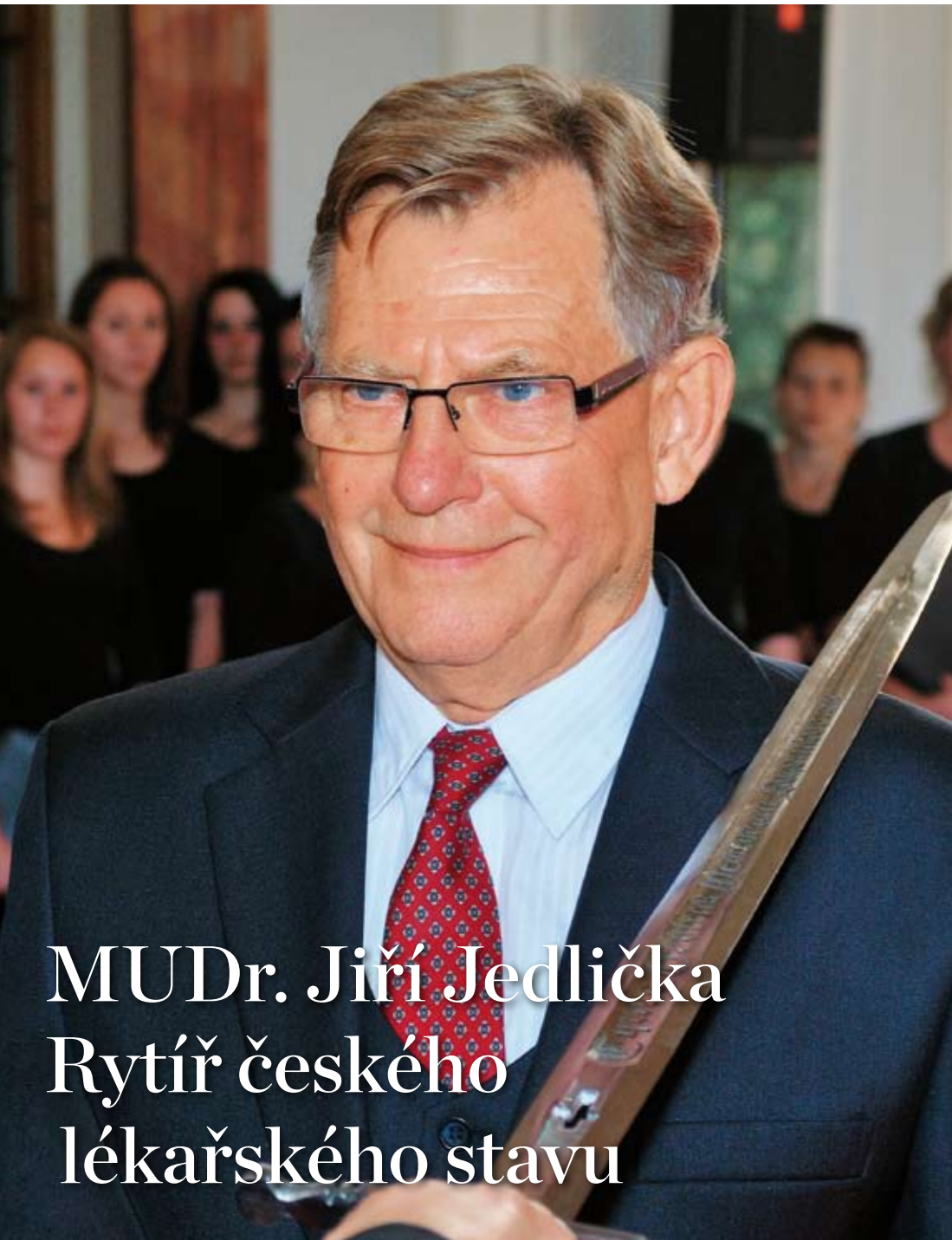




# TEMPUS MEDICORUM

6/2011  
ROČNÍK 20

ČASOPIS ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY



MUDr. Jiří Jedlička  
Rytíř českého  
lékařského stavu

## V TOMTO ČÍSLE:

Česká lékařská komora oslavila 20 let novodobé existence

Slavnosti v Břevnovském klášteře se zúčastnili vrcholní představitelé evropských zdravotnických organizací a komor

Evropští lékaři oceňují akci „Děkujeme, odcházíme“

Důvěra lékařů v ČLK už několik let roste

Sebeobrana lékařů proti špatné reformě zdravotnictví

Inzerce A111005970

110. výročí založení společnosti

Farmaceutická společnost s globální působností

110 let zkušeností v originálních výzkumech, vývoji a výrobě léků

Kvalitní terapie po generacích od roku 1901

Moderní léčba ve více než 100 zemích



RICHTER GEDEON  
110 let tradice

MF mediREPORT

Edukační a inzertní příloha časopisu Tempus medicorum



## OBSAH

<b>20 LET ČLK</b>	<b>4-17</b>
Profesní lékařská samospráva oslavila jubileum Oslavy 20 let ČLK proběhly v Břevnovském klášteře, zúčastnili se i zahraniční hosté v čele s předsedou CPME Konstantem Radziwillem Průřez historií ČLK a sdružování lékařů v českých zemích Ohlédnutí prvního prezidenta ČLK prof. Štejfy	
<b>RYTÍŘ ČESKÉHO LÉKAŘSKÉHO STAVU</b>	<b>18-19</b>
Jiří Jedlička pasován Rytířem českého lékařského stavu	
<b>ČINNOST ČLK</b>	<b>20</b>
Evropská lékařská komunita oceňuje akci "Děkujeme, odcházejme"	
<b>INZERTNÍ PŘÍLOHA MEDIREPORT</b>	<b>21-36</b>
<b>PŘÍLOHA FI</b>	
<b>20 LET ČLK</b>	<b>37-39</b>
Česká lékařská komora dnes	
<b>VÝZKUM</b>	<b>40-42</b>
Důvěra lékařů v ČLK již několik let roste	
<b>NÁZORY</b>	<b>43-45</b>
Čeká komoru útok politiků na povinné členství?	
<b>REFORMA ZDRAVOTNICTVÍ</b>	<b>46-47</b>
Sebeobrana lékařů proti špatné reformě	
<b>PŘÁVNÍ PORADNA</b>	<b>48-49</b>
Zneužití dítěte – hlásit, či nehlásit? I bez úhradového dodatku zůstává smlouva platnou Soud odmítl žalobu MUDr. Stránského proti ČLK	
<b>SERVIS</b>	<b>51-54</b>
Vzdělávací kurzy ČLK Inzerce Křížovka	

**MĚSÍČNÍK TEMPUS MEDICORUM**

**Vydává:** Česká lékařská komora, Dolní nám. 38, 771 00 Olomouc  
**Registr. číslo MK ČR** 6582 • **ISSN** 1214-7524 • **IČO** 43965024  
**Adresa redakce:** Časopis ČLK, Lékařská 2, 150 00 Praha 5  
tel. +420 257 217 226 • fax +420 257 220 618 •  
recepce@clkr.cz • www.clkr.cz  
**Šéfredaktor:** MUDr. Milan Kubek  
**Redakční zpracování:** EV public relations, s. r. o., Praha  
**Odpovědná redaktorka:** PhDr. Blanka Rokosová  
**Odpovědná redaktorka přílohy MF mediREPORT:**  
MUDr. Andrea Skálová  
**Příjem příspěvků:** blanka.rokosova@ev-pr.cz  
**Pro Českou lékařskou komoru připravuje:** Mladá fronta a. s.  
**Grafická úprava, sazba:** Karolína Hejná, Petra Tejnická, Pavla Ortová  
**Art Director:** Petr Honzátko  
**Marketing:** Hana Holková, DiS., tel. 225 347 257,  
e-mail: holkova@mfcz  
**Inzerce:** fax 225 276 444,  
Jiřina Hollá, mob. 724 561 805, e-mail: holla@mfcz,  
Monika Reindlová, mob. 724 726 726, e-mail: reindlova@mfcz  
**Redakční distribuce:**  
Soňa Štarhová, tel. 225 276 252, e-mail: starhova@mfcz  
**Tisk:** EUROPRINT, a. s.  
**Uzávěrka čísla 6:** 8. 6. 2011 • **Vyšlo:** 13. 6. 2011  
**Podávání novinových zásilek povoleno:** Česká pošta, s. p.,  
odštěpný závod Praha, čj. nov. 6139/96 ze dne 22. 11. 1996  
**Distribuce:** Česká pošta, s. p., Postservis OZ Přeprava  
**Předplatné pro nečleny ČLK 300 Kč/rok** (přijímá redakce)  
Příspěvky se nemusejí shodovat se stanoviskem redakce.  
Ta si současně vyhrazuje právo na redakční úpravu textů.  
Řádková 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.

## Tradice a kontinuita



Tradice spolkového života lékařů českých sice sahá až hluboko do 60. let 19. století a Česká lékařská komora byla založena již v roce 1894, avšak kontinuitu vývoje naší profesní samosprávy přerušila nejprve nacistická okupace, která zbavila komoru nezávislosti, aby ji jiná, tentokrát komunistická diktatura v roce 1950 zlikvidovala úplně. Stalo se tak přízračně nezákonným způsobem, tedy pouhým výnosem tehdejšího ministra zdravotnictví. Komoře tak stát ukradl nejenom majetek, ale likvidační archivu nás připravil i o značnou část její historie. Lékaře obral nejenom o jejich praxe, ale připravil je rovněž o jedinou instituci, která je mohla proti státní mašinerii hájit. Země zdvořčila, lékaři byli pauperizováni, přirozené hodnoty přestaly platit. Čtyřicet let komunistické diktatury narušilo kontinuitu rozvoje této země i vývoje naší společnosti.

Česká lékařská komora se od svého obnovení v roce 1991 snaží navázat na tradiční hodnoty, které respektovali naši předchůdci. Hledáme své kořeny, snažíme se vybudovat nové tradice. Proto volíme rytíře lékařského stavu, proto oceňujeme lékaře školitele, proto jsme založili fond na podporu mladých lékařů, proto pořádáme plesy, vánoční koncerty a další společenské akce. Návrat k normálu však vůbec není něčím jednoduchým a samozřejmým. Ideologie násilného kolektivismu byla totiž po roce 1989 vystřídaná ideologií přepjatého individualismu hraničícího se sobectvím. Naše společnost provedla velký skok z reálného socialismu do primitivního kapitalismu konce devatenáctého století maskovaného kulisami moderní doby informačních technologií, přičemž řadě našich spoluobčanů, včetně vládnoucích politiků, zůstala hluboko pod kůží zadřená komunistická ideologie.

Profesní samospráva, zřízená zákonem, se především snaží plnit svoji úlohu garanta kvality a strážce etiky výkonu lékařského povolání, přičemž brání autonomii lékařů v jejich rozhodování o způsobu léčby pacientů a hájí profesní zájmy svých členů tak, abychom my lékaři v zájmu našich pacientů měli co nejlepší podmínky k výkonu svého povolání. V realitě všedního dne se tak stále znovu a znovu dostáváme do křížku se státem a zdravotními pojišťovnami, a pokud se nezapovíráme svým povinnostem, pak se i v budoucnu budeme dostávat do sporů s politiky, kteří se snaží z nejruznějších důvodů snižovat kvalitu, dostupnost a bezpečnost lékařské péče.

Dvacáté výročí své obnovy Česká lékařská komora připomenula 19. května 2011 oslavou ve starobylých prostorách Břevnovského klášteře za účasti nejen předsedy Senátu ČR a druhého nejvyššího ústavního činitele naší země pana Milana Štěcha, ale i dalších současných a minulých

politiků. Aktivní účast představitelů nejvýznamnějších evropských lékařských organizací i prezidentů partnerských lékařských komor podtrhla význam České lékařské komory a ostře kontrastovala s neúčastí ministra zdravotnictví Hegera, který navzdory opakovaným slibům nepřišel a svůj postoj k lékařům a jejich profesní samosprávě demonstroval tím, že se ani neobtěžoval svoji neúčast alespoň nějak omluvit.

Pro všechny účastníky slavnosti bylo naopak potěšením vyslechnout si projev prvního prezidenta obnovené komory profesora Štejfy, který svoji aktivní účastí ukázal nejenom svoji fyzickou a duševní svěžest, ale prokázal i respekt ke společnému dílu, na jehož počátku stál právě on. Obtížně pochopitelnou naopak zůstala neúčast dalších dvou polistopadových prezidentů Svobody a Ratha, kteří se jako politici dnes od ČLK distancují, přestože v minulosti v jejím čele také oni vykonali pro lékařský stav hodně prospěšného. A já bych jim chtěl, když už mi nedali tu možnost učinit tak slavnostnějším způsobem, tedy alespoň touto cestou, obdobně jako profesor Štejfovi a ostatním bývalým i současným komorovým funkcionářům, jménem lékařů poděkovat.

Komora od počátku své existence musí bojovat s politiky o kompetence, které nezbytně potřebuje k plnění svých úkolů. Tento zápas přináší vítězství i ztráty, ale občas i komické, či možná tragikomické situace, když se politická reprezentace křičově snaží najít kohokoli jiného místo komory, na koho by přenesla činnosti, které nedokáže sama zajistit. Příklady z poslední doby mohou být nápad převést organizaci specializačního vzdělávání na lékařské fakulty, tvorbu úhradových standardů na odborné společnosti či změny v seznamu výkonů prováděné komerčními subjekty. Úspěšnost komory v tomto nekončícím zápase je stále úzce svázána se vztahem lékařů k ní.

Postoj lékařů ke komoře prodělal v uplynulých dvaceti letech dynamický vývoj. Od nekritických očekávání spojených na počátku s obnovenou komorou se její autorita v očích lékařů postupně propadala až na historické minimum v krizovém roce 2005. Po stabilizaci v roce následujícím pak navzdory opakujícím se politickým útokům autorita komory v očích lékařů trvale roste. Stále více kolegů porozumělo úloze profesní samosprávy a stále více lékařů napříč všemi odbornostmi a bez ohledu na to, zda pracují jako zaměstnanci či provozují vlastní lékařskou praxi, chápe důležitost komory. Skutečnost, že se Česká lékařská komora dnes, podle nezávislého průzkumu, těší mezi lékaři historicky nejvyšší podpoře, všechny její funkcionáře i zaměstnance těší a zároveň zavazuje k tomu, abychom pro rozvoj české medicíny a ku prospěchu lékařů i jejich pacientů pracovali ještě tvrději než dosud.

Milan Kubek



Oslav 20. výročí obnovené ČLK se zúčastnil také její první prezident profesor Miloš Štejfa. Na snímku s viceprezidentem ČLK Zdeňkem Mrozkem.

## Profesní lékařská samospráva oslavila jubileum

**Před dvaceti lety, dne 8. května 1991, přijala tehdejší Česká národní rada zákon o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře. Po čtyřiceti letech totalitního komunistického režimu tak byla obnovena profesní lékařská samospráva, která mohla alespoň ideově, když už jí veškerý majetek ukradl stát, navázat na tradice lékařských komor vznikajících na území našeho státu již koncem 19. století.**

Na rozdíl od občanských sdružení, v nichž se na základě dobrovolného členství podle zákona č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů, občané se společným zájmem, Česká lékařská komora jako veřejnoprávní korporace vzniká z vůle státu, který na ni přenáší zákonem část své pravomoci. Je to totiž právě stát, který v zájmu ochrany svých občanů stanoví podmínky nezbytné pro výkon povolání lékaře. A jednou z těchto podmínek je právě i členství v České lékařské komoře.

Naše profesní samospráva organizovaná na principu osobním, tedy podle druhu vykonávaného povolání, je analogií místní samosprávy, která je organizována na principu územním, tedy podle místa bydliště. Obě přitom vycházejí ze společného pravidla subsidiarity, které jako jeden ze základních znaků demokratické společnosti respektuje právo občanů rozhodovat o svých věcech sami, a to na nejnižší možné úrovni. Rozhodnutí demokraticky volených představitelů příslušné komunity totiž bývají zpravidla mnohem kvalifikovanější než zásahy „osvícených“ byrokratů. Obdobně jako obyvatelé určité obce mají přesnější představu o tom, zda potřebují novou školu či novou kanalizaci, tak výkon lékařského povolání nedokáže posuzovat nikdo lépe než samotní lékaři. Stát, který si platíme ze svých daní, by se měl zkrátka starat pouze o to, co si my občané nedokážeme zařídit sami, jinak by se nám měl plést do života pokud možno co nejméně. Tento princip pregnantně vyjádřil šestnáctý prezident Spojených států amerických Abraham Lincoln: „The gover-

ment should only do for people what the people are unable to do for themselves.“

Každý, kdo chce pracovat jako lékař, musí splňovat náročná kvalifikační kritéria a respektovat přísné etické normy. A zatímco v diktaturách dohlíží na lékaře přímo stát, v demokratických zemích tuto funkci přebírá volená profesní samospráva. Politikům, kteří čas od času navrhnou nepovinné členství v České lékařské komoře, neleží na srdci svoboda lékařů. Právě naopak. Těmto politikům leží v žaludku profesní lékařská samospráva, která kvalifikovaně oponuje jejich návrhy a dokáže hájit lékaře i proti vůli státu. Pokud by však lékařská komora svojí pravomocí nedosáhla na všechny lékaře, převzal by zákonitě její disciplinární kompetence stát. Skutečná či domnělá odborná nebo etická pochybení lékařů by pak již neposuzovali jejich kvalifikovaní kolegové, ale politici a byrokrati doplnění případně o nějaké komise složené z pacientských aktivistů.

Obdobně jako místní, tak i profesní samosprávy jsou nedílnou součástí evropské demokratické kultury. Z celkového počtu 27 členských států EU vykonávají v současnosti v 25 z nich profesní dozor právě lékařské samosprávy, které sdružují všechny lékaře, a to buď na základě povinného členství, nebo povinné registrace.

Demokracie, jak jsme se sami mohli přesvědčit, není něco samozřejmého. O její udržení a za její kultivaci je třeba neustále bojovat. Snahy omezovat kompetence profesních samospráv se znovu a znovu objevují v různých státech Evropy. Iniciátory takových útoků bývají politici z extremistické části po-



Lékaře a významné hosty z domova i zahraničí pozdravil předseda Senátu ČR Milan Štěch.



Součástí oslav bylo příjemné vystoupení skupiny Spirituál kvintet.

litického spektra, kteří by rádi mnohovrstevnou společností sebevědomých a přítom navzájem solidárních občanů nahradili masou sobeckých, politickými manipulátory snadno ovladatelných individuí. Podobných populistů a demagogů se musíme střežit a demokracii i své svobody si my občané musíme chránit obdobně, jako lékaři musejí bránit svoji profesní samosprávu, která jako jediná může uhájit naše profesní zájmy.

Česká lékařská komora byla za dvacet let své obnovené existence opakovaně vystavována útokům ze strany těch politiků, kterým demokratické principy nejsou právě vlastní a kteří podléhají pokušení likvidovat oponenty, které nejsou schopni o správnosti svého vidění světa přesvědčit pomocí argumentů. Na podzim 2008 činnost ČLK posuzoval dokonce Ústavní soud ČR a lékařská komora i v této zkoušce obstála, když soudci neshledali povinné členství pro praktikující lékaře v rozporu s ústavou a činnost komory, včetně obhajoby profesní práv a zájmů lékařů, prohlásili za legitimní.

Česká lékařská komora byla sice, tak jako ostatní veřejnoprávní korporace, zřízena zákonem z vůle státu, ale ve své činnosti zůstává již na státní moci zcela nezávislou, když její činnost financují svými příspěvky přímo lékaři. Komora v souladu se zákonem vydává vlastní stavovské předpisy a určuje pravidla pro výkon lékařského povolání prostřednictvím závazných stanovisek a doporučení. Veškerá rozhodnutí komory jsou přítom přezkoumatelná nezávislým soudem. Všichni členové komory mají rovné právo volit a být voleni do všech orgánů komory, které se ve své činnosti řídí demokratickými pravidly.

Angažovanost lékařské komory v otázkách organizace a financování zdravotnictví

slouží politikům jako záminka k útokům na ČLK. Zajištění dostupné, bezpečné a kvalitní zdravotní péče pro občany je nepochybně předmětem veřejného zájmu, tedy problémem politickým, pokud nechápeme politiku jako surový boj o moc, ale jako správu věcí veřejných. Lékařská komora je povinna jednat se všemi představiteli státu bez ohledu na jejich politickou příslušnost, stejně jako musí hájit oprávněné zájmy všech svých členů. Česká lékařská komora zkrátka nemůže být institucí vznášející se mimo realitu českého zdravotnictví, při plnění svých úkolů však musí zůstat přísně nestrannou. Úzké sepětí s jakoukoli politickou stranou by totiž bylo pro profesní samosprávu smrtící. Komora prostě nemůže tancovat tak, jak chtějí někteří politici pískat.



Pozvání na slavnostní shromáždění ČLK přijala řada významných hostů, mimo jiné bývalý premiér a eurokomisař Vladimír Špidla, předseda KDU-ČSL Cyril Svoboda, předseda CPME Konstanty Radziwiłł či prezident Slovenské lékařské komory Milan Dragula (první řada zleva).

### Připomeňme si základní funkce, které musí plnit všechny profesní samosprávy:

1. Vedení registru osob vykonávajících dané svobodné povolání.
2. Garance řádné kvalifikace a osvědčování splnění podmínek pro výkon svobodného povolání, specializovaných činností a vedoucích funkcí, posuzování personálního zabezpečení pro výkon činností.
3. Organizace a odborná garance celoživotního, případně i specializačního vzdělávání.
- Profesní dozor a disciplinární pravomoc vůči všem, kteří vykonávají dané svobodné povolání.
5. Obhajoba profesních zájmů osob vykonávajících svobodné povolání tak, aby měly vytvořeny podmínky pro co nejkvalitnější výkon své profese.

Pokud má Česká lékařská komora plnit úlohu garanta kvality lékařské péče a strážce etiky výkonu lékařského povolání, který hájí profesní zájmy svých členů tak, aby lékaři mohli vykonávat své povolání co možná nejlépe, musí pochopitelně disponovat potřebnými kompetencemi. A právě o získání a udržení kompetencí musí profesní samospráva svádět trvalý zápas s politiky, z nichž většina si nepřeje komoru silnou, ale poslušnou.

Dokud bude Česká lékařská komora, přesně v souladu s dikcí zákona, hájit práva a profesní zájmy svých členů, budou se nepochybně konflikty s politiky opakovat. Autoritu u lékařů si však komora nemůže získat jinak než důslednou obranou jejich práv a zájmů. A pouze komora disponující

potřebnou autoritou mezi lékaři může chránit pacienty před neodborným nebo neetickým výkonem lékařské praxe. Existence silné a nezávislé profesní samosprávy je rovněž jednou z podmínek autonomie lékařského povolání. Lékaři přece nemohou být existenčně závislí na tom, co „uškudlí“ na svých pacientech, ani nesmějí ve svém rozhodování o způsobu léčby konkrétního pacienta podléhat jakýmkoli politickým či ekonomickým tlakům. Profesní nezávislost lékařů je zkrátka velmi důležitá pro bezpečnost pacientů i pro ochranu jejich práv a nezávislá profesní samospráva je tedy užitečná nejenom pro nás lékaře, ale především i pro naše pacienty.

Za dvacet let, které uplynuly od obnovy profesní lékařské samosprávy v českých zemích, vykonali nejenom zaměstnanci komory, ale především stovky dobrovolných funkcionářů, které si my lékaři volíme ze svých řad, obrovský kus práce ku prospěchu pacientů, lékařů a české medicíny. Je pro mne velkou ctí, že se i já mohu na této užitečné práci spolupodílet. Chtěl bych závěrem vyjádřit skromné poděkování všem, kteří se na budování České lékařské komory spolupodíleli a věnovali svůj čas a energii práci pro své kolegy.

**Milan Kubek, prezident ČLK**



**Prezident ČLK Milan Kubek zdůraznil význam existence komory při hájení zájmů lékařů.**



**Zcela zaplněnému historickému sálu připomněl historický vývoj ČLK Pavel Kubíček.**



# Konstanty Radziwill: Dvacet let návratu do normálních poměrů

**S**lavnostní shromáždění u příležitosti dvacetiletého jubilea České lékařské komory proběhlo 19. května t. r. v historických prostorách Břevnovského kláštera benediktinů v Praze. Hosty setkání, které proběhlo ve velmi srdečné atmosféře, byli čelní představitelé mezinárodních i národních lékařských organizací z řady zemí. Z vrcholných ústavních činitelů s projevem vystoupil předseda Senátu ČR Milan Štěch. Ministr zdravotnictví Leoš Heger se oslavy nezúčastnil.

Prezident ČLK Milan Kubek připomněl, že před dvaceti lety, 8. května 1991, přijala tehdejší Česká národní rada zákon o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře. Po čtyřech desítkách let tak mohla být obnovena profesní lékařská samospráva.

Konstanty Radziwill, prezident Stálého výboru evropských lékařů CPME a viceprezident Polské lékařské komory, ve svém vystoupení řekl: „Vážený pane prezidente, vážení hosté, drazí kolegové! Před dvěma

lety jsme oslavili 20. výročí znovuzaložení lékařské komory v Polsku, před rokem jsme to samé oslavili ve Slovenské republice. Čeští lékaři dnes oslavují 20. výročí návratu do normálních poměrů. Nepochybují o tom, že to není jen příležitost lékařů k oslavě. Existence lékařských samospráv ve střední a východní Evropě je paralelou národní nezávislosti a demokracie, je také jedním ze znaků svobody. A tak dnešní svátek by měl být oslavován také českými pacienty. Lékařská samospráva reprezentuje zájmy lékařů, ale je také garantem jejich etického a vysoce profesionálního výkonu ve prospěch všech nemocných a trpících. Jako organizace odpovědných, vysoce vzdělaných odborníků, je také důležitým partnerem pro národní orgány v oblasti zdravotní péče a veřejného zdraví. Jménem evropských národních lékařských organizací sdružených ve Stálém výboru evropských lékařů vám blahopřeji ke všem dosaženým úspěchům a přeji vám mnoho úspěchů do dalších let. Všechno nejlepší!“

Pavel Kubíček seznámil přítomné stručnou a velmi zajímavou formou s historií nejen ČLK, ale i sdružování lékařů v českých zemích vůbec.

(red)



Zleva dole: **Walter Dorner**, prezident Rakouské lékařské komory, **Joao de Deus**, prezident AEMH a člen představenstva Portugalské lékařské komory, **Gordana Kalan Zivcec**, prezidentka Slovinské lékařské komory, **Cornelia Goesmann**, viceprezidentka Německé spolkové lékařské komory. Zleva uprostřed: **Xavier Deau**, viceprezident CEOM a viceprezident Francouzské lékařské komory, **Milan Kubek**, prezident ČLK, **Helena Stehlíková**, předsedkyně Etické komise ČLK, **Maciej Hamankiewicz**, prezident Polské lékařské komory. Zleva nahoře: **Prof. Milan Dragula**, prezident Slovenské lékařské komory, **Zdeněk Mrozek**, viceprezident ČLK, **Konstanty Radziwill**, prezident CPME a viceprezident Polské lékařské komory.

## Historie ČLK a sdružování lékařů v českých zemích



Poslední, 24. sjezd ČLK v roce 2010 v Praze potvrdil ve funkci prezidenta Milana Kubka.

Foto: Michaela Furešlová

zdařil, neboť pozdější žádosti (o časopis) bylo vyhověno rychleji, a již po 11 dnech měli oba redaktoři k dispozici česky psané souhlasné úřední stanovisko a 15. 1. 1862 vyšlo první číslo *Časopisu lékařů českých*.

Půl roku nato byla činnost *Spolku českých lékařů* konečně úředně povolena: **26. června 1862** dalo souhlas jeho císařské veličenstvo František Josef I. (1830–1916) a **2. července** téhož roku vídeňské ministerstvo vnitra zmíněný fakt sdělilo právě touto listinou pražskému místodržitelství. Prvním předsedou *Spolku* byl pak celkem logicky zvolen **prof. Purkyně**. A právě na půdě *Spolku* byl před 135 lety (**15. 5. 1876**) formulován požadavek, aby podle vzoru Německa, Švýcarska a dalších států byla i v zemích Koruny české založena lékařská komora. Iniciátorem požadavku byl dermatolog, epidemiolog a lékařský historik **Vítězslav Janovský (1847–1921)**, který se nedlouho předtím jako první český lékař na pražské univerzitě habilitoval z dějin medicíny a o rok později zde začal česky i německy tento obor přednášet. Vídeňská *Nejvyšší zdravotní rada*, jako poradní orgán říšského zdravotního referenta při ministerstvu vnitra, však dospěla k názoru, že se čeští lékaři musí spokojit pouze s dosud povoleným *Spolkem*.

Na podzim roku **1883** byla zahájena výuka na české lékařské fakultě a o pět let později (**1888**) byla opět z podnětu doktora Janovského založena v Praze *Ústřední jednota českých lékařů v Království českém*, jejímž účelem podle stanov bylo „pěstovati vzájemnost lékařstva českého v otázkách týkajících se stavu lékařského, ...důstojně zastupovati stav lékařský navenek, pěstovati styky osobní a výměnu názorů vědeckých“. Teprve v roce **1891** byl po dlouhých diskusích ve vídeňském parlamentu konečně vydán říšský zákon, na jehož základě byly i v Rakousko-Uhersku postupně zřizovány lékařské komory.

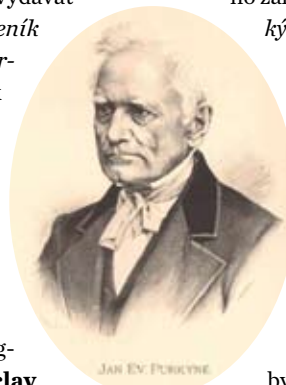
Zatímco lékařské komory pro *Markrabství moravské* se sídlem v Brně a pro vévodství *Horní a Dolní Slezsko* se sídlem v Opavě vznikly už v roce **1893**, v Čechách vyřešilo choulosti-

**C**eská lékařská komora letos slaví dvacetileté jubileum obnovení činnosti. Historie vytváření spolků lékařů je však mnohem bohatší, sahá až do 19. století.

Jednou z největších osobností nejen české medicíny, ale celých našich dějin, je bezesporu **Jan Evangelista Purkyně (1787–1896)**. Dosud nepřekonaný a velmi pravděpodobně i nepřekonatelný lékař a vědec, profesor pražské lékařské fakulty, zakladatel a první přednosta českého *Fyziologického ústavu*, kurátor *Matic české*, vydavatel přírodovědeckého časopisu *Živa*, ředitel *Královské české společnosti nauk*, ředitel první české průmyslové školy, člen *Královské společnosti* v Londýně a akademie věd v Berlíně, Paříži, Petrohradě a Vídni, poslanec *Českého sněmu*, místostarosta *Umělecké besedy*, spoluzakladatel *Hlaholu* a *Sokola*, zapálený propagátor češtiny, jehož jméno je součástí více než 30 pojmů celosvětové biologické a lékařské terminologie: nejznámější jsou *Purkyněovy buňky* mozečku, *Purkyněova vlákna* v myokardu či *Purkyněovy obrázky* a *Purkyněův jev* v oftalmologii.

