



# TEMPUS MEDICORUM

5/2015  
ROČNÍK 24

ČASOPIS ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY



## DÁLE V TOMTO ČÍSLE:

Pokračuje diskuse  
o postgraduálním  
vzdělávání lékařů

Právní analýza  
kompetencí  
České lékařské komory

Závazné stanovisko ČLK  
nemění podmínky pro  
výkon funkce vedoucího  
lékaře LDN nebo hospice

Rozhovor  
s Pavlem Kubíčkem  
o středočeském  
zdravotnictví

Francouzští lékaři  
nesouhlasí  
s připravovanou  
reformou zdravotnictví

Informace policii  
jen se souhlasem soudce

**Valorizace platby za státní pojištění:  
finance versus zdravotnictví**



## Když se dva perou, zdravotnictví pláče

Ministr financí Babiš nesouhlasí s valorizací platby za státní pojištěnce. Tvrdí, že naše výdaje na zdravotnictví ve výši 7,5 % českého HDP jsou v rámci Evropské unie při porovnání parity kupní síly průměrné. Nemá pravdu. Ve skutečnosti jsme na chvostu Evropy a naše zdravotnictví spíše než černou díru připomíná perpetuum mobile. To však funguje na úkor zdravotníků, kteří zůstávají v pozici jeho nedobrovolných sponzorů. A pokud pan ministr připomíná nárůst platby za státní pojištěnce v loňském roce, který beztak pouze kompenzuje zrušení regulačních poplatků, se kterým mimochodem souhlasilo i hnutí ANO, neměl by zapomínat ani na čtyři roky její stagnace za ministrování docenta Hegera, ani na zvyšování DPH za ministra Kalouska nebo na dopady nesmyslné devalvace české koruny.

V čem naopak vicepremiér Babiš pravdu má, je kritika pomalého postupu Ministerstva zdravotnictví při nastolování pořádku v cenách i úhradách léků a zdravotnických prostředků, jeho liknavost při kontrole fungování zdravotních pojišťoven nebo neschopnost předložit zákon o veřejných neziskových nemocnicích, který je přitom jednou z vládních priorit ve zdravotnictví.

Stejnou pravdu má však také ministr Němeček, když spolu s dalšími kolegy z vlády kritizuje neschopnost Ministerstva financí zabránit miliardovým daňovým podvodům a zajistit lepší výběr daní. Daně či odvody zdravotního a sociálního pojištění tak navzdory slibům zůstávají stejně nespravedlivé jako za ministra Kalouska.

Oba ministři si, alespoň co se výsledků jejich práce týká, tedy nemají zrovna co vyčítat. A nejsou v tom zdaleka sami. Koaliční vláda disponující pohodlnou většinou v obou komorách Parlamentu toho totiž na legislativním poli zatím vůbec příliš nepředvedla.

Říká se, že když se dva perou, pak třetí se směje. Když se však perou dva ministři o vliv ve zdravotnictví, pak bude zdravotnictví plakat a s ním spláceme nad výdělkem také my lékaři a s námi naši pacienti. A pokud se oba pánové nedohodnou, že rádi se sice mít nemusí, ale jako členové vládního týmu musí být schopni spolupracovat, pak nám nebude nic platné to, že

každý z nich má při kritizování svého protějšku svůj díl pravdy.

Nízké výdaje znamenají zhoršování kvality, dostupnosti a bezpečnosti zdravotní péče.

Jakkoli má současný spor o valorizaci platby za státní pojištěnce svůj komický osobní rozměr, pro zdravotnictví má význam zcela zásadní. Čtyři roky trvající stagnace této platby byly totiž hlavní příčinou ekonomických problémů resortu. Nespravedlnost je do nebe volající. Zatímco osoby bez zdanitelných příjmů si dnes musí platit zdravotní pojištění ve výši 1242 Kč, stát odvede za děti, důchodce a nezaměstnané měsíčně pouhých 845 Kč. To je nemorální.

Stát samozřejmě nemá k dispozici jiné peníze

než ty, které vybere na daních. A nám občanům by nemělo být lhostejné, jak s našimi penězi politici nakládají. Kvalitní zdravotnictví si přejeme všichni, měli bychom to však více dávat najevo. Populistické řeči o tom, jak ve zdravotnictví údajně všichni kradou se snad dobře poslouchají u piva, zdravotní péči pro pacienty nezajistí. Aby mohlo fungovat, musí zdravotnictví mít peníze. Pojišťovny potřebují každý den 600 milionů korun na úhradu péče pro své klienty. Politici, ti mohou mudrovat o koncepcích, vizích a strategiích donekonečna. Je to součást jejich práce. Starostí nás lékařů je léčit pacienty, nikoli vymýšlet finty, jak zhoršit dostupnost, kvalitu a bezpečnost zdravotní péče a ušetřit na pacientech, aniž by si toho voliči povšimli. Nemocný člověk prostě potřebuje léčbu nyní, nemůže čekat, až někdo ucpe pomyslné díry, kterými část peněz ze zdravotnictví prýští do kapes různých vyčůránků.

Zdravotníci, kteří jsou na své práci existenčně závislí, chtějí oprávněně za ni dostat slušně zapláceno. Proto podporují zvyšování výdajů na zdravotnictví. Téhož by se však hlasitě měli dožadovat také občané, kteří jsou všichni minimálně potenciálními pacienty. Nedostatek peněz totiž znamená mimo jiné delší čekání na vyšetření či plánované operace, vyšší doplatky za léky v lékárnách, horší jídlo a méně ošetrovatelského personálu v nemocnicích, nedostupnost péče v léčebnách dlouhodobě nemocných... Až na tyto projevy zhoršující se dostupnosti, kvality a bezpečnosti zdravotní péče budou pacienti či jejich příbuzní oprávněně nadávat, měli by si vzpomenout, kdo za to může. Lékaři to nejsou.

Milan Kubek

## Málo peněz = horší zdravotnictví

### OBSAH

#### FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ 3-8

Ministr zdravotnictví Němeček navrhuje valorizaci platby za státní pojištěnce  
Ministr financí Babiš je proti  
České zdravotnictví je podfinancované

#### PŘEŠASOVÁ PRÁCE 10-11

Problémy s přesčasovou prací trvají.  
Plat versus mzda

#### SPECIALIZAČNÍ VZDĚLÁVÁNÍ 12-15

Opravník omylů o postgraduálním vzdělávání  
Proč je nutná změna zákona  
Opětovné sloučení pediatrie je nutností

#### POLEMIKA 16-18

Profesoři Anděl a Pařko o postgraduálním vzdělávání kdysi a dnes

#### ČINNOST ČLK 19-21

Lékařská komora a její kompetence  
Podmínky pro výkon funkce primáře LDN a hospice se nemění  
Zákon o veřejných neziskových nemocnicích

#### ROZHOVOR 22-23

Pavel Kubiček: Nemocnice jako akciovky nejsou ideálním řešením

#### ZAHRAŇIČÍ 24-25

Reforma zdravotnictví ve Francii

#### PRÁVNÍ PORADNA 26-31

Informace policii jen se souhlasem soude  
Vy se ptáte, právník odpovídá  
I soudní znalec má svá práva

#### NAPSALI JSTE 32-35

#### SERVIS 38-41

Vzdělávací kurzy ČLK  
Inzerce  
Křížovka

#### KOMERČNÍ PŘÍLOHA SCRIPTA MEDICORUM

#### MĚSÍČNÍK TEMPUS MEDICORUM

Vydává: Česká lékařská komora, Dolní nám. 38, 771 00 Olomouc  
Registr. číslo MK ČR 6582 • ISSN 1214-7524 • IČ 43965024  
Adresa redakce: Časopis ČLK, Lékařská 2, 150 00 Praha 5  
tel. +420 257 217 226 • fax +420 257 220 618 •

receptce@clkr.cz • www.clkr.cz

Šéfredaktor: MUDr. Milan Kubek

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

Odpovědná redaktorka: PhDr. Blanka Rokosová

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

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

Generální ředitel: Ing. David Hurta

Ředitel divize Medical Services: Karel Novotný, BA (Hons)

www.medical-services.cz

Art Director: Petr Honzátko

Grafická úprava, sazba: Jan Borovka

Inzerce: inzerce-tempus@clkr.cz

Ředitelka distribuce a výroby:

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

Tisk: EUROPRIINT a. s.

Uzávěrka čísla 4: 6. 5x. 2015 • Vyšlo: 11. 5. 2015

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 (prijímá redakce)

Příspěvky se nemusí shodovat se stanoviskem redakce.

Ta si současně vyhrazuje právo na redakční úpravu textů.

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

Větší rozsah a inzerát nelékaře je zpoplatněn. Při zadávání

inzerátů je proto potřeba zadat fakturační kontaktní adresu,

IČ, DIČ, telefon, e-mail.

Bez těchto informací nebude inzerát zveřejněn.



Foto: Mecciani

# Ministr Němeček navrhuje zvýšení platby za státní pojištěnce

**Vláda se ve svém programovém prohlášení zavázala vrátit ke koncepci pravidelné valorizace platby pojistného za osoby, za něž je plátcem pojistného na veřejné zdravotní pojištění stát. Ke zmrazení plateb došlo před šesti lety, v roce 2009.**

Ke koncepci pravidelné valorizace platby pojistného za osoby, za něž je plátcem pojistného na veřejné zdravotní pojištění stát (dále jen „státní pojištěnci“), se vláda zavázala ve svém programovém prohlášení. Od této koncepce bylo ustoupeno v roce 2009 přijetím zákona č. 362/2009 Sb., kterým došlo na dlouhou dobu ke zmrazení výše platby (vyměřovací základ stanoven na 5355 Kč) za státní pojištěnce na 723 Kč za osobu a kalendářní měsíc.

Od roku 2010 do roku 2013 tak nedošlo ke změně platby za státní pojištěnce, ačkoli se dříve standardně zvyšovala.

Výpadek příjmů, které dříve zajišťovala valorizace platby za státní pojištěnce, musel být nahrazen vnitřními úsporami v systému

a zvyšováním efektivity systému. **Zdravotnictví tímto rozhodnutím přišlo o 19 miliard korun.** Takový je rozdíl mezi situací s extrapolovanou hodnotou platby za státního pojištěnce, byla-li by průměrná valorizace z minulých let přijata, a reálnou hodnotou za roky 2011, 2012 a 2013.

**Tzv. státní pojištěnci jsou skupinou pojištěnců, za které je do systému veřejného zdravotního pojištění odváděno nejnižší pojistné na veřejné zdravotní pojištění. Pojistné činí i v současnosti pouze 845 Kč za měsíc. I osoby bez jakýchkoli zdanitelných příjmů přitom platí pojistné ve výši 1242 Kč měsíčně, které odpovídá 13,5 % z minimální mzdy.** Výše pojistného za státní pojištěnce je tedy na úrovni pouze

68 % pojistného, které platí osoby bez zdanitelných příjmů.

I přes tuto disproporci ve výši pojistného mají tzv. státní pojištěnci na základě principu solidárnosti přístup k naprosto stejné péči jako jiní pojištěnci, kteří platí násobně vyšší pojistné, než je za tzv. státní pojištěnce odváděno státem.

**Na druhou stranu jsou tzv. státní pojištěnci skupinou, která čerpá největší objem zdravotních služeb.** Vzhledem k tomu, že státními pojištěnci jsou mimo jiné nezaopatřené děti nebo poživatelé důchodů, je logické, že objem jimi čerpané zdravotní péče je oproti jiným skupinám plátců pojistného vyšší, čemuž výše pojistného, které je za ně placeno, absolutně neodpovídá.

Zatímco zaměstnanci podle dat VZP z roku 2014 zaplatili u této zdravotní pojišťovny pojistné ve výši cca 61 mld. Kč a náklady na jim poskytnutou zdravotní péči činily cca 18,3 mld. Kč, za státní pojišťovnu bylo u VZP zaplacené pojistné ve výši cca 26 mld. Kč a náklady na jim poskytnutou péči činily cca 94 mld. Kč.

Nárok pojištěnců na čerpání zdravotních služeb je v systému veřejného zdravotního pojištění v České republice velmi široce pojatý. **Česká republika v mezinárodním srovnání poskytuje svým pacientům velmi širokou paletu hrazených zdravotních služeb. V kontrastu s tím však výdaje na zdravotní služby dosahují pouze 7,5 % HDP (údaj převzat z OECD Health Statistics 2014).** Insuficience prostředků v systému veřejného zdravotního pojištění je jednou z hlavních příčin nízké míry investic do infrastruktury a nedostatečného finančního ohodnocení zdravotnických profesí. **Nedostatečné finanční ohodnocení zdravotnických profesí je hlavním důvodem vysoké míry migrace zdravotnických profesionálů z České republiky do zemí, kde je jejich profese relativně výrazně lépe ohodnocena.** Podle údajů České lékařské komory odchází z ČR ihned po absolvování studia cca 200 lékařů, tedy cca 20 %. Každoročně odchází i cca 200 kvalifikovaných lékařů. V kombinaci se zvyšujícím se průměrným věkem lékařů a obecně stárnoucí populací v ČR jde o velmi nebezpečný trend, který by mohl mít v dlouhém období velmi negativní důsledky.

V současné době je výše vyměřovacího základu pro pojistné za státní pojišťovnu stanovena ve výši 6259 Kč přímo v § 3c odst. 1 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon č. 592/1992 Sb.“) Podle § 2 odst. 1 tohoto zákona přitom výše pojistného činí 13,5 % za rozhodné období. Na základě § 3c odst. 2 zákona č. 592/1992 Sb. přitom vláda může každoročně do 30. června změnit vyměřovací základ nařízením, a to s účinností k 1. lednu roku následujícího; přihlíží přitom k vývoji průměrné mzdy zveřejňované Českým statistickým úřadem, k možnostem státního rozpočtu a k vývoji finanční bilance veřejného zdravotního pojištění.

**Cílovým stavem je zajištění dostatečné výše platby pojistného za státní pojišťovnu v takové úrovni, která by přibližovala výši pojistného za státní pojišťovnu placenému ostatními skupinami plátců pojistného.** Toto navýšení by do určité míry kompenzovalo důsledky stavu



přetrvávajícího v přechodících letech, kdy výše platby za státní pojišťovnu byla zmrazena a její vývoj neodpovídal rozsahu služeb, které jsou na základě solidárního systému státním pojištěncům poskytovány. Opatření má zajistit, aby výše platby za státní pojišťovnu i v roce 2016 reagovala na růst průměrné mzdy v národním hospodářství.

V případě, kdy nebude přijata právní úprava ve formě nařízení o stanovení vyměřovacího základu u osoby, za kterou je plátcem pojistného na veřejné zdravotní pojištění stát, nedojde v roce 2016 ke zvýšení platby za státní pojišťovnu. **Systém veřejného zdravotního pojištění není bez navýšení příjmů schopen zajistit dostupnost moderních způsobů léčby a postupné zvyšování ohodnocení zdravotníků tak, aby reflektovalo náročnost a odpovědnost vykonávané práce.** V roce 2016 již nebude možné čerpat zůstatky na účtech zdravotních pojišťoven vytvořené v minulých letech.

V případě zachování platby za státní po-

jišťovnu na současné úrovni nebude reflektován ani narůstající rozdíl mezi jednotlivými skupinami pojištěnců, ke kterému mimo jiné přistoupilo i zvýšení minimální mzdy, na jehož základě se zvýšil odvod za osoby bez zdanitelných příjmů na 1242 Kč na osobu a měsíc. Zároveň podle predikce ministerstva financí dojde mezi rokem 2015 a 2016 (stejně jako mezi rokem 2014 a 2015) k dalšímu výraznému zvýšení průměrné mzdy.

## Varianta 1

Vzhledem k tomu, že se vláda ve svém programovém prohlášení zavázala k zavedení valorizačního mechanismu pro stanovení výše platby za státní pojišťovnu, byl jako základ pro konstrukci navrhovaného vyměřovacího základu použit všeobecný vyměřovací základ pro důchodové pojištění násobený koeficientem pro úpravu tohoto základu, který byl základem valorizačního mechanismu i v minulosti. Vyměřovací základ pro pojistné za státní pojišťovnu v minulosti činil 25 %

všeobecného vyměřovacího základu. Výši všeobecného vyměřovacího základu pro důchodové pojištění stanovuje každoročně Ministerstvo práce a sociálních věcí vyhláškou. Výše všeobecného vyměřovacího základu pro rok 2016 není v době zpracování návrhu známa, vyhláška je pravidelně vydávána na podzim (poslední vyšla 25. září 2014). Z tohoto důvodu přistoupilo Ministerstvo zdravotnictví k návrhu výše vyměřovacího základu pro pojistné za státní pojištěnce tím způsobem, že by současnou výši vyměřovacího základu navýšilo o průměrný nárůst všeobecného vyměřovacího základu od roku 2009 do roku 2014, tedy za období, kdy nebyl vyměřovací základ pro pojistné na veřejné zdravotní pojištění založen na valorizačním mechanismu.

Průměrný nárůst všeobecného vyměřovacího základu mezi lety 2009 a 2014 činil 2,16 %. Všeobecný vyměřovací základ pro rok 2015 činí 25 903 Kč. Po navýšení o 2,16 % činí výše všeobecného vyměřovacího základu 26 781 Kč. Vyměřovací základ pro pojistné za státní pojištěnce (tedy 25 % ze všeobecného vyměřovacího základu) by činil 6695 Kč.

Samotná měsíční platba pojistného za státního pojištěnce by tedy činila 904 Kč. Lze předpokládat, že při konstantním počtu státních pojištěnců bude meziroční navýšení pojistného na základě této varianty činit cca 4,3 mld. Kč oproti současnému stavu.

V rámci této varianty ministerstvo provedlo rovněž srovnávací výpočet, při němž vzalo v úvahu předpoklad růstu nominálních mezd v roce 2015 a 2016. Vycházelo přitom z aktuální makroekonomické predikce Ministerstva financí. Je-li aktuálně stanoven vyměřovací základ pro výpočet pojistného u státních pojištěnců ve výši 6259 Kč za osobu a kalendářní měsíc a pro rok 2015 se předpokládá nárůst mezd o 3,3 % (oproti roku 2014) a v roce 2016 o 3,9 %, dojdeme k závěru, že výše vyměřovacího základu by měla v roce 2016 činit 6719 Kč. Platba pojistného za osobu a kalendářní měsíc by tak podle tohoto výpočtu činila 907 Kč. I tato alternativní metoda výpočtu vedla k prakticky stejnému výsledku jako metoda výpočtu na základě průměrného nárůstu všeobecného vyměřovacího základu.

**S ohledem na možnosti státního roz-**

**počtu navrhuje Ministerstvo zdravotnictví navýšení vyměřovacího základu pro platbu za státní pojištěnce na 6695 Kč, při níž bude výše pojistného za osobu a kalendářní měsíc činit 904 Kč.**

#### Varianta 2

Stanovení vyměřovacího základu na úrovni minimální mzdy, jako je tomu v případě osob bez zdanitelných příjmů. Dojde tak ke srovnání výše vyměřovacích základů u těchto skupin pojištěnců. V současné době je minimální mzda stanovena ve výši 9200 Kč. **Měsíční pojistné by tak činilo 1242 Kč a odhadované posílení systému veřejného zdravotního pojištění ze státního rozpočtu cca 29 mld. Kč.**

Ministerstvo zdravotnictví se v současnosti přiklání k realizaci varianty 1. Odhadované zvýšené náklady na státní rozpočet jsou 4,33 mld. Kč za kalendářní rok 2016, přičemž tato částka bude použita prostřednictvím úhradových mechanismů systému veřejného zdravotního pojištění na úhradu zdravotních služeb.

**Z důvodové zprávy Ministerstva zdravotnictví ČR**

# Více peněz pro zdravotníky bez valorizace nebude

**Ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček pro Tempus medicorum**



Foto MZ ČR

Každý z nás se může kdykoli stát pacientem, hledajícím kvalitní odbornou pomoc. Když člověku přestane sloužit zdraví, nechce slyšet, že

se na péči o něj bude šetřit nebo že ho nemá kdo ošetřit, protože lékařů a sester je málo. Zcela oprávněně požaduje nejlepší možnou péči.

V České republice máme zdravotnictví, které pacientům zajišťuje kvalitní služby, ale jehož pracovníci jsou i přes svou vysokou profesní úroveň platově níže, než by tomu mělo být.

Chci, aby lékaři, sestry a další zdravotníci pracovníci byli lépe odměňováni. Nehodlám nečinně přihlížet tomu, jak někteří kvalifikovaní mladí zdravotníci volí raději odchod do zahraničí za lepšími platy nebo jak se po ukončení zdravotnického vzdělání rozhodují pracovat kvůli penězům ve zcela jiném oboru. Chci pokračovat v navyšování platů zdravotníků.

Nelze ovšem ze systému stále jen brát a nevyrovnávat příjmovou stránku. Navrhuji proto vládě od roku 2016 navýšení platby za státní pojištěnce na úroveň 904 Kč/měsíc. Jsem tak na dolní hranici požadavků, které mají profesní sdružení. Česká lékařská komora navrhuje platbu až 1808 Kč, Lékařský odborový klub pak tutéž sumu, jakou platí osoby bez

příjmů, tedy 1242 Kč. Roční platba státu by se po našem návrhu, tedy po zvýšení měsíční platby za státního pojištěnce o 59 Kč, zvedla o asi 4,3 mld. Kč.

Trvám na dodržení programového prohlášení vlády i koaliční smlouvy. Oba dokumenty obsahují závazek k pravidelné valorizaci plateb za státní pojištěnce. Tím, že byla pravidelná valorizace zrušena, přišlo české zdravotnictví jen mezi lety 2010 až 2013 o zhruba 19 miliard. Tyto příjmy v systému chybí a nedají se nahradit ani sebedůkladnějším hledáním úspor a sebevětší snahou o efektivitu. Ani navýšení plateb, navrhované pro rok 2016, zmíněnou ztrátu z nevalorizace let minulých v žádném případě nepokryje celou. Návrh zákona, kterým by se valorizace plateb za státní pojištěnce stala pravidelnou, proto předložíme vládě ve druhé polovině roku 2015. Vzhledem k délce legislativního procesu počítáme s tím, že pravidelný valorizační mechanismus by pak znovu platil od 1. 1. 2017.

**Svatopluk Němeček, ministr zdravotnictví**

## Ministr financí: Valorizace plateb za státní pojištěnce pro mne není akceptovatelná



**V**alorizace plateb za státní pojištěnce navrhovaná ministrem zdravotnictví Svatoplukem Nemečkem, jejíž dopad na státní rozpočet by jen v roce 2016 činil 4,3 miliardy korun, pro mě v tuto chvíli není akceptovatelná. Jsem přesvědčen, že do zdravotnictví jde dostatek peněz z veřejných zdrojů, což potvrzuje i mezinárodní srovnání.

Při přepočtu veřejných výdajů na zdravotnictví ve výši 7,5 % HDP na jednoho obyvatele a při porovnání parity kupní síly je zřejmé, že jak v rámci států Evropské unie, tak v rámci OECD jsou veřejné výdaje na zdravotnictví průměrné. Nelze tedy v žádném případě hovořit o tom, že by bylo české zdravotnictví podfinancované, pokud jde o veřejné výdaje.

Pokud se podíváme konkrétně na rok 2014, bylo podle aktuálních údajů na zdravotním pojištění vybráno 238,48 mld. Kč. Tato částka zahrnuje výběr u sedmi zdravotních pojišťoven a platbu státu za státní pojištěnce. Ve srovnání s rokem 2013 jde o nárůst o 12,7 mld. Kč, tj. 5,63 %. Více než polovinu tohoto nárůstu, téměř 6,7 miliardy korun, tvoří platba státu. V souhrnu činila v roce 2014 platba za státní pojištěnce zhruba 60 miliard korun. V letošním roce očekáváme, že se platba bude pohybovat kolem 62 miliard.

Z analýzy desetileté časové řady přitom vyplývá, že průměrný roční příjem systému veřejného zdravotního pojištění rostl o 4 %. Tato dynamika růstu je v porovnání s ostatními resorty mimořádná. Skutečně tedy nelze říci, že do zdravotnictví nyní jde málo peněz z veřejných zdrojů. Požadavek na valorizaci plateb za státní pojištěnce navíc není zcela pochopitelný za situace ekonomického růstu, který s sebou

přináší rovněž růst výběru zdravotního pojištění, a takřka nulové inflace.

Přestože se Ministerstvo zdravotnictví zabývá příjmovou částí systému, je podle mého názoru naopak nutné řešit výdaje. Opakovaně poukazují na potřebu zvýšení ekonomické efektivity poskytovaných zdravotních služeb a nutnosti omezit zbytečné náklady. Nejsou dořešeny centrální nákupy, regulace cen a úhrad zdravotnických prostředků, a především stále chybí jasná efektivní kontrola hospodaření ve zdravotnictví. Z koaliční smlouvy vyplývá závazek zveřejnit nejen smlouvy mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli péče, ale rovněž veškeré obchodní smlouvy zdravotnických zařízení a zdravotních pojišťoven tak, abychom mohli vidět, kolik platí za nejrůznější poradenské, marketingové či právní služby. Zároveň je v koaliční smlouvě závazek zřídit nezávislý dozorový orgán nad toky zdravotního pojištění. K tomu je však nutné připravit konečně jednotný zákon o zdravotních pojišťovnách. Bohužel zatím nevidíme v tomto směru žádnou snahu ze strany Ministerstva zdravotnictví. Za takové situace nelze akceptovat tlak na zvyšování plateb za státní pojištěnce. Jsem přesvědčen, že na potřebné zvyšování platů lékařů, zdravotních sester či ošetřovatelů lze

najít peníze, pokud pan ministr konečně začne řídit zdravotnictví hospodárně a nebude se plýtvat.

Obecně musím konstatovat, že českému zdravotnictví chybí dlouhodobá vize a koncepce. Je zřejmé, že současný systém financování českého zdravotnictví není dlouhodobě udržitelný. Pokud se podíváme na demografický vývoj a zvyšující se náklady na léčbu, je třeba si položit otázku, zda budeme mít na pokrytí nákladů dostatek finančních prostředků ze systému veřejného zdravotního pojištění. Podle mého názoru nikoli. Je nezbytné zabývat se otázkou vícezdrojového financování a posílení role pacienta v systému. Je nutné posílit motivaci pacienta starat se o své zdraví a využívat zdravotní péči racionálně. Stejně tak však musí být motivováni poskytovatelé ke zlepšování kvality a efektivity zdravotní péče. K tomu musíme být schopni kvalitu měřit.

Je potřeba, abychom v českém zdravotnictví konečně začali myslet nikoli v řádu let, ale spíše desítek let. Bez systémových změn není valorizace plateb za státní pojištěnce nic jiného než další bezkonceptní krok, který bude znamenat pouze navyšování výdajů ze státního rozpočtu, a tím další prohlubování deficitu.

Andrej Babiš, ministr financí

## Stanovisko krizového štábu

**K**rizový štáb sdružující Asociaci českých a moravských nemocnic, Asociaci krajských nemocnic, Svaz pacientů ČR, Národní radu osob se zdravotním postižením ČR, Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR, Lékařský odborový klub – Svaz českých lékařů na svém zasedání dne 29. 4. 2015 vyslovil znepokojení nad neochotou části vládní koalice zvýšit příspěvek státu za důchodce, děti a další osoby, které nemají zdroje na platby zdravotního pojištění a ze zákona je za ně platí stát.

Krizový štáb překvapuje, že právě 1. místopředseda vlády odmítá splnění bodu dohodnutého stranami vládní koalice a schváleného v Programovém prohlášení vlády. Považuje za překvapující postoj předsedy politického hnutí ANO A. Babiše, ztotožňujícího se tak s postupem předchozí vládní koalice po řadu let odmítající valorizaci platby za státní pojištěnce. Byl to přitom stát za doby vlády této koalice, který prostřednictvím opakovaného zvyšování DPH, faktické devalvace koruny a neplněním svých povinností k nejslabším občanům odsával prostředky ze zdravotnictví.

Zvýšení platby za státní pojištěnce navrhované ministrem zdravotnictví o pouhých 59 Kč na osobu měsíčně krizový štáb považuje za minimální zvýšení, jen z malé části narovnávací odčerpané prostředky. Krizový štáb věří, že hnutí ANO a osobně sám A. Babiš přehodnotí svůj postoj k přijatým závazkům, s nimiž s celou vládou předstoupil nejen před Poslaneckou sněmovnu, ale i před občany.

Mluví krizového štábu:

MUDr. Ing. Petr Fiala, místopředseda Asociace českých a moravských nemocnic  
Mgr. Václav Krása, předseda Národní rady osob se zdravotním postižením

# Stanovisko Lékařského odborového klubu Svazu českých lékařů a Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče ČR

OSZSP ČR a LOK-SČL jsou hluboce znepokojeny situací ohledně navýšení plateb do zdravotnictví za státní pojištění na rok 2016. Navrhované navýšení na 904 Kč považujeme za minimální, a to vzhledem ke krajně nespravedlivým odvodům, kdy prakticky veškerá tíha solidarity leží pouze na zaměstnancích. Odvod státu by měl odpovídat minimálně vyšší platby za pojištění bez příjmu, tedy částce 1242 Kč.

Smutné je, že tato nedůstojná „tahanice“ se opakuje opět po roce, a to navzdory tomu, že závazek zvyšování plateb je součástí koaliční smlouvy. Nechápe, proč významný člen vlády, vicepremiér Babiš, opakovaně zpochybňuje koaliční dohodu, a tím staví vládu do špatného světla v očích občanů.

Za zaměstnance ve zdravotnictví zásadně odmítáme argumentaci typu, že zdravotnictví je černá díra. Tyto výroky hluboce urážejí poctivé zdravotníky, kteří se snaží navzdory nedostatečným finančním prostředkům, kte-



ré vydává Česká republika na zdravotnictví (ostudných 7,4 % HDP místo EU doporučených 9 %), poskytovat kvalitní a dostupnou zdravotní péči. Netvrdíme, že je vše v ideálním stavu. Nicméně bychom očekávali, že budou řešena konkrétní pochybení a sje-

nána jejich náprava. Připomínáme, že stát má vůči zdravotnictví velký dluh. Utlumované platby za zdravotní péči v letech 2010–2013, opakované nesmyslné zvyšování DPH a opatření ČNB vyvedly ze zdravotnictví desítky miliard do státního rozpočtu a způsobily dosud trvající krizi.

Zvýšení plateb za státní pojištění je možno chápat jako jeden ze stabilizačních prvků zajištění dostupnosti zdravotní péče kvalitními zdravotníky. Personální situace v nemocnicích je téměř neudržitelná, chybí lékaři, sestry a ostatní personál. Očerňující výroky podporují neúnosný exodus zdravotníků.

Věříme, že se vláda dohodne na zvýšení plateb za státní pojištění, neporuší svůj koaliční závazek, a tím zajistí zachování sociálního smíru.

MUDr. Martin Engel, LOK-SČL  
Bc. Dagmar Žitníková, OSZSP ČR

Praha 28. 4. 2015

## Komora požaduje spravedlnost v pojistném a vyšší nárůst platby za státní pojištění

**M**inistr Němeček předkládá do vlády návrh na zvýšení platby za státní pojištění ze současných 845 Kč na 904 Kč za měsíc. Toto navýšení by mělo přinést systému veřejného zdravotního pojištění navíc 4,3 mld. Kč ročně. Ministr návrh zdůvodňuje zejména nutností řešit katastrofální personální situaci – nedostatek lékařů a zdravotních sester.

Česká lékařská komora zdůrazňuje nutnost zvýšení plateb státu za tzv. státní pojištění, a proto podporuje aktivitu Ministerstva zdravotnictví ČR. Avšak ministerstvem navrhované zvýšení vyměřovacího základu ze současných 6259 Kč na 6695 Kč a tomu odpovídající zvýšení měsíční platby pojistného ze současných 845 Kč na 904 Kč považuje komora za zcela nedostatečné.

Několik let trvající stagnace výše platby



za tzv. státní pojištění byla spolu se zvyšováním DPH a nesmyslnou devalvací české koruny hlavním důvodem ekonomických problémů systému veřejného zdravotního pojištění. Závažné dopady na kvalitu a dostupnost zdravotních služeb ostatně zcela správně naznačuje ve své důvodové zprávě rovněž i Ministerstvo zdravotnictví.

ČLK považuje za nestandardní, ba přímo amorální, stav, kdy osoby bez zdanitelných příjmů v současnosti odvádějí pojistné odvozené z výše minimální mzdy (9200 Kč) ve výši 1242 Kč, zatímco stát platí za děti, důchodce a nezaměstnané pouhých 845 Kč měsíčně.

**ČLK navrhuje stanovit do zákona povinnost státu odvádět pojistné za tzv. státní pojištění ve výši 13,5 % z poloviny tzv. všeobecného vyměřovacího základu, který pro letošní rok činí 25 903 Kč. V případě roku 2016 při predikci nárůstu všeobecného vyměřovacího základu o 2,16 % by šlo o polovinu z částky 26 781 Kč, a pojistné by tak činilo 1808 Kč.**

ČLK si je vědoma skutečnosti, že jakkoli je tento požadavek zcela oprávněný, znamená by skokový nárůst pojistného zátěž pro státní rozpočet. **Navrhuje tedy stanovit zákonem účinnost této změny od 1. 1. 2018.**

V přechodném období let 2016 a 2017 by nadále vyšší platby stanovila vláda svým nařízením. **Pro rok 2016 navrhuje, aby vyměřovací základ odpovídal minimální mzdě, tedy částce 9200 Kč a platba za tzv. státní pojištění by činila 1242 Kč měsíčně.**

Představenstvo ČLK

# Podfinancované české zdravotnictví

**Výdaje na zdravotnictví jsou v Česku v porovnání s ostatními zeměmi OECD velmi nízké, a to nejenom v absolutních částkách.**

### Výdaje na zdravotnictví jako podíl na HDP

Náklady na zdravotnictví jsou vysoké ve všech vyspělých státech světa. V zemích OECD dosahují v průměru 9,5 % jejich HDP. Výdaje na zdravotnictví jsou v Česku v porovnání s ostatními zeměmi OECD nízké. V roce 2012 činily pouhých 7,5 % HDP. Průměrné výdaje na zdravotnictví v členských zemích OECD přitom ve stejném roce dosahovaly 9,5 % HDP. Nejvyšší výdaje na zdravotnictví vynakládají tradičně Spojené státy americké (16,9 % svého HDP).

### Výdaje porovnané paritou kupní síly

Česká republika zaostává za vyspělými státy nejenom v absolutních částkách vydávaných na zdravotnictví, ale též při jejich porovnání

prostřednictvím parity kupní síly. To znamená, že naše zdravotnictví je podfinancované i s ohledem na nižší cenovou hladinu v ČR a s přihlédnutím k nízkým platům a mzdám zdravotníků, kteří systém nedobrovolně dotují. Těžko se můžeme utěšovat skutečností, že Polsko a Maďarsko jsou na tom ještě hůře, když nás již předstihli i z naší strany podceňovaní Slováci. Sousední Německo či Rakousko investují ve srovnatelných cenách do svého zdravotnictví 232 %, respektive 236 % toho co my.

### Krise zasáhla české zdravotnictví zbytečně silně

Pro většinu vyspělých zemí platí, že výdaje na zdravotnictví rostou rychleji než jejich ekonomika. Vysvětlení tohoto faktu je prosté. Populace vyspělých zemí stárne, průměr-

ný věk se prodlužuje a moderní medicína je čím dál tím dražší. Hospodářská krize v uplynulých letech tvrdě zasáhla i zdravotnictví. V nejpostiženějších zemích, tedy v Řecku a v Irsku, se výdaje na zdravotnictví v letech 2009 až 2011 snižovaly o 11,1 %, respektive o 6,6 % ročně. Naproti tomu v jiných zemích výdaje ve stejném období rostly: na Slovensku o 2,8 %, v Maďarsku o 2,6 % nebo v Německu o 2,1 %. V ČR se v době krize výdaje snižovaly o 0,8 % ročně, což je hlubší pokles než 0,5 % v krizi těžce postiženém Španělsku.

České zdravotnictví je zkrátka těžce podfinancované. K tomuto závěru musí dospět každý, kdo je ochoten vyměnit ve své argumentaci dojmy a politické proklamace za tvrdá data a čísla.

