat ve zdravotnickém trhu a aby uměl odhalovat jak kartelová jednání, tak například monopoly. Ministerstvo zdravotnictví tedy metodicky pomáhá v identifikování jednotlivých problémů. Ministr sám ale nemůže do trhu zdravotnictví zasahovat. Navíc v návrzích našich zákonů jsme přišli s institutem svobodného výkonu povolání lékaře, kdy lékař může nabízet své služby na smlouvu a nemusí provozovat zdravotnické zařízení. Prodává tedy

své know-how jednotlivým zdravotnickým zařízením, a to na základě smlouvy. Nemusí sám ve zdravotnictví podnikat.

Česká lékařská komora dlouhodobě navrhuje, aby byly určeny takzvané ekonomické standardy, tedy péče, která bude hrazena ze solidárního pojištění. Ve vašich návrzích se s tímto počítá. Není ale jasné, jakým způsobem a v jakém rozsahu se nyníjší všeobjímající péče omezí. Mohl byste konkretizovat, o jak velkou část půjde, z jakých oblastí a kdo o tom bude rozhodovat? Podle názoru ČLK by byla nevhodnější jakási obdoba dohodovacích řízení mezi poskytovateli a pojišťovny.

Máme připravený způsob, jak stanovit nárok ze zdravotního pojištění. Některé záležitosti mohou být stanoveny konkrétněji, ale v podmínkách neustále se rozvíjející medicíny není reálné vyjmenovat jednotlivé výkony. To by byla pouhá iluze. Jde tedy o nastavení základních principů a typologií, které určí, co bude z veřejného zdravotního pojištění hrazeno. Zde vidím prostor pro diskusi s komorou, například prostřednictvím společných seminářů.

Hlavním úkolem reformy je finanční udržitelnost a garantování rozvoje zdravotnictví. Budeme-li primárně vyškrtávat výkony, děláme restrikcí. Touto cestou jít nechceme, ačkoliv připouštím rozumnou revizi současného stavu.

Chcete určit zdravotnickým zařízením čekací doby. Jak to bude vypadat v praxi a kdo to bude kontrolovat? Lékaři mohou mít obavu, že budou muset péči (nebo výkon) poskytnout za jakýchkoliv, a tedy i nevýhodných podmínek.

Týká se to vybraných druhů péče, kterých bude 10 až 15. Mezi jistě lze počítat plánované operace, např. kloubní náhrady. Povinnost zajistit tyto maximální čekací doby bude mít zdravotní pojišťovna a neméně důležitým prvkem bude také veřejná kontrola, neboť čekací listy budou uveřejněny na internetu. Kontrolu zdravotních pojišťoven bude provádět Úřad pro dohled nad zdravotními pojišťovnami jak ve vztahu k pacientům, tak i k lékařům. Čekací doby však nebudou nastaveny populisticky, ale budou reflektovat reálné finanční možnosti veřejného zdravotního pojištění. Pro lékaře maximální čekací doby znamenají jistotu pracovních výkonů, a tedy i možnost profesního růstu.

Kdy bude představena jasná cílová koncepce zdravotnictví Prahy a Brna, tedy dvou největších měst s největším objemem poskytované péče? Říká se, že pokud se nevyřeší zdravotnictví v těchto městech, nelze vyřešit zdravotnictví celkově. Zatím ministerstvo provádí kroky, které jsou vnímány velmi problematicky a které z pohledu zdravotnictví těchto měst nejsou rozhodující (Úrazová nemocnice, ÚHKT).

V případě města Brna jsme koncepci představili již v dubnu 2007. Úrazová nemocnice není jediným subjektem, kterého se tato opatření týkají. S naším plánem jsme seznámili novináře přímo v Brně, je zveřejněn na internetu a každý si může ověřit, že se nejedná o jednorázové unáhlené kroky bez jasné koncepce. Brno tedy svůj cílový stav zná a ředitelé přímo řízených organizací již tyto plány částečně realizují.

Pražské zdravotnictví je v tomto ohledu složitější vzhledem k roztržičnosti zájmů a silné skupině vlivných akademiků. Plán se v těchto dnech připravuje i ve spolupráci s hlavním městem Prahou, které je pro nás důležitým partnerem v diskusi. Ředitelé pražských přímo řízených organizací ode mě mají zadání, aby pracovali na podkladech nových změn, a i na základě těchto materiálů budeme korigovat základní strategický záměr ministerstva zdravotnictví. Věřím, že tento plán bude představen v průběhu února 2008.

Co považujete za nejdůležitější kroky, které je potřeba v nejbližší době provést?

Čeká nás přípravný rok na reformu. Máme odpracován a připraven základní právní rámec zdravotnictví, po kterém se desetiletí volalo. Proto očekávám věcnou diskusi především s ČLK, distribuci nezkrácených informací ke všem zainteresovaným. Nastává doba, kdy bude třeba opustit socialistické myšlení ve zdravotnictví, což často znamená překonat sebe sama. Celá reforma je postavena tak, aby byl výsledný stav odolný vůči pravolevému zmítání na politické scéně. Také zdůrazňuji, že reforma zdravotnictví není postavena na finančních škrtech a limi-

tech. Tato praxe totiž vždy nutně znamená omezení nejen zdravotní péče o pacienty, ale také omezení práce a možnosti realizace pro lékaře a v neposlední řadě také nižší objem peněz na platy lékařů a nelékařského personálu. Naším cílem je rozvojové zdravotnictví s dostatkem zdrojů, a tedy i nadějí na lepší ohodnocení lékařů.

Mnoho času nám zabrala konsolidace ministerstva po osmileté nečinnosti, kdy bylo třeba nastavit základní parametry fungování úřadu od prostého oběhu spisů, přes včasné a věcné odpovědi občanům na jejich dotazy, standardního chodu ministerstva, až po vypracování programů pro čerpání prostředků z evropských strukturálních fondů. Tento objem prostředků se nám podařilo zvýšit zhruba desetinásobně na 17 miliard korun.

Proč jste na tiskové konferenci označil vedení ČLK za nelegitimní, když jste si na sjezdu ČLK s prezidentem Kubkem podali ruku a udělali tlustou čáru za minulostí? Nepovažujete za kontraproduktivní snižovat legitimitu partnera, se kterým chcete dále jednat?

Reagoval jsem na dotaz novinářky z ČTK a interpretace byla poněkud odlišná. Pokud jsem ovšem tázán, zda by se vedení ČLK mělo legitimizovat novými volbami, na demokratickém základě a nadpoloviční většinou, pak odpovídám ano. Můj výrok nebyl pokusem o dehonestaci prezidenta České lékařské komory, věřím, že s ním bude dialog pokračovat ve věcné rovině.

Michal Sojka





Novela zákoníku práce

Delegáti XXI. sjezdu ČLK svým usnesením zásadně odmítli návrhy ministra Julínka na prodloužení pracovní doby pro zdravotníky jako projev diskriminace jedné skupiny zaměstnanců s tím, že limitace množství přesčasové práce lékařů představuje nejenom ochranu jejich zdraví, ale také ochranu pacientů.

Sjezd ČLK trvá na dodržování evropských norem limitujících množství přesčasové práce lékařů. Tyto normy slouží nejenom k ochraně zaměstnanců, ale zejména jako ochrana pacientů před rizikem odborného pochybení způsobeným únavou lékaře. ČLK rezolutně odmítá návrh ministerstva zdravotnictví na prodloužení pracovní doby pro lékaře. ČLK podporuje snahu zaměstnaneckých organizací o snížení přesčasové práce lékařů na nejnižší minimum a především snahu o snížení závislosti lékařů na finančních příjmech za přesčasnou práci.

Dne 26. 11. 2007 informoval prezident Milan Kubek ministra zdravotnictví o skutečnosti, že ČLK návrhy na prodloužení pracovní doby odmítá, a vyzval ministra k jednání o tomto problému, a to ještě před plánovanou manifestací pořádanou LOK-SČL.

Vážený pane ministře,

delegáti XXI. sjezdu České lékařské komory odmítli Váš návrh na prodloužení pracovní doby pro lékaře. Omezení maximální přípustné pracovní doby lékařů slouží nejenom k ochraně těchto zaměstnanců, ale zejména jako ochrana pacientů před rizikem odborného pochybení způsobeného únavou lékaře. ČLK podporuje snahu zaměstnaneckých organizací o snížení přesčasové práce lékařů na nejnižší minimum i snahu o snížení závislosti lékařů na příjmech za přesčasnou práci. V této souvislosti delegáti sjezdu ČLK ocenili, že také Vy hodláte prosazovat zvýšení tarifních platů a mezd lékařů.

Vážený pane ministře, vzhledem k závažnosti problému a s ohledem na skutečnost, že na tento čtvrtek (29. 11. 2007) plánuje LOK-SČL na Palackého náměstí manifestaci proti Vašemu návrhu na prodloužování pracovní doby zdravotníků, dovoluji si Vás tímto jménem ČLK požádat o jednání v této věci, a to v nejbližším možném termínu, pokud možno tedy před konáním této manifestace. Jsem si

vědom Vašeho zaneprázdnění a budu se snažit stran termínu jednání maximálně přizpůsobit Vaším časovým možnostem. Abychom se mohli domlouvat o termínu co nejoperativněji, můžete Vy nebo Váš sekretariát pochopitelně využívat přímo můj mobilní telefon.

*S uctivým pozdravem
MUDr. Milan Kubek
prezident České lékařské komory*

Sekretariát ministra schůzku obratem potvrdil s tím, že pan ministr preferuje současně jednání s ČLK, OSZSP a LOK-SČL. Dne 27. 11. 2007 ministr Julínek vyhledal prezidenta ČLK v poslanecké sněmovně a nabídl jednání na 29. 11. 2007.

Ačkoliv byl pan ministr informován o nesouhlasném postoji ČLK, tak bezprostředně poté, tedy stále ještě 27. 11. 2007, podal nikoliv jako ministr, ale jako senátor návrh na novelu zákoníku práce, která umožňuje vládě prodloužit základní pracovní dobu zdravotníků s jejich souhlasem o 8 hodin týdně (tedy o další pracovní den) a zároveň převádí všechny zaměstnance všech zdravotnických zařízení z režimu tarifních platů na smluvní mzdy.

Návrh senátora Tomáše Julínka, kterým se mění zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů:

1. V § 100 se doplňuje odstavec 3, který včetně poznámek pod čarou č. 30 a 30a zní:

„(3) Vláda stanoví nařízením odchylky úpravy pracovní doby a doby odpočinku zaměstnanců ve zdravotnictví, jimiž jsou

- lékaři, zubní lékaři a farmaceuti,
- zdravotničtí pracovníci nelékařských zdravotnických povolání,

která může se souhlasem zaměstnance činit týdně, včetně práce přesčas, až 56 hodin; přitom blíže vymezí okruh zaměstnanců uvedených v písmenu a) a b), upraví způsob vyjádření souhlasu a odvolání souhlasu zaměstnance

s tímto rozsahem týdenní pracovní doby, postup a nezbytná opatření zaměstnavatele při úpravě pracovní doby a doby odpočinku. Nepřetržitý odpočinek v týdnu může v případě odchylek podle věty první být poskytnut tak, že za období 3 týdnů bude tento odpočinek činit celkem alespoň 105 hodin, jestliže to je se zaměstnancem dohodnuto.“

2. V § 109 se doplňuje odstavec 6, který zní:

„(6) Zaměstnancům zaměstnavatele, který je příspěvkovou organizací, jejímž zřizovatelem je ministerstvo zdravotnictví, a zaměstnavatele, který je příspěvkovou organizací, jejímž zřizovatelem je územní samosprávný celek, přísluší za práci mzda za podmínek v tomto zákoně stanovených a ustanovení o platu se pro ně nepoužijí.“

Důvodová zpráva

Nový zákoník práce (zákon č. 262/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů) přinesl úpravou pracovní doby do provozu zdravotnických zařízení řadu faktických problémů, které mají dopad na pracovněprávní vztahy a ekonomiku a provoz zdravotnických zařízení. **Zrušení pracovní pohotovosti na pracovišti zaměstnavatele se projevilo negativně** zejména v těch zařízeních, kde je nepřetržitý provoz s nepřetržitým pracovním režimem. To vyvolává nárůst přesčasové práce, která je zákoníkem práce limitována. Zajištění provozu zdravotnických zařízení je rovněž ztíženo nedostatkem kvalifikovaných pracovníků na pracovním trhu. Dodržování zákoníku práce je za těchto okolností v praxi obtížné, pro většinu zařízení až nemožné.

Podle stávající právní úpravy se odměňování v přímo řízených organizacích MZ, resp. i územních samosprávných celků řídí příslušnými **ustanoveními zákoníku práce o platu** a navazujících prováděcích právních předpisů. **Tento režim odměňování, zejména ve zdravotnických zařízeních poskytujících zdravotní služby a nemocniční péči, není nástrojem motivace zaměstnanců, jejich udržení a získání nových.**

podle senátora Julínka

K bodu 1

Managementy zdravotnických zařízení řeší obtíže s implementací zákoníku práce většinou uzavíráním dohod o pracovní činnosti se svými kmenovými lékaři anebo uzavírají dohody o pracovní činnosti s externisty – lékaři z jiných zdravotnických zařízení, což z hlediska pracovněprávních vztahů je či může být balancováním na hraně zákona anebo jeho porušováním. **Na zaměstnance samotné má tato situace dopad takový, že oni odpracují stejné množství hodin jako za účinnosti starého zákoníku práce, navíc ovšem jsou časově a administrativně zatěžováni činností spojenou se „zaměstnáváním se“ formou různých variant pracovněprávních vztahů prakticky u jednoho zaměstnavatele.** Nelze ani vyloučit to, že ke konci roku dojde z finančních a personálních důvodů k omezení dostupnosti zdravotní péče (např. k přesunu plánovaných výkonů) do začátku příštího roku. Pokud nebudou urychleně přijata příslušná opatření, která v přechodném období povedou k řešení nadále neúnosného stavu, může se projevit i výrazný negativní dopad na provozu zdravotnické záchranné služby, tedy poskytování neodkladné péče.

K bodu 2

Současný systém odměňování neumožňuje, oproti mzdovému systému, řídit výkon zaměstnanců, neumí přímo provázat pracovní výkonnost a výsledky práce zaměstnance s odměnou za práci, což je na pracovním trhu nezbytné. Platový systém rovněž neumožňuje strukturovat příjem zaměstnance na fixní a variabilní složku, která především je silným motivátorem k podávání vysokého výkonu zaměstnance a je pro zaměstnavatele nástrojem diferenciace. Stejně jako v podnikatelské sféře by mzdový systém odměňování, tedy bez zákonem fixně daných platových stupňů a tříd, umožnil stanovovat výkonové cíle zaměstnancům a hodnotit a odměňovat zaměstnance za jejich pracovní výkonnost a pracovní výsled-

ky a tím zainteresoval zaměstnance na plnění cílů a úkolů svého zaměstnavatele.

Principy odchýlné úpravy rozsahu týdenní pracovní doby, úpravy pracovní doby a doby odpočinku zaměstnanců ve zdravotnictví, tak jak budou upravené v nařízení vlády.

1. Delší týdenní pracovní doba

Lékaři a zubní lékaři s nerovnoměrně rozvrženou pracovní obou ve zdravotnickém zařízení s nepřetržitým provozem práce, včetně zdravotnické záchranné služby, mohou pracovat v průměru více než 48 hodin týdně (dále jen delší týdenní pracovní doba) za předpokladu, že zaměstnanec s takovým rozsahem pracovní doby souhlasí a pokud rozsah týdenní pracovní doby nepřesáhne v průměru 56 hodin (**až 48 hodin dohodnutá delší týdenní pracovní doba + 8 hodin přesčasové práce**).

2. Podmínky sjednání delší týdenní pracovní doby

– na základě písemné dohody se zaměstnancem lze stanovit délku týdenní pracovní doby až do výše **56 hodin (včetně 8 hodin práce přesčas)**; průměrná týdenní pracovní doba bez práce přesčas nesmí překročit dohodnutou delší týdenní pracovní dobu za vyrovnávací období, které může činit maximálně 16 týdnů po sobě jdoucích; nezbytnou náležitostí dohody je i ujednání o způsobu stanovení a výši mzdy/platu za práci provedenou v pracovní době dohodnuté podle předchozí věty,

– zaměstnavatel nemůže požadovat na zaměstnanci bez jeho předchozího písemného souhlasu projeveného v písemné dohodě výkon práce nad rozsah stanovený podle předchozí věty,

– zaměstnanec může zaměstnavateli písemně oznámit, že svůj souhlas udělený podle první věty bere zpět; nejpozději do dvou měsíců po tomto oznámení je zaměstnavatel povinen upravit vzájemný vztah tak, aby zaměstnanci byla přidělována práce pouze v rozsahu stanovené týdenní pracovní doby,

– zaměstnavatel nemůže vůči zaměstnanci vyvozovat přímo ani nepřímo žád-

ná nepříznivá opatření, pokud zaměstnanec nesouhlasí s delší pracovní dobou, nebo pokud zaměstnanec souhlas vzal zpět.

Dne 29. 11. 2007 se uskutečnilo jednání pouze mezi ministrem zdravotnictví a prezidentem ČLK, tedy bez avizované účasti odborových organizací, které nebyly přizvány. Jedním z bodů jednání byl i zmiňovaný návrh, který pan ministr podal nikoliv jako člen vlády, ale nestandardní cestou jako senátor. Jednání v této věci skončilo bez výsledku. Prezident Milan Kubek poté s tímto závěrem seznámil účastníky manifestace pořádané LOK-SČL před ministerstvem zdravotnictví.

Konečné slovo v otázce pracovní doby má Evropský parlament, který jediný může měnit směrnice, jež dříve schválil. Přesto je dobrou zprávou, že 5. 12. 2007 Rada ministrů práce členských států EU neschválila návrh Evropské komise na revizi směrnice o pracovní době, která měla znovu zavést pracovní pohotovost na pracovišti, zvýšit rozsah dohodnutelné přesčasové práce a změnit pravidla pro odpočinek mezi směnami tak, aby lékaři mohli držet dlouhé víkendové služby. Na tom, že každá přítomnost lékaře na pracovišti musí být považována za výkon práce, se tedy nic nemění. V platnosti zůstává rovněž limitace přesčasové práce. Zástupce ČR, ministr práce Dr. Nečas, návrh na revizi směrnice podporoval.

Dne 13. 12. 2007 projednávala návrh senátora Julínka na novelizaci zákoníku práce RHSD (tzv. tripartita), které se Dr. Kubek účastnil jako poradce odborů, a účastníky zde informoval o stanovisku ČLK. Pozvání, které prezidentovi ČLK k účasti na zasedání RHSD, jež se věnuje zdravotnictví, přislíbil písemně 19. 9. 2007 její předseda, premiér Topolánek, ČLK neobdržela ani tentokrát. Návrh ministra zdravotnictví odmítlo vedení odborové delegace, výhrady vyjádřili ale i zaměstnavatelé, kteří preferují jinou legislativní úpravu.

Závěr

Bude vytvořena čtyřstranná platforma (MPSV, MZ, odbory, zaměstnavatelé) pod gescí ministerstva práce, tedy nikoliv ministra zdravotnictví, v jejímž rámci se účastníci budou snažit hledat kompromisní řešení.

(red)

Plat podle tarifů, nebo smluvní mzda?

Platy zaměstnanců příspěvkových organizací, které se řídí tzv. státními tarifními tabulkami, jsou výrazně vyšší a rostou rychleji než smluvní mzdy zaměstnanců v nemocnicích, které jsou akciovými společnostmi a jejichž zaměstnanci vydělávají o 12,4 % méně, než kolik činí průměrná mzda v zemi.

U lékaře představuje rozdíl každý měsíc 2325 Kč (za rok 27 900 Kč) a u všeobecné zdravotní sestry dokonce 4275 Kč za měsíc (51 300 Kč za rok).

Průměrné příjmy sice nevypovídají nic o diferenciaci mezi jednotlivými zaměstnanci, avšak pochopitelně platí, že pokud mají mít někteří jednotliví lékaři v akciových společnostech vyšší mzdu než jejich kolegové v nemocnicích státních, tak ostatní lékaři v těchto akciových společnostech pobírají za svoji práci mzdu mnohem nižší. Výsledkem jsou pak průměrné příjmy nižší u lékařů o 5,5 % a u všeobecných zdravotních sester dokonce o 20,5 %.

Možnosti vyšší platové diferenciacie, které skýtají ustanovení zákoníku práce o platu (osobní příplatky, posun do vyšších tarifních stupňů...), nejsou přitom ani zdaleka v nemocnicích vyčerpány.

Podle objektivních ukazatelů jsou pro lékaře mnohem výhodnější platy podle tarifních tabulek než smluvní mzdy, které ministr zdravotnictví rád uzákonil pro všechny zdravotníky.

