



TEMPUS MEDICORUM

ČASOPIS ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY

4/2010

ROČNÍK 19

V TOMTO ČÍSLE:

Co se bude snažit ČLK prosadit po volbách

Anketa: Experti politických stran o budoucnosti českého zdravotnictví

Podivná zakázka na záhadné standardy za 125 milionů zrušena



Zneužívání mladých lékařů

Ministr Šimerka: Za porušování právních předpisů musí následovat trest

Sněm LOK-SČL: Nejhorší stav zdravotnictví od roku 1989

PLUS



EDUKAFARM

medinews

Edukační a inzertní příloha časopisu Tempus medicorum



Farmakoterapeutické informace SÚKL

Helicobacter pylori – současný stav, 1. část

Evropská komise vydala rozhodnutí o pozastavení uvádění léčivých přípravků obsahujících sibutramin na trh



Zlepší se po volbách podmínky pro české lékaře?

Bude ČLK opět bojovat o přežití, nebo s ní začne vláda spolupracovat?

inzerce



Radost z jízdy

Lékař pro lékaře

BMW za 10 tisíc měsíčně už není „science fiction“

Přijďte si pro své BMW již nyní

více uvnitř listu





Desatero úkolů aneb Co se bude ČLK snažit prosadit po parlamentních volbách

1. Udržení jednotné České lékařské komory jako nezávislé profesní samosprávy, která bude disponovat kompetencemi potřebnými pro prosazování profesních zájmů lékařů i pro plnění úlohy nezávislého garanta kvality lékařské péče.
2. Zvýšení výdajů na zdravotnictví jako jednu z podmínek růstu příjmů zdravotnických zařízení a lékařů.
3. Odstranění nerovnoprávného postavení zdravotnických zařízení vůči zdravotním pojišťovnám.
4. Dohodovací řízení o úhradových standardech za účasti ČLK, vytvoření prostoru pro komerční připojištění.
5. Seznam zdravotních výkonů jako ceník obsahující nepodkročitelné minimální ceny.
6. Specializační vzdělávání lékařů organizované ČLK ve spolupráci s odbornými společnostmi, lékařskými fakultami a zdravotnickými zařízeními s finanční podporou státu a kontrolované Ministerstvem zdravotnictví ČR.
7. Právní normu sjednocující pravidla odměňování lékařů zaměstnanců ve všech nemocnicích a zajišťující podstatné zvýšení příjmů lékařů za jejich základní pracovní dobu.
8. Novou definici „lege artis“ postupu do právního řádu ČR.
9. Zvýšení právní ochrany lékařů proti kriminalizaci a bezdůvodným žalobám.
10. Nový zákon o znalcích, kteří ponесou odpovědnost za chybné posudky, přičemž jejich odbornost bude garantovat ČLK.

O tom, co se nám může podařit prosadit a jak úspěšní budeme při obhajobě profesních zájmů lékařů, do značné míry rozhodnou květnové parlamentní volby. Rozložení sil v Poslanecké sněmovně určí složení budoucí vlády i personální obsazení ministerstva zdravotnictví.

Bude Česká lékařská komora opět vystavena útoku politiků a bude muset znovu bojovat o přežití? Anebo budou ministerstvo a vláda s profesní lékařskou samosprávou spolupracovat ku prospěchu zdravotnictví tak, jak tomu bývá v demokratických zemích zvykem? Česká lékařská komora nevyvíjí žádnou politickou činnost a bude se snažit jednat s jakoukoliv politickou reprezentací, která vzejde z demokratických voleb. K jednání však vždy musí být svolné obě strany. Dobrá vůle pouze na straně komory stačit nemůže.

Ať se nám to líbí nebo ne, o zdravotnictví budou rozhodovat politici. A nám lékařům by přece nemělo být lhostejné, jaké budeme mít pro svoji práci podmínky, jak se budeme vzdělávat, jakou odměnu můžeme očekávat za práci nebo jaké bude naše postavení vůči zdravotním pojišťovnám či zaměstnavatelům. Již z těchto důvodů bychom všichni měli využít svého volebního práva. Proto bychom si měli podrobně prostudovat volební programy kandidujících politických stran a neměli bychom samozřejmě zapomínat ani na to, jak která politická strana ke zdravotnictví v minulosti přistupovala a jak se k nám lékařům její představitelé chovali.

Abychom vám alespoň trochu usnadnili rozhodování, uspořádala ČLK konferenci, na které měli možnost politici představit své vize a konfrontovat je nejenom mezi sebou, ale zejména s lékaři. A pro ty z vás, kteří se konference účastnit nemohli, pro ty jsme se pokusili od politických stran, které mají reálnou šanci na úspěch ve volbách, získat odpovědi na sadu otázek, které nás lékaře zajímají.

Tak tedy, šťastnou volbu nám všem!

Milan Kubek, prezident ČLK

TÉMA MĚSÍCE 2–8
ČLK chce prosadit pět zákonů

**VZDĚLÁVÁNÍ
MLADÝCH LÉKAŘŮ** 9–12
Zneužívání mladých lékařů
Parazituje někdo na vzdělávání mladých lékařů?

SNĚM LOK-SČL 13–14
Děkujeme, odcházíme...
Hromadné podání výpovědi

INZERTNÍ PŘÍLOHA 15–30
Souvislost mezi nimesulidem k systémovému užití a rizikem poškození jater
Venofarmaka nebo kompresivní terapie?
Některé aspekty terapie hypertenze u seniorů
Nízké perorální dávky cytokinů v léčbě alergického astmatu
Sitagliptin a riziko pankreatitidy: srovnání s jinými antidiabetiky
Systémová enzymoterapie v léčbě recidivujících vaginálních mykóz
Fytoterapie chorob pohybového ústrojí
Aliskiren v prevenci nefropatie

PŘÍLOHA FI
Helicobacter pylori – současný stav1. část
Evropská komise vydala rozhodnutí o pozastavení uvádění léčivých přípravků obsahujících sibutramin na trh

**ANKETA POLITIKŮ:
JAK VE ZDRAVOTNICTVÍ
PO VOLBÁCH?** 31–37
Předvolební anketa expertů politických stran o budoucnosti českého zdravotnictví

STALO SE 38–39
Podivná zakázka na záhadné standardy za 125 milionů zrušena

NÁZORY 40
Úskalí komerčních akreditací

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 •

receptce@clkcr.cz • www.clkcr.cz

Šéfredaktor: MUDr. Milan Kubek

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

Odpovědná redaktorka: PhDr. Blanka Rokosová

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

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 4: 23. 4. 2010 • Vyšlo: 28. 4. 2010

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

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

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

Předplatné pro nečleny ČLK 300 Kč/rok

(příjímá redakce)

Příspěvky se nemusejí shodovat se stanoviskem redakce.

Ta si současně vyhrazuje právo na redakční úpravu textů.

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

Větší rozsah a inzerát nelékaře je zpoplatněn. Při zadávání

inzerátů je proto potřeba zadat fakturační kontaktní adresu,

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

zveřejněn.

Pět zákonů a jako bonus jeden návrh navíc

Pět zákonů a jako bonus ještě jeden návrh navíc se bude snažit prosadit Česká lékařská komora v následujícím volebním období. Vzhledem k tomu, že v České republice tak jako v ostatních demokratických zemích schvalují nové zákony zvolení zastupitelé, bude mít výsledek květnových parlamentních voleb pro lékaře a celé zdravotnictví zásadní význam a do značné míry předznamená, zda budeme mít šanci tyto své návrhy prosadit.



Svobodný lékař nebude podřízeným zdravotních pojišťoven Novela zákona o veřejném zdravotním pojištění

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění byl přijat k 1. dubnu 1997 pod tlakem nálezu Ústavního soudu ČR, který zrušil tzv. Zdravotní řád vydaný formou nařízení vlády s odůvodněním, že jakákoliv finanční spoluúčast pojištěnce na úhradě zdravotní péče musí být stanovena jedině zákonem, nikoli podzákonným právním předpisem. Narychlo schvalovaná nekvalitní právní norma měla původně platit pouze do 30. června 1998. Ve skutečnosti se s jejími dopady naše zdravotnictví potýká již dvanáct let.

Pojišťovny neplatí za zdravotní péči reálné ceny a svévolně si určují síť zdravotnických zařízení, s nimiž podepisují smlouvy s pouze omezenou dobou platnosti. Spotřeba zdravotní péče není regulována na straně pacientů, ale prostřednictvím regulačních omezení uplatňovaných pojišťovnami vůči zdravotnickým zařízením. Nerovnoprávné postavení zdravotnických zařízení, zejména soukromých lékařů, vůči zdravotním pojišťovnám ostatně kritizoval již i Ústavní soud ČR.

Trvalý smluvní vztah

Prosazujeme pro všechna zdravotnická zařízení poskytující lékařskou péči právo uzavřít v případě zájmu se zdravotními pojišťovnami smlouvy na dobu neurčitou, které by šlo ukončit jen ze zákonem stanovených důvodů.

Dědění, prodej a darování zdravotnických zařízení, včetně smluv se zdravotními pojišťovnami

Zakotvit do zákona možnost prodeje, dědění a darování nestátního zdravotnického zařízení s tím, že s převodem vlastnictví se současně převádí i veškeré smluvní vztahy tohoto zdravotnického zařízení se zdravotními pojišťovnami, bez ohledu na to, zda provozovatelem je fyzická nebo právnická osoba.

Závaznost výběrových řízení a nová pravidla pro složení komisí

Výběrová řízení konat jen na uvolněná místa v síti smluvních zařízení zdravotních pojišťoven. Zakotvit závaznost výsledků výběrového řízení pro zdravotní pojišťovny a stanovit, že zdravotní pojišťovna je povinna s úspěšným uchazečem určeným výběrovou komisí uzavřít smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče. Složení komise pro výběrové řízení stanovit tak, aby v komisi byl zástupce příslušné profesní komory zřízené zákonem, dále zástupce příslušné odborné společnosti ČLS JEP, dále jeden zástupce za zdravotní pojišťovny a zástupce kraje, pokud jedním z kandidátů ve výběrovém řízení není zdravotnické zařízení, které by bylo ve vlastnictví kraje. Je-li jedním z kandidátů ve výběrovém řízení zdravotnické zařízení, které by bylo ve vlastnictví

kraje, pak by zástupce kraje neměl být členem výběrové komise, ale mohl by jím být zástupce obce, ve které bude zdravotnické zařízení poskytovat zdravotní péči.

Umožnit účast ve výběrových řízeních o uzavření smlouvy se zdravotními pojišťovnami i lékařům, kteří zatím neprovozují nestátní zdravotnická zařízení

Lékaři by nemuseli dopředu zakládat nestátní zdravotnické zařízení, věcně a personálně jej vybavovat bez jistoty, zda toto vše nebudou zcela zbytečné náklady. Lékař by se mohl účastnit výběrového řízení i na základě čestného prohlášení, že do tří měsíců splní podmínky pro provozování zdravotnického zařízení v příslušném oboru.

Vyvíňovací klauzule

Zakotvit, že žádná regulační omezení není možno uplatnit, prokáže-li zdravotnické zařízení, že bez překročení limitů by nemohlo poskytovat péči lege artis.

Obnovit dohodovací řízení o seznamu zdravotních výkonů

Seznam zdravotních výkonů jako ceník obsahující nepodkročitelné minimální ceny zdravotních výkonů, za jejichž provedení by žádná zdravotní pojišťovna nesměla žádnému zdravotnickému zařízení platit méně.

Účast zástupců profesních komor zřízených zákonem ve všech dohodovacích řízeních

Odpadla by nutnost zakládat občanská sdružení, jejichž prostřednictvím profesní komory plní svoji zákonnou povinnost hájit profesní zájmy svých členů.

Zrušit tzv. paragraf poslankyně Fischerové

Ze zdravotního pojištění hradit pouze takový způsob provedení výkonu, který je lege artis, ale je nákladově pro zdravotnické zařízení i zdravotní pojišťovnu tím nejlevnějším. Jakýkoliv nadstandardní výkon nad rámec tohoto „standardu“ by pak bylo možno provádět pouze na výslovnou žádost pojištěnce a za příplatek, kterým by byl vykalkulovaný rozdíl mezi cenou nejlevněji provedeného výkonu a cenou výkonu provedeného způsobem, jaký pojištěnec žádá.

Dohodovací řízení o standardech zdravotní péče hrazené z povinného veřejného zdravotního pojištění

Politici by se neměli snažit definovat standardy zdravotní péče, musí pouze vytvořit právní rámec pro permanentní jednání o těchto standardech. Dohodovací řízení o standardech zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění by probíhalo za účasti příslušné profesní komory, odborných společností, zdravotních pojišťoven a případně i organizací pacientů. Požadavek poskytovat zdravotní péči v souladu se stanovenými profesními standardy obsahuje článek 4 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, který dosud není u nás aplikován, ač Česká republika je uvedenou úmluvou vázána od roku 2001.

Vzhledem k trvalému rozvoji medicíny bude i dohodovací řízení o standardech permanentní proces, jehož výsledkem budou doporučení, jakou zdravotní péči a které výkony

je možno vyřadit z úhrady na základě povinného veřejného zdravotního pojištění. Konečné rozhodnutí bude i nadále v rukou politiků, neboť nároky pojištěnců musí zajišťovat právní norma. Pokud nebudou politici respektovat doporučení odborníků, bude jejich povinností zajistit pro veřejné zdravotní pojištění další finanční zdroje.

Částečná úhrada zdravotní péče v nesmluvním zdravotnickém zařízení

Pacient, klient zdravotní pojišťovny, má právo svobodně si zvolit zdravotnické zařízení. Pokud si vybere zařízení, se kterým nemá jeho pojišťovna řádnou smlouvu, měl by mít nárok na plnou úhradu předepsaných léků i zdravotních pomůcek a indikovaných vyšetření. Pojišťovna by nesmluvnímu zdravotnickému zařízení hradila provedené výkony pouze částečně s tím, že rozdíl ceny by platil pacient, který si nesmluvní zdravotnické zařízení zvolil.

Pouze silná a jednotná komora dokáže hájit lékaře

Novela zákona o České lékařské komoře

Česká lékařská komora je veřejnoprávní korporace. Na rozdíl od občanských sdružení s dobrovolným členstvím nevzniká tedy rozhodnutím občanů (dle zákona č. 83/1990 Sb., o sdružování), nýbrž z vůle státu, který přenáší na komoru zákonem (zákon č. 220/1991 Sb.) část své pravomoci, a to v zájmu lepší ochrany zdraví a života občanů.

Analogicky jako každý občan spadá pod pravomoc státu, každý příslušník daného svobodného povolání patří pod pravomoc státem zřízené profesní komory. Stát stanoví podmínky pro výkon lékařského povolání, přičemž jednou z nich je i „členství“ v ČLK.

Místní samosprávě (na principu územním, kde bydlím) je analogická profesní samospráva (na principu osobním, jaké povolání vykonávám). Lékaři patří mezi tzv. svobodná povolání, jejichž příslušníci mají privilegium vlastní profesní samosprávy.

Profesní samospráva musí být nezávislá na státu, proto je financována z příspěvků na činnost od registrovaných lékařů („členů“). Komora se řídí demokratickými principy, např. rovným právem volit a být volen (volební právo, nikoliv volební povinnost).

Profesní komory jsou součástí evropské samosprávné tradice. Z 27 států EU ve 25 vykonávají profesní dozor nad všemi lékaři lékařské samosprávy (12 – povinné člen-

ství, 13 – povinná registrace). Má-li komora plnit své funkce veřejnoprávní korporace, musí dosáhnout na všechny lékaře a musí mít patřičné kompetence.

Komora samozřejmě nevyvíjí žádnou politickou činnost, je nestranná, ale má-li hájit profesní zájmy lékařů a garantovat náležitou kvalitu lékařské péče o pacienty, musí napříč politickým spektrem jednat stále se všemi politickými stranami o zákonech a opatřeních, která se obhajoby profesních zájmů lékařů a garance kvality lékařské péče týkají.

Základní funkce profesní lékařské samosprávy:

- Vedení registru lékařů vykonávajících povolání na území ČR.
- Garance řádné kvalifikace lékařů a osvědčování splnění podmínek pro výkon specializovaných činností a vedoucích funkcí. Posuzování personálního zabezpečení pro výkon činnosti.
- Organizace a odborná garance celoživotního vzdělávání lékařů.
- Profesní dozor a disciplinární pravomoc vůči všem lékařům vykonávajícím povolání.
- Obhajoba profesních zájmů lékařů tak, aby tito mohli své povolání vykonávat co možná nejlépe.

ČLK sice může existovat i nadále podle dosud platného zákona, avšak je vhodné reagovat na změny ve zdravotnictví a ve společnosti, které se udály od roku 1991, a na základě získaných zkušeností zlepšit fungování profesní lékařské samosprávy. Má-li ČLK plnit funkci veřejnoprávní korporace, potřebuje kompetence, které standardně mají lékařské komory ve vyspělých zemích EU. Je třeba se vyvarovat účelových změn prosazovaných v zájmu politických stran a je nutné zachovat nezávislost a demokratičnost ČLK.

Povinné členství je nahrazeno zápisem do seznamu lékařů, který je veden komorou

Na místo členského příspěvku platí lékaři příspěvky na činnost komory. Každý lékař vykonávající povolání v léčebné a preventivní péči musí být zapsán v seznamu vedeném komorou (analogie u advokátní komory). Nesplnění této povinnosti je přestupkem podle zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích. Lékař zapsaný do seznamu musí dodržovat řády komory a její závazná stanoviska.

Pro platnost usnesení okresního shromáždění ČLK stačí nadpoloviční většina přítomných členů

Pokud je konání okresního shromáždění řádně dopředu oznámeno, je toto shromáždění



dění usnášeníschopné bez ohledu na počet účastníků. Shromáždění lékaři tak mohou nejenom volit orgány okresního sdružení, ale také je v případě potřeby odvolávat, mohou přijímat usnesení, schvalovat zprávu o hospodaření i rozpočet okresního sdružení.

Obhajoba profesních práv lékařů

- Účast komory při výběrových řízeních před uzavřením smlouvy se zdravotními pojišťovnami.
- Účast komory ve všech dohodovacích řízeních (o seznamu výkonů, o rámcové smlouvě, o úhradách, hodnotě bodu a regulacích) se zdravotními pojišťovnami.
- Účast ČLK v nově konstituovaném dohodovacím řízení o standardech zdravotní péče hrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění.
- Krajská rada složená z předsedů OS ČLK je oprávněna předkládat návrhy a podněty v oblasti zdravotnictví radě kraje, která je povinná je do 3 měsíců za účasti zástupců krajské rady ČLK projednat.

Garance kvalifikace lékařů

- Vedle licencí pro výkon funkce vedoucího lékaře-primáře stanoví komora rovněž podmínky pro výkon vysoce specializovaných činností (funkční licence).
- Komora vydává osvědčení o specializované způsobilosti pro práci v zahraničí a rozhoduje o přiznání specializované způsobilosti v případě pochybností. Specializovanou způsobilost lze získat i na základě licence vydané ČLK.
- Komora stanoví podmínky personálního a věcného vybavení zdravotnických za-

řízení, kontroluje jejich plnění, vydává a odnímá příslušná osvědčení.

- Ve spolupráci s lékařskými fakultami a odbornými společnostmi organizuje a garantuje celoživotní vzdělávání lékařů (asociace pro vzdělávání).
- Komora organizuje specializační vzdělávání lékařů ve spolupráci s odbornými společnostmi, lékařskými fakultami, zdravotnickými zařízeními a Ministerstvem zdravotnictví ČR.

Zákonné ukotvení Vědecké rady ČLK

Vědecká rada zůstává poradním orgánem pro věci odborné. Může podávat představenstvu komory návrhy na závazná stanoviska a doporučení a vydává odborné posudky mající náležitosti odborného vyjádření. Její členy volí a odvolává představenstvo na návrh prezidenta komory.

Na místo okresních se zřizují krajské čestné rady komory

Tím je zajištěna nejenom vyšší profesionalita těchto lékařských soudů, ale též větší míra nezávislosti při rozhodování.

Profesní dohled

„Disciplinární řízení“ je nahrazeno „kárným řízením“. Podnět k zahájení kárného řízení může podávat i centrální revizní komise.

Podnět k zahájení kárného řízení pro podezření z neodborného, neetického nebo nezákonného jednání má právo podávat též ministr zdravotnictví (analogie vztahu mezi ministrem spravedlnosti a advokátní komorou).

Právo komory ukládat provozovatelům zdravotnického zařízení povinnost napravit zjištěné nedostatky v léčebné a preventivní péči a v případě nesplnění těchto povinností právo uložit pokutu.

Právo čestné rady upustit od uložení kárného opatření v případě, kdy samotné projednávání kauzy splnilo výchovný účel nebo pokud došlo k dohodě mezi lékařem a stěžovatelem.

Proti uložení kárného opatření se lze bránit soudní žalobou, která má odkladný účinek. Ovšem pokud čestná rada komory má důvodnou obavu, že by mohlo dojít k ohrožení života, zdraví nebo k jinému zvláště závažnému následku, je odkladný účinek žaloby vyloučen (větší efektivita rozhodnutí komory při ochraně pacientů i pověsti lékařského stavu).

Rozšíření palety kárných opatření, jejichž cílem je především prevence

Zákon stanoví následující kárná opatření:

- napomenutí,
- pokuta do 100 000 Kč (krajská čestná rada do 50 000 Kč),
- zákaz samostatného výkonu lékařské praxe bez dohledu na dobu 6 měsíců až 3 roky,
- povinnost doškolení a přezkoušení před oborovou komisí vědecké rady,
- povinnost absolvovat komunikační kurz nebo kurz etiky výkonu povolání,
- vyškrtnutí ze seznamu lékařů vedeného komorou na dobu 1 roku až 5 let,
- vyškrtnutí se seznamu lékařů vedeného komorou s podmíněným odkladem na dobu 1 roku až 5 let.

Úředníci nám nebudou diktovat, jak má vzdělávání lékařů vypadat Novela zákona o vzdělávání lékařů



Zákon č. 95/2004 Sb., zcela zbytečně rozvrátil léty prověřený a fungující systém stupňovitého specializačního vzdělávání lékařů. Tvrzení, že tyto neblahé změny byly nutné s ohledem na naše členství v EU, se ukázala jako nepravdivá. Ministerstvo podleho tlaku odborných společností a dalších lobbystických skupin a zákonem stanovilo raritně vysoký počet 83 specializačních oborů. Řada z nich přitom neměla ekvivalent v jiných státech EU, a získaná specializace by tedy českému lékaři v zahraničí nebyla k ničemu. Jiné obory byly zas tak úzce specializované, že jejich ab-

solventi by měli problém nalézt uplatnění na trhu práce. Do takových oborů se pochopitelně nikdo nehlásil a hrozila jim likvidace. Česká republika však byla raritní i v tom, že stát s výjimkou příspěvku pro IPVZ vzdělávání lékařů finančně nepodporoval.

Neudržitelny stav měl změnit zákon č. 189/2008 Sb., který však bohužel z návrhů ČLK, nad nimiž panovala mezi odborníky značná míra shody, realizoval pouhé torzo. Podařilo se nám sice prosadit, že stát bude vzdělávání mladých lékařů finančně podporovat, avšak samotný systém rezidenčních míst prosazený ministerstvem proměnil naše nejmladší kolegy a kolegyně v nevolníky, v lacinou pracovní sílu pro fakultní nemocnice. Poplatky za atestace jen symbolicky korunují neschopnost ministerských úředníků, kteří se snaží vyháňet mladé lékaře z České republiky.

V rámci Evropské unie existuje velká variabilita systémů specializačního vzdělávání lékařů. Rozdíly jsou nejenom ve výčtu jednotlivých oborů, v délce a náplni vzdělávacích programů, ale i v tak zásadní věci, jako jsou samotné atestace. Zatímco například v Dánsku lékaři žádné podobné zkoušky neskládají, tak kolegové v Německu jsou zvyklí na zkoušky obdobné těm našim a lékaři v Nizozemsku jsou přezkušováni průběžně. Navzdory těmto rozdílnostem zůstává základní premisou umožňující volný pohyb pracovních sil pravidlo, že specializovaná způsobilost získaná v jakémkoliv z členských států je uznávána v rámci celé Unie. Evropská směrnice 93/16/EHS nám sice dává možnost upravit si vzdělávání do značné míry podle svého. Komora však nepřipustí, aby přílišná délka a nerealisticky náročná náplň vzdělávacích programů diskriminovaly naše lékaře vůči kolegům specializujícím se v zahraničí.

Současný zákon nedává České lékařské komoře bohužel potřebné kompetence, díky kterým bychom mohli zabránit devastaci systému vzdělávání lékařů. Při přípravě vyhlášek a dalších prováděcích předpisů ministerstvo zdravotnictví názor profesní lékařské samosprávy nerespektuje. Formulace, že ministerstvo něco stanoví „po projednání“ s ČLK, si ministerští úředníci ve své aroganci vykládají tak, že svá rozhodnutí ČLK pouze oznamují, a za současného vedení ministerstva obdobně postupují dokonce i tehdy, když ministerstvu zdravotnictví zákon „spolupráci“ s komorou výslovně ukládá.

Specializační vzdělávání lékařů organizuje ČLK

Při dobré vůli by mohlo ministerstvo zdravotnictví pověřit organizací specializačního vzdělávání Českou lékařskou komoru i podle současného zákona. Pokud má však vzniknout stabilní, předvídatelný a na politických změnách nezávislý systém, bylo by lepší přenést patřičné kompetence na profesní lékařskou samosprávu přímo zákonem.

Stát musí vzdělávání financovat, avšak úředníci ministerstva zdravotnictví by již lékařům neměli určovat, jak má jejich vzdělávání vypadat. Specializační vzdělávání organizují profesní lékařské samosprávy přibližně v polovině členských států EU, například v Německu, Rakousku, Nizozemsku nebo i ve Švýcarsku.

Specializační vzdělávání organizované komorou bude mít oproti současnému stavu řadu výhod. Lékaři především mohou nabídnout mnohem vyšší profesionalitu a odbornost v porovnání s ministerskými úředníky, kteří již nebudou mít možnost deformovat naše návrhy k obrazu svému. Na politice nezávislý systém bude stabilní, pro mladé lékaře předvídatelný a nebude se měnit s každou změnou na postu ministra zdravotnictví. Přirozená konzervativnost lékařského stavu je nejlepší prevencí nejrůznějších účelových změn, mezi které počítám současnou možnost pracovat samostatně po ukončení základního vzdělávacího kmene, bez ohledu na jeho insuficientní náplň, nebo návrhy jmenovat do funkcí primářů mladé lékaře hned po atestaci. Cílem takových politicky motivovaných novot totiž není vyšší kvalita lékařské péče, ale jen získávání levné pracovní síly.

Česká lékařská komora na rozdíl od občanských sdružení, jakými jsou například odborné společnosti, je veřejnoprávní korporací, na kterou stát zákonem přenáší tu část svých kompetencí, které mohou lékaři prostřednictvím své profesní samosprávy vykonávat lépe a kvalifikovaněji. Nic nebrání tomu, aby další z takto přenesených kompetencí byla právě organizace specializačního vzdělávání.

Spolupráce ČLK a dalších subjektů při zajišťování specializačního vzdělávání lékařů

Komora pochopitelně nemůže, a ani nechce, zajišťovat vzdělávání a zkoušení lékařů sama. V odborných společnostech i lékařských fakultách máme přirozené partnery a jen ze vzájemné spolupráce může vzejít kvalitní vzdělávací systém.

ČLK – vede registr lékařů a ze zákona „dosáhne“ na každého lékaře. Může tedy specializační vzdělávání i atestace organizovat a evidovat.

