TEMPUS MEDICORUM

ČASOPIS ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY

10/2007
ROČNÍK 16

V TOMTO ČÍSLE:

Komora jednotně protestuje proti zásahům do svých pravomocí

Ministr Julínek žádá delší pracovní dobu pro lékaře

Rozhovor s prof. J. Blahošem
ČLK je důležitá profesní organizace

PLUS

EDUKAFARM monitor medicinae
Edukační a inzertní příloha

FI SÚKL
Neuroaxiální blokády u císařského řezu a vaginálního porodu

inzerce

MUDr. Tomáš Julínek, člen představenstva ČLK 1993

Zdravotnictví je záležitost politická, a proto ČLK jako apolitická, profesní organizace musí být nutně při jednáních o zásadních změnách ve zdravotnictví handicapována. Přesto jsme svědky tvrdého politického tlaku, směřujícího k oslabení komorových kompetencí. Pro pochybující členy to může být nepřímý indikátor kvality práce ČLK.

MUDr. Tomáš Julínek, ministr zdravotnictví 2007

Poslanecký návrh na změnu zákona o lékařské komoře podporuji.

Caduet®
amlodipine besylate/atorvastatin calcium

inzerce

Ohrožení samosprávné demokracie v ČR

Česká lékařská komora byla zrušena výnosem ministra zdravotnictví Plojhara z 19. července 1950. Státní moc tenkrát rušila občanské samosprávy a likvidovala každého, kdo si dovolil mít odlišný názor. Aby snáze přeměnil občanskou společnost v tupý dav, potřeboval totalitní režim v první řadě zlikvidovat inteligenci jako elitu národa. Lékařská komora hájící zájmy svých členů byla tehdejším mocipánům logicky na obtíž. Po zrušení profesní samosprávy již lékaře nechránil nikdo. Ten, kdo se odmítal přizpůsobit, skončil buď v emigraci, nebo v kriminále anebo mu bylo znemožněno vykonávat svoji profesi.

Po tzv. sametové revoluci byla činnost lékařské komory obnovena v demokratických poměrech na základě zákona č. 220/1991 Sb., přijatého Českou národní radou 8. května 1991. Po čtyřicetileté nucené přestávce komora začínala doslova z ničeho – bez majetku, bez zkušeností. Díky práci stovek dobrovolných funkcionářů se však postupně měnila v respektovanou instituci hájící zájmy svých členů a snažící se plnit vůči společnosti nezastupitelnou roli na státní moci nezávislého garanta kvality lékařské péče.

Úměrně tomu, jak rostla lékařská komora, sílilo v myslích některých pragmaticky uvažujících politiků, kterým jsou demokratické principy bytostně cizí či lhostejné, přesvědčení, že by pro ně bylo snazší profesní lékařskou samosprávu oslabit či zlikvidovat, než s ní diskutovat. Na politických stranách nezávislou, ekonomicky soběstačnou organizaci s právním zázemím a obrovským odborným potenciálem začali tito politici znovu vnímat jako možné nebezpečí ohrožující jejich zájmy. Proto ten soustavný tlak na omezování kompetencí komory, proto ty opakované návrhy na zrušení povinného členství. Cílem těchto snah nikdy nebylo zkvalitnění činnosti lékařské komory, ale vždy pouze její oslabení, podřízení moci politiků anebo, jako tentokrát, úplná likvidace naší profesní samosprávy.

Chybovat je jistě lidské. Omylů se dopouštěla a dopouští pochopitelně i lékařská komora a její funkcionáři, které jsme si demokraticky zvolili a které tedy také můžeme sami, bez „pomoci“ politiků odvolat. Největší chybou, které se však ČLK kdy dopustila, nebylo to, že hájila práva a zájmy lékařů, jak je jí politiky účelově vyčítáno, ale naopak to, že někdy nevystupovala vůči státu dostatečně důrazně. Také se nám asi nepodařilo úplně lékařům vysvětlit, proč je pro ně privilegium vlastní profesní samosprávy tak důležité.

Návrh na změnu komorového zákona, předložený skupinou poslanců, ohrožuje nejen naši profesní komoru, ale dokonce i samotný princip samosprávné demokracie. Pokud by se státní moci podařilo zlikvidovat lékařskou samosprávu, kdo další by byl na řadě? Princip dělby moci je přece neoddělitelnou součástí demokracie.

Lékařská komora se pochopitelně bude bránit. Vyzvali jsme všechny zákonodárce, aby předložený návrh odmítli jako nekvalitní a účelový a aby zahájili spolu s námi seriozní diskusi o budoucnosti všech profesních komor v ČR.

Nejednotnost lékařského stavu, často ještě uměle zdůrazňovaná, pochopitelně politikům napomáhá. Je smutné, že pokud někdo zaútočí na komoru, pokud ji pošpiní a poplive, tak se bohužel vždy najde nějaký lékař, který mu zatleská. Ostatně i mezi současnými likvidátory lékařské samosprávy jsou naši kolegové. Už z pudu sebezáchovy bychom však se sebou neměli nechat tak snadno manipulovat. Vždyť pokud si dnes necháme svoji profesní samosprávu rozbít, kdo jiný nás zítra dokáže hájit?

Milan Kubek, prezident ČLK

OBSAH

TÉMA MĚSÍCE 2–7
ČLK jednotně v odporu proti návrhům na její likvidaci

ROZHOVOR 8–9
Profesor MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc., předseda ČLS JEP

ČINNOST ČLK 10–11
Novela zákona o postgraduálním vzdělávání
Lékařská komora brání své členy proti diskriminaci

REFORMA ZDRAVOTNICTVÍ 12–13
Teze dalšího rozvoje zdravotnického systému v ČR
Projekt Kulatý stůl vítáme

STALO SE 14
Ztráta paměti ministra Julínka

INZERTNÍ PŘÍLOHA MONITOR MEDICINAE 15–30
Rozhovor na téma klimakterium s Doc. MUDr. Jaroslavem Feyereislem, CSc.
Mabelle® – profil přípravku
Syndrom suchého oka
Tears Again® – profil přípravku
Neurastenie, neurastenický syndrom
Novo-Passit® – profil přípravku
Současné možnosti medikamentózní léčby inkontinence
Zajímavá molekula – valsartan

PŘÍLOHA FI
Neuroaxiální blokády u císařského řezu a vaginálního porodu

STALO SE 31
Ministr požaduje delší pracovní dobu pro lékaře

NÁZOR 32–33
Nihil novum...

PRÁVNÍ PORADNA 34–35
Regulace úhrad zdravotní péče a povinnost poskytovat péči lege artis

KAZUISTIKA 36-37
Případ zahraniční pacientky a šesti posudků

Z MÉDIÍ 38-39
Výrobci léků dali Julínkovi přes milion
Rozpusťte „Reformu“
Rakouští lékaři chtějí stávkovat
Julínek dá pacientům příručku o poplatcích

SERVIS 41–44
Vzdělávací kurzy ČLK
Inzerce
Křížovka o ceny

Měsíčník TEMPUS MEDICORUM
Vydává: Česká lékařská komora, Dolní nám. 38, 771 00 Olomouc
Registr. číslo MK ČR 6582 • **ISSN** 1214-7524 • **IČO** 43965024
Adresa redakce: Časopis ČLK, Lékařská 2, 150 00 Praha 5
Tel.: **+420 257 217 226** • Fax: **+420 257 220 618** • recepce@clkcr.cz
www. lkcr.cz
Šéfredaktor: MUDr. Milan Kubek
Redakční zpracování: EV public relations, s. r. o., Praha
Odpovědná redaktorka: PhDr. Blanka Rokosová
Příjem příspěvků: blanka.rokosova@ev-pr.cz
Příjem řádkové inzerce: recepce@clkcr.cz (viz adresa redakce)
Grafická úprava, sazba, inzerce: Edukafarm, spol. s r. o.
Design: Ing. Jindřich Hurt
Marketing a inzerce: Ing. Renáta Podracká, mobil: 724 261 177, tel.: 224 252 435, e-mail: renata.podracka@edukafarm.cz
Tisk: EUROPRINT Modřany, a. s.
Uzávěrka čísla 10: 19. 10. 2007 • **Vyšlo:** 29. 10. 2007
Podávání novinových zásilek povoleno: Česká pošta, s. p., odštěpný závod Praha, čj. nov. 6139/96 ze dne 22. 11. 1996
Distribuce: Česká pošta, s. p., Postservis OZ Přeprava
Předplatné pro nečleny ČLK 300 Kč/rok (přijímá redakce)
Příspěvky se nemusejí shodovat se stanoviskem redakce.
Ta si současně vyhrazuje právo na redakční úpravu textů.

ANKETA

Jak hodnotíte současné aktivity ministerstva zdravotnictví jako představitel ČLK? Jak vnímáte návrh sněmovního tisku 314?

Poslanecká iniciativa Jozefa Kochana je srovnatelná s likvidací komor po komunistickém puči v únoru 1948. To, že ministr zdravotnictví s ČLK nespolupracuje, je jen jeho škoda. Neuvědomuje si, že v ČLK je též řada členů, kteří pomohli ODS k vítězství.

Miroslav Smažík, předseda OS ČLK Tábor

Jednoznačně jako likvidace komory.

Pavel Novák, předseda OS ČLK Rokycany

Jsem jedním z těch, kteří si na rozdíl od prezidenta a představenstva ČLK myslí, že dnešní a hlavně minulé vedení ČLK se nechovalo apoliticky, a jedním z těch, kteří se domnívají, že krizi v ČLK zavinil tolik opěvovaný bývalý prezident ČLK a ministr MUDr. Rath. Jsem jedním z těch, kteří se domnívali, že nový ministr zdravotnictví se bude chovat a hlavně jednat lépe. Ministr však odmítá komunikovat s ČLK i v záležitostech zcela apolitických. V tomto jeho jednání cítím těžkou averzi k prezidentu ČLK a stávajícímu představenstvu, a ne ke komoře jako celku. Snaží se zbavit ČLK veškerých kompetencí a tím i svých hlavních kritiků. A že je co kritizovat. A nyní návrh skupiny poslanců (parlamentní tisk 314), za kterým pravděpodobně stojí MZ a stávající ministr. Pokud by návrh prošel, znamená to faktickou likvidaci ČLK. Domnívám se, že právě tento návrh změny zákona by nás, lékaře, měl sjednotit. Situace v naší komoře není příliš dobrá, mnoho lékařů hlavně v zaměstnaneckém poměru by uvítalo nepovinné členství v ČLK. Ale toto by mělo být řešeno uvnitř ČLK na sjezdu delegátů. Tisk 314 je třeba zcela odmítnout, a to všemi lékaři bez rozdílu odborností či politického smýšlení. Jedná se přece o naši budoucnost jako lékařů. Dnes je MZ modré, příště může být oranžové a v nejhorším případě i červené. Problémy nás lékařů budou stále. A k tomu potřebujeme nezávislou profesní organizaci – ČLK.

Jindřich Šebor, předseda OS ČLK Plzeň-město

Lékařská komora jednotně
v odporu proti návrhům na její likvidaci

Brutální útok na samosprávnou demokracii komor, od listopadu 1989 se něco tak nehorázného neodehrálo, zpochybnění legitimity všech lékařů – to a mnohem více zaznělo na společném jednání představenstva a předsedů okresních sdružení ČLK 2. října v Praze. Hlavním bodem jednání byl protest proti návrhu novely zákona 220/1991 Sb., sněmovnímu tisku 314, jak ho předložila skupina poslanců ODS v čele s Jozefem Kochanem Parlamentu ČR ke schválení. Představitelé ČLK na svém zasedání tyto snahy jednomyslně odmítli.

Ve Společenském sále Nemocnice na Homolce to 2. října vyhlíželo skoro jako na sjezdu České lékařské komory. Na poradu zástupců okresních sdružení se sjelo 69 předsedů či místopředsedů OS ČLK a mimořádně i 13 členů představenstva. Za dobu svého působení ve funkci prezidenta ČLK zažil Milan Kubek takovou účast vlastně poprvé, a zasedání označil nejen z tohoto pohledu za historické: Po dlouhé době byli v sále všichni naprosto jednotni ve svém rozhořčení vůči snahám o zasahování do kompetencí komory, potažmo o její likvidaci.

„*Je to pokus oběsit český lékařský stav. A já se odmítám nechat uškrtit, nechat si zlomit vaz*," prohlásil v diskusi Jiří Wicherek (OS Plzeň).

„*Beru to jako vysoké uznání práce komor... Úsměvně fatální zákon*," podotkl s trochu hořkým humorem Aleš Herman (člen představenstva ČLK).

„*Komora byla ustavena jako reakce na 50 let totality a nesvobody. Není tu jenom pro nás, ale je k užitku celé společnosti. Její zrušení by bylo popřením celého polistopadového vývoje*," tvrdil Stanislav Stupavský (OS Vsetín).

„*Tyto návrhy nestačí jen kosmeticky upravovat. Uráží mě, že někdo pochybuje o naší demokratičnosti*," řekl Petr Němeček (OS Olomouc).

„*Měli bychom tyto snahy rázně odmítnout jako celek. Zpochybňuje to legitimitu nás všech*," mínil Lubomír Nečas (OS Zlín).

„*Tento zákon je jako kladivo na čarodějnice*," dodal Lubomír Kinšt (člen představenstva ČLK).

Snaha o likvidaci ČLK

Dne 26. 9. 2007 podala skupina 22 poslanců, členů ODS v čele s Jozefem Kochanem, návrh novely zákona č. 220/1991 Sb. o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře. (Úplný text návrhu včetně dalších informací naleznete na www.lkcr.cz.) Na tvorbě návrhu se podílelo ministerstvo zdravotnictví. ČLK nebyla o přípravě návrhu nijak informována a neměla žádnou možnost jej připomínkovat. Nikdo z poslanců, překladatelů návrhu, se o činnost lékařské komory v uplynulém období nezajímal.

Návrh zásadním způsobem zasazuje do všech oblastí činnosti profesní samosprávy. Pokud by byl schválen, vznikla by místo současné nezávislé profesní samosprávy organizace naprosto odlišná a závislá na ministerstvu zdravotnictví.

Omezení kompetencí

- ČLK by se již neměla účastnit jednání při tvorbě sazebníků výkonů a při tvorbě cen léků.
- ČLK by se již nemohla účastnit výběrových řízení na funkce vedoucích pracovníků.
- ČLK by již nemohla stanovovat podmínky k výkonu soukromé praxe, funkce odborného zástupce, funkce vedoucího lékaře a primáře.
- ČLK by již nevydávala licence.
- ČLK by se již neúčastnila specializačních zkoušek lékařů.

Komoře by vedle povinnosti vést seznam členů zůstala pouze disciplinární pravomoc. Její uplatňování by však v případě, pokud by byl návrh doplněn o zrušení povinného členství, což slibuje učinit poslanec MUDr. Boris Šťastný, bylo prakticky nemožné, neboť lékař, kterému by hrozil disciplinární trest, by se mu mohl vyhnout vystoupení z ČLK, přičemž by směl i nadále nepotrestán vykonávat lékařské povolání.

ČLK, která by již nemohla hájit oprávněné profesní zájmy svých členů, by ztratila podporu lékařů.

Změny organizační struktury, kompetencí jednotlivých orgánů a způsobu jejich jednání

- Navržený zákon ruší okresní revizní komise a okresní čestné rady a nahrazuje je orgány krajskými.
- Lékaře by z komory mohla vyloučit již v prvoinstančním řízení krajská čestná rada.
- Jakékoliv změny stavovských předpisů by mohl učinit pouze sjezd ČLK. Představenstvo komory by tak ztratilo možnost reagovat na aktuální změny ve zdravotnictví.
- Předsedové okresních sdružení by již neměli být volení přímou volbou všemi lékaři, ale ze svého středu by je mělo vybírat okresní představenstvo.
- Prezident ČLK by mohl činit pouze ta rozhodnutí nezbytná pro chod komory, která nesnesou odkladu. Všechna jeho rozhodnutí by muselo dodatečně na svém nejbližším zasedání schvalovat představenstvo.
- V případě nepřítomnosti prezidenta by jednání představenstva neřídil viceprezident, ale zvolený člen představenstva.
- Jednání sjezdu by již neřídil prezident ČLK, ale zvolený řídící.
- Sjezd by byl usnášení schopný pouze při přítomnosti nejméně ¾ delegátů.