Milan Kubek

Země	Podíl celkových výdajů na zdravotnictví na HDP v %	
	rok	
	2009	2012
USA	17,1	16,9
Nizozemsko*	11,9	12,1
Francie	11,6	11,6
Švýcarsko	11,0	11,4
Německo	11,8	11,3
Rakousko	11,2	11,1
Dánsko	11,5	11,0
Kanada	11,1	10,9
Belgie	10,7	10,9
Japonsko	9,5	10,3
Portugalsko*	10,8	10,2
Švédsko	9,9	9,6
Španělsko*	9,6	9,4
Velká Británie	9,7	9,3
Řecko	10,2	9,3
Norsko	9,7	9,3
Itálie	9,4	9,2
Finsko	9,2	9,1
Island	9,6	9,0
Irsko	9,9	8,9
Slovensko	9,2	8,1
Maďarsko	7,7	8,0
Korea	7,2	7,6
<b>Česká republika</b>	<b>7,8</b>	<b>7,5</b>
Lucembursko	8,1	7,1
Polsko	7,2	6,8
Turecko	6,1	5,4

\* Údaje za rok 2012 chybí, použity údaje z roku 2011.  
Zdroj: OECD, Health Statistics, červen 2014

Výdaje na zdravotnictví podle parity kupní síly		
Země	Celkové výdaje na zdravotnictví	Index ČR = 100 USD PPP/1 obyv.
USA	8 745	421
Norsko	6 140	296
Švýcarsko	6 080	293
Nizozemsko	5 099	245
Rakousko	4 896	236
Německo	4 811	232
Dánsko	4 698	226
Lucembursko	4 578	220
Belgie	4 419	213
Francie	4 288	206
Švédsko	4 106	198
Irsko	3 890	187
Japonsko	3 649	176
Finsko	3 559	171
Island	3 536	170
Velká Británie	3 289	158
Itálie	3 209	155
Portugalsko	2 457	118
Řecko	2 409	116
Korea	2 291	110
Slovensko	2 105	101
<b>Česká republika</b>	<b>2 077</b>	<b>100</b>
Maďarsko	1 803	87
Polsko	1 540	74
Estonsko	1 447	70
Mexiko	1 048	50
Turecko	984	47

Zdroj: OECD

Průměrná roční míra růstu (poklesu) reálných výdajů na zdravotnictví na 1 obyvatele v letech 2009 až 2011	
Korea	6,3
Chile*	5,5
Japonsko	4,9
Izrael	3,4
Slovensko	2,8
Maďarsko	2,6
Německo	2,1
Švédsko	1,8
Finsko	1,6
Švýcarsko	1,4
USA	1,3
Polsko	1,2
Nizozemsko	1,0
Kanada	0,8
Nový Zéland	0,8
Mexiko	0,7
Francie	0,7
Belgie	0,6
Norsko	0,5
OECD32	0,2
Rakousko	0,2
Austrálie	0,0
Itálie	-0,4
Španělsko	-0,5
<b>Česká republika</b>	<b>-0,8</b>
Slovensko	-1,2
Velká Británie	-1,8
Dánsko	-1,8
Portugalsko	-2,2
Estonsko	-3,0
Island	-3,8
Irsko	-6,6
Řecko	-11,1

\*CPI (index spotřebitelských cen) používá jako deflátor.  
Zdroj: OECD, Health Statistics, 2013





# LÉKAŘ LÉKAŘŮM

**„BMW NEMUSÍ ZNAMENAT NEDOSTUPNÝ LUXUS, NAŠÍ SNAHOU JE UDĚLAT ZNAČKU BMW DOSTUPNOU LÉKAŘŮM, ZASLOUŽÍ SI TO...“** říká MUDr. Miloš Vránek – obchodní ředitel firmy Renocar.

Rodinná firma Renocar je neodmyslitelně spojená se značkou BMW. V tomto roce slaví 25 let od svého vzniku a je v nejlepší formě. Na důvod spolupráce společnosti Renocar s lékařskou komorou se ptáme obchodního ředitele, MUDr. Miloše Vránka, který před dvanácti lety odložil bílý plášť, aby po otci převzal obchodní divizi rodinné firmy.

*„Před léty, kdy jsem se setkával s kolegy lékaři v zahraničí, jsem vnímal velký kontrast mezi jejich životní úrovní a životní úrovní lékařů v Česku, s tím byl spojený i výběr značky automobilu. Ve Francii či Německu lékař parkoval před klinikou svým BMW nebo třeba volvem. Kolegové u nás jezdili škodovkami nebo v lepším případě ojetými volkswageny. Na západ od našich hranic značka symbolizuje společenský status. A já byl již tehdy přesvědčen, že přijde doba, kdy se situace i v našem zdravotnictví začne měnit a česká inteligence bude moci zaujmout místo, které jí právem náleží. Nyní se na pozici obchodního ředitele naší rodinné firmy zasazují o to, abych značku BMW přiblížil svým kolegům lékařům.“*

**Lékařům poskytneme v Renocar u individuální přístup při výběru správného modelu, balíček servisních služeb na 5 let**

**zdarma, speciální cenové zvýhodnění a navíc prodlouženou zárukou. Kontaktujte mne na [lekarum@renocar.cz](mailto:lekarum@renocar.cz) “**

**RENOCAR MÁ BMW V KRVI** Salony firmy najdete v Praze i v Brně a vybírat můžete z více než 200 nových vozů připravených k okamžitému odběru. Argumentem je i na míru šité financování formou úvěru či operativního leasingu, který je firma schopna pro své klienty nabízet i s nulovou akontací. *„Například u novinky v podobě praktického modelu BMW 2 Active Tourer přicházíme s atraktivní nabídkou financování bez nutnosti počáteční platby. Ano, v případě operativního leasingu nemusíte spořit na akontaci a navíc v měsíční splátce 8711 Kč včetně DPH jsou zahrnuty všechny vedlejší výdaje včetně povinného servisu a pojištění,“* zmiňuje obchodní ředitel.

A co je důležité? V Renocar u mají skvělý tým lidí, kteří si uvědomují, že značka BMW není jen o skvělých vozech, ale zejména o přístupu k zákazníkovi. I proto se v Renocar u drží následujícího: *„Chceme být pro své zákazníky průvodci na cestě ke skvělým vozům. Děláme vše pro to, aby se mohli spolehnout na nás i na své auto.“*

**25**  
LET  
RENOCAR

Renocar Praha, Lipová 280, Praha-Čestlice (D1, EXIT 8), ☎ 261 393 600, [lekarum@renocar.cz](mailto:lekarum@renocar.cz), otevřeno 7 dní v týdnu

Renocar Brno, Řípská 5C, Brno-Slatina (D1, EXIT 201), ☎ 548 141 548, [lekarum@renocar.cz](mailto:lekarum@renocar.cz), otevřeno 7 dní v týdnu

## Chce vůbec někdo vyřešit problémy s přesčasem? Ano, my. Ale jak?

**Přes všechny politické proklamace a sliby problémy s přesčasovou prací lékařů trvají. Občas se sice najde někdo, kdo tvrdí, že je vyřešil. Při podrobném prozkoumání však je jasné, že jde opět o podvod, jenom trochu jinak.**



Ačkoli Evropská direktiva o pracovní době (EWTD) hovoří jasně, v ČR stále není vyřešen problém přesčasové práce lékařů. Nejenže není vyřešen, není ani náznak hledání řešení. Celou věc opět rozvířil nálezn Nejvyššího správního soudu, který značně zpochybnil legitimnost dohod o pracovní činnosti (DPC) při zajištění nepřetržitého provozu nemocnic. I přes politické proklamace a přísliby ministra věc řešit, nedočkali jsme se prakticky ničeho. Řešení přesčasové práce v nemocnicích je zařízení od zařízení jiné a mnohdy nabývá až bizarních podob. Tam, kde je to možné, a hovořím především o velkých fakultních nemocnicích, přešly provozy zcela nebo zčásti do směnného provozu. Pracovní dobu a přesčasy přibližně splňují, nicméně ani zde není vše zcela čisté. Často se dozvídám, že sice lékař po směně má nárok na volno, ale zrovna jako z udělání mu přednosta druhý den napíše zajímavou operaci, výkon.

„Jistě, můžete domů, pane kolego, však si to rád udělá někdo jiný.“ Vydírání. Primitivní, ale účinné. Nebohý lékař svolí, ředitel triumfuje. Ještě má tu drzost tvrdit, jak excelentně vyřešil přesčasy! V některých nemocnicích, zejména v těch menších, je tento nešvar dotážen ještě dále. Lékaři vykážou to, co smějí, a zbytek pracovní doby zůstávají v nemoc-

nici „dobrovolně“, aniž by tuto dobu vůbec evidovali.

Podle mého názoru je tento stav pro lékaře horší a nebezpečnější než problematická dohoda o pracovní činnosti (DPC). Jednak ředitelé dotčených nemocnic tvrdí v rámci selfmarketingu, že vyřešili problém s přesčasy, jednak lékař zůstává prakticky stoprocentně nechráněn a podle mého soudu vysoce riskuje.

DPC ano, či ne? Řekli jsme NE a na tomto principu budeme trvat. Nicméně je jisté a zřejmé, že řada nemocnic tento nástroj dále používá. Aniž bych se chtěl DPC zastávat, je to podle mého stále bezpečnější než výše uvedená praxe pobytu na pracovišti „načerno“. Rizika jsou a víme o nich. Nicméně pořád je jistá a ne malá naděje, že případný soud bude k zaměstnanci vstřícný. Zejména pokud DPC konal v dobré víře, že zaměstnavatel vše nastavil v souladu s platnými zákony. Nezanedbatelnou věcí je i případné pojištění, které lze pro zaměstnance sjednat. Zejména pokud jsou nemocnice a jejich vedení ochotny sepsat se zaměstnancem námi doporučenou dohodu o převzetí odpovědnosti za případná pochybení a i pro případ, že dohodu shledá soud neplatnou, lze takový postup tolerovat. Tolerovat však neznamená souhlasit, podporovat. Jediné řešení je nastavit organizaci práce v českém zdravotnictví tak, aby byl problém přesčasů vyřešen v souladu s platnou pracovněprávní legislativou. Vše ostatní je jen jakási další česká cesta odnikud nikam.

Odpověď na otázku, jaké změny udělat, aby lékaři nebyli přetíženi přesčasovou prací, aby nebylo riziko pochybení, není snadná. Jde o kombinaci řady opatření, která jsou v rukou státu, vlastníků nemocnic i jejich vedení. Spektrum je široké a postihuje opatření k tomu, aby v českém zdravotnictví přibýlo lékařů, došlo k reorganizaci rozsahu zajišťovaných služeb v ÚPS (tzv. pohotovost), změnila se organizace práce v jednotlivých nemocnicích, na jednotlivých odděleních. To vše a možná další. Například změna dostupnosti zdravotních služeb mimo pracovní dobu, ale také regulace přístupu k nim. Možné je i zapojení ostatních segmentů lékařů.

Řešení jsou. Nejsou však snadná a nezapadají do populistické rétoriky politických stran. To však není náš problém.

My máme dvě možnosti. První a jistě účinnější je celostátní razantní protestní akce, kterou si lze změnu vynutit. Jednoduše trvat na zákonných podmínkách, přesčasy do 150 hodin a 416 hodin po dohodě. Nic víc, a vy, pánové, přizpůsobte systém. Toto však musíme uplatnit plošně, ve všech či většině nemocnic. Neustupovat, nepřipustit kompromisy typu „tak my to vykážeme podle zákona a vy tu, pane doktore, zůstanete a nebudete nikam nic psát“. Další možností je vytvářet méně tvrdý, ale trvalý tlak na změnu. Oba tyto nástroje jsou jen a jen v našich rukách.

**MUDr. Martin Engel**, předseda LOK-SČL

## Plat versus mzda

V rámci činnosti právní kanceláře ČLK se opakovaně setkáváme s tím, že lékařům není vždy zcela zřejmý rozdíl mezi odměňováním v režimu platu (jenž je vyplácen zaměstnavateli, kteří jsou státními, resp. příspěvkovými, organizacemi) a mzdy (která naopak náleží za práci u zaměstnavatelů v soukromém sektoru). Tyto dva instituty bývají v praxi často nesprávně zaměňovány, a to i v závažných

situacích, kdy si lékař potřebuje ověřit, zda je jeho odměna u zaměstnavatele stanovena v souladu se zákonnými podmínkami. Připomenutá tabulka, která přináší stručný přehled srovnání způsobů a výše odměňování v režimu platu a mzdy, by měla pomoci uvedené nejasnosti v odměňování lékařů – zaměstnanců odstranit.

**Mgr. Aleš Buriánek**, zástupce ředitele právní kanceláře ČLK

# Rozdíly v pravidlech pro odměňování zaměstnanců

	PLAT	MZDA
<b>Nejnižší úroveň zaručené mzdy</b>	ZP č. 262/2006 Sb., § 112. Nařízení vlády č. 567/2006 Sb., 9200-18 400 Kč, do 8 skupin se zařazuje podle přiznaných platových tarifů, resp. platové třídy.	ZP č. 262/2006 Sb., § 112. Nařízení vlády č. 567/2006 Sb., 9200-18 400 Kč, do skupin se zařazuje podle charakteristiky prací, které jsou uvedeny v příloze NV.
<b>Platové tarify</b>	ZP č. 262/2006 Sb., § 123. 16 platových tříd, 12 platových stupňů v každé třídě. NV č. 564/2006 Sb., o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě. NV č. 222/2010 Sb., katalog prací.	Nahrazeno nejnižší úrovní zaručené mzdy.
<b>Přesčas</b> <b>Nařízená práce přesčas v rozsahu 150 hodin a 266 hodin práce přesčas, jejíž výkon musí být se zaměstnancem dohodnut</b>	ZP č. 262/2006 Sb., § 127, platový tarif, osobní příplatek, zvláštní příplatek + příplatek 25 % průměrného hod. výdělku, jde-li o pracovní dny. Ve dni nepřetržitého odpočinku v týdnu dvojnásobný příplatek, tj. 50 % průměrného hod. výdělku. Po dohodě zaměstnanec se zaměstnavatelem náhradní volno. Za dobu čerpání náhradního volna se plat nekrátí.	ZP č. 262/2006 Sb., § 114, mzda a příplatek nejméně 25 % průměrného výdělku. Dohoda na náhradním volnu místo příplatku.
<b>Svátek</b>	ZP č. 262/2006 Sb., § 135, čerpání náhradního volna (za náhradní volno se plat nekrátí). Po dohodě zaměstnanec se zaměstnavatelem příplatek za hodinu ve výši 100 % průměrného hod. výdělku místo náhradního volna.	ZP č. 262/2006 Sb., § 115, dosažená mzda a náhradní volno. Za náhradní volno náhrada mzdy ve výši průměrného výdělku. Po dohodě místo náhradního volna příplatek k dosažené mzdě ve výši průměrného výdělku.
<b>Noční práce</b>	ZP č. 262/2006 Sb., § 125, za odpracovanou hodinu noční práce příplatek 20 % průměrného hod. výdělku.	ZP č. 262/2006 Sb., § 116, dosažená mzda, příplatek nejméně 10 % průměrného výdělku, pokud není v kolektivní smlouvě sjednáno jinak.
<b>Ztížené pracovní prostředí</b>	NV 567/2006 Sb., § 6, viz ustanovení o vymezení obtížích z vystavení účinkům ztěžujícího vlivu. NV 564/2006 Sb., § 7, viz ustanovení o výši příplatku 400-1400 Kč/měs.	NV č. 567/2006 Sb., § 7 a ZP č. 262/2006 Sb., § 117, dosažená mzda a příplatek za každý ztěžující vliv nejméně 10 % základní sazby minimální mzdy.
<b>Sobota a neděle</b>	ZP č. 262/2006 Sb., § 126, za hodinu práce příplatek ve výši 25 % průměrného hod. výdělku.	ZP č. 262/2006 Sb., § 118, dosažená mzda a příplatek nejméně ve výši 10 % průměrného výdělku, není-li v kolektivní smlouvě sjednáno jinak.
<b>Vedení a zástup</b>	ZP č. 262/2006 Sb., § 124, podle stupně řízení a náročnosti. Příplatek v procentech z platového tarifu nejvyššího platového stupně přiznané platové třídy (5-60 %).	ZP neřeší
<b>Zvláštní příplatek</b>	ZP č. 262/2006 Sb., § 129, NV č. 564/2006 Sb., § 8, rozdělení do 5 skupin podle míry ztěžujících vlivů na pracovní podmínky.	ZP neřeší
<b>Rozdělená (dříve „dělená“) směna</b>	ZP č. 262/2006 Sb., § 130, směny rozdělené na 2 nebo více částí, příplatek ve výši 30 % průměrného hod. výdělku za každou takto rozdělenou směnu (směna, ve které souvislé přerušení práce nebo jejich souhrn činí alespoň 2 hod.).	ZP neřeší
<b>Osobní příplatek</b>	ZP č. 262/2006 Sb., § 131, za podmínek stanovených ZP ve výši až 50 %, resp. 100 % platového tarifu nejvyššího platového stupně v platové třídě, do které je zaměstnanec zařazen.	ZP neřeší
<b>Přímá pedagogická činnost nad stanovený rozsah</b>	ZP č. 262/2006 Sb., § 132, za hodinu nad stanovený rozsah náleží příplatek ve výši dvojnásobku průměrného hod. výdělku.	ZP neřeší
<b>Specializační příplatek pedagogického pracovníka</b>	ZP 262/2006 Sb., § 133, za specializovanou činnost příplatek 1000-2000 Kč/měs.	ZP neřeší
<b>Odměny</b>	ZP č. 262/2006 Sb., § 134, za splnění mimořádného nebo zvlášť významného pracovního úkolu. Odměny se stanoví jako doplňková nenáročná složka platu. FKSP - podrobnější podmínky čerpání součástí kolektivní smlouvy.	ZP neřeší, § 134, ZP lze vztáhnout na poskytování odměn ze sociálního fondu, pokud tento fond obchodní společnost vytváří.
<b>Odměna za pracovní pohotovost</b>	ZP č. 262/2006 Sb., § 140, odměna nejméně ve výši 10 % průměrného výdělku, pokud není sjednáno v kolektivní smlouvě jinak.	ZP č. 262/2006 Sb., § 140, odměna nejméně ve výši 10 % průměrného výdělku, pokud není sjednáno v kolektivní smlouvě jinak.

## Opravník omylů o postgraduálním vzdělávání lékařů aneb co Česká lékařská komora nechce



**V reakcích na článek v posledním čísle časopisu Tempus medicorum jsem obdržel mnoho podnětů pro další práci na novele zákona upravujícího podmínky postgraduálního vzdělávání lékařů a také hodně dotazů. Jelikož nejsem schopen na všechny v dohledné době odpovědět, dovoluji si tímto způsobem reagovat na některá tvrzení, která se ve vašich reakcích častěji opakovala.**

### **Komora chce údajně zrušit systém registrujících praktických lékařů pro děti a dorost.**

Naopak, systém praktických registrujících lékařů pro děti a dorost považujeme za dobrý a rozhodně jsme nikdy nenavrhovali jeho zrušení ani změnu na systém rodinných lékařů. Jsme si vědomi kvalit a důležitosti současné primární péče o děti. Jak však sami představitelé tohoto oboru přiznávají, lékaři se přesouvají do vyšších a vyšších věkových skupin a chybí příliv mladých kolegů do tohoto oboru. Jiná otázka je, zda vzdělávání v tomto oboru je natolik odlišné od oboru dětské lékařství, že by muselo mít svoji samostatnou náplň. Domníváme se, že průnik mezi těmito obory je tak veliký, že benefity z jejich sloučení převáží nad případnými negativy. Jako člen licenční komise dostávám každý měsíc několik žádostí, kdy praktický lékař pro děti a dorost žádá o licenci v oboru dětské lékařství a naopak. Tyto žádosti bohužel musíme zamítnout, protože se podle dosavadních pravidel jedná o dva různé základní obory. Domnívá-

me se, že sloučením těchto dvou oborů zpět do jednoho by se zvýšila atraktivita pediatrie pro mladé lékaře tím, že by se rozšířilo jejich pracovní uplatnění. Nezanedbatelné je rovněž to, že obor praktické lékařství pro děti a dorost není automaticky uznáván v Evropské unii, takže lékaři, kteří tuto specializaci získají, nemají jistotu, že jejich kvalifikace bude platit i za našimi hranicemi.

### **Komora chce údajně některé obory zrušit.**

Nejčastěji je našimi médii zmiňována dětská psychiatrie. Nechceme rušit obory, které byly doposud základní. Převodem těchto oborů do nastavbových nebude snížen jejich význam. Chceme, aby nový systém vzdělávání umožnil lékařům připravovat se částečně na nastavbovou atestaci již v průběhu přípravy na základní atestaci, takže vlastní délka vzdělávání v nastavbovém oboru by již nemusela být tak dlouhá. Domníváme se i v tomto případě, že pouhým zařazením oboru mezi základní nedosáhneme zvýšení zájmu o tuto specializaci mezi mladými lékaři. Konkrétně u dětské psychiatrie myslím, že základní příčinou nedostatečného počtu lékařů ochotných se touto specializací zabývat jsou nízké úhrady zdravotních pojišťoven, které nezohledňují časovou náročnost práce s dětmi.

### **Komora chce údajně snížit úroveň vzdělávání lékařů.**

Je pravda, že se snažíme maximálně snížit dobu vzdělávání pro získání základní atestace v oboru. Kolegové, kteří atestovali do roku 2004, ještě zažili dvoustupňový systém atestací. Tehdy zpravidla po třech letech složením atestace prvního stupně získali oprávnění pracovat v oboru samostatně. Změnou pravidel v roce 2004 se atestace stala jedinou,

a proto nejvyšší zkouškou v oboru. Požadavky na počet a spektrum výkonů, na dobu vzdělávání a i na šíři znalostí nutných k dosažení atestace proto exponenciálně vzrostly. Tyto požadavky často nereflktují skutečnou náplň práce lékaře v daném oboru. Současně s nárůstem požadavků a doby vzdělávání dochází k úbytku lékařů, kteří mají specializovanou způsobilost. Proto je často po neatestovaných lékařích vyžadována práce, kterou by měli vykonávat až po atestaci – samostatná práce bez možnosti poradit se se zkušeným kolegou. Většina lékařů ve svých připomínkách k systému postgraduálního vzdělávání vyslovila přání navrátit se zpět k dvoustupňovému systému. Proto prosazujeme pohled na specializovanou způsobilost jako na základní atestaci, která dává lékaři stejné kompetence jako bývalá atestace prvního stupně. Současně požadujeme snížit požadavky počtu výkonů na reálnou úroveň. Pro ty, kteří budou mít v medicíně vyšší ambice, případně budou chtít své kolegy vést, by měla být primářská licence udělována lékařskou komorou. Podmínky k udělení této licence by byly samozřejmě náročnější než k základní atestaci a obsahovaly by i přezkoušení znalostí v oboru.

### **Přechodem na dvoustupňový systém atestací údajně přijdu o primářskou licenci, kterou mám.**

Ne, pokud jste již jednou splnili požadavky, které jsou kladeny na erudici v oboru, mělo by vám to být uznáno i v budoucnu po případné změně systému. Stejně tak pokud jste obdrželi specializovanou způsobilost a atestovali podle dosavadních „náročnějších“ pravidel, neměli byste pro splnění podmínek primářské licence být znovu přezkušováni.

**Zdeněk Mrozek**

### **Petice PLDD**

Vážený pane prezidente, jako členové ČLK se na Vás obracíme jako na vrcholného zástupce lékařů. S nelibostí musíme konstatovat, že vedení ČLK jako organizace mající za úkol chránit zájmy všech jejích členů podpořilo navrhované znění novely zákona 95/2004, o podmínkách získávání a uznávání specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře. Případným přijetím tohoto zákona by došlo ke zrušení atestačního oboru praktické lékařství pro děti a dorost. Jsme přesvědčeni, že zánik tohoto oboru povede ke snížení kvality vzdělávání lékařů. Tím se destabilizuje současný systém poskytování komplexní zdravotní péče o děti a dorost v ČR. Jako členové ČLK proti tomuto kroku protestujeme a trváme na zachování samostatného oboru PLDD.

# Pediatrická společnost nesouhlasí s peticí PLDD

Vážený pane prezidente, od rodičů našich pacientů i některých PLDD se dovídáme o petici proti rušení atestačního oboru praktických lékařů pro děti a dorost, kterou připravilo vedení PLDD a ve které žádá rodiče dětí o podporu. Forma a obsah petice nás překvapily, proto cítíme povinnost reagovat:

- Považujeme za nevhodné, že vedení PLDD zatahuje rodiče svých pacientů do odborné diskuse o vzdělávání lékařů formou petice, která nezohledňuje problematiku postgraduálního vzdělávání v ČR a EU.
- Nesouhlasíme s tvrzením, že společná atestace pro DL a PLDD povede k nižší dostupnosti či kvalitě péče o děti v ČR. Naopak v souladu s většinou pediatrií a pediatrických společností v EU tvrdíme, že existuje jeden obor pediatrie. Lékaři, kteří ukončí

společný postgraduální vzdělávací program, mohou pracovat v primární (komunitní), sekundární (nemocniční) i terciální (centrové) péči. Je jasné, že lékaři musí i po atestaci pokračovat v celoživotním specializovaném vzdělávání.

- Povinností výboru ČPS je snaha podílet se na diskusi o postgraduálním vzdělávání, které se týká léčebně preventivní péče o děti. Proto jsme se účastnili rady jednání se zástupci PLDD, LK, členy vedení MZ ČR i členy zdravotního výboru Parlamentu ČR. Výbor ČPS nikdy nejednal o rušení praktických lékařů pro děti a dorost. Naopak plně podporujeme jejich práci, ale jsme si i vědomi rizika, které spočívá ve vysokém průměrném věku PLDD.
- Upozorňujeme, že zkracování délky post-

graduálního vzdělávání pediatrií na 4 roky není v souladu s většinou zemí EU (5–6 let). I v tomto směru však chápeme situaci a jsme připraveni pracovat na společném vzdělávacím programu (např. 4,5 roku s dostatečně dlouhým pobytem v ordinaci PLDD). Právě ve společném přístupu vidíme šanci zvýšit motivaci absolventů lékařských fakult pro práci s dětmi.

Vážený pane prezidente, věříme, že z výše uvedeného vyplývá naše nesouhlasné stanovisko s probíhající peticí, která je nejen zavádějící, ale také dezinformuje laickou i odbornou veřejnost. Dostáváme i reakce PLDD, kteří souhlasí se společnou atestací, navíc uznávanou v EU, a k petici se vyjadřují kriticky.

**Prim. MUDr. Jiří Bielek**, místopředseda výboru ČPS  
**Prof. MUDr. Jiří Zeman, DrSc.**, předseda výboru ČPS

## Proč je nutná změna zákona o specializačním vzdělávání lékařů

**V České republice a dříve v Československu byla vždy díky dlouhým tradicím vysoká úroveň pregraduálního i postgraduálního vzdělávání, potažmo specializačního vzdělávání, v lékařských a příbuzných oborech. Svědčí pro to mimo jiné i tradiční úspěšnost českých lékařů i ostatních zdravotnických profesionálů v zahraničí, která byla zvláště patrná v několika emigračních vlnách ve 20. století, a to především po letech 1948 a 1968. I současný nezanedbatelný odchod lékařů do zemí Evropské unie i dalších zemí potvrzuje, že tato tradice nebyla přerušena.**

V roce 1971 byla vydána vyhláška Ministerstva zdravotnictví České socialistické republiky č. 72/1971 Sb., o zdravotnických pracovních a jiných odborných pracovních ve zdravotnictví, kterou se do specializačního vzdělávání lékařů zavedl systém dvou atestací. Tento model fungoval až do nabytí účinnosti zákona č. 95/2004 Sb., který měl mimo jiné za cíl přiblížit specializační vzdělávání v České republice právu Evropské unie. Dvouatestační systém byl nahrazen systémem jediné atestace, která následuje po absolvování příslušného základního kmene a vlastního specializovaného výcviku v zá-

kladním oboru specializačního vzdělávání. Od 1. 7. 2009 je vlastní realizace předatestační přípravy upravena několika prováděcími předpisy, především vyhláškou č. 185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „vyhláška č. 185/2009 Sb.“). S ohledem na ochranu nabytých práv však stále probíhají i atestace podle předchozích právních předpisů. Stávající právní úprava rovněž zpřísnila možnost vzdělávání na příslušných odborných pracovištích (tzv. akreditovaných pracovištích) a v praxi tak musí mladí lékaři často trávit neúměrně dlouhý čas na pracovištích „vyššího typu“, například ve fakultních nemocnicích, což zatěžuje jak jejich zaměstnavatele, tak i mladé odborníky samotné, a to po stránce profesní i osobní.

Ačkoli se na první pohled systém jediné atestace zdá být přehledný a jednodušší, lze s desetiletým odstupem konstatovat, že odborníci napříč lékařskými obory považují předchozí dvouatestační systém za kvalitnější a robustnější. Navíc upozorňují také na komplikované akreditační řízení, v jehož důsledku je pro odborné pracoviště obtížné získat akreditaci opravňující k uskutečňování vzdělávání. Právě toto je spolu s právní nejistotou způsobenou častými změnami prováděcích právních předpisů upravujících systém spe-

cializačního vzdělávání, včetně změn oborů specializačního vzdělávání, jednou z hlavních příčin odchodu mladých lékařů do zahraničí.

Jak již bylo uvedeno výše, dvouatestační systém byl zákonem č. 95/2004 Sb. nahrazen systémem jediné atestace se zkouškou po absolvování příslušného základního kmene. Tato zkouška a podmínky jejího provádění a úspěšného složení nejsou žádným právním předpisem zcela jasně definovány. V praxi zkouška po absolvování základního kmene probíhá většinou formou písemného textu. Skutečnost zrušení dvouatestačního systému vedla mimo jiné i ke stavu, kdy ani zákon č. 95/2004 Sb., ani prováděcí předpisy jasně nedefinují rozsah činností, k jejichž provedení je oprávněn lékař bez specializované způsobilosti. Tento fakt dále vede k znejistění situace mladých lékařů a je dalším důvodem jejich odchodu do zahraničí.

V souvislosti s aplikací zákona v praxi a po konzultacích s odbornou zdravotnickou veřejností byly identifikovány zejména tyto další nedostatky stávajícího znění zákona č. 95/2004 Sb.:

**Nedostatečné vymezení některých pojmů, které ve svém důsledku vede k nejednotnému výkladu jednotlivých zákonných ustanovení.** V praxi je nejzávažnějším problémem nedostatečné zákonné vymezení pojmu odborného dohledu.

**Systém specializačního vzdělávání neodpovídá aktuálním potřebám ve zdravotnictví.** Z praxe vyplývá například jednoznačný požadavek ukotvení základ-

ních kmenů, které jsou součástí základních oborů lékařů podle vyhlášky č. 185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů, přímo do zákona. Tento krok povede ke stabilizaci specializačního vzdělávání lékařů, jelikož provádění změn bude navázáno na změnu zákona.

**Systém akreditačního řízení.** Stávající pojetí akreditačního řízení je příliš složité a administrativně náročné. Návrh zákona, kterým se mění zákon č. 95/2004 Sb., akreditační řízení zjednoduší a zefektivní. Předpokládá se například zavedení možnosti udělení akreditace na vzdělávání v základním kmeni, o kterém by rozhodovalo přímo ministerstvo, a to podle parametrů stanovených prováděcím předpisem. Posouzení akreditační komisí by tak v tomto případě bylo omezeno pouze na případy odůvodněných pochybností o tom, zda jsou naplněny podmínky prováděcího předpisu. Mimo základní kmen bude moci být akreditace nově udělena také pouze pro vlastní specializovaný výcvik. Stávající znění zákona č. 95/2004 Sb. umožňuje udělit akreditaci pouze na celý obor specializačního vzdělávání (tedy na základní kmen i vlastní specializovaný výcvik). Žadatelé o akreditaci, kteří nesplňují podmínky obou částí, jsou tak nyní ze získání akreditace vyloučeni. Návrh novely zákona č. 95/2004 Sb. jim nově umožní získat akreditaci pouze na část specializačního vzdělávání. Tímto krokem tak dojde k rozšíření spektra subjektů, které budou oprávněny na základě ministerstvem

udělené akreditace poskytovat specializační vzdělávání lékařů a farmaceutů.

**Racionalizace počtu základních oborů specializačního vzdělávání lékařů, jejich ukotvení přímo v zákoně č. 95/2004 Sb. a zkrácení minimálních délek specializačního vzdělávání lékařů v základních oborech.** Časté změny v oblasti specializačního vzdělávání lékařů dále vedly ke skutečnosti, že po sečtení základních a nástavbových oborů docházíme k závěru, že v současném systému specializačního vzdělávání a vzdělávání v nástavbových oborech lékařů máme celkem 96 různých odborností, což je jistě jeden z nejvyšších počtů na světě. Je proto nutné tento počet racionalizovat, zvláště s přihlédnutím k demografickým předpovědím, kdy v příštích desetiletích v EU hrozí nedostatek lékařů prakticky ve všech oborech.

Právě racionalizace počtu oborů a jejich větší horizontální prostupnost jsou velmi citlivým tématem a jeví se jako jeden z nejtěžejnějších problémů stávajícího znění zákona č. 95/2004 Sb. a jeho prováděcích právních předpisů. **V některých případech je navrhováno sloučení jednotlivých oborů, v jiných je doporučeno odstranění bariér mezi příbuznými obory.** Mezi prvními příklady lze uvést navrhované **sloučení oborů radiologie a zobrazovací metody s oborem nukleární medicína.** Důvodem pro toto sloučení je výrazný rozvoj tzv. hybridních zobrazovacích technik (zvláště PET-CT a PET-MR), který nastává v posledních letech. Dalším důvodem je minimální počet ates-

tantů z oboru nukleární medicína v posledních letech. Jiným příkladem je navrhované **sloučení pediatrických oborů – dětské lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost** – do jediného oboru. Příkladem větší horizontální prostupnosti jednotlivých oborů je **odstranění bariér ve vzdělávání mezi oborem interní lékařství a všeobecné praktické lékařství.**

Dále na základě podnětů z praxe vyplynula potřeba zkrácení stávajících minimálních délek specializačního vzdělávání lékařů v základních oborech. Stávající systém minimálních délek je dle řady názorů z odborné praxe nevyhovující. Je třeba zdůraznit, že tato témata, spolu s navrhovaným zkrácením minimální doby vzdělávání v některých oborech, jsou témata velmi citlivá, která přinesou v připomínkových řízeních jistě mnoho podnětů, ke kterým bude nutno přistupovat s veškerou vážností.

Nová úprava by rovněž měla navázat na předcházející znění zákona č. 95/2004 Sb. a znovu ukotvit výčet základních oborů specializačního vzdělávání přímo v zákoně jako jednu z jeho příloh. Tato změna by rovněž měla přinést větší stabilitu systému specializačního vzdělávání, neboť lze předpokládat, že by tak nedocházelo k příliš častým změnám v počtu a struktuře oborů specializačního vzdělávání a i případné změny by byly podrobeny široké diskusi v rámci legislativního procesu.

**Z důvodové zprávy předložené Ministerstvem zdravotnictví ČR**

## Opětovné sloučení pediatrie je nutností

**L**ékaři stárnou. V současnosti je z veškerého počtu pracujících lékařů všech odborností již 23 % kolegů starších 60 let. Zároveň roste podíl žen lékařek mezi lékaři. Z čerstvých absolventů lékařských fakult tvoří ženy 2/3 a muži 1/3. Z celkového počtu 1050 promujících lékařů jich 200 každý rok odchází do zahraničí hned po skončení školy, aniž by vůbec v ČR začali pracovat. Tolik statistika.

Nedostatek lékařů je patrný již prakticky ve všech odbornostech, avšak v obou oborech praktického lékařství je situace nejvážnější. V pohraničí se nedaří zajistit praktické lékaře ani za cenu bonifikací pro tzv. malé praxe, ani s pomocí podpory od obcí, které jim poskytují například prostory pro ordinace za symbolické

nájmů. Ve velkých městech je sice situace lepší, ale problém sehnat praktického lékaře, který by byl ochotný registrovat nové pacienty, je i zde.

Praktických lékařů pro dospělé eviduje lékařská komora 5329, z toho 3324 žen (62,4 %) a 2005 mužů. Z celkového počtu praktických lékařů je 613 mladších 40 let, 2990 je ve věku 40–60 let a 1726 je starších 60 let. Demografický strom má tedy již notně podhľodanou základnu.

Zatímco situace u praktických lékařů pro dospělé je vážná, u praktických pediatriů je dá se říci zoufalá. Rodiče tak stále obtížněji shání svým dětem registrujícího praktického pediatri. Komora ve svém registru v současnosti sice eviduje 2042 praktických lékařů pro děti a dorost, ale to je málo. Lékařek pracujících v tomto oboru je 1766 (86,5 %), lékařů 276. Z celkového počtu praktických pediatriů je navíc pouze 67 mladších 40 let, 1218 je ve věku 40–60 let a 757

je starších 60 let. Průměrný věk pracujících praktických lékařů či spíše lékařek pro děti a dorost tak již překročil hranici 56 let. Tak vypadá demografická katastrofa.

Opětovné sloučení pediatrie a praktického lékařství pro děti a dorost je tedy logickým řešením této vážné situace. Lékaři obou oborů získají po změně zákona širší kompetence a lépe se uplatní na trhu práce. Pediatrie tak bude pro mladé lékaře atraktivnější volbou. Nikdo nebude poškozen, právě naopak.

V některých zemích se sice o děti starají tzv. rodinní lékaři a ono to také funguje. Přesto si myslím, že pro naše děti bude lepší, když jim budou primární péči zajišťovat kvalifikovaní pediatri. A to je hlavní důvod, proč Česká lékařská komora podporuje opětovné sloučení obou pediatrických oborů.

**Milan Kubek**

# Kdo za to (také) může



**Při sledování diskuse (nejen na stránkách časopisu Tempus medicorum) o špatném stavu postgraduálního vzdělávání lékařů v České republice přemýšlím, nakolik jsou na vině pouze „oni“ – systém, ministerstvo, IPVZ atd. – a nakolik jsme za (ne) kvalitu postgraduálního vzdělávání odpovědny my, lékaři, zodpovědní za vzdělávání mladých kolegů jako jejich škoolitelé, vedoucí akreditovaných pracovišť, tvůrci vzdělávacích programů.**

Moje osobní zkušenost s promočním vzděláváním je vícevrstevná – jako školence v systému specializačního vzdělávání (měl jsem štěstí, že jsem všechny své atestace skládal ještě ve dvoustepňovém systému), později jako vedoucího akreditovaného pracoviště a v posledních letech také z opačné strany stolu jako člena zkušební komise při atestacích z vnitřního lékařství.

