



TEMPUS MEDICORUM

ČASOPIS ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY

4/2008

ROČNÍK 17

V TOMTO ČÍSLE:

**Seminář ČLK
v Poslanecké
sněmovně ČR bez
poslanců ODS a SZ**



Poslanec Rath:
Mám strach, aby
fakultní nemocnice
nedopadly jako ty
vytunelované firmy!

**Připomínky ČLK
k novele zákona
o vzdělávání**

**Konec reforem
v Maďarsku**

PLUS



FI SÚKL
Farmakoterapie u věkem
podmíněné degenerace
makuly

Informace k bezpečnosti
léčivého přípravku Gardasil

inzerce



Profesor Jaroslav Blahoš
Rytíř českého lékařského stavu

inzerce



Chcete bránit sebe a své děti proti infekcím? **Imunoglukan®**

POSILUJTE IMUNITU!

PHARM pleuran





Právní postavení českého lékaře

(několik myšlenek z přednášky na semináři pro poslance)

Povolání lékaře patří mezi ta nejprestižnější

Úcta vůči lékařům pramení z vědomí, že do jejich rukou svěřujeme to nejcennější – své zdraví. Vysoká míra odpovědnosti, profesionalita a bezpodmínečné respektování etických norem, které nám velí vždy upřednostňovat zájem pacienta, to vše legitimizuje snahu lékařů prosadit si i v České republice adekvátní finanční ohodnocení své práce. Právě rozpor mezi vysokou společenskou prestiží na straně jedné a mizerným finančním ohodnocením za práci na straně druhé patří k největším paradoxům našeho polistopadového vývoje.

Autonomie lékaře a jeho rozhodování

Vedle existenční jistoty však lékaři potřebují k poskytování zdravotní péče „lege artis“ také vysokou míru autonomie a svobody rozhodování. Právě právo léčit podle poznatků lékařské vědy a v souladu se svým svědomím považují lékařské komory a asociace ve vyspělých zemích za hodnoty, které si lékařský stav musí dokázat ubránit proti tlaku ekonomů uvažujících v kategoriích jako výkonnost, efektivita, rentabilita a podobně. Tito manažeři často nutí lékaře postupovat proti zájmům pacientů, přičemž však odpovědnost zůstává plně na lékařích, kteří se sebou nechají taktó manipulovat.

Základním předpokladem úspěšné diagnostiky i léčby je vztah důvěry mezi lékařem a pacientem

Demokratizace společnosti spolu s rozvojem informačních technologií činí pozici i našich lékařů stále složitější. Paternalistický přístup k pacientům je již minulostí. Avšak i dobře informovaný pacient zůstává pouhým poučeným laikem, který potřebuje pomoc a radu svého lékaře, jehož vysvětlení přece nikdy nemůže nahradit bezbřehé právo pacienta na zkoumání své zdravotnické dokumentace. Překotný technologický rozvoj s sebou nese riziko jistého odosobnění medicíny, kdy někteří lékaři v časovém stresu přestávají léčit člověka a omezují se na nápravu orgánů či laboratorních výsledků. Právě dostatek času a schopnost empatie bývají často důvodem úspěchu lékařů tam, kde klasická medicína jako by selhávala.

Lékaři jsou v nerovnoprávném postavení vůči pojišťovnám

Vzhledem k rozdílné ekonomické síle zůstávají lékaři vůči zdravotním pojišťovnám v nerovnoprávném postavení. Na místo jednání dvou obchodních partnerů jsme většinou svědky jednostranného diktátu, kdy pojišťovna soukromému lékaři oznámí, že smlouva nebo úhrada za péči bude vypadat tak a tak, a lékař nemá jinou možnost, než diktát podepsat, pokud chce za svoji práci dostávat vůbec něco zapláceno.

Řešením by mohl být systém bezsmluvních vztahů, tedy pokladenský způsob úhrady ambulanci zdravotní péče, kdy by pojišťovny musely proplácet dle platných ceníků péči vždy tomu zdravotnickému zařízení, které by si jejich klient vybral. Druhou, méně radikální možností, jak problém řešit, jsou tzv. trvalé smluvní vztahy, které rovněž zbaví lékaře strachu z toho, že by mu pojišťovna smlouvu odmítla prodloužit, pokud by si troufl bránit se její zvláště.

Neexistuje smluvní vztah mezi pacientem a zdravotní pojišťovnou

Z absence klasického smluvního vztahu mezi pojišťovnou a jejími klienty vyplývají problémy i pro lékaře. Zatímco pacienti si přejí zdravotní péči co nejkvalitnější, tak zájmem pojišťovny je nakupovat zdravotní péči co nejlaciněji. Projevem snah šetřit peníze jsou nejrůznější limity a regulace, které pojišťovny zcela nesystémově uplatňují vůči zdravotnickým zařízením. Lékaři jsou tak v konečném důsledku trestáni za to, že se své pacienty snaží léčit co nejlépe. Lékařská komora zásadně nesohlasí s plošným uplatňováním takových sankcí. Pojišťovna jistě může sankcionovat smluvního lékaře, ale pouze a jedině v tom případě, když se prokáže, že nepostupoval při léčbě lege artis.

Monopoly a tzv. řízená péče zlikvidují svobodu lékařů i autonomii jejich rozhodování

Právo pacientů svobodně si volit lékaře je již dnes omezeno sítí smluvních zařízení jeho pojišťovny. Nikoli zájem pacientů, ale blahovůle úředníků pojišťoven rozhoduje o prosperitě a existenci zdravotnických zařízení.

Schválení reformních zákonů ministra Julínka by ještě více posílilo moc privatizovaných pojišťoven na úkor lékařů i pacientů. Projekty tzv. řízené péče omezují svobodu pacienta na minimum a zlikvidují autonomii lékařů, kteří se nebudou smět odchýlit od doporučených léčebně-diagnostických postupů.

Pokud budou pojišťovny moci bez výběrových řízení rozhodovat nejenom o síti svých smluvních partnerů, ale i individuálně domlouvat s jednotlivými zdravotnickými zařízeními úhradu za péči a nic jim nebude bránit v tom, aby nezvyhodňovaly ta zařízení, s nimiž budou majetkově propojeny, na úkor ostatních, povede to k pohlcení většiny soukromých lékařů vznikajícími monopoly. Vzájemná konkurence zdravotnických zařízení cenou svých služeb bude vytvářet tlak na snižování kvality péče, což nepříznivě pocítí pacienti. Lékařská komora se tomu musí snažit zabránit.

Lékařská komora jako profesní samospráva musí nejenom hájit profesní zájmy svých členů, ale i práva pacientů.

Milan Kubek, prezident ČLK

TÉMA MĚSÍCE

2–7

Právní postavení českého lékaře
ČLK: nikoli spolek, ale profesní samospráva
Komora nemůže být apolitická, ale je a bude nestranná

ROZHOVOR

8–9

MUDr. David Rath, předseda zdravotního výboru
PS Parlamentu ČR

STALO SE

9–11

Nechceme univerzitní nemocnice jako a.s.
Rizika novely zákona o vzdělávání

RYTÍŘ LÉKAŘSKÉHO STAVU

12–13

Prof. Blahoš přibyl do rodiny rytířů
Hrdinství v medicíně

STALO SE

14

Moje ambulance čeká na dárek od FN Ostrava

INZERTNÍ PŘÍLOHA

15–30

Glukany – využití v imunomodulaci a u alergií
Lze očekávat změny v oblasti volně prodejných léčiv?
Interview s MUDr. Martinem Bortlíkem
Probian – profil přípravku
Zajímavá molekula – sitagliptin
Označování přípravků UV ochrany doporučené EK
Studie PERISCOPE: pioglitazon v prevenci progresu aterosklerózy u diabetiků
Actos – profil přípravku
Nenasycené mastné kyseliny – úloha v prenatalním a postnatalním vývoji
Pregnum – profil přípravku

PŘÍLOHA FI

Farmakoterapie u věkem podmíněné degenerace makuly
Informace k bezpečnosti léčivého přípravku Gardasil

Z MÉDIÍ

31

Marek Potysz: Naučím lékaře pracovat
Ústavní soudce: Přece nechcete, aby spálili recept

ZAHRANIČÍ

32–35

Nedostatek lékařů – příští globální zdravotní krize
Slovensko: zdravotnictví ve víru změn
Efektivní financování izraelského zdravotnictví
Jak komentoval český tisk vývoj reformy maďarského zdravotnictví

STALO SE

36

Co poskytuje úrazová nemocnice Brno

PORADNA

37

Opakovací recept – co si s ním prakticky počít?

PRÁVNÍ PORADNA

38–40

Nevědomá nedbalost je verbálně i fakticky nemyšlením
Problém není v obecné definici nedbalosti...
Úspěšná žaloba napadeného psychiatra na český stát

ROZHOVOR

40

MUDr. Jiří Bek, generální ředitel ČNZP

SERVIS

41–44

Vzdělávací kurzy ČLK
Inzerce
Křížovka

Měsíčník TEMPUS MEDICORUM

Vydává: Česká lékařská komora, Dolní nám. 38, 771 00 Olomouc
Registr. číslo MK ČR 6582 • ISSN 1214-7524 • IČO 43965024
Adresa redakce: Časopis ČLK, Lékařská 2, 150 00 Praha 5
Tel.: +420 257 217 226 • Fax: +420 257 220 618 • recepc@clkr.cz
www.clkr.cz

Šéfredaktor: MUDr. Milan Kubek

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

Odpovědná redaktorka: PhDr. Blanka Rokosová

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

Příjem řádkové inzerce: recepc@clkr.cz (viz adresa redakce)

Grafická úprava, sazba, inzerce: Edukafarm, spol. s r. o.

Design: Ing. Jindřich Hurt

Marketing a inzerce: Ing. Renáta Podracká, mobil: 724 261 177, tel.: 224 252 435, e-mail: renata.podracka@edukafarm.cz

Tisk: EUROPRINT Modřany, a. s.

Uzávěrka čísla 4: 22. 4. 2008 • Východ: 27. 4. 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.



Jaké je dle vašeho názoru právní postavení lékaře v ČR? Jaká zde vidíte rizika?

K položené otázce: právní postavení lékaře v ČR se neliší oficiálně od právního postavení jiných občanů ČR. De facto je lékař v ČR v postavení „státního otroka“, kdy musí za každých okolností ošetřovat své bližní a pomáhat jim, ale nesmí za to od nich nic chtít – je to přece jeho poslání! Stále je mu otloukána o hlavu Hippokratova přísaha, ale v té nikde není ustanoveno, že lékař musí pracovat zadarmo a zemřít ve stáří chudý. Pokud se nám, lékařům, děje takovéto přikopí, je to jen vina nás samých – nemáme úctu sami k sobě, tudíž ji ani nemůžeme vyžadovat od jiných k nám.

Václav Pavlíček, pediatr, Tábor

Posuzovat toto téma lze z několika pohledů. Vezměme si třeba pohled laika, který žaluje lékaře. Vzhledem ke kauzám, které se „řeší“ ve sdělovacích prostředcích lze říci, že právní postavení lékaře je v naší zemi dobré! Řekl bych, že v některých případech až nadmíru! Stavovská soudržnost, znalecké posudky ve prospěch lékařů, kteří byt objektivně pochybili, dle znalce ne... Dále opora ČLK v těchto případech. Toto všechno lze hodnotit tak, že lékaři u nás mají ve svých právních zástupcích dobrou oporu. Jaká z toho plynou rizika? Ironicky lze říci, že je to někdy výsměch „obyčejným“ lidem, kteří nejsou znalí věcí. Z toho plyne jakási „nespravedlnost“ a „arogance“, z celé mašinérie. Na jednu stranu je dobře, že nás z toho právník „vyseká“. Každý člověk dělá chyby, i lékař. Na druhou stranu, když dojde k opravdovému zanedbání, pak je ono „vysekání“ právníkem ze zapeklité situace dosti absurdní. Ke komplikacím dochází, a pacienti by o nich měli být informováni. I o těch nejhorších. A další věc, která celou problematiku komplikuje, je všeobecný názor respektive „pocit“ společnosti o „nesmrtelnosti a nedotknutelnosti“ člověka.

Michal Nesvadba, sekundární lékař ARO, nemocnice Jablonec nad Nisou p. o.

Právní postavení lékaře? Podle mého názoru velmi problematické. Nemohu ho posoudit z hlediska jiných oborů, ale in-

Právní postavení českého lékaře

Zajímavý seminář České lékařské komory proběhl v Poslanecké sněmovně téměř bez účasti poslanců

Česká lékařská komora uspořádala 3. 4. v Poslanecké sněmovně Parlamentu České republiky pod záštitou místopředsedy výboru pro zdravotnictví Ing. Jiřího Carbola (KDU-ČSL) seminář na téma „Právní postavení českého lékaře“. Vystoupili na něm se svými příspěvky na téma důležitosti profesní lékařské samosprávy pro zajišťování kvalitní lékařské péče předseda výboru pro zdravotnictví MUDr. David Rath (ČSSD) a členové zdravotního výboru Soňa Marková (KSČM) a Ing. Ludvík Hovorka (KDU-ČSL).

Je jistě škoda, že nikdo další z 200 zákonodárců neměl zájem slyšet o problémech, jež lékařům způsobují zákony, které právě poslanci schvalují. Na tyto problémy upozornil v úvodní části svého vystoupení prezident ČLK MUDr. Milan Kubek, který poté v druhé části představil činnost České lékařské komory jako nezávislé profesní samosprávy lékařů. O činnosti svých lékařských komor poté referovali zahraniční hosté.

Rakousko – Felix Wallner,

ředitel kanceláře Hornorakouské komory:

Rakouská lékařská komora byla založena v rámci Rakousko-Uherska v roce 1891 a se širšími kompetencemi obnovena po válce, v roce 1949. V roce 1998 byla reformována tak, že vznikly speciální orgány pro lékaře zaměstnance, pro soukromé lékaře a pro stomatology. Vzhledem k tomu, že síla jednotné komory naháněla opakovaně vládám hrůzu, byla z komory v roce 2006 administrativně vyčleněna stomatologická komora.

Rakouská komora má velmi složitou vnitřní strukturu, ale zároveň disponuje obrovským majetkem a velmi širokými kompetencemi, které respektují korporativistický charakter Rakouské republiky.

Základní úkoly Rakouské komory:

1. Legislativa

- Vyjadřuje se ke všem návrhům zákonů a jiných právních norem týkajících se zdravotnictví.
- 2. Zdravotní pojištění:
 - Rozhoduje o regionální distribuci smluvních vztahů.
 - Vybírá lékaře pro uzavření smluvních vztahů s pojišťovnamy.
 - Vyjednává jménem všech lékařů s pojišťovnamy o obsahu smluv a o výši úhradu za zdravotní péči.
- 3. Nemocnice a lékaři zaměstnanci:
 - Vyjednává o platech, pracovních podmínkách, příplatcích a odměnách pro všechny lékaře zaměstnance.
 - Vyjednává o podílech na přímých platbách od privátních pacientů ošetřovaných v nemocnicích.
- 4. Komora vede registr lékařů.
- 5. Postgraduální vzdělávání:
 - Komora určuje náplň postgraduální výuky.
 - Akredituje zdravotnická zařízení k postgraduálnímu vzdělávání.
 - Provádí atestační zkoušky.
 - Vydává licence pro praktické lékaře i lékaře specialisty.
- 6. Penzijní a zdravotní pojištění pro lékaře.
- 7. Disciplinární pravomoc vůči všem lékařům.
- 8. Servis pro členy.
- 9. Propagace lékařského stavu a ovlivňování veřejného mínění ve prospěch lékařů a jejich zájmů.

Základní principy fungování

Rakouské lékařské komory:

- Nezávislá právnická osoba zřízená zákonem
- Povinné členství pro všechny lékaře
- Finanční nezávislost na státu
- Samospráva demokraticky volená lékaři
- Nezávislost na státní moci

Německo – Frank Ulrich Montgomery,

prezident komory Svobodného státu Hamburk a viceprezident Lékařské komory SRN, zároveň viceprezident Stálého výboru Evropských lékařů (CPME):



Motto: „Vláda by měla dělat pro lidi pouze to, co si lidé nedokážou pro sebe udělat sami.“
Abraham Lincoln

V Německu se lékařská samospráva skládá z několika vrstev. Všichni praktičtí lékaři musí být členy některé spolkové komory (ÄK) a všichni soukromí lékaři pracující pro zdravotní pojišťovny musí být navíc členy organizací smluvních lékařů (KV – Kassenärztliche Vereinigung).

KV: Tyto organizace vyjednávají s pojišťovnami každoročně o kolektivních smlouvách a rozhodují o rozdělení příjmů pro jednotlivé smluvní lékaře podle místních podmínek připůsobených celostátních pravidel. Organizace smluvních lékařů jsou rovněž odpovědné za zajištění dostupnosti a kvality ambulantní péče. A hájí zájmy svých členů v politice i ve sdělovacích prostředcích.

ÄK: Lékařské komory představují zákonem ustanovené lékařské samosprávy v jednotlivých spolkových zemích. Hájí profesní zájmy všech lékařů. Registrují lékaře a vykonávají nad nimi dohled. Regulují a provádějí postgraduální vzdělávání i celoživotní vzdělávání lékařů. Zatímco stát je zodpovědný za vydávání lékařských diplomů pro absolventy lékařských fakult i pro cizince, tak komory určují podmínky specializačního vzdělávání, zajišťují specializační zkoušky a vydávají licence pro jednotlivé lékařské specializace. Komory pochopitelně také zajišťují vysoký etický a odborný standard výkonu lékařského povolání.

Spolková komora (Bundesärztekammer) sjednocuje 17 zemských komor, koordinuje jejich činnost, hájí zájmy společné lékařům celého Německa a vyrovnává regionální rozdíly. Spolková komora má lékovou komisi složenou ze 40 řádných členů a 110 externích konzultantů. Dále pak vědeckou radu složenou z 37 předních odborníků z jednotlivých oborů, která je poradním orgánem vlády a vydává léčebně diagnostická doporučení.

Lékařské samosprávy jsou finančně nezávislé právnické osoby. Lékařská komora stojí lékaře v průměru 0,6 % hrubého příjmu a členství v KV

přijde soukromé lékaře na cca 2,0 % jejich hrubých příjmů. Stát na činnost nijak nepřispívá, což je jedna ze záruk nezávislosti na státní moci.

Francie – Xavier Deau,
vedoucí oddělení vzdělávání a kvalifikace L'Ordre des Médecins
Walter Vorhauer,
generální sekretář L'Ordre des Médecins

L'Ordre des Médecins byl založen výnosem vlády Francouzské republiky v roce 1945 jako nezávislá právnická osoba financovaná z příspěvků lékařů, jejímž úkolem je obhajoba veřejných zájmů ve zdravotnictví, tedy zejména dohled nad dodržováním lékařské etiky, hájení nezávislosti lékařského rozhodování, servis a pomoc lékařům.

V roce 1981 komora sice čelila politickému tlaku a hrozila jí dokonce likvidace, ale nakonec vládnoucí politici uznali, že nezávislá profesní samospráva lékařů pracuje v zájmu nejenom lékařů, ale i pacientů, a to v souladu s Francouzskou ústavou.

Komora registruje lékaře, uznává kvalifikaci cizincům, vydává lékařům licence k výkonu povolání. Zajišťuje lékařům právní servis ve všech otázkách profesního života, zejména v oblasti smluv s pojišťovnami, pracovních smluv, kontaktů s farmaceutickým průmyslem, organizaci pohotovostních služeb nebo zřizování privátních prací.

Komora taktéž finančně podporuje lékaře a jejich rodiny v případě nouze.

Je nezávislým poradním orgánem vlády, připomínkuje návrhy zákonů a účastní se jednání o změnách v organizaci a financování zdravotnictví. Je hlasem, jehož prostřednictvím jednají lékaři s představiteli státu.

Nejvýznamnější pravomocí L'Ordre des Médecins je disciplinární pravomoc vykonávaná vůči všem lékařům ve Francii a organizování tzv. smírčích soudů, jejichž cílem je nalézat řešení ve sporech mezi lékaři a pacienty i v případě sporů mezi jednotlivými lékaři.

Po hostech ze zahraničí přednesl **JUDr. Jiří Nykodym, soudce Ústavního soudu**, velmi zajímavé přednášky na témata:

Dilema českého lékaře – povinnost léčit lege artis versus ekonomické limity (Přinese v příštím čísle časopisu *Tempus*.)

ČLK – lékařská profesní samospráva

Na závěr semináře vystoupil ředitel právního oddělení ČLK JUDr. Jan Mach s několika právními aktualitami.

(red)

tenzivistu je ve velmi nezáviděníhodné situaci. Nejsou zřetelné právní normy pro nerozšiřování, případně redukce léčby u kriticky nemocných. Co lékař, to názor, co právník, to názor, se soudními znalci je to stejné, nad tím vším se vznáší ekonomická situace a požadavky vedení nemocnic na „efektivní léčbu“. A mezi tím je intenzivista. Agresivita, v tomto případě příbuzných, v dnešní době stoupá. Kdo a jak se zastane lékaře, který nerozšířil s nejlepším svědomím, dle svého mínění neefektivní léčbu? Nebudeme-li však v některých případech postupovat tímto směrem, kde na to vezmeme? A nevyjasníme-li si situaci co nejdříve, budeme čelit slovním útokům a možná i žalobám z „divokých eutanázií“. Mohou-li zaznívat taková tvrzení na půdě Senátu (slyšela jsem je osobně), mohou brzy zaznívat i u soudů. Tomu je snad lépe předejít.

Jitka Čulíková, JIP chirurgie, Jablonec nad Nisou

Postavení lékaře se odvíjí od jeho zařazení: Lékař jako zaměstnanec, lékař jako zaměstnavatel, lékař jako OSVČ, lékař jako soudní znalec, lékař jako svědek, lékař jako pachatel trestného činu, lékař v obchodním sporu, lékař jako otec, manžel. Otázka není jasně definována. Má-li navodit diskusi o postavení lékaře, eventuálně jako veřejného činitele v oblasti Integrovaného záchranného systému, pak by muselo dojít k zásadní změně zákonů. V okamžiku postavení lékaře jako veřejného činitele například při výkonu lékaře ZZS, je nutné si uvědomit, že by nejen lékař měl větší právní ochranu, ale také postih by byl větší (zneužití pravomoci veřejného činitele). S touto problematikou se také pojí postavení lékaře a listin, které vyplňuje: veřejnou listinou je legitimace práce neschopného a list o prohlídce mrtvého, trestně odpovědný naopak lékař může být za vystavení vědomě nepravdivé zprávy nebo posudku, posudky o zdravotní způsobilosti jsou nyní brány podle vyhlášky o zdravotní dokumentaci do institutu správního aktu i s možností odvolání. Na tuto otázku nelze tedy jednoznačně odpovědět, pokud nebude konkretizována.

*Bohumil Skála M.D., Ph.D., PLD, Lanškroun,
člen OS ČLK v Ústí nad Orlicí*



Dr. Frank Ulrich Montgomery



Česká lékařská komora: nikoliv spolek, ale profesní samospráva

Do nástupu komunismu v roce 1948 se vývoj profesních komor na našem území odehrával kontinuálně s vývojem evropským. Středověký cechovní systém pod tlakem industriální společnosti zanikl a dohled nad výkonem jednotlivých profesí na sebe převzal stát. Ovšem v určitých oborech, někdy se o nich mluví jako o svobodných povoláních, mezi která patřila zejména povolání lékařská a právní, především advokacie, nebylo pro stát výhodné, aby státní správu vykonával přímo.

Základ moderního pojetí stavovské samosprávy byl na našem území položen v osmdesátých letech 19. století, kdy vznikla i lékařská komora. Není bez zajímavosti, že samotná myšlenka samosprávy je podstatně staršího data a byla prosazována již za vlády Josefa II. a nepochybně by uspěla, pokud by se tento reformní panovník dožil delšího panování.

Míra autonomie ve správě tzv. svobodných povolání narůstala vždy s demokratizací státu a naopak se dostávala do útlumu, či byla zcela potlačena v obdobích, kdy samotná demokracie byla potlačována, či zcela potlačena. Například v období Metternichova nebo Bachova absolutismu, během německé okupace v polovině 20. století nebo po únoru 1948. Vždy byla samospráva okleštěna či zrušena. Lékařská komora pak byla zrušena rozhodnutím ministra zdravotnictví Plojghara v roce 1950.

Měřítka, jak funguje demokracie

Existence profesní samosprávy je do značné míry měřítkem funkční demokracie. Vzniká tak otázka, čemu přičítat opakované snahy o omezení stavovských samospráv v období po listopadu 1989, kdy sice v první euforii porevoluční doby rychle vznikly, ale v krátké době, konkrétně již od roku 1996, se opakovaně projevují tendence pod různými záminkami stavovskou samosprávu svobodných povolání omezovat či zcela zrušit. Především, a to naprosto paradoxně, s tvrzením, že jsou nedemokratické, protože se jimi příslušníci těchto stavů nutí k povinnému

členství v těchto komorách. Tato argumentace je výrazem naprostého nepochopení právního postavení komor. Pro mne je naprosto nepochopitelné, že nejsilnější tendence směřující ke zrušení profesních komor vycházejí z politické strany, která se hlásí k liberalismu. Na ideologii, která stojí na doktríně individualismu, preferování politické svobody, tolerance a uznání soukromého vlastnictví. Z hlediska uspořádání státní moci pak na principu dělby moci. Mimo jiné tak zdůrazňuje i omezování role státu a státní moci. Tyto tendence k omezení profesních samospráv jsou navíc v příkrém rozporu s principy, na nichž je postaven náš ústavní pořádek. Nelze přehlížet, že v preambuli Listiny základních práv a svobod se uvádí, že tento ústavní dokument je přijímán jako výraz vůle plně respektovat neporušitelnost přirozených práv člověka, práv občana a svrchovanost zákona, obecně sdílené hodnoty lidství a demokratické a samosprávné tradice, přičemž právě v této souvislosti tento dokument zmiňuje trpké zkušenosti z dob, kdy lidská práva a základní svobody byly v naší zemi potlačovány. Je tedy nezpochybnitelné, že samospráva má v našem ústavním pořádku své významné, dá se dokonce říci klíčové místo.

