TEMPUS MEDICORUM

ČASOPIS ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY

3/2008
ROČNÍK 17

V TOMTO ČÍSLE:

Prof. J. Žaloudík: Specializace mladých lékařů v ohrožení

Rozhovor s prof. V. Hamplem, rektorem UK

Komora radí, jak se bránit vůči regulacím pojišťoven

Cena za statečnost Lence Doležalové

Vzdělávání lékařů

PLUS

EDUKAFARM
medinews
Edukační a inzertní příloha časopisu Tempus medicorum

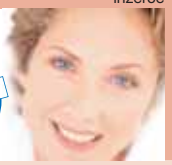
FI SÚKL
Očkování, imunizace a antimalarická profylaxe při cestách do zahraničí

Arteriální prehypertenze – užitečný pojem pro farmaceutický průmysl, nepoužitelný pro pacienty

inzerce

PHYTO SOYA®
Jediný klinicky testovaný standardizovaný extrakt ze sóji
• bezpečný pro endometrium (vaginální sliznici)
• efektivně působící proti návalům horka
Bezpečný pomocník při odstranění příznaků menopauzy

INTERNATIONAL PHYTO SOYA® CLINICAL STUDY



2008 ročník 17 číslo 3

Namísto klasického úvodníku úvod do diskuse

Česká lékařská komora plní úlohu nezávislého garanta kvality lékařské péče a strážce etiky výkonu lékařského povolání. Zároveň je ze zákona povinna hájit profesní zájmy svých členů tak, abychom měli vytvořeny adekvátní pracovní podmínky k co nejkvalitnějšímu výkonu svého povolání.

V rámci 27 členských států EU je ve 12 z nich v lékařské komoře členství povinné, zatímco ve 13 je tzv. povinná registrace, která znamená prakticky totéž. V žádné vyspělé demokratické zemi neexistuje systém, kdy by část lékařů (např. soukromí a vedoucí lékaři) musela být členy komory, zatímco pro ostatní (lékaři-zaměstnanci) by taková povinnost neexistovala.

Termín „členství" asi opravdu není ve vztahu k profesní samosprávě typu lékařské komory to nejvhodnější. Implikuje totiž dobrovolnost, s níž se stáváme členy nějaké zájmové organizace. Lékařská komora však není dobrovolným spolkem, nýbrž profesní samosprávou, která je obdobou samosprávy místní s jediným rozdílem: příslušnost není dána místem bydliště, ale vykonávanou profesí. Existuje zde jistá paralela s občanstvím, které rovněž není stavem zcela dobrovolným. Každý občan tedy spíše musí respektovat platné zákony a platit daně. Obdobně lékaři musí dodržovat komorové předpisy a platit členské příspěvky. Vedle povinností jsou tu však i práva. Tak jako občané mají právo volit a být voleni, tak i každý lékař má právo volit a být volen do funkcí v komoře, a tak se podílet na činnosti profesní samosprávy. Obdobně jako občan může využívat služeb státu a požívá jeho ochrany, i lékaři mohou užívat služeb komory, která je v případě potřeby také hájí.

Likvidací komory nebo zrušením povinného členství v ní, bez náhrady např. povinnou registrací, by lékaři nezískali více svobody, ale naopak. Výkon lékařského povolání by musel regulovat stát a skutečná nebo domnělá pochybení lékařů by již neposuzovali jejich kolegové, ale státní úředníci, případně doplnění o nějaké občanské komise složené z pacientských aktivistů.

Lékařská komora se snaží ovlivňovat dění ve zdravotnictví a musí tedy jednat se zákonodárci i dalšími představiteli státu, a to bez ohledu na jejich stranickou příslušnost. O zdravotnictví zkrátka rozhodují politici a komora tedy nemůže být apolitická. Jakožto stavovská organizace však musí zůstat nestranickou.

Základní úkoly profesních samospráv, které by měla plnit i lékařská komora:

1. **vedení registru lékařů,**
2. **stanovování kvalifikačních kritérií pro výkon lékařského povolání,**
3. **organizování a odborná garance celoživotního vzdělávání lékařů,**
4. **profesní dozor a disciplinární pravomoc vůči všem lékařům,**
5. **obhajoba profesních zájmů lékařů, aby mohli své povolání vykonávat co nejlépe.**

Otázky pro vás:

1. Souhlasíte s těmito 5 základními úkoly, nebo vám mezi nimi něco chybí či naopak přebývá?
2. Lze oddělit obhajobu profesních práv od prosazování ekonomických zájmů?
3. Má komora prosazovat ekonomické zájmy všech skupin lékařů?
4. Má se komora snažit aktivně tvořit vlastní koncepci zdravotnictví, nebo stačí připomínkovat politiky navrhované změny?
5. Není čas přejít u čestných rad a revizních komisí z okresní na krajskou strukturu s vyšším stupněm profesionalizace práce?
6. Jak lépe než dnes zajistit, že v rámci komory bude slyšet hlas všech skupin lékařů, a to včetně důchodců nebo nejmladších kolegů bez specializované způsobilosti?

Kolegové, berte těchto několik otázek jako důvod k zamyšlení a pro inspiraci. Postavení České lékařské komory jako profesní samosprávy lékařů a její budoucnosti bude věnována podstatná část konference, kterou pořádá ČLK ve dnech 25. a 26. dubna 2008 v Milovech. Doufám, že alespoň někteří z vás se této konference aktivně zúčastní, a vás ostatní si dovoluji požádat alespoň o **vaše názory, náměty a připomínky**, které, prosím, **směřujte na adresu: sekretariat@clkcr.cz.**

S kolegiálním pozdravem *Milan Kubek*

OBSAH

TÉMA MĚSÍCE 2–9
Snažíme se prosadit funkční systém vzdělávání lékařů
Ministerstvo zdravotnictví zlepší podmínky mladých lékařů
O skládání rozloženého

ROZHOVOR 10–11
Prof. RNDr. Václav Hampl, DrSc., rektor Univerzity Karlovy

REFORMA ZDRAVOTNICTVÍ 12–13
Výhrady ČLK k návrhům ministra Julínka

LÉKAŘI A LÉKY 14, 31
Proč platíme za předražené léky?
Adresu svého trvalého bydliště lékař na razítku vyplňovat nemusí
Recepty – komora své připomínky prosadila

INZERTNÍ PŘÍLOHA MEDINEWS 15–34
Postřehy ze seminářů Lege Artis
Potenciální lékové chyby
CORE Roadshow Pfizer
Poplatky za předepsaná léčiva
Postřehy Prof. MUDr. Milana Kvapila, CSc.
Zajímavá molekula – rivastigmin
Jak nejlépe léčit hypertenzi u nemocných s metabolickým syndromem?
Strategie SMART v léčbě astmatu
Lokální využití nesteroidní antiflogistik

PŘÍLOHA FI
Očkování, imunizace a antimalarická profylaxe při cestách do zahraničí
Arteriální prehypertenze – užitečný pojem pro farmaceutický průmysl, nepoužitelný pro pacienty

FINANCOVÁNÍ NEMOCNIC 36
Personální situace nemocnic a její příčiny

PORADNA 37
Resuscitace v nemocnici podle ERG Guidelines 2005

PRÁVNÍ PORADNA 38–39
Pohrůžka medializací
Když chybějí lékaři
Komora připravila žaloby na pojišťovny kvůli regulacím

Z MÉDIÍ 40–41
Proč ministerstvo porušuje zákon?
„Pojišťovna Agel – nejkratší cesta k uzdravení"
Mzdy vyplatila radnice

ROZHOVOR 42
Cena za statečnost: MUDr. Lenka Doležalová

ZE SPOLEČNOSTI 43
12. ples lékařů českých v Praze na Žofíně

SERVIS 44–48
Přihláška na vzdělávací konferenci v Milovech
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** • recepce@clkcr.cz
www. clkcr.cz
Šéfredaktor: MUDr. Milan Kubek
Redakční zpracování: EV public relations, s. r. o., Praha
Odpovědná redaktorka: PhDr. Blanka Rokosová
Příjem příspěvků: blanka.rokosova@ev-pr.cz
Příjem řádkové inzerce: recepce@clkcr.cz (viz adresa redakce)
Grafická úprava, sazba, inzerce: Edukafarm, spol. s r. o.
Design: Ing. Jindřich Hurt
Marketing a inzerce: Ing. Renáta Podracká, mobil: 724 261 177, tel.: 224 252 435, e-mail: renata.podracka@edukafarm.cz
Tisk: EUROPRINT Modřany, a. s.
Uzávěrka čísla 3: 21. 3. 2008 • **Vyšlo:** 28. 3. 2008
Podávání novinových zásilek povoleno: Česká pošta, s. p., odštěpný závod Praha, čj. nov. 6139/96 ze dne 22. 11. 1996
Distribuce: Česká pošta, s. p., Postservis OZ Přeprava
Předplatné pro nečleny ČLK 300 Kč/rok (přijímá redakce)

Příspěvky se nemusejí shodovat se stanoviskem redakce. Ta si současně vyhrazuje právo na redakční úpravu textů.

ANKETA

Má stát přispívat na specializační vzdělávání lékařů? Kdo by měl určovat kvalifikační podmínky pro výkon lékařského povolání – stát, nebo lékařská komora?

Pokud chce stát rozhodovat o postgraduálním vzdělávání lékařů, musí se také ekonomicky angažovat. Nikdo nemáme nic zadarmo. Jinak je ale pro komoru výhodnější, pokud bude mít nad postgraduálním vzděláváním metodický dohled a organizace zůstane státu.

Karel Beneš, chirurg a cévní chirurg, Příbram

Ano – plně minimálně v rozsahu společného kmene – tedy cca 2 roky. V dalším průběhu to nemusí být na 100 %, ale stát by mohl třeba poskytováním prostředků podporovat zájem absolventů o nedostatkové obory. Nemůže tomu být jinak, když je postgraduální vzdělávání upraveno zákonem. Ale stát by měl stanovit zákonem rovinu obecnou, ve vlastní technické realizaci by měla komora hrát zásadní roli.

Miloš Voleman, chirurg,
FN Královské Vinohrady Praha

Pokud chce mít stát nadále odpovědnost za zajištění zdravotní péče pro své občany, což zatím dle zákona má, ale prakticky se k této povinnosti často odmítá hlásit, musí nutně aktivně, tzn. i finančně, vstupovat do specializačního vzdělávání lékařů, aby měl možnost ovlivňovat a eventuálně regulovat zastoupení jednotlivých odborností ve zdravotním systému dle jeho potřeb. Samozřejmě, že tento problém je schopen „vyřešit trh“, ale vždy s určitou prodlevou a za cenu rozkolísání systému a především zhoršení kvality a dostupnosti péče pro obyvatele. V určování kvalifikačních podmínek pro výkon lékařského povolání vidím jako prospěšný model, ve kterém je zapojena jak státní správa, tak profesní komora. Obdobný fungoval celkem ku spokojenosti všech před nástupem platnosti současného zákona o vzdělávání, jenž vnesl do celého systému neuvěřitelný zmatek a hlavně dokázal prakticky ochromit kontinuální generační obměnu odborně plnohodnotných lékařů ve zdravotnických zařízeních. Toto v kombinaci se zákopovou válkou MZ proti ČLK nás dovedlo tam, kde jsme...

Hynek Poul, hematolog, Nemocnice Pelhřimov

Odpověď na tuto otázku není jednoznačná. Jsou lékaři zaměstnanci a lékaři privátní, tedy vlastně podnikatelé. U první skupiny by se měl na vzdělání podílet zaměstnavatel – hradit za určitých kritérií poplatky za kurzy, uby-

Snažíme se prosadit funkční systém vzdělávání lékařů

Zásadní novela zákona číslo 95/2004 Sb. o vzdělávání lékařů byla jedním z nejdůležitějších požadavků, s nimiž se ČLK obrátila na ministra Julínka po jeho nástupu do funkce v září 2006.

Těsně před naším vstupem do EU totiž ministerští úředníci proti vůli ČLK vypracovali zákon, který totálně rozvrátil do té doby fungující dvoustupňový systém atestací. Evropská Unie přitom po nás nepožadovala nic jiného, než aby se lékař po ukončení studia na lékařské fakultě, dříve než získá doklad o specializované způsobilosti, který mu umožní pracovat samostatně, vzdělával ještě dalších pět let na akreditovaných zdravotnických pracovištích. Nic více, nic méně.

Nesmyslných 83 specializací

Světově raritní výčet 83 specializačních oborů s často nesplnitelnými požadavky na mladé lékaře byl pak výsledkem aktivit různých odborných společností, jejichž představitelé měli pocit, že pokud daný obor nebude mezi těmi základními, pak jako by neexistoval. Výsledkem takového snažení je však pravý opak. Lze doložit, že do cca 20 úzce specializovaných oborů se od nabytí účinnosti zákona, tedy téměř za čtyři roky, nezapsal ani jeden jediný školenec. Namísto posílení prestiže hrozí tedy dnes řadě těchto oborů „vyhynutí“. Těžko se můžeme divit lékařům, že si jako svoji jedinou odbornost odmítají volit úzce specializované obory, které nemají ekvivalent v EU, neboť by svoji kvalifikaci za hranicemi ČR nemohli nijak uplatnit.

Vzdělávání nikdo neplatí

Současný zákon č. 95/2004 Sb. je v rámci vyspělých zemí Evropy raritní také v tom, že zákonodárce opomenul vyřešit takovou „maličkost“, jakou je financování postgraduálního vzdělávání lékařů. Tento fatální nedostatek spolu s podmínkami pro akreditaci ke vzdělávání, které jsou s výjimkou fakultních a krajských nemocnic pro většinu ostatních zdravotnických zařízení nesplnitelné, učinilo vzdělávání pro některé lékaře v určitých odbornostech prakticky nemožné. Vzdělávání nikdo finančně nepodporuje a zaměstnávání mladých lékařů je pro zdravotnická zařízení ekonomicky nevýhodné. A jaký zaměstnavatel by podporoval vzdělávání mladých lékařů, kteří mu po atestaci odejdou pracovat jinam? Důsledkem jsou tedy nejrůznější stabilizační dohody, kterými se mladí lékaři „dobrovolně“ stávají nevolníky nemocnic, které jim umožňují pracovat v lepším případě za minimální mzdy, v horším případě prakticky zadarmo na formálně minimální úvazky.

Komora chce zásadní změnu

Ještě v listopadu 2006 trval ministr Julínek na tom, že v první fázi postačí schválit tzv. euronovelu, tedy dílčí legislativně technické změny, které sladí náš špatný vzdělávací zákon s evropskými směrnicemi. S tím jsme se nemohli spokojit. Měli jsme oprávněné obavy, že pokud by pominul tlak na změnu ze strany EU, pak bychom se věcné změny zákona nemuseli již dočkat vůbec.

Celý rok probíhala na půdě ČLK (oborové komise, vědecká rada, porady předsedů, představenstvo) jednání o nové podobě zákona o vzdělávání, jejichž výsledek shrnulo následující usnesení sjezdu v listopadu 2007.

Usnesení sjezdu ČLK 2007

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 prostupnost.***
- ***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.***
- ***Stejné 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 poslaneckého návrhu.***

Ministerstvo s komorou nespolupracuje

Ministerstvo zdravotnictví, věrno svým zásadám, s lékařskou komorou odmítalo spolupracovat i ve věci, kterou profesní lékařské samosprávě přímo ukládá zákon č. 220/1991 Sb.

§ 2

odst. 1:

b) Komory zaručují odbornost svých členů a potvrzují splnění podmínek k výkonu lékařského, stomatologického a lékárnického povolání podle zvláštních předpisů.

odst. 2:

c) Komory jsou oprávněny stanovovat podmínky k výkonu soukromé praxe svých členů a k výkonu funkce odborných zástupců podle zvláštního předpisu, vedoucích lékařů a primářů v nestátních zdravotnických zařízeních.

d) Komory jsou oprávněny vydávat osvědčení o splnění podmínek podle písmena c).

ch) Komory jsou oprávněny účastnit se provádění specializačních zkoušek.

ČLK tedy ve spolupráci s vedením ČLS JEP a děkany LF vypracovala vlastní návrh, který podal při jednání zdravotního výboru 16. 1. 2008 poslanec Ing. Hovorka (KDU-ČSL).

Společný tlak celé odborné veřejnosti však nemohlo ministerstvo ignorovat, a tak na stejném zasedání nestandardní cestou jako návrh poslance Šťastného podalo rovněž komplexní pozměňovací návrh ke svému vlastnímu, vládou již dříve schválenému textu. Skutečnost, že se nám podařilo přimět ministerstvo k přípravě nikoliv pouze legislativně technické novely, ale k novele zásadní, je skutečně úspěchem České lékařské komory. Je také dobré, že ministerstvo využilo některé ze zásad našeho návrhu (stupňovitost vzdělávání, možnost akreditace k poskytování části vzdělávacího programu, specializační vzdělávání jako prohlubování kvalifikace…).

Komora trvá na tom, že stát musí platit vzdělávání lékařů

Návrh prezentovaný ministerstvem na lednovém jednání výboru pro zdravotnictví Poslanecké sněmovny měl však jeden naprosto zásadní nedostatek. Neřešil financování vzdělávání lékařů. Zástupci ministerstva se snažili

ANKETA

tování, cestovné a případně i stravu. U druhé skupiny, tedy u podnikatelů, jde o zvyšování kvalifikace, a potažmo tedy následně i zisku (za předpokladu, že to ocení i zdravotní pojišťovny), a pak by si by měl finanční náklady hradit každý sám. Na stanovení kvalifikačních kritérií by se měly podílet stát i ČLK společně – vypracovat kritéria a pak se podílet i na kontrole jejich dodržování.

Bohumil Reml, neurologická amb., Prostějov

Asi bude těžké po státu chtít přispívat na vzdělávání, za to si musí každý odpovídat sám. Bylo by to dobré, kdyby ta možnost byla. Kvalifikační podmínky by měla řídit ČLK.

Božena Slámová, pediatr, Žďár nad Sázavou

Stát by měl určitě vytvářet podmínky a přispívat na další vzdělávání lékařů. Jednoznačně by kvalifikační podmínky měla zajišťovat ČLK.

Blažena Naidrová, ORL, Železniční nemocnice, Praha 2

Státní garance postgraduálního vzdělávání lékařů je nepochybně nutná. Ve velké části zemí EU probíhá vzdělávání mladých lékařů po promoci ve fakultních (univerzitních) nemocnicích, posléze pak na specializovaných klinikách a pracovištích. Stát určuje počet školicích míst a na ty akreditovaným pracovištím přispívá do mzdového fondu (tj. finanční příspěvek na školence i školitele). Požadavky, které musí atestant splnit, jsou přísně dodržovány. Dohled nad jejich dodržováním zajišťuje stát a často i lékařská komora. V našich podmínkách je především značným problémem vysílání lékařů na školicí pracoviště, kdy není dosud úspěšně vyřešeno, kdo bude daný pobyt hradit. Zatím přetrvává systém, že pobyt školence na akreditovaném pracovišti hradí vysílající organizace. Toto může být překážkou pro kolegy, které vysílají na školení menší nemocnice nebo nemocnice a. s. Současně by měla být jasně nastavená pravidla předatestačního vzdělávání (tj. požadavky na praktické dovednosti a teoretické znalosti). Toto mohou nejlépe připravit příslušné odborné společnosti. Garanci nad kvalitou postgraduálního vzdělávání i dohled nad dodržováním stanovených pravidel by dle mého soudu měl mít stát i Česká lékařská komora. Princip dvojí kontroly by totiž nepochybně zvýšil transparentnost našeho systému předatestační přípravy.

Doc. Michal Holub, Ph.D., III. klinika infekčních a tropických nemocí, 1. LF UK a FN Na Bulovce, Praha

ANKETA

Má stát přispívat na specializační vzdělávání lékařů? Kdo by měl určovat kvalifikační podmínky pro výkon lékařského povolání – stát, nebo lékařská komora?

Jednoznačně ano, především v oborech, kde lékařů ubývá: praktičtí lékaři, stomatologové. Jednoznačně komora.

Tomáš Milič, prakt. lékař pro dospělé, Děčín

Stát by měl přispívat na specializační vzdělávání lékařů, vždy se mu to ve zdravotnických profesích bohatě vrátí. Kvalifikační podmínky by měla určovat profesní organizace, v tomto případě ČLK, a ne úředník ministerstva

Josef Jílek, chir. odd. Litoměřice a privátní chir. ambul. Libochovice

Myslím, že by stát měl vytvořit pro začínající lékaře takové podmínky, aby si mohli formou zvýhodněných úvěrů platit specializační vzdělávání zčásti sami. Dále poskytnout zaměstnavatelům v případě, že umožní na svém pracovišti tuto průpravu, dosáhnout tím na nějaké daňové zdůvodnění. Podmínky stát, nebo ČLK – za dnešní situace stát, ČLK selhala a selhává nadále, její vedení je nedůvěryhodné.

Alexander Štorek, psychiatr, Choceň, člen OS ČLK v Ústí nad Orlicí

S odpovědí bych začala od konce: Pokud by stát měl přispívat na specializační vzdělávání lékařů, pak by podle mě měl mít právo podílet se na stanovení kvalifikačních podmínek pro výkon lékařského povolání. Nemyslím si, že by měl absolutisticky podmínky určovat. To bychom se mohli posléze dočkat ještě lepších „cipin“ než za exministrové MUDr. Součkové. Otázka pak ale zní, kdo jiný by měl přispívat? Nedovedu si představit, že v současné době, kdy se za všechno platí horentní sumy, by byl schopen mladý doktor, který je kolegům spíše přítěží, schopen vše financovat sám (ať mi to mladí odpustí, jen si vzpomínám na své začátky – a to jsem měla u pana primáře MUDr. Roberta Víta, CSc., sakra štěstí).

Hana Melšová, soukromá neurologická ambulance, Děčín

Ano, při současných platech lékařů absolventů určitě, o těch, kteří pracují na úvazek 0,5 nebo dokonce 0,1 ani nemluvě. Jedině komora. Stát, to by byli buď úředníci, úplatní byrokrati bez znalosti problematiky, nebo politici, kteří by nám podmínky změnili po každých volbách a taky by možná časem požadovali stranickou průkazku.

Lenka Doležalová, anesteziologie, Úrazová nemocnice Brno

přesvědčovat poslance o tom, že financování vyřeší nějakou další novelou zákona. Schvalovat zákony s tím, že je bude nutno ihned znovu novelizovat, takový nesmysl zákonodárci naštěstí odmítli.

ČLK ve shodě s děkany lékařských fakult naopak trvala na tom, že i Česká republika musí tak jako ostatní vyspělé státy EU vzdělávání lékařů finančně podporovat. Navrhli jsme částku 100 000 Kč v průměru na každého lékaře ve specializační přípravě (příspěvek na jednoho medika lékařským fakultám se pohybuje okolo 90 000 Kč ročně). Vzhledem k tomu, že každoročně promuje cca 1000 lékařů a specializační vzdělávání trvá v průměru pět let, by měl stát ze svého rozpočtu přispívat každoročně částkou 0,5 mld. Kč. Tento náš požadavek je snadno splnitelný, neboť jen díky pouhému zvýšení DPH na léky z 5 % na 9 % se ze zdravotnictví vrací do státní pokladny každoročně 1,7 mld. Kč navíc. Částka sto tisíc na mladého lékaře by pochopitelně neměla sloužit k úhradě jeho mzdy, ale k podpoře jeho vzdělávání na akreditovaných pracovištích. Většina přítomných poslanců náš požadavek považovala ze legitimní a návrhy ministerstva, které financování neřešily, výbor odmítl.

Ministerstvo muselo tedy zpracovat i pozměňovací návrh, který by měl garantovat finanční příspěvek státu. Bez spolupráce s komorou vznikl na půdě ministerstva pětistránkový text navržený ve sněmovně poslancem Pohankou.

Zatímco ČLK navrhovala liberální systém, kdy by se lékaři ve specializační přípravě mohli sami rozhodovat, na kterém z akreditovaných pracovišť se budou vzdělávat, a peníze od státu by šly za školencem, ministerstvo naopak připravilo byrokraticko centralistický model, kdy bude ministerská komise rozhodovat o tom, které z pracovišť akreditovaných pro vzdělávání získá státní příspěvek na tzv. rezidenční místo a kolik těchto míst bude.

Právě z převráceného směrování financí pramení naše obava, že nedojde k realizaci „rezidenčních míst“ i v nemocnicích akreditovaných na základní kmeny. Máme obavu, že si tedy peníze na vzdělávání mohou rozebrat fakultní a krajské nemocnice, zatímco malá zdravotnická zařízení nedostanou nic, nebudou moci zaměstnávat mladé lékaře, pro které by tedy mohlo vzdělávání zůstat obtížně dostupným. Ministerský návrh také neobsahuje žádné garance, kolik bude stát platit. Navzdory těmto nedostatkům ministerský text získal podporu děkanů lékařských fakult i vedení ČLS JEP.

Text, který 27. 2. 2008 schválil zdravotní výbor, je sice mnohem lepší než původní návrhy ministerstva zdravotnictví, přesto obsahuje řadu nedostatků, které se budeme snažit odstranit v rámci projednávání zákona v plénu Poslanecké sněmovny.

Největší chyby ministerského návrhu

1) Financování

ČLK nemůže souhlasit s tím, aby se mladí lékaři, kteří by se vzdělávali na rezidenčních místech, podepisovali „vázací akt“, kterým by se zavazovali k tomu, že *„budou vykonávat povolání lékaře po dobu nejméně 5 let od data ukončení specializačního vzdělávání na území ČR v oboru, ve kterém získali specializovanou způsobilost“*.

Původní myšlenkou ČLK bylo, aby stát za poskytnuté garance získal kontrolu nad výchovou lékařů v těch oborech, kde je lékařů nedostatek.

Výše popsaná klauzule je nevýhodná a sporná ze dvou důvodů:

a. Vzhledem k tomu, že výši svého příspěvku by měl stát možnost každoročně měnit, zavazoval by se mladý lékař nejenom k tomu, že bude v ČR pracovat 10 let (5 let před a 5 let po získání specializované způsobilosti), ale navíc by podepisoval prázdný šek na výše nespecifikovanou částku na 5 let dopředu. Bral by na sebe závazek, že pokud tuto povinnost nesplní, bude nucen celou částku vrátit.
b. Po skončení 5 let vzdělávání by lékař byl nucen vyhledat místo v oboru na území ČR bez ohledu na své osobní, profesní, geografické a jiné preference.

Absurdita požadavku, který by v případě jeho schválení snad zrušil Evropský soud (otázka je však, za jak dlouho) vyplyne na povrch poté, když si uvědomíte, že stát přece není schopen nikomu garantovat, že sežene „práci v oboru“.

ČLK nesouhlasí s takto diskriminujícím ustanovením zákona, který nenaplňuje naše, původně velmi liberální, představy. Doba komunistických umístěnek a pracovní povinnosti již skončila. Jsme členy EU a nemůžeme tedy na hranicích naší země stavět ani pomyslné ostnaté dráty.

2) Kvalifikační požadavky

ČLK je za zákona povinná garantovat patřičnou odbornost lékařů, a proto nemůže souhlasit s návrhy, které snižují nároky na erudici lékařů a výsledkem jejichž realizace by zákonitě bylo snížení kvality lékařské péče.