Diskutujeme o optimálním modelu postgraduálního vzdělávání, který by nejen podle mého názoru měl být založen na získání maximálního množství praxe na domovském pracovišti lékaře (to ale musí v dostatečné míře pokrývat danou odbornost) a dále by měl obsahovat limitovanou dobu pobytu na pracovištích vyššího typu ve fakultních či krajských nemocnicích. Častou stížností mladých lékařů je neochota je-

jich domovských pracovišť vysílat je na povinné stáže do nemocnic vyššího typu. Jsou i oddělení, kde lékař během prvních dvou let neabsolvuje žádné povinné stáže v rámci kmene, tedy nedostane se ani na základní „kolečko“. Zodpovědnost za plnění vzdělávacího programu má nicméně jejich škoolitel, případně vedoucí akreditovaného pracoviště – tedy lékaři.

Chápu, že na některých personálně vypleněných odděleních malých nemocnic je vysílání lékařů na stáže provozně přinejmenším problematické, ale pokud pracoviště nedokáže poslat lékaře ani na kolečko, nemá mít akreditaci pro postgraduální vzdělávání – a je projevem serióznosti vedoucího lékaře takového oddělení, aby situaci přiznal a takto na ni reagoval. Kontrolní činnost ministerstva, které může akreditaci při neplnění podmínek odejmout, je vždy spíše formální, vždyť papír snese všechno... Osobní odpovědnost každého z nás školitelů vůči mladým lékařům je prioritní – a měla by v rámci lékařského stavu být samozřejmou bez nutnosti jejího ukotvení v novele zákona.

Dalším nešvarem, který na nikoho nesvedeme, je rezignace na odborné vedení školenců škoolitelem na některých pracovištích, nepřítomnost vlastního systému vzdělávání lékařů na jednotlivých odděleních. Ano, je to práce navíc, vyžaduje čas a osobní nasazení, a ne vždy je tato aktivita mezi vytíženými lékaři oblíbená. Pokud však přijmeme pozici vedoucího akreditovaného pracoviště, jsme zodpovědní nejen za diagnostickou a léčebnou činnost na svém oddělení, ale i za vzdělávání mladých lékařů, za to, abychom jim ukázali, jak a z jakých zdrojů mají dále studovat, jak mají získané informace a svoje závěry prezentovat a obhajovat. Nejsme-li k tomu ochotni, nemáme tu práci dělat. Lékař v postgraduální výchově

má právo na naši pozornost a my jsme povinni se mu věnovat.

Rozsah stáží na fakultních pracovištích které jsou v některých případech jistě zbytečně dlouhé, neurčil anonymní úředník ministerstva, byť jsou vzdělávací programy vydávány ministerstvem. Jejich náplň byla stanovena na základě návrhu akreditační komise, tedy lékařů. Opět mají tedy konkrétního autora (autory), a pokud s nimi nesouhlasíme, máme se snažit je změnit. Je laciné prohlásit, že za všechno mohou profesori z vedení odborných společností a lékařských fakult, vždyť oni to tak napsali... Kolik kritiků vzdělávacího programu své odbornosti volilo do výboru své odborné společnosti, kolik z nich posílá návrhy na změnu?

Dalším někdy problematickým bodem, za který jsou zodpovědní lékaři, je kvalita stáží lékařů ve fakultních nemocnicích. Je různá – je mnoho pobytů skutečně edukačních, které lékařům školencům přinesou mnoho dovedností a znalostí nejen pro vlastní atestační zkoušku, ale také pro jejich další profesní život. Naopak jsou stáže, kde je školencem využíván coby levná pracovní síla pro vyšší pracoviště a vykonává běžnou práci

sekundáře jako na svém domovském oddělení, bez zájmu o jeho edukační a odborné potřeby. Opět je to osobní odpovědnost konkrétního lékaře, který je na daném pracovišti za organizaci školicích pobytů zodpovědný. Je nemravné přijmout lékaře na placenou stáž a nepřipravit pro ni takovou náplň, aby splnila svůj účel.

Závěrem přeji nám všem, abychom při našem konání směřovali k vytvoření optimálních podmínek pro výchovu mladých lékařů – protože zodpovědnost je skutečně z větší části na nás, lékařích starších. Je jedno, zda budeme na pozici tvůrců smysluplných vzdělávacích programů, které obsahují právě ty znalosti a dovednosti, které by měl lékař nabyt k získání specializace, nebo jsme vedoucí akreditovaných pracovišť a škoolitelé, či „pouze“ starší kolegové, kteří by měli být ochotnými rádci těch mladších. Souhlasím s tím, že podmínky nejsou lehké, ale v zájmu našich mladých kolegů bychom neměli rezignovat a omlouvat si, proč to či ono z objektivních důvodů nejde. Mysleme přitom i na sebe a svoje zdraví – nyní se rozhoduje o tom, kdo a jak dobře nás bude jednou léčit.

**Zdeněk Monhart**, člen představenstva ČLK

Inzerce

## Nemocnice Český Krumlov, a.s., přijme na dětské oddělení:

- **Lékaře/lékařku** se specializovanou způsobilostí v oboru
- **Lékaře/lékařku** v přípravě na atestaci
- **Lékaře/lékařku** absolventa

Nabízíme výborné mzdové podmínky, možnost ubytování, podpora při dalším vzdělávání, zaměstnanecké benefity. • Nástup možný ihned nebo dle dohody. • Bližší informace při osobním jednání.

Kontaktujte personální oddělení, tel. 380 761 361, 777 486 121, e-mail: markova@nemck.cz

## Co nám někteří záviděli, nad tím jiní kroutili hlavou



**Z**ákladní slabou stránku předešlého systému vidím v centralizaci. Kouzlo decentralizace je spojeno s rozšiřováním odpovědnosti za školení v průběhu celého procesu specializačního vzdělávání. Fakultní i krajské nemocnice by měly vypracovat model vlastního kontinuálního školení.

**Jak vznikl koncept centralizovaného specializačního vzdělávání v Československu?**

Zcela jistě implementací sovětského modelu, včetně toho, že převzal jeho organizační strukturu. Model odpovídal rozlehlosti velké země a potřebě svolávat před získáním odborné specializace pracovníky k několikátýdennímu školení ze vzdálených koutů Ruska. Podobné to bylo i v jiných svazových republikách. Jeho silnou stránkou byla jednotnost, slabou pak malá či žádná lokální zodpovědnost za specializační vzdělávání.

**Síla a slabost dvoustupňového modelu, či lépe modelu dvou zkoušek**

Zcela jistě je jeho silnou stránkou to, že umožňoval, aby lékař po první atestaci měl jasněji definované kompetence, zejména ve službách v nemocnici. Jiné výhody dvoustupňového modelu nevidím. Jak se ovšem později ukázalo, pro ambulantní praxi byla atestace prvního stupně zcela nedostateč-

ná a uplatnění těchto lékařů mimo nemocnici bylo obtížné. Právě to je zásadní slabou stránkou dvoustupňového modelu. Přezkoušení lékařů ve specializačním vzdělávání po absolvování společného kmene může vést k tomu, abychom zajistili, že tito lékaři budou mít v nemocniční praxi po přezkoušení jasnější kompetence.

Další slabou stránkou systému (kterou naštěstí odnesl čas) byla skutečnost, že za minulého režimu byli na mnoha pracovištích zájemci o vyšší atestace nuceni ke vstupu do komunistické strany. Komunistická moc se tak snažila omezit okruh těch, se kterými bylo možno počítat na vedoucí místa. Kupodivu tento tlak nebyl při zařazení k nástavbové atestaci.

**Decentralizované rozložení odpovědnosti za předatestační kurzy a za zkoušení atestací**

Atestační zkouška se nyní odehrává na sedmi lékařských fakultách. Průběh je ovšem dán obecně platným právním předpisem a vzdělávacím programem, otázky jsou jednotné, schválené akreditační komisí Ministerstva zdravotnictví, členové komise jmenovaní ministrem zdravotnictví. V komisi je vždy převaha extramurálních zkoušejících, musí být přítomen zástupce jiné lékařské fakulty, České lékařské komory a odborné společnosti.

Atestace tak probíhají otevřeně a decentralizovaně, ovšem podle jednotných pravidel a s důrazem na zvýšení jejich odborné úrovně. To možná může některým atestantům vadit, pro systém zdravotnictví je to však velmi žádoucí.

Z vlastní praxe dobře vím, že i v dobách IPVZ, ILF či ÚDL byly požadavky na atestanty dané složením komise. Některé komise byly zcela benigní, jiné ne. Standardizace zkoušení vůbec neexistovala.

**Kde a jak jsou stanovovány**

**předpisy ke specializačnímu vzdělávání a podmínky pro kurzy a atestační zkoušky?**

Předpisy jsou dány platnou legislativou a vzdělávacími programy, za které nesou odpovědnost příslušné akreditační komise. Právě ve vzdělávacích programech je dle mého názoru řada problémů, některé požadavky na délku stáží či provedené výkony jsou nereálné.

Přitom lékařské fakulty, stejně jako odborné společnosti a jiné organizace, mohou do této věci zasahovat pouze tak, že se obracejí na Ministerstvo zdravotnictví a akreditační komise jednotlivých oborů. I kdyby tedy bylo specializační vzdělávání lékařů převedeno zpět na IPVZ, na Českou lékařskou komoru či jakýkoli jiný subjekt, problémy spojené s náplní vzdělávacích programů to nevyřeší.

**V předchozím uspořádání existovaly katedry ILF (IPVZ), které měly významnou roli v průběhu školení i zkoušení. Jaké byly silné a slabé stránky tohoto uspořádání?**

Žádnou skutečně silnou stránku tohoto modelu nevidím. Katedry byly naprostou většinou v Praze, jejich obsazování za komunismu probíhalo s ohledem na politická kritéria.

Bohužel nekriteriální přidělování kateder na jednotlivá pracoviště pokračovalo i po roce 1990 a občas získávalo bizarní rysy. V základních lékařských oborech, jakými jsou vnitřní lékařství, pediatrie, chirurgie, gynekologie či hygiena, zcela jistě existovala vědecky produktivnější a medicínsky uznávanější pracoviště než ta, která byla spojena s katedrami ILF (IPVZ). Pro menší obory platilo, že katedry byly mnohdy na pracovištích fakultních, využívaly profesorů a docentů z lékařských fakult. Ostatně i nynější zapojení profesorů a docentů lékařských

fakult do výuky ukazuje, jak virtuální realitou IPVZ je. IPVZ nemá žádnou akreditaci k habilitačnímu ani profesorskému řízení a neobejde se bez vědecko-pedagogických pracovníků zaměstnaných na lékařských fakultách nebo na lékařských fakultách habilitovaných či jmenovaných profesory. Tady se pan ředitel při výčtu počtu profesorů chlubí cizím peřím.

Základní slabou stránku však vidím v centralizaci. Kouzlo decentralizace je spojeno s rozšiřováním odpovědnosti za školení v průběhu celého procesu specializačního vzdělávání. Velké fakultní struktury a na ně navázané fakultní i krajské nemocnice by měly vypracovat model vlastního kontinuálního školení formou pravidelných seminářů či praktických kurzů, pro účastníky povinných. Tam může docházet k pravidelnému kontaktu těch, kteří jsou zkušení, s těmi, kteří jsou v přípravě. Není žádný důvod k tomu, aby pražská pracoviště byla považována za superiorní brněnským, olomouckým či ostravským.

**Má stát hrát významnou roli ve specializačním vzdělávání a zkoušení atestací?**

Rozhodně. Stát akredituje pracoviště určená ke vzdělávání. Stát a jeho akreditační komise složené z odborníků určují základní pravidla, rozsah a obsah vzdělávání i zkoušení. Konečně by měl stát vést matriku lékařů se specializovanou způsobilostí, do které by přicházela hlášení z jednotlivých fakult. K tomu by možná stačil plně funkční systém Evidence zdravotnických pracovníků.

**Jakým směrem by se mělo specializační vzdělávání dále vyvíjet?**

Zásadně pokračovat v decentralizovaném pojetí. Analyzovat kmen a jeho obsah, zakončit jej zkouškou s důrazem na praktické



dovednosti. Vzdělávání v systému kmen a školení po kmenu tak představuje vlastně modifikaci dvoustupeňového vzdělávání.

Organizovat semináře lékařských fakult, fakultních a krajských nemocnic v odpoledních hodinách a tam, kde je to možné, jimi v budoucnu nahradit předepsané předatestační kurzy. Umožnit formou diplomů získat nějakou další kvalifikaci již v průběhu specializačního školení, tedy před atestací, například v abdominální ultrasonografii, echokardiografii či elektroencefalografii. Otevřít diskusi o tom, zda jsou smysluplné jedno- nebo dvouměsíční pobyty na různých klinikách, jež jsou povinné před atestací. Dle mého názoru dává smysl minimálně tříměsíční stáž či pobyt. Základní

důraz při zkoušení je vhodné přesunout na zkoušení praktických dovedností, včetně podrobného rozboru případu nemocného.

**Lze souhlasit s tezí, že díky dvoustupňovému systému s centrální rolí IPVZ lékaři přestanou odcházet do Německa a do dalších zemí?**

Tato teze je pouze domněnka. Zdaleka nejde jen o vzdělávání. Jde o atmosféru v nemocnicích, jasná pravidla, která se týkají nejen vzdělávání, a v neposlední řadě také o výdělky. Se systémem českých nemocnic je potřeba něco rozumného udělat. Zavedení jasných pravidel zpráhlední systém, ve kterém se nyní naši lékaři cítí mnohem více jako objekty než jako jeho tvůrci. Jen tak mimochodem – pro mnohé obory je délka

specializačního vzdělávání v Německu o rok delší. Přesto tam mladí lékaři hojně odcházejí. Proč asi?

**Závěrem**

Mám osobní zkušenosti s oběma variantami specializačního školení. Působil jsem několik let na pracovišti, ve kterém bylo sídlo Katedry vnitřního lékařství ILF. Dobře vím, že tehdy lékaři z klinik na kurzy nechodili, byly pro ně zcela zbytečné. Později se Katedra vnitřního lékařství přestěhovala na pracoviště do Fakultní Thomayerovy nemocnice a nejen dle mého názoru její kvalita poklesla. Asistenti katedry byli často v jednotlivých podoborech méně zkušenější než stážisté či frekventanti kurzů. Také forma zkoušení vyvolávala stížnosti, které nebyly řešeny. S ohledem na dosti negativní

zkušenosti v oblasti mé vlastní specializace jsem jednoznačně přivítal možnost decentralizace předatestačních kurzů a atestačních zkoušení a také zapisování lékařů ke specializacím na fakultách. Uvedené uspořádání má další silnou stránku – kontinuitu pregraduálního a specializačního vzdělávání. Za tři roky jsme na 3. lékařské fakultě vybudovali organizačně zdatný útvar sloužící všem, kteří se ke specializačnímu vzdělávání, do kurzů i ke zkouškám zapsali. Zatím jsme nezaznamenali jedinou stížnost.

**Prof. MUDr. Michal Anděl, CSc.,**

profesor vnitřního lékařství

a děkan 3. lékařské fakulty UK,

šest let byl členem výboru

Asociace evropských lékařských fakult

Medical Tribune

## Postgraduální vzdělávání kdysi a dnes



*spočívající v zabezpečení specializačního vzdělávání diferencovaně, z více míst, jednotlivými lékařskými fakultami“.*

Česká lékařská komora, vědoma si neradostné situace v postgraduálním vzdělávání, provedla anketu, které se zúčastnilo 6480 lékařů. Podle této ankety si 61,1 % dotázaných myslí, že by postgraduální vzdělávání v základních oborech mělo být svěřeno IPVZ. Pouze 19,9 % by ho svěřilo fakultám a 19 % komoře.

Pan profesor však žádnou silnou stránku centrálně řízeného školení a zkoušení nevidí. Upozorňuje na to, že katedry IPVZ byly za komunismu obsazovány podle politických kritérií. Nepochybně má pravdu, ale tak byla obsazována přece také vedoucí místa na fakultách. To ale ve věcné debatě – zda centralizovat, nebo ne – již dnes není nutné. Také dnes nediskutujeme o tom, že v padesátých letech minulého století po vzoru z SSSR u nás vznikl IKEM a vážíme si jeho tradice i významu, který v naší medicíně dodnes má. Jistě existovala pracoviště, kterým IPVZ nemohl konkurovat, ale systém – bud' ka-

tedry IPVZ, nebo fakulty – jsme nikdy tak neviděli.

Význam IPVZ jsme vnímali jako sjednocující. My zaměstnanci fakult jsme přednášeli a dosud přednášíme na kurzech IPVZ. Stejně tak jsme se podíleli a dnes se opět podílíme na zkoušení. IPVZ mimo své kmenové zaměstnance zaměstnává externí odborníky různých specializací, kteří tvoří páteř jeho výuky. Tito externisté tvoří dnes 65 % všech jeho zaměstnanců.

Kolega Anděl má jistě pravdu v tom, že IPVZ nemá žádnou akreditaci k habilitačnímu či profesorskému řízení. Podle mého názoru ji ani nepotřebuje. V minulosti, aspoň v mém oboru (chirurgie), byl vedoucím katedry habilitovaný člověk, který stál v čele renomovaného pracoviště. Dobře nerozumím ani myšlenku, že kouzlo decentralizace je spojeno s rozšířením odpovědnosti za výcvik. Podle mého názoru největší odpovědnost za výcvik mladého lékaře má jeho mateřské pracoviště, kde by měl trávit většinu času mezi promoci a atestací. V článku je doporučováno, aby fakultní a krajské nemocnice vy-

pracovaly „*model vlastního kontinuálního školení*“. Mám, možná neoprávněné, obavy, že například školení v Plzni a v Ostravě bude rozdílné.

### Jedna nebo dvě atestace

Nyní několik slov k vlastnímu vzdělávacímu procesu. Měli jsme dvoustupňový, máme jedno. Pan profesor jako jedinou výhodu dvoustupňového vidí „*jasně definovanou kompetenci, zejména ve službách v nemocnici*“ u prvoatestovaných a píše, že pro ambulantní praxi byla první atestace zcela nedostatečná a „*uplatnění těchto lékařů mimo nemocnici bylo obtížné*“. Bohužel s tímto názorem nemohu souhlasit. Přinejmenším v našem oboru prakticky celá ambulantní sféra (zdravotní střediska-polikliniky) byla na bedrech lékařů právě prvoatestovaných. Lékaři s druhou atestací vykonávali vedoucí funkce a často to byli lidé posláni do terénu z politických důvodů, za trest. Požadavky na druhou atestaci byly tak vysoké, že je v ambulancích nebylo možné realizovat (například větší operace v celkové anestezii).

**P**řečetl jsem si inspirativní článek pana profesora Anděla na stránkách *Medical Tribune*, v němž prezentuje svůj názor na postgraduální vzdělávání. Podobně jako on jsem pamětníkem jak centralizovaného systému výuky pod záštitou IPVZ, tak současného v rukách lékařských fakult.

Tedy je lepší centralizovat, či ne? Na tuto otázku odpověděl v minulém roce sociologický průzkum u 1200 českých lékařů „*Postoje českých lékařů k postgraduálnímu vzdělávání*“. V něm se můžeme dočíst, že „*nejmenší podporu mezi lékaři má model*

Současný systém, užiji-li v médiích dnes frekventované slovo, je podle mého názoru nešťastný. Skládá se ze 24měsíčního kmene, po jehož absolvování pak následuje vlastní specializace. Kmen dnes není ani svou náplní, ani délkou trvání rovnocenný dřívější první atestaci. Jeho absolventi nemohou pracovat samostatně, bez odborného dohledu, a to ani v ambulantním sektoru. V nemocnicích jsou zejména z právního pohledu, pracují-li bez dohledu, hůře upotřebitelní, ale vím, že se tak na mnoha místech děje.

Vyhláška, která by stanovila, které výkony můžou dělat bez dohledu, dosud nebyla vydána. Možná je obtížné si ji i představit. Dalším problémem dnešních kmenů je jejich univerzálnost. Jenom pro zajímavost: povinný chirurgický kmen má osm specializací, interní dokonce 22! Jak připravovat mladé lékaře po dobu kmene? Například v chirurgii budeme cvičit všechny v operačních výkonech podobně jako u dřívější první atestace? Vždyť přece víme, že pouze část lékařů v chirurgickém kmeni se později bude specializovat ve všeobecné chirurgii. Máme cvičit v základních chirurgických výkonech ty, kteří v pozdějším výcviku, budou-li mít v životě štěstí, ani krev neuvidí (například rehabilitační lékaři)? Měli bychom tedy mít asi různé kmene.

K vlastní specializaci. Na základě osobní zkušenosti se domnívám, že zkrácená doba výcviku k plné kvalifikaci v oboru je krátká k tomu, aby naplnila myšlenku Vzdělávacího programu MZ, který stanovuje, že u absolventa specializovaného oboru „se předpokládá schopnost zastávat samostatné nebo vedoucí místo v oboru“. Neznám snad jediného chirurga v naší zemi, který by po 48 měsících specializačního výcviku tento předpoklad splnil. Výhody dvoustupňového vzdělávání vidím v tom, že pouze část lékařů po obdržení atestace prvního stupně pokračovala ve studiu a praktickém výcviku. Již z praktického pohledu není možné všechny vycvičit ve všem. Možná

všeobecná interna dvoustupňový systém vyřešila atestacemi v endokrinologii, gastroenterologii, pneumologii, kardiologii atd.

### Kvalifikované dohody

Mladí kolegové si stěžují, že na mateřském oddělení mohou absolvovat pouze část výcviku. Vyšším pracovištěm pak nejsou cíleně „trénování“ v činnostech, ke kterým se na vlastním pracovišti nedostanou, a na těchto vyšších (často fakultních) jsou spíše zneužíváni k rutinní práci, psaní dokumentace atd. Že si tento výcvik platí, víme.

Pokud to za ně platí mateřské pracoviště, musí podepsat kvalifikovanou dohodu, kterou se zavazují na pracovišti setrvat i po atestaci. Obávám se obecně, že zejména důraz na nácvik praktických dovedností, po kterých pan profesor volá, není v současném jednostupňovém systému realizovatelný. Není totiž ani dost příležitostí to všem umožnit, a tak v našem oboru je nemožné splnit část výcviku operacemi na zemřelém. Prostě všem vše je v tak krátké době nereálné splnit. Bojím se, že systém by mohl vést k podvádění...

Závěrečnou myšlenkou je otázka financování celého postgraduálního výcviku. Uvědomme si, že zatímco právník, učitel, inženýr či jiný vysokoškolák je po promoci pro stát plně využitelný, edukace lékaře promoci nekončí. Stát k tomu, aby zajistil pro obyvatele zdravotní péči, nepotřebuje „kmenaře“, ale internisty, gynekology, chirurgy... Ty však získá až po jejich atestaci. Do té doby jsou jako samostatně pracující nepoužitelní. Této polovičatosti financování vzdělání lékařů nerozumím. Ukončení vzdělání lékařů není soukromou věcí jednotlivců, ale státu, který financoval jejich zřejmě nejdražší vysokoškolské vzdělání u nás.

**Prof. MUDr. Pavel Pařko, DrSc.,**

chirurg, který v letech 1992–2010 působil jako přednosta III. chirurgické kliniky 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a Fakultní nemocnice Motol

odborné sympozium

## Novinky v revmatologii

Sympozium se koná v pátek 19. 6. 2015  
od 14.00 do 18.10 hodin  
v Žižkovské věži, Praha 3

**GARANT ODBORNÉHO PROGRAMU:**  
**prof. MUDr. Pavel Horák, CSc.**

III. interní klinika - nefrologická, revmatologická a endokrinologická,  
Fakultní nemocnice a Univerzita Palackého v Olomouci

- 14.00–14.05 – **prof. MUDr. Pavel Horák, CSc.**  
zahájení akce, uvítání
- 14.05–14.30 – **doc. MUDr. Petr Němec, Ph.D.**  
Biologická léčba revmatoidní artritidy\*
- 14.30–14.55 – **prof. MUDr. Karel Pavelka, DrSc.**  
Současný koncept diagnostiky  
a léčby spondylartritid\*
- 14.55–15.20 – **prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.**  
Význam stanovení autoprotilátek  
u autoimunitních revmatických chorob\*
- 15.20–15.45 – **MUDr. Martina Skácelová**  
Ultrazvuk v diagnostice a sledování nemocných  
se zánětlivými revmatickými chorobami\*
- 15.45–16.30 – přestávka na kávu
- 16.30–16.55 – **prof. MUDr. Pavel Horák, CSc.**  
Doporučení ČRS pro diagnostiku a léčbu  
systémového lupus erythematoses\*
- 16.55–17.20 – **MUDr. Andrea Smržová, Ph.D.**  
Digitální ulcerace u systémové sklerodermie\*
- 17.20–17.45 – **MUDr. Martin Žurek, Ph.D.**  
Borreliová artritida\*
- 17.45–18.10 – **MUDr. Zdeněk Fojtík, Ph.D.**  
Revmatická polymyalgie a obrovskobuněčná arteritida\*

\* Diskuse následuje po každé přednášce

**Účastnický poplatek 350 Kč za osobu**

### Přihlášení na akci:

V případě zájmu svou přihlášku vyplňte na adrese:

**www.lkcr.cz** – sekce vzdělávání, kurzy ČLK, číslo kurzu je 67/15  
– evidenční číslo (EČ) 39188

Bližší informace obdržíte 10 dnů před konáním akce.  
Odborná vzdělávací akce je pořádána v rámci celoživotního vzdělávání  
lékařů dle SP č. 16.

**Akce je evidována v centrálním registru ČLK a je ohodnocena 5 kredity.**

Postgraduální  
akademie



Postgraduální medicína  
JE OFICIÁLNÍM TITULEM  
CELOŽIVOTNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ  
LEKÁŘŮ ČESKÉ LÉKÁRSKÉ KOMORY

**MEDICAL  
SERVICES**

Největší vydavatelství zdravotnických titulů v ČR  
a pořadatel kongresů, konferencí a sympozií



**Mladá fronta a. s.** Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4–Modřany  
mobil: +420 724 076 076, tel. 225 276 427,  
e-mail: mikulka@mf.cz, www.kongres-medical.cz

# Lékařská komora a její kompetence

## Analýza kompetencí, které má nebo by měla mít Česká lékařská komora dle zákona č. 220/1991 Sb. a dalších zákonů

**V**návaznosti na jednání s předsedou vlády (3. března) se dne 29. 4. 2015 konalo jednání prezidentů profesních samospráv s předsedou Legislativní rady vlády, ministrem Jiřím Dienstbierem. Na základě jeho výzvy předložila Česká lékařská komora jako podklad pro jednání analýzu svých současných kompetencí s návrhy na jejich rozšíření.

### Stávající kompetence ČLK

Přestože zákon č. 220/1991 Sb. je v účinnosti již od 1. června 1991 a nebyl předmětem rozsáhlejších novel, lze konstatovat, že v zásadě tento zákon vyhovuje i v současné době a v nyníjších podmínkách.

V praxi se ukazuje, že zásadním nedostatkem je skutečnost, že návrh na zahájení disciplinárního řízení může na člena komory podat pouze revizní komise okresního sdružení komory, nikoli revizní komise komory jako takové, což často činí disciplinární řízení málo pružným, zvláště když disciplinární orgány komory pracují na okresním principu, kde se lékaři většinou mezi sebou znají a je problémem proti kolegovi zahajovat disciplinární řízení. Veřejnost a média přitom v případě závažného problému právem očekávají rychlou reakci právě od profesní komory, která však nemůže revizní komisi okresního sdružení nijak úkolovat k rychlejšímu postupu.

Také okresní struktura disciplinárních orgánů komory se jeví jako málo efektivní a bylo by vhodnější přejít na krajskou strukturu tak, že pro účel disciplinárního řízení by návrh na zahájení disciplinárního řízení mohla podávat krajská revizní komise komory a o disciplinárních opatřeních by případně rozhodovala krajská čestná rada komory (které by bylo nutno na základě novely zákona ustavit).

Pokud podle dosavadní dikce zákona je člen komory zavázán dodržovat organizační, jednací, volební a disciplinární řád komory, bylo by žádoucí rozšířit tyto povinnosti tak, že člen komory je povinen řídit se všemi řády komory, které komora v souladu se zákonem vydá, a současně se řídit i závaznými stanovisky komory vydanými dle § 2 odst. 2 písm. i) zákona č. 220/1991 Sb.

Kromě disciplinárních orgánů komory, které by měly podle našeho názoru fungovat spíše na krajském principu, se však okresní princip, kdy základním článkem komory jsou okresní sdružení, jejich představenstva, předsedové a revizní komise kontrolující hospodaření okresního sdružení, jeví jako opodstatněný, bez ohledu na skutečnost, že územní uspořádání státu je v současné době na krajském principu (okresní princip zůstal například zachován pro soudní soustavu). Lze doporučit zachovat tento princip, neboť lékaři jednoho okresu se spolu lépe znají a raději se scházejí v užším kruhu než lékaři celého kraje, kdy by společná schůze či setkání mohla být problematické. Také místní znalost při posuzování různých žádostí v okresním měřítku hraje významnou úlohu.

V rámci disciplinárního řízení se jeví jako méně vhodné, že proti rozhodnutí čestné rady komory o uložení disciplinárního opatření lze podat opravný prostředek pouze přímo k soudu a do té doby je rozhodnutí (často několik let) nepravomocné a nevykonatelné, ač by bylo žádoucí, aby bylo co nejrychleji vykonáváno, zvláště v závažných případech (ordinování pod vlivem návykových látek, úmyslné ublížení pacientovi apod.). Stejně jako je tomu v České advokátní komoře, i v rámci České lékařské komory by bylo vhodné rozdělit disciplinární kompetenci nejvyššího disciplinárního orgánu – čestné rady komory na kárný senát I. stupně a odvolací senát tak, aby řízení o odvolání proti uložení přísnějších disciplinárních prostředků mohlo proběhnout v rámci vnitřních orgánů komory a rozhodnutí bylo pravomocné a vykonatelné, byť pochopitelně přezkoumatelné soudem, aniž by však žaloba podaná u soudu měla odkladný účinek. Tento postup dosavadní zákon č. 220/1991 Sb. neumožňuje.

Celkově však lze konstatovat, že dosavadní kompetence komory uvedené v zákoně č. 220/1991 Sb. tak, jak jsou tam formulovány, kromě shora uvedených výhrad, jsou vyhovující a v praxi umožňují, aby Česká lékařská komora plnila své poslání, které mají profesní komory v demokratickém právním státě.

### Vhodné rozšíření kompetencí ČLK

Některé možné změny jsou již naznačeny shora. V rámci disciplinárního řízení by bylo žádoucí, aby komora vedle funkce represivní mohla v disciplinárním řízení uplatnit také funkci výchovnou a preventivní a ukládat v disciplinárním řízení nejen pokuty, ale i povinnost po určitou dobu pracovat pod odborným dohledem jiného lékaře, po určitou dobu nevykonávat samostatně lékařské povolání nebo funkci vedoucího lékaře a primáře, stanovit povinnost doškolení, případně přezkoušení k tomu, aby se lékař mohl vrátit k samostatnému výkonu povolání v případě, že se dopustil závažného odborného pochybení, případně umožnit disciplinární opatření spočívající v povinnosti účastnit se psychologického výcviku při porušení etických norem, při jednání s pacienty nebo jejich příbuznými, případně pozůstalými.

Zákon by měl jasně stanovit kompetenci komory realizovat celoživotní vzdělávání lékařů a povinnost vedoucích lékařů – primářů, jejich zástupců a odborných zástupců poskytovatelů zdravotních služeb celoživotní vzdělávání organizované komorou absolvovat.

Pokud komora koná disciplinární řízení s lékařem, při kterém zjistí, že poskytovatel zdravotních služeb má závažné nedostatky v řízení, organizaci nebo kontrole, měla by mít profesní komora rovněž právo v rámci disciplinárního řízení se svými členy uložit též přiměřená nápravná opatření poskytovateli zdravotních služeb, který poskytuje lékařské, stomatologické nebo lékárnické zdravotní služby a v jehož činnosti byly zjištěny nedostatky příslušnou profesní komorou v rámci disciplinárního řízení.

Profesní komora v minulosti naprosto bezdůvodně a nesystémově ztratila oprávnění posuzovat a schvalovat personální zabezpečení poskytovatele zdravotních služeb poskytujícího lékařské, stomatologické nebo lékárnické zdravotní služby. Bylo by žádoucí, aby tato kompetence komory byla znovu zahrnuta do zákona.

Navrhujeme, aby profesní komora zřízená zákonem č. 220/1991 Sb. měla právo jako přízvaná osoba se účastnit kontrol poskytovatelů zdravotních služeb, ve kterých je poskytována lékařská, stomatologická nebo lékárnická péče.



Navrhujeme, aby profesní komory zřízené zákonem č. 220/1991 Sb. byly ze zákona oprávněny posuzovat a akreditovat kvalitu a bezpečí poskytování zdravotních služeb. V současné době tuto činnost provádějí většinou soukromé firmy za pro ně velmi příznivých finančních podmínek, a to na úkor finančních prostředků nemocnic a dalších zdravotnických zařízení. Akreditační procesy přitom podle poznatků našich členů provádějí často nekompetentní pracovníci (mladé bakalářky práva bez zkušeností se zdravotnickým zařízením, kontrolující spíše písemné dokumenty než skutečnou organizaci, řízení, bezpečnost a kvalitu zdravotních služeb na konkrétním pracovišti). Profesní komora zřízená zákonem by byla mnohem lépe schopna zabezpečit provádění kvalitního akreditačního řízení, patrně též za mnohem příznivějších finančních podmínek pro poskytovatele zdravotních služeb, než to nyní činí soukromé firmy, které z toho mají velmi výhodný byznys.

Profesní komora zřízená zákonem by v rámci řešení stížností či podnětů měla mít právo předběžně pozastavit výkon povolání členovi komory, je-li odůvodněna obava, že by další činností tohoto člena komory v daném povolání mohly být ohroženy životy a zdraví

lidí. Toto opatření by se zejména týkalo lékařů, stomatologů a farmaceutů, kteří projeví opakovaně nebo závažným způsobem sklony k nadměrnému požívání alkoholických nápojů nebo jiných návykových látek při výkonu povolání.

Zákon č. 220/1991 Sb. sice obsahuje pravomoc komory vydávat osvědčení k výkonu funkce odborného zástupce poskytovatele zdravotních služeb a k výkonu funkce vedoucího lékaře a primáře ve zdravotnickém zařízení. Není však blíže definováno, koho lze považovat za vedoucího lékaře a primáře, případně jeho zástupce, ani není stanovena sankce, pokud poskytovatel zdravotní služby pověří touto funkcí někoho, kdo osvědčení komory k výkonu této funkce nemá. Přitom existuje pravomocné rozhodnutí Nejvyššího správního soudu, které konstatuje oprávnění České lékařské komory, nad rámec pravidel stanovených zákonem č. 95/2004 Sb., stanovit další přísnější podmínky, než stanoví tento zákon, právě pro výkon funkce vedoucích lékařů a primářů a jejich zástupců (rozsudek Nejvyššího správního soudu ze dne 16. 4. 2008 sp. zn. 3 Ads 8/2008). V tomto směru by bylo třeba doplnit nejen ustanovení zákona č. 220/1991 Sb., ale i zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

Česká lékařská komora by dále měla mít oprávnění analogické kompetenci České advokátní komory, v případě provádění prohlídek nebytových prostor v ordinacích lékařů v rámci úkonů trestního řízení, v případě, že má být zajištěna zdravotnická dokumentace nebo jakékoli jiné dokumenty o pacientech a jejich léčbě pro účely trestního řízení, měla by být povinná účast zástupců profesní komory zřízené zákonem, jejímž úkolem bude, stejně jako je tomu v případě České advokátní komory, chránit osobní údaje osob, kterým byla poskytována zdravotní péče lékařem, stomatologem nebo farmaceutem, a chránit lékařské tajemství.

Vzhledem k opakujícím se závažným problémům v činnosti soudních znalců v oboru zdravotnictví, posuzujících činnost jiných lékařů, by bylo nanejvýš žádoucí, aby profesní komora zřízená zákonem č. 220/1991 Sb. měla právo garantovat odbornost a způsobilost soudních znalců v oboru zdravotnictví v lékařských, stomatologických a farmaceutických znaleckých odvětvích a byla oprávněna tuto garanci odejmout, pokud znalec opakovaně závažně porušuje své povinnosti nebo opakovaně vypracoval odborně chybné znalecké posudky.

JUDr. Jan Mach, ředitel právní kanceláře ČLK

MUDr. Milan Kubek, prezident ČLK

Inzerce A151002213



## OSVĚDČENÁ LÉČBA PORUCHY PROKRVENÍ MOZKU U STARŠÍCH PACIENTŮ



- zlepšuje prokrvení mozku, srdce a periferních orgánů
- vhodný pro pacienty k podpůrné léčbě po CMP
- vhodný pro polymorbidní seniory
- příznivá cena

40  
let

**Oxyphyllin®**  
dlouholetý přípravek s léčebnou tradicí

[www.noventis.cz](http://www.noventis.cz)

### Oxyphyllin tablety

**Léčivá látka:** Etofylylinum 100 mg v 1 tabletě. **Indikace:** pomocné léčivo při subakutních a chronických poruchách prokrvení mozku nebo při mozkové ateroskleróze bez ložiskových příznaků. Ve specifických klinických situacích (např. u polymorbidních seniorů) může být prospěšné jeho mírné bronchodilatační, periferní a koronární vazodilatační a diuretické působení. **Kontraindikace:** čerstvý infarkt myokardu; akutní tachykardické arytmie; hypotenze; těžká játerní insuficience; akutní epilepsie; přecitlivělost na etofyllin nebo na některou z pomocných látek. Tablety Oxyphyllin jsou z apatnosti kontraindikovány u těhotných a kojících žen. Tablety Oxyphyllin nejsou určeny k léčbě dětí. **Zvláštní upozornění:** jen se zvláštní obezřetností se mohou tablety Oxyphyllin užívat při: nestabilní angině pectoris, sklonu k tachykardickým arytmiím, těžké hypertenzi, hypertenzní obstrukční kardiomyopatii, hypertenzi, epileptických záchvatových poruchách, žaludečním nebo duodenálním vředu, těžkých poruchách funkce jater nebo ledvin. Tento léčivý přípravek obsahuje monohydrát laktózy. Pacienti se vzácnými dědičnými problémy s intolerancí galaktózy, laktózy nebo malabsorpce glukózy a galaktózy by tento přípravek neměli užívat. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** může nastat změna reakčnosti do té míry, že může být narušena způsobilost k aktivní účasti v dopravním provozu, obsluze strojů nebo k práci konaným bez pevné opory. V zesílené míře to platí při spolupůsobení alkoholu nebo léků, která sama o sobě mohou narušovat reakčnost.