### Spolek a časopis lékařů

Nikoho proto jistě nepřekvapí, že právě **Purkyně** stál také u zrodu *Spolku českých lékařů* a *Časopisu lékařů českých*, avšak zatímco žádost o povolení *Spolku*, adresovanou **4. 1. 1861** *Veleslavnému c. k. náměstnickému prezidiu* podepsal **Purkyně** spolu s dalšími třinácti lékaři ve věku od 28 do 80 let, další žádost, tentokrát o povolení vydávat *výhradně vědecký čtrnáctideník pro lékaře, ranhojiče a lékárníky*, podepsali téměř o rok později (**14. 12. 1861**) z taktických důvodů (rakouská tajná policie ve svých seznámech podezřelých osob **Jana Evangelistu Purkyně** charakterizovala jako „nepolepšitelného starého muže“) již jen dva lékaři. Těmito signatáři žádosti byli **Josef Václav Podlipský (1816–1867)**, internista všeobecné nemocnice a později praktický lékař, a o 15 let mladší (avšak už tehdy habilitovaný) Purkyněův žák, docent vnitřního lékařství **Bohumil Eiselt (1831–1908)**. Plán se



JAN EV. PURKYNĚ

vou národnostní otázku teprve v říjnu 1894 rozhodnutí c. k. místodržitelství, jímž byla zřízena lékařská komora se sídlem v Praze, avšak – na přání německých lékařů – rozdělena na dvě sekce: českou a německou. Předseda (v dnešní terminologii prezident) s jednoročním funkčním obdobím byl volen střídavě z české a německé sekce, jeho náměstek (dnes viceprezident) byl vždy ze sekce opačné. Prvním prezidentem české lékařské komory se v prosinci 1894 stal starosta *Ústřední jednoty českých lékařů* a pokladník *Spolku lékařů českých* **Josef Ostrčil (1844–1897)**, městský lékař na Smíchově. O rozvoj organizace se zasloužili rovněž prof. **Antonín Heveroch (1869–1927)**, psychiatr a neurolog pražské lékařské fakulty, který byl dlouholetým prezidentem lékařské komory a předsedou její české sekce, **František Kotýnek (1863–1940)**, městský lékař na Žižkově, místopředseda české sekce, a od roku 1908 starosta *Ústřední jednoty českých lékařů*.

V roce 1906 se rozhodujícím elementem v rámci *Ústřední jednoty* stal v Praze založený *Spolek pokladenských lékařů*, jehož předsedou byl po **Janovském** až do počátku třicátých let praktický lékař **Karel Helbich (1873–1931)**. *Spolek* tehdy plnil jednu z důležitých funkcí, kterou mimochodem obdobná organizace zajišťuje v Německu dodnes: jménem svých členů jednal se svazy nemocenských a úrazových pokladen (později pojišťoven) a uzavíral či vypovídal příslušné rámcové smlouvy.

Z moravských komorových funkcionářů je třeba vyzdvihnout především dva nejvýznamnější: plných 12 let byl viceprezidentem

moravské lékařské komory **Josef Dreuschuch (1855–1938)**, zdravotní rada a praktický lékař z Náměště nad Oslavou. Od roku 1912 byl prezidentem lékařské komory v *Markrabství moravském* **MUDr. Stanislav Kostlivý (1877–1946)** z Třebíče, pozdější zakladatel slovenské chirurgické školy na *Univerzitě Komenského* v Bratislavě.

### Povinné členství v komoře

Zákon o lékařských komorách, přijatý Národním shromážděním v r. 1929, stanovil povinné členství v jedné ze tří komor (pro Zemi českou, Moravskoslezskou a Slovensko s Podkarpatskou Rusí) pro všechny lékaře vykonávající lékařskou praxi. Zmíněným zákonem byly zřízeny samostatné čestné rady, jimž byla legislativně přiznána sankční pravomoc pokuty do výše 10 000 Kčs, případně suspenze lékařské praxe po dobu až jednoho roku. Komory se také mimo jiné vyjadřovaly k žádostem lékařů o povolení praxe či udělení titulu odborného lékaře, schvalovaly žádosti o přesídlení praxí či doporučovaly jmenování soudních znalců.



Prezident Miloš Štejfa při jednání na sjezdu ČLK v roce 1992 v Olomouci.



Sjezd ČLK, Olomouc, 1992. Do čela komory byl zvolen Bohuslav Svoboda.

## Prezidenti obnovené ČLK 1991–2011

prof. MUDr. Miloš Štejfa,  
DrSc., FESC  
(19. 10. 1991 – 24. 10. 1992)



doc. MUDr. Bohuslav  
Svoboda, CSc.  
(12. 12. 1992 – 29. 11. 1998)



MUDr. David Rath  
(29. 11. 1998 – 2. 11. 2005)



MUDr. Milan Kubek  
(od 14. 1. 2006)



## Viceprezidenti obnovené ČLK

prof. MUDr. Josef Marek,  
DrSc.  
(19. 10. 1991 – 24. 10. 1992)



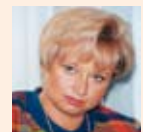
MUDr. Miroslav Čerbák  
(12. 12. 1992 – 10. 12. 1995)



MUDr. Jaroslav Štrof  
(10. 12. 1995 – 12. 10. 1997)



MUDr. Helena Fousková  
(12. 10. 1997 – 14. 1. 2006)



MUDr. Zdeněk Mrozek,  
Ph.D.  
(od 9. 11. 2008)







Foto: 3k-archiv/ČLK

**5. sjezd České lékařské komory v Olomouci (1995) potvrdil ve funkci prezidenta Bohuslava Svobodu.**

Prezidenty jednotlivých komor ve třicátých letech 20. století byly kapacity lékařských fakult univerzit jednotlivých metropolí: v Čechách pražský chirurg **prof. Arnold Jirásek (1887–1960)** a na Moravě brněnský mikrobiolog **prof. Václav Tomášek (1893–1962)**.

Výrazným symbolem československých lékařů se stal *Lékařský dům*, postavený architektem **Františkem Vahalou (1881–1942)** v Sokolské ulici v Praze (č. p. 490) v letech **1928–1930** a slavnostně otevřený o rok později. Budova, v níž byly umístěny nejdůležitější stavovské i odborné medicínské instituce, je dosud sídlem *České lékařské společnosti JEP* i *Ústřední lékařské knihovny* a v její podzemní části se dodnes konají lékařská sympozia.

První vážnou pohromu pro lékařské komory v českých zemích představovala nacistická okupace: vedle faktu, že řada českých lékařů byla za druhé světové války popravena či umučena v koncentračních táborech, zůstává rovněž smutnou skutečností, že vinu za tragické osudy především židovských lékařů v Čechách nenesli zdaleka jen němečtí fašisté. Nikoli protektorátní, nýbrž ještě naší regulérní vládou bylo totiž již v **říjnu 1938** vydáno nařízení o *dočasných omezeních v živnostenském a jiném výdělečném podnikání*, jehož účelem bylo zabránit příchodu německých a židovských lékařů z okupovaných území.

O několik dnů později zaslali zástupci osmi profesních organizací ministru vnitra Janu Černému (1874–1959) memorandum, v němž upozornili na to, že „ve svobodných povoláních jsou činní v nepoměrném počtu Židé a že bude zapotřebí, aby přiměřeným opatřením



Foto: 3k-archiv/ČLK

**Setkání odborníků ve zdravotnictví s prezidentem Václavem Havlem ve vile Amálie v Lánech v roce 1995.**

účast Židů v uvedených svobodných povoláních byla ihned omezena“. Za uvedené antisemitské memorandum (signované tehdy za *Lékařskou komoru* jejím prezidentem **prof. Jiráskem**) se představenstvo *České lékařské komory* z podnětu předsedy *Vědecké rady* **MUDr. Aleše Hermana** svým židovským kolegům symbolicky omluvilo až o 72 let později – v **březnu** loňského roku.

### Komunistické zrušení komor

Během poměrně krátkého období poválečné svobody se lékařským komorám kvůli nedostatku kvalitních funkcionářů fakticky nepodařilo činnost svých demokraticky volených orgánů obnovit, takže nastupující totalita neměla s ovládnutím lékařů žádný větší problém. V **březnu 1946** byla ministerstvem zdravotnictví jmenována nová správní komise v čele s **prof. Karlem Káclem (1900–1986)**, od **října 1945** národně socialistickým poslancem Národního shromáždění. Pod jeho vedením se komora snažila nejen navázat na svou činnost

v předválečných letech, ale i řešit aktuální problémy, k nimž patřila především snaha o obnovení dostupnosti lékařské péče v pohraničních oblastech republiky či komisionální posuzování míry morálního selhání 165 svých členů, obviněných z kolaborace s nacisty.

Navzdory původnímu návrhu komunistů na zrušení lékařských komor zvláštním zákonem k tomuto kroku nakonec došlo aktem zcela protiprávním. *Zákon o lékařských komorách* byl totiž zrušen pouhým výnosem tehdejšího ministra zdravotnictví, původním povoláním katolického kněze (později exkomunikovaného) Josefa Plojehara (1902–1981) z **července 1950**. K poslednímu dni tohoto měsíce byla veškerá činnost zmíněných stavovských organizací na území českého státu ukončena.

K obnovení *České lékařské komory* došlo na základě zákona České národní rady o *České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře*, z **května 1991**. Přesně 405 delegátů, zvolených z popudu *České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, Spolků lékařů* i *Svazu českých lékařů* a zastupujících v té době 35 000 českých lékařů, na ustavujícím sjezdu v Seči u Chrudimi v **říjnu** téhož roku navázalo na tradici násilně ukončené české stavovské organizace a po dlouhých 41 letech opět zvolilo své komorové funkcionáře.

### Obnovení lékařské komory

Prvním prezidentem obnovené komory se stal profesor Lékařské fakulty brněnské Masarykovy univerzity a přednosta II. interní kliniky Fakultní nemocnice U sv. Anny kardiolog **Miloš Štejfa (\*1961)** a viceprezidentem jeho pražský kolega z III. interní kliniky Fakulty všeobecného lékařství Univerzity Karlovy endokrinolog **prof. Josef Marek (\*1936)**.

Na druhém řádném sjezdu komory v **říjnu 1992** bylo mimo jiné rozhodnuto o vydávání samostatného bulletinu pro všechny členy s názvem *Časopis České lékařské komory*. Na jeho obálce byl uveden znak *ČLK*, vytvořený prvním „polistopadovým“ děkanem Lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně a přednostou Fyziologického ústavu prof. Pavlem Braveným (\*1931).

V závěru téhož sjezdu došlo k zajímavé situaci, kdy skupina delegátů využila tehdy ještě poměrně nedokonalé formulovaných stavovských předpisů k tomu, aby nečekaně odvolala z funkce stávajícího prezidenta prof. Štejfu. Jelikož z kolegiality k němu abdikoval také viceprezident, jehož příkladu následovalo i celé představenstvo, byl sjezd prohlášen za „permanentní“ a do jeho čela zvoleno jedenáctičlenné pracovní předsed-

nictvo. V pořadí druhým prezidentem komory byl pak v prosinci 1992 podle očekávání zvolen předseda pracovního předsednictva „permanentního“ sjezdu, přednosta Gynekologicko-porodnické kliniky pražské Fakultní nemocnice Královské Vinohrady **doc. Bohuslav Svoboda (\*1944)**, viceprezidentem pak poslanec Parlamentu ČR za Občanskou demokratickou alianci **MUDr. Miroslav Čerbák (\*1936)**.

Na dalším volebním sjezdu komory v prosinci 1995 doc. Svoboda svůj post obhájil, zatímco na pozici viceprezidenta nahradil Čerbáka radiolog z pražské Fakultní nemocnice Na Bulovce **Jaroslav Štrof (\*1954)**.

### Rytíř českého lékařského stavu

Velmi hezkou tradicí v historii obnovené České lékařské komory, započatou v roce 1996 z popudu pneumologa **prim. Jiřího Jedličky (\*1941)**, se stalo každoroční slavnostní udílení čestného titulu *Rytíře českého lékařského stavu* nejvýznačnějším osobnostem z řad českých lékařů, kteří se zasloužili o rozvoj naší medicíny a humanismu nebo se proslavili něčím výjimečným, přičemž právo navrhnout kandidáty mají všichni lékaři České republiky. Výběr osobnosti na základě nominací provádí grémium, tvořené od roku 1999 členy ústřední *Čestné rady* a předsedy *Čestných rad* jednotlivých okresních sdružení komory.

Další obměnu komorových funkcionářů přinesl dosud nejdramatičtější sjezd ČLK, který se konal v říjnu 1997 v Olomouci. Značná část účastníků se totiž hlásila k myšlenkám tzv. *Platformy ve zdravotnictví*, jejímž autorem byl kolektiv lékařů pod vedením členky tehdejšího představenstva, breclavské gynekoložky **Evy Klimovičové (\*1959)** a **MUDr. Davida Ratha (\*1965)**, v té době předsedy *Okresního sdružení ČLK Prahy 5*. Především stoupenci *Platformy* se netajili touhou po změně na postu



Rytíři – profesoři Václav Špičák (2008), Zdeněk Mařatka (2000) a Jaroslav Blahoš (2007), zleva.



Rytíř MUDr. Karel Macháček s Davidem Rathem (2001).



Prof. MUDr. Václav Vojtěch Tošovský, DrSc. (1998).

prezidenta komory, a proto usilovali o to, aby do programu sjezdu byl zařazen bod *Hlasování o důvěře stávajícímu prezidentovi*.

Delegáti nakonec **doc. Svobodu** ve funkci potvrdili, ale odvolali stávající představenstvo i viceprezidenta **Štrofa**. Členkou nového představenstva se na postu viceprezidenta stala historicky první žena – privátní gynekoložka z Ostravy **Helena Fousková (\*1960)**, která ve volbách porazila pět svých konkurentů (mimo jiné **Hermana** a **Ratha**).

S velkým napětím lékařů i médií byl očekáván výsledek následujícího sjezdu komory

v listopadu 1998, kdy po šesti letech působení **doc. Svobody** v úřadu prezidenta měl být zvolen jeho nástupce. Kromě očekávané kandidatury již zmíněného **Davida Ratha** se o post prezidenta rozhodli ucházet také člen stávajícího představenstva a primář oddělení klinické hematologie českobudějovické nemocnice **Ivan Vonke (\*1960)** a jednatel šumperské nemocnice a primář tamní chirurgie v jedné osobě **Jan Korger (\*1937)**. **Rath** a **Vonke** postoupili do 2. kola voleb, v nichž pak poměrem hlasů 3:2 zvítězil **Rath**.



Jan Kačer a Karel Schwarzenberg na jednání Etické komise ČLK v roce 2003.

## Nové vedení, sídlo i znak

Krátce po **Rathově** zvolení prezidentem se v ČLK začalo měnit prakticky vše, mimo jiné např. adresa olomoucké i pražské kanceláře: olomoucké sídlo se přesunulo do atraktivnější lokality na Dolním náměstí při výrazném snížení nákladů a v Praze došlo k rovněž ekonomicky velmi výhodnému přemístění kanceláře z autem špatně dostupné části centra do areálu Nemocnice Na Homolce (jen několik set metrů od Fakultní nemocnice v Motole), tedy do městské čtvrti s nejvyšší „koncentrací“ nemocničních lékařů v celé České republice.

V **červnu 1999** byl zveřejněn tehdejší

představenstvem komory vybraný nový znak komory, v němž se místo symbolického *Dra-cuncula* a iniciál „ČLK“ objevili patroni lékařů – svatí Kosma a Damián a erby Čech, Moravy a Slezska. Autorem předlohy znaku, která vycházela z jím rekonstruované první pečeti pražské lékařské fakulty z konce **14. století**, byl akademický malíř **Milan Med (1930–2010)**, specialista na anatomii lidského těla a lékařský heraldik, který v letech **1960–1990** působil jako ilustrátor odborné literatury v Anatomickém ústavu 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze.

Přelomový okamžik v dějinách lékařské



První dáma Dagmar Havlová a docent Petr Bartůněk na jednání Etické komise ČLK (2004).

stavovské organizace nastal v **květnu 2000**, kdy se všichni pražští zaměstnanci komory nastěhovali do nejen nových, ale především vlastních prostor v Lékařské ulici v Praze 5. Součástí novostavby byla recepce, kancelář prezidenta i jeho sekretariát, kanceláře *Revizní komise*, *Čestné rady* i *Vědecké rady*, kanceláře právního oddělení, zahraničního oddělení a oddělení vzdělávání, kancelář redakce časopisu komory (od r. **1999** s názvem *Tempus medicorum*), konferenční místnost, jednací sál i dvě bytové jednotky s možností ubytování funkcionářů.

Ve výčtu dalších podstatných změn je nutno rovněž zmínit intenzivní kontakty s partnerskými komorami ostatních evropských zemí, jejichž výsledkem bylo mimo jiné v pořadí sedmé *Symposium lékařských komor střední a východní Evropy* za účasti prezidentů komor Německa, Rakouska, Slovinska a Chorvatska a dalších zástupců komor Slovenska, Polska, Maďarska a Rumunska, které ČLK pořádala v **květnu 2000** v turisticky atraktivním prostředí historické části Českého Krumlova, od začátku třetího tisíciletí pravidelná účast zástupců *České lékařské komory* na sjezdech německé *Bundesärztekammer* nebo neformální setkání představenstva ČLK a představitelů jihomoravských okresních sdružení se zástupci lékařských komor Rakouska, Polska a Slovenska na jaře **2001** v někdejší templářské tvrzi v Čejkovicích na jižní Moravě (obdobná konference lékařských komor Česka, Polska a Slovenska se ve stejných prostorách konala i na počátku roku **2002**, zatímco na podzim roku **2003** zorganizovalo představenstvo ČLK setkání s delegacemi partnerských stavovských organizací z Německa, Rakouska a Slovenska v Hraničním zámečku v Hlohovci).

Oblíbenou tradicí komory se stalo pořádání pravidelného vánočního koncertu v některém z pražských kostelů či klášterů zhruba v polovině prosince či spolupořadatelství každoročního *Reprezentačního plesu lékařů českých* na pražském Žofíně (spolu s *Lékařským odborovým klubem* a *Svazem českých lékařů*); zatím naposled v **lednu 2011**, kdy se již konal ples s pořadovým číslem 15.

Za zmínku stojí výrazné rozšíření *Etické komise ČLK* pod vedením privátní revmatoložky z České Lípy **Heleny Stehlíkové (\*1955)**. V komisi, složené původně výhradně z členů stávajícího představenstva, se kromě dalších lékařů v roce **2003** nově objevily některé významné osobnosti, jako např. herečka Dagmar Havlová, herec a režisér Jan Kačer, politik Karel Schwarzenberg či pedagog a filozof prof. Jan Sokol.

Dva dny před sjezdem komory v roce **2005** byla doc. Milada Emmerová na návrh předsedy vlády Jiřího Paroubka prezidentem republiky Václavem Klausem odvolána z funkce ministryně zdravotnictví. Necelý týden po sjezdu premiér prezidenta Klause požádal, aby novým ministrem zdravotnictví jmenoval Ratha. Vznikla situace v České republice do té doby nevídaná: Klaus odmítl jmenovat Ratha ministrem, dokud neodstoupí z pozice prezidenta komory, zatímco Rath podmínil svou abdikaci předcházejícím jmenováním členem kabinetu. Resort zdravotnictví proto formálně řídil Klausem pověřený vicepremiér Zdeněk Škromach, jehož náměstkem byl z popudu Paroubka jmenován David Rath. První krok nakonec podle očekávání udělal Rath, který na funkci prezidenta komory rezignoval a o dva dny později byl Klausem jmenován ministrem zdravotnictví.

Na následujícím sjezdu ČLK v lednu **2006** kandidovalo na uvolněný post prezidenta rekordních šest uchazečů: kromě stávajícího předsedy *Lékařského odborového klubu – Svazu českých lékařů* a privátního pražského angiologa **Milana Kubka (\*1968)** mimo jiné také americký i český občan **Martin Jan Stránský (\*1956)**, syn spoluzakladatele mnichovské rozhlasové stanice Svobodná Evropa, vnuk ministra československé exilové vlády v Londýně a právník zakladatele Lidových novin a prvního československého ministra obchodu. Právě zmíněná dvojice postoupila do druhého kola, v němž byl podle očekávání zvolen v pořadí čtvrtým prezidentem *České lékařské komory* v její novodobé historii **Milan Kubek**.

Málokdy v životě se stane, že tři nejdůležitější funkce v nějakém resortu obsadí tři bývalí přátelé z prostředí někdejší opozice, nicméně koncem **dubna 2006** k této situaci došlo, když se v čele zdravotnictví sešla trojice někdejších lékařských odborářů: dva bývalé předsedy *Lékařského odborového klubu*, stávajícího ministra zdravotnictví **Davida Ratha** a prezidenta *České lékařské komory* **Milana Kubka** doplnil bývalý předseda *Svazu českých lékařů*, v té době již ředitel *Všeobecné fakultní nemocnice* v Praze **Pavel Horák (\*1957)**, kterého Poslanecká sněmovna s **Rathovou** „malou nápovědou“ zvolila ředitelem *Všeobecné zdravotní pojišťovny* České republiky na uprázdněný post po **ing. Jiřímě Musílkové (\*1948)**.

### Útoky politiků na komoru

Stalo se jakýmsi nepsaným pravidlem, že po určitém období klidu projeví některý z politiků záměr *Českou lékařskou komoru* ekonomicky zlikvidovat a z toho důvodu opráší návrh na



Foto: 3x arhive/ČLK

**Jozef Kochan musel na sjezdu ČLK v roce 2007 v Brně čelit tvrdé kritice svých kolegů za svůj návrh novely drasticky omezující kompetence komor.**

zrušení jejího povinného členství. Zajímavé je, že tyto útoky vycházejí z celého spektra našich politických stran. Dochází k nim buď zdánlivě bezdůvodně, jak to učinil ministr hospodářství za ODS Karel Dyba již v roce **1993**, nebo účelově, což předvedl **Luděk Rubáš (\*1953)** z ODS v roce **1995** v reakci na výzvu komory, aby abdikoval z funkce ministra zdravotnictví. V roce **1998** pohrozil opět účelově další ministr zdravotnictví (tentokrát za ČSSD) **Ivan David (\*1952)**, že bude-li po něm komora vyžadovat doplacení dlužných příspěvků za 2 roky, dá podnět Poslanecké sněmovně, aby se zabývala povinným členstvím. Dalším z kategorie bezdůvodných byl útok poslance KDU–ČSL **MUDr. Josefa Janečka (\*1952)** v roce **2000**, který navrhl zrušit povinné členství na půdě parlamentního *Výboru pro zdravotnictví*.

Údajně aby se zavděčil Václavu Klausovi, o němž je známo, že stavovské organizace (a především ČLK) bytostně nesnáší, podal poslanec ODS Marek Benda v roce **2002** během projednávání *zákona o transplantacích* pozměňovací návrh, jenž našťastí neprošel, který by byl ve svých důsledcích pro komoru likvidační. Chybělo velmi málo k tomu, aby se pro komoru fatálním datem stal **19. prosinec 2003**, kdy se opět projednával zákon o komorách. Pozměňovací návrh poslance KSČM Jiřího Maštálky totiž obsahoval mimo jiné opět zrušení povinného členství. Zásahem tehdejšího premiéra Vladimíra Špidly vláda svoji původní předlohu stáhla, aby o přijetí zákona v pozměněné formě nebylo možné hlasovat.

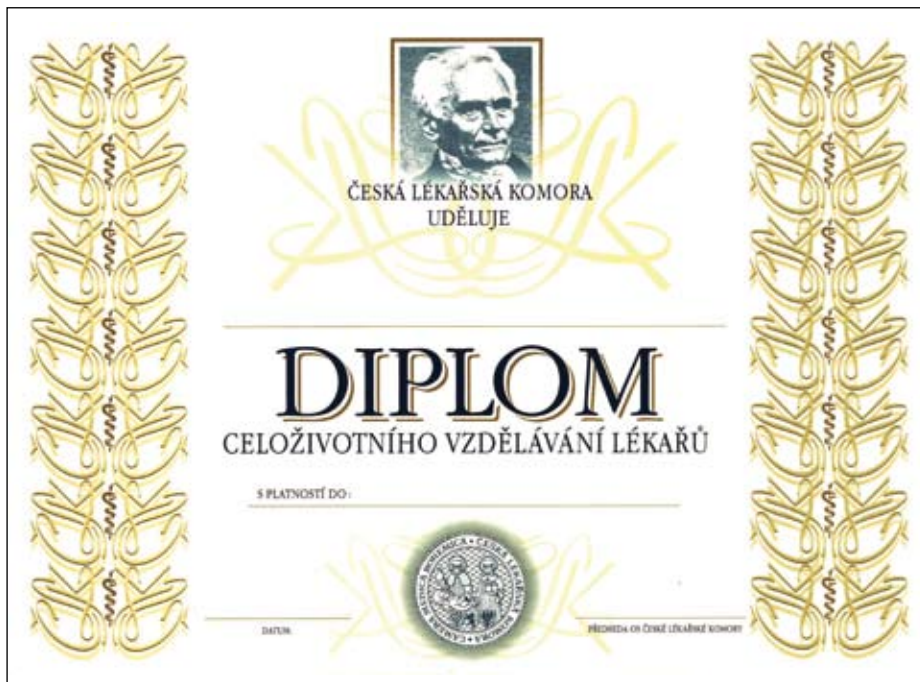
Novelu zákona, obsahující drastické omezení kompetencí komor, podala skupina poslanců

ODS v čele s Jozefem Kochanem v roce **2007**. Proti tomu se pochopitelně ohradily všechny dotčené komory po schůzce svých prezidentů **MUDr. Milana Kubka**, **MUDr. Jiřího Pekárka (\*1952)** i **PharmDr. Lubomíra Chudoby (\*1963)**. Na obranu lékařské komory následně vystoupila *Evropská federace lékařů zaměstnanců*, jejíž prezident **dr. Claude Wetzel** tlumočil usnesení plenárního zasedání v Římě, které vyzvalo poslance Parlamentu ČR, aby tento nedemokratický návrh odmítli. Díky podpoře ministrů vlády za **KDU–ČSL** nakonec předkladatel sám návrh stáhl.

Zatím poslední vážný útok politiků na svou existenci komora úspěšně přestála v roce **2008**, kdy Ústavní soud s konečnou platností zamítl návrh skupiny senátorů na zrušení povinného členství. Účelovost útoku potvrzovala skutečnost, že navrhovatelé požadovali zrušit povinné členství jen v lékařské, nikoli též ve stomatologické a lékárnické komoře, byť jsou zřizovány stejným zákonem.

Teprve na sjezdu v roce **2008** byl po téměř třech letech zvolen viceprezident komory. Stal se jím olomoucký anesteziolog **MUDr. Zdeněk Mrozek (\*1964)**, do **dubna 2006** člen představenstva. Podobně jako v minulých dvou letech přitom na tuto funkci současně kandidovali rovněž zlínský praktický lékař **MUDr. Lubomír Nečas (\*1954)** a již zmiňovaný pardubický intervenční kardiolog **Aleš Herman**.

Prakticky rozvrácení relativně fungujícího systému postgraduálního vzdělávání lékařů způsobilo vydání ministerské vyhlášky, kterou v roce **2009** krátce po svém nástupu do funkce podepsala nová ministryně zdravotnictví **Dana**



jen univerzitním pedagogům, ale především mladým lékařům bude zřejmě ještě mnoho let způsobovat nemalé obtíže.

### Úspěšná kampaň „Děkujeme, odcházíme“

V září 2010 spustil Lékařský odborový klub – Svaz českých lékařů mediální kampaň s názvem „Děkujeme, odcházíme“, která měla dva hlavní cíle: prosadit pro lékaře platy ve výši 1,5–3násobku průměrné mzdy a dosáhnout zrušení výše uvedeného zcela nevyhovujícího systému postgraduálního vzdělávání. Cestou, kterou si chtěli organizátoři splnění zmíněných požadavků na vládu ČR vynutit, byla hrozba hromadných výpovědí lékařů k 31. 12. téhož roku. Přestože zmíněné požadavky byly zveřejněny už na jaře, dá se říci, že téměř do konce roku jim nikdo z politiků ani sdělovacích prostředků nevěnoval prakticky žádnou pozornost.

Zjevnému zájmu médií se naopak těšil loňský sjezd ČLK, na němž Milan Kubek obhájoval post prezidenta komory. Pomyslnou výzvu k „souboji“ přijala známá dermatoveneroložka prof. Jana Hercogová (\*1959), do té doby dlouholetá členka Vědecké rady ČLK. Hned v prvním kole

**Jurásková (\*1961).** Nikdo nezpochybňoval, že stávající počet více než 80 základních lékařských odborností je nutno především ve vztahu k Evropské unii zásadně zredukovat, avšak v řešení tohoto problému se názory mi-

nisterstva zdravotnictví na jedné straně a České lékařské komory i univerzit na straně druhé, zcela rozcházejí. Ministerstvo nakonec zásadní připomínky komory i děkanů lékařských fakult neakceptovalo, takže vznikl paskvil, který ne-



Setkání ministra Leoše Hegera se zástupci „Děkujeme, odcházíme“ na 24. sjezdu ČLK v Praze.

Foto: Michaela Feuersteinová

však sjezd třemi čtvrtinami hlasů svých delegátů **Kubka** potvrdil ve funkci i na dalších pět let.

O jednoznačné podpoře většiny delegátů sjezdu kampani za vyšší platy nemocničních lékařů i nápravu škod v systému postgraduálního vzdělávání svědčí fakt, že do představenstva byli zvoleni dva ze tří hlavních protagonistů akce „*Děkujeme, odcházíme*“, chirurg Fakultní nemocnice Královské Vinohrady **MUDr. Miloš Voleman (\*1968)**, a internista z Nového Města na Moravě **MUDr. Pavel Vávra (\*1973)**. Spolu s nimi se novou členkou představenstva komory stala mostecká dětská neuroložka a senátorka **MUDr. Alena Dernerová (\*1958)**, známá jako neohrožená bojovnice proti korupci ve zdravotnictví.

Zajímavá byla reakce českého prezidenta Václava Klause na vývoj akce „*Děkujeme, odcházíme*“. Již v době, kdy byl českým premiérem, odpověděl totiž redaktorovi České televize na otázku, proč vláda zvýšila platy železničářům, ale požadavky lékařů ignoruje, že železničáři mají na rozdíl od lékařů mnohem větší předpoklady „zchaotizovat tuto zemi“. Lékařům tehdy Klaus vzkázal, aby – pokud jsou s výší svého platu skutečně nespokojeni – šli dělat profesi lépe placenou, „...např. taxikáře“. O to více mnohé překvapil Klausův letošní novoroční projev, v němž český prezident označil zcela legální hromadnou výpověď lékařů za „nepřijatelné vydírání, se kterým se nemůžeme smířit“.

Na počátku roku **2011** se ukázalo, že k **31. 12. 2010** podalo v rámci akce „*Děkujeme, odcházíme*“ výpověď celkem 3837 nemocničních lékařů. Tento počet byl sice řadou politiků bagatelizován, ale všem osobám odpovědným za fungování zdravotnictví bylo zřejmé, že vážnou hrozbu je nutno za každou cenu odvrátit. První institucí, která v uvedeném smyslu zareagovala, byla právě *Česká lékařská komora*, jejíž prezident se cítil povolán k tomu, aby se stal prostředníkem mezi vedením odborů a představiteli státu. Měl velkou zásluhu na tom, že ministr zdravotnictví **doc. Leoš Heger (\*1948)** po určitém otálení začal s odboráři jednat a hledat přijatelný kompromis vedoucí k řešení vzniklé situace.