Trváme na tom, že lékař bez specializované způsobilosti musí pracovat pod odborným dohledem, přičemž intenzita a způsob tohoto dohledu musí odpovídat jeho kvalifikaci a praxi. Jinak by měl vypadat dohled nad čerstvým absolventem lékařské fakulty, jinak nad lékařem po dvouletém kmenovém vzdělávání, jinak nad lékařem těsně před atestací nebo dokonce nad lékařem, který již má specializovanou způsobilost v jiném příbuzném oboru. **Tyto vysoce odborné otázky by také neměli řešit politici nebo státní úředníci, často bez medicínského vzdělání, ale profesní lékařská samospráva, tedy komory.**

Pokud je otázka délky odborného dohledu vhodná k diskusi, potom další **návrh, který by umožnil vykonávat funkci primáře ihned po složení atestace, je z odborného hlediska naprosto nepřijatelný!** Vedoucí lékař-primář je zodpovědný za chod oddělení, výchovu a řízení všech kolegů, a měl by vést tým s oporou nejen odborné, ale i dostatečné lidské a charakterové vyzrálosti. Tato kriteria v žádném případě nemohou být splněna 4 až 5 let po promoci.

Motivace obou těchto ministerských návrhů je shodná: zajistit levnou pracovní sílu pro nejrůznější zdravotnické řetězce a pro nemocnice – akciové společnosti, které by také získaly „mladé perspektivní a schopné kádry“ na místo těch primářů, kteří nejsou ochotni nechat se donutit k různým medicínsko ekonomickým experimentům.

3) Odpovědnost ČLK za vzdělávání lékařů

Vytvořením nepoužitelného zákona, který zavedl více než osmdesát specializačních oborů v řadě případů ještě s nesplnitelnou náplní vzdělávacího programu, prokázali ministerští úředníci, že bez ohledu na stranickou příslušnost resortního šéfa není ministerstvo zdravotnictví ani ve spolupráci s odbornými společnostmi schopno vytvořit fungující vzdělávací systém. Aby se již podobné nesmysly nemohly opakovat, budeme se snažit prosadit, aby alespoň v těch klíčových otázkách, jako je například počet vzdělávacích kmenů, specializačních oborů a zvláštních odborných způsobilostí, náplň vzdělávacích oborů i způsob závěrečných zkoušek, mohlo ministerstvo rozhodovat pouze „po dohodě“ s Českou lékařskou komorou, ve spolupráci s lékařskými fakultami a odbornými společnostmi. Formulace, že ministerstvo rozhodne o takto zásadních věcech po pouhém „projednání“, nemůžeme považovat za dostatečnou záruku, že nový zákon bude fungovat lépe než ten stávající, který vnímáme jako „pomstu“ exministryně Součkové lékařům. Ono by totiž to „projednání“ mohlo vypadat také tak, že by nám ministerstvo oznámilo svoji vůli a našimi připomínkami by se pak nikdo ani nezabýval.

V návrhu předloženém ČLK byla značná část úzce specializovaných oborů navržena jako další stupeň vzdělávání v rámci celoživotního vzdělávání lékařů v gesci ČLK a odborných společností – nazývali jsme jej funkční specializací.

Ministerský návrh obsahuje tento stupeň ve formě „certifikovaných kurzů“ s dvojí délkou trvání (kurzy trvající minimálně jeden rok a kurzy kratší) s akreditovanými pracovišti. Obáváme se, že bude-li tento proces vyňat z kontroly ryze odborné, z diskuse v akademické obci, pak komora nebude moci zabránit vzniku nejrůznějších bizarních certifikovaných kurzů. **Velmi se obáváme vzniku stovek „certifikovaných kurzů“ na jednotlivé metody, jednotlivá léčení a postupy. Taková atomizace medicíny by pochopitelně měla devastující vliv na kvalitu lékařské péče!**

Předností komory je schopnost, jak na půdě Vědecké rady, tak na grémiu všech oborových komisí, vyvažovat představy jednotlivých odborností a nalézat přijatelné kompromisy. Komora rovněž může vydávat stanoviska závazná pro všechny lékaře.

A právě v takto klíčových otázkách se ČLK v žádném případě nechce své zodpovědnosti zbavovat. Pokud zkrátka politikům záleží na budoucnosti české medicíny, pak by se neměli bát svěřit naší stavovské organizaci větší díl zodpovědnosti a pravomocí v ryze odborných a vzdělávacích aktivitách.

Pokud má komora své povinnosti plnit, musíme k tomu mít odpovídající nástroje a kompetence.

Aleš Herman, předseda vědecké rady ČLK

Milan Kubek, prezident ČLK

ANKETA

Ne, je to zodpovědnost, právo, povinnost a projev svobodné vůle každého lékaře. Jinak by nešlo o „svobodné povolání“. Stát by měl určit podmínky, kontrolu komora.

Ivan Juliš, CSc., konzultant

Stát by měl přispívat na vzdělávání lékařů vedoucí ke zvýšení jejich kvalifikace. Kvalifikační podmínky pro výkon povolání lékařů by měla určovat ČLK.

Jan Tholt, PNsP Roudnice n.L., interní odd.

Myslím, že ne. Lékařská komora.

Aleš Mořkovský, gyn. ambulance, Vysoké Mýto

Stát by měl rozhodně hradit specializační vzdělávání lékařů, např. tak, jako za minulého režimu, formou refundace mzdy. Určovat kvalifikační podmínky pro výkon povolání mohou sice obě instituce, ale vhodnější by byla stavovská organizace.

Miroslav Pětivlas, Batelov, PLD,
člen představenstva ČLK, předseda OSL ČLK Jihlava

Náklady na vzdělávání musí hradit stát a bonifikace za dosaženou úroveň musí být zohledněna ve smlouvách o úhradě péče ZP. Kvalifikační předpoklady určuje ČLK z pověření státu.

Bohuslav Machaň, OS ČLK Prostějov

Ad 1, stát chce mít odborníky, potřebuje mít zdravou pracovní sílu, musí tedy přispívat. Ad 2, když to bude stát platit, musí se spolupodílet s ČLK a odbornými společnostmi na kvalifikačních podmínkách.

Jiří Šťastný, Nemocnice Prostějov, chirurgie

Stát by měl rozhodně přispívat na specializační vzdělávání lékařů, protože dostávají tak nízké platy, že to finančně nemohou zvládnout. Kvalifikační podmínky pro výkon lékařského povolání by měla určovat lékařská komora.

Marie Frgálová, anesteziolog, VN Olomouc

Subjektem zodpovědným za poskytování zdravotní péče vlastním občanům je stát. Zdravý občan pak může produkovat daně, tedy peníze, bez kterých by stát nemohl fungovat. Státu by tedy mělo záležet na tom, aby měl své občany zdravé, a je tedy v jeho vlastním zájmu přispívat na specializační vzdělávání lékařů. Kvalifikační podmínky musí určovat lékařská komora.

Viktor Jenšovský, interna, pneumologie, Lovosice

ANKETA

Má stát přispívat na specializační vzdělávání lékařů? Kdo by měl určovat kvalifikační podmínky pro výkon lékařského povolání – stát, nebo lékařská komora?

Ad 1: nemá. – Ad 2: ČLK.

Prim. Jan Rejholec, Chirurgické odd., Krajská zdravotní a.s. - Nemocnice Děčín o.z.

Stát by neměl přispívat na vzdělávání lékařů. Kvalifikační podmínky by měla stanovovat komora – ale pro všechny obory stejné podmínky.

Richard Bokr, urolog, Oblastní nemocnice Příbram

Příspěvek státu: ano – minimálně 30 procent. Kvalifikace: ČLK.

Martin Segovia, ARO Most

Pokud bude lékař v nemocnici státním zaměstnancem a určovat podmínky bude stát, tak jednoznačně musí i stát přispívat. Pokud lékař nemá statut státního zaměstnance, měl by přispívat zřizovatel nemocnic – zařízení (a. s., s. r. o. nebo krajský úřad). Určitě preferuji možnost, aby kvalifikační podmínky určovala lékařská komora.

Dalibor Berka, neurologie, EMg laboratoř, Kroměřížská nemocnice, a. s.

Nevím, proč by měl stát přispívat na vzdělávání lékařů. Každý lékař by měl být schopný si své vzdělání uhradit sám. Tato jeho schopnost je však ale limitována především možnostmi jeho peněženky. Zde vidím hlavní problém – podhodnocení práce zdravotníků. V ceně práce lékaře by se měla zohlednit nejen míra opotřebení náročnou prací, službami, ale i náročnost kontinuálního vzdělávacího procesu. Myslím si, že ve svém důsledku by toto „osvobození" lékařů od vlivu státu vedlo ke zlepšení kvality systému péče o nemocné. Mimo jiné by se více začal uplatňovat vliv trhu, poptávky, nabídky jak pracovní síly, tak vzdělávacích akcí, nabídky spolupráce a výuky akreditovanými pracovišti. Podmínky pro výkon lékařského povolání a jednotlivých specializací by měly určovat jednotlivé odborné společnosti. Ty nejlépe rozumějí problematice odbornosti. Myslím si, že je celkem jedno, zdali jsou pak tyto společnosti zastřešeny komorou, státem nebo jen samy sebou.

Jiří Kucharský, chirurgie-traumatologie, Nemocnice Třebíč

Myslím si, že stát by měl přispívat na vzdělávání lékařů. Odůvodnění: Péče o zdraví občanů je z ústavy povinností státu. Kvalitní

Ministerstvo zdravotnictví zlepší podmínky mladých lékařů

Ministerstvo zdravotnictví chystá změny, které budou přínosné pro lékaře i nelékaře, zdravotnická zařízení i pacienty. Jejich hlavním cílem je zlepšit podmínky pro začínající mladé lékaře, zvýšit počet pracovišť, kde se mohou do atestace vzdělávat, a podpořit specializační vzdělávání nelékařů. Všechna tato opatření pomohou také snížit nedostatek pracovníků v některých profesích.

Financování specializačního vzdělávání lékařů a nelékařů

Současné zdravotnictví je zčásti paralyzováno nedostatkem některých odborných i nelékařských profesí. Je to způsobeno zejména špatným ošetřením podmínek pro jejich vzdělávání v zákonech. Ministerstvo zdravotnictví proto předložilo sněmovně novelu vzdělávacích zákonů, která výrazně zlepší podmínky mladých lékařů i nelékařů a umožní jim rychlejší zapojení se do praktického výkonu povolání. Novela zákona totiž mimo jiné umožní spolufinancování specializačního vzdělávání ze státního rozpočtu. Stát bude dávat na specializační vzdělávání lékařů a sester ročně zhruba půl miliardy korun.

Novela vzdělávacích zákonů zavádí takzvaná rezidenční místa. Tato místa, určená pro lékaře nebo nelékaře zařazené do specializačního vzdělávání, budou spolufinancována ze státního rozpočtu. O rezidenční místa se bude moci ucházet každá nemocnice, která splní předepsané podmínky a bude akreditována pro příslušný obor. Počet rezidenčních míst pro jednotlivé obory včetně výše dotace na toto místo bude určovat Ministerstvo zdravotnictví ČR ve spolupráci s univerzitami, komorami, odbornými společnostmi a profesními organizacemi. Pracoviště získá na tato místa finanční prostředky, které budou určeny na plat lékaře a na náklady spojené s jeho vzděláváním. Nemělo by tak již docházet k situacím, kdy musel mladý lékař vlastně za práci ještě platit, a to někde až 250 korun denně. Výše dotace pro jednotlivé obory specializačního vzdělávání se bude lišit, a to podle délky vzdělávání, výše nákladů na jeho absolvování, ale i potřebnosti jednotlivých zdravotnických profesí na trhu práce.

Zvýšení kompetencí lékařů v průběhu specializačního vzdělávání

Pozitivní zpráva pro lékaře také je, že budou moci již v průběhu specializačního vzdělávání, přibližně po dvou letech praxe, vykonávat bez odborného dohledu některé odborné činnosti, což doposud nebylo možné. Evropská směrnice sice brání návratu k předchozímu dvoustupňovému systému atestací, přesto lze umožnit lékaři některé činnosti vykonávat bez dohledu ještě před atestací. Proto zákon zavádí nový pojem – základní kmen specializačního oboru, který je ukončen certifikátem. Tento krok bude mít pozitivní vliv na postavení lékaře a jeho přínos pro zdravotnické zařízení.

Změna v samostatném výkonu povolání zubního lékaře

Změny budou přínosné i pro čerstvě vystudované zubní lékaře, kteří budou mít možnost otevřít si vlastní praxi hned po dokončení studia, jak je tomu běžným zvykem v zemích Evropské unie.

Návrat práv nabytých získáním specializací prvního stupně

Stávající právní úprava vůbec neřešila situaci lékařů, kteří získali specializaci prvního stupně podle předchozích zákonů. Stali se opět lékaři bez kompetencí, jedinou výhodou pro ně je možnost doplnit si chybějící praxi do 5 let od účinnosti zákona (do dubna 2009), a získat tak specializovanou způsobilost. Novela umožní lékařům s atestací prvního stupně vykonávat bez odborného dohledu činnosti, které stanoví vyhláška pro lékaře s ukončeným základním kmenem specializačního vzdělávání. Rozsah těchto činností bude velmi blízký činnostem, které vykonával lékař v minulosti s první atestací.

Změny v akreditačním řízení

Úkolem novely je rovněž zvýšení počtu akreditovaných pracovišť, kde se mohou lékaři vzdělávat a snížit administrativní zátěž spojenou s řízením o akreditaci. Ministerstvo chce umožnit, aby se zařízení mohla akreditovat pouze na část vzdělávacího programu, což ocení především ambulantní lékaři a malé nemocnice. Vyřeší se tak

současné problémy řady zdravotnických zařízení s akreditací z důvodu nesplnění podmínek pro celý program. Změny přinesou taktéž snížení administrativy, protože akreditovaná pracoviště již nebudou muset procházet novým akreditačním řízením při změně právní formy. I v případě žádostí o prodloužení akreditace bude stačit pouze doložit ty podklady, kde došlo ke změně.

Zlepšení postavení nelékařských profesí

Další novinka se týká například zdravotnických záchranářů, kteří budou moci pracovat na odděleních intenzivní péče v nemocnicích bez toho, že by museli pro tuto práci získat další odborné vzdělání. Zákon také zjednodušuje fyzioterapeutům získání způsobilosti k samostatnému výkonu povolání. V obou případech se jedná o odstranění nesmyslných překážek bránících těmto zdravotnickým pracovníkům v uplatnění na trhu práce.

Markéta Hellerová

náměstkyně ministra zdravotnictví pro zdravotní péči

Nyní	Poté
Mladý lékař musí čekat pět až šest let, aby mohl vykonávat svou práci samostatně bez odborného dohledu.	Mladý lékař bude moci již v průběhu specializačního vzdělávání, přibližně po dvou letech praxe, po absolvování základního kmene specializačního oboru, vykonávat bez odborného dohledu některé činnosti.
Lékaři se specializací prvního stupně podle předchozích právních předpisů jsou do získání specializované způsobilosti považováni za lékaře bez specializace se všemi důsledky z toho vyplývajícími.	Lékaři se specializací prvního stupně podle předchozích právních předpisů budou oprávněni vykonávat některé činnosti bez odborného dohledu.
Zubní lékaři musí absolvovat tři roky praxe před tím, než si mohou otevřít vlastní praxi.	Zubní lékaři si budou moci otevřít praxi ihned po absolvování studia na vysoké škole.
Farmaceuti musí celou praxi absolvovat na akreditovaném pracovišti.	Farmaceuti budou moci vykonávat část praxe i mimo akreditované pracoviště.
Zdravotničtí záchranáři musí získat další odborné vzdělání, aby mohli pracovat na odděleních intenzivní péče v nemocnicích.	Zdravotničtí záchranáři budou moci bez omezení pracovat na odděleních intenzivní péče v nemocnicích.
Náklady na specializační vzdělávání lékařů a nelékařů nese zařízení, kde lékař pracuje, nebo sám zdravotnický pracovník.	Specializačního vzdělávání bude spolufinancováno ze státního rozpočtu.
Pro lékaře bez specializované způsobilosti je obtížné najít pracovní uplatnění, často pracují zadarmo.	Vzniknou rezidenční místa v akreditovaných zařízeních, kde budou zaměstnáváni. Součástí dotace na rezidenční místo budou i náklady na plat lékaře.
Řada ambulantních lékařů a menších nemocnic má potíže získat akreditaci na vzdělávání lékařů, zákon ukládá povinnost akreditovat se na celý vzdělávací program.	Zdravotnická zařízení se budou moci akreditovat pouze na část vzdělávacího programu.
Akreditovaná zařízení musí procházet novým akreditačním řízením při změně právní formy a dokládat všechny podklady znovu při žádosti o prodloužení akreditace.	Akreditovaná pracoviště nebudou muset při změně právní formy procházet novým akreditačním řízením – po dobu dvou let zůstane v platnosti původní rozhodnutí. K žádosti o prodloužení akreditace doloží jen ty podklady, kde došlo ke změně.

ANKETA

zdravotní péči nelze zajistit bez kvalifikovaných odborníků (netýká se jen lékařů). Bohužel předatestační příprava je v současné verzi značně náročná časově i finančně, takže není pravděpodobné, že budou lékaři schopni náklady s ní spojené plně hradit. Rovněž není záruka, že zaměstnavatelé budou ochotni a schopni plné náklady nést. Kdo by měl určovat kvalifikační podmínky... Přimlouvám se za rozhodující úlohu lékařské komory jako oficiálního představitele lékařského stavu. Komora by měla určovat základní rámec kvalifikace, samozřejmě předpokládám, že v úzké vazbě na Českou lékařskou společnost JEP a ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví ČR, event. jinými státními orgány. Základní role však podle mého názoru přísluší profesionální stavovské organizaci, tj. ČLK.

Prof. Václav Zamrazil, DrSc., Endokrinologický ústav, Subkatedra endokrinologie IPVZ

Stát musí určit taková pravidla specializačního vzdělávání lékařů, včetně finančních příspěvků, aby vzdělávání lékařů bylo pro zdravotnická zařízení když už ne atraktivní, tak alespoň únosné. Kvalifikační podmínky pro výkon lékařského povolání by měla určovat lékařská komora, která představuje největší prostor pro vytříbení optimálních požadavků na vzdělávání.

Stanislav Boček, chirurg, OS ČLK Vyškov

Ano, stát – resp. město, region – by měl pro mladé lékaře po promoci zajistit místa na akreditovaných pracovištích, např. formou stipendia. Například Klatovy budu potřebovat výhledově očního lékaře, vyhlásí konkurz a předatestační přípravu mladému lékaři zaplatí s tím, že on se zaváže odpracovat třeba 5-10 let pro danou oblast, nebo zaplatí určitou sumu. I pro ty lékaře, kteří by takové stipendium nezískali, by měl stát zajistit místa na akreditovaných pracovištích. Lékař před atestací by mohl pracovat za minimální mzdu a měl by hrazené sociální a zdravotní pojištění. Kvalifikační podmínky pro výkon lékařského povolání by měly stanovit jednotlivé odborné společnosti, garantem zkoušky by měl být stát (univerzitní instituce). Úkolem lékařské komory je dohled nad výkonem práce lékaře lege artis (např. zda vzdělávací program nesměřuje proti zájmu pacientů i lékařů, pracuje-li mladý lékař vždy pod odborným vedením, jaké jsou podmínky pro práci lékaře na daném pracovišti, zda má dost času na předávání zkušeností).

Andrea Vocilková, dermatovenerologie, Praha 6

ANKETA

Má stát přispívat na specializační vzdělávání lékařů? Kdo by měl určovat kvalifikační podmínky pro výkon lékařského povolání – stát, nebo lékařská komora?

Pokud stát chce specializační vzdělávání ovlivňovat, měl by přispívat. Kvalifikační podmínky pro výkon povolání lékaře spíše ČLK než úředník.

Josef Suk, ARO Pelhřimov

Ano, stát by měl přispívat na specializační vzdělávání lékařů. Oba: podmínky stanovené státem – zákony, dohlížet a potvrzovat splnění – lékařská komora.

Hana Kvasničková, endokrinolog, Endokrinologický ústav, Praha 1

Kvalifikační podmínky by měla určovat komora. Stát by se měl podílet na financování vzdělávání, zejména by byla vhodná podpora vzdělávání PL.

Prim. Jan Sedláček, přednosta interního oddělení, Nemocnice Znojmo, p. o.

Ano, stát by měl přispívat na specializační vzdělávání lékařů. Kvalifikační podmínky pro výkon lékařského povolání by rozhodně měla určovat lékařská komora.

Marie Jurčová, praktický lékař pro dospělé, Praha 1

Já nevidím otázku buď a nebo. Obě strany by se na vzdělávání lékařů a potvrzování odborností měly podílet. Ne však paralelně bez ohledu na to, co dělá jedna či druhá strana, ale ve vzájemné spolupráci. Současná situace je z tohoto pohledu zcela nevhodná a neprospívá ani lékařům, ani státu. Pokud by byla vůle dospět k dohodě s rozdělením kompetencí a určením časového horizontu, bez ohledu na politiku, bylo by to nejrozumnější řešení.

Petr Matek, dětský neurolog, Jablonec n. N.

Buď stát – což by bylo samozřejmě lepší, v rámci státu by se daly vyjednat slušné podmínky bez vzniku nějaké „finanční“ závislosti pracovníka na pracovním zařízení. Nebo nemocniční zařízení, kde dotyčný lékař pracuje, ovšem bez podpisu „dohody o vzdělávání“, což je takový malý nešvar, který se rozšířil mezi nemocnicemi v celé ČR a do „češtiny“ znamená, že nemocnice za vás vzdělávání v rámci atestace zaplatí, ale vy se jí musíte po úspěšném splnění atestace v termínu (ano! i to se dá nacpat do této dohody!) zavázat, že zůstanete v tomto zařízení následujících 5 let jako lékař. Pokud odejdete dříve,

O skládání rozloženého

Na nedávné destrukci několik desetiletí fungujícího systému specializačního vzdělávání lékařů máme svůj díl viny všichni. Dřívější ministerské garnitury, odborné společnosti, institut lékařského vzdělávání, lékařské fakulty, poslanci i senátoři, lékařská komora a celá lékařská obec, staří i mladí. Tehdejší ministerstvo možná více, že vpustilo do parlamentu návrh zmatený a nedotažený, tehdejší poslanci, kteří zmatenost a nedotaženost nerozpoznali. Ostatní nesou vinu pro pohodlnou ignoraci problému, indolenci nebo sladké sny v neinformovanosti.

Zdůvodňován nutnou euroharmonizací vznikl zákon od počátku nekonzumovatelný. Nabízí se otázka, jak je možné, že tolik inteligentních a vzdělaných lidí špatný a nekonzumovatelný zákon schválí. Tento fenomén ovšem znali už ve starém Římě, když říkali: *„Senatores boni viri sed senatus mala bestia.“ (Senátoři jsou dobří mužové, ale senát je zlá šelma.)*

Námitky nikdo neposlouchal

V roce 2004 se na námitky a apelace vůči nepovedenému zákonu 95/2004 ještě neslyšelo. Pražský institut lékařského vzdělávání se statečně tvářil, že vše zajistí jakousi svou koncepcí zastřešujícího deštníku rozprostřeného nad rozličnými vzdělavateli, ačkoli nebyl v novém zákoně vůbec zmíněn a vycházel z jakéhosi dočasného ministerského pověření. Námitky lékařských fakult nebyly slyšeny ani v době plné platnosti zákona, po dubnu 2006. Nadále šlo spíše o diskusní spolky než o snahu o rychlou nápravu evidentního legislativního průšvihu.

Úmysl něco s tím vážně dělat vyjádřilo ministerstvo zdravotnictví až v roce 2007. Ještě na začátku roku 2008 se však hovořilo jen o částečných úpravách s tím, že skutečný nový zákon vznikne až později. Aby to znělo lépe, říkalo se tomu euronovela, byť evidentně byla a je potřeba eufunkční eunovela.

Veselá doba k zapomenutí

V letech 2006 a 2007 se podle specifik a tvořivosti jednotlivých odborných společností akreditovala školící pracoviště, aniž se mnohde rozlišovalo, zda půjde podle paragrafu 18 o pracoviště jen pro praktický výcvik, nebo také školící kurzy či obojí. Někteří se dokonce v našem Absurdistanu, zejména povltavském, akreditovali i dvojnásobně – jednou sami za sebe, podruhé jako námezdní síla IPVZ. Bůhví proč v tom byla spatřována nová příležitost či nové monopoly, možná jenom nový pocit jistoty řetězců, prestiže a doubleprestiže. Z A kategorie do kategorie AA, možná i AAA, jako u baterií. Do provincií bylo vstřícně nabízeno zřizování subkateder, protože se už jaksi ze zvyku má za to, že mimo centrum se nachází submedicína, subnemoci, subpacienti, subprofesoři, subdocenti, subvzdělávání. Subkatedra byl takový staronový nápad, jak se opět vyrovnat s euroharmonizací i s ekvitou, aniž by to centrálně zabolelo. Někteří kolegové v provinciích si takových výzev kupodivu považovali a subpozici by i přijali, aby zase v provincii zaujali komparativní suprapozici. Byla to veselá doba a mnozí na ni určitě rádi zapomenou. Do toho děkani lékařských fakult pořád dokola připomínali, že existují i lékařské fakulty a fakultní nemocnice, že jsou to už z definice vzdělávací instituce a denně se běžně vyrovnávají s tím, co proměnlivá státní mašinérie vnímá jako nový odpovědný úkol státních úředníků. Ostatně specializační postgraduální vzdělávání není nic jiného než další pokračování studia pregraduálního v již zacílené postgraduální praxi, protože je všem zcela jasné, že promoce je jen oslava na půli cesty k samostatné lékařské způsobilosti.

Garance a proces jsou dvě věci

Teď se zdá, že už se snad na novele zákona shodnou i dříve nesmiřitelné instituce, tedy ministerstvo zdravotnictví a lékařská komora, a to i za přízně lékařských fakult. Snad už se pochopilo, že garance vzdělávání uplatněná úředním razítkem a samotný proces vzdělávání jsou dvě různé věci. Také už se možná pochopilo, že vzdělávání lékaře se odvíjí především od jeho každodenní odborné práce pod vedením zkušenějších, na solidním pracovišti (můžeme říkat na pracovišti akreditovaném pro praktickou výchovu), s občasnými kurzy a stážemi na jiných solidních nebo ještě solidnějších pracovištích (můžeme říkat na pracovištích akreditovaných pro školící činnosti). Pokud to totiž nepochopíme, vypudíme školence jen na některá vybraná pracoviště, ta budou praskat ve švech a školenci se neuživí a zbytek vylidněných nemocnic bude kolabovat, neboť role mladých lékařů v běžném fungování lékařské péče je značná. Všem je to sice jasné, ale pořád se musí zdůrazňovat

nutnost dvojího typu akreditace, tedy podle paragrafu 18 akreditace pro praxe a akreditace pro školící činnosti.

