



TEMPUS MEDICORUM

ČASOPIS ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY

9/2009

ROČNÍK 18

V TOMTO ČÍSLE:



Vzdělávání je prioritou lékařské komory

„Aprílový zákon“ o veřejném zdravotním pojištění

Antivirotika v léčbě tzv. prasečí chřipky

Nejvyšší výdaje na léky v historii Česka

30. září končí hlasování fotosoutěže „Lékař a jeho pacient“

PLUS



EDUKAFARM
medinews
Edukační a inzertní příloha časopisu Tempus medicorum



Farmakoterapeutické informace SÚKL

Léčba akutní pooperační bolesti

Chceme pomoci mladým lékařům, říká prof. Janouch, zakladatel Nadace Charty 77



JUVENTUS MEDICA



inzerce

PRESTANCE®
perindopril arginin / amlodipin



Zkrácenou informaci o přípravku naleznete na zadní straně obálky.



Iuventus medica – Lékařská mládež

Již samotný název projektu Nadace Charty 77 dává tušit, komu chceme pomáhat. Cílem projektu je za prvé podpora mladých lékařek a lékařů, pro které je povinné vzdělávání stále více ekonomicky náročné. Za druhé bychom pak rádi přispěli ke kultivaci spolupráce mezi farmaceutickými firmami a lékaři. Přičemž na rozdíl od nejrůznějších bezzubých, byť dobře míněných, deklarací by tentokrát mělo jít o počin hmatatelný a konkrétní. Vznik projektu iniciovala Česká lékařská komora, která do jeho rozjezdu přispívá částkou 200 000 Kč a je tedy jeho partnerem, stejně jako Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP), která pro rok 2009 projekt podpořila částkou 800 000 Kč.

Výzkum a výroba nových léků stojí miliardy a miliony pak farmaceutické firmy investují do reklamy a podpory prodeje. Sebeúčinnější léky by však nebyly příliš platné, pokud by je nevzdělávaní lékaři neuměli používat. Podpora vzdělávání lékařů je tedy nejenom jakousi morální povinností farmaceutických firem, ale také jejich vlastním zájmem.

Farmaceutické firmy si jsou toho vědomy, a tak platí. Účast pana primáře na celostátním semináři není problémem, stejně jako jím není cesta pana přednosty na světový kongres. Proč ne, česká medicína potřebuje kontakt se světem. Za proklamovanou podporou vzdělávacích akcí se však bohužel občas skrývají úplně jiné zájmy. A snad právě proto mladí sekundáři, kteří nerozhodují o nákupu nových přístrojů, ani nemají vliv na předepisování drahých léků, nejsou zajímaví pro nikoho a nedostanou se nikam. Přitom právě oni se mají nejvíce co učit a především oni potřebují podporu.

Cílem našeho projektu je pomáhat právě těm kolegům, kteří nejsou „marketingově zajímaví“. Obrovskou výhodou našeho projektu je přitom skutečnost, že o způsobu využití shromážděných finančních prostředků bude rozhodovat nezávislá Rada projektu. Díky tomu tedy nebude existovat žádná vazba mezi konkrétním dárcem, například farmaceutickou firmou, a jednotlivými lékaři. Odpadne tedy jakékoliv podezření z možné korupce a my budeme mít jistotu, že všichni, kdo do fondu přispívají, tak činí nezištně. Jedinou odměnou jim kromě dobrého pocitu může být zápis do seznamu dárců nebo při vyšší finanční podpoře právo užívat titul Partner projektu Iuventus medica. Nic víc, nic méně. Firmy, které to s podporou vzdělávání lékařů myslí poctivě, by si však neměly dovolit zůstat stranou.

Symbolická částka jeden milion korun, kterou se nám pro rozjezd projektu v letošním roce podařilo shromáždit, jistě nevyřeší problémy mladých lékařů a lékařek. Nějak se však začít musí a já věřím, že díky nadšením a zkušenostem pana profesora Janoucha a dalších členů správní rady Nadace Charty 77 budeme moci již příští rok přispívat vzdělávajícím se mladým lékařům mnohem většími částkami. Je však třeba zdůraznit, že nechceme ani nebudeme suplovat nečinnost státu, který se k lékařskému dorostu chová macešsky. Jednání o zásadních změnách v systému specializačního vzdělávání jsou totiž úplně jinou kapitolou.

Fond na podporu vzdělávání mladých lékařů je projektem charitativním a nemá smysl brečet nad tím, že mladé kolegyně a kolegové podobnou podporu vůbec potřebují. Během tří roky trvajících jednání jsem si na vlastní kůži vyzkoušel, že vůbec není jednoduché organizovat charitativní projekty v korupci prolezlé zemi, kde většina občanů na základě svých nedobrych zkušeností má tendenci každou veřejnou sbírku, nadaci či podpůrný fond považovat za zlodějnou, skrytou formu korupce či přinejmenším daňového úniku.

Chybí tradice, a to i nám, lékařům. Nemáme povědomí o tom, že bohatí podnikatelé ve zdravotnictví a úspěšní lékaři by měli pomáhat začínajícím kolegům třeba tím, že by dobrovolně přispívali na podpůrné projekty organizované lékařskou samosprávou. Přepjatý individualismus, hraničící občas se sobectvím a bezohledností, tak typický pro poslední dvacetiletí, je možná reakcí na kolektivismus vnucovaný nám po čtyřicet let komunistickým režimem. Jak jinak ospravedlnit třeba věhlasného lékaře, který se chlubí tím, že porušuje zákon a neplacením příspěvků do komory okrádá své kolegy? Jak jinak si vysvětlit, že značná část lékařů hodnotí svoji komoru podle toho, zda se právě jim zaplacené příspěvky vyplatili či nikoliv? Jak jinak ospravedlnit všechny ten nedostatek sounáležitosti s lékařským stavem a s naší vlastní profesní samosprávou?

O spolupráci některých politiků, lékařů či společností s farmaceutickými firmami se vyprávějí úplné legendy. I já asi musím počítat s tím, že někteří novináři, a možná i kolegové, se budou domýšlet a možná si i vymýšlet, jaký prospěch asi musí mít ten Kubek z toho, že se o projekt Iuventus medica tak stará. Jsem si vědom rizika, které je ve jménu dobré věci nutno podstoupit, a o to více si vážím ochoty nejrenomovanější nadace v České republice – Nadace Charty 77 – spolupracovat s Českou lékařskou komorou na projektu, který by mohl položit základy nové tradice, tradice pomoci mladým lékařům a lékařkám.

Milan Kubek

TÉMA MĚSÍCE 2-9

Komora chce hrát zásadní roli ve vzdělávání Specializační vzdělávání lékařů v Evropě

MLADÍ LÉKAŘI 10-13

Přiblížení ze života (nejen) mladých kolegů Nadační projekt na podporu vzdělávání mladých lékařek a lékařů

ROZHOVOR 14

Profesor František Janouch, zakladatel Nadace Charty 77: Pomozte mladým lékařům

INZERTNÍ PŘÍLOHA 15-30

Ovlivňují inhibitory ACE progresi demence?

Klinické zkušenosti s přípravky Imunoglukan

Fytopreparáty v terapii symptomů

dolních močových cest na podkladě

benigní hyperplazie prostaty

Prostena[®] - profil přípravku

Zkušenosti s probiotiky v Itálii

Farmakoterapie Alzheimerovy nemoci

a dalších demencí

Aliskiren v léčbě hypertenze

v obězních hypertoniích: srovnání s diuretikem

Zkušenosti s krytím Tecasorb

při léčbě chronické rány

PŘÍLOHA FI

Léčba akutní pooperační bolesti

Z MĚDÍ 31

Brusel věří českou korupci, proklepe předražený nákup

ROZHOVOR 32-33

Milan Kubek, prezident ČLK: Nespokojenost lékařů má hluboké kořeny

PRÁVNÍ PORADNA 34-35

Poznámky k „Aprílovému zákonu“ o všeobecném zdravotním pojištění

AKTUÁLNĚ 36-37

Antivirotika v léčbě tzv. prasečí chřipky

POLEMIKA 38

Šetřit? Nešetřit? Škrtat? Neškrtat?

LÉKOVÁ POLITIKA 38-39

Nejvyšší výdaje za léky v historii

Pevné doplátky za léky, ani či ne?

SERVIS 41-44

Vzdělávací kurzy ČLK

Inzerce

Fotosoutěž Cyklus života – Lékař a jeho pacient

Křížovka

Měsíčník TEMPUS MEDICORUM

Vydává: Česká lékařská komora, Dolní nám. 38,

771 00 Olomouc

Registr. číslo MK ČR 6582 - ISSN 1214-7524 -

IČO 43965024

Adresa redakce: Časopis ČLK, Lékařská 2, 150 00 Praha 5

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

recepce@clkcr.cz - www.clkcr.cz

Šéfredaktor: MUDr. Milan Kubek

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

Odpovědná redaktorka: PhDr. Blanka Rokosová

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

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

Design: Ing. Jindřich Hurt

Marketing a inzerce: Ing. Renáta Podracká,

mobil: 724 261 177, tel.: 224 252 435,

e-mail: renata.podracka@edukafarm.cz

Tisk: EUROPRINT Modřany, a. s.

Uzávěrka čísla 9: 21. 9. 2009 - Vyšlo: 24. 9. 2009

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

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

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

Předplatné pro nečleny ČLK 300 Kč/rok

(přijímá redakce)

Příspěvky se nemusejí shodovat se stanoviskem redakce.

Ta si současně vyhrazuje právo na redakční úpravu textů.

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

Větší rozsah a inzerát nelékaře je zpoplatněn. Při zadávání

inzerátů je proto potřeba zadat fakturační kontaktní adresu,

IČO, DIČ, telefon, e-mail. Bez těchto informací nebude inzerát

zveřejněn.



Jak hodnotíte současný stav postgraduálního vzdělávání lékařů v ČR?

Současný stav postgraduálního vzdělávání lékařů považují za dlouhodobě nespokojivý, plný chaosu a zmatků. Vedle hygienické služby a Státního zdravotního ústavu je to opět další případ, kdy cosi poměrně dobře fungující a zavedené bylo zcela nekoncepčně rozbouřeno a nahrazeno něčím, co funguje daleko hůř než původní systém. Přitom ale některé návrhy, o kterých se v souvislosti se změnami léta hovoří (například větší zapojení vysokých škol do vzdělávacího procesu), zůstávají opět bez odezvy. Za nehoráznou drzost navíc považují zpoplatnění specializačních zkoušek za situace, kdy se ekonomická situace lékařů, zejména mladých, nijak nezlepšuje, spíše naopak. Jsou jistě země, kde jsou zkoušky zpoplatněné také, ovšem v těchto zemích žijí lékaři v poněkud jiných podmínkách, co se týče finančního ohodnocení i prestiže jejich práce. Zdá se, že ministerstvo zdravotnictví se rozhodlo vyhnat co nejvíce mladých, kvalitních odborníků do zemí na západ od našich hranic, kde pravda také nebudou mít na růžích ustláno, ale přinejmenším bude jejich úsilí náležitě oceněno.

Ondřej Zahradníček, Mikrobiologický ústav LF MU a FN u sv. Anny v Brně

Současný stav postgraduálního vzdělávání lékařů v České republice nelze hodnotit jinak než jako nepřehledný a zmatečný. Důvodem jsou opakované změny pravidel, kdy není jasné, který systém a pro koho vlastně platí. Za nevhodné také považují zpoplatnění povinných kurzů, které si lékaři v přípravě na atestaci mnohdy musí hradit sami. K tomuto dochází v situaci, kdy nedostatek lékařů u nás začíná být v některých regionech a oborech opravdu akutní. Snaha MZ ČR tento problém řešit v rámci tzv. rezidenčních míst se možná mine účinkem, neboť některá zdravotnická zařízení nemají zájem rezidenta přijmout s poukazem na nutnost dodatečných finančních nákladů. K tomuto dochází i v případě rezidenčních míst, u nichž bylo MZ ČR deklarováno plné finanční krytí.

Michal Holub, infektolog, Klinika infekčních a tropických nemocí I. LF UK a FN Na Bulovce

Komora chce hrát zásadní roli Komora, lékařské fakulty i odborné spol. systém specializačního vzdělávání lékařů

Představitelé ČLK, ČLS JEP a děkani lékařských fakult se 10. září 2009 domluvili na budoucí spolupráci v oblasti specializačního vzdělávání lékařů. Jednání inicioval prezident lékařské komory.

Fungující systém stupňovitěho specializačního vzdělávání lékařů rozvrátil zákon č. 95/2004 Sb., aniž toto bylo s ohledem na vstup ČR do EU nutné.

Z návrhů České lékařské komory, které po dva roky trvající diskusi (vedené předsedou Vědecké rady ČLK Alešem Hermanem) získaly cca 85% podporu v rámci lékařské obce, bylo poslední novelou tohoto zákona realizováno bohužel pouze nepatrné torzo.

Ministerstvo zdravotnictví působí při tvorbě právních předpisů upravujících specializační vzdělávání lékařů velmi neprofesionálně. Systém se neustále mění, přičemž změny nejsou projednávány s profesní lékařskou samosprávou a jsou většínou realizovány na poslední chvíli.

Rezidenční místa nesplňují představy ČLK

Systém rezidenčních míst vypracovaný ministerstvem zdravotnictví nesplňuje představy ČLK o financování specializačního vzdělávání lékařů.

- Na místo ministerstvem slibovaných 500 milionů Kč má být vzdělávání lékařů podpořeno částkou 320 milionů Kč, a to nikoliv na rok, ale na celou minimální délku jejich specializačního vzdělávání.
- Celkem 450 rezidenčních míst má být podpořeno jen symbolickou částkou 30 000 Kč, ale rozpočítanou na celou dobu vzdělávání, přičemž se jedná například i o tak základní obory jako interna, chirurgie, gynekologie – porodnictví...
- Finanční podpora není zajištěna po celou dobu specializační přípravy a netýká se lékařů, kteří se na atestace již připravují.
- Příspěvek nesměruje za lékařem. Spíše než o podporu mladých lékařů se jedná o podporu zaměstnavatelů, na kterých budou naši mladí kolegové ještě více závislí.
- Systém v očích mladých lékařů degraduje povinnost závazku pracovat v ČR v oboru

po dobu minimálně 5 let po složení atestace.

- Systém rezidenčních míst zpracovaný ministerstvem může vyřešit snad pouze vzdělávání praktických lékařů.

ČLK má zájem převzít organizaci a provádění zkoušek

Balík vyhlášek provádějících novelu zákona č. 95/2004 Sb. prosadila ministryně zdravotnictví Jurásková v červnu letošního roku navzdory jednoznačnému nesouhlasu ČLK.

Poplatky za atestace jsou s ohledem na nedostatek lékařů a jejich množství se odchody do zahraničí hloupé. Snad právě poplatky za atestační zkoušky, s nimiž ČLK zásadně nesouhlasí, nejlépe symbolizují nekompetentnost ministerstva zdravotnictví v oblasti specializačního vzdělávání lékařů.

ČLK nesouhlasí s nařízením vlády o zpoplatnění atestačních a dalších zkoušek mladým lékařům, které je v rozporu s programovým prohlášením vlády premiéra Fischera o podpoře vědy a vzdělávání i v době hospodářské krize.

ČLK upozorňuje na prohlubující se nedostatek lékařů, který toto nařízení vlády může pouze zhoršit.

ČLK nabízí státu, že převezme organizaci a provádění těchto zkoušek, k čemuž je ČLK po odborné stránce připravena.

ČLK nabízí mladým lékařům, že v případech hodných zřetele jim prostřednictvím jejich OS ČLK na vzdělávání poskytne finanční příspěvek.

Usnesení představenstva ČLK z 19. 6. 2009

ČLK nabízí spolupráci lékařským fakultám a odborníkům

Z analýzy, kterou na základě informací od partnerských organizací v rámci CPME (Stálý výbor evropských lékařů) zpracovalo zahraniční oddělení, vyplývá, že v zemích Evropské unie buď organizuje a garantuje specializační vzdělávání ministerstvo zdravotnictví, nebo tuto pravomoc stát přenáší na profesní lékařskou samo-

ve specializačním vzdělávání ečnosti chtějí společně vytvořit nový

správu. Jiné alternativy nepřipadají v úvahu ani v České republice.

Česká lékařská komora nabízí lékařským fakultám a odborným společnostem spolupráci při tvorbě nového systému specializačního vzdělávání. Naším cílem je využít předností jednotlivých subjektů, které by se na tvorbě společného projektu podílely:

ČLK: Vede registr lékařů a je jedinečnou organizací definovanou zákonem, proto může zajišťovat organizaci specializačního vzdělávání včetně atestačních zkoušek.

Lékařské fakulty: Spolu s fakultními nemocnicemi jsou prostorem pro teoretickou i praktickou výuku, kterou jsou schopné personálně zajistit.

Odborné společnosti: Mohou být kompetentním garantem odborné ná-

plně specializačního vzdělávání a obsahu atestačních zkoušek.

Jaké výhody komora nabízí?

Specializační vzdělávání a atestace organizované a garantované komorou společně s lékařskými fakultami a odbornými společnostmi budou mít oproti současnému systému minimálně tyto výhody:

- **Vyšší profesionalita odborné lékařské obce v porovnání s úředníky příslušného odboru Ministerstva zdravotnictví ČR.**
- **Politická nezávislost a stabilita systému, který by byl pro mladé lékaře předvídatelný a neměnil by se při každé změně vlády.**
- **Přirozená konzervativnost lékařského stavu je nejlepší prevencí účelových změn.**

Bohužel je bez potřebné dlouhodobé koncepce. Vzdělávání lékařů z mého pohledu bylo odpovědnými lidmi opomíjeno a nebylo v popředí jejich zájmu. Důležitější bylo např. řešení privatizace zdravotních pojišťoven apod. Postgraduální vzdělávání nevyřeší trh, to musí řešit stát. Ten místo toho, aby dle mého soudu mladým lékařům nabídl možnosti školení v jejich finančních možnostech, omezuje doškolovací kapacity a dává tímto prostor různým jiným aktivitám v relacích méně dostupných. I to hraje roli v rozhodování mladých lékařů, zda zůstanou či půjdou jinam. Všichni vědí, že za pár let to bude velký problém, ale chce to vůbec někdo odpovědný řešit?

Petr Matek, dětský neurolog, Jablonec n. N.

Jako otřesný a v dlouhodobém hledisku neudržitelný.

1/ Díky náhlému zavedení jednošupňových atestací najednou vznikla obrovská „generační“ mezera a již mnoho nemocnic pocítilo nedostatek lékařů s odbornou způsobilostí.

2/ Neustálý zmatek a probíhající změny za chodu v jasné strategii, co a jak má být vzděláváno. Kdy jiné podmínky pro atestaci byly před dvěma roky a jiné jsou nyní.

3/ S tím související problém úpisů mladých lékařů zdravotnickým zařízením, která jim poskytnou vzdělávání, ovšem za „malou službičku“. To je opravdu chování jako v manažerských firmách ... ovšem s platy absolventů zdaleka nedosahujících platů manažerů, a mladí lékaři jsou mnohdy nuceni k tomu, aby si hradili vzdělávání ze svého již tak skromného výdělku s vidinou průměrného platu. Kde je motivace se vzdělávat? A pokud se lékař „upíše“ nemocnici, že po atestu zůstane v daném zařízení pracovat následujících x let, proč tedy těmto nemocničním zařízením nenabídne adekvátní finanční ohodnocení? Již bylo mnohokrát probírané, že absolvent „zaplatí“ nemocnici svoje vzdělávání prací pro ni již během let své přípravy.

4/ A samozřejmě s tím souvisí i motivace lékařů zůstat zde po atestaci, či dokonce proč se po škole vzdělávat tady, když „za kopečky“ nabízejí jednou tolik a za lepších podmínek.

Michal Nesvadba, sekundární lékař ARO, Nemocnice Jablonec n. Nisou

Vážený pane prezidente,
dovolte mi k Vašemu dopisu ze dne 17. 7. 2009 sdělit následující. Návrh nařízení vlády o stanovení úhrad za zkoušky prošel standardně celým legislativním procesem. Při přípravě návrhu byla oslovena především odborná zdravotnická veřejnost. Při těchto jednáních jednoznačně převládala podpora provést změny v systému postgraduálního vzdělávání zdravotnických pracovníků a stanovit uchazečům povinnost částečně uhradit náklady spojené s konáním zkoušek. Tyto částečné úhrady nesporně zvýší odpovědnost uchazečů při podávání přihlášek ke zkouškám, aby nebyly zbytečně svolávány zkušební komise, když se následně mnohdy ke zkoušce nedostaví žádný uchazeč. Jak bylo již několikrát zmíněno, základním vodítkem při stanovení výše úhrad za jednotlivé zkoušky byly kalkulace zpracované Institutem postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví a Národním centrem ošetřovatelsví nelékařských zdravotnických oborů. Podle těchto kalkulací byly navrženy úhrady za zkoušky včetně jejich struktury, přičemž se přihlíželo k organizační náročnosti a personálnímu zabezpečení těchto zkoušek. U opakovaných zkoušek byly částky zvýšeny, neboť náklady spojené s jejich organizací při nižším počtu uchazečů úměrně narůstají. Pro srovnání s poplatky za zkoušky v rámci EU úhrada spojená s vydáním diplomu o specializaci činí ve Slovenské republice 10 000 Sk. V Německu se poplatky za zkoušky liší stát od státu. Např. v Bavorsku jde o 160 euro, v Braniborsku 200 euro. Počínaje letošním rokem bude stát financovat specializační vzdělávání lékařů, čímž dojde k redukci nepřiznivých dopadů z poplatků. Následující rok půjde o další skupinátka finančně podporovaných lékařů a tento počet bude rokem do dalšího narůstat. Co s tím? Vašeho návrhu na převzetí organizace atestačních, aprobačních zkoušek a zkoušek certifikovaných kurzů je nutné mít na paměti, že samosprávná organizace není vázána stejnými principy jako správní orgán, který disponuje regulační a donucovací pravomocí. Tento rozdíl systému a vůbec zájmů by způsobil nemálo komplikací, a proto považuji a daleko vhodnější, aby organizování uvedených zkoušek zůstalo i s ohledem na cenné zkušenosti nadále v rukou pověřených organizací Ministerstva zdravotnictví.

Dana Jurásková, ministryně zdravotnictví, 3. 8. 2009

Jak hodnotíte současný stav postgraduálního vzdělávání lékařů v ČR?

Současný stav postgraduálního vzdělávání lékařů diskriminuje mladé lékaře, menší zdravotnická zařízení a podporuje exodus lékařů do zahraničí.

Miloš Vysloužil, por.-gyn. odd., Šumperská nemocnice, a. s.

CHAOS!

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

Současný systém postgraduálního vzdělávání vymyslel úplný pitomec. Bylo obrovskou chybou rušení dvoustupňového atestačního systému.

Martin Chochlík, Vojenská nem. Brno, interna

Postgraduální vzdělávání lékařů mi připadá chaotické, nekoncepční a nerespektující skutečné potřeby regionů a klientů. Máme příliš mnoho specialistů, ale málo praktických lékařů včetně stomatologů, pediatrů a gynekologů v terénní praxi. Během vzdělávání se klade větší důraz na teoretické znalosti, vychováváme spíše vědecké pracovníky než lékaře pro praxi. Lékaři nejsou prakticky cvičeni na psychickou a fyzickou zátěž v krizových situacích. (Náhle porody, úrazy, intoxikace, psychotické stavy, hromadná neštěstí apod.)

Zoran Nerandžić, rehabilitační oddělení, MěN Litoměřice

Stav hodnotím velmi negativně – přemrštěné požadavky na délku stáží mimo vlastní pracoviště, což je diskriminační zejména (ale nejenom) pro lékařky – matky a je to odraz lobbismu fakultních nemocnic. Určitě je to jeden z důvodů aktuálního nedostatku lékařů.

Petr Schlemmer, hemodialyzační středisko, Šumperk

Jsem praktická lékařka pro dospělé a domnívám se, že v našem oboru je velmi dobrá a dostupná nabídka postgraduálního vzdělávání. Nabídka je obrovská, a kdo se vzdělávat chce, vybere si. Odborné společnosti, které školení připravují, zajímají naše zpětné reakce na jednotlivé akce a v následující etapě vzdělávání na naše ohlasy reagují. Jiná otázka je, že je-li lékař na školení, není v ordinaci. Co se mé osoby týká, preferuji spíše 4–6hodinové školicí akce v odpoledních a podvečerních hodinách všed-

Ministryně Jurásková zatím nabídku odmítla

Právní oddělení ČLK již připravilo nultou verzi potřebné novely zákona č. 95/2004 Sb., o vzdělávání lékařů, a zákona č. 220/1991 Sb., o zdravotnických komorách, i vyhlášek o atestačních zkouškách. Podmínkou tvorby finální verze těchto právních úprav je dohoda lékařskou komorou oslovených subjektů o spolupráci a o rozdělení kompetencí.

Prezident ČLK na základě doporučení porady předsedů OS ČLK a z pověření představenstva ČLK nabídl 16. 7. 2009 ministryni Juráskové, že by ČLK převzala organizaci atestačních a obdobných zkoušek, a vyzval ministerstvo k jednání o potřebných legislativních změnách. Paní ministryně Jurásková svým dopisem ze dne 3. 8. 2009 bohužel, doufáme, že prozatím, nabídku komory odmítla.

Zásadní změna systému specializačního vzdělávání lékařů totiž vyžaduje nejenom dohodu uvnitř lékařského stavu, ale především změnu zákonů, kterou lze jistě jen stěží prosadit proti vůli ministerstva. Bez ohledu na politickou situaci je však naším prvořadým úkolem jednat se všemi relevantními lékařskými organizacemi a hledat podporu pro ambiciózní projekt České lékařské komory, která chce do budoucna hrát ve vzdělávání lékařů mnohem významnější úlohu než dosud. Přípravou

projektu pověřilo představenstvo komory na svém červencovém zasedání předsedu Vědecké rady ČLK Aleše Hermana.

Milan Kubek, Zdeněk Mrozek

Jednání o specializačním vzdělávání se zúčastnili:

Za ČLK:

- MUDr. Milan Kubek – prezident ČLK
- MUDr. Zdeněk Mrozek, Ph.D. – viceprezident ČLK
- MUDr. Aleš Herman, Ph.D. – předseda Vědecké rady ČLK

Za lékařské fakulty:

- Prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc. (1. LF UK Praha – děkan)
- Doc. MUDr. Ondřej Hrušák, Ph.D. (2. LF UK Praha – děkan)
- Doc. MUDr. Bohuslav Svoboda, CSc. (3. LF UK Praha – děkan)
- Prof. MUDr. Vladimír Palička, Dr.h.c. (UK Praha, LF v Hradci Králové – děkan)
- Prof. MUDr. Jindřich Špinar, CSc. (LF MU BRNO – proděkan)
- Doc. MUDr. Jiří Kobr, Ph.D. (UK Praha, LF v Plzni – proděkan)

Za ČLS JEP:

- Prof. MUDr. Vladimír Palička, Dr.h.c.



