



TEMPUS MEDICORUM

ČASOPIS ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY

9/2007

ROČNÍK 16

V TOMTO ČÍSLE:

**Eutanázie: přijmout,
nebo odmítnout?**



Boris Štasný

Rozhovor

nejen o eutanázii

Rok ministra zdravotnictví

Hospodaření ČLK

**Komunikace
s pacientem s infaustní
prognózou**



inzerce

Paranit

ZDRAVOTNICKÝ PROSTŘEDEK NA ODVŠIVENÍ

BEZ INSEKTICIDŮ
Klinicky testováno

- novinka na odvšivení
- bez insekticidů
- klinicky testováno
- zdravotnický prostředek (medical device)



PARANIT ZBAVÍ VAŠE PACIENTY VŠÍ A HMD

PLUS

EDUKAFARM

monitor medicinae

Edukační a inzertní příloha

FI SÚKL

Kombinační léčba hypertenze



Princip očekávání a zklamání

Poslanci nám schválili reformu, která ani podle jejich tvůrců vlastně žádnou reformou není. Vláda přežila první rok a my zatím také. Jeden kolega, jehož rad si vážím, mi doporučil, abych pana ministra Julínka za něco pochválil, že na to čeká. Dobrá, proč neudělat ministrovi radost: Možnost převádět privátní praxe ve společnosti s ručením omezeným bez výběrového řízení s pojišťovny je jistě krok správným směrem. Bohužel ostatní martyrium spojené s registrací nového zdravotnického zařízení trvá a možnost volného prodeje a dělení praxí zůstává v nedohlednu. Ostatně byl to právě ministr Julínek, kdo zrušil rámcovou smlouvu garantující trvalý smluvní vztah a tímto významně snížil cenu našich praxí.

Představenstvo komory v červnu jednomyslně schválilo naše stanovisko k zákonu o stabilizaci veřejných rozpočtů. V následujících týdnech se nám podařilo prosadit, aby i nadále uzavření smlouvy na péči praktických lékařů a gynekologů muselo předcházet výběrové řízení, které představuje jistě nízkou, ale přece alespoň nějakou hráz vůči rozpínavosti monopolů typu Agel, které nás soukromé lékaře pohltí tím snadněji, pokud se jim podaří ovládnout i některé zdravotní pojišťovny.

Dalším pro lékaře nevýhodným změněm, jako například zrušení dohodovacího řízení o seznamu výkonů, se nám zabránit nepodařilo. Byli jsme téměř sami, kdo z lékařských organizací varoval před několikamilardovým poklesem příjmů zdravotních pojišťoven za příčiněným zmrazením plateb za státní pojištění a zavedením stropů pro výši pojistného. Většina kolegů zastávala až poněkud masochistický názor, že lepší nějaká reforma než žádná. Skutečnou příčinou, proč jsme při hájení zájmů a práv svých členů nebyli úspěšnější, byla však vypjatá politická atmosféra, která projednávání zákona provázela. Ministr Julínek k zákonu, s nímž vláda spojila svůj další osud, mazaně přilepil návrhy, které se stabilizací veřejných rozpočtů vůbec nespojují a které by samostatně neměly šanci na schválení. Koaliční poslanci, s nimiž jsem jednal, s řadou ministerských nápadů nesouhlasili, ale v konečném účtování nebyli ochotni kvůli zdravotnictví ohrozit budoucnost vládní koalice. A právě na to jsme doplátili.

Největší pozornost z celé té reformy – nereformy na sebe poutají tzv. regulační poplatky. Vybírat od pacientů do kasičky v hotovosti po jednom euru, to opravdu není jednání důstojné lékařského stavu. Takové minipoplatky jistě neudělají z pacientů vážené zákazníky, jak slibuje pan ministr, ale naopak i takto směšné částky dokáží zhoršit vztahy mezi lékaři a pacienty. V situaci, kdy značná část populace placení odmítá, nás čeká nejenom obrovská administrativa, která spotřebuje podstatnou část výnosu z poplatků, ale i nespokojení lidé v našich ordinacích. Je mi líto těch kolegů, kteří se tetelí na to, jak budou inkasovat 30 korun. Ti chytřejší z nás již odhadují, jak velký ekonomický dopad na jejich praxe bude mít pokles počtu pacientů, násobený tím, že zůstanou ti nemocnější, tedy dražší, jejichž léčení nás hrozí stáhnout do nejrůznějších regulací.

Bylo velmi zajímavé sledovat na dohodovacím řízení o úhradách pro rok 2008, jak ti kolegové, kteří veřejně horují pro reformu a podporují ministerské kroky, naříkali, že pojišťovny v úhradách musí zohlednit ekonomický propad, který soukromým lékařům přijetí Julínkových návrhů způsobí. K naší smůle však pojišťovny nemusejí nic. Ministr jim totiž umožnil uzavírat individuální cenová ujednání s jednotlivými zdravotnickými zařízeními. Těžko si představit, jak si jednotlivý soukromý lékař vynutí od pojišťovny spravedlivější úhradu za práci, nota bene když ještě ani nemá uzavřenu smlouvu. Princip očekávání a zklamání, alespoň tak to nazýval legendární český génius Jára Cimrman.

Lékaři zaměstnanci zatím přijali vládní rozhodnutí o stagnaci svých mezd se stoickým klidem. Ostatně tváří v tvář rozpadu některých nemocnic – akciových společností jde skutečně možná jen o lapálii. Praktičtí lékaři však ze sebe nechtějí nadále nechat dělat osly, připravují protesty a hovoří stále hlasitěji o pokladenském systému. Bohužel mlčení roztříštěných ambulantních specialistů, kteří se bez smluvní jistoty a s konkurencí nemocnic za zády bojí o živobytí, dává tušit, že se k praktikům nikdo nepřipojí. Není před volbami, a tak pokud bude zajištěna akutní péče, pak komora jistě nemá důvod jejich protesty nepodporovat. Stejně tak hodláme chránit lékaře, kteří by odmítali stát se výběřímí pro zdravotní pojišťovny a kterým se za to ministr Julínek chce mstít pokutami ve výši až 50 000 Kč, jež by měly být dalším příjmem pojišťoven.

Maléřům bychom se měli snažit předcházet. Proto jsme příslibili součinnost s projektem nazvaným Kulatý stůl, přestože v jeho rámci mají být vedeny debaty jen o vzdálené budoucnosti. Ministr Julínek, který věcnou kritiku vnímá jako osobní útoky, však prosazuje řadu zásadních změn silou, bez diskuse s těmi, koho realizace jeho nápadů postihne. Neváhá při tom porušovat ani demokratické zvyklosti. A to jistě není dobrá zpráva. Inu, princip očekávání a zklamání.

Milan Kubek, prezident ČLK

TÉMA MĚSÍCE 2-7

Eutanázie: přijmout, nebo striktně odmítnout?

ROZHOVOR 8-9

Poslanec Boris Šťastný nejen o připravovaném zákonu o eutanázii

STALO SE 10-13

Rok ministra zdravotnictví Tomáše Julínka

REFORMA ZDRAVOTNICTVÍ 13-14

Ministr Julínek dal zdravotním pojišťovnám právo pokutovat soukromé lékaře za nevybrání poplatků
Schválnost na konci okurkové sezony
Začíná kampaň proti lékařům?

INZERTNÍ PŘÍLOHA MONITOR MEDICINAE 15-30

Zeptali jsme se za vás ... Roztrošená Skleróza
Imunomodulace – některé současné možnosti
Imunoglobulin – profil přípravku
Nové postupy v léčbě diabetu
... z rozhovoru s Prof. MUDr. Aloisem Martanem
Šetná dekongestiva
Sinomarin – profil přípravku

PŘÍLOHA FI

Kombinační léčba hypertenze – dokončení
Nitroděložní tělíska uvolňující levonorgestrel
Používání přípravků s obsahem nimesulidu
Varilrix a průlomové infekce varicellou

POLEMIKA 31

Náměstek Šnajdr: ČLK byla zvyklá na nadstandardní postavení
Nemluvte za mne ani za kolegy

NÁZOR 32-33

Quo vadis, camera nostra

ČINNOST ČLK 34-36

Hospodaření ČLK v roce 2006
Závazné stanovisko ČLK k léčbě roztroušené sklerózy
Máte zájem o tzv. trvalý smluvní vztah?

PRÁVNÍ PORADNA 38-39

Komunikace s nezletilým pacientem a jeho zákonnými zástupci

Z MEDIÍ 40

Chrenek plánuje zdravotní „perpetuum mobile“
Ostrava, první „supermarket-ordinace“

SERVIS 41-44

Vzdělávací kurzy ČLK
Inzerce
Křížovka o ceny

Měsíčník TEMPUS MEDICORUM

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

www.clkr.cz

Šéfredaktor: MUDr. Milan Kubek

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

Odpovědná redaktorka: PhDr. Blanka Rokosová

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

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

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

Design: Ing. Jindřich Hurt

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

Tisk: EUROPRINT Modřany, a. s.

Uzávěrka čísla 9: 19. 9. 2007 • Vydání: 25. 9. 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.



**Má být u nás povolena eutanázie?
Účastnili byste se toho v zájmu
pacienta?**

Souhlasím s eutanázií v případě opakované žádosti pacienta, a pokud toho již není schopen, na jeho písemné přání z doby, kdy schopen byl. Udržování člověka nevléčitelně nemocného ve stavu „bezbolestném“, ale vlastně již mimo komunikaci s okolím, není přínosem pro nikoho. V případě potřeby bych se zřejmě účastnila, je to vlastně splnění posledního přání a na to má právo každý odsouzený. – Nevím, proč toto téma je nutno tak složitě probírat, když interrupce z důvodů ekonomických či jiných podružných příčin jsou společensky přijatelné, stačí rozhodnutí matky, která by se ovšem měla rozhodovat podstatně dříve (nemluvím samozřejmě o případech selhání antikoncepce, zdravotních důvodech či případech znásilnění).

Jitka Borská, PLDD, Nové Město na Moravě

Některým pacientům bych to přála, ale asi bych to nedokázala sama provádět. A u svých příbuzných bych to nedokázala vůbec. Kdo by to prováděl?

B. Slámová, PLDD, Žďár nad Sázavou

Pracuji 24 let jako praktická lékařka. Odpovědí na anketní otázky je, že podle mého názoru eutanázie nemá být povolena. A tak, jak je obecně chápána, tedy usmrcení na požádání, bych se jí nikdy se nezúčastnila.

Štěpánka Poláčková, PLD, Tanvald

Ano, za dvacet let praxe bych našla několik případů, kdy mě pacient zcela vážně prosil o konec.

Irena Prudká, praktická lékařka, Rovečné

Nejsem proti tomu, aby eutanázie byla povolena, ale nezúčastnila bych se toho. Nejsem stoprocentně rozhodnuta, zda se má povolit kvůli možnému zneužívání.

Marie Dvořáková, praktická lékařka, homeopatie, akupunktura, Žďár nad Sázavou

Má být u nás povolena eutanázie? Ne. Účastnil bych se toho v zájmu pacienta? Ne.

doc. Jan Čáp, CSc., Hradec Králové

Eutanázie: přijmout, nebo striktně odmítnout?

Eutanázie je slovo, které opakujeme v poslední době velmi často. Eutanázií se hojně zabývají média, hovoří o ní lékaři, ale ve velké míře o ní přemýšlejí i pacienti. Má člověk právo ze své vlastní vůle odejít ze života, když mu ho daroval někdo jiný? Má být eutanázie uzákoněna, jak se o to někteří politici snaží? Tempus medicorum oslovil lékařské kapacity, aby se k problému vyjádřily. Zde jsou jejich názory.

Svobodné rozhodnutí je třeba respektovat

Úvaha o eutanázii musí začít její definicí. Mnoho lidí má o náplni tohoto slova mylné představy a zejména věřící ji někdy ztotožňují s vraždou. Eutanázie je řecké slovo a v překladu znamená dobré umírání.

Kdo z nás by chtěl umírat jinak než dobrou smrtí? Holandská definice eutanázie říká, že jde o úmyslné ukončení života člověka, na jeho žádost. Společností je eutanázie vnímána jako problém, týkající se pouze zdravotníků. Dle mého přesvědčení je to ale problém celospolečenský. Vlivem církve v minulosti a vlády komunistů do roku 1989 u nás nebylo možné tento problém otevřít v celospolečenské diskusi.

Základním filozofickým problémem při hledání odpovědi na otázku, zda eutanázii přijmout, nebo odmítnout, je podle mne pohled na svobodu lidského rozhodování. Má svobodné rozhodnutí člověka vyšší hodnotu než život sám? Česká společnost respektuje a nestíhá svobodné rozhodnutí člověka o ukončení jeho života. Sebevražda či pokus o ni není trestným činem. Dobrovolný odchod ze života některých jedinců je dokonce adorován.

Jak se dívat na smutný odchod studenta Palacha? Měl právo pozvednout hodnotu svého svobodného rozhodnutí nad hodnotu svého života? Budeme-li s ním souhlasit, přiznáme stejné rozhodovací právo i jiných? Pokud ne, jak jsme schopni stanovit onu pomyslnou hranici mezi přiznáním

a odmítnutím práva člověka na ukončení života?

Moje přesvědčení je, že svoboda člověka končí tam, kde začíná svoboda jeho okolí. Pokud ale člověk svým rozhodnutím neovlivňuje svobodu jiných, je mu ji třeba přiznat.

Lékaři samozřejmě znají depresivní stavy pacientů, kteří by mohli v jisté chvíli požádat o eutanázii. Jak se k tomuto problému postavit? Předně v zemích, kde je eutanázie legalizovaná, o jejím provedení nerozhodují jednotliví lékaři, ale vždy se tak děje komisionálně. I členové komise jsou ale svobodní ve svém rozhodování a vždy budou mít právo takovou žádost odmítnout. Jsou lékaři, kteří eutanázii kategoricky odmítají. Jejich stanovisko naprosto chápu a považoval bych za nesprávné jim vnucovat změnu jejich názoru. Svobodné rozhodnutí každého je třeba respektovat. Nevím, jak se ale tito kolegové staví k interrupcím legalizovaným v České republice. V Hippokratově přísaze sice čteme o tom, že lékař nemá nikomu podat smrtící dávku léku, ale psal také o tom, že „stejně tak neposkytnu žádné ženě prostředek k vyhnání plodu“.

K eutanázii by v budoucnu mohlo dojít, pouze bude-li nemocný i komise ve shodě při posuzování vzniklé situace. Odpadá tedy argument, že nemocný není schopen zejména v utrpení stav náležitě posoudit, což by mohlo vést k nesprávně indikované eutanázii. Jiná je situace, kdy by pacient, ještě bez obtíží, písemně vyjádřil své přání do budoucna.

Chirurgové, jako málokterá profesní skupina, tak často stojí nad nemocným v beznaděži a se znalostí (objektivně prokázanou) jeho následného utrpení. Vím, že zde mnozí kolegové namítnou: přece moderní medicína má prostředky, jak utrpení pacienta zabránit. Ano, souhlasím, ale jsou přece lidé, kteří nechtějí přijmout navrhovanou paliativní léčbu, infuze, sondy atd. Ne každý bude chtít umírat v hospicích...

Nakonec ani lidé umírající v nemocnicích neumírají tak, jak by chtěli, ale umírají tak, jak si to přeje personál. Ten ve svém

terapeutickém postupu zohledňuje nemocného, ale i sebe, bojíte se, aby nebyl eventuálně v budoucnu napaden. A nelze se mu divit. Respektujeme tedy, či nerespektujeme přání nemocného? Jak je to s distanzií (udržováním vitálních funkcí medikamentózně a pomocí přístrojů) u pacientů bez perspektivy přežití? Kdy měníme maximální léčebné úsilí v léčbu „racionální“? Přemýšlíme o tom, jak se postavit k problému pasivní eutanázie, když aktivní tak prudce odsuzujeme?

Mnozí si představují eutanázii jako scénu, při které lékař přijde k nemocnému, „něco“ mu píchne a ukončí tím jeho život. Ale stejnou scénu si lze představit s připravenou infuzí, jejíž tlačku si nemocný uvolní sám. V prvním případě se však vytrácí ona vlastní žádost nemocného, která je pro aktivní eutanázii základní. Jednalo by se o odsouzeného vraždu. Bohužel se mnozí lidé mylí, když srovnávají eutanázii s tím, co se dělo v nacistickém Německu. Nenašel jsem jedinou informaci o tom, že by se někdo v Osvětimi na rampě ptal vězňů na jejich přání... Prosím, nepleťme si pojem vraždy s ukončením života na žádost nevléčitelně nemocného.

Dále je zde mylná představa spojení eutanázie s jistým okamžikem. Sami dobře víme, že eutanázie může být rozložena v čase – třeba několika dnů. Navíc ošetřující může před okolím deklarovat jiný úmysl při podávání léků či prováděných výkonech, než s jakým léky ordinuje či výkony provádí. Nejsou opakované břišní punkce u maligního ascitu urychlením konce života nemocného? Jistě mu na druhou stranu uleví. Jak víme, co si lékař provádějící takovéto punkce myslí? Jak uvažuje při zvyšujících dávkách opiátů?

Ostatně je vhodnější než o eutanázii mluvit o asistovaném umírání. Z holandských zkušeností je zřejmé, že o eutanázii požádá nakonec procento lidí. Není ale v centru medicíny vždy jedinec se svými obtížemi, starostmi a přáními?

Budou-li členy komise, která bude o eutanázii či asistovaném umírání rozhodovat, také lékaři, proč ta nedůvěra k nim? Společnost často, aniž by si to uvědomovala, jim přeče v otázce života a smrti již dnes tu důvěru dává. Již dnes přeče rozhodujeme, koho například ještě operovat a koho již ne...

Těchto několik myšlenek nemá čtenáře přesvědčovat o tom, zda eutanázii ano,

či ne, má ho pouze přivést k přemýšlení o široké problematice, která je s eutanázií spojena. Argument, že by eutanázie mohla být zneužita, neobstojí. Vše, na co lidský duch přišel, již bylo zneužito (stačí uvést kuchyňský nůž a atomovou energii).

Prof. MUDr. Pavel Pafko, DrSc.

Eutanázii považuji za nepřijatelnou

Nepatřím k zastáncům eutanázie. Byl jsem vychován k úctě k lidskému životu a také studium medicíny mě připravovalo k tomu, jak lidský život zachraňovat a nikoliv jak jej ukončovat. I když dnešní lékaři neskládají Hippokratovu přísahu, ve které se praví „nepodám nikomu smrtící látku, i kdyby ji ode mne žádal, a ani nikomu tuto možnost nenavrhu“, přece její zásady zůstávají v platnosti.

Je pozoruhodné, že pro uzákonění eutanázie se vyslovují především lidé mladších věkových kategorií a lidé, kteří s nemocnými v těžkých či terminálních stavech nemají žádnou zkušenost. Já jsem se naopak ve své více než 40leté onkologické praxi setkával s umírajícími velmi často. Tato dlouholetá zkušenost s nemocnými v těžkém stavu mě utvrdila v názoru, že za takové situace nelze rozhodování nemocného považovat skutečně za svobodné, neboť se jeho postoje k životu den ze dne mění. Využití pocitu momentální beznaděje k provedení eutanázie nemohu akceptovat, stejně jako mi připadá absurdní, aby vykonavatelem „popravy“ byl lékař.

Povinnost léčit ovšem v žádném případě neznamená podílet se na prodloužování utrpení nemocného. Moderní medicína má v ruce prostředky, kterými lze udržet základní životní funkce různě dlouhou dobu, bez vyhlídky na uzdravení či zlepšení stavu, což rozhodně nelze považovat za etické. Na druhé straně má ale dnešní medicína k dispozici velmi účinné prostředky paliativní léčby, které umožní nemocnému prožít posledním týdnem či dny jeho života v dobré kvalitě, bez bolesti a jiných průvodních symptomů nemoci. Skutečnost, že se těchto prostředků nevyužívá, nemůže být ospravedlněním eutanázie. Bylo by proto vhodnější, aby si lékaři osvojili zásady moderní paliativní a podpůrné léčby, než aby se školili v provádění eutanázie.

Problém eutanázie je značně složitý. Pro koho by právo na eutanázii mělo pla-

Nejsem pro povolení eutanázie. Až jednou bude dokonalejší diagnostika, snad.

Miroslav Seyček, PL, Svatka

Jsem praktický lékař pro děti a dorost, navíc se specializací v dětské kardiologii, takže se životem málo sluchitelné vady znám víc než dobře. Přesto by žádná maminka neřekla – dejte mu injekci, ať umře. Vždycky – pomozte mu, ať žije. Myslím, že aktivní eutanázie je nevhodná, nechtěla bych, aby někdo za mne rozhodl, že už nebudu žít. Něco jiného je odmítnout léčbu, když už sama žít nechci – to si myslím, že by mělo být povoleno. I třeba tak, že by měl pacient notářsky ověřené prohlášení, že v případě závislosti na přístrojích nechce být uměle udržován při životě. – Spíš bychom se měli všichni naučit mluvit o smrti jako o přirozené fázi života a naučit se pomoci lidem důstojně zemřít. Zatím to umějí sestřičky v hospicích, ale těch je zoufale málo. Péče o umírajícího člověka by měla být státem zrovnoprávněna s péčí o dítě do 4 let. Tedy tak, aby člověk mohl být mezi svými až do konce, aniž by to znamenalo kritickou finanční situaci rodiny.

Irena Vališová, PLDD, Mělník

Jsem proti legalizaci eutanázie. Je to nebezpečné „otevírání Pandořiny skříňky“, vyplynulo by z toho mnoho závažných právních problémů, zvláště pro lékaře, sama bych nikdy nechtěla být usmrcujícím lékařem. Jsem ale pro to, aby pacientům, kteří trpí bolestmi, bylo podáváno tolik analgetik, včetně morfinu, o kolik si řeknou, aby netrpěli. Takže tím pádem k nepřímé eutanázii stejně dochází, ale přesto je v tom právně velký rozdíl. Jednoznačně vyřešit by se snad mělo jen to, jak dlouho je nutno udržovat vitální funkce u pacienta v klinické smrti a kdo rozhodne o ukončení tohoto beznadějného přežívání těla. Nechtěla bych se dostat do situace Ariela Šarona, jehož tělo je snad doposud na přístrojích, pokud mi neunikla nějaká mediální zpráva. Když je ale pacient při vědomí a zcela kompetentní, může už dnes odmítnout jakoukoliv léčbu, kterou považuje za marnou, přinášející více utrpení než prospěchu. Již dnes ti, kteří svůj život chtějí ukončit, si najdou způsob, jak to beztrápně udělat.

Ludmila Jelínková, Praha 8



Má být u nás povolena eutanázie? Účastnili byste se toho v zájmu pacienta?

Ano. Stejně se provádí, tak ať se legalizuje. Při přísně stanovených pravidlech bych se toho v zájmu pacienta zúčastnil.

Jaromír Čech, praktický lékař, Valašské Meziříčí

Jsem pro povolení, ale neúčastnila bych se.

Stanislava Částková, dermatovenerolog, Šumperk

Jsem obvodní pediatr, 29 let po promoci. Uzákonění eutanázie v naší republice se obávám z důvodu možného zneužití. Nechtěla bych se jí zúčastnit. Tišení bolesti, zmírňování utrpení při umírání schvaluji, lékařskou pomoc při dobrovolné smrti na vyžádání zásadně odmítám.

Milena Hejnová, PL, dětské zdravotní středisko, Solnice

Souhlasím s možností eutanázie, ale nevím, jestli bych se jí mohla bezprostředně zúčastnit.

Zdislava Vávrová, praktická lékařka, Žďár nad Sázavou

Eutanázie je velmi vážná věc, na kterou nelze jednoduše odpovědět ano, nebo ne. Jako lékař jsem pro eutanázii v určitých, předem jasně stanovených, odůvodněných případech. Na druhou stranu jako křesťan nemohu někomu dobrovolně ukončit život, i kdyby to pro něj bylo vykoupení. V České republice pro zlegalizování eutanázie zatím nejsou podmínky (velká pravděpodobnost zneužití), proto nesouhlasím s jejím zavedením v současné době.

Antonín Kutálek, praktický lékař pro dospělé, Rohle

Eutanázie zavedena být nemá, nezúčastnila bych se.

Eva Rozsivalová, psychiatr, Šumperk

S eutanázií nesouhlasím, není nic cennějšího než život. Zároveň bych ale uvítala další medicínské iniciativy na zmírnění utrpení těžce nemocných pacientů, ať už v dalším rozvoji léčby bolesti, psychologického přístupu k těžce nemocnému pacientovi, zajištění ošetrovatelské a sociální péče o těžce nemocné, imobilní pacienty, a tedy důstojné dožití i v těžké nemoci.

Jarmila Hajčmanová, Endokrinologická a interní ambulance Šumperk

tit? Jen pro nemocné v terminálním stavu, nebo i pro nevléčitelně nemocné, těžce postižené, bez jasné životní perspektivy? Nemohlo by uzákonění eutanázie ve svých důsledcích vést k ukončování života neúčinných, tj. přestárých či handicapovaných osob, malformovaných dětí apod.? Je pozoruhodné, že největšími propagátory eutanázie nejsou ani umírající ani nemocní.

Je třeba podotknout, že nenasazení léčby lékařem nebo její vysazení v případech, kde by se jednalo o pouhé prodlužování umírání, nelze v žádném případě ztotožňovat s eutanázií. Podobně, odmítne-li nemocný léčbu, kterou již vnímá jako nadměrně zatěžující, a vyhová-li lékař jeho žádosti, nejedná se o eutanázii.

Často se argumentuje právem nemocného na svobodné rozhodování. Má-li být právo na smrt projevem mé svobodné vůle, proč má tento můj úmysl realizovat někdo jiný? Proč na druhé straně zachraňujeme sebevrahy, kteří se svobodně rozhodli z tohoto světa odejít? Vzali osud do vlastních rukou, a přece se jim ze všech sil snažíme jejich úmysl překazit.

Zcela pomýjím další, ale jinak zcela relevantní argument možného zneužití eutanázie nebo využití „klinik“ pro asistovanou sebevraždu jako zdroje lukrativní komerční činnosti.

Eutanázii považují za nepřijatelnou i z mravního hlediska. Tuto skutečnost nemůže změnit žádný zákon ani referendum.

Prof. MUDr. Pavel Klener, DrSc.

Eutanázie je legalizována pouze ve 4 státech světa

Ve všech následujících státech je eutanázie přesně definována zákonem.

- 1) Oregon (USA) – jen pro občany USA
- 2) Belgie – jen pro občany Belgie
- 3) Nizozemsko – jen pro občany Nizozemska
- 4) Švýcarsko – stejné podmínky pro občany Švýcarska i pro cizince.

Ve Švýcarsku je zpoplatněna. Největší klinika je Dignitas ve Forchu, kousek od Curychu. ČLK má k dispozici jejich výroční zprávy a formuláře. Například v roce 2004 zde podstoupili eutanázii dva Češi. Klinika pokaždé informuje místní policii a ta následně zastupitelsky úřad státu, kterého byl zemřelý občanem, neexistuje žádná výjimka z tohoto pravidla, je dána zákonem.

Zdroj: Radovan Urban Kocák



Konečné vítězství nad nepřítelem

V současných diskusích o eutanázii, jejích konsekvencích etických, právních, medicínských a bohužel i politických mi chybí názor toho nejpovolanějšího, tedy toho, kdo o ni žádá, respektive prosí, někdy dokonce si důstojnou smrt vynucuje. A tím je nevléčitelně nemocný člověk, jež má plný náhled na svůj celkový zdravotní stav, ví, co jej čeká, je ve stadiu nevléčitelných bolestí.

Můj osobní názor na uzákonění eutanázie se formoval v průběhu mé více jak 15leté praxe na Klinice dětské onkologie, později i při pobytu v různých hospicích v České republice či v USA. Samozřejmě že jsem se seznámil s právními regulacemi, jak je přináší holandský zákon umožňující eutanázii, a za takových podmínek ji schvaluji. Argument, že zákon se dá zneužít, je plochý. Zneužit se dá totiž cokoli: auto, jež nás na silnici zabije, legálně držená zbraň otočena proti oběti apod.

Nemoci jsou zákeřné, jejich průběh nevyzpytatelný. Moderní medicína přes velké a trvalé pokroky řadu nemocí nedokáže zvládnout a pacient se dostává do nehoršího úseku života, a tím je umírání. Změny vzhledu, nemožnost se o sebe postarat, závislost na okolí, narůstající bolesti jsou jen některé charakteristiky tohoto období. Jistě, nutriční, ošetrovatelská, psychosociální péče jsou dnes již na vysoké úrovni, ale postačí? A je skutečně tak dokonalá? Lze se dívat na pacienta s krutými bolestmi (přes opakované pokusy ji ztlumit), lze ještě hovořit o kvalitě života u pacienta s rozsáhlým, diseminovaným tumorem, jehož ložiska se před očima pacienta zvětšují, nekrotizují, hnisají, krvácejí a podobně? A dokážeme si vůbec představit ten devastující psychický pocit nemocného, že nemoc, nejčastěji nádor, mě postupně ničí, doslova užírá, způsobuje mi nekonečnou bolest?

Viděli někteří militantní odpůrci eutanázie pacienty s rozsáhlými tumory v oblasti hlavy a krku, ty, kteří nemohou naslouchat, přicházejí o zrak, nedokáží se sami nakrmit, svíjejí se v křečích? Tito nemocní a jim podobní však neztrácejí mentální schopnosti, náhled na vlastní situaci a její vývoj. Často jejich jediným přáním je utrpení ukončit, vědomě, cíleně, navždy.

Snad oni to chápou jako jediný možný čin, poslední splněné přání, konečné vítězství nad nepřítelem, jenž jim usiloval o život. Oni jej předběhli a v poslední vteřině života učinili něco silného, konečného, a s tímto pocitem mohou umřít.