Zdroj: Zdravotnická ročenka ČR 2006 (ÚZIS)

Rok 2006	Plat Tarifní tabulky	Mzda Smluvní mzdy
Měsíční příjem zaměstnance	22 058 Kč	18 254 Kč
Srovnání s průměrnou mzdou v ČR	průměr ČR +5,8 %	průměr ČR -12,4 %
Meziroční nárůst	+11 %	+9 %
Měsíční příjem lékaře včetně ÚPS	42 287 Kč	39 962 Kč
Meziroční nárůst	+9,4 %	+6,1 %
Měsíční příjem všeobecné zdravotní sestry	21 298 Kč	17 023 Kč

Převádění na akciovky má červenou Kraj dělá zpětný krok: nemocnice jako akciové společnosti nemohou čerpat z fondů EU

Vedení kraje Vysočina se rozhodlo stopnout proces převodu nemocnic na akciové společnosti. Důvod? Jako akciovky by neměly šanci dosáhnout na evropské peníze. A právě čtyři velké investice, které jsou plánovány na příští rok v celkové hodnotě 1,2 miliardy korun, mají být z Bruselu spolufinancovány.

„Z evropských fondů chceme čerpat kolem půl miliardy. Dalšíh 500 milionů získáme od Evropské investiční banky a zbytek doplatíme spolu s nemocnicemi,“ uvedl hejtman Miloš Vystrčil (ODS). „Na problémy s čerpáním dotací jsme poukazovali od samého začátku. Myslím, že jiná možnost než zastavení privatizace ani není. Jsem rád, že je tomu konec,“ sdělil Deníku opoziční krajský zastupitel Libor Joukl (ČSSD). „Privatizace nemocnic tak nebude minimálně do roku 2013,“ doplnil náměstek hejtmána pro oblast zdravotnictví Pavel Hájek (ODS).

Právě v roce 2013 končí současné plánovací období Evropské unie, v jehož rámci je možné podávat projekty s žádostí o dotace.

Utopené náklady

Proces převodu na akciovky je však již v plném proudu. Obchodními společnostmi jsou již nemocnice v Pelhřimově a v Havlíčkově Brodě. Další nemocnice v Jihlavě, Třebíči a Novém Městě na Moravě jsou stále příspěvkové organizace. „Náklady na transformaci byly v řádech statisíců,“ přiblížil Deníku hejtman Miloš Vystrčil.

„Smlouva s advokátní kanceláří, která připravovala transformaci nemocnic, byla uzavřena na miliony korun. Je pravda, že privatizace nemocnic nebude dotažena do konce, čili nebude stoprocentní plnění,“ upozornil Joukl. „Pokud však započteme audity, znalecké posudky a vlastní realizaci, bude se spíše než o statisíce jednat o miliony,“ namítl hejtmanovi Joukl.

„Na druhou stranu ale získáme půl miliardy z evropských fondů,“ argumentuje hejtman. Zrušení akciovky má být do konce června roku 2008.

Regionální Deník, 6. 12. 2007

Quo usque tandem?

Hospodaření Karlovarské krajské nemocnice a.s. se během tohoto roku propadá do hluboké ztráty, jež se blíží 50 miliónům. Vedoucí manažeři nám vysvětlili, že příčinou je nárůst našich mezd. Dovolujeme si tvrdit, že pravým důvodem je nárůst nákladů na nákup léků a zdravotnického materiálu. Navíc jsme přesvědčeni, že obdobně nevýhodné jsou též ceny služeb, mnohdy nekvalitních či zhora nepotřebných. Obáváme se, že se tak neděje pouhou neschopností odpovědných manažerů, ale účelově: k vyvádění peněz z nemocnice.

Proto již nemůžeme mlčet a musíme upozornit na to, že se z rozhodnutí současných správců nakupuje zjevně předražený materiál a na straně druhé nás nutí takto vzniklé ztráty hradit snížením spotřeby léků a zdravotnického materiálu. Kdybychom se jejich tlaku podvolili, nevyhnuli bychom se zhoršení zdravotní péče o nemocné. Z lékařského a především mravního hlediska pokládáme takový stav za nepřijatelný.

Nerozumíme zjevné nečinnosti zástupců kraje v dozorčí radě KKN. Abychom zabránili pokračujícímu konfliktu, žádáme o provedení nezávislého auditu jejího hospodaření.

*Primářský sbor nemocnice Karlovy Vary
(redakčně kráceno)*

Obsah

Mentální anorexie a její léčba 1

MENTÁLNÍ ANOREXIE A JEJÍ LÉČBA

Mentální anorexie (MA) je jedna diagnostická jednotka ze spektra poruch příjmu potravy, které se vyskytují od útlého dětství až do dospělosti. Je charakterizovaná úmyslným snižováním váhy, které si pacient způsobuje a udržuje sám. Nejčastější výskyt je ve skupině adolescentů a mladých dospělých od 15 do 21 let. Ke konci 20. století se začátek onemocnění však stále více posouvá do mladších věkových skupin 12-14 let a nejsou výjimkou i 8leté holčičky.

Popisy narušeného příjmu potravy jsou známy od starověku. Již Galén v antické době a později Hippokrates ji nazval anorexia nervosa, což znamenalo neurotické odmítání potravy. Klasický popis průběhu této poruchy až ke smrti je od R. Mortona, který etiologii připisoval psychické poruše^{14/}. V 19. století se „anorexie hysterica – anorexia nervosa“ stává klinickou jednotkou a o autorství se dělí Francouz E.CH. Lasegue s Angličanem sirem W.W.Gullem^{20/}. Existuje ještě řada dalších popisů a názvů, ale vždy se jedná o extrémní vyhubnutí s hyperaktivitou bez somatické příčiny. Název mentální anorexie přetrvává do 3. tisíciletí.

V 70. letech byly definovány specifické jednotky mentální anorexie a bulimie s přesnými diagnostickými kritérii.

V 80. letech byl kladem důraz na kulturní specifitost poruch příjmu potravy.

90. leta jsou charakterizována výzkumem biologických a kulturních faktorů jejich integrace do léčebných a sociálních přístupů.

V 21. století je propagován interdisciplinární přístup a spolupráce.

Nemoc je provázena podvýživou různé tíže, minimálně však ztrátou tělesné hmotnosti větší než 25 % (u dětí toto neplatí), s následnými sekundárními endokrinními a metabolickými změnami bez přítomnosti somatické poruchy. Pacienti mají změněný postoj k jídlu a potřebám výživy, mají radost z váhového úbytku s přáním být extrémně štíhlí, jsou bez náhledu na nepřiměřenost své nízké hmotnosti s chorobným strachem ze ztloustnutí. Jejich vnímání tělesného schématu je narušené - mají pocit velkého zadku, břicha a tlustých stehen. Často si vyvolávají zvracení, berou projímadla a různým způsobem manipulují s jídlom. Typická je hyperaktivita někdy provázená extrémním cvičením, s naprostým popřením nemoci. Vyskytuje se amenorea, bradykardie, občasné epizody bulimie (vlčího hladu), suchá kůže, vypadávající vlasy, kariezní chrup. Biologická vulnerabilita a snížené sebehodnocení se objevuje ve 40 až 80 %. Anxieta, emoční labilita a obsedantně kompulzivní symptomy jsou přítomny až v 60 %^{8,24/}. Pacienti jsou zaměřeni na výkon, mají perfekcionistické rysy. Kulturní kontext poruch příjmu potravy je důležitým fenoménem 20. století, jde o kulturní propagaci vychrtlosti, mladosti, která údajně vede k úspěšnosti. Obezita je vnímána jako handicapující s možností diskriminace^{10/}.

Prevalence i incidence od druhé poloviny minulého století prudce stoupá, ke konci se pohybuje mezi 0,5- 1 %. Na začátku našeho tisíciletí je jednoroční prevalence mentální anorexie v Evropě 370 dívek a žen ve věku 15 - 30 let na 100 000 obyvatel. Celoživotní prevalence u žen je udávána 0,5 - 3,7 % u mentální anorexie a 1,1 - 4,2 % u mentální bulimie (MB)^{2, 4,5,11,1,14,15,23,24/}. Mentální anorexie se vyskytuje v 90-95 % u dívek a žen, ve 4 - 6 % jde o chlapce a muže a vzácně jsou postiženy děti před 10. rokem věku a starší ženy.

Etiologie je multifaktoriální, kde vznik poruchy je dán interakcí faktorů genetických, biologických, vývojových, psychologických, sociálních a individuálně rizikových verzus protektivních. Pravděpodobně jde o kortikální dysfunkci. Za behaviorální projevy kolem příjmu potravy jsou zodpovědné kortiko-limbické neuronální sítě a kognitivní narušení jídelního chování je způsobeno změnami asociálních oblastí frontální a parietální kůry^{20/}. Mentální anorexie je také porucha hypothalamo-hypofyzárně-adrenergní, která se projevuje labilitou afektů se subdepresivní nebo depresivní náladou, kachexií, anemorheou. Je spojena s emoční labilitou, úzkostí a strachem. Jednu z centrálních úloh hraje rodina a rodinná patologie^{16/}.

Zápas o autonomii v době adolescence se u této poruchy odehrává v rovině jídla. Jídlo jako takové je možné brát jako potěšení - drogu, útočiště, jako komunikační prostředek, kterým jedinec může vyjadřovat přijetí, odmítnutí a který mu dává moc s velkou možností manipulace. Tragické je to, že pacienti popírají poruchu a přitom jejich letalita se pohybuje kolem 3 % a až 10 % nemocných končí sebevraždou^{15,22/}.

Mentální anoxerie u dětí má tyto specifické odlišnosti:

vyhubnutí je rychlejší, dehydratace větší, hypotenze a bradykardie je konstantní, amenorhea (je vlastně fyziologická), puberta bývá opožděna (díky prokazatelnému snížení LH a FSH), růst je opožděn, osteoporóza vzniká mnohem dříve, již ve druhém roce po vzniku poruchy a koreluje s její délkou

Důležité je určení kostního věku a kostní denzity (sono pánve vykazuje „řidké kosti“). Amenorhea u dívek s mentální anorexií je výrazným prediktorem snížené minerální kostní denzity. Kostní věk při menarche má velmi úzké rozmezí 12,5 - 13,5, dochází k fúzi metafyz a epifyz distálních falang, tzv. „perimenarcheální osifikace“. Snížení estrogenů je hypogonadotropního typu, tzn. že nejsou stimulována ovaria a dochází k hypoplazii dělohy a endometria. Nástup pubertálních vývojových změn vyvolá proporcionální přestavbu dělohy. Dětský typ je terén bez estrogenů a poměr hrdla děložního a dělohy je stejný (H:T = 1:1), tentýž poměr je u těžkých mentálních anorexií.

Již mírná estrogenizace vyvolá změny prepubertálního typu, tzn. zvětšování dělohy a poměr se mění na 2:1 (T:H = 2:1). Hormonální léčbu lze dobře monitorovat dle výsledků poševní cytologie, které nás informují o stavu estrogenizace endometria a o periferních účincích a ne o hormonálních hladinách. Nejčtenější prevence vzniku osteoporózy je zahájení hormonální léčby okamžitě, jakmile se zastaví ubývání váhy^{23,24/}.

Prognóza: 40 % pacientů má dobrou prognózu (hlavně ve věku 12-15 let po absolvování terapie), ve 25-30 % jde o částečnou úzdravu a skupina je riziková. U obou skupin, je však pravděpodobné vysoké riziko recidivy - až 50 %^{20/}. U poslední třetiny pacientů (častěji při začátku před 12. rokem) je prognóza nepříznivá.

Terapie

Protože se jedná o multifaktoriálně podmíněnou duševní poruchu je nutné ji **posuzovat a léčit** v celém bio-psycho-sociálně-kulturním i spirituálním kontextu. Péče má být komplexní, diferencovaná s individuálním specifickým léčebným postupem^{1,6,19,20,21,23/}. V poslední době jsou zřizována specializovaná oddělení a centra poruch příjmu potravy, kde sestry se zaměřeným výcvikem, často i psychotherapeutickým, mají nezastupitelnou roli v adekvátní léčbě. Jde o týmovou spolupráci. Postup je jednotný, ale role bývají rozděleny. Významnou odlišností oproti dospělému věku je, že terapeutický vztah k nemocnému dítěti je stejně významný jako terapeutický vztah k rodičům. Totéž platí i u mladých dospělých.

Léčení pacientů s mentální anorexií musí být na bázi srozumitelnosti a na zevrubném odhadu jak mentálního tak fyzického stavu. Základním rozhodnutím vyšetřujícího lékaře je kvalifikovaný odhad, zda je vhodná hospitalizace nebo péče formou ambulantní. V naší republice chybí specializovaná centra (denní stacionáře) pro děti a adolescenty s touto diagnózou, která jsou běžná v cizině. V těchto centrech se také mnohem lépe než formou ambulantních kontrol realizuje léčení i rodinná terapie. Nejúčinnější **u těžkých forem anorexie je však hospitalizace**, avšak právě hospitalizace vyvolává maximální odpor u pacientů, kteří popírají jakoukoliv zmínku o nemoci. Významnou roli také hrají obavy rodičů, že je jejich dítě přestane milovat, pokud budou trvat na hospitalizaci. Tyto obavy jsou pro rodiče před zahájením rodinné terapie zraňující a znejistňující, zrovna tak, jako jejich autoakuzace pro mylné přesvědčení o selhání v rodičovské roli.

Hospitalizace znamená vždy mnoho pozitivních změn v jednom časovém úseku. Pacient je vytržen z domácího prostředí, kde on i rodiče již nevládají nejen jídelní patologii a rituály, ale také své emoce, komunikaci, otázky rolí, kompetenci a zodpovědnosti.

Vstupem na oddělení okamžitě začíná **režimová terapie**, kdy je přesně strukturován čas, dodržování pravidel - včetně učení, psychotherapeutických aktivit, spánkového režimu. Od pacienta je vyžadováno přesné dodržování jídelních a stravovacích návyků, nadměrné cvičení je monitorováno, nevhodná komunikace usměrňována. Zpočátku je zodpovědnost plně na ošetřujícím personálu, který je erudován jak zvládat afektivní raptý (např. při polknutí jednoho sousta navíc), jak uzavírat terapeutické smlouvy, jak zvládat a mitigovat disociativní nebo agresivní - hlavně pasivně agresivní projevy, jak kontrolovat plnění povinností a vlastních předsevzetí. Toto je asi největší rozdíl proti dospělým pacientům, kde hned od počátku je apelováno na vlastní zodpovědnost.

Na dětském a adolescentním oddělení se pacienti postupně učí zodpovědnost z dospělých přebírat na sebe, ovládat své afekty a volní chování. Tento proces v domácím prostředí probíhá

nepoměrně pomaleji a nedokonale, protože jde o „válku emocí“, která v nemocničním prostředí odpadá nebo je minimální. Další výhodou je neustálý styk se souvěkovci, kde většina nemá tuto diagnózu a pacienti často, jakoby mimochodem, získávají korektivní zkušenosti^{11,12,15/}.

Indikace k hospitalizaci mentální anorexie u dětí

váhový úbytek více než 25 %, dehydratace, známky oběhového selhávání (pomalý tep, nízký krevní tlak, špatný periferní oběh), přetrvávající zvracení nebo zvracení krve, těžká deprese nebo suicidální chování

Možnost kontrolovat příjem potravy a upravovat stravovací rituály pacientů je obrovskou výhodou u hospitalizovaných pacientů. Tento problém je největším rodinným konfliktem - vztaženým k příjmu potravy, který vyvolává hostilitu, pasivní agresivitu, emoční raptý a další zhoršování veškeré jídelní patologie, včetně zhoršování všech interpersonálních vztahů. Zdravé postoje ke stravování, které jsou na oddělení, vedou k vytváření správných jídelních návyků a ty v konečném důsledku k dosažení akceptovatelné hmotnosti. Pacienti, kteří trpí MA vyžadují intenzivní profesionální a interdisciplinární intervenci. Somatické komplikace - kardiologické, gastrointestinální, gynekologické, neurologické, kosterní, hematologické, dermatologické, stomatologické, hormonální, metabolické, imunologické a neurotransmitterové - jsou chronické a závažné^{18,23/}. Základem terapie je zvýšení motivace ke spolupráci, psychoedukace o zásadách zdravé výživy, o následcích hladovění a diet a vypracování terapeutického kontraktu mezi pacientem a terapeutem.

Ačkoliv je hospitalizace možná jak na dětském tak psychiatrickém dětském oddělení, je mnohem výhodnější psychiatrická hospitalizace, kde je erudovaný ošetřující personál, který má zkušenosti s těmito pseudokooperujícími pacienty. Také psychotherapeutické působení na těchto odděleních je mnohem komplexnější a vytvoření počáteční terapeutické aliance s ošetřujícím lékařem jednodušší. Obojí, jak specializovaná centra nebo jednotky, tak psychiatrická oddělení jsou pro pacienty s poruchami příjmu potravy vhodná. Podstatou terapeutických intervencí je předejít metabolickému rozvratu. Začíná se pozvolnou realimentací, vytvářením nových jídelních návyků, omezováním cvičení a zvracení. Suportivní vedení, racionální psychotherapie, později KBT (kognitivně behaviorální terapie) jsou nezbytné stavební kameny léčby. Jako poslední přichází v úvahu farmakologické ovlivnění poruchy. Postupnými kroky se dosahuje odpovídající hmotnosti. U dětí se hodnotí poměr výšky a hmotnosti, se zvláštní pozorností ke standardním odchylkám. Antropometrické vyšetření určí tělesnou hmotnost a posoudí pohlavní vývoj. Začíná se rozvíjet nový celostní přístup k těmto parametrům - auxologie - růstová diagnostika, která zjišťuje dynamiku auxologických parametrů v normě a shodu kalendářního a biologického věku dítěte, adolescenta^{13/}. Hodnocení BMI (body mass index) je důležité jen u dospělých.

Terapeutické cíle u dětí a adolescentů se týkají jídelního chování, včetně normálních postojů k jídlu, monitorování hmotnosti a odpovídajícího růstu. Cílem je také vytvoření fyziologických reakcí na hlad a nasycení. Váhový přírůstek se má pohybovat kolem 1/2 kg za týden. Z nejruznějších terapeutických přístupů, včetně farmakoterapie, bylo mnoha srovnávacími studii vyhodnoceno **jako základní a nejúčinnější psychotherapeutické působení**.

Hlavní psychoterapeutické metody:

kognitivně-behaviorální terapie^{9/}
 rodinná a individuální psychotherapie^{3,11/}
 nutriční poradenství a psychoedukace jak pacientů, tak rodičů^{17,19,20/}.

Další psychoterapeutické přístupy a jejich modifikace pro léčbu mentální anorexie:

interpersonální terapie (IPT)
 psychodynamická a psychoanalytická psychotherapie (PT)
 kognitivně analytická terapie (CAT)
 dialektická behaviorální terapie (DBT)
 skupinová psychotherapie
 rodinná terapie (RT) a poradenství (včetně nového „více-rodičinného programu“)
 svépomocné skupiny

Na terapii pacientů s diagnózou mentální anorexie se podílejí jak lékaři první linie, tak specialisté pediatrii, gynekologové, internisté, endokrinologové, stomatologové, psychiatři, psychologové a specialisté v nutričním poradenství.

Farmakoterapie

Při léčbě mentální anorexie není nikdy farmakoterapie otázkou první volby. Je doporučována pouze u pacientů, kde jde o život ohrožující stavy, nebo u tak zvaných atypických anorexií nebo tam, kde je přítomna komorbidní porucha.

Terapie je realizována na specializovaných pracovištích jako jsou anesteticko-resuscitační oddělení, metabolické jednotky a uzavřená psychiatrická oddělení. Zde při realimentaci je někdy nutné přistoupit k nazogastrické nebo nazojejunální sondě a parenterální formě výživy. Jak pacient, tak rodiče i ošetřující lékař však podvědomě ví, že pouhá realimentace a samotné nutriční poradenství nejsou dlouhodobě účinné.

U dětí a mladších adolescentů je vitaminoterapie a substituce minerálů součástí standardní léčby. I když je realimentace pomalá, často zpočátku dochází k retenci potravy v žaludku, k diskomfortu (pocitům těžkého naplněného pytle, bolestivým spasmům) a meteorismu. Je vhodné krátkodobě užití prokinetických látek (domperidon u dětí nad 35 kg), enzymů k léčbě trávicích obtíží (pancreatinu s enzymovou aktivitou u dětí nad 3 roky) a proti nadýmání (simetikonu u dětí nad 6 let)^{11,12/}.

Psychofarmaka

Vlastně všechna psychofarmaka, jak antipsychotika, tak antidepressiva a anxiolytika jsou používána „off label“. Medikace mentální anorexie stále nemá jednoznačná kritéria. V klinických standardech Velké Británie farmakoterapie mentální anorexie není doporučována vůbec.

Antipsychotika - jednotlivá kazuistická sdělení referují o pozitivním účinku olanzapinu^{7,9/}, nově i aripiprazolu^{7,4/}. Jistě tam, kde jde o případy metabolického rozvratu s naprostou nosoagnozií a šlo o život-zachraňující nedobrovolnou hospitalizaci jsou, při kvalitní spolupráci rodiny, psychofarmaka indikována. Měla by však být zajištěna dlouhodobá hospitalizace s následnou nezbytnou psychoedukací, režimovou terapií, nutričním poradenstvím^{17/} a psychoterapií^{1,3,9,11,12,14,15,19,20,23,24/}. Přední odborníci (Halmi, Heebing) zastávají názor, že antipsychotika v léčbě mentální anorexie nemají žádné opodstatnění a terapeutická hodnota je nulová. Přesto v posledních letech přibývá článků o pozitivním ovlivnění příznaků mentální anorexie farmakou^{1,1-1,4,7/}.

