



TEMPUS MEDICORUM

ČASOPIS ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY

10/2009

ROČNÍK 18

V TOMTO ČÍSLE:

**Je snaha po úsporách
ve zdravotnictví
upřímná?**

**Ministerské sliby
o tarifních platech
a realita**

**Mladí lékaři se sejdou
na ustavujícím
shromáždění**
(mladi.lekari@seznam.cz)



**Zdravotní systém
v ČR je v lepším
průměru**

**Projekt nového
systému
postgraduálního
vzdělávání**

PLUS



EDUKAFARM
medineus
Edukační a inzertní příloha časopisu Tempus medicorum



**Farmakoterapeutické
informace SÚKLu**

Léčba akutní pooperační
bolesti – 2. část

Aktuální informace o reálné
dostupnosti léčiv v ČR



Protikrizový balíček ministra Janoty a zdravotnictví

Imunoglukan®

beta-(1,3/1,6)-D-glukan a vitamin C

Posiluje obranyschopnost organismu.

Použití

- při opakovaném podávání antibiotik
- při opakovaných infekcích (např. HCD aj.)
- při zvýšené zátěži imunitního systému (včetně alergických stavů)
- při velkém psychickém či fyzickém stresu
- při radioterapii a chemoterapii



inzerce

drogika stravy



Lépe již asi bylo

Dva roky po sobě vydával ministr Julínek úhradové vyhlášky hrubě poškozující většinu zdravotnických zařízení. Zatímco se na účtech zdravotních pojišťoven hromadily miliardy korun díky růstu ekonomiky, zvyšujícím se mzdám a valorizaci plateb pojistného

za státní pojištění, k níž došlo v letech 2006 a 2007, řada zdravotnických zařízení se potácela na hranici bankrotu.

Příjmy praktických lékařů se kvůli růstu kapitace a výběru tzv. regulačních poplatků zvýšily již v roce 2008, pro ostatní soukromé lékaře představovala průlom teprve letošní úhradová vyhláška. Po katastrofální porážce ODS v krajských a senátních volbách na podzim 2008 již reformátor Julínek neměl sílu dusit ostatní soukromé lékaře a nemocnice. Politickou kůži si sice nezachránil, ale my jsme se s tříletým odkladem konečně dočkali plné realizace Seznamu výkonů, tedy vyhlášky formálně zvyšující cenu lékařské práce již od roku 2006. Příjmy soukromých praxí ambulantních specialistů přestaly být limitovány výdělky z předchozích let. V současnosti nám pojišťovny proplatí všechny výkony, které provedeme, až do výše počtu bodů vykázaných a uznaných v loňském roce. Zmírily se rovněž historicky vzniklé mezioborové nespravedlnosti, přičemž letošní systém úhrad umožňuje i mírný nárůst výkonnosti soukromých praxí, když nadlimitní body jsou propláceny alespoň v hodnotě 30 haléřů.

Podle údajů zdravotních pojišťoven nelze letošní rok hodnotit jinak než jako pro většinu zdravotnických zařízení úspěšný. Pojišťovny tvrdí, že v 1. pololetí 2009 došlo v porovnání s loňským rokem ke zvýšení úhrad za zdravotní péči celkem o 11 procent, z toho u praktických lékařů o 18 %, u ambulantních specialistů o 8 %, u gynekologů o 8 %. Výdaje za komplementární vyšetření se zvýšily o 18 %, platby nemocnicím o 10 %, zdravotnické záchranné službě o 11 %. Poklesla údajně pouze útrata za péči v LDN, a to o 1 %. S čísly od zdravotních pojišťoven, které by měly nejlépe vědět, kolik komu a za co platí, se polemizuje jen obtížně.

Zatímco nárůst výdajů za lékařskou péči můžeme v našem chronicky podfinancovaném zdravotnictví považovat za věc pozitivní, pak každého lékaře musí znepokojit extrémní a ekonomickými důvody neospravedlnitelný růst výdajů za léky. Vždyť SÚKL udává pro první pololetí letošního roku nárůst celkových výdajů za léky o 12,5 %. Výrazné, celkem sedmnáctiprocentní zvýšení svých výdajů za léky dokládají rovněž zdravotní pojišťovny. Přičemž za zmínku stojí fakt, že k nárůstu dochází ve všech segmentech poskytovatelů lékařské péče, tedy konkrétně u praktických lékařů o 18 %, u ambulantních specialistů o 17 % a v nemocnicích o 15 %. To znamená, že žádná skupina lékařů při předepisování léků „neparazituje“ na ostatních. Příčiny takového vývoje jsou v zásadě tři a působí patrně všechny současně. Pacienti užívají o trochu více léků, my lékaři předepisujeme častěji léky modernější, a tudíž i dražší, a v neposlední řadě díky rozvratu systému tvorby maximálních cen a úhrad léků se ceny i úhrady léků ze zdravotního pojištění zvyšují.

Ještě hůře jsou na tom pacienti, jejichž přímá spoluúčast na úhradě zdravotní péče se také díky tzv. regulačním poplatkům vyšplhala již na úroveň 15,5 %, což se díky absenci možnosti připojištění stává pro stále více našich spoluobčanů ekonomickým problémem. Farmaceutické firmy mají žně, ale právě nárůstu výdajů za léky jsou hlavním argumentem pojišťoven pro přísnější regulace, které ve stávajícím systému nemohou dopadnout na nikoho jiného než na nás, na lékaře. Stále totiž platí úměra, že čím více utratíme za léky, tím méně zbude na zaplacení naší práce.

Podle údajů ministerstva financí zůstává zatím výběr pojistného identický jako v roce 2008. Díky zvýšení úhrad však zdravotní pojišťovny v současnosti průběžně vydávají více, než kolik na pojistném vyberou. Rezervní miliardy, které v době, kdy existenci krize naši vládní ekonomové vehementně popírali, bývalý ministr Julínek připravoval patrně jako bonus pro privatizaci pojišťoven, se tedy zvolna rozpouštějí.

Kvůli očekávanému růstu nezaměstnanosti a jistým negativním důsledkům tzv. Janotova balíčku můžeme v roce 2010 očekávat spíše pokles příjmů zdravotních pojišťoven, a tedy stagnaci příjmů zdravotnických zařízení a možná znovu i zpoždování plateb za zdravotní péči. Definice standardů zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění je v nedohlednu, stejně jako vznik komerčního připojištění. Pro pacienty se zdravotní péče stává stále dražší a dražší a po krachu Julínkova experimentu si míru jejich spoluúčasti žádná politická strana zvýšit netroufne.

Ať počítáme, jak počítáme, české zdravotnictví v roce 2010 bohatší nebude. A i když si toho někteří z nás možná ani nevšimli, ve zdravotnictví lépe již asi bylo.

Milan Kubek

TÉMA MĚSÍCE 2-7

Janotiv balíček přináší krizi do zdravotnictví
Je snaha po dosažení úspor ve zdravotnictví upřímná?

Poděpší lidé politikům revers?

Prohlášení LOK-SČL k situaci ve zdravotnictví

TARIFNÍ PLATY 8-10

Ministerské sliby a realita

Anketa

MLADÍ LÉKAŘI 11-13

Vyhánění mladých lékařů z Česka

Mladí lékaři se sejdou na ustavujícím shromáždění
Iuventus medica

ZDRAVOTNÍ SYSTÉMY V EVROPĚ 14

Zdravotní systém ČR je v Evropě v průměru

260 miliard Kč – účet za zdravotnictví v roce 2008

INZERTNÍ PŘÍLOHA 15-31

Optimální dávkování paracetamolu

při léčbě bolesti a horečky

Zjednodušený algoritmus léčby hypertenze

Chondroprotektiva v léčbě osteoartrózy

Proenzi Premium® – profil přípravku

Individualizovaná onkologická léčba v 21. století

Cetuximab v léčbě kolorektálního karcinomu

Antidepresivní účinek safránu

Metformin – aktualita:

PŘÍLOHA FI

Léčba akutní pooperační bolesti – 2. část

Aktuální informace o reálné dostupnosti léčiv v ČR

VZDĚLÁVÁNÍ 32-33

Projekt nového systému

postgraduálního vzdělávání lékařů

Protest České neurologické společnosti proti

vyhláše upravující postgraduální vzdělávání

v neurologii

KAZUISTIKA 34-35

Případ „neodebraného“ PSA

KOMENTÁŘ 36-37

Dětský autismus – fakta a mýty

PRÁVNÍ PORADNA 38-39

Trestní, nebo disciplinární řízení?

ČINNOST ČLK 40

Převod praxe fyzické osoby na s.r.o.

bez výběrových řízení?

SERVIS 41-44

Vzdělávací kurzy ČLK

Inzerce

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 10: 14. 10. 2009 - Vyšlo: 19. 10. 2009

Podávání 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 Přeprava

Předplatné pro nečleny ČLK 300 Kč/rok

(přijímá redakce)

Příspěvky se nemusejí shodovat se stanoviskem redakce.

Ta si současně vyhrazuje právo na redakční úpravu textů.

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

Větší rozsah a inzerce nelékaře je zpoplatněn. Při zadávání

inzerátů je proto potřeba zadat fakturační kontaktní adresu,

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

zveřejněn.

Janotův balíček přináší krizi do zdravotnictví



Poslanecká sněmovna i Senát schválily novelizaci celého balíku zákonů s cílem snížit meziroční nárůst deficitu státního rozpočtu z odhadovaných 230 mld. Kč na cca 165 mld. Kč. Takzvaný Janotův balíček je často zcela chybně vydáván za opatření protikrizové. Pravý opak je přitom pravdou, což připouští i ministr financí. Snížení mandatorních výdajů, některých sociálních dávek nebo dokonce platů zaměstnanců veřejného sektoru, to vše sníží koupěschopnost obyvatel a omezí spotřebu domácností, která dosud držela naši ekonomiku nad vodou. Hospodářskému růstu pochopitelně nemůže napomoci ani zvýšení daní, které nám ministr Janota rovněž naordinoval.

Změny v příštím roce pocítí rovněž zdravotnictví a bohužel to nebude nic příjemného. Prezident Klaus kdysi dojemně eufemisticky označil svůj vlastní volební debakl jako „nevítězství“. Pokud bychom si i my chtěli něco nalhávat, pak jsme rovněž utrpěli podobné nevítezství. Upřímně řečeno, zdravotnictví dostalo řádně na frak.

Změna zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění

1) Maximální vyměřovací základ pro pojistné se zvyšuje ze současného čtyřnásobku na šestinásobek průměrné mzdy

Částečně se tak napravují následky zákona č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, kterým byly stropy pro výpočet pojistného zavedeny. Osvobozením příjmů nad čtyřnásobek průměrné mzdy se pojistné na veřejné zdravotní pojištění stalo jakousi regresivní daní, díky čemuž osoby s nejvyššími příjmy odvádějí na pojistném nižší procento z příjmů než lidé chudší.

Opatření má přinést v roce 2010 zdravotním pojišťovnám +1,475 mld. Kč. Pozor, má platit pouze jeden rok.

2) Zvýšení plateb za tzv. státní pojištěnce o menší částku, než kolik předpokládal zákon

Platby ze státního rozpočtu jsou významným nástrojem, kterým stát může ovlivňovat ekonomickou bilanci zdravotního pojištění, a to v pozitivním i negativním

slova smyslu. Vyměřovacím základem pro pojistné hrazené státem již nebude 25% průměrné mzdy za rok o dva roky předcházející, ale fixní částka 5355 Kč.

Dosavadní text § 3c zákona byl nahrazen textem:

(1) Vyměřovací základ pro pojistné hrazené státem za osobu, za kterou je podle zvláštního právního předpisu 37) plátcem pojistného stát, se stanoví ve výši 5355 Kč na kalendářní měsíc.

(2) Částku vyměřovacího základu uvedenou v odstavci 1 může vláda vždy do 30. června změnit svým nařízením, a to s účinností k 1. lednu roku následujícího; přihlíží přitom k vývoji průměrné mzdy zveřejňované Českým statistickým úřadem, k možnostem státního rozpočtu a k vývoji finanční bilance veřejného zdravotního pojištění.

Stát bude každý měsíc platit 13,5% z vyměřovacího základu 5355 Kč, tedy 723 Kč. Měsíční platba se oproti roku 2009 zvýší jen o 46 Kč a ne o 118 Kč, jak dosud předpokládal zákon. **Zdravotní pojišťovny tedy sice dostanou od státu v příštím roce o 3,3 mld. Kč více než letos, ale o 5,2 mld. Kč méně, než kolik měly dostat.**

Podrobnosti o platbách za tzv. státní pojištěnce a o jejich zásadním významu na ekonomickou bilanci systému veřejného zdravotního pojištění naleznete v TM 7-8/2009.

Stát zůstává největším dlužníkem veřejného zdravotního pojištění. Nepoměr mezi 58% obyvatel, kteří spotřebovávají cca 80% zdravotní péče ve finančním vyjádření, a platbou státu, která nedosahuje ani 23% příjmů pojišťoven, je do očí bijící základní příčinou opakujících se ekonomických problémů českého zdravotnictví.

3) Zrušení automatické valorizace plateb za státní pojištěnce

Vazba plateb státu na vývoj průměrné mzdy měla zajistit alespoň to, aby podíl plateb státu na příjmech veřejného zdravotního pojištění příliš neklesal.

Vláda, která je vůči systému veřejné-

ho zdravotního pojištění v pozici plátce pojistného, získala zmocnění sama rozhodovat o výši pojistného, jež bude platit. Nepochybují, že všem plátcům pojistného i daňovým poplatníkům by se líbil systém, ve kterém by podle svých možností a priorit mohli rozhodovat o výši pojistného a daní, kterou jsou ochotni zaplatit. Takto kocourkovský systém nebude fungovat ani ve zdravotnictví. Vzhledem k nejasné prognóze vývoje ekonomiky jsou totiž na místě obavy, že by vláda nemusela ani pro rok 2011 své platby valorizovat.

Změna zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

1) Očkování proti pneumokokům a proti chřipce má být hrazeno z veřejného zdravotního pojištění

Je naprostou záhadou, jak se tato změna, o jejímž medicínském významu v této souvislosti nemá smysl polemizovat, ocitla mezi úspornými opatřeními, když naopak zvýší výdaje zdravotních pojišťoven o 200 milionů Kč ročně.

2) Změny v určování výše a podmínek úhrady léků z veřejného zdravotního pojištění

Ministerstvo zdravotnictví sice očekává úsporu 0,75 až 1,5 mld. Kč

za rok, avšak ve skutečnosti jsou dopady těchto změn obtížně odhadnutelné. Způsob stanovení maximální ceny léků totiž i nadále bude umožňovat výrobci prodávat svůj lék v ČR za cenu, která může být druhá nejvyšší v rámci celé EU.

3) Plošné snížení maximálních cen a úhrad z pojištění o 7 %

Ministerstvo zdravotnictví deklaruje úsporu 2,5 mld. Kč. Ve skutečnosti se však plošné snížení maximálních cen a úhrad týká pouze těch léků, u nichž dosud neproběhla platným zákonem stanovená revize úhrad. Tato revize přitom měla proběhnout dle planého zákona do konce roku 2008! Pokud by tedy ministerstvo zajistilo, aby jemu podřízený SÚKL dodržoval zákon, byla by již v roce 2009 reálná úspora ve výdajích za léky mnohem vyšší než 2,5 miliardy korun, které MZ jako budoucí možnou úsporu deklaruje.

Další negativní dopady tzv.

Janotova balíčku na zdravotnictví

1) Snížení platů zaměstnanců ve veřejném sektoru o 4 %

Snížení platů zaměstnance nemocnic včetně lékařů pochopitelně nepotěší, avšak doplatí na ně i soukromí lékaři. Pokles platů bude mít totiž negativní dopad

na výběr pojistného, neboť právě zaměstnanci veřejného sektoru jsou nejvýznamnějším plátcem zdravotního pojištění. **Pokles příjmů zdravotních pojišťoven lze v příštím roce odhadovat v této souvislosti na cca 2 mld. Kč.**

2) Zvýšení DPH

Zvýšení DPH o jeden procentní bod zdraží veškeré vstupy do zdravotnictví. Dojde k dalšímu zdražení léků, potravin...

Závěr:

Tzv. Janotův balíček není ničím jiným než dalším z řady pokusů našich politiků vylepšovat bilanci státního rozpočtu za cenu destabilizace systému veřejného zdravotního pojištění, jehož krizi můžeme očekávat na přelomu let 2010 a 2011.

Zdravotnictví prohrálo. Kdo v boji o balíček naopak zvítězil:

Tabáková lobby – spotřební daně na tabák a cigarety se nezvýší o navrhovaných 5 miliard, ale jen o 2 miliardy korun.

Sázkařská lobby – návrh na zvýšení daní z hazardu na dvojnásobek nebyl schválen, a stát tedy očekávané 4 miliardy korun nezíská.

Farmaceutická lobby – změny v hrazení očkování zvýší výdaje veřejného zdravotního pojištění o 200 milionů korun.

Milan Kubek

Je snaha o dosažení úspor ve zdravotnictví upřímná?

Dne 1. ledna 2010 nabude účinnost změna zákonů podle tzv. Janotova balíčku úsporných opatření. Vztah ke zdravotnictví mají změny čtyř zákonů. V zákoně o Všeobecné zdravotní pojišťovně a stejně tak v zákoně o rezortních a dalších pojišťovnách se zakazuje poskytovat pojištěncům výhody za přestup z jiné pojišťovny. Daleko významnější je změna v zákoně o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. Zde se nově stanoví vyměřovací základ pro pojistné za osoby, za něž plátcem pojistného je stát. Pro rok 2010 je tímto základem částka 5355 Kč. Státní rozpočet takto oproti předpokladům ušetří více než 4 miliardy. O stejnou částku poklesnou příjmy zdravotních pojišťoven, tedy zdravotnictví.

Nejvíce změn se vztahuje k zákonu o veřejném zdravotním pojištění. Tyto změny sice nemají přímý vztah k státnímu rozpočtu, ale ovlivňují výši prostředků, jež bude mít zdravotnictví k dispozici. Logika říká, že tyto změny by měly eliminovat či alespoň výrazně snížit negativní dopady současné ekonomické situace na financování zdravotní péče. V první řadě jde o výše zmíněné cca 4 miliardy „věnované“ státnímu rozpočtu a dále o snížené příjmy plynoucí z růstu nezaměstnanosti, snižování platů a podobně.

Ministr Janota požaduje jen úspory

Návrh, který v této souvislosti do vlády a posléze do parlamentu zaslalo Ministerstvo zdravotnictví ČR, neodpovídá logice. Ministerstvo totiž téměř doslovně použilo návrh

připravený o tři měsíce dříve pro takzvanou senátní novelu téhož zákona. Paradoxem je skutečnost, že hlavním cílem červnové novely bylo zachování regulačních poplatků a pro získání hlasů váhajících poslanců obsahovala i různá „cukrátky“ zvyšující náklady veřejného zdravotnictví (očkování proti pneumokokové infekci). Naproti tomu ministr Janota nepožaduje nic jiného než úspory.

Jen nepatrně menším paradoxem novely zákona o zdravotním pojištění je skutečnost, že znemožňuje zdravotním pojišťovnám dosahovat úspor ve svých nákladech na léky.

Nově vložené odstavce číslo 7 a 8 paragrafu 39c – na rozdíl od platného zákona – znemožní zdravotním pojišťovnám iniciativně navrhnout úspory u léků, za něž platí více, než zákon stanoví. Iniciativa pojišťoven je přípustná jen tehdy, pokud ušetřená



částka každého jednotlivého návrhu dosáhne alespoň 50 milionů korun. Zdravotnictví kupříkladu bude muset oželeť jednu miliardu korun, pokud by se skládala z 25 návrhů po 40 milionech!

Utajen zůstává důvod, proč novela nezahrnuje opatření, které by výrazně snížilo doplatky pacientů a současně šetřilo i prostředky zdravotních pojišťoven. Ministerstvo toto opatření dobře zná a jeho legislativní podobu má k dispozici. Jde o metodiku stanovení maximální ceny léku. Současné znění zákona totiž umožňuje výrobcům prodávat svůj lék v České republice za cenu, která je druhá nejvyšší ze všech 27 států Evropské unie. Racionální verze, neodporující směrnicí EU, by stanovila, že maximální cena v ČR je průměrem tří nejnižších cen EU. Nezahrnutí této změny do současné novely pochopitelně vyhovuje výrobcům léků. Je jejich vliv na ministerstvo silnější než zájmy pacientů a finanční stabilita zdravotnictví?

Nepředstavitelné množství administrativní práce

Pozitivně lze v novele hodnotit změny umožňující pojišťovně zasahovat i do změn maximálních cen a zkrácení termínu pro stanovení úhrady v rámci skupiny zaměnitelných přípravků. Věřme, že pojišťovny této možnosti využijí, že SÚKL oproti současnosti začne stanovené lhůty dodržovat a že samo ministerstvo termíny neprodlouží neúměrně dlouhým jednáním případných odvolání.

Naproti tomu jen zanedbatelné zlepšení přinese povinné snížení maximální ceny a úhrady u prvního generika na trhu o 25% namísto dosavadních 20%. Již nyní totiž zpravidla činí reálné snížení podstatně více než nově stanovených 25%.

Oproti červnové senátní novele se přijatá novela liší pouze v přechodných opatřeních, která nařizují plošné jednorázové snížení maximálních cen a úhrad. V červnu činilo 5%, nyní 7%. Tato přísnost je však okamžitě kompenzována novým odstavcem umožňujícím výjimky. Nechci být prorokem špatných zpráv, ale obávám se, že možnost žádostí o výjimky naprosto eliminuje nebo alespoň o řadu měsíců opozdí ministerstvem očekávanou úsporu ve výši 2,5 miliardy korun. Každopádně zatíží SÚKL (a pravděpodobně i samotné ministerstvo) nepředstavitelným množstvím administrativní práce. Odstavec číslo 5 těchto přechodných opatření jistě uvítají právní kanceláře, kterým přinese řadu nových kauz. Text tohoto odstavce mimo jiné jasně nestanoví, zda o vý-

jimku z plošného snížení lze za stanovených podmínek žádat jen u maximálních cen, nebo i u úhrad. Text neříká, zda žádost o výjimku má či nemá odkladný účinek. Může se žadatel odvolat, pokud SÚKL žádost o výjimku zamítne? Bude ministerstvo řešit odvolání jako dosud i déle než 6 měsíců?