Jasno ve dříve známých faktech

Snad ta zmatená čtyřletá sebedestrukce a následné trápení se skládáním rozloženého bude mít také autoregenerační dopady. Nejen tedy, že se budeme harmonizovat na eurosystém, nyní alespoň pěti lety vzdělávání po promoci na akreditovaných pracovištích, která jsme již postaru takto respektovali, ale nově se jim bude říkat akreditovaná. To je spíše jakýsi zbrkle vynucený a vedlejší produkt procesu. Hlavně že jsme si znovu ujasnili dříve známá fakta:

1. lékař po promoci se musí dále vzdělávat v systému uznaném státem, komorou, nemocnicemi, fakultami, zákonem (jasné, ale leckde v EU teprve různě objevované),
2. vzdělávání má část obecnější, základní, kmen či první stupeň, a část speciálnější, druhý stupeň, vedoucí již k přiznání specializované způsobilosti,
3. podle eurojazyka to nejsou stupně dva, ale jeden, se dvěma etapami, celkem alespoň pět let, tedy o dva roky méně než dříve činila příprava k první a druhé atestaci (je však třeba tvrdit, že jde o zkvalitnění, už také proto, že dvě atestace neměli úplně všichni),
4. trvá potřeba dalších specializačních vzdělávání, nástaveb, kurzů, stáží, protože základních oborů musí být jen přiměřeně (to znamená kolem čtyřicítky, obory se však vyvíjejí a dále diferencují, ostatně osudy lékařů také),
5. nástavbové specializace sice eurosystém nerozpozná ani neuzná, ale pro kvalitní chod zdravotnictví je potřebujeme my sami, především se však musí nerozhádat a doharmonizovat nový ministerský řád, dosavadní vzdělávací systém komory, případně celoživotní vzdělávání na vysokých školách,
6. vše je teď popoháněno tím, že my sami musíme umět rozpoznat a uznat způsobilé a nezpůsobilé přicházející k nám ze zemí EU a podobným způsobem vybavit do zemí EU od nás odcházející (jinak bychom platili neharmonizační europokutu, hrozba pokuty je motorem novelizace),
7. seznam specializačních i nástavbových oborů nemá být obsažen v zákoně, ale má být flexibilnější přílohou ve vyhlášce, aby bylo možno operativněji korigovat věci nefunkční a reagovat na nové požadavky,
8. vzdělávání také něco stojí, na vzdělávání lékaře by mělo být státem věnováno alespoň tolik, co na vzdělávání medika, dotace by měla být přiznána školícím pracovištím podle počtu školenců, nikoli centrální superinstituci, která mnohé pohltí v režiích, jak tomu bývalo doposud.

Samočisticí schopnost

Je to zkrátka poměrně prosté a někde na operačním sále, v ordinacích, při semináři či při obědě bychom se my právně nekvalifikovaní zajisté rychle shodli. Novotvorba zákona je však kvalifikovaný, mnohorozměrný a vrstevnatý proces kompromisů, hledaných v neshodách, zejména v neshodách umělých. Nebezpečím zůstávají paradoxně odborné společnosti, bez nichž a jimi stanovených odborných náplní vzdělávání to nejde. Ty však inklinují k vytváření nereálných požadavků, drobení specializací na subspecializace a pidispecializace. Máme už příklady, jak se podařilo v onom nekonzumovatelném zákoně uvést třeba 15 popromočních pediatrických specializací. Ostatně i oněch euronevídaných 83 oborů, částečně rovněž jako základ lékařského vzdělání nestravitelných. Nyní už je jen veselým příběhem, jak nám entusiasté za ministerské podpory prolobovali onu hyperbarickou medicínu a oxygenoterapii jako základní obor. Ministerstvo se teď obává, že podobné věci se udají v nástavbových kurzech v gesci komory. Pro obavy není důvodu, neboť samočistící schopnost lékařské obce i opce je značná. Do zbytečných, nejistých či hloupých kurzů se prostě lékaři nepřihlásí, požadované bude vzkvétat, nepožadované chřadnout a zanikat.

Složíme životní zkoušku

Věřme si. Když už jsme kdysi jako medici složili úspěšně zkoušku z anatomie, patofyziologie, farmakologii i pár dalších, složíme snad konečně úspěšně i tuto životní zkoušku, která bude v indexu naší novodobé lékařské historie zapsána po názvem „Jak rozložit a zase složit specializační vzdělávání lékařů v letech 2004 – 2008 bez negativních důsledků na generace mladých lékařů a českomoravskou medicínu“.

Prof. Jan Žaloudík, CSc.

ANKETA

budou sankce, třebas 250 000 Kč. Což mi přijde částečně nemorální, částečně chápu, že ředitelé chtějí „chránit“ investici, která se jim ale během celé doby za odvedenou práci BOHATĚ zaplatí. Ale o tom už se páni ředitelé nezmiňují. Kvalifikační podmínky pro výkon lékařského povolání by měla určovat buď ČLK, nebo odborné společnosti pro ten který obor, zakotveny by částečně měly být i v zákoně. Nikoliv ale tak, aby ministerstvo určovalo, co má být součástí atestace a co ne. Rovněž odborné společnosti či ČLK by měly řídit i délku té které atestační přípravy. V rámci přehledu v oboru a situaci v zahraničí by to bylo rozumnější.

Michal Nesvadba, ARO, Jablonec nad Nisou, sekundární lékař

Ad 1: Stát by měl přispívat.
Ad 2: lékařská komora.

Hana Švejdová, PL pro dospělé, Kralupy nad Vltavou

Stát musí přispívat na specializační vzdělávání lékařů. Kvalifikační podmínky pro výkon lékařského povolání má určovat ČLK.

Vladimír Hořava, patolog, Frýdek-Místek

Ano, stát má přispívat na specializační vzdělávání lékařů. Kvalifikační podmínky pro výkon lékařského povolání má určovat lékařská komora.

Jiří Kincl, ORL klinika FN Olomouc

Stát by, v rámci udržení kvality péče, měl zajišťovat vzdělávání specialistů. Myslím tím nejnutnější kmen, aby tak byl zaručen jistý standard. Na další, tj. doplňkové kurzy, semináře atd., by mohl částečně přispět zaměstnavatel, ale jen jistou sumou a zbytek by si měl lékař hradit sám. Ponecháme-li stát jako přispěvatele na vzdělávání, měl by mít i možnost je regulovat a určovat kvalifikační podmínky.

Petr Michl, Klinika ústní, čelistní a obličejové chirurgie FN Olomouc

Privatizace bez konsenzu přinese jen problémy

Jedním z návrhů zákonů, které patří do tzv. druhé části reformy ministra zdravotnictví Julínka, je přeměna fakultních nemocnic na nemocnice univerzitní. Vzhledem k tomu, že se tato problematika zásadně dotýká fungování univerzit a lékařských fakult, požádali jsme o rozhovor rektora Univerzity Karlovy, prof. RNDr. Václava Hampla, DrSc.

Jaký je Váš pohled na postgraduální vzdělávání lékařů v souvislosti s nově přijímanou legislativou?

Vzdělávacího procesu se týká novela zákona 95/2004. Zatímco současně platný zákon zásadním způsobem změnil postgraduální specializační vzdělávání a přinesl i řadu problémů (odstraněním dvoustupňových atestací, uvedením 83 specializačních oborů s rovnocenným postavením, neobjasněným financováním školenců i školících pracovišť a také určitými problémy s akreditacemi pracovišť), novela je posunem dopředu. Poprvé řeší financování, vyjímá taxativně vyjmenované obory ze zákona s možností jejich vhodnějšího uskupení (tj. na obory základní a obory, které se mohou uplatnit v další průpravě uchazeče), zavádí certifikované kurzy (i když by byl vhodnější termín např. certifikované specializace právě v souvislosti s plánovaným rozdělením oborů) a též umožňuje flexibilnější propojení a spolupráci akreditovaných pracovišť na různých úrovních (zejména možnost akreditace na část vzdělávacího programu). Celkově tedy se jeví tento návrh pozitivně s ohledem právě na absolventy lékařských fakult.

Česká republika se potýká s odchodem lékařů za lepším ohodnocením a lepšími pracovními podmínkami. Dotýká se tento problém i učitelů lékařských fakult?

Každá fakulta zajišťuje pregraduální výuku studentů v plném rozsahu a vedle pedagogických povinností se akademičtí pracovníci věnují i vědecko-výzkumné činnosti. Současně probíhá výuka v doktorských studijních programech, soustavně se fakulty zabývají dalším růstem svých pracovníků, tj. zajištěním habilitačních a jmenovacích řízení. Přitom musí splňovat základní kritéria stanovená pro akreditace v příslušných oborech. Na žádné z pěti lékařských fakult UK jsme nezaznamenali, že by některá z uvedených činností fakult byla ohrožena odchodem pracovníků do zahraničí.

Bude univerzita na odchod lékařů nějak reagovat, například přijímáním většího počtu studentů?

Výchova každého studenta něco stojí a studenti lékařských fakult nepatří k nejlevnějším. Prosté navýšení počtu studentů s vědomím, že pak část odejde, není samozřejmě vhodným řešením. Navíc je třeba vycházet i z možností výuky především klinických předmětů, při nichž velké skupiny mediků nejsou správné. Problém se musí řešit jinak, tedy ohodnocením lékaře, ale to není záležitostí univerzity ve vztahu k pregraduální výchově. O navyšování, tedy radikálním navyšování počtu přijímaných se neuvažuje.

V poslední době se hodně mluví o návrhu zákona o univerzitních nemocnicích a o převodu fakultních nemocnic na akciové společnosti. Děkani lékařských fakult i Vy osobně jste deklarovali, že s tímto návrhem nesouhlasíte. Proč?

Úvodem prosím odkazuji na zásadní web UK, kde jsou zveřejněny všechny zásadní dokumenty týkající se univerzitních nemocnic, viz http://iforum.cuni.cz/IFORUM-5149.html. Nemáme apriorní odpor vůči akciové společnosti jako takové. Jsme si vědomi toho, že změna je nutná, ale musí jít o změnu k lepšímu. K věcnému záměru nového zákona jsme měli hned zpočátku celou řadu při-

pomínek, šlo o téměř osm hustě popsaných stran, je těžké je všechny vyjmenovávat (mj. otázky pracovněprávních vztahů, akreditace studijních programů, financování vědy, oddlužení nemocnic atd.), ale v principu je hlavní to, že univerzita i lékařské fakulty musí garantovat obsah a kvalitu výuky a vědecké práce v oborech lékařských. A v navrhovaném uspořádání akciových společností od ministerstva zdravotnictví by jí toto nebylo umožněno, protože záměr ministerstva počítá s modelem univerzitních nemocnic jakožto akciových společností s minoritním podílem univerzit.

Připravujete vlastní návrh. Co Vás k tomuto kroku vede? V jakém stadiu je jeho tvorba? Jaké jsou hlavní principy Vašeho návrhu?

Ano, připravili jsme alternativní návrh, který je založen na univerzitních nemocnicích jakožto právnických osobách veřejného práva svého druhu („sui genesis“), které nejsou založeny za účelem podnikání. Tato forma by byla v některých aspektech srovnatelná s veřejnými vysokými školami a veřejnými výzkumnými institucemi. Strategické rozhodování a řízení by bylo v kompetenci orgánu nemocnice jmenovaném univerzitou, stát by prostřednictvím dozorčího orgánu měl silnou kontrolní roli a možnost zablokovat zásadní majetkové dispozice a přeměny univerzitní nemocnice. Účelem univerzitní nemocnice by bylo zejména poskytování zdravotní péče na základě standardně získávaného oprávnění pro nestátní zdravotnická zařízení a zabezpečování podmínek pro výuku, vědu a klinický výzkum, zajišťované ve spolupráci s příslušnou univerzitou na základě smluvně dojednaných pravidel. Univerzita, potažmo lékařské fakulty by měly zásadní slovo při rozhodování o výuce, vzdělávání, výzkumné práci v zásadě i při léčebné činností a stát by měl velmi silnou kontrolní roli a dozorčí roli v tom, že by mohl zabránit transakcím, s kterými by nesouhlasil, a podobně. Principy našeho návrhu naleznete zde: http://iforum.cuni.cz/IFORUM-5154.html.

V médiích se objevila informace, že ministerstvo zdravotnictví připravuje s řediteli fakultních nemocnic privatizační projekty podle zákona o velké privatizaci z roku 1991. Dojde tak k obejití nesouhlasu parlamentu, kde se proti převodu fakultních nemocnic na akciové společnosti vedle opozice staví i KDU-ČSL a Strana zelených. Co tomu říkáte?

Bohužel, jednostranný návrh, jakým je privatizace fakultních nemocnic se stoprocentním podílem státních akcií, je sice politickým řešením, ale nikoli řešením, které poslouží dalšímu vývoji správným směrem. Tato cesta není projevem konsenzu mezi ministerstvem a univerzitami, což může přinést jenom negativní následky. Má-li vzniknout univerzitní nemocnice, pak se na ní musejí podílet především ti, kteří její život naplňují. Stoprocentní privatizací však univerzitní nemocnice bez univerzity vzniknout nemůže.

Michal Sojka

Prof. RNDr. Václav Hampl, DrSc.

Narozen 1. července 1962 v Praze, ženatý, tři děti.
Vzdělání: Přírodovědecká fakulta UK (1985), interní aspirant na Fakultě dětského lékařství UK (1985 až 1989), kandidát věd (1990), docent (1998), doktor věd (2001), profesor (2002).
Pedagogická a odborná činnost: Postupně vědecký pracovník, odborný asistent, docent a profesor Ústavu fyziologie 2. lékařské fakulty UK, působení na lékařské fakultě Minnesotské univerzity v USA (1991 až 1996).
Funkce v akademických orgánech: člen Akademického senátu UK, předseda Akademického senátu UK, člen Akademického senátu 2. lékařské fakulty UK, v říjnu 2005 zvolen rektorem UK na léta 2006 až 2009.

Akademici nesouhlasí s chystanými změnami

Závěry z jednání Masarykovy univerzity, Univerzity Karlovy v Praze a Univerzity Palackého v Olomouci k současnému stavu přípravy transformace fakultních nemocnic konaného dne 11. března 2008 v Brně

1. Zástupci vedení univerzit projednali výsledky jednání s ministrem školství a ministrem zdravotnictví, která proběhla dne 7. března 2008. Bylo též prodiskutováno stanovisko Legislativní rady vlády, která věcný záměr zákona o univerzitních nemocnicích a univerzitních zdravotnických pracovištích doporučila, ovšem se zapracováním připomínek zpravodajů; tyto připomínky jsou přitom klíčové a zásadní.
2. Univerzity byly požádány, aby zformulovaly základní kompetence, které jsou nezbytné pro řádné zabezpečení vzdělávací a vědecké činnosti v univerzitních nemocnicích.
3. Univerzity v této souvislosti konstatují, že nutné rozhodovací kompetence se týkají zejména struktury odborných pracovišť, personální politiky, komplexního zabezpečení výuky studentů a specializačního vzdělávání lékařů, zaměření výzkumné činnosti, ale i spolurozhodování o všech zásadních majetkoprávních otázkách. Zásadní je též to, aby při definici nemocnice jako univerzitní měla rozhodující roli právě univerzita.
4. Univerzity opakovaně zdůrazňují, že zejména z důvodů zabezpečení uvedených činností, které jsou nutné pro udržení kvality přípravy budoucích lékařů a budoucnosti lékařského výzkumu v České republice, nemohou než vyjádřit nesouhlas s transformací fakultních nemocnic do podoby akciových společností s minoritním zastoupením univerzit. Univerzity nemohou akceptovat model univerzitních nemocnic (tj. nemocnic přímo spojených s jejich jménem, za něž ponesou zásadní odpovědnost), ve kterém nebudou ošetřeny rozhodovací kompetence zejména v otázkách spojených s řízením a zajištěním výše uvedených akademických funkcí.

Petr Fiala, rektor Masarykovy univerzity
Václav Hampl, rektor Univerzity Karlovy v Praze
Lubomír Dvořák, rektor Univerzity Palackého v Olomouci

Výhrady ČLK k návrhům ministra Julínka

Finance

Návrhy neřeší základní problémy českého zdravotnictví, kterými jsou chronický nedostatek finančních prostředků a nedostatek kvalifikovaných zdravotníků. Je třeba především zvýšit platby za tzv. státní pojištěnce. V současnosti tvoří příspěvek státu za těchto 57 % obyvatel, kteří čerpají 80 % zdravotní péče, pouhých 24 % příjmů pojišťoven.

Ministerstvo nepočítá s žádnými dodatečnými finančními zdroji. Složitý systém pseudokonkurence privátních zdravotních pojišťoven s vyššími režijními náklady, který má ještě prodražovat vznik Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami, naopak odčerpá z veřejného zdravotního pojištění další prostředky, které by mohly být jinak použity na úhradu zdravotní péče.

Standardy péče

Základem reformy zdravotnictví musí být stanovení standardů zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Návrhy nenabízejí žádnou smysluplnou alternativu jejich tvorby. ČLK navrhuje vytvořit legislativní rámec pro dohodovací řízení o těchto standardech mezi zdravotními pojišťovnami (hledisko ekonomické) a zástupci zdravotníků (hledisko odborné). Pokusy řešit tento odborný problém politickým rozhodnutím jsou předem odsouzeny k neúspěchu. Definování standardů zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění vytvoří prostor pro komerční připojištění a pro konkurenci pojišťoven i zdravotnických zařízení v poskytování této nadstandardní péče.

Není možné, aby z prostředků veřejného zdravotního pojištění byly hrazeny jiné než zdravotní služby, neboť prokazování, že tyto služby „podporují zdraví“, je často velmi sporné.

Skutečnost, že nadstandardní zdravotní péči nebude nutno hradit v plné výši, ale bude možnost pouze doplácet rozdíl mezi reálnou cenou služby a cenou její varianty hrazené z veřejného zdravotního pojištění, představuje největší pozitivum celého návrhu, pokud se počítá skutečně s úplným zrušením tzv. § poslankyně Fišerové.

Zdravotnická zařízení

Nemůžeme souhlasit s rušením platnosti stávajících registrací zdravotnických zařízení. Předkladatel návrhu nepochopitelně nerespektuje jeden ze základních pilířů právního státu, tedy princip respektování nabytých práv. Pokud někdo obdržel oprávnění k provozování zdravotnického zařízení (registraci dle zákona č. 160/1992 Sb. v platném znění), není ústavně konformní ho nutit k tomu, aby znovu žádal o nové oprávnění.

Certifikace poskytovatelů zdravotních služeb jako dobrovolný proces, jehož cílem má být „zviditelňování těch poskytovatelů zdravotních služeb, kteří pracují kvalitně a hospodárně…“ je naprostým nesmyslem. Splnění podmínek pro poskytování zdravotních služeb musí kontrolovat registrující úřad a kvalitu poskytovaných služeb pak příslušná profesní komora zřízená ze zákona.

Zdravotní pojišťovny

Postavení a činnost všech zdravotních pojišťoven zajišťujících veřejné zdravotní pojištění by měl skutečně upravovat jeden zákon. Podporujeme rovněž zachování plurality těchto zdravotních pojišťoven. Zákon by však měl definovat zdravotní pojišťovny jako právnické osoby sui genesis, a takto by měl respektovat specifika, která s sebou nese zajišťování tak společensky významného úkolu, jakým je financování standardní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Problémy veřejného zdravotního pojištění nelze vyřešit pouhou transformací zdravotních pojišťoven v akciové společnosti, která přináší obrovská rizika. Česká republika by neměla opakovat chyby, k nimž došlo na Slovensku. Předkladatel návrhu přiznává svoji inspiraci transformací bankovního sektoru. V této souvislosti je třeba připomenout, že právě zajištění stability bankovního sektoru v procesu privatizace stálo daňové poplatníky stovky miliard korun, které stát vydal jen proto, aby odvrátil krach těchto bank. Podobné experimenty by mohly ohrozit dostupnost zdravotní péče pro značnou část obyvatel ČR.

Je podezřelé, že ačkoli mají být existující zdravotní pojišťovny transformovány v akciové společnosti zvláštním zákonem, není tento zákon v návrzích nijak specifikován.

Právo pacientů na svobodnou volbu lékaře by mělo být podle návrhů ministerstva ještě více než dnes omezováno administrativním rozhodnutím zdravotních pojišťoven nebo státu. Požadujeme buď zavedení systému bezesmluvních vztahů mezi zdravotnickými zařízeními a pojišťovnami, nebo naopak tzv. trvalé smluvní vztahy, tedy smlouvy mezi zdravotnickými zařízeními a zdravotními pojišťovnami na dobu neurčitou. V prvním případě by pojišťovny uzavíraly pojistné smlouvy se svými klienty-pojištěnci, přičemž tito pojištěnci by svojí svobodnou volbou lékaře a zdravotnického zařízení určovali, komu bude pojišťovna povinna platit za zdravotní služby, a to v souladu s platnými právními předpisy. Ve druhém případě by smlouvy mezi zdravotnickými zařízeními a zdravotními pojišťovnami na dobu neurčitou bylo možno ukončit pouze ze zákonem stanovených důvodů, a to pro všechny soukromé lékaře, kteří mají o takový smluvní vztah zájem. Požadujeme v tomto případě rovněž uzákonění možnosti prodeje, dědění a darování zdravotnických zařízení včetně smluv se zdravotními pojišťovnami.

Míra zisku pojišťoven z provozování standardního veřejného zdravotního pojištění musí být regulována trvale, nikoli pouze po dobu pěti let. Prostředky základního fondu, které jsou určeny k zajištění dostupnosti standardní zdravotní péče na solidárním principu, nemohou být pro majitele pojišťoven zdrojem zisku. Zisk může být vytvářen pouze z prostředků zákonem limitovaného provozního fondu nebo z prostředků nadstandardního pojištění. Přebytky základního fondu musí sloužit jako rezerva pro nutnost zajistit finančně náročnější zdravotní péči či péči ve větším objemu v budoucnosti.

Vztah pojišťoven a zdravotnických zařízení

Návrhy neodůvodněně posilují pozici zdravotních pojišťoven (v budoucnu privátních) na úkor zdravotnických zařízení, zejména soukromých lékařů, ale i na úkor občanů, jejichž právo na svobodnou volbu lékaře má být omezováno ještě více než dnes.

Ministerstvo chce, aby zdravotní pojišťovny mohly zcela libovolně rozhodovat o tom, s kterým zdravotnickým zařízením smlouvu uzavřou a s kterým nikoliv.

Vzhledem k tomu, že dohodovací řízení o seznamu zdravotních výkonů bylo zrušeno s účinností od 1. 1. 2008, lze z navrhované právní úpravy dovodit úplnou smluvní volnost při tvorbě cen zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění.

Nesouhlasíme s tím, aby výši a způsob úhrady za poskytované zdravotní služby pojišťovny sjednávaly s jednotlivými zdravotnickými zařízeními individuálně.

Nesouhlasíme se zrušením dohodovacího řízení k hodnotám bodu, výši úhrad a regulačním omezením.

Návrh přináší také výrazné riziko neoprávněného nárůstu nákladů na zdravotní péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění, a to

především na péči poskytovanou ve zdravotnických zařízeních, která budou majetkově a vlastnicky propojena se zdravotními pojišťovnami.

Pojišťovny by mohly zneužívat svého dominantního postavení k neoprávněnému tlaku vůči zdravotnickým zařízení. Netransparentní rozhodování úředního zdravotních pojišťoven by nepochybně bylo živou půdou pro korupci.

Návrhy umožňující, aby vlastníci zdravotních pojišťoven mohli vlastnit zároveň i zdravotnická zařízení, jsou v Evropě naprosto nestandardní, odporují pravidlům volné hospodářské soutěže a jejich realizace by vedla k likvidaci většiny soukromých lékařů v ČR.

Dovršením nehoráznosti návrhu je pak poznámka, že poskytovatelé zdravotní péče nemohou při jednáních se zdravotními pojišťovnami porušovat pravidla zákona č. 143/2001 Sb. o ochraně hospodářské soutěže. Jinými slovy, zdravotnická zařízení včetně soukromých lékařů nemohou společně čelit tlaku ekonomicky mnohonásobně silnějších zdravotních pojišťoven, které by v rozporu s pravidly platnými v EU mohly mít společné vlastníky s některými zdravotnickými zařízeními, která by mohla být zvýhodňována.

Pokud by byl realizován záměr, že si zdravotnická zařízení mají navzájem konkurovat cenou svých služeb, vedlo by to k tlaku na snižování kvality poskytované zdravotní péče.

Administrativní stanovení maximální objednací doby na jednotlivé zdravotní služby představuje neodůvodněný zásah státu do svobodného podnikatelského prostředí. Zdravotnická zařízení, která jsou podnikatelskými subjekty, nemohou být nucena k poskytování zdravotních služeb v takovém objemu, který nedostanou zaplacený v souladu s platnými předpisy.

Dohled nad zdravotními pojišťovnami

Zřízení dalšího centrálního úřadu, Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami, by vedlo pouze k dalšímu nárůstu byrokracie. Dohled nad pojišťovnami mohou i nadále vykonávat ministerstvo zdravotnictví a ministerstvo financí. Představa, že pouhá skutečnost, že Úřad nebude podléhat přímému vlivu žádného ministerstva, zajistí jeho politickou nezávislost, je naivní, neboť předseda Úřadu by měl být jmenován prezidentem republiky na návrh vlády a rovněž by mohl být také prezidentem na návrh vlády, tedy orgánu politického, odvolán.

Universitní nemocnice - a. s.

Nesouhlasíme s tím, aby tzv. univerzitní nemocnice byly akciovými společnostmi.

Dokonce i stávající forma příspěvkové organizace je vhodnější, a to již z toho důvodu, že podle zákona č. 218/2000 Sb. musí být rozpočet příspěvkové organizace vyrovnaný s tím, že případný finanční deficit dorovnává stát svým příspěvkem. Tímto příspěvkem se tedy stát hlásí k odpovědnosti za zajištění kvalitní výuky mediků i dostupnosti superspecializované a finančně velmi náročné zdravotní péče.

ČLK podporuje vznik univerzitních nemocnic, ale v podobě právnických osob „sui generis" provozovaných v režimu non-for profit.

Návrh nelogicky omezuje v nakládání s akciemi pouze univerzitu, která by svých 34 % akcií mohla převést pouze na jinou univerzitu. Naopak stát, který má vlastnit majoritní 66 procentní podíl akcií, s nimi i díky této majoritě může nakládat libovolně. V případě finančních problémů univerzitní nemocnice - a. s. je zcela reálný převod části státních akcií na soukromého vlastníka třeba i jako kapitalizace jeho pohledávek. Univerzity by tak své dobré jméno dávaly v šanc podniku, jehož chod by nemohly efektivně ovlivňovat.

Návrh neřeší obtíže způsobené současnou dvojkolejností řízení ve fakultních nemocnicích. Tento problém je pouze přenášen na úroveň představenstva akciové společnosti a její dozorčí rady.

Nesouhlasíme s tím, aby se na zaměstnance univerzitních nemocnic nevztahovala ustanovení zákoníku práce o platu a tarifní tabulky.

Česká lékařská komora – profesní samospráva

Ministr zdravotnictví ve svých návrzích zcela ignoruje existenci České lékařské komory – **profesní lékařské samosprávy.** Zákon by měl jednoznačně stanovit, že stížnosti na odbornost a etiku výkonu povolání lékaře, stomatologa a farmaceuta řeší profesní komora zřízená zákonem; **ostatní stížnosti by pak měl řešit orgán k tomu kompetentní, avšak v žádném případě ne ten, kdo je současně v postavení vlastníka zdravotnického zařízení. Takové řešení stížností by bylo absurdní.**

Personální vybavení zdravotnického zařízení poskytujícího lékařské, stomatologické a farmaceutické služby by měla vždy posuzovat a kontrolovat profesní komora zřízená zákonem, nikoli kraj, který je často ve dvojjediném postavení vlastníka a „kontrolora", jež lze považovat za konflikt zájmů (kvalifikovanější pracovní síly jsou dražší…).