### Zkrácená informace o přípravku

**Nežádoucí účinky:** bolesti hlavy, stavy vzrušení, tělesná horečka, neklid, nespavost, zrychlená, případně nepravidelná srdeční činnost, palpitace, pokles krevního tlaku, gastrointestinální obtíže, nauzea, vomitus, průjem, zesílená diuréza, změny sérových elektrolytů, zejména hypokaliémie, vzestup hladiny vápníku a kreatininu v séru, a také hyperglykémie a hyperurikémie, gastroesofageální reflux. Nelze vyloučit reakce přecitlivělosti na etofyllin. **Interakce:** lékové interakce etofyllinu nejsou známy. **Dostupné lékové formy a velikost balení:** tablety, 50 tablet. **Dávkování a způsob podání:** 100-200 mg (1-2 tablety) třikrát až čtyřikrát denně. Užívat při jídle nebo po jídle a zapít dostatečným množstvím tekutiny. **Předávkování:** Etofylylin nemá specifické antidotum, terapie musí být symptomatická. **Uchovávání:** v suchu, při teplotě do 25 °C, chránit před světlem a vlhkostí. **Registrační číslo:** 14/121/69-SAC. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Noventis, s.r.o., Filmová 174, Zlín, Česká republika. **Datum registrace:** září 1969. **Datum revize textu:** 13.1.2010. Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním léku si, prosím, pečlivě prostudujte informace o léčivém přípravku. Podrobnější informace naleznete v SPC nebo jsou dostupné na adrese Noventis s. r. o., Filmová 174, 76179 Zlín, Česká republika, [www.noventis.cz](http://www.noventis.cz). **Reference:** SPC přípravku Oxyphyllin

# Podmínky pro výkon funkce primáře LDN a hospice se nemění

## Závazné stanovisko ČLK č. 1/2015 nemění podmínky pro výkon funkce vedoucího lékaře LDN či hospice

S přijetím závazného stanoviska č. 1/2015, které stanoví podmínky pro výkon funkce vedoucího lékaře a primáře, se začaly množit dotazy, zda zůstávají v platnosti závazná stanoviska, která vymezují podmínky pro výkon funkce vedoucího lékaře LDN a pro výkon funkce vedoucího lékaře hospice (ZS ČLK č. 1/2011 a ZS ČLK č. 2/2011), a zda závazné stanovisko č. 1/2015 mění dosavadní podmínky pro výkon funkce vedoucího lékaře LDN či hospicu. Rovněž zaznamenáváme signály, že zdravotní pojišťovny na základě tohoto stanoviska nově vyžadují licence k výkonu funkce vedoucího lékaře LDN či hospice, aniž by ZS ČLK č. 1/2015 měnilo podmínky pro výkon funkce vedoucího lékaře LDN a hospice.

Z výše uvedeného důvodu přijalo představenstvo ČLK dne 24. 4. 2015 jednomyslně výkladové stanovisko následujícího znění:

### Stanovisko představenstva ČLK k ZS ČLK č. 1/2015 a ZS č. 1/2011

Česká lékařská komora vydala dne 24. 1. 2015 novelizované Závazné stanovisko ČLK č. 1/2011, které je oficiálním výkladem k podmínkám výkonu funkce vedoucího lékaře na oddělení následné lůžkové péče – léčebny dlouhodobě nemocných.

Následně dne 26. 3. 2015 schválilo představenstvo Závazné stanovisko ČLK č. 1/2015, jež



stanoví podmínky k výkonu funkce vedoucího lékaře a primáře poskytovatelů zdravotních služeb.

ZS č. 1/2015 stanoví obecné podmínky k výkonu funkce vedoucího lékaře a primáře, aniž by zohledňovalo specifika konkrétních odborností či zdravotnických zařízení, zatímco ZS č. 1/2011 stanoví konkrétní podmínky pro výkon funkce vedoucího lékaře na oddělení následné lůžkové péče. Posléze citované závazné stanovisko se dotýká konkrétní odbornosti v rámci výkonu funkce primáře v léčebnách dlouhodobě nemocných a reflektuje nejen odbornou úroveň, která je nezbytná k výkonu funkce vedoucího lékaře v tomto typu zdravotnického zařízení, ale i faktickou situaci v této oblasti s přihlédnutím k řadě nekonceptních změn v rámci specializační přípravy lékařů nejen v této odbornosti.

Vymezení konkrétních podmínek, které musí splňovat vedoucí lékař či primář oddělení následné lůžkové péče – léčebny dlouhodobě nemocných, vymezených ZS č. 1/2011, není v rozporu se ZS č. 1/2015, neboť ZS č. 1/2015 je obecným vymezením podmínek ve vztahu k ZS č. 1/2011, které obsahuje konkrétní specifické podmínky pro příslušnou odbornost konkrétního typu zdravotnického zařízení. Byť se jedná o právní předpisy téže právní síly, z právního hlediska se ZS č. 1/2011 v případě primáře – vedoucího lékaře na oddělení následné lůžkové péče – LDN použije přednostně před ZS č. 1/2015, a to jako tzv. lex specialis, který má vždy aplikační přednost před obecnou právní úpravou. V ostatních případech je nezbytné zohlednit ZS č. 1/2015.

V případech, kdy lékař doposud splňuje podmínky k výkonu funkce vedoucího lékaře a primáře oddělení následné lůžkové péče – léčebny dlouhodobě nemocných dle ZS ČLK č. 1/2011, může i nadále vykonávat tuto funkci na základě citovaného stanoviska.

Tentýž závěr se vztahuje k Závaznému stanovisku ČLK č. 2/2011 – vedoucí lékař hospice.

Závěrem shrnuji, že ZS ČLK č. 1/2015 nemění dosavadní podmínky pro výkon funkce vedoucího lékaře LDN ani vedoucího lékaře hospice.

Případné dotazy zodpoví právní kancelář ČLK.

MUDr. Milan Kubek, prezident ČLK

## Zákon o veřejných neziskových nemocnicích

Závazek prosazení zákona o veřejných neziskových nemocnicích je součástí jak kolaliční smlouvy, tak programového prohlášení vlády, která se zavázala návrh zákona předložit během roku 2015 tak, aby mohl nabýt účinnosti v roce 2016.

Právní kancelář ČLK vypracovala pro Ministerstvo zdravotnictví návrh zákona o neziskových nemocnicích. Neziskové nemocnice by měly být daňově zvýhodněny, měly by mít jistotu smluvních vztahů se všemi zdravotními pojišťovnami. Na druhé straně by měly mít povinnost zveřejňovat

jednotkové ceny veškerého zboží a služeb a respektovat tarifní platové tabulky.

Vzhledem k tomu, jak pomalu postupují práce na přípravě zákona, je v současnosti již velmi nepravděpodobné, že by vláda splnila svůj závazek a zákon nabyl účinnosti k 1. 1. 2016. Jediným oficiálním dokumentem předloženým Ministerstvem zdravotnictví je věcný záměr, který však neodpovídá očekáváním do zákona vkládaným.

**Představenstvo ČLK nesouhlasí s Ministerstvem zdravotnictví předloženým návrhem věcného záměru zákona o ve-**

**řejných zdravotnických organizacích, který neodpovídá zákonu o veřejných neziskových poskytovatelích lůžkové zdravotní péče, který je součástí plánu legislativních prací vlády na rok 2015 a který by měl být ze strany Ministerstva zdravotnictví předložen vládě v červnu 2015.**

**Představenstvo ČLK vyzývá ministra zdravotnictví, aby zajistil splnění úkolu vyplývajícího z programového prohlášení vlády ČR.**

V Praze, 24. 4. 2015

**CAVE!****Informační dopis pro zdravotnické pracovníky**

9. 4. 2015

**Nová omezení pro potahované tablety s obsahem hydroxyzinu (Atarax) k další minimalizaci známého rizika prodloužení QT intervalu**

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore,

Společnost UCB s.r.o. Vám zasílá tento dopis připravený ve spolupráci se Státním ústavem pro kontrolu léčiv a Evropskou agenturou pro léčivé přípravky, aby Vás informovala o nových upozorněních ohledně bezpečnosti léčivé látky hydroxyzin.

***Shrnutí problematiky***

Zavádějí se další omezení na přípravky obsahující hydroxyzin. Zahrnují:

- Hydroxyzin je kontraindikován u pacientů se známým získaným nebo vrozeným prodloužením QT intervalu nebo se známým rizikovým faktorem pro prodloužení QT intervalu
- Nedoporučuje se používat hydroxyzin u starších pacientů
- Maximální denní dávka u dospělých by neměla překročit 100 mg
- Maximální denní dávka u dětí s tělesnou hmotností do 40 kg by neměla překročit 2 mg/kg/den.

Hydroxyzin by měl být používán v nejnižší účinné dávce po co nejkratší možnou dobu léčby.

***Další informace o bezpečnostním riziku a následná doporučení***

Riziko prodloužení QT intervalu při používání hydroxyzinu již bylo známo a všechna SmPC v EU obsahují kontraindikaci pro pacienty s již existujícím prodloužením QT intervalu a varování pro pacienty se známými rizikovými faktory. V České republice je současně schválená maximální denní dávka pro dospělé 300 mg. Ve snaze lépe charakterizovat známé riziko prodloužení QT intervalu u hydroxyzinu a vymezit vhodná opatření k minimalizaci rizik zahájila UCB další analýzu nových *in vitro* údajů a post-marketingových zkušeností s hydroxyzinem. To vedlo k následnému přezkoumání ze strany Evropské agentury pro léčivé přípravky, které zahrnovalo publikované studie a post-marketingové údaje a konzultace s odborníky v léčbě dětí a starších pacientů. Dříve známé riziko prodloužení QT intervalu a *torsade de pointes* bylo potvrzeno a byly identifikovány rizikové faktory.

V důsledku této analýzy a přehodnocení byla přijata nová opatření s cílem snížit expozici léku, a to zejména u nejvíce ohrožených skupin.

Kromě výše uvedených opatření budou informace o léčivých přípravcích s obsahem hydroxyzinu upraveny následně:

- Jestliže je hydroxyzin předepsán starším pacientům, přestože se to u této věkové skupiny nedoporučuje, maximální denní dávka je 50 mg
- Opatrnost je zapotřebí u pacientů současně léčenými léky, které mohou vyvolat hypokalemii nebo bradykardii
- Příklady rizikových faktorů pro prodloužení QT intervalu jsou:
  - kardiovaskulární onemocnění, rodinná anamnéza náhlé srdeční smrti, významné poruchy rovnováhy elektrolytů jako hypokalemie nebo hypomagnezémie, významná bradykardie, současně podávání jiných léků, o kterých je známo, že prodloužují QT interval a/ nebo vyvolávají *torsade de pointes*.

V České republice je s obsahem hydroxyzinu dostupný přípravek Atarax, potahované tablety, obsahující 25 mg hydroxyzin-dihydrochloridu v jedné tabletě. Je registrován pro symptomatickou léčbu úzkosti u dospělých a pro symptomatickou léčbu pruritu (svědění) a jako premedikace před chirurgickým výkonem u dospělých a dětí od 6 let.

Další informace o evropské proceduře ohledně přehodnocení hydroxyzinu můžete najít na následující adrese: EMA Hydroxyzine Review a na webových stránkách Státního ústavu pro kontrolu léčiv, [www.sukl.cz](http://www.sukl.cz)

***Hlášení nežádoucích účinků***

Jakékoli podezření na závažný nebo neočekávaný nežádoucí účinek a jiné skutečnosti závažné pro zdraví léčených osob je třeba hlásit Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv.

Hlášení je možné zasílat pomocí tištěného nebo elektronického formuláře dostupného na webových stránkách SÚKL, vše potřebné pro hlášení najdete na: <http://www.sukl.cz/nahlasit-nezadouci-ucinek>.

Adresa pro zaslání je Státní ústav pro kontrolu léčiv, oddělení farmakovigilance, Šrobárova 48, Praha 10, 100 41, email: [farmakovigilance@sukl.cz](mailto:farmakovigilance@sukl.cz).

**Kontakt UCB**

Pokud budete mít jakékoli dotazy nebo budete potřebovat další informace týkající se přípravku Atarax, potahované tablety, kontaktujte prosím naši společnost UCB s.r.o.:

tel.: +420 221 773 411

e-mail: [info.prague@ucb.com](mailto:info.prague@ucb.com)

PharmDr. Jan Lavický CSc.  
Medical Head  
UCB s.r.o.

RNDr. Jarmila Hladikova  
RA Manager  
UCB s.r.o.

# Scripta Medicorum

ODBORNÝ A KOMERČNÍ ZPRAVODAJ PRO LÉKAŘE

1/2015



**3** Nutriční podpora  
a léčba pacientů  
s poruchami GIT



**5** Nová fixní kombinace  
v léčbě hypertenze



**8** Léčba sexuálních  
poruch a rizika spojená  
s tímto onemocněním

**Vydavatel:** Premediapharm s.r.o.

**Kontakt:** Ing. Renáta Podracká, T: 724 261 177  
redakce@premediapharm.cz

Registrováno pod č. MK ČR E 21513

**Poradní sbor/redakční rada:**

prof. MUDr. Jiří Homolka, CSc., Pneumologická klinika 1. LF UK a TN, Praha  
doc. MUDr. Jarmila Drábková, DrSc., KARIM 2. LF UK a FN Motol, Praha  
doc. MUDr. Tomáš Büchler, Ph.D., Onkologická klinika 1. LF UK a TN, Praha  
doc. MUDr. Zoltán Paluch, Ph.D., MBA, Farmakologický ústav 1. LF UK Praha

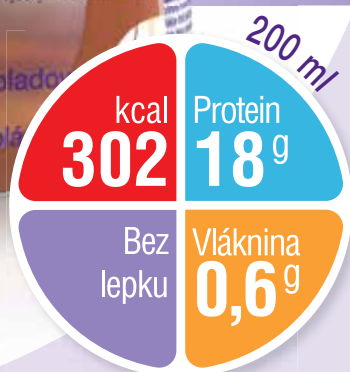
# Nutridrink Protein přispívá k úspěšné léčbě



**Vysoký obsah energie**  
pomáhá k udržení váhy pacienta<sup>2</sup>

**18 g bílkovin v jedné lahvičce**  
pomáhá zabránit ztrátám svalové hmoty<sup>2</sup>

**Speciální mix karotenoidů**  
spolu s kombinací **antioxidantů**  
má příznivý vliv na imunitu<sup>1</sup>



**K dostání v příchutích:**  
čokoláda, vanilka, lesní ovoce

**Výhody ONS<sup>2</sup>:** • Zlepšuje příjem živin do organismu • Pomáhá zabránit ztrátě svalové hmoty • Snižuje riziko komplikací (kratší pobyt v nemocnici, snížená četnost opakované hospitalizace) • Podporuje imunitní funkce (snižuje výskyt infekcí) • Snižuje úmrtnost • Zlepšuje fyzickou a psychickou pohodu (zlepšení QOL, udržování tělesné váhy/zmírnění úbytku váhy, vylepšení celkového stavu, zvýšení síly svalů, vylepšení denní aktivity) • Užíváním perorální nutriční podpory (ONS) může být dosaženo energetického příjmu až o 600 kcal/den navíc k běžné stravě

**Reference:** **1.** Rodler Imre (szer.) Élelmezés- és táplálkozás-egészségtan. Medicina, Budapest, 2008. [http://www.who.int/nutrition/topics/5\\_population\\_nutrient/en/index12.html](http://www.who.int/nutrition/topics/5_population_nutrient/en/index12.html); 2013.12.20. **2.** Stratton RJ, Green CJ, Elia M. Disease-related malnutrition: an evidence based approach to treatment. Wallingford: CABI Publishing; 2003.



# NUTRIČNÍ PODPORA A LÉČBA PACIENTŮ S PORUCHAMI GIT



Doc. MUDr. Pavel  
Kohout, Ph.D.  
vedoucí oddělení  
Centra výživy,  
Thomayerova nemocnice

Pacienti léčení v gastroenterologických poradnách přicházejí s rizikem malnutrice nebo již vyvinutou malnutricí v přibližně 20 %. Pokud pomineme pacienty s nádory gastrointestinálního traktu (GIT), trpí malnutricí nejčastěji pacienti s idiopatickými střevními záněty (především Crohnovou chorobou), s akutní či chronickou pankreatitidou, při krvácení do trávicí trubice a v perioperační péči.

Pacienti léčení v gastroenterologických poradnách přicházejí s rizikem malnutrice nebo již vyvinutou malnutricí v přibližně 20 %. Pokud pomineme pacienty s nádory gastrointestinálního traktu (GIT), trpí malnutricí nejčastěji pacienti s idiopatickými střevními záněty (především Crohnovou chorobou), s akutní či chronickou pankreatitidou, při krvácení do trávicí trubice a v perioperační péči. U pacientů s malabsorpčním syndromem (celiakie, intolerance laktózy) je nutriční péče nutnou součástí léčby těchto chorob a prevencí vzniku proteinové či energetické malnutrice. Rozhodnutí o specializované nutriční péči vyžadují pacienti se syndromem krátkého střeva, podle délky střeva a adaptace organismu jsou indikováni buď k aplikaci vitaminů, hydrataci, doplňkové enterální výživě sippingem, případně, v nejhorších stádiích, i k domácí parenterální výživě. Představují výzvu pro nutriční péči, často je jim nutné aplikovat domácí parenterální výživu.

## Idiopatické střevní záněty

Idiopatické střevní záněty (ISZ) jsou závažná onemocnění střev, která vznikají na terénu vrozené dispozice působením blíže nespecifikované noxy. Patří k nim Crohnova choroba a ulcerózní kolitida. Crohnova choroba může postihnout kteroukoliv část trávicí trubice od jícnu po konečník a vzhledem k postižení celé střevní stěny vede k tvorbě abscesů či píštělí. Ulcerózní kolitida postihuje pouze konečník a různě dlouhý úsek tračníku, v nejtěžších případech celý tračník. Z těchto důvodů jsou malnutricí častěji

postiženi pacienti s Crohnovou chorobou. Idiopatické střevní záněty jsou sdruženy s malnutricí velmi často (okolo 70 – 85 %), zvláště ve fázi relapsu. Vznik malnutrice může být způsoben poklesem chuti k jídlu, bolestí břicha při jídle, zvýšenou zánětlivou aktivitou a zvýšením energetického výdeje, zhoršením absorpce jednotlivých živin, ztrátami krve a bílkovin při průjemových stolicích či enteroragii, píštělemi či stomií, nebo snížením absorpční plochy po opakovaných resekcích. Také v klidové fázi může docházet při stenóze trávicí trubice ke zhoršení stavu výživy.

U pacientů s *idiopatickými střevními záněty* využíváme nutriční podpory v léčbě *malnutrice* (sipping k dietním opatřením, sondová enterální výživa, při jejím selhání parenterální výživa) a v *předoperační přípravě* (snižuje riziko vzniku pooperačních komplikací). U dětí a adolescentů s Crohnovou chorobou je metodou první volby při relapsu podání enterální výživy. U dospělých její efekt nebývá tak markantní. Při léčbě *fistulující formy Crohnovy choroby* podáváme umělou výživu v rámci komplexní léčby společně s antibiotiky. Metodou první volby je úplná parenterální výživa v léčbě *časných pooperačních píštělí* (spíše vzniklých dehiscencí anastomózy), pokud není indikována biologická léčba. Plné využití má umělá výživa (enterální či parenterální) u pacientů se *syndromem krátkého střeva* po opakovaných resekcích, zvláště u pacientů s chybějícím tračníkem – viz dále. Další indikací je *stenozující forma Crohnovy choroby*, u které dochází při běžném perorálním

příjmu k bolestem břicha, u některých pacientů dochází k úpravě stavu při aplikaci enterální výživy.

## Onemocnění slinivky břišní – akutní a chronická pankreatitida

Onemocnění slinivky břišní jsou spojena velmi často s malnutricí vzhledem ke klíčové úloze slinivky břišní v metabolismu jednotlivých substrátů. Akutní pankreatitida (AP) je závažné onemocnění břišní slinivky, při kterém dochází k aktivaci pankreatických enzymů přímo ve tkáni pankreatu. Nejčastějšími příčinami jsou dietní chyba, žlučové kameny, hypertriglyceridémie, vzácněji hyperkalcémie, rizikové je i ERCP. Zatímco lehká pankreatitida často i bez léčby život pacienta neohroží a nutriční stav výživy ovlivní minimálně, těžké formy akutní pankreatitidy mají mortalitu 10-30 % a stav výživy ovlivní podstatným způsobem. Pokud není včas a dostatečně efektivně prováděna nutriční podpora, dochází ke vzniku těžkých forem proteinoenergetické malnutrice s výrazným váhovým úbytkem a těžkou hypalbuminemií, ztrátou svalové hmoty, poruchou hybnosti. Časná enterální výživa by měla být zahájena od 2. dne po vzniku onemocnění. U pacientů s těžkou formou AP je nutné od počátku korigovat katabolismus aplikací umělé výživy, kombinací parenterální a enterální výživy, tuky jsou používány, pokud není hladina triglyceridů vyšší než 5 mmol/l, příjem aminokyselin je 1,5-2,2 g/kg/den, výhodné je udržení glykémie mezi 6-8 mmol/l. Přechod na perorální příjem

probíhá postupně, dieta se postupně v rekonvalescenci uvolňuje z přísné pankreatické s 20 g tuků až na žlučnickovou dietu s 60 g tuků.

U pacientů s chronickou pankreatitidou dochází často k malabsorpci tuků, vzniku průjmů či omezování perorálního příjmu při bolestivé formě. Pacient se tak dostává do začarovaného kruhu, těžké energetické malnutrice, která brání hojení a způsobuje bolest při perorálním příjmu. Možnou cestou je aplikace noční domácí enterální výživy cestou NJ (nasojejunální) sondy a substituce pankreatických enzymů – tak je možné pacienta dovést k chirurgickému zákroku, případně situaci vyřešit konzervativně po úpravě hmotnosti a malnutrice.

### Syndrom krátkého střeva

Syndrom krátkého střeva je stav, při kterém je absorpční plocha střevní sliznice natolik redukována, že pacient není schopen při perorálním příjmu absorbovat dostatečné množství živin (makro- i mikronutrientů a vody) a je nutné je doplnit pomocí potravinových doplňků, enterální, případně parenterální výživy.

Délka zbylého tenkého střeva je pouze orientační, záleží na tom, zda pacient má zachované tlusté střevo, případně ileocekální chlopeč, či zda je tenké střevo zakončeno jejunostomií (SBS – typ I – III), podle toho volíme nutriční intervenci.

Dieta musí obsahovat dostatečné množství energie (30 – 40 kcal/kg/den) a bílkovin (1,2 – 1,5 g/kg/den), doporučujeme častější konzumaci menších porcí jídla, většinou doporučujeme oddělit pití tekutin od konzumace pevných potravin, podat iontové roztoky se zvýšeným podílem sodíku a jednoduchých sacharidů, snížit obsah laktózy v potravinách, u pacientů s resekci terminálního ilea suplementovat vitamin B<sub>12</sub>. Enterální výživu většinou aplikujeme ve formě sippingu jako doplněk ke stravě, pokud není nutriční efekt dostatečný, pomáháme si noční enterální výživou cestou nasojejunální sondy (může navýšit dávku energie o 1000-1500 kcal a dávku proteinů o 30-50 g/den). V nejtěžších případech (většinou se jedná o pacienty s jejunostomií a délkou zbylého jejunu do 50 cm) je nutné substituovat

tekutiny a nutrienty parenterálně. Podle tíže nutričního deficitu aplikujeme parenterální výživu s kompletním složením živin 1-7x týdně, většinou je nutné vak all in one připravit individuálně, každopádně je nutné hradit deficit tekutin a minerálů.

### Závěr

Pacienti s onemocněním GIT trpí zvýšeným rizikem malnutrice (v gastroenterologických ambulancích až ve 20 %, při přijetí k hospitalizaci se tento podíl zvyšuje). Proto je nutné u těchto pacientů aktivně provádět vyšetření nutričního stavu (nejlépe formou screeningu nutričního rizika) a v případě malnutrice dodat nutriční podporu. V nejlehčích případech se jedná o aplikaci sippingu, u těžších poruch výživy využijeme konzilia nutričního specialisty, který pacientům indikuje enterální nebo parenterální výživu.

### Literatura:

Literatura u autora

inzerce

## FAGRON – Váš partner pro magistraliter



### ODBORNÉ SEMINÁŘE

Organizujeme zajímavé odborné semináře pro lékaře. Zúčastněte se jich i Vy!

Na podzim chystáme semináře s magistraliter tematikou zaměřené na dermatologickou a pediatrickou problematiku.



### COMPOUNDING MATTERS

Získejte přístup k moderním a praxí ověřeným recepturám z celého světa.

Zaregistrujte se na našich webových stránkách do databáze Compounding matters.



### SVĚTOVÝ LEADER PRO MAGISTRALITER PŘÍPRAVU

Fagron je mezinárodní společností, orientující se na inovativní přístupy v magistraliter přípravě.

Disponujeme širokým sortimentem léčivých látek lékopisné kvality a přinášíme na český trh trendy ze zahraničí v podobě inovativních vehikul pro magistraliter přípravu sirupů - SyrSpend® SF - nebo transdermálních krémů - Pentravan®.

Sledujte naše webové stránky [fagron.cz](http://fagron.cz) nebo se přihlaste k odběru pravidelného měsíčního newsletteru, ať vždy znáte aktuální dění ve světě magistraliter.



# NOVÁ FIXNÍ KOMBINACE V LÉČBĚ HYPERTENZE



MUDr. Jaroslav Brotánek,  
kardiologická ambulance  
interního oddělení,  
Thomayerova nemocnice,  
Praha

## Amlodipin

Amlodipin patří mezi dihydropyridinové kalciové blokátory. Jeho hlavní působení je zaměřeno na cévní stěnu – vede k vazodilataci a poklesu periferní cévní rezistence. Vazodilatační efekt není omezen pouze na periferní arteriální řečiště, ale projevuje se i v koronární cirkulaci, proto působí antianginózně. Dalšími charakteristikami, kterými bychom mohli amlodipin definovat, je vysoká lipofilita, pozvolný nástup účinku po podání a minimální kolísání plazmatických hladin. Díky dlouhodobému působení (biologický poločas je 36 hodin, při opakovaném podání až 60 hodin) je možno preparát podávat 1x denně. Účinek amlodipinu se zvyšuje s velikostí dávky. Velmi výhodná je jeho metabolická neutralita, kdy neovlivňuje lipidový ani sacharidový metabolismus. Nezpůsobuje zvýšení tepové frekvence, protože ne-

prokázalo několik velkých studií, z nichž asi nejdůležitější je studie ASCOT.<sup>4</sup> V této studii byly porovnávány dva typy kombinací léčby hypertenze (amlodipin + perindopril vs. atenolol + thiazidové diuretikum). Studie byla předčasně ukončena, protože ve větvi s amlodipinem došlo k poklesu kardiovaskulární mortality o 24 % a celkové mortality o 11 %. Podstudie CAFE prokázala, že amlodipin pozitivně ovlivňuje centrální krevní tlak a tímto mechanismem vede ke snížení kardiovaskulárních příhod. Příznivý efekt amlodipinu prokázaly i další studie – ALLHAT a ACCOMPLISH.<sup>5</sup> Mezi hlavní nežádoucí efekty amlodipinu patří periferní otoky DK a bolesti hlavy. Otoky dolních končetin jsou nejčastějším důvodem přerušení léčby amlodipinem. Četnost výskytu otoků se zvyšuje se stoupající dávkou.

## Bisoprolol

Bisoprolol je hydrofilní, kardioselektivní beta-blokátor, bez vnitřní sympatomimetické aktivity. Hlavním mechanismem antihypertenzního působení beta-blokátorů, které však není zcela přesně známo, je mimo jiné nejspíše působení na presynaptické beta-receptory. Beta-blokátory (BB) v léčbě hypertenze mají několik nesporných výhod. Sníží krevní tlak v klidu i po zátěži. Pokles tlaku je prakticky shodný vleže i vstoj.<sup>6</sup> Nepůsobí posturální hypotenzi, proto jsou vhodné k léčbě hypertenze i u starších osob, jak prokázala studie STOP.<sup>7</sup> Metaanalýzy dalších studií ukázaly, že BB ve srovnání s placebem vedou ke snížení rizika CMP o 20 %.<sup>8</sup> Z dalších prací vyplývá

zajímavý fakt průkazu pozitivního vlivu BB při hodnocení tloušťky intima/medie.<sup>9</sup> Při užívání BB dochází k potlačení sekrece reninu, poklesu angiotensinu II a aldosteronu. Plasmatická hladina katecholaminů v klidu se většinou nemění.<sup>6</sup> K normalizaci krevního tlaku při monoterapii BB dochází asi u 50 % nemocných s mírnou až středně těžkou hypertenzí. Plného léčebného účinku je dosaženo teprve po 2–3 týdnech léčby. Rozhodně nelze vynechat pozitivní působení BB na zpomalení tepové frekvence. Je dlouhodobě známo, že zvýšená tepová frekvence vede ke zhoršení celkové i kardiovaskulární morbidity a mortality. Tento fakt se zdůrazňuje hlavně v souvislosti s ischemickou chorobou srdeční a srdečním selháním.<sup>10</sup> Stejně však platí i v souvislosti s hypertenzí. V placebové větvi studie SYST-EUR u starších hypertoniků byl prokázán výrazný nárůst mortality při tepové frekvenci > 80/min.<sup>11</sup> Podobné výsledky prokázala i studie HARVEST.<sup>12</sup> Tento fakt byl rovněž zakomponován do Evropských doporučení pro léčbu hypertenze z roku 2013: „Měření krevního tlaku by mělo být vždy spojeno s měřením tepové frekvence, protože klidové hodnoty tepové frekvence mohou být za jistých stavů, včetně hypertenze, nezávislým prediktorem kardiovaskulárních onemocnění nebo fatální příhody.“<sup>2</sup> Přes veškerá výše uvedená pozitiva BB je nutné uvést i jejich nežádoucí účinky. Mezi ně patří negativní vliv na lipidový metabolismus (zvýšení triglyceridů a snížení HDL-cholesterolu) vyvolávané hlavně neselektivními BB, méně často kardioselektivními. Rovněž není



vede k aktivaci sympatiku a neovlivňuje plasmatickou reninovou aktivitu a osu renin – angiotensin – aldosteron. Pozitivem rovněž je, že nepůsobí ortostatickou hypotenzi a nevede k bronchokonstrikci. Má kardioprotektivní vlastnosti, je schopen navozovat regresi hypertrofie levé komory srdeční.<sup>3</sup> Účinnost amlodipinu



## **SÍLA DVOJÍHO ÚČINKU<sup>1</sup>**

- Fixní kombinace bisoprololu (betablokátor) a amlodipinu (BKK)<sup>1</sup>
- Možné titrace: 5 mg/5 mg; 5 mg/10 mg; 10 mg/5 mg; 10 mg/10 mg<sup>1</sup>
- Léčba hypertenze<sup>1</sup>
- Umožňuje zvýšení antihypertenzního a antianginózního účinku doplňkovým vazoselektivním účinkem amlodipinu a kardioselektivním účinkem bisoprololu<sup>1</sup>
- Bez doplatku pacientů\*

**Zkrácená informace o přípravku: Bigital 5 mg/5 mg; Bigital 5 mg/10 mg; Bigital 10 mg/5 mg; Bigital 10 mg/10 mg, tablety**

**Složení:** Jedna tableta obsahuje bisoprololu fumaras/amlodipinum: 5 mg/5 mg; 5 mg/10 mg; 10 mg/5 mg; 10 mg/10 mg. **Indikace:** Léčba hypertenze jako substituční léčba u pacientů nálezitě léčených jednotlivými přípravky podávanými souběžně ve stejných dávkách jako v kombinovaném přípravku, ale ve formě samostatných tablet. **Dávkování:** Doporučená denní dávka je jedna tableta dané síly. Bigital se užívá ráno, s jídlem nebo bez jídla, nekouše se. Bezpečnost a účinnost přípravku Bigital u dětí a dospívajících do 18 let nebyla dosud stanovena. **Kontraindikace:** Těžká hypotenze, šok (včetně kardiogenního šoku), obstrukce výtokového traktu levé komory, hemodynamicky nestabilní srdeční selhání po akutním infarktu myokardu, akutní srdeční selhání nebo během epizody srdečního selhání vyžadující intravenózní inotropní terapii, atrioventrikulární blokáda druhého nebo třetího stupně (bez kardiostimulátoru), sítk sínus syndrom, sinoatriální blokáda, bradykardie před zahájením léčby, hypotenze, těžké bronchiální astma nebo chronická obstrukční plicní nemoc, těžké formy periferního arteriálního okluzivního onemocnění nebo Raynaudův syndrom, neléčený feochromocytom, metabolická acidóza, hypersenzitivita na amlodipin, deriváty dihydropridinu, bisoprolol a/nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění:** Bezpečnost a účinnost amlodipinu u hypertenzní krize nebyla stanovena. Pacienti se srdečním selháním je třeba léčit amlodipinem s opatrností. Eliminující poločas amlodipinu je prodloužen u pacientů s poruchou funkce jater, proto by měl být u těchto pacientů amlodipin podáván s opatrností. U starších pacientů je třeba dávku amlodipinu zvyšovat s opatrností. Změněna v případě selháním třipích ischemickou chorobou srdeční nesmí být ukončení léčby bisoprololem provedeno náhle, pokud to není jasně indikováno, protože by mohlo dojít k dočasnému zhoršení srdeční choroby. Bisoprolol by měl být podáván se zvláštní opatrností pacientům s hypertenzí nebo anginou pectoris spojenou se srdečním selháním. Užívání přípravku Bigital během těhotenství se nedoporučuje, pokud to není nezbytně nutné. **Interakce:** Při současném užívání amlodipinu se silnými nebo středně silnými inhibitory CYP3A4 lze očekávat zvýšení plazmatických koncentrací amlodipinu v klinicky významném rozsahu. Současné užívání induktorů CYP3A4 může vést k nižší plazmatické koncentraci amlodipinu. Účinek amlodipinu zesiluje účinky jiných antihypertenziv. U pacientů léčených amlodipinem se nedoporučuje užívání vyšších dávek simvastatinu než 20 mg denně. Kombinace může vést ke zvýšení plazmatické hladiny simvastatinu. Nedoporučuje se kombinace bisoprololu s antagonisty kalcia typu verapamilu a v menší míře typu diltazemu; a s centrálně působícími antihypertenzivy. Zvláštní opatrnost je nutná u kombinace bisoprololu s antagonisty kalcia dihydropridimového typu, antiarytmiky třídy I a III, parasympatomimetiky, s přípravky s obsahem lokálního beta-blokátoru, s inzulínem a perorálními antidiabetiky, s anestetiky, s digitálními glykosidy, s NSAID, s beta-sympatomimetiky, se sympatomimetiky aktivujícími beta 1 a/alpha-adrenergní receptory, s antihypertenzivy a s jinými léčivými přípravky, které mohou snížit krevní tlak. **Nežádoucí účinky:** Časté: bolesti hlavy, závrať, ospalost, palpitace, zrudnutí, nevolnost, bolest břicha, otok (zejména kotníků), únava, pocit chladu a necitlivosti v končetinách, gastrointestinální potíže. **Doba použitelnosti:** 3 roky. **Podmínky uchování:** Uchovávejte při teplotě do 30 °C. Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Balení:** 28, 30, 56 nebo 90 tablet v OPA/Al/PVC/Al blistru a papírové krabičce. Na trhu nemusí být všechny velikosti balení. **Držitel rozhodnutí o registraci:** EGIS Pharmaceuticals PLC, Budapešť, Maďarsko. **Registrační číslo:** Bigital 5 mg/5 mg: 41/342/14-C; Bigital 5 mg/10 mg: 41/344/14-C; Bigital 10 mg/5 mg: 41/343/14-C; Bigital 10 mg/10 mg: 41/345/14-C. **Datum první registrace:** 17. 9. 2014. **Datum revize textu:** 17. 9. 2014.

**Pouze na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním léku se, prosím, seznáme s podrobnými informacemi v platném Souhrnu údajů o přípravku nebo na adrese firmy EGIS Praha spol. s r.o.**

Literatura: 1. SPC Přípravku Bigital<sup>®</sup>.

\* Prodejní akce společnosti EGIS Pharmaceuticals PLC

příznivý vliv na sacharidový metabolismus, který je opět hlavně vyjádřen u neselektivních BB. Mezi absolutní kontraindikace podání BB patří astma bronchiale, A-V blokáda 2. a 3. stupně a myastenia gravis.

