



TEMPUS MEDICORUM

ČASOPIS ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY

11/2007

ROČNÍK 16

HLAVNÍ TÉMA

Ministerstvo zdravotnictví prosazuje pracovní soboty pro lékaře



Rozhovor

s předsedkyní podvýboru CPME pro lékařské vzdělávání Helenou Stehlikovou

Kandidáti na funkci viceprezidenta ČLK:

Aleš Herman
Lubomír Nečas
Jiří Wicherek

PLUS

EDUKAFARM

 **monitor medicinae**

Edukační a inzertní příloha

FI SÚKL

Neuroaxiální blokády u císařského řezu a vaginálního porodu

inzerce

48 hodin práce

aneb za méně peněz více muziky



12 - 18 květen 2008							
	6.00	8.00	10.00	12.00	14.00	16.00	18.00
Po							
Út							
St							
Čt							
Pá							
So							
Ne							

Handwritten entries on the calendar:

- Po: operační sál
- Út: ambulance
- St: operační sál
- Čt: ambulance
- Pá: operační sál
- So: ambulance
- Ne: ambulance

Handwritten entries on the calendar (bottom section):

- Po: operační sál
- Út: ambulance
- St: operační sál
- Čt: ambulance
- Pá: operační sál
- So: víkendová služba
- Ne: víkendová služba

Receipt visible: RECEPTY, číslo UM 0681007



Svobodnou komoru, ne pracovní soboty

Nový zákoník práce měl skoncovat s letitou praxí, kdy nemocniční lékaři museli část nočních a víkendových služeb vykazovat jako tzv. čekání na práci, tedy jako mnohem hůře placenou pracovní pohotovost. V souladu se směrnicemi EU i rozsudky Evropského soudního dvora má být každá přítomnost zaměstnance na pracovišti považována za výkon práce. Nutnost respektovat vyspělejší Evropské právní normy zkrátka patří mezi nesporné výhody našeho členství v EU.

Nový zákoník práce, který respektuje skutečnost, že i lékaři jsou pouze lidé, kteří mají právo být unaveni, usvědčil ze lži celé garnitury polistopadových politiků, kteří se občanům opakovaně snažili namluvit, že v ČR je nadbytek lékařů anebo že je české zdravotnictví příliš drahé. Opak je pravdou. Za stávající peníze jsou slušná evropská kvalita i široká dostupnost lékařské péče nadále neudržitelné, a špatné finanční ohodnocení je hlavní příčinou, proč naši kvalifikovaní lékaři odcházejí do zahraničí.

Personální situace je v řadě nemocnic, zejména v těch transformovaných v akciové společnosti, které již nemusí respektovat platové tabulky, katastrofální. Ministr, který patrně nepovažuje kvalitu zdravotní péče za svoji prioritu, strká před tímto problémem takříkajíc hlavu do písku. Odmítá totiž vydat ve spolupráci s komorou vyhlášku o tom, kolik a jak kvalifikovaných lékařů by minimálně měla mít zdravotnická zařízení k poskytování té které péče, a neplní tak povinnosti uložené mu zákonem. Realita je taková, že personální vybavení existujících zdravotnických zařízení dnes nekontroluje nikdo. A je smutné, že ministr, který jako senátor patří mezi zákonodárce, sám zákony nerespektuje. Bez součinnosti ministerstva nemůže komora při nejlepší vůli garantovat, že například v některých nemocnicích nejsou pacienti ohrožováni nedostatečným počtem lékařů, kteří třeba ani nemají potřebnou kvalifikaci.

Počátkem letošního roku hodlal ministr řešit nedostatek lékařů tím, že do našich nemocnic zval kolegy z Rumunska a Bulharska. O práci za českou mzdu však žádný lékař z těchto zemí zájem neprojevil. Aby vyřešil prohlubující se nedostatek lékařů a umožnil nemocnicím ještě více šetřit na mzdách (ano, tak upřímně svůj návrh na jednání tripartity obhajoval), vymyslel tedy ministr Julínek něco ještě absurdnějšího. Požaduje pro vládu zmocnění, aby tato mohla svým pouhým nařízením upravit pracovní dobu pro zdravotníky jinak. Jak? I na tuto otázku nalezneme odpověď v ministrově textu. Základní pracovní doba by pro tuto skupinu, v očích resortního ministra zřejmě podřadných občanů s menšími právy, nebyla 40 hodin týdně, ale 48 hodin. Tedy šestý pracovní den.

Jistě, i ministr Julínek si je vědom, že již nežijeme v období komunistické totality, a proto navrhuje, že s těmito pracovními sobotami by museli zdravotníci dobrovolně souhlasit. Vzhledem k nerovnoprávnému postavení zaměstnanců vůči zaměstnavatelům by však v mnoha případech taková „dobrovolnost“ byla více než spornou. „Doktore, chceš se vzdělávat? Chceš operovat? Chceš si složit atestaci? Tedy mlč a služ.“ Tak by to ve skutečnosti vypadalo. Nemocnice by ušetřily, neboť by Julínkovy pracovní soboty nemusely zdravotníkům buď platit vůbec, nebo by jim alespoň sebraly příplatky za přesčasovou práci. Nedostatek lékařů zkrátka ministr zdravotnictví hodlá řešit způsobem, který by z nemocnic do ciziny vyhnal další stovky kvalifikovaných kolegů. Kdyby to nebylo k pláči, muselo by to být k smíchu.

Nešvar ilegální lékařské práce, před jejímiž důsledky komora varuje, nelze přece řešit tím, že ji ministr zdravotnictví zlegalizuje. To je stejně absurdní, jako kdyby ministr dopravy požadoval zrušit omezení maximální rychlosti jízdy v obcích s odůvodněním, že toto nařízení stejně část řidičů porušuje. Je třeba zdůraznit, že limity přesčasové práce jsou v první řadě normou na ochranu pacientů, kteří mají právo na to, být léčeni nejenom kvalifikovanými, ale i odpočívajícími lékaři. Vždyť kdo z nás by se chtěl nechat například v pondělí dopoledne operovat chirurgem, který je v práci již od pátečního rána, tedy čtvrtý den, přičemž se tři noci nevyspal? Nikdo. Ani ministr ne.

Česká lékařská komora se snaží plnit svoji nezastupitelnou úlohu na státní moci nezávislého garanta kvality lékařské péče. Upozorňujeme na problémy našeho zdravotnictví, hájíme nejenom úroveň české medicíny, ale i profesní zájmy svých členů vůči státu, krajům a pojišťovně, vznášíme kritické připomínky k návrhům zákonů a vyhlášek. Vzhledem k odbornému potenciálu členů komory není snadné s námi diskutovat. Aby si usnadnili život, chtějí nás tedy někteří politici radši zlikvidovat.

Inu, jak říkával současný pan ministr, když byl ještě komorovým funkcionářem: „Politický tlak směřující k oslabování komorových kompetencí je nejlepším důkazem kvality práce ČLK.“ Věřím, že navzdory nedemokraticky smýšlejícím politikům si my, lékaři, své právo na nezávislou profesní samosprávu ubráníme.

Milan Kubek, prezident ČLK

TÉMA MĚSÍCE

2-10

Přesčasová práce v nemocnicích: prokletí, nebo záchrana?

Lékaři pracovní soboty zásadně odmítají

FEMS podporuje české lékaře

Lékaři pro reformu

podporují návrh ministra Julínka

SNAHA O LIKVIDACI ČLK 11-14

Topolánek:

Vláda změny zákona o komorách neodmítla

Ministr KDU-ČSL poslanecký návrh nepodpořili

Vědecká rada ČLK: Je to diskriminace

PWG jednomyslně podporuje ČLK

CPME: Podporujeme české kolegy

LOK-SČL: Je to pokus o „znásilnění“ demokracie

INZERTNÍ PŘÍLOHA

MONITOR MEDICINAE

15-30

Přínos léčby bolesti

v klinických souvislostech

Trade® – profil přípravku

Rozhovor na téma inhibitorů ACE

s prof. MUDr. Hanou Rosolovou, DrSc., F.E.S.C.

Imunostimulancia z říše hub

Studie WISE: ochranný kardiovaskulární účinek HRT

závisí na načasování

Třezalka - antidepressivum s mnoha interakcemi

FDA povolila novou indikaci pro rosuvastatin

Novinky a zajímavosti v léčbě osteoartrózy, aneb co

přinesl kongres EULAR 2007

s ohledem na využití chondroprotektiv

Postavení cetuximabu v léčbě generalizovaného

kolorektálního karcinomu v České republice

PŘÍLOHA FI

Neuroaxiální blokády

u císařského řezu a vaginálního porodu

ROZHOVOR

32-33

MUDr. Helena Stehlíková, nově zvolená

předsedkyně podvýboru CPME pro vzdělávání

NAPSALI JSTE

34-35

Lékařská společnost opět v ohrožení

ČINNOST ČLK

36-39

Představuji se kandidáti

na funkci viceprezidenta ČLK

PRÁVNÍ PORADNA

40-41

Regulační poplatky

SERVIS

42-44

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 pracovníci: 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 11: 13. 11. 2007 • Vyšlo: 18. 11. 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 vyhražuje právo na redakční úpravu textů.



Co říkáte požadavku ministra zdravotnictví rozšířit základní týdenní pracovní dobu zdravotnických pracovníků na 48 hodin?

Dle mého soudu se jedná o významný krok zpět, je spíše v neprospěch lékařů zaměstnanců, bojím se zneužití s různými možnostmi nátlaku zaměstnavatelů na lékaře. Kdo chce a je schopen pracovat v nadúvazku, vždy si to nějak zařídí. Ti ostatní si zaslouží po těžké směně nárok na odpočinek.

Jan Blahut, ortoped, SN Opava

Nepřijatelné.

Milan Březina, chirurg. odd., záchranná služba, Třebíč

Obecně je to nesmysl, prakticky se soustavně zákoník práce porušuje ve sféře zaměstnanecké i privátní. Pracovní doba, která se v privátní sféře odvíjí od časů výkonů, by mnohdy přesáhla i 24 hodin práce denně – tedy pokud by lékař v ambulantní sféře ošetřoval dle časového plánu každého výkonu, tak by za hodinu ošetřil 4 pacienty, nebo za hodinu provedl jednu prevenci. Takže co je to vlastně zvýšení o 8 hodin týdně? Pokus legalizovat dosavadní podvody a opět propad – tentokrát od představitelů vládní strany, která hlásá liberální a rovný přístup ke všem... ale jen k někomu, lékaři a zdravotníci mají opět doplatit na neujasněnost koncepce, na podhodnocení a je to jen forma, jak za stejné peníze legálně donutit více pracovat (jasná obdoba regulačních mechanismů zdravotních pojišťoven). Pokud se spojí ministerstvo se svými výklady a úpravami pracovní doby, a zdravotní pojišťovny se svými regulacemi, tak v závěru bude zdravotnický pracovník pracovat za minimální mzdu a bude rád. Je jediné šance, že v minulosti jsme viděli recyklaci ministrů zdravotnictví v poměrně pravidelných časových intervalech, ten se již blíží...

*Bohumil Skala, M.D., Ph.D.,
praktický lékař pro dospělé, Lanškroun*

Nelze od našeho neinformovaného a neschopného ministra zdravotnictví s celým jeho štábem a s celou jeho reformou, která je realizována od prostředku problémů, očekávat jiné než zoufalé pokusy dostat se k hromadě peněz, která ze zdravotnictví plyne. Přestat ji rozdělovat mezi mnoho subjektů, ale pouze do rukou několika „oblíbenců“ s podílem na kořisti.

Přesčasová práce v nemocnicích: prokletí, nebo záchrana?

Tak dneska máte noční, že, pane doktore? Osloví mě na ztemnělé chodbě nemocnice jeden pacient. Ne, nemám noční, odpovídám klidně, sloužím. Měl byste se vyspat, pane Nováku. Zítřka vás čeká náročný den.

Jsem v práci již osmáctou hodinu. Od rána jsem absolvoval vizitu, šest hodin na sále jako operátor, po „převzetí služby“ vizitu na JIP o čtrnácti lůžkách, pak vyšetřit pacienty, kteří „stojí za pozornost“ na standardech, konsilia na dětském a dalších odděleních, občas mě volají k akutnímu příjmu na ambulanci, ARO. K tomu dle potřeby akutní operace. Do rána v lepším případě dvě až tři hodiny přerušovaného spánku. A ráno na novo, vizita, sál... Když půjde všechno dobře, zítřka o půl čtvrté odpoledne můžu konečně „vypnout hlavu“. Tohle se nedá nikomu z laičků vysvětlit, na to jsem už dávno rezignoval.

Tak ať vám ta noční rychle uteče, pane doktore. Zubí se přátelsky pan Novák. S poděkováním odcházím.

Jak to bylo s přesčasovou prací, aneb trocha historie nikoho nezabije

Ohlédneme-li se do nedávné historie, zjistíme, že přesčasová práce lékařů v nemocnicích byla vždy vážným pracovním problémem. Každá vládní garnitura se s tímto problémem vypořádala po svém.

1. Období ČSR a ČSSR (Československé socialistické republiky)

Zákoník práce 65/1965

Definuje kategorii „pracovní pohotovosti“, tedy čas, který lékař tráví na pracovišti, ale nekoná práci, je však připraven k jejímu výkonu. Nařízení pohotovosti váže na souhlas odborů. Nespecifikuje ale místo jejího konání ani její náplň. Definuje **práci přesčas**, kterou lze nařídit jen ve výjimečných případech. Nesmí činit více než 4 hod. během 2 pracovních dnů a 8 hod. týdně, ročně pak 150 hod. **Vláda má právo povolit práci přesčas nad tento limit a určit, které druhy práce přesčas se nezahrnují do počtu hodin nejvýše přípustné práce přesčas v roce.**

2. Období ČSFR a následující (do r. 2001)

Zákon 3/1991, novela ZP

Zachovává institut **pracovní pohotovosti** bez upřesnění místa jejího výkonu, ale i náplně, navíc ustanovuje, že **federální a republikové orgány mohou po dohodě s příslušným ministerstvem práce stanovit pracovní právním předpisem, v jakém rozsahu může být pohotovost nařízena a jak se započítává do pracovní doby.** Souhlas zaměstnance ani odborů se v této normě NEVYŽADUJE! Umožňuje „ústředním orgánům“ stanovit rozsah práce přesčas nad hranice stanovené zákoníkem **po pouhém projednání s ústředními odborovými orgány** (§ 97 odst. 4), navíc v § 98 stanoví **pravomoc vedoucího organizace stanovit rozsah přesčasové práce a jeho případné překročení opět po pouhém projednání s odborovou organizací.**

3. Období ČR (od r. 2001 do r. 2007)

Zákon 155/2000, novela ZP (účinnost od r. 2001)

Zavádí nově **možnost konat pohotovost mimo pracoviště**, kterou lze po dohodě konat prakticky neomezeně. **Omezuje rozsah nařízené práce přesčas na 150 hod./rok** bez možnosti dalších výjimek! Umožňuje však konat práci přesčas do celkového množství 416 hod./rok a pohotovosti na pracovišti na 400 hod./rok, ovšem jen po výslovném souhlasu zaměstnance – **11 let po sametové revoluci!**

4. Období ČR (současnost)

Zákon 262/2006, Zákoník práce (účinnost od r. 2007)

Ruší kategorii „pohotovosti na pracovišti“. Pracovní pohotovost lze nadále konat po dohodě na jiném dohodnutém místě odlišném od pracoviště zaměstnavatele, omezuje rozsah nařízené práce přesčas na 150 hod./rok a 8 hod./týden bez možnosti dalších výjimek! Umožňuje konat práci přesčas do celkového množství 416



hod./rok, ovšem jen po výslovném souhlasu zaměstnance!

Je s podivem, že hodnoceno de iure byly nejhorsí podmínky pro výkon práce přesčas stanoveny „reformními“ vládami nově se rodící demokracie. Paralela mezi tímto obdobím a čerstvě poraženou totalitou je zarážející. Zajímavé je i srovnání se současností, kdy opět zaznamenáváme příklon k státní a vládní direktivě a snahu omezit vliv občanských samospráv.

Jaký je současný stav, aneb proč někteří nechtěli do Evropy

Při hodnocení současnosti musím opět začít minulostí. Minimálně od vstupu ČR do EU bylo zřejmé, že se náš právní systém musí harmonizovat s pravidly EU, včetně pracovního práva. Bylo zřejmé, že nebude možno ve zdravotnických zařízeních počítat s kategorií pohotovosti na pracovišti a výrazně se omezí počet přípustných přesčasových hodin. Až na výjimky však managementy jednotlivých nemocnic i jejich zřizovatelé tuto skutečnost ignorovali. V tomto postoji je upevňovali i představitelé tehdejší parlamentní opozice, kteří slibovali, že novela zákoníku práce do konce volebního období neprojde. Ještě v březnu či dubnu 2006 jsme byli terčem posměchu jak ředitele, tak náměstka hejtmana, („pánové, my přece víme, že nový zákoník prostě nebude“), abychom se pak v listopadu, kdy bylo jasné, že zákoník bude, ale vláda ne, opět sešli s tím, že „chlapi, co budeme dělat, musíme přece v našem kraji udržet kvalitní a dostupnou péči“. Ti schopnější či méně politicky spojení ředitelé hledali řešení alespoň v průběhu roku 2006.

LOK-SČL tehdy navrhl řešení prostřednictvím dohod o pracovní činnosti (DPČ), vyzvali jsme současně naše organizace i ředitele nemocnic, aby v co nejširší míře a pro zaměstnance nejvýhodněji umožnili čerpání náhradního volna tak, aby zmizela praxe, kdy lékař po 24hodinové, prakticky nepřetržitě práci absolvuje ještě další 8hodinovou směnu. Většina nemocnic po tom-

to řešení ochotně sáhla, ačkoli obě strany si byly vědomy, že je to na hraně zákona a navíc to neřeší zásadním způsobem problém obrovského množství přesčasů u lékařů i jiných zdravotníků.

V řadě nemocnic se stala skutečností praxe, kdy lékaři po službě důsledně odcházejí domů, navíc byla nastavena pravidla odměňování tak, aby nedošlo k poklesu příjmu lékařů. Z části se tak plní naše představa o lékaři s nutným minimem přesčasů, jehož podstatnou částí není příjem z přesčasů, ale slušně zaplacená práce. Bohužel i dnes řada pracovišť setrvává v režimu práce zděděném z minulých dob, takže je nadále řada kolegů nucena direktivně či ekonomicky zůstat v práci po 24hodinové, někdy i delší službě. Reálné riziko, které od takto unaveného lékaře provozu a pracovišti hrozí, si prostě nadále někteří ředitelé a primáři neuvědomují.

Jakkoli je LOK-SČL za prosazení DPČ nyní zhusta kritizován zejména ze strany současného vedení MZ, je třeba zdůraznit, že jsme v danou chvíli vyřešili problém vzniklý liknavostí odpovědných pracovníků a poprvé v historii na řadě pracovišť vznikl systém přátelštější k lékařům, respektující jejich lidskou podstatu a práva.

Poprvé se také kdosi začal zamýšlet nad tím, že režim práce a odměňování lékařů v českých nemocnicích je nenormální.

Je zřejmé, že kdybychom nevstoupili do EU, jak si přála jistá část politické reprezentace, měli by páni politici o řadu starostí méně.

Předpokládali jsme, že rok 2007 využije politická reprezentace k hledání cest, které povedou k řešení problému. To by se však ministrem zdravotnictví zřejmě nesměl stát Tomáš Julínek.

Řešení podle Julínka, aneb tudy ne, přátelé!

Zdá se, že ministr Julínek krátce po svém jmenování zaútočil na pozici jednoho ze slavných Čechů, Járy Cimrmana. Cimrman totiž, jak známo, proslul coby pionýr slepých uliček. Rád se vydával různými cestami poznání s tím, aby se vrátil s poselstvím lidstvu „tudy ne, přátelé!“. Pomínil-li, že se Julínek snaží téměř do detailu realizovat neúspěšnou slovenskou reformu, pak tak rozhodně působí jeho legislativní činnost. Ministra totiž napadlo, že problém přesčasové práce lékařů vyřeší tak, že část práce přesčas přestane nazývat

S tím úzce souvisí jak realizace akcíových společností z krajských nemocnic, tak i pokus o 48hodinový pracovní týden. Zkuste něco takového navrhnout strojvůdcům a již se vlakem nikam nesvezeme několik týdnů. A tak by již měl začít reagovat i lékařský stav, jak LOK, tak ČLK a všechna zájmová uskupení (SAS, gynekologové apod.), kteří mají nejvíce připomínek. Pracovní soboty jsem zažil, moc pěkné, vřele doporučuji. Možná že by lékaři měli pracovat za minimální mzdu, 16 hodin denně, do důchodu odcházet v 85 letech. Kdo se nedožije, tvrdě postihovat.

*Richard Šebek,
ambulantní všeobecný internista, Varnsdorf*

Již kdysi jsem tvrdila, že za podmínky, které máme, by ani nesloužil žádný vrátný – a nic proti nim nemám... Sice už skončily doby, kdy jsme byli v práci, ale protože jsme nikoho neošetřovali, tak bez nároku na mzdu – šlo „pouze o čekání na práci“, ale jinak se toho asi moc nezměnilo... Když už se nás ptáte, ptám se i já s přáním otevřené diskuse: Proč zdravotníci RZP nedostávají výsluhové renty, ač zachraňují životy? Policisté, kteří odslouží pár let za stolem, nikdy nic nevyřešili, zapisují jen protokoly, odcházejí z rezortu s tučnou rentou. Chápala bych, že na rentu mají nárok policisté se speciálním zaměřením, např. URNA. Ale toto??? Kdy bude brán na všechny stejný metr? – Na LSPP již několik let nesloužím, na RZP jsem nikdy nesloužila – snad tedy nemohu být nařčena „z boje o vlastní zájmy“.

*Lenka Martinková, praktický lékař pro dospělé,
posudkový lékař, okres Děčín*

Pomalu se vracíme k nevolnictví. Neškodilo by psychiatrické vyšetření pana ministra.

Jana Zerzaňová, PLDD, Neratovice

Nesouhlasím, i když se mě to nyní netýká.

*Tomáš Trávníček,
praktický lékař, Bystřice nad Pernštejnem*

Naprosto s tím nesouhlasím, půjdeme snad dříve do důchodu? Proč by se nás měly týkat nějaké jiné výjimky oproti ostatním občanům ČR, práci přesčas mají řádně zaplatit.

Jitka Pavlíková, praktická lékařka, Křižanov

Co říkáte požadavku ministra zdravotnictví rozšířit základní týdenní pracovní dobu zdravotnických pracovníků na 48 hodin?

Pan ministr asi zapomněl, že platí rovnost před zákonem a že v ČR je uzákoněn 40hodinový pracovní týden v jednoměsíčním provozu (s výjimkou rizikových pracovišť, určených zákonem). Pan ministr je asi přepracován.

*Vladimír Diváček,
gynekologie a porodnictví, Roudnice nad Labem*

Jsem již starší, klidný člověk, ale tento návrh mě dost rozlítíl. Myslím, že pokud by byl schválen, vyrazil bych i já do ulic.

Jiří Velebil, psychiatrie, Horní Beřkovice

Zásadně nesouhlasím!!!

Lubomír Kozuskanic, anesteziolog, nemocnice Rumburk

Absolutně nezmysel!!!

Peter Gindl, gyn.-por. odd., Nemocnice Děčín

Pan ministr neustále zdůrazňuje dobrovolnost, tedy fakt, že k uzavření podobného dodatku nebude žádný zdravotník nucen. To je čirá iluze. Jak jsme opakovaně zažili v praxi, jakmile bude mít management v ruce nástroj k jednoduššímu zajištění služebního provozu, vyvine na zaměstnance maximální tlak, aby „dobrovolně“ souhlasili. A to tím spíše, že není nikde uvedeno, že tato práce má být rovněž náležitě (tedy např. včetně příplatků za přesčasovou práci) ohodnocena. Zkušenost je taková, že managementy na řadě míst letos donutily lékaře vyhrožováním ztrátou místa falšovat pracovní výkazy, proč by se tedy v případě 48hodinové týdenní pracovní doby chovaly jinak? Nijak se tím navíc neřeší skutečný problém, totiž přepracovanost lékařů, jejich velmi nízká hodinová mzda a závislost na přesčasové práci – toto politici dlouhodobě a záměrně ignorují, a proto jsme také v současné situaci. Podle mne jde tedy jednoznačně o další dramatické zhoršení pracovních podmínek lékařů v nemocnicích.

*E. Berta, Klinika anesteziologie a resuscitace,
FN Olomouc*

Naprostý nesmysl, proč mám mít základní pracovní dobu jinou než ostatní? Více práce za méně peněz? A jak na důchod?

*Alexander Závěrka, gynekolog,
Krajská zdravotní a.s., Nemocnice Děčín, o.z.*



přesčasovou práci a zahrne ji do pracovní doby. Vznikl tak unikátní legislativní návrh, kdy nejen části občanů, ale dokonce jen podskupině zdravotnických pracovníků, zaměstnancům nemocnic, nařídí vláda delší, tedy 48hodinovou pracovní dobu. Podíváme-li se na úvodní historický přehled, je paralela s komunistickými pracovními sobotami více než případná. Co na tom, že návrh je rozporu s ústavou ČR i normami EU? Co na tom, že jde o diskriminaci části občanů státu? Co na tom, že zmíněné opatření nic podstatného neřeší? Když už je člověk jednou ministrem, nemusí přece na tak podřadné věci, jako je ústava či evropské směrnice, brát ohled.

Ve skutečnosti Julínkův návrh neřeší nic. Umožní jenom převést část přesčasové práce do pracovní doby. Tím v lepším případě umožní zdravotnickým zařízením, aby ušetřila na příplatku za přesčasovou práci v rozsahu 8 hod./týdně. Opticky, nikoliv fakticky přesčasů ubude. Pro takovou „úsporu“ už se přece vyplatí nějaký ten nevýznamný dokument jako ústavu porušit. Přestože nakonec svůj návrh do technické novely zákoníku práce ministr nepředložil, je pravděpodobné, že se svého nápadu jen tak nevzdá.

Co je však závažnější, úroveň návrhu zřejmě odráží úroveň legislativního i věcného myšlení ministerského aparátu. Bude-li celá reforma předložena na podobné legislativní a věcné úrovni, pak opravdu nevím, jestli očekávání s ní spojená nejsou přehnaná.