Pokud jde o právní pojetí samospráv, je pro ně charakteristické, že jsou zřizovány zákonodárnou mocí formou zákona, který samosprávu vybavuje určitým rozsahem veřejnoprávních pravomocí. Právní teorie je označuje termínem „veřejnoprávní korporace“. Tím je odlišuje od spolků, obchodních společností, občanskoprávních sdružení, které mají charakter subjektů soukromoprávních. **Základní rozdíl mezi veřejnoprávní korporací a soukromoprávní korporací je tedy v tom, že veřejnoprávní korporace nevzniká z vůle soukromých subjektů, ale z vůle státu, který je zřizuje zákonem a přenáší na ně část své pravomoci, např. v zájmu lepší ochrany základních práv. Tak je tomu i u lékařské komory, kde těmito právy jsou ochrana zdraví a života.** Naproti tomu soukromoprávní korporace vzniká z vůle soukromých subjektů,

kteří se v zájmu ochrany svých soukromých zájmů nebo v zájmu ochrany obecných zájmů, o nichž jsou přesvědčeny, že jim veřejná moc neposkytuje dostatečnou pozornost, sdružují do spolku či sdružení, které však nejsou nadány žádnou veřejnoprávní pravomocí.

Příspěvek na činnost komory

A nyní k otázce povinného členství. V systému samospráv existují dva základní druhy samospráv. Je to jednak samospráva na principu územním a jednak na principu osobním. **Na principu územním jsou u nás vybudovány samosprávy obcí a měst a dále samosprávy krajů. Profesní samosprávy jsou budovány na principu osobním. Pokud stát uzná účelnost a potřebnost samospráv, nemůže z jejich dosahu vyloučit nikoho, kdo jí místně nebo osobně podléhá. Současně ale nemůže nutit nikoho k tomu, aby se na konstituování a výkonu samosprávy podílel.** Jde vlastně o obdobnou situaci jako v případě státní moci. Pravomoci státu se nemůže vyhnout nikdo, tedy ani ten, kdo se např. nezúčastnil voleb a tudíž se vzdal své možnosti ovlivnit složení parlamentu a vykonat tak vliv na konstituování politické moci ve státě. To, že je někdo povinně v profesní komoře, tedy neznamená žádné „členství“ ve smyslu spolku, byť např. zákon o lékařských komorách tohoto termínu používá, ale o udělení práva, tedy nikoliv povinnosti, se na této samosprávě podílet, a to buď z důvodů teritoriálních, např. příslušnosti k určité obci, kde bydlí, nebo z důvodů osobních, např. v důsledku příslušnosti k určité profesi. **Protestuje-li tedy někdo proti „povinnému členství“ v profesní komoře, je to stejné, jako by protestoval proti tomu, že je občanem státu, jehož má občanství.** Nebo že je příslušníkem obce, kde je hlášen k trvalému pobytu, a tvrdil by, že on stát nebo obec nepotřebuje, a proto se ani nezúčastňuje voleb, neboť stát či obec od něho chce jen daně, které on nechce platit, a peníze z nich získané stejně promrhá. Jestliže stát poskytne určité profesi výhodu v tom, že



jí dá veřejnoprávní pravomoc si část svých záležitostí spravovat, pak je také logické, že si tato skupina musí tuto správu sama platit. Děje se tak příspěvkem na činnost komory, který se opět nepřesně v § 20 odst. 2 zákona nazývá členským příspěvkem. O členský příspěvek ve vlastním slova smyslu nemůže jít, protože jde o povinnou dávku stanovenou zákonem. Ostatně např. zákon o advokacii stejnou platbu správně označuje v § 30 odst. 1 jako „příspěvek na činnost komory“ a o žádném členském příspěvku nehovoří, i když v hovorové řeči mnozí termín „členský příspěvek“ používají. Zákony by ovšem neměly používat nepřesné termíny, neboť důsledkem je pak matení pojmů. Bohužel pro naše zákony je typické, že nedodržují správnou terminologii, a proto se nelze divit, že zákon o lékařských komorách zaměňuje příspěvek na činnost za členský příspěvek, jako by mezi tím nebyl žádný rozdíl.

Argumentují-li odpůrci povinného členství v profesních komorách čl. 20 a čl. 27 Listiny, pak se dovolávají základních práv, která se na profesní komory vůbec nevztahují, neboť tato základní práva se vztahují pouze a toliko na soukromoprávní korporace. **To, zda stát zřídí profesní komoru, je jeho rozhodnutím. Jde o politické rozhodnutí, které samo o sobě není zásahem do ústavně zaručených základních práv, ledaže by podle zákona měla taková korporace sloužit k jejich potlačování, což zcela jistě není případ lékařských komor. Pokud by se stát rozhodl řešit správu veřejných věcí, kterou nyní rozhoduje lékařská komora, tak, že tuto správu sám převezme, musel by proto samozřejmě vytvořit úřad, který by tuto agendu převzal a musel by ji také platit.** Lze dopředu říci, že by to nebylo ku prospěchu věci, neboť výkon lékařského povolání je natolik odborně specifický, že si lze jen těžko představit, jak by stát dal dohromady tým úředníků, který by dokázal nynější pravomoci komory vyřizovat. Nemá smysl ani hovořit o tom, že by se

opět otevřel prostor pro korupci, zejména v případech vážných pochybení na straně zdravotnických zařízení, které by se ve snaze se vyvinut jistě neostýchala použít všech prostředků.

Ochrana pacientů, nikoli zájmů lékařů

Základním posláním ČLK je ochrana zdraví a života pacientů, nikoliv ochrana profesních zájmů lékařů. To formuluje zákon v ustanovení § 2 odst. 1, kde jsou vymezeny povinnosti komory, a to tak, že nelze rozlišit soukromé lékaře a lékaře v zaměstnaneckém poměru. Všichni totiž jsou povinni vykonávat své povolání odborně, v souladu s jeho etikou a způsobem stanoveným zákonem. Jsou povinni dbát o svoji odbornost a doplňovat své znalosti tak, aby byly na úrovni posledních poznatků lékařské vědy, tedy jinými slovy, aby léčili lege artis. Je úkolem komory, aby dbala o naplnění těchto cílů.

Pokud má komora dále povinnost hájit i práva a profesní zájmy lékařů, je tomu třeba rozumět tak, že jde o hájení těch zájmů, které jsou shodné s ochranou pacienta, jako je např. zvyšování odborné kvalifikace, snižování byrokratické zátěže apod. Je to i otázka způsobu úhrady práce lékaře, která musí být nastavena tak, aby lékaře nenutila k provádění nadbytečných léčebných úkonů na úkor skutečné péče o pacienta.

Je nezpochybnitelné, že **pro výkon lékařského povolání nelze vytvořit odlišné podmínky pro soukromé lékaře a pro lékaře v zaměstnaneckém poměru.**

V ustanovení § 3 odst. 1 zákona se stanoví, že každý lékař, který vykonává na území České republiky lékařské povolání v léčebné a preventivní péči, musí být členem lékařské komory. Termín „členství“ není vhodně použit, protože svádí k zaměňování komory se spolkem vytvořeným na základě spolkového zákona (viz zákon č. 83/1990 Sb. o sdružování občanů). Ve sku-

tečnosti se vůbec o členství nejedná. Srovnatelný zákon o advokacii, který rovněž zavádí pro každého, kdo chce vykonávat advokacii, povinné „členství“, ovšem nikde tento termín nepoužívá, ačkoliv veřejnost, a to i právnická, o členství v advokátní komoře běžně hovoří. Zákon se ovšem tomuto termínu zcela vědomě přísně vyhýbá, neboť byl psán právníky, kteří přesně odlišovali, co to je členství a co je povinný zápis, což zákon o lékařských komorách nečiní, a to jen v důsledku zřejmého legislativního pochybení, když pro označení povinného zápisu používá zavádějící termín „členství“. Bylo již řečeno, že **pokud má profesní komora povahu veřejnoprávní korporace, nelze z její působnosti vyloučit nikoho, kdo jí podléhá, protože komora ve vztahu k němu vykonává jí svěřenou pravomoc státu.** Proto nelze z kontextu zákona vytrhnout jen ustanovení o povinném členství, správně řečeno o povinném zápisu do seznamu lékařů, ale musel by se rušit zákon celý. Jedině tak by totiž bylo možné dosáhnout toho, aby se opět stát ujal těch povinností ve správě lékařského stavu, které přenesl na profesní komoru.

V souvislosti s ustanovením § 3 odst. 1 zákona o lékařské komoře nelze hovořit o kolizi hodnot chráněných ústavním pořádkem, neboť zde žádná kolize není. Každý lékař, který bude chtít vykonávat toto své povolání, s ohledem na jeho specifika vždycy bude muset být zapsán v seznamu, z něhož bude možné ověřit, že má způsobilost toto povolání vykonávat. Z toho hlediska je jedno, zda tento seznam vede komora nebo stát. Členství v lékařské komoře nemá jinou povahu než povahu zápisu, tak, jak bylo vloženo shora. Námitky typu, že se mnohý lékař neztotožňuje s postojem lékařské komory, jsou na úrovni námitek, že se mnozí např. neztotožňují s postojem státu. Je-li tedy voláno po změně také z tohoto důvodu, kde je záruka, že příště nebude voláno po změně proto, že jiní nebudou spokojeni právě s postojem státu? V případě profesní komory, která je nadána veřejnoprávní pravomocí, tedy nejde o svobodné rozhodování o tom, zda se nechám do ní zapsat či nikoliv, ale o tom, zda určité povolání chci vykonávat nebo ne. Stát stanoví podmínky, za nichž lze povolání lékaře vykonávat, a pokud je někdo vykonávat chce, musí tyto podmínky splnit. V tom ale není postavení lékaře nijak výjimečné.

ČLK – nenahraditelná profesní samospráva

Samozřejmě si lze představit, že se stát opět ujme výkonu těchto pravomocí. Musel by ovšem zvážit, zda jedná v intencích Listiny, která ho výslovně zavazuje dbát samosprávných tradic. To, že profesní komora lékařského stavu má za sebou úctyhodnou tradici, bylo již zdůrazněno. Stát by si dále musel uvážit, zda je schopen lépe zabezpečit ochranu základních práv svých občanů v oblastech, které přenesl na profesní komoru, než tato komora, a musí zvážit, zda disponuje odpovídajícím odborným aparátem, který by byl schopen tuto činnost vykonávat. Na druhé straně je jistě legitimní se ptát, zda lékařská samospráva plní své základní poslání, tj. ochranu pacienta a jeho zdraví, stejně tak, jako je legitimní se v této souvislosti ptát, zda přílišné omezení pravomocí lékařských komor nevede k tomu, že nemá dostatek nástrojů k plnění těchto úkolů.

Bylo již řečeno, že základním posláním komory je ochrana pacienta. V čem je role lékařských komor v této oblasti nezastupitelná a proč je v zájmu pacienta, aby byla lékařská samospráva zachována? V minulosti šlo zejména o to, aby lékař neodmítal léčit pacienta, aby nepředražoval svoje služby. V podmínkách povinného zdravotního pojištění jde ale také o to, aby samospráva ochránila pacienta před tlakem zdravotních pojišťoven a veřejné moci, která spravuje veřejné prostředky na zdravotní péči a má, v důsledku jejich nedostatku, odlišné zájmy od zájmu pacientů. Přinejmenším je její snahou, aby zdravotní péče hrazená z veřejných prostředků byla co nejlacinější. Lékaři se tak dostávají do kolize se svojí povinností léčit lege artis. Kdo má v takovém případě objektivně posoudit v případě sporu o vynaložené náklady na léčbu, zda lékařská péče byla poskytnuta lege artis, a tudíž prostředky vynaložené z veřejných zdrojů bylo nutné vynaložit? Má to snad být stát, který má zcela opačný zájem? Nebo dokonce zdravotní pojišťovny? Nikoliv.

Česká lékařská komora je jako profesní samospráva právě v těchto oblastech nenahraditelná.

*JUDr. Jiří Nykodým, ústavní soudce
(mezititulky TM)*

Česká lékařská komora nemů

Lékař a jeho profesní samospráva ČLK – garant kvality lékařské péče a strážce etiky výkonu lékařského povolání, který hájí profesní zájmy svých členů tak, aby lékaři mohli své povolání vykonávat co nejlépe.

- **Princip subsidiarity** jako znak demokratické společnosti – rozhodování občanů na co nejnižší možné úrovni je kvalifikovanější než zásahy „osvícených“ úředníků z centra (doporučení Rady Evropy)
- Místní samosprávě (kde bydlím) je analogická **profesní samospráva** (jaké povolání vykonávám)
- **Kompetence definuje zákon** (v případě ČLK č. 220/1991 Sb. v platném znění)
- **Lékaři patří mezi tzv. svobodná povolání – privilegium vlastní profesní samosprávy**
 - Občanské sdružení (dobrovolné členství)
 - Profesní samospráva („občanství“) – práva a povinnosti

Základní funkce profesních samospráv

- **Vedení registru** osob vykonávajících dané svobodné povolání
- **Garance řádné kvalifikace a osvědčování splnění podmínek** pro výkon svobodného povolání, specializovaných činností a vedoucích funkcí, posuzování personálního zabezpečení pro výkon činností
- Organizace a odborná garance **celoživotního vzdělávání**
- **Profesní dozor a disciplinární pravomoc** vůči všem, kdo vykonávají dané svobodné povolání
- **Obhajoba profesních zájmů** osob vykonávajících svobodné povolání tak, aby je mohli vykonávat co nejlépe

Profesní samosprávy – součást evropské tradice

- **Z 27 států EU ve 25 vykonávají profesní dozor lékařské samosprávy**

- 12 – povinné členství
- 13 – povinná registrace
- Má-li komora plnit své funkce, musí dosáhnout na všechny lékaře a musí mít patřičné kompetence.
- Lékařská komora vznikla u nás v 80. letech 19. století a přetrvávala až do roku 1950, kdy byla zrušena komunistickou vládou a její kompetence převzal stát. Obnovena byla ihned po sametové revoluci. Její existence je tedy znakem demokratického státu.
- Politika jako správa věcí veřejných. Zdravotnictví je předmětem veřejného zájmu. ČLK jedná s představiteli státu bez ohledu na jejich politickou příslušnost.

ČLK nemůže být apolitická, ale je a bude nestranická.

Počet členů ČLK

	Muži	Ženy	Celkem
Soukromí lékaři	5 480	7 524	13 004
Zaměstnanci	12 604	12 372	24 976
Celkem	21 066	25 791	46 857

Certifikáty o profesní bezúhonnosti

- Podmínka pro práci v zahraničí – k zápisu do seznamu členů nebo hostujících osob zahraniční komory
- Ukazatel míry emigrace českých lékařů

Rok	Počet lékařů
2004	472
2005	466
2006	348
2007	339
2008 (do 20. 3.)	101

(v tabulce počet žadatelů o certifikát profesní bezúhonnosti)

Výkon profesního dohledu

- **Dozor nad všemi lékaři vykonávajícími povolání**
- ČLK řeší stížnosti bezplatně
- Expertní posudky Vědecké rady a oborových komisí
- Možnost trestat také:



že být apolitická, ale je a bude nestranická



Ludvík Hovorka

- etická pochybení (disciplinární řád, etický kodex)
- odborná pochybení bez průkazu „příčinné souvislosti“
- Rozhodnutí komory jsou přezkoumatelná soudem (§18 odst. 5 zákona č. 220/1991 Sb.)

Počet stížností řešených ČLK

Rok	Celkový počet stížností
2001	1 065
2002	1 059
2003	1 046
2004	1 140
2005	1 957
2006	1 263
2007	1 372

Většina stížností se netýká odborných pochybení, ale chyb v komunikaci lékaře s pacientem.

Ministerstvo chce, aby dohled nevykonávala profesní samospráva

- Nesmyslný návrh, aby stížnost vyřizoval zřizovatel ZZ (Soukromý lékař by řešil stížnost sám na sebe?)
- Zřízení státního úřadu pro dohled nad lékaři? Dohled krajů a to i nad ZZ, která samy vlastní?



Soňa Marková

- Kdo sežene odborníky?
- Kdo to zaplatí?

Disciplinární opatření komory

Dnes podle zákona č. 220/1991 Sb.:

- **důtka**
 - **pokuta do 30 000 Kč**
 - **podmíněné vyloučení**
 - **vyloučení z ČLK na 5 let** (zákaz výkonu povolání)
- Potřebné změny:
- doškolení
 - přezkoušení
 - povinnost pracovat pod odborným dohledem
 - vyloučení na 1–5 let

Cílem „trestů“ je prevence!

- Možnost uložit nápravná opatření odborným zástupcům všech (bez ohledu na formu vlastnictví) zdravotnických zařízení. Při nesplnění disciplinární pravomoc.
- **Ve spolupráci s MZd dohled nad PTV všech zdravotnických zařízení.**
- Přechod na krajskou strukturu revizních komisí a čestných rad?

Licence ČLK

Rok	Počet vydaných licencí
2005	1 816
2006	2 424
2007	1 142
2008 (do 20. 3.)	218

Celoživotní vzdělávání lékařů

Akce	2007	2008 (do 25.3.)
Pořádané ČLK	139	63
Garantované ČLK	731	253
Celkem	870	316

Diplomy celoživotního vzdělávání

	Rok	Počet diplomů
• Platnost diplomu 5 let.	2003	2 344
• Snaha o jednotný systém v rámci EU.	2004	1 682
	2005	919
	2006	785
• Nejsou (zatím?) ekonomické	2007	766
	2008 (do 20. 3.)	418
	Celkem	6 914

bonifikace pro držitele diplomů.

Závazná stanoviska ČLK

Rok	Počet
1999	1
2000	5
2001	1
2002	2
2003	5
2004	4
2005	0
2006	1
2007	3
Celkem	22

Komora je oprávněna vydávat pro své členy komor závazná stanoviska k odborným problémům poskytovaní zdravotní péče.

Odborné posudky zpracováváné Vědeckou radou ČLK

Rok	Počet posudků
2005	109
2006	61
2007	46

Co je ČLK?

- **Nezávislá profesní samospráva lékařů**
- **Garant kvality lékařské péče a strážce etiky výkonu lékařského povolání, který hájí profesní zájmy svých členů tak, aby lékaři mohli své povolání vykonávat co nejlépe.**
- **ČLK je důležitá nejenom pro lékaře (jediná organizace schopná hájit zájmy společné celému lékařskému stavu), ale zejména pro pacienty (na státní moci nezávislý garant kvality lékařské péče a autonomie lékařů).**

Milan Kubek, prezident ČLK

Mám strach, aby fakultní nemocnice nedopadly jako ty vytunelované firmy



Předseda zdravotního výboru Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR a stínový ministr zdravotnictví za ČSSD MUDr. David Rath předložil návrh zákona, který by umožňoval prodej a dědění praxí. Vzhledem k tomu, že jde o lékaři hodně sledovanou problematiku, položili jsme mu několik otázek. A nejen na toto téma.

Co všechno obsahuje váš návrh zákona o dědění a prodeji praxí? Předpokládám, že jde o podobný návrh, který jste připravoval ještě jako prezident ČLK?

Je to identický návrh, který jsem předložil ještě jako ministr zdravotnictví a předtím jej prosazovala roky bezúspěšně ČLK. Návrh byl už jednou přijat poslancekou sněmovnou, ale bohužel vinou veta Václava Klause před parlamentními volbami nezačal zákon před dvěma lety platit. Podstata je jednoduchá: s prodanou lékařskou praxí fyzicky podnikající osoby přejde i smlouva s pojišťovnami na nového majitele. Dnes už toto jde u právnických

osob – s. r. o. či a. s. Pokud provozujete praxi jako právnická osoba, tak ji můžete prodat či podědit i se smlouvami. U fyzicky podnikající osoby však smlouva zaniká smrtí a nelze ji prodat jiné osobě. Myslím si, že tuto nerovnost je potřeba odstranit, nemá žádnou logiku.

Ministr Julínek tvrdí, že s děděním a prodejem praxí počítá ve své reformě. Proč tedy přicházíte s vlastním návrhem a proč právě nyní?

Ministr Julínek je ministrem už dva roky a na tyto změny stále lékaři marně čekají. Navíc, dle Julínkova vyjádření, chce problematiku řešit z jiného konce – chce prodejem a děděním řešit i registrace. To je zcela nadbytečné. Problémem bývá totiž převést smlouvy s pojišťovnami. Registrace žádným problémem nejsou, tu získá automaticky každý, kdo splní podmínky stanovené zákonem, na tu máte nárok, na smlouvu s pojišťovnami nikoliv. Ministr Julínek je od pra-

xe a jejích problémů zcela odtržen, stejně i jeho tým teoretiků. Mrzí mě, že vláda byla proti mému návrhu na dědění a prodej praxí. Jsou úplně mimo realitu. Uvidíme, zda se podaří ve sněmovně získat potřebný počet hlasů.

Sociální demokracie a vy osobně bojujete proti poplatkům ve zdravotnictví. Přitom jste je jako prezident ČLK prosazoval. Nevidíte v tom rozpor?

Poplatky – spoluúčast pacientů má mnoho podob a forem. V každé zemi jsou jiné. Julínek zvolil velmi nešťastný způsob, který nenajdete nikde na světě. Poplatky vlastně zdiskreditoval před celou českou společností. Určitě nic nemám proti spoluúčasti na stravě v nemocnici. Správnou cestou je kategorizovat zdravotní péči na plně hrazenou z pojištění, částečně hrazenou – se spoluúčastí a zcela nehrazenou z pojištění. Touto cestou Julínek nešel, ale zavedl plošné „julínkovné“, navíc v nesmyslné výši. Nikde ve starých zemích EU neplatí děti, mnohde ani důchodci a existují další výjimky. Třeba na Slovensku jich mají

desítky. Nikde nejsou lékaři pokutováni pojišťovnami 50 000 korun za to, když nevyberou poplatky, který je přitom příjmem jejich soukromé praxe! To je taková absurdita, nad kterou všichni kroutí hlavou. Z těchto důvodů jsem proti Julínkovým poplatkům a chci je zrušit.

Podal jste také návrh zákona, který by znemožňoval použití zákon o velké privatizaci ve zdravotnictví. Proč?

Julínek uložil ředitelům fakultních nemocnic, aby vypracovali privatizační projekty s cílem převést fakultní nemocnice podle zákona o velké privatizaci. Jde o zákon ze začátku devadesátých let, podle kterého se realizovala kuponová privatizace a privatizace mnohých, později vytunelovaných podniků – Škoda Plzeň... Mám strach, aby fakultní nemocnice posléze nedopadly jako ty vytunelované firmy a investiční fondy. Je naprosto šílené exhumovat – po takových zkušenostech – nové Viktory Kožené. Zákon se ukázal zcela špatný a nevhodný i k privatizaci fabrik a firem, natož k převodu fakultních nemocnic. Snažím se tomuto nebezpečnému nápadu zabránit.

Kde vidíte největší problém v připravované reformě ministra Julínka?

V privatizaci zdravotních pojišťoven. Pokud svůj plán zrealizuje, budou mít i příští vlády velice obtížnou situaci, navíc gro negativ může v plné síle na systém dopadnout až za několik let, tedy v době, kdy už bude Julínek zapomenut a jím způsobený průšvih bude muset řešit někdo jiný. Privatizace pojišťoven znamená privatizaci zdravotní daně! Námi povinně placené peníze se stanou soukromými penězi majitelů pojišťoven. Ti si s nimi mohou dělat, co je napadne. Julínek sice mluví o regulaci výše zisku, ale to je jen další podvod na lidech. Předně nejde jen o zisk, ale o provozní náklady pojišťoven. Dnes je smí mít maximálně do 4%. Komerční pojišťovny už dnes mají tyto náklady někde okolo 15%. Pokud soukromé pojišťovně bude navíc zákon ukládat, jak smí nakládat se ziskem, tak bude takový zákon zrušen Ústavním soudem. Soukromý vlastník – podnikatel nemůže být takto omezován. Vzpomeňme jen třeba na ČEZ, a to je pod-

nik s majoritou státu. Cena elektřiny musí odpovídat tržní ceně v EU, jinak by byl poškozen soukromý spoluvlastník! To jsou přeci argumenty, proč stojí u nás elektřina jako v Německu a ČEZ má desítky miliard zisku. Stejný argument by byl užít při pokusech o regulaci zisku soukromých zdravotních pojišťoven. Navíc řada soukromých majitelů pojišťoven má či bude mít svoji síť zdravotnických zařízení. Co jim zabrání těm svým platit lépe a v čas a těm druhým málo a později, či jim vůbec nedat smlouvy? Lékař může dostat na výběr. Buď se staneš naším zaměstnancem, uzlíčkem v naší síti, nebo ti nedáme smlouvu. Jednotlivému soukromému lékaři nezbude nic jiného, než se diktátu – vydírání – podrobit. Je to obrovská hrozba jak pro pacienty, tak pro lékaře.