## Nová fixní kombinace

Účinnost a bezpečnost fixní kombinace bisoprololu a amlodipinu ověřovala studie, kterou provedl Rana se spolupracovníky.<sup>13</sup> Celkem bylo zařazeno 801 pacientů s nově diagnostikovanou hypertenzí 2. stupně nebo monoterapií nedostatečně kontrolovanou hypertenzí, kterým byla podávána dávka 5 mg bisoprololu a 5 mg amlodipinu v jedné tabletě. Průměrný věk pacientů byl 53,6 roku. Muži byli ve studii zastoupeni 59,7 %. Po čtyřech týdnech léčby došlo k poklesu průměrného systolického tlaku ze vstupních hodnot  $171,9 \pm 17,9$  mm Hg na  $134,3 \pm 10,1$  mm Hg a průměrného diastolického tlaku ze  $103,9 \pm 9,6$  mm Hg na  $83,4 \pm 6,2$  mm Hg. Průměrná tepová frekvence poklesla z  $83,3 \pm 9,6$  tepů/min na  $74,6 \pm 6,8$  tepů/min. Snížení obou hodnot tlaku i pulsu bylo signifikantně významné. Cílových hodnot krevního tlaku  $< 140/90$  mm Hg ve studii dosáhlo 82,5 % pacientů. Výbornou toleranci uvádělo 90 % nemocných. Mezi nejčastěji referovanými nežádoucími účinky léčby byly otoky nohou (8 %), bolest hlavy (4 %) a únava (3 %). Potíže byly ale mírné a nevyžadovaly ani hospitalizaci, ani přerušeni léčby. Ve světle výše uvedených údajů je zřejmé, že uvedená fixní kombinace je vhodná pro léčbu hypertenze. Výhodou je odlišný mechanismus účinku obou složek, který vede k posílení antihypertenzního účinku, a tím i snadnějšímu dosažení cílových hodnot krevního tlaku. Vzhledem k přítomnosti bisoprololu je lék vhodný u hypertenze se známkami zvýšené sympatické aktivity a u nemocných s hyperkinetickou cirkulací. Indikovaný je dále u pacientů s hypertenzí a ICHS, syndromem anginy pectoris a u stavů po infarktu myokardu. U anginy pectoris (vyjma vazospastické) je výhodná synergie antianginózního efektu obou složek. Nelze opominout ani léčbu hypertonií s některými tachyarytmiemi. Vzhledem k vysoké  $\beta_1$  selektivitě bisoprololu je možné použití u ICHDK, u které navíc přistupuje vliv amlodipinu, který omezuje vazokonstrikci navozenou blokádu  $\beta_2$  receptorů. S opatrností lze preparát podávat i u CHOPN, kde se opět pozitivně uplatňuje převážně  $\beta_1$  selektivita betablokátoru. Kombinace umožní podávat menší dávku amlodipinu,

čímž se můžeme vyvarovat případnému vzniku otoků dolních končetin. Obě účinné látky mají dlouhodobý účinek, takže dovolují podávání jedenkrát denně. To spolu s minimem nežádoucích příznaků vede ke zvýšení compliance pacientů. Z pohledu lékaře je třeba vyzdvihnout nabídku čtyř odlišných dávek, které umožní titraci léčebného efektu přesně podle potřeb daného pacienta.

## Kazuistika

63letá žena, štíhlá nekuřačka, s naprosto němou rodinnou anamnézou stran kardiiovaskulárních chorob, byla odeslána na naše pracoviště k vyšetření hypertenze. Ta u ní byla zjištěna před 2 roky. Kromě appendektomie v dětství nikdy vážněji nestonala. Praktický lékař jí nasadil kvůli vstupním hodnotám krevního tlaku 170/100 mm Hg Lozap H tabletu ráno a Lozap 50 mg jednu tabletu večer. Vzhledem k tomu, že se tlak nedařilo dlouhodobě kompenzovat, odeslal ji k nám na vyšetření. Nutno ještě podotknout, že výše uvedená dáma je profesorkou hudby, stále pracující a nesmírně aktivní, ale poněkud roztržitá a úzkostná. Připouštěla, že si poměrně často zapomene vzhledem ke své vytiženosti vzít večerní dávku léku. Dále uváděla, že pozoruje, zvláště při stresu, vyšší tepovou frekvenci. Při somatickém vyšetření byl nález až na krevní tlak a tepovou frekvenci ( $165/100$  mm Hg a  $90$  tepů/min) zcela v normě. Biochemická vyšetření, včetně stanovení TSH, glykémie a spidogramu, byla také úplně normální. Ani EKG nevykazovalo patologických známek, vyjma urychleného sinusového rytmu. Pacientce jsem nasadil Bigital 5 mg/5 mg. Po několika týdnech přišla na kontrolu nesmírně spokojená, že dávkování jednou denně jí vyhovuje a palpitace zcela ustoupily. Krevní tlak byl  $130/80$  mm Hg a tepová frekvence poklesla na  $68$  tepů/min. I při dalším sledování byly hodnoty tlaku normální a nebyla již nikdy přítomna tachykardie. Dodatečně provedené holterovské EKG monitorování prokázalo sinusový rytmus, bez arytmií, s průměrnou tepovou frekvencí  $70$ /min. Kazuistika ukazuje pacientku se středně závažnou arteriální hypertenzí a hyperkinetickou cirkulací, kde kombinace bisoprololu s amlodipinem vedla k rychlé kompenzaci krevního tlaku a přinesla i promptní úlevu od dalších potíží. Co říci závěrem? Domnívám se, že fixní kombinace bisoprololu a amlodipinu nám přinesla do spektra ostatních antihypertenziv velmi účinný, bezpečný a výborně tolerovaný lék.

## Literatura

- Filipovský J, Widimský J Jr, Ceral J, et al. Diagnostické a léčebné postupy u arteriální hypertenze-verze 2012. Doporučení České společnosti pro hypertenzi. *Vnitř Lék* 2012; 58(10):785–801.
- Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens* 2013; 31:1281–357.
- Lepší P. Současné postavení amlodipinu v léčbě systémové hypertenze. *Acta medicae* 2012; 1:5-6.
- Dahlöf B, Sever PS, Poulter NE, et al. for the ASCOT Investigators. Prevention of cardiovascular events with an antihypertensive regimen of amlodipine adding perindopril as required versus atenolol adding bendroflumethiazide as required, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Blood Pressure Lowering Arm (ASCOT-BPLA). *Lancet* 2005; 366:895–906.
- Špinar J, Vítovec J. Postavení blokátorů kalciových kanálů v léčbě hypertenze. *Farmakoterapie* 2012; 4:435–442.
- Widimský J Jr, Widimský J, et al. *Hypertenze*. Triton, Praha 2014; 247–56.
- Dahlöf B, Lindholm LH, Hansson L et al. Morbidity and mortality in the Swedish trial in Old Patients with Hypertension. (STOP-Hypertension). *Lancet* 1991; 338:1281–5.
- Bradley HA, Wiysonge CS, Volmink JA et al. How strong is the evidence for use of beta-blockers as first-line therapy for hypertension? Systematic review and meta-analysis. *J Hypertens* 2006; 24:2131–41.
- Wang JG, Staessen JA, Li Y et al. Carotid intima-media thickness and antihypertensive treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Stroke* 2006; 37:1933–40.
- Špinar J, Vítovec J. Tepová frekvence a kardiiovaskulární onemocnění. *Interní medicína pro praxi* 2009; 11:7–8.
- Palatini P, Thijs L, Staessen JA, et al. Predictive value of clinic and ambulatory heart rate for mortality in elderly subjects with systolic hypertension. *Arch Intern Med* 2002; 162:2013–21.
- Palatini P, Dorigatti F, Zaetta V, et al. Heart rate as a predictor of development of sustained hypertension in subjects for stage 1 hypertension: the HARVEST Study. *J Hypertens* 2006; 24:1873–80.
- Rana R, Patil A. Efficacy and safety of bisoprolol plus amlodipine fixed dose combination in essential hypertension. *The Ind Pract* 2008; 61(4):225–234.



# LÉČBA SEXUÁLNÍCH PORUCH A RIZIKA SPOJENÁ S TÍMTO ONEMOCNĚNÍM



Taťána Šrámková  
Urologická klinika a Sexuologický ústav  
1. LF Karlovy univerzity a VFN Praha,  
LF Masarykovy univerzity  
Sexuologické oddělení FN Brno

## Erektilní dysfunkce

Erektilní dysfunkce (ED) je definována jako neschopnost dosáhnout a udržet ztopoření dostatečné k realizaci uspokojivého sexuálního styku. V Massachusetts Male Aging Study byla zjištěna 52% prevalence ED ve věkové kategorii 40 – 70 let. Organická etiologie ED představuje 80 %, psychogenní 20 %. Organická etiologie ED může být vaskulární, neurogení, anatomická, hormonální, indukovaná léky. Podle některých autorů představuje vaskulární etiologie ED až 80 % organických příčin. Pro normální erektilní schopnost je nezbytný zdravý endotel. ED může být první klinickou manifestací endoteliální dysfunkce, která se objevuje dříve, než se klinicky manifestuje hypertenze, dyslipidemie či diabetes. Muži trpící ED se tak stávají nositeli systémového vaskulárního onemocnění (KVO). Erektilní dysfunkce a endoteliální dysfunkce jdou ruku v ruce, a představují tak predikci systémového KVO. Diagnostika ED je proto důležitá v rámci prevence u nemocných, kteří nemají žádné symptomy KVO. ED představuje rizikový faktor KVO a u mužů 30-60 let a u diabetiků je prediktorem závažného i fatálního KVO v časovém horizontu 2-5 let.

## Léčba ED dle Guidelines Evropské urologické společnosti 2014

Doporučení změnit životní styl a eliminovat rizikové faktory by mělo předcházet léčbu ED (dle EBM úroveň důkazu a stupeň doporučení 1a, A). Pokud je nalezená kurabilní příčina, která vedla k ED, musí být léčena jako první (1b, B). První linie léčby erektilní dysfunkce je zastoupena inhibitory fosfodiesterázy pět, PDE5-I (1a, A). Nefarmakologický způsob je používání podtlakových přístrojů (4c, C). Druhou linií léčby ED představuje intrakavernózní injekční léčba, v ČR je dostupný Prostaglandin E1 alprostadil (1b, B). Třetí linie léčby ED je implantace penilní protézy (4c, C). Nový nefarmakologický způsob léčby ED je užití rázové vlny nízké intenzity. Je třeba zjistit přání a očekávání nemocného ve vztahu k léčbě ED. Terapii by měla předcházet edukace nemocného i jeho partnerky.

V léčbě ED jsou nejčastěji používány perorální léky. Čtyři inhibitory fosfodiesterázy 5 byly schváleny European Medicines Agency (EMA): sildenafil, tadalafil, vardenafil, avanafil. Léčba PDE5-I je účinná (dle SPC 80 – 84 %), bezpečná, většina nežádoucích účinků je mírná. PDE5-I nezvyšují riziko kardiovaskulárních komplikací za respektování pravidel jejich podání (Princetonský konsensus). Pro nástup účinku je nezbytná sexuální stimulace. Efekt PDE5-I je definovaný dosaženou rigiditou penisu dostačující pro vaginální penetraci. Absolutní kontraindikaci představuje užívání nitrátů nebo látek uvol-

ňujících oxid dusnatý pro riziko vzniku maligní hypotenze. Interakce PDE5-I je s alfa-blokátory. Sildenafil byl uvedený v roce 1998 jako první a způsobil revoluci v léčbě ED. Byl v klinických studiích zkušeno u specifických skupin pacientů s těžkou ED. Vardenafil má podobný farmakologický profil jako sildenafil, tadalafil s dlouhým vylučovacím poločasem přinesl větší spontaneitu do sexuálního života. Avanafil, nový PDE5-I, byl EMA schválený v roce 2013. Je vysoce selektivní k fosfodiesteráze 5 a ve srovnání s ostatními PDE5-I méně ovlivňuje ostatní izoenzymy PDE, což vede k menšímu riziku nežádoucích účinků, má rychlý nástup účinku již od 15 minut po podání. Titrace dávky a opakované podání je důležité pro zlepšení terapeutické odpovědi PDE5-I. Lékař musí mít dohled nad léčbou ED. Zhodnocení efektu léčby, vedlejších účinků a spokojenosti je nutné za 3-4 týdny po nastavení léčby. Pravidelné sledování nemocného v časovém horizontu 3-6 měsíců je nezbytné.

**Erektilní dysfunkce a předčasná ejakulace patří k nejčastějším sexuálním poruchám u mužů.**

## Předčasná ejakulace

Předčasná ejakulace (PE) je druhá nejčastější sexuální dysfunkce českých mužů, vyskytuje se ve všech věkových kategoriích s prevalencí 20 - 30 %. Znamená neschopnost dostatečně ovládat ejakulaci tak, aby oba partneři dosáhli uspokojení. Ejakulace se může objevit před imisí penisu do pochvy (ante portas) nebo do 1 - 2 minut po jeho zavedení do pochvy. IELT (Intravaginální ejakulační latenční čas) je definovaný jako čas od imise penisu do vagíny do startu ejakulace, je to objektivní nástroj používaný v klinických studiích. Etiologie PE je primární, celoživotní, nebo sekundární, získaná. Genetické výzkumy potvrdily vztah trvání IELT a polymorfismu genu 5-HTTLPR (serotonin transporter gene promoter polymorphism). Získaná PE bývá při vztahových problémech, urologických (prostatitida, frenulum breve) či při hypertyreóze. PE vede ke vzniku nesouladu, často i rozpadu páru, v tom je její riziko. Prvním lékem zaregistrovaným pro PE byl dapoxetin (EBM 1a). Dapoxetin je účinný, selektivní inhibitor zpětného vychytávání serotoninu s rychlým nástupem účinku (C max za 1-2 hodiny po podání) a krátkým vylučovacím poločasem, farmakokinetický profil umožňuje jeho podání jednorázově před stykem. Signifikantně zlepšuje všechny komponenty předčasné ejakulace, prodlužuje signifikantně IELT ve srovnání s placebem 2,5 až třikrát, zvyšuje kontrolu ejakulace, redukuje interpersonální těžkosti a zvyšuje párovou satisfakci. Dříve užívaná antidepressiva SSRI jsou v této indikaci off label. Nefarmakologický způsob léčby PE je lokální léčba anestetiky (1b) a behaviorální postupy. Cílem léčby sexuálních poruch mužů je dosažení párové satisfakce.

## Literatura:

Literatura u autora

# Inhibitor PDE-5<sup>2,6</sup>

Léčba erektilní  
dysfunkce  
u dospělých mužů<sup>6</sup>

# Spedra<sup>®</sup>

avanafil

- **Rychlý** nástup účinku<sup>1,2,3,5</sup>
- **Dlouhodobý** erektogenní účinek<sup>1,2,3</sup>
- **Nízký** výskyt specifických nežádoucích účinků<sup>3,4</sup>



**Zkrácená informace o přípravku Spedra<sup>®</sup> 50 mg, 100 mg, 200 mg.** Před předepsáním si přečtěte celý Souhrn údajů o přípravku. **Složení:** Avanafil 50 mg, 100 mg, 200 mg v jedné tabletě. **Terapeutické indikace:** Léčba erektilní dysfunkce u dospělých mužů. Aby byl přípravek účinný, je nutná sexuální stimulace. **Farmakodynamické vlastnosti:** Ve všech pivotních studiích s avanafilem bylo procento úspěšných pokusů o pohlavní styk významně vyšší i v všech dávkách avanafilu v porovnání s placebem. Platí to pro všechny pokusy ve všech hodnocených časových intervalech po podání dávky. **Dávkování a způsob podání:** K perorálnímu podání. Použití u dospělých mužů: Doporučenou dávku 100 mg užít podle potřeby přibližně 15 až 30 minut před sexuální aktivitou. Dávku lze zvýšit na 200 mg nebo snížit na 50 mg. Přípravek se doporučuje užívat maximálně jednou denně. U starších mužů, u mírně až středně závažné renální insuficience (clearance kreatininu  $\geq 30$  ml/min) nebo u diabetu není nutná úprava dávky. U pacientů s mírnou až středně závažnou hepatální insuficiencí (Child-Pughova třída A nebo B) by měla být léčba zahájena minimální účinnou dávkou a dávkování upraveno podle snášenlivosti. U pacientů, kteří jsou současně léčeni středně silnými inhibitory CYP3A4 nemá maximální doporučená dávka avanafilu překročit 100 mg s odstupem nejméně 48 hodin mezi jednotlivými dávkami. Pokud se přípravek užije s jídlem, může být nástup účinku pozdější než při užití nalačno. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na složky přípravku. Užívání organických nitrátů nebo donorů oxidu dusnatého. U pacientů, kteří prodělali kardiovaskulární onemocnění, by měli lékaři před rozhodnutím o předepsání přípravku zvážit potenciální riziko srdečních příhod spojené se sexuální aktivitou. Infarkt myokardu, cévní mozková příhoda nebo život ohrožující arytmie v posledních 6 měsících. Klidová hypotenze ( $< 90/50$  mmHg) nebo hypertenze ( $> 170/100$  mmHg). Nestabilní angina pectoris, angina pectoris při pohlavním styku, městnavé srdeční selhání (NYHA 2 a vyšší). Závažná hepatální (Child-Pughova třída C) nebo renální insuficience (clearance kreatininu  $< 30$  ml/min). Ztráta vidění jednoho oka v důsledku nearterické přední ischemické neuropatie optického nervu. Vrozené degenerativní poruchy sítnice. Užívání silných inhibitorů CYP3A4 (jako např. ketoconazol, clarithromycin, ritonavir). **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Před rozhodnutím o farmakologické léčbě je nutno zjistit anamnézu a provést lékařské vyšetření ke stanovení diagnózy erektilní dysfunkce a určit potenciální příčiny. Kardiovaskulární funkce - před zahájením jakékoli léčby erektilní dysfunkce by lékaři měli posoudit kardiovaskulární funkci svých pacientů. Je třeba poučit pacienty, aby v případě přiaprimu okamžitě vyhledali lékařskou pomoc. Avanafil by měl být používán s opatrností u pacientů s anatomickou deformací penisu nebo u pacientů s onemocněními, které mohou vést k priapismu. Je nutná pacienta poučit, aby v případě náhlé poruchy zraku přestal přípravek Spedra užívat a neprodělal vyhledal lékaře. Údaje o bezpečnosti podávání avanafilu pacientům s poruchami krvácivosti nebo aktivním peptickým vředem nejsou k dispozici; proto by měl být avanafil těmto pacientům podáván pouze po důkladném posouzení poměru přínosů a rizik. Pacienti je třeba poučit, aby v případě náhlého zhoršení nebo ztráty sluchu přestali užívat inhibitory PDE-5, včetně avanafilu, a vyhledali okamžitou lékařskou pomoc. Současné užívání alfa-blokátorů

a avanafilu může vést u některých pacientů k symptomatické hypotenzii v důsledku aditivních vazodilatačních účinků. Bezpečnost a účinnost kombinací přípravku Spedra s jinými inhibitory PDE-5 nebo jinou léčbou erektilní dysfunkce nebyla zkoumána; pacienti by měli být poučeni, aby přípravek Spedra v takových kombinacích neužívali. Pacienti by měli být poučeni, že souběžné užití avanafilu a alkoholu může zvýšit pravděpodobnost hypotenze, závratí nebo synkopy. Avanafil nebyl hodnocen u pacientů s erektilní dysfunkcí vyvolanou poraněním páteřní míchy nebo jinými neurologickými poruchami a u pacientů se závažnou renální nebo hepatální insuficiencí. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Přípravek Spedra má malý vliv na schopnost řídit nebo obsluhovat stroje. Vzhledem k tomu, že v rámci klinických studií s avanafilem byly hlášeny závratě a poruchy zraku, měli by pacienti znát své reakce na přípravek Spedra před tím, než budou řídit nebo obsluhovat stroje. **Interakce:** Užívání avanafilu s organickými nitráty nebo donory oxidu dusnatého je kontraindikováno. V kombinaci s jiným přípravkem, který snižuje systémový krevní tlak, může avanafil způsobit symptomatickou hypotenzii. Alfa-blokátory jiná antihypertenziva, alkohol, středně silné inhibitory CYP3A4 - maximální doporučená dávka avanafilu je 100 mg s odstupem nejméně 48 hodin mezi jednotlivými dávkami. Pacienti s obstrukcí odtoku krve z levé komory a pacienti se závažným narušením autonomní kontroly krevního tlaku mohou být zvláště citliví na působení vazodilatací včetně avanafilu. V průběhu 24 hodin před užitím avanafilu by pacienti neměli pít grapefruitový džus. Souběžné užívání avanafilu a induktořů CYP se nedoporučuje. Podrobnosti a další interakce jsou uvedeny v plném znění SPC. **Nežádoucí účinky:** Velmi časté ( $\geq 1/10$ ): žádné. Časté ( $\geq 1/100$  až  $< 1/10$ ): bolest hlavy, zrudnutí, kongescce nosní sliznice. Méně časté ( $\geq 1/1000$  až  $< 1/100$ ): závratě, ospalost, bolest vedlejších nosních dutin, rozmazané vidění, palpitace, návaly horka, kongescce vedlejších nosních dutin, dušnost při námaze, dyspepsie, nauzea, zvracení, nepřijemný pocit v žaludku, bolest zad, svalové napětí, únava, zvýšené hladiny jaterních enzymů, abnormální výsledky EKG, zvýšení srdeční frekvence. Vzácné ( $\geq 1/10000$  až  $< 1/1000$ ): chřipka, nazofaryngitida, sezónní alergie, dna, nespavost, předčasná ejakulace, nepřiměřený afekt, psychomotorická hyperaktivita, angina pectoris, tachykardie, hypertenze, rinorea, kongescce horních dýchacích cest, sucho v ústech, gastritida, bolest v podbříšku, průjem, vyrážka, bolest v tříslech, myalgie, svalové spazmy, polakizurie, poruchy penisu, spontánní erekce penisu, svědění genitálií, astenie, bolest na hrudi, onemocnění podobné chřipce, periferní edém, zvýšený krevní tlak, přítomnost krve v moči, srdeční selžest, zvýšená hladina prostatického specifického antigenu, zvýšení tělesné hmotnosti, zvýšená hladina bilirubinu v krvi, zvýšená hladina kreatininu v krvi, zvýšená tělesná teplota. **Balení:** 4, 8 tablet v hliníkovém blistru. **Držitel registrace:** Menarini International Operations Luxembourg S.A., Avenue de la Gare 1, 1611 Luxembourg, Lucembursko. **Reg. číslo:** Spedra 50 mg: EU/1/13/841/001, Spedra 100 mg: EU/1/13/841/005-006, Spedra 200 mg: EU/1/13/841/008-009. **Datum poslední revize:** Leden 2015. Přípravek je vydáván pouze na lékařský předpis a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním si přečtěte celý Souhrn údajů o přípravku. V licenci Vivus Inc. a Mitsubishi Tanabe Pharma Corporation.

#### Reference:

1. Goldstein I et al. *J Sex Med* 2012; 9(4):1122-1133.
2. Kedja GT et al. *Ther Adv Urol* 2013; 5(1): 35-41.
3. Belkoff LH et al. *Int J Clin Pract* 2013; 67(4): 333-341.
4. Wang R et al. *J Sex Med* 2012; 9: 2122-2129.
5. Porst H et al. *J Sex Med* 2013; 10(1): 130-171.
6. SPC léčivého přípravku Spedra 50 mg, 100 mg, 200 mg, poslední revize 22. 1. 2015.

CZ-SPE-01-2015.02.11

▼ Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychlé získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv.

Určeno pouze odborníkům ve smyslu zákona 40/1995 Sb.

Berlin-Chemie/A. Menarini Ceska republika s. r. o., Budějovická 778/3, 140 00 Praha 4 - Michle  
tel.: 267 199 333, fax: 267 199 336, e-mail: office@berlin-chemie.cz



**BERLIN-CHEMIE**  
**MENARINI**

## Nemocnice jako akciovky nejsou ideálním řešením

**Rozhovor s MUDr. Pavlem Kubíčkem, předsedou OS ČLK Prahy 5, výkonným sekretářem Vědecké rady ČLK a vedoucím Odboru zdravotnictví Krajského úřadu Středočeského kraje**



### Jak byste charakterizoval Středočeský kraj?

Abych začal úřednickou terminologií, která mi jako lékaři působí stále ještě obtíže, jde o největší vyšší územní samosprávný celek České republiky, a to jak z hlediska rozlohy, tak počtu obyvatel. Jen pro srovnání – Středočeský kraj je třikrát větší než kraj Karlovarský, Liberecký nebo Zlínský a co do počtu obyvatel jich má zhruba stejně jako všechny uvedené kraje dohromady. Přitom má však i jednu zásadní nevýhodu – jako jediný kraj v republice nemá svoje krajské město.

### Jak je vlastně kraj spravován? Vidíte v tom nějakou analogii s Českou lékařskou komorou?

Na úvod se opět nevyhnu úřednickému názvosloví, když začnu tzv. *působností*. Jako každá právnická osoba jedná i každý kraj svým jménem a hospodáří se svým majetkem, čemuž se říká *působnost samostatná*. Kromě toho však stát na kraje prostřednictvím legislativy delego-

val řadu úkonů, které spadají do tzv. *působnosti přenesené*. Abych to trochu zjednodušil: v rámci *samostatné působnosti* jednají za kraj politici, tj. hejtman, rada a zastupitelstvo, v rámci *přenesené působnosti* kraje úředníci, to znamená ředitel krajského úřadu, vedoucí jednotlivých odborů a jejich podřízení. Analogii s ČLK lze tedy spatřovat leda v tom, že i komora má své volené funkcionáře, kteří rozhodují, a zaměstnance, kteří tato rozhodnutí realizují.

### Můžete stručně popsat, co má odbor zdravotnictví krajského úřadu na starosti?

V rámci již zmíněné *samostatné působnosti* odbor zdravotnictví zabezpečuje činnost zdravotnických příspěvkových organizací kraje, tj. především zdravotnické záchranné služby. Dále zajišťuje lékařskou pohotovostní službu a prohlídky těl zemřelých mimo zdravotnická zařízení, podílí se na fungování tzv. integrovaného záchranného systému a přispívá na některé zdravotnické činnosti ze zdravotního pojištění nehrazené (např. na provoz AT poraden a záchranných stanic). V rámci *přenesené působnosti* pak odbor zdravotnictví krajského úřadu vydává oprávnění k poskytování zdravotních služeb, provádí kontroly poskytovatelů zdravotních služeb, v prvním stupni projednává přestupky a správní delikty poskytovatelů, je odvolacím orgánem pro přestupky na úseku zdravotnictví a správní delikty v oblasti alkoholové a drogové závislosti, přezkoumává lékařské posudky o zdravotní způsobilosti a o zdravotním stavu či rozhodnutí o ukončení dočasné pracovní

neschopnosti, řeší stížnosti na poskytnutou zdravotní péči, zajišťuje očkování proti TBC i likvidaci léčiv a organizuje výběrová řízení před uzavíráním smluv o poskytování a úhradě zdravotní péče poskytovatelů zdravotních služeb se zdravotními pojišťovnami. To je výčet snad nejdůležitějších úkolů odboru zdravotnictví, avšak rozhodně ne seznam zcela všech.

### Jaké další znalosti (kromě lékařského vzdělání) by při nutnosti řešení tolika odborných kompetencí měl podle vás mít úspěšný vedoucí odboru zdravotnictví?

Určitě se musí orientovat v současné, především zdravotnické legislativě a měl by mít i dostatečné manažerské dovednosti, ale s tím lékařským vzděláním to v praxi bohužel rozhodně není samozřejmé. Jenom pro ilustraci: mezi vedoucími odborů zdravotnictví všech čtrnácti krajů České republiky je osm inženýrů, dva doktoři filozofie, dva magistři a jedna bakalářka. Rozhodně bych si netroufal tvrdit, že někdo z nich vede svůj odbor nekvalifikovaně, ale fakt, že jako

lékař jsem mezi nimi jediný, je podle mne zarážející. Dokonce ani ve dvou případech, kdy pro zdravotnictví i sociální problematiku existuje na krajském úřadu odbor společný, nevede oddělení zdravotnictví lékař. Osobně se domnívám, že kvůli tomu v některých případech stačí neodůvodněná stížnost k tomu, aby úředník pohlížel na lékaře – slovy Cimrmanova inspektora Trachty – jako na přinejmenším „sprostého podezřelého“.

### Jakou má vedoucí odboru na krajském úřadu vlastně pravomoc?

To je správný dotaz; formálně je sice podřízen jen řediteli úřadu, ale ve skutečnosti je tomu trochu jinak, neboť je jmenován i odvoláván radou kraje. Vyplývá z toho tedy jednoduchý závěr, že rozhodující slovo mají vždy volení politici. Ale to jistě není žádným tajemstvím.

### Mluvil jste o příspěvkových organizacích kraje. Kromě zmíněné Zdravotnické záchranné služby jste měl na mysli zřejmě krajské nemocnice.

Nikoli, protože pět největších





(tzv. oblastních) nemocnic Středočeského kraje – v Benešově, Kladně, Kolíně, Mladé Boleslavi a Příbrami – mezi krajské příspěvkové organizace nepatří, ačkoli laická (a mnohdy i odborná) veřejnost to většinou vůbec netuší. Tyto nemocnice jsou samostatnými akciovými společnostmi, což se mně osobně rozhodně nezdá jako ideální řešení, ale taková je realita. Za mnohem horší však považují, že řada menších nemocnic v kraji byla v minulosti zprivatizována. O některých z nich lze dnes totiž říci, že slouží čím dál více jen svým manažerům a majitelům a čím dál méně nemocným. Lze to doložit například postupným omezováním spektra poskytované lékařské péče. V této souvislosti už i na jednání Vědecké rady ČLK zaznělo, že bude nutno řešit výrazný úbytek interních lůžek nemocnic Středočeského kraje, protože interny pražských nemocnic současný narůstající příliv středočeských pacientů brzy kapacitně prostě nezvládnou.

**Mohou dnes menší nemocnice přinášet svým majitelům zisk, když se stále mluví spíše o jejich zápasu o ekonomické přežití?**

Vynalézavost českého člověka, a tudíž i českého podnikatele jak známo nezná mezí a každá situace vyvolá snahu o její rychlé řešení. V současné době je například velmi oblíbeným postupem účtovat zdravotním pojišťovnam použité zdravotnické prostředky v ministerstvem stanovených maximálních cenách, ačkoli jejich nákupní ceny jsou ve skutečnosti mnohem nižší.

**Když ne o nemocnicích, o jakých zdravotnických příspěvkových organizacích kraje jste tedy mluvil?**

V případě Středočeského kraje jde kromě záchranky o čtyři dětská centra pro děti do tří let věku (dříve dětské domovy či kojenecké ústavy). Právě za jejich zachování v současnosti vedeme –

nejen ve Středočeském kraji – doslova tuhý boj, protože některé zájmové skupiny se snaží cestou legislativních změn tuto zdravotnická zařízení přesunout do gesce sociální péče a poté je zcela nezodpovědně „transformovat“ na něco jiného. Jedná se o velmi rafinovaný postup, protože veřejnost je matena proklamacemi o tom, že náhradní rodinná péče je pro děti přece vhodnější než péče ústavní.

**A vy s tímto tvrzením snad nesouhlasíte? Jaký jiný důvod zmíněných „zájmových skupin“ by přicházel v úvahu?**

Principiálně pochopitelně souhlasím s tím, že náhradní rodinná péče je pro děti to nejlepší. Problémem však je zamlčování absolutního nedostatku náhradních rodin, nedostatečné odborné vyšetření dětí před jejich umístěním do rodin i fakt, že místo maximální snahy o osvojení dětí se přednostně realizují jejich přechodné pobyty v náhradních rodinách. Navíc už nyní jsme svědky toho, že řada pěstounů je motivována čistě ekonomicky, a nikoli skutečným zájmem o opuštěné děti. A důvod zmíněných snah o rozbití fungujícího systému péče, který nám záviděly mnohé vyspělé státy? Mluví se především o čerpání evropských dotací, jehož podmínkou údajně je, aby děti nebyly v ústavní péči...

**V minulosti jste pracoval jako vedoucí odboru Ministerstva zdravotnictví, VZP i Zdravotní pojišťovny Média, nyní Krajského úřadu Středočeského kraje. Každý funkcionář ČLK by měl mít ale i zdravotnický úvazek. Zbývá na to vedle práce na úřadu a funkcích v komoře čas i vám?**

Už 24 let pracuji jako traumatolog ve FN v Motole, i když od konce roku 2005 jen na zkrácený úvazek, ale stále cítím, že ze všech funkcí, které jsem kdy v životě vykonával, má práce lékaře smysl největší.

Michal Sojka

odborné sympozium

## Aktuality v alergologii a imunologii

Sympozium se koná ve středu 3. 6. 2015 od 14.00 do 18.00 hodin v Žižkovské věži, Praha 3

**GARANT ODBORNÉHO PROGRAMU:**

**doc. MUDr. Vít Petrů, CSc.**  
Centrum alergologie a klinické imunologie,  
Nemocnice Na Homolce, Praha

- 14.00–14.05 – **doc. MUDr. Vít Petrů, CSc.**  
zahájení akce, úvod do problematiky\*
  - 14.05–14.30 – **MUDr. Irena Krčmová, CSc.**  
Hereditární angioedém – diferenciální diagnostika\*
  - 14.30–14.55 – **MUDr. Ester Seberová**  
Alergická rýma a její vztah k astmatu\*
  - 14.55–15.20 – **MUDr. Lenka Sedláčková**  
Diagnostika lékové alergie\*
  - 15.20–15.45 – **doc. MUDr. Petr Kučera, Ph.D.**  
Mastocytóza a alergie\*
- SATELITNÍ SYMPOZIUM CSL BEHRING S.R.O.
- 15.45–16.00 – **MUDr. Pavlína Králíčková**  
Imunoglobulinová substituční léčba u nemocných s primárními imunodeficity\*
  - 16.00–16.20 – přestávka na kávu
  - 16.20–16.45 – **doc. MUDr. Jaromír Bystron, CSc.**  
Antihistaminika a jejich užití v klinické praxi\*
  - 16.45–17.10 – **MUDr. Martin Fuchs**  
Alergie na potraviny u kojenců a batolat\*
  - 17.10–17.35 – **doc. MUDr. Vít Petrů, CSc.**  
Anafylaxe – život ohrožující alergie\*
  - 17.35–18.00 – **Jaroslava Šimoničková**  
Adrenalinový autoinjektor v klinické praxi – workshop\*

\* Diskuse následuje po každé přednášce

**Účastnický poplatek 350 Kč za osobu**

**Přihlášení na akci:**

V případě zájmu svou přihlášku vyplňte na adrese:  
[www.lkcr.cz](http://www.lkcr.cz) – sekce vzdělávání, kurzy ČLK, číslo kurzu je 68/15  
– evidenční číslo (EČ) 39189

Bližší informace obdržíte 10 dnů před konáním akce.  
Odborná vzdělávací akce je pořádána v rámci celoživotního vzdělávání lékařů dle SP č. 16.

**Akce je evidována v centrálním registru ČLK a je ohodnocena 5 kredity.**

HLAVNÍ PARTNER  
**CSL Behring**  
Biotechnologies for Life™

Postgraduální akademie

Postgraduální medicína  
JE OFICIÁLNÍM PARTNEREM  
CELOŽIVOTNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ  
LEKÁRŮ ČESKÉ LÉKÁRSKÉ KOMORY

**MEDICAL SERVICES**

Největší vydavatelství zdravotnických titulů v ČR  
a pořadatel kongresů, konferencí a sympozií

**mf**  
MLADÁ FRONTA

**Mladá fronta a. s.** Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4-Modřany  
mobil: +420 724 076 076, tel. 225 276 427  
e-mail: [mikulka@mf.cz](mailto:mikulka@mf.cz), [www.kongres-medical.cz](http://www.kongres-medical.cz)

## Reforma zdravotnictví ve Francii: lékaři nesouhlasí se změnami v platbách

**N**elehký úkol stojí před francouzskou ministryní zdravotnictví Marisol Touraineovou. V souladu s politickým programem vládní Socialistické strany zohledňujícím zájmy pacientů začala prosazovat zdravotnickou reformu. Ta by měla počínaje rokem 2017 přinést rozsáhlé změny nejen v oblasti dostupnosti péče, prevence nebo nedostatku léčiv, ale také v systému zdravotního pojištění. Právě poslední bod, jehož jádro tvoří návrh na plošné zavedení tzv. placené třetiny, se stal předmětem kritiky profesních sdružení. Lékaři hovoří o zbytečné administrativní zátěži nebo možném opožďování plateb.

Vnímání zdravotnictví u Francouzů nese skoro až náboženské rysy. Patrně právě proto vyvolávají reformní zásahy do komplexního a vyspělého veřejného systému horečnou diskusi. Vláda sociálních demokratů představila změny v září 2013, tedy necelý rok a půl po prezidentských volbách. Konkrétní návrhy zaměřily do parlamentu v druhé polovině letošního března, souběžně s tím se konaly další protestní akce lékařských profesních organizací.

Kontroverzi mezi lékaři a vládou vyvolává především záměr ministryně zdravotnictví Marisol Touraineové plošně zavést opatření tzv. placené třetiny. Politička, do jejíž kompetence spadá také oblast sociálních věcí a práven, chce postupně ukončit stav, kdy valná většina nemocných hradí třetinu nákladů přímo při návštěvě lékaře a pak si peníze nechá proplatit od pojišťovny. Ta podle informací serveru *ärzteblatt* uvolní peníze po odečtení spoluúčasti zpravidla do sedmi dnů, pacienti platí za návštěvu lékaře standardně 23 eur.

Nově by si měli peníze přímo od pojišťovny nárokovat naopak lékaři, což se také někdy už děje v případech, kdy potřebují péči chronicky nemocní nebo sociálně slabí, které by přímá platba nežádoucím způsobem zatížila. Mnozí lékaři se v těchto případech dobrovolně vzdají platby od pacienta a čekají na peníze od pojišťovny. Vláda nyní plánuje popsany



Foto shutterstock.com

mechanismus aplikovat plošně a zamezit tak situacím, že lidé návštěvu zdravotnického zařízení kvůli nedostatku peněz odkládají. Zlepšit přístup ke zdravotní péči si ostatně Socialistická strana (PS) před volbami vytýčila jako jeden z programových bodů.