Nejedná se o skutečnou úsporu

To zdaleka není výčet všech nejasností, které nové znění přechodných opatření přináší. Podle mého názoru senátní text stanoví pouze 5procentní snížení, ale bez možnosti odvolání by přinesl větší „úspory“ než přijaté znění. Je opět zcela nepochopitelné, proč ministerstvo nezajistilo, aby tato změna vstoupila v platnost dnem vyhlášení tohoto zákona, tedy již v říjnu. Dle článku XXIII novely toto jednorázové snížení vstoupí v platnost až k 1. lednu 2010, čímž se zdravotnictví zřídka pro rok 2009 přibližně půlmiliardové „úspory“!

Slovo úspora jsem v předchozím odstavci dal do uvozovek záměrně. Toto povinné snížení úhrady se podle novely vztahuje pouze na léky, u nichž v důsledku opožděné zahájené a velmi zdlouhavě prováděné revize úhrad za rok 2008 nenabudou ani k 1. lednu 2010 právní moci nové úhrady, stanovené ve shodě se zákonem platným již od 1. ledna 2008. Ministerstvo zdravotnictví tudíž vydává částečnou kompenzaci předchozího porušení zákona za úsporu!

Je nutno ještě dodat, že ve skutečnosti nepůjde o snížení výdajů oproti předchozímu roku, nýbrž pouze o zmírnění tempa nárůstu těchto nákladů. Z údajů o spotřebě léků, které před nedávnem zveřejnil SÚKL, lze předpokládat, že náklady v letošním roce ve srovnání s rokem předchozím vzrostou cca o 5 miliard korun a bez radikálních změn obdobný trend bude pokračovat i nadále. Nejde tudíž o reálnou úsporu.

Ohrožení finanční stability zdravotnictví

Podíl výdajů na léky z celkových nákladů zdravotnictví je v Česku jedním z nejvyšších v celé unii. Více než 12procentní nárůst výdajů za léky vykazovaný za druhé čtvrtletí SÚKLEM (údaje ze zdravotních pojišťoven hovoří až o 17procentním nárůstu!) neodpovídá našim ekonomickým možnostem a ohrožuje finanční stabilitu celého zdravotnictví.

Základní příčinou nepřiměřeného růstu nákladů na léky nejsou jen legislativní nedostatky, nýbrž i způsob aplikace současného

zákona v praxi. V legislativě – kromě již zmíněného způsobu stanovení maximální ceny – jsou další výraznější úspory obtížné. V běžné činnosti všech zúčastněných subjektů, to je SÚKLu, ministerstva a zdravotních pojišťoven, značné nedostatky přetrvávají a jejich náprava představuje možnost nemalých finančních úspor.

SÚKLu, který formou správních řízení stanoví maximální ceny a úhrady, současný platný zákon nařizuje každoroční revizi úhrad. Tento úkol SÚKL zatím nesplnil ani za rok 2008 a vše nasvědčuje tomu, že v důsledku toho ještě v roce 2010 bude naše zdravotnictví za dlouhou řadu léků platit nepřiměřeně vysoké ceny, a v rozporu se zákonem tak zbytečně vydávat miliardové částky. Nadřízený orgán, Ministerstvo zdravotnictví ČR, toto porušení zákona toleruje. „Omluvou“ SÚKLu, podporovanou vedením ministerstva, je značná pracnost této agendy a nedostatek zkušeností. Pracovní zatíženost si SÚKL sám zvyšuje mimo jiné tím, že jednu a tutéž činnost zcela zbytečně provádí dvakrát.

Příklad: další výrobce již existujícího generického léku po získání registrace požádá o stanovení úhrady. Ke splnění tohoto úkolu musí SÚKL získat a zpracovat údaje o cenách zaměnitelných léků ve 27 zemích EU. SÚKL získané údaje nevyužije k současnému provedení zákonem uložené revize všech léků této skupiny. Tuto revizi zahájí o několik měsíců později a znovu pracně získává údaje, které již jednou měl. Tento nepochopitelný pracovní postup prakticky zlikvidoval systém referenčních úhrad. Úhrady léků téhož složení a téže velikosti balení přestaly být totožné.

Agenda správného řízení, podle níž SÚKL postupuje, je použitelná pro stanovení ceny léků podle předem určených pravidel. Pro rozhodování o výši a podmínkách úhrady není dostatek jednoznačných údajů. Hodnocení je do značné míry subjektivní. Svědčí o tom mj. i skutečnost, že jeden a tentýž lék je v jedné zemi EU hrazen z veřejného pojištění, v jiné je hrazení odmítnuto. Příklad z nedávné minulosti: ČR hraď onkologický lék, jenž nesrovnatelně bohatší Anglie z ekonomických důvodů zamítla.

Ministerstvo neřídí SÚKL a samo nedodržuje správní řád

Počínání SÚKLu je z určitého pohledu pochopitelné. Je si vědom, že rozhodnutím v neprospěch výrobce riskuje daleko „větší



nepřijemnosti“ než rozhodnutím v neprospěch zdravotních pojišťoven. Zodpovědnost SÚKLu za případné finanční dopady jeho činnosti na zdravotnictví stejně jako riziko právních postihů se strany pojišťoven je minimální. Žaloby ze strany výrobců jsou zcela

rozhodnutí je zajištěn. Jiný příklad: dvě žádosti o zvýšení maximální ceny podané jedním výrobcem byly kladně vyřízeny během 60 dnů, tedy ve lhůtě kratší, než stanoví zákon. Projednávání návrhu na snížení maximální ceny z moci úřední trvalo 14 (!) měsíců.

reálné. Příklad na dokreslení: správní řád dává správnímu místu možnost v určitých případech rozhodnout, že odvolání proti rozhodnutí nemá odkladný účinek. Jedním z těchto případů je veřejný zájem. Úsporu veřejných prostředků jistě lze za veřejný zájem považovat. SÚKL tuto možnost nevyužívá. Není proto divu, že výrobce se proti snížení ceny či úhrady běžně odvolává. Nezáleží na tom, zda žádost je či není opodstatněná. Odklad nepříznivého roz-

Nemalou vinu na problematickém fungování systému má samo ministerstvo již tím, že nedokázalo u své podřízené organizace SÚKLu zajistit racionální způsob práce. Ministerstvo samo nedodržuje správní řád a odvolání nevyřizuje ve stanoveném termínu 60 dnů. Server Aktuálně.cz před nedávnem uvedl příklad jednoho léku, u něhož odvolání leželo na MZ plných 6 měsíců. A po celou tu dobu platilo české zdravotnictví za tento lék více, než stanoví zákon. U tohoto jediného léku za každý měsíc to činilo cca 10 milionů korun, celkem tedy 60 milionů.

Zdravotní pojišťovny nebyly připraveny

Naprosto nepřipraveně vstoupily do nového systému od 1. ledna 2008 zdravotní pojišťovny. Zkušenosti v obdobné práci měla pouze VZP. Pojišťovny úkoly vyplývající z nového systému nezvládají, což lze přičítat i zcela nedostatečnému personálnímu zajištění. Dostatečným důkazem tohoto tvrzení je neuvěřitelně nízký počet vlastních návrhů podaných pojišťovnami s cílem snížení nákladů. Zákon jim tuto možnost poskytuje. Pozoruhodná je rovněž pasivita zdravotních pojišťoven v reakci na obrovské finanční škody, které jim působí nedodržením zákonů jak SÚKL, tak samo ministerstvo. Je obtížné se zbavit myšlenky, že u VZP je tato pasivita propojena s úzkou vazbou na ministerstvo. (Předsedou správní rady VZP je první náměstek ministerstva. Jmenování a odvolání ředitele VZP je v rukou ministerstva).

Pokud snaha ministerstva o dosažení úspor v systému je míněna vážně, musí MZ neprodle ně učinit daleko více, než vláda vložila do Janotova balíčku. ČLK je připravena spolupracovat, což ministerstvu opakovaně deklarovala.

Ing. Jindřich Graf, farmakoekonom ČLK

Podepíší lidé politikům reverz?

Již několik let pozoruji stav, který ve mně vyvolává obavy. Nazývám jej zbožštěním ekonomie. Mnozí ekonomové mají pocit, že ekonomickými zákony se dá vysvětlit úplně všechno a že nad jejich vědu není. Mnozí politici nám tvrdí, že současnou krizi mají řešit pouze a jenom ekonomové a ostatní jim do toho nemají co mluvit. V médiích se střídají různí ekonomičtí experti se svými jednoznačnými soudy.

Přitom málokteré médium má svého nezávislého ekonomického analytika, často (a platí to i pro veřejnoprávní média) se

proto obracejí na různé mladé pracovníky bank a finančních firem, aby se vyjádřili k problematice státu, politiky i k životu ostatních občanů. Nikomu nevadí, že jde o mladé lidi bez větších životních zkušeností, kteří na svět koukají prizmatem své peněženky, platu a bonusu, a co je ještě horší – nejsou nezávislí, protože jejich banka či firma je součástí systému a má své obchodní zájmy.

Ekonomové nejsou neomylní

Ekonomie je přitom „jen“ věda, která se v čase vyvíjí díky novým poznatkům.

Co platilo před několika lety, může být opuštěno a po čase třeba znovu objeveno. Nic neplatí univerzálně a napořád. Lékaři podobný vývoj znají z medicíny. Kolik skvělých léků bylo novými studii relativizováno nebo dokonce zavrženo, aby se posléze třeba v jiné indikaci vrátily. V ekonomii také existuje několik škol, proudů a protichůdných názorů a rozhodnout, která názorová skupina ekonomů má blíže k pravdě, není vůbec jednoduché. Pokud nevěříme pouze díky svému politickému (ideologickému) pohledu na svět.



Důkazem omylnosti ekonomů jsou prognózy průběhu ekonomické krize a odhady růstu či propadu národního hospodářství, kterými jsme takřka každodenně zahlcováni. Až na výjimky všechny prognózy a odhady je potřeba za týden, nejpозději za měsíc přehodnocovat. Ale všechny jsou zároveň vyslovovány až s arogantní jistotou. Pokora žádná. Ještě horší je, že mi často názory ekonomů, které slyším, připomínají rady účetních, kteří se vyslovují k tomu, jak má být vedena firma. Hra čísel, má dáti, dal... Nic proti, bez účetního firma být nemůže, ale rozhoduje manažer. Zajímavější než názor ekonomů-účetního by jistě bylo slyšet v médiích názor národohospodáře. Ten by měl čísla vidět a popsat v širších souvislostech. Bohužel národohospodářů máme u nás málo, zato „účetních“ mnoho. Děsím se toho, že tito „účetní“ – a za takové považují většinu členů Národní ekonomické rady vlády či současného ministra financí Janotu – mají rozhodovat o politice státu. Je to nebezpečné kdykoliv, a nyní, v době krize, se to jen umocňuje. Podobná situace přitom vládne nejenom u nás, ale prakticky globálně.

Prognózy se opět radikálně liší

Pokusím se vysvětlit, z čeho mám strach. Na začátku současné krize byla krize finančních institucí (finanční krize), ke které došlo kvůli virtuálním kšeftům a různým podivným produktům, za něž finančníci dostávali královské bonusy a prémie. Finanční krize přešla logicky v krizi hospodářskou, která stále ještě probíhá. To, zda jsme již na konci, nebo máme před sebou jen přechodné zlepšení, ví asi jen Bůh. Prognózy se opět radikálně liší. Pokud si krizi představíme jako nemoc a lidskou společnost nebo stát a jeho občany jako pacienta, měli bychom si položit otázku, zda finanční a ekonomická krize jsou jedinou nemocí, kterou může onemocnět. Respektive zda nejde o nemoc, která může mít ještě horší stadium.

Pokud se podíváme do historie lidstva, je jasné, že dalším stadiem může být krize sociální a následně i politická. Stačí si přečíst dějiny od antického Říma přes „velké“ revoluce (francouzskou a listopadovou, pardon říjnovou) až k velké ekonomické krizi ve třicátých letech minulého století, která se vedle nerozumných reparací po první světové válce podílela na nástupu Hitlera k moci a vedla k válce druhé. Nebo

se můžeme podívat na některé změny, ke kterým dochází nyní v Jižní Americe, například na nástup „nových“ prezidentů Huga Chaveze ve Venezuele či Eva Moralese v Bolívii.

Nelze se podle mne na všechny tyto děje koukat pouze skrze následky, být krvavé a totalitní, a pouze je odsoudit. Aby se totiž neopakovaly, musíme se ptát po příčinách, proč k nim došlo. Proč lidé šli do ulic, proč vzali zbraně a zákon do svých rukou? Proč když byl Hugo Chavez svržen před několika lety vojenským pučem, lidé ho zachránili a vrátili zpět do funkce? Proč několikrát vyhrál volby, přestože je ve světě popisován jako „dábel“? Konstatovat pouze, že lidé jsou hloupí a nechají se zmanipulovat revolucionáři, populisty nebo politiky, kteří nabízejí rychlá a jednoduchá řešení, je navič a nebezpečné. Mimochodem nikdo mi dosud neodpověděl, jak mohlo 80 revolucionářů, kteří se pod vedením Fidela Castra a Che Guevary vylodili na Kubě v prosinci 1956, položit režim prezidenta Batisty podporovaný miliony amerických dolarů. Zřejmě bylo něco špatně. Jaká byla předchozí situace a nálada lidí tenkrát na Kubě, ve Venezuele před Chavezem, v Německu před Hitlerem, ve Francii před rokem 1789? Nešlo tomu zabránit? A tím nemyslím nějaké silové řešení typu stanného práva a pozavírání kverulantů, což by problém jen oddálilo.

Pokud se nepoučíme z dějin, můžeme zase prošvihnout rozšíření oné pomyslné nemoci do stadia závažnějšího, s naprosto nepředvídatelným průběhem.

Léčba musí být komplexní

V současné době je nám tedy ze všech stran vkládáno do hlavy, že ekonomickou krizi musí řešit ekonomové, tedy ti „účetní“. Použijí paralelu z medicíny. Každý přírůstek sice pokulhává, ale přesto... Připadá mi to, jako by nemocného pacienta měl léčit pouze klinický biochemik. Máme málo sodíku, moc draslíku a ta glykemie také nic moc. Nemocný pacient ale má přece také svoje pocity, stesky a bolesti. Léčba není vždy jenom kauzální, ale často také symptomatická a mnohdy funguje i placebo. Důležité také je, zda nemocný má ke své léčbě a lékařům důvěru a zda spolupracuje. Je skvělé, pokud je klinický biochemik v týmu, který pacienta léčí. Léčba však musí být komplexní. Pacient by totiž mohl zemřít, i když má kompletní

laboratorní výsledky v normě. Na druhou stranu i hlas biochemika (ekonomů) musí být slyšet. Rozvrat vnitřního prostředí (finanční krach státu) také může vést ke konci pacienta nebo minimálně k rozšíření choroby.

A ono nemusí být hned tak zle, pacient nemusí rovnou zemřít. K revoluci, k totalitě nebo k válce je cesta většinou dlouhá a klikatá. Jde o pozvolný proces, který se však může v určitém okamžiku stát neřiditelným a neodvratným. Na začátku většinou bývá ztráta důvěry ve stávající systém a v politiku, medicínským příměrem ve způsob léčby a v lékařský tým. Kvůli tomu může pacient podepsat reverz a obrátit se na šarlatány a léčitele. Pokud jim uvěří, další stadium nemoci je pak téměř jisté. Bojím se, aby v dalších volbách voliči nedali přednost extremistům a je jedno jaké ideologie. Pokud například za čtyři roky do parlamentu vpochoďují poslanci s holými lebkami a v kanadách, odstartuje se tím děj, který se může vymknout jakékoliv kontrole.

Co když „balíček“ vyvolá ještě hlubší krizi?

U nás, v té naší pomyslné české nemocnici je přitom situace ještě horší. Pacient má pocit, že lékaři (politici), kteří ho mají léčit, se dohadují o kompetence a o to, kdo bude primářem, a že je medicína a jeho nemoc vůbec nezajímají. Komunikace s pacientem je příšerná, v podstatě na okamžitou stížnost k disciplinárním orgánům. Navíc ještě záplava reálných i smyšlených článků a reportáží o korupci lékařů, kteří si „nechávají platit od farmafirem“. Pacient důvěru k lékařům už dávno ztratil, ale ještě se nerozhodl, co udělá dál. Ministr Janota přišel s „protikrizovým“ balíčkem, který ale je protirůstový, jak ho sám označil. Čili rozpočet (biochemický obraz) se nezhorší, ale pacientovi bude hůř. Nelze vyloučit, že vyvolá ještě hlubší krizi, než v které se teď nacházíme. Určitě však budeme dluh splácet déle. Prodlužuje se tak nemoc pacienta, jeho obtíže a negativní symptomy. Co udělá za pár let, až zjistí, že se neléčí, nevím, ale kdyby pak podepsal reverz, vůbec bych se nedivil. Možná jsou mé obavy liché a možná jen slyším trávu růst. Myslím si ale, že diskuse o tomto pohledu na krizi je potřeba.

Michal Sojka

Není důvod k drastickým úsporným opatřením

Prohlášení LOK-SČL k situaci v českém zdravotnictví

LOK-SČL si je vědom obtížné ekonomické situace, která zvláště v příštím roce hrozí, a uvědomujeme si, že to bude mít vliv i na financování zdravotní péče. Je nám jasné, že ve zdravotnictví jsou značné finanční rezervy a propad na straně příjmů nebude tak závažný, aby zadával příčinu k drastickým úsporným opatřením. Ekonomickou stabilitu rezortu více ohrožuje rozbujelá korupce, zasahující možná do nejvyšších pater státní a ekonomické správy rezortu, než důsledky ekonomické krize.

LOK-SČL upozorňuje na skutečnost, že personální krize způsobená arogancí a netečností předchozích vlád za hospodářské konjunktury dovedla zdravotnictví na pokraj kolapsu. Důrazně varujeme před hledáním úspor v personální oblasti a mzdových prostředcích. Jsme přesvědčeni, že rezervy ve zdravotnických financích umožňují personální stabilizaci rezortu i v roce 2010. Jako nešťastně provedenou, byť dobře myšlenou, vnímáme snahu MZ ČR o navýšení platů zdravotníků, neboť ministerstvo již není schopno v rezortu aplikovat svou vůli a jeho snaha ztroskotala na ignoraci

ze strany zdravotních pojišoven.

LOK-SČL považuje za velmi nešťastnou situaci, kdy právní prostředí v ČR nadále umožňuje vytvářet privátní zisk organizacím, které pracují s omezenými prostředky veřejného zdravotního pojištění, čímž je část těchto prostředků nevratně ztracena. Jako nešťastnou vnímáme také skutečnost, kdy zdravotníci jsou v různých organizacích odměňováni za stejnou práci odlišně. Stav, kdy jsou mzdy v podnikatelských subjektech nižší než platy v subjektech veřejnoprávních, při nepochybném zvýhodnění privátního sektoru v oblasti úhrad, považujeme za přímý důkaz selhání soukromého sektoru ve zdravotnictví.

LOK-SČL trvale varuje před narůstajícím a neřešeným problémem přesčasové práce a jeho obrovským rizikem pro pacienty i zdravotníky. Odmítáme procesy hodnocení a řízení kvality, které nezohledňují výše uvedené riziko. Za velké riziko považujeme rozpad postgraduálního vzdělávání a další administrativní překážky, které jen snižují zájem mladých lékařů o práci v ČR.

LOK-SČL proto požaduje:

1. Vytvoření a kodifikaci jednotné normy pro odměňování zdravotníků.
2. Vytvoření a kodifikaci organizací s neziskovým statutem pro zařízení čerpající prostředky z veřejného zdravotního pojištění.
3. Možnost odpisu daně z příjmu pro zdravotníky u těch komodit, které potřebují pro svou práci a další vzdělání.
4. Posílení pravomocí ČLK, zejména v oblasti kontroly kvality lékařské péče v jednotlivých zařízeních a dále v organizaci a certifikaci vzdělávání lékařů. Považujeme za žádoucí převést na ČLK celou oblast postgraduální přípravy včetně atestací.
5. Požadujeme omezení zatížení lékařů objemem přesčasové práce a snížení ekonomické závislosti zdravotníků na přesčasech.
6. Žádáme vytvoření pracovní skupiny napříč politickým spektrem a za účasti odborné veřejnosti, která by připravila potřebné změny pro zdravotnictví ČR.

Za předsednictvo LOK-SČL Martin Engel, Lukáš Velev

Prostějov 9.–11. října 2009

Pracujete v nemocnici, ale nechcete se stát členy LOK-SČL, aby z vás nebyli „odboráři“?

Mějte na paměti, že profesní (chcete-li odborová) organizovanost je v rozvinutých zemích s tržní a demokratickou tradicí zcela normální, ostrakizována je právě v totalitních režimech.

Řada požitků, které dnes považujete za běžnou součást svého života, byla v historii obtížně vybojována právě profesními (odborovými) organizacemi.

Práce a účast v profesní organizaci je smysluplnou prací pro vaše kolegy, která přináší společnosti mnohem více užítku než politická angažovanost.

Profesní organizace jsou jedním z pilířů občanské společnosti, kterou se jinak snaží politické subjekty v celém spektru eliminovat, nebo alespoň marginalizovat.

Deset a jeden důvod, proč se stát členem LOK-SČL:

1. LOK-SČL již téměř patnáct let vede zápas za vaše důstojné pracovní a mzdové podmínky.
2. Za léta své činnosti jsme získali významné zkušenosti v oblasti prosazování vašich zájmů a ochraně vašich práv.
3. Jsme dobře fungující organizací se strukturou čítající 100 místních organizací a 5000 členů ve zdravotnických zařízeních celé ČR.
4. Při obhajobě práv našich členů spolupracujeme s předními právníky v oblasti zdravotnického a pracovního práva.
5. Spolupracujeme s evropskými zaměstnaneckými lékařskými svazy na prosazování práv lékařů v rámci celé EU.
6. Rozhodující měrou jsme přispěli ke zlepšení pracovních a ekonomických podmínek lékařů v České republice.
7. Naším členům poskytujeme důležité služby a informace, které by jinak získávali velmi obtížně.
8. Pravidelně organizujeme vzdělávací akce zaměřené na zdravotnické právo.
9. Zastupujeme naše členy v pracovněprávních sporech.
10. Poskytujeme nepřetržitou poradenskou činnost pro naše členy, která zohledňuje i naléhavost jednotlivých případů.
11. Při řešení pracovněprávního sporu, obhajobě zákonných práv, prosazování svých zájmů je vždy lepší mít na své straně silnou a dynamickou organizaci s výsledky, praxí a zájmem, než se snažit tyto úkoly vyřešit svépomocí.