Dohled ministerstva zdravotnictví

- ČLK musí do 30 dnů předložit ministerstvu zdravotnictví ke kontrole všechny své stavovské předpisy.
- Ministr může pozastavit platnost stavovských předpisů, a to s okamžitou platností a až do doby pravomocného rozhodnutí soudu.
- Ministr může dávat návrhy na soudní přezkoumání výsledků všech voleb.
- Změna pravidel pro volby
- Volby okresních orgánů by již neměly probíhat v rámci okresního shromáždění členů. Po dobu dvou dnů by měly být lékařům pod dohledem státního notáře přístupné volební urny.
- K platnosti voleb okresních a krajských orgánů by byla nutná více než 50procentní účast voličů, lékařů daného okresu. Obdobná podmínka by měla platit i pro zvolení delegátů sjezdu, které by bylo zřejmě nutno volit před každým sjezdem znovu.
- Sjezd delegátů by bylo možno svolat pouze tehdy, pokud by nejméně v 80 % okresů byli zvoleni jeho delegáti, a to při splnění podmínky nadpoloviční účasti voličů.
- Nepředpokládá se mandátový způsob voleb (dle regionů, dle segmentů…).
- Obdobná pravidla platí i pro volby centrálních orgánů delegáty sjezdu.
- Pokud by 5 % delegátů sjezdu do lhůty 48 hodin podalo stížnost na výsledek voleb, revizní komise by jej pozastavila a do 15 dnů by rozhodla. Pokud by byla stížnost uznána za oprávněnou, musel by být svoláván nový sjezd, tedy nešlo by situaci řešit tak, jako dosud v rámci sjezdového jednání.

Předčasné ukončení mandátů volených orgánů ČLK

- Nejpozději do 9 měsíců od nabytí účinnosti zákona končí funkční období všech demokraticky zvolených orgánů ČLK na okresní i centrální úrovni.
- Pokud do této doby nebudou zvoleny podle pravidel popsaných v návrhu orgány nové, bude komoru spravovat její Čestná rada. Po vypršení jejího mandátu nebude mít již ČLK žádný volený orgán. ČLK tímto zaniká a její majetek by pravděpodobně připadl státu.

Pokud by byl návrh novely zákona schválen, výsledkem by nebylo zkvalitnění činnosti ČLK, ale její ochromení, podřízení státní moci a s největší pravděpodobností následná úplná likvidace.

Milan Kubek

Česká lékařská komora je nezbytná

Stanovisko České lékařské společnosti JEP

- Předsednictvo ČLS JEP je přesvědčeno, že existence ČLK je nezbytná zejména v profesních otázkách a pro spolupráci s ČLS JEP v otázkách odborných.
- Vztahy mezi ČLS JEP a ČLK byly vždy korektní a byly obecně prospěšné i při stávající organizační struktuře ČLK.
- Předsednictvo ČLS JEP soudí, že některé návrhy na organizační změny v ČLK jsou nerealizovatelné (např. požadovaná 50procentní účast lékařů ve volbách) nebo diskutabilní.
- Předsednictvo ČLS JEP vždy podporovalo nezávislost profesních komor. Znovu tak potvrdilo názor Světové lékařské asociace (WMA), který aktuálně zazněl na Valném shromáždění WMA 5. – 6. 10. 2007 v Kodani.
- Předsednictvo ČLS JEP je přesvědčeno, že ČLK podobně jako ČLS JEP musí být nadstranickou organizací.

Usnesení předsednictva ČLS JEP z 3. 10. 2007

Prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc. – předseda

ANKETA

Zákon č. 220/1991 Sb., který vznikl po revoluci z ideálů demokracie, názorové svobody a v rámci obnovení občanské společnosti se všemi svými principy, obsahoval vyvážení práv a povinností, kompetencí a úkolů jednotlivých nově vzniklých komor jako samosprávných celků. S postupem let se však politici snaží všemožně okleštit původní zákonem formulovaná práva a kompetence a ponechat pouze povinnosti a úkoly. Tento proces byl započat již v roce 1997, když vznikl přechodný zákon č. 48, který platí dodnes. Aktivity ministra Julínka a některých poslanců ODS jsou jen pokračováním tohoto snažení. Obklopili se lékaři, kteří nebyli opakovaně schopni prosadit svůj názor na půdě ČLK jako většinový, a proto napadají demokratická pravidla uplatňovaná v rámci volebního a jednacího řádu ČLK. Jde o mocenské totalitní praktiky pošlapávající principy samosprávné demokracie.

Jan Píštěk, předseda OS ČLK Uherské Hradiště

Poslanecký návrh novely zák. 220/1991 Sb. o České lékařské komoře je cíleným útokem na Českou lékařskou komoru s úmyslem její likvidace.

Navrhovatel obhajuje novelu se zdůvodněním zachování demokratických principů. Ve svém návrhu však opakovaně porušuje tuto demokracii i tím, že rozhodnutím zákona chce omezit funkční období všech dosud řádně zvolených funkcionářů ČLK do 9 měsíců od nabytí platnosti zákona. Nedemokraticky také návrh dává ministrovi možnost zablokovat činnost komory. Pokud ministr zdravotnictví má za to, že stavovský předpis je v rozporu s právními předpisy, tak pozastaví účinnost stavovských předpisů až do přezkoumání soudem, což může trvat i několik let. Novelizace zákona o ČLK také nedemokraticky vyžaduje u voleb do orgánů komory nadpoloviční většinu všech členů ČLK, což navrhovatel dobře ví, že je prakticky nereálné, stejně jako by vyžadoval tuto účast u voleb zákonodárců. Domnívám se, že návrh novely je nejen útokem proti České lékařské komoře, ale je to útok proti nepohodlnému lékařskému stavu jako takovému.

Lubomír Nečas, předseda OS ČLK Zlín

ANKETA

Jak hodnotíte současné aktivity ministerstva zdravotnictví jako představitel ČLK? Jak vnímáte návrh sněmovního tisku 314?

Pokud jde o aktivity MZ, nezdá se mi vůbec správné, že jsou prosazovány bez jakékoliv diskuse s ČLK. ČLK je největším reprezentantem lékařského stavu bez ohledu na to, že uvnitř existují rozdílné názory a pohledy na současnou situaci ve zdravotnictví. Bylo by i divné a těžko pochopitelné, kdyby se 44 000 vysokoškolsky vzdělaných lidí zcela ujednotilo v názoru. K reformě veřejných financí „přilepil" ministr i řadu dalších změn, které s reformou financí vůbec nesouvisejí (změna volby ředitele VZP, rozhodování o cenách a úhradách léčiv, dohodovací řízení o seznamu zdravotnických výkonů s bodovými hodnotami, konec funkce MZ jako garanta regulérnosti dohodovacích řízení mezi ZP a ZZ), to vše bez jakékoliv diskuse. O regulačních poplatcích bylo již vše řečeno, většině lékařů nevyhovuje. Absurdní mi však připadá sankční opatření (50 000 Kč) vůči lékaři, který nevybírá, avšak jakákoliv absence mechanismu, který přinutí pacienta platit. Zásadní problém – nerovnováha mezi omezeným množstvím prostředků a neomezenou zdravotní péčí na vysoké úrovni – pro všechny zůstává neřešen. Rovněž nedošlo k žádnému pokroku ve snížení velkého objemu přesčasové práce v nemocnicích, je opět snaha o novelizaci zákoníku práce a dosažení výjimky pro zdravotnictví, nikoliv o skutečné vyřešení toho zásadního, přetěžování lékařů. K parlamentnímu tisku 314. Opět jde o změny týkající se komor ve zdravotnictví bez jakékoliv diskuse s těmito organizacemi. Jde o velmi arogantní krok těch, kteří novelu zákona o komorách navrhují a o snahu ochromit a v konečném důsledku zlikvidovat naši profesní samosprávu, která se stala se svými kritickými názory nepohodlnou. Vše opět bez možnosti připomínkování těch, kterých se to týká. Komorám jsou novelou zákona odebrány téměř všechny kompetence (účastnit se tvorby sazebníku výkonů, účastnit se výběrových řízení do vedoucích funkcí, stanovovat podmínky k výkonu soukromé praxe, k výkonu funkce vedoucího lékaře a primáře), zů-

Stanovisko České lékařské komory

Česká lékařská komora zásadně nesouhlasí s návrhem novely zákona č. 220/1991 Sb. (sněmovní tisk 314), který byl předložen skupinou poslanců, aniž se k němu Česká lékařské komora mohla vyjádřit. Takový postup považuje ČLK za odporující principům demokratické společnosti.

Návrh zákona významně posiluje roli ministerstva zdravotnictví, tedy státu, zároveň omezuje kompetence České lékařské komory a tím oslabuje princip profesní samosprávy, který je ve všech vyspělých demokratických právních státech znakem občanské společnosti a demokracie.

Česká lékařská komora odmítá návrh zákona, jehož přijetí by umožnilo ministerstvu zdravotnictví, jako orgánu výkonné moci, svévolně zasahovat do činnosti profesní lékařské samosprávy, která by tak ztratila svoji nezávislost na státní moci.

Za zcela bezprecedentní porušení článku 21 Listiny základních práv a svobod, která je součástí ústavního pořádku ČR, považuje ČLK návrh, aby státní moc zrušila výsledek demokratických voleb orgánů lékařské komory.

Návrh zákona vyžaduje pro platnost voleb orgánů ČLK, aby se jich účastnila nadpoloviční většina oprávněných voličů- lékařů. V žádné ze 14 profesních komor zřízených zákonem v ČR přitom není nadpoloviční volební účast jako podmínka platnosti voleb vyžadována. Takový požadavek není obvyklý ani v jiných státech EU. Pokud by splnění takové absurdní podmínky vyžadovaly zákony o volbách, neexistoval by v ČR například Senát nebo řada zastupitelstev.

Přijetí návrhu zákona by nevedlo ke zkvalitnění činnosti České lékařské komory, ale k její likvidaci. Česká lékařská komora jako profesní samospráva lékařů plní vůči společnosti nezastupitelnou úlohu nezávislého garanta kvality poskytované lékařské péče.

Česká lékařská komora žádá všechny poslance Parlamentu ČR, aby návrh novely zákona č. 220/1991 Sb. (sněmovní tisk 314) odmítli. Česká lékařská komora zároveň vyzývá všechny zákonodárce k zahájení seriózní diskuse o budoucnosti profesních komor v ČR.

Toto usnesení bylo schváleno jednomyslně na mimořádném zasedání představenstva ČLK dne 2. 10. 2007 a bylo zároveň podpořeno 68 z 69 přítomných předsedů OS ČLK nebo jejich zástupců, z nichž nikdo nehlasoval proti.

Navrhované změny zákona o komorách nejsou demokratické

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Prezidenti komor při setkání (zleva): Jiří Pekárek, Milan Kubek a Lubomír Chudoba

Prohlášení prezidentů komor

Dne 2. října 2007 se sešli prezidenti České lékařské komory, České stomatologické komory a České lékárnické komory a jednali o návrhu novely zákona č. 220/1991 Sb. (sněmovní tisk 314), který předložil poslanec MUDr. Jozef Kochan a další.

Prezidenti konstatovali, že tento návrh byl připraven bez účasti profesních komor, které neměly možnost se k němu vyjádřit. Návrh je v současné podobě pro všechny tři lékařské komory nepřijatelný.

Prezidenti se shodli, že neprodleně žádají ministra zdravotnictví MUDr. Tomáše Julínka a poslance MUDr. Jozefa Kochana, aby s nimi zahájili věcnou diskusi o postavení a kompetencích profesních komor v systému zdravotnictví a aby je informovali o faktických souvislostech a dopadech zmiňovaného návrhu.

MUDr. Milan Kubek, Česká lékařská komora
MUDr. Jiří Pekárek, Česká stomatologická komora
PharmDr. Lubomír Chudoba, Česká lékárnická komora

Jaké byly pohnutky poslance Kochana?

Po jednání 2. 10. 2007 se prezidenti tří komor obrátili na poslance Jozefa Kochana dopisem následujícího znění:

„Vážený pane místopředsedo,

dovolujeme si Vás informovat, že jsme se dne 2. října 2007 sešli na jednání o návrhu novely zákona č. 220/1991 Sb. (sněmovní tisk 314), který jste spolu s dalšími poslanci podal.

Musíme konstatovat, že tento návrh byl připraven bez účasti profesních komor, které neměly možnost se k němu vyjádřit. Návrh je v současné podobě pro všechny tři lékařské komory nepřijatelný.

Vážený pane poslanče, dovolte nám, abychom Vás a pana ministra MUDr. Tomáše Julínka požádali o zahájení věcné diskuse o postavení a kompetencích profesních komor v systému zdravotnictví. Rádi bychom Vás také informovali o faktických souvislostech a dopadech zmiňovaného návrhu."

Vzhledem k tomu, že poslanec Kochan (ODS), místopředseda sněmovního výboru pro zdravotnictví, na žádost o jednání bezprostředně nereagoval, byli prezidenti komor při posuzování důvodů, které ho k podání návrhu vedly, odkázáni na následující rozhovor, který poskytl Zdravotnickým novinám.

Jakou roli podle vás mají mít komory v našem zdravotnickém systému?

Komory by měly plnit roli dobrovolné profesní organizace, ve které by mělo být cti býti členem. V žádném případě by to neměla být povinnost, ale právo. V mém návrhu se o zrušení povinného členství nejedná, ale souhlasím s ním.

Je pravda, že jste návrh novely zákona nekonzultoval s představiteli komor?

ANKETA

stávají jim pouze represivní pravomoci vůči svým členům a možnost vyjadřovat se k odborným problémům. Ve spojení s avizovaným navržením nepovinného členství v komorách nechápu, proč by lékař členem takové organizace měl zůstat. Proto, aby mohl být trestán?

Ivana Vraná, předsedkyně OS ČLK Jablonec nad Nisou

Současné aktivity Ministerstva zdravotnictví jsou správné ve smyslu zahájení reformy zdravotnictví v ČR, kterou doposud nikdo neměl odvahu začít prosazovat. Zásadně je však nesprávná forma, jakou to ministerstvo zdravotnictví činí. Projevují se zde prvky arogance, povýšenectví a zcela nepokrytá snaha škodit České lékařské komoře s cílem jejího zrušení nebo alespoň snížení jejího kreditu v očích laické i odborné veřejnosti. Naprosto špatné je to, že ČLK není brána jako rovnocenný partner při jednání (připomínkování návrhu nového zákona apod.). Otázka zní: „Proč?" Je to z důvodu osobní averze, nevraživosti Dr. Julínek vs. Dr. Kubek, nebo existuje jiný, skrytý, vážnější důvod? V normální demokratické zemi se zaběhnutými principy demokracie a slušného chování představitelů vrcholných organizací by se to nemělo stávat.

Antonín Kutálek, OS ČLK Šumperk

Ministr zdravotnictví na internetu

Otázka (Silver69):

Máte nějaký plán, co udělat s Českou lékařskou komorou? V současné podobě je to ostudná vizitka „taky lékařů". Malá skupinka samozvanců mluví za všechny.

Odpověď ministra Tomáše Julínka (17. 9. 2007, 14.06):

Vím o připravované iniciativě poslance Kochana, který chce podat poslanecký návrh, zajišťující demokratičnost a průhlednost voleb orgánů lékařské komory.

Tento návrh podporuji.

Návrh novely jsem nekonzultoval s žádnou komorou a pochybuji, že bychom k nějakému souladu dospěli.

V důvodové zprávě píšete, že v komorách nejsou zabezpečeny demokratické mechanismy samosprávy komor. Co tím konkrétně myslíte?

Způsob a mechanismus voleb je nedemokratický. Poslední volby do orgánů ČLK, jak jsme byli svědky, byly nechutné a nedůstojné ctihodného lékařského stavu. Novela zákona by měla těmto mocenským tahanicím zabránit. Jediné demokratické a spravedlivé jsou tajné volby.