Antidepressiva jsou u mentální anorexie indikována k léčbě komorbidní depresivní poruchy. Ačkoliv kontrolované studie

jasně dokazují, že lithium a antidepressiva (amitriptylin, klomipramin, inhibitory MAO, fluoxetin, fluvoxamin, citalopram, mirtazapin) mají pozitivní vliv na hmotnost, dysforii a depresi, klinická hodnota těchto závěrů je však limitována^{7,23/}. S fluoxetinem (antidepressivum typu SSRI) již dokonce proběhla randomizovaná, placebem kontrolovaná studie^{7,11/}. Použití antidepressiv je však vhodné, někdy i nutné u komorbidních poruch speciálně depresivních a úzkostných, vzácněji u poruchy obsedantně-kompulzivní.

Nutriční rehabilitace je nezbytná u všech vážně podvyživených pacientek, cílem je realimentace, navození normálního jídelního režimu (příjem potravy 6 x denně) a odstranění somatických i psychologických následků malnutrice. Nutným předpokladem terapeutické smlouvy je stanovení cílové odpovídající váhy a ideální nárůst hmotnosti kolem ½ maximálně 1 kg za týden^{1,21/}.

Základem terapie - mimo nutriční psychoedukaci - je však stále psychoterapeutické zvýšení motivace ke spolupráci a vypracování terapeutického kontraktu.

V problematice poruch příjmu potravy (MA+MB) se objevují nové otázky vyžadující interdisciplinární řešení. Jde o :

- transgenerační přenos - potvrzovaný ve vzrůstajícím procentu
- zvažovaný zákaz asistované reprodukce při BMI pod 18.

Stále více pacientek (v rozporu s teoriemi o potlačení, či nepřijetí ženské role) žádá o asistovanou reprodukci, často jako další důkaz popření jejich poruchy. Longitudinálními i prospektivními studii je jasně prokázáno, že ženy trpící mentální anorexií mají ve větším počtu rizikové těhotenství, více porodů sekcí, plody jsou častěji nedonošené a hypotrofičné, 6x více se vyskytuje smrt plodu nebo dítěte. U matek v šestinedělí je zaznamenán větší výskyt poporodních depresí a recidiv onemocnění, jak anorexie, tak bulimie, až v 80 % (předneseno na VI. mezioborové konferenci o poruchách příjmu potravy, březen 2007, Norré J. The eating disorder patient as a parent).

Závěr

Mentální anorexie je typická interdisciplinární behaviorální porucha, jejíž incidence stále narůstá jak v procentech, tak v rozšíření do rozvojových zemí. Je zařazena do duševních poruch, ale na její léčbě se mimo psychiatrů podílejí psychologové, pediatrii, endokrinologové, gynekologové, stomatologové, rehabilitační a nutriční terapeuté. Je to multifaktoriální porucha a její sociokulturní podmíněnost je nyní od starověku do dnešní doby největší. Terapie se řídí intenzitou poruchy, kde hospitalizace u nejtěžších případů je na metabolických jednotkách, dále pak na psychiatrických odděleních (jak klinika, tak léčebna). Po určité normalizaci metabolického rozvratu, hmotnostního úbytku a stravovacích návyků (včetně postojů k jídlu) je nutné dlouhodobé psychoterapeutické působení a ambulantní léčba.

Postoj k farmakoterapii je nejednotný - antipsychotika jsou krátkodobě indikována jen u nejtěžších stavů. Část odborníků se přiklání k možnosti užití antidepressiv. Tato lákavá možnost (popisované zvýšení hmotnosti) je však problematická jak u dětí, tak adolescentů, kde „starší“ antidepressiva (tri a tetracyklická) mají kardiotoxický účinek a při intoxikaci je nutnost peritoneální dialýzy. Po „novějších“ SSRI antidepressivech (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu) je popisována behaviorální toxicita (emoční labilita, iritabilita, agrese, afektivní raptý, sebezraňování a suicidální rozvahy). Dle guideline National Institute for Health and Clinical Excellence (kongres v NICE) publikovaných v roce 2005 je možné tato antidepressiva předepisovat i dětem a adolescentům, ale

pouze v indikaci depresivní a obsedantně kompulzivní poruchy. Mentální anorexie není v indikacích uvedena. Většina autorů se shoduje, že nejúčinnější metodou je komplexní psychoterapeutický program (jak pacientů, tak jejich rodin) ve specializovaných centrech. Ke konci roku 2007 budou publikovány nadějně programy („psychoterapeutické kuchářky“ z Maudsley Hospital v Londýně), které mají až 80% terapeutickou účinnost a následně dvouleté období bez relapsu.

Literatura:

1. **1.1** Attia E, Schroeder L: Pharmacologic treatment of anorexia nervosa: Where do we go from here? *Int J Eating Disord* 2005; 37(Suppl.): 60-63. **1.2** Mitchell JE, de Zwaan M, Roerig JL: Drug therapy for patients with eating disorders. *Curr Drug Target CNS Neurol Disord* 2003; 2(1): 17-29. **1.3** Mitchell JE, Peterson CB, Myers T, Wonderlich S: Combining pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of patients with eating disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2001; 24: 315-323. **1.4** De Zwaan M, Roerig J: Pharmacological treatment of eating disorders. In: Maj M, Halmi K., Lopez-Ibor JJ, Sartorius N /Eds/. *Eating Disorders. WPA Series*, John Wiley & Sons: 2003.
2. Belfer M. *Mental Health. World Psychiatry* 2005, 4(3): 147-53.
3. Dare C and Eisler I: A multi-family group day treatment programme for adolescent eating disorder. *Eur Eat Disorders Rev* 2000, 8 4-18.
4. Dyl J, Kittler J, Phillips KA, Hunt J. Body dysmorphic disorder and other clinically significant body image concerns in adolescent psychiatric inpatients: prevalence and clinical characteristics. *Child Psychiat HumDev* 2006 Summer; 36(4): 369-82.
5. Fairburn CG, Harrison PJ: *Eating Disorders. Lancet* 2003; 361:407-16.
6. Faltus F: *Anorexia Mentalis. Praha :Avicenum, 1979.*
7. **7.1** Fichter MM, Kruger R, Rief W, Holland R, Dohne J: Fluvoxamine in prevention of relapse in bulimia nervosa: Effects on eating-specific psychopathology. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 1996; 16: 9-18. **7.2** Fichter MM, Kruger R, Rief W, Holland R, Dohne J: Fluvoxamine in prevention of relapse in bulimia nervosa: Effects on eating-specific psychopathology. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 1996; 16:9-18. **7.3** Fassino S, Leombruni P, Daga A, Brustolin A, Migliaretti G, Cavallo F, Rovera GG: Efficacy of citalopram in anorexia nervosa: A pilot study *European-Neuropsychopharmacology*. 2002, 12(5): 453-459. **7.4** Gable KN, Dopheide JA: Psychotropic medication use at a private eating disorders treatment facility: A retrospective chart review and descriptive data analysis. *Curr Ther Res Clin Exp* 2005; 66(6): 572-588 **7.5** Kaye WH, Nagata T, Weltzin TE, Hsu LK, Sokol MS, McConaha C, Plotnicov KH, Weise J, Deep D: Double-blind placebo controlled administration of fluoxetine in restricting and purging type anorexia nervosa. *Biol Psychiatry* 2001; 49: 644-652. **7.6** Kim SS :Role of fluoxetine in anorexia nervosa *Ann Pharmacother* 2003; 37(6): 890- 892 **7.7** Mondelli V, Gianotti L, Picu A, Abbate Daga G, Giordano R, Berardelli R, Pariante CM, Fassino S, Ghigo E, Arvat E: Neuroendocrine effects of citalopram infusion in anorexia nervosa *Psychoneuroendocrinology* 2006, 31(10): 1139-1148. **7.8** Sansone RA, Sansone LA: Metoclopramide and unintended weight gain. *Int J Eating Disord* 2003; 34(2): 265-268 **7.9** Iketani T; Kiriiike N; Stein MB; Nagao K; Nagata T; Minamikawa N, Shidao A, Fukuhara H :Effect of menatetrenone (vitamin K2) treatment on bone loss in patients with anorexia nervosa. *Psychiatr Research*. 2003; 117(3): 259-269. **7.10** Boachie A, Goldfield S, Spettigue W: Olanzapine use as an adjunctive treatment for hospitalized children with anorexia nervosa: Case reports *Int J Eating Disord* 2003; 33(1): 98-103. **7.11** Walsh T,Kaplan AS, Attia E, Olmsted M, Parides M, Carter JC, Pike KM, Devlin MJ, Woodside B, Roberto CA, Rockert W: Fluoxetine after weight restoration in anorexia nervosa: A randomized controlled trial *J Am Med Assoc* 2006; 295(22): 2605-2612.
8. Forbush K, Watson D: Emotional inhibition and personality traits: a comparison of women with anorexia, bulimia, and normal controls. *Ann Clin Psychiat* 2006 Apr-Jun; 18(2): 115-21.
9. Garner DM, Vitousek KM, Pike KM. Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa. In: *Handbook of treatment for eating disorders*. In: Garner DM and Garfinkel PE (eds); 1997.
10. Hoek HW, van Hoeken D, Katzman MA: Epidemiology and Cultural Aspects of Eating Disorders: A Review. In: Maj M, Halmi K, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N (eds) *WPA Series. Evidence and Experience in Psychiatry*, 2003.
11. Kocourková J, Koutek J, Lébl J: *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání. Praha: Galén, 1997.*
12. Koutek J: *Poruchy příjmu potravy. In: Dětská a adolescentní psychiatrie. Portál. Praha 2000.*
13. Krasničianová H, Lesný P: *Kompendum pediatrické auxologie. Galen, 2000.*
14. Krch F a kolektiv: *Poruchy příjmu potravy. Grada Praha, 2005.*
15. Malá E: *Poruchy příjmu potravy. in Hoschl C, Libiger J, Švestka J: Psychiatrie. Tigris. 2004.*
16. Mangweth B, Hausmann A, Danzl C, Walch T, Rupp CI, Biebl W, Hudson JL, Pope HG: Childhood body-focused behaviors and social behaviors as risk factors of eating disorders. *Psychother-Psychosom*. 2005; 74(4): 247-53.
17. Navrátilová M, Čěšková E, Sobotka L: *Klinická výživa v psychiatrii. Maxdorf Jesenius, 2000.*
18. Nicholls D, Stanhope R: Medical complications of Anorexia Nervosa in Children and Young Adolescents. *Eur Eat Disorders Rev* 2000; 8, 170-180.
19. Papežová H, Uher R: *Motivační terapie u PPP II. Klinické ukázky a nástroje. Čes a Slov Psychiat* 2002; 98, 28-32.
20. Papežová H: *Poruchy příjmu potravy, in Hoschl C, Libiger J, Švestka J: Psychiatrie Tigris, 2004.*
21. Papežová H: *Poruchy příjmu potravy, Postgraduální medicína, 2005, 7, č. 1.*
22. Rodriguez-Cano T, Beato-Fernandez L, Llarío AB: Body dissatisfaction as a predictor of self-reported suicide attempts in adolescents: a Spanish community prospective study. *J Adolesc Health* 2006 Jun; 38(6): 684-8.
23. Steinhausen HCH: *Anorexia and Bulimia Nervosa. In Rutter M, Taylor E: Child and Adolescent Psychiatry. Fourth edition. Oxford: Blackwell pub UK 2004.*
24. Wiener JM. *Textbook of Child and Adolescent Psychiatry. Washington: Amer Psychiat Press Inc 1997.*

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

Farmakoterapeutické informace jsou vydávány Státním ústavem pro kontrolu léčiv s podporou Nadace prof. Skarnitzla a distribuovány jako příloha Věstníku SÚKL a časopisu ČLK zdarma nebo na objednávku za uhrazení poštovního (100,- Kč). Materiál publikovaný ve FI nemůže být používán pro žádnou formu reklamy, prodeje nebo publicity, ani nesmí být reprodukován bez svolení.

Šéfredaktor: MUDr. Marie Alušíková, CSc.

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

Výkonný redaktor: RNDr. Blanka Pospíšilová, CSc.

Redakční rada: Doc. MUDr. Š. Alušík, CSc., IPVZ; PharmDr. M. Beneš, SÚKL; Doc. MUDr. J. Fanta, DrSc., FNKV; Prof. MUDr. Z. Fendrich, CSc., FaFUK; MUDr. J. Haber, CSc., VFN; RNDr. J. Kramlová, lékárna FN Motol; MUDr. J. Lyer, Sante; MUDr. B. Seifert, praktický lékař; MUDr. H. Skalická, CSc., soukromý kardiolog; Doc. MUDr. T. Vaněk, CSc., FNKV; MUDr. J. Zicha, DTC, Praha 4; Prof. MUDr. J. Živný, DrSc., VFN.

Poradní sbor: Doc. MUDr. A. Hahn, CSc., FNKV; Doc. MUDr. K. Hynek, CSc., VFN; MUDr. M. Jirásková, CSc., VFN; Doc. MUDr. F. Perlík, CSc., VFN; Doc. MUDr. E. Růžičková, CSc., VFN; Prof. MUDr. J. Švihovec, DrSc., 2. LF UK; Doc. MUDr. P. Vavřík, CSc., VFN; MUDr. V. Vomáčka, FTN.

Náklad 52.000 výtisků

Korespondenci zasílejte na adresu: Redakce FI, Státní ústav pro kontrolu léčiv, Šrobárova 48, 100 41 Praha 10

Na internetu naleznete FI na domovské stránce SÚKL (www.sukl.cz).



ISSN 1211 - 0647
MK ČR E 7101



Protest LOK-SČL proti krokům ministerstva

Ve čtvrtek 29. 11. 2007 odpoledne proběhla před budovou ministerstva zdravotnictví na Palackého náměstí v Praze manifestace pořádaná LOK-SČL a namířená proti některým krokům ministra zdravotnictví. Místo nebylo zvoleno náhodně, vždyť na tomto místě byla v roce 1995 naše první manifestace. Je smutné, že i po dvanácti letech je situace v českém zdravotnictví taková, že nutí lékaře manifestovat ba i stávkovat.

Letošní manifestace se zúčastnilo kolem 500 zdravotníků z celé České republiky. Byl to malý vzorek lékařů nespokojených s návrhy pana ministra. Dodrželi jsme slib daný občanům, že průběh první protestní akce se jich nijak negativně nedotkne. Provoz všech zdravotnických zařízení zůstal zatím plně zachován. Nebylo snahou omezovat provoz nemocnic, ale chtěli jsme vyjádřit zásadní nesouhlas s některými ministrovými kroky – nesouhlas s návrhem na prodloužení pracovní doby v nemocnicích, nesouhlas se snahou omezit příjmy zdravotníků, s nekonceptním rušením některých významných zařízení v ČR...

Média o celé akci informovala poněkud zkratkovitě a daný protest dávala do souvislosti pouze s návrhem na prodloužení základní pracovní doby zdravotníků na 48 hod týdně. Upřímně, snahu vyřešit problém přesčasů právě tímto způsobem považují za spíše groteskní přístup k dané problematice než skutečný návrh řešení.

Rád bych se zde ovšem obsáhleji zmínil o dalších důvodech našeho protestu, které média tak zcela neuchopila:

Zahájení reformy zdravotnictví, po které všichni voláme, zavedením nic neřešících poplatků, navíc vybíraných velmi archaickým způsobem, není šťastné. Toto opatření bude navíc spojeno s dalšími výdaji na realizaci výběru, nárůstem administrativy a ve svém důsledku sníží čas potřebný na diagnostiku a léčbu pacientů.

Nesystémové je slučování ÚHKT s VFN Praha, když přitom budoucnost VFN sám ministr před časem zpochybnil. Podobně rušení Úrazové nemocnice Brno a převedení činnosti do FN Bohunice, kde nejsou vytvořeny adekvátní podmínky pro další činnost tohoto špičkového zařízení. Morální a personální devastace ÚN Brno.

Tyto zmatečné a těžko pochopitelné kroky provádí ministr bez toho, aby představil přehlednou koncepci zdravotnictví v Praze a Brně, bez toho, aby o změnách připustil diskusi s odbornou veřejností, občany i představiteli samospráv.

Velké nebezpečí spatřujeme ve snaze privatizovat všechny subjekty působící ve zdravotnictví, nemocnice i zdravotní pojišťovny. Jedná se o aplikaci „slovenské cesty“, která u našich sousedů vedla až k pádu vlády. Za nejzávažnější riziko považujeme kapitálové či jiné propojení plátců (pojišťoven) a poskytovatelů (nemocnic) zdravotní péče. Tato nepřirozená syntéza je jednoznačným konfliktem zájmů plátce, který má nakoupit co neefektivněji, a poskytovatele, který se snaží co nejvíce vydělat, a vedla k negativním jevům, s nimiž se dnes Slovensko velmi obtížně vyrovnává.

Veškeré navrhované změny navíc směřují ke zhoršení pozice zaměstnanců, jejichž oprávněné zájmy naše organizace hájí. Vadí nám i klamavá rétorika pana ministra, s níž se snaží v rozporu s objektivními fakty přesvědčit veřejnost, že navrhované změny jsou v zájmu zaměstnanců nemocnic.

Naše poslední akce byla zatím jen varovně zvednutým prstem. Pokud ministerstvo bude nadále pokračovat v nastoleném trendu, kdy bez komunikace s příslušnými partnery bude připravovat popsané změny a ohrožovat oprávněné zájmy lékařů v nemocnicích, budou naše protestní akce pokračovat, navíc způsobem podstatně razantnějším.

Martin Engel, předseda LOK-SČL

Žádáme záruky zachování odpovídající péče o pacienty

Představenstvo OSL ČLK Praha 2 se na svém jednání 19. listopadu 2007 zabývalo otázkou sloučení Ústavu hematologie a krevní transfúze s Všeobecnou fakultní nemocnicí a vydalo k tomu následující prohlášení:

S politováním konstatujeme, že není dostatek validních a jistých informací podporujících či naopak negujících výhodnost sloučení obou organizací – stanoviska obou stran se radikálně liší. Konstatujeme, že je zarážející, že Ústav hematologie a krevní transfúze je jediný samostatný výzkumný ústav, kolem kterého vznikla v souvislosti s jeho připojením k fakultní, budoucí univerzitní nemocnici bouřlivá veřejná diskuse (na rozdíl např. od Revmatologického či Endokrinologického ústavu). Vzhledem k tomu, že nebylo zatím zcela jednoznačně vyloučeno, že jedním z důvodů sloučení je třeba i úmysl budoucího vymístění zdravotnických provozů (a prodej budov a pozemků), což by dle našeho názoru zřejmě vedlo ke zhoršení léčebné péče o pacienty s hematologickým a hematonekologickým onemocněním, žádáme jednoznačné záruky, že v budoucnosti k tomuto nedojde.

V případě, že opravdu dojde ke sloučení, trváme na zachování a posílení integrity hematologické péče, tj. jednotky péče lůžkové, ambulantní a laboratorní, neboť hematologie je asi nejvíce klinicko-laboratorní obor. V žádném případě nesouhlasíme, aby došlo k rozčlenění Ústavu hematologie a krevní transfúze a k přičlenění takto vzniklých částí ke stávajícím klinikám či oddělením Všeobecné fakultní nemocnice.

Zároveň žádáme, aby ještě před eventuálním sloučením obou organizací byly podniknuty veškeré kroky vedoucí k zachování akreditace a udržení kontinuity všech toho času fungujících Národních referenčních laboratoří v obou organizacích.

Eduard Cmunt, CSc., předseda OSL ČLK Praha 2



Krise 2006 ve světle skutečných výsledků

Poslanecká sněmovna právě projednává výroční zprávy a účetní uzávěrky zdravotních pojišťoven za rok 2006. Tedy za rok, kdy do května trvala nucená správa nad VZP, jejímž cílem bylo stabilizovat rychle rostoucí deficit, který koncem roku 2005 přesahoval 10 miliard korun.

Šlo o rok plný protestů některých zdravotnických organizací, především lékárníků, praktických lékařů a části soukromých specialistů, kteří tvrdili, že ministerstvem přijatý úsporný program znamená hrozbu pro pacienty. Nucená správa nad VZP byla kritizována dnešním ministrem Julínkem a bývalou ředitelkou VZP Musilkovou především proto, že měla způsobit hromadný odchod pojištěnců od VZP. Ministerstvo zdravotnictví přijalo úhradové vyhlášky s nastavením úspor zejména v oblasti léků, zdravotnických prostředků a diagnostické péče, a to vše s limitem nepřevyšujícím 100 procent roku 2005.