Lékařské fakulty – představují společně s fakultními nemocnicemi ideální prostor pro teoretickou i praktickou výuku, kterou jsou s pomocí dalších akreditovaných zdravotnických zařízení schopné zajišťovat.

Odborné společnosti – mohou být kompetentním garantem odborné náplně vzdělávání i zkoušek.

Stát – musí financovat specializační vzdělávání, jehož absolvování je pro lékaře ze zákona povinným předpokladem k samostatnému výkonu povolání, a měl by si prostřednictvím ministerstva zdravotnictví ponechat funkce kontrolní.

Finanční podpora pro vzdělávající se lékaře, nikoliv pro jejich zaměstnavatele

Na finanční podporu musí mít nárok každý absolvent lékařské fakulty. Mezioborové rozdíly ve výši podpory nesmí zůstat tak propastné jako v současnosti. Ministerstvo zdravotnictví hájící veřejný zájem státu by společně s ČLK určovalo počty rezidenčních míst pro jednotlivé obory.

Mladí lékaři a lékařky by měli soutěžit o státní finanční podporu na specializační vzdělávání. Příjemce této podpory, vyplácené formou jakéhosi stipendia, které nemůže nahrazovat mzdu za odvedenou práci, by si mohl vybírat z nabídky akreditovaných pracovišť, kde a jakou část svého vzdělávacího programu absolvuje. Pokud by školenc ziskal pocit, že se nic nenaučí a je pouze zneužíván jako levná pracovní síla, měl by možnost i se svými penězi od státu odejít do jiného zdravotnického zařízení.

Musí být zachováno právo každého lékaře vzdělávat se v libovolném oboru podle vlastní volby i bez státní podpory.

Závazky rezidentů vůči státu

Příjemce státní podpory se zavazuje, že se bude řádně vzdělávat. Doba vyplácení podpory je limitována délkou vzdělávacího programu. Specializační vzdělávání je pro lékaře povinné, neboť bez specializované způsobilosti lékař nemůže samostatně pracovat.

Volný pohyb osob je jednou ze základních hodnot členství v EU a stát nemá právo toto právo svých občanů omezovat. Lékaře by měly k práci v ČR lákat atraktivní finanční a pracovní podmínky. Žádné administrativní překážky, které jsou na hraně ústavnosti, jim



v odchodu do zahraničí stejně nezabrání. Stabilizační dohody, které dnes musí rezidenti podepisovat, tedy jejich „dobrovolný“ závazek, že budou nejméně pět let po složení atestace pracovat v ČR v daném oboru, jsou nepřijatelné.

Pro všechny lékaře, tedy i pro absolventy podpořené rezidenčním stipendiem, platí minimální mzdové tarify stanovené speciálním zákonem o odměňování lékařů.

Podmínky pro výkon funkce vedoucího lékaře (primáře) určuje profesní samospráva

Zákon je třeba uvést do souladu s § 2 zákona č. 220/1991 Sb., o ČLK, podle něhož podmínkou pro výkon funkce primáře musí být nejenom specializovaná způsobilost v oboru, ale též patřičná praxe.

Lékař bez specializované způsobilosti nemůže pracovat bez odborného dohledu

Intenzita a způsob tohoto dohledu musí odpovídat jeho kvalifikaci a praxi. Tyto výsoce odborné otázky by také neměli řešit politici nebo státní úředníci, často bez medicínského vzdělání, ale komora.

Specializovanou způsobilost možno získat i na základě licence ČLK vydané po 18. 4. 2004

Je třeba odstranit rozpor se zákonem č. 220/1991 Sb., o ČLK v platném znění, je-

hož § 2 odst. 1 b) říká, že: „Komory zaručují odbornost svých členů a potvrzují splnění podmínek k výkonu lékařského povolání...“

Možnost zdravotnických zařízení akreditovat se i pouze na zajišťování části vzdělávacího programu

Vzdělávací programy je také třeba koncipovat tak, aby co největší část svého vzdělávání mohli lékaři absolvovat v okresních nemocnicích a dalších regionálních zdravotnických zařízeních, kde mají větší šanci získat potřebné praktické dovednosti a zkušenosti. Povinnou praxi na pracovištích vyššího typu, tedy např. ve fakultních nemocnicích, je třeba omezit na pouhé časově limitované stáže.

Součástí akreditačních podmínek pro zdravotnická zařízení, která mají zájem lékaře školit, by měl být mimo jiné i závazek respektovat maximální ceny stanovené za stáže a vzdělávací akce.

Odstranit diskriminaci lékařek-matek, které přerušily svoji praxi kvůli mateřské dovolené

Licenční řád ČLK umožňuje tuto diskriminaci odstranit, stejně tak jako udělení licence na základě rozhodnutí představenstva ČLK v režimu výjimky umožňuje zohledňování případů hodných zvláštního zřetele nebo umožňuje udělení licence na základě přezkoušení Vědeckou radou ČLK.

Podzákonné právní normy budou dále upravovat:

- seznam vzdělávacích oborů včetně jejich rozdělení na obory základní a nástavbové,
- délku a náplň vzdělávacích programů,
- obsah a zkušební řád specializačních zkoušek (atestací),
- způsob a podmínky akreditace školicích zdravotnických zařízení,
- složení a činnost akreditačních komisí,
- pravidla pro přidělování finanční podpory rezidentům.

Do těchto pravidel by úředníci ministerstva zdravotnictví měli zasahovat co nejméně. Tvořit by je měli odborníci-lékaři. Stát, který musí vzdělávání financovat, by si měl prostřednictvím ministerstva zdravotnictví ponechat pouze kontrolní pravomoci.

Naším cílem je s EU kompatibilní vzdělávací systém, nediskriminující naše lékaře vůči cizincům. Vzdělávání musí respektovat potřeby mladých lékařů, musí být pro ně místně i ekonomicky dostupné. Potřebujeme flexibilní systém, umožňující co nejsnadnější přechody mezi jednotlivými obory kdykoliv během vzdělávacího procesu i rekvalifikaci lékařů již atestovaných.

Lékaři již nebudou sponzorovat české zdravotnictví Zákon o odměňování lékařů

Odměna za práci lékařů zaměstnanců není úměrná významu lékařského povolání a odpovědnosti, kterou lékař při výkonu svého povolání má. U lékařů zaměstnanců je tímto soustavně porušován článek 28 Listiny základních práv a svobod, podle kterého zaměstnanci mají právo na spravedlivou odměnu za práci.

V současnosti pobírají lékaři pracující ve státních nemocnicích za práci plat, jehož výše se řídí tarifními tabulkami pro státní zaměstnance. Lékaři pracující ve zdravotnických zařízeních majících podobu obchodních společností pobírají mzdu, která je za identickou práci v porovnání se zaměstnanci státních nemocnic většinou nižší.

Stanovit minimální nepodkročitelnou výši odměny za práci pro lékaře

Zákon č. 95/2004 Sb., o vzdělávání lékařů, rozlišuje tři kategorie lékařů podle jejich kvalifikace. Toto rozdělení by měl respektovat i tento návrh zákona.

Pokud nebude mezi zaměstnavatelem a zaměstnancem, který vykonává povolání lékaře, sjednána vyšší odměna za práci, musí odměna za práci lékaře, který získal odbornou způsobilost k výkonu povolání lékaře (lékař absolvent), činit nejméně jedenapůlnásobek průměrné nominální měsíční mzdy fyzických osob v České republice dosažené podle zveřejněných údajů Českého statistického úřadu za předminulý kalendářní rok.

Pro lékaře se specializovanou způsobilostí nesmí být odměna za práci nižší než trojnásobek průměrné mzdy. Pro částečně kvalifikované lékaře (absolventy vzdělávacího kmene) by minimální výše odměny za práci nesměla být nižší než dvojnásobek průměrné mzdy.

Otázkou k diskusi zůstává, zda by takto měla být stanovena minimální výše mzdy za základní pracovní dobu 40 hodin týdně nebo za 48 hodin týdně, tedy se zohledněním zákonem limitované přesčasové práce. Rozhodnutí bude zřejmě záviset od výsledku jednání o nezbytném zvýšení úhrad dle upraveného Seznamu zdravotních výkonů. Cílem návrhu totiž v žádném případě není ekonomická likvidace zdravotnických zařízení, ale demaskování insuficientnosti financování

zdravotní péče, jejíž kvalita a široká dostupnost pro pacienty jsou zajišťovány na úkor zdravotníků, kteří zůstávají nedobrovolnými sponzory českého zdravotnictví.

Právo zaměstnance a zaměstnavatele dohodnout se na vyšší odměně za práci, než jako stanoví tento zákon, musí pochopitelně zůstat nedotčeno.

Sjednotit pravidla odměňování lékařů zaměstnanců ve zdravotnických zařízeních poskytujících péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění

Úhrady od zdravotních pojišťoven za stejnou péči poskytovanou zdravotnickými zařízeními mají být shodné bez ohledu na právní formu daného zdravotnického zařízení. Neexistují žádné objektivní důvody, proč by v těchto zdravotnických zařízeních měla platit rozdílná pravidla pro odměňová-

ní lékařů zaměstnanců. Zákon se vztahuje na všechny lékaře zaměstnance. Výjimkou jsou pouze případy, kdy lékař zaměstnanec je současně společníkem právnické osoby, která ho zaměstnává, a vedle mzdy se podílí současně na zisku zaměstnavatele.

Zvýšení mezd lékařů zaměstnanců podle tohoto zákona si vyžádá výrazné zvýšení osobních nákladů zdravotnických zařízení. Tyto náklady musí být zohledněny v Seznamu zdravotních výkonů, který v souladu s ČLK prosazovanou novelou zákona o veřejném zdravotním pojištění stanoví nepodkročitelné minimální ceny za jednotlivé výkony, které budou pro všechny zdravotní pojišťovny závazné.

Zvýšit podíl odměny za základní pracovní dobu

Lékaři nesmějí být ekonomicky závislí na příjmech za služby a přesčasovou práci.

Nikdo nesmí být ani ekonomickým tlakem nucen k porušování pravidel evropské směrnice o pracovní době a k obcházení zákoníku práce.

Omezení množství přesčasové práce umožní lékařům se vzdělávat a harmonizace podmínek profesního a osobního života by mohla učinit lékařské povolání opět atraktivním.

Stanovení minimální odměny za práci u společensky významných profesí s vysokou mírou odpovědnosti není nesystémové či nezvyklé, protože zákonem jsou přímo stanoveny například platy poslanců, soudců a státních zástupců, nepřímo pak odměny za práci například notářů, soudních exekutorů, advokátů apod. Konstrukce návrhu zákona vychází ze stejných principů jako zákon stanovící platy poslanců Parlamentu ČR.

Braňme se proti skandalizaci a kriminalizaci Novela zákona o znalcích

Problematika chybných znaleckých posudků ve zdravotnictví

Právní kancelář ČLK zaznamenala stovky případů, kdy proti lékaři bylo zahájeno trestní stíhání pouze na základě nesprávného, neobjektivního a nerespektujícího znaleckého posudku vypracovaného soudním znalcem nebo znaleckou komisí znaleckého ústavu. Kvůli takovému nesprávnému a neobjektivnímu znaleckému posudku byl posléze lékař mnohdy řadu let dehonestován, byla významně snížena jeho profesní čest a vážnost u spoluobčanů a ani pozdější osvobozující rozsudek nepřinesl rozhodně úplnou rehabilitaci, neboť, jak známo, „na každém šprochu pravdy trochu“.

V červnu 2009 uspořádala ČLK za účasti zástupců Ministerstva spravedlnosti ČR, Ministerstva zdravotnictví ČR, předsedů trestního i občanskoprávního senátu Nejvyššího soudu ČR, ředitele odboru Nejvyššího státního zastupitelství ČR, předsedů odborných společností a předních právníků z oboru medicínského práva kongres věnovaný činnosti znalců. Většina aktivních účastníků považuje za velmi vážný problém nesprávné znalecké posudky a zcela chaotický výběr znalců, kteří jsou povoláni hodnotit správnost či nesprávnost postupu ostatních lékařů. Kniha abs-

trakt k problematice znaleckých posudků z oboru zdravotnictví a postupů lege artis vzniklá z kongresových materiálů, která obsahuje závěry a doporučení, byla zaslána rozhodujícím ústředním orgánům státní správy, Nejvyššímu soudu ČR a Nejvyššímu státnímu zastupitelství ČR.

Na základě podnětu ČLK Ministerstvo spravedlnosti ČR již vypracovalo dílčí novelu zákona o znalcích a tlumočnicích, která částečně reflektovala některé významné připomínky komory a týkala se problematiky výběru a odpovědnosti znalců z oboru zdravotnictví, kteří hodnotí práci jiných lékařů. Ministrystvo spravedlnosti ČR po prostudování předmetného návrhu jej však shledala jako zcela nedostatečný (podle našich informací si přála radikálnější změny), což však s ohledem na existenci přechodné vlády vedlo v praxi k tomu, že předmetný návrh podle pokynů a představ ministrystva spravedlnosti zatím dopracován nebyl a bude patrně předmětem jednání nové vlády a nového Parlamentu ČR.

Odbornost znalce potvrzuje komora

Nový zákon o znalcích a tlumočnicích by měl obsahovat samostatnou část

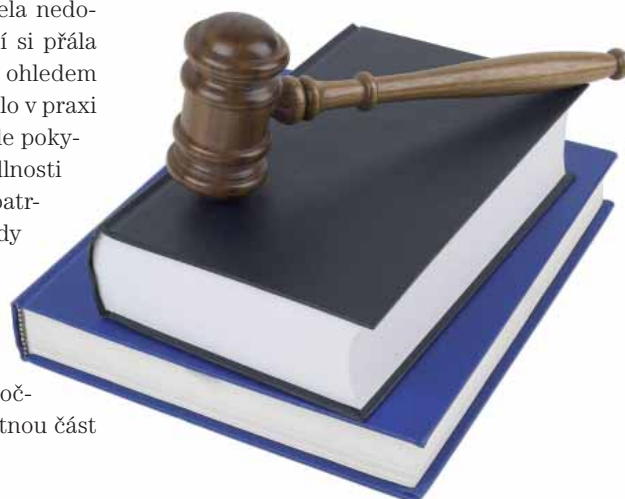
týkající se znalců v oboru zdravotnictví posuzujících práci ostatních zdravotníků s tím, že jejich kvalifikaci by měla, zejména u lékařů, stomatologů a lékárníků, garantovat příslušná profesní komora.

Odpovědnost znalce a jeho odvolatelnost

Znalec musí být za své znalecké posudky odpovědný. V případě opakovaného vydávání nesprávných posudků musí být z funkce znalce odvolatelný.

Lepší odměna pro soudní znalce

Soudní znalci v oboru lékařství musí být za znaleckou činnost podstatně



lépe odměňování, aby tato práce byla atraktivní i pro skutečně špičkové lékaře.

Práci lékaře může posuzovat pouze lékař stejné odbornosti

Nejvyšší státní zástupkyně na základě podnětu ČLK zaslala krajským stát-

ním zástupcům a jejich prostřednictvím okresním státním zástupcům dopis, v němž upozorňuje, že znalec z oboru zdravotnictví, odvětví soudního lékařství, není kompetentní posuzovat správnost či nesprávnost odborného postupu lékaře klinického oboru a k posuzování správ-

nosti či nesprávnosti postupu lékaře klinického oboru je vždy třeba přibrat znalce odpovídajícího svou kvalifikací tomu oboru, který je posuzován. Tyto poznatky se jen pozvolna, ale přece jen znatelně dostávají do povědomí státních zástupců a soudců.

Definice pojmu „lege artis“

V návrhu zákona o zdravotních službách definovalo v navrženém § 27 odstavec 2 Ministerstvo zdravotnictví ČR následující text:

„Pacient má právo na poskytování zdravotních služeb odpovídajících jeho zdravotnímu stavu, v souladu se standardy poskytování odborné zdravotní péče, při respektování individuality každého pacienta a s přihlédnutím k současným poznatkům vědy (dále jen „náležitá odborná úroveň“).“

Pokud jde o definici povinností zdravotníka, tedy i lékaře, poskytovat péči lege artis, navržený § 50 zákona o zdravotních službách navrhoval následující znění:

„Zdravotnický pracovník je povinen poskytovat odbornou zdravotní péči v rozsahu odpovídajícím jeho odborné způsobilosti a zdravotnímu stavu pacienta, v souladu se standardy poskytování odborné zdravotní péče, při respektování individuality každého pacienta a řídit se etickými principy.“

Právní kancelář ČLK shledala oba tyto návrhy jako nebezpečné pro lékaře a jejich právní odpovědnost.

Může se snadno ukázat, že i při zcela správném postupu, který odpovídal uznávaným postupům při poskytování lékařské péče, poskytnutá lékařská péče ve skutečnosti neodpovídala zdravotnímu stavu pacienta, což může vyjít najevo až z pitevního protokolu. Každý žalobce by se pak velmi úspěšně opřel o navrženou definici, že zdravotní služba poskytnutá pacientovi musí odpovídat potřebám jeho zdravotního stavu. Rovněž definice, že tato péče musí být v souladu se standardy poskytování odborné zdravotní péče, které dosud nebyly vypracovány, je velmi nešťastná, a to již proto, že standardy jsou zpravidla vždy považovány za doporučení pro lékaře a lékař se od nich může odchýlit a svůj odchýlný postup v individuálním případě odbor-

ně zdůvodnit. Existují také případy, kdy připadá v úvahu několik možných postupů podle uznávaných pravidel, přičemž platí, že lékař postupoval lege artis, přidržel-li se kteréhokoliv z uznávaných postupů.

Rovněž navrhovaný § 50, definující povinnost zdravotnického pracovníka poskytovat zdravotní péči v rozsahu odpovídajícím nejen jeho odborné způsobilosti, ale i zdravotnímu stavu pacienta, v souladu se standardy poskytování odborné zdravotní péče, které dosud nebyly vydány, a řídit se blíže nespecifikovanými etickými principy, je velmi zneužitelná v případě žalob a trestních oznámení na lékaře.

ČLK při svém návrhu definice lege artis vycházela z judikátu Nejvyššího soudu ČR, který je všeobecně uznáván i ostatními senáty Nejvyššího soudu ČR a podřízenými soudy. Jde o rozhodnutí sp. zn.: 7 Tdo 219/2005. Principem definice vycházející z tohoto uznávaného judikátu by bylo, že

Zdravotnický pracovník je povinen poskytovat odbornou zdravotní péči podle pravidel medicínské vědy a uznávaných medicínských postupů, v mezích daných rozsahem svých úkolů, svého pracovního zařazení, konkrétních podmínek a objektivních možností. Pokud se zdravotnický pracovník při péči o pacienta přidržel kteréhokoliv uznávaného medicínského postupu, pak jednal v souladu se svými profesními povinnostmi. Je-li v konkrétním případě standardem poskytování odborné zdravotní péče dán doporučený postup, postupuje zdravotnický pracovník zpravidla v souladu s tímto doporučeným postupem, při respektování individuality pacienta. Je-li to důvodné, může zvolit i jiný než doporučený postup. Důvod jiného než doporučeného postupu uvede ve zdravotnické dokumentaci. Standardy poskytování odborné zdravotní péče nejsou pro zdravotnického pracovníka závazné, ale mají pouze doporučující charakter.



Postup lékaře je nutno vždy hodnotit ex ante, tj. na základě informací, které měl lékař v době rozhodování k dispozici, nikoli ex post, kdy výsledek je již znám.

Přestože současná definice pojmu lege artis (**povinnost poskytovat zdravotní péči v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy**) není podle našeho názoru zcela ideální, s ohledem na skutečnost, že i při tomto textu zákona byl vydán judikát Nejvyššího soudu ČR z roku 2005 7 Tdo 219/2005, ze kterého soudy v současné době při posuzování postupu lege artis vycházejí, bylo by zejména nešťastné hledat nějakou zcela novou, jinou definici pojmu lege artis, tak jak to učinilo Ministerstvo zdravotnictví ČR v návrhu zákona o zdravotních službách, a tím učinit judikát Nejvyššího soudu ČR, který velmi objektivně a citlivě reflektuje skutečnost, že je třeba vycházet při posuzování postupu zdravotníka z principu, jak se zdravotní stav jevil zdravotníkovi v okamžiku poskytnutí zdravotní péče a jeho rozhodování o dalším postupu – tedy ex ante, nikoli ex post – kdy již je výsledek znám, v praxi ve prospěch lékařů nepoužitelný, což by byla nesmírná škoda. Tomu se razantním odmítnutím Julínkových zákonů, včetně zákona o poskytování zdravotních služeb, sjezdem delegátů České lékařské komory v roce 2008 a informováním některých koaličních poslanců, zejména KDU–ČSL, o hrubých chybách navrženého zákona podařilo zabránit.

Milan Kubek, prezident ČLK

Zneužívání mladých lékařů

Rezidentura jako novodobé otrokářství

Ministerstvo zdravotnictví ČR na straně jedné výrazně omezilo finanční dotace pro Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ) a na druhé straně od loňského roku finančně podporuje zaměstnavatele rezidentů, kteří pro ně z těchto prostředků mají nakupovat stáže a vzdělávací kurzy. Logickým důsledkem těchto kroků bylo výrazné zdražení většiny vzdělávacích akcí.

ČLK navrhovala, aby nezbytná státní finanční podpora směřovala na konkrétního mladého lékaře, který by si z nabídky akreditovaných pracovišť mohl vybírat, kde jakou část svého specializačního vzdělávání absolvuje. Nositelem peněz by tedy byl lékař, který by v případě, že není se službami školicího pracoviště spokojený, mohl i s penězi odejít jinam, kde ho budou školit a nejenom zneužívat jako levnou pracovní sílu.

V provedení ministerstva zdravotnictví systém rezidenčních míst, o jejichž přidělování rozhoduje ministerská komise, může vyhovovat pouze největším nemocnicím, které s výjimkou oboru praktického lékařství také získávají většinu rezidenčních míst. Personální devastace malých nemocnic se prohlubuje a stále dražší specializační vzdělávání se stává pro mladé lékaře ještě hůře dostupným.

Rezidentura vytvořená ministerstvem ještě více posílila závislost mladých lékařů na zaměstnavatelích, kteří toho často hrubě zneužívají. Systém připomíná moderní otrokářství.

Rezident nemůže změnit zaměstnavatele, respektive může, ale pokud by chtěl pracovat na pracovišti, které není ministerstvem dotované, platí si vzdělávání za tržní ceny sám ze svého. Otázka zní: Z čeho?

Zákon č. 95/2004 Sb., v platném znění, § 21a odst. 12): „Ministerstvo zastaví čerpání dotace, došlo-li k ukončení specializačního vzdělávání rezidenta na daném rezidenčním místě.“

Zájemce o rezidenturu se zavazuje, že bude nejméně pět let po atestaci pracovat v daném oboru v České republice.

Zákon č. 95/2004 Sb., v platném znění, § 21c odst. 1c): „Rezident je povinen vykonávat povolání lékaře po dobu nejméně 5 let od data ukončení specializačního vzdělávání na území ČR v oboru, ve kterém získal specializovanou způsobilost jako rezident.“

Porušení závazku se trestá. *Zákon č. 95/2004 Sb., v platném znění, § 21c odst. 2): „Při porušení povinnosti podle odstavce 1 má rezident povinnost uhradit náklady vynaložené ze státního rozpočtu na jeho rezidenční místo v poměrné výši za podmínek stanovených ve smlouvě.“*

Kvalifikační dohody v rozporu s dobrými mravy

Specializační vzdělávání lékařů je považováno za prohlubování jejich kvalifikace, zákon tedy umožňuje zaměstnavateli, aby uzavřel s lékařem dohodu, v níž se zaměstnanec zavazuje uhradit poměrnou část nákladů vynaložených zaměstnavatelem na jeho vzdělávání.

„Sjezd odsuzuje stabilizační smlouvy, které jsou nuceni podepisovat lékaři absolventi. Sjezd považuje zaměstnávání lékařů absolventů na formálně zkrácené pracovní úvazky (přičemž tito lékaři ve skutečnosti pracují v rozsahu plného pracovního úvazku) za jednání odporující minimálně dobrým mravům.“

Z usnesení XXIII. sjezdu ČLK – listopad 2009

Příklad nemravné a nezákonné kvalifikační dohody:

- Mladý lékař nebo lékařka se zavazují, že po dobu nejméně pěti let po složení atestace budou pracovat v daném zdravotnickém zařízení.
- Do této doby se nezapočítává doba rodičovské dovolené. Tato podmínka je nezákonná.
- V případě nesplnění tohoto závazku se zavazuje zaplatit zaměstnavateli částku 500 000 Kč. Rovněž toto ustanovení je v rozporu se zákonem.

Zaměstnavatel má právo požadovat pouze poměrnou část nákladů, které mu vznikly umožněním prohlubování kvalifikace svému zaměstnanci. Jde o prokazatelné náklady, tedy například poplatky za stáže nebo kurzy, které svému zaměstnanci zaplatil. V žádném případě se nejedná o náhradu vyplacené mzdy či platu.

Ministerstvo zdravotnictví chtělo nástupní platy mladých lékařů ještě snížit

Absolventi lékařských fakult nastupují obdobně jako jiní vysokoškoláci do 11. ta-

rifní třídy s platem 17 340 Kč. Ještě jako předseda LOK-SČL jsem před lety vyjednal s tehdejším ministrem zdravotnictví Fišerem, že po zařazení do specializační přípravy náleží lékaři 12. tarifní třída, což v současnosti u lékaře bez praxe odpovídá tarifnímu platu 18 790 Kč.

Za zády lékařských odborů a bez vědomí ČLK připravilo ministerstvo zdravotnictví návrh novely tzv. Katalogu prací, kterým chtělo držet mladé lékaře v 11. tarifní třídě až do ukončení základního vzdělávacího kmeny, tedy po dobu minimálně 2 let. Od ledna 2010 měly být mladým lékařům platy sniženy o cca 1500 Kč, tedy zhruba o 10%.

Česká lékařská komora sice dokázala přijetí tohoto nehorázného návrhu zabránit, avšak na prosazení svého požadavku, aby lékaři s absolvovaným vzdělávacím kmenem postoupili do třídy 13. a kvalifikovaní lékaři do třídy 14., na to jsme zatím sílu neměli. Stále tedy platí, že tarifní plat kvalifikovaného lékaře po atestaci s pětiletou praxí je 22 770 Kč, což je o něco méně než průměrná mzda v ČR. A to vše pouze za předpokladu, že má štěstí na slušného zaměstnavatele.

Formálně zkrácené pracovní úvazky

Zejména fakultní nemocnice zneužívají závislosti mladých lékařů, kteří potřebují získat praxi a splnit často úplně nesmyslné požadavky, které jsou vyžadovány v náplni jednotlivých specializačních oborů, aby se mohli přihlásit k atestaci. Mladí lékaři bez specializované způsobilosti představují pro nemocnice lacinou pracovní sílu a je nasnadě, že někteří zaměstnavatelé, a bohužel i primáři, podléhají pokušení všelijak prodlužovat dobu, než mladému nevolníkovi požadovanou praxi potvrdí. Asi nejvíce zavrženímhodnou je nezákonná praxe zaměstnávání lékařů ve specializační přípravě na formálně zkrácené pracovní úvazky, přičemž tito kolegové jsou nuceni odpracovat prakticky bezplatně plnou pracovní dobu. O tom, že se podobná svinstva zejména ve fakultních nemocnicích s tichým požehnaním ministerstva zdravotnictví dějí, o tom má ČLK povědomí již dlouho. Veškeré naše pokusy o nápravu nebo alespoň medializaci tohoto ostudného vykořisťování však dosud končily do ztracena, protože žádný takto zneužívaný lékař si netroufl tuto



praxi potvrdit. Ředitelé nemocnic, přednostové klinik, primáři, ale i přímo mladí lékaři vždy vše popřeli a prezident ČLK vypadal tak trochu jako šašek.