Mnozí ambulantní a praktičtí lékaři vám nemohou zapomenout velmi tvrdé úhradové vyhlášky, které jste vydával jako ministr. Musely být skutečně tak restriktivní?

I díky nim je dodnes systém zdravotního pojištění ve finančním přebytku a pojišťovny platí včas. Nakonec je bez větších zásahů převzal a vydal znovu Julínek. Je zajímavé, že proti téměř identickému textu nikdo neprotestoval. Dnes mě vadí jiná věc. Tyto vyhlášky měly formu dočasných nástrojů krizového řízení v situaci, kdy měla VZP 10 miliard dluhu, který rostl rychlým tempem. V okamžiku, kdy se stal systém přebytkovým, měly být uvolněny a měl být plně aplikován nový seznam vý-

konů s navýšenou cenou práce lékaře cca 500 Kč/hod, který jsem ještě stihl vydat jako vyhlášku. To se nestalo. Restrikce platí dál, získala jen ještě deformovanější podobu a zasela další nespravedlnosti, nový seznam výkonů je stále vlastně u ledu a přitom na účtech pojišťoven leží už 26 miliard Kč. Tato suma navíc narůstá. Mám dojem, že si na ni už někdo brousí zuby v privatizaci, a zdravotnictví na ni může zapomenout. Úplně nerozumím tomu, proč letos Julínek přidal praktikům 12%, specialistům jen zhruba polovinu a nemocnicím 4%. Připomínám, že je inflace nad 7%! Nemocnice nebudou mít na provoz a platy – letos poprvé po 10 letech platy nevzrostou ani o 1%! Soukromí specialisté budou mít pokrytu akorát inflaci. Praktikům růst přeji, ale vůči všem ostatním jde o zásadní nespravedlnost, která jen způsobí nárůst nesnášenlivosti mezi lékaři.

V lékařské obci není ojedinělý názor, že nyní jste již více politik než lékař a že s lékařskou obcí a jejími problémy nemáte nic společného. Je to tak?

Provozují stále soukromou lékařskou praxi internisty a spoluvlastní ambulantní zdravotnické zařízení. Politika mě baví, mám ji jako koníček, ale jsem si vědom, že kdykoliv můžu z ní být katapultován zpět do „civilního“ života. Lékařskou profesi si proto udržuji a udržovat budu i nadále. Hodně mi leží na srdci další osud české medicíny, nás lékařů a našich pacientů. Stále prosazují myšlenku, že kvalifi-

kovaný lékař by si měl vydělat tolik, aby byl bohatým člověkem, hostejno, zda je soukromým lékařem či zaměstnancem v nemocnici. Je to v zájmu pacientů a kvality jejich léčby. Pacienti – lékaři – sestry musí být středobodem, okolo kterého se točí zdravotnictví, a ne majitelé – spekulanti – investoři – akcionáři – manažéři. Tuto Julínkovu vizi vnímám jako útok na kvalitu české medicíny.

Často se setkávám u kolegů s tvrzením, že máte v mnohém pravdu, ale nelíbí se jim forma, se kterou svoje názory prosazujete, a jak vystupujete. Co byste těmto kolegům vzkázal?

Forma je prostředek jak „obsah“ dopravit přes média k široké veřejnosti. Pokud si někdo myslí, že prorazí do dnešních „vulgárizovaných“ médií s nějakou „pěknou“ formou, byť se závažným obsahem, pak žije mimo realitu. Lidé si přes výjimečnou, excentrickou, nevšední, výraznou formu zapamatují i obsah. Já bych také rád v médiích vystupoval s kultivovanými větami a diplomatically uhlaženými slovíčky. O to média nemají vůbec žádný zájem, tudíž bych neměl šanci sdělit obsah. Mnohým, i velmi inteligentním lidem tato skutečnost dnešní doby „mediakracie“ vůbec nedochází. Proto se mnohdy i zásadní sdělení vůbec nikde neobjeví, a pokud přece prorazí, tak si jich nikdo nevšimne. Může se nám to nelíbit, ale to je asi tak všechno, co se s tím dá dělat...

Michal Sojka

Děkani nechtějí univerzitní nemocnice jako a. s.

Prohlášení Univerzity Karlovy



Vedení UK a děkani lékařských a farmaceutické fakulty UK na společném jednání dne 16. dubna 2008 projednali aktuální situaci ohledně přípravy transformace stávajících fakultních nemocnic.

Účastníci tohoto jednání vyjadřují podporu všem dosavadním společným stanoviskům Univerzity Karlovy, Masarykovy univerzity a Univerzity Palackého, jakož i prohlášením Univerzity Karlovy v této záležitosti.

Stanovisko rektora UK a předsedy Akademického senátu UK ze dne 9. dubna 2008 vyjadřující principiální nesouhlas s usnesením vlády ČR, kterým byl schválen věcný záměr zákona o univerzitních nemocnicích a univerzitních zdravotnických pracovištích předpokládající transformaci stávajících fakultních nemocnic na akciové společnosti s minoritním podílem univerzit, je plně odpovídající.

Univerzita Karlova obecně vítá záměr vlády ČR připravit zákon o nestátních neziskových organizacích. V případě, že by ze strany vlády nebo odpovědných ministrů byla dána garance reálné možnosti využít takového zákona i pro transformaci stávajících fakultních nemocnic, je UK připravena na přípravě této právní normy

spolupracovat. Univerzita již dříve zpracovala principy věcného záměru zákona, který předpokládá univerzitní nemocnice ve formě veřejnoprávních subjektů a tyto principy samozřejmě nabízí k využití.

Ministerstvo zdravotnictví před časem nabídlo univerzitám účast při tvorbě paragrafovaného znění zákona o univerzitních nemocnicích a univerzitních zdravotnických pracovištích. Univerzita Karlova svůj zájem o takovouto participaci vyjadřuje.

V Praze dne 16. dubna 2008

*Prof. RNDr. Václav Hampl, DrSc., rektor UK
Prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., děkan 1. LF UK
Doc. MUDr. Ondřej Hrušák, Ph.D., děkan 2. LF UK
Doc. MUDr. Bohuslav Svoboda, CSc., děkan 3. LF UK
Prof. MUDr. Vladimír Palička, CSc., děkan LF UK v Hradci Králové
Doc. MUDr. Jaroslav Koutský, CSc., děkan LF UK v Plzni
Doc. PharmDr. Alexandr Hrabálek, CSc., děkan FF UK*

Rizika novely zákona o vzdělávání

Poslanecká sněmovna schválila 19. 3. 2008 zásadní novelu zákona č. 95/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu povolání lékaře... Zásadní změna zákona je výsledkem usilovného tlaku České lékařské komory, která úzce spolupracovala s vedením ČLS JEP a s děkany lékařských fakult. Naší cílem bylo napravit chyby, které napáchali ministři úředníci pod tehdejší ministryni MUDr. Součkovou, které se podařilo dosavadní fungující systém vzdělávání lékařů úplně rozvrátit.

Podařilo se nám prosadit:

- **Návrat ke stupňovitému získávání kvalifikace, a to v těchto třech na sebe navazujících krocích:**
 1. Základní kmen – v délce 24 měsíců.
 2. Specializační obor – zakončený atestační zkouškou.
 3. Certifikované kurzy – zakončené zkouškou (jistá obdoba dřívějších nástavbových atestací).
- **Seznam jednotlivých oborů již nebude součástí zákona, ale bude určen vyhláškou ministerstva zdravotnictví.**
- **Možnost zdravotnických zařízení akreditovat se i pouze na zajišťování části vzdělávacího programu.**
- **Získávání specializované způsobilosti bude prohlubováním kvalifikace, z čehož vyplývá, že zaměstnavatel nemůže umožnění tohoto vzdělávání podmiňovat podpisem tzv. stabilizačních smluv.**
- **Stát bude finančně přispívat na postgraduální (specializační) vzdělávání lékařů.**

Text zpracovaný ministerstvem sice v mnoha směrech zohlednil požadavky, které jménem odborné veřejnosti předkládala komora, ale přesto se nevyvaroval velkému množství chyb a nejasností. Pozměňovací návrhy zpracované komorou, jejichž cílem bylo vytvoření opravdu funkčního systému vzdělávání, který by byl vstřícný vůči mladým lékařům a reflektoval požadavky českého zdravotnictví integrujícího se do jednotného trhu pracovních sil a služeb v rámci EU, nebyly bohužel při závěrečném hlasování schváleny.

Poslaneckou sněmovnou schválený zákon přináší následující rizika:

Lékař bez specializované způsobilosti by na základě certifikátu o absolvování základního kmene specializačního vzdělávání měl moci bez odborného dohledu vykonávat činnosti stanovené blíže nespecifikovaným prováděcím právním předpisem.

ČLK: Lékař bez specializované způsobilosti musí pracovat pod odborným dohledem, přičemž intenzita a způsob tohoto dohledu musí odpovídat jeho kvalifikaci a praxi. Tyto vysoce odborné otázky by také neměli řešit politici nebo státní úředníci, často bez medicínského vzdělání, ale komory. Cílem návrhu ministerstva bylo zajistit pro vznikající zdravotnické monopoly dostatek laciné pracovní síly, a to bez ohledu na pokles kvality lékařské péče.

Zákon neukládá jiné povinnosti, které by bylo nutno splnit pro výkon funkce vedoucího lékaře (primáře) než získání specializované způsobilosti.

ČLK: Podmínkou pro výkon funkce primáře by měla být nejenom specializovaná způsobilost v oboru, ale též patřičná praxe, tedy splnění dalších podmínek, které v souladu s § 2 zákona 220/1991 Sb. o ČLK v platném znění stanovuje komora. Právě primáři hrají v systému poskytování zdravotní péče klíčovou roli vedoucích zdravotnických týmů a školitelů pro své sekundáře. Ve věku necelých třiceti let budou lékařům s čerstvým atestačním diplomem chybět zkušenosti nezbytné k výkonu těchto vysoce odpovědných funkcí. Cílem ministerstva je vytvořit tlak na stávající primáře, kteří svojí autoritou často brání nejrůznějším ekonomickým experimentům, jejichž výsledkem by bylo zhoršení kvality zdravotní péče.

Dotace na vzdělávání ze státního rozpočtu budou směřovat na tzv. rezidenční místa na základě rozhodnutí komise zřizované ministerstvem.

ČLK: Navrhovali jsme 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 školením. Ministerstvo naopak připravilo byro-



Milan Kubek

Aleš Herman

kraticko–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. Peníze na vzdělávání si 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.

Lékař, který by se vzdělával na rezidenčním místě podpřevaném státem, by se měl zavázat, že po dobu nejméně pěti let od data ukončení specializačního vzdělávání bude pracovat na území ČR, a to v oboru, ve kterém získal specializovanou způsobilost jako rezident. Pokud by tuto povinnost nesplnil, musel by uhradit poměrnou část nákladů vynaložených státem.

ČLK: Tento tzv. vázací akt, tedy pod finanční sankcí vynutitelný závazek rezidenta pracovat pět let po získání specializované způsobilosti v ČR v oboru, v němž atestoval, je pro komoru něčím zcela nepřijatelným.

Zákon neumožňuje získání specializované způsobilosti na základě licence ČLK vydané po 18. 4. 2004.

ČLK: Zákon je v rozporu se zákonem č. 220/1991 Sb. o ČLK v platném znění, jehož § 2 odst. 1 b) říká: „Komory zaručují odbornost svých členů a potvrzují splnění podmínek k výkonu lékařského povolání...“ Zákon je v rozporu s praxí většiny členských států EU, kde nejenom celoživotní, ale i postgraduální vzdělávání organizují přímo komory nebo stát ve spolupráci s nimi.

Zákon neodstraňuje diskriminaci lékařek-matek, které přerušily svoji praxi kvůli mateřské dovolené.

ČLK: Licenční řád ČLK umožňuje tuto diskriminaci odstranit, stejně tak, jako udělení licence na základě rozhodnutí představenstva ČLK v režimu výjimky umožňuje zohledňování případů hodných zvláštního zřetele nebo umožňuje udělení licence na základě přezkoušení Vědeckou radou ČLK.

Zákon nezajišťuje zástupcům komory účast ve zkušebních komisích při zkouškách na závěr certifikovaných kurzů, jejichž absolvování bude podmínkou pro získání tzv. zvláštní odborné způsobilosti.

ČLK: Zákon je v rozporu s § 2 odst. 2 ch) zákona č. 220/1991 Sb. o ČLK v platném znění, který říká: „Komory jsou oprávněny účastnit se provádění specializačních zkoušek.“

Výčet jednotlivých oborů stejně tak, jako odborná náplň vzdělávacích kmenů, specializačních oborů i certifikovaných kurzů (nástavbové atestace) budou stanoveny vyhláškou ministerstva zdravotnictví po pouhém pro-

jednání s ČLK, s lékařskými fakultami a s odbornými společnostmi.

ČLK: Pouhá formulace „po projednání“ nepředstavuje dostatečnou záruku, že ministerstvo zdravotnictví bude respektovat názor odborné veřejnosti. Pokud by vztahy mezi ministerstvem a komorou byly standardní a pokud by Ministerstvo zdravotnictví ČR respektovalo ČLK jako svého partnera, který má ze zákona vyplývající kompetence a odpovědnost, pak by i schválená formulace mohla být dostatečující. V civilizovaných zemích totiž stát respektuje profesní samosprávy a nepřipadá tedy v úvahu, že by se politici snažili prosazovat své návrhy silou proti vůli odborné veřejnosti a její reprezentace. My, lékaři však máme v ČR zkušenosti opačné. Například arogance, s níž ministerstvo odmítlo jednat s ČLK o připomínkách k tzv. reformním zákonům, je pro nás dostatečným varováním, jak takové „projednání“ může vypadat. Pokud se ministr rozhodne nerespektovat názory lékařské samosprávy, pak ČLK nebude moci zabránit vzniku desítek či stovek bizarních vzdělávacích oborů a nebude moci chránit své členy

před nesplnitelnými požadavky, ani nebude mít nástroj, jak zabránit další fragmentaci medicíny. Hrozí nám, že se systém vzdělávání lékařů opět zhroutí.

Závěr:

Pokud zákon nabude účinnosti, pak se může stát základem pro fungující systém specializačního vzdělávání lékařů. Schválený text však neobsahuje žádné záruky, že stát bude na vzdělávání lékařů přispívat dostatečnými částkami, ani jistotu pro všechny mladé lékaře, že se budou moci vzdělávat s pomocí státního příspěvku.

Zákon také nedává České lékařské komoře do ruky dostatečnou kompetence, díky kterým bychom mohli zabránit možné devastaci systému vznikem desítek či stovek vzdělávacích oborů s nesplnitelnými požadavky kladenými na mladé lékaře. ČLK se bude v jednáních s ministerstvem zdravotnictví snažit možnému rozpadu vzdělávacího systému zabránit.

Milan Kubek, prezident ČLK

Aleš Herman, předseda Vědecké rady ČLK

Stále více českých lékařů v Sasku

Podle informací získaných od ze **Saské lékařské komory se v roce 2007 zvýšil počet lékařů cizinců ve Svobodném státě Sasko z 835 na 1061, což odpovídá nárůstu o 21,3%**. Podílem na absolutním počtu lékařů (7,3 % z 14 534) převyšují lékaři-cizinci v Sasku celoněmecký průměr, který dosahuje 6,4%.

Zaměříme-li se na národnostní složení, jsou vedoucí skupinou Poláci (159), Slováci (121) a Rusové (95). **Následují Češi s 83 lékaři.** Silné skupiny tvoří také Ukrajinci, Bulhaři, Rumuni, Syřané či Řekové. Méně lákavý je Svobodný stát Sasko pro lékaře ze západní Evropy: pracují tu např. jen dva Britové.

Největší podíl z cizinců vykonává práci v nemocnicích, což se zrcadlí ve faktu, že dnes již každý devátý lékař v saských nemocnicích pochází ze zahraničí. Upřednostňování nemocnic před zakládáním vlastních soukromých ambulancí spočívá především

v mnohem menší administrativní náročnosti při zaměstnávání.

Saská ministryně sociálních věcí Helma Orosz (CDU), do jejíž kompetence spadá i zdravotnictví, zvyšování počtu lékařů cizinců v Sasku vítá. Především z důvodu, že tak může být alespoň částečně sanován nedostatek lékařů, kterým Sasko trpí a který obnáší v současné době cca 270 prázdných míst v nemocnicích a 60 až 70 neobsazených ambulancí. Postiženy jsou hlavně oblasti Podkrušnohoří, Lužice a polabské oblasti u hranice ze Saskem-Anhaltskem, přičemž **především nemocnice v oblasti českého příhraničí i ve městě Drážďany se otevřeně snaží o získání lékařů z ČR (zkoušejí i přímo kontaktovat OEÚ GK Drážďany).**

Na základě informací ze Saské lékařské komory je připojena tabulka s vývojem počtu a umístění českých lékařů ve Svobodném státě Sasko.

Nejmarkantnější (procentuální) nárůst je možné zaznamenat v letech 2001 až 2003. Klidnější byly naopak roky bezprostředně po vstupu ČR do EU, kde se přírůstek pohyboval do 10 lékařů ročně. V roce 2007 ovšem bylo možné zaznamenat znatelný nárůst o 22 českých lékařů. Stejně jako u většiny lékařů cizinců pracují i Češi v naprosté většině v nemocnicích a jen nepatrná část z nich není v medicínské oblasti aktivní.

Co se týče rozdělení dle lékařských oborů, prozatím nejsou k dispozici údaje.

Zpracoval Martin Teplý

	Celkově	Nemocnice	Vlastní praxe	Ostatní	Nepracují jako lékaři
2001	4	4	chybí podrobnější údaje (připočteno k nemocnicím)		
2002	18	17	0	1	0
2003	43	39	0	4	0
2004	45	40	1	4	0
2005	54	48	1	2	3
2006	61	55	1	4	1
2007	83	72	2	2	3



Profesor Blahoš přibyl do rodiny rytířů

Prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc., byl 4. dubna 2008 v Břevnovském klášteře v Praze pasován na Rytíře českého lékařského stavu. „Patří k nejvýznamnějším osobnostem české medicíny. Je široce uznávaný jak odbornou, tak laickou veřejností, jeho věhlas přesahuje hranice České republiky,“ řekl prezident České lékařské komory Milan Kubek, který vykonal slavnostní akt pasování.

Vedle nesporně úspěšné lékařské, vědecké a pedagogické činnosti se prof. Blahoš významně podílel na vybudování České lékařské společnosti J. E. Purkyně jakožto odborné základny českých lékařů. Svoji prací v různých mezinárodních organizacích šířil a stále šíří dobré jméno české medicíny ve světě.

„Dovolte mi, abych vás především ujistil, že vyznamenání, jehož se mi dnes dostává, je pro mne zcela mimořádnou poctou,“ řekl prof. Blahoš ve svém proslovu při pasování. „Účastnil jsem se téměř všech slavnostních pasování mých ctihodných předchůdců a s obdivem jsem vždy vyslechl jejich vyznání k hodnotě tohoto titulu jako symbolu celoživotní oddanosti našemu krásnému povolání. Můj učitel a přítel profesor Ota Gregor měl na svém úmrtním oznámení namísto údajů o všech vyznamenáních, jichž se mu v životě dostalo, pod jménem uvedeno pouze Rytíř Českého lékařského stavu. Podle Homéra dodává rytířská pocta – equitum decus – jeho nositeli ušlechtilé vlastnosti, které ho zbavují obav z nejistého bloudění. Dostává se mi tedy i z tohoto hlediska radostného daru... Jako předseda ČLS JEP přijímám toto vyznamenání s radostí i proto, že symbolizuje vzájemnou úctu a podporu obou našich velkých organizací.“

Prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc. se narodil 30. 6. 1930 v Horažďovicích. LF UK v Plzni ukončil s vyznamenáním v roce 1955. Poté se, jako pracovník Endokrinologického ústavu v Praze (u doc. Karla Šilinka), zabýval endokrinologií, zejména endokrinologií vápničky a kosti a metabolismem kyseliny močové. Od roku 1969 pracoval na interní klinice Fakulty dětského lékařství UK (nyní 2. LF) ve fakultní nemocnici Pod Petřínem, zprvu jako asistent, později docent, profesor a nakonec jako přednost interní kliniky. V roce 1992 po zrušení



fakultní nemocnice byl pověřen vedením interní kliniky Vojenské lékařské akademie JEP v ÚVN Praha. Tam také založil I. osteocentrum v České republice, jehož je nyní vedoucím. Je i nadále vědeckým pracovníkem VLA JEP.

Prof. Blahoš publikoval přes 370 prací a 10 monografií. Nejvýznamnější z nich je Endokrinologie (napsaná společně s Otakarem Blehou). Přednášel na kongresech ve všech světadílech. Dva roky pracoval jako vedoucí polikliniky v Hararu v Etiopii. Jako visiting professor pracoval v Leedsu, Upsalle, Padově a Tokiu. Dva roky (1968 až 1969) pracoval na endokrinologické klinice nemocnice Beaujon v Paříži.

Prof. Blahoš je předsedou České lékařské společnosti J. E. Purkyně, do jejíhož čela byla zvolen opakovaně. V říjnu 1999 byl v tajných volbách zvolen prezidentem Světové lékařské asociace (WMA), která sdružuje přes 80 národních asociací a více než 8 milionů lékařů světa. WMA je nevládní organizací a spolu se Světovou zdravotnickou organizací (která je organizací vládní) je nejvýznamnější lékařskou světovou organizací.

Prof. Blahoš je členem Francouzské, Ruské a České lékařské akademie. Je členem výborů odborných společností ČLS JEP – Společnosti pro metabolická onemocnění skeletu ČLS JEP, České endokrinologické společnosti ČLS JEP, Společnosti franko-

fonních lékařů (zakladatel), Společnosti pro menopauzu a andropauzu ČLS JEP, je zakládajícím členem Společnosti Evropských srovnávacích endokrinologů (1995), Společnosti pro výzkum pojiva. Je čestným členem endokrinologických společností Francie, Rumunska a Slovenska. Členem Royal Society of Medicine (FRSM). Členem výboru European Forum of Medical Association a Council of International Organisation of Medical Science. Je zahraničním korespondujícím členem Académie Nationale de Médecine (Paříž).

Je také členem vědeckých rad (MZ, 2. LF UK, EÚ, ÚVN).

Působí v redakčních radách Časopisu lékařů českých, Revue ČLS JEP (vedoucí redaktor), Osteologický Bulletin, Pohybové ústrojí, Bratislava Medical Journal.

Pan profesor obdržel cenu J. E. Purkyně, ceny a medaile 2. LF UK, 3. LF UK, Slovenské LF, medaile za zásluhy American Medical Association a Japan Medical Association a pamětní prezidentskou medaili WMA.

28. 10. 2001 obdržel z rukou prezidenta Václava Havla Státní vyznamenání za zásluhy 1. třídy. 14. 7. 2002 byl jmenován prezidentem Francie Chiracem Rytířem Čestné legie a byl jmenován prezidentem Svěpomocné společnosti členů Čestné legie v ČR. V březnu 2008 byl povýšen na důstojníka Řádu Čestné legie.



Vedle odborných lékařských publikací napsal prof. Blahoš několik studií o Arthuru Rimbaudovi, který ho zaujal hlavně proto, že v letech 1880 až 1891 žil v etiopském Hararu. Zde pan profesor začátkem šedesátých let po dva roky pracoval v nemocnici, jež sousedila s domem, kde Rimbaud žil. Ve volných chvílích se začal zajímat o Rimbaudův pobyt i o jeho další nešťastný osud.

„Za jistý druh symbiózy vědy a umění považují enologii. V době, kdy jsem pracoval na klinice profesora Klotze v Paříži, jsem prohluboval své znalosti nejen z endokrinologie, nýbrž právě i z enologie, tedy z nauky o víně,“ uvedl prof. Blahoš. „Studiem enologie s praktickými cvičeními jsem pak dospěl k přesvědčení, že stále platí ono Horatiovo „nunc vino pellite curas“, teď vínem zažeňte dotěrné starosti, aniž byste kalili mysl a hasili jiskru. Proto mi dovolu, abych pozdvihl číši k rytířské poctě medicíně, umění, životu.“

Prof. Blahoš je ženatý a má dva syny. Stal se čestným občanem Horažďovic, Miami a Manily.