Tyto oblasti byly vybrány především proto, že v předchozích letech náklady za tyto položky rostly zhruba dvojnásobně rychlým tempem, než rostly příjmy do zdravotního pojištění, a navíc právě zde dochází k největší neefektivitě ve zdravotnictví. Vláda na návrh ministerstva zavedla stoprocentní přerozdělení výběru pojistného mezi pojišťovny a zvýšila skokem platby státu za státní

pojištěnce, kteří i tak přinášejí do pojištění zhruba polovinu toho, co tvoří příjem průměrného zaměstnance.

Dnes máme černé na bílém jak to skutečně dopadlo, kdo říkal nesmysly a kdo naopak odhadl dobře vývoj situace. VZP snížila závazky po lhůtě splatnosti vůči zdravotnickým zařízením o 8,2 miliardy Kč a tudíž jí koncem roku 2006 zůstaly závazky ve výši pouhých 2,4 miliardy. Zaměstnanecské pojišťovny neměly závazky po lhůtě splatnosti žádné. Zůstatky na základním fondu, tedy na fondu, z něhož se hradí zdravotní péče, jim stouply na neuvěřitelných 11 miliard. Zaměstnanecské zdravotní pojišťovny málo zohlednily nárůst příjmů a zcela nesmyslně škrtnuly výdaje do zdravotní péče. Mezi nimi byla největším přeborníkem Metal-Alliance, kde rozdíl mezi příjmy a výdaji dosáhl +8 procent.

Tak dobře na tom zdravotní pojišťovny ještě nikdy nebyly, a troufám si tvrdit, že jsou na tom ekonomicky nejlépe skoro ze všech zemí EU. Celkové náklady na jednotlivé části zdravotní péče vypadaly takto. Praktičtí lékaři dostali o necelých 8 procent více ve srovnání s rokem 2005. Ambulantní specialisté o 12 procent. Naopak zubní lékaři zůstali na 98 procentech předchozího roku. Nemocnice obdržely o 9 procent více, ošetrovatelská lůžka o 25 procent více. Naopak náklady na receptové léky tvořily jen 91 pro-

cent předešlého roku, což je historický výsledek, který v minulosti nebyl nikdy dosažen. Za zdravotnické prostředky bylo vydáno 99 procent roku 2005 a náklady na lázeňskou péči poklesly na 88 procent. Oproti tomu náklady na záchrannou službu stouply skoro o 25 procent. Diagnostická péče (RTG atp.) dosáhla 96 procent. K těmto ekonomickým údajům je vhodné doplnit zjištění, že střední délka života se u mužů i žen v roce 2006 prodloužila zhruba o 0,5 roku, což je spíše historicky lepší výsledek. Zajímavý je také údaj o tom, kolik pojištěnců opustilo VZP. V roce 2006, tedy v roce nucené správy to bylo 1,1 procenta, což je méně než v předchozích letech, kdy VZP fungovala bez nucené správy.

Shrnutí a potvrzení: nenaplnily se žádné chmurné vize kritiků „krizového managementu“, jež aplikovalo mnou řízené ministerstvo zdravotnictví. Výrazně klesly náklady na léky, což vůbec nemělo dopad na střední délku dožití, naopak se zdá, že stoupala spíše rychleji než v letech, kdy náklady na léky stoupaly dvojciferně. Nucená správa ve VZP stabilizovala nejen bilanci, ale zbrzdila i odchod pojištěnců od VZP.

Pokud současně ministerstvo realizuje svůj plán a zprivatizuje zaměstnanecské zdravotní pojišťovny, tak privatizuje zlatonosnou žílu, což je možná pravý důvod tak propagovaných reforem.

David Rath

Ne všichni to slyší stejně

Jsem rád, že existuje názorová pluralita a každý si může tím pádem říci, co si myslí. Problém může nastat za situace, že ne všichni slyší jedno sdělení stejně. To, že ministr byl na sjezdu ČLK, je fakt, stejně tak, že jeho rychlý příjezd byl, jaký byl. Stejně tak je fakt, že na sjezdu proběhla diskuse se zástupci politických stran, kde nejvíce „oslnil“ poslanec Kochan. To, že ministr nabídl ČLK spolupráci za tlustou čarou, je taky fakt, a byl to první důležitý krok, který ČLK jistě bude připravena využít pro maximální prospěch lékařského stavu.

Tady však může nastat trochu problém. Je rozdíl mezi slovy a činy. Je rozdíl mezi představami ministra Julínka na jedné straně, prospěšností pro lékařský stav a pro pacienty na druhé straně. Stejně jako výhodnost pro obchodní společnosti a monopoly nemusejí přinášet výhody pro lékaře.

Já si myslím, že ČLK má v prvé řadě hájit zájmy lékařů, LOK pak ještě specificky lékařů-zaměstnanců. Ministr jakékoli vlády by měl s ČLK z principu komunikovat, ať jsou si názorově blíže, či dále. To, že tomu dosud tak nebylo (a já věřím, že přijdou další kroky, tedy druhý, třetí...), je důvodem proto, že jako lékaři jsme na rozdíl od kolegů jiných zemí nenašli sami sebe. Čím to je způsobeno, nechám na každém z nás.

Abych se vrátil ke 48 pracovním hodinám. Pan ministr na sjezdu vysvětlil své důvody, proč tuto novinku zavést. Je nevyhovující množství přesčasových hodin, které jsou přiměřené nebo nepřiměřené drahé. Proto se zavede institut možnosti nebo nemožnosti navýšit základní fond pracovní doby o 8 hodin týdně s možností nasmlouvat nebo nenasmlouvat za tyto hodiny jakoukoli cenu. Vysvětlil, jak je tato varianta výhodná, protože dojde ke zvýšení základní mzdy.

To je argumentace, se kterou nesouhlasím, protože mým zájmem je a bude navýšit základní mzdu za obvyklou pracovní dobu a postupně a razantně omezit přesčasovou práci. Mohlo by se totiž stát, že v rámci navýšení základů by bylo lepší prodloužit týden o 16 hodin a argumentace by byla úplně stejná. Je třeba si uvědomit jestli chcí být lékařem, nebo šaškem, na kterého když někdo houkne, tak ještě udělá cukrbliky.

Pan ministr vysvětlil, proč setrvává na své myšlence. Já nemám důvod zříci se své představy, je to naprosto legitimní. Je otevřen prostor pro jednání, budeme si vzájemně snažit vyargumentovat svůj postoj. Já sám za sebe a za mnohé kolegy však i nadále budu hájit to prospěšné pro lékaře (bohužel ne možná pro ostatní účastníky systému) i přes našťvanost ministerských úředníků a ministrů. Budu i nadále věřit, že lékaři v této zemi najdou sami sebe, pochopí, že důležitější hráč ve zdravotnictví než oni není!

Martin Sedláček, člen představenstva ČLK

Nestárnout, nezblbnout – ale jak?

Dopis prezidentovi ČLK:

Vážený pane doktore,
vzhledem k tomu, že v našem zdravotnictví v posledních letech platilo mnoho ministerských vyhlášek a nařízení, která odporovala platným zákonům – naposledy „regulace“ za prevence a očkování – jsem zvyklá se pohybovat na hraně zákona a mnohdy i za ní. Ale na současný chaos už nemám síly. Respektuji ministerskou vyhlášku o poplatcích, ale obávám se, že do jisté míry může být v rozporu s Ústavou. Dokud nebude tento problém jednoznačně Ústavním soudem rozhodnut, stává se provozování lékařské praxe nepřiměřeně rizikovou činností. A adrenalinová aktivita z většiny nás předdůchodců udělá invalidní důchodce velmi rychle.

Celá léta se angažuji, abych upozorňovala všechny úředníky státního aparátu, kde dělají chyby a jak je možno je (obvykle jednoduše a snadno) odstranit. Pravidelně mi buď neodpoví, nebo odpoví, že nemám pravdu. Po několika letech nějaké rozhodnutí vyjde z faktu, na který jsem před lety upozornila, a o něco málo posune poskytování zdravotních služeb. Ovšem nynější stav

naprosto otevřeně odkrývá všechny nedostatky, které naši volení i nevolení zástupci = úředníci státní správy za celá ta léta svou nečinností nakupili.

Především dodnes nebyly vyjasněny ani základní pojmy, bez nichž se nemůžeme domluvit. Kdyby byli zákonodárci dodnes dokázali aspoň specifikovat pojem základní zdravotní péče, mohla bych si myslet, že to je ta část péče, na kterou má každý občan sociálního právního státu nárok vyplývající z Ústavy. A bylo by mi jasné, že za tuto péči nelze vybírat žádné poplatky. Jakákoli péče nad tuto základní (standardní, zaručenou ústavou, tedy hrazenou z povinného zdravotního pojištění) pak může být považována za nadstandardní, tedy s možností zpoplatnění. Ale protože tento základní pojem stanoven není, poskytujeme veškerou péči, ač mnohokrát za pokuty, a už tak mění se pravidla nám znemožňují tvrdit cokoli s jistotou. A tato nejistota, která nejdříve postihla zdravotníky, pak celé jejich rodiny a nyní se přenesla na pacienty (všechny občany tohoto státu), je nyní znásobena zákonem, o jehož ústavnosti se teprve bude jednat.

Cítím se svými žáky

Vysoké procento lékařů v našich ordinacích a nemocnicích je mými žáky, těmi, kteří úspěšně přetrpěli dozajista nejnáročnější vysokoškolské studium. Není divu, že s nimi cítím i desítky let po jejich závěrečném vystoupení na půdě Karolína a mnoho let po mém odchodu do důchodu. Se znepokojením pozoruji, jak lidé, kteří by si na základě tak náročného studia a tvrdé, maximálně odpovědné práce zasloužili i optimální životní podmínky, jsou dlouhodobě znevýhodňováni oproti jiným (přitom daleko lukrativnějším) povoláním s pregraduální přípravou kratší

a možná i méně náročnou. Když vidím, že jako jediná sociální skupina by měli za stejný příjem pracovat déle než jiní. A za jakou odměnu? To není závist, všem za dobrou práci přeji dobrý peníz. Ale uvědomuje si naše vrchnost, že jakmile advokátovi řeknete jenom „dobry den“, už jste mu dlužni 600 korun? Že oni i burzovní makléři a mnoho dalších vyvolených vydělají za jediný den víc, než vysloužilý lékař dostane důchodu na celý měsíc – a pravděpodobně i důchodu, který všechny lékaře v činné službě teprve čeká (nepodaří-li se jim ovšem umřít dřív)?

Prof. Miroslav Ledvina, DrSc., důchodce, Hradec Králové

Je otázka, kdo koho odmítá

Na sjezdu ČLK jsem byl a nejenom já si myslím, že bylo dobře, že se sjezdu zúčastnil ministr. Není pravda, že kategoricky trvá na 48 hodinách, a není pravda, že těch 48 hodin nedokázal vysvětlit. Mrzí mě, že se vše opět vykládá jednostranně. To neznamená, že já s jeho návrhem souhlasím, ale zcela jasně vysvětlil své důvody, co ho k tomu vedly. Myslím si, že po dlouhé době politik s námi mluvil jasně.

Co se týká „teatrálního“ pozvání na sjezd.

Ano, bylo to nejspíše vše domluveno, ale jinak by se ministr sjezdu nezúčastnil. Prezident Kubek pozval jen zástupce politických stran, a ne Julínka jako ministra zdravotnictví. Po téměř roce se tak otevírá, doufejme, komunikace mezi ČLK a MZ. A předem tvrdit, že budou jednání neplodná, je přinejmenším nevhodné a ukazuje spíše na to, že není zcela jednoznačné, kdo s kým odmítá jednat.

Jindřich Šebor, předseda OS ČLK Plzeň

Nejistý lékař, a to jsme nyní všichni, rozhodně není optimálním poskytovatelem zdravotnických služeb. Pokud nemohu poskytovat služby dobře, neměla bych je poskytovat vůbec. Studovala jsem a třicet let pracuji v oboru, kde zkušenosti patří k nejcennějšímu, co lze pacientům poskytnout. A proto se většina z nás nechala léta vydírat „smlouvami“, vyhláškami MZd a jinými zrudnostmi, které nám braly čas a síly, které pak chyběly nám i našim pacientům. Ale to nejde do nekonečna. Dnes jsme v situaci, kdy ani nevíme, zda plněním ministerského rozhodnutí nebudeme porušovat ústavu. Domnívám se, že do doby, než bude jednoznačně rozhodnuto, bychom neměli své praxe provozovat, protože hazardovat s lidskými životy (pacientů i svými) nemáme právo.

Tento problém je velmi závažný, a proto očekávám z vaší strany aktivitu, která povede k vyjasnění situace. A prosím: vaše řeč budiž jasná – ano, ano – ne, ne. Já, občan druhé kategorie totiž přestávám rozumět tomu, co se po mně vlastně chce – léčit, studovat, pomáhat, radit, vybírat peníze, chápat a vysvětlovat odporující si právní normy, platit daně a držet hubu a krok, být k dispozici 35 hodin denně a nezapomínat stále být empatická a příjemná. A nestárnout. A nezblbnout! Ale jak?

Alena Dostálová

Ad Anketa k eutanázii

Při sledování ankety v časopisu Tempus pozoruji až uniformní názory a argumenty proti použití eutanázie – citlivá lékařská, zvláště pak pediatriká duše, křesťanství a víra, lékařská přísaha Hippokratova, dostatečně účinné moderní metody chránící před utrpením a bolestí. Mně je 81 let a 30 let jsem byl primářem dětského oddělení v nemocnici v Sokolově. Nyní trpím již 14 měsíců nádorovým onemocněním pankreatu. Operace mi nebyla doporučena, chemoterapie přerušena.

Vím tedy, o čem mluvím. Přes veškerou snahu obětavých a vzdělaných kolegů a přes aplikaci moderních postupů nemohu s uváděnými argumenty souhlasit, a to ani s tvrzením, že tyto metody zbavují bolesti, i když jistě mé utrpení mírní. Můj osobní názor musí být a je jednoznačný – pro eutanázii.

Je škoda, že nebyly slyšet hlasy i jiných podobně postižených kolegů.

Jiří Nájemník, Sokolov

Lékař v trestním řízení

Tendence kriminalizovat lékaře a její příčiny

V České republice, na rozdíl od zemí západní Evropy i USA, převažuje tendence pacientů, kteří se cítí být poškozeni lékařem, nebo snaha pozůstalých podávat na lékaře trestní oznámení před podáváním žalob o náhradu škody. Trend žalob o náhradu škody se sice jednoznačně zvyšuje, ale souběžně s tím se zvyšuje i počet případů trestních oznámení na lékaře, a dokonce i případů trestního stíhání lékařů.

Proč dává český pacient nebo pozůstalý po něm přednost kriminalizaci lékaře před žalobou o náhradu škody? Proč souběžně s žalobou o náhradu škody je podáváno i trestní oznámení a proč mnohdy je podáváno pouze trestní oznámení, aniž je podána žaloba o náhradu škody? Podle mého názoru jsou příčiny dvě:

Je to levnější.

Podání žaloby o náhradu škody vyžaduje zpravidla právnické vzdělání a tedy u většiny žalobců právní zastoupení advokátem za úhradu, přičemž jsou s takovou žalobou spojeny i další potenciální investice jako soudní poplatky, odměna znalecům apod., zvláště pokud by žaloba neuspěla a tyto náklady by měl hradit neúspěšný žalobce. Je proto mnohem jednodušší napsat trestní oznámení, poslat ho na policii nebo státní zastupitelství, nechat si na náklady státu případ expertně posoudit a podle výsledků posléze buď uplatnit, nebo neuplatnit nárok na náhradu škody.

Ten, kdo se cítí poškozen, někdy nechce peníze, ale skalp!

V nejednom případě slyšíme od pozůstalých nebo od toho, kdo se cítí být poškozen lékařským zákrokem, že mu nejde o žádné peníze, ale o to, aby se případ již neopakoval, aby lékaři, který pochybil, bylo do budoucna zakázáno léčit, aby mu byl odňat diplom, aby byl pokud možno uvězněn, a je jen škoda, že je zrušen ten trest smrti... Máme ještě v živé paměti případ, kdy pacient, který se cítil být poškozen lékařským zákrokem (v daném případě navíc naprosto neoprávněně) svého lékaře sám prostě „popravil“ a poté spáchal sebevraždu. Nešlo o peníze, šlo o mstu. Pokud rodina přijde např. o dítě a dospěje k přesvědčení, ať již důvodnému nebo často nedůvodnému, že za jejich neštěstí může konkrétní lékař, chce prostě jeho „skalp“. Již slavný český psy-

chiatr profesor Vladimír Vondráček napsal, že trest smrti je především psychoterapií pro pozůstalé. Skutečnost, že lékař byl odsouzen a byl mu například zakázán další výkon povolání na několik let, může pozůstalé, kteří jsou přesvědčeni o tom, že on jim zavinil jejich neštěstí, vést k jistému uspokojení.

At již z jakýchkoli důvodů, musíme s tendencí kriminalizovat lékaře nadále počítat a čelit jí. Rozhodně nelze nikomu zakázat, aby podal trestní oznámení, ani nelze trestní oznámení neprošetřit. Spíše je třeba se zaměřit proti neuváženě sepsaným znaleckým posudkům, kdy znalec posuzuje práci lékaře, aniž má jeho vyjádření a aniž zná všechny souvislosti případu. Takové znalecké posouzení bez dostatečných a úplných informací před zahájením trestního stíhání v rámci prověřování, zda došlo k trestnému činu, vede často k nedůvodnému zahájení trestního stíhání proti lékaři, tedy k jeho nedůvodné kriminalizaci. Lze konstatovat, že ve většině případů, ve kterých jsem působil jako obhájce, skončil trestní proces ve prospěch lékaře, je ale otázkou, zda musel vůbec začít. Trestní stíhání lékaře znejistí a otráví mu život často i po dobu několika let. To může být ve svých důsledcích v neprospěch pacientů. Profesor Charvát napsal, že běda pacientovi, když chirurg přestane být sebevědomě odvážným a začne být právnícky opatrným.

Stadia trestního řízení

Abychom dobře pochopili celý systém trestního řízení, rekapitulujme si stručně, jak může trestní proces probíhat od začátku až do konce, v jednotlivých stadiích.

Stadium prověřování:

V tomto stadiu se prověřuje, zpravidla Policií ČR, zda došlo či nedošlo ke spáchání trestného činu. Policejní orgán shromažďuje podklady pro rozhodnutí, které končí zpravidla dvojím možným způsobem: **buď se trestní oznámení odloží, nebo se zahájí trestní stíhání.** Spíše výjimečně může dojít k jinému řešení, např. k odevzdání věci k disciplinárnímu řízení ČLK s tím, že nejde o trestný čin, ale mohlo by jít o disciplinární provinění. Proti rozhodnutí o odložení věci

může poškozený podat opravný prostředek, o kterém rozhoduje státní zástupce. V některých případech se poškozený obrací i na nadřízené státní zastupitelství, které rovněž může rozhodnout o vrácení věci a zahájení trestního stíhání. Je-li věc odložena a rozhodnutí není státním zástupcem nebo nadřízeným státním zastupitelstvím změněno, případ pro lékaře šťastně končí. Je-li naopak zahájeno trestní stíhání, případ začíná...

Vyšetřování:

Vyšetřování začíná usnesením policejního orgánu, výjimečně též státního zástupce o zahájení trestního stíhání proti konkrétní osobě. Proti tomuto usnesení lze podat stížnost, o které rozhoduje státní zástupce, případně nadřízený státní zástupce. V průběhu vyšetřování opatřuje policejní orgán důkazy (svědecké výpovědi, znalecké posudky, listiny) a vyšetřování končí opět zpravidla jedním ze dvou možných způsobů – **zastavením trestního stíhání, nebo podáním obžaloby.** Opět spíše výjimečně může končit vyšetřování např. postoupením věci k disciplinárnímu řízení ČLK nebo jiným, obdobným způsobem. Proti usnesení o zastavení trestního stíhání může poškozený podat stížnost, o které rozhoduje nadřízený státní zástupce. I pokud je případná stížnost zamítnuta nebo není podána, přezkoumává každý případ zastavení trestního stíhání Nejvyšší státní zastupitelství, které již v některých případech zrušilo zastavení trestního stíhání proti lékaři a nařídilo v trestním stíhání pokračovat. Je-li trestní stíhání pravomocně zastaveno a Nejvyšší státní zastupitelství toto rozhodnutí nezruší do tří měsíců od jeho právní moci, případ pro lékaře končí. Pokud vynaložil finanční prostředky na obhájce, případně soukromý znalecký posudek, může vyžadovat, aby mu je stát nahradil. Je-li státním zástupcem podána obžaloba k soudu, případ bude pokračovat v soudním stadiu řízení. **V období od zahájení trestního stíhání do nařízení hlavního líčení soudem se ten, proti kterému se trestní stíhání vede, označuje jako obviněný, po nařízení hlavního líčení se označuje jako obžalovaný.**

Soudní řízení:

V případech trestního stíhání lékařů probíhá zpravidla „klasické soudní řízení“ formou hlavního líčení u soudu. Je slyšen obžalovaný, svědci, znalci, jsou konstatovány listiny a posléze soud vynese rozsudek. Opět lze v zásadě rozhodnout dvojím způsobem: **lékař je zproštěn obžaloby, nebo je odsouzen,**

tedy uznán vinným a je mu uložen trest. V případě lékařských kauz spíše výjimečně může soud vydat tzv. trestní příkaz a odsoudit tak obviněného „od stolu“, aniž koná hlavní líčení. Proti trestnímu příkazu lze podat odpor do 8 dnů a jeho podáním se trestní příkaz ruší a nařizuje se hlavní líčení. Nepodá-li odpor obviněný, ani státní zástupce, nabude trestní příkaz právní moci a má sílu pravomocného rozsudku.