Respekt k zachování osobní svobody a svobodného rozhodnutí, byť se týká ukončení života, je to hlavní, co by mělo znít při všech diskusích a koncipování právního rámce eutanázie. Zatím se jezdí za eutanázií „kamsí“. Tato turistika za důstojnou smrtí není důstojná často pro ty, kteří ji podstupují, ani pro ty, jež nejsou schopni vytvořit podmínky, aby této turistice zabránili.

Pavel Boček, pediatr a onkolog, FN Motol

K předloze zákona poslance Borise Šťastného

Vždy jsem si myslel, že pokud poslanec předkládá nějaký zákon, tak se alespoň zhruba orientuje v odborných problémech. Rozhovor s poslancem Šťastným v MF Dnes mě z těchto iluzí vyvedl. Takové konfuze se vidí málokdy a pan poslanec statečně mate odbornou i laickou veřejnost.

Poslanec Šťastný například říká: „*Aktivní eutanázii nepodporuji, jsem odpůrcem i té divoké eutanázie ve Švýcarsku. Je mi bližší model, který mají ve státě Oregon a v Belgii.*“

Jako by v Oregonu měli něco jiného, než mají ve Švýcarsku! Že zrovna vyplave na povrch nějaký průšvih, je skutečně pozdní důvod k negativním úvahám. Možná by pan poslanec Šťastný poněkud váhal se přiznat ke svým inspiračním zdrojům, kdyby věděl, co se v Belgii a v Oregonu skutečně děje. Také rozlišování mezi pasivní a aktivní eutanázií je odborně naprosto zavádějící. Žádná pasivní eutanázie neexistuje.

Kdysi se říkalo, že je to tzv. metoda prázdné stříkačky, ale dnes se tento termín neužívá, protože je zavádějící, nepřesně definovaný, značně problematický a nepatří jinam než na smetiště dějin medicínské terminologie.

Co to je „pasivní eutanázie“? Vysazení zbytečné léčby? Ne, vysazení zbytečné a zatěžující léčby není žádná eutanázie.

Jsem pro zavedení eutanázie, samozřejmě za přesně daných pravidel. Domnívám se, že pokrytectví naší společnosti vede až k léčení za jakoukoli cenu. Vadí mi vytrácení lidskosti nejen z medicíny.

Jana Smetanová, PLD s licenci pro urgentní medicínu, Záchraná služba Mělník

Jako pediatr mohu do ankety přispět pouze zápornou odpovědí. Tato se však týká pouze dětských pacientů. U dospělých bych za velmi přísných zákonných pravidel nebyl proti. Superpřísné právní normy vyžaduje stav morálky naší společnosti.

Richard Rýznar, Dětské centrum Pavučinka Šumperk

Za sebe odpovídám na obě otázky ano.

Václav Dostál, přednosta Kliniky infekčních nemocí FN a LF UK v Hradci Králové

Poslední dobou sleduji pozorně diskusi kolem eutanázie zejména proto, že mnoho let pracuji na intenzivní péči a zároveň se podílím na domácí paliativní péči. Myslím si, že bude-li stále přibývat pacientů s dystanazií (medikamentózní udržování životních funkcí u pacientů bez perspektivy přežití), bude otázka eutanázie pro veřejnost i pro nás, lékaře, stále hodně aktuální. Určitému počtu nemocných s jakoukoliv diagnózou, kteří chtějí dobrovolně ukončit svůj život, se ani v budoucnu nelze vyhnout, dobrou psychoterapií, antidepressivní a analgetickou terapií je možné snížit jejich počet na minimum. Potom by měla být ponechána volba na nich samotných, nikoliv však toto jejich „přání“ institucionalizovat. Jakákoliv legalizace eutanázie (a co je to jiného než zabít?) i asistované sebevraždy bude podle mého názoru vždy zneužitelná a zneužívaná. Jestliže zastánci eutanázie argumentují, že by chtěli mít právo naložit se svým životem, jak uznají za vhodné, ať tak učiní, jestliže chtějí. V žádném případě však není možné legalizovat účast kohokoliv jiného, a to ani lékaře. Vždyť přece i lékaři jsou jenom lidé. Proto bych se přimlouvala za menší počet dystanazií, větší prostor pro paliativní přístup a respektování přání pacienta pro ukončení terapie. Ale eutanázii, prosím, ne.

Jitka Čulíková, JIP chirurgie, ambulance domácí paliativní péče, Jablonec nad Nisou



Má být u nás povolena eutanázie? Účastníci byste se toho v zájmu pacienta?

Domnívám se, že eutanázie by povolena být neměla, a to z mnoha důvodů. Nedokážu si představit, že bych byl jednoho dne v pozici toho, kdo rozhoduje o tom, zda ji tomuto nebo jinému člověku poskytnout. Domnívám se, že je to tak trochu přivlastňování si „božských“ práv. Za druhé: Přes veškerá opatření by bylo možné eutanázii zneužít. Za třetí: Viděl jsem již mnoho lidí umírat, a většina z nich silně lpěla na životě. Za čtvrté: Bolesti je možno tlumit a zmírnit případné utrpení umírání. Za páté: Zítřka může být nalezen lék, který může život zachránit. A našly by se další a další důvody.

Jiří Velebil, psychiatr, Horní Beřkovice

Jsem rozhodně proti eutanázii. Lékař se má soustředit na léčení, a ne si brát na svědomí, že záměrně přivodí něčí smrt. Co u nás ovšem podle mého názoru chybí, jsou propracované postupy tam, kde pacient vyjádří rozhodné a jasné přání, aby nebylo léčbou prodlužováno jeho umírání. Zejména starým lidem podle mých zkušeností bývá upíráno právo, aby personál jejich přání bral vážně. Jakmile jednou je pacient ve zdravotnickém (nebo sociálním) zařízení, nemá šanci odmítnout léky nebo přijímání potravy. Jediné, co mu je někdy dovoleno, je „podepsat revers“ a být propuštěn domů. Ale je-li to pacient, který nějakou péči potřebuje a začne léky odmítat, jsou mu i proti jeho vůli vnuceny. Podle mě by bylo správné, aby pacient, který vyjádří přání umřít přirozenou smrtí bez lékařských zásahů (případně jen s analgetiky a podobnými paliativními zásahy), tuto záležitost opakovaně prohodil s psychologem a ošetřujícím personálem, jak je to předepsáno v těch zemích, kde je povolena eutanázie. Pokud ovšem pacient na svém stanovisku trvá, mělo by se toto jeho stanovisko respektovat. Podstatný rozdíl proti eutanázii je v tom, že pacient může své přání po nějaké době také vzít zpátky a o léčbu znovu požádat.

Eva Adamovská, dermatolog v důchodu, Litoměřice

Eutanázie je něco, co v určitých, přesně definovaných a právně ošetřených případech dokáže osvobodit člově-

Je snad pasivní eutanázie to samé jako neposkytnutí odůvodněné a potřebné léčby? Ne, ani to není eutanázie – to je zločin. A jak může předkladatel zákona říct, že v Oregonu a Belgii mají podmínky, za kterých se smí eutanázie provádět? V Nizozemsku snad tyto podmínky nemají? A ví pan poslanec, že v Oregonu je eutanázie nelegální, že je tam přípustná „jen“ asistovaná sebevražda?

Pan poslanec dokáže skutečně skákat od jednoho termínu ke druhému, což jsou skoky pěkné, daleké, ale bohužel s přešlapem. Nicméně je dobře, že volá po všeobecné a odborné diskusi. Snad se při tom taky něco přiučí.

Tomáš Lajkeš, psychiatr, invalidní důchodce

Nedostatečný zájem o pacienta

Co je příčinou, že o eutanázii vůbec uvažujeme? Je skutečně nutná? Je o eutanázii zájem u těžce nemocných, nebo je to jen akademická diskuse dosud zdravých ve smyslu „co by, kdyby...“? Má lékař právo pomoci ukončit život? Jak stoprocentně eliminovat zneužití?

Osobně si myslím, že nejsou vždy využity ve zdravotnických zařízeních, včetně fakultních, všechny známé a legální prostředky k odstranění nepříjemných až nesnesitelných stavů chronicky a těžce nemocných (somaticky i psychicky), což pak právě ústí k úvahám o eutanázii. Nejde jen o zavedení adekvátní paliativní léčby, ale myslím, že problémem je nedostatečný zájem o komplexní péči o pacienta. Tedy nesmíme se zaměřit jen na léčbu technikou a medikamentózní, ale musíme vnést k pacientovi i při jeho psychickém rozpoložení v době nemoci aspoň trochu lidského jednání, dovést se vcítit do jeho situace, pochopit jeho problémy a jeho myšlenkové pochody, vyslechnout si stesky z jeho úhlu pohledu.

Mám pocit, že personál vysokoškolský, ale ani střední a nižší si neuvědomuje, že i dospělý pacient v terminálním stadiu onemocnění potřebuje zajistit příjem tekutin, pomoci s vyměšováním, zajistit adekvátní výživu, umýt, upravit vhodně lůžko, a to i několikrát během dne, a být mu téměř okamžitě k dispozici, pokud to stav

vyžaduje. Každá nemoc, natož vážná, změní myšlení a chování pacienta bez ohledu na jeho vzdělání a psychickou odolnost. Vstřícný, příjemný, citlivý přístup k němu ze strany lékařů, sester, sanitářů, příbuzných, vytvoření prostředí, v němž se pacient cítí v bezpečí a důvěřuje mu, jsou též postupy, které mohou chmurné myšlenky pacienta na ukončení života zahnat. Je to tedy spíše na ošetřujícím personálu, zda pacient začne uvažovat o eutanázii. Pomýšlení na eutanázii ze strany pacienta, ale i zdravotníka, bych považoval za psychiatrickou chorobu, stejně jako depresi, toxikomanii apod. (v MKN 10 zatím není uvedeno).

Často se zužuje diskuse o eutanázii jen na pacienty s chronickou bolestí. V dnešní době by neměl být problém tuto situaci zvládnout. Jsem na straně těch lékařů, kteří se staví proti zavedení eutanázie. Naším úkolem je přece život zachraňovat, a pokud je současná medicína na záchranu krátká, pak musíme alespoň účinně odstranit utrpení pacienta legálními paliativními postupy. My, lékaři bychom měli vzhlížet do budoucnosti s tím, že se někdy i pro těžce nemocné pacienty naleznou kauzální léčebné postupy, a na nás je, abychom pacientovi či jeho příbuzným nalili i tu malou špetku optimismu.

Protože mi dosud není znám komplexní postup, jak stoprocentně zajistit, aby eutanázii nebylo možno jakkoliv zneužít, odmítám ji i z tohoto důvodu. Lidé jsou vynalézaví a jistě by se našli koumáci, jak na eutanázii vydělavat.

Čtírad Kozderka, PLDD, Kralovice



Vždy existuje špetka naděje na záchranu

Dne 31. 8. 2007 zveřejnila Česká tisková kancelář informaci o tom, že Liberální reformní strana (LIRA) připravila návrh zákona o eutanázii. Ve zprávě říká: „Chceme tímto zákonem omezit zneužívání eutanázie a dát bezpečnou možnost pro lékaře pomoci lidem, kteří to potřebují...“ A dále: „Ročně jsou takto svévolně lékaři nebo zdravotnickým personálem ukončeny 3000 lidských životů, cílem zákona je dát tomu pravidla.“

Pracuji ve zdravotnictví téměř 40 let, a nikdy bych nemohl ukončit lidský život, i kdyby mě o to pacient žádal. Vždy na záchranu člověka existuje špetka naděje jak u samotného pacienta, tak i lékaře. Lékař ze své podstaty (každý z nás při promoci skládal Hippokratův slib) musí do poslední chvíle bojovat o záchranu lidského života a v případě, kde jde o nevléčitelného pacienta, má celý arsenal moderních analgetických a narkotických prostředků, aby zmírnil trápení nemocného. Za své praxe jsem zažil hodně případů, kdy pacienti při zjištění zhoubného nádorového onemocnění nebo při prudce bolestivém onemocnění žádali o ukončení života, ale po poskytnutí komplexní lékařské péče, psychologickém pohovoru, nebo po utlumení bolesti je tyto myšlenky přešly.

Nechápu, kde se bere ta drzost tvrdit, že svévolně lékaři nebo zdravotnický personál ročně ukončí 3000 lidských životů! Liberální

reformní stranou navrhovaný zákon mi připomíná konec října 1939 roku, kdy podepsal A. Hitler k 1. září antidatovaný výnos, který měl tvořit základ takzvaného Programu Euthanasie („Aktion T 4“). Říšský vedoucí Bouhler a Dr. Brandt byli pověřeni odpovědností rozšířit oprávnění jmenovitě určených lékařů, aby pro podle lidských měřítek nevléčitelně nemocné v kritickém stavu jejich nemoci mohli zvolit smrt z milosti. Podepsán Adolf Hitler.

Myslím si LIRA, že její zákon se také nedá zneužívat? Když Marie Curieová-Sklodovská obdržela Nobelovu cenu za štěpení jádra, upozorňovala, že lidstvo dostalo do svých rukou zbraň neomezené síly a je jenom na něm, aby tu zbraň nezneužilo. Ptám se: jak dlouho trvalo od rozbití jádra k vybudování atomových bomb? Mě jenom zarazí, jak mohly některé státy přistoupit na legalizaci eutanázie. Neberou vážně upozornění M. Curieové-Sklodovské, nebo následky zákona o eutanázii „Velké Říše“? Bohužel, všeho se dá zneužít, taková je povaha lidská. A neňte lékaře k něčemu, k čemu nejsou ze své podstaty povoláni. Každý z nás by měl mít na paměti dobré židovské přísloví: „Když jste zachránili jeden lidský život, zachránili jste svět, zničíte-li jeden lidský život, zničíte svět.“

Lékaři existují proto, aby prodlužovali lidský život, a ne jej zkracovali. To je alfa a omega humánního myšlení.

Bohdan Babinec, CSc., předseda zdravotní a sociální komise České strany národně socialistické

ka od strašných fyzických a psychických bolestí. Po 11leté zkušenosti na interním oddělení vím, o čem mluvím. Jsem pro eutanázii – v určitých, přesně definovaných a hlavně právně ošetřených případech. Naše společnost však na to ještě není připravena.

Jarmila Pavlovičová, PL, Jilové u Děčína

Výrazně bych podporovala určitou formu eutanázie, a to mít možnost „usmrtit“ některé politiky, a tak ukončit nekonečné trápení občanů.

Věra Fastrová, pediatr, Jablonec n. N.

Eutanázie je v protikladu s Hippokratovou přísahou. Eutanázie je známkou nepochopení života a smrti. Uzákoněna dává možnost manipulace s lidským životem. V nacistickém Německu přišlo eutanázií o život 250 000 lidí. Vražda ze „soucitu“ je perverzní, je to symptom nekrofilie. Postoj k eutanázii je indikátorem humánního citění společnosti. Přejí si ji uplatnit ti, kterým chybí skutečná empatie se slabými a nemocnými, síla pomáhat terapeuticky, lidsky a ve finálním stadiu života pacienta přijmout konfrontaci s otázkou vlastní smrti. Alexander a Margarette Mitscherlichovi zpracovali toto téma ve své knize *Neschopnost smutku*.

Dnešní medicína je schopna řešit paliativně konečná stadia nemocí bez použití eutanázie. Lékaři by neměli připustit instrumentalizaci svého povolání k eutanázii bez ohledu na to, vládně-li ideologie nebo peníze.

Alena Doležalová-Černá, všeobecná lékařka, Želízky / Mühlheim a. M.

Ano, eutanázie s jasnými a kontrolovanými pravidly by u nás měla být povolena. Neúčastnil bych se určité programově, ale nevyklučuji svoji účast v konkrétním případě, kde budu přesvědčen o správnosti takového postupu.

Miroslav Černohous, ved. lékař, Kardiologické oddělení, 1. LF UK a ÚVN Praha

Souhlasím s uzákoněním eutanázie za jasných podmínek a za těchto podmínek bych se jí v zájmu pacienta účastnil.

Prim. Daniel Driák, GPK FN Na Bulovce, Praha 8

Dopis prezidenta ČLK předsedovi LiRA

Pane předsedo,

dne 1. 8. 2007 zveřejnila Česká tisková kancelář informaci o tom, že Liberální reformní strana připravila návrh zákona o eutanázii. V této zprávě jsou uvedeny citace Vaší osoby: „Chceme tímto zákonem omezit dnešní zneužívání eutanázie a dát bezpečnou možnost pro lékaře pomoci lidem, kteří to potřebují,“ a „Ročně jsou takto svévolně lékaři nebo zdravotnickým personálem ukončeny 3000 lidských životů, cílem zákona je dát tomu pravidla“.

Pane předsedo, nevím, z jakých zdrojů jste čerpal tyto své informace, ale upozorňuji Vás, že vzhledem k tomu, že eutanázie je v České republice trestným činem vraždy, je povinností každého občana podezření ze spáchání takového činu oznámit Policii České republiky nebo státnímu zastupitelství, jinak se sám dopouští trestného činu dle § 168 odstavec 1 trestního zákona. Pokud toto nehorázné obvinění lékařů je pouhou snahou o Vaše zviditelnění, pak Vás jménem České lékařské komory žádám o omluvu lékařům, které jste takto bezdůvodně napadl.

S pozdravem

Milan Kubek, prezident ČLK

Pomoc při dobrovolném odchodu

Místopředseda Výboru pro zdravotnictví Boris Štátný (ODS) vzbudil pozornost lékařů snahou, která by měla vyústit do vytvoření zákona o asistované sebevraždě, což je jeden z druhů eutanázie. Očekává, že se rozhoří diskuse a polemiky na toto téma.

Co vás vedlo k myšlence uzákonit eutanázií?

Dlouho jsem znám svým názorem, že svoboda člověka v rozhodování o svém zdraví a životě je jednou z nejcennějších věcí, kterou člověk může disponovat. Jsem přesvědčen, že i u nás by mohli dostat těžce a nevléčitelně nemocní šanci, kterou by jim poskytl „Zákon o pomoci nevléčitelně nemocnému při dobrovolném odchodu ze života“.

Eutanázie má několik podob. Kterou máte na mysli vy?

Jde o široký pojem. Zahrnuje skupinu aktů spojených s ukončením života člověka v bezvýchodné zdravotní situaci, aktů vedoucích k jeho vysvobození. Je třeba si připomínat, že jedna forma eutanázie, takzvaná pasivní vyžádaná eutanázie, je u nás a ve většině civilizovaných zemí legální. Zahrnuje v podstatě pacientem vyžádané odmítnutí nebo nerozšiřování léčby. Zákon o péči o zdraví lidu říká, že každý občan České republiky má právo odmítnout léčbu, a je logické, že tento krok pak u některých onemocnění vede k urychlení konce jeho života. Já osobně navrhuji a podporuji specifickou formu tzv. asistované sebevraždy, kdy jsou připraveny podmínky pro ukončení života člověka, který o to sám požádá. Samozřejmě musí být splněny jasně dané předpoklady, za kterých stát tuto žádost přijme a nevléčitelně nemocnému pomůže.

Jaké podmínky by musely být splněny?

V každém případě by muselo jít o žádost samotného pacienta, žádost opakovanou, vždy s určitým časovým odstupem, projevenou svobodně. Žadatel by musel být způsobilý k právním úkonům, zletilý a ve stavu přičetnosti. Současně by musely být splněny některé další podmínky, zejména by se nemocný musel nacházet v konečném stádiu těžké nevléčitelné nemoci, která bezprostředně povede k jeho smrti, a současně by mu musely projevy jeho choroby přinášet utrpení. Teprve pak by stát na základě speciálního zákona umožnil pomoc takovému člověku. Akt by musel být náležitě evidován, to znamená vůle pacienta projevena písemně, notářsky ověřena, zapsána do zdravotnické dokumentace... Dovedu si představit, že svou roli v povolení by hrál i soudce.

Oponenti eutanázie hovoří o nakloněné rovině. Tvrdí, že pokud lékaři budou asistovat u eutanázie, nebo jí dokonce provádět, prolomí se tím určitá hranice hodnot, a nevíme, kde se to zastaví. Ptají se, zda se z lékařů nestanou vrazi.

Za prvé, vrah je pachatel nejvážnějšího trestného činu, kdy je oběť zbavena proti své vůli života. Máte pocit, že hovoříme o něčem takovém? Návrh, o kterém diskutujeme, je aktem člověka na sobě samém, tedy nikoli konáním třetí osoby! Zadruhé nenavrhují, aby to byl nutně lékař, kdo bude eutanázií provádět. Říkám



ale, že lékař by byl pomocníkem, součástí komplexního úkonu, s možností svou účast odmítnout. A netvrdím ani, že to bude lékař, kdo by předepsal prostředek poslední pomoci nevléčitelně nemocnému. Zatřetí dobře víme, že hlavním posláním Hippokratovy přísahy je snaha konat ve prospěch pacienta. To je velmi důležité, proto se v Hippokratově učení objevuje tolik různých návodů a ustanovení, které vedou lékaře k maximální obezřetnosti. Před tisíci lety totiž lékař ve většině případů nedokázal správně diagnostikovat druh a stav onemocnění ani dostatečně předvídat vývoj zdravotního stavu pacienta. Dnes může mít pacient kvalitní prognózu svého onemocnění a jeho rozhodovací schopnosti jsou tedy mnohem větší.

Není eutanázie zástupný problém, který má zastřít některé problémy zdravotnictví, jež by se daly vyřešit jinak? Mám na mysli nedostatečnou péči o smrtelně nemocné, podávání silnějších a zřejmě dražších léků proti bolesti, psychoterapii a podobně.

Není to zástupný problém, jde o samostatné téma o další možnosti svobodného rozhodnutí člověka v tíživé zdravotní situaci. Je však pravda, že debata o asistované sebevraždě otevřela i diskusi o úrovni, dostupnosti a financování péče o nevléčitelně nemocné. Určitě přispěje k tomu, že se kompetentní orgány začnou daleko více touto problematikou zabývat, společnost si jí bude všimnout a to nepochybně povede ke zlepšení situace v tomto segmentu zdravotnictví.

Jsou ze strany lékařů dostatečně využívány všechny současné prostředky, především ty utišující?

Jsem přesvědčen, že specializovaná pracoviště mají dostatek zkušeností a informací o tom, jak užívat tyto prostředky v jednotlivých stádiích konkrétních onemocnění. Je řada odborníků, existují například veřejnosti známá centra pro léčbu bolesti. V tomto ohledu nemám obavu o kvalitu a dostupnost péče nebo o erudovanost jednotlivých odborníků.

Zatím se nikdo nezeptal lékařů, zda chtějí být těmi, kdo asistuje při odchodu ze života, když jejich poslání je opačné – uzdravovat...

Určitě musí probíhat diskuse na všech úrovních a postoj lékařské veřejnosti, odborných skupin a lékařských organizací bude velmi významný. Já takový zákon pokládám za příspěvek k rozšíření svobody člověka a věřím, že i odborníci k tomu budou takto přistupovat. Nechceme debatu na tak vážné téma nijak uspěchat, již proběhly některé semináře a budeme pořádat další a další semináře a odborná setkání. Věřím, že i ČLK se do diskusí více zapojí.

Je tu ještě jedno morální hledisko, týkající se rodinných příslušníků nevléčitelně nemocného člověka. Může se stát, že budou vytvářet na nemocného tlak, aby skoncoval se životem, protože mít takového pacienta doma nebo v jakémkoliv ústavu je pro jeho blízké obrovskou a dlouhodobou zátěží. Neobáváte se toho?

Je potřeba si uvědomit, že tento tlak mohou vytvářet už nyní. Už dnes může zlý příbuzný ovlivnit nemocného radou, aby odmítl léčbu, která by mu mohla pomoci zmenšit utrpení nebo prodloužit život. Taktéž trestným činem je již nyní pohnutí k sebevraždě...

V jakém stadiu je příprava návrhu nového zákona?

Debata je teprve na počátku. Jsem přesvědčen, že by bylo nezodpovědné předkládat v tento okamžik paragrafované znění. Myslím, že máme minimálně rok, možná více let před sebou, abychom o tématu diskutovali.

Jenže vedení Liberální reformní strany prohlašuje, že je připraveno podobný návrh předložit oběma sněmovnám do konce tohoto roku. Co tomu říkáte?

Zásadním způsobem jsem tuto aktivitu odmítl. Jde o projev nezodpovědnosti a populismu. Zodpovědný politik se takto chovat nemůže a já osobně nevěřím, že by se nějaký zákonodárce k této překotné iniciativě připojil.

Měla by se eutanázie přednášet na lékařských fakultách?

Pokud vím, obecné znalosti o problematice eutanázie jsou již dnes při výuce požadovány. Je logické, že pokud by v našem právním řádu existoval institut tohoto typu, zasáhlo by to výuku hlouběji.

Pojďme k jinému ožehavému tématu, k reformě zdravotnictví. Co říkáte krokům ministra Julínka, k nimž má ČLK své faktické výhrady?

Ministr zdravotnictví spolu s námi, koaličními poslanci, učinil první krok z rozsáhlých reformních plánů. Zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví považuji za průlomový čin, ke kterému žádná z minulých vlád neměla odvahu. Jsem rád, že u toho mohu být, protože jsem bytostně přesvědčen, že jde o krok vedoucí z dlouhodobého hlediska ke zkvalitnění péče, a to z prosté příčiny: regulační poplatky zajistí zefektivnění systému zdravotní péče vlivem změny přístupu pacienta. Tento první krok se nám podařilo prosadit, a to i přes odpor opozice a České lékařské komory. I já jsem k návrhu měl a mám některé výhrady organizačního nebo technického charakteru, ale uvědomil jsem si, že principiálně jde o tak zásadní změnu, že by bylo obrovskou chybou kvůli jednotlivostem zavedení regulačních poplatků nepodpořit nebo přijet jakkoli komplikovat. A já se teď res post nezlobím tolik na opozici, ta má odmítání vládních reforem v „popisu práce“, já se zlobím na ČLK, která náš návrh šmahem odmítla jako celek a to já pokládám za velkou chybu a nezodpovědnost.

Bylo podle vašeho názoru správné, že ČLK nebyla přizvána k debatám o zákonech týkajících se zdravotnictví?

Nebudu zde hodnotit, co je správné nebo ne. Mohu však říci, že hovoříte-li o legislativním procesu na ministerstvu zdravotnictví, já o žádných debatách o zákonech nevím a ani já osobně – a stejně tak mí kolegové ze zdravotního výboru – jsme nikdy

k žádným debatám při přípravě dosud předložených zákonů přizváni také nebyli. Vláda sněmovně zaslala hotové návrhy a my jsme pak na úrovni výboru o jednotlivých návrzích diskutovali a projednávali případné pozměňující návrhy. A na půdě Výboru pro zdravotnictví všechna profesní sdružení a široká odborná veřejnost vždy dostala velký prostor při veřejných slyšeních.

Říkáte, že se zlobíte na ČLK, nemělo by to být právě naopak?

Mně se zásadním způsobem nelíbí, jakou cestou se ČLK vydala. Vždy jsem byl přesvědčen, že by měla být organizací apolitickou, na politických stranách absolutně nezávislou, hájící výhradně zájmy svých členů a pacientů. K současnému prezidentovi, panu doktoru Milanu Kubkovi, dlouhodobě chovám korektní a kolegiální vztah, nakonec jsem u něho stážíval jako u mladého sekundáře v nemocnici ve Vysočanech. Otevřeně mu však říkávám, že se komora dostala do pozice, ve které se nikdy ocitnout neměla: stala se jakousi nátlakovou organizací současně opozice. To je velká chyba, protože tato politizace profesního sdružení je smrtící a podle mne způsobí ČLK do budoucna řadu problémů, které si pak bude muset řešit uvnitř sama. ČLK by měla na rovinu říci, jakou organizací vlastně je. Pokud je organizací stavovskou, musí být zcela nezávislá na přáních a tlaku jednotlivých politických stran. Nebo je organizací polopolitickou. To je možný postoj, ale v takovém případě nemůže existovat povinné členství, protože ne každý člen ČLK souhlasí s konkrétním ideovým směřováním té či oné politické strany. Nebo je ČLK další odborovou organizací, ale pak je nutno férově říci, že bojuje odborářským, aktivistickým způsobem. I to je postoj legitimní, ale opět jen za předpokladu, že se každý lékař bude moci rozhodnout, zda chce či nechce být odborářem. Já osobně v posledních letech vnímám ČLK jako levičově zpolitizovanou instituci aktivistického, odborářského typu, bojující cíleně proti politice ODS. Opakuji, že to je možný postoj, a neřekl bych proti tomu jediného slova, kdyby nástrojem boje komory nebyl každý český a moravský lékař, kterého nutí zákon, aby byl povinně jejím členem. To je situace nepřírozená a dlouhodobě neudržitelná.

Jaký je podle vás největší problém českého zdravotnictví?

Náš zdravotní systém si, bohužel, hodně žije svým životem a je dlouhodobě ovládan sítí izolovaných, vzájemně neslučitelných zájmů, vztahů a vazeb. Já za největší problém českého zdravotnictví pokládám nedostatek odvahy politiků, kteří se v minulosti pokoušeli tento systém zlepšit, ale pokud možno nikomu neutáhnout opasek. Někdy ale musíte udělat i nepopulární rozhodnutí. Lidé pochopí a přijmou mnohé, když s nimi však mluvíte, když se jim snažíte pečlivě a pravdivě vysvětlit situaci. Za náš velký úkol proto pokládám nutnost mnohem intenzivněji mluvit o našich plánech se všemi, kterých se to týká.

Milan Macho

MUDr. Boris Šťastný

Narozen 8. dubna 1970 v Praze, ženatý, 2 děti.