Stanovisko na podporu svých kolegů z České republiky napsali v **lednu 2011** předsedovi vlády Petru Nečasovi prezidentů řady mezinárodních i zahraničních lékařských organizací, mimo jiných např. *Stálého výboru evropských lékařů*, *Evropské asociace nemocničních lékařů* či lékařských komor Německa, Švýcarska, Rakouska a Slovenska. Své znepokojení s negativním postojem vlády pak písemně deklaroval také prezident *Evropské federace lékařů zaměstnanců* i prezidentů lékařských komor Polska, Bulharska a Rumunska.

I díky diplomacii **Milana Kubka**, který jako prostředník dohody jednal s předsedy všech tří koaličních stran (*ODS, TOP 09 a Věci veřejné*), tak bylo dne **17. 2. 2011** mezi ČR – *Ministerstvem zdravotnictví a Lékařským odboro-*

*vým klubem – Svazem českých lékařů* podepsáno kompromisní *Memorandum o úpravě poměrů ve zdravotnictví*. Stran vzdělávání byla v textu přislíbena komoře i odborům spolupráce s ministerstvem a navýšení platů garantováno již na rok 2011 s tím, že k dalšímu významnějšímu zvýšení dojde v rámci zdravotnických reforem nejpozději k **1. 1. 2013**.

Velmi smířlivě, chápavě a přitom povzbudivě komentoval akci „*Děkujeme, odcházíme*“ katolický teolog, pedagog Filozofické fakulty Univerzity Karlovy v Praze a prezident České křesťanské akademie prof. PhDr. Tomáš Halík, Th.D.: „Chtěl bych především vyjádřit poděkování a úctu lékařům a sestřám, které 20 let v nedůstojných podmínkách společnosti, z níž se po »léčbě Klausem« stala žalostná karikatura kapitalismu a demokracie, vytrvali ve svém povolání a prokázali mnoho dobrého. Chtěl bych ale vyjádřit také porozumění pro to, že mnozí už trpělivost ztrácejí, a zároveň naději, že odpovědná politická místa konečně přistoupí ke slibované reformě zdravotnictví, abychom my neztráceli ty, které tolik potřebujeme.“

**MUDr. Pavel Kubíček**

Za vyhledání a poskytnutí cenných informací děkuji **doc. PhDr. Ludmile Hlaváčkové, CSc., PhDr. Anně Flieglové a Mgr. Karlu Černému, Ph.D.** z Ústavu dějin lékařství a cizích jazyků I. LF UK v Praze, i **Marii Lakvové, Olze Procházkové a Petře Studené** z kanceláře ČLK v Olomouci.

## ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA

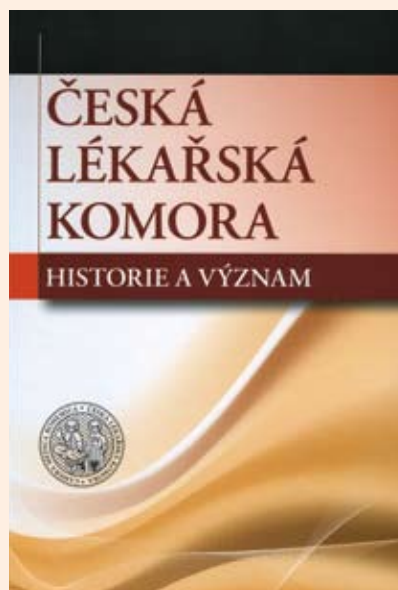
### Historie a význam

Zcela mimořádná publikace v podstatě jako první shrnuje vývoj sdružování lékařů v českých zemích přes formování první lékařské organizace až k otázkám moderního vývoje současné České lékařské komory. Na vzniku publikace se podílela řada autorů, kteří přispívají svým pohledem a názory na různé otázky lékařské profesní samosprávy. Obsahuje také reflexi většiny novodobých prezidentů a viceprezidentů a tím umožňuje pochopit směr i charakter formování současné lékařské komory. Publikace předkládá řadu informací ze zákulisí historických událostí i samotného chodu komory. Je celobarevná a nabízí množství unikátního obrazového materiálu, který text vhodným způsobem ilustruje.

*Cena: 400 Kč + poštovné*

#### Knihu si můžete objednat na adrese:

Česká lékařská komora, Lékařská 2, 150 00 Praha 5  
recepce@clkr.cz



## Ohlédnutí prvního prezidenta ČLK

**Česká lékařská komora to neměla v minulosti, nemá a asi nebude mít ani v budoucnosti jednoduché. Vývoji je obtížné porozumět, aniž bychom se alespoň letmo nepodívali na počátky českého lékařského stavovského hnutí.**

Čeští, moravští a slezští lékaři se začali organizovat v různých odborných a vědeckých spolcích již ve druhé polovině 19. století. Prvním a nejdůležitějším byl Spolek českých lékařů založený roku 1862, k jehož hlavním iniciátorům patřil J. E. Purkyně. Od roku 1888 Ústřední jednota českých lékařů ve spojitosti se zřizováním lékařských komor v západní Evropě usilovala o českou lékařskou komoru, avšak narážela na odmítavé stanovisko říšské administrativy ve Vídni. Ke schválení došlo až prosazením říšského zákona v roce 1891. Tím se však rozproudila diskuse o programu a územních a národnostních zájmech u nás. Po vzniku samostatného Československa roku 1918 s budováním nám neznámé demokracie diskuse pokračovala a nabyla nových rozměrů – kromě nutné úpravy starých říšských zákonů a národnostních problémů (čeští a němečtí lékaři, na Slovensku a Podkarpatské Rusi za Uherska lékařské komory neexistovaly) to byly sociální postavení lékařů, vztahy s pojišťovnami, lékařský sazebník, tituly odborných lékařů, schvalování praxí, otázky povinnosti členství atd.

Návrh zákona o lékařských komorách ministerstva veřejného zdravotnictví a tělovýchovy z roku 1925 problémy spíše vyostřil, než řešil a setkal se odporem lékařů. Teprve v roce 1929 byl přijat víceméně vyhovující zákon, který ustavil komory v Praze pro zemi Českou, v Brně pro zemi Moravskoslezskou a v Bratislavě pro Slovensko. Poprvé zdůraznil povinnosti lékaře a jeho vztah k pacientovi. Po mnichovské smlouvě a nacistické okupaci (Protektorát Čechy a Morava) byly demokraticky volené komory bez náhrady zrušeny.

Po skončení druhé světové války a osvobození Československé republiky se začaly uplatňovat při znovuzřizování komor politické vlivy. Komory byly pak řízeny nedemokraticky správ-

nými komisemi. Byla podporována zejména orientace na sovětské socialistické zdravotnictví. Vzhledem ke kruté nacistické éře, ve které položila své životy řada lékařů, to bylo do jisté míry v rámci panslavistické myšlenky pochopitelné. Hrály zde roli návraty z koncentračních táborů, z emigrace, vojáků ze sovětských a západních armád, obvinění z kolaborace atd. Jistá část české inteligence (i lékařů) byla tudíž levicového zaměření. Únor 1948 změnil zcela politický systém a vedl opět k likvidaci komor, která byla definitivně dokončena v roce 1950. Teprve v době „tání“ roku 1968 byly lékařskými spolky opět učiněny pokusy o znovuzrození komory. „Bratrská okupační pomoc“ však vše rychle „znormalizovala“. Až události listopadu 1989, které zásadně změnilы charakter naší republiky, se staly pro toho času již nehomogenně přemýšlející lékařský stav další pobídkou k obnovení nové (demokratické) lékařské komory. Po dlouhých diskusích to umožnil zákon České národní rady 220/1991 Sb., o Lékařské, Stomatologické a Lékárnické komoře. Sídlem České lékařské komory se stala Olomouc a Slovenské lékařské komory Bratislava.

### Překvapivé zvolení prezidentem

Přípravy ke vzniku komory a volby delegátů na ustavující sjezd probíhaly bouřlivě. Byly organizovány Českou lékařskou společností J. E. Purkyně, zejména místními Spolky lékařů, Svazem českých lékařů a v Praze též prozatímní lékařskou komorou. Úkolem 405 demokraticky zvolených delegátů zastupujících 35 579 lékařů České republiky bylo na ustavujícím sjezdu v Seči na Chrudimsku dne 19. 10. 1991 zvolit prezidenta, viceprezidenta a představenstvo ČLK. Současně byla volena i čestná rada a revizní komise. Sjezd také přijal 10 základních stavovských dokumentů, mezi nimiž též Etický kodex lékaře. Všechny dokumenty byly zveřejněny ve Zdravotnických novinách č. 46/1991. Do 20. 12. 1991 byla pak volena regionální (okresní a obvodní) sdružení, sestávající taktéž z představenstva, čestných rad a revizních komisí, a byl prováděn nábor.

ČLK můžeme definovat jako nezávislou nepolitickou samosprávnou stavovskou orga-



Prof. MUDr. Miloš Štejfa, DrSc., FESC

nizaci, která má hájit zájmy, odbornost a čest lékařského povolání. Pripadá jí spoluúčast na složitém a obtížném transformačním procesu zdravotnictví a celé společnosti (novela zákona č. 20, zákon o všeobecné nemocenské pojišťovně, privatizaci a deetatizaci). Hlavním úkolem je chránit a rozvíjet moderní vztah mezi lékařem a pacientem, podporovat etickou stránku komplexu pacient–lékař, dbát nad čistotou léčebných procesů a garantovat vysokou úroveň našeho zdravotnictví. Komora nemůže existovat bez pacientů. To jsme též chtěli vyjádřit prvním znakem ČLK.

Byl jsem zvolen prvním prezidentem ČLK zcela neočekávaně a z řady důvodů. Delegáti sjezdu, kde zřejmě již převládaly demokratické názory, se nemohli po představení kandidátů na prezidenta a jimi přednesených vizích ani na jednom shodnout. Chtěli, aby přišel někdo nový, s minimem „másla“ na hlavě z minulých let. Od brněnských kolegů zaznělo moje jméno. Já jsem na sjezdu nebyl přítomen a ani jsem nekandidoval, bylo mi tehdy již 62 let.

Měl jsem také řadu jiných starostí, stal jsem se v roce 1990 přednostou I. interní kliniky v Brně, která měla kardiologické zaměření, a chtěl jsem ji přetvořit na moderní kardiologické pracoviště odpovídající soudobým medicínským trendům.

Za totalitního režimu nebyla moje pozice jednoduchá. Po promoci jsem šel na ministerskou umístěnku pracovat do Banské Bystrice a nakonec budovat stavbu socialismu v Žiaru nad Hronom – továrnu na zpracování bauxitu. K povinné vojenské službě jsem se přihlásil předčasně a po škole záložáků jsem byl poslán

jako lékař k týlovému útvaru na samotě v Bílých Karpatech. Po absolvování služby jsem se mohl vrátit do Brna, a to na II. vnitřní kliniku. Nebyl jsem nikdy v žádné straně a mohl jsem se tehdy realizovat jen v dobách „tání“ režimu.

Ten osudový víkend v říjnu 1991 jsem byl na chalupě s rodinou mého syna se dvěma vnuky. Z ničeho nic se objevili můj asistent MUDr. Jiří Toman a endokrinoložka MUDr. Renata Marková. Byli delegáty a přijeli ze Seče, aby mne „unesli“ na sjezd. Vysvětlili mi situaci a já ve snaze pomoci nové demokratické instituci jsem po určitém váhání svolil. Po příjezdu do Seče jsem šel téměř okamžitě za řečnický pult. Stručně jsem řekl výše uvedená fakta a slíbil, že bych se všemožně snažil rozvíjet komoru v rámci zákona ku prospěchu lékařského stavu a českého zdravotnictví. Upozornil jsem, že nemám však úřednické vložky, což bude jistě nevýhodou. Nezapomenu na bouřlivý potlesk vestoje, byl jsem zvolen více než 85 % hlasů. Viceprezidentem se stal prof. MUDr. Josef Marek, DrSc., endokrinolog z III. interní kliniky v Praze – člověk hlubokého vzdělání a citu. Byl mou oporou, nesmírně si ho vážím a stále se s ním rád setkávám. Představenstvo bylo dělné, také na ně často vzpomínám a v duchu děkuji za jejich postoje.

### Začínalo se bez peněz

Komoru jsme stavěli na zelené louce, představenstvo se scházelo obětavě téměř každý víkend v Olomouci, kde místní zařizovali pracoviště komory. Nebyly peníze ani dotace. Komora finančně začala fungovat až po více než půlroce z prvních plateb příspěvků, což tehdy nebylo mnoho. A brzy se objevily problémy, které tkvěly hlavně v neporozumění cílů ČLK.

Zákon o komoře byl zřejmě nepříliš chytěným dítětem, měl řadu nedotažených bodů. Už ustavení úřadu ČLK v Olomouci bylo tehdy sporné pro obtížné spojení z Čech, ať už silniční, nebo kolejové. V kuloárech mi bylo vysvětleno, že Olomouc má geograficky výhodné centrální položení. Bylo ovšem mimo přímý dosah centrálních úřadů, takže nakonec beztak vznikla pražská komorová úřadovna. Musel být zřízen tiskový orgán, aby komora mohla o svých jednáních a záměrech informovat. Pro nedostatek financí to bylo obtížné, naštěstí jsme však od jedněch celostátních novin dostali pro naše zprávy týdně jednu celou stránku zdarma. Další skutečností, kterou jsme mohli pouze vzít na vědomí, bylo zřízení řady pojišťoven, které se staly do jisté míry nezávislými a nekontrolovatelnými finančními podniky. Zákonem bylo ustaveno povinné členství v komoře, hodně se tedy diskutovalo o vztahu lékařů-zaměst-

nanců, ambulantních a soukromých lékařů (praktiků nebo odborníků), mezi nimiž jsou určitá odlišná specifika. Dále se jednalo o spolupráci se svazem sester, laborantů aj. Příprava komorových stanov ukázala, jak i pro legislativce je obtížné sestavit obecně platnou, avšak zřetelnou dikci.

Prezident byl zahrnut horami dopisů, ve kterých občané novou komoru považovali za všespasitelnou. Některé nebylo možno naplnit pro retroaktivní nepůsobnost zákonů, některé nepatřily do komorové oblasti, další žádosti byly sledovány dlouhodobými jednáními. Zamítl jsem několik neprůhledných návrhů k činnosti komory.

### Nekritický odpor vůči lékařskému stavu

Schůze na ministerstvu o jednotlivých problémech nic nevyřešily. Nebyl ani zájem něco rychle řešit a měnit, většinu komisí tvořili bývalí administrátoři. Vysoká administrativa neměla ke komoře pozitivní vztah, tak jak to bylo i v minulých fázích komorové historie. Na požadavky komory v podstatě nebylo odpovídáno. Ministerstvu výslovně záleželo na spokojenosti pacientů, ne lékařů, ti byli nezajímaví. Slyšel jsem často dysfemismy jako bílá mafie, brání rukojmí, vydírání, přísahali jste..., a to především od administrátorů a novinářů, kteří v podstatě nevěděli, o čem mluví. Jednalo se o nekritický odpor vůči lékařskému stavu, zřejmě proti náročnému vzdělání a obtížnému stresujícímu povolání, které zasahuje do nejintimnějších stránek ducha i těla pacientů, někdy na hranici života a smrti. A verze vůči lékařskému stavu víceméně přetrvává a bývá přiřizována mediálně častěji než pozitivním přístupem. Hlavní oporou byl slogan o „zdravotnictví zadarmo“ – přece platíme nemocenské pojištění. To stále brání překonání paternalismu ve zdravotnictví a zbavuje lidi nutnosti starat se aktivně o své zdraví. Bylo prakticky tabu upozornit, že na zdravotnictví přispíváme v korunách, ač dovoz materiálů, moderních přístrojů a léků (často předražených) platíme dolary. Rozdíl je sanován nízkým hodnocením práce lékařů.

Lékařské povolání se tedy stalo opět službou a nedosahuje ocenění ani dřívějších řemeslnických cechů. Neviditelná ruka trhu zde nemá místo. Starost o platy není funkcí komory, patří odborům. To však neznamená, že by komoru neměl zajímat sociální stav lékařů a jejich rodin. Zdravotnictví může dobře fungovat, jsou-li spokojeni jak lékař jako vzdělaný odborník, tak pacient jako jeho klient, kterému se dostane nejen důvěryhodné péče, ale také empatie.

Z úkolů směřovaných přímo na prezidenta

byl požadavek, aby se sešel s vysokou administrativou a představil komoru jako nedílnou součást mechanismů zdravotní péče a přednesl seznamující projev na celostátním kanálu v TV. Moje přijetí přes páky nasazené pražskou částí komory nebylo však úspěšné, nebyl jsem přijat. Také celostátní TV odmítla odvysílat projev, a tak jsem jej přednesl pouze na brněnském regionálním kanále (mám jej natočený na pásce). Úkoly nebyly ze zevních důvodů splněny.

### Nemám pocit zklamání nebo selhání

Věděl jsem, že první sled má vždy velké ztráty, a byl jsem připraven. Došlo k tomu na výročním sjezdu ČLK ke konci roku 1992. Byl zřejmý zájem mne odvolat okamžitě, před ukončením mandátu, i když jsem v dalším období již nechtěl kandidovat, ale předat agendu mladším. Po hlasování provázeném neuvěřitelnou vřavou, které nakonec vedlo k odvolání, jsem se přihlásil k poslednímu slovu. Pamatuji se, jak sál ztichnul. Pronesl jsem jen jednu větu: „Měli být komora prestižní organizací lékařského stavu, musí se všichni chovat prestižně.“ A za hrobového ticha, kdy byly slyšet pouze moje kroky, jsem odešel od předsednického stolu a usedl v sále.

Tak skončila má činnost v komoře. Odchodem se mi spíše ulevilo, protože jsem se naplno mohl opět věnovat svému vlastnímu činorodému povolání. Nemám pocit zklamání nebo selhání, myslím, že byl položen živoucí základ komory přes mnoho protivenství. Seznámil jsem se s řadou nových a zajímavých lidí u nás i v zahraničí, kteří mi pomáhali dotvořit vlastní názory a myšlenky a upevnit pokoru, kterou člověk nezbytně potřebuje.

Komora valí před sebou obrovské břemeno úkolů a bude trvat ještě dlouhou dobu a záležet na řadě okolností, než získá důstojné místo v našem společenském systému.

V roce 1996 vznikla myšlenka udělovat samostatný čestný lékařský řád „Rytíř lékařského stavu“. Iniciátorem byl MUDr. Jiří Jedlička. Má sloužit ke zvýšení prestiže lékařského stavu. Je předáván lékařům, kteří se zaslouží o etický a morální přístup k lékařskému povolání, za rozvoj medicíny a humanismu či tomu odpovídající občanské nebo lékařské postoje. Poprvé byl udělen 21. října 1996 na Pražském hradě šesti lékařům, mezi kterými jsem také byl. Cítím to jako uznání mé práce. Ale nakonec z jiného soudku. Ptal se mne malý vnuk Vítek: „Dědo, když jsi rytíř, proč nemáš koně?“

**Prof. MUDr. Miloš Štejska, DrSc., FESC**, emeritní profesor  
Lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně,  
bývalý přednosta I. interní kardiologické kliniky  
Fakultní nemocnice U sv. Anny v Brně





Foto: ŠK Macčiant

## Jiří Jedlička pasován Rytířem českého lékařského stavu

**R**ytířem českého lékařského stavu za rok 2010 vyhlásila Česká lékařská komora pneumologa MUDr. Jiřího Jedličku. V Břevnovském klášteře benediktnů v Praze ho při slavnostním ceremoniálu 19. května 2011 pasoval prezident ČLK Milan Ku-

bek. Jedlička se tak ocitl ve společnosti významných osobností českého lékařského života, přičemž shodou okolností tradici ocenění sám v roce 1996 zakládal. Byl rovněž mezi těmi, kteří před 20 lety obnovovali činnost lékařské komory a léta byl předsedou její Čestné rady.

Jiří Jedlička se narodil 22. února 1941 v rodině, kde má medicína velmi dlouhou tradici. Jeho prastrýcem byl chirurg profesor Rudolf Jedlička, zakladatel slavného a stále fungujícího Jedličkova ústavu. V 50. letech mu jako synovi masarykovského demokrata MUDr. Kamila Jedličky komunistický režim odepřel studium na gymnáziu. Absolvoval tedy geologickou průmyslovku a pak nastoupil do ČKD Stalingrad, kde získal cenné znalosti radiologie přímo od bývalého výrobce těchto zařízení. Na doporučení dílenského výboru ho přece jen přijali na medicínu, kterou absolvoval v roce 1966. Praxi začal v tuberkulózní léčebně v Tatranské Poliance, odkud po třech letech odešel na místo sekundáře nemocnice v Klatovech. Tam se stal primářem oddělení tuberkulózy a respiračních nemocí a získal pověst skvělého a k pacientům vlídného odborníka. I nejtěžším pacientům dokázal sdělit diagnózu velmi ohleduplným způsobem. Později pracoval v nemocnici s poliklinikou v pražských Vysocanech, po její privatizaci také ve Studentském zdravotním ústavu ve Spálené ulici v Praze, kde spolupracoval při vyšetřování bezdomovců v rámci dohledu nad TBC. Dodnes působí na Šumavě, kterou miluje, jako konziliář pro nemocnici v Sušici.



### NOSITELÉ TITULU RYTÍŘ ČESKÉHO LÉKAŘSKÉHO STAVU

- 1996 prof. MUDr. Antonín Fingerland, CSc.  
prof. MUDr. Jiří Syllaba, CSc.  
prof. MUDr. Miloš Štejf, DrSc.  
MUDr. Josef Hercz
- 1997 prof. MUDr. Josef Marek, DrSc.
- 1998 prof. MUDr. Václav Tošovský, DrSc.
- 1999 prof. MUDr. Bohuslav Niederle, DrSc.
- 2000 prof. MUDr. Zdeněk Mařatka, DrSc.
- 2001 MUDr. Karel Macháček
- 2002 doc. MUDr. Zdeněk Ježek, DrSc.
- 2003 prof. MUDr. Radana Königová, Ph.D.
- 2004 prof. MUDr. Ota Gregor, DrSc.
- 2005 prof. MUDr. Ctirad John, DrSc.
- 2006 prof. MUDr. Ivan Karel, DrSc.
- 2007 prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc.
- 2008 prof. MUDr. Václav Špičák, CSc.
- 2009 MUDr. Hugo Engelhart
- 2010 MUDr. Jiří Jedlička

(red)



Foto: Marcani

# Zásadní hodnoty nese medicína po tisíciletí

**N**ový Rytíř českého lékařského stavu MUDr. Jiří Jedlička pronesl po slavnostním pasování následující věty:

Děkuji a přijímám tuto poctu s radostí v srdci v době, kdy čest a moudrost sedí kdesi v koutku české země a stydí se, že byla opuštěna těmi, kdo usilují o vládnutí tomuto národu. Chtěl bych připomenout mnohé rytíře, kteří za náš národ položili životy, kteří byli jeho skvělými syny a jejichž jména nejsou vytesána na pomnících. Jsou mezi nimi skvělí čeští a moravští lékaři, kteří nepřežili fašistické koncentrační tábory i bolševické lágry.

Jsem rád, že jsem byl před dvaceti lety u zrodu obnovy ČLK. Návrat svobody a demokracie není doposud jednoduchým procesem. Těžko se rodí a k tomuto národu vracení vlastnosti, bez kterých se neobejde demokracie. Jsou to zcela zásadní hodnoty, kam patří odpovědnost za sebe a svá rozhodnutí, cit pro moudrý konsenzus a víra, ve které neuhasná cit pro lidský život. Takové hod-

noty totiž v sobě nese medicína po tisíciletí. Takové hodnoty vytvářejí etiku lékařského povolání, které přesto nikdy nebude zcela neomylné.

Když jsem byl předsedou Čestné rady ČLK, byl jsem si vědom, jak je někdy těžké posuzovat z tohoto pohledu odborná pochybení lékařů. Přesto jsem přesvědčen, že právo posuzovat postup lékaře přísluší především znalcům z řad lékařů. Není to korporativní ani cechovní obrana, jak jsme často byli nařčeni v médiích. Je to hlas naší odpovědnosti k těm, kterých se naše povolání nejvíce dotýká. K nemocným. Naše povolání je hluboce spjato s těmi, kteří se stali našimi učiteli. Je předáváním mistrovství a stává se uměním léčit. Je nemyslitelné bez nezištného předávání zkušeností. Je nemyslitelné bez vzorů.

Tím se opravdu podobáme mistrovskému cechu, kde učeň jen za tvrdých podmínek dosahuje mistrovství svého učitele. Překonávání překážek je zásadní potřebou růstu lékaře. Vlastní omyly jsou integrální součástí naší pokory i odborného svědomí, vyúsťující

především v nutnost celoživotně neopouštět vlastní vzdělávání.

Přijetí těchto zásad nás spojuje v lékařský stav. Dnešní vědecká poznání rozdrobila medicínu do specializací, které lze jen obtížně obsáhnout za jeden lidský život. Skvělý technický pokrok zasáhl medicínu ve všech oborech. Poskytl jí úžasné možnosti, bohužel často za cenu snížení citu k nemocnému, který se mnohdy stává případem, za kterým je více sama nemoc než člověk se svým křehkým životem. Proto mnohem více než v minulých dobách potřebuje současný lékař k výkonu své profese duchovní kultivaci. Považuji za ni především schopnost sebeovládání a komunikační kulturu, která je naplněna schopností vysvětlit nemocnému problém a poskytnout mu náležitou sílu naděje. Takový proces lze nazvat otevřením vzájemné důvěry. V ní je vnitřní proces posilující sílu vzdorovat i nejsložitějším stavům, konečně i schopnost přijímat úděl vlastního konce.

Když jsem myslel na všechny tyto věci v roce 1995 a díval jsem se na sochu národu tak drahou v těžkých dobách, pochopil jsem, že Rytíř českého lékařského stavu by měl mít symbolicky na pamětní medaili přilbu a meč sv. Václava i národní lipovou ratolest. Chtěl jsem tím vyjádřit úctu českých lékařů k národu a jeho historii. Mistr Hampl, který podle mého návrhu dokončil medaili, tak učinil mistrovskou rukou. Potřeba v ČLK oslavit českého lékaře tímto rytířským titulem nebyla míněna jako pouhá atrakce. Díky bohu se stala vyjádřením úcty českých lékařů k medicíně v dobách, kdy lékaři bojující za svoji vyšší životní úroveň byli v médiích hanobeni a nazýváni „bílou mafii“. I nadále se snažím otesávat svůj kámen, aby dobře zapadl do naší velké výstavby medicíny, která usiluje po tisíciletí o potlačení předčasné smrti.

Nazávěr mi prosím dovolu, abych v hluboké úctě symbolicky svůj titul věnoval dvěma skvělým mužům. Mému drahému otci MUDr. Kamilu Jedličkovi, kterému vděčím za možnost stát se lékařem. Nakonec mému skvělému prastrýci prof. MUDr. Rudolfovi Jedličkovi, jehož život byl naplněn rytířstvím a který je v české medicíně považován za lékaře ryziho srdce. Jeho život byl nesmírně činorodý a naplněn humanitou. Byl krátký a v závěru s velkým utrpením. Zanechal lidem krédo. Jeho obsah vystihuje, čím byl. V něm se říká: „Není důležité člověku, aby žil dlouho, ale aby člověk byl uspokojen svým způsobem života a šťasten svým konáním. Je-li v tomto štěstí člověka obsažen i kousek štěstí jiných, pak je život krásný.“

Jiří Jedlička

## Evropští lékaři oceňují akci „Děkujeme, odcházíme“

**P**ravidelné zasedání organizace mladých evropských lékařů EJD (European Junior Doctors, dříve PWG) proběhlo 6.–8. května 2011 v chorvatském Záhřebu. Za českou stranu se ho zúčastnila dvoučlenná delegace ve složení MUDr. Tomáš Šindler, člen představenstva ČLK a delegát EJD, a MUDr. Martin Švestka, předseda Mladých lékařů o. s.

Již tradičně bývají prvním bodem jednání tzv. National reports. Tentokrát byla velmi očekávaná česká zpráva o akci „Děkujeme, odcházíme“. Podařilo se přednést oficiální přednášku prezidenta MUDr. Kubka v anglickém jazyce, která byla přijata mezi delegáty jednotlivých zemí s neskrývaným obdivem k odvaze českých lékařů i ke strategii celé akce. Zaujala nejvíce z bloku národních zpráv, neboť si její plné znění vyžádaly některé delegace a stala se přílohou oficiálního zápisu celého setkání.

Zcela zásadním, byť procedurálním bodem celého setkání však byla volba nového vedení EJD, kde potvrdil roli favorita německý kandidát Dr. Carsten Mohrhardt (ortopedie, Karlsruhe). Do funkce viceprezidenta EJD byl zvolen chorvatský kardiolog Dr. Hrvoje Vrazic (Záhřeb). S příchodem nových tváří do čela EJD lze očekávat racionalizaci ekonomiky celé organizace a intenzivnější lobbying, neboť nový německý prezident se netají úmyslem šetřit na pravém místě, a naopak využívat více zdroje pro účelný lobbying v Evropském parlamentu. Hodlá pro to využít cestiček a spolupráci s Marburgským svazem, v jehož čele se rovněž angažuje.

Prezident Mohrhardt chytře nominoval do vedení všech sekcí delegáty z různých zemí, má tak šanci získat pro svůj úmysl i „ztracená“ území, jako např. Skandinávii, Velkou Británii a Francii. Například šéfkou odboru vzdělávání je Dr. Indre Butiene (Litva). Nové vedení dává jistotu šanci skutečně evropské koordinaci a počítá s mladými českými lé-

kaři jako s konstantní a nezpochybnitelnou součástí EJD.

Polemiku vzbudil názor některých delegátů na oprávněnost tzv. evropské atestace. V praxi by to znamenalo další rigorózní zkoušku, tentokrát navíc před eurokomisí. Česká delegace odmítla koncept povinné euroatestace jako dalšího bezdůvodného biče na lékaře a nadále zastává názor, že základem kvalitní spolupráce musí být elementární důvěra mezi státy EU. Tedy mimo jiné i v tom, že si budou vzájemně uznávat národní zkoušky. Euroatestace by měla být zcela dobrovolnou aktivitou.

Poměrně zásadně se projednávala otázka EWDT (Evropské direktivy pro přesčasovou práci), jelikož se jeví reálné, že bude za současného politického složení Evropského parlamentu revidována v neprospěch lékařů. Sílí celoevropský tlak zaměstnavatelů na to, aby přesčasová práce lékaře měla opět svou aktivní a neaktivní část, resp. aby se co nejvíce přesčasové práce lékaře platilo v jiném režimu, než je aktivní přítomnost na pracovišti. V této souvislosti se hovoří stále častěji o „opt-out“ dohodách. Co můžeme dělat? Jak vyjednávat?

První kolo konzultací by mělo proběhnout napříč různými lékařskými organizacemi. Debata kolem kulatého stolu ukazuje navíc na skutečnost, že v mnohých evropských zemích se podmínky přesčasové práce značně liší a existuje v podstatě již dnes varianta „opt-out“ pro ty, kteří to chtějí a jimž to vyhovuje. Španělsko má podobný systém jako ČR, tj. striktní limitace přesčasových hodin zákoníkem práce a možnost jejich dobrovolného navýšení. V Německu nemůže být lékař nucen pracovat více než 48 hodin týdně a velmi přísně dbají na dodržování kontinuity práce a odpočinku. Nestane se, že by vás kdokoli mohl nutit pokračovat v práci na pracovišti po noční službě. Naopak lékař po službě je „vyhnán“ z nemocnice. Liší se podmínky v různých typech nemocnic. Do jisté míry je to situace podobná Česku, ale lépe ošetřená rámcovou kolektivní smlou-



Předseda Mladých lékařů Martin Švestka a člen představenstva ČLK Tomáš Šindler s novým prezidentem EJD Carstenem Mohrhardtem.

vou podle stříhu Marburger Bundu (největší evropská odborová organizace německých lékařů zaměstnanců).