Roztočená spirála slibů, aneb za málo peněz hodně muziky

Je zajímavé, že soukromých praxí či LZZ se tento fenomén zatím nedotýká. Jakoby bylo předem dáno, že je-li něco soukromé, funguje to naprosto bezchybně a v nejlepší kvalitě. Kdo ví? Nemocnice si však užívají proklamací typu „zvýšíme bezpečnost poskytované péče“, „zkvalitníme služby“, „do nového roku s akreditovanými nemocnicemi“ opravdu plnými doušky. Nejrůznější procesy získávání norem ISO a především akreditační procesy téměř úplně ovládl segment lůžkové péče. Nic proti zvyšování kvality, bezpečnosti a úrovně zdravotnické péče. Ostatně je i v zájmu zdravotníků, aby docházelo k co nejmenšímu počtu nehod při poskytování péče. Jenom nějak zapomínáme, že kvalita něco stojí. Náklady spojené s akreditačním procesem, náklady na udržování náležitě úrovně nejsou však nijak zohledněny v úhradách ZP, nemocnice si je nemohou promítnout do cen. Dochází tak k odčerpání části prostředků, které musejí někde chybět.

Neméně podstatným efektem těchto procesů jsou zvyšující se nároky na personál zařízení. Má-li personál splnit všechna nařízení, opatřit vše podpisy, razítka, probírat s nemocnými otázky právní i medicínské, musel by mít pracovní den ne 8, ale 16 hodin, nebo je potřeba přijmout podstatně více personálu. To platí v lékařských i nelékařských profesích. K tomu však opět chybí peníze a kvalifikovaného personálu také není nadbytek.

Nařízení akreditačních komisí, které lze shrnout jedinou větou „lékař musí vše, sestra nesmí nic“, podle mého v rozporu se zvyšujícím se vzděláním sesterského personálu, vytvářejí situaci, kdy se z bývalých ústavních pohotovostí stávají plnohodnotné 24hodinové nepřetržité směny. To se samozřejmě projevuje na únavě personálu, především lékařů. Roztáčí se tak spirála slibů a opatření, které excesivně zvyšují nákladové a personální nároky, aniž by kdo řekl, z čeho se budou hradit a kde vzít a z čeho zaplatit potřebný personál.

Tato fakta jen potvrzují nutnost řešení přesčasů tak, aby se v blízké budoucnosti staly spíše výjimkou a byly kompenzovány dostatečným časem pro odpočinek. Situace však vypadá spíše tak, že ředitelé i vlastníci nemocnic nejen se snížením přesčasů nepočítají, ale očekávají spíše jejich nárůst. Přepracovaný a unavený lékař je opravdu reálným rizikem pro pacienta. Je také reálným rizikem pro sebe sama i zařízení, které ho do takového režimu práce nutí.

Je také nutno uvést do souladu s ekonomickou a personální realitou politické sliby a proklamace, jinak hrozí, že roztočíme spirálu nároků, které nebude schopna žádná ekonomika financovat. Takovou situaci pak může opravdu vyřešit jen úplná privatizace sektoru. Privátní sektor pak lehce zařídí, aby politici včetně ministra a regionů přestali do zdravotnictví „hovorit“, a rychle uvede sektor do souladu s ekonomickou realitou, ovšem po odečtení náležitých zisků. Na ochranu zdraví pak již nelze nahlížet jako na ústavně garantované právo, ale pouze jako na předmět nákupu a prodeje.

Jak rozetnout gordický uzel, aneb jak z toho ven?

Přes všechna silácká prohlášení ministra, s ohledem na kalendářní datum, očekávám, že většina zdravotnických zařízení bude pro rok 2008 ráda, pokud budou lékaři ochotni uzavřít i na toto období DPČ či jiný typ poměru tak, jak bylo nutné v tomto roce – jakkoli je toto řešení právně na hraně a neřeší ani podstatu problému s přesčasy. Za velký úspěch bych považoval stav, kdyby rovnice lékař po službě rovná se lékař odcházející domů, platila bez výjimek ve všech nemocnicích. Je zřejmé, že pro řadu zařízení se takový postup neo-

bejde bez nutné reorganizace práce a rozhodnutí, zda navýšit lékařský personál, nebo mírně omezit péči. Pokud poplatky nařízené MZ splní svůj účel, měly by pro takové změny vytvořit prostor.

Současně je třeba změnit odměňování lékařů tak, aby jejich závislost na přesčasové práci byla minimální. Je-li v civilizovaných zemích podíl příjmu z přesčasové práce na úrovni 15 až 20 % příjmu lékaře, není zdůvodnitelné, aby v ČR dosahoval 50 % ba i více.

V následujících letech bude nutno provést zásadní změny v organizaci práce, dostupnosti a organizaci ÚPS. Bude nutné změnit práva a kompetence jednotlivých kategorií zdrav. pracovníků. Zvyšování úrovně vzdělání, zejména středního personálu, a to často na úroveň blízkou vysokoškolské kvalifikaci, musí s sebou nést delegaci části odpovědnosti a pravomocí. Do nepřetržité zdravotní péče bude nutno zapojit (rozuměj motivačně) i ostatní segmenty péče, ne toliko personál nemocnic. Na druhou stranu je třeba omezit nadužívání pohotovostních služeb ze strany pacientů, nejen symbolickými poplatky, ale podstatnou spoluúčastí na zneužitých službách.

Opatření, která bude třeba přijmout, je mnoho. Teprve po vyčerpání všech těchto opatření je možno jednat o jiných úpravách, jako je úprava pracovní doby či kvóty přesčasové práce. Při dobře provedené reorganizaci však takové kroky nebudou nejspíše třeba.

Pro úspěch takových změn je zcela nezbytný dialog a společné řešení problémů mezi MZ, MPSV a občanskými aktivitami včetně odborových organizací zaměstnanců. Bez domluvy a shody těchto subjektů nelze přijatelné řešení očekávat.

Obávám se však, že při filozofii současného MZ, kdy se ministr „s odboráři bavít nebude“ a jeho mluvčí bude neustále odbory napadat, kdy se ministr odmítá bavít s ČLK, kterou považuje také za „odborářskou“, mnoho prostoru pro věcná řešení nezbyvá.

Dočkáme se pravděpodobně jen dalších nařízení a příkazů od „zeleného stolu“, represivních opatření vůči lékařům i dalším zaměstnancům nemocnic. Dočkáme se dalšího nárůstu napětí a polarizace zdravotnické veřejnosti. Z takového stavu však nemohou mít prospěch ani zdravotníci ani jejich pacienti.

Lukáš Velev

Vážený pane ministře, naprosto vítám a schvaluji Vaši aktivitu ohledně pracovní doby zdravotníků, ale dovolil bych si navrhnout menší vylepšení. a) 48 hodin se do budoucna může zdát nedostatečnými a opět se budou nemocnice potýkat s černými přesčasy, které budou chtít lékaři zaplatit. Nebylo by lepší prosadit alespoň 168 hodin týdně? Pak si dovlím tvrdit, že žádný lékař nebude překračovat povolenou hranici přesčasových hodin (spíše si budou někteří rozvraceči probíhající reformy chtít úvazek zkrátit) a zákoník práce bude beze zbytku dodržován. b) Nebylo by lepší v situaci, kdy už i absolventi lékařských fakult utíkají do zahraničí a své znalosti, které zde získali relativně levně, tam zúročují a hlavně tam i své výdělky utrácí a platí daně, zatímco na jejich místa čekají zástupy špičkové erudovaných odborníků ze Slovenska, Rumunska a Bulharska, tyto lékařské fakulty zrušit a ušetřené prostředky věnovat třeba na zvýšení platů poslanců? Vždyť investovat nemalé prostředky do výchovy někoho, kdo odejde do zahraničí a tím pádem nic nevrátí (nepočítám-li, že se na důchod vrátí domů a bude zde utrácet svou europenzi), je ekonomicky naprosto nesmyslné!

Petr Vysloužil, RTG, Uherskohradištská nemocnice

Protiústavní!

Jaromír Prokop, ved. lékař RLP Žamberk, ZZS PaK, člen představenstva ČLK Ústí n. O.

Zpočátku jsem to považovala za dobrý vtip. Posléze jsem pochopila, že to pan ministr myslí vážně. Snaží se zabít dvě mouchy jednou ranou. To ale není řešení! Udivuje mne to o to víc, že pan ministr je lékař a anesteziolog. Skoro se stydím přiznat, že jsem také anesteziolog. Chvillemi si myslím, jestli se pan ministr z přemíry práce a starostí nepomátl. S návrhem pana ministra MUDr. Julínka nejen NELZE SOUHLASIT, myslím si, že proti tomuto návrhu je nutno intenzivně protestovat. Protesty nejen osobní, ale zkusit dát celou kauzu nejen Ústavnímu soudu, ale možná i k Mezinárodnímu soudu do Štrasburku. Pracuji v nemocnici již téměř 34 let. Za tu dobu jsem odsloužila tolik služeb, že to už nikdo nespočítá. Celou dobu mého působení ve zdravotnictví se stále handrkujeme kolem přesčasové práce a odměny za ni. Vkládala jsem naději do Lékařské komory. Copak to nikdy neskončí?

Eva Krajičková, anesteziolog, SZZ Krnov



Co říkáte požadavku ministra zdravotnictví rozšířit základní týdenní pracovní dobu zdravotnických pracovníků na 48 hodin?

Když spočítám svou týdenní pracovní dobu, činí více než 50 hodin. Pan ministr hledá způsob, jak se vypořádat s obrovským množstvím našich přesčasových hodin, bez kterých by naše zdravotnictví za současného stavu financí zkrachovalo. Jde mu však pouze o to, jak tuto skutečnost zlegalizovat, místo toho, aby vzniklou situaci řešil získáním prostředků do rezortu zdravotnictví na mzdy pro chybějící pracovní síly. Pomalu i mně docházejí síly, neboť chod své ordinace držím jen za cenu neustálého debetního čerpání kontokorentního účtu a okrádání vlastní rodiny o svůj čas i finanční prostředky. Obávám se, že za těchto podmínek, za kterých pracuje většina zdravotníků v tomto státě, nebudou mít zájem pracovat ani Ukrajinci, ani Rumuni, na které pan ministry tajně spoléhal!

Jaroslav Černý, praktický lékař, Hostinné

Zásadně nesouhlasím s uzákoněním 48hodinového pracovního týdne pro zdravotnické pracovníky. Považuji to za pokus o diskriminaci zdravotníků, která nemá v kultivované Evropě obdoby.

Miroslav Smažik, praktický lékař pro dospělé, předseda OS ČLK Tábor

Domnívám se, že pan ministr Julínek není v dobré duševní kondici. To, co zatím produkuje, svědčí spíše o pomstě všem českým lékařům. Zatím si myslím, že lékařský stav je laxní, sjezd by měl přijmout tvrdší opatření a hlavním požadavkem by mohlo být odvolání tohoto člověka z tak důležité funkce, která je znatelně nad jeho síly. 48hodinová pracovní doba zavání komunismem. Ať se rozhlédneme po Evropě, jak kde se situace řeší. Všechny ostatní profese mají při podobné důležitosti dobu přiměřenou, pan ministr však chce nedostatek řešit tímto zvrhlým požadavkem.

Josef Jílek, chirurg, Litoměřice

Budu ochoten se bavit o snížení týdenního pracovního času ze 40 na 35 hodin. 48 hodin pro mne vůbec nepřichází v úvahu a zcela určitě tolik hodin pracovat nebudu. I za cenu, že bych měl odejít ze zdravotnictví.

Eduard Rodák, DPL, Velká Bíteš

Usnesení Vědecké rady ČLK z 18. 10. 2007

VR ČLK považuje návrh na zvláštní úpravu pracovní doby pro zdravotníky za amorální a neetickou normu zavádějící šestý pracovní den pro lékaře (např. pracovní soboty). VR ČLK pocituje návrh jako selektivní diskriminaci lékařů mezi ostatními profesemi a jako takovou ji zásadně odmítá.

Nechceme pracovní soboty!

Usnesení představenstva ČLK z 23. 10. 2007

Prodloužení týdenní pracovní doby pro zaměstnance ve zdravotnictví na 48 hodin, tedy o 8 hodin ve srovnání s ostatními pracovníky v ČR, je zcela nepřijatelné, neboť by šlo o diskriminaci vůči ostatním skupinám zaměstnanců.

Omezení maximálního množství přesčasové práce lékařů, které je v současném zákoníku práce v souladu se směrnicemi EU, představuje primárně ochranu pacientů. Přetěžování lékařů v nemocnicích nadměrnou přesčasovou prací je závažný problém, neboť unavený lékař představuje potenciální ohrožení pro své pacienty. Je-li jedním z důvodů zákonem omezené délky pracovní doby bezpečnost a ochrana zdraví při práci, pak v případě zdravotníků platí tento důvod

mnohem více, protože nejde pouze o ochranu její vlastní bezpečnosti při práci, ale především ochranu pacientů.

Návrh je v rozporu s legislativou EU i v rozporu s ústavním pořádkem ČR. Tento návrh, který ohrožuje lékaře zaměstnance a soukromé lékaře i všechny ostatní zdravotníky a ve svých důsledcích i pacienty, ČLK zásadně odmítá.

Proti návrhu 48hodinového pracovního týdne pro zdravotníky ČLK důrazně protestuje. Vzhledem k závažnosti situace představenstvo ČLK rozhodlo o organizování protestních akcí.

Představenstvo ČLK svolává mimořádnou poradou předsedů OS ČLK na středu 7. listopadu 2007.

Co říkají paragrafy

Podle ustanovení § 28 Listiny základních práv a svobod „*mají zaměstnanci právo na uspokojivé pracovní podmínky. Podrobnosti stanoví zákon.*“. **Mezi základní pracovní podmínky nepochybně patří i maximální délka stanovené týdenní pracovní doby. Žádná ze skupin zaměstnanců nemá zaveden obdobný režim, jaký předpokládá navrhovaná právní úprava.** Tato skutečnost vychází z toho, že maximální délka týdenní pracovní doby je natolik významnou pracovní podmínkou, že není přípustné, aby byla stanovena odlišně pro jakoukoliv část zaměstnanců, aniž by byl porušen shora uvedený ústavní princip.

Navrhovaná úprava by nebyla v souladu s principem rovného zacházení se zaměstnanci daným ustanovením § 16 zákoníku práce, kde se stanoví: „*Zaměstnavatelé jsou povinni zajišťovat rovné zacházení se všemi zaměstnanci, pokud jde o jejich pracovní podmínky...*“ Pokud by bylo možno vyžadovat po zaměstnancích ve zdravotnictví práci nad stanovených 40 hodin týdně, došlo by k významné nerovnosti v zacházení s těmito zaměstnanci.

Navržené znění do § 100 doplňovaného odstavce 3 je velmi vágní. Ve zcela zásad-

ních věcech odkazuje na podzákoný právní předpis, což je v rozporu s ústavními principy ČR, kdy základní práva a povinnosti má stanovit vždy zákon.

V článku 6 Směrnice Evropské unie č. 2003/88/ES, o některých aspektech úpravy pracovní doby, již byla podřízena i nová úprava pracovní doby obsažená v rekodifikovaném zákoníku práce, se doslova uvádí:

„Maximální délka týdenní pracovní doby:

Členské státy přijmou nezbytná opatření, aby v souladu s potřebou chránit bezpečnost a zdraví pracovníků

– byla délka týdenní pracovní doby omezena právními a správními předpisy nebo kolektivními smlouvami nebo dohodami mezi sociálními partnery,

– nepřekračovala průměrná délka pracovní doby pro každé období sedmi dnů včetně přesčasů 48 hodin.“

Z citovaného znění směrnice je jasné patrné, že **překročením limitu 40 hodin včleněným do zákoníku práce tak, jak je navrhováno, by došlo k jasnému porušení nejen vnitrostátní právní úpravy, ale i jednoho ze základních právních předpisů EU.**

Lékařská obec ministerský návrh odmítá

Členové představenstva ČLK, předsedové OS ČLK a zástupci akademické obce se sešli v pražském hotelu Pyramida. Po otevřené debatě vydali následující prohlášení:

1. Odmítají návrh poslance Kochana a dalších na novelu zákona č. 220/1991 Sb., jehož přijetí by nevedlo ke zlepšení fungování profesní lékařské samosprávy, ale ke ztrátě její samostatnosti a pravděpodobně přímo k její likvidaci. Útok na ČLK představuje útok na základní principy samosprávné demokracie. ČLK plní nezastupitelnou roli na státní moci nezávislého garanta kvality lékařské péče.
2. Upozorňují občany, že ČLK jim v současnosti není schopna garantovat, že ve všech zdravotnických zařízeních jsou ošetřováni dostatečným počtem lékařů s patřičnou kvalifikací. Příčinou tohoto stavu je skutečnost, že ministerstvo zdravotnictví nerespektuje zákon a odmítá ve spolupráci s ČLK připravit a vydat vyhlášku o personálních standardech

zdravotnických zařízení a ve spolupráci s ČLK kontrolovat její dodržování.

3. Odmítají návrh ministra zdravotnictví na prodloužení základní pracovní doby pro zdravotníky o 8 hodin týdně, byť se toto mělo dít pouze se souhlasem daného zaměstnance. Domnívají se, že ve svém důsledku se jedná o selektivní diskriminaci jedné profesní skupiny – lékařů a dalších zdravotnických pracovníků. Omezení pracovní doby slouží nejenom k ochraně zaměstnanců samotných, ale ve svém důsledku i k ochraně pacientů. Pokud budou lékařské odbory organizovat protestní akce proti přijetí tohoto návrhu, měly by je orgány ČLK podpořit.
4. Upozorňují na prohlubující se nepochopitelný rozdíl mezi výdaji na zdravotnictví a očekávaným společností stran kvality a dostupnosti zdravotní péče.
5. Upozorňují na to, že nekomunikace ministerstva zdravotnictví s ČLK škodí jak lékařům, tak pacientům.

Schváleno jednomyslně účastníky jednání dne 7. 11. 2007



Primář MUDr. Aleš Herman, Ph.D., profesor MUDr. Jan Žaloudík, CSc., prezident ČLK MUDr. Milan Kubek a profesor MUDr. Jan Pírk, DrSc. při jednání zástupců OS ČLK, představenstva ČLK a akademické obce.



Pokládám prodloužení pracovního týdne pro jednu vyčleněnou skupinu zaměstnanců ve státě za nezákonné. Od začátku bylo zřejmé, že zákoník práce limitující nemocniční pohotovostní služby nelze naplnit ze zcela reálných důvodů, které byly všem řídicím pracovníkům jasné (nedostatek kvalifikovaných lékařů a nedostatek peněz na jejich zaplacení). Místo systémového řešení MZ byla odpovědnost přenesena na ředitele nemocnic, resp. přednosty a primáře oddělení, aby se s naplněním litery zákony podle svých možností vypořádali sami.

Prim. Daniel Driák,

Gyn.–por. odd. FN Na Bulovce, Praha 8

Jsem zásadně proti, v případě schválení výpověď.

Petra Matiašek, ZZS, Děčín

Pokud projde tento požadavek, pak navrhuji zavést pro lékaře nevolnictví, nebo lépe otrokářský systém.

J. Matuška, cévní ambulance, Hodonín

Odpověď otázkou: Má už ministr Julínek pro nás vyjednané dřívější odchody do důchodu? Nebo je to zase nějaký plácánek do vody?

Igor Šubert, PL, Radošín nad Oslavou

Pracovní kategorie byly zrušeny, pro všechny pracovníky mají tedy platit stejná pravidla pracovního práva, když již nesporně všichni pracovníci podléhají stejným biologickým zákonitostem. Že se zákonodárci nebojí, že by narazili na vyčerpaného lékaře, který je může s vyšší pravděpodobností ohrozit či poškodit? Pracuji nepřetržitě od promoce v roce 1977, od nástupu do zaměstnání sklízím nevýhody v pracovním právu obou režimů – byla jsem nucena sloužit služby bez jakéhokoli časového omezení až do nyní platné úpravy. Návrh, aby jedna kategorie pracovníků měla delší pracovní dobu než ostatní, doufám, vzhledem k evropské pracovní právní legislativě, nemůže projít. Projde-li, doporučuji obrátit se k soudu, a to již ne v ČR. Doufám, že by postižení zdravotníci vstoupili do stávků, té bych se ochotně zúčastnila. Jistě existují i další resorty, kde by nedostatek pracovníků a mzdových prostředků mohli elegantně vyřešit tím, že pracovníkům bez změny platu prodlouží pracovní dobu. Proto by mě zajímalo, jak se došlo k tomuto návrhu zrovna ve zdravotnictví.

Jana Ťuiková, internista, Urologická kl. VFN, Praha 2



Co říkáte požadavku ministra zdravotnictví rozšířit základní týdenní pracovní dobu zdravotnických pracovníků na 48 hodin?

Jedná se jednoznačně o diskriminační postup proti jedné skupině obyvatel – a tak by taky měl být posuzován ev. orgány, který by tento postup měly na právní úrovni řešit.

Libor Zámečník, urolog, Praha

Pracuji v menší nemocnici, kde se stále více setkáváme s problémem nedostatku kvalifikovaných perspektivních lékařů. Příčin je mnoho, a není zde místo na jejich výčet. Problematiku větších nemocnic neznám. Lékaři jsou unaveni, nemají jistotu v budoucnosti jednotlivých oddělení a někde dokonce ani nemocnice. Neznají záměry svých managementů a zřizovatelů. Co bude dál? Do této situace přichází informace o prodloužení pracovního týdne. Situace, kterou znám, tedy situace v malé nemocnici, jistě vyžaduje jasné řešení a jasnou koncepci jak přilákat a udržet v těchto zařízeních dostatek lékařů, jak jim dát jasnou perspektivu dobré práce a dobrého výdělků. Mám obavy, že tento návrh nejde tou cestou a bude znamenat nejen další prořídnutí řady lékařů zde pracujících, ale i úpadek zdravotní péče na českém „venkově“.

Jiří Kucharský, Chirurgické oddělení – traumatologie, Nemocnice Třebíč

To je vcelku jednoznačné, NESOUHLASÍM, ukažte mi jednoho, který by souhlasil.

Hynek Jebavý, internista IKEM, Praha

Je to nehoráznost.

Toman Šenk, chirurg, vedoucí JIP, Chirurgie Mělník

Jde o diskriminaci skupiny lidí ambiciózním jedincem, t. č. u moci.

Stanislav Soukup, patologie, ÚP VZP Mělník

Je to protizákonný nesmysl, který je projevem neschopnosti pana ministra a důkazem, že zcela opovrhne prací lékařů a celým lékařským stavem. Třebaže mne se tento návrh přímo netýká, musím proti němu protestovat, neboť se ukazuje, že je na čase, aby se lékařský stav absolutně sjednotil a zorganizoval. Bude to patrně třeba!

Petr Karger, praktický lékař pro děti a dorost, Praha 4

Lékaři pro reformu podporují návrh ministra Julínka

Úpravy zákoníku práce, které pro zdravotníky navrhl ministr zdravotnictví Tomáš Julínek, se staly opět předmětem politického boje. Konstruktivní kritika ze strany přiznané i nepřiznané opozice a hledání společného konsensu je v nedohlednu.

Nový zákoník práce, který vstoupil v účinnost 1. ledna 2007, vyvolal mezi zdravotnickou veřejností vlnu – jistě oprávněné – kritiky. Již před koncem loňského roku bylo jasné, že jeho naplňování bude prakticky nemožné a pro většinu zdravotnických zařízení přinejmenším na hranici legality. Nyní je veřejným tajemstvím, že obcházení zákona, falšování výkazů práce či uzavírání dohod na neexistující konzultace se stalo běžnou praxí.

Cílem úpravy zákona, jak ji na jedné tripartitě přednesl ministr Julínek, byla možnost – tedy nikoliv povinnost! – zvýšit základní fond pracovní doby zdravotnických pracovníků o osm hodin týdně, tj. de facto možnost uzavřít „nadúvazek“ o rozsahu 0,2 na základní lékařskou činnost. Součástí návrhu byly také následující podmínky:

- rozšíření úvazku bylo navrženo jako dobrovolné,
- zaměstnanec nesměl být postihován, pokud by dohodu neuzavřel či vypověděl,
- již udělený souhlas s větším úvazkem by bylo samozřejmě možné vypovědět,
- za práci navíc zaměstnanec dostane peníze navíc (o tom, kolik to bude, by se jistě mělo vyjednávat).

Občanské sdružení Lékaři pro reformu vnímá tento návrh jako nouzové řešení, kte-

ré nevyřeší nadměrnou zátěž lékařů a dalších zdravotnických pracovníků hodinami, odpracovanými vysoko nad rámec běžného fondu pracovní doby, má nicméně vrátit realitu řady českých zdravotnických zařízení opět do zákonných rámců, než bude připravena komplexní novela Zákoníku práce. LPR nepovažuje navrhované úpravy za ideální, nicméně je důležité o nich diskutovat, zvláště v případě, když jejich kritici nemají alternativní řešení, které by bylo možné za stávajících podmínek realizovat. Definitivní řešení může přijít teprve se zásadní reformou nemocniční péče.

Občanské sdružení Lékaři pro reformu považuje za nekonceptní a vůči lékařům farižejské, že kolega Dr. Kubek, představitel ČLK, a kolega Dr. Engel, zastupující LOK-SČL, aktuální stav včetně navrhovaných řešení vždy lacině a populisticky zkritizují (vzpomeňme věčně omílané přirovnání 30korunového regulačního poplatku k poplatku na toaletách), ale s vlastní koncepcí reformy nemocniční péče, která by racionálně snížila počty lékařů ve službách a jimi odsloužené hodiny, dosud nepřišli. Jakou alternativní metodu navrhuje? Zřizování lékařských s.r.o., účtujících svému zaměstnavateli 500 Kč za hodinu služby? „Výměnu“ lékařů mezi sousedními nemocnicemi? Nebylo by lepší systém jako celek reformovat a dát lékařům (a nejen jim) dlouhodobě perspektivu?

*Roman Flašar, ambulantní neurolog
Karel Blažek, ambulantní anesteziolog
Marta Holanová, ambulantní psychiatr
Ivan Sucharda, ambulantní gynekolog*

Poznámka redakce: Je zvláštní, že návrhu na prodloužení základní pracovní doby zdravotníků v nemocnicích vyslovují veřejnou podporu soukromí lékaři, kteří v nemocnicích vůbec neslouží.

Rada SAS je pro nepovinné členství v ČLK

V diskusi o charakteru členství v ČLK Rada Sdružení ambulantních specialistů prosazuje nepovinné členství v ní, neboť současná Česká lékařská komora není opravdovou komorou, která má garantovat etiku, odbornost a vzdělání lékařů. Současná ČLK nevyjadřuje a nehájí zájmy

výrazně většiny lékařů, naopak poškozují prestiž lékařského stavu. Vzhledem k charakteru vystupování vedení ČLK v posledních letech Rada Sdružení ambulantních specialistů považuje současnou ČLK za již nereformovatelnou.

Zorjan Jojko, 1. 11. 2007



FEMS na straně českých lékařů

Vážený pane prezidente, drazí kolegové, obdržel jsem vaši informaci týkající se návrhu českého ministra zdravotnictví na novelu zákoníku práce, která by měla změnit pracovní dobu zdravotnických pracovníků v České republice.