Registr lékařů musí i nadále vést příslušná profesní komora, **nikoli ministerstvo zdravotnictví.**

Milan Kubek

Také Zelení mají výhrady k Julínkově reformě

Republiková rada SZ doporučuje vypracování zákona o neziskových organizacích, který by institucionálně zakotvil neziskové formy zdravotnických zařízení. Republiková rada SZ podporuje vypracování standardů péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Republiková rada SZ bere na vědomí připomínky odborné sekce pro sociální a zdravotní politiku Strany zelených k sedmi předloženým zákonům Republiková rada SZ odmítá předložené věcné záměry zákonů: - o veřejném zdravotním pojištění, - o zdravotních pojišťovnách, - o univerzitních nemocnicích a univerzitních pracovištích, a pověřuje Předsednictvo SZ a doporučuje poslancům SZ, aby podporovali jejich přepracování.

Republiková rada SZ odmítá privatizaci organizací řízených Ministerstvem zdravotnictví ČR a pověřuje Předsednictvo SZ a doporučuje poslancům SZ, aby bránili pokusům o ni. Republiková rada SZ bere na vědomí informace o přípravách Ministerstva zdravotnictví ČR na transformaci jím řízených nemocnic a ústavů a jejich následné privatizaci. Republiková rada SZ odmítá transformaci organizací řízených Ministerstvem zdravotnictví ČR do akciových společností. Republiková rada SZ konstatuje, že regulační poplatky způsobují neúměrnou finanční zátěž pro chronicky nemocné seniory a klienty zařízení sociální péče a že jsou eticky nepřijatelné u dětí. Odborná sekce, Poslanecký klub SZ, Předsednictvo SZ a Republiková rada SZ se budou zabývat vyhodnocováním dopadů poplatků ve zdravotnictví na jednotlivé skupiny obyvatel a eventuálními návrhy na jejich změnu. Roztřídění skupin obyvatel osvobozených od regulačních poplatků je třeba navázat na systémovou změnu – poplatek jako příjem zdravotní pojišťovny. Republiková rada SZ pověřuje Předsednictvo SZ a žádá poslance a členy vlády za SZ, aby podporovali neodkladné přepracování systému regulačních poplatků u lékařů pro děti a seniory.

Usnesení Republikové rady Strany zelených z 24. 2. 2008

Proč platíme za předražené léky?

Proč zdravotní pojišťovny jen za dva měsíce zaplatily za léky o 100 milionů korun více, než bylo nutno?

Hospodářské noviny před nedávnem s odvoláním na údaje společnosti IMS přinesly zprávu, že se prodej léků v České republice v roce 2007 zvýšil oproti roku 2006 o 11,4%. Tento údaj sice nevyjadřuje přímo částku hrazenou z veřejného zdravotního pojištění, avšak se značnou pravděpodobností lze očekávat, že i nárůst těchto výdajů se pohyboval mezi 10 a 13%, tedy opět vysoko nad průměrem zemí EU. Je rovněž nutno zmínit, že podíl výdajů za léky na celkových nákladech zdravotnictví (cca 28%) je ve srovnání se zeměmi OECD v ČR mimořádně vysoký a přispívá tudíž k finanční nestabilitě celého resortu.

V této souvislosti je dále vhodné připomenout, že **ministerstvo zdravotnictví nesplnilo svůj cíl**, který deklaroval na podzim 2006 v oblasti výdajů za léky náměstek MUDr. Hroboň: „Pokud se týče finanční stability systému v roce 2007, pan ministr očekává, že meziroční **nárůst nákladů na léčiva hrazená z veřejného zdravotního pojištění nepřesáhne tři procenta.**“

Nárůst výdajů za léky se výrazně zrychlil koncem roku 2007. Byl tedy logicky přičítán na vrub psychóze, která vypukla mezi pacienty, kteří se v souvislosti s očekáváním regulačních poplatků snažili léky předzásobit. Údaje o prodeji léků za leden 2008 sice skutečně oproti prosinci 2007 evidují pokles počtu prodaných balení léčiv, ale ve finančním vyjádření došlo znovu k dalšímu nárůstu nákladů, a to přibližně o 2,5%.

Lze předpokládat, že k celkovému nárůstu dochází především u velmi drahých léků. Tuto skutečnost by bylo možno chápat pozitivně v případě, že k nárůstu spotřeby dochází ne u „léků moderních“, ale u léků skutečně účinných a nákladově efektivních.

Je však zcela **nepochopitelné, že v době kdy ministerstvo deklaruje snahu o dosažení finanční stability zdravotnictví, k čemuž jsou zaváděny nejrůznější tzv. regulační poplatky, za řadu zahraničních léků platí české zdravotnictví vyšší ceny, než je nutné.**

Příčinou tohoto plýtvání je skutečnost, že stále zůstávají v platnosti úhrady (a tím odvozeně i ceny) léků dle vyhlášky ministra zdravotnictví, která platí od 1. dubna 2007. Tato vyhláška byla připravovaná na přelomu let 2006 a 2007 a jak vyplývá ze zápisů tehdejší kategorizační komise, u řady léků **vycházela z cen** ve Španělsku, Francii a několika dalších zemích, a to jejich **přepočtem z měny euro na korunu tehdy platným kurzem kolem 1:28,30**. Obecně platí, že ceny léků vyjádřené v měně euro se v Evropě nezvyšují. **Vzhledem k tomu, že euro v současnosti stojí pouhých cca 25 korun, je neomluvitelné, když zdravotní pojišťovny a ministerstvo zdravotnictví tuto minimálně 11% změnu kurzu koruny vůči euru trestuhodně přehlížejí!**

Z novely zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění § 39c jednoznačně vyplývá, že **naše zdravotnictví z veřejných prostředků nemá za lék platit více, než platí jiná země**. Ministr zdravotnictví prosadil s účinností k 1. ledna 2008 zásadní změny ve stanovování maximálních cen a výše úhrad léků z veřejného zdravotního pojištění. Třebaže tyto změny ovlivní náklady na léky dosahující cca 60 miliard korun, z čehož více než 40 miliard je hrazeno z veřejných prostředků, zůstává tato významná změna v mediálním stínu poplatků za návštěvu lékaře.

Nezbytnost novelizace zákona č.48/1997 Sb. vyplynula z nesouladu naší legislativy se směrnicí rady EHS 89/105, hovorově nazývanou „transparentní směrnice EU“. Tato směrnice byla připravována před více než 20 lety a poplatností době svého vzniku hájí více zájmy farmaceutického průmyslu než zájmy institucí zodpovědných za finanční stabilitu zdravotnictví. Stále však platí, a je tedy nutno se jí řídit. Přizpůsobení této směrnici se však dalo provést dílčími úpravami dosavadního systému, který dlouhodobě zajišťoval přijatelný nárůst nákladů na léky, nikoli jeho zbouráním. Bohužel, pod silným tlakem mocných zájmových skupin a konkrétně na základě podání skupiny senátorů, mezi nimiž byl i současný ministr Tomáš Julínek, se do této záležitosti vložil ústavní soud, který svým nálezem z ledna 2007 označil dosavadní způsob stanovování úhrad léků z veřejného zdravotního pojištění (vyhláškou, která byla výsledkem doporučení tzv. kategorizační komise) za odporující ústavě a jako cestu řešení naznačil systém správního řízení.

Ministerstvo zdravotnictví systém správního řízení do novely zákona včlenilo a jako správní orgán určilo Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL). V této souvislosti je nutno uvést, že dotyčná novela zákona, přes svůj značný význam, neprošla standardním projednáváním parlamentem, nýbrž na poslední chvíli byla přičleněna k tzv. „reformnímu balíku“ vlády (zákon č. 261/2007 Sb. o stabilizaci veřejných rozpočtů) a spolu s ním byla bez diskuse schválena.

Koncentrace všech pravomocí v lékové oblasti (registrace, stanovení cen a stanovení úhrad z veřejného zdravotního pojištění) v rukou jediné instituce je v Evropě krajně neobvyklá. Na rozdíl od řady jiných zemí, náš nový systém asi nepočítá s existencí poradních orgánů. Až dosud měla odborná veřejnost možnost se významně podílet na přípravě rozhodnutí ministerstva, neboť v jeho poradním orgánu (kategorizační komisi) byli lékaři zastoupeni jak odbornými společnostmi ČLS JEP, tak lékařskou komorou. Bude zajímavé sledovat, jak se nový tým pracovníků SÚKLu vypořádá s již zmíněným tlakem zájmových skupin, jemuž je tato činnost zcela logicky vystavena. Znění zákona ponechává SÚKLu nesmírnou volnost v rozhodování. První dva měsíce letošního roku vyvolávají vážné obavy, že systém nebude fungovat dobře.

Účastníky správního řízení jsou pouze výrobci a zdravotní pojišťovny. Již v tomto okamžiku lze konstatovat, že zdravotní pojišťovny patrně nebudou nezbytnou protiváhou zkušeným týmům výrobců, podporovaných renomovanými právními a specializovanými konzultačními firmami. **Z úřední desky SÚKLu je totiž patrno, že do konce února žádná ze zdravotních pojišťoven nepodala ani jediný návrh na snížení úhrady léku, který by směřoval k úsporám veřejných prostředků. Posilující kurz koruny jim přitom dává do ruky pádné argumenty. Zarážející je to zejména u VZP, v čele jejíž správní rady stojí první náměstek ministra zdravotnictví bc. Marek Šnajdr**. Je přitom všeobecně známo, že VZP již řadu let má obsáhlou databázi cen z řady zemí a musí tudíž rozpor mezi zákonem a skutečností znát.

Střízlivě odhadujeme, že léky, u nichž v současnosti zdravotnictví platí vyšší úhrady než odpovídá platnému zákonu, představují v ročních nákladech více než 5 miliard korun. Pouhý cca 11procentní dopad posílení koruny představuje tudíž možnou roční úsporu více než půl miliardy korun. **Jen dosavadní dva měsíce pasivity zdravotních pojišťoven a ministerstva zdravotnictví stály systém veřejného zdravotního pojištění cca 100 milionů Kč!**

Proč systém vytvořený ministerstvem zdravotnictví selhává? Je to pouze projev neschopnosti? Jak dlouho ještě bude ministerstvo zdravotnictví tolerovat takové plýtvání?

Milan Kubek, prezident ČLK

NIHIL NOCERE

FARMAKOTERAPEUTICKÉ INFORMACE

Měsíčník pro lékaře a farmaceuty

3

2008

Obsah

Očkování, imunizace a antimalarická profylaxe při cestách do zahraničí - dokončení 1
Arteriální prehypretenze – užitečný pojem pro farmaceutický průmysl, nepoužitelný pro pacienty 2
Aprotinin (Gordox inj.) – pozastavení registrace a možnost mimořádných dodávek 4

OČKOVÁNÍ, IMUNIZACE A ANTIMALARICKÁ PROFYLAXE PŘI CESTÁCH DO ZAHRANIČÍ

Dokončení z č. 1/2008

Oprava k předchozí části (FI č.1/2008):
V tabulce 3 na str. 3 je chybně uvedena aplikace u přípravku Dukoral. Správná aplikace je 2 p. o. dávky, odstup 1 týden - 6 týdnů. Omlouváme se.

Antimalarická profylaxe

Od roku 1989 se výrazně zvýšil počet turistů, kteří z exotických cest importují malárii. Udává se, že výskyt malárie je na jeden měsíc pobytu u dvou až šesti procent cestovatelů nedodržujících profylaxi. Malárii způsobují čtyři druhy prvoků – plasmodií.
Prvoky rodu Plasmodium přenášejí pouze samičky komárů rodu Anopheles. Je známo asi 400 druhů anofelů, z nichž ale jen 76 druhů nemoc přenáší. Malárie se vyskytuje především v tropech, v malé míře i v subtropech. Onemocnění začíná horečkou, třesavkou, bolestmi hlavy a končetin s následným silným pocením. Může se projevit až po návratu z cest domů. Proto každý, kdo má horečku a pobýval v malarické oblasti, by se měl nechat vyšetřit, protože neléčená či špatně léčená tropická malárie může končit smrtí. K nákaze stačí i několikahodinový tranzit malarickou oblastí. V okolí letišť se může člověk nakazit takzvanou letištní malárií, která tam bývá zavlečena komáry v letadlech nebo v zavazadlech.
Příznaky tropické malárie (tropika), která je ze čtyř typů malárií nejzávažnější, se dostavují za 7-12 dní po poštípání malarickým komárem. Horečka se opakuje po 48 hodinách. Špatně léčené či pozdě léčené onemocnění může skončit těžkými komplikacemi či smrtí. Ostatní druhy plasmodií vyvolávají onemocnění zpravidla bez komplikací a úmrtí, protože parazitémie většinou nepřekročí jedno procento napadených erytrocytů. Méně závažná je malárie třídenní benigní (terciana), kdy se horečka objevuje po 48 hodinách, či čtyřdenní malárie (kvartána). Malárie je nebezpečná zejména pro těhotné ženy a děti.
Očkování proti malárii prozatím neexistuje, ovšem doporučuje se užívat léky, tzv. antimalarika, před, během a po skončení cesty do malarické oblasti. Užívají se minimálně týden před vstupem do malarické oblasti v případě, že se užívají jednou týdně. Léky užívané každý den pak stačí brát dva dny před vstupem do malarické oblasti. Druhy antimalarik je nutné vybírat podle oblastí, kam se cestuje a podle typu rezistence plasmodií. Pro chemoprofylaxi malárie se užívají léky uvedené v tabulce č. 4. Chemoprofylaxe se doporučuje v závislos-

Tab. 4. Dostupné léky používané k profylaxi malárie

Léčivá látka/ léčivý přípravek	Dávka		Zahájení a ukončení profylaxe	
	dospělí	děti	před vstupem do malarické oblasti	po odjezdu z malarické oblasti
Chlorochin/ DELAGIL, tbl.	300 mg baze 1x týdně (osoby s tělesnou hmotností >70 kg 450 mg)	5 mg/kg 1x týdně (od 8. týdne života)	1 týden	4 týdny
Meflochin/ LARIAM, por.tbl.nob. MEPHAQUIN, por.tbl. flm.	250 mg baze 1x týdně	5 mg/kg 1x týdně dětem starším 3 měs. a s těl. hmotností > 5 kg	1 – 3 týdny	4 týdny
Doxycyklin/ DEOXYMYKOIN, tbl.	100 mg denně (po jídle, zapít, 30 min. vzpřímená poloha těla)	1,5 mg/kg denně dětem od 8 let	1 – 2 dny	4 týdny
Atovachon+proguanil/ MALARONE, tbl.obd.	250 mg+100 mg denně	¼ až ¾ tablety denně dětem s těl. hmotností 11 – 40 kg	1 – 2 dny	7 dnů

ti na míře rizika nákazy malárií. Výdej antimalarik je vázán na lékařský předpis a jejich použití k profylaxi zdravotní pojišťovny nehradí. Kromě používání antimalarik je možné snížit riziko infekce expoziční profylaxí. Expoziční profylaxe se doporučuje cestovatelům do malarické oblasti vždy a chrání je i proti ostatním nákazám přenášeným komáry.
Pokud v místě pobytu nebude dostupná lékařská péče, měl by mít cestovatel s sebou antimalarikum pro tzv. pohotovostní léčbu. Lék užije tehdy, má-li vážné podezření, že onemocněl malárií, a to ihned. Například LARIAM 3-2-1 tbl. po 8 hodinách nebo MALARONE 4 tbl. denně tři dny po sobě. Jen s pohotovostní léčbou, tedy bez chemoprofylaxe, lze vystačit v oblastech, kde riziko nákazy je velmi malé a nebo u dlouhodobých pobytů, kde by cestovatel musel užívat antimalarika řadu měsíců.

Doporučená literatura

Connor BA. Hepatitis A vaccine in the last-minute traveler. Am J Med 2005 Oct; 118 Suppl 10A: 58S-62S.
Keystone JS. Travel-related hepatitis B: risk factors and prevention using an accelerated vaccination schedule. Am J Med 2005 Oct; 118 Suppl 10A: 63S-68S.
Meslin FX. Rabies as a traveler‘s risk, especially in high-endemicity areas. J Travel Med 2005 Apr; 12 Suppl 1: S30-40.
Rendi-Wagner P, Hoeller K, Kollaritsch H; Osterreichische Expertengruppe fur Reisemedizin. [Immunization recommendations for travel in the Mediterranean area] Wien Klin Wochenschr 2004 Oct 30; 116(19-20): 652-60.
Steffen R, Connor BA. Vaccines in travel health: from risk assessment to priorities. J Travel Med 2005 Jan-Feb; 12(1): 26-35.
Walden J. Travel immunizations: benefits and precautions.Am Fam Physician 2005 June 15; 71(12): 2254.
Rendi-Wagner P, Zent O, Jilg W: Persistence of antibodies after vaccination against tick-borne encephalitis. In: International Journal of Medical Microbiology//2.667, roč. 296, č. S1, 2006: 202-207.
Beran J, Vaništa J. Cestovní lékařství v ordinaci praktického lékaře pro dospělé. Praktický lékař, 86 (6), 2006: 320-327.
Beran J. Úvod do cestovního lékařství. Postgraduální medicína, 7, (2), 2005: 177-179.
Beran J, Vaništa J. Základy cestovního lékařství, Galén, Praha, 2006, 281 s.

ARTERIÁLNÍ PREHYPRETENZE – UŽITEČNÝ POJEM PRO FARMACEUTICKÝ PRŮMYSL, NEPOUŽITELNÝ PRO PACIENTY

Přeloženo a upraveno dle Prescrire Editorial Staff: Arterial „prehypertension“, A useful concept for drug companies, useless for patients, Prescrire International 2007; 16(88): 73-75.

Zvýšený krevní tlak je nezávislý a progresivní rizikový faktor vzniku kardiovaskulárního onemocnění. Riziko začíná narůstat nad hranicí 115/75 mmHg, neexistuje však přesně definovaná hodnota krevního tlaku jednoznačně oddělující lidi se zvýšeným rizikem kardiovaskulárního onemocnění a ty s rizikem zřetelně nižším[1]/.
Hraniční hodnoty používané k definici „normálního krevního tlaku se liší podle toho, zda je cílem popsat populaci, odhadnout riziko vzniku kardiovaskulárního onemocnění nebo rozhodnout o terapeutické intervenci. Epidemiologická data obvykle popisují populaci nebo odhadují riziko. Naopak výsledky klinických hodnocení jsou nezbytné pro stanovení a posouzení významu terapeutické intervence[2]/.

Historický vývoj
V průběhu posledních několika desetiletí měly hraniční hodnoty „normálního“ krevního tlaku spíše tendenci klesat. Například hraniční hodnota pro diastolický tlak klesla koncem let devadesátých ze 130 mmHg považovaných za normální v šedesátých letech 20. století[1,2]/ k dosud používané hodnotě 95 mmHg.
V roce 1999 pracovní skupina svolaná Světovou zdravotnickou organizací a Mezinárodní společností pro hypertenzi (WHO – ISH) navrhla upravit definici hypertenze a cíle léčby. Způsob, jakým byly tyto návrhy vypracovány byl kritizován, a to především kvůli úzkému vztahu skupiny ke společnostem obchodujícím s antihypertenzivními léčivými přípravky[1,3]/.
Tato pracovní skupina definovala hypertenzi u dospělých jako krevní tlak vyšší než 140/90 mmHg, ačkoli dříve uznávaná hraniční hodnota byla 160/95 mmHg[3]/. Nová definice byla založena na epidemiologických datech. Snížení hraniční hodnoty vedlo k obrovskému nárůstu lidí označených jako „hypertenzní“[4]/. Význam definice hypertenze v péči o pacienty však nebyl potvrzen v randomizovaných klinických hodnoceních u lidí s krevním tlakem mezi 140/90 a 160/95 mmHg[1]/.

Statistická kritéria: čistě deskriptivní
Krevní tlak je kontinuálně kvantitativně spojitá proměnná. Výsledky měření této veličiny u dostatečně velkého počtu jedinců obvykle vykazují Gaussovo rozložení[2]/. Dle konvence jsou za statisticky „normální“ považovány hodnoty, které byly naměřeny u 95 % jedinců z velkého reprezentativního vzorku obvyklé populace. Tak se statisticky normální diastolický tlak pohybuje mezi 55 mmHg a 130 mmHg, se střední hodnotou od 80 do 85 mmHg[2]/. Statistická kritéria mohou být například užitečná pro porovnání tlaku u dvou různých populací, neposkytují však dostatečný podklad pro rozhodnutí týkající se zahájení farmakoterapie u jednotlivého pacienta v klinické praxi.

Epidemiologická kritéria: úroveň rizika
Zvýšení krevního tlaku je progresivní indikátor kardiovaskulárního rizika. Riziko kardiovaskulárního onemocnění roste s krevním tlakem zvyšujícím se nad hranici 115/75 mmHg[1,5,6]/.
Lze tedy předpokládat, že zahájení antihypertenzní terapie nad touto hranicí bude znamenat přínos pro pacienta. Statistická korelace přesto nepřináší dostatečnou informaci o konečné hranici, nad kterou je poměr přínosů a rizik terapeutické intervence pozitivní.

Intervenční kritéria: nejvíce relevantní pro praxi
Randomizovaná kontrolovaná klinická hodnocení jsou navrhována tak, aby bylo možné odlišit podmínky, za kterých je terapeutická intervence přínosná a má přijatelné nežádoucí účinky. V oblasti hypertenze bylo v randomizovaných kontrolovaných klinických hodnoceních prokázáno, že některá antihypertenzi-

va předcházejí morbiditě a mortalitě od hraniční hodnoty krevního tlaku 160/95 mmHg u pacientů bez diabetu nebo komplikací a 140/80 mmHg u pacientů s diabetem nebo mozkovou mrtvicí v anamnéze[1]/. Tyto hraniční hodnoty jsou založeny na spolehlivých datech a intervence u pacientů nad těmito hodnotami proto znamená prokázaný přínos pro léčené.

Pojem „prehypertenze“

Na začátku 21. století některé odborné časopisy, kliničtí specialisté a společnosti obchodující s antihypertenzivy vytvořily pojem „prehypertenze“. Jako „prehypertenze“ byl označen systolický tlak mezi 120 a 139 mmHg a diastolický tlak mezi 80 a 89 mmHg[6,7,8]/. Někteří tvrdí, že „prehypertenze“ předchází arteriální hypertenzi a kardiovaskulární příhodě[6,7]/.

Pomáhá však tento přístup při péči o pacienta? Jinými slovy: přispívá ke snížení výskytu kardiovaskulárních onemocnění? Jsou k dispozici klinická data o poměru přínosů a rizik terapie zahajované při tak nízkých hodnotách krevního tlaku? Těmito otázkami se zabývá následující text.

Arteriální hypertenze a kardiovaskulární riziko: nic nového

K propagaci pojetí arteriální „prehypertenze“ byly použity výsledky kohortové studie a klinického hodnocení zveřejněných v roce 2006.

Jen další kohortová studie. Kohortová studie provedená v USA s průměrnou dobou sledování (follow-up) 12 let zahrnovala 8 960 pacientů ve věku od 45 do 64 let bez příznaků srdečního onemocnění a se základním krevním tlakem nepřesahujícím 140/90 mmHg[7]/. U 20 % pacientů nebyl follow-up dodržen .

Na konci sledovaného období byla incidence kardiovaskulárního onemocnění (srdečního koronárního onemocnění nebo mozkové mrtvice) 7 % u pacientů s výchozím krevním tlakem nižším než 120/80 mmHg, 11 % u pacientů s krevním tlakem mezi 120/80 mmHg a 130/85 mmHg a 12 % u tlaku mezi 130/85 mmHg a 140/90 mmHg (statisticky významný rozdíl proti skupině s nejnižším krevním tlakem)[7]/. Tento rozdíl byl však částečně vysvětlitelný vyšším podílem diabetických pacientů ve skupině s nejvyšším krevním tlakem.

Studie tak pouze potvrdila již známou souvislost mezi výskytem kardiovaskulárních onemocnění a krevním tlakem vyšším než 115/75 mmHg.

Nepřesvědčivé klinické hodnocení. Další klinické hodnocení zabývající se prehypertenzivními pacienty bylo dvojitě slepé randomizované placebem kontrolované klinické hodnocení (The Trophy Study) sponzorované společností AstraZeneca[8]/. Toto klinické hodnocení zkoumalo vliv kandesartanu na rozvoj arteriální hypertenze u 772 takzvaných prehypertenzivních pacientů.

Pro účely tohoto klinického hodnocení byla prehypertenze definována jako systolický krevní tlak mezi 130 mmHg a 139 mmHg a diastolický krevní tlak mezi 85 mmHg a 89 mmHg; hypertenze byla definována jako krevní tlak 140/90 mmHg a více (průměr ze tří měření).

Pacienti byli dva roky léčeni kandesartanem 16 mg denně nebo užívali placebo a pak byli převedeni na placebo na další dva roky.

Po skončení klinického hodnocení mělo 53 % pacientů z kandesartenové skupiny a 63 % pacientů ze skupiny placebové krevní tlak vyšší než 140/90 mmHg a byli tak považováni za hypertonické ($p < 0,007$). Na tomto podkladě byl rozdíl mezi oběma skupinami 26,8 % na konci porovnávání kandesartan – placebo. Tento rozdíl postupně klesal po vysazení kandesartanu až na 9,8 % o dva roky později. Výsledek po čtyřech letech nebyl uveden. Incidence kardiovaskulárních onemocnění po 4 letech follow-upu nebyla uvedena[8]/. V podílu pacientů, jejichž krevní tlak vzrostl nejméně na 160/100 mmHg, nebyl mezi oběma skupinami statisticky významný rozdíl (4,4 % v každé skupině)[8]/.

Chybějící data. Na konci terapie kandesartanem nebyl signifikantní rozdíl ve výskytu „závažných“ nežádoucích příhod (5 %), ve zveřejněné zprávě však nebylo specifikováno jakou část příhod tvořily známé nežádoucí příhody související s kandesartanem. Nebyly uvedeny žádné informace o ostatních nežádoucích příhodách. Kolem 14 % pacientů ze studie odstoupilo, bez rozdílu v obou skupinách. Důvod nebyl uveden.

Souhrnem: měřené parametry, velikost sledované populace a doba sledování u tohoto klinického hodnocení byla nedostatečná k poskytnutí relevantních informací o roli kandesartanu v prevenci kardiovaskulárních příhod u pacientů s mírně zvýšeným krevním tlakem nebo o jeho nežádoucích účincích při dlouhodobém používání u pacientů s normálním krevním tlakem.

Pro praxi si dosud stanovené hraniční hodnoty pro arteriální hypertenzi stále zachovávají svůj význam.

Závěr

Postupné a umělé snižování hraničních hodnot definujících „normální“ krevní tlak, bez prokázaného klinického přínosu zahájení intervence při nově definovaných hraničních hodnotách jednoduše zvyšuje počet lidí, kteří jsou považováni za pacienty se „zdravotním problémem“ nebo pokládáni „za rizikové“. Zdá se, že jedinými, kdo mají z takového pojetí prospěch, jsou farmaceutické firmy. Jinak zdraví lidé jsou vystaveni jednak nepříznivému dopadu označení za rizikové, jednak zbytečné farmakoterapii.

Při diskuzi o arteriální hypertenzi je nutné zachovat chladnou hlavu. I když je podle epidemiologických dat určitá hraniční hodnota krevního tlaku spojena se zvýšeným rizikem vzniku kardiovaskulární příhody, neznamená to, že terapeutická intervence nad touto hodnotou bude mít pro pacienta pozitivní poměr přínosů a rizik. Vždy je nezbytné provést dobře navržené klinické hodnocení schopné odlišit skutečné přínosy a rizika terapie.