Opět spíše výjimečně se v případech trestního stíhání lékařů mohou uplatnit tzv. **odkloňny** – např. podmíněné zastavení trestního stíhání nebo narovnání. Předpokladem těchto postupů je doznání k trestnému činu a náhrada škody poškozenému. Také spíše výjimečně může soud postoupit případ k disciplinárnímu řízení ČLK nebo jinému příslušnému orgánu, dospěje-li k závěru, že nebyl spáchán trestný čin, ale věc by mohla být posouzena jako jiný delikt. Proti rozhodnutí soudu může obžalovaný i státní zástupce podat odvolání a proti rozhodnutí odvolacího soudu ve stanovených případech též dovolání.

Na lékaře je podáno trestní oznámení – co dělat?

Neukvapovat se! Bez dobrého ujasnění problému a stanovení strategie dalšího postupu nepodávat žádná vysvětlení, nepsisovat žádná podání, nejednat s poškozenými ani s jejich advokátem. Je dobré mít pro svou potřebu kopii zdravotnické dokumentace vztahující se k případu, se kterou je však nutno zacházet tak, aby byla respektována zákonná ochrana osobních údajů. Dříve než se lékař k celé věci jakkoli oficiálně vyjádří, je třeba si ujasnit odpověď na základní otázky:

- Došlo k odbornému pochybení?
- Dopustil jsem se odborného pochybení já?
- Dá se toto odborné pochybení označit jako non lege artis – tedy porušení mých profesních povinností, nebo jde o běžné riziko při výkonu lékařského povolání?
- Mělo případné odborné pochybení a nesprávný postup za následek úmrtí nebo újmu na zdraví pacienta? Je dána příčinná souvislost mezi odbornou chybou a následkem?
- Které osoby (kolegy, sestřičky, apod.) bych mohl označit jako svědky ve svůj prospěch?
- Které listiny či jiné důkazy mohou svědčit v můj prospěch?
- S kým bych se měl odborně o případu poradit? Vhodný je soudní znalec, někdy přednosta kliniky, primář oddělení, zkušenější kolega...

- S kým budu případ právně konzultovat? Lze využít právního oddělení ČLK nebo právníka, který má v těchto záležitostech zkušenosti.

Podání vysvětlení

Je-li podáno trestní oznámení, je zpravidla lékař dříve či později pozván na policii, aby policejnímu orgánu podal k věci tzv. vysvětlení. Protokol o podání vysvětlení je sice v dalším trestním řízení, je-li zahájeno trestní stíhání, nepoužitelný, přesto má svůj velký význam. Vysvětlení je třeba podávat s vědomím, že údaje v něm uvedené jsou určeny spíše pro soudního znalce, který bude věc posuzovat, než pro policejní orgán. Nelze však používat zkratky ani latinské výrazy. Podání vysvětlení je třeba si předem písemně připravit. Rozhodně nedoporučuji nechat se uchlácholit vstřícným, někdy téměř přátelským přístupem policisty a nechat samotného policistu, aby svým „policejním jazykem“ zaprotokoloval to, co mu bude lékař spontánně vykládat. Výsledek bývá tristní... Je třeba předem připravit písemné vysvětlení, zkonzultovat jej se spolupracujícím znalcem nebo alespoň zkušeným kolegou či nadřízeným a pokud možno též s právníkem. Policistovi poté kategoricky sdělit, že mu vysvětlení můžete předat již na papíře či „flešce“, nebo nadiktovat do protokolu, ale trváte na tom, že musí být formulováno tak, jak jej formuluje sám vysvětlující lékař. **Je to vaše výpověď a máte právo ji sám formulovat.**

Policejní orgán může osobě podávající vysvětlení klást otázky. Položí-li otázku, je třeba se především podívat, zda odpověď již není obsažena ve vašem předchozím vysvětlení. Pokud je tomu tak, poukázat na tuto část vysvětlení. Není-li tomu tak, pak opět v klidu zvážit, jak odpovědět, a odpověď doslovně do protokolu nadiktovat.

Základní zásadou je – hlídat protokolaci, není důležité, co se říká, ale co se píše! Protokol o podání vysvětlení, který by neodpovídal vašemu stanovisku, odmítněte podepsat a trvejte na jeho opravě!

Již ve stadiu podání vysvětlení je vhodné navrhnout, aby policista provádějící prověřování trestního oznámení vyslechl veškeré osoby, které mohou vypovídat v můj prospěch, opatřil si veškeré listiny, které mohou svědčit v můj prospěch, a navrhnout jakékoli další důkazy, které mi mohou prospívat. To mohu učinit v rámci podání vysvětlení přímo do protokolu.

V posledním období se stalo v několika případech, že vyslýchající policista umožnil proti vůli vyslýchaného lékaře účast u podání vysvětlení advokátovi poškozených. Doporučuji v těchto případech nesouhlasit s účastí advokáta poškozených a vyslýchajícímu policistovi to sdělit, popřípadě trvat na tom, aby tato skutečnost byla zaprotokolována. Nedávno k podobné situaci došlo a můj osobní telefonát s vyslýchajícím komisařem vedl k tomu, že po poradě s nadřízeným a státním zástupcem účast advokáta poškozených, který se k výsledku lékaře dostavil, nepřipustil.

Účast vlastního advokáta u podání vysvětlení není nezbytná, pokud má lékař vysvětlení předem připraveno a policista umožní, aby jej předal či nadiktoval. Pokud by však policista jednal nevhodně, připustil proti vůli lékaře účast advokáta poškozených u výslechu, nebo odmítal protokolovat to, co lékař diktuje, pak v těchto spíše výjimečných případech může lékař sdělit, že se dostaví k podání vysvětlení v jiném termínu, a to se svým právním zástupcem.

Ač je to paradoxní, zatímco ten, kdo podal trestní oznámení, obdrží rozhodnutí o odložení věci a může proti němu podat opravný prostředek, ten, proti komu trestní oznámení směřovalo, rozhodnutí o odložení věci neobdrží a vlastně pokud se o to aktivně nezajímá, nedozví se, že věc byla odložena. Je proto vhodné domluvit se s policistou, který případ prověřuje, zda by byl ochoten sdělit informace, jak věc dále pokračuje, konkrétně, zda již byl opatřen nějaký znalecký posudek, a zvláště pak, zda bylo rozhodnuto o odložení věci, nebo naopak bude rozhodnuto o zahájení trestního stíhání. V naprosté většině případů policista tyto informace na žádost lékaři poskytně, byť to není přímo jeho povinností.

Je-li naopak zahájeno trestní stíhání, je o tom lékaři doručeno usnesení, proti kterému lze podat do tří dnů stížnost. Stížnost lze podat i „blanketně“, jednou větou například tohoto znění: „Proti usnesení o zahájení trestního stíhání ze dne...čj....podávám tímto blanketní stížnost, kterou dodatečně písemně odůvodním,“ – Připojit datum a podpis.

Je-li proti lékaři zahájeno trestní stíhání, jde na rozdíl od pouhého podání trestního oznámení o velmi vážnou životní situaci. Profesionální právnícká pomoc je v takovou chvíli nezbytná.

Lékaři v těchto případech mohou využít právní podpory právního oddělení České lékařské komory, včetně tísňové linky 721 455 456.

JUDr. Jan Mach

Informace pro členy ČLK o zpracovávání jejich osobních údajů

Na základě § 11, odst. 1 a 2 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů informuje tímto Česká lékařská komora své členy o rozsahu a účelu zpracování osobních údajů členů ČLK, kdo a jakým způsobem osobní údaje zpracovává a komu mohou být osobní údaje zpřístupněny.

Česká lékařská komora je samosprávnou stavovskou organizací, která byla zřízena zákonem č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře. Členství v ČLK je dle § 3, odst. 1 zákona č. 220/1991 Sb. pro lékaře vykonávající lékařské povolání na území ČR povinné.

Základním organizačním článkem ČLK je okresní sdružení lékařů, jehož volené představenstvo je řídicím a výkonným orgánem, které registruje nové členy a vede seznam členů okresního sdružení. ČLK upřesnila plnění této povinnosti ve svém stavovském předpisu č. 1, kterým je Organizační řád ČLK. Podle § 3 písm. b) Organizačního řádu vede ČLK seznam členů komory obsahující údaje o jménu a příjmení, bydlišti, dosažené odbornosti, místě a formě výkonu povolání lékaře a disciplinárních proviněních každého člena komory, s tím, že funkcionáři a zaměstnanci okresního sdružení lékařů ČLK mají přístup pouze k databázi členů svého okresního sdružení. Kompletní přístup k celé databázi členů České lékařské komory včetně osobních údajů mají jen výslovně určení zaměstnanci kanceláře ČLK v Olomouci a v Praze.

Základní předmět činnosti ČLK je stanoven zákonem č. 220/1991 Sb., konkrétně povinnost vést členskou evidenci pak v § 2, odst. 1, písm. e) tohoto zákona. Na základě této povinnosti určila ČLK způsob a formu (listinná a elektronická) zpracování osobních údajů a je tedy správcem osobních údajů ve smyslu § 4, písm. j) zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, a za zpracování osobních údajů svých členů tedy zodpovídá. ČLK zpracovává osobní údaje shromážděné přímo od svých členů, tj. subjektů údajů, a to ve smyslu § 5, odst. 2 zákona č. 101/2000 Sb., s jejich souhlasem. Vzhledem k zákonem stanovenému povinnému členství v ČLK a povinnosti ČLK vést evidenci svých členů, tedy zpracovávat jejich osobní údaje, je zřejmé, že ČLK zpracovává osobní údaje svých členů nejen s jejich souhlasem, ale je oprávněna zpracovávat jejich osobní údaje i bez jejich souhlasu ve smyslu ustanovení § 5, odst. 2, písm. a) zákona č.

101/2000 Sb., tedy jestliže provádí zpracování nezbytné pro dodržení povinnosti správce.

Každý člen České lékařské komory uvádí v žádosti o přijetí za člena ČLK tyto povinné údaje: jméno a příjmení, titul, datum narození, absolvovanou vysokou školu, rok a místo promoce a počátek výkonu lékařské praxe na území ČR. Další údaje závisí zcela na dobrovolnosti lékaře a jejich neuvedení není důvodem pro nepřijetí za člena. Nicméně ČLK doporučuje lékařům uvést také adresu bydliště, adresu pracoviště, příp. kontaktní adresu pro zaslání korespondence. Dále je důležitá forma výkonu povolání, tj. zda se jedná o zaměstnance, nebo o soukromého lékaře, neboť od toho se odvíjí výše členských příspěvků. Při žádosti lékaře o vydání licence ČLK jsou pak dále vyžadovány doklady o dosaženém vzdělání, neboť ty jsou důležité pro posouzení, zda má lékař na vydání licence nárok podle stavovského předpisu ČLK č. 11, Licenčního řádu. Souhlas s dobrovolným poskytnutím osobních údajů, které člen uvádí nad rámec své povinnosti, lze kdykoliv odvolat.

Povinnost ochrany osobních údajů členů ČLK je stanovena zákonem č. 101/2000 Sb. Na základě § 13, odst. 1 tohoto zákona splnila ČLK povinnost přijmout opatření, aby nemohlo dojít k neoprávněnému nebo nahodilému přístupu k osobním údajům, k jejich změně, zničení či ztrátě, neoprávněným přenosům, k jejich jinému neoprávněnému zpracování, jakož i k jinému zneužití osobních údajů. Tato povinnost platí i po ukončení zpracování osobních údajů.

Osobní údaje lékařů jsou tedy k dispozici pouze pro potřeby plnění úkolů, které má ČLK, a to v mezích, které stanoví zákony č. 101/2000 Sb. a 220/1991 Sb. Zpracovávají je pouze pověřené pracovníci kanceláře ČLK v Olomouci a v Praze, zejména v souvislosti s jejich využitím při sdělování informací příslušnému členu ČLK. Osobní údaje nejsou k dispozici žádným jiným subjektům bez souhlasu subjektu údajů. Ustanovení § 5, odst. 2 zákona č. 101/2000 Sb. stanoví, v jakých případech lze poskytnout osobní údaje subjektu údajů (člena ČLK) bez jeho souhlasu. Zejména se jedná o výkon právní povinnosti subjektu, kromě již zmíněné zákonné povinnosti vést seznam členů jde na základě § 2, odst. 1 zákona č. 220/1991 Sb. především o činnost spojenou se zaručováním odbornosti členů, celoživotním vzděláváním, hájení práv, profesních zájmů a profesní cti členů. Dále je zde povinnost posky-

tovat údaje soudům, orgánům činným v trestním řízení a správním orgánům. Těmto orgánům lze poskytnout osobní údaje pouze za přesně stanovených podmínek, způsobem a v rozsahu, které stanoví zvláštní zákony. Pověřené pracovníci jsou mimo tyto zákonné výjimky vázány povinnou mlčenlivostí podle § 15, odst. 1 zákona č. 101/2000 Sb., jsou o svých povinnostech důkladně poučeni a databáze členů ČLK je řádně technicky zabezpečena.

Zákonem č. 111/2007 Sb., který novelizoval zákon č. 220/1991 Sb., byl v § 6a, odst. 9 stanoven princip veřejné přístupnosti seznamu členů ČLK, nicméně veřejnost nemá na základě tohoto ustanovení přístup k údajům o datu narození, rodném čísle a adrese člena.

Nakládání s rodným číslem je upraveno zákonem č. 133/2000 Sb. o evidenci obyvatel a rodných číslech. Zákonem č. 220/1991 Sb. je ČLK svěřen v přenesené působnosti výkon státní správy a tím je ČLK oprávněna zpracovávat dle § 13c, odst. 1, písm. a) zákona č. 133/2000 Sb. rodná čísla svých členů za účelem zpracování osobních údajů v členské evidenci. Na základě doporučení Úřadu pro ochranu osobních údajů ČLK upustila od používání rodných čísel.

Každý člen ČLK má kdykoli právo na přístup ke svým osobním údajům, které o něm ČLK vede. Pro komunikaci subjektu údajů a jejich zpracovatele je nejhodnější využít pověřené pracovníky kanceláře ČLK v Olomouci, Dolní náměstí 38, 772 00 Olomouc, telefon +420 585 222 218, e-mail: licence.olomouc@clkcr.cz.

Každý subjekt údajů, který zjistí nebo se domnívá, že správce nebo zpracovatel provádí zpracování jeho osobních údajů, jež je v rozporu s ochranou soukromého a osobního života subjektu údajů nebo v rozporu se zákonem, zejména jsou-li osobní údaje nepřesné s ohledem na účel jejich zpracování, může na základě § 21 zákona č. 101/2000 Sb. jednak požádat správce nebo zpracovatele o vysvětlení a jednak požadovat, aby správce nebo zpracovatel odstranil takto vzniklý stav. Zejména se může jednat o blokování, provedení opravy, doplnění nebo likvidaci osobních údajů. Je-li tato žádost subjektu údajů shledána oprávněnou, správce nebo zpracovatel odstraní neprodleně závadný stav. Nevyhoví-li správce nebo zpracovatel žádosti subjektu údajů, má subjekt údajů právo obrátit se přímo na Úřad pro ochranu osobních údajů.

JUDr. Jan Mach, ředitel právního oddělení ČLK

Byl zrušen „paragraf poslankyně Fišerové“?

V souvislosti se zákonem č. 261/2007 Sb., kterým byl novelizován zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, se lékaři táží, zda touto novelou byl skutečně „zrušen paragraf poslankyně Fišerové“ a co to v praxi znamená.

Tzv. paragraf poslankyně Fišerové jako takový zrušen nebyl. Pouze z něho byla vypuštěna slova „ani v souvislosti s poskytnutím této péče“. Ustanovení § 11 odstavec 1 písmeno d) zákona č. 48/1997 Sb. tedy od 1. 1. 2008 zní tak, že zdravotnické zařízení není oprávněno vybírat za péči hrazenou ze zdravotního pojištění od pojištěnce žádnou úhradu, jinak hrozí pokuty, zrušení registrace a ukončení smlouvy se zdravotními pojišťovnami. Vypuštěna je pouze část ustanovení, že úhrada nesmí být vybírána ani v souvislosti s poskytnu-

tím péče hrazené ze zdravotního pojištění.

Již dříve plénum Ústavního soudu zaujalo k této problematice stanovisko v tom smyslu, že ústavně konformní výklad paragrafu poslankyně Fišerové umožňuje poskytovat dohodnuté služby nehrazené ze zdravotního pojištění za úhradu a umožňuje poskytnutí nadstandardní zdravotní péče na žádost pojištěnce za úhradu (rozhodnutí Pl.ÚS 14/02 publikované pod č. 207/2003 ve Sbírce zákonů). Proto je vypuštění shora uvedených slov z „paragrafu poslankyně Fišerové“ pouze logickým zakončením nálezu Ústavního soudu do zákona. Prakticky se však na současném stavu nic nemění.

Platí tedy nadále, že:

- Lze uzavírat sponzorské smlouvy a přijímat sponzorské dary, které si sponzor

-podnikatel může odepsat z daňového základu, nelze však přijetí do péče nebo její poskytování podmiňovat poskytnutím sponzorského daru.

- Na žádost pacienta lze poskytnout dohodnuté služby nehrazené ze zdravotního pojištění za předem dohodnutou úhradu, nelze však přijetí do péče nebo její poskytování podmiňovat uzavřením smlouvy o poskytování dohodnutých služeb nehrazených ze zdravotního pojištění za úhradu.
- Na žádost pacienta lze poskytnout nadstandard, který není plně hrazen ze zdravotního pojištění a který se pojištěncům standardně neposkytuje, za přiměřený předem dohodnutý příspěvek.

JUDr. Jan Mach

Proč musím v důchodu platit pojištění?

Vedení České lékařské komory se bije v prsa, jaké vyjednalo výhodné udržovací pojištění pro lékaře po ukončení lékařské praxe. Proč se musí lékař pojišťovat do důchodu? Co je to za nesmysl?

Ze zákona musím mít pojištění z odpovědnosti v souvislosti s poskytováním

zdravotní péče. Pokud ukončím činnost, nemohu nikoho poškodit. A pokud se po letech prokáže, že jsem svou lékařskou činností někoho poškodil, udělal jsem to v době provozování lékařské praxe a na to jsem byl pojištěn. Na co tedy další pojištění? To je přeci jen tahání peněz z důchodců.

Komora by se měla spíše snažit, aby toto pojištění nutné nebylo, ne se chvást, jak je výhodné.

Odpoví mi někdo kompetentní z lékařské komory na otázku ohledně udržovacího pojištění?

Jan Jehlík, PLPDD Horažďovice

Co je „udržovací pojištění“ a proč je uzavírat

U většiny komerčních pojišťoven a pojistných smluv není po ukončení smluvního vztahu mezi pojišťovnou a pojištěncem nadále pojistně kryt ani případ, ke kterému došlo v době, kdy lékař byl profesně pojištěn proti škodě způsobené pacientovi, pokud je nárok uplatněn v době, kdy je již pojistná smlouva ukončena. Také jsem se tomu původně velmi divil, a dokonce činil dotaz na Ministerstvo financí ČR, které schvaluje pojistné podmínky jednotlivých pojišťoven, a byl jsem ujištěn, že toto je u většiny pojišťoven na celém světě „zešla normální“ a neodporuje to zákonům ani evropským či jiným předpisům. Tento princip nelze změnit ani vyjednáváním s vedením pojišťovny, protože je většinou stanoven jejími zahraničními vlastníky („matkami“).

Pro případ škody způsobené pacientovi na zdraví platí dvouletá tzv. subjektivní promlčecí lhůta. Nezáleží na tom, kdy ke škodě

na zdraví došlo, ale lhůta začíná běžet až ode dne, kdy se pacient dozvěděl o škodě a o tom, kdo za ni odpovídá. Může se tedy stát, že lékař jde např. do důchodu, skončí provozování NZZ a ukončí i své profesní pojištění. Posléze je na něho podána žaloba, protože některý pacient se třeba i po několika letech dozvěděl, že došlo k poškození jeho zdraví nesprávným postupem lékaře. Promlčecí doba se bude počítat ode dne, kdy pacient zjistil, že došlo k poškození jeho zdraví a kdo jej způsobil. V té době je již lékař v důchodu, není již profesně pojištěn, a přestože k poškození zdraví pacienta došlo v době, kdy pojištěn byl, pojišťovna mu neposkytne pojistné krytí.