Je absolventem 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze, obor všeobecné lékařství. Od roku 1990 působil ve vrcholných manažerských pozicích v oblasti sportovního průmyslu a obchodu.

Od roku 2002 je zastupitelem MČ Praha 10, kde se dlouhodobě zabývá oblastí zdravotnictví a již druhé volební období vede zastupitelský klub ODS. V letech 2003 až 2006 poradce prezidenta České republiky. V roce 2006 zvolen poslancem Parla-

mentu České republiky (ODS), kde zastává pozici místopředsedy Výboru pro zdravotnictví. Je členem Správní rady VZP ČR a v rámci charitativních aktivit je od roku 2003 členem dozorčí rady Nadačního fondu manželů Livie a Václava Klausových.



Rok ministra zdravotnictví Tomáše Julínka

4. 9. 2006

Do funkce ministra zdravotnictví jmenován MUDr. Tomáš Julínek.

8. 9. 2006

Nový ministr zdravotnictví Tomáš Julínek bude hned v prvních dnech působení prověřovat některé kroky svého předchůdce Davida Ratha. Co nejdříve chce například zkontrolovat podmínky, za kterých se na ministerstvu v posledních deseti měsících udělovala potvrzení k výkonu povolání soukromého praktického lékaře. Julínkovi se nelíbí, že minimálně stovka internistů dostala od Rathova ministerstva povolení pracovat jako praktičtí lékaři. (HN)

13. 9. 2006

Vláda na základě návrhu ministra zdravotnictví odsouhlasila návrh novely zákona č. 245/2006 o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních, kterou se posouvá termín vzniku těchto „neziskových“ zařízení na 1. leden 2008.

14. 9. 2006

Ministr zdravotnictví představil členy nového vedení ministerstva.

15. 9. 2006

Tomáš Julínek: „Lékaři-zaměstnanci by rozhodně povinné členství v České lékařské komoře mít neměli. Lékařská komora by měla sloužit hlavně zájmům soukromých lékařů. Měla by svou roli plnit v oblasti etiky či vzdělávání. Ale už pod Rathem se soustředila na politický boj. A nový prezident pan Kubek v tom pokračuje.“ (HN)

15. 9. 2006

Ministr odvolal MUDr. Michala Sojku z funkce ředitele Státního ústavu pro kontrolu léčiv – SÚKL.

18. 9. 2006

Během minulého týdne nechal Julínek vyměnit všech deset členů správní rady VZP, které jmenuje vláda, jednoho člena dozorčí rady a další desítky členů správních a dozorčích rad čtyř menších zdravotních pojišťoven. Příští týden pak ministr obmění orgány zbývajících čtyř pojišťoven. (HN)

19. 9. 2006

Zástupci krizového štábu a ministr zdravotnictví spolu jednali o tom, jak překlenout krizi, ve které se ocitlo české zdravotnictví v předcházejících měsících. Účastníci jednání se shodli, že kroky Davida Ratha, které ke krizi vedly, mají svoji setrvačnost a budou ještě nějakou dobu komplikovat život pacientům a zdravotníkům. Obě strany se ale současně dohodly, že

budou společně pracovat na překonání této krize s cílem stabilizovat celý rezort. Účastníci jednání se shodli na nutnosti vydat novou vyhlášku o rámcových smlouvách, která bude respektovat zákon a dohody, jež se podařilo uzavřít poskytovatelům zdravotní péče se zdravotními pojišťovnami. Shoda panovala i v hodnocení zákona o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních, který uvrhává do mzdové a pracovní nejistoty 150 tisíc zaměstnanců českých nemocnic, zavádí nerovnost mezi zdravotnickými zařízeními různých právních forem a ohrožuje pacienty. Ministr informoval o tom, že se v dané situaci jeví jako nejrozumnější novelizovat zákon tak, že bude odložen termín přeměny nemocnic na novou právní formu na 1. leden 2008. Vzniká tím čas na přípravu nové právní normy, případně na posouzení tohoto zákona ústavním soudem. Ministr byl zástupci krizového štábu informován o stanovisku představenstva České lékařské komory, které se liší od mediálních výstupů prezidenta ČLK Dr. Milana Kubka. Představenstvo například požaduje, aby ministr při rozhodování o úhradách péče na příští rok respektoval dohody mezi zástupci zdravotnických zařízení a zdravotních pojišťoven všude tam, kde jich bylo dosaženo. Současně lékařská komora žádá ministra, aby zabránil co nejdříve – nejlépe před začátkem platnosti zákona o neziskových ústavních zdravotnických zařízeních – možným negativním dopadům této právní normy a připravil taková pravidla, ve kterých nebudou některá zdravotnická zařízení finančně diskriminována jenom kvůli formě svého vlastnictví. Ministr je připraven nadále se scházet se zástupci krizového štábu a společně s nimi hledat cesty, jak vrátit české zdravotnictví do stabilnějšího prostředí.

19. 9. 2006

Ministr se shodl s řediteli zdravotních pojišťoven na nutnosti finanční stabilizace systému veřejného zdravotního pojištění při současném požadavku na zajištění dostupnosti zdravotní péče.

21. 9. 2006

Ministr jmenoval do funkce ředitele Centra kardiovaskulární a transplantační chirurgie v Brně profesora Jana Černého, kterého z funkce odvolal jeho předchůdce Rath.

2. 10. 2006

Ministr se sešel s prezidenty lékařské, lékárnické a stomatologické komory na prvním společném jednání. Ti šéfa rezortu informo-

vali o svých záměrech a požadavcích. Ministr jim přislíbil, že se bude jejich stanovisky podrobně zabývat a seznámil je se svými kroky, které učiní v nejbližších dnech.

5. 10. 2006

Ministr jednal se zástupci Lékařského odborového klubu – Svazu Českých lékařů.

6. 10. 2006

Do konce září měli pacienti dostat nejnovější informace o tom, jak kvalitně léčí šestnáct států řízených nemocnic. Teď si ale budou muset na oficiální údaje o kvalitě zdravotní péče minimálně několik dalších měsíců počkat. Současný ministr zdravotnictví Tomáš Julínek totiž nevěří datům, na jejichž základě jeho předchůdce David Rath žebříček sestavoval, a nechá je znovu kompletně prověřit. Julínek tak potvrdil, že na exministra Ratha nebude navazovat téměř v ničem. (HN)

6. 10. 2006

Ministr se setkal se členy Pacientské rady – svého poradního sboru složeného z osobností občanských sdružení.

9. 10. 2006

Ministr zdravotnictví Tomáš Julínek odebral České lékařské komoře hlasovací práva v ministerské Komisi pro kategorizaci léčiv. Ta rozhoduje jak o cenách léků, tak i o tom, jaké doplátky a za jaké léky budou hradit pacienti v lékárnách. (HN)

30. 10. 2006

Ministr zdravotnictví rozhodl příkazem, že licence ČLK vydané po 18. 4. 2004 nestačí lékařům pro přiznání specializované způsobilosti.

31. 10. 2006

Ministr zdravotnictví zrušil komisi pro rozmístění nákladné zdravotnické techniky, v níž zasedala i ČLK.

9. 11. 2006

Od letošního srpna si mohli soukromí lékaři u VZP a několika menších pojišťoven žádat o smlouvy na dobu neurčitou, které byly vypověditelné jen za předem daných podmínek. Za několik týdnů ale bude vše jinak. Ministr zdravotnictví Tomáš Julínek totiž v příštích dnech zruší Rathovu vyhlášku o takzvaných rámcových smlouvách, která to umožňovala. Podle ní dohodl prezident lékařské komory Milan Kubek s ředitelem VZP Pavlem Horákem smlouvy, které všem aspoň průměrně léčícím doktorům zajišťovaly, že budou moci v klidu léčit až do důchodu. Nová Julínkova vyhláška, která vyjde do konce letošního roku, sice také obsahuje přísné podmínky pro výpověď smlouvy, s obdobou úřednic-

ké definitivy už ale nepočítá. Pojišťovny by měly napříště s doktorem standardně uzavírat smlouvy na osm let. (HN)

10. 11. 2006

Ministerstvo zdravotnictví připravilo technickou novelu vyhlášky o úhradách léčiv, která umožní pokračovat v léčbě žen s rakovinou prsu pomocí léčivé látky trastuzumab (přípravek Herceptin).

8. 12. 2006

V případě, že projde sněmovnou nový zákoník práce, bude ministerstvo zdravotnictví urychleně pracovat na zmírnění jeho dopadů. Jedním z možných řešení nedostatku lékařů na trhu práce, zejména pak některých specializací (například anesteziologie či záchranná služba), je nábor lékařů z nově přistupivších zemí Evropské unie, jako je Bulharsko nebo Rumunsko. Ministerstvo odhaduje, že intenzivní přeškolení těchto lékařů, včetně jazykové přípravy, by trvalo tři až šest měsíců. Oslovit je možné i lékaře z blízkých zemí, jako je Slovensko, Maďarsko či Polsko.

13. 12. 2006

Ministr představil tři nové ředitele. SÚKL povede Martin Beneš, Koordinační středisko transplantací Pavel Březovský a Nemocnici Na Homolce Vladimír Dbalý. Všichni tři zvítězili ve výběrovém řízení.

30. 12. 2006

Zveřejněny ve Sbírce zákonů, vyhláška č. 619/2006 Sb., kterou se stanoví hodnoty bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení objemu poskytnuté péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2007, a vyhláška č. 618/2006 Sb. o rámcových smlouvách, která stanoví dobu trvání smluvních kontraktů na 8 let, pokud se smluvní strany nedohodnou jinak.

9. 1. 2007

Ministr se setkal se členy Krizového štábu zdravotníků.

30. 1. 2007

Ministr se sešel s prezidenty České lékařské komory, České stomatologické komory a České lékárnické komory Dr. Kubkem, Dr. Pekárkem a Dr. Chudobou. Informoval je, že ačkoliv on sám je zastáncem nepovinného členství v komorách, nebude ministerstvo v tuto chvíli takovou změnu iniciovat.

14. 2. 2007

České zdravotnictví čekají od začátku roku 2009 převratné změny. Alespoň pokud projdou plány ministra zdravotnictví Tomáše Julínka, které mají HN k dispozici. ... Svou nejdůležitější reformní normu tohoto volebního období pošle ministerstvo do sněmov-

ny na začátku příštího roku. Právě v těchto dnech na něm pracují týmy právníků, ekonomů a odborníků na zdravotní pojištění. (HN)

22. 2. 2007

Ministr zdravotnictví Tomáš Julínek včera už počtvrté za sebou nedorazil na jednání sněmovního zdravotního výboru. Tentokrát kvůli zahraniční dovolené. V absencích je Julínek vládním rekordmanem: na výboru se neobjevil už skoro pět měsíců. Podle jednacího řádu sněmovny by přitom měl ministr na sněmovní výbor přijít, kdykoli ho poslanci pozvou. (HN)

27. 2. 2007

Ministerstvo zdravotnictví představilo svůj legislativní plán.

6. 3. 2007

Ministerstvo zdravotnictví na poradě s řediteli přímo řízených organizací představilo novou koncepci a pravidla řízení fakultních nemocnic a principy jejich strategického rozvoje v podmínkách měnící se legislativy ve zdravotnictví. Za prioritní považuje ministerstvo hospodaření a tedy ekonomickou stabilizaci těchto organizací.

7. 3. 2006

Ministr zdravotnictví Tomáš Julínek za včerejšek stihl to, co jeho předchůdce David Rath nedokázal za tři čtvrtě roku, kdy byl ve funkci. Julínek kvůli údajnému špatnému hospodaření odvolal ředitele tří velkých fakultních nemocnic, které dohromady hospodaří s víc než 7,5 miliardami korun. O místo přišel šéf Thomayerovy nemocnice Petr Malý, ředitelka Vinohradské nemocnice Marie Alušková a ředitel Fakultní nemocnice v Olomouci Jaroslav Vomáčka. (HN)

9. 3. 2007

Občanské sdružení Reforma zdravotnictví, jehož členem je ministr zdravotnictví Tomáš Julínek, stále sponzorují velké zahraniční farmaceutické firmy. Julínek přitom jako ministr zdravotnictví rozhoduje o většině příjmů farmaceutických společností. ...V roce 2005 dostalo Julínkovo sdružení, ve kterém figuruje i jeho náměstek pro lékovou politiku Pavel Hroboň, od výrobců léků přes milion korun. Další milion pak sdružení obdrželo na uspořádání mezinárodního kongresu s názvem International Health Summit. I když výroční zpráva za rok 2006 ještě není hotová, už dnes je jasné, že minimálně stejné částky putovaly do Reformy zdravotnictví také loni. (HN)

13. 3. 2007

Do dvou let by už neměli za 40 miliard, které protečou největšími českými nemocni-

cemi, zodpovídat málo placení ředitelů, ale špičkově placení manažerů s individuálními smlouvami. Zdravotníci, kteří pracují ve velkých nemocnicích, pak přestanou být placeni podle tabulek, ale podle toho, jak si jejich práce váží jejich šéfové. V zákoně o zřízení univerzitních nemocnic, který by měl platit od ledna 2009, to plánuje ministerstvo zdravotnictví. (HN)

15. 3. 2007

Ministerstvo zdravotnictví zveřejnilo návrh vyhlášky, kterou se stanovují úhrady léčiv z veřejného zdravotního pojištění.

21. 3. 2007

Ministr prosadil v Poslanecké sněmovně přijetí novely zákona o péči o zdraví lidu, která umožní pacientům nahlížet do své zdravotnické dokumentace a pořizovat si z ní kopie.

2. 4. 2007

Ministr zahájil proces racionalizace brněnských lůžkových zařízení, které přímo řídí ministerstvo.

3. 4. 2007

Pokud Středočeský kraj prodá 11 svých menších nemocnic soukromým investořům, nebude od něj chtít český stát vrátit dotace na přístroje a budovy ve výši mnoha stovek milionů korun, které těmhle nemocnicím do konce roku 2002 ještě coby jejich vlastníky poskytl. Vyplývá to z dopisu ministra zdravotnictví Tomáše Julínka hejtmanovi Petru Bendlovi, který mají HN k dispozici. (HN)

10. 4. 2007

Pokud by se to Tomáši Julínkovi povedlo, mohl by svého člověka posadit i na jeden z posledních klíčových postů českého zdravotnictví, který se mu za sedm měsíců ve funkci ministra ještě nepodařilo ovládnout. Julínek v novele zákona o VZP navrhuje, aby od začátku příštího roku ředitele pojišťovny nemohla jmenovat a odvolávat rozpolcená sněmovna jako dosud, ale přímo vláda. (HN)

13. 4. 2007

Menší fakultní nemocnice, které ministerstvo zdravotnictví nepřeveđe na špičkově nezisková univerzitní centra, by mohly být v příštích letech na prodej. V rozhovoru pro HN to připustil ministr zdravotnictví Tomáš Julínek. Na přímou otázku, zda počítá s privatizací menších fakultních nemocnic, jako je například pražská Bulovka nebo Thomayerova nemocnice, Julínek odpověděl: „Ano, ale privatizace určitě nebude plošná. U menších nemocnic budeme nejprve upřednostňovat transformaci na státní akciovou společnost.“ (HN)

16. 4. 2007

Ministerstvo zdravotnictví se ohrazuje pro-



ti formulaci některých otázek a odpovědí v rozhovoru s ministrem a jeho prvním náměstkem, který zveřejnily Hospodářské noviny. Stejně tak se ohrazuje proti interpretaci redaktora tohoto listu, který podouvá ministerstvu úmysl prodat fakultní nemocnice. Takové tvrzení je nepravdivé.

19. 4. 2007

Ministr prosadil v Senátu přijetí novely zákona o péči o zdraví lidu, která umožní pacientům nahlížet do své zdravotnické dokumentace a pořizovat si z ní kopie. Tomáš Julínek novelu současně podpořil vydáním nové vyhlášky, která říká, jak má zdravotnická dokumentace vypadat. Vyhláška platí od prvního dubna a mimo jiné upravuje písemnou podobu takzvaného informovaného souhlasu pacienta s lékařským zákrokem.

28. 5. 2007

Ministr jmenoval do funkce ředitele Fakultní Thomayerovy nemocnice s poliklinikou MUDr. Karla Filipa, Fakultní nemocnice Olomouc MUDr. Radomíra Maráčka

a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady MUDr. Marka Zemana.

11. 6. 2007

Vznikla expertní komise „Kulatý stůl k budoucnosti financování českého zdravotnictví“.

25. 6. 2007

Ministr odvolal z funkce ředitele Hygienické stanice hlavního města Prahy Vladimíra Polaneckého a ředitelku Krajské hygienické stanice Zlínského kraje Olgu Gröschlovou.

16. 7. 2007

Ministr představil další krok transformace brněnského zdravotnictví. Na setkání se zaměstnanci Úrazové nemocnice informoval, že širší tým odborníků traumacentra a spinální jednotky se přesune do nově vybudovaných prostor ve FN v Brně Bohunicích, kam se přesune i Klinika traumatologie Lékařské fakulty Masarykovy univerzity.

6. 8. 2007

Ministr jmenoval do funkce ředitele Centra kardiovaskulární a transplantační chirurgie v Brně Doc. MUDr. Petra Němce, CSc. Ve funkci nahradí Prof. MUDr. Jana Černého, CSc.

10. 8. 2007

Seminář pro novináře – reformní kroky ministerstva zdravotnictví v oblasti zdravotního pojištění.

13. 8. 2007

Vláda ČR schválila reformní opatření v resortu zdravotnictví vycházející z Programového prohlášení vlády a plánu jejich uskutečňování v letech 2007 až 2009.

21. 8. 2007

Poslanecká sněmovna ve třetím čtení schválila Vládní návrh zákona o stabilizaci veřejných rozpočtů (sněmovní tisk 222), jehož součástí jsou i některé změny, které se týkají zdravotnictví (vybírání poplatků pod trestem 50 tisíc Kč, změna volby ředitele VZP, zrušení dohodovacího řízení k seznamu výkonů...).

5. 9. 2007

Ministr odvolal z funkce ředitele Úrazové nemocnice v Brně MUDr. Miloše Janečka.

Zdroj: Hospodářské noviny (HN), internetové stránky Ministerstva zdravotnictví a Poslanecké sněmovny.

Ministr Julínek dal zdravotním pojišťovnám právo pokutovat soukromé lékaře za nevybírání poplatků

Novela zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění dává pojišťovnám právo ukládat pokutu až 50 000 Kč zdravotnickým zařízením, která nebudou vybírat od pacientů stanovené poplatky. Toto se týká i soukromých lékařů, pro které by taková pokuta mohla být likvidační.

ČLK nemůže souhlasit s tím, že na místo práva pro lékaře vybírat doplatky za péči, jak léta požadujeme, zavádí ministr povinnost lékařů inkasovat poplatky, a to ještě pod sankcí pokuty až 50 000 Kč. Ministr také prosadil pro nás lékaře povinnost podávat všem zdravotním pojišťovnám pravidelná hlášení o stavu vybraných regulačních poplatků. To jen potvrzuje ústy vysokých představitelů ministerstva zdravotnictví opakovaně ohlašovanou tezi, že výše výběru regulačních poplatků bude zohledňována při rozhodování o výši úhrady zdravotní péče na další období. Díky ministru Julínkovi se my lékaři máme stát výběřícími pro zdravotní pojišťovny, kteří musí vybírat od pacientů poplatky, vydávat potvrzení a ještě o všem podávat pojišťovnám hlášení.

Považuji za zcela nepřijatelné, aby jeden z obchodních partnerů, tedy zdravotní pojišťovna, měl právo pokutovat lékaře, který by nedůstojně poplatky nevybíral. Skutečnost, že výnos těchto pokut má být dalším příjmem zdravotních pojišťoven, jen dokresluje nemorálnost tohoto ustanovení.

Bude-li na základě tohoto Julínkova zákona některému lékaři uložena pokuta od zdravotní pojišťovny, zaručuji každému takovému lékaři, který se bude chtít bránit, bezplatnou kvalifikovanou právní pomoc, včetně právního zastoupení před soudem, případně i před Ústavním soudem. Nejenom na základě ústavní stížnosti skupiny poslanců či senátorů, ale i na základě ústavní stížnosti kteréhokoli občana může totiž za určitých podmínek Ústavní soud zrušit nejen konkrétní rozhodnutí, například o uložení pokuty, ale i ustanovení zákona, které odporuje ústavním právním předpisům.

Dne 7. 9. 2007 jsem jednal s předsedou ČSSD Ing. Paroubkem, který vyhověl mé žádosti a přislíbil, že jak-

mile vstoupí zákon v platnost, zajistí podání ústavní stížnosti na tyto drakonické pokuty.

Milan Kubek, prezident ČLK

Novela zákona č. 48/1997 Sb.

§ 16a – Regulační poplatky

(1) Pojištěnec, anebo za něj jeho zákonný zástupce, je povinen v souvislosti s poskytováním hrazené péče hradit zdravotnickému zařízení, které zdravotní péči uvedenou v písmenech a) až f) poskytlo, regulační poplatek ve výši

a) 30 Kč za

1. návštěvu, při které bylo provedeno klinické vyšetření (dále jen „návštěva“) u praktického lékaře, praktického lékaře pro děti a dorost, ženského lékaře, nebo za návštěvu, při které bylo provedeno vyšetření u zubního lékaře
2. návštěvu u lékaře poskytujícího specializovanou ambulantní zdravotní péči
3. návštěvní službu poskytnutou praktickým lékařem a praktickým lékařem pro děti a dorost (§ 20 odst. 3)

b) 30 Kč za návštěvu u klinického psychologa

- c) 30 Kč za návštěvu u klinického logopeda
- d) 30 Kč za vydání každého, ze zdravotního pojištění plně nebo částečně hrazeného, léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, předepsaného na receptu, bez ohledu na počet předepsaných balení

- e) 90 Kč za
 1. pohotovostní službu poskytnutou zdravotnickým zařízením poskytujícím
 2. lékařskou službu první pomoci včetně lékařské služby první pomoci poskytované zubními lékaři
 3. ústavní pohotovostní službu v sobotu, neděli nebo ve svátek a v pracovních dnech v době od 17.00 hod. do 7.00 hod., pokud nedojde k následnému přijetí pojištěnce do ústavní péče

- f) 60 Kč za každý den, ve kterém je poskytována ústavní péče (§ 23), komplexní lázeňská péče (§ 33 odst. 4) nebo ústavní péče v dětských odborných léčebnách a ozdravnárnách (§ 34), přičemž se den, ve kterém byl pojištěnec přijat k poskytování takové péče, a den, ve kterém bylo poskytování takové péče ukončeno, počítá jako jeden den; to platí i pro pobyt průvodce dítěte, je-li podle § 25 hrazen ze zdravotního pojištění.

Povinnosti vyplývající z jiných zákonů tím nejsou dotčeny.

(2) Regulační poplatek podle odstavce 1 písm. a) až f) se neplatí

- a) jde-li o pojištěnce umístěné v dětských domovech, ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy
- b) při ochranném léčení nařízeném soudem
- c) při léčení infekčního onemocnění, kterému je pojištěnec povinen se podrobit, při nařízené izolaci ve zdravotnickém zařízení nebo při nařízených karanténních opatřeních k zajištění ochrany veřejného zdraví podle zvláštního právního předpisu
- d) jde-li o pojištěnce, který se prokáže rozhod-

nutím, oznámením nebo potvrzením vydáním orgánem pomoci v hmotné nouzi o dávce, která je mu poskytována podle zvláštního právního předpisu, ne starším 30 dnů

(3) Regulační poplatek podle odstavce 1 písm. a) se neplatí, jde-li o

- a) preventivní prohlídku (§ 29, 30 a 35)
- b) dispenzární péči poskytovanou osobám uvedeným v § 31 odst. 1 písm. b) a d)
- c) hemodialýzu
- d) laboratorní nebo diagnostické vyšetření vyžádané ošetřujícím lékařem, pokud není zároveň provedeno klinické vyšetření
- e) vyšetření lékařem transfúzní služby při odběru krve, plazmy nebo kostní dřeně

(4) Regulační poplatek je příjmem zdravotnického zařízení, které regulační poplatek vybralo.

(5) Regulační poplatek podle odst. 1 písm. a) až e) se platí zdravotnickému zařízení v souvislosti s poskytováním zdravotní péče. Regulační poplatek podle odst. 1 písm. f) se platí zdravotnickému zařízení nejdéle do 8 kalendářních dnů po propuštění z ústavní péče, s výjimkou případů, kdy je pojištěnec umístěn ve zdravotnickém zařízení po dobu delší než 30 dnů; v takovém případě se regulační poplatek hradí vždy k poslednímu dni každého kalendářního měsíce. **Zdravotnické zařízení je povinno vystavit pojištěnci nebo jeho zákonnému zástupci na jeho žádost doklad o zaplacení poplatku s uvedením čísla pojištěnce (§ 40 odst. 3), výše regulačního poplatku, dne jeho zaplacení, otiskem razítka zdravotnického zařízení a podpisem osoby, která regulační poplatek přijala, a jde-li o zařízení lékárenské péče, též s uvedením názvu léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely a výše doplatku, který se započítává do limitu podle**

§ 16b odst. 1.

(6) Zdravotnické zařízení je povinno sdělovat zdravotním pojišťovnám v rámci vyúčtování poskytnuté zdravotní péče za příslušný kalendářní měsíc, nebo za příslušné kalendářní čtvrtletí, informace o regulačních poplatcích vybraných podle odst. 1, s uvedením čísla pojištěnce, ke kterému se regulační poplatek váže, výše zaplaceného regulačního poplatku a dne, ke kterému se regulační poplatek váže.

(8) Zdravotnické zařízení je povinno regulační poplatek uvedený v odstavci 1 od pojištěnce nebo jeho zákonného zástupce vybrat, pokud nejde o výjimku z placení regulačního poplatku podle odstavců 2 nebo 3. Při zjištění opakovaného a soustavného porušování této povinnosti je zdravotní pojišťovna oprávněna tomuto zdravotnickému zařízení uložit pokutu až do výše 50 000 Kč. Pokutu je možno uložit i opakovaně. Při ukládání pokuty zdravotní pojišťovna přihlíží k závažnosti porušení, k míře zavinění a k okolnostem, za nichž k porušení povinnosti došlo. Pokutu lze uložit do jednoho roku ode dne, kdy zdravotní pojišťovna zjistila porušení nebo nesplnění povinnosti, nejdéle však do 3 let ode dne, kdy k porušení nebo nesplnění povinnosti došlo. Pokuta je příjmem zdravotní pojišťovny, která ji uložila.

§ 31 – Dispenzární péče

(1) V rámci hrazené péče se dispenzární péče poskytuje pojištěncům zdravým, ohroženým a nemocným v těchto skupinách:

- b) vybraným dětem od jednoho roku věku chronicky nemocným a ohroženým poruchami zdravotního stavu, a to v důsledku nepříznivého rodinného nebo jiného společenského prostředí
- d) těhotným ženám ode dne zjištění těhotenství

Výzva ČSNS lékařské komoře a lékařské obci

Reforma zdravotnictví, zpracovaná pod vedením současného ministra zdravotnictví MUDr. Tomáše Julínka, je jen nekoncepční zmetek, který vyvolá ještě větší chaos ve zdravotnictví a postaví proti sobě lékaře a pacienta. Pacient, který zneužívá nadměrnými návštěvami různé odborníky, oželí i několik třicetikoronových plateb, ale vyčerpává tak jako tak nadbytečnou úhradu zdravotní péče.

Česká strana národně socialistická již mnohokrát upozorňovala na to, že stávající organizace zdravotnictví je chybná. Revizní lékaři nesmějí být zaměstnanci pojišťoven, ale musí se vytvořit nezávislý ústav revizních lékařů, který by kontroloval jak pacienty, tak lékaře i pojišťovny. Revizní lékaři by měli být vysoce erudovaní odborníci s praxí v terénu. Lékaři by neměli být ve smluvním vztahu s pojišťovnami, ale se zprostředkující účetní organizací, která bude zajišťovat finanční toky mezi lékaři a pojišťovnami. Tato organizace bude ve smluvním vztahu jak s pojišťovnami, tak s lékaři. Tento princip je zpracován v programu naší strany a kon-

cepci zdravotnictví. Tento systém je méně zneužitelný než navrhovaný i současně používaný.

Souhlasíme s vybíráním poplatku za pohotovostní ošetření, ale v případě, že pacient bude odeslán do ústavní péče, poplatek nevybírat. Rovněž souhlasíme s poplatkem za pobyt v ústavním zařízení.

Navrhovaným systémem povinného vybírání poplatků ministr zdravotnictví omezuje svobodu podnikání lékaře, omezuje konkurenceschopnost mezi lékaři a neříká, že vybrané poplatky budou finančním zdrojem pojišťoven. Proto žádáme lékařskou veřejnost a ČLK, vyvolat proti této reformě účinnou obranu i stávkou. Česká strana národně socialistická slibuje této obraně veškerou podporu.

18. 8. 2007

MUDr. Bohdan Babinec CSc., předseda zdravotní a sociální komise
Ing. Karel Janko, 1. místopředseda České strany národně socialistické



Schválnost na konci okurkové sezony

Řeklo by se okurková sezona, kdyby... Kdyby opět nezkoušeli naši trpělivost. Případám si již několik let jako v Jiříkově vidění, protože čeho je moc, toho je příliš. „Liberální“ přístup vynucovaný jednostrannými sankcemi, takto by se volně mohlo přeložit intro současné reformy zdravotnictví.