Předsednictvo LOK-SČL

LOK-SČL poskytl 200 tisíc pro Iuventus medica

Předsednictvo Lékařského odborového klubu – Svazu českých lékařů rozhodlo na svém jednání 10. října 2009 přispět do Nadačního projektu na podporu vzdělávání mladých lékařů Iuventus medica částkou 200 tisíc Kč. V současné době činí příspěvky dárců (Asociace inovativního farmaceutického průmyslu, Česká lékařská komora a LOK-SČL) celkem 1,2 mil. Kč.

(MIS)

Ministerské sliby a realita

Vláda na návrh Ministerstva zdravotnictví ČR rozhodla o navýšení tarifních platů zdravotnických pracovníků, které by mělo přispět k omezení jejich odchodů mimo obor nebo do zahraničí. Nejvýrazněji se to týká zdravotních sester a porodních asistentek. Na jednání tzv. Rady poskytovatelů začátkem června letošního roku (5. 6. 2009) se ministerstvo zavázalo zajistit finanční pokrytí části (bohužel blíže nespecifikované) zvýšení osobních nákladů, a to všem zdravotnickým zařízením, která zaměstnávají zdravotní sestry.

Vláda může prostřednictvím tarifních tabulek ovlivňovat výši příjmů pouze u zaměstnanců organizací, které se při odměňování řídí pravidly pro poskytování platu. Avšak výsledkem jejích jednání s Ministerstvem zdravotnictví ČR byl slib i ostatních zaměstnavatelů, tedy krajských nemocnic – akciových společností a soukromých zdravotnických zařízení, že platy zdravotních sester rovněž navýší. Ministerstvo stanovilo částku 1,2 mld. Kč všem zdravotním pojišťovnam dohromady, o kterou by měly navýšit úhrady zdravotnickým zařízením ve 2. pololetí 2009, a to proporcionalně dle počtu zaměstnáváných zdravotních sester a výše jejich pracovních úvazků.

Skutečnost je bohužel taková, že v některých fakultních nemocnicích byly navýšeny tarifní platy zdravotníků na úkor snížení odměn a osobních příplatků. V řadě dalších nemocnic je situace obdobná nebo dokonce ke zvýšení nedošlo vůbec. Řada soukromých lékařů již od července 2009 mzdy svým zaměstnancům zvýšila, a to v diferencované výši, někteří vyčkávají.

Příčina je prozaická: navzdory slibům Ministerstva zdravotnictví ČR neobdržela zdravotnická zařízení na pokrytí zvýšených osobních nákladů zdravotnických pracovníků žádné finanční prostředky a dosavadní postoj zdravotních pojišťoven nedává dostatečné záruky, že proklamovaný slib bude dodržen.

Postoj zdravotních pojišťoven

Správní rada VZP ČR kvůli personální stabilizaci zdravotních sester schválila 25. 5. 2009 pro 2. pololetí letošního roku částku 790,45 mil. Kč (65,87% podíl VZP ČR z částky 1,2 mld. Kč

stanovené MZ ČR pro všechny zdravotní pojišťovny). Na základě tohoto rozhodnutí byl zpracován příkaz ředitele VZP, který je však většinou zdravotnických zařízení nejasný. Pokud ČLK, která nebyla k žádným jednáním ze strany VZP nebo ministerstva vyzvána, příkaz interpretuje správně, pak by zálohové platby měly být navyšovány pouze lůžkovým zdravotnickým zařízením s počtem sester větším nebo rovným 5, ostatním zdravotnickým zařízením by VZP zaplatila až v rámci vyúčtování za 2. pololetí 2009, tedy přibližně v polovině roku 2010, což představuje obtížně akceptovatelné celoroční zpoždění! Výši konkrétního navýšení úhrady pro jednotlivá zdravotnická zařízení nelze z příkazu ředitele VZP snadno vypočítat, neboť pro každý segment má být používán jiný vzorec a jiné koeficienty. Hrubé modelace, které jsme provedli na několika soukromých lékařských pracích různých odborností, se však shodují v tom, že zvýšení úhrad, byť realizované s ročním zpožděním, vůbec neodpovídá částkám potřebným k pokrytí zvýšených osobních nákladů.

Jestliže je postup ze strany VZP nejasný, tak jednání ostatních zdravotních pojišťoven (např. ZP Škoda nebo ZP Metal-Alliance) vzbuzuje přímo podezření, že tyto pojišťovny nejsou vůbec ochotny své úhrady v souvislosti se zvyšováním platů zdravotních sester valorizovat.

Snahy ČLK o nápravu

Situací kolem navýšování tarifních platů v nemocničních zařízeních se důkladně zabývalo také představenstvo ČLK. Již v polovině srpna oslovil prezident ČLK Milan Kubek ministryni zdravotnictví Danu Juráskovou s obsáhlým popisem obtížné situace. Kromě jiného se v něm uvádí:

„Vážená paní ministryně, dovoluji si Vás tímto varovat před možnými důsledky stoupajícího napětí v rezortu zdravotnictví, které je způsobeno nejasnostmi okolo finančního zajištění Vašeho dobře míněného záměru zvýšit příjmy zdravotníků a zejména zdravotních sester, a tím čelit jejich nedostatku, který již ohrožuje kvalitu a dostupnost zdravotní péče. Zároveň Vás z pověření představenstva ČLK vyzývám k tomu, abyste využila veškerých pravomocí a autority vyplývajících z funkce ministra zdravotnictví vlády ČR k zajištění finančních zdrojů pro zdravotnická zařízení, aby avizované

zvýšení příjmů zdravotnických pracovníků bylo opravdu realizováno. Česká lékařská komora je pochopitelně připravena Vám i v této věci pomáhat.“

Reakce Ministerstva zdravotnictví ČR přišla na lékařskou komoru o měsíc později, 15. září. Markéta Hellerová, náměstkyně pro zdravotní péči, pověřená řízením sekce zdravotního pojištění, obavy ČLK zřejmě nesdílí. Mimo jiné napsala:

„Výsledkem jednání skutečných k této záležitosti je dohoda o jednotném a transparentním způsobu úhrady, platném pro všechny zdravotní pojišťovny. Zdravotní pojišťovny souhlasí s dohodnutým způsobem úhrady i s tím, že bonifikaci na zvýšení kvality ošetrovatelské péče odešlou zdravotnickým zařízením v průběhu 3. čtvrtletí r. 2009. Pokud je mi známo, ve většině případů již zdravotní pojišťovny úhradu bonifikace provedly. Kromě toho poskytují některé zdravotní pojišťovny počínaje měsícem červencem zdravotnickým zařízením zvýšené zálohy na úhradu poskytnuté zdravotní péče.

Vážený pane prezidente, Vaše informace o navýšování tarifních platů zdravotnických pracovníků v některých fakultních nemocnicích na úkor snížení jejich osobních příplatků a odměn je podle zjištění Ministerstva zdravotnictví nesprávná. Zdravotnická zařízení přímo řízená Ministerstvem zdravotnictví navýšila tarifní platy zdravotnickému personálu bez kompenzace vůči osobnímu ohodnocení.“

Vzhledem k rozdílným informacím, které se evidentně scházely na ministerstvu a na ČLK, se lékařská komora rozhodla provést bleskový průzkum aktuálního stavu v nemocničních zařízeních v České republice. Prezident Kubek se osobním dopisem na ně obrátil s dotazem, zda bylo proklamované zvýšení platů realizováno, a pokud ano, zda se tak nedělo na úkor jiných složek mzdy. Bohužel, ne všichni dotazovaní využili možnosti upozornit na své problémy v této oblasti. Přesto je následující anketa nesporně zajímavým dokumentem o současném stavu odměňování zdravotnických pracovníků v České republice.

Došlo skutečně ke zvýšení platů zdravotníků?

V naší nemocnici (Nové Město na Moravě) od začátku roku 2009 hledá vedení jakoukoliv možnost, aby „kompenzovalo“ jakékoliv navýšení, resp. snížilo stávající platy lékařů. Záminkou jsou obvykle: 1. nižší počet přijatých pacientů na lůžková oddělení, 2. nižší počet ambulantně vyšetřených pacientů, 3. vyšší náklady na péči (léky, transfúzní přípravky, infuze apod.).

1. Počet přijatých pacientů na lůžka mohou lékaři ovlivnit jen minimálně – stav závisí na počtu pacientů s potížemi, které jsou důvodem k hospitalizaci (do budoucna budeme na lůžka asi přijímat své příbuzné nebo sami sebe navzájem).

2. Počet ambulantně vyšetřených pacientů – viz výše, dtto.

3. Náklady na léky, transfuze, infuze apod. jsou závislé na komplikovanosti léčebných pacientů – posuzují stav na interním oddělení, kde pracuji. Zde se postupně zvyšují díky narůstajícímu věku pacientů a tím pádem i komorbidit apod. Lze ovlivnit jen minimálně, popř. jen na úkor kvality poskytované péče.

Za velmi absurdní považuji např. skutečnost, kdy po lege artis ošetření akutní CMP s indikací trombolýzy musí primář INT oddělení (podání trombolýzy na INT JIP) obhajovat osobní ohodnocení lékařů, aby je vedení nemocnice nesnížilo kvůli zvýšeným nákladům na léčbu takto postiženého pacienta...

Osobní hodnocení lékařů v nemocnici Nové Město na Moravě jsou tedy průběžně snižována dle výše udaných záminek v průměru o cca 25% měsíčně, což odpovídá cca 1500–2000 Kč.

Navýšení tabulkových platů zdravotním sestrám od 1. 7. 2009 si vedení nemocnice chce kompenzovat snížením nenárokových složek platu, obdobně jako u lékařů. Výsledkem je, že naše nemocnice, do této doby jen minimálně zasažena nedostatkem zdravotních sester a lékařů, začíná mít zásadní problémy v personálním obsazení jednotlivých oddělení, stav se nadále zhoršuje.

Situaci celkově hodnotím jako velmi vážnou, nevidím tendenci ke stabilizaci stavu – naopak.

Pavel Vávra, předseda MO LOK-SČL Nové Město na Moravě

Na Zdravotnické záchranné službě Olomouckého kraje, příspěvkové organizaci došlo k navýšení tarifních mezd bez ponížení osobních ohodnocení.

Milan Brázdil, předseda MO LOK-SČL ZZS Olomouckého kraje

Nemocnice je a.s., tedy není přímo řízená MZ. Navýšení platu se týká pouze všeob. sester a por. asistentek, a to na základě dopisu a částky určené VZP. S tím, že vedení nemocnice je vázáno nařízením místní pobočky VZP (hlavně VZP, ostatní pojišťovny nepoukázaly nic nebo částky minimální). ZP písemně určila rozdělení 1,7 mil. Kč pouze sestřím, ostatní profesní skupiny zdravotníků nedostaly nic (lékaři, rtg prac., fyzioterapeuti atd.). Kraj toto i přes naše výhrady akceptoval a na naše dotazy odpověděl, že musí dodržovat regulace pojišťovny. VZP tuto částku garantuje písemně pouze do 31. 12. 2009, dále nevíme, co bude, ale hlavně se nám nelíbí, že ostatní zdravotníci byli vyřazeni, přestože je stejný problém jako u sester – nedostatek daného personálu, nízké mzdy.

Marcela Henčlová, předsedkyně MO LOK-SČL Zlín

V nemocnici SN Opava, ve které působím, opravdu došlo k navýšení tarifních složek platů lékařů tak, jak mělo být provedeno, a toto navýšení nebylo kompenzováno snížením jiných mimotarifních složek platů. Ještě předtím se mi podařilo po jednání s vedením nemocnice realizovat alespoň mírné navýšení i mimotarifních složek – především osobního ohodnocení. Mohu konstatovat, že v mezích ekonomických možností naší nemocnice a celkového stavu zdravotnictví ČR se nám prozatím daří realizovat maximum možného v otázce platů lékařů.

Jan Hradil, předseda MO LOK-SČL Opava

Ve FN Královské Vinohrady došlo k navýšení platů přesně dle platové tabulky, protože jsme příspěvková organizace. Vedení nemocnice zprvu plánovalo redukci osobního ohodnocení, ale nakonec navýšilo základní platy bez redukce dalších složek. U lékařů to bylo v plné výši, u sester se zvýšením třídy sebrali roky (což je prý pravidlo), tedy navýšení bylo, ale ne v plné výši. Vše tedy proběhlo tak, jak mělo – dle předpisů (kupodivu).

Miloš Voleman, předseda MO LOK-SČL FN KV Praha

V naší nemocnici u lékařů došlo k navýšení tarifů beze změny osobního ohodnocení, u sester je situace složitější. Pokud je mi známo, došlo ke změnám v zařazování do platových tříd, tudíž je situace rozdílná dle různých oddělení, ale zcela jistě nedošlo k navýšení o 15 procent u všech, jenom

minimum sester má osobní ohodnocení, tudíž k jeho změnám ani nedošlo.

Peter Lašek, předseda MO LOK-SČL, nem. Břeclav, p. o.

Navýšení platů proběhlo v Královéhradeckém kraji u sester, u lékařů ne.

David Pech, předseda MO LOK-SČL Trutnov

Vo FN Ostrava sme s vedením dohodli zvyšovanie miezd zdravotníkom už od 1. 3. 2009, kedy došlo k prechodnému zvýšeniu osobných ohodnotení o 5% z tarifu po dobu 3 mesiacov. Po navýšení tarifu podľa nariadenia vlády sa osobné ohodnotenia vrátili na úroveň pred 1. 3. 2009, tak ako bolo s vedením pôvodne dohodnuté (i keď sme skúsili vyjednať „trvalosť“ zvýšení osobných, ale neprešlo to). Takže suma sumárum – u lekárov (a podľa mojich informácií i u ďalších zdravotníckych zamestnancov) došlo k zvýšeniu miezd podľa nariadenia vlády + navyiac po dobu 3 mesiacov zvýšenie o 5% z tarifu.

Peter Sklienka, předseda MO LOK-SČL

FN Ostrava-Poruba

V naší nemocnici nedošlo k navýšení platů ani u lékařů, ani u sester, management tvrdí, že je nulové navýšení prostředků od zdravotních pojišťoven.

Martin Čermák, předseda MO LOK-SČL,

Nemocnice MSKB, Pod Petřínem, Praha 1

Mzdy u našich sester byly dle příslibů navýšeny. Stále ale v porovnání s FN Olomouc zůstávají o 4–5 tisíc korun nižší, což pochopitelně vede k odlivu kvalifikovaných sestřiček, k velké škodě těch, co zůstaly.

Jiří Labounek, předseda MO LOK-SČL Šternberk

Pracuji jako gastroenterolog krajské nemocnice Liberec, a. s., a musím potvrdit, že do této doby u mě nedošlo ke zvýšení platu ani změně na úkor odměn.

Djoko Sartono, člen MO LOK-SČL Liberec

K dnešnímu dni poslala slíbenou finanční částku pouze VZP, sestry dostaly formou odměny 1000 Kč v září, ostatní pojišťovny ani Plzeňský kraj slíbené peníze dosud nedaly. Navýšení platů u ostatních zdravotnických pracovníků: 0%.

Jan Vileta, předseda MO LOK-SČL Rokycany

V případě lékařů naší nemocnice opravdu došlo k navýšení tarifů dle novelizované platové tabulky, aniž by současně



došlo ke snižování osobních příplatků či jiných součástí platu. Tedy všichni lékaři mají o 7 % navýšený základní tabulkový tarif. Tato skutečnost se již netýká SZP v naší nemocnici, kde mám zprávy, že některé sestry, díky systému navýšení tarifu a třídy, ale současněmu ubrání roku praxe a ev. snížením osobních příplatků, nedostaly navýšení slíbených 15 %, ale výrazně méně, např. pouze 5%. Každopádně ale všichni SZP mají o něco navýšený plat, výše navýšení je individuální. Nikdo nemá stejně nebo dokonce méně.

*Michal Okáč, předseda MO LOK-SČL,
Nemocnice Ivančice*

Pro střední zdravotnický personál, jedná se o všeob. sestry a porodní asistentky, nejsou v tom zahrnuti laboranti a jiný střední personál, který se práce v nemocnici účastní. Navýšení je formou jednorázové odměny, která byla avizována před 2 až 3 týdny vedením nemocnice, má se objevit ve výplatě za uplynulý měsíc 9/2009 ve výši 2500 Kč a poté měsíčně do konce roku. Výplata peněz bude i zpětně za poslední 3 měsíce. Nelze zatím ověřit, protože výplaty přijdou v polovině měsíce, ale zdá se, že za tento kvartál to nemocnice vyplatí.

Pro lékaře došlo k navýšení platů všem absolventům na úroveň 18 000 Kč hrubého za měsíc. Původní plat absolventa byl kolem 15–16 tisíc hrubého. Jiní lékaři jsou bez zvýšení platů.

Mgr. Fojtka, generálního ředitele KKN, a. s., sdružující 3 nemocnice (Karlovy Vary, Sokolov, Cheb), jsem se ptal, jak je to s avizovaným navýšením úhrad od pojišťovny na zvýšení platů. Ten mi řekl, že pojišťovny zvýšily úhrady o 20 mil. Kč, ale v jednom dechu snížily o 22 mil Kč za snížení výkonů (způsobeno redukcí lůžkových oddělení pro katastrofální nedostatek lékařů a sester v regionu, nyní zejména v Sokolově). Ke snížení výkonů jenom tolik: práce zůstává stejně, akorát se začíná rozlévat mezi zbylá oddělení v ještě jakžtakž fungujících K. Varech a Chebu, potažmo se již hodně hraniční zdravotní stavy řeší ambulantně pro chronický nedostatek lůžkového fondu.

Peter Igaz, předseda MO LOK-SČL Karlovy Vary, interní oddělení, Karlovarská krajská nemocnice, a. s.

V Nemocnici Třebíč, p. o., bylo proklamované zvýšení platů realizováno u lékařů

i ostatních zdravotnických pracovníků bez redukce jiných složek mzdy (pozn.: většina zaměstnanců ani neměla a nemá krátkodobou složku mzdy – osobní hodnocení).

Jiří Špaček, předseda MO LOK-SČL Třebíč

V kolektivní smlouvě máme zakotveno, že dojde k nárůstu platů lékařů v roce 2009 o 5 %, to se zatím naplňuje. Na proklamované letní navýšení zdravotníků nebylo ze strany vedení reagováno zvýšením s tím, že 5% zvýšení dle KSD je dodržováno.

Jan Vorel, předseda MO LOK-SČL Český Krumlov

V naší nemocnici, a pokud je mi známo, tak ani v ostatních nemocnicích kraje, k navýšení platů lékařům nedošlo. Na jednání s představiteli kraje nám bylo sděleno, že důvodem je nedostatečné navýšení plateb od pojišťoven, které nepokryje ani zvýšení platů sester (těm platy navýšeny byly).

*Martin Sajdl, předseda MO LOK-SČL
Rychnov nad Kněžnou, KHK*

V nemocnici ve Frýdku-Místku došlo ke zvýšení objemu mezd o 3,6 mil. Kč/měsíc, navýšení tarifů však bylo částečně pokryto snížením osobních ohodnocení. Po odporu odborových organizací se management rozhodl ponechat osobní ohodnocení u lékařů na úrovni konce roku 2008, sestry pak o něj ve většině případů přišly zcela.

David Jurenka, předseda MO LOK-SČL FM

V nemocnici Třinec k navýšení tarifu došlo. Ale bohužel došlo i k výraznému snížení nenárokové složky – plánovaných odměn, a to v podstatě jen u lékařů, protože SZP odměny neměl či jen v minimálním rozsahu.

Pavel Szwarz, předseda MO LOK-SČL Třinec

Za MO LOK-SČL Strakonice jsem v Nemocnici Strakonice, a. s., podepsal dodatek ke Kolektivní smlouvě na rok 2009, jímž se navyšuje mzda všeobecných sester, porodních asistentek a záchranářů formou stabilizačního příplatku ve výši 1500 Kč měsíčně. Toto opatření je termínováno obdobím 1. 7. 2009 až 31. 12. 2009.

Radek Chalupa, místopředseda MO LOK-SČL Strakonice

Ve VFN došlo k navýšení platu u lékařů tak, jak bylo avizováno, a zároveň zůstaly nadtarifní složky nedotčeny. Jistě je to

i díky současné situaci, kdy máme v jedné osobě ministra i ředitelku nemocnice.

*Marcela Sojaková, předsedkyně MO LOK-SČL
VFN Praha*

V Nemocnici Vyškov, p. o., došlo k navýšení tarifních platů u lékařů (kosmetický efekt) bez kompenzace snížením nenárokových složek mzdy. U sester došlo k přeskupení v platových třídách, při povýšení pak k odečtu platového stupně – snížením započítané praxe, pak již k legitimnímu navýšení tarifů opět bez srážek v jiných složkách. Šachováním s platovými třídami a stupni se stala situace velice nepřehlednou, individuální a v atmosféře utužované nedůvěry u nás panující nedohledatelnou.

Jarek Kubalák, předseda MO LOK-SČL Vyškov

Nemocnice Mělník je akciovou společností. Stoprocentním akcionářem je rakouská pojišťovna Česká Kooperativa, a. s. Lékaři v tomto roce v naší nemocnici k základní mzdě nedostali přidáno ani korunu. Jen některým oddělením (v nemocnici ale menšině) byla mírně navýšena odměna za dohodu o přesčasové práci (nenárokové a s nejasnou dobou trvání). Sestrám byla mzda mírně navýšena ve formě mimořádných odměn. Toto ale spíše jako reakce na masové odchody z naší nemocnice. Základní mzda rovněž nebyla navýšena ani o korunu a doba trvání přiznání odměn je rovněž nejasná.

Toman Šenk, předseda MO LOK-SČL Mělník

V Úrazové nemocnici Brno k navýšení platů lékařům došlo. Navýšen byl základní plat. Pokud jsem se mezi lékaři dotazovala, nikdo si nestěžoval, že by v souvislosti s navýšením došlo ke krácení osobního ohodnocení.

*Lenka Doležalová, předsedkyně MO LOK-SČL,
Úrazová nemocnice v Brně*

Pro lékaře v Nemocnici Benešov, a. s., hlásíme navýšení 0 Kč. Asi by těch pár procent nepomohlo, ale pocit přezírání společností se jen násobí. Mírně si pomohly sestry, kterých je opravdu málo, a do Prahy je to 30 minut. Můj názor na přetrvávání v Česku jsem vám už říkal. Zatím jsem nepřesvědčil svou manželku.

