

TEMPUS

MEDICORUM



Hlavní téma měsíce
Zdravotnická dokumentace,
lékaři a pacienti

Rozhovor
Rytíř lékařského stavu 2006
profesor Ivan Karel

PLUS FI

**VAKCINACE PROTI LIDSKÝM
PAPILLOMAVIRŮM**



Za informaci možná i rána sekerou?

Členové Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR schválili novelu zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, kterou se snaží uvést pravidla informování pacientů v Česku do souladu s Úmluvou o lidských právech a biomedicině, jež je už několik let i pro náš stát závazná. Jsme jistě rádi, že skončí stav, kdy jsme my, lékaři, měli na vybranou pouze jednu ze dvou špatných možností. Tedy svým jednáním porušovat buď Úmluvu,

anebo české zákony. A je jistě škoda, že obdobný zákon kvůli vetu prezidenta republiky Václava Klause nezačal platit již před rokem.

Lékařská komora při projednávání zákona opakovaně upozorňovala poslance, že ani **Úmluva o lidských právech a biomedicině netrvá na bezvýjimečném informování pacienta formou nahlížení do zdravotnické dokumentace a naopak umožňuje toto právo omezit, je-li to v zájmu pacienta.** Je škoda, že zákonodárci nevzali v potaz ani názor odborníků komory ani tvůrců Úmluvy, že **pacienti mají právo na informace, které jsou nejenom pravdivé, ale jež jsou jim zároveň podávány ve formě pro ně srozumitelné.** Nahlížení pacientů do dokumentace a jejich možnost kopírovat si její části může totiž bez znalosti souvislostí vést k dezinterpretaci takto získaných informací a pacient místo toho, aby byl informován, může být spíše dezorientován.

Je zřejmé, že zejména ty nejzávažnější **informace o svém zdravotním stavu by se měl pacient dozvědět citlivě podané z úst ošetřujícího lékaře a nikoliv ve strohé, pro laika často nesrozumitelné formě zdravotnické dokumentace.** Samostudium odborného textu, jakým je zdravotnická dokumentace, nemůže přece pacientovi nahradit rozhovor s lékařem. A pokud se pacient například necitlivým způsobem dozví, že má zhoubný nádor nebo že jeho rakovina navzdory dosavadní léčbě progreduje formou metastatického procesu, může na takovou informaci reagovat zkratkovitě, třeba i sebevraždou.

Patrně největší komplikace ale přinese zákon v psychiatrii. Pokud si například paranoidní schizofrenik v dokumentaci přečte tuto svoji diagnózu, pak spíše než důvěru ke svému lékaři získá v lepším případě chuť podat na něho trestní oznámení, v případě horším ho udeří sekerou.

Příklady, kdy by bylo vhodné omezit právo pacientů na nahlížení do dokumentace, bychom jistě našli více. Pacienty však může poškodit nejenom nevhodným způsobem získaná informace, ale i to, že někteří z lékařů ze strachu promění dokumentaci z pracovního nástroje v soupis úhledných, prefabrikovaných, z právního hlediska korektních, ale po faktické stránce bezobsažných frází s nulovou vypovídající hodnotou. A setkal jsem se dokonce i s nápady, že by si lékař paralelně s oficiální dokumentací vedl neformální poznámky, do kterých by zaznamenával to skutečně podstatné.

Je možné konstatovat, že i při přijímání této novely postupovali zákonodárci v souladu se svými zvyklostmi tak, že se vůbec nezajímali o komplikace, které jejich rozhodnutí způsobí těm, jimž ukládají nové povinnosti. Jde o to, že zdravotnická dokumentace je majetkem zdravotnického zařízení, byť svého druhu. Zdravotnické zařízení zároveň odpovídá za její úplnost i za ochranu citlivých osobních údajů. Dohled na pacienty a rodinné příslušníky, aby z dokumentace při jejím studiu nic neodcizili, ale i prosté kopírování dokumentace, to vše přinese zdravotnickým zařízením, potažmo lékařům, větší administrativní zátěž a bude klást zvýšené nároky na čas ošetřujících lékařů.

Ze všech výše zmiňovaných praktických důvodů považuje představenstvo komory za dostatečný a vhodnější způsob informování pacienta formou výpisu z dokumentace provedeného lékařem. Takový výpis by byl v případě potřeby přezkoumatelný na zdravotnickém zařízení nezávislým odborníkem nebo i soudním znalcem.

V žádné případě není pravda, že by lékařská komora chtěla bránit pacientům v přístupu k informacím o jejich zdravotním stavu. Právě naopak. Vztah důvěry mezi pacientem a ošetřujícím lékařem považujeme za nezbytný předpoklad úspěšné léčby. Na rozdíl od často poněkud populisticky jednajících zákonodárců je však lékařská komora ve svém konání vedena snahou spolupřispívat takové prostředí, aby její členové, lékaři, mohli v souladu s etikou své profese pacientům prospívat co možná nejvíce.

Věřím, že poslanci, kteří svými hlasy návrh zákona podpořili, byli vedeni upřímnou snahou pomoci pacientům. Pouhá snaha však často nestačí, ve většině případů bývá lepší vyslyšet názory odborníků, třeba těch z lékařské komory.

MUDr. Milan Kubek, prezident ČLK

OBSAH

TÉMA MĚSÍCE	2-7
Vyhláška o zdravotnické dokumentaci a informovaném souhlasu	
Anketa: Souhlasíte s tím, aby pacient měl neomezenou možnost nahlížet do zdravotnické dokumentace a kopírovat si z ní?	
ROZHOVOR	8-9
Prof. MUDr. Ivan Karel, DrSc., Rytíř lékařského stavu	
ZE SPOLEČNOSTI	10
Pasování Rytíře lékařského stavu	
STALO SE	11-13
Lékaři zvedají kotvy	
Evropští lékaři chtějí mluvit jedním hlasem	
Maďarská vláda likviduje lékařskou samosprávu	
Lékaři z Bulharska ani Rumunska nemají zájem pracovat v ČR	
AMBULANTNÍ SPECIALISTÉ	14
Jindřichohradečtí ambulantní specialisté napsali ministrom a pojišťovněm	
Žádejte individuální smlouvy	
PŘÍLOHA FI	
Vakcinace proti lidským papillomavirům	
FORUM	15-19
Praktik.cz, dravý proud v rámci SPL	
Zahájení dohodovacího řízení	
Prohlášení představitelů soukromých lékařů	
Kdo doplatí na revoluci v úhradách	
Personální vybavení zdravotnických zařízení	
Polemika Rath – Julínek v Poslanecké sněmovně	
PRÁVNÍ PORADNA	20-21
Může lékař léčit i proti vůli pacienta?	
Od pacienta nelze požadovat registrační poplatky	
Vymezení povinné mlčenlivosti	
KAZUISTIKA	22
Případ neposkytnuté dokumentace	
NÁZOR	23-24
Co nám přinese zvýšení spoluúčasti pacientů	
Nejvyšší správní soud se volbou nezabýval	
Z MÉDIÍ	25
Proč dostali smlouvu jen někteří lékaři?	
SERVIS	26-28
Kurzy a vzdělávání	
Řádková inzerce	
Křížovka o ceny	

Měsíčník TEMPUS MEDICORUM

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

Šéfredaktor: MUDr. Milan Kubek

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

Odpovědná redaktorka: PhDr. Blanka Rokosová

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

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

Prepress: EUROVERLAG, s. r. o., Plzeň

Tisk: Moraviapress, a. s., Břeclav

Uzávěrka čísla 04: 10. 4. 2007 • Vyšlo: 26. 4. 2007

Podávání novinových zásilek povoleno: Česká pošta, s. p., odštěpný závod Praha, čj. nov. 6139/96 ze dne 22. 11. 1996

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

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

Příspěvky se nemusejí shodovat se stanoviskem redakce.

Ta si současně vyhrazuje právo na redakční úpravu textů.



ANKETA

Souhlasíte s tím, aby pacient měl neomezenou možnost nahlížet do zdravotní dokumentace a kopírovat si ji?

Moji pacienti a jejich rodiče si mohou přečíst informace o svém zdravotním stavu na svých internetových stránkách na IZIPU, které pravidelně doplňuji. Zatím jen VZP pojistěnci – je jich stejně nejvíce. Nemyslím si, že všechny informace v kartách jsou určeny pro pacienty (hlavně u dospělých pacientů). Pro ně nepochopitelné informace mohou být zavádějící a zkreslující.

MUDr. Eva Mátlová, PLDD,
Nové Město na Moravě

Souhlasím, aby pacient mohl nahlížet do zdravotní dokumentace. Je to JEHO zdraví.

MUDr. Igor Máčel, hemodialyzační oddělení,
Nemocnice Nové Město na Moravě

Ve svém oboru (psychiatrie a dětská psychiatrie) považuji nahlížení do dokumentace či její kopírování za nežádoucí a pacienta poškozující. Na rozdíl od jiných oborů pracuji se subjektivními informacemi, které se často netýkají jen pacienta samotného, ale i dalších osob a vlastně i mě samotné. Součástí dokumentace jsou zprávy z vyšetření pro praktického lékaře či jiného specialistu, zprávy pro OSSZ, orgány a instituce péče o děti, policii, soudy – s těmi je pacient vždy seznámen (někdy i podpisem do dokumentace stvrzuje, že s jejich poskytnutím a rozsahem souhlasí, případně i to, že nesouhlasí s jejich obsahem). V tomto rozsahu nevidím v nahlížení do dokumentace problém. Součástí mnoha vedených dokumentací jsou i informace od blízkých (nejen příbuzných), informace ze školy apod. Vztahové propletence lidí z jednoho úřadu a domu v mé praxi na malém městě nejsou výjimkou. Kompletní dokumentaci poskytují pouze soudním znalcům.

MUDr. Helena Matláková, psychiatr, Mělník

Odpověď není při odpovědném přístupu jednoduchá. Hlavním problémem dle mého úsudku je právě to, že se jedná o vydání informací PACIENTOVĚ. A každý dobrý lékař ví, že nezáleží jen na tom, o jakou informaci se jedná, ale i na okolnostech, za kterých se pacient tuto informaci dovídá, i na čase, stavu, schopnosti pacienta se s danou informací vyrovnat a v neposlední řadě i na povaze onemocnění, kterým trpí... Snahou zdravotníků tedy zpravidla není informace před pacientem tajit, ale dodržet jeden ze zásadních principů humánní medicíny, a tím je princip NOLIOCCERE. Oproti současnému stavu bych právně usadnil cestu k zdravotnické dokumentaci v případech, kdy je zásadně narušena důvěra mezi pacientem a zdravotníkem, ale vidím řadu omezení volného přístupu, která jsou v zájmu skutečného pacienta.

MUDr. Josef Suk,
anesteziolog, ARO, Pelhřimov

Souhlasím. Bude to sice velice náročné pro lékaře, ale myslím, že to zkvalitní vedení dokumentace a zároveň to posílí důvěru a dialog mezi lékařem a pacientem. Věřím, že takový dialog může zkvalitnit léčbu. Měla by se ale také vést veřejná diskuse o tom, že pro některé pacienty může být úplné seznámení se s dokumentací traumatizující (např. znalost rozsahu maligního onemocnění). Pacienti by si měli být vědomi toho, že nahlédnutím do dokumentace a otevřená diskuse o všech detailech jejich choroby a léčby může být někdy pomoci, jindy přitíží, může znamenat převzetí příliš velkého dílu spoluzodpovědnosti za léčbu. Přesto by měli mít možnost se rozhodnout, jestli chtějí toto riziko podstoupit, nebo jestli chtějí nechat vše na lékařích. A lékaři by měli být připraveni pacienta podpořit, jestliže mu seznámení se s dokumentací přitíží. Měli by to chápat a ne se mu „mstít“ ve stylu: „Vidíte, já jsem vždycky říkal, že pacient nemá kopie dokumentace chtít. Teď máte, co jste chtěli.“

MUDr. Eva Adamovská,
dermatolog v důchodu, Litoměřice

Zamyšlení nad vyhláškou o zdravotnické dokumentaci a informovaném souhlasu

Posun k lepšímu, ale nikoli bez vad



Dne 1. dubna 2007 nabyla účinnosti vyhláška o zdravotnické dokumentaci. Úplné znění této vyhlášky i s vyznačenými změnami zavedenými poslední novelou č. 64/2007 Sb. je k dispozici na www.lkcr.cz. Tento právní předpis nejenže podrobně upravuje problematiku vedení zdravotnické dokumentace ať již z hlediska jejího obsahu, či archivace, nýbrž stanoví i pravidla vyžadování informovaného souhlasu pacientů s provedením zdravotních výkonů.

Informovaný souhlas (v praxi též označovaný termínem „pozitivní revers“) obecně upravuje Úmluva o lidských právech a biomedicíně, kterou je Česká republika vázána a kde se v článku 5 mimo jiné doslova uvádí: „*Jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. Tato osoba musí být předem řádně informována o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích.*“

V rámci dosud platné vnitrostátní zákonné úpravy je tato problematika dále řešena zejména v ustanovení § 23 odst. 1 a odst. 2, věta první zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, jež zní takto: „*Lékař je povinen poučit vhodným způsobem nemocného, popřípadě členy jeho rodiny, případně jeho partnera, o povaze onemocnění a o potřebných výkonech tak, aby se mohli stát aktivními spolupracovníky při poskytování léčebně preventivní péče. Vyšetřovací a léčebné výkony se provádějí se souhlasem nemocného nebo lze-li tento souhlas předpokládat.*“

Vyhláška o zdravotnické dokumentaci oba zmíněné právní předpisy rozvíjí, a to zejména ve vztahu k určení formy a bližších podmínek, za nichž musí, resp. může, být informovaný souhlas vyžadován v písemné podobě.

Lze konstatovat, že ani z textu Úmluvy ani ze zákonné právní úpravy nevyplývá, že by, s výjimkou zvláštních případů, jako je například souhlas s provedením transplantace, byla písemná podoba pozitivního reversu nezbytná. Tento stav, který de facto ponechává posouzení nutnosti vyžádat si

informovaný souhlas přímo na lékařích, byl ovšem zásadním způsobem narušen, a to právě přijetím vyhlášky o zdravotnické dokumentaci v její prvotní podobě č. 385/2006 Sb. V případě nabytí účinnosti této vyhlášky v původním znění by museli všichni lékaři od svých pacientů, příp. dalších osob, vyžadovat písemně autorizovaný informovaný souhlas prakticky před každým diagnostickým nebo léčebným zákrokem. Téměř každý zdravotní výkon je totiž buď spojen s rizikem pro pacienta, nebo má několik alternativ, a dle původního znění vyhlášky tak splňuje podmínky zakládající povinnost písemného informovaného souhlasu. Tato skutečnost by nepochybně znamenala extrémní administrativní zatížení zdravotnických zařízení. Lékaři by nadto při takto nejasně formulovaném obsahu vyhlášky jen těžko hledali právní jistotu, že i ten nejbanálnější výkon nepodléhá povinnosti písemného informovaného souhlasu pacienta.

Vadnost původního znění vyhlášky o zdravotnické dokumentaci v bodě týkajícím se informovaného souhlasu následně vedla Ministerstvo zdravotnictví ČR k posunutí data účinnosti této vyhlášky z 1. 11. 2006 na 1. 4. 2007. V rámci takto vzniklé dodatečné lhůty určené především k odstranění pochybenosti právní úpravy informovaného souhlasu však Ministerstvo zdravotnictví ČR připravilo pouze takové „změny“ vyhlášky, které původní nevyhovující text v podstatě opisovaly a věcně se jej nijak nedotkly. Z těchto důvodů Česká lékařská komora sama v rámci přípomínkového řízení k návrhu novely vyhlášky o zdravotnické dokumentaci, předložené



v lednu 2006 ministerstvem zdravotnictví v opětovně nevhodné formě, navrhla, aby posouzení toho, zda si pozitivní revers lékař v písemné podobě vyžádá, či nikoliv, bylo ponecháno výhradně na tomto lékaři. **Ačkoliv Ministerstvo zdravotnictví ČR původně chtělo „napravit“ nevhodné znění vyhlášky plně dle připomínek ČLK, tedy tak, aby o pořízení písemného pozitivního reversu rozhodoval lékař, v konečné verzi vyhlášky tento záměr ČLK akceptován nebyl. Pojem „lékař“ totiž nebyl ministerstvem považován za vhodný, a vyhláška proto místo tohoto termínu obsahuje pojem „zdravotnické zařízení“.** Z tohoto důvodu např. ve velkých nemocnicích lékaři právem poukazují na to, že ředitelství a právní oddělení nemocnice vyprodukuje bez jejich spoluúčasti pokyny ohledně toho, v jakých případech písemný informovaný souhlas žádat, místo aby si to posoudil každý šéf úseku sám podle vlastních zkušeností. Návrh ČLK byl naštěstí ministerstvem v zásadě akceptován alespoň v ostatních bodech a novelou vyhlášky o zdravotnické dokumentaci přijatou pod č. 64/2007 Sb. byl převeden do obecně závazné formy nahrazující předchozí zcela nevyhovující formulaci.

Vyhláška č. 64/2007 Sb. tak s účinností od 1. 4. 2007 stanoví, že **písemný souhlas pacienta nebo jeho zákonného zástupce s poskytnutím vyšetřovacího, léčebného nebo jiného zdravotního výkonu (dále jen „zdravotní výkon“) musí být součástí obsahu zdravotnické dokumentace tehdy, jestliže povinnost písemné formy souhlasu stanoví zvláštní právní předpis (např. transplantáční zákon) nebo jestliže s ohledem na charakter zdravotního výkonu byl souhlas v písemné formě zdravotnickým zařízením vyžádán.**

Pokud se týká obsahu informovaného souhlasu, ten je závazně vymezen v příloze č. 1 bod 5. vyhlášky č. 385/2006 Sb., kde se do slova uvádí:

„5. PÍSEMNÝ SOUHLAS S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍHO VÝKONU.

A. Písemný souhlas obsahuje:

1. údaje o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích zdravotního výkonu,

2. poučení o tom, zda plánovaný zdravotní výkon má nějakou alternativu a pacient má možnost zvolit si jednu z alternativ, pokud zvláštní právní předpisy toto právo nevylučují,

3. údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, lze-li takové omezení předpokládat; v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti,

4. údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů,

5. zápis vyjádření pacienta, že údaje a poučení podle bodů 1 až 4 mu byly zdravotnickým pracovníkem sděleny a vysvětleny, že jim porozuměl a že měl možnost klást doplňující otázky, které mu byly zdravotnickým pracovníkem zodpovězeny,

6. datum a podpis pacienta a zdravotnického pracovníka, který pacientovi údaje a poučení poskytl; nemůže-li se pacient podepsat, opatří se záznam jménem, popřípadě jmény, příjmením a podpisem svědka, který byl přítomen projevu souhlasu, a uvedou se důvody, pro něž se pacient nemohl podepsat, a dále se uvede, jakým způsobem pacient svou vůli projevil.

B. Jde-li o nezletilého pacienta, pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům nebo pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům, musí z písemného souhlasu vyplývat, že příslušné údaje byly poskytnuty pacientovu zákonnému zástupci a v přiměřeném rozsahu a formě též pacientovi; zákonný zástupce v takovém případě podepíše písemný souhlas. Odmítá-li zákonný zástupce písemný souhlas podepsat, opatří se jménem, popřípadě jmény, příjmením a podpisem svědka, který byl přítomen odmítnutí, a uvedou se důvody, pro něž se zákonný zástupce nepodepsal.

C. Pro odvolání písemného souhlasu se použijí části A a B této přílohy přiměřeně.“

I v tomto ustanovení se odráží některé připomínky České lékařské komory, kterými byla doplněna novela č. 64/2007 Sb.

Celkově lze novou právní úpravu informovaného souhlasu dle vyhlášky č. 64/2007 Sb. označit za v zásadě vyhovující jak dikci Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, tak i reálným podmínkám poskytování zdravotní péče u nás. V této souvislosti je nicméně přesto nutno zdůraznit, že i když oproti původní úpravě pozitivního reversu zjevně došlo přijetím shora popsané novely ke značnému kvalitativnímu posunu směrem k lepšímu, nelze ještě hovořit o znění bezvadném.

Jedním z důvodů tohoto závěru je již zmíněná skutečnost, že **v novele nebyl bohužel zohledněn návrh ČLK, který dával možnost zvážit si vyžádání písemného informovaného souhlasu přímo lékaři, nýbrž toto právo založil pouze zdravotnickému zařízení.** Ačkoliv tato formulace zřejmě nebude činit problémy v případě zdravotnických zařízení provozovaných jediným lékařem, v prostředí velkých nemocnic je aplikovatelnost této dikce vyhlášky již mnohem komplikovanější. **Za nedostatek lze konečně považovat i fakt, že obsahové náležitosti písemného informovaného souhlasu jsou v příloze č. 1 dány jako povinné, tj. nebyl přijat jistě případný návrh ČLK na změnu spočívající v nahrazení textu „Písemný souhlas obsahuje:…“ textem „Písemný souhlas zpravidla obsahuje“, který by lépe odpovídal specifickým podmínkám jednotlivých zdravotnických pracovišť.**

Mgr. Aleš Buriánek

Nesouhlasím, protože lékař v první linii, zejména praktik, pracuje ve velké časové tísní a jeho poznámky, které si do karty píše, tomu obvykle odpovídají. Dělá si poznámky o případně možné simulaci či účelovém jednání pacienta, kteréžto nemůže dokázat. Nemyslím si, že by si to pacient měl číst.

MUDr. Olga Vodičková,
PL pro dospělé, Varnsdorf

Nesouhlasím, aby pacienti mohli kopírovat svou zdravotní dokumentaci, ale souhlasím, aby mohli nahlížet do své dokumentace po domluvě s lékařem.

MUDr. Pavel Minich, gynekolog, Benešov n. Pl.

Nahlížení do dokumentace bez omezení považují pro psychiatrické pacienty za nešťastné (přínejmenším). Lze očekávat, že někteří zpracují údaje o nich vedené v dokumentaci (v psychiatrii jde především o popisy chování pacientů na oddělení či v ambulanci, zprávy od rodiny, jiných lékařů, sousedů, policie ap.) paranoidně či jinak patologicky. Lze pak očekávat, že se budou domáhat opravy údajů, zničení dokumentace či se ji pokusí sami zničit hned na místě, což by byla ještě lepší varianta. Je ale také možné, že obrátí svou paranoiditu vůči autorům zápisů – pak lze očekávat udání, stížnosti až fyzické napadení nejen ošetřujícího personálu, ale třeba i rodiny, která informace poskytla. Za další problém pro všechny pacienty považují, že bude nutné upravit režim nahlížení podobně jako u soudu, když strany nahlížejí do spisu – povinnost prokázat se, že jde skutečně o osobu oprávněnou, místo, kde k nahlížení dojde, bude nutný dohled nad osobou, která si bude dokumentaci prohlížet, aby z ní něco nezcičila či nezničila. Protože toto nebude zdravotnickým výkonem, považují úhradu pouze do výše ceny pořízení kopie za směšné.

MUDr. Milada Hyklová,
psych. léčebna Horní Beřkovice

Jsem proti z těchto důvodů: v dokumentaci mohou být údaje o třetí osobě, pacient nemusí rozumět všem informacím a může si je špatně interpretovat. V dokumentaci někdy uvádím doslovně znění pacientova popisu obtíží, pacient zapomene, že to řekl... Někdy je v dokumentaci i komentář lékaře, který se nemusí pacientovi líbit.

MUDr. Jaroslava Pohořelá,
PL pro dospělé, Děčín

Každý pacient má nárok na mnohem detailnější informaci o své chorobě, než jsme byli zvyklí dříve podávat. Kromě toho má dostávat do ruky po každé návštěvě lékařskou zprávu a po hospitalizaci propouštěcí zprávu. Nejblíží příbuzní, pokud s tím pacient souhlasí, mají rovněž právo být informováni. Nesouhlasím však s tím, aby nahlíželi do chorobopisů nebo ambulantních karet a dělali si kopie jednotlivých vyšetření, jejichž závěry nebo dokonce celý popis mají ve zprávách ambulantních i nemocničních. Pokud budou zavedeny čipy, pak budou mít na nich všechny zprávy k dispozici. Z prognostického hlediska u vážně nemocných pacientů musí lékař zprávu koncipovat tak, aby pro pacienta, který dostává zprávu do ruky, neznamenal ztrátu naděje na zlepšení stavu.

Doc. MUDr. Radana Neuwirtová, CSc.,
odd. klinické hematologie, VFN Praha 2

V současném globálním trendu otevřených informací se nedá než souhlasit. Aspoň to povede k zodpovědnému vyjadřování se v dokumentaci. Budeme lépe zvažovat, co napsat a co ne, a za tím si i stát v případě potenciálního konfliktu.

MUDr. Jan Flidr, psychiatrická ambulance,
Kralupy nad Vltavou

Myslím si, že pacient má mít přehled o tom, co mu je, co se s ním dělá a bude dělat a proč. Ale celá dokumentace je mu, myslím, k ničemu, protože by se v ní tak jako tak nevyznal. Je samozřejmě, že s pacientem se musí hlavně mluvit a musí se mu vysvětlovat všechno tak, aby mu bylo zcela jasné, proč se mu naordínuje to či ono i s vysvětlením možných rizik!

MUDr. Augusto-Javier Camargo,
Záchraná služba Děčín



ANKETA

Souhlasíte s tím, aby pacient měl neomezenou možnost nahlížet do zdravotní dokumentace a kopírovat si ji?

Domnívám se, že pacient má právo na výpis z dokumentace.

Prim. MUDr. Jan Rejholec, chirurgické odd. Nemocnice Děčín

Ne, laik nemusí porozumět terminologii a postupům, může je nesprávně interpretovat, což povede ke konfliktům. Jinak by měl mít právo na zprávy a nálezy, protože jde o jeho tělo.

MUDr. Jaromír Čech, praktický lékař pro dospělé, Valašské Meziříčí

Nevídím problém v seznámení pacienta s kompletní lékařskou dokumentací. Jako větší problém se mi spíše jeví provedení kopie či opisů. Jak bude zaručena úplnost poskytnuté dokumentace?

MUDr. Milan Lokvenc, chirurg. odd. Nemocnice Nové Město na Moravě

Myslím, že by pacient měl mít přístup ke zdravotnické dokumentaci, ale jen ve formě výpisu, čili ve formě pro pacienta srozumitelné. Některé údaje obsažené v dokumentaci, vytržené z kontextu, mohou být zavádějící a mohou být nesprávně vykládány zejména v případě, že se jedná o popis např. mentální vyspělosti pacienta, jeho postoje k navrhované léčbě apod. Dokáží si představit, jak mne „cupuje“ právník za poznámku v dokumentaci znějící „persona simplex“. Medicínsky je to terminus technicus, ale jiný výklad tento pojem posune do jiné roviny, např. „méněcenný“. Přístup ke zdravotnické dokumentaci si vykládám tak, že pacient má právo a nárok na lékařskou zprávu a na možnost odnést si další pomocná vyšetření jako např. RTG, přičemž je lhostejné, zda jej obdrží jako RTG snímek, či nahrané na CD.

MUDr. Pavel Machotka, ortoped, Praha 6

Nesouhlasím s tím, aby pacient měl neomezenou možnost nahlížet do dokumentace a kopírovat si ji. Na jedné straně existuje zákon na ochranu osobních údajů, na druhé se poskytnou mnohdy důvěrné informace, které se dají zneužít.

MUDr. Luboš Gebauer, OPL, Neplachovice

Pacient BY MĚL mít možnost nahlížet do své zdravotní dokumentace, jedná se o jeho osobu, jeho zdraví. A současně by měl mít právo na řádné vysvětlení údajů o něm vedených.

MUDr. Kucharčíková, radiologické oddělení Nemocnice Nové Město na Moravě

Myšlenka je oprávněná, ale kdo zvládne další zdržování od práce lékaře, i tak jsme již zavaleni administrativou. Nebude to jen dát kartu k nahlédnutí, ale i vysvětlování, protože se v tom pacient nevyzná. Kopírování? Málokdo má kopírku v ordinaci – to pak budou kartu odnášet z ordinace? Kdo bude hlídat, kdo si co vypůjčil, kdo co vrátil? Půjčila jsem inhalátor a ani ten jsem neuhlídala, pacient pak zapřel, že si ho vzal. Další papírování... Povede to k tomu, že pacienti budou obíhat další lékaře a ptát se, zda lékař postupoval správně? Nedovedu si to představit prakticky, i když myšlenka by nebyla špatná.

MUDr. Božena Slámová, PLDD Žďár nad Sázavou

Zásadně nesouhlasím. Nikdo nemůže plnohodnotně a zejména objektivně posoudit informace zde obsažené, jednotlivé kroky, rozhodnutí apod., není-li to lékař.

MUDr. Jana Směkalová, chirurgické oddělení Nemocnice Nové Město na Moravě

Neomezená možnost je skutečně pojem, který by zaměstnal někoho jako asistenta na plný úvazek. Nemám nic proti tomu, aby pacient mohl nahlédnout do své dokumentace, přesněji na terapii zpětně, na výsledky vyšetření apod. Na straně druhé ale zejména u psychiatrických

Rozhodnutí není svěřeno lékařům, ale zdravotnickému zařízení

Oproti původnímu znění vyhlášky o zdravotnické dokumentaci došlo k pozitivní změně v části upravující informovaný souhlas (§ 1 odst. 2 písm. h). Původní znění vyhlášky nedávalo lékařům ani zdravotnickému zařízení možnost určit, kdy si písemný informovaný souhlas od pacienta vyžádá a učiní jej součástí zdravotnické dokumentace.

Po připomínkách legislativní rady vlády zpracovalo ministerstvo zdravotnictví novelu vyhlášky, která však v tomto bodě v podstatě pouze nevýznamně modifikovala její původní vadné znění.

ČLK tento návrh v lednu připomínkova-
vala s tím, že jsme požadovali, aby o tom, zda před určitým výkonem bude pacient podepisovat informovaný souhlas, rozhodoval lékař. Ministerstvo nám částečně vyhovělo a svůj návrh změnilo tak, že § 1 odst. 2 písm. h) vyhlášky povinně vyžaduje písemný záznam o informovaném souhlasu již jen ve zvláštních případech, kdy takovou formu informovaného souhlasu ukládá přímo zákon (např. u transplantací). Současně výslovně ponechává na zdravotnickém zařízení, zda si v ostatních případech s ohledem na povahu zdravotního výkonu písemný souhlas vyžádá, či nikoliv. Bohužel právníci ministerstva nepocitují k nám lékařům přílišný respekt, a tedy rozhodnutí není svěřeno lékařům, jak navrhovala komora, ale zdravotnickému zařízení. Přesto lze i toto znění vyhlášky považovat za významný pokrok.