Za prokázané hraniční hodnoty krevního tlaku, u kterých má farmakologická intervence pozitivní poměr mezi riziky a přínosy, je v současnosti možno považovat hodnoty 160/95 mmHg u pacientů bez diabetu nebo komplikací hypertenze a 140/80 mmHg u pacientů s diabetem a mozkovou mrtvicí v anamnéze. Za těchto okolností je možné očekávat snížení počtu kardiovaskulárních příhod o 2-10 na 1 000 pacientů léčených 2 až 6 let[1]/.

Literatura

1. Prescrire Editorial Staff. Adult hypertension: reducting cardiovascular morbidity and moratality, Prescrire Int 2005; 14 (75): 25-33.
2. Prescrire Redaction. Le „normal“ en médicine: des concepts aux decision en pratique, Rev Prescrire 2005; 25 (260): 305-308.
3. Prescrire Editorial Staff. Blood pressure targets and 2003 WHO/ISH guidelines, Prescrire Int 2005; 14 (78) 456 – 457.
4. Swartz LM and Woloshin S. Changing disease definition: implication for disease prevalence. Analysis of the third national health and nutrition examination survey, 1988-1994, Eff Clin Pract 1999; 2 (2): 76-85.
5. Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-ana-

lysis of individual data for million adults in 61 prospective studies, Lancet 2002; 360: 1903-1913.
6. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection and Treatment of Hight Blood Pressure, National Institutes of Health Publication no. 04-5230, 2004, 104 stran.
7. Kshirsagar AV et al. Blood pressure usually considered normal is associated with an elevation risk of cardiovascular disease, Am J Med 2006, 119: 133-141.
8. Julius S et al. Feasibility of treating prehypertension with an angiotensin-receptor blocker, N Engl J Med 2006; 354: 1685-1697 + letters N Engl J Med 2006; 355: 416-418.

APROTININ (GORDOX INJ.) – POZASTAVENÍ REGISTRACE A MOŽNOST MIMOŘÁDNÝCH DODÁVEK

Státní ústav pro kontrolu léčiv upozorňuje lékaře, že v současné době lze používat aprotinin pouze u mimořádně rizikových pacientů a v indikacích, kdy lékař s plnou odpovědností vyhodnotí očekávaný přínos podání aprotininu jako převyšující nad současnými známými riziky. Toto platí do doby než budou známy konečné výsledky studie BART (viz níže), na jejichž základě bude možné přehodnotit přínos a rizika aprotininu.

Evropská léková agentura (EMEA) doporučila v listopadu 2007 pozastavení registrace léčivých přípravků s obsahem aprotininu k celkovému podání. Aprotinin je inhibitor sérových proteáz s mohutnými antifibrinolytickými účinky. Má navíc i určité antikoagulační a protidestičkové účinky a také protizánětlivé účinky. Jeho hlavní indikací je preventivní podání pacientům s vysokým rizikem krvácení při velkých kardiochirurgických výkonech. Jsou známy i různé off-label indikace, např. u pacientů při transplantaci jater. Mezi nejzávažnější známé nežádoucí účinky aprotininu patří poškození ledvin a alergické reakce včetně anafylaktického šoku. V poslední době se objevilo několik studií, které zjistily zvýšenou úmrtnost u pacientů, kteří dostávali aprotinin při kardiochirurgických výkonech oproti pacientům, kteří dostávali komparátory. Tyto studie však nebyly randomizované, a tedy mohly být zatížené možným zkreslením výsledků. Naopak metaanalýza 138 studií srovnávajících účinnost a bezpečnost aprotininu s kyselinou tranexamovou, aminokaproovou a placebem (Brown et al, publikováno v Circulation 2007), nezjistila rozdíly mezi jednotlivými antifibrinolytiky v riziku mortality, iktů, infarktu myokardu a renálního selhání. Pouze vysoce dávkovaný aprotinin byl spojen se statisticky významným zvýšením rizika renální dysfunkce.

Nedávné rozhodnutí EMEA o pozastavení registrace přípravků s aprotininem bylo založeno na předběžných výsledcích probíhající randomizované kanadské studie BART, které zjistily hraniční, statisticky významné zvýšení úmrtí ze všech příčin do 30. dne po operaci ve skupině léčené aprotininem oproti pacientům, kteří dostávali komparátory (kyselinu tranexamovou a aminokaproovou). Další, finální přehodnocení poměru přínosů a rizika léčby aprotininem by mělo proběhnout v EMEA po zveřejnění závěrečných výsledků studie BART, které by měly být dostupné za několik měsíců. V současné době při nedoporučení používat aprotinin však neexistuje adekvátní léčebná náhrada. Ve výše uvedených studiích se jako komparátory používají kyselina tranexamová a epsilon-aminokaproová. Obě tyto látky jsou syntetické analogy lysinu, na rozdíl od aprotininu mají pouze antifibrinolytický účinek a dle většiny studií je jejich vliv na snížení krvácení nižší. V České republice je registrován pouze léčivý přípravek Exacyl (kyselina tranexamová), který však nemá schválenou indikaci pro kardiochirurgické výkony.

Po konzultaci s externími experty bylo dohodnuto, že aprotinin je v určitých případech považován za nezbytný a nezastupitelný, a proto by jeho dostupnost měla být zachována pro obzvláště rizikové pacienty. Jako pacienti se zvýšeným rizikem krvácení byli identifikováni pacienti při kardiochirurgických výkonech v mimotělním oběhu – zejména při reoperacích, kombinovaných výkonech s dlouhou dobou mimotělního oběhu (vícečetné náhrady či plastiky chlopní ještě s případnými bypassy), operacích dissekce hrudní aorty prováděné v hluboké hypotermii se zástavou oběhu a akutní operace u pacientů, u nichž není před operací vysazena potentní protidestičková terapie. Mezi operace s velmi vysokým rizikem krvácení patří také transplantace, zejména jater, srdce a plic. Náhrada aprotininu kyselinou tranexamovou není adekvátní pro její nižší účinnost.

Odborní lékaři, kteří ve specifických případech zhodnotí očekávaný přínos léčby aprotininem vyšší než možné riziko pro konkrétního pacienta, mají možnost objednat mimořádnou dodávku léčivého přípravku Gordox inj. prostřednictvím držitele rozhodnutí o registraci, společnosti Gedeon Richter.

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 poštovného (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 redaktoři: MUDr. Jana Mladá, MUDr. Martina Kotulková
Výkonný redaktor: RNDr. Blanka Pospíšilová, CSc.
Redakční rada: Doc. MUDr. Š. Alušík, CSc., IPVZ; PharmDr. M. Beneš, SÚKL; Doc. MUDr. J. Fanta, DrSc., 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

Adresu svého trvalého bydliště lékař na razítku uvádět nemusí

Vyhláška 54/2008 Sb. je v rozporu se zákonem

Dne 25. 2. 2008 nabyla účinnosti vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 54/2008 Sb., která mimo jiné stanoví náležitosti lékařských receptů. Podle § 6 odstavec 1 písmeno g) bod 1 této vyhlášky má lékařský recept na léčivý přípravek vystavený soukromým lékařem, který provozuje nestátní zdravotnické zařízení jako fyzická osoba, mimo jiné obsahovat otisk razítka obsahující jméno, příjmení **a adresu trvalého pobytu, případně místo pobytu na území ČR, jde-li o cizince, včetně telefonního čísla.** Obdobné údaje jsou požadovány i v § 12 odstavec 1 písmeno f) předmětné vyhlášky.

Jde o zcela bezprecedentní zásah do soukromí lékařů a do práva na ochranu jejich osobních údajů, který je zcela nepochybně v rozporu s článkem 10 odstavec 3 Listiny základních práv a svobod a velmi pravděpodobně též v rozporu se zákonem č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů a Směrnicí Evropského parlamentu a Rady 95/46/ES ze dne 24. 10. 1995.

V této souvislosti jsem se okamžitě obrátil na ministra zdravotnictví s žádostí o neprodlenou novelizaci předmětné vyhlášky a vypuštění chráněných osobních údajů z povinných náležitostí lékařského receptu na léčivé přípravky, dále jsem dal podnět předsedovi Legislativní rady vlády a předsedovi Úřadu pro ochranu osobních údajů, aby se touto záležitostí zabývali.

Protože podzákonný právní předpis zasahuje do práv chráněných právními předpisy vyšší právní síly a je s nimi v rozporu, doporučuji vám, abyste pokud si nepřejete uvádět do razítka na recept údaj o svém trvalém bydlišti, místě pobytu a soukromém telefonním čísle, tyto údaje neuváděli.

K platnosti receptu na léčivý přípravek musí stačit ostatní údaje, zejména místo poskytování zdravotní péče – sídlo vašeho zdravotnického zařízení.

Česká lékařská komora nepřipustí takový zásah do soukromí svých členů a nepomohou-li shora uvedená opatření, budeme postupovat cestou ústavní stížnosti.

Milan Kubek, prezident ČLK

Recepty – komora své připomínky prosadila

V prosinci obdržela ČLK od ministerstva zdravotnictví k připomínkám vyhlášky k novele zákona č.378/2007 Sb., tj. k zákonu o léčivech. ČLK vyjádřila nesouhlas především s rozšířením údajů na receptu ve vyhlášce, upravující předepisování a vydávání léčivých přípravků, o uvedení **diagnózy, telefonního čísla pacienta a váhy dítěte předškolního věku.** Vyhláška č. 54/2008 Sb., která je v účinnosti od 25. 2. 2008, řeší v § 6 tyto otázky následovně:

Uvedení diagnózy je omezeno pouze na léky, které v souladu s novelou zákona o zdravotním pojištění mohou mít rozličnou výši úhrady v závislosti na diagnóze. V současnosti ani jeden lék takové označení nemá a lze očekávat, že i v budoucnosti půjde o velmi ojedinělé případy.

Uvedení telefonního čísla pacienta je ve vyhlášce podmíněno souhlasem pacienta, což je příznivější verze, než jakou obsahoval původní návrh vyhlášky.

Uvedení váhy dítěte je ve vyhlášce formulováno takto: *„Jde-li o pacienta v předškolním věku, může lékař uvést i jeho hmotnost v kg v případě, že není přiměřená jeho věku.“*

Lze konstatovat, že u náležitostí receptů se komoře podařilo prosadit všechny své připomínky.

V této vyhlášce stojí za pozornost ještě §5 odstavec 2, který stanoví, že na jeden recept lze předepsat potřebu pacienta nejdéle na 3 měsíce (požadavek lékárníků!). Opakovaný výdej řeší §6 odstavec 4, který nemá časové omezení.

Ve vyhlášce o správné lékárenské praxi (dosud nebyla publikována ve Sbírce) ČLK vyjádřila nesouhlas se zněním části § 11, podle něhož lékárník směl lék předepsaný lékařem nahradit lékem jiného složení „**po konzultaci s lékařem“.** Podle zatím neoficiálních informací konečná verze příslušné vyhlášky takovou změnu podmiňuje **souhlasem lékaře,** což je formulace jednoznačnější.

Ing. Jiří Gráf

Odpolední vzdělávací semináře České lékařské komory

Od minulého roku oddělení vzdělávání ČLK rozšiřuje nabídku vzdělávacích akcí nejen tématicky, ale i z hlediska jejich formy a celkového zaměření.

Novinkou jsou odpolední vzdělávací semináře, zaměřené na prezentaci a odbornou diskusi zajímavých kazuistik z různých oborů. Tyto semináře nabízejí velice zajímavou možnost, jak se dozvědět o funkčních postupech kolegů a zároveň s mini i konfrontovat své poznatky a zkušenosti.

Nabídka tohoto typu praktických seminářů se bude rozšiřovat, a proto uvítáme jakékoli vaše návrhy na další zajímavá témata a kazuistiky na e-mailové adrese: seminar@clkcr.cz.

Délka semináře je 90 minut, je ohodnocen 2 kredity, účastnický poplatek činí 200 Kč.

Seznam nadcházejících odpoledních seminářů najdete v přehledu vzdělávacích akcí.

Personální situace nemocnic a její příčiny

Motto: „Nemocnici nemocnicí nedělá barák, ale jeho personál – lékaři a sestry.“

Dosud nikdy nebyly v mediích v takové míře zmiňovány konkrétní nemocnice, jako v posledních měsících. Most, Žatec, Karlovy Vary, Ústí nad Labem, Pardubice, Brandýs nad Labem, Český Brod, Nymburk, Klatovy… To jsou města, ve kterých měly a mají nemocnice problémy. Personální problémy. Jsem přesvědčen, že uvedené nemocnice jsou jen onou příslovečnou špičkou ledovce. Nic se nemůže dít bez příčiny. Poznání příčin vede k poznání výsledků. Pokusill jsem se o takové poznání.

Příčin této neradostné ba až hrozivé situace je několik. Ano, až v první řadě jde samozřejmě o peníze. Nejsem ekonom, znám jen základní ekonomické pojmy. Tak soudím, že základními položkami ve financování nemocnic jsou, jako jinde, příjmy a výdaje.

Prakticky všechny příjmy valné většiny nemocnic (a dalších zdravotnických zařízení) přicházejí prostřednictvím plateb od zdravotních pojišťoven za poskytnuté výkony. Tyto příjmy byly a jsou od počátku podfinancované vinou podhodnocených, regulovaných cen výkonů, neodpovídajících reálným nákladům (viz např. známý článek Prof. Pafka o svatbě na operačním sále). Při stanovení cen výkonů byly totiž podhodnoceny nejen náklady na materiál a služby, ale najmě cena práce personálu nemocnic. Pomíjena pak je též skutečnost, že úhrady nemocnicím by měly odpovídat nejen reálně poskytnuté péči, ale i nákladům na zajištění připravenosti nemocnic tuto péči poskytnout.

Protože ceny materiálů a služeb byly a jsou prakticky neregulované, v odpovídajících cenách, mnohdy i tzv. světových (přístroje, léky), cena práce personálu nemocnic byla a je regulována. Tato cena práce je ve srovnání se zeměmi na západ od nás nejen zlomková, ale neodpovídá ani při srovnání s obdobnými profesemi u nás. Diskrepancí mezi platbami od zdravotních pojišťoven a reálnými náklady zcela zákonitě docházelo a dochází k rozevírání oněch pomyslných nůžek – nemocnice si na sebe nemohou vydělat, dostávají se do větších či menších dluhů, které byly čas od času «zalepovány» nějakými těmi státními dotacemi. Tyto dluhy před několika lety narostly do značné výše a vládnoucí garnitura hledala cestu, jak z té «šlamastyky» ven.

Přišla na «geniální» nápad – převod nemocnic pod kraje. Tím zabila několik much jednou ranou : zbavila se odpovědnosti za dluhy, starosti přesunula na kraje, tehdy z větší části ovládané opozicí... Opozici se podařilo na vládě dodatečně vymoci alespoň částečnou úhradu dluhu, finanční napětí v nemocnicích se na čas zmírnilo, zaměstnanci vlastně přechod pod kraje ani příliš nepocítili, nepoznali... Ne však na dlouho. Časem se opět začaly projevovat důsledky neřešených příčin nerovnováhy mezi příjmy a výdaji.

Příčiny nárůstu dluhů však byly zcela mylně (možná záměrně) spatřovány najmě v nárůstu nákladů. Ano, jejich nárůst opravdu byl nepřehlédnutelný. Nebylo třeba náročné analýzy výdajů, aby bylo zjištěno, že s objemem materiálu a služeb, s jejich cenami se prakticky nedá příliš hnout. Zbyla ale jedna položka, mezi výdaji, pravda, nevětší. Položka, kterou nadto bylo možno «ovlivnit» – mzdové náklady. Vzhledem k tabulkovým mzdám se však s nimi také nedalo příliš hnout.

I přišel další «geniální» nápad – finanční bilanci nemocnic «vylepšit» změnou systému odměňování. Jak toho však dosáhnout? Ano, převodem nemocnic pod obchodní společnosti. A tak se také dělo a děje. Personálu byly sníženy platy, finanční bilance špitálu se zlepšila, důkaz správnosti změny byl na světě...

Jenže zlepšení bilance bylo pouze přechodné. Ostatní náklady totiž rostly a rostou dále, «úspory» získané na úkor mzdových nákladů byly brzy vyrovnány. Nadto, díky nespokojenosti personálu s poklesem platů začal jeho odchod z těchto nemocnic. Lékaři a zdravotní sestry odcházeli a odcházejí dílem do nemocnic dosud státních, s tabulkovými platy, dílem do zahraničí... Do privátu již minimálně, neboť, jak známo, to dnes není tak snadné. Odchodem personálu však dochází i k poklesu výkonnosti nemocnic, klesají příjmy... Nůžky se opět začaly dramaticky rozevírat.

Převodem nemocnic pod kraje ovšem došlo k další, pro personální situaci velmi podstatné, změně. Nemocnice se převodem pod kraje staly ze státních zdravotnických zařízení nestátními. Personální a technické zařízení nestátních zdravotnických zařízení tehdy schvalovala ČLK. Dokud ČLK hlídala náležitě najmě personální vybavení ambulancí u několika málo privátních nemocnic, nikomu to příliš nevadilo, vždyť «doktoři honili doktory». Když však začala ČLK vstupovat do schvalování personálního a technického vybavení nově ustanovených nestátních nemocnic pod kraji, nastaly problémy.

Tehdy totiž začalo být zřejmé, co bylo již léta tušené. Že personální vybavení mnohých nemocnic neodpovídá požadavkům. Činnost ČLK začala být pro kraje nepříjemnou. Následovalo snad odstranění personálních nedostatků? Nikoliv. ČLK byla pravomoc posuzovat personální, věcné a technické vybavení nestátních ZZ odebrána a předána krajům. Problém s formální nápravou personálních nedostatků tak byl sice na čas zažehnán, ale v důsledku odchodu řady lékařů a sester došlo, kromě nevyhovujícího personálního obsazení nemocnic, i k tomu výše uvedenému poklesu výkonnosti nemocnic, zhoršování příjmové stránky rozpočtu...

Jakou roli sehráli a hrají ředitelé nemocnic? Za bývalého režimu na ředitelích příliš nezáleželo. Neměli valné pravomoci, vše bylo řízeno z OÚNZ, a jestliže neměl ředitel přílišné ambice řídit, a tím překážet, nemocnice si běžely svým životem – lékaři a sestry konali svoji práci, ředitelé se střídali bez valného vlivu na chod nemocnice.

V letech po tzv. revoluci se ovšem situace dramaticky změnila, OÚNZ zanikly, nemocnice se osamostatnily, ředitelé se stali prakticky neomezenými pány. Jejich vůle se ovšem, najmě u ředitelů-nelékařů, začala projevovat zvláště v investičních akcích : «zvelebovali chalupu».

Dokud byly nemocnice rozpočtovými organizacemi a zaměstnanci měli výši svých platů alespoň trochu chráněnu tabulkami, byli ředitelé nemocnic tímto faktem ve svých aktivitách poněkud drženi na uzdě. Po přechodu pod akciové společnosti a změně odměňování personálu se však ředitelům uvolnily ruce.

Ano, vzhledem k výše uvedeným příčinám nerovnováhy mezi příjmy a výdaji těžko může ředitel dát svému personálu odpovídající mzdy. I kdyby chtěl. Na jeho osobě však velmi záleží, jak dlouho je za těchto okolností schopen personál chlácholit, udržet ho na místě. Ředitel, který to nedokáže či se dokonce za této situace chová k personálu arogantně, odmítá s ním jednat, si jen koleduje o to, co musí zákonitě přijít, o naprostý personální rozklad nemocnice. Jsem přesvědčen, ze právě v nemocnicích, které byly v těchto souvislostech v poslední době zmiňovány v mediích, managementy naprosto nezvládly práci s lidmi.

V nemocnicích, kde je dosud relativní klid, není samozřejmě vše v pořádku. Vedení těchto nemocnic však se zaměstnanci alespoň jedná, informuje je o situaci, žádá je o pochopení, nepodniká neuvážené investiční akce, snaží se personálu dávat najevo, že mu na něm záleží. Obávám se však, že ony výše uvedené neřešené příčiny nepoměru mezi příjmy a výdaji časem dostihnou managementy i těchto nemocnic a navzdory jejich přístupu k zaměstnancům dojde k personální krizi i tady.

Závěrem ještě poznámka k roli pojišťoven. Bylo by nejspíše bláhové se domnívat, že je jejich zájmem tlačit na zlepšení personální situace nemocnic, když při poklesu výkonnosti nemocnic v důsledku chybění personálu dojde ke snížení plateb nemocnicím, a tím ke snížení jejich výdajů. Mají snad zdravotní pojišťovny zájem zvyšovat své výdaje? A to přesto, že plynulost ba i nárůst příjmů mají zajištěn?

Je zcela nepochybné, že v důsledku personálních krizí v nemocnicích dochází nejen k poklesu objemu a dostupnosti péče, ale i ke zhoršení její kvality. Stále ještě se snažím doufat, že to není záměrem těch, kteří problémy zdravotnictví, ač by měli, po léta neřešili a neřeší. Pomohou-li snad výše uvedené řádky k jejich prozření a nápravě situace, bude to, přiznávám, mnohem více, než očekávám.

Jiří Wicherek

Resuscitace v nemocnici podle ERC Guidelines 2005

Není pochyb o tom, že naši pacienti právem očekávají, že veškerý nemocniční personál je schopen provádět kardiopulmonální resuscitaci (KPR). Klíčové postavení v tomto směru zaujímají zdravotní sestry na standardních odděleních nemocnic. Nejen ony, ale i my lékaři bychom měli být schopni:

1. okamžitě rozpoznat respirační zástavu a/nebo srdeční zástavu,
2. neprodleně přivolat resuscitační tým za použití standardního telefonního čísla,
3. okamžitě zahájit KPR za použití pomůcek, které jsou standardizované pro celou nemocnici,
4. v případě, kdy je indikovaná defibrilace, provést defibrilační výboj do 3 minut.

Neodkladné úkony u „zkolabovaného“ pacienta v nemocnici

Evropská rada pro resuscitaci (European Resuscitation Council – ERC) ve svých doporučeních z roku 2005 uvádí algoritmus úvodního postupu u „zkolabovaného“ pacienta v nemocnici, který je zobrazen na přiloženém plakátu. Tento plakát je v elektronické podobě volně šiřitelný a každý si ho může stáhnout z homepage www.resuscitace.cz.

Reagující pacient

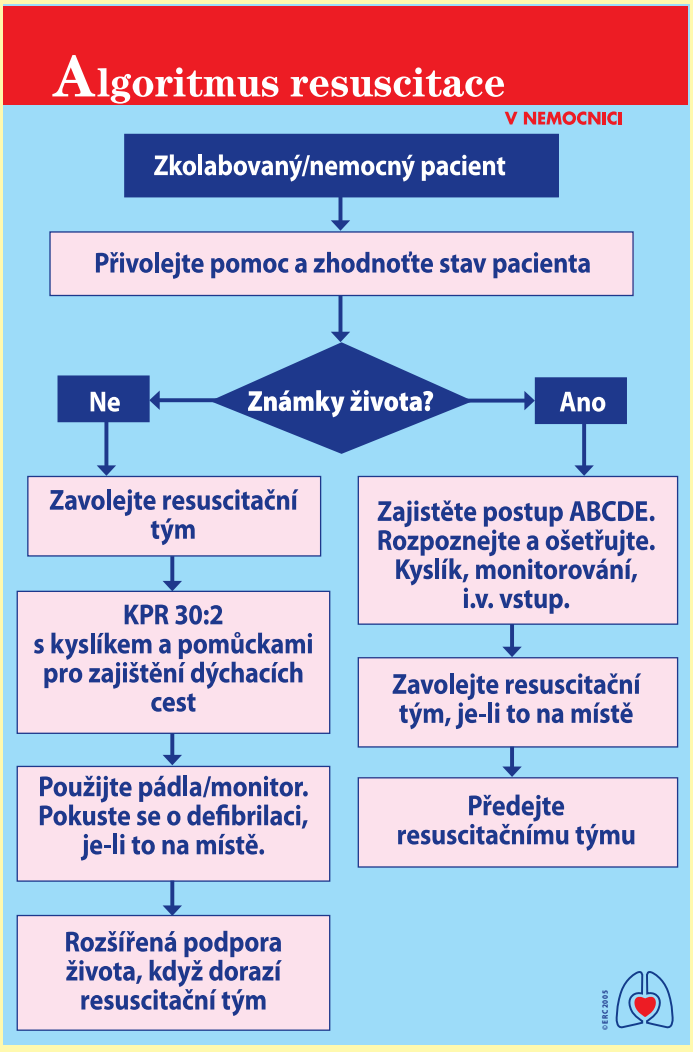
Je nutné okamžitě zhodnotit klinický stav pacienta podle postupu ABCDE. Než dorazí resuscitační tým, doporučuje se podávat pacientovi kyslík maskou, zavést intravenózní kanylu a připojit monitor.

Nereagující pacient

Základní životní funkce zhodnotit podle postupu ABCDE. Je-li přítomen puls nebo známky života, je nutné urgentní lékařské vyšetření, které by měl provést resuscitační tým nemocnice. Do jeho příchodu je nezbytné podávat pacientovi kyslík maskou, zavést intravenózní kanylu a připojit monitor.

Pokud pacient nedýchá, ale má zachovaný puls (zástava dechu), je třeba zahájit umělé dýchání ručním dýchacím vakem frekvencí 10 dechů za minutu a kontrolovat krevní oběh každých 10 dechů.

Pokud pacient nemá hmatný puls (zástava krevního oběhu), je třeba zahájit nepřímou srdeční masáž 30 kompresemi hrudníku následovanými 2 umělými dechy.



Česká rada pro resuscitaci
www.resuscitace.cz
resuscitace@seznam.cz

Pohrůžka medializací

V současné době se velmi často setkáváme s tím, že pacient či jeho právní zástupce, kteří se domáhají náhrady údajné škody způsobené zdravotnickým zařízením, nevyhrožují pouze žalobou u soudu (což je zcela legitimní), ale vyhrožují negativní medializací zdravotnického zařízení. Hrozba medializací v případě, že zdravotnické zařízení neposkytne dobrovolně náhradu škody, se stala v současné době „módou" a dochází k ní poměrně často.

Vyhrožování negativní medializací

Soukromého lékaře nebo manažera zdravotnického zařízení navštíví pacient, pozůstalý, nebo jejich právní zástupce s tím, že se chtějí mimosoudně dohodnout. V případě, že k dohodě, která by měla odpovídat jejich představě nedojde, vyhrožují nejen žalobou o náhradu škody, ale také trestním oznámením, zejména však negativní medializací: *„Chcete, abych to předal médiím a měl jste ostudu? Nebo raději zaplatíte co požaduji? Vyberte, si!"*

Postup těch, kteří požadují od zdravotnického zařízení dobrovolnou náhradu údajné škody, bývá někdy nejprve velmi mírný. Zdůrazňují, že upřednostňují dohodu před konfrontací. Mají jasnou představu o výši odškodnění, která je zpravidla podstatně vyšší, než vyplývá z příslušných právních předpisů. Pro případ, že jejich návrh soukromý lékař nebo zdravotnické zařízení neakceptuje, vyhrožují nejen právními prostředky, ale zejména negativní medializací. Lékaře i manažera většího zdravotnického zařízení někdy láká myšlenka – zaplatím, přistoupím na mimosoudní dohodu a budu mít klid. Je rovněž ujišťován, že zaplacením příslušné částky celá kauza končí a další nároky již uplatněny nebudou.