(red)



Nositelé titulu

Rytíř českého lékařského stavu

1996 Prof. MUDr. Antonín Fingerland, CSc.
Prof. MUDr. Jiří Syllaba, CSc.
Prof. MUDr. Miloš Štejf, DrSc.
MUDr. Josef Hercz

1997 Prof. MUDr. Josef Marek, DrSc.

1998 Prof. MUDr. Václav Tošovský, DrSc.

1999 Prof. MUDr. Bohuslav Niederle, DrSc.

2000 Prof. MUDr. Zdeněk Mařatka, DrSc.

2001 MUDr. Karel Macháček

2002 Doc. MUDr. Zdeněk Ježek, DrSc.

2003 Prof. MUDr. Radana Königová, PhD.

2004 Prof. MUDr. Ota Gregor, DrSc.

2005 Prof. MUDr. Ctírad John, DrSc.

2006 Prof. MUDr. Ivan Karel, DrSc.

2007 Prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc.

Hrdinství v medicíně

Hrdinství je vlastnost s velmi obtížnou definicí. Kdo je to hrdina? Je to člověk statečný a odvážný, který nemusí překonávat strach? Nebo naopak strach musí překonat, protože není hazardérem milujícím riziko? Kdo je tedy hrdinou? Člověk zachraňující dítě z hořícího domu, z ledové vody? Člověk pomáhající druhému v neštěstí dlouho, nekonečně dlouho, bez nároku odměny, šťastný jen tím druhem odměny, který nedávají lidé? Jsou to slavní lidé, kteří se zasloužili o stát? Nebo o obor? Hrdinství má mnoho podob, ale jen jeden společný znak: snahu pomoci druhému. Ted jsem byl v pokušení napsat, že je to tedy vlastnost výslovně lidská. Ta nekonečná člověčí pýcha! V živočišné říši přece také není o hrdinství nouze. V medicíně je rozhodování ještě obtížnější.

Česká lékařská komora zavedla na jaře roku 1996 pro hrdiny medicíny titul „Rytíř lékařského stavu“. Je to výjimečný titul, který se jinde ve světě neuděluje. MUDr. Jiří Jedlička, duchovní otec, uvádí že kandidát titulu se musí mimořádně zasloužit o český lékařský stav. Rytířem nemusí být vždy ten, kdo udělal kariéru jako docent či profesor, může to být obyčejný lékař, který se nějakým extrémním způsobem obětoval.

Mně osobně jsou nejbližší ti hrdinové bezejmenní. Takový čapkovský doktor, který ví hodně o nemocech i o lidech. Že je bezejmenný, to patří k jeho povaze. Lékařským hrdinou je také geniální vynálezce léků, diagnostického či terapeutického přístroje. Samozřejmě že pro ten vynález samotný, ale také pro veliké úsilí, snahu, studium, protože jak známo náhody potkávají ducha připraveného (Blaise Pascal).

Lékařský hrdina musí být odvážný, ne nadarmo je Rytíř lékařského stavu pasován na rytíře mečem. Odvaha v medicíně se projevuje nasazením vlastního života při výkonu povolání. Z historie známe lékaře ošetřující do té doby neléčitelně infekčně nemocné během epidemií.

V naší profesi je příkladem hrdinství mladý Němec Werner Forssmann z Eberswalde, který si jako první sám v roce 1929 zavedl katetr do svého vlastního srdce.

Hrdina v medicíně nemusí však být i hrdinou v občanském životě. Právě zmíněný doktor Forssmann je příkladem složitosti i nejednoduchosti lidských osudů. Osobně statečný (představte si sami sebe, jak si kubi-

tální jankou zavádíte katetr až do pravé síně a to ještě navíc přes výslovný zákaz svého přednosty, který je v den tohoto pokusu – ta náhoda – na služební cestě v Berlíně). Není to statečnost až příkladná? A přece: za krátkou dobu přichází Hitler k moci, Werner se stává nacistou a trvá to dlouhou dobu po skončení světové války, než je rehabilitován a posléze dokonce oceněn Nobelovou cenou. Profesor Forssmann je typickým příkladem nejednoduchého života Evropana 20. století.

U Rytířů českého lékařského stavu však nacházíme mnoho příkladů občanské statečnosti. U prvních Rytířů lékařského stavu byla hodnocena odvaha během nacistického období, nyní jsou oceňováni mimo jiné také za svůj postoj vůči komunistické moci. Je zajímavé, že v životopisech mnoha z těchto lékařů nacházíme nedůvěru nedávných politiků vůči nim a místo pomoci výjimečným lidem nacházíme překážky, obstrukce, ba i lživá udání a kriminalizaci jejich činů. Jakoby komunistický režim a rytíři byli z jiného těsta; žádný rytíř nebyl nikdy Hrdinou socialistické práce.

Rytíř či obecně hrdina (bohužel jen část lékařských hrdinů je pasovaná, mnozí zůstávají v nespravedlivé anonymitě) však musí mít především rád lidi. Takové schillerovské „alle Menschen werden Brüder“ je živnou půdou, ze které může vyrůst výše uvedený hrdina. Podle mého názoru je to základ hrdinství, který se bohužel neučí na žádné fakultě a ani se učit nemůže, protože aprobaci z tohoto předmětu podává sám život. Je tedy patrné, že výběr Rytíře lékařského stavu je velmi obtížný a ze své podstaty nemůže postihnout všechny lékaře, kteří by si to zasloužili.

O různých druzích hrdinství v medicíně se dočtete v knížce Karla Pacnera a Martiny Riebauerové „Rytíři lékařského stavu“, která podává 14 portrétů dosavadních rytířů. Je to zajímavá kniha, pojednává o osudech výjimečných lidí. Dovíte se mnoho o nových objevech i vynálezech, o nových lékařských postupech, ale především o nesmírné pracovitosti, cílevědomosti a trpělivosti. O odvaze i statečnosti, ale především o moudrosti a laskavosti duše. Je to dobrý návod, jak hledat budoucí kandidáty na toto ocenění.

Podle Stavovského předpisu č. 14 zřizuje Česká lékařská komora titul Rytíř/Rytířka českého lékařského stavu, kterým se uděluje čestné ocenění lékařům, kteří se zvláště mimořádně zasloužili o český lékařský stav.

Prof. MUDr. Roman Čerbák, DrSc.



Moje ambulance čeká dárek od FN Ostrava

V polovině dubna se FN Ostrava rozhodla, že obdaruje zdravotnické zařízení Moje ambulance a. s. odhadem až asi pět tisíc pacientů. Tyto pacienty oslovila dopisem, v němž jim sdělila, že v souvislosti s nepříznivou personální situací na oddělení všeobecného lékařství FN Ostrava ukončí poskytování služeb praktických lékařů. Současně jim oznámila, že z oslovených praktických lékařů v Ostravě-Porubě vyhodnotila jako nejvhodnější náhradu právě společnost Moje ambulance.

Společnost Moje ambulance je integrovaný ambulancní systém praktických lékařů s působností na území celé České republiky. Tvoří ho sdružené praxe praktických lékařů. Předsedou představenstva je MUDr. Marek Potysz (rozhovor převzatý z HN najdete na straně 41).

FN Ostrava dala svým pacientům jen něko-

lik dní na to, aby si v případě nesouhlasu s tímto postupem sami našli nového praktického lékaře a písemně to oznámili FN Ostrava. Dopis byl datován 8. dubna, ale pacienti ho obdrželi o několik dní později. Termín k nalezení nového lékaře měli šibeniční, nejpozději 18. dubna. Kdo termín nestihl, musel se smířit s tím, že „v zájmu plynulého zajištění zdravotní péče“ bude zdravotnická dokumentace předána Mojí ambulanci.

Proč právě Moje ambulance? „Chtěli jsme pacientům nabídnout nějakou variantu,“ zdůvodnil ve zpravodajství TV Nova tiskový mluvčí FN Ostrava Tomáš Oborný. Podle něho bylo osloveno 15 lékařů z okolí.

„V Ostravě-Porubě pracuje 31 soukromých praktických lékařů, ale osloven nebyl ani jeden,“ tvrdila naopak Miroslava Kulhavá ze Sdružení praktických lékařů ČR.

Ne náhodou vznikly spekulace, že se jedná o obchod s kartami pacientů. Za jednoho pacienta platí zdravotní pojišťovny 48 Kč měsíčně. Není těžké si spočítat, kolik by to zdravotnickému zařízení přineslo v případě několika tisíc pacientů.

Ministerstvo zdravotnictví proti postupu FN Ostrava podle mluvčího Tomáše Cikrta nic nenamítá. „Jen to nezmanažovali úplně šťastně,“ uvedl Cikrt v TV Nova. MZ prý nabídlo pacientům právní pomoc při manipulaci s kartami.

Celý případ se rozhodl prozkoumat Úřad pro ochranu osobních údajů. Hrozí totiž, že při přemísťování zdravotních karet by do nich mohly nahlížet neoprávněné osoby.

Podle TV Nova prodloužila FN Ostrava termín převodu pacientů o měsíc. To je pro pacienty jediná pozitivní zpráva. (red)

Právní stanovisko

k situaci, kdy registrující praktický lékař pro dospělé předá zdravotnickou dokumentaci pojištěnce jinému registrujícímu praktickému lékaři, kterého si pojištěnec nevolil:

Podle § 9 odstavec 2 zákona č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu v platném znění se občanům s výjimkou osob ve vazbě a ve výkonu trestu odnětí svobody umožňuje volba lékaře, klinického psychologa a zdravotnického zařízení (novela zákona přijatá v roce 1990).

Podle § 11 odstavec 1 písmeno b) zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění v platném znění má pojištěnec právo na výběr lékaře či jiného odborného pracovníka ve zdravotnictví a zdravotnického zařízení.

Podle § 55 odstavec 2 písmeno d) zákona č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu v platném znění je každý zdravotnický pracovník povinen zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dověděl v souvislosti s výkonem svého povolání.


Podle § 67b odstavec 9 zákona č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu v platném znění se práva a povinnosti při zpracovávání osobních údajů souvisejících se zajišťováním zdravotní péče řídí zvláštním zákonem – odkázáno je na zákon č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů.

Podle § 67b odstavec 13 zákona č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu v platném znění v případě změny ošetřujícího lékaře je dosavadní lékař povinen předat nově zvolenému lékaři všechny informace potřebné pro návaznost zdravotní péče (nikoli zdravotnickou dokumentaci).

Pokud došlo k situaci, kdy registrujícím

praktickým lékařem pro dospělé u některých zaměstnanců fakultní nemocnice byl lékař-zaměstnanec fakultní nemocnice působící na oddělení všeobecného lékařství, posléze byl úsek všeobecného lékařství zrušen a fakultní nemocnice předala zdravotnickou dokumentaci pacientů bez jejich vědomí a souhlasu jinému zdravotnickému zařízení, poskytujícímu péči v oboru praktického lékařství pro dospělé a až posléze je o tom vyzooměla s tím, že přejí-li si provést volbu jiného registrujícího praktického lékaře, mají to písemně oznámit, jde o neoprávněné nakládání s citlivými osobními údaji a hrubé porušení zákona. Právo svobodné volby registrujícího praktického lékaře pro dospělé má pacient, nikoli jeho dosavadní lékař nebo jeho zaměstnavatel. Teprve pokud pacient oznámí zdravotnickému zařízení, že si zvolil jiného registrujícího praktického lékaře, lze tomuto **nově zvolenému** lékaři předat informace potřebné pro návaznost zdravotní péče (nikoli zdravotnickou dokumentaci, s tou je zdravotnické zařízení povinno nakládat podle vyhlášky č. 385/2006 Sb.). Předání originálu zdravotnické dokumentace nepřipadá v úvahu ani zdravotnickému zařízení, které má vykonávat závodní preventivní péči – toto zařízení má obdržet výpis ze zdravotnické dokumentace v rozsahu potřebném pro výkon závodní preventivní péče.

Pokud byl originál zdravotnické dokumentace pacientů předán zdravotnickému zařízení, které si pacienti nevolili, mohlo by toto jednání ze strany občana, který rozhodnutí o předání zdravotnické dokumentace bez souhlasu pacientů učinil, být hodnoceno jako trestný čin neoprávněné nakládání s osobními údaji dle § 178 odstavec



FN Ostrava
Fakultní nemocnice Ostrava

Naše značka	Vytiskne / linka / e-mail	Kому	V Ostravě
Vážený pane,			8.4.2008

Dovolujeme si Vám touto cestou oznámit, že v souvislosti s nepříznivou personální situací na oddělení všeobecného lékařství, je bohužel Fakultní nemocnice Ostrava nucena ukončit poskytování zdravotní péče na oddělení všeobecného lékařství. Fakultní nemocnice Ostrava.

Za účelem zajištění plynulé návaznosti poskytování zdravotní péče pro dosavadní klienty, oslovila Fakultní nemocnice Ostrava okolní praktické lékaře z Ostravy – Poruby s dotazem na volné kapacity. Po vyhodnocení doslovných nabídek byla jako nejkomplexnější vyhodnocena nabídka zdravotnického zařízení **Moje ambulance, a.s. se sídlem na ulici Francouzské 5187, v Ostravě-Porubě.**

Můžeme Vás ubezpečit, že se jedná o registrované zdravotnické zařízení, které zcela splňuje zákonem stanovené požadavky pro výkon poskytování zdravotní péče, tzn., že je personálně, věcně a technicky vybaveno pro druh a rozsah jím poskytované zdravotní péče.

Dovolujeme si Vás dále informovat o tom, že v zájmu plynulého zajištění zdravotní péče, bude Vaše zdravotnická dokumentace předána výše uvedenému zdravotnickému zařízení. V případě, že si v rámci svobodné volby lékaře vyhledáte jiné zdravotnické zařízení, u kterého provedete svou registraci a nebudete tak souhlasit s předáním Vaší zdravotnické dokumentace, informujte prosím Fakultní nemocnici v Ostravě písemně na níže uvedené kontaktní adrese v termínu **do 18. 4. 2008**. V opačném případě budeme chápat, že s předáním Vaší zdravotnické dokumentace výše uvedenému zdravotnickému zařízení souhlasíte.

Kontakt:
Fakultní nemocnice Ostrava
Podatelna - praktici
17. listopadu 1790
706 52 Ostrava – Poruba

Děkujeme Vám za pochopení a přejeme Vám pevné zdraví.
Fakultní nemocnice Ostrava

Fakultní nemocnice Ostrava
17. listopadu 1790 / 706 52 Ostrava-Poruba
Telefon: +420 597 571 111 / Fax: +420 596 917 340
E-mail: oost@fnost.cz / oost@fnost.cz
Web: www.fnost.cz
CIS: Úřad, ČSOP Ostrava, 9010-0205980330300

2 a odstavec 3 písmeno c) trestního zákona.

Ze strany zdravotnického zařízení by mohlo jít současně o správní delikt podle zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů v platném znění a Úřad pro ochranu osobních údajů by mohl proti zdravotnickému zařízení zahájit správní řízení a uložit mu pokutu.

Pacient, který se cítí shora uvedeným postupem dotčen na svých právech, je oprávněn podat trestní oznámení na místně příslušné okresní státní zastupitelství, v místě sídla zdravotnického zařízení, které zdravotnickou dokumentaci neoprávněně předalo. Současně je oprávněn podat stížnost a podnět k zahájení správního řízení Úřadu pro ochranu osobních údajů v Praze.

JUDr. Jan Mach

Obsah

Farmakoterapie u věkem podmíněné degenerace makuly 1	Informace k bezpečnosti léčivého přípravku Gardasil 4
--	---

FARMAKOTERAPIE U VĚKEM PODMÍNĚNÉ DEGENERACE MAKULY

Úvod

Jedním z nejzávažnějších postižení sítnice oka je věkem podmíněná makulární degenerace (VPMD). V tomto textu jsme se snažili srozumitelnější formou seznámit odbornou veřejnost s makulární degenerací a poskytnout vodítko k její správné léčbě. Věkem podmíněná makulární degenerace je oční onemocnění, které je v rozvinutých zemích nejčastější příčinou praktické slepoty lidí starších 55 let. Postihuje centrální část sítnice, místo nejostřejšího vidění.

ČR bohužel daleko zaostává za vyspělými zeměmi v informovanosti populace stran tohoto onemocnění. Většina nemocných přichází k ošetření pozdě, tedy s pokročilým stádiem VPMD, u něhož léčba nepřináší dobré výsledky. Léčba těchto pokročilých stavů je rovněž mnohem nákladnější, jelikož se musí opakovat častěji a déle. Oproti tomu léčba časných stádií VPMD je úspěšná, méně nákladná a může vést i k návratu zrakové ostrosti. I mezi očními lékaři však přetrvávají zastaralé názory, že VPMD nelze léčit, případně že ji lze léčit konzervativními prostředky, vitaminy, tzv. vazoaktivními preparáty apod. Ve státní správě přetrvává mylná představa, že náklady na léčbu VPMD (a i jiných očních chorob) jsou vyšší než náklady na péči o nevidomé. Zdravotní pojišťovny nechťejí proplácat nákladnou léčbu pacientů s VPMD, vláda nevyvíjí úsilí o koordinaci péče mezi resortem zdravotnictví a sociální péče, neprovádějí se státem řízené farmakoeconomické analýzy, údaje jsou dostupné pouze ze zdrojů farmaceutických firem a ze zahraničních studií^{1/}.

VPMD má dvě formy, suchou (atrofickou) a vlhkou (exsudativní). Suchá forma VPMD je přítomna u 90 % případů VPMD, ale pouze u 10 % nemocných působí závažnější ztrátu zraku. Suchá forma VPMD spočívá v atrofii (zániku) pigmentových i světločivných buněk sítnice (fotoreceptory) s následným výpadem centrální části zorného pole, které postupují relativně pomalu.

Vlhká forma se vyskytuje u 10 % pacientů s VPMD, ale u 90 % nemocných působí závažnou ztrátu zraku, často velmi rychle. Je charakterizována prorůstáním novotvořených cév ze spodních vrstev pod sítnicí, jejich prosakováním s následným otokem sítnice, někdy dokonce centrálním odchlípením a nezhledně krvácením pod sítnicí. Průběh onemocnění je rychlý až dramatický a vede k praktické slepotě během několika měsíců. Novotvořené cévy vytvářejí pod sítnicí membránovitý útvar, nazývaný choroidální neovaskularizací (CNV). Tato CNV je odpovědná za prosakování tekutiny či krve. Později je proces ukončen vznikem vazivové jizvy až koláčovitěho útvaru, podobného nádoru, zrak je zhoršen na praktickou slepotu.

V některých případech může nastat i masivní krvácení pod sítnicí i do sklivce, působící úplnou slepotu. Na rozdíl od ostatních vyspělých zemí, v nichž je za praktickou slepotu považován vizus (zraková ostrost) horší než 6/60, je v ČR praktická slepota definována jako vizus horší než 1/60, čímž dochází ke zkreslení statistických údajů a je ztíženo mezinárodní porovnávání dat. VPMD vzniká zpravidla asymetricky v jednom oku, druhé oko bývá postiženo v průběhu dalších let s mírou rizika, narůstající každým rokem o 10 %. Po pěti letech je tedy druhé oko postiženo u poloviny nemocných a po deseti letech je oboustranné postižení jisté.

Epidemiologie VPMD

Podle celosvětové incidence vlhké formy VPMD (500 000 nových případů ročně) lze odhadovat počet nových pacientů v ČR asi na 1000 ročně. Celkovou prevalenci (počet postižených pacientů) VPMD lze odhadnout ze studie kanadské populace (Beaver Dam Eye Study), podle níž jsou chorobou postižena 23 % obyvatel ve věku od 43 do 64 let, avšak až 56 % obyvatel starších 65 let. Počet nemocných se podle odhadů ztrojnásobí během následujících 25 let. Vzhledem

Tabulka 1. Prevalence VPMD

Studie/věková kategorie	55 – 64 let	65 – 74 let	75 – 84 let	85+ let
Beaver Dam (USA) 4 756 pacientů	16,7 (0,5)	25,3 (1,4)	41,7 (6,9)	48,7 (13,5)
Rotterdam (Netherlands) 6 411 pacientů	2,5 (0,1)	9,9 (0,7)	16,7 (3,2)	29,8 (11,6)
Blue Mountains (Australia) 3 585 pacientů	2,8 (0,2)	9,2 (0,7)	20,9 (5,4)	46,6 (18,5)

Legenda: před závorkou je uvedena celková prevalence v %, v závorce je uvedena prevalence pozdní VPMD (geografická atrofie RPE, CNV)

k „šedivější“ populaci v naší zemi se tato skutečnost stává velmi závažným sociálním a ekonomickým problémem. Prevalence VPMD byla stanovena na základě velkých klinických studií v různých částech světa. Výsledky tří největších a nejcitovanějších studií jsou uvedeny v tabulce 1.

VPMD je onemocněním s velmi úzkou věkovou vazbou, jeho prevalence roste s věkem. Data publikovaná ve všech průřezových studiích prokazují exponenciální nárůst prevalence u pacientů starších 70 let. Obecná prevalence po porovnání dat z těchto studií pro časnou VPMD (suchá forma VPMD) činí ve věkovém rozmezí 65 – 74 let 15 %, ve věkovém rozmezí 75 – 84 let 25 % a u pacientů nad 85 let více než 30 %. Prevalence pro pozdní VPMD (geografická atrofie sítnice a pigmentového listu či CNV) činí v bílé populaci ve věkovém rozmezí 65 – 74 let 1 %, ve věkovém rozmezí 75 – 84 let 5 % a v populaci nad 85 let více než 13%^{1/}. VPMD je onemocněním oboustranné, přičemž nález na obou očích může být asymetrický (jedno z očí je postiženo pokročilejším stádiem choroby). Obecně lze říci, že riziko těžké ztráty zrakové ostrosti je pro druhé oko při výskytu unilaterální CNV mezi 7 – 12 % ročně. Celkově se odhaduje, že různou formou VPMD trpí v Evropě, USA a Japonsku asi 25 milionů lidí. Vzhledem ke světovému trendu stárnutí populace bude prevalence a incidence VPMD s největší pravděpodobností i nadále narůstat.

Důsledky VPMD z hlediska humanitárního, sociálního a ekonomického

Makula poskytuje ostré vidění detailů, a tak pacienti při jejím onemocnění od samého začátku ztrácejí schopnost číst, rozeznávat detaily (tváře), všechny tvary vnímají pokriveně, nerozlišují barvy, později nedokážou přečíst ani velké titulky v novinách, nemohou řídit auto, v pokročilých stádiích mají problémy s orientací a samostatným pohybem, apod. Nemocní ztrácejí samostatnost, stávají se závislími na pomoci okolí, nastává praktická slepota. Porucha zraku má následky i v psychické oblasti, pacienti jsou nešťastní, zklamaní, dostávají se do izolace, ztrácejí sebevědomí, až 32 % z nich trpí depresemi. Ztráta zraku se podílí na zvýšené úrazovosti; až 50 % zlomenin ve stáří je způsobeno zhoršeným viděním. Porucha zraku bývá veřejností, dokonce i lékaři, podceňována. Podle mezinárodních dotazníků VQF-25, sloužících k hodnocení kvality života, trpí pacienti s mírnou makulární degenerací srovnatelně s postiženými AIDS nebo středně těžkou anginou pectoris, jejich kvalita života je podle tohoto hodnocení snížena o 17 %. Nemocní se středně těžkou degenerací mají potíže na úrovni pacientů s trvalou dialýzou nebo s těžkou anginou pectoris, jejich kvalita života je snížena o 40 %. Pacienti s těžkou degenerací makuly hodnotí svou kvalitu života jako sníženou o 63 %, tedy stejně jako postižení pokročilou rakovinou prostaty s neléčitelnými bolestmi nebo jako pacienti po masivní ochromující mrtvici^{1/}.

Důležité není pouze hledisko lidského utrpení, ale i hledisko ekonomické. Kromě zdrcujících následků na kvalitu života nemocných i na jejich psychiku má VPMD závažné důsledky pro ekonomiku - náklady zahrnují výdaje spojené se sníženou produktivitou v práci, později s nezaměstnaností pro VPMD, náklady na jejich ošetřování a pomoc s nákupy, stravováním, pobytem v ústavech apod. Podstatné jsou i výdaje na léčbu přidružených následků a komplikací praktické slepoty, např. porucha zraku zdvojnásobuje riziko pádu a zlomenin. Zahraniční farmakoekonomické analýzy jednoznačně ukazují, že investice, vynaložené na léčbu i výzkum této choroby, jsou návratné, jelikož náklady na léčbu VPMD jsou poloviční ve srovnání s náklady na péči o slepé osoby.

Jaké jsou konkrétní náklady na nevidomého člověka v ČR? V této oblasti existuje velmi omezený výzkum. V dostupné analýze jsou výsledky rozděleny do tří skupin podle profilu nevidomého. Ve skupině pacientů v produktivním věku jsou zahrnuti i nepřímé náklady – ztráta HDP. Roční náklad první rok byl v této skupině nejvyšší a dosahoval 731 000 Kč, následující roky byl již náklad nižší cca 520 000 Kč ročně. Druhá skupina pacientů jsou lidé v neproduktivním věku, o které pečují příbuzní nebo kteří využívají domácí péči (cca 10 % z nich). Zde činil náklad v prvním roce 407 000 Kč a následující roky 196 000 Kč. Pokud jsou tyto pacienti v neproduktivním věku umístěni v ústavech, nečerpají všechny sociální dávky, ale náklady jsou navýšeny o tyto ústavy. Pak je první rok i v následující letech náklad 323 000 Kč^{1/}.

Závěrem lze říci, že náklady na nevidomého či slabozrakého člověka se v ČR pohybují v řádu statisiců v rozpětí 196 až 731 tisíc ročně (včetně ztráty HDP u pacientů v produktivním věku).