Rady, jak se bránit fiktivně zkráceným pracovním úvazkům, zpracované právním oddělením ČLK, naleznete v časopise *Tempus* 2/2010. Vzhledem k tomu, že lékaři ve specializační přípravě jsou ve značně nerovném postavení vůči svým zaměstnavatelům, nenašel se v minulosti navzdory výzvám komory nikdo, kdo by byl ochotný o nelegálních praktikách svědčit. Strach mladých lékařů z toho, že se jim jejich zaměstnavatel či primář pomstí tím, že jim prakticky znemožní přístup k atestační zkoušce, je pochopitelný. Změnu snad přinese občanské sdružení Mladí lékaři, jehož aktivity ČLK plně podporuje.

„Sjezd ČLK podporuje iniciativu Mladí lékaři.“

Z usnesení XXIII. sjezdu ČLK – listopad 2009

Jsem rád, že si konečně i naši nejmladší kolegové začínají uvědomovat, že jednotlivec nemá proti zaměstnavateli a systému žádnou šanci a že pouze v jednotě je síla.

„V médiích se v poslední době opakovaně objevují informace o tom, že někteří mladí lékaři po ukončení svého vysokoškolského studia a před vykonáním atestační zkoušky jsou zaměstnáváni ve zdravotnických zařízeních pouze na část pracovního úvazku, přičemž vykonávají svou práci značně déle, včetně např. pohotovostních služeb, přičemž za tuto závislou činnost nejsou odměňováni. Vzhledem k tomu, že v médiích zveřejňované informace nebývají dostatečně spolehlivé, aby se z nich dalo vycházet při kontrolní činnosti, dovoluji se obrátit na vás s dotazem, zda Česká lékařská komora disponuje hodnověrnými informacemi o takových praktikách. A rovněž zda je možné zprostředkovat nám kontakt s mladými lékaři, kteří jsou nuceni se takovému postupu podřídit.“

Z dopisu Mgr. Ing. Rudolfa Hahna – generálního inspektora Státního úřadu inspekce práce prezidentovi ČLK.

Výplatní pásky lékařských otroků

Absolvent lékařské fakulty, který promoval v roce 2009, pobírá ve fakultní nemocnici při úvazku 0,1 tarifní plat 1734 Kč a k tomu doktorandské stipendium 6050 Kč měsíčně.

Žádnou vědu nedělá. Pracuje jako sekundář na plný úvazek na lůžkovém oddělení.

Lékařka pracuje třetím rokem ve fakultní nemocnici a při úvazku 0,5 pobírá tarifní plat 10 120 Kč. Tři pohotovostní služby v měsíci zvyšují její hrubý příjem o cca 3500 Kč.

Jen pro informaci, minimální mzda v ČR je 8000 Kč.

Nevyplacenou mzdu či plat lze požadovat i zpětně

Poté, co lékař úspěšně složil atestaci, jeho závislost na libovůli dosavadního zaměstnavatele končí. Proti kvalifikačním dohodám, které odporují dobrým mravům či dokonce znění zákona, se lze bránit u soudu. Právní oddělení ČLK je připraveno v těchto sporech lékařům-členům komory pomáhat.

Zaměstnanec se však může v promlčecí lhůtě v trvání tří let zpětně domáhat i vyplacení dlužné mzdy či platu. Důkazem, že odpracoval mnohem více hodin, než kolik by odpovídalo jeho formálně zkrácenému pracovnímu úvazku, mohou být rozpis služby, zápisy ve zdravotnické dokumentaci, operační protokoly nebo vyúčtování pro zdravotní pojišťovny. Velkou cenu mají pochopitelně i svědecké výpovědi.

Velmi kvalitní důkazní materiál proti sobě dávají mladým lékařům do ruky samotní zaměstnavatelé, když pro účely doložení potřebné praxe vydávají mladým lékařům potvrzení, že pracovali v rozsahu plného pracovního úvazku, a mají tedy dostatečnou praxi, aby se mohli přihlásit k atestaci. Bez jistoty tohoto potvrzení by se určitě mezi mladými lékaři nenašel žádný hlupák, který by byl ochotný za minimální mzdu v nemocnici otročit.

§ 2a zákona č. 95/2004 Sb., v platném znění: „Pokud zákon stanoví požadavky

Zástupci Mladých lékařů společně s prezidentem ČLK MUDr. Milanem Kubkem se 30. března 2010 setkali na půdě MPSV s ministrem práce a sociálních věcí JUDr. Petrem Šimerkou a Mgr. Ing. Rudolfem Hahnem, generálním inspektorem Státního úřadu inspekce práce. Na základě výzvy ministryně zdravotnictví Mgr. Dany Juráskové, Ph.D., MBA, předali panu ministrovi a generálnímu inspektorovi seznam 30 lékařů, kteří se rozhodli na výzvu paní ministryně reagovat a „vyjít“ na denní světlo s „otrockými“ smlouvami, kdy dle pracovní smlouvy tráví v nemocnicích jen poměrnou část pracovní

na délku výkonu zdravotnického povolání, rozumí se tím výkon povolání v rozsahu alespoň poloviny stanovené týdenní pracovní doby. Pokud zdravotnický pracovník vykonává zdravotnické povolání v nižším rozsahu než v rozsahu stanovené týdenní pracovní doby, potřebná délka výkonu povolání se úměrně prodlužuje.“

Obdobně i Licenční řád ČLK vyžaduje pro započítání praxe potřebné k získání licence, aby tato byla vykonávána nejméně v rozsahu polovičního pracovního úvazku.

Děkani LF nabízejí ministerstvu způsob, jak zneužívání mladých lékařů legalizovat

Dne 25. 2. 2010 se děkani na jednání své asociace usnesli, že LF vyhoví požadavku ministerstva zdravotnictví a převezmou na místo IPVZ odborné a administrativní zajišťování specializační přípravy lékařů. Vedle finančního požadavku na 3 miliony Kč na každou fakultu za každý rok a 3000 Kč ročně na zapsaného školence nabízejí děkani ještě toto šalamounské řešení:

Při posuzování splnění podmínek atestační přípravy studentů doktorских studijních programů bude rozhodující naplňování akreditovaného programu a vyjádření školitele k době praxe bez ohledu na výši úvazku zakotveného v pracovní smlouvě se zdravotnickým zařízením.

To znamená, že lékařský otrok by se ani zpětně po složení atestace nemohl domáhat peněz, o které byl okrádán, protože by svoji praxi na základě dobrozdání školitele mohl absolvovat i při pracovním úvazku zkráceném například na fakultními nemocnicemi oblíbených 0,1.

Že je hanba nefackuje.

Milan Kubek

doby dle výše svého úvazku, ve skutečnosti však pracují na plný úvazek. Všech těchto 30 lékařů je zaměstnáno ve fakultních nemocnicích, tedy nemocnicích řízených ministerstvem zdravotnictví.

Samozřejmě se jedná jen o vrcholek ledovce, poněvadž většina takto vy(zne)užívaných lékařů má obavy o svoji práci či o uznání výše odpracovaného úvazku do předatestační přípravy, věříme však, že krok „30 statečných“ napomůže k narovnání pokřivených pracovněprávních vztahů v této oblasti.

MUDr. Tomáš Kocourek, Mladí lékaři, o.s.

Za porušování právních předpisů musí následovat trest



Na Ministerstvu práce a sociálních věcí ČR se 30. března t. r. uskutečnilo jednání mezi zástupci rezortu – ministrem práce a sociálních věcí JUDr. Petrem Šimerkou, generálním inspektorem Státního úřadu inspekce práce (SUIP) Mgr. Ing. Rudolfem

Hahnem, prezidentem České lékařské komory (ČLK) MUDr. Milanem Kubkem a zástupci o.s. Mladí lékaři.

Předmětem jednání konaného z podnětu ČLK byla pracovněprávní problematika vycházející z podnětů a zkušeností mladých lékařů působících ve fakultních nemocnicích. Jde jednak o studenty prezenční formy Ph.D. studia, kteří pobírají stipendium ve výši cca 6000 až 8000 Kč při výrazně zkráceném úvazku, ale pracují mnohdy plnou pracovní dobu jako sekundární lékaři. Druhou formou jsou zkrácené úvazky neatestovaných lékařů při plné pracovní době, které za-

městnavatel zvyšuje s přibývajícím praxí. Zástupci o.s. Mladí lékaři svá tvrzení současně doložili některými dokumenty.

Pokud by uvedené informace byly prokázány, šlo by o závažné porušení platných právních předpisů. Na základě uvedených podnětů jsem požádal generálního inspektora SÚIP o přijetí opatření k provedení kontrol ve vybraných fakultních nemocnicích zaměřených na uvedenou problematiku a v případě zjištění nedostatků o přijetí příslušných sankčních opatření. Kontroly začnou ještě v měsíci dubnu t. r., o jejich výsledku bude veřejnost informována.

JUDr. Petr Šimerka, ministr práce a sociálních věcí

Parazituje někdo na vzdělávání mladých lékařů?

Už dlouho sleduji různé podivné „obchody“, kterých se dopouštějí někteří politici a úředníci a které zavánějí korupcí. Říkal jsem si, že už mě asi nic nepřekvapí. Mýlil jsem se! V poslední době mě naprosto vytočila informace, že na penězích určených na podporu lékařů-rezidentů se někdo přizívuje. Předražené dálnice, přístroje, stavby a podobné jevy mě stále štvou, ale tohle je přece jenom silná káva..

Podle informací časopisu Týden vypsalo ministerstvo zdravotnictví vloni v únoru tendr na firmu, která by se měla za 36,4 milionu zabývat administrativou státních peněz pro vzdělávání mladých lékařů. Nepřekvapí, že společnost Global Health Service, která zakázku vyhrála, vznikla podle obchodního rejstříku v červenci roku 2008, tedy zhruba ve stejné době, kdy se na ministerstvu ještě nová vyhláška o rezidenčních místech psala. Nepřekvapí, že například proběhl tendr a teprve až za čtyři měsíce, 10. června 2009, ministryně vyhlášku podepsala. A už vůbec nepřekvapí, že vyhrála firma, kterou vede bývalý ředitel středočeské krajské záchranky dr. Robert Zelenák. To, že má blízko k náměstkyni ministryně zdravotnictví dr. Markétě Hellerové, je jistě jen zlá pomluva. Na dr. Zelenáka bylo podáno trestní oznámení za jeho minulé působení na záchrance v souvislosti s investičními akcemi. Platí samozřejmě presumpce nevin, ale přesto je to docela dobrá reference k rozdělování státních peněz. V odpovědi pro Medical Tribune dr. Zelenák uvádí, že ministerstvo platí jeho firmě za tuto činnost šest milionů ročně, a ministerstvo se hájí tím, že „má možnost hradit náklady na za-

bezpečení dotačního řízení z prostředků určených na dotace, a to nejvýše v částce, která nepřesáhne 2,5% celkové výše prostředků ministerstva určených na dotace na financování specializačního vzdělávání v daném kalendářním roce“. Na otázku Medical Tribune, proč si tuto činnost ministerstvo nedělá samo, úřad placený z daní, odpovídá: „Loni přijalo ministerstvo celkem 805 žádostí o 1727 rezidenčních míst. Tyto žádosti bylo nutno vyřídit, rozčlenit a posoudit. Následně bylo nutné žádosti vyhodnotit i po stránce zcela odborné. Ministerstvo rozhodlo o poskytnutí dotace zdravotnickým zařízením na celkem 838 rezidenčních míst. S tím souvisela i nutnost provádět různé úkony v rámci řízení – například vydat celkem 370 rozhodnutí o poskytnutí dotace na rezidenční místa jednotlivým žadatelům.“ MZ se hájí také tím, že během dotačního programu je také třeba průběžně reagovat na změny v terénu, které mají dopad na čerpání dotace. Jako příklad uvádí administrativu spojenou se změnou příjmení. „Jedná se o mladé lékaře, kteří uzavírají například sňatky, a mění si tudíž příjmení. Jen z této skutečnosti vyplývá velká řada administrativně náročných činností, které jsou završeny vydáním změnových rozhodnutí,“ píše MZ. V roce 2010 dostalo MZ prostřednictvím firmy Global Health Service celkem 765 žádostí o poskytnutí dotace, a to na 1689 rezidenčních míst. Ministerstvo tvrdí, že papírování kolem rezidenčních míst je tak náročné, že ho samo nezvládne. Potřebuje prostory i lidi. „Administrativní zabezpečení takto rozsáhlého projektu je velice rozsáhlé a náročné. Ministerstvo v současnosti nedisponuje ani prostory, ani pracovními silami v rozsahu, který by odpo-

vídal šíří administrativy vyplývající z nutnosti důkladného zpracování podkladů a dat a údajů, evidovaných v rámci dotačního programu rezidenční místa 2009 a 2010,“ uvádí ministerstvo. Je jedno, zda ministerstvo platí za administraci rezidenčních míst 6 milionů nebo 36,4 (na kolik zní tendr), problémem je, že za to někomu platí vůbec. Takovýto objem žádostí musí ministerstvo zvládnout z vlastních zdrojů. Úředníků a prostor na to má dostatek. Buď je náměstkyně Hellerová neschopná, její odbor nefunguje a musí se její práce za státní peníze draze „outsourcovat“, nebo je naopak všeho schopná a pak šlo od počátku o záměr. Nabízí se otázka, zda rychlost a způsob, jakým byla špatná vyhláška o rezidenčních místech přijata, i torpidnost, s níž se náměstkyně brání jakýmkoliv, byť logickým a potřebným, nápravám nepramení ze snahy zajistit kamarádovi co nejlepší kšeft. Mladé české lékařky a lékaři odcházejí do ciziny, protože podmínky v České republice jsou k nim nepřátelské. Přiznejme si konečně, že za to nejvíc může právě náměstkyně Hellerová, která je za vzdělávání zodpovědná! Mimochodem, i kdyby šlo „jen“ o 6 milionů ročně, které dr. Zelenák dostane za administraci, položme si proti tomu jiné číslo. Nadace Charty 77 vybrala na charitu pro mladé lékařky a lékaře za minulý rok 1,2 milionu korun. Neměl by se někdo stydět? Nevím, jak jinak nazvat to, že se někdo přizívuje na mladých lékařích a jejich vzdělávání, než parazitování.

Dotaz na paní ministryni Juráskovou, zda náměstkyni Hellerovou pro neschopnost nebo naopak všehoschopnost neodvolá, ani nepokládám, neboť je zcela zbytečný.

Michal Sojka



Absolvované interní kmeny nejsou mladým lékařům uznávány

V předchozích vydáních časopisu Tempus medicorum jsme informovali o nepochopitelných krocích Ministerstva zdravotnictví ČR (MZ ČR) týkajících se specializačního vzdělávání mladých lékařů – ať už šlo o zcela podivný systém financování specializačního vzdělávání, který naprosto neodpovídá původnímu záměru novely zákona č. 95/2004 Sb., nebo skutečnost, že kvůli podmínkám nastoleným MZ ČR jsou lékaři nuceni trpět neférovým přístupem zaměstnavatele a formálně pracovat v minimálním úvazku, byť reálně vykonávat práci lékaře v celém rozsahu týdenní pracovní doby. Rovněž jsme poskytli pomoc v podobě návodu, jak některé situace řešit.

Další absurdní kroky MZ ČR vyplývají na povrch na základě dotazů mladých lékařů, kteří se velmi podivují, že při změně oboru specializačního vzdělávání jim nejsou uznávány již absolvované základní kmeny, zejména pokud jde o interní kmen. Takový lékař ještě před účinností vyhlášky č. 185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání, zcela legitimně absolvoval praxi, tzv. interní základ (tehdy ještě tato praxe nebyla nazývána „kmenem“, není však důležité označení, ale reálný obsah), který odpovídal časovému rozsahu základního kmene ve smyslu vyhlášky č. 185/2009 Sb. a byl zakončen absolvováním testu – sledujeme tedy naprosto stejný systém, který zavedla již citovaná vyhláška. V okamžiku, kdy se lékař rozhodne změnit obor svého specializačního vzdělávání, je mu MZ ČR, resp. Institutem postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ), což je organizace přímo řízená ministerstvem, sděleno, že na uznání absolvovaného kmene nemá nárok a tento kmen musí projít znovu, kdy je maximálně možné uznat mu část praxe. Je přinejmenším zvláštní, že jednak tímto samo MZ ČR a IPVZ zcela degradují zásady, na kterých specializační vzdělávání dosud stavěly, a jednak že ve svém přístupu nezohledňují princip nabytých práv lékaře, zákaz retroaktivity právního předpisu a smysl a zamýšlený účel vyhlášky č. 185/2009 Sb.

Pro doložení aplikace těchto absurdit v praxi nechť poslouží jeden z mnoha příkladů:

Lékař z Olomouckého kraje se v roce 2006 přihlásil do stejného oboru speciali-

začního vzdělávání – hematologie a transfuzní lékařství. Celou dobu výkonu svého povolání strávil na interním oddělení, bez možnosti absolvovat praxi na odděleních jiných. Po dvou letech úspěšně absolvoval test z interního základu (kmene). Vzhledem ke své pracovní situaci se rozhodl změnit obor specializačního vzdělávání na vnitřní lékařství, neboť po čtyřleté praxi na tomto oddělení mu tento krok přišel jako účelnější. Obdržel informaci, že nejprve je potřeba znovu absolvovat interní kmen podle vyhlášky č. 185/2009 Sb. a složit test. Ve výkonu svého povolání a svém specializačním vzdělávání se vrací téměř na začátek. Analogicky ve stejné situaci se ocitl jeho kolega, který nejprve vstoupil do oboru geriatric. Mj. šlo o obor, ve kterém v té době MZ ČR deklarovalo kritický nedostatek mladých lékařů.

V návaznosti na výše uvedené dne 4. 3. 2010 prezident ČLK MUDr. Milan Kubek adresuje náměstkyni MZ ČR MUDr. Markéte Hellerové důrazný dopis.

Ve stanovené třicetidenní lhůtě neoddržel prezident ČLK na svůj dopis žádnou reakci, proto dne 9. 4. 2010 požadavek uralgoval. Rovněž tato urgence však zůstává bez odezvy.

Vážená paní náměstkyně, opakovaně se na Českou lékařskou komoru obracím lékaři, kteří před účinností vyhlášky č. 185/2009 Sb. složili test z interního kmene po dvou letech absolvování specializačního vzdělávání v tomto oboru (byť v té době ještě nebyly dva roky praxe oficiálně nazývány „kmenem“).

Lékařům, kteří se v souladu se zněním a celým smyslem vyhlášky č. 185/2009 Sb. rozhodli změnit obor specializačního vzdělávání na jiný, který jako podmínku stanoví absolvování základního interního kmene (diabetologie a endokrinologie, gastroenterologie, revmatologie atd.), není absolvování tohoto testu uznáno a je po nich požadováno nejen doplnění praxe, která je obsahem nového interního kmene, ale zároveň také nové absolvování testu.

Konstatuji, že tato praxe je jednak v rozporu s principy, které vyhláška č. 185/2009 Sb. stanoví (zejména § 2 odst. 2, § 7), a jednak nepřipustným retroaktivním zásahem do nabytých práv lékaře. Rovněž si dovoluji připomenout, že požadavek absolvování testu a jeho obsah stanovil IPVZ, což je organizace řízená Ministerstvem zdravotnictví

Česká lékařská komora otevřeně deklaruje podporu nově vzniklé iniciativy Mladí lékaři, rovněž mapuje výše popsané případy a snaží se lékařům ve specializační přípravě v rámci svých omezených zákonných možností pomoci, a to jak v rámci současného problému neuznávání interních kmenů, tak stejně intenzivně také v případech popsaných v minulých vydáních Tempus medicorum. Jak již však bylo naznačeno, možnosti ČLK nejsou ideální, a to jednak vzhledem k legislativnímu stavu, tak i jiným obecně známým faktorům. Z toho důvodu je rozhodně potřeba, aby se na MZ ČR se svými stížnostmi obraceli také samotní lékaři, kteří jsou nerespektováním nabytých práv poškozeni, přičemž někteří již tak učinili. Není totiž zřejmé, zda si MZ ČR a jím přímo řízený IPVZ uvědomují, že jde v současné době o plošný problém. Čím více případů MZ ČR zaznamená, tím více alarmující pro ně tato věc bude. S formulováním stížnosti členům ČLK v případě potřeby pomůže právní oddělení komory.

Mgr. Miloš Máca, právní oddělení ČLK

ČR. Není tudíž zřejmé, z jakého důvodu ministerstvo neuznává absolvování interního kmene těmito lékaři, kteří v souladu s dříve platnou právní úpravou splnili všechny požadavky, které na ně MZ ČR, resp. IPVZ, kladly.

Při současném kritickém nedostatku lékařů v ČR je současný postup MZ ČR zcela nepochopitelný a je pouze další překážkou v dosažení řádné kvalifikace mladých lékařů, kdy jejich potřeba je vzhledem ke zvyšujícímu se věkovému průměru lékařů v ČR nezpochybnitelná. Takto však dochází k situacím, že po několikaleté práci v oboru vnitřní lékařství se lékař při změně oboru dostává ve svém specializačním vzdělávání na samotný začátek, neboť mu je uznána jen část dosavadní praxe, nikoliv už celá praxe v rámci interního kmene a absolvovaný test. Nejde pouze o individuální případy, tato situace se týká řádově stovek lékařů.

Požadavkem ČLK je především, aby byly tyto testy jejich absolventům uznávány a nebylo tím zasahováno do nabytých práv lékařů. Pokud jde o vykonanou praxi, požadavkem doplnění je rovněž novou právní úpravou retroaktivně zasahováno do podmínek podle dřívější právní úpravy, tato věc by však eventuálně ještě mohla být předmětem jednání. Na uznání složených testů interního kmene při změně oboru specializačního vzdělávání lékařů však ČLK důrazně trvá.

S tímto stanoviskem vyslovili plný souhlas zástupci ČLK, kteří jsou členy akreditační komise MZ ČR. Žádám Vás tedy o urychlené zjednání nápravy v této nepřipustné praxi.

Děkujeme, odcházíme...

Do těchto slov by bylo možno jednoduše shrnout obecný závěr jednání XVI. sněmu LOK-SČL, který proběhl 25. března 2010 v konferenčním sále Nemocnice Na Homolce v Praze. Program sněmu byl zaměřen prakticky a podstatnou částí bylo hodnocení situace v českém zdravotnictví.

Velkou odezvu v auditoriu vyvolala přednáška o dopadech úhradové vyhlášky pro rok 2010 na ekonomiku českých nemocnic. Sněm konstatoval, že dopad systému úhrad bude v roce 2010 pro řadu nemocnic přímým existenčním ohrožením. Odhad celkového zadlužení nemocnic, zejména těch vlastněných kraji, je na konci roku 2010 na úrovni 2,5 až 3 mld. Kč. Takový stav podstatně zhorší platební schopnost většiny nemocnic a také situaci jejich zaměstnanců, takže hrozí další odchod kvalifikovaných zdravotníků.

Stav zdravotnictví nejhorší od roku 1989

V době, kdy se české zdravotnictví potýká s nedostatkem kvalifikovaného zdravotního personálu, budou nemocnice postaveny před situací, kdy budou nuceny z finančních důvodů propouštět jak sestry, tak pravděpodobně i lékaře. Situaci navíc

komplikuje nový systém postgraduálního vzdělávání, který pro řadu oborů znamená několikaletý výpadek mladých lékařů.

Obdobný problém mají i záchranné služby, kde v důsledku změny systému vzdělávání a kvalifikace začínají citelně chybět kvalifikovaní lékaři. Celkově lze situaci v českém zdravotnictví, zejména v segmentu lůžkové péče, označit za kritickou a stav českého zdravotnictví za nejhorší krizi od roku 1989. Čeští politici se v rámci předvolební kampaně v případě zdravotnictví uchylují jen k planým slibům neomezené dostupnosti péče a jistot pro pacienty. Přitom právě politická ignorace závažných problémů rezortu a nepodařený pokus o jeho pseudoreformu nastartovaly změny, které vyústily v současnou krizi.

Apel na demonstrativní protest

LOK-SČL si je vědom závažných problémů českého zdravotnictví i neschopnosti či neochoty politiků tyto problémy řešit. Perspektiva zdravotníků na důstojnou práci i její ohodnocení je v ČR velmi špatná. Za dané situace považujeme za nutné vyjádřit zásadní a ultimativní protest, výstrahu, která by měla přinutit odpovědné politiky hledat neodkladně řešení. Jen tak jsme schopni zabránit závažným důsled-

kům, které systému poskytování zdravotní péče hrozí. Na základě vyhodnocení situace přijal sněm zásadní výzvu, která apeluje na lékaře, zaměstnance nemocnic, aby zahájili demonstrativní protest deklarací ochoty ukončit s účinností k 31. 12. 2010 pracovní poměr v nemocnicích. Pokud nebude situace po volbách urychleně řešena, pak bude nezbytné hromadné výpovědi podat. Tato aktivita se na sněmu LOK-SČL setkala s velkou odezvou a vyústila v demonstrativní deklaraci ochoty k hromadné výpovědi všech z téměř stovky přítomných delegátů.

Pokud tentokrát uspějeme, budeme mít dále více času na práci i na naše pacienty. Udělejme to pro sebe, udělejme to pro ně.

Delegáti se proto usnesli na tom, že s ohledem na naléhavost a závažnost situace svolají mimořádný sněm LOK-SČL na 18. května 2010.

*Martin Engel, předseda LOK-SČL
Lukáš Velev, místopředseda LOK-SČL*



Hromadné podání výpovědí



Režim hromadné výpovědi má ve zdravotnictví řadu výhod proti jiným formám protestu, zatímco výpověď ÚPS a následný směnný provoz může být za současných úhradových podmínek

paradoxně krátkodobě výhodný. Stávka ve zdravotnictví efektivně možná není a jiné administrativní obstrukce mají také svá úskalí. Výpověď z pracovního poměru, který je pro nás nezajímavý a nevýhodný, je legitimní a nezpochybnitelné právo každého zaměstnance. Pokud výpověď nabude právní moci, je zaměstnanec zbaven veškerého rizika plynoucího z případného důsledku neposkytnutí zdravotní péče. Odpovědnost zůstává na nemocnici a jejím zřizovateli. Nejsm odpovědný za něco, co se stalo u zaměstnavatele, u nějž již nepracuji.

Zkrátka dle našeho společného názoru je právě protest formou hromadné výpovědi ideálním řešením naší nespokojenosti se stavem českého zdravotnictví a našeho postavení v něm. Tak jako chirurg musí ve správnou dobu načasovat svůj zákrok, měli bychom to umět i my. A doba kolem voleb je k takovému zákroku více než vhodná.

Celý protest zahájíme deklarací připravenosti k výpovědi z pracovního poměru. Je to sice právně vzato jen deklarace bez přímého dopadu na pracovní právní poměr, může ale mít svůj významný mediální dopad.

Musí být naší snahou na nadcházejícím mimořádném XVII. sněmu LOK-SČL dne 18. 5. 2010 deklarovat co nejširší podporu tomuto projektu. Text deklarace naleznete na internetových stránkách www.lok-scl.cz

Vyzývám vás tedy s plnou odpovědností, abyste v co nejširším rozsahu podpořili tuto formu protestu. Neměl by být problém pro

žádného lékaře české nemocnice, který je opravdu nespokojen s poměry v českém zdravotnictví a svým postavením v něm, deklarovat svoji připravenost z tohoto systému odejít.

