



TEMPUS MEDICORUM

ČASOPIS ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY

4/2009

ROČNÍK 18

V TOMTO ČÍSLE:

Nemocnice 21. století



NEMOCNICE
21. STOLETÍ

Certifikát kvality ČLK

**ČLK trvá na
nedotknutelnosti
stávajících registrací
zdravotnických
zařízení**

**Komora požaduje
změny zákona
o nemocenském
pojištění**

**Za léky se platilo
zbytečně moc**

**Fotografická soutěž
ČLK a značky
Olympus:
Lékař a jeho pacient**

PLUS



EDUKAFARM

medinews

Edukační a inzertní příloha časopisu Tempus medicorum

FI SÚKL

Mírnění bolesti u umírajícího
pacienta

Pozastavení registrace léčivého
přípravku Raptiva



Prof. MUDr. Václav Špičák, CSc.

Rytíř českého lékařského stavu

inzerce

Klimakterium bez HRT?

zvolte
Mabelle



Doplňek stravy

inzerce

SAFRAMYL

- extrakt ze šafránu
- působí proti depresivní náladě
- ověřeno v klinických studiích



doplňek stravy



Normalizace ministrů Filipiové

Normalizace – negativní asociace vzbuzujícího slovo, jehož původním obsahem však není nic jiného než snaha o návrat k normálním poměrům. A právě pokus obnovit normální vztahy a způsoby jednání charakterizuje krátkou vládu ministrů Filipiové asi ze všeho nejlépe. Není v lidských silách za pár měsíců změnit fungování tak složitého systému, jakým je zdravotnictví. Takový zázrak nemohl nikdo očekávat od senátorky, která byla navíc vtažena do jedoucího vlaku bez přípravy, aniž si měla možnost vybrat své spolupracovníky. Jejím úkolem nemohlo být nic jiného, než snížit rychlost rozjetého vlaku a pokusit se alespoň trochu pozměnit směr tak, aby srážka tzv. Julínkovy reformy s realitou neměla kvůli své prudkosti ničivější následky.

Plnění tohoto úkolu se ministrů Filipiová zhostila se ctí. Na její pokyn skončila válka a ustaly i snahy o likvidaci ČLK. Po dvou a půl letech Julínkovy vlády díky ní ministerstvo zdravotnictví začalo znovu jednat s profesní lékařskou samosprávou a navzdory rozdílným východiskům, a často i cílům, všechna jednání probíhala korektně, v racionální rovině. Ustala agresivní rétorika vůči lékařům, jejímž představitelem byl drobný tiskový mluvčí s hypertrofovaným sebevědomím. Pod vedením šarmanatní dámy ministerstvo naopak ukázalo vlídnější tvář. Ustaly dokonce i mediální útoky vůči lékařům, kteří podle Julínkovy propagandy „věnují pacientům méně pozornosti, než jaká je věnována zákazníkům v kadeřnictví nebo v autoservisu“. I členové tzv. Rady poskytovatelů, již Julínek proměnil ve sbor kývateľů, kteří směli pouze ex post chválit rozhodnutí osvěcovaného monarchy, případně za něj tahat před veřejností horké kaštany z ohně, byli zaskočeni tím, že se jich najednou vedení ministerstva dopředu ptá na jejich názor.

Po odchodu ministra Julínka mohli s Českou lékařskou komorou začít komunikovat nejenom ředitelé státních institucí, jakou je například SÚKL, ale i úředníci z ministerstva, kteří se k nám dříve chovali tak, jako by jim za „styk s nepřítelem“ hrozil vyhazov z práce. Vedení lékařské komory plnicí usnesení sjezdu, jehož delegáti odmítli Julínkovy experimenty, přestalo být totiž považováno za nepřítele. Stali jsme se partnery pro jednání. Vláda uznala, že bez podpory lékařů a širšího společenského konsenzu jsou smysluplné a trvalé změny ve zdravotnictví nerealizovatelné.

Ministrů Filipiová odolala tlaku ministerstva financí a do svého souboru protikrizových opatření začlenila zvýšení plateb pojistného za děti, důchodce a nezaměstnané, tedy za 58 % obyvatel, kteří ne vlastní vinou spotřebují cca 80 % zdravotní péče ve finančním vyjádření, přičemž zástupná platba státu za ně tvoří pouhých 23 % příjmů pojišťoven. Nedokázala se však již ubránit ministru Nečasovi, který uhájil nižší zdravotní pojištění pro skupinu občanů s nejvyššími příjmy, tedy osvobození příjmů nad čtyřnásobek průměrné mzdy od zdravotního pojištění.

Otázkou pochopitelně zůstává, co z návrhů zůstane po pádu vlády a co vůbec udělá se zdravotnictvím několik měsíců trvající permanentní předvolební kampaň, která se právě rozjíždí. Před parlamentními volbami v roce 2006 se české zdravotnictví stalo bojištěm, které, bohužel i za přispění partyzánských bojůvek z některých zdravotnických organizací, devastovaly armády politiků zprava i zleva. Při představě, že by se podobná hysterie měla opakovat, mne mrazí v zádech již proto, že příkop vyhloubený tenkrát mezi jednotlivými skupinami lékařů se nám dosud nepodařilo zarovnat a jizvy na tváři lékařského stavu se ještě nestačily zahojit.

Naše možnosti, jak se vůči politické zvůli bránit, jsou omezené, avšak Česká lékařská komora jako profesní samospráva všech lékařů se do předvolebního boje nenechá zatáhnout ani tentokrát. I nadále budeme jednat se všemi představiteli státu i regionů bez ohledu na jejich stranickou příslušnost. Plány politiků nás však pochopitelně zajímají a možnosti korigovat jejich politické vize z odborného hlediska se nehodláme vzdát. Proto s napětím očekávám výsledky konference na téma „Budoucnost českého zdravotnictví“, na kterou ČLK pozvala zdravotnické experty všech pěti parlamentních stran i představitele pojišťoven a regionů.

Zdravotnictví musí, a lépe či hůře také bude, fungovat za všech okolností. Pacienti nás lékaře potřebují a budou potřebovat i nadále. Za svoji práci bychom si zasloužili vedle společenského uznání od veřejnosti také ekonomickou jistotu a právní stabilitu vytvořenou politiky. Ale to bychom možná chtěli příliš.

Padla vláda. Podle části občanů příliš brzo, podle jiných příliš pozdě. Ministerstvo opustí tedy i „Jarní královna“ Filipiová. Za tři měsíce se toho příliš stihnout nedá. Ostatně, ani sportovní novináři nehodnotí hráče, který nastoupil na posledních pár minut zápasu, kdy již bylo o výsledku dávno rozhodnuto. Přesto si jednu hodnotící poznámku nemohu odpustit. Navzdory politickým proklamacím paní senátorka Filipiová našťastí není žádný Julínek v sukničích, ale normální slušný člověk, kterému se sluší poděkovat za snahu přinést trochu té normalizace či, chcete-li, normalnosti do jednání o budoucnosti zdravotnictví, a popřát zároveň hodně úspěchů do další práce.

Milan Kubek

TÉMA MĚSÍCE

2–9

NEMOCNICE 21. STOLETÍ
Certifikát kvality České lékařské komory

Doporučené personální vybavení zdravotnických zařízení lékaři

RYTÍŘ

ČESKÉHO LÉKAŘSKÉHO STAVU 10–12
Ovace pro rytíře Václava Špičáka

ROZHOVOR

Obávám se, že z pojmu reforma zdravotnictví se obsah již vytratil, říká prof. Špičák 13–14

INZERTNÍ PŘÍLOHA

15–30

Poruchy tvorby růstového hormonu – III. část

Zásady léčby a prevence diabetické nohy

Tecasorb – profil prostředku

Studie prevence
progrese osteoartrózy

Mechanismus účinku fytoestrogenů

Stupňovitý algoritmus antihypertenzní léčby
– lepší kontrola hypertenze?

Probiotika a prevence alergie u dětí

PROBACIN 5 miliard® – profil přípravku

PŘÍLOHA FI

Mírnění bolesti u umírajícího pacienta

Pozastavení registrace léčivého přípravku Raptiva

Z ČINNOSTI ČLK

31–32

Neformální setkání reprezentací SLK
a ČLK v Roháčích

Komora požaduje změny zákona
o nemocenském pojištění

PRÁVNÍ PORADNA

33–37

Registrace nestátních zdravotnických
zařízení a nedotknutelnost dříve nabytých
práv soukromých lékařů

Dopis prezidenta ČLK hejtmánům krajů

Pokuta pro ČLK za „kartelovou dohodu“

Postup lékaře může hodnotit pouze
znalec stejného oboru

Zneužití lékařské pohotovosti novinářkou?

Z MÉDIÍ

38–39

Za léky se platilo zbytečně moc,
stát měl ceny snížit

Počet lékáren v ČR rok od roku roste

FOTOSOUTĚŽ

40

Lékař a jeho pacient

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 • recepcie@clkcr.cz

www.clkcr.cz

Šéfredaktor: MUDr. Milan Kubek

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

Odpočívající redaktorka: PhDr. Blanka Rokosová

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

Příjem řádkové inzerce: recepcie@clkcr.cz (viz adresa redakce)

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

Design: Ing. Jindřich Hurt

Marketing a inzerce: Ing. Renáta Podracká, mobil: 724 261 177,

tel.: 224 252 435, e-mail: renata.podracka@edukafarm.cz

Tisk: EUROPRINT Modřany, a. s.

Uzávěrka čísla 4: 22. 4. 2009 • Výšlo: 27. 4. 2009

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

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

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

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

Příspěvky se nemusejí shodovat se stanoviskem redakce.

Ta si současně vyhrazuje právo na redakční úpravu textů.

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

a inzerát nelékaře je zpoplatněn. Při zadávání inzerátu je proto potřeba

zadat fakturační kontaktní adresu, IČO, DIČ, telefon, e-mail. Bez těchto

informací nebude inzerát zveřejněn.



Změnilo se něco ve vaší nemocnici po krajských volbách 2008?

Ano, přibylo práce administrativní a edukační s psaním a vysvětlováním změny plateb. Pacienti v tom mají stále zmatek a nechápou.

Jiří Štastný, chirurg, Nemocnice Prostějov, SMN a. s.

Nezměnilo se nic. Ostatně jsem ani nečekal, že se něco změní.

Michal Nesvadba, sekundární lékař ARO, Nemocnice Jablonec nad Nisou

Ano, přibylo zmatených pacientů, papírování a stres. Opět ubyl čas na nemocné.

Radmila Dědková, rehabilitační oddělení Orlickoústecké nemocnice, a. s.

Nezměnilo.

Otakar Keller, neurolog, Neurologická klinika FTNsP IPVZ

Po krajských volbách 2008 v Olomouckém kraji, kdy vyhrála ČSSD, nedošlo na krajské záchranné službě k žádným zásadním změnám. Na žádost odborů na záchrance došlo k navýšení financí a zvýšení výjezdového příplatku o 300 Kč.

Milan Brázdil, záchranná služba, urgentní medicína, Olomouc

Naštěstí se nic nezměnilo.

Radka Jančová, pediatr, Lužická nemocnice Rumburk

Nezměnilo, jen lidé více využívají ústavní pohotovost, když nemusí platit poplatky.

Pavel Plzák, chirurg, Oblastní nemocnice Trutnov, a. s.

Ano, vedení.

Jindřich Kaňa, odd. TRN, Příbram

Musím odpovědět, že se k lepšímu nezměnilo nic. Navíc je s nepřístupným ředitelem nemocnice velmi špatná komunikace. Je neochotný vést konstruktivní dialog o odměňování zdravotníků.

Tomáš Madrý, chirurgické odd. nemocnice Třebíč

Nic! A to nejen po těchto krajských volbách. Od roku 1989 se principiálně v českém zdravotnictví nezměnilo nic. Dále systém zdravotní péče v ČR kalku-

Nemocnice 21. století



NEMOCNICE 21. STOLETÍ

ČLK se stále větším znepokojením sleduje prohlubující se nedostatek lékařů a nemůže zavírat oči před katastrofální personální situací některých zdravotnických zařízení.

Bez dostatečného množství patřičně kvalifikovaného zdravotnického personálu nelze poskytovat kvalitní a bezpečnou zdravotní péči. Právě tento základní předpoklad je bohužel opomíjen řadou komerčních subjektů, které udělují různé certifikáty kvality a akreditace. Z pohledu ČLK jsou naopak kvalifikace a počet lékařů věcí zcela zásadní.

Česká lékařská komora není podle současné právní úpravy tím orgánem, který by posuzoval personální vybavení zdravotnických zařízení pro účely jejich registrace. V souladu se zákonem č. 220/1991 Sb. o zdravotnických komorách však může vydávat odborná doporučení.

Potřeba vyřešit katastrofální personální situaci mnoha zdravotnických zařízení i fakt, že Ministerstvo zdravotnictví ČR dosud nevydalo příslušnou vyhlášku, dovedla ČLK k zahájení vlastního projektu udělování certifikátů kvality „Nemocnice 21. století“. Základním hodnotícím kritériem je počet a kvalifikace lékařů. Účast nemocnic, ale i jejich jednotlivých oddělení je zcela dobrovolná. V současnosti ČLK seznamuje s projektem ředitele a zřizovatele všech nemocnic v ČR a nabízí jim spolupráci a metodickou pomoc.

ČLK nemá kompetence zavírat personálně zdevastované nemocnice nebo rušit oddělení, která nemají kvalifikované lékaře a zdravotní sestry. Naším cílem je naopak ocenit a podpořit ty nemocnice, které dostatek kvalifikovaných lékařů mají a jejichž manažeři nepodlehli pokušení drasticky šetřit na osobních nákladech. Získání certifikátu kvality ČLK „Nemocnice 21. století“ bude pro nemocnice prestižní záležitostí a pro kvalitní nemocnice nesporně i konkurenční výhodou.

Certifikát kvality České lékařské komory

ČLK je připravena provádět kontroly personálního vybavení zdravotnických zařízení a při splnění podmínek doporučených parametrů poté udělovat zdravotnickým zařízením certifikát kvality „Nemocnice 21. století“. Prostřednictvím těchto certifikátů by chtěla ocenit a propagovat ta zdravotnická zařízení, která splňují náročné požadavky na poskytování zdravotní péče „lege artis“, tedy na úrovni medicíny 21. století. Certifikát udělený nezávislou profesní lékařskou samosprávou jistě zvýší prestiž kvalitní nemocnice a může představovat i jistou konkurenční výhodu. Česká lékařská komora bude pochopitelně propagovat právě ty nemocnice, u kterých může občanům zaručit, že zde budou v případě potřeby ošetřováni dostatečným množstvím kvalifikovaného personálu.

Kvalita, dostupnost a bezpečnost zdravotní péče jsou hlavním cílem doporučení adresovaných ředitelům a zřizovatelům nemocnic, které je výsledkem odborné diskuse Vědecké rady a dalších orgánů ČLK.

Doporučené personální vybavení nemocnic

Vzhledem k tomu, že Ministerstvo zdravotnictví ČR v rozporu se zákonem č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu (§ 12a), dosud nevydalo příslušnou vyhlášku, rozhodla se Česká lékařská komora vytvořit své vlastní personální doporučení.

Ministerstvo zdravotnictví ČR začíná připravovat návrh vyhlášky stanovující požadavky na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení s obrovským zpožděním teprve nyní. Ministerstvem navrhované minimální personální požadavky jsou však v řadě případů příliš nízké, negarantují poskytování lékařské péče lege artis, proto s nimi ČLK nemůže souhlasit a bude se snažit návrhy ministerstva korigovat. Skutečnost, že se Ministerstvo zdravotnictví ČR rozhodlo vázat platnost potřebné vyhlášky o minimálních požadavcích na technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení na dosud neexistující zákon o zdravotních službách, jehož přijetí je nejisté, považuje ČLK za zásadní chybu.

Česká lékařská komora se tedy po delší odborné diskusi rozhodla zveřejnit své vlastní doporučení týkající se personálního vybavení lůžkových zdravotnických zařízení. Navazuje na materiál, který byl v roce 2006 připravován jako ministerská vyhláška, k jejímuž vydání však nedošlo. Zmíněný materiál zase vychází z personálních údajů uvedených pro jednotlivé odbornosti ve vyhlášce MZ ČR č. 134/1998 Sb. v platném znění (*Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami*). Seznam zdravotních výkonů, který byl vytvořen z důvodu cenové kalkulace, však řeší pouze personální zabezpečení standardních lůžkových oddělení a jednotek intenzivní péče, zatímco ambulance a zákrokové či operační sály personálně (co do počtu lékařů) nijak nelimituje. Výsledkem je nepřijatelná praxe, kdy bývají výkony na příjmových a odborných ambulancích i výkony vázané na hospitalizaci (a prováděné zpravidla na sálech) formálně garantovány služebně staršími lékaři, kteří sice kritéria požadované erudice splňují, ale na zmíněných pracovištích se zdržují jen sporadicky. Zdravotní pojišťovny údajně v dohledné době plánují oddělení úhrad péče na odborných ambulancích v lůžkových zdravotnických zařízeních od paušální úhrady (od-

borné ambulance by pak fungovaly ve stejném režimu jako privátní ordinace ambulantních specialistů), ale dosud k tomuto kroku nedošlo.

Česká lékařská komora doporučuje počty odborníků v jednotlivých kategoriích (L1, L2 a L3) s ohledem na velikost lůžkových oddělení, počet ambulancí a operačních sálů.



luje s nízkou – regulovanou hodnotou práce kvalifikovaných zdravotnických pracovníků při péči o to nejcennější! „Jednotková“ hodnota práce je v hierarchii povolání dehonestující! Zdravotníci jsou stále nedobrovolnými sponzory vysoké úrovně českého zdravotnictví. Z miliard, které jdou do zdravotnictví, pak stále profituje hlavně sekundární a terciární sféra, která dodává do zdravotnictví v tržních cenách. Nízké základní platy v nemocnicích nutí stále zdravotníky k nadměrnému množství přesčasových hodin, aby si zajistili alespoň nějakou životní úroveň. Tím však klesá jejich úroveň a kvalita života. Jak je vidět, stále si dostatečně neuvědomujeme pomíjivost času a pomíjivost našich životů!

Jan Pištěk, gynekologie a porodnictví, Uherské Hradiště

Od krajských voleb 2008 se ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové nic nezměnilo, což přijímáme s povděkem, protože s dosavadní situací a vedením jsme spokojeni.

Marie Šimková, Kožní klinika, FN Hradec Králové

Po krajských volbách se kromě hrazení poplatků krajem nezměnilo téměř nic. Je to i v důsledku „velké“ koalice v Jihočeském kraji. Došlo ke změnám v představenstvu a dozorčí radě nemocnice dle politického klíče. Politici sociální demokracie jsou o něco vstřícnější k názorům odlišným od spíše komerčního zaměření vedení zdravotnických zařízení prosazovaného ODS. Velkou změnou by mohlo být zamýšlené zrušení nezdravotnické „servisní“ organizace Jihočeské nemocnice, a.s., a posílení pravomoci a důležitosti dozorčích rad nemocnic. Očekával bych dále například audit úrovně poskytované péče jednotlivými nemocnicemi, větší systémový tlak na pojišťovny a prosazování větší role ČLK např. v kontrole personálně technického vybavení.

Lukáš Štrincel, gastroenterolog, Nemocnice Tübor, a.s.

Vzhledem k tomu, že nemocnice je v soukromých rukách Kooperativy, a.s., byl cítit strach, zda se nebude hejtman Rath mstít. Mezi zaměstnanci podobné nálady trvají.

Pavel Brejla, chirurg, NsPMělník, a.s.

Změnilo se něco ve vaší nemocnici po krajských volbách 2008?

Rád bych na tuto otázku odpověděl, ale bohužel se v naší nemocnici nic významnějšího vpřed zatím nepohnulo. Jenom se mírně prohloubil personální deficit a zodpovědným zvoleným zástupcům je to nejspíše jedno.

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

První viditelnou změnou po krajských volbách bylo rozšíření představenstva Krajské zdravotní, a. s., ze 4 na 7 členů. V lednu deklaroval předseda představenstva na setkání s odbory provedení personálních a finančních auditů. V únoru odvolal všech 5 ředitelů odštěpných závodů, údajně pro špatné hospodářské výsledky. Změny se tedy dějí. Výraznou pozitivní změnou je proplácení služeb lékařům od 1. 7. 2009. V kolektivním jednání jsme vyjednali proplácení celé služby jako práce přesčas. O tyto peníze byl navýšen rozpočet Krajské zdravotní, a. s. Změna, na kterou jsme čekali 5 let od vstupu do Evropské unie, je konečně tady.

*Antonín Gabera, Dětská klinika, odd. JIRP,
Masarykova nemocnice Ústí nad Labem*

To je spíše dotaz pro malé nemocnice. Ve fakultní nemocnici se nezměnilo nic. Snad jen volba chirurga dr. Šimánka za krajského zdravotního radního. Takže komunikace o problémech krajského zdravotnictví je velmi usnadněná.