Proč má být při okresních volbách nutná nadpoloviční účast lékařů? Podle prezidenta Kubka by kvůli tomu hrozila naprostá paralýza lékařské komory a její zánik…

To je jedinečný argument! Obava prezidenta z paralýzy komory svědčí jen o nezájmu členů o členství.

Prezident komory je volen přímo, podle některých názorů by proto měl mít největší pravomoci. Vy přesto omezujete jeho rozhodování jen na věci, které nesnesou odklad…

Komora plní i některé funkce státní správy, proto by měl mít prezident omezené pravomoci.

Není to omezení samosprávy, když má ministr zdravotnictví mít právo pozastavit účinnost komorou schválených vnitřních předpisů?

Už jsem uvedl, že komora plní i některé funkce státní správy, a někdo by měl kontrolovat, jak to provádí. Proto je tady zmíněno ministerstvo zdravotnictví.

(Zdravotnické noviny 40/2007)

Dvě poznámky redakce TM:

1. Stavovský předpis ČLK č. 2 – Volební řád § 2 odst. 3)
   Volba všech orgánů okresního sdružení, předsedy okresního sdružení, volba orgánů komory, funkcionářů komory a delegátů sjezdu se provádí ***tajným*** *hlasováním.*

Úplné znění volebního řádu naleznete spolu se všemi ostatním stavovskými předpisy na www.clkcr.cz

2. Volby do Senátu Parlamentu ČR, listopad 2004, Brno venkov:
   Účast v 1. kole 29,5 %,
   účast ve 2. kole 18,5 %.

Senátorem byl zvolen MUDr. Tomáš Julínek, pro kterého hlasovalo 12,2 % oprávněných voličů.

Komu poslouží zrušení povinného členství?

Lékařská komora se stala předmětem politiky. Ztratila svou stavovskou čest a roli prestižního arbitra a ochránce práv a postavení lékařů i pacientů. V takové situaci je nejlepším řešením zrušit povinné členství a na základě dobrovolnosti obnovit kredit stavovské organizace. Kontrolní funkce může převzít buďto stát, nebo lépe nezávislý na politice kontrolní orgán.

Marek Potysz (Zdravotnické noviny 3. 10. 2007)

Poznámka redakce: Marek Potysz, lékař se specializací ARO a dlouholetý šéf firmy Agel, zakládá první soukromý řetězec ordinací praktických lékařů v ČR pod názvem Moje ambulance. V letech 2001 až 2006 pro třineckého ocelářského magnáta Tomáše Chrenka budoval největší síť soukromých zdravotnických zařízení ve střední Evropě. Nyní se Agel chystá založit i vlastní zdravotní pojišťovnu.

Zrušení ČLK či povinného členství lékařům svobodu nepřinese

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

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

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

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

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

Milan Kubek

Pro záchranu ČLK musíme udělat maximum

V posledních dnech a týdnech s obavami sleduji další pokus našich zákonodárců o likvidaci České lékařské komory. Vzhledem k tomu, že jsem stál u znovuzaložení ČLK a prakticky celý další můj profesní život je až do současnosti s ČLK úzce spjat, píši v této pro ČLK jistě velmi kritické době tyto řádky.

Mám ještě v živé paměti, jak jsme začátkem 90. let minulého století ČLK v Seči u Chrudimi zakládali. Byla to doba nadějí a odhodlání. Sjeli jsme se tehdy z celé republiky, převážná většina z nás vozy značky Škoda 120 nebo Lada, usilovně jsme pracovali na stavovských předpisech, připravovali stanoviska pro sdělovací prostředky a všichni věřili ve šťastnou budoucnost ČLK a celého lékařského stavu. V tu dobu mi bylo 30 let.

ČLK tehdy disponovala podstatně většími pravomocemi, než má dnes. Vydávala licence, které byly pro státní správu závazné, vyjadřovala se k personálnímu a věcnému vybavení zdravotnických zařízení, byla všeobecně uznávanou organizací. Dokonce i okresní shromáždění byla v té době usnášení schopná.

S postupem let přichází ČLK o řadu svých pravomocí. Specializovanou způsobilost přiznává státní úředník, personální a věcné vybavení praxí schvaluje úředník krajského úřadu. Když se na okresním shromáždění sejde 20 % členů, považujeme to za úspěch. ČLK během let přišla nejen o řadu zásadních pravomocí, ale i o svůj kredit. Nechala se příliš zpolitizovat, její činnost velkou část lékařů nezajímá. Jsem si vědom toho, že přestože má být ČLK se zákona apolitická, nevyhne se jednáním s politickými stranami. Pak se snadno stane, že je jí přisouzena sympatie k některé politické straně a tím je vtažena do politiky. Současné pokusy o likvidaci ČLK jsou toho ukázkou.

Osobně mě velmi mrzí, že současný ministr zdravotnictví s ČLK nejedná, ale je jen jeho chybou, že nechce využít potenciálu, který ČLK má. Zároveň si za to můžeme i my sami, když jsme stále proti všemu a proti všem. Přestože v současné době zůstala ČLK prakticky jen disciplinární pravomoc nad svými členy, jsem přesvědčen o tom, že je ČLK stále potřebná a že je pro její záchranu nutno učinit maximum. ČLK by se však měla zamyslet nad tím, proč její činnost velkou část lékařů nezajímá, proč není zvána na zásadní jednání, jak zlepšit svůj kredit, jak zlepšit vztahy uvnitř ČLK atd.

To ale bude jistě předmětem četných diskusí na nadcházejícím sjezdu. Já osobně jsem založením optimista, proto věřím, že se nám společnými silami podaří ČLK zachránit.

Miroslav Smažík, předseda OS ČLK Tábor

Evropská federace lékařů zaměstnanců
podporuje Českou lékařskou komoru

FEMS je znepokojena snahami o likvidaci České lékařské komory – profesní samosprávy lékařů v ČR.

Lékařské komory nejenom hájí oprávněné zájmy svých členů – lékařů, ale zejména hrají v demokratických zemích nezastupitelnou roli politicky nezávislého garanta kvality lékařské péče.

Snahy vládnoucích politiků v ČR omezit kompetence lékařské komory a podřídit ji dohledu ministerstva zdravotnictví, tedy státní moci, považuje FEMS za velmi nestandardní z pohledu evropských zvyklostí. Zcela bezprecedentní návrhy na anulování dosavadních výsledků svobodných voleb orgánů profesní lékařské samosprávy FEMS odmítá jako naprosto nedemokratické a neslučitelné s pravidly platnými v rámci EU.

FEMS vyslovuje svoji plnou podporu lékařům v ČR, jejichž právo na vlastní profesní samosprávu je ohroženo.

FEMS vyzývá poslance Parlamentu ČR, aby odmítli nedemokratický návrh, jehož cílem není zkvalitnění fungování profesní samosprávy lékařů, ale její podřízení státní moci či přímo likvidace.

Přijato jednomyslně na plenárním zasedání 6. 10. 2007 v Římě.

Překlad: Radovan Kocák

Dr. Claude Wetzel prezident FEMS

Organizace	Forma
General Medical Council / Velká Británie	povinná registrace
Austrian Medical Chamber / Rakousko	povinné členství
Medical Chamber of Slovenia / Slovinsko	povinné členství
Hungarian Medical Chamber / Maďarsko	nepovinné členství, dobrovolná registrace
German Medical Chamber / Německo	povinné členství
Ireland Medical Council / Irsko	povinná registrace
Panhellenic Medical Association / Řecko	povinná registrace
Cyprus Medical Association / Kypr	povinné členství
Luxembourg Medical Association / Lucembursko	povinná registrace
Royal Dutch Medical Association / Nizozemsko	povinná registrace
Bulgarian Medical Association / Bulharsko	povinné členství
Danish Medical Association / Dánsko	nepovinné členství, dobrovolná registrace
Swedish Medical Association / Švédsko	povinná registrace
French Medical Chamber / Francie	povinné členství
Slovenská lekárska komora / Slovensko	povinná registrace
Polish Chamber of Physicians & Dentists / Polsko	povinné členství
Belgian Medical Association / Belgie	povinná registrace
General Medical Council of Spain / Španělsko	povinné členství
Estonian Medical Association / Estonsko	povinná registrace
Finnish Medical Association / Finsko	povinná registrace
National Medical Federation / Itálie	povinné členství
Lithuanian Medical Association / Litva	povinná registrace
Latvian Physician Association / Lotyšsko	povinná registrace
Medical Association of Malta / Malta	povinná registrace
Order of Physicians / Portugalsko	povinné členství
Romanian College of Physicians / Rumunsko	povinné členství
Česká lékařská komora / Česká republika	povinné členství

Přehled členství/registrací v evropských lékařských komorách

Zdroj: EFMA/WHO 2007, Stav ke dni: 4 9. 2007

ČLK je důležitá profesní organizace

Česká lékařská komora připravuje ve spolupráci s Českou lékařskou společností J. E. Purkyně projekt celoživotního vzdělávání lékařů. V čele ČLS JEP stojí světově uznávaný odborník, Prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc.

Pane profesore, jste veřejnosti znám jako dlouholetý pedagog, endokrinolog a autor tří set odborných publikací. Od roku 1990 jste také předsedou České lékařské společnosti J. E. Purkyně. Ještě vás to za 17 let nepřestalo bavit? Čím vás tato práce stále přitahuje?

Ve své otázce jste mi usnadnil odpověď, vyjádřil jste v ní i můj medicínský vývoj – od medicíny individuální ve prospěch jednotlivce k poslání medicíny v širším pojetí. Určitý přelom znamenala moje dvouletá práce na poliklinice v Harare v Etiopii a pak postupné přesvědčení, že medicína v organizované struktuře je úzce spjata s existencí lidstva. Jan Evangelista Purkyně, jehož jméno zdobí název naší společnosti, byl nejen zakladatelem Spolku lékařů, nýbrž i vědcem, badatelem, humanistou, lékařem, umělcem a vyznavatelem krás života. Proto byl a je naším symbolem. Tím vším mě medicína, moje funkce i práce pro ČLS JEP přitahují.

Co považujete za největší úspěch Společnosti v tomto období?

Činnost pro naši společnost je poznamenána nejen mravenčí prací, nýbrž i úspěchy, ale někdy i neúspěchy v kontextu s dobou a existenčními podmínkami. Snad není neskromné přesvědčení, že ČLS JEP je lékařskou obcí vnímána příznivě, čehož dokladem je nejen stoupající počet členů (aktuálně přes 34 tisíce), nýbrž i svojí prestiží, a to jak domácí, tak i mezinárodní. A to je jistě velkou odměnou za práci všech členů.

V říjnu 1999 jste byl v tajných volbách zvolen také prezidentem Světové lékařské asociace (WMA), která sdružuje přes 80 národních asociací a více než osm milionů lékařů. Jak jsou ve světě hodnoceni čeští lékaři a jak jejich profesní organizace?

Světová lékařská asociace (WMA) je celosvětová nevládní organizace. Ve výboru i v různých funkcích jsme ukázali, že česká medicína má co říci v mnohých otázkách odborných i etických, a nepochybně jsme nejaktivnější společností mezi postkomunistickými organizacemi. Byli jsme do této světové organizace přijati hned v roce 1990. Jsme ovšem zastoupeni i v jiných významných mezinárodních organizacích celosvětových i evropských a máme četné bilaterální vztahy se zdravotnickými organizacemi ve světě. Za úspěch považuji, že jsme iniciovali přijetí Slovenské lékařské společnosti do WMA. Spolu s delegáty SLS vystupujeme ve shodě a přátelsky, neboť SLS je nám také nejbližší organizací. Poctou pro naši společnost bylo i založení Regionální úřadovny WMA při našem sekretariátu. Organizovali jsme již tři mezinárodní konference, a to v Praze a Budapešti. Zvolení prezidentem této prestižní světové organizace v tajných volbách bylo ovšem pro českou medicínu a pro mne mimořádnou poctou.

Zasahují ve světě politikové do činnosti profesních organizací lékařů?

Zásah politiků respektive politických organizací může být buď prospěšný, či nikoliv. Platí to celosvětově. Zásah může být krátkodobý či dlouhodobý, zásadní či částečný, podle toho, jestli má větší či menší dopad. Máme smutné zkušenosti z dob válečných a totalitních, kde zásah měl dlouhodobě ráz nesmlouvavého diktátu. V demokratické společnosti by měla být spolupráce podmíněna vzájemným respektem. Účinnou ochranou proti nepříznivému politickému vlivu je prosazování autonomie lékařského stavu. Před pěti lety jsme pořádali v Praze mezinárodní konferenci o autonomii lékařů v rámci programu Evropského fóra lékařských asociací a následovaly konference další ve Varšavě, Tel Avivu. Důležité pro udržení a posílení autonomie je jednotný postup různých zdravotnických organizací na úrovni národní i mezinárodní. Autonomní lékařský stav by měl být i součástí národní kultury a vzdělanosti. Také WMA vydala řadu deklarací v tom směru (Madrid 1987, Lisabon 1981, Bali 1995). Změny deklarace také podtrhují nezbytnost legislativy ve vztahu k lékařské etice.

Čeští politikové se již poněkolikáté snaží zlikvidovat Českou lékařskou komoru. Co této aktivitě říkáte?

ČLS JEP iniciovala vznik České lékařské komory krátce po převratu a poskytli jsme i finanční půjčku pro rozběh aktivit ČLK. Považujeme ČLK za důležitou profesní organizaci a vždy jsme měli s ČLK dobrou spolupráci a korektní vztahy. Omezením aktivit komory či komor by se oslabily důvody, proč vznikly. Soudíme, že komory musí zůstat nadstranické, což ovšem nevylučuje jejich politickou aktivitu. ČLS JEP a její předsednictvo vždy prosazovalo nadstranickost a snažili jsme se vyhnout akcím, které by měly politický podtext.

Někteří lidé argumentují i tím, že když máme Společnost J. E. Purkyně, komoru nepotřebujeme. Jak se na tento názor díváte jako předseda Společnosti?

ČLS JEP má podle svých stanov především odbornou a etickou náplň. V tomto směru se částečně překrývá či lépe řečeno spolupracuje s ČLK, ČSK i ČLeK, jejichž významnou činností je činnost profesní. Veškeré činnosti těchto organizací se doplňují, což je ku prospěchu jak zdravotníků, tak i pacientů. Příkladem spolupráce profesních komor s ČLS JEP je připravovaná dohoda o struktuře a funkci celoživotního vzdělávání.

Poslanec Šťastný se v médiích nechal slyšet, že podá návrh na zrušení povinného členství. Myslíte si, že by mělo být členství v lékařské komoře nepovinné, nebo, jak je tomu prakticky ve všech státech EU, by mělo být buď členství povinné, nebo aspoň povinná registrace?

U nás je členství v ČLK povinné pro lékaře v praxi, nikoli pro lékaře v teoretických oborech. Členství není v evropských státech povinné všude. V dubnu tohoto roku vyšla publikace shrnující charakteristiky národních lékařských společností v Evropě, kterou vydala Norská lékařská asociace – Dr. Terje Wigen. V této

publikaci čítající 205 stran jsou uvedeny charakteristiky celkem 58 národních společností. Z toho je povinné členství u 15, nepovinné u 42 a u jedné společnosti (turecké) je povinné pouze u soukromých lékařů. Je ovšem nutno dodat, že u některých společností je i při nepovinném členství povinná registrace. Je tedy otázka charakteru členství v Evropě různá a názory nejsou jednotné ani u nás. Povinná registrace je zřejmě nezbytná a dobře fungující komora má nepochybně ve spolupráci s odbornými společnostmi naději na podporu většiny zdravotníků. Podle mého názoru povinné členství umožňuje dohled nad dodržováním etických a profesních norem.

Jak vnímáte vztah mezi ČLK a ČLS JEP? Na čem mohou obě organizace spolupracovat?