Úvodem zmiňuji, že pracovní doba je pro všechny zaměstnance v České republice dlouhá 40 hodin týdně. V současnosti mohou, ale nemusí, zaměstnanci odpracovat maximálně 416 hodin přesčasové práce ročně, respektive 8 hodin týdně. Toto maximální pracovní zatížení 48 hodin týdně je včetně již neexistující pracovní pohotovosti. Pracovní právo v České republice odpovídá platné Směrnici Evropského parlamentu a Rady číslo 2003/88/ES ze dne 4. listopadu 2003 o některých aspektech úpravy pracovní doby a je v souladu s rozsudky Soudního dvora Evropských společenství.

Pokud by vaše ministerstvo zdravotnictví chtělo uložit zdravotnickým pracovníkům pracovat více, než kolik je všeobecně platný limit pracovní doby v České republice, šlo by o čistou diskriminaci. Pokud by někteří vaši lékaři akceptovali přesčasovou práci v rozsahu větším než v průměru 8 hodin týdně, tedy více přesčasové práce, než kolik mohou odpracovat ostatní čeští zaměstnanci, vaše vláda by musela kompenzovat toto zvýšené pracovní nasazení vyšší mzdou (speciálním příplatkem za přesčasové hodiny) anebo delším odpočinkem, jak je tomu například ve Francii.

Je třeba zdůraznit že veškerá pracovní doba nad 48 hodin týdně musí být předmětem tzv. opt-out procedury v souladu s evropskou směrnicí 2003/88/ES. Tato procedura je postavena na zcela dobrovolné a individuální dohodě mezi zaměstnancem a zaměstnavatelem. Mechanismem opt-out umožněná práce musí být, a toto zdůrazňuji, považována za přesčasovou práci a musí tedy být odpovídajícím způsobem lépe zaplacená (jako například ve Francii). Je jasné, že možnost tzv. opt-out dohody představuje potenciální nebezpečí pro zaměstnance, jejichž vztah vůči zaměstnavatelům není rovnoprávný.

Vždy existuje riziko nátlaku na zaměstnance ze strany zaměstnavatelů. Také z těchto důvodů se **Evropský parlament chystá v rámci aktuálně připravované revize evropské Směrnice o některých aspektech úpravy pracovní doby zrušit tuto možnost tzv. opt-out, aby tak zabránil riziku nekalé hospodářské soutěže a sociálního dumpingu.** Evropský parlament předpokládá, že na základě mechanismu opt-out dojednávaná nadlimitní přesčasová práce zpochybňuje základní smysl Směrnice o některých aspektech úpravy pracovní doby. Že tato práce ohrožuje zdraví a bezpečnost pracovníků. **My jako představitelé lékařů dodáváme, že nadlimitní přesčasová práce lékařů představuje především potenciální ohrožení bezpečnosti pacientů.**

V každém případě, pokud by vaše vláda a parlament změnily Zákoník práce ve smyslu navýšení povinné pracovní doby na 48 hodin týdně, tento zákon by nebyl právoplatný a vaše profesní organizace by měla žalovat českou vládu jednak u vašich soudů, jednak u soudu mezinárodního. Naše organizace vám pochopitelně poskytne plnou podporu v jednání s Evropskou komisí stejně jako se Soudním dvorem Evropských společenství v Lucemburku.

Pracovní podmínky českých lékařů zůstávají stále hluboko pod průměrnými pracovními podmínkami lékařů v EU. Iniciativy podobné té, s níž přichází vaše ministerstvo zdravotnictví, budou ještě posilovat tzv. odliv mozků. Vaši lékaři budou ještě častěji odcházet pracovat do zahraničí a absolventi středních škol si budou volit jiné vysoké školy než lékařské fakulty.

Vážený pane prezidente, drazí kolegové, ujišťuji vás, že evropské lékařské společenství, speciálně Evropská federace lékařů zaměstnanců (FEMS), budou v obdobných sporech vždy na vaší straně. Rádi vám pomůžeme ve vaší snaze o zvyšování kvality zdravotní péče v České republice a o posilování bezpečnosti českých pacientů.

Claude Wetzel, MD, prezident FEMS
Štrasburk, 3. listopadu 2007

Před lety byla veřejnost informována, že lékařů je dostatek a v případě potřeby jsou další rezervy čekající na východní hranici. Nyní se dozvídáme, že je nás málo. Z Východu se k nám nikdo nehrne. Pan ministr vidí jediné východisko z této situace – za stejně peněz více práce! Že by inspirace z předchozího režimu? Vzpomínáte? „Republice více práce, to je naše agitace.“ Lidé sedící na ministerstvu nechtějí akceptovat fakt, že důvodem nedostatku lékařů v tomto státě je hlavně nespokojenost s finančním ohodnocením naší práce. Schopní lékaři odcházejí za lépe placenou prací do zahraničí. Jedině ekonomická motivace dokáže tento nepřijemný trend zvrátit. Plánované opatření situaci jen zhorší.

Vladimír Kolařík, chir. amb., Rumburk

Opět jen pokus jak se zdravotníky „vyjebat“. Tak jako v minulosti vždy.

Zbyněk Goldammer, prakt. lékař, Děčín Křešice

Pan ministr, vláda, zaměstnavatelé a další budou vždy „požadovat“, pokud hlas nesouhlasu bude příliš tichý. Zdá se, a je s tím i kalkulováno, že mnoho lékařů je spokojeno se současným stavem, „netýká“ se jich to, a proto nemají zájem připojit svůj hlas. Tvoří mlčící většinu. Pak je třeba si uvědomit, že 48 hodin je jen začátek. Jakmile nastane „rok 1948“, je návrat možný dlouhodobě a obtížně.

Jiří Ort, ortoped, Praha

Myslím, že ministři zdravotnictví, ať to byl ten minulý nebo ten současný, trpí stejnými nešvary řešit problémy zdravotnictví „právním znásilněním“. Jednou jsou to sporné Rathovy vyhlášky, nyní jiný kousek, který nemůže myslet nikdo vážně (pokud má alespoň basální právní povědomí a respekt k němu), když chce otrokářsky nařídit jen jedné společenské profesi pracovat za jiných podmínek než zbytek společnosti. Jsou lékaři stroje či nadlidé? Důvod je jistě jen čistě pragmatický, jde zase jen o peníze, moci zaplatit dané pracovníky za normální pracovní dobu hůře a levněji. Principiální důvod je opět stejný, ušetřit na úkor zdravotníků. Jakýkoli podobný pokus nelze než jednoznačně odsoudit a s jasnou razancí to musí dát zejména lékaři zaměstnanci najevo a případně vyjít do ulic, nic jiného zde jako dostatečně silná páka nefunguje.

Jiří Šmíd, praktický lékař pro dospělé,
Jablonec nad Nisou



Co říkáte požadavku ministra zdravotnictví rozšířit základní týdenní pracovní dobu zdravotnických pracovníků na 48 hodin?

Dle mého soudu se jedná o naprostý nesmysl. Je to návrat k totalitním praktikám a v demokracii by měly být takové nápady okamžitě smeteny se stolu. Dobrým příkladem tohoto nesmyslu je stejný postup u Policie ČR, což vedlo k obrovskému odchodu lidí a nárůstu korupce.

Jarmila Pavlovičová, praktická lékařka, Jilové

Jedním slovem nehoráznost. V případě prosazení budu zvažovat odchod ze zdravotnictví.

Jan Münz, kardiolog, Praha

Jedná se o zcela nekoncepční návrh, který dle mého názoru není konzistentní ani s právem naší země ani s právním řádem Evropské unie. Jenže klidně uvěřím tomu, že může být schválen. A pod řádky dodávám: „...co jsme (my, lékaři) komu udělali?“

Petr Chudomel, chir. odd., Oblastní nemocnice Kolín

Ano, souhlasím, ale s podmínkou, že pracovní doba bude rozšířena všem pracovníkům (*samozejmě i nezdravotnickým*) v ČR, respektive Evropské unii. S takovým návrhem by se asi ministerští úředníci báli vylézt, skončili by s motykou v zádech

Jan Kaufman, OS ČLK Praha 9, 14, interna

Jsem soukromá lékařka, řeklo by se tedy, že se mne to netýká, ale... Při představě, že zdravotní sestry, které mají doma rodiny s dětmi či lékaři po noční, kteří chodí hned do další roboty v nemocničních kolesech, budou dělat ještě víc, mám návrh. Začněme už pojmenovávat věci pravým jménem a nemlžit: navrhuji pojmenování zákona Otrokářský dekret České republiky. Už vidím ty davy lékařů ze zahraničí, kteří se k nám jen pohnou „za dobrým bydlem“ místo nezodpovědných českých lékařů, kteří odcházejí do zahraničí. No a ten zbytek domácích lékařů a sestřiček, co tu ještě sebevražedně pracují, stačí z přetížení vymřít. Zajímalo by mne, z které fakulty vzešel Dr. Julínek? Byla naše? Fakulty bývají na své úspěšné absolventy pyšné.

Zdeňka Rákosová, OL, okr. Jablonec nad Nisou



Zrušení ČLK lékařům svobodu nepřinese

Od pravé podstaty poslaneckého návrhu novely zákona č. 220/1991 Sb., již je snaha o likvidaci lékařské komory, odvádí pozornost znovu již poněkolkáté nastolená debata o povinném, respektive nepovinném členství v komoře.

Ze současných 27 států EU je povinné členství v lékařské komoře ve 12 z nich, zatímco ve 13 je tzv. povinná registrace, která znamená prakticky totéž. Je třeba zdůraznit, že v žádné zemi neexistuje systém, kdy by část lékařů (např. soukromí a vedoucí lékaři) musela být členy komory, zatímco pro lékaře zaměstnance v subalterním postavení by taková povinnost neexistovala. Pomůže nám, lékařům, kdybychom se právě v této věci stali v Evropě výjimkou?

Je pravda, že pojem „členství“ skutečně není ve vztahu k profesní samosprávě typu lékařské komory nevhodnějším termínem. Implikuje totiž dobrovolnost, s níž se stáváme členy nějaké zájmové organizace. Lékařská komora však není dobrovolným spolkem. Je to profesní samospráva, která je obdobou samosprávy místní s jediným rozdílem: příslušnost není dána místem bydliště, ale vykonávanou profesí.

Jako názorný příklad nám může posloužit paralela s občanstvím, které rovněž

není stavem zcela dobrovolným a vyplývají z něj pochopitelně jisté povinnosti. Každý občan musí respektovat platné zákony a platit daně. Obdobně lékaři musí dodržovat komorové předpisy a platit členské příspěvky. Vedle povinností jsou tu však i práva. Tak jako občané mají právo volit a být voleni, tak i každý lékař má právo volit a být volen do funkcí v komoře, a tak se podílet na činnosti profesní samosprávy. Obdobně jako občan může využívat služeb státu a požívat jeho ochrany, i lékaři mohou užívat služeb komory, která je v případě potřeby také hájí.

Zrušení komory by lékařům nepřineslo více svobody. Právě naopak. Pokud by byl návrh přijat a komora zlikvidována, lékaři by svoji svobodu ztratili docela. Kompetence komory by převzal stát, který by, tak jako v Maďarsku, zřídil nějaký úřad dozoru nad lékaři. Odborná a etická pochybení lékařů by tedy již neposuzovali kolegové, ale státní úředníci, možná doplnění ještě o občanské komise z řad pacientů. Tím by došlo k posílení státní byrokracie a k centralizaci moci. Lékaři by přišli o možnost spravovat své věci sami i o ochranu své komory.

Milan Kubek

Topolánek: Vláda změny zákona o komorách neodmítla

Vláda podle premiéra Mirka Topolánka zaujala „smířlivý postoj“ k poslaneckému návrhu, který má změnit postavení a pravidla fungování profesních komor lékařů, zubařů a lékárníků. Ať už kabinet k předloze zaujme jakékoli stanovisko, definitivně o ní rozhodne až parlament. Premiér po zasedání vlády novinářům zdůraznil, že návrh neobsahuje kontroverzní téma nepovinného členství v komorách. Poslanec ODS a místopředseda zdravotního výboru Boris Šťastný už nicméně avizoval, že bude požadovat zrušení povinného členství v lékařské komoře, při projednávání návrhu. O tom poslanci v minulých letech diskutovali již několikrát, ale dosud vždy zvítězili zastánci povinného členství. Podle Topolánka může nové rozpoutání diskuse vyvolat ve sněmovně turbulence, které by si nepřál. I když souhlasí se změnami v organizaci komor, téma nepovinného členství otvírat nechce. Česká lékařská komora podle Šťastného neplní úlohu stavovské organizace, která by jí příslušela. „Ukázala se v posledních několika letech organizací nikoli stavovskou, ale organizací nátlakovou, politicky orientovanou, která se snaží interpretovat názory sociální demokracie proti pravici, a být tak její prodlouženou rukou,“ řekl Šťastný již dříve ČTK.

ČTK, 22. října 2007

Ministři KDU-ČSL poslanecký návrh nepodpořili

Pro poslanecký návrh novely zákona o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře nehlasovali při včerejším jednání vlády ministři KDU-ČSL. Zamýšleným cílem předloženého návrhu zákona je upravit nový způsob ustanovení orgánů komor (lékařská, lékárnická a stomatologická), zpřesnění pravomocí nejvyšších orgánů komor a zavedení možnosti zřízení krajské struktury některých orgánů komor, bude-li to pro příslušnou komoru z or-

ganizačně technických důvodů výhodnější. „Předložený návrh zákona je podle mého názoru zcela nesystémový. To jsou důvody, proč ministři KDU-ČSL nemohli podpořit předloženou novelu, a to i přesto, že se jedná o návrh koaličního poslance Josefa Kochana. Takto budu své rozhodnutí prezentovat i členům Poslaneckého klubu KDU-ČSL,“ uvedl na vysvětlenou vicepremiér Jiří Čunek.

Martin Horálek, tiskový mluvčí KDU-ČSL

V Praze dne 23. 10. 2007

Vědecká rada ČLK: Je to diskriminace

Níže podepsaní členové Vědecké rady České lékařské komory se seznámili s návrhem skupiny poslanců na novelu zákona č. 220/1991 Sb.

K výše uvedenému prohlašujeme:

Česká lékařská komora plnila a plní nezapustitelnou roli profesní samosprávy a profesního dohledu od druhé poloviny 19. století, s výjimkou období totality.

Česká lékařská komora je samosprávná organizace jako jedna ze 14 profesních komor zřízených zákonem. Podmínka nadpoloviční účasti voličů pro platnost voleb není obsažena v žádné zákonné normě upravující volby do orgánů samosprávy a státu! Diskriminující návrh novely zákona 220/1990 Sb. v tomto znění se týká pouze tří profesních komor.

Zdůrazňujeme, že právo volit není povinností, ale právem voliče. Aplikace požadavku na padesátiprocentní účast voličů by vedla k porušení principu rovnosti vzhledem k ostatním volbám a nedůstojnému zániku

České lékařské komory. Věříme, že cílem zákonodárce není zánik lékařské profesní samosprávy. Zaniklá nebo nefungující profesní organizace lékařů nemůže garantovat odbornost a etiku výkonu lékařského povolání, disciplinárně postihnout odborné pochybení či etické provinění kteréhokoli lékaře ani zajistit celoživotní vzdělávání lékařů.

Vyzýváme naše zvolené zástupce – poslance Parlamentu ČR, aby tento návrh odmítli. Současně jsme připraveni k seriózní diskusi o případné změně zákona č. 220/1991 Sb., která nebude likvidovat, ale bude zdokonalovat profesní lékařskou samosprávu v České republice.

Prim. Aleš Herman, Ph.D., předseda VR ČLK; Doc. Petr Bartůněk, CSc.; Doc. Václav Dostál; Doc. Jaroslav Feyereisl, CSc.; Prof. Jana Hercogová; Pavel Horák, CSc., MBA; Prof. Jan Hořejší, DrSc.; Věra Hořínová; Prof. Michal Hrdlička, CSc.; prim. Jaromír Cheníček; Doc. Přemysl Klír; CSc.; prim. Luboš Kotík, CSc.; Eva Králíková, CSc.; Doc. Milan Kvařil, CSc.; Ota Mach; Prof. Miloslav Mareš, CSc.; Jan Pajerek; Prof. Jan Pirk, DrSc.; Doc. Leopold Pleva, CSc.; prim. Karel Roztočil, CSc.; Václav Runt; Zdeněk Schwarz; Zdeněk Slavík; prim. Hana Stankušová, CSc.; Prof. Jan Žaloudík, CSc.

Skvělý nápad. Už se těším, až se vrátím z mateřské dovolené do práce. To se tam pak můžu rovnou nastěhovat a doma nechat jen fotku. Už takhle, při současném zdravotnictví, jsme byli v nemocnici plno hodin navíc a zadarmo, bez nároku na mzdu a teď to budeme mít dokonce povinné. Vždyť mladí lékaři přece vůbec nepotřebují peníze, a rodina? To je asi vedlejší. Ať ministr zdravotnictví vymyslí laskavě něco lepšího a normálního, akceptovatelného pro všechny.

Andrea Zelená, chirurgie Nemocnice Děčín,

t. č. na mateřské dovolené

Rozhodnutí pana ministra je krajně nekolegiální a těžko pochopitelné.

Václav Dostál, předseda OS ČLK Hradec Králové

Domnívám se, že jde o svéráznou odměnu lékařům ze strany ODS za předvolební stávkou proti Rathovi. Ale vážně: šílenost.

Jiří Bartoš, Ambulance cévní chirurgie, Nový Bor

Vůbec myšlenka o regulérním prodloužení pracovní doby jedné zaměstnanecké skupině je kacířská! Neblížíme se náhodou z druhé strany kruhu zpět k budovatelskému období, kdy pracovní soboty strávené na stavbách, polích, při úklidech veřejných prostranství a pracovištích byly nedobrovolně známkou našeho uvědomění a loajality s vládoucí stranou Národní fronty? O dobrovolnosti některých aktů už víme taky své – máme téměř jednorocní zkušenost se ZP, na jehož dobrovolné obcházení jsme museli nedobrovolně na mnohých pracovištích přistoupit. Pan ministr může za tento vskutku originální nápad dobrovolně opustit post ministra zdravotnictví... Jak by se asi tvářili soudci, kdyby jim z důvodu dlouhých průtahů při řešení soudních sporů nyní MS ČR nařídilo o 8 hodin delší týdenní pracovní dobu. Vzpomeňme také na učitele, kteří se loni bouřili, když jim chtěli přikázat, aby celou pracovní dobu trávili na pracovišti! Kolegové, probudme se a začněme si už konečně sami sebe vážit a dejme zřetelně najevo, že takové jednání je vrcholem arogance a pohrdání naší profesí.

Ivana Kohnová, předsedkyně LOK-SČL, FN Olomouc

Diskriminace skupiny obyvatel daná přímo zákonem! A to si dovoluje navrhnout ministr ze strany, která má ve svém názvu demokratická!?

Lenka Doležalová, anestezioložka,

Úrazová nemocnice Brno

Co říkáte požadavku ministra zdravotnictví rozšířit základní týdenní pracovní dobu zdravotnických pracovníků na 48 hodin?

Zdravotníky v ČR uráží dnes kdekdo, denně jsou v tisku dehonestováni. Nikdo si neuvědomuje, jak hluboký propad a důsledky to přinese na konkrétní nemocné, nikdo nepoví lidem pravdu o svízelné situaci, raději se zabývají opravdu nesmyslnými návrhy. Dosud fungující zdravotnictví si to nezaslouží, škoda, že na horní palubě Titanu se ještě tančí...

Petr Košík, pediatr, Praha

Prodloužení pracovní doby jedné skupině zaměstnanců považují za diskriminaci zdravotníků. Třebaže je to pro zaměstnavatele nepřijemné, trvám na individuálním domlouvání přesčasové práce s jednotlivými zaměstnanci nebo odbory. Základní týdenní pracovní dobu 40 hodin považují za neměnnou.

*Rostislav Král, kardiolog, int. odd. II-kardiologie,
Nemocnice Tábor*

Na takový choromyslný výplod snad nelze ani reagovat (slušně) – a co takhle zavést robotu? Jenže v té době byla alespoň povinnost být členem příslušného cechu. – Bohužel je to takový nesmysl, že má asi reálnou šanci projít.

Petr Nový, alergologie, Tanvald

Všechno má svou cenu. Bude-li prodloužení základní pracovní doby provázeno např. výrazným zvýšením reálného příjmu, delší dovolenou, snížením věkové hranice odchodu do důchodu, doživotním příjmem za výsluhu let obvyklým u ozbrojených složek, a hlavně budou-li mít všichni možnost svobodné volby na 48 hodin týdně přistoupit či ne, najde se určitě skupina pracovníků, která takovou změnu akceptuje. Já to nebudu.

Jiří Havel, oftalmolog, Litoměřice

48hodinový týden pro lékaře je podle mě pěkný nesmysl, který se snad nikomu ze zdravotníků nemůže líbit. Navíc to zakazuje Ústava. Pokud pan ministr Julínek myslí, že se tím zvýší naše výkonnost, tak spíš poklesne počet lékařů v ČR, protože mnozí půjdou do zahraničí.

Eva Šlesingerová, oční odd., Nové Město na Moravě

Asi se zbláznil a kope si hrobaček.

Miroslav Prudký, ortoped, Bystřice nad Pernštejnem



Prezident PWG Rui Guimaraes, delegát ČLK Tomáš Šindler a prezident FEMS Claude Wetzel (zleva)

PWG jednomyslně podporuje ČLK

Ve dnech 2. a 3. listopadu 2007 se konala pravidelná konference PWG (Permanent Working Group of European Junior Doctors), mezinárodní organizace sdružující mladé lékaře. Tentokrátě nedaleko slovinské Ljubljane, v prostředí podhorského hotelu Kokra, s výhledem na alpské vrcholy. Ačkoliv to zní velmi poeticky, pro Českou lékařskou komoru, stálého člena PWG, to rozhodně nebyla bezstarostná vyjížďka.

Šlo o hodně. V hektické době, kdy v parlamentu ČR leží vážně míněná novela zákona o třech profesních komorách, bylo nutno pokusit se vyjednat podporu u vážené mezinárodní organizace. O problematice novely bylo již napsáno mnoho. Fakt, že jde v samotné podstatě o likvidaci ČLK, nelze zpochybnit. Přesvědčit o tom delegáty PWG nebylo těžké, neboť tato praxe, tak typická pro postkomunistické země, může zažehnout nebezpečný trend v ostatních zemích tra-

diční EU. Je totiž vždy jednodušší oponenta se zbavit, než s ním vést dlouhé diskuse. Tohle se od Stalina naučili naši postkomunisti velmi dobře a jaksi jim to uvízlo v genech dodnes. Je zcela jedno, kde se v politickém spektru nacházejí, mimikry nezapřou. Ačkoliv se to může zdát nereálné, tento problém si delegáti většiny zemí EU uvědomují velmi dobře a jednomyslně podpořili český návrh na prohlášení, resp. deklaraci. Pro Českou lékařskou komoru to má bezesporu podstatný význam. Jednak se potvrdilo, že jsme bráni zcela vážně jako adekvátní partner ve velké evropské rodině lékařských komor, a jednak je to potvrzení správného, tedy jednoznačně odmítavého stanoviska a postupu oficiálních míst ČLK ke zmíněné novele. Osobně si tohoto přístupu od kolegů z PWG velmi vážím a je mi ctí spolupracovat s nimi.

*Tomáš Šindler, delegát PWG za ČLK
Brdo (Slovinsko), 3. 11. 2007*

Usnesení PWG

PWG (Stálá pracovní skupina mladých evropských lékařů) odsuzuje snahu části poslanců českého parlamentu zrušit Českou lékařskou komoru, profesní samosprávu lékařů v České republice. Česká lékařská komora nejenom obhajuje zájmy lékařů v České republice, ale zároveň plní i nezastupitelnou roli v samoregulaci lékařské profese.

PWG považuje snahu vládních politiků v České republice omezit kompetence lékařské komory a podřídit ji dohledu ministerstva zdravotnictví (tedy státní moci) s ohledem na evropské tradice za něco velmi neobvyklého. PWG odmítá bezprecedentní návrh na odvolání ve svobodných volbách zvolených orgánů profesní lékař-

ské samosprávy jako něco zcela nedemokratického a neslučitelného s pravidly Evropské unie. Po intenzivní diskusi PWG vyjadřuje plnou podporu lékařům v České republice, jejichž právo na vlastní profesní samosprávu je ohroženo. Řídit vzdělávání lékařů a zajišťovat jeho kvalitu i dohled nad ním by přitom měla pouze nezávislá profesní samospráva, v tomto případě Česká lékařská komora. PWG žádá poslance Parlamentu České republiky, aby odmítli nedemokratický návrh směřující ke zrušení České lékařské komory a aby se ve spolupráci s Českou lékařskou komorou snažili o zlepšení fungování lékařské samosprávy, místo snah o její podřízení státní moci nebo o její zrušení.

Stojíme za českými lékaři

AEMH

„Jednoznačně se ztotožňujeme s prohlášením CPME z 19. října 2007, které jeho představitelé přijali na svém zasedání v Bruselu,“ řekl prezident

Evropské asociace vedoucích nemocničních lékařů (AEMH) dr. Raymond Lies. Na 49. zasedání předsednictva AEMH, které se uskutečnilo 27. října v Bruselu, vyslovili zástupci všech přítomných zemí plnou podporu snaze českých lékařů v jejich boji za záchranu nezávislé profesní samosprávy. Zároveň pozvali prezidenta ČLK dr. Milana Kubka na květnové jednání AEMH do Záhřebu, aby je mohl informovat o dalším vývoji situace v České republice.

Prezident CPME Daniel Mart
(Lucembursko)

Podporujeme české kolegy

Stálý výbor evropských lékařů (CPME), který zastupuje více než dva miliony evropských lékařů, přijal dne 19. 10. 2007 jednomyslně (hlasy 27 členských států a 2 asociovaných zemí EU) rezoluci, v níž vyslovuje hluboké znepokojení nad snahou politické reprezentace v ČR oslabit či zrušit nezávislou profesní lékařskou samosprávu – ČLK, která plní nezastupitelnou úlohu na státu nezávislého garanta kvality lékařské péče.

Stálý výbor evropských lékařů (CPME) je přesvědčen, že v demokratických zemích lze nejvyšších dostupných standardů péče o pacienty i standardů práce lékařů, kteří tuto péči poskytují, dosáhnout nejlépe, pokud mají představitelé lékařského stavu spoluodpovědnost za řízení zdravotnictví.

CPME zdůrazňuje, jak důležitá je pro pacienty, lékařský stav i pro celou společnost nezávislost orgánů regulujících lékařské povolání. Pouze pokud tyto orgány mohou jednat a vystupovat svobodně a bez politického vměšování, mohou plnit vůči společnosti roli skutečně nezávislého garanta kvality lékařské péče.

CPME vyzývá všechny vlády zemí EU/EAA, aby uznaly, jak důležitý je jejich vztah k lékařské profesi pro poskytování bezpečné a kvalitní lékařské péče v jejich zemi. CPME dále vyzývá vlády, aby dodržovaly model lékařských samospráv jako svých nezávislých partnerů, kteří jsou součástí občanské společnosti.