Štěpán Bejvančícký, ARK, FN Plzeň

Nemocnice Chrudim nezměnila status a. s., nezměnilo se vedení nemocnice, strukturálně došlo pouze k přibrání soukromého subjektu plastického chirurga – pronájem sálu, k redukci RHB lůžek na LDN, dále čekáme na dobudování OCHRIP lůžek, které zastupitelstvo kraje schválilo, dle nové vyhlášky se jedná o možnost pokračovat v ortopedii velkých kloubů. Personálně vyvážený stav lékařů na chirurgii, ARO, neurologii, pediatrii, ale všude na dolní hranici limitů, na interně převaha absolventů, problém s pokrytím int. JIP služeb, provádějí zčásti ambulantní specialisté, dále zastaralé monitorovací vybavení JIP – chir., kardiol. JIP, včetně vlastních lůžek, nemocnice na obnovu nemá prostředky, nutná investice z kraje,

Definice pojmů:

Lékař **L3** lékař se **specializovanou způsobilostí** (plně erudovaný)

Lékař **L2** lékař s **odbornou způsobilostí** a praxí **více než 24 měsíců** (po absolvování základního vzdělávacího kmene)

Lékař **L1** lékař s **odbornou způsobilostí** a praxí **méně než 24 měsíců** (absolvent lékařské fakulty)

Lékař L1 může být nahrazen lékařem L2 nebo L3

Lékař L2 může být nahrazen lékařem L3

ÚPS – ústavní pohotovostní služba

OD – ošetřovací den dle **Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami**

Ambulantní péče

Předpokládá se, že v rámci ambulantní péče samostatně ordinuje lékař se **specializovanou způsobilostí** (L3). Pokud však v ambulanci působí lékař pouze s **odbornou způsobilostí** (L1 nebo L2), je nutné, aby pracoval pod dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí. **Jeden lékař** se specializovanou způsobilostí (**L3**) přitom může dohlížet **maximálně na 2 lékaře** po absolvování 24 měsíců trvajícího vzdělávacího kmene (**L2**) a musí být dostupný tak, aby **do 30 min.** mohl **přímý dohled skutečně vykonávat**. Dohlíží-li na lékaře s praxí kratší než 2 roky (L1), tedy na lékaře, který neabsolvoval základní vzdělávací kmen, je nutná jeho stálá osobní přítomnost a dohled může vykonávat pouze nad jedním takovým lékařem (L1). O dohledu musí být vypracována smlouva, evidovaná místním OS ČLK.

V ústavním zařízení musí mít každá ambulance (kromě příjmové) stanoven pracovní úvazek a lékař musí mít specializovanou způsobilost (**L3**) pro obor, v němž jsou ambulantní služby poskytovány. U lékaře nesmí být součet úvazku na ambulanci spolu s jinými úvazky (JIP, lůžková oddělení atd.) vyšší než 1,0 (např. ambulance kardiologie 0,5 + JIP 0,5).

Akutní lůžková péče

Každé zdravotnické zařízení musí mít odborného zástupce s odpovídající licenci. Pokud je ředitelem lékař, může být současně odborným zástupcem, pokud je ředitelem nelékař, jde o náměstka LPP.

Základní podmínkou provozu lůžkového oddělení každé odbornosti je primář s kvalifikací L3 a licenci „vedoucí lékař, primář ZZ“ v úvazku minimálně 0,8 a zástupce primáře s kvalifikací L3 a licenci „vedoucí lékař, primář ZZ“. Součet úvazků těchto pracovníků (např. ambulance, JIP atd.) nesmí přesáhnout 1,0 (např. primář 0,8 + ambulance 0,2).

ČLK stanovila 4 obecné modely:

- 1) chirurgický obor,
- 2) interní obor,
- 3) ostatní obory (např. dermatovenerologie či psychiatrie),
- 4) ARO + samostatné JIP.



Abecední seznam odborností v jednotlivých skupinách

Poznámka: Samostatně (mimo uvedené skupiny) stojí ARO a samostatné JIP.

Interní obory	Chirurgické obory	Ostatní obory
Angiologie	Cévní chirurgie	Dermatovenerologie
Diabetologie	Čelist. a obličej. chirurgie	Geriatric
Endokrinologie	Dětská chirurgie	Nukleární medicína
Gastroenterologie	Gynekologie a porodnictví	Pracovní lékařství
Infekční lékařství	Hrudní chirurgie	Psychiatrie
Kardiologie	Chirurgie	Rehabilitač. a fyz. lékařství
Klinická hematologie	Kardiochirurgie	
Klinická onkologie	Neurochirurgie	
Nefrologie	Oftalmologie	
Neonatologie	Ortopedie	
Neurologie	Otorinolaryngologie	
Pediatric	Plastická chirurgie	
Pneumologie	Popáleninová medicína	
Radiační onkologie*	Urologie	
Revmatologie	Úrazová chirurgie	
Vnitřní lékařství		

*Doporučený počet lékařů se řídí rozsahem činnosti oddělení vyjádřeným počtem nově ozařovaných pacientů za 1 rok.

Kalkulace personálu lůžkového oddělení chirurgického oboru

Základní součásti:

1 lůžková stanice (30 lůžek = OD 00002)

1 stanice JIP (6 lůžek = OD 00055)

1 příjmová + pohotovostní ambulance

1 operační sál

Personál:

primář (L3 + primářská licence)

zástupce primáře (L3 + primářská licence)

1–2 lékaři L3

2–3 lékaři L2

1 lékař L1

Celkem: 3 × L3 + 3 × L2 + 1 × L1 nebo 4 × L3 + 2 × L2 + 1 × L1

tj. celkem 7 lékařů

Větší rozsah pracoviště (nad výše uvedené „základní součásti“):

+ 1 další ambulance = + 1 × L2

+ 1 další operační sál = + 1 × L3 + 1 × L1

+ další lůžka (do 40) = + 0,5 × L2

+ další lůžka (do 50) = + 0,5 × L3 + 1 × L2

+ další lůžkové odd. (nad 50, do 60 lůžek) = + 1 × L3 + 1 × L2 + 1 × L1

tj. celkem 10 lékařů

Důležité upozornění: V uvedených tabulkách si jednotlivé řádky v levém a pravém sloupci navzájem neodpovídají – v levém sloupci jsou řazeny základní součásti lůžkového oddělení ve smyslu lůžková stanice, ambulance, event. operační sál, zatímco v pravém sloupci jsou řazeni lékaři podle stupně erudice, tj. od L3 po L1.

Souhrnná tabulka:

Rozsah lůžkového oddělení	Personální předpoklady
1 stanice = 30 lůžek 1 stanice JIP = 6 lůžek 1 příjmová + pohotovostní ambulance 1 operační sál	3–4 lékaři L3 2–3 lékaři L2 1 lékař L1 Celkem: 7 lékařů
2 stanice = 60 lůžek 1 stanice JIP = 6 lůžek 1 příjmová + pohotovostní ambulance 1 obecná ambulance 2 operační sály	4–5 lékařů L3 3–4 lékaři L2 2 lékaři L1 Celkem: 10 lékařů

celkem cca 20–25 mil. Kč. Dále fungují 2 soukromé subjekty v pronájmu nemocnice, Fresenius – HDL a Dimed s. r. o. – RTG včetně CT. S navýšením platů nejsme zcela spokojeni, máme 5 procent ze slibu kraje na mzdy ve formě nadtarifu, 1 procento přispěla nemocnice. Na vedení Pardubického kraje nadále obcházejí zástupci firmy Agel, zatím pod SD vedením o privatizaci neuvažují, spíše o sloučení 2 nemocnic – Litomyšl a Svitavy, s tvrzením, že personál neztratí zaměstnání.

Tomáš Vondráček, chirurgické oddělení,

Chrudimská nemocnice, a. s.

Prakticky není co říkat. Po volbách se v naší nemocnici změnila většina vedení. Nerad bych, aby to vyznělo hanlivě, ale podstatného z praktického hlediska zaměstnanců zatím nic.

Vratislav Škoda, rentgenolog, NsP Česká Lípa, a. s.

Dle toho, co vidí prostý řadový lékař, se nemění v závislosti na krajských volbách vůbec nic.

Bohumil Horký, chirurg, FN U Sv. Anny, Brno

K žádným zásadním změnám zatím nedošlo, nová politická reprezentace se zatím teprve začíná orientovat v problematice a řeší spíše staré hříchy reprezentace bývalé, resp. se tyto „hříchy“ hledají prostřednictvím několika různých auditů, což je samozřejmě jen dobře! Všeobecně by se dalo říci, že v oblasti zdravotnictví převládá starost o zdravotnické poplatky. Skoro mám dojem, že se politici domnívají, že hrazením poplatků bude problém zdravotnictví vyřešen. S tímto samozřejmě souhlasit nemůžeme a doufáme, že se nám o tom podaří přesvědčit i nynější vedení kraje. Tato naše naděje pramení mimo jiné i z toho, že nynější vedení je všeobecně otevřenější názorům zvenčí a na rozdíl od minulého připouští diskusi. Co se týče nemocnice samotné, převažují, tak jako asi ve většině nemocnic, problémy personální, úzce související s nevalným finančním ohodnocením náročné a zodpovědné práce jak lékařů, tak sestry i ostatního zdravotnického personálu. Tento stav je vedením kraje takto vnímán jen částečně a dohodnuté zvýšení platů o několik procent situaci bohužel rozhodně nevyřeší.

Martin Sajdl, interní oddělení,

Oblastní nemocnice Rychnov nad Kněžnou, a. s.



Změnilo se něco ve vaší nemocnici po krajských volbách 2008?

Nemohu dobře odpovědět, protože jsem na dlouhodobé PN. Co registruji, tak se převedly regulační poplatky, nyní je označují jako dary, je s tím více administrativy. Změnilo se vedení, až tak kuriózně, že se do Zlína, do funkce ředitele BKN, vrátil náš předminulý ředitel a ten zlínský je v Kroměříži. Způsob výměny mě nepřesvědčil, že by hejtman Mišák věděl, co vlastně dělá, on byl ve funkci a chtěl, aby to bylo vidět. Věci, které minulý ředitel zavedl a které snížily dluh nemocnice (který zdědil po svém předchůdci), se nyní vrací, prádelna i doprava je zase vlastnictvím nemocnice. Nevyznám se v ekonomických ukazatelích, jednání o kolektivní smlouvě proběhlo v přátelštější atmosféře, než tomu bylo dříve, tvrdí předsedkyně LOK. Tolik o změnách.

Marta Holbová, ARO, Nemocnice v Kroměříži

Dle mého názoru k žádné vážnější změně nedošlo (ponecháme-li stranou drobné administrativní problémy kolem regulačních poplatků – tady asi ČSSD nebyla řádně připravena. Jinak si ale myslím, že poplatky finanční podhodnocení zdravotnictví nevyřeší.). Moje pracoviště se potýká se stejnými personálními problémy jako před volbami, je to ovšem pracoviště zcela okrajové.

Václav Dostál, Nemocnice Nový Bydžov

Nepozoruji žádný rozdíl oproti minulé době, kromě nových zmatků s placením a neplacením poplatků.

David Jurenka, chirurg, Nemocnice ve Frýdku-Místku

Pokud se něco změnilo, nezaregistroval jsem to.

Vladimír Líněk, neurologie, VFN Praha

Přibýlo papírování s darovacími smlouvami ohledně obcházení zákona o regulačních poplatcích. Ale my už jsme zvyklí. Jsme přece vysokoškolsky vzdělané sekretářky...

Petr Kotačka, chirurg, Nem. Třebíč

Po krajských volbách 2008 se ve spojení s touto událostí v naší nemocnici nezměnilo nic.

Michal Lišaník, neurologické odd., Vítkovické nemocnice, a.s

Složení skupiny v případě ÚPS:

Rozsah lůžkového oddělení	Personální předpoklady
1 stanice = 30 lůžek 1 stanice JIP = 6 lůžek 1 příjmová + pohotovostní ambulance 1 operační sál	1 lékař L3 1 lékař L1 1 lékař L2 na telefonu
2 stanice = 60 lůžek 1 stanice JIP = 6 lůžek 1 příjmová + pohotovostní ambulance 1 operační sál	1 lékař L3 1 lékař L2 1 lékař L1

Kalkulace personálu lůžkového oddělení interního oboru

Základní součásti:

1 lůžková stanice (**30** lůžek = OD 00001)

1 stanice JIP (**6** lůžek = OD 00055)

1 příjmová + pohotovostní ambulance

1 obecná ambulance

Personál:

primář (L3 + primářská licence)

zástupce primáře (L3 + primářská licence)

1–2 lékaři L3

2–3 lékaři L2

1 lékař L1

Celkem: $3 \times L3 + 3 \times L2 + 1 \times L1$ nebo $4 \times L3 + 2 \times L2 + 1 \times L1$

tj. celkem 7 lékařů

Větší rozsah pracoviště (nad výše uvedené „základní součásti“):

+ 1 další ambulance = + 1 × L2

+ 2 další ambulance = + 1 × L3 + 1 × L2

+ 3 další ambulance = + 1 × L3 + 2 × L2

+ 4 další ambulance = + 2 × L3 + 2 × L2 ...

(podle logiky = 1 lékař L3 dohlíží max. na 2 lékaře L2)

+ další lůžka (do 40) = + 0,5 × L2

+ další lůžka (do 50) = + 0,5 × L3 + 1 × L2

+ další lůžkové odd. (nad 50, do 60 lůžek) = + 1 × L3 + 1 × L2 + 1 × L1

tj. celkem 10 lékařů

Souhrnná tabulka:

Rozsah lůžkového oddělení	Personální předpoklady
1 stanice = 30 lůžek 1 stanice JIP = 6 lůžek 1 příjmová + pohotovostní ambulance 1 obecná ambulance	3–4 lékaři L3 2–3 lékaři L2 1 lékař L1 Celkem: 7 lékařů
2 stanice = 60 lůžek 1 stanice JIP = 6 lůžek 1 příjmová + pohotovostní ambulance 1 obecná ambulance 1 odborná ambulance	4–5 lékařů L3 3–4 lékaři L2 2 lékaři L1 Celkem: 10 lékařů

Složení skupiny v případě ÚPS:

Rozsah lůžkového oddělení	Personální předpoklady
1 stanice = 30 lůžek 1 stanice JIP = 6 lůžek 1 příjmová + pohotovostní ambulance	1 lékař L3 1 lékař L1
2 stanice = 60 lůžek 1 stanice JIP = 6 lůžek 1 příjmová + pohotovostní ambulance	1 lékař L3 1 lékař L1 1 lékař L2 na telefonu



Kalkulace personálu ARO a samostatného oddělení intenzivní péče

Základní součásti:

1 lůžková stanice (5 lůžek = OD 00051, 00052, 00053, 00061 a 00062)
1 anesteziologická ambulance (na 5000 anestezií/rok)
anest. péče poskytována denně průměrně na 5 pracovištích

Personál:

primář (L3 + primářská licence)
zástupce primáře (L3 + primářská licence)
5 lékařů L3
2 lékaři L2
1 lékař L1

Celkem: 5 × L3 + 2 × L2 + 1 × L1

tj. celkem 10 lékařů

Větší rozsah pracoviště (nad výše uvedené „základní součásti“):

+ 1 další anest. ambulance (+ dalších 5000 anest./rok) = + 1 × L2
+ 1 další pracoviště (operační sál) = + 1 × L2
(na každé 3. pracoviště L3 místo L2)
+ další resuscitační lůžko = + 0,6 × L3
+ další lůžková stanice = + 1 × L3 (vedoucí lékař) navíc

Souhrnná tabulka:

Rozsah lůžkového oddělení	Personální předpoklady
1 stanice = 5 lůžek 1 anest. ambulance 5 operačních sálů / den (průměrně)	7 lékařů L3 2 lékaři L2 1 lékař L1 Celkem: 10 lékařů

Složení skupiny v případě ÚPS:

Rozsah lůžkového oddělení	Personální předpoklady
1 stanice = 5–6 lůžek 1 operační sál	1 lékař L3 1 lékař L2 1 lékař L2 na telefonu
dalších započatých 5 lůžek další stanice součástí ZZ porodnice či traum. odd. součástí ZZ porodnice i traum. odd.	+ 1 lékař L2 + 1 lékař L3 + 1 lékař L1 + 1 lékař L2 a 1 lékař L1

Kalkulace personálu samostatné JIP vyššího stupně

Základní součásti:

1 lůžková stanice (7 lůžek = OD 00055, 00065 a 00075)

Personál:

primář (L3 + primářská licence)
zástupce primáře (L3 + primářská licence)
1 lékař L2
1 lékař L1

Celkem: 2 × L3 + 1 × L2 + 1 × L1

tj. celkem 4 lékaři

Větší rozsah pracoviště (nad výše uvedené „základní součásti“):

+ další 3 intenzivní lůžka = + 1 × L2

Složení skupiny v případě ÚPS:

Rozsah lůžkového oddělení	Personální předpoklady
1 stanice = 7 lůžek	1 lékař L3
dalších započatých 7 lůžek vyššího stupně nebo dalších započatých 10 lůžek nižšího stupně	+ 1 lékař L2

S doporučením ČLK dosud vyslovily souhlas následující společnosti, které uvádíme v abecedním pořadí:

Česlí angiologická společnost,
Česká dermatovenerologická společnost,
Česká chirurgická společnost,
Česká oftalmologická společnost,
Česká pneumologická a ftizeologická společnost,
Česká pediatricko-chirurgická společnost,
Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny,
Česká společnost infekčního lékařství,
Česká společnost pro ortopedii a traumatologii,
Česká společnost úrazové chirurgie,
Katedra gynekologie a porodnictví IPVZ,
Oborová komise plastické chirurgie,
Oborová komise všeobecného lékařství,
Společnost otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku,
Společnost popáleninové medicíny.

Milan Kubek, Zdeněk Mrozek

Plné znění dokumentu včetně personálního doporučení pro tzv. ostatní obory je dostupné na www.lkcr.cz.

Doporučení ČLK bylo schváleno Vědeckou radou ČLK dne 19. 2. 2009.

Doporučení ČLK bylo přijato usnesením představenstva ČLK dne 21. 2. 2009.

Co se (ne)změnilo? Politické veletoe a poplatkový guláš



Lidé mají většinou krátkou paměť, ale události minulého roku snad ještě nejsou zapomenuty. Většinu loňských ročních období jsme byli svědky přípravy nového systému zdravotnictví, který se měl rozběhnout po přijetí pečlivě připravované legislativy v podobě reformních zákonů. Směsice paragrafů inspirovaná neúspěchy v okolních státech, opakovaně upravovaná, někdy častěji, než to mohl kdokoli zaregistrovat, byla prezentována vrcholnými představiteli

Ministerstvo zdravotnictví se postavilo do role, že jako jediné vyřeší budoucnost českého zdravotnictví. Odpůrci a příznivci nové cesty se zabarikádovali na svých pozicích a opravdu věcné připomínky velmi obtížně hledaly adresáta. Arogance a samolibost ministra zdravotnictví byly hlavním

důvodem naprostého krachu úplně všeho. Něco však přece zůstalo. Zdravotní pojišťovny s pozitivní bilancí, naštvání investorů, kteří se těšili na další privatizace, a velké předvolební téma, poplatky. Naprosto takticky chybně zavedená spoluúčast, po které jinak volá stále větší část odborné veřejnosti a také veřejnost laická by s ní neměla problém, se stala pilířem předvolebního útoku v krajských volbách. Je pravda, že pokud by se našlo politické uskupení, které by v předvolebním klání slíbilo pohonné hmoty také bez spoluúčasti tankujících, mělo by bezpochyby velký úspěch.

Naservírovaný poplatkový míč se však nedal nevyužít ke smechi. Zaskočeny politickým úspěchem s ekonomickou krizí v zádech a s pocitem, že alespoň některé sliby je lépe plnit, začaly nové krajské vlády konat – každá po svém. Dospěli jsme nyní do stadia, kdy v mnohých případech ani konzumenti ani poskytovatelé zdravotní péče nevědí a netuší, kde co platí. Vznikl naprosto nekonzumovatelný guláš, kterého přibývá jako v pohádce Hrnečku, vař.

Vedení zdravotnictví a krajské úřady

Poslední rok jsme byli svědky postupně sílících hlasů kritizujících fungování krajských zdravotnictví. Projekty implementace čistě tržních mechanismů ve většině začaly selhávat kromě těch případů a zařízení, která buď poskytovala selektivní péči, nebo měla exkluzivní smlouvy se zdravotními pojišťovnami. Ekonomičtí experti a manažeři všemožného vzdělá-

ní, posazení bývalými krajskými vládami za ředitelské stolce, stejně jako ideologičtí vizionáři a vůdci rezortu v rámci zachování smíru a klidu mezi kamarády byli ochotni naprosto přehlížet netržní ceny za zdravotní výkony, které byly propláceny především krajským zařízením. Tito lidé byli ochotni do roztrhání těla vysvětlovat personálu poskytujícímu zdravotní péči nemožnost lepšího zhodnocení a ohodnocení jejich práce. Titíž experti bez mrknutí oka představovali, nakupovali materiál, služby, energie a další poradce za tržní ceny.

Asociace nemocnic a Asociace krajů měly a mají velký podíl na stavu krajských zařízení. Personální devastace a obsazení oddělení na hranici bezpečné provozuschopnosti a někde i pod ní nebyly výjimkou, která nikoho netrápila. Veřejnost o těchto skutečnostech nesměla být informována, stejně jako nikdo nevěděl, že se nechá ošetřit či operovat v zařízení, kde personál pod hrozbou ztráty části platu musí udržet ekonomickou nulu bez ohledu na nutné náklady spojené s léčbou klienta.

Po ideovém střídání ve vedení krajů se v popsaném změnilo nepříliš mnoho. Pověstnost byly odloženy či zrušeny případné převody majetku, většinu mozkové kapacity pak vyčerpává trvalé vynalézání, jak poplatek vrátit majiteli. Na řešení personální pouště, špatných, neadekvátních a nekorektních plateb za zdravotní péči v podobě pokřivených paušálů, na řešení LSPP, přetrvávající přetěžování personálu při zajišťování ÚPS nezbyvá čas. Jistě to bude také tím, že k výkonu funkce primáře oddělení je třeba mít adekvátní vzdělání, ale pokud se rozhodnete pro cestu vůdce, můžete být čímkoli – pro ředitelskou židli stačilo a stačí být manažer čehokoli.