Spolupráce ČLS JEP s profesními komorami je nezbytná a dobré partnerské vztahy jsou předpokladem spokojenosti většiny lékařů a jsou prospěšné pro občany. V poslední době je to zejména spoluúčast na celoživotním vzdělávání i všude tam, kde je našich 104 odborných společností pro aktivitu profesních komor svojí odborností prospěšných. Je známo, že ve Vědecké radě ČLK zasedá řada představitelů našich odborných společností. Rovněž funkce našich Spolků lékařů je užitečná právě ve spolupráci s místními organizacemi ČLK. Podmínkou dobré spolupráce a vztahů je oboustranně vstřícný vztah a rovnoprávnost.

V komoře se nyní dosti diskutuje Stavovský předpis č. 16, který je odrazem společného projektu Společnosti a ČLK v celoživotním vzdělávání. Tento předpis je přijímán vcelku rozporuplně. Jak vidíte budoucnost celoživotního vzdělávání?

O projektu celoživotního vzdělávání jsem se již zmínil. Vznik Asociace ČLK – ČLS JEP pro celoživotní vzdělávání lékařů v České republice je podle našeho názoru velmi účelnou strukturou a funkcí celoživotního vzdělávání. Asociace bude poskytovat prostor i pro spolupráci s jinými vzdělávacími lékařskými organizacemi. Činnost asociace by měla být podpořena i společně s ministerstvem zdravotnictví a Institutem pro vzdělávání lékařů. V podstatě jsme dohodnuti, je jen třeba doladit některé formulace dohody. Podle názoru předsednictva ČLS JEP by měla být dohoda uzavřena do konce roku, abychom od příštího roku mohli projekt rozjet.

Co považujete za největší problém českého zdravotnictví?

Naše medicína je na vysoké úrovni a máme dobrou mezinárodní pověst. Neměli bychom ji kazit různými negativními neoprávněnými vlivy, které jsou s oblibou široce medializovány, nezřídka s neomalenou pejorativní příchutí vůči zdravotníkům obecně. Opakovaně jsme nabízeli odborný pohled a radu na mediálně popularizované zdravotnické problémy. Domnívám se, že jedním z hlavních problémů našeho zdravotnictví je vztah mezi zdravotníky a pacienty, a to zejména neetická respektive necitlivá komunikace zdravotníků hlavně s pacienty staršími.

Dovolte závěrem osobní otázku: jak se udržujete ve formě?

Člověk se musí udržovat ve formě, zejména když zjišťuje, že hrozí nebezpečí, že ubývá sil. Je-li genetické vybavení příznivé, pak udržení „formy“ s postupujícím věkem spočívá v pracovní aktivitě a pro lékaře zejména v trvalém zájmu o medicínu a o vše, co s ní souvisí, ale také o dění obecné, o kulturu, umění, vědu v širokém pojetí a o dobré vztahy s lidmi. Můj učitel profesor Klotz říkal, že člověk je napůl zachráněn, má-li rád lidi, a je zachráněn zcela, mají-li lidi rádi jeho. „Forma“ sice závisí na zdraví, ale s postupujícím věkem je úplné chybění jakýchkoliv obtíží a zcela normální klinický i laboratorní nález až abnormálním stavem. Jules Romains ale našel panaceu: Zdravý člověk je onen nemocný, který svoje nemoci ignoruje.

Milan Macho, Michal Sojka

Prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc.

Zahraniční korespondující člen Académie Nationale de Médecine (Paříž) se narodil 30. 6. 1930 v Horažďovicích, je ženatý, má dva syny.

Lékařskou fakultu UK v Plzni ukončil s vyznamenáním v roce 1955. Poté, jako pracovník Endokrinologického ústavu v Praze, se zabýval endokrinologií. Od roku 1969 pracoval na interní klinice Fakulty dětského lékařství UK ve fakultní nemocnici Pod Petřínem, zprvu jako asistent, později docent, profesor a jako přednosta interní kliniky. V roce 1992 po zrušení fakultní nemocnice byl pověřen vedením interní kliniky VLA JEP v ÚVN Praha. Tam také založil l. osteocentrum v ČR, jehož je nyní vedoucím. Je i nadále vědeckým pracovníkem VLA JEP.

Publikoval přes 300 prací a 9 monografií. Nejvýznamnější je Endokrinologie (s O. Blehou). Přednášel na kongresech ve všech světadílech. Dva roky pracoval jako vedoucí polikliniky v Hararu v Etiopii. Jako visiting professor pracoval v Leedsu, Upsalle, Padově, Tokiu. V letech 1968–1969 působil na endokrinologické klinice nemocnice Beaujon v Paříži.

Je předsedou ČLS JEP. Do jejího čela byl opakovaně zvolen. V říjnu 1999 byl v tajných volbách zvolen prezidentem Světové lékařské asociace (WMA). Je čestným členem zahraničních endokrinologických společností, členem vědeckých rad (VLA JEP, ÚVN, MZ, 1. a 2. LFUK, EÚ), členem redakčních rad domácích i zahraničních.

Z rukou prezidenta Havla obdržel 28. 10. 2001 Státní vyznamenání za zásluhy 1. třídy, 14. 7. 2002 byl jmenován prezidentem Francie Rytířem Čestné legie a posléze prezidentem Svépomocné společnosti členů Čestné legie v ČR.

Novela zákona o postgraduálním vzdělávání

(ZÁKON č. 95 ze dne 29. ledna 2004 o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta)

Historie vzniku této normy je krátká tři roky. Domnívám se, že vznikala překotně a navzdory návrhům. Četné připomínky předkládala i Česká lékařská komora. Zásadní nesouhlas ČLK byl s počtem atestačních oborů (83 oborů je světový primát), připomínkovali jsme jednostupňovou akreditaci školících pracovišť, absenci řešení financování a nejasnosti s organizací procesu vzdělávání.

Úkolem ČLK bylo připravit významnou novelu Zákona 95/04 Sb., která bude řešit výše uvedené nedostatky, a vznikne-li po diskusi s odbornými společnosti a lékařskými fakultami, bude více respektována.

Kapitoly novely řeší výše uvedené nedostatky:

I. redukce počtu atestačních oborů, stupňovité uspořádání procesu,

II. akreditace odpovídající novému uspořádání – základní kmen – specializační vzdělávání,

III. organizace a financování vzdělávání.

I. Stupňovité uspořádání vzdělávání znamená rozdělení na

a) základní kmeny (cca 16–19),

b) specializační obory (cca 54–64),

c) funkční specializace.

Lékaři budou získávat specializovanou způsobilost ve dvou krocích – po promoci se zapíší do některého základního kmene (trvání 24 měsíců). Po absolvování základního kmene na základě doporučení školitele – vedoucího lékaře – primáře, si zvolí obor, ve kterém po složení atestace získají specializovanou způsobilost. **Systém je tedy jednoatestační!**

Výčet základních kmenů a oborů, ve kterých lze získat specializovanou způsobilost, stanoví vyhláškou ministerstvo zdravotnictví na základě doporučení ČLK a odborných společností ČLS JEP. Délku a náplně základních kmenů, délku a náplň oborů, ve kterých lze získat specializovanou způsobilost, navrhne ČLK a odborné společnosti.

Vyhláškou ministerstva zdravotnictví bude stanoven výčet funkčních specializací, které získává po splnění stanovených podmínek lékař, jenž získal specializovanou způsobilost. Výčet funkčních specializací navrhne ČLK a odborné společnosti.

Komentář: Současné vzdělávací programy veskrze obsahují společné kmeny, které jsou dále rozvíjeny. Školenec bude moci volit po dvou letech praxe. Lékař s touto kvalifikací bude ve třídě L2 dle Seznamu výkonu s bodovými hodnotami. Zvýší se kompatibilita s Evropskou unií (dnes 23 oborů nemá korelát v EU). Funkční specializace budou v rámci celoživotního vzdělávání lékařů obdobou funkčních licencí.

II. Akreditace budou stanoveny na

a) základní kmen,

b) specializační vzdělávání,

c) funkční (další stupěň v rámci celoživ. vzděl. – je za atestací, na kterou může, ale nemusí navazovat) specializace.

Nelze požadovat, aby všechna akreditovaná zařízení splňovala rozsah celého studijního programu. Proto je nutno umožnit rozdělení akreditace buď pro celou specializační přípravu, nebo pro část specializační přípravy. Podmínky pro akreditaci zařízení navrhnou odborné společnosti ve spolupráci s ČLK. Musí existovat logická provázanost se strukturou základních kmenů a specializačních oborů u akreditovaných zařízení.

Komentář: Akreditací na základní obor bude možno zaměstnat absolventa i mimo velká centra. Stávající akreditace zůstanou v platnosti. Systém akreditací bude vázán pouze na souhlas odborných společností a ČLK bez jejich souhlasu nebude možno měnit strukturu vzdělávání a akreditace (např. odebrat akreditaci).

III. Organizace a financování vzdělávání

Ministerstvo zdravotnictví je odpovědné za organizaci specializační přípravy.

Organizací specializační přípravy ministerstvo zdravotnictví zřizuje/pověřuje instituci/instituce k tomu určené.

Instituce zřízené/pověřené organizací speciální řípravy jsou odpovědné za organizaci na odborné, systémové a finanční rovině.

Financování vzdělávacího procesu nebylo nikdy řešeno žádnou zákonnou normou, bude tedy nutno vypracovat tuto kapitolu zcela nově na základě níže uvedených zadání.

Náklady na postgraduální vzdělávání hradí stát za každého lékaře, který se připravuje v základním kmeni. Náklady na postgraduální vzdělávání pro lékaře v přípravě na specializační obor po absolvování základního kmene hradí stát v určených počtech pro jednotlivé obory a rok. Tyto počty pro každý rok vypíše na základě dohody s ČLK, odbornými společnostmi

a zdravotními pojišťovnami. Tato místa budou hrazena jako stipendijní. Školenec, jehož vzdělávací proces bude hrazen z jiných prostředků, není z tohoto procesu vyloučen (např. akciovka nemocnice se rozhodne vychovat na vlastní náklady větší počet kardiologů). Školenec ve stipendijním programu volí školicí místo a nese s sebou finance.

Akreditovaná zařízení účtují za dané období počet měsíců, ve kterých byli připravováni školenci. Finanční prostředky vynakládané státem pro specializační přípravu jsou přerozdělovány institucemi k tomu určenými (viz bod 1). Výše nákladů na rok přípravy školence se určuje vyhláškou.

Komentář: Poprvé bude stát odpovědný za přípravu lékařů. Současně ale bude mít vliv na stanovení počtu takto podporovaných „stipendií" a může tak zabezpečit fungování každého oboru na základním minimu (především personálním). Zprvu budou prostředky omezené, ale musí postupně stoupat.

Závěr: Návrh novely zákona, který ve zkratce předkládáme, byl konzultován dlouze a důkladně, odborné společnosti ČLS JEP i zástupci lékařských fakult se většinově souhlasně vyjádřili k jednotlivým bodům normy. Dle předběžných zkoumání není text v kolizi s právním pořádkem EU. Doufejme, že návrh této pro lékaře zásadní zákonné normy bude předložen skupinou poslanců Parlamentu ČR. Pokud bude přijata, je nutno tento proces zachovat v zájmu kontinuity, což je kanonický předpoklad pro tak složitý proces, jakým vzdělávání ve své délce a složitosti nesporně je.

Dovolte mi, abych vás vyzval ke shovívavosti, akademickému nadhledu a posuzování celého textu v celistvosti se zvážením kladných stránek. Jsem přesvědčen, že je přínosem a může na velmi dlouhou dobu vyřešit problémy generací lékařů. Současné znění zákona je v delším časovém úseku neudržitelné, pokud na výchovu klademe nároky dnešní medicíny a reality České republiky.

„Dům se vybuduje moudrostí, upevní rozumností a skrze poznání naplní se pokoje všelijakým vzácným a příjemným majetkem. Moudrý muž je víc než silák, rozumný člověk je víc než mocný." (Kniha přísloví, kap. 24; 5-7.)

Aleš Herman

Lékařská komora brání své členy proti diskriminaci

Tiskové prohlášení prezidenta ČLK

Prezident České lékařské komory obdržel **žádost o ochranu lékařky, místopředsedkyně místní organizace Lékařského odborového klubu v Úrazové nemocnici v Brně MUDr. Lenky Doležalové, členky ČLK, podanou v souvislosti s vystoupením ministra zdravotnictví MUDr. Tomáše Julínka, MBA, k zaměstnancům této nemocnice dne 16. 7. 2007, jejíž zrušení ministerstvo jako její zřizovatel plánuje**. Jak vyplývá z uvedené žádosti, **požadoval ministr v rámci svého projevu veřejně, aby mu dotčená lékařka sdělila, zda je členkou odborové organizace. Poté, kdy mu na tento dotaz bylo kladně odpovězeno, bylo panem ministrem lékařce sděleno, že nemůže počítat s místem ve Fakultní nemocnici Brno-Bohunice, která je rovněž v působnosti ministerstva a kam má být část zaměstnanců rušené Úrazové nemocnice převedena.** Svou žádost lékařka doložila vyjádřením desítek zdravotnických pracovníků, kteří byli uvedenému jednání ministra přítomni a kteří tvrzení své kolegyně svými podpisy potvrdili.

Vzhledem k tomu, že k zásahu do práv žadatelky došlo v souvislosti s výkonem jejího povolání lékařsky, a rovněž proto, že lze dovodit zjevný rozpor popsaného jednání ministra zdravotnictví nejen s ustanoveními zákoníku práce týkajícími se zákazu diskriminace a rovného přístupu k zaměstnancům, nýbrž i s Evropskou úmluvou o ochraně lidských práv a základních svobod a příslušnými směrnicemi Evropské unie, prezident ČLK žádosti o ochranu lékařky vyhověl.

Ochrana lékařů, členů ČLK, je poskytována v souladu s ustanoveními Stavovského předpisu ČLK č. 9 – Ochrana lékařského stavu, a to především formou informačních akcí, vydáváním stanovisek, cestou bezplatného právního zastoupení či zpracování odborných posudků, příp. jinými prostředky. Každoročně vyhoví prezident ČLK asi deseti žádostem lékařů o ochranu. Jedná se o případy precedentního charakteru, které se vždy týkají zvláště závažného zásahu do stavovských práv, cti a důstojnosti členů České lékařské komory tak, jak k tomu došlo i v případě shora popsaného postupu ministra zdravotnictví.

V Praze dne 11. 9. 2007
Milan Kubek, prezident ČLK

Nepřítelkyně pana ministra

Ministr Julínek: „Vy jste ta odborářka?“
Doktorka Doležalová: „Ano.“
Ministr Julínek: „...například tato paní doktorka s prací počítat nemůže.“

Ministr zdravotnictví Tomáš Julínek se rozhodl zrušit Úrazovou nemocnici v Brně, jež nebyla nikdy oddlužována, a její malou část přestěhovat do zadlužené Fakultní nemocnice Brno v Bohunicích. Může, protože obě tato zdravotnická zařízení spravuje přímo jeho ministerstvo, i když je zajímavé, z jakého důvodu to chce učinit. Dvě třetiny zaměstnanců pošle na dlažbu a pacientům traumacentra nabídne 30 lůžek místo 190. I k tomu má vládní mandát. Jako špičkový politik slušného státu by ovšem přitom neměl společně se svým náměstkem Markem Šnajdrem zastrašovat odbory a zjevně diskriminovat jejich funkcionářku Lenku Doležalovou.

Se záměrem ministra Julínka zrušit Úrazovou nemocnici v Brně a její menší část přesunout do nemocnice v Bohunicích společně nesouhlasily organizace Lékařského odborového klubu a odborového svazu pracovníků ve zdravotnictví v Úrazové nemocnici a žádaly vysvětlení. Dopis odborářů ministru Julínkovi zůstal bez odpovědi. Odboráři sepsali petici za zachování úrazové nemocnice a začali se sběrem podpisů, jenž nebyl dosud ukončen. Když byla petice 20. 4. 2007 předána petičnímu výboru Parlamentu České republiky, byla podepsána 14 000 signatářů.

Ministr Julínek přijel 12. 4. 2007 bez ohlášení na setkání se zaměstnanci Úrazové nemocnice. Prohlásil, že s odboráři se vůbec nebude bavit, a osočil je z vydírání pacientů. Na položené otázky neodpověděl, novináře nevpustil do jednací místnosti a zakázal pořídit jakýkoliv záznam z jednání.