Jak vypadá specializační vzdělávání lékařů v Evropě

Česká lékařská komora požádala partnerské organizace sdružené v CPME o informace, jak je organizováno v jednotlivých zemích specializační vzdělávání lékařů a jak se na něm mladí lékaři finančně podílejí.

Dánsko



Tak jako je celé zdravotnictví v Dánsku státní, tak orgánem organizujícím specializační vzdělávání lékařů a vystavujícím příslušná potvrzení je Dánská národní rada zdraví. Systém specializačních zkoušek neexistuje a celé postgraduální vzdělávání je pro lékaře bezplatné.

Francie



Ve Francii existují vedle sebe dva systémy postgraduálního vzdělávání lékařů, které jsou podle dodatku 5 směrnice 2005/36 EU rovnocenné.

1. DES (Diplome d'études spécialisées – diplom specializačního vzdělávání) vydávají univerzity pod dohledem Ministerstva vyššího vzdělávání. Toto vzdělávání je přímým pokračováním studia na lékařské fakultě, probíhá na univerzitních pracovištích a lékaři musí platit pouze školné příslušné univerzitě.

2. Atestace pro kvalifikovaného lékaře specialistu vydává lékařská komora (Ordre des Medecins) na základě vzdělávání, které je plně v její kompetenci. Tento systém je jedinou příležitostí pro již vystudované lékaře změnit svoji specializaci nebo získat další specializaci. Za toto vzdělávání musí lékař zaplatit poplatek 200 eur.

Izrael



Celé specializační vzdělávání včetně kurzů, stáží a zkoušek pořádá Izraelská lékařská asociace, na základě jejíhož dobrozdání ministerstvo zdravotnictví vystavuje lékařům specializační osvědčení. Zkoušky jsou zpoplatněny.

Maďarsko



Specializační zkoušky provádí a potřebnou praxi lékařů kontroluje administrativní orgán podřízený ministerstvu zdravotnictví. Maďarská lékařská komora není oprávněna vydávat osvědčení o specializované způsobilosti.

Lékaři musí za specializační zkoušky platit. Stát u některých preferovaných odborností na vzdělávání lékařům v různé procentní výši přispívá, např. pro praktické lékaře téměř 100 %, pro stomatology 20–30 %... Tento příspěvek však platí pouze pro první specializaci. Další specializaci si musí platit buď lékař, nebo jeho zaměstnavatel.

Německo



Kompetentními orgány pro provádění postgraduálního vzdělávání lékařů jsou zemské lékařské komory, které stanovují pro každý obor své vlastní požadavky. Minimální požadavky stanovuje Spolková lékařská komora (Bundesärztekammer) svým nařízením o postgraduálním vzdělávání lékařů (Musterweiterbildungsordnung). Komora určuje nejenom rozsah a obsah specializačního vzdělávání, ale také provádí akreditaci školících pracovišť a uznávání lékařských specializačních diplomů ze zemí EU i ostatních států. Zkušební komise pro atestační zkoušky jmenují zemské lékařské komory.

Specializační zkoušky jsou zpoplatněny, přičemž výše poplatku se v jednotlivých spolkových zemích liší.

Nizozemsko



Specializační vzdělávání není zakončeno žádnou závěrečnou zkouškou. Minimálně jednou ročně, většinou však častěji, je prováděno hodnocení a průběžné přezkoušování každého školence.

Samotné vzdělávání je bezplatné. Po dokončení specializačního vzdělávání se však lékař stává specialistou teprve po zápisu do registru lékařů specialistů, který je veden Královskou nizozemskou lékařskou asociací z pověření ministerstva zdravotnictví. Všichni specialisté musí platit registrační poplatek, a to každých pět let, kdy musí svoji registraci vždy znovu obnovovat.

Norsko



Postgraduální vzdělávání organizuje, specializaci uznává a specializační diplomy vydává Norská lékařská asociace. Za specializační zkoušky lékaři neplatí a rovněž uznávání specializace je bezplatné.

ních dnů. Člověk po ordinaci ještě udrží pozornost, nemusí obstarávat zástup do ordinace a ušetří drahocenné volné dny víkendů, pokud zrovna neslouží službu lékařské první pomoci nebo nedohání administrativu.

Helena Nová, praktická lékařka pro dospělé, Kralupy n. V.

Systém vzdělávání je dle mého zbytečně složitý. Zejména nechápu roční praxi na akreditovaném pracovišti, což je z malé okresní nemocnice prakticky nedosažitelné.

Lenka Žirovnická, interní odd., Nemocnice Hořovice

Zlaté socialistické školství (kromě marxismu)! Dnešní systém postgraduálního vzdělávání v naší zemi je složitý, rádobypřísný a mnohdy v realitě provozu nemocnic nesplnitelný. Vrcholem nesmyslu a možná i lobbistických nátlaků dětských praktiků jsou atestace z klinické pediatrie nebo praktického lékařství pro děti a dorost! Pediatrii znám jen jednu. Vydíráním mladých lékařů jsou pak kvalifikační smlouvy, které uzavírají s výrazným nátlakem zvláště soukromé nemocnice s lékaři a které mnohdy odporují § 234 ZP. Naopak pozitivně hodnotím e-learningové metody studia pomocí internetu (to ale není zásluha MZ).

Richard Rýznar, pediatr, Šumperk

Nesystémový, nekoncepční, živelný. V podstatě probíhající převážně díky aktivitám farmaceutických firem.

Jiří Jelínek, posudkový lékař a všeobecný lékař,

Vězeňská služba ČR

Jako nevyhovující. Sám jsem si prošel tímto kolotočem v letech 2003–2008. Vstupně obdržené podmínky se 2x změny (délka stáží, místo absolvování – akreditace pracovišť atd.), zcela bez upozornění. Dále si myslím, že je pro zaměstnavatele nevýhodné zaměstnávat někoho, kdo není dlouhé měsíce na pracovišti. Nehledě na to, že v dnešní době zaměstnavatelé vítají levnou neatestovanou pracovní sílu. Proti absolvovaným stážím nic nemám, naopak obohatí rozhled, vědomosti a naváží se vztahy a spolupráce s ostatními pracovišti. Pokud postgraduální vzdělávání půjde směrem placených atestací a stáží, můžeme se brzo rozloučit s množstvím specializovaných lékařek a lékařů.

Ondřej Kubát, pediatr MěN, Litoměřice



Jak hodnotíte současný stav postgraduálního vzdělávání lékařů v ČR?

S ohledem na finanční situaci ve společnosti (finanční krize) je vzdělávání dle mého názoru v oboru hygieny obecně a komunální dostačující. Samozřejmě potřeby každého oboru medicíny jsou různé, neboť obory se vyvíjejí různě – nové poznatky, výzkum, vývoj technologií atd.

Eva Čehovská, vedoucí odd. hygieny obecně a komunální, KHS Olomouc

Současný stav hodnotím jako nepřátelský vůči lékařům v atestační přípravě. Za poslední dobu je každým rokem nastolena nová koncepce, část absolventů získává pro nemocnici příspěvek na své vzdělání cestou tzv. rezidenčních míst, nicméně absolventi zpřed dvou a více let nemají nárok na nic, jen na upgradované (rozumějme zvýšené) ceny předatestačních kurzů a stáží. Toto bylo hlavním motivem vzniku iniciativy Mladí lékaři, poněvadž se obáváme, že přístup státu je velice „unfriendly“ a vyžene mimo republiku více a více mladých lékařů, a to v situaci, kdy spousta nemocnic nemá dlouhodobě naplněné personální stavy.

Tomáš Kocourek, chirurgické oddělení, Kroměřížská nemocnice a.s., Iniciativa Mladí lékaři

V době, kdy celý svět zažívá explozi informací, bohužel vybuchlo postgraduální vzdělávání lékařů v ČR a nastal chaos!

Milan Brázdil, urgentní medicína, záchranná služba Olomouc

To je vícevrstevná otázka.

1. V praktické rovině na řadě pracovišť probíhá vzdělávání vcelku uspokojivým způsobem. Problémem je, že akreditace byly v řadě případů v některých oborech uděleny i malým zařízením bez multidisciplinárního zázemí.

2. Trvá už několik let naprosto nedůstojný stav kolem legislativního zakotvení celé přípravy, náplně jednotlivých oborových kmenů a náplní vlastních oborů (opakovaně se měnící atestační obory a certifikační kurzy, měnící se náplně, měnící se podmínky akreditace pracovišť, podmínky pro lékaře v přípravě, to vše pod taktovkou nekompetentních ministerských úředníků za současného tlaku různých zájmových skupin). To vy-

Polsko



Za specializační vzdělávání lékařů odpovídá Státní centrum lékařských zkoušek, které je podřízeno ministerstvu zdravotnictví. Celé vzdělávání je bezplatné, lékaři neplatí ani za zkoušky, které mohou třikrát opakovat.

Portugalsko



Specializační vzdělávání i zkoušky jsou v kompetenci ministerstva zdravotnictví. Zkoušky jsou bezplatné. Lékař může pracovat jako specialista pouze poté, co je jako specialista zaregistrován Portugalskou lékařskou komorou.

Rakousko



Rakouská lékařská komora organizuje a provádí postgraduální vzdělávání lékařů, zkouší jak lékaře specialisty, tak všeobecné lékaře a vystavuje příslušné diplomy.

Lékaři za zkoušky platí, a to za zkoušku na všeobecného lékaře 390 eur a za zkoušku na lékaře specialistu 710 eur. Za opakovanou zkoušku se platí tento poplatek znovu.

Rumunsko



Organizaci státních zkoušek i obsah vzdělávacího curricula provádí společně ministerstvo zdravotnictví prostřednictvím Národního centra výkonů v oblasti zdravotnictví ve spolupráci s ministerstvem školství prostřednictvím univerzit a lékařských fakult a Rumunskou lékařskou komorou.

Řízení postgraduálního vzdělávání provádí ministerstvo zdravotnictví prostřednictvím Národního centra výkonů v oblasti zdravotnictví ve spolupráci s ministerstvem školství prostřednictvím univerzit a lékařských fakult. Specializační diplomy vydává ministerstvo zdravotnictví.

Prostřednictvím Národního centra výkonů v oblasti zdravotnictví vybírá ministerstvo na zkoušku nutnou pro vstup do rezidenčního programu 300 lei (85 eur) a za specializační zkoušku 450 lei (106 eur).

Řecko



Kompetentním orgánem pro specializační zkoušky jsou komise jmenované ministerstvem zdravotnictví. Vzdělávání i zkoušky jsou pro lékaře bezplatné.

Slovensko



Za specializační zkoušky odpovídá Slovenská zdravotnická univerzita. Lékaři platí za každý den vzdělávacího kurzu, dále pak za atestační zkoušku 332 eur, za certifikát o specializované způsobilosti 100 eur a za jeho duplikát 66 eur.

Švýcarsko



Specializační zkoušky jsou prováděny asociací specialistů, která rovněž připravuje vzdělávací programy. Dohled nad zkouškami i nad obsahem vzdělávacích programů má Národní lékařská asociace, která je k tomuto zplnomocněna státem.

Poplatek za specializační zkoušku se platí příslušné asociaci specialistů daného oboru, jeho výše se liší mezi jednotlivými specializacemi a měla by odpovídat nákladům se zkouškou spojeným. Ceny se pohybují od cca 100 eur do cca 1000 eur. Stupňovitý systém zkoušek je poměrně komplikovaný. Národní lékařská asociace, která eviduje informace o praxi a vzdělání každého lékaře a na základě zplnomocnění od státu vydává diplomy potvrzující specializovanou způsobilost lékaře, vybírá za toto poplatek cca 2600 eur. Členové Národní lékařské asociace platí ve skutečnosti pouhou polovinu této částky, protože po dobu pěti let mají příslušným způsobem snížené členské příspěvky.

Shrnutí

V rámci členských států Evropské unie existují různé systémy postgraduálního vzdělávání lékařů. Z uvedeného přehledu, který bohužel není kompletní, vyplývá, že stát organizuje postgraduální vzdělávání a provádí specializační zkoušky v 7 státech, v 6 zemích je toto v kompetenci lékařské komory nebo asociace a ve Francii existují vedle sebe systém státní i systém komorový. Stát se angažuje většinou v zemích postkomunistických nebo ve vyspělých státech se systémem národní zdravotní služby. Ve vyspělých státech s pojišťovenským systémem většinou za specializační vzdělávání lékařů odpovídají jejich profesní samosprávy.

Za atestační zkoušky musí lékaři platit v 8 uvedených státech (Francie, Izrael, Maďarsko, Německo, Rakousko, Rumunsko, Švýcarsko), zatímco ve 3 zemích (Polsko, Portugalsko, Řecko) jsou zkoušky bezplatné a v dalších 3 státech (Dánsko, Nizozemsko, Norsko) závěrečné atestační zkoušky vůbec neexistují.



Pokud je postgraduální vzdělávání organizované státem, pak jsou většinou zkoušky bezplatné, naopak v zemích, kde vzdělávání organizují lékařské komory a asociace, jsou zkoušky a specializační diplomy zpoplatněny, přičemž někde jsou mladí lékaři svojí profesní samosprávou ekonomicky zvýhodňováni.

Závěr

- V řadě vyspělých evropských států je specializační vzdělávání lékařů plně v kompetenci jejich profesních samospráv (např. Německo, Nizozemsko, Norsko, Rakousko, Švýcarsko), přičemž ve Francii existují vedle sebe systém státní i systém komorový.
- Systém zavedený ministryní Juráskovou, kdy stát drží ve svých rukách veškeré rozhodující kompetence v systému postgraduálního vzdělávání a ještě nutí

lékaře za specializační vzdělávání a atestační zkoušky platit, existuje podle údajů dostupných České lékařské komoře kromě České republiky pouze na Slovensko, v Maďarsku a v Rumunsku. A asi nikdo lucidní by si zdravotnictví těchto států nedovolil označit za vzor hodný následování. Tímto prostým konstatováním faktu pochopitelně nechci nijak zpochybňovat erudici jednotlivých kolegů z těchto zemí.

- Snaha České lékařské komory převzít od státu organizaci postgraduálního vzdělávání lékařů a provádění atestačních a obdobných zkoušek je legitimním požadavkem, který nijak neodporuje tradici vyspělých evropských států, mezi které by Česká republika chtěla patřit.

Zuzana Vystřčilová, zahraniční oddělení ČLK
Milan Kubek, prezident ČLK

tváří napětí a prostředí k švejkovskému podvádění.

Josef Gut, pediatrie, NsP Česká Lípa, místopředseda
výboru České pediatrické společnosti

Jedna věc je zotročení absolventů, jsou zajatci nemocnic, které jim rozhodně nevycházejí ve většině případů nijak zvláště vstříc ani v časových, ani ve finančních otázkách. Systém celoživotního vzdělávání je rovněž formální záležitostí.

Vladislav Borovanský, psychiatr, Roudnice nad Labem

Postgraduální vzdělávání je jeden děs. Nesmyslné a nepřiměřené požadavky odborných společností. Nesmyslné množství různých oborů, které nejsou kompatibilní s obory v EU. Za neodpornější považují ale kolegiální hyenismus, který nutí draze platit si všelijaké nesmyslně dlouhé stáže, o jejichž účelnosti lze často s úspěchem pochybovat. Lituji upřímně mladší kolegy, kteří mají vše před sebou.

Ivo Vermousek, urolog, Třebíč

Stav postgraduálního vzdělávání – změnou atestačních řízení na podmínky požadavků EU kvalita procesu spíše zhoršena. Kvalita edukantů se ale odvíjí i od nich samých, takže jejich úroveň se příliš lišit nebude. V našem zařízení postgraduální vzdělání hrazeno ústavem – bezproblémové řešení pro každého lékaře i sestru. Problémem je pouze absence edukanta na delší dobu mimo ústav.

Jiří Holan, radiolog, Nemocnice Písek, a. s.

Proč je nutné vzdělávání lékařů? Všichni lidé, pokud potřebují lékařskou pomoc, chtějí být přece ošetřeni kvalitně a podle nejmodernějších možností. A zde je odpověď: Lékaři se nevzdělávají pro sebe, ale pro ostatní lidi, kteří je potřebují. Vzdělávají se proto, aby jejich pomoc byla kvalitní a odpovídala nejmodernějším metodám. Lékař musí proto obětovat svůj volný čas, dovolenou, soboty, neděle a večery – tedy čas, kdy jiní lidé odpočívají. A jako trest za svoji studijní dřinu musí ještě platit. Zejména mladí lékaři jsou za svou námahu ještě trestáni nehoráznými poplatky za kurzy, zkoušky a atestace. Není tedy dnešní vzdělávání lékařů pouze způsob, jak vytáhnout peníze z jejich kapes?

Iva Filová, gynekolog, 35 let praxe, Brno

Jak hodnotíte současný stav postgraduálního vzdělávání lékařů v ČR?

Další nesmysl, především pro malé a převážně ambulantní obory (rehabilitace, kožní, oční, ozývali se i neurologové atd.). Jak může lékař bez praxe po absolvování povinného základu dle vyhlášky č. 185/2009 Sb., platné od 1. 7. 2009, vykonávat povolání bez odborného dohledu, dle § 4 odst. 2 zákona č. 95/2004 Sb., když na „svém“ oddělení nestrávil během dvou let více-méně ani den?

*Prim. Radmila Dědková, rehabilitační odd.,
Orlickoústecká nemocnice, a. s.*

Naprostý chaos.

Richard Bokr, urologie, Příbram

Pracuji jako pedopsychiatr v DPL Louny. Můj zaměstnavatel se nikterak nepodílí finančně na mém dalším studiu. Pokud bych se mohla v rámci postgraduálního vzdělávání rozhodnout, jaké stáže nebo kurzy bych ráda absolvovala (podotýkám, že zmiňuji pouze ČR), pak by mi můj plat nestačil ani náhodou, a to nezvažuji žádné další položky týkající se běžného života. Možností vzdělávat se je spousta, a některé jsou velmi zajímavé a na dobré úrovni, ale pro „obyčejného“ sekundáře z nemocnice bývájí většinou finančně nedostupné. Takže z postgraduálu na mě zbylo tak leda samostudium.

Fabienne Kosová, DPL Louny

Tato situace, ve které se současně nacházíme, je absolutně otravná. Mohu uvést konkrétní příklad. Pracuji na neurologickém oddělení Nemocnice Děčín, jsem v přípravě na atestaci. Chybí mi ještě 2 roky praxe, které ovšem netuším, jak splním, neboť jednou z podmínek je absolvování praxe na akreditovaném pracovišti tzv. vyššího stupně, které je nejbližší v Praze. V mém případě by se jednalo o praxi zhruba ¾ roku až rok, což je absolutně nemožné. Říkáte si, že akreditovaná pracoviště tzv. vyššího stupně už přece dávno neexistují? Ano, to jsem si také myslela, nicméně u hlavních představitelů neurologické společnosti, kteří schvalují a připouštějí lékaře k atestaci, stále ještě ano. Naše oddělení získalo akreditaci a splnilo tak

K inovacím našeho postgraduálního vzdělávání

Zatímco většinu principiálních idejí ve správě státu přebíráme obvykle asi s desetiletým zpožděním za Západem, v organizaci postgraduálního lékařského vzdělávání jsme měli do konce 90. let výrazný náskok: byli jsme zcela na špičce všech světových postgraduálních systémů. Nezapírám, že do praktické podoby vzdělávání občas vstupovala jednotvárnost nebo malý dosah přednášejících na špičkové světové vědomosti. Pochopitelně, že výkonnost postgraduálních přednášek byla poplatná finančním možnostem doby (počty asistentů, fokusace na konkrétní témata, modelování výkladu na moderních pomůckách apod.). Kvalita výkonu je však něco jiného než kvalita systému.

S tímto pokrokovým systémem neměli deformátoři českého zdravotnictví slitování a v atmosféře antisocialistických sentimentů rozvrátili původní uspořádání. Kupodivu nikoli naráz, ale s mnohaletou houževnatostí. Každý revolucionář, i ten sametový, má instinktivní potřebu bořit předchozí formace. Naše veřejnost byla k tomu intuitivně ovládnuta obdivem k Americe. Tam žádná speciální instituce popromočního vzdělávání nevznikla, takže se výcvik odehrával jednak ve fakultních nemocnicích (a to s velmi odlišnou úrovní od univerzity k univerzitě), jednak živelně individuálně.

Co tedy vzalo u nás za své? Systém zodpovědných kateder, IPVZ kolej lékařů na Budějovické, štědré volno pro předatestační kurzy, kolegiální vyhovění při poskytování praktických stáží, vstřícné uspořádání atestačních zkoušek. Nemocnice se vrhly na byznys a bezostyšně požadují od praktikujících lékařů denní poplatky, jako by už neexistoval kolegiální zájem na kolektivní vzdělanosti. Nechávací si honorovat poskytnutou stáž, přestože tito stážisté na odborných odděleních místo výuky táhnou suplování za chybějící sekundáře. Máme pokládat za pokrok, že už mimopražští kolegové se nemohou přijatelně ubytovat na své koleji, kde mívali pobyty k soustředěným kurzům? Máme pokládat za pokrok, že se vytratily zodpovědné kalkulace počtu odborníků, které ten který obor potřebuje ročně doškolit? Podívejme se, zda je někde někdo zodpovědný za dnešní specializační kurzy praktických nebo zubních lékařů.



Postgraduální výuku na sebe chtějí strhnout lékařské fakulty, které se dosud nedokázaly vypořádat ani s kvalitou pregraduální výuky. Každý student může potvrdit, jak chybějí místnosti, jak chybějí soustředění a připravení asistenti. A do toho by měly vstupovat kurzy postgraduální! Vykládá-li nám některý zahraniční kolega o personálním zajištění výuky na fakultách v Kanadě, USA nebo i v dnes již silně okleštěném Německu, nemůže pak uvěřit, když mu svěříme, s jakým odborným týmem zajišťujeme výuku v našich podmínkách. A výuka postgraduální má pochopitelně nároky podstatně vyšší, má-li být pro posluchače skutečně přínosná. Pokud by měla fungovat na fakultách, musela by být podepřena tučnou dotací.

Zpoplatnění atestací, výdobytek posledních měsíců, se připojuje jako další z ústrků mladých lékařů, jichž se tito kolegové ve své každodenní práci nalokají až nad hlavu.

V posledních dvou letech probíhají jednání akreditačních komisí o síti školicích pracovišť. Nemá-li však taková komise základní zadání o podstatě této síti, o úniku mladých pracovníků z okresních nemocnic, kde budou tyto síly citelně chybět, a o jejich přesile na centrálních pracovištích, nejsou-li tyto komise zasvěceny, jaký je celkový rozpočet lékařské vzdělávací migrace, jednájí naplano, pouze ve virtuálních fikcích. Kéž se nám podaří přinést na trh postgraduálního vzdělávání také zodpovědnost za celek!

*Prof. MUDr. Pavel Kalvach, CSc.,
Neurologická klinika, 3. LF, FNKV*

Celoživotní vzdělávání podle nejnovějších trendů

Celoživotní vzdělávání lékařů pořádané a garantované ČLK představuje ucelený systém, který vychází z moderních světových trendů vzdělávání lékařů, navazuje na evropské standardy a rozvíjí je. Poskytuje tak českým lékařům maximální kvalitu a profesionalitu.

Současný stavovský předpis č. 16 „O celoživotním vzdělávání lékařů“ platí od ledna 2008. Je plně v souladu s pravidly zaváděnými v členských státech EU, ale zároveň také otevírá větší prostor pro aktivitu jednotlivých OS ČLK. V souvislosti se zvolením MUDr. Heleny Stehlkové jako zástupkyně ČLK předsedkyně komise pro trénink a vzdělávání Stálého výboru evropských lékařů CMPE se nový systém celoživotního vzdělávání lékařů zaváděný v ČR stává inspirativním i pro další členské státy EU.

ČLK nabízí lékařům velice širokou škálu akcí, a to nejen z hlediska odborného zaměření, ale také z hlediska rozmanitosti vzdělávacích forem. Jejich počet vzrůstá, jsou prakticky stále zcela obsazeny, což odráží nejen zájem lékařů, ale také vysokou kvalitu seminářů.



Z hlediska forem vzdělávání a zaměření akcí je nabídka skutečně široká. Kurzy lze rozdělit do několika základních skupin:

- **medicínské odborné kurzy:** rozšiřují odbornost lékaře v rámci jeho specializace, případně v dalších návazných oborech;
- **interdisciplinární kurzy:** poskytují praktické informace v oborech a oblastech bezprostředně navazujících na výkon povolání lékaře (právní problematika, návazná sociální péče, letošní novinky ekonomika a vedení lékařské praxe);
- **psychologické a komunikační kurzy:** specifické otázky související s těmito aspekty výkonu lékaře a práce ve zdravotnictví obecně;
- **kurzy z oblasti etiky:** praktické otázky související s etickými souvislostmi medicínské profese (od podzimu 2009).

V zimním semestru 2009 začínají kurzy z ekonomiky a vedení lékařské praxe. Povedou je odborníci z oboru medicíny a ekonomiky s bohatými zkušenostmi z domova i ze zahraničí. Kurzy jsou určeny všem, kteří provozují nestátní zdravotnické zařízení a chtějí zefektivnit jeho chod, případně zvýšit jeho zisk. Na konkrétních příkladech a případových studiích si ujasní, podle jaké strategie má zařízení fungovat, vybrat si cíle, kterých by mohlo dosáhnout, a sledovat pomocí jednoduchých nástrojů, zda se cíle naplňují. Popsané postupy účastníkům napomohou propojit ekonomickou teorii s konkrétním zdravotnickým prostředím. **Tento aspekt lékařské praxe ČLK zařazuje do systému celoživotního vzdělávání lékařů jako první v EU.**

Psychologické a komunikační kurzy začala ČLK nabízet přibližně před dvěma lety. I přes počáteční skepsi některých lékařů se staly nesmírně oblíbenými a všechny vypsané termíny jsou vždy zaplněny. V současné době jsou v nabídce rovněž „specializované“ komunikační kurzy, které vedou k rozvoji specifických dovedností (např. sdělování nepřijemných zpráv, komunikace s agresivním pacientem, asertivita v lékařské praxi apod.). Patří sem i **kurzy psychologické péče o lékaře**, např. problematika syndromu vyhoření u lékaře nebo stres v lékařské praxi. **ČLK zařadila výuku komunikačních dovedností do celoživotního vzdělávání lékařů jako jedna z prvních v EU.**

Kurzy z oblasti etiky, které ČLK připravuje od zimního semestru 2009, nabídnou nejen základní lekce, ale také přednášky zaměřené na konkrétní etické otázky, se kterými se lékař ve své praxi setkává a každodenně je řeší. První bude kurz „Potřebuje nemocný pacient jen zdravotní péči?“, ve kterém lékaři, psychologové, ale také například teolog (doc. Ing. Mgr. Aleš Opatrný, Th.D.) podají praktický pohled na otázky spirituality a spirituální péče ve zdravotnictví. Jde o témata, která jsou z hlediska běžné praxe výraznou nadstavbou, ale rozhodně jdou s celosvětovými trendy v humanizaci medicíny. I zde platí, že praktickou výukou etických a souvisejících otázek se ČLK v EU řadí mezi jedny z prvních.