Pozvaný chorvatský zástupce FEMS (Evropské sdružení lékařů zaměstnanců) Dr. Bohdan Popovič jednoznačně podpořil teorii, že jakýkoli pobyt na pracovišti by měl být považován za práci a jako takový i zaplacen. „Rent period – non active time“ je tedy nesmysl. Opt-out by měl být dobrovolnou aktivitou, nikoli legislativním bičem. Je evidentní, že silné odborové organizace mají sílu vyjednat pro své členy lepší podmínky i nad rámec striktní legislativy dané země (Německo, Nizozemsko). EJD odmítá, aby call on time (služba na telefonu) byl považován a hrazen jako non active time přesčasové práce. Na rozdíl od sverázných českých podmínek, s velmi pravděpodobnou revizí EWDT v roce 2013 počítají Němci již nyní a snaží se předzásobit lékaři. To je i důvod stále oblíbenějších lékařských job veletrhů u nás.

Odhaduje se, že jen v Německu bude chybět asi 10 000 nemocničních lékařů k pokrytí veškeré přesčasové práce v nemocnicích. V této souvislosti vyznívají velmi hloupě argumenty používané proti českým lékařům během akce „Děkujeme, odcházíme“, které zpochybňovaly nejen schopnosti a šance našich kolegů uchytit se v zahraničí, ale vůbec i motivaci a ochotu hostitelských zemí naše lékaře přijímat. To jen v Česku je možné, že místo německého modelu, jak se snažit zatraktivnit pracovní podmínky, aby byl zajištěn příliv pracovních sil, směřuje většina legislativních návrhů Ministerstva zdravotnictví ČR k tomu, aby i zbytky schopných lékařů balily kufry a vydaly se za prací do civilizované Evropy. Mějme však na paměti, že je to bohužel jednosměrka. Do ČR se nikdo z Evropy nehrne a vypadá to, že ještě dlouho hrnout nebude. (tš, mš)

### Obsah

Farmakologická prevence tromboembolické nemoci – 1. část ..... 1

## FARMAKOLOGICKÁ PREVENCE TROMBEMBOLICKÉ NEMOCI

### 1. část

Tromboembolická nemoc (TEN) je časté a závažné onemocnění. Tuto skutečnost potvrzuje údaj, že TEN je třetí nejčastější příčinou úmrtí. V užším a obvykle užívaném slova smyslu TEN vzniká na podkladě přítomnosti *trombu v žilním řečišti*, kde působí částečnou nebo úplnou obstrukci žilního toku. Obávanou komplikací je embolizace trombu vedoucí k obstrukci plicního tepenného řečiště nebo vzácná paradoxní embolizace defektem septa síní do systémového tepenného řečiště.

Plicní embolie a hluboká žilní trombóza jsou součástí jediného onemocnění. Termín „nemoc“ vyjadřuje, že se může jednat o trvalou dispozici ke vzniku trombózy (například u vrozených hyperkoagulačních stavů – trombofilii), kdy při současném působení faktorů se může trombóza v průběhu života vícekrát opakovat. Klinicky lze členit tuto nemoc na dvě nosologické jednotky: *flebotrombózu (FT) a plicní embolii (PE)*. Flebotrombóza může, ale nemusí vést k plicní embolii, naopak plicní embolie může mít i jiné příčiny než žilní trombózu, může vycházet například z pravé srdeční síně.

Symptomatická flebotrombóza je relativně častým onemocněním s frekvencí 1-2 případů na 1 000 osob obecné populace ročně, daleko nejvyšší incidenci však pozorujeme u chirurgických nemocných - bez tromboprofylaxe byla pozorována u 10-15 % gynekologických, u 20-30 % abdominálně-chirurgických a u 45-60 % nemocných po operaci velkých nosných kloubů<sup>1/</sup>. Incidence asymptomatických forem FT je ještě vyšší. Plicní embolie komplikuje flebotrombózy proximálních žil až v 50 %, mortalita na ni se pohybuje kolem 10-20 %. V Evropské unii s více než 450 miliony obyvatel se symptomatická plicní embolie objevuje až u půl milionu nemocných ročně, od 7. věkové dekády pak incidence stoupá o celý řád<sup>2/</sup>.

Tromboprofylaxe zcela zásadně redukuje nejen výskyt flebotrombóz, ale i plicních embolií či post-trombotických syndromů. Z dat jednoznačně vyplývá důležitost účinné profylaxe – jak primární prevence (zejména v perioperačním období, u chronicky nemocných), tak sekundární prevence embolizace u nemocných s již vzniklou flebotrombózou, případně prevence recidiv této nemoci v rizikových životních situacích. K odhadu rizika trombotické přehody a určení optimální profylaxe lze užít tabulku 1. Jednotli-

vá rizika se kumulují, tak například laparotomie u osoby s vrozenou trombofilii může být zatížena vysokým rizikem. Součástí profylaxe jsou vždy fyzikální metody, u některých kategorií nemocných v nízkém riziku jsou i postačující. Jde o mobilizaci, cvičení zejména dolními končetinami, dechovou rehabilitaci, graduovanou elastickou kompresi nebo dokonce intermitentní pneumatickou kompresi dolních končetin.

### 1. Zavedené farmakologické postupy užívané k profylaxi a léčbě TEN

Antitrombotickou léčbou inhibujeme přirozený průběh srážení krve, cílem je buď zabránit tvorbě trombu nebo zastavit růst trombu již vzniklého. Vzhledem k tomu, že v patogenezi flebotrombóz a plicní embolie hraje rozhodující úlohu aktivace sekundární hemostázy, čili hemokoagulace, jsou *antikoagulancia* základem léčby. Destičková hemostáza se uplatňuje minimálně, podávání protideštičkové léčby tak není racionální, její indikace je podmíněna koincidencí TEN s atherotrombotickým postižením. V takové situaci kombinujeme zpravidla antikoagulancia s protideštičkovými léky.

Antikoagulancia lze dělit podle místa hlavního účinku: na *inhibitory trombinu, inhibitory aktivovaného X. koagulačního faktoru (f. X) a inhibitory krevních faktorů závislých na vitamínu K – antivitaminy K*. Jak inhibitory trombinu, tak inhibitory faktoru Xa dále členíme na *přímé* nebo *nepřímé* – nepřímé inhibitory ke svému působení potřebují plazmatický kofaktor – antitrombin, přímé inhibují uvedené koagulační faktory přímo. Pouze *sulodexid* inhibuje trombin aktivací heparinového kofaktoru II, tato cesta sekundární hemostázy je však méně účinná a sulodexid tak nelze považovat za plně účinné antikoagulans. *Antivitaminy K* (v ČR je dostupný pouze *warfarin*) inhibují aktivaci řady *koagulačních* (tj. trombinu, f. VII, IX a X) i *antikoagulačních faktorů* (proteínu C a S), závislých na přítomnosti redukované formy vitamínu K. Všechny skupiny dělíme dále z praktických důvodů na *parenterální* – převážně nepřímé inhibitory trombinu (hepariny) či faktoru Xa (*nízkomolekulární hepariny a pentasacharidy*) a *perorální* léky – přímé inhibitory trombinu (*gatranly*), přímé inhibitory faktoru Xa (*xabany*) a antivitaminy K.

**Tabulka 1. Rizikové faktory pro TEN v obecné populaci a po chirurgických výkonech**

malé riziko	střední riziko	velké riziko
<ul style="list-style-type: none"> <li>– věk &gt; 60 let</li> <li>– obezita (BMI &gt; 30)</li> <li>– varixy DK</li> <li>– chronická onemocnění: kardiovaskulární, CHOPN, nespecifické střevní záněty, myeloproliferativní stavy, nefrotický syndrom</li> <li>– drobnější chirurgické zákroky (mimo abdominálních)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– hormonální léčba estrogeny (HRT, antikoncepce)</li> <li>– dokumentovaný trombofilní stav či anamnéza trombofilie v rodině</li> <li>– onkologická onemocnění</li> <li>– sepse</li> <li>– gravidita a šestinedělí</li> <li>– thorakotomie, laparotomie, abdominální hysterektomie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– imobilita (&gt; 72 hod)</li> <li>– anamnéza FT/PE</li> <li>– traumatické postižení DK či páteře</li> <li>– ortopedické výkony na velkých kloubech DK</li> </ul>

**a) Nefrakcionovaný heparin**

Nefrakcionovaný heparin (UFH) je nepřímým inhibítorem trombinu. Komplex heparinu s antitrombinem inaktivuje kromě trombinu ještě faktory Xa, IXa, XIa a XIIa, nicméně z farmakodynamického pohledu je rozhodující inhibice trombinu. Nefrakcionovaný heparin má řadu nevýhod: prvním problémem je *nedostatečná resorpce po podkožní aplikaci*, nutná je proto kontinuální nitrožilní aplikace (infuze). Druhým je *nemožnost predikce účinné dávky* při nestandardní vazbě na bílkoviny i buňky a variabilní biodegradaci v ledvinách i makrofágy. Při vysoké koncentraci plazmatických zánětlivých proteinů (molekul akutní fáze) je vazba na proteiny tak vysoká, že se setkáváme s rezistencí na heparin; flebotrombóza je přitom zpravidla provázena akutní zánětlivou reakcí. Poslední výhradou je neschopnost heparinů inaktivovat trombin vázaný na fibrinová vlákna, po uvolnění z této vazby tak zůstává trombin aktivní a po vysazení heparinu se může objevit závažný prokoagulační stav. Z těchto důvodů je léčba FT nefrakcionovaným heparinem nevhodná. Díky vysoké interindividuální i intraindividuální variabilitě je nutná přísná monitorace intenzity antikoagulace pomocí aPTT, nicméně ani tak není vždy zaručen žádoucí efekt a dostatečná bezpečnost. Nespolehlivost účinku, nutnost kontinuální infuze, potřeba opakovaného monitorování efektu (á 6-12 hodin) a riziko závažné *trombocytopenie typu HIT* (Heparin Induced Thrombocytopenia) vedlo k preferenci výhodnějších léčebných postupů. Ani v profylaxi TEN se v dnešní době nefrakcionovaný heparin, byť v retardované podobě a s možností subkutánního podání, prakticky nepoužívá.

**b) Nízkomolekulární hepariny**

Jednou ze základních možností tromboprolaxe i léčby TEN jsou stále nízkomolekulární (frakcionované) hepariny (Low Molecular Weight Heparins – LMWH). Depolymerizací heparinu se zvyšuje afinita komplexu LMWH/antitrombin k faktoru Xa, trombin je inhibován výrazně méně. Rozdíly ve velikosti molekuly mezi jednotlivými LMWH vedou k různě inhibici trombinu a f. Xa, nelze tak vztahovat účinek jednoho přípravku na druhý. Významné rozdíly jsou také v délce účinku, z tohoto pohledu má nejdelší dobu působení bemiparin (ZIBOR inj.sol.) a enoxaparin (CLEXANE inj. sol.). Z uvedených důvodů neplatí ve skupině

LMWH „class effect“, naopak klinické studie dokumentují rozdíl a meta-analýzy dokládají, že například enoxaparin je u akutních koronárních příhod výhodnější než jiné LMWH, resp. v některých indikacích má jako jediný doklad o efektu<sup>3/</sup>.

Výhodou nízkomolekulárních heparinů je spolehlivá resorpce po podkožním podání, nízká intra- i interindividuální variabilita účinku bez nutnosti monitorace, dostatečně dlouhá doba účinku umožňující aplikaci 1x až 2x denně a nízké riziko trombocytopenie typu HIT. Tyto vlastnosti vedly k rozšíření LMWH v prevenci i v léčbě TEN. Závažným nedostatkem však je neschopnost inhibovat trombin již vázaný na fibrinovou síť a neúčinnost při nízké hladině antitrombinu. První nevýhodu řešíme zpravidla převedením na jiný typ antikoagulační léčby před vysazením heparinů. Deficienci antitrombinu, která je možná například v graviditě, řešíme monitorováním aktivity antiXa či přímo vyšetřením hladiny antitrombinu, substitucí antitrombinového koncentrátu či volbou jiného typu antikoagulace.

Na rozdíl od nefrakcionovaného heparinu se LMWH eliminují z organismu rozhodující měrou renální cestou, jejich biologický poločas je prodloužen u nemocných s renálním selháním. Eliminační poločas LMWH po podkožní injekci se u jednotlivých přípravků mnoho neliší a pohybuje se kolem 3 – 6 hodin, je nezávislý na dávce. Nízkomolekulární hepariny nepronikají placentou a ve významné koncentraci ani do mléka, a jsou proto vhodnými léky i v graviditě a při laktaci.

Dávkování se řídí hmotností nemocného a léčebně se používá u většiny přípravků aplikace 2x denně subkutánně, u některých heparinů, např. u nadroparinu (FRAXIPARINE inj.sol.) nebo enoxaparinu (CLEXANE FORTE inj.sol.) či bemiparinu lze podávat i v jedné denní dávce. Aplikované množství se liší u jednotlivých LMWH i v jednotlivých indikacích, tj. podle výše rizika TEN v profylaxi či jedná-li se již o léčbu přítomné TEN. Dávkování LMWH v prevenci TEN u rizikových pacientů je uvedeno v tabulce 2. Obvyklá délka podávání nízkomolekulárního heparinu v prevenci je individuální dle doby trvání rizika, léčebně podáváme LMWH 5-10 dnů. V léčbě současně s heparinem zahajujeme podávání warfarinu a LMWH vysazujeme teprve po dosažení INR nad 2,0 ve dvou po sobě jdoucích dnech, resp. dvou následujících měření. V praxi není nutné sledování účinku, pouze

**Tabulka 2. Obvyklé dávky LMWH a fondaparinuxu v jednotlivých indikacích**

	enoxaparin	bemiparin	dalteparin	nadroparin	parnaparin	reviparin*	fondaparinux
profylaxe u středního operačního rizika a u chronicky ležících nemocných či v prevenci cestovní trombózy	20 mg/2 kIU á 24 hod	2,5 kIU á 24 hod	2,5 kIU á 24 hod	2,85 kIU á 24 hod	3,2 kIU á 24 hod	1,43 kIU á 24 hod	2,5 mg á 24 hod
profylaxe u vysokého operačního rizika (ortopedické operace) a u akutních ležících nemocných	40 mg/4 kIU á 24 hod	3,5 kIU á 24 hod	5,0 kIU á 24 hod či 2,5 kIU á 12 hod	3,85 až 5,7 kIU á 24 hod	6,4 kIU á 24 hod	3,44 kIU á 24 hod	2,5 mg á 24 hod
léčba flebotrombózy (s či bez PE)	100 až 150 mg/10 až 15 kIU á 24 hod či 80 až 100 mg/80 až 10 kIU á 12 hod	9,2 kIU	10 až 15 kIU (max. 16 kIU) á 24 hod či 8 až 10 kIU á 12 hod	7,6 kIU á 12 hod	6,4 kIU á 12 hod	5,15 kIU á 12 hod	7,5 mg á 24 hod

Pozn.: Dávka je počítána na hmotnost pacienta 70-80 kg. Při poklesu renální glomerulární filtrace pod 0,5 ml/sec redukuje dávku o 25 až 33 %, při poklesu pod 0,25 ml/sec snižujeme o 33 až 50 %. U nemocných s nižší či vyšší hmotností dávku přiměřeně upravujeme. Je-li indikací preventivního podání chirurgický výkon, pak první dávku zpravidla aplikujeme 12 hodin před vlastním výkonem. Profylaxi bemiparinem a fondaparinuxem lze zahájit též postoperačně.

\* V současné době není v ČR zaregistrován žádný léčivý přípravek s touto léčivou látkou (pozn.red.).

u gravidních žen a u nemocných v renální nedostatečnosti kontro-  
lujeme efekt sledováním hladiny titru antiXa. Dávka LMWH by  
nikdy neměla být podána nitrožilově pro riziko vzniku hemato-  
mu, podobně v průběhu antikoagulační léčby hrozí vznik hema-  
tomu při aplikaci jakékoliv intramuskulární injekce.

Každá antikoagulační léčba může být komplikována krvácením.  
Při podávání heparinů se s ním setkáváme relativně vzácně, dů-  
vodem je relativně krátká doba léčby. Nicméně, objeví-li se zá-  
važné krvácení, máme možnost účinek zastavit podáním antidota  
– protaminu. Protamin plně neutralizuje efekt nefrakcionovaného  
heparinu a částečně heparinů frakcionovaných.

### c) Pentasacharidy – fondaparinux

*Pentasacharidy*, konkrétně jediný dosud registrovaný pentasacha-  
rid – fondaparinux (ARIXTRA inj.sol.) – patří do skupiny nepří-  
mých inhibitorů faktoru Xa. Na rozdíl od LMWH a UFH, které  
jsou organopreparáty, jsou pentasacharidy syntetické a představují  
přirozenou koncovou sekvenci části heparinu s vysokou afinitou  
k antitrombinu. Ve srovnání s LMWH je společná nutnost paren-  
terální aplikace, dobrá resorpce po podkožním podání a eliminace  
renální cestou. Výhodou je delší doba účinku umožňující podání  
jedenkrát denně. Pro podávání v graviditě nemáme data. Srovná-  
me-li klinický účinek, pak ve srovnání s LMWH je fondaparinux  
výhodnější po stránce větší účinnosti i lepší tolerance. Větší efekt  
byl prokázán na základě klinických studií – v prevenci TEN u or-  
topedických pacientů dosáhl až o 50 % výraznějšího snížení rela-  
tivního rizika trombotické komplikace při srovnatelné či lepší to-  
leranci<sup>4/</sup>. Fondaparinux je schválen k užití v řadě indikací, největší  
přínos byl dokumentován v trombopropylaxii u ortopedických ne-  
mocných, řada studií jasně demonstrovala potenciál fondaparinuxu  
také v prevenci trombembolických komplikací v ostatních odvětvích,  
zejm. v obecné chirurgii (u pacientů podstupujících operaci  
v oblasti břicha, včetně abdominálních nádorů), ve vnitřním lékař-  
ství (u pacientů imobilizovaných kvůli akutnímu onemocnění) či  
v onkologii. Velký efekt léčby byl zaznamenán i v léčbě akutní fáze  
žilní trombózy a v léčbě akutních koronárních příhod. Plicní embo-  
lie nebyla ve fondaparinuxové větvi zaznamenána vůbec, naopak  
v placebové se objevilo 5 fatálních plicních embolií. Navzdory  
jeho příznivým vlastnostem, fondaparinux je v léčbě a v profylaxii  
neprávem nedostatečně využíván, hlavním důvodem je vyšší cena  
a nedostupnost všech dávek na našem trhu.

V profylaxii TEN užíváme fixní dávku 2,5 mg fondaparinuxu,  
v léčbě žilní trombózy a plicní embolie zvyšujeme dávku na 7,5  
mg při tělesné hmotnosti 50 – 100 kg, při hmotnosti pod 50 kg  
je doporučena dávka 5 mg, při hmotnosti nad 100 kg 10 mg. Při  
nutnosti rychlého nástupu účinku je možno aplikovat první dáv-

ku nitrožilně. Antidotum, které by neutralizovalo antikoagulační  
efekt fondaparinuxu, není známo.

### d) Antivitaminy K – warfarin

Parenterálně užívaná antikoagulantia jsou pro chronické užívání  
nevýhodná, proto jsou k dlouhodobé léčbě užívána antikoagu-  
lantia perorální. Po mnoho desítek let byly jedinými perorálními  
antikoagulantii antivitaminy K, v ČR v posledních letech war-  
farin. Nicméně, jak bude ukázáno, je jen málo léků s tak proble-  
matickými vlastnostmi, abychom se s nimi mohli trvale smířit.  
Proto v posledním desetiletí přicházejí nová, výrazně výhodnější  
antitrombotika typu přímých inhibitorů trombinu či faktoru Xa.  
Farmakodynamické vlastnosti antivitaminů K, tedy i warfarinu,  
jsou dány inhibicí enzymu – reduktázy vitamínu K, resp. podjed-  
notky tohoto enzymu VKORC1. Díky depleci redukované formy  
vitamínu K vázne karboxylace kyseliny glutamové, která je nutná  
pro syntézu aktivní formy řady koagulačních faktorů (f. II, VII,  
IX, X) i antikoagulačních faktorů (proteinu C a proteinu S).

Biologický poločas neaktivovaných prokoagulačních a antiko-  
agulačních proteinů je rozdílný – antikoagulační protein C má  
plazmatický poločas 4-6 hodin, zatímco protrombin kolem 72  
hodin či faktor X 36 hodin. Deplece proteinu C a S se tak objeví  
daleko dříve, než deplece koagulačních faktorů. Proto je třeba  
počítat s tím, že zpočátku po zahájení léčby warfarinem zprvu  
klesá hladina proteinů C a S, což může vést v prvních dvou dnech  
léčby ke vzniku *prokoagulačního stavu*. Předjet mu lze tak, že  
po dobu prvních dnů podávání warfarinu bude zároveň nutné ap-  
likovat jiný způsob antikoagulace, v praxi volíme zpravidla ně-  
který z nízkomolekulárních heparinů. Tato zásada platí také při  
převádění pacienta z terapie injekčními antikoagulantii na warfa-  
rin. Délka souběžné léčby se řídí aktuální hodnotou INR a teprve  
v okamžiku dosažení požadované hodnoty (INR nad 2) ve dvou  
následujících měřeních je možné aplikaci injekčního antikoagu-  
lantia ukončit.

Warfarin je racemát, tedy směs dvou enantiomerů, přičemž (S)-  
enantiomer je 2-5x účinnější než (R)-enantiomer; snižuje synté-  
zu koagulačních faktorů II, VII, IX a X v játrech. Po perorálním  
podání se vstřebává 90-95 % dávky; biotransformuje se v játrech  
prostřednictvím oxidázy CYP2C9 na neúčinné metabolity; vy-  
lučuje se převážně žlučí ve formě metabolitů. Polymorfismus  
metabolizmu má výrazný praktický význam – zatímco u tří čtv-  
rtin populace (středně rychlých metabolizátorů) se účinná dávka  
pohybuje kolem 5 mg warfarinu denně, je u pomalých metabo-  
lizátorů potřeba dávku snížit na 1,5-3 mg denně a u rychlých me-  
tabolizátorů naopak zvýšit až k 10 mg denně. Druhým proble-

**Tabulka 3. Srovnání základních parenterálně aplikovaných antikoagulantii**

	nefrakc. heparin	frakc. hepariny	fondaparinux
prům. molekul. váha (kDa)	15	5	1,7
počet sacharidových jednotek	40–50	13–22	5
aktivita anti-Xa/anti-IIa	1:1	2:1 až 4:1	> 10:1
inhibice trombocytů	významná	střední	není
biologická dostupnost (sc.)	20–50 %	92–100 %	95-100 %
eliminační poločas (hod):			
nitrožilně	1	2-4	9-16
podkožně	2	3-7	13-21
vazba na buněčné elementy	ano	ne	ne
eliminace závislá na dávce	ano	ne	ne
eliminace	játry > ledvinami	ledvinami	ledvinami
riziko HIT	vyšší (≈ 1-3 %)	nízké (< 0,1 %)	není
riziko osteoporózy	vyšší	nízké	není
monitorování efektu	APTT	anti-Xa	anti-Xa
antidotum	protamin	protamin (část.)	není známo
kontraindikace v graviditě	ano	ne	ano

matickým místem je *polymorfismus reduktázy vitamínu K*, resp. jeho podjednotky VKORC1, tj. enzymu, který je cílovým místem působení warfarinu. Tento polymorfismus významně ovlivňuje léčebnou odpověď na warfarin. U přibližně čtvrtiny populace je tento enzym warfarinem ovlivněn slabě a jeho dávky nutné k překonání rezistence je nutno zvýšit, u další přibližně čtvrtiny populace lze naopak pozorovat zvýšenou citlivost tohoto enzymu na warfarin, a jeho dávky je proto nutné redukovat.

Vedle interindividuálních rozdílů v účinku i v biodegradaci se na výsledném účinku uplatňuje i vliv *lékových a potravinových interakcí*. Prvním typem interakcí je *blokáda resorpce* warfarinu ve střevě. V praxi je tento typ interakce reprezentován prakticky jen pryskyřicí – cholestyraminem – na jehož povrch se warfarin váže. Zdaleka nejčastější typ klinicky nejvýznamnějších interakcí je *blokáda či stimulace metabolismu* warfarinu. *Klinický význam* má zejména komedikace s antimykotiky typu flukonazolu, s antiarytmikem amiodaronem, s nesteroidními antirevmatiky, s fenofibrátem, s řadou steroidních hormonů (s anaboliky a estrogeny), některými antibiotiky a chemoterapeutiky (zejm. s azithromycinem, amoxicilinem či s kombinací trimethoprim/ sulfamethoxazol), kdy je potřeba předpokládat *prodloužení a zvýšení efektu warfarinu*. Po zahájení podávání inhibitorů CYP2C9 je třeba hodnoty INR kontrolovat nejméně jednou týdně a zároveň počítat s nutností snížení dávky warfarinu. Obdobně je třeba postupovat při ukončování podávání inhibitorů CYP2C9 s tím rozdílem, že dávku warfarinu je zpravidla nutné zvýšit. Také některá fytofarmaka a složky potravy mohou interferovat s biotransformací warfarinu. Významná potenciace účinku byla popsána po inhibici oxidázy CYP2C9 grapefruitovou šťávou (stačí 500 ml po dobu 2 dnů), po česneku v kapslích ke snížení krevního tlaku, po mangu, či po extraktu z heřmánku. Díky zvýšení expozice warfarinem po zpomalení biotransformace se zvyšuje antikoagulační efekt i riziko krvácení.

S opačným účinkem, tj. s navozením indukce metabolických systémů a *snížením účinku*, se setkáváme vzácněji. Z léků je nutno uvést barbituráty, rifampicin, merkaptopurin, bosentan, dikloxacilin či azathioprim. Z fytofarmak je mohutným induktorem třezalka tečkovaná (*Hypericum perforatum*). V neposlední řadě také *příisus vitamínu K potravou* snižuje účinnost warfarinu.

Warfarin má velmi úzké terapeutické okno, proto by měl být uvážlivě dávkován. Bohužel určit jeho optimální dávku je obtížné, protože u části pacientů může být obvykle podávaná dávka nedostatečně účinná, zatímco u jiné části pacientů může tatáž dávka vyvolat klinicky významné krvácení. Velká interindividuální variabilita léčebné odpovědi i skutečnost, že na jedné straně je pacient vystaven nebezpečí trombotických a trombembolických komplikací a na straně druhé hrozí krvácení, vyžaduje velmi dobrou spolupráci s poučeným nemocným, stejně jako častou

laboratorní monitoraci účinku. Při odhadu optimální dávky je možno užít programy, které na základě řady údajů určí nejvhodnější postup, jedním z nich je například server <http://www.warfarindosing.org/Source/Home.aspx>.

Účinnost antikoagulační léčby musí být velmi pečlivě *monitorována*. Užíváme stanovení protrombinového času (PT), který odráží redukcí účinku koagulačních faktorů. V současnosti je zavedeným standardem hodnocení účinnosti antikoagulace stanovení INR (International Normalized Ratio). Terapeutické rozmezí hodnoty INR se u většiny indikací pohybuje mezi 2,0 a 3,0. Zejména v úvodu léčby je nutné opakovaně stanovení INR k titrování adekvátní dávky warfarinu (v akutní fázi stanovujeme za hospitalizace denně, v ambulantní léčbě 2-3x týdně), posléze stačí obvykle stanovení 1x měsíčně. V případě změny chronické medikace, resp. při komedikaci s rizikem interakce, při úpravě diety nebo při celkové změně zdravotního stavu je též nutné častější stanovení INR.

*Délka podávání* antikoagulační léčby se řídí přetrváváním vlastního rizika. Je-li rizikový faktor reverzibilní (např. imobilizace) a přestane-li působit, pak se doba odvíjí od vlastní indikace. Při nízkém riziku – v obecné chirurgii – ukončujeme léčbu po mobilizaci nemocného, po ortopedickém výkonu na velkých kloubech je optimální délka léčby 4-6 týdnů (kolenní kloub), 6-8 týdnů (kyčelní kloub, proximální femur) a po prvé flebotrombotické příhodě by měla léčba trvat nejméně 3 měsíce. Přetrvává-li působení trombofilie, např. při vrozené trombofilii, může trvat antikoagulační léčba i celoživotně, záleží na vlastním riziku. Terapii warfarinem je třeba ukončovat postupně, aby bylo zabráněno rebound fenoménu (navození hyperkoagulačního stavu). Obvykle se denní dávka nejprve sníží na polovinu, posléze se odstup mezi podáváním jednotlivých dávek prodlouží na 48 hodin a teprve poté se terapie ukončí.

K nejdůležitějším *kontraindikacím* podávání warfarinu patří vedle klinicky významného krvácení též stavy se zvýšeným rizikem krvácení, jako jsou např. poruchy hemokoagulace, poranění nebo chirurgický zákrok v oblasti hlavy, uší nebo očí, rozsáhlý chirurgický zákrok, mozkové nebo aortální aneurysma, aktivní peptický vřed, dekompenzovaná nebo těžká hypertenze, bakteriální endokarditida či perikarditida.

Určitým problémem je nutnost antikoagulační léčby v *graviditě a laktaci*. Warfarin prochází placentární bariérou i do mateřského mléka, není však zakázáno při jeho užívání kojit. Při užití warfarinu v posledních týdnech gravidity hrozí riziko odloučení placenty. Warfarin je teratogenní – v období od 6. do 14. týdne gravidity může způsobit tzv. warfarinovou embryopatii (nazální hypoplazie a chondrodysplazie), v pozdějším období pak zvyšuje výskyt abnormalit plodu v oblasti CNS. Teratogenita je výrazně vyšší při podávání dávek nad 5 mg denně. Vzhledem k tomu, že warfarin nepřechází do mateřského mléka není nutno během laktace přerušit léčbu.

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, Časopisu českých lékárníků a Zdravotnických novin vydavatelství Ambit Media.

Materiál publikovaný ve FI nemůže být používán pro žádnou formu reklamy, prodeje nebo publicity, ani nesmí být reprodukován bez svolení.

**Šéfredaktor:** MUDr. Marie Alušková, CSc.

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

**Výkonný redaktor:** RNDr. Blanka Pospíšilová, CSc.

**Redakční rada:** Prof. MUDr. Š. Alušík, CSc., IPVZ; PharmDr. M. Beneš, SÚKL; Doc. MUDr. J. Fanta, DrSc., FN Bulovka; RNDr. J. Kramlová, lékárna VFN; MUDr. J. Lyer, Sante; Doc. 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. Vornáčka, 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](http://www.sukl.cz)).



ISSN 1211 – 0647  
MK ČR E 7101

## Česká lékařská komora dnes

**Č**eská lékařská komora byla společně s komorou stomatologickou a lékárnickou zřízena zákonem č. 220/1991 Sb., který schválila tehdejší Česká národní rada dne 8. 5. 1991. Na rozdíl od občanů, kteří mohou činit vše, co jim zákony nezakazují, komora jako profesní samospráva může dělat pouze to, co jí tento zákon povoluje. Mantinely, mezi nimiž se musíme pohybovat při plnění základních funkcí, které jsou společným znakem všech profesních samospráv, nám tedy určili politici.