Etiopatogeneza VPMD a mechanismus účinku anti-VEGF

Věkem podmíněná makulární degenerace je onemocnění, které se vyskytuje až v pozdějším věku, ale jeho podstatou je zřejmě poškozený gen (ABCA4), který řídí metabolismus sítnice a chrání ji před poškozením. Tento gen se nachází na chromozomu 1g31 a za normálních okolností brání toxickému vlivu oxidačního stresu na Bruchovu membránu, izolační vrstvy pod sítnicí^{2/}. Přími příbuzní pacientů postižených VPMD mají 3x větší riziko vzniku VPMD než ostatní populace. Dalšími vlivy, podporujícími vznik VPMD, jsou kouření, strava chudá na ochranné prvky a ultrafialové světlo. Jelikož klíčovou součástí vývoje vlhké formy VPMD je novotvorba cév, nové výzkumy se zaměřují na potlačení růstu nových cév a na zánik již existujících patologických cév. U různých očních chorob, spojených s novotvorbou cév a se zvýšeným prosakováním, hraje klíčovou úlohu cévní růstový faktor (vascular endothelial growth factor, VEGF). Tento faktor má čtyři hlavní formy (A, B, C a D) a oftalmologicky důležitý VEGF-A existuje dále ve čtyřech izoformách s různým počtem aminokyselin: VEGF121, VEGF165, VEGF189 a VEGF206. Za patologický růst novotvořených cév je zejména zodpovědná forma VEGF165. Tento hlavní růstový faktor, specifický pro cévní endotelové buňky, je tvořen buňkami pigmentového epitelu sítnice (RPE) a po své vazbě na hlavní VEGF receptor na buňkách cévní stěny (endotelie), VEGFR-2, selektivně stimuluje růst endoteliálních buněk a cévní prosakování.

Optimální lék proti choroidální neovaskularizaci by byl takový, který by potlačil růst patologických cév, stimuloval zánik existujících neovaskularizací, odstranil otok sítnice a krvácení snížením cévního prosakování, bránil jizvení a odchlípení sítnice, a navíc by byl snadno aplikovatelný.

Dosavadní způsoby léčby mají k této dokonalosti daleko, avšak patologická novotvorba cév nabízí několik léčebných přístupů:

- zabránit uvolňování růstových faktorů či uvolněné faktory neutralizovat
- blokovat specifické receptory
- obnovit rovnováhu mezi faktory stimulujícími novotvorbu cév a faktory omezující tuto novotvorbu aplikací či navozením uvolňování antiangiogenních faktorů
- Genová terapie: vytvořené cévy a jejich endotel lze zasáhnout specifickými působky, navozujícími zničení buněčné stěny, uzavření cév a zástavu krevního toku.

Lékem, který přímo brání novotvořbě cév a prosakování tekutiny, je protilátka anti-VEGF^{3,6,7/}.

Farmakoterapie VPMD

Na rozdíl od situace před několika lety, kdy proti vlhké formě VPMD neexistovala účinná léčba, v posledních letech máme k dispozici léčebné postupy, kterými lze rozvoj choroby zpomalit či zcela zastavit a odvrátit tak praktickou slepotu. U některých pacientů, u nichž je léčba zahájena včas, lze dosáhnout i zlepšení zrakové ostrosti, je však nutné si uvědomit, že přes úspěchy léčby je VPMD degenerativní onemocnění, vážně poškozuje sítnici, a že vrátit zrak, již ztracený, není v plném rozsahu možné. Ve spíše ojedinělých případech, pokud je CNV přítomna mimo centrální oblast sítnice, lze při léčbě vlhké VPMD použít přímé fotokoagulace, tedy léčby laserovým paprskem, který spálí nejen prosakující novotvořené cévy pod sítnicí, ale i zdravou sítnici nad nimi. Naprostou většinou je CNV centrální, a proto destruktivní laserovou koagulací použít nelze, jelikož by nastalo poškození funkční sítnice nad CNV. Centrální CNV je nutno léčit metodami, které navodí uzávěr novotvořených abnormálních cév a přitom šetří buňky sítnice. Mezi tyto metody patří fotodynamická terapie a léčba pomocí anti-VEGF, o které více pojednáme. V neposlední řadě zmíníme „podpurnou“ farmakoterapii.

Léčba pomocí anti-VEGF

Je první léčbou, která přímo brání novotvorbě cév – tedy procesu choroideální neovaskularizace. Jedná se o látku, které přímo působí proti vaskulárním endoteliálním růstovým faktorům (VEGF). Spočívá v nitrooční injekci (do sklivce) protilátky proti růstovému faktoru, stimulujícímu růst CNV a prosakování tekutiny. Prvním léčivým přípravkem obsahujícím anti-VEGF, registrovaným pro léčbu vlhké formy VPMD, je MACUGEN (sodná sůl pegaptanibu).

MACUGEN selektivně blokuje VEGF165 (který je považován za hlavní izoformu VEGF) a potlačuje tak růst všech typů CNV, umožňuje vstřebání otoku a snižuje riziko ztráty zraku o 3 řádky optotypů ETDRS u 70 % pacientů (výsledky studie V.I.S.I.O.N.). Injekce se opakují po 6 týdnech (tzn. 9krát ročně). Tento preparát je u nás registrován pro nitrooční podání a ve vybraných vitreoretinálních centrech (ÚVN Praha - vpmd@uvm.cz, FN Hradec Králové - jan.studnicka@post.cz, FN Brno Bohunice - pkolar@fnbrno.cz, FN Olomouc - ocni@fnol.cz, VFN Praha - zdubska@seznam.cz, FN Plzeň - macugen@fnplzen.cz) je jeho aplikace hrazena zdravotní pojišťovnou. Běžná cena jedné dávky se jinak pohybuje kolem 20 tisíc Kč^{1,3,5,9/}.

Dalšími léky, využívajícím anti-VEGF působení, jsou LUCENTIS a AVASTIN.

LUCENTIS (ranibizumabum) je defacto modifikovaný AVASTIN (jeho fragment). Tato látka blokuje nejen VEGF165, ale i VEGF121, respektive celou „rodinu“ VEGF-A (121, 165, 189 a 206). Spektrum ovlivnění VEGF je tedy širší než u Macugenu, což může ale znamenat i rizika (VEGF faktor má i pozitivní účinky - je neuroprotektivní a brání apoptóze). Účinek tohoto léku byl potvrzen studiiemi M.A.R.I.N.A. a A.N.C.H.O.R., kdy došlo nejen ke stabilizaci, ale i ke zlepšení (o 1-2 řádky optotypů ETDRS, u 20 % pacientů dokonce zlepšení o 3 řádky) zrakových funkcí zařazených subjektů. První 3 měsíce se injekce podává každý měsíc. Dále se doporučuje sledovat pacienta jednou měsíčně. Dojde-li ke zhoršení, podá lékař do postiženého oka další dávku. Tento preparát je u nás registrován pro nitrooční podání a jeho aplikace doposud není hrazena zdravotní pojišťovnou (ale v současné době je již držitelem rozhodnutí o registraci podaná žádost o úhradu z veřejného zdravotního pojištění). Běžná cena jedné dávky se ale zatím pohybuje kolem 37 tisíc Kč^{1,6,7,8/}.

AVASTIN (bevacizumabum) je registrován (evropská centralizovaná registrace) pro léčení rakoviny tlustého střeva, plic a prsu. Spektrum účinku je identické s Lucentisem, jen molekula je třikrát větší. Preparát v ČR ani v jiných zemích není registrován pro nitrooční aplikaci a jeho použití v této indikaci je tedy tzv. „off-label“. Přesto se podávání přípravku Avastin pro léčení vlhké formy VPMD rozšířilo na základě neformálních informací i seriózními přednáškami a publikacemi mezi lékaři po všech kontinentech a zdá se, že poměr přínosů a rizik off label používání je pozitivní. Nitrooční aplikace tohoto přípravku u nás není hrazena zdravotní pojišťovnou, běžná cena jedné dávky se pohybuje kolem 3.5 tisíce Kč. I když jsou dosavadní výsledky léčby velmi dobré, držitel rozhodnutí o registraci zatím nemá zájem nitrooční podání registrovat, i když názor regulačních autorit je v této otázce kladný. EU regulační autority (prostřednictvím Pharmakovigilance Working Party a CHMP) a držitel hledají společné řešení, ale asi se nedá předpokládat, že řešení bude v nejbližší době. Při neúčinnosti jednoho způsobu léčby lze jeden preparát nahradit jiným, případně léčebné postupy kombinovat s cílem zvýšit efekt léčby. Lze kombinovat i různé anti-VEGF mezi sebou.

Fotodynamická terapie (PDT)

S farmakoterapií také úzce souvisí fotodynamická terapie^{4/}. Tato terapie byla významným mezníkem v možnosti léčby věkem podmíněné degenerace sítnice (její vlhké formy). Jedná se o proces, kdy nejprve (nitrožilně) aplikujeme fotosenzibilizující látku verteroporfín (VISUDYNE), která se vysycuje v CNV, a následně ošetříme postižené místo (centrální část sítnice) světlem o specifické vlnové délce^{1/}. Toto světlo (diodový laser) aktivuje verteroporfín, následně vznikají volné radikály a proces poškozuje buňky – endotelie obsažené v komplexu CNV. Výsledkem je trombotizace a okluze neovaskulární tkáně, vysoce selektivní pro CNV. Okluze vaskulárních struktur však nemusí být trvalá a vlivem fyziologických reparačních procesů dochází u většiny pacientů k rekanalizaci CNV. Stav tedy vyžaduje opakování podání^{4/}. Okluze CNV také vyvolá lokální ischemii, která dále provokuje tvorbu VEGF a podílí se na rekurencích (tedy na selhávání metody). Do budoucna si proto klademe velké naděje do kombinace metod PDT s nitrooční aplikací anti-VEGF či kortikosteroidů (triamcinolon nebo anecortave acetát), které produkci VEGF eliminují. První studie tohoto typu již probíhají (studie FOCUS, III. fáze).

Podpurná léčba

Výsledky rozsáhlé studie AREDS (Age-related eye disease study) prokázaly, že některé ochranné prvky snižují riziko vzniku VPMD. Mezi ně patří antioxidantní vitaminy a minerály, jmenovitě vitamin C, vitamin E, beta-karoten, lutein a zeaxantin, zinek a měď. Strava, bohatá na tyto ochranné látky, pomáhá oddálit vznik VPMD. Měla by obsahovat ryby (3x týdně), zeleninu se zelenými listy, oranžovou a červenou zeleninu a oranžové a červené ovoce. Existuje rovněž řada vyráběných doplňků stravy, které v tabletové formě obsahují tyto látky. Jsou k dostání bez receptu v lékárnách. Nemohou však chorobu vyléčit a jejich ochranný účinek se může dostavit až při dlouhodobém užívání.

Klinicky významné nežádoucí účinky

Podobně jako všechny léky, může mít nitrooční terapie nežádoucí účinky, které se ale nemusí vyskytnout u každého. Aplikace přípravků může být doprovázena nežádoucími účinky převážně očními a těmi, které jsou způsobeny injekcí. Z nejvážnějších se může někdy vyvinout endoftalmitis (infek-

ce vnitřní části oka), amoce (odchlípení nebo odtržení sítnice), či zákal čočky (katarakta). Dalšími nežádoucími účinky jsou bolest, zarudnutí a zvýšení nitroočního tlaku, dále krvácení sítnice, suchost oka a podobně. Nejčastějšími hlášenými nežádoucími účinky mimo oko, které mohly být způsobeny přípravkem nebo injekcí, jsou bolesti hlavy a zvýšení krevního tlaku, cévní mozkové a tromboembolické příhody obecně.

Literatura

1. Ernest J, Fišer I, Kolář P. Věkem podmíněná makulární degenerace, Publikace České vitreoretinální společnosti, 2007.
2. Gorin MB. The ABCA4 gene and age-related macular degeneration: innocence or guilt by association, Archives of Ophthalmology, 2001; 119(5):752-3.
3. The VEGF Inhibition Study in Ocular Neovascularisation (V.I.S.I.O.N.), Clinical Trial Group, Retina 2005; 25, 815-827.
4. Treatment of AMD with Photodynamic Therapy (TAP) Study group, Arch Ophthalmol 2001; 119: 198-207.
5. Lupovitch J et al. Macugen as primary therapy for AMD lesions of all angiographic subtypes. Poster, ARVO; April 30 – May 4, 2006.
6. Therapeutic anti-VEGF antibodies. Handb Exp Pharmacol 2008; (181): 131-50.
7. Ranibizumab for Predominantly Classic Neovascular Age-related Macular Degeneration: Subgroup Analysis of First-year ANCHOR Results. Am J Ophthalmol 2007 Dec; 144(6): 850-857.
8. Angiographic and optical coherence tomographic results of the MARINA study of ranibizumab in neovascular age-related macular degeneration. Ophthalmology. 2007 Oct; 114(10):1868-75. Epub 2007, July 12.
9. Pegaptanib and ranibizumab for neovascular age-related macular degeneration: a systematic review. Br J Ophthalmol 2007 Sep; 91(9): 1177-82.

INFORMACE K BEZPEČNOSTI LÉČIVÉHO PŘÍPRAVKU GARDASIL

Státní ústav pro kontrolu léčiv informuje o hlášeních, která obdržela Evropská léková agentura (EMA). Tato hlášení se týkala úmrtí žen po předchozím podání vakcíny Gardasil, včetně dvou hlášení týkajících se náhlého a neočekávaného úmrtí dvou mladých žen v zemích Evropské unie. Gardasil je název pro očkovačnou látku centralizovaně registrovanou v EU pro prevenci rakoviny děložního čípku a ostatních onemocnění způsobených papilomaviry (HPV) typu 6, 11, 16 a 18. (na trhu v EU rovněž pod názvem Silgard). Podle odhadu bylo v Evropě očkováno touto HPV vakcínou asi 1,5 miliónu žen. Oba dva případy z Evropy byly hlášeny v rámci průběžného sledování bezpečnosti léčivých přípravků. Jeden případ se vyskytl v Rakousku a druhý v Německu. V obou případech se příčinu smrti nepodařilo objasnit. **Nebyla stanovena příčinná souvislost mezi úmrtím mladých žen a podáním očkovačnou látky Gardasil.** Na základě všech aktuálně dostupných údajů hodnotí Výbor pro humánní léčivé přípravky (CHMP) EMA **přínos očkování Gardasilem jako převyšující možná rizika**, a proto není důvod pro změny v informacích o tom-

to léčivém přípravku. Sledování bezpečnosti Gardasilu nadále průběžně probíhá a v případě výskytu nových informací, které by měly nepříznivý vliv na poměr přínosů a rizik přípravku Gardasil, budou včas podniknuta potřebná opatření.

Poznámky:

1. Indikace schválená pro Gardasil v EU: „Gardasil je vakcína určená k prevenci vysokého stupně cervikální dysplazie (CIN 2/3), cervikálního karcinomu, vysokého stupně vulvárních dysplastických lézí (VIN 2/3) a bradavic zevního genitálu (condyloma acuminata) v příčinné souvislosti s lidským papilomavirem (HPV) typu 6, 11, 16 a 18. Indikace je založena na prokázané účinnosti Gardasilu u dospělých žen ve věku 16 až 26 let a na prokázané imunogenicitě Gardasilu u 9- až 15-letých dětí a dospívajících. Účinnost ochrany nebyla zkoumána u mužů. Použití Gardasilu musí být v souladu s oficiálními doporučeními.“
Více o vakcinaci proti lidským papilomavírům jsme publikovali v FI č. 4/2007.

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. Skarmitzla a distribuovány jako příloha Věstníku SÚKL a časopisu ČLK zdarma nebo na objednávku za uhrazení poštovního (100,- Kč).
Materiál publikovaný ve FI nemůže být používán pro žádnou formu reklamy, prodeje nebo publicity, ani nesmí být reprodukován bez svolení.

Šéfredaktor: MUDr. Marie Alušíková, CSc.

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

Výkonný redaktor: RNDr. Blanka Pospíšilová, CSc.

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

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

Náklad 52.000 výtisků

Korespondenci zasílejte na adresu: Redakce FI, Státní ústav pro kontrolu léčiv, Šrobárova 48, 100 41 Praha 10
Na internetu naleznete FI na domovské stránce SÚKL (www.sukl.cz).



ISSN 1211 - 0647
MK ČR E 7101

Marek Potysz (Moje ambulance): Naučím lékaře pracovat

Před necelým rokem začal bývalý hlavní mozek Chrenkova impéria Agel Marek Potysz na vlastní pěst skupovat ordinace praktických lékařů. Chce z nich vytvořit sdružené praxe, kde bude několik praktiků ordinovat pod jednou střechou a kde vždy aspoň jeden lékař bude k dispozici pro pacienty 12 hodin denně. Zatím má čtyři ordinace: v Ostravě, Brně a Olomouci. „Celkem jich chceme otevřít třicet po celé republice,“ prozrazuje Potysz své plány v rozhovoru pro *Hospodářské noviny*.

HN: Svou síť ordinací praktických lékařů budujete skoro rok. Proč jste se vlastně pustil do oboru, který patří i podle samotných lékařů mezi ty nejpodhodnocenější?

Deset let jsem se zabýval nemocnicemi a viděl, že služby poskytované na úrovni praktických lékařů jsou mizivé a nejdou vůbec s dobou. Praktici jako by usnuli na začátku devadesátých let a v klidečku si hověli ve svých ordinacích od 7 do 12 hodin dopoledne, a to ještě ne každý den a ne celé čtyři hodiny. Druhým důvodem je to, že praktici jsou téměř ze sta procent privátní subjekty, a tak se nemusím přetahovat s politiky o to, jestli soukromé podnikání ve zdravotnictví je vhodné, nebo ne. V nemocnicích to za vlády ČSSD bylo dost ostré.

HN: Máte zatím ordinace praktiků v Olomouci, Brně a Ostravě. Teď se chystáte i do českých měst, jako je Praha nebo Mladá Boleslav. Kolik chcete nakoupit ordinací?

Do podzimu tohoto roku jich chceme koupit deset, celkem chceme otevřít 30 ordinací po celé republice. Zájem pacientů je zatím velký.

HN: Na jaké problémy při budování sítě ordinací nejvíce narazíte?

Na strnulost lékařského prostředí a mentální nepřipravenost lékařů, komor a jiných spolků na reklamu. Přitom již více než 10 let jsou různou formou motivováni farmaprůmyslem, dealeri jim nosí vše od tužek přes tašky až po zahraniční dovolené. V televizi koukají na reklamu na léky, na billboardy vidí reklamy zdravotních pojišťoven. A když jsou sami vystaveni reklamnímu tlaku konkurence, tak volají po etice, nevěřícně krotí hlavami a vykřikují, aby to »někdo« zakázal.

HN: Nemají ale pravdu? Vy sice normálně reklamu využíváte, ale někteří lékaři ze severní a střední Moravy to berou jako nekalou soutěž, protože jim etický kodex lékařské komory reklamu zakazuje...

Zdravotnická zařízení ale už dnes reklamu provozují: oční kliniky, plastické chirurgie nebo lázně. Reklama k dnešnímu životu patří.

HN: Čím se vlastně snažíte přetahovat pacienty od konkurence?

Řadou výhod. Ordinujeme od 7 do 19 hodin. Pacient se může objednat na dobu, která mu vyhovuje. Pokud chce přijít ke stejnému lékaři, pak má samozřejmě i tuto možnost. Pro komunikaci s ambulancí může pacient využít například e-mail nebo SMS.

HN: Dlouho jste budoval Chrenkův Agel a udělal z něj největší zdravotní řetězec ve střední Evropě. Teď dostal Agel svou pojišťovnu. Už jste s ním uzavřel smlouvy?

Uzavíráme smlouvy se všemi, i s Agelem. Zatím Agel nemá klienty a je pro nás tedy nezajímavý.

HN: Opravdu? Nabízí se možnost, že vybudujete »Moji ambulanci« a pak ji prodáte Tomáši Chrenkovi...

S Tomášem Chrenkem máme na určité věci rozdílné názory. Respektujeme se a nelezeme si do zelí. Já už nechci dělat nemocnice.

Petr Vašek, Hospodářské noviny, 1. 4. 2008

Na základě tohoto článku se Dr. Kínšt rozhodl podat podnět Revizní komisi ČLK k přešetření postupu člena ČLK MUDr. Marka Potysze. Jeho vyjádření v HN 1. 4. 2008 spatřuje v rozporu se SP č. 10 (Etický kodex), § 2 odst. 16, resp. § 4 odst. 2.

K tomuto podnětu se připojili další členové představenstva ČLK: Dr. Kubek, Dr. Němeček, Dr. Rybová, Dr. Pětivilas, Dr. Říhová, Dr. Vraná, Dr. Knaifl, Dr. Šindler

Ústavní soudce: Přece nechcete, aby spálili recept

Předseda vlády Mirek Topolánek a ministr zdravotnictví Tomáš Julíněk obhajovali 16. 4. před ústavním soudem zdravotnickou reformu. Lidové noviny otiskly o den později část výpovědi ministra Julínka:

V duelu předsedy Ústavního soudu Pavla Rychetského a ministra zdravotnictví Tomáše Julínka se změnila část výpovědi o poplatcích ve zdravotnictví. Rychetský se zajímal o „regulační“ smysl poplatků u lidí v kómatu, kteří nevnímají, či u nemluvnat:

T. J.: Samozřejmě u dítěte v inkubátoru platí poplatek rodiče, protože ti si musí uvědomovat cenu těžkostí v péči o novorozence.

P. R.: To ho mají tahat z toho inkubátoru nebo...?

T. J.: Tady jde opravdu o regulaci, která opravdu zasahuje veškeré skupiny těch, kterých se týká a reguluje systém hospitalizace.

P. R.: Takže těch skupin, o nichž jsem hovořil. Člověk v kómatu, na JIP nebo nedonošené dítě v inkubátoru. Má tento prvek regulační účinek?

T. J.: Má nepochybně regulační účinek, protože působí psychologicky na celou populaci.

P. R.: Na tu ostatní. Teď mně povězte, stejnou otázku mám, pokud se týče regulačního poplatku 30 korun za každou položku na receptu. Ten recept pacient vyfasuje od lékaře. Lékař usoudí, že potřebuje tento lék. Proč má pacient platit ještě 30 korun, když regulační účinek je nulový. Přece od něj nechcete, aby zahodil recept?

T. J.: ... Osoba pacienta nemůže být pasivní osobou, která přijímá lék, protože ona ho užívá a ona má být o účelu, o tomto léku má být informována. Je účastníkem toho procesu a není možné ji považovat za pasivní osobu.

P. R.: Proč pacient, kterému lékař předepíše nějaké léky na receptu, má za každou položku platit lékárníkovi poplatek? On nemá přece možnost volby. Druhá možnost je ten recept spálit, zahodit.

T. J.: Tak jednoduše ta rovnice nefunguje. Lidé chodí účelově k lékařům proto, aby jim napsali léčiva...

P. R.: Zákonodárce, respektive exekutiva, dospěli k závěru, že lékaři špatně plní své funkce a rozhodli se prostřednictvím poplatků uvalených na pacienty přimět je ke kvalitnější činnosti.

Lidové noviny, 17. 4. 2008

„inzerát“

ODBOBNÝ LÉKAŘ

plně kvalifikovaný v úzkoprofilové základní specializaci a s mnohaletou odbornou i řídicí zkušeností

HLEDÁ ZAMĚSTNAVATELE

který nabídne profesně i finančně uspokojivou pozici v perspektivním veřejném zdravotnickém zařízení.

Nabídky, doložené specifikací mzdových a dalších pracovních i sociálních podmínek, stručnou charakteristikou zdravotnického zařízení, účetními uzávkami za poslední 3 roky, potvrzením Úřadu práce o zaměstnavatelské bezúhonnosti

a čestným prohlášením o vyloučení obchodních vztahů s:

imperiem Agel včetně projektu Moje ambulance Dr. Potysze se společností MediClinic investiční skupiny Penta s Českou zdravotní a. s. se společností Ambulantní lékaři s. r. o. a dalšími subjekty propagujícími tzv. řízenou péči

zasílejte na adresu tohoto listu



Slovensko Zdravotnictví ve víru změn

Nedostatek lékařů: příští globální zdravotní krize

Letošní konferenci prezidentů lékařských komor a předsedů lékařských společností *European Forum of Medical Associations (EFMA)* pořádanou pravidelně ve spolupráci se Světovou zdravotnickou organizací (WHO) hostilo izraelské hlavní město Tel Aviv. Hlavní motto konference znělo: „Nedostatek lékařů – příští globální zdravotní krize“.

Mezi dalšími tématy byla medicína katastrof, s nimiž má právě Izrael bohaté zkušenosti, a dále elektronizace zdravotnictví, boj proti kouření, rizika euthanasie, problematika obezity a hodnocení kvality zdravotní péče.

Samostatný půldenní blok byl věnován reformám zdravotnictví. Vzhledem k tomu, že vývoj zdravotnictví v České republice sledují kolegové v zahraničí se zájmem a jistými obavami, byl jsem požádán o stěžejní přednášku na téma, kde vidí Česká lékařská komora největší rizika vládou připravovaných změn. Celou prezentaci naleznete na www.lkcr.cz.

V tomtéž bloku zazněla i velmi zajímavá přednáška kolegů ze Slovenské lékařské společnosti, kteří předložili zhodnocení reformy bývalého ministra zdravotnictví Zajaca a zásadních změn, které dnes provádí vláda premiéra Fica.