ČLK připravuje celou řadu dalších novinek, o kterých vás budeme průběžně informovat.

PhDr. Radek Ptáček,
vedoucí oddělení vzdělávání ČLK

vše, co je potřebné, nicméně nám praxe na našem oddělení zkrátka nebude stačit, a tak se s takovou akreditací můžeme jít tak akorát klouzat. Mám rodinu a skutečně si nedovedu představit, že bych se měla na rok odstěhovat z Děčína do Prahy, navíc další otázkou je, kdo by mě za moji práci na cizím pracovišti platil? Jistě, naše nemocnice by se mnou nejspíše sepsala uzavazovací smlouvu, a doktore buď budeš souhlasit, nebo máš zkrátka smůlu. Dalším velkým problémem je, že se podmínky k atestaci neustále mění a mění a už se v tom absolutně nikdo nevyzná. To, co platilo ještě před 2 lety, už zase neplatí atd., takže se v tom zorientovat je opravdu tvrdý oříšek. Jsem opravdu hodně našťavaná a zároveň zklamaná. Mrzí mě, že se náš stát nedokáže o své lékaře postarat, zajistit jim dobré podmínky pro vzdělávání, ale jenom jim hází klacky pod nohy.

Jana Kurelová, neurolog, Nem. Děčín

Současný stav vzdělávání lékařů hodnotím kladně zejména z těchto důvodů: 1. rozšiřují se kontrolní otázky v odborných časopisech motivované kredity, což je výhodné zejména pro lékaře z odlehklých pracovišť; 2. nově byl zaveden výborný vzdělávací systém EUNI. – Jako negativní trend hodnotím fakt, že v centrech, a zejména v Praze, narůstá na seminářích počet nepracujících lékařů – důchodců na úkor pracujících lékařů. Nepracující důchodci nemají možnost nové poznatky realizovat v praxi, mají však dostatek času objíždět semináře i z důvodů společenských a z důvodu bezplatného občerstvení. Pražská hromadná doprava je od 70 let zdarma. Jedno z možných řešení je bezplatná účast pouze pro lékaře s aktivní lékařskou praxí. Ti by také měli být při velkém zájmu na seminářích upřednostněni.

Vítězslav Vondra, ODKVD

Velmi špatný a nedostačující.

Pavlaína Adolfová, dětské odd., Nemocnice Trutnov

Myslím, že možností postgraduálního vzdělávání lékařů je dostatečné množství a jde jen o to, co si vybrat a jakou formu – možnost je skutečně „něurekom“.

Eva Bublíková, priv. alerg. ordinace, Žatec

Příběhy ze života (nejen) mladých kolegů

Manifest stále více nespokojeného mladého lékaře pracujícího v českém zdravotnictví se od začátku setkal s velkým ohlasem. Přinášíme první část příběhů mladých lékařek a lékařů, které sepsali při přihlášení do nové organizace Mladých lékařů. Možná fakta z jejich života znáte, ale občas neškodí si jejich problémy znovu připomenout.

Připojuji se se svým manželem k manifestu. Oba jsme zaměstnanci nejmenované kliniky. I když máme kolečko hotové, nepodařilo se nám ještě odatestovat. Náš přímý nadřízený nás nepouští na stáže nebo k výkonům daným v logbooku. Mně nadřízený dokonce řekl, že nemá zájem mi umožnit odatestovat, protože pak bych mohla odejít jinam.

Nejvíce nám vadí zkrácené informace v médiích, kde se uvádí, že např. lékaři ze zákona musí po službě chodit domů a mají

plat cca 50 000 Kč měsíčně. Já takové lékaře prakticky neznám. Manžel slouží celý víkend a hned v pondělí je od 7.30 na sále. Kolikrát ani neví, jak se jmenuje, jak je unavený.

Mám dnes bez služeb dle státní tabulky po 6 letech praxe a po zkoušce z interního kmene pouze 19 000 Kč hrubého a po atestaci mi přidají 2000 Kč hrubého. To je výsměch.

V televizi ale pouze slyšíte, že lékaři platí ve srovnání se zahraničím směšně málo za atestace, ale nedodají, kolik pak mají lékaři plat v zahraničí po atestaci. Mám zkoušku z interny a bylo mi řečeno, že nedostanu ani korunu, protože to není atestace, ale pouze zkouška z interního kmene.

Mladí lékaři jsou otroci českého zdravotnictví a v médiích jsou jen vytržené informace. Nikdy jsem neslyšela, že by

někdo v televizi řekl, jaký je skutečný plat lékaře za 8 hodin práce denně dle tabulek. Pořád se do toho pletou služby.

Naši známí čekají na atestaci, aby mohli eventuálně odejít z nemocnice, a řada z nich zvažuje odchod do zahraničí nebo ze zdravotnictví vůbec.

(KI)



Samozřejmě se přidávám k manifestu... Nechápu, proč by se mělo za atestace platit. To je, jako by měla platit vláda, když se jí vyslovuje důvěra...

Připadá mi, že v našem státě se prosazuje politika ubrat tomu, kdo má málo, a nechat žít spokojeně toho, kdo má moc. Nevím, jak je to v jiných nemocnicích, ale v té naší mladí lékaři rozhodně nedostávají horentní sumy za svou poctivou práci. Pracujeme v rozporu se zákoníkem práce – po službě se chodí domů jen na některých odděleních, po interní službě však nikoliv. To znamená 32 hodin práce v kuse, jak všichni víme. Asi bychom se tolik nebouřili, kdybychom vydělávali 50 tisíc čis-



tého, to by nám nějakých pět tisíc nestálo za revoltu. V současné situaci se mi zdá naprosto nemorální po nás žádat takovýto nesymbolický poplatek.

(AK)



Jsem ráda, že vznikla nějaká iniciativa hájící zájmy mladých lékařů. Pod manifest se ochotně podepíšu, přesně vystihuje moje pocity frustrace z práce v České republice. Práce lékaře mě velice baví, protože mě stále ještě neopustil naivní dobrý pocit z užitečnosti pro společnost. Nevyměnila bych ji, ale platově, jelikož nemám možnost přivydělat si službami, si po roce a půl tvrdé a nikdy nekončící práce připadám jako utahaný, přepracovaný, přitom téměř sociální případ, který žije od výplaty k výplatě a má sotva na nájem. Ba co víc, kdyby měl člověk alespoň naději, že po atestaci se situace výrazně zlepší, tak zatne zuby a přestane si stěžovat na krušné začátky! Bohužel složená atestace u nás znamená pouze posunout se v platové tabulce na úroveň průměrné mzdy v ČR.

(MM)



S tím, co jsem si přečetla a co jsem slyšela v televizi, souhlasím. Je neúnosné, abychom i nadále byli dělníky medicíny a otroky svojí profesí. Jsme zatěžováni spoustou povinností, abychom vůbec mohli svoji práci vykonávat. Je to velice vyčerpávající práce, děláme to za naprosto neuvěřitelné peníze a navíc jsme nuceni překonávat nemalé překážky, abychom vůbec splnili podmínky. Proč já mám hledat řešení, jak plnit povinnosti, které mi někdo vymyslel, aniž by se zajímal o to, jestli je to možné?

Naše společnost si zvykla klást na nás stále vyšší a vyšší nároky, protože jsme přece přísahali, že budeme lidem pomáhat. Samozřejmě se to od nás čeká, a tak každý zkouší, co ještě vydržíme. A kdybychom náhodou nedělali to, co od nás všichni čekají, tak se budou všichni pohoršovat, jak je to neetické. Nejsem matka Tereza, zabijte mě za to!

Jestli si to nechají líbit někde jinde, například na Slovensku, prosím. Mě to ale nezajímá. Jestli si mám atestaci platit, chci taky dostávat tolik peněz, abych na to měla. Já se kvůli tomu nepůjdu pást.



Jediné moje štěstí je, že jsem včas odešla z ARO, takže nemusím sloužit (někde stále ještě živé) víkendové 72hodinové směny.

Držím nám palce!

(TŠ)



Bezvýhradně souhlasím s tezemi Manifestu mladého lékaře. Podmínky pro odbornou a vědeckou práci a obecně profesní perspektivy, které náš stát nabízí čerstvým absolventům lékařských fakult a začínajícím lékařům, považuji za natolik špatné, že jsem pevně rozhodnut zkusit své štěstí v zahraničí a ucházet se tam o práci spojenou s možností předatestační přípravy a následné atestace.

(LN)



Musím říct, že s manifestem plně souhlasím. Jen pro doplnění: mám již atestaci od listopadu 2008, čili tu „novou, evropskou“. Před atestací jsem pracovala za 19 590 Kč hrubého dle platné tabulky. Po atestaci (pracuji v krajské nemocnici) mi zvýšili plat na 22 000 Kč hrubého. Protože již mám dosažené kompletní vzdělání, specializovanou způsobilost ve svém oboru, dalšího nárůstu platu se

nedočkám. Informovala jsem se na našem personálním a mzdovém oddělení, tato výše platu je konečná.

Začínající lékaři mají sice platy směšné, ale po atestaci a šesti letech praxe je to ještě směšnější.

Samozřejmě jsem nucena z finančních důvodů sloužit, a to nejen na svém kmenovém pracovišti, ale ještě na dalším. Píšíte, že odmítáte práci 32 hodin v kuse. U nás běžně sloužíme 56 hodin (sobota od 7.30, neděle, pondělí do 16 hod.). Nyní např. sloužím 72 hodin na svém pracovišti a hned poté se přesouvám na druhé pracoviště, kde budu dalších 24 hodin. Volné svátky jsou pro zdravotníky za trest, zatímco ostatní si užívají prodloužený víkend... Měsíčně mám běžně odpracováno přes 300 hodin. Vydržet se dá ledacos, těžko říct, jak dlouho a s jak kvalitní prací?!

Situace ve zdravotnictví je tragická. Chápu všechny mladé, že jdou rovnou po promoci do ciziny. Všem to přeju a fandím jim. Dokud si „tí nahoře“ neuvědomí, o co jde, nezmění se nic.

(MS)

Tomáš Kocourek

Kontaktuje nás:
mladi.lekari@seznam.cz



IUVENTUS MEDICA

Nadační projekt na podporu vzdělávání mladých lékařek a lékařů

Tři roky trvalo, než se z nápadu prezidenta ČLK Milana Kubka stala skutečnost. Nyní je projekt Iuventus medica na světě a může začít plnit svůj úkol – finančně pomáhat našim mladým kolegyním a kolegům.

Od prvotního nápadu prezidenta ČLK Milana Kubka založit nadaci či nadační fond, jehož úkolem by bylo finančně napomáhat vzdělávání mladých kolegů a který by byl podpořen farmaceutickým průmyslem, uplynuly tři roky náročných jednání, zejména se zástupci farmaceutického průmyslu. Dlouho se zdálo, že o podporu projektu farmaceutické firmy příliš zájem nemají. Až teprve v posledních měsících došlo k zásadnímu obratu.

Důvody pro založení nadace byly a jsou v podstatě dva. Bohužel se jejich závažnost, a tím i potřeba takového nadačního projektu stále zvyšuje.

Mladí na odchodu

Prvním důvodem je skutečně tristní profesní a sociální situace mladých lékařů. O jejich platech, o formálně zkrácených úvazcích, o rozpadajícím se postgraduálním vzdělávání, o „podpoře“ od státu pomocí nefungujícího systému rezidenčních míst, o komerčních cenách předatestačních kurzů či o platbách za atestace píšeme v posledních číslech Tempusu často, takže není třeba se zde tomu znovu věnovat. Snad jenom připomenu jeden aspekt. To, že do ciziny odcházejí absolventi záhy po promoci, je mnohem nebezpečnější, než se zdá. A nejen pro systém zdravotnictví jako takový, ale i pro lékařky a lékaře, kteří v České republice zůstávají a pracují. U starších kolegů, kteří odejdou za lepším do ciziny, lze totiž na rozdíl od mladých očekávat, že se snad vrátí. Mají doma více kořenů (životní partnery, děti, investice atd.) než čerství absolventi či mladí lékaři. U těch hrozí, že si v cizině najdou partnery, zakoření tam a nová země se stane jejich domovem. Obávám se, že tuto krvácející ránu lékařské profese nebude možné zacelit. Nelze zavřít hranice, nelze odchod do ciziny zakázat a nelze nikde najít zástup ochotných lékařů z východu, kteří budou jakousi transfuzí, jež naše odcházející kolegy nahradí. S velkou nadsázkou lze říct, že možná jediným krokem, který za několik let může nedostatek lékařů v České republice vyřešit, je těm zůstávajícím zvýšit hranici odchodu do důchodu...

Samozřejmě, že jakýkoliv charitativní projekt nemůže situaci mladých lékařek a lékařů vyřešit. On ani nesmí, protože je úkolem státu, aby vzdělávání lékařů zajistil. Dokonce bychom tak mohli státu věnovat alibi, aby nic nedělal. Lékařská komora proto může jen pomoci, ať převzetím postgraduálního vzdělávání a atestací do své gesce, ať již snahou o změny vzdělávání na vládní či parlamentní úrovni anebo právě podporou přes nadační fond. Je smutnou realitou naší současnosti, že mladé lékařky a lékaři potřebují charitu.

Korupce při předepisování léků

Druhým důvodem pro vznik nadačního projektu podporovaného farmaceutickým průmyslem je korupce ve vztahu farmaceutická firma – lékař. V posledních měsících a letech se objevují mediálně velmi sledované kauzy, které popisují korupční chování farmaceutických firem a lékařů (dovolená v Egyptě, kongres v Africe a naposledy skrytá kamera Reportérů ČT). Tyto kauzy neskutečně poškozují pověst lékařského stavu i farmaceutických firem. Na toto téma by se dal napsat samostatný článek. Třeba o tom, zda tyto reportáže jsou nějakým obecným jevem, který má přispět k ozdravení systému českého zdravotnictví, nebo jsou nástrojem konkurenčního boje mezi farmaceutickými firmami, popřípadě reakcí na interpersonální problémy uvnitř dotčené farmaceutické firmy. Ani korumpovaný, ani ten, kdo korumpuje, to přece za normálních okolností nehlásí. Kromě článků na serveru Aktuálně a v Hospodářských novinách se média moc nezabývají příčinami tohoto stavu a finančně mnohem závažnějšími kauzami z vyšších patér českého zdravotnictví, u kterých je podezření z korupce také. V médiích se tak vytváří dojem (a někteří lékaři ve svém svatém přesvědčení tomu úspěšně sekundují), že za veškeré problémy v lékové politice a za nepřiměřeně vysoký objem financí, který platíme za léky, mohou lékaři. Přestože se celou problematiku snažíme nepřetržitě novinářům vysvětlovat, prakticky nikde se nedočtete o nekorektně nastavených cenách a úhradách za léky, o neschopnosti či neochotě SÚKLu dostat zákonu, o špatném zákoně a o chaosu, který s novým systémem a zavedením správného řádu nastal, o podivných rejdech některých úředníků, o neexistujících bonifikacích pro zdravotnická zařízení za medicínsky správnou a ekonomicky racionální léčbu atd. Někteří novináři radši zbaběle popraví ně-

jaké lékařky či lékaře, než by se zabývali podstatou. Ta by se totiž mohla dotknout někoho s vlivem. Mimochodem – z třicetivteřehodinového natáčení Reportérů ČT s prezidentem ČLK (a předtím se mnou jako tiskovým mluvčím) vždy zazněla z kontextu vystřížená věta, která má dodat realie předem připravenému názoru, že doktoři jsou zkorumpovaní, komora je kryje a nechce exemplárně potrestat – nejlépe hned a bez soudu vyloučit. To, že platí zákon, že disciplinární rozhodnutí jsou ze zákona přezkoumatelná soudem a musí obstát při soudním řízení, ke kterému na sto procent dojde, že zákon komoře nedává možnost předběžného opatření ani v mnohem zásadnějších případech (alkohol, závažnější medicínská pochybení atd.) nebo že pro rozhodnutí o trestu je důležité i to, zda byl či nebyl poškozen pacient, není důležité.

Pro mne je skutečně rozdíl mezi tím, když lékař pacientům nalhává, že mají rakovinu, a pak je za úplatu čímsi léčí, a případem, kdy je předepisován za úplatu od firmy jeden ze dvou léků, které mají stejnou účinnou látku, stejnou úhradu od pojišťovny a stejný doplatek pro pacienta. Samozřejmě pokud pacientti jeden ze dvou léků potřebují. Oba popsané případy jsou špatné. Pokud se prokáže vina, tak jsou v rozporu nejen s řády komory, ale pravděpodobně i se zákonem. Nicméně si myslím, že trest by měl být rozdílný podle míry poškození pacienta. Kdybych byl členem disciplinárního orgánu ČLK, který tyto případy řeší, hlasoval bych pro nejvyšší trest v prvním případě. Hlídat, aby pacient nebyl poškozen, je primárně úkol právě stavovské organizace. Dokonce ze zákona dohled nad vztahem mezi farmaceutickým průmyslem a lékaři spadá pod SÚKL, který může uložit dosti vysokou pokutu. Novináři a někteří lékaři ale volají „po krvi“ v obou případech.

Korupci lékařů spojenou s léky nijak nehájím, naopak! Ani nebudu tvrdit, že neexistuje. Jsem však přesvědčen, že všechny tyto kauzy jsou důsledkem a nikoliv příčinou stavu, ve kterém jsme. Opačné tvrzení je pokrytectvím nebo levnou snahou se zviditelnit a zalíbit. Je to stejné jako s jakoukoliv jinou korupcí. Žádný „exemplární“ trest ji nevyřeší. Pomoci může pouze změna systému, a ten je vždy v rukou úředníků a politiků. Komora může jen upozorňovat na chyby a prokorupční místa, což také dělá, a je na snadě, že si tím vytváří i zavilé nepřátele.



Asociace farmaceutických společností a mnohé farmaceutické firmy mají své etické kodexy, stejně tak komora má stavovský předpis – etický kodex, který lékařům přikazuje řídit se při předepisování léků jen prospěchem pacienta a svým svědomím a nikoliv komerčními hledisky. ČLK dokonce v posledním roce v reakci na mediální kauzy upravila závazným stanoviskem vztah mezi lékaři a firmami. Spolupráci mezi farmaceutickým průmyslem a lékaři nelze zabránit. Farmaceutický průmysl totiž lékaře potřebuje při spolupráci na klinických studiích, jako konzultanty, autory odborných článků a knih, a samozřejmě i jako ty, kteří předepisují jejich léky pacientům. Na druhou stranu i lékaři potřebují průmysl nejen proto, že vyrábí léky, kterými léčí své pacienty. Přiznejme si, že mnoho odborných aktivit by nyní bez průmyslu nevzniklo, ať již jde o časopisy, publikace či vzdělávací kurzy. Závazné stanovisko chce tuto spolupráci zprůhlednit. Jednoduše řečeno: když lékař spolupracující s firmou někde přednáší či publikuje, posluchači či čtenáři mají právo a povinnost o této spolupráci vědět. Také se jasněji stanovila pravidla, co je a není možné od firmy dostat a za jakých podmínek, aby šlo snadněji identifikovat neetické chování firem a lékařů. Tedy pokud bude nějaký žalobce...

S další a inovativní cestou, jak zkultivovat vztah mezi průmyslem a lékařskou obcí, přichází nový nadační projekt. Zcela odpojuje přímý vztah firma – lékař a peníze mají jít lékařům, kteří léky nyní příliš nepředepisují a o preskripci nerozhodují. Navíc ani nebude možné sponzorský dar od farmaceutické firmy vyrábějící například psychofarmaka předem alokovat pro mladé psychiatry. Nutno s potěšením konstatovat, že tato cesta našla příznivou odezvu u Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP), která spojuje 32 farmaceutických firem vyrábějících originální léky a která se k projektu připojila. Samozřejmě, že oslovíme i druhou asociaci (tzv. generických

výrobci) a další farmaceutické firmy, aby se k projektu připojily. Chceme vytvořit stav, kdy firma, která výrazněji nepodporuje tento projekt, je „podezřelá“.

Nadace Charty 77

Zpočátku jsme uvažovali o založení vlastní nadace či nadačního fondu. Od tohoto záměru nás odradily dva problémy. První je technický – nikdo z nás s tím nemá vůbec žádné zkušenosti. Druhý problém je mnohem závažnější. Pokud by takový projekt zřídila sama komora, bylo by snadné ji nařknout z „centralizace“ korupce od farmaceutických firem. A jestli se s něčím prakticky nedá bojovat, tak to je takováto pomluva, která by projekt mohla zcela zničit. Abychom takovému riziku předešli, hledali jsme dalšího partnera – již existující renomovanou nadaci, která jednak vše umí administrovat a hlavně která bude peníze přijímat a rozdávat, aby to nedělala sama ČLK.

Obrátili jsme se proto na vedení Nadace Charty 77, kterému se nápad podpořit vzdělávání mladých lékařů okamžitě zalbil. Pak proběhla jednání mezi touto nadací, AIFP a ČLK a projekt byl na světě.

Nyní je schválený statut samostatného nadačního projektu, který bude součástí Nadace Charty 77. Projekt bude mít vlastní dozorčí orgán (Radu projektu), jmenovaný správní radou nadace, ve kterém většinu zástupců bude mít právě Nadace Charty 77 a dále v něm budou lidé z AIFP a ČLK.

O schopnostech nadace vše administrovat a o její dobré pověsti svědčí nejenom lidé, kteří ji vedou, ale hlavně 30 let činnosti včetně takových projektů, jakými jsou Konto Míša k zakoupení Leksellova gama nože či Konto Bariéry.

Kritéria pro lékaře

Asociace inovativního farmaceutického průmyslu projekt pro tento rok podpořila 800 tisíci korun. Představenstvo ČLK se rozhodlo

přidat 200 tisíc Kč, aby pro začátek byla suma kulatá, ve výši 1 milionu korun. O podpoře na rok 2010 budeme s asociací ještě jednat.

O příspěvek mohou žádat lékaři a lékařky, kteří nemají atestaci, ale kteří jsou zařazeni do předatestační přípravy. Žádosti se přijímají v termínu od 1. 10. do 30. 12. 2009. ČLK ověří z registru žadatelovy údaje a předá žádost nadaci. Příspěvek je možno čerpat na odbornou literaturu nebo na kurzovné. V žádném případě nebudou propláceny poplatky za atestace, protože s nimi komora zásadně nesouhlasí a nebude to proto nijak podporovat. Aby vše bylo transparentní a zúčtovatelné, je potřeba s žádostí poslat kopii účtu za literaturu či kurzovné. O maximální výši příspěvku pro jednotlivé žadatele a způsobu distribuce rozhodne Rada projektu, která bude jmenována na zasedání Správní rady Nadace Charty 77 v říjnu tohoto roku. Jsou v podstatě dva možné způsoby. Buď se vyčká, kolik žadatelů se přihlásí, z toho se odvodí poměrná částka a distribuce proběhne v lednu. Nebo se předem vyhlásí částka, distribuce proběhne průběžně podle pořadí přihlášených, a pokud dojdou finance, žadatelé budou vypořádání v příštím roce. Podrobnosti budou po rozhodnutí Rady projektu okamžitě zveřejněny na webu ČLK, kde má projekt své logo (banner). Zde bude možné nalézt vše potřebné (přesný způsob distribuce, formulář pro žadatele, průběžné informace o počtu žadatelů, kontaktní informace atd.).

Iuventus medica

Společný nadační projekt Nadace Charty 77 a ČLK, finančně podpořený AIFP, dostal hezký název Iuventus medica – lékařské mládí. Chtěl bych mu popřát, aby byl úspěšný, aby pomáhal našim mladým kolegyním a kolegům profesně přežít v České republice a našel si další finanční partnery. Na druhou stranu bych si přál, aby lékařské mládí charitu nepotřebovalo a stát se začervenal a co nejdřív začal dělat, co má. Projekt pak samozřejmě neskončí, bude možné v něm pokračovat, ale trochu jinak, třeba grantovým způsobem, podporou odborné literatury a podobně. Kdy taková doba nastane, je ale bohužel ve hvězdách.

Vivat, Iuventus medica!

Michal Sojka

IUVENTUS
MEDICA



Kdo se bojí, nesmí do lesa

Profesor František Janouch sice pochází z lékařské rodiny, přesto zvolil jinou kariéru – je úspěšným jaderným fyzikem, pracuje ve Švédsku a České republice. Osobní zkušenosti s politickou zvláštností ho ve Stockholmu v roce 1978 vedly k založení Nadace Charty 77, jejímž předsedou je dodnes. Díky tomu se nyní opět svým způsobem navrátil do lékařského prostředí – jako spoluzakladatel nadačního projektu Iuventus medica.

Nadaci Charty 77 není asi nutné představovat. Přesto: máte za sebou 30 let různých projektů a forem podpory, úspěšné projekty jako Konto Míša k zakoupení Leksellova gama nože, Konto Bariéry a další. Na co jste jako předseda správní rady nadace nejvíc pyšný?

Člověk nemá být pyšný. Zamýšlím-li se však nad více než třicetiletou historií Nadace Charty 77, podtrhl bych snad dvě okolnosti: v zahraničí se podařilo vytvořit „organizaci“, která dokázala s pomocí čistých peněz zabránit pokusu režimu o vyhladovění československých intelektuálů a významně přispěla k vydávání u nás zakázaných knih v zahraničí a tím i k přežití nezávislé československé kultury. Za druhé jde zřejmě o jedinou českou či československou exilovou organizaci, které se podařilo přenést svou činnost z exilu domů a navíc se stát jednou ze tří největších českých nadací. A vlastně největší „skutečnou“ nadací, protože před námi stojí pouze nadace ČEZU a ještě jedna nadace, financovaná z Bruselu.

Nadace Charty 77 vytvořila společně s Asociací inovativního farmaceutického průmyslu a ČLK projekt Iuventus medica na podporu vzdělávání mladých lékařek a lékařů. Proč jste se k tomuto projektu, se kterým přišla ČLK, připojili?

Projekt plně zapadá do nadační filozofie. Chceme pomoci „postiženým“ mladým českým lékařům. Nakonec nezáleží na tom, zda ty lékaře „postihla“ přírodní vis major či neschopnost či nezodpovědnost našich politiků.

Pane profesore, pocházíte z lékařské rodiny. Je to snad také důvod, proč vy sám osobně jste tento projekt podpořil?