Proto byla v rámci VIP pojištění členů ČLK sjednána možnost platit si tzv. udržovací pojištění za snížené pojistné i poté, kdy lékař již své povolání nevykonává. Zda a na jak dlouho si jej lékař uzavře, záleží na jeho uvážení. Přitom jistě vezme v úva-

hu, zda u odbornosti, kterou vykonává, připadá či nepřipadá reálně v úvahu, že by se pacient mohl dozvědět o poškození zdraví chybným postupem lékaře až s odstupem několika let.

Tato informace se samozřejmě netýká lékařů-zaměstnanců, ale pouze provozovatelů nestátních zdravotnických zařízení, protože za škodu způsobenou lékařem-zaměstnancem odpovídá pacientovi jeho zaměstnavatel.



JUDr. Jan Mach

Případ nezletilé pacientky a soudících se rodičů

Stížnost

Otec nezletilé pacientky poslal ČLK stížnost, z níž cituji: „Po dlouhé úvaze si dovoluji podat stížnost na dětskou lékařku (dále DL) pro svou dlouholetou nespokojenost s její péčí o mou dceru, a to po stránce jak odborné, tak etické. Moje dcera, bohužel, nežije s oběma rodiči. S matkou vedu už dlouhá léta řadu soudních sporů o to, abych se mohl adekvátně podílet na péči o svou dceru, a také o to, aby matka pravomocná soudní rozhodnutí vůbec dodržovala. Matka, bohužel, často zneužívá i ordinaci DL k omezování kontaktů naší dcery se mnou. Vyjmenuji zde jen ty nejflagrantnější případy:

Moje dcera je v evidenci DL cca od roku 1996. Za tu dobu mi DL nikdy neposkytla dostatečné informace o jejím zdravotním stavu, přestože jako rodič a zákonný zástupce dcery na mě mám plné právo. Moje telefonické dotazy odmítá, když k ní přijdu do ordinace v ordinčních hodinách, řekne, že má ordinaci plnou pacientů a že na mě nemá čas, když přijdu před koncem pracovní doby, dovím se opět, že nemá čas, tentokrát proto, že končí a odchází. Jelikož jsem synem dvou lékařů, pokud chci vědět aspoň základní informace o zdravotním stavu své dcery, posílám k dotazu na DL svou matku. DL je i na moji mámu, tedy na svou starší kolegyni, arogantní a její informace i pro ni jsou kusé a mnohdy i lživé. Dne 14. dubna 1997 vydala DL poté, co mi matka mé dcery fyzicky bránila v kontaktu s dcerou dokonce před dcerou samotnou, potvrzení, že se dcera nadměrně počurává a že tedy doporučuje minimalizovat kontakty dcery s otcem. Toto potvrzení vydala, aniž by si aspoň ověřila základní okolnosti tohoto incidentu.

DL převzala mou dceru do své péče jako zdravě se vyvíjející batole. Časem se u dcery objevila zděděná občasná srdeční arytmie, kterou naštěstí sleduje dětská klinika FN. Kromě toho má dcera řadu zdravotních potíží imunitního rázu pocházejících v zásadě ze špatné životosprávy, kterou dcera u své matky vede. Zejména jde o nedostatečný přísun vitamínů v přirozené stravě, nedostatečný pitný režim a absenci jakéhokoli otužování dítěte. Místo koncentrace pozornosti na tyto okolnosti DL ordinuje mé dceři neúměrná množství různých prášků (např. přípravek Imudon – 8 tablet denně při nachlazení dcery v listopadu 2000), kdejakou banální infekci léčí antibiotiky, čímž dceřinu imunitu dále snižuje.

Na jaře roku 2000 doporučila DL vyněť nosních mandlí. Nesouhlasil jsem s tímto

zákrokem, protože, jak uvedeno výše, tento zákrok nic neřeší, protože nejde po příčinách potíží mé dcery a zbytečně ji jen trápí. Pozdější vývoj mi dal plně zapravdu. Zákrok byl i přes můj nesouhlas v květnu 2000 proveden, i když nešlo o ohrožení života mé dcery. Podle zákona měla matka mé dcery, případně zdravotnické zařízení, požádat v případě neshody rodičů o nahrazení mého souhlasu rozhodnutím soudu nebo se dohodnout na jiném postupu. Zde vážně pochybila i klinika ORL FN.

Poslední případ, který mě vedl k sepsání této stížnosti, byla infekce mé dcery v polovině prosince 2002, resp. reakce DL na ni. Od 16. prosince 2002 doteď nechodí dcera do školy a vcelku banální infekce byla pro matku mé dcery důvodem k tomu, aby nepustila dceru k otci na soudem stanovených 7 dnů mezi Vánocemi. Na telefonický dotaz mé matky adresovaný DL, proč bylo dceři předepsáno antibiotikum Zinnat, se moje máma dověděla, že Anežka „měla čtyřcítku horečku“. Z údajů, které jsem já zjistil u matky i dcery samotné, vím, že dne 16. prosince 2002 dcera měla lehce zvýšenou teplotu cca 37,5 °C, následující den teplota ustoupila pod 37 °C. Nevím, jak se dá z nesprávné anamnézy stanovit správná diagnóza a správná léčba, ale mám intenzivní pocit, že by se na praktikování DL měl podívat i přes nechuf matky mé dcery někdo další. Tento „vánoční“ incident jsem současně taky hlásil jako maření výkonu úředního rozhodnutí matkou mé dcery Policii ČR a obávám se, že DL bude v této souvislosti podávat zavádějící „odborné“ informace.

Dobře chápu, že lékařská komora nemůže řešit rodičovské spory, ani nahrazovat soudy pro určení péče o nezletilé, či orgány činné v trestním řízení. Chápu taky, že nejjednodušším řešením tohoto problému by byla prostá výměna pediatra pro dceru a několikrát jsem to už taky její matce, již bylo dítě tradičně svěřeno do péče, na různých úrovních navrhl. Věřím, že drtivá většina pediatriů by základním etickým i odborným kritériím vyhověla. Neústupnost matky mé dcery v této věci mě také utvrzuje v tom, že ordinace DL slouží spíš jako instituce pro vydávání různých lžipotvrzení, která mají hysterické matce sloužit k omezování kontaktů dcery s otcem, než pro skutečný prospěch zdraví dítěte. S důvěrou ponechávám na zvážení České lékařské komory, jak bude mou stížnost řešit. Stížnost podávám v zájmu své dcery a věřím, že v tomtéž zájmu budete jednat i vy.“

Poté, co byla stížnost pověřeným členem RK ČLK přijata jako oprávněná, otec ji ještě doplnil: „Při jednáních na OPD (Odbor péče o dítě při Magistrátu města), které se týkaly především nedodržování soudních rozhodnutí matkou mé dcery v tom, že neoprávněně brání ve styku dcery se svým otcem, matka před sociální pracovníci a přede mnou uvedla, že dcera měla od 16. prosince 2002 zvýšenou teplotu cca 37,5 °C, která trvala 2 až 3 dny. Potvrdila tedy, že dcera neměla tepotu 40 °C, jak sdělila DL mé matce. Svědectví matky je takto uvedeno v zápise z tohoto jednání a je v případě potřeby k dispozici na OPD v agendě vedené o mé dceři. Dávám tímto souhlas k poskytnutí těchto údajů České lékařské komoře za účelem prošetření mé stížnosti.

Od úterka 18. února 2003 chyběla má dcera zase ve škole. Od její matky jsem se nic nedověděl, a požádal jsem proto mou mámu, lékařku, aby se pokusila telefonicky zjistit u DL, co s dcerou je. Máma jí telefonovala do ordinace. Do telefonu se máma po ohlášení od DL dověděla, že „jí už nikdy ani jejímu synovi (tedy mě) žádné informace nepodá“. Nato DL položila telefon. Po tomto telefonátu jsem odešel do ordinace DL zjistit informace o zdravotním stavu mé dcery osobně. Přišel jsem tam ten den okolo 14. hodiny, podle vyvěšeného rozvrhu právě probíhala kojenecká poradna, v čekárně seděla jedna maminka s dítětem. DL, aniž bych kromě pozdravu mohl říct jediné slovo, mi oznámila, že jsem přišel neohlášen a že se se mnou proto nebude bavit. Pak mi ještě krátce vyhrožovala trestním oznámením. Jeho důvod ani druh případného trestného činu neuvedla.“

Vyjádření obviněné lékařky

DL se ke stížnosti vyjádřila následovně: „Pacientka je v péči našeho zdrav. střediska od svého narození. Několikrát jsem otci poskytl komplexní informace o zdrav. stavu dítěte, včetně nahlédnutí do lékařské dokumentace. Telefonickou informaci o zdrav. stavu dítěte jsem otci neposkytl – telefonovat může kdokoli. Jedenkrát jsem otce odmítl ve své ordinaci, přišel mimo ordinární hodiny, bez řádného ohlášení. Jedenkrát jsem odmítla poskytnout komplexní informaci v době chřipkové epidemie těsně před ukončením ordinární doby. Otci jsem vysvětlila, že mám plno a musím v určitou dobu odejít. Matka otce pacientky, lékařka, nikdy se mnou osobně nemluvila, nikdy jsem ji neviděla. Ni-

kdy jsem se tedy nemohla chovat arogantně. Několikrát telefonovala, vždy jsem jí sdělila informace o zdravotním stavu vnučky, a to pravdivě:

Potvrzení o zdrav. stavu vydaném matce pro soudní účely přikládám (viz dále). – V listopadu 2000 jsem pro infekci HCD, po řádném vyšetření imunitního systému na dětské klinice FN, ordinovala Imudon – jde o imunomodulans – imunitní systém posiluje. Otci sděluji, že léčím zásadně po komplexním fyzikálním vyšetření, odběru anamnesy, na základě znalostí získaných studiem na LF a atestací v oboru pediatrie s 20letou praxí; – ATB doporučila dětská klinika FN ve spolupráci s ORL klinikou FN po opakovaných hospitalizacích dítěte pro rec. sinusitis maxill. bilat. U nás bylo provedeno předoperační vyšetření. – 16. prosince byla u dítěte diagnostikována sinusitis maxill. bilat. s febrilním průběhem. TT u nás v ordinaci 39,5 °C. Poslechově bronch. fen. bilat. Byla léčena Zin-natem. – Pacientka byla rozhodnutím soudu svěřena do péče matky, myslím si, že matka má právo zvolit si lékaře dle svého rozhodnutí. Na základě svého opakovaného vyšetření a několika návštěv v rodině matky pacientky si mohu být jista, že dítě vyrůstá v dobrém rodinném zázemí, ve velmi dobré péči, při dodržování zásad racionální výživy.“

Z dokumentace

Cituji přiloženou lékařskou zprávu: „Matka přichází s dítětem pro jeho velký neklid, náhle vzniklé pomočování, které již asi 2 až 3 měsíce není. Dítě je afebrilní, velmi neklidné, poplaskává. Nechce matce z náručí. Při bližším dotazu, zda se něco nestalo v rodině, matka dodává, že došlo včera večer ke střetu matky a dítěte s otcem pacientky. Otec po matce vyžadoval vydání dítěte. Matka mu sdělila, že již je večer a pokročilá hodina a není tudíž vhodná doba na návštěvu a rozptylování dítěte. Otec s tím ale nesouhlasil a začal matku i jejího nastávajícího manžela slovně i brachiálně napadat. Dítě bylo tohoto výjevu svědkem, i když se jej matka snažila uchránit. Následně dcera odmítala večeřet, nemohla usnout, v noci se opakovaně probouzela s křikem a několikrát se pomohla. Ráno se opět budila s křikem. Neustále stojí za matkou, odmítá odejít z jejího náručí, opakovaně se pomohla. Interní nález je fyziol., vyšetření moči a moč. cest nevykazuje patologie. Matce vysvětlena psych. možnost onemocnění. Doporučuji klid, omezit styk s otcem nezletilé pacientky na minimum.“

Řešení stížnosti

Po provedení předběžného šetření rozhodla RK OS ČLK proti DL nezahajovat disciplinární řízení, protože „došla k závěru, že je prokazatelné, že se obviněná DL nedopustila disciplinárního provinění. Revizní komise OS ČLK tedy rozhodla, že je DL nevinná.“

Stěžovatel podal proti rozhodnutí námitku: „Připouštím, vzhledem k tomu, že nejsem vzdělán v oboru medicíny, že mé námitky vůči léčebným postupům DL nemusí přesáhnout pomyslnou hranici, za kterou je možno paní doktorku stíhat za neodborný přístup. Nevzdávám se tímto ale svých výhrad vůči úrovni její lékařské péče, o níž si nadále ponechávám své mínění. Těžkož mé stížnosti ale leží v rovině etické, konkrétně v tom, že mi DL již asi 6 let odpírá informace o zdravotním stavu mé vlastní dcery. Z doplnění mé stížnosti vyplývá, že samotné podání stížnosti nemělo na paní doktorku žádný katarzní účinek, ale že se snaží situaci dále vyhrotit. Vzhledem k tomu, že jsem přesvědčen o tom, že jako zákonný zástupce svého dítěte mám právo vědět, co je s mou dcerou, v jakém je stavu a jak byla či bude léčena, trvám přinejmenším v tomto bodě na své stížnosti a žádám, aby v této věci byla učiněna náprava. Připomínám, že nespolehám jen na řešení problému prostřednictvím lékařské komory, ale jedním už třetím rokem s matkou své dcery, a to i prostřednictvím místně příslušného orgánu péče o dítě, o změně v osobě pediatra pro svou dceru. Ale vzhledem k tomu, že matka mé dcery sama nemá zájem ani na mých stycích s dcerou, natož abych byl slušně informován o jejím zdravotním stavu, neměla tato jednání zatím valného úspěchu.“

Právní kancelář ČLK poskytla k tomuto případu stanovisko:

Stěžovatel neuvádí, v čem nedostatečnost informací, které mu lékařka poskytla, měla spočívat. Postup, kdy lékařka odmítla poskytnout telefonickou informaci matce stěžovatele, byl v daném případě zcela na místě. Osoba, která si informace vyžádala, nebyla zákonným zástupcem dítěte a nadto ani kdyby jím byla, lékařka by byla oprávněna ji informace odepřít i v tomto případě, neboť se jednalo o kontakt po telefonu, kdy totožnost tazatele nemohla být ze strany lékaře uspokojivě zjištěna. Posouzení oprávněnosti závěru o prospěšnosti minimalizace styku dítěte s otcem leží v rovině medicínské, nikoliv právní. Ani další medicínské výhrady stěžovatele k odborné péči o dítě nelze ze stran právního oddělení s ohledem na jejich odborný charakter posoudit. Stížnost na odnětí nosních mandlí proti vůli stěžovatele by v případě její skutkové

podloženosti bylo možné považovat za důvodnou, s ohledem na datum skutku (tj. rok 2000) však projednání této stížnosti nepadá s ohledem na promlčení věci do úvahy.

Závěr

V daném případě se lze plně ztotožnit s názorem, že námitka proti rozhodnutí RK OS ČLK sama o sobě změnu tohoto rozhodnutí neodůvodňuje, neboť jednání, které je popisováno, nelze považovat za způsobilé založit disciplinární odpovědnost dotčené lékařky.“

Čestná rada ČLK projednala v plénu námitku stěžovatele a potvrdila napadené rozhodnutí RK OS ČLK, což odůvodnila takto: „Čestná rada ČLK je dle zákona a stavovských předpisů oprávněna projednávat pouze stížnosti přijaté do jednoho roku od napadeného skutku. Proto se zabývala pouze částí stížnosti týkající se roku 2002 a na ostatní popisované události nesměla brát zřetel. Bylo vyžádáno a právním oddělením vypracováno stanovisko k základním bodům stížnosti a toto se ztotožňuje se závěry Revizní komise OS ČLK. Napadené lékařce nelze prokázat odborné pochybení v péči o dceru stěžovatele. Stěžovatel nemá možnost přímého posouzení zdravotního stavu dítěte, informace získává zřejmě jen nepřímo a zprostředkovaně. K nezávislému posouzení zdravotního stavu dítěte a správnosti péče a léčby by musel využít pouze období, kdy je mu dítě svěřeno. Čestná rada chápe nevýhodnost této pozice stěžovatele, nemá však možnost ji ovlivnit. Ve způsobu poskytování informací o zdravotním stavu dítěte, na které má stěžovatel nepochybně nárok, nemá Čestná rada ČLK žádné možnosti ovlivňování, pouze v případě, že by lékařka nedodržovala např. soudní rozhodnutí. Telefonické poskytování informací je nepřipustné, stejně jako poskytování informací třetím osobám, byť se jedná o lékaře a příbuznou osobu. Čestná rada chápe opět nepříznivou situaci stěžovatele, který jen stěží může získávat validní informace o aktuálním zdravotním stavu dítěte, pokud není primárně tato spolupráce dosažitelná od matky dítěte. Na druhé straně má stěžovatel jednoznačně právo od ošetřujících lékařů získat plnou informaci o zdravotním stavu dítěte, včetně možnosti nahlížet do dokumentace v termínu, který si předem s ošetřujícím lékařem dohodne. Nedodržení tohoto práva by bylo jednoznačně komorovými i soudními orgány postižitelné. Protože toto rozhodnutí je zasíláno oběma stranám, považuje jej Čestná rada zároveň za doporučení pro obě strany pro hledání optimálního způsobu komunikace

Michal Sojka

Regulační poplatky

Poplatek se platí až po výkonu

Z analýzy § 16 a § 16a) zákona č. 48/2007 Sb., v platném znění, kterou provedlo právní oddělení ČLK, vyplývá, že zdravotnické zařízení by nemělo vybírat tzv. regulační poplatek před poskytnutím zdravotní péče, ale až poté, co byla provedena péče, která je tímto poplatkem zatížena.

S ohledem na skutečnost, že legalitu tzv. regulačních poplatků bude posuzovat Ústavní soud, není v dané chvíli hospodárné investovat nemalé prostředky do nákupu nejruznějších automatů na výběr poplatků.

Kubek: Pacienti, platte poplatky, nekomplikujte lékařům život

Na tiskové konferenci po jednání s ministrem Tomášem Julínkem 29. 11. 2007 vyzval prezident ČLK Milan Kubek občany, aby platili tzv. regulační poplatky a nekomplikovali situaci lékařům, kteří si systém nevymysleli, ale kteří jsou povinni poplatky vybírat pod hrozbou pokuty až 50 000 Kč.

Komora nesohlasí s pokutami

Již byla podána ústavní stížnost na pokuty, které mohou pojišťovny ukládat zdravotnickým zařízením včetně soukromých lékařů, přičemž výnos z těchto pokut by měl být dalším příjmem pojišťoven. Tuto

ústavní činnost iniciovala Česká lékařská komora.

Regulační poplatky a daň z příjmů

Regulační poplatek je zdanitelným příjmem zdravotnického zařízení, které jej vybralo.

Pokud jde o poplatníka, který vede daňovou evidenci (soukromý lékař – fyzická osoba), jedná se o příjem v okamžiku inkasa této částky od pacienta.

Pokud zdravotnické zařízení vede účetnictví (právnícké osoby), jedná se o příjem již v momentě, kdy začal existovat jako pohledávka. Tato zdravotnická zařízení tedy musí odvádět daň z příjmů i z těch poplatků, které pacienti odmítli zaplatit.

Regulační poplatky a DPH

Regulační poplatek je nutno považovat za součást konkrétní zdravotnické služby nebo zboží. Pokud toto podléhá platbě DPH (např. léky), pak je stanovený regulační poplatek konečnou částkou, kterou bude platit spotřebitel. Poskytovatel, který je plátcem DPH, musí daň z poplatku odvést.

Zdravotní péče hrazená z veřejného zdravotního pojištění, která je zatížena regulačními poplatky, je ale zároveň osvobozena od DPH. Také v tomto případě představuje v zákoně uvedený poplatek konečnou částku hrazenou pacientem, ale zdravotnické zařízení žádnou DPH neodvádí.

Zpracováno s využitím informací náměstka ministra financí Mgr. Petera Chrenka

Jsme vystaveni riziku!

Prohlášení praktických lékařů Zlínského kraje

Výzva některých poslanců, senátorů a osobností veřejného života, vyzývající občany k nedodržování zákonů této země, nás staví do neřešitelné situace. Dle zákona jsme povinni požadovat po pacientech regulační poplatky a při nevybírání nám hrozí pokuta až do výše 50 000 Kč. Podle signatářů výzvy je vybírání poplatku protiústavním krokem. Do rozhodnutí ústavního soudu se vystavujeme riziku postihu. Tato situace je pro nás neřešitelná a zvažujeme, zda 2. 1. 2008 máme vůbec ordinovat. Vyzýváme vládu a parlament, aby celou situaci vysvětlili.

Ve Zlíně dne 13. 12. 2007

172 praktických lékařů Zlínského kraje

Bojkotujte poplatky u lékaře, vyzývají politici i umělci

Skupina osobností vyzvala k občanské neposlušnosti ohledně poplatků ve zdravotnictví, které mají být zavedeny od ledna. Vyzvala občany, aby za návštěvu lékaře a recept neplatili, protože poplatky jsou v rozporu s Ústavou ČR.