Petice byla 23. 5. 2007 projednána petičním výborem, k tomuto dni pod ni přibylo dalších 10 000 podpisů. Náměstek Šnajdr si před parlamentní komisí vysloužil způsobem vyjadřování o odborářích napomenutí její předsedkyně Zuzany Bebarové-Rujbrové. Mimo jiné také prohlásil, že Úrazovou nemocnici rád přenechá městu Brnu. To následně projevilo o její převzetí zájem a oslovilo ministerstvo zdravotnictví. Bez odezvy. Dotaz doktorky Doležalové na pozdějším jednání s ministrem Julínkem, zda náměstek Šnajdr v uvedeném případě lhal, vyvolal diskriminační jednání ministra vůči její osobě. Petiční výbor požádal ministra Julínka, jenž se projednávání petice nezúčastnil, o vyjádření. Ten zatím neodpověděl.

Ministr Julínek přijel 16. 7. 2007 na druhé setkání se zaměstnanci Úrazové nemocnice v době dovolených a směnného provozu. Oznámil chystané propuštění dvou třetin zaměstnanců a stejně jako při první návštěvě neodpověděl na žádné položené dotazy. Setkání moderoval sám, novináři znovu nebyli vpuštěni a opět zakázal pořídit záznam. Průběh jednání dokládá prohlášení podepsané 13 přítomnými.

Tento dokument potvrzuje i diskriminaci místopředsedkyně místní organizace Lékařského odborového klubu v Úrazové nemocnici Lenky Doležalové, jíž ministr sdělil, že s prací v Bohunicích jako odborářka rozhodně nemůže počítat.

„Jestliže ministr Julínek prosadí své záměry tak, jak je známe, budou pacienti v městě Brně a celé naší spádové oblasti ohroženi na životě,“ tvrdí Lenka Doležalová. „Nikdo se jimi zatím nezabývá, zda mají kam jít, zda nezůstanou bez pomoci. Dokud nevznikne něco nového, nelze přece to staré a fungující zrušit. Pokud dojde napřed k likvidaci Úrazové nemocnice, a teprve potom k budování nového centra jinde, nastane jediný zákonitý důsledek: rychlá záchranná služba nebude mít s pacientem kam jet. Nedávno k nám přiletěl vrtulník a doprovázející lékař říkal: To jsem rád, že ještě můžeme letět sem.

Nám všem nezáleží jen na tom, zda budeme mít místo v úrazové nemocnici, ať nové nebo staré, ale chceme, aby traumacentrum i pacienti dostali, co potřebují.“

Teze dalšího rozvoje zdravotnického systému v ČR

Tento text ČSSD je v současné době diskutován ve zdravotní komisi ČSSD. Zároveň je předkládán k diskusi ČLK a jejím členům.

Základní teze

1. rozdělení zdravotní péče na veřejnou službu a nadstandardní služby
2. jedna veřejná nezisková zdravotní platebna, které všichni platí povinné zdravotní pojištění a která hradí veškerou zdravotní péči – veřejnou službu
3. soukromé komerční zdravotní připojištění poskytované zbylými zdravotními pojišťovnami
4. zavedení jednotného identifikačního či identifikačně platebního systému pro potřeby a kontrolu od zdravotní platebny
5. úhrady zdravotní péče s převahou ročních prospektivních rozpočtů vypočítaných dle rozsahu poskytované péče
6. důraz na stabilizaci zkušeného a kvalifikovaného zdravotnického personálu
7. zavedení celoplošného systému sledování a porovnávání výsledků kvality zdravotní péče

Veřejná služba

Balík služeb, které nesou označení „zdravotní péče“, se za desítky let velmi rozrostl a je značně nepřehledný a nesourodý. Z tohoto důvodu je nezbytným prvním krokem rozčlenění současných služeb na ty, které musí být poskytovány jako veřejná služba (vše, co souvisí se záchranou a zachováním životů či ochranou veřejného zdraví), a na služby, které lze označit za nadstandard, tj. více či méně za soukromou záležitost každého jednotlivce. Proces „třídění“ služeb nebude jednorázový, ale trvalý – půjde o kategorizaci zdravotní péče na péči plně hrazenou, částečně hrazenou a nehrazenou z povinného zdravotního pojištění.

Zdravotní pojišťovny

Konkurence zdravotních pojišťoven v oblasti zdravotní péče – veřejné služby je prakticky nemožná. Pokud bude silou zavedena, pak jde o ohrožení kvality zdravotní péče a navíc systém se stane podstatně dražším (jak si pojišťovny mají konkurovat v léčbě akutního infarktu, mozkové mrtvice či léčby rakoviny?). Proto je logickým vyústěním současného stavu transformace VZP + Vojenské ZP + ZP ministerstva vnitra do jedné veřejné, neziskové instituce, která by zákonem přebrala veškeré financování všech služeb označených za veřejné služby (Veřejná nezisková zdravotní platebna VNZP). Nešlo by o pojišťovnu, ale o platebnu, jejímž úkolem je rozdělení finančních prostředků a dohled nad jejich efektivním využitím. Zbývající zdravotní pojišťovny by po přechodném období poskytovaly jen dobrovolné, komerční zdravotní připojištění.

Pokud by došlo k privatizaci zdravotních pojišťoven, pak je nezbytné počítat s vyvlastněním za náhradu u pojišťoven – VZP, Vojenské a Ministerstva vnitra s tím, že stejný zákon pod tyto pojišťovny převede všechny pojištěnce pojišťovny a tyto pro ně zajistí definovaný rozsah veřejné péče, plně a částečně hrazené z povinného pojištění.

Ostatní pojišťovny by mohly zůstat soukromými akciovými společnostmi a poskytovat pouze dobrovolné zdravotní připojištění.

Zdravotnická síť

Nemocnice

Musí se zajistit základní (cca 100 zařízení) síť veřejných neziskových nemocnic – dle platného zákona. Stát bezodkladně převede všechna svá zařízení na právní formu upravenou platným zákonem o neziskových nemocnicích. Přes VZP a následně pomocí VNZP vytvoří stát tlak na kraje, aby i ony převedly základní a nezbytné nemocnice na tuto právní formu, aby byla zajištěna základní jistota pro občany. Pokud zůstanou po privatizaci nemocnic větší oblasti bez zajištění základní nemocniční zdravotní péče (oblasti od 1000 tisíc obyvatel výše), vybuduje vláda nové nemocnice. Zbývající nemocnice budou existovat v takové podobě, jakou si vlastník (zřizovatel) určí. I tato zařízení mohou mít smlouvu s VNZP.

Ambulance

Další rozvoj soukromých ambulantních služeb ve vlastnictví jednotlivých lékařů reagující na pokles počtu hospitalizací a na kratší hospitalizační dobu. Vláda vytvoří program trvalé podpory nedostatkových oborů – stomatologie, praktičtí lékaři atd.

Úhradové mechanismy

Zruší se poplatky u lékaře, za návštěvu LSPP, za položku na receptu.

Se vznikem jednotné platebny – VNZP se zavede systém elektronické identifikace, který má dvě možnosti řešení:

Varianta 1
Jedna identifikačně-platební karta:

Zavedení identifikačních platebních karet (propojení VNZP s jednotlivými bankami, nutný předpoklad – všichni dospělí občané budou mít konto u banky). Každé lékařské ošetření bude zúčtováno platebně pouze po použití identifikačně-platební karty. Ošetření s cenou do stanoveného limitu (např. do 500 Kč za celé jednotlivé ošetření) bude proplaceno z účtu pacienta u banky na účet zdravotnického zařízení, které výkon provedlo. Současně VNZP pošle pacientovi na jeho konto tuto částku (výkony mohou být buď 100procentně uhrazené – všechny zásadní, případně u zdravotnických služeb zkategorizovaných jako služby ne plně hrazené – zatížené nějakým procentem spoluúčasti, tj. VNZP vrátí pacientovi např. 80 % ceny, kterou zaplatil). Stejný princip bude uplatněn v lékárně při vyzvednutí léků.

Systém bude hlídat i celkový sociální strop spoluúčasti ve stanovené roční výši. Nad tuto hranici budou mít pacienti péči bez spoluúčasti.

Platebně identifikační karta se předkládá i při hospitalizaci, kde je jen impulsem platebně k provedení úhrady po ukončení hospitalizace.

Varianta 2
Kombinovaný systém identifikační karty a identifikačně-platebních karet:

Vychází ze skutečnosti, že cca 3 miliony lidí nemají bankovní konto a část z nich jej nebude chtít v dohledné době nikdy. Platebna dá tudíž svým klientům na výběr – když si vyberou identifikačně-platební kartu, systém bude fungovat dle varianty 1. Lidé by si tento systém vybírali za předpokladu, že by bankovní domy přistoupily (byly zákonem nuceny – regulovaná cena služeb tohoto produktu) na výhodnější ceny (poplatky) za finanční služby na bankovním účtu, jehož platební karta by současně sloužila k identifikaci pro zdravotní platebnu. Lidé, kteří by neměli účet u ban-

ky a nechtěli si jej zřídit ani za výhodnějších podmínek, by dostali pouze identifikační kartu zdravotní platebny. Karta by sloužila jen jako klíč k odeslání faktury, vyúčtování výkonů zdravotní platebně a jako zdroj informací pro lékaře. Pokud by nějaká služba (lék) byla zatížena spoluúčastí, např. příspěvek na stravu v nemocnici, pak by tuto službu (lék) platil pacient v hotovosti, jako je tomu dnes.

Varianta 1 i 2 je výhodná především:

Tento systém výrazně zrychlí finanční toky ve zdravotnictví, sníží administrativu při vykazování výkonů a péče a zavede kontrolu – výkon není proplacen bez identifikace kartou (nutno samozřejmě počítat s výjimkami, jako je ztráta karty, zapomenutí atp.). Tato karta v sobě může obsahovat i základní zdravotní údaje o pacientovi: souhrn diagnóz, užívanou léčbu, alergie, krevní skupinu atp. Navíc identifikace při vyzvedávání léků umožní existenci programu, který bude hlídat nežádoucí kombinace léků.

Udržení ekonomické rovnováhy

Systém jedné platebny pod veřejnou kontrolou a zavedení identifikačních karet povede k vyšší míře pořádku a efektivity systému. Sníží se plýtvání, zvýší se kontrola, čímž lze získat v systému odhadem 5% jeho zdrojů.

Systém úhrad se celkově musí budovat jako pevný roční rozpočet, což zamezí zadlužování. Roční rozpočet se rozdělí na dílčí rozpočty jednotlivých zdravotnických zařízení. Výjimku mohou tvořit pouze jednotlivá ambulantní zařízení, kde je možné zachovat systém fee for service. Ostatní péče obdrží prospektivní roční rozpočty vytvořené dle rozsahu poskytovaných a VNZP dohodnutých služeb v příslušném zdravotnickém zařízení.

Nejdůležitější prvek kvality systému

Nejdůležitějším prvkem, který zajišťuje vysokou kvalitu a funkčnost systému, jsou zkušení a kvalifikovaní zdravotničtí pracovníci. Bez jejich dostatečného množství je jakákoliv změna systému či investice do techniky a budov prakticky bezcenná. České zdravotnictví je dnes personálně ohroženo a situace se bude nadále velmi rychle zhoršovat. Stát musí stabilizovat zdravotníky jednak tlakem na změnu organizace práce a pracovní kultury a dále především schválením zákona o platech zdravotnického personálu, který bude závazný pro všechna zařízení, jež budou placena z prostředků Všeobecné zdravotní platebny. Takto stanovený plat musí být obsažen v kalkulaci ceny výkonu, kterou platebna platí jednotlivým zařízením – v novém systému výhradně jen ambulantním zařízením formou fee for service – dle ceníku výkonů prováděných pro platebnu.

Kontrola a porovnávání kvality

Každé zdravotnické zařízení čerpající finanční prostředky ze Všeobecné zdravotní platebny bude průběžně podrobováno analýze výsledků, jejich porovnávání s obdobnými pracovišti. Nejprve bude systém vybudován a ozkoušen na lůžkových zařízeních, kde budou porovnávány výsledky péče jednotlivých oddělení a diagnóz. Pokud nějaké zařízení vybočí z průměru, bude platebna ze zákona povinna ve spolupráci s lékařskou komorou a odbornými společnostmi provést na takovém oddělení odborné auditorské šetření s cílem objektivizovat důvody odchylky od průměru a při zjištění chyb uložit nápravná opatření. Pokud nebude nápravné opatření provedeno, pak buď platebna přestane příslušnou zdravotní péči tomuto zařízení proplácet, nebo pokud jde o nenahraditelné zařízení (místně či typem péče), pak zákon umožní státu uvalit na takové zařízení nucenou správu, jejímž cílem bude zjednat nápravu stavu. Výsledky srovnávání i odborné auditorské zprávy budou zveřejňovány.

David Rath

Připomínky k textu zasílejte na adresu recepce@clkcr.cz

Projekt Kulatý stůl vítáme

Diskusi s ministerstvem o prosazovaných změnách nám však nenahradí

ČLK vítá vznik projektu Kulatý stůl. Podobná diskuse zde měla být již dávno. ČLK je připravena, jako nadstranická organizace hájící práva a zájmy lékařů i kvalitu zdravotní péče, dát k dispozici své informace i odborný potenciál všem politickým subjektům, které chtějí na reformě zdravotnictví spolupracovat.

Bez širokého společenského konsensu, bez politické shody a bez podpory ze strany zdravotníků nelze vytvořit takový systém organizace a financování zdravotnictví, který by fungoval a vydržel déle než jedno jediné volební období.

Největším problémem českého zdravotnictví je nedostatek peněz. Výdaje na zdravotnictví rostou pomalu a zůstávají pod možnostmi naší ekonomiky. Zatímco v roce 2006 se HDP zvýšil o 7,6 %, tak výdaje na zdravotnictví pouze o 4,2 %, čímž jejich podíl klesl pod hranici 7 % HDP. Pro srovnání státy EU 15 vydávají v průměru 8,9 % svého HDP.

Cílem reformy zdravotnictví nemůže být pouze ušetřit peníze za každou cenu. Cílem je vytvořit stabilní systém organizace a financování zdravotnictví, který zajistí i v budoucnosti dostupnost zdravotní péče pro každého, kdo ji bude potřebovat.

Zásadní změny ve zdravotnictví nelze prosazovat z pozice síly, bez diskuse. Situace okolo přijímání zákona o stabilizaci veřejných rozpočtů (sněmovní tisk 222), kdy byl zákon měněn přílepky a nebyla dodržována pravidla legislativního procesu, se nesmí opakovat.

ČLK upozorňuje na škodlivost situace, kdy Ministerstvo zdravotnictví ČR jako ústřední orgán státní správy nekomunikuje s Českou lékařskou komorou – profesní organizací zřízenou ze zákona. Tento fakt se v konečném důsledku může negativně dotknout občanů ČR.

V srpnu 2007 schválila vláda tzv. Reformní plán 2007–2009, a to bohužel opět bez diskuse s volenými zástupci těch, koho se materiál týká. Schválený text je velmi obecný a více tedy bude záležet na obsahu jednotlivých předkládaných zákonů. Na přípravě těchto legislativních norem, které mají zásadním způsobem změnit české zdravotnictví, se chce ČLK podílet. **Účast na legislativním procesu, která je nám ze strany ministerstva zdravotnictví zatím odpírána, nemůže spolupráce v rámci projektu Kulatý stůl nahradit.**

ČLK zve představitele všech parlamentních stran, odborníky pro oblast zdravotnictví, k diskusi s lékaři v neděli 25. 11. 2007 v rámci jednání sjezdu České lékařské komory.

Milan Kubek

(tiskové prohlášení prezidenta ČLK po jednání s koordinátorem projektu Ing. Mátlem)

Ztráta paměti ministra Julínka

Z článků Tomáše Julínka v časopise ČLK, které psal jako člen jejího představenstva

Opakovaně tedy zdůrazňujeme specifiku postgraduálního vzdělávání lékařů. Mladý lékař může být vystaven trhu práce až po absolvování základního „kolečka".