Pozor na stupňování nároků - nikdo se předem nemůže vzdát svých práv

Bylo by možno uvést celou řadu případů, kdy nejprve došlo k jakési dohodě o mimosoudním vyřízení nároku pacienta nebo osob mu blízkých na náhradu škody a poté byly tyto nároky, původně označované za „konečné a definitivní", významně stupňovány. Podle zákona se nikdo nemůže předem vzdát svých práv, která mají teprve v budoucnu nastat. Pacient teprve v budoucnu „zjistil", že újma na jeho zdraví je mnohem závažnější než ta, o které věděl v době, kdy uzavíral mimosoudní dohodu se zdravotnickým zařízením. Psychické potíže se dostavily až poté, kdy došlo k dohodě o odškodnění, a jsou nepochybně důsledkem nesprávné léčby a újmy na zdraví... Takto i jinak se běžně argumentuje, když původní dohoda není dodržena, a nároky se stupňují a uplatňují nové a nové. Opět se vyhrožuje medializací.

Jakmile jednou lékař či zdravotnické zařízení uznali, že došlo k odbornému pochybení a poskytli jakékoli finanční plnění z tohoto důvodu, jen velmi obtížně lze tvrdit, že k odbornému pochybení vlastně nedošlo a že finanční plnění bylo poskytnuto proto, aby „byl klid".

Pokud byla škoda uznána bez souhlasu pojistitele, pak podle pojistných podmínek většiny pojišťoven nemusí pojistitel škodu za zdravotnické zařízení hradit, protože bez souhlasu pojistitele nemá pojištěnci žádný nárok uznat.

Jak se bránit negativní medializaci

Jako v každém obdobném případě je třeba nejednat ukvapeně a nepropadat panice. Nenechat se „časově vydírat". Požádat o předložení písemných nároků a jejich zdůvodnění. Zajistit kopii zdravotnické dokumentace a nechat si ji posoudit renomovaným odborníkem, nejlépe soudním znalcem. Ujasnit si, zda došlo či nedošlo k odbornému pochybení, zda toto pochybení lze označit za porušení profesních povinností a zda je či není v příčinné souvislosti s újmou na zdraví nebo úmrtím. **Na základě těchto skutečností stanovit další strategii vlastního postupu a přeji-li si, aby škoda byla kryta pojištěním, navázat kontakt s pojistitelem a zjistit jeho stanovisko.**

K věci je pak třeba vypracovat jasné, jednoznačné a vyčerpávající stanovisko, zda soukromý lékař či zdravotnické zařízení uplatněný nárok uznává či nikoliv, a pokud jej neuznává, pak z jakých důvodů. Nedojde-li k dohodě (pokud neuznáváme odborné pochybení, k dohodě zpravidla dojít vůbec nemůže), jak reagovat na vyhrožování medializací případu?

Důrazně upozornit toho, kdo nám medializací vyhrožuje, na právo na ochranu své osobnosti podle § 11 občanského zákoníku nebo na právo na ochranu dobré pověsti právnické osoby podle § 19b odst. 3 občanského zákoníku, včetně práva na přiměřenou satisfakci za zásah do profesní cti a dobré pověsti. Upozornit tedy toho, kdo nám medializací vyhrožuje, že zasáhne-li tím do práva na ochranu naší osobnosti, dotkne-li se naší profesní cti a bude-li nás bezdůvodně skandalizovat, může být sám žalován a odsouzen i k vysoké finanční satisfakci.

Je-li již případ medializován, neměli bychom se bránit s novináři hovořit. V rámci vyváženosti zpravodajství, zejména ve veřejnoprávních sdělovacích prostředcích, by měl příslušný redaktor dát prostor i k vyjádření lékaře nebo zdravotnického zařízení, kterého se případ týká. Toho bychom měli plně využít, nikoli novináře odmítat. Důrazně bychom měli žádat, aby naše vystoupení nebylo vytrháváno z kontextu a pokud možno bylo předem autorizováno.

Dojde-li již k případu negativní medializace, pak máme i vůči médiím určitá práva.

Zákon č. 46/2000 Sb. o právech a povinnostech při vydávání periodického tisku, jakož i zákon č. 231/2001 Sb. o provozování rozhlasového a televizního vysílání dává právo na odpověď a dodatečné sdělení.

Pokud by tedy bylo zveřejněno cokoliv, co by se mohlo dotknout profesní cti a dobré pověsti lékaře nebo zdravotnického zařízení, je možno uplatnit tzv. právo na odpověď a zveřejnit ve stejně hodnotném vysílacím čase nebo na stejně hodnotném místě v novinách své vlastní stanovisko k případu, podpořené případně expertními posudky, vyjádřením významných odborníků apod. Pokud by šéfredaktor takové žádosti nevyhověl, je možno domáhat se tohoto práva u soudu.

Dodatečným sdělením je sdělení o tom, že případné trestní stíhání bylo zastaveno, nebo že lékař byl zproštěn obžaloby, případně žaloba u civilního soudu o náhradu škody byla pravomocně zamítnuta. Pokud příslušný sdělovací prostředek zveřejnil, že proti lékaři je vedeno trestní stíhání, je povinen na jeho žádost zveřejnit toto tzv. dodatečné sdělení, že případ byl ukončen v jeho prospěch.

Na závěr tedy rada:

Nepropadejme panice, pokud nám někdo vyhrožuje negativní medializací. Dejme najevo, že dobře známe právní prostředky, kterými se proti tomu dokážeme účinně bránit.

JUDr. Jan Mach, ředitel právního oddělení ČLK

Když chybějí lékaři

Jak má zaměstnanec postupovat, když chod jeho pracoviště není ze strany zaměstnavatele zajištěn dostatečným počtem lékařů a zaměstnanec se obává vlastního odborného pochybení v důsledku přetížení.

Požadavky na minimální personální vybavení všech zdravotnických zařízení by mělo na základě ustanovení § 12 a zákona č. 20/1966 Sb.o péči o zdraví lidu, stanovit vyhláškou Ministerstvo zdravotnictví ČR po dohodě s příslušnými komorami. Tato vyhláška však dosud nebyla s ohledem na nečinnost ministerstva vydána (výše zmíněné ustanovení zákona č. 20/1966 Sb. je v účinnosti od 31. 5. 2006). Závazně právně upraven tak zůstává požadavek na minimální personální vybavení pouze pro smluvní zdravotnická zařízení ve vztahu k možnosti vykazovat smluvním zdravotním pojišťovnám poskytnutou zdravotní péči ve formě ošetřovacího dne. Předpisem, jímž se řídí toto personální vybavení, je vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů z bodovými hodnotami.

Podle § 249 odst. 3 zákoníku práce je povinností zaměstnance oznámit zaměstnavateli, že nemá vytvořeny potřebné pracovní podmínky. Toto ustanovení navazuje na § 249 odst. 1, kde je tato oznamovací povinnost dána v případě, že hrozí mimo jiné škoda na zdraví. Je-li personální vybavení pracoviště takové, že lékař nemůže řádně plnit své pracovní povinnosti, případně hrozí-li v důsledku této skutečnosti vznik škody, je nutné, aby vždy prokazatelně na toto svého nadřízeného upozornil. Upozornění by mělo mít písemnou formu a lékař by si měl na kopii nechat od zaměstnavatele potvrdit podání tohoto upozornění. Ač zákoník práce předpokládá podání upozornění nadřízenému vedoucímu pracovníkovi, tedy nejčastěji primáři, často se stává, že toto podání zůstane bez odezvy. V takovém případě nic nebrání tomu, aby byl na situaci na pracovišti písemně upozorněn i ředitel, event. též zřizovatel zdravotnického zařízení. (Obsah upozornění viz příklad)

Pokud by v důsledku nedostatku lékařů na daném oddělení došlo k pochybení a škodě na zdraví, primárně by byl za tuto škodu odpovědný nikoli lékař, který na špatné podmínky prokazatelně upozorňoval, nýbrž ten, kdo za personální vybavení a organizaci oddělní odpovídá.

Pokud bude zřejmé, že vedení nemocnice nemíní sjednat nápravu, lze se obrátit dopisem jak na zřizovatele zdravotnického zařízení, tak na smluvní zdravotní pojišťovny.

Přirozeně je dána i možnost informovat o vadné personální situaci na pracovišti též Ministerstvo zdravotnictví ČR či Českou lékařskou komoru jako orgány, které jsou dle zákona o péči o zdraví lidu ke kontrole tohoto vybavení příslušné. Do stanovení personálního vybavení vyhláškou ministerstva (viz výše) je však možnost těchto orgánů zajistit zlepšení situace minimální.

Mgr. Aleš Buriánek

Věc: Upozornění zaměstnance na absenci potřebných pracovních podmínek a možnost vzniku škody dle § 249 zákoníku práce

Vážený pane řediteli,

pracuji jako …… na ..... oddělení nemocnice ..... a v souladu s ust. § 249 zákoníku práce se na Vás obracím jako na svého nadřízeného vedoucího pracovníka s následujícím upozorněním:

Současné personální vybavení ..... oddělení se ..... lůžky, kde nyní pracují ..... lékaři, je pro zajištění poskytování zdravotní péče lege artis naprosto nedostatečné. Jako jeden z lékařů pracujících na uvedeném oddělení se obávám, že v důsledku enormního pracovního zatížení daného uvedenou nedostatečnou personální vybaveností může dojít k odbornému pochybení a vzniku škody na zdraví našich pacientů. Na tuto skutečnost jsem opakovaně upozorňoval svého přímého nadřízeného ....., který však na mé upozornění nereflektoval. Obracím se proto touto cestou na Vás se žádostí o sjednání nápravy a současně Vám tímto oznamuji, že z výše uvedeného důvodu nemohu při současném chodu oddělení plně odpovídat za pochybení, k nimž v důsledku vadného personálního zajištění může dojít. Dále si Vás dovoluji upozornit, že pokud nebude z Vaší strany v nejbližší době sjednána náprava, budu nucen na stávající situaci upozornit jak zřizovatele zdravotnického zařízení, tak smluvní zdravotní pojišťovny, neboť stávající personální vybavení je v rozporu s vyhláškou č. 134/1998 Sb.

Datum, podpis.

Komora připravila žaloby na pojišťovny kvůli regulacím

Česká lékařská komora je přesvědčena o tom, že regulace úhrad zdravotní péče a srážky z nich vyplývající, ať již pro překročení stanoveného limitu výkonů, nebo limitů předepisování léčivých přípravků či vyžádané péče, nelze uplatňovat automaticky a matematicky, ale pouze tehdy, je-li prokázáno, že šlo o péči poskytnutou zbytečně, nadbytečně, nebo se zbytečně vysokými náklady.

Protože praxe zdravotních pojišťoven je v současné době opačná a srážky vyplývající z regulací uplatňují automaticky, matematickým výpočtem, bez ohledu na to, zda šlo o péči nezbytnou, aby byl dodržen postup lege artis, připravila Česká lékařská komora pro své členy, kteří se chtějí bránit žalobou u soudu, tři vzory žalob proti automatickému uplatnění regulací úhrady zdravotní péče.

Jde o tyto žaloby:

- Žaloba proti automatickému uplatnění regulací zdravotních výkonů řádně provedených zdravotnickým zařízením pojištěncům zdravotních pojišťoven a srážkám z toho vyplývajícím pro nestátní zdravotnická zařízení;
- Žaloba proti automatickému uplatnění regulací předepisování léčivých přípravků pojištěncům zdravotních pojišťoven a srážkám z toho vyplývajícím pro nestátní zdravotnická zařízení;
- Žaloba proti automatickému uplatnění regulací objemu vyžádané péče pro pojištěnce zdravotních pojišťoven a srážkám z toho vyplývajícím pro nestátní zdravotnická zařízení.

Text žalob si lze vyžádat na právním oddělení ČLK (pravni@clkcr.cz, telefon 257 217 226), které po ověření, že žadatel je členem ČLK, zašle vzor žaloby e-mailem nebo jiným způsobem příslušnému lékaři. Přímé právní zastoupení komora každému členovi sice poskytnout nemůže, ale poskytne v případě potřeby právní podporu formou konzultace, případně i přípravy textu opravných prostředků, eventuálně i ústavní stížnosti.

Nelze vyloučit, že žaloby nemusí být úspěšné a věc skončí u Ústavního soudu. Pokud by jeho nález byl příznivý, mohlo by to pomoci všem soukromým lékařům v České republice.

Texty žalob proti matematickému uplatňování regulací úhrad zdravotní péče jsou pro členy ČLK k dispozici.

Milan Kubek, prezident ČLK

Proč ministerstvo porušuje zákon?

Může se ministerstvo zdravotnictví vyjádřit k následujícímu stanovisku České lékařské komory ohledně nedostatku kvalifikovaného personálu v českých nemocnicích?

„Paragraf 12a zákona o péči o zdraví lidu s účinností od června 2006 ukládá ministerstvu zdravotnictví ve spolupráci s Českou lékařskou komorou vypracovat vyhlášku o minimálních personálních standardech všech typů zdravotnických zařízení a dále rovněž ve spolupráci s komorou dodržování této vyhlášky kontrolovat. Ministerstvo tento zákon porušuje a ČLK nemá v současnosti kompetence sama zasáhnout. Práce na přípravě vyhlášky, na kterých se odborníci komory podíleli, zastavil ministr Julínek hned po svém nástupu do funkce. A od té doby panu ministrovi svoji pomoc nabízíme marně. Opakovaně jsme pana ministra vyzývali, aby plnil své povinnosti, a poté, co jsme neuspěli, obrátili jsme se na jeho nadřízeného, tedy na pana premiéra. Také zbytečně. Na náš popud byl ministr v této věci opakovaně interpelován poslanci, ale jediným výsledkem bylo jeho nepochopitelné prohlášení, že zákon, který on považuje za špatný, nehodlá respektovat. Je smutné, když se ani zákonodárce neřídí zákonem.“

Je pravda, že ministerstvo nechce tuto vyhlášku vydat?

Cikrt: „Paragraf do zákona prosadil David Rath v rámci úsilí o ovládnutí českého zdravotnictví. Jeho snahou bylo mít všechno pod kontrolou prostřednictvím svých vyvolených institucí (ČLK, MZ, jediná pojišťovna) a lidí (dr. Kubek, dr. Rath a jeho souputníci). Tato snaha byla tak urputná, že nakonec vyústila v přijetí norem, jejichž klíčové části musel zrušit ústavní soud (zákon o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních, který vybraným ZZ zajistil exkluzivní přístup k veřejným zdrojům a současně je zařadil pod tuhý dirigismus MZ – dnes „mrtvý“ zákon, který žádná (!) nemocnice v ČR nevyužívá) a také v přijetí vyhlášky, která je nerealizovatelná, tedy té vyhlášky, kterou neustále vzývá dr. Kubek. Důkazem její nereálnosti je skutečnost, že se jí ani dr. Rathovi nepodařilo vydat, ba ani připravit. Když jsme přišli na MZ, tak tu nebylo nic připraveno, jenom bezradní úředníci kroutili hlavou a obvolávali nemocnice, jak to tam vlastně mají ta umyvadla a záchody postaveny, aby to mohli nějak napsat do vyhlášky. Vyhláška je nejen nerealizovatelná, ale navíc by vnesla zmatek do krajského zdravotnictví a zřejmě by byla v rozporu s jinými zákony a s kompetencí krajů ve zdravotnictví.

Navíc MZ připravuje zákon o zdravotních službách, který by měl platit od příštího roku, na který naváže samozřejmě i příslušná prováděcí vyhláška o minimálních požadavcích na technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a personálním zabezpečení pro poskytování zdravotních služeb. Takže v příštím roce už bude vše uspokojivě upraveno.

Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování nově upravuje podmínky vzniku oprávnění k poskytování zdravotnických služeb, určuje druhy a formy služeb. Důležité je, že srovná podmínky pro všechna zdravotnická zařízení – ať už je to vlastní stát, nebo kraje nebo soukromníci.“

Na otázky redakce časopisu Tempus Medicorum ministr zdravotnictví neodpověděl (viz TM 2/2008), musíme tedy vzít za vděk tuto odpověď jeho mluvčího Cikrta pro Zdravotnické noviny ze 4. 3. 2008.

Redakce

Hrozba pro soukromé lékaře: „Pojišťovna Agel – nejkratší cesta k uzdravení“

Nová Zdravotní pojišťovna Agel, která se otevře v dubnu, musí za rok nabrat nejméně 50 000 klientů. Čím je chce přilákat?

„Nabídneme lidem nadstandardní péči, jakou jiné pojišťovny nabídnout nemohou, a co je hlavní – zajistíme jim nejkratší cestu k uzdravení,“ líčí Petr Vaněk, ředitel holdingu Agel, který zahrnuje pojišťovnu i síť zdravotnických zařízení na Moravě.

Nejkratší cestu k uzdravení...?

Každý náš pojištěnec se v síti našich nemocnic dočká zvýšené pozornosti. Personál se postará, aby se cítil dobře a co nejdříve se uzdravil.

Chcete říci, že v síti nemocnic Agel bude mít pojištěnec nové pojišťovny lepší péči než ostatní pacienti? To znamená, že ti budou v nevýhodě?

Všichni pacienti našich nemocnic dostanou stejně kvalitní péči. Ale našim pojištěncům, kteří budou souhlasit s pohybem po našich zdravotnických zařízeních, jsme schopni garantovat něco navíc...

Co přesně tím myslíte?

Bude-li se náš klient léčit v našich zdravotnických zařízeních, naplánujeme sled jeho vyšetření a zákroků tak, aby se k cíli, tedy k uzdravení, dostal co nejrychleji. Ostatní zdravotní pojišťovny nekoordinují pohyb pacientů mezi ambulancemi a nemocnicemi, nehlídají termíny ani to, zda se některá vyšetření nedělají opakovaně. My to budeme sledovat. Máme zájem na kvalitní léčbě.

To mohou ocenit lidé, kteří už využívají zdravotní péče Agelu, ale řada lidí nebude chtít měnit lékaře či nemocnice. Co nabídnete jim?

Balíčky nadstandardních služeb, jaké nabízejí i jiné pojišťovny, ale také něco navíc, např. příspěvek 500 Kč na dětskou autosedačku nebo antikoncepci pro ženy a dívky od 15 let.

Jak to, že budete přispívat na antikoncepci, když jiné pojišťovny takové benefity nabízet nesmí? A z čeho chcete nadstandardní péči hradit, když zatím nevybíráte pojistné a nemáte z čeho tvořit fond prevence?

Nadstandardní služby můžeme nabídnout v širším rozsahu než jiné pojišťovny proto, že vlastník zakládající společnosti investuje do rozjezdu pojišťovny 100 milionů korun. Jde o peníze, které nepocházejí ze zdravotního pojištění, ale jsou odjinud, což je výhodné pro naše budoucí klienty i pro celý systém.

Nezkusíte zlákat nové klienty tím nejjednodušším způsobem – nabídkou bonusu v hotovosti? Nebyli byste první v našem regionu...

Žádné peníze na ruku lidem dávat nebudeme. To není dobrá cesta. Mluvíme o dlouhodobějších programech a cílech. Jak už jsem řekl, pokud budou naši pojištěnci zároveň našimi pacienty, budeme o ně pečovat jiným způsobem než o ostatní. Umožníme jim maximální zdravotní péči v co nejpřijatelnější podobě a co nejkratších termínech.

A nespoléháte na to, že vašimi klienty se dobrovolně povinně stanou zaměstnanci společností, které patří Tomáši Chrenkovi, tedy hlavně pracovníci Agelu, Třineckých železáren a firmy Moravia Energo?

K registraci do naší pojišťovny nikoho nutit nebudeme, ale zaměstnancům holdingu Agel i dalších firem nabídneme stejné výhody jako ostatním klientům a počítáme s tím, že toho využijí. Předpokládáme, že velká část zaměstnanců se u nás pojistí a bude mít služby pod jednou střechou.

Ivana Lešková, MF DNES 26. 2. 2008

Mzdy vyplatila radnice

Nymburští zastupitelé rozhodli, že zaměstnancům nemocnice uhradí platy místo firmy město

Problémy s nymburskou nemocnicí pokračují i poté, co ji od začátku února převzal nový nájemce, firma PP Hospitals. Předchozí nájemce, firma Aazar totiž vedení města oznámila, že nemá peníze na vyplacení lednových platů zaměstnancům. Zastupitelstvo Nymburka tedy mzdy vyplatilo z městského rozpočtu a nyní čeká na platby od pojišťoven.

Firma Aazar, která měla po privatizaci nymburskou nemocnici od září v pronájmu, se na konci roku dostala do finančních potíží a nebyla schopna zadluženou nemocnici dále provozovat. Město tedy našlo nájemce nového a s Aazarem smlouvu ukončilo. Ten však na konci ledna městu oznámil, že nemá peníze ani na zaplacení mezd za poslední měsíc provozu, i když se k jejich uhrazení ve smlouvě zavázal.

Město chce převzít závazky firmy, nechá si kauci. „Na zastupitelstvu jsme se rozhodli, že výplatu mezd zajistíme. Peníze jsme poslali na účet firmy PP Hospitals a mzdy byly vyplaceny zaměstnancům se zpožděním pouhého jednoho dne," uvedl místostarosta Nymburka Miloš Petera.

Zastupitelstvo také rozhodlo, že nabídne firmě Aazar dodatek ke smlouvě o ukončení nájmu nemocnice, kde bude napsáno, že město převezme závazky společnosti a té na oplátku propadne kauce půl milionu korun.

„V případě, že Aazar návrh nepřijme, rozhodli jsme se, že budeme informovat policii. Podle toho, jak se situace v poslední době vyvíjí, to však vypadá, že společnost na podmínky přistoupí," podotkl Miloš Petera.

Rozhodnutí zastupitelů situaci uklidnilo. Půl milionu kauce Aazaru však na platy, které jsou přes devět milionů korun a které město uhradilo, určitě stačit nebude.

„Očekáváme však od zdravotních pojišťoven dvě platby za prosinec a leden a předpokládáme, že právě odtud se nám prostředky do rozpočtu vrátí," dodal místostarosta Petera.

Zaměstnanci nemocnice s postupem města souhlasí. „Celou situaci rozhodnutí města určitě uklidnilo. Spousta zaměstnanců má různé splátky, hypotéky, a kdyby jim nepřišly peníze na účet, mohlo by to pro ně znamenat velké problémy," poznamenala vrchní sestra na gynekologicko porodnickém oddělení nymburské nemocnice Dana Kohoutová. Vyjádření zástupce firmy Aazar se MF DNES nepodařilo získat.

Michal Novotný , MF DNES 29. 2. 2008

Ad: Hrozí zneužití – diskreditace lékařské genetiky

Dovoluji si reagovat na článek v Tempusu medicorum: Hrozí zneužití – diskreditace lékařské genetiky, autoři prof. Goetz, Doc. Hach, Dr. Payne. Zdůrazňují diskreditaci oboru především v oblasti komerčně nabízených genetických služeb. Jejich obavy a kritika neseriózności některých laboratoří bez odborného akreditovaného zázemí je na místě. Měl jsem možnost se v r. 2006 zúčastnit prvního evropského kongresu ESSAM (European Society of Anti-Aging Medicine) ve Vídni, kde se rovněž hovořilo o genetickém testování, byly předneseny přednášky na toto téma a v diskusích probírány praktické zkušenosti (viz MT/listopad 2006, Kardiologická revue 1/2007). Publikace vycházely z fundovaných, profesionálních institucí. S podobnou tématikou jsem se setkal na stejném kongresu v prosinci 2007 ve Vídni jako aktivní účastník v sekci Menopause.

Hlavní referáty se tentokráte netýkaly genetického testování, ale bylo možno na toto téma s účastníky debatovat a získávat informace poučné i pro mě. Autoři seznamovali posluchače s výsledky laboratorních i klinických zkušeností ve styku s klienty.(např. Dr. Savas-Advanced Medical Technologie-Istambul-Gentest Vital). Nám nejbližší instituce je ve Vídni. Jedná se o společnost Genosense Diagnostics (na této adrese lze komunikovat přes internet). Ta nabízí a provádí preventivní genetické vyšetření v oborech:

Andrologie: např. riziko karcinomu prostaty, osteoporosy.

Gynekologie a porodnictví: např. riziko karcinomu prsu, trombotických komplikací při hormonální léčbě.

Kardiologie: např. riziko arteriosklerózy, hypertenze, koronární insuficience apod.

Farmakologie: snášenlivost různých léků aj. Společnost spolupracuje s významnými vědci z oboru medicíny a přírodovědy. Také v sousedním Německu je prestižní centrum Diagnoseklinik München, spolupracuje s lékaři a přírodovědci v Rakousku a Švýcarsku. Rovněž tuto kliniku je možno kontaktovat přes internet kontakt@diagnoseklinik-muenchen.de. Tyto společnosti a kliniky věnující se genetické diagnostice mají společnou filozofii: nejen celkový vzhled člověka, velikost, barva očí a vlasů a celá řada jiných známek je zapsána v genech, ale také sklon k určitým chorobám, které se mohou projevit až v pozdějším věku. Je známo, že řadu nemocí je možno vhodným životním stylem oddálit nebo jejich vzniku zabránit. Znalost těchto genetických vad může rizikový pacient využít k omezení vlivu škodlivých faktorů (kouření, výživa), na druhé straně v některých případech může znamenat i vysvětlení, proč existuje stabilní zdravotní stav, i když je jedinec pod vlivem negativních zevních vlivů. Naše nejvýznamnější medicínská osobnost prof. Dr. Charvát již v sedmdesátých létech předvídal velký vědecký rozvoj genetiky a její použití k praktickým rozhodnutím, když píše o geneticky podmíněných histokompatibilních antigenech, které předurčují nositele ke kandidátství zcela určitých chorob. Pro moderní preventivní medicínu je znalost genetické individuality, a tím také znalost o genetické predisposici klientů, významná. Je možno stanovit a doporučit určitý životní styl, pro lékaře nabídnout terapeutické možnosti. Do těchto testů nikdo nikoho nenutí. Klient, který má zájem, vyplňuje speciální dotazník s bodovým hodnocením a podle počtu bodů je pak rozhodnuto, komu vhodnost tohoto testu doporučit. Dovolím si ještě na závěr této informační poznámky citovat jednoho německy mluvícího novináře, který tento test podstoupil záměrně, aby o něm mohl napsat zprávu. Přátelé i rodina ho od tohoto vyšetření zrazovala: „Co když se dozvíš, že brzy umřeš?" V institutu dostal odpověď : „Kdo žije zdravě, může špatné geny neutralizovat." Tento test je doporučen absolvovat ve věku 40 až 45 let. Novinář absolvoval kromě odběrů krevních také testy fyzikální, stav kostní hmoty, tukový polštář, testy počítačové apod. Po šesti týdnech bylo molekulárně genetické vyšetření hotovo (4 stránky po 35 řádcích). K tomu ještě různá doporučení jak žít, co jíst apod. na dalších stránkách. Novinář na závěr říká, že se dověděl více, než očekával, a méně strašení než od přátel a členů rodiny. Tento test ho stál 1150 eur (pokladna přispívá tam, kde je test lékařsky indikován). Český lékař samozřejmě žasne! Pan novinář dále zdůrazňuje, že ho diagnóza poučila a nezastrašila, není dražší než roční péče o auto. „A mé tělo je mi bližší," říká. Během kongresu z rozhovorů s účastníky jsem nabyl dojmu, že se jedná o fundovaný postup. Z jednání bylo cítit, že na prvním místě není ekonomický zisk, ale snaha prospět lidskému společenství.