ČLK zabránila tomu, aby byl lékař povinen de facto před každým výkonem činit písemný záznam o informovaném souhlasu pacienta do dokumentace.

Původní znění § 1 odst. 2 písm. h) vyhlášky č. 385/2006:

„Zdravotnická dokumentace v návaznosti na zjištěné informace o zdravotním stavu pacienta dále obsahuje...

h) nejde-li o neodkladnou péči a je-li příslušný výkon spojen s rizikem pro pacienta nebo lze volit z několika možných postupů další zdravotní péče, záznam o informovaném souhlasu pacienta nebo jeho zákonného zástupce, popřípadě svědka s poskytovanou zdravotní péčí; náležitosti záznamu jsou uvedeny v příloze č. 1 této vyhlášky,“

Nové znění § 1 odst. 2 písm. h) vyhlášky č. 64/2007, tj. po zapracování připomínek ČLK:

„Zdravotnická dokumentace v návaznosti na zjištěné informace o zdravotním stavu pacienta dále obsahuje...

h) písemný souhlas pacienta nebo jeho zákonného zástupce s poskytnutím vyšetřovacího, léčebného nebo jiného zdravotního výkonu (dále jen „zdravotní výkon“), jestliže povinnost písemné formy souhlasu stanoví zvláštní právní předpis^{1a)} nebo jestliže s ohledem na charakter zdravotního výkonu byl souhlas v písemné formě zdravotnickým zařízením vyžádán,“

MUDr. Milan Kubek

1a) Například § 26 odst. 4 a 5, § 27c zákona č. 20/1966 Sb., ve znění zákona č. 548/1991 Sb. a zákona č. 285/2002 Sb., zákon č. 20/1966 Sb., ve znění zákona č. 548/1991 Sb. a zákona 285/2002 Sb., zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon), ve znění zákona č. 228/2005 Sb.



Dokumentace jako důkazní materiál?

Domnívám se, že v navrhovaném rozsahu by pacient právo nahlížet do dokumentace a pořizovat si kopie mít neměl. Lze uvést řadu důvodů: možné poškození nepřipraveného pacienta při seznámení se závažnou diagnózou (psychiatrickou, onkologickou), zátěž zdravotnického personálu (kdo bude kopie pořizovat a kdy; je nutno zajistit, aby neunikly údaje o třetí osobě), nesrozumitelnost dokumentace pro laika (je rozdíl, zda pacientovi bez vysvětlení předhodím větu „Hypertenze III s hypertrofií LK“, nebo když mu pro něj srozumitelně vysvětlím, že má tlustou stěnu srdce, protože pracuje proti velkému tlaku v tepnách). Opět je to o časové zátěži, při současných platbách ve zdravotnictví, kdy čas na pacienta je limitován ekonomikou, buď můžu „překládat“ termíny z dokumentace, nebo můžu pacienta srozumitelně informovat; obojí lze zvládnout s nadlidským nasazením. Další sporný okruh problémů tvoří definice blízké osoby: kdy mohou být postižena za to,

že informuji, a kdy za to, že neinformuji? To všechno jsou závažné problémy. Nejpodstatnější a ve svém důsledku nejnebezpečnější ale je skutečnost, že s účinností tohoto zákona ze zdravotnické dokumentace přestává být pracovní nástroj, ale stává se z ní důkazní materiál. To znamená, že do dokumentace přestanu zapisovat údaje, poznámky, které by mohly v budoucnu vést k rychlejší a přesnější diagnóze, které by mohly být vodítkem k dalším úvahám, a začnu si přísně hlídat, který záznam by mohl být použit (vytržen z kontextu) proti mně. Jen mi je líto, že tato praxe dopadne i na tu velkou převahu pacientů, kteří po nahlížení do dokumentace nijak netouží a současná úprava jim nijak nevaří.

MUDr. Věra Rybová,
členka představenstva ČLK

P. S. Idealistům, kteří dnes hovoří o vedení dvojí dokumentace, myslím, brzy dojde energie i skladovací prostory.

Ani lékař nemusí všem zprávám rozumět

Je jasné, že se neubráníme tlaku a nějaká větší možnost pacientů nahlížet do své dokumentace se zřejmě prosadí, jako potenciální pacient to dokážu pochopit. Ale aby byla zcela neomezená, s tím nesouhlasím. Myslím si, že slova ministra, že pacienti jsou dost chytrí, dostatečně obsahu lékařských zpráv rozumí a nemáme je podceňovat, nejsou zcela pravdivá. Ani já jako lékař už zcela dobře nerozumím lékařským zprávám z jiného medicínského oboru. Pokrok jde tak rychle, že absolutně nelze držet krok s vývojem ve všech oborech. Jak tomu pak může rozumět laik, bez rozdílu úrovně jeho vzdělání, zda základní, středoškolské či jiné vysokoškolské – nemedicínské? Domnívám se, že tu existuje opravdu nebezpečí nějaké špatné dezinterpretace lékařské zprávy či nálezu, nehledě na skutečně citlivé informace, např. onkologická, psychiatrická či jiná velmi závažná onemocnění. Jaká pak bude obrana lékaře, když bude muset vydat nebo okopíro-

vat veškeré své nálezy, diff. diagnostické úvahy a myšlenkové postupy, a tím se tak zcela před pacientem obnažit? Záleží pak na pacientově povaze a mentalitě, jak s těmito informacemi dále naloží, ale možná u části, byť malé, hrozí, že pokud nebude se vším spokojena, předloží tuto lékařskou dokumentaci právníkům či advokátům dle přísloví, kdo chce psa bít, hůl si vždycky najde. To znamená další ještě vyšší tlak na lékaře a zdravotnické pracovníky, jejich psychiku, pocit zodpovědnosti, který je dnes už tak dost velký. Nevím, jak dalece se tím zlepší jejich práce či zda to již nebude naopak spíše kontraproduktivní. Navíc to určitě přinese pro lékaře další administrativní práci a čas, včetně k obraně lékaře sloužících různých podpisů pacienta na informovaných souhlasích apod. A to vše při nezměněném ohodnocení jejich práce.

MUDr. P. Frgál,
oční oddělení nemocnice Prostějov

pacientů (a ti jsou nejen v léčebnách!) naše poznámky pro ně mohou být důvodem k agresivitě, k vyžadování dalších doplňujících informací – takže bych vzhledem k vytíženosti to raději prohlásil jako svůj duševní produkt. Je to moc široká otázka! Dejte jednoznačnou odpověď, že zdravotníci musí... a v ten moment se začnu obávat, že už nebudu dělat nic jiného než realizaci tohoto nařízení – pokud bude absurdně bez omezení.

MUDr. Igor Šubert, PL, Radostín nad Oslavou

Souhlasím – jen nevím přesně, co znamená „neomezená“ moc... Má na to právo.

MUDr. Stanislav Severa, dětský neurolog,
Nové Město na Moravě

Ne na úrovni oddělení. Pokud bude veřejný tlak na přímé kopírování částí dokumentace, pak jen prostřednictvím zvláštního oddělení na ředitelství. Přímé vstupy pacientů a jejich rodinných příslušníků do dokumentace by rušily práci na odděleních, pokud by byly častější.

Prim. MUDr. Milan Maleček, chirurgické odd.
Nemocnice Nové Město na Moravě

Nesouhlasím s neomezenou možností nahlížet do zdravotní dokumentace. Pacient si např. ráno v 8 hodin sedne k dokumentaci a 6 hodin v ní bude listovat, dělat si výpisky a ordinovat se bude kdy? Jinými slovy, zatím mi nikdo neřekl představu techniky provádění tohoto nahlížení, financování ztráty času apod.

MUDr. Bohumil Kleprlík, K-GEMINI, Broumov

Nesouhlasím, po opakovaných zkušenostech se zapůjčením, kdy řada pacientů nevrátila celou či část dokumentace a těžko bych v případě forenzního řízení získávala podklady. Poskytovat komfort mého kopírovacího zařízení, případně si účtovat kopie jako každé veřejné kopírovací místo, mi připadá absurdní.

MUDr. Věra Judová, PLD, Neratovice

Zkopírovat si výsledky z vyšetření určitě, ale ne celou kartu, do další dokumentace nahlížet v přítomnosti lékaře. I když je na zvážení, zda v současném systému pokut a regulací v komplementu nejsou výsledky vyšetření vlastně majetkem lékaře a mělo by být na jeho vůli, zda je poskytne. Také na výsledkové listině je u nás napsáno: výsledky hraří a poskytl a jméno lékaře. Ale tato fakta je nutné sdělit veřejnosti, protože o tom nemá vůbec povědomí. Možná by bylo dobré ceník laboratorních běžných vyšetření uveřejnit v denním tisku, ne v lékařském časopise.

MUDr. Věra Fastrová, praktická dětská lékařka,
Jablonec nad Nisou

Ano. Jsem ambulantní specialista a veškeré zprávy dávám pacientovi. Myslím si, že by si pacient měl domů odnést kompletní chorobopis, čím více průhlednosti, tím lépe.

MUDr. Leo Černý, chirurg,
Harrachov a Rokytnice nad Jizerou

Dle mého názoru nemá být pacient oprávněn nahlížet neomezeně do zdravotní dokumentace. Ta je majetkem ordinace, lékař do ní zaznamenává své úvahy o dif. dg. a léčebném postupu, které nejsou pro informovanost pacienta vůbec důležité, ale mohou být naopak pro laika zcela zavádějící. Do myšlenkových postupů lékaře není pacientovi nic. U vědomí toho, že bude pacient kontrolovat zápisy v dokumentaci, budeme nuceni vnitřně cenzurovat zápisy do dokumentace, jejíž výpovědní hodnota tím značně klesne. Vždyť jestliže pacienta informujeme o jeho zdravotním stavu, nečiníme tak zcela natvrdo a bez obalu, ale volíme takový přístup, který u daného pacienta považujeme pro něj za nejlepší, i když mu sdělujeme mnohdy nepřijemné skutečnosti. Navíc z praktického hlediska si nedovedu představit, jak by to mělo probíhat: kdo bude pacienta během nahlížení do dokumentace hlídat, zda si něco nepřivlastní? Za kompletnost dokumentace přece odpovídá lékař a pak by tedy nemohl vyšetřovat a léčit, ale trávil by čas hlídáním pacientů a zřejmě kopírováním nálezu. Takže jsem zásadně proti.

MUDr. Helena Hallová,
oftalmolog, Praha





ANKETA

Souhlasíte s tím, aby pacient měl neomezenou možnost nahlížet do zdravotní dokumentace a kopírovat si ji?

Můj názor je proti nahlížení do zdravotní dokumentace. Důvody vyplývají již z oboru, kterému se věnuji. V psychiatrické dokumentaci se vyskytuje hodně informací také o chování, vzezření pacienta, objektivní údaje od okolí apod. Myslím si, že by pacient měl mít přístup pouze k informacím, které jsou nezbytně nutné pro compliance.

*MUDr. Lucie Hlochová,
psychiatrická ambulance, Prostějov*

Jako ambulatní psychiatr jsem zásadně PROTI tomu, aby pacienti či jejich příbuzní měli právo nahlížet do zdravotní dokumentace a pořizovat si kopie. Zvláště v našem oboru toto právo může ohrozit léčbu pacienta a podstatně zhoršit vztah lékaře – pacient.

*MUDr. Jiří Stehlík,
psychiatrická ambulance, Jablonec nad Nisou*

Proboha ne. Nahlíží snad někdo advokátovi do jeho poznámek při soudním přelíčení? Nic nemám proti výpisům ze zdravotní dokumentace. Propouštěcí zprávy také patří pacientovi celé. Ale mé pracovní poznámky jsou mou záležitostí. Aby nedošlo k mýlce – pracuji v ambulanci. A to, co zapíšu do karty v počítači, to také pacientovi vytisknu a předám. Nesouhlasím ovšem s tím, aby se mi pacient přehraboval ve výsledcích přístrojových vyšetření, v EKG křivkách a podobně.

MUDr. Jiří Matuška, cévní ambulance, Hodonín

Neomezené nahlížení a kopírování zdravotní dokumentace pacientem není vhodné, protože snadno může dojít ke zkrácení či chybné interpretaci získaných informací a následně kriminalizaci lékařů. Nemám žádných námitek proti pořizování výpisu ze zdravotní dokumentace na žádost pacienta, což považuji za jeho právo.

*MUDr. Michal Marek,
ordinace alergologie a klin. imunologie, Děčín*

S nahlížením do dokumentace a jejím kopírováním nesouhlasím. V tomto případě totiž vedení dokumentace podřídím tomu, aby do ní pacient mohl nahlížet, a tedy některé údaje, které považuji za důležité pro zhodnocení stavu pacienta a přitom pacient by se k nim mohl stavět záporně, tam nebudu uvádět. Tím bude zdravotní dokumentace okleštěna o značnou část své informativní hodnoty, což v konečném důsledku povede ke zhoršení péče o pacienta. Řadím to k těm mechanizmům, které nutí lékaře k pochopitelnému alibistickému jednání, což se nakonec obrací proti pacientovi.

*MUDr. Marie Štastná,
privátní gyn. ambulance, Česká Kamenice*

Ne. Z mnoha důvodů. V odůvodněných případech podezření na poškození zdraví však by měl mít možnost do dokumentace nahlížet jeho právní zástupce.

*MUDr. Pavel Prokeš,
praktický lékař – akupunktura, Mělník*

Jednoznačně nikoliv. Pracuji jako praktický pediatr, do dokumentace musím mnohdy zaznamenat i podezření na poškození (týrání) dětí, mnohdy je nutno zaznamenat i nespokojení rodiny...

MUDr. Jaroslav Bělohlávek, Žďár nad Sázavou

Ne, já bych souhlasila s omezenou možností nahlížení do karty pacienta z nějakého vážného důvodu. Jinak by to mohlo být zbytečně použito proti vám.

*MUDr. Marcela Stará,
gyn. odd. Nemocnice Nové Město na Moravě*

Nesouhlasím, příbuzní kosmonautů také nezjišťovali, proč havaroval raketoplán. Pacient má ale plné právo na kvalifikovanou a srozumitelnou informaci.

*Prim. MUDr. Karel Holub, oční odd.,
Nemocnice Nové Město na Moravě*

Kopírovat zprávy jen výjimečně

Nemám námitek, aby pacient do své vlastní dokumentace příležitostně nahlížel. Ostatně pacientky během své praxe průběžně seznamují s podstatnou částí jejich dokumentace – prochází s nimi a komentují laboratorní výsledky, nálezy ultrazvuku a jiných zobrazovacích vyšetření, histologické a cytologické závěry aj. Standardně je informuji o průběhu operace, nálezu v břiše, případně komplikací na základě operačního protokolu a sděluji jim, co a proč jim ordinuji a jaký by měl být další postup.

Považuji to za vhodné pro motivaci a spolupráci nemocných, konečně dokumentace je o jejich osobě. Neomezený přístup k do-

kumentaci může být ošemetný, řada věcí je vysoce odborných, že mohou být snadno v laickém pojetí nežádoucím způsobem zkráceny. Leckdo nechce o sobě vědět nic negativního – např. strohá onkologická diagnóza, poznámky o zmatenosti nebo nespokojenosti pacienta, záznam, že těhotná opakovaně kouří na balkoně a nedodržuje režim oddělení.

Pouze ve výjimečných situacích (mimořádně složité, kontroverzní nebo forenzně řešené případy) vidím kopírování dokumentace jako opodstatněné.

*Prim. as. MUDr. Daniel Driák, Ph.D.,
Gyn.-por. klinika FN Na Bulovce*

Tlak na důslednější práci s dokumenty

Určitě je správné, že má pacient právo nahlížet do zdravotní dokumentace, jako jsou výsledky vyšetření, lékařské zprávy a podobně. Myslím si, že tím dojde ke kultivaci v našem lékařském stavu. Mám pocit, že stejně jako vše kolem i lékaři se stávají více povrchními, zhrubělymi, přehlíživými vůči svým pacientům.

Předpokládám, že touto důležitou změnou vznikne i prostor pro zvýšení společenského uznání lékařskému povolání. Bude vyvíjen tlak na lékaře, aby veškeré své záznamy o pacientovi zpracovávali s maximální vážností a odpovědností, aby se důsledněji věnovali práci s dokumentací, s anamnézou a všemi údaji kolem svého klienta.

Na druhé straně si myslím, že stejně jako na lékaře by bylo dobré vyvíjet tlak i na pacienty. Aby byli více zodpovědní za své zdraví. Aby nemohli „beztrestně“ nedodržovat pokyny lékaře, užívat drahé léky, aniž by se sami změnou svých životních návyků spolupodíleli na léčbě a uzdravovacím procesu.

Vztah lékaře a pacienta musí být vyvážený, což nakonec nevyřeší žádná vyhláška ani zákon, ale jen dostatečná možnost konkurence mezi jednotlivými lékaři tak, aby si pacient mohl opravdu zvolit takového lékaře, jakého si představuje.

V této době je tato možnost často pouhým nedosažitelným přáním. Sám mám své zkušenosti s nemožností otevřít si soukromou ambulanci, přestože jako nemocniční lékař mám velké množství pacientů, které řeším na úkor svého osobního volna, zadarmo, ve „službách“ často arogantního přístupu managementu nemocnice. Kdyby si každý lékař mohl otevřít svoji soukromou praxi, myslím si, že by žádné vyhlášky na změnu vztahu mezi lékařem a pacientem nebyly třeba. Vždyť se říká „papír snese všechno“, tedy i to, že na papíře bude všechno v pořádku, ale realita bude zcela jiná... Příklady jsou nasnadě.

*MUDr. Jiří Kucharský,
chirurg-traumatolog, Třebíč*

Laik zákonitě nemůže všemu rozumět, objeví celou řadu otazníků

Nelze jednoznačně odpovědět. Ano, pacient má právo nahlédnout do své dokumentace, ale pokud se týká jen jeho osoby. V psychiatrii jednoznačně ne, protože obsahuje data týkající se i okolí pacienta a je to zásah do velmi intimní oblasti člověka. Je to podobné, jako když si laik přečte příbalový leták k léku. Nemůže zákonitě všemu rozumět a objeví se celá řada otazníků, s kterými si neví sám rady, a opět se musí poradit s lékařem. Bohužel si nejsem jistý, zda při současné časové vytíženosti ve zdravotnictví na to bude prostor. Navíc v návrhu zákona není uvedeno, jakým způsobem

toto nahlížení bude probíhat. Chybí například časové vymezení, kdy na to pacient má právo a kdo nahradí lékaři čas, kdy se kvůli těmto konzultacím nebude moci plně věnovat své profesi u ostatních pacientů – a konečně, kdo mu to zaplatí? Tohoto zavedení budou využívat jen určité skupiny pacientů, které nejsou spokojeny, bude narůstat napětí mezi lékařem a pacientem a doplatí na to ti pacienti, kteří vlastně ani nemají zájem do své dokumentace nahlédnout, a tím, že to nechťejí, plně vyjadřují důvěru svému lékaři.

*MUDr. Petr Matek, dětský neurolog,
Jablonec nad Nisou*

Už z toho, že jsem zaměstnána jako psychiatr (dětský), vyplývá, že k neomezenému nahlížení do dokumentace a jejímu kopírování mám výhrady. Citlivost a hlavně stigmatizace oboru už natropila dost zla. Namátkou – když se univerzitní profesor dozvěděl (náhodou), že má Alzheimerovu nemoc, pokusil se o sebevraždu. Totéž si umím představit u adolescenta, který by zjistil, že má schizofrenii. To je můj osobní názor a příkladů bych našla více, ale nemělo by to smysl. Myslím, že nadšení pro absolutní informovanost – tvrdou, tzv. americkým způsobem prezentovanou pravdu, by mělo mít v naší kultuře své meze. Asi budeme vypisovat vágní chorobopisy a anamnézy, abychom se nevystavovali nebezpečí pozdějších žalob (ev. i útoků na život), jak je v psychiatrických pacientů častější než u jiných.

Prim. MUDr. Anděla Nerudová, DPL, Velká Bíteš

Nesouhlasím. Souhlasím však se všemi důvody uvedenými proti.

Prim. MUDr. Michael Vraný, chirurgie, Nemocnice Jablonec nad Nisou

Pacient má právo dle mého názoru nahlížet do laboratorních výsledků, rtg nálezů apod., ale neměl by mít právo nahlížet do celé dokumentace, kde jsou psány mé poznámky a postupy, objektivní nálezy... To by mohlo jen vyvolat konflikty, už jsem zažila konflikt, když lékař napsal do zprávy „obezita“...

MUDr. Dana Kučerová, PL, Děčín

Souhlasím s možností pacienta nahlížet do své dokumentace, kopírovat si, co chce (dělají to již nyní). Ale právě proto, že řada pacientů má u sebe bez ladu a skladu množství kopií různých vyšetření, je nutné, aby jim lékař poskytl vždy odpovídající vysvětlení a komentář, závažná onemocnění je vhodné mít zdokumentovaná i doma nebo na cestách. Předpokládám tuto službu pacientovi, ale pouze za úplatu. Je to vzhledem k nutnému vysvětlení od lékaře čas navíc, tedy práce navíc, a analogicky ze zákona na právo na informace, kdy je také poskytnutí informace zaplatněno (včetně státní sféry), nechť si pacient zaplatí čas a režii.

MUDr. Bohumil Skála, praktický lékař, Lanškroun

NE, rozhodně nesouhlasím! Zdravotní dokumentace může obsahovat např. i rozvahy lékaře kolem stavu pacienta. Ty se nemusí později potvrdit a v daný moment, kdy si tyto zápisy někdo „nepatřícně“ čte a popř. kopíruje, mohou poškodit obě strany. Zápisy jsou součástí vývoje nahlížení na zdravotní stav pacienta. V každém případě má pacient v každém okamžiku právo na lékařem zprostředkovanou informaci o svém zdravotním stavu.

MUDr. Jaroslav Mareš, soukromý pneumolog, Strakonice

Nemyslím si, že by dokumentace měla být tajná. Ale zcela přístupná také ne. Bude-li to tak, pak se zcela jistě změní. Stane se více alibistická, obsáhlejší. Příbude spousta značek, jako například čtverečky, hvězdičky, kroužky... (konfliktní, nespolupracující...), neboť již dnes nemají pacienti ve zprávách rádi napsáno, že jsou zanedbaní, špinaví, neoholení, cítit po alkoholu, obézní, senilní, pomočení... Polovinu věcí nebudou rozumět a budou se neustále dotazovat na zkratky, latinské výrazy. Nedovedu si to představit. Bude-li to mocí vyúčtovat pojišťovně či pacientovi, nebudu to sice dělat rád (raději léčím), ale alespoň dostanu tento čas zaplacený. Čas jsou peníze. Vyšetřím, bohužel, méně pacientů, čekací doby se prodlouží. Je-li toto cesta k zlepšení zdravotní péče...

MUDr. Jan Kaufman, OS ČLK Praha 9, 14

Plně souhlasím s tím, aby pacient mohl do své zdravotní dokumentace nahlížet. Problém, který bude třeba vymezit, jsou psychicky nemocní občané (pokud však jsou svéprávní, pak nemohou být diskriminováni). Před pacientem jsem nikdy nic nezatajoval, vždy byl seznámen se svým zdravotním stavem, i když špatné zprávy byly akceptovány výrazně hůře. Je to vždy otázka postoje obou stran.

MUDr. Petr Lippert, ADC Sanatorium Praha 4

O důvodech pro a proti se psalo hodně, ale měl bych ještě dvě malé poznámky. Opakovaně ke mně do ordinaci přišli příbuzní mého pacienta (partner,

rodiče i jednou děti) a sdělovali mi informace o chování, jednání a činech nemocného s tím, abych mu to neřikal, že by doma měli peklo. Potom když si pacient bude moci prohlížet zdravotní dokumentaci a toto musím před ním utajit, kam si to mám poznamenat? To mám věst ještě jednu paralelní dokumentaci pro sebe? Hlavně, kde si pacient bude dokumentaci prohlížet? V ordinaci a budu její pozorovat? A ostatní budou čekat v čekárně? Některé karty jsou velmi objemné, výpis z nich mi zabral až 2 hodiny času. A kdo to bude hradiť? Nejsem odpůrce poskytování informací, ale dávat zdravotní dokumentaci do rukou pacienta, který s ní odejde pryč, mi nepřipadá správné a ani vhodné.

MUDr. Miroslav Veselý, praktický lékař pro dospělé, Prostějov

S „neomezenou“ možností nahlížení či s případným kopírováním dokumentace nesouhlasím. Dokumentace často obsahuje pracovní poznámky lékaře, které pacientovi nic neřeknou, naopak je může pochopit a následně reprodukovat často zcela odlišně, než jak byly míněny. Mám vlastní zkušenost. Mnohdy právě ony poznámky lékaři pomohou si zpětně přesně vybavit situaci, způsob jednání a chování pacienta, které ne vždy jde „kulatně či odborně“ přesně nazvat. Nemám nic proti sdělování výsledků dílčích vyšetření, ale zcela bez jakékoliv vazby na lékařské nálezy. Na druhou stranu mám řadu pacientů, kteří si stejně všechny své nálezy kopírují a uchovávají „pro svou potřebu“, a nutno přiznat, mnohdy mi ulehčili svoji aktivitu práci víc než jejich praktický lékař. Ale i tak – NESOUHLASÍM.

MUDr. Hana Melšová, soukromá neurologická ambulance, Děčín

V rozumné míře by asi měl mít možnost nahlížet do dokumentace, jde jen o to, že ta rozumná míra není asi neomezená možnost. Nejlepší by asi byl výpis z dokumentace, tak jako je u pana učitele vysvědčení, a ne obsah jeho notesu.

MUDr. Pavel Novák, OS ČLK Rokycany

Já například vše píšu do počítače, který je otočen k pacientovi, takže si může vše přečíst, a většímu mu dávám zprávu na různá vyšetření, takže si to také může přečíst. Když se jedná o něco závažnějšího, tak si udělám čas, pacienta pozvu a snažím se mu vše vysvětlit. Jinak si myslím, že nahlížet do dokumentace a kopírovat ji bude velká administrativní zátěž pro lékaře, kterou zaplatí kdo? A ještě bude pacient dezorientovaný, stejně většinu poznámek nepochopí nebo si je vysvětlí jinak a zbytečně budou další stížnosti. Chtělo by to vymyslet rozumný způsob pro lékaře i pacienta. Z toho všeho vyplývá, že tedy nesouhlasím.

MUDr. Milada Regenermelová, PLD, NZZ Bohušovice n. O.

S poskytováním dokumentace nesouhlasím. Pacient bude dokumentaci dobře rozumět jen v ojedinelých případech a v mnoha případech může dokumentace spíše vyvolat nedůvěru k lékaři. Lékař, vědom si toho, že by do dokumentace mohl nahlížet pacient, bude věst dokumentaci možná podrobněji, z právního hlediska dokonalejší, ale z odborného hlediska méně výstižnější.

MUDr. Stanislav Boček, předseda OS ČLK Vyškov, chirurg, Nemocnice Vyškov

Proboha ne. Nahlíží snad někdo advokátovi do jeho poznámek při soudním přelíčení? Nic nemám proti výpisům ze zdravotní dokumentace. Propouštění zprávy také patří pacientovi celé. Ale mé pracovní poznámky jsou mou záležitostí. Aby nedošlo k mýlce – pracuji v ambulanci. A to, co zapíšu do karty v počítači, to také pacientovi vytisknu a předám. Nesouhlasím ovšem s tím, aby se mi pacient přehraboval ve výsledcích přístrojových vyšetření, v EKG křivkách a podobně.

MUDr. Jiří Matuška, cévní ambulance, Hodonín

Rozhodně jsem pro, aby měl pacient možnost do dokumentace nahlížet i si pořizovat kopie, ale tato možnost by neměla být neomezená. Mělo by záležet na tom, jaké má k tomu důvody. Měl by mít nárok na zapůjčení některých odborných nálezů, event. si poříditi jejich kopii. Stejně to už řada pacientů dělá a má doma kopie nálezů od odborníků.

MUDr. Ludmila Kinkorová, praktická lékařka pro dospělé, Strakonice

Nesouhlasím s tím, aby pacient měl neomezenou možnost nahlížet do zdravotní dokumentace a kopírovat si ji.

MUDr. Michael Jirčík, ortoped, Nemocnice Nové Město na Moravě

Mně to nedělá problém, již tak dávno činím.

MUDr. Miroslav Seyček, PL, Svatka

Myslím si, že tuto možnost už má pacient v současné době. Pokud bude mít zájem, vždy ho do jeho dokumentace nahlédnout nechám, nejedná se o tajné dokumenty. Nicméně, příliší mi není jasné, s jakým záměrem bychom nahlíželi do dokumentace. Bud má ke mně důvěru a není důvod mít obavy, že mu některá data či fakta zatajuji, nebo ke mně důvěru nemá, v té chvíli nevím, co bychom spolu řešili. V normálním běhu každodenní ordinace není možné prohlížet ani kopírovat zdravotní dokumentaci, na to opravdu není čas, navíc povětšinou se bude jednat již o formu elektronickou. V zásadě nejsem ale proti, vždyť se jedná o informace, které řeší pacientův zdravotní stav.

MUDr. Pavel Hruška, PL, Strážka

Nesouhlasím, mimo jiné i proto, že by se tam mohl dozvědět údaje o další osobě, což je protizákonné (např. z anamnestických dat). Zásadně pak nesouhlasím, aby měli možnost nahlížet do dokumentace pozůstalí a rodinní příslušníci pacienta. Souhlasím s podáním informace přiměřené stavu pacienta, jeho schopnostem pochopit problém, dle zvážení ošetřujícího lékaře.

MUDr. Pavla Rotová, praktická lékařka, Jablonec nad Nisou



Ne, jde o další administrativní zatěžování zdravotnického personálu. Pacientovi stejně nic nepřinese, snad s výjimkou při podezření léchy non lege artis a nejasných příčin úmrtí.