Nemocnice 21. století

Z uvedeného by mělo vyplynout, že očekávání změny, která vyplyne z výhry či prohry někoho jiného, je více než naivní. Několik posledních měsíců by také mohlo být varováním pro všechny, kteří čekali, že už přijde ráj na zemi. Nenechme budovat ve 21. století nemocnice a celé zdravotnictví pouze vizionářům, vůdčům a manažerům všeho druhu a původu. Stokrát opakovaná úplná hloupost se začne tvářit jako moudrá pravda a to se v mnoha případech již stalo. Jsou určité lidské i profesní hranice, za které by nikdo z nás neměl jít.

Martin Sedláček, chirurgické odd., NsP, Havířov





V posledních asi dvou letech procházejí české a moravské nemocnice doslova vlnou akreditačních řízení. Tu lépe, tu hůře a někdy jen podmíněčně přísné podmínky kladené SAK (sdruženou akreditační komisí) splní.

Nutno říci, že systém akreditačních šetření není úplně nesmyslný. Identifikace a správné nastavení jednotlivých procesů zdravotní péče opravdu může vést k větší bezpečnosti pacientů, a tím také zdravotníků. Někdy jen zaráží hloubka akreditačních procesů. Když jsem například zjistil, že akreditace požaduje, aby v nemocnicích bylo na solničkách napsáno, kdo a kdy je plnil solí, byl jsem překvapen. Takový standard v tomto případě spíše gastronomických služeb neposkytují ani renomované hotely ozdobené mnoha hvězdičkami. Problém je právě v tom, že musí být někdo, kdo danou činnost vykonává, a také někdo, kdo ji dozoruje.

Akreditace vyžaduje celou řadu změn v užívání zdrav. materiálů, obalových technikách. Výsledkem jsou nemalé finanční náklady na dodržení standardu.

Snad nejnápadnějším rysem akreditace je doslova exponenciální nárůst administrativy a velmi detailní práce s dokumentací. Zde již, na rozdíl od solniček, je nárok na čas personálu velmi zřetelný. Dobře a přehledně vedená dokumentace je jistě výhodou a nepochybně zjednoduší případná šetření při zjišťování chyb. Opět jde o ochranu pacientů, a tím i zdravotníků. Jen nikdo není schopen říci, kde na tyto činnosti vzít čas, zejména u silně extenzivního způsobu poskytování finančně podhodnocené zdravotní péče.

Čas, který není, peníze, které nepřijdou. Dokážeme spustit perpetuum mobile?

Právě čas strávený naplněním akreditačních požadavků logicky musí někde chybět. Tento nedostatek je navíc umocněn personální devastací českých nemocnic, které ve snaze omezit náklady mají zpravidla personál nastaven na naprostých minimech. Je třeba zdůraznit, že minima jsou obvykle nastavena tak, aby umožňovala péči ještě poskytovat, o optimální péči však nemůže být řeč. Období komunitních infekcí a dovolených jsou pak pro provoz pravou pohromou.

Jak dosud fungují akreditace po česku

Je třeba zahájit práce na skutečných změnách systému

Druhým faktorem, který aplikace akreditačních procesů komplikuje, je naprosto nulový dopad na výši úhrady péče. Snaha o zlepšení kvality péče tak nepřináší žádný přímý efekt. Nemalé náklady spojené s dodržováním standardů jsou odčerpávány z provozu, chybějí pak také třeba v platech zdravotníků. Podhodnocený a přetížený personál pak z nemocnic odchází. Kruh se uzavírá.

Zlepšení péče o pacienty? Krásná pohádka bez šťastného konce

Každý, kdo se naučil počítat alespoň do dvou, si po přečtení předchozích odstavců dovede, že hlavní cíl akreditace, tedy zlepšení poskytované zdravotní péče, je spíše přáním než skutečností. Demotivovaný personál, stresovaný potřebou odvést potřebnou práci, ale také splnit administrativní nároky, propadá formalismu, zkracuje dobu věnovanou nemocným, aby stihl potřebné administrativní úkony. Kvalitu péče je obtížné za těchto podmínek udržet, o zlepšení nemůže být řeč.

Zřetelný je dopad i na lékařské služby. Potřeba dodržet všechny náležitosti standardů změnila ústavní pohotovostní služby v plnohodnotné směny. Za tichého přezírání akreditačních komisařů nikdo neřeší pobyt lékaře na pracovišti i po přestálé 24hodinové směně. Nikomu nevádí stav, kdy je lékař unaven a může se stát zdrojem kritických chyb. Kdyby však neprodleně neopatřil ordinaci glycerinového čípku podpisem a jmenovkou, zsedivěli by akreditační komisaři hrůzou. Ó, jak závažné! Opakovaně tak mohou přirovnat akreditační komise k technické komisi, která právě prohlédla autobus před dálkovou cestou, konstatovala, že vozidlo je v bezvadném technickém stavu, a zcela ignorovala, že za volant usedá řidič, který 24 hodin nespál a nejspíše po několika minutách jízdy usne.

Potěmkinovy vesnice? Grigorij Alexandrovič Potěmkin by se měl co učit!

Nemocnice tak předstírají, že dodržují akreditační standardy. SAK a její komisaři předstírají, že tomu věří. Pacienti jsou zcela mimo hru. V celé té atmosféře globálního klamu se potácejí zoufalí zdravotníci, trvale bičovaní manažery kvality. Politici se veřejně pochvávají, jak výrazně přispěli ke zlepšení kvality poskytované zdravotní péče. Zoufalí manažeri zdravotnických zařízení, tedy alespoň ti slušnější, jsou si vědomi pasti, ve které se zdravotnická zařízení ocitla.

Většinou však mlčí, jejich závislost na politické garnituře je příliš těsná. Akreditace po česku jsou více než seriózním pokusem o zlepšení péče moderní obdobou svazáckých agitek a závazků brigád socialistické práce. Ostatně jako každá ideologicky řízená činnost. Místo seriózních úvah o tom, jak péči dostatečně personálně zajistit, místo definice personálních standardů a zdrojů pro jejich financování jen formalismus a lež. S úbytkem personálu se však tvrdá skutečnost již nedá vždy maskovat, nemocnice jsou pak nuceny uzavírat celá oddělení. Jak asi naplňovala akreditační standardy v době před nuceným uzavřením? Skutečnost tak jen dokládá tvrzení, že z krásné lži nová pravda nevyroste.

Bylo by poctivější si přiznat, že většina našich nemocnic je v tak zoufalém personálním stavu, že ani při maximálním vypětí není schopna požadavky akreditace plnit. Bylo by to jistě politicky neprozíravé a málo efektní. Nicméně přiznání toho, že problém vůbec existuje, je základem předpokladem ke zjednání nápravy.

Přiznání je polehčující okolnost. Přiznání pravdy naprostá nutnost

Přiznání, že pro akreditační standardy v tuto chvíli nemáme vytvořeny podmínky, není žádnou katastrofou. Kvalita i efektivita poskytované péče je i při mezinárodním srovnání v ČR velmi dobrá.

Problémem je jistě zmatení hodnot. Zdravotnictví jako většinu moderních lidských činností ovlivňují významně moderní technologie a pokroky farmaceutického průmyslu. Ve zdravotnictví jako ve většině lidských činností však dominuje především lidský faktor. Ostatně léčitelé, kteří nabízejí jistou alternativu konvenční medicíně, uspějí právě v empatii a značně míře sugesce proti chladné, racionální a farmakofilní moderní medicíně. To, co pacientům, a nejen v českém zdravotnictví, chybí, je právě určitá míra účasti a lidskosti, nikoli moderní technologie.

Motivovaný personál, který má dostatek času na práci i komunikaci s pacienty, je tak klíčem k úspěchu a budoucím změnám, chtě-li reformám, zdravotnictví. Musíme pak odmltnout formalistické, nic neřešící akreditace v režii SAK a zahájit práci na skutečných změnách systému. Tyto změny budou zcela v rozporu se zájmy farmaceutické a podnikatelské lobby ve zdravotnictví, to je třeba jednoznačně konstatovat. Jednoznačně a rezolutně, aby chom nebyli stejní jako ti, které kritizujeme.

Lukáš Veleř



Ovace pro rytíře Václava Špičáka

Vznešené tóny Te Deum laudamus zahájily 27. března 2009 slavnostní pasování šestnáctého Rytíře českého lékařského stavu. Stal se jím profesor MUDr. Václav Špičák, CSc. A zcela zaplněný Tereziánský sál Břevnovského kláštera mu aplaudoval vestoje.

„Titul Rytíř českého lékařského stavu je nejvyšší stavovské ocenění, o kterém na základě návrhů z okresních sdružení České lékařské komory rozhoduje grémium komory. Tvoří ho 86 předsedů čestných rad okresních sdružení a 9 členů čestné rady ČLK,“ připomněl na úvod slavnostního večera předseda čestné rady ČLK, profesor MUDr. Richard Škába, CSc. Titul je udělován již od roku 1996 a laureát za rok 2008 profesor Václav Špičák se stal šestnáctým rytířem českého lékařského stavu v pořadí.

Prezident ČLK Milan Kubek představil přítomným, kteří zcela zaplnili všechna místa v Tereziánském sále, složitou profesní dráhu Václava Špičáka a ocenil jeho životní postoje. „Profesor Špičák byl jedním z těch, které minulý režim prokazatelně profesně zablokoval. Přesto nezahořkl, systematicky pracoval a stal se na několik desetiletí zcela spontánně uznávaným leaderem oboru. Bezprostředně ovlivnil jeho rozvoj i odborný a morální vývoj desítek nástupců. Dodnes je nanejvýš vyhledáva-

ným přednášejícím, na jehož přednášky se posluchači těší. Po roce 1989 se mu dostalo přirozené satisfakce a byl opakovaně vybídnut, aby se přihlásil do konkurzního řízení na významné posty ve fakulních nemocnicích. Všechny tyto nabídky odmítl s tím, že je za zenitem, kdy by mohl dát pracovním patřičný impulz, což byla velmi neobvyklá sebereflexe zejména ve světle skutečnosti, že je vysoce aktivní i po téměř dvaceti letech. Jeho moudrost a nezištnost spolu s celoživotními obětavými aktivitami zaměřenými na všestranný rozvoj astmatiků naplňuje zadání rytířství a je jedním z hlavních důvodů jeho nominace,“ uvedl mimo jiné. Poté položil pasovací meč na ramena budoucího rytíře, pronesl slavnostní formuli, předal mu stříbrnou medaili, sponu a certifikát. Přítomní kolegové, přátelé a rodinní příslušníci pozdravili nového rytíře českého lékařského stavu dlouhotrvajícím potleskem.

Profesor Václav Špičák pak ve svém projevu nezapřel herecký talent, hovořil spatra, barvitě se vrátil k některým etapám svého života a vyznal se ze své lásky k manželce, početné rodině, ale rovněž k alergologii, kterou si zvolil pro svou profesní kariéru.

Slavnostní večer ukončila slova profesora Richarda Škáby: „Ergo tibi, eques ordinis medicorum hodie rite constitute nos omnes collegae tui toto ex corde omnia



bona, felicitatem, perseverantiamque in studiis artis medicae, necnon in humanitate deprecamur! – Vivat, crescat, floreat, iterum et iterum, Camera medica Bohemica!“
(Tobě tedy, rytíři lékařského stavu dnes pasovanému, my všichni tvoji kolegové z celého srdce přejeme vše dobré, štěstí a vytrvalost v práci na poli lékařského umění a stejně tak v úsilí o lidskost. – Stále a stále at žije, sílí a vzkvétá Česká lékařská komora.)

Blanka Rokosová

Nositelé titulu

Rytíř českého lékařského stavu

- 1996 Prof. MUDr. Antonín Fingerland, CSc.
Prof. MUDr. Jiří Syllaba, CSc.
Prof. MUDr. Miloš Štejfa, 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, Ph.D.
- 2004 Prof. MUDr. Ota Gregor, DrSc.
- 2005 Prof. MUDr. Ctirad John, DrSc.
- 2006 Prof. MUDr. Ivan Karel, DrSc.
- 2007 Prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc.
- 2008 Prof. MUDr. Václav Špičák, CSc.



Prof. MUDr. Václav Špičák, CSc.

Václav Špičák se narodil 14. ledna 1929 v Praze, kde prožil svá školní, gymnazijní i vysokoškolská léta a kde také trvale žije.

V době středoškolského studia (reálné gymnázium) byl členem Divadelního klubu mladých, aktivně hrál a uvažoval i o studiu na DAMU. Po maturitě se však rozhodl pro studium medicíny na Lékařské fakultě UK v Praze. Ve 3. ročníku se přihlásil na nově vzniklý pediatrický směr, následně Fakultu dětského lékařství. Promoval 13. 12. 1953.

1957 – kandidát věd

1968 – docent pediatrie

1956 – atestace I. stupně z pediatrie

1966 – atestace II. stupně z pediatrie

1995 – profesor pediatrie

1995 – osvědčení ČLK pro obor klinická imunologie

1997 – atestace alergologie a klinická imunologie

2004 – licence ČLK – vedoucí lékař-primář pro obor pediatrie

2004 – licence ČLK – vedoucí lékař-primář pro obor alergologie a klinická imunologie

2005 – člen akreditační komise pro alergologii a klinickou imunologii MZ CR

Profesní dráha

- 2. ledna 1954 „umístěnka“ na dětské oddělení nemocnice v Teplicích jako terénní pediatr.
- O rok později vědecký aspirant Fakulty dětského lékařství na I. dětské klinice prof. Švejcara. Již v této době se orientoval na alergologii. Po tříletém studijním pobytu ve Farmakologickém ústavu prof. H. Raškové obhájil hodnost kandidáta věd (1957).
- Roční studijní pobyt v Ústavu alergologie a klinické imunologie prof. B. Halperna v Paříži (1961). Zabýval se mechanismy uvolňování histaminu při alergických reakcích a výsledky publikoval. Začal pracovat v komisi exekutivy Evropské alergologické akademie.
- Na I. dětské klinice FDL UK pracoval jako odborný asistent, docent a nakonec zástupce přednosty kliniky. Spolu s dr. M. Bělskou založil alergologickou ambulantní ordinaci (1954) a později (1960) otevřel první pediatrické lůžkové alergologické oddělení u nás.
- V srpnových dnech roku 1968 spoluorganizoval natáčení televizních rozhovorů

s významnými osobnostmi na uzavřeném oddělení kliniky, pomáhal organizovat studentskou stávku a protestní shromáždění proti okupaci. V roce 1971 byl pro svá zásadní, veřejně deklarovaná stanoviska převeden jako vědecký pracovník nejnižšího stupně do Výzkumného ústavu vývoje dítěte (ÚVVVD FDL UK).

- Částečně pokračoval v ambulantní alergologické praxi a po určitou dobu vedl imunologickou laboratoř kliniky, než mu byl vstup znemožněn. Jako vědecký pracovník koordinoval výzkumné plány a úkoly v oboru. Spolupracoval na vytvoření systému komplexní péče o dětské astmatiky. V týmu spolupracovníků studoval psychiku astmatiků a jejich sociální postavení ve školních kolektivech. S alergology K. Samšiňákem a E. Vobrázkovou realizoval prioritní práce o roztočích a roztočových alergenech v domácím prostředí dětských alergiků a připravil dosud jediné zmapování roztočové fauny. Izolace hlavních alergenně důležitých druhů roztočů a jejich kultivace u nás umožnila výrobu alergenových extraktů pro diagnostiku a terapii.
- Od 1. 12. 1981 se stal primářem dětského oddělení FN Na Bulovce v Praze (do 1996). Vybudoval funkční respirační laboratoř, inicioval a konstituoval pediatrickou bronchologii. Spolu s M. Poláčkovou založit a vybudoval samostatné laboratorní oddělení klinické imunologie.

Dosud zde působí jako konzultant pro alergologii a klinickou imunologii.

- V roce 1989 se v nemocnici účastnil akcí OF. Na Fakultě dětského lékařství UK (dnes 2. lékařské fakultě) prošel rehabilitačním řízením. Začal přednášet a dosud přednáší alergologii jako hostující profesor na 1. lékařské fakultě UK (Klinika dětí a dorostu). V roce 1995 byl jmenován na 2. LF UK profesorem dětského lékařství.
- Po roce 1989 organizoval a odpovídal za výzkumný plán *Alergie a životní prostředí* v rámci Ministerstva pro životní prostředí. Inicioval vytvoření Pylové informační služby. Studoval možnosti imunomodulační léčby u dětí s opakovanými respiračními chorobami a u alergiků, změny v koncentracích imunoglobulinů a zejména imunoglobulinových podtříd. Výsledky prezentoval na konferencích v USA a v Japonsku. Klinicky zkoušel a do praxe uváděl nová antiastmatika (zejména kromony). Byl účastníkem evropského multicentrálního projektu *Časná léčba alergických dětí a prevence astmatu*. Věnoval se farmakokinetice cetirizinu u dětí v prvních dvou letech života.
- V letech 1979–2006 byl činný v postgraduální výchově v oboru alergologie a klinické imunologie v rámci ILF – v dnešním Institutu postgraduálního vzdělávání zdravotníků.



Rytíři českého lékařského stavu, profesori Václav Špičák, Zdeněk Maňatka a Jaroslav Blahoš (zleva)



Publikační činnost

Je autorem více než 180 odborných prací, mezi nimiž zvláštní místo zaujímají původní práce: experimentální studie o mechanismech uvolňování histaminu; monitorování imunologických ukazatelů u alergiků a hodnocení imunomodulační léčby; vypracování systému komplexní rehabilitace a léčby dětských astmatiků; studie o roztočích, jejich mapování v prostředí alergiků u nás a jejich význam v alergii a jejich pěstování pro výrobu alergenů; farmakokinetika antihistaminik v raném věku dítěte.

Publikace: *Astma od dětství do dospělosti* (1988 s V. Vondrou); *Bydlení pro alergiky* (2003); *Alergologie* (2004 učebnice – s P. Panznerem a spol.); *Allergology in the Hearth of Europe* – výsledky české alergologické školy, v *Allergy and Clinical Immunology International* (2001, Vol. 13, Nr. 2).

Časopisy: Vedoucí redaktor časopisu *Alergie* (vychází od 2000) a časopisu *Alergie – Astma – Bronchitida pro pacienty a laickou veřejnost* (vychází od 1999). Člen redakční rady *Klinická imunologie a alergologie* (Bratislava). 1969–1974 člen redakční rady a spoluzakladatel časopisu *Allergie et Immunologie* (nouvelles Editions Médicales Francaises).

Organizační a společenské aktivity

- **Česká lékařská společnost JEP** (1957–2005 člen výboru, vědecký sekretář a opakovaně předseda České společnosti alergologie a klinické imunologie (ČSAKI), čestný předseda výboru; po r. 1989 člen předsednictva ČLS JEP, ved. tiskové komise, vědecký sekretář, člen pracovní skupiny pro farmakoterapii; 1990–91 – člen a vedoucí pracovní skupiny ČLS JEP a MZ pro reformu zdravotnictví).
- **Česká lékařská komora** (předseda oborové komise vědecké rady pro alergologii a klinickou imunologii).
- Jeden ze zakladatelů obecně prospěšné společnosti a v letech 1996–2006 ředitelem **České iniciativy pro astma o. p. s. (ČIPA)**.
- **Sdružení na pomoc chronicky nemocným dětem** (spoluzakladatel a 11 let předseda sdružení, které od roku 1991 sdružuje v Čechách na 26 klubů rodičů a přátel alergických a astmatických dětí).
- Člen **Evropské akademie alergologie a klinické imunologie** (EAACI; 1977–1981 viceprezident), **Americké akademie pro astma, alergologii a imunologii** (AAAAI) a **INTERASMA** (Mezinárodní asociace pro astma).

- 1992–1995 člen expertní skupiny **WHO a Globální iniciativy pro astma** (GINA) a spoluautor dokumentu *Globální strategie péče o astma a jeho prevenci*.
- Od roku 2001 je členem koordinační skupiny **ARIA** (celosvětová iniciativa **Alergická rýma a její vliv na astma**).
- 2006 **WHO Temporary Advisor** – 26.–29. 3. 2006 vyhlášení Globální aliance proti chronickým respiračním chorobám (GARD).
- Příprava založení národní české aliance (15 subjektů).

Byl vědeckým sekretářem či prezidentem mnoha kongresů a konferencí.

Ocenění

Cena J. E. Purkyně – ČLS JEP (2005); ceny odborných společností ČLS JEP – ČSAKI a Rehabilitační spol. (1969), ČSAKI (1974) a Českého spolku lékařů (1974). Čestný člen ČSAKI, ČLS JEP. Čestný člen Maďarské, Kubánské, Španělské alergologické společnosti a Sdružení alergologů mluvících románskými jazyky.

Rodina

Václav Špičák je podruhé ženatý, jeho žena Vojtěcha je dětskou lékařkou, pracovala dlouhá léta na I. dětské klinice jako odborná asistentka Fakulty dětského lékařství UK, věnovala se urgentním stavům raného věku dítěte a neurologické patologii, je kandidátkou věd.

Z krátkého prvního manželství má dceru. Starší syn Julius je známý gastroenterolog a přednosta kliniky IKEM, mladší Aleš je geofyzik, seismolog, ředitel Geofyzikálního ústavu ČAV. Špičákoví mají sedm vnoučat a pět pravnoučat. Koníčkem v mládí mu bylo divadlo. Hrál několik let ve studentské skupině s Darkem Vostřelem, Leošem Suchařpou, Jindřichem Černým a Ivanem Vyskočilem.

HOSPODÁŘSKÉ NOVINY

Mediační partner Rytíře českého lékařského stavu



Profesor Richard Škaba, prezident ČLK Milan Kubek a profesor Václav Špičák s manželkou Vojtěchou (zleva)

Obávám se, že z pojmu reforma zdravotnictví se obsah již vytratil

*Profesor MUDr. Václav Špičák, CSc., byl 27. března 2009 pasován na rytíře českého lékařského stavu. V rozhovoru pro časopis *Tempus medicorum* se ohlíží za svým profesním životem, vyjadřuje se k vývoji v oboru a aktuálním otázkám zdravotnictví.*

Jaké se vás zmocnily pocity, když jste byl pasován rytířem českého lékařského stavu?