Petr Kubarič, předseda MO LOK-SČL Benešov

(red)

Vyhánění mladých lékařů z Česka

Za zády lékařských odborů a bez vědomí České lékařské komory připravilo Ministerstvo zdravotnictví ČR návrh novely tzv. katalogu prací, který závažným způsobem poškozuje mladé lékaře a lékařky.

Podle současné právní úpravy jsou lékaři hned po zařazení do specializační přípravy, tedy cca do 3 měsíců od zahájení své profesní kariéry, zařazováni do 12. tarifní třídy se základním platem 18 790 Kč. Ministerstvo zdravotnictví ČR navrhlo, aby mladí lékaři až do ukončení základního vzdělávacího kmene, tedy po dobu minimálně 2 let, byli zařazeni do 11. tarifní třídy, přičemž by pobírali prvním rokem plat 17 340 Kč a druhým rokem 17 990 Kč.

S účinností od 1. ledna 2010 by tak mladí lékaři a lékařky měli základní tarifní plat nižší o 1500 Kč oproti současnosti, což odpovídá cca 10procentnímu poklesu jejich platů. Vzhledem k tomu, že u lékařů tvoří polovinu příjmu peníze za přesčasovou práci a služby, jejichž výše se odvíjí ze základního platového tarifu, připravilo by ministerstvo svým návrhem každého mladého lékaře a lékařku o cca 3000 Kč měsíčně.

Vedle rozvratu specializačního vzdělávání a prakticky nefunkčního systému tzv. rezidenčních míst, který s výjimkou praktických lékařů ponechává většinu mladých lékařů bez reálné finanční podpory navzdory tomu, že tito kolegové musí platit za účast na povinných vzdělávacích kurzech tržní ceny, a po zpoplatnění atestačních zkoušek, se kterým ČLK zásadně nesouhlasí, se jedná o další ministerský políček mladým lékařům.

V situaci, kdy stále více mladých lékařů odchází do zahraničí, a to často ihned po ukončení studia, a našim nemocnicím tak chybí stovky lékařů, nelze takový návrh ministerstva zdravotnictví považovat za nic jiného než za nebetýčnou hloupost.

Česká lékařská komora s návrhem ministerstva, který poškozuje mladé lékaře a lékařky, zásadně nesouhlasí a protestuje proti tomu, že Ministerstvo zdravotnictví ČR porušuje pravidla legislativního procesu, když za zády lékařských organizací prosazuje změny poškozující naše nejmladší kolegy a kolegyně.

Platný katalog prací LÉKAŘ

11. platová třída

1. Preventivní, diagnostická a léčebná péče vy-

konávaná pod odborným dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí před zařazením do specializační přípravy.

12. platová třída

1. Preventivní, diagnostická a léčebná péče vykonávaná pod odborným dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí **po zařazení do specializační přípravy.**

Katalog prací – návrh Ministerstva zdravotnictví ČR LÉKAŘ

11. platová třída

1. Preventivní, diagnostická a léčebná péče vykonávaná v celém rozsahu pod odborným dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí.

12. platová třída

1. Preventivní, diagnostická a léčebná péče vykonávaná pod odborným dohledem po zařazení do specializační přípravy, pokud tato příprava byla zahájena před 1. lednem 2010.

2. Preventivní, diagnostická a léčebná péče, k jejímuž výkonu je **nezbytné absolvování základního kmene příslušného specializačního oboru**, vykonávaná pod odborným dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí.

Katalog prací – návrh ČLK LÉKAŘ

11. platová třída

1. Preventivní, diagnostická a léčebná péče vykonávaná v celém rozsahu pod odborným dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí.

12. platová třída

1. Preventivní, diagnostická a léčebná péče vykonávaná pod odborným dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí **po zařazení do specializační přípravy.**

13. platová třída

1. Preventivní, diagnostická a léčebná péče, k jejímuž výkonu je **nezbytné absolvování základního kmene příslušného specializačního oboru.**

14. platová třída

1. Samostatná preventivní, diagnostická a léčebná péče, k jejímuž výkonu je **nezbytné získání specializované způsobilosti.**

15. platová třída

1. Preventivní, diagnostická a léčebná péče v příslušném specializovaném oboru **včetně výchovy a dalšího vzdělávání specialistů a provádění náročných konziliárních vyšetření nebo odborného vedení zdravotnického týmu.**

16. platová třída

1. Práce ve vědě, výzkumu a vývoji nebo tvůrčí aplikace výsledků vědecké a výzkumné činnosti při vysoce specializovaných léčebných výkonech nebo v ochraně a podpoře veřejného zdraví včetně specifických konziliárních činností a vytváření podmínek pro interdisciplinární formy práce a rozvoj příslušného oboru na národní, případně nadnárodní úrovni.

Návrh ČLK reflektuje změny, k nimž došlo poslední novelou zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta. V rámci změn postgraduálního vzdělávání lékařů došlo k rozšíření diferenciaci postavení lékařů získávajících specializovanou způsobilost. Především vznikla kategorie lékaře, který již ve specializačním vzdělávání absolvoval základní vzdělávací kmen, a je tedy oprávněn příslušné odborné činnosti provádět i bez odborného dohledu. Tuto skutečnost je nepochybně třeba reflektovat i v systému odměňování lékařů. Je zřejmé, že lékař po absolvování základního kmene by měl mít nárok na vyšší odměnu, resp. tarifní třídu, než lékař, který právě ukončil studia na lékařské fakultě a který není bez odborného dohledu vůbec oprávněn lékařskou zdravotní péči poskytovat. Z tohoto důvodu tedy ČLK navrhuje zařazení lékaře, který již absolvoval základní kmen, do třídy vyšší než lékaře, který tento kmen ještě neabsolvoval. Následně dochází k logickému posunu i v dalších třídách, kdy lékař se specializovanou způsobilostí by měl být zařazen do vyšší třídy než lékař bez specializované způsobilosti po absolvování základního kmene.

Cílem komorou navrhované změny je, vedle již zmíněné reflexe novely zákona č. 95/2004 Sb., rovněž zřetelné odlišení postavení lékařů v rámci systému odměňování oproti ostatním zdravotnickým pracovníkům. V důsledku legislativních změn, k nimž v poslední době dochází, se totiž nepřiměřeně stírá rozdíl mezi lékaři a zdravotnickými pracovníky, např. zdravotními sestrami, jejichž vzdělání nevyžaduje absolvování náročného studia na lékařských fakultách.

Po jednání s prezidentem ČLK dne 6. 10. 2009 ministryně Jurásková slíbila, že Ministerstvo zdravotnictví ČR svůj návrh vezme zpět. Na tomto jednání byl dále ze strany ČLK předložen požadavek na přesun kvalifikovaných lékařů o jednu tarifní třídu výše. (red)



Mladí lékaři se sejdou na ustavujícím shromáždění

Vážené kolegyně, vážení kolegové, milí příznivci **Mladých lékařů**, po době zdánlivé nečinnosti se na vás obracím s dopisem, ve kterém vás chci alespoň stručně seznámit s událostmi, které následovaly po vzniku iniciativy **Mladí lékaři** a jejím uvedení na denní světlo, a s událostmi, které nás v blízké budoucnosti čekají.

Po tiskové konferenci pořádané 2. července za podpory ČLK na zveřejněném e-mailu mladi.lekari@seznam.cz postupně vyjádřila podporu našemu počínání zhruba pětina všech neatestovaných lékařů pracujících v ČR a souhlasu se nám dostalo i od mnohých starších kolegů, kteří již atestaci složenou mají. Za tuto podporu samozřejmě děkujeme, je pro nás známku, že naše iniciativa není jen záležitostí několika jedinců, nýbrž problémem systémovým, který je potřeba řešit.

Dne 17. července jsem byl jakožto zástupce **Mladých lékařů** pozván na informační schůzku s náměstkyní ministryně zdravotnictví MUDr. Markétou

Hellerovou, kterou jsem seznámil s naší iniciativou. Výsledkem schůzky byla domluva, že zástupci **Mladých lékařů** budou informováni o dalších krocích, které se jich týkají, případně budou na takováto jednání zváni. V praxi jsme se ovšem jediného takto aplikovaného výsledku rozhovoru nedočkali a smutným mementem pak zůstává médii zveřejněný nový katalog prací, ve kterém by se nově lékaři bez složeného testu ze základního oboru přesunuli z 12. platové třídy do 11. Nehledě na to, že některé vzdělávací obory onen test, obvykle skládaný po dvou letech, ani nemají zavedený, tato skutečnost, která by se dotkla tisíců mladých

lékářů, nebyla konzultována ani s ČLK, ani s LOK-SČL. Nedomnívám se, že takto podstatná informace by k odborné veřejnosti měla doputovat skrz média.

Ve dnech 4. až 6. září proběhla ve Skalském dvoře vzdělávací konference LOK-SČL, na které byli s naší iniciativou seznámeni i členové odborové organizace lékařů a ústy předsedy MUDr. Martina Engela se nám pak dostalo maximální podpory v našem úsilí.

Co nás čeká v nejbližší budoucnosti?

Dne 8. listopadu v 10 hodin proběhne v Praze (buď v sídle ČLK, při větším zájmu pak v odpovídajících rozměrnějších prostorech) ustavující shromáždění Mladých lékařů.

Cílem tohoto shromáždění bude schválení stanov a zvolení oficiálních zástupců, kteří nahradí přípravnou skupinu, která prozatím **Mladé lékaře** zastupovala. Srdečně vás na toto shromáždění zvu a zároveň vás prosím o oznámení na e-mail mladi.lekari@seznam.cz, zda se zúčastníte, abychom mohli zajistit adekvátní prostory. Zároveň tento dopis rozešlete mezi především neatestované kolegy, kteří by se shromáždění chtěli zúčastnit.

Závěrem bych chtěl připomenout, že všichni jsme členy ČLK, mnozí z vás i LOK-SČL. Proto nebudme pasivní, zapojme se aktivně do činnosti i těchto organizací, abychom byli více vidět a slyšet, nespokojeným bručením nic nezmůžeme.

Ještě jednou všem děkujeme za vaši podporu a budeme se těšit na vaši účast na ustavujícím shromáždění.

*Za přípravnou skupinu Mladých lékařů
Tomáš Kocourek*



**Kontaktujte nás:
mladi.lekari@seznam.cz**

Podpoříme vaše další vzdělávání

Proplatíme vám materiály pro atestační přípravu

Máte před atestací? Jste členy České lékařské komory?
Využijte nabídky vzdělávacího projektu **IUVENTUS MEDICA**
a nechte si proplatit účty za odborné publikace
a předatestační kurzy až do výše

10 000 korun.

Stačí podat žádost na <http://iuventusmedica.kontobariery.cz>, kde se také dozvíte více informací.

POZOR! Nabídka platí pouze pro žádosti podané od 30. 10. do 22. 11. 2009.

IUVENTUS MEDICA je novým projektem Nadace Charty 77.
Za finanční podpory Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP),
České lékařské komory (ČLK), Lékařského odborového klubu (LOK-SČL)
rozdělí mladým lékařům na předatestační přípravu 1,2 milionu korun.

IUVENTUS
MEDICA





Zdravotní systém ČR je v Evropě v lepším průměru

Mírně nad evropským průměrem figuruje český zdravotní systém v porovnání s jinými, převážně evropskými státy v tom, nakolik je vstřícný či přátelský vůči lidem. Ukazuje to zveřejněný žebříček Euro Health Consumer Index (EHCI). V něm experti srovnávali úroveň systémů 32 států. České republice připadlo 13. místo. Slovensko figuruje na 22. pozici. Loni ČR mezi 31 zastoupenými státy byla na 16. místě, tedy o tři pozice níž. Slovensko letos zůstalo na stejném místě jako loni.

Vůbec nejlépe jsou na tom ve vstřícnosti či přátelskosti zdravotních systémů vůči lidem v Nizozemsku, za nímž následují Rakousko s Lucemburskem. Nejhuře naopak dopadly systémy Makedonie, Lotyšska a Chorvatska.

Podle organizace Health Consumer Powerhouse (HCP), která žebříček pravidelně od roku 2005 zveřejňuje, se trendy zlepšují ve většině zkoumaných zemí. „Příklady reforem s dopady nejsou jen v Nizozemsku, ale i v Irsku či České republice,“ píše se v prohlášení HCP.

Naopak ve Španělsku, Portugalsku a Řecku systémy zdravotní péče dál upadají. U velké části východní a střední Evropy se zase zdá, že je zasažena dopady finanční krize. Výhodou Nizozemska je podle ředitele výzkumu HCP Arneho Bjornberga to, že se mu daří kombinovat tržní prostředí pro výzkum s regulovaným systémem péče.

Index porovnává národní systémy v šesti různých oblastech. Zaměřuje se třeba na to, jaký mají lidé přístup k informacím, zda a nakolik je ve vztahu s pacienty využíván internet, jaký je rozsah služeb či jak dlouho musejí pacienti na některé úkony čekat.

Českou republiku organizace označuje jako „solidní průměr“. Praha by podle HCP mohla znovu posoudit to, jakým způsobem jsou zdroje rozděleny mezi zdravotníky na jedné straně a vybavení a léky na straně druhé.

Slovenský systém podle organizace není tak finančně stabilní jako u jeho českých sousedů a také není příliš orientovaný na zákazníky. Určité zlepšení experti zaznamenali u většího zapojení lidí do rozhodování i v oblasti práv pacientů.

Jednotlivé země mohou v žebříčku získat maximálně 1000 bodů, což se však žádné nepodařilo. Šampioni z Nizozemska skončili na 824 bodech.

Žebříček Euro Health Consumer Index 2009

Země	Počet bodů
1. Nizozemsko	824
2. Rakousko	813
3. Lucembursko	795
4. Dánsko	794
5. Německo	769
6. Švýcarsko	756
7. Švédsko	736
8. Francie	714
9. Finsko	703
10. Norsko	703
11. Belgie	682
12. Estonsko	674
13. Česká republika	669
14. Irsko	664
15. Itálie	661
16. Maďarsko	651
17. Španělsko	648
18. Řecko	625
19. Británie	624
20. Slovinsko	582
21. Kypr	574
22. Slovensko	563
23. Kanada	549
24. Malta	545
25. Litva	525
26. Polsko	521
27. Portugalsko	514
28. Rumunsko	502
29. Bulharsko	489
30. Chorvatsko	470
31. Lotyšsko	460
32. Makedonie	455

Zdroj: EHCI 2009

ČTK, 29. září 2009

260 miliard Kč Účet za zdravotnictví v roce 2008

Přestože celkové výdaje za zdravotní péči v České republice dosáhly v roce 2008 částky 260 miliard korun, stále hluboko zaostávají za možnostmi naší ekonomiky a zdaleka neodpovídají očekávání veřejnosti, co se týče kvality a dostupnosti zdravotní péče. Vždyť částka 24 856 Kč na občana za rok nepředstavuje ani tisíc eur.

V roce 2008 se sice zastavil pokles podílu výdajů na zdravotnictví na HDP České republiky, ale i tak nás těch 7 % investovaných do zdravotní péče řadí na samý chvost států OECD. Meziroční nárůst výdajů o 7,2 % zní dobře, avšak jen do chvíle, kdy si vzpomeneme, že v témže roce činila míra inflace 6,3 %.

Rozpaky vzbuzuje rovněž struktura finančních zdrojů. Zatímco podíl veřejného zdravotního pojištění zůstává konstantně okolo 78 %, podíl rozpočtových výdajů se nadále snižuje. Tento trend pozorujeme již od roku 2003, kdy byly tehdejší okresní nemocnice převedeny pod pravomoc krajů. Zatímco v roce 2003 byly rozpočtové výdaje 23,8 mld. Kč, tak v loňském roce se propadly již na pouhých 18,5 mld. korun. Jsem zvědav, zda nové krajské reprezentace tento nepříznivý trend zvrátí. Naopak nejrychleji rostoucí položkou (o 13 % za rok) je přímá spoluúčast pacientů, která dosáhla již úrovně 15,5 %. Když si uvědomíme, že v ČR neexistuje komerční připojištění a celých těch více než 40 miliard korun zaplatili občané přímo ze svých kapes, tak nás tyto hotovostní výdaje již řadí mezi státy s největší přímou spoluúčastí pacientů na úhradě zdravotní péče v Evropě. Komerční připojištění zůstává kvůli politické nestabilitě v nedohlednu, a je tedy otázkou, kde leží strop sociální únosnosti takové přímé finanční spoluúčasti.

Politici si zvykli považovat české zdravotnictví za jakousi černou díru na peníze. Porovnáme-li však nízké výdaje se slušnou úrovní české medicíny, nevychází naše zdravotnictví z takového srovnání vůbec špatně. Pokud bychom již měli mluvit o plýtvání, pak za povšimnutí stojí fakt, že zatímco počet vydaných balení léků se v roce 2008 snížil o 7,4 %, tak celkové výdaje za léky vzrostly naopak o 8,3 %. Právě zvýšení průměrné ceny jednoho balení léku ze 196 Kč na 229 Kč, tedy meziročně o 17 %, je nejenom důkazem selhání regulačního orgánu, kterým je SÚKL, ale také exemplárním příkladem plýtvání. A peníze zbytečně utracené za léky pochopitelně schází v momentě, kdy je třeba lépe zaplatit práci zdravotníků.

Milan Kubek

(Zdroj údajů: ÚZIS – Zdravotnická ročenka 2008)



Projekt nového systému postgraduálního vzdělávání lékařů

Výzva naší lékařské obci k diskusi nad touto materií

Úvodem dovolte malou reminiscenci. Na přelomu jara a léta 2009 se nahromadila některá znepokojivá fakta. IPVZ je redukováno díky snížení rozpočtu a logicky reaguje výrazným zvýšením kursového. Akreditovaná pracoviště rovněž vybírají poplatky za stáže lékařů, a to velmi nerovnoměrně a z pohledu lékařů velmi nelogicky. Ministryně zdravotnictví publikuje návrh na zpoplatnění atestačních zkoušek. Trvá velmi neuspokojivě a ze všech stran kritizovaný stav postgraduálního vzdělávání lékařů. Na vědecké radě se současně diskutuje otázka přezkušování lékařů k získání licence vedoucího lékaře-primáře, včetně praktických zkoušek, v rozsahu téměř atestační zkoušky.

Za této situace, která je na Vědecké radě ČLK opakovaně probírána, mi vytanula z minulosti myšlenka prof. Žaloudíka vytvořit celý systém ve vlastní režii. Chopil jsem se tohoto podnětu a zpracoval návrh projektu postgraduálního vzdělávání s návrhem postupu a provádění, který jsem přednesl ve své prezentaci na červencovém zasedání představenstva ČLK. Z uvedené prezentace vyplynul úkol pokračovat v navrženém projektu a v osobních jednání nalézt shodu s dotčenými subjekty.

Preambule:

Stabilní a dlouhodobě udržitelný systém vzdělávání lékařů je výzvou k nastolení shody a spolupráce v lékařském stavu.

Analýza:

Stávající systém vykazuje tyto nedostatky:

- není stabilní a změny jsou velmi významné, navíc se odehrávají ve velmi krátkých časových periodách (kratších než jeden vzdělávací interval),
- nerovnováha koreluje se změnami politických reprezentací,
- vysoká státní ingerence do systému,
- nevyjasněné ekonomické parametry v kvalitě i kvantitě,
- chybějící shoda v odborné veřejnosti, která se neztotožňuje se stávajícím celkem.

Cíl:

- I. vytvořit spolupráci čtyř klíčových subjektů jako základ pro pozitivní vývoj v celé lékařské veřejnosti,
- II. stabilizovat systém vzdělávání oproštěný od vnějších vlivů,
- III. dosáhnout maximální možné shody v odborné veřejnosti,
- IV. stanovit řád ve financování a rozdělování.

Metodika:

Ad I.

Hlavním garantem vzdělávání lékařů musí zůstat stát (MZ). Stát pověří prováděním tohoto procesu organizaci uvedenou v zákoně – ČLK, která nutně splňuje podmínku přihlížet k potřebám státu v zohlednění k aktuální potřebě dle jednotlivých odborností na úrovni minimálního personálního zabezpečení oboru.

ČLK po novele zákona o komorách změní svou organizační strukturu a bude mít v zákoně vyjmenované pravomoci vést postgraduální vzdělávání lékařů.

Technicky se vytvoří správní rada za 4 subjektů.

Vytvořit spojení čtyř subjektů:

Ministerstvo zdravotnictví –

– reprezentant státu

Česká lékařská komora

Lékařské fakulty České republiky

Česká lékařská společnost JEP a další

odborné společnosti

Formou deklarace bude rada konstatovat shodu na projektu osamostatněně postgraduálního vzdělávání lékařů.

Úkoly jednotlivých subjektů lze definovat takto:

Lékařské fakulty jsou plně kompetentní a schopné pokračovat v metodickém vedení svých absolventů v pokračování jejich výchovy – postgraduálním vzděláváním. Fakulty se svými klinikami a kliniky se svými akreditovanými a spolupracujícími akreditovanými pracovišti provádějí výuku a školení lékařů. Bude nahrazen IPVZ a vzniknou regionální centra výchovy lékařů (jakési regionál-

ní IPVZ) na jednotlivých fakultách. ČLK bude organizovat zkoušení a přezkušování lékařů, garantovat proces po stránce legislativní a vést registr lékařů, delegovat odborníky do komisí k jednotlivým zkouškám. Rozumí se samo sebou, že zástupci LF, MZ, ČLK i ČLS JEP musí být členy atestačních zkušebních komisí. Dojde ke sjednocení (konečně) systému postgraduálního vzdělávání lékařů s licenčním systémem ČLK. Odborné společnosti (ČLS JEP) budou stanovovat náplně jednotlivých stupňů vzdělávacího procesu, základních kmenů, specializačního vzdělávání a certifikovaných kurzů (lépe funkčních specializací), a budou je předkládat Správní radě k souhlasu (tím bude zajištěna role MZ jako gestora z pozice mezinárodní autority).

Ad II.

Po vytvoření „monolitního“ bloku a deklarativním přihlášením se k projektu je nutno vyjednat se státem delegaci pravomocí na vzniklý subjekt (např. změnou zákona o ČLK) s legislativním zakotvením. Je pravděpodobné, že snížením státní ingerence se systém stabilizuje a bude závislý pouze na konsensu odborníků.