Jiří Pospíšil, CSc.,
emeritní ordinář porodnicko gynekologické kliniky MU Brno

Cena za statečnost patří i mým kolegům

Za své vystoupení za záchranu Úrazové nemocnice v Brně a osobní postoj při jednání s ministrem Julínkem byla na XII. plesu lékařů českých na pražském Žofíně vyznamenána Cenou za statečnost MUDr. Lenka Doležalová. Časopis Tempus medicorum využil této příležitosti k rozhovoru i o současném stavu v této nemocnici.

S jakými pocity jste ocenění udělované Lékařským odborovým klubem Svazu českých lékařů přijala?

Udělení ceny je pro mne velkou ctí, ale nemyslím si, že bych vykonala cokoli mimořádného. O tuto cenu se musím podělit s řadou kolegů a hlavně řadou nesmírně statečných sestřiček a dalších zaměstnanců Úrazové nemocnice, kteří už téměř rok vedou boj proti nezodpovědnému rozhodnutí pana ministra. Zároveň je pro mne smutné přijímat cenu v době, kdy osud naší nemocnice je stále nejistý.

Mohla byste se ohlédnout zpět a připomenout, co vás tehdy k veřejnému konfliktu vedlo a co se od té doby ve vašem profesním životě změnilo?

Celý konflikt spočíval v několika otázkách, na které pan ministr nechtěl nebo neuměl odpovědět, a tak to řešil zvýšeným hlasem a výhrůžkami. Předpokládám ale, že ocenění jsem nedostala za konflikt s panem ministrem, ale za snahu zburcovat veřejnost i politiky a upozornit je na neuvážené rozhodnutí zrušit fungující nemocnici bez adekvátní náhrady.

V mém profesním životě se nezměnilo nic, pracuji stále na stejném místě, pouze jsem absolvovala několik pohovorů s ředitelem nemocnice. Upozornil mne, že „ani nevím, co se mi může stát" a „on může všechno, protože je ministr". S tím nesouhlasím, proto jsem na pana ministra podala žalobu.

Jaká je aktuální situace kolem Úrazové nemocnice v Brně?

Ve chvíli, kdy píšu tyto řádky, je situace nejasná. Po roce musím konstatovat, že žádné nové „superspecializované špičkové traumacentrum" nevzniklo ani nevzniká, není zveřejněn žádný seriózní rozbor situace, plán ani časový harmonogram změn. Je to smutné, ale zdá se, že jediným zřetelným cílem celé reorganizace zdravotnictví v Brně je prodej lukrativních budov ve středu města. Co je zvlášť odsouzeníhodné, je postavení zaměstnanců Úrazové nemocnice. Už rok žijeme v nejistotě, z médií se dovídáme každou chvíli nový zaručený termín, kdy nás zruší a kolik z nás přijde o práci. Stejnou nejistotou trpí i naši pacienti. Je možné, že právě toto je plán pana ministra. Tak dlouho bude zaměstnance udržovat v nejistotě, až odejdou a nemocnice se rozpadne zevnitř. Že zatím nemá adekvátní náhradu pro pacienty, že zlikviduje sehrané týmy zdravotníků a zničí nemocnici, která má mimořádné výsledky v léčbě polytraumat, mu nevadí.

Mohou lékaři stávkovou pohotovostí, peticemi, různými prohlášeními, konflikty s ministerstvem, a tedy existenčním ohrožením vůbec něco změnit?

Pokud budeme dnes mlčet a necháme proběhnout reformu tak, jak je připravená panem ministrem Julínkem, pak zítra nebudeme moci vykonávat svoji lékařskou praxi. Jednak proto, že v novém systému zdravotnictví se většina z nás neuživí, a jednak proto, že v tomto systému nebudeme schopni pracovat. Kolik z vás si umí představit, že nejdříve zkontroluje rozsah pojištění pacienta a pak ho vykáže ze dveří, ať jde laskavě umřít na ulici, protože na tuto chorobu není připojištěn?! Nebo snad věříte, že systém, který má vytvářet zisk, zachová současný rozsah péče jako standard pro všechny?

Nejde o to vyhrát, ale aktivně zasáhnout do procesu reforem tak, aby vedly skutečně ke zlepšení stavu našeho zdravotnictví a ke zlepšení postavení lékaře. Všemocná ruka trhu naše zdravotnictví nezachrání, ale zabije. Jde nám o hodně. A politici si dovolí jen to, co my jim dovolíme! Pojďme se ozvat, ať zítra nemusíme utíkat do zahraničí. Věřím, že kdybychom se v Brně neozvali, naše nemocnice by byla již loni zrušena. Na nepravosti je třeba upozorňovat a žádat nápravu, politici přece jen mají strach o svá křesla a nemají rádi negativní publicitu.

Co by se podle vás mělo změnit v osobních postojích lékařů při řešení stále častějších problémů ve zdravotnictví? Uměla byste předepsat recept na nějaký takový zázračný lék, který by pomohl?

Nebát se a nahlas říct svůj názor. Nestrkejme hlavu do písku, týká se to každého z nás!

Blanka Rokosová

MUDr. Lenka Doležalová

Má atestaci z anesteziologie a resuscitace II. stupně. Šestnáct let pracuje v Úrazové nemocnici v Brně na operačních sálech a na oddělení ARO. Na XII. plesu lékařů českých v Praze 23. února 2008 převzala z rukou předsedy LOK–SČL Martina Engela Cenu za statečnost. Stala se tak jedenáctou nositelkou vyznamenání, které se uděluje od roku 1997. Prvním z gratulantů byl také prezident ČLK Milan Kubek.

12. ples lékařů v Praze na Žofíně

Všechny prostory pražského Žofína zaplnili v sobotu 23. února 2008 lékaři, kteří se se svými partnery opět po roce přišli oddat tanci. V programu, který se protáhl dlouho přes půlnoc, se velice líbili populární zpěváci Miro Žbirka, Monika Absolonová, orchestr Ladislava Bareše se sólisty, Melodion Band, country soubor Skarabeus. Slovem provázel moderátor Tomáš Krejčíř. Ten se ale objevil i ve druhé roli, jako tanečník. S Janou Gonciorovou jsou totiž vítězi soutěže Bailando, a tak byla jejich ukázka sledována tanečníky-amatéry se zaslouženým obdivem. O předtančení se v úvodu večera postaral Taneční klub Metronom. Diskotéku připravil Miloš Skalka. Mezi hosty plesu byl také předseda KDU-ČSL Jiří Čunek. Už 12. reprezentační ples lékařů českých uspořádaly Česká lékařská komora a Lékařský odborový klub – Svaz českých lékařů. *(red)*

Vzdělávací konference České lékařské komory

ve dnech 25. a 26. dubna 2008 v Hotelu Devět skal, Sněžné-Milovy, Svratka

Začátek v pátek 25. 4. 2008 obědem od 12:00 hodin, předpokládaný závěr v sobotu 26. 4. 2008 ve 13:00 hod.

Tématické okruhy a pozvaní hosté:

(Zatím bez časového upřesnění, změna programu vyhrazena)

Reforma zdravotnictví v ČR

Ministr zdravotnictví – MUDr. Tomáš Julínek (ODS)

Odborní mluvčí parlamentních stran pro zdravotnictví

MUDr. David Rath (ČSSD)
Soňa Marková (KSČM)
Ing. Jiří Carbol (KDU-ČSL)
MUDr. Džamila Stehlíková (SZ)
Prezident ČLK – MUDr. Milan Kubek

Lékař a jeho profesní samospráva

MUDr. Milan Kubek
Místopředseda výboru pro zdravotnictví
PS – MUDr. Boris Šťastný (ODS)
MUDr. Aleš Herman
MUDr. Jiří Wicherek

Právní aktuality

JUDr. Jan Mach a právní odd. ČLK

K účasti v diskusi zveme i další zákonodárce, hejtmany, ředitele VZP, děkany lékařských fakult, odborníky ČMKOS.

Registrace:

Doba trvání přednášek:
v pátek od 13:30 do 19:00 hodin (5 hodin)
v sobotu od 9:30 do 13:00 hodin (3 hodiny)
Účast na konferenci bude hodnocena 8 kredity.
Odborná vzdělávací akce je pořádána v rámci celoživotního vzdělávání lékařů dle SP č. 16 a je v Centrálním registru akcí ČLK zařazena pod číslem 14383.

Účastnický poplatek vč. stravování (dva obědy, večeře rautovým způsobem) a ubytování:

člen ČLK	800 Kč/osoba
doprovod člena ČLK	1000 Kč/osoba
ostatní	5000 Kč/osoba

Uvedené ceny jsou vč. DPH. Potvrzení o platbě je nutné předložit při registraci účastníků v místě konání akce.

Platbu proveďte na číslo účtu 19-1083620217/0100 k.s. 0379, v.s. 1908

Představenstvo ČLK doporučuje, aby každé OS ČLK bylo zastoupeno alespoň jednou pověřenou osobou.

Hotel (http://www.devetskal.cz) nabízí účastníkům možnost pobytu do konce víkendu na vlastní náklady.

Přípravný výbor: Milan Kubek, Aleš Herman, Michal Sojka, Radek Ptáček

Potvrzení o účasti je možné zaslat na adresu České lékařské komory, Lékařská 2, 150 30 Praha 5, e-mailem na vzdelavani@clkcr.cz, seminar@clkcr.cz nebo faxem na číslo 257 220 618.

Přihláška k účasti na konferenci ČLK MILOVY 2008

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

Příslušnou částku uhradím na číslo účtu 19-1083620217/0100 k.s. 0379, v.s. 1908, do 24. 4. 2008, potvrzení o platbě přinesu s sebou k registraci účastníků

Titul, jméno, příjmení .....

Korespondenční adresa:.....

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

Člen ČLK: ano **výše úhrady 800 Kč/člen OS ČLK**.....

Žádám o rezervaci místa pro doprovod za výši úhrady 1000 Kč **ano** **ne**

Člen ČLK: ne **výše úhrady 5000 Kč/zástupce firmy**.....

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

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@clkcr.cz, seminar@clkcr.cz
(uveďte celé jméno, odbornost, adresu, telefonní číslo a číslo kurzu)

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

Poplatky za účast na doškolovacích kurzech České lékařské komory

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

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

Každý doškolovací kurz České lékařské komory je ohodnocen příslušným počtem kreditů v souladu se SP č. 16 ČLK.

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

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

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

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
Koordinátor kurzu: PhDr. Erika Gerlová
Podrobnosti o programu naleznete u kurzu 15/08.

27/08 Seminář – Traumatologie

Datum konání: 5. 4. 2008
Místo konání: Praha 5, Klub ČLK, Lékařská 2
Koordinátor: doc. MUDr. Leopold Pleva, CSc

MUDr. Jaromír Kočí
- Organizace přednemocniční péče v návaznosti na TC

MUDr. Stanislav Jelen
- Diagnostika a algoritmy ošetření polytraumatu na urgentním příjmu TC

Doc. MUDr. Leopold Pleva, CSc.
- Nové operační metody v úrazové chirurgii

MUDr. Jana Chmelová
- Radiointervenční metody v úrazové chirurgii

MUDr. Petr Nestrojil, CSc.
- Novinky v konzervativní léčbě zlomenin

MUDr. Martin Křivohlávek
- Nové operační metody v léčbě zlomenin

MUDr. Jaroslav Šrám
- Poranění páteře – operační a konzervativní léčba

Doc. MUDr. Pavel Maňák, CSc.
- Poranění ruky a možnosti jejich ošetření

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

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

Neodkladné stavy a naléhavé situace v urgentní a intenzivní medicíně
Nové „guidelines“:
- Cévní mozkové příhody, mozkolebeční poranění; výsledky hlavních metaanalytických studií poslední doby: euglykémie, Corticus, Eldicus, Ethicus, Sepsis aj.

Nové slibné (?) postupy:
- Permisivní hodnoty a kdy je tolerovat medicínsky i právně; jak se změnily názory na vnitřní prostředí – funkce ledvin, laktatémie, BMI; jak je zjistíme a zohledníme.

Alternativní postupy v extrémní tísni:
- Jak se přizpůsobují nové přístroje a pomůcky, kde jsou jejich hranice pro užití lege artis?
- Neletální zbraně – inkapacitancia a látky užívané k sofistikovaným suicidiím – jak poskytnout první pomoc? Které drogy mají budoucnost a jaké vitální komplikace lze od drog a prodrog očekávat?
- Kde činíme nejvíce chyb v neurologické diagnostice a jak hledět na cévní mozkové příhody ischemického a hemoragického původu v triage pro další ošetření?
- Které novinky přinesla klinická biochemie a lékařská mikrobiologie do neodkladné péče?
- Nová rizika pro zdravotníky, OOPP, bezpečnostní pomůcky.
- Odpovědi na konkrétní otázky z minulého kurzu.

38/08 Kurz – Kardiologie

Datum konání: 12. 4. 2008
Místo konání: Praha 4, ÚPMD, Podolské nábř. 157
Koordinátor kurzu: prof. MUDr. Jaromír Hradec, CSc.

Doc. MUDr. Otto Mayer, CSc.
- Prevence kardiovaskulárních onemocnění

Prof. MUDr. Jiří Widimský, CSc.
- Arteriální hypertenze

MUDr. Miloš Táborský, CSc.
- Novinky v léčbě arytmií

MUDr. Kateřina Linhartová
- Aortální stenóza

MUDr. Miroslava Benešová
- Mitrální regurgitace

MUDr. Hana Skalická
- Nekardiální operace kardiaků

Doc. MUDr. Ivan Málek, CSc.
- Chronické srdeční selhání

Doc. MUDr. Jiří Král , CSc.
- Co s těhotnou kardiačkou?

18/08 Kurz – Genetika

Datum konání: 19. 4. 2008
Místo konání: SMOSK, Senovážné nám. 23, Praha 1
Koordinátor kurzu: prof. MUDr. Petr Goetz, DrSc. Ústav biologie a lékařské genetiky 2. LF UK

- Molekulární genetika v medicíně
- Chromosomy v medicíně
- Prenatální diagnostika
- Hereditární malignity

20/08 Kurz – Novinky ve vnitřním lékařství

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

Novinky a aktuální informace pro internisty v oborech a tématech:
Doc. MUDr. Vojtěch Hainer, CSc.
- Obezitologie

As. MUDr. Milada Zemanová, CSc.
- Onkologie

Doc. MUDr. Martin Bojar, CSc.
- Neurologie

MUDr. Jan Bruthans, CSc.
- Srdeční selhání

Prof. MUDr. Miloslav Marel, CSc.
- Pneumologie

Prof. MUDr. Michal Anděl, CSc.
- Diabetes mellitus

MUDr. Jan Brož, MUDr. Radkin Honzák, CSc.
- Komunikace s pacientem

JUDr. Daniela Bruthansová
- Medicínské právo

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

Datum konání: 17. 5. 2008
Místo konání: Praha 5, Klub ČLK, Lékařská 2
Účastnický poplatek: 500 Kč
Hodnocení: 6 kreditů
Koordinátor 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 nepříjemných zpráv v lékařské praxi
- nároky na komunikaci pramenící ze současných změn v pojetí lékařské role

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

Datum konání: 24. 5. 2008
Místo konání: Praha 5, Klub ČLK, Lékařská 2
Koordinátor kurzu: Doc. MUDr. Jarmila Drábková, OCHRIP, FN Praha Motol
Podrobné informace naleznete u kurzu 10/08.

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
Koordinátor 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 zvládání psychického vyhoření

Přehled odpoledních seminářů:

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

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 Bibová, Ph.D.
MUDr. Dita Smíšková, MUDr. Zuzana Blechová
- 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 Bibová, Ph.D.
MUDr. Dita Smíšková, MUDr. Zuzana Blechová
- Nejasné horečnaté stavy – kazuistiky

35/08

Středa 23. 4. 2008
Koordinátor prof. MUDr. Miloslav Marel, CSc.
- Zajímavé kazuistiky z pneumologie

36/08

Úterý 6. 5. 2008
Koordinátor MUDr. Petr Velebil, CSc.
- Mateřská úmrtí – kazuistiky

40/08

Středa 28. 5. 2008
Koordinátor MUDr. Štěpánka Čapková
- Bakteriální kožní infekce v dětském věku

Připravujeme:

17/08 Kurz – Chirurgie

Termín bude upřesněn
Koordinátor: MUDr. Vít Jakoubek

23/08 Kurz – Neonatologie

24. 5. 2008
Koordinátor: MUDr. Marcela Černá

25/08 Kurz – Dětská neurologie

7. 6. 2008
Koordinátor: MUDr. Bořivoj Petrák

26/08 Kurz asistované reprodukce

20. 6. 2008
Koordinátor: MUDr. Jitka Řezáčová

41/08 Kurz – Péče o sebe jako prevence syndromu vyhoření

Datum konání: 12.–13. 9. 2008
Místo konání: Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5
Délka akce: 15 hod.
Forma: workshop – teorie k tématu, pak aktivní účast formou nácviků, sebezkušenost a rozbor získaných poznatků. Velký důraz se klade na diskuzi a výměnu zkušeností všech účastníků na každém workshopu. Není to tedy klasický typ výuky, kdy přednášející za katedrou hovoří k publiku. Často se cvičí v trojicích systémem sdělující – přijímající – pozorovatel, aby každý získal dostatek zpětných vazeb. Cílem je sebereflexe a možnost pracovat na určité specifické dovednosti, která účastníkům může pomoci řešit určitý typ náročných situací. Struktura obsahu je dána požadavky účastníků, které se formulují na začátku setkání. Na konci je zhodnocení, zdali došlo k naplnění očekávání a získání toho, pro co si účastníci přišli.
Počet účastníků: 15 – 18
Koordinátor: PhDr. Blanka Čepická

- Proč péče o sebe – je na ni nárok? Pozorování změn psychiky u sebe a u kolegů.
- Syndrom vyhoření – týká se také mě?
- Prevence syndromu vyhoření – smlouvy, jasnost role, vliv očekávání, syndrom pomáhajících profesí.
- Zisky a ztráty spojené s profesí – čím vládneme.
- Co formuje vlastní pojetí role lékaře? Má lékař nárok na pomoc?
- Etika a její vliv na možné profesionální vyhoření.
- Vliv role na zacházení se sebou.
- Vliv psychologických her na psychiku zdravotníků.
- Jak zvyšovat energetické zisky – pozitivní ocenění, vliv vážnosti role, vliv zpětné vazby, vliv spolupráce. (Co mohu přijmout, jaká ocenění „mají hodnotu“.)
- Jak zmenšovat energetické ztráty.
- Život osobní a život profesní.
- Vliv vztahů v pracovním kolektivu, vliv systému, ve kterém se pohybujeme. Vztahy nadřízení - podřízení.
- Vzdělávání ve specifických oblastech – proč, nač, jak.
- Vliv sebereflexe – umím měnit zvyky a zvyklosti?
- Psychologické potřeby, specifické a nespecifické druhy péče o potřeby.
- Součástí modulu jsou ukázky z některých profesionálních způsobů péče o sebe – balintovská skupina, autogenní trénink, supervize, CISM.

Inzerce

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

Volná místa – poptávka

Chirurg II. atest. a atest. cévní chirurgie, licence LK, 65 let, výtečný zdrav. stav, přijme místo na chir. ambul. v Brně a okolí. Nejraději plný úvazek. Tel. 732 329 139, mail:novfra@seznam.cz

Internistka II. s platnou licencí vedoucího lékaře, ml. důch. hledá uplatnění jako zástup, část. i plný úvazek, služby. Dialyzační praxe, základně echokg i abdomin. sono, metabolickoendokrinol. zaměření. Nástup možný ihned. Mobil: 723 111 688

Internistka s 11letou praxí, s nástavbovou atestací z endokrinologie a diabetologie, s licencemi, přijme místo v endokrinologické ambulanci, i na částečný úvazek, možnost ev. odkoupení vítána. Jihomoravský, Zlínský a Olomoucký kraj. Tel.: 737 525 909

Volná místa – nabídka

LDN Humpolec přijme do pracovního poměru sekundárního lékaře nejlépe s atestací z interního lékařství. Nástup dle dohody, možný ihned. Kontakt. 261 006 427, 602 318 025

Fakultní nemocnice Brno, Klinika dětské onkologie, přijme lékaře/ku, požadavky: VŠ vzdělání na LF, atestace z pediatrie I. stupně (resp. pediatr. kmene) vítána, morální a občanská bezúhonnost. Nástup: 1.3.2008. Kontakt: přednosta kliniky prof. MUDr. Jaroslav Štěrba, Ph.D., tel.: 532 234 600, mail: jsterb@fnbrno.cz nebo primářka kliniky MUDr. Viera Bajčiová, CSc., tel.: 532 234 270, mail: vbajciova@fnbrno.cz

Hledám dermatologa do privátní kožní ordinace v Hodoníně. Tel.: 603 758 026

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

Fakultní nemocnice Brno, Urologická klinika, přijme absolventa lékařské fakulty, požadavky: VŠ vzdělání na lékařské fakultě, morální a občanská bezúhonnost, nástup dohodou. Kontaktní osoba: sekretářka kliniky Iveta Králíková, mail: ikralikova@fnbrno.cz, tel.: 535 533 860. Dále přijme: lékaře specializace v oboru urologie. Požadavky: VŠ vzdělání, morální a občanská bezúhonnost, nástup: dohodou.

Modrý pavilon s. r. o., NZZ, Chittussiho 1001/9, Slezská Ostrava, 710 00 přijme lékaře v oboru radiodiagnostik na zkrácený pracovní úvazek. Tel.: 596 245 833

Zdravotnické zařízení v Praze 4–Jižním Městě přijme do zaměstnaneckého poměru praktického lékaře. Atestace z pracovního lékařství výhodou. Nástup květen 2008. Tel.: 296 506 568

Nemocnice s poliklinikou v Novém Jičíně přijme do pracovního poměru lékaře na oddělení neurologie s I. atestací nebo absolventa. Nástup možný ihned, ubytování zajištěno. V případě zájmu se ihned obraťte telefonicky na primáře oddělení neurologie, tel. 556 773 221 nebo mailem na odd. PAM: alena.matulova@nspnj.cz

Dermatologa/dermatoložku na oddělení dermatologie – korektivní dermatologie na plný nebo částečný úvazek, požadujeme: VŠ vzdělání, zdravotní způsobilost a bezúhonnost, praxe min. 4 roky, znalost práce na PC, znalost anglického jazyka (další výhodou). Nabízíme: Plný nebo částečný úvazek, moderní, plně vybavené pracoviště, perspektivu dlouhodobého uplatnění v oboru, možnost samostatné práce, možnost dalšího odborného rozvoje a vzdělávání, dobré platové podmínky, nástup možný ihned. Profesní CV zasílejte na info@auraclinic.cz nebo na adresu: prim. dr. P. Hajduk, Koněvova 31, 130 00 Praha 3–Žižkov

Sdružené zdravotnické zařízení Krnov, příspěvková organizace, přijme do pracovního poměru: lékaře s atestací, příp. absolventa v oboru vnitřní lékařství, lékaře s atestací, příp. absolventa v oboru pediatrie – pro práci na všech jednotkách lůžkového oddělení včetně novorozenců a JIP, výhledově získání funkčního místa vedoucího oddělení, zástupce primáře, lékaře s atestací v oboru gynekologie a porodnictví, příp. v přípravě na spec.zkoušku – práce na ambulanci i lůžkovém oddělení s novým přístrojovým vybavením, moderní porodnictví včetně alternativních porodů, operativa převážně laparoskopicky, praxe v oboru nad 2 roky. Nabízíme moderně vybavená pracoviště, perspektivu dalšího odborného růstu, výhodné platové podmínky, ubytování, případně přidělení bytu, možný okamžitý nástup. Kontakt: MUDr. Ivan Pavlák, náměstek LPP, tel.: 554 690 144, pavlak.ivan@szzkrnov.cz, Sdružené zdravotnické zařízení Krnov, sekretariát ředitele, I.P.Pavlova 9, 794 01 Krnov

Lékař přijme alergologa – imunologa do ambulantní praxe na poliklinku Vinohrady – Praha 3 na částečný úvazek (2 dny). Nástup dle dohody i ihned. GSM: 602 275 113

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

Hledám očního lékaře do ambulance v Praze – Vršovicích na malý úvazek. Velikost úvazku a doba ordinace dle domluvy. Tel.: 773 974 255

Slezská nemocnice v Opavě, příspěvková organizace, přijme ihned do pracovního poměru: 1. lékaře pro vyšetřování dárců na Transfúzním oddělení SN Opava – bez omezení lékařské odbornosti, nástup dle domluvy, možno ihned, pracovní doba dle domluvy – možno individuálně sjednat úvazek na jeden pracovní den v týdnu, ale i na více dní. 2. lékaře – hematologa. Lékař se zájmem o obor hematologie, zařazený v přípravě pro získání specializované způsobilosti v oboru „Hematologie a transfúzní lékařství“, či lékař s již ukončeným vzděláním a atestací v oboru „Hematologie a transfúzní lékařství“. 3. VŠ nelékaře pro hematologické a transfúzní laboratoře – předpoklady: absolvování akreditovaného magisterského studijního oboru přírodovědného zaměření či farmacie (obory: farmacie, biochemie, biologie), zájem o obor a zařazení do specializační přípravy zaměřené na „odborné zdravotnické laboratorní metody“. Kontakty: sarka.blahutova@nemocnice.opava.cz, tel.: 553 766 490

Slezská nemocnice v Opavě přijme 2 farmaceuty pro nemocniční lékárnu. Požadavky: VŠ, farmaceutická fakulta, atestace vhodná, ale není nezbytná, lze doplnit až v průběhu zařazení. Kontakt: PharmDr. Marie Zajícová, vedoucí lékárny, Opava, Olomoucká 86, 746 79 Opava, e-mail: marie.zajicova@nemocnice.opava.cz. Písemná nabídka se stručným životopisem a kopií diplomu nebo jiných osvědčení.