Předpokládám, že většina čtenářů časopisu *Tempus* nemá ucelenější představu o způsobu financování a organizace zdravotní péče v Izraeli, pořadatelské zemi konference. O to zajímavější tedy mohou takové informace být. Ač geograficky leží v Asii, patří totiž Izrael kulturně spíše do Evropy.

Komplexnímu problému migrace lékařů se budeme věnovat v některém z příštích čísel časopisu *Tempus*.

Milan Kubek

1. fáze:

Hlavním motivem reformy, která začala v roce 2005, bylo heslo tehdejšího ministra zdravotnictví Zajaca: „Trh vyřeší vše. Dobří vydělají, špatní zkrachují.“

Výsledky této reformy:

- Stát výrazně zvýšil platby pojistného za tzv. státní pojišťovence, díky čemuž došlo ke zlepšení platební morálky pojišťoven a snížila se zadluženost zdravotnických zařízení.
- Některé druhy zdravotnických služeb jsou mnohem lépe placeny od zdravotních pojišťoven, přičemž právě tyto služby byly privatizovány (např. diagnostická centra).
- Rozdílná úroveň plateb za stejné služby různými zdravotnickými zařízeními – vysoká pravděpodobnost korupce.
- Centralizace nákupů zdravotnického materiálu a léků – prokorupční prostředí.
- Úhrady od zdravotních pojišťoven stále nezohledňují reálné náklady zdravotnických zařízení ani cenu práce zdravotníků.
- Decentralizace – ministerstvo zdravotnictví řídí pouze fakulturní nemocnice a několik specializovaných center.
- Došlo k úplné privatizaci ambulantních služeb.
- Snížení počtu akutních lůžek, nikoli snížení počtu nemocnic.
- Zdravotní pojišťovny byly transformovány v akciové společnosti, přičemž dvě jsou státní a pět jich je privátních.
- Vznikl Státní úřad pro dozor nad zdravotnictvím, který kontroluje jak zdravotní pojišťovny, tak zdravotnická zařízení.
- Organizovaná diskreditační kampaň proti lékařům a zdravotnickým zařízením ve sdělovacích prostředcích spolu s nízkými mzdami – hlavní příčiny exodu kvalifikovaných zdravotníků.

2. fáze

Hlavním heslem nové vlády pro zdravotnictví je slogan: „Od nemocného ke zdravému zdravotnictví.“

Dosavadní změny:

- Snížení DPH na léky z 19% na 10%.
- Zdravotní pojišťovny nesmějí vytvářet zisk a vyplácet dividendy. Veškeré peníze vybrané na zdravotní péči musí použít na její úhradu.
- Od 1. 1. 2008 jsou také omezeny provozní náklady zdravotních pojišťoven maximálně na 3,5%.
- Vláda stanovila minimální síť 34 státních nemocnic, které řídí ministerstvo. S těmito nemocnicemi musí ze zákona uzavřít smlouvy všechny pojišťovny. Ostatní nemocnice o smlouvy s pojišťovnami soutěží.
- Příjmy pojišťoven se zvyšují i nadále: 2006 – 75 mld. SK (5,7% HDP), 2007 – 83 mld. SK.
- Obnovena spolupráce ministerstva zdravotnictví s lékařskými organizacemi.

3. fáze

Připravované změny:

- Zdravotní pojišťovny mají být znovu přeměněny ve veřejnoprávní neziskové organizace.
- Definování nepodkročitelných minimálních standardů zdravotní péče.
- Zavedení soukromého připojištění na nadstandardní zdravotní služby.
- Podpora zdraví a zdravého životního stylu jako vládní priorita a úkol celé vlády – všech rezortů.

Prof. MUDr. Peter Krištiček, PhD., prezident

Slovenské lékařské společnosti

MUDr. Darina Sedláková,

ředitelka kanceláře WHO pro Slovensko





Efektivní financování izraelského zdravotnictví

(Část vystoupení Yaakova Ben Yizri, ministra zdravotnictví státu Izrael)

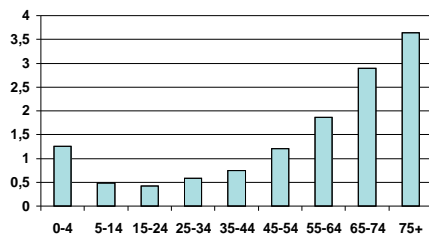
Od roku 1995 platí v Izraeli zákon, že všichni obyvatelé jsou povinně pojištěni. Za osoby, které nejsou výdělečně činné, platí zdravotní péči stát. Od ostatních obyvatel stát vybírá progresivní zdravotní daň. Vybrané peníze poté stát přiděluje jedné ze čtyř vzájemně si konkurujících zdravotních pojišťoven, které jsou veřejnoprávními neziskovými korporacemi.

Podíl zdravotních pojišťoven na trhu

Pojišťovna	Podíl (%)
Clalit	55 %
Maccabi	24 %
Meuhedet	11 %
Leumit	10 %

Každý občan má právo vybrat si pojišťovnu. Stát této pojišťovně za daného občana posílá peníze, a to nikoliv částku odpovídající tomu, jak vysokou zdravotní daň daný člověk zaplatil, ale jako podíl na celkových vybraných penězích vynásobený koeficientem odpovídajícím věkové (a tedy nákladové) skupině daného klienta.

CAPITATION FORMULA AGE WEIGHTS



Systém financování zdravotní péče je velmi efektivní a celkové výdaje na zdravotnictví jsou v porovnání s průměrem států OECD nízké.

Podíl výdajů na zdravotnictví na HDP

Stát	Podíl (%)
USA	15,3 %
Švýcarsko	11,5 %
OECD jako celek	11,2 %
Francie	11,0 %
Německo	10,9 %
Kanada	9,8 %
Velká Británie	8,3 %
Izrael	7,8 %
ČR	7,0 %

Zatímco počet nemocnic akutní péče stagnuje (47 v roce 1975 a 48 v roce 2002), přičemž se neustále zlepšuje jejich vybavení, výrazně roste počet zdravotnických zařízení následné péče (36 v roce 1975, zatímco již 286 v roce 2002!). V roce 2002 připadalo na 100 000 obyvatel 216 akutních lůžek, tedy celkem 14 324 lůžek, což odpovídá 27,7 % ze všech lůžek (v ČR tvoří nemocnice akutní péče 57 % lůžkového fondu). Mezi státy OECD jsou v počtu akutních lůžek na 100 000 obyvatel obrovské rozdíly. Nejvyšší příčku zaujímá Švýcarsko – 1 830 lůžek, nejméně akutních lůžek je naopak v Mexiku – 110, přičemž průměr OECD je 410.

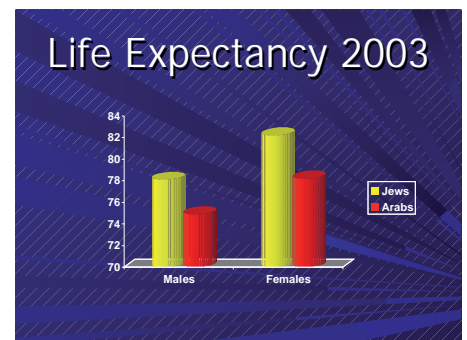
Téměř polovina akutních nemocničních lůžek se nachází v nemocnicích, které spravuje přímo vláda. Naopak podíl lůžek v zařízeních zřizovaných for-profit je nepatrný, pouhých 3,9 % (v ČR 48 %).

Nemocnice v Izraeli

V Izraeli je kladen obrovský důraz na efektivní využívání lůžkového fondu. Průměrná obloženost dosahuje 92,9 % (v ČR jen 75,6 %), přičemž průměrná délka hospitalizace je pouhých 4,3 dne (v ČR 7 dní).

Zřizovatel	Počet nemocnic	Podíl na lůžkovém fondu
Vláda	11	47,1 %
Pojišťovna Clalit	8	29,7 %
Nadace Hadassa	2	5,9 %
Misie	6	3,6 %
Ostatní neziskové organizace	8	9,9 %
Privátní (for-profit)	13	3,9 %
Celkem	48	100 %

Největší cenu pro zdravotnická zařízení mají kvalifikovaní zaměstnanci, které se nemocnice snaží získávat. Osobní náklady tedy představují 72 % nákladů nemocnic (v ČR 44 %).



Problémem izraelského zdravotnictví zůstává rozdílný zdravotní stav židovské a arabské populace včetně rozdílné střední očekávané délky života.

(Kurzíva: poznámky redakce TM)

Hadassa – neziskové nemocnice

Hadassa je největší ženskou organizací ve Spojených státech amerických. Tato sionistická organizace byla založena v roce 1912 a v současnosti má 300 000 členek sdružených ve více než 1100 místních organizacích (klubech) v USA a v pobočkách v dalších 30 státech celého světa.

Hadassa jako nezisková organizace úzce spolupracuje s Hebrejskou univerzitou v Jeruzalémě a provozuje v Izraeli dvě neziskové univerzitní nemocnice. Jedná se o nemocnici Ein Kerem (800 lůžek) a Mount Scopus

(330 lůžek), tedy dohromady 5,9 % akutního lůžkového fondu v Izraeli. Obě nemocnice v současnosti zaměstnávají 6000 zaměstnanců včetně 680 lékařů a 1680 zdravotních sester. Obě nemocnice dohromady vykazují za rok 390 000 hospitalizačních dnů při 98 %

obloženosti lůžek. Jejich lékaři provedli v loňském roce na 30 operačních sálech 29 700 operací a 10 890 porodů.

Prof. Shlomo Mor-Yosef, generální ředitel



Příjmy		Výdaje	
Zdravotní pojištění	90 %	Osobní	75 %
Dary	6 %	Léky	7 %
Vládní podpora	2 %	Přístroje	5 %
Komerční činnost	2 %	Ostatní náklady	13 %



Jak komentoval český tisk vývoj reformy maďarského zdravotnictví

V Maďarsku má vstoupit soukromý kapitál do zdravotního pojištění

Maďarský parlament umožnil vstup soukromého kapitálu do systému zdravotního pojištění. Poslanci vládní koalice v pondělí večer přehlasovali veto prezidenta László Sólyoma. Za částečnou privatizaci fondů zdravotního pojištění hlasovalo 203 zákonodárců vládních stran. Rozhodnutí parlamentu vyvolalo protesty, které vyústily do střetu policie s protivládními demonstranty před budovou parlamentu. Policie použila k rozeznání demonstrace slzný plyn.

Veřejnost se obává, že vstup soukromého kapitálu do zdravotního pojištění povede ke zdražování. V současnosti působí v Maďarsku jediná státní zdravotní pojišťovna.

Nyní bude systém zdravotního pojištění rozdělen do 22 regionálních center, do nichž může vstoupit soukromý kapitál. Stát si ponechá v každé z nich kontrolu nad většinovým 51procentním majetkovým podílem.

Od roku 2007 platí Maďaři za návštěvu lékaře 300 forintů (asi 30 korun) a stejnou částku zaplatí za každý den hospitalizace. Opozice chce poplatky zrušit pomocí referenda, které se bude konat 9. března 2008.

Maďarská opozice navrhuje, aby se v referendu hlasovalo také o změnách v systému zdravotního pojištění.

Právo, 13. 2. 2008

Maďaři odmítli platit u lékaře

Úspěchem opozice skončilo včerejší referendum v Maďarsku, v němž se přes 80 procent účastníků vyjádřilo pro zrušení poplatků u lékaře, v nemocnicích a školního, které loni zavedla vláda. Vyplynulo to z předběžných výsledků po sečtení asi 95 procent odevzdaných hlasů.

Premiér Ferenc Gyurcsány krátce poté slíbil, že bude výsledek respektovat a dnes navrhne zrušení poplatků. Účast podle odhadů dosáhla asi 50 procent z 8,2 milionu oprávněných voličů. Aby bylo referendum platné, musí se ho v Maďarsku zúčastnit buď nejméně polovina oprávněných voličů, nebo se přes 25 procent registrovaných voličů shodně vyjádřit k předložené otázce. Minimálně druhá podmínka tak byla ve včerejším případě splněna.

Hlasování bylo velmi emotivní. Agentura APA informovala o třech úmrtích na infarkt přímo ve volebních místnostech (v jednom případě zemřel člen volební komise).

Referendum prosadila opoziční strana Fidesz a vyhlásil je prezident László Sólyom. Předcházela mu kampaň, v níž předseda Fidesz a expremiér Viktor Orbán, který by se rád viděl opět v premiérském křesle, navrhoval odložit školné na vysokých školách až do doby, kdy „Maďarsko bude nejvzdělanější zemí Evropy“.

Podobně kritizoval i poplatky u lékaře. Uvedl, že zdravotní pojištění v Maďarsku je vysoké a poplatky u lékaře či za lůžko v nemocnici jsou vlastně dalším zpoplatněním zdravotnictví. „Výsledkem bude, že lidé budou nemocnější, což v konečném součtu vyjde stát draž,“ řekl Orbán v přímém



přenosu, který vysílala rozhlasová stanice Lánchíd Rádió a televize Hír TV.

Premiér Ferenc Gyurcsány v posledních dnech o referendu takticky mlčel. Naopak všechny síly vynaložil na předložení svého plánu na snížení daní v roce 2009, čímž chtěl dát Maďarům na vědomí, že nepopulární kroky jeho vlády už mají za sebou. Již dříve však argumentoval, že reformy sníží prohlubující se deficit veřejných financí. Premiér věří, že by jeho kroky mohly pomoci Maďarsku nejen s přijetím eura, ale rovněž zkvalitnit maďarské zdravotnictví.

A co si o sporu myslí lidé? „Pro mě není 300 forintů za návštěvu lékaře malicherná částka. A vůbec, vláda slibovala opak, že zdravotní péče bude zadarmo,“ řekla agentuře Reuters důchodkyně Erszebet Pappová.

Gyurcsány dříve řekl, že pokud jeho reformy neuspějí, zváží odchod. Nicméně nyní taktiku změnil. Analytici soudí, že ani tentokrát se opozici nepodaří jej sesadit. „Je vysoce nepravděpodobné, že by referendum vyhodilo premiéra z kola ven. Fidesz se bude nadále snažit o jeho rezignaci a Gyurcsány bude nadále vykládat o světových zítřcích. Vypadá to jako dialog hluchých,“ řekl agentuře AP analytik Zoltán Kizsely.

Magdalena Sodomková, DNES, 10. 3. 2008



Maďarský premiér se zbavuje ministryně zdravotnictví i reformy

Maďarský premiér Ferenc Gyurcsány, čelící po prohře v referendu o poplatcích ve zdravotnictví a školství tlaku od své socialistické strany na změnu reformní politiky, dnes vyzval ministryni zdravotnictví Ágnes Horváthovou k odchodu ze své vlády. Přislíbil také zmírnit nepopulární reformy ve zdravotnictví.

Koaliční partneři, svobodní demokraté, v první reakci naopak ocenili „skvělou práci“ své ministryně. O situaci by měli jednat v pondělí a úterý. Nedávno už několikrát pohrozili odchodem z koalice, pokud by se socialisté zřekli dalších reforem, které mají snížit rozpočtové výdaje.

„Podpora společnosti pro reformu zdravotnictví se zmenšila tak citelně, že ji lze znovu získat jedině s novým ministrem,“ prohlásil Gyurcsány. Jeho slova sklídila na stranické konferenci bouřlivé ovace téměř 2500 delegátů.

Svobodným demokratům premiér vzkázal, že „koaliční dohoda není písmo svaté“ a že po dvou letech u moci je třeba ji částečně pozměnit. „Reformy ve zdravotnictví sice jsou nevyhnutelné, ale to nestačí. Je třeba také to, aby lidé pochopili, co se děje,“ zdůraznil a dodal, že „momentálně pokrok prohrává ve střetu se sociální demagogií“ pravicové opozice.

Vláda utrpěla 9. března bolestnou porážku v referendu o zrušení nepopulárních poplatků ve zdravotnictví a školného, které vyvolala pravicová opozice. Opoziční návrhy v plebiscitu podpořil i téměř milion dosavadních socialistických voličů. Parlament krátce poté odhlasoval zrušení příspěvků u lékařů a za hospitalizaci, které se platily od počátku letošního roku.

Socialisté a svobodní demokraté v minulosti často vedli pře o podobu zdravotní reformy, jejíž klíčovou částí má být vpuštění soukromého kapitálu do zdravotního pojištění.

Svobodní demokraté disponují 20 z 386 křesel v maďarském parlamentu, kde socialistických poslanců je 190.

V roce 2006 byl maďarský rozpočtový schodek ve výši 9,2 procenta hrubého domácího produktu (HDP) nejvyšší v Evropské unii. Díky povolebnímu zvýšení daní a seškrtnání dotací se deficit rychle zmenšoval a vláda pro příští rok počítala s poklesem schodku na 3,2 procenta HDP. Nyní se však investoři obávají, aby se socialisté opět nevrátili ke své rozhazovačné politice jako před volbami v roce 2006.

ČTK, 31. 3. 2008



Konec reforem v Maďarsku

To, co v Maďarsku nedokázaly opoziční demonstrace a protivládní nepokoje před půldruhým rokem, způsobily poplatky ve zdravotnictví. Ty přitom stejně jako v Česku nepřesahovaly v přepočtu výši několika desítek korun.

Maďarská vláda socialistů a liberálního Svazu svobodných demokratů se po referendu, které na začátku března poplatky jednoznačně odmítlo, hroučí. Po oznámení premiéra Ference Gyurcsánye, že k 1. dubnu odvolává ministryni zdravotnictví za liberály Ágnes Horváthovou a že chce „změkčit“ další plánované reformní kroky, oznámili liberálové, že jejich ministři odcházejí z vlády.

Na prohlášení Gyurcsánye „potřebujeme sametovější reformy“ odpověděl předseda liberálů János Kóka: „Reformy sametové nebývají. Sametová jsou tato křesla, ale pro tato křesla se nevzdáme reforem. Pane premiére, vaše síla, odhodlání, vůle a schopnost obnovit zemi je pryč.“

Po odchodu liberálů by vláda ztratila v parlamentu většinu a opozice v čele s pravicovým Fideszem požaduje rychlé předčasné volby. „Vláda už nemá budoucnost, nemá sílu k rozhodnutím ani činům, je třeba uvažovat o předčasných volbách,“ říká šéf Fideszu Viktor Orbán. Fidesz vyvolal březnové referendum o zdravotnických poplatcích. Jednoznačný výsledek hlasování, které odmítlo vládní reformu, je příčinou současné krize maďarského kabinetu.

Předčasné volby by znamenaly pro obě vládní strany katastrofální porážku

– socialisté by skončili v opozici, když by dnes oproti volbám v roce 2006 nezískali ani polovinu křesel. Liberálové by se s dvěma procenty po dvaceti letech pak vůbec poprvé nedostali do parlamentu.

Koaliční strany proto začaly hledat východisko ze současné krize. Premiér Gyurcsány podle agentury Reuters nabídl rezignaci, „pokud to uklidní situaci v koalici“. Předsedkyně klubu socialistů ve sněmovně Ildikó Ledvaiová však prohlásila, že Gyurcsány má „plnou podporu vedení strany“.

Východisko ale nabídli včera sami liberálové. Na odchodu z koalice a vlády trvají, ale zároveň přislíbili v klíčových krocích podporu menšinové vlády socialistů. „Budeli tu menšinová vláda, svobodní demokraté budou podporovat všechna rozhodnutí sloužící k splnění cílů konvergenčního programu (k přijetí eura) a strukturálních reforem,“ uvedl Péter Guszto z vedení strany citovaný ČTK.

I v případě, že by se Gyurcsány a vláda socialistů jako menšinový kabinet udržela, znamená současná krize konec reforem v Maďarsku. Referendum zinscenované paradoxně pravicovým Fideszem dalo navíc recept, jak reformy kdykoli zablokovat.

Bez dalších změn hrozí Maďarsku, které se potýká s největším deficitem v Evropě, vážné hospodářské problémy. Už loni bylo Maďarsko nejpomaleji rostoucí ekonomikou ve střední Evropě.

Luboš Palata, Lidové noviny, 2. 4. 2008



Co poskytuje Úrazová nemocnice v Brně

Působí jako traumacentrum pro Jiho-moravský kraj a Vysočinu. Síť traumacenter je dána Vyhláškou ministerstva zdravotnictví. Tato centra mají zajistit kvalifikovanou péči o těžké úrazy. Je výhodnější, když je každý větší úraz ošetřen na specializovaném pracovišti. Kvalitní a včasné ošetření rozhoduje o délce léčby, délce pracovní neschopnosti i event. trvalých následcích. A vzhledem k tomu, že úrazy velmi často postihují pacienty v produktivním věku, je to i velmi důležitá otázka ekonomická. V naší zemi není tolik kvalifikovaných traumatologů, aby mohli zajistit služby v každé okresní nemocnici, proto je vhodné koncentrovat pacienty s úrazy do traumacenter.

Traumacentra v jiných krajích působí v rámci velkých nemocnic, nejsou jen ve státních, ale i v krajských nemocnicích – např. České Budějovice. (Ministr argumentuje tím, že traumacentrum nemůže být v nemocnici patřící městu). Postavení Úrazové nemocnice je mezi centry výjimečné, protože se jedná o samostatnou nemocnici specializovanou na péči o úrazy. Takové nemocnice existují i v zahraničí, např. ve Vídni.

Podle našeho názoru a hlavně našich zkušeností je právě specializace naší nemocnice značnou výhodou, což dokládají i naše výsledky. Během 75 let fungování nemocnice se vytvořila organizační struktura a postupy, díky kterým dosahujeme při ošetřování úrazů výsledků lepších než jinde. Např. doba od příjmu do chvíle, kdy se pacient dostane na sál, je výrazně kratší než v jiných traumacentrech. To je dáno organizací práce, specializací lékařů a sester

na problematiku úrazů. Pokud z tohoto fungujícího celku vezmete jen část a přemístíte ji do jiné nemocnice, nebude fungovat.

ÚN nebyla nikdy oddlužována, v posledních letech nedostala žádné provozní a jen velmi malé investiční dotace – takže obavy o to, že město by finančně nezvládlo provoz nemocnice, nejsou na místě.

Ministr Julínek v dubnu 2007 zveřejnil svůj plán zrušit Úrazovou nemocnici a traumacentrum přesunout do Fakultní nemocnice Brno Bohunice. Ani po roce neexistuje žádný rozbor situace, žádný konkrétní plán ani časový harmonogram. Nikdo dodnes nedefinoval, která část z Úrazové nemocnice je a která už není traumacentrum. Ministr odkazuje na ředitele obou nemocnic, ředitel ÚN Svoboda ale představuje úplně jiné plány než ředitel fakultní nemocnice Kraus. To samo svědčí o tom, jak špatně nebo spíš vůbec je celá akce připravena. Podle posledně zveřejněných údajů se ve fakultní nemocnici připravuje oddělení o 36 lůžkách a v budoucnu se má přistavit ještě jedno patro pro spinální jednotku (oddělení, kde se léčí pacienti s poraněním páteře). Přitom současná ÚN má 199 lůžek, opravují se staré operační sály, ale nový má vzniknout pouze jeden – v ÚN je jich 6. Nepočítá se s žádnými ambulancemi – v ÚN projde ambulancemi 80 000 pacientů ročně. Zatím není připraveno nic, ale byl zveřejněn termín stěhování červen 2008.

Naše nejdůležitější výhrady: podstatně méně lůžek, jednotlivá pracoviště budou roztroušena v různých patrech a budou mít špatnou návaznost, péče nebude centralizována ani organizačně sjednocena, úrazový



pacienti budou ležet na různých klinikách. Ředitel fakultní nemocnice dokonce přiznal, že převezmou pouze cca 200 polytraumat (tj. nejtěžších úrazů) a o zbytek úrazů se mají postarat zbývající nemocnice. To vše ale znamená jediné: zruší se koncentrace úrazů na specializované pracoviště. Nechápeme, proč má reforma vést ke zhoršení podmínek pro poskytování péče, a proto s přesunem nesouhlasíme.

Nutné opravy budov stávající ÚN představují částku cca 50 milionů korun. Suma uváděná panem ministrem – 1,5 miliardy – představuje náklady na realizaci plánu modernizace a přístavbu další budovy v horizontu 10 až 15 let. Je nutné připomenout, že jedna budova ÚN je z třicátých let, ale uvnitř nově opravená, a druhá je 20 let stará a je tedy novější než budova fakultní nemocnice, kam se máme dle plánu stěhovat.

Několik čísel za poslední rok uvádím v příložené tabulce.

Začátkem letošního roku byly v tisku zveřejněny informace o tom, že bude ÚN sloučena s fakultní nemocnicí už 1. 3. 2008 a v červnu přestěhována. Zatím (3. 4.) k žádnému sloučení nedošlo, nemocnice normálně funguje, provoz není ani nijak omezen. Úrazy ošetřujeme komplexně, včetně pacientů s poraněním hlavy.

V převedení Úrazové nemocnice na město vidíme možnost, jak nemocnici zachovat.

Nebráníme se ani dalším variantám – např. postavení nové budovy pro Úrazovou nemocnici v Bohunicích, ale takové řešení musí být nejdříve řádně připraveno, prodiskutováno s odbornou veřejností a musí vést ke zkvalitnění péče. Dovolují si odkázat na vyjádření předsedy traumatologické společnosti doc. Plevy, který varoval před ukvapeným rušením fungujícího traumacentra a upozornil, že může trvat deset let, než se vytvoří fungující nové traumacentrum.