Komora jistě nebude prosazovat státem garantovanou zaměstnanost, chce jen, aby mladý lékař po absolvování lékařské fakulty měl stejnou šanci jako ostatní nezaměstnaní kolegové.

Mimochodem, základem neúspěchu při prosazování závažných zdravotních problémů (např. oblasti financování, daní, mezd, vzdělávání) je totální odpor parlamentních a vládních představitelů připustit jakoukoliv zvláštnost rezortu. Je to samozřejmě výraz slabosti ministrů MZ a lékařské lobby, která nedokáže prosadit individuální řešení závažných zdravotních problémů. Je to záležitost politická, a proto ČLK jako apolitická, profesní organizace musí být nutně při jednáních o zásadních změnách ve zdravotnictví handicapována. Přesto jsme svědky tvrdého politického tlaku, směřujícího k oslabení komorových kompetencí. Pro pochybující členy to může být nepřímý indikátor kvality práce ČLK.

1993 – Zpráva z jednání sociální komise

Na závěr chci zdůraznit snahu ČLK zajistit odbornou úroveň zdravotnických služeb, kterou státní správa není schopna garantovat, naopak ČLK neníní zasahovat do kompetencí státní správy. Ostatně si myslím, že přijetím nového licenčního řádu k žádnému zásahu nedošlo.

1994 – Přísné podmínky pro získání licence, ano nebo ne?

CO DÁL?

Udělala něco ČLK pro lékaře?

Pravděpodobně většina lékařů řekne, že nic. Ale vždyť současné představenstvo, prezident, viceprezident pracovali s vysokým nasazením nad rámec svých lékařských povinností. Objektivně se dá říct, že nejsme „banda samozvaných papalášů", kteří by chtěli rozhodovat o osudech lékařů.

Tak co jsme to vlastně dělali, když jsme nic neudělali?

Dle mého názoru, bez samolibosti, jsme udělali historický kus práce za krátká období při budování profesní organizace. Vybudovali jsme základy lékařské organizace dle tradice první republiky a současných evropských měřítek v intencích Evropské unie. Samozřejmě plno věcí je třeba dotáhnout:

1. profesionalizace a funkčnost vědecké rady,
2. revizní činnost,
3. kontinuální vzdělávání.

Chtějí lékaři takovou organizaci, záleží jim na tom, aby pozvedli svou etickou a profesní úroveň dle evropských zvyklostí?

Já myslím, že nikoli. Chtěla to jen určitá uvědomělá část, která má jiný hodnotový žebříček. Sám jsem donedávna zastával názor, že je nutné napřed pozvednout lékařský stav, tím získat kredit s patřičnou společenskou vážností. Náš postup byl však scestný. Předpokládali jsme vysokou uvědomělost lékařského stavu, která se musí nutně probudit. Předpokládali jsme určité profesní vědomí a pro ty, kteří je nemají, byl připraven disciplinární řád.

Neznamená to, že jsem slevil ze svých představ o lékařském stavu, jen musím přehodnotil postupy, jak toho dosáhnout.

Všemu dala korunu současná vláda, insuficientní zdravotní politika, která lékaře hodila přes palubu, zneužila toho, že je levný, a ještě více ho zpauperizovala. Pokud ho „učinila" prosperujícím (část privátní sféry), bylo to opět za cenu potlačení profesní hrdosti z kvality poskytované péče. Tím byl ještě více deformován hodnotový žebříček lékaře. Vše se prostě odvíjí od levného lékaře.

Jaká tedy byla naše šance?

Dle mého názoru nebyla zvolena správná taktika. Příliš jsme se zabývali taktikou, jak na vládu, parlament, místo pilování taktiky, jak získat lékaře na svou stranu a teprve s tímto potenciálem pracovat. Tím nebylo vyloučeno dosažení idey profesní organizace a už vůbec ne respektu u vlády.

Šance byla asi v tomto modelu: organizovat boj za ohodnocení práce lékaře jako jediný cíl. Po jeho dosažení – získání autority – mělo začít budování profesní organizace.

Bohužel v současné době je profesní skupina vlivná jen tehdy, pokud je majetná. Profesní skupina v podmínkách současného politického klimatu není vlivná, pokud si myslí, že musí být nutně respektována, v našem případě z podstaty své činnosti – péče o zdraví člověka, a je tudíž hodna významné pozornosti vlády. Tato pýcha ČLK je oním základním omylem.

Byla naše šance promarněna?

Myslím, že ještě nikoli:

– můžeme opožděně, vlastně v obráceném gardu, zahájit nekompromisní boj za ocenění práce lékaře,
– je nutné mluvit o zásadních částkách v intencích námi navrhovaných sazeb pro účely kalkulace výkonů,
– ponechat systémové kroky na ministerstvu zdravotnictví či vládě, pouze je kritizovat nebo chválit,
– tvrdit (a je to nekonečně pravda), že pokud se nenapraví veškeré výpočty úhrad lékařských výkonů v adekvátním stanovení hodnoty lékařovy práce i ostatních zdravotníků, nebude systém nikdy správně fungovat,
– systém úhrady financování nemocnic, systém pojištění, standardy apod. jsou věcí ministerstva zdravotnictví a vlády,
– ČLK nemá dle mého mínění tyto zásadní kameny zdravotní politiky přímo tvořit, ale připravit kvalifikovanou taktiku,
– na všechna dohodovací řízení jít s požadavkem na zakalkulování ceny práce lékařů,
– začít politický boj apolitické organizace,
– vyzvat politické strany, aby vyjádřily, zda budou ve svých programech deklarovat ochranu hodnot vyznávaných Evropskou unií:

1. Profesní organizace jako partner a garant,
2. uznání lékařského stavu jako významného elementu,
3. zdravotní politiku jako jeden ze zásadních programů (nikoli pouze proklamace a polopravdy),
4. zásady zdravotní politiky, pojmenování transformačních kroků

- vyhlásit, že ČLK pomocí svých orgánů (sjezdu) provede veřejné hodnocení těchto programů, mj. i z hlediska profesní perspektivy svých členů,

- ČLK v případě stávky musí garantovat občanům nezbytnou zdravotní péči a pečlivě střežit lékařskou etiku.

Bez gest směrem ke svým členům nemáme dle mého mínění šanci něčeho dosáhnout, neboť se bude prohlubovat degradace stavu a vidina lékařského stavu organizovaného dle evropského standardu se rozplyne.

1995 – Zkrácený osobní názor člena představenstva ČLK, přednesený na pracovní poradě představenstva krátce před sjezdem.

NIHIL NOCERE

FARMAKOTERAPEUTICKÉ INFORMACE 10

Měsíčník pro lékaře a farmaceuty

2007

Obsah

Neuroaxiální blokády u císařského řezu a vaginálního porodu 1

NEUROAXIÁLNÍ BLOKÁDY U CÍSAŘSKÉHO ŘEZU A VAGINÁLNÍHO PORODU

Užití neuroaxiálních blokád (**NAB**) v porodnictví se v posledním desetiletí rozšířilo, jak při anestezii u operačního ukončení těhotenství císařským řezem (**SC**), tak při analgezii u vaginálního porodu. Jejich bezpečné provedení vyžaduje velmi dobrou spolupráci anesteziologa a porodníka. V článku je problematika probrána z pohledu anesteziologa.

Z NAB jsou v porodnictví nejvíce využívány tyto techniky:

1. Epidurální (peridurální) analgezie/anestezie
2. Spinální (subarachnoidální) analgezie/anestezie
3. Kombinovaná spinální a epidurální analgezie/anestezie

Kaudální přístup do epidurálního prostoru byl postupně vytlačen přístupem lumbálním. Je užíván minimálně a nebude dále zmiňován.

Charakteristika jednotlivých NAB v porodnictví:

1. Epidurální analgezie/anestezie

Při této metodě je do epidurálního prostoru (tj. do prostoru mezi tvrdou plenou a žlutým vazem) aplikováno lokální anestetikum (**LA**) obvykle s malou dávkou opioidu, který prodlužuje a potencuje jeho účinek. Tohoto prostoru je dosaženo punkcí Tuohyho jehlou (nejčastěji o síle G18) v některém z meziobratlových prostorů v oblasti mezi Th_{12}-L_5 v hloubce přibližně 3 - 5 cm. V závislosti na podaném objemu epidurální směsi jsou ovlivněny míšní kořeny v místě aplikace, pod i nad ním. Různá koncentrace podaného roztoku lokálního anestetika pak navozuje v příslušných míšních segmentech buď anestezii nebo analgezii. Epidurální analgezii/anestezii je možno využít jako techniku jednorázovou nebo kontinuální s katétrem zavedeným cca 3-5 cm hluboko do epidurálního prostoru. Proximální konec katétru je zakončen ochranným antibakteriálním filtrem.

2. Spinální (subarachnoidální) analgezie/anestezie

Při této technice je do mozkomíšního moku aplikována dávka lokálního anestetika, opioidu nebo směsi obou farmak. Punkce je prováděna velmi tenkou speciální jehlou (G 26 -29) v meziobratlových prostorech pod trnem L_2 pro vyloučení traumatizace míchy. V závislosti na aplikované dávce lokálního anestetika, opioidu nebo kombinaci obou látek může anesteziolog navodit anestezii nebo analgezii v příslušných míšních segmentech. Tato technika je nejčastěji využívána k jednorázové aplikaci. Kontinuální techniky v porodnictví nejsou v ČR standardně využívány.

3. Kombinovaná spinální a epidurální analgezie/anestezie (CSE- combined spinal-epidural analgesia)

Tato metoda vznikla kombinací dvou předchozích technik. Využívá jednorázovou subarachnoidální aplikaci anestetické/analgetické směsi tenkou spinální jehlou s následnou kontinuální analgetickou/anestetickou epidurální technikou katétrem, zavedeným současně se spinální punkcí. Vpich se nejčastěji provádí kombinovanou jehlou z jednoho meziobratlového prostoru (technika needle- through- needle).

Tabulka 1 uvádí nejčastěji používaná lokální anestetika a opioidy u NAB. Je hrubě orientační a má pouze ukázat na odlišnost subarachnoidálního a epidurálního dávkování a na velké

Tabulka 1. Léčivé látky užívané u NAB v porodní analgezii/anestezii

Lokální anestetikum	Epi anestezie	Objem bolusu	Epi analgezie	Objem bolusu	Nástup účinku	Spi anestezie	Objem bolusu	Spi analgezie	Objem bolusu	Nástup účinku
bupivakain	0,5%	16-18 ml	0,125 - 0,05%	5-15 ml	cca 20 min	0,5%	1,5-2,8 ml	0,25%	0,5-1 ml	3-5 min
ropivakain	0,75%	16-18 ml	0,2 - 0,1%	5-15 ml	cca 10-15 min	**		**		
levobupivakain	0,5%	16-18 ml	0,125 - 0,05%	5-15 ml	cca 20 min	0,5%	2-3 ml	0,25%		3-5 min
lidokain	1,5-2%	16-18 ml	0,75%	5-15 ml	cca 10 min	****		****		
opioid:										
fentanyl */**	50-100 µg		50-100 µg			6,25-30 µg		6,25-30 µg		3-5 min
sufentanil **	10-20 µg		5-10 µg			5-10 µg		2,5-10 µg		3-5 min
morfin ***	****		****			100-300 µg		100-300 µg		30-60 min

Vysvětlivky:
*neregistrován v ČR pro epidurální užití **neregistrován v ČR pro spinální užití *** bez stabilizačních látek ****standardně se neužívá

rozdíly v používaných lékových směsích. S léky podávanými intratekálně v indikaci „off label“ jsou bohaté klinické a literární zkušenosti, ale nejsou v této indikaci registrovány.

Neuroaxiální anestezie k císařskému řezu

Užití císařského řezu (SC) jako způsobu operačního ukončení těhotenství má u nás i ve světě stoupající trend[5]/. Ve vyspělých státech Evropy se četnost ukončení porodu SC pohybuje mezi 15 – 25 %, v USA 24 %. Existují i země s incidencí téměř 50 % (Jižní Korea, Brazílie). V České republice je incidence asi 17 %[10]/.

Výběr anesteziologické techniky k císařskému řezu

Z dlouhodobých statistik a retrospektivních studií jednoznačně vyplývá větší bezpečnost neuroaxiální anestezie u SC pro matku i plod a s ní související nižší výskyt fatálních komplikací. Anestezie se podílí na cca 3 – 12 % všech úmrtí rodiček. Nejčastejší fatální komplikací při celkové anestezii je především nemožnost zajištění průchodnosti dýchacích cest. Obtížná intubace je u těhotných 10 x častější než u srovnatelné populace žen (s výskytem asi 1/250 intubací). Například ve statistikách NICE (National Institut for Clinical Excellence) z Velké Británie je v období 2000 - 2002 uvedeno šest případů úmrtí těhotné - rodičky v přímé souvislosti s anestezií. Ke všem šesti úmrtím došlo při celkové anestezii. Při neuroaxiální anestezii v tomtéž období nezemřela žádná rodička. Podobné výsledky ve prospěch bezpečnosti neuroaxiální anestezie přinášejí i statistiky ze zámoří. Ve světě i v ČR lze proto pozorovat výrazný odklon od celkové anestezie směrem k regionálním technikám[14]/.

Vedení císařského řezu v NAB je doporučeno všude tam, kde není riziko z prodlení a kde nejsou přítomny kontraindikace pro neuroaxiální anestezii. Přes uvedená fakta však žádná z odborných společností dosud nevydala doporučení ve smyslu: *„Neuroaxiální anestezie je metodou volby pro císařský řez.“* Vlastní rozhodnutí o anesteziologické technice, tedy volbě mezi celkovou nebo regionální anestezií musí být vždy přísně individualizováno.

Indikace a kontraindikace regionální anestezie k císařskému řezu

Indikace regionální anestezie k císařskému řezu:

NAB má být použita vždy, pokud není přítomna některá z jejích kontraindikací!

Kontraindikace regionální anestézie k císařskému řezu shrnuje tabulka 2.

Tabulka 2. Kontraindikace regionální anestezie k císařskému řezu[1]/

1	Mateřská hypotenze, nekorigovaná hypovolemie, masivní krvácení
2	Koagulopatie
3	Podání nízkomolekulárního heparinu v posledních 10 hodinách
4	Alergie na lokální anestetikum
5	Infekce v místě vpichu
6	Neléčená bakteriémie
7	Zvýšený intrakraniální tlak
8	Nesouhlas rodičky
9	Nesouhlas porodníka
10	Nesouhlas anesteziologa
11	Časová tíseň: crash SC

Premedikace a anesteziologická příprava před císařským řezem

Farmakologická příprava před císařským řezem vedeným v celkové nebo neuroaxiální anestezii je založena především na prevenci aspirace kyselé žaludeční šťávy, na prevenci trombembolických komplikací, na optimální hydrataci rodičky a na důsledné prevenci supinního syndromu a to bez rozdílu, zda jde o plánovaný nebo akutní císařský řez.

Prevence kyselé aspirace je zajišťována podáním antacid ze skupiny H2 blokátorů (ranitidin) a prokinetik (metoklopramid). Kombinace těchto dvou skupin farmak sníží kyselost žaludečních šťáv, sníží objem žaludečního rezidua a zvýší tonus kardiálního svěrače. Současné perorální užití 0,3 M roztoku citrátu sodného v objemu 30 ml zabezpečí alkalizaci žaludečního obsahu bez klinicky podstatného zvýšení jeho objemu. V urgentních situacích, kdy nelze očekávat s počátkem anestezie bezpečný nástup účinku ani venózně podaných antacid ani prokinetik, zajistí perorálně podaný citrát přechodnou alkalizaci pro intubaci. Prokinetika a H2 blokátory sníží nebezpečí kyselé aspirace při extubaci. Alkalizace žaludečního obsahu má předejít nebezpečnému Mendelsonovu syndromu (chemické pneumonitidě), který vzniká aspirací kyselé žaludeční šťávy a má vysokou úmrtnost[10,16,17]/.