Ačkoli, jak uvedeme níže, nepředstavují změny v systému pojišťovacích plateb nejdůležitější bod celé reformy, vyvolaly největší odpor profesních zájmových skupin. V polovině března vyšlo do pařížských ulic demonstrovat podle informací serveru *francetvinfo* zhruba 20 tisíc lidí (policie udávala účast 19 tisíc; organizátoři akce hovořili o 40 tisících). Akci svolalo společně několik lékařských odborových organizací včetně zastřešující Konfederace francouzských zdravotnických odborů (CSMF), jejíž předseda Jean-Paul Ortiz varoval, že protesty nemusely být posledními.

Jak píše německý server *ärztezeitung*,

lékaři nesouhlas se změnou v systému plateb podírají argumentem, že přinese dodatečnou administrativní zátěž a zkomplikuje proces získávání peněz za provedené výkony od pojišťoven. Další body reformy pak podle nich povedou k zestátnění ambulantní péče a oslabení vlastní odpovědnosti pacientů. Navíc údajně neexistuje jistota, že změny v systému, kde funguje zhruba 400 pojišťoven nabízejících připojištění, bude možné technicky zvládnout.

Z jiného důvodu cítí znepokojení zástupci mladých lékařů. Reforma totiž počítá s vytvořením nového statusu lékaře, jakéhosi stážisty, který vykonává praxi v nemocnici (v současné době tímto způsobem pracuje v sektoru 42 tisíc lidí). Pro tento účel by se měla ustanovit státem organizovaná výběrová řízení i možnost, aby byli mladí lékaři přidělováni do nemocnic, které trpí nedostatkem personálu. Mladí lékaři mají obavu, že je tato

opatření na začátku pracovní kariéry znevýhodní. Nutno pro upřesnění dodat, že lékaři bez atestace jsou ve Francii považováni stále za studenty a že zjednodušeně řečeno trvá v závislosti na atestačním oboru tři až pět let, než se formálně zařadí mezi zkušenější kolegy.

Ministryně Marisol Touraineová podle informací odborného časopisu *The Lancet* označila při vládním jednání o reformním zákonu systém francouzského zdravotnictví za nečitelný, spletitý a pro pacienty ne vždy příznivý. Na tiskové konferenci konané ještě před březnovými protesty ujistila, že reforma neovlivní výkon lékařů a že pro ně nepřinese žádné další náklady. Zákon prý zaručí platbu lékařům od pojišťovny maximálně do sedmi dnů v případě, že dodají příslušné dokumenty elektronicky. Pokud pojišťovna týdenní lhůtu nedodrží, bude muset uhradit penále z prodlení platby.

Francouzská reforma zdravotnictví stojí podle političky na třech pilířích – prevenci, dostupnosti péče a posilování práv pacientů. Proto se počítá nejen se zavedením jednotného národního telefonního čísla, na němž by byl kdykoli a odkudkoli k zastížení lékař, ale také s rozšířením prevence zejména u mladých lidí a zlepšením situace v zemědělských oblastech, kde je hůře dostupná ambulantní

péče. Za zmínku stojí také snaha bojovat s nedostatkem léčiv a posílit práva pacientů na informace tak, aby dostávali souhrnný přehled nákladů, které za ně pojišťovna uhradila. Počítá se rovněž s posílením statusu patientských organizací (také v oblasti zdravotnictví by mělo být možno podávat kolektivní žaloby) či narovnáním podmínek, co se týče dalšího vzdělávání lékařů.

Další chystané změny, o kterých píše server *thelocal*, uvádíme výčtem včetně stručného vysvětlení: (1) opatření na boj s kouřením (v plánu je zavést jednotná balení cigaret bez značek i omezit elektronické cigarety); (2) vznik bezpečných míst pro toxikomany (zde by dostali sterilní jehly, další hygienické prostředky i možnost konzultace s odborníkem); (3) postihy za nabádání nezletilých k nadměrnému pití alkoholu (v určitých případech by za to mohla osoba dostat až rok nepodmíněně a pokutu 15 tisíc eur); (4) digitalizace zdravotnických dat pacientů (systém již existuje, ale nikdy nebyl spuštěn); (5) zrušení týdenní čekací doby na potrat (nyní platí, že po uvedené době může žena své rozhodnutí přehodnotit, v mimořádných případech lze dobu zkrátit na 48 hodin); (6) změny v registru orgánů (pacienti s účinností od roku 2018 by měli mít povinnost podepsat, že nechťejí

dát své orgány k transplantaci, v současné době funguje podobně jako v ČR systém předpokládaného souhlasu); (7) podpora lidí vyléčených z rakoviny (kdo se zcela vyléčí z nádorového onemocnění, má právo na to, aby se jeho nemoc nebrala v potaz, což má omezit diskriminaci například při hledání práce nebo sjednávání půjček).

Pokud jde o finanční aspekty francouzského zdravotnictví, problematika výdajů do tohoto systému tvoří společně se sociálními věcmi klíčový element ve snaze snížit veřejné zadlužení. Jak uvádí březnový článek *The Lancet*, Francie pod tlakem Evropské komise plánuje, že v uvedených systémech uspoří 10 miliard eur. Celkově se veřejný dluh země má snížit v rozmezí let 2015 až 2017 o 50 miliard eur, což se ve sféře zdravotnictví už částečně daří naplňovat, cituje časopis socialistického poslance, neurologa Oliviera Věrana. Od roku 2012 vláda snižuje výdaje na zdravotnictví z více než tři na dvě procenta ročně, přesto je na letošek projektováno, že systém skončí v deficitu 10,5 miliardy eur (loni činil 7,3 miliardy eur).

Nepřímo související oblast pak představuje paliativní péče. Jak ve své každoroční zprávě upozornil francouzský účetní dvůr (nezávislá kontrolní instituce, ve francouzštině známá jako Cour des comptes), vládě se nedaří poskytovat pomoc smrtelně nemocným lidem v míře, jakou plánovala. I když opatření reagující na situaci nebudou součástí zákona o reformě zdravotnictví, ministryně Marisol Touraineová se zavázala, že v letošním roce nechá vypracovat nový plán, aby se situace přiblížila alespoň výsledkům, kterých bylo dosaženo při zlepšení života lidí s nádorovými onemocněními a Alzheimerovou chorobou.

Samotná podoba francouzské reformy zdravotnictví samozřejmě může v procesu parlamentního schvalování doznat určitých změn. Do citlivé a ostře sledované oblasti se podobným způsobem zasahovalo naposledy v roce 2004. Nyní, o jedenáct let později, se proti reformě podle informací deníku *Le Monde* staví 95 procent lékařů. Výzkum jiného média zase poukázal, že se třetina Francouzů nejméně jednou za život z finančních důvodů rozhodla nevyhledat pomoc lékaře. Nejen tyto údaje potvrzují skutečnost, že tvůrci reformy tak složitého systému musejí ovládat umění kompromisu, jen tak totiž mohou nalézt citlivou rovnováhu mezi zájmy zainteresovaných stran.

Lukáš Pfauser

s přispěním Terezy Wicherkové



# Informace policii jen se souhlasem soudce

## Nález Ústavního soudu potvrdil právní stanovisko České lékařské komory



**D**ne 10. března 2015 vydal Ústavní soud nález pod spisovou značkou II. ÚS 2050/14, ve kterém zaujal stanovisko k otázce, zda, pokud Policie ČR či jiný orgán činný v trestním řízení žádá poskytovatele zdravotních služeb o údaje o zdravotním stavu pacienta, potřebuje, či nepotřebuje k tomu souhlas soudce.

Podobnou situaci se Ústavní soud zabýval již jedenkrát, když Česká lékařská komora zaujímala jasné stanovisko, že ze zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, nevyplývá, za jakých podmínek lze poskytovat informace orgánům činným v trestním řízení, které podléhají povinné mlčenlivosti zdravotnického pracovníka, a dospěla k jednoznačnému závěru, že tuto informaci může lékař policii sdělit jen se souhlasem soudce. Některé orgány Policie ČR a státního zastupitelství zaujaly opačné stanovisko s tím, že požádá-li policie lékaře o jakékoli informace o pacientovi, je lékař bez dalšího povinen tyto informace poskytnout. Ústavní soud již tehdy zaujal jasné stanovisko, že samotný

zákon o péči o zdraví lidu nestanoví žádné podmínky, za kterých je možno sdělovat Policii ČR či jiným orgánům činným v trestním řízení údaje o pacientech bez jejich souhlasu, proto se uplatní ustanovení § 8 odst. 5 trestního řádu, podle kterého lze takové údaje sdělovat jen s předchozím souhlasem soudce.

Když byl připravován nový zákon o zdravotních službách, snažil jsem se v právním kolegiu tehdejšího ministra zdravotnictví prosadit, aby přímo v ustanoveních o povinné mlčenlivosti zdravotníků bylo výslovně uvedeno, že informace o pacientovi může orgánům činným v trestním řízení, tedy zejména Policii ČR, podávat zdravotnický pracovník pouze s předchozím souhlasem soudce. Názor legislativních pracovníků Ministerstva zdravotnictví ČR byl tehdy takový, že to je přece jasné a vyplývá to z ustanovení § 8 odst. 5 trestního řádu, které není třeba opakovat v zákoně o zdravotních službách. Mé argumenty, že kdyby tato věta byla jasně uvedena v tomto zákoně, nebyl by prostor pro zbytečné rozpory a dohady na toto téma, byly odmítnuty a byl prosazen názor, že stačí, pokud zákon o zdravotních službách odkáže na předpisy trestního práva. Ukazuje se, že toto stanovisko legislativců Ministerstva zdravotnictví ČR bylo velmi nešťastné.

V posuzovaném případě totiž soudce okresního soudu, kterého policie žádala o souhlas s podáním informací o pacientovi, zaujal stanovisko, že nemusí žádný souhlas vydávat, protože nemocnice je povinna tyto informace policii předat i bez jeho souhlasu. Policista tedy požadoval od nemocnice předání příslušných informací, aniž

doložil souhlas soudce, a když byl odmítnut, uložil nemocnici pořádkovou pokutu. Uložení pokuty posléze schválil i soud. Nemocnice se naprosto správně obrátila na Ústavní soud, který vydal nález, kterým konstatoval, že usnesením Okresního soudu v Olomouci ze dne 16. 4. 2014 a usnesením Policie ČR ze dne 3. 3. 2014 bylo porušeno právo nemocnice na ochranu vlastnictví zaručené článkem 11 odst. 1 Listiny základních práv a svobod, a tato rozhodnutí se proto ruší.

Z vlastní zkušenosti mohu poukázat na případ, kdy soudkyně jednoho okresního soudu odmítla policii dát souhlas k poskytnutí údajů o pacientce, protože podle jejího názoru není takový souhlas potřebný a každý občan, tedy i zdravotník, je povinen policii vyhovět, pokud požaduje nějaké informace. Když jsem jako advo-

kát příslušné nemocnice zdravotníkům nedoporučil, aby informace podali, příslušná soudkyně mi zatelefonovala a dotazovala se, z čeho usuzují, že zdravotníci nemohou bez souhlasu soudce podávat policii informace. Odkázal jsem ji na tehdy platný zákon o péči o zdraví lidu a jeho ustanovení o povinné mlčenlivosti a soudkyně se velmi podivila, protože nevěděla, že takový zákon existuje; posléze přistoupila na můj názor.

Nález, který k této otázce opakovaně přijal Ústavní soud, odpovídá konzistentnímu stanovisku České lékařské komory. V publikaci Univerzita medicínského práva (Grada Publishing 2013), jejímiž autory jsou právníci České lékařské komory, se na straně 114 uvádí: „V případě Policie ČR, státního zástupce nebo soudu za porušení povinné mlčenlivosti zákon nepovažuje sdělování skuteč-



ností pro potřeby trestního řízení způsobem stanoveným právními předpisy upravujícími toto řízení. V případě Policie ČR, státního zástupce nebo soudu, tedy jen s předchozím souhlasem soudce (nejlépe v písemné podobě pro účely založení do zdravotnické dokumentace), který jako podmínku průlomu do povinné mlčenlivosti předpokládá trestní řád.“

Ústavní soud v nálezu spisová značka II. ÚS 2050/14 k tomu uvádí:

„Podle přesvědčení Ústavního soudu ani ustanovení § 51 odst. 2 písm. d) zákona o zdravotních službách obecně nezprostřuje poskytovatele zdravotní péče mlčenlivosti pro účely trestního řízení. Podle tohoto ustanovení totiž platí, že za porušení povinné mlčenlivosti se nepovažuje sdělování údajů nebo jiných skutečností pro potřeby trestního řízení způsobem stanoveným právními předpisy upravujícími trestní řízení; za porušení povinné mlčenlivosti se rovněž nepovažuje sdělování údajů nebo jiných skutečností při plnění zákonem uložené povinnosti přezkoušení nebo oznámit spáchání trestného činu. Z citovaného ustanovení tedy výslovně plyne, že v případě trestního řízení sice může dojít k prolomení povinné mlčenlivosti, to však jen způsobem, který stanoví trestní procesní předpisy. Toto zákonné ustanovení je proto třeba vyložit tak, že obsahuje odkaz na trestní řád a že je věcí úpravy obsažené právě v trestním řádu, aby stanovila zákonné podmínky pro prolomení zmíněné mlčenlivosti, pokud jde o způsob (postup), jímž k němu může dojít. Ustanovení, které tak činí, je přitom právě ustanovení § 8 odst. 5, jež v těchto případech výslovně vyžaduje předchozí souhlas soudce.“

Pro toto řešení ostatně svědčí i skutečnost, že se v případě informací zjištěných při poskytování zdravotních služeb jedná o natolik invazivní zásah do soukromí jednotlivce, že je nezbytné, aby byl posouzen nezávislým a nestranným orgánem, kterým může být

pouze soud. Při podávání žádosti o souhlas soudce ke sdělení vyžadovaných informací a při jeho vydávání je třeba v každém konkrétním případě rovněž pečlivě zvažovat, v jakém rozsahu má být tento souhlas požadován a následně udělován. Je proto namístě např. hodnotit, o jaký trestný čin se jedná, co je obsahem požadované dokumentace, v jakém postavení se nachází osoba, již se zdravotní údaje týkají (pachatel trestného činu či poškozený), atp.

Ústavní soud tedy uzavírá, že policie byla v nyní projednávaném případě povinna před výzvou ke sdělení důvěrných zdravotních informací požádat soud o souhlas k vyžádání těchto informací a soud měl povinnost rozhodnout o tom, zda tento souhlas udělí, či nikoli. Ústavní soud si je vědom, že účastník řízení (policie) takto v nyní projednávané věci nejdříve postupoval, přičemž pochybil okresní soud, pokud jeho návrh zamítl, když dospěl k závěru, že uvedeného souhlasu soudu není třeba. Pokud přitom stěžovatel dále trval na souhlasu soudu ke sdělení požadovaných informací, uznává Ústavní soud, že policii nezbylo než přistoupit k sankčním opatřením reagujícím na situaci, kdy dožádaná osoba nevyhoví výzvě orgánu činného v trestním řízení k součinnosti. Zároveň však tímto postupem (později aprobovaným též okresním soudem) došlo k zásahu do vlastnického práva stěžovatele, neboť mu byla uložena finanční sankce, která vychází ze stavu, který neměl oporu v ústavně konformním výkladu předmětných právních norem.“

### Lze tedy konstatovat:

Pokud se policista obrátí na lékaře či jiného zdravotníka se žádostí o sdělení údajů o zdravotním stavu pacienta nebo údajů z jeho zdravotnické dokumentace, s odkazem na ustanovení § 8 odst. 1 trestního řádu, je třeba mu doporučit, aby si ustanovení § 8 trestního řádu dočetl až do konce. V odstavci 5 téhož ustanovení se totiž dočte, že jde-li o údaje chráněné

povinnou mlčenlivostí a konkrétní zákon neobsahuje podmínky, za kterých se poskytují tyto údaje orgánům činným v trestním řízení, platí, že tyto údaje lze poskytnout pouze s předchozím souhlasem soudce. **Policista by tedy měl předložit buď písemný souhlas soudce, v jakém rozsahu v konkrétním případě dává souhlas s poskytnutím informací policii bez souhlasu pacienta, nebo by měl předložit souhlas příslušného pacienta.**

Výjimkou jsou případy přímo stanovené trestním zákoníkem, tedy případy, kdy u závažných trestných činů je stanovena oznamovací povinnost bez ohledu na povinnou mlčenlivost (např. týrání svěřené osoby, vražda, úmyslné těžké ublížení na zdraví) nebo kde je stanovena povinnost přezkoušet trestný čin (např. pohlavní zneužívání), přičemž trestný čin zpravidla zdravotník nemůže přezkoušet jinak než tím, že jej oznámí policii. V těchto případech, pokud má lékař oznamovací povinnost nebo povinnost přezkoušet trestný čin a tuto povinnost splní oznámením policii, není vázán povinnou mlčenlivostí a může i bez souhlasu soudce sdělit vše, co je mu o případu známo. Dalším případem, kdy

může bez souhlasu soudce sdělit policii údaje o pacientovi, je, pokud je po osobě vyhlášeno celostátní pátrání a policie se zajímá o dobu a místo poskytnutí zdravotních služeb tomuto pacientovi. Pak lze sdělit pouze dobu a místo, nikoli jakékoli další údaje o zdravotním stavu takového pacienta. Bez souhlasu soudu lze také zpřístupnit policii zdravotnickou dokumentaci za účelem identifikace neznámé mrtvoly.

**Ve všech ostatních případech může bez souhlasu pacienta lékař podat policii jakékoli informace o zdravotním stavu pacienta pouze s předchozím souhlasem soudce.**

Na závěr snad malé zamyšlení nad odpovědností soudce za zcela jasně nezákonné rozhodnutí. Pokud lékař při výkonu svého povolání jednoznačně odborně pochybí a způsobí tím nějaký škodlivý následek, nese za toto jednání odpovědnost. Je otázkou, jakou odpovědnost nese soudce za situace, kdy evidentně rozhodl nesprávně, nezákonně a v rozporu s ústavním pořádkem České republiky a kdy jeho chybné rozhodnutí musel napravovat svým nálezem až Ústavní soud.

**JUDr. Jan Mach**, ředitel právní kanceláře ČLK

Inzerce

ZAJÍMAVÁ SPOLUPRÁCE S MEZINÁRODNÍ FIRMOU

MLUVÍTE ANGLICKY, PŘÍPADNĚ I DALŠÍM JAZYKEM?

SVŮJ ČAS SI CHCETE ORGANIZOVAT SAMI?

HLEDÁME LÉKAŘE S VLASTNÍ AMBULANCÍ V PRAZE V OBORECH PRAKTIK, GYNEKOLOG, PEDIATR A ZUBAŘ

Náplň práce:

- návrh optimálního řešení případu v souladu s rozsahem pojištění
- stanovení diagnózy, medikace a následná léčba

E-mail: milan.perencevic@axa-assistance.cz

**AXA ASSISTANCE**  
více než / služba

## Vy se ptáte, právník odpovídá

### Nárok na studijní volno před atestací

**Jsem v předatestační přípravě a nyní bych měla atestovat. Ptala jsem se na personálním oddělení, na kolik dnů volna před atestací mám od zaměstnavatele nárok – domnívala jsem se, že ze zákona je alespoň týden. Bylo mi odpovězeno, že ze zákona sice týden je, ale jen pokud se kvalifikace zvyšuje, což prý v mém případě neplatí – u mě se prý jedná jen o prohlubování kvalifikace. Stabilizační dohodu uzavřenou nemám. Prý si mám vzít dovolenou nebo neplacené volno. Na kolik dnů studijního volna má lékař ze zákona nárok k přípravě na atestaci a na kolik dnů volna k provedení atestace?**

Dle § 5 zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, se účast na specializačním vzdělávání považuje za tzv. **prohlubování** kvalifikace podle § 230 zákona č. 262/2006 Sb., zákoníku práce. V zákoníku práce je stanovena možnost studijního volna pouze pro potřeby tzv. **zvyšování** kvalifikace, tudíž pro účely přípravy k atestaci nárok na studijní volno ze zákona skutečně **nevzniká**.

Obecně existují dvě možnosti: první je ta, že lékař se zaměstnavatelem uzavře kvalifikační dohodu, ve které bude nárok na studijní volno před atestací vymezen. Pokud lékař takovou kvalifikační dohodu uzavřenou nemá (což je i tento případ), spočívá druhá možnost v dohodě mezi lékařem a zaměstnavatelem, že zaměstnavatel i přes absenci kvalifikační dohody a zákonného nároku studijní volno lékaři poskytne (ať už formou

placeného, či neplaceného volna). Jestliže by zaměstnavatel k takové domluvě přístupný nebyl, nezbyvá lékaři, než aby studium před atestací absolvoval formou dovolené nebo náhradního volna. V rámci kolektivního vyjednávání o kolektivní smlouvě mezi LOK-SČL, případně dalšími odborovými organizacemi ve zdravotnictví, a zaměstnavateli by bylo patrně vhodné usilovat o zakotvení placeného volna před atestací v kolektivních smlouvách. Pokud se takové ustanovení podaří do kolektivní smlouvy prosadit, bude zaměstnavatel povinen volno před atestací lékařům udělovat.

### Členství v zahraniční lékařské komoře

**Pracuji skoro rok v Německu, jsem členem německé lékařské komory a platím tam členské příspěvky. Musím zůstat členem v České lékařské komoře? Musím platit obojí členské příspěvky? Co by pro mě znamenalo, kdybych vystoupil z ČLK?**

Pokud je lékař členem německé lékařské komory a zároveň je i členem České lékařské komory, povinnost hradit členský příspěvek ČLK je u něj dána **stejně jako u každého jiného člena**. Fakt, že lékař pracuje v zahraničí a je členem tamní lékařské komory, nemá na členství v ČLK a s tím související platební povinnost žádný vliv. S členstvím v ČLK je spojená povinnost hradit roční členské příspěvky bez ohledu na to, zda v dané zemi (ČR) dotyčný vykonává lékařské povolání či nikoli. Samotné členské příspěvky nejsou vázány na výkon lékařské praxe, ale na členství v dané profesní komoře.

V případech, že lékař na území ČR nevykonává lékařskou praxi, nemusí být členem ČLK, a je tedy možné, aby z ČLK vystoupil.

Tuto možnost má každý lékař, pokud na našem území nevykonává lékařské povolání. **Není třeba být členem dvou profesních organizací zároveň.**

Pokud lékař plánuje zůstat dlouhodobě pracovně v zahraničí a nehodlá po tuto dobu využívat výhod, které členství v ČLK nabízí, je možné situaci řešit ukončením členství a po návratu do České republiky do ČLK znovu vstoupit.

Vystoupení z ČLK je z hlediska platby členského příspěvku výhodné, pokud lékař plánuje v zahraničí setrvat delší dobu (déle než rok). V případě ukončení členství v ČLK ovšem není lékař oprávněn se jako člen ČLK prokazovat ani využívat výhod z členství plynoucích. Dále je potřeba upozornit na skutečnost, že dle Stavovského předpisu ČLK č. 11 – Licenční řád písemným oznámením lékaře o vystoupení z komory **zaniká platnost udělených licencí**.

Se žádostí o ukončení členství v ČLK je pak potřeba se obrátit na okresní/obvodní sdružení ČLK, ve kterém je člen zaregistrován. Rozhodný stav, tj. povinnost uhradit členský příspěvek, je vždy k 1. březnu daného roku, proto je potřeba podat žádost o vystoupení do konce února toho roku, ve kterém již lékař nechce uhradit členské příspěvky.

### Reklama ordinace

**Otevřela jsem si novou lékařskou praxi. Chtěla bych dát určitým způsobem pacientům tuto skutečnost vědět. Nebude se to považovat za reklamu? Je reklama ordinace vůbec povolena?**

Obecně závazné právní předpisy ČR se nezabývají otázkou, do jaké míry může lékař zveřejnit reklamu na vlastní lékařské služby poskytované či nabízené

pacientům. Zákon o regulaci reklamy se zabývá podrobně regulací reklamy léčivých přípravků, nikoli však lékařských služeb a nabídky lékařských výkonů.

Jediným právním předpisem, který tuto otázku řeší, je Stavovský předpis ČLK – Etický kodex České lékařské komory, který je ve smyslu § 2 odst. 1 písm. a) zákona č. 220/1991 Sb. v platném znění **závazný** pro všechny členy komory.

Stavovský předpis České lékařské komory č. 10 – Etický kodex, v ustanovení § 2 odst. 16 stanoví, že se *lékař musí zdržet všech nedůstojných aktivit, které přímo nebo nepřímo znamenají propagaci nebo reklamu jeho osoby a lékařské praxe a ve svých důsledcích jsou agitační činnosti, cílenou na rozšíření klientely. Nesmí rovněž tyto aktivity iniciovat prostřednictvím druhých osob.*

Reklama sama o sobě **není Etickým kodexem přímo zakázána**. Nesmí mít však urážlivou formu, nesmí být hanlivá, zesměšňující jiné kolegy apod. Je namístě se zdržet jakýchkoli informací, které by nebyly věcného charakteru. Za nepřijatelnou reklamu se dají považovat formulace a slogany typu „nejlepší lékař v okolí“, „nejlepší odborník svého druhu“, „spokojenost garantují tisíce pacientů“ apod. Už vůbec nelze v oznámení o nové lékařské praxi užívat tzv. srovnávací reklamu, která by zlehčovala nebo napadala jiné kolegy („jsem lepší než MUDr. ...“). Ve všech těchto případech by se jednalo o porušení výše zmíněného Stavovského předpisu ČLK. Každý případ je nutno posuzovat vždy podle konkrétních okolností.

V inzerátu lze naopak uvést skutečnosti, že lékař nově otevírá lékařskou praxi a datum zahájení činnosti. Dále pak název, resp. jméno, odbornost, adresu místa provozování, te-



Foto shutterstock.com

lefon, ordinační hodiny, seznam nabízených služeb, spektrum prováděných výkonů či výčet zdravotních pojišťoven, se kterými má lékař uzavřenou smlouvu apod.

Je zcela v pořádku a v souladu s výše citovaným ustanovením, pokud lékař umístí na určeném místě oznámení, že se ve vedlejší ulici nachází jeho ambulance. Rovněž je možné, aby lékař uveřejnil ve sdělovacích prostředcích či na internetu stručnou informaci o své praxi.

### Pracovní pohotovost

**Jsem lékař zaměstnanec. Mám klasickou smlouvu na dobu neurčitou s pracovní dobou 8 hodin po-pá. K tomu však v mimopracovní době a někdy i o víkendu jsem na telefonu. V případě zavolání zaměstnavatele musím být do 30 minut na pracovišti. Zasahuje mi to do volného času. Jsem povinen telefon zvednout a dostavit se do zaměstnání?**

Popis situace zjevně odpovídá právnímu institutu tzv. pracovní pohotovosti, což je doba,

v níž je **zaměstnanec připraven k případnému výkonu práce** podle pracovní smlouvy, která **musí být v případě naléhavé potřeby vykonána nad rámec jeho rozvrhu pracovních směn**. Pracovní pohotovost může být jen **na jiném místě** dohodnutém se zaměstnavatelem. Nejčastějším místem výkonu pracovní pohotovosti bývá bydliště zaměstnance.

Pracovní pohotovost je časový úsek, kde zaměstnanec na základě dohody se zaměstnavatelem čeká v době mimo rozvrh směn, tj. v době svého odpočinku, na pokyn k práci. Účelem pracovní pohotovosti je, aby zaměstnavatel mohl zajistit předem nepředvídané činnosti, které musí být v případě naléhavé potřeby vykonány nad rámec rozvrhu směn.

Pracovní pohotovost může zaměstnavatel na zaměstnanci požadovat, **jen jestliže se o tom se zaměstnancem dohodne**. Tato dohoda **nemusí být písemná**, lze uzavřít i ústní dohodu či uzavřít tuto dohodu mlčky (konkludentně) tak, že zaměstnanec

výkon pracovní pohotovosti bez dalšího akceptuje.

Pracovní pohotovost, při které **k výkonu práce nedojde**, se do pracovní doby nezapočítává. Za dobu pracovní pohotovosti, při které zaměstnanec není povolán do práce, náleží zaměstnanci odměna za pracovní pohotovost, jež je stanovena nejméně ve výši **10 % průměrného výdělku**.

Pokud v době pracovní pohotovosti **dojde k výkonu práce**, jde vždy o práci přesčas (tj. výkon práce nad stanovenou týdenní pracovní dobu) a pohotovost se tím přerušuje. Za dobu práce v době pohotovosti zaměstnanci **přísluší mzda** a příplatek za práci přesčas nebo náhradní volno místo tohoto příplatku. Kromě toho může zaměstnanci vzniknout právo i na jiné mzdové příplatky (např. za práci v noci, v sobotu a v neděli).

### Poradenství vykonávané na základě živnostenského listu

**Jsem lékařka v důchodu a chtěla bych provádět poradenství a poskytovat pacientům odborné rady. Nebudu pacienty vyšetřovat, předepisovat léky a ani nic podobného. Můžu to provádět tzv. na živnosták?**

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve svém § 2 vymezuje činnosti, které definují zdravotní služby. Jednou

z těchto činností jsou i **konzultační služby**, jejichž účelem je posouzení individuálního léčebného postupu, popřípadě návržení jeho změny nebo doplnění, a další konzultace podporující rozhodování pacienta ve věci poskytnutí zdravotních služeb prováděných dalším poskytovatelem.

Činnost, kterou bude lékař provádět na základě živnostenského oprávnění od živnostenského úřadu, **musí být odlišná od poskytování zdravotních služeb** dle zákona o zdravotních službách, tedy i od poskytování shora popsaných konzultačních služeb.

Poradenská činnost provozovaná na základě živnostenského oprávnění tak může mít toliko charakter např. výživového poradenství, obecných rad týkajících se zdravé životosprávy apod., nikdy však nesmí směřovat k posuzování léčebného postupu u pacienta či ovlivňovat jeho rozhodování týkající se poskytování zdravotních služeb.

V momentě, kdy by tato činnost přecházela už do poskytování lékařské péče (diagnostika, terapeutický charakter, předpis léčivých přípravků apod.), již by lékař nemohl tyto činnosti provádět v režimu živnostenského zákona, ale pouze v rámci oprávnění k poskytování zdravotních služeb jako poskytovatel zdravotních služeb.

**Mgr. Theodora Čáslavská,**  
právní kancelář ČLK

Inzerce

**Nemocnice Český Krumlov, a. s.**  
prijme zaměstnance na následující oddělení:

#### ARO

lékaře/ku s atestací II. stupně nebo se specializovanou způsobilostí v oboru ARO s perspektivou funkčního místa

■ v případě nástupu bude vyplacen náborový příspěvek 100 000 Kč

#### Lékárna

lékárníka/lékárnici s perspektivou funkčního místa

Výborné mzdové podmínky • Podpora při dalším vzdělávání • Možnost ubytování na ubytovně, pomoc při pořizování bytu nebo domu • Zaměstnanecké benefity

Bližší informace při osobním jednání. Kontaktujte personální oddělení, tel. 380 761 361, mobil 777 486 121, e-mail: markova@nemck.cz

## I soudní znalec má svá práva

**N**a můj článek o povinnostech soudních znalců posuzujících práci svých kolegů a otázku, zda postup byl lege artis, nebo non lege artis (TM 3/2015), reagovala řada lékařů příznivě, někteří soudní znalci však upozorňují, že je poměrně obtížné zkoumat konkrétní podmínky a objektivní možnosti, které lékař měl při rozhodování o dalším postupu, zvláště pokud soud vyžaduje vypracování znaleckého posudku poměrně rychle a příslušný poskytovatel zdravotních služeb mu neposkytne dobrovolně potřebnou součinnost k tomu, aby se s konkrétními podmínkami a objektivními možnostmi seznámil.

Jsem si vědom toho, že práce soudního znalce posuzujícího práci jiných lékařů je poměrně obtížná. Zdravotnická dokumentace je někdy špatně čitelná nebo nečitelná, případně je mu předložena kopie, která je ještě méně čitelná než samotný originál a s originálem by se měl seznámit leda v příslušném zdravotnickém zařízení, které může být vzdáleno od místa, kde znalec působí. Znalec také nemá žádné „páky“, jak donutit poskytovatele zdravotních služeb k tomu, aby mu sdělil vše, co potřebuje k vypracování objektivního znaleckého posudku, a není bez dalšího ani oprávněn zdravotnické zařízení navštívit a konat zde nějaké své vlastní šetření. Kromě toho je jeho odměna za práci hluboce podhodnocena s ohledem na to, že znalcem by měl být vrcholný odborník v dané odbornosti.

Je ovšem na samotném soudním znalci, aby využil možností, které má, a k tomu, aby mohl zpracovat spravedlivý objektivní znalecký posudek, si od orgánu, který ho vypracováním znaleckého posudku pověřil, vymohl náležitě podmínky pro svou práci.

Je třeba vzít v úvahu, že soudce soudí lékaře, ať již v trestním řízení, nebo v řízení civilním, poměrně sporadicky, často jen jednou za život. Soudci a státní zástupci zpravidla neznají podmínky, v jakých se poskytuje lékařská péče, leda někdy z pozice pacientů. Je-li lékař obžalován v trestním řízení nebo poskytovatel zdravotní služby je žalován o náhradu škody nebo nemajetkové újmy, soudce je v praxi de facto odkázán na posouzení případu soudním znalcem, aby

mohl rozhodnout, zda obžaloba v trestním řízení je důvodná, nebo zda uplatněný nárok pacienta na náhradu škody nebo nemajetkové újmy je oprávněný. Rozhodnutí soudu se zpravidla převážně opírá o znalecký posudek. Je-li znaleckých posudků několik a vzájemně si odporují, pak se opírá zpravidla o revizní znalecký posudek vypracovaný ústavem, ale ani ten někdy nemusí být konečnou tečkou za kauzou, i ten může být někdy chybný.

### Definice pojmu lege artis

Pokud má znalec za úkol posoudit, zda postup lékařů byl v konkrétním případě lege artis, nebo non lege artis, tedy – slovy zákona o zdravotních službách – zda byl, či nebyl na náležitě odborné úrovni, je nepochybně povinností znalce vycházet ze zákonné definice pojmu lege artis, tedy zákonné definice náležitě odborné úrovně poskytování zdravotních služeb tak, jak ji stanoví ustanovení § 4 odstavec 5 zákona o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. v platném znění. Tato definice, byť byla předmětem kritiky některých právníků a také ústavní stížnosti skupiny poslanců, byla potvrzena nálezem Ústavního soudu, spisová značka Pl.ÚS. 1/12, a Ústavní soud konstatoval, že takto stanovená definice tohoto pojmu je v souladu s ústavním pořádkem České republiky.

Aniž bych ji chtěl zde blíže rozebírat, jde o posouzení, zda poskytnuté zdravotní služby byly v souladu s pravidly medicínské vědy a uznávanými postupy, s ohledem na individualitu pacienta a konkrétní podmínky i objektivní možnosti toho, kdo zdravotní služby poskytoval. **Konkrétní podmínky a objektivní možnosti, které lékař při poskytování lékařské péče měl, jsou tedy výslovně součástí zákonné definice pojmu lege artis, a má-li znalec posoudit, zda postup byl, či nebyl lege artis, nemůže od nich abstrahovat, ale je naopak jeho povinností tyto podmínky a možnosti rovněž zhodnotit. Má-li tyto podmínky hodnotit, musí je znát.**

### Konkrétní podmínky a objektivní možnosti

**O co by se tedy soudní znalec posuzující práci jiných lékařů a postup lege artis nebo non lege artis měl zajímat?** Soudní znalec by měl rozhodně znát, jak sami lékaři, jejichž práci hodnotí, zdůvodňují

svůj postup, popřípadě popisují podmínky, za jakých se rozhodovali pro další postup a poskytovali lékařskou péči. Uznávaný judikát Nejvyššího soudu ČR spisová značka 7 Tdo 219/2005, který převzalo několik dalších senátů Nejvyššího soudu, ukládá, že soud musí vycházet z hodnocení práce lékařů z pohledu tzv. ex ante, tedy jak se stav jevil v době, kdy bylo rozhodováno o dalším postupu, nikoli z pohledu ex post, kdy výsledek je již znám. Zdůrazňuje také potřebu brát v úvahu konkrétní podmínky a objektivní možnosti, za kterých lékař rozhodoval o dalším postupu a pracoval. Pokud znalec, který hodnotí práci lékaře, tyto skutečnosti nezná, nemůže jeho práci hodnotit. Soudní znalec by měl pokud možno znát i názor přednosta kliniky nebo primáře oddělení, jak celý případ, který je posuzován, hodnotí, byť se sám třeba na poskytování lékařské péče v posuzovaném případě nepodílel.

Podle okolností bude někdy rovněž důležité, jaké bylo personální obsazení příslušné služby, o kolik pacientů v dané chvíli lékař pečoval a v jakém byli zdravotním stavu, jaké měl časové možnosti věnovat se příslušnému případu. Někdy může být významné věcné a technické vybavení zdravotnického zařízení, počet službu konajících zdravotních sester a jejich kvalifikace. Všechny tyto skutečnosti rozhodně nemůže hodnotit soud, ale musí je zhodnotit znalec jako součást otázky, zda lékař postupoval na náležitě odborné úrovni s přihlédnutím ke konkrétním podmínkám a objektivním možnostem, tedy zda postup byl, či nebyl lege artis. **Pokud soudní znalec tyto konkrétní podmínky a objektivní možnosti, které jsou součástí zákonné definice lege artis, hodnotit odmítá, pak nemůže hodnotit, zda postup byl, či nebyl lege artis, a neměl by se znalecké činnosti věnovat.** Tvrzení některých znalců „mně stačí zdravotnická dokumentace a nic jiného k posouzení případu nepotřebuji“ je v současné době zcela jasně v rozporu se zákonnou definicí lege artis a znalec, který takto postupuje, nedodrhuje své zákonné povinnosti.