CPME je hluboce znepokojen jednáním vlády České republiky, které může ohrozit stávající fungující lékařskou samosprávu v ČR. CPME vyjadřuje kolegům v České republice svoji plnou podporu, a to zejména ve věci obrany jejich práva určovat pravidla pro poskytování lékařské péče.



1

CPME/AD/Brd/191007/142/EN

At the CPME Board meeting, Brussels, 19 October 2007, CPME adopted the following document “**CPME Motion to support Czech colleagues**” (CPME 2007/142 FINAL EN)

CPME Motion to support Czech colleagues

The CPME believes that, in democratic countries, the highest attainable standards of care for patients and of regulating the doctors who provide that care, are best achieved when the medical profession is involved in the responsibility for medical regulation.

The CPME emphasizes the importance for patients, the profession, and society of the independence of regulatory authorities, which can then act, and be seen to act, in a manner free of political interference, thereby functioning as a truly independent guarantor of the quality of medical care.

The CPME calls on all EU/EEA governments to recognize the importance to the provision of safe, good quality healthcare of their relationship with the medical profession in their country. The CPME further calls on governments to maintain the model of medical professional bodies as independent partners within civil society.

The CPME is deeply concerned by the actions of the government of the Czech Republic that would put at risk the existing and accepted “self-regulation” of the medical profession. The CPME expresses full support for colleagues in the Czech Republic and, in particular, for the protection of their involvement in medical regulation.





Co říkáte požadavku ministra zdravotnictví rozšířit základní týdenní pracovní dobu zdravotnických pracovníků na 48 hodin?

Je to blázen. Ale větší blázní jsem my (hlavně „státní“) lékaři, že jsme to do tohoto stavu nechali dojít. Politici si o nás myslí, že sneseme vše. Doposud jsme se jako stav ale opravdu chovali jako tupé ovce, které dělají vše, co se jim nařídí. Kdybychom v předešlých letech např. několikrát stávkovali, tak si na tuto nehoráznost nedovolil ani pomyslet. Čím déle nebudeme radikálně prosazovat své zájmy, tím déle budou politici a úředníci náš stav, naši práci a tím i celý systém zdravotnictví priznit.

*Tomáš Navrátil,
neurolog, Nemocnice Nové Město na Moravě*

Tento požadavek je doslova nestydatý – obzvláště v kontextu situace ostatních zaměstnanců v jiných oborech, než je zdravotnictví v našem státě. Je to logický následek řady nesystémových a polovičatých změn v našem zdravotnictví po roce 1989.

Alena Matrasová, PLDD

Prosté navýšení délky pracovní doby pro lékaře považuji za naprosto nepřijatelné. K diskusi o věci bych přistoupil v případě, že by došlo k významnému navýšení mzdy lékaře a prodloužení doby dovolené.

*Pavel Svoboda,
gastroenterolog, Městská nemocnice v Litoměřicích*

Domnívám se, že v řešení přesčasových hodin, kde nový zákoník práce zrušil instituci pohotovosti, která původně byla v rozsahu současného ministra návrhu na prodloužení týdenní pracovní doby, nikdo nic lepšího v nejbližší době nevymyslí. Podmínkou však je, jak tvrdí ministerstvo, aby toto prodloužení bylo na dobrovolnosti lékařů a navíc, což je podstatné a nikdo to zatím nezaručuje, aby toto 20% navýšení pracovní doby bylo spojeno s 20% navýšením hrubé mzdy (včetně přesčasů = výpočet pro náhrady), jelikož, jak všichni vědí, veškerá přesčasová práce, ať je nazývána jakkoli, je podstatnou složkou mzdy všech pracovníků ve zdravotnictví. Tímto způsobem by byla mzda ošetřena, domnívám se, relativně důstojným způsobem.

*Doc. Petr Heinc, Ph.D.,
I. int. klinika FN Olomouc*

Znepokojení očních lékařů

Sdružení privátních očních lékařů ČR se znepokojením sleduje události posledních dnů. Byly vyvolány podáním poslancekého návrhu některými poslanci ODS, který směřuje ke změně kompetencí a fungování České lékařské komory. Z dosavadních odůvodnění autorů návrhu jsme přesvědčeni, že se opírají o nepřesné informace zprostředkované médií. Vždy nás překvapuje, že hlas několika lékařů je považován za majoritní hledisko lékařského stavu. Vycházíme-li z poznatků našeho sdružení, které sjednocuje převážnou většinu ambulantních oftalmologů, musíme konstatovat, že současné kompetence a postavení České lékařské komory vyhovují našim představám o stavovské organizaci. Možnost úprav Stanov ČLK pomocí demokraticky a svobodně zvolených zástupců lékařské samosprávy, tedy delegátů sjezdu ČLK, považujeme za plně demokratickou. Ste-

zí můžeme pochopit návrhy, které mění legislativní principy ČLK zvenku. Navíc jde o principy, které se neliší od ostatních komor a ostatních občanských sdružení. Považujeme proto navrhované změny za zbytečné a za nebezpečné zasahování do profesních samospráv.

Sdružení privátních očních lékařů ČR, které sdružuje přes 300 ambulantních očních lékařů, upozorňuje na to, že navrhované změny mohou záměrně sloužit minoritnímu počtu členů ČLK a tím výrazně poškodit zájmy celku. Obáváme se, že změny tohoto rázu mohou vést k likvidaci komory. Komora doposud dobře sloužila nejenom lékařům, ale především občanům. Doporučujeme pánům předkladatelům dotyčného návrhu, aby se seznámili s konkrétními čísly a fakty, které o tom objektivně vypovídají.

*Magdalena Knajflová, předseda
V Praze dne 21. 10. 2007*

LOK-SČL:

Je to pokus o „znásilnění“ demokracie

Nejen LOK-SČL, ale kterákoliv jiná organizace založená na principech občanské demokracie musí zcela rezolutně odmítnout navrhované změny zákona 220/1991 (sněmovní tisk 314).

Poslanci navrhované změny zavádějí do českého právního řádu mechanismy, které pro něj nejsou obvyklé a jsou v rozporu s principy občanské společnosti.

Navrhované změny zákona nepřijatelným způsobem zasahují do principů profesní a tím i občanské samosprávy. Zásadním způsobem zvyšují vliv státu a tím politiků na nezávislé organizace, jakými by profesní samosprávy měly být.

Vzhledem k historické zkušenosti, kdy se část poslanců tzv. pravicových stran opakovaně pokouší o likvidaci profesních samospráv jen proto, že tyto nejsou konformní s jejich představami uspořádání příslušného resortu, jsme přesvědčeni, že jde o účelové návrhy vedoucí k oslabení především vlivu ČLK.

Zdá se, že kroky ČLK jsou v přímém rozporu se zájmy finančních skupin zastupovaných některými představiteli současné vládní koalice.

Navrhované změny zákona jsou velmi dobře promyšleny tak, aby sice možná zachovaly ČLK de iure, ale zlikvidovaly ji de facto. Zcela kuriózně a jakoby z jiného režimu působí návrh, aby zákon před vypršením v platné lhůtě zkrátil demokratickou volbou nabytý mandát orgánů ČLK.

Pokus o „znásilnění“ demokracie tohoto typu považujeme za nebezpečný precedens. Pokud by takový zákon byl přijat, bude otevřena Pandořina skříňka, která může snadno umožnit návrat k totalitním praktikám.

Trváme na tom, že současný zákon o profesních komorách vyhovuje a především obsahuje dostatek mechanismů k tomu, aby byly jejich orgány nezávislé a demokraticky volené. Jako problém spíše vnímáme skutečnost, že ČLK jako samosprávná profesní organizace byla politickou zvlášť zbavena základních nástrojů k výkonu samosprávy.

Snahu o její faktickou likvidaci navrhovanými změnami zákona odmítáme jako přímé ohrožení demokratického vývoje v ČR.

*Martin Engel, předseda LOK-SČL
Lukáš Velev, místopředseda
Jana Vedralová, místopředsedkyně*

Obsah

Neuroaxiální blokády u císařského řezu a vaginálního porodu – dokončení..... 1

Doporučení: omezit dobu používání přípravků s obsahem nimesulidu..... 4

NEUROAXIÁLNÍ BLOKÁDY U CÍSAŘSKÉHO ŘEZU A VAGINÁLNÍHO PORODU

Dokončení z č. 10/2007

Pozdní komplikace:

Respirační deprese

Podávání opioidů jakoukoli aplikační cestou může vyvolat dechový útlum. Užívané liposolubilní opioidy (fentanyl, sufentanil) nevyvolávají pozdní dechovou depresi a proto je možno monitoraci matky (vědomí dechová frekvence) ukončit 2 hodiny po poslední podané epidurální nebo spinální dávce. Hydrofilní opioidy (morfin) při spinální NAB mohou vyvolat pozdní dechovou depresi. Matka má být proto monitorována 24 hodin po jejich poslední aplikaci. K léčbě dechového útlumu se používají antidota opioidů (naloxon).

Postpunkční cefalea (PDPH - postdural puncture headache)

Příčinou této komplikace je likvorová hypotenze způsobená únikem mozkomíšního moku otvorem v tvrdé plně. Výskyt PDPH při subarachnoidální anestezii je díky používání jehel s velmi tenkým průsvitem (G 27-G 29) a se speciálními hroty (např. pencil - point) dnes nízký a pohybuje se pod 1 %. K arteficiální punkci tvrdé pleny Tuohyho epidurální jehlou dochází v závislosti na zkušenostech anesteziologa v 1-3 % a je následována PDPH ve více než 80 % případů. Mladé ženy tvoří skupinu pro rozvoj PDPH nejrizikovější z celkové populace. Konzervativní terapie (hydratace, klidový režim, abdominolumbální komprese, analgetika, kofein) bývá úspěšná jen u velmi mírných forem. U těžkých obtíží je léčebnou metodou volby aplikace krevní zátky (blood patch). Do epidurálního prostoru (ve stejné výši jako byla předchozí punkce nebo segment pod ní) je aplikováno přísně asepticky 15-20 ml autologní venózní krve. Účinnost této metody je vysoká (95-97 %). Infuze krystaloidních nebo koloidních roztoků aplikovaných do epidurálního prostoru jako náhrada krevní zátky nedosáhly většího rozšíření.

Neurologické komplikace^{2/}

Závažné neurologické komplikace po NAB jsou naštěstí řídké. Incidence všech se pohybuje mezi 0-36 na 10 000 bloků, z nich mají největší výskyt přechodné neuropatie (až 91 %). Ze závažných infekčních komplikací je nutno jmenovat epidurální absces (cca 0,2-3,7 na 100 000 epidurálních bloků) a meningitis (1-15 na 100 000 spinálních bloků), z neinfekčních spinální epidurální hematom (0,2-3,7 na 100 000 epidurálních bloků) a intrakraniální subdurální hematom (cca 0,2 na 100 000 epidurálních bloků). V prevenci je důležité především zachování absolutních kontraindikací NAB při koagulopatiích, dodržení timingu aplikace preventivních dávek LMWH vzhledem k punkcím NAB a odstranění katétrů. Dále je důležitá důsledná asepsie při epidurálních a spinálních punkcích, důsledné užívání bakteriálních filtrů při opakovaných aplikacích do katétru, pečlivá monitorace poučené rodičky a časná diagnostika a léčba.

Přímé poranění míchy/míšního kořene

Přímé poranění míchy nebo kořene je velmi vzácná komplikace a při adekvátní technice punkce málo pravděpodobná. K traumatizaci míšního kořene může dojít při extrakci příliš hluboko zavedeného epidurálního katétru, který se teoreticky může kolem kořene zauzlit. Prevencí je nepřekračování doporučené hloubky jeho zavedení (cca 3 cm) a jeho šetrná extrakce.

Lokální neurotoxicita anestetik

Vysoké koncentrace lokálních anestetik mohou poškodit nervovou tkáň, ale klinicky používané koncentrace LA jsou z tohoto hlediska považovány za bezpečné. Existují ojedinělá sdělení o poškození nervové tkáně po přímé intraneurální injekci nebo při subarachnoidální anestezii hyperbarickým 5 % lidokainem (není v ČR registrován a používán).

Postpunkční bolesti zad

Jsou lokalizovány pouze do místa vpichu. Odeznívají v naprosté většině spontánně v prvních několika dnech. Léčba není nutná.

Chronické bolesti zad

V šestinedělí exacerbované chronické bolesti zad jsou časté a jejich výskyt není užitím NAB zvýšen.

Další nežádoucí účinky:

Pruritus

Obtěžující nežádoucí účinek po neuroaxiálně podaném opioidu má vysokou incidenci mezi 40-80 %. Jeho etiologie není zcela jasná. V léčbě se pak uplatňuje podání velmi malé dávky opioidního antagonisty (naloxonu). Dávka je aplikována titračně, aby nedošlo ke zrušení analgetického efektu. Další léky z různých indikačních skupin jsou také s úspěchem podávány (nalburfin, propofol, ondasetron).

Nausea a zvracení

Jsou dalším relativně častým problémem spojeným s neuroaxiální aplikací opioidů. Nauseu a zvracení vyvolává jejich přímé dráždění chemorecepční zóny. V prevenci dobře poslouží metoklopramid, v léčbě je užíván naloxon nebo ondasetron. Méně často jsou užívány nefarmakologické postupy jako akupunktura a akupresura.

Motorický blok

Všechny anestetické NAB vyvolávají motorickou blokádu různého stupně. U analgetických bloků, užitých v jakékoli indikaci, motorická blokáda nevzniká pokud je užito roztoků s velmi nízkými koncentracemi lokálních anestetik. Motorický blok u analgetických bloků může být známkou jiných komplikací (nesprávná poloha katétru primárně nebo i sekundárně při pohybu, neurologické komplikace), proto je monitorace svalové síly dolních končetin matky diagnosticky velmi důležitá.

Retence moči

Je dalším nežádoucím účinkem opioidů při NAB, která vyžaduje monitoraci diuresy.

Dislokace epidurálního katétru

Intravasální nebo subarachnoidální dislokace katétru je velmi řídká komplikace s incidencí 0,02 % resp 0,03 %. Prevencí vážných následků je již uvedené frakcionované podání plných epidurálních dávek a pečlivá monitorace po dobu analgetického užívání katétru.

Vliv neuroaxiálních bloků podaných k SC na plod

Účinky NAB na plod je možno rozdělit na přímé a nepřímé. Z **nepřímých** účinků je nejdůležitější možný rozvoj mateř-

ské hypotenze, s ním spojená zhoršená uterolacentární perfuze a nastupující nebo se prohlubující distres plodu.

Jako **přímý** účinek látek označujeme působení neuroaxiálně podaných farmak přímo na plod resp. novorozence. Většina dosud publikovaných prací referuje o lepším hodnocení novorozenců v prvních minutách po porodu (pH, Agar) v SC v regionální anestezii než v celkové anestezii.

Přímé působení léků je možné pozorovat prakticky jen u epidurální anestezie, neboť dávky používané k SAB jsou z hlediska hladin léků u plodu/novorozence zanedbatelné.

Přímé farmakologické ovlivnění plodu/novorozence závisí na:

1. rozpustnosti látky ve fetální krvi
2. množství a distribuci krve v interválním prostoru
3. koncentraci látky v umbilikálních artériích
4. existenci koncentračního gradientu mezi mateřskou a fetální krví^{11/}.

Lokální anestetika vzhledem ke své relativně malé molekule přestupují placentární bariéru snadno. Jejich koncentrace v krvi plodu je úměrná koncentraci lokálního anestetika v mateřské krvi a je ovlivněna disociační konstantou LA a vazbou LA na bílkoviny. U plodu je nižší hladina vazebné bílkoviny (alfa 1 glykoprotein), což spolu s fetální acidózou, která zvýší podíl ionizované fáze LA, může potencionálně vést k vyšším hladinám LA v krvi plodu a k projevům toxicity jako je bradykardie, útlum centální nervové soustavy a neuropsychické poruchy u novorozence. Přes výše uvedená fakta nejsou klinicky užívané dávky lokálních anestetik v porodnictví (bupivakain, levobupivakain, lidokain, ropivakain) spojeny s projevy toxicity pro plod a nebylo prokázáno negativní ovlivnění novorozence.

Opioidy mají rovněž malou molekulovou hmotnost a snadno pronikají placentou. Jejich fyzikálně chemické vlastnosti ovlivňují rozdíl stupně jejich přestupu. Hydrofilní morfin je po SAB aplikaci v dávce 0,2 - 0,3 mg prakticky nedetekovatelný ve fetální krvi. Epidurální podání v porodnictví není vhodné a není užíván. Fentanyl podaný subarachnoideálně v dávce do 50 µg nevykazuje tlumivý vliv na novorozence. Ani jeho epidurální podání nevykazuje při SC významný vliv na plod. Sufentanil jako liposolubilní syntetický opioid je typický svou vysokou vazbou na bílkoviny matky a nižší vazbou na bílkoviny plodu, dávky do 30 µg epidurálně jsou považovány za bezpečné^{11,15/}.

Závěr

Na počátku 21. století je zřejmé, že neuroaxiální blokady dominují anestezii pro císařský řez. Neznamena to, že tyto techniky vytlačí celkovou anestezii. Ta bude vždy zaujímat důležité místo při znecitlivění pro SC v urgentních situacích, při přítomnosti kontraindikace NAB nebo při neúspěšných blokádách.

Neuroaxiální analgetické blokady u vaginálního porodu

K tlumení porodních bolestí byly NAB poprvé užity koncem 40. let 20. století^{5/}, ale k širšímu analgetickému využití epidurální kontinuální techniky v porodnictví dochází až od 70. let 20. století. Od této doby NAB prošly řadou vývojových změn. V posledních 10 letech jejich obliba výrazně stoupla a užití se až zdvojnásobilo. Ve vyspělých zemích je 24-57 % všech porodů vedeno v analgezii některou z NAB technik (USA, VB, severské země). Hlavní výhodou je vysoká kvalita analgezie, minimální ovlivnění novorozence a nízký výskyt komplikací. Úspěch a bezpečnost této techniky jsou vždy závislé na spolupráci porodníka a anesteziologa. Peripartální základní monitorace matky (neinvazivní krevní tlak, puls, dechová frekvence, stav vědomí, svalová síla, diureza) a plodu (fetální srdeční frekvence) je nezbytná.

Indikace NAB k vaginálnímu porodu

ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) a ASA (American Society of Anesthesiologists) konstatovaly, že žádost matky o analgezii v průběhu porodu je dostatečnou medi-

cínskou indikací k jejímu podání. Výběr jednotlivé analgetické techniky závisí na medicínských i nemedicínských faktorech. Porodní neuroaxiální analgezii indikuje porodník a aplikuje anesteziolog. Základní indikace jsou shrnuty v tabulce 5^{11/}.

Tabulka 5. Indikace analgetických NAB (Pařízek A.^{11/})

Základní indikace	Porodní bolest Žádost rodičky
Indikace ze strany matky	Kardiovaskulární choroby Plicní choroby Oční choroby Neuropatie Epilepsie Hepatopatie Metabolické choroby-zejména diabetes mellitus Preeklampsie Nikotinismus, alkoholismus, narkomanie Úzkostná rodička Výčerpaná rodička
Indikace ze strany plodu	Předčasný porod Intrauterinní růstová retardace plodu, chronická insuficience placenty Poloha plodu koncem pánevním Vícečetné těhotenství
Jiné porodnické indikace	Indukovaný porod Dystokie, protrahovaný porod Stav po operaci děložního hrdla Jiný rizikový porod, kde lze očekávat operační ukončení Ukončení těhotenství ve II. nebo III. trimestru Porod mrtvého plodu

U rodiček s vyšším rizikem operačního ukončení vaginálního porodu (indukce porodu, stav po císařském řezu, gestační diabetes mellitus, obezita, preeklampsie, věk rodičky nad 35 let) je vždy s výhodou časně zavedení epidurálního katétru, který umožňuje rychlý přechod k epidurální anestezii. Užití celkové anestezie a s ní spojených život ohrožujících komplikací je tím sníženo (viz kpt. Výběr anesteziologické techniky k císařskému řezu). Informovaný souhlas s NAB podepsaný rodičkou před porodem nebo v průběhu porodu je samozřejmou nutností. Obvykle je volena forma písemného poučení s následným pohovorem^{15/}.

Charakter porodních bolestí

Aferentní nervová vlákna, která přenášejí impulsy při porodu jsou viscerální a somatická. V první době porodní při distenzi cervixu a dolního děložního segmentu je bolest hlavně vedena viscerální aferentací míšních segmentů Th₁₀-L₁ a ve druhé době porodní při distenzi pánevního dna, vagíny a perinea je bolest vedena více somatickou aferentací míšních segmentů S₂-S₄.

Na mechanismu potlačení porodní bolesti se při použití NAB podílí reverzibilní přerušování nervového přenosu lokálním anestetikem a modulace vedení bolesti v opioidních receptorech působením přidaného opioidu. Synergní účinek lokálního anestetika a opioidu vede k potenciaci analgetického efektu a k možnosti snížení dávek obou látek při zachování výborné analgetické potence.

Účinky NAB

1. Účinky NAB na matku

A/ Senzitivní blokáda v ovlivněných míšních segmentech vyvolává kvalitní porodní analgezii. Hladina endogenních katecholaminů klesá a současně se snižují kardiovaskulární a respiračních nároky na matku při porodu. Toho lze příznivě využít v některých

indikacích neuroaxiální analgezie ze strany matky - např. astma, myastenien, hypertenze, preeklampsie, některá srdeční onemocnění, epilepsie (viz tabulka 2). Při dystokii vyvolané vysokou hladinou katecholaminů může NAB harmonizovat děložní činnost^{11/}. B/ Sympatická blokáda v ovlivněných míšních segmentech vyvolá vasodilataci. Při dobré hydrataci rodičky analgetické dávky obvykle nevyvolávají pokles systémového tlaku, ale jeho pečlivá monitorace je nutná a okamžitá léčba hypotenze nezbytná pro zachování dobré uteroplacentární perfuze. V průběhu porodu je vhodné udržovat trvalý perorální příjem čiré nesyčené tekutiny po malých doušcích.

C/ Motorická blokáda při užití nízkých koncentrací lokálních anestetik s opioidy nevzniká. Monitorace svalové síly DK u matky je nutná pro časnou diagnostiku možných komplikací. Dříve užívané směsi s vyššími koncentracemi lokálních anestetik vedly ke svalové slabosti omezující využití břišního lisu ve 2. době porodní a k nechtěné relaxaci dna pánevního s větší možností malrotace hlavičky plodu. Svalovou sílu rodičky je nutno monitorovat. Svalová slabost je známkou možného nechtěného spinálního uložení epidurálního katétru.

2. Účinky na uteroplacentární perfuzi

Uteroplacentární perfuze nemá vlastní autoregulaci a je závislá na tlaku v děložních tepnách a žilách a na cévním odporu řečiště. Systémové hypotenze matky jakékoli etiologie (aortokavální komprese, hypovolemie, rozšíření blokády) je třeba předejít a pokud vznikne, je nutná rychlá léčba (poloha rodičky na levém boku, volumosubstituce, efedrin). Vasodilatace způsobená NAB nemá vliv na uteroplacentární průtok u fyziologického těhotenství, protože spirální arterie jsou maximálně dilatovány. Naproti tomu dilatace změněných spirálních arterií u preeklampsie může vést k ke zlepšení uteroplacentárního průtoku při optimalizaci intravasálního volumu a zachování normotenze^{3/}.

3. Účinky na plod

Účinky NAB na plod mohou být přímé a nepřímé^{3/}.

Přímé účinky opioidů jsou vyvolány systémovou absorpcí farmaka. Mohou vyvolat respirační depresi novorozence. Ta se objevuje výrazně častěji u parenterálního podávání opioidů než u NAB. Spinální aplikace má samozřejmě nižší přímé účinky na plod než epidurální, protože jsou užívány menší dávky.

Nepřímé účinky (tzn. ovlivnění průběhu porodu - viz dále, ovlivnění placentární perfuze, možnost vzniku respirační deprese matky aj.) mohou být pro ovlivnění stavu plodu ještě důležitější. Rychlý nástup NAB analgezie (hlavně spinální) vede často k přechodné krátkodobé bradykardii plodu, jejíž příčina je spatřována v přechodném hypertonu děložním, který lze odstranit krátkodobou tokolýzou. LA snadno prostupují transplacentárně, ale nízké koncentrace přímo neovlivňují novorozence.

Dalším zdrojem nepřímého ovlivnění plodu může být teplota matky, která v průběhu porodu s epidurální kontinuální analgezií stoupá. Je to pravděpodobně způsobeno alterací termoregulace matky (chybí pocení, chybí hyperventilace) nikoliv infekcí. Novorozenci nemají větší výskyt sepsi, ale jsou častěji pro podezření na ni vyšetřováni.

4. Účinky na průběh porodu

Kontraverzní zůstává stále vliv NAB na prodloužení 1. a 2. doby porodní a na incidenci operačního ukončení porodu. Příčinná souvislost není jednoznačná, profil studií je nejednotný a výsledky často protichůdné. Také užívané dávkování NAB prošlo v posledních letech řadou tak velkých změn, že jejich srovnání se staršími metodikami je obtížné.

Současné studie se shodují, že užití NAB při porodní analgezií nezvyšuje výskyt ukončení porodu císařským řezem (SC), pokud je užití nízkých koncentrací LA. Zavedení non-stop analgetického servisu s NAB nevede též ke zvýšení počtu SC^{4,7,8/}.

Analgezie NAB prodlužuje 1. a 2. dobu porodní bez prokázá-

ných nežádoucích účinků na plod (Apgar skóre, pH, base exces) a zvyšuje potřebu exogenně podaného oxytocinu^{6/}. Analgezie NAB zvyšuje výskyt instrumentálního ukončení porodu (vakuumextrakcí nebo východovými kleštěmi). Techniky s užitím nízkých koncentrací LA toto riziko snižují, ale neeliminují^{9/}. NAB neovlivňují průběh 3. doby porodní.

Nežádoucí účinky a komplikace u NAB analgetických jsou shodné s nežádoucími účinky a komplikacemi u anestetických NAB. Bylo o nich souhrnně pojednáno v části o anestezii k SC.

Kontraindikace NAB u spontánního porodu

Jsou shodné s kontraindikacemi NAB k SC a jsou shrnuty v tabulce 2.

Popis používaných technik

1. Epidurální analgezie

Je nejrozšířenější porodní NAB. Využívána je prakticky hlavně její kontinuální varianta. Katétr je zaveden v horní oblasti bederní páteře.