Ad III.

Vznikne-li shoda na projektu vzdělávání, **je nutno dospět ke konsensu v těchto otázkách:**

počtu kmenů,

počtu specializací,

počtu certifikovaných kurzů (funkčních specializací).

Rovněž bude nutná shoda v náplních výše uvedených stupňů.

Opět bude-li shoda odborníků, pravděpodobně bude systém zakonzervován a odolný vůči vnějším vlivům.

Ad IV.

Stát, pokud bude reflektovat na možnost delegovat pro něj stále omílanou a rizikovou otázku vzdělávání lékařů (s problémem nedostatku některých odborností), poskytne na tento proces finanční zabezpečení.

Dnešní rozpočet IPVZ (cca 117 mil Kč) + rozpočet na „fungování“ rezidenčních míst (cca 130 mil Kč) – Finance jdou za školencem, který je současně placen jako výkonný lékař zdrav. zařízení. Školenc „nese“ finance svému školícímu centru. Ze státního příspěvku se mohou platit stáže a školení.

Výsledky:

Autor projektu jednal s nejvyššími resortními úředníky, včetně ministryně zdravotnictví. Z jednání nevyplýval jednoznačně odsuzující postoj státu k této myšlence. Osobně se domnívám, že postoj státu bude přímo úměrný míře naší shody a proměny ČLK. Sešel jsem se osobně s děkany k rozhovorům a přes oprávněnou počáteční skepsi vznikla ochota dále pokračovat v přípravě projektu. Myšlenka je natolik revoluční, že skepse je pochopitelná. V žádném případě se lékařské fakulty nebrání dalšímu jednání – ze schůzky na půdě ČLK vyplynul pro komoru úkol analyzovat systémy vzdělávání v zemích EU blízkých našemu regionu. Analýza byla zadána prezidentem ČLK Kubkem zahraničnímu oddělení.

Po jednání prof. Paličky, místopředsedy ČLS JEP, byl učiněn písemný příslib prof. Blahoše účastnit se jednání při pokračování projektu. Další schůzka s děkany LF je plánována na 30. 10. 2009 v Hradci Králové.

Legislativní zakotvení formou novely zákona o komorách není vyloučeno, zákonodárci se jednání nebrání. Návrh zpracovává právní oddělení ČLK.

Závěr:

Pravděpodobnost realizace této odvažné myšlenky se na počátku může jevit nevelká, ale současně nelze vyloučit i její uskutečnění, zvláště nacházíme-li se v jakémsi „interregnu“. Definitivně by byly odstraněny diskuse o povinném členství

v ČLK. Lékaři si budou rozhodovat o podstatném, o vlastním vzdělávání. Shoda může vést ke kultivaci vztahů v lékařské obci, která bude-li sdílet v daném řešení problému konsensuální názor, nemůže být nikým opominuta!

Mladí lékaři se budou od začátku profesní dráhy seznamovat se svou stavovskou organizací a pokračovat ve výchově na své alma mater – bez chaosu a neustálých změn.

Vzniklá struktura (ČLK+LF+odb. spol.) může být oporou každému lékaři a tito získají SVOU organizaci na všech úrovních medicínského života.

*„A když jsem viděl čas ukrutnou rukou rvát
pýchou a nádheru těch dávno zašlých dob,
když vidím věčný kov v otroctví lidských vad
a věže mocné kdys propadlé v hrob,
a když jsem viděl, jak oceán hltavý zalévá
pevniny a trhá každou hráz,
a jak se jinde z vod noří zas ostrovy, jak roste
ztrátou zisk a ziskem ztráta zas,
ach, když jsem uviděl to kole věčných změn,
ten let všeho, všech, k zániku blíž a blíž,
nad těmi troskami stanul jsem zamýšlen...“*

W. Shakespeare – Sonet č. 64

P.S.

Vážení předsedové okresních sdružení ČLK, vážení delegáti sjezdu ČLK, členové ČLK, dovoluji si vás oslovit jako autor projektu a vyzvat naši lékařskou obec k diskusi nad touto materií.

Se svými náměty se obračejte na e-mailovou adresu Vědecké rady ČLK. Budu se snažit vaše připomínky zapracovat do ucelené podoby návrhu projektu ke zpracování sjezdem ČLK, kde v samostatném bloku o vzdělávání vyplyne návrh usnesení.

Velmi se těším na diskusi nad materií předem při projednávání na sjezdu a očekávám palbu vašich dotazů.

Aleš Herman, předseda Vědecké rady ČLK

Požadujeme co nejrychlejší novelizaci!

Protest České neurologické společnosti proti vyhlášce upravující postgraduální vzdělávání v neurologii

Dne 1. 7. 2009 nabyla účinnosti vyhláška č. 185/2009 Sb., která se týká specializačního vzdělávání lékařů. Požadujeme co nejrychlejší novelizaci uvedené vyhlášky tak, aby specializační vzdělávání v neurologii mohlo probíhat podle dosavadního vzdělávacího programu, který byl pečlivě připraven a odpovídá evropským měřítkům pro postgraduální vzdělávání. Do doby novelizace žádáme o výjimku z uvedené vyhlášky pro obor neurologie. Podle nyní platné vyhlášky lékař, který má zájem o obor neurologie, musí v rámci předatestační přípravy absolvovat dvouletý interní kmen. Teprve potom se může věnovat svému budoucímu oboru. Přijetí vyhlášky č. 185/2009 Sb. znemožňuje kvalitní postgraduální výchovu v neurologii a povede k výraznému nedostatku neurologů. Logický důsledek je zhoršení péče o pacienty s neurologickým onemocněním. Během posledního roku byl návrh této vyhlášky několikrát ústně i písemně napaden. Při jednání se zástupci Ministerstva zdravotnictví ČR nebyl brán v potaz názor výboru České neurologické společnosti, přestože byli do něho zvoleni významní čeští neurologové a pedagogové. Proto je třeba, aby se vyjádřila i veřejnost, které se to týká, především neurologové, ale i pacienti, kteří neurologickou péčí potřebují. Svůj názor můžete vyjádřit podepsáním petice na www.czech-neuro.cz

Doc. MUDr. Otakar Keller, CSc.

předseda České neurologické společnosti ČLS JEP

Neurologická klinika FTN-IPVZ

Videňská 800, 140 00 Praha 4

otakar.keller@fn.cz





Případ „neodebraného“ PSA

Stížnost pacienta

Cituji ze stížnosti: „Na základě mého zdravotního stavu a komplikací, které vznikly, jsem se rozhodl podat stížnost na lékaře–urologa. Pana doktora jsem navštívil ve zdravotnickém středisku v listopadu 2006 a sdělil mu své obtíže. Popsal jsem mu, že mě trápí v posledních několika týdnech potřeba častého močení, která je urgentní, ale nedochází k úplnému vyprázdnění močového měchýře, nutkavé močení mě budí i v noci a mívám bolesti v podbřišku. Jelikož vím, že onemocnění prostaty jsou jedna z nejčastějších problémů vyskytujících se u mužů ve věku okolo 50 let, požádal jsem lékaře, zda by mi mohl udělat nějaké podrobnější vyšetření prostaty. Načež pan doktor reagoval tak, že mám přijít, až mi skutečně bude 50 let (50. narozeniny jsem měl v dubnu, tedy až za 5 měsíců!), a pak to bude řešit. Nereflektoval ani na fakt, který jsem mu zdůraznil, že mám v anamnéze onkologický problém s ledvinami, na jehož základě mi byla levá ledvina operativně odebrána. Sestra mě objednala na vyšetření 3. 5. 2007, několik dnů po mých 50. narozeninách. Mé potíže se ale stupňovaly, a tak jsem byl nucen navštívit lékaře o měsíc dříve, tj. 3. 4. 2007. Pan doktor provedl ultrazvukové vyšetření se slovy: „roste vám prostata“, předepsal mi lék Windoxa a řekl, ať přijdu za měsíc.“

Přišel jsem tedy v původně objednaném termínu 3. 5. 2007 a sdělil panu doktorovi, že se mé potíže stále zhoršují, lék nezabírá a že bych ho chtěl požádat o nějaké podrobnější vyšetření. Pan doktor k mému naprostému zděšení reagoval otázkou: „Chodíte do kostela?“ Odpověděl jsem, že nikoliv, a on na to, že už jedině farář v kostele mi pomůže, když nezabral lék, který mi předepsal, a že z pohledu urologa jsem zdravý. Lékařské zprávy od lékaře–urologa jsou u mé praktické lékařky, kterou jsem následně zcela zoufalý navštívil, a ona projevila ochotu a napsala mi doporučení na specializované pracoviště, urologickou kliniku v Praze. Zde byl postup lékařů zcela odlišný a dle mého názoru naprosto profesionální. Lékař mi okamžitě odebral krev a vzorek tkáně ze žlázy předstojné. Výsledek byl šokující – karcinom prostaty v pokročilém stadiu. Lékaři se velmi divili, když jsem jim říkal, že potíže mám již více

než půl roku a můj ošetřující lékař–spádový urolog je bagatelizuje a tvrdí, že jsem zdravý. Na celé situaci mě šokovalo také to, že poté, co jsem se dozvěděl o závažnosti mého zdravotního stavu, mi nečekaně zatelefonoval lékař–urolog a začal mi sugestivně tvrdit, že „mě přece na tu krev posílal“, což mi připadalo naprosto absurdní, protože mě na žádné vyšetření krve neposlal. Následovala hormonální léčba a radioterapie. Během ozařování se objevily komplikace a musel jsem být hospitalizován, dostal jsem horečky, zánět ledviny, následovala transfúze krve a lékaři mi museli udělat umělý vývod z ledviny, jelikož druhou nemám. Nyní jsem dokončil radioterapii, lékaři čekají na výsledky úspěšnosti celé léčby, během prosince 2007 jsem byl znovu hospitalizován. V lednu 2008 mě čeká další operační zákrok v souvislosti s odstraněním vývodu z ledviny.

Celá záležitost je pro mě fyzicky i psychicky nesmírně náročná a kladu si otázku, kde se stala chyba. Všude člověk slyší, že je nejdůležitější přijít s problémem k lékaři co nejdříve, ale co dělat, když lékaře navštívíte s důvěrou, on řekne, že jste zdravý, a pak se dozvíte, že máte rakovinu v pokročilém stadiu???

Na základě výše uvedených faktů jsem se rozhodl podniknout příslušné kroky k prošetření mého případu a doufám, že i ČLK můj případ řádně prozkoumá a vyvodí důsledky. Jsem přesvědčen, že já jako pacient jsem pro své zdraví udělal maximum. Lékař–urolog však závažně zanedbal péči o pacienta. Díky tomu mi vznikla vážná újma na zdraví, a proto současně s touto stížností podávám na výše jmenovaného lékaře trestní oznámení.“

Vyjádření obviněného

Stížnost byla pověřeným členem Revizní komise ČLK přijata jako oprávněná a předána místně příslušné revizní komisi OSL ČLK. Obviněný lékař se vyjádřil takto:

„Pacienta jsem opakovaně vyšetřil a ošetřil dle svého nejhlubšího přesvědčení lege artis. Stížnost považuji za neoprávněnou, obsahující nepravdivá sdělení a tvrzení. K nepravdivému a neoprávněnému obvinění, že jsem odmítl vyšetření prostaty, že jsem ignoroval již vyléčené

nádorové onemocnění ledviny, že jsem se vyjadřoval neeticky, konstatuji následující:

Pacienta jsem poprvé přijal a vyšetřil dne 24. 5. 2004 (nikoliv až v listopadu 2006), a to na žádost jeho praktického lékaře. Pacient se dle svého vyjádření v zaměstnání zranil, neboť se jako revizor MHD udeřil do oblasti šourku. Při primárním vyšetření bylo provedeno komplexní urologické vyšetření: základní objektivní klinické vyšetření, odebrána podrobná anamnéza a provedeno ultrazvukové vyšetření celého uropoetického traktu, včetně vyšetření solitární ledviny a samozřejmě močového měchýře a prostaty. Následně byl dohodnut termín kontroly na datum 7. 6. 2004. Pacient byl poučen o svém zdravotním stavu, o možných eventuálních komplikacích a byla mu vystavena lékařská zpráva. Termín kontroly pacient dodržel a dne 7. 6. 2004 byl podruhé, tentokrát kontrolně, vyšetřen. Vyšetření spočívalo v doplnění anamnézy, tehdy poprvé upřesnil, že operace ledviny proběhla v šesti letech, že šlo o nádorové onemocnění dětského věku – Wilmsův nádor ledviny. Sdělil mi, že po operaci byl ozářen. Proto byl mnou ihned zařazen do skupiny pacientů s prodělaným nádorovým onemocněním. Pacient mi poskytl pouze tyto informace: V 6 letech mi byla odebrána ledvina, šlo patrně o nádor, pravděpodobně Wilmsův nádor, a byl jsem snad i ozářen.

Požádal jsem jej o kopie nálezů, výsledků vyšetření. Bohužel, nikdy jsem žádné písemné zprávy o onemocnění a léčbě onemocnění ledviny již neviděl, pacient mi je nedonesl. Přesto jsem jeho ústní sdělení kvalifikoval jako závažné, a proto jsem jej zařadil do dispenzární péče již při druhé kontrole – pouze však dle svého rozhodnutí. Tyto údaje byly zaznamenány a od té doby brány na zřetel. Následně 21. 7. 2005 byl pacient opět vyšetřen, včetně kompletního fyzikálního urologického vyšetření, včetně palpačního vyšetření prostaty a sonografického vyšetření celého močového traktu. Další vyšetření následovalo dne 2. 6. 2006. Byla stanovena tato diagnóza: pacient se solitární ledvinou po nefrektomii pro nádorové onemocnění v dětství, s kompen-



zatorní hypertrofií a dostatečnou klinickou funkcí solitární ledviny. Subjektivně měl indiskrétní andrologické problémy s nedostatečnou erekcí, nikoli potíže mikční, jak je uvedeno ve stížnosti. Fyzikální i sonografický nálezn na prostatě byl i nadále fyziologický. Po zvážení celkového stavu jsem zvolil fytoterapii, pacient byl poučen a informován způsobem, který odpovídal nálezům, byla mu vystavena zpráva pro praktického lékaře. Dne 2. 6. a 12. 12. 2006 byl po klinickém vyšetření indikován odběr PSA – žádanka pacientovi byla vystavena a vydána – zápis proveden, pacient opakovaně poučen o nutnosti odběru tohoto nádorového markeru s vysokou sensitivitou a specifitou k nádorovým onemocněním prostaty. Pacient se však i navzdory vyčerpávajícímu poučení o možném riziku na doporučený odběr nedostavil. V evidenci naší laboratoře není jediný záznam o odběru krve na PSA, přestože byl pacient opakovaně na nutnost tohoto odběru důrazně upozorněn a tento fakt je taktéž v dokumentaci uveden. Odběr a stanovení hodnoty PSA je objektivně pro stanovení základní diagnózy karcinomu prostaty nenahraditelné, spolu s vyšetřením klinickým a sonografickým. (O tomto faktu byl pacient taktéž opakovaně poučen.) Zápis o poučení i vystavení žádanek na odběry bylo zaneseno v ambulantní dokumentaci.

Doporučené termíny kontrol v rozmezí nedodržel, dostavoval se nepravidelně, na opakované výzvy k odběru PSA nereagoval, dle svého prohlášení měnil mnou doporučenou léčbu, sám si kupoval a užíval volně prodejné léky na benigní hyperplázii prostaty (viz dokumentace o sdělení pacienta o užívaných lécích) – dle jeho vlastního sdělení s dobrým terapeutickým efektem, čímž vysvětloval svou neúčast na předem plánovaných termínovaných vyšetřeních. Po telefonické žádosti, kdy mi bylo pacientem oznámeno zhoršení mikce, byl vyšetřen v prvním možném termínu a mimo pořadí dne 3. 4. 2007, kdy mu byla opět vydána žádanka na PSA (znovu byl poučen o nutnosti odběru PSA), byl mu po dohodě stanoven termín na uroflowmetrii – funkční vyšetření dolních močových cest. Uroflowmetrické vyšetření nemohlo být doposud ani jedenkrát provedeno, neboť pacient nedodržel požadované podmínky pro možnost vyšetření, tj. dostavit se s náplní měchýře nad nutných 200 ml. Dne 3. 5. 2007 mu opět byla vydána žádanka na PSA. K odběru se rovněž nedostavil a 14. 6. 2007 mi byla praktickou lékařkou telefonicky sdělena změna zdravotního stavu ve smyslu zhoršené mikce a na základě konsensu nás obou byl odeslán k urologickému vyšetření na vyšší pracoviště, tedy na urologickou kliniku. Zde byl opět komplexně vyšetřen a proveden ihned odběr PSA, jehož hodnota byla již v oblasti patologické. Proto mu byla provedena biopsie tkáně prostaty, která prokázala nádorové onemocnění prostaty.

Uvádím a jsem schopen prokázat, že biopsie prostaty je u všech mých pacientů prováděna, včetně histologického vyšetření, vždy na tomto pracovišti, a to vždy na základě klinického vyšetření, vyšetření ultrazvukového a vyšetření laboratorního, včetně nezbytné hodnoty PSA. Chtěl bych zdůraznit, že pacient byl opakovaně vyšetřen komplexně, nikdy mu nebyla prokázána byť jen suspekce na nádorové onemocnění prostaty – per rectum byl vyšetřován od r. 2004 opakovaně, vždy byl palpační nálezn fyziologický. Opakovaně byl mnou i sestrou urgován k odběru nádorových markerů prostaty. K odběru se dostavil i přes mnou vyjadřovaný nesouhlas a opakované poučení o riziku a následcích až v 6/2007. První žádanka dle zápisu nad vši pochybnost byla

vydána 2. 6. 2006, tj. cca 12 měsíců před diagnosou nádorového onemocnění.

Tyto skutečnosti dle mého názoru jednoznačně prokazují, že při stanovování diagnózy nádorového onemocnění prostaty jsem u pacienta postupoval lege artis a velmi obezřetně, včetně primárního upozornění na duplicitu nádoru v dětství. Uváděné tzv. osobní komentáře, včetně doporučení liturgických, rozhodně odmítám jako nepravdivé. Stížnost považuji za neoprávněnou, sdělení za nepravdivá a z tohoto důvodu ji rozhodně odmítám. Jako „druhoatestovaný“ lékař v oboru urologie, držitel primářské licence v tomto oboru a lékař atestovaný v oboru všeobecné chirurgie jsem dostatečně erudovaný a zkušený k samostatné ambulantní urologické činnosti. V mé dosavadní praxi praktické i teoretické, včetně asistentské funkce na klinice, jsem byl a doposud jsem bez jakýchkoli odborných a etických problémů. Nikdy jsem za svou praxi nečelil takovému nehoráznému a nepravdivému obvinění. Chápu a vím, že nemocný člověk reaguje neúměrně a za svůj nepříznivý osud chce někoho obvinít. Já toto obvinění a k tomu náležející odpovědnost však rozhodně odmítám. K vyvrácení všech vyřčených obvinění vůči mé osobě jsem připraven poskytnout kompletní opis dokumentace všech vyšetření pacienta tak, jak byla mnou systematicky zaznamenávána a zaevidována.“

Rozhodnutí

Revizní komise OSL provedla předběžné šetření stížnosti, prostudovala zprávu obviněného lékaře a prostudovala dodanou dokumentaci z počítače. Revizní komise OSL dospěla k závěru, že nelze prokázat, že se lékař dopustil disciplinárního provinění, a je tedy nutno ho považovat za nevinného. Proto rozhodla nezahájit disciplinární řízení.

Stěžovatel proti rozhodnutí podal námitku, kterou se zabývala Čestná rada ČLK. Na svém řádném zasedání ji posoudila a potvrdila rozhodnutí Revizní komise OSL ČLK. V odůvodnění píše, že vznesená námitka je nedůvodná a nijak zásadně nemění dosud prokázaný skutkový stav. Ztotožnila se s rozhodnutím RK OSL ČLK, které považuje za vyčerpávající.

Michal Sojka

Dětský autismus – fakta a mýty

Dětský autismus byl poprvé popsán v roce 1943. Zvláštní pozornosti se mu dostalo teprve v posledních dvou desetiletích, a to mimo jiné také v souvislosti s údaji o dramatickém nárůstu prevalence.

V nejrepresentativnější současné monografii o autismu (Volkmar et al., 2005) byla publikována metaanalýza 36 analyzovatelných studií dětského autismu (DA) z let 1966–2003. Medián prevalence osmnácti studií z let 1966–1993 byl 4,7/10 000, zatímco medián prevalence dalších osmnácti studií DA z let 1994–2004 byl 12,7/10 000. Vezmeme-li v úvahu i všechny příbuzné poruchy (tzv. poruchy autistického spektra, PAS), pak se současně udávaná prevalence blíží číslu 60/10 000, tedy některá z forem autismu postihne jedno dítě ze 167 narozených dětí.

Vzestup prevalence je provázen enormním zájmem akademických výzkumníků o problematiku (autismus je dnes vůbec nejzkoumanější diagnózou dětské psychiatrie), ale také zastánců alternativních vysvětlení, často laiků a pololaiků. Pro lékařskou obec je znalost těchto alternativních hypotéz důležitá, přestože nenalezly podporu akademické medicíny. Zejména pediatričtí specialisté se v klinické praxi mohou setkat s řadou dotazů ze strany rodičů, kteří čerpají zavádějící informace ze soukromých internetových stránek či komerčně zaměřených seminářů o alternativních pojetích autismu. Tento článek má sloužit jako stručná pomůcka k orientaci v problematice.

Naléhavost dotazů ze strany rodičů postižených dětí je tím větší, že současná medicína zatím nedisponuje účinnou léčbou základních příznaků autismu (tj. sociální izolace, narušení řeči a komunikace, abnormálních zájmů apod.) – zde hlavní metodou nadále zůstávají speciální pedagogické a behaviorální postupy. Medicínská intervence však dokáže farmakologickou léčbou potlačit, či alespoň zmírnit, přidružené behaviorální poruchy (agresivitu, sebepoškozování, hyperaktivitu, stereotypie, rituály), afektivní poruchy (úzkost, depresivní rozlady) či poruchy spánku, což rovněž představuje pro pacienty a jejich rodiny velmi významnou pomoc (Rapin, 1997; Hrdlička a Komárek, 2004; Myers et al., 2007).