Jmenování rytířem českého lékařského stavu mě zaskočilo. Při své osmdesátce jsem vyslechl mnoho vldných slov, ale „pasování“ bylo o něčem jiném. Uvědomoval jsem si, že to bylo rozhodnutí grémia čestných rad ČLK, a v tom okamžiku jsem se přesvědčil, že i potěšení může přinést velký zavazující stres.

Kterého z předchozích ocenění, které jste dostal během kariéry lékaře, si nejvíc ceníte?

K vyznamenání grémia čestných rad ČLK je to nepochybně Purkyňova cena České lékařské společnosti JEP. Vážím si ocenění ČSAKI – Ceny Vladimíra Zavázala, čestného členství ČLS JEP, ČSAKI i zahraničních společností.

Máte širokou rodinu, která vám přišla gratulovat přímo na slavnostní vyhlášení rytíře lékařského stavu. Kolik z vašich dětí či vnoučat si vybralo lékařskou profesi stejně jako vy a vaše manželka Vojtěcha?

V rodině patří k našemu lékařskému stavu starší syn Jula, gastroenterolog, jeho žena Ría, která se věnuje alergologii a klinické imunologii, a jejich dcera, tedy moje vnučka Kačka, která letos medicínu končí.

Kdy a proč jste se rozhodl pro povolání lékaře?

Rozhodnutí studovat medicínu přišlo na poslední chvíli. S odstupem času to bylo asi především vnímání lékaře (a lékařského stavu) jako člověka, který je a má být co nejbližší člověku v jeho nemoci, být mu důvěrníkem, rádcem, oporou. Později i dnes vidím, že by tento vztah měl fungovat nejenom v nemoci, ale i ve zdraví lidí, kteří za námi přicházejí.

V mládí jste měl rád divadlo, ve studentském souboru jste se setkal například s Darkem Vostřelem, Leošem Suchařipou nebo Ivanem Vyskočillem. Uvažoval jste také o studiu na DAMU. Proč jste se nestal hercem?

Kantor, lékař, herec jsou různá povolání, ale jejich poslání nejsou v rozporu. Při svém

stonavém dětství jsem nalézal pocit ochrany, pomoci nejenom u lékařů, ale u lidí, kteří byli laiky, ale měli dar člověčiny v tom, co se dnes označuje jako dar komunikace.

Nelitoval jste nikdy toho, že jste se divadlu dál nevěnoval?

Svého rozhodnutí jsem nelitoval. Dokonce se mi splnil „sen“, že jsem si „zahrál“ s Leošem Suchařipou a připravil s ním pro Českou televizi pět desetiminutových pořadů o alergii. A s novinářem a spisovatelem Vladimírem Škutinou 50 pětiminutovek o tom, co je alergie.

Začal jste jako pediatr. Proč jste u toho nezůstal?

Vyšel jsem z Fakulty dětského lékařství, stal jsem se pediatrem a pediatrem jsem zůstal. Pediatrem, který zasvětil život oblasti alergologie a klinické imunologie. Alergie začíná v dětství a právě pediatrie mi dala tu fantastickou možnost sledovat vývoj alergie od samotného začátku, prožívat to s rodinami dětí a dokonce sledovat tento vývoj v posloupnosti generací.

Proč jste se nakonec rozhodl právě pro alergologii?

Alergie dovede člověka kdykoliv překvapit a stejně tak náhodně vstoupila do mého života. Profesor Švejcar patřil k lidem, kteří měli ohromný cit, doslova čuch pro to, co je důležité, co visí ve vzduchu, kudy napřít zájem. Postřehl, že to budou alergie. Pověřil na klinice dr. Bělskou, aby se tomu věnovala. Pro mne byla náhoda, že jsem od něho jako student posledního ročníku medicíny dostal ke zpracování na semináři alergologické téma. Vše jsem si důkladně prostudoval. A když jsem se pak v roce 1954 vrátil na kliniku jako vědecký aspirant, bez rozmyšlení jsem řekl, že se chci věnovat alergii. Mému tehdejšímu školiteli profesorovi Poláčkovi bylo téma vzdálené a ponechal mi volnost, jak na to jít. Cesta mě vedla k zakladateli alergologie v Československu dr. Liškoví a v experimentální oblasti na farmakologii k profesorce Raškové. Později po obhajobě kandidátské práce do Paříže k profesorovi Halpernovi.

Jak se během vaší lékařské dráhy tento obor vyvíjel a co ho v nejbližší době čeká?

Od října 1954, kdy jsem si poprvé s dr. Bělskou sedl v ambulanci proti alergickému dítěti a jeho rodičům, prošla alergolo-



gie neuvěřitelnou změnou. Jsem šťastný, že jsem to mohl prožívat. Kořeny alergologie jsou v imunologii, a proto také přijala v 60. letech 20. století označení oboru *alergologie a klinická imunologie*. Postupně jsme poznávali, co jsou alergické protilátky, poznávali jsme mechanismy jejich vzniku, poznávali jsme mechanismus alergické reakce. Poznávali jsme, co jsou alergeny, a konečně neuvěřitelný pokrok probíhá i v genetice alergie. Zjednodušeně řečeno: alergologie přestala být vnímána jako orgánová specializace. Alergická reakce je systémovou odpovědí založenou na poruše imunologických regulačních mechanismů. Vzniká interakcí genů pro alergii s téměř nekonečnou řadou imunologicky specifických a nespecifických faktorů prostředí. Důsledkem spuštění alergické reakce je alergický zánět, který rozhoduje o průběhu alergického onemocnění i o jeho prognóze. Prevalence alergií nesmírně stoupla a vedle ní stoupla i prevalence dalších imunoregulačních poruch, jakými jsou autoimunitní nemoci a nádorová onemocnění.

Mimořádná exkluzivita vztahu genového fondu a vlivů prostředí učinila z alergie při její narůstající prevalenci (31 % naší populace) „věc veřejnou“, dotýkající se výživy a životního prostředí a životního stylu. Zde musíme v nejbližší době hledat klíč, jak si otevřít dveře k prevenci alergií i dalších projevů imunopatologie.

Po okupaci v srpnu 1968 jste jako docent pediatrie pomáhal studentům v jejich stávce. V roce 1971 jste musel



opustit pedagogickou práci i kliniku a převedli vás do Výzkumného ústavu vývoje dítěte. Jak vás to zasáhlo?

V roce 1968 mi bylo 39 let a události toho roku byly obrovským životním zklamáním, deziluzí. Vyřazení z kliniky, zákaz práce se studenty, kterou jsem miloval, přerušování pracovních plánů, to vše mne velmi silně zasáhlo. Pocítila to následně i moje žena a synové. Věděl jsem, že kromě osobního zázemí je nejdůležitější nepřerušit „pupeční šňůru“ s alergologií. Důsledně nepřijímat v pravidelných osobních hodnoceníh tento stav, pracovat, byť omezeně, v alergologii, udržovat kontakt se světem, s Evropskou akademií alergologie a klinické imunologie.

Kdy a za jakých okolností jste se mohl vrátit k alergologii?

Na kliniku jsem se již nemohl vrátit, ale držel jsem se své práce v alergologii, i když jsem měl omezenou možnost. Pracoval jsem ve společnosti alergologie a klinické imunologie, udržoval kontakty se zahraničím. A ve složité době se nám podařilo uspořádat v roce 1977 (!) v Praze evropský kongres alergologie a klinické imunologie s účastí všech evropských a světových špiček oboru. Stranická organizace Fakulty dětského lékařství a FN Motol byla postavena před hotovou věc, když jsem byl na kongresu zvolen viceprezidentem Evropské akademie. Nezbylo, než aby to vzala na vědomí. A o rok později jsem se konečně dočkal a mohl pracovat na plný úvazek na motolské fakultní poliklinice v alergologii a klinické imunologii. Od roku 1979 jsem se mohl účastnit postgraduální výchovy lékařů v alergologii a klinické imunologii v ILF, později IPVZ.

Co považujete za svůj největší osobní přínos tomuto oboru?

Nikdy jsem nepracoval sám. Měl jsem štěstí na učitele, měl jsem s jednou výjimkou štěstí na spolupracovníky. „Osobní“ přínos bych nahradil tím, čeho si nejvíce vážím: ke konci 50. let jsme věnovali pozornost astmatu kojenců a malých dětí (moje habilitace). Později jsme se k tomu vrátili na Bulovce a prof. Pohunek, který zde začínal, v tom pak spolu s J. Turzíkovicou udělal zásadní studie. Na klinice jsme také udělali první pediatrické lůžkové alergologické oddělení u nás. S akarologem dr. Samšiňákem a ing. Vobrůzkovou jsme zmapovali roztočovou faunu u nás, určili hlavní typy roztočů a připravili jejich čistě

chovy pro přípravu diagnostických alergických extraktů a následně vakcín. S M. Máčkem, M. Revendou a dalšími jsme studovali vliv tělesné výchovy a sportu na dětského astmatika. Výsledkem byl program komplexní rehabilitace, který jsme v praxi ověřovali na letních táborech pro astmatiky, alergiky – ty budou mít letos už 39. ročník. V organizační práci si vážím toho, že se nám podařilo udržet vysokou kvalitu naší odborné společnosti, protrhnout hranice mezi obory a založit mezioborové aktivity, jakými je Česká iniciativa pro astma, Česká aliance proti chronickým respiračním onemocněním.

Co vám naopak vaše profese přinesla?

Moje profese mi přinesla splnění prapůvodní představy o úloze lékaře – být co nejbližší člověku. Poznal jsem a poznávám mnoho životních příběhů a měl jsem možnost poznávat tajemství alergologie a klinické imunologie, z nichž mnohá jsou stále tajemstvími.

Jak se za váš život měnilo životní prostředí a jaký vliv to mělo na lidovou populaci?

I když si myslíme, že žijeme stále stejně, mění se podmínky, v nichž žijeme, potraviny, které jíme, způsob života, který žijeme. Platí to pro celou (celé) populaci(e), platí to pro jednotlivce. Spící geny se probouzejí. Náš imunitní systém reaguje – deficitem, alergií, autoimunitou, nádorovým bujením. Dovedeme si experimentálně ukázat, jak se mění aktivita genů pod vlivem chemických látek, polutantů. Naléhavé je snižovat, omezovat vliv těchto faktorů, o kterých už prokazatelně víme, že působí negativně – kouření, zplodiny aut.

Věříte teorii o globálním oteplování planety?

U otázky na globální oteplování se mi chce říci: „Nemáte těžší otázku?“ Nevím, zda je to „teorie“ v pravém slova smyslu. Jde o pozorování, které zaznamenává v posledních dekadách zvýšení průměrné teploty. Od toho se pak odvíjí hledání příčin, formulování hypotéz. Z úzkého pohledu alergických onemocnění je zajímavé, že pylová sezona se prodlužuje a některé druhy rostlin nabývají na významu. Pozorují se změny v geografickém rozložení některých nemocí, například ve vztahu k výskytu klíšťat a komárů. Na letošním kongresu Americké akademie astmatu, alergie a imunologie byly poprvé zařazeny přednášky o vlivu

klimatu na alergii. Zajímavá data uvádějí pracovníci z Aljašky. Je to výzva k pečlivému monitorování změn a k objektivním epidemiologickým studiím.

Jak se díváte na reformu zdravotnictví? Je nutná? A v jakém rozsahu?

Reforma zdravotnictví? Otázka, na kterou nelze odpovědět dvěma větami. Obávám se, že tento pojem je mediálně zpořádan, deformován. Obávám se, že se už vytratil i jeho obsah. Po roce 1989 jsme s dr. Bojarem a skupinou lékařů, ekonomů, právníků, psychologů prožili bezplatně mnoho víkendů v diskusích, jak organizovat v nových podmínkách péči o zdraví. Za Českou lékařskou společnost jsem vedl pracovní skupinu i v rámci ministerstva. Pak se vše mezi politiky vytránilo. Mám obavu, že v současnosti je málo těch, kteří mají jasno v obsahu tzv. reformy. Organizace zdravotnictví, strategie péče o zdraví má rovinu individuálního zájmu a rovinu společenskou, veřejnou. Stane-li se výhradně nástrojem politického boje, je to její konec. Bylo by potřeba začít systematicky znovu definovat její obsah. Podobné je to i s postgraduální výchovou a programy vzdělávání.

Téma žena a profese lékaře je nyní velmi aktuální. Jaký na to máte názor?

Žena a profese lékařky – opět další mediálně deformovaná otázka. Osobně jsem měl štěstí: paní učitelka Vacková v první třídě obecné školy, vynikající profesorky na gymnaziu, profesorka Rašková na fakultě, mnoho báječných kolegyně jako spolupracovnic nebo v týmu odborné společnosti. Moje žena lékařka, vysokoškolský pedagog. Ale málo z nás si uvědomuje břemeno, které žena musí zvládnout, když chce při profesní seberealizaci splnit i úlohu matky. Není univerzálního receptu, jak ženě v této úloze pomoci a jak vytvářet dobré podmínky, když nemá za sebou matku-babičku, tetu, když jsme pospíchali s tím, že jsme rychle rušili jesle a školky. Věk prvorodiček se zvyšuje. Zvyšuje se riziko těhotenství pro dítě i matku, nastává jednoduchá situace v péči o dítě. A to vynechávám situaci často stonavého dítěte. Vidím mnoho problémů matek alergických dětí. Zvýšil se také výrazně počet dětí narozených mimo manželství. Zbývá jen tolerance, vzájemný respekt, porozumění a pomoc ženě v této její nezastupitelné úloze.

Milan Macho

Neformální setkání reprezentací SLK a ČLK v Roháčích

Nevyužití oficiálního pozvání prezidenta Slovenské lékařské komory prof. Milana Draguly a představenstva SLK ke vzájemnému jednání v krásném prostředí západní části Vysokých Tater – v Roháčích by bylo nejen nezdvořilé, ale byla by to zejména velká škoda. Vždyť naše dvě země mají nejen společnou historii, medicínské vzdělávání, ale zejména i zděděnou problematiku postsocialistického zdravotnictví se všemi symptomy, včetně následných snah o socialistickou petrifikaci či divokých tendencí ponechat co nejvíce na živelné a neviditelné ruce trhu.

Proto ve dnech 20. až 22. března 2009 zavítala reprezentace představenstva ČLK (ředitelka kanceláře Jindra Šťastná, doktorka Říhová, doktoři Němeček, Sedláček, Tocháček a Šindler) i v zastoupení prezidenta Milana Kubka, který se z pracovních důvodů nemohl jednání osobně účastnit, do malebné horské vísy Zuberce. Zde ještě vrcholila pravá slovenská zima. I přesto bylo přijetí slovenskými hostiteli skutečně neformální a lidsky přátelské.

Zásadním bodem jednání byla žádost ze strany SLK o vzájemném uznávání kreditů akcí celoživotního vzdělávání pro lékaře obou zemí a o jisté formě spolupráce ve vzdělávání. Iniciativa ze strany slovenských kolegů je logická. Jak sami konstatovali, více navštěvují slovenští lékaři české akce, než je tomu naopak. Neexistuje žádná jazyková bariéra, a jak již bylo zmíněno v úvodu máme společné a velmi podobné nejen univerzitní vzdělávání, ale mnohdy i učitele. To všechno jsou atributy vlastní jen a pouze česko-slovenským vztahům. Proto má smysl vzájemnou spolupráci rozvíjet. Česká delegace se k tomu jednoznačně přiklonila.

Nemohli a ani jsme nechtěli přejít otázku slovenské zkušenosti se zdravotnickou reformou ministra Zajace. Není jisté překvapením, že záměr se u sousedů „jaksi“ nezdařil, a tak se část realizačního týmu ing. Pažitného přesunula do Čech. Nemůžeme být tedy překvapeni, že slovenská „Highway to hell“ až nápadně připomíná Modrou šanci ministra Julínka. Prezident SLK Milan Dragula neodsuzoval kroky této reformy paušálně a šmahem, ale výsledný efekt pro pacienty, lékaře a zdravotníky hodnotil jednoznačně jako devastující.

Naši milí hostitelé si zažili na vlastní kůži a na rozdíl od nás dokončenou snahu o paralyzování lékařské komory politiky. Zrušením



statutu povinného členství došlo k podstatnému oslabení jednacího potenciálu komory (což byl jistě záměr), ale bohužel i k oslabení vlivu na samotné lékaře. Těžko pak vyžadovat dodržování etických i „lege artis“ postupů směrem dolů, když komora ztratí moc chybující lékaře od takových jednání odrazovat. I přes zrušení povinného členství si toto ponechalo asi necelých 80% lékařů. Paradoxně problémy, kterými si slovenští lékaři museli projít, je částečně stmelily. I na Slovensku se sice potýkají s konflikty mezi jednotlivými segmenty lékařů, ale dovedou je řešit většinou kultivovaně, diskusí uvnitř komory a nikoliv praním špinavého prádla navenek či házením si klacků pod nohy, jak je to běžné u nás. Je to jistě dáno i tím, že je jich méně a zřejmě se snáze domluví. Avšak kvantita není jediným vysvětlením.

Poněkud rozpačitě a spíše s despektem byla hodnocena práce Úřadu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, další relikty reformy Pažitný–Zajac. Bez nadsázky lze říci, že se jeho činnost pomalu, ale jistě přetvořila v jakýsi inkviziční orgán, který doslova vyrábí kauzy a kterému jsou lékaři vystaveni všanc. Z konkrétních uváděných případů lze usoudit, že se zde spíše ctí presumpce viny. Při neexistenci silné komory jako záštity je toto nebezpečí pro konkrétního lékaře vnímáno velmi silně.

Co lze SLK závidět? Např. korektní vztahy s jinými profesními komorami, samozřej-

mě stomatologickou a lékárnickou nevyjímaje. Důležitá jednání mezi sebou konzultují a navenek vystupují jako spolek dohody. Navíc funguje lidsky slušná komunikace SLK s ministerstvem zdravotnictví jako úřadem, ministrem a premiérem jako člověkem. Prezident Dragula byl požádán, aby jako stálý člen vládního přípravného týmu pro zdravotnickou reformu začal na textu se svými lidmi pracovat. SLK má tedy naprosto ojedinelou možnost vtělit své dlouhodobé teze do vládního dokumentu, a podílet se tak aktivně na nelehkém úkolu reformovat slovenské zdravotnictví. Jak dalece bude ve svém vyjednávání úspěšná, ukáže čas.

Přítomnost některých členů představenstva ČLK v Zuberce měla i sportovní charakter. SLK každoročně pořádá lyžařské závody ve sjezdu LEKOM SKI. Účastnila se ho asi stovka závodníků, mezi nimi i naši borci Jakub Tocháček, Martin Sedláček a moje maličkost. Sluší se zde zmínit obrovský úspěch Jakuba Tocháčka, který ve své kategorii mužů do 40 let obsadil nádherné druhé místo, a patří mu tak díky za perfektní reprezentaci České lékařské komory.

Shodli jsme se, že taková setkávání mají mnohdy větší informativní význam než ta oficiální, při kterých nebývá času nazbyt. To je i důvod, proč ČLK hodlá tuto tradici udržet.

Tomáš Šindler, člen představenstva ČLK

Komora požaduje změny zákona o nemocenském pojištění

Novela zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, která nabyla účinnosti 1. 1. 2009, obsahuje řadu závažných chyb a tisícům lékařů nejenom zkomplikovala práci, ale zároveň zvýšila zdravotnickým zařízením administrativní náklady. Tvůrci špatného zákona se vůbec neobtěžovali řešit otázku, kdo soukromým lékařům a nemocnicím zvýšené náklady na poštovné a další administrativu zaplatí.

Česká lékařská komora na základě dosavadní praktické zkušenosti s fungováním zákona o nemocenském pojištění vypracovala návrh jeho novelizace, který se skládá celkem z 18 dílčích návrhů reflektujících negativní zkušenosti ošetřujících lékařů se zavedením nového zákona č. 187/2006 Sb., do praxe. Předkládané změny by měly zjednodušit a zefektivnit fungování zákonem zavedeného systému nemocenského pojištění.

Návrh ČLK na novelizaci zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění

- V případě souběhu několika příčin dočasné pracovní neschopnosti (dále DPN) by měl být ošetřujícím lékařem ten, do jehož odbornosti spadá nejzávažnější příčina.
- Pokud stav pacienta nevyžaduje léčbu specialisty, předá jej lékař specialista do péče registrujícího praktického lékaře (PL). Obdobně je tomu při propuštění z hospitalizace. Pokud pacient nemá registrujícího PL, může být po konzultaci předán do péče ambulantního specialisty.
- Povinnost posoudit, zda po uplynutí 180 dní je pojištěnec schopen nějaké práce nebo je schopen plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání, by měla přejít na lékaře okresní zprávy sociálního zabezpečení.
- Evidence DPN by neměla nutně obsahovat hodinu ošetření, která je ve zdravotnické dokumentaci. Namísto jména lékaře, kterému je předáván pacient s DPN do evidence, je rozumnější uvádět název zdravotnického zařízení.
- Po propuštění z hospitalizace by nemocný

s DPN neměl být povinen dostavovat se na kontrolu do 5 dnů, ale v souladu se svým zdravotním stavem.

- Informovat registrujícího PL o vzniku nebo ukončení DPN není nutno do 7 dnů.
- Nemá smysl hlásit orgánům nemocenského pojištění všechny diagnózy pacienta s DPN, stačí hlásit pouze změny zásadní.
- Pokud je ošetřující lékař povinen hlásit orgánům nemocenského pojištění předání pacienta s DPN do péče jiného zdravotnického zařízení, nemusí již toto duplicitně stejnému orgánu hlásit převzetí tohoto pojištěnce.
- Informace zaměstnavateli o pacientovi s DPN lze podávat pouze na jeho písemnou žádost.
- Předávání zpráv zařízením závodní preventivní péče je přijatelné pouze za úhradu, rovněž zařízení závodní preventivní péče vydává své zprávy za úplaty. Tyto výkony nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění.
- Prodloužit lhůtu pro vypracování zprávy pro orgán nemocenského pojištění z 8 na 15 dní.