Kdo očekával práci na standardech péče hrazené ze zdravotního pojištění a širokou diskusi nad tím, bude zklamán. Místo toho šel do sněmovny uhňacaná polotovar, který sice nevnese dlouho žádaná pravidla, ale hlavně nepopudí až tolik voliče a koaliční partnery. Pouze zkomplikuje doktorům život. Pokolikáté již? Tak jednoduše se českým lékařům vnutí povinnost vedlejšího neplaceného úvazku pro zdravotní pojišťovny, stát se turniketem ve vlastní ordinaci. Trapně se dohadovat s dlouholetými klienty a žádat po nich třicetikorunové vstupenky. Co na tom, že podstatou soukromé lékařské praxe je velmi důvěrný a diskretní vztah s pacienty? Takový vztah ve větším typu za-

řízení nevzniká. S touto filozofií byly kdysi praxe „malých“ specialistů zprivatizovány.

Aby bylo jasno, nemám nic proti **úhradě** za výkony mimo rámec pojištění. To by naopak pomohlo roztočit skutečné liberální prostředí v zatuchlém rybníce stojatých vod přežívajících socialistických poměrů. Tohle však není ten případ. Přejde mi maximálně paradoxní, aby sám lékař byl nucen nařízením ministerstva brzdit turniket u vrat své ordinace a visela nad ním hrozba vysoké pokuty, nebude-li to dělat. Vždyť logika je přesně opačná. Zájemem lékaře je mít bohatou a početnou klientelu a snažit se poskytovat svým pacientům co nejlepší péči dle svých možností a schopností, ale také být za to plně zaplacen. Jen tak mohou být oba spokojeni. Ať bezbřehou konzumací či nepoctivě vykazování a plýtvání hlídá ten, kdo to financuje – tj. zdravotní pojišťovna. Necht' je však také péče lege artis včas a v plně výši uhrazena. Tyto základní axiomy platí všude tam, kde být lékařem je stále ještě prestiž, radost, ale i řehole.

A úplně zvrácený je záměr pokutovat lékaře sabotujícího výběr poplatků. Nepoměr

mezi beztestností českých chytrolínů odmítajících poplatky zaplatit a sankcí pro lékaře je až do nebe volající zhovadilost. Marně přemýšlím, s jakým ideovým záměrem se taková „reforma“ rodila. Je to horší – to není pouhá hloupost a úlet, je to schválnost. Autor však nedomyšlí klíčovou věc. Jak se do lesa volá, tak se z něj i ozývá... V praxi totiž všechen ten nesmysl dopadne na dosud hájené pacienty. Unavené a předrážděné lékaře nahradí polikliniky typu Tesco či Hypernova. „Přijďte k nám kdy chcete, otevřeno je nonstop!“ hlásá slogan na dveřích. Zní to velmi lákavě až do okamžiku, kdy zjistíte, že nemáte již **svého** lékaře, ale hned lékařů několik, kteří sice stíhají ve směnách roboticky kasírovat třicetikoruny, ale marně vzpomínají, jakže se to vlastně jmenujete. Rád bych věřil ve vítězství zdravého rozumu, ale v hledáčku periskopu zatím žádná pevnina. Jen smrdutý močál. Kdepak jsi byl, Krizový štábe? Asi na dovolené. Proč jsi nekřičel a nevedl osla na Staroměstské náměstí? Inu, okurková sezona...

Tomáš Sindler, člen představenstva ČLK

Začíná kampaň proti lékařům?

Mladá fronta DNES uveřejnila 9. srpna 2007 na titulní straně článek s názvem: „Lékaři podvádějí, mizí stamiliony“. I když to z následujícího textu přímo nevyplývá, ve většině čtenářů takto urážlivě formulovaný titulek vzbudil dojem, že všichni lékaři jsou podvodníci.

Vzhledem k tomu, že podle § 2 odst. 1d) zákona č. 220/1991 Sb. v platném znění hájí ČLK profesní čest svých členů, okamžitě na můj pokyn kontaktoval právní zástupce komory redakci deníku s cílem zjednat nápravu a očistit tak dobré jméno lékařů v očích veřejnosti.

V sobotu 11. 8. 2007 zveřejnila redakce listu na straně 10 komentář, který lze při dobré vůli vnímat jako jistou formu omluvy.

Instituce významu České lékařské komory jistě nemůže zaujímat stanoviska ke všem vyjádřením různých novinářů. Naším cílem nejsou ani vleklé soudní spory se sdělovacími prostředky. Pokud je poklesávání na úroveň bulváru součástí obchodní strategie deníku MF DNES, pak na takové

rozhodnutí mají vydavatelé listu právo, avšak musí počítat s tím, že ČLK bude své členy hájit.

Dotyčný text lze chápat jako pokračování série článků, v nichž redaktori MF DNES vytvářeli v uplynulých měsících negativní obraz českého zdravotnictví a lékařů. Můžeme pouze spekulovat, zda šlo ve všech případech o projevy novinářské neprofesionality a neobratnosti, nebo naopak o promyšlený záměr, jak vyvolávat u občanů pocit, že zdravotnictví je tak špatné, že vyžaduje totální revoluci. Jisté je však to, že MF DNES neumožnila komoře své členy hájit a nezveřejnila komentář, ve kterém jsem jako prezident lékařské samosprávy bránil profesní čest svých kolegů.

ČLK posuzuje a hájí profesní práva a zájmy svých členů a zároveň dohlíží na to, aby lékaři vykonávali své povolání odborně a v souladu s etickými pravidly. ČLK bezplatně prošetří každou stížnost na konání kteréhokoliv ze svých členů, avšak zásadně odmítáme princip kolektivní viny.

Článek, kterým MF DNES 9. 8. 2007 obvinila lékaře z podvodného jednání, obsahuje řadu věcných chyb:

ČLK vyloučila MUDr. Ivanu Bočevovou za závažné odborné provinění a jednání v rozporu s lékařskou etikou, a nikoliv za údajné chyby ve vykazování výkonů zdravotním pojišťovnám, jak tvrdí MF DNES.

ČLK v žádném případě nepodporuje návrh Svazu pacientů, aby podmínkou k vykazování provedené zdravotní péče pojišťovnám musel být podpis pacienta, který by v dokumentaci stvrzoval provedení daného výkonu. Dohady na téma oprávněného či neoprávněného vykazování zdravotní péče by mnohem lépe odstranil vyzkoušený tzv. pokladenský systém, kdy pacient za ošetření platí v hotovosti, přičemž si zdravotnickým zařízením vystavené účty nechává proplácet svojí pojišťovnou.

ČLK má i k nápadu, že by zdravotní pojišťovny rozesílaly všem svým klientům přehledy jimi čerpané zdravotní péče, závažné výhrady ekonomického rázu.

Závěrem je třeba upozornit, že redaktori MF DNES nepožádali při přípravě článku o vyjádření ani prezidenta ČLK jako statutárního zástupce, ani tiskové oddělení ČLK. Své nepřesné informace tedy čerpali z jiných zdrojů.

Milan Kubek, prezident ČLK

Obsah

Kombinační léčba hypertenze - dokončení..... 1	Upozornění na správné používání přípravků s obsahem nimesulidu..... 3
Nitroděložní tělíska uvolňující levonorgestrel (MIRENA) – riziko karcinomu prsu, perforace dělohy a mimoděložního těhotenství..... 3	Varilrix a průlomové infekce varicellou u očkovanych dětí v ČR..... 4

KOMBINAČNÍ LÉČBA HYPERTENZE

Dokončení z č. 7-8/2007

II. Výběr antihypertenziv ve specifických situacích

Díky stoupající prevalenci hypertenze ve vyšším věku bude řada našich nemocných v kategorii seniorů. Jaká jsou *specifika léčby hypertenze ve vztahu k věku*? Významnou etiopatogenetickou složkou je u staršího nemocného pokles pružnosti velkých cév a zvýšení cévní rezistence, naopak u mladších hypertoniků hraje roli zvýšený srdeční výdej, zatímco periferní rezistence bývá normální. Proto od sedmé dekády volíme přednostně ACE-I, sartany, BKK či diuretika, naopak ve věku pod 60 let preferujeme β -blokátory. Tento teoretický předpoklad má i opodstatnění v analýze výsledků klinických studií u téměř 150 tis. nemocných: v šesté věkové dekádě byl ve studiích srovnávacích β -blokátory s ostatními antihypertenzivy patrný mírný trend ve prospěch β -blokátorů, naopak od sedmé dekády byl pozorován při léčbě β -blokátory vyšší výskyt cévních mozkových příhod^{8/}.

Druhou velkou specifickou skupinou jsou hypertenici s *diabetem*. Tato podskupina nejvíce získává ze snížení tlaku na optimální hodnoty (tj. pod 130/80 mm Hg). Léky první volby jsou u diabetiků ACE-I a sartany, při přítomnosti diabetické nefropatie je výhodné je podat společně. Do kombinace jsou pro diabetiky výhodné zejména metabolicky neutrální BKK, naopak vyvarujeme se vyšších dávek diuretik. U nemocných s *metabolickým syndromem* volíme opět ACE-I, sartany či BKK, naopak β -blokátory a diuretika jsou méně výhodné. Rovněž nemocní s prediabetem či s rizikem diabetu získávají zejména z léčby ACE-I a sartany, výskyt přechodu do fáze diabetu klesá při této léčbě o třetinu^{9/}. Naopak β -blokátory a diuretika riziko progresu poruchy glycidového metabolismu lehce potencují.

Více než třetina hypertoniků má rovněž *dyslipidémii*. Jaký bude výběr optimálních antihypertenziv v této situaci? Víme, že β -blokátory mohou zhoršit hypertriglyceridémii, proto volíme raději z metabolicky neutrálních antihypertenziv, tj. z ACE-I, sartanů a BKK. Poslední skupina, tj. blokátory kalciového kanálu, je výhodná zejména u nemocných léčených statiny. Post-hoc analýzy dvou velkých statinových studií (REGRESS a ASCOT-LLA) ukázaly příznivý efekt komedikace BKK se statiny^{3/}. Přesvědčivý je zejména více než trojnásobný pokles výskytu kardiovaskulárních příhod při kombinaci atorvastatinu s metabolicky neutrálními antihypertenzivy amlodipinem a perindopilem proti komedikaci téhož statinu s diuretikem a β -blokátorem (pokles příhod o 54 %, resp. o 17 %).

Další velkou skupinou jsou nemocní s orgánovým onemocněním na podkladě *aterosklerózy*, tj. s ICHS, s postižením CNS či s ICHDK. U nemocných s *anginou pectoris* je výhod-

ná kombinace β -blokátoru s BKK, optimálně s amlodipinem, která vedle antihypertenzního účinku sníží výskyt stenokardií a zlepší toleranci zátěže. Pozitivní dopad na prognózu nemocných s chronickými formami ICHS mají nejen β -blokátory, ale i inhibitory ACE. Jako optimální volba antihypertenziv při ICHS se z tohoto hlediska jeví kombinace ACE-I, β -blokátor a BKK. U nemocných po *iktu* budou antihypertenzivem první volby ACE-I (event. sartany), zpravidla v kombinaci s BKK či s thiazidovými diuretiky, na rozdíl od ICHS β -blokátory volíme až do multikombinace antihypertenziv. Také u nemocných s klaudikacemi dáváme přednost vasodilatačně působícím BKK, ACE-I a sartanům. Diuretika a β -blokátory volíme opět až do multikombinací.

Řada hypertoniků má manifestní či latentní *insuficienci levé srdeční komory*. Za této situace jsou výhodná antihypertenziva významně zlepšující prognózu těchto nemocných: β -blokátory či lépe α, β -blokátor – karvedilol, inhibitory ACE a inhibitory aldosteronových receptorů (spironolakton, ev. eplerenon).

Velmi zajímavá a málo diskutovaná je otázka optimálního výběru antihypertenziva při koincidenci hypertenze s *chlopními vadami*. Problematika je důležitá, neboť změny v srdeční frekvenci či tlaku v levé síni ovlivní plnění levé komory u mitrálních vad, u aortálních vad naopak podceňujeme riziko koronární hypoperfuze při poklesu diastolického tlaku navozeném vasodilatací. U nemocných s *mitrální stenózou* jsou výhodné β -blokátory, prodloužení diastoly totiž zlepší plnění levé komory a klesá plicní kongesce. Opatrně však titrujeme diuretika, snížení tlaku v levé síni může naopak plnění komory omezit. Při *mitrální insuficienci* volíme mezi ACE-I, BKK či diuretiky, tato léčba může snížit městnání v malém oběhu a zvýšit minutový výdej. Problematický je výběr antihypertenziv u *aortální stenózy*. Velmi opatrně titrujeme ACE-I, β -blokátory a diuretika, hlídáme, aby nedošlo k poklesu diastolického tlaku s koronární hypoperfuzí. Z tohoto hlediska nepodáváme BKK. Naopak u *aortální insuficienci* jsou vasodilatační typu BKK či ACE-I výhodná – zlepšují srdeční výdej a klesá plicní kongesce, přísně však hlídáme, aby nedošlo k nežádoucímu poklesu diastolického tlaku. Pro riziko zvýraznění regurgitace při prodloužení diastoly nepodáváme β -blokátory.

Kardiovaskulární onemocnění jsou nejčastější příčinou úmrtí u nemocných s *chronickými chorobami ledvin*. Přidružená renální nedostatečnost na druhé straně výrazně (tj. asi o třetinu) zhoršuje prognózu nemocných s různými formami ICHS či se srdečním selháním, makroalbuminurie zvyšuje kardiovaskulární mortalitu ještě výrazněji. Proto úspěšná léčba hypertenze při renálním postižení je velmi důležitá a je vhodné uvést její specifika. Léky první volby jsou ACE-I, sartany či jejich

kombinace. Je opakovaně doloženo zpomalení progresu renálního selhání, proteinurie i zlepšení morbidity/mortality u diabetiků i v obecné populaci při blokádě systému RAA (MICRO-HOPE, IRMAII, RENAAL, IDNT aj.^{3/}. Pro užití ACE-I či sartanů u různě pokročilého renálního selhání není stanoveno žádné omezení. Hlídáme však hladinu kaliumu, její zvýšení by mělo být signálem k úpravě dávky či přidání thiazidového či kličkového diuretika. Podobně kontrolujeme po nasazení léčby renální funkce, nicméně vzestup kreatininémie o 30-40 % není pokládán za kontraindikaci pokračování v léčbě. Takovýto vzestup by však měl být signálem k pátrání po případné stenóze renální tepny či k volumové depleci. Do kombinace s ACE-I či se sartany preferujeme diuretika, při zachovaných renálních funkcích thiazidová, později kličková (furosemid). Ve všech fázích postižení ledvin můžeme s výhodou podat též BKK^{4/}.

Důležitá je problematika léčby hypertenze v *těhotenství*. Nutno předeslat, že specifika a úskalí vedou k doporučení ponechat vedení léčby specializovaným odborníkům. To platí zejména pokud se objeví hypertenze v průběhu gravidity. Z farmakologických postupů je klasickým lékem α -methyl dopa. Nicméně v těhotenství je možno bezpečně podat též BKK a β -blokátory či α, β -blokátor - karvedilol. Naopak ACE-I a sartany jsou v graviditě přísně kontraindikovány pro jejich teratogenní efekt. U těhotných žen s chronickou hypertenzí, které jsou dlouhodobě léčeny diuretiky, není nutno tuto léčbu přerušit. Při nově vzniklé hypertenzi však diuretika nenasazujeme. Do kombinace proto volíme především β -blokátory a BKK (dihydropyridinové řady), event. v kombinaci s α -methyl dopou^{4/}.

Mezi ženami a muži nebyl prokázán rozdíl v klinickém účinku jednotlivých antihypertenziv. Zajímavá je však skutečnost, že existují rozdíly ve frekvenci výskytu nežádoucích účinků. U žen se až třikrát častěji objevuje kašel po ACE-I, otoky DK po BKK či hypokalémie po diureticích. Naopak u mužů se setkáváme při léčbě diuretiky výrazně častěji s dnou^{10/}.

Specifickou léčbu má také *rezistentní hypertenze*. Ta je definována přetrváváním vysokého tlaku (tj. 140/90 mm Hg a vyšším) při léčbě plnou dávkou nejméně třech antihypertenziv různých skupin (z nichž jedním je diuretikum) při dobré spolupráci nemocného (tj. za předpokladu užívání léku)^{11/}. V takovéto situaci je důležité nejprve omezit faktory, které snižují efekt léčby. Samozřejmostí je snaha o redukci nadváhy (více než polovina nemocných s rezistentní hypertenzí jsou výrazně obézní), dále prověřujeme faktory, které působí proti účinku antihypertenziv – tak působí zejména nesteroidní antiinflamatorika (ibuprofen, diklofenak, indometacin aj.). Proto u hypertenika vždy volíme v případě bolestivých muskuloskeletálních afekcí přednostně analgetika, zejména paracetamol. Z exogenních vlivů rovněž negativně působí pravidelná konzumace alkoholu (v dávce více než 100 mg čistého lihu denně). Konečně vyšší přísun natria u osob s tendencí k přesolování může vést k rezistenci. Ta je daleko častější u nemocných se snížením renálních funkcí (s kreatininémií nad 140 mmol/l), kdy přestávají působit thiazidová diuretika a kdy je musíme zaměnit za diuretikum kličkové (furosemid). Medikamentózně volíme nejprve kombinaci z první řady antihypertenziv, po nedostatečné kontrole tlaku jsou dobré zkušenosti s přidáním centrálně působících léků typu rilmenidinu, moxonidinu či urapidilu nebo periferních α -blokátorů (prazosin, doxazosin aj.). Současně s úpravou léčby intenzivně pátráme po sekundární příčině hypertenze, obtížně korigovatelná hypertenze bývá často sekundární (renální, hyperaldosteronismus, Cushingův syndrom, feochromocytom, koarktace aorty aj.).

Léčba *hypertenzní krize*, akutního vzestupu tlaku s diastolickými hodnotami nad 120 mm Hg, často provázeného encefalopa-

tií, zvracením, zmateností či s dušností vyžaduje velmi aktivní přístup. Léčbu zahajujeme ihned v terénu podle dostupných možností. Vzhledem k časové tísní při léčbě hypertenzní krize, bude výhodné uvést zde i firemní název v ČR dostupných přípravků. V ordinaci bývá k dispozici např. perorální enalapril (Enap aj.) či kaptopril (Tensiomin, Capoten), eventuálně furosemid (Furon), či je-li dosažitelná léčba specifická, pak aplikujeme antihypertenziva parenterálně. Současně zajišťujeme převoz, optimálně na jednotku intenzivní péče. Na specializovaném oddělení volíme optimálně parenterální léčbu. Léčbu zahajujeme zpravidla kombinací antihypertenziv, o konkrétním přípravku rozhodneme podle stavu nemocného, tj. podle sympatikotonie a rychlosti odpovědi na léčbu. K dispozici bývá infuze nitroprussidu (Nipruss) či nitroglycerinu (Perlinganit), ultrakrátce působící esmolol (Brevibloc) či déle působící metoprolol (Betaloc inj) nebo parenterálně dostupný $\alpha + \beta$ -blokátor labetalol (Trandate), z ACE-I pak volíme krátce a rychle působící kaptopril (Capoten tbl, Tensiomin tbl) či enalaprilat (Enap i.v.), event. z BKK i v perorální formě rychle nastupující isradipin (Lomir). Během prvních hodin se snažíme snížit diastolický tlak na hodnoty pod 110 mm Hg a stabilizovat stav. Poté již volíme méně razantní přístup.

Nedílnou součástí léčby hypertenze jsou zásahy do *životosprávy*. Vysvětlíme nemocnému potřebu redukce nadváhy, zvýšení fyzické aktivity a dietní opatření. V jídelníčku dáváme přednost zelenině a naopak omezujeme příjem saturovaných tuků, sodíku a alkoholu. U nemocných s vyšším normálním tlakem či s hraniční hypertenzí často režimovými opatřeními dosáhneme optimalizace tlaku. Pokud však hypertenze přetrvává, pak sáhneme k farmakoterapii. U nemocných starších 60 let volíme přednostně diuretika, BKK a sartany či ACE-I. U nemocných mladších jsou léky první volby β -blokátory, ACE-I či sartany. Musíme-li snížit TK do cílových hodnot o více než 10 mm Hg, podáme rovnou dvojkombinaci antihypertenziv, jedním z nich by mělo být u starších lidí diuretikum, u mladších β -blokátor. Závěrem nutno zdůraznit potřebu dobré motivace nemocného, pouze hypertenik, který zná zdravotní rizika vysokého tlaku, s lékařem optimálně spolupracuje.

Literatura:

1. Joint National Committee VII, JAMA, 2003; 289, 2560-2572.
2. Haiat R et al: Prescription guidelines in cardiology, ed.Frison-Roche, Paris, 2006.
3. What is what, 7 ed., Excerpta Medica, Sweden 2006.
4. Sica DA et al: Pharmacologic treatment of hypertension. In EM Antman: Cardiovascular Therapeutics, Saunders 2007.
5. Doultou TW et al: Systematic review of combined angiotensin-converting enzyme inhibition and angiotensin receptor blockade in hypertension. Hypertension. 2005; 45(5): 880-6.
6. Suchopár J et al: Kompendium lékových interakcí, Infopharm, Praha 2005.
7. Expert consensus document on beta-adrenergic receptor blockers. Eur Heart J 2004 (15): 1341-62.
8. Khan M et al. Re-examining the efficacy of beta-blockers for the treatment of hypertension: a meta-analysis. CMAJ. 2006; 174(12): 1737-42.
9. Stump CS et al. Effect of antihypertensive agents on the development of type 2 diabetes mellitus. Mayo Clin Proc. 2006; 81(6): 796-806.
10. Moser M et al. Resistant or difficult-to-control hypertension, N Engl J Med, 2006, 355, 385-392.
11. Os I et al. Essential hypertension in women, Blood Pressure 2004, 13, 272-278.
12. Doporučení Evropské společnosti pro hypertenzi a Evropské kardiologické společnosti pro diagnostiku a léčbu arteriální hypertenze – 2003, Journal of Hypertension 2003, 21:1011-1053.

NITRODĚLOŽNÍ TĚLÍSKA UVOLŇUJÍCÍ LEVONORGESTREL (MIRENA) – RIZIKO KARCINOMU PRSU, PERFORACE DĚLOHY A MIMODĚLOŽNÍHO TĚHOTENSTVÍ

Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) informuje o aktualizaci SPC a PIL textů (souhrn údajů o přípravku a příbalová informace) léčivého přípravku MIRENA.

Změny SPC a PIL byly schváleny na evropské úrovni na základě přehodnocení všech dostupných informací týkajících se bezpečnosti nitroděložních tělísek uvolňujících levonorgestrel. V České republice je registrován léčivý přípravek Mirena, jehož SPC bylo ve spolupráci s držitelem rozhodnutí o registraci aktualizováno o nové informace týkající se:

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. rizika karcinomu prsu 2. rizika perforace dělohy, zejména při poporodním zavádění 3. rizika mimoděložního těhotenství |
|--|

Ad 1:

Doposud byli lékaři nabádáni k opatrnosti při podávání ženám s existujícím či suspektním hormon-dependentním nádorem. Nyní jsou **prokázány nebo suspektní progesteragen-dependentní nádory (například karcinom prsu) absolutní kontraindikací pro podávání levonorgestrelových nitroděložních tělísek.**

Riziko vzniku karcinomu prsu u uživatelek pouze progesteragenové antikoncepce je pravděpodobně stejného stupně jako riziko spojené s kombinovanou perorální antikoncepcí a informace o přípravku Mirena byly v tomto smyslu upraveny (bod 4.3. Kontraindikace, bod 4.4. Zvláštní upozornění a opatření pro použití a bod 4.8. Nežádoucí účinky).

Ad 2:

K perforaci děložního těla nebo hrdla v souvislosti s užíváním

nitroděložních tělísek může dojít vzácně, nejčastěji během zavádění. **Riziko perforace dělohy může být zvýšeno při poporodním zavádění, zavádění u kojících žen a u žen s fixní retroverzí dělohy.** Do SPC byla doplněna příslušná varování.

Ad 3:

Absolutní riziko vzniku mimoděložního těhotenství u uživatelek Mireny je nízké. U žen, jimž byla aplikována Mirena je absolutní incidence mimoděložních těhotenství 0,06 případů na 100 žen/1 rok. Nicméně, **pokud žena otěhotní se zavedeným nitroděložním tělískem Mirena, zvyšuje se pravděpodobnost vzniku mimoděložního těhotenství.** Tato informace je nyní součástí varování v SPC.

Plné znění aktualizované verze SPC léčivého přípravku Mirena lze nalézt v dokumentu:

http://www.sukl.cz/_download/cs01dulupoz/2007/mirena_spc20070504.rtf

Děkujeme zdravotnickým pracovníkům za hlášení podezření na nežádoucí účinky léčiv, která je možné zasílat jak poštou na adresu SÚKL, Šrobárova 48, Praha 10, 100 41, tak elektronicky na adresu farmakovigilance@sukl.cz, nebo faxem na 272 185 816. Formulář pro hlášení nežádoucích účinků je dostupný na webové stránce SÚKL http://www.sukl.cz/_download/cs14farmakovig/CIOMS.rtf. K hlášení je možné také využít interaktivní webový formulář, který je k dispozici na www.sukl.cz (tlačítko Elektronický formulář pro hlášení NÚ na úvodní stránce).

UPOZORNĚNÍ NA SPRÁVNÉ POUŽÍVÁNÍ PŘÍPRAVKŮ S OBSAHEM NIMESULIDU

SÚKL upozorňuje: při užívání léčivých přípravků s obsahem nimesulidu (Aulin, Coxtral, Mesulid, Nimed, Nimesil) je třeba dodržovat opatření pro předcházení možného poškození jater.

Je známo, že nimesulid může velmi vzácně působit závažné poškození jater. Kvůli tomuto riziku byl již v letech 2002-2003 přehodnocován Evropskou lékovou agenturou (EMA) se závěrem, že při užívání v doporučených indikacích a s doporučenými omezeními převažuje přínos léčby nad riziky.

V Irsku bylo začátkem května zjištěno několik případů těžkého poškození jater (vedoucích k transplantaci jater) v možné souvislosti s užíváním nimesulidu, a proto bylo pozastaveno používání všech přípravků s obsahem nimesulidu na irském trhu až do doby, než budou zveřejněny závěry nového přehodnocení bezpečnosti nimesulidu na celoevropské úrovni.

Z ostatních evropských států nejsou známy tak závažné nové případy poškození jater. SÚKL obdržel z území ČR od doby registrace přípravků s nimesulidem v r. 1997 celkem 8 hlášení závažných nežádoucích účinků postihujících játra. Ve všech případech se jednalo o zvýšení jaterních enzymů nebo polékový zánět jater, po vysazení nimesulidu došlo ke zlepšení či uzdravení. Žádný z těchto případů nevedl k akutnímu selhání jater ani k nutnosti transplantace.

Výbor pro humánní léčivé přípravky Evropské lékové agentury rozhodl, že do doby zveřejnění výsledků současného přehodnocování bezpečnosti nebude používání nimesulidu v jiných členských státech Evropské unie pozastaveno. .

SÚKL připomíná:

- **Nimesulid je určen pouze ke krátkodobé léčbě akutních bolestivých stavů (viz Souhrn informací o přípravku a Příbalová informace).**
- **Nesmí být podáván pacientům s poruchami jaterních funkcí a pacientům, kteří měli projevy poruchy jaterních funkcí po předchozím podání nimesulidu.**
- **Současně s nimesulidem nesmí být užíván alkohol a jiné léky poškozující jaterní funkce.**
- **Pokud pacienti během léčby nimesulidem zjistí příznaky poškození jater (nechutenství, pocit na zvracení, bolest břicha, únava, tmavá moč), je třeba ihned léčbu ukončit a vyhledat lékaře.**

Toto upozornění se nevztahuje na přípravky s obsahem nimesulidu určené k místnímu podávání (Aulin gel, Coxtral gel), u nichž není zvýšené riziko jaterního poškození.

Více informací na www.sukl.cz

VARILRIX A PRŮLOMOVÉ INFEKCE VARICELLOU U OČKOVANÝCH DĚTÍ V ČR

Varilrix je očkovací látka proti varicelle obsahující živý oslabený virus varicella zoster kmene Oka. Vakcína je na trhu v České republice od roku 2003. Varicella je časté a obvykle mírně probíhající virové onemocnění, které však v některých případech může mít i velmi závažný průběh. Závažné a komplikované případy se mohou objevit především u dospělých, u imunokomprimovaných pacientů či těhotných žen (a jejich plodů). Proto by bylo výhodné, aby tyto osoby byly chráněny před onemocněním varicellou.

V červenci 2006 byl v České republice zaznamenán případ průlomové infekce varicellou u dítěte očkovaného přípravkem Varilrix. Od listopadu 2006 do března 2007 bylo zaznamenáno dalších 24 případů průlomové infekce varicellou. Průlomová infekce je definována jako infekce, která se objeví více než 42 dní po očkování a je obvykle způsobena divokým typem viru varicella zoster.

Případy průlomové infekce zaznamenané na území ČR se vyskytly u dětí mladších než 11 let. U deseti případů mělo onemocnění lehký průběh bez zvýšení teploty nebo s teplotou do 38 °C a nečetným výsevem kožních lézí do 30. U 8 případů však onemocnění proběhlo s horečkou a generalizovaným výsevem kožních lézí. U osmi případů hlásící uvedl, že průběh onemocnění byl lehký bez bližší specifikace. Všechny případy se vyskytly do tří let od podání vakcíny. V době podání vakcíny bylo 23 dětem z 25 hlášených případů méně než 5 let.

Účinnost vakcíny je udávána 88 % proti varicelle jakékoli závažnosti a až 100 % proti závažným formám onemocnění^{7/}. Průlomové infekce varicellou byly opakovaně popsány a to především ve Spojených státech amerických, kde je očkování součástí očkovacího kalendáře^{1,3,4,5,8/}. V desetiletém aktivním sledování 350 000 očkovaných jedinců byla osm let od očkování zaznamenána incidence průlomových infekcí 12x vyšší než v prvním roce po očkování^{6/}.