### Základní funkce profesních samospráv

- **Vedení registru** osob vykonávajících dané svobodné povolání.
- **Garance řádné kvalifikace a osvědčování splnění podmínek** pro výkon svobodného povolání, specializovaných činností a vedoucích funkcí, posuzování personálního zabezpečení pro výkon činností.
- Organizace a odborná garance **celoživotního vzdělávání**.
- **Profesní dozor a disciplinární pravomoc** vůči všem kdo vykonávají dané svobodné povolání.
- **Obhajoba profesních zájmů** osob vykonávajících svobodné povolání tak, aby je mohly vykonávat co nejlépe.

**1.** Vedení registru lékařů je první ze základních funkcí všech profesních samospráv. Tento úkol plní i naše komora a vzhledem k přísným pravidlům platným pro ochranu osobních údajů nás to stojí nemalé peníze. Část informací je v souladu se zákonem volně dostupná na internetu. Registr funguje, a nám tedy logicky připadá zcela zbytečná snaha ministerstva zdravotnictví vytvářet paralelní databázi o lékařích v rámci tvorby nějakého registru zdravotnických pracovníků, o kterém hovoří ministerský návrh zákona o zdravotních službách. Obdobně jako my, také ostatní evropské komory se brání snahám Evropské komise na zřízení jakýchsi

elektronických karet pro všechny zdravotníky. Vedení registrů lékařů zkrátka patří do rukou profesních samospráv.

### Registr členů ČLK

- §3 odst. 1 zákona č. 220/1991 Sb. – *Každý lékař, který vykonává na území ČR lékařské povolání v léčebné a preventivní péči, musí být členem ČLK.*
- §2 odst. 1e) zákona č. 220/1991 Sb. – *Komora vede seznam členů.*

**2.** Druhým úkolem profesních samospráv je garance řádné kvalifikace osob vykonávajících dané svobodné povolání. Také Česká lékařská komora v souladu se svým licenčním řádem vydává lékařům potvrzení – licence stvrzující splnění podmínek pro výkon samostatné lékařské praxe a pro výkon funkce

vedoucího lékaře – primáře. Stát se sice nechvalně proslulým zákonem č. 95/2004 Sb., který rozvrátil dosud fungující dvoustupňový atestační systém vzdělávání lékařů, pokusil komoru o tuto pravomoc připravit, avšak licence komory přesto zůstaly respektovaným dokumentem.

### Licence ČLK

- §2 odst. 2c) zákona č. 220/1991 Sb. – *Komory jsou oprávněny stanovovat podmínky k výkonu soukromé praxe svých členů a k výkonu funkce odborných zástupců podle zvláštního předpisu a vedoucích lékařů a primářů v nestátních ZZ.*
- §2 odst. 2d) zákona č. 220/1991 Sb. – *Komory jsou oprávněny vydávat osvědčení o splnění podmínek podle písmena c).*

Rok	Počet vydaných licencí
2005	1 816
2006	2 424
2007	1 142
2008	922
2009	1 385
2010	1 655

Počet členů ČLK (k 31. 12. 2010)	Muži	Ženy	Celkem
<b>Soukromí lékaři</b>	<b>5 482</b>	<b>7 556</b>	<b>13 038</b>
Vedoucí lékaři	2 353	1 052	3 405
Absolventi (0. až 2. rok)	933	1 966	2 899
Ostatní zaměstnanci	9 575	10 507	20 082
<b>Zaměstnanci celkem</b>	<b>12 861</b>	<b>13 525</b>	<b>26 386</b>
Nepracující důchodci	2 461	3 456	5 917
Mateřské dovolené	5	2 522	2 527
Ostatní lékaři	170	170	340
<b>Celkem</b>	<b>20 979</b>	<b>27 229</b>	<b>48 208</b>



Čestná rada ČLK





Představenstvo zvolené na 24. sjezdu ČLK v Praze (2010).

**3.** Třetím úkolem, který se nám daří plnit stále lépe a lépe, je organizace a garance celoživotního vzdělávání lékařů. Změna stavovského předpisu číslo 16, vypracovaná minulým představenstvem, umožnila komoře kontrolovat kvalitu každé jednotlivé akce, a tak si můžeme být jisti tím, že nepřidělujeme kredity za marketingové akce farmaceutických firem, které se pouze tváří jako vzdělávací akce.

### Celoživotní vzdělávání lékařů

• §22 odst. 4 zákona č. 48/1997 Sb. – *Celoživotní vzdělávání organizují a pořádají zejména ministerstvo, vysoké školy, ČLK a odborné společnosti ve spolupráci s akreditovanými vzdělávacími zařízeními a zdravotnickými zařízeními.*

Česká lékařská komora je finančně zcela nezávislá na státu a jedním ze zdrojů našich příjmů tak vedle členských příspěvků mohou být také příjmy za vzdělávací akce.

Od roku 2010 provozuje ČLK pro lékaře bezplatně e-learning, díky němuž mají rovný přístup ke vzdělávání všichni kolegové a kolegyně bez ohledu na místo svého bydliště či odlehlost pracoviště. Je jasné, že tato moderní forma vzdělávání se bude rozvíjet stále více.

Lékaři, kteří splní požadavky komory na celoživotní vzdělávání, mohou požádat o vydání diplomu, kterým jim ČLK tuto skutečnost potvrzuje. Platnost diplomu, jenž je jednou z podmínek pro vydání primářské licence, je 5 let. Zatím se nám bohužel nepodařilo vyjednat pro jeho držitele žádné ekonomické zvýhodnění (příplatek k platu, zvýšení úhrady za

práci od zdravotních pojišťoven...). Vzhledem k tomu, že v rámci EU je nejenom komorami, ale též zastřešujícími organizacemi jako CPME a UEMS budován postupně jednotný systém celoživotního vzdělávání lékařů, nevyhneme se v krátké době ani my tomu, abychom zpřísnilí požadavky na rozsah celoživotního vzdělávání tak, aby naše diplomy mohly být uznávány v rámci celé EU.

### Diplomy celoživotního vzdělávání

• §2 odst. 1b) – *Komory zaručují odbornost svých členů a potvrzují splnění podmínek k výkonu lékařského povolání.*

Rok	Počet vydaných diplomů
2003	1 103
2004	1 662
2005	900
2006	772
2007	800
2008	2 180
2009	2 384
2010	1 979
<b>Celkem</b>	<b>11 780</b>

### Iuventus Medica

Cílem projektu Nadace Charty 77, jehož vznik inicioval prezident ČLK, je především podpora mladých lékařek a lékařů, pro které je povinné vzdělávání ekonomicky stále náročnější, ale také jde o pokus kultivovat spolupráci mezi farmaceutickými firmami a lékaři. O způsobu využití shromážděných finančních prostředků rozhoduje nezávislá Rada projektu vedená předsedou Nadace Charty 77 profesorem Janouchem. Díky tomu, že neexistuje žádná vazba mezi konkrétním dárcem, například farmaceutickou firmou, a jednotlivými lékaři, odpadá jakékoli podezření z možné korupce.

V prvním roce své existence pomohl fond 170 kolegům a kolegyním, mezi které rozdělil částku 1 050 000 Kč. Také v roce 2010 předčil zájem mladých lékařů a lékařek možnosti fondu. Díky tomu, že se nám podařilo shromáždit bezmála dva miliony korun, mohl fond podporu do maximální výše 7000 Kč přiznat celkem 270 žadatelům.

**4.** Hlavním důvodem, pro který demokratické státy zřizují zákonem profesní samosprávy, je nepochybně výkon profesního dohledu nad všemi osobami vykonávajícími dané svobodné povolání.

Centrální ČLK – Přehled vzdělávacích akcí				
	2007	2008	2009	2010
Pořádané	54	76	109	157
Garantované	185	308	372	456
OS ČLK – Přehled vzdělávacích akcí				
	2007	2008	2009	2010
Pořádané	139	153	172	164
Garantované	731	554	589	545

Příjmy centra ČLK za vzdělávací akce v roce 2010			
	Registrace	Prezentace firem	Celkové příjmy
Akce pořádané a garantované centrální ČLK	702 825 Kč	1 168 440 Kč	1 871 265 Kč
Akce pořádané OS ČLK	(odvod 50 %) 227 850 Kč	(odvod 10 %) 40 313 Kč	268 163 Kč a garantované
<b>Celkem</b>	<b>930 675 Kč</b>	<b>1 208 753 Kč</b>	<b>2 139 428 Kč</b>

## Výkon profesního dohledu

Komora vykonává dozor nad všemi lékaři vykonávajícími na území ČR své povolání. Stížnosti řeší bezplatně, přičemž jako jediná instituce je oprávněna v souladu se svým Disciplinárním řádem a Etickým kodexem řešit také etická pochybení lékařů a odborná pochybení, u kterých nebyla prokázána „příčinná souvislost“ mezi chybou lékaře a poškozením pacienta. Disciplinární řízení probíhají dvoustupňovým systémem, přičemž veškerá rozhodnutí komory jsou pochopitelně **prezkoumatelná nezávislým soudem** (§18 odst. 5 zákona č. 220/1991 Sb.).

- Dvoustupňové řízení;
- Okresní revizní komise a čestné rady
- Centrální revizní komise a čestná rada
- Pro potřeby svých členů i pro potřeby disciplinárních orgánů zajišťuje komora expertní posudky Vědecké rady a jejích oborových komisí.

## Počet stížností řešených ČLK

- §2 odst. 1a) zákona č. 220/1991 Sb. – *Komory dbají, aby členové komor vykonávali své povolání odborně, v souladu s jeho etikou a způsobem stanoveným zákony a řády komor.*
- §2 odst. 2e) zákona č. 220/1991 Sb. – *Komory jsou oprávněny řešit stížnosti na výkon povolání svých členů v rozporu s odstavcem 1a).*
- §2 odst. 2f) zákona. 220/1991 Sb. – *Komory jsou oprávněny uplatňovat disciplinární pravomoc v rozsahu stanoveném tímto zákonem.*

Většina stížností se netýká odborných pochybení, ale chyb v komunikaci lékaře s pacientem. Aby se jich lékaři vyvarovali, začala komora pořádat mimo jiné i speciální komunikační kurzy.

Rok	Celkový počet stížností
2005	1 957
2006	1 263
2007	1 372
2008	1 170
2009	1 628
2010	1 641

## Disciplinární opatření

Disciplinární opatření stanoví zákon č. 220/1991 Sb.:

- **důtka,**
- **pokuta do 30 000 Kč,**
- **podmíněné vyloučení,**
- **vyloučení z ČLK na 5 let** (zákaz výkonu povolání).

Tato disciplinární opatření nejsou vyhovující a ČLK připravila příslušnou změnu zákona, který však politici dosud neměli vůli projednat.

- ČLK navrhuje následující změnu disciplinárních opatření:
- doškolení a přezkoušení,
- povinnost pracovat pod odborným dohledem,
- vyloučení na 1–5 let.

**Cílem „trestů“ je prevence!** ČLK pro lepší plnění své funkce potřebuje získat možnost uložit nápravná opatření odborným zástupcům všech zdravotnických zařízení, bez ohledu na formu vlastnictví. Při nesplnění má disciplinární pravomoc. Ve spolupráci s ministerstvem zdravotnictví bychom se rádi podíleli na dohledu nad personálním vybavením všech zdravotnických zařízení.

## Závazná stanoviska ČLK

§2 odst. 2i) zákona č. 220/1991 Sb. – *Komory jsou oprávněny vydávat pro členy komor závazná stanoviska k odborným problémům poskytování zdravotní péče.*

Rok	Počet vydaných ZS
1999	1
2000	5
2001	1
2002	2
2003	5
2004	4
2005	0
2006	1
2007	3
2008	1
2009	1
<b>Celkem</b>	<b>24</b>

## Příklady:

- 1/09: Elektronický způsob vedení zdravotnické dokumentace.
- 1/08: Pravidla spolupráce mezi lékaři a farmaceutickým průmyslem.
- 3/07: Pro poskytování porodní péče v ČR.

Probíhá průběžná aktualizace závazných stanovisek, a tak např. v roce 2010 bylo 5 zastaralých závazných stanovisek zrušeno.

## Doporučení ČLK

**Nejsou z formálně právního hlediska závazná.** Jejich respektování zajišťuje autorita ČLK.

## Příklady:

- 1/09: K postupu při rozhodování o změně

léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svoji vůli.

- 1/07: K výkonu dohledu lékaře se specializovanou způsobilostí nad lékaři s odbornou způsobilostí.

## 5. Obhajoba profesních zájmů a práv lékařů

Má-li komora v zájmu občanů vyžadovat po lékařích plnění náročných pravidel odborného a etického výkonu povolání, pak samozřejmě musí plnit i pátý úkol profesních samospráv. Musí hájit oprávněné profesní zájmy a práva svých členů a musí bojovat za to, aby lékaři měli co nejlepší podmínky k výkonu svého povolání. A právě důsledná obhajoba práv a zájmů lékařů slouží politikům jako záminka k nejrůznějším útokům na kompetence nebo samu existenci komory. Komora, která by však tuto povinnost vůči svým členům neplnila, nemohla by mít v očích lékařů autoritu potřebnou k prosazování stavovských odborných a etických pravidel. Taková komora by se zkrátka stala zbytečnou jak pro lékaře, tak pro občany.

## Česká lékařská komora – nezávislá profesní samospráva lékařů

- Existence nezávislé profesní samosprávy je jednou z podmínek autonomie lékařského povolání.
- Profesní nezávislost lékařů je důležitá pro bezpečnost pacientů a ochranu jejich práv.
- ČLK je užitečná nejenom pro lékaře, ale i pro jejich pacienty.
- **Garant kvality lékařské péče a strážce etiky výkonu lékařského povolání, který hájí profesní zájmy svých členů tak, aby lékaři mohli své povolání vykonávat co nejlépe.**

Milan Kubek, prezident ČLK



Ze zasedání Vědecké rady ČLK.



Foto: Michaela Feuerštová

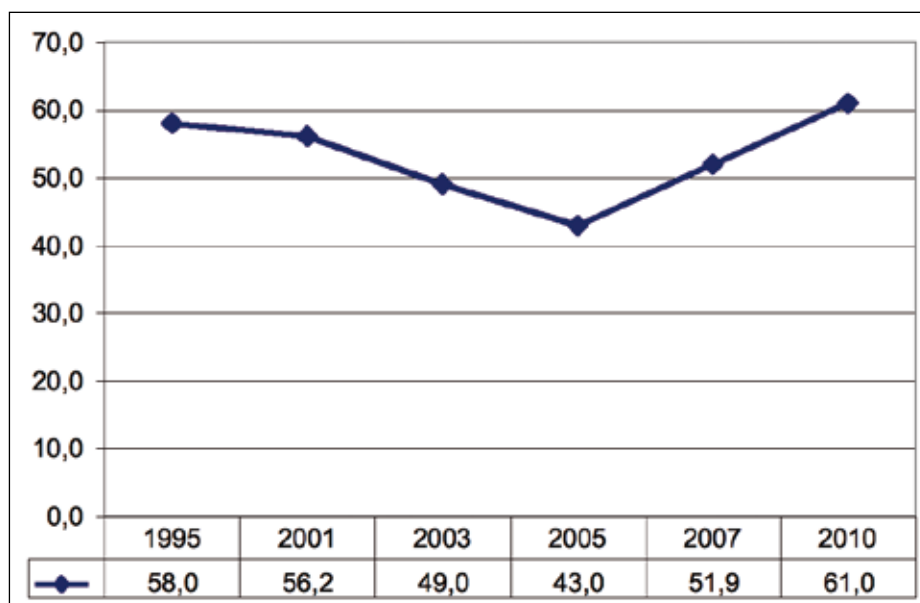
## Důvěra lékařů v ČLK už několik let roste

**A**gentura INRES-SONES uskutečnila v letech 1995 až 2010 řadu reprezentativních výzkumů lékařů ČR, ve kterých mimo jiné dlouhodobě sledovala jejich názory na činnost České lékařské komory. Výzkumů se v jednotlivých letech zúčastnilo asi 1100 až 1250 lékařů reprezentujících lékařský stav ČR z hlediska věku, pohlaví, regionu působení, lékařského oboru a způsobu vykonávání lékařské profese (soukromý lékař – lékař zaměstnanec).

Z porovnání výsledků jednotlivých výzkumů realizovaných v letech 1995–2010 vyplývá, že se současnému vedení České lékařské komory podařilo nejen zastavit pokles důvěry lékařů v ČLK, který vrcholil v roce 2005, ale tuto důvěru opět zvýšit a vrátit ji na úroveň, která byla v dobách euforie po založení ČLK v polovině 90. let minulého století.

### Nezbytnost komory pro lékaře

O nezbytnosti či potřebnosti ČLK pro lékařský stav bylo v roce 1995 přesvědčeno 58,0 % lékařů. Jejich podíl postupně klesl na 43,0 % v roce 2005 – tento rok lze považovat pro ČLK z hlediska důvěry



Graf 1 - Názory lékařů na prospěšnost ČLK – suma odpovědí „nezbytná“, „potřebná“ a „spíše potřebná“ (v %) N = 1197 (1995); N = 1109 (2001); N = 1186 (2003); N = 1249 (2005); N = 1225 (2007); N = 1178 (2010)

**lékařů za nejkritičtější. Po tomto roce se podařilo vedení ČLK zahájit obrat a docílit toho, že v roce 2010 byl podíl lékařů přesvědčených o nezbytnosti či potřebnosti ČLK historicky nejvyšší – toto stanovisko zastávalo 61 % lékařů.** Necelá 1/4 dotázaných volila v roce 2010 neutrální hodnocení („tak napůl“) a jen 12,6 % označilo ČLK za nepotřebnou či zbytečnou.

Vývoj důvěry v ČLK a její nejvyšší úroveň v roce 2010 svědčí o tom, že lékaři ČR podporují stanoviska ČLK ve vztahu k aktivitě LOK-SČL „Děkujeme, odcházíme“. Výzkum v roce 2010 probíhal na přelomu listopadu a prosince 2010, tedy v období, kdy akce „Děkujeme, odcházíme“ vrcholila a ČLK se vyslovila pro její podporu. Tato skutečnost se nepochybně ve stanovisku lékařů v roce 2010 odrazila. Ze zjištěného stavu lze vyvodit, že lékařům ČR nevadí aktivity ČLK v oblasti podpory odborových požadavků; naopak, tyto aktivity zvyšují důvěru v potřebnost ČLK.

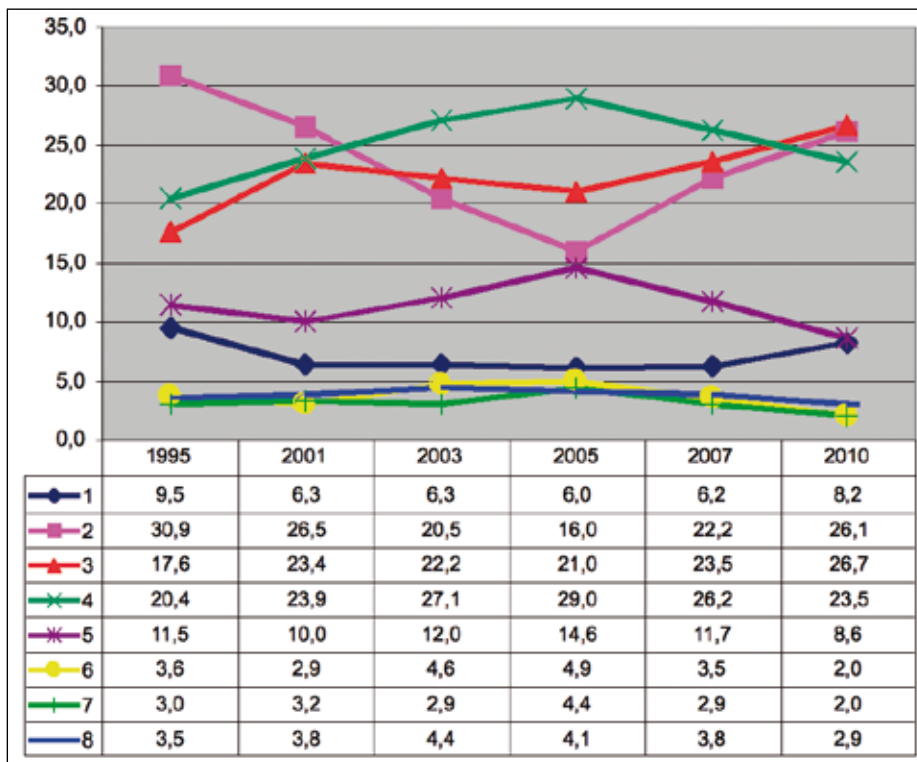
**Důležitým zjištěním je rovněž skutečnost, že lékaři jsou v názorech na potřebnost ČLK jednotní** – nebyly shledány statisticky významné difference z hlediska pohlaví, věku či regionu (kraje). Rovněž názor soukromých lékařů a lékařů zaměstnanců je podobný, není tedy pravda, že by docházelo ve vztahu k ČLK k názorovému rozdělení lékařského stavu.

### Povinné členství

V rámci výzkumů je rovněž dlouhodobě sledován **názor lékařů ČR na charakter členství v ČLK**. I tento názor prošel zajímavým vývojem.

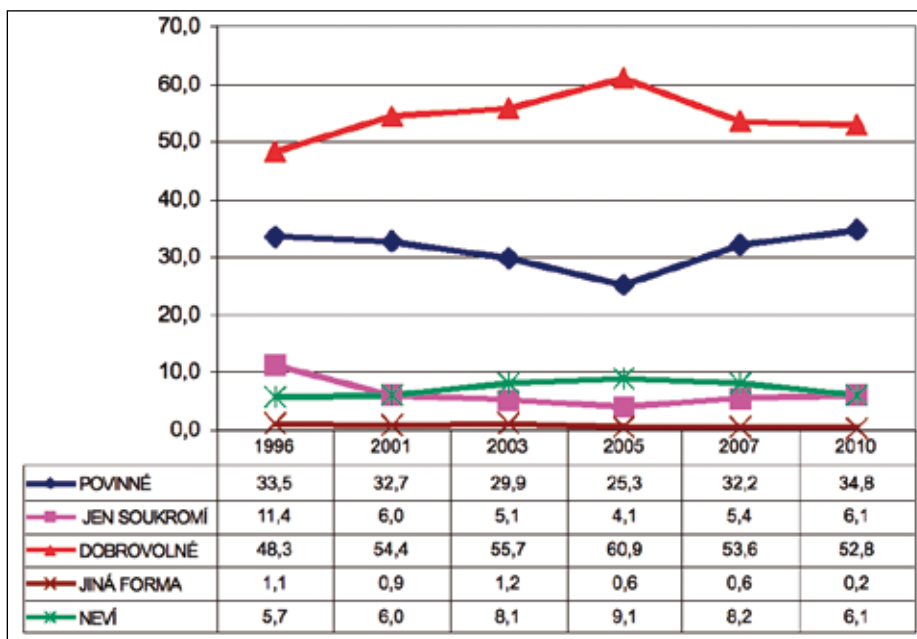
Podíl zastánců povinného členství v ČLK od roku 1996 klesal až do roku 2005, kdy byl nejnižší – v tomto roce byla pro povinné členství jen 1/4 lékařů. **Podobně jako v případě důvěry v ČLK byl i v postoji k povinnému členství zaznamenán v roce 2005 obrat a podíl jeho zastánců se v roce 2010 zvýšil na asi 35%, tedy mírně převýšil stav z počátku sledování tohoto ukazatele v roce 1996. Lze tedy konstatovat, že se vedení ČLK v posledních pěti letech dařilo přesvědčovat lékaře o potřebnosti povinného členství a zvýšit podíl jeho zastánců na více než 1/3.** Úměrně tomu klesal podíl zastánců dobrovolného členství na 52,8% v roce 2010. Stále však platí, že většina lékařů ČR zastává názor, že členství v ČLK by mělo být dobrovolné.

### Prospěšnost komory pro lékaře



Graf 2 – Názory lékařů na prospěšnost České lékařské komory – všechny odpovědi (v %) N = 1197 (1995); N = 1109 (2001); N = 1186 (2003); N = 1249 (2005); N = 1225 (2007); N = 1178 (2010)  
Legenda - 1. nezbytná; 2. potřebná; 3. spíše potřebná; 4. tak napůl; 5. spíše nepotřebná; 6. nepotřebná; 7. zbytečná; 8. nevím, nemohu posoudit.

### Povinné členství – ano, či ne?



Graf 3 – Názory lékařů na charakter členství v ČLK – všechny odpovědi (v %) N = 1155 (1996); N = 1109 (2001); N = 1186 (2003); N = 1249 (2005); N = 1225 (2007); N = 1178 (2010)

**Rovněž v názoru na charakter členství v ČLK jsou lékaři ČR jednotní.** Nebyly shledány statisticky významné rozdíly v jejich názorech z hlediska pohlaví, věku

či regionu, statisticky významně se neliší ani stanoviska lékařů z jednotlivých oborů, nejsou rozdíly ani v názorech soukromých lékařů a lékařů zaměstnanců.

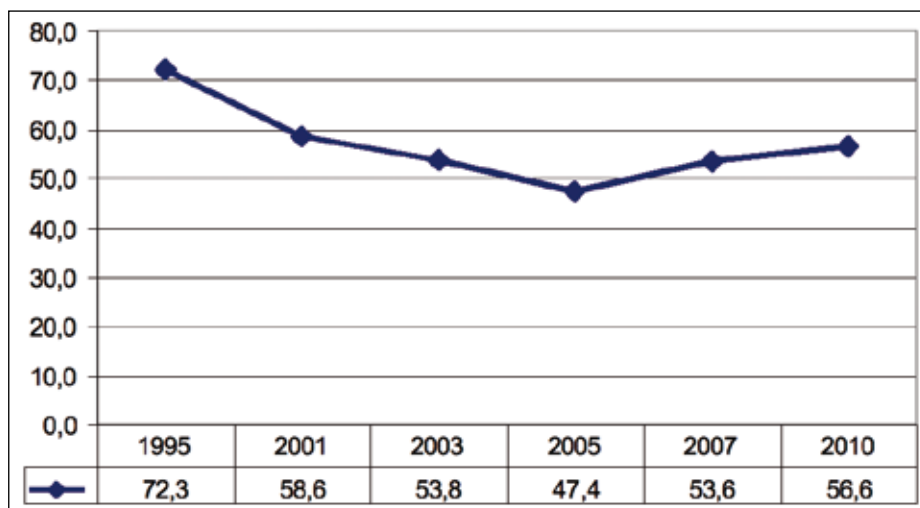


## Zájem o členství v ČLK v případě jeho dobrovolnosti

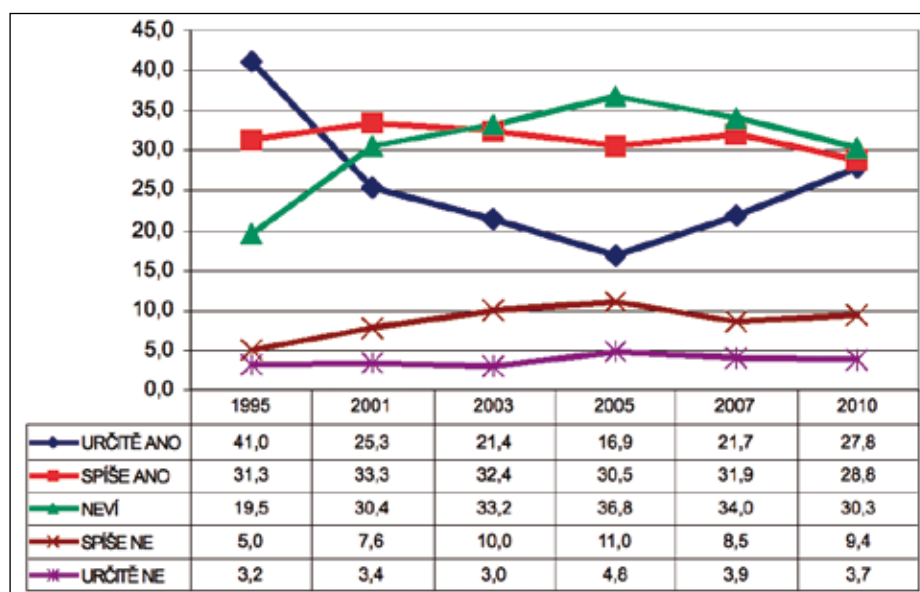
Dlouhodobě sledovanou problematikou je rovněž předpokládané chování lékařů v případě, že by bylo zákonem zrušeno povinné členství v komoře. Tato otázka je v podstatě diskutována po celé období existence ČLK, proto je také po celé toto období sledována.

I v postojích lékařů k ČLK v případě zrušení povinného členství byl od roku 1995 zaznamenán nerovnoměrný vývoj. Podíl těch, kteří by spíše nebo určitě zůstali v případě zrušení povinného členství členy ČLK, byl nejvyšší v roce 1995, tedy v počátku sledování tohoto ukazatele. V tomto roce více než 70 % lékařů prohlásilo, že zůstanou členy ČLK. Podíl takto smýšlejících lékařů klesal až do roku 2005, kdy jich byla méně než polovina (47,4 %). Poté opět došlo k obratu a od tohoto roku se podíl lékařů, kteří zůstanou členy ČLK i v případě zrušení povinného členství, zvyšuje a v roce 2010 dosáhl 56 %.

## Zájem o členství v ČLK v případě jeho dobrovolnosti



Graf 4- Zůstane členem ČLK v případě zrušení povinného členství? - suma odpovědí „určitě ano“ a „spíše ano“ (%)  
N = 1197 (1995); N = 1109 (2001); N = 1186 (2003); N = 1249 (2005); N = 1225 (2007); N = 1178 (2010)



Graf 5 - Zůstane členem ČLK v případě zrušení povinného členství? - všechny odpovědi (%)  
N = 1197 (1995); N = 1109 (2001); N = 1186 (2003); N = 1249 (2005); N = 1225 (2007); N = 1178 (2010)

**I tento ukazatel svědčí o zvyšující se důvěře lékařského stavu v ČLK, ilustrované v tomto případě zvyšujícím se podílem lékařů, kteří v ČLK spíše nebo určitě zůstanou i přes to, že povinné členství bude zrušeno. I v tomto případě se potvrdilo, že kritickým pro důvěru lékařů v ČLK byl rok 2005, poté následoval příznivý obrat.**

Rovněž postoj lékařů k ČLK v případě zrušení povinného členství je jednotný. Nebyly shledány statisticky významné rozdíly v postojích mužů a žen, jednotlivých věkových skupin, jednotlivých regionů, neliší se ani postoj lékařů podle oborů a podle způsobu výkonu lékařské profese, soukromých lékařů a lékařů zaměstnanců.

*Případné další informace:*

**INRES-SONES**, v. o. s.  
Sokolská 31, 120 21 Praha 2  
tel. 296 181 212, 604 557 777  
e-mail: info@help-lic

# Výročí komory jako důvod k zamyšlení

**D**vacetileté výročí znovuoobnovení lékařské komory je důvodem pro zamyšlení nad jejím postavením a existencí. Opakovaně se někteří politici snaží na profesní lékařskou samosprávu útočit a zlikvidovat ji. Roky používají prakticky stejné argumenty a dá se říci i klišé, která hodně svědčí i o stavu jejich uvažování a obecně o nastavení části naší společnosti. Vyvolávají tak otázky, na které možná ani sami lékaři často neumějí odpovědět. Nekladu si ambice mít jen jedinou pravdu, ale budu se snažit vyvolat u čtenářů zamyšlení a snad i trochu provokovat.