Prim. MUDr. Robert Toscani, ORL, Nemocnice Jablonec nad Nisou

Nesouhlasím! Do dokumentace zapisují dif. dg. Úvaha o některých diagnózách by mohla mít soudní dopad. V dekurzu se objevuje spousta odborných termínů, které si pacient nechá někde přeložit a vysvětlit. Jak dokážu, že unikl informací o pacientovi není z mé dokumentace? Dokumentace je výsledkem práce lékaře, tedy jeho majetkem, a on plně zodpovídá za manipulaci s ním. Přezneno-li to, má k němu autorská práva.

MUDr. Jana Omová, praktická lékařka, Železný Brod



Naše láska k medicíně byla obrovská

říká prof. MUDr. Ivan Karel, DrSc., pasovaný na Rytíře lékařského stavu

V Břevnovském klášteře v Praze zatleskali kolegové jednaosmdesátiletému profesoru Ivanu Karlovi, který byl Českou lékařskou komorou pasován na Rytíře lékařského stavu. Jako oční chirurg, vědecký pracovník a vysokoškolský pedagog se zasloužil o prudký rozvoj oftalmologie v naší zemi. Je světově uznávaným odborníkem.



Profesor Ivan Karel s manželkou

Foto: Michal Sojka

Jaké pocity se vás zmocnily, když jste byl za celoživotní přínos medicíně pasován na Rytíře českého lékařského stavu?

Mímořádné. Byl jsem tím velmi poctěn a neočekával jsem to. Jsem v podstatě skromný člověk a dosud jsem takové vyznamenání nedostal.

Během své lékařské kariéry jste přece získal nejedno ocenění...

No, získal, ale takhle vysoké ne. Tohle bez pochyby řadím nejvýš.

Lékaři obvykle tvrdí, že největší odměnou je pro ně zachovaný život pacienta nebo třeba zachráněný zrak. Jaký význam vůbec přikládáte podobným oceněním?

Velký. Lékař hodnotí výsledek své práce na podkladě sebekritiky, nanejvýš na základě hodnocení kolegů. Ale zde se jedná o ocenění celou lékařskou společností.

Uspořádal jste nějakou oslavu?

S nejbližšími přáteli jsme u nás doma poseděli do půlnoci u koňaku.

Pocházíte z hudební rodiny. Prozradte, jak se ze syna hudebního skladatele stane lékař?

Od gymnaziálních studií jsem se zajímal

o přírodní vědy a již před maturitou jsem byl rozhodnut, že chci studovat medicínu. Ovšem po maturitě v roce 1944 jsem musel rok čekat, protože vysoké školy byly zavřeny.

Otec vás neovlivňoval, abyste se také věnoval hudbě?

Naprostě ne. U nás v rodině bylo muziky až moc a prakticky bych na ni neměl ani prostor. Táta byl hudební skladatel a učil skladbu nejen na konzervatoři, ale i doma, maminka byla učitelkou zpěvu a sestra, která bohužel jako pětadvacetiletá zemřela, vystudovala sólový zpěv na konzervatoři. Táta zemřel v koncentračním táboře, naposledy jsem ho viděl v sedmnácti letech, než ho zatklo gestapo.

Ve vás hudební talent nedřímá!

Hrál jsem na piano, ale po maturitě jsem toho úplně nechal. Mám ovšem hudbu stále velmi rád a dodnes chodím často na opery a pravidelně na koncerty České filharmonie. V rozhlasě si s chutí poslechnu i klasický jazz nebo country. Nemám však rád kravál, například techno.

Proč jste si vybral právě oční lékařství?

Původně jsem na oční nemyslel. Chtěl jsem dělat chirurgii. Ale po vojně, kde jsem bohužel zůstal pět let, protože po dvouleté zá-

Prof. MUDr. Ivan Karel, DrSc.

Narodil se 16. února 1926 v Praze. Maturoval na Vančurově reálném gymnáziu v Praze-Smíchově v květnu 1944. V listopadu 1945 zahájil studia na Fakultě všeobecného lékařství UK v Praze, kde také po jejich skončení v červnu 1950 promoval. Po skončení pětileté vojenské služby nastoupil v březnu 1956 jako sekundární lékař na II. oční kliniku VFN a UK v Praze 2, aby právě očnímu lékařství věnoval celý svůj profesní život. S využitím zahraničních zkušeností založil v roce 1976 při této klinice Centrum vitreoretinální chirurgie, v té době jediné v Československu. Ani po odchodu do důchodu v roce 1998 oftalmologii neopustil, pracuje dosud jako konzultant na Oční klinice JL v Praze 5 – Nových Butovicích.

V roce 1961 se stal odborným asistentem, v září 1983 docentem oftalmologie a 1. 7. 1990 byl jmenován profesorem. V roce 1967 obhájil hodnost kandidáta lékařských věd, v roce 1984 doktora věd. V rámci své vědecko-výzkumné činnosti publikoval 158 prací, z toho 31 ve významných zahraničních časopisech. Za vědeckou a pedagogickou práci byl odměněn v roce 1979 Cenou Československé oftalmologické společnosti, v roce 1987 Cenou ministra zdravotnictví, v roce 1996 byl vyznamenán medailí Evropské společnosti refrakční chirurgie, v roce 1998 medailí k 650. výročí založení Univerzity Karlovy a v roce 2006 medailí České lékařské společnosti J. E. Purkyně.

„Těžko budeme hledat mezi současnými oftalmology tak medicínsky důsledného a objektivního lékaře s tak širokým přehledem v oboru,“ říká MUDr. Ján Lešták, vedoucí oční kliniky JL v Nových Butovicích, kde profesor Karel pracuje. „Je vždy důsledný v diagnosticko-terapeutické práci i v publikační činnosti. Jeho přednáška musí být hotova v dostatečném předstihu před prezentací. Závěry pak nejsou zkreslené a upravené. Jako jeden z mála dokáže zveřejnit i negativní výsledky.“

kladní službě následovalo navíc tříleté mimořádné cvičení, se mi naskytlá příležitost pracovat na II. oční klinice, a protože oční je také chirurgickým oborem, ani okamžik jsem neváhal. Tím spíše, že to byla II. oční klinika akademika Kurze. To byla slavná oční klini-



ka, nejlepší v tehdejší Československu. Pracoval jsem tam 42 let! Od sekundáře, začátečníka, který se teprve učil vyšetřovat, jsem postoupil přes odborného asistenta, docenta až k profesuře. Nebyl jsem členem komunistické strany, takže vše jsem měl opožděné. Na docenturu jsem čekal po návrhu osm let, profesorem jsem se mohl stát až po sametové revoluci. Ale byl jsem šťastný, že jsem mohl na klinice pracovat. Na tu dobu velmi rád vzpomínám, byla to má šťastná léta.

Ke klasické chirurgii jste se vůbec nedostal?

Dostal, když jsem po promoci na sedm měsíců před vojnou nastoupil na umístěnku na chirurgii v Plané u Mariánských Lázní. I tato krátká doba byla pro mne velkou školou. K chirurgii, kam jsem v roce 1950 nastoupil jako jediný sekundární lékař, patřila také gynekologie a porodnice. Musel jsem velmi záhy, bez zkušeností, dělat vše, tedy i komplikované porody, protože nekomplikované vedly porodní báby. Tam jsem se naučil samostatnosti a že se nesmím ničeho bát. Často jsem přistupoval k nemocnému s vědomím, že jsem v tom okamžiku jediný, kdo může poskytnout pomoc.

V jakých podmínkách se za vašich začátků v padesátých letech minulého století v Československu pracovalo?

Technické podmínky pro práci na oční klinice tehdy a dnes – to se vůbec nedá srovnávat. Oční lékařství prodělalo za tu dobu obrovskou technickou revoluci: od operací pod lupovými brýlemi až k současné čisté mikrochirurgii. Diagnostické a operační přístroje a nástroje prodělaly nepředstavitelný vývoj.

Udály se změny i v myšlení lékařů?

My všichni na klinice jsme byli hrdí, že jsme jejími členy. Všude jsme s hrdostí vystupovali jako reprezentanti kliniky. Domnívám se, že náš vztah k mateřské klinice, resp. pracovišti, byl lepší, než s jakým se setkáváme v současné době. Vliv peněz byl za našich dob podstatně nižší a podle platových tabulek tehdy ani vyšší být nemohl. Byli jsme spokojeni, že můžeme dělat práci, kterou máme rádi. Naše láska k oboru byla obrovská.

Odhadnete, kolik jste jako oční chirurg vyléčil pacientů?

To je velmi těžké. Žádnou přesnou evidenci jsem si nevedl. Vitreoretinálních operací, s nimiž jsem začal relativně pozdě, až v padesátých letech, jsem ročně provedl okolo pěti set. Za dvaadvacet let je to okolo jedenácti tisíc operovaných.

Jaká byla úspěšnost?

Když jsme začali operovat odchlípení sítnice novými metodami, zlepšila se anatomická a funkční úspěšnost operace z padesáti na osm-

desát procent. To byl výrazný skok dopředu. Zůstávala však stále komplikovaná odchlípení sítnice, která jsme byli schopni operovat až se zavedením vitrektomie, která umožnila pracovat přímo ve sklivcovém prostoru.

Právě vy jste v roce 1976 založil Centrum vitreoretinální chirurgie při II. oční klinice. Jak k tomu došlo?

Ve svých padesáti letech jsem dostal příležitost v rámci výměny lékařů vyjet na pouhé dva týdny do tehdejšího Západního Německa. Jel jsem tam již s cílem seznámit se blíže s novými cestami sítnicové chirurgie. Navštívil jsem kliniky v Bonnu a Essenu, kde jsem měl možnost poznat dva směry: v Bonnu kryochirurgický postup s plombáží měkkými pěnovými silikonovými implantáty podle Lincoffa, který v Bonnu upřednostňovala a dále rozvíjela profesorka Kreissigová, v Essenu pak na klinice slavného profesora Meyer-Schwickeratha Schepensův postup s cerkláží, tuhými silikonovými implantáty a vypuštěním subretinální tekutiny. Mně se víc líbil kryochirurgický postup, a proto jsem navázal užší kontakt s profesorkou Kreissigovou. Zpočátku jsem neměl ani implantační a šicí materiál a vděk patří právě jí, která mi zbytky šicího a implantačního materiálu ze svých operací posílala do Prahy. Po přesterilizaci jsem jej používal u našich nemocných. Byli jsme první, kteří kryochirurgický postup v Československu používali, a na výročním kongresu ČOS v Brně v roce 1981 jsme již hodnotili pozitivní dlouhodobé výsledky u 500 operovaných. To byl začátek moderní sítnicové chirurgie u nás.

Pak jste ovšem začal také jako první se sklivcovou chirurgií...

Ano. Při jedné návštěvě kliniky v Tübingenu jsem poznal doktorku Tavakoljanovou, která sem přišla z Kolína nad Rýnem od profesora Heimanna, aby zde zavedla sklivcovou chirurgii. Od ní jsem dostal doporučení přímo na profesora Heimanna. Byl to skvělý člověk, který mou snahu při budování vitreoretinálního centra všemožně podporoval. Téměř každý rok jsem jeden dva týdny trávil na jeho vitreoretinálním oddělení a též mne zval jako hosta na kongresy a sympozia, které jako špičkový specialista organizoval. Po nakoupení operační techniky jsem souběžně rozvíjel sklivcovou chirurgii u nás.

Jednalo se jistě o velmi drahé přístroje. Jak jste na ně sehnal peníze?

Získal jsem renomé v sítnicové chirurgii, a tak jsem operoval i některé politické špičky, které odchlípením sítnice trpěly. Například po úspěšné operaci vysokého vládního zástupce v bratislavském Sanopsu jsem od slovenské vlády dostal pro kliniku milion korun. To byl významný vklad na nákup operační techniky.

Jaký ohlas mělo založení centra v zahraničí?

Byli jsme první ve střední a východní Evropě, za železnou oponou. Mělo to ohlas v Polsku, Maďarsku, NDR. Třeba zdůraznit, že jsem měl tři velmi blízké spolupracovnice, které mně pomáhaly centrum zakládat a rozvíjet. Docentka Kalvodová, docentka Dotřelová a doktorka Doležalová byly pro mne nepostradatelnými oporami a prožívaly se mnou nejen všechny úspěchy, ale i obtíže. S radostí a zadostiučiněním přijímám, že první dvě se staly přednostkami klinik na Karlově náměstí a v Motole a doktorka Doležalová je výborným vitreoretinálním chirurgem na Oční klinice JL v Praze – Nových Butovicích. Samozřejmě jen obtížně jsme drželi krok s vitreoretinálními centry v západní Evropě, kde začali o nějaký rok dříve a hlavně měli víc finančních prostředků.

Jak dlouho jste vedl Centrum vitreoretinální chirurgie v Praze?

Až do odchodu do důchodu v roce 1998. V dvaasedmdesáti letech nejsou ruce už tak jisté a obratné jako v padesáti, a pro mikrochirurgii to platí dvojnásob, a proto jsem se rozhodl s operacemi skončit.

Přesto stále pracujete, i v jednaosmdesáti letech...

Po odchodu do důchodu jsem se seznámil s MUDr. Leštákem, který vybudoval Oční kliniku JL v Praze – Nových Butovicích. Okamžitě jsme si padli do oka. Docházím tam tři dny v týdnu jako sítnicový konzultant. Nedovedu si představit, že bych seděl doma. Zastávám názor, že pokud je člověk schopen, má pracovat a udržovat šedou kůru mozkovou v činnosti.

Čemu se věnujete ve volném čase?

Zní to paradoxně, ale stále lyžuji a jezdím s dcerou a stabilní partou již dvacet let do Alp. Hraji také tenis a rád pracuji na zahradě.

Jak vnímáte současné oční lékařství?

Za těch devět let, co jsem odešel z kliniky, se posunulo o veliký kus dopředu. Vše souvisí s vývojem nových diagnostických a operačních přístrojů a nástrojů. Ve vitreoretinální chirurgii se také objevila nová problematika a témata k řešení.

Jak hodnotíte nynější stav českého zdravotnictví?

Trpí nedostatkem peněz. Souhlasím s novými plánovanými opatřeními, aby levné běžné léky si nemocný platil, aby se bránilo plýtvání léky a zneužívání lékařské péče. Ušetřeně peníze se tak uvolní na drahé léky, které si nemocní nemohou hradit pro vysokou cenu.

(MIM)



Pasování Rytíře lékařského stavu

Slavnostní akt pasování prof. MUDr. Ivana Karla, DrSc., Rytířem českého lékařského stavu a předání stříbrné pamětní medaile se uskutečnil 30. března 2007 v Tereziánském sále Břevnovského kláštera v Praze.

Foto: Jindřich Sojka, Michal Sojka



Prezident ČLK Milan Kubek pasuje prof. Ivana Karla



Rytířka prof. MUDr. Radana Königová, Ph.D., rytíř prof. MUDr. Zdeněk Mařatka, DrSc. a předseda ČLS JEP prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc.



Předseda Čestné rady ČLK prof. MUDr. Richard Škába, CSc.

DRŽITELÉ TITULU RYTÍŘ/RYTÍŘKA ČESKÉHO LÉKAŘSKÉHO STAVU

- | | |
|------|--|
| 1996 | prof. MUDr. Antonín Fingerland, CSc.
prof. MUDr. Jiří Syllaba, CSc.
prof. MUDr. Miloš Štejfa, DrSc.
MUDr. Josef Hercz |
| 1997 | prof. MUDr. Josef Marek, DrSc. |
| 1998 | prof. MUDr. Václav Tošovský, DrSc. |
| 1999 | prof. MUDr. Bohuslav Niederle, DrSc. |
| 2000 | prof. MUDr. Zdeněk Mařatka, DrSc. |
| 2001 | MUDr. Karel Macháček |
| 2002 | doc. MUDr. Zdeněk Ježek, DrSc. |
| 2003 | prof. MUDr. Radana Königová, Ph.D. |
| 2004 | prof. MUDr. Ota Gregor, DrSc. |
| 2005 | prof. MUDr. Ctirad John, DrSc. |
| 2006 | prof. MUDr. Ivan Karel, DrSc. |



Lékaři zvedají kotvy...

Kampaň LOK-SČL pod heslem **Unavený a přepracovaný lékař je reálným rizikem pro pacienta** vstupuje do své poslední předprázdninové fáze. Pomyslným vrcholem tohoto bloku by se měla stát plavba českých lékařů po Vltavě, která se uskuteční 10. května 2007 v Praze.

Manifestace by měla odstartovat veřejnou diskusi na téma přesčasové práce lékařů, jejich pracovního přetížení a také neúnosné ekonomické závislosti lékařů na přesčasech. Jde o nejzávažnější důvody, kvůli kterým již mnoho lékařů odešlo pracovat do zahraničí a další se k odchodu chystají.

Formu happeningu a veřejné upozornění na problémy přesčasů a pracovního zatížení lékařů považujeme v této fázi kampaně za nejvhodnější. K účasti na kampani budou přizvány i osobnosti veřejného života, především se vztahem k problematice zdravotnictví.

Je to možnost, jak společenost upozornit na zásadní problémy,

kteří se dotýkají každého ze zúčastněných. Dotýkají se lékařů, ale i jejich pacientů. Pro bezpečnost pacientů je unavený a přepracovaný lékař podstatným rizikem. A lékaře, kteří odejdou pracovat do ciziny, nelze nahradit.

Nechceme dále tolerovat stav, kdy je lékař nucen po únavné službě trvající 15,5 či 24 a více hodin dále setrávat na pracovišti. Kdy je s plným vědomím managementů takto unavený lékař dále stažen do odpovědné práce a je ve stavu únavy a vyčerpání vystaven stresu rozhodování s vědomím, že jakékoliv pochybení se může stát osudným.

Nemůžeme dále připustit stav, kdy je lékař ekonomicky „motivován“ k takovému režimu práce. Práce lékaře má být přiměřeně ohodnocena za běžný úvazek, konání ÚPS má být čímsi nutným navíc, nikoli podstatným zdrojem příjmů. Lékař po odsloužení ÚPS má odpočívat, a ne dále léčit a zodpovědně rozhodovat za své pacienty, snad s výjimkou mimořádných událostí.

Nechceme se smířit se situací, kdy čeští lékaři odcházejí do ciziny za lepšími pracovními podmínkami. Představa, že budou nahrazeni kolegy z Rumunska či Bulharska, je směšná a svědčí o neznalosti problematiky a prezírání.

Apelujeme na lékaře, členy i nečleny LOK-SČL. Apelujeme ale i na širokou veřejnost, aby nás podpořila v naší snaze o nápravu těchto zásadních deformit. Vyzýváme všechny, kterých se tato situace dotýká, aby nás 10. 5. 2007 podpořili svou přímou účastí na manifestaci. Pokud máme uvažovat o reformě českého zdravotnictví, musí tato reforma odstranit také tyto pracovní a ekonomické deformity současného systému. Loď českých lékařů odplouvá ve 13.00 hodin z kotviště u Čechova mostu v Praze (poblíž hotelu Intercontinental). Bližší údaje o organizaci akce budou k dispozici na www.unavenylekar.cz.

MUDr. Lukáš Velev
místopředseda LOK-SČL

Akreditace nemocnic ignoruje nejzávažnější riziko

V současné době probíhá ve většině českých nemocnic akreditace dle normy ISO 9001:2001. Požadavky ISO certifikace zahrnují nejenom zlepšování kvality ve vztahu k pacientům, ale také vůči bezpečnosti personálu. Cílem tohoto systému řízení kvality je včasné odhalování a odstraňování různorodých rizik, což vede ke zvýšení bezpečnosti při poskytování zdravotní péče. Je s podivem, že žádná z metod akreditací s únavou lékaře jako základním bezpečnostním rizikem nepočítá. Můžeme se jistě jen dohadovat, proč tomu tak je. Žádná z certifikací se neptá, jak nemocnice zabezpečí, aby lékař po službě trvající 15,5, neřídko však mnohem více hodin dále nepropracoval, a vědomě tak nebyli jeho pacienti vystaveni riziku pochybení.

Taková forma certifikací pak připomíná stav, kdy komise prohlédne autobus před dlouhou cestou a sice uzná, že všechny airbasy správně fungují, sedadla jsou vybavena všemi bezpečnostními prvky atd., ale vůbec nebere v potaz, že řidič, který s vozem pojedje 24 hodin, nespas. S vysokou pravděpodobností při jízdě na dálnici usne.

To, co by v resortu dopravy působilo jako nesmysl, je ve zdravotnictví realitou. Kraje a obce neváhají investovat do ISO nemalé veřejné prostředky. Vůbec jim přitom nevadí, že jedno ze základních bezpečnostních rizik není certifikací ošetřeno.

Lukáš Velev



Evropští lékaři chtějí mluvit jedním hlasem

Zasedání CPME (Comité Permanent des Médecins Européens), které se konalo ve Varšavě 16. – 17. března letošního roku za účasti delegace ČLK, po rozsáhlé diskuzi schválilo jednotné stanovisko, ve kterém odmítá snahy o prodloužení týdenní pracovní doby lékařů nad 48 hodin. Návrhy na změnu směrnice o pracovní době byly jedním z hlavních témat tohoto setkání.

CPME v souladu s rozsudky Evropského soudního dvora trvá na tom, že každá přítomnost lékaře na pracovišti musí být považována za výkon práce, a odmítá zpochybňování povinnosti lékařů odpočívat po nočních službách. Skutečnost, že společný dokument odmítl prodloužit po roce 2010 možnost individuálního souhlasu lékaře s větším rozsahem přesčasové práce (tzv. opt-out) v zemích, kde tato možnost dosud existuje, byla důvodem, proč se delegace Velké Británie a Malty zdržely hlasování. Ostatní účastníci stanovisko podpořili.

Evropská komise zveřejnila tzv. Zelený papír, tedy text, jehož cílem je modernizace evropského pracovního práva tak, aby Evropa dokázala čelit novým výzvám 21. století.

Prezident CPME dr. Daniel Mart z Lucemburska v této souvislosti upozornil, že povolání lékaře se pro mladé lidi stává stále méně atraktivním, neboť s sebou nese obrovskou odpovědnost, extrémní pracovní zátěž a na rozdíl od řady jiných oborů trvá velmi dlouho, než se lékař může postavit na vlastní nohy jako samostatný odborník. Zdůraznil, že zejména mladí lékaři potřebují dostatek času ke vzdělávání, a upozornil na skutečnost, že pokud lékařské komory a asociace nedokáží obhájit pro lékaře nejenom odpovídající pracovní podmínky, ale i dostatek volného času pro osobní život, bude Evropa v příštích desetiletích trpět nedostatkem lékařů.



Prezident ČLK Milan Kubek a prezident CPME Daniel Mart

MUDr. Helena Stehlíková
MUDr. Milan Kubek

Co je CPME ?

Comité Permanent des Médecins Européens je mezinárodní organizace se sídlem v Bruselu, jejímiž členy jsou vždy nejrepresentativnější nevládní lékařské organizace (zpravidla lékařské komory) členských zemí Evropské unie a států přidružených. Organizace vznikla z potřeby vytvořit oprávněného a plnohodnotného partnera zastupujícího lékaře vůči orgánům EU, zejména vůči Evropské komisi a Evropskému parlamentu. Tuto roli CPME aktivně zastává a vystupuje jako expertní organizace v otázkách zdravotnictví vůči všem orgánům Unie.

CPME především hájí profesní zájmy všech lékařů, přičemž se snaží vždy nalézat konsenzuální řešení. Vystupuje přísně apoliticky jako jednotný silný hlas evropských lékařů vůči orgánům EU (talking by one voice), neboť v jednotě je síla.

Dalším cílem CPME je podpora rozvoje medicíny v členských státech a ochrana práv občanů-pacientů.

CPME klade zejména důraz na podporu nejvyšší úrovně lékařského vzdělání a jeho harmonizace v rámci EU. Zabývá se otázkami vzájemného uznávání kvalifikace lékařů v rámci Unie, a to i s ohledem na jejich právo poskytovat své služby v kterémkoli členském státě. Současně řeší otázky volného pohybu pacientů v rámci EU a zajištění jejich práva na poskytování vysoce kvalitní lékařské péče.

Organizace se vyjadřuje ke všem zdravotnickým tématům evropské politiky a k návrhům nové legislativy, která se týká zdravotnictví. Zpracovává odborné expertízy k různým otázkám týkajícím se zdraví obyvatel v EU pro Evropskou komisi a její příslušné direktoriáty. Zajišťuje rychlý přenos aktuálních informací a dokumentů týkajících se dění v EU a jejich institucích členským organizacím. Je nejdůležitějším mluvčím evropských lékařů ve vztahu k orgánům EU.

Dodržování etických norem lékařského povolání a jejich obrana vůči nejrušivějším politickým a sociálním experimentům, to jsou další úkoly pro panevropskou lékařskou asociaci. Ve spolupráci s lékařskými organizacemi všech členů EU průběžně analyzuje zdravotnické systémy jednotlivých zemí v souvislosti s jejich možným vlivem na evropské instituce. Cílem je zajištění dostupné a bezpečné lékařské péče všem občanům Unie.

Pravidelných zasedání CPME se jako hosté účastní rovněž vedoucí úředníci Generálního direktorátu pro oblast zdravotnictví a ochrany spotřebitele (DG SANCO) při Evropské komisi, kteří informují o stavu veřejného zdraví v EU a o nových zdravotnických prioritách a strategiích Evropské komise.

Česká lékařská komora se stala přidruženým členem CPME v roce 2001 a 1. května 2004 jsme byli přijati za členy řádné.

Maďarská vláda likviduje lékařskou samosprávu

Prvního listopadu 2006 schválil maďarský parlament nový zákon o zdravotní péči, podle kterého se s platností od 1. dubna 2007 ruší povinné členství v Maďarské lékařské komoře. Všichni lékaři, kteří do uvedeného dne písemně nepotvrdí své členství v komoře, přestávají být automaticky jejími

členy. Do poloviny března své členství písemně potvrdilo 31 000 (70 % všech) lékařů. Komoře však přišla o právo vést registr lékařů.

Současná maďarská vláda se snaží oslabit vliv lékařské



komunity a zlomit odpor lékařské komory, která opakovaně veřejně prezentovala odpor lékařů proti špatně připraveným a z etického hlediska nepřijatelným změnám, které vláda provádí.

Zrušení povinného členství má být trestem, který komora zaplatí za to, že hájí zájmy svých členů-lékařů i pacientů.

Ruku v ruce se zrušením povinného členství v komoře zahájila vláda i proces demolice ustáleného a fungujícího systému vzdělávání lékařů.

Maďarské zdravotnictví trpí nedostatkem peněz. Výdaje na zdravotnictví představují 7,8 % HDP. Namísto jejich postupného zvyšování plánuje vláda s odvoláním





na konvergenční program k přijetí eura naopak snížení tohoto podílu o 0,9 %, tedy na 6,9 % HDP. S něčím takovým pochopitelně lékařská komora nemůže souhlasit.

Nový zákon o zdravotní péči ponechal komoře právo vyjadřovat svůj názor na všechny záměry vlády v oblasti zdravotnictví. Tohoto svého práva budeme využívat i nadále. Nenecháme se umlčet.

Nový zákon vnesl absolutní chaos do řešení etických otázek a provinění lékařů.

Od 1. června 2007 zůstane komora první instancí pro řešení pochybení lékařů pouze v případech, že lékař bude jejím členem. Pokud provinilec z komory vystoupí, nebudeme ho moci postihnout. Pro lékaře, kteří členy lékařské komory nebudou, bude ministerstvem zřízena jakási nová instituce, která by měla být odpovědná za řešení otázek disciplinárních a etických.

Maďarská lékařská komora dokázala vždy protestovat proti takovým návrhům politic-

ké reprezentace, které by poškodily profesní a hospodářské zájmy lékařů a vedly ke zhoršení kvality a dostupnosti zdravotní péče. Jakkoliv je naše situace velmi těžká, věříme, že z tohoto zápasu vyjdeme jako vítězové. Děkujeme CPME i všem partnerským lékařským organizacím z celé Evropy za podporu.

*Dr. István Éger
prezident Maďarské lékařské komory
(Prezentováno na zasedání CPME
ve Varšavě 16. – 17. 3. 2007.)*

Kolegové z Bulharska a Rumunska české zdravotnictví zřejmě nespasí



Manifestace bulharských lékařů v Sofii

Nový zákoník práce, který od ledna sladil české pracovní právo s legislativou Evropské unie, omezil množství přesčasové práce lékařů a zrušil tzv. pracovní pohotovost na pracovišti, usvědčil ze lži všechny politiky, kteří s oblibou opakují, že na zdravotnictví vydáváme příliš mnoho peněz a máme údajně nadbytek lékařů. Právý opak je pravdou. **České zdravotnictví je chronicky podfinancované a tuzemské nemocnice trpí nedostatkem kvalifikovaných lékařů.**

Kolegy v nemocnicích, kteří se pod vedením LOK-SČL snaží hájit svá práva, měla koncem minulého roku znejistit vyhlášení ministerstva zdravotnictví o údajných stovkách lékařů z Rumunska a Bulharska, kteří hodlají vycestovat do České republiky,

aby zde za ještě nižší mzdy nahradili naše lékaře, kteří se již nehodlají nechat dále vydírat.

Kontaktovali jsme prezidenty lékařských komor v Bulharsku a v Rumunsku, abychom zjistili, jaký je ve skutečnosti mezi tamními lékaři zájem o práci v České republice.

Jak se zdá, šlo ze strany ministerstva o pouhou mediální bublinu. Lékaři v českých nemocnicích mohou tedy zůstat klidní. Vzhledem k tomu, jak jsou jejich platy nízké, se na jejich místa nikdo netlačí. A ani naši pacienti zřejmě nebudou muset při nástupu k hospitalizaci fasovat slovníky bulharštiny či rumunštiny, aby se dorozuměli s ošetřujícími lékaři.

MUDr. Milan Kubek

Mohu vás ujistit, že pokud vezmeme v potaz možnou vyšší platu, který by mohli pobírat v České republice, tak o práci ve vaší zemi bude mít zájem pouze velmi málo lékařů z Bulharska. Naši lékaři, kteří plánují odchod za prací do zahraničí, ji budou hledat především ve Velké Británii a v Německu. Jsem toho názoru, že pouze velmi málo bulharských lékařů by se mohlo zajímat o možnost provozovat medicínu v České republice.