Fakta: Současné pojetí dětského autismu

V objasňování etiologie DA má nepochybně významné místo genetika. Při užití diagnózy autismu dle platné 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí je konkordance u monozygotních 60 % a 0 % u dizygotních dvojčat. Jestliže zahrneme širší autistický fenotyp, konkordance je 92 % u MZ a 10 % u DZ dvojčat (Volkmar et al., 1999). Odhadovaná heritabilita DA je nad 90 %, což je více než u schizofrenie, bipolární afektivní poruchy a hyperkinetické poruchy v dětství (odhad heritability 80 %) a mnohem více než u alkoholismu (60 %) nebo deprese (40 %) (Owen et al., 2000; Sedláček et al., 2002). V posledních deseti letech bylo analyzováno více než 100 funkčních a pozičních kandidátních genů pro DA (Santangelo a Tsatsanis, 2005; Bacchelli a Maestrini, 2006). Snaha identifikovat geny podmiňující autismus však – navzdory intenzivnímu výzkumu – dosud nevedla k určení jednoznačné asociace definovaných alel některých genů s autistickou poruchou. Určitý význam v etiologii autismu mohou mít také rizikové faktory v těhotenství (expozice thalidomidu, rubeola a některé jiné virové infekce) a pre- a perinatální komplikace (Szatmari et al., 1998; Volkmar, 1998).

Rozvoj autistické symptomatologie je spjat s abnormálním růstem mozku. Autisté se nerodí s větším mozkiem než jejich zdraví vrstevníci, ba naopak. Jak nalezl Courchesne se spolupracovníky (2003, 2004), děti postižené autismem mají menší obvod hlavy při narození než zdravé děti (průměr na 25. percentilu), což je následováno

excesivním růstem hlavy mezi 1.– 2. měsícem a 6. – 14. měsícem života. Na konci tohoto období mají autistické děti pak významně vyšší průměrný obvod hlavy, než je populační norma (84. percentil). Mezi 2. – 3. rokem života má 90 % autistů objem mozku, který výrazně převyšuje normální batolata. Na základě některých studií se zdá pravděpodobné, že vzorec abnormálního růstu mozku může být způsoben abnormálními mozkovými růstovými faktory (Nicholson a Szatmari, 2003).

Stále významnější roli v objasňování patogenezy DA hrají zobrazovací metody. V současnosti je k dispozici přes padesát studií strukturální magnetické rezonance mozku, které nám – kromě celkového mozkového objemu – poskytují informace i o regionálních odchylkách ve vývoji autistického mozku. Metaanalýzy těchto studií se shodují v tom, že autisté mají oproti zdravým kontrolám větší celkový objem mozku, komor, mozečku a nucleus caudatus, naopak menší corpus callosum a mozkový kmen. Nekonzistentní jsou nálezy u hippocampu a amygdaly (Sokol a Edwards-Brown, 2004; Palmen a van Engeland, 2004; Stanfield et al., 2008; Hrdlička, 2008). Vzorec uvedených změn svědčí pro to, že u autismu se jedná o časnou neurovývojovou abnormalitu.

Mýty: Alternativní hypotézy

Nejčastěji uváděná alternativní pojetí autismu lze zhruba shrnout do tří oblastí: problematika očkování, problematika diet a problematika imunologická.

Problematika očkování

Tato problematika byla v odborném písemnictví posledních deseti let diskutována ze všech tří uvedených témat nejintenzivněji, zřejmě vzhledem ke klinické závažnosti tématu. Pozornost se zaměřila jednak na otázku samotné vakcinace trojkombinací MMR (measles, spalničky – mumps, příušnice – rubella, zarděnky), jednak na otázku thimerosalu, konzervační látky obsažené ve vakcínách. Velmi podrobný a fundovaný přehled problematiky přinesl jeden z nejvýznamnějších představitelů světové dětské psychiatrie Michael Rutter (2005), a ten v následujících dvou bodech představíme.

1. Vztah poruch autistického spektra a očkování vakcínou MMR

V roce 1998 Wakefield et al. nastolili otázku kauzální souvislosti mezi užitím vakcíny MMR a začátkem poruch autistického spektra s chronickou enterocolitis. Důraz byl kladen na předpokládanou úzkou časovou souvislost mezi podáním vakcíny a začátkem autismu. Mezi 12 referovanými případy u 9 byl interval mezi expozicí MMR a prvními behaviorálními symptomy 2 týdny nebo méně.

Taylor et al. (1999) studovali tuto hypotézu akutního efektu v registrech 8 zdravotních obvodů v Londýně. Výsledky neukázaly časovou souvislost mezi vakcinací a začátkem autismu. Podobně, ani vývojová regrese, která byla zdůrazněna v původním reportu, neměla časovou souvislost.

Později byly stížnosti modifikovány a zahrnuly možnost pozdního nebo chronického začátku po podání MMR. Farrington et al. (2001) reanalyzovali Taylorova data z roku 1999 a rovněž nenašli souvislost.

Další vlna argumentů spočívala v tom, že existuje časová souvislost mezi zahájením MMR vakcinace a obecným nárůstem autismu (Wakefield, 1999). Několik dalších studií tuto hypotézu nepotvrdilo. Klíčová však byla data z Japonska, kde byla MMR vakcinace zastavena počátkem 90. let kvůli pochybnostem o komponentě příušnic. Pokud by spojitost existovala, pak by po zastavení vakcinace měl následovat pokles incidence autismu. To se nestalo (Honda et al., 2004). Jiný důkaz pochází z Dánska, kde byla na podkladě podrobného registru v letech 1991–1998 studována dětská populace 440 tisíc očkovaných dětí a 96 tisíc neočkovaných dětí. Nebyl nalezen žádný rozdíl mezi oběma skupinami v incidenci autismu.

2. Vztah poruch autistického spektra a thimerosalu

Thimerosal je konzervační látka ve vakcínách obsahující rtuť. Chemicky se jedná o sodnou sůl ethyl-merkurihoethylsulfátu, sumární vzorec je $C_9H_9HgNaO_2S$. Situace je rozdílná od výhrad k vakcinaci MMR, protože argument by mohl být biologicky více přijatelný. Rtuť ve vysoké dávce skutečně může působit neurovývojové poškození. Výzkum je komplikován tím, že thimerosal je přito-

men v několika rozdílných vakcínách a je tak podáván mnohokrát během prvního roku dítěte. Je také nejasné, zdali by risk měl být primárně z akutního efektu relativně vysoké dávky, nebo více z kumulativního efektu rtuti.

Geier a Geier (2003) našli při rozboru údajů z Vaccine Adverse Events Reporting System (VAERS), že větší incidence jak autismu, tak neurovývojových poruch byla ve skupině s vyšší expozicí rtuti.

Proti tomuto nálezu svědčí data z Dánska, kde od roku 1970 byla jedinou vakcínou obsahující thimerosal vakcína proti pertussi. Mezi roky 1992–1997 byla tato vakcína užívána bez thimerosalu, a pak nahrazena nebuněčnou vakcínou. Bylo možné, díky přesnosti dánského registru, porovnat osoby očkované s thimerosalem a bez něj. Nebyl nalezen rozdíl v incidenci ASD mezi oběma skupinami. Odstranění thimerosalu z vakcín bylo následováno zvýšenou incidencí ASD, nikoli poklesem.

V USA naopak zátěž thimerosalem během 90. let stoupala, nicméně tendence nárůstu autismu byla stejná jako v Dánsku a Švédsku, kde byl naopak úplně vyřazen.

Rutter (2005) nakonec svou analýzu uzavírá, že se nepodařilo prokázat souvislost mezi incidencí autismu na jedné straně a očkovaním MMR nebo thimerosalem na straně druhé.

Problematika diet

Tento alternativní pohled na autismus se snaží vysvětlit autismus jako metabolickou chorobu, a různé navrhované diety mají kompenzovat údajnou neschopnost organismu autistických pacientů metabolizovat některé látky. Nejčastěji jsou navrhovány diety bez lepku a bez kaseinu.

V roce 2008 tyto dvě diety analyzovali autoři Millward et al. v rámci systematického přehledu pro Cochrane Database of Systematic Reviews. Byly nalezeny jen dvě

malé randomizované kontrolované studie s celkovým počtem 35 probandů. Autoři přehledného review konstatovali, že publikované práce nepoužívaly obecná měřítka pro zlepšení a nebylo tedy možné provést metaanalýzu, jak je v Cochrane Reviews zvykem. První studie našla tři pozitivní efekty dietární intervence (na celkové autistické rysy, na sociální izolaci a na celkovou schopnost komunikovat a interagovat), druhá studie naopak nenalezla žádné rozdíly mezi pokusnou a kontrolní skupinou. Millward et al. konstatují, že současná úroveň důkazů pro účinnost diet je chudá. Je nedostatek důkazů nejen o efektivitě, ale také o potenciálních škodách a nevýhodách dietních postupů. K definitivnímu závěru by bylo třeba velkých randomizovaných kontrolovaných studií.

Imunologická problematika

U dětského autismu je popisována řada imunologických abnormalit, např. výskyt autiprotilátek proti bílkovinám nervového systému, abnormality T-lymfocytů, dysregulace produkce cytokinů aj. (Krause et al., 2002; Murch, 2005). Řada autorů se ovšem domnívá, že se jedná pouze o epifenomén, který nemá kauzální vztah ke vzniku autismu, podobně jako jsou nalézány imunologické odchylky u řady psychiatrických onemocnění (deprese, schizofrenie), aniž by byly spojovány s jejich etiologií. Jiní autoři se domnívají, že imunologické abnormality mohou hrát roli v etiopatogenezi autismu, nicméně i tak hodnotí dosavadní důkazy jako rozporné (Ashwood a Van de Water, 2004; Murch, 2005; Volkmar et al., 2005). Úroveň současných poznatků nahlížená ze zorného úhlu „medicíny založené na důkazech“ nedosahuje jistoty, která by umožnila doporučit jakoukoli imunologickou léčbu.

Prof. MUDr. Michal Hrdlička, CSc.

Literatura u autora

Stanovisko Vědecké rady ČLK

Vědecká rada České lékařské komory se na svém zasedání dne 10. září 2009 zabývala problematikou alternativních přístupů k prevenci a léčbě dětského autismu a jiných poruch autistického spektra. Vědecká rada ČLK považuje jakoukoli souvislost vzniku autismu s očkovaním dětí za neprokázanou. Vědecká rada dále konstatovala, že pro používání dietní a/nebo imunologické léčby autismu neexistují v současnosti důkazy, tak, jako jsou dnes v „medicíně založené na důkazech“ standardně požadovány při zavádění nových léčeb.

Trestní, nebo disciplinární řízení?

Co přinesl seminář předsedů revizních komisí a čestných rad OSK ČLK

Dne 7. října 2009 se v Lékařském domě v Praze konal seminář předsedů čestných rad a revizních komisí okresních sdružení lékařů České lékařské komory, který se mimo jiné zabýval i problematikou úkolů disciplinárních orgánů ČLK v budoucím období, jednak po nabytí účinnosti nového trestního zákoníku, jednak po případné novelizaci zákona o České lékařské komoře. Některé myšlenky, které zazněly na tomto semináři zveřejňujeme v právní rubrice našeho časopisu.

Princip ultima ratio

Nový trestní zákoník, který nabude účinnosti dne 1. ledna 2010, zcela nově výslovně zakotvuje zásadu takzvané krajní úlohy trestní represe, ze které vyplývá, že trestní stíhání má probíhat pouze v těch případech, kde není postačující jiný prostředek k nápravě. § 12 odst. 2 trestního zákoníku výslovně stanoví, že trestní odpovědnost pachatele a trestněprávní důsledky s ní spojené lze uplatňovat jen v případech společensky škodlivých, ve kterých nepostačuje uplatnění odpovědnosti podle jiného právního předpisu. Toto zcela nové ustanovení a zcela nový princip českého trestního práva dává velký prostor k tomu, aby v méně závažných případech, kdy dojde k lékařskému pochybení a v příčinné souvislosti s ním k ublížení na zdraví pacientovi, byla věc orgány činnými v trestním řízení buď odevzdána (Policí ČR), nebo postoupena (státním zastupitelstvím) disciplinárním orgánům České lékařské komory k vedení disciplinárního řízení. Příslušný orgán činný v trestním řízení (Policie ČR, státní zastupitelství, soud) může v kterémkoliv stádiu trestního řízení dospět k závěru, že není nezbytné lékaře v daném případě kriminalizovat a že bude postačující, pokud věc bude projednána v disciplinárním řízení orgány České lékařské komory. Takový postup může být samozřejmě pro lékaře podstatně mírnější a příznivější, než absolvovat trestní proces s případným uložením podmíněného či nepodmíněného trestu odnětí svobody a zpravidla též zákazu výkonu lékařského povolání na určitou dobu.

Pokud bude podáno trestní oznámení a věc bude prověřována orgány Policie ČR, bude možno, aby sám lékař, jehož činnost je prověřována, navrhl, aby věc byla tzv. **odevzdána** disciplinárním orgánům České lékařské komory k disciplinárnímu řízení. Takové odevzdání se děje neformálním aktem policejního orgánu, proti kterému nemůže ani poškozený podat opravný prostředek. Přitom disciplinární orgán České lékařské komory není vázán tím, jak dosud věc posuzoval policejní orgán, a může ve věci rozhodnout zcela samostatně jak o vině, tak i o případné nevině lékaře, jehož případ byl odevzdán k projednání orgánům České lékařské komory. Odevzdání případu Policií ČR orgánům ČLK tedy neznámá, že je konstatována vina.

Druhým způsobem je tzv. **postoupení věci**, které může učinit již pouze státní zástupce za situace, kdy trestní stíhání bylo již zahájeno a státní zástupce po provedeném vyšetřování dospěje k závěru, že podle § 12 odst. 2 trestního zákona není případ tak závažný a společensky škodlivý, aby nepostačovalo uplatnění odpovědnosti podle zákona o České lékařské komoře a nikoli podle trestního zákoníku. Proti usnesení státního zástupce o postoupení věci má poškozený právo podat stížnost, o které by rozhodoval nadřízený státní zástupce. Ani v případě, že státní zástupce postoupí věc k projednání orgánům České lékařské komory, není ČLK vázána stanoviskem státního zástupce k případu a může rozhodnout jak o vině, tak o nevině původně trestně stíhaného lékaře, jehož věc byla ČLK postoupena k projednání. Lze tedy jednak lékařům doporučit, aby s odkazem na ustanovení § 12 odst. 2 trestního zákoníku, účinného od 1. 1. 2010, bude-li jejich věc prověřována nebo bude-li proti nim zahájeno trestní stíhání, sami navrhli odevzdání či postoupení věci orgánům ČLK k projednání. Toto mohou učinit i za situace, kdy neuznávají, že by se provinili. Problémem je, že takto nelze postupovat, pokud již uplynula roční promlčecí doba podle Disciplinárního řádu ČLK. V této souvislosti by bylo vhodné uvažovat o případ-

né změně Disciplinárního řádu ČLK tak, aby promlčecí doba v případě odevzdání nebo postoupení věci orgánem činným v trestním řízení začala běžet teprve okamžikem, kdy je České lékařské komoře případ odevzdán či postoupen.

Samozřejmě je vhodné a potřebné, aby orgány ČLK takové odevzdání či postoupení věci neodmítaly, ale naopak přijímaly a cítily se kompetentní tyto případy řešit, namísto kriminalizace svých kolegů. **V této souvislosti je bohužel nutno konstatovat, že případů trestního stíhání a kriminalizace lékařů v České republice stále přibývá a vhodným opatřením k obratu tohoto nepříznivého stavu by mohl být právě postup vycházející z ustanovení § 12 odst. 2 nového trestního zákoníku – předávání věci k vyřešení orgánům České lékařské komory v disciplinárním řízení.**

Návrh nových kompetencí České lékařské komory

Česká lékařská komora na podnět místopředsedy Výboru pro zdravotnictví Poslanecké sněmovny připravila vlastní návrh změny zákona č. 220/1991 Sb. V souvislosti s tímto článkem se chci pouze stručně věnovat navrhovaným změnám v disciplinárním řízení, které spočívají především v rozšíření disciplinárních kompetencí České lékařské komory. Jak to souvisí s předchozím odstavcem? Je nepochybné, že má-li ČLK místo soudu v trestním řízení posoudit objektivně a kompetentně celý případ a uložit smysluplné disciplinární opatření, dosavadní škála disciplinárních opatření, které má k dispozici je naprosto nedostačující. Nově se navrhuje, aby místo vyloučení z komory, které v současné době znamená bezpodmínečný zákaz výkonu lékařského povolání na přesně stanovenou dobu pěti let, bylo nově stanoveno jako disciplinární opatření vyškrtnutí ze seznamu komory s důsledkem zákazu výkonu lékařského povolání na dobu jednoho až pěti let. Kromě úplného zákazu výkonu lékařského povolání spočívajícího ve vyškrtnutí ze seznamu komory se navrhuje, aby komora mohla uložit mírnější disciplinární

opatření, a to pouze zákaz samostatného výkonu lékařské praxe na určitou dobu, případně i podmíněně, včetně práva stanovit, aby v určené lhůtě lékař, který se provinil, absolvoval potřebné doškolení a případně přezkoušení před oborovou komisí vědecké rady ČLK. Jde tedy o to, aby případné disciplinární opatření působilo spíše preventivně než represivně. Pouze případy, kdy nepůjde například o odborné pochybení, ale o jiné porušení povinností člena komory, včetně provinění etických, by měla být podle návrhu zvýšena možnost pokuty na 100 000 Kč.

Dále se navrhuje, aby Česká lékařská komora byla oprávněna stanovit všem zdravotnickým zařízením opatření k nápravě, podobně jako to v současné době může pro svá podřízená zdravotnická zařízení učinit například krajský úřad, ať již v souvislosti s disciplinárním řízením a zjištěním chyb v organizaci, řízení a kontrole, personálním nebo jiném vybavení, nebo v souvislosti s vlastní kontrolní činností ČLK ve zdravotnických zařízeních. Zda se právě toto podaří skutečně prosadit, je samozřejmě otázkou, ale v některých případech by vhodnou prevencí byla spíše opatření směřující vůči řízení a organizaci zdravotnického zařízení než vůči jednotlivým zaměstnancům.

Dále se navrhuje, aby návrh na zahájení disciplinárního řízení proti lékaři nemusela vždy podávat pouze revizní komise okresního sdružení lékařů ČLK, ale v závažných případech by toto právo měla i revizní komise komory. V závažných případech by návrh revizní komise komory projednávala přímo čestná rada komory. Proti rozhodnutí čestné rady ČLK by bylo možno podat odvolání k odvolacímu senátu čestné rady komory, jehož rozhodnutí by bylo pravomocné, ale přezkoumatelné soudem. Ve velmi závažných případech, kdy by hrozilo, že dalším působením lékaře bude ohroženo zdraví a život občanů (například v případě chronických opilců) se navrhuje, aby čestná rada komory měla právo omezit odkladný účinek odvolání a aby účinek rozhodnutí o případném vyškrtnutí nebo jiném opatření nastal ihned po vydání tohoto rozhodnutí. Všechna tato opatření mají přispět k tomu, aby ČLK mohla efektivně převzít některé méně závažné případy, které byly dosud kriminalizovány, a řešit je nikoli v trestním, ale v disciplinárním řízení.



Některé chyby a problémy disciplinárních řízení ČLK

Na semináři se dále probíraly některá pochybení, ke kterým dochází v rámci disciplinárních řízení vedených Českou lékařskou komorou. Bylo poukázáno na dlouhou dobu, po kterou se disciplinární věci projednávají. Prezident i tiskový mluvčí komory zdůraznili, že **lze mediálně obhájit jakékoli disciplinární rozhodnutí ČLK, ale nelze mediálně obhájit nečinnost nebo dlouhé průtahy v disciplinárním řízení, trvající někdy i léta. Takové případy jsou terčem kritiky médií i politiků a mohou být důvodem různých návrhů na omezení kompetencí komory. Je sice pravdou, že na základě soudního rozhodnutí se musel prezident Svazu pacientů ČR omluvit České lékařské komoře za svůj výrok, že stížnosti neřeší, ale jen jim přidělí číslo a tím to končí, ale na druhé straně víme, že v některých případech se disciplinární řízení neúměrně protahuje.**

V této souvislosti bude třeba zlepšit rychlost a kvalitu odborných posudků, které zpracovávají jednotlivé oborové komise vědecké rady České lékařské komory. Jako na nejčastější chyby v disciplinárním řízení bylo poukázáno na nepřesvědčivá odůvodnění vydaných rozhodnutí, někdy nesprávná poučení, pozdní řešení stížností, řešení stížností okresním sdružením komory bez zaregistrování u centrální revizní komise ČLK. V některých případech se zapomíná, že jde-li o stížnost na chybný odborný postup, musí být součástí disciplinárního řízení odborný posudek lékaře s licenci k výkonu funkce vedoucího lékaře a primáře nebo oborové komise vědecké rady komory jako zásadního podkladu k posouzení, zda došlo či nedošlo k odbornému pochybení. Ve všech případech

je nezbytné, aby lékař byl seznámen s textem stížnosti, měl právo (nikoli povinnost) se písemně nebo ústně do protokolu k obsahu stížnosti vyjádřit a nesmí být zapomínáno na řádnou evidenci všech dokladů o doručení. Disciplinární řízení nelze vést proti zdravotnickému zařízení, ale pouze proti členovi komory. Je-li však stížnost podána například na nekvalitní péči na určitém oddělení nemocnice, aniž jsou jmenováni konkrétní členové komory, kteří se měli provinít, je povinností disciplinárních orgánů České lékařské komory zjistit, kteří lékaři byli odpovědní za péči o příslušného pacienta, a zjistit, zda došlo či nedošlo k jejich odbornému pochybení. Pokud bychom takto nepostupovali, a nutili stěžovatele, aby sám identifikoval lékaře, kteří měli pochybit, často by to vedlo k tomu, že stěžovatel se místo na ČLK obrátí na Policii ČR a věc se bude řešit v trestním a nikoli v disciplinárním řízení.

Nový trestní zákoník a problematika zdravotnictví

Nový trestní zákoník účinný od 1. ledna 2010 přináší celou řadu významných změn dopadajících na zdravotnictví a zejména v právní odpovědnosti v medicíně. Tato problematika stojí za samostatný článek v našem časopisu, který bude patrně následovat v příštím vydání. Uvažujeme rovněž o zvláštním semináři zaměřeném pouze na dopady nového trestního zákoníku na problematiku zdravotnictví, který by byl určen jak pro členy komory (s výraznou slevou na účastnickém poplatku), tak pro advokáty a další zájemce a kterého by se vedle právníků komory zúčastnili i významní představitelé českého trestního práva.