Výzva k občanské neposlušnosti

Počínaje 1. 1. 2008 byla v České republice zákonem zavedena povinnost občanů-pacientů platit přímé platby za zdravotní péči. My, níže podepsaní, jsme přesvědčeni, že tento zákon je hanebný a protiústavní, neboť v Listině základních práv a svobod, která je součástí Ústavy ČR, se říká, že občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči. Vyzýváme proto občany České republiky, aby až do konečného rozhodnutí Ústavního soudu ČR tyto poplatky odmítali platit.

Kdo patří mezi signatáře

Pod výzvu redaktora Kramera z deníku Právo připojili svůj podpis mimo jiné umělci, politici, ale také důchodci nebo úředníci. Svůj podpis připojili například bývalý ministr zdravotnictví David Rath, bývalý ministr zahraničí Jiří Dienstbier, místopředseda ČSSD Bohuslav Sobotka, místopředseda KSČM Jiří Dolejš, filozof Erazim Kohák, režisérka Věra Chytilová, herečka Táňa Fischerová, šéfredaktor Literárních novin Jakub Patočka nebo spisovatelka Eva Kantůrková.

(pozn. red.: citace není přesná, v Listině základních práv a svobod, v čl. 31 se uvádí: „Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.“)



Tisková konference po 1. posjezdovém jednání prezidenta ČLK s ministrem zdravotnictví



Vzdělávací kurzy České lékařské komory

Přehled jaro 2008

Přihlášky zasílejte na adresu:
Oddělení vzdělávání ČLK
Lékařská 2, 150 30 Praha 5, fax: 257 220 618,
e-mail: vzdelavani@clker.cz, seminar@clker.cz
(uveďte celé jméno, odbornost, adresu,
telefonní číslo a číslo kurzu)

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

Poplatky za účast na doškolovacích kurzech České lékařské komory

Cena doškolovacích kurzů ČLK, pokud není
uvedeno jinak:

- pro lékaře příslušných specializací při
přihlášení a platbě předem 650 Kč
- pro lékaře příslušných specializací při
přihlášení a platbě na místě 720 Kč
- pro nečleny České lékařské komory 1190 Kč

Součástí poplatku za kurz je studené
občerstvení, káva a minerální voda. Začátek
víkendových kurzů je v 8,30 hodin.

Každý doškolovací kurz České lékařské
komory je ohodnocen certifikátem v souladu
se systémem kontinuálního vzdělávání lékařů.

V případě jakýchkoli dotazů nás kontaktujte
na telefonních číslech **257 217 226** (linka 22,
24) nebo **603 252 483**

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

1/08 Kurz – Diabetologie

Datum konání: 5. 1. 2008
Místo konání: Praha 5, Klub ČLK, Lékařská 2
Koordínátor kurzu: MUDr. Kateřina Andělová

- Prof. MUDr. Michal Anděl, CSc.
- Novinky v léčbě diabetu II. typu
- MUDr. Stanislava Koloušková, CSc.
- Novinky v dětské diabetologii
- MUDr. František Duška
- Perorální antidiabetika
- MUDr. Marcela Černá
- Dítě diabetické matky
- MUDr. Kateřina Andělová
- Diabetes v těhotenství
- MUDr. Ludmila Trešlová, CSc.
- Novinky v léčbě diabetu I. typu.

2/08 Kurz – Pediatrie

Datum konání: 12. 1. 2008
Místo konání: Praha 5, Klub ČLK, Lékařská 2
Koordínátor kurzu: MUDr. Marcela Černá, Ústav
pro péči o matku a dítě, Praha 4-Podolí

- Doc. MUDr. Ivo Paclt, CSc.
- Deprese u dětí
- MUDr. Jaroslava Turzíkova
- Astma a virové infekce u dětí
- Zajímavé kauzistiky z pneumologické praxe
- Doc. MUDr. Jiří Chomiak, CSc.
- Zánět v dětské ortopedii
- Doc. MUDr. Vilma Marešová, CSc.
- MUDr. Dita Smíšková
- Infekce plodu a novorozence v ordinaci PDDL

3/08 Kurz intenzivní medicíny, II. blok: infekce a seps, kardiologie v intenzivní medicině

Datum konání: 19. 1. 2008
Místo konání: Praha 5, Klub ČLK, Lékařská 2
Koordínátor kurzu: MUDr. Jiří Valenta, KARIM
VFN 1. LF UK Praha 2

- MUDr. Josef Závada, CSc.
- Sepsa a MODS
- MUDr. Michal Lipš
- Závažné infekce v intenzivní medicíně
- Strategie léčby infekcí na JIP

- MUDr. Michal Kolář
- Imunokompromitovaný pacient
- Hygienická rizika v intenzivní péči
- MUDr. Martin Balík, Ph.D.
- Neinvazivní vyšetření hemodynamiky
- MUDr. Severin Romaniv
- Kardiální selhání a kardiogenní šok
- MUDr. Miloš Tobiáš
- Arytmie a hypertenze

4/08 Imunologický kurz

Datum konání: 26. 1. 2008
Místo konání: Praha 1, Senovážné nám. 23, SMOSK
K-centrum, posluchárna č. 201
Koordínátor kurzu: MUDr. Jana Bíbová, Ph.D.

- Prof. MUDr. Ivan Šterzl, CSc.
- Novinky v autoimunitě
- Prof. MUDr. Terezie Fučíková, DrSc.
- Klinický význam vyšetřování autoprotilátek
- As. MUDr. Helena Marečková, CSc.
- Význam vyšetřování parametrů buněčné
imunity
- RNDr. J. Holada, Ph.D.
- Priony – aktuální poznatky
- Doc. MUDr. J. Holub, CSc.
- Recidivující herpetické infekce
- As. MUDr. P. Hrdá
- Klinické a imunologické znaky nejčastějších
endokrinopatií
- As. MUDr. J. Svoboda
- Konzilia klinické imunologie I. – hospitalizovaní
nemocní
- Konzilia klinické imunologie II. – ambulanti
nemocní

5/08 Seminář – Komunikačně náročné situace mezi lékařem a pacientem a jejich zvládnání

Datum konání: 26. 1. 2008
Místo konání: Praha 5, Klub ČLK, Lékařská 2
Účastnický poplatek: 500 Kč
Hodnocení: 6 kreditů
Kapacita je max. 20 osob.
Koordínátor kurzu: PhDr. Erika Gerlová

- PhDr. Erika Gerlová, Mgr. Tatiana Krulová
- Příčiny poruch v komunikaci mezi lékařem a
pacientem
- Principy efektivní komunikace
- Komunikace pod vlivem emocí
- Jednání s agresivním jedincem
- Sdělování nepřijemných zpráv v lékařské praxi
- Nároky na komunikaci pramenící ze současných
změn v pojetí lékařské role

9/08 Kurz – Gynekologie

Datum konání: 2. 2. 2008
Místo konání: Praha 5, Klub ČLK, Lékařská 2
Koordínátor doc. MUDr. Alena Měchurová, CSc.

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

10/08 Kurz – Novinky v neodkladné péči v roce 2008

Datum konání: 9. 2. 2008
Místo konání: Praha 5, Klub ČLK, Lékařská 2
Koordínátor kurzu:
Doc. MUDr. Jarmila Drábková,
OCHRIP, FN Praha Motol

6/08 Seminář – Komunikačně náročné situace mezi lékařem a pacientem a jejich zvládnání

Datum konání: 16. 2. 2008
Místo konání: Praha 5, Klub ČLK, Lékařská 2
Účastnický poplatek: 500 Kč
Hodnocení: 6 kreditů
Koordínátor kurzu: PhDr. Erika Gerlová
Podrobnosti o programu naleznete u kurzu 5/08.

11/08 Kurz – Pediatrie

Datum konání: 1. 3. 2008
Místo konání: Praha 5, Klub ČLK, Lékařská 2
Koordínátor kurzu: MUDr. Marcela Černá, Ústav
pro péči o matku a dítě, Praha 4-Podolí

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

12/08 Kurz – Metody vyšetřování úrovně zrakové ostrosti a indikační pravidla při korekci refrakčních vad u malých nespolutracujících dětí a u dětí s vícečetným nejen zrakovým postižením

Podrobné informace jsou uvedeny na www.clker.cz
– Odd. vzdělávání, akreditované akce, číslo 12814

Teoretická část

Datum konání: 8. 3. 2008
Místo konání: Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5
Praktická část
Datum konání: individuální stáž (6 hodin).
Termín si domluví každý posluchač dle svých
časových možností.
Místo konání: Dětská oční ambulance,
Zdravotnické zařízení Barrandov, Krškova 807,
152 00 Praha 5-Barrandov
Cena kurzu: 2500 Kč
Koordínátor kurzu: MUDr. Anna Zobanová

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

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

Datum konání: 15. 3. 2008
Místo konání: Praha 5, Klub ČLK, Lékařská 2
Koordínátor kurzu: MUDr. Jiří Valenta,
KARIM VFN 1. LF UK Praha 2

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

14/08 Kurz – Pediatrie (Opakování)

Datum konání: 29. 3. 2008
Místo konání: Praha 1, Senovážné nám. 23, SMOSK
K-centrum, posluchárna č. 201
Koordínátor kurzu: MUDr. Marcela Černá

- Doc. MUDr. Ivo Paclt, CSc.
- Hyperkinetický syndrom u dětí
- As. MUDr. Helena Ambrožová, CSc.
- Hepatopatie u infekčních onemocnění u dětí
- Extraintestinální projevy salmonelových infekcí
u dětí
- MUDr. Ivana Koblihová
- Vzájemná spolupráce Státního ústavu pro
kontrolu léčiv a pediatra v primární péči
- MUDr. Štěpánka Čapková
- Parazitární onemocnění kůže a vlnit u dětí
- Vzájemná interakce mezi lékařem a náročným
pacientem
- Chování k pacientům mimoevropských kultur
a náboženství

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

Datum konání: 29. 3. 2008
Místo konání: Brno, Brněnské kulturní centrum,
Sál B. Bakaly, Žerotínovo nám. 6
Účastnický poplatek: 500 Kč
Hodnocení: 6 kreditů
Koordínátor kurzu: PhDr. Erika Gerlová
Podrobnosti o programu naleznete u kurzu 5/08.

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

Datum konání: 5. 4. 2008
Místo konání: Praha 1, Senovážné nám. 23,
SMOSK K-centrum, posluchárna č. 201
Účastnický poplatek: 500 Kč
Hodnocení: 6 kreditů
Koordínátor kurzu: PhDr. Erika Gerlová
Podrobnosti o programu naleznete u kurzu 5/08.

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

Datum konání: 12. 4. 2008
Místo konání: Praha 5, Klub ČLK, Lékařská 2
Koordínátor kurzu: Doc. MUDr. Jarmila
Drábková, OCHRIP, FN Praha Motol

19/08 Konference ČLK, Aktuální otázky ve zdravotnictví ČR

Datum konání: 26. 4.–27. 4. 2008
Místo konání: Milovy - Svratka

20/08 Kurz – Novinky ve vnitřním lékařství v roce 2008

Datum konání: 26. 4. 2008
Místo konání: Praha 5, Klub ČLK, Lékařská 2
Koordínátor kurzu: MUDr. Jan Bruthans, CSc.,
FESC, Pracoviště preventivní kardiologie IKEM,
Praha

8/08 Seminář – Komunikačně náročné situace mezi lékařem a pacientem a jejich zvládnání

Datum konání: 17. 5. 2008
Místo konání: Praha 5, Klub ČLK, Lékařská 2
Účastnický poplatek: 500 Kč
Hodnocení: 6 kreditů
Koordínátor kurzu: PhDr. Erika Gerlová
Podrobnosti o programu naleznete u kurzu 5/08.

22/08 Kurz – Novinky v neodkladné péči v roce 2008 – opakování

Datum konání: 24. 5. 2008
Místo konání: Praha 5, Klub ČLK, Lékařská 2
Koordínátor kurzu: Doc. MUDr. Jarmila
Drábková, OCHRIP, FN Praha Motol

24/08 Seminář – Syndrom vyhoření – příčiny a východiska

Datum konání: 31. 5. 2008
Místo konání: Praha 5, Klub ČLK, Lékařská 2
Účastnický poplatek: 500 Kč
Hodnocení: 6 kreditů
Koordínátor kurzu: PhDr. Erika Gerlová

- PhDr. Erika Gerlová
- Vymezení pojmu
- Příčiny syndromu vyhoření a jeho příznaky
- Fáze syndromu vyhoření
- Vztah pracovního stresu a burnout syndromu
- Předcházení a zvládnání psychologického vyhoření



Přehled odpoledních seminářů:

- 28/08**
Středa 20. 2. 2008
koordinátor MUDr. Štěpánka Čapková
Bakteriální kožní infekce v dětském věku
- 29/08**
Úterý 26. 2. 2008
koordinátor MUDr. Jana Bíbová, Ph.D.
• MUDr. Dita Smíšková, MUDr. Bláhová
Měně obvyklé průběhy neuroinfekcí – kazuistiky
- 30/08**
Středa 5. 3. 2008
koordinátor doc. MUDr. Ivo Paclt, CSc.
Jak se chovat k pacientům s duševní poruchou
- 31/08**
Čtvrtek 6. 3. 2008
koordinátor doc. MUDr. Alena Měchurová, CSc.
Porody mimo zdravotnická zařízení
- 32/08**
Úterý 18. 3. 2008,
koordinátor MUDr. Jana Bíbová, Ph.D.
• MUDr. Dita Smíšková, MUDr. Bláhová
Infekce s exantémovými projevy – kazuistiky
- 33/08**
Úterý 8. 4. 2008
koordinátor Mgr. Barbora Zobanová
• MUDr. Anna Zobanová, Mgr. Barbora Zobanová
Zajímavé kazuistiky z dětského očního lékařství
- 34/08**
Úterý 15. 4. 2008
koordinátor MUDr. Jana Bíbová, Ph.D.
• MUDr. Dita Smíšková, MUDr. Bláhová
Nejasné horečnaté stavy – kazuistiky
- 35/08**
Středa 23. 4. 2008
koordinátor prof. MUDr. Miloslav Mareš, CSc.
Zajímavé kazuistiky z pneumologie
- 36/08**
Úterý 6. 5. 2008
koordinátor MUDr. Petr Velebil, CSc.
Mateřská úmrtí – kazuistiky

Připravujeme: Kurz č. 27/08 Traumatologie

5. 4. 2008
koordinátor: doc. MUDr. Leopold Pleva, CSc.

Kurz č. 17/08 Chirurgie
12. 4. 2008
koordinátor: MUDr. Vít Jakoubek

Kurz č. 18/08 Genetika
19. 4. 2008
koordinátor: prof. MUDr. Petr Goetz, DrSc.

Kurz č. 23/08 Neonatologie
24. 5. 2008
koordinátor: MUDr. Marcela Černá

Kurz č. 25/08 Dětská neurologie
7. 6. 2008
koordinátor: MUDr. Bořivoj Petrák

Kurz č. 26/08 Kurz asistované reprodukce
20. 6. 2008
koordinátor: MUDr. Jitka Řezáčová

Inzerce

Přijím rádkové inzerce:
recepcie@clkr.cz
Časopis ČLK, Veronika Klierová
Lékařská 2, 150 00 Praha 5
tel.: +420 257 217 226
fax: +420 257 220 618

Volná místa – poptávka

Hledám zaměstnaní i na částečný úvazek
v Praze v oboru dermatovenerologie: 2 atestace
a odpovídající licence, NJ, AJ.
E-mail: kozni@seznam.cz

Oční lékařka s II. atestací na MD hledá práci
na 0,2 úvazku, v ordinaci v Praze nebo blízkém
okolí, pouze z perspektivou pozdějšího
odkopení praxe. Tel.: 604 145 477

Volná místa – nabídka

Železniční poliklinika Olomouc přijme
do pracovního poměru na úv. 1,0 lékaře
s atestací a licenčním oprávněním v oboru
praktické lékařství pro dospělé. Písemné
nabídky přijímáme na personálním odd. ŽP,
Jeremenkova 40, 772 52 Olomouc.
Info na tel.: 972 748 509 nebo 972 748 596,
www.os.cd.cz/zdravotnictví/
e-mail: zpolpcers@pds.olc.cd.cz

Železniční poliklinika Olomouc přijme pro
pracoviště Pferov, Velké Novosady 8, lékaře
s atestací a licenčním oprávněním v oboru
gynekologie. Jedná se o úvazek 0,2 (tj. 2 směny
po 4 hodinách). Písemné nabídky přijímáme
na personálním odd. ŽP, Jeremenkova 40,
772 52 Olomouc. Info na tel.: 972 748 509
nebo 972 748 596, www.os.cd.cz/zdravotnictví/
e-mail: zpolpcers@pds.olc.cd.cz

Zdravotnická záchraná služba kraje Vysočina,
příspěvková organizace, přijme do pracovního
poměru nebo na dohodu o pracovní činnosti
lékaře pro výjezdová stanoviště v kraji
Vysočina. Podmínkou je atestace v základním
oboru (ARO, chirurgie, interna, pediatrie
nebo všeobecné lékařství), vítána je atestace
z urgentní medicíny a medicíny katastrof nebo
příprava na ni. Nabízíme vynikající platové
podmínky. Písemné žádosti s profesním
životopisem zaslejte poštou na adresu: ZZS KV,
Vrchlického 61, 586 01 Jihlava nebo e-mailem
na adresu: kettner@zssvysočina.cz. Podrobné
informace: MUDr. Lukáš Kettner, ředitel ZZS
KV, p.o., tel.: 602 224 603

Dětská lázeňská léčebna v Poděbradech
přijme dětské lékaře, nejlépe FBLR (možné
i na částečný úvazek), zdravotní sestru, nejlépe
dětskou, pracovníci do balneoprovozu. Tel.:
325 612 666, pí. Redišová,
e-mail: detstva@quick.cz

Interní hepatogastroenterologická klinika
FN Brno-Bohunice hledá pro nefrologii
a hemodialýzu lékaře nejméně s atestací
vnitřního lékařství I. stupně a se zájmem o obor.
Nástup nejlépe 1. 1. 2008. Tel.: 532 232 667

Přijmeme lékaře specializace RDG, s praxí
v sonografickém vyšetřování, i na částečný
úvazek. Výhodné platové podmínky. Nástup dle
dohody. Praha 4. Mobil: 602 318 025,
tel.: 261 006 247, 443

Psychiatrická léčebna pro detašované
pracoviště Písek přijme lékaře/ky v oboru
psychiatrie (i bez atestace a absolventy).
Blíží informace na www.pld.cz. Kontakty pro
nabídky: personal@pld.cz, tel.: 377 813 406,
377 813 409

Představenstvo Nemocnice Tábor, a.s.,
vypisuje výběrové řízení na obsazení
pracovního místa primář NEUROLOGICKÉHO
oddělení. Požadavky: VŠ vzdělání lékařského
směru, specializovaná způsobilost v oboru
neurologie, 10 let odborné praxe lékaře
ve zdravotnictví, organizační a řídicí schopnosti,
komunikativnost, samostatnost, zdravotní
způsobilost a bezúhonnost, orientace
v ekonomice zdravotnictví. Přihláška uchazeče
musí obsahovat: osobní dotazník, profesní
životopis, potvrzení zdravotní způsobilosti
dle zákona č. 95/2004, doklad o bezúhonnosti
ne starší 90 dnů. Ověřené kopie: dokladu o
získání odborné způsobilosti k výkonu
povolání lékaře dle zákona č. 95/2004 Sb.,
dokladu o získané specializované způsobilosti,
licence ČLK pro výkon funkce vedoucího
lékaře-primáře ARO. Současně s přihláškou
uchazeč předloží návrh koncepce rozvoje
a řízení oddělení se zaměřením zejména
na návrh pracovního režimu obou segmentů, tj.
anestézie a resuscitace v Nemocnici Tábor, a.s.
Písemnou přihlášku, vč. telefonního spojení,
s požadovanými doklady a návrhem koncepce,
zaslejte na adresu: Nemocnice Tábor, a.s.,
kpt. Jaroše 2000, 390 03 Tábor, personální
oddělení. Kontakt: 381 608 321, personální

– Iva Glatzová, předpokládaný termín
konání výběrového řízení bude uchazečům
zpsfením písemně. Blíží informace, popř.
podklady potřebné ke zpracování koncepce,
podá po domluvě: MUDr. Jan Neškudla,
místopředseda představenstva Nemocnice
Tábor, a.s., tel.: 381 608 756

Zdravotnické zařízení v Praze 4-Jižním
Městě II přijme do zaměstnaneckého poměru
praktického lékaře. Nástup 2. 1. 2008.
Další informace na tel.: 296 506 268

Lékař přijme otorinolaryngologa na částečný
úvazek do ambulnatní praxe v Řevnicích
u Prahy. Tel.: 602 275 113

Kardiolog. Lázně Poděbrady, a.s., přední
poskytovatel lázeňské kardiorehabilitační
léčby se zaměřením na stavy časně
po kardiologických výkonech, přijmou
lékaře kardiologa se znalostí echokardiografie
a klinické problematiky. Práce na oddělení
intenzivní péče a rovněž na kardiologické
ambulanci. Dobré finanční podmínky, velmi
zajímavá práce. Nástup ihned nebo dle dohody.
Možnost ubytování. Blíží informace
prim. Dr. Mařatka, tel.: 724 610 931