Lenka Doležalová

Výsledky práce Úrazové nemocnice Brno v roce 2007

Srovnání 2006 – 2007	2006	zemřelo	2007	zemřelo
Hospitalizovaní	7634	0,84 %	7857	0,53 %
z toho úrazy celk.	3787	0,82 %	3852	0,57 %
z toho akutní	2553	0,94 %	2665	0,71 %
překlad	333	1,80 %	302	0,99 %

(další jsou opakované příjmy)

V ambulancích Úrazové nemocnice bylo v roce 2006 ošetřeno 75 145 pacientů, v roce 2007 82 796 pacientů.

Opakovací recept Co si s ním prakticky počít?

Opakovací recept není žádnou novinkou, byl v praxi využíván velmi dlouho. Jen nyní, v současné době, se jeho postavení a zejména praktické použití změnilo. Může za to vyhláška č. 54/2008 Sb. „o předepisování“.

Co je tedy nového?

Dříve plnil opakovací recept pouze jednu funkci – používal se pouze pro léčivé přípravky, které si sám hradil pacient. Dobu největšího „rozkvětu“ určitě zažíval v době, kdy bylo možné vystavovat opakovací recepty např. na Alnagon, Korylan apod. To již není mnoho let možné (viz dále), a proto upadl poněkud v zapomnění. Teprve dnešní doba, zejména pak regulační poplatky apod., opět vzkřísila jeho používání. V praxi jsme zaznamenali řadu nejasností, a proto se pokusím o objasnění.

Opakovací recept může být nyní vlastně ve 2 režimech – jednak „hradí nemocný“ a jednak určen pro léčivé přípravky (dále LP), které má hradit zdravotní pojišťovna. Pokud si má pacient opakovací recept hradit sám, musí na něm tedy poznámka „hradí nemocný“ být uvedena.

Na opakovacím receptu musí být (mimo „běžných“ náležitostí) uvedena poznámka „Repetatur“ a **číslicí a slovy** musí být uveden **celkový počet výdejů**. I když se připouští psaní i česky, přesto považuji za správné, aby byly tyto údaje uváděny latinsky. Pro připomenutí číslovek násobných uvádím na konci textu tabulku.

Číslovka znamená celkový počet výdejů, tj. je-li napsáno „Repetatur III (ter)“, znamená to, že na takovýto recept bude vydáno celkem třikrát. Poznámka „Repetatur I (semel)“ tedy postrádá smysl, neboť takovýto recept může lékárník vydat pouze jednou, tj. je to vlastně „normální“ recept.

Počet opakování se vztahuje k celému receptu, tj. případně k oběma položkám na receptu.

Jaký je postup lékárníka?

Lékařník na opakovací recept pacientovi LP vydá, na receptu vyznačí razítkem a podpisem uskutečněný výdej a recept vrátí pacientovi. Pokud nejde o opakovací recept „hradí nemocný“, vyúčtuje tento uskutečněný výdej pomocí výpisu z receptu, který si musí pro tento účel vystavit.

Zde je vhodné ještě zmínit, že lékárník musí za každý výdej na opakovací recept vybrat regulační poplatek, takže pacient neušetří za placení regulačního poplatku, ale nemusí chodit za lékařem „pouze pro recept“. Z toho mj. vyplývá, že by měl být používán v odůvodněných případech, kdy je pacient dobře kompenzován a další návštěva je plánována za delší dobu než 3 měsíce.

Platnost opakovacího receptu

Opakovací recept platí po dobu 6 měsíců (samozřejmě jen do doby, než je předepsaný počet výdejů uskutečněn). Existuje ještě možnost, aby lékař případně i tuto dobu platnosti prodloužil, nejvýše však na jeden rok.

Množství LP, které je možno napsat na opakovací recept

Pro předepsané množství na jeden výdej platí stejné omezení jako v případě běžného receptu, tj. na jeden výdej nelze napsat větší množství než na 3 měsíce.

Kdy nelze použít opakovací recept

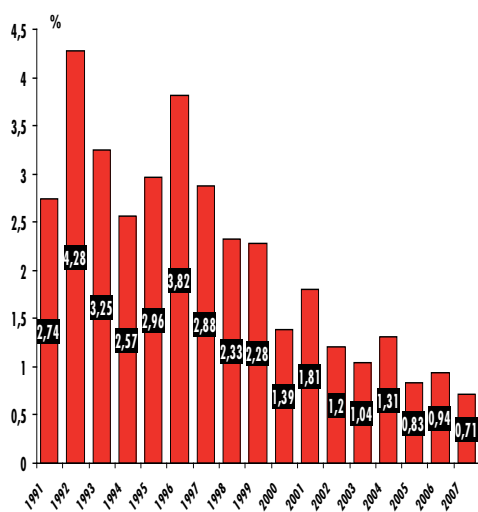
Opakovací recept nemůže být použit na LP obsahující návykové látky a dále efedrin či pseudoefedrin. Návykovými látkami se rozumí nejen ty, které je nutno předepisovat na recepty s modrým pruhem, ale všechny. Takže nelze takto předepsat LP obsahující **kodein, etylmorfin, všechny benzodiazepiny, barbituráty, fentermin, ale i dihydrokodein, pentazocin či zolpidem**.

Jiří Kotlář, Česká lékárnická komora
Tabulku připravila Běla Davidová

Číslovky násobné

ČESKY	LATINSKY
jedenkrát	semel
dvakrát	bis
třikrát	ter
čtyřikrát	quater
pětkrát	quinqies
šestkrát	sexies
sedmkrát	septies
osmkrát	octies
devětkrát	nonies
desetkrát	decies

Úmrtnost na akutní úrazy v ÚN Brno



Těžká poranění a polytraumata

Sledujeme už od roku 1999 pacienty se závažností poranění Injury Severity Score nad 16 a alespoň dvěma poraněnými tělesnými strukturami. Za období 1999 až 2007 je ve studii celkem 1990 pacientů.

V roce 2005 z 209 pacientů zemřelo 20 (tj. 9,6 %), z toho 12 v den úrazu, 2006 z 213 pacientů zemřelo 18 (tj. 8,5 %), z toho 7 v den úrazu, 2007 z 210 pacientů zemřelo 13 (tj. 6,2 %), z toho 8 v den úrazu.

Pacienti s těžkými úrazy byli přivezeni z Jihomoravského kraje (63 %), kraje Vysočina (24 %) a z dalších krajů ČR i ze zahraničí (13 %). Dvě třetiny případů jsou těžké úrazy z dopravních nehod.

U takto závažných úrazů jde o výsledky srovnatelné s nejlepšími klinikami ve vyspělých zemích. Výsledky se daří udržet díky pružnému stylu práce a sebranosti týmů lékařů i ošetrovacího personálu.

Nevědomá nedbalost je verbálně i fakticky nesmyslem

V čísle 2/2008 časopisu ČLK vyšel článek pana JUDr. Jana Macha o podmínkách pro trestní odpovědnost lékaře. Vyjadřuji mu tímto poděkování, neboť něco takového jsem již dlouho postrádal.

Některá ustanovení zákona ve mně budí pochybnosti, protože nerespektují reálné možnosti lékaře jako člověka. Soudím, že by se měla stát tématem diskuse lékařů a právníků. Výsledek by pak možná mohl být podnětem k lobování ČLK za novelizaci některých paragrafů. Ty byly koncipovány v časech, kdy si nikdo s případnou diskriminací obviněného příliš hlavu nelámá.

Za znepokojivou pokládám **kodifikaci principu nedbalosti** při poskytování lékařské péče. „Nedbalost“, stejně jako její opak „dbalost“, eventuálně „pečlivost“ patří ke kvalitativním charakteristikám lidské činnosti. Ta je řízena složitou funkcí mozku a jejím předpokladem je **stav vědomí**. Člověk jako biologický druh si své vědomí uvědomuje a může je používat dle svého uvážení. Uvědomování vlastního vědomí a možnost volního jednání je podmínkou pro trestně právní odpovědnost obecně. **Lidské jednání je činností podléhající za stavu vědomí vůli, a tedy jak činnost sama, tak její kvalitativní i kvantitativní charakteristiky mohou být ze své podstaty skutečnostmi pouze vědomými.** U nevědomého jednání nelze vůli užít, současná existence volního a nevědomého jednání je tedy nemožná.

U přičetného člověka mozek reálně neumožňuje nevědomé a zároveň volní jednání, stejně neumožňuje nevědomé a zároveň volní ovlivňování jeho charakteristik (dbalost, nedbalost a další). Určité algoritmy či automatismy v lidské činnosti nejsou jednáním nevědomým. Z uvedeného je zřejmé, že na něco dbát či nedbat je možné jen vědomě.

Svého jednání i jeho charakteristik je si člověk **průběžně a nepřetržitě vědom**, pokud je při vědomí. Nevědomými se stávají pouze v případně některých onemocnění a stavů snížené přičetnosti.

Tady ovšem nelze hovořit o nedbalosti, trestní odpovědnost v tomto smyslu nepřipadá v úvahu. Psychiatr by to jistě vysvětlil lépe.

Zákonodárce si nemůže dovolit účelově dávat pojmem, jako je třeba právě nedbalost, takový smysl, který je v **rozporu s biologicky podmíněnou charakteristikou**

činnosti lidského organismu. Právě pro tento rozpor princip „nevědomé nedbalosti“ diskriminuje lékaře jako občana a měl by být proto ze zákona odstraněn. Novelizace bude nezbytně vyžadovat spolupráci právníků s příslušnými odborníky, aby nová právní úprava dávala smysl a nebyla zároveň v rozporu s biologickými limity člověka.

Je třeba též věnovat pozornost pasáží zákona, kde se hovoří o tom, že „**lékař nevěděl, ale vědět měl, a vzhledem k jeho osobním poměrům vědět mohl**“. Problém je v tom, že medicína obsahuje tak ohromné množství informací, jaké si lidé pracující v jiných oborech často ani neumí představit. Navíc je tahle velká suma poznatků v neustálém dynamickém vývoji, kdy nové informace rostoucím tempem stále přibývají a ve složitém procesu ovlivňují poznatky starší. Úbytek zastaralých informací v žádném případě nedosahuje tempa přírůstku, a navíc to rozhodně není pasivní děj. Je výrazem aktivní činnosti mozku, který musí porovnat starou informaci s novými a rozhodnout, jak s ní naloží.

Také zapomínání, tj. eliminace některých informací z **mobilizovatelné** paměti, je fyziologickým procesem, který má mimo jiné ochranný význam. Při tom všem absence jedné jediné informace v určitém čase a místě může způsobit pacientovi někdy i fatální újmu. Předem ovšem nikdo neví která, kdy, kde, u koho a za jakých okolností to bude. Je třeba velmi odpovědně uvážit, kdo je za tohoto stavu schopen a je tedy kompetentní určit, které informace lékař vědět měl a které ne.

Odpověď není jednoduchá, ale jsem přesvědčen, že nikdo. Důvodem je skutečnost, že naprostá většina medicínských informací může svou absencí, ale i nevhodným užitím, pacientovi uškodit. Zda se tak stane a do jaké míry, je dáno nejen obsahem informace, ale též faktorem časovým a místním, dále pak konkrétním onemocněním a aktuálním stavem konkrétního pacienta. To vše nemůže žádný lékař, soudní znalec ani právník ani zákonodárce předvídat. Lze provést jen hrubý odhad, který je ale tak nepřesný, a proto pochybnosti tak velké, že jej nelze jako argument proti lékaři použít. I tady musí platit zásada „in dubio, pro reo“.

Další problém je, zda lékař vědět mohl. Je zřejmé, že nikdo nemůže mít v paměti

uloženy všechny existující medicínské informace, a to ani v rámci jednoho lékařského oboru. Navíc uloženy tak, aby byly dostatečně pohotově mobilizovatelné v případě potřeby. Není-li možné s dostatečnou spolehlivostí předvídat, které informace a za jakých okolností budou potřeba, pak je pouze otázkou času a pravděpodobnosti, kdy se lékař setká s případem, kde jeho informační insuficience způsobí pacientovi újmu. Lékař pak může být vystaven trestnímu postihu za onu „nevědomou nedbalost“.

Podmínkou pro trestní odpovědnost by vždy měla být zákonem zaručená možnost volby. Občan musí mít možnost svobodně se rozhodnout trestný čin nespáchat a trestnímu stíhání se tak legálně vyhnout. To ale vzhledem ke shora uvedenému není u „nevědomé nedbalosti“ možné, protože lékař nemůže reálně být vševědoucí a neomylný. Je zřejmé, že případné trestní stíhání za „nevědomou nedbalost“ podle našeho právního řádu tedy není otázkou volby, ale jen otázkou pravděpodobnosti.

A to je nepřijatelné. Jedná se o skutečnost, která je patrně jednou z příčin, proč právní řád mnoha zemí „nevědomou nedbalost“ vůbec nezná.

Lékař může pouze snížit riziko průběžnou aktualizací medicínských informací, tedy kultivací medicínského know-how. K tomu jsou ovšem potřebné investice, jinak řečeno odpovídající finanční prostředky, protože čas i předpoklady pro dobrou kondici si lékař může jen koupit. ČLK by proto měla jasně stanovit nepodkročitelné minimum v podobě ročního příjmu lékaře jako podmínku jeho forenzní odpovědnosti. Půjde jistě jen o kompromis, ale je to lepší než nic. Zákon již dnes přece uvádí, že to, zda lékař vědět mohl, záleží také na jeho osobních poměrech.

Adekvátní odborná úroveň je veřejným zájmem. „Nevědomá nedbalost“ znamená insuficenci know-how. Je na soudu, aby zvážil možný úmysl a na základě znaleckého posudku případnou odbornou nezpůsobilost. Soud by pak mohl rozhodnout o pozastavení platnosti odborné licence. Lékař by směl nadále pracovat jen pod odborným dohledem a musel by při nové atestaci doložit zvýšení kvality svého know-how. Je to jistě velmi nepříjemné, avšak pro kvalitu lékařské péče stejně nezbytné jako kvalitní finanční zázemí. Takové řešení je efektivní,

ale zákonem nařízená povinnost lékaře se vzdělávat je nesmyslná a nefunkční. Zákaz výkonu povolání tak, jak je koncipován dnes, nejenže nic neřeší, ale do budoucna hrozí dalším snížením kvality lékařova know-how. Tak se paradoxně zvyšuje riziko pro pacienta.

Pojišťovny měly pečlivě sledovat nejen odbornost a výsledky lékařů, ale také jejich příjmy, počty přesčasových hodin a další faktory. Při jejich nepříznivém vývoji pak razantně zvednout poskytovateli péče pojistné za odpovědnost lékařů při výkonu

povolání. Dá se totiž očekávat nejen nárůst soudních sporů, ale také významný nárůst výše případného odškodného, které je u nás velmi často ostudné. Pro řadu zaměstnavatelů by to snad konečně byla motivace své kvalifikované lékaře lépe platit, individuálně při tom zohlednit konkrétní výsledky jejich práce a snad začít šetřit tam, kde to má smysl.

Obava z kodifikované „nevědomé nedbalosti“ vede k nežádoucímu alibismu lékařů, který nejen poškozuje pacienta, ale je také velmi drahý. Žádoucí princip před-

běžné opatrnosti by vypuštění „nevědomé nedbalosti“ ze zákona jistě neohrozilo. Hippokratova přísaha má smysl jen tehdy, nebude-li jí stále demagogicky podsouván charakter řeholního slibu.

Omlouvám se povolanejším za poněkud laický pohled, ale mám za to, že selský rozum vnímá, že je zde něco špatně. Mimoto vím, že logika nehlídaná rozumem spolehlivě končí v absurditách, jak je to vidět právě na oné „nevědomé nedbalosti“.

Miroslav Krejčí, Ktiš

Problém není v obecné definici nedbalosti, ale ve výkladu pojmu *lege artis* a zejména v jeho soudně znaleckém hodnocení

Příspěvek pana MUDr. Krejčího považuji za velmi výstižný. Měl by si jej dobře přečíst zejména každý soudní znalec nebo člen znalecké komise, který hodnotí práci jiných lékařů. Jádrem problému totiž nelze spatřovat v obecné definici nedbalosti nevědomé, jak je obsažena v trestním zákoně. Ta vychází ze správných, léty prověřených principů, postavených na římském právu a je obdobná ve většině demokratických právních států. Při kriminalizaci lékařů v Česku jde spíše o otázku, jak soudní znalec příslušného medicínského oboru (tedy lékař, nikoli právník!) vyhodnotí práci příslušného lékaře nebo lékařského týmu.

Žádný soudce si nemůže sám odpovědět na otázku, zda ošetřující lékař v konkrétním případě zanedbal (ať již formou nedbalosti vědomé, či nevědomé) své profesní povinnosti či nikoli. Pokud ze znaleckého posudku vyplyne, že lékař postupoval nesprávně, v rozporu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, přičemž měl a mohl vědět, že jeho postup není správný, a měl a mohl volit správný postup, pak soudci nezbude, než rozhodnout o vině, pokud se obhajobě nepodaří znalecké závěry zpochybnit například jiným znaleckým posudkem.

Pokud jiný znalec dospěje k závěru, že lékař splnil své profesní povinnosti, provedl všechna standardní vyšetření a výkony, které bylo třeba provést, ale z jejich výsledků se mu nepodařilo stanovit správnou diagnózu a tedy ani určit správný postup léčby, což je třeba považovat za přípustné riziko při výkonu lékařského povolání, bude rozhodnutí soudu opačné. Pokud v jiném případě znalec uvede, že v rámci správného *lege artis* postupu došlo k jistému manuálnímu nezdaru, který je přípustným rizi-

kem příslušného výkonu a v důsledku toho došlo ke komplikacím apod., soud lékaře neodsoudí. Při takovém znaleckém závěru nemůže vyhodnotit práci lékaře jako nedbalost nevědomou.

Znalci často argumentují, že nemohou přece zhodnotit postup lékaře jako *lege artis*, když nezjistil správnou diagnózu a tudíž ani neurčil správnou léčbu, že nelze označit za správný postup, pokud při něm došlo k manuálnímu nezdaru a k újmě na zdraví pacienta apod. Jiní znalci jsou naopak toho názoru, že samotný omyl v diagnóze nebo manuální nezdar při chirurgickém či jiném invazivním výkonu nelze považovat za postup *non lege artis*. **A právě zde, nikoli v definici nedbalosti nevědomé, je jádro problému, o kterém výstižně z lékařského i psychologického hlediska píše pan MUDr. Krejčí.**

K odpovědi na otázku, kdo má tedy při hodnocení pojmu „lege artis“ pravdu, se lze opřít o velmi výstižný judikát Nejvyššího soudu ČR ze dne 22. 3. 2005, spisová značka 7 Tdo 219/2005:

„Podle § 11 odstavec 1 citovaného zákona jsou zdravotnická zařízení povinna poskytovat zdravotní péči v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy (tzv. povinnost vykonávat své povolání *lege artis*). Obdobně Úmluva o lidských právech a biomedicíně ve svém článku 4 stanoví, že jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví, včetně vědeckého výzkumu, je nutno provádět v souladu s profesními povinnostmi a standardy. Úmluva je součástí právního řádu České republiky, neboť splňuje požadavky stanovené v článku 10 Ústavy ČR.

V trestněprávní nauce se běžně považuje za porušení lege artis, pokud lékař při výkonu svého povolání nedodrží rámec pravidel vědy a medicínských způsobů, a to v mezích daných rozsahem svých úkolů podle pracovního zařazení i konkrétních podmínek a objektivních možností.

Nejvyšší soud v této souvislosti konstatuje, že chyba v diagnóze sama o sobě ještě nemusí mít charakter nedbalosti ani jednání *non lege artis*. Může tomu tak být v případě, je-li nesprávná diagnóza důsledkem závažného porušení postupů pro její určení, například v případě bezdůvodného nevyužití dostupných diagnostických metod. Postup lékaře je ovšem nutno vždy hodnotit tzv. *ex ante*, tj. na základě informací, které měl lékař v době rozhodování k dispozici.

Snad tento judikát Nejvyššího soudu (kterého doporučuji využívat – aktuálnější a dokonalejší hodnocení pojmu *lege artis* neznám) by mohl přispět k tomu, aby znalci i soudy brali při hodnocení práce lékařů více v úvahu skutečnosti, které zmiňuje pan MUDr. Krejčí.

Na podzimním kongresu medicínského práva v roce 2007 nejvyšší státní zástupkyně zdůraznila princip *ultima ratio* – krajní úlohy trestního práva a trestní represe – jen tam, kde jiné prostředky již nejsou účinné. Je-li to možné, mělo by být preferováno jiné řešení než trestní řízení. V případě lékařů se především nabízí řešení odborných pochybení orgány České lékařské komory. Řešení před komorou by mělo být pravidlem, řešení před trestním soudem výjimkou.

JUDr. Jan Mach, ředitel právní kanceláře ČLK



Úspěšná žaloba napadeného psychiatra na český stát Neověřitelná laxnost policie poprvé před českým soudem

Obvodní soud pro Prahu 2, v jehož obvodu má sídlo ministerstvo spravedlnosti zastupující žalovanou Českou republiku, rozhodl dne 4. dubna 2008 o žalobě psychiatra doc. MUDr. Karla Hynka, CSc., o náhradu škody způsobenou nečinností a laxností Policie ČR. V této první etapě řízení soud rozhodoval pouze o tom, zda základ žaloby je oprávněný, či nikoli. Teprve bude-li pravomocně rozhodnuto o oprávněnosti základu žaloby, bude rozhodnuto o konkrétní částce, kterou by měla Česká republika docentu Hynkovi zaplatit jako odškodné.

Soud rozhodl, že žaloba doc. MUDr. Karla Hynka, CSc., proti České republice pro hrubé zanedbání povinností Policie ČR při ochraně života a zdraví občanů je co do základu důvodná. Nabude-li toto rozhodnutí právní moci, bude dále již rozhodováno pouze o výši této náhrady, která bude odpovídat bodovému ohodno-

cení bolestného, ztížení společenského uplatnění a náhradě ušlého výdělku.

Docentu Hynkovi opakovaně vyhrožoval bývalý pacient zabitím. Posléze vyhrožoval i jeho mamince a zdravotním sestřám. Docent Hynek několikrát podal trestní oznámení a vypovídal na policii, která vždy věc pouze sepsala, ale neučinila žádná opatření k ochraně života a zdraví ohroženého lékaře, k vyšetření duševního stavu a izolaci pachatele vyhrožování. V květnu 2003 pak bývalý pacient lékaře napadl v jeho ordinaci mačetou, ranami mířenými na hlavu. Život lékaře se podařilo zachránit, pachatel byl zatčen, vzat do vazby, trestně stíhán pro pokus vraždy a po zjištění nepřítomnosti mu bylo uloženo ochranné ústavní léčení, které dosud vykonává.

Ministerstvo vnitra vyhodnotilo postup Místního oddělení Policie ČR Vyšehradská, Praha 2 tak, že policejní orgán zdaleka nevyužil všech možností, které měl podle platné právní

úpravy k ochraně života a zdraví lékaře, nesplnil řádně své povinnosti a jejich zanedbáním umožnil spáchání vražedného útoku.

Zástupce žalovaného ministerstva zastupujícího Českou republiku před soudem označil výsledky šetření ministerstva vnitra za bezvýznamné a vyjádřil se mimo jiné tak, že nechápe, proč stále hovoříme o vražedném útoku, když pan doktor tady sedí v plném zdraví. Navrhl zamítnutí žaloby, soud však žalobě naopak vyhověl s tím, že Česká republika porušila mimo jiné i Úmluvu o lidských právech, kterou je vázána, když svému občanovi neposkytla ochranu před ohrožením.

Podle návrhu nového trestního zákona má být napříště vyhrožování zdravotníky hodnoceno stejně přísnou trestní sazbou, jako vyhrožování veřejnému činiteli. Podnět k této úpravě dal prezident České lékařské komory a ministr spravedlnosti jej akceptoval.

JUDr. Jan Mach, ředitel právní kanceláře ČLK

ČNZP připravuje řízenou zdravotní péči

Česká národní zdravotní pojišťovna připravuje systém řízené zdravotní péče. Vzhledem k tomu, že k této problematice zatím příliš nejsou v širší lékařské veřejnosti informace, obrátili jsme se s otázkami na generálního ředitele ČNZP MUDr. Jiřího Beka.

Mohl byste představit základní principy připravovaného systému řízené péče?

Jedná se o projekt řízené péče, který vyšel z podnětu Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost a od samého počátku byl koncipován ve spolupráci s Českou národní zdravotní pojišťovnou, která se k projektu přihlásila a chce se jej aktivně zúčastnit. Za pozitivní považují i ten fakt, že má dnes již podporu Sdružení praktických lékařů, jak to deklaroval na nedávném II. kongresu praktiků jeho předseda Václav Šmatlák. O systém řízené péče jsme se již před časem v ČNZP zajímali. Od té doby jsme významně pokročili v implementaci informačních technologií a dnes máme řadu nových nástrojů, které jsou pro realizaci řízené péče nepostradatelným pomocníkem. Praktický lékař, který má v tomto systému řízené péče nezastupitelnou roli, může využívat všech relevantních informací o svých pacientech. ČNZP pro něho připravuje, za pomoci vlastního Integrovaného revizního a kontrolního systému, který využívá i prvků umělé inteligence, výstupy v podobě analýz klinických informací. Ty jej spolehlivě podpoří

v jeho rozhodování. A tady se dostávám k meritě vaší otázky. Základní princip tohoto systému řízené péče spočívá v akcentaci odborné odpovědnosti lékaře primární péče. Praktický lékař je nejdůvěryhodnějším a nejvýznamnějším partnerem pacienta v celém průběhu léčebného procesu. U praktického lékaře se většinou scházejí veškeré klinické informace z ostatních zdravotnických zařízení, které vyhodnocuje a většinou na jejich základě i navrhuje a řídí další léčebné postupy. Důležité je, že tento systém řízené péče iniciuje i pacienta, který není pasivním článkem terapeutického procesu, nýbrž aktivním účastníkem, významným partnerem svého praktického lékaře.