Nemyslím, že by to hrálo nějakou zvláštní roli při samotném rozhodování o projektech. Je však pravda, že jsem vyrůstal v lékařském prostředí, tátovi kamarádi byli často známí lékaři – ať vědci či organizátoři zdravotnictví. Přeženu-li to trochu, sál jsem medicínu spolu s mateřským mlékem a byla mi vždy velice blízká. A v případě Leksellova gama nože hrála svou roli i fyzika: jako fyzik jsem mohl plně ocenit geniální jednoduchost principu, na které je založen tento přístroj.

Nadace Charty 77 má skvělou pověst. Nebojíte se vstupovat do projektu, který má rozdělovat finance farmaceutických firem lékařům? Je to oblast, o které se v poslední době v médiích mluví velmi negativně v souvislosti s korupcí.

Kdo se bojí, nesmí do lesa. Za třicet let jsme dokázali projít džunglí korupčních

lián bez poskvrn. Nyní máme značné zkušenosti a možná trochu i cit pro to, co se smí a co se nesmí, či dokonce pouze nehodí. Přál bych si, aby se u nás poučili naši politikové.

Máte zkušenosti s charitou u nás a v zahraničí. Zaznamenal jste rozdílný přístup sponzorů k nadacím?

Nadace Charty 77 nejdříve provozovala svou činnost ve Švédsku, kde jsou velmi přísná kritéria na to, co se smí či nesmí, dokonce i na to, co se pouze nesluší či nehodí. Takže jsme měli tvrdý trénink. A v prosinci 1989, když jsme oznámili založení či přestěhování Nadace Charty 77 do Československa, jsme byli první nadací založenou a registrovanou v naší zemi po pádu komunismu. Proto jsme tak trochu určovali „normy slušného chování“ právě my.

Michal Sojka

Brusel větrí českou korupci, proklepne předražený nákup

Nepřůhledná zakázka na přístroje pro nemocnice Ústeckého kraje může Čechům zkomplikovat čerpání z evropských fondů. Po brněnském antimonopolním úřadu a pražském ministerstvu financí se na ni zaměřila také protikorupční služba OLAF při Evropské komisi. Pokud se při půlmiliardové zakázce prokáže korupce a pokud na to české úřady nebudou reagovat, stane se ústecký případ argumentem pro přísnější bruselskou kontrolu, jak se vůbec evropské dotace Česku rozdělují.

Obdobná kontrola v Bulharsku vedla až k tomu, že Evropská unie pozastavila této zemi dotace.

Stovky přístrojů najednou

Případ by zřejmě nevzbudil větší pozornost, kdyby nešlo o dotace právě z Bruselu.

Krajská zdravotní a.s., která pro Ústecký kraj řídí nemocnice v Děčíně, Chomutově, Mostě, Teplicích a Ústí nad Labem, vypsal loni v říjnu hromadnou zakázku na nové přístroje za 420 milionů korun. Jde o rekordní zakázku, protože nemocnice obvykle nekupují stovky přístrojů najednou a ceny se u většiny z nich pohybují v řádu jednotek milionů.

Proto žádná česká firma nemohla splnit podmínku zadávací dokumentace, aby měla v posledních třech letech obrat nad půl miliardy, přitom získala aspoň dvě obdobné zakázky nad 100 milionů a další tři nad 60 milionů.

Do soutěže se nakonec přihlásilo jen konsorcium dvou největších dodavatelů zdravotnické techniky Hospimed a Puroklima. Jediný účastník zakázku dostal v dubnu za 378 milionů bez DPH.

Dvacet procent navíc

Zakázka je předražená. Svědčí o tom příklad zdaleka nejdražšího přístroje, magnetické rezonance pro Nemocnici v Ústí nad Labem.

Přístroj, který jiné nemocnice kupují do 30 milionů, byl o 14 milionů dražší. Na druhé straně nakoupila Krajská zdravotní dvě stě počítačů po 65 tisících (bez DPH). Přitom cena obvykle nejde přes 25 tisíc. Některé jiné přístroje jsou za běžnou cenu na trhu.

Experti, kterým Aktuálně.cz ukázalo smlouvu o dodávce přístrojů, odhadují, že Ústecký kraj zaplatil o dvacet procent více, než musel.

Volná smlouva

Znalci nechtějí být jmenováni kvůli obavám, aby se udrželi v profesi. Upozorňují však na zásadní nedostatek smlouvy, který může způsobit větší ztráty než pouze předražené přístroje.

Smlouva neobsahuje přesnější popis přístrojů, které mají Hospimed a Puroklima dodávat. Pokud tedy firmy pošlou přístroj, který neodpovídá ceně uvedené ve smlouvě, nemá Krajská zdravotní nástroj, jak vyvolat nápravu.

Stalo se to v případě skiografického rentgenu pro mosteckou nemocnici. Za „skiografický RTG přístroj s přímou digitalizací“ lze považovat rentgeny v ceně od dvou do dvanácti milionů. Most dostal za 9,5 milionu rentgen od firmy Swissray, přitom kvalitnější rentgen Siemens se dá koupit už za osm milionů.

Tajemné účetnictví

Další nesoulad se objevil v účetnictví Krajské zdravotní. Inventurní cena je vyšší než nabídková cena včetně DPH ve smlouvě s Hospimedem a Puroklimou.

Například magnetická rezonance v Ústí nad Labem je v účetnictví firmy s cenou o tři miliony vyšší, autokláv pro dětské oddělení v Mostě stojí podle účetnictví 2,3 milionu namísto 2,1 milionu ve smlouvě. Příklady je víc.



ilustrační foto



Znamená to, že Krajská zdravotní může odeslat vyšší částku, než podle smlouvy za nákup vynaložila. Všechny zmíněné připomínky odeslalo Aktuálně.cz k reakci do Krajské zdravotní. Její tiskový mluvčí Jiří Vondra během týdne neodpověděl. „Zatím nemám všechny podklady,“ vysvětlil.

Kraj v klidu

Případ Krajské zdravotní prověří kontrolní mechanismus při čerpání bruselských dotací.

Na nesrovnalosti upozornili během jara lékaři z pěti severočeských nemocnic, Transparency International a poslanec Ludvík Hovorka (KDU-ČSL). Kontrolu má na starost Regionální rada Regionu soudržnosti Severozápad, která zakázku schválila. Rada je ovšem personálně propojena s Krajskou zdravotní.

Předsedou regionu je Jiří Šulc (ODS), který rovněž zasedá v radě krajského zastupitelstva spolu se třemi členy představenstva Krajské zdravotní. Dva jsou z ČSSD a jeden z ODS.

Regionální rada začala nákupy kontrolovat a požádala antimonopolní úřad, aby posoudil průběh zakázky. „Během kontrol jsme nezjistili žádné nesrovnalosti,“ oznámil počátkem srpna Vojtěch Krump z Regionální rady.

Také brněnský antimonopolní úřad zjistil, že soutěž proběhla podle pravidel: „Kvalifikační předpoklady stanovené pro uchazeče byly dle šetření úřadu přiměřené velikosti zakázky,“ uvedl mluvčí Kristián Chalupa.

Ministr má obavy

Při zakázce z domácích veřejných zdrojů by taková kontrola stačila. Regionální rada tedy 10. srpna požádala ministra financí Eduarda Janotu o proplacení zakázky. Ten však dosud nic neposlal.

„Protokoly z kontrol Regionální rady analyzujeme. Ministerstvo si pravděpodobně ještě vyžádá další doplnění včetně stanoviska antimonopolního úřadu,“ vysvětlil odklad ministrův mluvčí Ondřej Jakob. Předpokládá také vypracování auditu, jak byla zakázka efektivní.

Šetření zakázky mezitím zahájil bruselský OLAF. „Stížnost u nás byla zaregistrována,“ potvrdil vyšetřovatel agentury OLAF Audrius Poviliunas, který si z Česka vyžádal podrobné materiály o zakázce.

Petr Holub, Aktuálně.cz

Nespokojenost lékařů má hluboké kořeny

Prezident České lékařské komory Milan Kubek odpovídal na otázky časopisu Sonda. Redakce otiskla rozhovor ve zkrácené verzi. Tempus medicorum dnes přináší plné znění rozhovoru.

I lékařům byly letos podle vládního nařízení zvýšeny platové tarify, dočkali se i zvláštního příplatku. Proč jsou přesto nespokojeni?

Každé zvýšení platů je příjemné, obzvláště přichází-li v nelehké době ekonomické recese. V jásání nám brání skutečnost, že v uplynulých letech ekonomické prosperity příjmy lékařů zaměstnanců stagnovaly, a tak se jedná pouze o velmi slabou kompenzaci, které jsme se dočkali pouze díky tomu, že je před volbami. Okolo zvýšení platů je však stále mnoho otazníků:

Ministerstvo slíbilo vyjednat se zdravotními pojišťovnamí zvýšení úhrad zdravotnickým zařízením o asi 1 mld. Kč, která by měla pokrýt část navýšení platů zdravotních sester. Co ostatní zdravotníci, co lékaři? Ta 1 mld. Kč odpovídá zvýšení úhrad za pololetí o zhruba 1,5 procenta. Bude to stačit? Jaké jsou záruky, že zdravotnická zařízení použijí zvýšené příjmy na zvýšení příjmů zdravotníků? Z čeho pokryjí zbytek navýšení? Jak zabránit tomu, aby zvýšení tarifních platů nebylo kompenzováno poklesem nadtarifních složek příjmů? Zdravotní pojišťovny mohou zvýšit úhrady, ale uplatněním regulací mohou ve skutečnosti celkové příjmy řadě zdravotnických zařízení snížit... Zkrátka zatím existuje více otázek než uspokojivých odpovědí.

Je skutečně zpoplatnění atestačních a obdobných zkoušek ranou do zad mladým lékařům? Můžete to vysvětlit na konkrétním příkladu, resp. propočtu?

Česká lékařská komora s nařízením vlády, podle něhož musí lékaři platit za atestační zkoušky, zásadně nesouhlasí. S ohledem na nízké platy a špatné pracovní podmínky mladých lékařů jde o nehoráznost. Vzhledem k prohlubujícímu se nedostatku lékařů, který již ohrožuje kvalitu, dostupnost a bezpečnost zdravotní péče, nelze postup vlády označit jinak než jako hloupost. A skutečnost, že vláda své nařízení přijala za zády profesní lékařské

samosprávy, a Ministerstvo zdravotnictví ČR tak porušilo zákon, považujeme za bezprecedentní projev arogance moci.

Částky 3500 až 7000 Kč za zkoušku jsou nepříjemné. Jde však především o symbolickou herdu do zad, kterou ministryně Jurásková dává mladým lékařům, aby se sbalili a odešli ze země, která o ně nemá zájem. Problém je totiž mnohem hlubší. Stát přestal dotovat IPVZ (Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví), a ten proto výrazně zdražil povinné předatestační kurzy a stáže. Jeden den dnes stojí i více než 1000 Kč. Za běžný třítydenní kurz tak mladý lékař zaplatí 15 000 Kč. Mladí lékaři jsou přitom často zneužíváni tím, že je nemocnice formálně zaměstnávají na částečné úvazky, např. 0,1 nebo 0,2, a oni tak nedosáhnou ani na minimální mzdu, ač řada z nich pracuje ve skutečnosti na plný úvazek. Pokud takovému lékaři či lékařce nepomáhá nějaký mecenáš, pak by to nestačilo ani na přežití.

Ministerstvo zdravotnictví s barnumskou reklamou prezentovalo systém tzv. rezidenčních míst, který nelze označit jinak než jako polopodvod:

- Příspěvek na vzdělávání lékařů nebude 500 milionů Kč, jak před rokem a půl poslancům slibovali ministr Julínek a náměstkyně Hellerová, ale pouhých 320 milionů Kč (180 milionů má být pro ostatní zdravotníky).
- Nejedná se o příspěvek za rok, ale pro celou dobu postgraduálního vzdělávání v délce čtyř až pěti let (systém bude nabíhat několik let).
- Peníze nemají být příspěvkem pro vzdělávající se lékaře, ale pro jejich zaměstnavatele. Příspěvky si tak rozdělí někteří praktičtí lékaři a několik největších nemocnic, z nichž většinu zřizuje ministerstvo zdravotnictví. Personální devastace malých nemocnic se zřejmě ještě prohloubí.
- Finanční podpora se bude týkat pouze lékařů, kteří ukončí fakultu a přihlásí se do specializační přípravy v roce 2009. Čtyři ročníky mladých lékařů, kteří se na atestaci již připravují, hodilo ministerstvo přes palubu. Ani oni ani jejich zaměstnavatelé nemají nárok na žádnou státní podporu, jen povinnost nakupovat si vzdělávací akce za tržní ceny.

- Podmínkou pro přijetí na rezidenční místo je závazek lékaře, že po složení atestace bude nejméně pět let pracovat v daném oboru v ČR. Takový závazek podepíše asi jenom hlupák.
- Výši dotací na jednotlivá rezidenční místa v jednotlivých odbornostech pro rok 2009 stanovilo koncem minulého roku ministerstvo pochybným způsobem tak, že finanční prostředky mají být rozděleny mezi jednotlivé lékařské obory velmi nerovnoměrně. Ze 750 rezidenčních míst jich 450 má být podpořeno částkou pouhých 30 000 Kč na celou dobu vzdělávání, což odpovídá v průměru částce 600 Kč na jednoho rezidenta měsíčně. Takto je postiženo 18 oborů včetně základních oborů jako interna nebo chirurgie.
- V dalších 63 oborech by rezidenti měli mít nárok na příspěvek na mzdu, který by byl vyplácen jejich školicím pracovištěm, přičemž však ve 42 z těchto oborů by v roce 2009 nemělo být vypsáno žádné rezidenční místo. Kritéria pro rozdělení oborů do jednotlivých projektů nejsou ČLK známa. Jasný není ani klíč, na jehož základě byl přidělen příslušný počet rezidenčních míst jednotlivým oborům. Příspěvek na mzdu rezidenta se také mezi jednotlivými obory výrazně liší (např. PL 28 666 Kč/měsíc versus psychiatrie 13 200 Kč/měsíc). ČLK takový postup odmítla.
- Vzhledem k tomu, že ministerstvo přestalo finančně podporovat vzdělávací akce organizované IPVZ, je skutečná státní podpora vzdělávání lékařů ještě menší než dříve.
- Reálné podpory by se mohli dočkat pouze zaměstnavatelé 300 mladých lékařů (z více než 800 promujících).

Odchází opravdu čtvrtina promočního ročníku do zahraničí?

Z České republiky odchází každým rokem více než 200 lékařů, což skutečně odpovídá čtvrtině promočního ročníku. Od vstupu Česka do EU vystavuje komora lékařům, kteří odcházejí do zahraničí, potvrzení o jejich profesní bezúhonnosti. Jedná se o jakýsi výpis z rejstříku trestů, bez kterého lékaře nikde v EU nezaměstnají. Tyto certifikáty jsme vystavili již více než 2000 lékařů. Je pravda, že ne každý za-



datel o toto potvrzení skutečně emigruje, ale přibližně tři čtvrtiny z nich tak učinily. České zdravotnictví tak přišlo minimálně o 1500 lékařů.

Co vůbec vede absolventy lékařských fakult k tomu, že jdou pracovat do ciziny, aniž by absolvovali praxi? Je o takové lékaře v Evropě zájem?

Evropa stárne a moderní intenzivní medicína potřebuje stále více a více kvalifikovaných zdravotníků. S jen velmi mírným stupněm nadsázky se dá říci, že v Evropě zuří válka o lékaře. Bohaté země tak trochu parazitují na státech chudších. Jednotlivé členské státy EU se předhánějí v tom, kdo vytvoří pro lékaře lepší podmínky. Jen málokde mají tak hloupé politiky jako my, aby vláda lékaře do emigrace přímo vyháněla.

O české lékaře je velký zájem. Naše lékařské fakulty mají dobré jméno a jejich absolventi nemají o nic horší znalosti než absolventi těch nejprestižnějších evropských univerzit. A když uvážíme, že prakticky všichni mladí lékaři umí anglicky nebo německy, pak se nelze divit tomu, že poté, co porovnají nabídky z Německa či Velké Británie s realitou českého

zdravotnictví, je emigrace jasnou volbou. Počet absolventů lékařských fakult, kteří odcházejí hned po promoci, se zvyšuje. Jde o desítky kolegů, pro které jsme již museli vytvořit speciální potvrzení o tom, že nikdy nebyli členy ČLK a nikdy nepracovali v Česku jako lékaři. Je to smutný příběh. Když jsem byl zvolen viceprezidentem Stálého výboru evropských lékařů (CPME), stanovil jsem si jako svůj osobní úkol boj proti nebezpečí vzniku tzv. zdravotní pouště v nových členských státech EU. Tento termín jsem si nevymyslel. Orgány EU tak označují hrozbu, že občany v těchto zemích nebude mít po odchodu kvalifikovaných zdravotníků kdo léčit. Proto mne potěšil vznik aktivity „Mladí lékaři“. Skupina aktivních mladých lékařů se snaží vyburcovat své kolegy z letargie a vynutit si takové změny v českém zdravotnictví, aby nemuseli hledat uplatnění v zahraničí. Česká lékařská komora pod mým vedením je podporuje a podporovat bude.

Jaké to má a především bude mít důsledky?

Čeští lékaři stárnou. Zatímco v roce 2000 tvořili lékaři starší 60 let 11 procent

pracujících kolegů, tak v roce 2007 se jejich podíl zvýšil na 16 procent, zatímco podíl lékařů mladších 50 let se za stejné období snížil z 67 procent na 56 procent. Průměrný věk praktického lékaře překročil hranici 52 let již v roce 2006 a situace se stále zhoršuje.

Personální devastace některých nemocnic dosahuje takového stupně, že se jí již ani politikům a ředitelům nemocnic nedaří před veřejností zatajovat. Snad jen pro ilustraci: zatímco v červnu 2006 sháněly nemocnice prostřednictvím úřadů práce 368 lékařů, tak v červnu 2008 již 628 lékařů. Většinou marně. Nezaměstnaní kvalifikovaní lékaři u nás prakticky neexistují. Naše nemocnice jsou kvůli tomu stále více závislé na práci cizinců. Jestliže v roce 2003 zaměstnávaly 830 lékařů cizinců, tak v roce 2008 se jejich počet zvýšil na 1500. Cizinci tvoří téměř 15 procent nemocničních lékařů. Většinou jde o Slováky a nás děsí představa personálního kolapsu nemocnic, k němuž by došlo, pokud by se větší část těchto kolegů rozhodla vrátit domů.

(red)

„Aprílový zákon“

Poznámky k zákonu o veřejném zdravotním pojištění

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, byl přijat k 1. dubnu 1997 pod tlakem nálezu Ústavního soudu, který zrušil tzv. Zdravotní řád vydaný formou nařízení vlády s odůvodněním, že jakákoliv finanční spoluúčasť pojištěnce na úhradě zdravotní péče musí být stanovena jedinečně zákonem, nikoli podzákonným právním předpisem. Současně Ústavní soud v tomto nálezu stanovil lhůtu, do které může zákonodárce nahradit Zdravotní řád zákonem.

Pod tlakem této lhůty vznikl zákon o veřejném zdravotním pojištění č. 48/1997 Sb. Sám zákonodárce si však byl vědom jeho nekvality. Z toho důvodu časově omezil jeho působnost do 30. června 1998, do kdy měl být vydán jiný, již kvalitní zákon. Patrně v tom spočíval onen „apríl“ zákona účinného od 1. dubna, protože časová působnost zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, se stále prodlužovala, několikrát na dobu určitou, až nakonec ustanovení o „přechodnosti“ tohoto zákona bylo úplně vypuštěno a zákon v současné době platí již více než 12 let, byť s novelami, které podle mého názoru k jeho kvalitě příliš nepřispěly.

Návrh nového zákona, předložený bývalým ministrem Julínkem

Bývalý ministr zdravotnictví předložil návrh na rekonstrukci zákona o veřejném zdravotním pojištění – tedy jeho nahrazení zcela novým zákonem. V principu lze považovat takový postup za správnější než soustavné novelizace stávajícího nekvalitního zákona.

Návrh velmi připomínal legislativní změny provedené v uplynulém období na Slovensku, které realizoval bývalý slovenský ministr zdravotnictví Zajac. Základním principem byl tzv. volný nákup a prodej zdravotní péče bez jakékoli regulace, který by velmi významně posílil postavení zdravotních pojišťoven. Zdravotní pojišťovny by „volně nakupovaly“ zdravotní péči od zdravotnických zařízení, se kterými by uzavíraly či neuzavíraly smlouvy, na kterých by se individuálně dohodly, na dobu, kterou by si vzájemně stanovily. Nebyly by přitom ome-

zovány žádnou rámcovou smlouvou, ani žádnými cenovými vyhláškami o hodnotě bodu a výši úhrad zdravotní péče, vše by bylo otázkou tržního vyjednávání zdravotních pojišťoven na straně jedné a jednotlivých zdravotnických zařízení na straně druhé. Byla by zrušena výběrová řízení a zdravotní pojišťovny samy, podle své úvahy a svých kritérií, by si vybíraly své smluvní partnery. Nezáleželo by tedy na úvaze pojištěnce, koho si zvolí jako svého lékaře, ani na jakémkoliv výběrovém řízení, ale jediňe a pouze na zdravotní pojišťovně, koho si – případně i formou tendru – vybere jako smluvního partnera, za jakých finančních podmínek a na jak dlouhou dobu. Rozhodující by v těchto případech patrně musela být nabízená cena a případný tendr by nejspíše vyhrálo zdravotnické zařízení, které nabídne nejlevnější péči. Je pochopitelné, že by nešlo o zdravotnická zařízení jednotlivých soukromých lékařů, jak jsou dnes provozována, ale že nabídku nejlevnější péče by mohly dát velké obchodní společnosti provozující řetězce zdravotnických zařízení, které si mohou dovolit při svém dalším podnikání dočasné i dumpingové ceny s cílem ovládnout trh zdravotních služeb.

V případě, že by mezi smluvním zdravotnickým zařízením a zdravotní pojišťovnou nedošlo k dohodě o ceně poskytované zdravotní péče do šesti měsíců ode dne účinnosti nově navrhovaného zákona o veřejném zdravotním pojištění, smluvní vztah by po uplynutí těchto šesti měsíců ze zákona skončil. Tímto způsobem by mohl skončit smluvní vztah většiny soukromých lékařů, o jejichž místa v síti smluvních zdravotnických zařízení by měly zájem velké obchodní společnosti, které hodlají podnikat ve zdravotnictví.

Zrušit veškerá dohodovací řízení – o rámcové smlouvě, o hodnotě bodu a ceně úhrad zdravotní péče včetně regulací i o seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (dohodovací řízení k tomuto seznamu již bylo zrušeno novelou zákona) by mělo znamenat jakousi „smluvní volnost“, kdy smlouva bude výsledkem vyjednávání

zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny a každé zdravotnické zařízení bude mít takovou smlouvu, jakou si vyjedná. Lze si těžko představit, že provozovatel nestátního zdravotnického zařízení – jeden soukromý lékař – bude úspěšně „vyjednávat“ se zdravotní pojišťovnou své smluvní či cenové podmínky. Naopak si lze dobře představit, že zdravotní pojišťovna nadržuje své podmínky a „buď ber, nebo neber“. Právě proto, aby se předešlo této nerovnováze ve smluvních vztazích, byl po vzoru západoevropských zemí vytvořen institut rámcové smlouvy a dohodovacího řízení o ní i institut dohodovacího řízení o cenách zdravotní péče. Jejich opuštění s tím, že vše bude individuálně vyjednáno na tržním principu, by znamenalo obrovskou převahu zdravotních pojišťoven, které by si mohly diktovat jak smluvní vztahy, tak i ceny zdravotní péče.

Slib, že nově připravený zákon o veřejném zdravotním pojištění umožní bez problémů a bez výběrových řízení volně prodávat a kupovat nestátní zdravotnická zařízení, včetně smluv se zdravotními pojišťovnami, v připravované legislativě nakonec zahrnut nebyl.

Nemohu než konstatovat, že navrhovaný nový zákon o veřejném zdravotním pojištění především připravoval velmi příznivé podmínky pro preferování řetězců velkých obchodních společností na trhu zdravotnických služeb na úkor dosavadních provozovatelů nestátních zdravotnických zařízení, vytvářel velmi příznivé podmínky pro zdravotní pojišťovny a velmi nepříznivé právní prostředí pro soukromé lékaře.

Aktivity ČLK

Česká lékařská komora dlouhodobě prosazuje některé změny v právní úpravě veřejného zdravotního pojištění, ať již formou novely zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, nebo formou rekonstrukce a přijetím nového zákona. Základní principy toho, co Česká lékařská komora prosazuje, jsou následující:



Základní principy prosazované Českou lékařskou komorou

1. Zásada, že trh zdravotních služeb dělá pojištěnec a jeho svobodná volba, nikoli zdravotní pojišťovna a její úředníci.

Zda soukromý poskytovatel zdravotní péče bude mít dostatek pojištěnců, či naopak „zkrachuje“, by mělo být dáno svobodnou volbou pojištěnců, nikoli rozhodnutím úředníka zdravotní pojišťovny, který s ním případně neprodlouží smluvní vztah. Tomu odpovídá požadavek trvalého smluvního vztahu mezi zdravotními pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními.

2. Zdravotní pojišťovna hradí péči jen jednoho lékaře příslušného oboru.

Pokud pojištěnec v současné době čerpá zdravotní péči tak, že navštěvuje více specialistů téhož oboru, všichni vykazují poskytnutou péči a není systém, který by zabránil pojištěnci čerpat zdravotní péči stejného oboru od více poskytovatelů. Měl by být zaveden systém, že ze zdravotního pojištění je ve stejném oboru hrazena péče pouze u jednoho poskytovatele, kterého si pojištěnec zvolí a může jej měnit v zákonem stanovené lhůtě (v současné době tři měsíce).

3. Zákonem umožnit prodej, darování a dědění nestátních zdravotnických zařízení včetně těch, která jsou provozována fyzickou osobou, a to i ohledně smluv, které mají uzavřeny se zdravotními pojišťovnami, aniž by bylo nutno konat výběrové řízení.

Zatím všichni ministři zdravotnictví a všechny politické strany tvrdí, že umožnit prodej, darování a dědění lékařských praxí provozovaných fyzickou osobou je žádoucí. Dosud však jediný zákon, který to jasně umožňoval, byl bohužel vetován na konci minulého volebního období prezidentem republiky a od té doby nebyla přijata úprava, která by to umožňovala.

4. Obnovit dohodovací řízení o seznamu zdravotních výkonů s bodový-

mi hodnotami tak, aby tento zásadní dokument nebyl vytvářen podzákonným právním předpisem – vyhláškou Ministerstva zdravotnictví ČR, ale bylo možno jej přijímat v dohodovacím řízení zástupců poskytovatelů zdravotní péče, profesních komor, odborných společností a zdravotních pojišťoven.