Vzhledem k tomu, že v současné době jsou dostupné údaje o sérokonverzi dětí očkovaných do 12 let věku pouze max. 7 let po očkování a protektivita očkování u dětí 10-30 měsíců věku jen po dobu 29,3 měsíce, je třeba zvažovat vhodnost očkování zdravých dětí, které nejsou v kontaktu s nemocným varicellou^{2/}. Pokud jsou očkovány malé děti, je nutné vzít v úvahu jednak možnost rozvoje průlomové infekce (četnost se zvyšuje nepřímo úměrně k věku očkování a přímo úměrně k době od očkování), jednak nejasnou délku protektivity očkování, které by mohlo přestat chránit proti infekci ve věku více rizikovém pro onemocnění varicellou.

SÚKL připomíná^{7/}:

- VARILRIX je určený k aktivní imunizaci zdravých jedinců proti varicelle od věku 9 měsíců.
- Doporučuje se vakcinace zdravých, k infekci vnímavých osob, které jsou v blízkém kontaktu s pacienty a u nichž lze předpokládat, že by varicella mohla mít těžký průběh. Cílem vakcinace je snížení rizika přenosu infekce divokým kmenem varicelly na tyto pacienty. Za osoby v blízkém kontaktu jsou obvykle považováni rodiče, sourozenci a ošetřující zdravotnický personál pacientů ohrožených infekcí.
- Pacientům s vysokým rizikem těžkého průběhu varicelly se doporučuje pouze tehdy, jsou-li splněny následující podmínky:
 - U pacientů v akutní fázi leukémie musí být udržovací chemoterapie přerušena v období jeden týden před a jeden týden po vakcinaci. Pacienti by neměli být očkováni v období, kdy podstupují radioterapii. Obecně platí, že pacienti mají být imunizováni ve stadiu úplné hematologické remise onemocnění.
 - Celkový počet lymfocytů musí být nejméně 1200/mm³ a pacienti nesmí mít nález svědčící pro ztrátu buněčné imunity.
 - U pacientů s plánovanou orgánovou transplantací (např. ledvin) musí být vakcinace provedena několik týdnů před zahájením imunosupresivní léčby.

Literatura:

1. Galil K. Outbreak of varicella at a day-care center despite vaccination, *New England Journal of Medicine*, 2002 Dec 10; 347 (24): 1909-15.
2. Chickenpox vaccines, *Rev Prescrire*, 2005 March; 25 (259):167-174.
3. Outbreak of varicella among vaccinated children – Michigan, 2003, *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2004 May 14; 53(18): 389-92.
4. Outbreak of varicella among vaccinated children – Nebraska, 2004, *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2006 July 14; 55(27): 749-52.
5. Maryam B, Haddad. Vaccine effectiveness during a varicella outbreak among schoolchildren: Utah, 2002-2003; *Pediatrics*, 2005 June; 115 (6): 1488-1493.
6. Sandra S. Chaves, Loss of vaccine-induced immunity to varicella over time; *New England Journal of Medicine*, 2007; 356: 1121-9.
7. Varilrix, Souhrn údajů o přípravku, poslední revize textu 14.12.2005.
8. Barna B, Tugwell. Chickenpox outbreak in a highly vaccinated school population; *Pediatrics*, 2004; 113; 455-459.
9. Vaccine effectiveness and severity of varicella among previous vaccinated children during outbreaks in day-care centres with low vaccination coverage, *Pediatric Infection Disease Journal*, 2005 March; 24(3): 233-6.

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 Pospíšilová, CSc.

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

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

Náklad 52.000 výtisků

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

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



ISSN 1211 - 0647
MK ČR E 7101

Šnajdr: ČLK byla zvyklá na nadstandardní postavení

Marek Šnajdr, náměstek ministra zdravotnictví, vysvětluje ve stručném rozhovoru pro ZDN.cz současný postoj úřadu k České lékařské komoře.

Česká lékařská komora opakovaně upozornila, že ministerstvo zdravotnictví odmítá s touto stavovskou organizací spolupracovat a zcela ji ignoruje. Je to pravda?

Zcela jistě není. Pravda je, že v minulosti, s ohledem na úzké politické a zájmové vazby mezi ministry za ČSSD a vedením ČLK, byli jejich zástupci součástí všech rozhodovacích procesů ve zdravotnictví, vysoce nad rámec svého, v evropském kontextu standardního poslání stavovské organizace. Toto výlučné postavení jedné stavovské organizace oproti jiným současně vedení MZ nepodporuje. Za informací ČLK o nekomunikaci vidíme spíše neschopnost vedení ČLK vyrovnat se s postupem nového vedení ministerstva zdravotnictví a nostalgií na „staré dobré časy“.

Minulý týden vydala ČLK prohlášení, ve kterém upozorňuje, že MZ odmítlo její žádost o členství v komisi připravující restrukturalizaci zdravotnických zařízení v Brně. Proč ministerstvo lékařskou komoru do této komise nepřizvalo?

Ministr zdravotnictví zřídil svou odbornou komisi, která mu má vypracovat optimální variantu řešení problematiky Úrazové nemocnice a Úrazové chirurgie v kontextu jihomoravského regionu. Již z toho titulu, že se jedná o poradní komisi ministra, vyplývá, že neexistuje žádný nárok na členství v ní. Ministr do ní jmenoval zástupce všech oblastí, o kterých je přesvědčen, že mají odborně a realizačně co říci pro jeho zadání. Jsou tam zástupci poskytovatelů zdravotní péče na území města Brna a jihomoravského regionu, zástupci zřizovatelů této péče, příslušná odborná lékařská společnost, odborníci na krizové řízení, zástupci lékařské fakulty a odborníci z ministerstva zdravotnictví.

Co by se muselo uvnitř ČLK změnit, aby s ní ministerstvo začalo normálně komunikovat?

Je nesporné, že ČLK vedená prezidentem Kubkem se nechová jako stavovská a nepolitická organizace, jak jí zákon ukládá, ale jako agresivní a politická pobočka sociální demokracie. Doktorem Kubkem vedená komora tak pokračuje v dlouhodobé a prokázané orientaci bývalého prezidenta Davida Ratha na sociální demokracii. Ještě více varující je, že v současné ČLK dochází k porušování demokratických mechanismů a vnitřních stavovských předpisů, což poškozuje nejen všechny členy ČLK, ale také myšlenku samosprávných organizací jako takových. Shodli se na tomu také zástupci všech ostatních lékařských i nelékařských stavovských organizací. Ministerstvo zdravotnictví neočekává od ČLK nic méně než návrat k jejímu poslání a pouze s korektní a apolitickou stavovskou organizací a s korektními a apolitickými představiteli je připraveno úzeji jednat a spolupracovat.

ZDN.cz

Nemluvte za mne ani za kolegy

Reakce na názory náměstka Marka Šnajdra

V demokratické zemi má jistě každý právo na svůj názor, je však otázkou, zda je podložen objektivními argumenty, nebo zda jde o zkratkový emotivní výlev vedený pouze čistě osobními antipatiemi k několika jedincům. U Vás je to asi druhý případ. Je smutné, že se takto vyjadřuje 1. náměstek ministra zdravotnictví, tedy státní úředník placený z našich daní. Nemluvte, prosím, za mne ani za mé kolegy. „Pobočkou sociální demokracie“ nejsme a nemyslím si to ani o vedení ČLK na úrovni okresu či České republiky, které bylo zvoleno v řádných demokratických volbách. Nemůžete-li unést, že řada lékařů má na současné zdravotnictví i vedení jeho rezortu zdravě kritický náhled, neznamená to, že jejich vidění je nutně ovlivněno barvou konkrétní politické strany. Vaše názory jsou krásným příkladem „bolševismu myšlení“ – arogance, agresivita, černobílé vidění světa s dehonestací názorového oponenta.

Pouze skutečnost, že nejste lékař, mi zabraňuje v tom, abych na Vás podal disciplinární žalobu za hrubou nekolegialitu a hanobení lékařského stavu.

Petr Neugebauer, kardiolog, FN Brno

Varování: počet balení léků na receptu není limitován

Mezi lékaři sílí obavy, že pacienti po nich budou vyžadovat předepisování většího počtu balení léků na jeden recept, aby nemuseli opakovaně platit poplatek ve výši 30 Kč. Taková praxe by ovšem vedla k tomu, že někteří pacienti budou doma hromadit ještě větší zásoby léků než dosud, a nedojde tedy k žádným úsporám. Z pohledu lékařů je však ještě důležitější to, že pokud by podlehl podobnému tlaku, snadno by překročili své referenční náklady, a tím by se vystavili riziku regulací ze strany pojišťoven.

V této souvislosti se objevily rovněž spekulace, že na jednom receptu mohou být předepsána nejvýše tři balení jednoho léku. To však není pravda. Z obecně závazných právních předpisů nevyplyvá žádné omezení počtu balení, která může lékař předepsat na jeden recept. Vyhláška č. 343/1997 Sb., kterou se stanoví způsob předepisování léčivých přípravků, náležitosti lékařských předpisů a pravidla jejich používání, ve svém § 3 odst. 3 v této souvislosti pouze ukládá, že počet balení nebo dávek musí být na receptu vyznačen římskou číslicí a slovy v latinském jazyce. Současně v ustanovení § 3 odst. 1 a 2 (viz citace níže) stanoví jistá omezení co do počtu druhů léčivých přípravků předepi-

vaných na jednom receptu, což se však počtu předepisovaných balení těchto přípravků nedotýká.

§ 3 Způsob předepisování

(1) Na jeden recepturní tiskopis lze předepsat

a) jeden druh léčivého přípravku, který obsahuje omamné látky skupiny I nebo psychotropní látky skupiny II, nebo

b) nejvýše dva druhy ostatních léčivých přípravků, jestliže neobsahují omamné látky skupiny I nebo psychotropní látky skupiny II.

(2) Na jednu žádanku lze předepsat nejvýše pět druhů léčivých přípravků, které obsahují omamné látky skupiny I nebo psychotropní látky skupiny II.

Jedinou obranou pro lékaře tak zůstává logický argument, že pacient nemůže dlouhodobě užívat léky bez kontrolního vyšetření lékařem. Pouze o tento odborný medicínský argument se mohou opřít lékaři, kteří nebudou ochotni předepisovat pacientům velké množství léků do zásoby.

Aleš Buriánek

Quo vadis, camera nostra?

Na dubnové vzdělávací konferenci ČLK v Milovech jsem se zájmem vyslechl zamyšlení kolegy Imrycha nad současnou situací ČLK. Nedostatek času tehdy na konferenci neumožnil obsáhlejší diskusi, téma však bylo otevřeno. V TM 5/07 pak vyšel článek kolegy Imrycha **Válka nepřináší užitek**. Pravda, v následujících měsících jsme byli prakticky zcela zaujati chystanou reformou zdravotnictví. Ano, spíše otázkami, které vyvolala a vyvolává, než odpověďmi. ČLK se prostřednictvím svých představitelů snažila ptát, nabízela spolupráci. Odpovědi se jí nedostávalo, spolupráce ba i pouhé jednání byly odmítnuty. Tím spíše problémy ČLK, na které kolega Imrych ve svém článku poukazuje, vyustaly a staly se naléhavějšími.

Života běh bývá čas od času přerušován pozastavením, zvažováním situace, jejích příčin, přemýšlením jak dál. Ano, oním známým „odkud a kam jdeme, kdo jsme?“. Kolega Imrych se zamýšlí nad příčinami neradostné situace uvnitř ČLK, uvnitř lékařského stavu. I mne „postihlo“ takové zamyšlení. Vzpomněl jsem na dobu, kdy lékařská komora u nás, po více než 40 letech, opět zahajovala svoji činnost. Jak jsem se tehdy, v období uvolnění, pocitu nabyté svobody, ptal starších kolegů, ba pátral i v knihách, k čemu mi takové členství v ČLK, nadto povinné, bude. Starší kolegové mi vyprávěli o činnosti lékařské komory před válkou, kdy komora, dle dikce zákona, „hájila a podporovala zájmy a chránila čest stavu lékařského“, dbala na dodržování základních povinností lékaře a etiky jeho praxe, kdy orgány komory porušování těchto norem vyšetřovaly i trestaly, kdy se komora starala o sociální potřeby svých členů, kdy dokonce rozdělovala finanční částky z vlastních podpůrných fondů lékařům a členům jejich rodin...

Priznávám, že důležitost takové organizace jsem začal chápat až s nástupem tzv. veřejného zdravotního pojištění u nás. S nostalgii jsem si četl o Stavovském řádu předválečných komor, ve kterém se pravi- lo: „Smlouvy s veřejnými i soukromými

společnostmi, zvláště s pojišťovacími společnostmi a ústavy, s nemocenskými, úrazovými a invalidními pokladnami a jinými podobnými ústavami dlužno před platným uzavřením předložit komoře ke schválení, jakmile předmětem smlouvy je paušalování honorace neb sazba honoráře od případu k případu, jež by byla nižší než nejnižší sazba komorou schválená neb ustanovená.“ Ano, již naši dávní předchůdci vedli s tehdejší nemocenským pojištěním ostré boje. Tento boj byl i hlavním problémem tehdejší stavovské politiky. Jak platná jsou dodnes slova pražského městského fyzika Ladislava Prokopa Procházký, který roku 1927 napsal: „Stát chudý, šetřící, by mohl stavět místo paláců prosté úřední budovy – a ušetřených pár desítek milionů věnovat na to, aby tisíce lidí neumíraly ročně bez pomoci a zbytečně. Uznávám, že je třeba šetřit státními penězi, ale žádal bych, aby se také šetřilo lidskými životy, které mají dle staré pověry také cenu... Vidím palácovou horečku u okresů a větších obcí: staví se okresní domy, domy „sociální péče“ s pochybným určením a upotřebením, staví se za desetimiliony paláce pro nemocenské pokladny. Všechny tyto věci mohly

trochu počkat; je důležitější postavit nemocnici než okresní dům s hospodou a tanečním sálem; je důležitější starat se o zdokonalení léčení a věnovat na ně peníze, než je vrazit do palácové úřadovny nemocenské pokladny.“

Se značným zájmem jsem pak pročítal, jak byl každý člen komory pevně vázán dodržovat ustanovenou sazbu a neordinovat pod tzv. minimální tarif, nadto že těchto minimálních sazeb mohl užít jen při prokázané nezáměrnosti nemocného, když za něj byly honoráře lékařům vypláceny ze státních fondů, z nadací nebo z nemocenských pokladen. Jinak měli lékaři stanovovat honorář dle majetkových poměrů nemocného a vynaložené péče. To se mi velmi líbilo.

Dosti však dávné historie. Jak jsme na tom dnes? Ano, jak kolega Imrych píše, situace v České lékařské komoře už dlouho není optimální, ano, i já cítím, pozoruji, že se plíživě zhoršuje... I já mám za základní příčinu našeho postavení naši nejednotu. Též s kolegou souhlasím, že jde o dosažení změn postoje, které by měly vést k sérii konkrétních kroků a efektivním dohodám. Ano, naše zájmy, přestože si to mnozí z nás už ani neuvědomují, ba někteří to i odmítají, jsou prakticky totožné. To si však musí



alespoň většina z nás uvědomit. Chceme-li neradostnou situaci nás, lékařů, změnit, musíme najít pevný bod – společný zájem. Alespoň jeden malý, pro všechny shodný. Vždyť najde-li se pevný bod, dá se pohnout i vesmírem, že. Od tohoto bodu by se měly odvíjet všechny další naše aktivity. K nalezení onoho pevného bodu musíme nalézt dostatek vůle. Společně vůle se sejít a hledat. Sejít se napříč názorovým spektrem, které složení členů ČLK skýtá, popřát sluchu zástupcům všech zájmových skupin, snažit se dosáhnout odpovědi na otázky. Na otázky, zda je či není mezi členy ČLK vůle ke sjednocení stavu, zda máme či nemáme oblasti zájmu společného všem. Jestli takové oblasti máme, tak které to jsou, které z nich by měla ČLK reprezentovat za celý lékařský stav.

Je otázkou, jestli by místem takového rokování měl být blížící se sjezd delegátů, nebo jestli by nebylo lepší svolat setkání všech segmentů lékařské obce, sdružení, odborných společností... Ano, jsem si vědom onoho známého „příliš hlav znamená příliš názorů, příliš názorů...“ A dosažení tolik žádané jednoty tak může být v nedohlednu.

Nu, historickým exkursem jsem svoje psaní začal, stejně tak i skončím. Na manifestační schůzi lékařů o vládních návrzích zákonů o lékařské praxi a lékařských komorách 9. 5. 1929 předseda schůze, prof. Dr. Ostrčil, ve svém úvodním proslovu pravil: „...Lékařský stav je jen jeden. Ať je lékař přitom úředníkem, praktikem nebo učitelem, nemá při tom nikdy zapomenouti, že je především lékařem. Všechny pohromy, které dosud přikvačily na lékařský stav, postihly jej proto, že nebylo pamatováno této zásady. A nové mohou přijít jen tehda, pakli nebude i nadále tento fakt respektován.“

V souhlasu s kolegou již několik let říkám, že bychom měli mít neustále na paměti, že jsme v první řadě lékaři, poté chirurgové, internisté, ortopedi, gynekologové, praktičtí lékaři..., dále tzv. privátní či zaměstnanci... atd. atp. a až úplně někde na konci příznivci toho či onoho vyznání, té či oné partaje. Jsem přesvědčen, že sejdou-li se na onom rokování kolegyně a kolegové s tímto postojem, jednání bude probíhat celkem hladce a dohoda bude možná.

Jiří Wicherek, nemocniční i ambulantní lékař, zaměstnanec i tzv. privátní lékař

Co je neodkladná péče? Úhrady zdravotní péče v nesmluvním vztahu (část II)

Tento článek je pokračováním tématu v rubrice Názor v lednovém čísle časopisu Tempus medicorum. V něm autor rozvedl problematiku úhrady zdravotní péče v rámci nesmluvního vztahu a uvedl některé poznatky, které čerpal ze svých spíše negativních zkušeností s Oborovou zdravotní pojišťovnou (OZP).

V lednovém článku byl zmíněn velmi obtížný způsob získávání platby za provedené zdravotní výkony u nemocných, kteří se dostavili do ordinace specialisty jako akutní případ a požadovali ošetření. Jak plyne z uvedeného, lékař nesmí odmítnout vyšetření pacienta s poukazem na jeho nesmluvní vztah, v opačném případě riskuje znatelný postih při případné stížnosti nemocného. Současně je však lékař oprávněn vyžadovat za tuto provedenou práci odpovídající odměnu (v současné době dle platné vyhlášky nepochopitelných 0,82 Kč za bod).

Značné rozpory jsem však v článku shledal u zmíněné OZP v případech, kdy jsem byl nucen akutního pacienta odeslat na statimové vyšetření, jež by závažný stav potvrdilo či vyvrátilo. Odpovědnost lékaře za navržená doplňující vyšetření a jejich správnou indikaci předpokládá, že vyšetřující lékař má plné právo a povinnost kontroly výsledku tohoto vyšetření.

Představitelé OZP (konkrétně zdravotní ředitelka MUDr. Ludmila Plšková a revizní lékař MUDr. Kolář) však byli toho názoru, že nesmluvní lékař již toto právo nemá a je povinen odeslat nemocného s výsledkem komplementárního vyšetření k jinému – smluvnímu – lékaři.

V našem konkrétním případě šlo o podezření na akutní stav – krevní výron do mozkových plen – u mladé ženy, která se dostavila do ordinace s prudkou bolestí hlavy, která je často jediným, avšak velmi hrozivým příznakem. Tato žena byla poslána na akutní CT mozku a druhý den se dostavila s výsledkem, jenž byl naštěstí negativní. Po úpravě bolesti hlavy pak byla předána zpět ke sledování praktickému lékaři.

Vykázal jsem tuto péči OZP jako vyšetření cílené (první den) a kontrolní (násle-

dující den). V první fázi jsem obdržel vyúčtování, v němž byla práce ohodnocena částkou 0,- Kč. I přes uvedený kód S065 (krvácení do mozkových plen) byla na konci „zúčtovací zprávy“ uvedena poznámka, že „tento výkon nelze považovat v nesmluvním vztahu jako neodkladnou péči“.

Po předchozích zkušenostech jsem předal celý případ svému právnímu zástupci, který navrhl soudní řízení.

Po obdržení soudní obsílky OZP promptně (po 4 měsících od vykonané práce) zaplatila cílené vyšetření s tím, že na kontrolní vyšetření již nemá lékař nárok.

Po další informaci právního zástupce žalujícího, že budeme požadovat nárok na proplacení i kontrolního vyšetření jako zásadní při soudním jednání, přistoupila OZP ke smíru a písemně se zavázala, že „lékař má právo a současně povinnost poskytnout zdravotní péči až do okamžiku, kdy stav pacienta bude natolik stabilizován, aby mohl být odeslán k jinému lékaři“. Přestože žádná vyhláška týkající se zdravotní péče nedefinuje přesný pojem „neodkladné péče“, je logické a správné se o nemocného starat tak dlouho, až lékař usoudí, že již nehrozí žádné nebezpečí případného zhoršení zdravotního stavu. Teprve v tomto okamžiku je možnost předat nemocného do péče jiného lékaře, který má s příslušnou pojišťovnou smluvní vztah.

Vyjadřuji uspokojení nad výše uvedeným závazkem OZP a předpokládám, že tento případ je precedentním pro poskytování a vykazování zdravotní péče nesmluvními lékaři i u jiných zdravotních pojišťoven.

Tomáš Vodvářka, soukr. neurolog, Ostrava



Hospodaření ČLK v roce 2006

V souladu s paragrafem 2a) stavovského předpisu číslo 17 finančního řádu zveřejňuje Česká lékařská komora ve svém časopisu *Templis medicorum* informace o hospodaření.

Zpráva o hospodaření majetku centra České lékařské komory k 31. 12. 2006

Finanční majetek je používán pro běžný chod komory na hrazení průběžných nákladů komory.

Dlouhodobý nehmotný majetek představuje zejména program pro evidenci lékařů.

Dlouhodobý hmotný majetek je používán pro běžnou činnost komory.

Pohledávky se pohybují řádově ve stejné výši, rozhodující položkou jsou nepřevedené členské příspěvky od okresních sdružení. Žádné sporné pohledávky se nevyskytují.

Přehled majetku centra České lékařské komory k 31. 12. 2006

I. Finanční majetek

Na účtech finančního majetku jsou vedeny zůstatky peněz v pokladnách, zůstatky cenin a zejména zůstatky vkladových bankovních účtů. Část finančních prostředků je uložena na termínovaných vkladech.

II. Dlouhodobý hmotný a nehmotný majetek

Rozhodující položkou dlouhodobého majetku jsou stavby. Jedná se o kancelářské prostory v Praze, Brně a Olomouci. Dále je v majetku vedena kancelářská technika a zařizovací předměty.

III. Pohledávky

Zůstatek byl ovlivněn zejména nepřevedenými členskými příspěvky od OS ČLK.

	název	stav k 31. 12. 2006
I.	Finanční majetek	12 642 414,16
II.	Dlouhodobý nehmotný majetek	1 063 050,57
	Dlouhodobý hmotný majetek	26 280 619,54
III.	Pohledávky	4 301 047,00



společnost s ručením omezeným

Kotlářská 53
602 00 Brno ČESKÁ REPUBLIKA
Obch. rejstřík Kraj. soudu v Brně C 4855
IČ: 454 77 639

tel. +420 541 211 237, tel. +420 541 240 807
tel. + 420 544 526 119, fax +420 544 526 118
www.topauditing.cz
e-mail: audit@topauditing.cz

Zpráva auditora o ověření účetní závěrky za rok 2006

Česká lékařská komora se sídlem v Olomouci
IČO: 43965024

Provedli jsme ověření přiložené účetní závěrky podle zákona o auditorech a v souladu s mezinárodními auditorskými standardy. Zpráva je určena pro členy a statutární a kontrolní orgán České lékařské komory. Údaje o účetní jednotce jsou uvedeny v příloze účetní závěrky. Ověření jménem auditorské společnosti provedl JUDr. Antonín Husák (osvědčení KAČR č. 98, licence SKAU č. 236).

Za vedení účetnictví, jeho úplnost, průkaznost a správnost odpovídá statutární orgán účetní jednotky. Naším úkolem bylo provést ověření tak, abychom získali přiměřené ujištění, že účetní závěrka neobsahuje významné nesprávnosti. Ověřování bylo provedeno výběrovým způsobem při respektování významnosti jednotlivých položek účetnictví a zahrnovalo ověření úplnosti a průkaznosti částek a informací uvedených v účetní závěrce, posouzení použitých účetních metod a významných odhadů a zhodnocení vypovídací schopnosti účetní závěrky. Jsme přesvědčeni o tom, že jsme získali objektivní základ pro vyslovení našeho názoru.

Účetní závěrka byla podle našeho názoru sestavena v souladu s platnými právními předpisy a zobrazuje věrně ve všech významných souvislostech stav aktiv, závazků, jmění a finanční situaci účetní jednotky k rozvahovému dni a náklady, výnosy a výsledek hospodaření za účetní období.

V Brně dne 21. června 2007



Kotlářská 931/53, 602 00 BRNO

Porovnání hospodaření centra ČLK za období 1997 - 2006

Název	rok								
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Výnosy	16 580 054,39	20 364 619,30	22 728 792,79	24 583 282,63	23 866 929,00	43 086 880,64	41 022 491,52	47 895 336,24	34 516 394,11
Z položky výnosů čl. příspěvky	13 395 083,00	17 802 605,00	19 461 530,00	22 398 538,00	22 338 936,00	24 786 579,00	25 412 073,00	30 609 988,00	28 517 847,00
Náklady	17 863 390,84	17 957 129,81	17 414 247,26	19 892 664,63	21 470 280,45	40 296 152,11	39 214 199,79	42 178 702,03	29 778 477,83
Hospodářský výsledek před zdaněním	-1 283 336,45	2 407 489,49	5 314 545,53	4 690 618,00	2 396 648,55	2 790 728,53	1 808 291,73	5 716 634,21	4 737 916,28
Daň z příjmu	0,00	1 391 948,00 (35%)	2 011 551,00 (31%)	1 939 419,00 (31%)	1 367 307,00 (31%)	2 588 733,00 (31%)	1 504 320,00 (28%)	2 610 109,00 (26%)	1 760 449,00
Hosp.výsledek po zdanění	-1 283 336,45	1 015 541,49	3 302 994,53	2 751 199,-	1 029 341,55	201 995,53	303 971,73	3 106 525,21	2 977 467,28

Závazné stanovisko ČLK

k léčbě pacientů trpících refrakterní, remitentně-relabující formou roztroušené sklerózy na terapii DMD, s vysokou aktivitou onemocnění

Roztroušená skleróza mozkomíšni (RS)

je chronické progresivní onemocnění nervové soustavy, jehož podstatou je autoimunní proces, který postihuje myelin bílé hmoty mozkové a míšní. Onemocnění je velmi významným zdrojem invalidizace populace, a to zejména pro progresivitu svého průběhu. Obvykle se v počáteční fázi onemocnění manifestuje jako choroba relabující a remitující, ale během několika let dochází u téměř 100% pacientů ke zvratu do fáze nazývané sekundární progresi. Kauzální léčba nemoci neexistuje. V počátečním stádiu lze nemoc (většinou) dostatečně efektivně léčit za použití kortikosteroidů, imunosupresiv a tzv. disease-modifying drugs (DMD), tj. interferonem B a glatiramer-acetátem. Tato terapie však prakticky ztrácí účinnost při přechodu nemoci do výše zmíněného stadia sekundární progresi. Donedávna neexistovala účinná léčba roztroušené sklerózy v sekundárně progresivním stádiu onemocnění. V posledních letech však byla v mnoha (tzv. evidence-based medicine conclusive) klinických studiích prokázána účinnost a bezpečnost nového léku, **natalizumabu** (L04AA23, Tysabri®), který byl v loňském roce uveden na trh ve většině zemí EU včetně České republiky.

Natalizumab je svou lékovou podstatou humanizovaná monoklonální protilátka, první antagonist α_4 -integrinu určený ke klinickému použití. Patří mezi selektivní inhibitory adhezivních molekul, které hrají podstatnou roli v rozvoji zánětlivých změn, zejména u roztroušené sklerózy. U pacientů s RS se natalizumab váže a selektivně blokuje vazbu α_4 -integrinu k VCAM-1, čímž brání migraci leukocytů přes hematoencefalickou bariéru. Natalizumab dále inhibuje zánět v CNS blokadou interakce mezi leukocyty exprimujícími α_4 -integrin a proteiny extracelulární matrix (fibronectinem a osteopontinem) v mozgovém parenchymu.

Natalizumab je jediná monoklonální protilátka, určená k léčbě pacientů s těžkou progredující formou RS. Data z doposud největších předregistračních klinických studií prokázala výrazně vyšší efektivitu (až dvojnásobnou) proti stávajícím lékům první volby, a to ve všech sledovaných parametrech. Randomizované, placebem kontrolované a dvojitě slepé klinické studie fáze II (72, 180 a 213 pacientů) a III (942, 1171 a 110 pacientů) přinesly konzistentní důkazy o efektivitě natalizumabu u remitentní roztroušené sklerózy, mj. 68procentní snížení počtu relapsů a 92procentní snížení aktivity nemoci prokazatelné při sledování gadolinem se sytících lézí bílé hmoty mozkové v obraze magnetické rezonance. Tyto výsledky vysoce převyšují i běžně uváděnou efektivitu v současnosti používaných léků první volby ze třídy DMD, tj. interferonu beta a glatiramer acetátu.