Je ovšem pravdou, že znalec sám může být někdy v těžké pozici, pokud mu není poskytnuta potřebná součinnost, nemá k dispozici potřebné podklady, zdravotnická dokumentace je vedena nedbale nebo je špatně čitelná, vedení nemocnice nereaguje na jeho dotazy





Foto shutterstock.com

nebo mu neumožní zjistit konkrétní podmínky a objektivní možnosti.

Soud někdy vyžaduje znalecký posudek ve lhůtě, ve které se vše, co je třeba posoudit, zjistit nedá. K tomu se často stává, že je určen znalec nesprávné odbornosti, který má hodnotit práci lékařů zcela jiného oboru, než ve kterém je sám znalec atestován. K tomu zejména Police ČR, ale někdy i ostatní orgány činné v trestním řízení zadávají znalci chybné a zavádějící otázky, na které se znalec někdy za každou cenu snaží odpovědět, což je velmi problematické. Navíc odměna za činnost soudního znalce, který je špičkovým odborníkem, je naprosto nepřiměřeně nízká a rozsah vykázaných hodin je někdy zpochybňován. Posoudit konkrétní podmínky a objektivní možnosti na daném pracovišti v dané situaci vyžaduje čas a součinnost vedení příslušného pracoviště i všech lékařů a vedoucích pracovníků. Tyto otázky přitom samozřejmě nemůže rozhodovat soud, neboť jde o otázky vysoce odborné a soudce by nebyl oprávněn nahrazovat znalce a posuzovat je, i kdyby měl lékařské vzdělání, které zpravidla nemá.

### Práva soudního znalce

**Znalec má především právo upozornit soudce nebo jiný orgán, který ho pověřil vypracováním znaleckého posudku, že nemůže znalecký posudek vypracovat, neboť by posuzoval práci lékaře jiné odbornosti, než má sám, a k tomu není kompetentní. Má rovněž právo namítat, že mu byly otázky zadány chybně a že na chybně zadané otázky nelze řádně odpovědět, případně i upozornit toho, kdo mu znalecký posudek zadal, jak by otázka podle jeho názoru měla znít správně. Má nepochybně právo žádat, aby soud uložil vedení nemocnice nebo jinému poskytovateli zdravotních služeb zajistit pro znalce vše, co ke zpracování znaleckého posudku potřebuje, včetně vyjádření všech zdravotníků, kteří by se k případu vyjádřit měli, poskytnout znalci informaci o perso-**

nálních, věcných a technických podmínkách zdravotnického zařízení a podobně. Znalec zpravidla nemusí přímo zdravotnické zařízení navštívit, ale uzná-li, že je to třeba, je soud nebo orgán činný v trestním řízení, který ho pověřil vypracováním znaleckého posudku, povinen uložit pod hrozbou pokuty poskytovateli zdravotních služeb, aby návštěvu znalci umožnil a poskytl mu všechny potřebné informace. Je-li to pro objektivní posouzení případu třeba, je znalec oprávněn požádat o prodloužení stanovené lhůty.

Je také právem znalce řádně vyúčtovat počet hodin, které musel znaleckému posudku věnovat, a tento počet hodin by neměl být zpochybňován. Jestliže soud nebo jiný orgán zadal znalci otázku, zda postup byl na náležitě odborné úrovni, tedy lege artis, měl by vzít v úvahu, že znalec musí věnovat určitý čas i zjištění konkrétních podmínek a objektivních možností, které jsou součástí zákonné definice náležitě odborné úrovně poskytování zdravotních služeb – tedy lege artis. **Otázka, zda postup byl, či nebyl na náležitě odborné úrovni, je otázkou stěžejní, a má-li soud spravedlivě rozhodnout o vině či nevině lékaře v trestním řízení nebo o náhradě škody či nemajetkové újmy pacientovi nebo pozůstalým, musí být tyto otázky posouzeny s plnou odpovědností a musí jim být věnován dostatek času i finančních prostředků.**

### Mrhání veřejnými prostředky

Dovolím si malé odbočení. V současné době je nesmírně mrháno veřejnými finančními prostředky i časem soudců k tomu, aby se podle nového občanského zákoníku prověřila míra svéprávnosti či nesevéprávnosti každého, kdo byl v minulosti zbaven způsobilosti k právním úkonům, neboť pojem „nesevéprávnost“ již neexistuje, každý občan je svéprávný a může být pouze omezen ve své svéprávnosti. K tomu, aby se rozhodlo, do jaké míry má být omezen ve svéprávnosti, se musí vypracovat na každého takového člověka znalecký posudek, soud ho musí vyslechnout a rozhodnout o míře jeho svéprávnosti či nesevéprávnosti, respektive o tom, jak bude omezen ve svéprávnosti. Znalci, kteří se této práci věnují, zpravidla psychiatři, poukazují na skutečnost, že jde o lidi, kteří nejsou často schopni chápat, rozeznávat a rozhodovat o čemkoli, ale v souladu s novým občanským zákoníkem je soudce nutí k tomu, aby alespoň v něčem přiznali posuzované osobě právo rozhodovat, neboť podle nového občanského zákoníku nikdo

nesmí být nesevéprávný a občan může být jen omezeně svéprávný, přičemž rozsah je třeba soudním rozhodnutím stanovit. Tak se tedy stává, že pokud znalec psychiatr uvede, že tento člověk není schopen rozhodovat vůbec o ničem, soudce takový znalecký posudek nepřijme a žádá, aby znalec vyjádřil alespoň něco, co je schopen tento člověk rozhodnout. Za situace, kdy znalec nakonec posoudí, že posuzovaná osoba je schopna disponovat částkou 5 Kč měsíčně, je soudce nadšen, protože má podklad pro rozsudek a nemůže konstatovat nesevéprávnost, ale pouze omezenou svéprávnost s tím, že posuzovaný může rozhodovat o pětkoruně měsíčně, ve všem ostatním pak rozhodovat nemůže. Případ, kdy soud rozhodl, že posuzovaný může disponovat jednou korunou ročně, byl napaden spolkem, Ligou lidských práv. Pokud se v této souvislosti mrhá velkými finančními prostředky i časem soudců, pak nikdo nemůže tvrdit, že není dostatek finančních prostředků na to, aby se objektivně, spravedlivě a s přihlédnutím ke konkrétním podmínkám a objektivním možnostem rozhodovalo o tom, zda lékař postupoval na náležitě odborné úrovni, či nikoli.

### Shrnutí:

**Má-li soudní znalec z oboru zdravotnictví za úkol posoudit, zda postup jiných lékařů byl na náležitě odborné úrovni, či nikoli čili zda byl lege artis, nebo non lege artis, pak je nepochybně povinností soudního znalce zkoumat i konkrétní podmínky a objektivní možnosti, za kterých posuzování lékaři pracovali, neboť toto je součástí zákonné definice náležitě odborné úrovně poskytování zdravotních služeb. Není-li znalec ochoten konkrétní podmínky a objektivní možnosti zjišťovat a přihlížet k nim, neměl by práci soudního znalce vykonávat. Na druhé straně soudní znalec má právo namítat svou odbornou nepříslušnost posuzovat případ týkající se jiné odbornosti, má právo poukázat na skutečnost, že jsou mu chybně zadány otázky, má právo, aby mu soud nebo jiný orgán, který mu zadal vypracování znaleckého posudku, vytvořil veškeré podmínky potřebné pro zpracování řádného znaleckého posudku, zejména opatřil potřebné podklady, a má také právo na spravedlivou odměnu za vykonanou znaleckou činnost, která je velmi odpovědnou prací.**

JUDr. Jan Mach,

ředitel právní kanceláře ČLK

## A co takhle promovaný lékař!?

Nevěřil jsem vlastními očima, když jsem v Tempusu čísle 4/2015 četl informaci kolegy, prezidenta ČLK MUDr. Kubka, týkající se návrhů možného zkrácení doby studia medicíny. Zkrácení nejen o jeden rok, ale i co do množství odposlouchaných hodin. Protože dosti pamatuji, vždy za takovými, na první pohled nevinnými a rádo by nepodstatnými informacemi tuším čertovo kopyto. Zde rovnou kopyta dvě.

To první je možností, jak tzv. suchou cestou zabránit v budoucnosti českým lékařům v odchodu do ciziny za prací (nebudou mít odpovídající kvalifikaci). Proč by se měl establishment trápit nápravou nejpodstatnějších příčin odchodu lékařů (honorování práce a popromoční vzdělávání), když to jde jinak? To druhé povede k likvidaci výsady, kterou máme, tj. získání akademické hodnosti doktor ihned po absolutoriu (hezky lékaře srovnat, aby si o sobě

nemysleli, že jsou něco více...).

Cui bono, cui prodest? Lékaři to jistě nejsou!

Pouze na nás záleží, zda najdeme sílu a odvahu podpořit představitele lékařské obce v odporu proti výše navrhovaným změnám. A na nich pak je, aby obstáli.

Dopustili jsme se tragické chyby, když jsme v době popřevratového kvasu, a je jedno, zda naivitou či neznalostí, připustili vznik takového způsobu honorování naší práce, kdy její cenu určuje ten, kdo platí. Od té doby se snažíme o opravu neopravitelného.

Nepřehlédneme nečinně vznik dehonostujícího a nevratného zásahu do studia medicíny. Nejde přece o modernizaci, zlepšení či pokrok. Jde o degradaci a unifikaci (Gleichschaltung). Absolventi studia medicíny nebudou prohlašováni doktory medicíny... K promovaným lékařům zbývá poslední krok.

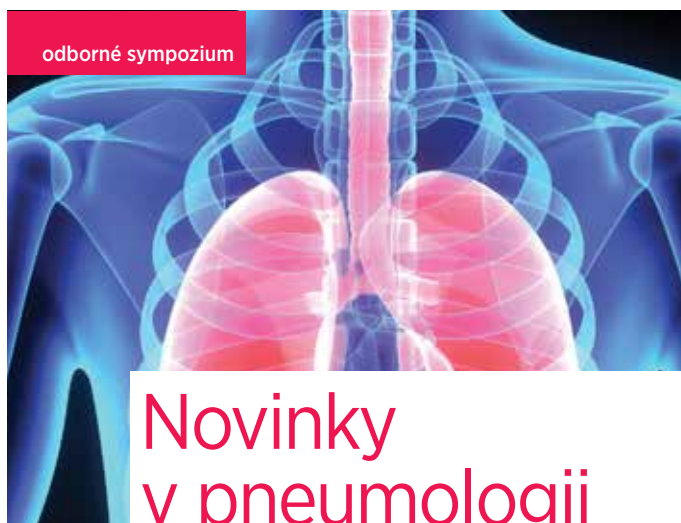
MUDr. Vl. Divecký

## System konečné lékařské zkoušky

Vážený pane předsedo České lékařské komory, velmi se mi líbí Váš náhled a také samozřejmě celé lékařské komory, co se týká zkracování studia lékařství. Jenom bych měl ještě jednu připomínku: mnohé lékařské komory a fakulty lékařství pracují se systémem konečné lékařské zkoušky, tzv. téze, jako např. v Itálii a ve frankofonních oblastech, třeba i v Africe na Madagaskaru, kde jsem po 3 léta působil. Je to svým způsobem jakási zpřísnění studia lékařství a zároveň také jakási pojistka, aby se nesklouzlo jenom

do studia magisteriálního. Také atestace v různých oborech jsou organizovány tímto způsobem s tézí a s pevným počtem roků praxe a studia. Ještě doplňuji tuto svou poznámku, že se jedná o systém velmi osvědčený a doporučitelný všem lékařským fakultám. Také se neporušuje spolupráce různých zdravotnických oborů, jako je např. zubní lékařství, které v mnohých zemích mají zvláštní zubní fakulty, které mají už jenom 5 let studia, ale i ty se zcela jistě cítí o něco ochuzeny.

MUDr. Jan Palacký, Brno



odborné sympozium

## Novinky v pneumologii

Sympozium se koná ve středu 24. 6. 2015  
od 14.00 do 18.00 hodin  
v Žižkovské věži, Praha 3

**GARANT ODBORNÉHO PROGRAMU:**

**prof. MUDr. Jana Skříčková, CSc.**

Klinika nemocí plicních a tuberkulózy, Fakultní nemocnice Brno  
a Lékařská fakulta Masarykovy univerzity

14.00–14.05 – **prof. MUDr. Jana Skříčková, CSc.**  
Zahájení akce, uvítání

14.05–14.30 – **prof. MUDr. Jana Skříčková, CSc.**  
Pneumonie v roce 2015\*

14.30–14.55 – **MUDr. Viktor Kašák**  
Asthma bronchiale v roce 2015\*

14.55–15.20 – **doc. MUDr. Martina Vašáková, Ph.D.**  
Intersticiální plicní procesy v roce 2015\*

15.20–16.10 – Přestávka na kávu

16.10–16.35 – **MUDr. Zuzana Perná**  
Výsledky léčby závislosti na tabáku\*

16.35–17.00 – **prof. MUDr. Miloslav Mareš, CSc.**  
Chronická obstrukční plicní nemoc v roce 2015\*

17.00–17.25 – **prof. MUDr. Jana Skříčková, CSc.**  
Karcinom plic v roce 2015\*

17.25–17.50 – **MUDr. Jiří Wallenfels**  
Tuberkulóza v České republice a ve světě\*

\* Diskuse následuje po každé přednášce

Účastnický poplatek 350 Kč za osobu prosíme uhradit předem  
na číslo účtu 19-1083620217/0100, variabilní symbol 7015.  
Potvrzení o úhradě je nutné předložit u registrace.

Účastníci budou mít možnost zdarma vyjet vysokorychlostním  
výťahem do Observatoře Žižkovské věže, která se nachází 93 metrů  
nad zemí a z níž je krásný výhled na celou Prahu.

Více informací na <http://www.towerpark.cz/vyhlihdka+2>

### Přihlášení na akci:

V případě zájmu svou přihlášku vyplňte na adrese:

[www.lkcr.cz](http://www.lkcr.cz) – sekce vzdělávání, kurzy ČLK, číslo kurzu je 70/15

Své evidenční číslo (EČ) najdete vpravo v seznamu registrovaných lékařů.

Bližší informace obdržíte 10 dnů před konáním akce.

Odborná vzdělávací akce je pořádána v rámci celoživotního  
vzdělávání lékařů dle SP č. 16.

Akce je evidována v centrálním registru ČLK a je ohodnocena 5 kredity.

Postgraduální  
akademie



Postgraduální medicína  
JE OFICIÁLNÍM TITULEM  
PRO CELŽIVOTNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ  
LEKÁŘŮ ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY

MEDICAL  
SERVICES

Největší vydavatelství zdravotnických titulů v ČR  
a pořadatel kongresů, konferencí a sympozií



Mladá fronta a. s. Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4-Modřany  
mobil: +420 724 076 076, tel. 225 276 427,  
e-mail: [mikulka@mfcz](mailto:mikulka@mfcz), [www.kongres-medical.cz](http://www.kongres-medical.cz)

# Znovu k problematice soudních znalců

## Polemika k článku dr. M. Krajíčka, DrSc.



nickými zařízeními, i v souvislosti s tím, že sumy za poškození zdraví z nedbalosti se dramaticky zvýšily. Z těchto důvodů jsem nevydržel nepolemizovat s názorem oponenta tohoto článku, soudního znalce z oboru chirurgie, doc. MUDr. Milana Krajíčka, DrSc.

Již formulace nadpisu, což je vybraná věta ze závěrečného odstavce článku doc. Krajíčka (cituji): *Relevantnost závěrů znalce musí soudit instituce k tomu určená* (soud, ČLK) ukazuje, že dr. Krajíček značně podceňuje význam posudků, které sám zpracovává. Soudněznalecký posudek je bohužel pro soud silným vodítkem, jak dále postupovat, a neodborník nemůže s ním polemizovat. Jestliže se soudněznalecký posudek nepodaří protistranou zpochybnit do té míry, že si soud vyžádá posudek další, je obviněný lékař nebo zdravotnické zařízení v obtížné situaci. Spíše Čestná rada ČLK složená z lékařů, byť různých oborů, může vyjádřit nad některými argumenty a závěry posudku své pochyby a s autorem posudku o jeho mínění diskutovat. Kontrole této instituce jsou podrobeny posudky oborových komisí ČLK, včetně posudků našich. Soudní znalci tuto kontrolu své práce nemají. O to je jejich činnost zodpovědnější.

Ke kritizování problematiky posuzování „ex post“ bych rád poznamenal, že zejména v interním oboru, kde je diferenciální diagnostika velmi široká a komplikovaná, je znalost závěrečného vyústění případu pro posuzovatele značně zavádějícím faktorem. Každá hádanka se zdá být jednoduchá ve svém původním zadání, pokud známe její překvapivě rozluštění. Je velmi obtížné se podvědomě ubrá-

nit tomu, abychom v příznacích a výsledcích vyšetření neviděli již závěrečné rozluštění, když ho známe. Tomuto nebezpečí nezabrání ani pečlivá rekonstrukce případu, kde se pokoušíme uvažovat časově paralelně se stížností postiženým lékařem. Domnívám se, že toto úskalí měl na mysli JUDr. Mach ve svém článku jako nutnost neposuzovat případ předpojatě, a tedy „ex ante“.

Doc. Krajíček kritizuje vyjádření, že posuzovatel by měl přihlídnout ke konkrétním podmínkám a objektivním možnostem a měl by znát též názor postiženého lékaře, případně i jeho nadřízeného. Doc. Krajíček to označuje za politické vyjádření a chybí mu návod, jak to má udělat. Zdá se mu to totiž prakticky nemožné. Plně stojím za tím, že tyto okolnosti by měl znalec znát. Není k tomu zapotřebí činnosti, které zde doc. Krajíček ironicky zmiňuje. Každý obviněný lékař se ve vlastním zájmu k případu vyjádří a každý vedoucí pracoviště, kde k případu došlo, zaujme rád stanovisko, protože stížnost se vždy dotýká také jeho zodpovědnosti. Podle datování události je možno hladce ověřit, zda dotyčný lékař byl např. v nedělní službě, jak udává ve svém

vyjádření k případu. Není nutné jezdit na pracoviště, abychom si udělali představu o tom, jaké měl lékař možnosti ve fakultní nebo krajské nemocnici a jaké možnosti v nemocnici se dvěma primáriáty, nebo dokonce v terénní ordinaci.

Doc. Krajíček píše, že nemá odbornost v organizaci zdravotnictví, ani v technických oborech, ani v psychiatrii, takže v tom vidí rozpor s tvrzením dr. Macha, že posuzovatel by měl mít stejnou odbornost jako posuzovaný. Pak se tento soudní znalec necítí být odborníkem k posouzení jakýchkoli dalších okolností případu než v jeho případě chirurgického postupu. U zkušeného klinika, který má za sebou rozsáhlou praxi, což by u soudního znalce mělo být nezbytnou podmínkou, je nemožné, aby neznal další záludnosti zdravotnického provozu, rozdílů podmínek mezi službou a denní pracovní dobou, rozdíly mezi jednotlivými pracovišti a možnostmi jejich personálního a technického vybavení. Bez těchto schopností by takovýto soudní znalec neměl soudněznaleckou činnost provozovat.

**MUDr. Luboš Kotik, CSc.,**  
předseda oborové komise  
pro vnitřní lékařství ČLK

**S** velkým uspokojením jsem si přečetl článek JUDr. Macha, týkající se činnosti soudních znalců. Nalezl jsem zde z pera právníka, který se navíc zabývá zdravotnickým právem, výborně formulováno vše, co si jako lékař za léta své činnosti jako potenciálně posuzovaný kliník od znalců a jejich posudků žádám. Jím formulované zásady se snažím uplatňovat i jako předseda oborové komise pro vnitřní lékařství, kde jsem komorou pověřen, spolu s dalšími kolegy (naš posudek je vždy schválen třemi členy komise), vypracovávat posudky na komplikované stížnosti z interního oboru, které končí na centru ČLK.

Problematika soudních posudků nabývá na extrémní důležitosti, jak přibývá soudních sporů se zdravotníky a zdravot-

Inzerce

**Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov, a.s.  
hledá lékaře na dětské oddělení**

**NABÍZÍME:** • nadstandardní mzdové podmínky • příspěvek na stravování • zvýhodněné využití firemních jeslí • 5 dní dovolené navíc • 2 dny zdravotního volna (Sick Day) • příspěvek na penzijní připojištění • podpora vzdělávání a další zaměstnanecké benefity.

**Možnost kariérního růstu na pozici zástupce primáře.**

Specializovaná způsobilost z pediatrie podmínkou.  
Nástup možný ihned. Bližší informace při osobním jednání.

**Kontakt: Personální oddělení, tel.: 317 756 365,  
e-mail: pam@hospital-bn.cz**

## Problémy nemocnic jsou úplně jinde

**S**e zájmem jsem si přečetl text kolegů Sojka a Volemana k zákonu o neziskových nemocnicích. S jejich názory zásadně nesouhlasím:

Podle Ústavy ČR žijeme v zastupitelské demokracii, nikoli v „expertokracii“. Je samozřejmě pravdou, že někteří politici za sebou mají mnoho účelových rozhodnutí i kriminální činy. To ale v žádném případě není důvod kodmitání politických rozhodnutí, politiky jako takové a její nahrazování tzv. experty či ještě lépe nezávislými (tedy nikomu se nezodpovídajícími) osobami.

Představa, že členy řídicího orgánu nemocnice by měli být současně zástupci profesních komor, odborů, Ministerstva zdra-

votnictví, kraje, obce atp., je pro mě nepřijatelná. Komu tito lidé budou odpovědní? Kraji? Ministerstvu? Odborům? ČLK? Nebo budou tito lidé pouze lobbisty za vyšší platy bez ohledu na ekonomickou realitu?

Dále: opravdu má ČLK a další uvedené organizace v každém okrese či kraji fundované odborníky na řízení nemocnic, kteří rozumí ekonomice, účetnictví, řízení výkonnosti, personální práci, právním záležitostem, smluvním vztahům s pojišťovkami, plánování investic, řízení rizik atd.?

Uvedené požadavky jsou cestou do pekla – doufám, že dlážděné dobrými úmysly. Problémy nemocnic jsou úplně někde jinde:

- Nevyhovující (hypertrofičká) síť akutních nemocnic a s tím související relativní nedostatek lékařů,

množství jejich přesčasové práce i nedostatečný prostor k růstu jejich platů

- Nedostatečná síť kapacit zaměřených na chronické stavy, následnou péči atd.
- Demotivující paušální úhrady namísto efektivnějších plateb za pacienty včetně zásady za stejnou péči stejná úhrada
- Platové tabulky, které jsou v rozporu se zásadou za stejnou práci stejná odměna
- Špatně nastavené podmínky pro čerpání peněz z fondů EU v období 2014–2020 (nejde čerpat na stavební akce, vyřazení zdravotnictví ze systému IPRÚ)
- Nevyhovující systém postgraduálního vzdělávání lékařů
- Nevyhovující systém vzdělávání středního personálu včetně jeho dvojkolejnosti, např.

sestra magistra není v kategorii L3, k tomu si musí doplnit PSS

- Neexistující posuny v kompetencích VŠ i SŠ
- Zrušení regulačních poplatků – mám na mysli zejména nemocniční taxu – nechápu, proč platíme pacientům z veřejného zdravotního pojištění stravu, kterou by si doma financovali z vlastních příjmů (i za socialismu se platila 1 Kč za recept nebo se snižovaly dávky v PN při hospitalizaci)
- Bezhlavé a nekoncepční zavádění nových technologií, metod a léků bez ohledu na jejich efektivitu a ekonomické možnosti systému zdravotního pojištění (přístrojová komise MZČR tuto roli v žádném případě neplní a plnit ani nemůže)

**MUDr. Vít Němeček, MBA,**

bývalý poslanec ODS,

ředitel Nemocnice Jablonec nad Nisou, p. o.

## Doktore, pracuj, nebo zemři!

Že by nový americký „krvák“? Ó, nikoli. Tvrdá realita zplazená Ministerstvem zdravotnictví, vtělená do balíku zákonů, vyhlášek, směrnic, článků, odstavců... Dramatický název mého sdělení se generuje z další mocné instituce, kterou není nikdo jiný než Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR. Přesněji řečeno z jednání některých jejích zaměstnanců.

Začátek celkem banální. Po přečtení tracheobronchitidy rozvoj bronchopneumonie s těžkým průběhem.

Pracuji jako praktický lékař pro dospělé. Mým pacientům bylo poskytnuto ošetření u dvou kolegů pracujících ve stejné profesi a ve stejné budově. Já sám jsem v té době vzhledem k popsání stavu nebyl schopen zajistit jiný zástup.

Tyto kolegyně mě nějakou dobu předtím již zastupovaly, tak se dohodly, že takhle tedy ne!

A oznámily, že mě již zastupovat nebudou Krajskému úřadu v Brně a Ústředí VZP v Brně.

Situaci pro můj špatný stav ře-

šila vlastní sestra, od VZP Hodonín odkázána na Ústředí VZP Brno na JUDr. Pavlu Novákovou. Kolegyně, ač s nevolí, zástup zatím vykonávaly dál. Jakmile se můj stav jen trochu zlepšil, sjednal jsem lékaře, jenž od 20. 4. 2015 ordinuje v mé ordinaci na 3 týdny, než se můj stav stabilizuje.

Nicméně mi bylo na pokyn JUDr. Novákové prostřednictvím paní Seigertschmidové sděleno, že jsem svým jednáním porušil „ustanovení obecného úhradového dodatku pro KKVP č. 13, čl. 1, odst. 8., a z onoho důvodu mně nebude vyplacena kapitační platba za měsíc březen“. Podal jsem námitku této „zprostředkovatelce“, že označení jsem učinil a zástup vykonávaly ony kolegyně. Ona sice chápe, jak mi řekla, ale nemůže nic dělat, a odkázala mě zpět na JUDr. Novákovou. Této paní jsem již krátce předtím napsal dopis o své velmi neutěšené situaci. Rozhovor s ní však předčil veškerá temná očekávání. Jediným „srozumitelným argumentem“ bylo citování onoho dodatku a mé po-

vinnosti neprodleně sehnat za sebe náhradu.

A toto je **stěžejní důvod** mého dopisu. Ač jsem se snažil JUDr. Novákové vysvětlit, že jsem byl v kritickém stavu, že jsem prostě nebyl schopen pro celkovou alteraci organismu dřív sehnat do své ordinace lékaře – a kolegyně nutně pacienty ošetřily, vše marné. Pochopil jsem rčení o házení hrachu na zeď. Byl to jeden z nejhorších rozhovorů. Ještě dlouho jsem slyšel na svoji apelaci,

že **jsem prostě nebyl schopen**, její ledově znějící hlas, jenž opakoval – **to s tím nesouvisí, zástup nebyl zajištěn...** Rozhovor jsem musel ukončit, protože mi začaly vlhnout oči a do úst se mi drala slova, jež jsem do telefonu nechtěl říct. Povídání se zdá dlouhé. Ale tuhle zkušenost jsem si prostě nemohl nechat pro sebe.

Má duše se bojí rozumu zeptat: **Kam jsme se to dostali? Co bude dál?** Nechci jim odpovědět – **Človče, pracuj, nebo zemři...** V této souvislosti mě ale nic jiného nenapadá.

**MUDr. Vladimír Gregor, Strážnice**

Inzerce

### Nemocnice Český Krumlov, a.s., přijme lékaře

#### ■ Interní oddělení

lékaře /lékařku se specializovanou způsobilostí a dále lékaře absolventa

#### ■ Oddělení následné péče

lékaře /lékařku se specializovanou způsobilostí

Výborné mzdové podmínky, možnost ubytování, podpora při dalším vzdělávání, zaměstnanecké benefity.

**Nástup možný ihned nebo dle dohody.**

Bližší informace při osobním jednání.

Kontaktujte personální oddělení, tel. 380 761 361, 777 486 121  
e-mail: markova@nemck.cz

## Zpověď a poděkování

Poprvé jsem navštívila Prahu v roce 1998, bylo léto, horko jako v troubě, venku se nedalo ani dýchat, natož prohlížet paměti-hodnosti. Manžel mě pozval na návštěvu, pracoval zde a já byla doma s dětmi na Ukrajině. Vydržela jsem to jen 10 dní a pak jsem odjela zpět domů, ale na podzim jsme byli všichni spolu. Pronajali jsme byt, našla jsem si práci a už to šlo vše k lepšímu, hezky krůček po krůčku. Jedno dítě šlo do školy, druhé do školky. Tam syn řekl i své první české slovo „ahoj“ a větší radost u učitelů jsem ještě neviděla. Jako u rodičů, když dítě dělá první krok. Se starším synem jsme se spolu učili češtinu. Nic jednoduchého to pro mě nebylo, ale mladí dokážou snést hodně. Ze začátku jsem pracovala v lékárně, kde jsem se toho hodně naučila o tom, jak a na co skoro všechny léky působí. Mně to však nestačilo a chtěla jsem víc, a proto jsem začala pracovat na tom, abych udělala atestaci a pracovala ve svém oboru jako lékař. Zakoupila jsem knihu *Kompendium očního lékařství* od H. Krause, otevřela jsem ji a začala číst, ale nešlo to, kromě latinských názvů jsem z toho nic nepochopila. Zaho-

dila jsem knihu a nevěděla, jak to se mnou bude dál. Po nějaké době jsem se vrátila ke čtení a „bojovavla“ s češtinou. Na Ministerstvu zdravotnictví jsem se dozvěděla, jaké doklady potřebuji na to, abych udělala atestaci a k tomu, abych zde pracovala. Hodně českých lékařů píše články o tom, kolik by potřebovali dokladů odezdat v zahraničí, ale v České republice je to stejné, jen o tom nikdo neví. Musela jsem udělat předatestační kurz ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady. Byla jsem tam jeden měsíc a seznámila se s moc fajn doktory. Paní doktorka Darina Bujalková, která byla zodpovědná za postgraduální kurz, mi poradila obrátit se na paní profesorku Jarmilu Boguszakovou kvůli doučování. Paní profesorka, přestože byla hodně zaneprázdněna, souhlasila. Zvládnout odbornou medicínu v češtině byl pro mě, jako pro všechny cizince, největší problém. V den, kdy jsme měli atestační zkoušky, nás doktorů bylo dost a 5 členů komise. Paní profesorka mne dopředu upozornila, že mi na zkoušce nepomůže, ale naopak mě bude „topit“ – a to byla svatá pravda. Každý z členů komise mi dával otázky, jaké chtěl,

a když jsem byla hotová s odpovědí, poslouchala jsem i ostatní lékaře a musela jsem se nad jejich odpověďmi zasmát a divila jsem se, že jim to vůbec uznali.

Pan docent Jiří Otradovec, který byl u nás na atestaci, prohlásil, že jsem bojovala jako v bitvě u Stalingradu. Což, atestaci jsem udělala, ale musela jsem hledat pracoviště, kde by potřebovali oftalmologa. Poptala jsem se na poliklinice ne daleko od bytu v Praze 10, a voilá, hledá se paní doktorka na výpomoc. Byla to však chyba, využili mě. Bylo dobře, že jsem tam pracovala krátce. Další zkušenost jsem měla v Kladně, kde jsem pracovala u paní doktorky Jany Kühnelové-Popovské, která má soukromou ordinaci s optikou. Je to výborné pracoviště, měla tam tolik zvláštních a obtížných případů, které zde v Praze asi nikdy neuvidím. Pacienti dojížděli nejenom z Kladna, ale i z vesniček kolem Kladna. Práce bylo vždycky plno a měli jsme dobrý tým. Pracovali jsme jako včelky v úlu. Když jsem měla případ, který jsem nemohla rozluštit nebo který jsem viděla poprvé, zeptala jsem se paní doktorky a ta mi okamžitě dala odpověď na otázku, vždycky mi poradila, pomohla a nesoudila. To se mi na ní vždy líbilo. Věděla toho dost, ale nejednou jsem ji vi-

děla, jak se snaží prostudovat i jiné věci, jako třeba neurooftalmologii nebo OCT. Často jsme měli i semináře a moc dobrá témata. Pro svoji ordinaci vždycky chtěla to nejlepší: odborníky, přístroje, disciplínu a dobrou morálku kolektivů.

Po nějaké době jsem si našla místo v Praze, dojíždění tři a více hodin bylo pro mě nejhorší, potřebovala jsem být blíž rodině. U mého nového zaměstnavatele byli jiní lidé s jinými požadavky, kteří byli mnohem náročnější než v Kladně. Proto jsem se potřebovala naučit i angličtinu. Práce mne vždycky bavila a baví dodnes, a proto se ráda učím nové věci. Medicína nestojí na místě a stále se zdokonaluje. A všichni máme pořad na čem pracovat.

Chtěla bych poděkovat všem, o kom jsem psala, a paní profesorce popřát všechno nejlepší k narozeninám, které měla 9. března. Pamatuji si, jak jsem před léty donesla červené růže paní profesorce a ona se mě zeptala na důvod. Řekla jsem, že 8. března slavíme MDŽ (Mezinárodní den žen), což ona nerada slyšela. Pak jsem se dopátrala, že v tento den má narozeniny, a pamatuji si to doteď. Chtěla bych popřát všem kolegům trpělivost v tento čas, zdraví a míň závidi jednoho k druhému.

**MUDr. Tamara Bokotey**, oftalmologie

## Pomoc, topíme se!

Občanské zákoníky jsou vytvářeny pro ochranu a zlepšení života občanů. Někdy se to však přece jen zvrtně a výsledek je zcela opačný. Mezi námi se pohybuje stále více vychytralých jedinců, kteří dokážou žít na úkor jiných, aniž by za to byli postižitelní. Rychle vycítí menší obranyschopnost jedinců a využijí jejich neprozíravosti.

Stálo by za to, spočítat nárůst okrádaných a vydíraných duševně zaostalých nebo nemocných. Stále častěji se nám v psychiatrických ambulancích objevují dlouhodobě při léčbě kompenzovaní klienti, kteří se najednou dekompenzují, ocitají se v bídě, pronásledovaní

nárůstem dluhů, aniž by si za půjčené peníze něco opatřili. Na tyto situace myslí jejich ochrana omezením nebo zbavením svéprávnosti a stanovením opatrovníka, který za ně prozíravě rozhoduje. Soudní znalci svou odborností a soudci ručí za kvalitu opatření. Za více než 50letou praxi neznám případ, že by toto zajištění bylo zneužito ze zjištěných důvodů.

A hle, nový občanský zákoník vylučuje nesvéprávnost a nařizuje nové a dále pak co 3 roky opakované přezkoumávání. Vyjádření znalce, že jde o trvalé, těžké postižení s neschopností samostatné existence, je tedy degradováno na zbytečný

kousek papíru a znalci i soudy jsou zahrnuti bezdůvodným novým zkoumáním a spisy a soudními jednáními. Tak pečlivým rodičům, kteří se starají o bezmocné, ležící, nemyslíci, nemluvící dítě, nebo opatrovníkům progredujícími hluboké demence u svěřence musíme vysvětlovat, že jim nepomůžeme, nevyléčíme svěřeného, ale jen je kontrolujeme. A není to zadarmo. Tolik peněz, tolik času, tolik papírů a k čemu? Svědomitým a zodpovědným pracovníkům pomáháme do vyčerpání a budeme-li nadále snižovat místo budovat psychiatrické nemocnice, kam je dáme? Je opravdu naším cílem snaha připravit všechny o zdravý rozum?

**MUDr. Růžena Mašková**,

psychiatr s 50letou praxí, Ostrava-Vítkovice

Inzerce



Ředitel Psychiatrické nemocnice Bohnice vyhláší výběrové řízení na obsazení funkce:

**PRIMÁR // PRIMÁRKA PRIMARIÁTU LDN**  
Příspěvký prosím zaslat na adresu:  
Mgr. Daniel Machodý - Vedoucí personálního oddělení  
Psychiatrická nemocnice Bohnice, Ústavní 91, 381 02 Praha 8  
Uživatelka přihlášek: 31. 5. 2015.

Dále v rámci doplnění našeho týmu hledáme vhodné uchazeče/uchazečky na obsazení pozic:

**VEDOUcí LÉKÁŘ STANICE 24 (GERONTOPSYCHIATRIE NÁSLEDNÁ PÉČE)**  
**LÉKÁŘ - INTERNISTA - GERIATR**

Podrobnější informace a pořízení výtisků postupu podání přihlášky na:  
[www.bohnice.cz/nemocnic/kariera/](http://www.bohnice.cz/nemocnic/kariera/)

Kontakt: Mgr. Machodý, tel.: 725 837 015,  
e-mail: [daniel.machody@bohnice.cz](mailto:daniel.machody@bohnice.cz)

# ZAMĚSTNÁNÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ



NABÍDKA PRACOVNÍCH POZIC VE ZDRAVOTNICTVÍ

MY UŽ SVOJI PRÁCI MÁME, A CO VY?

KVĚTEN 2015

DALŠÍ INZERÁTY NAJDETE NA [WWW.ZAMESTNANI.VEZDRAVOTNICTVI.CZ](http://WWW.ZAMESTNANI.VEZDRAVOTNICTVI.CZ)

## Novojičínské diagnostické centrum s.r.o. hledá **LÉKAŘE-RADIOLOGY** pro: **MAMMOCENTRUM** Nový Jičín (součást Komplexního onkologického centra v Novém Jičíně) a **RDG ambulanci ve Frenštátě pod Radhoštěm**

Znalost mamární diagnostiky výhodou, není podmínkou.