Snažme se každý ve „své“ nemocnici získat maximum těchto deklarací a také zajistit maximální účast na XVII. mimořádném sněmu LOK-SČL, abychom přesvědčili politiky, že tentokrát myslíme náš protest zcela vážně. Pokud to pochopí a budou brát vážně, nebude nutné přistoupit k druhému, závažnějšímu kroku. Pokud ale nebudou ochotni naše názory a požadavky respektovat, bude nutno neztratit tvář a výpověď k 31. 12. 2010 opravdu podat! Pokud budeme názorově konzistentní a jednotní, vyřeší se nejpozději v průběhu ledna 2011 to, co nás trápí již téměř dvacet let. Přejí sobě i vám všem rozhodnost a úspěch. Pojďme se řídit heslem: „Kdo, když ne my? Kdy, když ne teď!“ Jsem přesvědčený, že musíme uspět.

Martin Engel, předseda LOK-SČL



Prohlášení XVI. sněmu LOK-SČL k aktuální situaci v českém zdravotnictví



LOK-SČL po podrobné analýze úhrad lůžkové zdravotní péče v ČR pro rok 2010 konstatuje následující:

- Úhradová vyhláška vydaná 18. 12. 2009 MZ ČR je v segmentu lůžkové péče pro řadu zdravotnických zařízení likvidační.
- Ministerstvo zdravotnictví ČR uvedlo odbornou i laickou veřejnost v omyl tím, že ústy ministryně garantovalo stejný způsob a objem financování jako v roce 2009.
- Aplikovaný systém úhrad však způsob financování lůžkové péče změnil zásadním způsobem.
- Aplikace této vyhlášky vede k extenzivnímu zadlužování zdravotnických zařízení, zejména nemocnic, prohlubuje personální devastaci a vede k destabilizaci systému zdravotní péče.
- Pokud nedojde k urychlené nápravě, lze na konci roku 2010 očekávat finanční ztrátu nemocnic ve výši 2,5–3 mld. Kč.

- Tato ztráta může způsobit kolaps systému poskytování péče v nemocnicích ještě před koncem roku 2010, nebo počátkem roku 2011.
- LOK-SČL žádá odpovědné subjekty politické scény, aby se i přes začátek předvolební kampaně začaly neprodleně tímto problémem zabývat, jinak budou nuceny řešit v prvních měsících vlády problém mnohem rozsáhlejší.

LOK-SČL s krajními obavami sleduje prohlubující se personální devastaci nemocnic v ČR:

- Pokračující odchod lékařů z českých nemocnic hrozí postupným zánikem řady oddělení i celých nemocnic.
- Situace se výrazně zhoršila špatným nastavením systému vzdělávání mladých lékařů, který způsobí výpadek lékařů v řadě oborů a vede k další frustraci mladých lékařů.

- Nemocnice nemají prostředky na udržení kvalitního a erudovaného personálu, úhrady v roce 2010 tento problém zhorší.
- Jednorázové „náborové“ příspěvky nabízené lékařům v některých nemocnicích či politiky nejsou systémovým řešením, jen jasným důkazem, že problém existuje a je velmi vážný.
- LOK-SČL považuje za nezbytný a klíčový krok pro personální stabilizaci zavedení jednotné normy odměňování zdravotníků a nutnost kompletní změny systému postgraduálního vzdělávání jako nástroje personální stabilizace.

LOK-SČL důrazně varuje před důsledky výše zmíněných hrozeb, trvá na tom, že na problémy dlouhodobě upozorňuje. Následky hrozeb pro systém zdravotní péče jsou plnou odpovědností politické garnitury ČR, která dlouhodobě problémy neřeší a ignoruje. Zdravotnictví politiky zajímá jen jako téma v předvolebním boji, ale po volbách již na řešení problematiky nemají ani chuť ani odvahu.

LOK-SČL vyzývá ministerstvo zdravotnictví, aby s účinností k 30. červnu 2010 ukončilo platnost současné úhradové vyhlášky a nahradilo ji vyhláškou platnou pro rok 2009.

XVI. sněm LOK-SČL považuje současnou situaci za kritickou, ukládá předsednictvu svolat v průběhu května 2010 mimořádný sněm a připravit varianty radikálních kroků LOK-SČL

Předsednictvo a delegáti XVI. sněmu LOK-SČL

Prohlášení o připravenosti k ukončení pracovního poměru

Já, níže podepsaný lékař (lékařka), zaměstnanec jedné z českých nemocnic, deklaruji svoji připravenost a rozhodnutí ukončit svůj pracovní poměr v této nemocnici k 31. prosinci 2010 v případě, že nebudou splněny, anebo alespoň podniknuty základní kroky ke splnění následujících podmínek:

- 1. Zavedení jednotné mzdové normy pro zdravotníky tak, aby základní plat bez přesčasů odpovídal 1,5-3násobku průměrné mzdy v ČR s účinností od 1. 1. 2011.**
- 2. Zrušení stávajícího systému postgraduálního vzdělávání a převedení kompetencí utvářet a realizovat postgraduální vzdělávání do kompetence ČLK.**
- 3. S účinností k 30. červnu 2010 Ministerstvo zdravotnictví ČR ukončí platnost současné úhradové vyhlášky a nahradí ji minimálně vyhláškou platnou pro rok 2009.**

Vyzývám kolegy, zaměstnance nemocnic ČR, aby se k této deklaraci připojili.

V 2010

MUDr.

Nemocnice:

Podpis:

Předvolební anketa o budoucnosti českého zdravotnictví

Již za pár dnů, 28. května, proběhnou parlamentní volby. Přestože je volební kampaň v plném proudu a jistě jste zahlceni letáky, billboardy a diskusemi v médiích, domníváme se, že je dobré politickým stranám a jejich gestorům pro oblast, která se nás zejména týká, tedy zdravotnictví, položit konkrétní otázky na některé specifické problémy, o nichž se většinou ve volebních programech nepíše. Oslovili jsme tedy zástupce stran, které v době uzávěrky měly šanci překročit pětiprocentní hranici potřebnou pro vstup do sněmovny. Došlé odpovědi uveřejňujeme v nezkrácené podobě. Názor si čtenáři jistě udělají sami. Pro úplnost dodáváme, že strana Věci veřejné odpovědi neposlala, ač byla též oslovena.

1. Jedním z hlavních problémů českého zdravotnictví je nedostatek finančních prostředků. Zatímco ČR vynakládá na zdravotnictví 7% svého HDP, průměr států EU je 8,9%. Plánujete zvýšení výdajů na zdravotnictví? Pokud ano, jakým způsobem?
2. Za 58% obyvatel platí zdravotní pojištění stát, přičemž tyto platby tvoří pouhých 22% příjmů zdravotního pojištění. Budete prosazovat zvýšení těchto plateb? Pokud ano, pak kdy a o kolik?
3. Výdaje za léky představují 27% výdajů na zdravotnictví, což je větší podíl než ve většině vyspělých států. Jaké změny chystáte ve způsobu stanovování cen léků a výše jejich úhrady ze zdravotního pojištění?
4. Souhlasíte se zachováním současného systému financování zdravotní péče prostřednictvím povinného zdravotního pojištění? Pokud ano, kolik pojištěn by mělo povinné základní zdravotní pojištění poskytovat?
5. Zejména laickou veřejnost zajímá osud tzv. regulačních poplatků. Jste pro jejich zachování nebo chcete systém změnit? Pokud změna, pak jaká? Zajistíte v případě změny nebo zrušení těchto poplatků finanční kompenzaci pro zdravotnická zařízení?
6. Podmínkou pro zavedení komerčního připojištění je definování standardů zdravotní péče hrazené ze základního veřejného zdravotního pojištění. Jak a kdo by měl tyto standardy tvořit?
7. Hlavní příčinou odchodu lékařů do zahraničí je špatné finanční ohodnocení jejich práce. Podpoříte výrazné zvýšení příjmů lékařů-zaměstnanců za základní pracovní dobu? Podpoříte vznik zvláštní právní normy sjednocující pravidla odměňování lékařů-zaměstnanců ve všech nemocnicích?
8. Lékaři jsou nespokojeni se systémem specializačního vzdělávání lékařů a s jeho financováním. Jak budete finančně podporovat vzdělávání lékařů? Souhlasíte s tím, aby stát pověřil organizací specializačního vzdělávání lékařů ČLK ve spolupráci s odbornými společnostmi, lékařskými fakultami, zdravotnickými zařízeními a ministerstvem zdravotnictví?
9. Na nerovné právní postavení zdravotnických zařízení, zejména soukromých lékařů, vůči zdravotním pojišťovnám upozornil již i Ústavní soud. Hodláte tento problém řešit? Pokud ano, jak?
10. Podpoříte ČLK v její snaze prosadit možnost prodeje a dědění soukromých lékařských praxí včetně smluv se zdravotními pojišťovnami?
11. Souhlasíte s povinným členstvím nebo povinnou registrací všech lékařů v ČLK, která by i nadále vůči nim vykonávala disciplinární pravomoc?
12. Na závěr prosím vyjmenujte pět nejdůležitějších bodů z volebního programu vaší strany pro zdravotnictví.



MUDr. David Rath
hejtman Středočeského kraje,
poslanec PS PČR

1. Ano, plánuji. Zvýšením plateb státu za státní pojištěnce.
2. Ano, alespoň o 10% od nejbližšího legislativně možného období. O roku 2011 rozhodne ještě současná vláda.
3. Současný systém se musí zásadně změnit. Je chaotický, hradí různé částky za shodný lék a výrazně zvyšuje náklady za některé druhy léků. Nový systém by měl být založen na jednání pojištěn s výrobcí a lékaři. Pouze při jejich nedohodě by zasahoval stát v odvolacím řízení.
4. Na povinné pojištění by mělo existovat výrazně méně pojištěn než dnes. Nemá žádný smysl mít deset úplně stejných pojištěn. Respektive je to jen drahé, nepřehledné a vede to k tomu, že malé pojišťovny neplatí za ojedinělé pacienty a tím obírají zdravotnická zařízení, která pracují zdarma.
5. Zrušit poplatky a kompenzovat zdravotnickým zařízením z pojištění jejich výpadek.
6. Návrhy standardů hrazené péče by měly vznikat v kategorizační komisi tvořené pojišťovnami, lékařskou komorou a odbornými společnostmi.
7. Na obě otázky odpovídám ano.
8. Specializační vzdělání je v troskách. Jsem pro zachování IPVZ, na jehož řízení by se měly vedle státu podílet i komory, odborné společnosti a lékařské

fakulty. Samy lékařské instituce nebudou mít dost peněz toto vzdělávání financovat a pro mladé lékaře se stává nedostupné. Financování by měl zajistit stát.

9. Je nezbytné vyrovnat vztah lékařů k pojišťovnám, které musí konečně ztratit vrchnostenské postavení a stát se obchodním partnerem lékařů. Je to možné jen změnou zákona č. 48/97 Sb.

10. Ano.

11. Ano.

12. Vytvoření základní sítě veřejných neziskových nemocnic; změna způsobu řízení a postavení veřejných zdravotních pojišťoven s redukcí jejich počtu; zásadní zjednodušení systému úhrad zdravotní péče s nárůstem ceny práce lékařů a sester; zjednodušení postgraduálního systému vzdělávání lékařů; zrušení poplatků.

KDU-ČSL

Ing. Ludvík Hovorka
poslanec PS PČR, člen výboru pro zdravotnictví



1. Ano, je třeba zvyšovat podíl na HDP jako orientační ukazatel výdajů na zdravotnictví. Náš podíl kolem 7 % je nízký, avšak v současné době, kdy kvůli krizi stagnuje HDP, se podíl výdajů zvýší uměle k 7,5%. Je třeba zvýšit platby za státní pojištěnce, které byly nejdříve zmrazeny, poté minimálním způsobem navýšeny. Je třeba připravit podmínky pro komerční připojištění, aby se podíl výdajů na zdravotnictví blížil k 8 % a abychom se tak alespoň blížili průměru výdajů evropských zemí. Zvažujeme také zavedení „ošetřovatelského pojištění“, které zřejmě bude nezbytné vzhledem k rostoucímu počtu lidí v zařízeních sociální péče. Neméně důležité je uzavřít penězovody, kterými se peníze ze zdravotnictví ztrácejí – dodávky nákladné zdravotnické techniky přes tzv. kompletátorské firmy, podivné nákupy zdravotnických prostředků a léčiv prostřednictvím spřízněných firem, různé „výhodné“ outsourcingy činností nemocnic apod., špatná léková politika – neúměrně složitý a nepružný systém stanovování cen a úhrad léčiv, který odčerpá

pává zbytečně značnou část prostředků na léčení pojištěnců atd.

2. Dnes tvoří podíl státních pojištěnců již téměř 60 % (v březnu 2010 cca 6,12 mil. osob) a přesáhl již 26 % z celkového výběru. Je však třeba, aby platby za stát kopírovaly vývoj mezd (dnes jen 723 Kč/osoba/měsíc) a nebyly zmrazeny jako v posledních dvou letech. V příštích čtyřech letech by tato částka měla činit 800 až 900 Kč. Přitom k prvnímu zvýšení by mělo dojít už od 1. 7. 2010, zejména s ohledem na pokles výběru zdravotního pojištění a nárůst počtu státních pojištěnců (zejména z důvodu rostoucího počtu nezaměstnaných). Naše odborná komise doporučuje červencové navýšení plateb o 100 Kč.

3. Musí se změnit definice nákladové efektivity, základní úhrada by měla vycházet z průměru tří nejlevnějších zemí, musí se rychle najít řešení zrychleného stanovování cen a úhrad v případě výpadku základních přípravků na trhu. Naprosto zásadní je zjednodušit systém stanovování cen a úhrad tak, aby byl průhledný, aby postup rozhodování Státního ústavu pro kontrolu léčiv byl předpověditelný a ne nečitelný. Rozhodování se musí zjednodušit a zásadně zrychlit. Systém musí zajistit stejnou úhradu pro zaměnitelné přípravky v krátkém čase. V současné době existují násobkové úhrady pro stejné přípravky, dokonce i od stejné firmy, podle toho, kdy došlo ke stanovení úhrady! To je naprosto nepřijatelné.

Dopady lékové části zákona 48/1997, která byla přijata jako evidentní příležitost k zákonu, o stabilitě veřejných rozpočtů v roce 2007 – jako třináctistránkový pozměňovací návrh k osmnáctistránkovému pozměňovacímu návrhu ke zmíněnému zákonu nelze dodnes ani odhadnout, protože zákon ještě nezačal v plné míře fungovat. Proběhla jenom revize cen, ale neproběhla dosud revize úhrad, která je naprosto zásadní, a nelze proto ani předpokládat, jak se bude trh léčivých přípravků chovat!

Musí proto urychleně dojít k zásadní změně této části zákona, která zjednoduší a zrychlí revize cen a úhrad léčivých přípravků a přinese zásadní úsporu prostředků zdravotního pojištění. Po nástupu generického léku musí rychle dojít k revizi úhrad příslušné referenční skupiny, aby nástup generických léků přinesl snížení úhrad všech léků v příslušné skupině. To se dosud nepodařilo, ačkoliv se to deklarovalo jako cíl změn, které byly pod tlakem prosazovány v roce 2007.

4. Ano, systém veřejného zdravotního pojištění považujeme za osvědčený a nejlepší. Jsme toho názoru, že současný pojišťovenský systém není třeba měnit, pouze kultivovat. Současný počet pojišťoven považujeme za dostatečný. V uplynulém roce ale došlo k zásadní změně v pojišťovenském systému, kdy ministerstvo zdravotnictví svými několika rozhodnutími povolilo faktické propojení zdravotní pojišťovny s řetězcem nemocnic a dalších zdravotnických zařízení a následně sloučení několika zdravotních pojišťoven jenom na základě „ovládnutí“ většiny členů správních rad.

Aby současný systém veřejného zdravotního pojištění mohl správně fungovat, je nezbytné nutně oddělit zdravotní pojišťovny od zdravotnických zařízení nejenom formálně, ale především fakticky, je třeba zabránit vzájemnému ovládnutí zdravotních pojišťoven a zdravotnických zařízení a jejich ovládnutí stejnými ovládajícími osobami. Ve správních radách zdravotních pojišťoven nesmí zasedat lidé, kteří jsou v evidentních střetech zájmů – např. lidé ze smluvních zdravotnických zařízení, dodavatelé léčiv a zdravotnické techniky. Pokud k tomuto faktickému oddělení nedojde, bude tady nerovná soutěž jak mezi pojišťovnami, tak především mezi zdravotnickými zařízeními. Musí se také nalézt efektivní a transparentní možnost pro účast pojištěnců na správě pojišťoven.

Jedna zdravotní pojišťovna by znamenala monopol při systému jedné „platebny“ a systém, který by se blížil systému národní zdravotní služby se všemi neduhy, které jsou obecně známy. Chceme vyvážený systém, který by eliminoval oba extrémní. Zdravotní pojištění se nikdy nesmí stát byznysem založeným na pojišťovenské matematice, musí být především solidárním systémem sloužícím lidem.

5. Regulační poplatky v jejich současné podobě jsou naprosto neudržitelné. V EU mají regulační poplatky zcela jiný charakter než u nás. Nikde není zpoplatněn přístup k lékařům první linie (praktici, gynekologové atp.), platby za den v nemocnici jsou limitované maximální lhůtou 28 dnů. Poplatky jsou vždy příjmem systému a nejsou doplňkovým zdrojem lékařů.

Poplatky za recept jsou zcela nesmyslné, v době svého vzniku měly především kompenzovat nárůst DPH za léky. Zásadním způsobem komplikují systém stanovování cen a úhrad léčiv. Po změnách, které nastaly od 1. 4. 2009, navíc ztratily svůj regulační

mysl a jsou spíše nástrojem konkurenčního boje mezi lékárnami řetězců a krajských nemocnic a menšími lékárnami.

Proto navrhuje úplné zrušení regulačních poplatků za recept. Svůj smysl mají poplatky za pohotovost, která bývá často zneužívána, ale nesmí to vést k nadbytečnému volání rychlé záchranné pomoci, což se děje. Současný regulační poplatek za hospitalizaci by se měl změnit na příspěvek za stravování. V zásadě bychom se o poplatcích měli poučit ze zkušeností v EU a nevymýšlet nová, nefunkční řešení. Poplatky, snad s výjimkou stravovacího poplatku, by měly být příjmem systému zdravotního pojištění a měly by se stát nástrojem regulace zdravotních pojišťoven, například formou přírážky k pojistnému. Nikoliv lékař, ale zdravotní pojišťovna by rozhodovala o tom, zda se jedná v konkrétním případě konkrétního pacienta o nadužívání péče, a rozhodla by o případném hrazení poplatku. Finanční kompenzaci za poplatky ve smyslu úhrady oprávněných nákladů poskytovatelům musí zajistit systém veřejného zdravotního pojištění. To jsme ostatně navrhovali již u změny regulačních poplatků od 1. 4. 2009, ale můj návrh nebyl přijat.

6. a) Standardy odborné lékařské péče (guidelines) jsou jednoznačně odbornou záležitostí a měly by je stanovovat odborné společnosti ve spolupráci s profesními komorami.

b) Standardy úhradové – jako seznam nároků na péči, která má být hrazena z veřejného zdravotního pojištění, by měly stanovovat zdravotní pojišťovny s ministerstvem zdravotnictví a musí být stanoveny zákonem. Ministerstvo by ale mělo vycházet z doporučení odborných společností a profesních komor, jak velká část guidelines by měla být plně hrazena.

Komerční připojištění samo o sobě může přinést max. 3 až 5 % zdrojů navíc, avšak významně sníží tlak na solidární prostředky.

Standardizaci je nutno zavádět postupně. Je vyloučeno, aby se pod záminkou zavedení standardů snížila dostupná a dosažitelná péče pro většinu pojištěnců, zejména s nízkými příjmy.

7. Ano, přikláníme se ke stanovení normy pro odměňování platné pro celý segment, který čerpá z veřejného zdravotního pojištění, nejenom pro lékaře, ale i pro sestry. Tyto platy však musí být zároveň garantovány platbami od pojišťoven. Za mimořádně zodpovědnou práci zdravotníků musí být garantována adekvátní odměna. Tento problém

chceme řešit v rámci řady ekonomických opatření, která by měla začít zveřejňováním všech smluv a úhrad od pojišťoven, aby se odstranilo prokorupční prostředí.

8. Náš dřívější systém vzdělávání zdravotnických pracovníků byl vždy velmi dobře propracovaný a organizovaný. Nebylo na něm ani po vstupu do EU mnoho co měnit. Jeho nastavení současným ministerstvem považujeme za mimořádně špatné. Preferuje velké nemocnice a velké obory, naopak poškozují menší a regionální zařízení i praktické lékaře.

Proto je třeba jej neodkladně změnit. Podporujeme návrat k dvoustupňovému systému atestací a požadujeme, aby peníze šly za školencem. Koordinátorem postgraduálního studia by měl být IPVZ a garantem odborné společnosti, ČLK, ministerstvo zdravotnictví, lékařské fakulty a zdravotnická zařízení. Každoročně musí jít na specializační vzdělávání minimálně 500 mil. Kč oproti současným 200 mil. Kč, jinak se v blízké budoucnosti nevyhneme závažným problémům s nedostatkem lékařů některých profesí.

9. Ano, jsme si tohoto problému velmi dobře vědomi. Mimo jiné poškozují i hospodářskou soutěž. Je třeba získat větší kontrolu nad chováním pojišťoven i zdravotnických řetězců.

Patří sem i zveřejňování všech smluv, aby se dostaly pod veřejnou kontrolu a nedocházelo ke zvýhodňování jedněch zařízení na úkor druhých. Klíč k řešení je ve změně úhradového systému (úhradové vyhlášky), který v mnoha případech koliduje s ústavou.

10. Ano, chceme lékařům vyjít vstříc. S ohledem na rychlý postup zdravotnických řetězců, které skupují jednu ordinaci za druhou, to vidíme jako svoji prioritu, kterou chceme předložit hned po volbách jako poslancecký návrh zákona.

11. Členství v komoře či jiný způsob registrace jsou různou formou povinné ve většině zemí EU. Proto je vhodné mít podobný institut i u nás. Lékařské komory obvykle představují vrcholný orgán, který spoluvytváří zdravotní systém v té které zemi, spolupracuje s orgány státní správy (pokud takovým orgánem není komora sama), pomáhá vytvářet etické i další normy, podílí se na vzdělávání lékařů, garantuje jejich odbornost atp. Od tohoto modelu není třeba ustupovat.

12. a) Důsledné oddělení zdravotních pojišťoven od zdravotnických zařízení a zákaz jejich vzájemného ovládnutí, důsledné zamezení střetu zájmů u členů statutárních orgánů zdravotních pojišťoven, zprůhlednění finanč-

ních toků zveřejňováním všech smluvních vztahů a narovnání dosavadních nerovností mezi zdravotnickými zařízeními i mezi regiony, zákaz nakupování zdravotnické techniky, léčivých přípravků a zdravotnických prostředků od překupníků a tzv. kompletátorských firem. Zvýšení kontroly ministerstva financí nad systémem zdravotního pojištění.

b) Zlepšení ochrany veřejného zdraví a zásadní posílení primární prevence pro udržení rostoucích nákladů na léčbu onemocnění.

c) Reálné ocenění zdravotnických výkonů a spravedlivé stanovení hodnoty bodu v jednotlivých oborech zdravotní péče pro vyvážený rozvoj všech oborů. Sjednocení úhrad a rovné smluvní podmínky pro všechna zdravotnická zařízení.

d) Vytvoření odborných a úhradových standardů péče hrazené ze zdravotního pojištění, uzákonění standardů a rozvoj komerčního připojištění na nadstandard.

e) Zjednodušení a zrychlení systému revizí úhrad léčivých přípravků hrazených ze zdravotního pojištění, zefektivnění tvorby cen a snížení cen léčivých přípravků, rychlejší zavádění generických léků a využití nástupu generických léků pro významné snížení úhrad všech léků v příslušné referenční skupině.



Mgr. Soňa Marková poslankyně PS PČR, členka výboru pro zdravotnictví



1. KSČM chápe a prosazuje zdravotnictví jako veřejnou službu občanům, kteří mají ústavní právo na poskytování bezplatné potřebné zdravotní péče. Přitom naší prioritou je zajištění dostupnosti této péče pro kteréhokoli pacienta. Celkový objem finančních prostředků vkládaných dnes do českého zdravotnictví je pod průměrem EU, a to je třeba určitě napravit. K tomu je nezbytné vrátit příjmy před přijetím Topolánkova zákona o stabilizaci veřejných rozpočtů. To znamená „odstro-



povat“ odvody na zdravotní pojištění u lidí s nejvyššími příjmy a také navýšit platby za tzv. státní pojištěnce. Nicméně je jasné, že zdravotnictví by dokázalo spotřebovat jakékoliv množství finančních prostředků. Systém zdravotnictví totiž obsahuje hrubou systémovou chybu – stále stoupající nabídka si sama vytváří potřebnou poptávku, kterou nutí třetího, tedy plátce, zaplatit. Je tedy nutné učinit řadu dalších opatření, která zabrání úniku finančních prostředků ze systému. Tyto ztráty jsou odhadovány na 10 až 20 procent příjmů. KSČM rozhodně odmítá jakékoliv další navyšování spoluúčasti pacientů (již nyní je více než 16%!).

2. Jak již bylo řečeno v odpovědi na předchozí otázku, platby za tzv. státní pojištěnce se musí navýšit a také by měly být pravidelně navyšovány inflačním koeficientem. K tomu je nutná změna zákona, a tedy i shoda v Parlamentu. Záleží proto i na složení Poslanecké sněmovny po květnových volbách.

3. Výdaje na léčiva skutečně tvoří nejvýznamnější výdajovou položku. Tyto výdaje jsou ovlivňovány mírou nemocnosti populace a změnami v návycích, motivaci a znalostech pacientů a zdravotníků. KSČM zdůrazňuje, že mezi faktory ovlivňující objem výdajů za léky patří i další vlivy, které působí na lékaře a jejich preskripci. Jde především o farmaceutické firmy vyrábějící inovativní léky, které brání svými marketingovými pobídkami používání levnějších generických léků. Na predikci generik by podle našeho názoru měli být lékaři ekonomicky zainteresováni. Jsme přesvědčeni o tom, že racionálnější a efektivnější farmakoterapií by bylo možné dosáhnout úspor. V lůžkových zařízeních je nutné provádět rozbor preskripce a zde by měla být systematicky uplatňována role klinických farmaceutů. Způsob stanovování cen léčivých přípravků je nyní v souladu s normami EU, které jsme povinni dodržovat, a spolu s výší úhrady je vše v kompetenci SÚKLu. Ten je povinen pravidelně tyto úhrady revidovat. Mělo by se tak dít vždy tak, aby to nemělo negativní dopad na úhrady ze strany pacientů.

4. Systém povinného veřejného zdravotního pojištění je určitě nejvýhodnější a nejúčinnější systém financování zdravotní péče, jelikož znamená vzájemnou solidaritu všech se všemi. Vybrané prostředky ode všech musí být k dispozici všem, a tedy musí být spravované jediným subjektem. KSČM je proto přesvědčena, že je nutné

vytvořit jediného správce povinného veřejného zdravotního pojištění (SPVZP).