Poličská nemocnice, s. r .o., přijme lékaře pro gynekologickou ambulanci. Odměňování v podmínkách přímé závislosti na ekonomických výsledcích ambulance s adekvátní autonomií rozhodování. Poličská nemocnice, s. r. o., Eimova 294, 572 01 Polička. Tel.: 461 722 700, 732 567 007. Mail: ldn.nempol@tiscali.cz

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

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady přijme pro Oftalmologickou kliniku lékaře. Požadovaná kvalifikace: vysokoškolské vzdělání lékařského směru, specializovaná způsobilost v oboru podle zákona č. 95/2004 Sb. (nebo I. atestace z oftalmologie). Nabízíme zaměstnanecké výhody, přechodné ubytování pro mimopražské uchazeče. Nástup možný ihned nebo dle dohody. Písemné přihlášky s profesním životopisem, osobní dotazník, ověřené fotokopie dokladů o dosaženém vzdělání, zasílejte do 3 týdnů po zveřejnění inzerátu na adresu: FNKV, vedoucí personálního odd. Zdeněk Pastyřík, Šrobárova 50, 100 34 Praha 10

Lékaře pro své ordinace v Praze, Brandýse nad Labem, Kolíně a Mostě hledá Kardia s. r. o., společnost působící v oblasti závodní preventivní péče. Požadujeme: odbornost a praxi v praktickém či interním lékařství (nabízíme však práci i absolventům). Praxe v oboru pracovního lékařství vítána. Nabízíme: dobré platové ohodnocení, zaškolení, v případě ochoty cestovat služební automobil, pouze denní služby, vzdělávání a profesní růst. V případě zájmu zašlete profesní životopis na jobs@kardia.cz, bližší info: 272 084 463

Lékaře pro své ordinace v Praze hledá Kardia s. r. o., společnost působící v oblasti pracovně lékařské péče. Požadujeme: specializaci praktický lékař pro dospělé nebo vnitřní lékařství, kurz pracovního lékařství nebo praxe v preventivním lékařství výhodou. Nabízíme: dobré platové ohodnocení, zaškolení, v případě ochoty cestovat služební automobil, pouze denní služby, vzdělávání a profesní růst. V případě zájmu zašlete profesní životopis na jobs@kardia.cz, bližší info: 272 084 463

Lékaře pro závodní ordinaci v Kolíně hledá Kardia s. r. o., společnost působící v oblasti pracovně lékařské péče. Požadujeme: specializaci pracovní lékařství, popř. II. atestaci z hygieny, praktické lékařství pro dospělé plus kurz pracovního lékařství, popř. praxi v preventivním lékařství. Nabízíme: velmi dobré platové ohodnocení, zaškolení, event. služební automobil pro dojíždění, pouze denní služby, vzdělávání a profesní růst. V případě zájmu zašlete profesní životopis na jobs@kardia.cz, bližší info: 272 084 463

Sanatoria Klímkovice hledají samostatně pracujícího lékaře gynekologa s atestací. Možnost ubytování ve služebním bytě. Nástup dohodou. Zájemci volejte na tel.: 556 422 122, 556 422 129, 603 299 124

Společnost Sanaplasma, s. r. o., (www.sanaplasma.cz) hledá pro svoji pobočku ve Zlíně lékaře, možno i na částečný pracovní úvazek. V případě zájmu zašlete strukturovaný životopis na: personal@sanaplasma.com, popř. se informujte na tel.: 739 387 701

Dermatovenerologické oddělení nemocnice ve Strakonicích přijme lékaře se zájmem o obor. Nástup v nejbližším možném termínu. Nabízíme dobré pracovní podmínky, možnost ubytování. Kontakt: prim. MUDr. Jana Požárková, tel.: 383 314 271, 607 761 360, e-mail: pozarkova@seznam.cz

KZ, a. s. – Nemocnice Most, o. z., přijme lékaře (i absolventy) na oddělení interní, gynekologicko-porodnické, psychiatrické, ORL, RDG a chirurgie. Nabízíme zajímavou práci, možnost ubytování v ubytovně nemocnice, po 1. roce prac. poměru možnost čerpání příspěvku na rekreaci. Kontaktujte L. Peškovou, personální odd. 478 032 414, 724 160 850, peskova.lucie@nspm.cz

Nabídka místa pro erudovaného internistu-kardiologa v Institutu civilizačních chorob, Praha. Perspektivní možnosti při osobním projednání. Tel.: 606 887 179

Od ledna 2009 přijmu na částečný úvazek místo asistenta PL pro dospělé, nejlépe Praha 5 či blízké okolí. Podmínkou je převzetí praxe v časovém horizontu 2-5 let. Tel.: 732 619 098

V roce 2001 kompletně zrekonstruovaná a nadstandardně vybavená Nemocnice Sušice o. p. s. přijme: 1/ sekundárního lékaře na interní oddělení s výhledem funkčního místa (atestace v oboru inter. lékařství, kardiologie apod.), 2/ absolventa na interní oddělení (oddělení akreditováno ke specializačnímu vzdělávání), 3/ absolventa na chirurgické oddělení (případně lékaře ve specializační přípravě). Požadujeme: vzdělání odpovídající danému zařazení, morální a občanskou bezúhonnost, ochotu k intenzivnímu pracovnímu vytížení. Nabízíme: zázemí nemocnice s 160 lůžky akutní i následné péče v základních, oborech včetně multidisciplinární JIP a RLP, kolegiální atmosféru s nadstandardními pracovními podmínkami, zajímavé ohodnocení odpovídající zastávané pozici, profesní růst s intenzivním dalším vzděláváním, ubytování v areálu nemocnice s možností služebního bytu, atraktivní prostředí centrální Šumavy s nabídkou plného sportovního i kulturního vyžití. Nástup podle dohody. Bližší informace na tel.: 376 530 216 – MUDr. Jiří Šedivý, ředitel: 376 530 220, 777 113 976 – MUDr. Choc, nám. pro LP, e-mail: sekretariat@nemocnice-susice.cz nebo choc@nemocnice-susice.cz, www.nemocnice-susice.cz

Česko-německá horská nemocnice Krkonoše, s. r. o., Vrchlabí přijme pro gynekologicko-porodnické oddělení: lékaře s atestací II. stupně, příp. I. stupně, možno i absolventa, dále přijmeme na oddělení akutní medicíny: primáře na oddělení ARO, lékaře anesteziologa. Nabízíme: Nadstandardní plat. podmínky. Nástup možný ihned nebo dle dohody. Ubytování zajištěno. V případě zájmu zasílejte žádosti na mailovou adresu: srnska@nemocnice.vrchlabi.cz nebo sekretariat@nemocnice.vrchlabi.cz

Lékař/lékařka. Špičkově vybavené NZZ v Praze přijme lékaře pro ambulance Osteocentra, endokrinologa a internistu se zaměřením na kostní problematiku. Úvazek dohodou. Kontakt 267 090 827, e-mail: kasalickyp@mediscan.cz

Vojenská nemocnice Brno přijme lékaře/ku na rehabilitační oddělení. Atestace FBLR vítána, není podmínkou. Kontakt: ystolarova@vnbrno.cz, tel.: 973 445 549

Nemocnice Český Krumlov, a .s., přijme následující pracovníky: GPO – lékaře s atestací I. stupně obor GPO, případně atestace II. stupně nebo specializovaná způsobilost. Byt 3+1 k dispozici. Chirurgické oddělení – lékaře s kvalifikací atestace chirurgie I. nebo II. stupeň, příp. specializovaná způsobilost (příp. v přípravě na atestaci) pro práci na chir. ambulanci (s možností operačního dne), lékaře se stejnou kvalifikací pro práci na lůžkovém oddělení. Dětské oddělení – na pozici zástupce primáře lékaře s atestací II. stupně nebo se specializovanou způsobilostí (případně v přípravě na atestaci). Dále lékaře s atestací I. stupně, případně s předpokladem složení at. nového typu do 1 roku. ARO – lékaře s atestací I. nebo II. stupně nebo se specializovanou způsobilostí, případně s I. atest. s možností získání spec. způsobilosti do 1 roku (perspektiva funkčního místa). Ústavního neurologa – převaha práce v neurologické amb., konziliární činnost pro lůžk. oddělení, cerebrovaskulární program, požadavek atestace I. nebo II. stupně, nebo specializovaná způsobilost v oboru neurologie, spec. pro vyhodnocení EEG záznamů. Nástup je možný ihned nebo dle dohody. V případě zájmu kontaktujte MUDr. V. Čecha, místopředsedu představenstva, tel.: 602 109 647 nebo personální oddělení Nemocnice Český Krumlov, a. s., Nad Nemocnicí 153, 381 27, tel.: 380 761 361, e-mail: marie.markova@nemckr.cz

Lékař/Lékařka. Nemocnice Třebotov, a. s., nacházející se cca 1 km od Prahy–Radotína přijme 2 sekundární lékaře pro lůžka následné péče. Požadujeme: Vzdělání – 1 atestovaný internista, geriatr nebo neurolog. Nabízíme:

dobré pracovní a finanční podmínky i s možností částečného úvazku, příjemné prostředí, dále nabízíme přidělení bytu nebo poskytnutí osobního automobilu. Nástup možný ihned. Bližší informace: MUDr. Kateřina Toběrná, tel. 257 899 941, l. 937, e-mail: primar@nemocnice.trebotov.cz

Nemocnice s poliklinikou Karviná–Ráj přijme do pracovního poměru pro pracoviště lůžkového oddělení urologa s atestací v oboru, příp. těsně před atestací s delší praxí v oboru urologie. Možnost širokého uplatnění, jak v operativě, tak v dobře přístrojově vybavené ambulanci. Výhledově možnost funkčního zařazení. Nástup možný ihned. Žádosti přijímá personální oddělení NsP Karviná– Ráj, Vydmuchov 399/5, Karviná–Ráj, 734 12. Bližší informace na tel.: 596 383 205, p.Vrbová, email: vrbova@nspka.cz

Nemocnice Hranice a. s. přijme lékaře na interní a gynekologické oddělení. Kvalifikační požadavky: atestace v oboru nebo v přípravě k atestaci, praxe v oboru, organizační a řídící schopnosti, občanská a morální bezúhonnost. Nabízíme: nástup dle dohody, možnost ubytování, odměňování smluvním platem, možnost dalšího vzdělávání. Požadované doklady k přihlášce: stručný životopis s přehledem odborné praxe, kopie dokladů o dosaženém vzdělání. Bližší informace na tel. 581 679 230 náměstek pro lékařskou péči nebo 581 679 102 sekretariát ředitele. Písemné nabídky vč. stručného životopisu a přehledu odborné praxe zasílejte na adresu: Nemocnice Hranice a.s., sekretariát ředitele, Zborovská 1245, 753 22 Hranice

Nestátní zdravotnické zařízení Praha přijme praktického lékaře/lékařku. Požadujeme: specializaci v oboru všeobecné lékařství prvního stupně, minimální praxe 6 let. Nabízíme dobré platové i sociální podmínky. Informace: pí. Koubková, tel.: 296 192 402, MUDr. Tymich, tel.: 222 672 886

Lékaře do Anglie a Německa: VB-Consultanty i SG: ANESTEZIOLOG, PSYCHIATR, MIKROBIOLOG, RADIOLOG, STOMATOLOG. Německo: INTERNISTA, PEDIATR, ORL, UROLOG, GYNEKOLOG, PRAKT. LÉKAŘ a další. Neváhejte nás kontaktovat, zodpovíme veškeré Vaše dotazy! CV v AJ/NJ zašlete na: medical@optima-recruit.cz, T.: 224 162 700, adresa: V Jámě 1, Praha 1

Moderně vybavená soukromá oční ordinace v okolí Ostravy přijme očního lékaře(lékařku) na částečný (plný) úvazek. Podmínky: profesionální úroveň, citlivý přístup k pacientům. Kontakt: 596 136 230, 724 745 745

Zástup

Hledám pediatra na dlouhodobý zástup do ordinace PLDD v okrese Český Krumlov od dubna 2008, tel.: 605 554 333

Hledám na měsíc zástup v privátní sonografické ambulanci v Praze 5, všestranné slušné podmínky. Volejte: 604 772 713

Hledám zástup do soukromé dermatologické ordinace v centru Prahy v době od 15.5.–15.6.2008. Tel.: 724 024 464

Prodej a koupě

Prodám funkční horkovzdušný sterilizátor HS 61 A s automatikou. Tel.: 721 135 810

Koupím laryngoskop pro dospělé. Tel.: 724 093 556

Prodám levně nový nepoužitý stetoskop Littman Classic II S.E., v záruce. Mobil: 728 760 773

Prodám echokardiograf s archivem VIVID3 Genal Electric vč. sondy, cena 330 000 Kč. Tel.: 603 433 312, e-mail: ivan.albrecht@volny.cz

Prodám přenosný UZ Fukuda UF-4000, s dvěma sondami: konvexní multifrekvenční 3,5-5,0 MHz, lineární multifrekvenční 7,5-9,0 MHz (50 mm). Vhodný pro UZ břicha a malých částí. Přepínání sond na ovládacím panelu 1 tlačítkem. Cena dohodou. Mobil: 603 535 395

Prodám gyn. vyš. křeslo, hydraulické, nově polstrované. Kolposkop „polák" plně funkční, ve velmi dobrém stavu. Cena dohodou, tel.: 724 778 330 večer

Pronájem

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

Nabízím pronájem dvou ordinací a čekárny včetně kompletního zázemí v nově rekonstruované třípatrové vile situované na atraktivním místě v centru Olomouce.

V objektu jsou ordinace praktického lékaře a dalších specialistů, lékárna s „drive-in" pro invalidy a edukační středisko. Vila má výbornou dopravní obslužnost (autobusy, tramvaje) a vlastní parkoviště. Cena pronájmu 2500 Kč/m2 ročně. Další informace: info@vilazdravi.cz, www.vilazdravi.cz nebo 585 225 504 případně 588 500 566

Modrý pavilon s. r. o., NZZ Chittussiho 1001/9, Slezská Ostrava, 710 00, nabízí volné prostory k pronájmu pro výkon lékařské praxe. Tel.: 596 245 833

Pronajmu nebytové prostory pro lékařskou ordinaci v ul. Ruská 1076/11, Teplice, nyní stomatologie. Možnost změny. Volné od 07/08, kontakt sl. Jílková, tel. 777 109 063

Pronajmeme prostory pro 2 až 3 ordinace v Brně–Bystrci na poliklinice, podmínky dle dohody. Kontaktní osoba: p. Vaňkovský. Tel.: 777 977 771

Různé

Oční ordinaci Praha nebo Středočeský kraj, odkoupím. Tel.: 731 016 661

Prodám zavedenou ortopedickou ambulanci v Brně. Tel.: 604 558 322

Přenechám zavedenou ORL praxi na městské poliklinice v České Třebové. Tel.: 465 532 566

Nabízím zavedenou praxi PL pro dospělé = 1100 klientů v Rudolfově–České Budějovice. Tel.: 387 432 424 po 18. hodině, mobil 737 138 664

Prodám praxi PL v Kyjově, tel.: 518 613 336 dopoledne

Koupím gynekologickou ambulanci v Praze a okolí. Platba hotově. Tel.: 604 173 042

Přenechám velmi dobře zavedenou pneumologickou ordinaci, 20 km od Prahy. Možné i pro lékaře v předatestační přípravě. Tel.: 603 490 344

Prodám dobře zavedenou praxi PL pro děti a dorost ve Švihově u Klatov. Tel.: 606 602 874

Přenechám menší praxi PL pro děti a dorost na sídlišti Dědina, Praha 6, oblast Ruzyně. V objektu jsou 2 PL pro dospělé, 2 zubní lékaři, 2 oční lékaři, erudovaný gynekolog a lékárna. Objekt je uprostřed sídliště, bezbariérový, bezplatné parkování. V okolí je vybudována nová rezidenční výstavba. Spojení metrem, tramvají nebo autobusem. Tel.: 233 310 454 (ordinace), 220 512 161 (domů), 731 256 911 (mobil), email: krachey@mediarepre.cz

Služby

Poplatky 30 Kč – samopropisovací, číslovaný blok na 500 pacientů, účtovatelný jako 1 účetní doklad, výhodné pro lékaře bez PC. Cena 145 Kč, nad 5 kusů poštovné zdarma. Tel.: 775 080 677

www.imsrecruitment.com

FAMILY DOCTORS FOR PRAGUE CLINICS
DOCTORS FOR UK
ÄRZTEN FÜR DEUTSCHLAND

UK

Many Resident Medical Officers (RMO's) wanted now
We need surgeons / anaethetists and psychiatrists now.
Excellent English required
We also need:
Cardiologists/Radiologists/ Pathologists/Dermatologists/ GP's

CZECH

We require experienced Czech family doctors for private clinics in Prague.

DEUTSCHLAND

Hervorragende Positionen in ganz Deutschland vorhanden
Internisten/Anästhesisten/Neurologen/Orthopäden/Kardiologen

Contact: Marketa Johnston
Tel: + 420 224 815 047 Mob: +420 736 208 844
Email: marketa@imsrecruitment.com
www.imsrecruitment.com

NOVÝ
Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 331/2007 Sb.

Zasíláme pouze na dobírku. Od 4 kusů na fakturu.
CENA za 1 kus: 250,- včetně DPH + dobírkovné 77,- balné neúčtujeme
Řádně a čitelně vyplněný objednávkový kupón zasílejte prosím na adresu:

MUDr.Eva Klimovičová
Lednická 34
690 06 Břeclav 6

Objednávku je možné zaslat také e-mailem: **szv@klim.cz**
nebo faxem na číslo: **519 330 840**

Objednávky zasílané e-mailem nebo faxem musí obsahovat všechny údaje jako objednávkový kupón.

www.novysazebnik.cz

Seznam zdravotních výkonů - OBJEDNÁVKOVÝ KUPÓN

Titul	Jméno	Příjmení
PSČ	Obec	Ulice

POČET KUSŮ:

Název a adresa zdrav. zařízení*

IČO* DIČ*

Souhlasím, aby údaje uvedené v tomto kupónu byly evidovány, jakož i zpracovány za účelem zaslání Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

Podpis:

*Údaje označené * je třeba vyplnit u těch lékařů, kteří částku 250 Kč budou zahrnovat do nákladů svého zdravotnického zařízení.*

Úmrtí našich kolegů

Doc. MUDr. Vladimír Puchmayer, CSc.
(18. 5 .1929 – 27. 2. 2008) spojil prakticky celou dráhu se IV. interní klinikou 1. LF UK a VFN, kde v letech 1990 – 1995 působil jako přednosta. Jako přímý žák prof. MUDr. Bohumila Prusíka, DrSc. se věnoval především oboru angiologie a má nezastupitelné zásluhy o její rozvoj u nás. Zavedl řadu nových diagnostických metod a léčebných postupů, byl iniciátorem a hlavním autorem celostátní koncepce angiologie a prosadil angiocentrum v rámci VFN v Praze. V roce 1993 založil samostatnou Českou angiologickou společnost a stal se jejím prvním předsedou. V roce 1997 byl jmenován prvním prezidentem společnosti Central European Vascular Forum. Publikoval více než 170 prací a přednesl přibližně 300 přednášek. Šíři jeho zájmů v oblasti angiologie do jisté míry odráží členství a řada funkcí nejen v domácích, ale i mezinárodních společnostech, podobně je tomu i u členství v odborných periodicích. Stal se držitelem mnoha vyznamenání, např. Stříbrné medaile Karlovy Univerzity, Medaile 1. stupně ČVUT Praha, Medaile 1. Lékařské fakulty Karlovy Univerzity, Purkyňovy medaile České lékařské společnosti J. E. Purkyně a mnoha dalších.

(red)

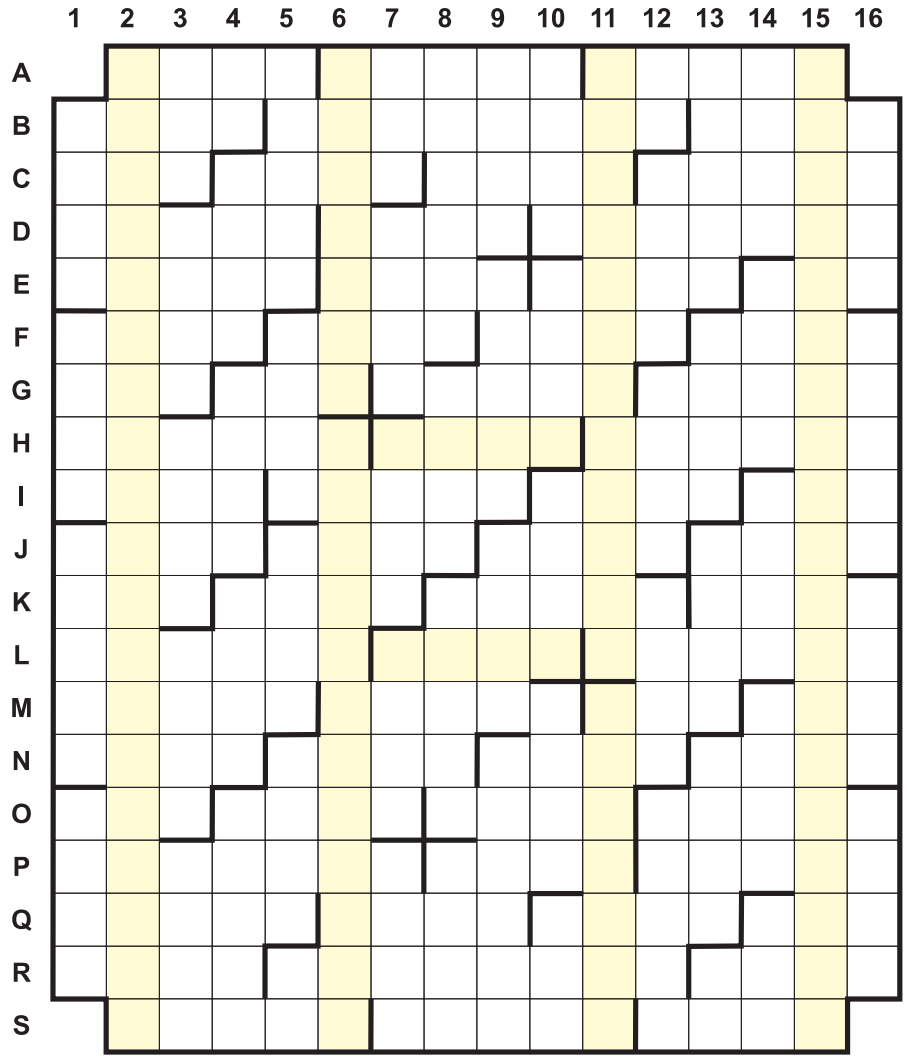
Doc. MUDr. Zdeněk Laciga, CSc.
(27. 5. 1922 – 28. 2. 2008), přední český neurolog, patřil k žákům akademika prof. MUDr. K. Hennera, k jehož odkazu se hlásil. Byl jedním z předních českých neurologů, vynikající elektroencefalografista. Stal se členem oborové rady a rady garantů Lékařské fakulty UK v Plzni. Publikoval řadu prací v odborných časopisech, zejména z oblasti likvorologie a epileptologie. Poslední odbornou prací docenta Lacigy byla problematika Jacobs-Creuzfeldovy choroby. Převážnou část svého dlouhého profesionálního života vychovával a vedl kolegy na svém plzeňském pracovišti, v posledních letech pak na neurologickém oddělení Psychiatrické léčebny v Dobřanech.

MUDr. Vladislav Žižka, ředitel Psychiatrické léčebny, Dobřany

MUDr. Antonín Běhal
(13. 7. 1927 – 16. 2. 2008), rentgenolog rumburské i varnsdorfské nemocnice, byl dlouhá léta jediným rentgenologem pro celou oblast šluknovského výběžku, svému oboru se věnoval neuvěřitelných 57 let. Od roku 1951 do roku 1960 pracoval jako sekundární lékař Radiologického ústavu Městské veřejné nemocnice Ostrava-Fifejdy, v letech 1960 až 1965 jako primář rtg odd. v OÚNZ Chomutov. V roce 1965 nastoupil jako vedoucí lékař rtg odd. tehdejšího OÚNZ Děčín do NsP Rumburk, následně pokračoval jako samostatně pracující lékař rtg. odd. Rumburk až do své smrti. Nikdy mu nebylo umožněno složit atestaci II. stupně, a tak nemohl po rozdělení OÚNZ Děčín oficiálně zastávat místo primáře (i když by velkou většinu doby primářoval pouze sám sobě), ačkoliv fakticky tuto funkci zastával téměř 50 let.

Ivan Sucharda, OS ČLK Děčín

Křížovka o ceny



VODOROVNĚ: A. Silný provaz; citoslovce prasknutí; tendence. – **B.** Tkanina k výrobě ložního prádla; ztráta vzniklá mletím; druh pcháče. – **C.** Smyčky; mužské jméno; na jiné místo (slovensky); sníženina v krasové oblasti. – **D.** Kvantový zesilovač světla; značka aut; týkající se důlku. – **E.** Část školy; ženské jméno; ovocná šťáva; kód letiště Kazaň. – **F.** Odveta; načerpat dovnitř; slovensky „vřes"; italská dáma. – **G.** Kterak (slovensky); šestá SPZ Sokolova; zaklínění boxerů; relace (slovensky). – **H.** Zahájení činnosti; **3. díl tajenky**; Smetanova opera. – **I.** Poté; slaná omáčka; šachty; uleknutí. – **J.** Stupeň; napadení; vyvřelé magma; štvanice. – **K.** Rada; uzenina; projev radosti; znovu. – **L.** Oškubati; **4. díl tajenky**; ubytovny studentů. – **M.** Tepy; motocyklový sport; krutá; citoslovce plašení. – **N.** Lihovina z rýže; očistit ve vodě; britský herec 19. století; kmínek (řídce). – **O.** Kód letiště Kos; vniknutí vzduchem; zkratka Meziamerické rozhlasové asociace; uhelná ložiska. – **P.** Rozměr; churavý (nářečně); zlobit (řídce). – **Q.** Ohony; Evropan; vesmír (slovensky); japonská lovkyně perlorodek. – **R.** Cvičná veslařská loď; temováním utěsnit; ruský lívanec. – **S.** Hájové byliny; nevlastnit; spojka.

SVISLE: 1. Jednotka elektrického napětí; německý spisovatel; otisk; někdo. – **2. 1. díl tajenky**. – **3.** Beduínský plášť; řešeto; výzva k zastavení; chlup; starověký obyvatel severní Afriky. – **4.** Tumáš; pouze; české město; obyvatel části Španělska; potřeba veslaře. – **5.** Zpěvohra; chlup na tváři; zámezí; loketní kosti; vzorec nitridu uranu. – **6. 2. díl tajenky**; **5. díl tajenky**. – **7.** Proud (řídce); asijský stát; palice; vhloubit rydlem; nejjednodušší alken. – **8.** Druh azbestu; plod hrachu; zmenšovati šířku; sídlo v Panamě. – **9.** Somálské platidlo; zprávy; zkratka Lomnického sboru disharmonických amatérů; osa rostlin dokonale členěných. – **10.** Přednost; drnoví (nářečně); noblesní ženy; jméno krále ze Shakespearovy tragedie; svoji. – **11. 7. díl tajenky**; **8. díl tajenky**. – **12.** Iniciály písničkáře Kryla; přednost; dřevorubecký nástroj; mezinárodní zkratka souhvězdí Létající ryba (Volans); zbabělec. – **13.** Anglicky „vzhled"; časy; lysá; mzda; SPZ Benešova. – **14.** Metropole Norska; otázka 3. pádu; Vegovo jméno; součást svíčky; boxer USA (Clay). – **15. 6. díl tajenky**. – **16.** Slovensky „tein"; palmy; mohutný asijský strom; nasycený uhlovodík.

Pomůcka: amiant, Chame, IAAB, kaulom, KGS, KZN, polje, sent, Voln.

V Tempus medicorum 02/2008 jsme hledali výrok Francise Bacona: **Kdo se nestará o nové léky, musí čekat nové nemoci, neboť čas je největším novátorem.**

Výběr povídek, fejetonů a veršů od Jaroslava Haška *Postrach domu* získává deset šťastných luštitelů, které jsme vylosovali: **Marie Běhounková,** Čáslav; **František Konopa,** Most; **Miroslav Korta,** Orlová–Poruba; **Petr Michera**, Kolín; **Věra Mikolajková,** Kladno**; Eva Philippová,** Praha 4; **Václava Provazníková,** Golčův Jeníkov; **Zuzana Rozehnalová,** Praha 2; **Vlasta Štorková,** Praha 9; **Jana Vlčková,** Děčín.

Na správné řešení tajenky z čísla 03/2008 čekáme na adrese **recepce@clkcr.cz** do **10. dubna 2008!** Hodně štěstí!