5. Jakákoli omezení úhrady zdravotních výkonů, popřípadě jakékoliv sankce za překročení limitů předepisování léčivých přípravků a vyžádané péče, lze uplatnit jen tehdy, bude-li prokázána nadbytečnost nebo neehospodárnost.

Jde-li o postup lege artis, bez nadbytečných nebo neehospodárných výdajů či zbytečných vyšetření, měla by být vždy práce lékaře ze strany zdravotní pojišťovny řádně uhrazena.

6. Zákonem stanovit finanční spoluúčast pojištěnců na některých zdravotních výkonech (kromě životně důležité péče, jakou je např. onkologická léčba) tak, aby se pojištěnec podílel na poskytované zdravotní péči určitým procentem z ceny výkonu (nikoli nedůstojnou částkou 30 Kč za vyšetření), ale současně měl možnost se připojistit tak, že i úhrada této spoluúčasti bude hrazena z jeho zdravotního připojištění.

7. Výslovně zakotvit možnost pojištěnce požádat o poskytnutí péče nadstandardním způsobem, buď za úhradu rozdílu mezi standardním a nadstandardním způsobem provedení výkonu, nebo formou připojištění na nadstandardní provádění zdravotních výkonů.

Tímto způsobem získat do zdravotnictví další finanční prostředky a zavést smyslupnější spoluúčast pacienta na financování zdravotní péče než dosavadní regulační poplatky.

JUDr. Jan Mach

Otevřený dopis řediteli VZP Pavlu Horákovi

Vážený pane generální řediteli,

dne 10. 8. 2009 obdrželi lékaři dopis VZP, kde varujete, že za I. čtvrtletí roku 2009 překročili náklady na léky o x %, že to sice nic ještě neznamená, ale pokud překročí o více než 20 % za polovinu roku 2009, dostanou pokutu.

Který „odborník“ o tom rozhodl?

Tento dopis je kontraproduktivní, jeho odeslání stálo statisíce, možná i miliony – zpracování podkladů rovněž. Místo aby se vaši zaměstnanci snažili dát do pořádku váš systém, který má značné nedostatky, tak 1 měsíc, týden a 3 dny po skončení prvního pololetí dostanou lékaři takovou zhovadilost.

Za to by měl někdo nést následky!

Uplatňujete plošné pokuty svým smluvním partnerům – lékařům a nemocnicím, ale vyházelí jste miliardy na pomalování tramvají, obrovské billboardy u cest, za vánoční kluziště na Ovocném trhu v Praze, stamiliony organizací typu Radek John, nemluvě o nadstandardních platech a odměnách managementu – nadstandardních vzhledem k výsledkům vaší práce.

Lékaři ale konečně pochopili, co jsou ty vaše dodatky, PURA a jiné, a snad se podaří vysvětlit, že nepodepsat dodatek, kde dopředu inzerujete, že je budete pokutovat za péči pro vaše pojištěnce, je jediná možnost.

Pokutujte si vaše pojištěnce za to, že jsou nemocní a chodí k lékařům!

Na to nemáte odvahu.

✉✉✉✉✉

Vážené kolegyně, vážení kolegové, nikdo nepodepisuje Dodatek na rok 2010, pokud tam bude odstavec 4 – Regulace, nebo ho černě přeškrtněte, nebo ještě lépe na sjezdu se domluvme na pokladenském systému. V jednom svém článku jsem vás varoval, že budeme muset platit za to, abychom mohli pracovat, a už je čas konečně se začít účinně bránit.

MUDr. Bohuslav Machaň, ORL amb. Prostějov

Antivirotika v léčbě tzv. prasečí chřipky

Jak léčit takzvanou prasečí chřipku a jaká rizika při tom vznikají? Do redakce časopisu Tempus medicorum přišlo v poslední době několik dotazů na toto téma. Odpovědět na ně se pokouší následující článek prof. Jiřího Berana a doc. Václava Dostála.

Antivirotika druhé generace je možné užívat v rámci léčby, prevence a postexpozici profylaxe. V současnosti jsou na českém území k dispozici dva preparáty. Zanamivir a oseltamivir se používají k léčbě, profylaxi i prevenci sporadické, epidemické, pandemické i ptačí chřipky (tab. 1 a 2). Účinnou látkou je inhibitor kyseliny sialové (N-acetylneuraminové), který znemožňuje výstavbu neuraminidázy, a tím uvolnění viru chřipky z napadené buňky, např. respiračního traktu.

Obecně se vždy preferuje léčba antivirotiky před jejich profylaktickým podáváním. Proto předepisování inhibitorů neuraminidázy v průběhu epidemie prasečí chřipky na našem území by mělo být omezené a první indikací by měla být právě léčba chřipky, naprosto výjimečně je možné protichřipková antivirotika použít pro prevenci či profylaxi. Avšak ani plošnou léčbu nelze doporučit. Léčbu prasečí chřipky je proto nutné vymezením pouze pro rizikové skupiny jedinců, u kterých převažují pozitiva.

Rizikové skupiny

Při onemocnění prasečí chřipkou by měly být antivirotika léčeny především osoby starší 65 let a všechny osoby s chronickým základním onemocněním bez rozdílu věku. Do rizikových skupin patří i osoby mladší 19 let, které užívají dlouhodobou aspirinovou terapii (6) a těhotné ženy, pro které platí vyšší riziko komplikací při postižení virem prasečí chřipky ve srovnání s ostatní populací (5). U rizikových skupin by měla být užívána protichřipková antivirotika co nejdříve po nástupu příznaků onemocnění (nejlépe do 48 hodin), a to i bez podezření na případné komplikace chřipky v době podání antivirotika.

U jinak zdravých osob je nutné inhibitory neuraminidázy indikovat a aplikovat individuálně. Např. měla by se používat, pouze pokud došlo k prvotním komplikacím chřipky, jako je horečka 39,5–40,0 °C nereagující na antipyretika nebo náhlá dušnost, či průjem s výraznou dehydratací.

Těhotné ženy a děti

Pro léčbu standardní sezónní chřipky se u těhotných žen léčba antivirotiky nedoporučuje. V případě epidemie prasečí chřipky je léčba nemocné ženy doporučena. Jsou prokázány výhody takového postupu, a to i pokud je léčba zahájena později než za 48 hodin. Naše doporučení ale je, aby se antivirotika podávala k léčbě těhotných žen až po skončeném prvním trimestru a nejlépe v posledním trimestru těhotenství a po průkazu prasečího viru buď RT-PCR, nebo kultivací viru. Předpokládá se dle provedených studií, že oseltamivir by neměl být významným teratogenem, a protože je v současnosti více bezpečnostních dat, pak by se měl používat dříve než zanamivir. Oba přípravky je možno aplikovat kojícím matkám (5). Obě antivirotika je rovněž možné podávat i u dětí. Pro přípravek zanamivir je dávkování stejné jako u dospělých. Pro oseltamivir (používá se Tamiflu suspenze 12 mg) je dávkování uvedeno v tabulce (tab. 3). Pro léčbu platí následující principy:

- Léčba chřipky u dětí od 1 roku do 13 let (dětí s váhou pod 40 kg).
- Zahájit léčbu do 2 dnů od začátku klinických příznaků.
- Profylaxe není u dětí v SPC popsána; doporučena stejně jako léčba jen jedna dávka po dobu 7–10 dní.

Mezi očekávané nežádoucí příznaky u dětí patří zvracení, méně bolesti břicha, epistaxe a konjunktivitida.

I u dětí do 5 let, které patří obecně do rizikových skupin, bychom doporučovali uvážlivý přístup k antivirové léčbě i případné profylaxi. Při podání inhibitorů neuraminidázy je nutné důkladně informovat o rizicích vedlejších účinků rodiče i personál pečující o nemocné dítě.

U zdravých dětí dochází ke zkrácení délky onemocnění, avšak význam pro děti v riziku (s chronickým onemocněním) doposud nebyl prokázán. Oseltamivir je efektivní ve smyslu snížení sekundárních komplikací chřipky (1). Nejnovější publikace uvádějí, že zkrácení onemocnění u dětí není tak výrazné a inhibitory neuraminidázy mají jen malý vliv na snížení exacerbací u bronchiálního astmatu a na používání antibiotik k léčbě komplikací chřipky (2). Toto vše však platí pro chřipku sezónní. Dle CDC lze oseltamivir s efektem použít pro všechny skupiny včetně novorozenců

k profylaxi i léčbě chřipky A i B (6). Zanamivir lze obdobně použít, a to k léčbě chřipky A i B od 7 let a v prevenci od 5 let, spíše jako druhou volbu.

Účinky inhibitorů neuraminidázy na dospělé pacienty s příznaky chřipky

Dle provedené studie, která sloužila jako součást výsledků pro registraci přípravku (a jejíž výsledky jsou součástí SPC), u skupiny pacientů, kteří byli léčeni placebem, příznaky chřipky přetrvávaly v průměru 5,2 dny a u skupiny léčených oseltamivirem 4,2 dny.

Oba přípravky jsou vcelku velmi dobře účinné v prevenci chřipce podobného onemocnění (ILI) v průběhu běžné sezónní chřipky, a to oseltamivir v dávce 75 mg je účinný v 61 % a v dávce dvojnásobné 150 mg v 73 %. Zanamivir je ve standardní dávce účinný v 62 % (3).

Je tedy prokázán účinek inhibitorů neuraminidázy v prevenci u sezónní chřipky, kde epidemie trvá od 4 do 6 týdnů. Při současných podmínkách výskytu viru prasečí chřipky a relativně pomalém průběhu epidemie na našem území se nedoporučuje preventivní podání antivirotik. Maximální délka preventivního podávání je navíc limitována časově, a to 4 až 6 týdnů dle použitého preparátu. Efekt v epidemii pandemického kmene je proto spornější, protože epidemické období zde bude trvat několik měsíců. Prodloužená prevence antivirotiky se ale ukazuje jako efektivní (4).

Oba přípravky nemají vliv na vylučování viru u asymptomatické chřipky. Velmi výrazně však u symptomatické chřipky zkracují a snižují délku vylučování chřipkového viru, a tak mají vliv na další šíření viru v populaci. Oseltamivir v dávce 150 mg je schopen předejít komplikacím (bakteriálním) v dolních dýchacích cestách (3), protože snižuje devastaci epitelu respiračních cest, a tím znesnadňuje nástup bakteriální infekce.

Mezi nežádoucí účinky oseltamiviru převažují gastrointestinální, které jsou méně výrazné při podání s jídlem, dále neuropsychické projevy. Výjimečně hrozí změny chování, zmatenost až delirium, sebepoškození, hlavně u dětí při léčebném použití. Proto je nutný u dětí po podání zvýšený dozor. Nejčastěji popisovaný ne-

žádoucí účinek zanamiviru je bronchospasmus, zvláště u jedinců s astmatem nebo chronickým plicním onemocněním. Méně časté jsou zažívací potíže, bolesti hlavy, závratě, kašel, infekce dýchacích cest, sinusitidy, bronchitidy.

V podstatě je možné antivirotika kombinovat se všemi léky, jen je nutná opatrnost všude tam, kde se další léky vylučují stejnou cestou, nebo pokud dojde k poruše vylučování ledvinami. Pro Tamiflu by měla být obezřetnost při podání chlorpropamidu, metotrexatu a fenylbutazonu.

Problémem úspěšné léčby či případné profylaxe může být i riziko rezistence viru vůči antivirotikům, protože byla zaznamenána i primární rezistence vůči Tamiflu u jedince, který lék neužíval. Naopak lidé léčení antivirotiky by mohli vylučovat po určité době rezistentní viry, i když vlastní vylučování viru se léčbou zkracuje.

Obecně lze doporučit, zvláště u rizikových a exponovaných skupin populace, vakcinaci sezonní vakcínou, pokud nebude k dispozici vakcína pandemická.

V případě rozvíjející se epidemie na našem území a jejího přechodu od doposud protražovaného průběhu k explozivnímu bude nutno uplatnit protiepidemiická opatření dle pokynů epidemiologů a připravit



se na eventuálně významné omezení pohybu v komunitě včetně uzavření škol.

Prof. MUDr. Jiří Beran, CSc., ředitel, Centrum očkování a cestovní medicíny, Poliklinika II, Bratří Štefanů 895, 500 03 Hradec Králové, tel. +420 495 865 402, e-mail: jiri.beran@vakcinace.cz

Doc. MUDr. Václav Dostál, předseda OS ČLK, Hradec Králové, ON Jičín, LDN Nový Bydžov, Jana Maláta 493, 504 01 Nový Bydžov, tel. +420 602 821 483, e-mail: vaclavdostaldoc@seznam.cz

Literatura:

1. Updated Interim Recommendations for the Use of Antiviral Medications in the Treatment and Prevention of Influenza for the 2009-2010 Season September 8, 2009.

2. Tanaka T, Nakajima K, Murashima A, Garcia-Bournissen F, Koren G, Ito S. Safety of neuraminidase inhibitors against novel influenza A (H1N1) in pregnant and breastfeeding women. *CMAJ*. 2009 Jul 7;181(1-2):55-8.

3. Matheson NJ, Harnden AR, Perera R, Sheikh A, Symmonds-Abrahams M. Neuraminidase inhibitors for preventing and treating influenza in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jan 24;(1):CD002744.

4. Shun-Shin M, Thompson M, Heneghan C, Perera R, Harnden A, Mant D. Neuraminidase inhibitors for treatment and prophylaxis of influenza in children: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2009 Aug 10;339:b3172.

5. Jefferson TO, Demicheli V, Di Pietrantonj C, Jones M, Rivetti D. Neuraminidase inhibitors for preventing and treating influenza in healthy adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Jul 19;3:CD001265.

6. Khazeni N, Bravata DM, Holty JE, Uyeki TM, Stave CD, Gould MK. Safety and Efficacy of Extended-Duration Antiviral Chemoprophylaxis Against Pandemic and Seasonal Influenza. *Ann Intern Med*. 2009 Aug 3.

Tab. 1. Principy podání zanamiviru k léčbě, profylaxi a prevenci chřipky

Inhalační podání pomocí inhalátoru „Relenza Diskhaler“
K léčbě chřipky dospělých, mladistvých a dětí (≥ 5 let)
Aplikace v průběhu prvních 48 hod.
Dospělí – celková DD je 20 mg
Seniorům ani dětem není třeba dávkování upravovat
U pacientů s poruchou funkcí jater nebo ledvin není třeba dávku upravovat
Léčba: Dvě inhalace (2 × 5 mg) po 12 hod. po dobu 5 dnů
Profylaxe: Po kontaktu s nemocným do 36 hod. 2 inhalace (2 × 5 mg) jednou denně po dobu 10 dnů
Prevence: Dvě inhalace (2 × 5 mg) jednou denně v období nejvyššího výskytu onemocnění maximálně po dobu 28 dnů

Tab. 2. Principy podání oseltamiviru k léčbě, profylaxi a prevenci chřipky

Léčba chřipky u dospělých a adolescentů od 13 let
I děti s váhou nad 40 kg
Zahájit do 2 dnů
Léčba: Jedna tobolka (75 mg) 2× denně po dobu 5 dnů
Profylaxe: Po kontaktu s nemocným do dvou dnů 1 tobolka (75 mg) 1x denně po dobu 7–10 dnů
Prevence: Jedna tobolka (75 mg) jednou denně v období nejvyššího výskytu onemocnění maximálně po dobu 6 týdnů
Standardně neužívat v těhotenství, změna dávkování u snížení funkce ledvin

Tab. 3. Dávkování Tamiflu suspenze pro léčbu chřipky u dětí

Váha v kg	Věk v letech	Dávka v mg
Méně než 15	1–3	30 mg (2,5 ml) 2×/den
15–23	4–7	45 mg (3,75 ml) 2×/den
24–40	8–12	60 mg (2,5 ml) 2×/den
Více než 40	Více než 13	75 mg 2×/den (tobolka)

Otázka pro vládní ekonomy: Šetřit? Nešetřit? Škrtnat? Neškrtnat?

Vláda odsouhlasila pro rok 2010 na výstavbu silnic a železnice rekordní částku 96 miliard Kč, což je přibližně dvojnásobek výdajů státu na pojistné za děti, důchodce a nezaměstnané, tedy za těch 58 % obyvatel ČR, za které platí pojistné na veřejné zdravotní pojištění stát.

Zatímco výši platby za tzv. státní pojištění by pro příští rok vláda ráda zmrazila na letošní úrovni, rozhodla zvýšit prostředky Státního fondu dopravní infrastruktury z 83 mld. na 96 mld. Kč, tedy o více než 15%. Opatření bychom mohli označit za osvědčený recept pro boj s krizí. Ostatně Hladovou zeď nechal stavět i císař Karel

IV. Avšak pozor! Určitě by bylo dobré ohlídat si, aby již naše dálnice nebyly v rámci Evropy těmi z nejdražších a aby stát své zakázky nezadával pouze na základě ceny, tedy té firmě, která je pokud možno nejdražší.

Z úplně jiného soudku jsou plány na snižování platů zaměstnanců ve veřejném sektoru. Učitelé, vědci a zdravotníci jsou přece na „utahování opasek“ zvyklí. Pomiřme skutečnost, že snížení platů způsobí snížení koupěschopnosti domácností, a tím pokles spotřeby, která zatím drží naši ekonomiku jakžtakž nad vodou. **Rozhodování, zda vyrovnávat deficit státního rozpočtu za cenu dalšího zbrzdění**

stagnující ekonomiky, či zda naopak i za cenu prohlubování deficitu ekonomiku resuscitovat, to ponechme povolnějším. My lékaři bychom však neměli zapomínat, že hlavním plátcem zdravotního pojištění jsou zaměstnanci. **Snížení platů tedy nutně povede k poklesu výběru zdravotního pojištění, na které zdravotní pojišťovny zareagují snížením úhrad, uplatňováním regulací, případně i zpoždováním svých plateb zdravotnickým zařízením.**

Šetřit? Jak kde. Jak na kom.

Taková je tedy odpověď vládních ekonomů.

Milan Kubek

Nejvyšší výdaje za léky v historii

Krise nekrize, zdravotní pojišťovny a pacienti ještě nikdy v historii neutratili za léky tolik jako ve druhém čtvrtletí roku 2009.

Navzdory ekonomické krizi i regulačním poplatkům vzrostla meziročně spotřeba léčiv vyjádřená počtem definovaných denních dávek o 5%. Současný pokles počtu distribuovaných balení o 3,1% svědčí o vzrůstající oblíbenosti větších balení

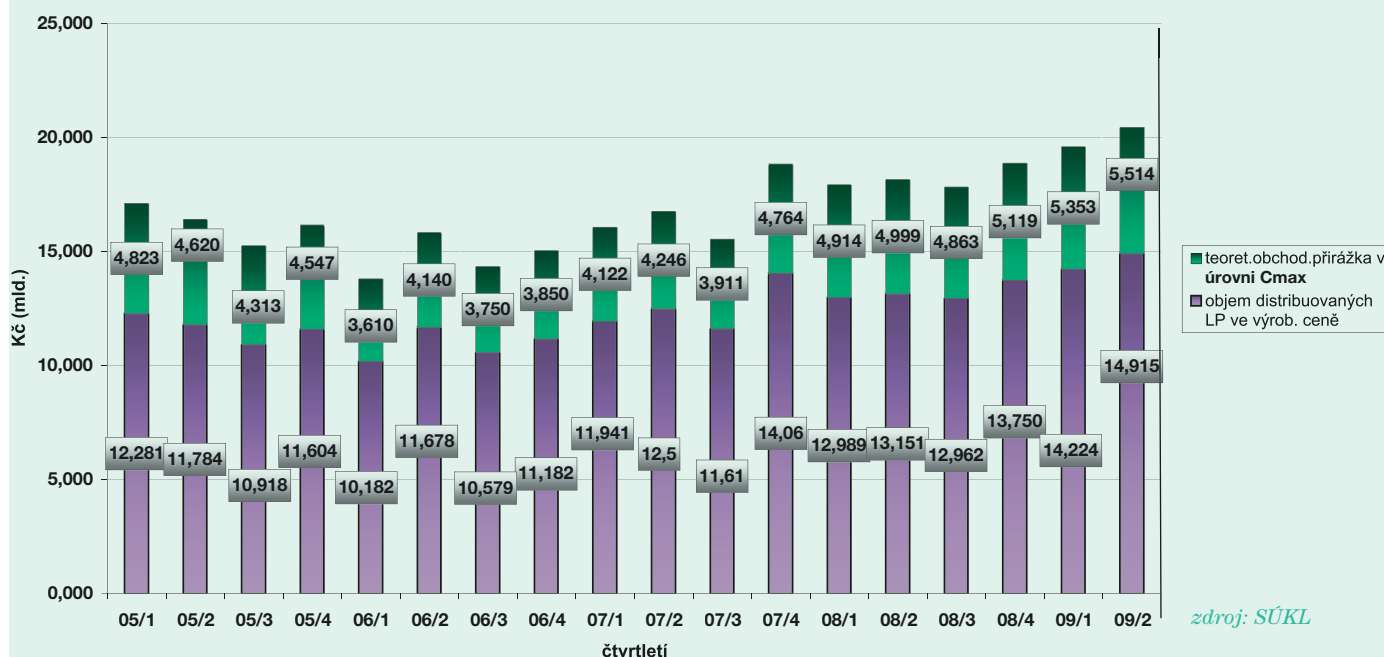
léků, na které se rovněž mohou spolupodílet regulační poplatky.

V porovnání s 2. čtvrtletím 2008 se celková průměrná cena léčivého přípravku distribuovaného v ČR zvýšila o 37 Kč. Za mnohem více alarmující však musíme považovat fakt, že meziročně došlo k nárůstu výdajů za léky o stěží uvěřitelných 12,5%! Celkový finanční objem distribuovaných

léčivých přípravků při započítání maximální možné obchodní přírážky ve 2. čtvrtletí letošního roku dosáhl astronomické částky 20,5 miliardy Kč, což znamená meziroční zvýšení výdajů za léky o dvě a čtvrt miliardy! A pak ať nám lékařům někdo tvrdí, že se musíme uskomnit kvůli krizi.

Milan Kubek

Celkový finanční objem distribuovaných LP s rozlišením výrobní ceny a teoret. obchodní přírážky (v úrovni Cmax) distributorů a lékáren v ČR v období 1.q.2005 - 2.q.2009.



Pevné doplatky za léky: ano, či ne?

MF Dnes informovala 8. září na titulní straně o záměru poslance ODS MUDr. Štastného a jeho expertní skupiny zavést v Česku pevné doplatky za léky, a ukončit tak současný stav, kdy se doplatky v jednotlivých lékárnách výrazně liší. K tomuto návrhu se v článku pozitivně vyjádřil odborník na lékovou politiku dr. Suchopár a zásadní souhlas přidal i místopředseda ČSSD ing. Škro-mach.

Doplatek pacienta je rozdíl mezi cenou léku a částkou hrazenou zdravotní pojišťovnou, čili tzv. úhradou. Úhrada je dosud vyčíslena pevnou částkou, zatímco cena je stanovena jako maximální. Výrobce ji nesmí překročit, nic mu však nebrání, aby ji libovolně snižoval. Z této metodiky vyplývají rozdíly ve výši doplatků.

Článek hovoří pouze o pevných doplatcích, není v něm zmínka o pevných cenách. Jednoduchá matematická úvaha napovídá, že při pevné úhradě a pevném doplatku bude nezbytné změnit i dosavadní způsob stanovení ceny. Namísto ceny maximální musí přijít cena pevná. **I když pevné ceny stanovené státem nezapadají obecně do zásad tržní ekonomiky,**

u léků jsou běžné ve většině zemí. Je jistě jen otázkou času, kdy pevné ceny – a s nimi i pevné doplatky – budou zavedeny také v ČR.

Tuto zásadní změnu nelze uspěchat a musí být důkladně připravena. V opačném případě hrozí reálné nebezpečí, že nepřipravený přechod na pevné ceny a pevné doplatky bude mít závažné nežádoucí dopady jak na jednotlivé pacienty, tak i na financování celého zdravotnictví. **Takové rozhodnutí by s velkou pravděpodobností znamenalo, že pevnými cenami se stanou současné ceny maximální či ceny jim velmi blízké.** Je-li dnes na určitý lék v několika větších lékárnách doplatek 50 korun a ve většině dalších lékáren korun 100, po změně by naprosto všichni pacienti dopláceli 100, či v optimálním případě částku jen o několik procent nižší. **Prostřednictvím přečerpání finančních limitů na spoluúčast by se zvýšené výdaje pacientů přenesly na zdravotní pojišťovny a veřejné výdaje.**

V časovém předstihu před případným přechodem na pevné ceny léků musí být provedena legislativní úprava tvorby současné maximální ceny.

Platné znění paragrafu 39 zákona 48/97 Sb., totiž výrobci umožňuje, aby jeho cena v ČR byla druhou nejvyšší cenou mezi všemi 27 zeměmi EU. Tato „velkorysost“ je klíčovou příčinou velkých rozdílů doplatků. Jedna lékárna obdrží léky za plnou maximální cenu, jiná výrazně levněji. Pokud maximální cena bude odpovídat průměru tří nejnižších cen v EU, což ČLK opakovaně navrhovala, rozdíly v doplatcích se automaticky výrazně sníží. Následně bude stanovení pevné ceny spojeno s podstatně menšími problémy než za současného stavu.

Dále bude nutno rozhodnout, zda cenu dle předem daných pravidel stanoví stát pro všechny výrobce léků obsahujících tutéž účinnou látku, či zda pevnou cenu platnou pro určité období (pravděpodobně jeden kalendářní rok) udá individuálně každý výrobce. Při druhé alternativě by stát určil pouze nepřekročitelnou výši pevné ceny.

Přechod na pevné ceny léků je výrazným zásahem do současného systému a bude vyžadovat komplexní přepracování celého systému stanovení cen a úhrad léků.

Ing. Jindřich Graf, farmakoekonom

Straničtí experti podpořili jednotnou cenu léků

*Experti parlamentních stran podpořili jednotnou cenu léků a potřebu pohotovostních služeb lékáren. Připustili, že tvořící se řetězce lékáren mohou být reálným nebezpečím pro malé provozovny. Neshodli se naopak na poplatcích ve zdravotnictví. Grémium majitelů lékáren vyhradilo celé dopoledne na sobotní konferenci **Provozování veřejných lékáren po volbách 2009, rozvoj či krach? právě vystoupením stranických expertů a diskusi s nimi.***

Vzhledem k aktuálnímu politickému vývoji se sice volby zřejmě uskuteční až v příštím roce, podle organizátorů ale problémy lékárníků trvají. Na současné praxi jim vadí, že se často výše úhrad za léky snižují a zdravotní pojišťovny lékárníkům odmítají vyplácet původní částky.