Natalizumab byl povolen pouze k monoterapii pro souvislost se zaznamenaným ojedinělým výskytem progresivní multifokální leukoencefalopatie (PML) u pacientů s dlouhodobou kombinací léčbou konkomitantní imunosupresivní terapií. Proto doporučená pravidla pro použití natalizumabu v EU předpokládají jeho užití jako léku druhé volby při nedostatečném efektu léků první volby. Předpokládají také zařazení všech léčených pacientů do mezinárodní databáze ke sledování dlouhodobé bezpečnosti preparátu.

Užití natalizumabu v ČR doporučuje VR ČLK umožnit za těchto kritérií:

- Jistá diagnóza RS podle revidovaných kritérií dle McDonalda z roku 2005 a zároveň potvrzení diagnózy pozitivním nálezem oligoklonálních páسů v likvoru.
- Předchozí léčba léky první volby trvající alespoň devět měsíců, přičemž efekt jejího selhání je definován následovně: dva a více relapsů za toto období s neúplnou úpravou nebo progresi o 1 stupeň Kurtzkeho EDSS, pokud toto bylo vyšší než 2,5 či o 1,5 stupně EDSS, pokud výchozí EDSS bylo pod 2,5.
- Vzhledem k tomu, že natalizumab je lékem výhradně protizánětlivým, musí být zároveň doložena zánětlivá aktivita RS přítomností gadolinium vychytávající léze či zánětlivým nálezem v likvoru (zvýšený počet mononukleárních buněk nad 10/3).
- Pacient musí podepsat informovaný souhlas, včetně ochoty poskytnout údaje v anonymizované formě do evropského i celostátního registru.
- Pacient nesmí mít lymfopenii, nesmí být v předchozích třech měsících léčen vysokými dávkami cytostatik a nesmí mít nádorové onemocnění (včetně diagnostikované prekancerózy) v anamnéze v posledních deseti letech.
- Léčba bude poskytnuta (tj. hrazena ZP) na šest měsíců, prodloužena může být vždy o dalších šest měsíců při splnění kritérií efektivit. O efektivitě léčby rozhodují následující kritéria:

Při zahájení léčby: Mezi šestým týdnem léčby a šestým podáním natalizumabu nedošlo k relapsu ani ke zhoršení EDSS.

Při dalším prodloužení léčby: maximálně jeden relaps za rok bez zhoršení EDSS.

Tímto mechanismem lze natalizumab zpřístupnit za současných odborných znalostí nejvíce potřebným pacientům, u nichž se nebude prodlužovat nedostatečně účinná léčba dosavadními léky první volby, tj. DMD.

Výše uvedená kritéria jsou, v porovnání s jinými státy EU (zejména indikace k ukončení léčby, kdy je požadováno, aby stav nemocného, který je léčen natalizumabem, neprogredoval) výrazně striktnější.

Reference:

- Dalton CM, Miszkiel KA, Barker GJ, MacManus DG, Pepple TI, Panzara M, Yang M, Hulme A, O'Connor P, Miller DH. Effect of natalizumab on conversion of gadolinium enhancing lesions to T1 hypointense lesions in relapsing multiple sclerosis. *J Neurol* 2004, 251(4):407-13.
- Weissert R. The curtain is drawn for both natalizumab and fingolimod (FTY720): a new era of multiple sclerosis therapy has arrived. *Expert Rev Neurother*. 2006, 6(11):1587-90.
- Polman CH, O'Connor PW, Havrdova E, Hutchinson M, Kappos L, Miller DH, Phillips JT, Lublin FD, Giovannoni G, Wajgt A, Toal M, Lynn F, Panzara MA, Sandrock AW; AFFIRM Investigators. A randomized, placebo-controlled trial of natalizumab for relapsing multiple sclerosis. *N Engl J Med*. 2006, 354(9):899-910.
- Miller D. Multiple sclerosis: new insights and therapeutic progress. *Lancet Neurol*. 2007, 6(1):5-6.
- O'Connor P. Natalizumab and the role of alpha 4-integrin antagonism in the treatment of multiple sclerosis. *Expert Opin Biol Ther*. 2007, 7(1):123-36.
- Sorensen PS. The gap between effect of drugs and effectiveness of treatments. *J Neurol Sci* 2007 Mar 14 [Epub ahead of print]



HOPE – Exchange programme 2008

European Hospital and Healthcare Federation je asociace sestávající z reprezentantů národních nemocničních organizací či (kde neexistují) národních institucí, které zodpovídají za nemocniční sektor v členských státech Evropské unie. Od roku 2005 je řádným členem i Asociace nemocnic ČR. Jeden z hlavních úkolů tohoto výboru je podpora výměnných programů mezi členskými státy EU a umožňování výměnných stáží pro pracovníky nemocnic v evropském kontextu.

HOPE (Hospitals for Europe) Exchange Programme for Hospital Professionals byl původně určen pro řídicí pracovníky nemocnic, nyní však se mohou účastnit i další osoby (lékaři, zdravotní sestry, farmaceuti, administrativní pracovníci) ve vedoucích funkcích. **Podmínkou účasti jsou adekvátní zkušenosti (zpravi-**

dla aspoň tři roky) v zastávané řídicí funkci a jazykové znalosti (angličtina, event. francouzština, němčina). Nejde o odborný medicínský program! Naše republika je zapojena do tohoto programu od roku 1991. Všichni naši účastníci z minulých let se shodli na tom, že účast pro ně byla přínosem.

Délka programu je celkem 4+1 týden, v roce 2008 je program organizován již sedemadvacáté, začíná 28. dubna a končí 30. května 2008.

Tradiční „Evaluation meeting“ spojený s konferencí na téma „Zlepšování kontinuity péče: role informačních technologií“ se koná v Paříži od 28. 5. do 30. 5. 2008 (termín je současně s výstavou Hospital Expo).

Po absolvování programu a posláním závěrečné zprávy obdrží účastník osvědče-

ní o účasti ve formě diplomu. Program je oficiálně organizován Asociací nemocnic ČR. Zájemci o účast (osoby i nemocnice, které by měly zájem přijmout zahraničního účastníka) se mohou přihlásit do konce října na adrese:

**Sekretariát ANČR
k rukám pí Pešíčkové
Poupětova 1339/3
170 00 Praha 7–Holešovice
e-mail: ancr@vfn.cz**

Podrobnější informace a stáhnout si přihlášku je možno na internetu: **www.hope.be/04exchange/exchangeprogramme2008.html**

Zájemci se mohou s dalšími dotazy obrátit (nejlépe e-mailem) na národního koordinátora **MUDr. Eduarda Cmunta, e-mail: cmunt@vfn.cz**

Máte zájem o tzv. trvalý smluvní vztah ?

Zdravotní pojišťovny začaly nabízet uzavření nové smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče v souladu s vyhláškou č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy.

Pokud jste v minulosti požádal(a) o tzv. trvalý smluvní vztah, tedy smlouvu na dobu neurčitou, kterou by bylo možno vypovědět jen z důvodů uvedených v rámcové smlouvě, a nadále si přejete uzavřít raději tuto smlouvu, která by zaručovala větší existenční jistotu i vyšší hodnotu nestátního zdravotnického zařízení jako firmy, než např. smlouva na dobu 8 let, lze doporučit následující postup:

Nabídnutou smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče, pokud jinak s jejím obsahem souhlasíte, podepište, ale u ustanovení o době trvání smlouvy udělejte hvězdičku a poznámku (*viz poznámka u podpisu*). Pod svým podpisem pak udělejte opět hvězdičku a napište poznámku „*přeji si uzavření trvalého smluvního vztahu a tuto smlouvu akceptuji, jen pokud zdravotní pojišťovna uzavření trvalého smluvního vztahu odmítá – viz. pří-*

ložený dopis“ a ke smlouvě přiložte dopis, který je přílohou tohoto mého vysvětlení.

Varianta „A“ se týká lékařů, kteří v době účinnosti vyhlášky č. 290/2006 Sb. požádali o trvalý smluvní vztah podle této vyhlášky. Varianta „B“ se týká lékařů, kteří o trvalý smluvní vztah v době účinnosti vyhlášky č. 290/2006 Sb. nepožádali, ale přejí si smlouvu se zakotvením trvalého smluvního vztahu uzavřít. Přiložte variantu, která se vás týká.

Nechcete-li z opatrnosti cokoli vpisovat do nabídnuté smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče, ale přesto chcete namítnout, že dáváte přednost trvalému smluvnímu vztahu, přiložte k podepsané smlouvě i příslušný dopis a jeho kopii si založte ke smlouvě se zdravotní pojišťovnou. Vhodné by bylo, kdyby kopie dopisu byla potvrzena podatelnou zdravotní pojišťovny.

Pokud tento postup v budoucnu nepovede k uzavření trvalého smluvního vztahu, bude naše právní oddělení patrně pověřeno poskytnout právní pomoc některému z lékařů, který o to požádá, s podá-

ním „průzkumné žaloby“ u soudu. Bude-li výsledek pozitivní, bude využitelný i pro další lékaře, kteří budou postupovat podle shora uvedené rady.

Podotýkám, že ředitel VZP Dr. Horák dosud neodstoupil od dohody se mnou o tom, že s lékaři, kteří o to požádají, bude trvalý smluvní vztah uzavřen. Samozřejmě i mne velmi mrzí, že tato dohoda byla dosud akceptována jen u malého množství soukromých lékařů. Právě proto zájemcům o trvalý smluvní vztah doporučuji shora uvedený postup. Lékařů, kteří ať již z jakýchkoli důvodů o trvalý smluvní vztah zájem nemají, se samozřejmě tento dopis netýká.

Na závěr ještě jedna informace. V segmentu praktických lékařů byla jednání o typové smlouvě úspěšná, když se nám podařilo prosadit, že všem praktickým lékařům nabídne VZP jako jednu z variant právě tzv. trvalý smluvní vztah.

Milan Kubek, prezident ČLK

Koncept dopisu pro zdravotní pojišťovny, varianta „A“ a „B“, naleznete na www.clkr.cz

ad: Kdejaký pes má lepší péči než člověk (TM 05/2007)

Jako občasný čtenář časopisu Tempus medicorum si dovolím reagovat na článek paní doktorky Vybulkové z květnového čísla. Jelikož Komora veterinárních lékařů ČR nereagovala na uvedená fakta, dovoluji si vyjádřit svůj osobní názor, který není ani objektivní ani odborný (v oboru ekonomie zdravotní péče).

Jako laik považuji úroveň českého zdravotnictví vzhledem k finančním tokům za nadstandardně kvalitní a přeji všem aktivním lékařům slušné ohodnocení jejich časově i lidsky náročné práce. Článek paní doktorky je sice v závěru řečnickou otázkou zaměřen na demagogické názory paní Petrenko (autorky primárního výroku o nadstandardní veterinární péči), ale bohužel srovnává dvě nesrovnatelné oblasti. Metodická chyba obou autorek spočívá ve srovnání péče hrazené veřejným zdravotním pojištěním s komerční veterinární péčí (úkonový systém s volnou tvorbou ceny) u zvířat ze zájmových chovů. Pokud by se mělo srovnávat srovnatelné, bylo by záhodno srovnat ceny u státních zakázek, což jsou státem nařízené preventivní úkony (tuberkulóza, náběry pro sérologii a vakcinace atd.) poskytované chovateli soukromým subjektem (veterinářem). V tomto případě cenu určuje stát a ceny úkonu, jako je injekční aplikace či odběr, jsou stejné jako u lidí, jenom s tím rozdílem, že za 20 korun za odběr krve u krávy z ocasu, zejména ve volném stání, si cca 1–20 minut zaspoutujete obvykle v nestabilním terénu, který lze poeticky pojmenovat kupa hnoje. Další chybou je, že jsou srovnávány úkony, které sice mají stejný název, ale jiný obsah. Např. chirurgické ošetření rány je u psů téměř vždy spojeno s celkovou anestézií, víc než polovina jsou rány několik hodin až dní staré, toaletu rány vyžaduje skoro vždy poměrně obtížné odstranění krve či hněsem spleené srsti, kdy ošetřující musí zapomenout na strojek a manuálně obstrhává okolí rány. Jistě tuto nudnou a zdoluhavou práci může udělat méně placený středoškolák, ale toho zase musíte platit i v čase, když již není co obstrhávat.... Císařský řez, vyjma krávy (kde se cena mimochodem pohybuje na srovnatelné úrovni s člověkem), nelze provést bez celkové anestézie. Dobu úkonu taktéž nelze srovnávat, protože vybavit 12

štěňat dogy trvá trochu déle než radostně přivést na svět dvojčata. Dalším faktem je, že veterinární činnost nemá výjimku ze zákona o platbě daně z přidané hodnoty a tudíž je zatížena 19procentní daní z přidané hodnoty.

Kdybychom srovnávali komerční neregulované aktivity v českém zdravotnictví, jakou je např. asistovaná reprodukce, tak by jako levnější jistě skončila veterinární sféra, kde jsou ceny poloviční a ještě nižší, dokonce s vazbou na úspěch – nezabřežne, inseminuj (embryotransferuj) znova a v ceně. Nebo málo vypláchných vajíček – nižší cena.

Systém veterinární péče je bohužel pro pacienty úkonový, což s sebou nese rizika, která jsou vidět i v humánní medicíně ve státech s podobným systémem. Např. v české verzi JAMA (6/2007) jsou publikována data Brahmaajee a spol. o nárůstu revaskulačních úkonů ve spádových oblastech speciálně zřízených kardiologických nemocnic ve srovnání s klasickými nemocnicemi se speciálním kardioprogramem i proti klasickým nemocnicím. Závěr sice přímo nepredikuje neetické provádění nepotřebných úkonů, nicméně na takto specializovaném pracovišti je jistě patrný tlak na vyšší počet výkonů. Známým problémem je, že většina výzkumů a vývoje nových léků či prostředků je hrazená farmaceutickými firmami, které zase samozřejmě chtějí své léky prodat. Já, sám za sebe, považuji za fylogeneticky vyšší formu zdravotní péče stav, kdy potřeba platit leasing neovlivňuje lékařovo rozhodování o provedení výkonu. V úkonovém systému totiž cílem zdravotní péče není zdravá populace a fungující preventivní programy, ale vysoký počet návštěv a tím logicky vyšší zisk. Nerad bych se dožil doby, kdy by mi můj obvodní lékař pravidelně čtvrtletně vnucoval zakoupení tablet na „odčervení“ jako prevenci jenom proto, že potřebuje zvýšit zisk své ordinace.

Lékařskému stavu přeji, aby medicína nebyla vychylována z rovnováhy mezi etikou a ekonomikou provozu a aby pacienti dokázali náležitě ocenit službu, kterou zejména ti zdraví berou jako samozřejmost. Osobně považuji jakékoliv srovnávání nestejných aktivit za nesmyslné a vhodné jenom jako náplň pro bulvární tisk.

Peter Scheer, čtenář TM

Právní seminář

Dne 1. 11. 2007 se koná v Praze právní seminář České lékařské komory zaměřený zejména na novinky ve zdravotnické legislativě, novou právní úpravu nakládání se zdravotnickou dokumentací, včetně práva pacientů a pozůstalých do ní nahlížet a činit si kopie, problematiku právní odpovědnosti, informovaného souhlasu a nesouhlasu a smluvních vztahů zdravotnických zařízení a zdravotních pojišťoven.

Datum konání:

čtvrtek 1. 11. 2007, začátek v 9.30 hodin, prezentace od 9.00 hodin

Místo konání:

Děkanát 1. LF UK, Kateřinská 32, Praha 2

Účastnický poplatek:

300 Kč pro členy ČLK,
3000 Kč pro nečleny ČLK

Program:

- Aktuální právní problémy při výkonu lékařského povolání
- Novinky ve zdravotnické legislativě
- Zákon č. 111/2007 Sb. – nová právní úprava nahlížení do zdravotnické dokumentace a její aplikace v praxi
- Vyhláška č. 385/2006 Sb. ve znění vyhlášky č. 64/2007 Sb. o vedení zdravotnické dokumentace a její aplikace v praxi
- Informovaný souhlas a nesouhlas pacienta se zdravotním výkonem
- Právní odpovědnost při výkonu lékařského povolání, kazuistiky
- Právní sebeobrana lékaře – jak reagovat na trestní oznámení, žaloby, vyhrožování, útoky na profesní čest v médiích
- Dohodnuté a nadstandardní služby poskytované na žádost pacienta

Přednášejí:

JUDr. Jan Mach

ředitel právního oddělení ČLK

JUDr. Jaromír Jirsa

prezident Soudcovské unie ČR

JUDr. Karel Hlaváček

legislativní náměstek ředitele ÚP VZP

Komunikace s pacientem s infaustní prognózou

Tímto článkem bychom ukončili malou „trilogii“ o komunikaci lékaře s pacienty. Dnes zvolené téma je hodně složité a kontroverzní, nechceme se mu však vyhýbat. Samozřejmě je vždy snadnější psát o otázkách, které jsou z právního hlediska jednoznačné, a citovat právní předpisy, než pojednávat o složitém tématu, na který jsou různé právní názory.

V tomto roce došlo ke změně zákona i změně Etického kodexu České lékařské komory, která se předmětné problematiky přímo dotýká. Ne všichni lékaři tyto změny zaznamenali, proto nezbyvá, než se o nich zmínit i v časopisu České lékařské komory.

Pravda „natvrdo“ a vždy, nebo milosrdná lež?

Řadu let již vedou politici, právníci, lékaři i novináři polemiku o tom, zda je správné, aby pacient s velmi nepříznivou, popřípadě infaustní prognózou byl plně informován o svém zdravotním stavu, včetně nepříznivé prognózy, nebo lze poskytnout informace poněkud modifikovaně, případně zadržet informace o nepříznivé prognóze v zájmu pacienta a jeho psychiky.

Jeden názorový proud se kloní k tomu, že by bylo necitlivé a nesprávné dávat za každou cenu pacientovi zcela nepříznivou informaci o infaustní prognóze jeho choroby, která by ho na sklonku života mohla uvést do těžké deprese a znamenat pro něho značnou psychickou újmu. Smyslem práce lékaře a tedy i smyslem jeho komunikace s pacientem přece není a nemůže být pacienta poškodit, způsobit mu psychickou trýzeň a tím i zhoršit jeho zdravotní stav. Za jisté terapeutické privilegium se považuje možnost použít v komunikaci s pacientem, jehož prognóza je velmi nepříznivá, tzv. milosrdnou lež.

Druhý přístup je zcela opačný. Má-li pacient právo na veškeré informace o svém zdravotním stavu, co dává lékaři oprávnění rozhodnout o tom, že bude pacienta informovat neúplně, nebo dokonce nepravdivě? Paternalistický přístup, kdy lékař sám rozhoduje o tom, jaké informace pacientovi poskytne a jaké nikoli, popřípadě, zda některé nepříznivé

informace zamlčí, nebo dokonce dá v něčem informaci nepravdivou, patří přece již minulosti a v současné době by tento přístup mohl zasahovat do základních práv pacienta. Nezbyvá tedy, než pacienta vždy a za všech okolností informovat zcela pravdivě.

To jsou dva možné přístupy. Mezi nimi můžeme nalézt jistě řadu přístupů „kompromisních“.

Úmluva o lidských právech a biomedicíne zadržení informací v zájmu pacienta připouští

Úmluva o lidských právech a biomedicíne v čl. 10 odst. 2 uvádí, že každý je oprávněn znát veškeré informace shromažďované o jeho zdravotním stavu. Nicméně přání každého, ne být takto informován, je nutno respektovat.

V čl. 10 odstavci 3 však současně uvádí, že pokud je to v zájmu pacienta, může ve vý-



jimečných případech zákon omezit uplatnění práv podle odst. 2. Odst. 2 tohoto ustanovení zakotvuje tedy zásadní právo pacienta, tj. „právo vědět“. Právo vědět má zahrnovat veškeré informace, které jsou o zdravotním stavu pacienta k dispozici, ať již jde o diagnózu, zdravotnickou dokumentaci, způsob léčby, prognózu nebo jinou důležitou skutečnost. Toto právo souvisí rovněž s „právem nevědět“, kdy pacient může mít své vlastní důvody, pro které si nepřeje být obeznámen s určitými aspekty svého zdravotního stavu. Může rovněž rozhodnout, že si nepřeje podávat jakékoli informace, a ustanovit jiného člověka, kterému důvěřuje a který by místo pacienta byl oprávněn tyto informace obdržet. Přání toho-

to druhu by mělo být až na výjimky respektováno. Jeho uplatnění pochopitelně nemůže tvořit překážku platnosti souhlasu pacienta se zdravotním výkonem. Za určitých okolností může být zákonem omezeno „právo nevědět“ ve vlastním zájmu pacienta, např. v případě přenosných chorob.

Odstavec třetí čl. 10 Úmluvy o lidských právech a biomedicíne dává vnitrostátnímu právu možnost stanovit zákonem určitá omezení práva vědět i práva nevědět v zájmu zdravotního stavu pacienta. Dává vnitrostátnímu právu možnost řešit tyto otázky podle svých specifických podmínek.

Novela zákona o péči o zdraví lidu a novela Etického kodexu České lékařské komory

Právní úprava informování pacienta o zdravotním stavu účinná do 15. května 2007 stanovila v § 23 odst. 1 zákona o péči o zdraví lidu, že „lékař je povinen poučít vhodným způsobem nemocného, popřípadě členy jeho rodiny, o povaze onemocnění a o potřebných výkonech tak, aby se mohli stát aktivními spolupracovníky při poskytování léčebně preventivní péče“.

Zákon č. 111/2007 Sb., kterým se změnil s účinností od 15. května 2007 zákon č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu, změnil text § 23 odst. 1 tohoto zákona takto: „Zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu příslušného zdravotnického povolání informuje pacienta, popřípadě další osoby v souladu s § 67b odst. 12 písm. d) o účelu a povaze poskytované zdravotní péče a každého vyšetřovacího nebo léčebného výkonu, jakož i o jeho důsledcích, alternativách a rizicích. Jestliže to zdravotní stav nebo povaha onemocnění pacienta vyžadují, je zdravotnický pracovník uvedený ve větě první oprávněn sdělit osobám blízkým pacientovi a členům jeho domácnosti, kteří nejsou osobami blízkými, též informace, které jsou pro ně nezbytné k zajištění péče o tohoto pacienta nebo pro ochranu jejich zdraví. V případě, kdy pacient vyslovil dle § 67b odst. 12 písm. d) zákaz poskytování informací, lze informace podle věty druhé sdělovat pouze se souhlasem pacienta. Pro vyslovení souhlasu se použije ustanovení § 67b odst. 12 písm. d) a § 67ba odst. 1 a 2 obdobně.“

Paragraf 67b odst. 12 písmeno d), na který je odkazováno, pak stanoví, že pacient má právo určit osobu, která může být informována o jeho zdravotním stavu nebo vyslovit zákaz

podávání těchto informací jakékoli osobě, a to při přijetí k poskytování zdravotní péče nebo kdykoliv po přijetí. Současně pacient rozhodne, zda tyto osoby mohou též nahlížet do zdravotnické dokumentace. Svě rozhodnutí může kdykoliv změnit nebo i odvolat.

Při prostudování zákona č. 111/2007 Sb. a zejména shora citovaných ustanovení je zřejmé, že text upravující pravidlo chování lékaře, pacienta a dalších osob je velmi nepřehledný, odkazuje se v něm na další, jiná ustanovení zákona a není transparentním, přesným a jasným pravidlem chování. Tedy je svým způsobem opakem toho, jak by měl zákon jasně, jednoznačně a přehledně práva a povinnosti v této důležité oblasti upravovat. Česká lékařská komora navrhovala jinou verzi textu tohoto ustanovení zákona, která by byla zejména pro lékaře podstatně přehlednější a svým způsobem by dávala i možnost v určitých případech, v souladu s článkem 10 odst. 3 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, v zájmu pacienta výjimečně nesděliti pacientovi veškeré informace o jeho zdravotním stavu, pokud by ho takové informace mohly poškodit. O dvou verzích textu § 23 odst. 1 novely zákona o péči o zdraví lidu, která byla přijata zákonem č. 111/2007 Sb., se hlasovalo podle vnitřního přesvědčení poslanců napříč politickým spektrem a těsnou většinou byla přijata opačná verze než ta, kterou předestřela Česká lékařská komora. Je to ta verze, která je shora uvedena. Nezbyvá tedy, než vycházet z toho, že zákon o péči o zdraví lidu neakceptuje možnost danou článkem 10 odst. 3 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, omezit uplatnění práva na veškeré informace podávané pacientovi, pokud je to v zájmu pacienta. Zákon také opouští pojem, že pacienta má lékař informovat „vhodným způsobem“, přičemž tento vhodný způsob spojoval s účelem „aby se mohl stát aktivním spolupracovníkem při poskytování léčebně preventivní péče“. Z tohoto ustanovení se dosud dovozovalo, v souladu s ustanovením čl. 10 odst. 3 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, že má-li být poučení pacienta provedeno vhodným způsobem, nemusí mu být vždy zcela bezvýjimečně a „natvrdo“ sděleny veškeré, i velmi nepříznivé informace.

Etický kodex České lékařské komory ve znění účinném od 1. 1. 1996 řešil v souladu s požadavkem na vhodný způsob poučení pacienta, který stanovil zákon, tuto problematiku v § 3 odst. 5 takto: „Zadrženi informací o nepříznivé diagnóze nebo prognóze je možné individuálně v zájmu nemocného, dle úvahy a svědomí lékaře. V těchto případech by měl lé-

kař, pokud nemocný neurčil jinak, informovat rodinné příslušníky pacienta nebo osoby jemu blízké.“

Toto ustanovení Etického kodexu bylo rozhodnutím představenstva České lékařské komory po nabytí účinnosti zákona č. 111/2007 Sb. z Etického kodexu České lékařské komory vypuštěno, a tedy zrušeno.

Informace pacientovi je třeba i nadále podávat šetrně

Právní úprava informování pacienta o zdravotním stavu účinná do 15. května 2007 stanovila v § 23 odst. 1 zákona o péči o zdraví lidu.

Jak Úmluvu o lidských právech a biomedicíně, tak zákon o péči o zdraví lidu, zákon o veřejném o zdravotním pojištění a další medicínské právní předpisy je třeba vždy vykládat v souladu s jejich účelem a textem celého předpisu. Například podle čl. 1 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně je účelem a předmětem této úmluvy chrániti důstojnost a svébytnost všech lidských bytostí a každému bez rozdílu zaručiti úctu k integritě jeho bytosti a ostatní práva a základní svobody při aplikaci biologie a medicíny. Podle čl. 2 této úmluvy zájmy a blaho lidské bytosti budou nadřazeny zájmům společnosti nebo vědy. Tato základní ustanovení Úmluvy o lidských právech a biomedicíně dávají určité vodítko, jak postupovat i v případech, kdy by nešetrně podaná informace o infaustní prognóze mohla pacienta poškodit a zhoršit jeho psychický stav.

Také ustanovení § 55 zákona o péči o zdraví lidu dává všem zdravotníkům povinnost vykonávat své povolání s hluboce lidským přístupem k občanům. I toto ustanovení je jistým vodítkem, jak se v některých situacích chovat a jednat.

Především však ani Úmluva o lidských právech a biomedicíně, ani novela zákona o péči o zdraví lidu provedená zákonem č. 111/2007 Sb. nepožadují, aby pacient byl vždy a za všech okolností naprosto podrobně informován o prognóze své choroby, byť by tato prognóza byla velmi nepříznivá. Vyžaduje se informace o účelu a povaze poskytované zdravotní péče a každého vyšetřovacího nebo léčebného výkonu, jakož i o jejich důsledcích, alternativách a rizicích.

V současné době si lze těžko představit zadrženi informace o nepříznivé diagnóze, tedy například o tom, že pacient trpí chorobou, která je maligní. Léčí-li se pacient na onkologickém pracovišti, které je takto nazváno, je-li léčen chemoterapií či radioterapií, pak i průměrně vzdělaný člověk pochopí, že trpí ma-

ligním onemocněním. Tato informace se tedy v současné době u nás, stejně jako jinde ve světě, pacientům zpravidla sděluje, byť z každého pravidla mohou být i určité výjimky.

Pokud jde o informaci, že prognóza pacientovy choroby je velmi nepříznivá, resp. infaustní, a úmrtí lze očekávat v krátké době, nevyplývá z žádného právního předpisu, že by snad lékař byl povinen takto podrobně a nešetrně pacienta informovat. Konečně nelze nikdy vyloučit ani zcela neočekávaný obrat choroby ani v těch případech, kdy se prognóza původně jevila jako velmi nepříznivá. Medicína sice popisuje malé promile takových případů, nicméně prokazatelně existují. Byl zaznamenán i případ suicidia pacienta, který byl informován o infaustní prognóze své choroby a posléze při pitvě bylo zjištěno, že choroba „zázračně zmizela“.

Existují však situace, kdy se pacient sám naprosto pravdivé a úplné informace o své chorobě a pravděpodobné prognóze jejího dalšího vývoje dožaduje. Může pro to mít řadu velmi vážných důvodů, například i potřebu pořídit závěť, ukončit nebo změnit podnikání apod. V takovém případě je na místě pacientovi vyhovět. Dožaduje-li se tedy výslovně naprosto pravdivé a co nejvíce přesné informace o prognóze své choroby, je jistě na místě mu tuto informaci zcela pravdivě sdělit a je jeho právem tuto informaci obdržet.