Perorální příjem pevné stravy ukončujeme u elektivního SC 8 hodin před výkonem, příjem čirých tekutin nesycených CO_2 pak 4 hodiny před plánovaným výkonem. V průběhu fyziologického spontánního porodu je vhodné zachovat u rodičky perorální příjem neperlivých a nedráždivých tekutin po doušcích (o objemu do 2 dl/hod - tzv. sipping). Toto množství nezvyšuje ani kyselost ani objem žaludečního rezidua. Výjimku tvoří rodičky, u nichž lze předpokládat zpomalené vyprazdňování žaludku (morbidně obézní rodičky, rodičky s vícečetným těhotenstvím, s diabetem mellitem, apod.) a/nebo u nichž lze předpokládat vysokou pravděpodobnost operačního ukončení porodu SC (poloha koncem pánevním). U těchto rodiček je s počátkem porodu preferováno lačnění a nasazení H2 blokátorů[16,17]/.

Před zavedením NAB je doporučena prehydratace krystaloidním roztokem o objemu 15 -20 ml/kg t.hm. Ta sice nesníží incidenci hypotenze, způsobené nástupem sympatické blokády, ale výrazně zlepší reakci na podávané vasopresory (efedrin, fenylefrin). Neprovedení prehydratace z časové tísně však není kontraindikací neuroaxiální blokády k SC.

Součástí prevence poklesu krevního tlaku jsou i opatření proti tzv. supinnímu syndromu (syndromu aortokavální komprese), který je v poloze na zádech způsoben útlakem dolní duté žíly a aorty mezi těhotnou dělohou a páteří. V důsledku tohoto útlaku dochází ke snížení žilního návratu dolní dutou žilou, systémové hypotenzi a zhoršení uteroplacentární perfuze. Řešením je poloha rodičky na levém boku nebo podložení její pravé kyčle do doby, než je plod vybaven[11]/.

V prevenci trombembolické choroby je dnes rutinně užíván nízkomolekulární heparin (LMWH). Jeho aplikace je časována tak, aby nebránil případnému provedení neuroaxiální blokády: tedy minimálně 10 - 12 hodin před plánovaným výkonem nebo 2 hodiny po punkci NAB. Stejné časové odstupy jsou doporučovány i při odstraňování epidurálního katétru. V případě, že LMWH byl aplikován v časovém intervalu menším než 10 - 12 hod a je indikován akutní císařský řez, pak obecně platí: zvážit prospěch regionální anestezie. Při volbě regionální techniky je vhodné preferovat subarachnoidální blokádu před epidurální a „single shot“ techniku před katétrovou[15]/.

Anxiolytická premedikace těsně před císařským řezem bývá ne zcela právem opomíjena. Nízké dávky sedativ (benzodiazepinu) nebo liposolubilního opioidu neovlivňují poporodní

adaptaci novorozence. Důvodem vynechání anxiolytické premedikace je vedle často zmiňované obavy z útlumu novorozence i obava z nechtěně navozeného útlumu matky a její amnézie na porod. Trvalý slovní kontakt po dobu celé operace může nahradit anxiolytickou premedikaci.
Všeobecná vagolytická premedikace atropinem byla opuštěna. Atropin prostupuje placentou, zvyšuje tepovou frekvenci plodu a snižuje tonus dolního jícnového svěrače matky. Podání kyslíku matce polomaskou je rutinní součástí přípravy k SC. Jeho důležitost vystupuje do popředí u akutního SC a resuscitaci kompromitovaného plodu „in utero“ viz tab 3.

Tabulka 3. Intrauterinní resuscitace plodu - cíle a opatření

1.	**Zvýšení placentární perfuze** A/ Léčba mateřské hypotenze podáním krystaloidů/ koloidů a vasopresorů B/ Odstranění aortokavální komprese polohováním matky při sledování tepové frekvence plodu (FHR) C/ Odstranění uterinní vasokonstrikce při hyperventilaci a hypokapnii matky ústním zklidněním a tokolýzou
2.	**Plná tokolýza**
3.	**Zlepšení fetální oxygenace** podáním 100% kyslíku maskou matce
4.	**Uvolnění umbilikální komprese** polohováním rodičky

Doporučená monitorace při regionální anestezii (RA) k SC je shrnuta v tabulce 4.

Tabulka 4. Doporučená monitorace při RA k SC

Neinvazivní krevní tlak (NIBP)
Saturace Hb kyslíkem (SpO_2)
Elektrokardiogram (EKG)
Kardioitokografie (FHR)
Prekordiální fonendoskop

Výhody a nevýhody jednotlivých neuroaxiálních blokád při SC

1. Subarachnoidální (spinální) anestezie
Procento podílu subarachnoidální anestezie v rámci NAB k SC ve světě i u nás kolísá a pohybuje se mezi 30 – 40 %. Technika punkce je popsána v předchozí části. Nutnou podmínkou úspěšné subarachnoidální anestezie je dosažení senzorické blokády do výše míšního segmentu Th_{4-6}. Blokáda nedosahující tohoto segmentu bude pravděpodobně nevyhovující, blok hrubě přesahující tuto hranici vyvolá vysokou nebo totální spinální anestezii (viz komplikace). Lokální anestetika pro subarachnoidální anestezii se používají jak v isobarických, tak hyperbarických roztocích. Délka efektivní blokády se pohybuje od 1 do 2 hodin a závisí na typu použitého lokálního anestetika. Kvalitu bloku lze zlepšit přidáním lipofilního opioidu k LA (fentanyl, sufentanil). Lipofilní opioidy nejsou k této aplikaci registrovány, ale jsou v řadě zemí hojně užívány.
Mezi výhody spinální anestezie bezesporu patří rychlý nástup účinku. Lze ji tedy použít i při akutním císařském řezu s nutností zahájení výkonu do 3 - 5 minut. Dalšími přednostmi je nízké procento selhání bloku, dobrá svalová relaxace v anestezovaných segmentech a minimální toxicita pro matku i plod[12].
Nevýhodou subarachnoidálního bloku je při rychlém nástupu možná oběhová instabilita s možností rozvoje systémové hypotenze. Další nevýhodou je také technicky obtížnější provedení při nutnosti použití velmi tenkých jehel (G 27-29).
Kvalitní pooperační analgezii lze dosáhnout přidáním hydrofilního opioidu do anestetické směsi. Takto je lege artis používán pouze purifikovaný morfin, který v dávce 0,1 - 0,2 mg zajistí dostatečnou pooperační analgezii v trvání 12 - 24 hodin při minimálním výskytu nežádoucích účinků. Pooperační analgezie může být samozřejmě také vedena nebo doplněna systémovým podáním analgetik. Subarachnoidálně zavedený katétr není k pooperační analgezii rutinně v ČR využíván.
Používané látky a dávky při subarachnoidální anestezii jsou uvedeny v tabulce 1.

2. Epidurální anestezie
Podíl epidurální anestezie v rámci neuroaxiálních blokád u SC je v zásadě stejný jako u subarachnoidálního bloku a pohybuje se mezi 30-60 %. Zpravidla je epidurální anestezie používána jako kontinuální technika s katétrem. Rozsah a intenzitu blokády určuje objem a koncentrace lokálního anestetika, neuplatňuje se zde vliv jeho baricity.
Mezi nesporné výhody tohoto typu anestezie patří relativně snadné provedení, možnost plynulého přechodu z porodní epidurální analgezie do epidurální anestezie a do kvalitní kontinuální pooperační analgezie. Důležitou předností je rovněž možnost frakcionovaného podání anestetické směsi a tím postupného dosažení optimální výše bloku (Th_{4-6}) za dobré oběhové stability (např. u rodiček s kardiovaskulárním nemocněním, s preeklampsií). Výhodný pro rodičku může být i nízký stupeň motorického bloku (např. při plicních nebo neuromuskulárních onemocněních).
Nevýhodou je nutnost použití větších dávek lokálního anestetika s nebezpečím jeho nechtěné aplikace do jiného, než epidurálního prostoru (intravenózně, subarachnoidálně) a nebezpečí rozvoje s tím spojených komplikací (toxická reakce při nesprávně aplikované dávce lokálního anestetika intravazálně, totální spinální anestezie při nesprávném podání epidurální dávky lokálního anestetika intratekálně - viz kapitola komplikace). Jako preventivní opatření proti popsaným komplikacím bývá tradičně uváděno podání testovací dávky a frakcionovaný způsob aplikace směsi. Další nevýhodou epidurální anestezie v případě akutního SC je relativně dlouhá latence nástupu bloku (7 až 20 minut) podle typu použitého anestetika. Častěji se vyskytuje selhání techniky při ne zcela vyhovující anestezii. Relaxace břišní stěny je méně kvalitní než u subarachnoidální anestezie[12].
V pooperační analgezii je nejčastěji užívána již zmíněná katétrová technika. Aplikace analgetické směsi lokálního anestetika a opioidu (případně s některým dalším analgetickým adjuvanciem - např. klonidinem) do epidurálního katétru může být prováděna bolusově nebo kontinuálně. Režim PCEA (Pacient controlled epidural analgesia) umožňuje okamžité podání analgetika i bez přítomnosti zdravotnického personálu, nezvyšuje spotřebu analgetik a zlepšuje pooperační komfort pacientky. Nedostatečnou epidurální analgezii lze doplnit tradiční systémovou analgezií.
Používané látky a jejich dávky při epidurální anestezii jsou součástí tabulky 1.

3. Kombinovaná subarachnoidální/epidurální anestezie (CSE)
Tato kombinovaná technika je v porodnictví užívána od 90. let minulého století. K provedení je dnes nejčastěji používána technika jehly skrz jehlu (needle-trough-needle). Cílem je využití výhod obou předchozích technik NAB. CSE využívá výhod subarachnoidální blokády, tzn. rychlý nástup anestezie, její dobrou kvalitu a spolehlivost. Z předností epidurální blo-

kády využívá možnost katétrem lépe řídit délku a rozsah anestezie a plynule přejít k pooperační analgezii.
Klasický způsob, při kterém byla anestezie vedena celou spinální dávkou doplněnou o redukovanou dávku epidurální, byl pro častý výskyt hypotenze nahrazen tzv. sekvenční technikou. Ta spočívá v prvotní aplikaci menší dávky lokálního anestetika do subarachnoidálního prostoru a po jeho částečné fixaci (cca po 15 minutách) je anestezie doplněna redukovanou dávkou lokálního anestetika do epidurálního prostoru tak, aby výše senzorické blokády dosahovala k Th_{4-6}. Výhodou takto prováděné CSE je větší oběhová stabilita.
Nižší celkové dávky lokálních anestetik u CSE proti epidurálnímu dávkování snižují nebezpečí systémové toxické reakce u matky při arteficiální intravenózní aplikaci. Vyšší spokojenost rodičky s CSE ve srovnání s epidurální anestezií je v literatuře také uváděnou výhodou.
Nevýhodou CSE je bezesporu technická náročnost metody, možnost selhání bloku při malpozici spinální jehly, možnost prosáknutí LA subarachnoidálně z epidurálního prostoru a v neposlední řadě i ekonomická náročnost postupu.
Vedení pooperační analgezie za použití epidurálního katétru je obdobné jako po čisté epidurální anestezii.

Komplikace a nežádoucí účinky neuroaxiální anestezie při SC
Časné komplikace:
Systémová hypotenze
Vzniká v důsledku sympatické blokády. Po neuroaxiálním podání anestetika může dojít k poklesu krevního tlaku (rychleji u subarachnoidální než u epidurální anestezie), ke snížení uteroplacentární perfuze a k rozvoji nebo zhoršení tísně plodu. Prevencí je již zmiňovaná prehydratace, poloha rodičky na levém boku k vyloučení supinního syndromu, vhodné dávkování anestetické směsi a včasná aplikace vasopresoru (efedrin, fenylefrin).
Totální spinální anestezie
Je komplikace, která vzniká následkem neadekvátní dávky lokálního anestetika do likvoru. Nejčastěji jde o podání části nebo celé epidurální dávky do subarchnoidálního prostoru. Následkem rostrálního šíření LA v moku je pak selhání oběhu, útlum dechu a bezvědomí. Prevencí je aplikace testovací dávky u epidurální anestezie, tzn. takové dávky, která není schopna totální anestezii vyvolat. Obecně platí bezpečnostní pravidlo, že každou dávku podanou rodičce do epidurálního prostoru musíme považovat za „testovací". Terapií je okamžité zajištění dýchacích cest, doplnění intravazálního objemu tekutin, užití vasopresorů a v případě nutnosti okamžité zahájení kardiopulmonální resuscitace.
Výsoká spinální/epidurální anestezie
Vzniká také aplikací neadekvátní dávky LA do subarachnoidálního/epidurálního prostoru. Blokáda zasahuje míšní krční segmenty. Má stejné, ale zpravidla pomaleji se rozvíjející příznaky a vědomí bývá zachováno. Prevence a léčba jsou shodné.
Nausea a zvracení
Při nástupu bloku jsou prvním příznakem hypotenze. Nepodáváme tedy antiemetika, ale léčíme vyvolávající příčinu (hypotenzi). V průběhu operace může k nausee nebo zvracení dojít i drážděním z operační rány (tah za radix mesenteria či peritoneum) nebo emetogenním působením farmak (opioid, uterotonika). Léčba je symptomatická.
Svalový třes
Relativně častý vedlejší účinek neuroaxiálně aplikovaného LA je svalový třes. Jeho výskyt snižují neuroaxiálně podané opioidy a intravenózně podané ohřáté infuzní roztoky.
Nedostatečná anestezie
Z různých příčin (nesprávná poloha jehly a katétru, srůsty, anxiózní nespolupracující rodička) může být někdy neuroaxiální anestezie nevyhovující. U spinálního bloku je nevyhovující anestezie udávána v 2,7 %, ale pouze u 1,2 % je nutný přechod do celkové anestezie. Nevyhovující epidurální anestezie se vyskytuje v 7,1 % a u 4,3 % anestetických epidurálních bloků je nutná celková anestezie[13]/.
Toxická reakce na LA
K celkové toxické reakci (s neurologickou nebo i oběhovou symtomatologií) může dojít rychlým vstřebáním LA z epidurálního prostoru nebo častěji aplikací dávky lokálního anestetika, určené k epidurální anestezii, intravasálně. Pro velmi nízké dávkování lokálního anestetika je prakticky vyloučena u subarachnoidální anestezie. Prevencí je adekvátní provedení epidurální techniky znecitlivění. Negativní aspirace před aplikací s jistotou nevyloučí intravasální aplikaci. Ani užití úvodní testovací dávky s příměsí adrenalinu, který má vyvolat tachykardii při intravenózním podání, není všeobecně přijato pro nízkou specificitu testu. Každou aplikovanou dávku je proto vhodné podávat frakcionovaně a považovat ji za „testovací".
Alergické reakce
Na dnes převážně užívaná amidová lokální anestetika jsou alergické reakce relativně vzácné a léčba se neliší od obvyklé praxe[12]/.

Dokončení v příštím čísle FI

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

Farmakoterapeutické informace jsou vydávány Státním ústavem pro kontrolu léčiv s podporou Nadace prof. Skarnitzla a distribuovány jako příloha Věstníku SÚKL a časopisu ČLK zdarma nebo na objednávku za uhrazení poštovného (100,- Kč).
Materiál publikovaný ve FI nemůže být používán pro žádnou formu reklamy, prodeje nebo publicity, ani nesmí být reprodukován bez svolení.