Východiskem z této situace by podle expertů byly jednotné ceny léků. Podle senátora ČSSD Vladimíra Drymla ale ceny nemohou být na úrovni maximálních cen.



„Některé ceny v ČR jsou dražší než v západní Evropě. Tady jsou velké rezervy,“ dodal. Podle poslance ODS Borise Štastného by sjednocení cen nesmělo poškodit pacienty ani snižovat ekonomickou prosperitu lékáren.

Pohotovostní služba lékáren je podle Štastného nutná a přispívat by na ni měl stát i pacienti. I Dryml, zástupce strany, která chce regulační poplatky zrušit, se v tomto případě vyslovil pro poplatek, pro-

tože jde o nadstandardní službu. Experti obou velkých stran nepovažují za vhodnou současnou praxi, kdy vydává léky pacientům přímo lékař. Expert KDU-ČSL Jiří Carbol ale podotkl, že v akutním případě lékař musí mít možnost dát pacientovi lék.

Zatímco se na poplatek za lékárnickou pohotovost Dryml se Štastným shodl, rozhodně trval na postoji ČSSD, že takzvané regulační poplatky dlouhodobě škodí. Lidé šetří, odkládají návštěvu lékaře a přicházejí až v době, kdy už je nutné nasadit účinnější a dražší léky nebo léčení v nemocnici. Štastný zopakoval postoj své strany, podle kterého se regulační poplatky osvědčily.

Skutečností podle Štastného také je, že velké řetězce lékáren mohou ohrožovat samostatné lékárny. Nejde podle něj ale o monopol a o selhání trhu. „Řetězce jsou reálným strašidlem, hrozí, že všechno skoupí jeden,“ uvedl Carbol.

ČTK, 21. 9. 2009



Supported by a grant from **Norway**
through the Norwegian Financial Mechanism



Pomáháme zvládnout těžké začátky

O život se ročně perou stovky předčasně narozených dětí. Nadace Charty 77 v loňském roce získala prostředky z Norských fondů na nákup speciálních inkubátorů. Vybaví jimi 12 perinatologických center, kde se nejčastěji odehrávají rizikové porody a přicházejí na svět nedonošené děti.

Více o projektu na www.eeagrants.cz
a www.kontobariery.cz/Projekty/Norske-fondy.aspx

Dáváme šanci předčasně narozeným dětem.





POKROKY V MEDICÍNĚ

Mimořádný vzdělávací cyklus ČLK a 1. LF UK

Vážená paní doktoro, vážený pane doktore,

Česká lékařská komora ve spolupráci a pod gescí 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze připravily v rámci celoživotního vzdělávání lékařů cyklus mimořádných přednášek „up to date“ zaměřených na novější diagnostické a léčebné postupy u vybraných chorobných stavů. Přednášející jednotlivých témat patří mezi přední odborníky v daných oborech.

Přednášky jsou vzhledem k vysoké úrovni a orientaci na nejnovější poznatky a postupy vhodné pro lékaře všech oborů. V rámci přednášek bude možné diskutovat konkrétní otázky i případy související s daným tématem.

Účastníci jednotlivých přednášek obdrží certifikát České lékařské komory se 2 kredity podle SP č. 16. Lékaři, kteří navštíví v daném semestru celý cyklus (5 přednášek), obdrží mimořádný certifikát (souhrnný doklad) Absolvent mimořádného vzdělávacího cyklu „POKROKY V MEDICÍNĚ“.

Mimořádný vzdělávací cyklus „POKROKY V MEDICÍNĚ“ tak představuje zcela jedinečnou možnost, jak získat nové aktuální informace o aktuálních medicínských otázkách od předních odborníků.

Na semináře srdečně zvou

Doc. MUDr. Petr Bartůněk, CSc., za 1. LF UK

PhDr. Radek Ptáček, Ph.D., za ČLK

V případě zájmu kontaktujte odd. vzdělávání ČLK e-mailem na vzdelavani@clkcr.cz, seminar@clkcr.cz, nebo telefonicky na 603 252 483, 733 529 061.

Téma	Datum
Profylaktická mastektomie a rekonstrukce prsů u BRCA pozitivních žen doc. MUDr. Jan Měšťák, CSc., prof. MUDr. Luboš Petruželka, CSc. Pořadatel: ČLK, Klinika plastické chirurgie 1. LF UK a FN Na Bulovce a Onkologická klinika 1. LF UK a VFN	15. 10. 2009 16.00–18.00
Multidisciplinární přístup k léčbě jaterních metastáz kolorektálního karcinomu prof. MUDr. Luboš Petruželka, CSc., MUDr. Eugen Kubala Onkologická klinika 1. LF UK a VFN – centrum komplexní péče s akreditací ESMO pro integraci paliativní medicíny prof. MUDr. Luboš Petruželka, CSc., MUDr. Jaroslava Barkmanová Projekt 35 – unikátní model péče o mladé pacientky s karcinomem prsu doc. MUDr. Petra Tesařová, CSc., doc. MUDr. Bohuslav Konopásek, CSc. Pořadatel: ČLK, Onkologická klinika 1. LF UK a VFN	19. 10. 2009 16.00–18.00
Akutní fulminantní pankreatitida prof. MUDr. Aleš Žák, DrSc., prof. MUDr. Zdeněk Krška, CSc. Pořadatel: ČLK, IV. interní klinika 1. LF UK a VFN a I. chirurgická klinika 1. LF UK a VFN	5. 11. 2009 16.00–18.00
Chronická pankreatitida. Karcinom pankreatu as. MUDr. Tomáš Krechler, CSc. Pořadatel: ČLK, IV. interní klinika 1. LF UK a VFN	12. 11. 2009 16.00–18.00
Nitrooční refrakční chirurgie doc. MUDr. Jiří Pašta, CSc. Laserová korekce as. MUDr. Jaroslav Madunický Kalkulace refrakčních nitroočních čoček MUDr. Eva Vyplášilová Pořadatel: ČLK, Oční klinika 1. LF UK a ÚVN	23. 2. 2010 16.00–18.00

Na základě přihlášky vám bude zaslána pozvánka a pokyny k uhrazení účastnického poplatku ve výši 200 Kč.

Informace o vzdělávacích akcích ČLK najdete na internetové adrese www.lkcr.cz

Místo konání seminářů: Klub ČLK, Lékařská 2, 150 00 Praha 5

Hodnocení seminářů: 2 kredity

Rozsah seminářů: 2 hodiny (16.00 – 18.00)

Účastnický poplatek: 200 Kč

Dopravní spojení: metro B, stanice Anděl, výstup Na Knížecí, autobus 167, stanice Weberova (proti základní škole)

Vzdělávací kurzy České lékařské komory

Přehled podzim 2009

Přihlášky zasílejte na adresu:

Oddělení vzdělávání ČLK

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

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

Věnujte, prosím, pozornost 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.

Pro účastníky je zajištěno občerstvení.

Začátek víkendových kurzů je v 8.30, pokud není uvedeno jinak.

Každá vzdělávací akce ČLK je pořádána v souladu se SP č. 16.

V případě dotazů nás kontaktujte na telefonních číslech **257 217 226** (linka 22, 24).

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

38/09 Kurz – Urgentní medicína aneb Diagnostika a terapie prvního kontaktu

Datum konání: 3. 10. 2009

Místo konání: Praha 5, Lékařská 2, Klub ČLK
Koordinátor: Prim. MUDr. Jana Šeblová, Ph.D.

Prim. MUDr. Jana Šeblová

- Urgentní medicína – obor pro třetí tisíciletí (úvod ke kurzu).

MUDr. Roman Škulec

- KPCR dle současných doporučení a výsledků studie Terapeutická hypotermie po zástavě oběhu.

Prim. MUDr. Jiří Knor

- Šokové stavy.
- Zásady ošetření závažného traumatu a šokové stavy.

Prim. MUDr. Pavol Kačenga

- Zásady třídění a terapie při hromadném výskytu postižených.

Prim. MUDr. Jana Šeblová, Ph.D.

- Diferenciální diagnostika bezvědomí a křečových stavů a jejich terapie a CMP jako emergentní stav, rozvoj cerebrovaskulárních programů.

Prim. MUDr. Jiří Žilka

- Urgentní příjem a jeho role v moderním systému neodkladné péče.

54/09 Kurz – Asertivita pro lékaře

Datum konání: 3. 10. 2009

Místo konání: Brno, NCO NZO

Lektoři: JUDr. Mgr. Joža Spurný, Ph.D., Mgr. Ingrid Matoušková, Ph.D.

Vzdělávací akce je zaměřena na praktické využití základních technik asertivity při výkonu lékařského povolání. Praktickou a nácvikovou formou se lékaři seznámí se základy asertivity využitelné v komunikaci s pacienty, ale také v pracovním kolektivu,

případně i v jednání s různými institucemi.

39/09 Kurz – Novinky ve vnitřním lékařství

Datum konání: 10. 10. 2009

Místo konání: Praha, Lékařská 2, Klub ČLK
Koordinátor: MUDr. Jan Bruthans, CSc., FESC, Pracoviště preventivní kardiologie IKEM, Praha

MUDr. Petr Janský

- Akutní koronární syndrom.

Prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.

- Gastroenterologie.

MUDr. Robert Čihák, CSc.

- Arytmologie.

MUDr. Jan Bruthans, CSc.

- Srdeční selhání.

MUDr. Jan Bruthans jun.

- Novinky v resuscitaci.

MUDr. David Marx, Ph.D.

- Chyby v léčebné péči a jejich řešení.

Prim. MUDr. Božena Jurašková, Ph.D.

- Geriatrie.

Prim. MUDr. Petr Popov, CSc.

- Léčba závislosti.

52/09 Kurz – Efektivní vedení lékařské praxe

Datum konání: 10. 10. 2009

Místo konání: Praha (bude upřesněno)

Koordinátor: Ing. Michal Právda, MBA,

SC&C Partner, s. r. o.

- Co to znamená pracovat se systémem.

- Možné cíle lékařské praxe.

- Kdo je ve zdravotnictví zákazníkem a co z toho plyne.

- Jak zjistit, je-li ZZ úspěšné?

- Co označuje termín „klíčový proces zdravotní péče“.

- Jak pracovat s výkonností a kvalitou zdravotní péče.
- Jak lze navyšovat zisky ZZ (Aplikace LEAN a Six Sigma ve zdravotnictví).

Kurz na téma „vedení lékařské praxe“ je určen všem zájemcům, kteří provozují NZZ. Díky použití příkladů, případových studií a srozumitelné teorie se mohou seznámit s vybranými metodami řízení provozní jednotky. Např. ujasnit si, podle jaké strategie má zařízení fungovat, vybrat si cíle, kterých by mohlo dosáhnout, a sledovat pomocí jednoduchých nástrojů, zda se cíle naplňují. Pro dobré vedení NZZ je vhodné pochopit průběh základních procesů, co jejich existence pro úspěšnost zařízení znamená a zda se dají např. ještě nějak pozitivně ovlivňovat. Důležité je pochopit, jakou roli v těchto procesech zaujímá klient příslušného zařízení. Zájemci budou také seznámeni s možnostmi, jak využít např. zpracování dat a možnosti průběžné analýzy, jak identifikovat, co rozvoji brání, jak dosáhnout stabilního prostředí, které omezí riziko překvapivých změn. Pro ilustraci popsanych nástrojů použijeme množství konkrétních příkladů, které pomáhají propojit ekonomickou teorii s konkrétním zdravotnickým prostředím.

41/09 – Sdělování nepříznivých zpráv

Datum konání: 16.–17. 10. 2009

Místo konání: Praha 5, Lékařská 2, Oválná

pracovna

Délka trvání: 15 hodin

Účastnický poplatek: 2250 Kč

Lektor: PhDr. Blanka Čepická

Lékaři jsou vedeni během studia k tomu, aby se naučili rozpoznat příčiny nemoci, stanovili správný postup a z nemocného pacienta udělali opět zdravého člověka. Málo jsou však vedeni k tomu, jak konkrétně



nímu člověku sdělit, že jeho stav je opravdu vážný, že léčba bude třeba dlouhá a nepřijemná. Ošetřující lékař je pro pacienta autoritou. Ale sebelepší odborné znalosti nemusí stačit tehdy, když se pacient začne (i nesmyslně) ptát, nerozumí, obviňuje lidi okolo sebe a hledá vinníka. Psycholog, který bude odněkud povolán, aby zvládl emoční reakci, nemůže lékaře zcela nahradit, ale může mu být nápomocen. Cílem tohoto semináře je využít psychologa v interaktivním semináři k teoretické i praktické přípravě, jak mohou obě strany danou situaci co nejlépe zvládnout.

42/09 Kurz – Novinky v kardiologii

Datum konání: 17. 10. 2009

Místo konání: Praha 5, Lékařská 2, Klub ČLK
Koordinátor: Prof. MUDr. Roman Čerbák, CSc.

- Prof. MUDr. Roman Čerbák, CSc.
- Novinky v kardiologii.
 - Prof. MUDr. Jaromír Vojáček, DrSc.
 - Akutní koronární syndrom.
 - Prof. MUDr. Miroslav Engliš, DrSc.
 - Kardiomarkery pro praktického lékaře.
 - Prof. MUDr. Jaromír Hradec, CSc.
 - Chronická ICHS dg, th.
 - Doc. MUDr. Václav Chaloupka, CSc.
 - Novinky v echokardiografii pro PL.
 - MUDr. Kateřina Linhartová
 - Aortální stenóza.
 - MUDr. Miroslava Benešová
 - Mitrální regurgitace.
 - Doc. MUDr. Vladimír Soška, CSc.
 - Dyslipidémie – současná terapie.

40/09 Kurz – Léčba závislosti na tabáku

Datum konání: 23. 10. 2009

Místo konání: Brno, NCO NZO
Koordinátor: MUDr. Eva Králíková, CSc., I. LF UK a VFN, Praha

- MUDr. Eva Králíková, CSc.
- Epidemiologie užívání tabáku, související mortalita a morbidita.
 - Účinná prevence kouření, složení tabákového kouře, pasivní kouření.
 - Lékové interakce kouření.
 - MUDr. Iva Tomášková
 - Kouření a KVO.
 - MUDr. Ilona Binková
 - Argumenty pneumologa pro odvykacího kuřáka.
 - MUDr. Eva Králíková, CSc.
 - Princip závislosti na tabáku, diagnostika, léčba.
 - Farmakoterapie závislosti na tabáku.
 - MUDr. Iva Tomášková
 - Psychoterapie závislosti na tabáku.
 - Léčba závislosti na tabáku s podporou zaměstnavatele, příklady z ČR, ekonomika této léčby.
 - MUDr. Eva Králíková, CSc., MUDr. Iva Tomášková
 - Současné možnosti léčby závislosti na tabáku v ČR, specializovaná centra.
 - Situace ve světě, mezinárodní a naše doporučení léčby.
 - Praktické příklady rad.

44/09 Kurz – Pediatrie

Datum konání: 24. 10. 2009

Místo konání: Praha 5, Lékařská 2, Klub ČLK
Koordinátor: MUDr. Marcela Černá, ÚPM
Praha 4-Podolí
MUDr. Štěpánka Čapková

- Hemangiomy v kojeneckém věku a možnosti léčby.
- Dif. dg. obličejových dermatóz.
- Ing. Michal Pravda, MBA
- Vedení lékařské praxe.
- Doc. MUDr. Hana Krásničanová, CSc.
- Vztahy mezi stavem růstu, stavem výživy a menstruačním cyklem v normě i patologii.
- MUDr. Jáchym Kučera
- Zajímavé UZ nálezy u novorozenců.
- Prof. MUDr. Jiří Nevrál, CSc.
- Screening coeliakie.

55/09 Kurz – Stres v praxi lékaře

Datum konání: 24. 10. 2009

Místo konání: Praha
Lektoři: JUDr. Mgr. Joža Spurný, Ph.D., Mgr. Ingrid Matoušková, Ph.D.

Vzdělávací akce je zaměřena na problematiku stresu v lékařské praxi. Věnuje se praktickému pohledu na nejčastější stresory a jejich zvládnání. Kurz se tak zaměřuje nejen na oblasti stresorů

vznikajících v rámci práce s pacienty, ale také na stresory vznikající v rámci pracovního kolektivu apod.

45/09 Kurz – Novinky v neodkladné péči 2009 a zajímavé kazuistiky

Datum konání: 31. 10. 2009

Místo konání: Praha 5, Lékařská 2, Klub ČLK
Koordinátor: Doc. MUDr. Jarmila Drábková, CSc., OCHRIP, FN Praha 5-Motol

- Doc. MUDr. Jarmila Drábková, CSc.
- Novinky v UM, MK a IM v roce 2009 – nová metodická doporučení, problémy při atestacích z UM a IM.
 - Kazuistiky ze světa i z domova, rozbor a jaká poučení z nich plynou.
 - Praktické klinické závěry z kongresů 2009.
 - Nové e-adresy a portály v neodkladné péči a co z nich nalézt?
 - Agresivní, nesnadný pacient a restrikce.
 - MUDr. Jan Bělohávek
 - Novinky v akutní kardiologii 2009 – možnosti, meze a požadavky.
 - MUDr. Aleš Tomek, MUDr. Martin Šrámek
 - Novinky v akutní neurologii 2009 – možnosti, meze a požadavky.
 - Doc. MUDr. Přemysl Klír, CSc.
 - Násilí – jeho diagnostika, okamžitá opatření, bezpečnost; kazuistiky z medicínsko-právní oblasti; ohledání v terénu s podezřením na násilný čin.
 - MUDr. JUDr. Lubomír Vondráček, CSc., JUDr. Jan Vondráček, Mgr. Jana Woleská
 - Medicínsko-právní kazuistiky poslední doby a jejich témata i poučení z nich.
 - Máme novou legislativu pro oblast neodkladné péče?
 - Kam se obrátit o medicínsko-právní preventivní poradu?
 - Mění se psychika pacientů/klientů a zdravotníků?

46/09 Kurz – Důstojná péče ve zdravotnictví pro zdravotníky i nemocné?

Datum konání: 31. 10. 2009

Místo konání: Praha (místo bude upřesněno)
Koordinátor: MUDr. Eva Kalvínská, FN Motol, Praha 5

- MUDr. Eva Kalvínská
- Spiritualita a spirituální péče ve zdravotnictví.
 - MUDr. Tereza Dvořáková
 - Spirituální potřeby z pohledu paliativní medicíny.
 - Mgr. Jana Vichová
 - Spirituální otázky v psychologické péči o nemocné.
 - Doc. Ing. Mgr. Aleš Opatrný, Th.D.
 - Kdy a jak může být náboženská víra pomocí a kdy může nemocné zatěžovat.
 - Diskuse, práce v sebedílech skupinách, reflexe vlastních zkušeností.
- Anotace:** O spirituální péči o nemocné je mezi zdravotníky čím dál větší zájem v rámci bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu WHO péče o pacienty. Zároveň však vyvstává kolem tohoto tématu mnoho otázek. Zdravotníci nemívají dostatek informací, a proto si kurz klade za cíl přispět ke schopnosti lékařů rozpoznat spirituální potřeby pacientů a umět k jejich naplnění vhodně přistupovat. Porozumět rozdílům mezi spirituální a psychologickou péčí, obecnou spiritualitou a vírou v náboženském smyslu slova, pochopit význam naplněných duchovních potřeb pacientů pro celkový proces uzdravování i pro zlepšení kvality umírání v rámci paliativní péče.

47/09 Kurz – Vyšetřovací metody v kardiologii: pohled z ambulance praktického lékaře, internisty a kardiologa

Datum konání: 7. 11. 2009

Místo konání: Praha 5, Lékařská 2, Klub ČLK
Koordinátor: Prof. MUDr. Josef Veselka, CSc., FN Motol, Kardiologická klinika

- MUDr. Petra Zimolová
- Ultrazvukové vyšetření cév.
 - MUDr. David Zemánek
 - Ergometrie.
 - MUDr. Kateřina Michalová
 - SPECT.
 - MUDr. Jiří Fiedler
 - Dobutaminová echokardiografie.
 - MUDr. Kateřina Linhartová
 - Echokardiografie.
 - MUDr. Theodor Adla
 - CT a MR srdce.
 - Prof. MUDr. Josef Veselka, CSc.
 - Katetrizace.

53/09 Kurz – Efektivní vedení lékařské praxe

Datum konání: 7. 11. 2009

Místo konání: Brno, NCO NZO
Koordinátor: Ing. Michal Pravda, MBA

Blíže informace u kurzu č. 52/09

48/09 Kurz – Anesteziologie

Datum konání: 28. 11. 2009

Místo konání: Praha 5, Lékařská 2, Klub ČLK
Koordinátor: MUDr. Jiří Valenta, KARIM VFN 1. LF UK, Praha 2

- MUDr. Martin Urban
- Celková anestezie – současný přehled problematiky.
 - MUDr. Marek Svíték
 - Quo vadis nervosvalová relaxace.
 - Anestezie u náhlých příhod břišních.
 - MUDr. Jan Bláha
 - Anestezie na porodním sále.
 - MUDr. Pavel Herda
 - Bezpečnost zajištění DC během anestezie.
 - Anestezie v maxilofaciální chirurgii.
 - MUDr. Josef Závada
 - Specifika anestezie a peroperační péče v urologii.
 - MUDr. Petr Kopecný
 - Anestezie v kardiologii a chirurgii velkých cév.

56/09 Kurz – Syndrom vyhoření

Datum konání: 28. 11. 2009

Místo konání: Praha
Lektoři: JUDr. Mgr. Joža Spurný, Ph.D., Mgr. Ingrid Matoušková, Ph.D.

- Vzdělávací akce se zaměřuje na podání základního stručného přehledu problematiky syndromu vyhoření v lékařských profesích a dále pak především na otázky jeho zvládnání a prevence. Základní otázky, kterými se bude kurz zabývat:
- Profesioní únava aneb „Když už je toho moc“.
 - Jak zvládat příznaky syndromu vyhoření.
 - Jak komunikovat s pacienty při syndromu vyhoření aneb „Jak mluvit s pacientem, když už mě všichni štvou“.
 - Prevence syndromu vyhoření.

50/09 Kurz – Pediatrie: Nedonošené dítě v ordinaci dětského lékaře

Datum konání: 5. 12. 2009

Místo konání: Praha (bude upřesněno)
Koordinátor: MUDr. Marcela Černá, ÚPM Praha-4-Podolí

- Zásady péče o nedonošeného novorozence.
- Osteopenie nedonošených.
- Anémie časného kojeneckého věku.
- Zajímavé UZ nálezy u novorozenců.
- Výživa nedonošených novorozenců po propuštění.
- Domácí oxygenoterapie atd.

51/09 Kurz – Novinky v neodkladné péči 2009 a zajímavé kazuistiky

Datum konání: 12. 12. 2009

Místo konání: Praha 5, Lékařská 2, Klub ČLK
Koordinátor: Doc. MUDr. Jarmila Drábková, CSc., OCHRIP, FN Praha 5-Motol

Blíže informace u kurzu č. 45/09

01/10 Kurz – Efektivní vedení lékařské praxe

Datum konání: 9. 1. 2010

Místo konání: Praha (bude upřesněno)
Koordinátor: Ing. Michal Pravda, MBA

Blíže informace u kurzu č. 52/09

02/10 Kurz – Recidivující febrilie u dětí – opakování

Datum konání: 16. 1. 2010

Místo konání: Praha 5, Lékařská 2, Klub ČLK
Délka trvání: 4 hodiny
Koordinátor: MUDr. Jana Bíbová, Ph.D.

- Doc. MUDr. Pavla Doležalová, CSc., MUDr. Šcerbanovská
- Horečka jako hlavní projev nemoci: Diferenciální diagnóza a léčba v linii kontaktu a v následné péči.
 - Kazuistiky.
 - Periodické horečky – přehled.
 - Kazuistiky.
 - Syndrom PFAPA.
 - Kazuistiky.

05/10 Kurz – Komunikačně náročné situace pro lékaře

Datum konání: 23. 1. 2010

Místo konání: Praha
Lektoři: JUDr. Mgr. Joža Spurný, Ph.D., Mgr. Ingrid Matoušková, Ph.D.

Praktické postupy při komunikaci s obtížným pacientem. Seminář bude zaměřen na řešení každodenních situací v lékařské praxi. V kurzu budou prakticky probírány např. situace: Komunikace s neodbytným nebo agresivním pacientem. Komunikace s „chronickým“ stěžovatelem. Sdělování závažných zpráv (závažné onemocnění, úmrtí blízké osoby apod.).

04/10 Kurz – Rozmanitý spratek výchově neschopných rodičů, nebo Aspergerův syndrom? (Opakování)

Datum konání: 6. 2. 2010

Místo konání: Praha 4, ÚPM, Podolské nábř. 157

Délka trvání: 4 hodiny
Koordinátor: MUDr. Sausen Sládková

PhDr. Kateřina Thorová, Ph.D., psycholožka, ředitelka metodického střediska Asociace pomáhající lidem s autismem, APLA Praha, Střední Čechy, o. s. MUDr. Sausen Sládková

- Bezradní učitelé, vyčerpání a zoufalí rodiče hledající léta odpověď na otázku, co je s dítětem v nepořádku, proč se tak vymyká?
- Jak odhalit děti, které vypadají jako ADHD (lehká mozková dysfunkce), ale u nichž běžné výchovné postupy selhávají?
- Jak nabídnout rodičům konstruktivní pomoc?
- Symptomy, kazuistiky, praktické videokazky dětí, kterých má každý pediatr v registru několik.

Odpolední semináře:

119/09 – Nové postupy v resuscitaci novorozence

Datum konání: středa 30. 9. 2009

- MUDr. Jan Melichar
- Nové přístupy v resuscitaci novorozence – resuscitace kyslíkem, či vzduchem?
 - Optimální vybavení resuscitačního lůžka na porodním sále.

120/09 Spirituální potřeby pacientů a jejich saturování

Datum konání: čt. 8. 10. 2009, 16.00–18.00

Koordinátor: MUDr. Eva Kalvínská

- MUDr. Eva Kalvínská
- Spirituální péče v nemocnici.
 - Mgr. Jana Vichová
 - Pomoc psychologie v krizích vyplývajících z nemoci.
 - Doc. Ing. Mgr. Aleš Opatrný, Th.D.
 - Role duchovního v nemocnici.
 - Společná diskuse o zkušenostech s formami duševní péče a s rozpoznáváním duchovních potřeb.
 - Práce v sebedílech skupinách na téma: Co je pro vás nejobtížnější v kontaktu s pacientem ve spirituální krizi a co vám může pomoci?

Anotace: Téma spirituálních potřeb člověka je v současnosti často diskutované, zejména v souvislosti s celostním přístupem k pacientům podle bio-psycho-socio-spirituálního pojetího modelu WHO. Zdravotníci však mnohdy nemají zkušenosti s tím, jak spirituální potřeby pacientů dobře rozpoznat a zajistit vhodnou formu péče. Velmi opomíjenou stránkou této problematiky jsou spirituální potřeby zdravotníků samotných. Cílem kurzu je poskytnout základní orientaci v tématu spirituality vázané na zdravotnickou oblast.