Michal Sojka

dilost, nebo o racionální dohodu mezi státem a profesní skupinou ve stylu „vy se budete za své peníze kontrolovat a my vám umožníme hájit své zájmy“? Dohodu, která zajišťuje mimo jiné společný zájem – spokojenost pacientů. Bohužel u nás často platí první varianta, zatímco ve standardních evropských

státech ta druhá. Tam si uvědomují, že bez odpovídajících podmínek pro zdravotníky (a lékaře především) nedokážou zajistit kvalitní péči. V našem mafiánském státě je tomu však naopak. Kvalita péče se dosahuje na úkor zdravotníků a komora, která proti tomu bojuje, je pak paradoxně veřejným nepřitelem číslo jedna. Mimochodem docela zajímavé je, že k útokům na komory (ať již ve formě nepovinného členství, omezení kompetencí, či přímé likvidace) dochází v postkomunistických státech většinou tam, kde se provádějí reformy, za nimiž se skrývá převod zdravotnictví do rukou finančních skupin. Dělo se tak v Maďarsku, na Slovensku a i u nás například za ministra Tomáše Julínka. Ten problém s vnímáním komory je ale hlubší a souvisí s pohledem na úlohu státu a chápáním principů demokracie.

## Komora a demokracie

Jsou snad ve všech zemích EU, kde komory existují (a mají buď povinné členství, nebo povinnou registraci), tak hloupí? Proč nechápu věčné útoky proti komorám, ke kterým u nás dochází? Komory jsou podle evropského chápání demokracie a způsobu rozdělení kompetencí ve společnosti součástí principu subsidiarity a odstátnění. Rozhodování má být posunuto co nejbližší k občanům, ať již jde o problematiku komunální, či profesní. Stát nemá kapacitu, aby mohl rozhodovat o podmínkách pro výkon některých povolání, a proto své kompetence předává komorám. Dokonce stát ve standardních demokraciích ani tyto

kompetence nechce, protože jejich převzetí je charakteristické pro totalitní režimy. Komory jsou totiž součástí občanské společnosti a tvoří určitou protiváhu k politice, která má často (a v dějinách opakovaně) tendenci si uzurpovat moc více, než jí náleží. Stát patří občanům, nikoli politikům, a demokracie nejsou jen svobodné volby, ty jsou jen prvotní a základní podmínkou. Důležité je totiž i to, co se děje v období mimo volby. Představa, že občané jdou jednou začas k volbám a mezitím drží ústa, znamená oploštění demokracie a značné riziko. Pokud není politika korigována občany, dochází k jejich nespokojenosti, ke krizi důvěry v politiku, stát a demokracii, což hrozí revolucí a následnou totalitou, nebo nejprve vzniklou diktaturou, která končí revolucí. Kolik z nás má při pohledu na současný stav v České republice pocit, že je to buď na emigraci, či na revoluci, a kolik lidí již začíná slyšet na jednoduchá řešení. Komory jsou z tohoto pohledu ze zákona nastaveným hřištěm, kde si jedinci dané profese mohou demokraticky formulovat své názory a pak s nimi reprezentativně nakládat. Jsou tak důležitým partnerem, ale i oponentem politiků, kteří si myslí, že když mají v parlamentu většinu, mohou si dovolit cokoli.

## Individualismus a svoboda

Opakovaně se objevují snahy zrušit povinné členství v komoře. Jde z mého pohledu o nejnebezpečnější útok, protože je zahalený do vznosných myšlenek o individualismu a svobodě. Vždy se vyvolávají přízraky minulého režimu: komora s povinným členstvím je přece stejná jako povinné organizace za komunismu, je nedemokratická atd., atd., atd. Podobné srovnání je podobně hloupé jako tvrzení, že košile je stejně volná jako svěrací kazajka. Bohužel, hodně kolegů na něj slyší a nevidí nebezpečí, které se za ním skrývá. Přes maximální individualismus (a tedy proklamovanou svobodu) se lze totiž jednoduše dostat do nesvobody. Toto tvrzení se mnohým čtenářům může zdát kacířské a paradoxní, ale pokusím se je vysvětlit.

Všechny organizace a spolky minulého režimu, které umožňovaly lidem se sdružovat, byly buď přímo vzniklé a zřízené, nebo alespoň kontrolované shora. Žádná aktivita zespodu nebyla prakticky možná. Část organizací stát založil a přímo kontroloval jako součást Národní fronty.

Některé měly dokonce povinné členství jako například ROH – odbory, které přitom kromě vánočních kolekcí a rekreací byly prakticky naprosto k ničemu. Extrémně řečeno: byly nástrojem na kontrolu zaměstnanců a nikoli nástrojem zaměstnanců na zlepšení svých podmínek. Pokud si už lidé dobrovolně založili nějaký spolek či organizaci, například pod hlavičkou Svazarmu nebo Sportturistu, stoprocentně hrozilo, že mezi jejími členy bude nějaký konfident StB. To mělo za následek jednak nenávisť k povinnému členství v nějaké organizaci, a tím i ke kontrole shora, a jednak vznik podvědomého strachu v myslích lidí a nedůvěru k druhým. Došlo k uzavření se do vnitřní emigrace a k nárůstu individualismu a sobeckosti. Přes fasádu proklamovaného kolektivismu a solidarity byla tehdejší společnost tedy zcela atomizovaná, vnitřně nesoudržná, a tudíž ovladatelná. A právě to byl i zájem tehdy vládnoucího totalitního režimu. Navenek skryté a do extrému dovedené ono slavné přísloví: rozděl a panuj – v kombinaci s naprostým zlomením přirozené aktivity lidí a likvidací elit jeden z hlavních důvodů, proč byla totalita tak dlouho úspěšná. Minulý režim tedy vůbec nebyl tak kolektivistický a už vůbec ne tak solidární, jak se sám popisoval a jak ho nyní zpětně vidíme. To byla pouze marketingová nálepka, ale podstata byla zcela opačná. Komunistický režim sice představoval společného nepřítel („my a oni“), ale společnost neměla sílu se mu postavit, protože roztržitá skupina jedinců nic nezmuže.

Po listopadu 1989 se zdálo, že společný nepřítel padl, vedoucí úloha komunistické strany byla zrušena a po letech byly uspořádány svobodné volby. Lidé měli pocit, že „my a oni“ přestalo platit a že vláda věcí svých se jim navrátila. Logicky zároveň začali negovat své předchozí zkušenosti. Ze správné touhy po individuální svobodě, aktivitě a odpovědnosti za svůj osud se stala doktrína, postupně změněná předchozím dědictvím do věty: každý se má postarat sám o sebe, za každou cenu, i přes zájmy ostatních. Slova jako solidarita, spolupráce, vzájemná slušnost a často i lidskost byla nahrazena individuálními zájmy a ostrými lokty. Atmosféra listopadových dní nevydržela dlouho. Dochází k atomizaci a nesoudržnosti společnosti, z čehož profitují politikové. Začíná se objevovat nenávisť a proti sobě se staví jednotlivé vrstvy a skupiny. Bohatí proti chudým, střední třída proti nižší, mladí proti starým, zdraví proti



Ilustrační foto: shutterstock.com

nemocným a obráceně. Každý má pocit, že na někoho doplácí. Politikové toho čím dál tím víc využívají. Za politickým a ideologickým bojem, v němž veřejnost pouze stánuje nebo bojuje na barikádách na jedné či druhé straně, se zcela vytrácí společný jmenovatel, a tím je pojem občanství a demokracie. Nesoudržnost společnosti a neschopnost používat demokratické mechanismy a instituce, včetně občanské společnosti a principu subsidiarity, umožňují politikům posílit svoji moc a hrozí až okleštěním občanských práv a svobod.

Nějak zapomínáme, že svoboda není automatická a daná a že o ni musí občané nepřetržitě společně usilovat. Cesta k totalitě byla v dějinách vždy kratší (v řádu let) než cesta zpět (desetiletí) a cena byla vždy nesmírně vysoká. Navíc všudypřítomná a všemocná korupce, zasahující až do nejvyšších pater politiky, naprostý nezájem politiků o prospěch občanů, plíživá demontáž a privatizace demokracie, bezmoc, že se s tím nedá nic dělat, že je jedno, kdo nám vládne, že oni si stejně udělají, co chtějí, vyvolává pocit dějá vu: „my a oni“. Opět dochází k emigraci a nejenom k vnitřní, ale i faktické.

### **Povinnost, nebo privilegium?**

Z výše uvedených rozporů pramení i diskuse o povinném či nepovinném členství. Proč mám být povinně členem organizace, která má jiný názor než já? Proč mám platit příspěvky? Rozhodnu si sám a komoru nepotřebuji. Co pro mne komora

dělá? Povinné členství je nedemokratické. Komora je nedemokratický relikv. Podobné názory slyším kolem sebe. Sice již méně často, ale stále. A podobný názor jsem v roce 1997 zastával také, když jsme měli za sebou první stávky organizované LOK a komora nám vrazila kudlu do zad. Ke změně mého názoru přispělo pochopení kompetencí komory a hrozba, že pokud o ně stavovská organizace přijde, převezme je stát, a tedy politici. A tedy, že je pro mne menším nebezpečím mít v čele komory prezidenta, se kterým nesouhlasím, než přenechat rozhodování o svém osudu jen politikům. Na Pražském hradě sedí prezident, za kterého se sice stydím, ale sedí na Hradčanech a ne v Kremlu či jinde.

Prozřením pro mne byl rozhovor se zastupcem rakouské komory, kterého jsme si pozvali, aby našim politikům vysvětloval fungování komor v Evropě. Ptal jsem se ho, co pro své členy v Rakousku dělají, že lékařům nevádí povinné členství (registrace). Chvilí na mě nechápavě koukal a na opakovanou otázku odpověděl, že o tom to přece vůbec není. Začal mi vysvětlovat, že komory představují demokratický prostor, který rozumný stát přenechává profesním skupinám, což lékaři vnímají jako své privilegium. Mohou si o některých podmínkách své profese rozhodovat sami a nejsou podřízeni státu. Dále mluvil o demokratické kontrole politiků mezi volbami. Vláda má vždy většinu v parlamentu, a pokud se rozhodne poškodit profesní skupinu, opozice s tím nic nenadělá. Jedinou obranou je silná

komora s demokraticky vykrystalizovaným názorem. Odbory s nepovinným členstvím mohou řešit jen část problematiky, a proto je role komory nezastupitelná. Druhou věcí, kterou mne naučil, bylo neřešit povahu členství, ale právě otázku kompetenci komory. Ty totiž nevymizují, ale převezme je jen někdo jiný. A je přece lepší, když lékaři kontrolují lékaře (a ne proto, že je kryjí, ale protože tomu rozumí). Pokud tyto kompetence převezme stát (a nikdo jiný zde není), již nepůjde o svobodné povolání. Povinné členství nebo registrace jsou tedy jen nástrojem těchto kompetencí. Dvě základní věci může nepovinné členství ohrozit. Nelze vykonávat disciplinární dohled nad nečleny, a proto je argument lidí, kteří říkají, že komora by se měla zabývat kvalitou a etikou, a zároveň nechtějí povinné členství či registraci, nesmyslný. Pokud bude mít komora nepovinné členství, stane se pouze a jenom profesní organizací. Určitě bude dokonce silnější, protože vždy odejdou ti, kteří s aktuálně zvoleným vedením nesouhlasí, a zároveň bude mít dost financí. Pro politiky ale bude jen jednou z mnoha takových organizací, na úrovni „zahrádkářů a včelařů“. Pokud bude souhlasit s kroky politiků, bude mluvit za všechny. V případě kritiky a protestu si lékaři vyberou jinou „reprezentativní“ organizaci, která třeba bude mít jen tři členy.

Komora by přestala být profesní samosprávou s demokratickou strukturou. Nelze připustit, aby členové rozhodovali o profesních podmínkách nečlenů, a v případě, že si členové zvýší příspěvky, zamezí tím vstupu dalších lékařů. Z komory pro všechny se stane klub bossů, který bude rozhodovat a hlídat si konkurenci. Z tohoto pohledu je nejnebezpečnější myšlenka mít povinné členství jen pro někoho – soukromé lékaře a primáře.

Často se také zapomíná, že povinná komora nebyla lékařům vnucena státem jako kdysi ROH, ale že se na jejím vzniku a podobě lékaři sami výrazně podíleli. Vzorem jim byly právě zkušenosti ze západních zemí, kam jsme tenkrát těsně po listopadu 1989 chtěli směřovat a kam snad pořád ještě směřovat chceme.

Čili nic lepšího nelze vymyslet, než je všeobecné povinné členství či lépe znějící povinná registrace. A pokud pochopíme princip subsidiarity, bez kterého se demokracie zvrtné v nadvládu politických stran a úředníků, zjistíme, že jde i paradoxně o záruku demokracie. V případě nepovinného

členství by hrozilo rozmělnění a atomizace lékařského stavu, kdy chytrý politik jednotlivé organizace štvě proti sobě a tím je oslabuje. O stejný princip se politická garnitura snaží dvacet let. Díky vyhraněnému individualismu a sobeckosti některých skupin a jednotlivých lékařů se jim to i daří.

### Nedemokratičnost komory, nebo pasivita členů?

Dalším neřídka opakovaným argumentem je, že lékařská komora je nedemokratická. O jiných komorách se přitom tak nemluví. Se škodolibostí si myslím, že tento argument vznášejí ti politikové a ti lékaři, s nimiž právě v té chvíli nemá komora stejný názor. Pokud by ho měla, jistě by byla vrcholem demokracie v celé galaxii. Jaká jsou ale fakta? ČLK se řídí stejným zákonem jako ostatní komory ve zdravotnictví. Její struktura a rozhodování vykazuje mnohem více prvků přímé demokracie, než kterými se řídí sami politici. Okresní shromáždění se konají každý rok a tehdy lze odvolat vedení a své delegáty na sjezdu a zvolit jiné. Stejně tak lze každoročně na sjezdu odvolat představenstvo a prezidenta. To například u poslanců, senátorů či prezidenta republiky nelze. Pokud nedojde k vypsání předčasných voleb, nelze je z funkce odvolat, když sami neodstoupí. A je jedno, jakou paseku napáchají.

Jsem přesvědčen, že komorová legislativa (zákon a stanovy) umožňuje mnohem více ovlivňovat její chod, než občanům umožňují zákony o volbách ovlivňovat směřování státu. Opět ale uslyšíme věty o malé účasti na okresních shromážděních jako hlavní důkaz nedemokratičnosti komory. Jde o demagogii, protože se zde směšují demokratické principy komorové legislativy

s vůlí lékařů je využívat a naplňovat. Pokud se podíváme na volební účast například v senátních volbách, zjistíme, že je někdy ještě mnohem menší než účast na shromážděních lékařů. A jak je to s většinou, kterou získává vláda díky hlasování poslanců? Odpovídá při nízké volební účasti a přerozdělení hlasů pro strany, které se nedostaly přes pětiprocentní hranici, skutečné většinové volbě oprávněných občanů? A stejně tak prezident republiky? Má kvůli způsobu voleb skutečnou podporu většiny? Neřídka je rozdíl mezi senátními kandidáty kvůli nízké volební účasti v řádu jednotek hlasů, ale i většina jednoho hlasu dělá vítěze. Je to nedemokratické, nebo to patří k systémům zastupitelské demokracie? A povinnou volební účast jsme zde již měli... Nepatří právo nevolit i se všemi důsledky, které z toho plynou, ke svobodě rozhodování jednotlivce a k demokracii?

Jistě lze uvažovat o napravení některých technických nedostatků, které autoři komorové legislativy nepředpokládali. Například nelze zajistit účast na shromáždění kolegů, kteří v té chvíli slouží anebo se z nějakých jiných důvodů nemohou dostavit na jedno místo, kde se volí. Pokud by například byla možná korespondenční forma voleb, jistě by volební účast stoupla. To, že část kolegů se voleb neúčastní (ani jako voliči, ani jako kandidáti s opozičním názorem) a pak nadávají na poměry, mi připadá stejně hloupé jako nadávat v hospodě na politiky, nechodit k volbám, popřípadě se nezapojovat do dění kolem sebe. Volby totiž platí i při nízké volební účasti, která není žádným varováním pro vedení ať státu, či komory. Pouze vítězům usnadňuje jejich vítězství. Situace, do které dospívá náš stát, je dána pasivitou občanů a nikoli aktivitou politiků. A bylo tomu tak v historii vždy. Kdyby komukoli například někdo chtěl ukrást peněženku, bude se bránit. To, že někdo krade peníze z daní vybraných od občanů (ty peníze jsou občanů, nikoli politiků, ti je mají jen spravovat), nechává většinu lidí v klidu. Spokojit se s tím, že nejde nic dělat, je jen oddalováním a prohlubováním problému. Pak se bude muset něco udělat, ale za mnohem nepředvídatelnějších a těžších podmínek a ztrát.

Jsem přesvědčen, že pokud komora nebude, její kompetence a prostor ovládne někdo jiný. Komora jsme my a pouze na nás lékařích zaleží, jaká bude.

Michal Sojka



ilustraci foto. archiv ČLK



## Sebeobrana lékařů proti špatné reformě zdravotnictví



Ilustrační foto: shutterstock.com

**Č**eská lékařská komora se znepokojením sleduje chaotické počínání ministerstva zdravotnictví a vlády ČR při přípravě tzv. reformy zdravotnictví.

ČLK nepodporí žádné legislativní změny směřující k posilování moci zdravotních pojišťoven na úkor pacientů a lékařů a odmítá veškeré plány Ministerstva zdravotnictví ČR na omezení autonomie lékařů v rozhodování o způsobu léčby pacientů i plány na snížení kvality a bezpečnosti poskytování zdravotní péče, které nejsou motivovány ničím jiným než snahou ušetřit na pacientech peníze, jejichž plýtvání v jiných oblastech nemá vláda vůli omezit.

Česká lékařská komora vyzvala ke společné obraně oprávněných zájmů lékařů a práv pacientů také ostatní lékařské organizace.

Společné stanovisko k legislativním změnám ministra Hegera bylo prezentováno na tiskové konferenci ve čtvrtek 26. 5. 2011 za účasti zástupců ČLK, Sdružení ambulantních specialistů, Lékařského odborového klubu a dalších signatářů, kteří se 3. 5. 2011 na společném stanovisku již dohodli.

Milan Kubek, prezident ČLK

### Text společného prohlášení:

1. Signatáři nemohou souhlasit s připravovanou reformou, která posiluje pozici zdravotních pojišťoven na úkor pacientů (řízená péče) i lékařů (smluvní nejistota, omezení autonomie lékaře v rozhodování o dg. a th. postupech).

2. Signatáři nesouhlasí s tím, aby byla zpochybňována nabytá práva soukromých lékařů tím, že budou nuceni absolvovat proces přeregistrace svých zdravotnických zařízení.

3. Signatáři nesouhlasí s tím, aby zdravotní pojišťovny získaly právo finančními pokutami trestat zdravotnická zařízení, tedy své smluvní partnery.

4. Signatáři nesouhlasí s tím, aby o síti zdravotnických zařízení rozhodovaly zdravotní pojišťovny. Naopak požadujeme závaznost výsledků výběrových řízení konaných před uzavřením smluv pro zdravotní pojišťovny a zároveň

přesnější definování členů výběrových komisí tak, aby byl vyloučen střet zájmů.

5. Signatáři zásadně nesouhlasí s tím, aby zdravotní pojišťovny mohly bez udání důvodu vypovídat smlouvy zdravotnickým zařízením včetně soukromých lékařů. Ministerstvo zdravotnictví navrhuje výpovědní lhůtu 3 roky pro ambulantní a 5 let pro lůžková zdravotnická zařízení. Realizace tohoto návrhu by znehodnotila soukromé lékařské praxe a uvrhla tisíce soukromých lékařů do existenční nejistoty a područí zdravotních pojišťoven.

6. Signatáři nesouhlasí s tím, aby zdravotní pojišťovny měly právo zřizovat svá vlastní zdravotnická zařízení. Toto považujeme za závažné porušení pravidel férové hospodářské soutěže. Trváme naopak na důsledném oddělení zdravotních pojišťoven od zdravotnických zařízení.

7. Signatáři nemohou souhlasit s tím, aby zdravotnická zařízení soutěžila cenou svých služeb pro zdravotní pojišťovny. Vedle rizika snižování kvality zdravotní péče by došlo k ekonomické likvidaci řady soukromých lékařů, kteří by nemohli konkurovat nemocnicím nebo zdravotnickým řetězcům, které mají nadstandardní vztahy se zdravotními pojišťovnami.

8. Pokud by měly být regulační poplatky příjmem zdravotních pojišťoven, pak signatáři nesouhlasí s tím, aby je vybírali lékaři.

9. Zavedení vysokého (200 Kč) poplatku v případě vyhledání ošetření ambulantním specialistou bez doporučení praktického lékaře

nesmyslně omezuje práva pacientů a zvyšuje počet zbytečných návštěv pacienta u praktického lékaře.

10. Signatáři nesouhlasí s tím, aby praktičtí lékaři měli povinnost 24hodinové péče o své pacienty. LSPP je třeba zajišťovat na bázi dobrovolnosti s využitím tržních mechanismů nabídky a poptávky.

11. Signatáři nesouhlasí se zaváděním tzv. generické preskripce.

12. Signatáři postrádají v legislativním plánu ministerstva zdravotnictví vytvoření zákona o stanovení cen a úhrad léků a zdravotnických prostředků. Tento zákon by měl být prioritou vlády rozpočtové odpovědnosti, neboť na rozdíl například od zákona o zdravotnických službách tento zákon může uspořit miliardy korun.

Česká lékařská komora

Lékařský odborový klub – Svaz českých lékařů

Sdružení ambulantních specialistů

Mladí lékaři o. s.

Sdružení privátních ambulantních chirurgů

Sdružení privátních očních lékařů

Privalab

Sdružení ambulantních internistů

Sdružení ambulantních ortopedů

Občanské sdružení ambulantních diabetologů

Sdružení smluvních pneumoftizeologů

Sdružení ambulantních dermatologů

Soukromí otolaryngologové a foniatři

## Komora plní povinnost ze zákona

**Ministr Heger kritizuje komoru za to, že plní povinnosti uložené jí zákonem. Zde je znění příslušného paragrafu:**

Zákon č. 220/1991 Sb.

§ 2

(1) Komory

a) dbají, aby členové komor vykonávali své povolání odborně, v souladu s jeho

etikou a způsobem stanoveným zákony a řády komor,

b) zaručují odbornost svých členů a potvrzují splnění podmínek k výkonu lékařského, stomatologického a lékárnického povolání podle zvláštních předpisů,

c) posuzují a hájí práva a profesní zájmy svých členů

d) chrání profesní čest svých členů,

e) vedou seznam členů.

# Reakce ministerstva na iniciativu „Sebeobrana lékařů“

**M**inisterstvo zdravotnictví ČR vydalo tiskové prohlášení ke společnému stanovisku lékařů k ministerským reformním záměrům:

Zatímco česká ekonomika se potácí a vypořádává s dozvuky světové ekonomické krize a pomalu znovu nalézá křehkou rovnováhu, oblasti zdravotnictví a lékařů se propad finančních prostředků a nejistota pracovního trhu vyhýbá. Vláda bojuje s obrovským deficitem veřejných financí a šetří prostředky, kde se dá. Mnozí občané stále nemohou najít práci a mzdy ve veřejném i státním sektoru stagnují, mnohdy jsou dokonce pod úrovní z doby před krizí.

Naopak lékaři se nezaměstnanosti bát nemusejí, mají svá místa jistá. Zároveň si v nátlakové akci v době, kdy se všichni ostatní musí uskromnit, vymohli výrazné navýšení platů.

Aby jejich lepší platové podmínky mohl stát dlouhodobě zajistit, dohodl se s lékaři na podpoře reformy zdravotnictví. Ti se ovšem, jakmile dostali své peníze, náhle o spolupráci přestali zajímat a opět se stávají do opozice proti připravovaným zdravotnickým zákonům.

V materiálu „Sebeobrana lékařů“ se vyhraňují proti podstatné části reformního úsilí Ministerstva zdravotnictví ČR. Jejich „obavy“ ovšem převážně pramení z neinformovanosti či zahleděnosti do sebe a snahy získat pro sebe co největší prospěch. Přibližně polovina nesouhlasných bodů se týká kultivace a tvorby sítě zdravotnických zařízení.

Lékaři se ohrazují proti možnosti zdravotních pojišťoven vypovědět zařízením smlouvu bez udání důvodu (ambulantním do tří let, lůžkovým do pěti let), nechťejí být pojišťovnami pokutováni za porušování smluv a odmítají soutěžit o poskytování péče pacientům. Tento záměr však není součástí aktuálních legislativních návrhů.

Je třeba si uvědomit, že tyto záměry jsou ve prospěch pacienta. Jsou to právě zdravotní pojišťovny, které mají dokonalý přehled

o struktuře pojištěnců v jednotlivých regionech jak z hlediska věkového rozdělení, tak z hlediska nemocnosti. A právě pojišťovny jsou povinny svým pojištěncům zařídit péči co nejkvalitnější a časově a místně dostupnou. Jak mají toto činit, pokud nedisponují potřebnými nástroji?

Pokud lékař či zařízení poruší smlouvu s pojišťovnou, poškozují tak její klienty, tedy pacienty. Je přece správné, že pojišťovna se v takové situaci za svého klienta postaví a dá zařízení či lékaři pokutu. Sankce za nedodržení smluvního vztahu je naprosto běžná ve všech oblastech ekonomického života. Copak lékaři nemají být odpovědní za to, co činí? Struktura obyvatelstva podle věku a nemocí, stejně tak jako medicínské technologie a personálně-přístrojové požadavky na léčbu se v čase a v jednotlivých regionech mění.

Právě proto musí pojišťovna disponovat možností vypovědět smlouvu zařízení nebo lékaři, který již v dané oblasti není třeba. Nemůže-li takto pojišťovna učinit, znamená to plýtvání veřejnými zdroji, které budou následně někde chybět nemocným pacientům při jejich léčbě.

Každá koruna, která je ze systému zdravotního pojištění vyplývá, někde následně chybí pacientům. Je proto správné, že jednotlivá zařízení by měla o poskytování péče pro danou oblast veřejně a transparentně soutěžit. Pojišťovna přihlédne jak k odbornému zázemí, tak k ceně za poskytovanou péči a vybere pro své pacienty to nejlepší zařízení. Není žádný důvod, proč by měla ve své síti udržovat zařízení a lékaře nepřizpůsobivé a neefektivní. Opět by šlo o plýtvání zdroji na úkor pacienta. Tato oblast je nyní pouze návrhem k diskusi, nikoli součástí navrhovaných legislativních kroků.

Lékaři se dále ohrazují proti některým opatřením, která nemá Ministerstvo zdravotnictví ČR v úmyslu prosazovat. Není tedy zřejmé, vůči čemu se lékaři vlastně vymezují. Jejich tvrzení pravděpodobně vyplývá z jejich nedostatečné informovanosti. Poplatky u lékaře se nemají stát příjmem zdravotních pojišťoven, dále zůstanou příjmem lékařů

a zdravotnických zařízení. Stejně tak dvousetkorunový poplatek za návštěvu u specialisty bez doporučení praktického lékaře dnes není na pořadu dne. Stejně tak není na pořadu dne, aby pojišťovny mohly v krajním případě založit nové zdravotnické zařízení.

Hlasitý nesouhlas lékaři vyslovují s chystanou změnou v lékové politice, zejména s generickou preskripcí. Neustále argumentují tím, že někteří pacienti musí dostávat lék konkrétního výrobce a nejde jim ordinovat generickou záměnu. Taková obava je ovšem lichá, jelikož bude-li to medicínsky odůvodnitelné, lékař bude moct pacientovi konkrétní lék předepsat.

Tento fakt lékaři ale stále tiše přehlížejí. To budí podezření, že jim vůbec nejde o prospěch pacienta, nýbrž o provize, které od farmaceutických firem pobírají za předepisování jejich obchodních značek. Myšlenka generické preskripce má přinést více peněz do systému na úkor farmaceutických firem, zlevnit léky pro samotné pacienty a zabránit korupci ve zdravotnictví.

Lékaři ve svém boji nehájí pacienty, ale své finanční jistoty, nehledě na ekonomický stav zbytku země, svou nedotknutelnost na trhu práce a jistotu práce i v situaci, kdy se ukáže jako nadbytečná. Zaštiťují se právy a zájmy pacientů, přitom odmítají nést svůj díl nejistoty a zodpovědnosti, a dokonce neváhají brát si pro své zájmy pacienty jako rukojmí.

**Ministerstvo zdravotnictví ČR**

26. 5. 2011



Foto: archiv MZ



ilustrační foto: shutterstock.com

## Znásilnění a pohlavní zneužití dítěte: hlásit, či nehlásit?

**P**raktické lékařce pro děti a dorost svěřila matka nezletilého děvčete, že dcera byla znásilněna a posléze pohlavně zneužívána nevlastním sourozencem v době, kdy pobývala u rozvedeného otce. Současně však matka nezletilé dívky požádala lékařku, aby o této skutečnosti nikoho neinformovala, neboť již navázala kontakt s otcem dívky a společně v rámci rodiny celou situaci řeší.

Lékařka byla pochopitelně na rozpacích, zda má, či nemá práni zákonné zástupkyně nezletilého dítěte respektovat. Nehrozilo, že by znásilnění či pohlavní zneužívání dívky mělo pokračovat, neboť i rozvedený otec zaujal poměrně jednoznačné kategorické stanovisko k chování nevlastního syna a učinil opatření, aby se situace neopakovala. Pohlavní zneužívání ani znásilnění tedy již do budoucna nehrozilo a nebyla dána povinnost přezkazat trestný čin.

Trestné činy, které je každý, tedy i zdravotník, pracovník bez ohledu na mlčenlivost povinen oznámit policii nebo státnímu zastupitelství, jsou taxativně uvedeny v § 368 trestního zákoníku. Pohlavní zneužívání ani znásilnění zde uvedeno není. Tyto trestné činy naopak jsou uvedeny v § 367 trestního zákoníku

mezi trestnými činy, které je každý povinen přezkazat.

**Pohlavní zneužívání a znásilnění tedy nejsou trestné činy, které by podléhaly oznamovací povinnosti, ale podléhají pouze povinnosti přezkazat trestný čin.** V daném případě tedy nebyly splněny podmínky k tomu, aby lékařka informovala policii nebo státní zastupitelství proti vůli zákonné zástupkyně dítěte o spáchaných trestných činech. Na druhé straně **zákon o sociálně-právní ochraně dětí stanoví zdravotnickým zařízením povinnost oznámit obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností (zpravidla jeho orgánu sociálně-právní ochrany dětí) případy dětí, na kterých byl spáchan trestný čin ohrožující život, zdraví, jejich lidskou důstojnost, mravní vývoj nebo jmění, nebo pokud je podezření ze spáchaní takového činu.**

V daném případě tedy sice lékařka nemá oznamovací povinnost vůči policii ČR nebo státnímu zastupitelství ani nelze v daném případě uplatnit povinnost přezkazat trestný čin, když tento do budoucna již nehrozí, má však za povinnost informovat o takovém případě, a to i bez souhlasu zákonného zástupce dětí, příslušný orgán sociálně-právní ochrany dětí pověřeného obecního úřadu obce s rozšířenou působností. Lze doporučit, aby takové oznáme-

ní bylo učiněno písemně nebo bude-li učiněno ústně přímo na úřadu, byl o něm sepsán protokol, jehož kopii lékařka obdrží. Pokud zasilá písemně oznámení orgánu sociálně-právní ochrany dětí (stejně tak v případě, kdyby šlo o oznamovací povinnost a oznámení policii ČR nebo státnímu zastupitelství o trestném činu podléhající oznamovací povinnosti, např. týrání svěřené osoby), pak lze doporučit, aby kopie dopisu byla založena do zdravotnické dokumentace a současně byl dopis odeslán, alespoň doporučeně, případně doporučeně s dodejkou, a doklad o jeho odeslání byl rovněž založen u kopie příslušného dopisu ve zdravotnické dokumentaci.