Diabetolog. Lázně Poděbrady, a.s., přijmou
lékaře diabetologa, atestace a licence
podmínkou, znalost německého nebo ruského
jazyka výhodou. Dobré finanční podmínky, velmi
zajímavá práce, včetně práce na diabetologické
ambulanci. Nástup ihned nebo dle dohody.
Možnost ubytování. Informace
prim. Dr. Mařatka, tel.: 724 610 931

Lékař. Lázně Poděbrady, a.s., přijmou lékaře.
Atestace z interny podmínkou, nástavba FBLR
výhodou. Znalost němčiny, event. ruštiny.
Nástup ihned nebo dle dohody. Možnost
ubytování. Blíží informace
prim. Dr. Mařatka, tel.: 724 610 931

Předseda představenstva Vsetínské nemocnice,
a.s., vyhlašuje výběrové řízení na obsazení
systemizovaného místa: primář UNK oddělení.
Požadavky: specializace v oboru, minimální
praxe 10 let, organizační a komunikativní
schopnosti, občanská a morální bezúhonnost.
Nástup dle dohody. Písemné přihlášky zaslejte
na adresu: Vsetínská nemocnice a.s., ORLZ,
Nemocniční 955, 755 32 Vsetín. E-mail:
konarikova@nemocnice-vs.cz, tel.: 571 490 131

Předseda představenstva Vsetínské nemocnice,
a.s., vyhlašuje výběrové řízení na obsazení
systemizovaného místa: primář očního oddělení.
Požadavky: specializace v oboru, minimální
praxe 10 let, organizační a komunikativní
schopnosti, občanská a morální bezúhonnost.
Nástup dle dohody. Písemné přihlášky zaslejte
na adresu: Vsetínská nemocnice a.s., ORLZ,
Nemocniční 955, 755 32 Vsetín. E-mail:
konarikova@nemocnice-vs.cz, tel.: 571 490 131

Masarykova městská nemocnice v Jilemnicích
přijme do trvalého pracovního poměru
na oddělení pediatrie kvalifikovaného
lékaře/lékařku na místo zástupce primáře,
atestovaného lékaře/lékařku v oboru,
event. absolventa LF s praxí i bez ní, se
zájmem o pediatrii a lékaře na zajištění
ústavních pohotovostních služeb na dětském
a novorozeneckém oddělení nemocnice. Nástup
možný ihned. Nabízíme: odpovídající platové
ohodnocení, ubytování, možnost dalšího
vzdělávání. Žádost s profesním životopisem
zašlete na adresu MMN v Jilemnicích, Metyšova
465, 514 01 Jilemnice,
e-mail: michaela.jirickova@seznam.cz,
tel.: 481 551 332

NsP Karviná-Ráj, přijme pro neurologické
oddělení, pracoviště Orlová dva lékaře, možno
i absolventy. Nabízíme práci v mladém
kolektivu, erudice v EEG, EMG a neurosonologii
vítána. Ubytování je možno zajistit v Domově
sester v areálu nemocnice. V případě zájmu
kontaktujte nám. ředitele
MUDr. Tomáše Canibala, mobil: 606 789 969

Farmaceutická společnost přijme lékaře na plný
úvazek pro činnosti při provádění klinických
studií. Znalost AJ a atestace výhodou. Dobré
platové podmínky, nové moderní pracoviště.

Informace o společnosti naleznete na
www.quinta.cz. CV zaslejte na
ales.mazura@quinta.cz, tel.: 242 454 398

Nemocnice Třebotov, a.s., Praha-západ,
přijme 2 sekundární lékaře pro lůžka následné
péče. Požadujeme: Vzdělání – 1 atestovaný
internista, geriatr nebo neurolog. Nabízíme:
dobré pracovní podmínky, možnost ubytování
i možnost částečného úvazku. Blíží informace:
MUDr. Kateřina Třeborná, tel. 257 899 941, I.
937, e-mail: primar@nemocnice.trebotov.cz

KARDIA, s.r.o., nestátní zdravotnická
společnost působící v oblasti lékařské péče
a hygieny, hledá LÉKAŘE/KY na HPP i zkrácený
úvazek pro své ordinace v Praze, Mostě, Kolíně,
Brandýse, Brně. Požadujeme: odbornost a praxi
v praktickém či interním lékařství (nabízíme
však práci i absolventům). Atestace v oboru
pracovního lékařství vítána. Předpokladem je
profesionální vystupování ve vztahu ke klientovi
a ochota cestovat. Nabízíme: dobrý platový
ohodnocení, zaškolní, flexibilní pracovní
dobu, pouze denní služby, vzdělávání a profesní
růst. Strukturované životopisy v čj zaslejte
na adresu: KARDIA s.r.o., Kodaňská 46, Praha
10, e-mail: Petra.Kubisova@kardia.cz,
tel. 272 084 463

KZ, a.s., Nemocnice Most, o.z., přijme lékaře
na psychiatrické odd. se specializací v oboru.
Nabízíme zajímavou práci, eventuelní možnost
získání funkčního místa. Kontaktujte L.
Peškovou, personální odd., 478 032 414,
724 160 850, peskova.lucie@nspm.cz

KZ, a.s., Nemocnice Most, o.z., přijme lékaře
na odd. gynekologicko porodnické a interní
(i absolventy). Nabízíme ubytování v bytovné
organizace. Kontaktujte L. Peškovou, personální
odd., 478 032 414, 724 160 850,
peskova.lucie@nspm.cz

NZZ v Praze 4-Nuslích přijme PRAKTICKÉHO
LÉKAŘE PRO DOSPĚLÉ (i před dokončením
specializace v oboru nebo dýchodce). Zavedený
obvod, dobré pracovní podmínky.
Nástup 1. 1. 2008. Tel.: 602 334 357

Nemocnice Jihlava, příspěvková organizace,
přijme do pracovního poměru na kardiologické
oddělení 2 lékaře kardiology. Nástup dle
dohody. Písemné žádosti včetně profesního
životopisu zaslejte na adresu: Nemocnice
Jihlava, příspěvková organizace, oddělení
personální a mzdové, Vrchlického 59, 586 33
Jihlava. Informace: vedoucí OPM Ludmila
Novotná, tel.: 567 157 644, e-mail:
novotna@nemji.cz, vedoucí lékař
kardiologického oddělení MUDr. Zdeněk Klímsa,
tel.: 567 157 174 nebo 184,
e-mail: klimsaz@nemji.cz

Hledáme gynekoložku po l. atestaci do privátní
praxe v centru Prahy, výhodná pracovní doba
a platové podmínky. Tel.: 603 404 401

Pro ambulnatní zařízení v Německu, Greiz,
hledám lékaře těchto odborností s kvalifikací:
všeobecné lékařství, interna, gynekologie.
Tel.: 774 860 457

Hledám do zavedené foniatrické ambulance
spolupracujícího lékaře se zájmem o obor.
Nejlépe foniatr, nebo v přípravě, nebo s ORL
atestací se zájmem o foniatrii.
info@sluchovaordinace.cz,
nebo telefon 607 890 417

Nemocnice Pelhřimov přijme lékaře pro interní
oddělení. Podpora specializačního vzdělávání.
Možnost ubytování. Nástup v nejbližším
možném termínu. Blíží informace: Jana
Horáková, jhorak@hospital-pe.cz, 731 619 104

Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o., přijme
lékaře se zájmem o interní obor. Atestace
z interního lékařství vítána. Nástup dle dohody,
možnost ubytování v bytovné nemocnici.
Blíží informace podá primář interního oddělení
MUDr. Ivo Jörg, tel.: 483 345 200,
e-mail: jorg@nemjbc.cz

Lázně Luhačovice, a.s., přijmou do pracovního
poměru: pediatra na dětské léčebny, nástavbová
atestace z pneumologie, alergologie nebo

FBLR vítána. Dále přijmou lékaře se specializací vnitřní lékařství, nástavbová atestace z pneumologie nebo FBLR vítána. Nástup únor – březen 2008. Tel.: 577 682 204, 602 249 668, e-mail: pavlistik@lazneluhacovice.cz

Klinické centrum Iscare Lighthouse přijme chirurga. Požadovaná kvalifikace atestace I. stupně v oboru chirurgie, základní zkušenosti s laparoskopickými výkony. Atestace II. stupně výhodou. Nabízíme: nadstandardní platové ohodnocení, moderní pracovní prostředí, školení, semináře, účast na mnoha studiích. Kontakt: schweitzer@iscare.cz, tel.: 234 770 245

Hornická poliklinika, s.r.o., v Ostravě přijme do pracovního poměru praktického lékaře pro dospělé. Kvalifikační požadavky: atestace I. st. v oboru všeobecné lékařství. Nástup ihned. Kontakt: MUDr. Roman Skoupy, tel.: 597 454 344 nebo 775 718 006, p. Vaňková, tel.: 597 454 353

Přijmu psychiatra do příjmných podmínek ambulanti praxe ve Frýdku-Místku a Českém Těšíně. Tel.: 558 646 327. E-mail: monika.weimerova@seznam.cz

NZZ v Praze přijme ortopeda, úvazek dle dohody, nástup 1/08. E-mail: stauda@cbox.cz, tel.: 608 200 398

Krajská zdravotní a.s. – Nemocnice Teplice, odštěpný závod, Duchcovská 53, 415 29 Teplice, přijme lékaře, na interní odd., s atestací v oboru, se specializací, nebo v přípravě k atestaci, nebo absolventa a lékaře v oboru kardiologie, na LDN odd. s atestací v oboru nebo v přípravě k atestaci a zástupce primáře LDN odd., na odd. ORL zástupce primáře a lékaře s atestací v oboru nebo absolventa, na odd. gynekologie s atestací v oboru nebo absolventa, na odd. ARO s atestací v oboru nebo absolventa, na odd. chirurgie – lékaře s atestací v oboru nebo absolventa, na odd. ortopedie – lékaře s atestací v oboru nebo absolventa, na poliklinické oddělení klinické onkologie se specializací v oboru. Informace poskytnete personální odd., tel.: 417 519 216 nebo 417 519 200. Ubytování zajistíme.

Ministerstvo práce a sociálních věcí vyhláší výběrové řízení na obsazení systemizovaného místa: předsedkyně / předseda posudkové komise, odbor posudkové služby – místo pracovního výkonu Praha. Požadavky: VŠ vzdělání lékařského směru v některém ze základních klinických oborů, atestace v některém z velkých klinických oborů, atestace v oboru posudkové lékařství výhodou, praxe v posuzování zdravotního stavu pro účely sociálního zabezpečení min. 2 roky. Nástup dle dohody. Platové podmínky dle zákona č. 262/2006 Sb. Bližší informace na internetových stránkách www.mpsv.cz

Hledáme pro naše středisko Humanplasma v Retzu praktického lékaře. Znalost němčiny nezbytná. Bližší informace získáte na tel. čísle 0043 294 220 033-15. Přihlášky zasílejte na adresu: DI Humpel Brigitta, Humanplasma, Kremserstraße 5, A-2070 Retz

Hledám očního lékaře – lékaře na 1 až 2 dny v týdnu do soukromé ordinace v Praze 3. Nástup 3/08. Tel.: 603 432 630

KARLOVARSKÁ KRAJSKÁ NEMOCNICE a.s., NEMOCNICE V SOKOLOVĚ, PŘÍJME: lékaře na CHIR oddělení se specializovanou způsobilostí, možno i absolventy, lékaře na OČNÍ oddělení se specializovanou způsobilostí, možno i absolvent, lékaře absolventy na ostatní oddělení nemocnice. Nabízíme: zajímavé mzdové podmínky, zajištění ubytování, možnost získání služebního bytu. Nástup ihned. Kontaktní osoby: ředitelka nemocnice MUDr. Věra Procházková, tel. 352 520 369 nebo 604 209 869, primář MUDr. Harald Vrečko, tel. 352 520 106, personálně mzdový referent Dana Chlupová, tel.: 352 520 276

Odborný léčebný ústav Jevíčko přijme lékaře na oddělení léčebné rehabilitace. Atestace z FBLR není podmínkou. Byt nebo ubytování k dispozici, velmi dobré pracovní i platové podmínky. Nástup dle dohody. V případě zájmu nás kontaktujte na adrese: oujevicko@oujevicko.cz. Tel.: 777 142 209

Zástup

Hledám zástup do ordinace lékaře FBLR na únor až duben 2008. Atestace FBLR nutná. Kurz myoskeletární medicíny vítán. Více o mne na www.bourek.cz. Kontakt: josef@bourek.cz, 602 273 579

Prodej a koupě

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

Nabízím svázané ročníky časopisu ČS Oftalmologie od roku 1963 do roku 1978 – levně. Tel.: 603 572 234



12. reprezentační ples lékařů českých

Palác Žofín

23. února 2008,
začátek 20,00 hodin

Uvidí:
Tomáš Krejčíř

V průběhu plesu vystoupí:
Orchestr Ladislava Bareše se sólisty.
Miro Žbirka,
Monika Absolonová,
Melodion Band,
country soubor Scarabeus,
diskotéka Miloše Skalky.

ředitel: **TK Metronom,**
taneční úloha vítězů soutěže **Balando Jany Gonclorové a Tomáše Krejčíře**

Předprodej vstupenek:
Palác Žofín: po - pá 12,00 - 16,30 hodiny, sob. 122 924 112
Národní divadlo na Vinohradech: po - pá 9,00 - 16,30 hodiny, sob. 221 576 221
informace: www.zofin.cz

Vánoční melodie ve sv. Mikuláši

Vánoční koncert uspořádala pro své členy Česká lékařská komora. Chrám sv. Mikuláše na Staroměstském náměstí v Praze byl v pátek 14. prosince večer naplněn do posledního místa. V podání Komorního sboru Resonance se sbormistrem Miloslavou Pospíšilovou a členů orchestru Národního divadla a Státní opery zazněly melodie světoznámých autorů, např. Strausse, Verdiho, Mozarta nebo Bacha, a vánoční koledy různých národů.



Inzerce

Prodám se slevou: fax, telefon a kopírku 3 v 1, Brother T 104, rtuťový nástěnný tonometr, fonendoskop Littman Master Kardiology, počítačový Pallo-plethysmograf fy. Geta, cévní doppler Huntleigh s napojením na počítač.
Tel.: 604 957 499

Prodám ultrazvuk BTL4180, v provozu od r. 2003, koupený nový, abdom. i vaginální sonda, bezvadný stav, prohlášení o shodě, protokol o servisních prohlídkách, poslední 4/2007, cena dohodou. Tel.: 777 631 243

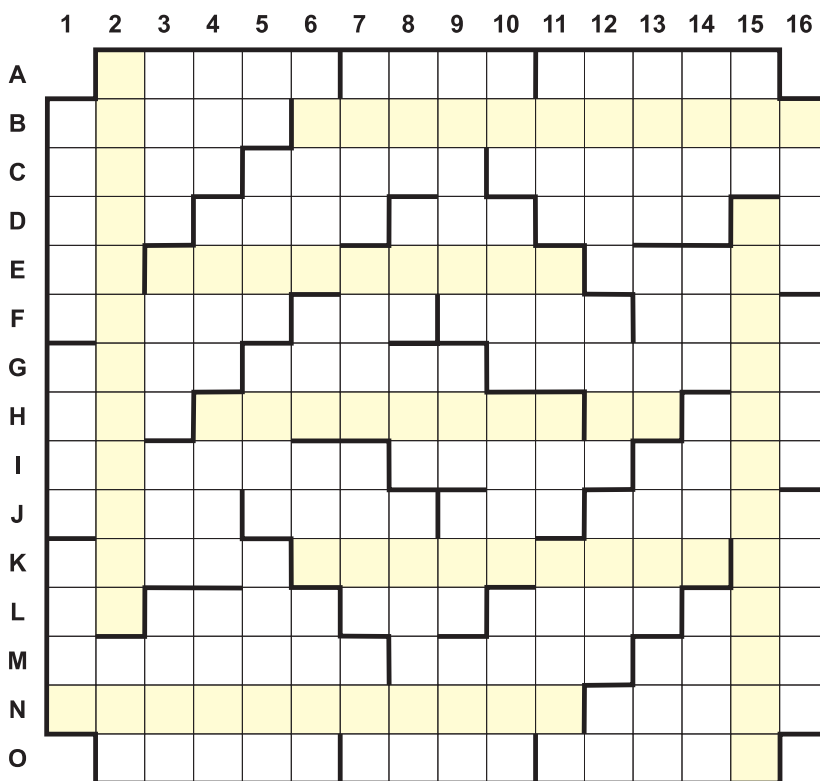
POPLATEK 30 Kč. Nabízím samopropisovací, sešitý, číslovací blok pro 500 pacientů. K dopsání pouze IČ pojištěnce, možno zaúčtovat jako účetní doklad, cena 145 Kč, velká úspora času a účetních nákladů.
Info: lsmekalova@atlas.cz

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

Různé

Přenechám za odpustné zavedenou ordinaci praktického lékaře pro dospělé v Kladně. Dohoda možná. Tel.: 774 418 406, trymlova@seznam.cz

Křížovka o ceny



VODOROVNĚ: **A.** Stromořadí; japonský národní sport; subtropický ovocný strom. – **B.** Obeznamená; **4. díl tajenky.** – **C.** Pouze; letec; patřící Anetě. – **D.** Středová čára; stará bodná zbraň; nervózní záškuby v obličejí; napadení; iniciály objevitele krevních skupin. – **E.** Pšt; **7. díl tajenky;** norský dramatik. – **F.** Alkaloidy obsažené v čaji; dědina; potřeba při štěpování; posvátný egyptský býk. – **G.** Domácky Izmael; čest; výstavce cizí směny. – **H.** Britský šlechtic; **3. díl tajenky;** **6. díl tajenky;** jméno zpěváka Jürgense. – **I.** Ná sada k sekerce; výkvět společnosti; mužské jméno. – **J.** Domácky Oldřich; jméno herce Douglase; kožešina na krk; slovenské město. – **K.** Chvatně pít; **8. díl tajenky;** iniciály indonéské političky Gándhiové. – **L.** Chemická značka stříbra; tropická bylina pěstovaná pro hlízy; zadní část krku; olivovník (botanicky); na jakém místě. – **M.** Opuchlost; britský sportovní střelec; povel psovi (k zemi). – **N.** **5. díl tajenky;** český herec. – **O.** Napěchovat; úřední spisy; okolo.

SVISLE: **1.** Vztek; určitě (slovensky); asijský stát. – **2. 1. díl tajenky;** část týdne. – **3.** Český malíř; stav bez válek (slovensky); bavlněná tkanina; dechový hudební nástroj. – **4.** Domácky Eliška; hnutí mládeže formující se v 70. letech; slovensky „tuna“; svobodný šlechtický statek. – **5.** Osobní zájmeno; kohoutky ke stáčení tekutin; sady; druhová číslovka. – **6.** Mravouka; tyč vozu; německy „jeden“; pokryt osivem. – **7.** Sklady obilí; vzorec kupridu ceru; tělní tekutina; SPZ Tachova. – **8.** Sluchový orgán; jehličnan; SPZ Teplic; rychlý tanec. – **9.** Řemeslo (knižně); anglicky „vše“; citoslovce bzučení; anglicky „jíst“. – **10.** Tamta; součást svíčky; chemický prvek; polní práce. – **11.** Jméno zpěvačky Elefteriadu; býk; řecké písmeno; polsky „Ulrich“. – **12.** Opotřebovati jízdu; hudební nástroj; myšlenky; slovensky „ve“. – **13.** Odveta; základna (knižně); jméno režiséra Kazana; strana účtu. – **14.** Epický básník; belgické lázně; eurasijské pohoří; pyrė. – **15.** Kaprovitá ryba; **2. díl tajenky.** – **16.** Svit (obecně); splynutí řek; zástupce

Pomůcka: eat, métier, Perry, taro, trasant.

V časopisu Tempus medicorum 11/2007 se v tajence skrýval Murphyho **Zákon nepřímého úměrné rovnováhy** od Artura Blocha: **Čím více prosperuje zdravotní pojišťovna, tím méně prosperuje pacient.**

Desítka úspěšných luštitelů, které jsme vylosovali, získává nástěnný kalendář ČLK pro rok 2008 *Krajiny*. Jsou jimi **Květoslav Kotas**, Vsetín; **Lenka Kroupová**, Hroznová Lhota; **Zdeněk Poschl**, Týniště nad Orlicí; **Miluše Sedmíhradská**, Tábor; **Jiří Steindler**, Praha 2; **Vlastimil Šlapák**, Prachatice; **Vlasta Šmejkalová**, Havlíčkův Brod; **Lucie Trefilová**, Plzeň; **Jiří Wotke**, Brno; **Marie Zemanová**, Plzeň.

Na správné řešení tajenky z čísla 12/2007 čekáme na adrese recepc@clkr.cz do **10. ledna 2008!** Hodně štěstí!