Inzerce

Příjem rádkové inzerce:
www.lkcr.cz,
 sekce Zajímavé odkazy – Tempus medicorum – Zadání inzerce.
 Uzávěrka aktuálního čísla je vždy k 1. daného měsíce.

Volná místa – nabídka

Psychiatrická léčebna Kosmonosy hledá lékaře absolventy se zájmem o obor psychiatrie, lékaře v přípravě k atestaci v oboru psychiatrie i lékaře se specializovanou způsobilostí. Lékařům bez atestace nabízíme akreditovanou kvalifikační přípravu, pro lékaře se specializovanou způsobilostí jsou volná funkční místa. Informace o podrobnostech a podmínkách na personálním odd. (p. Hendrychová), tel. 326 715 823, e-mail hendrychova@plkosmonosy.cz

Oční ordinace s optikou hledá lékaře.
 Tel. 602 357 210

Přijmeme lékaře do ambulance praktického lékaře v Brně na částečný nebo i plný úvazek.
petrovadina@seznam.cz

Zdravotnická záchranná služba JmK, p. o., přijme do pracovního poměru do územního oddělení v Brně lékaře. Požadavky: specializovaná způsobilost v oboru UM, AR, INT, CHI, VL, PED. Morální a občanská bezúhonnost, zdravotní způsobilost, užitelská znalost PC, znalost AJ nebo NJ výhodou, plat. podle vl. nař. 564/2006, tř. 14, nástup možný ihned. Písemné přihlášky s profesním životopisem zašlete do 14 dnů po uveřejnění na adresu: ZZS JmK, p. o., personální oddělení, nám. 28. října 23, 602 00 Brno

Lázně Poděbrady, a. s., příjmoví kardiologa se znalostí ultrasonografie. Zajímavá práce na JIP v centru časných rehabilitací po operaci srdce a částečně v kardiologické ambulanci. Nabízíme nadstandardní finanční ohodnocení, možnost ubytování. Bližší informace podá prim. MUDr. Vít Mařatka, tel. 724 610 931, e-mail lr@lazne-podebrady.cz. Písemnou žádost s profesním životopisem zašlete na adresu: Lázně Poděbrady, a. s., personální oddělení, Jiřího nám. 39/1, 290 33 Poděbrady

Oční ordinace v Praze 8-Kobylisích přijme ihned oftalmologa na plný, případně částečný úvazek. Ideálně vč. licence a atestací pro funkci odborného zástupce. Nadstandardní platové podmínky. Po celou ordinaci dobu přítomna sestra i ortoptistka. Široká klientela. Pozdější převzetí je možné. Info: j.novotny@fokusoptik.cz, tel. 602 208 679

Psychosociální centrum Píseň přijme psychiatrie. Atestace není podmínkou. Písemné přihlášky s CV pošlete mailem na psc@mens.cz, případně poštou na adresu: Psychosociální centrum, nám. Přerovského povstání 1, 750 01 Přerov. Bližší informace na tel. 581 204 439, 736 750 309

Fakultní nemocnice Hradec Králové přijme lékaře kardiologa (hrudního chirurga) na kardiologickou kliniku. Požadujeme: magisterské vysokoškolské vzdělání v oboru všeobecné lékařství, zdravotní způsobilost a bezúhonnost, společný chirurgický základ výtah, ale možnost i pro absolventa, znalost anglického jazyka. Nabízíme: práci ve špičkovém zdravotnickém zařízení, možnost odborného a vědeckého rozvoje, nadprůměrné platové ohodnocení, sociální výhody, zvýhodněné ubytování pro svobodné. Nástup po vzájemné dohodě. Případné informace: doc. MUDr. Harrer, CSC., e-mail: harrer@fnhk.cz. Písemné přihlášky s kopíiemi dokladů o vzdělání a životopisem s přehledem praxe zašlete na adresu: Odbor personálních vztahů, Fakultní nemocnice Hradec Králové, Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové

Více pozice. Nemocnice Rudolfa a Stefanie Beneš, a. s., nemocnice SČK, přijme do pracovního poměru: lékaře/lékařku na místo zástupce primáře neurologického oddělení a lékaře/

lékařku na místo zástupce primáře ORL oddělení. Požadujeme způsobilost dle zákona č.95/2004 Sb. Nástup možný ihned, popř. dle dohody. Nabízíme smluvní plat, možnost dalšího vzdělávání, práci v moderní společnosti, zaměstnanecké výhody, možnost ubytování. Žádost s profesním životopisem zašlete na adresu: Nemocnice Rudolfa a Stefanie Beneš, a. s., nemocnice SČK, MUDr. Jitka Wernerová, náměstek LPP, Máchova 400, 256 30 Benešov, příj. e-mail: jitka.wernerova@hospital-bn.cz, tel. 317 756 428

Nemocnice Jindřichův Hradec, a. s., přijme:
 • lékaře na patologicko-anatomické odd. (i absolventy) – možnost dalšího odborného růstu, kontakt: prim. MUDr. Dana Cempírková, tel. 384 376 383, e-mail: cempirkova@hospitaljh.cz;
 • lékaře na interní oddělení (i absolventy) – možnost dalšího odborného růstu, jsme držitelé akreditace pro vzdělávání;
 • lékaře pro příjmovou interní ambulanci a lékaře – interního konziliáře – pro neinterní lůžková oddělení nemocnice, oba: kvalifikace – specializovaná způsobilost v oboru či atestace II. st. ve vnitřním lékařství. Kontakt: prim. MUDr. Jan Kelbl, místopředseda představenstva, tel. 384 376 188, e-mail: kelbl@hospitaljh.cz, nebo Ing. Jan Mičák, MBA, předseda představenstva, tel. 384 376 134, e-mail: micak@hospitaljh.cz;
 • lékaře s praxí v ultrazvukové diagnostice cévních onemocnění a echokardiografií, kontakt: prim. MUDr. Jan Kelbl, místopředseda představenstva, tel.: 384 376 188, e-mail: kelbl@hospitaljh.cz;
 • lékaře na urologické oddělení (i absolventy) – možnost dalšího odborného růstu, kontakt: prim. MUDr. Jan Rybka, tel. 384 376 307, e-mail: rybka@hospitaljh.cz. Pro všechny: výhodné platové podmínky, při nástupu do pracovního poměru finanční příspěvek až 100 000 Kč, stravování a ubytování zajištěno, možnost přidělení bytu, příspěvek na penzijní připojištění.

Almeda, a. s., Městská nemocnice Neratovice, přijme do pracovního poměru lékaře gynekologa-absolventa. Nabízíme: dobré platové podmínky, týden dodatkově dovolené, možnost ubytování, mladý kolektiv, nástup možný ihned. Kontakt: p. Zahurská, Vovsová, tel. 315 637 337, vovsova@almeda.cz

V roce 2001 kompletně zrekonstruovaná a nadstandardně vybavená Nemocnice Sušice, o. p. s., přijme: Pediatra nebo praktického lékaře pro děti a dorost (podle domluvy možný i zkrácený úvazek). Požadujeme: vzdělání odpovídající danému zařazení; morální a občanská bezúhonnost; ochotu k intenzivnímu pracovnímu vytížení. Nabízíme: zájem nemocnice s 160 lůžky akutní i následné péče v základních oborech včetně multidisciplinární JIP a RLP; profesní růst s intenzivním dalším vzděláváním; kolegiální atmosféru s nadstandardními pracovními podmínkami; zajímavé ohodnocení odpovídající zastávané pozici; ubytování i areálu nemocnice s možností přidělení služebního bytu; atraktivní prostředí centrální Šumavy s nabídkou plného sportovního i kulturního vyžití. Nástup podle dohody. Bližší informace na tel. 376 530 216 – MUDr. Jiří Šedivý, ředitel, sekretariat@nemocnice-susice.cz, www.nemocnice-susice.cz

Přijmeme lékaře do privátní akreditované ordinace praktického lékaře v Teplicích. Nabízíme nadstandardní platové podmínky, moderní prostředí, úhradu nákladů na vzdělávání, možnost bytu v centru města. E-mail: dnacep@seznam.cz, tel. 606 612 606

Soukr. lékař v Praze 6 (areál ÚVN) přijme do moderně vybaveného pracoviště alergologa a pneumologa na plný i část. úvazek, v aktivním i penzijním věku, plat nadstandard, další bonusy a výhody. Solidní spolupráce. Tel. 602 275 113

Hledám audiologickou sestru, nebo zdr. sestru s audiologickou zkušeností do ordinace v Beřouně na částečný nebo celý úvazek.
 Tel. 603 851 845

NZZ, CDOZS Brno, p. o., přijme do trvalého pracovního poměru na úvazek 1,0 pro Poliklini-

ku akad. O. Teyschla lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a oční. Písemné nabídky zašlete na adresu CDOZS Brno, p. o., Žerotínovo nám. 4/6, 602 00 Brno nebo na e-mailovou adresu sekretariat@cdozs.cz

Pardubická krajská nemocnice, a. s., přijme lékaře na odd. RDG se spec. způsobilostí v oboru intervenční radiologie.
 Info prim. MUDr. Leoš Ungermann,
 e-mail: leos.ungermann@nemocnice-pardubice.cz

NZZ v Praze specializující se na chronická kožní onemocnění přijme dermatologa s atestací, nebo s ukončenou praxí na kožním (24 měsíců). Zkušenosti z estetické dermatologie lze uplatnit. Info: 603 222 123

Nemocnice Říčany, a. s., přijme na interní oddělení absolventa/ku VŠ a lékaře/ku na pozici zástupce primáře. Nabízíme práci v profesionálním týmu, možnost dalšího vzdělávání, zajímavé finanční ohodnocení. Kontakt: MUDr. Jan Kyzal, e-mail: jan.kyzal@nemocnice-ricany.cz, mobil: 603 813 357, 606 789 969

Volná místa – poptávka

Praktický lékař-dýchodce hledá místo v ambulanci v celé ČR. Tel. 910 346 415

Oční lékař nast. na menší úvazek do oční ordinace, tel. 241 408 816

Ordinace, praxe

Pediatr s licencií převzme nebo odkoupí zavedenou pediatrickou praxi v Českých Budějovicích a okolí nebo na Jindřichohradecku, ev. zastoupí (i dlouhodobě). Možno ihned nebo i vřehledově. Kontakt: 739 369 607, dr.vendulka@tiscali.cz

Koupím gynekologickou praxi v Praze. Jen seriózní nabídky.
gynekologicka-ambulance@seznam.cz

Přenechám oftalmologickou praxi na jižní Moravě. Kontakt: semtrax@volny.cz

Převzmu ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost v Olomouci a okolí. Tel. 602 788 171

Převzmu (odkoupím) praxi praktického lékaře pro děti a dorost v Olomouci a okolí (možno i Prostějov, Přerov, Šternberk, Hranice). Tel. 608 360 294

Prodám zavedenou ORL ambulanci v centru Beřouna. Bližší informace na tel. 605 521 759

Prodám po 31 letech velmi dobře zavedenou praxi PL pro dospělé (1500 registr. pac.) v krásném prostředí Jizerských hor – Frýdlantsko, od 1. 1. 2010. Tel. 732 917 726

Zástup

Hledám zkušeného lékaře pro občasný zástup do ORL ordinace v Praze 8-Kobylis. Tel. 608 384 868, motorestkersko@seznam.cz

Hledám lékaře s atestací na zástup za MD do ordinace PL pro dospělé v Brně, možný i částečný úvazek, vhodné i pro dýchodce. Nástup ihned. Tel. 606 348 311, 606 501 198

Hledám zástup na 2 dny v týdnu v ORL ambulanci Praha-západ, tel. 604 143 302

Hledám kardiologa s atestací na zástup, nejlépe na celý úvazek od 01/2010 do 06/2010 v lokalitě Olomouc. Poté možno částečný úvazek. Výhodné platové podmínky. Privátní kardioloambulace. E-mail: ambulance.kardio@email.cz, mobil: 604 535 350

Hledám oftalmologa na úvazek 0,2 nebo pravidelné zástupy do oční ambulance v Mikulově. Kontakt: HendrychovaH@seznam.cz nebo 737 781 461

Prodej a koupě

Prodám GE ambulanci s úvazkem 0,25 nedaleko Brna. Tel. 725 012 940, příj. 737 323 834

Prodám intenzivní pulzní světlo zn. Cyden, funkční, levné. Tel. 721 219 670

Prodám UZ přístroj Hitachi EUB 525 CFM. V provozu od roku 2001, barevný a energetický doppler zoom, CW, PW doppler, s širokopásmovou konvenzní sondou + lineární sonda. Plně funkční. Cena dohodou. 607 173 641, eleonora.kidonova@centrum.cz

Pronájem

Pronájem 1-4 ordinací s čekárnou, Černošice-Vráž. Novostavba, kolaudace 11/09, klima, 12-25 tisíc Kč/měs., tel. 604 473 662

Různé

WWW.AAAUTO-SLEVY.CZ Slevy na nové vozy až 25% a na roční až 40%. Možnost leasingu, úvěru. Tel. 776 222 882

Rudolf Janisch zemřel

Ne každý může říci, měl jsem dobrého šéfa. Já ano. Za to, co umím v medicíně, z velké části vděčím doc. MUDr. Rudolfu Janischovi, DrSc. Osm let na ORL oddělení ZÚNZU UD Příbram mi dalo hodně. Už první dny mezi horníckými pacienty a pod vedením primáře Janische jsem leccos pochopila. Jeden horník, když jsem mu coby krásná a nafoukaná doktorka z OÚNZU cosi nařizovala, mě chytil pod krkem a zařval: „Soudružko, ty budeš dělat, co chci já, nebo nebudeš mít práci.“ Soudružkou jsem nikdy nebyla, ale od té doby se snažím nemocným naslouchat a jsou pro mne partnery, kterým radím, ale nenařizuji, a to mě doc. Janisch také učil. Jen díky němu jsem směla složit atestaci II. stupně z ORL a pak mu dělat zástupce na oddělení, zatímco on na ZÚNZU řediteloval. Jako doktor se snažil pomáhat všem nemocným. Stále se o něm říká, že byl dobrý odborník ve svém oboru. Nepamatuji se, že by neměl čas, když jsem potřebovala s něčím poradit a měla-li jsem něco vážného k řešení, ptal se: „Cítíte se na to?“ Před rokem 1989 se naše cesty rozdělily. Často jsem vzpomínala, jak by on problém řešil, a on prý také říkal, jak by to řešila ta Ripová. Lidé, pacienti, horníci ho měli rádi. Položil základ modernímu ORL oddělení, kam se jezdili doškolovat lékaři z celé republiky. Škoda, že některým lidem vadil. Ale je známo, že v Příbrami si málo vážili odborníků.

Pane docente, čest Vaší památce!

Lidmila Ripová, Praha 7

Vrcholí hlasování o nejlepší fotografii!

Už 30. září uzavíráme vaše hlasování o nejlepší fotografii v soutěži Cyklus života – Lékař a jeho pacient. Pokud jste tak dosud neučinili, prohlédněte si v minulém čísle časopisu Tempus medicorum 10 fotografií, které se probíjaly do finále, a z nich **vyberte 5 fotografií a určete jejich pořadí**. Svůj výběr odešlete buď poštou (Česká lékařská komora, Lékařská 2, Praha 5, 150 30), nebo e-mailem (recepce@clkr.cz).

Na obálku nebo do předmětu e-mailu uveďte **Fotosoutěž**. Vzhledem k tomu, že z hlasujících čtenářů bude vylosován také výherce, uveďte plné kontaktní údaje. Pro vylosovaného je připravena cena, **Digitální záznamník VN-5500 PC** (1690 Kč).

Ceny:

1. cena **fotoaparát Olympus E-520 Kit** (14 490 Kč)



2. cena **fotoaparát Olympus mju Tough-6000** (7490 Kč)



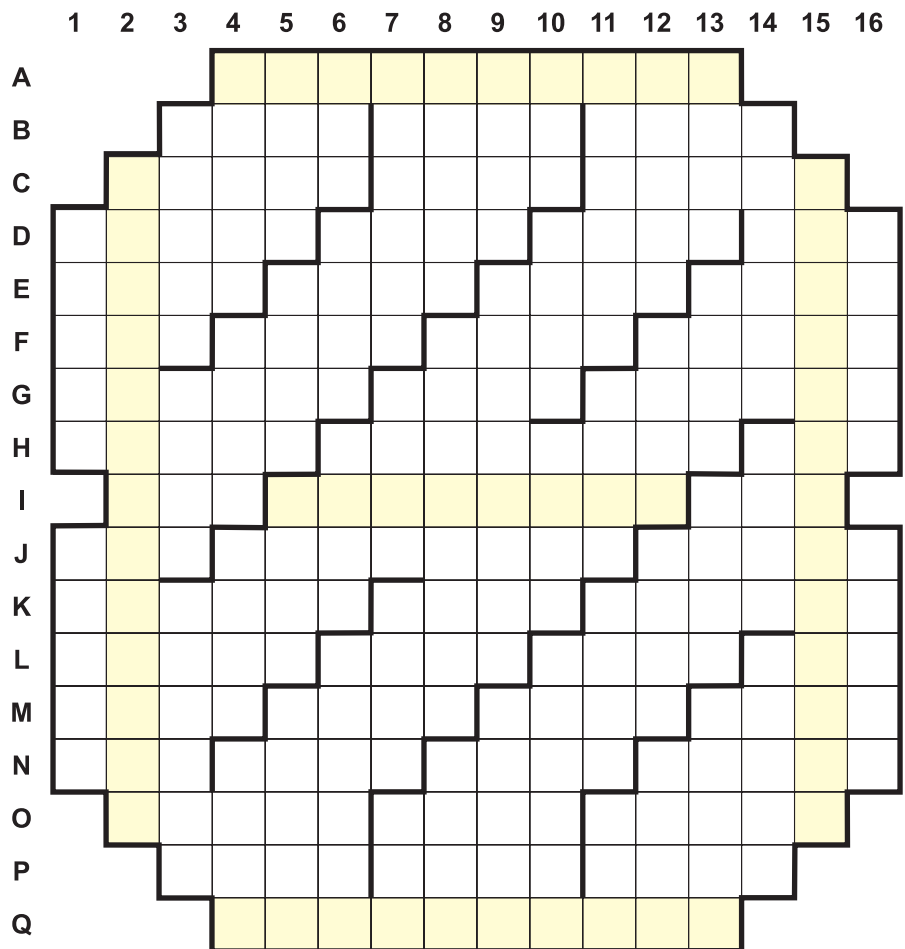
3. cena **digitální záznamník VN-5500 PC** (1690 Kč)



4.–10. cena **služby v centru Foto Škoda**

Bližší popis cen na internetových stránkách ČLK a v Tempus medicorum 4/2009. Výsledky budou vyhlášeny na sjezdu ČLK a v prosincovém čísle Tempus medicorum.

Křížovka o ceny



Richard Gordon: Medicína není jen pouhá věda, ale... (viz tajenku).

VODOROVNĚ: A. 5. díl tajenky. – **B.** Prázdný; nasycený uhlovodík; asijský veletok. – **C.** Vypouštět po kapkách; argentinské platidlo; rychle. – **D.** Menší potomek; pružiny; lán; stará délkové míra. – **E.** Židovské mužské jméno; nicky; hodně; kujné nerosty. – **F.** Odlévat; ženské jméno; anglicky „hra“; americký průkopník telegrafu. – **G.** Nedopalky; velká vložka (řídce); švýcarská správní jednotka. – **H.** Bída; menší benátské čluny; beduínský plášť. – **I.** SPZ Ústí nad Labem; **3. díl tajenky**; obě. – **J.** Japonská lovkyně perlorodek; kolísavost; ozdobná stiskací spona. – **K.** Akademičtí hodnostáři stojící v čele fakult; patlaniny; milovníci pěnivého moku. – **L.** Kladná elektroda; počítačová slabika; Evropané (hovorově); kaprovitá ryba. – **M.** Jméno herečky Myslíkové; vlastní okrasnému ptákov; starořímský krutovládce; levostranný přítok Volhy. – **N.** Obchodní dům pro kutily; cizokrajní stromoví savci; slovensky „kartáč“; dozpívat. – **O.** Potrat; cviky na hrazdě; únosce krásné Heleny. – **P.** Motorová vozidla; oblak; sokolská slavnost. – **Q. 4. díl tajenky.**

SVISLE: 1. Syntetické vlákno; belgický zpěvák italského původu. – **2. díl tajenky.** – **3.** Jméno spisovatele Šajnera; slavnostní síň; bouda pro pastevce v horách. – **4.** Český politik; opovážlivě; český malíř; puk. – **5.** Mravouk; cizí značka sportovního oblečení; jméno herečky Medřické; pracovní skupina. – **6.** Rýpat; slepice; asijská poušť; hmotnostní kategorie v boxu. – **7.** Bývalý slovenský krasobruslař; v esperantu „volat“; pohyby kyvadla; temnota. – **8.** Prchavé kapaliny používané jako narkotikum; dospělí; populární český zpěvák. – **9.** Hmota; nadzemní část houby; slota. – **10.** Přítakaní; zubní povlak; kyselá pochutiny; porucha. – **11.** Anglosaské duté míry; domácí Kleopatra; plynné skupenství vody; zkratka pomocné stavební výroby. – **12.** Slovensky „jmelí“; poloopice; biograf; španělský malíř. – **13.** Chemický vzorec telluridu europia; činy (řídce); římskými číslicemi 556; asijský poloostrov. – **14.** Obor činnosti; značka nákladních aut; chytit. – **15. 1. díl tajenky.** – **16.** Šelma živící se mršinami; blednout.

Pomůcka: imelo, maki, voki.

V Tempus medicorum 7–8/2009 jsme hledali výrok Olivera Wendella Holmese: **Kdyby se veškerá materia medica hodila do moře, bylo by to nejlepší pro člověka, ale to nejhorší pro ryby.**

Detektivku Eda McBaina **Šilhavý medvídek** získává desítka vylosovaných: **Marius Byss**, Havlíčkův Brod; **Martin Flegl**, Příbram V.; **Gabriela Havlová**, Ostrava-Vítkovice; **Bohumil Charvát**, Ostrava; **Vladimír Jouda**, Rokycany; **Eva Kimmerová**, Pelhřimov; **Aleš Mořkovský**, Vysoké Mýto; **Zuzana Peterová**, Praha 7; **Jarmila Slaninová**, Kardašova Řečice; **Marcela Wasiková**, Brno. Na správné řešení tajenky z čísla 9/2009 čekáme na adrese **recepce@clkr.cz** do **9. října 2009**. Hodně štěstí!

Obsah

Léčba akutní pooperační bolesti – 1. část..... 1

LÉČBA AKUTNÍ POOPERAČNÍ BOLESTI

1. část

Úvod

Zmírnění bolesti a utrpení, zvláště pokud je způsobeno léčbou, by mělo být prioritou pro všechny zdravotníky. Na význam, jaký je adekvátní léčbě pooperační bolesti v rozvinutých státech přisuzován, lze usuzovat například již z toho, že americká algeziologická společnost uveřejnila v roce 1995 v časopisu JAMA názor, že pooperační bolest by měla být považována za pátou vitální známku, která by měla být po operaci stejně sledována a korigována jako ostatní čtyři (vědomí, oběh, dýchání a vnitřní prostředí)^{1/}. Vypracovaný protokol léčby akutní pooperační bolesti bývá i součástí požadavků mezinárodních akreditačních komisí. Přesto studie v zahraničí i v ČR ukazují, že stále ještě je poměrně vysoký počet pacientů, kteří po operaci trpí intenzivní bolestí se všemi nežádoucími akutními i chronickými následky, které to s sebou přináší. Nové léky a postupy spolu se zvýšenou pozorností věnované této problematice by měly zlepšit situaci operovaných pacientů. Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny reagovala na tento trend a vydala doporučení pro léčbu akutní pooperační bolesti mezi svými doporučenými postupy^{2/}, dokument byl přijat i Společností pro studium a léčbu bolesti. Článek vychází z těchto materiálů a především z připravované knihy^{3/} a podává popis dostupných metod terapie a návod na vybudování systematických postupů pooperační analgezie ve zdravotnických zařízeních. Podobně jako jiné aspekty péče o chirurgického pacienta, je i terapie pooperační bolesti multidisciplinárním úkolem, přesto klíčovou roli má ošetřující lékař a sestry pooperačního oddělení.

Terapeutické možnosti

Nefarmakologické postupy

Tvoří adjuvantní složku léčby, nebývají až na výjimky součástí protokolů pooperační analgezie^{4,5/}. Mezi nefarmakologické postupy patří psychologické metody, hypnóza, chlazení, imobilizace, masáže, akupunktura a transkutánní elektrická nervová stimulace (TENS).

Systémová farmakoterapie

V našich podmínkách je systémové podání léků nejčastěji formou pooperační analgezie. Perorální medikace je v medicíně nejčastěji používaná metoda podávání léků. Mezi hlavní výhody patří neinvazivnost, jednoduchost a samoobslužný způsob podání. Mnoho analgetik je dostupných pouze v perorální formě. Pro pooperační analgezi má nevýhody především v tom, že pacient musí být schopen polykat a absorbovat lék. To může být problém u některých pooperačních stavů nebo jejich častých komplikací, jakými jsou nevolnost a zvracení. Dalším problémem může být pomalý nástup účinku a obtížnější titrace dávky, která vede v praxi spíše k poddávkování než předávkování analgetik. Rektální podávání většinu těchto nevýhod eliminuje, není však pacienty příliš dobře akceptováno. Intramuskulární podání je nejčastějším

způsobem aplikace analgetik v pooperačním období. U většiny pacientů lze tímto způsobem dosáhnout uspokojivé analgezie, přestože je velký rozptyl v absorpci z místa podání a aplikace může být nepříjemná a bolestivá. Je třeba myslet na to, že jednou z kontraindikací této aplikace mohou být i pooperační poruchy hemokoagulace. K výhodám patří to, že se intramuskulární aplikace dá použít i u osob, které nemohou přijímat per os a je nezávislá na jejich spolupráci, parenterální způsob podání má i silný placebo efekt. Po intramuskulárním podání byly popsány případy poškození nervových struktur a častější vznik hematomů, proto se nyní preferuje tam, kde je to možné (například u opioidů), používat spíše podání subkutánní. Intravenózní podání má oproti předešlým způsobům výhodu rychlejšího účinku, účinnosti i při nižších dávkách a snadnější titrovatelnosti. Mezi nevýhody patří nezbytnost zajištění žilního přístupu, v literatuře je popsáno vyšší riziko omylu stran podané dávky a vyšší riziko vedlejších účinků^{4/}.