Pro analgezií jsou užívány různé směsi LA s liposolubilním opioidem, nejčastěji bupivakain se sufentanilem (viz tabulka 1). Pro bezpečnost techniky je důležité pečlivé klinické hodnocení účinku první testovací dávky směsi (někdy speciálního složení), aby bylo vyloučeno jiné než epidurální uložení konce katétru (subarachnoidální, subdurální, intravenózní). Pro teoretickou možnost migrace epidurálního katétru v průběhu porodu je třeba klinicky hodnotit jako testovací dávku každou další dávku podanou do epidurálního katétru a pečlivě monitorovat matku i plod. Další analgetická adjuvancia (bikarbonát, adrenalin, klonidin) jsou přidávána do směsi k posílení analgetického účinku a k jeho rychlejšímu nástupu spíše výjimečně. Epidurálního katétru je možno využít k bolusovým dávkám nebo pro kontinuální epidurální infuzi nebo v PCA (patient controlled analgesia) režimu.

2. Spinální analgezie

Je využívána jako jednorázová technika. Její kontinuální varianta s katétreem našla malé uplatnění. U jednorázové techniky je do spinálního prostoru aplikován (viz tabulka 1) buď pouze liposolubilní opioid (fentanyl, sufentanil) nebo směs liposolubilního opioidu s malou dávkou isobarického bupivakainu nebo je podána směs liposolubilního a hydrofilního opioidu (morfin) a bupivakainu. Analgetický efekt se přibližně ze 70-100 min prodlouží na 150 min, respektive u trojkombinace až na cca 250 min^{1/}. Při užití hydrofilního morfinu je pro nebezpečí pozdního dechového útlumu matky nutná její monitorace minimálně 24 hod od poslední dávky. U lipofolních opioidů postačuje monitorace v délce 2 hodin od poslední subarachnoidální dávky. Spinální analgezie je s výhodou užívána u multipar k analgezií překrývající 1. a 2. dobu porodní až v 80 % při minimální krevní hladině podaných opioidů u matky a plodu.

3. Kombinovaná spinální a epidurální analgezie CSE

Kombinovaná technika čerpá výhody obou předchozích technik, tzn. rychlý nástup a minimální dávky spinální analgezie a možnost pokračující analgezie nebo anestezie (SC) epidurální technikou.

Závěr

CSB jsou široce užívané a přes možnost vzniku řady komplikací jsou hodnoceny jako bezpečné a u některých stavů jako metody první volby porodní analgezie. Staly se rutinní technikou v moderních porodnicích. Podmínkou jejich bezpečného užití je pečlivá monitorace vitálních funkcí rodičky i plodu na porodních sálech vybavených k řešení všech komplikací. Vedení porodu při tomto typu analgezie vyžaduje zvláštní péči o matku a plod a dostatek zkušeností s těmito technikami u porodníka i anesteziologa a jejich vzájemnou dobrou spolupráci.

Literatura:

- 1/ Polley LS, Riley ET, Chestnut DH. Epidural and Spinal Analgesia/Anesthesia I-III. In: Chestnut DH. Obstetric Anaesthesia Principles and Practice. Third edition. Philadelphia: Elsevier Mosby, 2004.
- 2/ Loo CC, Dahlgren G, Irestedt L. Neurological complications in obstetric regional anaesthesia. Int J Obstet Anesth 2000, 9; 99-124.
- 3/ Littleford J. Effect on the fetus and newborn of maternal analgesia and anesthesia: review. Can J Anesth 2004, 51; 586-609.
- 4/ Liu EHC, SiaATH. Rates of caesarean section and instrumental vaginal delivery in nulliparous women after low concentration epidural infusion or opioid analgesia: systematic review. BMJ 2004, 328; 1410.
- 5/ Chadwick HS. Obstetric anesthesia-Then and now. Minerva Anesthesiol 2005, 71; 517-20.
- 6/ Rahm VA, Hallgren A, Hogberg H. Plasma oxytocin levels in women during labour with or without epidural analgesia: a prospective study. Acta Obstet Gynecol Scand 2002, 81; 1033-1039.
- 7/ Gaiser RR. Labour epidurals and outcome. Best pract Res Clin Anaesthesiol 2005, 19; 1-16.
- 8/ Segal S, Blatman R, Doble M, Datta S. The influence of the obstetrician in the relationship between epidural analgesia and cesarean section for dystocia. Anesthesiology 1999, 91; 90-96.
- 9/ Thornton JG, Capogna G. Reducing likelihood of instrumental delivery with epidural anaesthesia. Lancet 2001, 358; 2.
- 10/ Huges SC, Levinson G, Rosen MA. Anaesthesia for Cesarean Section. In: Huges SC. Anesthesia for Obstetric. Fourth edition. Philadelphia: Lippicott Williams and Wilkins, 2002.
- 11/ Pařízek A. Epidurální analgesie. In: Pařízek A. Porodnická analgezie a anestezie. Praha: Grada, 2002.
- 12/ Larsen R. Anestezie v porodnictví a gynekologii. In: Larsen R. Anestezie. Praha: Grada, 2004.
- 13/ Pan PH, Begard TD, Owen MD. Incidence and characteristic of failures in obstetric analgesia and anesthesia: a retrospective analysis. Int J Obstet Anesth 2004, Oct, 227-223.
- 14/ Why mother died, 2000-2002; NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence).
- 15/ www.porodnice.cz
- 16/ www.nice.org.uk. Cesarean Section: Clinical Guideline. April 2004.
- 17/ www.asahg.org. Guidelines for Regional Anesthesia in Obstetrics. Oct 2000.

DOPORUČENÍ: OMEZIT DOBU POUŽÍVÁNÍ PŘÍPRAVKŮ S OBSAHEM NIMESULIDU

SÚKL informuje o ukončení přehodnocení rizika vzniku jaterního poškození v souvislosti s používáním léčivých přípravků s obsahem nimesulidu určených pro celkové podání, které bylo zahájeno v květnu 2007 (viz FI č. 9/2007). Na základě tohoto přehodnocení zůstává poměr přínosů a rizik používání nimesulidu pozitivní, ale je nutné omezit používání tak, aby riziko vzniku jaterního poškození bylo co nejnižší. Výbor pro humánní léčivé přípravky EMEA proto doporučil **nepodávat nimesulid déle než 15 dní**. Z tohoto důvodu budou postupně z trhu stažena všechna balení léčivých přípravků obsahujících více než 30 dávek (tablet nebo sáčků).

Nimesulid je nesteroidní antirevmatikum, které se používá k léčbě akutní bolesti, bolestivé menstruace a symptomatické léčbě bolestivé artrózy. V České republice jsou na trhu následující přípravky s obsahem nimesulidu: Aulin, Coxtral, Mesulid, Nimed a Nimesil, ale pouze přípravek Coxtral je obchodován ve 100 tabletovém balení.

- **Pacienti užívající denně tablety nebo rozpustné sáčky s obsahem nimesulidu by se měli ujistit, že délka jejich léčby nepřesahuje celkem 15 dní.**
- **Lékaři předepisující léčivé přípravky s obsahem nimesulidu by měli léčit pacientů pomocí těchto léčiv omezit na dobu maximálně 15 dní.**

- **Lékaři i pacienti by měli nadále brát v úvahu možné riziko jaterního poškození v souvislosti s užíváním léčivých přípravků s obsahem nimesulidu.**
- **Pacienti se mohou v případě jakéhokoli podezření na nežádoucí účinky či jakýchkoli nejasností obrátit na svého lékaře nebo lékárníka.**

SÚKL ve spolupráci s držiteli rozhodnutí o registraci přípravků s obsahem nimesulidu a v souladu s rozhodnutím Evropské komise připraví změny textů doprovázejících dotčené léčivé přípravky (Souhrn údajů o přípravku a Příbalová informace) a postup stahování velkých balení z trhu v ČR.

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.

Další informace jsou k dispozici na webové stránce Evropské lékové agentury (<http://www.emea.europa.eu/Press%20Office/presshome.htm>).

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

Farmakoterapeutické informace jsou vydávány Státním ústavem pro kontrolu léčiv s podporou Nadace prof. Skamitzla a distribuovány jako příloha Věstníku SÚKL a časopisu ČLK zdarma nebo na objednávku za uhrazení poštovného (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

Pneumologové píší poslancům

Stanovisko Sdružení smluvních pneumoftizeologů k návrhu poslance Kochana a dalších na vydání zákona, kterým se mění zákon č. 220/1991 Sb.:

Obracíme se na vás v souvislosti s chystanou změnou zákona o lékařských komorách. Chceme vyjádřit vážné obavy, které u nás změny navrhané v poslaneckém návrhu zákona vzbuzují. Navrhaná novela se tváří, jako by šlo jen o legislativně technickou úpravu. Pokud by mělo jít právě jen o to, pak je s podivem, že ji předkládají poslanci a ne ministerstvo. Odstraňování rozporů mezi jednotlivými právními úpravami je typickou legislativní činností vykonávanou mocí veřejnou, tedy vládou, která také pro tyto účely je vybavena odpovídajícím odborným aparátem. Podle našeho názoru žádný poslanec nedisponuje tak rozsáhlým odborným aparátem, aby dokázal správně posoudit vzájemné vazby mezi jednotlivými zákony. Stejně tak ani důvod další, tj. stanovení objektivního způsobu voleb do orgánů komory, nezdá se být příliš přesvědčivý z hlediska naléhavosti jeho řešení, když podle tohoto systému proběhlo od platnosti zákona již několik voleb a žádná z nich nebyla soudním rozhodnutím zpochybněna.

Obáváme se, že navrhaná novela může paralyzovat činnost profesních lékařských komor. V minulosti se objevily pokusy zrušit samosprávné profesní komory, jako veřejnoprávní korporace, nadané určitou pravomocí v oblasti výkonu státní správy. Chceme upozornit na to, že samospráva prováděná profesními komorami má u nás i v Evropském prostoru, do kterého patříme, hlubokou tradici, která byla prolomena jen v období nesvobody. Tomu odpovídá obsah Listiny základních práv a svobod, která v preambuli výslovně uvádí, že důvodem přijetí tohoto ústavního aktu je mimo jiné navázání na „obecně sdílené hodnoty lidství a na demokratické a samosprávné tradice“ a vzápětí nato se připomíná, že se tak děje s ohledem na trpké zkušenosti „z dob, kdy lidská práva a základní svobody byly v naší vlasti potlačovány“. Je smutné, že k patnáctiletému výročí přijetí Listiny Českou národní radou (Listina byla přijata 16. 12. 1992) je předkládán zákon, který má v sobě zakódovány likvidační prvky samosprávných lékařských komor, což lze dovodit z nově navrhaného způsobu vytváření

orgánů komor a jejich činnosti po ustavení ve spojení s přechodnými ustanoveními.

Na prvním místě je to otázka zákonem stanoveného volebního kvora v ustanovení §10a odst. 7. Jde o volby na nejnižší úrovni, a proto podle našeho názoru není potřebné stanovit tak vysoké volební kvorum, a to proto, že by v důsledku neúčasti mohlo být zmařeno vytvoření orgánů komory. Jen pro srovnání např. zákon o advokacii nevyžaduje žádné povinné kvorum a hlasují jen přítomní advokáti a zvolen je ten, kdo získá nadpoloviční většinu z přítomných. Takový přístup je totiž demokratičtější, neboť je věcí každého, zda se chce podílet na správě svých věcí, nebo ne. Ostatně volby do politických orgánů státu, které jsou zcela jistě významnější než volby do orgánů komor, také nevyžadují k platnosti voleb povinné kvorum. Pokud by bylo, nedošlo by od vzniku České republiky ani jednou k ustavení senátu, neboť těchto voleb se trvale zúčastňuje méně voličů než 50 %, což je návrhem novely zákona požadované kvorum pro volby do orgánů komor.

Ustanovení § 10a odst. 9 operuje s termíny „zveřejnění výsledků voleb“ a „vyhlášení výsledků voleb“. Není nám jasné, jaký rozdíl je mezi zveřejněním výsledků voleb a vyhlášením výsledků voleb. Podle ustanovení § 10a odst. 8), za průběh voleb odpovídá volební komise, která také zveřejní výsledky voleb. Zákon neříká, kdo kromě toho ještě navíc vyhláší výsledky voleb a v jakém režimu se nachází zvolení kandidáti v období od zveřejnění výsledků voleb do jejich vyhlášení. Z hlediska demokratického ustavování orgánu jakékoliv instituce je nepřijatelné, aby někdo jiný než nezávislý soud mohl zrušit výsledek voleb. Zákon dává možnost krajské revizní komisi komory pozastavit vyhlášení voleb, avšak ze znění zákona není jasné, která krajská revizní komise pozastaví vyhlášení voleb, zda ta minulá, která se třeba nebude chtít vzdát svého postavení, nebo ta nově zvolená, která naopak bude zainteresovaná na tom, aby volba zůstala platnou. V přechodných ustanoveních zákona se dále neřeší, který orgán by měl pro první volby nahradit krajskou revizní komisi, která podle dosud platného zákona neexistuje. Obdobná námitka se týká i navrhaného ustanovení § 15 odst. 6.

Pro akceschopnost komory je zcela nepřijatelné, aby všechny stavovské předpisy schvaloval sjezd delegátů. V období mezi sjezdy je nezbytně nutné, aby tuto pravomoc mělo představenstvo s výjimkou některých základních stavovských předpisů, jako je např. organizační nebo jednací řád.

Dohledová pravomoc ministra zdravotnictví, tak jak je navrhována v ustanovení § 20a, je porušením principu nezávislosti činnosti komory, a to v té části, kde se ministři dává pravomoc pozastavit účinnost stavovského předpisu do rozhodnutí soudu (jde o ustanovení § 20a odst. 2 druhá věta). Je totiž v pravomoci soudu, aby, bude-li to navrženo, zvážil, zda jsou dány důvody pro vydání předběžného opatření o pozastavení účinnosti stavovského předpisu. Ministr pak musí náležitě zdůvodnit, proč je nezbytně nutné účinnost stavovského předpisu pozastavit. Tím se brání možnosti zneužití pravomoci ministra, který by při navrhané úpravě mohl blokovat činnost komory zcela účelově.

Za zcela protiústavní považujeme přechodná ustanovení, na jejichž základě se de facto mocenským opatřením ve formě zákona mají zrušit volby do stávajících orgánů komor. Takový postup je v rozporu se základními principy demokracie a je flagrantním porušením článku 21 Listiny, podle kterého občané mají právo na nerušený výkon funkce, do níž již jednou byli zvoleni. V demokratických poměrech je zcela nepřijatelné zbavit se demokraticky zvolených funkcionářů profesních komor pod záminkou změny jejich organizační struktury odpovídající územně administrativnímu uspořádání, které mimochodem v naší zemi platí již od roku 2000 a dosud současné uspořádání organizační struktury komor nevadilo.

Tímto dopisem chceme upozornit na vady předlohy zákona, které míří na samotnou podstatu další existence profesních lékařských komor. Nebezpečí takové úpravy mimo jiné spočívá v tom, že může být návodem ke zrušení i jiných demokraticky volených institucí. To nepochybně cílem autorů předlohy není, ale podle našeho názoru si neuvědomili, že takový důsledek na základě jimi zpracované předlohy zákona by mohl nastat.

*prim. Jiří Balý, předseda,
prim. Pavla Nykodýmová, místopředsedkyně,
V Kutné Hoře 22. 10. 2007*

Jsme ukázkou toho, kudy cesta nevede



Dne 20. října 2008 byla na valném shromáždění Stálého výboru evropských lékařů (CPME) zvolena předsedkyní podvýboru pro Výuku medicíny, kontinuální postgraduální vzdělávání a zlepšování kvality zástupkyně České lékařské komory MUDr. Helena Stehlíková.

Můžete vysvětlit, čím se zabývá Stálý výbor evropských lékařů CPME?

Je to nevládní nezisková mezinárodní organizace lékařů sídlící v Bruselu, která vznikla z potřeby zastupovat lékaře vůči

orgánům Evropské unie. Jejím cílem je dosáhnout a udržet co nejvyšší kvalitu výuku medicíny a co nejvyšší kvalitu lékařské péče pro občany v celé EU. CPME se účastní jednání orgánů EU s cílem nabídnout své znalosti a doporučení při řešení otázek týkajících se lékařské profese a péče o pacienta. Současně působí jako poradní a konzultační orgán zejména pro komisariát pro ochranu spotřebitele, zdraví a životního prostředí. CPME prostřednictvím svých členů zastupuje zájmy dvou milionů evropských lékařů,

MUDr. Helena Stehlíková

Promovala na 1. LF UK Praha v roce 1980, atestace z interny, nukleární medicíny a revmatologie. Převážnou část zaměstnaneckého profesního života působila v Kolíně na interním oddělení a posléze na oddělení nukleární medicíny a v revmatologické ambulanci, což považuje za neobvyklou, ale velmi pěknou kombinaci práce vyšetřovacího komplementu a léčby pacientů. A také možnost věnovat se tématu časné diagnostiky artritid a extraartikulárních projevů revmatických chorob. Z rodinných důvodů se stěhovala a od 1997 pracuje jako privátní revmatolog v České Lípě. Zástupkyně ČLK a vedoucí delegace při CPME, členka výboru CPME od listopadu 2005.

a proto je významným činitelem při tvorbě evropské zdravotní politiky. Vzhledem k jeho účelu a cíli je práce výboru rozdělena mezi čtyři podvýbory: podvýbor pro Výuku medicíny, kontinuální vzdělávání a zlepšování kvality, podvýbor pro Etiku a profesní předpisy, podvýbor pro Organizaci zdravotnictví, sociální zabezpečení a zdravotnickou ekonomiku a podvýbor pro Veřejné zdraví, prevenci a životní prostředí.

Jak jsem již na stránkách Tempusu dříve zmínila, evropská integrace probíhá bez ohledu na názory některých politiků. Za několik týdnů se připojíme k Schengenské dohodě o volném pohybu občanů. Která jiná profese může být více dotčena než lékaři? Práva pacientů jsou v tomto prostoru všude stejná, a medicína musí tato práva respektovat.

Jak podvýbor pro vzdělávání lékařů v rámci CPME funguje?

Práce podvýboru pro vzdělávání se soustřeďuje zejména na tvorbu rozumného jednotného systému uznávání lékařských diplomů, profesní kvalifikace a akreditačních systémů. Cílem je dosáhnout co nejméně byrokratický přístup k lékařům jako představitelům nezávislé profese chránící zdraví a práva jedinců stejně ve všech liberálně demokratických státech. S tím souvisí i práce na vytvoření rámce sledování a zvyšování kvality celoživotního vzdělávání lékařů a celoživotního profesionálního rozvoje.

Jaké vás čekají povinnosti?

Podle úlevného úsměvu, s jakým mi můj předchůdce, doktor Routil z Rakouska, tuto funkci předával, si nejsem zcela jistá, že je všechny znám... Ale vážně: Jde především o komunikaci se zástupci lékařských organizací z členských států, o zjišťování jejich názorů a přání a vzájemné poskytování zkušeností. Vzdělávací systémy v zemích EU se liší, stejně jako jejich úroveň a organizace. Jde o to, dosáhnout co nejvyšší kvality s co nejmenší byrokratickou zátěží. Je mi to líto, ale klasickou ukázkou toho, kudy cesta vzdělávání lékařů nevede a jak se to nemá dělat, je situace v naší zemi.

Jaké problémy se v této oblasti v rámci Evropy v současné době řeší?

Částečně jsem je již zmínila, ale například zadaná témata pro další jednání jsou: jednotný systém uznávání lékařské kvalifikace, definování hodnoty medicíny a lékařská odpovědnost - toto téma je zpracováváno spolu s podvýborem pro lékařskou

etiku. Dále výuka lékařské etiky, volný pohyb studentů medicíny a jednotný postoj k harmonizaci výuky medicíny v jednotlivých zemích.

Co z toho se konkrétně týká České republiky?

Nás se doslova bolestně dotýká problém systému a kvality postgraduálního vzdělávání, zejména atestací. To, co jsme si zde sami vytvořili, po nás opravdu nikdo nechtěl. Tak trochu si připadám, jako bychom se „ztratili v překladu“. Co se pobořilo, to se jen špatně napravuje, a bohužel u nás není výuka medicíny v popředí politických zájmů, spíše naopak. Přitom obecná úroveň lékařské péče je naše vizitka více než co jiného. Obávám se, že si občas více sami tleskáme, než abychom se snažili být opravdu dobří. Nemí divu, že mladí nadaní kolegové odcházejí jinam. Nejde jen o platy, ale i o perspektivu odborného růstu.

Jakou zajímavost z připravovaných projektů byste kolegům doma chtěla představit již nyní?

Byla bych velmi ráda, kdyby se existence evropských lékařských sdružení dostala zejména do povědomí mladých lékařů a také studentů medicíny. Jsou to především oni, kteří budou tvořit medicínu příštích let. CPME spolupracuje s organizací zastupující mladé evropské lékaře PWG a s organizací evropských studentů medicíny EMSA. S oběma organizacemi úzce spolupracuje i Česká lékařská komora a v PWG má přímo svého zástupce doktora Šindlera, člena představenstva ČLK.

Jak vnímali vaše zvolení zástupci ostatních 28 členských zemí, jaké byly jejich bezprostřední reakce?

S návrhem na mou kandidaturu mne oslovila doktorka Eva Nilssen Bagnholm, prezidentka Švédské lékařské společnosti, s tím, že se jedná o návrh severských zemí, které by rády viděly ve funkcích CPME více žen a současně zástupce nových členských států. Na základě toho a podle mého vystupování při jednáních členové vybrali mne. Předsedy podvýborů byli dosud muži. Jako další kandidovala na místo předsedkyně podvýboru pro etiku doktorka Torunn Janbu, prezidentka Norské lékařské společnosti. Obě jsme byly zvoleny jednohlasně a kolegové z ostatních delegací nám mohutně gratulovali. Jen, jak říkám, můj předchůdce se šibalsky culil, tak nevím, zda se ti muži nevzdali svých funkcí cíleně.

(red)

Personální devastace nemocnic pokračuje

Představenstvo ČLK se znepokojením sleduje pokračující personální devastaci, k níž dochází v řadě nemocnic ČR.

Představenstvo ČLK znovu vyzývá ministra zdravotnictví, aby splnil povinnost, kterou mu ukládá zákon, a vydal ve spolupráci s ČLK vyhlášku o minimálních personálních standardech závazných pro všechna zdravotnická zařízení. ČLK je připravena spolupodílet se na přípravě této pro pacienty velmi důležité právní normy i na kontrole jejího dodržování. ČLK je i nadále připravena plnit pro společnost nezastupitelnou roli na státní moci nezávislého garanta kvality lékařské péče. Vzhledem k tomu, že ministerstvo zdravotnictví flagrantně porušuje zákon, nemůže v současnosti ČLK při nejlepší vůli garantovat občanům, že ve všech zdravotnických zařízeních jsou ošetřováni dostatečným množstvím patřičně kvalifikovaných lékařů. (Usnesení z 23. 10. 2007)

Udržovací pojištění po ukončení činnosti provozovatele nestátního zdravotnického zařízení

ČLK uzavřela s pojišťovnou Kooperativa, a. s., dodatek k dohodě o podmínkách pojištění pro členy ČLK, na základě kterého může ten, kdo ukončí činnost provozovatele nestátního zdravotnického zařízení (NZZ) a měl sjednáno pojištění odpovědnosti provozovatele NZZ dle této dohody, uzavřít za podmínek uvedených v tomto dodatku pojistnou smlouvu, která bude upravovat pojištění odpovědnosti této osoby za škodu vzniklou v souvislosti s poskytováním zdravotní péče (profesní odpovědnost) z doby před ukončením činnosti provozovatele nestátního zdravotnického zařízení (udržovací pojištění).

Další informace naleznete na www.clkcr.cz.

Představenstvo ČLK doporučuje lékařům, aby v případě ukončení provozování NZZ tuto pojistku uzavřeli.

Veřejný seznam členů ČLK a hostujících osob

Česká lékařská komora splnila povinnost vyplývající z § 6a zákona č. 220/1991 Sb. v platném znění a zprovoznila na stránkách www.clkcr.cz tzv. veřejný seznam členů komory a hostujících osob.

Představenstvo ČLK vyzývá lékaře, aby si zkontrolovali správnost údajů ve veřejném seznamu lékařů a v případě zjištěných nesrovnalostí nebo v případě nutnosti změn kontaktovali své OS ČLK.

Úhrady zdravotní péče v roce 2008

Dohodovací řízení o úhradách zdravotní péče v roce 2008 skončilo 21. září 2007 nedohodou ve všech segmentech.

Z usnesení XX. sjezdu ČLK listopad 2006

17) Sjezd ukládá prezidentovi a představenstvu, aby prosazovali plnou realizaci seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, zejména odměňování lékařů podle hodnoty práce stanovené seznamem zdravotních výkonů s bodovými hodnotami bez poklesu hodnoty bodu.

22) Sjezd ukládá prezidentovi a představenstvu, aby prosazovali zvyšování příjmů všech zdravotnických zařízení.

33) Sjezd žádá, aby ČLK - o.s. hájila zájmy těch členů ČLK, kteří o to požádají, při jednáních, kterých se nemůže zúčastnit ČLK. Současně ukládá, aby komora tuto činnost ČLK - o.s. v nezbytném rozsahu hradila tím, že uhradí náhradu za ztrátu času členům ČLK vystupujícím za ČLK - o.s. na uvedených jednáních.

40) Sjezd považuje ČLK - o.s. za legitimní nástroj České lékařské komory k ovlivňování těch jednání, u kterých nemůže být ČLK ze zákona zastoupena. Sjezd ČLK zmocňuje představenstvo ČLK, aby ČLK - o.s. k těmto jednáním užívalo.

Požadavky ČLK - o.s.:

Ambulantní specialisté:

Úhrada všech vykázaných a uznaných zdravotních výkonů podle Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami účinného od 1. 1. 2006, s hodnotou bodu 1,05 Kč.

Praktičtí lékaři pro dospělé a praktičtí lékaři pro děti a dorost:

Základní kapitační platba 55 Kč za pojištěnce a úhrada mimokapitačních výkonů dle Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami účinného od 1. 1. 2006, s hodnotou bodu 1,05 Kč.

Podle zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění rozhodne o výši úhrad, hodnotě bodu a regulacích ministerstvo zdravotnictví vyhláškou.

Milan Kubek, Ladislav Knajfl, Petr Němeček



Lékařská společnost opět v ohrožení

Vzpomínky spoluzakladatele Svazu českých lékařů z „Pražského jara“ 1968

Ještě jako malý chlapec jsem měl možnost v roce 1928 být svědkem existence „pokladenského lékaře“. Pokladen tehdy bylo více. Jedna z nich byla „dělnická“, jiné byly pokladny úředníků, soukromých úředníků, železničářů atd. Vypřávět historii, že „nás“ doktor měl ke vstupu do ordinace pro pacienty dvoje dveře – jedny pro klienty dělnické pokladny a druhé pro klienty dalších pokladen, bych pokládal za pouhý kolorit doby, kdyby z „dělnické“ strany nepřicházeli k našemu lékaři do ordinace pacienti vždy po třech, zatímco dveře z „úřednické“ strany propouštěly vždy pouze po jednom.