5. KSČM opakovaně předkládá a dvakrát se jí již podařilo protlačit úplné zrušení tzv. regulačních poplatků sněmovnou. Následně se však již nepodařilo přehlasovat senátní veto. Třetí návrh KSČM na úplné zrušení poplatků obsahuje také osvědčené sociální limity. Kvůli obstrukcím ze strany ODS se již v tomto volebním období nepodařilo tento zákon doprojektovat. Zdravotnické poplatky zavedené pod falešnou záminkou, že všichni zneužívají zdravotní péči, se staly jako nesystémové a zbytečné opatření pouze bariérou v přístupu ke zdravotní péči pro část občanů ČR. Pokud chceme navyšovat finanční prostředky do systému zdravotnictví, pak KSČM navrhuje, kromě již zmíněného navýšení procenta HDP a plateb za státní pojištěnce, zrušit stropy pojistného, stanovit pravidla pro marketingové pobídky farmaceutických firem, učinit opatření na straně nabídky čili poskytovatelů zdravotní péče, novelizovat seznam výkonů, vytvořit síť neziskových poskytovatelů zdravotní péče, zpracovat základní nástroje řízení konkurence (například uplatnění normativů počtu poskytovatelů ambulantní zdravotní péče po odbornostech ve vztahu k počtu obyvatel a lůžkových kapacit) či vybudovat nástroje systému kontroly.

6. Dnes je standardní to, co uzná poskytovatel a zaplatí plátce. Kulatý stůl budoucnosti financování zdravotnictví, a KSČM se s tím ztotožňuje, doporučil stanovit rozsah péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění na základě dohody politických stran kombinací doporučení autorizovanými a kvalifikovanými odborníky a výčtového systému (na základě taxativního vymezení nárokovatelných položek). Situaci tedy nelze řešit „standardem“, ale vymezením smluvně zajištěné a smluvně nezajištěné péče. Klíčové je, aby byl explicitně stanoven minimální rozsah péče, která musí být zajištěna. Tato cesta by umožnila legální možnost připlácet si na nadstandardní výkony. Nepochybným přínosem by bylo také definování kvality a bezpečnosti péče hrazené z veřejného pojištění. KSČM přitom nesouhlasí s případnou redukcí rozsahu zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění.

7. Je nesporné, že zdravotnický personál hraje v zajišťování kvalitní zdravotní péče klíčovou roli. KSČM si je vědoma toho, že ohodnocení lékařů je často velmi

rozdílné, a negativně vnímá nedostatečné finanční ohodnocení mladých nemocničních lékařů. Uvědomujeme si také, že české zdravotnictví dosahuje své nesporné efektivity i na úkor finančního ohodnocení lékařů. Navyšování příjmů lékařů pak musí jít ruku v ruce se zlepšováním vztahu mezi lékařem a pacientem a samozřejmě s navyšováním celkových příjmů do systému.

8. KSČM považuje za nezbytné přehodnocení současného systému postgraduálního vzdělávání. Programy vzdělávání by měly být garantovány komorami, odbornými společnostmi, univerzitami i ministerstvem zdravotnictví. Trváme na tom, že financování vzdělávání musí být zahrnuto do celkových nákladů zdravotnictví. Ministerstvo zdravotnictví by pak mělo toto vzdělávání kryt částečně a určitým řešením je také možnost dotace ze strany krajské samosprávy, která má své povinnosti v zajištění veřejné služby na co nejvyšší úrovni péče ve svých zdravotnických zařízeních.

9. Tento problém je nutné řešit v celém komplexu nutných legislativních změn na základě politického konsenzu a po dohodě mezi pojišťovny, lékaři a zdravotnickými zařízeními.

10. KSČM této věci vždy deklarovala svoji podporu.

11. Povinné členství nebo povinná registrace všech lékařů v lékařských stavovských organizacích je evropským standardem. Proto s tím KSČM samozřejmě souhlasí, včetně zachování současných pravomocí. Je však nutné, aby komora za každých okolností zachovávala svoji politickou nestrannost.

12. a) Zcela zrušit tzv. regulační poplatky a nezvyšovat spoluúčast pacientů.

b) Odstranit rozdíly v doplácích za léky tak, aby byly finančně dostupné pro občany; v podílu zdravotnictví na HDP dosáhnout evropský průměr 8%.

c) Obnovit síť neziskových zdravotnických zařízení, včetně nemocnic, zajistit dosažitelnost záchranné služby, lékařské a stomatologické pohotovosti, nepřipustit další privatizaci zdravotnických zařízení a záchranné služby.

d) Zajistit dostatečné financování zdravotnictví, prosadit zvyšování plateb za státní pojištěnce, nesnižovat odvody na zdravotní pojištění včetně zrušení „zastropování“.

e) Vytvořit jediného správce veřejného zdravotního pojištění a zajistit důslednou kontrolu užití peněz ve zdravotnictví.



MUDr. Boris Štastný
poslanec PS PČR, místopředseda
výboru pro zdravotnictví



1. Stejně, jako jsme v podílu HDP evropsky podprůměrní na výdajích do zdravotnictví, jsme také podprůměrní v míře spoluúčasti pacienta. Slib snížení stávající 16% spoluúčasti ze strany

ČSSD je však stejně populistický a nesmyslný, jako návrhy TOP 09 zvýšit během dalšího volebního období spoluúčast o 12 % – ODS oba tyto nerealistické extrémy zásadně odmítá! Jako novou výhodu pro české pacienty zavedeme dobrovolné doplňkové zdravotní připojištění, které umožní pacientům krytí část nebo téměř celou spoluúčast. Současně zavedeme dobrovolné ošetřovatelské připojištění a zdravotní spoření. To vše přinese více peněz do systému. A logicky, budeme hledat úspory všude tam, kde to nebude na úkor kvality a dostupnosti péče.

2. Není možné se neustále dohadovat o výši této platby. Jsme proto pro stabilní, dlouhodobě platnou, širokou politickou dohodu nad výpočtem platby za státní pojištěnce tak, aby byla dlouhodobě udržitelnou a předvídatelnou součástí financování zdravotního systému. Do doby, než k takové dohodě dojde, by měla platba zůstat zmrazená.

3. V lékové politice bude ODS pokračovat v krocích, které započala již v tomto volebním období. Cílem je zásadní zjednodušení, zprůhlednění a zkrácení procesu registrace a tvorby cen a úhrad léčivých přípravků.

4. Podporujeme zachování principu povinné účasti v systému veřejného zdravotního pojištění se současným zavedením dobrovolných a citlivě nastavených motivací pacientů z hlediska čerpání zdravotní péče a účasti na prevenci. Vytvoříme podmínky a prostor pro dobrovolné připojištění nehrazené nebo částečně hrazené péče či pro nadstandard a dále dobrovolné sociálně ošetřovatelské připojištění a zdravotní spoření s podporou státu. Zdravotní pojišťovny zachováme jako veřejnoprávní instituce a nebudeme je privatizovat. Zvý-

šíme jejich povinnosti při zajišťování zdravotní péče o pojištěnce a zpřísníme dohled státu nad jejich fungováním. Nebudeme regulovat počet zdravotních pojišťoven, občanům umožníme nejen svobodnou volbu pojišťovny, ale nově i výběr produktů v rámci veřejného zdravotního pojištění, čímž nastartujeme skutečnou soutěž pojišťoven o klienty.

5. Jsme jednoznačně pro zachování regulačních poplatků. Sociálně citlivá spoluúčast pacientů na financování zdravotní péče přispívá ke zvýšení dostupnosti nejmodernější léčby vážných onemocnění a ke zkrácení čekacích dob na náročné zdravotní výkony. Ochranný limit na spoluúčasti zavedený ODS bude zachován a představuje jasnou, fungující a srozumitelnou ochranu dlouhodobě, chronicky a vážně nemocných pacientů. V souvislosti s regulačními poplatky budeme hledat dlouhodobě udržitelný model tak, aby systém byl účinný, sociálně přijatelný, co nejjednodušší pro pacienty i lékaře a aby nebyl populisticky měněn každého půl roku. Spolu s tím odstraníme chaos, který je důsledkem anarchie a vědomého porušování zákona ze strany kraje pod vedením ČSSD.

6. Definicí nadstandardu pevně zakotvíme standardní rozsah péče hrazené ze systému veřejného zdravotního pojištění. Podle našeho modelu by se na procesu podíleli zástupci odborných lékařských společností. Bez změny Ústavy by výsledný seznam nadstandardů schvalovali na návrh Ministerstva zdravotnictví ČR poslanci ve formě zákona ve stejném intervalu, jako zdravotně pojistné plány pojišťoven. Pokud by ústavní většina rozhodla o změně Ústavy, proces by se zjednodušil na definici ve formě vyhlášky MZČR.

7. Součástí volebního programu žádné strany není konkrétní odměňování kterékoli profese. Abychom byli schopni lépe odměňovat zdravotníky, je zapotřebí finanční stabilita zdravotnictví a více peněz v něm. A aby toho bylo možné dosáhnout, musí dojít k nezbytné reformě.

8. Před nedávnem byl v rámci specializačního vzdělávání nastartován zcela nový systém. Jde o zásadní změnu, a i když prochází určitými „porodními bolestmi“, bylo by chybou přijatý systém vzdělávání po tak krátké době fungování opět předělávat. Podporujeme tedy vylepšování rozvíjejícího se procesu, nikoli kompletní přepracování, jako žádá ČLK.

9. České zdravotnictví je přeregulované a regulace s sebou přináší i těžkopádné mechanismy, jako je například stanovování úhrad, či stávající způsob uzavírání smluvních vztahů se zdravotními pojišťovnami. Řešení je v postupné deregulaci, odstraňování byrokracie a postupném náběhu velmi transparentních mechanismů při uzavírání smluv mezi pojišťovnami a poskytovateli zdravotní péče.

10. Jednoznačně. Legislativní návrh je již připraven.

11. Názory uvnitř ODS se v tomto ohledu různí. Můj osobní postoj se odvíjí od skutečnosti, jakou organizací ČLK bude. Pokud se zaváže, že bude organizací čistě stavovskou a bude zcela nezávislá na přáních a tlaku jednotlivých politických stran, pak podpořím povinnou registraci namísto návrhu na zrušení povinného členství. Vždyť i v zásuvce mého stolu leží již rok připravený nový zákon o České lékařské komoře, který s povinnou registrací počítá.

12. a) Posílíme práva pacientů, výrazně zkvalitníme přístup zdravotnického personálu k nemocným a zatočíme s korupcí ve zdravotnictví.

b) Nebudeme privatizovat fakultní nemocnice ani zdravotní pojišťovny. Fakultní nemocnice transformujeme na univerzitní nemocnice na evropsky standardním neziskovém principu a na bázi spolupráce státu a univerzit. U zdravotních pojišťoven zvýšíme jejich povinnosti při zajišťování zdravotní péče vůči svým pojištěncům a umožníme jejich soutěž o klienty prostřednictvím zdravotních plánů.

c) Nadstandard považujeme za alternativu k plně hrazené variantě péče, kterou si občan dobrovolně zvolí. Zavedeme dobrovolné doplňkové zdravotní připojištění nehrazené nebo částečně hrazené péče či pro nadstandard. Umožníme dobrovolné zdravotní spoření s podporou státu především pro mladší generaci.

d) Sjediníme financování zdravotně sociálních a ošetřovatelských služeb pro seniory. Umožníme vznik dobrovolného ošetřovatelského připojištění na stáří. Účinnou podporou domácí péče dáme pacientům skutečnou možnost se rozhodnout, kde chtějí v případě dlouhodobé nemoci stonat – zda v nemocnici, nebo doma.

e) Prevenci považujeme za klíčovou pro předcházení nemocem či pro jejich včasný záchyt. Podpoříme celonárodní preventivní a screeningové programy s pozitivní finanční motivací pro ty, kdo se jich zúčastní.



Strana zelených

MUDr. Antonín

Nechvátal

předseda SZ v Praze 6



1. Za problém považujeme také neefektivní vynakládání finančních prostředků. Po zprůhlednění financování zdravotní péče by se výdaje na zdravotnictví měly evolučně zvyšovat. Stanovení výdajů na zdravotnictví ve výši průměru EU nesmí být základním kritériem. Naším cílem je stabilizace růstu výdajů systému zdravotního pojištění v souladu s úrovní růstu mezd. Zelení však považují za nezbytné, aby byly nastaveny sociálně citlivé regulační mechanismy, které v praxi povedou ke snížení nadužívání či zneužívání služeb solidárního zdravotnictví.

2. V systému zdravotního pojištění docházejí rezervy vzhledem k současnému výběru pojistného a růstu výdajů systému. Byla zrušena automatická valorizace plateb za státní pojištěnce, což nepovažujeme za správné. Jsme pro obnovení automatické valorizace jako systémového opatření na straně příjmů systému. Jednorázové dotování systému považujeme za netransparentní. Jednorázovou valorizaci na 786 Kč považujeme za správnou.

3. Cílem lékové politiky Zelených je zajistit dostupnost účinných, kvalitních a bezpečných léčiv a zdravotnického materiálu pro celou populaci za přijatelnou cenu a za sociálně přijatelných podmínek. Z toho vychází i nastavování regulací a motivací, které je třeba vnímat komplexně a musí obsahovat nejen regulaci cen pro veřejné prostředky, ale také kontrolu účelnosti předepisování, měření nákladové efektivity vynaložených prostředků a opatření k zajištění co největší bezpečnosti uživatelům. Je nezbytné, aby spoluúčast pacientů na léčích a zdravotnických prostředcích byla srozumitelně definována a pro regulaci cen a nastavování úhrad z veřejných prostředků skutečně uplatňována zcela transparentní pravidla stanovená zákonem. Výše úhrady léčiv se stejnou účinnou látkou má být stanovována na principu shodné úhrady za definovanou denní dávku léčiva.

4. Souhlasíme se zachováním zákonného veřejného zdravotního pojištění. Pro fungující konkurenční prostředí je podmínkou pluralita zdravotních pojišťoven. Nepodporujeme privatizaci veřejných zdravotních pojišťoven.

5. Jsme pro zachování systému poplatků s korekcemi, a to zejména u poplatků za položku na receptu. Pokud by se eventuální korekce měly nějakým způsobem dotknout zdravotnických zařízení a lékařů, tak by bylo žádoucí jim zajistit odpovídající finanční kompenzaci.

6. Standardy zdravotní péče by měly být definované zákonem nebo vyhláškou, měly by být průběžně aktualizovány a standardní péče pak plně hrazena ze zdravotního pojištění. Tyto odborné léčebné standardy se nedotknou práva pacientů na zdravotní péči v souladu s poznáními lékařské vědy a budou určeny na úrovni světového poznání. Metody a léčebné postupy, které státní do odborných léčebných standardů zařadí, musí být vybírány podle konkrétních a měřitelných odborných kritérií na principech vysoké kvality a medicíny založené na důkazech. Jejich tvorbou se musí zabývat odborné lékařské společnosti, lékařská komora a poskytovatelé zdravotní péče, tak jak je tomu v zahraničí. Celý proces tvorby závazných léčebných standardů by měl být řízen a kontrolován nezávislou, odborně erudovanou a státem zřízenou institucí a proces jejich vzniku by měl být definovaný a plně využívající evropské spolupráce.

7. Aдекватní ohodnocení práce lékařů je nezbytné pro perspektivy našeho zdravotního systému. Základní platy kvalifikovaných lékařů zaměstnanců neodpovídají závažnosti jejich práce a měly by být výrazněji zvýšeny. Právní norma sjednocující odměňování lékařů zaměstnanců v nemocnicích páteřní sítě neziskových veřejných zdravotnických zařízení by měla definovat jejich prahové ohodnocení.

8. Stávající systém specializačního vzdělávání lékařů i jeho financování nejsou vyhovující. Finanční podpora vzdělávání lékařů má být realizována odpovídající koncepcí ministerstva zdravotnictví. Stát by měl po odborné diskusi přijmout koncepci postgraduálního vzdělávání, která by zahrnovala ministerstvo zdravotnictví, ČLK, odborné společnosti, lékařské fakulty i další zařízení a instituce.

9. Nerovný právní vztah zdravotních pojišťoven ke zdravotnickým zařízením soukromých lékařů je žádoucí narovnat. Tento problém by měl být legislativně řešen po diskusi se zástupci tohoto segmentu zdravotní péče.

10. Podporujeme možnost prodeje a dědění soukromých lékařských praxí i převody smluv se zdravotními pojišťovnami v této souvislosti.

11. Souhlasíme s povinným členstvím všech lékařů v České lékařské komoře jako jejich stávkové organizaci, jsme pro legislativní upřesnění jejich pravomocí. ČLK nesmí fungovat jako organizace prosazující politické názory a musí hájit rovnoměrně zájmy všech lékařů.

12. Za zásadní považujeme prevenci nemocí a zdravý životní styl v kvalitním životním prostředí. Prosazujeme zavedení standardů zdravotní péče, které definují standardní péči hrazenou ze zdravotního pojištění. Stát ve spolupráci s kraji by měl vytvořit a garantovat decentralizovanou síť páteřních neziskových zdravotnických zařízení. Racionální léková politika může přinést významné úspory v systému. Pro zamezení vzniku monopolů ve zdravotnictví považujeme za nezbytné neumožňovat vzájemné vlastnické propojení zdravotních pojišťoven, zdravotnických zařízení, lékáren, distributorů léčiv a zdravotnického materiálu.



S podporou Starostů

MUDr. Rudolf Zajac

**bývalý ministr zdravotnictví
Slovenské republiky**

MUDr. Vladimír Pavelka
zdravotnický expert



1. Zvýšit výdaje státu na zdravotnictví TOP 09 rozhodně neplánuje. Zvýšení příjmů ve zdravotnictví je podle našeho názoru možné dosáhnout zavedením inteligentního modelu spoluúčasti tak, jak je tomu v jiných rozvinutých evropských ekonomikách, tedy z dnešních cca 12 až 13% na cílových 20 až 25%.

2. Zvýšení těchto plateb TOP 09 prosazovat nebude. Platby pojist-

ného za tyto pojištěnce musí být, stejně jako jakýkoliv jiný výdaj ze státního rozpočtu, založený na jejich možnostech, a tedy i na jejich příjmech. Pokud by měl stát v době ekonomické krize zvýšit odvody za tuto část pojištěnců, musel by pak vynaložené prostředky ubrat z jiné rozpočtové kapitoly nebo zvýšit své příjmy například zvýšením daní, zejména DPH.

3. Řešení tohoto problému je třeba koncepčně uchopit jak ze strany státu, tak i ze strany účastníků trhu. Stát by měl jít cestou snížení regulace cen, zavedení generické substituce, referencování cen. Také by měl zajistit, aby byl snížen monopol Státního ústavu pro kontrolu léčiv na stanovování cen. Dále by mělo být vytvořeno takové legislativní prostředí, které bude motivovat zdravotní pojišťovny a přinutí je sledovat jejich výdaje za léky. Nepochybně sem patří i motivace lékařů, ale i zavedení „guidelines“ pro předepisování konkrétních léků.

4. Role zdravotních pojišťoven je zakotvena v Ústavě České republiky. Jakákoliv změna stávajícího systému je bez změny či případného zrušení čl. 31 Listiny základních práv a svobod (zákon č. 2/1993) obtížná. Obsah čl. 31 je samozřejmě v pořádku, ale jeho dikce je poznamenána dobou, kdy byly tyto dva základní ústavní zákony České republiky přijímány.

Například ve Švýcarsku existuje 120 zdravotních pojišťoven, které poskytují všeobecné zdravotní pojištění. Klíčem k tomu, aby se z pojišťoven místo redistribučních institucí peněz stali reální nákupci zdravotních služeb, není v jejich počtu, ale ve tvrdých rozpočtových omezeních a řádné soutěži.

5. Regulační poplatky nazýváme regulačními proto, aby regulovaly nadbytečnou spotřebu. Přitom mají mít charakter takzvaných marginálních nákladů, jejichž ekonomická zátěž pro pacienty má být přijatelná, neruňující. TOP 09 proto zavedení regulačních poplatků považuje za správné a nevidí důvod pro jejich rušení. Myslíme si však, že je důležité napravit některé chyby, které byly do systému regulačních poplatků vneseny (např. porod není nemoc a porodnost nikdo nechce regulovat poplatky). Jedna z chyb bohužel znamenala totální zprofanování myšlenky.

6. To je velmi zásadní omyl. Podmínkou pro zavedení individuálního zdravotního pojištění je, aby bylo jasně definováno riziko. Jinak řečeno, aby byl definován nárok, který má mít občan hrazen ze základního veřejného zdravotního pojištění. To, co z něj nebude hrazeno, představuje určité riziko a proti němu se

občan může, nebo nemusí připojistit. Definování standardu a nadstandardu je sice verbální evergreen, ale v rozumné době nerealizovatelný. Je třeba dopracovat katalog výkonů či služeb, z kterého by se sestavily seznamy těch výkonů, jež vedou k identifikaci a odstranění jednotlivých nemocí. I když to není všeobecně známo, čeští odborníci už mají v tomto směru za sebou velký kus práce. Neměli však zatím příležitost své názory prosadit. Role lékařů, sester a dalších zdravotnických odborníků je v tomto ohledu nezastupitelná.

7. TOP 09 je připravena prosadit kroky, které jednoznačně povedou ke zlepšení postavení zdravotníků a ke zlepšení jejich finančního ohodnocení. Jsou obsaženy již v našem volebním programu: „*Výdaje na zdravotní péči budou i nadále významně regulovány. Není však možné přenášet veškerou tíži regulačních opatření, jako je tomu dosud, na úkor mezd lékařů, sester a ostatních zdravotnických pracovníků.*“ Jinými slovy, neschopnost poskytovatelů pokrýt úhradami zdravotních pojišťoven náklady nelze řešit tak, že se ve zdravotnictví nevyplácejí adekvátní mzdy. Jsme si vědomi, že pokud tento problém nezačneme řešit, hrozí nám nežádoucí mobilita lékařů a sester.

8. Nespokojenosti lékařů rozumíme. Je třeba nově definovat cíl i prostředky. Je třeba dotvořit studijní atestační programy. TOP 09 se přiklání spíše k institucionálnímu atestačnímu vzdělávání akreditovanými institucemi, nejlépe lékařskými fakultami. Celoživotní vzdělávání lékařů musí být jednou ze dvou dominantních rolí komory. Tou druhou je pak dohled nad kvalitou lékařské péče.

9. V programu TOP 09 náš návrh na řešení tohoto problému najdete: „*Vláda se soustředí především na právní rámec platebních mechanismů, přestane zasahovat do finančních vztahů mezi jednotlivými subjekty. Postupně musí vzniknout institut reálné ceny, která spravedlivě ohodnotí poskytovatele za poskytnutou zdravotní péči. Tím budou vytvořeny podmínky nejen pro pokrytí nákladů, ale i k tvorbě finančních rezerv pro zajištění rozvoje a modernizace.*“ Zkrátka, ohodnocení ne podle velikosti poskytovatele, ale podle ceny a kvality jeho práce.

10. Pokud „prodej a dědění soukromých lékařských praxí“ chápeme jako prodej a dědění prostorů a přístrojů, nevidíme v tom problém. Pokud to však chápeme ve smyslu dědění smluv se zdravotními pojišťovnami,

jde podle našeho názoru o nesmysl. A prodej práva na smlouvu by musel být realizován formou cesie – tedy přistoupením ke smlouvě případným kupujícím. To nelze realizovat jinak než dobrovolným přistoupením nového subjektu a akceptováním této skutečnosti pojišťovnou. Narušilo by to sice základní prvek férové soutěže, ale jsme ochotni o tom diskutovat. Klíčové je však podle našeho názoru vyřešení otázky, kdo je vlastníkem zdravotní dokumentace. Je, zejména při financování pouze z veřejného zdravotního pojištění, vlastníkem pojišťovna, která služby financuje? Anebo lékař, který ji vytváří? A nebo pacient, o kterém je dokumentace vedena a který platí zdravotní pojištění? Kladná odpověď ani na jednu z uvedených možností není správná. Nelze zpeněžovat kartotéku pacientů, tedy jejich zdravotní dokumentaci, protože její tvorba je součástí poskytování veřejné zdravotní péče z veřejných zdrojů. Odpověď TOP 09 je tedy: Budeme plně podporovat řešení tohoto problému, ale pouze způsobem, který je v souladu s ústavou. A to vyžaduje změnu základní legislativy.

11. Souhlasíme s povinnou registrací. V souladu se zásadami práva, kdo povoluje, ten i trestá. Pokud komora na sebe převezme část výkonů státní správy, bude mít také právo odebírat, pozastavovat, pokutovat atd. Netrváme však na povinném členství, spíše naopak. Vycházíme z předpokladu, že pokud je členství v jakékoliv organizaci pro jejího členu výhodné, bude členem i v případě, že to povinné není.

12. a) Zvýšení odpovědnosti pojišťoven za nákup zdravotní péče, poskytovatelů za poskytnuté služby a pacientů za jejich zdraví.

b) Udržení a zlepšování kvality, která má vysokou úroveň a je jedinečná.

c) Vytvoření funkčního systému „long time care“ neboli komplexního systému sociálně zdravotní ochrany občanů.

d) Vytvoření inteligentního, spravedlivého a sociálně únosného modelu spoluúčasti pacientů na financování jejich zdravotní péče.

e) Vytvoření spravedlivého efektivního modelu, který bude sloužit všem účastníkům k jejich plné spokojenosti a umožní jim ve všech ohledech důstojný život.



Strana Věci veřejné nereagovala na zasláné anketní otázky a do uzávěrky vydání své odpovědi neposlala.

Podivná zakázka na záhadné standardy za 125 milionů zrušena

Ministerstvo zdravotnictví ČR vypsaló výběrové řízení na vytvoření standardů zdravotní péče, přičemž podmínky byly stanoveny tak, že například Česká lékařská komora se do tohoto výběrového řízení přihlásit nemohla.

Od samotného počátku toto výběrové řízení vzbuzovalo pochybnosti a otázky. **Proč Ministerstvo zdravotnictví ČR vypisuje krátce před parlamentními volbami zakázku na služby, které mají být dokončeny až za 3,5 roku, tedy daleko po ukončení mandátu současné úřednické vlády? Na základě čeho stanovilo ministerstvo cenu zakázky právě na záhadnou částku 124 925 167 Kč + DPH a jaký finanční efekt od tohoto tendru očekává? Ze zadání, které silně připomínalo účelový popis zakázky připravené pro konkrétní firmu, nevyplývalo ani to, jaké standardy vlastně mají být vytvořeny a jaká má být jejich právní závaznost. Má jít o standardy odborné, úhradové, případně jiné? Pochybnosti vzbuzovala i skutečnost, že informace o výběrovém řízení nebyly zveřejněny ani v odborném zdravotnickém tisku. Zadavatele tedy asi nepotěšilo, když na případ mediálně upozornila ČLK.**

Poté, co byl termín pro podávání nabídek o jeden měsíc posunut, veřejnost se z odpovědi ministryně Juráskové na dopis prezidenta ČLK Kubka mohla dozvědět (otázky naleznete v TM 2/2010 a plné znění odpovědi v TM 3/2010, obojí pak rovněž na www.lkcr.cz), že projekt bude financován z prostředků EU, proto nemá smysl o jeho neefektivitě vůbec diskutovat. Ministerstvo prý nemohlo tvorbou standardů pověřit ČLK ve spolupráci s odbornými společnostmi, protože by to bylo v rozporu se zákonem o veřejných zakázkách. Zdravotnická veřejnost byla o projektu informována v rámci aktivit tzv. Odborného fóra pro tvorbu standardů, které působí na platformě Národního referenčního centra a všech zdravotních pojišťoven působících v jeho rámci. Výstupem projektu by měl být systém pro tvorbu standardů a „komplexní“ standardy.

Co jsou „komplexní“ standardy podle představy Ministerstva zdravotnictví ČR?

Komplexní standard se podle ministerstva zdravotnictví skládá z klinických doporučených postupů, personálních a přístrojových požadavků, ekonomických aspektů zabývajících se efektivitou zvoleného klinického řešení, patientské části informující srozumitelnou formou laiky o obsahu daného výkonu a ukazatelů kvality významných pro hodnocení kvality a efektivity zdravotní péče. Vzniklé standardy patrně nebudou právně závazné, neboť nebyl schválen návrh zákona o zdravotních službách.