- Změna tiskopisů: na místo 6 dílů opět pouze 4 díly:

- » zmenšit, opravit chyby, zlepšit možnost propisování;
- » doplnit náhradní hlášení o DPN (aby při ztrátě některého z dílů dokladu nebylo nutno vystavovat novou DPN).
- Úhradu administrativních nákladů spojených s vystavením a vedením dokladů o DPN by měla poskytovat příslušnému zdravotnickému zařízení Státní správa sociálního zabezpečení.

Komplexní pozměňovací návrh ČLK schválený poradou předsedů OS ČLK a představenstvem ČLK dne 27. 3. 2009, o kterém jsme zahájili jednání s Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR, je dostupný na www.lkcr.cz.

Milan Kubek

ROZHODNUTÍ O DOČASNÉ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI

1. díl - Hlášení o vzniku dočasné pracovní neschopnosti

Toto hlášení je ošetřující lékař povinen odeslat příslušné okresní správě sociálního zabezpečení (popř. jinému příslušnému orgánu nemocenského pojištění) neposkytnou v pracovní den následující po dni, kdy bylo vydáno rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti.

A 6563101

Evidenční štítek

Příjmení a jméno

Přesná adresa místa pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti (učetné pochody)

Název a adresa zaměstnavatele

Rodné číslo¹⁾

Neschopen práce od

Statistická značka nemoci (diagnóza)

Druh vykonávané práce (profese)

Vystaveno dne

Pracovní úraz²⁾ Ostatní úraz²⁾

Úraz zaviněný jinou osobou²⁾

Nemoc z povolání²⁾

Poděření se znečištěným prostředím nebo psychotropních látek²⁾

Poděření se znečištěným prostředím nebo psychotropních látek²⁾

Podpis a razítko lékaře OSZ

1) Nově-li uvede číslo příslušnosti, uvede se evidenční číslo pojištěnce
2) Pokud datum nemoci hlásící se označí x

Číslo - 89/6100
1/2009

Registrace nestátních zdravotnických zařízení a nedotknutelnost dříve nabytých práv soukromých lékařů

V posledním období se na právní kancelář ČLK obrací někteří soukromí lékaři s tím, že úředníci odboru zdravotnictví krajského úřadu provádí „kontrolu registrací nestátních zdravotnických zařízení“ a požadují některé doklady, které při registraci nestátního zdravotnického zařízení požadovány nebyly, zejména osvědčení Ministerstva zdravotnictví ČR o specializované způsobilosti.

Tento postup nemá oporu v právních předpisech a je v rozporu s ústavními právními předpisy i se zákonem. Prezident ČLK v této záležitosti oslovil hejtmany krajů.

Dříve nabytá práva jsou nedotknutelná

Postup některých úředníků krajských úřadů nemá oporu v zákoně o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních č. 160/1992 Sb. v platném znění, který taxativně stanoví, jaké jsou kompetence orgánu příslušného k registraci vůči provozovateli NZZ – soukromému lékaři. Právo změnit nebo zrušit registraci má tento orgán pouze tehdy, dojde-li ke změnám týkajícím se údajů obsažených v rozhodnutí o registraci nebo v dokladech, které byl provozovatel nestátního zdravotnického zařízení povinen připojit k žádosti o registraci. Orgánu příslušnému k registraci není dána kompetence vyžadovat jiné doklady než ty, které byly připojeny k žádosti o registraci, ani požadovat splnění jiných podmínek než těch, které provozovatel musel splnit v době, kdy žádal o registraci. Není tedy například oprávněn požadovat osvědčení ministerstva zdravotnictví o specializované způsobilosti, pokud nebylo dokladem připojeným k žádosti o registraci. Orgán státní správy si nesmí své kompetence rozšiřovat nad rámec zákona.

Požadovat od držitele registrace nestátního zdravotnického zařízení splnění jiných kvalifikačních podmínek než těch, které splnil již při registraci, je stejně absurdní, jako požadovat od řidiče, aby znovu absolvoval autoškolu a zkoušky na řídičský průkaz, protože se změnilo do-

pravní předpisy. Samozřejmě nové předpisy mohou klást nové a vyšší nároky na vybavení vozidla, které musí jeho majitel splnit, aby mohl vozidlo dále provozovat. Stejně tak mohou nové předpisy v oblasti zdravotnictví přinést nové a vyšší požadavky na hygienické podmínky nebo věcné a technické vybavení zdravotnického zařízení, které bude muset provozovatel splnit. Nelze však zpochybnit jednou uznanou odbornou kvalifikaci.

Článek 2 odstavec 2 Ústavy České republiky stanoví, že nikdo nesmí být nucen činit, co zákon neukládá.

Článek 2 odstavec 2 Listiny základních práv a svobod pak stanoví, že státní moc lze uplatňovat jen v případech a v mezích stanovených zákonem, a to způsobem, který zákon stanoví.

Na tyto skutečnosti je třeba úředníky orgánu příslušného k registraci důrazně upozornit, a to v případě potřeby i písemnou formou, budou-li požadovat doklady nad rámec zákona č. 160/1992 Sb. v platném znění. Vzor této písemné formy může právní kancelář České lékařské komory každému členovi ČLK poskytnout.

Pokud tedy příslušný úředník předloží soukromému lékaři svůj požadavek písemně a zdůvodní jej, je třeba mu odpovědět a současně lze požádat o pomoc a spolupráci právní kancelář České lékařské komory, která poskytne příslušnému soukromému lékaři potřebnou právní podporu. Může také ve spolupráci s vedením České lékařské komory požádat, aby postup příslušného úředníka přezkoumali jeho nadřízení.

Dopis prezidenta ČLK hejtmánům krajů

V této souvislosti prezident České lékařské komory MUDr. Milan Kubek napsal dopis hejtmánům všech krajů a současně i primátorovi hlavního města Prahy (viz dále), ve kterém vysvětlil nepřípustnost zásahů orgánů státní správy v oblasti zdravotnictví do dříve nabytých práv soukromých lékařů. Předpokládáme, že text dopisu obdrží vedoucí pracovníci orgánů

státní správy v oblasti zdravotnictví v jednotlivých krajích a hlavním městě Praze a zajistí, aby nedocházelo k zásahům orgánů státní správy do dříve nabytých práv soukromých lékařů a ke kladení požadavků nad rámec zákona.

Licence ČLK a specializovaná způsobilost lékaře

Spor, který v současné době vede Česká lékařská komora s ministerstvem zdravotnictví, se odehrává v jiné rovině. Při posledním jednání prezidenta ČLK a ředitele právní kanceláře ČLK se třemi náměstkyněmi zdravotnictví potvrdila náměstkyně ministryně pro zdravotní péči, že samo ministerstvo se snaží usměrnit iniciativy některých krajských úředníků, pokud jde o „kontroly registrací“ nestátních zdravotnických zařízení, a uznává, že dříve nabytá práva soukromých lékařů a vydané registrace nestátních zdravotnických zařízení jsou nedotknutelné a nikdo nemůže požadovat předložení dalších dokladů nad rámec zákona č. 160/1992 Sb. v platném znění.

Rozdílný názor však nadále přetrvává v otázce, zda lékař, který nevykonává soukromou lékařskou praxi a v minulosti v souladu s tehdy platnými právními předpisy získal osvědčení České lékařské komory opravňující k výkonu soukromé lékařské praxe v určité odbornosti (například druhoatestovaný internista v oboru kardiologie nebo angiologie apod.), může samostatně vykonávat odbornou lékařskou činnost v profesi, na kterou získal licenci ČLK nejen při výkonu své soukromé praxe, ale i jako zaměstnanec. Podle dosavadní rozhodovací praxe ministerstva zdravotnictví nebude vydáno osvědčení o specializované způsobilosti lékaři, který před 17. dubnem 2004 získal osvědčení ČLK opravňující k výkonu soukromé lékařské praxe v odbornosti, ve které nemá atestaci. Soukromou praxi může sice nadále vykonávat, protože nevydání osvědčení o specializované způsobilosti nemá vliv na jeho platnou registraci NZZ, ale specializovanou způsobilost uznávanou nemá. Vzni-

ká tak paradoxní situace, kdy tento lékař může v dané odbornosti zcela samostatně vykonávat soukromou lékařskou praxi, ale nemohl by samostatně vykonávat lékařskou praxi jako zaměstnanec. Podle názoru ČLK se dříve nabytá práva týkají i tohoto případu a lékař, který získal podle platných právních předpisů osvědčení ČLK k výkonu soukromé lékařské praxe v určité odbornosti, by měl mít právo tuto odbornost vykonávat i jako zaměstnanec zcela samostatně, a tedy získat osvědčení o specializované způsobilosti, které vydává ministerstvo zdravotnictví. V tomto směru poskytuje právní kancelář ČLK právní podporu několika lékařům, kteří o získání osvědčení o specializované způsobilosti na základě licence České lékařské komory usilují. O výsledku případného soudního rozhodnutí v této věci budeme lékaře informovat.

„Přeregistrace“ nestátních zdravotnických zařízení a katalog služeb

Nově navrhovaný zákon o zdravotních službách, který však ministryně zdravotnictví v demisi v současné době vzala zpět z Poslanecké sněmovny, zamýšlel podle názoru ČLK další nepřijatelný zásah do dříve nabytých práv soukromých lékařů. Navrhoval omezit platnost současných registrací nestátních zdravotnických zařízení na dobu 36 měsíců ode dne účinnosti zákona o poskytování zdravotních služeb s tím, že každý soukromý lékař musí požádat o nové tzv. „oprávnění“ k poskytování zdravotních služeb a nejpozději do tří let od přijetí zákona musí toto oprávnění buď získat, nebo ukončit soukromou praxi. Česká lékařská komora, ale i celá řada občanských sdružení poskytovatelů zdravotní péče s tímto záměrem ministerstva zdravotnictví nesouhlasila. ČLK důrazně žádala a žádá, aby pokud by již byl přijat nový zákon o poskytování zdravotních služeb, bylo současně postaveno najisto, že dříve nabytá práva soukromých lékařů jsou nedotknutelná, a v přechodném ustanovení nového zákona by mělo být stanoveno, že současná registrace nestátních zdravotnických zařízení se bez dalšího dnem účinnosti zákona mění na oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle nového zákona. S tímto návrhem vedení ministerstva zdravotnictví nesouhlasilo, protože nová oprávnění měla současně stanovit, které zdravotní výkony z katalogu zdravotních služeb mají být součástí příslušného oprávnění, a které konkrétní lékař-

ské výkony tedy může na základě katalogu a oprávnění soukromý lékař nově vykonávat, případně které výkony soukromý lékař již vykonávat nemůže. Česká lékařská komora zastává stanovisko, že rozsah výkonů, které může lékař té které odbornosti vykonávat, je dán náplní příslušného lékařského oboru a není třeba jej takto specifikovat. Samotný katalog zdravotnických služeb považuje za zbytečný. K tomu, které výkony může lékař které profese vykonávat a vykazovat, postačí seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Na schůzi tzv. „rady poskytovatelů“ zdravotních služeb (tento orgán nemá oporu v žádném právním předpisu České republiky), kde se tato problematika s bývalým ministrem zdravotnictví za účasti jím vybraných občanských sdružení poskytovatelů zdravotní péče a nově i zástupce ČLK projednávala, zástupkyně jednoho z občanských sdružení předložila tzv. „kompromisní návrh“, podle kterého se sice registrace nestátních zdravotnických zařízení změni v oprávnění k poskytování zdravotnických služeb, ale každý poskytovatel by byl povinen do určité doby prokázat splnění podmínek k tomu, aby bylo možno rozhodnout, které zdravotní služby podle příslušného katalogu je oprávněn vykonávat, a příslušné oprávnění v tomto směru „doplnit“. Tento „kompromisní návrh“ považuje ČLK za velmi nešťastný a rozhodně jej odmítla. Mohlo by se totiž snadno stát, že oprávnění poskytovat zdravotní péči v určité odbornosti bude sice lékaři zachováno, ale bude významně omezeno výčtem výkonů, které nově lékař může (resp. nemůže) podle katalogu zdravotních služeb vykonávat. ČLK trvá na principu nedotknutelnosti dříve nabytých práv soukromých lékařů, která nelze žádným způsobem omezovat, a to ani přijetím nové právní úpravy. Stejně jako nová právní úprava může naříditi řidičům určité vybavení vozidla nad rámec toho, co bylo dosud stanoveno, a řidič do určité doby musí vybavení vozidla doplnit, avšak jeho řidičský průkaz zůstane nedotknutelný, obdobně je třeba přistupovat i k dříve nabytým právům soukromých lékařů, jejichž právo vykonávat profesi v příslušné odbornosti musí zůstat nedotknutelné.

V současné době s ohledem na demisi vlády a stažení návrhu zákona o poskytování zdravotních služeb z Poslanecké sněmovny tento problém pozbyl na aktuálnosti, ale do budoucna se může kdykoli znovu aktuálním stát. Pak bude třeba nepřipustit jakýkoli zásah do dříve nabytých práv lékařů.

Shrnutí:

Orgány státní správy na úseku zdravotnictví nejsou oprávněny nad rámec zákona č. 160/1992 Sb. v platném znění požadovat další doklady o specializované způsobilosti či jiné kvalifikaci soukromého lékaře. Nedošlo-li ke změně podmínek, za kterých byla vydána registrace nestátního zdravotnického zařízení soukromému lékaři, jsou jeho dříve nabytá práva stále platná bez ohledu na změnu právní úpravy, a nelze od něho požadovat ani osvědčení o specializované způsobilosti ani žádné jiné doklady nad rámec těch, které předkládal již při rozhodování o registraci nestátního zdravotnického zařízení. Orgán státní správy není oprávněn své kompetence rozšiřovat nad rámec zákona.

Česká lékařská komora zastává stanovisko, že lékař, který obdržel licenci k výkonu soukromé lékařské praxe v určité odbornosti, by měl vždy v této odbornosti získat i osvědčení o specializované způsobilosti a mít právo tuto odbornost vykonávat i jako zaměstnanec, nejen jako soukromý lékař. V tomto směru jsou právní názory právní kanceláře ČLK a příslušných orgánů ministerstva zdravotnictví rozdílné a právní kancelář ČLK je připravena poskytnout právní podporu všem lékařům, kterým i přes licenci ČLK ministerstvo zdravotnictví odmítá vydat osvědčení o specializované způsobilosti.

Česká lékařská komora trvá na tom, aby byla chráněna dříve nabytá práva lékařů, a pokud by se do budoucna rozhodnutí o registraci nestátního zdravotnického zařízení měnilo v oprávnění k poskytování zdravotních služeb, pak aby všichni držitelé registrací automaticky obdrželi příslušné oprávnění ve stejném rozsahu, v jakém byli oprávněni poskytovat zdravotní péči podle rozhodnutí o registraci nestátního zdravotnického zařízení. Jakýkoli jiný postup by byl v rozporu s ústavní ochranou dříve nabytých práv. V současné době sice tato problematika patrně přestává být na určitou dobu aktuální, ale je třeba počítat s tím, že se aktuální může znovu stát.

JUDr. Jan Mach, ředitel právní kanceláře ČLK

ČLK trvá na nedotknutelnosti registrací zdravotnických zařízení

Vážená paní hejtmanko, vážený pane hejtmane,

uvítal jsem možnost osobního setkání na zasedání Asociace hejtmánů a věřím, že se v současné době otevírají nové možnosti velmi úzké a dobré spolupráce mezi Českou lékařskou komorou a hejtmany jednotlivých krajů.

V této souvislosti si dovoluji Vás upozornit na skutečnost, že nikoli snad z pokynu volebních orgánů krajů, ale z nemístné „iniciativy úředníků“ některých krajských úřadů dochází v některých krajích k nežádoucímu jevu, který by bylo možno označit za nezákonný a neústavní a týká se dříve nabytých práv v souvislosti s registracemi nestátních zdravotnických zařízení soukromých lékařů.

Úředníci některých krajských úřadů kontaktovali některé soukromé lékaře – provozovatele nestátních zdravotnických zařízení a požadovali od nich osvědčení Ministerstva zdravotnictví ČR o specializované způsobilosti, kopii atestačních diplomů a některé jiné doklady, aniž pro tento postup byly splněny podmínky stanovené zákonem č. 160/1992 Sb. ve znění pozdějších předpisů.

Dovoluji si upozornit, že tento postup nemá oporu v zákoně č. 160/1992 Sb. ve znění pozdějších předpisů, ani v jiných právních předpisech České republiky, je v rozporu s ústavním principem ochrany nabytých práv, s článkem 2 odst. 4 Ústavy České republiky, článkem 2 odst. 2 a 3 Listiny základních práv a svobod a s ustanovením § 12 a § 13 zákona č. 160/1992 Sb. ve znění pozdějších předpisů o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních.

Zákon č. 160/1992 Sb. ve znění pozdějších předpisů stanoví taxativně, jaké jsou kompetence orgánů příslušných k registraci nestátních zdravotnických zařízení. Podle § 12 odstavce 2 tohoto zákona „dojde-li ke změnám týkajících se údajů obsažených v rozhodnutí o registraci, nebo dokladů, které je provozovatel nestátního zdravotnického zařízení povinen připojit k žádosti o registraci, orgán příslušný k registraci rozhodne o změně, popřípadě zrušení registrace“. Podle § 12 odstavce 1 téhož zákona je provozovatel nestátního zdravotnického zařízení povinen všechny změny údajů obsažených v rozhodnutí o registraci a dokladů, které je povinen k žádosti o registraci připojit, oznámit do 15. dnů sám orgánu příslušnému k registraci.

Orgánu příslušnému k registraci nestátního zdravotnického zařízení není tedy zákonem dána kompetence vyžadovat jiné doklady než ty, které byly připojeny k žádosti o registraci, ani požadovat splnění jiných podmínek než těch, které byly splněny již při rozhodnutí o registraci. Není tedy oprávněn požadovat ani osvědčení ministerstva zdravotnictví o specializované způsobilosti, pokud nebylo dokladem připojeným k žádosti o registraci. Orgán státní správy si nemůže své kompetence rozšiřovat nad rámec zákona.

V této souvislosti je třeba upozornit na ustanovení článku 2 odstavce 2 Ústavy České republiky, podle kterého nikdo nesmí být nucen činit, co zákon neukládá, a článku 2 odstavce 2 Listiny základních práv a svobod, podle kterého státní moc lze uplatňovat jen v případě a v mezích stanovených zákonem, a to způsobem, který zákon stanoví.

Tato skutečnost souvisí s principem ochrany dříve nabytých práv zakazujícím retroaktivní výklad zákona, kterým by někdo přijetím nového zákona „pozbyl práva“, která nabyl podle předchozí právní úpravy, zejména pozbyl práva vykonávat určitou profesi. V demokratickém právním státě je zcela vyloučeno, aby někdo, kdo v souladu s příslušnými právními předpisy získal oprávnění vykonávat profesi soukromého lékaře v určité odbornosti, toto oprávnění na základě změny právní úpravy opět „pozbyl“. V této souvislosti upozorňuji na náleží pléna Ústavního soudu ČR ze dne 6. 2. 2007, spisová značka Pl.ÚS 38/06 o ochraně dříve nabytých práv a zákazu retroaktivního výkladu zákona.

Dovoluji si poukázat rovněž na článek III zákona 121/2004 Sb. ve znění pozdějších předpisů, podle kterého zůstávají licence České lékařské komory vydané do dne účinnosti tohoto zákona nedotčeny. Stejně tak musí zůstat nedotčeny i registrace nestátních zdravotnických zařízení vydaných na základě těchto licencí.

Skutečnost, že dne 1. dubna 2009 skončilo přechodné období stanovené zákonem č.95/2004 Sb. ve znění pozdějších předpisů k doplnění vzdělávacích programů specializační přípravy lékařů, je v této souvislosti zcela bezvýznamnou a nevztahuje se k vydaným registracím nestátních zdravotnických zařízení. Znamená pouze, že lékaři, kteří nemají



specializovanou způsobilost, si mohli náhradním způsobem bez „nové atestace“ doplnit specializační průpravu do právě uvedeného termínu, což však s registracemi nestátních zdravotnických zařízení nikterak nesouvisí. Žádný lékař nikdy nemohl obdržet registraci nestátního zdravotnického zařízení s podmínkou, že si v budoucnu doplní kvalifikaci – takový postup zákon č. 160/1992 Sb. neumožňoval, ani neumožňuje.

Postup, kdy orgán příslušný k registraci nestátního zdravotnického zařízení vyžaduje od provozovatele nestátního zdravotnického zařízení – soukromého lékaře – osvědčení o specializované způsobilosti vydané ministerstvem zdravotnictví či některé jiné doklady, aniž jsou splněny podmínky uvedené v ustanovení § 12 a § 13 zákona č. 160/1992 Sb. ve znění pozdějších předpisů, je tedy postupem, který je v rozporu s uvedeným ustanovením Ústavy ČR, Listiny základních práv a svobod i se zákonem.

V této souvislosti prosím, zda by bylo možno s obsahem tohoto dopisu seznámit vedoucí pracovníky krajského úřadu na úseku státní zdravotní správy a zamezit případným nekompetentním zásahům těchto orgánů do dříve nabytých práv soukromých lékařů, jak se v některých případech bez vědomí volených orgánů kraje stalo.

Česká lékařská komora je připravena spolupracovat s Vámi a s úsekem zdravotnictví Vašeho krajského úřadu a v případě potřeby se na nás můžete kdykoliv s důvěrou obrátit.