Případy, kdy dochází k trestné činnosti proti dětem a mládeži, jsou poměrně časté, a pokud lékař takový případ zjistí, měl by vždy vědět, zda jde o situaci, kdy:

- *není povinen ani oprávněn případ hlásit, neboť nepodléhá oznamovací povinnosti ani povinnosti přezkazat trestný čin, ani signalizační povinnosti vůči orgánům sociálně-právní ochrany dětí;*
- *nejde o případ oznamovací povinnosti nebo povinnosti přezkazat trestný čin, ale jde o případ signalizační povinnosti, tedy povinnosti oznámit případ orgánům sociálně-právní ochrany dětí (tak tomu bylo i ve shora uvedené případě);*
- *nejde o případ oznamovací povinnosti, ale jde o trestný čin podléhající povinnosti přezkazat trestný čin, přičemž jeho páchaní hrozí i do budoucna, proto je lékař povinen přezkazat trestný čin, což většinou nelze učinit jinak než jeho oznámením policii nebo státnímu zastupitelství;*
- *jde o případ, který podléhá oznamovací povinnosti dle § 368 trestního zákoníku (např. vražda, úmyslné těžké ublížení na zdraví, týrání svěřené osoby) a v tomto případě musí lékař prokazatelným způsobem, bez prodlení, splnit svou oznamovací povinnost, kterou má vůči policii nebo státnímu zastupitelství (v daném případě naopak nestačí oznámení orgánu sociálně-právní ochrany dětí a je třeba oznámení učinit buď policii, nebo státnímu zastupitelství).*

**V případě nejistoty je vhodné obrátit se na právní kancelář České lékařské komory s konkrétním případem (aniž by byly uvedeny identifikační údaje příslušných osob), a lékař tak poměrně rychle získá informaci, jak by měl dále postupovat, aby jeho postup byl v souladu se zákonem.**

JUDr. Jan Mach, ředitel právní kanceláře ČLK

# Neuzavření dohody o výši úhrady zdravotní péče nečiní smlouvu mezi zdravotnickým zařízením a zdravotní pojišťovnou neplatnou

**V** posledním období se znovu opakuje argumentace, že pokud zdravotnické zařízení nepodepíše se zdravotní pojišťovnou tzv. úhradový dodatek ke smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče, jde o absenci jednoho ze základních prvků smlouvy, totiž dohody o ceně, a smlouva o poskytování a úhradě zdravotní péče se stává neplatnou. Pokud tedy nedošlo k uzavření úhradového dodatku, zdravotní pojišťovna je povinna se chovat ke zdravotnickému zařízení tak, jako by s ním smlouvu uzavřenu neměla, a hradit mu pouze nutnou a neodkladnou péči. Opakujeme tedy stanovisko k této otázce, včetně citace judikátu Nejvyššího soudu ČR.

**Právní kancelář České lékařské komory opakovaně poukázala na skutečnost, že tento výklad je zcela chybný, a fakt, že zdravotnické zařízení nepodepsalo se zdravotní pojišťovnou úhradový dodatek ke smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče, neznamená, že by smlouva přestala platit nebo nevznikla.**

V této záležitosti byl již dne 22. 5. 2007 vydán rozsudek Nejvyššího soudu ČR sp. zn.: 32 Odo 1373/2005, v němž se mimo jiné konstatuje:

Právní předpisy neobsahují žádné ustanovení o tom, že dohoda o určitých částech smlouvy mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením je nezbytná pro její vznik. Nedostatek dohody o výši úhrad zdravotní péče, respektive o způsobu jejího

stanovení, nemá za následek, že by mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením smlouva nevznikla.

Nejvyšší soud ČR konstatoval, že absence cenového ujednání neplatnost smlouvy pro její neurčitost nemůže v daném případě způsobit. Tato skutečnost je dána ujednáním účastníků ve smlouvě, podle něhož se vztahy mezi smluvními stranami touto smlouvou neupravené, řídí právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění a poskytování zdravotní péče a dalšími příslušnými právními předpisy. Tato klauzule je použitelná i pro případ, že nebyly dodatkem sjednány hodnoty bodu a výše úhrad zdravotní péče, včetně regulačních omezení, avšak tyto údaje byly závazně upraveny právním předpisem (úhradovou vyhláškou). **Je-li cena zdravotní péče stanovena právním předpisem, není třeba ji stanovit úhradovým dodatkem ke smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče. Není-li tento úhradový dodatek, ať již z jakýchkoli důvodů, mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením uzavřen, neznamená to, že by smlouva o poskytování a úhradě zdravotní péče byla neplatná či neúčinná a že by zdravotní pojišťovna nebyla povinna hradit zdravotní péči poskytnutou svým pojištěncům.**

JUDr. Jan Mach, ředitel právní kanceláře ČLK

## Soud rozhodl o žalobě MUDr. Martina Stránského proti České lékařské komoře

Dne 23. května 2011 projednal Krajský soud v Ostravě žalobu MUDr. Martina Stránského proti České lékařské komoře, kterou se domáhal, aby soud uznal za nezákonnou a neplatnou změnu Volebního řádu České lékařské komory, kterou provedl sjezd delegátů v roce 2003, kdy prodloužil volební období orgánů a funkcionářů komory ze čtyř let na pět let.

V té souvislosti žalobce v minulosti navrhol, aby soud ustanovil České lékařské komoře opatrovníka, protože její statutární zástupci nejsou platně zvoleni, a nemohou tedy v soudním řízení vystupovat ani pověřovat právním zastoupením právního zástupce. Návrh na ustanovení opatrovníka byl zamítnut Krajským sou-

dem v Ostravě. Kasační stížnost MUDr. Martina Stránského proti tomuto rozhodnutí Nejvyšší správní soud rovněž zamítl.

V současné době se krajský soud zabýval samotným meritem žaloby MUDr. Martina Stránského, který požadoval, aby změna Volebního řádu České lékařské komory, provedená na sjezdu delegátů v roce 2003, byla prohlášena za neplatnou a obnovila se platnost volebního řádu účinného před sjezdem delegátů v roce 2003.

Krajský soud v Ostravě žalobu MUDr. Martina Stránského proti České lékařské komoře v plném rozsahu zamítl.

JUDr. Jan Mach, ředitel právní kanceláře ČLK



Ilustrační foto: shutterstock.com

## Zlomené srdce zn. IKEM. Ministr Heger nepochopitelně váhá

**T**u větu Leoše Hegera si člověk musí přečíst několikrát - aby se ujistil, že nemá vlčí mlhu. A skutečně, ministr nemůže odvolat ředitele kliniky IKEM Jana Malého jen „na základě řeči.“ Tak co kdyby ho vyhodil proto, že Malý svým zavilým odporem ke

**zveřejnění podezřelé smlouvy s firmou Kardioport porušuje příkaz ministra, protikorupční strategii jeho úřadu i vlády a teď i zákon o přístupu k informacím?**

Vedení nemocnice dokola opakuje, že nákup pestré škály zdravotnického materiálu

přes anonymního překupníka vyjde levněji, než kdyby tentýž sortiment klinika nakupovala přímo od výrobců. Pokud to tak je, proč Malý nepřinese smlouvu a příslušné údaje dvakrát nepodtrhne tlustým fixem? Proč místo toho začerňuje celé pasáže a chová se jako vystrašený záček zmizikující v panice pětku v žákovské knížce?

Zkušenosti s nákupy přes prostředníky jsou u nás děsivé. Ať už jde o zbraně pro armádu, nebo přístroje pro severočeské nemocnice, vždy jsou jejich součástí stamilionové provize pro překupníky, odtékající z veřejných rozpočtů. Kolem tajemného Kardioportu se navíc ometají lidé z blízkosti Romana Janouška, jehož aktivity zavánějí úplatkářstvím daleko za hranice naší metropole. Těžko si představit, že se pro tentokrát změnil v přejícího altruistu.

Ministr Heger vydal zásadní nařízení, v němž ukládá všem ředitelům státních nemocnic, aby skoncovali s obchodováním přes překupníky. Pokud teď ponechá ve funkci Jana Malého, zcela tím podkopá své tažení proti neprůhledným kšeftům nemocnic. Jejich šéfové, většinou dosazení ODS a ČSSD, si řeknou: Stačí mít odolnost ředitele pražské kardiologické kliniky a temné manipulace s veřejnými tendry, po nichž tuční soukromá konta zadavatelů i stranické kasy, mohou dál vzkvétat.

Z pražské kliniky na „opravené srdce“ vždy vyzařoval étos velkého poslání, a to dokonce i za komunistů. Dnes jako by z ní čpěla morálka světa hazardu či bossů ČSTV. A část této špíny již olizuje boty nepochopitelně váhajícího ministra Hegera.

Jiří Leschtina, iHNED.cz

6. 6. 2011

## Ad Korupce ve zdravotnictví

Tempus medicorum 4/2011

**Odpověď doc. MUDr. Jana Malého, CSc., a MUDr. Ivana Netuky, Ph.D., na články s titulky „Šéfové státních nemocnic skrývají své milionové majetky“ a „V nemocnici IKEM řízené milionáři bohatně tajemná firma“ uveřejněné v rámci kapitoly „Korupce ve zdravotnictví“.**

Dne 9. 4. 2011 byly v časopisu TEMPUS MEDICORUM, číslo 4/2011, otištěny články autorky Sabiny Slonkové a Petra Holuba ze serveru Aktuálně.cz, a to článek veřejně prezentovaný na serveru Aktuálně.cz dne 8. 3. 2011 s titulem

„Šéfové státních nemocnic skrývají své milionové majetky“ a článek veřejně prezentovaný na serveru Aktuálně.cz dne 23. 3. 2011 s titulem „V nemocnici IKEM řízené milionáři bohatně tajemná firma“, přičemž oba uvedené články byly v časopise TEMPUS MEDICORUM uveřejněny v rámci kapitoly nesoucí název „Korupce ve zdravotnictví“. V těchto článcích byly uveřejněny mimo jiné informace o tom, že tajíme a skrýváme původ svého majetku, a dále zde byly uveřejněny informace o veřejné zakázce realizované v rámci IKEM.

Předložená informace o taji a skrývání původu našeho majetku je podstatnou měrou zkreslená, tedy v prezentované podobě nepravdivá. Takové nepravdivé sdělení na naši adresu mohlo vyvolat zcela nepřipadná podezření a zasáhlo citelně naši čest a dobré jméno. Veškerý náš majetek a majetek našich rodin pochází z legálních a také plně ověřitelných zdrojů, z podstatné části historických rodinných. Neexistuje naprosto žádná souvislost mezi pořízením našeho majetku a realizací veřejné zakázky, na niž je v článku referováno. Dokonce ani elementární souvislost časová.

Jan Hrazdřira,

advokát, HKDW Legal, s. r. o., v zastoupení svých klientů **doc. MUDr. Jana Malého, CSc., a MUDr. Ivana Netuky, Ph.D.**

## Hájit zájmy lékařů i pacientů

Vážený pane prezidente ČLK, občas čtu a slyším v médiích vaše názory. Máte za cíl zvýšit prestiž lékaře, což je opravdu náročný a dlouhodobý cíl. S tímto názorem naprosto souhlasím a problém vnímám jak na straně pacientů, tak na straně lékařů. Řada pacientů nemá slušné vychování, kde problém pramení ve výchově v rodině a celkově ve společnosti. Další problém je, že někteří lékaři nemají úctu ke svým pacientům a pacienta berou jako „kus“. Vím,

že mají i limity od zdravotních pojišťoven a jako každý člověk musí i lékař řešit své osobní problémy. Myslím, že čím by se zvýšila prestiž lékařů, to je ve vztahu k pacientům. Prostě mít o pacienta opravdu lidský zájem a skutečnou snahu mu pomoci. Česká lékařská komora by mohla hájit nejen zájmy lékařů, ale i zájmy pacientů, aby pacienti opravdu cítili spravedlnost a ČLK vnímali jako instituci, kam se mohou s důvěrou obrátit.

Jana Kilbergerová



ilustraci: foto:shutterstock.com

# Vzdělávací kurzy České lékařské komory

**Příhlášky zasílejte na adresu:**

### Oddělení vzdělávání ČLK

Lékařská 2, 150 30 Praha 5  
fax 257 220 618  
e-mail: vzdelavani@clker.cz  
seminar@clker.cz

(uveďte celé jméno, odbornost, adresu, telefonní číslo a číslo kurzu)

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

**Věnujte pozornost zasláným informacím, neboť místo konání kurzu může být změněno.**

Pro účastníky je zajištěno občerstvení. Začátek víkendových kurzů je v 8.30 hod., pokud není uvedeno jinak. Každá vzdělávací akce ČLK je pořádána v souladu se SP č. 16.

V případě dotazů nás kontaktujte na telefonním čísle 257 211 329 (linka 22, 24). UPOZORNĚNÍ: Případné změny jsou průběžně aktualizovány na [www.clker.cz](http://www.clker.cz)

### 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.

### MÍSTO KONÁNÍ: PRAHA

#### 27/11 Kurz – Váš nevidomý pacient

**Datum:** 17. 9. 2011

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

**Délka:** 6 hodin

**Odborní garanti:** PhDr. Radek Ptáček, MUDr. Milan Kubek

#### Anotace:

Kurz *Váš nevidomý pacient* je zaměřen na zvyšování informovanosti lékařů v přístupu k pacientům se zrakovým postižením. Kurz je orientován na nemedicínské aspekty zrakového postižení. Seznamuje s důsledky, které poškození nebo absence zraku přináší v osobní a sociální rovině. Cílem semináře je interaktivní formou informovat a naučit dovednostem potřebným pro oboustranně příjemnou spolupráci lékaře a pacienta se zrakovým postižením. Přidanou hodnotou jsou pro účastníky i konkrétní zkušenosti nevidomého lektora. Seminář obsahuje kromě popisných částí (oblasti rehabilitace zrako-

vého postižení) i části zkušenostní (návlek doprovázení a předvedení kompenzačních pomůcek). V průběhu kurzu jsou účastníci aktivně zapojováni do dění. Seminář je veden tandemem nevidomého a vidícího lektora. **Lektoři:** Ing. Miroslav Michálek, PhDr. Petr Vojtěšek

#### Program:

- Obecný úvod do tématu Život bez zraku.
- Specifika komunikace s nevidomým pacientem.
- Sebeobsluha osob se zrakovým postižením.
- Prezentace kompenzačních pomůcek pro osoby se zrakovým postižením.
- Odstraňování informačního deficitu.
- Prostorová orientace a samostatný pohyb ve zdravotnických zařízeních.
- Nevidomý pacient v ordinaci.
- Ukázky a návlek správného doprovázení nevidomého pacienta.

#### 35/11 Kurz – Intenzivní péče – Sepse

**Datum:** 24. 9. 2011

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

**Koordinátor:** MUDr. Jiří Valenta, KARIM VFN I, LF UK Praha

- MUDr. Josef Závada, CSc.  
• Systémový zánět, sepsis, MODS.  
MUDr. Jiří Valenta  
• ALI/ARDS, VILI.  
MUDr. Michal Otáhal  
• Umělá plicní ventilace při ALI/ARDS.  
Doc. MUDr. Martin Balík, Ph.D.  
• Renální funkce a renální selhání v sepsi.  
MUDr. Zdeněk Stach  
• Antikoagulační postupy v sepsi.  
MUDr. Marek Svitek  
• Skórovací systémy u kriticky nemocných a v sepsi.  
MUDr. Michal Kolář  
• Možnosti ATB terapie v sepsi.  
MUDr. Ferdinand Polák  
• Metabolismus a nutriční péče.

#### 36/11 Kurz – Praktické využití laboratorních oborů pro klinickou praxi

**Datum:** 24. 9. 2011

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

**Koordinátor:** MUDr. Jana Čepová, FN Motol

- MUDr. Jana Čepová  
• Nejčastější chyby spolupráce pediatra a klinického biochemika.  
MUDr. Otakar Nyč, Ph.D.  
• Vhodnost a indikace mikrobiologických vyšetření.  
MUDr. Ivana Hadačová

- Praktické využití hematologických vyšetření v klinické praxi.  
MUDr. Margareta Beyerová
- Kazuistiky z alergologie a imunologie.

#### 30/11 Kurz – Novinky v dětské obezitologii

**Datum:** 1. 10. 2011

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

**Délka:** 6 hodin

**Koordinátor:** MUDr. Jitka Kytarová, KDDL, I. LF UK, Praha 2, Ke Karlovu 2

- RNDR. Hana Zamrazilová, Ph.D.  
• Analýza tělesného složení: historie, současnost a perspektivy metod stanovení množství a distribuce tukové tkáně.  
MUDr. Irena Aldhoon-Hainerová, Ph.D.  
• Metabolický syndrom a jeho diagnostika v dětském věku.  
MUDr. Jitka Kytarová  
• Diagnostika sekundárních příčin obezity, novinky v léčbě obezity u dětí – možnosti medikamentózní a bariatrické terapie.

Mgr. Jana Divoká

- Praktická aplikace kognitivně-behaviorální terapie v běžné praxi lékaře.
- Jitka Rusková – nutriční terapeut
- Fakt to de aneb Zásady nutričního poradenství v léčbě dětské obezity.
- MUDr. Martin Matoulek, Ph.D.
- Možnosti intervence u adolescentů při snižování hmotnosti – motivace, dieta a pohyb – jak na to?

#### 32/11 Kurz – Léčba závislosti na tabáku

**Datum:** 7. 10. 2011

**Místo:** Brno, Vinařská 6, NCO NZO

**Koordinátor:** MUDr. Eva Králíková, CSc., I. LF UK a VFN Praha

- MUDr. Eva Králíková, CSc.  
• Epidemiologie užívání tabáku, související mortalita a morbidita.  
• Účinná prevence kouření, složení tabákového kouře, pasivní kouření.  
Prof. MUDr. František Perlik, DrSc.  
• Farmakologické interakce cigaret.  
MUDr. Alexandra Kmeťová  
• Kouření adolescentů, motivace.  
MUDr. Eva Králíková, CSc.  
• Princip závislosti na tabáku, diagnostika, léčba. Psychiatrická komorbidity.  
• Psychobehaviorální intervence a farmakoterapie. Elektronická cigareta.  
MUDr. Alexandra Kmeťová

- Kouření a hmotnost.
- Léčba závislosti na tabáku s podporou zaměstnavatele.  
MUDr. Eva Králíková, CSc., MUDr. Alexandra Kmeťová
- Současné možnosti léčby závislosti na tabáku v ČR, specializovaná centra, jejich role v nekuřácké nemocnici.
- Situace ve světě, mezinárodní a naše doporučení léčby.  
MUDr. Alexandra Kmeťová
- Léčba závislosti na tabáku na Mayo Clinic, USA.
- Praktické příklady – časté dotazy pacientů, návlek skupinové terapie.

#### 37/11 Kurz – Moderní trendy v zobrazovací diagnostice, denní praxe, indikace k vyšetření

**Datum:** 8. 10. 2011

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

**Doba:** 5 hodin

**Koordinátor:** Prim. MUDr. Martin Kynčl

*Kurz připravený lékaři z pediatrické části Kliniky zobrazovacích metod FN a 2.LF UZ v Motole přinese užitečné informace především pro praktické lékaře z hlediska indikačních kritérií a technických možností UZ vyšetření hrudníku a UZ akutních stavů břicha. Formou praktických příkladů vyšetření z bohatého archivu kliniky připomene nejčastější i méně typické diagnózy, ukáže výhody i limitace UZ vyšetření.*

*V další části kurzu pak budou na četných klinických případech detailně probírána indikační kritéria pro MR a CT vyšetření CNS v rámci pediatrické neuroradiologie, možnosti aplikace zobrazovacích metod i případné limitace jednotlivých vyšetření. Diskutovány budou jak případy vrozených anomálií CNS, tak stavy získané, metabolická onemocnění mozku i onkologická problematika včetně diferenciální diagnostiky onemocnění.*

- MUDr. Lenka Mrázková  
• UZ vyšetření hrudníku, technika, denní praxe, indikace.  
MUDr. Zdeněk Hříbal  
• Obraz akutního břicha v UZ zobrazení u dětí, indikace k vyšetření, příklady z praxe.  
MUDr. Martin Kynčl  
• Pediatrická neuroradiologie, indikační kritéria pro CT a MR vyšetření CNS u dětí.

#### 38/11 Kurz – Novinky v neodkladné péči 2011 a zajímavé kazuistiky

**Datum:** 15. 10. 2011



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

Prim. MUDr. Jiřina Hobstová  
• Alimentární vážné infekce se selháním ledvin i pobytu s exotickou dovolenou.  
MUDr. Igor Dvořáček, Ph.D.  
• Domácí a rozmáhající se násilí individuální i skupinové.  
Prim. MUDr. Jan Sikora  
• Jak se vyrovnat s pacientem naprosto neadekvátního chování a jednání v akutní situaci.  
Prim. MUDr. Karel Dlak  
• Novinky v dětské urgentní péči vč. pokusů nářím psy, domácí násilí na dětech, zneužívání, týrání po zdravotní stránce, kontakt s handicapovaným dítětem a jeho rodiči. (Program bude doplněn ještě o další, již tradiční, témata.)

### 39/11 Kurz – Komplexní přístup k nedonošenému dítěti v ordinaci PDDL

**Datum:** 22. 10. 2011  
**Místo:** Praha – Centrum komplexní péče pro děti s perinatální zátěží, Klinika dětského a dospělého lékařství VFN a 1. LF UK.  
**Koordinátor:** MUDr. Daniela Marková, Klinika dětského a dospělého lékařství VFN a 1. LF UK

MUDr. Daniela Marková  
• Následná komplexní péče o předčasně narozené děti v Centru komplexní péče pro děti s perinatální zátěží.

PhDr. Renata Hacklová  
• Postresové reakce rodičů nezralého dítěte.  
PhDr. Božena Sulženková  
• Rodinná psychoterapie.  
MUDr. Jana Schmidtová  
• Nejčastější psychiatrické problémy u nezralých dětí.

MUDr. Petr Klement  
• Nejčastější projevy CNS postižení u nezralých dětí.  
MUDr. Iva Příhodová  
• Poruchy spánku.  
Bc. Dagmar Mirovská  
• Rehabilitace.  
• Vojtova metoda nebo Bobath koncept.  
Bc. Renata Kunzmannová  
• Úloha speciálního pedagoga o nedonošené dítě.

MUDr. Petr Kofátek, MUDr. Šulc  
• Funkční vyšetření plic u nespouštějících dětí.

MUDr. Blanka Zlatohlávková  
• Výživa nezralých dětí po propuštění z JIRP.  
MUDr. Martin Vyhnanek  
• Vyšetření GER pomocí impedanční pH-metrie.

### 40/11 Kurz – Rigidní egoista, podivín, nebo Aspergerův syndrom?

**Datum:** 22. 10. 2011  
**Místo:** Praha 5, Lékařská 2, Klub ČLK  
**Koordinátor:** MUDr. Sausen Sládková, Canadian Medical Care, Praha 6  
**Lektoři:**  
PhDr. Kateřina Thorová, Ph.D., psycholog, ředitelka metodického střediska Asociace pomáhající lidem s autismem APLA Praha, střední Čechy, o. s.  
MUDr. Sausen Sládková

Seminář vhodný pro všeobecné lékaře pro dospělé, psychiatry, neurology, pediatri atd. Jedná se o rozšířené opakování oblíbeného semináře „Rozmazlený spratek“, který se pro velký zájem konal již 3x. Tentokrát bude seminář zaměřen převážně na dospělé pacienty. Kazuistiky z ordinací dr. Sausen Sládkové a dr. Kateřiny Thorové. Příklady dospělých pacientů, kteří byli mnoho let vedeni pod mylnou diagnózou, než u nich byl diagnostikován Aspergerův syndrom. Frekvence Aspergerova syndromu je 1:200 napříč všemi věkovými skupinami. Každý praktický lékař má ve své praxi několik lidí s touto diagnózou.

### 47/11 Kurz – Fototerapie a rentgenoterapie v estetické medicíně a dermatologii

**Datum:** 22. 10. 2011  
**Místo:** Praha 5, Lékařská 2, Klub ČLK  
**Koordinátor:** Doc. MUDr. Leoš Středa, Ph.D., přední odborník na obezitu, redukcii nadváhy a dietní poradenství, vysokoškolský pedagog, na Karlově univerzitě přednáší lékařskou regeneraci a kosmetiku.

### Doc. MUDr. Leoš Středa, Ph.D., MUDr. Milena Jirásková, CSc., MUDr. Vlastimil Víšek, CSc.

**1. část**  
Je věnována terapii využívající biostimulační lasery s výkonem do 50 mW a zdroje viditelného nekoherentního polarizovaného světla v neinvazivních esteticko-medicínských ošetřeních, zejména při léčbě akné, některých typů alopecie, teleangiektázií, alergických reakcí a přecitlivělosti na kosmetické přípravky. Multiplikace kolagenu ve škáře při využití techniky fotonox (quasi-monochromatické světlo s úzkou spektrální pološířkou) při ošetření žívez, strií, vrásek (tzv. anti-aging efekt), celulitidy.

**2. část**  
Zabývá se podstatou vzniku a působení rentgenových paprsků se zaměřením na uplatnění povrchové působícího elektromagnetického záření o vlnové délce na pomezí záření ultrafialového a rentgenového, tzv. hraničních paprsků X (Buckyho záření), v dermatologii. Indikace zahrnují zejména chronický ekzém, rezistentní ložiska psoriázy kůže, psoriáza nehtů aj. Zmíněny jsou i hlavní indikace onkologické.

**3. část**  
Soustřeďuje se na využití laserů s výkonem 100 W v estetické chirurgii, které se používají ve 3 módech: jednak pro bodové odpaření (zejména k odstranění různých typů bradavic a neví), dále pro plošné odpaření, tzv. vaporezaci (laserový výbrus obličeje) a jako laserový skalpel (při transkonjunkturní dolní blefaroplastice).

### 34/11 Kurz – Léčba závislosti na tabáku

**Datum:** 5. 11. 2011  
**Místo:** Praha, Kongresové centrum Nemocnice Na Homolce  
**Koordinátor:** MUDr. Eva Králíková, CSc., 1. LF UK a VFN, Praha  
**Podrobnosti viz kurz 32/11**

### 31/11 Kurz – Novinky v resuscitaci novorozence včetně návuku na modelu

**Datum:** 8. 11. 2011 od 15 hodin  
**Místo:** Praha 5, Lékařská 2, Klub ČLK  
**Lektor:** MUDr. Jan Melichar

### 41/11 Kurz – Novinky ve vnitřním lékařství

**Datum:** 12. 11. 2011  
**Místo:** Praha 5, Lékařská 2, Klub ČLK  
**Koordinátor:** MUDr. Jan Bruthans, Ph.D., IKEM Praha

- Genetika.
- Gastroenterologie.
- Pneumologie.
- Nefrologie.
- Metabolismus a poruchy vnitřního prostředí.
- Diabetologie.
- Revmatologie.
- Onkologie.

### 42/11 Kurz z pediatrie – Vrozené metabolické poruchy (DMP) v ordinaci PDDL

**Datum:** 12. 11. 2011  
**Místo:** Praha 5, Lékařská 2, Klub ČLK  
**Koordinátor:** Doc. MUDr. Tomáš Honzík, Ph.D., KDDL 1. LF UK a VFN, ÚDMP 1. LF UK a VFN, Ke Karlovu 2, Praha 2

- Doc. MUDr. Tomáš Honzík, Ph.D.
- Co by měl PDDL vědět o DMP – úvod do problematiky a patofyziologické mechanismy.
  - Doc. MUDr. Viktor Kožich, CSc.
  - Dědičné metabolické poruchy (DMP) v ordinaci PDDL.
  - Doc. MUDr. Tomáš Honzík, Ph.D.
  - Nosologické jednotky DMP a zajímavé kazistiky.
  - Současné možnosti léčby.

### 43/11 Seminář z pediatrie

**Datum:** 23. 11. 2011, 16.30–18.00 hodin

**Místo:** Praha 5, Lékařská 2, Klub ČLK  
**Lektor:** MUDr. Štěpánka Čapková

MUDr. Štěpánka Čapková  
• Repetitorium lokální dermatologické terapie pro pediatrii.  
• Dermatologická vnitřní farmakoterapie v dětském věku.

### 44/11 Kurz – Novinky v neodkladné péči 2011 a zajímavé kazistiky

**Datum:** 26. 11. 2011  
**Místo:** Praha 5, Lékařská 2, Klub ČLK  
**Koordinátor:** Doc. MUDr. Jarmila Drábková, CSc., OCHRIP, FN Praha 5-Motol  
**Podrobnosti viz kurz 38/11**

### 45/11 Kurz – Pediatrie

**Datum:** 3. 12. 2011  
**Místo:** Praha 5, Lékařská 2, Klub ČLK  
**Koordinátor:** MUDr. Marcela Černá, ÚPMD, Praha 4-Podolí, Podolské nábr. 157

MUDr. Štěpánka Čapková  
• Repetitorium lokální dermatologické terapie pro pediatrii.  
• Dermatologická vnitřní farmakoterapie v dětském věku.  
MUDr. Irena Petráčková  
• Měl by obvodní pediatr vyšetřovat transferinový receptor u dětí se sideropenickou anémií?  
Doc. MUDr. Štěpán Kutilek, CSc.  
• Péče o děti s odchylkami v kalciofosfátovém metabolismu v ordinaci PDDL (2 hodiny).  
MUDr. Zuzana Blechová  
• Pertuse – aktuální problém v pediatrii.  
• Pneumonie u dětí z pohledu infektolegie.  
Martin Balcar  
• Děti a sociální síť.

### 46/11 Kurz – Prenatální diagnostika

**Datum:** 10. 12. 2011  
**Místo:** Praha 5, Lékařská 2, Klub ČLK  
**Doba trvání:** 5 hodin  
**Koordinátor:** Prim. MUDr. Martin Kyněl

Prof. MUDr. Pavel Eliáš, CSc. (Radiologická klinika LF UK a FN Hradec Králové)  
MUDr. Blanka Prosová (KZM FN a 2. LF UK v Motole)  
MUDr. Radovan Vlk (Gynekologicko-porodnická klinika FN a 2. LF UK v Motole)  
MUDr. Martin Kyněl (Klinika zobrazovacích metod FN a 2. LF UK v Motole)

Informace o jednotlivých přednáškách budou doplněny v příštím čísle TM.

**Připravujeme:**  
Dvoudenní kurz 25.–26. 11. 2011  
**Získávání zdrojů pro výzkum a klinickou praxi prostřednictvím grantů a patentů, prof. George B. Stefano, Ph.D.**

## Inzerce

Příjem rádkové inzerce:  
[www.lkcr.cz](http://www.lkcr.cz)  
sekce Zajímavé odkazy –  
Tempus medicorum –  
Zadání inzerce.

Uzávěrka příjmu inzerce  
do 20. dne předchozího  
měsíce.