Na závěr svého dopisu prezidentovi ČLK paní ministryně vyjádřila přesvědčení, „že po seznámení se s reálnými aspekty projektu dospěje ČLK k jednoznačnému závěru, že tento projekt je pro české zdravotnictví přínosný a způsob jeho financování nepřispěje k dalšímu prohlubování našeho deficitního státního rozpočtu“.

Většina členů představenstva ČLK nepovažovala odpovědi ministryně zdravotnictví Mgr. Juráskové za uspokojivé vysvětlení.

Ani evropské peníze bychom neměli vyhazovat oknem

ČLK od počátku kritizovala veřejnou zakázku s nejasným zadáním. Bez ohledu na to, že tentokrát nejde o případ neúčelného nakládání s penězi vybranými z našich daní, ale o peníze získané z fondů EU. Ani takové peníze se přece nesmějí utrácet bez užitku. Vždyť tyto miliony by mohly například pomoci mladým lékařům a usnadnit jejich vzdělávání.

Českému zdravotnictví nechybí doporučené postupy. Ty tvoří a neustále aktualizují jednotlivé odborné společnosti jako právně nezávazná doporučení. A guidelines ostatně můžeme jednoduše převzít ze zahraničí. Personální standardy i věcné požadavky pro poskytování zdravotní péče určují nebo mají určovat vyhlášky ministerstva zdravotnictví.

Naše zdravotnictví potřebuje úhradové standardy, tedy definování zdravotní péče, která bude i nadále hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Tento standard však pochopitel-

ně nemůže určovat žádný komerční subjekt a neměli by se jej snažit definovat ani politici. Ti by měli pouze vytvořit legislativní rámec pro dohodovací řízení, které by probíhalo za účasti příslušné profesní komory, odborných společností, zdravotních pojišťoven a případně i organizací pacientů. Vzhledem k trvalému rozvoji medicíny bude i dohodovací řízení o standardech permanentní proces, jehož výsledkem budou doporučení, jakou zdravotní péči a které výkony je možno vyřadit z úhrady na základě povinného veřejného zdravotního pojištění. Konečné rozhodnutí bude i nadále v rukou politiků, neboť nároky pojištěnců musí zajišťovat právní norma. Pokud nebudou politici respektovat doporučení odborníků, bude jejich povinností zajistit pro veřejné zdravotní pojištění další finanční zdroje. Jde o existenční otázku českého zdravotnictví a ta by se neměla stát předmětem něčích kšeftů.

Proč ministerstvo výběrové řízení na „standardy“ nakonec zrušilo?

Navzdory tvrzení ministryně Juráskové byl nakonec nesmyslný tendr zrušen, což musíme kvitovat s potěšením. Nicméně o ministerstvem deklarovaných důvodech, které ke zrušení výběrového řízení vedly, lze pochybovat. Důvodem prý byla skutečnost, že se o zakázku za 125 milionů Kč přihlásil jediný zájemce – Projekt zastřešený 1. lékařskou fakultou UK a ČSL JEP. Obálka obsahující tuto nabídku však nakonec ani nebyla otevřena. Proč?

Zajímavé jsou citace z iDnes: „Standardy jsou velmi důležité, očekávali jsme účast mnohem většího počtu subjektů, například zdravotních pojišťoven, odborných společností, Národního referenčního centra a dalších,“ reagoval pro iDnes.cz mluvčí ministerstva Vlastimil Sršeň. Podle něj teď úřad řeší, jak do soutěže zapojit více subjektů. „Zvážíme opětovně vypsání výzvy,“ podotkl mluvčí.

Lékařská fakulta podle děkana prof. Tomáše Zimy nabídla ministerstvu, že je schopna standardy zpracovat za zhruba šedesát procent toho, co ministerstvo na soutěž vypsalo. „U tak vysoce odborného a důležitého tématu, jako je tvorba standardů zdravotní péče, nemůže rozhodovat pouze cena, ale

za klíčové považujeme expertní hledisko,“ spláchl tuto nabídku ze stolu pan Sršeň.

Ministerstvo zdravotnictví jistě má právo tendr zrušit (a v tomto případě je jen dobře, že tak učinilo), ale existence jediného zájemce nemůže být dostatečným zdůvodněním, nota bene, když jeho nabídka nebyla vůbec posouzena. Pochybovat o odborné způsobilosti lékařské fakulty a ČSL JEP, to je přece neskutečná drzost. Jaké expertní hledisko máte na mysli, pane Sršni? **Jakým způsobem hodnotili experti ministerstva nabídku, s níž se oficiálně ani neseznámili? A jak to, že když někdo nabídne vytvořit požadované standardy za 60% možné ceny, najednou právě cena přestává být důležitou, když přitom měla tvořit 55% váhy posuzovacích kritérií?**

Nešlo nakonec o něco jiného? Nemají třeba pravdu zlí jazykové, kteří tvrdí, že zájemce, který měl řízení vyhrát a jehož jméno bylo v informovaných kruzích známo již několik týdnů dopředu, se nepřihlásil, protože by jeho cena byla výrazně vyšší než ta, kterou nabídla lékařská fakulta. Proto by tento dopředu vytipovaný zájemce mohl zakázku získat jen stěží, takže bylo bezpečnější celý tento lékařskou komorou medializovaný tendr zrušit.

125 evropských milionů se oknem nevyhodí, alespoň prozatím

Ministerstvo zdravotnictví ústy svého mluvčího tvrdí, že zakázku vypíše znovu. K čertu s tou šfouravou lékařskou komorou i s podnikavou lékařskou fakultou, k čertu s celým českým zdravotnictvím! Jak ale jenom získat těch 125 milionů?

Bude jistě zajímavé sledovat, v čem se bude zadání případně nové veřejné zakázky lišit od té zrušené.

Michal Sojka

Opustil nás profesor Mařatka

S ještě čerstvou vzpomínkou na radostnou březnovou slavnost pasování dalšího Rytíře českého lékařského stavu nás za několik dní poté zastihla smutná zpráva, že 24. 3. 2010 zemřel pan profesor MUDr. Zdeněk Mařatka, DrSc., Rytíř českého lékařského stavu, významný představitel české lékařské obce a zakladatel moderní české gastroenterologie.

Prof. Mařatka se narodil 27. 6. 1914 v Praze a promoval v roce 1939 na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Pracoval na druhé interní klinice Všeobecné fakultní nemocnice, kde se habilitoval, a dvacet šest let vedl interní oddělení nemocnice Na Bulovce. V roce 2001 se stal osmým Rytířem českého lékařského stavu. Svůj titul rytíře měl rád a vážil si ho, jak dosvědčuje zajímavě komponovaná fotografie s pasovacím mečem, kterou si nechal zhotovit.

Rád se účastnil slavností pasování dalších rytířů. Jeho přímý pohled, bystrý postřeh, kultivovaná, pohotová diskuse v odborné i všeobecné rovině, s přehledem o nejnovějších poznacích nejen ve svém oboru obohatily všechny, kdo měli možnost se s ním při podobných příležitostech setkat.

„Ad finem ultimum navigare necesse est.“ Ke konečnému cíli nutno se plavit,



a to nejen klidnými pobřežními vodami, ale i rozbouřenými vlnami oceánu. Plodný profesionální i osobní život pana profesora byl neopakovatelnou plavbou téměř celým 20. stoletím. Během této plavby mu byly spolehlivou lodí medicína a rodina, kompasem a přesnou navigací pak jeho jasné postoje a pevné zásady. Doplnul přes hranice století i tisíciletí, je v cíli svého života, pevně zakotven v universu i našich myslích.

Prof. Richard Škába

Aktuální číslo Postgraduální medicíny, recenzovaného časopisu pro vzdělávání lékařů, přináší monotematický Focus

DERMATOVENEROLOGIE

jehož editorkou je **prof. MUDr. Jana Hercogová, CSc.**, přednostka Dermatovenerologické kliniky 2. lékařské fakulty UK a Fakultní nemocnice na Bulovce.

Dále zde najdete řadu hodnotných článků z různých lékařských oborů, monitoring zahraničního tisku a test, po jehož vyplnění můžete získat 10 kreditů v Systému celoživotního vzdělávání.



Bližší info najdete na www.postgradmed.cz

Předplaťte si Postgraduální medicínu ještě dnes na tel. 800 300 302 nebo e-mailem na mf.prst@cpost.cz

Novinářský klam, bezpečné nemocnice a proces akreditace

Nedávno proběhl test redaktorů MF Dnes, který měl prověřit „bezpečnost“ pacientů v devíti nemocnicích. Redaktoři převlečení za zdravotnické pracovníky, obvykle studenti lékařských fakult, pronikli na některá oddělení nemocnic a v šesti z nich získali celkem bez problému přístup k dokumentaci. Šlo nepochybně o chybu. Otázkou je, zda šlo o chybu jednotlivce anebo systému.

Podvodem ke kvalitě?

Co zaujme profesionála na první pohled, je dobře promyšlená logistika testu. Novináři se prakticky vždy pohybovali na chirurgických odděleních nebo jejich JIP. Každý, kdo aspoň chvíli strávil v nemocnici, ví, že právě chirurgická oddělení bývají velmi často bez lékařů, kteří jsou na sálech. Evidentně tedy redaktoři o této skutečnosti věděli a bylo pravděpodobné, že nepotkají žádného lékaře, který by je mohl identifikovat. Bohužel i nelékařský personál má na těchto odděleních často jen velmi omezené možnosti lékaře na sále kontaktovat. Zajímavé je, že taková vada na kvalitě jako nedostatek lékařů nechává všechny v klidu.

Druhý fakt, který zaujme, je vehemence, s jakou nás redaktoři ujišťují, že si sice chorobopisy na inkriminovaných odděleních prohlédli, ale rozhodně neevidovali žádné osobní údaje. Někdo je poučil, že by jim mohl hrozit trest.

Třetím pozoruhodným faktem je skutečnost, že z oněch devíti nemocnic pouze jedna má akreditaci SAK a jedna akreditaci mezinárodní udělenou JCI (Joint Commission International). Z těchto dvou nemocnic redaktoři uspěli v nemocnici akreditované SAK. Otázkou je, zda výběr převážně neakreditovaných pracovišť byl čistě náhodný a jak by dopadlo srovnání akreditovaných a neakreditovaných pracovišť. Takový test by daleko lépe vypovídal o efektivitě akreditačních procesů a financí na ně vynaložených. Možná o takové srovnání nikdo nestál.

Celý test pak působí dojmem, že akci naplánoval a řídil někdo, kdo problematiku zdravotnických zařízení dobře zná a kdo věděl, čeho je třeba dosáhnout.

Nezávisle na akreditaci však zdravotníci vědí, že nemohou nikomu jen tak do-

kumentaci svěřit. Z tohoto pohledu nelze chybu omluvit. Je nepochybné, že pravidelným školením personálu je možno zabránit řadě chyb. Personál však musí být také dostatečný, kvalitní a dobře motivovaný. Při minimálním technickém zabezpečení nemocnic budou ale mít podobně provokace vždy úspěch.

Peníze aneb Kvalita nemůže být zadarmo

A jsme u jednoho ze dvou kořenů problému. Nemocnice v systému úhrad zdravotní péče v ČR jsou jednoznačně největším otloukáčkem. Když dojde k finančním problémům v rezortu, jako první a nejvíce je krácena úhrada lůžkové péče. Nadále však zůstává platné staré rčení, že „pacient navštěvuje různé lékaře, ale uzdravit se chodí do nemocnice“.

Úhrady od ZP rozhodně nedostačují na prostou, natož rozšířenou reprodukci. Zejména na obnovu a nákup drahé, možná až předražené přístrojové techniky. Nemocnice jsou tedy v této věci závislé na dotacích EU či českých veřejných rozpočtů. To zejména v krajích znamenalo, že po dlouhá léta byly nuceny „si na sebe vydělat“, neboť vládnoucí garnitura měla pocit, že je to možné. Dotace do techniky pak byly spíše záležitostí politických kontaktů a často budily podezření z paralelních motivací. Technicky amortizovaná zařízení je pak problém obnovovat na původní úrovni, natož rozvíjet. Představa, že bude nemocnice schopna v této situaci několikamilionové investice do svého zabezpečení, pak vyvolá spíše hořký úsměv. Řada nemocnic se navíc dosud obtížně vyrovnává s nárůstem nákladů v důsledku aplikace akreditačních standardů. Je legitimní otázkou, zda by masivní investice, které kraje a zčásti též MZ před časem nalily do akreditací SAK (k dnešnímu dni 42 nemocnic), nebylo lépe investovat do těchto technických prostředků k základnímu zabezpečení zdravotníků i pacientů. Akreditaci aplikovat posléze, jako nadstavbu, především však stabilizovat a motivovat personál. Je totiž třeba vědět, že žádné technické opatření není tak dokonalé, aby jej nebylo možno obejít. Pořádání podobných testů, jaký pro-

vedla MF Dnes, bude jen logisticky složitější a dražší. Investice do zabezpečení však budou, zdá se, nutné a nemocnice na ně budou muset získat prostředky. České zdravotnictví bude muset výrazně zdražovat, nebo se budeme muset smířit s nižší bezpečností pacientů. Jiné řešení není.

Bez lidí to nepůjde, standardy je nenahradí

Kadry rešajut vsjo! Pověstné zvolání J. V. Stalina začíná být v českém zdravotnictví stále více hořkou pravdou. Dostáváme se k druhému a mnohem závažnějšímu zdroji problému.

Jestliže za vlády komunistických vůdců byla střední zdravotní škola jednou z nejvíce žádaných výběrových škol, na kterou byl problém se dostat (o lékařské fakultě ani nemluvě), sametový polistopadový vývoj se překvapivě ubíral opačným směrem. Finanční a profesní dehonestace zdravotníků za řady polistopadových vlád začíná přinášet trpké ovoce. Z prominentní zdravotní školy se postupně stalo odkládiště těch, kteří se nedostali jinam. Rozvrat postgraduálního vzdělávání SZP (chcete-li nelékařských zdravotnických povolání) snižuje zájem o práci ve zdravotnictví, k tomu přispívají i mzdy pod úroveň dělnických profesí. Úroveň absolventů lékařských fakult je, doufám, ještě odborně uspokojivá, mnozí absolventi však o nástupu práce v české nemocnici ani neuvažují. Stav zhoršuje MZ řízený rozvrat postgraduálního vzdělávání, podobně jako před časem u SZP. O mzdové úrovni bez přesčasů je, myslím, zbytečné hovořit. Logicky tak lze očekávat stejný vývoj jako u zdravotních škol. V prostředí primitivního kapitalismu, kde se míra úspěchu hodnotí kubaturou vozu a míra dovedností schopností „bez skrupulí odrbat“ ty druhé, nelze spravedlivě očekávat nic jiného.

Proces takzvané systematizace pracovních míst, což je eufemismus pro redukci personálu nemocnic na minimální počty požadované vyhláškou, celou situaci ještě zhoršuje. Nedostatečný, špatně placený personál, zatížený nadbytečnou administrativou, překvapivě selhává.

Režim řízení nemocnic, motivace a edukace zaměstnanců, které jeden osvícený ředitel shrnul do památné věty „je třeba vystupňovat systémový teror na maximum“, dobré kondici systému také nepřispívá. Každý nátlak má svou hranici, za ní se lidé přestávají bát. Chybí-li možnost pozitivní motivace nebo aspoň nahradit ty neschopné, je tato hranice velmi nízká.

Chceme-li tedy kvalitu, budeme si muset připlatit také za kvalitní a dostatečný personál. Kvalita zkrátka nemůže být levná. Zdá se, že tento princip bude platit i v českém zdravotnictví, které je jinak pověstné řadou ekonomických paradoxů.

Kvalitní služby je možno poskytovat pouze s dostatečným, kvalitním, motivovaným personálem. Takoví lidé pak

dobře plní své úkoly, váží si pracovního místa, neboť vědí, že v opačném případě je možno je nahradit. K navození takového stavu je však také potřeba dostatek financí na pozitivní motivaci lidí. Ani lidí, ani financí se však českým nemocnicím pohříchu nedostává. „Systémový teror“ či neuvážené zavádění standardů akreditace efekt pozitivní motivace nenahradí.

Lukáš Veleš

Získávání zdrojů pro výzkum a klinickou praxi prostřednictvím grantů a patentů

Mimořádný vzdělávací seminář – workshop odd. vzdělávání ČLK. Odborná vzdělávací akce je pořádána v rámci celoživotního vzdělávání lékařů dle SP č. 16.

Datum: 21. 6. 2010, od 14 hodin

Místo: Hotel Clarion, Praha 9

Cena kurzu: člen ČLK 500 Kč, ostatní 1500 Kč

Účastnický poplatek zahrnuje občerstvení, nezahrnuje ubytování, ceny jsou vč. DPH. Potvrzení o platbě je nutné předložit při registraci účastníků.

Číslo účtu 19-1083620217/0100, KS 0379, VS 3110

Počet přidělených kreditů: 5

Koordinátor: odd. vzdělávání ČLK, vzdělávání@clkcr.cz, seminar@clkcr.cz, tel.: 257 211 329, linka 2

Česká lékařská komora si vás dovoluje pozvat na zcela mimořádnou vzdělávací akci vedenou předním světovým odborníkem v oblasti biomedicínského výzkumu, ale také v oblasti problematiky duševního vlastnictví v medicíně a získávání prostředků na výzkum a rozvoj klinické praxe. Tento workshop nabídne inovativní vzhled do problematiky získávání grantů a zdrojů pro výzkum, a to na univerzitní úrovni, ale i na úrovni projektů vznikajících v rámci malých pracovišť či ordinací.

Workshop bude orientován výhradně prakticky na možnosti využívání národních, evropských i světových zdrojů pro financování výzkumů, ale také na jejich aplikaci v klinické praxi. Významnou a podstatnou částí workshopu budou praktické návody, jakým způso-

bem přistupovat i k drobným zlepšením v klinické nebo výzkumné praxi (např. diagnostických nebo terapeutických postupů a jakýchkoliv jiných praktických činností) z pohledu duševního vlastnictví, jakým způsobem je dovést do podoby patentu a jak následné patenty využít jako zdroj financování klinické praxe nebo dalšího výzkumu.

Přednášející, prof. George B. Stefano, Ph.D., je jedním z nejvýznamnějších a nejžádanějších odborníků v této oblasti.

Workshop je vhodný nejen pro lékaře a výzkumníky univerzitních nemocnic a výzkumných ústavů, ale také pro všechny, které zajímá, jakým způsobem ochránit své originální, třeba i drobné nápady a jak je využít jako zdroj financování svých dalších projektů.

Prof. George B. Stefano, Ph.D.

Profesor Státní univerzity New York a ředitel Neuroscience Research Institute. V oblasti medicíny publikoval více než 400 odborných prací, 8 monografií, je žádaným odborníkem na předních medicínských kongresech a konferencích. Z Národního institutu zdravotních grantů USA (National Institutes of Health Grants) každoročně získává na své projekty více než 1 milion USD, v současné době souhrnná částka překračuje 14 milionů dolarů. Je držitelem řady inovativních a významných patentů v oblasti biomedicíny. Kromě biomedicínského výzkumu se aktivně věnuje problematice duševního vlastnictví v medicíně a získávání prostředků a na výzkum a rozvoj poznatků v medicíně.





Vzdělávací kurzy České lékařské komory

Přehled 1. pololetí 2010

Přihlášky zasílejte na adresu:

Oddělení vzdělávání ČLK

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

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).

Všeckeré informace o doškolovacích akcích ČLK naleznete na internetových stránkách www.ckkr.cz.

S ohledem na změnu zákona o DPH došlo k úpravě cen

Účastnické poplatky:

- pro členy ČLK a při platbě předem 660 Kč,
- pro členy ČLK a platbě na místě 730 Kč,
- pro nečleny po dohodě s odd. vzdělávání.

29/10 Kurz – Chirurgie pro ambulantní chirurgii

Datum konání: 15. 5. 2010

Místo konání: Praha 5, Klub ČLK, Lékařská 2
Koordinátor: MUDr. Pavel Kubíček

- Prim. MUDr. Ludomír Brož, přednosta Kliniky popáleninové medicíny FNKV
- Primární péče o pacienta s termickým úrazem. Prof. MUDr. Robert Gürlich, CSc., přednosta Chirurgické kliniky FNKV
 - Současné trendy gastrointestinální onkochirurgie.
 - Chirurgická léčba onemocnění slinivky břišní. MUDr. Jiří Kletenský, Klinika plastické chirurgie FNKV
 - Slachová poranění ruky.
 - Kožní tumory.
- Prim. MUDr. Jiří Svoboda, přednosta chirurgického odd. Nemocnice Vysočany
- Novinky v laparoskopické chirurgii.
- Doc. MUDr. Petr Višňa, Ph.D., Klinika ortopedie a traumatologie Bad Berka (Německo)
- Poranění kolenního kloubu.

23/10 Kurz – Důstojná péče ve zdravotnictví pro zdravotníky i nemocné?

Datum konání: 22. 5. 2010

Místo konání: Praha 5, Lékařská 2
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 sebedifekčních skupinách, reflexe vlastních zkušeností.

Anotace: O spirituální péči o nemocné je mezi zdravotníky čím dál větší zájem v rámci bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu WHO péče o pacienty. Zároveň však vystává 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 spirituální a vírou v náboženském smyslu slova, pochopit význam naplňování duchovních potřeb pacientů pro celkový proces uzdravování i pro zlepšení kvality umírání v rámci paliativní péče.

24/10 Kurz – Novinky v neodkladné péči 2010 a zajímavé kauzistiky – opakování

Datum konání: 29. 5. 2010

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

- MUDr. Aleš Tomek, MUDr. Martin Šrámek
- Nové „guidelines“ v neurologii, terapeutické okno, indikace a kontraindikace, překonané ordinace při iCMP, hCMP v první linii a v Emergency péči.
- MUDr. Jan Bělohávek
- ACS (akutní koronární syndromy), CHF (chronické srdeční selhávání), kardiomyopatie, arytmie, hypertenzní krize, antikoagulační a antiagregační terapie. Jaké postupy v akutních situacích jsou nyní optimální?
- MUDr. Vladimír Mixa
- Jaké nové diagnostické a léčebné akutní postupy budou vyžadovat nové adrenalinové sporty dětí, rizikové hry, H1N1, gamblerství, předávkování, abstinenční syndromy atd.
- Doc. MUDr. Jarmila Drábková, CSc.
- „Guidelines“ pro rizikové skupiny obyvatelstva, těhotné, nezletilé těhotné, komunitní pneumonie, MRSA nosičství; nežádoucí účinky nových léků, jejich surveillance možnosti „rescue“ užití; nové skórovací systémy, poučné raritní kauzistiky.

Doc. MUDr. Přemysl Klíř, CSc.

- Dnešní problémy s násilím a náhlou smrtí, se z násilnějším; podezření, diagnostika, postup.
 - Poučné kauzistiky, povinnosti a kompetence lékařů; problém cizích státních příslušníků.
- MUDr. JUDr. Lubomír Vondráček,
- JUDr. Jan Vondráček, Mgr. Jana Wolesská
- Nový trestní zákoník od 1. 1. 2010 a odraz ve zdravotnictví, DNR rozhodnutí v akutních stavech, přechod na paliativní péči; konsenzuální stanovisko odborných společností; poučné případy a jejich řešení; tématka předkládaná etické komisi ČLK a jejich řešení.
 - Psychotrauma – rizika pro lékaře i pacienty.
- Doc. MUDr. Jarmila Drábková, CSc.
- Zajímavé a poučné novinky z klinické urgentní praxe. Diskuse.

25/10 Kurz – Léčba závislosti na tabáku v ordinaci ambulantního lékaře

Datum konání: 29. 5. 2010

Místo: Praha 5, Lékařská 2, Oválná pracovna
Koordinátor: MUDr. Eva Králíková, CSc., 1. LF UK a VFN, Praha

- MUDr. Eva Králíková, CSc.
- Epidemiologie užívání tabáku, související mortalita a morbidita.
 - Prevence závislosti na tabáku, pasivní kouření. Prof. MUDr. František Perlík, DrSc.
 - Lékové interakce kouření.
- MUDr. Lenka Štěpánková
- Kouření a psychiatrická komorbidita.
- MUDr. Eva Králíková, CSc.
- Princip závislosti na tabáku, diagnostika, léčba.
- MUDr. Alexandra Kmeťová
- Kouření adolescentů.
- MUDr. Lenka Štěpánková
- Psycho-behaviorální intervence, příklady.
- MUDr. Alexandra Kmeťová
- Prevence zvyšování hmotnosti – součást intervence.
- MUDr. Eva Králíková, CSc.
- Farmakoterapie závislosti na tabáku.
 - Současné možnosti léčby závislosti na tabáku v ČR, specializovaná centra.
 - Situace ve světě, mezinárodní a naše doporučení léčby.
- MUDr. Alexandra Kmeťová
- Léčba závislosti na tabáku s podporou zaměstnavatele, možnosti ambulantních lékařů, ekonomika této léčby.
 - Návčik skupinové terapie, nejčastější dotazy pacientů, panelová diskuse.

28/10 Strabologický kurz pro dětské oftalmology

Datum konání: 29. 5. 2010

Místo: Praha (bude upřesněno)

MUDr. Sylva Horáková, FNsP Ostrava

- Vývoj a poruchy binokulárního vidění.
- Amblyopie.
- Hlavní typy šilhání.
- Vyšetřovací postupy ve strabologii.
- Konzervativní léčba.
- Chirurgická léčba.

22/10 Kurz – Ambulantní léčba dětské obezity I. a II. stupně

Datum konání: 12. 6. 2010

Místo konání: Praha 5, Lékařská 2
Koordinátor: MUDr. Zlatko Marínov

MUDr. Zlatko Marínov

- Metodika vyšetření.
 - Metodika úvodního rozhovoru.
 - Metodika redukčního režimu.
 - Metodika kognitivně behaviorální terapie.
- Jana Jůnová, DiS.
- Metodika cvičení.
- MUDr. Zlatko Marínov
- Metodika farmakoterapie.

Odpolední semináře: od 16.30 do 18.00

128/10 17. 6. MUDr. Jitka Řezáčová

- Den otevřených dveří IFV v Ústavu pro péči o matku a dítě, Praha 4 – Podolí

Inzerce

Příjem řádkové inzerce: www.lkr.cz, sekce Zajímavé odkazy – Tempus medicorum – Zadáni inzerce. Uzávěrka aktuálního čísla je vždy k 1. daného měsíce.