S uctivým pozdravem

Milan Kubek, prezident České lékařské komory

V Praze 14. 4. 2009

Pokuta pro ČLK za „kartelovou dohodu“ Ceny dohodnutých služeb nehrazených ze zdravotního pojištění a pokuta Úřadu pro ochranu hospodářské soutěže

Nejvyšší správní soud v současné době potvrdil pokutu udělenou v minulosti Úřadem pro ochranu hospodářské soutěže České lékařské komoře ve výši 450 000 Kč. Pokuta byla udělena za to, že na webových stránkách ČLK byl vyvěšen pracovní návrh možných doporučených cen za poskytování některých dohodnutých služeb nehrazených ze zdravotního pojištění (nadstandardních služeb) k diskusi členům ČLK. Nešlo tedy o konečný dokument doporučující určité ceny, ale šlo o návrh, ke kterému se měli členové ČLK vyjádřit.

Úřad pro ochranu hospodářské soutěže shledal, že i v tomto stadiu je již tento postup v rozporu s právními předpisy na ochranu hospodářské soutěže a vykazuje znaky tzv. kartelové dohody, která je nepřijatelná. Z toho důvodu udělil České lékařské komoře pokutu, kterou posléze potvrdil Krajský soud

v Brně a Nejvyšší správní soud. Nezbyvá než vycházet ze skutečnosti, že jakákoli dohoda či doporučení o jakýchkoli cenách zdravotních služeb, s výjimkou dohody uzavřené podle zákona v dohodovacím řízení, jsou do budoucna naprosto nepřijatelné.

V této souvislosti připomínám, že v době, kdy došlo k jednání, pro které byla pokuta uložena, se řada soukromých lékařů opakovaně domáhala, aby ČLK stanovila nějaké „orientační ceny“ za určité nadstandardní služby nehrazené ze zdravotního pojištění a dohodnuté s pacientem. Zaměřili jsme se tehdy na naprosto přesnou specifikaci toho, co lze označit za dohodnuté služby nehrazené ze zdravotního pojištění, tedy za určitý nadstandard, který, pokud jej pojištěnec žádá a soukromý lékař je ochoten mu jej poskytnout, není porušením „paragrafu poslankyně Fišerové“ a v této sou-

vislosti lze od pojištěnce úhradu přijmout. Dohoda o službách nad rámec toho, co je hrazeno ze zdravotního pojištění, musí být ovšem i ze strany pojištěnce naprosto dobrovolná.

Česká lékařská komora původně odmítala uvést návrh jakýchkoli cen či uvést seznam doporučených cen, ale na základě požadavků „z terénu“ nakonec přistoupila na jistou diskusi na webových stránkách o tom, jaká by výše těchto cen mohla být. Ukázalo se, že nikdo neměl námitky proti tomu, aby ČLK doporučila, jaké dohodnuté služby nehrazené ze zdravotního pojištění, tedy nadstandardní služby, může soukromý lékař svému pacientovi nabídnout, ale současně, že je naprosto nepřijatelné, aby jakýmkoli způsobem naznačila možné ceny těchto služeb.

Z tohoto právního názoru bude nutno do budoucna vycházet.

JUDr. Jan Mach, ředitel právní kanceláře ČLK

Postup lékaře může hodnotit pouze znalec stejného oboru Stanovisko nejvyšší státní zástupkyně k situaci, kdy postup lékaře klinického oboru hodnotí znalec z odvětví soudního lékařství

Prezident České lékařské komory MUDr. Milan Kubek upozornil dopisem ze dne 18. 12. 2008 na základě usnesení sjezdu delegátů ČLK z listopadu 2008 nejvyšší státní zástupkyni a policejního prezidenta na skutečnost, že v trestním řízení proti lékařům jsou zejména Policií ČR ustanovováni znalci z oboru zdravotnictví, odvětví soudního lékařství, kteří však nejsou kompetentní posoudit správnost či nesprávnost odborného postupu při léčbě pacienta u lékařů z klinických oborů, jako je například interna, chirurgie, neurologie, ortopedie, oční lékařství apod. K tomu je kompetentní pouze znalec z příslušného klinického odvětví. V této souvislosti prezident ČLK poukázal na příslušnou odbornou literaturu i na stanovisko Nejvyššího soudu ČR.

Nejvyšší státní zástupkyně odpověděla dopisem ze dne 24. 2. 2009 č. j. 1 SL703/2009.

S argumentací prezidenta ČLK se ztotožnila a zaujala stejný právní názor. Současně uvedla, že s uvedenými skutečnostmi vyplývajícími z dopisu prezidenta ČLK seznámila obě vrchní státní zastupitelství a jejich prostřednictvím všechna krajská státní zastupitelství a zároveň je požádala o sdělení případných poznatků týkajících se této právní problematiky.

Nejvyšší státní zástupkyně uvedla, že zjištěné skutečnosti umožňují učinění závěru, že se nejedná o právní problém, který by působil při praktické aplikaci zásadní potíže. Zjištěná pochybení státních zástupců v tomto směru jsou zcela minimální (tuto skutečnost lze potvrdit, protože pochybení se dopouští především orgány Policie ČR a státní zástupci je naopak svými rozhodnutími napravují). Neshledala proto zákonný důvod pro vydání zvláštního stanoviska Nej-

vyššího státního zastupitelství k této problematice, nicméně příslušné vrchní státní zástupce a krajské státní zástupce na tuto skutečnost upozornila.

Dále uvádí, že poznatky prezidenta ČLK v tomto směru považuje přesto za závažné, přičemž důvod nesprávných postupů spatřuje částečně ve stavu současné legislativy, kdy daná problematika je upravena zákonem z roku 1967, který je v současné době již zcela nevyhovující.

Na toto téma obdržel prezident ČLK též dopis od předsedy příslušné odborné společnosti soudních lékařů, který na jedné straně upozorňuje na význam znaleckých posudků z oboru zdravotnictví odvětví soudního lékařství, který je jistě nepochybnitelný, na druhé straně však souhlasí s názorem, že znalec z oboru zdravotnictví odvětví soudního lékařství by neměl hodnotit správnost

či nesprávnost postupu lékaře příslušného klinického oboru. V tomto směru je vedení ČLK a vedení příslušné odborné společnosti ve svém názoru ve shodě. Nedávno například obdržela Česká lékařská komora dotaz policejního komisaře, zda k určení mechanismu určitého zranění a posouzení pravdivosti verze obviněného a poškozeného je kompetentnější znalec z oboru zdravotnictví odvětví chirurgie, nebo naopak znalec z oboru zdravotnictví odvětví soudního lékařství. Právní kancelář České lékařské komory k tomuto problému zaujala stanovisko, že uvedenou problematikou se rozhodně podrob-

něji, blíže a kompetentněji zabývá odbornost soudního lékařství, byť nelze zpochybnit, že i znalec z odvětví chirurgie se může k této problematice vyjádřit a podat znalecký posudek. Již z této skutečnosti jasně vyplývá, že Česká lékařská komora nepodceňuje velmi důležitý obor soudního lékařství, o který se mnohdy opírá kriminalistika. Na druhé straně je však vyloučeno, aby znalec z tohoto oboru hodnotil správnost či nesprávnost postupu lékaře klinického oboru.

Bohužel se stále setkáváme s tím, že někteří znalci z oboru zdravotnictví odvětví soudního lékařství přijmou úkol uložený

policejním orgánem a k této problematice se vyjadřují, ač k tomu nejsou oprávněni a úkol jim byl zadán chybně. Ve všech případech, se kterými jsem měl možnost se v tomto směru seznámit, vždy nakonec státní zástupce nebo soud zjednal nápravu. Nicméně pokud se kterýkoli člen ČLK dostane do situace, kdy správnost či nesprávnost jeho postupu má na základě rozhodnutí policie nebo jiného orgánu posuzovat znalec z oboru zdravotnictví odvětví soudního lékařství, doporučujeme, aby se obrátil na právní kancelář ČLK, která mu poskytne právní podporu.

JUDr. Jan Mach, ředitel právní kanceláře ČLK

Zneužití lékařské pohotovosti novinářkou?

Akci Mladé Fronty Dnes pochválila ministryně zdravotnictví v demisi, která ji označila za senzační zprávu, že vlídnost lékařů na pohotovostech se oproti stavu před dvěma lety zlepšila, což přičítá zejména regulačním poplatkům. Ředitelé dotčených nemocnic odměnili „vlídné lékaře“ a pokárali „nevlídné sestry“. V rámci diskuse na internetovém portálu Zdravotnických novin se nepodepsaný lékař ptá, co dělá vedení a právní kancelář České lékařské komory, když jde o evidentní zneužití lékařské služby.

Musím konstatovat, že mnohem raději odpovídáme na dopisy adresované právní kanceláři nebo prezidentovi České lékařské komory, popřípadě na e-mailovou adresu ČLK, nikoli zveřejněné pod pseudonymem v jakési internetové diskusi. Nicméně v daném případě musíme konstatovat, že ze strany příslušné novinářky nešlo o přestupek na úseku zdravotnictví mimo jiné proto, že taková skutková podstata v zákoně o přestupcích není uvedena. Na tento způsob zneužití zdravotní péče zákon o přestupcích ani zákon o péči o zdraví lidu nepamatuje. Dokonce ani v nově navrhovaných zákonech o zdravotních

službách a zdravotnické záchranné službě nebylo na zneužití těchto služeb pamatováno. Je však pravdou, že Ministerstvo zdravotnictví akceptovalo připomínku ČLK k návrhu zákona o zdravotnické záchranné službě a dodatečně zařadilo jako přestupek zneužití zdravotnické záchranné služby (nikoli běžné zdravotní služby).

Podle názoru právní kanceláře České lékařské komory se za současného právního stavu příslušná novinářka nedopustila žádného protiprávního jednání, ze kterého by bylo možno vyvodit důsledky.

JUDr. Jan Mach, ředitel právní kanceláře ČLK

Také maďarské zdravotnictví se potýká s nedostatkem financí

Dne 27. 2. 2009 se v pražském sídle ČLK uskutečnilo setkání zástupců zdravotního výboru Parlamentu Maďarské republiky s představiteli ČLK.

Návštěvníky jsme stručně obeznámili s organizací ČLK, jejím postavením ve společnosti a kompetencemi. Hlavní zájem maďarské strany směřoval k probíhajícím

a plánovaným reformním krokům v českém zdravotnictví. Seznámili jsme je s koncepcí zdravotnictví navrhovanou současnou vládou i s postoji lékařské veřejnosti a ČLK.

V současné době je zdravotnictví v Maďarsku jedním ze stěžejních problémů. Stejně jako u nás se potýká s nedostatkem finančních zdrojů a s odlivem lékařů mimo

maďarské zdravotnictví. I mezi maďarskými poslanci, stejně jako u nás, byly viditelné rozdílné názory na směr, kterým by se mělo zdravotnictví ubírat. Bohužel, setkání bylo limitováno plánovaným odletem maďarské delegace, ale i tak bylo pro obě strany velice užitečné.

Za maďarskou stranu se zúčastnili Mihály Kökény, předseda zdravotního výboru, Tibor Schvarcz, poslanec, András Csáky, poslanec, Zsolt Horváth, poslanec, Judit Hegedűs, hlavní poradkyně výboru, Zuzsa Gurszki, rada velvyslanectví MR.

Za představenstvo ČLK byli přítomni Zdeněk Mrozek, viceprezident ČLK, Ludmila Říhová, členka představenstva ČLK. Dále se jednání zúčastnili zástupci právního oddělení a mezinárodního oddělení ČLK.

Zdeněk Mrozek, viceprezident ČLK



Za léky se platilo zbytečně moc, stát měl ceny snížit



Stačilo, aby jeden úřad splnil svou zákonnou povinnost, a české zdravotnictví nemuselo přijít o více než dvě miliardy korun.

Zákon o veřejném zdravotním pojištění říká, že Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) musí každý rok přezkoumat a opravit úhrady u všech léků. To znamená tu část, kterou pojišťovny za léky zaplatí z veřejných peněz.

Změna by se měla týkat naprosto všech přípravků, které smí čeští lékaři předepisovat pacientům a které alespoň zčásti hradí pojišťovna.

Neudělal to. Podle mluvčí úřadu Veroniky Petlákové z toho důvodu, že neměl žádné podklady z minulých let. Systém je totiž poměrně nový, začal platit teprve v lednu loňského roku.

Více léků, nižší ceny

Jak se snižují úhrady:

Příklady léků s novou cenou:

Léky s účinnou látkou amlodopin (srdce a vysoký krevní tlak)

- Léky Norvasc, Agen, Hipres, Orcal aj. v balení 30 × 5 mg.
- Úhrada před revizí 129,30 Kč, po revizi 86,10 Kč (-33,5%).
- Náklady na ně se loni pohybovaly kolem 965 milionů korun.

Léky s účinnou látkou gabapentin (epilepsie)

- Léky neurontin, gabator aj. v balení 100 × 400 mg.
- Úhrada před revizí 1 420 Kč, po revizi 631 Kč (-55%).
- Náklady v řádu set milionů korun ročně. (Revize těchto léků ale stále nenabýly právní moci.)

Co říká zákon:

- SÚKL musí pravidelně kontrolovat nejméně 1x ročně výši úhrad léků a potravin pro zvláštní lékařské účely a podmínky úhrady.
- Pokud lze úhradu snížit a zefektivnit systém, SÚKL je povinen to udělat.
- Zákon je platný od 1. ledna 2008.

Dvaatřicetileté Andree Mrázkové předepsal lékař před dvěma lety pilulky Tanatril na vysoký krevní tlak. Pojišťovna dřív za lék zaplatila 129,30 koruny, dnes hradí 86,10 koruny.

Na trhu se totiž objevily další léky se stejnou účinnou látkou. Zvýšila se tedy konkurence.

Tím, že SÚKL nové léky do Česka vpustil, si mohl dovolit snížit jejich cenu. A také částku, kterou je stát za lék ochotný zaplatit z veřejného pojištění.

Čtvrtina peněz padne na léky

V případě léku Tanatril SÚKL skutečně zasáhl. I když až na přelomu roku. Částku, kterou za lék pojišťovna vydá, nechal spadnout o 43 procenta. Ušetřil tak státu do budoucna několik set milionů korun. Tolik dá každoročně české zdravotnictví právě za léky s touto účinnou látkou.

V mnoha dalších případech ale změnit úhradu nestihl. Česko tak platí za léky víc, než by mohlo.

Přitom – jak dokládají statistiky společnosti Infopharm – Česko utratí čtvrtinu peněz z balíku na zdravotnictví právě za léky. V Německu je to zhruba 16 procent, ve Velké Británii asi 15 procent.

Srdce a deprese

„Je fakt, že Státní ústav pro kontrolu léčiv loni neprovedl revizi u devadesáti procent léků,“ potvrdila deníku Aktuálně.cz Renata Horká z České asociace farmaceutických firem.

Jedinými dvěma skupinami léků, kterými se podle ní SÚKL zabýval, byly právě léky na srdce a vysoký tlak a léky na psychiku. Zdravotní péče se tak podle ní obrovsky prodraží.

„VZP samozřejmě ví o tom, že dochází k situaci, kdy SÚKL nestíhá provádět zákonem nově uloženou komplexní prověrku všech úhrad léků ve stanovených termínech,“ řekl deníku Aktuálně.cz také šéf Všeobecné zdravotní pojišťovny Pavel Horák.

Pojišťovna už se proto na SÚKL sama v listopadu obrátila. Doporučila mu zpracovat alespoň několik skupin léků, kterých se každoročně spotřebuje za více než sto milionů korun. Kolik peněz ale ze zdravotnictví kvůli porušení zákona proteče zbytečně, si netroufl vyčíslit.

Dvě miliardy za nedbalost

Z čísel, která má deník Aktuálně.cz k dispozici, však vyplývá, že se v každé skupině léků mohlo ušetřit několik desítek milionů. Skupin je přitom kolem tří set.

Například za léky na srdce a vysoký krevní tlak, které spadají do stejné skupiny jako pilulky Tanatril, se loni zaplatilo o 121 milionu méně. Tuto skupinu SÚKL zkontrolovat stačil.

„Díky vyšší konkurenci a novému systému stanovení cen a úhrad došlo v roce 2008 u některých přípravků ke snížení ceny,“ potvrzuje náměstek ministryně zdravotnictví Pavel Hroboň.

K dalším důvodům, které mohly vést k úsporám na léčích na srdce, uvádí Hroboň to, že se lidé před zavedením poplatků předzásobili. V prvních měsících loňského roku si tak nenechávali předepisovat tolik balení. Zapůsobily podle něj také regulační poplatky.

Ministerstvo mlčí

Podle ekonomického poradce České lékařské komory Jindřicha Grafa by se škoda, kterou SÚKL svou nedbalostí způsobil, mohla pohybovat v miliardách korun. „Odhaduji ji na více než dvě miliardy. A to jsem při odhadu velice přízemní,“ řekl.

Vyjádlil současně údiv nad tím, jak „shovívavě“ se k neplnění zákona staví ministerstvo zdravotnictví i pojišťovny.

Státní ústav pro kontrolu léčiv je úřad přímo podřízený ministerstvu zdravotnictví. To k porušení zákona mlčí, ani na opakovanou žádost deníku Aktuálně.cz o vysvětlení nikdo z ministerstva nereagoval.

Na veřejné diskusi České asociace farmaceutických firem, která se konala minulý týden, ředitel odboru farmacie ministerstva Pavel Šroub zhodnotil: „Ano, revize proběhnout měla, SÚKL ji provést měl a nemůžu mluvit za paní ministryni, jak bude tento problém řešit.“

Veronika Rodriguez, Aktuálně.cz

Počet lékáren v ČR rok od roku roste, loni jich bylo 2445

Sít lékáren se rok od roku rozvíjí. **Loni v Česku přibýlo více než 60 lékáren, lidé jich měli k dispozici 2445.** Vyplyvá to z údajů, které ČTK poskytla Česká lékárnická komora (ČLK). Česko si vede dobře i v mezinárodním srovnání. Na jednu lékárnou připadá v Česku asi 4250 obyvatel, což je podobný počet jako například v Německu, Polsku nebo Portugalsku. Nej hustější síť je ve Velké Británii, nejhustší naopak v Dánsku. Síť lékáren je ale v Česku nerovnoměrná. Větší hustota je ve městech, na venkově je dostupnost horší. Téměř 100 procent lékáren je nestátních. Podle prezidenta ČLK Stanislava Havlíčka budou nové lékárny vznikat hlavně v hypermarketech. „Ve venkovských oblastech

a okrajových částech měst se naopak zvýší počet uzavřených lékáren nebo dojde k omezení jejich provozu,“ dodal. Podle Havlíčka vzroste počet lékáren provozovaných řetězci, které dnes kontrolují zhruba desetinu trhu. Letošní vývoj na trhu lékáren zřejmě ovlivní i zrušení poplatku za recept v krajských lékárnách. Podle ČLK v krajích, kde vládne sociální demokracie, klesly příjmy ostatních lékáren o 30 až 70 procent. Důsledkem propadu je pak omezení provozní doby a propouštění zaměstnanců a v některých případech i ukončení provozu. Jednou z cest, jak podpořit nezávislé lékárny, může být například větší rozšíření výrobků privátních značek. „Registrujeme zvýšenou aktivitu v této oblasti, ale její dopad do českého

prostředí se teprve ukáže,“ dodal Havlíček. Výrobky privátní značky mohou lidé znát například z některých sítí drogerií a supermarketů.

(ČTK)

Počet obyvatel na jednu lékárnou:

Stát	Počet obyvatel na jednu lékárnou
Belgie	1964
Česká republika	4246
Dánsko	19 000
Finsko	6500
Francie	2600
Irsko	2350
Itálie	3440
Maďarsko	5000
Německo	3800
Nizozemsko	10 000
Polsko	3900
Portugalsko	4200
Rakousko	6942
Slovensko	5716
Velká Británie	1900

Zdroj: Česká lékárnická komora

Vývoj počtu lékáren 2000–2008:

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Počet lékáren	1954	2017	2107	2157	2225	2281	2348	2381	2445
Nové	84	63	102	77	80	74	104	73	87
Zrušené	0	0	12	27	12	18	37	40	23

Zdroj: Česká lékárnická komora

Povinné testování lékařů na HIV je nepřijatelné

Případ albánského zubaře, který ošetřoval pacienty, i když byl HIV pozitivní, vyvolal velký ohlas a mohl by ovlivnit život všech lékařů. Svaz pacientů prosazuje, aby se na přítomnost nebezpečného viru nechávali povinně testovat všichni zdravotníci. „Musíme zabránit tomu, aby mohli své pacienty nakazit nebezpečnou a snadno přenosnou nemocí, jako je tuberkulóza, nebo virem HIV. Lékaři, kteří očkují nebo operují, by měli být zcela zdraví,“ vysvětlil 23. 3. 2009 svůj záměr prezident Svazu pacientů Luboš Olejár v deníku MF Dnes.

Prezident České lékařské komory vydal k tomuto problému 22. března 2009 následující prohlášení:

Požadavek Svazu pacientů ČR, aby lékaři byli povinně testováni na virus HIV, je v rozporu s Listinou základních práv a svobod, s Úmluvou o lidských právech a biomedicíně a věcně je nedůvodný a nesmyslný. Lékař se musí vždy ke každému pacientovi chovat tak, aby ho nepoškodil, a to i s ohledem na svůj vlastní zdravotní stav. Možný exces jednoho stomatologa nemůže být důvodem k diskriminaci celého povolání. Ani žádný pacient nemůže být bez svého souhlasu testován na HIV, ač by to mnohdy bylo potřebné. Vyčlenění jedné profese, ve které by mělo být HIV testováno, by bylo antidemokratickým diskriminačním opatřením, které by vůbec nic neřešilo.