*Dr. Andrej Kehajov
prezident Bulharského lékařského svazu*

Dozvěděli jsme se o člancích ve vašem tisku, které informovaly o údajném zájmu rumunských lékařů o práci v České republice. Je to velmi zajímavá zpráva. Bohužel však v této chvíli nemáme informace o žádném lékaři – členovi Rumunské lékařské komory, který by měl zájem pracovat v České republice. Osobně se domnívám, že hlavní překážkou je hlavně český jazyk, jehož znalost není mezi lékaři v naší zemi rozšířená.

Prof. Dr. Mircea Cinteza

Rozloučení

s MUDr. Antonínem Zamykalem



Dne 17. března jsme se rozloučili s dětským lékařem MUDr. Antonínem Zamykalem, který zemřel 10. března 2007 ve věku nedožitých 68 let po dlouhé, těžké nemoci. Narodil se 10. září 1939 v Havlíčkově Brodě, promoval na II. lékařské fakultě v Praze v roce 1962. Po promoci nastoupil na dětské oddělení nemocnice v Děčíně, pak pracoval na dětském oddělení v České Kamenici, roku 1964 převzal dětské středisko v Benešově nad Ploučnicí. Od roku 1991 byl privátním lékařem.

*MUDr. Vlasta Čapková
OS ČLK Děčín*



Ambulantní lékaři píší ministři a pojišťovněm

Mnoho let spoléhají ministři zdravotnictví na to, jak jsou lékaři umírněnou, nejednotnou a obrany neschopnou skupinou naší inteligence. Pod absolutním diktátem zdravotních pojišťoven a v kleštích často zcela protichůdných, nesmyslných a dle potřeby plněných vyhlášek ministerstva zdravotnictví pracujeme roky za nedůstojných podmínek. Rok od roku s měnící se politickou garniturou stále jen doufáme, že dojde konečně k přehodnocení pohledu na naši práci a dočkáme se přiměřeného ohodnocení naší práce. Doufáme ale marně, ba naopak. Ve vleku neprůhledných dohodovacích řízení, kdy vlastně nevíme, kdo nás zastupuje a jak, jsme stále nuceni podepisovat dodatky smluv se zdravotními pojišťovnami, i když jsou pro nás zcela nevýhodné. Roky se přetahují o naše plné moci různá uskupení a společnosti a jejich hašteření vede k dohodě, s kterou většina z nás stejně nesouhlasí. Slyšeli jsme mnoho slibů za poslední roky od několika ministrů, a kam jsme dospěli? Ambulantní specialisté jsou de facto zaměstnanci pojišťoven pod jejich absolutním diktátem. Je nám proplácena často jen polovina vykonané práce a neproplacenou část dotujeme svými náklady. A když nám pojišťovny s velikou laskavostí poukážou nějaké peníze, nutí nás podepisovat dodatky ke smlouvám, kde jsou 4týdenní lhůty splatnosti faktur! A co více, díky nesmyslným ministerským vyhláškám jsme v tom málu, co dostaneme, nyní kráceni o desítky tisíc korun! Elegantně se nám vyhne zvýšení tak směšné a urážející hodinové odměny za naši práci a budeme placeni podle roku 2005. Tedy i nadále budeme my, kteří se

můžeme chlubit tím, že nás občané považují za nejváženější povolání, hluboce za hodinovou mzdou pomocných dělníků a o jiných profesích ani nemluvě. Vážení, dovolujeme si Vás upozornit na opravdu vyhrcojící se situaci. Odborní lékaři se stávají, proti logice věci, sběrateli rodných čísel. Ti, kteří na to mají v provozu své ambulance čas, uzavírají ambulance, aby nepřekročili limity, a ti nejzoufalejší škrtají pociťované provedené výkony ve výúčtování pojišťovněm. Akutní ambulance, kde není čas se prokousávat složitými vzorci a výpočty, čekají s hrůzou, co obsahuje každá obálka s rázítkem zdravotní pojišťovny. A přijde-li penále, pak stejně nemají k dispozici podklady, podle kterých byl nad jejich osudem učiněn verdikt. Je pod naši důstojnost žádat pacienty o sponzorské dary nebo vybírat nesmyslné poplatky za to či ono. Léčíme nemocné podle svého nejlepšího svědomí a znalostí. Ale čím více pracujeme, čím výše stoupáme ve své odbornosti, tím více jsme kráceni na svých výdělcích. Naši pacienti a přátelé z řad právníků, ekonomů a mnoha jiných profesí nevěřícně kroutí hlavou, jsou-li obeznámeni, jak jsme za svoji práci odměňováni. A zedníci a automechanici si významně ťukají na čelo. Nemáme tak nízké IQ, abychom nechápali problematiku financování zdravotnictví v našem státě. Nejsme ale ani tak hloupí, abychom neviděli, kudy peníze utíkají. Se zděšením sledujeme nesmyslné chování zdravotních pojišťoven, jejich sponzorování sportovních klubů, jejich proplácení neindikované péče, pořádání ozdravných pobytů pro zdravé děti a z mnoha dalších uvedme upo-

mínkové předměty za miliony korun. Nejsme slepí, abychom nezaregistrovali tunýlky, kudy peníze tečou. Prozradte nám, pane ministře, budou zdravotní pojišťovny soutěžit méně nákladně, až z nich budou vytvořeny akciové společnosti? Jistě ne. Další otázkou, kterou si často klademe, je: Kdo nás zastupuje v dohodovacích řízeních? Znájí vůbec situaci na periferii, tedy mimo kliniky a velké soukromé polikliniky, kde vládne zcela jiná ekonomika? Kdo se zrovna teď ohání naší plnou mocí? Ať nás zastupují Ti či Oni, rozhodně nebojují za naše zájmy. Vážení, mají-li veškerá Vaše opatření směřovat k uzavření našich ambulancí a přesunu péče do nemocnic, tedy dnes již v mnoha případech akciových společností, bylo by slušností tento postoj vyjádřit veřejně. My se však svých roky budovaných ambulancí bez boje nevzdáme. Ani se nehodláme vzdát spravedlivého odměňování za svoji práci, stejně jako většina kolegův této republiky. Naše jednotlivé protestující dopisy končí v odpadkových koších zdravotních pojišťoven a výjimečné odpovědi, plné pohrdání a výsměchu, jen přilévají olej do ohně v našich myslích. Počítáme s tím, že i tento dopis bude mít podobný osud jako stovky dalších, že nedorazí až k panu ministrovi. Je však jisté, že konečně nalézáme společnou řeč a budeme se nadále snažit prosadit svoje požadavky. Dočkáme-li se reakce na náš dopis, bez formulací o trpělivosti, která už opravdu dochází, s plánem, jak naše požadavky plnit, budeme pro začátek spokojeni.

*odborní lékaři z okresu Jindřichův Hradec
(18 podpisů lékařů různých odborností)*

Žádejte individuální smlouvy!

V České republice je 15 měsíců porušován právní řád – vyhláška 493/2005 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Nás lékařů je 36 000. Neinteligentnějších, nejdůvěrnějších, neohleduplnějších občanů tohoto státu. Jak je možné, že se nesejdeme a neřekneme této administrativě, že je platná vyhláška, v níž je zakotveno 460 Kč za hodinu práce lékaře? Tato sazba platí pro lékaře fakultních, krajských, soukromých nemocnic, záchranky, ústavů, pro praktiky, pediatry, gynekology, specialisty, posudkové lékaře, výzkumníky. Nebojují za nás, soukromé specialisty, i když jsme nyní nejvíce bití, ale za měsíc na tom obdobně budou další.

My jsme v situaci, kdy nám exekutiva odpírá to, na co máme všichni nárok. Politici si zdvihají odměny; oficiálně o 10 % ročně. Nám 10 let přidávali méně, než je inflace. Mladý lékař nemá ani na pronájem bytu, na auto, natož pak na rodinu. Absolventi už nejsou jako my – ti odpovědní, hodní. Promiňte mi tu hrubost – hloupí, kteří již nemají sílu bojovat za svá práva. Mladí odejdou tam, kde dostanou jako praktikanti 2000 eur, to nemá po 26 letech práce nikdo z nás. Mám sílu a zájem to změnit a nabízím vám: spojme se! Pane prezidente Kubku, vyzývám, zasáhnete!

Neklid, který způsobují pojišťovny, ohrožuje poskytování lékařské péče občanům České republiky zakotvené v ústavě. Likvidační srážky za minulý rok, nepříjemné smlouvy na letošní rok. Jak to, že zástupci MZ prosadili, že správní rada VZP rozhodla nepřipustit jiný způsob úhrady, když to připouští vyhláška č. 619/2006? Jak to, že komora důrazně neprotestuje? Komora musí chránit občany, a pokud bude spokojený vzdělaný lékař, nebude mít

komora mnoho práce. Jak se ale pracuje, když vám přijde POKUTA za práci od ZP nebo návrh smlouvy se slovy: „Obratem odešlete, pokud ne, budete mít smlouvu a budete mít 82 haléřů za bod do výše 103 % loňského příjmu.“ Na závěr návrhu od ZP je „dobrovolně a svobodně se dohodli“. To nepodepisu a vyzývám lékaře: žádejme individuální smlouvy, jinak nic nepodepisujeme a iniciujeme stížnost k Ústavnímu soudu. Je platná vyhláška č. 493/2005, nebo č. 550/2006? Obě platné být nemohou, jedině Ústavní soud rozhodne. My přeci nejsme hloupí a v Rakousku 5000 lékařů pracuje pro pojišťovny bez smlouvy za stejných podmínek jako se smlouvou.

Vážení pane prezidente, Česká lékařská komora dialekticky chrání pacienta i lékaře, i lékař jednou bude pacientem! Nemůžeme ustoupit od protestů, jinak budeme zlikvidováni. Co když někdo z občanů utrpí újmu na zdraví, když z obav, že nebude ošetřen, raději k lékařům v den stávky nepůjde? Kdo ponese odpovědnost? Lékař má právo na stávku jako každý občan. Ponese následky ministerstvo zdravotnictví? Správní rada VZP? Centrum ČLK? Nebylo by lepší, kdyby se ČLK zapojila do vyjednávání jménem všech lékařů ve prospěch nás, všech občanů tohoto státu?

Situace je kritická i v nemocnicích, kde jsou lékaři odměňováni stejně nespravedlivě jako v soukromém sektoru, kde jsou nuceni podepisovat smlouvy na pohotovost za 150 až 180 Kč za hodinu práce. Neposlušné kliniky jsou převáděny do trojisměnného provozu. Toto opatření je směšné a pouze omezí občanům přístup ke zdravotní péči v těchto potrestaných odbojných pracovištích.

MUDr. Bohuslav Machaň, ORL specialista



Praktik.cz, to je skutečně dravý proud v rámci SPL

Občanské sdružení Praktik.cz vznikalo řadu měsíců. Rostoucí skupina praktických lékařů diskutovala o tom, co se děje v našem segmentu, jaký obraz máme u kolegů ambulantních specialistů a nemocničních lékařů. Jak nás vnímají politici, úředníci a státní správa.

Fakt, že role primární péče v systému zdravotnictví je stále více potlačována, nás přiměl k vyjádření občanské nespokojenosti. Zvláště proto, že se tak děje navzdory stabilnímu ujišťování ze strany různých vlád, poslanců i vedení zdravotních pojišťoven. Přitom na západ od našich hranic dobře vědí, že se jim vyplácí opačný přístup.

Nechceme rozvratit Sdružení praktických lékařů – chceme vedení naší profesní organizace dotlačit k větší aktivitě. A ve svém programu máme zároveň teze, které jdou nad rámec toho, o co se snaží SPL vedené kolegu Šmatlákem.

Čelíme reálné hrozbě

Změny pravidel v průběhu hry, nejasné a nepřehledné podmínky dohodovacích řízení, nečitelné smlouvy se zdravotními pojišťovnami a tak dále. To vše se ve svých důsledcích vždy dotkne pacientů. Existuje v České republice jiný obor lidské činnosti či odborníci, kteří by byli takto soustavně šikanováni? Veškerá rizika spojená s naší prací, ekonomická i právní, jsou ze strany státu šibalsky naložena na naše bedra a politické reprezentace celého spektra pokračují v adoraci socialistického systému zdravotnictví.

Proti tomu je třeba se ozvat. Podle našich analýz, které jsou založeny na oficiálních údajích, dojde do pěti let k ohrožení relativní funkčnosti oboru primární péče. Bylo by krátkozraké a naivní domnívat se, že by krach jedné své části celé zdravotnictví ustálo. Právě naopak. Trpěl by především pacient a do problémů by se dostaly takřka všechny další zdravotnické obory.

Také proto se jako Praktik.cz obracíme i na vás, kolegyně a kolegové, kteří nejste praktickými lékaři. Podpořte nás. Jsme na stejné lodi a všichni víme, že do ní zatéká. Nechceme řešit své problémy na úkor jiných kolegů, na úkor jiných oborů. Jistě se mnoho z kolegů ambulantních specialistů dostalo do situace, kdy pro nedostatečné personální zajištění primární péče suplují práci praktika.

Chceme být slyšet

Máme oprávněný pocit, že argumenty praktických lékařů nejsou dostatečně slyšet. Naše situace je komplikovaná navíc tím, že 19 let devastace českého lékařského stavu dokázalo natolik demotivovat a znechutit lékaře, že nejsme schopni sledovat nastupující trend kapitalizace českého zdravotnictví. Vznikající sítě ordinací, zřízených za účelem vytváření zisku, který se odvádí mimo zdravotnictví, je jasným důkazem, že se s námi nepočítá. Tak jako zmizely drobné prodejny masa, zeleniny, obuvi, tak nyní vznikají hypersuper zařízení, poskytující „zdravotní“ služby...

Odmítáme regulace finančních toků ve zdravotnictví, které jdou pouze na vrub poskytovatelů zdravotní péče. Odmítáme být nadále pokutováni za péči poskytnutou lege artis.

Požadujeme uskutečnění doporučení Světové banky v oblasti zdravotnictví. Požadujeme plnou úhradu provedených výkonů podle ceníků, které jsou podloženy reálnými náklady. Požadujeme, aby byly ukončeny administrativní zásahy do kompetencí kvalifikovaných lékařů, kteří nesou za svoje rozhodnutí odbornou a právní zodpovědnost.

Všechny tyto programové teze jsou opodstatněné. A hlavně, všechny v konečném důsledku zajistí stabilitu systému, a budou tedy výhrou pro pacienty.

MUDr. Pavel Lindovský
www.praktikcz.eu



Praktici dělají 52 procent všech ambulantních výkonů, ze systému zdravotního pojištění ale dostávají 4,64 procenta úhrad.

Zatím nelze seriózně vyjednávat

Bylo zahájeno dohodovací řízení o úhradách zdravotní péče pro rok 2008

Dohodovací řízení o úhradách zdravotní péče pro rok 2008 bylo zahájeno 22. března 2007. Vzhledem k tomu, že v současnosti nejsou známy základní ekonomické parametry určující bilanci veřejného zdravotního pojištění, není zatím o úhradách v příštím roce možno seriózně vyjednávat. Jakékoliv odhady velmi komplikuje zejména nejistota okolo připravované reformy veřejných financí a reformy zdravotnictví,

o které stále nejsou k dispozici žádné konkrétní informace.

Termíny jednání v rámci jednotlivých segmentů dosud nebyly stanoveny, a tak je zřejmé, že skutečným důvodem, proč ministerstvo zdravotnictví zahájilo dohodovací řízení takto brzo, je snaha diskreditovat oprávněné protesty soukromých lékařů poukazováním na to, že je neseriózně protestovat v době, kdy se vyjednávat

o úhradách zdravotní péče. Druhým důvodem je snaha ministerstva odvést naši pozornost od vyhlášky č. 619/2006 Sb., která je pro soukromé lékaře nevýhodná. Máme obětovat desítky tisíc korun ze svých příjmů v letošním roce jen proto, že ministr odmítá svoji špatnou vyhlášku novelizovat. Je smutné, že někteří funkcionáři sdružení, která v září loňského roku podepsala pakt s pojišťovnami, mu k tomu stále dělají alibi.



V každém případě však současná dikce zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění vyžaduje, aby jednání v rámci jednotlivých segmentů (tzv. přípravná fáze) skončila nejpozději do 7. září 2007. Hrozí tedy znovu nebezpečí překotného uzavírání dohod v čase dovolených, tedy bez přítomnosti některých řádných účastníků jednání. Takový chaos bude znovu vyhovovat pouze profesionálním vyjednavacům zdravotních pojišťoven.

Počet hlasů jednotlivých účastníků, tedy sdružení soukromých lékařů, bude dán počtem plných mocí, kterými budou tato jednotlivá sdružení poskytovatelů disponovat ke dni 30. 6. 2007. Pokud zdravotnické zařízení (soukromý lékař) udělilo plnou moc postupně více sdružením, pak bude platit vždy ta plná moc, která byla udělena jako poslední.

ČLK bude prosazovat zájmy svých členů, soukromých lékařů prostřednictvím ČLK–o.s. s vyjednávacím týmem ve složení: dr. Kubek, dr. Herman, dr. Knajfl, dr. Němeček.

Základní zadání pro jednání ČLK–o.s. v dohodovacím řízení o úhradách zdravotní péče pro rok 2008

Segment ambulantních specialistů:

- realizace Seznamu výkonů s vyšší cenou práce lékaře platného od 1. 1. 2006;
- opuštění systému paušálních úhrad – návrat k původnímu vzorci pro výpočet max. úhrady, tedy k výkonovému systému;
- posílení prvků pozitivní motivace v úhradách.

Segment praktických lékařů:

- podstatné navýšení základní kapitální platby;
- úhrada výkonů mimo kapitální platbu dle stejných pravidel jako u ambulantních specialistů;
- posílení prvků pozitivní motivace v úhradách.

ČLK–o.s. se může účastnit jednání pochopitelně pouze v těch segmentech, pro které disponuje plnými mocemi k zastupování od poskytovatelů zdravotní péče. V současnosti jde o segmenty praktických lékařů a ambulantních specialistů.

„Vzhledem k tomu, že možnost ČLK hájit zájmy soukromých lékařů je úměrná počtu plných mocí pro ČLK–o.s., vyzývá představenstvo ČLK soukromé lékaře, aby zplnomocnili ke svému zastupování ČLK–o.s., případně některé z občanských sdružení, které již podepsalo nebo podepíše text společného prohlášení ze dne 22. 3. 2007.“

Usnesení představenstva ČLK
31. 3. 2007

MUDr. Milan Kubek

Prohlášení představitelů občanských sdružení, která hájí zájmy soukromých lékařů

Představitelé občanských sdružení poskytovatelů zdravotní péče, která hájí zájmy soukromých lékařů, přijali na svém jednání dne 22. 3. 2007 toto prohlášení:

1) Vyhláška č. 619/2006 Sb., kterou se stanoví hodnoty bodu, výše úhrad a regulace péče hrazené ze zdravotního pojištění pro rok 2007 poškozuje většinu soukromých lékařů, je pro ně ekonomicky nevýhodná a není výrazem svobodné vůle většiny soukromých lékařů vyjádřených v rámci dohodovacího řízení.

2) Soukromí lékaři-ambulantní specialisté podporují protestní akce praktických lékařů, které se uskutečnily ve středu 28. 3. 2007.

3) Soukromí lékaři vyzývají ministra zdravotnictví, aby s účinností k 1. 7. 2007 vyhlášku č. 619/2006 Sb. novelizoval tak, aby v souladu s ekonomickými možnostmi zdravotních pojišťoven byly příjmy všech soukromých lékařů navýšeny minimálně o 10 %.

4) Soukromí lékaři trvají na plné realizaci nového Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami s navýšenou cenou lékařské práce a požadují návrat od paušálního způsobu úhrady k úhradám za výkon práce. Paušální úhrady ruší souvislost mezi objemem a kvalitou poskytované péče a výší plateb za ni od zdravotních pojišťoven. Zneumožňují soukromým lékařům zkvalitňovat nabídku poskytované zdravotní péče. Fixní limitace výše příjmů činí jakoukoli investici do vybavení ordinace ztrátovou. Současný systém paušálních úhrad konzervuje historicky vzniklé nespravedlnosti v příjmech mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními.

Pro signatáře této dohody je zcela nepřijatelné, aby lékařům, kteří budou více pracovat, nerostly příjmy za tuto práci.

5) Soukromí lékaři vyzývají ministra zdravotnictví, aby začal jednat o zamýšlené reformě zdravotnictví s Českou lékařskou komorou, lékařskými odbory a zástupci všech občanských sdružení zastupujících soukromé lékaře.

6) Podepsaní představitelé občanských sdružení poskytovatelů zdravotní péče, která hájí zájmy soukromých lékařů, se dohodli na společném postupu v dohodovacím řízení o úhradách zdravotní péče pro rok 2008. Jejich cílem je zabránit dalšímu poškození soukromých lékařů.

7) Signatáři této dohody vyzývají všechny soukromé lékaře, aby na základě svého vlastního výběru udělili plnou moc k zastupování v dohodovacích řízeních těm sdružením poskytovatelů zdravotní péče, která podepsala tuto dohodu. Tato sdružení nepodepíší nevýhodné dohody, tak, jak učinili funkcionáři některých organizací v září 2006. Spolu s plnou mocí k zastupování v dohodovacích řízeních je třeba zaslat signatářskému sdružení i písemnou informaci o tom, které organizaci udělili plnou moc v minulosti. **Tuto původní plnou moc je nutno písemně vypovědět.**

8) Představitelé občanských sdružení poskytovatelů zdravotní péče, kteří podepsali tuto dohodu, nabízí spolupráci i ostatním organizacím soukromých lékařů a vybízí je ke společnému postupu při obraně oprávněných zájmů lékařů.

Signatáři:

Sdružení ambulantních internistů

MUDr. Milan Tržil
MUDr. Květa Andryšová

Sdružení privátních očních lékařů

MUDr. Magdalena Knajflová

Sdružení privátních ambulantních chirurgů

MUDr. Ladislav Knajfl
MUDr. Ludvík Winkler

Sdružení ambulantních endokrinologů

MUDr. Vladimír Chytil
MUDr. Rudolf Hoffmann

Sdružení smluvních pneumoftizeologů

MUDr. Pavla Nykodýmová
MUDr. Jiří Balý

Česká asociace dětské a dorostové psychiatrie

MUDr. Jaroslav Matýs

Gynekologové a chirurgové Slovácka o.s.

MUDr. Karel Nevrkla

Občanské sdružení ambulantních diabetologů

MUDr. Tomáš Merhaut

Sdružení alergologů a klinických imunologů

MUDr. Tomáš Kočí

Praktik.cz

MUDr. Pavel Lindovský

LOK-SČL

MUDr. Ludmila Říhová

ČLK–o.s.

MUDr. Milan Kubek
MUDr. Tomáš Šindler
MUDr. Ota Mach
MUDr. Petr Němeček



Revoluce v úhradách pro ambulantní specialisty

Kdo na ní vydělá a kdo to zaplatí?

Vyhláška č. 619/2006 Sb., o úhradách za zdravotní péči a regulacích, vychází z dohody, kterou v září 2006 se zdravotními pojišťovnami podepsali funkcionáři některých lékařských sdružení (SAS, SSG, Aprimed...), a znamená revoluci v úhradách pro ambulantní specialisty.

Opuštění dosavadního výkonového systému, byť deformovaného různými limitacemi, a přechod na systém paušálních úhrad na jedno unikátní rodné číslo spolu s rezignací na seznam zdravotních výkonů s vyšší cenou lékařské práce – tyto zásadní změny, které budou mít devastující účinek na ekonomiku drtivé většiny soukromých lékařských praxí, byly domluveny bez vědomí většiny lékařů v čase dovolených na sklonku loňských prázdnin.

Kdo na tom vydělá?

Pro koho je systém paušálních úhrad s navýšením o pouhých 3 % na jedno rodné číslo výhodný?

Pro zdravotní pojišťovny, které drží výdaje za celý segment pod kontrolou pomocí jediného indexu – tzv. Inu, který je v letošním roce 1,03. V roce 2008 však může být, s ohledem na vládou plánované zmrazení pojistného za tzv. státní pojištění a nutnost platit za léky vyšší DPH, klidně i nižší než 1,00. Ostatně ministerstvo zdravotnictví slibuje občanům, že poplatky, které budou možná pacienti platit za vyšetření u lékaře, budou zohledněny ve výši úhrad soukromým lékařům od zdravotních pojišťoven. Jinými slovy, pojišťovny nám budou platit méně a my bychom si měli peníze dovybírávat po desetikorunách od pacientů. To abychom snad, nedej bože, nezbohatli.

Vzhledem k tomu, že v roce 2007 se výběh pojistného díky růstu ekonomiky a mezd v porovnání s rokem 2006 zvýší o 6–7 %, získaly pojišťovny jistotu, že v segmentu ambulantních specialistů ušetří a zlepši si tak na náš úkor svůj hospodářský výsledek.

Farmaceutické firmy mohou být také klidné. Úspora ve výdajích za léky ve výši bezmála 3 miliardy korun, kterou jsme v loňském roce vytvořili pod hrozbou regulačních srážek, **nebude použita na zvýšení plateb za naši práci.** Meziroční nárůst výdajů za léky během prvních dvou měsíců letošního roku o 14 % považuje ministerstvo zdravotnictví za „návrát k normálu“, a **firmy tak mají jistotu, že ztráty z loňského roku si vynahradí letos.**

Pro koho může být dohoda o rezignaci na nový seznam výkonů s vyšší cenou lékařské práce, kterou uzavřela sdružení SAS, SSG, Aprimed... také výhodná?

Velké polikliniky mohou profitovat z toho, že se počet unikátních rodných čísel hodnotí pro každou odbornost v rámci jednoho

zdravotnického zařízení zvlášť. Pacient, který do zařízení zavítá, bude tedy poslán na vyšetření pokud možno ke všem odborníkům, kteří zde pracují. Tím se rázem z pohledu pojišťoven změní v několik unikátních rodných čísel a poliklinika za něho dostane tedy zaplacené několikrát. Klasický soukromý lékař nemá možnost nechat „rotovat unikátní rodná čísla“ a na rozdíl od zaměstnanců, kteří to mohou dostat příkazem, nebude mít většinou na podobně účelové chování ani žaludek.

Systém zakonzervování stávajících historických nespravedlností možná vyhovuje těm lékařům, jejichž praxe mají z minulosti z nejrůznějších důvodů nastaveno vysoko úhradu na jednoho pacienta. Tito kolegové mají dvě jistoty. Jednak vydělají o 3 % více než vloni, ale především jim nevyroste žádná konkurence, neboť bohatí zůstanou bohatými a chudí chudými. **Neodůvodněné rozdíly v úhradách mezi odbornostmi i podhodnocení lékařské práce oproti přístrojovým vyšetřením, to vše zůstane zachováno,** neboť nový seznam výkonů, který komora léta prosazovala, zůstane jen na papíře. Lékař, který nevládní potřebné přístroje, ten si je nebude moci koupit dílem proto, že si na ně svojí prací nevydělá, dílem kvůli tomu, že mu pojišťovna ve výši úhrady na jedno rodné číslo ani vyšší náklady ani větší počet vykazovaných bodů nezohlední. **Jde o likvidaci potenciální konkurence** tím nejefektivnějším způsobem, tedy **hned v zárodku.**

Kdo to zaplatí?

Zaplatí to všichni ostatní soukromí lékaři, jejichž hodnota práce zůstane vinou návratu k neplatnému starému seznamu zdravotních výkonů na úrovni ceny práce pomocného stavebního dělníka. Nový seznam výkonů přitom zásadním způsobem zvýšil cenu lékařské práce. Bodové ohodnocení všech výkonů, které práci lékaře zahrnují, se zvýšilo natolik, že bychom výrazně

profitovali i při hodnotě mnohem nižší, než je současná 1,05 Kč. Je pravda, že nejvíce mohly profitovat ty obory, kde je podíl lékařské práce největší. Jde právě o ty odbornosti a praxe, které jsou řadu let podhodnocené.

Pokud chcete vědět, jak vysokou cenu za špatnou dohodu a vyhlášku platíte, pak vám k základní orientaci může sloužit rozdíl mezi částkami, které váš software tiskne na faktury pro VZP, a tím, kolik vám pojišťovna zaplatí. Podrobný přehled pak získáte, pokud porovnáte bodové hodnoty vámi vykazovaných výkonů podle nového seznamu s tím, který platil do konce roku 2005 a na který se dnes, v rozporu s právními pravidly, odkazuje ministerská vyhláška a úhradové smluvní dodatky od pojišťoven. Oba seznamy výkonů naleznete na www.lkcr.cz a věřte mi, stojí to za to.

Věc je o to závažnější, že letos poprvé platí úhradová vyhláška na celý kalendářní rok. Jedinou šancí na změnu je novela této špatné vyhlášky k 1. 7. 2007.

Na rozdíl od svého předchůdce však ministr Julínek s Českou lékařskou komorou nejedná a prospěch nám soukromým lékařům nepřináší ani údajně výborná spolupráce ministerstva s některými z nás:

„Komunikace Sdružení praktických lékařů s ministrem Julínkem a dalšími pracovníky ministerstva funguje bezproblémově... Zástupce SPL byl jmenován do poradního sboru ministra za poskytovatele, máme zástupce v pracovní skupině pro změnu legislativy...“

MUDr. Václav Šmatlák – předseda Sdružení praktických lékařů

„Za celou dobu, co pracuji ve Sdružení ambulantních specialistů (SAS), si nevzpomínám, že by komunikace s ministrem zdravotnictví ČR byla lepší. I bez prezidenta ČLK Kubka se nám v maximální možné míře daří řešit problémy s úhradami a smlouvami ve prospěch ambulantních specialistů.“

MUDr. Zorjan Jojko – místopředseda Sdružení ambulantních specialistů

Vše nasvědčuje tomu, že pokud se také ambulantní specialisté po vzoru praktických lékařů nevezchopí k protestním akcím, pak každý z nás zaplatí v zájmu „stabilizace zdravotního pojištění a klidu na přípravu reformy“ v letošním roce desítky tisíc až statisíce korun.

Pokud chcete, aby ČLK příští rok zabránila podobně nevhodným dohodám, zplnomocněte ČLK–o.s. k tomu, aby také vás zastupovalo v dohodovacích řízeních.