Volná místa – nabídka

Přijmu do chirurgické ordinace v Praze 9 – Proseku chirurga s licencií na částečný pracovní úvazek. Výhledově možnost převzetí praxe. Tel.: 603 410 267

Do ord. PL pro dospělé přijmu kolegu (možno i absolventa či čilého důchodce) na úv. 0,5 až 1. Výborné plat. podmínky, ubytov. zdarma. V případě zájmu možnost dlouhodobé spolupráce. Vsetínsko. Tel.: 737 915 871 po 19. hod., e-mail: madoprax@seznam.cz

Poliklinika Budějovická v Praze 4 přijme lékaře (možno i na částečný úvazek) v těchto odbornostech: praktické lékařství, urologie, endokrinologie, kardiologie, revmatologie, hematologie, diabetologie a foniatrie. Požadujeme specializovanou způsobilost v daném oboru. Znalost angličtiny vítána. Nabízíme zajímavé ohodnocení, podporu odborného růstu a dalšího vzdělávání, penzijní příspěvek. Nástup dle dohody. Životopisy zasílejte na adresu: vladena.pekarikova@mediconas.cz, tel.: 241 443 881

Hledám lékaře do endokrinologické ambulance pro dospělé v Praze 10, sonograf k dispozici, příjemné prostředí, flexibilní pracovní doba. Tel.: 605 806 222

Hledám samostatně pracujícího lékaře pro dermatovenerologickou ambulanci Salloum, s r. o., v Prostějově. Zkušenost s dětskou klientelou vítána. Nástup od 1. 6. 2010. Tel.: 603 724 075

Moderně zrekonstruovaná a nadstandardně vybavená Nemocnice Sušice, o. p. s., přijme: • sekundárního lékaře na interní odd. s výhledem funkčního místa (atestace v oboru inter. lékařství, kardiologie apod.), • lékaře pro lůžka následné péče chirurg. a interního odd., • pediatra, příp. praktického lékaře pro děti a dorost (dle domluvy možný i zkrácený úvazek), • fyzioterapeuta. Nabízíme: zájem nemocnice se 160 lůžky akutní i následné péče v základních oborech vč. multidisciplinární JIP a RLP, zajímavé ohodnocení odpovídající zastávané pozici, profesní růst v intenzivním

dalším vzdělávání, ubytování v areálu nemocnice s možností služebního bytu, atraktivní prostředí centrální Šumavy s nabídkou plnoho sportovního i kulturního vyžití. Nástup dle dohody. Blíže informace: tel. 376 530 216 – MUDr. Jiří Šedivý, ředitel. E-mail: sekretariat@nemocnice-susice.cz

Nemocnice Podlesí, a. s., Třinec, hledá vhodného kandidáta na post manažera pro styk s pojišťovnamy. Požadujeme: VŠ, 5 let praxe se zaměřením na problematiku zdravotnictví a veřejného zdravotního pojištění, absolvování specializovaných odborných školení a konferencí v oblasti veřejného zdravotního pojištění, znalost právních předpisů souvisejících se všeobecným zdravotním pojištěním, detailní znalost systému zdravotního pojištění v ČR a úhrad v systému veřejného zdravotního pojištění. Nabízíme: nadstandardní, smluvní finanční hodnocení, benefity, možnost ubytování, služební automobil a mobilní telefon. Kontakt: simona.szuscikova@nempodlesi.cz

Nemocnice Podlesí, a. s., Třinec přijme do pracovního poměru lékaře na pracoviště: • neurologické ambulance • ARO (kardiokirurgie RES). Požadujeme: způsobilost podle zákona č. 95/2004 Sb., specializace v daném oboru podmínkou, funkční licence výhodou. Nabízíme: nadstandardní, smluvní finanční hodnocení odpovídající znalostem, zkušenostem a přínosu pro společnost, benefity, možnost ubytování, služební automobil a mobilní telefon. Své žádosti doplněné o strukturovaný životopis zasílejte na e-mail: simona.szuscikova@nempodlesi.cz

Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa, a. s., přijme lékaře na plný úvazek pro pracoviště: ARO, chirurgie, interna, neurologie, gynekologie, radiodiagnostické odd., hematologie, urologie, odd. klinické biochemie. Nabízíme: možnost profesního růstu a dalšího vzdělávání, zajištění bydlení, nadstandardní finanční ohodnocení, týden dovolené navíc. Blíže informace: pavlina.simmerova@nemcl.cz, tel.: 487 954 035, www.nemcl.cz

Soukromé Dermatologické centrum na Plzeňsku přijme ihned lékaře na částečný i plný úvazek. Široké spektrum výkonů, nadstandardní přístrojové vybavení evropského formátu, možnost profesního růstu, přátelské a flexibilní prostředí. Nadprůměrný výdělek. Bydlení zajišťujeme. Tel.: 737 441 365

Lékař přijme alergologa-imunologa do ambulantní praxe v Praze 6 – Střešovicích. Nástup dle dohody. Tel.: 602 275 113

Ordinace prakt. lékaře pro dospělé v Praze 5 – Stodůlkách hledá lékařku na částečný úvazek (2-3 dny v týdnu: po-st). Nástup září 2010. Dohodobá spolupráce vítána, možno i na dobu určitou. Platové podmínky a ordinární doba dohodou. Moderní prostředí, výborná dostupnost MHD. Více na telefonu: 602 334 522, e-mail: semetilo@seznam.cz

Přijmu lékaře na plný nebo částečný úvazek do zavěšené ortopedické ambulance v Praze 3. Částečné možnosti flexibilní pracovní doby. Výhodné platové podmínky. Mobil: 603 519 979

Nemocnice Český Krumlov, a. s., přijme lékaře urologa s plnou kvalifikací v oboru s možností operativy a dalšího vzdělávání. Výborné mzdové podmínky, možnost ubytování. Blíže informace při osobním jednání. Kontaktujte personální oddělení, tel. 380 761 361, e-mail: marie.markova@nemckr.cz

Lékař – ZS VV České Budějovice. Atestace praktického lékaře, TT 14 (23 až 32 tis. dle praxe + příplatek 4000). Možnost i 1/2 úvazku. Tel.: 386 706 230

Health & Care, s. r. o., přijme do ordinace PL v Praze 8 blízko metra praktického lékaře nebo internistu. Dobré platové ohodnocení. Pro mimopražské možno i s bytem. Tel.: 604 133 005, www.praktickykylekar.com

NZZ v Praze 2 přijme praktického lékaře na plný úvazek, případně i jako zástup, nástup od 5/2010. Tel.: 731 503 803, personalizdrav@seznam.cz

Soukromé RDG odd., poliklinika Liberec přijme RDG lékaře, raději atestovaného pro poliklin. rozsah práce včetně UZ a MMG-screeningové centrum.

Nabízíme: výhodná prac. doba, benefity, nadprům. plat. ohodnocení. Tel.: MUDr. Bubeník, 731 720 348, bubenik@rdglib.cz

Oční oddělení Vistis přijme očního lékaře pro pracoviště Náchod na ambulantní operační část, i v atestační přípravě. Nástup možný ihned. Kontaktní telefon: prim. MUDr. Havlíček, MBA, 777 163 743

Nabízíme stabilní, velmi dobře ohodnocené zaměstnání očního lékaře v moderní oční ordinaci v Praze 6. Nástup možný ihned nebo dle dohody. Flexibilní pracovní doba s možností profesního růstu. Kontakt: mob. 603 995 473

Regulující lékař asistenční služby – částečný (0,25) úvazek. Společnost Axa assistance CZ hledá lékaře s praktickou zkušeností v oboru urgentní medicíny (ARO, intenzivní péče, transportní medicína). Náplň práce – vyhodnocení stupně akutnosti a rozsahu nejnutnější lékařské či nemocniční péče v místě pojistné události, návrh optimálního řešení případu v souladu s rozsahem pojištění, plánování a organizace převozu nemocných osob, znalosti cestovní a geografické medicíny a platných předpisů týkajících se těchto převozů. Pracoviště Praha. Blížší informace poskytnete: jana.plevova@axa-assistance.cz

Do angliologické a interní ambulance v okr. Loupy přijmu lékaře na celý nebo částečný úvazek. Minimální podmínkou je atestace z vnitřního lékařství, kolegu s trvalým zájmem připravím na angliologickou atestaci. Kontakt: andrea.eslerova@angliolog.cz, tel. 602 111 641

Ředitel Psychiatrické léčebny v Kroměříži vypisuje výběrové řízení na obsazení funkce: primář/primářky primárnímu pro léčbu závislosti. Kvalifikační požadavky: vysokoškolské vzdělání lékařského směru, specializovaná způsobilost v oboru psychiatrie + návykové nemoci, praxe minimálně 10 let, zdravotní způsobilost a bezúhonnost, organizační a řídící schopnosti. Požadované dokumenty: přihláška k výběrovému řízení, životopis s přehledem odborné praxe, kopie dokladů o dosaženém vzdělání, osobní dotazník, výpis z rejstříku trestů (ne starší 3 měsíců), osvědčení podle zákona č. 451/1991 Sb., prohlášení o souhlasu s použitím osobních údajů dle zákona č. 101/2000 Sb. Byt k dispozici. Písemně přihlášky zasílejte do 2 týdnů po zveřejnění na adresu: Psychiatrická léčebna v Kroměříži, sekretariát ředitele, Havlíčkova 1265, 767 40 Kroměříž

Poliklinika Prosek, a. s., Praha 9 přijme do HPP lékaře ortopeda. Požadujeme specializovanou způsobilost v oboru. Nástup ihned nebo dle dohody. Lze i kratší úvazek. Nabízíme výhodné mzdové podmínky, možnost ubytování, zaměstnanecké benefity. V případě zájmu zašlete pracovní životopis. Kontakt: pí Prchalová, tel. 266 010 106, e-mail: prchalova.o@poliklinikaprosek.cz

Privátní kožní ambulance na Náchodsku přijme lékaře na plný, příp. částečný úvazek, nebo i jako dočasný zástup. Práce v dobře zavedené ambulanci, moderní vybavení, zaměřením i na korektivu a dermatochir. Zajímavé platové podmínky. Nástup dle dohody. Kontakt: 724 423 701, monika.drasnarova@seznam.cz

Česko-německá horská nemocnice Krkonoše, Vrchlabí, přijme: lékaře internistu, I. nebo II. atestace (možnost funkčního místa). Nabídka: nadstandardní platové podmínky, možnost ubytování, nástup ihned. Kontakt: smska@nemocnice.vrchlabi.cz, tel. 499 502 304

Rehabilitační ústav Brandýs nad Orlicí přijme do pracovního poměru lékaře/lékařku. Nabízíme velmi dobré platové podmínky, možnost dalšího vzdělávání, byt k dispozici. Vhodné i pro absolventy. Nástup možný ihned. Kontakt: 465 544 206, kutnarova@rehabilitacniustav.cz

Nemocnice Znojmo, p. o., přijme do pracovního poměru lékaře na oddělení anesteziologicko-resuscitační, ušní, nosní, krční oddělení, oční oddělení, interní oddělení, oddělení radiologické a zobrazovacích metod, urologické oddělení (od dubna 2010 držitelem akreditace I. stupně), infekční oddělení, oddělení dlouhodobě nemocných, psychiatrické oddělení a oddělení ortopedicko-traumatologické. Požadujeme příslušné vzdělání – lékařská fakulta (možno i absolvent), specializace v daném oboru

vítána, ale není podmínkou. Nabízíme možnost ubytování v bezprostřední blízkosti pracoviště, mzdové ohodnocení dle odborného profilu uchazeče, příspěvek na rekreaci, příspěvek na penzijní připojištění. Nástup možný ihned nebo po dohodě. Své žádosti doplněné o strukturovaný životopis zasílejte elektronicky na e-mail personalni@nemzn.cz nebo fyzicky na adresu Nemocnice Znojmo, p. o., personální úsek, MUDr. J. Janského 11, 669 02 Znojmo. Pro bližší informace se dotazujte primáře konkrétního oddělení. Kontakty jsou k dispozici na stránkách Nemocnice Znojmo, p. o., www.nemzn.cz (sekce struktura a rovněž sekce pracovní příležitosti).

Rehabilitační ústav Kladruby u Vlašimi nabízí zajímavou a perspektivní práci lékařům se zájmem o ucelenou rehabilitaci. Vhodné pro lékaře se specializovanou způsobilostí (nebo v přípravě) v oboru RFM, neurologie, interna, ortopedie, ale i absolventy. Jsme akreditované zařízení – státní příspěvková organizace. Ústav se nachází cca 50 km od Prahy na trase dálnice D1. Nabízíme velmi dobré platové podmínky, profesní i kariérový růst, podporu vzdělávání, vědy a výzkumu, možnost okamžitého poskytnutí služebního bytu nebo ubytování, mateřská škola v areálu. Program zaměstnaneckých benefitů (příspěvyk na penzijní připojištění nebo na dovolenou, stravování, poznávací zájezdy a další). Kontakt: sekretariát ředitele: tel. 317 881 554 nebo náměstkyně pro zdravotní a preventivní péči: tel. 317 881 330, fax 317 881 191, e-mail: sekretariat@rehabilitace.cz

Ortopeda přijmu do NZZ v Praze 10 na částečný i plný úv. Ambulantní operativní, atestace I. st. nutná. Tel.: 737 935 359

Přijmu neuroložku do soukr. ambulance v Hostivici (15 min. z Motola), úvazek 0,5–0,8 dle dohody. EMG a EEG specializace výhodou. Nutný vlivný a trpělivý přístup k pacientům. Nabízíme dobré podmínky. Dr. Štokrová, neurologiehostivice@gmail.com

NZZ v centru Prahy hledá všeobecného lékaře, internistu s dobrou znalostí anglického jazyka. Plný, částečný úvazek i do služeb. info@doctor-prague.cz

Praktický lékař i bez praxe na plný úvazek, plat: 20 až 34 tis. Kč. Možnost ubytování, mob. telefon: 737 369 677

Přijmu atestovaného lékaře/lékařku do chirurgické ambulance v Praze 10 na zkrácený úvazek. Vhodné pro maminky na MD. Tel.: 606 204 765

Ordinace PL a zařízení závodní preventivní péče v Praze 8 – Libni přijme praktického lékaře na plný nebo částečný úvazek, případně i jako zástup. Nabízíme velmi dobré platové podmínky, malý vlivný kolektiv. Pro mimopražské uchazeče zajistíme ubytování. Tel.: 603 844 709

Hledám pediatra k převzetí perspektivní ordinace PLDD v okr. Karviná. Kontakt: 596 816 813, e-mail: sodeor@centrum.cz

NH Hospital, a. s., Nemocnice Hořovice hledá lékaře pro oddělení neurologie s atestací či absolventa, nástup možný ihned. Blížší informace na tel.: 311 542 331

Chrudimská nemocnice, a. s., chirurgické odd. přijme lékaře, i absolventa. Pracoviště je akreditované jak pro všeobecnou chirurgii, tak pro traumatologii, je zde prováděna široká škála výkonů. Nabízíme práci v přátelském prostředí, další vzdělávání a přípravu k atestaci v oboru. Přihlášky zasílejte korespondenčně na adresu nemocnice Václavská 570, 537 27 Chrudim, k rukám prim. MUDr. Vladimíra Ningeru, Ph.D., nebo elektronicky na adresu ninger@nemcz.cz. Tel. kontakty: 605 780 634, 469 653 411

Hledáme lékaře kardiologa nebo internistu se zkušeností z echokardiografie pro odbornou ambulanci v Praze. Tel.: 722 795 000

Přijmu endokrinologa s atestací i bez licence na částečný úvazek. Pracoviště v Praze 6. Tel.: 234 606 173, 604 898 043, e-mail: lukac@nefromed.cz

Zaměstnám oftalmologa na plný/částečný úvazek v zavedené soukromé ambulanci v Praze 9, tel.: 723 784 677

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

Polická nemocnice, s. r. o., přijme do trvalého pracovního poměru lékaře pro léčebnu dlouhodobě nemocných. Pro lékaře s příslušnou kvalifikací možnost práce v interní ambulanci na část úvazku. Nabízíme dobré platové podmínky, ubytování v areálu nemocnice. Vhodné i pro důchodce. Polická nemocnice, s. r. o., Eimova 294, 572 01 Polička. Tel.: 461 722 700, 732 567 007. E-mail: ldn.nempol@tiscali.cz

Oblastní nemocnice Rychnov n. Kn., a. s., přijme pediatra se specializovanou způsobilostí na lůžkové dětské a novorozenecké oddělení. Jedná se o funkční místo s nadprůměrným ohodnocením. E-mail primář: jondrus@centrum.cz, tel. person. odd.: 494 502 262

Hledáme lékaře do ordinace praktického lékaře v Praze 6. Částečný pracovní úvazek možný. Licence ČLK či odborná způsobilost MZČR pro obor PL, není však podmínkou. Tel.: 605 800 202

Přijmu očního lékaře do privátní oční ordinace v Praze na plný, popřípadě částečný úvazek. Tel.: 602 611 390

Ortopeda do NZZ v Praze 10, i na částečný úv., ambulantní operativní, atestace I. st. Nástup možný ihned. Tel.: 737 935 359

Poliklinika Budějovická v Praze 4 přijme lékaře i na částečný úvazek v oboru: gynekologie, ortopedie, endokrinologie, kardiologie, hematologie, urologie, alergologie a imunologie. Požadujeme specializovanou způsobilost v daném oboru. Znalost angličtiny vítána. Nabízíme zajímavé ohodnocení, podporu odborného růstu a dalšího vzdělávání, penzijní připojištění. Nástup dle dohody. Životopisy zasílejte na adresu: hana.zdenkova@mediconas.cz

Hradecké oční sanatorium, Hradec Králové, přijme ambulantního lékaře/lékařku-oftalmologa na plný úvazek, nejlépe s atestací I. či II. st. – není podmínkou, na pozici samostatně pracujícího lékaře. Nástup možný ihned. Nabízíme možnost dalšího profesního růstu. Možnost operativy jak dětských, tak i dospělých pacientů (přední segment). Kontakt: MUDr. D. Horecký, tel.: 602 587 177, e-mail: horecky@ocni-sanatorium.cz

Zdravotnické zařízení MV přijme od 1. 5. 2010 praktického lékaře pro ordinaci v Olomouci. Finanční ohodnocení podle nařízení vlády č. 564/2006 Sb., platová třída 14, osobní příspěvek dle dosažených výsledků. Požadujeme VŠ a specializovanou způsobilost v oboru. Blížší informace podá MUDr. Dybalová, tel.: 974 721 245. Nabídku zašlete s životopisem a tel. spojením na e-mail: zduova@mvcv.cz nebo fax: 974 721 922

NZZ v Praze 5 hledá praktického lékaře. Nabízíme dobré podmínky a příjemné prostředí. Kontakt: 777 006 002

Dermatolog. sanatorium Achillea Praha hledá kožního lékaře na plný, nebo částečný úvazek. Tel.: 603 222 123

Akreditované pracoviště ordinace prakt. lék. pro dospělé v Praze 9, Újezd nad Lesy přijme atestovaného lékaře/lékařku nebo lékaře na asistentské místo k předatestační přípravě. Nástup možný ihned. Kontakt: 603 440 728

Volná místa – poptávka

Neuroložka s 15letou praxí, zkušeností s prací ve vedoucí pozici, v akutní medicíně i neurologické ambulanci, atestací, licencí i odbornou způsobilostí hledá práci. Pouze Praha a slušné ohodnocení. E-mail: zta@seznam.cz

Dětský kardiolog hledá práci – převezmu soukromou praxi kdekoli v ČR. Kontaktní e-mail: kardiolog99@seznam.cz

Primář RTG hledá zprostředkování práce do Ameriky nebo do Austrálie. Tel.: 721 653 724

Lékař se zájmem o práci ve velmi dobře vybavené kardiologické ordinaci v Praze. Úvazek dle dohody. Kontakt tel.: 606 843 223

Ordinace, praxe

Prodám prosperující RDG praxi v Praze 10. Rozrůstající se lokalita, cca 15 000 výkomů/rok. Rodinné důvody. Kontakt: 728 132 923

Odkoupím praxi praktického lékaře pro dospělé v Praze a blízkém okolí. Tel.: 602 552 185

Převezmu (odkoupím) zavedenou psychiatrickou ambulanci v Praze a okolí, ve středních, jižních Čechách nebo Vysočině. Mám 20 let praxe v oboru, rok v ambulantní sféře, způsobilost v oboru i ukončený psychoter. výcvik. Tel.: 728 277 231 po 16. hodině

Prodám nebo pronajmu ordinaci praktického lékaře pro dospělé, registrace 1700 pac., okres Vyškov, 40 km od Brna u dálnice. Tel.: 722 293 440

Hledám zavedenou praxi praktického lékaře pro děti a dorost v Libereckém kraji, pokud možno s výhledem převzetí praxe v brzké době. Kontakt: 606 219 776

Suche ab sofort Fachärztin/Facharzt Allgemeiner Innerer Medizin für Praxis in der Kurstadt Altenberg, Ostergebirge, Sachsen. Praxis ist dreizehn Jahre alt, gut eingerichtet Mietpraxis. Altenberg hat 6T Einwohner, gute Infrastruktur, alle Schulen und Gymnasium. Ist Wintersport- und Wandaergebiet 800 m N.N. Lage an B 170, 42 km bis Dresden, 4 km zur Grenze CZ, nahe zur Autobahn A17. Info www.altenberg.de. Kontakt für Praxis: Telef/Fax: +49 35052 67424

Praktická lékařka přenechá praxi v Praze 10 k 1. září 2010. Tel.: 604 217 387

Gynekologickou ordinaci v Praze a okolí převezmu jako přímý zájemce. Mám II. atestaci z oboru gyn./por. Dásk spolupráce vítána. Cenu a podmínky respektuji. Kontakt tel.: 733 779 110, e-mail alkrai@seznam.cz

Mladá lékařka převezme (odkoupí) ordinaci praktického lékaře pro dospělé v Praze, od konce roku 2010. Tel.: 723 821 890

Praktická lékařka prodá praxi v Praze 10 k 1. 9. 2010. Tel.: 604 217 387

Přenechám, nejlépe gynekologovi, vybavenou lék. ordinaci, 60 m², i s kartotékou pacientek a smlouvami se všemi zdravotními poj. výjma VZP. Ordinace se nachází v Praze 9 – Libni a uvolněna bude od 4/2010. Podrobnosti sdělím na tel. čísle: 728 332 607

Prodám zavedenou praxi praktického lékaře pro děti a dorost v blízkosti Českých Budějovic. V případě Vašeho zájmu o bližší informace prosím volejte: 604 318 717

Erudovaný psychiatr má zájem o převzetí psychiatrické ambulance v Praze nebo nejbližším okolí. Možno i v horizontu 1–2 let. Tel.: 776 162 532, e-mail: psychiatr@seznam.cz

Odkoupím ordinaci PL v Praze. Tel.: 602 552 185

Prodám zavedenou, prosperující rehabilitaci v Brně z důvodu stěhování. Tel.: 605 762 408

Zástup

Hledám do oční ordinace v Praze 2 – Vinohrady na dlouhodobý zástup lékaře/lékařku na 1–2 dny v týdnu. Kontakt: 723 844 105

Hledám kožního lékaře, okres Frýdek-Místek, nadstandardní plat, služební auto nebo příspěvek na dopravu, služební mobil, služební byt, dle dohody úvazek 0,2–1,0. Tel.: 739 016 213

Hledám kolegyni na 1 den v týdnu či nepravidelně pro práci v kožní ordinaci. Info: ordinaceberoun@seznam.cz

Přijmu do své ordinace prakt. lékaře pro dosp. trvalý zástup na 1–2 dny týdně. Tel.: 604 945 966

Hledám oftalmologa k pravidelným zástupům do oční ambulance v Mikulově. Výhledově možné převzetí praxe. Kontakt: hendrychovah@seznam.cz nebo tel.: 737 781 461



Hledám dlouhodobý zástup na 2-3 dny do ordinace praktického lékaře v Benešově nad Ploučnicí, okr. Děčín. Tel.: 604 704 913, e-mail: vacha.vachova@seznam.cz

Prodej a koupě

Prodám levně autotrakční lehátko. Užití v ordinaci praktického lékaře, rehabilitační ambulanci nebo rehabilitačním oddělení. Tel.: 602 950 857

Prodám levně Zeiss kinetický perimetr, refraktometr a kovovou kartotéku pro formát A5, 1,36 x 1,54 x 0,59m. Tel.: 267 295 335

Prodám téměř nové zařízení chirurgické ambulance za výhodnou cenu z důvodu ukončení praxe (nemoc). Jedná se o elektrické polohovací lehátko, kartotéku, nástroje, nábytek atd. Kontakt: sterbmar@seznam.cz

Prodám vybavení rtg. pracoviště. Cena dohodou. Info na tel.: 731 041 468

Prodám sedmiletý ultrazvukový přístroj s intrakavitální a konvenční sondou používaný v gynekologické praxi. Cena 80 000 Kč. Kontakt: ojedlickova@upcmil.cz

Prodám rigidní cystoskopy Olympus. Tel.: 274 784 284

Prodám hodinkový tonometr v záruce, přístroj na měření krevního tlaku. Kontakt: 547 354 694

Pronájem

Pronajmeme ordinace v Ostravě-Vítkovicích na náměstí. V budoucím jsou provozovány ordinace, lékárna, služby. Informace tel.: 603 464 154

Pronajmu plně vybavenou oční ordinaci v Praze 10. Tel.: 602 611 390

Operační sál na poliklinice v Praze, kompletní vybavení, dospávací část, jen ortopedie, plastická chirurgie, čistá chirurgie, cena 500 Kč/hod. Tel.: 737 935 359

Služby

Helfende Hände von Land zu Land – lékaři a zdravotnický personál, kteří pracují v Německu, mohou získat zpět zaplacené daně v BRD. Vypracujeme vaše daňové přiznání a žádost o dětské přídatky v Evropské unii. Info tel.: ++603 484 250, kazmir.k@volny.cz

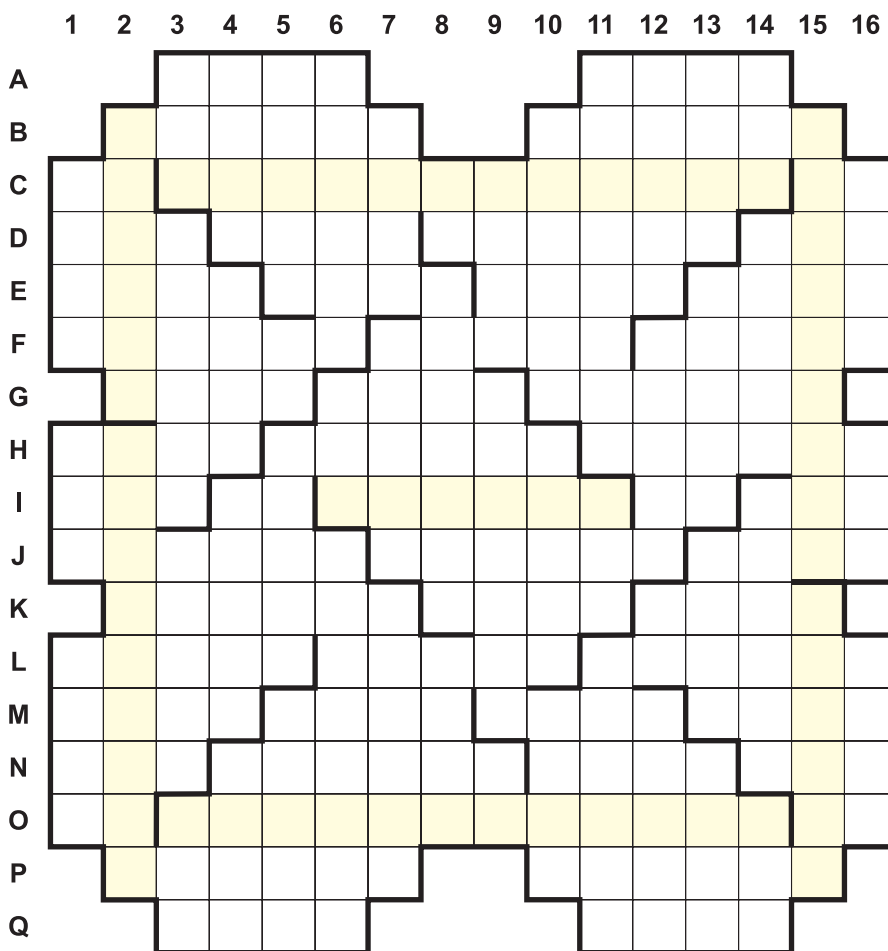
Různé

5. středoevropský kurz estetické plastické chirurgie a celostátní sympozium s tématem Body contouring; technologie, materiály a zručnost člověka. <http://aps.cis.cz>. Golfový turnaj Aesthetic Open http://aps.cis.cz/k2010/cz/cz_golf_index.htm

www.aaaauto-slevy.cz. Slevy na nové vozy až 25% a na roční až 40%. Možnost leasingu, úvěru. Tel.: 776 222 882



Křížovka o ceny



Gravidita je cizí termín pro těhotenství. Nezaměňovat se slovem gravidita. Zatímco ... (dokončení citátu, jehož autorem je Jiří Suchý, se skrývá v tajence).