Jak z tohoto systému bude profitovat pacient a jak lékař?

Profit pacienta tkví především v samotném pojetí tohoto systému řízené péče, kdy je snaha z velké části odstranit tzv. duplicitní, nebo-li zbytnou péči, jež nastává v důsledku vážnoucí nebo absentující komunikace mezi lékaři, kteří se na léčbě podílejí. Praktický lékař řídí a provádí pacienta terapeutickým procesem, aby jej de facto chránil před zbytečnými, většinou totožnými léčebnými postupy, aby hlídal duplicitní předepisování léků. Pacient v systému řízené péče podstupuje terapii optimálně a racionálně. Praktický lékař je motivován k racionálnímu vynakládání finančních prostředků za léčení svých

pacientů. Je zainteresován, aby cesta nemocného k jeho uzdravení byla co nejpříjemnější, nejučinnější a z hlediska nákladů nejrationálnější.

Nebudou mít ambulantní lékaři pocit ohrožení?

Rozhodně ne, vždyť i oni jsou neodmyslitelnou součástí projektu řízené péče. Má-li praktický lékař ctít zásadu optimální a kvalitní léčby, musí svým pacientům doporučovat pracoviště ambulantních specialistů, která požívají jejich důvěry díky ověřené kvalitě a špičkovým výkonům v terapeutické oblasti. Věřím, že tento model řízené péče bude dobrým motivačním impulsem i pro všechny ambulantní specialisty, kterým na kvalitě poskytované péče záleží.

Neobáváte se, že pokud bude vlastník pojišťovny zároveň vlastnit zdravotnická zařízení, může tento systém zneužít ke zvýhodňování svých zařízení?

Zdraví člověka je natolik citlivou a specifickou záležitostí, že by dlouho takového zvýhodňování vlastních zdravotnických zařízení, která vykazují evidentně špatné léčebné výsledky, nevydrželo. Vždyť sami dovedeme subjektivně posoudit, jak nás lékař léčí a jestli nás umí zbavit zdravotních obtíží. V projektu řízené péče si nedovedu představit, že by mohl pacient navštěvovat zdravotnické zařízení, byť na doporučení, které mu nepomůže. Šlo by to proti smyslu a filozofii celé věci.

Michal Sojka

Vzdělávací kurzy České lékařské komory

Přehled jaro / podzim 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 zasláním informací, 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**

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

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

Datum konání: 17. 5. 2008
Místo konání: Praha 5, Klub ČLK, Lékařská 2
Účastnický poplatek: 500 Kč
Hodnocení: 6 kreditů
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 nepřijemných 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.

23/08 Kurz – Neonatologie

Datum konání: 24. 5. 2008
Místo konání: Praha (bližší informace budou uveřejněny na pozvánce)
Koordinátor: MUDr. Marcela Černá

Doc. MUDr. Zbyněk Straňák, CSc.

- Sekundární prevence závažných vrozenských vývojových vad
- MUDr. Miloš Černý
- Co je nového v přístupu k rozštěpovým vadám rtu a patra?
- Doc. MUDr. Petr Zoban, CSc.
- Dlouhodobé sledování rizikových nedonošených MUDr. Helena Slavíková
- Screening sluchu u novorozenců
- Léky a kojení
- MUDr. Jan Radina
- Dítě diabetické matky
- Osteopenie nedonošených dětí

MUDr. Marcela Černá

- Mateřské mléko – pokrm nebo tekutina?
- Systém kritických bodů při používání mateřského mléka

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

25/08 Kurz – Neurologie

Datum konání: 7. 6. 2008
Místo konání: Praha 5, Klub ČLK, Lékařská 2
Koordinátor kurzu: MUDr. Bořivoj Petrák, CSc.

Doc. MUDr. Pavel Kršek, Ph.D.

- Epileptické záchvaty (video EEG)
- Doc. MUDr. Vladimír Komárek, CSc.
- Diagnostika a léčba věkově vázaných epileptických syndromů
- MUDr. Katalin Štěrbová
- Neepileptické záchvaty (video EEG)
- Prim. MUDr. Věra Sebroňová
- Akutní stavy v dětské neurologii
- MUDr. Marek Makara
- Periferní paresa lícního nervu z pohledu dětského neurologa
- Prim. MUDr. Sylvie Šťastná, CSc.
- Dědičné metabolické poruchy a neurologické symptomy
- MUDr. Tomáš Honzík, Ph.D.

- Poruchy mitochondriálního energetického metabolismu v dětském věku: klinické příznaky a současné možnosti diagnostiky
- MUDr. Bořivoj Petrák, CSc.
- Neurokutánní syndromy

17/08 Kurz – Chirurgie

Datum konání: 14. 6. 2008
Místo konání: Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5
Koordinátor: MUDr. Vít Jakoubek

As. MUDr. R. Pospíšil

- Hrudní trauma – aktuální pohled
- Prim. MUDr. Z. Jech
- Zajímavé případy v břišní chirurgii
- Prim. MUDr. Karel Harvánek
- Zajímavé kazuistiky v dětské traumatologii

26/08 Kurz asistované reprodukc

Datum konání: 20. 6. 2008
Místo konání: Praha, Ústav pro péči o matku a dítě
Koordinátor: MUDr. Jitka Řezáčová

42/08 Kurz – Léčba závislosti na tabáku

Datum konání: 6. 9. 2008
Místo konání: Praha 5, Klub ČLK, Lékařská 2,
Koordinátor: MUDr. Eva Králíková, CSc.

MUDr. Eva Králíková, CSc., MUDr. Lenka Štěpánková (1. LF UK a VFN, Praha)

- Epidemiologie užívání tabáku, související mortalita a morbidita
- Účinná prevence kouření, složení tabákového kouře, pasivní kouření
- Prof. MUDr. František Perlík, DrSc. (1. LF UK a VFN, Praha)
- Lékové interakce kouření
- MUDr. Eva Králíková, CSc. (1. LF UK a VFN, Praha)
- Princip závislosti na tabáku, diagnostika, léčba
- Farmakoterapie závislosti na tabáku
- MUDr. Lenka Štěpánková (1. LF UK a VFN, Praha)
- Psychoterapie závislosti na tabáku
- Praktické příklady rad

MUDr. Eva Králíková, CSc.

- (1. LF UK a VFN, Praha)
- Současné možnosti léčby závislosti na tabáku v ČR, specializovaná centra
- Situace ve světě, mezinárodní naše guidelines
- MUDr. Lenka Štěpánková (1. LF UK a VFN, Praha)
- Psychiatrická komorbidita kuřáků
- MUDr. Eva Králíková, CSc., MUDr. Lenka Štěpánková (1. LF UK a VFN, Praha)
- Návčik skupinové terapie – nejčastější dotazy pacientů

Kurz č. 41/08 – 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.
Účastnický poplatek 1750 Kč
Koordinátor: PhDr. Blanka Čepická

Forma: workshop – teorie k tématu, pak aktivní účast formou návčků, 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 za katedrou přednášející hovoří k publiku. Často se cvičí v trojicích systémem sdělující – přijímající – pozorovatel, aby každý dostal 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

- 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 významnosti 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 pohybuje.
- Vztahy nadřizení – podřizení.
- 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 způsůbů péče o sebe (balitovská skupina, autogenní trénink, supervize, CISM).

43/08 Kurz – Kardiologie

Datum konání: 20. 9. 2008
Místo konání: Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5
Koordinátor kurzu: Prof. MUDr. Roman Čerbák, CSc.

Prof. MUDr. Jaromír Hradec, CSc.

- Chronické formy ICHS, zejména stabilní angína pectoris.
- Doc. MUDr. Vladimír Soška, CSc.
- Dyslipidémie.
- MUDr. Petr Fridl, CSc.
- Novinky v echokardiografii.

Prof. MUDr. Roman Čerbák, CSc.

- Aortální stenóza
- Doc. MUDr. Josef Veselka, CSc.
- Kardiomyopatie
- As. MUDr. Petr Janský
- Akutní srdeční selhání
- Prof. MUDr. Jan Vojáček, DrSc.
- Novinky v intervenční kardiologii.
- MUDr. Pavel Jansa
- Arteriální plicní hypertenze

44/08 Kurz – Gynekologie

Datum konání: 4. 10. 2008
Místo konání: Praha 5, Klub ČLK, Lékařská 2
Koordinátor: Doc. MUDr. Alena Měchurová, CSc.

Doc. MUDr. Alena Měchurová, CSc.

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

46/08 Kurz – Genetika

Datum konání: 4. 10. 2008
Místo konání: Praha (bližší informace budou uveřejněny na pozvánce)
Koordinátor: Prof. MUDr. Petr Goetz, DrSc., Ústav biologie a lékařské genetiky 2. LF UK

- Molekulární genetika v medicíně
- Chromosomy v medicíně
- Prenatální diagnostika
- Hereditární malignity
- Etika lékařské genetiky

45/08 Kurz intenzivní medicíny - I. blok: respirační a renální selhání

Datum konání: 11. 10. 2008
Místo konání: Praha 5, Klub ČLK, Lékařská 2
Koordinátor kurzu: MUDr. Jiří Valenta, KARIM VFN 1. LF UK Praha 2

MUDr. Josef Závada, CSc.

- Respirační selhání
- MUDr. Pavel Herda
- Zajištění dýchacích cest
- MUDr. Jiří Valenta
- Umělá plicní ventilace
- MUDr. Marek Svítek
- COPD a astma bronchiale
- MUDr. Zdeněk Stach
- Monitorace respiračního systému
- MUDr. Tomáš Kotulák
- Oligurie a renální selhání
- MUDr. František Novák
- Prevence a léčba akutního renálního selhání
- MUDr. Martin Balík, Ph.D.
- Antikoagulace CRRT s rizikem krvácení



minimální praxe 6 měsíců. Nabízíme: zaměstnanecké výhody včetně možnosti přechodného ubytování pro mimopražské uchazeče. Nástup možný ihned nebo dle dohody. Písemné přihlášky s profesním životopisem zašlete dnů 14ti dnů po zveřejnění inzerátu na adresu: FNKV, Zdeněk Pastyřík, vedoucí personálního odd., Šrobárova 50, 100 34 Praha 10, e-mail: pastyrik@fnkv.cz

Gynekoložku/gynekologa (i důch. nebo VPP) pro amb. v Praze 6 u „M“ Hradčanská a v Praze 4 u „M“ Chodov přijmeme na 0,6-1,0 úv. Zkušenosti s 3D UZ vítány. Tel.: 606 393 938

Soukromá ortopedická ambulance v Praze příjme ortopeda s atestací i na zkrácený pracovní úvazek. Tel.: 602 254 964

Zdravotnické zařízení v Praze 4 – Jižním Městě přijme do zaměstnaneckého poměru praktického lékaře. Atestace z pracovního lékařství výhodou. Nástup květen 2008. Tel.: 296 506 268

Soukromá ortopedická ambulance v Praze příjme ortopeda s atestací i na zkrácený pracovní úvazek. Tel.: 602 254 964

Hledáme praktického lékaře do ordinace, pracoviště ČM-Praha 9, nástup možný ihned nebo dle dohody. Tel.: 731 503 803, medicur@seznam.cz

Hledáme sestru do psychiatrické ambulance v Praze 7. I na částečný úvazek. Kontakt: zkrausova@email.cz nebo SMS 604 715 429

Hledám do psychiatrické ambulance spolupracovníka s psychoter. atestací či osvědčením. Bydlení zajištěno. T: 384 323 792

Hledám lékaře se zájmem o práci na vznikajícím oddělení Urgentního příjmu v Oblastní nemocnici Mladá Boleslav. Podmínky: atestace z vnitřního lékařství, urgentní medicíny nebo intenzivní medicíny, popř. v přípravě na atestace (možné i absolvent se zájmem o danou práci). Bližší informace: tel.: 731 542 899 nebo email: katarina.hudacova@onmb.cz

Nemocnice Jablonec nad Nisou p.o., přijme lékaře na oddělení RDG. Odborná způsobilost v oboru radiodiagnostika a praxe vítána, není však podmínkou. Možnost rychlého odborného růstu v mladém kolektivu na moderně vybaveném pracovišti – špičkový 40tiřadý MDCT, digit. dálkově ovládaná stěna s C ramenem. V letošním roce se obnoví sono přístroj, mamograf. Máme akreditaci k provádění mamografického screeningu. Platové podmínky dle platných předpisů. Nástup možný ihned. Bližší informace podá primář MUDr. Petr Tuček, tel.: 483 345 855, e-mail: tucek@nemjbc.cz

Nestátní poliklinika v Berouně přijme dermatovenerologa pro ambulanci v Praze i na částečný

úvazek. Nabízíme nadstandardní platové podmínky, práci v příjemném kolektivu a možnost dalšího vzdělávání. Atestace podmínkou.

Informace na tel.: 724 786 907, 311 746 155

Hledám dermatologa do privátní kožní ordinaci v Hodoníně k zaměstnání nebo alespoň k dlouhodobému zástupu. Tel.: 603 758 026

Česko-německá horská nemocnice Krkonoše, s.r.o., Vrchlabí, přijme pro gynekologicko-porodnické oddělení: primáře a lékaře s atestací I. a II. stupně. Nástup možný ihned nebo dle dohody. V případě zájmu zašlete žádosti na mailovou adresu: smska@nemocnice.vrchlabi.cz

Poliklinika Prosek, Praha 9 přijme do prac. poměru lékaře revmatologa a lékaře do odd. rehabilitace. Atestace v oboru, praxe vítána, lze kratší úvazek. Možnost ubytování, pomoc při řešení bytové situace. V případě zájmu zašlete profesní životopis. Kontakt: fax 286 589 362, pí Prchalová, tel.: 266 010 106, prchalova.o@poliklinikaprosek.cz

Zástup

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

Prodej a koupě

Prodám přenosný UZ Fukuda UF-4000, s dvěmi 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, 604 554 560

Prodám přístroje: EKG Cardiovit s automatickým vyhodnocením, Cévní doppler Multi-Dop se spektrální analýzou, Dimap – přístroj pro magnetoterapii. Info: 602 276 002, red.squirrel@tiscali.cz

Prodám plně funkční EKG přístroj Schiller – Cardiovit AT-2, tel.: 724 345 445

Ultrazvuk FUKUDA UZ 4300, vaginální i abdominální sonda, zabudovaná tiskárna, prohlášení o shodě. Téměř nový, zdarma převod licence PC DOKTOR program. T: 604 554 560, 736 405 527

Prodám UZ přístroj Medison SA 8000 (M a 2D mod, PW a CW doppler, barevný doppler, tkáňový doppler), se sektorovou sondou 2-5 MHz. Tel.: 724 345 445

Prodám levné funkční horkovzdušný sterilizátor HS 61A. Tel.: 608 934 633

Prodám Odontologik–nový, nevybalený, levně. Tel.: 517 348 523, e-mail: mudrstelcova@centrum.cz

Prodám nový, nepoužitý Comitubus. Levně. Tel.: 465 563 381



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

Pronajmu nově rekonstruovanou, zařízení a kolaudovanou lékařskou ordinaci v blízkosti Vinohradského divadla na určité dny v týdnu dle domluvy. Jedná se o 2 místnosti: 22,15 m² a společná hala 15 m² a soc. zař. se sousedící gynekologickou ordinací. Ordinance je vhodné zařízení pro konzultační činnost nadstandardního charakteru. Foto na www.vinohrady.wz.cz. MUDr. Němec 603 319 309, drnemec@volny.cz

Nabízím pronájem zařízení ordinace rehabilitace v Praze 5 – Újezd. Vlastní klientela i registrace nutná. Kontakt: 724 233 226

Pronajmeme ordinaci ve zdravotnickém zařízení LPC Eden, Vršovická 75a, Praha 10. Další informace a domluva prohlídek p. Žáková 736 603 557

Různé

Přenechám praxi praktického lékaře pro děti a dorost v Praze 9. Tel.: 732 673 852

Přenechám za odstupné zavedenou psychiatrickou ambulanci pro dospělé v úvazku 0,8 LM v centru Českých Budějovic. Tel.: 723 645 386

Přenechám provozování soukromé ordinace PL v Praze 4 – Libuši na 10 let i s vybavením. Možné realizovat prakticky ihned. V případě zájmu prosím SMS na 739 330 455

Přenechám ambulanci dětské neurologie v Praze (poliklinika). Umožním složení atestace. Kontakt: d.neurol@atlas.cz

Přenechám zavedenou gynekologickou praxi v Praze. Tel.: 732 475 072

Prodám zavedenou gynekologickou ordinaci ve středu Brna. Dobře vybavená, včetně ultrazvuku, 2500 registrovaných pacientek. Tel.: 732 632 640

Služby

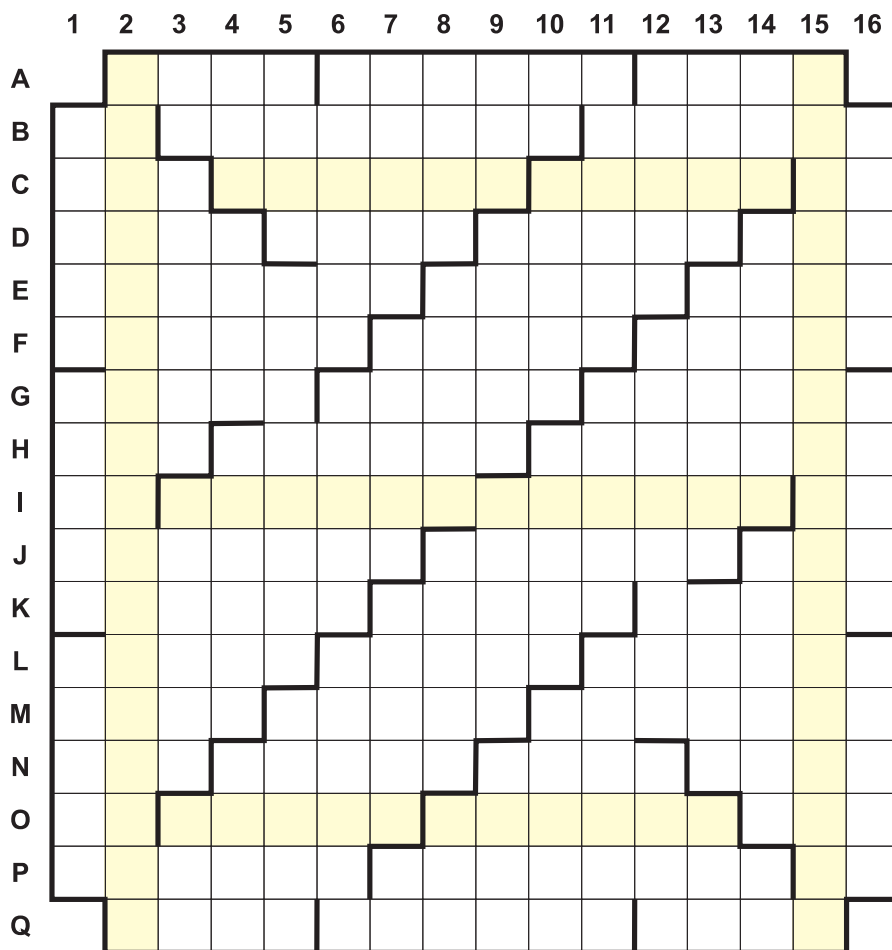
Akreditované nestátní zdravotnické zařízení působící v oblasti Liberecka zabezpečí pro absolventy lékařských fakult a další zájemce z oboru lékařství předatestační přípravu pro oblast praktického lékařství. Další podrobnosti při osobním jednání. Informace na tel.: 602 116 704

Úmrtí našeho kolegy

MUDr. Jan Beránek, CSc. zemřel po dlouhé těžké nemoci 21. 2. 2008 ve věku 77 let. Narodil se 19. 1. 1931 v Českém Brodě. Po promoci na LF UP v Olomouci v roce 1959 pracoval na očním odd. Krajské nemocnice v Ostravě. Od roku 1966 do 1982 pracoval jako odborný asistent VFN na II.oční klinice. Zde složil atestaci II. stupně z oftalmologie a dosáhl hodnosti kandidáta věd. Od roku 1983 pracoval jako vedoucí lékař očního odd. pro Prahu 2. V roce 1991 odešel do starobního důchodu. O rok později pracoval jako revizní lékař VZP, odkud po roce, pro vážné zdravotní problémy, odchází. K oftalmologii se ještě vrátil, od roku 1995 pracuje 2 roky na plný a pak do roku 2005 na částečný úvazek v soukromé oční ordinaci v Praze 2. Pan doktor Beránek byl velmi silná, vzdělaná a moudrá osobnost, velmi oblíbená a skromná.

Ludmila Řhová

Křížovka o ceny



Pokud jsou lékaři neúspěšní, pak je to ... (dokončení citátu Alexise Carrela se skrývá v tajence).

VODOROVNĚ: **A.** Kočkovitá šelma; dům; situace. – **B.** Hovorové přitakání; blahovičník; malý Ivan. – **C.** Ruská tisková agentura; **2. díl tajenky;** **1. díl tajenky;** slovensky „ve“. – **D.** Štětina kance; tumáte; domácky Gabriela; tam (nářečně). – **E.** Týkající se karet; italské město (zastarale); území v Kongu. – **F.** Opotřebovat (šaty); herec obsazovaný do roli milovníku (slangové); zaúpět (slovensky). – **G.** Mateřské znaménko; množství; dřívější těžké jezdecké meče. – **H.** Druh pepře; jílviště; drsný dřevěný předmět umožňující zvířatům drbat se. – **I.** Nuže; **5. díl tajenky;** MPZ Ekvádoru. – **J.** Vzdělanost; poškozené části lesů; slovenské ukazovací zájmeno. – **K.** Tvořené keři; domácky Matouš; koupaliště. – **L.** Čilý; autor Války s mlouky; anglicky „karamboly“. – **M.** Ženské jméno; na žádné místo; závěrečná artikulace úžinových hlásek. – **N.** Cizí ženské jméno; upravovat vlasy; jméno zpěváka skupiny U2 Voxe; nelétavý noční pták žijící na Novém Zélandu. – **O.** Římskými číslicemi 99; **4. díl tajenky;** **6. díl tajenky;** hrůza. – **P.** Barman; klásti miny; značka telluru. – **Q.** Anglicky „podvod“; mající jedině jednání; draci.

SVISLE: **1.** Zdánlivě; mražený smetanový krém; historické území v Polsku a Ukrajině. – **2. 7. díl tajenky.** – **3.** Iniciály spisovatele Eca; patřící Nerovi; duchna; církevní obřad. – **4.** Chlap; západoafrické ochranné božstvo; český kulturní pracovník (Oldřich); asijský stát. – **5.** Německé sídlo; obsahující tisíc prvků; nevysévat. – **6.** Lesní lovný pták; záhyby na látce; vyhazování nespolehlivých členů organizace. – **7.** Zhotovení litím; francouzský malíř; hazardní karetní hra; iniciály astronoma Koperníka. – **8.** Moravská řeka; obec na Příbramsku; jíst (dětsky); tenké vlákno. – **9.** Vlastní primátům; domácky Gál; indický symbol předků; jméno pěvce Blachuta. – **10.** Zkratka výpočetní techniky; klesat; jamka; vlast. – **11.** Velké dopravní letadlo; jednobuněčný organismus; hodnotová. – **12.** Předmět sloužící k sevření; zaklinkat; ohon. – **13.** Otec; chmurné básně; domácky Ariel; druh palmy. – **14.** Ba; týkající se dobytka (řídce); sloučenina ozonu s nenasycenou organickou látkou; značka india. – **15. 3. díl tajenky.** – **16.** Činit (slovensky); střední oddělení paleogénu; anglicky „uvést do držení“.

Pomůcka: Aken, APN, Boma, caroms, detense, cheat, Ita, Janota, Nesu, seise.

V Tempus medicorum 03/2008 jsme hledali výrok Winstona Churchilla: **Lékařská a chirurgická profese musí vždy patřit mezi ty nejvznešenější, jimiž se může člověk zabývat.**

Publikaci *Svět, v němž žijeme – Evropa* získává deset úspěšných luštitelů, které jsme vylosovali: **Věra Brízová**, Havlíčkův Brod; **Irena Grabovská**, Jeseník; **Jaromír Hampl**, Praha 10; **Daniel Janíček**, Havířov; **Jiří Pospíšil**, Ostrov; **Milena Sedmihradská**, Tábor; **Vlastimil Šlapák**, Prachatice; **Josef Tesař**, Suchdol n. L.; **Jana Vlčková**, Děčín; **Jiří Vlk**, Čáslav.

Na správné řešení tajenky z čísla 04/2008 čekáme na adrese recepte@clkcr.cz do **10. května 2008!** Hodně štěstí!