MUDr. Milan Kubek



Komora se ze zákona podílí na kontrole personálního vybavení zdravotnických zařízení

Novelou zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních (zákon č. 121/2004 Sb.), poslanci připravili ČLK o jeden z nástrojů, jak plnit úlohu garanta kvalitní zdravotní péče, a to jen proto, abychom nemohli posuzovat personální vybavení bývalých okresních nemocnic, které se převodem na kraje staly zařízeními nestátními.

Ani většina funkcionářů komory neví, že z ustanovení § 12a zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, vyplývá, že **komora se má zásadním způsobem podílet na kontrole personálního vybavení všech zdravotnických zařízení, tedy nejenom těch nestátních nebo neziskových.** Klíčový § 12a byl do zákona doplněn v rámci změn přijatých spolu se zákonem o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních a je účinný od 31. 5. 2006.

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu:

§ 12a

- (1) Zdravotnické zařízení poskytující zdravotní péči musí být personálně, věcně a technicky vybaveno pro druh a rozsah zdravotní péče, kterou poskytuje, a musí splňovat hygienické požadavky na svůj provoz.
- (2) Ministerstvo zdravotnictví stanoví vyhláškou požadavky na věcné a technické vybavení zdravotnického zařízení a hygienické požadavky na jeho provoz. Ministerstvo zdravotnictví stanoví **po dohodě s příslušnou komorou** vyhláškou požadavky na personální vybavení zdravotnického zařízení.

(3) **Splnění stanovených požadavků na personální vybavení zdravotnického zařízení kontroluje ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s příslušnou komorou.**

(4) **Splnění stanovených požadavků na věcné a technické vybavení zdravotnického zařízení kontroluje ministerstvo zdravotnictví a u nestátních zdravotnických zařízení orgán příslušný k jejich registraci.**

(5) **Plnění stanovených hygienických požadavků na provoz zdravotnických zařízení kontroluje orgán ochrany veřejného zdraví zřízený podle zvláštního právního předpisu 2a).**

(6) **Pokud orgán příslušný ke kontrole zdravotnického zařízení zjistí, že toto zdravotnické zařízení splňuje požadavky na personální, věcné a technické vybavení a hygienické požadavky na jeho provoz, vydá o tom v mezích své působnosti doklad osvědčující splnění těchto požadavků. V případě splnění požadavků na personální vybavení vydá tento doklad ministerstvo zdravotnictví po dohodě s příslušnou komorou.**

Ze zákona vyplývá, že bez dohody s komorou nemůže ve smyslu ustanovení § 12a odst. 2) zákona ministerstvo zdravotnictví vydat vyhlášku o personálním vybavení, přičemž právo spoluúčasti na kontrole tohoto vybavení zakládá komoře odst. 3) zmíněného ustanovení. Bez dohody s komorou nemůže být dle odst. 6) věta poslední vydán ani doklad o splnění požadavků na personální vybavení zdravotnického zařízení.

Současný stav je nevyhovující

Proč je právo komory posuzovat personální vybavení všech zdravotnických zařízení pro lékaře důležité?

- ČLK může jako nezávislá profesní samospráva s pomocí tohoto nástroje garantovat, že určitou zdravotní péči poskytují pouze náležitě kvalifikovaní lékaři. Stávající stav, kdy krajské úřady například kontrolují personální vybavení svých vlastních zdravotnických zařízení, je nevyhovující a odpovídá zdravému rozumu.
- Dokážeme zabránit přetěžování lékařů, kteří jsou za cenu porušování zákoníku práce nuceni v nedostatečném počtu zajišťovat nepřetržitou péči na řadě oddělení nemocnic.
- Ochráníme soukromé lékaře před nekalou konkurencí nemocnic, jejichž ambulance obsazené často nekvalifikovanými lékaři mohou prodávat zdravotní služby pojišťovnám za dumpingové ceny.
- Nezávislá komora může zaručit, že pro všechny poskytovatele zdravotní péče budou platit stejná pravidla.
- ČLK je jedinou institucí, která disponuje jak kvalifikovaným týmem odborníků schopných posoudit všechny typy lékařské péče, tak i kompetencí vydávat stanoviska závazná pro všechny lékaře.

ČLK bohužel nemůže bez součinnosti ministerstva zdravotnictví svoji zákonnou úlohu plnit. A ministerstvo zdravotnictví je v této věci nečinné. Svoji povinnost vydat příslušnou vyhlášku dosud nesplnilo, ač mu tuto povinnost uložil zákon již před deseti měsíci.

MUDr. Milan Kubek

Stenozáznam jednání poslanecké sněmovny z 21. 3. 2007:

MUDr. Kochan navrhl zrušení § 12a zákona č. 20/1966 Sb.

Dr. Rath:

Pozměňovací návrh poslance Kochana, pokud bude přijat, zbaví ministerstvo zdravotnictví zákonného zmocnění vydat vyhlášku, která stanoví podmínky personálního, věcného a technického vybavení všech zdravotnických zařízení. A vrátíme se do doby, kdy se zdravotnická zařízení dostanou do nerovnoprávního postavení, to znamená na jedné straně budou soukromá zařízení, kde souhlas s PVT je určen zákonem o těchto soukromých zdravotnických zařízeních, tedy zákonem č. 160/1992 Sb., ale všechna ostatní zdravotnická zařízení nebudou žádným

způsobem právně ošetřena. Dokonce i zákon č. 160/1992 Sb. je nedokonalý, protože nezmocňuje žádný orgán České republiky vydat souhrnnou normu, která by řekla, jak vypadá personální, věcné a technické vybavení zdravotnických zařízení. Mám-li to dát na příkladu, tak v podstatě v České republice, pokud přijmeme návrh pana poslance Kochana, nebude autorita, která by řekla, že třeba na interním oddělení musí být primář s druhou atestací a jeho zástupce také s druhou atestací, že třeba na chirurgickém oddělení, kde je sto lůžek, musí pracovat minimálně deset lékařů s takovou a takovou

specializací. Prostě tyto věci nebudou ničím ošetřeny.

Jde o jediné zmocnění v českém právním řádu k tomu, aby ministerstvo zdravotnictví takovou souhrnnou normu vydalo. Je samozřejmě chybou, že ta norma doposud vydána nebyla, byť byla připravena k vydání a pracovaly na ní odborné společnosti, lékařské komory a některé expertní skupiny.

Pokud bude návrh poslance Kochana přijat, dostáváme se do systému nerovnoprávního postavení soukromých zdravotnických zařízení vůči těm ostatním, což je také velká chyba.

Dr. Julínek:

To, co jste teď slyšeli z úst pana poslance Ratha, zní velmi líbivě, ale já vám musím říci, že tak, jak je to zakotveno v zákoně č. 20/1966 Sb., kam to vůbec nepatří, tak jak to bylo na ministerstvu připraveno, když jsem na něj přišel, je tento paragraf vložený do zákona č. 20/1966 Sb. nerealizovatelný. Má ještě další problémy, totiž že se kříží kompetence krajů, přenesená působnost státu na kraje, kterou vykonávají kraje vůči svým zdravotnickým zařízením nebo vůči zdravotnickým zařízením v regionu. To znamená, že ten paragraf, jak tady byl dramaticky vylíčen, je neproveditelný, nerealizovatelný a normativ podle takového zmocnění je nerealizovatelný pro Českou republiku.

Chci upozornit, že ministerstvo zdravotnictví má v legislativním plánu zákon o zdravotnickém zařízení, ve kterém budou veškeré normativy pro všechna zdravotnická zařízení všech typů v České republice v rámci podzákoných předpisů k tomuto zákonu, a že stát bude konečně rozhodovat o všech zdravotnických zařízeních v České republice. To je ta správná cesta, kterou my máme připravenou a řádově v měsících ji předložíme do Sněmovny.

Prosím tedy, aby tato komplikace, kterou vytváří onen § 12a v zákoně č. 20/1966 Sb., aby byla tato komplikace odstraněna. To znamená, že **podporuji pozměňovací návrh pana Kochana.**

Dr. Rath:

Pan ministr Julínek se mylí. Abych to dokázal, tak vám udělám jakousi rychlou exkurzi tím, jak ten stav vypadal před touto zákonnou úpravou, jak bude vypadat při té zákonné úpravě, pokud bude zrušena.

Před touto zákonnou úpravou v podstatě byl nerovnoprávný režim zařízení soukromých, jejichž registrace se řídila zákonem č. 160/1992 Sb. a padala plně pod kraje, a situací ostatních zdravotnických zařízení, která nebyla upravována ničím. Soukromá zařízení byla do jisté doby kontrolována komorami a ve spolupráci komor a krajů pak byl vydán registrační výměr. Komory z tohoto procesu pak byly vyňaty a zůstaly tam jen kraje. To znamená, my máme nemocnice, které patří krajům, jsou kraje kontrolovány a dostávají od krajů registrace, což je poněkud absurdní situace, že jsem-li majitel, na jednu stranu současně kontroluji splnění nějakých podmínek, a navíc v České republice tyto pod-

mínky nejsou žádným jednotným závazným právním předpisem upraveny.

To, co nyní má být zrušeno návrhem pana poslance Kochana, to zavádí jednotný systém. V podstatě určuje jako hlavního arbitra ministerstvo, které vydá vyhlášku, jež říká, jak jsem zde prezentoval, že alespoň na chirurgickém oddělení, interním, ARO má být primář s druhou atestací, zástupce s druhou atestací na úvazek jedna nula a třeba na třicet lůžek tam má být jeden lékař. Toto není nikde upraveno.

Pokud paragraf teď zrušíme, vracíme se do stavu naprostého chaosu, stavu, kde si každý může dělat, co chce, a můžeme to odnést všichni, protože pak mohou existovat také oddělení, kde ani není primář s příslušnou atestací. I to se dělo v minulosti v České republice, že je kraje zaregistrovaly. A já vám můžu říct konkrétní příklad. Nemocnice

ale myslím, že kdo je v této Sněmovně déle než pár týdnů či měsíců, tak ví, že za posledních deset patnáct let v žádném resortu nepřišel žádný geniální, úžasný zákon, který by prostě vše mávnutím proutku vyřešil. Tato debata, kterou zde vedeme, to není vůbec debata politická. Je jedno, jestli na věc nahlížíme zleva, nebo zprava. Toto je čistě technická norma, která říká, kdo určí personální, věcné, technické vybavení, jakým podzákoným předpisem a kdo to kontroluje. Čili do určitého chaosu a nejednotnosti v tom předchozím období zavádí jistou vyšší míru pořádku.

Dr. Julínek:

Jenom krátká poznámka. Já nebudu popisovat situaci, když jsem přišel na ministerstvo a viděl jsem zoufalé úředníky, jak si nevědí rady s napsáním té vyhlášky. Ale to už pomínu.

Chci zdůraznit, že geniální návrh zákona o zdravotnickém zařízení předkládala paní ministryně Emmerová, předtím paní ministryně Součková, byl připraven v paragrafovém znění, že byl potopen kvůli politicky „zajímavému“ zákonu o tzv. neziskových nemocnicích. My ho jenom oprášíme, dáme ho do pořádku, přidáme k tomu ony normy, které opravdu postihnou v přiměřené míře naše zdravotnická zařízení – co je to nemocnice, ambulance, sanitka – a vydáme to relativně v brzkém čase, jak to máte napsáno ve vládním programovém prohlášení.

Dr. Rath:

Musím říci, že jsem dosti zaskočen, že pan ministr Julínek poté, co měsíce či roky deklaroval, jak má připravené zákony a všechno vyřeší, nyní přichází s tím, že oprášil zákon, který byl předložen za ministryně Součkové a Em-

merové, tudíž asi nemá připraveno nic a jen čistí šuplíky.

Chtěl bych ale podotknout, že zákon, jak byl předložen ministryní Součkovou a Emmerovou, byl touto Sněmovnou odmítnut v pravolevém spektru, protože šlo o naprosto nestravitelné špatné normy. Byť to byli ministři ze sociální demokracie, sama sociální demokracie těmito návrhy nebyla nadšena, a proto také neprošly touto Sněmovnou. Je zvláštní, že pan ministr navazuje na tuto, řekněme, problematickou tradici. Já bych mu doporučil, aby spíš ty věci napsal sám, než aby používal a oprášoval normy ministryně Součkové a Emmerové. To je na reformu zdravotnictví hodně málo.



Foto: ČTK

Tomáš Julínek a David Rath před televizní debatou

Česká Lípa měla registrované ORL a tam nebyl primář s příslušnou atestací, nicméně registrační výměr to dostalo, protože to byla nemocnice, která patřila tomu kraji. A takových příkladů mohu vyjmenovat desítky.

Ministerstvo bylo zmocněno k vydání vyhlášky, aby napsalo, jak má zdravotní péče po stránce personální, technické a věcné být zajištěna. Je to naprosto logické. Ministerstvo to umí udělat.

Navíc tuto zákonnou úpravu podporují odborné lékařské společnosti a lékařské komory, čili největších odborné autority, které po takové úpravě roky volaly. Je sice hezké, že možná za měsíc nebo za rok přijde nějaký geniální všeobjímající zákon, který vše vyřeší,

Může lékař léčit i proti vůli pacienta?

Tento problém je často právníkům předkládán ze strany lékařů: má lékař za každou cenu usilovat o záchranu života pacienta i v případech, že o to pacient nestojí, nesouhlasí s tím a odmítá to? Má přednost právo pacienta na svobodné rozhodnutí, nebo na ochranu jeho života?

Jsme jako právníci zvyklí na to, že v trustých zákonících s bohatým komentářem končí komentář tam, kde začíná skutečný problém. Na stránkách Tempusu se snažíme nevyhýbat skutečným problémům, se kterými se lékaři musí ve své práci konfrontovat. Kdybychom se jim vyhnout chtěli, nepublikovali bychom tento článek.

Kdy lze léčit bez souhlasu pacienta?

Podle § 23 odst. 4 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění, bez souhlasu nemocného je možné provádět vyšetřovací a léčebné výkony a je-li to podle povahy onemocnění třeba, převzít nemocného i do ústavní péče:

- jde-li o nemoci, stanovené zvláštním předpisem, u nichž lze uložit povinné léčení;
- jestliže osoba jeví známky duševní choroby nebo intoxikace ohrožuje sebe nebo své okolí;
- není-li možné, vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného, vyžádat si jeho souhlas a jde o neodkladné výkony nutné k záchraně života či zdraví;
- jde-li o nosiče.

Tuto problematiku jsme již v časopisu České lékařské komory publikovali a právní úprava se od té doby nezměnila. Pacienti trpící přenosnými chorobami, u kterých je povinné léčení a tzv. nosiči, se samozřejmě musí, a to i bez jejich souhlasu, podřídit potřebné izolaci a léčbě. V opačném případě se mohou dopustit přestupku i trestného činu. Léčba může být poskytována i bez jejich souhlasu.

Problematika osoby jeví známky duševní choroby nebo intoxikace, ohrožující sebe nebo své okolí, je „kapitolou sama pro sebe“, na toto téma existuje řada publikací i některá stanoviska soudů a nálezy Ústavního soudu. Jejím podrobné rozebrání není předmětem tohoto článku.

Nejčastěji se běžný lékař setká s případem, kdy není možné, vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného, vyžádat si jeho souhlas a jde o neodkladné výkony nutné k záchraně života či zdraví.

Zásadní otázka: je pacient zdravotně způsobilý k platnému projevu vůle?

Pokud pacient odmítá lékařem doporučenou péči a nejde o případy, kdy lze poskytovat péči bez jeho souhlasu, musí být sepsán revers. Na druhé straně může jít o situaci, kdy pacient s ohledem na svůj zdravotní stav není

způsobilý k platnému projevu vůle. Může být intoxikován, dezorientován, zmatený po prodělané mozkové komoci, často i v kombinaci s intoxikací apod.

I pokud pacient není zbaven způsobilosti k právním úkonům, musí v nastalé konkrétní situaci lékař z medicínského hlediska posoudit, zda pacient právě v tomto zdravotním stavu, v této chvíli je, či není způsobilý k platnému projevu vůle. Tedy zda je, či není způsobilý pochopit vysvětlení lékaře, jaké případné následky pro jeho zdraví i život může mít odmítnutí lékařem doporučené péče, a k plnohodnotnému rozhodnutí, zda dá k příslušným výkonům souhlas či nikoli.

Pokud lékař z medicínského hlediska posoudí, že pacient není způsobilý k platnému projevu vůle, je intoxikován, zmaten, dezorientován, odpovídá nepřiléhavě a zmateně na položené otázky a nevnímá lékařovo vysvětlení, dospěje patrně k závěru, že v tomto stavu pacient není schopen platně projevit svou vůli. To samo o sobě ještě není důvodem k léčbě či hospitalizaci bez souhlasu pacienta, neboť musí současně jít o **neodkladné výkony nutné k záchraně života či zdraví**. Takovým neodkladným výkonem však může být i diagnostická hospitalizace, během které má být provedeno např. CT vyšetření a pacient má být pozorován, zda po úrazu a mozkové komoci nedochází k rozvoji nějakého zákeřného onemocnění, které by mohlo mít za následek jeho úmrtí nebo závažné poškození zdravotního stavu.

Je-li možné povolat na konziliární vyšetření kolegu psychiatra, který by se možná mohl kvalifikovaněji vyslovit ke schopnosti pacienta učinit platný projev vůle ohledně svého léčení, je vhodné konziliární vyšetření zajistit. Není-li na to čas nebo není-li lékař psychiatr k dispozici, posoudí ošetřující službu konající lékař z medicínského hlediska situaci a podle medicínských pravidel se rozhodne, zda pacient v daném zdravotním stavu je způsobilý k platnému projevu vůle, či nikoli. Výsledek tohoto zjištění je třeba zapsat do zdravotnické dokumentace tak, aby při případném přezkoumání soudním znalcem nebylo pochyb o tom, že rozhodnutí lékaře bylo správné.

Například:

„Pacient je dezorientovaný, jeví známky intoxikace, na zadané otázky odpovídá zmateně, nepřiléhavě, tvrdí, že s ničím nesouhlasí a cokoliv podepíše, abychom mu dali pokoj. Na základě vyšetření konstatuji, že pacient v tomto stavu

není způsobilý k platnému rozhodnutí o odmítnutí hospitalizace, a protože hospitalizace je nezbytně nutná k provedení neodkladných výkonů (uvést jakých...) nutných k záchraně života a zdraví pacienta, je rozhodnuto o hospitalizaci pacienta bez jeho souhlasu.“

Pokud je pacient bez svého písemného souhlasu hospitalizován, je třeba do 24 hodin oznámit tuto skutečnost soudu v místě, ve kterém má sídlo zdravotnické zařízení.

Je-li naopak pacient plně způsobilý k platnému projevu vůle a odmítá potřebnou péči doporučenou lékařem, nemůže mu být tato péče nijak vnucována, a to ani tehdy, pokud hrozí vážné zhoršení zdravotního stavu či dokonce úmrtí. Úmluva o lidských právech a biomedicíně dává jasně přednost svobodnému rozhodnutí před nucenou péčí, byť zachraňující život nebo zdraví. Také aktuální nálezy Ústavního soudu odpovídá této zásadě. Pacienta, který je z medicínského hlediska plně způsobilý vnímat, pochopit a vzít v úvahu informace podávané lékařem a rozhodnout se svobodně, zda bude jeho doporučení akceptovat či nikoli, nelze tedy nijak nutit k tomu, aby se léčil, pokud léčbu odmítá a nejsou-li splněny shora uvedené důvody k nucené léčbě.

Jak již bylo mnohokrát uvedeno, velkou a zásadní chybou by byla absence písemného negativního reversu u pacienta, který odmítl lékařem navrhanou péči. Negativní revers nelze v žádném případě nahradit pouhým zápisem lékaře do zdravotnické dokumentace. Odmítá-li pacient potřebnou péči a odmítá-li i podepsat negativní revers, je třeba negativní revers sepsat a poznamenat, že jej pacient odmítl podepsat, a místo toho jej nechat podepsat svědkovi, který byl přítomen poučení lékaře a negativnímu stanovisku pacienta.

*JUDr. Jan Mach
ředitel právního oddělení ČLK*





Od pacienta nelze požadovat „registrační poplatky“

S ohledem na skutečnost, že v posledním období se vyskytly případy stížností pacientů na vyžadování „registračních poplatků“ za převzetí do péče nebo za ponechání v péči, se k této, již v minulosti publikované problematice, stručně vracíme a rekapitulujeme:

1. Lékař ani jiný zdravotnický pracovník, který má uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou pojištěnce, nesmí od pojištěnce požadovat za převzetí do péče ani za poskytování zdravotní péče, např. v průběhu kalendářního roku, žádné registrační poplatky. Porušení tohoto zákazu může být důvodem k udělení pokuty, zrušení registrace nestátního zdravotnického zařízení a ukončení smlouvy mezi zdravotnickým zařízením a zdravotními pojišťovnami.
2. Zdravotnické zařízení nesmí pacientovi vnucovat, aby poskytoval sponzorské dary, aby akceptoval předem dané nadstandardní služby s tím, že jinak nemůže být přijat do péče. I toto jednání může být důvodem k pokutě, odnětí registrace a výpovědi smlouvy se zdravotními pojišťovnami.
3. Pojištěnec může kdykoli poskytnout dobrovolně sponzorský dar zdravotnickému zařízení ať státnímu, či nestátnímu, a je-li podnikatelem, odepsat si sponzorský dar ze svého daňového základu.
4. Na principu naprosté dobrovolnosti lze s pojištěncem uzavřít smlouvu o poskytování dohodnutých služeb nehrazených ze zdravotního pojištění nebo o provedení některých výkonů nadstandardním způsobem, nehrazeným ze zdravotního pojištění, za předem dohodnutou úhradu.
5. Jde-li o zdravotnické zařízení, které nemá uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou pojištěnce, lze samozřejmě zdravotní péči pojištěnci vyúčtovat a žádat její úhradu. Nejde-li o neodkladné výkony, nutné k záchraně života či zdraví, může být úhrada požadována i předem jako podmínka k poskytnutí jinak odkladné zdravotní péče.

JUDr. Jan Mach

Vymezení povinné mlčenlivosti

ad Povinná mlčenlivost lékaře a výjimky z ní (TM 3/2007)

ČLK navrhla znění právě projednávaného zákona o zdraví doplnit tím, že povinností mlčenlivosti není vázán zdravotnický pracovník v rozsahu nezbytném pro svoji obhajobu (analogicky k zákonu o advokacii).

I potom pak však bude „každý zdravotnický pracovník povinen zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvěděl v souvislosti s výkonem svého povolání“.

Tato nešťastná formulace, používající slovo povolání, je tak široká, že mj. neumožňuje oznámit trestné činy, které pacienti spáchají ve zdravotnickém zařízení. (Pochopitelně s výjimkou činů vyjmenovaných v § 167 tr. z., které máme povinnost přezkázat, a činů vyjmenovaných v § 168 tr. z., které máme povinnost oznámit.)

Hospitalizovaní pacienti (alespoň ti moji) se však často dopouštějí trestných činů, které nejsou vyjmenovány v § 167 ani § 168 tr. z. Tuto skutečnost se zdravotničtí pracovníci nemají možnost dovědět jinak než v souvislosti s výkonem svého povolání, a tak oznámením orgánům činným v trestním řízení bez souhlasu pacienta porušují výše definovanou povinnou mlčenlivost. Většina laiků i právníků kroučí hlavou nad tímto výkladem zákona, což ovšem nic nemění na tom, že oznámením trestného činu svého pacienta zdravotník porušil mlčenlivost.

(A je to právě ČLK, která zastává názor, že zdravotník vykonává své povolání 24 hodin denně při sporech o kompetenci ČLK v kárných řízeních, kdy dle zákona o ČLK je oprávněna řešit stížnosti na výkon povolání svých členů, pokud nevykonávají své povolání odborně, v souladu s jeho etikou a způsobem stanoveným zákony a řády komor.)

Přitom by stačilo při formulaci nového zákona vzít si příklad právě z analogie zákona o advokacii i co se týká vymezení povinné mlčenlivosti. Podle toho zákona „advokát je povinen zachovávat mlčenlivost o všech skutečnostech, o nichž se dozvěděl v souvislosti s poskytováním právních služeb“, tedy nikoli svého povolání.

Navrhují tedy formulace zákona „každý zdravotnický pracovník povinen zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvěděl v souvislosti s poskytováním zdravotnické činnosti“. Jinou možností by bylo definování výjimky formulací „povinností mlčenlivosti není zdravotnický pracovník vázán při oznámení, podání vysvětlení a výsledku o skutečnostech nasvědčujících spáchání trestného činu“.

Obávám se zároveň, že takových výjimek by bylo potřeba více. Například zdravotnické zařízení má povinnost oznámit soudu převzetí každého hospitalizovaného bez písemného souhlasu. Tím se rozjíždí detenční řízení, v němž soud musí vyslechnout lékaře k těm nejcitlivějším údajům o jeho zdravotním (zejména duševním) stavu, nebezpečnosti sobě či okolí a schopnosti chápat obsah soudních rozhodnutí. Nikde však není zakotvena výjimka z povinné mlčenlivosti lékaře v tomto soudním řízení! I zde by bylo žá-

doucí zbavit lékaře povinné mlčenlivosti dříve, než to bude potřebovat „pro svoji obhajobu“, jak navrhuje ČLK.

MUDr. Jiří Švarc, Ph.D.

primář ochranného léčení PL Bohnice

Subkatedra soudní psychiatrie a psychologie IVPZ

Vyjádření právníka k připomínce

Pan MUDr. Jiří Švarc, Ph.D., má pochopitelně v zásadě pravdu, ale prosadit některé věci do novely zákona je vždy „uměním možného“. Existuje mnohem více problémů, daly by se patrně počítat na stovky, které by bylo vhodné řešit změnou zákona o péči o zdraví lidu, což však v daném případě a v rámci dané novely nebylo samozřejmě možné.

Ostatně i v tomto případě Ministerstvo zdravotnictví zaujalo k návrhu ČLK zcela zásadně negativní stanovisko s tím, že tato novela má řešit pouze přístup pacientů a pozůstalých do zdravotnické dokumentace a jiné problémy budou řešeny rekodifikací zákona – tedy přijetím nového zákona o zdravotní péči. O přijetí nového zákona o zdravotní péči se v České republice hovoří od roku 1992... Některé návrhy, které byly v minulosti, ať již za jakéhokoli ministra zdravotnictví, předloženy, by podle našeho posouzení znamenaly horší stav než za situace, kdy platí zákon o péči o zdraví lidu v současném znění.

Samozřejmě, problémy uváděné panem MUDr. Jiřím Švarcem, Ph.D., jsou dosti specifické a týkají se hlavně zdravotnických zařízení, v nichž je vykonávána ochranná psychiatrická léčba. Není bez zajímavosti, že někteří soukromí psychiatři požadují naopak zrušit oznamovací povinnost lékaře podle § 168 trestního zákona s tím, že důvěrnost vztahu mezi lékařem a pacientem by měla být taková, aby lékař nebyl nucen oznámit ani případy vraždy nebo týrání svěřené osoby. Názory lékařů na tuto problematiku tedy nejsou zcela jednotné a povinnost oznámit jakýkoliv trestný čin by patrně nebyla šťastná. Průlom do povinné mlčenlivosti ohledně všech trestných činů není ani reálný.

Pojem „poskytování zdravotní činnosti“ a pojem „výkon povolání“ by patrně v praxi byl vykládán totožně a záměna těchto slovíček by vůbec nic neřešila. Kromě toho není pravdou, že by ČLK tvrdila a prosazovala, že: „zdravotník vykonává povolání 24 hodin denně“ – tato informace je zavádějící, alespoň v posledních deseti letech ČLK nikdy nic takového netvrdila.

Pokud se i přes odpor ministerstva zdravotnictví (domnívám se, že nikoli pana ministra, ale spíše úředníků) podařilo prosadit průlom do povinné mlčenlivosti v zájmu právní ochrany lékaře, považujeme to za velký úspěch ČLK a jeho dosažení nebylo snadné. Je ovšem třeba upozornit, že zákon dosud není platný ani účinný a může dojít ke změnám.

Není reálné, aby v rámci této novely zákona bylo možno vyřešit celou řadu dalších problémů, které skutečně existují a na které pan MUDr. Švarc ve svém příspěvku poukazuje.

JUDr. Jan Mach



Případ neposkytnuté dokumentace

Stížnost

Advokát pacientky podal k ČLK na její lékařku stížnost, ve které píše: „Má klientka je pacientkou lékařky a dopisem ji požádala o poskytnutí fotokopie své zdravotnické dokumentace s tím, že náklady na pořízení fotokopii uhradí. Odpovědí jí byl dopis, kde lékařka konstatuje svůj nesouhlas s poskytnutím fotokopii zdravotnické dokumentace mé klientky. Tento svůj naprosto nepřijatelný postoj odůvodňuje tím, že pacient nemůže nahlížet do zdravotnické dokumentace!“

Lékařku jsem informoval, z čeho vychází nárok na přístup ke zdravotnické dokumentaci, když základním pramenem je zákon č. 40/1964, občanský zákoník, a to ustanovení upravující ochranu osobnosti – § 11 an., dále pak Úmluva o lidských právech a biomedicíně č. 96/2001 Sb. m. s. (Sbírky mezinárodních smluv), která ve svém článku 10 odst. 2 stanoví, že každý je oprávněn znát veškeré informace shromažďované o jeho zdravotním stavu. Je zřejmé, že moje klientka, jakož i kterýkoliv jiný pacient má právo na poskytnutí veškerých informací shromážděných ve zdravotnické dokumentaci vedené o jeho osobě. Není tedy možné žádné informace vztahující se k léčbě pacientovi zatajovat, když má vydávat informovaný souhlas se všemi léčebnými postupy a když mu nelze upřít právo být informován o veškerých okolnostech týkajících se jeho osoby. V neposlední řadě jde také o to, aby pacient mohl hájit svá práva a přístup ke zdravotnické dokumentaci byl stimulem přispívajícím ke kvalitě zdravotní péče. Z výše uvedených důvodů se na Vás obracím jménem své klientky a prosím

o sjednání nápravy. Prosím také, abych byl informován o krocích, které v této věci učiníte.“

Pověřený člen Revizní komise stížnost přijal a předal ji k dalšímu řešení místně příslušné revizní komisi OS ČLK.