### Volná místa – nabídka

Zprostředkování zaměstnání v Německu, Rakousku, Anglii a dalších zemích. Specializovaná agentura Vačlava, [www.vaclava.cz](http://www.vaclava.cz), [prace@vaclava.cz](mailto:prace@vaclava.cz)

Hledám psychiatra, nejlépe i s psychoterapeutickou kvalifikací, do ambulátní praxe – ordinace a denní klinika v Beskydech. Po 5 letech koncové převzetí ordinace. Nadstandardní pracovní podmínky. [www.dobrapsychiatrie.cz](http://www.dobrapsychiatrie.cz), e-mail: [dobrapsychiatrie@seznam.cz](mailto:dobrapsychiatrie@seznam.cz)

Neurologa/neuroložku s atestací zaměstnám v soukromé ordinaci v Praze-západ. Pondělí nebo středa 13–18 hod., 300 Kč/h, možnost rozšíření spolupráce. Kontakt: 603 384 411, nejlépe po 18. hod., [aurikuloaku@seznam.cz](mailto:aurikuloaku@seznam.cz)

Přijmu lékaře nebo lékařku na celý nebo i částečný úvazek do soukromé ORL ambulance v Plzni. Tel. po 18. hod. 605 261 142

Fertimed – centrum pro léčbu neplodnosti přijme na částečný či plný úvazek anesteziologa s atestací pro kliniku v Ostravě-Polance. Životopisy zasílejte na adresu Fertimed, Boleslavova 2, Olomouc 779 00

Hledám neurologa do soukromé ordinace v Olomouci na částečný úvazek. Kontakt: [nof16@seznam.cz](mailto:nof16@seznam.cz)

Hledám pediatra do ordinace PLDD v Praze 4. Požadují licenci v oboru PLDD a klientský přístup. Nabízím práci v moderně vybavené ordinaci v příjemném kolektivu s nadstandardním ohodnocením. Možno i na částečný úvazek. Nástup září 2011. Tel. 725 075 996

Nabízím místo očního lékaře v dobře zavedené oční ordinaci v Českém Těšíně. Vynikající finanční ohodnocení a možnost plasticke a estetické rozptylky.

Požadujeme samostatnost a vlivný přístup k pacientům. Kontakt: 603 311 532, [ocniambulanceutikal@seznam.cz](mailto:ocniambulanceutikal@seznam.cz)

Malé plasticko-chirurgické pracoviště v Praze 4 přijme anesteziologa, úvazek 0,2, 1 pracovní den v týdnu. Nástup ihned. Tel. 602 303 877

Léčebna TRN Janov – Mirošov přijme do pracovního poměru pneumologa, případně lékaře s atestací I. st. z interního lékařství. Znalost práce s PC podmínkou. Platové podmínky dle platných předpisů + infekční příplatek a dovolená. Byt 4+1 k dispozici, školka v místě.  
Kontakt: [htrn@janov.cz](mailto:htrn@janov.cz), tel. 371512118, fax 371512129. Informace: [www.janov.cz](http://www.janov.cz)

Zdravotnické zařízení Ministerstva vnitra přijme ihned praktického lékaře pro ordinaci v Hradci Králové. Finanční ohodnocení odpovídá zařazení do platové třídy 14. Požadujeme VŠ a specializovanou způsobilost v oboru. Bližší informace podá MUDr. Šopák, tel. 724 006 426. Nabídku zašlete s životopisem a tel. spojení na e-mail: [ozz.hk@zmvv.cz](mailto:ozz.hk@zmvv.cz)

Nemocnice Kutná Hora přijme lékaře na interní oddělení a na LDN. Požadujeme příslušné vzdělání – LF (absolvent), specializace v oboru vnitřní. Nabí-

zíme odpovídající plat, ohodnocení, zaměstnanecké benefity, možnost ubytování. Nástup možný ihned. Kontakt na personál, odd.: ONK a s., Nemocnice Kutná Hora, Vojtěšská 237, 284 300 Kutná Hora, tel. 327 503 497, 724 178 878, e-mail: [jitka.novotna@nemkh.cz](mailto:jitka.novotna@nemkh.cz)

Hledám kolegu (kolegyni) do gynekologické ordinace v Plzni na 3 dny v týdnu. Kontakt: 377 387 482, [itordr@gmail.com](mailto:itordr@gmail.com)

Hledám lékařku/ lékaře do soukromé interní ordinace v Plzni na 3 dny v týdnu. Kontakt: 377 387 482, [itordr@gmail.com](mailto:itordr@gmail.com)

Státní léčebné lázně Janské Lázně, s. p., 542 25 Janské Lázně, přijmou lékaře/ lékařku. Požadujeme ukončené studium lékařského směru, specializaci v oboru RFM, neurologie nebo interna. Nabízíme: smluvní mzdu, služební telefon a byt do 3 měsíců od nástupu. Nástup možný ihned. Informace na tel. 499 860 300 – MUDr. Dlouhá Zuzana, nebo e-mail: [dlohahz@janskelazne.cz](mailto:dlohahz@janskelazne.cz)

Neurologické oddělení, LKH Bruck/Mur, Rakousko, 50 km severně od Grazu, hledá lékařku/ lékaře v oboru neurologie se znalostí EEG nebo EMG. Poskytujeme nejmodernější přístrojové vybavení,

atraktivní pracovní podmínky a v rámci Rakouska jedno z nejlepších platových ohodnocení. Oblast s dobrou dopravní infrastrukturou a atraktivními možnostmi pro volný čas. Kontakt: prim. dr. Varošanec, tel. +4338 628 952 601, e-mail: [christine.saeumel@lkh-bruck.at](mailto:christine.saeumel@lkh-bruck.at)

Sdružení zdravotnické zařízení Krnov, p. o., přijme do pracovního poměru lékaře s atestací nebo ve spec. přípravě v oboru patologie, gynekologie a porodnictví, anesteziologie a intenzivní medicína. Kontakt: [www.szzkrnov.cz/pracovni-prilezitosti](http://www.szzkrnov.cz/pracovni-prilezitosti)

MČ Praha-Petrovice hledá pro polikliniku lékaře. Odbornost ORL a diabetolog. Zahájení činnosti od 1. 7. 2011. Podmínka: Smluvní úvazek se ZP pro územní hl. m. Prahy. Kontakt: JUDr. Olga Hromasová, starostka, doc. O. Semecský, tel. 274 860 731

Moderní a špičkové vybavené hemodialyzační středisko se specializovanými ambulancemi v Berouně nabízí práci lékařům se zájmem o vnitřní lékařství a nefrologii. Práce v profesionálním prostředí a přátelském kolektivu. Nadstandardní finanční ohodnocení. Podpora dalšího vzdělávání doma i v zahraničí. Možnost individuální pracovní doby, event. částečný úvazek na lůžkovém oddělení. Nástup možný ihned. Nabídky s životopisem poslejte na adresu: [dialyzaeroun@seznam.cz](mailto:dialyzaeroun@seznam.cz)

Přijmu dermatologa do zavedené kožní ordinace v Praze 1 na 1–2 dny v týdnu. Spec. způsobilost výhodou. Možnost provádění i korektivních a estetických výkonů. Nástup možný ihned. Vhodné i pro důchodce a ženy na mateřské dovolené. Tel. 604 995 578

Malé plasticko-chirurgické pracoviště v Praze 4 přijme atest. instrumentářku, úvazek 0,4. Pracovní dny: pondělí od 7.30, úterý od 14.00, pátek od 7.30 hod. Nástup ihned, tel. 602 303 877, e-mail: [plastika@datom.cz](mailto:plastika@datom.cz)

Psychiatrika přijme Psychoterapeutické středisko Břehová, Praha. Atestace a psychoter. kvalif. výhodou, nikoli podmínkou. CV na e-mail: [k.kobic@seznam.cz](mailto:k.kobic@seznam.cz) anebo písemně: Psychoterapeutické středisko, ředitel, Břehová 3, 110 00 Praha 1

Hledáme lékaře diabetologa pro soukromou ordinaci v Praze 10. Tel. 722 795 000

Hledám lékaře do zavedené ordinace PL pro dospělé i jen na částečný úvazek. Možnost převzetí praxe časově dle dohody. Vesnický obvod v okr. Hodonín s bytem. Kontakt: 602 139 406

Nemocnice Jablonec nad Nisou, p. o., přijme lékaře absolventa na radiologické oddělení. Požadujeme: odborná způsobilost, praxe není podmínkou (absolvent), znalost anglického jazyka, uživatelská znalost PC, MS Office. Nabízíme: zajímavou práci na moderně vybaveném pracovišti v prosperující organizaci, 1,5T magnetickou rezonanci v plném vybavení, 40MSCT veškeré spektrum vyšetření, akreditované centrum pro mamografický screening, UZ, digitální multifunkční skiaskopické C-rameno, digitalizaci skiagrafičtého provozu tento rok, podporu dalšího vzdělávání, nadstandardní finanční ohodnocení, šest týdnů dovolené, příspěvky z fondu FKSP na dovolenou a kulturní akce, závodní stravování, možnost zajištění příjmeného ubytování v centru města a v blízkosti nemocnice, nástup možný ihned, popřípadě dle dohody, přátelský kolektiv lékařů a radiologických asistentů. Blíže informace podá primář oddělení MUDr. Jaromír Frydrych, tel. 483 345 850, e-mail: [frydrych@nemjbc.cz](mailto:frydrych@nemjbc.cz), případně kontaktujte personální oddělení, e-mail: [pavel.kures@nemjbc.cz](mailto:pavel.kures@nemjbc.cz)

RIAPS krizové centrum přijme do HPP psychiatrika s atestací a zájmem o psychoterapii. Nabízíme zajímavou a různorodou práci v příjemném pracovním prostředí, podporu dalšího vzdělávání. Nástup možný od 1. 6. 2011. Strukturované životopisy zasílejte na: [gabriela.sivicova@csspraha.cz](mailto:gabriela.sivicova@csspraha.cz), tel. 222 586 768

Přijmu sestřičku do ortopedickotraumatologické amb., Miloslav Nosek, Praha 4, Šustova 1930, tel. 602 342 748  
Přenechám zavedenou interní ambulanci v Adamově u Brna. Způsob a termín převzetí dohodou. Kontakt: 603 932 180

Vojská lázeňská léčebna Teplice. Požadovaná profese: lékař/ka. Jednosměrný provoz po-pá 8 hod. Nástup od 1. 6. 2011. Mzdové rozpětí od 40 000 Kč. Životopisy zasílejte na e-mail: [novotna@](mailto:novotna@)

**vltpelice.cz**. Info na tel. 417 537 440 nebo 723 655 386, primář MUDr. Lněnička. Atestace I. stupně obor neurologie, ortopedie nebo vnitřní lékařství. Dle dohody i na zkrácený úvazek. Možnost využití vstupních benefitů (příspěvek na dopravu, popř. příspěvek na bydlení).

Do soukromé ambulance RHB lékaře Praha 5-Brandov přijmu ihned lékaře na částečný nebo plný úvazek. Nadstandardní platové podmínky. Kurz manuální medicíny je podmínkou. Tel. 603 811 154

Cévní ordinace v Praze 10 přijme od září 2011 angiologa nebo angiologicky zaměřeného internistu na částečný úvazek 1–2x týdně, možno i odpoledne. Znalost cévní ultrasonografie vítána. Tel. 603 752 184

Interní a dialyzační centrum Svitavy přijme do pracovního poměru nefrologa nebo internistu. Nabízíme nadstandardní platové ohodnocení, možnost služebního bytu. Kontakt: Mgr. Nývl Norbert, tel. 731 155 311, [nvylt@inmed.cz](mailto:nvylt@inmed.cz), [www.inmed.cz](http://www.inmed.cz)

NZZ v Praze 5-Smíchově přijme gynekologa/gynekoložku na 0,2 úvazku a zástup v případě potřeby. Tel. 739 946 557

Hledám do kožní ambulance Mělník dermatologa, nabízím nadstandardní platové podmínky, příjemné prostředí. Prosím ozvěte se na tel. 731 055 349

Hledáme internistu pro ambulanci v Praze, možno částečný či plný úvazek, tel. 722 795 000

Hledáme lékaře dermatologa pro ambulanci v Praze, možno částečný či plný úvazek, tel. 722 795 000

Oční ordinace v Olomouci přijme lékaře s odbornou specializací na úvazek 0,4–1,0. Dobře vybavená a zavedená ordinace, nadstandardní zaměstnanecké výhody. Tel. 602 755 954, e-mail: [janahlavackova@hlavacek.cz](mailto:janahlavackova@hlavacek.cz)

Dobře zavedená soukromá kožní ordinace v Klatovech přijme lékaře. Přátelské a flexibilní prostředí. Možný částečný úvazek. Vše dohodou. Tel. 737 441 365

Přijmu očního lékaře do soukromé ambulance v Praze 8. Finanční ohodnocení 45 000. Nástup ihned nebo dle dohody. Možnost pracovního úvazku či DPP. Flexibilita práce, profesní růst. Vhodné i pro absolventy. Mob. 732 426 991, [ocnilekar@seznam.cz](mailto:ocnilekar@seznam.cz)

Přijmu lékařku/lékaře se spec. způsobilostí do chirurgické ambulance na PLKL Zahradní Město, Praha 10 na 1–2 dny v týdnu. Přátelský kolektiv, dobré platové podmínky. Tel. 606 204 765, e-mail: [sicio@e-mail.cz](mailto:sicio@e-mail.cz)

Přijmu dermatologa se spec. způsobem do kožní ordinace v Praze 1 na úvazek 0,4 (úť, st) i s dlouhodobou perspektivou. Možnost provádění korektivních a estetických výkonů. Nástup možný ihned. Vhodné i pro důchodce a ženy na mateřské dovolené. Tel. 604 995 578

Nabízím místo dermatologa i na částečný úvazek v dobře zavedené dermat. ordinaci v jižních Čechách v Písku. Široké spektrum výkonů vč. estetické medicíny. Kontakt: [l.pumpova@centrum.cz](mailto:l.pumpova@centrum.cz)

Hledám anesteziologa poskytujícího analogosedace v ambulanci zub. lékaře pro dlouhodob. externí spolupráci. Praha. Tel. 724 049 765

Moderně vybavené soukromé oční ordinace s optikami v Jihlavě přijmu očního lékaře na plný i částečný úvazek. Nabízíme: ordinace vybavené moderními přístroji GDx, fotošterbinová lampička atd., byt blízko pracoviště. Tel. 606 736 888, [moudrv@seznam.cz](mailto:moudrv@seznam.cz)

Zaměstnám angiologa, případně internistu se zájmem o angiologii, na částečný pracovní úvazek v soukromé ambulanci na poliklinice Praha 9-Prosek. Kontakt: 603 447 295

## Volná místa – poptávka

Anestezioložka krátce v důchodu, 33 let praxe včetně svodné anestezie ve všech operačních oborech, krátce i na lůžkách a u ZS, nabízí záskok na sálech, nejlépe Praha a Středočeský kraj, jednodenní operativa vítána, možný i záskok za

PL. Zn. jakýkoli úvazek, e-mail: [h.vlastimila@seznam.cz](mailto:h.vlastimila@seznam.cz)

Lékař, 8 let praxe neurologie, atest. I st. + atest dle EU s kurzy EP, EMR, myoskeletální medicíny, t. č. před atestací z FLBR s absolvováním většiny povinných kurzů, hledá odpovídající uplatnění. Praha a okolí. [neurorhb@seznam.cz](mailto:neurorhb@seznam.cz)

Lékařka v přípravě na atestaci z gyn.-por., nyní na MD, hledá práci v gynekologické ambulanci na 1–2 dny v týdnu. Olomouc a okolí. Kontakt: 777 810 582, [hajkrova@gmail.com](mailto:hajkrova@gmail.com)

Klinikum Obergöltzsch Rodewisch sucht zur Teamverstärkung Fachärztinnen/ärzte für Anästhesie, Innere Medizin, Chirurgie, Allgemeinmedizin, Pädiatrie. Wir bieten Ihnen einen interessanten Arbeitsplatz in kollegialer Atmosphäre mit guten Entwicklungsmöglichkeiten sowie einen Arbeitsvertrag nach TV-Ärzte/VKA. Teilzeitarbeit möglich. Weitere Informationen finden Sie unter [www.klinikum-obergoeltzsch.de](http://www.klinikum-obergoeltzsch.de) Ihre Bewerbung richten Sie bitte an: Klinikum Obergöltzsch, Personalabteilung, Stiftstr. 10 Rodewisch 08228 BR, [personalabteilung@klinikum-obergoeltzsch.de](mailto:personalabteilung@klinikum-obergoeltzsch.de). Kontakt v češtině: OA Dr. M. Povejšil, 0049 374 436 171 121

## Ordinace, praxe

Přenechám dobře zavedenou praxi dětské dermatologie v centru Brna. Tel. 603 438 187

Koupím soukromou kožní praxi na severní Moravě, oblast FM, Havířov, Trinec a okolí, event. zájem i o část. úvazek, korektní jednání, letité zkušenosti. Tel. 603 486 296

Koupím praxi prakt. lékaře pro dospělé v okrese Kladno, Praha-západ, Rakovník, Plzeň-sever. Kontakt: e-mail: [voradr@seznam.cz](mailto:voradr@seznam.cz)

Převzmu (odkoupím) praxi praktického lékaře pro dospělé v Liberci nebo Jablonci nad Nisou a blízkém okolí, nástup možný od 1/2012, tel. 606 619 627

Odkoupím částečný úvazek PL na Moravě. Tel. 737 045 768

Koupím zavedenou praxi všeobecného lékaře pro dospělé na Pardubicku. Tel. 604 368 291

Mám zájem o převzetí oční ordinace v Praze, ev. Praha-západ, tel. 732 346 617, [ocni.lekarka@seznam.cz](mailto:ocni.lekarka@seznam.cz)

Odkoupím ordinaci všeobecného lékařství v Olomouci, Přerově a okolí. Tel. 608 460 760

Praktický lékař čerstvě po atestaci odkoupí/ převzme praxi PL v Praze 1 nebo 2. Kontakt: 607 588 143

Převzmu (odkoupím) zavedenou praxi praktického lékaře pro dospělé. Okres Rokycany, Plzeň, Beroun, Příbram. Atestaci i licenci mám, praxe v oboru 10 let. Kontakt: 602 588 033, [adamcipavel@tiscali.cz](mailto:adamcipavel@tiscali.cz)

Převzmu (odkoupím) alergologicko-imunologickou ordinaci v Praze. Děkuji, tel. 737 433 211

Odprodám (přenechám) zavedenou ordinaci praktického lékaře pro dospělé, střední velikosti. Poblíž Plzně. Telefon dopoledne 721 414 703

Přenechám ordinaci praktického lékaře pro dospělé v Praze 2, tel. 224 918 532

Převzmu/koupím diabetologickou ambulanci v Praze. Rychlé a solidní jednání. Praxe v oboru 10 let. Kontakt: e-mail: [ambulance7@seznam.cz](mailto:ambulance7@seznam.cz), tel. 721 000 969

Koupím ORL praxi v Praze nebo Středočeském kraji, další spolupráce možná. Solidní a rychlé jednání. Tel. 737 650 226. E-mail: [orl-ordinace@email.cz](mailto:orl-ordinace@email.cz)

Hledám kolegu/kolegyni ke společnému vedení dvou zavedených chirurgických ambulancí v Plzni. Operace ambulanti (ruka, proktologie) je u hospitalizace (kylý, LCHE, varixy atd.). Spolupráce od 1/2012. Kontakt: [zenkl@seznam.cz](mailto:zenkl@seznam.cz), tel. 608 260 483

Prodám zavedenou praxi prakt. lékaře pro děti a dorost ve Stříbře, 30 km od Plzně. Kontakt [vera.rohackova@seznam.cz](mailto:vera.rohackova@seznam.cz), 607 254 531

Převzmu ordinaci PL pro dospělé, Plzeňský kraj, Karlovarský ústečné, praxe v oboru 20 let (myoskeletální med.). Tel. 724 801 068

Zaměstnám lékaře/ku v interní ambulanci s kardiologickým zaměřením v centru Prahy. E-mail: [jokl.ordinace@seznam.cz](mailto:jokl.ordinace@seznam.cz)

Prodám zavedenou praxi PLDD v Liberci 5, nástup leden 2012, tel. 721 654 747

## Zástup

Hledám k občasnému zástupu ORL lékaře/lékařku v ordinaci v Praze 5. Tel. 257 910 934

Hledám lékaře s atestací ve všeobecném lékařství pro dospělé na 1–2 dny v týdnu dle vzájemné dohody do ordinace v Praze 8. Kontakt: 608 976 991

Hledám lékaře do ordinace praktika. Specializovaná způsobilost podmínkou, ev. vnitřní lékařství. Dva až 3 dny v týdnu, 400 Kč/hod., možnost nadstandardního ubytování. Praha-východ. Tel. 606 070 687

Hledám zástup do psychiatrické ambulance v Praze na jeden až tři dny v týdnu. Možno i jen na odpolední ordinaci. Tel. 603 466 874, e-mail: [rkrat@volny.cz](mailto:rkrat@volny.cz)

Lékařka na MD s atestací ve všeobecném lékařství, licenci a kurzem z pracovního lékařství hledá od září 2011 zástup v ordinaci PL na 2 dny v týdnu, Brno, Vyškov a okolí. Info na tel. 777 346 527

## Prodej a koupě

Prodám krátce použitý, jedinečný lékařský přístroj na kavitační Med2Contour Medical, tel. 725 501 576

Prodám zavedenou praxi PLDD v okr. Karviná. Tel. 596 816 813 večer, e-mail: [sodeor@centrum.cz](mailto:sodeor@centrum.cz)

Prodám zavedenou malou sanitní službu v Praze 6, která má smlouvy se všemi pojišťovnami. Možnost odkoupit sanitky i jednotlivě. Spěchá. Kontakt 739 954 622

Prodám HAL, [petr.andel@bebinko.cz](mailto:petr.andel@bebinko.cz)

Prodám vybavení chirurgické ambulance v Tanvaldu, Krkonošská 350, tel. 468 395 192. K předání začátek července 2011. Cena dohodou.

Přenechám leasing na anesteziologický přístroj + monitor. Doba leasingu 4 roky, akontace + 1 rok splaceno, cena cca 600 000 Kč, pořizovací cena 750 000 Kč. Kontakt: 602 235 481

Prodám UZ přístroj FUKUDA-Tellus-UF750XT, vag. a abd. sonda, 5 let starý, výborný stav. Tel. 244 464 192, 607 749 206

Prodám kompletní zařízení gynekologické ordinace včetně instrumentária (kromě UZ). Tel. 607 553 991

Koupím gynekologickou ambulanci, Praha a okolí. [psb@post.cz](mailto:psb@post.cz) nebo 739 618 317

Prodám rázovou vlnu BTL Power 5000. Informace: 602 449 937

Prodám nerezový pojiždný lékařský vozík na nástroje a pomůcky, nový, nevyužitý, cena dohodou, tel. 776 236 341

Prodám odsávačku Atmos 16, nepoužívaná, prodám halogenový zdroj pro endoskop PENTAX 150 LH, nepoužívaný. Tel. 602 805 497

Prodám el. gynek. vyšetřovací stůl Golem, videokoposkop WELCH ALLYN, vyšetřovací lékařské lehátko. Kontakt: [blankamarecek@seznam.cz](mailto:blankamarecek@seznam.cz), 728 460 011

Prodám UZ přístroj Medison SA 600 s lineární sondou 5–9 MHz RV 2002, cena 30 tis Kč. Tel. 737 935 359

## Pronájem

V Plzni pronajmeme nebytové prostory o velikosti 84 m<sup>2</sup>, po menší úpravě, vhodné pro provoz



vání ordinace. Vchod do prostor přímo z ulice. Informace na tel. 606 623 114 nebo 377 931 155 (do 15 hod.)

Pronajmu zavedenou kožní ordinaci s čekárnou v Praze 1 dermatologovi na 1–2 dny v týdnu. Možné od května. Info na tel. 604 995 578

Pronajmu prostory pro provozování ambulancí v Havířově u nemocnice v nové budově od září 2011. Telefon 777 782 716 nebo 777 782 717

Pronajmeme ordinaci 30 m<sup>2</sup> + společné zázemí, prostor po rekonstrukci. Spěchá. Lékařské zařízení MiniClinic, Praha 4, tel. 261 222 077, [info@miniclinic.cz](mailto:info@miniclinic.cz)

Operační sál, předsálí, včetně stacionáře na poliklinice v Praze 10, 500 Kč/hod. včetně instrumentária, jen ortopedie, plastická chirurgie. Dny dohodou. Tel. 737 935 359

## Různé

Atraktivní doktor 30/180 se spoustou sportovních a kulturních zájmů a smyslem pro humor hledá podobnou nebo ještě lepší doktorku. Sev. Morava + 500 km okolí. [mirek1713@centrum.cz](mailto:mirek1713@centrum.cz)

Slevy na nové vozy až 25 % a na roční až 40 %. Možnost leasingu nebo úvěru. Tel. 776 222 882, [www.aaautonove.cz](http://www.aaautonove.cz)

## Křížovka o ceny

V Tempus medicorum 5/2011 skrývala tajenka citát od Arnolda Jiráka: **Ischias udělá někdy i z nezkrotného individua člověka ušlápnutého osudem.**

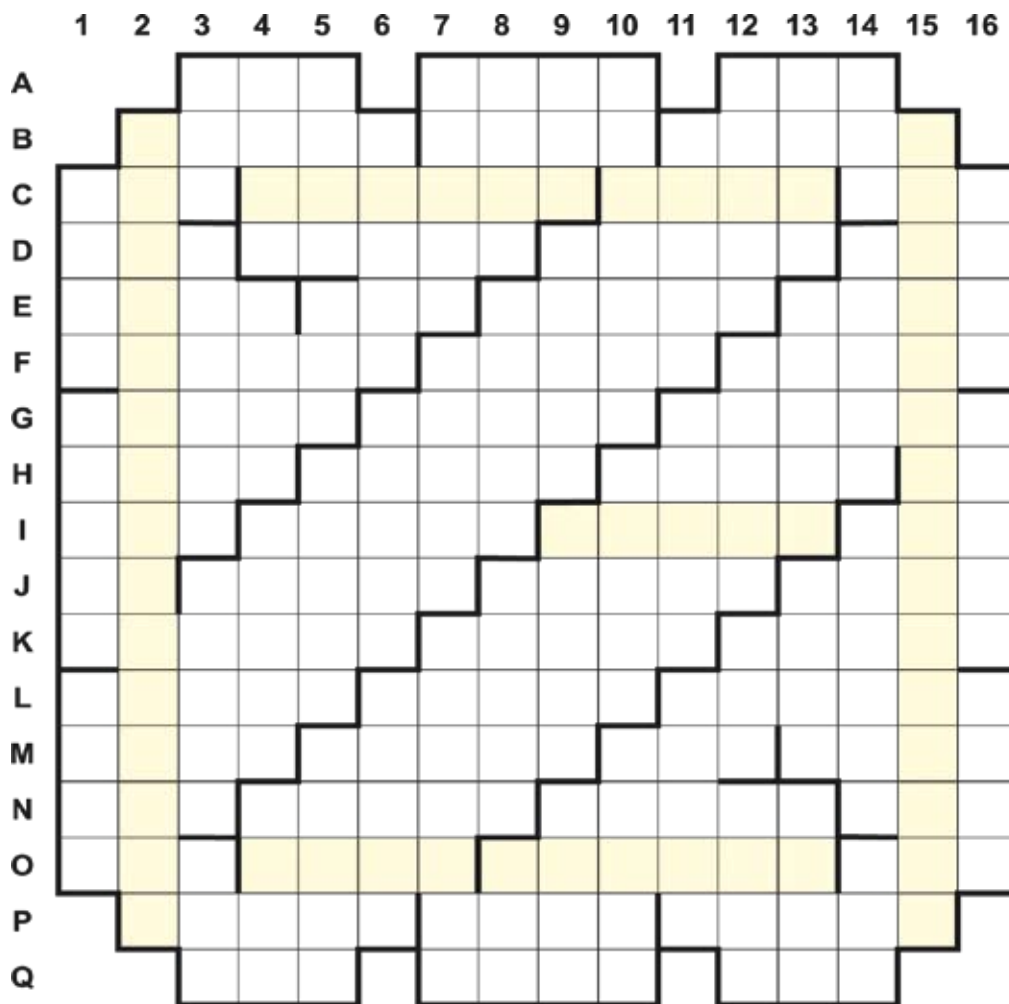
DVD **Překvapující svět zvířat** získává deset vylosovaných luštitelů: **Eva Čejková**, Potěhy; **Jan Černý**, Chomutov; **Leona Dragounová**, Klobuky; **Jiří Foltýn**, Prachatice; **Eva Hlaváčková**, Letohrad; **Květoslav Kotas**, Vsetín; **Eva Novotná**, Světlá nad Sázavou; **Jiří Pospíšil**, Ostrov; **Bohumil Reml**, Olomouc; **Miroslava Vařeková**, Loštice.

Na správné řešení tajenky z čísla 6/2011 čekáme na adrese [recepce@elkcr.cz](mailto:recepce@elkcr.cz) do **10. července 2011.**

*Hodně štěstí!*



## KŘÍŽOVKA O CENY



**Když je při pitvě lebka rozpůlena jako kokosový ořech, ...**  
(dokončení citátu Ericha Segala se skrývá v tajence)

**VODOROVNĚ:** **A.** Doušek; klus koně; zkratka rozhlasu po drátě. – **B.** Mourovatá kráva; horní končetina; nalepená vrstva. – **C.** Tečka; **6. díl tajenky; 3. díl tajenky;** část obličeje. – **D.** Zkratka organizace zahraničního obchodu; květina; kanystr; zkratka ministerstva státní kontroly. – **E.** Sušenka; zaniklá šachová figura; štěkat; slavná umělkyně. – **F.** Tekutý obvaz; vybírat; jméno spisovatele Šajnera. – **G.** Náhlá změna; Bolkův kamarád; očníce. – **H.** Křiky; litovat; papoušek; značka nanosekundy. – **I.** Taťka (slovensky), doslovné uvedení výroku; **2. díl tajenky;** čistit vodou. – **J.** Ruský „ano“; útvar prvoroh; infekční nemoc; dosna. – **K.** Krasavec; korálové ostrovy; zlatnická jednotka. – **L.** Loudit; organické sloučeniny; útrapa. – **M.** Vzdálit se vozem; prezident USA; kšandy; tihle. – **N.** Nátěrová hmota; pryskyřice; otisk; hlučný doušek. – **O.** Slovensky „jak“; **5. díl tajenky; 7. díl tajenky;** slovenský básník. – **P.** Přípravek na čištění skel; jeden ze smyslů; asijské pohoří. – **Q.** Polní míry; cizí polní míry; rýnský člun s plochým dnem.

**SVISLE:** **1.** Zátoka; podlý čin; kříženec osla a kobyly. – **2. 4. díl tajenky.** – **3.** Vrh; plodová zelenina; vilka; smýčky. – **4.** Plod hrachu; anglicky „zastavit“; hodnotit; slovensky „směr“. – **5.** Bazary; tekutina vylučovaná kůží; krmit a šatit; hájové byliny. – **6.** Jméno prozaika Staška; v tomto roce; infekční nemoc pocházející z Afriky. – **7.** Letní oblečení; kanýr; rozbor. – **8.** Metamorfovaná hornina; trápit; ústní dutina; šije. – **9.** Který (slovensky); umělecký tanec; zčásti; pevný spoj. – **10.** Tichý oceán; letopisy; malé role. – **11.** Předložit; ústní samohlásky; nepohoda. – **12.** Umělý člověk; divadelní hra; SPZ Klatov; český tenista. – **13.** Tekutina; chutný; tužší list papíru (zastarale); úřední spisy. – **14.** Část týdne; suříky; francouzský herec; koryš. – **15. 1. díl tajenky.** – **16.** Karetní hra; chemický prvek; proudy.

**Pomůcka:** *aak, apa, enoly, pao.*