V době chřipky tehdy také můj otec prošel se svými potížemi dveřmi „po třech“. Byl poslán do práce a za tři dny v ní na stavbě letiště zemřel – na krvácení do mozku... Zdaleka nebylo všechno skvělé v té době. Dosud i proto je v chudších brněnských předměstích tolik živá památka například na Dr. Kaleckého, pokladenského lékaře léčícího často zdarma ty, co platit nemohli. Myslím, že takových lékařů bylo více než těch druhých, méně sociálně vstřícných. Pravdivě je však třeba uvést, že proti nynější době byly příjmy tehdejších soukromých lékařů takové, že pro dobrotu nešli „na žebrotu“.

Komoru lékařům zakázali komunisté

Je známo, že již od roku 1894 existovala v našich částech zemí starodávné Koruny české komora českých (i německých) lékařů, jež nebyla zrušena ani po německé okupaci v protektorátu. Zakázána byla až v druhé totalitě komunistickou vládou v roce 1950. Členy této lékařské komory byli všichni privátně pracující lékaři. Takové členství bylo ovšem také ctí a hrdostí každého jejího člena a mělo, jako ve všech dalších demokratických zemích, svou velkou váhu. Váhu etiky, svobody a solidarity.

Sám jsem však do styku se zdravotnictvím, a tím i okresní nemocnicí, přišel mnohem později, a to až v roce 1947, již jako medik. Doktorů tehdy bylo málo, medicíni po prvním „rigu“ byli všude vítáni. V „mé“ nemocnici, vedené zkušenými primáři, existovaly do té doby ještě – či stále ještě – řádové

sestry a také jako dědictví první republiky byly ještě „ekonomické třídy“. V první třídě, na niž se přihlášelo, vykonával na dětském oddělení (zřejmě jako jiní primáři na mnoha dalších) léčebné úkony sám přednosta oddělení. Dříve vedl ovšem na celém oddělení tzv. velkou vizitu. A poté odpoledne odešel ke své soukromé praxi mimo nemocnici. Dva odborní lékaři-asistenti i další sekundář – a v prodloužených i střídavých prázdninách také medicíni – zajišťovali na oddělení lékařskou péči.

Pracovní i provozní profil nemocnice byl klidný. Za výkony i úroveň své části nemocnice zodpovídal přednosta oddělení, který se svými požadavky, především žádostmi na event. přístroje či na změnu počtu lékařů a zdravotního personálu, obracel se na ředitele. Ten požadavky shrnul a po poradě se svým ekonomickým náměstkem a po zasedání a doporučení primářského sboru je předal majitelům nemocnice. Rozhodujícím činitelem nebyl ředitel sám, ale sbor přednostů oddělení. Byla to tehdy městská nemocnice a majitelem bylo město. Výsledně pak starosta a radní města doporučili či nedoporučili koupi přístrojů, event. finanční částku potřebnou jinak a jindy. Ti zástupci města byli voleni svými občany, občané měli svou nemocnici – a dle své vůle ji také měli vybavenou a spravovanou. Vzájemná jednání mezi všemi lékaři i zdravotníky byla většinou naplněna vstřícností, vždy však slušností. Byl v tom řád a jistá tradice.

„Otroci v bílém“ v padesátých letech

Po dokončení medicíny jsem se dostal v padesátém roce již do zcela jiné situace. Byl jsem okamžitě přidělen – pochopitelně jako nestraník – do vzdálené pohraniční okresní nemocnice. Krajský rada, který po přidělení do kraje mne dostal k dispozici, na můj protest ohledně oboru i místa přidělení prohlásil: „Co si stěžujete, ten doktor před vámi šel přímo na obvod. Jste přece všichni doktoři medicinae universae, a půjdete tam, kde vás lidé potřebují.“ Pochopitelně jsem nastoupil do určené nemocnice s platem 5000 korun (před tehdejší měnovou reformou, která proběhla – mimo známou finanční depřivaci – v poměru 1:5, tedy později s platem

1000 korun. Za tři roky jsem dostal přidáno 200 korun. Ta doba i z jiných důvodů nebyla lehká, ovšem nebyla lehká pro nikoho. Lékaři měli však ještě další „výhody“. Nazývali jsme se „otroci v bílém“. Absolventi vysokého školství jiného druhu „získali“ umístěnky na tři roky – v medicíně byly tyto „delegačky“ plánovány na všechn čas.

Při příchodu na malinké dětské oddělení na čtvrtém poschodí venkovské nemocnice otevřel mi okno o 14 dnů služebně starší sekundář se slovy: „Podívej se na tento výhled. Je krásný!“ Podíval jsem se. Hory byly v dálí. A kolega pokračoval: „Važ si toho, je to jediný výhled, který tu máš.“ Na nočních službách v celé nemocnici se nás střídalo pět sekundářů – zprvu jen tři. Pět primářů nemělo noční služby a mohlo být jen přivoláno. Nemocniční noční služby byly zdarma. Jen řádové zdravotní sestry (ach, kdeže jsou?) nám vždy podávaly chléb, máslo, čaj a kousky salámu pro celou službu v noci či pro dobu dvou nocí o tehdy kratším víkendu. Později za noční službu v terénu jsme dostávali tři koruny za výjezd k jednomu pacientu, byl-li jaký. Telefonů bylo tehdy v pohraničí velice málo. Po třech měsících jsem byl již v terénu jako obvodní lékař v dědině. Samozřejmě jsem s jednou, také přidělenou sestrou a zcela bez přidělené sanitky. K extrakci zubů jsem jezdil na hospodářském vozu za traktorem, a to mnohdy nejen do bytů, ale i na půdu stodoly, kde hromadně spali (a také trpěli bolestmi zubů) vysokoškoláci, vyhození tehdy z vysoké školy zemědělské (později jen některým bylo dovoleno se vrátit – zuby jim však vrátit nemohli).

Ještě později, dva roky po promoci, jsem získal v konkurzu místo ve fakultní nemocnici na klinice u profesora, kde jsem předtím jako medik a „démon“ působil. Bylo jen samozřejmé, že jsem nebyl uvolněn. (Zákon či nařízení o nutném uvolnění z těchto důvodů přišel až o rok později. Pochopitelně jsem pak již nemohl nastoupit.) Když jsem po letech přece jen proti vůli mocných odešel do jiné krajské nemocnice ke svému „vytouženému“ oboru, jen stěží jsem unikl prokurátorovi. Přitom jsme mohli číst velmi upřímné dopisy tehdy pro nás starých pánů v medicíně, akademiků a profesorů, kteří nás z ticha svých

pracoven vyzývali, abychom rádi a hrdě nastoupili místa v pohraničních oblastech, protože vlast to potřebuje.

Ano, byli bychom nastoupili opravdu rádi, nedostali jsme však odpověď na otázku: za co? Za svůj příjem jsem si za dva roky mohl ušetřit při velmi skromném živobytí na jeden gramofon. Nevím již dnes, zda byl elektrický či na kličku. Byla to však také doba, kdy další akademici, profesori a lékaři byli nejen profesně, ale i občansky likvidováni, například nejen za nesouhlas s názory pana Lysenka či paní Lepešinské, ale i za to, že nepravdivě byli obviněni z krádeže v tehdy vznikajících samoobsluhách.

Nadšené zakládání profesní organizace lékařů

V stálých sociálních sinusoidách se v roce 1968 objevilo „tání jara“. Tehdy jsme jako první (spolu s kolegyní Dr. Čihákovou a Dr. Albrechtem) uveřejnili v tisku, myslím, že ve Slově národa výzvu k založení Svazu lékařů (předchůdkyni nynější Lékařské komory).

Ještě v tomtéž roce jsem se pak v Brně jako delegát okresu spolu s již zemřelým Dr. Jirsou účastnil zakládajícího sjezdu Svazu českých lékařů. Je třeba uvést, že od zrušení lékařské komory v roce 1950 neexistovalo (nesmělo existovat) žádné sdružení, hájící lékařský stav a lékařské zájmy. Lékařská společnost J. E. Purkyně byla (a samozřejmě dosud je) souhrnem odborných společností a starala se – i když s nesmírným vypětím v tehdy možných limitech – o odborný růst vědomostí lékařů v tom či jiném lékařském odboru. Ve výsledném prohlášení tohoto prvního svobodného lékařského sjezdu (v již zdánlivě mizející totalitě) jsem pak po výzvě k diskusi navrhl mimo jiné také změnu použitého termínu „socialistická demokracie“ za termín „socialismus a demokracie“. Socialismus jsme tehdy v oficiálním vyhlášení vynechat nemohli, i když byl utopii tehdy a je i nyní – demokracii však vynechat nechtěli. A termín „socialistická demokracie“, event. „lidová demokracie“ měl k nesmyslnosti a neoblíbenosti velmi blízko. Návrh na změnu se prosadil. A především, sjezd delegátů skutečně tehdy založil Svaz, po letech prvou organizaci lékařů, jež nebyla oktrojována mocí.

Jaru v osmašedesátém mnozí věřili. Vrátili se proto i někteří kolegové-emigranti. Vzpomínám také na uvítání Dr. Zoufalého z Bavorska, emigranta předtím a bohu-

žel i potom. I on však za další léta odešel do míst, odkud se již emigrovat nedá... Přivítali jsme se nadějně i nadšeně také s jinými přáteli, ačkoliv mnozí z nás jsme si již tehdy v Brně byli dalšími jarními květy a jejich letními plody nejisti.

Odbočky Svazu však vznikaly rychle po celé zemi. Odezva byla nadšená. Lékaři, kteří zažili dvacet let vlády lidové demokratických pořádků, věděli také, proč tolik chtěli založit Svaz. Po celých předchozích 20 let jsme tehdy jeden jako druhý byli vydáni bez ochrany jakéhokoliv sdružení či skupiny těm nejtvrdějším represím, a to od společnosti a její vlády, které jinak nás tolik potřebovaly. Z neznalosti vzniklé odborné pochybení při závažném lékařském výkonu (a to při okamžitém nasazení právě skončivšího studenta medicíny do lékařské praxe bylo bohužel možné) mohlo skončit tragédií. Starostlivost o lidské zdraví není starostlivostí o rodinný dům. Tam možno chybu opravit, pochybení v lékařském výkonu však málokdy... (Vzpomínám si, jak u prvního, náhle v noci nutného chirurgicko-gynekologického výkonu u prvorodičky, který jsem předtím nikdy nedělal, jsem se v duchu modlil k Bohu. Výkon se zdařil, dělohu jsem nepoškodil, Bůh mi přál.)

Poznali jsme tehdy brzy, že lékař, nečlen strany, bez ohledu na úsilí a výsledky své práce byl zcela v rukou vedoucích funkcionářů-komunistů v nemocnici a ve městě. Většinou měl podprůměrný plat, byla mu umožněna práce, ale odporovat nesměl. Hippokratovu přísahu složil a dodržoval. Společnost jej však držela jako rukojmí. Konečně jako celý národ.

Zdáleka ovšem nebyli všichni funkcionáři vládnoucí strany jen zlí. Mnozí z nich se snažili pomoci, pokud mohli.

Když jsem po velkých komplikacích v roce 1963 dosáhl externí aspiranturoou kandidatury (což tehdy ještě někdy nestraníkům bylo umožněno), byl jsem ihned označen těmi nade mnou jako „tažný kus“, zatímco „chovným kusem“ jsem se jako nestraník nikdy nemohl stát. A to již jsem tehdy měl za sebou celou stovku publikovaných vědeckých prací v našem i zahraničním tisku.

Avšak zpět k létu 1968. Přes pokračující rozvoj poboček Svazu lékařů byly naše jarní obavy v tomto roce potvrzeny brzy, srpnovou okupací všechny naše plány zničeny. V roce 1969 byl zrušen Svaz lékařů, identicky jako další svazy v vzniklé v předchozím

roce. A nastával stále tvrdší „normalizační úklid“. S utužovaným, ale tím více skrytým bezprávím. Bez členství ve straně již nebylo možno dosáhnout žádných závažných osobnost motivujících změn. Naopak krutý pád nastal pro všechny tzv. vyškrtnuté či vyloučené bývalé členy KSČ a odsun z mnoha činností pro všechny nečleny, pokud někomu z „vyvolených“ překáželi. Nemluvě o kriminalizaci těch, co se „provinili“ jakoukoliv pro vítěze nepříznivou aktivitou. Mnozí z delegátů lékařského sjezdu z roku 1968, pokud působili v centrech, byli takto postiženi.

V roce 1989 (zdaleka ne díky nám) spadla však opona i opora režimu tentokrát naplno. Ihned, nyní již podruhé, jsem se – zase v nemocnici – pokoušel samostatnými letáky burcovat k založení Svazu. A pak s dalším kolegou z blízké nemocnice sousedního většího města, s Dr. Štěpánem, jsem byl delegován na další sjezd pro založení Svazu lékařů do Prahy. Tak během dvou desítek let jsme dvakrát spoluzaložili Svaz českých lékařů, na jehož základě později vznikla Česká lékařská komora.

Zloba vůči lékařskému stavu přetrvává

Oficiálně byla obnovena na podkladě zákona č. 220 v roce 1991. Prvým jejím prezidentem se stal MUDr. Miloš Štefja, DrSc. To je však již jiná historie – historie demokratického rozvoje.

Zde by mohly končit mé vzpomínky na doby, které vedly k požadavku zastoupení lékařů ve společnosti. Se svobodou se projevila variabilita názorů a v ní se pozapomíná na vazby i povinnosti, jež lékaře svazují. Ovšem časté útoky psavců a podivuhodných „znalců medicíny“ ve všech médiích nám tyto důvody neustále připomínají. Myslím, že tyto „takéznalce“ spojuje jediné – zloba vůči humanitnímu vlivu, který lékařství na společnost má. Biologické anomálie vývoje jedince jsou využívány jako televizní show.

Bliží se konec dalšího dvacetiletí končícího osmičkou, která v českých zemích je legendární. A pochopitelně – lékařská společnost je znovu v obraně. Při dnešním vztahu lékařů a vládnoucí moci bude snad třeba zase svobodný Svaz lékařů či svobodnou Lékařskou komoru – po její mocenské regulaci – znovu zakládat? Potřetí? Nevím. Obávám se však, že to již nestihnou.

Oldřich Grunner, CSc., Jeseník

Představují se kandidáti na

Na programu blížícího se sjezdu České lékařské komory v Brně bude mimo jiné volba viceprezidenta. Do uzávěrky vydání časopisu *Tempus medicorum* byli známi tři kandidáti. Jím jsme položili shodné otázky.

MUDr. ALEŠ HERMAN, Ph.D.

Osobní údaje:

46 let, ženatý, synové ve věku 3 a 6 let, manželka lékařka Fakultní nemocnice v Hradci Králové – Infekční klinika.

Profesní údaje:

1986 promoce na LFUK v Hradci Králové

1989 I. atestace z vnitřního lékařství

1993 nástavbová atestace z kardiologie

2000 obhajoba disertační práce (*Hemodynamické monitorování u nemocných po provedení transjugulární intrahepatické portosystémové spojky-TIPS*)

1986 – 2002 lékař I. interní kliniky FN v Hradci Králové

1989 – 2000 územní středisko záchranné služby a LZS v Hradci Králové

– vedlejší pracovní poměr

2002 – dosud vybudování nového centra invazivní kardiologie – nestátní zdravotnické zařízení (Kardio-Troll odd. invazivní kardiologie) v Krajské nemocnici Pardubice – vedoucí lékař – primář

2002 – dosud vedlejší pracovní poměr v KN Pardubice Interní klinika

– kardiologické oddělení

Profesní zaměření:

kardiologie se subspecializací intervenční kardiologie a kardiostimulace, intenzivní medicína

Licence:

vnitřní lékařství, kardiologie, vedoucí lékař – primář v oboru kardiologie, licence školitele v intervenční kardiologii

Funkční licence:

diagnostická koronarografie, intervenční kardiologie, kardiostimulace – kardiologická část a chirurgická část

tajemník akreditační komise Ministerstva zdravotnictví pro kardiologii, místopředseda Vědecké rady IGA ministerstva zdravotnictví.

Česká lékařská komora:

1997 člen představenstva OS ČLK

2000 kooptován do představenstva ČLK

2001 – 2006 člen představenstva ČLK

1997 – 2005 člen Vědecké rady ČLK

od 2006 předseda Vědecké rady ČLK

Výuka:

od 2007 Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Hradci Králové

od 2007 Univerzita Pardubice



Proč jste se rozhodl kandidovat na funkci viceprezidenta České lékařské komory?

Mé rozhodnutí je výsledkem usilovného přemýšlení v situaci, kdy je komora v závažném ohrožení, dokonce v nebezpečí svého zániku. Domnívám se, ač mým prvotním úmyslem bylo věnovat své úsilí jiným úkolům, že je v současné době mojí morální povinností vést obhajobu profesní organizace s maximálním nasazením. Vzhledem k uvažované zásadní změně v postavení profesních komor cítím závazek – nyní neopouštět palubu.

Jaké máte představy o příštím směřování této profesní organizace lékařů?

Nutné je sjednocení názorů různých skupin lékařů na tématech pro všechny z nás totožných, například udržení velmi dobré úrovně české medicíny, udržení vysokého společenského statutu naší profese a podobně. Zachovat stávající systém zdravotnictví a usilovat postupnými kroky o úpravy. Získat zpět postavení komory při řešení otázek seznamu výkonů, kategorizace léčiv, rozmisťování přístrojové techniky.

Co považujete za priority, čemu se chcete věnovat bezprostředně po nástupu do funkce?

Dokončení práce na novele zákona č. 95/04 Sb. („o vzdělávání lékařů“) s novým návrhem stupňovitěho systému vzdělávání. Začlenění této normy do celoživotního vzdělávání lékařů vznikem funkční specializace-

Vydat metodický list o jodových kontrastních látkách, který je zpracován a před přijetím. Ve Vědecké radě ČLK je více podobných důležitých úkolů před dokončením. Dále dotazování smluvních podmínek soukromých lékařů v co nejbližším termínu. V době mé odpovědi není splněna žádná z nutných podmínek fungování soukromé praxe od 1. 1. 2008.

Jak hodnotíte návrh poslance Kochana a sněmovní tisk 314?

Seznámil jsem se s návrhem novely zákona o komorách – lékařské, stomatologické a lékárnické. Je pikantní, že se jedná o 3 ze 14 profesních komor. Mohu říci jediné – zásadně jej odmítnout. Norma je nekonzistentní, obsahuje četné kontradikce a je výrazem spíše politického tlaku na samosprávné uspořádání lékařů než snahou o evoluci již letitého zákona. Příklady vzbuzující otazníky.

1. Povinná účast při volbách orgánů komory má být 50procentní – při této volební klauzuli by byl v naší zemi zvolen pouze parlament, již ne senát, krajská zastupitelstva, obecní zastupitelstva ani poslanci europarlamentu (viz www.volby.cz).

2. Povinnost předložit veškerá rozhodnutí komory do 30 dnů na ministerstvo zdravotnictví znamená, že pokud ministr pojme podezření, že je některé rozhodnutí nesprávné, může jej pozastavit a předat soudu k přezkoumání. Pozastavení rozhodnutí znamená paralýzu fungování, neboť při současných lhůtách soudních řízení je možné pozastavení na několik let. V praxi se jedná o akademickému stavu nedůstojnou kuratelu státních úředníků nad lékařskou obcí, přímou podřízenost.

3. Pokud nebudou zvoleny orgány komory (viz volební klauzule), komora po devíti měsících zaniká?! Nebude žádná? Jak bude řešen poměrně velký majetek komory – propadá státu? Podobných otazníků mohu vznést více. **Jsem přesvědčen, že každého člena lékařského stavu se musí osobně dotýkat fakt, že je hodnocen jako nesvéprávný a je pro něj požadován nutný státní dohled.**

Má mít základní pracovní týden zdravotnického personálu včetně lékařů 48 hodin?

pozici viceprezidenta ČLK

Lékaři a ostatní zdravotníci, neboť jich se tato úprava rovněž týká, jsou v občanských právech rovnocenní s ostatními pracovníky v České republice. Pokud bude nařízen šestidenní pracovní týden v celém hospodářství, což je známo z minulosti, potom budou i lékaři a zdravotníci součástí tohoto úsilí. V opačném případě se jedná o zcela nepřijatelnou selektivní diskriminaci jedné profese! **Kladu důraz na slova selektivní diskriminace, neboť se domnívám, že nelze**

s lékaři zacházet jako s občany jiné kategorie. Nedostatek lékařů nelze řešit zvýšením méně placeného zatížení, zvýšením práce. V delším odstupu povede toto „opatření“ spíše k prohloubení nedostatku lékařů jednak únikem do zemí EU, jednak snížením atraktivnosti profese. Mimo jiné je podle eurokomisaře Špidly v příkrém rozporu s normami Evropské unie.

Nyní mi dovoluete závěr týkající se výše uvedených bodů.

„Nepřišel jsem na svět pustý, otcové pro mne zasadili, proto i já sázím pro ty, kdo přijdou po mně.“ (Kniha přísloví)

Nyní musím se cítit obstat v možnosti sázet pro ty, co přijdou po nás. Je nepochybné, že lékařská samospráva má své nevyzmatelné místo v občanské společnosti. Jen je nutné tuto akademickou a občanskou svobodu obhájit a rozvíjet. Úkolem každého člena lékařského stavu je obhájit svou vlastní čest a postavení. A zde je hlavním důvodem mé kandidatury.

MUDr. LUBOMÍR NEČAS

Osobní údaje:

Narozen 12. 9. 1954, manželka MUDr. Světlana Nečasová, soukromá kožní lékařka, děti Petra – studentka PF Univerzita Karlova Praha, Sylva – soubor baletu Národního divadla Praha, studentka HAMU Praha, obor choreografie, Pavel – student gymnázia Zlín. Nemí členem žádné politické strany.

Vzdělání:

1974 – 1980 Universita JEP Brno - LF, všeobecné lékařství

1986 I. atestace z interního lékařství

1989 atestace z tělovýchovného lékařství

1993 atestace ze všeobecného lékařství

Praxe:

1980 – 1989 Interní oddělení nemocnice Zlín-sekundární lékař

1980 – 1981 ASVŠ Trenčín – základní vojenská služba

1989 – 1992 Tělovýchovné lékařství OUNZ Zlín

1992 – 1993 Československá námořní plavba – lodní lékař

od 1993 soukromá ordinace – praktický lékař pro dospělé Zlín

Zdravotní ústav ve Zlíně – tělovýchovné lékařství

Členství v organizacích:

od 1999 člen představenstva OS ČLK Zlín

od 2003 předseda představenstva OS ČLK Zlín Sdružení praktických lékařů – krajský zástupce Zlínského kraje

Antidopingový výbor ČR - komisař



Neváhám říci, že ČLK se ocitá na pokraji krize. Od roku 1993, kdy byla její činnost obnovena, nebyla vystavena tak silným politickým tlakům jako právě nyní. A, bohužel, nedokáže jim vždy odolávat. Zdravotnictví je politikum, to nepochybně – ovšem z titulu svého významu pro celou společnost. Lékaři mají sloužit pacientům, nikoli politickým cílům určitých skupin či stran.

Apolitičnost ČLK, která je dána zákonem o stavovské organizaci, je sice obecně proklamována, ale v praxi není důsledně dodržována. To je chyba, kterou negativně vnímá jak členská základna, tak česká politická scéna. Veřejnost začíná vnímat ČLK jako nejednotnou. Jako instituci, která ztrácí svou sílu, vážnost i respekt. A co hůře, sami lékaři začínají pochybovat o jejím smyslu. To samozřejmě může být začátek jejího konce. Rád bych přispěl k zastavení tohoto rozkladného procesu a pomohl komoru vrátit do pozic, které jí náleží.

Věřím, že k tomu mám dost sil i odpovídající kvalifikaci, zkušenosti, stejně jako

podporu mnoha kolegů a kolegyň. Pět let zastávám funkci krajského zástupce Sdružení praktických lékařů Zlínského kraje. Do práce v ČLK jsem se zapojil v roce 1999 jako člen okresního představenstva a od roku 2003 jako předseda okresního sdružení ve Zlíně. Na své zkušenosti na regionální úrovni bych nyní chtěl navázat i na úrovni celostátní.

A ještě něco: intenzivně vnímám, stejně jako většina delegátů sjezdu ČLK, také určité napětí mezi jednotlivými skupinami lékařů uvnitř komory, a to především mezi zaměstnanci a soukromými lékaři. Přestože všem nám jde o stejnou věc – dělat na vysoké odborné úrovni svou profesi a být za ni jak morálně, tak ekonomicky stejně vysoce ohodnoceni – dlíčí rozpory nás oslabují a brzdí. Je třeba se opět sjednotit a najít společnou řeč. To by byl jeden z mých hlavních cílů, pokud dostanu důvěru delegátů.

Jaké máte představy o příštím směřování této profesní organizace lékařů?

Od loňské volby viceprezidenta se mé názory na další směřování komory nemění a jsou uvedeny v následujících bodech:

1. Důsledně chránit naši stavovskou organizaci před politickými vlivy.
2. Zabránit jakýmkoli pokusům o oslabení komory a hájit usnesení delegátů sjezdu o zachování povinného členství v ČLK pro všechny lékaře vykonávající léčebně preventivní péči.
3. Posilovat demokratické principy na všech organizačních stupních ČLK nejen při dodržování procesních pravidel, ale zejména při praktickém rozhodování o zásadních otázkách.

Proč jste se rozhodl kandidovat na funkci viceprezidenta České lékařské komory?

Protože naše komora potřebuje více energie, zásadovosti, rozhodnosti i každodenní poctivé práce. To vše nabízím.



Představují se kandidáti na

4. Kultivovat způsob interní diskuze (vzájemné osočování, které vnímá naše okolí, lékařům i ČLK škodí!).
5. Je třeba formulovat dlouhodobé úkoly a plán práce ČLK. Využijet tlak na jejich plnění.
6. Vydávat zásadní prohlášení ČLK až po odborných konzultacích a důsledném projednání představenstvem, s uvážením všech důsledků, které tato prohlášení mohou přinést.
7. ČLK musí respektovat profesní sdružení poskytovatelů a jednat s nimi jako s vážným partnerem při krátkodobých úkolech a respektovat názorové odlišnosti.
8. Komora se musí stát garantem sítě zdravotnických zařízení a garantem jejich odborné způsobilosti.
9. Komora musí získat opět právo přiznávat lékařům specializovanou způsobilost.
10. Komora musí prosazovat ekonomické stimuly pro účastníky celoživotního vzdělávání registrované komorou a prosazovat financování postgraduálního vzdělávání lékařů státem.
11. Komora musí posílit aktivní roli ČLK při obhajobě profesních i ekonomických zájmů na úrovni okresních a oblastních sdružení.

Sjednocení názorů mezi lékaři uvnitř komory lze dosáhnout postupnými symetrickými kompromisy. Prezident, viceprezident a představenstvo musí tvořit funkční pracovní tým, ctít demokratické principy, navzájem respektovat názorové odlišnosti a odpovědně, svědomitě plnit jednotlivé úkoly.