Ve většině případů tomu tak u nás není. Pokud tedy sám pacient výslovně nežádá o naprosto podrobné informace o prognóze své choroby, lékař má možnost informovat pacienta velmi ohleduplným způsobem, vzít v úvahu jeho psychický stav, jeho přesvědčení bojovat s nemocí, jeho plány do budoucna a podat mu informace přiměřené těmto skutečnostem. Nelze jistě zamlčet, že choroba je velmi závažná a léčení nemusí splnit svůj účel. Bagatelizace vážné choroby s nepříznivou prognózou rozhodně není na místě. Na druhé straně ani při velmi závažném onemocnění s nepříznivou prognózou, pokud se pacient nedožaduje naprosto přesné informace, by asi nebylo vhodné brát mu naději na záchranu či alespoň určité prodloužení života, byť je to třeba velmi málo pravděpodobné. Opačný přístup by patrně nebyl v souladu s obecnými požadavky účelu Úmluvy o lidských právech a biomedicíně i účelu zákona o péči o zdraví lidu, nebyl by patrně v souladu ani se zásadami lékařské etiky a mohl by pacienta zbytečně psychicky a tím i zdravotně poškodit.

JUDr. Jan Mach, ředitel právního oddělení ČLK



Chrenek plánuje zdravotní „perpetuum mobile“

V podnikatelské říši Tomáše Chrenka najde člověk skoro všechno. Ovládá jednu z největších ocelářských firem v Česku, chystá rozjezd digitální televize a vlastní třeba i největší síť soukromých nemocnic v postkomunistické střední Evropě.

Čtyřiačtyřicetiletý třinecký miliardář Tomáš Chrenek chce ale mnohem víc. Před několika dny jeho zdravotnická skupina Agel požádala ministerstvo zdravotnictví o povolení k rozjezdu vlastní zdravotní pojišťovny.

„Ano, je to pravda. Čekáme, že nám ministerstvo odpoví do konce roku,“ potvrzuje mediální zástupce firmy Agel Tomáš Želazko žádost Agelu, o které jako první informoval server Aktuálně.cz.

Dobývá poslední tvrz

Pokud by Chrenek svou pojišťovnu získal, dobyl by ve zdravotnictví poslední tvrz, která mu ještě chybí. A uzavřel by tak i svůj zdravotnický řetězec, kterým ročně proteče několik miliard korun.

Na střední a severní Moravě už dnes úspěšně provozuje 11 nemocnic, ambulance specialistů, lékárny nebo firmu dodávající zdravotnický materiál. Jeho skupina měla loni obrát tři miliardy korun.

„Ziskovost z lékařské péče je nulová, z dalších činností je zisk řádově v desítkách milionů korun,“ řekl přesto v nedávném rozhovoru pro HN Chrenek.

Vlastnictví pojišťovny by jeho ziskům rozhodně pomohlo. Sám vybírat státem nařízenou zdravotní daň a sám si jí platit za služby vlastních ordinací a nemocnic je pro podnikatele hotové terno.

Nejde mi jen o peníze

Přesto ale podnikatel, který je v české zdravotnické branži jasně neúspěšnější, říká, že jít v tak citlivém oboru, jako je zdravotnictví, jen za ziskem je „cesta do pekel“. Jeho filozofie je prý jiná.

„Pro nás je prioritní spokojený pacient, proto musíme dělat ekonomické kompromisy. Ale právě proto, že je děláme, jsme úspěšní,“ dodává Chrenek. Jenže Chrenek jen těžko podniká v lukrativním oboru z čistého altruismu. Dokládá to i fakt, že ani jednou od začátku roku 2005, kdy do zdravotnictví vstoupil, nebyla žádná z jeho nemocnic v mínusu. Vždy uměla vykázat alespoň nějaký zisk.

Aby byl totiž Chrenek v oboru úspěšný, „loví“ mozky a investuje do nich velké peníze. Loni v září takto z pražské Homolky přetáhl asi nejschopnějšího zdravotnického manažera Oldřicha Šubrtu. A šéfem tří svých největších nemocnic nedávno jmenoval bývalého úspěšného ředitele Fakultní Thomayerovy nemocnice Petra Malého.

Bojíme se monopolu

Chrenkův řetězec za poslední dva roky zesílil natolik, že se někteří soukromí lékaři ze střední a severní Moravy začínají bát, aby je za pár let nepřeválcoval. Chrenkova pojišťovna by podle některých lékařů mohla některé kolegy zlikvidovat. „Pokud bude Agel za zdravotní péči platit sám sobě, může diktovat ceny. Pokud je nasadí příliš nízko, soukromí lékaři to na rozdíl od silných zdravotnických zařízení Agelu nemusí vydržet. Buď zkrachují, nebo se budou muset nechat od Agelu zaměst-

nat,“ varuje mluvčí lékařské komory Michal Sojka. Nebezpečí si uvědomuje i ministerstvo. „Obavy jsou logické. Uděláme vše pro to, aby byla i v těchto krajích zachována zdravá konkurence,“ slibuje mluvčí Tomáš Cikrt.

Chrenkovo impérium

Moravia Steel

Chrenek je předsedou dozorčí rady a předním akcionářem skupiny Moravia Steel. Do ní patří mimo jiné Třinecké železářny a filmové studio Barrandov. Skupina působí i v zahraničí – ovládá železnorudný Záporožský kombinát na Ukrajině.

TV Barrandov

Založil i digitální televizi TV Barrandov, která před rokem a půl získala licenci na provozování digitální televize. Kvůli soudním průtahům ale televize na start vysílání stále čeká.

Moravia Energo

Chrenek je spoluvlastníkem firmy Moravia Energo, která mezi domácími velkoobchodníky s elektřinou (nezávislími na ČEZ) patří k jedněm z nejsilnějších hráčů na trhu.

Agel

Chrenek vlastní skupinu Agel, která na střední a severní Moravě provozuje 11 nemocnic, ambulance specialistů, lékárny nebo firmu dodávající zdravotnický materiál.

Petr Vašek, Hospodářské noviny

Ostrava, první „supermarket-ordinace“

Za pět let vybudoval Marek Potysz pro třineckou firmu Agel a jejího šéfa Tomáše Chrenka největší a zároveň nejdražší řetězec soukromých nemocnic ve střední Evropě. O něco podobného se teď na vlastní pěst Potysz pokouší i s ordinacemi praktických lékařů. První článek prvního soukromého řetězce ordinací praktických lékařů dnes otevírá v Ostravě.

Doktoři: Nelíbí se nám to

Zároveň ale zástupci lékařů před Potyszovými ordinacemi varují. „Lékař, který praxi prodá, úplně ztrácí svou nezávislost. Navíc je otázka, jestli částky, které se jim nabízejí, budou platit i za několik let,“ říká šéf Sdružení praktických lékařů Václav Šmatlák.

Prezident lékařské komory Milan Kubek pak varuje před tím, že Potysz, který je stále členem dozorčí rady Agelu, může ordinace nakupovat pro svého šéfa z Agelu Tomáše Chrenka. Praktičtí lékaři by pak mohli podle Kubka dostat příkaz od Potysze, aby posílali své pacienty výhradně do nemocnic a ambulancí, které ovládá Agel. Tím by se peníze vybrané na zdravotní dani pohybovaly jen v rámci jedné skupiny a podle Kubka to by mohlo znamenat krach mnoha soukromých specialistů, kteří nemají s Agelem nic společného.

Potysz ale jakékoli spojení svého projektu s Agelem odmítá. „Budeme spolupracovat se všemi lékaři a nemocnicemi, které se budou kvalitně starat o naše pacienty,“ hájí se Potysz.

iHNED, 3. 9. 2007
(redakčně kráceno)

Vzdělávací kurzy České lékařské komory

Přehled na II. pololetí 2007

Příhlášky zasílejte na adresu:

Oddělení vzdělávání ČLK

Lékařská 2, 150 30 Praha 5, fax: 257 220 618, e-mail: vzdelavani@clker.cz, seminar@clker.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 zasláným informacím, neboť místo konání kurzu může být změněno.

Poplatky za účast na doškolovacích kurzech České lékařské komory

Cena doškolovacích kurzů ČLK, pokud není uvedeno jinak:

- pro lékaře příslušných specializací při přihlášení a platbě předem 650 Kč
- pro lékaře příslušných specializací při přihlášení a platbě na místě 720 Kč
- pro nečleny České lékařské komory 1190 Kč

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

Každý doškolovací kurz České lékařské komory je ohodnocen 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 naleznete na internetových stránkách www.clker.cz

23/07 Kurz – Úrazová chirurgie

Datum konání: 6. 10. 2007
Místo konání: Praha, Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5
Koordínátor kurzu: *Doc. MUDr. Leopold Pleva, CSc., předseda České společnosti pro úrazovou chirurgii ČLS JEP*

MUDr. Tomáš Dědek, Ph.D.

- Organizace přednemocniční péče v návaznosti na TC
- MUDr. S. Jelen
- Diagnostika a algoritmy ošetření polytraumatu na urgentním příjmu TC
- Doc. MUDr. Leopold Pleva, CSc.
- Nové operační metody v úrazové chirurgii
- MUDr. S. Skotnicová
- Radiointervenční metody v úrazové chirurgii
- MUDr. P. Nestrojil, CSc.
- Novinky v konzervativní léčbě zlomenin
- MUDr. R. Lukáš
- Nové operační metody v léčbě zlomenin
- Prof. MUDr. P. Wendsche, CSc.
- Poranění páteře – operační a konzervativní léčba
- Doc. MUDr. P. Maňák, CSc.
- Poranění ruky a možnosti jejich ošetření

24/07 Kurz – Komunikačně náročné situace mezi lékařem a pacientem a jejich zvládnutí

Datum konání: 6. 10. 2007
Místo konání: Praha, Oválná pracovní ČLK, Lékařská 2, Praha 5
Účastnický poplatek 500 Kč.
Hodnocení 6 kreditů.
Koordínátor kurzu: *PhDr. Erika Gerlová*

PhDr. Erika Gerlová, Mgr. Tatiana Krulová

- příčiny poruch v komunikaci mezi lékařem a pacientem
- principy efektivní komunikace
- komunikace pod vlivem emocí
- jednání s agresivním jedincem
- sdělování nepřijemných zpráv v lékařské praxi
- nároky na komunikaci pramenící ze současných změn v pojetí lékařské role

25/07 Kurz – Metody vyšetřování úrovně zrakové ostrosti a indikační pravidla při korekci refrakčních vad u malých nespoupracujících dětí a u dětí s vícečetným nejn zrakovým postižením
Podrobné informace jsou uvedeny na internetové adrese ČLK na adrese www.clker.cz - Odd. vzdělávání, akreditované akce – číslo akce 12814

Datum konání:

- teoretická část 13. 10. 2007. Místo konání: Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5
 - praktická část – individuální stáž (6 hodin) – *Termín si domluví každý posluchač individuálně dle svých časových možností.*
- Místo konání: Dětská oční ambulance, Zdravotnické zařízení Barrandov, Krškova 807, 152 00 Praha 5–Barrandov
Cena kurzu 2500 Kč
Koordínátor kurzu: *MUDr. Anna Zobanová*

Program teoretické části (5 hodin):

- Vývoj vidění
- Vývoj refrakce
- Metody vyšetřování úrovně zrakové ostrosti u nonverbálních pacientů
- Zásady práce s dětmi s vícečetným, nejen zrakovým postižením (MDVI)
- Kritéria pro korekci refrakčních vad brýlemi či kontaktními čočkami u dětí

26/07 Seminář – Praktické rady pro klinické hodnocení léčiv a grantové studie

Datum konání: čtvrtek 18. 10. 2007 od 17 hodin (90 minut)
Místo konání: Praha, Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5, Účastnický poplatek 250 Kč
Hodnocení 2 kredity
Koordínátor semináře: *MUDr. Ivana Koblihová, SÚKL, vedoucí Sekce klinického hodnocení a farmakovigilance*

- Co je považováno za klinické hodnocení
- Podmínky provádění klinických hodnocení – jak se nedostat do rozporu se zákonem
- Úkoly lékaře v klinickém hodnocení
- Co dělat, když je grantový úkol současně klinickým hodnocením

27/07 Kurz – Novinky v neodkladné péči 2007 – OPAKOVÁNÍ

Datum konání: 20. 10. 2007
Místo konání: Praha, Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5
Koordínátor kurzu: *Doc. MUDr. Jarmila Drábková, OCHRIP, FN Praha Motol*

Předběžný program kurzu je uveden na internetových stránkách ČLK – odd. vzdělávání, akreditované akce – číslo 12811.

28/07 Kurz – Chirurgie

Datum konání: 27. 10. 2007
Místo konání: Praha, Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5
Koordínátor kurzu: *MUDr. Vít Jakoubek, ÚPMD, Praha 4-Podolí*

- As. MUDr. Svatopluk Smutný
- Některé aspekty soudobé tyroideální chirurgie
- As. MUDr. Ronald Pospíšil
- Aktuální v hrudní chirurgii.
- Prim. MUDr. Karel Harvánek, MUDr. Dušek
- Chirurgie třísle a chlapeckého genitálu
- MUDr. Kletenský
- Plastická chirurgie

40/07 Seminář – Komunikačně náročné situace mezi lékařem a pacientem a jejich zvládnutí

Datum konání: 27. 10. 2007
Místo konání: Olomouc
Účastnický poplatek 500 Kč.
Hodnocení: 6 kreditů.
Koordínátor kurzu: *PhDr. Erika Gerlová*
Podrobné informace jsou uvedeny u semináře 24/07.

29/07 Kurz – Novinky v moderní psychiatrické péči

Datum konání: úterý 30. 10. 2007 od 9 hodin
Místo konání: Psychiatrická klinika 1. LF UK, Ke Karlovu 11, Praha 2, velká posluchárna
Koordínátor kurzu: *MUDr. Ladislav Procházka, předseda oborové komise pro psychiatrii VR ČLK*

Prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc.

- Afektivní poruchy (novinky v léčbě)
 - As. MUDr. Pavel Doubek, Ph.D.
 - Schizofrenní poruchy (novinky v léčbě)
 - Doc. MUDr. Roman Jiráček, CSc.
 - Demence (možnosti biopsychosociální péče)
 - Doc. MUDr. Hana Papežová, CSc.
 - Somatoformní poruchy (diagnostika a léčba)
 - Doc. MUDr. Ivo Paclt, CSc.
 - Hyperkinetická porucha od dětství do dospělosti (novinky v diagnostice a léčbě hyperkinetické poruchy dětí a dospělých)
 - Prim. MUDr. Petr Popov
 - Substituční léčba u duševních poruch vyvolaných účinkem psychoaktivních látek (indikace a možnosti substituční léčby)
 - MUDr. Zdeněk Bašný
 - Vývojové trendy moderní psychiatrie v České republice (iluze, vize, realita)
 - Doc. MUDr. Ladislav Procházka
 - Přínos soudní psychiatrie pro klinickou praxi (konfrontace psychiatrie s právními normami)
- Po ukončení vzdělávacího semináře event. neformální diskusní posezení k aktuálním otázkám psychiatrické péče.

30/07 Právní seminář

Datum konání: čtvrtek 1. 11. 2007
Místo konání: Děkanát 1. LF UK, Kateřinská 32, Praha 2
Účastnický poplatek pro členy ČLK 300 Kč
Pro nečleny ČLK 300 Kč
Účastnický poplatek je nutné uhradit předem formou poštovní poukázky nebo bezhotovostně. Pozvánka spolu se složenkou bude rozesílána 10 dnů předem. Doklad o úhradě je nezbytné předložit u registrace.
Koordínátor: *JUDr. Jan Mach, ředitel právního odboru ČLK*

- Aktuální právní problémy při výkonu lékařského povolání
- Novinky ve zdravotnické legislativě
- Zákon č. 111/2007 Sb. – nová právní úprava nahlášení do zdravotnické dokumentace a její aplikace v praxi
- Vyhláška č. 385/2006 Sb. ve znění vyhlášky č. 64/2007 Sb. o vedení zdravotnické dokumentace a její aplikace v praxi
- Informovaný souhlas a nesouhlas pacienta se zdravotním výkonem
- Právní odpovědnost při výkonu lékařského povolání, kazistiky
- Právní sebeobrana lékaře – jak reagovat na trestní oznámení, žaloby, vyhrožování, útoky na profesní čest v médiích
- Dohodnuté a nadstandardní služby poskytované na žádost pacienta
- Právní problematika smluvních vztahů zdravotnických zařízení a zdravotních pojišťoven, nové rámcové smlouvy dle vyhlášky č. 618/2006
- Odpovědi na dotazy a diskuse k dalším aktuálním problémům medicínského práva

31/07 Kurz intenzivní medicíny

– 1. blok: respirační a renální selhání
Datum konání: 3. 11. 2007
Místo konání: Praha, Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5
Koordínátor kurzu: *MUDr. Jiří Valenta, KARIM VFN 1. LF UK Praha 2*

MUDr. Josef Závada, CSc.

- Respirační selhání
- MUDr. Pavel Herda
- Zajištění dýchacích cest
- MUDr. Jiří Valenta
- Umělá plicní ventilace
- MUDr. Marek Svítek
- COPD a astma bronchiale

MUDr. Zdeněk Stach

- Monitorace respiračního systému
- MUDr. Tomáš Kotulák
- Oligurie a renální selhání
- MUDr. František Novák
- Prevence a léčba akutního renálního selhání
- MUDr. Martin Balík, Ph.D.
- Antikoagulační CRRT s rizikem krvácení

32/07 Kurz – Závislost na tabáku

Datum konání: 3. 11. 2007
Místo konání: Praha, Oválná pracovní ČLK, Lékařská 2, Praha 5
Koordínátor kurzu: *MUDr. Eva Králíková, CSc.*
1. LF UK a VFN Praha

MUDr. Eva Králíková, CSc.

- Epidemiologie a prevence, složení tabákového kouře
- Prof. MUDr. František Perlík, DrSc.
- Lékové interakce kouření
- Prof. MUDr. Luboslav Stárka, DrSc.
- Kouření a endokrinní systém
- MUDr. Aleš Herman, Ph.D.
- Kouření a KVO
- MUDr. Eva Králíková, CSc.
- Princip závislosti na tabáku
- Léčba závislosti na tabáku: psychobehaviorální intervence a farmakoterapie, současné možnosti v ČR
- MUDr. Lenka Štěpánková
- Psychoterapie závislosti na tabáku, psychiatrická komorbidity kuřáků
- MUDr. Eva Králíková, CSc., MUDr. Lenka Štěpánková
- Nácvik skupinové terapie – nejčastější dotazy pacientů

33/07 Infekční kurz

Datum konání: 10. 11. 2007
Místo konání: Praha, ÚPMD, Praha 4-Podolí, Podolské nábř. 157
Koordínátor kurzu: *MUDr. Jana Běbová, Ph.D., Poliklinika Lovosická 440/40, Praha 9*

MUDr. Zuzana Blechová

- Proč se mění očkovací kalendář?
- Aktuální změny v očkovacím kalendáři
- Nové očkovací látky (RSV, papilomaviry, pneumokokové infekce, rotavirové infekce, varicella + herpes zoster)
- MUDr. Dita Srníšková,
- doc. MUDr. Zuzana Mandáková
- Horečky po návratu z tropů – cestovatelská medicína
- Prim. MUDr. Hana Roháčová, Ph.D., MUDr. Machala
- Vysoce nebezpečné nákazy
- MUDr. Dušan Pícha
- Vektorem přenesené nákazy (bakteriální i virové)
- Doc. MUDr. Vilma Marešová, CSc.
- Pneumonie v dospělém a dětském věku
- MUDr. Machala
- HIV pacienti v ambulanci péči

41/07 Seminář – Komunikačně náročné situace mezi lékařem a pacientem a jejich zvládnutí

Datum konání: 10. 11. 2007
Místo konání: Brno
Účastnický poplatek 500 Kč.
Hodnocení: 6 kreditů.
Koordínátor kurzu: *PhDr. Erika Gerlová*

Podrobné informace jsou uvedeny u semináře 24/07.

34/07 Seminář – Jak legálně používat neregistrované přípravky

Datum konání: středa 14. 11. 2007 od 17 hodin (90 minut)
Místo konání: Praha, Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5
Účastnický poplatek 250 Kč
Hodnocení 2 kredity
Koordínátor kurzu: *MUDr. Ivana Koblihová, SÚKL, vedoucí Sekce klinického hodnocení a farmakovigilance*



- Obecná pravidla pro používání léků
- Použití neregistrovaného léku pro jednotlivého pacienta a co s tím souvisí
- Specifické léčebné programy – praktické rady pro realizaci

35/07 Kurz – Odborný seminář o PNP

Datum konání: 24. 11. 2007

Místo konání: Praha, Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5

Koordínátor kurzu: MUDr. Zdeněk Schwarz, ředitel Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy

MUDr. Ondřej Franěk

- Aplikace nových doporučených postupů v KPR (ERC 2005). Nové přístupy ke KPR – TANR, směřování pacienta po úspěšné KPR
- MUDr. Tomáš Garnol

- Defibrilace, parametry výboje, správné postupy v terénu, AED – praktické ukázky v součinnosti s firmou ZOLL

MUDr. Jan Škoula

- Různé typy arytmií s hemodynamickým efektem a bez hemodynamického efektu – ukázka na simulátoru, způsoby léčby
- MUDr. Milana Pokorná, MUDr. Jan Bělohávek

- Použití autoplusu, seznámení s přístrojem (firma ZOLL), praktická ukázka, vyjádření klinického pracoviště, různé techniky KPR
- MUDr. Josef Vosátka, p. Ryba DiS.

- Praktická ukázka a nácvik KPR u dospělých, dětí atd.

MUDr. Josef Vosátka

- Alternativní zajištění dýchacích cest (krom OTI, kombitubus, laryngeální maska, minitrich, tracheovick, indikace použití rizika atd.) – praktická ukázka

MUDr. Milana Pokorná

- Alternativní zajištění vstupu do žilního řečiště (intrateosnáhlá jehla a další postupy – praktická ukázka)

MUDr. Jaroslav Valášek

- Úmrtí pacienta v PNP, postupy při ohledání, chyby, omyly, metodika

36/07 Kurz – Pediatrie

Datum konání: 1. 12. 2007

Místo konání: Praha, ÚPMD, Praha 4-Podolí, Podolské náb. 157

Koordínátor kurzu: MUDr. Marcela Černá, Ústav pro péči o matku a dítě, Praha 4-Podolí

Doc. MUDr. Ivo Paclt, CSc.

- Hyperkinetický syndrom u dětí
- As. MUDr. Helena Ambrožová, CSc.
- Hepatopatie u infekčních onemocnění u dětí
- As. MUDr. Helena Ambrožová, CSc.
- Extraintestinální projevy salmonelových infekcí u dětí

MUDr. Ivana Koblihová

- Vzájemná spolupráce Státního ústavu pro kontrolu léčiv a pediatrii v primární péči
- MUDr. Štěpánka Čapková

- Parazitární onemocnění kůže a vlasů u dětí
- MUDr. Petr Kouřil

- Vzájemná interakce mezi lékařem a náročným pacientem

- Chování k pacientům mimoevropských kultur a náboženství

37/07 Kurz – Novinky ve vnitřním lékařství

Datum konání: 1. 12. 2007

Místo konání: Praha, Klub ČLK,

Lékařská 2, Praha 5

Koordínátor kurzu: MUDr. Jan Bruthans, CSc., FESC, Pracoviště preventivní kardiologie IKEM, Praha

MUDr. Petr Janský

- Akutní koronární syndrom
 - Prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.
 - Nádorová onemocnění zažívacího traktu
- MUDr. Robert Čihák, CSc.

- Arytmologie

MUDr. Jan Bruthans, CSc.

- Arteriální hypertenze

Prof. MUDr. Miroslav Marel, CSc.

- Pneumologie

Prof. MUDr. Michal Anđel, CSc.,

MUDr. Jan Brož

- Diabetes mellitus

As. MUDr. Martin Havnra, CSc.

- Nefrologie

As. MUDr. Zdeněk Kalvach, CSc.

- Geriatrie

38/07 Kurz – Novinky v neodkladné péči 2007 – OPAKOVÁNÍ

Datum konání: 8. 12. 2007

Místo konání: Praha, Klub ČLK,

Lékařská 2, Praha 5

Koordínátor kurzu: Doc. MUDr. Jarmila Drábková, OCHRIP, FN Praha Motol

Předběžný program kurzu je uveden na internetových stránkách ČLK – odd. vzdělávání, akreditované akce – číslo 12811.

39/07 Kurz – Komunikace náročných situací mezi lékařem a pacientem a jejich zvládnutí – OPAKOVÁNÍ

Datum konání: 8. 12. 2007

Místo konání: Praha, Ověrná pracovní ČLK,

Lékařská 2, Praha 5

Koordínátor kurzu: PhDr. Erika Gerlová

Podrobné informace jsou uvedeny u kurzu č. 24/07

1/08 Kurz – Diabetologie

Datum konání: 5. 1. 2008

Místo konání: Praha, ÚPMD, Praha 4-Podolí,

Podolské náb. 157

Koordínátor kurzu: MUDr. Anđelová,

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

Prof. MUDr. Michal Anđel, CSc.

- Novinky v léčbě diabetu II. typu

MUDr. Stanislava Koloušková, CSc.

- Novinky v dětské diabetologii

MUDr. František Duška

- Perorální anti-diabetika

MUDr. Marcela Černá

- Dítě diabetické matky

MUDr. Kateřina Anđelová

- Diabetes v těhotenství

MUDr. Ludmila Trešlová, CSc.

- Novinky v léčbě diabetu I. typu.

2/08 Kurz – Pediatrie

Datum konání: 12. 1. 2008

Místo konání: Praha, ÚPMD, Praha 4-Podolí,

Podolské náb. 157

Koordínátor kurzu: MUDr. Marcela Černá,

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

Doc. MUDr. Ivo Paclt, CSc.

- Deprese u dětí

MUDr. Jaroslava Turziková

- Astma a virové infekce u dětí

- Zajímavé kauzistiky z pneumologické praxe

Doc. MUDr. Jiří Chomiak, CSc.