VODOROVNĚ: **A.** Postavení zubů; metropole Itálie. - **B.** Pobít (nářečně); největší řeka Zadní Indie. - **C.** SPZ Pelhřimova; **3. díl tajenky;** celní kód Rumunska. - **D.** Dovednost (zastarale); mravouk; měsíc planety Jupiter; opět. - **E.** Úskoky; asijský stát; menší rybářské sítě; vlastní okrasným ptákům. - **F.** Bajka; pramen vlasů na konci stočený; chytat. - **G.** Kainův bratr; pěnivý nápoj; octan. - **H.** Župní maďarské město; pohlavní touha; náhrobní nápis. - **I.** Jednotka energie; zkratka mistrovství Evropy; **2. díl tajenky;** iniciály herce Töpfera; římskými číslicemi 1101. - **J.** Velkotónážní nákladní automobil; hodnoty; biblický bratrovrah. - **K.** Tkaný koberec s řezaným vlasem; španělský malíř; dlouhá jízdařská oprava. - **L.** Video-přehrávače; cetky; mořská ryбка. - **M.** Patřící Idě; český hokejista; elektricky nabitá částice; usušená tráva. - **N.** Slovensky „nikdo“; počítač; náboženství; halucinogenní droga. - **O.** Chemická značka astatu; **6. díl tajenky;** SPZ Karviné. - **P.** Nechat trochu vytéct; purpurová. - **Q.** Oznamit; zbavené ostří.

SVISLE: **1.** Tep; iniciály novináře Kische; provinění. - **2. 4. díl tajenky;** **5. díl tajenky.** - **3.** Nástroj žence; náčelník kmene u starých Tatarů; student lékařství; kód letiště Picayune. - **4.** Mladé slepice; český bavič; ruské mužské jméno; předložka. - **5.** Umlácení; iniciály malíře Lhotáka; patřící Leovi; značka mýdla. - **6.** Výsměšné dílo; citoslovce kuřecího pípání; neztráčet. - **7.** Taková (nářečně); patřící hokejistovi Libovi; vézt na trakaři (nářečně). - **8.** Spojka; srbské město ležící na řece Dunaj; poschodí. - **9.** Plod hrachu; nepodlehnutí; chemická značka thallia. - **10.** Domácky Miranda; nepatrné částky; obkladek. - **11.** Odvolání; slovensky „Irové“; mívát sny. - **12.** Vojenské úkryty; grafická díla; solmizační slabika; málo. - **13.** Papuánské sídlo; těžce tvořit; obyvatel Korsiky (básnický); sídlo v Indii. - **14.** Anglicky „mravenec“; zasypat sněhem; patnáct kusů; tvoje. - **15. 1. díl tajenky;** **7. díl tajenky.** - **16.** Pokrýt osivem; Seveřan; plavidla.

Pomůcka: ant, Asop, lonž, Milen, Mosa, PCU.

V Tempus medicorum 3/2010 tajenka skrývala citát Emila Du Bois-Reymonda: **Kdyby železo, které je vázáno v krvi jednoho člověka, mohlo nabýt pevné formy, udělali bychom z toho sotva pleťací jehlici.** Knihu **Vražedné dědictví** autorky Lindy Fairsteinové získává desítkou vylosovaných: **Jan Bedrna, CSc., Hradec Králové; Václav Holub, Praha 10; Jana Hrobařová, Jihlava; Vladimír Jouda, Rokycany; Jaroslava Kraftová, Petřvald; Ivana Mášová, Příbram 8; Miloš Rund, Jablonec nad Nisou; Jarmila Slaninová, Kardašova Řečice; Lenka Vávrová, Praha 5; Jiří Zikmund, Pardubice 6.**

Na správné řešení tajenky z čísla 4/2010 čekáme na adrese recepc@clkr.cz do **15. května 2010.** Hodně štěstí!

Obsah

Helicobacter pylori – současný stav..... 1	Evropská komise vydala rozhodnutí o pozastavení uvádění léčivých přípravků obsahujících sibutramin na trh..... 4
--	--

HELICOBACTER PYLORI – SOUČASNÝ STAV

1. část

Objev infekce *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) byl jistě převratný, v éře molekulární biologie překvapivý, a k jeho definitivnímu uznání bylo potřeba několika let. Sám objev ukazuje na neustálou potřebu vidění za hranice uznávaných tezí a paradigmat, kterých je i dnes v medicíně jistě velké množství.

Zcela oprávněně byla 10. prosince 2005 udělena oběma objevitelům *H. pylori* (Marshall, Warren) Nobelova cena.

Před deseti-patnácti lety bylo téma infekce *H. pylori* v popředí zájmu nejen gastroenterologů, ale i farmaceutických firem. Většina vědeckých prací byla věnována bakteriologii, molekulární biologii, genetice a klinickému významu infekce. Díky tomu byl kompletně popsán genom bakterie, zhodnocena její úloha v patogenezi určitých onemocnění, stanoveny více či méně kontroverzní indikace léčby a doporučeny i neúčinnější léčebné kombinace.

Tyto závěry se v posledních letech, kdy zájem o tuto problematiku významně opadl, příliš nezměnily. Mezitím se „top“ tématem stala problematika nespecifických zánětů střevních a refluxní choroby jícnu. Dá se s určitou mírou tolerance říci, že doporučení platná v roce 2000 jsou platná i dnes.

H. pylori je významným faktorem u vředové choroby, gastritidy, MALT-lymfomu, karcinomu žaludku (intestinální typ). Nebyla jednoznačně potvrzena souvislost mezi funkční dyspepsií a infekcí; u pacientů s funkční dyspepsií nespíše nehraje infekce *H. pylori* žádnou roli. Nebyla prokázána žádná souvislost mezi různými extradiagnostivními chorobami, jako např. idiopatická trombocytopenická purpura či kopřivka.

Problém do budoucna představuje vzrůstající rezistence bakterie na antibiotika. Ta se liší region od regionu a tento parametr je třeba pravidelně sledovat a podle výsledků měnit lokální doporučení k léčbě infekce.

Během let 1997-2007 byly publikovány výsledky tří Maastrichtských „konsensus“ konferencí, které jsou obecně přijímány nejenom v Evropě, ale i jinde ve světě. Hlavním cílem konsensu bylo stanovit indikace k léčbě a doporučit léčbu samotnou. Nicméně i tyto konference jsou konsensuální, tj. v různých otázkách existují více či méně odlišné pohledy. To má za následek odlišnost konsensu Maastrichtského (v současnosti je aktuální konsensus č. III^{1/}) od mnohých konsensů národních. I díky tomu je pak přístup k infekci v klinické praxi individualizován.

Epidemiologie

Výskyt *H. pylori* se celosvětově snižuje. Ve vyspělých zemích je prevalence pod 20 %, v rozvojových zemích je naopak vysoká a přesahuje 80 %. V České republice je prevalence infekce 41,9 % u mužů a 41,4 % u žen^{2/}. Se vzrůstajícím

věkem je podle očekávání prevalence infekce větší a i u nás její výskyt závisí na kvalitě hygienických a socio-ekonomických faktorů.

Diagnostika

Diagnostické testy se dělí na **invazivní** (k diagnostice je nutné odebrat biotické vzorky žaludeční sliznice při endoskopickém vyšetření) a **neinvazivní** (endoskopické vyšetření není nutné). K invazivním testům řadíme histologické vyšetření, rychlý ureázový test, kultivaci a molekulární metody. K neinvazivním testům patří vyšetření sérologické, detekce metabolitů hydrolýzy urey ve vydechaném vzduchu a detekce antigenu *H. pylori* ve stolici. Žádný z testů však není stoprocentně senzitivní ani specifický, proto se doporučuje infekci *H. pylori* diagnostikovat alespoň dvěma metodami. Výťažnost všech testů je negativně ovlivněna léčbou antibiotiky nebo léky blokujícími sekreci žaludeční kyseliny a konkrétní výběr závisí na dané klinické situaci a zkušenostech pracoviště.

Neinvazivní metody

Neinvazivní testy se nejčastěji indikují v následujících dvou situacích:

1. Průkaz infekce *H. pylori* u pacientů mladších než 45 let s dyspepsií horního typu při absenci tzv. alarmujících příznaků (anémie, váhový úbytek aj.), přičemž se předpokládá, že při pozitivním nálezu bude následovat eradikace infekce. Jedná se zde o tzv. „test and treat“ strategii, která se bez endoskopického vyšetření vnímá v naší zemi jako nevhodný postup.
2. K ověření úspěšné eradikační léčby, není-li indikováno kontrolní endoskopické vyšetření.

U nás se však vzhledem k relativně nízké dostupnosti těchto testů a nízké ceně endoskopického vyšetření často kontroluje úspěch eradikace testy invazivními, nebo se výsledek eradikační léčby neověřuje vůbec.

Výsledky neinvazivních testů (zvláště dechového testu a vyšetření antigenu ve stolici) mohou být významně ovlivněny současnou léčbou. Při léčbě antibiotiky, bismutem či léky inhibujícími žaludeční sekreci jsou tyto testy velmi často falešně negativní, neboť tlumí aktivitu *H. pylori*, přičemž aktivní metabolismus bakterie je pro test klíčový. Proto by se podávání těchto léků mělo před provedením uvedených testů s dostatečným předstihem přerušit.

Vyšetření sérologické

Vyšetření protilátek neurčuje aktuální stav infekce, protože případná pozitivita přetrvává i několik let po úspěšné léčbě.

Sérologické vyšetření je zejména vhodné pro epidemiologické studie. Nelze je použít ke kontrole úspěchu eradikační léčby, neboť pokles hladiny protilátek je pozvolný (k významnému poklesu hladiny protilátek dochází během 6-12 měsíců, k úplné negativizaci nemusí dojít ani po dvou letech).

Průkaz antigenu *H. pylori* ve stolici

Průkaz antigenu *H. pylori* ve stolici metodou ELISA patří mezi nové komerčně dostupné diagnostické testy. Při stanovení antigenu se užívá polyklonální protilátky proti *H. pylori*. Senzitivita a specifita této metody dosahuje (průměr z mnoha studií) 94 a 91 %, což jsou hodnoty srovnatelné s výsledky dechových testů^{3/}. Stejně dobrých výsledků se dosáhlo i při kontrole úspěchu eradikace u dospělých a metoda se osvědčila i u dětí. Vyšetření antigenu ve stolici se stalo rovnocennou alternativou k dechovému testu. Jeho provedení je lehké, rychlé a pacienty téměř vůbec nezatěžuje. Oproti dechovému testu je levnější, můžeme je provádět kdekoli, kde je dostupné vyšetření ELISA. Srovnání senzitivity a specifity této metody se standardním dechovým testem znázorňuje tabulka 1^{3/}. Oba dva testy jsou srovnatelně přesné, stanovení antigenu ve stolici však mělo po eradikaci bakterie větší senzitivitu než dechový test.

Stolice se může před provedením testu uchovat při teplotě 2-8 °C maximálně tři dny, při teplotě -20 °C je možné její skladování bez omezení. Vzorky stolice lze proto zpracovat až po nahromadění jejich většího počtu, což je výhodné zejména v menších centrech. Podávání některých léků (inhibitor protonové pumpy - IPP, bismut, antibiotika) by se mělo 4 – 6 týdnů před provedením tohoto vyšetření přerušit.

Tabulka 1. Výsledky prospektivní evropské studie – srovnání specifity a senzitivity dechového testu a stanovení antigenu ve stolici^{3/}

	Před eradikací (n=501)		Po eradikaci (n=133)	
	HpSA	¹³ C UBT	HpSA	¹³ C UBT
Senzitivita	94.3%	91.8%	92.3%	88.5%
Specifita	91.8%	97.7%	96.2%	99.4%

HpSA= stanovení antigenu ve stolici; ¹³C UBT= dechový test

Dechový test

Dechový test je globálním (tj. posuzujícím přítomnost *H. pylori* v celé sliznici žaludku na rozdíl od testů „neglobálních“ při odebrání biopsických vzorků) neinvazivním testem s nejvyšší specificitou a senzitivitou. Spolu s vyšetřením antigenu ve stolici je metodou první volby k primární diagnostice *H. pylori*, není-li indikované endoskopické vyšetření. Oba testy jsou nejvýhodnější ke kontrole úspěchu eradikační léčby, a to i u pacientů s nekomplikovaným vředem duodena, kdy endoskopickou kontrolu nepovažujeme za nutnou. Dechový test je však na rozdíl od stanovení antigenu *H. pylori* ve stolici déle v klinické praxi a jsou s ním tudíž větší zkušenosti.

Jelikož test může být falešně negativní 4 – 6 týdnů po jakémkoliv léčbě antibiotiky, inhibitory žaludeční sekrece nebo bismutem, doporučuje se jej provádět minimálně s čtyřtýdenním odstupem.

Princip dechového testu je založen na rozložení orálně podané močoviny ureázou na amoniak a oxid uhličitý. Pokud infikovanému pacientovi podáme močovinu se značeným izotopem uhlíku (neradioaktivní ¹³C), dojde k jejímu rozložení na oxid uhličitý a amoniak. Ve vydechaném vzduchu lze pak detekovat oxid uhličitý s užitým izotopem uhlíku. Při analýze vydechaného vzduchu se měří poměr mezi značeným a přírodním izotopem uhlíku (tento poměr se značí δCO_2). δCO_2 se stanovuje před podáním urey a 30 minut po jejím podání. Rozdíl těchto dvou hodnot určuje „ δ rozdíl („excess“),“ přičemž poměr na počátku je definován jako nulová hodnota. Pokud je rozdíl obou hodnot (čili δ rozdíl) větší než 5 promile, test je považován za pozitivní.

Senzitivita dechového testu je 95 % a jeho specifita se pohybuje kolem 96 %, jeho nevýhodou je relativně vysoká cena^{4/}. Test je možné provést v kterékoliv ordinaci a zkumavky následně poslat poštou na místo konečné analýzy. Je škoda, že se dechový test, jinak hojně používaný v zahraničí, u nás užívá relativně málo.

Mimo možnost odesílat zkumavky k hodnocení hmotovým spektrometrem je možné používat i jiné principy dechových testů (např. infračervený analyzátor). Jeho výhodou je přijatelná cena, nevýhodou nutnost provádění testu v místě umístění analyzátoru (nafukují se velké pytle vzduchu, které nelze, na rozdíl od zkumavek, odesílat poštou).

Praktické poznámky k dechovému testu

a. Provedení testu

Realizace dechového testu je jednoduchá, přesto existují nejrozličnější modifikace jeho provedení. Krátce zde zmíníme tzv. Evropský standardní protokol^{5/}.

1. Pacient by neměl dvě hodiny před testem jíst a kouřit. Odebírají se dva až tři vzorky vydechaného vzduchu do zkumavky s použitím plastického brčka. Je důležité, aby se ve zkumavce zachytil vzduch z konečné fáze vydechnutí. Zkumavku je třeba po vydechnutí ihned uzavřít vakuovým uzávěrem tak, aby vzduch neunikl. Pacient pak sní nebo vypije testovací pokrm, který zajistí rovnoměrnou distribuci urey v žaludku a navodí optimální aktivitu ureázy *H. pylori*. Těsně před, či spolu s testovacím pokrmem, nebo až 10 minut po jeho požití spolkně pacient 100 mg (děti poloviční dávku) urey značené izotopem ¹³C. Urea je dnes dostupná i v tabletové formě.
2. Po třiceti minutách pacient vyfoukne vzduch do dalších dvou až tří zkumavek, které se pak odesílají do laboratoře k další analýze.

Množství užívané urey, testovací pokrm, čas odběru vzorků patří mezi faktory, které mohou významně ovlivnit výsledek vyšetření; je proto žádoucí, aby se test prováděl v laboratořích se zaškoleným personálem.

b. Vliv různých léků na výsledek testu

Léčba s IPP, a to i krátkodobá, vede k útlumu aktivity *H. pylori* (bez toho, že by bakterie byla eliminována či dokonce eradikována). Stejný efekt má i léčba antibiotiky a bismutovými preparáty. Test se proto provádí alespoň 4, lépe 6 týdnů po skončení léčby se všemi výše uvedenými léky; jiné léky, které mohou interferovat s aktivitou ureázy (H₂-antagonisté, pirenzepin, antacida), je doporučeno vysadit 5 dní před provedením testu.

Invazivní metody

K většině invazivních metod průkazu infekce *H. pylori* je nutné provedení endoskopického vyšetření s odběrem vzorků sliznice žaludku.

Histologické vyšetření

Histologické vyšetření patří mezi nejčastěji užívané diagnostické metody. Doporučuje se odebrat alespoň dva vzorky z antra a dva z těla žaludku. Výhodou histologického vyšetření je současné zhodnocení aktivity zánětu a posouzení přítomnosti případných změn sliznice žaludku, jako jsou atrofie nebo intestinální metaplázie. *H. pylori* je dobře patrný na povrchu epitelových buněk jako spirální mikroorganismus. Při barvení vzorků se dříve užívalo stříbření (metoda Warthin-Starry), nyní se dává přednost modifikované metodě barvení dle Giemsa se senzitivitou kolem 90 %. Nověji se užívá barvení dle Genty, jehož výhodou je i kvalitní zobrazení okolní tkáně. *H. pylori* je však patrný i v běžném barvení hematoxylin-eosin. Senzitivita i specifita histologického vyšetření je asi 90 % a závisí na typu barvení.

K dosažení co nejlepších výsledků histologického vyšetření se doporučuje:

1. Pokud se žádá diagnostika *H. pylori*, patolog by měl užít speciálního barvení.
2. Při léčbě protonovými inhibitory dochází k přesunu *H. pylori* z antra do těla a fundu žaludku, je tedy nezbytné odebrat větší počet vzorků ze všech oblastí žaludku.
3. V případě, že v biopsiích zachytíme atrofii nebo intestinální metaplázii, *H. pylori* nebývá přítomen. Je proto nutné odběr opakovat nebo provést neinvazivní test.

Rychlý ureázový test

Rychlé ureázové testy jsou velmi rozšířené. Jsou levné, relativně spolehlivé a výsledek můžeme obdržet během několika minut až hodin bez toho, abychom odesílali jakékoliv vzorky do laboratoře.

Princip testu spočívá ve změně zbarvení pH-citlivého indikátoru při rozkladu močoviny na amoniak a oxid uhličitý (tato reakce probíhá pouze za přítomnosti ureázy u infikovaných osob). Amoniak totiž způsobí zvýšení pH s následným fialovým či červeným zbarvením indikátoru, kterým je zpravidla fenolová červeň.

K tomuto vyšetření se odebírají jedna, nebo raději dvě biopsie

(z antra a těla), které se umístí do předem připravených platíček nebo malých zkumavek s tekutým či polotekutým médiem. U některých pacientů je test pozitivní během několika málo minut. Vyšetření lze prohlásit definitivně za negativní, pokud nedojde ke změně barvy do 24 hodin. Pokud je pacient léčen antibiotiky, bismutem nebo IPP, výsledky mohou být falešně negativní. Senzitivita i specifita rychlého ureázového testu je 90 %, senzitivita se však výrazně snižuje při krvácení do GIT. Senzitivita je také nižší (pouhých 60 %), užívá-li se test ke kontrole výsledku eradikační léčby.

Problémem v naší zemi je používání rychlého ureázového testu jako jediné diagnostické metody. Díky nižší senzitivitě oproti jiným testům je při této strategii velké nebezpečí falešně negativních výsledků.

Kultivační vyšetření

Kultivační vyšetření je náročnou a drahou metodou, a proto se k základní diagnostice *H. pylori* rutinně neuvžívá. V klinické praxi je používáme k vyšetření senzitivity a rezistence *H. pylori* na antibiotika. Tato vyšetření provádíme u pacientů při selhání jedné či spíše dvou eradikačních kúr. Výskyt rezistence na antibiotika by se měl pravidelně sledovat v každém regionu.

Indikace léčby *H. pylori*

Indikace lze rozdělit na absolutní, kdy je léčba infekce jednoznačně indikovaná a její prospěch byl jednoznačně prokázán, relativní, kdy je léčba doporučena a prospěch z léčby lze očekávat, ale nebyl jednoznačně prokázán, a kontroverzní, kdy podle našeho názoru léčba nutná není a její přínos nebyl prokázán ve smyslu „evidence based medicine“.

Přesto je zvykem mnohých lékařů eradikační léčbu podat i u pacientů s kontroverzní indikací a dokonce jsou i lékaři, kteří podávají eradikační léčbu vždy, kdy je infekce prokázána. Jaký je pak argument k tomuto, u nás nedoporučovanému, ale praktikovanému přístupu? Jednak karcinogenní potenciál *H. pylori*, byť nebyl jednoznačně prokázán preventivní efekt eradikace na vznik žaludeční rakoviny. Dalším argumentem je nelehká komunikace s infikovaným pacientem, kterak mu vysvětlit nepodání eradikační léčby. Nakonec je to i inspirace některými světovými pracovišti (např. pracoviště prof. Malferteinera v Magdeburgu), která uvedenou praxi eradikace všech pozitivních pacientů praktikují.

Tabulka 2. Indikace k léčbě *Helicobacter pylori*

Indikace absolutní	Indikace relativní	Indikace kontroverzní
<ul style="list-style-type: none"> • Vřed žaludeční či duodenální • Peptický vřed v anamnéze • Erozivní duodenitida • MALT-lymfom • Stav po resekcii pro žaludeční karcinom • Hyperplastické polypy žaludku • Gastritida s obrovskými řasami (M. Ménétière) s exudativní gastropatíí 	<ul style="list-style-type: none"> • Pozitivní rodinná anamnéza karcinomu žaludku • Rodinná anamnéza vředové choroby • Stav po operaci žaludku pro benigní chorobu • Atrofická gastritida a intestinální metaplázie • Erozivní gastritida • Užívání či gastropatie z nesteroidních antirevmatik • Jaterní cirhóza 	<ul style="list-style-type: none"> • Asymptomatický pacient • Dlouhodobá léčba blokátory protonové pumpy • Prevence žaludeční rakoviny • Funkční dyspepsie • Zollinger-Ellisonův syndrom • Extradigestivní choroby: ICHS, chronická urtika, hypertenze atd.

ICHS = ischemická choroba srdeční

Negativní účinky eradikace

Nelze jednak nezmínit ekonomické důvody, zvláště bez prokázání přínosu eradikace u některých stavů (např. funkční dyspepsie, extradiagnostivní choroby). Připomeňme, že většína infikovaných pacientů nikdy (alespoň v Evropě) žádnou nemocí žaludku ne onemocní. Naopak, mnohé farmaceutické koncerny vyvíjejí přímý i nepřímý tlak k masové eradikaci, důvody těchto tlaků jsou zřejmé, vždyť touto infekcí je infikováno několik miliard lidí.

Problémem je vzrůstající rezistence na antibiotika, zvláště na metronidazol a klarithromycin (nejen *H. pylori*, ale i jiných bakterií). Dalším negativním jevem může být riziko vzniku refluxní ezofagitidy po léčbě *H. pylori* (které se vysvětluje zvýšenou sekrecí kyseliny po eradikaci u pacientů s gastritidou v těle žaludku), byť několik studií toto riziko neprokázalo a ani Maastrichtský konsensus je neakceptuje^{1,6/}. Ne nevýznamné jsou nežádoucí účinky léčby samotné. V neposlední řadě může dojít ke snížení účinnosti inhibitorů žaludeční sekrece (u infikovaných pacientů je omeprazol více účinný než u stejných pacientů po eradikaci). V naší zemi je doporučována eradikace u pacientů s absolutní nebo relativní indikací a individuální přístup u pacientů s indikacemi kontroverzními.

Poznámky k některým indikacím léčby infekce *H. pylori*

1. **Refluxní choroba jícnu (RCHJ):** Samotná diagnóza není indikací k eradikaci, ta je samozřejmě indikována u současného výskytu vředové choroby. Nelze nezmínit metaanalýzy mnohých studií ukazující inverzní vztah mezi infekcí a refluxní chorobou jícnu. V České republice není

doporučována eradikace infikovaných pacientů s RCHJ při dlouhodobé léčbě inhibitory protonové pumpy. Tato eradikace je doporučena v Maastrichtském konsensu, avšak ve většině randomizovaných studií nebylo potvrzeno riziko progresu atrofické gastritidy při takové léčbě. Naopak, eradikace může snížit účinnost inhibitorů protonové pumpy.

2. **Funkční dyspepsie:** Není prokázán benefit této léčby u pacientů s funkční dyspepsií^{7/}, byť v Maastrichtském konsensu je tato indikace doporučena. České standardy eradikace neindikují. Vhodné je zařazení této jednotky do indikací kontroverzních s nutností individuálního přístupu.
3. **Sideropenická anémie bez prokázané příčiny:** Tato indikace doporučena Maastrichtským konsensem není doporučenou indikací v České republice.
4. **Chronická idiopatická trombocytopenická purpura:** Maastrichtský konsensus eradikaci doporučuje, v České republice se tato jednotka řadí mezi indikace kontroverzní.
5. **Léčba nesteroidními antirevmatiky:** Nesteroidní antirevmatika a *H. pylori* jsou nezávislé rizikové faktory peptického vředu. Eradikace sama o sobě je méně účinným preventivním opatřením ve srovnání s podáváním IPP. Eradikaci (a tudíž testování na přítomnost na *H. pylori*) lze doporučit u pacientů s rizikem vzniku vředu (lidé starší 60 let, současná antikoagulace či současné podávání steroidů).
6. **Cirhóza jater:** Pacienti s cirhózou jater mají velké riziko peptické ulcerace, z tohoto důvodu je „preventivní“ eradikace vhodná.

EVROPSKÁ KOMISE VYDALA ROZHODNUTÍ O POZASTAVENÍ UVÁDĚNÍ LÉČIVÝCH PŘÍPRAVKŮ OBSAHUJÍCÍCH SIBUTRAMIN NA TRH

Evropská komise vydala dne 3.3.2010 rozhodnutí o registraci humánních léčivých přípravků, které obsahují účinnou látku sibutramin, ve kterém uvedla, že členské státy pozastaví na základě vědeckých závěrů uvedených v příloze II rozhodnutí uvádění léčivých přípravků obsahujících sibutramin na trh. Rozhodnutí Evropské komise je vydáno v návaznosti na předcházející doporučení Výboru pro humánní léčivé přípravky (CHMP) Evropské lékové agentury (EMA) ze dne 20.1.2010. V České republice se toto opatření týká léčivých přípravků **Meridia, Sibutramin Sandoz, Sibutramin – Teva a Lindaxa.**

Státní ústav pro kontrolu léčiv zahájil v souladu s ustanovením § 13 odst. 2 písm. c) bod 1. zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, správní řízení o pozastavení uvádění léčiva do oběhu. Do doby přijetí konečných opatření ze strany Evropské komise nebudou tyto léčivé přípravky uváděny na trh v České republice. Předpokládá se, že opatření zůstane v platnosti, dokud držitelé rozhodnutí o registraci neposkytnou data, která budou dostatečná pro označení skupiny pacientů, pro kterou přínosy podání sibutraminu jasně převáží jeho rizika.

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. Lyer, Sante; MUDr. Jitka Patočková, PhD., Ústav farmakologie 3. LF UK; Doc. MUDr. B. Seifert, PhD., 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