Co považujete za priority, čemu se chcete věnovat bezprostředně po nástupu do funkce?

V nejbližší době budu intenzivně pokračovat v informování poslanců o nutnosti nepřijetí návrhu novelizace zákona o ČLK, která je v současné podobě návrhu pro komoru likvidační.

Rád bych se podílel na obnově komunikace ČLK se všemi profesními lékařskými organizacemi. Viceprezident se musí stát nedílným spolupracovníkem prezidenta a představenstva ČLK.

Jak hodnotíte návrh poslance Kochana a sněmovní tisk 314?

Poslanecký návrh novely zák. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, je cíleným útokem na komoru s úmyslem její likvidace. Cílem je převést velkou část kontroly nad lékařským stavem do rukou státu. To je podle mého názoru nesprávné a kontraproduktivní. Navrhovatel obhájí novelu se zdůvodněním zachování demokratických principů. Nicméně sám opakovaně porušuje demokracii mimo jiné i tím, že rozhodnutím zákona chce omezit funkční období všech dosud řádně zvolených funkcionářů ČLK do 9 měsíců od nabytí platnosti zákona. Nedemokraticky také dává ministrovi možnost zablokovat činnost komory: pokud ministr zdravotnictví má za to, že stavovský předpis je v rozporu s právními předpisy, tak pozastaví účinnost stavovských předpisů až do přezkoumání soudem, což může trvat i několik let. Novelizace zákona o ČLK také nedemokraticky vyžaduje u voleb do orgánů komory nadpoloviční většinu všech členů ČLK. Navrhovatel dobře ví, že něco takového je prakticky nereálné, stejně jako by takovou účast vyžadoval u voleb zákonodárců. Domnívám se, že návrh novely je nejen útokem proti ČLK, ale je to útok proti „nepohodlnému, nepoddajnému“ lékařskému stavu jako takovému.

Má mít základní pracovní týden zdravotnického personálu včetně lékařů 48 hodin?

Ministerský návrh na úpravu zákoníku práce s prodloužením základní pracovní doby u lékařů byl špatně připravený, proto také nebyl ani přijat k projednávání. Nehledě k tomu, že na první pohled pouze „přesypává“ hodiny ze základní kvóty pracovní doby a přesčasů (a neřeší tedy de facto vůbec nic), nebyl ani v souladu s českými a mezinárodními předpisy. Pokud by začal platit tak, jak byl navržen, nedošlo by k ničemu jinému než k dalšímu propadu odměn lékařů.

Do budoucna je přesto nutné společně hledat schůdné právní řešení k tomu, aby služby lékařů v nemocnicích či pracovní směny lékařů záchranných služeb mohly být zajištěny tak, aby nebyl porušován zákoník práce a aby tito lékaři byli dostatečně ohodnoceni bez jakékoliv diskriminace.

MUDr. JIŘÍ WICHEREK

Osobní údaje:

Narozen 30. 7. 1954 v Kladně, bydliště Plzeň, manželka Ivana Wicherková, technik – kontrola kvality ŠKODA JS, a. s., děti Mgr. Tereza Wicherková – tlumočnice v CK, Jiří Wicherěk – studující 6. ročníku LF UK v Plzni. Nikdy nebyl a není členem žádné politické strany.

Vzdělání:

1973 – 1980 LF UK Plzeň, všeobecné lékařství
1983 I. atestace z chirurgie.

1993 nástavbová atestace z FBLR (nyní rehabilitační a fyzikální medicína)

1993 osvědčení – myoskeletální medicína I. st.

Licence:

2003 vedoucí lékař – primář pro obor FBLR

2003 urgentní medicína

Praxe:

1980 chirurgické oddělení nemocnice ve Stodě – sekundární lékař

1980 – 1981 VÚ 9967 Beroun – zástupce náčelníka zdrav. služby

1981 – 1982 GPO nemocnice – sekundární lékař

1982 – 1984 chirurgické oddělení nemocnice ve Stodě – sekundární lékař

1983 interní oddělení nemocnice ve Stodě – stáž

1984 – 1985 OZS Spálené Poříčí – obvodní lékař

1986 – 1989 chirurgické oddělení nemocnice ve Stodě – sekundární lékař

1989 – 1994 rehabilitační oddělení nemocnice ve Stodě – samostatně pracující lékař

1990 – ARO nemocnice ve Stodě – stáž

od 1994 rehabilitační oddělení nemocnice ve Stodě – primář

od 1994 soukromá ordinace – ambulantní specialista RFM Plzeň

Služby:

1985 LSPP Blovice

od 1990 LSPP Stod

1991 – 1993 ARO nemocnice ve Stodě

od 1992 ZS výjezdové místo Stod

Členství a funkce v ČLK:

od 1992 člen OS ČLK Plzeň-jih

1996 – 2003 předseda představenstva OS ČLK Plzeň-jih a delegát sjezdů ČLK

2001 – 2006 člen představenstva ČLK

od 2006 člen představenstva OS ČLK Plzeň-jih

Ostatní:

od 2005 akreditační komise pro rehabilitační a fyzikální medicínu MZd. ČR – člen

pozici viceprezidenta ČLK



Proč jste se rozhodl kandidovat na funkci viceprezidenta České lékařské komory?

To je otázka, na kterou neznám jednoduchou odpověď. Po letech angažování se v ČLK, potažmo ve zdravotnictví, nebylo jaksi možno odmítnout konkrétní výzvu. Jistě v tom hraje roli i určitý smysl pro povinnost, službu, který ve mně zanechala skautská výchova. Mojí hlavní motivací pro práci v komoře byla a je moje nespokojenost s postavením nás, lékařů, nespokojenost se stavem českého zdravotnictví. Komoru jsem bral vždy jako nástroj, který by nám měl pomoci naše problémy řešit. Dosud jsme se však nenaučili tento nástroj správně uchopit a použít, a naše situace stále není dobrá. Mladí kolegové dnes odcházejí za štěstím do zahraničí. Pro mne, po 27 letech práce v medicíně, je již pozdě někam odcházet. Nedokážu se však s naším postavením smířit. Jsem si vědom, že nestačí jen kritizovat, že je třeba vykonat i něco pozitivního. Pro náš stav, pro sebe (snad ještě není příliš pozdě) i pro mého syna, jeho kolegyně a kolegy, kteří právě končí studium medicíny. Chtěl bych, aby se alespoň nová generace lékařů měla lépe, aby nemusela hledat štěstí za hranicemi. Jsem totiž přesvědčen, že jejich spokojenost bude zárukou spokojenosti i nás, jejich příštích pacientů.

Jaké máte představy o příštím směřování této profesní organizace lékařů?

ČLK by měla s přihlédnutím k poslání, úkolům, právním a povinnostem, které plnila lékařská komora před válkou, usilovat

o získání postavení a role obdobné postavení a roli lékařských komor ve většině zemí EU. ČLK je naší profesní samosprávou. Pouze silná komora, která, byť díky povinnému členství případně povinné registraci, disciplinárně dosáhne na všechny lékaře, může plnit roli garanta kvality lékařské péče nezávislého na státní moci. Aby komora mohla po lékařích vyžadovat plnění náročných kritérií na odbornost a etiku výkonu povolání, musí se zároveň s maximální vehemencí snažit prosazovat oprávněné profesní zájmy svých členů, a to včetně práva na svobodný přístup ke vzdělávání, na nezávislost výkonu povolání a v neposlední řadě na spravedlivou odměnu.

Co považujete za priority, čemu se chcete věnovat bezprostředně po nástupu do funkce?

Komora by měla lékaře sjednocovat. Kdo jiný než funkcionáři komory by měli být schopni hledat konsensuální řešení našich problémů? Životaběh přinesl, že jsem zároveň lékařem zaměstnancem i tzv. soukromým lékařem, pracuji v nemocnici i v ambulanci. Troufám si tedy nejen vnímat problémy hlavních skupin lékařů, ale snad je i chápat. Chtěl bych přispět k tomu, aby se snížily na minimum rozdíly a odstraňovaly případné rozpory nejen mezi lékaři v různém pracovněprávním vztahu (zaměstnanci versus tzv. privátní lékaři, nemocniční lékaři versus ambulantní), ale i mezi různými obory. Jsem přesvědčen, že rozpory mezi jednotlivými skupinami lékařů jsou uměle přizhívány a rozdmýchávány pojišťovny a politiky, kteří náš nejednotný lékařský stav pak snáze ovládají. Ideálem by bylo dosažení jednoty lékařů, snad se podaří alespoň oživení jejich zájmu o ČLK, o možnosti, které nabízí.

V rámci ČLK bych chtěl prosazovat oprávněné požadavky lékařů s cílem přiblížit ekonomické postavení naší profese našemu postavení v žebříčcích prestiže povolání. Snad u žádných z profesí v naší zemi není rozpor v těchto postaveních takový, jako u té naší. To považuji za nanejvýš nespravedlivé.

Jak hodnotíte návrh poslance Kouchana a sněmovní tisk 314?

Jako další z řady pokusů politiků v naší zemi zlikvidovat profesní lékařskou samosprávu. Tentokrát jde, dle mého soudu,

vzhledem k rozložení politických sil v parlamentu, o pokus nejnebezpečnější. Cílem návrhu rozhodně není zkvalitnění činnosti komory, jejíž práce zákonodárce nikdy nezajímala, ale podřízení komory ministerstvu zdravotnictví, resp. politickému rozhodování, další oslabení jejích kompetencí a v konečném důsledku její zřejmá úplná likvidace. Z návrhu je patrné, že někteří politici mají z komory, která by hájila zájmy svých členů, která by byla schopna oponovat návrhy zákonů týkajících se zdravotnictví, takový strach, že ve svém tažení za její likvidaci jsou ochotni jít i za rámec ústavnosti. Návrh na předčasné ukončení mandátu orgánů komory, které byly demokraticky zvoleny, považuji za nanejvýše nedemokratické počínání.

Stále se snažím být optimistou, a tak doufám, že většina kolegů konečně pochopí, o čem jde a co nám hrozí, a že naše právo na profesní samosprávu budeme společně bránit. Pokud bychom totiž připustili zánik komory, pak by nás, lékaře, vůči zvláštnímu státu, krajů, pojišťoven nebo tlaku nejrůznějších monopolů již nehájil nikdo.

Má mít základní pracovní týden zdravotnického personálu včetně lékařů 48 hodin?

Rozhodně ne. Tento nehorázný návrh ministerstva zdravotnictví považuji za zoufalý pokus řešit zhoršující se personální situaci v našich nemocnicích na úkor lékařů a dalších zdravotnických pracovníků. Zákoník práce chrání lékaře zaměstnance před přepracováním a tím i pacienty, před chybami, kterých se pod vlivem únavy může dopustit každý. I lékař. Ano, nelze opominout, že nový zákoník práce umožnil nemocničním lékařům nejen alespoň trochu regulovat objem své práce, ale též svoji práci prodávat nemocnicím za tržní cenu. Pokud by byl návrh schválen, stali bychom se nejenom jakýmsi skanzenem v rámci EU, ale, obávám se, že by bylo jen otázkou času, kdy by zdravotní pojišťovny, pod vlivem této ministerské inspirace, začaly požadovat delší ordinační hodiny i po soukromých lékařích. Ostatně, pokud vím, povinnost nahrazovat rušené LSPD delšími ordinačními hodinami se snaží ministerstvo praktickým lékařům vnutit již nyní. Jsem rád, že ČLK tento nehorázný návrh rezolutně odmítla.

Regulační poplatky – co a jak?

Změny vyplývající z přijetí zákona č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů

Dne 19. 9. 2007 nabyl platnosti zákon č. 261/2007 Sb. o stabilizaci veřejných rozpočtů, který ve své části čtyřicáté novelizuje zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění. Zásadní změnou jsou především regulační poplatky nově uvedené v § 16a zákona č. 48/1997 Sb. ve znění zákona č. 261/2007 Sb. Zákon, pokud jde o novelu zákona č. 48/1997 Sb., v této části nabývá účinnosti dnem 1. ledna 2008 a od tohoto data je třeba podle něj postupovat.

Regulační poplatky

- je pojištěnec povinen platit v následujících částkách:
- za návštěvu, při které bylo provedeno klinické vyšetření u praktického lékaře, praktického lékaře pro děti a dorost, ženského lékaře, nebo za návštěvu, při kterém bylo provedeno vyšetření u zubního lékaře a lékaře poskytujícího specializovanou ambulantní zdravotní péči, jakož i za návštěvní službu, poskytnutou praktickým lékařem a praktickým lékařem pro děti a dorost – regulační poplatek 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 uhradí pojištěnec lékárně – 30 Kč;
- za pohotovostní službu poskytnutou zdravotnickým zařízením poskytujícím lékařskou službu první pomoci a ústavní pohotovostní službu v sobotu, neděli nebo ve svátek a v pracovních dnech v době od 17.00 do 7.00 hod., pokud nedojde k následnému přijetí pojištěnce do ústavní péče – regulační poplatek 90 Kč;
- za každý den, ve kterém je poskytována ústavní péče, komplexní lázeňská péče nebo ústavní péče v dětských léčebnách nebo ozdravovnách – regulační poplatek 60 Kč.

Regulační poplatek se neplatí v následujících případech:

- jde-li o pojištěnce umístěné v dětských domovech, ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy;
- při ochranném léčení nařízeném soudem;

- 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;
- jde-li o pojištěnce, který se prokáže rozhodnutím, oznámením nebo potvrzením vydaným orgánem pomoci v hmotné nouzi o dávce, jež je mu poskytována podle zvláštního právního předpisu, ne staršího 30 dnů;
- jde-li o preventivní prohlídku, kterou je lékař povinen provést v rámci preventivní péče dle § 29–30, a preventivní prohlídku v rámci závodní preventivní péče dle § 35 zákona č. 48/1997 Sb.;
- jde-li o dispenzární péči, avšak poskytovanou pouze vybraným dětem od jednoho roku věku chronicky nemocným a ohroženým poruchami zdravotního stavu v důsledku nepříznivého rodinného nebo jiného společenského prostředí a těhotným ženám ode dne zjištění těhotenství (ostatní případy dispenzární péče podléhají regulačním poplatkům);
- hemodialýza;
- laboratorní nebo diagnostické vyšetření vyžádané ošetřujícím lékařem, pokud není zároveň provedeno klinické vyšetření;
- vyšetření lékaře transfúzní služby při odběru krve, plazmy nebo kostní dřeně.

Regulační poplatek je příjmem zdravotnického zařízení, které regulační poplatek vybralo.

Zdravotnické zařízení je povinno sdělovat zdravotním pojišťovnám, v rámci vyúčtování poskytnuté zdravotní péče za kalendářní měsíc nebo čtvrtletí, informace o regulačních poplatcích s uvedením:

- čísla pojištěnce, ke kterému se regulační poplatek váže;
- výše zaplaceného regulačního poplatku;
- dne, ke kterému se regulační poplatek váže.

Zdravotnické zařízení je povinno regulační poplatek od pojištěnce nebo jeho zákonného zástupce vybrat. Při zjištění opakovaného a soustavného porušování této povinnosti je zdravotní pojišťovna oprávněna tomuto zdravotnic-

kému zařízení uložit pokutu až do výše 50 000 Kč, kterou je možno uložit i opakovaně.

Některá konkrétní doporučení, jak postupovat:

Pacienty-pojištěnce je třeba o povinnosti platit regulační poplatky informovat. V běžné lékařské ordinaci ambulantního typu by mohla být vyvěšena například tato informace:

„Podle § 16a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v platném znění je od 1. ledna 2008 zdravotnické zařízení povinno vybírat od pojištěnců regulační poplatky ve výši 30 Kč za návštěvu, při které bylo provedeno klinické vyšetření, 90 Kč za pohotovostní službu poskytnutou zdravotnickým zařízením, poskytujícím lékařskou službu první pomoci a ústavní pohotovostní službu.

Podle § 12 písm. m) zákona č. 48/1997 Sb. v platném znění je pojištěnec povinen hradit zdravotnickému zařízení regulační poplatky podle § 16a.

Podle § 16a odst. 8 zákona č. 48/1997 Sb. v platném znění je zdravotnické zařízení povinno regulační poplatek od pojištěnce nebo jeho zákonného zástupce vybrat, jinak mu může být uložena zdravotní pojišťovnou pokuta až do výše 50 000 Kč, a to i opakovaně.“

Lékař požádá v ordinaci pojištěnce nebo jeho zákonného zástupce o zaplacení regulačního poplatku, přičemž eviduje číslo pojištěnce, výši zaplaceného regulačního poplatku a den, kdy byl poplatek vybrán (jiné skutečnosti evidovat nemusí). Způsob, jak tuto evidenci povede, není zákonem stanoven a Ministerstvo zdravotnictví ČR ani žádný jiný státní orgán nejsou zmocněny vydávat k tomu jakékoliv prováděcí vyhlášky či předpisy. Doklad o zaplacení regulačního poplatku je zdravotnické zařízení povinno vystavit pojištěnci pouze tehdy, pokud o to výslovně požádá. K tomu bude patrně třeba opatřit příjmové pokladní doklady, které

lze koupit běžně v papírnictví. Nepožádá-li pojištěnec o doklad, stačí si poznamenat jeho číslo, den zaplacení a výši poplatku – způsob evidence je na rozhodnutí lékaře.

Společně s vyúčtováním poskytnuté zdravotní péče za příslušný kalendářní měsíc nebo za příslušné kalendářní čtvrtletí podá zdravotnické zařízení zdravotní pojišťovně též informaci o regulačních poplatcích, a to s uvedením čísla pojištěnce, výše regulačního poplatku a dne, kdy byl tento poplatek zaplacen. Forma tohoto hlášení není stanovena a zdravotní pojištěny nejsou zákonem zmocněny k tomu, aby jakoukoli formu tohoto vykazování zdravotnickým zařízením určovaly, mohou si však se zdravotnickým zařízením dohodnout formu, která bude pro obě strany vhodná.

Pokud lékař nebo jím pověřený zaměstnanec (například zdravotní sestra) požádá pojištěnce o zaplacení regulačního poplatku a pojištěnec regulační poplatek nezaplatí, ať již proto, že nemá peníze, nebo proto, že jej odmítá zaplatit, požádá zdravotnické zařízení pojištěnce, aby tuto skutečnost písemně potvrdil. Postačí uvést: „Pacient odmítl uhradit regulační

poplatek.“ K tomu připojit podpis pacienta nebo zákonného zástupce.

Odmítne-li pojištěnec zaplatit regulační poplatek a odmítne současně tuto skutečnost potvrdit písemně lékaři, poznamená ji lékař sám a sám ji také podepíše s uvedením čísla pojištěnce, výše poplatku a dne, kdy jej pacient odmítl zaplatit. Je-li to možné, spolupodepíše toto konstatování též další zaměstnanec zdravotnického zařízení, zpravidla zdravotní sestra. Předmětný záznam může být jak ve zdravotnické dokumentaci pacienta, tak i na jiné listině, podle úvahy lékaře, avšak lékař by jej měl mít kdykoli k dispozici, aby prokázal, že pojištěnce o regulační poplatek požádal a pojištěnec jej nezaplatil.

Za nezaplacené regulační poplatky vzniká zdravotnickému zařízení vůči pacientovi pohledávka. Účetní evidence a postup z hlediska daní, včetně možnosti odepsání této pohledávky, je předmětem rozboru daňového poradce České lékařské komory, který bude členům ČLK k dispozici.

Právní oddělení ČLK zastává názor, že zdravotnické zařízení splnilo povinnost stanovenou zákonem vybrat regulační poplatek tím, že o něj požádalo, a pokud jej pojištěnec nezaplatil, tuto skutečnost zaznamena-

lo, ať již s podpisem pojištěnce nebo s podpisem toho, kdo o poplatek požádal a byl odmítnut. Zdravotnické zařízení ve smyslu novely zákona č. 48/1997 Sb. ve znění zákona č. 261/2007 Sb., podle našeho právního názoru, není povinno regulační poplatky od pojištěnců, kteří je nezaplatili, vymáhat, byť je k tomu nepochybně oprávněno. Zdravotnické zařízení může tedy podat žalobu u soudu o zaplacení 30 Kč regulačního poplatku na pojištěnce, který jej nezaplatil, přičemž však soudní poplatek činí částku 600 Kč. Promlčecí doba je tříletá a lze podat na jednoho pojištěnce, který neplatí regulační poplatky, žalobu za všechny dlužné regulační poplatky nejdéle tři roky zpět. Vzor žaloby na požádání poskytne každému členovi ČLK právní oddělení ČLK. Pokud však provozovatel zdravotnického zařízení dospěje k závěru, že z ekonomického hlediska, případně i etického hlediska, není vhodné žalobu podávat, podle názoru právního oddělení ČLK toto není jeho právní povinností, protože tuto povinnost zákon zdravotnickému zařízení neukládá.

V případě potřeby se může kterýkoliv člen ČLK obrátit s doplňujícími dotazy na právní oddělení ČLK, na e - mailovou adresu pravni@clkcr.cz nebo telefon 257 217 226.

JUDr. Jan Mach, ředitel právního oddělení ČLK

Regulační poplatky a daně

Peníze za regulační poplatky jsou příjmem, případně výnosem jako každý jiný. Jsou rozděleny podle typu daní a okolností, zda osoba vede účetnictví, či pouze daňovou evidenci.

Z hlediska DPH bude situace pro obě skupiny stejná. Tedy DPH je povinná přiznat a odvést každá osoba v okamžiku platby nebo uskutečnění zdanitelného plnění, podle toho, co nastane dříve. Tedy odvést DPH budou muset jak fyzické osoby, tak právnické, a to bez ohledu na to, zda vedou účetnictví, či pouze daňovou evidenci. Toto se samozřejmě vztahuje pouze na platby, které nejsou od DPH osvobozeny.

Z hlediska daně z příjmů se ale situace liší podle toho, zda osoba vede účetnictví, nebo pouze daňovou evidenci. Předpoklad je, že fyzické osoby (OSVČ) povedou převážně daňovou evidenci a právnické osoby jsou povinny vést účetnictví. Proto je odpověď také strukturována podle toho, zda je vedeno účetnictví, nebo daňová evidence.

Osoby vedoucí daňovou evidenci

jsou povinny zdaňovat pouze příjmy. Tedy pouze to, co opravdu fyzicky dostanou zaplacené. Dále je ale problém, že těmto osobám vzniká pohledávka, kterou nelze odepsat, musí se evidovat a následně se musí „zdanit“ nejpozději v okamžiku ukončení činnosti. Zde bych ale doporučil použít zákon o rezervách. V současné době je možno pohledávku snížit formou opravných položek o 20%, pokud je pohledávka po splatnosti delší než 6 měsíců, případně více, pokud se vede soudní spor.

Dále je možno vytvořit opravnou položku do výše 100% v případě, že:

- se nejedná o pohledávky za společníky, či spojenými osobami
- hodnota pohledávky nebyla více než 30 000 Kč
- od konce sjednané doby splatnosti uběhlo více než 12 měsíců
- ke dni tvorby opravné položky celková hodnota pohledávek vůči těmž dlužníkovi nepřesahuje částku 30 000 Kč.

Osoby vedoucí účetnictví

jsou povinny zdaňovat veškeré výnosy bez ohledu na to, zda byly pohledávky zaplacené. Také zde bych doporučil použít zákon o rezervách. V současné době je možno vytvořit k pohledávce opravnou položku 20%, pokud je pohledávka po splatnosti delší než 6 měsíců, případně více, pokud se vede soudní spor.

Dále je možno vytvořit opravnou položku do výše 100% v případě, že:

- se nejedná o pohledávky za společníky, či spojenými osobami,
- hodnota pohledávky nebyla více než 30 000 Kč,
- od konce sjednané doby splatnosti uběhlo více než 12 měsíců,
- ke dni tvorby opravné položky celková hodnota pohledávek vůči těmž dlužníkovi nepřesahuje částku 30 000 Kč.

Takto tvořené opravné položky jsou považovány za náklady daňově uznatelné.

Ing. Miroslav Kotěšovec, ASC Accounting, s.r.o.

www.ascaccount.cz



Vzdělávací kurzy České lékařské komory

Přehled 2007/2008

Přihlášky zasílejte na adresu:
Oddělení vzdělávání ČLK
Lékařská 2, 150 30 Praha 5, fax: 257 220 618,
e-mail: vzdělavani@clkc.cz, seminar@clkc.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 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.clkc.cz

35/07 Kurz – Odborný seminář o PNP kurzu je obsazen

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 Skoula

- Různé typy arytmií s hemodynamickým efektem a bez hemodynamického efektu – ukázky na simulátoru, způsoby léčení

MUDr. Milana Pokorná, MUDr. Jan Bělohávek

- Použití autopolpu, 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 (kromě OTI, kombitubus, laryngeální maska, minitřach, tracheovick, indikace použití rizika atd.) – praktická ukázka

MUDr. Milana Pokorná

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

MUDr. Jaroslav Valášek

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

Kapacita nestačila zájmu

Omlouváme se členům ČLK, kteří se přihlásili na právní seminář dne 1. 11. 2007 a již do něj nemohli být zařazení pro velký počet dříve přihlášených uchazečů. Seminář budeme opakovat. Přihlášené členy, na které při první akci místo nezbylo, budeme informovat a v případě zájmu je přednostně zařadíme na opakovaný seminář. Termín jeho konání najdete včas v Tempusu i na webových stránkách ČLK. Děkujeme za pochopení i za zájem o tuto problematiku.

36/07 Kurz – Pediatrie

Datum konání: 1. 12. 2007
Místo konání: Praha 1, Senovážné nám. 23, SMOŠK K-centrum, posluchárna č. 201
Koordínátor kurzu: MUDr. Marcela Černá,

- 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 Kobilhová
- Vzájemná spolupráce Státního ústavu pro kontrolu léčiv a pediatra 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 žilního traktu
- MUDr. Robert Čihák, CSc.
- Arytmologie
- MUDr. Jan Bruthans, CSc.
- Arteriální hypertenze
- Prof. MUDr. Miloslav Marel, CSc.
- Pneumologie
- Prof. MUDr. Michal Anděl, CSc., MUDr. Jan Brož
- Diabetes mellitus
- As. MUDr. Martin Havrda, 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

Program kurzu najdete na www.lkc.cz – odd. vzdělávání, akreditované akce – číslo 12811.

39/07 Kurz – Komunikačně náročné situace mezi lékařem a pacientem a jejich zvládní – OPAKOVÁNÍ

Datum konání: 8. 12. 2007
Místo konání: Praha 1, Senovážné nám. 23, SMOŠK K-centrum, posluchárna č. 201
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

1/08 Kurz – Diabetologie

Datum konání: 5. 1. 2008
Místo konání: Praha 5, Česká lékařská komora, Lékařská 2
Koordínátor kurzu: MUDr. Kateřina Andělová
Prof. MUDr. Michal Anděl, CSc.