JUDr. Jan Mach, ředitel právní kanceláře ČLK



Převod praxe fyzické osoby na s.r.o. bez výběrových řízení?

Prezident České lékařské komory se obrátil na ředitele Ústřední pojišťovny VZP ČR s žádostí, aby stejně jako ostatní zdravotní pojišťovny umožňovala i Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR převedení ordinace lékaře, který poskytuje zdravotní péči jako fyzická osoba v nestátním zdravotnickém zařízení, na obchodní společnost, nejčastěji s.r.o., bez výběrových řízení. Je pravdou, že legislativní změna z roku 2007, kterou provedl Parlament ČR na návrh bývalého ministra Julínka, byla nezdařilá a výklad doslovného textu této změny vede k tomu, že pro převod praxe fyzické osoby na s.r.o. nebo jinou obchodní společnost je nadále nutné výběrové řízení. V této souvislosti zaslal prezident ČLK dopis řediteli Ústřední pojišťovny VZP ČR.

Vážený pane řediteli,
obracím se na Vás ve věci **výkladu ustanovení § 46 odstavce 3 zákona č. 48/1997 Sb., které byl přijato novelou č. 261/2007 Sb.** (tzv. Topolánkův batoh) s tím, že **toto ustanovení podle tvrzení tehdejšího ministra zdravotnictví i vlády mělo za cíl umožnit, aby soukromý lékař provozující nestátní zdravotnické zařízení jako fyzická osoba, měl možnost bez výběrového řízení ve stejném rozsahu poskytovat zdravotní péči i jako obchodní společnost.**

Je nepochybné, že legislativní vyjádření tohoto záměru bylo nezdařilé a při přísně jazykovém doslovném výkladu předmětného ustanovení zákona lze dovodit, že u fyzické osoby nejde o „změnu právní formy“ a toto ustanovení je vlastně nonsens. Nicméně Ústavní soud opakovaně označil za ústavně konformní výklad právních předpisů nikoli výklad jazykový a navíc přísně doslovný, ale výklad logický, systematický a historický. Ze samotného zdůvodnění přijímané změny § 46 zákona č. 48/1997 Sb. je zcela zřejmé, že cílem zákonodárce bylo, aby lékař provozující NZZ jako fyzická osoba, mohl přejít na provozování právníkou osobou (v praxi nejčastěji s.r.o.) bez výběrového řízení, nedojde-li ke změně rozsahu poskytované zdravotní péče. Při opačném výkladu by předmětná změna byla zcela nesmyslná. Takto si předmětné ustanovení zákona vykládají také všechny ostatní zdravotní pojišťovny, s výjimkou VZP ČR.

Prosím Vás proto v zájmu soukromých lékařů i s odvoláním na opakované prohlášení bývalého ministra zdravotnictví, abyste přehodnotil dosavadní stanovisko vedení VZP ČR k této otázce a umožnil přechod praxe z fyzické osoby na obchodní společnost bez výběrových řízení.

*Děkuji za pochopení, s úctou
MUDr. Milan Kubek, prezident ČLK*

Prezident ČLK obdržel od ředitele VZP ČR MUDr. Pavla Horáka, CSc., MBA, odpověď, z níž vyplývá, že se VZP rozhodla respektovat výklad Ministerstva zdravotnictví ČR, které je jako ústřední orgán státní moci přes zdravotnictví a zdravotní pojišťovny zákonem zmocněno ke kontrole VZP. Současně dodal, že VZP je připravena podpořit ČLK ve snaze změnit postoj MZ ČR.

Stanovisko MZ ČR říká, že „v případě, kdy lékař podnikající jako fyzická osoba zakládá právníkou osobu a převádí na ni svůj podnik, nedochází ke změně právní formy subjektu, ale vzniká subjekt zcela nový (nově založená právníkou osoba). V takovém případě je tedy podle stávající právní úpravy nutné konat výběrové řízení bez ohledu na to, zda dochází či nedochází k rozšíření rozsahu poskytované zdravotní péče.“

Prezident České lékařské komory bude o stanovisku MZ ČR, které bylo v této věci zasláno VZP ČR, při nejbližší příležitosti jednat s ministryní zdravotnictví a žádat, aby toto stanovisko bylo změněno a aby převod praxe z fyzické osoby na obchodní společnost, případně naopak, byl umožněn bez výběrových řízení.

(red)

Mediace – efektivní způsob, jak řešit nespokojenost pacientů

Mediace je způsob mimosoudního urovnání sporu, který využívá neutrální osobu – mediátora – k nalezení uspokojivého řešení pro obě strany. Pomocí mediace lze řešit stížnosti pacientů i případy, kdy by pacient mohl úspěšně zažalovat zdravotnické zařízení a vysoudit na něm finanční odškodnění.

V prvním případě je mediace výhod-

ná proto, že se vedení nemocnice může lépe obeznámit s nedostatky poskytované zdravotní péče na svých odděleních, ve druhém případě je výhodou možnost razantního snížení částky, kterou by jinak nařídil uhradit soud.

Mediace šetří finanční náklady, je rychlá, výsledku musí být dosaženo v průběhu 2 až 5 schůzek, a především

je důvěrná. Vše, co se při ní odehraje, zůstává veřejnosti skryto a zdravotnické zařízení tím chrání svou dobrou pověst. Liga lidských práv v současné době nabízí zdravotnickým zařízením bezplatné poradenství v oblasti řešení sporů pomocí mediace a zajistí jim služby mediátora zdarma.

Michaela Kopalová, Liga lidských práv

Právní seminář České lékařské komory

Čtvrtek 12. listopadu 2009 – posluchárna Děkanátu 1. LF UK,
Kateřinská 32, Praha 2, vstup z ulice Na Bojišti 3

Program:

9:30 – 10:00 Registrace

10:00 – 12:30 Dopolední blok

12:30 – 13:00 Přestávka na občerstvení

13:00 – 15:00 Odpolední blok

**Přednáší: ředitel právní kanceláře ČLK
JUDr. Jan Mach**

- Právní aktuality v medicíně, nová vyhláška o základních a nástavbových lékařských oborech a délce specializačního vzdělávání, některé problémy
- Právní odpovědnost lékaře- kazuistiky a judikáty
- Informovaný souhlas a nesouhlas – kazuistiky
- Právní vztahy zdravotních pojišťoven a zdravotnických zařízení
- Dotazy, diskuse

**Přednáší: Prof. MUDr. Pavel Pafko, DrSc.,
přednosta 3. chirurgické kliniky a předseda
znalecké komise pro chirurgii 1. LF UK Praha**

- Hranice přípustného rizika a nedbalosti v medicíně
- Zkušenosti předsedy znalecké komise lékařské fakulty
- Dotazy, diskuse

**15:00 – 16:00 Diskuse k dalším problémům
medicínského práva dle zájmu
účastníků**

Moderuje: JUDr. Jan Mach

Účastnický poplatek pro členy ČLK 500 Kč, pro nečleny 3000 Kč.

Účast na semináři bude hodnocena 7 kredity.

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

V Centrálním registru akcí ČLK je evidována pod číslem 21033.

Potvrzení o platbě je nutné předložit při registraci účastníků v místě konání akce.

Platbu proveďte na číslo účtu 19-1083620217/0100 KS 0379, VS 4309.



Přihláška na PRÁVNÍ SEMINÁŘ ČLK

Čtvrtek 12. listopadu 2009 – posluchárna Děkanátu 1. LF UK, Kateřinská 32, Praha 2, vstup z ulice Na Bojišti 3

Fax: +420 257 220 618, e-mail: vzdelavani@clkcr.cz, seminar@clkcr.cz

Příslušnou částku uhradím na číslo účtu 19-1083620217/0100 KS 0379, VS 4309, do 9. 11. 2009, potvrzení o platbě přinesu s sebou k registraci účastníků.

Titul, jméno, příjmení

Korespondenční adresa.....

Telefon **e-mail:****specializace**.....

Člen ČLK: ano **výše úhrady 500 Kč/člen OS ČLK**.....

Člen ČLK: ne **výše úhrady 3000 Kč/zástupce firmy**.....

Dne

Podpis



POKROKY V MEDICÍNĚ

Mimořádný vzdělávací cyklus ČLK a 1. LF UK

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

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.lkc.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: vzdělavani@clkc.cz, seminar@clkc.cz (uveďte celé jméno, odbornost, adresu, telefonní číslo a číslo kurzu).

Podrobné informace týkající se organizace a průběhu kurzu obdrží přihlášení účastníci 10 dnů před zahájením kurzu. **Věnujte, prosím, pozornost zasláním informací, 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.clkc.cz.

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

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.
 - Kauzistiky 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 v nich nalézt?
 - Agresivní, nesnadný pacient a restriktce.

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; kauzistiky z medicínsko-právní oblasti; ohledání v terénu s podezřením na násilný čin.
MUDr. JUDr. Lubomír Vondráček, CSc.,

- JUDr. Jan Vondráček, Mgr. Jana Wolesská
- Medicínsko-právní kauzistiky 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, ČLK, Lékařská 2, Praha 5
Koordinátor: MUDr. Eva Kalvínková, FN Motol, Praha 5

- MUDr. Eva Kalvínková
- 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 sebeřídících skupinách, reflexe vlastních zkušeností.

Anotace: O spirituální péči o nemocné je mezi zdravotníky čím dál větší zájem v rámci bio-psychosociálně-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 náboženským smyslu slova, pochopit význam naplňování 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

Téma	Datum
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 Vyplašilová Pořadatel: ČLK, Oční klinika 1. LF UK a ÚVN	23. 2. 2010 16.00–18.00

Koordinátor: Ing. Michal Pravda, MBA

Bližší 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 Svíttek
 - 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 zvládnutí a prevence. Základní otázky, kterými se bude kurz zabývat:
- Profesní 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 všechno štve“.
 - Prevence syndromu vyhoření.

50/09 Kurz – Pediatrie: Zásady péče o nedonošeného novorozence

Datum konání: 5. 12. 2009
Místo konání: Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5
Koordinátor: MUDr. Marcela Černá, ÚPMD Praha4-Podolí

- MUDr. Blanka Zlatohlávková
- Výživa nedonošeného novorozence po propuštění.
 - MUDr. Jáchym Kučera
 - Zajímavé ÚZ nálezy u novorozenců.
 - MUDr. Martina Sukočová
 - Anémie u novorozenců.
 - MUDr. Jan Radina
 - Osteopénie nedonošených.
 - Domácí oxygenterapie.
 - MUDr. Anna Zobanová
 - Psychomotorický vývoj dětí se zrakovým postižením.
 - Ilona Krizánová
 - Sesterská péče o nedonošeného novorozence.

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

Datum konání: 12. 12. 2009

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

Bližší 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

Bližší 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. Ščerbanovská
- Horečka jako hlavní projev nemoci: Diferenciální diagnóza a léčba v linii kontaktu a v následné péči.
 - Kauzistiky.
 - Periodické horečky – přehled.
 - Kauzistiky.
 - Syndrom PFAPA.
 - Kauzistiky.

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 probrány např. situace: Komunikace s neodbytným nebo agresivním pacientem. Komunikace s „chronickým“ stěžovatelem. Sdělování závažných zpráv (závažné onemocnění, úmrtí blízké osoby apod.).

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

Datum konání: 6. 2. 2010
Místo konání: Praha 4, ÚPMD, Podolské nábř. 157
Délka trvání: 4 hodiny
Koordinátor: MUDr. Sausen Sládková

- PhDr. Kateřina Thorová, Ph.D., psycholog, 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, kauzistiky, praktické videoukázky dětí, kterých má každý pediatr v registru několik.



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

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

Nestátní poliklinika v Berouně úplatně převezme zavedenou lékařskou praxi v Praze. Jedná se o tyto odbornosti: • Interna • Obvodní lékař • Dermatovenereologie. V případě nabídky kontaktujte tel. 311 746 315, 724 786 903, medicentrum@medicentrum.cz

Zástup

RHB lékař/ka a neurolog/žka na pravidelný zástup v NZZ v Rakovníku, flexibilní úvazek a podmínky dle dohody. Nadstandardní odměňování. Tel.: 313 511 511

Hledám zástup do ordinace PL v Horní Stropnici, okr. České Budějovice. V rozsahu každý druhý pátek, případně v době dovolené. Vhodné pro lékaře v důchodovém věku. Tel.: 602 572 779, dr. Albertová, e-mail: adriana.albertova@seznam.cz

Hledám zástup do endokrinologické ambulance v Praze 10 na 1 až 2 dny v týdnu. Tel. 605 806 222

Hledám lékaře na pravidelný zástup do 20 let zaběhlé ortopedické praxe. Tel. 604 558 322

Hledám občasný zástup do oční ordinace v Olomouci. Tel. 606 327 064

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

Hledám lékaře s atestací na zástup za MD do ordinace PL pro dospělé v Brně, možný i částeč. úvazek, vhodné i pro důchodce. 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 kardiambulace. E-mail: ambulace.kardio@email.cz. Mobil: 604 535 350

Prodej a koupě

Prodám barevný 3D UZ přístroj Medison SA 8000 s multifrekvenční 3D abdom a multifr. vagin. sondou, barevným pulzním a spektrálním dopplerem, bar. tiskárnou, termoprinterem, vypalovačkou CD, koupený 8/08, málo používaný. Cena dohodou. Tel. 777 554 537

Prodám sporadicky použ. přístroj INDAP Madisson k aplikaci plynových injekcí CO₂, PC 13 000, nyní 8000. Nepoužívaný redukční ventil pro aplikaci suchých uhlí. koupelí Madisson, PC 4500 Kč, nyní 3000 Kč. Nepoužívaný elektrokauter CONMED, Německo vč. nožního spínače a nepouž. elektrod, vše ještě v záruce, PC 31 000 Kč, nyní 26 000 Kč. Kontakt: marie@finsterle.cz, tel. 327 314 550

Prodám přenosný UZ přístroj BTL8140 s abdom. a vaginální sondou, koupený nový v r. 2003, protokoly o servis. prohlídkách, bezvadný stav. Cena k jednání 50 000 Kč, sleva možná. Tel. 777 631 243

Prodám echo SonoSite 180, kompl. kardioprogram, sektorová, cévní sonda. Výborný stav, úplná dokumentace. Předvedu, zaučím. Cena 190 000 Kč. Kontakt 603 448 858

Prodám EKG 3 svodové, nové nepoužívané, pův. cena 39 000, nyní 15 000 Kč, tiskárnu Epson LQ 590 a tiskárnu LQ 300, bílé vyšetřovací lehkáto nové, cena 4000. Tel. 603 820 264

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

Pronájem

Pronajme zařízenou ambulanci dle dohody na 1 až 3 dny v týdnu v Ostravě-Vítkovicích. Informace na tel. 596 771 750, úterý nebo čtvrtek.

V 9/2010 bude otevřen v centru Plzně Lékařský dům. Pronajme 2 ordinace amb. specialistům (a 100 m²). Hledáme nezávazné zájemce. Kontakt: 603 877 771, 603 531 551

Pronajmu ordinaci v Praze 4–Lhotce na 1 den v týdnu. Vhodné i pro rehabilitaci, psychologickou, logopedickou poradnu apod. Tel. 604 304 396 večer.

Různé

Volná kapacita rázové vlny. Zvýhodněné ceny. Příbram a okolí. Tel. 602 174 534

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

Křížovka o ceny

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
A																
B																
C																
D																
E																
F																
G																
H																
I																
J																
K																
L																
M																
N																
O																
P																
Q																

Předepište, aby každý lékař na své tabulce u dveří... (viz tajenku).

VODOROVNĚ: **A.** Ovoce; možná; velká sportovní veslice. – **B. 1. díl tajenky.** – **C.** Tekutina proudící cévami; značka automobilů; mládě skotu; silné provazy. – **D.** Část obličeje; ošatit; záplava; Cikán. – **E.** Přístroj; noční pták; jméno primáře ze slavného televizního seriálu; pletiva z rákosu, lýka nebo slámy. – **F.** Stavební dílec; pevná; střevíc; část týdne. – **G.** Kyt; jednostopé dopravní prostředky; kopie. – **H.** Otrok; maminka; krůpěj; linky. – **I.** Přístroj k vyšetřování ucha zrakem; **3. díl tajenky;** přítel. – **J.** Přenosné stany asijských kočovníků; mužské jméno; povel vozky k zastavení zvířete; španělská chuva. – **K.** Citoslovce podivu; malý polokeř (boží dřevce); netkaná textilie. – **L.** Anglicky „jedna“; český filmový režisér; třet (knižně); část paže. – **M.** Český herec; druh jeřábu s laločnými listy; hrubián. – **N.** Mužské jméno; menší kus nábytku (řídčeji); vespod; vidina ve spánku. – **O.** Dělková míra; kazit; náboženství; jméno americké zpěvačky Fitzgeraldové. – **P. 5. díl tajenky.** – **Q.** Součást svíčky; seknout; forma léku.

SVISLE: **1.** Zbrojnoš; pražská čtvrť; pádová otázka. – **2.** Kvůli; **2. díl tajenky;** puls. – **3.** Předložka; čili; český básník; edém. – **4.** Římskými číslicemi 54; dravý pták; odvěta; kočkovitá šelma; poplach na burze. – **5.** Nedaleko; chlupaté byliny s nápadnými květy; stejně. – **6.** Vypít do dna; tohle; ženské jméno; zrýpat okolo. – **7.** Sklouznout; horninové drti; z jakého důvodu; označení pro nezralé buňky. – **8.** Africký veletok; počastovat; šero. – **9.** Hluboce znějící; malý vačnatec; sonda do země. – **10.** Výživa nemocných; slovensky „polibek“; kmínek (řídce); říci. – **11.** Hlavní město Norska; rolety; zásah žokeje oštěmi; vrchem. – **12.** Nevidomost; jehličnatý strom; popěvek. – **13.** Škodlivý motýlek; citoslovce pochopení; mlha; lán; jsoucnost. – **14.** Vymřelý kočovník; averze; mořský pták; scedit. – **15.** Přitakání; **4. díl tajenky;** druh usně. – **16.** Konec modlitby; klesat; asijský stromový savec.

Pomůcka: aret, blast, elk, ens, run.

V Tempus medicorum 9/2009 jsme citovali z knihy Richarda Gordona **Doktor v ráži:**

Medicína není jen pouhá věda, ale má v sobě příměs ryziho umění, ba dokonce i šamanství a černé magie. Detektivku Christophera Fowlera **Vražda za oponou** získává desítka vylosovaných: **Pavel Hoffer**, Pelhřimov; **Václav Holub**, Praha 10; **Monika Jarůšková**, Praha 6–Řepy; **Marie Morávková**, Hradec Králové 3; **Kateřina Nášelová**, Obeciny; **Pavel Páral**, Ústí nad Labem; **Marie Pazourková**, Brno; **Vratislav Petr**, Valtice; **Tomáš Provazník**, Hradec Králové; **Lenka Šmardová**, Brno.

Na správné řešení tajenky z čísla 10/2009 čekáme na adrese recepce@clkcr.cz do **9. listopadu 2009.**

Hodně štěstí!

Obsah

Léčba akutní pooperační bolesti – 2. část..... 1 Aktuální informace o reálné dostupnosti léčiv v ČR 4

LÉČBA AKUTNÍ POOPERAČNÍ BOLESTI

2. část

Organizace léčby pooperační bolesti

Autoři již zmíněného dokumentu Léčba akutní pooperační bolesti zdůrazňují, že hlavním problémem nedostatečně léčené pooperační bolesti není nedostatek léků, lékových forem, ale organizace léčby pooperační bolesti^{2,3/}. Dostupnost pooperační analgezie pro všechny potřebné znamená zejména **kvalitní zvládnutí organizace léčby pooperační bolesti** a přijetí a pochopení faktu, že dobrá analgezie je nejenom potřebná, ale je i **základním právem každého pacienta s bolestí a základní povinností každého pracoviště**, které takovéto nemocné ošetřuje.

Moderní přístup k léčbě vychází z těchto principů:

- multimodální analgezie
- volba typu analgezie podle typu operace a očekávané intenzity bolesti (procedure specific analgesia)
- měření a zapisování intenzity bolesti, nepřekročení předem domluvené hodnoty
- sledování a zapisování efektu terapie i jejích nežádoucích účinků
- pravidelné vyhodnocování systému pooperační analgezie

Multimodální analgezie

Po dlouhou dobu byly za zlatý standard pooperační analgezie považovány opioidy. Se zaváděním nových léků se objevila řada studií, která zpochybnila jejich výsadní postavení. Kritika se zaměřila na dva základní nedostatky: za prvé nežádoucí účinky opioidů, zejména vznik nevolnosti, zvracení, retenci moči a prodloužení pooperačního ileu, a za druhé na to, že v bezpečných dávkách bolest sice utlumí, ale jen do jisté míry. Proto se stále více prosazují principy multimodální analgezie – použití více látek a použití různých postupů. Tento koncept vychází z představy, že podání látek z různých skupin analgetik bude mít aditivní účinek na potlačení bolesti, což umožní snížit celkové dávkování jednotlivých analgetik, především opioidů, a tím i výskyt jejich nežádoucích účinků. Zejména tento bod je důležitý, protože některé práce zdůrazňují pouze snížení spotřeby opioidů, aniž by sledovaly i snížení výskytu nevolnosti, zvracení a potlačení střevní peristaltiky. Takzvaná oxfordská liga analgetik^{18/} dokonce uvádí, že účinnost některých selektivních inhibitorů cyklooxygenázy 2 (COX-2) nebo kombinace paracetamolu s tramadolem je na potlačení bolesti účinnější než samotné podání silných opioidů. Pojem NNT – numbers needed to treat – používaný autory oxfordské ligy je hodnota získaná z randomizovaných, dvojitě zaslepených studií, která udává, jaký poměrný počet pacientů ve srovnání s placebem musíme léčit, aby měli alespoň 50% úlevu od bolesti po dobu nejméně 4–6 hodin. Čím je hodnota NNT nižší, tím je analgetikum účinnější. Tato tabulka byla klinicky opakovaně zpochybněna^{19,20/}, protože srovnávací hodnota

NNT udává pokles bolesti na 50 % bez ohledu na výchozí hodnotu bolesti. Je jistě rozdíl, pokud se sníží bolest na škále 0–100 ze 40 na 20 než z 90 na 45. Použité studie vycházejí především z analgezie po extrakci 3. moláru a nemohou být použity na jiný typ silné pooperační bolesti. I když intenzita bolesti po extrakci zubu může být srovnatelná nebo vyšší než například po náhradě kyčelního kloubu, celková odezva organismu je nesrovnatelná.