Místo v Novém Jičíně je také vhodné pro lékaře před ukončením specializačního vzdělávání, možnost uzavření dohody o prohlubování kvalifikace.

**Nabízíme:** zkrácený nebo plný úvazek, nadstandardní smluvní mzdu, možnost příspěvku na přechodné ubytování, další benefity, práci na plně digitalizovaných pracovištích.

**Požadujeme:** schopnost práce v týmu, komunikativnost, specializovanou způsobilost dle zák. 95/2004 v oboru – výhodou.

**Termín nástupu:** dle dohody

**Kontakt:** Novojičínské diagnostické centrum s.r.o., Dvořákova 2211/27, 741 01 Nový Jičín  
Ing. Iva Radinová, jednatelka, e-mail: [iva.radinova@ndc.agel.cz](mailto:iva.radinova@ndc.agel.cz), mobil: +420 603 219 623



## LÉKAŘ/KA ENDOKRINOLOGIE

HLEDÁM LÉKAŘE/KU PRO ENDOKRINOLOGICKOU AMBULANCI SE SÍDLEM V OPAVĚ.

Právní forma je společnost s ručením omezeným se sídlem v pronajatých prostorech.

Ambulance je plnohodnotně zařízena, včetně sonografických přístrojů, pacientům slouží od roku 1996 a má uzavřeny smlouvy se všemi zdravotními pojišťovnami.

**PŘEDÁNÍ AMBULANCE** je plánováno na rok 2015 s tím, že je možno zahájit okamžité jednání.

**Informace na tel.:** 601 575 237, e-mail: [mazacova.evi@seznam.cz](mailto:mazacova.evi@seznam.cz)

## LÉKAŘI

### PRAHA

#### LÉKAŘI K+K, S.R.O.

##### ANGIOLOG AMBULANTNÍ

Zaměstnám angiologa, případně internistu se zájmem o angiologii, v nově zařízené ordinaci v budově polikliniky Prosek, Lovosická 40, Praha 9, vedle stanice metra C – Stržiškov.

**Požadavky:** specializovaná způsobilost v angiologii nebo ve vnitřním lékařství s praxí v angiologii, případně zařazení do předatestační přípravy v angiologii a praxe; znalost angiologické sonografie výhodou.

**Nabízíme:** pracovní úvazek plný nebo částečný; smluvní mzda, 5 týdnů dovolené.

**Kontakt:** MUDr. Milan Kubek, prezident@elkcr.cz, 603 447 295

**Požadavky:** VŠ – LF, znalost echokardiografie, kardiologická atestace nebo perspektiva brzkého dosažení, základní práce s PC, jazykové znalosti, schopnost samostatného jednání, zájem o obor.

**Nabídky zasílejte** na e-mailovou adresu: [ivana.vysoka@homolka.cz](mailto:ivana.vysoka@homolka.cz).

#### NEMOCNICE NA HOMOLCE SEKUNDÁRNÍ LÉKAŘ/KA

Kardiochirurgické oddělení Nemocnice Na Homolce přijme chirurga na pozici sekundární lékař/ka na plný pracovní úvazek.

**Nabízíme** možnost zrychleného profesního růstu a zapojení do programu doktorského postgraduálního studia.

**Požadavky:** VŠ – LF, praxe v chirurgickém oboru vítána, základní práce s PC, jazykové znalosti, schopnost samostatného jednání, zájem o obor.

**Nabídky zasílejte** na e-mailovou adresu: [ivana.vysoka@homolka.cz](mailto:ivana.vysoka@homolka.cz).

#### MEDITERRA S.R.O.

##### LÉKAŘI FBLR – VÍCE POZIC

Rehabilitační klinika Malvazinky, U Malvazinky 5, Praha 5, hledá do svého týmu lékaře na následující pozice:

##### - ZÁSTUPCE PRIMÁŘE REHABILITACE

**Náplň práce a odpovědnosti:** aktivní činnost rehabilitačního lékaře; podíl na řízení lůžkové i ambulanti rehabilitace; spoluodpovědnost za kvalitu poskytované péče a ekonomické výsledky úseku.

**Požadujeme:** specializovanou způsobilost v oboru rehabilitační a fyzikální medicíny; praxe vedoucí pozici výhodou; organizační a manažerské schopnosti, zodpovědnost; komunikativní znalost AJ.

**Nabízíme:** možnost seberealizace ve vedení pracoviště poskytující komplexní rehabilitační péči; podporu odborného i osobního rozvoje; zajímavé finanční ohodnocení a zaměstnanecké benefity.

##### - LÉKAŘ NA ODDĚLENÍ REHABILITACE

**Náplň práce:** práce lékaře na lůžkách následně rehabilitační péče.

**Požadujeme:** specializovanou způsobilost v oboru rehabilitační a fyzikální medicíny nebo alespoň ukončený základní kmen.

**Nabízíme:** práci na plný úvazek, příjemné pracovní prostředí, přátelský kolektiv; možnost seberealizace a profesního růstu.

Na výše uvedené pozice možný nástup IHNED nebo dle dohody.

**Kontakt:** Personální oddělení – [personalni.rkm@mediterraz.cz](mailto:personalni.rkm@mediterraz.cz), tel.: 251 116 653/656, [www.malvazinky.cz](http://www.malvazinky.cz)

#### MEDITERRA S.R.O.

##### PRAKTICKÝ LÉKAŘ (PL)

Klinika Zámeček Malvazinky přijme do svého týmu lékaře na pozici PRAKTICKÝ LÉKAŘ.

**Náplň práce:** provádění prohlídek v rámci pracovních lékařských služeb; sledování a vyhodnocování pracovních podmínek, doporučení klientům.

**Požadujeme:** specializovanou způsobilost v oboru všeobecné praktické lékařství, popř. alespoň absolvovaný základní kmen; vstřícný přístup k pacientům, spolehlivost.

**Nabízíme:** místo výkonu práce – Praha 6, ul. K Letišti a ambulance v centru Prahy; práci na plný / částečný pracovní úvazek; zajímavé finanční ohodnocení a zaměstnanecké benefity.

Nástup IHNED nebo dle dohody.

**Kontakt:** Personální oddělení – [personalni.rkm@mediterraz.cz](mailto:personalni.rkm@mediterraz.cz), tel.: 251 116 653/656

#### GHC GENETICS S.R.O.

##### PŘIJMEME LÉKAŘE

Privátní genetické pracoviště v centru Prahy přijme do trvalého pracovního poměru: Lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru lékařská genetika nebo lékaře ve specializační přípravě s ukončeným základním kmenem.

**Nástup:** Ideálně v měsíci 7/2015.

**Očekáváme:** zájem o obor lékařské genetiky; anglický jazyk na dobré úrovni; uživatelská znalost práce na PC, znalost práce s lékařskými SW aplikacemi (typu Open Lims apod.) výhodou.

**Nabízíme:** nadstandardní platové ohodnocení; možnost dalšího profesního růstu; zaměstnanecké benefity – stravenky, sleva na firemní produkty, atd.

**Zájemci necht zaslou svůj životopis včetně fotografie** prostřednictvím e-mailové adresy: [cizova@ghc.cz](mailto:cizova@ghc.cz)

## STŘEDOČESKÝ KRAJ

#### ALMEDA A.S. LÉKAŘE GYNEKOLOGA, NEONATOLOGA A NEUROLOGA

Společnost ALMEDA, a.s., provozovatel nemocnice v Neratovicích, jež je součástí rostoucí skupiny VAMED MEDITERRA (sít zdravotnických zařízení s více než 2 000 zaměstnanci), přijme:

- LÉKAŘE GYNEKOLOGA – možno i absolvent  
**Váš profil:** specializace v oboru gynekologie a porodnictví.

- LÉKAŘE NEONATOLOGA

**Váš profil:** specializovaná způsobilost v oboru pediatrie, neonatologie.

#### - LÉKAŘE NEUROLOGA

**Váš profil:** specializovaná způsobilost v oboru neurologie.

**Požadujeme:** odpovědnost, samostatnost, organizační a komunikační schopnosti; vstřícný přístup ke klientům, připravenost naplnit spolu s námi naši vizi „péče s úsměvem“; ochota podílet se na chodu a prestiži nemocnice.

**Nabízíme:** plný pracovní úvazek (možno i částečný); samostatnou a odpovědnou práci s možností seberealizace; perspektivu uplatnění v malé, avšak úspěšné a ambiciózní nemocnici, a zároveň v dynamicky rostoucí skupině VAMED MEDITERRA; zajímavé finanční ohodnocení; týden dovolené navíc a stravování s příspěvkem zaměstnavatele; skvělou dostupnost z Prahy (25 minut).

**V případě Vašeho zájmu** zašlete prosím strukturovaný životopis a motivační dopis na personální oddělení společnosti, Bc. Martina Uřivová  
Tel: +420 315 637 337, mobil: +420 739 603 691, [personalistka.ner@mediterraz.cz](mailto:personalistka.ner@mediterraz.cz)

#### NEMOCNICE NYMBURK S.R.O.

##### LÉKAŘ/KA INTERNÍHO ODDĚLENÍ

příjme do svého týmu Lékaře/Ku na Interní oddělení.

**Požadujeme:** absolvent lékařské fakulty, občanskou a morální bezúhonnost

**Nabízíme:** zájemní stabilní společnosti, týden dovolené navíc, příspěvek na stravování, rekreace na odborářské chatě. Nástup dle dohody.

**Strukturovaný životopis** zašlejte na personální oddělení. Email: [nepovimova.vera@nembnk.cz](mailto:nepovimova.vera@nembnk.cz)

#### GARC KLADNO S. R. O.

##### PŘIJMEME LÉKAŘE/LÉKAŘKU

**Náplň práce:** práce lékaře na lůžkách následně péče a rehabilitace, možnost zapojení do práce v odborné ambulanci.

**Požadavky:** ukončený interní kmen, specializovaná způsobilost vitána, ale není podmínkou.

**Datum nástupu:** po dohodě.  
**Nabízíme:** dobré finanční ohodnocení, dotatková dovolená, podpora při dalším vzdělávání, penzijní připojištění.

**Kontakt:** Přím. MUDr. Helena Pomahačová, e-mail: [pomahačova@garc.cz](mailto:pomahačova@garc.cz), tel.: 312 256 530.

## JIHOČESKÝ KRAJ

#### PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA LNÁŘE

##### LÉKAŘ-PSYCHIATR

Psychiatrická léčebna Lnáře hledá lékaře, příp. absolventa LF se zájmem o obor psychiatrie.

**Nabízíme** byt 3+1 nebo 2+1 přímo v areálu léčebny, dobré platové ohodnocení, možnost odborného

ZAREGISTRUJTE SE K ODBĚRU ZAMĚSTNÁNÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ V ELEKTRONICKÉ PODOBĚ NA [WWW.ZAMESTNANI.VEZDRAVOTNICTVI.CZ](http://WWW.ZAMESTNANI.VEZDRAVOTNICTVI.CZ)

A ZÍSKÁJTE AKTUÁLNÍ PŘEHLED NABÍDEK PRACOVNÍCH POZIC VE ZDRAVOTNICTVÍ Každý desátý zaregistrovaný obdrží jako dárek odbornou knihu z nakladatelství Grada Publishing.

ho růstu, při stabilizační dohodě významný podíl na nkladech na vzdělání (úhrada seminářů, kurzů atd.).

■ **Kontakt:** MUDr. Vladimír Muchl, tel.:724 002 111, e-mail:vmuchl@email.cz, prim. MUDr. Jana Zahradníková, tel.:605 164 841, e-mail:sekretariat@pllnare.cz, www.pllnare.cz

**NEMOCNICE JINDŘICHŮV HRADEC, A.S.  
HLEDÁME LÉKAŘE**

V souvislosti s přechodem na nový systém organizace práce Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s. hledá lékaře (i absolventy) na oddělení neurologické, gynekologicko-porodnické, ORL, interní, na rehabilitaci a urgentní příjem. Nemocnice garantuje dodržování Evropské směrnice pro přesčasovou práci bez dopadu na výši mzdového ohodnocení lékařů. Jmenovaná oddělení vlastní akreditace pro vzdělávání.

■ **V případě zájmu** kontaktujte MUDr. Vita Lorenca na e-mail: lorenc@nemjh.cz

**KRÁLOVÉHRADECKÝ KRAJ**

**CENTRUM NEUROLOGICKÉ PĚČE S.R.O.  
PŘIJMEME LÉKAŘE NEUROLOGA**

Centrum neurologické péče s.r.o., Rychnov nad Kněžnou, přijme do pracovního poměru lékaře neurologa na plný nebo částečný úvazek.

■ **Blíží informace** na tel.: 604 236 033 nebo pazdera@neurolog.cz

**VAZEBNÍ VĚZNICE HRADEC KRÁLOVÉ  
PŘIJMEME PRAKTICKÉHO LÉKAŘE**

Vězeňská služba České republiky - Vazební věznice Hradec Králové přijme praktického lékaře do ordinace pro vězněné osoby - PP na dobu neurčitou, nástup od 1. 6. 2015, event. dle dohody.

■ **Požadujeme:** vysokoškolské vzdělání, atestace z VPL vítána, bezúhonnost, psychickou odolnost.

■ **Nabízíme:** platové zařazení od 40 000 Kč (výše mzdy dle dosažené praxe), podnikové stravování, 30 dní dovolené, možnost indispozičního volna, možnost ubytování, čerpání fondu FKSP, možnost práce na dohodu na zkrácený úvazek (vhodné i pro důchodce).

■ **Kontaktní telefon** 495 758 333  
■ **Kontaktní email** perban@vez.hrk.justice.cz

**PARDUBICKÝ KRAJ**

**PŘELOUČSKÁ POLIKLINIKA A.S.  
GYNEKOLOG, STOMATOLOG**

Přeloučská poliklinika a.s. přijme do pracovního poměru lékaře/ku pro tato oddělení:

- gynekologie  
- stomatologie

■ **Požadujeme:** ukončené VŠ vzdělání, trestní bezúhonnost, znalost práce na PC, pracovitost, zodpovědnost, příjemné vystupování.

■ **Nabízíme:** zájemní stabilní společnosti, možnost profesního růstu, zajímavé finanční ohodnocení, výkonnostní odměny a benefity.

■ **Kontakt:** e-mail: info@prelouckapoliklinika.cz, tel: 467 002 839

**KRAJ VYSOČINA**

**NEMOCNICE PELHŘIMOV, P.O.  
PRIMÁŘE RADIODIAGNOSTICKÉHO  
ODDĚLENÍ**

Ředitel Nemocnice Pelhřimov, příspěvkové organizace, vypisuje výběrové řízení na obsazení funkce primáře radiodiagnostického oddělení.

■ **Blíží informace** na www.hospital-pe.cz v oddělení volná místa.

**NEMOCNICE PELHŘIMOV, P.O.  
LÉKAŘE – VÍCE POZIC**

Nemocnice Pelhřimov, příspěvková organizace, přijme lékaře na tato oddělení: ARO, dětské oddělení, gyn.- por. oddělení, chirurgické oddělení, interní oddělení, neurologické oddělení, ortopedické oddělení, ORL a urologické oddělení.

■ **Blíží informace** na www.hospital-pe.cz v oddělení volná místa.

**OLOMOUCKÝ KRAJ**

**PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA ŠTERNBERK  
PŘIJMEME PSYCHIATRA, INTERNISTU,  
REHAB. LÉKAŘE A FYZIOTERAPEUTA**

Psychiatrická léčebna Šternberk, Olomoucká 173, 785 01 Šternberk přijme do pracovního poměru lékaře psychiatra nebo absolventa se zájmem o psy-

chiatrů, lékaře se specializací v oboru vnitřní lékařství, dále rehabilitačního lékaře a fyzioterapeuta. Nástup možný ihned.

■ **Nabízíme** dobré platové podmínky, příjemné pracovní prostředí, zaměstnanecké benefity, možnost růstu.

■ **Informace** personální oddělení: buchtova@plstbk.cz nebo tel: 585 085 475.

**MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ**

**SDRUŽENÉ ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ  
KRNOV**

**ZÁSTUPCE PRIMÁŘE GYNEKOLOGICKO-  
PORODNICKÉHO ODD.**

Sdružené zdravotnické zařízení Krnov, příspěvková organizace přijme do pracovního poměru: Lékaře gynekologa se specializovanou způsobilostí na funkční místo zástupce primáře gynekologicko – porodnického oddělení.

■ **Nabízíme** práci na moderně vybaveném oddělení, nadstandardní platové podmínky, možnost získání ubytování (ubytovna nebo byt), nástup možný ihned.

■ **Kontakt:** MUDr. Ivan Pavlák, náměstek LPP, tel.: 606 720 773;

pavlak.ivan@szzkrnov.cz, Sdružené zdravotnické zařízení Krnov, I. P. Pavlova 9, 794 01 Krnov

**MANAŽERSKÉ POZICE**

**PRAHA**

**PROTON THERAPY CENTER CZECH S.R.O.  
MANAŽER KVALITY**

Protonové centrum v Praze nabízí ojedinělou možnost profesní realizace pro manažera kvality.

■ **Požadujeme:** dokončené VŠ vzdělání nejlépe ve zdravotnickém oboru, praxi v oblasti zdravotnictví; znalost platné legislativy ČR v oblasti zdravotnictví; znalost nemocničního informačního systému; certifikát interního auditora ISO příp. vydané společností SAZ s.r.o.; aktivní znalost anglického jazyka; soft skills, efektivní komunikaci, time management, základy leadershipu, samostatnost i týmovou práci.

■ **Nabízíme:** unikátní pracovní prostředí s nejmodernějším radioterapeutickým a diagnostickým zařízením; odborný růst; zvyšování odborné prestiže reprezentováním PTC na mezinárodních konferencích a stážích a vzdělávacích programech; podpora dalšího vzdělávání; zaměstnanecké benefity.

■ **Místo pracoviště:** Budínova 2437/1a, Praha 8, 180 00, areál Nemocnice Na Bulovce

■ **Datum nástupu:** dohodou.

■ **V případě zájmu** zašlete svůj profesní životopis na hr@ptc.cz v českém a anglickém jazyce nebo náš kontaktujte na tel: 222 999 000.

**PARDUBICKÝ KRAJ**

**NEMOCNICE PARDUBICKÉHO KRAJE, A.S.  
NÁMĚSTEK/NÁMĚSTKYNĚ PRO OŠETŘOVATELSKOU PĚČI**

Nemocnice Pardubického kraje, a.s., Kyjevská 44, 532 03 Pardubice Svitavská nemocnice vyhláší výběrové řízení na obsazení funkce náměstek/náměstkyňe pro ošetrovatelskou péči.

■ **Požadavky na uchazeče:** odborná způsobilost v oboru, zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních; osvědčení pro výkon zdravotnického povolání bez odborného dohledu; orientace v právních předpisech týkajících se ošetrovatelské péče; manažerské dovednosti, organizační a komunikační dovednosti, prezentační dovednosti.

■ **Více informací:**

http://www.nempk.cz/kariera/svitavska-nemocnice

**PRODEJ / PRONÁJEM**

**KRÁLOVÉHRADECKÝ KRAJ**

**MUDR. MARIE MUSILOVÁ  
ORDINACE**

Prodám dobře zavedenou ordinaci PLDD nebo i zaměstnat na plný, či částečný úvazek PLDD v Opočně-okr. RK. K dispozici zkušební dětská sestra i přístrojové vybavení.

■ **Kontakt:** tel.: 494 667 436, e-mail:mus.manka@seznam.cz

Gesundheit im Zentrum



**ARZT /ÄRZTIN IN AUSBILDUNG ZUM/ZUR FACHARZT/-ÄRZTIN  
FÜR ANÄSTHESIE UND INTENSIVMEDIZIN**

**Ausschreibungskennzahl:** A.14.52 auf der Bewerbung bitte angeben.

(Voll- und Teilzeit, befristet auf die Dauer der Ausbildung, vorerst auf 1 Jahr; Einreihung bzw. Entlohnung: nach Einreihungsverordnung 2002 (EVO 2002) des Gemeinderates der Landeshauptstadt Linz in letztgültiger Fassung FL 13)

Das Allgemeine Krankenhaus Linz/Österreich ist Schwerpunkt Krankenhaus mit Zentralkrankenanstaltenfunktion und bietet nahezu alle Fachbereiche. Im Rahmen der neuen Medizinischen Fakultät der JKU Linz erweitert sich der Tätigkeitsbereich um Forschung und Lehre. Dies bietet interessante Chancen und Herausforderungen.

Die Abteilung Anästhesiologie und operative Intensivmedizin des ca. 900-Betten-Krankenhauses betreut neben sämtlichen Abteilungen des Hauses auch die benachbarte Frauen- und Kinderklinik sowie mehrere Stützpunkte von Notarzteinsatzfahrzeugen und den Notarztthubschrauber.

**Hauptaufgaben:**

- Alle Tätigkeiten, die im Rahmen des Ärztegesetzes vorgesehen sind
- Betreuung von Teileinrichtungen der Abteilung unter fachärztlicher Supervision
- Mitwirkung in Lehre und Forschung
- Nacht- und Wochenenddienste

**Voraussetzung:** Abgeschlossenes Medizinstudium

**Wir bieten:** Sie arbeiten in hervorragenden Teams und werden in Ihrer beruflichen und persönlichen Weiterentwicklung durch vielseitige, herausfordernde Aufgaben sowie großzügige Weiterbildungsmöglichkeiten gefördert.

**Auswahlverfahren:** Vorauswahl, Vorstellungsgespräch

Für Auskünfte steht Herr Prim. Univ. Prof. Dr. Meier (Telefon +43/732/7806/2158) zur Verfügung.

Im Sinne des vom Linzer Gemeinderat beschlossenen Frauenförder- und Gleichstellungsprogramms werden Frauen besonders eingeladen, sich zu bewerben. Bei gleicher Qualifikation werden Frauen bevorzugt aufgenommen. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung (mit allen Unterlagen inkl. Bewerbungsbogen). Den Bewerbungsbogen finden Sie auf unserer Homepage ([www.akh.linz.at](http://www.akh.linz.at) -> Karriereportal).

Bewerbung bitte an: [job@akh.linz.at](mailto:job@akh.linz.at)

**JOBS MIT  
ZUKUNFT**









Koupím dvousegmentové, elektricky výškově nastavitelné vyšetřovací lehátko, jen v dobrém stavu, nabídněte. Kontakt: [vitalklinik@seznam.cz](mailto:vitalklinik@seznam.cz)

Prodám levně IPL MED FLASH II, neinvazivní lipolýzu + lymfodrenáž MED2CONTOUR MEDICAL. Made in Italy, lékařské a bezpečnostní certifikáty, vhodné pro dermatologa, plastiku, 100% stav, zaškolíme, přivezeme. Kontakt: [pbases@seznam.cz](mailto:pbases@seznam.cz)

Prodám dvě lavičky se 3 sedáky, typ Livimo, kombinace kov plast, barva sedadel červená. Původní cena 3600/kus, nyní 1500 za lavičku. Praha 4. Kontakt: 773 246 686

Prodám levně ultrazvuk SONOACE 8000SE ve velmi dobrém stavu, pravidl. roční servis. Kontakt: 603 419 511, [alalip@email.cz](mailto:alalip@email.cz)

Do zavedené ambulance **alergologie a klinické imunologie** na severní Moravě hledám atestovaného lékaře na úvazek dle domluvy s možností prodeje ambulance do 3 let. Kontakt: [alergologiesm@centrum.cz](mailto:alergologiesm@centrum.cz)

Zaměstnám a posléze přenechám ordinaci **praktického lékaře pro dospělé**. Mám akreditaci pro VPL. Okres Ústí n. Orlicí. Kontakt: 603 788 374

Prodám zachovalý, málo používaný narkotizační přístroj N8. Cena dohodou. Kontakt: 606 417 146, [fvalek@email.cz](mailto:fvalek@email.cz)

Koupím **gynekologickou** ambulanci. Středočeský nebo Jihočeský kraj. Nabídky prosím na e-mail nebo SMS. Solventní zájemce. Kontakt: [tlaguca@seznam.cz](mailto:tlaguca@seznam.cz), 776 602 688

## PRONÁJEM

Nabízíme rekonstruované nebytové prostory o celkové výměře 232 m<sup>2</sup> (recepce, 8 místností) v centru Prahy, v ulici Kateřinská 7, Praha 2. Prostory jsou kolaudovány pro zdravotní zařízení, vhodné pro plastickou chirurgii, eventuelně gynekologickou kliniku. Kontaktní osoba: Zdeněk Javírek, 602 395 933

V nově vybudovaném zdravotním středisku v Ostravě u hotelu Clarion nabízíme k pronájmu prostory vhodné pro 1-2 ordinace. Možnost parkování, nízké provozní náklady (vytápění tep. čerpadlem). Více informací na tel.: 608 174 905, e-mail: [michal@stverak.com](mailto:michal@stverak.com)

Pronájem ordinace v centru HK, v domě s lékárnou, rekonstrukce dle nájemce. Kontakt: 773 123 092, [marketa.vasatova@gmail.com](mailto:marketa.vasatova@gmail.com)

Sháním pronájem ordinace **praktického lékaře** v Praze 13, oblast Stodůlky, Lužiny, Butovice nebo Praha 6-Řepy. Proším, nabídněte. Kontakt: [ordinacepl@volny.cz](mailto:ordinacepl@volny.cz)

Hledám pronájem ambulance v Ostravě. Proším nabídněte. Kontakt: [ocniolomouc@seznam.cz](mailto:ocniolomouc@seznam.cz)

Pronájem poslední nově zrekonstruované ambulanci v lékařském komplexu v ulici Drobného v Brně, poblíž kliniky Suralg. Přípravena pro všechny specializace. Nutno vidět. Kontakt: 775 933 543

Pronájem zařízení ordinaci v centru Ostravy na Poliklinice Kostelní ke společnému využití. Podnájem je možný po jednotlivých dnech, až 4 dny v týdnu. Kontakt: 603 423 470, [mlechovsky@gmail.com](mailto:mlechovsky@gmail.com)

V poliklinice v Praze 4 pronájem ordinaci s přípravnou, čekárnou a zázemím pro praktického lékaře, event. specialistu. Dále pronájem v suterénu vytápěné prostory s denním světlem a se zázemím. Vhodné pro rehabilitaci apod. Kontakt: 607 746 150, [poliklinikalitochleby@email.cz](mailto:poliklinikalitochleby@email.cz)

Pronájem zařízení ordinaci ve Smiřích a Trebechovicích pod Orebem (okr. HK) na 1-3 dny v týdnu dle dohody. Vhodné pro nechirurgické obory. Kontakt: 737 312 599

Nabízíme pronájem zařízení místnosti v centru preventivní medicíny, nejlépe na psychoterapii, na 2 dny v týdnu. Cena dle osobního jednání. Ul. Krkonošská, poblíž nám. J. z Poděbrad, Praha 2. Kontakt: 608 069 992

Nabízíme pronájem ambulanci v NZZ Praha 6, Kladenská 41, od 5/2015. Jedná se o 5 nových, plně vybavených klimatizovaných fyzioterapeutických ambulancí vhodných také pro lékaře či maséry. Cena 150 Kč/hod. Kontakt: 774 186 189, [info@home-therapy.cz](mailto:info@home-therapy.cz)

Pronájem hygienou schválené prostory specializované ambulance (nejlépe gynekologie, ortopedie...) v nové klinice s vybavenými operačním sálem v Ostravě. Detaily na [www.medicent.cz](http://www.medicent.cz)

Pronájem schválenou **stomatologickou** ambulanci na dvě křesla v nové klinice v Ostravě. Kontakt: [www.medicent.cz](http://www.medicent.cz)

## SLUŽBY

Komplexní právní služby, daně a poradenství ve zdravotnictví na klíč. Kontakt: [www.iadvokat.eu](http://www.iadvokat.eu), JUDr. Zdeněk Hromádka, advokát, 737 456 586, [info@iadvokat.eu](mailto:info@iadvokat.eu)

Bezpečnost práce a PO pro lékařské ambulance - příprava dokumentace určené zákonem, hodnocení rizik, povinné kategorizace práce, školení, audit, revize atd. Celá ČR. AD MEDICA, 775 679 982, [www.admedica.cz](http://www.admedica.cz)

Účetnictví a personalistika pro zdravotníky - účto podvojně i daňová evidence. Realizace prodejů a oceňování praxi, finanční nákupů praxi, převody majetku. Zkušenost a profesionalita. Celá ČR. AD MEDICA, 602 735 314, [www.admedica.cz](http://www.admedica.cz)

Transformace vaší praxe na SRO! Od přípravy provozních řádů, dokumentů a smluv, veškerý styk s úřady až po převod smluvních vztahů se ZP. Již stovky úspěšných realizací! Celá ČR. AD MEDICA, 775 679 982, [www.admedica.cz](http://www.admedica.cz)

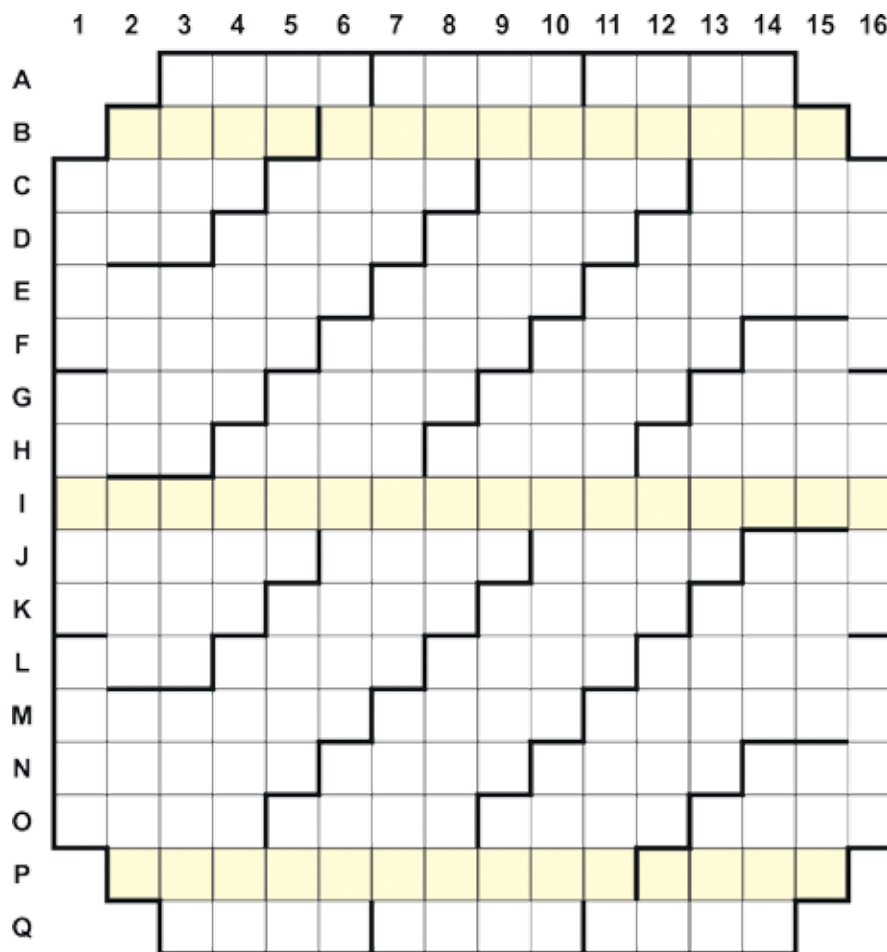
Vyřídíme vám oprávnění k poskytování ZS, povedeme vaše účetnictví a mzdy. Kontakt: 608 915 79, [www.registracenzz.cz](http://www.registracenzz.cz), [ucetnictvizz@seznam.cz](mailto:ucetnictvizz@seznam.cz)

Zkušená účetní nabízí vedení účetnictví a daňové evidence, Brno a okolí. Praxe v účtování soukromých zdravotnických zařízení 10 let. Kontakt: Eva Šimová, 731 163 137

## SEZNÁMENÍ

Hledám někoho na společné přivítání jara. Ideálně počátkem léta. Nekuřák, bude mi 35. Kontakt: [rn456@seznam.cz](mailto:rn456@seznam.cz)

## KŘÍŽOVKA O CENY



Lékařské fakulty poskytují tak málo vědomostí o medicíně ... (dokončení citátu Richarda Gordona je v tajence).

**VODOROVŇĚ:** **A.** Psí rasa; forma léku; jméno Komenského. – **B. 1. díl tajenky; 2. díl tajenky.** – **C.** Malé závaží; jas; čistič do skla; chemický prvek. – **D.** Tamto; tekutina proudící cévami; slovensky „směr“; kopcovitý terén (nářečně). – **E.** Krveprolití; opeřenec; čerstvá zpráva. – **F.** Palmy; stará zbraň; příloha k masu; klep. – **G.** Značka pokrmového tuku; slovenská řeka; americký kopytník; španělský Arab. – **H.** Temnota; vznik; drobná; kůlna. – **I. 4. díl tajenky.** – **J.** Velká námořní loď; listnatý strom; druh lososa; kožíšina na krk. – **K.** Trnovník; karetní hra; druh květenství; dveřní závěs. – **L.** Křik; krátký reklamní snímek; okrasní ptáci; radovat se. – **M.** Trhavina; manžela; rady. – **N.** Nevpravovat zrní do půdy; kujné materiály; dívčí jméno; za kolik. – **O.** Spojka; vítězná; trubice v živočišném těle; ještě. – **P. 3. díl tajenky; 5. díl tajenky.** – **Q.** Napadení; rekreační stavení; pokladna.

**SVISLE:** **1.** Ve svém bytě; kanál; úder (slovensky). – **2.** Pouze; jméno skladatele Chačaturjana; velké pytle; pořadí jídel. – **3.** Egyptská bavlna; senoseč; asijský stát; štětina kance. – **4.** Smyčka; druh papouška nestora; vyzývat k návštěvě; zmenšit. – **5.** Předložka; hlučné doušky; rov; jednotka prostorového úhlu; SPZ Prostějova. – **6.** Světová strana; zápis z úředního jednání; vynikající dostihový kůň. – **7.** Římskými číslicemi 1014; vytrpět; vnější strana. – **8.** Dějství; plátěné přístřeší; ovocná šťáva; podlouhlý vojenský štít nahoře zašpičatělý. – **9.** Měkkýš bez ulity; evropský veletok; velká pole; vnmavost. – **10.** Asiat; přerývaví; roky. – **11.** Jméno psa; neloužiti; halekání. – **12.** Značka miníma; bicykly; řecké písmeno; plavidlo; popěvek. – **13.** Týkající se ovsy (zřídka); slovensky „moje“; pácidlo; zvýšený tón. – **14.** Představovat si; povel pro psa; hluboké mužské hlasy; hřbet. – **15.** Asijský stát; tmavočervený; biblická osoba; arabské mužské jméno. – **16.** Obyvatel Arábie; hrmotit; hole.

**Pomůcka:** kotár, krek, spat.

## Křížovka o ceny

V tajence křížovky v Tempusu medicorum 4/2015 se skrýval citát středověkého lékaře Thomase Sydenhama: **Jako mladý lékař jsem měl na každou nemoc dvacet léků. Na konci své kariéry jsem objevil dvacet nemocí, na které nemám ani jeden lék.**

Knihu Marie Valtrové *Dívaldo s rodokmenem* o společnosti Jana Hrušínského a Divadle Na Jezerce získává deset vylosovaných luštitelů: **Marie Adlerová**, Ruprechtov; **Jana Blagová**, Opava-Vavrovice; **Karel**

**Landa**, Ústí nad Labem; **Pavel Marten**, Ostrava-Zábřeh; **Josef Marx**, Praha 9; **Lydie Oudová**, Plzeň; **Věra Richterová**, Valy; **Petr Sagher**, Brno; **Jana Scheinherová**, Bezdědovice; **Josef Tenora**, Svitavy.

Na správné řešení tajenky z čísla 5/2015 čekáme na adrese [recepcie@clker.cz](mailto:recepcie@clker.cz) do 3. června 2015.

*Hodně štěstí!*

**Upozornění:** Do slosování o ceny mohou být zařazeni pouze lékaři registrovaní v České lékařské komoře.



# Aktuální informace z ČLK

Zdravotní pojišťovny právě rozesílají úhradové dodatky a nové smlouvy. Dochází k důležitým změnám zákonů a vyhlášek. To vše ČLK monitoruje a analyzuje. Aktuální informace, doporučení a analýzy je možné získat na internetové stránce ČLK, facebookovém profilu či pomocí e-mailu.

## Internetové stránky ČLK



Je zde zprovozněn tzv. RSS kanál, který umožňuje získat okamžitou informaci do svého mobilu, tabletu či počítače. Odkaz na kanál naleznete na konci stránky vpravo pod tímto obrázkem.

## Facebookový profil ČLK

Pokud máte sami facebookový profil, napište do vyhledávače přátel a stránek: Česká lékařská komora. Pokud kliknete na Tohle se mi líbí (tedy lajkujete tento profil), bude okamžitě vidět aktualizace komorového profilu. Umísťujeme sem odkazy na novinky ze stránek ČLK, fotoreportáže z akcí či odkazy na zajímavé články z médií.

## E-mail

ČLK disponuje v této chvíli skoro 33 tisíci mailovými adresami svých členů. Pravidelně posílá na tyto adresy tzv. hromadný mail v případě důležitých aktuálních informací. Pokud maily od ČLK nedostáváte, obraťte se na své okresní sdružení a svoji mailovou adresu zde doplňte do registru. Ve veřejné části registru, který je umístěn na internetové stránce ČLK, se tato adresa bez vašeho souhlasu samozřejmě neobjeví.



[www.lkr.cz](http://www.lkr.cz)