Vyjádření lékařky

Lékařka ve svém vyjádření ke stížnosti napsala: „Paní XY znám jako pacientku konfliktní, arogantní, chronicky si stěžující. Od roku 1991, kdy je v mojí ordinaci zaregistrována, je zvyklá bez doporučení absolvovat dle svého uvážení různá odborná vyšetření, nálezy však donáší pouze zřídka. Podaná stížnost se týká posledních psychiatrických nálezů.“

V roce 2002 se opakovaně dostavili členové rodiny (matka, dcera a tchyně) se sdělením, že v místě bydliště pacientky dochází ke konfliktům se sousedy i s rodinou. Situaci jsem konzultovala s psychiatrickou ambulancí FN, kam jsem nasměřovala rodinu. V roce 2003 jsem podávala na pacientku odborné vyjádření pro policii. V říjnu mi telefonovala ředitelka Střední zdravotnické školy, kde výše jmenovaná vykonávala odbornou praxi, a sdělila, že situace je neúnosná pro četné konflikty stěžovatelky a není možný její přímý kontakt s pacienty. Domluvily jsme se na preventivní prohlídce stěžovatelky a její zaslání i na psychologické vyšetření. Výsledek těchto vyšetření byl ten, že se jedná o paranoidní poruchu na disp. osobním terénu. Nabízenou ambulantní léčbu stěžovatelka odmítla a po doplnění anamnézy dcerou bylo odbornou psychiatrickou ambulancí doporučeno eliminovat návrat do studijního programu, dokud se nepodřídí léčbě. Pokud bude narůstat její agrese, je doporučeno za asistence policie volat pohotovost. Stěžovatelka, pokud to bylo vzhledem k její agresi možné, byla s výsledkem vyšetření seznámena. Začátkem prosince požádala o kopie zdravotní dokumentace. Po poradě s vedoucím právního oddělení zdravotního odboru KÚ jsem ji odkázala na zákon č. 20 § 67 odst. 10 a 11, které vymezují, kdo může do zdravotní dokumentace nahlížet. Výsledkem je stížnost pacientky. Moje konečné stanovisko je, že platí zákon č. 20 a podle něj postupuji.“

Řešení stížnosti

Revizní komise OS ČLK nepodala návrh na disciplinární řízení, neboť dospěla k závěru, že lékařka postupovala správně dle platných předpisů a nedopustila se žádného pochybení. Rozhodnutí odůvodnila následovně: „Pro zacházení se zdravotnickou dokumentací platí novela zákona č. 20/1966 Sb. Zákon byl Senátem ČR přijat dne 26. 6. 2001 s platností od 1. 8. 2001. V § 67b, odst. 12 se nově uzá-

koňuje právo pacienta „na poskytnutí veškerých informací shromážděných ve zdravotní dokumentaci vedené o jeho osobě a v jiných zápisech, které se vztahují k jeho zdravotnímu stavu.“ **Nejde však o PRÁVO NAHLÍŽET, ale o PRÁVO BÝT INFORMOVÁN.** Informace o zdravotním stavu, jakož i výsledky vyšetření odborných lékařů byly pacientce ze strany ošetřující lékařky poskytnuty.“

Advokát stěžovatelky sepsal proti rozhodnutí námitku, v níž píše: „Domnívám se, že revizní komise nesprávně posoudila stížnost mé klientky a zvláště pak ji nezhodnotila ve všech souvislostech a neposkytla ani argumenty či odůvodnění, proč je nesprávná argumentace ve stížnosti uvedená. Komise se při svém rozhodnutí zjevně domnívala, že nakládání se zdravotnickou dokumentací se řídí pouze ustanoveními zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Je třeba říci, že takový závěr je mylný. Jakkoliv v § 67b odst. 12 ZPZ není výslovně uvedeno právo pacienta nahlížet do zdravotnické dokumentace a žádat její kopie, lze tento nárok pacienta dovodit a zákonné nedostatky překlenout použitím obecnější úpravy obsažené v zákoně č. 40/1964, občanský zákoník, a to z ustanovení upravujících ochranu osobnosti – § 11 an., společně ve vztahu k právu na ochranu života a zdraví, v souladu s Evropskou úmluvou o ochraně lidských práv a základních svobod, Úmluvou o lidských právech a biomedicíně č. 96/2001 Sb. m. s. a zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Opačný výklad, často předkládaný odborné veřejnosti i pacientům, je zcela neudržitelný a neobhajitelný a prosím, aby Čestná rada ČLK při svém rozhodování zvážila, nakolik je pro ni, v případě, že i ona jej zastává, nadále obhajitelný.“

Domnívám se, že výklad zákona, jaký poskytl komise, tedy že pacient nemá právo nahlížet, ale být informován, je hrubě nesprávný, dochází při něm ke směšování otázky poučení pacienta s právem znát veškeré informace shromážděné o jeho zdravotním stavu. Výklad zastávaný komisí směřuje proti dobré víře adresátů zákonného ustanovení § 67b, odst. 12 ZPZ, tedy pacientů. Toto konkrétní ustanovení směřuje k poskytnutí všech údajů ze zdravotnické dokumentace, chrání dobrou víru pacientů v tom smyslu, že k ochraně jejich oprávněných zájmů, nebo třeba z důvodů pouhé zvědavosti jim budou tyto údaje poskytnuty v celé své šíři. Tento výklad je zcela v souladu s právními zásadami rozumnosti a spravedlnosti, jakož i v souladu s výše jmenovanými mezinárodními smlouvami, které v souladu s čl. 10 Ústavy mají přednost před zákonem, a v případě střetu zákona a mezinárodní smlouvy se musí použít mezinárodní smlouva. Tvrdit, že paci-





ent nemá nárok na informace shromážděné v jeho zdravotnické dokumentaci například proto, že tato je vlastnictvím zdravotnického zařízení, je zjevným překrucováním zákona z pochybných důvodů. Dále dávám Čestné radě ČLK ke zvážení, zda napadený postup lékařky neodporuje ustanovení § 3 odst. 3 Etického kodexu ČLK, který stanoví, že: „Lékař se má vzdát paternalitních pozic v postojích vůči nemocnému a respektovat ho jako rovnocenného partnera se všemi občanskými právy i povinnostmi, včetně zodpovědnosti za své zdraví.“ Jsem přesvědčen, že napadené jednání směřuje zcela jistě proti tomuto ustanovení.

Právo pacienta znát jakékoli informace shromažďované o jeho zdravotním stavu, pokud se s nimi chce seznámit, je důležité a jeho ochrana je žádoucí, neboť mimo jiné podmiňuje také uplatňování jiných práv, např. právo na svobodné rozhodování ve věcech zásahů do tělesné integrity. „Právo vědět“, které každý pacient má, zahrnuje veškeré nashromážděné informace o jeho zdraví, ať již jde o diagnózu, prognózu nebo jakoukoli jinou závažnou, nebo na první pohled třeba i nedůležitou skutečnost.“

Čestná rada ČLK na svém řádném zasedání posoudila námitku a rozhodnutí revizní komise OS ČLK potvrdila. Svě rozhodnutí odůvodnila takto: „Čestná rada ČLK souhlasí s rozhodnutím i zdůvodněním revizní komise. **Nelze ztotožňovat právo pacienta být informován s právem na poskytnutí fotokopie zdravotnické dokumentace.** Námitka nebyla shledána jako důvodná.“

Michal Sojka

ad Případ bolavého loketního kloubu

Kazuistika, TM 2/2007

Rozhodnutí disciplinární komise nepovažuji za příliš šťastné pro důvěryhodnost lékařské komory. Mladý či méně zkušený lékař by mohl nabýt dojmu, že vše bylo učiněno správně. Postup ale zcela jednoznačně nebyl legeris artium a správný je chirurgický posudek komise Vědecké rady ČLK. Po reposici je nutné provést vždy 2 až 3 rtg kontroly v intervalech 5 až 7 dnů. Opakovaně jsem viděl luxace po reposici, a to i v sádrové fixaci, které pro nestabilitu bylo nutno řešit chirurgicky.

Prim. MUDr. Pavel Kopačka
Traumacentrum
Nemocnice České Budějovice

Nejvyšší správní soud se oprávněností volby nezabýval

Podle všech veřejných a přístupných anket, které jsem doposud četl a o kterých jsem se zmiňoval při kandidatuře na prezidenta ČLK, si většina lékařů NEPŘEJE povinné členství v ČLK. Při čtení předposledního čísla časopisu Tempus Medicorum člověk ale zjistí, že této problematice bylo věnováno 8 stran, přičemž 7 z nich obsahovalo názory lékařů proti zrušení povinného členství. Tím potvrzuje vedení ČLK svoji nedemokratičnost a sklon k totalitnímu chování, jež se pro něj stalo naprostou normou a kvůli kterému rezignovali kvalifikovaní členové představenstva (jejich slova, nikoliv moje). Pokud by prezident a představenstvo ČLK skutečně zastupovali všechny lékaře v této zemi, tak by se ke všem lékařům, příznivcům i odpůrcům různých názorů chovali zodpovědně. Jako první krok by přesně zmapovali (formou písemného dotazníku odeslaného všem lékařům) výši zájmu o povinné členství v ČLK oproti povinnému registračnímu poplatku a nepovinnému členství. Dokud se tak nestane, tak ani já, ani kolega Kubek a jeho představenstvo nemůžeme s jistotou tvrdit, že známe pravdu. Vedení komory to ale neudělá – tato naše pravda je totiž nezajímavá.

Ve věci sporu, který vedu prostřednictvím svých advokátů v zájmu nejen sebe, ale i lékařů, kteří chtějí potvrdit neoprávněnost současného volebního procesu delegátů ČLK, JUDr. Mach v minulém čísle Tempus Medicorum zcela účelově interpretoval jedno procesní rozhodnutí soudu tak, jako kdyby se jednalo o rozhodnutí ve věci samé. Jak JUDr. Mach sám správně uvádí, Nejvyšší správní soud podanou kasační stížnost odmítl. Pakliže soud kasační stížnost odmítne, znamená to, že se podstatou stížnosti vůbec nezabývá. Pokud tedy Nejvyšší správní soud kasační stížnost odmítl, nelze činit závěry o tom, zda byla, či nebyla oprávněná, neboť pakliže kasační stížnost není ani přípustná, soud se její věcnou opodstatněností nezabývá.

Z tohoto rozhodnutí však nelze v žádném případě činit závěry o tom, zda žaloba samotná je, či není oprávněná. O této bude teprve rozhodováno.

Interpretace JUDr. Macha v tom smyslu, že Nejvyšší správní soud potvrdil legitimitu sjezdů ČLK, je zcela úmyslně nesprávná, neboť jak i JUDr. Mach bezesporu dobře ví, Nejvyšší správní soud se otázkou legitimacy volby vůbec nezabýval. Řízení ve věci samé pokračuje dál a verdikt se očekává. Je jasné, že vedení ČLK se danou problematikou nezabývá a je všem jasné proč.

MUDr. Martin Jan Stránský

Ideál ČLK a praxe

Má-li někdo možnost poznat zdravotnictví z více úhlů pohledu, tj. stráví-li 50 let ve více zdravotnických resortech, je oprostěn od emotivního přístupu k jakékoli otázce, týkající se péče o biologickou bezpečnost občanů. Není také nad osobní zkušenosti i z kontaktu s patnáctiletou krásnou představitelkou o přístavu i arbitru pro všechny ty, kdo vydrželi plnit své poslání od prvního semestru medicíny až po seniorský věk záskoků. O ČLK.

Jsou dvě otázky, které spolu souvisejí. Zrušit povinné členství v ČLK? Zrušit ČLK?

Názor je vyjádření závěru subjektivního poznání objektivní reality. Připomínat základní postuláty lékařské komory, její definici, poslání, funkci, pravidla hry by bylo pleonasmem. Je však nutno uvést sice humornou, ale bohužel častou zkušenost, potvrzenou v celé lidské historii: jak se k něčemu velkému dostanou lidi, tak je to většinou jinak. Ideály sem, ideály tam, vždy je nutné získat to, co komu právě chybí. Tomu peníze, onomu vážnost, jinému důležitost, věhlas.

Co si má člověk myslet o těch, kdo se nějakým způsobem dostali v současnosti do výkladní skříně ČLK, ať na celostátní, či regionální úrovni, když se dozví:

A) že jsou vážně myšlené návrhy na zří-

zení dvou komor, jedna pro podnikatele ve zdravotnictví, druhá pro pracovníky, výkonné pouze v oblasti lékařského umění. Ó, proč ne ještě jedna pro důchodce? I oni mají v medicíně své specifikum;

B) že ten v představenstvu lobbuje za „pravici“, onen je „levicový“;

C) že je zbytečné se pít po odezvě regionální ČLK na připomínky z řad členstva, či dokonce se odvážit žádat o odpověď na závažný dotaz.

Člověka napadá zvolat – dámy a pánové, patres conscripti, zapomeňte na komoru jako takovou a choďte se dohadovat do zájmových kroužků. Ono se nehodí to dělat v seriózní instituci, jakou je – pardon – jakou byla ČLK.

V případě zrušení povinného členství je nejvyšší pravděpodobné, že komora nebude mít vzápětí žádnou členskou základnu. Být členem ČLK je dnes formalitou, potřebnou pouze pro lékaře důchodce, aby mohli vystavovat recepty pro svou „f“ na základě formálního úřednického přikývnutí komory pojišťovně, a tím ušetřit drahocenný čas svým kolegům v ordinacích, kteří je registrují či ošetřují – i doktoři jsou někdy nemocní.

MUDr. Zdeněk Hampl,
lékař lázeňských zařízení, Karlovy Vary



Co nám přinese zvýšení spoluúčasti pacientů

Zavedení spoluúčasti pacientů je pro řadu lékařů asi nejsympatičtější část Julínkovy reformy, možná dokonce jediná sympatická. Co nám ve skutečnosti přinese?

Významná část lékařské komunity roky volá po větším ekonomickém zapojení pacientů do procesu. Dilem proto, že máme pocit, že by nám to mohlo přinést zvýšení příjmů, částečně proto, že nás štvoou pacienti, co nás navštěvují s banalitami, a tudíž zbytečně. Mám v živé paměti, kdy jsem jako sekundář na interním příjmu skřípal zuby nad desítkami lidí, kteří zaplavovali ambulanci naprosto zbytečně. Přesně si vybavuji pocity své a všech svých kolegů, kteří se mnou sloužili záchranku, jak jsme mezi sebou „nadávali“ na banality, kvůli kterým nás ve dvě po půlnoci hnali někam přes celý okres. Skoro vždycky jsem si ulevoval slovy: „Kdyby za to platili, tak by si to rozmysleli, s takovými banalitami trénovat doktora...“

Realitou je, že Češi konzumují lékařskou péči častěji než Západoevropané ze starých zemí EU. Je to výsledkem kombinace mnoha faktorů. Předně jsou na to lidé po desetiletí zvyklí. Média je masírovala a masírují, že s každou obtíží je nutné co nejdříve vyhledat lékaře, aby nic nezanedbali. Takto je přes média masírují i nepopíratelné lékařské autority, ale i běžní lékaři, když je navštíví televize Nova a zeptá se jich, co dělat třeba s chřipkou. Téměř vždy začíná odpověď kolegyně/kolegy praktika: „Vyhledat svého lékaře...“ Laik samozřejmě nemá šanci rozlišit, kdy je bolest na hrudi stenokardií a kdy třeba jen obrátek skřípnutý nerv. To dokonce v určitém procentu nerozliší jen z kliniky ani zkušený lékař. Obdobných případů diferenciálních diagnóz jsou stovky.

Dalším faktorem nadužívání lékařské péče je český zvyk řešit jiné než zdravotní problémy „pracovní neschopností“. Už na základních školách jsme se naučili vyhnout se nepříjemné písemce tím, že jsme „byli nemocní“. Za svoji praxi jsem zažil desítky případů, kdy problémy v práci řeší mnozí spoluobčané útekem do „nemoci“. Samozřejmě že i ekonomická dostupnost, respektive bezplatnost, hraje svoji roli.

Zamysleme se však, zda Julínkův návrh má šanci začít působit proti mnoha motivačním faktorům vedoucím k nadužívání až zneužívání lékařské péče. Poplatek asi 50 Kč má pacient zaplatit za návštěvu specialisty, LSPP a 20 Kč za recept. Už dnes je v mnoha ordinacích praktických lékařů nával třeba až 50 lidí za den a většina tzv. banalit se koncentruje právě zde. Řada starších pacientů praktika navštíví třeba jen proto, že šli náhodou kolem a vzpomněli si, že je bolí koleno, nebo

v čekárně viděli nějakého známého a dali se s ním do řeči, a když už na ně přišla řada, tak proč by si třeba nenechali zkontrolovat krevní tlak. V ordinacích praktiků nebudou ale lidé platit podle Julínka vůbec nic.

Ambulantní specialisté pracují v jiném režimu než praktičtí lékaři. Buď pracují na „zákazku“ jiného lékaře, který k nim pacienta pošle, nebo je lidé vyhledají sami, navíc podstatnou část jejich „klientely“ tvoří dispenzarizovaní pacienti. Když se zde zavedou poplatky, tak v prvním roce po zavedení klesne počet pacientů v ordinacích specialistů o 20 až 30 % – to je například slovenská zkušenost. Tito lidé se „přelijí“ do bezplatných ordinací praktiků (nemocnic) a ty budou ještě více přetíženy. Specialisté jsou placeni pojišťovnami za počet ošetřených rodných čísel, tudíž specialistům klesnou přímo úměrně i platby od pojišťoven.

Ve druhém roce po zavedení poplatků se situace v počtu ošetřených začne vracet k původnímu stavu před zavedením plateb. Vybrané poplatky v žádném případě nemohou vykompenzovat specialistům výpadek v příjmu od pojišťovny, tudíž cca 8 tisíc specialistů vydělá výrazně méně. Vedle zvýšeného zájmu o ošetření u praktika se také projeví větší tlak na přesun preskribece a laboratorních vyšetření na praktiky, což jim způsobí značné problémy s regulacemi. Realizace návrhu tudíž systém jen více rozkolísá a přinese zcela zanedbatelnou úsporu zdravotním pojišťovnám v platbách ambulantních specialistů. Úspora okamžitě zmizí ve stále rychle rostoucích nákladech na léky.

V dalších letech si lidé na poplatky zvyknou a vrátí se ke specialistům, ale tento přesun již nebudou moci pojišťovny kompenzovat zvýšením plateb specialistům, tudíž budou následovat tlaky na snížení hodnoty bodu či změnu financování celého segmentu specialistů směrem k pevným rozpočtům neuvěřitelným s počtem ošetřených lidí. Na celém tomto manévru ekonomicky jednoznačně významně prodělávají všichni specialisté, ale i praktičtí lékaři.

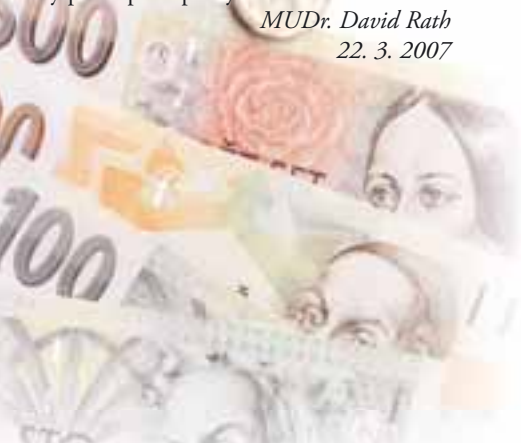
Poplatek za LSPP toho také moc nevyřeší. Lidé rychle zjistí, že je pro ně výhodnější jít rovnou do nemocnice, nebo si zavolat záchranku. Část lidí se bude navíc na LSPP hádat s doktorem o 50 Kč, neboť budou tvrdit, že peníze nemají.

Dvacet korun za recept toho také moc nevyřeší. Buď půjde, jak je tomu dnes, předepsat na jeden recept prakticky neomezený

počet balení, což samozřejmě nebudou lékaři díky regulacím na preskripci chtít, nebo se počet balení na jeden recept limituje a jediným efektem opatření budou 2 miliardy ročně vybraných na tomto poplatku, které skončí jako zisk majitelů lékáren. Snížit o tuto částku marži lékáren Julínek nechce – jde přitom zhruba o 30 % veškeré realizované marže. Poplatek za recept nikde na světě nevedl ke snížení počtu užívaných léků. Jediné logické by bylo o částku vybranou na poplatek snížit lékárenskou marži a „vydělané“ dvě miliardy nechat v systému zdravotního pojištění. To Julínek spojený s lékárenskou lobby však neudělá.

Podle mých analýz, poplatky tak, jak jsou připravovány, ekonomicky poškodí ambulantní specialisty, povedou k ještě většímu přetěžování praktických lékařů a vystaví je většímu riziku regulačních sankcí. Zhruba roční propad v platbách u specialistů bude okamžitě spotřebován rostoucími náklady na léky a bude tendence od pojišťoven snížené úhrady specialistů fixovat i do dalších let. Poplatek za recept přivítají jen majitelé lékáren a nebude mít žádný významnější vliv na celkový počet předepsaných balení.

MUDr. David Rath
22. 3. 2007



O názor na spoluúčast jsme předsedu zdravotního výboru dr. Ratha požádali 20. března, kdy byly zveřejněny první záměry ministerstva zdravotnictví. Zároveň jsme stejného dne e-mailem požádali vedoucího tiskového oddělení ministerstva zdravotnictví Mgr. Církerta o vyjádření pana ministra. Do uzávěrky jsme nedostali žádnou odpověď. Nelze tedy vyloučit, že konkrétní doplatky budou v paragrafovaném znění novely zákona 48, která má být zveřejněna až po uzávěrce tohoto čísla, vypadat poněkud jinak.

Redakce



Proč dostali smlouvu jen někteří lékaři?

Publikováno dne 11. 4. 2007 na internetovém serveru www.ZDN.cz

Některým lékařům není jasné, proč někteří poskytovatelé dostali od pojišťovny smlouvu a jiní ne. Stěžují si na to, že pobočky vyřizování této agendy záměrně zdržovali. Na základě jakých kritérií se Všeobecná zdravotní pojišťovna rozhodla smlouvu s jednotlivými poskytovateli uzavřít? Na dotaz čtenáře a na doplňující dotazy redakce ZDN.cz odpovídá ředitel VZP Pavel Horák.

MUDr. Petr Chladil

Mám dotaz ohledně vyhlášky o rámcových smlouvách 290/2006 Sb., která nebyla ze závažných důvodů realizována, ač přímo vámi jsme byli neustále ujišťováni, že od této dohody s prezidentem ČLK nemíníte ustoupit. Od počátku byla jasná zdržovací taktika ze strany poboček VZP, jen v mém případě jsem formuláře k vyřízení smlouvy přijal a odeslal čtyřikrát během tří měsíců, včetně osobní návštěvy na pobočce. Proč někteří lékaři smlouvu dostali a většina ne?

Odpovídá ředitel VZP

Vyhláška č. 290/2006 Sb. nabyla účinnosti dne 16. 6. 2006 a v jednotlivých rámcových smlouvách stanovila smluvním stranám povinnost uvést do souladu obsah smluv uzavřených podle vyhlášky č. 457/2000 Sb. s obsahem rámcové smlouvy nejpozději do 30. 6. 2006. Tato lhůta byla stanovena v nereálném časovém horizontu, zejména vzhledem ke skutečnosti, že bylo třeba nejprve zpracovat příslušné typové smlouvy pro jednotlivé segmenty poskytovatelů zdravotní péče.

V procesu vyřizování jednotlivých požadavků smluvních zdravotnických zařízení o uzavření nové smlouvy dle vyhlášky č. 290/2006 Sb. bylo třeba především prověřit věcné a personální vybavení dotčeného zdravotnického zařízení, tak, aby vypovídalo o reálném stavu. Tuto skutečnost jsem mimo jiné zdůraznil i ve svém dopise praktickým lékařům ze dne 10. 1. 2007.

Tak, jak byly smluvní podmínky postupně vzájemně vyjasňovány, byla s jednotlivými zdravotnickými zařízeními uzavírána nová smlouva. V této fázi však byla ministerstvem zdravotnictví vydána s účinností od 1. 1. 2007 vyhláška č. 618/2006 Sb. rušící předmětnou vyhlášku č. 290/2006 Sb., a současně stanovící povinnost uvést do souladu s touto vyhláškou smlouvy uzavřené podle dosavadních právních předpisů do 31. 12. 2007, takže proces dojednání nových typových smluv musel být nastartován znovu.

VZP připravila nové typové smlouvy a v současné době jsou se zástupci jednotlivých segmentů poskytovatelů zdravotní péče projednávány tyto smlouvy tak, aby byl vyhláškou stanovený termín dodržen. Připomínky poskytovatelů, které brání rychlejší dohodě, se zejména týkají délky smluvního vztahu (je požadován delší), což sice není

v rozporu s vyhláškou, ale znamenal by celkové přenastavení smlouvy tak, aby pojišťovna nebyla v jednostranně nevýhodném postavení a celá síť se navěky i s nekvalitními poskytovateli nezakonzervovala. Přesto si myslím, že ke shodě dojde a proces obnovy smluv bude moci pokračovat.

Doplňující dotazy ZDN.cz

Vaše vysvětlení čtenáři jsem příliš nepochopila. Můžete ještě jednou jednoduše říci, proč někteří lékaři smlouvu dostali a jiní ne?

Všeobecná zdravotní pojišťovna si určila podmínky, za kterých uzavře trvalý smluvní vztah s poskytovateli. Protože šlo o trvalou smlouvu, určili jsme si podmínky, které by měli lékaři dodržet, aby tuto smlouvu dostali. V přílohách smluv byly například popsány výkony, které lékař smí dělat, přístrojové vybavení, které musí odpovídat výkonu práce, ordinační doba lékařů a podobně. Právě s ordinační dobou někteří lékaři nesouhlasili – to byly ty tahanice o tom, kolik hodin by měli ordinovat zubní lékaři, kolik praktičtí lékaři apod. Určili jsme podmínky, za kterých jsme ochotni smlouvu uzavřít. Do konce roku, kdy ministerstvo vyhlášku zrušilo a přestala platit, jsme stihli uzavřít smlouvy se zhruba deseti poskytovateli, s těmi ostatními se to do konce pololetí nepodařilo vyjednat.

Takže to, proč jste uzavřeli smlouvu pouze s některými lékaři, byla věc nedostatku času?

Ano.

A na základě čeho jste vybírali ty poskytovatele, kteří to ještě stihli?

Jak říkám, my jsme předpisem určili, jaké podmínky musí lékaři splnit, abychom jim mohli smlouva poskytnout. Nejdůležitějším bodem v té smlouvě byla aktualizace přílohy č. 2. Byla tam kritéria standardní praxe, nákladovost ordinace a podobně. Jednou z důležitých podmínek byl například rozsah úvazku. Stanovili jsme, že úvazek musí být minimálně 0,7, neuzavírali jsme smlouvu s někým, kdo měl úvazek pouze 0,1 nebo 0,05 a podobně.

Takže síto výběru bylo dáno tím, kdo splnil nové podmínky VZP, nikoliv tím, kdo měl včas potřebné informace a smlouvu stihl získat?



Ředitel VZP Pavel Horák

Ano. Paradoxní přitom bylo, že lékaři, kteří ty podmínky nesplňovali, se smluv vehementně dožadovali. Naopak ti, kterým jsme smlouvy byli ochotni dávat, protože kritéria splňovali (například poskytovatelé v Jihočeském kraji), odmítali smlouvy podepisovat, protože jim toto odmítnutí poradilo jejich sdružení. A to přesto, že šlo o poskytovatele, kteří na uzavření smlouvy měli nárok, protože kritéria splňovali. Naopak lékaři, kteří velmi dobře věděli, že za nových okolností smlouvu těžko získají, se vehementně smlouvy dožadovali. My jsme s nimi ale nechťeli smlouvu podepsat, protože jejich provoz by byl například třikrát tak dražší nebo odmítali protože uvést do příloh věcné vybavení a podobně.

Podle vás tedy byly podmínky získání nových smluv pro všechny poskytovatele stejné a spravedlivé?

Zcela určitě ano. Pamatuji si, že kolem vyjednávání bylo spoustu zmatků a tahanic. Například Sdružení praktických lékařů nejprve radilo svým členům, aby smlouvy podepisovali. Pak si to ale rozmysleli a řekli, že trvalý smluvní stav pro lékaře není výhodný a aby všichni lékaři počkali, až ministr Julínek vydá novou vyhlášku. Nyní ji vydal a lékaři zase křičí, že raději chtějí tu starou.

(ivb), www.ZDN.cz
Přetiskujeme se svolením redakce.



Vzdělávací kurzy České lékařské komory

Přehled na I. pololetí 2007

Přihlášky zasílejte na adresu:

Oddělení vzdělávání ČLK

Lékařská 2, 150 30 Praha 5, fax: 257 220 618,
e-mail: vzdělavani@clkcr.cz, seminar@clkcr.cz
(uveďte celé jméno, odbornost, adresu, telefonní číslo a číslo kurzu)

Podrobné informace, týkající se organizace a průběhu kurzu, obdrží přihlášení účastníci 10 dnů před zahájením kurzu.

Věnujte prosím pozornost těmto informacím, neboť místo konání kurzu může být změněno.

Poplatky za účast na doškolovacích kurzech České lékařské komory

Cena doškolovacích kurzů ČLK určených pro lékaře příslušných specializací:

- při přihlášení a platbě předem 650 Kč
- při přihlášení a platbě na místě 720 Kč

Cena doškolovacích kurzů ČLK pro nečleny České lékařské komory: 1190 Kč

Součástí poplatku za kurz je studené občerstvení, káva a minerální voda. Začátek víkendových kurzů je v 8.30 hod.

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

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

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

08/07 Kurz – Novinky v pneumoftizeologii

Datum konání: 12. 5. 2007

Místo konání: Praha, Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5
Koordinační kurzu: Prof. MUDr. Miloslav Marel, CSc.,
1. klinika TRN, VFN, Kateřinská 19, Praha 2

Prof. MUDr. Jiří Homolka, DrSc.

- Nové možnosti léčby intersticiálních plicních procesů
- Prim. MUDr. Stanislav Kos, CSc.
- Tuberkulóza – trvající problém
- Doc. MUDr. Jana Skříčková, CSc.
- Pneumonie

Doc. MUDr. Jaromír Musil, Ph.D.