Proto se v klinické praxi stále více uplatňuje metoda **analgezie přizpůsobené typu operace – procedure specific analgesia**, která vychází z poznatku, že charakter i nežádoucí účinky akutní pooperační bolesti se mění s její intenzitou a léčebná strategie by tomu měla odpovídat. Doporučený postup České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny Léčba akutní pooperační bolesti odpovídá uvedenému požadavku tím, že klasifikuje předpokládanou bolest podle intenzity do 3 stupňů, kterým odpovídá i různý analgetický režim (viz dále). Obecně platí, že smysluplná kombinace je pouze u látek z různé skupiny analgetik, tj. je možné použít dvoj- nebo trojkombinaci látek ze skupiny neopioidních analgetik, nesteroidních protizánětlivých látek (NSA – v literatuře se nejčastěji objevují selektivní blokátory COX-2) a opioidů. Naopak za nevhodné se považují kombinace látek z téže skupiny (zejména různých NSA nebo opioidů podávaných různou cestou, například k míšním strukturám a systémově – neplatí u pacientů dlouhodobě léčených opioidy), protože nedochází k potenciaci analgezie, ale pouze nežádoucích účinků. Do této skupiny multimodální analgezie patří i současné podávání analgetik a adjuvantních látek. Nejvíce pozornosti se věnuje ketaminu, který má v malých dávkách antihyperalgetický účinek, potencuje analgezi vyvolanou opioidy a potlačuje vznik tolerance na opioidní analgezi. Jeho použití je limitováno na podání anesteziology. Konečně poslední možností kombinace je současné podání opioidů a látek, které potlačují některé jejich nežádoucí účinky na gastrointestinální trakt (GIT). Je to například alvimopan, jenž se nevstřebává po orálním podání do oběhu a působí tak pouze na receptory ve stěně střeva, takže zabrání potlačení motility střeva způsobenému systémově podanými opioidy (v ČR není registrován zatím žádný léčivý přípravek obsahující alvimopan). Jiný specifický blokátor periferních opioidních receptorů (methylnaltrexon) neprochází po systémovém podání přes hematoencefalickou bariéru a kromě potlačení účinků opioidů na střevo blokuje i retenci moči indukovanou opioidy (v ČR je od r. 2008 registrován přípravek s methylnaltrexonem Relistor 12 mg/0,6 ml, inj.sol. pro terapii zácpy u dospělých, která je způsobena opioidy používanými při paliativní léčbě závažných onemocnění a která nereaguje na běžná projímadla).

Kombinace lokálně podaných látek je představována především centrálně podávanou směsí opioidů a místních anestetik

s cílem potencovat analgetický účinek obou látek a tak snížit jejich dávkování. Možnost použití menší koncentrace místních anestetik eliminuje především riziko motorické blokády, oproti tomu nežádoucí účinky opioidů zůstávají většinou nezměněny.

Kombinace systémově a lokálně podaných látek využívá místního účinku lokálních anestetik a systémově podaných analgetik. Tato kombinace umožní jak potencovat analgetické účinky místní blokády, tak i eliminovat diskomfort z oblasti, která není blokadou ovlivněna. K systémové analgezií je především vhodný paracetamol nebo NSA, zejména ze skupiny selektivních blokátorů COX-2, a to hlavně tam, kde je obava z rizika krvácení, jako u kontinuálních neuroaxiálních blokad.

Volba pooperační analgezie podle jednotlivých typů operací

Výkony s předpokládanou malou pooperační bolestí

V předoperačním období lze podat analgetikum (opioid, koxib), které by svým účinkem přesahovalo i do pooperačního období a zajistilo adekvátní analgezií i po odeznění účinku anestetik. Operatér může infiltrovat řez před uzavřením rány lokálním anestetikem. V pooperačním období se přednostně podávají neopioidní analgetika (metamizol nebo paracetamol), v případě, že bolest je doprovázena zánětlivou složkou nebo po extrakci zubů jsou účinnější NSA. Co nejdříve by měly být nasazeny léky perorálně, např. dvojkombinace paracetamol a NSA, paracetamol a slabý opioid, při větší bolesti lze použít trojkombinaci paracetamol, NSA a slabý opioid. Při nedostatečné analgezií se podávají podle potřeby silné opioidy.

Výkony s předpokládanou střední pooperační bolestí

Předoperačně a peroperačně je postup shodný s předchozím typem operací. Základem kvalitní pooperační analgezie je podle typu operačního výkonu 1 až 2 dny pravidelné podávání dvojkombinace neopioidních analgetik a slabých opioidů, případně trojkombinace s NSA. Při nedostatečném účinku je třeba nahradit slabý opioid silným opioidem v pravidelných intervalech.

Výkony s předpokládanou velkou pooperační bolestí

Je nutné použít vysoké dávky opioidů nebo kombinovat systémově podávání analgetik s kontinuálními technikami regionální analgezie. Není-li zavedena kontinuální blokáda, je většinou nutné podávat v časném pooperačním období silné opioidy buď intravenózně titračně jako bolus nebo intravenózně kontinuálně, což ovšem vyžaduje trvalou monitoraci pacienta zejména s ohledem na možný útlum dechu. Při systémové analgezií je výhodné použít PCA tam, kde to jde. Je popsán lepší analgetický efekt a zejména vyšší spokojenost pacientů ve srovnání s analgezií aplikovanou zdravotnickým personálem. V rámci multimodální analgezie jsou výhodné kombinace opioidů s neopioidními analgetiky, koxiby a případně NSA. Při nedostatečné analgezií je nezbytné podání bolusu a navýšení dávky do katétru při použití metod RA, při systémové analgezií titrační bolusové podání silného opioidu i.v. opakovaně do dosažení uspokojivé analgezie, případně využití alternativních technik.

Pooperační analgezie po císařském řezu a u kojících matek

Řada látek používaných v pooperační analgezií může více či méně přecházet do mateřského mléka a působit kromě matky i na kojence. Lokoregionální metody anestezie a analgezie lze použít u kojících žen bezpečně. Za látky považované za bezpečné při systémové analgezií během kojení se považují paracetamol, kodein, jednotlivá dávka fentanylu, morfin v běžných dávkách a s výjimkou analgezie po císařském řezu ibuprofen. Za látky, o jejichž nežádoucích účincích není nic

známo, a proto by měly být používány opatrně, se považují benzodiazepiny, antidepressiva, kontinuální podávání fentanylu a sufentanilu, většina nesteroidních protizánětlivých léků (NSA). Nedoporučované nebo kontraindikované jsou kyselina acetylsalicylová, pethidin (dlouhodobě podávaný vede k neurobehaviorálním změnám kojenců) a indometacin^{21,22/}. Poznámka: Byl popsán fatální útlum dechu u kojence matky, která během laktace užívala analgetika obsahující kodein a patřila do vzácné skupiny, která rychle metabolizuje kodein na morfin^{23/}.

Pooperační analgezie u nemocných léčených dlouhodobě opioidy

V celém perioperačním období by měla být zajištěna udržovací dávka opioidu, na kterou je pacient dlouhodobě nastaven. Znalost ekvianalgetických vztahů mezi opioidy a jejich cestami podání je klíčová^{24,25/}. Vhodným opioidem pro všechny manipulace s ekvianalgetickými dávkami a aplikačními cestami je morfin. Morfin je základní referenční opioidní analgetikum, je nejlevnější a jsou s ním největší klinické zkušenosti. Další vhodnou variantou je piritramid. V prostředí intenzivní péče je možno podávat i fentanyl a sufentanil. Dosažení kvalitní analgezie je u této skupiny nemocných často velmi obtížné, výhodné je použití PCA. Přínosné je rovněž zapojení všech možností multimodální analgezie s nasazením neopioidních analgetik (opioidy šetřící efekt) a využitím technik regionální analgezie, které z tohoto hlediska mají nezastupitelné postavení. Významnou roli mohou u opioid-tolerantních pacientů sehrát i některá koanalgetika (ketamin, klonidin, dexmedetomidin, gabapentin). V pooperačním období je nutno také zajistit adekvátní přechod k chronické léčbě.

Pooperační analgezie u geriatrických pacientů

Skupina geriatrických pacientů není homogenní, ve stáří se zvětšují interindividuální rozdíly. Důležitější než kalendářní věk je věk biologický. U starších pacientů byla popsána zvýšená citlivost na léky ovlivňující CNS, u geriatrických pacientů se častěji než u mladších vyskytuje pooperační delirium. Je třeba si uvědomit, že jeho příčinou mohou být jak některá analgetika (vyvolávající centrální anticholinergní syndrom), tak i bolest při nedostatečné analgezií^{26,27/}. Oproti tomu se méně často vyskytují nevolnost, zvracení a svědění po opioidech. Rovněž je ve srovnání s mladší populací nižší riziko vzniku chronické pooperační bolesti. Lze aplikovat prakticky všechny metody pooperační analgezie, nutná je však redukce dávek používaných léků (např. dávky morfinu by měly být poloviční oproti standardním, intervaly se zpravidla rovněž prodlužují). Pro aplikaci opioidů je ideální i.v. kontinuální titrační dávkování. Při renální insuficienci dochází ke kumulaci některých metabolitů: norpethidinu, morfin-3-glukuronidu, morfin-6-glukuronidu a desmetyltramadolu; zdá se, že použití fentanylu je bezpečnější^{26,27/}. Výhodná je multimodální analgezie snižující nároky na dávku opioidů a přednost mají techniky regionální analgezie. Nefarmakologické postupy mohou snižovat nároky na farmakoterapii (polohovací režim, tepelný komfort, včasná individualizovaná rehabilitace). Precizní monitoring podmiňuje bezpečnost a kvalitu pooperační analgezie u seniorů. Pro zvýšenou toxicitu NSA u geriatrické populace by se tyto léky neměly používat. U ostatních léků je třeba dávat pozor na kontraindikace nebo omezení dané komplikujícími onemocněními.

Organizace léčby bolesti

Léčba akutní pooperační bolesti je plně v kompetenci ošetřujícího lékaře, který je za vedení léčby zodpovědný. Náklady

spojené s léčbou pooperační bolesti jsou hrazeny z prostředků pracoviště, kde je pacient hospitalizován. Zdravotnické zařízení může pověřit jednoho či více lékařů, aby vytvořili protokol standardů pooperační analgezie pro dané podmínky. Trvalá služba léčení akutní a pooperační bolesti (Acute Pain service – APS) je nejvhodnějším prostředkem k zajištění kvalitní organizace analgetické terapie. Nabízí nepřetržitý konzultační servis pro zdravotníky všech oborů, stará se o pacienty se zvláštními analgetickými metodami, lékař je zván jako konziliář ke složitějším případům nebo komplikacím léčby. Existují různé modely struktury APS²⁸⁻³¹. Mezi nejčastěji používaný typ patří samostatný tým lékař–sestra, který se 24 hodin denně věnuje pouze problematice léčby pooperační bolesti. Jiným modelem zajišťujícím APS je nepřetržitá dostupnost specializované anesteziologické sestry, která má přesně vymezené pravomoci v rámci APS, hodnotí účinnost léčby, řeší běžné komplikace, vede dokumentaci (začátek a konec terapie, komplikace). V případech přesahujících tento rámec pravomocí má k dispozici kontakt na konziliárního lékaře APS. Lékař APS navrhuje analgetickou léčbu, v případě, že není postupováno podle jeho doporučení, přebírá zodpovědnost za analgetickou léčbu lékař oddělení.

Měření bolesti a dokumentace

Každému pacientovi má být založen Protokol sledování a léčby pooperační bolesti, kde jsou intenzita bolesti, účinnost léčby a případně i výskyt komplikací zaznamenávány sestrou oddělení minimálně 4x denně. V případě nedostatečné účinnosti kontaktuje sestra z pooperačního oddělení ošetřujícího lékaře, který může změnit dávkování dohodnutého postupu nebo v případě nedostatečnosti běžných metod vyžádat konzilium lékaře specialisty podle zvyklostí daného zdravotnického zařízení.

Abychom mohli bolest léčit, je třeba ji řádně diagnostikovat, měřit a dokumentovat. Jen tak lze dosáhnout optimálního cíle analgezie. Tím by měl být mírný, dobře snesitelný pocit tlaku v operační ráně s minimem nežádoucích účinků léčby. Nejjednodušší je Lickertova verbální škála (bolest žádná, mírná, snesitelná, silná, krutá, nesnesitelná). Nejrozšířenější metodou numerického hodnocení intenzity bolesti je **vizuální analogová stupnice (VAS)**, pomocí které pacient hodnotí intenzitu popisované bolesti na horizontální úsečce, na níž jsou z druhé strany číslice od 0 do 10. Pokud pacient používá přímo čísla, hovoříme o číselné škále (numeric rating scale – NRS). Číslice 0 odpovídá nulové bolesti a číslice 10 maximální bolesti, jakou si pacient dokáže představit. Nejvyšší přípustná hodnota bývá VAS <4, nad tuto hodnotu je nutno léčebně reagovat. Pomocí VAS hodnotíme i účinnost léčby (například 5/2 – tedy 5 před léčbou a 2 po léčbě – nebo i např. 7/4/2). Alternativou číselné stupnice může být též rozšiřující se barevná výšeč nebo škála obličejů bolesti (Faces Pain Scale), které znázorňují výrazy obličejů od stavu pohody až po nejvyšší utrpení. Ta je s výhodou používána obzvláště u malých dětí, které dosud nedovedou přesně slovy nebo číselně vyjádřit intenzitu své bolesti, případně u geriatrických pacientů.

Závěr

Závěrem lze shrnout, že bolest je subjektivní prožitek a ve vnímání bolesti a spotřebě analgetik jsou výrazné interindividuální rozdíly, které je třeba brát v úvahu. Analgetika se liší účinností, nežádoucími účinky, možnostmi kombinace s dalšími analgetiky a kontraindikacemi. Základními principy pooperační analgezie je měřit intenzitu bolesti, včas reagovat na získané údaje a zahájit léčbu, kterou je třeba individualizovat podle typu operačních výkonů.

Literatura

1. American Pain Society Quality Improvement Committee. JAMA, 1995; 1847–1880.
2. Pracovní skupina pro léčbu pooperační bolesti ČSARIM: Doporučené postupy léčby akutní pooperační bolesti. Anest Intenziv Med 2008;19: 162–169.
3. Málek J, Ševčík P a kolektiv: Léčba pooperační bolesti, Mladá fronta, 2009, ISBN 978-80-204-1981-1.
4. Fitzgerald K, Buggy D. Nonconventional and adjunctive analgesia. In: Shorten, G.D. Editor: Postoperative pain management. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2006: 197–209.
5. US Department of Veterans Affairs: Management of postoperative pain clinical practice guideline. Dostupné na http://www.oqp.med.va.gov/cpg/PAIN/pain_cpg/frameset.htm.
6. Kolektiv autorů. Farmakologie bolesti. In: Rokyta R, Kršík M, Kozák J, editoři: Bolest. Praha: Tigis, 2006:100–171.
7. SPC jednotlivých látek dostupné na <http://www.sukl.cz/modules/medication/search.php>.
8. Pickering G, Lorient MA, Libert F, Eschalier A, Beaune P, Dubray C. Analgesic effect of acetaminophen in humans: first evidence of a central serotonergic mechanism. Clin Pharmacol Ther 2006; 79: 371-8.
9. Bell RF, Dahl JB, Moore RA, Kalso E. Perioperative ketamine for acute postoperative pain. Cochrane Database Syst Rev 2006; CD004603.
10. Ho KY, Gan TJ, Habib AS. Gabapentin and postoperative pain – a systematic review of randomized controlled trials. Pain 2006; 126: 91-101.
11. Hurley RW, Cohen SP, Williams KA, Rowlingson AJ, Wu CL. The analgesic effects of perioperative gabapentin on postoperative pain: a meta-analysis. Reg Anesth Pain Med 2006; 31: 237-47.
12. Groudine SB, Fisher HA, Kaufman RP Jr, Patel MK, Wilkins LJ, Mehta SA, Lumb PD. Intravenous lidocaine speeds the return of bowel function, decreases postoperative pain, and shortens hospital stay in patients undergoing radical retropubic prostatectomy. Anesth Analg 1998; 86: 235-9.
13. Wasiak J, Cleland H. Lidocaine for pain relief in burn injured patients. Cochrane Database Syst Rev 2007; CD005622.
14. Evans MS, Lysakowski C, Tramer MR. Nefopam for the prevention of postoperative pain: quantitative systematic review. Br J Anaesth 2008; 101: 610-7.
15. Drugs.com: <http://www.drugs.com/newdrugs/fda-approves-tapentadol-immediate-release-relief-moderate-severe-acute-pain-1189.html>.
16. Hval K, Thagaard KS, Schlichting E, Raeder J. The prolonged postoperative analgesic effect when dexamethasone is added to a nonsteroidal antiinflammatory drug (rofecoxib) before breast surgery. Anesth Analg 2007; 105: 481-6.
17. Romundstad L, Breivik H, Roald H, Skolleborg K, Haugen T, Narum J, Stubhaug A. Methylprednisolone reduces pain, emesis, and fatigue after breast augmentation surgery: a single-dose, randomized, parallel-group study with methylprednisolone 125 mg, parecoxib 40 mg, and placebo. Anesth Analg 2006; 102: 418-25.
18. Bandolier: internetová stránka <http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/booth/painpag/Acutrev/Analgesics/lftab.html>.

19. Gray A, Kehlet H, Bonnet F, Rawal N. Predicting postoperative analgesia outcomes: NNT league tables or procedure-specific evidence? *Br J Anaesth* 2005; 94: 710-4.
20. Kehlet H. Procedure-specific postoperative pain management. *Anesthesiol Clin North America* 2005; 23: 203-10.
21. American Academy of Pediatrics: The Transfer of Drugs and Other Chemicals Into Human Milk www.pediatrics.org/cgi/content/full/108/3/776.
22. Gadsden J, Hart S, Santos AC. Post-cesarean delivery analgesia. *Anesth Analg* 2005; 101: S62-9.
23. Madadi P, Ross CJ, Hayden MR, Carleton BC, Gaedigk A, Leeder JS, Koren G. Pharmacogenetics of neonatal opioid toxicity following maternal use of codeine during breastfeeding: a case-control study. *Clin Pharmacol Ther* 2009; 85: 31-5.
24. McQuay HJ. Opioid use in chronic pain. *Acta Anaesthesiol Scand* 1997; 41: 175-83.
25. Lejčko J. Dlouhodobá léčba opioidy u chronické nenádorové bolesti. *Bolest* 2003; 3: 147-153.
26. Dodds C, Kumar CM, Servin, F. *Anaesthesia for the elderly patient*. Oxford University Press, 2007.
27. McCoy D, Harmon D. Postoperative pain in the elderly. In: Shorten G, et al, editors, Philadelphia: Saunders Elsevier, 2007: 219-224.
28. Working party of Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine. *Acute Pain Management: Scientific Evidence*. Melbourne, 2005: 20-31.
29. Erdine S. Organisation of an acute postoperative analgesia team: A long-term survey of 2500 patients. In: Van Zundert A, ed. *Highlights in Regional Anaesthesia and Pain Therapy IV*. Barcelona: ESRA and Publicidad Permanyer, S.L., 1995: 39-50.
30. Lubenow TR, et al. Management of Acute Postoperative Pain. In: Barash PG, et al.: *Clinical Anesthesia*. 5th edition, Lippincott: Williams and Wilkins, 2006: 132-40.
31. Wheatley RG, Madej TH. Organisation of an acute pain service. In: Rowbotham DJ, Rawal N, et al. *Treatment of postoperative pain*, The Swedish Society of Medicine, 2001.

AKTUÁLNÍ INFORMACE O REÁLNÉ DOSTUPNOSTI LÉČIV V ČR

Přehled hlášení o uvedení, přerušení nebo ukončení uvádění léčiv na český trh na www.sukl.cz

Dle zákona o léčivech mají držitelé rozhodnutí o registraci léčivého přípravku povinnost oznamovat Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv uvedení, přerušení či ukončení a následné obnovení dodávek registrovaných léčivých přípravků na trh v České republice.

Státní ústav pro kontrolu léčiv na svých webových stránkách (www.sukl.cz) zveřejňuje **přehled** těchto hlášení, který je jednoduše dostupný z domovské stránky ze sekce „Přehledy a databáze – léčiva“. Hlášení jsou od září 2009 nově přístupná ve formě databáze, ve které lze vyhledávat podle názvu léčivého přípravku, kódu SÚKL, data hlášení a jeho typu (hlášení o uvedení přípravku na trh nebo o ukončení či přerušení jeho dodávek). Databáze obsahuje všechna hlášení, která SÚKL od držitelů rozhodnutí o registraci léčiv obdržel již od počátku roku 2008.

V každém záznamu této databáze je přípravek, jehož se hlášení týká, specifikován pomocí názvu a kódu SÚKL, které jsou propojeny s databází léčiv. Návštěvník přehledu se tedy jedním kliknutím dostane k bližším informacím o nahlášených léčivých přípravcích, a to včetně plného textu příbalového letáku a souhrnu informací o přípravku. V záznamech o ukončení či přerušení dodávek léků jsou uvedeny i přípravky (propojené přes kódy SÚKL s databází léčiv), kterými lze nedostupné léčivo přímo nahradit a jež se v době obdržení hlášení aktivně vyskytují na českém trhu. Popř. je zde uvedena informace o tom, zda se na českém trhu reálně vyskytuje lék v jiné síle, lékové formě, velikosti balení nebo se stejnou účinnou látkou.

Nová databáze na webové stránce SÚKL přináší všem zdravotnickým pracovníkům aktuální přehled dostupnosti léčivých přípravků na českém trhu.

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 redaktori: MUDr. Jana Mladá, MUDr. Martina Kotulková

Výkonný redaktor: RNDr. Blanka Pospíšilová, CSc.

Redakční rada: Doc. MUDr. Š. Alušík, CSc., IPVZ; PharmDr. M. Beneš, SÚKL; Doc. MUDr. J. Fanta, DrSc., ONP Příbram; Prof. MUDr. Z. Fendrich, CSc., FaFUK; RNDr. J. Kramlová, lékárna FN Motol; MUDr. J. Lye, 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