- Novinky v léčbě diabetu II. typu
- MUDr. Stanislava Koloušková, CSc.
- Novinky v dětské diabetologii
- MUDr. František Duška
- Perorální antidiabetika
- MUDr. Marcela Černá
- Dítě diabetické matky
- MUDr. Kateřina Andělová
- 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 4-Podolí, ÚPMD, Podolské nábř. 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 Turzíkova
- Astma a virové infekce u dětí
- Zajímavé kazistiky z pneumologické praxe
- Doc. MUDr. Jiří Chomiak, CSc.
- Zánět v dětské ortopedii
- Doc. MUDr. Vilma Marešová, CSc., MUDr. Dita Smíšková
- Infekce plodu a novorozence v ordinaci PDDL

3/08 Kurz intenzivní medicíny II. blok: infekce a seps, kardiologie v intenzivní medicíně

Datum konání: 19. 1. 2008
Místo konání: Praha 5, Klub ČLK, Lékařská 2
Koordínátor kurzu: MUDr. Jiří Valenta, KARIM VFN 1. LF UK Praha 2

- MUDr. Josef Závada, CSc.
- Sepsa a MODS
- MUDr. Michal Lipš
- Závažné infekce v intenzivní medicíně
- Strategie léčby infekcí na JIP
- MUDr. Michal Kolář
- Imunokompromitovaný pacient
- Hygienická rizika v intenzivní péči
- MUDr. Martin Baňk, Ph.D.
- Neinvazivní vyšetření hemodynamiky
- MUDr. Severin Romaniv
- Kardiální selhání a kardiogenní šok
- MUDr. Miloš Tobiáš
- Arytmie a hypertenze

4/08 Imunologický kurz

Datum konání: 26. 1. 2008
Místo konání: Praha 1, Senovážné nám. 23, SMOŠK K-centrum, posluchárna č. 201
Koordínátor kurzu: MUDr. Jana Bíbová, Ph.D.

- Prof. MUDr. Ivan Šterzl, CSc.
- Novinky v autoimunitě
- Prof. MUDr. Terezie Fučíková, DrSc.
- Klinický význam vyšetřování autoprotilátek
- As. MUDr. Helena Marečková, CSc.
- Význam vyšetřování parametrů buněčné imunity
- RNDr. J. Holada, Ph.D.
- Priony – aktuální poznatky
- Doc. MUDr. J. Holub, CSc.
- Recidivující herpetické infekce
- As. MUDr. P. Hrdá
- Klinické a imunologické znaky nejčastějších endokrinopatií
- As. MUDr. J. Svoboda
- Konzilia klinické imunologie I. – hospitalizovaní nemocní
- As. MUDr. J. Svoboda
- Konzilia klinické imunologie II. – ambulanti nemocní

5/08 Seminář – Komunikačně náročné situace mezi lékařem a pacientem a jejich zvládní

Datum konání: 26. 1. 2008
Místo konání: Praha 5, Klub ČLK, Lékařská 2

Účastnický poplatek: 500 Kč
Koordínátor kurzu: PhDr. Erika Gerlová

Podrobné informace jsou uvedeny u semináře č. 39/07
Tento seminář se uskuteční ještě v termínech: 16. 2. 2008, 29. 3. 2008, 19. 4. 2008
Kapacita je max. 20 osob.

PŘIPRAVUJEME

Syndrom vyhoření u lékaře
koordinátor PhDr. Erika Gerlová

Inzerce

Přijem řádkové inzerce:
recepc@clkc.cz Časopis ČLK
Lékařská 2, 150 00 Praha5
tel.: +420 257 217 226
fax: +420 257 220 618

Volná místa – poptávka

Lékařka, čerstvá dýchávkyně s atestací interní, alergologie, imunologie; s praxí praktického lékaře hledá práci. Tel.: 732 840 611

Volná místa – nabídka

Vězeňská služba ČR, Věznice Ostrava-Heřmanice přijme do pracovního poměru na plný, popř. i na zkrácený pracovní úvazek na moderně vybavené pracoviště praktického lékaře. Možnost ubytování ve vlastní ubytovně.
Informace na tel.: 595 220 320-322

Nemocnice Na Františku s poliklinikou přijme praktického lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru PL, praxe v oboru min. 3 roky.
Kontakt: svehla@nfnp.cz, tel.: 222 313 387

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

Chrudimská nemocnice, a.s., přijme lékaře pro neurologické oddělení. Požadavky v souladu se zákonem č. 95/2004 Sb., praxe a atestace v oboru výhodou. Nástup po dohodě.
Kontakt: personální odd., tel.: 469 653 141, e-mail: kucerova@hospital.chrudim.cz. Písemné nabídky zasílejte na adresu: Chrudimská nemocnice, a.s., Vlávčácká 570, 537 27 Chrudim

Medicentrum Olomouc, s.r.o., hledá vhodné kandidáty/kandidátky na pozici: praktický lékař, pediatr, gynekolog, zubař. Požadujeme: vysoké školské vzdělání, praxi v oboru, angličtina, případně němčina na komunikativní úrovni, schopnost samostatného rozhodování a práce na PC. Nabízíme: práci na plný i částečný úvazek, dobré platové ohodnocení, příjemné prostředí v moderním zdravotnickém zařízení a možnost profesního růstu. V případě zájmu zašlete strukturovaný životopis a reference k rukám Petry Uřešové. Medicentrum Olomouc, s.r.o., Na Příkopě 988/31, 110 00 Praha 1, p.uresova@atmi.cz

Hledáme atestovaného lékaře/lékařku do zavedené soukromé gynecologické praxe, okres Hodonín. Kontakt: 722 722 763

Nemocnice Pelhřimov přijme lékaře pro neurologické oddělení (včetně intenzivní a ambulanti péče). Předpoklad profesního růstu, podpora specializačního vzdělávání. Možnost ubytování a další zaměstnanecké výhody. Nástup v nejbližším možném termínu. Blíží informace: Jana Horáková, OKR, e-mail: jhorak@hospital-pe.cz, tel.: 565 355 104, 731 619 104

JUDr. Jan Mach, ředitel právního oddělení ČLK

Soukromé oddělení nukleární medicíny v Praze hledá schopnou, komunikativní, samostatnou a kreativní lékařku/lékaře na plný úvazek. Atestace z interny nebo nukleární medicíny výhodou, min. podmínkou příprava na atestaci. Nabízíme zajímavou práci, flexibilní přístup, příjemný tým i prostředí, špičkové technické zázemí, dobrý plat, podporu vzdělávání. Kontakt: MUDr. Komorousová, tel.: 266 006 261, e-mail: komorousova@nuklearnimedica.cz

NZZ v Praze 4 přijme praktického lékaře/ku, ortopeda, chirurga. Výhodné pracovní a platové podmínky. Nástup ihned nebo dle dohody. Informace na tel.: 241 765 162 nebo 241 770 620

Přijmeme lékaře diabetologa na celý i částečný úvazek. Výhodné platové podmínky. Nástup dle dohody. Praha 4. Mobil: 602 318 025. Tel.: 261 006 427, 443

Představenstvo Nemocnice Tábor, a.s., vypisuje výběrové řízení na obsazení pracovního místa primář ANESTEZIOLOGICKO-RESUSCITAČNÍHO oddělení. Požadavky: VŠ vzdělání lékařského směru, specializovaná způsobilost v oboru ARO, 10 let odborné praxe lékaře ve zdravotnictví, organizační a řídicí schopnosti, komunikativnost, samostatnost, zdravotní způsobilost a bezúhonnost, orientace v ekonomice zdravotnictví. Přihláška uchazeče musí obsahovat: osobní dotazník, profesní životopis, potvrzení zdravotní způsobilosti dle zákona č. 95/2004, doklad o bezúhonnosti ne starší 90 dnů. Ověřené kopie: doklad o získání odborné způsobilosti k výkonu povolání lékaře dle zákona č. 95/2004 Sb., doklad o získané specializované způsobilosti, licence ČLK pro výkon funkce vedoucího lékaře-primáře ARO. Současně s přihláškou uchazeč předloží návrh koncepce rozvoje a řízení oddělení se zaměřením zejména na návrh pracovního režimu obou segmentů, tj. anestezie a resuscitace v Nemocnici Tábor, a.s. Písemnou přihlášku, vč. telefonního spojení, s požadovanými doklady a návrhem koncepce zaslějte na adresu: Nemocnice Tábor, a.s., Kpt. Jaroše 2000, 390 03 Tábor, personální oddělení. Tel.: 381 608 321, personální, Iva Glatzová. Termín konání výběrového řízení bude uchazečům zpraven písemně. Blíží informace, popř. podklady potřebné ke zpracování koncepce, podá po domluvě: MUDr. Jan Neškudla, místopředseda představenstva Nemocnice Tábor, a.s., tel.: 381 608 756

Představenstvo Nemocnice Tábor, a.s., vypisuje výběrové řízení na obsazení pracovního místa primář oddělení CHIRURGIE. Požadavky: VŠ vzdělání lékařského směru, specializovaná způsobilost v oboru chirurgie, 10 let odborné praxe lékaře ve zdravotnictví, organizační a řídicí schopnosti, komunikativnost, samostatnost, zdravotní způsobilost a bezúhonnost, orientace v ekonomice zdravotnictví. Přihláška uchazeče musí obsahovat: osobní dotazník, profesní životopis, potvrzení zdravotní způsobilosti dle zákona č. 95/2004, doklad o bezúhonnosti ne starší 90 dnů. Ověřené kopie: doklad o získání odborné způsobilosti k výkonu povolání lékaře dle zákona č. 95/2004 Sb., doklad o získané specializované způsobilosti, licence ČLK pro výkon funkce vedoucího lékaře-primáře chirurgie. Současně s přihláškou uchazeč předloží návrh koncepce rozvoje a řízení oddělení se zaměřením zejména na řešení pooperační péče o pacienty a řešení traumatologie v rámci nemocnice. Písemnou přihlášku, vč. telefonního spojení, s požadovanými doklady a návrhem koncepce zaslějte na adresu: Nemocnice Tábor, a.s., Kpt. Jaroše 2000, 390 03 Tábor, personální oddělení. Tel.: 381 608 321, personální, Iva Glatzová. Termín konání výběrového řízení bude uchazečům zpraven písemně. Blíží informace, popř. podklady potřebné ke zpracování koncepce, podá po domluvě: MUDr. Jan Neškudla, místopředseda představenstva Nemocnice Tábor, a.s., tel.: 381 608 756

Představenstvo Nemocnice Tábor, a.s., vypisuje výběrové řízení na obsazení pracovního místa primář oddělení ORTOPEDIE. Požadavky: VŠ vzdělání lékařského směru, specializovaná způsobilost v oboru chirurgie, 10 let odborné praxe lékaře ve zdravotnictví, organizační a řídicí schopnosti, komunikativnost, samostatnost, zdravotní způsobilost a bezúhonnost, orientace v ekonomice zdravotnictví. Přihláška uchazeče musí obsahovat:

osobní dotazník, profesní životopis, potvrzení zdravotní způsobilosti dle zákona č. 95/2004, doklad o bezúhonnosti ne starší 90 dnů. Ověřené kopie: doklad o získání odborné způsobilosti k výkonu povolání lékaře dle zákona č. 95/2004 Sb., doklad o získané specializované způsobilosti, licence ČLK pro výkon funkce vedoucího lékaře-primáře chirurgie. Současně s přihláškou uchazeč předloží návrh koncepce rozvoje a řízení oddělení se zaměřením zejména na řešení pooperační péče o pacienty a řešení traumatologie v rámci nemocnice. Písemnou přihlášku, vč. telefonního spojení, s požadovanými doklady a návrhem koncepce zaslějte na adresu: Nemocnice Tábor, a.s., Kpt. Jaroše 2000, 390 03 Tábor, personální oddělení. Tel.: 381 608 321, personální, Iva Glatzová. Termín konání výběrového řízení bude uchazečům zpraven písemně. Blíží informace, popř. podklady potřebné ke zpracování koncepce, podá po domluvě: MUDr. Jan Neškudla, místopředseda představenstva Nemocnice Tábor, a.s., tel.: 381 608 756

Nemocnice Tábor, a.s., přijme do pracovního poměru lékaře pro DĚTSKÉ oddělení. Požadavky: odborná, morální a zdravotní způsobilost, specializovaná způsobilost v oboru pediatrie dle zákona 95/2004 Sb., vítána (není podmínkou). Nabízíme: plný pracovní úvazek, hrazenou specializační přípravu při sepsání kvalifikační dohody, ubytování na ubytovně Nemocnice Tábor, a.s. Nástup ihned, popřípadě dle dohody. Blíží informace podá: MUDr. Jana Chocholová, zast. primářka dětského oddělení, tel.: 381 608 197, MUDr. Jan Neškudla, primář dětského oddělení, tel.: 381 608 543, 756. Písemné nabídky zaslějte elektronicky na adresu: jan.neskudla@ontab.cz, poštou na adresu Nemocnice Tábor, a.s., Kpt. Jaroše 2000, 390 03 Tábor nebo doručte osobně na personální oddělení NT, a.s.

Rentgenodiagnostické oddělení v Praze v blízkosti metra přijme lékaře se dvěma atestacemi tel.: 605 115 155

Železniční poliklinika Olomouc přijme do pracovního poměru na úv. 1,0 lékaře s atestací a licenčním oprávněním v oboru: praktické lékařství pro dospělé. 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: zpolpers@pds.olc.cd.cz

Karvinská hornická nemocnice, a.s., akreditované zdravotnické zařízení, přijme lékaře pro: oddělení nemocí z povolání a pracovní lékařství – kvalifikační požadavky: specializační způsobilost v oboru vítána, zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb. Oddělení závodní preventivní péče – kvalifikační požadavky: specializační způsobilost v oboru všeobecné lékařství vítána, zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb. Nabízíme smluvní plat, zaměstnanecí výhody, možnost pronájmu bytu, týmovou práci ve špičkově vybavené nemocnici. Žádost s profesním životopisem zašlete na adresu: Karvinská hornická nemocnice a.s., sekretariát ředitele, Zakladatelská 975/22, 735 06 Karviná-Nové Město. Kontaktní osoba: Ing. Janko, e-mail: janko@khn.cz, tel.: 596 380 555

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 j. Dobré finanční podmínky, velmi zajímavá práce. Nástup ihned nebo dle dohody. Možnost ubytování. Blíží informace prim. Dr. Karel, tel.: 602 878 122

Přijmeme lékaře angiology na celý i na částečný úvazek. Výhodné platové podmínky. Nástup dle dohody. Praha 4. Mobil: 602 318 025. Tel.: 261 06 427, 443

Přijmeme lékaře endokrinologa na celý i na částečný úvazek. Výhodné platové podmínky. Nástup dle dohody. Praha 4. Mobil: 602 318 025. Telefon: 261 06 427, 443.

Železniční poliklinika Olomouc přijme pro pracoviště Přerov, Velké Novosady 8, lékaře s atestací a licenčním oprávněním v oboru gynekologie. Jedná se o úvazek 0,2 (tj. 2 směny po 4 hodinách). 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: zpolpers@pds.olc.cd.cz

Dětská lázeňská léčebna v Poděbradech přijme dětské lékaře, nejlépe FBLR (možné i na částečný úvazek), zdravotní sestru, nejlépe dětskou, pracovníci do balneoprovozu. Tel.: 325 612 666, pí. Redišová, e-mail: detska@quick.cz

Předseda představenstva Vsetínské nemocnice, a.s., vyhláší výběrové řízení na obsazení systematického místa: primář UNK oddělení. Požadavky: specializace v oboru, minimální praxe 10 let, organizační a komunikativní schopnosti, občanská a morální bezúhonnost. Nástup dle dohody. Písemné přihlášky zaslějte do 15.12.2007 na adresu: Vsetínská nemocnice a.s., ORLZ, Nemocniční 955, 755 32 Vsetín. E-mail: konarikova@nemocnice-vs.cz, tel.: 571 490 131

Hledám praktického lékaře (lékařku) a všeobecnou zdravotní sestru do soukromé ordinace v Praze 10. Perspektivní předání praxe. Informace: 728 995 166

Alergolog. Úspěšná privátní poliklinika v Berouně přijme lékaře-alerologa. Nabízíme výhodné platové podmínky, byt 3+1 k nastěhování ihned. Informace na tel.: 311 746 424 nebo 311 746 155

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

Lékař přijme otorinolaryngologa na částečný úvazek do ambulantní praxe v Revnicích 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 výjezdová 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 zaslějte poštou na adresu ZKS KV, Vrchlického 61, 586 01 Jihlava nebo e-mailem na kettner@zssvysochina.cz. Podrobné informace: MUDr. Lukáš Kettner, ředitel ZKS KV, p.o., tel.: 602 224 603

Očnímu lékaři do pozice vedoucího lékaře, očního lékaře-sekundáře hledá oční ordinace. Oční optika hledá lékaře, úvazek dle domluvy. Nabízíme práci v akreditovaném zařízení. Kontakt: 602 357 210

Chirurgie v centru Prahy zaměstná atestovanou sálou sestru na plný úvazek. E-mail: chirurgiepraha1@seznam.cz

Prodej a koupě

Prodám pro začínající soukromé ORL lékaře vybavení (končím se soukromou prací). Vyšetřovací křeslo, nástroje k vyšetřování (ušní a nosní zrcátko, ORL pinzety). Tel.: 386 358 146

Prodám ekg Bioset Bos třísvodové za 1500 Kč, plus 2 náhradní pac. Kabely, ekg papír za 500 Kč. Tel.: 721 903 425

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

Prodám stomatologické křeslo nově potažené (béžová barva) od stomatologické soupravy Ergostar 92, programovatelné (user A, user B), výrobce St. Turá pod licencí firmy FIMET OY Finland. Vhodné pro potřeby ORL, zubní hygienistku apod. Volné od 1. 11. 2007, cena dohodou.

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

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

Pronájem

Nebytový prostor (dřve zubní laboratoř) 3+1/L 75 m² v Praze 12-Modřanech, přízemí, bezbariérový vchod, v blízkosti MHD, vhodné pro ordinaci, za 7000 Kč plus poplatky cca 3000 Kč/měsíčně. Kontaktujte pí. Křizovou, 606 334 061

Trvale a velice výhodně pronajmu jednu až tři plně vybavené ordinace se zázemím na Smíchově. Nejvhodnější pro rehabilitaci, psychiatrii, psychologii nebo alternativní medicínu. Dobrá lokalita, cena dohodou. Při rychlém jednání sleva. Tel.: 774 553 819

Různé

Prodám zavedenou praxi prakt. lékaře pro dospělé v Českých Budějovicích, e-mail: zekar@centrum.cz

Prodám ordinaci PL pro dospělé na Praze 2. Tel.: 224 918 532

Prodám dobře zavedenou psychiatrickou ambulanci po dobu 30 let, z toho 15 let privátně na poliklinice ve Vimperku, s návazností na prakt. lék. a ostatní specialisty. Cena dle stanoveného vzorce. Tel.: 606 317 728 po 16. hod., e-mail: jpekarkovamudr@seznam.cz

Odkoupím nebo převzmu (i částečně převzetí) alergol.-imunol. praxi v Praze nebo v okolí. Mobil: 775 239 707, e-mail: alergosalve@seznam.cz

Přenechám za odpustné zavedenou oční ordinaci v Přívěšovicích u Turnova, v blízkosti dálnice Praha – Liberec. Kontakt: 774 000 104

Služby

Hledáme lékaře se zájmem o používání event. i o distribuci léků tradiční čínské medicíny. Léky registrované v ČR. Zaškolím. Tel.: 774 648 777



Work in UK

IMS is looking for young doctors for RMO posts

Requirements:
minimum of 2 years experience
Very good command of English

Salary £ 1722 per week,
shift system 2 weeks work/1 week off,
Accommodation
and food free of charge,
Paid ALS, PALS courses

We are also looking for:
Pathologists, histopathologists,
cardiologists, psychiatrists

For more information contact:
Marketa Johnston
mob: 736 208 844, tel: 224 815 047
email: marketa@imsrecruitment.com

www.imsrecruitment.com

Odešel kamarád primář Miroslav Klíč



P r á v ě v den pietního koncertu k uctění památky MUDr. Ilony Rybářové, ředitelky Nemocnice Blansko a členky revizní komise OS ČLK Blansko jsme obdrželi další smutnou zprávu. Dne 25. 10. 2007 zemřel předseda OS ČLK Blansko, člen krajské rady ČLK JmK, primář MUDr. Miroslav Klíč. Odchod předního odborníka v oboru ARO, člověka vysoce angažovaného v ČLK i nemocnici Boskovice je ztrátou nejen bolestnou, ale i těžko nahraditelnou.

MUDr. Klíče jsem považoval za jednoho z nejlepších přátel. Byl náročný k sobě i k okolí, ale přitom nesmírně vstřícný a lidský. Nelůstný osud mu znemožnil realizovat další plány v životě profesním i osobním. Vzpomínejme na něj v dobrém.

Prim. MUDr. Jan Machač

Zemřel docent Josef Kohout

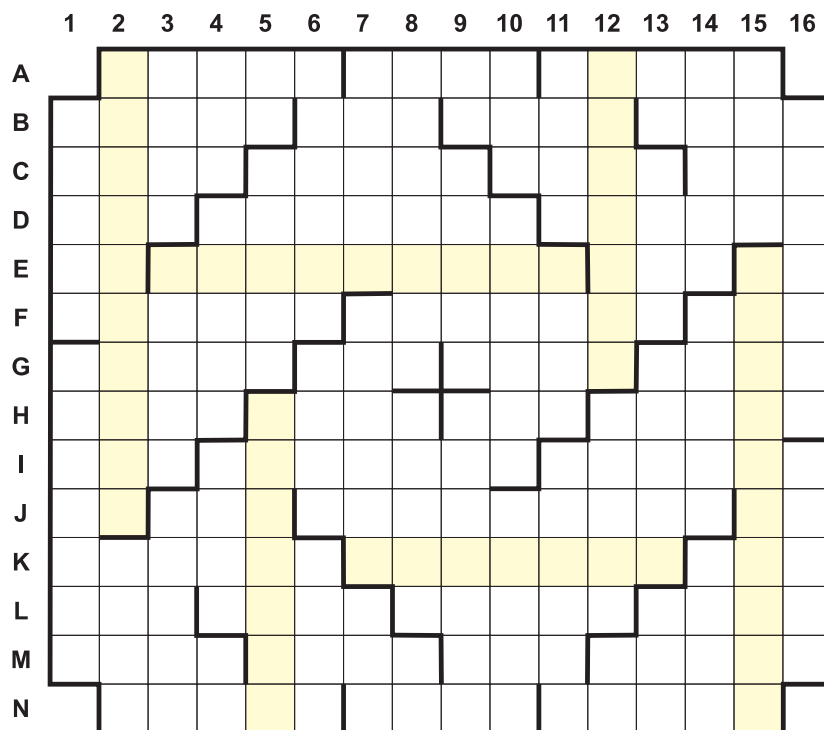


Dne 9. 9. 2007 náhle zemřel docent MUDr. Josef Kohout, CSc., někdejší přednosta kliniky pracovního lékařství plzeňské Lékařské fakulty UK.

Docent Kohout byl vynikajícím vědcem, lékařem a učitelem generací mladých lékařů, ale hlavně skvělým člověkem. Byl vedoucím redaktorem časopisu *Fakultas nostra* na LF UK v Plzni a předsedou Západočeské pobočky České společnosti pro vědu a techniku. Čest jeho památce.

Představenstvo OS ČLK Plzeň-město

Křížovka o ceny



V tajence objevíte Murphyho zákon nepřímo úměrné rovnováhy

VODOROVNĚ: **A.** Palatum; slovensky „shon“; otočný nosník nákladních vozidel. – **B.** Vypít do dna; sedlina; hořké nápoje; edém. – **C.** Uniknout vozem; typ karoserie; Láda (slovensky); jméno herečky Janžurové. – **D.** Římskými číslicemi 1049; slovensky „otcové“; hazardér. – **E.** České město; **3. díl tajenky;** domácí Eliška; sbohem. – **F.** Setřást (nářečně); bývalý prezident Indonésie; vzorec oxidu strontnatého. – **G.** Francouzský sochař; Veřejnost proti násilí (zkratka); slitina; anglicky „kniha“. – **H.** Obilnina; část hlavy; pruh; otrava krve. – **I.** Zkratka deoxyribonukleové kyseliny; sířit; pobuda. – **J.** Hlas osla; německé město na Dunaji; část listu; název značky litru. – **K.** Na jistou stranu; **5. díl tajenky;** slovensky „pro“. – **L.** SPZ Litoměřic; starší český zpěvák; ceniny; jeskyně. – **M.** Karetní výraz; hodnota; španělsky „cesta“; končiny. – **N.** Trn; ofouknout; hořce kysele.

SVISLE: **1.** Francouzský prozaik; ženské pohlavní orgány. – **2. 4. díl tajenky;** český nakladatel. – **3.** Výzva; zadní část; vřed. – **4.** Seknout; odepsání; žláznatá část žaludku přežvýkavců; iniciály herce Töpfera. – **5.** Zkratka registrované tuny; co se týče; **1. díl tajenky.** – **6.** Obejít přímou odpověď výmluvami (hovorově); dílo (obecně); konec modlitby. – **7.** Lyžařské středisko na Šumavě; splavat; souhlas. – **8.** Pohlavár (obecně); vysoká luční tráva; značka abvoltu. – **9.** Primát; vlákénko; týkající se tropické dřeviny. – **10.** Africký veletok; dokazovaná složka ve vzorku analyzované látky; najemno rozdrtit. – **11.** Vařené vepřové maso z hlavy; oční duhovka (slovensky); restovat. – **12. 7. díl tajenky;** úpení; značka kryptonu. – **13.** Iniciály herce Oliviera; metropole Norska; daně (zastarale); nástroj žence. – **14.** Mravouka; sídlo na Nové Guineji; místo (obecně). – **15.** Moderní; **2. a 6. díl tajenky.** – **16.** Zpěv za reprodukování doprodu s potlačenými vokály; stromořadí.

Pomůcka: alit, atut, Sopau, stápat, vía.

V časopisu Tempus medicorum 10/2007 se v tajence skrýval Hippokratův citát: **Jediným velkým úkolem lékařským je vyléčit pacienta a je lhostejno, jakým způsobem se to podaří.** Desítkou úspěšných luštitelů, které jsme vylosovali, získává knihu o přírodních památkách naší planety *Svět, v němž žijeme*. Jsou jimi: **Zuzana Bartošová**, Kolín; **Jan Betlach**, Olomouc; **Vladimír Jouda**, Rokycany; **Hana Krákorová**, Praha 7; **Vlastimil Kulda**, Štáhlavy; **Alois Mikulec**, Kroměříž; **Marie Opálková**, Brno; **Zdeněk Poschl**, Týniště nad Orlicí; **Eva Sehnálková**, Opava; **Radka Schulzová**, Mladá Boleslav.

Na správné řešení tajenky z čísla 11/2007 čekáme na adrese recepc@clkr.cz do **10. prosince 2007!** Hodně štěstí!