Uvedený požadavek je v rozporu s článkem 1, článkem 4 odstavec 1 a článkem 7 odstavec 1 Listiny základních práv a svobod a s článkem 2 a článkem 5 Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny.

Nehorázný návrh pana Olejára, který je nejenom v rozporu s ústavou, ale i se zdravým rozumem a nemá medicínské opodstatnění, jen ilustruje nekompetentnost svého autora. Jsem přesvědčen o tom, že kromě médií se uvedenou myšlenkou nikdo vážně zabývat nebude, přesto však považuji za potřebné se k uvedenému požadavku takto veřejně vyjádřit jako k něčemu, co je v demokratickém právním státě nepřijatelné a nemyslitelné.

Milan Kubek, prezident České lékařské komory

Větší riziko stigmatizace a diskriminace HIV pozitivních osob

Vážený pane prezidente, jménem naší České společnosti AIDS pomoc vyjadřujeme podporu Vaší reakce na nehorázný a především nesmyslný požadavek Svazu pacientů na povinné testování zdravotníků. Tato organizace, která by měla hájit zájmy pacientů, navíc tímto svým požadavkem, který nereflkuje znalosti o přenosu HIV infekce, bohužel dále zvýšila riziko stigmatizace a diskriminace HIV pozitivních osob.

Ivo Procházka, CSc., předseda České společnosti AIDS

Právo na ochranu zdraví má pacient i zdravotník

Dnešní zpráva o tom, že Svaz pacientů požaduje povinné testování lékařů na HIV, mne nadzvedla ze židle. Jsem lékař a ke každému pacientovi se musím chovat tak, abych ho neohrozil a nepoškodil, a to platí i za podmínky, kdybych byl HIV pozitivní. Vyčlenění skupiny jedinců, u nichž bude HIV povinně testováno, je protidemokratické opatření. Jsem dlouho ve zdravotnictví a přes maximální ochranu a bezpečnost při práci se mně opakovaně přihodilo, že jsem byl potřísněn pacientovou krví či jiným sekretem nebo poraněn při chirurgickém zákroku. Nemluvě o pacientech opilých, agresivních, kteří i přes rukavice a roušku vás mohou ohrozit.

S povinným testováním lékařů souhlasím tedy za jedné jediné podmínky: se současným povinným testováním pacientů (samozřejmě i proti jejich případnému nesouhlasu) v případech, kdy je zdravotník kontaminován pacientovou krví či jinými tělesnými tekutinami nebo má podezření, že by se mohl nakazit. S ochranou zdraví pacientů musí jít v ruku v ruce i ochrana zdraví pracovníků ve zdravotnictví. Jednostranné testování jen nás zdravotníků je zcela nepřijatelné a nepřijatelné! Právo na ochranu svého zdraví má stejně tak zdravotník jako pacient.



CYKLUS ŽIVOTA

„Lékař a jeho pacient“

ČLK a Olympus vyhláší fotografickou soutěž

Ceny:

1. cena

Fotoaparát Olympus E-520 Kit v ceně 14 490 Kč

- digitální zrcadlovka 4/3 standardu s profesionálními funkcemi
- kompaktní a ergonomické provedení
- vestavěný stabilizátor obrazu
- živý náhled na 6,9cm LCD obrazovce
- excelentní antiprachový systém
- rozlišení 10 mil. pixelů
- 32 programových režimů do každé situace
- objektiv ZUIKO DIGITAL ED 14–42 mm



2. cena

Fotoaparát mju TOUGH-6000 v ceně 7490 Kč

- odolný fotoaparát do každé situace, velmi dobře použitelný v lékařském prostředí, například na operačním sále
- nárazuvzdorný při pádech z 1,5 m, vodotěsný do 3 m, mrazuvzdorný do -10 °C
- rozlišení 10 mil. pixelů
- širokoúhlý objektiv (28–102 mm)
- 3,6x optický zoom
- velká 6,9cm LCD obrazovka
- možnost ovládní pouhým poklepem
- duální stabilizace obrazu



3. cena

Digitální záznamník VN-5500PC v ceně 1690 Kč

- digitální hlasový záznamník
- kapacita záznamu až 221 hodin
- USB připojení k PC pro archivaci dat
- vysoká zvuková kvalita (WMA formát)
- snadné použití
- vestavěná paměť o velikosti 512 MB
- hlasová aktivace nahrávání



4.–10. cena

Služby v centru Foto Škoda



Porota:

MUDr. Milan Kubek, prezident ČLK,
MUDr. Michal Sojka,
vedoucí tiskového oddělení ČLK,
PhDr. Blanka Rokosová,
redakce Tempus medicorum,
PhDr. Milan Macho,
redakce Tempus medicorum,
Dorian Hanuš, profesionální fotograf.

Pravidla soutěže:

Přihlásit fotografii do soutěže může pouze člen ČLK. Uzávěrka příjmu fotografií

do soutěže je pátek 29. 5. 2009. Fotografie musí být vytvořena digitálním fotoaparátem (formát jpg, velikost 1–2 MB, rozlišení 300 dpi vhodné pro tisk výhodou) a odeslána e-mailem na adresu: tiskove@clkr.cz.

1. kolo

Porota fotografie oboduje (body 10–1) a 10 fotografií s nejvyšším počtem bodů postoupí do druhého kola.

2. kolo

Deset nejlepších fotografií bude zveřejně-

no v prázdninovém čísle časopisu Tempus medicorum a na internetových stránkách www.lkr.cz. O pořadí budou hlasovat čtenáři – členové ČLK podle pravidel, která budou v tomto čísle zveřejněna.

Výsledky budou vyhlášeny na sjezdu ČLK, kde budou také fotografie vystaveny, a v prosincovém čísle Tempus medicorum. Z došlých hlasovacích lístků čtenářů Tempus medicorum vylosujeme vítěze čtenářské ceny, který získá dárek od firmy Olympus (digitální záznamník VN-5500PC).

Nová lékařská iniciativa

Ustavující valná hromada občanské lékařské iniciativy Sebeobrana lékařů – za kvalitní medicínu se konala 28. března 2009 v Praze. Podle zakladatelů vznikla jako reakce na dlouhodobě neutěšenou situaci ve zdravotnictví České republiky. Do jejího čela byl zvolen výkonný výbor, který pracuje v následujícím složení: předseda Petr Bouzek – praktický lékař, Dubňany; místopředsedkyně Maria Kortusová – revmatoložka, České Budějovice; člen Karel Slejška – ortoped, Chrudim.

Na jednání zakládající valné hromady bylo přijato prohlášení, které otiskujeme:

Sebeobrana lékařů – za kvalitní medicínu

Prohlášení z ustavující valné hromady konané 28. 3. 2009 v Praze

Svobodný a nezávislý lékařský stav, který je nezbytnou podmínkou pro poskytování kvalitní medicíny, je v naší zemi ohrožen. Lékaři jsou nuceni se zdravotními pojišťovnami uzavírat smluvní vztahy na omezování poskytování lékařské péče svým pacientům, zdravotnická zařízení

jsou skupována za účelem produkce zisku spekulativním velkokapitálem, zdravotnictví je dlouhodobě podfinancované. Mzdy a platy lékařů jsou ostudné.

Lékař omezený zdravotními pojišťovnami ve svém rozhodování o způsobu léčby nemůže poskytovat pacientům kvalitní medicínu.

Současná lékařská sdružení neprokázala žádnou významnou aktivitu k nápravě tohoto neutěšeného stavu.

Proto vzniklo naše nové občanské sdružení „Sebeobrana lékařů – za kvalitní medicínu“.

Požadujeme:

- zavedení poradenského systému v ambulanci péči se zachováním dostupnosti a přiměřené kvality pro všechny vrstvy obyvatelstva;
- ukončení platnosti manipulativního bodníku a zavedení ceníku zdravotnických výkonů v korunách s každoroční aktualizací;
- vytvoření legislativních podmínek, které zabrání pohlcení drobných soukromých lékařských praxí spekulativním velkokapitálem.

Petr Bouzek, předseda sdružení Sebeobrana lékařů – za kvalitní medicínu

www.znamylekar.cz

V minulém čísle časopisu jsme informovali o tom, že jak státní zástupce Obvodního státního zastupitelství pro Prahu 5, tak i Úřad pro ochranu osobních údajů nepovažuje provozování webového portálu www.znamylekar.cz za porušení trestního zákona, ani právních předpisů na ochranu osobních údajů. Původně pokud provozovatel tohoto portálu byl požádán, aby jméno některého z lékařů, kteří zde byli jmenováni, bylo z této webové stránky staženo, bylo tomuto přání vyhověno. Pokud však někdo další „přispěl“ a znovu uvedl jméno příslušného lékaře, toto se zde znovu objevilo. V poslední době již provozovatel odmítá žádosti o vypuštění příslušného jména z této webové stránky.

Je nepochybné, že ČLK není oprávněna podávat proti provozovateli žalobu – k tomu je oprávněn každý, kdo by se údaji uvedenými na této webové stránce cítil dotčen na svých osobnostních právech, zejména v právu na ochranu osobní cti a důstojnosti podle § 11 občanského zákoníku. V současné době podnikáme kroky k tomu, aby provozovatel byl identifikován tak, aby bylo možno na něho podat občanskoprávní žalobu. Žalobu může podat každý jednotlivý lékař, který by se cítil dotčen nepravdivými urážlivými údaji uvedenými na této webové stránce. Vzor příslušné žaloby pro členy ČLK připravíme. Výsledek případného soudního sporu nelze samozřejmě předjímat.

JUDr. Jan Mach, ředitel právní kanceláře ČLK

Nikoli šafrán, ale kandík psí zub

Velice mě udivil obrázek květiny na krabičce potravinového doplňku Saframyl, inzerovaného v Tempus medicorum č. 3/2009. Ta rostlina totiž není šafrán setý (*Crocus sativus* L.), ale kandík psí zub (*Erythronium dens-canis* L.). Možná, že pracovníkům v reklamě připadal květ kandíku hezčí než květ šafránu, ale že se nenašel nikdo, kdo by je na tuto nesrovnalost upozornil, mě zaráží, zvláště u západoevropské firmy, kde by člověk předpokládal snad trochu serióznější přístup ke spotřebitelům.

Kandík psí zub je květina velice vzácná, která v Česku volně roste na jediném nalezišti, a to v Posázaví poblíž Pikovic na svahu Medníka. Kveté koncem března a samozřejmě je přísně chráněná.

Ladislav Appl



Šafrán



Kandík psí zub

Vyjádření Edukafarmu:

Informace daného čtenáře se do naší redakce dostala již dříve, a proto jsme se tomu s velkou pečlivostí věnovali. Oslovili jsme výrobce ve Francii a bylo nám sděleno, že ilustrátor se dopustil chyby, že opravdu zaměnil jinak relativně podobné visuály obou rostlin. Ocenili jsme na tomto sdělení zejména skutečnost, že nikdo u francouzského vý-

robce nemlžil a nevytácel se, jak tomu bývá téměř pravidlem v našich zeměpisných šířkách, kde vyjádření pravdy se často považuje za slabost. V tomto ohledu tedy považujeme jednání výrobce za vysoce seriózní a nemáme ze záměny obrázků dojem znevážení spotřebitele. Rozhodně je ale potřeba ocenit jeho botanické znalosti. Samozřejmě, výrobce se rozhodne, jestli uvede vše na pravou míru nebo ponechá obaly tak, jak jsou nyní k dispozici. Pořád je nutné si uvědomovat, že jde pouze o vyjádření ilustrace. A při vši úctě k požadované botanické shodě obrázku rostliny a v přípravku užití účinné látky: obrázek kandíku je hezčí než obrázek šafránu...

*Zdeněk Procházka,
ředitel společnosti Edukafarm*



Může český lékař na Slovensku sám sobě předepsat lék?

Dotaz:

Byla jsem navštívit rodinu na Slovensku, a tam jsem onemocněla já i moje sestra i otec. Byla jsem schopna léčit sama sebe i mé blízké, nepotřebovala jsem navštívit jiného lékaře. Ale potřebovala jsem léky, které jsou i na Slovensku vázány na lékařský předpis. V lékárně mi také neuměli poradit, jak takovouto situaci řešit, protože oni potřebovali slovenský recept. Zajímalo by mne, tak takovéto situace správně řešit.

*Eubica Víchová,
praktická lékařka pro dorost a dospělé, Hranice*

Odpověď:

Zde je informace o postupu při vydávání léků předepsaných na zahraničních lékařských předpisech ve slovenských lékárnách, resp. o tom, jak má postupovat lékař vykonávající povolání v ČR, který si během pobytu na Slovensku ze zdravotních důvodů musí předepsat lék, jehož výdej je vázán na lékařský předpis.

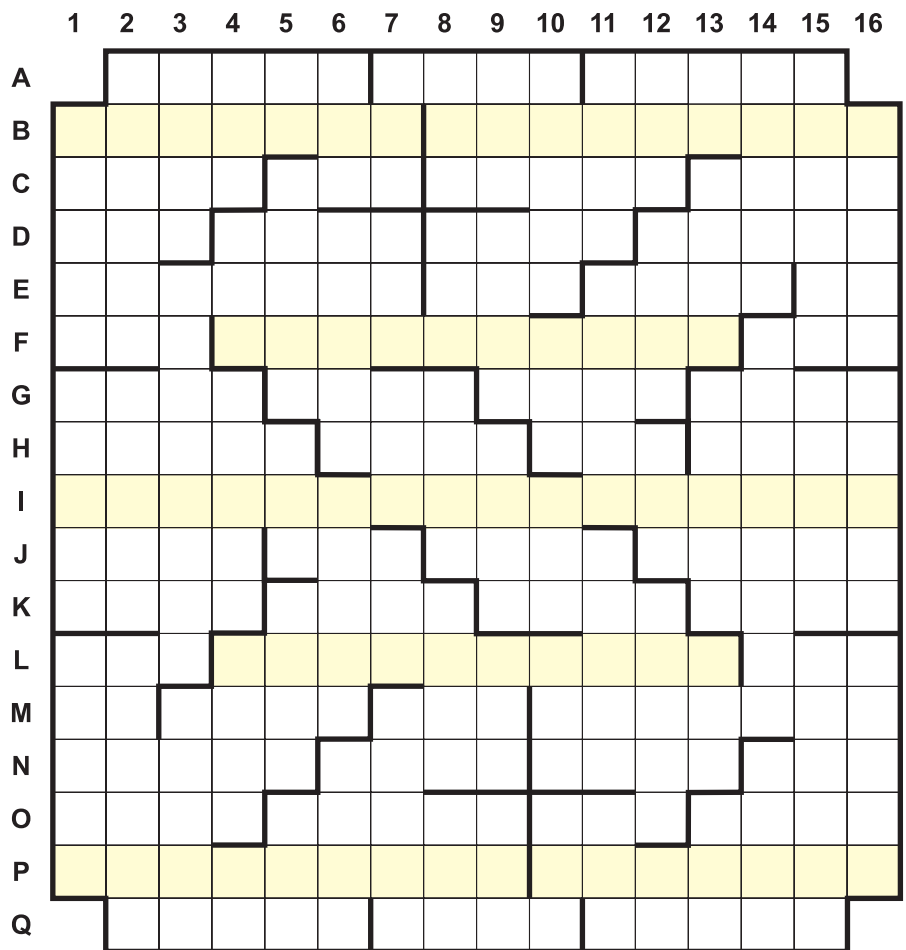
Na rozdíl od české právní úpravy, zákon č. 140/1988 Z.z., o lécích a zdravotnických pomůckách, v platném znění, neobsahuje ustanovení o uznávání zahraničních lékařských předpisů a o výdeji léků na zahraniční předpisy. Podle vyjádření Ministerstva zdravotnictví SR by v budoucnu měla být tato problematika řešena Směrnicí EU o poskytování zdravotní péče v zahraničí.

V praxi mnoho slovenských lékáren uznává lékařské předpisy sousedních států a vydává léky, které jsou vázány na lékařský předpis. Podle dostupných informací však takto nepostupují všechny lékární. Pravděpodobným důvodem je chybějící zákonná úprava. V souladu se zásadou, že co právní předpis nezakazuje, je možné, tedy nic nebrání slovenské lékárně, aby přijala recept předepsaný na českém tiskopisu. Tato informace nám byla rovněž potvrzena telefonickým dotazem na Ministerstvo zdravotnictví SR. Archivací tohoto receptu lékárna splní zákonnou podmínku výdeje léčiva vázaného na lékařský předpis.

Zmíněný léčivý přípravek je však lékař/pacient povinen ve slovenské lékárně uhradit v hotovosti, a teprve následně po návratu do ČR je možno u zdravotní pojišťovny uplatnit nárok na úhradu léčiva z veřejného zdravotního pojištění, a to v poměru, ve kterém je léčivý přípravek hrazen českou zdravotní pojišťovnou. V případě českého lékaře se tak děje proto, že s největší pravděpodobností není ve smluvním vztahu se slovenskou zdravotní pojišťovnou.

*Mgr. Bc. Miloš Máca, právní oddělení ČLK,
ve spolupráci s JUDr. Ondřejem Škodlerem a Danielovou
Resutíkovou ze Slovenské lékařské komory*

Křížovka o ceny



VODOROVNĚ: A. Plukovník (zastarale); druh bavlny; násada k náradí. - B. **1. díl tajenky; 3. díl tajenky.** - C. Část molekuly; ještě; zápasíště; kožní vyklenutí před stydkou sponou ženy. - D. Úder rohy; ve svém bytě; hrud; plavecký styl. - E. Zpěvný pták; biblická osoba; odnímat; SPZ Šumperka. - F. Citoslovce porozumění; **2. díl tajenky;** výběžek pevniny do moře. - G. Jméno básníka Ovidia; mohutný asijský strom; klus koně; nedotknutelný. - H. Účinek; ruské vesnice; SPZ Benešova; cizokrajný dravý pták. - I. **4. díl tajenky.** - J. Mongolský pastevec; arabské mužské jméno; cizokrajný stromový savec; německy „pirát“. - K. Existující; trochu; španělsky „býk“; francouzský komik. - L. Které (slovensky); **6. díl tajenky;** SPZ Českého Krumlova. - M. Značka miliampéru; lán; rumunská měna; francouzský hudební skladatel. - N. Akvarijní ryba; žebrák v mariáši; turovitý savec; tamto. - O. Losování; město na Dunaji; šíje; slovensky „květ“. - P. **7. díl tajenky; 5. díl tajenky.** - Q. Krmivo pro koně; sedliny; slovensky „dobře“.

SVISLE: 1. Porážka dobytka; neporádek; anglické ženské jméno (Amáta). - 2. Skalisko; událost budící pohoršení; druh papouška. - 3. Anglicky „kniha“; nakosené; pahorek (řídce). - 4. Lihovina; zázrak; nápadná; plavidla z kmenů; polní míra (slovensky). - 5. Zkratka Smetanova divadla; dozpívat; čtvrt tuctu; tlačenice; zkratka protivzdušné obrany. - 6. Tvoje; židovský nekvašený chléb; ves na Benešovsku; souhrn vkladů do hry. - 7. Pobřežní písčina; přibližně; dřevina bez kmene; avšak; hájek. - 8. Označení citlivosti filmů; žvást; druh slitiny; opotřebovat jízdou; smyčky. - 9. Slovensky „keř“; zakladatel pražského železářství; vzdychat; africký veletok; vykleštěný býk. - 10. Očistit koštětem; rodový znak; slovenský souhlas; ten i onen; v jaký čas. - 11. Jednotka hmotnosti; druh slitiny; chemický prvek; pokolení. - 12. Středová čára; halit; husitská zbraň; člověk zbavený svobody; předložka s 6. pádem. - 13. Ludolfovo číslo; luštěnina; skrývat; domácí Ilona; topeniště otevřené do komína. - 14. Otáčka; rácci; vařené vepřové maso z hlavy. - 15. Hluky; plácát (dětsky); vlivné styky. - 16. Hlezenní kost; uskrnouti; anglicky „dusík“.

Pomůcka: alap, anoa, azote, Isa, Psáře, talus.

V Tempus medicorum 3/2009 jsme hledali výrok z knihy Hanse Tilschera *Klinika obratlových chorob: Jeden symptom je málo pro diagnózu; žlutý je pacient s ikterem, ale též Číňan.*

Knihu Gustava Flauberta *Byli jednou dva písaři* získává deset výherců, které jsme vylosovali: **Alena Cabalová**, Praha 1; **Jan Černý**, Chomutov; **Květa Dousková**, Senohraby; **Miroslav Edl**, Olomouc; **Marie Homolková**, Plzeň; **Vojtěch Mikláš**, Praha 1; **Josef Nedvěd**, Karviná-Mizerov; **Zdeněk Pöschl**, Týniště nad Orlicí; **Daniela Růžičková**, Plzeň; **Marie Šmidová**, Skuhrov.

Na správné řešení tajenky z čísla 4/2009 čekáme na adrese recepce@clckr.cz do **10. května 2009.**

Hodně štěstí!

Obsah

Mírnění bolesti u umírajícího pacienta.....1	Pozastavení registrace léčivého přípravku Raptiva4
----------------------------------------------	----------------------------------------------------------

MÍRNĚNÍ BOLESTI U UMÍRAJÍCÍHO PACIENTA

Bolest a utrpení v terminální fázi

Terminální fáze onemocnění, „umírání“, poslední dny a hodiny života, jsou z klinického hlediska dynamickým obdobím. Mění se obraz a intenzita tělesných obtíží a často s nebývalou silou vystupují na povrch faktory psychosociální a spirituální. Jako lékaři pocítujeme nejednou tvář v tvář umírajícímu pacientovi určité rozpaky. Jeho komplexní prožitek utrpení při umírání se snažíme rozložit na jednotlivé „symptomy“, stavební kameny, které umíme ovlivnit. Tento analytický přístup je jistě dobrý a vychází z nejujavnější podstaty moderního lékařského myšlení. Jeho úskalí tkví v určité (často nevědomé) redukci celé složité situace na soubor symptomů, které umíme svými léčebnými zásahy ovlivnit. Oblasti pacientova prožívání, které léčebně ovlivnit neumíme a které přitom mohou být u konkrétního pacienta tím nejvýznamnějším zdrojem utrpení, nejednou zůstávají zcela bez povšimnutí (např. oblast psychologická a spirituální).