- Zánět v dětské ortopedii

Doc. MUDr. Vilma Marešová, CSc.,

MUDr. Dita Smlíková

- Infekce plodu a novorozence v ordinaci PDDL

PŘIPRAVUJEME**19. 1. 2008 Kurz intenzivní medicíny**

koordinátor MUDr. Jiří Valenta

26. 1. 2008 Kurz imunologie

koordinátor MUDr. Jana Bibová

Syndrom vyhoření u lékaře

koordinátor PhDr. Erika Gerlová

Inzerce

Příjem řádkové inzerce:
recepte@clk.cz časopis ČLK
Lékařská 2, 150 00 Praha 5
tel.: +420 257 217 226
fax: +420 257 220 618

Volná místa – poptávka

Praktický lékař v Ostravě, hledá možnost praxe v ambulanci praktického lékaře, na 1–2 roky, nejlépe zástup. Tel.: 732 885 758

Volná místa – nabídka

Přijmeme lékaře s odborností sexuologie na částečný úvazek. Výhodné platové podmínky. Nástup dle dohody, možný ihned. Praha 4. Tel.: 261 006 427, 443, mobil: 602 318 025

Nemocnice s poliklinikou Karviná-Ráj přijme do pracovního poměru pro lůžkové pracoviště ARO v Orlové anesteziologa, nejlépe s atestací v oboru či s perspektivou jejího brzkého složení. Přiležitost i pro absolventy se zájmem o tento obor. Nástup možný ihned. Žádosti přijímá personální oddělení NsP Karviná-Ráj, Vydmuchovo 399/5, Karviná-Ráj, 734 12. Blíží informace pí.Vrbová. Tel.: 596 383 205, email: vrbova@nspka.cz

Přijmu lékaře/ku pro obor dermatovenerologie na částečný úvazek do zavedené kožní ambulance na Praze 6. Atestace podmínkou. Nástup dle dohody. Tel.: 608 886 941

Přijmeme lékaře s odborností chirurgie na částečný úvazek. Výhodné platové podmínky. Nástup dle dohody, možný ihned. Praha 4. Tel.: 261 006 427, 443, mobil: 602 318 025

Nemocnice Jindřichův Hradec, a. s., přijme vedoucího lékaře léčebny dlouhodobě nemocných a oddělení následné péče. Předpoklady - atestace, specializovaná způsobilost v oboru interní lékařství. Výhodné platové podmínky, nástup možný ihned, ubytování zajištěno, možnost přidělení bytu, práce v novém moderním prostředí. V případě zájmu ihned telefonicky kontaktujte primáře interního oddělení MUDr. Jiřího Pločka na tel.: 384 376 389 nebo sekretariát nemocnice na tel.: 384 376 134, případně písemně na adresu: Nemocnice Jindřichův Hradec, a. s., u nemocnice 380/III, 377 38 Jindřichův Hradec

Uherskohradištská nemocnice, a. s., přijme do pracovního poměru lékaře/ku dětského oddělení. Informace podá MUDr. Jan Petrželka, primář dětského oddělení, tel.: 572 529 580, e-mail: petrzelk@nspuh.cz. Písemné nabídky zasílejte na adresu: Uherskohradištská nemocnice, a. s., zaměstnanecský útvar, J.E. Purkyně 365, Uherské Hradiště, 686 68

Přijmu lékaře do ambulance v Praze - dialýza a nefrologie. Nutná atestace: interna I.st., nefrologická praxe výhodou, kratší úvazek možný. Tel.: 602 812 388

Karvinská homická nemocnice, a. s., akreditované zdravotnické zařízení, přijme lékaře na rehabilitační oddělení. Kvalifikační požadavky: specializovaná způsobilost v oboru nebo předpoklad jejího získání do 1 roku, zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb. Nabízíme smluvní plat, možnost odborného růstu, zaměstnanecské výhody, práci ve špičkově vybavené nemocnici. Písemné nabídky s profesním životopisem zasílejte do 4 týdnů od zveřejnění na adresu: Karvinská homická nemocnice a.s., sekretariát ředitele, Zakladatelská 975/22, 735 06 Karviná-Nové Město. Kontaktní osoba: MUDr. Canibal, e-mail: canibal@ktnu.cz, tel.: 596 380 420, 411

Zaměstnám dětskou lékařku, výhledově možné předání praxe, možno i na částečný úvazek. Dětská ordinace Štětí nebo Mělník. Velmi výhodné podmínky. Tel.: 731 234 535

Přijmu praktického lékaře do pohotovostních služeb a na zástup stáží, dovolených a nemocí. Podmínkou je atestace všeobecného lékařství. REHA-PRAKTIK, spol. s r. o. Praha, provozovna Nýrsko. Tel.: 737 369 677

Medifin, s.r.o. hledá pro své ordinace v Praze 5, Kartouzská: ortopeda, fyzioterapeutku (1,0), v Praze 10, Ptaňská: praktického lékaře (1,0), radiologického asistenta (1,0). Informace na tel.: 281 019 251, Ing. Denderová, e-mail: info@medifin.info

Sestru, do třísměrného provozu pro oddělení léčby závislosti – lůžkové oddělení mužů, přijme Všeobecná fakultní nemocnice v Praze. Nabízíme kreativní práci v terapeutickém týmu pod supervizí. Požadujeme registraci, zájem o obor a chuť se dále vzdělávat v psychoterapii. Nástup možný ihned. Informace poskytně Zdeňka Hlavatá na tel.: 224 968 209, 225. Strukturovaný životopis zasílejte na: hlavata.zdenka@vfn.cz

Foniatričká klinika 1. LF UK a VFN, Žitná 24, 120 00 Praha 2, přijme na dobu určitou (zástup za MD) foniatri-ORL lékaře se zájmem o obor audiologie a foniatrie nebo absolventa LF. Žádost se strukturovaným životopisem laskavě zasílejte na sekretariát kliniky nebo e-mailem na adresu: bendova.olga@vfn.cz

Do oční ambulance se zavedenou klientelou v Brně přijmu na částečný úvazek lékaře s licenci. Kontaktujte nás e-mailem na adresu: daneml@seznam.cz nebo na tel.:737 303 950

Fakultní nemocnice v Motole přijme sekundárního lékaře pro práci na metabolické jednotce Interní kliniky UK 2. LF. Požadavky: minimálně 2 roky praxe v oboru. Písemné nabídky s CV zasílejte na adresu: Interní klinika 2. LF, FN Motol, V Úvalu 84, 150 06 Praha 5, popř. na e-mail: interna@fnmotol.cz. Nástup dle dohody, ubytování pro mimopražské. Informace na tel.: 224 434 001

Fakultní nemocnice v Motole přijme na jednotku intenzivní a resuscitační péče a na jednotku fyziol. novorozenců pro novorozenecké odd. s JIRP: lékaře/ky, u kterých je preferována atestace z dětského lékařství, neonatologická praxe vítána. Na táž odd. přijmeme registrované sestry (diplomovaná dětská sestra, všeobecná sestra, porodní asistentka) do nepřetržitého provozu. Písemné nabídky s CV zasílejte na: vrchní s. Šrnídllová, novorozenecké odd. s JIRP, FN Motol, V Úvalu 84, 150 06 Praha 5 nebo na e-mail: dana.srnidlova@fnmotol.cz, fax: 224 432 120. Informace o ubytování pro mimopražské na tel.: 224 432 105, 101

Fakultní nemocnice v Motole přijme pro spinální jednotku Kliniky rehabilitace UK 2. LF sekundárního lékaře/ku. Požadavky: atestace (neurologie, interna, ortopedie, chirurgie, ARO) nebo alespoň ukončený základ v uvedených specializacích. Nástup od 1. 11. 2007, ubytování pro mimopražské. Písemné nabídky s CV zasílejte na: prim. MUDr. Horáček, Kl. rehabilitace 2. LF, FN Motol, V Úvalu 84, 150 06 Praha 5 nebo na e-mail: ondrej.horacek@fnmotol.cuni.cz. Tel.: 224 439 201

Nemocnice s poliklinikou Mělník přijme lékaře pro interní oddělení. Požadujeme minimálně dva roky praxe v oboru. Dále přijmeme lékaře do pneumologické ambulance e. II. atestací v oboru, možnost ubytování. Kontakt: p. Humplová, tel.:315 639 104, mobil: 604 295 371, e-mail: humplova@nspmelnik.cz

Představenstvo Nemocnice Tábor, a. s., přijme do pracovního poměru farmaceutického asistenta. Požadavky: vzdělání v oboru diplomovaný farmaceutický asistent nebo farmaceutický laborant, specializace v úseku práce lékárenství vítána, praxe v oboru vítána, zdravotní způsobilost a bezúhonnost. Písemné nabídky zasílejte na adresu: Nemocnice Tábor, a. s., personální oddělení, kpt. Jaroše 2000, 390 03 Tábor, popř. na elektronickou adresu: iva.glatzova@ontab.cz. Tel.: 381 608 321, Iva Glatzová. Blíží informace poskytně: PharmDr. Jaroslava Chalupská, vedoucí nemocniční lékárny na tel.: 381 608 241

Představenstvo Nemocnice Tábor, a. s. přijme do pracovního poměru farmaceutice. Požadavky: VS vzdělání, Mgr. farmacie, specializace v klinické farmácii vítána, zdravotní způsobilost a bezúhonnost. Písemné nabídky zasílejte na adresu: Nemocnice Tábor, a.s., personální oddělení, kpt. Jaroše 2000, 390 03 Tábor, popř. na elektronickou adresu: iva.glatzova@ontab.cz. Tel.: 381 608 321, Iva Glatzová. Blíží informace poskytně: MUDr. Jan Neškudla, místopředseda představenstva Nemocnice Tábor, a. s., tel.: 381 608 756

Naléhavě se hledá neurolog do dynamické skupiny pracující v prostředí nestátního zdravotnického zařízení, na plný nebo částečný pracovní úvazek, včetně práce u lůžka a s možností účastnit se provádění klinických studií. Předností a platový růst, možnost účasti na zahraničních konferencích je samozřejmostí. Kontaktní e-mail: yvsata@neurolog.cz, pazdera@neurolog.cz, helana@neurolog.cz, tel.: 604 236 033, 775 575 460

Nestátní zdravotnické zařízení v Praze 9 přijme rehabilitačního lékaře i na zkrácený úvazek. Tel.: 266 032 894

Hornická poliklinika, s. r. o., v Ostravě přijme zdravotního laboranta, požadované vzdělání: SZŠ nebo VZŠ, obor zdravotní laborant, PSS výhodou. Termín nástupu: ihned. Kontaktní tel.: 597 454 111, pí. Vaňková

Nemocnice Nové Město na Moravě, příspěvková organizace, přijme 2 lékaře absolventy nebo v přípravě k atestaci z chirurgie na chirurgické oddělení. Nabízíme práci na nově rekonstruovaném chirurgickém oddělení s akreditací z chirurgie a traumatologie, operace v nově postavených centrálních operačních sálech, možnost dalšího odborného růstu a vzdělávání, možnost ubytování a zaměstnaneckých bonusů. Blíže informace u prim. MUDr. Milana Malečka, e-mail: maleckm@seznam.cz, tel.: 566 801 210, mobil: 602 511 797

Ředitel Fakultní nemocnice Královské Vinohrady vypisuje výběrové řízení na funkci: primář Oftalmologické kliniky. Požadovaná kvalifikace: VŠ vzdělání lékařského směru, specializovaná způsobilost v oboru podle zákona č. 95/2004 Sb., minimálně 10 let praxe v oboru, zdravotní způsobilost a bezúhonnost, zkušenosti s vedoucí funkcí, licence ČLK k výkonu vedoucí funkce v oboru, organizační a komunikační schopnosti, schopnost vědecko-výzkumné činnosti. Písemné přihlášky s profesním životopisem, osobní dotazník, ověřené fotokopie dokladů o dosaženém vzdělání, výpis z rejstříku trestů (ne starší 3 měsíců), osvědčení podle zákona č. 451/91 Sb., zasílejte do 3 týdnů po zveřejnění inzerátu na adresu: FNKV, vedoucí personálního oddělení p. Zdeněk Pastyřík, Šrobárova 50, 100 34 Praha 10

Ředitel Fakultní nemocnice Královské Vinohrady přijme pro oddělení psychiatrie ambulantního psychiatra s konziliární službou. Požadovaná kvalifikace: VŠ vzdělání lékařského směru, specializovaná způsobilost v oboru podle zákona č. 95/2004 Sb. (II. atestace v oboru), alespoň 5 let praxe v oboru, zkušenosti s konziliární službou, nástup od 1. 9. 2007 nebo dle dohody. Písemné přihlášky s profesním životopisem, osobní dotazník, ověřené fotokopie dokladů o dosaženém vzdělání, výpis z rejstříku trestů, zasílejte po zveřejnění inzerátu na adresu: FNKV, vedoucí personálního oddělení p. Zdeněk Pastyřík, Šrobárova 50, 100 34 Praha 10. Blíže informace: vedoucí lékařka psychiatrického ambulantního odd., e-mail: nesvadbo@fnkv.cz

NZZ na Praze 5 hledá lékaře těchto odborností: internista, praktický lékař, rentgenolog. Nabízíme zajímavé finanční ohodnocení a příjemné pracovní prostředí. Požadujeme příjemné vystupování, vstřícnost, znalost AJ. Kontakt: 777 006 002, e-mail: jitka.vrsecka@prevence.cz

Věžská služba ČR, Věžnice Stráž pod Ralskem, nabízí pracovní uplatnění praktickému lékaři na plný i zkrácený úvazek. Nutná specializace I. stupně nebo specializovaná způsobilost a bezúhonnost. Nabízíme dobré platové podmínky, práci v jednosměrném provozu, zajištěnou dopravu do zaměstnání v České Lípě a Liberce, sociální zázemí (možnost ubytování, stravování, rekreační a rehabilitační péče, bezúročných půjček na bytové účely aj.). Podrobnější informace podají personalistky paní Mocová (tel.: 487 878 265, e-mail: imocova@vez.spr.justice.cz) nebo paní Černá (tel.: 487 878 266, e-mail: hcerma@vez.spr.justice.cz; poštovní adresa: Věžnice VS ČR, pošt. příhr. 10, 471 24 Stráž pod Ralskem).

Městská nemocnice v Dráždanech – Friedrichstadtu, fakultní nemocnice Technické univerzity v Dráždanech, shání k okamžitému nástupu odborného lékaře-gynekologa. Specializujeme se především na onkologické operace, mammochirurgii, rekonstruktivní plastické operace a chirurgii pánevního dna. Požadujeme: lékaře s atestací, operační praxi,

dobrou znalost němčiny. Nabízíme: další profesní rozvoj, plat dle tarifní smlouvy pro lékaře v komunálních nemocnicích SRN. V případě zájmu kontaktujte vrchního lékaře pana Doc. MUDr. Degena, tel.: 0049 351 480 1620. Nabídky zasílejte do: 30.9.2007 na adresu: Krankenhaus-Friedrichstadt, Friedrichstraße 41, 01067 Dresden, Germany. www.khdf.de

Hledám dermatologa do privátní kožní ordinace v Hodoníně. Podzim 2007. Tel.: 603 758 026

Für Krankenhausgruppen in Bayern und Sachsen suchen wir: Fachärzte: Gastroenterologie, Kardiologie, Nephrologie und Neurologie Assistenzärzte zur Weiterbildung im Fach: Innere Medizin, Chirurgie, Anästhesie Für weitere Auskünfte, steht Ihnen Herr Bindig gerne zur Verfügung MEDComes-Personalberatung – Röntgenstrasse 1–D- 92421 Schwandorf, tel.: +49-(0)9431-378962, fax: +49-(0)9431-378963, e-mail: info@medcomes.com, web: www.medcomes.com

Úřad práce v Klatovech pro lékařskou posudkovou službu přijme lékaře s atestací z posudkového lékařství, případně s výhledem na její brzké vykonání. Úkolem lékaře bude zpracování podkladů pro účely posuzování v kompetenci úřadu práce ve věcech zaměstnanosti, dávek sociální péče a státní sociální podpory. Informace na tel.: 376 349 201. Písemné nabídky zasílejte na adresu: ÚP v Klatovech, sekretariát, Krameriova 180/1, 339 01 Klatovy

Nemocnice Jihlava, příspěvková organizace, přijme lékaře na anesteziologicko-resuscitační oddělení, atestace z oboru AR vítána. Informace poskytuje personální a mzdové oddělení, tel.: 567 157 644, e-mail: novotna@nemji.cz nebo ARO prim. MUDr. Pavel Jiráněk, tel.: 737 312 494, e-mail: jirankp@nemji.cz

Nemocnice Litomyšl přijme lékaře na chirurgické oddělení. Kontakt na tel.: 737 948 930, e-mail: dalibor.dvorak@nemocnice.litl.cz nebo písemně na adresu: Nemocnice Litomyšl, J.E.Purkyně 652, 570 01 Litomyšl

Podhorská nemocnice, a. s., přijme do pracovního poměru lékaře pro tato oddělení: interní oddělení (lékař II. atestace ev. spec. způsobilost, lékař I. atestace, lékař bez atestace - 2 absolventi), chirurgické oddělení (lékař I. atestace, lékař bez atestace-absolvent), ARO (lékař II. atestace ev. spec. způsobilost, lékař I. atestace, lékař bez atestace-absolvent), RDG oddělení (lékař I. atestace), gynekologické oddělení (lékař bez atestace-absolvent), rehabilitační oddělení (lékař s atestací event. absolvent). Pro všechny pozice nabízíme lukrativní platové podmínky, příjemné pracovní prostředí, možnost dalšího vzdělávání, možnost ubytování a příspěvku na stravování, 5 týdnů dovolené. Kontakt: Podhorská nemocnice, a. s., Hornoměstská 549/16, 795 01 Rýmařov; email: pavel.oravec@podhorska.cz, www.podhorska.cz

Sanatorium Achillea v Praze – Čimicích přijme dermatologa s atestací na plný nebo zkrácený úvazek. Tel.: 603 222 123

Oblastní nemocnice Kolín, a. s., přijme lékaře/ku (případně absolventa/ku) na neurologické oddělení. Nástup možný ihned nebo dle dohody. Kontakt: prim. MUDr. Ludmila Bláhová, tel.: 321 756 231, mobil: 602 203 195, e-mail: ludmila.blahova@nemocnicekolin.cz

Nemocnice Blansko přijme lékaře radiodiagnostického oddělení, nejlépe v úvazku 1,0. Kvalifikační předpoklady: praxe v radiodiagnostice alespoň 12 měsíců, nejlépe specializovaná způsobilost v oboru RDG, občanská a morální bezúhonnost. Nástup dle dohody. Písemné žádosti zasílejte do 30.10.2007 na personální oddělení Nemocnice Blansko, Sadová 33, 678 31 Blansko, tel.: 516 838 116, e-mail: vasickova@nemobk.cz

Zavedené NZZ přijme do psychiatrické ambulance v Kolíně na HPP i na zkrácený úvazek

lékaře/ku (i matka na MD, důchodce), zaměření na gerontopsychiatrii a psychoterapii vítáno. Požadujeme: příslušné vzdělání v oboru, licence nebo odborná způsobilost, výpis z rejstříku trestů, potvrzení o zdrav. Stav, profesionální vystupování se vztahem zaměřeným na klienta. Nabízíme: dobré platové ohodnocení, zaškolení, flexibilní pracovní dobu, pouze denní služby. Profesní životopis zasílejte na e-mail: michaelamalkova@seznam.cz, případně kontaktujte na tel.: 777 342 997

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

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

Zdravotnická záchraná služba kraje Vysočina, příspěvková organizace, přijme do pracovního poměru nebo na dohodu o pracovní činnosti lékaře pro výjezdovou stanoviště v kraji Vysočina. Podmínkou je atestace v základním oboru (ARO, chirurgie, interna, pediatrie nebo všeobecné lékařství); vítána je atestace z urgentní medicíny a medicíny katastrof nebo příprava na ni. Nabízíme vynikající platové podmínky. Písemné žádosti s profesním životopisem zasílejte poštou na adresu: ZZS KV, Vrchlického 61, 586 01 Jihlava nebo e-mailem: kettner@zsvsvojcina.cz. Podrobné informace poskytnete MUDr. Lukáš Kettner, ředitel ZZS KV, p.o., tel.: 602 224 603

Dermatovenerolog. Nestátní poliklinika v Berouně přijme dermatovenerologa. Nabízíme možnost ubytování a výhodné platové podmínky. Atestace podmínkou. Informace na tel.: 311 746 424 nebo 311 746 155

Železniční poliklinika Olomouc přijme do pracovního poměru na úvazek 1,0 lékaře s atestací a licenčním oprávněním v oboru gynekologie. Písemné nabídky přijímáme na personálním odd. ŽP, Jeremenkova 40, 772 52 Olomouc. Info na tel: 972 748 509 nebo 972 748 596, www.os.cd.cz/zdravotnictvi/, e-mail: zpolcper@pds.olec.cd.cz

Alergolog. Nestátní poliklinika v Berouně přijme lékaře-alergologa 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

Přijmu na pozici asistenta lékaře či lékařku na obvod PL pro dospělé (v blízkosti Prahy, směr Ružyně) s perspektivou převzetí praxe. Preferuji lékařku s dětmi, kterou bych zastupoval v penzi. Tel.: 602 970 280 (večer, po 17. hod.)

Lázně Poděbrady, a. s., přední poskytovatel lázeňské kardiorehabilitační léčby přijmou: lékaře kardiologa se znalostí echokardiografie a klinické problematiky, lékaře diabetologa - atestace a licence podmínkou, znalost německého nebo ruského jazyka výhodou. Velmi zajímavá práce, včetně práce na diabetologické ambulanci. Lékaře-atestace z interny, event. FBLR. Výhodou znalost německého event. ruského jazyka. Dobré finanční podmínky, velmi zajímavá práce. Nástup ihned nebo dle dohody. Možnost ubytování. Blíže informace prim. Dr. Karel, tel.: 602 878 122

Přijmeme lékaře s odborností vnitřní lékařství na celý i na částečný úvazek. Výhodné platové podmínky. Praha 4. Mobil: 602 318 025, tel.: 261 006 427, 443

Oční lékař do pozice vedoucího lékaře, očního lékaře-sekundáře head office oční ordinace. Oční optika hledá lékaře, úvazek dle dohody. Nabízíme práci v akreditovaném zařízení. Tel: 602 357 210

Farmaceutická společnost přijme lékaře na plný úvazek pro činnosti při provádění klinických studií. Znalost AJ a atestace výhodou. Dobré platové podmínky, nové moderní pracoviště.

Informace o společnosti naleznete na www.quinta.cz. CV zasílejte na: ales.mazura@quinta.cz, tel.: 242 454 398

Nemocnice Třebotov, a. s., přijme lékaře na místo zástupce primáře lůžek LDN. Požadujeme: vzdělání - 2 atestovaný internista, geriatr, event. 1 atestovaný internista se specializovanou způsobilostí z vnitřního lékařství. Dále nemocnice přijme sekundárního lékaře pro lůžka následné péče. Požadujeme: vzdělání - 1 atestovaný internista nebo geriatr. Nabízíme: dobré pracovní podmínky, možnost ubytování i možnost částečného úvazku. Blíže informace-primářka MUDr. Eva Říhová, tel.: 257 899 937, e-mail: primar@nemocnice.trebotov.cz

Přijmu psychiatra do přímých podmínek ambulantní praxe ve Frýdku-Místku a Českém Těšíně. Tel.: 558 646 327. E-mail: monika.weimerova@seznam.cz

Zástup

Hledám lékaře k dlouhodobému zástupu do ordinace praktického lékaře pro dospělé poblíž centra Prahy. Tel.: 222 521 735 (večer), e-mail: horakz@prf.cuni.cz

Přijmu lékaře-dermatovenerologa na zástup (částečný úvazek) do zavedené kožní ambulance na Praze 10. Atestace vítána. Nástup dle dohody. Tel.: 271 075 218

Hledám ortopeda pro dlouhodobý zástup do soukromé ordinace na Vysočině. Možnost pozdějšího převzetí praxe. Tel.: 775 745 700

Prodej a koupě

Prodám pro začínající ORL lékaře vybavení ordinace (končím se soukromou praxí). Vyšetřovací křeslo, nástroje k vyšetřování, sterilizátor, závojný andimetar A-226. Česká Budějovice, tel.: 386 358 146

Prodám UZ přístroj, funkční, KRETZ Combison 310A, abdominální a vaginální sonda. Tel.: 608 828 582

Prodám ultrazvuk SONOACE 1500 s abdominální a vaginální sondou, tiskárnou a stolem. Zcela funkční – poslední revize červen 2007. Cena 38 000 Kč. Vhodný pro gynekologické a veterinární ambulance. MUDr.Sladkova@tiscali.cz, tel.: 776 649 879

Prodám funkční kolposkop CARLZEISS. Cena 7000 Kč. MUDr.Sladkova@tiscali.cz, tel.: 776 649 879

Prodám nepoužívanou spirometrii ZAN 100, Flow Handy II. Tel.: 723 063 054

Prodám starší autorefraktometr AR 800, levně, tel.: 737 704 518

Prodám 2ks SPIROMETR, starší, udržované, plně funkční, křivka průtok-objem. Menší přenosný PONY s vlastní tiskárnou, větší VITALOGRAPH ALFA 3 s vlastní tiskárnou, méně i jednotlivé. Vhodné především pro alergologii či menší detašovaná plicní pracoviště. Při kontaktu více, e-mail: pravda.petr@seznam.cz, tel.: 608 711 683. Zn.: levně

Prodám UZ přenosný FUKUDA UF 4300R se zabudovanou tiskárnou, admbonální a vaginální sondou. Nabízím program PC Doktor. Mobil: 736 405 527.

Prodám nové gynekologické vyšetřovací lůžko zn. BTL, elektrické ovládání, halogenové světlo. Dle množství chirurgických ambulantních nástrojů. Tel.: 608 702 023

Pronájem

Výhledově pronajmu plně zařízenou ordinaci FBLR a akupunktury v Praze 5-Smíchov (97 m², lze využít také jako ordinace jiného oboru nebo ordinace a byt a celé dávat do nákladů). Dobrá lokalita, cena dohodou. Při rychlém jednání sleva. Tel.: 774 455 819



Inzerce

Nabízím k pronájmu prostory vhodné ke zřízení lékařské ordinace o velikosti 54 m² v Praze 1, Vojtěšské ul. v přízemí činžovního domu. Dvě místnosti se zázemím tvoří samostatný celek s vchodem z ulice i domu.

V případě zájmu volejte na tel.: 777 056 201

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

Různé

Přenechám praxi PL v Kyjově na Moravě. Tel.: 518 613 336 dopoledne.

Nabízím zavedenou praxi PL pro dospělé v Rudolfově-České Budějovici. Tel.: 387 432 424 (po 18. hod.), mobil: 737 138 664

Přenechám zavedenou praxi PL v Praze 8. Tel.: 728 167 227

Prodám - převedu praxi lékaře FBLR v Praze. Fyzická osoba, licence nutná. Kontakt: nova2007@volny.cz, tel.: 603 838 261

Přenechám dobře zavedenou ORL praxi na poliklinice Hustopeče u Brna od 1. 7. 2008. Výhodou je smlouva se všemi zdravotními pojišťovnami, velká spádová oblast, vzdálenost od Brna 25 km. Cena je stanovena odborným poradcem pro prodej praxí. Tel.: 519 407 388 (po-pá dopoledne), 519 428 497 (denně po 19. hod.)

Prodám velmi dobře zavedenou gynekologickou ordinaci v Uherském Brodě. Tel.: 572 635 139

Prodám dobře zavedenou ambulanci rehabilitace (1 lékař, 3 fyzioterapeutky) v okresním městě 60 km od Prahy. Tel.: 775 321 696

Odkoupím - převezmu (i částečné převzetí) alergologicko-imunologickou praxi v Praze nebo v okolí Prahy. Tel.: 775 239 707, e-mail: alergosalve@seznam.cz

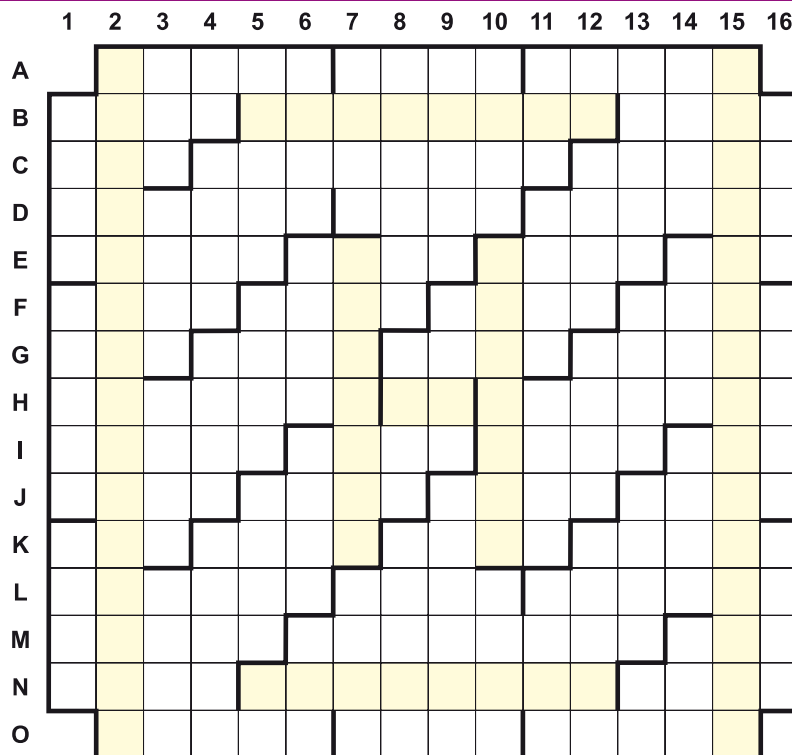
Odkoupím alergologickou praxi (dětskou, dospělou nebo obojí) v Brně nebo okolí. Možná spolupráce s odprodávajícím. Kontaktní e-mail: alergopraxe@seznam.cz, tel.: 602 974 255

Předám dobře zavedenou praxi PL pro dospělé v okresním městě západních Čech. Tel.: 736 645 009

Služby

Který kolo mi může doporučit urologa schopného jemné operace nadledvinky? Záznamník: 544 227 333 nebo SMS: 608 450 138, e-mail: mahen2006@volny.cz

Křížovka o ceny



VODOROVNĚ: **A.** Lák; lyžařský pozdrav; takřka. – **B.** Sivá; 6. díl tajenky; hudební nástroj. – **C.** Jméno pěvkyně Destinnové; netrápiti; experiment. – **D.** Rybí pach; Holečkova kronika; nemocní lidé. – **E.** Druh topolu; domácí ženské jméno; obilní sklady; stovky. – **F.** Mořský pták; švýcarský malíř; sopka na Sicílii; drobný sladkovodní červ (zoologicky). – **G.** Kina; český herec; oči; antický chrám. – **H.** Lyžařské větrovky; 2. díl tajenky; loupežníci. – **I.** Kaprovitá ryba; zaznamenávat; otvor ve zdi; zkratka osobního čísla. – **J.** Dvakrát snížený tón; severoevropské moře; odvety; omáčky (obecně). – **K.** SPZ Opavy; zpěvní ptáci; hadr (řídce); skrbík. – **L.** Práva; český prozaik; socha (knižně). – **M.** Kladné elektrody; dojednat; jestli. – **N.** Hranice; 7. díl tajenky; konzervovat kouřem. – **O.** Tyran; rovněž; Asiat.

SVISLE: **1.** Přítmí; manilské konopí; na jiné místo. – **2.** 4. díl tajenky. – **3.** Domácky Adam; luční rostlina; český šachista; cizí ženské jméno. – **4.** Popěvek; výklenek ve zdi; vápencové území; český herec. – **5.** Ženské jméno; květenství obilnin; strany; značka voltampéru. – **6.** Hrubší bělená tkanina; domácí Alois; cestovní doklady; část týdne. – **7.** Úmrtí; 1. díl tajenky; diamantový prášek. – **8.** Těžké dřevorubecké sekery; vědět; svítidlo. – **9.** Lískoví; náš hokejista; klouzek (nářečně). – **10.** Úskoky; 3. díl tajenky; šoupavé pohyby. – **11.** Lyže; norek americký; úřední spisy; slovensky „svět“. – **12.** Který (knižně); druh antilopy; jednotky hmotnosti; dravá ryba. – **13.** Ohrazená část lesa; či; německá karetní hra; dovednost. – **14.** Značka dlaždiček; jediní; přístav; stěny. – **15.** 5. díl tajenky. – **16.** Značka čaje; ústní výměšky; hudební styl.

Pomůcka: bort, Klee, láta, Nais.

Tajenku z čísla 9/2007 pošlete na recepte@clkcr.cz do **10. října 2007**. Hodně štěstí!

V Tempus medicorum 7–8/2007 se v tajence skrýval citát Vlasty Buriana: **Divné je, že dáte-li si kapra na modro, dostanete potom žlutěnku.** Desítka úspěšných luštitelů, které jsme vylosovali, získává knihu **300 NEJ** s nejvýznamnějšími objevy: **Vlasta Doležalová**, Mariánské Lázně; **Jana Hrobařová**, Jihlava; **Viktor Leukanič**, Mariánské Lázně; **Josefa Pazourková**, Brno; **Marcela Pidrová**, Moravské Budějovice; **Petr Slabý**, Brno; **Vlasta Šmejkalová**, Havlíčkův Brod; **Josef Tesař**, Suchdol nad Lužnicí; **Irena Vavrušková**, Strakonice; **Jiří Wotke**, Brno.