- CHOPN

Prof. MUDr. Miloslav Marel, CSc.

- Pleurální výpotky
- Prim. MUDr. Viktor Kašák
- Astma bronchiální
- Prim. MUDr. Miloš Pešek, CSc.
- Plicní nádory
- MUDr. Romana Davidová
- Transplantace plic

16/07 Kurz – Gynekologie

Datum konání: 12. 5. 2007

Místo konání: Praha, Ústav pro péči o matku a dítě, Praha 4 - Podolí

Koordinační kurzu: Doc. MUDr. Alena Měchurová,
ÚPMD, Praha 4 - Podolí

Doc. MUDr. Alena Měchurová, CSc.

- Postpartální krvácení – konzervativní přístup
- Doporučené postupy v perinatologii – změny
- Kardiotokografie – kazuistiky
- MUDr. Ivana Kučerová
- Ultrazvuk v managementu těhotenství po císařském řezu
- Novinky v ultrazvukovém screeningu VVV
- PhDr. Hansmanová
- Sdělování nepříznivé diagnózy
- Psychologická opora pomáhajícím profesím
- MUDr. Jitka Režáčová
- Těhotenské komplikace po asistované reprodukci

15/07 Kurz – Novinky v neodkladné péči 2007 – opakování

Datum konání: 19. 5. 2007 – KURZ JE OBSAZEN

Místo konání: Praha, Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5
Koordinační kurzu: Doc. MUDr. Jarmila Drábková,
OCHRIP, FN Praha Motol

Doc. MUDr. Jarmila Drábková, CSc.

- Jaké novinky je třeba vědět v roce 2007 pro neodkladnou péči? Nové roztoky, nové léky a pomůcky, nové postupy, připravená metodická doporučení. Jak medikovat v těhotenství a v šestinedělí?

MUDr. Otakar Buda

- Hlavní problémy, pochybení, omyly v neodkladné péči po stránce medicínské – diferenciální diagnostiky, prvního opatření, oznámení apod. – kazuistiky a poučení z nich u dospělých pacientů po stránce medicínské a medicínsko-právní.

MUDr. Aleš Tomek a jeho hosté – minipanel

- Novinky v neurologii – jak se k nim aktivně a správně postavít v nečekané konfrontaci v terénu, v ordinaci, na urgentním příjmu.

MUDr. Jana Šeblová

- Které life-style drogy jsou dnes „in“? Zasahují i do dětského věku? Jak posuzujeme výpovědi a anamnézy nezletilých, popř. dětí pod vlivem alkoholu, drog, reaktivní anxiózy? Na co se soustředit při případném ohledání s podezřením na komplikovaný předcházející děj nebo dokonce trestný čin? Přibýly nové momenty v roce 2005/2006 v trestněprávní problematice v linii prvního styku, popř. konfliktu – a jaké?

MUDr. JUDr. Lubomír Vondráček, JUDr. Jan Vondráček, Mgr. Jana Wolesská

- Významné případy a jejich řešení z poslední doby po stránce právní; možnosti psychologického řešení kolizních situací – konkrétní příklady podle kazuistik; změnily se již hranice viability plodu, rozhodování pro dobu budoucí. Napažení – pohled z obou stran a jeho následky a důsledky; jaké kompetence lze nelékařskému personálu svěřit na místě v terénu a na urgentním příjmu při postupech zachraňujících život a jak za ně zodpovídají tito pracovníci, popř. dobrovolníci?

MUDr. Jarmila Drábková, CSc.

- Jsou nové raritní nozologické jednoty a syndromy, a které bychom měli znát a čeho si všimnout podle doporučení zkušenějších ze zahraničí? Přicházejí nová rizika do první linie, a která? Máme vhodné bezpečnostní pomůcky? Jsme připraveni na nezvyklé momenty – vlna veder, vysoká voda, únik chemikálií, střet s jinou kulturou – souhrn z posledních názorů a příprava medicíny katastrof. Diskuse.

18/07 Kurz – Klinická imunologie – opakování

Datum konání: 26. 5. 2007

Místo konání: Praha, Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5
Koordinační kurzu: MUDr. Jana Bíbová, Ph.D.,
Poliklinika Lovosická 440/40, Praha 9

Prof. MUDr. Terezie Fučíková, DrSc.

- Klinická imunologie: první kontakt s pacientem
- As. MUDr. Helena Marečková, CSc.
- Laboratorní výsledky v imunologii a jejich interpretace
- As. MUDr. Jaroslav Svoboda
- Proč je interpretace klinických výsledků v imunologii tak složitá

As. MUDr. Tomáš Poch, CSc.

- Imunologie a chirurgické obory
- As. MUDr. Eva Zavadová, CSc.
- Onkologický pacient v rukách imunologa
- As. MUDr. Pavlína Hrdá
- Jsou endokrinní onemocnění také poruchou imunity?

As. MUDr. Zuzana Humlová, Ph.D.

- Alergie
- As. MUDr. Mgr. Jitka Petanová, CSc.
- Životní prostředí a imunita

17/07 Kurz – Novinky v neodkladné péči 2007 – opakování

Datum konání: 9. 6. 2007

Místo konání: Praha, Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5
Koordinační kurzu: Doc. MUDr. Jarmila Drábková,
OCHRIP, FN Praha Motol

Podrobnější informace jsou uvedeny u kurzu č. 15/07

INZERCE

Přijem řádkové inzerce: recepce@clkcr.cz

Časopis ČLK, Lékařská 2, 150 00 Praha 5

Tel.: +420 257 217 226 • Fax: +420 257 220 618

Volná místa – zájem

Lékařka s I. atestací z pediatrie a 11 lety praxe na obvodě hledá místo, ev. zástup, v praxi PLDD. Nejlépe Praha, Středočeský kraj. Tel.: 606 602 874

Volná místa – nabídka

Přijmeme lékaře do ambulance lékařské genetiky v Pardubicích, vítána odbornost genetiky, gynekologie, pediatrie či interna. Plat 30 tisíc, prémie.
E-mail: xbaum01@post.cz, tel.: 776 710 012

I. Zdravotní Rumburk, a.s., Lužická nemocnice nabízí příležitosti lékařům na následujících odděleních: Gynekologie-porodnictví – lékař s atestací II. st. na funkční místo, lékař s atestací I. st., Interní oddělení – lékař s atestací II. st. nebo s nástavbou z kardiologie, lékař s atestací I. st. nebo absolvent se zájmem o obor, ARO – lékař s atestací I. či II. st. (funkční místo), Chirurgie – lékař s atestací I. či II. st. či absolvent. Nabízíme dobré životní a pracovní podmínky, velmi dobré platové podmínky, týden dovolené navíc nad rámec zákonné, možnost dalšího profesního růstu, podíl na probíhajících rozvojových programech společnosti (kompletní rekonstrukce zařízení), služební byt, atraktivní okolí národního parku Českosaské Švýcarsko.

Kontakt: MUDr. Tomáš Veselý, Nemocnice Rumburk, U Nemocnice 10, 408 01 Rumburk, vesely@nemrum.cz, tel.: 412 332 551

Psychiatri. Nestátní poliklinika v Berouně přijme psychiatra. Nabízíme práci v příjemném kolektivu, výhodné platové podmínky a možnost dalšího vzdělávání. Dobré spojení do Prahy. Atestace podmínkou. Informace na tel.: 311 746 424 nebo 311 746 155

Oční lékař. Nestátní poliklinika v Berouně přijme očního lékaře. Nabízíme práci v příjemném kolektivu, výhodné platové podmínky a možnost dalšího vzdělávání. Dobré spojení do Prahy. Atestace podmínkou. Informace na tel.: 311 746 424 nebo 311 746 155

Lékař přijme alergologa-imunologa do ambulantní praxe na plný či částečný úvazek. Nástup dle dohody nebo ihned. Vhodné i pro lékaře v důchodovém věku.
Tel.: 602 275 113

Chirurg. Nestátní poliklinika v Berouně přijme lékařechirurgu i na částečný pracovní úvazek. Nabízíme práci v příjemném kolektivu, výhodné platové podmínky a možnost dalšího vzdělávání. Dobré spojení do Prahy. Atestace podmínkou. Informace na tel.: 311 746 424 nebo 311 746 155

Přijmeme dětského neurologa, hematologa a diabetologa i na částečný úvazek, případně lékaře se základní atestací se zájmem o uvedený obor na celý úvazek. Výhodné platové podmínky, Praha 4. Mob.: 602 318 025, tel.: 261 006 427, 443

Přijmeme lékaře s odborností chirurgie a lékaře specializace RDG, s praxí v sonografickém vyšetření, případně MR. Výhodné platové podmínky. Nástup dle dohody, možný ihned. Praha 4. Mob.: 602 318 025, tel.: 261 006 427, 443

Lázně Poděbrady, a. s., přední poskytovatel kardiorehabilitační léčby, přijme vzhledem k dalšímu rozšíření poskytovaných služeb jednoho lékaře diabetologa. Požadavky: atestace a licence podmínkou, znalost německého nebo ruského jazyka výhodou, 2 lékaře – požadavky: atestace z interny, event. FBLR, výhodou znalost německého jazyka. Nástup možný ihned nebo dle dohody, možnost ubytování. Nabízíme zajímavou a odpovědnou práci s prostorem pro vlastní iniciativu a aktivitu, dobré finanční podmínky.
Kontakt: Lázně Poděbrady, a. s., Jiřího nám. 39/I, 290 33 Poděbrady, MUDr. Ivan Karel, lékařský ředitel, tel.: 602 878 122

OČNÍ LÉKAŘ – hledá se pro oční ordinaci s optikou.
Tel.: 602 357 210

Nemocnice v Karlových Varech přijme ihned lékaře s atestací na odd. ORL. Ubytování zajištěno. Výhodné platové podmínky. Kontakt na primáře ORL: andrej.nydl@kkn.cz, tel.: 353 115 322

Přijmeme lékaře – dětského neurologa, případně lékaře se základní atestací se zájmem o obor i na částečný úvazek. Výhodné platové podmínky. Nástup dle dohody. Praha. Kontakt: 602 318 025, 261 006 427, 443

Česko-německá horská nemocnice Krkonoše, s. r. o., Vrchlabí přijme pro gynekologicko-porodnické oddělení lékaře s atestací II. stupně a lékaře s atestací I. stupně. Nabízíme výhodné platové podmínky. Nástup možný ihned anebo podle dohody. Ubytování zajištěno. V případě zájmu kontaktujte: MUDr. Ivana Korbelářová, tel.: 499 502 355, Po-Pá 7.00–15.00 nebo ředitel nemocnice Ing. Jan Gavlák, tel.: 499 502 330

Francouzská společnost v Paříži Rivière Consult Associates nabízí práci specializovaným lékařům ve FRANCII. Aktuálně pro: radiology, pediatriy (znalost neonatologie), oftalmology, anesteziology a praktické lékaře. POŽADAVKY: atestace z oboru, základní znalost francouzštiny, osvědčení o specializované způsobilosti. Kontakt: sl. Pavlouskova, tel.: 0033 153 05 93 65, email: santeconsult@seznam.cz, www.riviereconsult.com

NsP Mělník přijme lékaře pro interní odd. Info: Prim. Stoilov, mob.: 602 381 490

NZZ v Praze 4-Modřanech přijme asistenta PL pro dospělé. Přípravu a složení atestace z praktického lékařství umožníme (atestace z interny vítána). Tel.: 602 313 699, martin.zeman@atlas.cz

Do endokrinní ambulance v Praze hledám lékaře na výpomoc. Atestace z endokrinologie podmínkou. Tel.: 605 806 222

Canadian Medical Care (www.cmc.praha.cz) je moderní soukromá klinika, založená za účelem poskytování špičkových zdravotnických služeb cizincům žijícím v Praze a českým občanům, kteří mají zájem o nadstandardní zdravotnické služby. Vzhledem k růstu naší kliniky hledáme odborníky na pozici lékař. Požadavky na uchazeče: Absolvent lékařské fakulty, atestace z interního lékařství, člen České lékařské komory, pozitivní a otevřený přístup k pacientům a spolupracovníkům, dobré komunikační schopnosti, angličtina na komunikativní úrovni. Firma nabízí: stabilní zázemí profesního soukromého zdravotnického zařízení, možnost kariérního a profesního růstu, odpovědnou, samostatnou a různorodou práci (v kolektivu odborných pracovníků), platové ohodnocení tržně odpovídající pracovní pozici, systém zaměstnaneckých výhod, předpokládaný termín nástupu: ihned. Místo práce: Praha 6, Praha 4, možnost práce na zkrácený úvazek V případě zájmu zašlete profesní životopis na adresu: malgorzata.serwatkowa@cmc.praha.cz, mob.: 602 141 944

Poliklinika Modřany přijme praktického lékaře/ku s atestací ze všeobecného lékařství. Nabídka s podrobným životopisem a atestační diplom zasílejte na fax 241 770 620

Hledám dětského lékaře/ku s licencií ČLK do zavedené venkovské ordinace (Švihov, Chudenice, Měčín) k dlouhodobému zástupu, bližší informace tel. 606 602 874, e-mail: IBijedicova@seznam.cz

Nemocnice v Ústí nad Orlicí přijme 1 lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru vnitřní lékařství Požadavky: specializovaná způsobilost v oboru podle ust. § 5 zákona č. 95/2004 Sb., zdravotní způsobilost, bezúhonnost. Nabízíme funkční místo vedoucího lékaře. Dále přijmeme 5 lékařů (i absolventů) na interní oddělení, 2 lékaře (i absolventy) na anesteziologicko-resuscitační oddělení. Písemné přihlášky doložené doklady o vzdělání, o předchozí praxi, o zdravotní způsobilosti a bezúhonnosti. Zasílejte do dvou týdnů po zveřejnění na adresu: Nemocnice v Ústí nad Orlicí, personální oddělení – ČSA 1076, 562 18 Ústí nad Orlicí, e-mail: jaroslava.paclcova@uo.hospital.cz. Nástup podle dohody, možnost ubytování v podnikové ubytovně.

Soukromá gastroenterologická ambulance v Praze 9 přijme lékaře-lékařku na plný nebo částečný úvazek. Atestace z gastroenterologie není podmínkou. Možnost nástupu i na lektorskou smlouvu s následnou atestací z GE. Moderní vybavení ambulance, příjemné prostředí, dobré platové podmínky. Kontakt: 603 470 414 Poliklinika Modřany přijme lékaře/ku – interna s kardio-vaskulárním zaměřením, atestace z angiologie nebo cévní kurzy vítány. Nabídka s podrobným životopisem a kopíemi atestací a kurzů zasílejte na fax 241 770 620

Přijmu lékaře do oční ambulance v České Třebové a v Lanškrouně, nadstandardní platové podmínky. Tel.: 608 711 426

Přijmu lékaře do oční ambulance v Hlinsku v Čechách, možno jako hlavní i jako vedlejší pracovní poměr, nadstandardní platové podmínky. Tel.: 608 711 426

Fakultní nemocnice v Motole přijme pro 3. chirurgickou kliniku UK 1. LF interního konziliáře. Požadavek: specializovaná způsobilost v oboru interní lékařství (atestace 2. st.), případně at. 1. st. a delší praxe v lůžkovém zařízení, plný úvazek. Písemné nabídky s CV zasílejte: sekretariát přednosti 3. chir. kliniky 1. LF, FN Motol, V Úvalu 84, 150 06 Praha 5 nebo na e-mail: pavel.pafko@fmotol.cuni.cz. Info: 224 438 001

Poliklinika-Místek s.r.o. hledá lékaře do mamodiagnostického centra se zkušeností v mamodiagnostice. V případě potřeby zajistíme ubytování. Tel.: 558 900 388, 603 254 322, e-mail: katarinavalentova@seznam.cz

Do oční ambulance se zavedenou klientelou v Příšovicích u Turnova přijmu očního lékaře na částečný úvazek na 2–3 dny v týdnu. Tel.: 774 000 104

Sanatorium pro bolesti v zádech ve Znojmě přijme fyzioterapeuta nebo zdr. sestru s kurzem FT na plný nebo částečný úvazek. www.sanatorium-podlipny.cz, mail: podlipny@sanatorium-podlipny.cz

Do zavedené ordinace praktického lékaře v Praze 7 přijmeme lékaře/ku i na částečný úvazek. Možno aktivní důchodce. Informace na tel.: 724 265 536

Hledám praktického lékaře na funkci asistenta pro zavedenou ordinaci v Ostravě. Tel.: 596 769 033

Uherskohradištská nemocnice, a. s., přijme do pracovního poměru lékaře otorinolaryngologického oddělení. Atestace v oboru výhodou, s předpoklady pro operativu upřednostníme. Nástup možný ihned. Písemné nabídky zasílejte na adresu: Uherskohradištská nemocnice a. s., zaměstnanecký útvar, J. E. Purkyně 365, 686 68 Uherské Hradiště

Foniatrikářská klinika VFN v Praze, Žitná 24, 120 00 Praha 2 přijme na dobu určitou (zástup za MD) ORL lékaře, foniatra nebo absolventa LF. Nástup od července 2007. Žádost se strukturovaným životopisem zasílejte na sekretariát kliniky nebo na e-mail: olga.bendova@vfn.cz

Zástup

Hledám lékaře na zástup do privátní neurologické ambulance v Bruntále. Termín 4. čtvrtletí 2007 a občasně zástupy během roku 2007. Ubytování zajištěno. Tel.: 728 536 617

Hledám oftalmologa na občasný zástup, ev. na 1 den v týdnu pravidelně do oční ambulance v Mikulově (JM kraj). Tel.: 737 781 461 nebo e-mail: hendrychovah@seznam.cz

Hledám PL pro dospělé na zástup v ordinaci za mateřskou dovolenou od 10/2007 v Praze 4. Nutná znalost PC. Tel.: 605 912 006

Prodej a koupě

Prodám rehabilitační trakční stůl s příslušenstvím. Cena 6500 Kč. Tel.: 377 520 215

Prodám přenosný UZ černobilý přístroj MEDISON SA 600 se širokopásmovou vag. sondou 4-9 MHz a černobilý videoprinter. 3 roky setrného provozu. Tel.: 596 513 238, mobil: 604 190 771

ARBEITEN IN DEUTSCHLAND!

Übernehmen Sie in Deutschland eine **Arztpraxis!**
Dringend benötigt werden Fachärzte für die Bereiche

Allgemeinmedizin
Innere Medizin
Kindermedizin
Gynäkologie

und **andere**, zumeist im **grenznahen** Bereich.

Wir begleiten Sie in allen Fragen der Einarbeitung, der Finanzierung und bei den Behördenangelegenheiten. Sie haben die Chance für ein hohes Einkommen und eine sichere Zukunft! Wir benötigen auch **Ärzte** für verschiedene Bereiche als **Angestellte** in Klinikern, Polikliniken oder Arztpraxen.

Wenden Sie sich an:

Agentur m+b

Ke Kostelu 10/39

35301 Mariánské Lázně

Tel/fax 354 621 842

brunorodenb@hotmail.com



WORK IN UK

IMS is looking for young doctors for RMO post minimum of 2 years experience in Anaesthesia, surgery or Internal medicine Very good command of English
Salary £36 000 – £60 000 per year
Accommodation/food free of charge
Courses ALS, PALS – free for successful candidates

Information:

Marketa Johnston Mobile: 00420 736 208 844

marketa@imsrecruitment.com

www.imsrecruitment.com

WORK IN UK

IMS is looking for doctors of all specialisms, especially for: Haematologists, Oncologists, Histopathologists, Pathologists, Psychiatrists
IMS assists with all the aspects of getting a job in the UK free of charge

Information:

Marketa Johnston Mobile: 00420 736 208 844

marketa@imsrecruitment.com

www.imsrecruitment.com

Koupím starší funkční UZ přístroj pro kardiologii, nejlépe „Ultramark M“. Spěchá. Tel.: 605 591 913

Koupím starší kazety do horkovzdušného sterilizátoru. Tel.: 585 225 190, 777 013 548

Prodám gynekologický vyšetřovací stůl Ergon za 8000 Kč, instrumentační stolek za 2200 Kč, gynekologická vyšetřovací zrcadla, nová, Graeve, 20 ks á 300 Kč, Cusco 20 ks á 400 Kč. Tel.: 777 554 537



Prodáme zavedené RHB centrum v Praze. Smlouvy se všemi důležitými pojišťovnami. Pokud nás chcete kontaktovat s případným zájmem, volejte 602 393 203
Prodám J. J. Kanski: Clinical Ophthalmology z r. 1995. 514 stran, 850 obr. na křídovém papíře. Cena 600 Kč. Tel.: 582 365 086

Prodám Hemoron (koupě 2001), minimální užití, za 30 000 Kč. Tel: 412 334 291 (dopoledne)

Prodám zavedenou, dobře vybavenou kardiologickou praxi v Ostravě-Mar. Horách. Tel.: 739 633 384

Prodám téměř nové vyšetřovací lehátko s nastavitelným podhlavníkem. Potah zelený, kostra bílá. Cena 2000 Kč. Tel.: 603 442 703, m.kloud@centrum.cz, Hradec Králové.

Prodám 4šuplíkovou kartotéku (dřevěná, bílá, 136x40x61), 5 kusů, stáří 5 let, pozůstalost, tel.: 603 545 496

Prodám EKG přístroj Chiracard funkční, servisovaný, vč. náhradních dílů a EKG papírů na několik let. Cena celkem 8000 Kč. Tel.: 606 490 504

Prodám UZ přenosný FUKUDA UF 4300R se zabudovanou tiskárnou, abdominální sondou (RV2001), vaginální sondou (RV 2004). Používán od r. 2002, pouze 1 den v týdnu. Tel.: 312 681 885, mobil: 736 405 527

Pronájem

Operační sál v Praze 10 na poliklinice – pronájem 500 Kč/hod., včetně vybavení a stacionáře. Pouze ortopedie, plastická chirurgie nebo čistá chirurgie. Tel.: 737 935 359

Pronájem zařízení ordinace na Vítězném náměstí v Praze 6. Možno i jednotlivé dny, či hodiny. Cena pronájmu 1 dne 2000 Kč měsíčně. Kontakt: 603 106 564 nebo 602 859 031

Pronajmu novou ordinaci 35 km západně od Brna. Vhodné pro alergologa, není podmínkou. Tel.: 603 243 779

Různé

Prodám dobře zavedenou praxi PL pro dospělé na Uherkobrodsku. Tel.: 572 632 756 po 20. hodině.

Odkoupím chirurgickou praxi v ČR, nyní i výhledově, další spolupráce s prodávajícím lékařem možná. Tel.: 777 030 656

Odkoupím alergol.-imunol. praxi v Praze, Středočes. kraji, spolupráce s prodávajícím možná. alergosalve@seznam.cz, mobil: 608 034 422

Přenechám dobře zavedenou praxi PL pro dospělé v okresním městě v západních Čechách. Nástup dle dohody. Tel.: 736 345 009

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

Převzmu ordinaci praktického lékaře pro dospělé v Olomouci či okolí. Tel.: 737 327 006, e-mail: sa.ve@post.cz

Odkoupím kardiologickou praxi v Praze a okolí, spolupráce s prodávajícím lékařem je možná. Tel.: 323 672 805

Odkoupím interní ambulanci v Praze a okolí, spolupráce s prodávajícím lékařem je možná. Tel.: 323 672 761

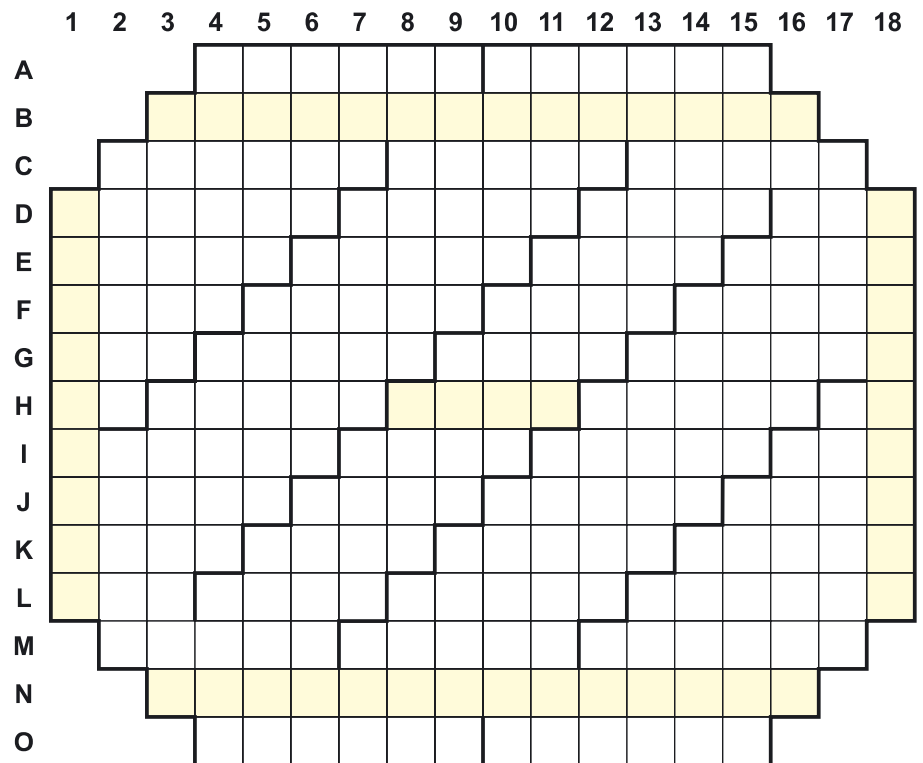
Prodám zavedenou ordinaci praktického lékaře v Karlových Varech (cca 1700 pojištěnců). Podrobnější informace si zájemce může vyžádat per e-mail na adrese: sindelar@tocik.cz

Prodám/předám zavedenou praxi praktického lékaře pro dospělé. Obec 20 km od severního okraje Prahy. Tel.: 315 696 002, v úterý 326 971 009

Křížovka o ceny

V časopisu Tempus Medicorum 3/2007 se v tajence skrýval citát z Voltaira: **Lékař je ten, kdo nalévá drogy, které málo zná, do těla, které zná ještě méně.** Deset úspěšných luštitelů, které jsme vylosovali, získává thriller z lékařského prostředí od Thierryho Serfaty *Pátý pacient*: **MUDr. Jana Dohnalová**, České Budějovice; **MUDr. Jaromír Hampl**, Praha 10; **MUDr. Zdeňka Hurníková**, Ostrava; **MUDr. Růžena Kraftová**, Ostrava-Poruba; **MUDr. Věra Landová**, Moravská Třebová; **MUDr. Jiří Málek**, Bechyně; **MUDr. Vlasta Šmejkalová**, Havlíčkův Brod; **MUDr. Petra Vázanová**, Vřesina; **MUDr. Karel Vízner**, České Budějovice; **MUDr. Tomáš Vojtíšek**, Brno.

Na správné řešení tajenky z čísla 4/2007 čekáme na adrese recepce@clkcr.cz do 7. května 2007. Hodně štěstí!



VODOROVNĚ: **A.** Přesně; patříci mistru popravčímu. – **B. 1. díl tajenky.** – **C.** Ženské jméno; jméno bývalého egyptského politika Sadata; jednatel. – **D.** Listnaté stromy; tamto (zastarale); kolínský kapelník; zdrhovadlo. – **E.** Kladná elektroda; slovenská řeka; Ábelův bratr; hranatý doutník střední velikosti. – **F.** Useň z vepřovice broušená na líci; řemeny u kalhot (zastarale); americký zpěvák country music; milostná pletka. – **G.** Dědiny; spínadla; karetní výraz; ven (řídce). – **H.** Latinsky „a“; jaká; **2. díl tajenky;** šlechtic; nikoli. – **I.** Umyvadla; délková míra; staroruský básník; třetí SPZ Mělníka. – **J.** První latinský překlad bible; luční rostlina; turistická akce; chobotnatec. – **K.** Trofeje; textilní surovina; dávat mat; trvalá. – **L.** Obyvatel pobaltského sátu (řídce); druh jeřábu; ničit; etapy. – **M.** Asiat; primitivní lovecká zbraň jihoamerických indiánů; kostra. – **N. 5. díl tajenky.** – **O.** Patřící matčině sestře; oscilovat.

SVISLE: **1. 3. díl tajenky.** – **2.** Fakt; osvědčení. – **3.** Vzácni motýli; množství. – **4.** Stát v USA; restaurační nábytek; Angličan. – **5.** Domácky Anna; zpěvohra; srděčně. – **6.** Pokaždé; podpěry; bečení ovcí. – **7.** Ženské jméno; obrácená pluhem; norek americký; zkratka Britského normalizačního úřadu. – **8.** Jižní ovoce; zemlovka; anglicky „roh“. – **9.** Potomkovy; domácky Alžběta; ostrá terénní prohlubeň. – **10.** Bouda u šachet rudných dolů (zastarale); vzácný jehličnatý strom; hazardně. – **11.** Sídlo v Chile; kloudní; zůstati opuštěn. – **12.** Dehet; pokladna; opatrovat obalem; kód letiště San Jose. – **13.** Chvilka (slovensky); usmrtit vozem; způsob džezového zpěvu. – **14.** Součást vlaku; náhlá změna; ženské jméno. – **15.** Tvrdý plod; soubor zásad; dlouhá období. – **16.** Hormon vylučovaný slinivkou břišní; dorost. – **17.** Asijská náhorní plošina; mladší doba kamenná. – **18. 4. díl tajenky.**

Pomůcka: Alao, bajan, BSI, kavna, kona, SJI.

Obsah

Vakcinace proti lidským papillomavirům	1	SÚKL upozorňuje na riziko kostních fraktur u žen při dlouhodobé léčbě rosiglitazonem	3
Kontrastní látky obsahující gadolinium a nefrogenní systémová fibróza	3	Nežádoucí účinky léčiv hlášené v roce 2006	4

VAKCINACE PROTI LIDSKÝM PAPILOMAVIRŮM

Karcinom děložního hrdla patří mezi nádory, které lze oprávněně označit jako preventabilní. Jeho předstádia – prekancerózy – jsou jasně definována a jsme schopni je poměrně jednoduchými metodami diagnostikovat i likvidovat. Tento postup je příkladem sekundární prevence nádorů a prokázal svoji vysokou efektivitu ve všech zemích, kde byl přetvořen do organizovaného a auditovaného skríningu. Jeho základní metodou je onkologická cytologie. V České republice je definitivní podoba skríningu předmětem dosud neuzavřených diskusí odborných společností (gynekologicko-porodnické a patologické), Ministerstva zdravotnictví a zdravotních pojišťoven. Jeho absence rezultuje v přetrvávající poměrně vysokou incidenci cervikálního karcinomu – v roce 2003 to bylo 19,2 /100 000 žen/rok, což představuje ročně cca jeden tisíc nových případů.