Na bolest je třeba pohlížet jako na jednu dimenzi utrpení v závěru života. Lékař by se měl vždy snažit zjistit, jak významnou roli bolest u pacienta hraje a podle toho přistupovat k její léčbě. Koncept multidisciplinární paliativní péče se snaží o celostný přístup k pacientovi. Hodnocení a léčba bolesti jsou důležitou součástí paliativního přístupu. V následujících odstavcích se zabýváme některými aspekty výskytu, hodnocení a mírnění bolesti u umírajících pacientů. Z klinického hlediska v této fázi neexistují významné rozdíly v přístupu k pacientům s nádorovým a nenádorovým onemocněním.

Dynamika bolesti v terminální fázi

Mezi laickou i zdravotnickou veřejností je poměrně rozšířená představa, že terminální stádia většiny onemocnění jsou pravidelně spojená s bolestí, která může v posledních hodinách života nabývat až nesnesitelné intenzity a že právě až tato stádia jsou indikací k nasazení silných opioidů, např. morfinu. Skutečnost je ale odlišná. V posledních týdnech a dnech života je intenzita bolesti významně ovlivňována řadou faktorů, které mohou ve svém důsledku vést k zvýraznění, ale někdy rovněž k ústupu bolesti.

Faktory, které mohou vést ke zhoršení intenzity bolesti v terminální fázi:

- Progrese nádoru vedoucí k dalšímu tkáňovému poškození
- Metabolické poruchy: např. hyperkalcémie, hyperglykémie
- Komplikace imobility: muskuloskeletální bolest při svalových kontrakturách, dekubity

- Zácpa
- Nepravidelné užívání analgetik, např. při polykacích obtížích a zvracení
- Úzkost a strach z umírání a blížící se smrti
- Delirium
- Hyperalgie navozená dlouhodobým užíváním silných opioidů

Faktory, které mohou způsobit zmírnění bolesti v terminální fázi:

- Snížená pohyblivost pacienta vede k menším bolestem skeletu při jeho degenerativním nebo metastatickém poškození
- Dehydratace a renální insuficience může vést ke kumulaci aktivních metabolitů analgetik a zesílení analgetického účinku
- Celková alterace stavu vědomí může vést ke snížení vnímání bolesti

Výzkumy i naše klinické zkušenosti naznačují, že potřeba analgetik v terminální fázi v posledních 72 hodinách života velmi kolísá. Pouze přibližně u jedné třetiny až poloviny pacientů musí být dávka analgetik v posledních dnech života výrazněji zvyšována. U zbylé poloviny lze dostatečné úlevy od bolesti dosáhnout dlouhodobě zavedenými dávkami. Někdy je možné dávky dokonce mírně snížit. U většiny umírajících onkologických pacientů, kteří byli dlouhodobě léčeni silnými opioidy, lze dosáhnout dostatečného zmírnění bolesti dávkami odpovídajícími 150–200 mg morfinu s.c. denně^{1,2,3/}. U nemocných, kteří doposud silné opioidy neužívali, obvykle stačí denní dávka odpovídající 20–50 mg morfinu.

Obecné zásady farmakologické léčby bolesti v terminální fázi

Léčba bolesti u umírajících pacientů se principiálně neliší od obecně přijímaných zásad léčby chronické nádorové i nenádorové bolesti^{4,5,6,7/}.

Zvláštní připomenutí si zasluhují následující zásady:

- Podávání analgetik v pravidelných časových intervalech.
- Pravidelné hodnocení analgetického účinku. Intenzita bolesti může během dne výrazně kolísat.
- Pravidelné hodnocení nežádoucích účinků zavedené analgetické medikace a případná léčba těchto nežádoucích účinků.
- Pravidelné hodnocení, zda je pacient schopen přijímat léky zavedenou aplikační cestou. Cesta podání analgetika by měla být pokud možno co nejméně invazivní. Poruchy stavu vědomí, suchost sliznic, polykací potíže a také nevolnost a zvracení jsou u terminálně

nemocných nejednou tak významné, že zcela znemožňují podávání léků per os. Alternativou k perorálnímu podání je podání transdermální, rektální a subkutánní nebo intravenózní (formou pravidelných bolusů nebo kontinuální subkutánní infuze).

- Transdermální lékové formy (fentanyl TTS, buprenorfin TD) jsou určeny především k léčbě stabilní chronické bolesti. Jejich nevýhodou u pacientů v terminální fázi je poměrně pomalý nástup účinku (klinicky významný účinek nastupuje za 12-24 h a vyrovnané plazmatické koncentrace a plného účinku je dosaženo za 4-6 dní). Nasazování těchto léků u umírajících pacientů se proto nedoporučuje. U pacientů, kteří mají zavedenu léčbu náplastovými analgetiky v této léčbě můžeme pokračovat a podle aktuální intenzity bolesti podáváme navíc parenterálně (s.c. nebo i.v.) dávky analgetika (nejčastěji morfin, fentanyl, někdy také piritramid). Velikost jednotlivé „záchranné“ dávky je individuální a závisí na intenzitě bolesti a celkové denní dávce opioidního analgetika. Obvykle se tato dávka pohybuje v rozmezí 10-15 % analgetického ekvivalentu celkové denní dávky (např. pacient užívá fentanyl TTS 200 µg/h, jednotlivá „záchranná“ dávka bude 20-40 mg morfinu s.c., interval mezi dávkami 4-6 h).
- U pacientů v soporu a komatu není vhodné opioidní analgetika vysadit náhle, neboť i zde hrozí riziko abstinčního syndromu.
- U většiny umírajících nemocných jsou k mírnění bolesti nejvýhodnější silné opioidy. Léky této skupiny mohou kromě vlastního analgetického působení výrazně ovlivnit další časté symptomy terminální fáze: dušnost a úzkost. Vzájemná provázanost bolesti, dušnosti a úzkosti a deliria v praxi znamená, že pouze současné ovlivnění všech těchto obtíží může vést ke zmírnění utrpení umírajících.

- Většinu důležitých léků k mírnění diskomfortu při umírání lze podávat formou kontinuální intravenózní nebo subkutánní infuze. Některé z těchto léků mohou být podávány současně z jedné stříkačky. V praxi tak často můžeme jednou kontinuální subkutánní injekcí (aplikovanou např. jednoduchou infuzní pumpou - tzv. lineárním dávkovačem) současně ovlivňovat všechny významné symptomy při umírání. Přehled nejčastějších léků a jejich kombinací v léčbě symptomů při umírání je uveden v tabulce 1.

Jedním z pozitivních důsledků osvěty zdravotnické veřejnosti je pomalu se měnící názor na použití silných opioidů v léčbě silné nádorové i nenádorové bolesti. Postupně se prosazuje názor, že indikací k nasazení morfinu je nedostatečný efekt slabších analgetik a nikoliv nepříznivá prognóza. Nejednou se dnes ovšem setkáváme s opačnou krajností. Na silné opioidy (především na morfin) bývá někdy pohlíženo jako na určitý „všelék“ na řešení všech aspektů utrpení umírajících. Zde však platí, že některé aspekty utrpení umírajícího (např. silný strach, úzkost a zmatenost) silnými opioidy ovlivnit nelze a zvyšování jeho dávky může pacienta celkově utlumit, prohloubit úzkost a zhoršit jeho delirantní stav.

Bolest a delirium

Problematika deliria (kolísavý stav vědomí, porucha pozornosti, dezorientace, často porucha spánkového cyklu, agitovanost, někdy halucinace) je v péči o terminálně nemocné velmi významná. Prevalence deliria v posledních dnech života se pohybuje v závislosti na populaci pacientů od 20-80 %^{8/}. Pokročilé onemocnění pacienta disponuje k rozvoji deliria z řady příčin.

Tabulka 1. Nejčastější lékové kombinace pro mírnění bolesti a dalších symptomů v terminální fázi nemoci
(Uvedeny jsou denní dávky podávané kontinuálně parenterálně i.v. nebo s.c.)

Léčivá látka	Obvyklé dávkování	Indikace
Morfin	Individuální (obvykle 20-500 mg/24 h)	Bolest, dušnost
Morfin + Metoklopramid	Individuální 20-60 mg/24 h	Bolest, dušnost, nevolnost
Morfin + metoklopramid + haloperidol	Individuální 20-60 mg/24 h 5-30 mg/24 h	Bolest, dušnost, nevolnost, zmatenost, delirium
Morfin + dexamethason	Individuální 4-12 mg/24 h	Bolest, nevolnost, zvracení
Metoklopramid + haloperidol	30-60 mg/24 h 5-30 mg/24 h	Nevolnost, zvracení, zmatenost, delirium
Morfin + midazolam	Individuální Individuálně (10-40 mg/24 h)	Paliativní analgosedace: bolest, dušnost, úzkost, delirium

Poznámka: uvedené lékové kombinace lze podávat samostatně bolusovou formou. Alternativou je společné kontinuální podání z jedné stříkačky. Uvedené kombinace léků jsou kompatibilní.

Nejčastější příčiny deliria u terminálně nemocných pacientů:

- Léky: opioidy, tricyklická antidepresiva, antikonvulziva, benzodiazepiny, kortikoidy
- Dehydratace: uremie, kumulace aktivních metabolitů psychotropních léků
- Metabolické příčiny: hyperkalcemie, hyponatremie, dehydratace
- Abstinenci syndrom (alkohol, nikotin, benzodiazepiny, drogy)
- Hypoxie mozková při závažném postižení plic (metastázy, výpotky) a hypotenzi
- Cerebrovaskulární příhody, postižení CNS nádorem
- Infekce, seps

Delirantní pacient ztrácí schopnost hodnocení a komunikace o vlastním prožívání. Není tedy schopen spolehlivě odpovědět na otázky typu „Jak se cítíte?“ nebo „Kde a jak moc to bolí?“. Proto je obtížné až nemožné spolehlivě hodnotit intenzitu bolesti a také účinnost analgetické léčby. Umírající delirantní pacient často vyjadřuje nespecifický diskomfort (nařikání, sténání, bolestivé grimasy). Ten je třeba uvážlivě interpretovat. Pouhé zvýšení dávky silných opioidů často situaci pouze zhorší. Je třeba provést základní diferenciální diagnostiku a pokud je to možné a přiměřené klinickému kontextu, delirium léčit kauzálně (podrobněji viz např.^{8/}). Někdy je třeba snížit dávku zavedeného opioidu, popř. změnit druh opioidu (provést „rotaci“) s redukcí vypočítané ekvianalgetické dávky o 30-50 %. Pokud je přítomna psychotická symptomatologie, přidáváme antipsychotika (např. haloperidol 1-5 mg 3-4x denně p.o., s.c. nebo i.v., tiaprid 100-200 mg 2-3x denně p.o., s.c. nebo i.v., melperon 25-50 mg p.o. nebo 25 mg 1-3x denně s.c., levomepromazin 25-50 mg 1-3x denně p.o., s.c.). Pokud je přítomna výrazná úzkost a neklid podáváme současně s antipsychotiky také benzodiazepiny. Přednost by měly mít jednoznačně preparáty s rychlým nástupem účinku a krátkým poločasem účinku. To umožňuje flexibilní úpravu dávky. V prostředí paliativní péče o umírající se nejvíce užívá midazolam (2 mg i.v. nebo 2,5-5 mg s.c. po 3-4 hodinách, popř. kontinuální s.c. nebo i.v. infuze, obvykle v dávkovém rozmezí 30-80 mg/24 h). Diazepam je méně vhodný s ohledem na dlouhý poločas účinku a často pozdní sedativní účinek.

Umírání a hyperalgezie

U umírajících pacientů se někdy setkáváme s výraznou změnou charakteru bolestivého stavu. Pacienti udávají bolesti v místech, kde není přítomno žádné tkáňové postižení, stěžují si, že je „bolí všechno“, extrémně bolestivě reagují na dotyk a změnu polohy a každý pohyb. Podobný stav je v poslední době opakovaně popisován i u jiných skupin pacientů léčených dlouhodobě vysokými dávkami opioidů. Při objektivním vyšetření nacházíme kožní hyperalgezi až alodynii, obvykle generalizovanou. Tento stav se někdy objevuje současně s deliriem. Zdá se, že opioidy navozená hyperalgezie je svým mechanismem odlišná od klasické tolerance. Jedná se spíše o určitý typ neuropatické bolesti v důsledku neurotoxicity opioidů. U rozvinuté hyperalgezie vede další zvyšování dávky opioidů pouze k zhoršení celkové situace. Na hyperalgezi je třeba mít podezření vždy, když u pacientů léčených denními ekvivalenty 500 mg morfinu a více nedochází k ústupu bolesti. Z hlediska léčebného je obvyklou strategií snížení dávky opioidu (o 30-50 %), popř. změna druhu opioidů („rotace“)

a podání nového opioidu v dávce odpovídající 50 % vypočítané ekvianalgetické dávky (k problematice rotace opioidů viz např.^{9/}). Někteří autoři v této indikaci užívají subanestetické dávky ketaminu (25-100 mg p.o. 3-4x denně, 75-300 mg/24 hodin kontinuální subkutánní infuzí). Současně redukuje dávky opioidu minimálně o 50 %. Perorální a subkutánní podávání parenterálního ketaminu je z hlediska SPC postupem „off label“. V zahraničí a především v prostředí paliativní péče jsou tyto aplikační způsoby poměrně hojně používány. Ke snížení psychotomimetických účinků ketaminu podáváme haloperidol (2,5-5 mg 1-2x denně p.o., s.c. nebo i.v.) nebo benzodiazepiny (např. midazolam 5-10 mg/24 hodin kontinuálně s.c. nebo i.v. nebo alprazolam 0,25-0,5 mg 2-3x denně p.o.^{10/}). Pacientův stesk, že ho „bolí všechno“ bývá u umírajících někdy výrazem velkého existenciálního utrpení (pocit bezmoci, viny, opuštěnosti, beznaděje, strachu ze smrti). „Léčba“ zde spočívá v empatické komunikaci, v podpoře pacientových přirozených vztahů a vazeb (rodina, přátelé), někdy ve specializované podpoře psychologické a pastorační. Zkušenosti z hospiců ukazují, že u části pacientů s „neztížitelnou“ bolestí lze po vytvoření pocitu bezpečí, klidu a důvěry k ošetřujícím zdravotníkům „zázračně“ dosáhnout dobrého zmírnění bolesti a to s dávkami analgetik nižšími, než tito pacienti původně užívali.

Závěr

Zkušenost utrpení je nedílnou součástí lidského života i umírání. Není v silách moderní medicíny utrpení zcela odstranit. Jsme však schopni velmi účinně mírnit některé jeho podoby. Dnešní medicína dovede zmírnit bolest i ostatní tělesné symptomy umírání na dobře snesitelnou míru.

Literatura

1. Fainsinger R, Miller MJ, Bruera E, Hanson J. Symptom control during the last week of life on a palliative care unit. *J Palliat Care*7(1), 1991, 5-11.
2. Lichter I, Hunt E. The last 48 hours of life. *J Palliat Care* 6(4), 1990, 7-15.
3. Nauck F. Symptomkontrolle in der Finalphase, *Schmerz* 15, 2001, 362-369.
4. Ševčík P, Vorlíček J. Bolest a možnosti jejího léčení in: Vorlíček J, Adam Z et al. *Paliativní medicína*, 2.vydání, Praha: Grada Publishing, 2004, 537 s.
5. WHO: Cancer pain relief: report of a WHO Expert Committee. 1st edition. Geneva, World Health Organization, 1990 (WHO Technical Report Series, No.804), 2nd edition, WHO, 1996.
6. Kolektiv autorů. Metodické pokyny pro farmakoterapii bolesti, Update, *Bolest*, 9, 2006, Supplementum 3.
7. Vorlíček J, Adam Z, Pospíšilová Y. *Paliativní medicína*, 2. vydání, Grada Publishing, Praha 2004, 537 s.
8. Kabelka L. et al. Delirium. in: Sláma O, Kabelka L, Vorlíček J. *Paliativní medicína pro praxi*, Praha: Galén, 2007, 242-247.
9. Sláma O, Bystřický Z. Opioidní analgetika. in: Sláma O, Kabelka L, Vorlíček J. *Paliativní medicína pro praxi*, Praha: Galén, 2007, 52-65.
10. Glare P, et al. Symptom control in care of the dying. in: Ellershaw J, Wilkinson S. *Care of the dying*. Oxford: Oxford University Press, 2003, 42-61.

POZASTAVENÍ REGISTRACE LÉČIVÉHO PŘÍPRAVKU RAPTIVA

Evropská léková agentura (EMA) doporučila pozastavení registrace léčivého přípravku Raptiva, obsahujícího efalizumab, pro možná závažná bezpečnostní rizika.

Evropská léková agentura (EMA) doporučila pozastavení registrace léčivého přípravku Raptiva (efalizumab) ve všech státech Evropské unie. Ze závěrů hodnocení Výboru pro humánní léčivé přípravky (CHMP) vyplývá, že přínosy léčby Raptivou nepřevyšují její rizika.

Raptiva je v EU registrována od roku 2004 pro terapii pacientů se středně těžkými až těžkými formami chronické ložiskové psoriázy, u kterých nelze použít jinou systémovou léčbu, včetně cyclosporinu, methotrexatu a PUVA (psoralen a UVA záření). V České republice je na trhu od r. 2005.

Mezi nejzávažnější zjištěné nežádoucí účinky spojené s užíváním Raptivy patří progresivní multifokální leukoencefalopatie (PML), vzácná mozková infekce způsobená JC virem (JCV, John Cunningham virus). JCV se v lidském organismu vyskytuje běžně, ale ke vzniku PML vede pouze v případech, kdy je oslaben imunitní systém. Při PML dochází k poškození pouzdra obklopujícího nervy a to obvykle vede k těžkému neurologickému poškození nebo úmrtí. U pacientů léčených přípravkem Raptiva byly zaznamenány tři potvrzené a jeden suspektní případ PML. Dva ze tří potvrzených případů PML skončily úmrtím pacienta.

Na základě přehodnocení všech dosud dostupných údajů o bezpečnosti a účinnosti přípravku Raptiva Výbor pro humánní léčivé přípravky udělal následující závěry:

- Účinek léčivého přípravku Raptiva není dostatečný.
- Mezi další možná závažná rizika, vedle již zmíněné PML, patří Guillain-Barré a Miller-Fisher syndrom, encefalitida, encefalopatie, meningitida, sepse a oportunní infekce.
- Není k dispozici dostatek údajů o účinnosti a bezpečnosti přípravku, které by podporovaly omezení indikace léčivého přípravku Raptiva pouze na pacienty, kteří nemohou užívat nebo neodpovídají na alternativní léčbu jako jsou inhibitory tumor nekrotizujícího faktoru alfa (TNF alfa).
- Pouhé omezení užívání léčivého přípravku Raptiva by pravděpodobně nevedlo ke snížení rizika PML u léčených pacientů.

- Riziko PML, která je obvykle smrtelná, není u pacientů s psoriázou léčených Raptivou přijatelné vzhledem k tomu, že psoriáza, ačkoli může působit závažné sociální a psychologické problémy, vede jen vzácně k ohrožení života.
- Pro stejnou indikaci, ve které je používána Raptiva, jsou nyní k dispozici alternativní léčivé přípravky.

Výbor CHMP proto uzavřel, že rizika spojená s užíváním léčivého přípravku Raptiva převyšují jeho přínosy, a doporučil pozastavení registrace tohoto léčivého přípravku. V důsledku tohoto opatření nebude léčivý přípravek dostupný na trhu do té doby, než se podaří identifikovat skupinu pacientů, u kterých by přínosy z léčby Raptivou převážily nad jejími riziky.

Doporučení pro lékaře předepisující Raptivu:

- Nezahajovat léčbu Raptivou u žádného nového pacienta.
- Přehodnotit léčbu u pacientů aktuálně užívajících Raptivu s ohledem na její vysazení.
- Raptiva by neměla být náhle vysazena, aby se předešlo navrácení či zhoršení onemocnění. Je nutné zvážit alternativní léčbu.
- Účinek Raptivy na imunitní systém přetrvává 8 až 12 týdnů. Lékaři by měli zajistit další sledování pacientů, kteří užívali Raptivu, s ohledem na možný výskyt infekcí a neurologických symptomů.

Doporučení pro pacienty:

- Pacienti aktuálně užívající Raptivu by měli navštívit svého ošetřujícího lékaře.
- Pacienti by neměli přerušit léčbu náhle. Měli by se poradit s lékařem o nejhodnější alternativní terapii.
- Pacienti, kteří užívali Raptivu v minulosti a mají dotazy, by se měli obrátit na svého lékaře či lékárníka.

Úplné doporučení Evropské lékové agentury (EMA) je dostupné na webových stránkách EMA: www.emea.europa.eu

Více informací o léčivém přípravku Raptiva je dostupných v evropské hodnotící zprávě:

<http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/raptiva/raptiva.htm>

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

Farmakoterapeutické informace jsou vydávány Státním ústavem pro kontrolu léčiv a distribuovány jako příloha časopisu Tempus Medicorum a Časopisu českých lékárníků. Materiál publikovaný ve FI nemůže být používán pro žádnou formu reklamy, prodeje nebo publicity, ani nesmí být reprodukován bez svolení.

Šéfredaktor: MUDr. Marie Alušíková, CSc.

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

Výkonný redaktor: RNDr. Blanka Pospíšilová, CSc.

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

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

Náklad 52.000 výtisků

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

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



ISSN 1211 – 0647
MK ČR E 7101