Pacientem řízená analgezie (PCA) je způsob, při kterém si pacient aplikuje sám analgetikum (opioid) nejčastěji buď do žíly, nebo epidurálního prostoru, ačkoliv byly popsány i jiné přístupy (subkutánní, transdermální iontoforetický a podobně). Základními parametry, které nastavuje předem lékař a pacient nemá možnost je sám ovlivnit, jsou velikost jednotlivé dávky, bezpečnostní interval (lock-out interval) – doba, po kterou přístroj nedávkuje ani když ho pacient spouští, a zpravidla i maximální celková dávka analgetika za 4 nebo 6 hodin. Základem úspěchu je před zahájením PCA podat nasyčovací dávku analgetika tak, aby byla bolest účinně potlačena ještě před nasazením přístroje. Použití vyžaduje spolupráci pacienta (lze očekávat již od 6 let věku) a jeho fyzickou schopnost obsluhovat ovládání přístroje. Hlavními výhodami jsou oproti jinému systémovému způsobu podávání opioidů větší spokojenost pacienta a kvalitnější analgezie. Nežádoucí účinky zůstávají stejné jako při jiném způsobu podání. Přístroje umožňují kromě bolusového podání většinou i základní infuzi analgetika, která ale podle některých studií zvyšuje riziko předávkování a nemá vliv na kvalitu analgezie.

Regionální aplikace farmak

Regionální podání má výhodu v tom, že jsou do značné míry (v závislosti na rychlosti absorpce do oběhu) eliminovány systémové účinky látek používaných k potlačení bolesti. Techniky sahají od infiltrace rány před uzavřením po blokády jednotlivých nervů (interkostální blokáda, blokády nervů dolní končetiny, paravertebrální blok), nervových pletení (blokády brachiálního a cervikálního plexu) až po blokády centrální (epidurální a subarachnoidální). Obecně platí, že poskytují kvalitnější analgezi než systémové podání. Délka účinku závisí na tom, jestli jde o jednorázovou, nebo katéetrovou techniku. Mezi nevýhody patří to, že jsou technicky obtížnější a často invazivnější se všemi riziky, která jsou s tím spojená. Popis jednotlivých metod je mimo rozsah tohoto textu.

Používané léčivé látky (podrobně viz^{6,7)})**Neopioidní analgetika**

Paracetamol (v anglické literatuře acetaminofen) je analgetikum-antipyretikum bez antiflogistické aktivity, s dobrou gastrointestinální snášenlivostí, vhodné v pediatrii i u dospělých pacientů. Paracetamol působí analgezií ne dosud zcela známým mechanismem. Má minimum nežádoucích účinků. Mezi výhody patří to, že neovlivňuje významně krevní srážlivost ani u pacientů užívajících perorální antikoagulantia (lze jej použít i u hemofiliků) a neovlivňuje glykemii. Paracetamol lze podávat i během těhotenství a kojení. Mezi rizika patří jeho toxicita. Předávkování již relativně nízkými dávkami paracetamolu může mít za následek závažné poškození jater a někdy akutní renální tubulární nekrózu. Méně známo je to, že při současném podávání paracetamolu a antiemetik ze skupiny serotoninů (5HT3 antagonistů), s výjimkou ondansetronu, dochází ke vzájemné a oboustranné antagonizaci účinků^{8/}.

V pooperační analgezií je paracetamol určen na tlumení mírné až středně silné bolesti. Účinnost se zvyšuje kombinací s opioidy. Je dostupný v řadě forem (perorální, rektální, intravenózní), přičemž zejména intravenózní forma je výhodná pro pooperační analgezií. Výhodou i.v. podání je především rychlý nástup účinku. Pokud je i.v. paracetamol podán před koncem operace, analgezie se projeví již při probouzení. Oproti tomu při rektálním podání je vstřebávání nejisté, první dávka nemusí dosáhnout účinné koncentrace ani při 40 mg/kg. Perorálně nebo rektálně se dospělým a mladistvým podává 0,5–1 g paracetamolu podle potřeby v časovém odstupu nejméně 4 hodin do maximální denní dávky 4 g, nejvyšší jednotlivá dávka je 1 g. Při dlouhodobé terapii (nad 10 dnů) nemá denní dávka překročit 2,5 g. U dětí celková denní dávka za 24 hodin nemá překročit 50 mg.kg⁻¹ tělesné hmotnosti dítěte; dělí se na 3–4 dílčí dávky, pro jednorázové podání je dávka 10–15 mg.kg⁻¹ tělesné hmotnosti. Intravenózně se roztok paracetamolu podává v infuzi, minimální interval mezi jednotlivými dávkami musí být nejméně 4 hodiny. U dospělých a mladistvých s hmotností nad 50 kg se aplikuje 1 g až 4krát denně, (max 4 g za den), u dětí o hmotnosti nad 33 kg (přibližně od 11 let) nebo dospělých a mladistvých s hmotností do 50 kg je jednotlivá dávka 15 mg.kg⁻¹, maximálně 60 mg.kg⁻¹ za den (přitom nepřekročit celkem 3 g za den), u dětí o hmotnosti nad 10 kg (přibližně od 1 roku) a méně než 33 kg je jednotlivá dávka 15 mg.kg⁻¹, maximální denní dávka nesmí překročit 60 mg.kg⁻¹ (přitom nepřekročit celkem 2 g za den), u novorozenců narozených v termínu, kojenců, batolat a dětí o hmotnosti do 10 kg (přibližně do 1 roku) je jednotlivá dávka 7,5 mg.kg⁻¹ hmotnosti, maximální denní dávka nesmí překročit 30 mg.kg⁻¹ hmotnosti.

Metamizol je analgetikum-antipyretikum se spasmolytickým účinkem. Přestože je dostupný i v perorální formě, v pooperační analgezií se používá především v injekční formě v infuzi. U dětí ve věku mezi 3 a 11 měsíci smí být injekce podána výhradně intramuskulárně. Nesmí se používat během 3. trimestru těhotenství a při kojení (je nezbytné se vyhnout kojení během a po dobu 48 hodin po podání metamizolu). Kontraindikací kromě alergie je i porucha krvetvorby, alergické astma vyvolané nesteroidními protizánětlivými léky, jaterní porfyrie a vrozený defekt glukózo-6-fosfát dehydrogenázy. Opatrnosti je třeba u pacientů s dalšími formami astmatu, chronickou urtikárií, přecitlivělostí na alkohol, osob starých a při hypotenzi a hypovolemii. Nejobávanější, byť vzácný nežádoucí účinek je těžká, život ohrožující anafylakticko/anafylaktoidní reakce, častěji může být ve formě kožní reakce. Alergická reakce se může rozvinout i za několik hodin po podání. Dále se může vyskytnout izolovaná hypotenze, vzácně se může rozvinout leukopenie a velmi vzácně agranulocytóza nebo trombopenie a selhání funkce ledvin.

U dospělých je jednotlivá dávka 8–16 mg.kg⁻¹ tělesné hmotnosti pro perorální podání a 6–16 mg.kg⁻¹ tělesné hmotnosti pro parenterální podání (max. 5 g denně), u dětí většinou 10–15 mg.kg⁻¹ (max. 4krát denně), u dětí ve věku 3–11 měsíců smí být parenterálně aplikován pouze intramuskulárně.

Nesteroidní protizánětlivé léky (nesteroidní antiflogistika – NSA)

Většina předpokládaného účinku NSA je zapříčiněna bloádou cyklooxygenázy (COX) a tím syntézy prostaglandinů z kyseliny arachidonové. Efekt NSA je jak periferní (v místě poškození), tak i na míšni úrovni, kde se předpokládá interference prostaglandinů s descendními antinociceptivními drahami. NSA tuto interferenci potlačí a umožní lepší centrální kontrolu bolesti. Periferní analgetika mají stropový efekt, další zvyšování dávky nevede ke zlepšení analgezie, proto se u silných bolestí kombinují s opioidy. V rámci této kombinace mohou redukovat celkovou dávku opioidů až o 46 %. COX se vyskytuje u člověka ve dvou formách: COX-1 a COX-2. Zatímco COX-1 se považuje za konstituční a je zodpovědná i za tvorbu prostaglandinů, které hrají významnou úlohu v homeostáze organismu (prokrvení sliznice gastrointestinálního traktu, ochrana žaludeční sliznice, prokrvení ledvin, agregace destiček, ochrana endotelu), COX-2 je indukovaná hlavně během zánětu a podílí se na tvorbě prozánětlivých cytokinů a mediátorů bolesti. Předpokládalo se, že nové látky selektivně blokující COX-2 by měly být bezpečnější a měly mít méně nežádoucích účinků. Zatímco se skutečně potvrdilo, že selektivní COX-2 inhibitory jsou bezpečné stran rizika zvýšeného krvácení do GIT a poruchy funkce trombocytů, na druhé straně se ukázalo, že nežádoucí účinky na renální funkce jsou stejné jako u neselektivních inhibitorů COX a že mají potenciálně nepříznivý účinek na kardiovaskulární systém, který je závislý na dávkě a délce podávání. Striktní rozdělení dvou izoenzymů na COX-1 – prospěšný a COX-2 – škodlivý je v poslední době zpochybněno a ukazuje se, že situace je mnohem složitější, než se původně předpokládalo. Přesto jsou především z hlediska předpokládaného účinku na ovlivnění funkce destiček rozděleny NSA na 3 skupiny, přičemž se stoupající selektivitou na inhibici COX-2 klesá riziko krvácivých komplikací, což je důležité v bezprostředním perioperačním období.

Neselektivní inhibitory COX

Diklofenak je látka s velmi dobrými analgetickými účinky zejména na bolest se zánětlivou složkou a bolest po extrakci zubů. Nežádoucí účinky jsou typické pro tuto skupinu. Je kontraindikován v těhotenství a během kojení. Je k dispozici v perorální i injekční formě pro i. m. podání nebo do infuze. Parenterálně je u dospělých dávka většinou 75 mg (infuze se 75 mg diklofenaku musí trvat 0,5–2 hodiny a být připravena bezprostředně před aplikací, případně se ihned po výkonu podává 25–50 mg diklofenaku v infuzi trvající 15 minut až 1 hodinu a dále se pokračuje kontinuální infuzí 5 mg.hod⁻¹ až do maximální denní dávky 150 mg). V kombinaci s centrálním svalovým relaxans orfenadriem by mělo docházet k potenciaci účinku. Perorálně se podává u dospělých 100–150 mg denně, u méně závažných stavů a dětí nad 12 let obvykle postačuje 75–100 mg denně. Denní dávka se rozdělí do 2–3 dílčích dávek.

Ibuprofen je určen pro léčbu bolesti od 3 měsíců věku (hmotnost >6 kg). Nežádoucí účinky jsou typické pro tuto skupinu NSA, ale považují se za mírné. Ibuprofen je kontraindikován ve 3. trimestru těhotenství a nedoporučuje se podávat ani v prvním a druhém trimestru, může ale být použit během laktace. Není dostupný v injekční formě. Denní dávka by u dospělých neměla překročit 2 400 mg, podává se rozděleně na 3–6 dávek, denní dávka u dětí do 12 let věku je 20–35 mg.kg⁻¹ tělesné hmotnosti rozděleně ve 3–4 dílčích dávkách.

Piroxikam je dostupný v injekční (pouze i. m.) i perorální formě. Zdá se, že oproti ostatním látkám z této skupiny přináší vyšší rizika (nežádoucí účinky na gastrointestinální trakt a vyšší riziko kožních reakcí, včetně život ohrožujících bulózních reakcí). Výhodou je dávkování jedenkrát denně. Lze použít na léčbu akutní pooperační bolesti u pacientů starších 14 let, použití v těhotenství a při kojení je kontraindikováno. Při silných bolestech aplikujeme 1krát denně 40 mg piroxikamu, při mírných bolestech aplikujeme 1krát denně 20 mg. Trvání léčby musí být stanoveno individuálně, obvykle se doporučují 1–2 dny.

Selektivní COX-2 inhibitory – koxiby

Parekoxib je jediná látka této skupiny, která je určena přímo pro krátkodobou pooperační analgezií u osob starších 18 let. Nežádoucí účinky a kontraindikace viz obecná charakteristika NSA. Parekoxib je kontraindikován k léčbě bolesti po koronárním by-passu, v posledním trimestru těhotenství a během kojení. Další omezení jsou podobná jako u jiných NSAID. Vzhledem k tomu, že je dostupný v injekční formě, je jeho použití v pooperačním období velmi výhodné, a to i tam, kde jsou obavy ze zhoršené funkce destiček (centrální míšní blokády, ORL výkony, endoskopické urologické výkony). Podává se i.v. i i.m. v dávce 40 mg, maximální denní dávka je 80 mg.

Celekoxib není registrován pro léčbu pooperační bolesti, přesto se někdy používá vzhledem k tomu, že méně ovlivňuje krvácení (například po ORL operacích a endoskopických urologických operacích). Je kontraindikován v těhotenství a během kojení. Je dostupný pouze v perorální formě, dávkování u dospělých je 200 mg denně rozděleno do 1–2 dávek.

Etorikoxib je další ze selektivních inhibitorů COX-2, je registrován pro léčbu osteoartrózy, revmatoidní artritidy, bolesti a příznaků zánětu spojeného s akutní dnovou artritidou u osob starších 16 let. O využití v léčbě akutní pooperační bolesti byly dosud publikovány méně než 2 desítky článků, byl použit především předoperačně v jednotlivé dávce 120 mg, která vedla ke snížení potřebných dávek opioidů a tím i ke snížení jejich nežádoucích účinků.

Preferenční COX-2 inhibitory

Nimesulid je registrován pro léčbu akutní bolesti u pacientů starších 12 let. Kromě rizik společných s ostatními látkami této skupiny byla popsána i hepatotoxicita (viz např. FI č. 6/2008). Je dostupný pouze v perorální formě, dávka je 100 mg dvakrát denně.

Meloxikam je dostupný v injekční (pouze i. m.) i perorální formě. Ve schválených indikacích není uvedena akutní pooperační bolest, přesto je někdy u dospělých používán, zejména perorálně. Nežádoucí účinky jsou stejné jako u ostatních NSA, je kontraindikováno použití v těhotenství i během laktace. Výhodou je dlouhá doba účinku, dávkování je 15 mg 1krát denně.

Opioidy

Opioidy působí na opioidních receptorech (mí, kappa a delta), které se vyskytují v CNS i mimo něj. Opioidy dnes stále tvoří základ systémové analgezie. V léčbě pooperační bolesti se používají téměř výhradně (s výjimkou nalbufinu, který u nás není t. č. dostupný) pouze mí-opioidní agonisté. Zpravidla platí, že opioidy, které jsou účinnější, mají příznivější poměr mezi účinnou dávkou a dávkou, při které se projeví nežádoucí účinky. Slabé opioidy mají stropový účinek (zvyšování dávky nevede k dalšímu analgetickému účinku), silné opioidy toto omezení efektu nevykazují. Opioidy nejsou schopny zpravidla utlumit silnou bolest zcela, svými účinky na náladu však vedou k potlačení nepříjemných pocitů spojených s bolestí. Pro své účinky na náladu mohou být opioidy zneužity k rekreačním účelům, a proto platí pro zacházení s většinou z nich speciální předpisy.

Mezi nežádoucí účinky opioidů patří útlum dýchání (při vyšších dávkách), nevolnost a zvracení, zpomalení motility střev a vyprazdňování žaludku, zvýšení tonusu svěračů, spasmus Oddiho svěrače se stázou žluči, úbytek sekrece pankreatické šťávy a žluči, retence moči, sedace, vzácně euforie nebo dysforie. Méně známým nežádoucím účinkem je vznik svalové rigidity. Při podání opioidů, zejména při jejich neuroaxiální aplikaci, se může objevit svědění kůže. Opioidy mohou působit pokles tlaku a bradykardii stimulací nervus vagus, navíc je běžně potlačena kardiiovaskulární kompenzační reakce na zátěž, takže u některých nemocných může dojít k ortostatickému kolapsu.

Tolerance se projevuje po dlouhodobé aplikaci, a to jak na některé nežádoucí účinky (sedace, nauzea), tak i na analgetický efekt, takže musí být zvýšena dávka. Psychická závislost vzniká v souvislosti s indikovaným používáním v terapii bolesti velmi vzácně. Fyzická závislost vzniká vždy, zpravidla po 20–25 dnech, ale někdy i dříve. V poslední době se s opioidy spojuje fenomén hyperalgezie: látky, které potlačují bolest, paradoxně mohou snížit práh pro vyvolání bolesti. Pokles účinnosti opioidů tak může být způsoben nejen vznikem tolerance na analgetické účinky, ale i hyperalgezií. Nejčastěji se v této souvislosti píše o remifentanilu.

Mezi kontraindikace opioidů patří přecitlivělost, nitrolební hypertenze, kraniocerebrální poranění bez umělé plicní ventilace, terapie inhibitory monoaminoxidázy, porfyrie. Opioidy používané v běžných dávkách krátkodobě k terapii pooperační bolesti jsou bezpečné v těhotenství i během laktace, ale protože přecházejí přes placentární bariéru, je nutná opatrnost v bezprostředním období před porodem, aby nedošlo k útlumu dechového centra novorozence. Při použití v pediatrii je obecně nutný zvýšený dohled, zejména kontrola dýchání po operaci. Citlivější na podávání opioidů jsou rovněž starší nemocní (možnost hlubší sedace, vyvolání zmatenosti, halucinací), pacienti se sníženou funkcí ledvin a štítné žlázy.

Tramadol je slabý opioid, který má některé unikátní vlastnosti. Nepůsobí pouze na opioidních receptorech, ale i inhibicí zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu. Metabolizuje se na analgeticky účinný O-demetyltramadol. Je dostupný v mnoha lékových formách pro parenterální, perorální i rektální podání. Samotný je účinný jen při mírné bolesti, ale v kombinaci s NSA nebo neopioidními analgetiky je výsledná kombinace analgeticky mnohem účinnější. Nevýhodou je častý výskyt nevolnosti, zvracení a závratí. Tramadol může zesílit působení selektivních inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), tricyklických antidepresiv, antipsychotik a jiných léků, které snižují práh vzniku záchvatů, a vyvolat křeče. Neměl by být podáván s inhibitory monoaminoxidázy. Při současném podání blokátorů 5-hydroxytryptaminového receptoru typu 3 (například ondansetronu) dochází ke snížení účinku tramadolu. Pacientům starším 1 roku se podává 1–2 mg.kg⁻¹ tělesné hmotnosti po 4–6 hodinách. U mladistvých a dospělých se podává 50–100 mg tramadolu 4krát denně, neměla by být překročena denní dávka 400 mg.

Morfin je prototypovou látkou celé skupiny silných opioidů a je často používán jako základní analgetikum pro srovnání účinnosti dalších analgetik. Platí pro něj vše, co bylo uvedeno v obecné části. Používá se nejrůznějšími způsoby aplikace (p.o., i.m., s.c., i.v., epidurálně, subarachnoidálně, intraartikulárně). V léčbě pooperační bolesti se používá především parenterální způsob podání. V těle se metabolizuje na účinný morfin-6-glukuronid, který je vylučován ledvinami, a proto je třeba při renální insuficienci počítat s možností kumulace a prodlouženého účinku. Dávkování při systémové analgezií je 1 mg.kg⁻¹, trvání účinku je asi 4 hodiny. V případě použití PCA je bolus 0,5–2,5 mg a lock-out interval 5–10 minut.

Piritramid je účinky podobný morfinu, ale s delším trváním efektu (asi 6 hodin), eliminace není závislá na renálních funkcích.

K intramuskulárnímu nebo subkutánnímu podání je doporučena jednotlivá dávka 15–30 mg u dospělých a 0,05–0,2 mg.kg⁻¹ tělesné hmotnosti u dětí. K intravenóznímu podání (pouze při požadavku zvláště rychlého nástupu účinku) je doporučena dávka u dospělých 7,5–22,5 mg za dodržení podmínky pomalé aplikace (10 mg za minutu). Jednotlivá dávka pro děti činí 0,05 až 0,1 mg.kg⁻¹ tělesné hmotnosti. V případě poklesu účinku může být intramuskulární, subkutánní nebo intravenózní aplikace opakována zpravidla každých 6–8 hodin. Dávkování by mělo být sníženo u starších pacientů, u pacientů s poruchou jaterních funkcí nebo u pacientů v celkově špatném fyzickém stavu.

Pethidin (v angl. meperidin) je zajímavý tím, že kromě opioidního účinku má i vlastnosti slabého lokálního anestetika a alfa-2-sympatomimetika. Přestože je v ČR hojně používán, má řadu vlastností, pro které není vhodný jako pooperační analgetikum. Jeho účinek je zprvu krátkodobý, ale postupně se v organismu kumuluje. Metabolit pethidinu, norpethidin, má neurotoxicke účinky a může vyvolat křeče. Pethidin se podává i.m., s.c. a i.v. Pethidin by se neměl dlouhodobě používat u kojících žen, protože u kojení může způsobit neurobehaviorální změny. Dávkování u dětí (s.c. nebo i.m.) je asi 1 mg.kg⁻¹ tělesné hmotnosti po 4 hodinách. U dospělých se podává dávka 25–50 mg i.v. nebo dávka 25–100 mg s.c. či i.m., maximálně 300 mg denně.

Fentanyl, sufentanil, alfentanil jsou krátkodobě účinné opioidy, které se v systémové analgezií podávají titračním způsobem i.v. po dosažení žádoucího efektu. Jejich užití je limitováno na operační sály, dospávací pokoje a jednotky intenzivní péče. Při použití v PCA je u fentanylu bolus 50–100 µg a lock-out interval 3–10 minut, u sufentanilu bolus 2,5–5,0 µg a lock-out interval 3–10 minut.

Nestandardně používané a adjuvantní léky

Pro úplnost je vhodné zmínit se ještě o dalších látkách, které se v léčbě pooperační bolesti buď již používají, ale mimo schválenou indikaci, nebo jsou ve stadiu klinických zkoušek a jejich využití je zatím nejisté.

Ketamin je původně určen k celkové anestezii a jako součást analgosedace u bolestivých výkonů například v léčbě popálených. Bylo prokázáno, že v malých dávkách (1–2 mg.kg⁻¹ 24 hod.⁻¹), které nemají vlastní anestetické a analgetické účinky, působí především jako antagonist N-metyl-D-aspartátových receptorů a potlačuje vznik tolerance na analgetické účinky opioidů a hyperalgezií, kterou opioidy vyvolávají⁹. Zprávy o tom, že významně potence účinek opioidů a snižuje jejich spotřebu pooperačně, pokud byl v malé dávce (20–40 mg i.v. u dospělých) podán během celkové anestezie, jsou zatím pouze na malých souborech nebo v kazuistikách, ale přesto je již nyní anesteziology v perioperační analgezií využíván.

Gabapentin je antiepileptikum, které je registrováno i pro terapii periferní neuropatické bolesti. Podle dvou recentních metaanalýz^{10,11} v dávkách 300–1200 mg podaných orálně několik hodin před operací snižuje spotřebu analgetik, výskyt pooperačního deliria u starších osob, výskyt nevolnosti a zvracení a může potlačit retenci moči a snížit výskyt svědění po opioidech. Na druhé straně působí sedací a závratě a očekávaný dlouhodobý prospěch ve smyslu snížení výskytu dlouhodobé nebo chronické bolesti nebyl prokázán, jeho používání se proto zatím oficiálně nedoporučuje.

Lidokain je místní anestetikum, které při systémovém podání vede k analgezií pravděpodobně mechanismem blokády sodíkových kanálů periferních nociceptorů, dále zkracuje pooperační ileus a má příznivý vliv na hojení popálenin^{12,13}. Zatím je systémově používán v perioperační medicíně pouze ke klinickým studiím, iniciační dávkování je 1,5 mg.kg⁻¹ v krátkodobé infuzi ještě před začátkem operace a pokračuje se formou kontinuální infuze po různě dlouhou dobu. V ČR je dostupný v injekční formě pouze velmi podobný trimekain, o kterém žádné zprávy týkající se využití v pooperační analgezií nejsou.

Nefopam v ČR zatím registrován není. Patří do skupiny centrálních neopioidních analgetik, mechanismus účinku není přesně znám¹⁴. Nefunguje ovlivněním COX, ale inhibuje zpětné vstřebávání neurotransmiterů serotoninu, dopaminu a noradrenalinu. Analgetický účinek dávky 15–30 mg je někde mezi 50–100 mg petidinu. Na rozdíl od něj nemá antagonistický účinek s antiemetiky ze skupiny setronů (5HT3 antagonistů). Doporučuje se zahájit dávkou 20 mg v krátkodobé intravenózní infuzi asi 20 minut před koncem operačního výkonu a poté po 6 hodinách, nebo pokračovat kontinuálně do celkové dávky 80 mg na 24 hodin. Mezi nežádoucí účinky patří pocení, nevolnost, zmatečnost, křeče, tachykardie a palpitate.

Tapentadol je analgetikum, které funguje jak agonisticky na mí-opioidních receptorech, tak inhibicí zpětného vstřebávání noradrenalinu. Tapentadol je určen jak pro léčbu akutní, tak i chronické bolesti. Limitem je to, že je zatím dostupný pouze jako tablety 50, 75 a 100 mg. V době vydání této publikace je ve fázi III klinických zkoušek¹⁵. Mezi nežádoucí účinky patří nevolnost, zvracení, závratě, somnolence a bolesti hlavy.

Dexamethason a metylprednisolon jsou další látky, o jejichž využití v pooperační analgezií se diskutuje^{16,17}. Glukokortikoidy jsou inhibitory COX-2 a kromě toho mají řadu dalších účinků ovlivňujících syntézu prostaglandinů. Z toho vyplývá i jejich mírný analgetický účinek, jehož nástup je ale odložený až po několika hodinách od aplikace, proto je lépe podávat je již předoperačně. Dávkování dexamethasonu je mezi 4–16 mg i.v., metylprednisolonu 125 mg i.v.

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

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

Šéfredaktor: MUDr. Marie Alušíková, CSc.

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

Výkonný redaktor: RNDr. Blanka Pospíšilová, CSc.

Redakční rada: Doc. MUDr. Š. Alušík, CSc., IPVZ; PharmDr. M. Beneš, SÚKL; Doc. MUDr. J. Fanta, DrSc., ONP Příbram; Prof. MUDr. Z. Fendrich, CSc., FaFUK; RNDr. J. Kramlová, lékárna FN Motol; MUDr. J. Lyer, Sante; MUDr. Jitka Patočková, Ústav farmakologie 3. LF UK; MUDr. B. Seifert, praktický lékař; MUDr. H. Skalická, CSc., soukromý kardiolog; Prof. MUDr. T. Vaněk, CSc., FNKV; Prof. MUDr. J. Živný, DrSc., VFN.

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

Náklad 52.000 výtisků

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

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



ISSN 1211 – 0647
MK ČR E 7101