Do situace dosud nezavedeného skríningu přichází nyní nová možnost prevence primární, kterou je profylaktická vakcinace proti hlavním rizikovým typům lidských papillomavirů.

Předpoklady pro vývoj vakcín

Karcinom děložního hrdla je solidním nádorem, u kterého je dnes nepochybná dominantní role virové kancerogeneze. V 99,7 % případů jsou nádory pozitivní na výskyt rizikových typů lidských papillomavirů (HR-HPV). Existují určité geografické rozdíly v zastoupení jednotlivých typů, ale globálně platí, že za cca 70 % nádorů jsou zodpovědné typy 16 a 18. Sedm nejčastějších typů pak doplňují typy 31, 33, 45, 52 a 58. Typy 16 a 18 jsou dále přítomny v 70 % high-grade lézí děložního hrdla (t.j. cervikálních intraepiteliálních neoplázií – CIN 2 a CIN 3 a adenokarcinoma in situ - AIS) a 25 % low-grade lézí (CIN 1). HR-HPV hrají roli i u dalších karcinomů dolního genitálu – pozitivních je 35-50 % karcinomů vulvy a vagíny, HR-HPV se účastní i na etiopatogenezi karcinomu anu, penisu u mužů a nádorů orofaryngeální oblasti. Nízce rizikové typy, zejména typy 6 a 11, jsou zodpovědné za vznik cca 90 % bradavičnatých (kondylomatózních) lézí genitálu a jsou příčinou i tzv. juvenilní laryngeální papillomatózy^{2/}.

Vývoj profylaktických vakcín vyžadoval dostatek znalostí o průběhu HPV infekce a o imunologické odpovědi organismu na tuto infekci. Přenos HPV se děje preferenčně pohlavním stykem. Od sexarche (koitarche) stoupá procento infikovaných a prevalence dosahuje maximálních hodnot - až 40 % - ve 3. životním deceniu, zejména mezi 20-25 lety věku^{9/}. Imunitní odpověď organismu je humorální i celulární. Humorální odpověď představuje produkce neutralizačních IgG a sekrečních IgA protilátek. Celulární imunita – specifické cytotoxické T-lymfocyty CD4(+) a CD8(+) – je schopna ve vysokém procentu infekci eradikovat v clearingovém čase 8-12 měsíců. Proto je až 70 % těchto infekcí tranzitorní povahy. Prevalence klesá ve věku 35 let jen na cca 5 %. A právě tato perzistující

infekce je vysoce rizikovým faktorem cervikální kancerogeneze.

Hodnocení efektivity vakcín

Pro hodnocení efektivity vakcín se užívá jednak imunologických, jednak klinických parametrů. Navozené titry protilátek v níže uvedených studiích převyšují přirozené titry, dosahují maxima v 7. měsíci po aplikaci a po mírném poklesu pak po celé období extendovaných studií přetrvávaly ve vysokých hodnotách^{8/}. Imunogenicita vakcín byla prakticky 100%. Nejvyšší hladiny byly dosaženy aplikací v preadolescentním věku (9 - 13 let). Zabraňují jak nové infekci, tak perzistentní infekci vakcinovanými typy (perzistentní infekce byla definována v 6- resp. 12ti měsíčním intervalu) a to nezávisle na způsobu hodnocení prakticky ve 100 %.

Klinickým parametrem nemohl být z etických a časových důvodů výskyt karcinomu děložního hrdla (vyvíjí se za 10 a více let perzistující HR-HPV infekce). Jako hlavní klinický cílový bod byl proto určen výskyt high-grade lézí, t.j. CIN 2 a 3, resp. adenokarcinoma in situ děložního hrdla a obdobné high-grade léze vulvy (vulvární intraepiteliální neoplázie (VIN 2/3) a vagíny (vaginální intraepiteliální neoplázie (VAIN 2/3). I zde byla dosažena podle protokolu prakticky 100% protekce proti lézím asociovaným s vakcinačními typy. Prokázána byla i crossprotektce proti typům 31 a 45, která tak rozšiřuje spektrum rizikových typů na pokrytí až 82 % karcinomů děložního hrdla^{3,5,7/}.

Výsledky prodloužených studií

Po slibných výsledcích pilotních studií monovalentních vakcín proti typu HPV 16 proběhly a probíhají rozsáhlé studie fáze II a III dvou vakcín, z nichž jedna již překročila práh klinické aplikace^{4,5/}. Extendované studie trvají již více jak 4,5 roku a potvrzují vysokou imunogenicitu těchto vakcín. Jde o kvadrivalentní (tetravalentní) vakcínu spol. Merck&Co. a bivalentní vakcínu spol. Glaxo Smith-Kline.

První z nich očkuje proti typům 16, 18, 6 a 11. Je připravena rekombinantní technikou pomocí kvasinky *Saccharomyces cerevisiae* a využívá vlastní aluminiové adjuvans. Aplikována byla ve třech intramuskulárních dávkách v 0., 2. a 6. měsíci. Více než 20 000 žen ve věku 16-26 let, ale i dívek a žen od 9 let do 45 let a též mužů, bylo hodnoceno v několika klinických studiích. 73 % osob ve studiích bylo HPV naivních (PCR negativních a seronegativních) na 4 vakcinační typy. Ve vakcinované skupině nebyl zaznamenán žádný případ karcinomu děložního hrdla ani CIN 3 či AIS a jediný případ CIN 2 (studie Future I a II). Zábřana karcinomu děložního hrdla, VIN 2/3 a VAIN 2/3 byla 100%. Výskyt genitálních bradavic se snížil o téměř 70 %. Aplikace ženám již infikovaným některými HPV typy dokázala bránit vzniku CIN 2/3 vyvolaným zbývajícími vakci-

načními HPV typy^{7/}. Ve studiích provedených v modifikované populaci, blíží se celkové populaci žen, byla účinnost vakcíny proti CIN nebo AIS vyvolané vakcinačními typy 46,4 %^{7/}.

Druhá vakcína je bivalentní – očkuje proti typům 16 a 18. K rekombinantní přípravě využívá baculoviru a efekt potencuje vlastním velmi potentním adjuvans. Aplikuje se rovněž ve třech dávkách v 0., 1. a 6. měsíci. Byla podávána ženám ve věku 15-25 let, rovněž s rozptylem již od 10 do 55 let věku. Extendované následné sledování ve 28 centrech dosahuje 4,5 roku (střední hodnota 47,7 měsíců), průměrný věk žen je 23 let. Vakcína vykázala 96,9% účinnost na novou infekci, 94,3% účinnost na perzistentní infekci při 6-měsíční definici perzistence a 100% účinnost při 12-měsíční definici. Protekce CIN vakcinovanými typy byla 100%^{3/}. Obě vakcíny byly testovány v Evropě a Severní a Jižní Americe.

Tolerance vakcín byla velmi dobrá – jen 0,1 % žen vystoupilo ze studie kvadrivalentní vakcíny pro lokální příznaky v místě aplikace či pyretickou reakci^{7/}.

Kvadrivalentní vakcína významně redukovala i výskyt kondylomatózních lézí genitálu.

Registrace

8. června 2006 byla tetravalentní vakcína GARDASIL schválena americkou FDA (Food and Drug Administration).

Na základě prověření EMEA (European Medicines Agency) byla vakcína schválena Evropskou komisí 20. září 2006. Pro evropský trh se používá též název SILGARD. Schválení Evropské komise se vztahuje i na Českou republiku.

U bivalentní vakcíny proti typům 16 a 18 schvalovací proces probíhá.

Vakcína Gardasil/Silgard

Vakcína obsahuje po 20 mikrogramech L1 proteinu typů 6 a 18 a 40 mikrogramů typů 11 a 16. Je určena k prevenci vysokého stupně cervikální dysplázie (CIN 2/3), cervikálního karcinomu, vysokého stupně vulvárních dysplastických lézí (VIN 2/3) a bradavic zevního genitálu (condylomata accuminata), které jsou v příčinné souvislosti s lidským papillomavirem typů 6, 11, 16 a 18. Schválení bylo založeno na průkazu účinnosti u dospělých žen ve věku 16-26 let a na prokázané imunogenicitě u 9-15letých dívek. Účinnost ochrany u mužů nebyla hodnocena.

Tři dávky po 0,5 ml jsou aplikovány v 0., 2. a 6. měsíci intramuskulárně. Dodávány jsou ve speciální předplněné injekční stříkačce.

Kontraindikací podání je hypersenzitivita k substancím přípravku, gravidita a závažné akutní horečnaté onemocnění. Lehké horečnaté onemocnění není zásadní kontraindikací. Kojícím ženám lze vakcínu podat.

Mezi nežádoucí účinky patří výskyt pyretické reakce a lokální účinky – otok, bolest, erytém, krvácení a pruritus v místě aplikace^{7/}. Podrobnější informace o schválené vakcíně pro odborníky a pro pacienty (rovněž v českém jazyce) lze nalézt na <http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR>. Schválení se tedy zatím vztahuje pouze na preventivní použití, nikoli na eradikaci existující infekce a je zatím omezeno pouze na ženy. Tím, že se opíralo o údaje ze sledování s trváním do 5 let, nelze dosud zcela spolehlivě stanovit délku trvání protektivního účinku.

Diskuse

Z epidemiologického hlediska je diskutovanou otázkou optimální věk zahájení vakcinace. ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) doporučuje ve shodě s FDA vakcinaci ženám ve věku 9 – 26 let^{1/}. Americký poradní výbor

pro imunizační praxi (ACIP – Advisory Committee on Immunization Practices) doporučuje pro vakcinaci cílovou populaci 11-12letých dívek, dle uvážení klinika uvádí i věk od 9 let a dále i možnost aplikovat vakcínu též již sexuálně aktivním ženám do 26 let. Aplikace před 15. rokem věku v České republice by znamenala její podání dětskými lékaři. Česká gynekologicko-porodnická společnost ČLS JEP preferuje věk od 15 let, kdy je u nás podle sexuologických studií procento sexuálně aktivních dívek ještě velmi nízké. Na druhé straně jsou však rizikovou skupinou pro cervikální karcinom právě dívky s předčasnou koitarche, pro které by bylo vhodnější časnější zahájení vakcinace. Pro časnější vakcinaci svědčí také dosažené vyšší hodnoty titrů protilátek u nižší věkové skupiny. Vakcína chrání osoby infikované některým z vakcinačních typů (polyinfekce všemi čtyřmi typy je výjimečná) proti infekci dalšími vakcinačními typy. Navíc omezení vylučování virových partikulí může teoreticky snížit riziko infekce dosud neinfikovaných oblastí sliznice dolního genitálního traktu i riziko přenosu na sexuálního partnera.

Vakcína není vakcínou terapeutickou – není určena k léčbě karcinomu děložního hrdla, prekanceróz děložního hrdla, vulvy a pochvy (CIN VIN, VAIN) ani genitálních bradavic.

Otevřená zůstává do budoucna potřeba revakcinace booster dávkou. Perzistující vysoké hladiny titrů protilátek ji zatím neindikují^{8/}. Také vakcinace mužů by mohla mít své teoretické zdůvodnění (jsou vektorem infekce) a imunogenicitu vakcíny byla u nich prokázána. Pro nedostatek dat o klinické účinnosti, menší klinický dopad infekce i z ekonomických důvodů není zatím reálně zvažována, ale je možná.

Není zanedbatelné riziko event. nárůstu dominance jiných HR-HPV typů, ale předběžná data jej nepotvrzují. Dosavadní doporučení nepokládají za indikované rutinní testování na HPV před ani po skončení vakcinace. Smysluplná by naopak mohla být testace žen nad 26 let věku, pokud se pro vakcinaci chtějí individuálně rozhodnout.

Relativně vysoká cena vakcíny (u nás aktuálně 10 500 Kč za 3 dávky) bude limitující pro rozvojové země, které se především na vysoké incidenci cervikálního karcinomu v celosvětovém měřítku podílejí. I potřeba chladového režimu skladování vakcín může v těchto oblastech představovat problém.

Je nepochybné, že možnost individuální protekce je významným krokem v prevenci karcinomu děložního hrdla. Z hlediska celopopulačního efektu však k poklesu incidence cervikálního karcinomu (v horizontu řádově desetiletí) může vést jen vakcinace plošná, t.j. zařazení profylaktické HPV vakcinace do celostátních vakcinačních programů, pravděpodobně cílených na populaci dívek před koitarche. To je předmětem rozhodnutí z oblasti státní zdravotní politiky. Prioritou pro finanční krytí zůstává v České republice zavedení organizovaného a auditovaného skríningu cervikálního karcinomu. Plošná vakcinace je investicí pro futuro a je třeba zvážit i možnosti jejího finančního pokrytí.

Závěr

Dostupnost profylaktické vakcinace proti papillomavirům je významnou událostí v medicíně – v imunologii, onkologii, gynekologii i pediatrii. Představuje dosud unikátní možnost primární prevence prekanceróz a karcinomu děložního hrdla. Její individuální aplikace bude v současné době prostředkem individuální protekce. Celopopulační efekt na snížení incidence cervikálního karcinomu lze očekávat jen při zařazení HPV vakcíny do národních imunizačních programů.

Zahájení vakcinace nenahrazuje v žádném případě stávající metodiky sekundární prevence a zavedené skrínigové programy cervikálního karcinomu.

Literatura

1. ACOG Committee Opinion: Human Papillomavirus Vaccination. *Obstet Gynecol* 2006, 108: 699-705.
2. Bosch FX, Lorincz A, Munoz N et al. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *J Clin Pathol* 2002, 55: 244-65.
3. Harper DM, Franco EL, Wheeler CM et al. Sustained efficacy up to 4.5 years of a bivalent L1 virus-like particle vaccine against human papillomavirus types 16 and 18: follow-up from a randomised control trial. *Lancet* 2006, 367: 1247-55.
4. Koutsky LA, Ault KA, Wheeler CM et al. A controlled trial of a human papillomavirus type 16 vaccine. *N Engl J Med* 2002, 347: 1645-51.
5. Mao C, Koutsky LA, Ault K et al. Efficacy of human papillomavirus-16 vaccine to prevent cervical intraepithelial neoplasia: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2006, 107: 18-27.
6. Munoz N, Bosch FX, de Sanjose S et al. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. *N Engl J Med* 2003, 348: 518-27.
7. Villa LL, Costa RL, Petta CA et al. Prophylactic quadrivalent human papillomavirus (types 6, 11, 16, and 18) L1 virus-like particle vaccine in young women: a randomised double-blind placebo-controlled multicentre phase II efficacy trial. *Lancet Oncol* 2005, 6: 271-78.
8. Villa LL, Ault KA, Giuliano AR et al. Immunologic responses following administration of a vaccine targeting human papillomavirus Types 6, 11, 16 and 18. *Vaccine* 2006, 24: 5571-83.
9. Winer RL, Lee SK, Hughes JP et al. Genital human papillomavirus infection: incidence and risk factors in a cohort of female university students. *Am J Epidemiol* 2003, 157: 218-26.

KONTRASTNÍ LÁTKY OBSAHUJÍCÍ GADOLINIUM A NEFROGENNÍ SYSTÉMOVÁ FIBRÓZA

Nefrogenní systémová fibróza (NSF), známá též pod označením nefrogenní systémová dermatopatie (NFD), je vzácné onemocnění charakterizované tvorbou a ukládáním pojivové tkáně v pokožce, která se stává silnější, hrubou a tuhou, což občas vede až ke vzniku kontraktur a kloubní imobilitě. Pacienti s NSF mohou mít též systémové projevy s postižením vnitřních orgánů, nejčastěji plic, jater, svalů a srdce. U 5 % pacientů se vyskytla rychle progredující forma NSF. NSF byla hlášena pouze u pacientů s poškozením ledvin. Ačkoliv většina pacientů měla pokročilé až terminální stadium selhání ledvin, několik případů NSF bylo hlášeno též u pacientů se středně těžkým poškozením ledvin.

První signály naznačující možný kauzální vztah mezi NSF a kontrastními látkami s obsahem gadolinia byly identifikovány na počátku roku 2006. Látky s obsahem gadolinia byly proto v ČR v červenci 2006 zařazeny do černého trojúhelníku (FI č. 11/2006). Celosvětově bylo identifikováno kolem 200 případů NSF u pacientů s postižením ledvin, kteří byli exponováni kontrastními látkami s obsahem gadolinia, ve většině případů pak nejméně stabilnímu Omniscanu a OptiMARKu. (OptiMARK není v EU registrován). Malé množství případů se týkalo Magnevistu. Nejsou známa žádná hlášení NSF, týkající se ostatních kontrastních látek s gadoliniem.

Mechanismus, proč některé kontrastní látky s gadoliniem mohou spouštět vznik NSF častěji než jiné, není zatím zcela znám. Předpokládá se nicméně, že je to způsobeno rozdílnými fyzikálně-chemickými vlastnostmi těchto přípravků, a rozdílnou možností uvolnění iontů gadolinia. Ukládání volných iontů gadolinia do tkání a orgánů může indukovat fibrózu a tím i stimulovat vznik NSF. Pacienti s těžkým poškozením ledvin mají větší riziko vzniku NSF, protože eliminace kon-

trastní látky je u nich prodloužena. NSF byla též zaznamenána u pacientů, kteří podstoupili transplantaci jater. Není však znám žádný případ vzniku NSF u pacientů s normální funkcí ledvin.

Na základě dosud dostupných informací Evropská pracovní skupina pro farmakovigilanci (PhVWP) Výboru pro humánní léčivé přípravky (CHMP) doporučuje lékařům:

- Nepoužívat Omniscan (gadodiamid) u pacientů se závažným poškozením ledvin (tj. GFR <30 ml/min/1,73m²) nebo u pacientů po transplantaci jater či čekajících na transplantaci jater. U novorozenců a dětí do 1 roku věku kvůli nezralým renálním funkcím podávat gadodiamid pouze s maximální opatrností.
- Ostatní kontrastní látky pro MRI s obsahem gadolinia podávat u pacientů se závažným renálním poškozením jen s maximální opatrností.
- Zdá se, že provedení dialýzy po podání gadodiamidu u pacientů s těžkým poškozením ledvin nezabrání rozvoji NSF.

Dle výše uvedených doporučení byly upraveny texty doprovázející přípravky (Souhň údajů o přípravku a Příbalová informace).

V České republice jsou registrovány tyto kontrastní látky obsahující gadolinium:

gadodiamid (Omniscan), kyselina gadopentetová (Magnevist), kyselina gadobenová (MultiHance), gadobutrol (Gadovist), gadofosveset (Vasovist), kyselina gadoterová (Dotarem), gadoteridol (ProHance) a kyselina gadoxetová (Primovist).

SÚKL UPOZORŇUJE NA RIZIKO KOSTNÍCH FRAKTUR U ŽEN PŘI DLOUHODOBÉ LÉČBĚ ROSIGLITAZONEM

Rosiglitazon je perorální antidiabetikum, tj. látka používaná ve formě tablet k léčbě cukrovky 2. typu. Patří mezi tzv. thiazolidindiony, což jsou látky, které zlepšují kompenzaci cukrovky snížením insulinové rezistence. Rosiglitazon se používá buď samostatně nebo v kombinaci se sulfonylureou či metforminem. Podávání v kombinaci s insulinem je v Evropě kontraindikováno pro možné zvýšené riziko srdečního selhání.

V ČR jsou registrovány přípravky Avandia (obsahuje rosiglitazon), Avandamet (kombinace rosiglitazonu a metforminu) a Avaglim (kombinace rosiglitazonu a glimepiridu).

Mezi známé nežádoucí účinky rosiglitazonu patří retence

tekutin, která může působit otoky a vyvolat či urychlit srdeční selhání. Dalšími častějšími nežádoucími účinky je zvýšení tělesné hmotnosti (zmmóžením podložního tuku), anémie a hypercholesterolémie. V souvislosti s podáváním rosiglitazonu byl pozorován také vznik nebo zhoršení makulárního edému.

V loňském roce byla ukončena studie ADOPT - dlouhodobá studie bezpečnosti a účinnosti rosiglitazonu ve srovnání s metforminem a glibenklamidem (synonymum je glyburid). Její výsledky byly zveřejněny v *New England Journal of Medicine* (Kahn et al. *N Engl J Med*, 2006, Vol. 355, No.23: 2427-2443).

Bezpečnostní údaje vyplývající ze studie odpovídají převážně známému bezpečnostnímu profilu rosiglitazonu. Z výsledků studie ADOPT však byl zjištěn i nový nežádoucí účinek – **zvýšený výskyt kostních fraktur u žen**, který byl signifikantně vyšší ve skupině žen léčených rosiglitazonem oproti ženám léčeným metforminem nebo glyburidem. U mužů byl výskyt kostních fraktur srovnatelný ve všech třech léčebných skupinách. U žen se nejednalo o fraktury typické při postmenopauzální osteoporóze, ale především o fraktury kostí chodidel, ruky a paže. Mechanismus vedoucí ke zvýšení výskytu kostních fraktur není zatím přesně objasněn. Z preklinických údajů vyplývá, že thiazolidindiony mohou negativně ovlivňovat kvalitu kostí.

Podobně zjištění výskytu kostních fraktur jako ve studii ADOPT ukázalo i předběžné zhodnocení tohoto rizika v jiné současně probíhající dlouhodobé studii s rosiglitazonem. Další hodnocení jak mechanismu účinku, tak klinických údajů nadále probíhá na celoevropské úrovni. Firma GlaxoSmith-Kline rozesílá během března diabetologům informativní dopis, upozorňující na toto riziko.

Údaje o zvýšeném výskytu kostních fraktur u žen byly zatím zjištěny v souvislosti s léčbou rosiglitazonem. Protože je však pravděpodobné, že by mohlo jít o skupinový účinek thiazolidindionů, probíhá v současné době na celoevropské úrovni hodnocení bezpečnosti další látky z této skupiny – pioglitazonu.

Zjištění zvýšeného rizika kostních fraktur u žen léčených rosiglitazonem není v současné době důvodem k nutnosti změny léčby. Doporučujeme však lékařům, aby na toto možné riziko pamatovali a dbali na kontrolu a zajištění dobrého stavu kostí léčených pacientek.

Prosíme lékaře, aby nahlásili zjištění kostních fraktur u pacientů léčených thiazolidindiony nebo podezření na jakékoli jiné nežádoucí účinky na formuláři CIOMS (ke stažení na www.sukl.cz v oddíle Vybrané informace na webu SÚKL). Adresa pro zaslání: Šrobárova 48, 100 41, Praha 10, nebo faxem na číslo 272 185 816.

NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY LÉČIV HLÁŠENÉ V ROCE 2006

Státní ústav pro kontrolu léčiv má povinnost shromažďovat a vyhodnocovat hlášení podezření na nežádoucí účinky z území České republiky. V průběhu roku 2006 bylo veškeré zpracování spontánních hlášení podezření na nežádoucí účinky léčivých přípravků převedeno do prostředí Centrální databáze nežádoucích účinků SÚKL (CDNÚ), odpovídající všem příslušným evropským a světovým normám a standardům.

V roce 2006 bylo přijato celkem 1 354 primárních hlášení¹, z čehož 423 (31,2 %) bylo přijato od držitelů rozhodnutí o registraci (MAH's). 911 hlášení zaslali přímo zdravotničtí pracovníci, především lékaři a karmetizační sestry a 20 hlášení (1,48 %) bylo přijato od lékárníků.

Zdroj hlášení	počet	%
MAH's	423	31,24
Lékařníci	20	1,48
Ostatní zdravotničtí pracovníci (lékaři, sestry, hygienické stanice apod.)	911	67,28
Celkem	1 354	100

¹K nim bylo provedeno 274 následných (follow-up) hlášení

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

Farmakoterapeutické informace jsou vydávány Státním ústavem pro kontrolu léčiv s podporou Nadace prof. Skarnitzla a distribuovány jako příloha Věstníku SÚKL a časopisu ČLK zdarma nebo na objednávku za uhrazení poštovního (100,- Kč).

Materiál publikovaný ve FI nemůže být používán pro žádnou formu reklamy, prodeje nebo publicity, ani nesmí být reprodukován bez svolení.

Šéfredaktor: MUDr. Marie Alušíková, CSc.

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

Výkonný redaktor: RNDr. Blanka Pospišilová, CSc.

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

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

Náklad 52.000 výtisků

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

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



ISSN 1211 - 0647
MK ČR E 7101

„Sjezd žádá, aby ČLK–o.s. hájila zájmy těch členů ČLK, kteří o to požádají, při jednáních, kterých se nemůže zúčastnit ČLK.“
„Sjezd považuje ČLK–o.s. za legitimní nástroj České lékařské komory k ovlivňování těch jednání, u kterých nemůže být ČLK ze zákona zastoupena.“

Vyzýváme ty lékaře, kteří dali v minulosti plnou moc ČLK–o.s. a v současnosti nesouhlasí s tím, aby je ČLK–o.s. zastupovala, aby nám své rozhodnutí oznámili písemně.

**Soukromí lékaři, kteří mají naopak zájem o to, aby je ČLK–o.s. v dohodovacích řízeních zastupovala, mohou využít přiloženého formuláře a svoji plnou moc zaslat na adresu:
Recepce ČLK, Lékařská 2, 150 00 Praha 5**

Prosíme, aby totéž znovu učinili i ti lékaři, kteří ČLK–o.s. dali plnou moc dříve než v roce 2006.

..... zde odstříhnete

PLNÁ MOC

Zmocnitel – smluvní zdravotnické zařízení

název: _____

sídlo: _____

IČ: _____ IČZ¹⁾: _____ IČP²⁾: _____

PPNV³⁾: _____ E-mail⁴⁾: _____ Telefon⁴⁾: _____

zastoupený: _____

tímto zmocňuje

Zmocněnce – profesní (zájmové) sdružení poskytovatelů zdravotní péče:

Českou lékařskou komoru–o.s.,
IČ: 70885117, se sídlem: Praha 5, Lékařská 2,

aby jej jako smluvní zdravotnické zařízení zastupoval

- v dohodovacím řízení o rámcové smlouvě ve smyslu ust. § 17 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb. v platném znění
- v dohodovacím řízení o seznamu výkonů s bodovými hodnotami dle ust. § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb. v platném znění
- v dohodovacím řízení o hodnotě bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulačních omezeních objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění dle ust. § 17 odst. 6 zákona č. 48/1997 Sb. v platném znění

a to za (zaškrtněte)

- skupinu poskytovatelů praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost;
- skupinu poskytovatelů ambulantní specializované péče a péče ženských lékařů (odbornost 603, 604) s výjimkou těch, kteří poskytují fyzioterapii (odbornost 902 a 918), ergoterapii a klinickou logopedii
- skupinu poskytovatelů diagnostické péče (odbornosti 222, 801-805, 807, 812-823, 809)
- skupinu poskytovatelů laboratorní a radiodiagnostické péče (příslušnou skupinu zmocnitel označuje křížkem)

Zmocněnec je oprávněn zastupovat zájmy zmocnitele v plném rozsahu úkonů stanoveném pro účastníky dohodovacího řízení zákonem číslo 48/1997 Sb.

Zmocněnec je oprávněn ustanovit si za sebe zástupce a pokud jich ustanoví více, souhlasí s tím, aby každý z nich jednal samostatně v plném rozsahu tohoto zmocnění.

Tato plná moc nabývá účinnosti dnem jejího podpisu zmocnitelem a je vyhotovena ve dvou stejnopisech, z nichž jeden si ponechá zmocněnec a druhý zmocnitel.

pozn: IČZ, IČP, PPNV jsou fakultativními údaji, na jejichž základě ČLK–o.s. získává komplexní představu o smluvních zdravotnických zařízeních, která v rámci dohodovacích řízení reprezentuje. **Nevyplnění těchto údajů nezakládá neplatnost plné moci.**

1) IČZ - identifikační číslo zařízení, nebo části zařízení: jednoznačný osmimístný číselný kód ve vztahu k Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR. Číslo přiděluje vždy místně příslušná okresní pojišťovna VZP ČR na základě žádosti té zdravotní pojišťovny, která první uzavře smlouvu na poskytování zdravotní péče s daným zařízením.

2) IČP - identifikační číslo pracoviště: jednoznačný osmimístný číselný kód ve vztahu k Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR, který blíže identifikuje konkrétní zdravotnické pracoviště zařízení nebo části zařízení, případně samostatné lékaře, kteří mají s některou ze zdravotních pojišťoven uzavřenu smlouvu pouze na preskripci léčivých přípravků pro rodinné příslušníky. Potvrzuje jej vždy místně příslušná okresní pojišťovna VZP ČR.

3) PPNV - přepočtený počet nositele výkonu: zjistí se z počtu hodin odpracovaných jednotlivým nositelem výkonu ve zdravotnickém zařízení v daném čtvrtletí při poskytování zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění (podle ust. § 41 odst. 6 zákona č. 48/1997 Sb.) takto:

Odpracovaný čas nositele výkonu v období	Přepočtený počet nositele výkonu
do 10 hodin / čtvrtletí	0,00
do 100 hodin / čtvrtletí	0,25
do 200 hodin / čtvrtletí	0,50
do 300 hodin / čtvrtletí	0,75
nad 300 hodin / čtvrtletí	1,00

V případě, že je nositelem výkonů sestra ošetřujícího lékaře, je počet odpracovaných hodin vztažen pouze na dobu samostatně prováděných zdravotních výkonů.

4) Vyplnění údajů není povinné.

Zmocnitel (podpis a razítko)

V _____ dne: _____



ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA

Kancelář Praha

Adresa: Lékařská 2, 150 00 Praha 5
Telefon: +420 257 211 329
+420 257 217 226
Fax: +420 257 220 618
Email: recepce@clkcr.cz

Kancelář Olomouc

Adresa: Dolní náměstí 38
772 00 Olomouc
Telefon: +420 585 224 133
Fax: +420 585 222 218
Email: ekonom.olomouc@clkcr.cz

www.clkcr.cz