Šéfredaktor: MUDr. Marie Alušíková, CSc.
Odborní redaktoři: MUDr. Jana Mladá, MUDr. Martina Kotulková
Výkonný redaktor: RNDr. Blanka Pospíšilová, CSc.
Redakční rada: Doc. MUDr. Š. Alušík, CSc., IPVZ; PharmDr. M. Beneš, SÚKL; Doc. MUDr. J. Fanta, DrSc., FNKV; Prof. MUDr. Z. Fendrich, CSc., FaFUK; MUDr. J. Haber, CSc., VFN; RNDr. J. Kramlová, lékárna FN Motol; MUDr. J. Lyer, Sante; MUDr. B. Seifert, praktický lékař; MUDr. H. Skalická, CSc., soukromý kardiolog; Doc. MUDr. T. Vaněk, CSc., FNKV; MUDr. J. Zicha, DTC, Praha 4; Prof. MUDr. J. Živný, DrSc., VFN.
Poradní sbor: Doc. MUDr. A. Hahn, CSc., FNKV; Doc. MUDr. K. Hynek, CSc., VFN; MUDr. M. Jirásková, CSc., VFN; Doc. MUDr. F. Perlík, CSc., VFN; Doc. MUDr. E. Růžičková, CSc., VFN; Prof. MUDr. J. Švihovec, DrSc., 2. LF UK; Doc. MUDr. P. Vavřík, CSc., VFN; MUDr. V. Vomáčka, FTN.

Náklad 52.000 výtisků
Korespondenci zasílejte na adresu: Redakce FI, Státní ústav pro kontrolu léčiv, Šrobárova 48, 100 41 Praha 10
Na internetu naleznete FI na domovské stránce SÚKL (www.sukl.cz).
ISSN 1211 - 0647
MK ČR E 7101

Ministr žádá delší pracovní dobu pro lékaře

Svérázné řešení nedostatku lékařů a finančních prostředků

Ministerstvo zdravotnictví navrhuje doplnit zákoník práce o ustanovení zmocňující vládu, aby mohla svým nařízením upravit pracovní dobu lékařů a ostatních zdravotnických pracovníků odchylně od pravidel platných pro ostatní zaměstnance v České republice.

Ministerstvo zdravotnictví ČR navrhuje v § 100 zákoníku práce doplnit další odstavec tohoto znění:

(3) Vláda stanoví nařízením odchylky úpravy pracovní doby a doby odpočinku zaměstnanců ve zdravotnictví, jimiž jsou

a) lékaři, zubní lékaři a farmaceuti,

b) zdravotničtí pracovníci nelékařských zdravotnických povolání,

při tom blíže vymezí okruh zaměstnanců uvedených v písmenu a) a b), upraví postup a podmínky pro možnost určit, se souhlasem zaměstnance, rozsah týdenní pracovní doby až do výše 56 hodin (včetně práce přesčas), upraví postup a další povinnosti zaměstnavatele a zaměstnanců při úpravě pracovní doby a doby odpočinku. V případě odchylek podle věty první při nerovnoměrném rozvržení pracovní doby nesmí délka směny zaměstnance pracujícího v noci přesáhnout 12 hodin. V případě odchylek podle věty první při nepřetržitém odpočinku v týdnu bude doba nepřetržitého odpočinku v týdnu činit 24 hodin s tím, že zaměstnancům bude poskytnut nepřetržitý odpočinek v týdnu tak, aby za období 3 týdnů činila délka tohoto odpočinku alespoň 105 hodin.

Z dostupných dokumentů vyplývá, a pan **ministr Julínek** to i potvrdil 11. 10. 2007 na plenární schůzi Rady hospodářské a sociální dohody, že **si představuje, aby se souhlasem zaměstnance bylo možno prodloužit jeho základní týdenní pracovní dobu ze 40 hodin, které platí pro ostatní zaměstnance v ČR, na 48 hodin týdně.** Takto lišácky by se ministr chtěl vyrovnat s tím, že směrnice EU limitují množství přesčasové práce na v průměru 8 hodin týdně. Přesčasy zkrátka nebudou, neboť lékařům vláda prodlouží základní pracovní dobu.

Slibovaní lékaři z Rumunska a Bulharska jaksi nepřišli, a tak by ministr chtěl nedostatek lékařů vyřešit tím, že by ti stávající pracovali déle a ještě by přišli o příplatky za přesčasovou práci. Ostatně pan ministr ve svém zdůvodnění mimo jiné upřímně argumentoval ve prospěch svého návrhu tím, že zdravotnická zařízení nemají peníze, aby mohla platit lékaře v souladu se stávajícím zákoníkem práce. Druhá část zdůvodnění, že návrh údajně umožní lépe odměnit výkonnější pracovníky, tedy nezní příliš věrohodně. Ostatně není žádným překvapením, že představitelé zaměstnavatelů s návrhem souhlasí.

Návrh krásně koresponduje s tím, že ministerstvo zdravotnictví odmítá plnit svoji povinnost vyplývající z § 12a zákona č. 20/19966 Sb. v platném znění, tedy že odmítá vydat a ve spolupráci s ČLK připravit vyhlášku o minimálním personálním vybavení zdravotnických zařízení, jejíž dodržování by opět spolu s ČLK kontrolovalo. Ostatně není právě toto důvodem snah o likvidaci ČLK? Česká lékařská komora by jako na státní moci nezávislý garant kvality lékařské péče jistě netolerovala to, že v řadě zdravotnických zařízení (zejména v nemocnicích) zajišťuje péči o pacienty nedostatečný počet lékařů, kterým v některých případech chybí i potřebná kvalifikace.

Pozice České lékařské komory, která se opírá o stanoviska mezinárodních lékařských asociací, je jednoznačná:

Omezení maximálního množství přesčasové práce lékařů, které je v současném zákoníku práce v souladu se směrnicemi EU, představuje primárně ochranu pacientů. Přetěžování lékařů v nemocnicích nadměrnou přesčasovou prací je závažný problém, neboť unavený lékař představuje potencionální ohrožení pro své pacienty.

Milan Kubek

Sledujte aktuální informace na www.clkcr.cz

Něco o čísle 48

Když se psal rok 1948, davy šílely, nadšení bylo více než převeliké. V předvečer budování blahobytu a mistrně zvládnuté propagandy nikdo nepochyboval, že ráj na zemi se opravdu blíží mílovými kroky. Je pravda, že v té době měla tato země celkem dobře našlápnuto, kdyby… Ti nahoře se smáli, ti více přemýšliví tušili, že se chystá velká státní loupež. Netrvalo dlouho, přemýšliví začali být na obtíž a inteligence se stala nepřítelem státu číslo jedna. Byla možnost držet krok či skončit v táborech PTP či ještě hůře. Mimo jiné byla v této budovatelské době zrušena i lékařská komora.

48 hodin se jmenuje i jeden ze sledovaných televizních seriálů, patřící do skupiny pořadů kvalitně vymývající mozky zejména té mladší generace. Je pravda, že v této svobodné době může každý televizi na rozdíl od jiných životních situací vypnout, hůře se to však vysvětluje -náctiletým. Vkusně zasunuté reklamy dělají své a davy šílí. Jmenuje se to dobře zvládnutý marketing starého známého rčení – dej chléb a hry.

Nyní se nacházíme v předvečer projednávání technické novely zákoníku práce. Tato novela by měla vejít v platnost 1. 1. 2008.

Jednou z technických novinek, kterou navrhuje Ministerstvo zdravotnictví ČR, je 48hodinový pracovní týden pro zdravotnické pracovníky (v EU je maximálně 40 hodin). Pokud si člověk přečte důvodovou zprávu k této drobné technické novelizaci, dozví se, že v této zemi je nedostatek lékařů, že již nemá kdo jezdit s rychlou záchranou službou, že všechna zdravotnická zařízení vysoko překračují hodiny možné přesčasové práce, že je málo finančních prostředků na zaplacení, zejména lékařů.

Člověk, který občas přemýšlí a pamatuje si, se nevyhne otázce, kde že ti doktoři jsou. Nedávno se tvrdilo, že nás je přebytek, dokonce to bylo slyšet i z úst jednoho z nejslavnějších světových ekonomů, který také jedním dechem dodával, že všechno se řídí jen a jen rukou trhu a pravidly nabídky a poptávky. V jarních měsících jsme slýchali z úst představitelů ministerstva zdravotnictví a v tisku určeném pro široké masy se dočítali, že v tomto českomoravském údolí nic nehrozí, nic se neděje, lékařů je stále nadbytek, a kdyby náhodou, tak přijdou posily z Rumunska, Bul-

harska, na zelené karty ještě ze zbytku světa. Málokdo si položil otázku, proč nepřijdou třeba z Německa, Francie, Velké Británie, USA. Pro informaci ani z Rumunska ani z Bulharska nepřišel vůbec nikdo.

Rokem 2007, kdy začal platit nový zákoník práce, který v oblasti pracovní doby byl harmonizační s normami platícími pro celou Evropskou unii, nastalo období, kdy zejména ve zdravotnictví se hned po česku začaly vymýšlet různé možnosti, jak novou, ještě teplou legislativu naplnit a obejít. Tyto aktivity znají všichni kolegové z lůžkových zařízení bez rozdílu formy vlastnictví. Všude nakonec došlo k dohodám více či méně krkolomným, a to ze dvou důvodů. Do pololetí, nyní ani do konce roku nespatřil a nespatří světlo světa návrh, jak jinak řešit péči o hospitalizované pacienty a o pacienty vyhledávající ošetření v odpoledních či nočních hodinách v této zemi (do kategorie vyhledávající ošetření jsem zahrnul i občany, u kterých opravdu dojde k náhlé změně zdravotního stavu s nutností lékařského ošetření). Za druhé varianta, že by lékaři pobyt v práci vykonávali zdarma, byla ve většině zdravotnických podniků odmítnuta. Pro ministerstvo se vynořil problém.

„Jistě, pane ministře“– to je seriál opravdu k zasmání. S tím rozdílem, že je pln skvělého anglického humoru, u kterého se opravdu zasmějete. To, jak navrhuje řešit problémy lůžkových zařízení stávající ministr zdravotnictví, moc k smíchu není. Doktorů je málo (to je novinka), zdravotnická zařízení mají málo peněz (ve zdravotnictví je málo peněz, ale někteří se na něm živí dobře i přesto), je příliš mnoho přesčasové práce (to víme všichni, kdo pracujeme v lůžkových zařízeních již několik let).

Tak se zrodila myšlenka a v rámci technické novelizace se nabízí řešení, jak všechny problémy zvládnout. Tržně prodloužíme doktorům pracovní dobu v týdnu na 48 hodin. Je to akční, z Evropy sice tímto odcházíme do Kazachstánu (nechci v žádném případě tuto zemi urazit). Připomíná to rok 1948, stanou se z nás budovatelé a nemocnice mohou připomínat tábory PTP (v tom lepším případě). Při procentuálně snížených výdajích na zdravotnictví zachováme zisky potřebným (kamarádům?) a zdravotní péči čtenářům pokleslých deníků nějak na chvíli zachováme.

Ano, pane ministře, bravo, řekl by seriálový poradce. Co na to řekne český lékař, uvidíme.

Martin Sedláček, člen představenstva ČLK

Nihil novum...

Za poslední tři roky neudělali ani politici ani představitelé státní správy – včetně těch, na které jsme spoléhali, neboť pocházeli z našich řad – téměř nic pro osvobození lékařského povolání a pro pozvednutí celého lékařského stavu, nadále sloužíme za nedůstojných podmínek, směšnou odměnu a celá situace došla v posledním roce tak daleko, že si technokraté a úředníci bez lékařského vzdělání osobují určovat, co kdo z nás může a nemůže předepisovat, jaké pacienty může ošetřovat a prostřednictvím finančních omezení dokonce diktovat, jak máme léčit. Tito úředníčci, aniž jsou vázáni přísahou, tak vstupují mezi nás a nemocného, zasahují do pravidel lékařského umění a brání nám svobodně rozhodovat o léčbě ve prospěch pacienta. Pokud jsme nebyli dost důrazní, dokud se jednalo o nás a zajištění našich rodin, nyní nastala chvíle, kdy už nelze otálet, neboť je vážně ohrožena samotná podstata svobodného lékařského povolání. Tím, kdo může a musí tento stav změnit, je Česká lékařská komora. Česká lékařská komora musí s ostatními komorami prosadit takový systém zdravotnictví, v němž bude lékařům zajištěno pokrytí výdajů spojených s léčbou a spravedlivá odměna. Je nepřípustné, aby hodnota naší práce byla nadále devalvována těmi, kdo pouze kupčí s penězi jim svěřenými. V tomto systému bude rozhodovat pouze lékař po dohodě s pacientem. Zde není třeba prostředníka, cizopasícího nebo přiživujícího se na naší práci. Je třeba hájit naše umění a nenechat již nikoho vstupovat do našich kruhů.[1)]

● Řečeno slovy šachisty: na tahu musíme být nyní my. Máme však velmi těžkého soupeře. Nejen veřejnost, která o problémech neví vůbec nic a orientuje se podle předsudků, čtyřicet let přetrvávajících lží a ideologicky podložených frází. Nejen vládu, která vidí řešení především v privatizaci zdravotnického majetku, zatímco pro nás není privatizace cílem, ale jedním z možných prostředků, jak dosáhnout svobody lékařského povolání. Především sami sobě jsme největším soupeřem. Neschopni se shodnout jak v prostředcích, tak v cílech. V honbě za zdánlivým viníkem ztratila se skutečná příčina naší nespokojenosti. Odchod některých osob nic nevyřešil. Setrváváme i nadále v rezavějícím soukolí socialismu, snad ze všeho nejdéle doznívajícím ve zdravotnictví. Nehodláme-li v tomto odepsaném stroji setrvávat, nechceme-li být vidění stále na ocase sociální struktury státu, pak se musíme konečně domluvit mezi sebou. Cesta je společná pro všechny individuality lékařského stavu, máme-li někam dojít. Komoře je zákonem uloženo, aby garantovala mravní a profesionální kvalitu lékařů. Kvalitu nelze zajistit bez vytvoření spravedlivých existenčních podmínek.[2)]

● Současná doba je nelehká a přináší našemu lékařskému stavu i nám osobně nemalé problémy. Chudý stát má chudé zdravotnictví – s tím jsme všichni smířeni, ale proti nám navíc stojí v jednom šiku pod ochrannou záminkou ekonomických problémů armáda úředníků, předpisů, nařízení, nefunkčních a nesmyslných zákonů. Uprostřed měnících se podmínek tržní ekonomiky, pod tlakem inflace a s nereálným vládním slibem „udržení úrovně našeho zdravotnictví na úrovni evropské“ zůstáváme pravděpodobně poslední oblastí ve společnosti, která je nucena chovat se socialisticky. Naše touha vykonávat skutečně svobodné lékařské povolání do dnešního dne nedošla naplnění, lékařský stav je i nadále pauperizován a co je nejhorší, začíná docházet i ke snižování léčebné úrovně z nedostatku prostředků. Výhled do nejbližší budoucnosti nevěští žádný radikální obrat k lepšímu. Že je situace našeho zdravotnictví vážná, to víme všichni. Abychom mohli dosáhnout zlepšení stávající situace, musíme skutečně spojit své síly. Institut povinného členství v komoře, který je tolik diskutovaný a odmítaný, nám dává velikou sílu – ekonomickou i morální. Tato síla se však v důsledku nedostatečné informovanosti a naprosté nejednotnosti doposud zcela vytrácela.[3)]

● Naším prioritním úkolem je prosadit reálnou hodnotu práce lékaře. Pokud se to nepodaří, hrozí komoře vyhasnutí. Lékaři ztratí zájem. Veškerá naše aktivita v tomto směru je však ve vládě vnímána jako prosazování sociálních požadavků (což přísluší

odborům, a ne komoře, povinné ze zákona). Jedině parlament by mohl vládě zabránit degradovat komoru na spolek usilující o lepší příjmy. To, co se nám všem zdá evidentní, není srozumitelné ani vládě, ani parlamentu, ani tisku. Každý slyší jen to, že lékaři chtějí více peněz… Komora, má-li zůstat svá a má-li mít elementární důvěru členů, musí stále a do omrzení opakovat jediný požadavek. Cena lékařovy práce vztažená k průměrné mzdě v zemi musí odpovídat evropským relacím. To není požadavek sociální, to je zásadní předpoklad systémové změny. [4)]

● Průměrné lékařské platy se pohybují na úrovni průměrných celostátních mezd a dosud se nikde nezohledňuje ani lékařova odpovědnost, ani jeho těžce nabývané zkušenosti. Žádný z lékařů nemá jistotu svého zaměstnání, což negativně ovlivňuje jeho klid a pohodu k práci. Ve všeobecné snaze po dosažení lepších ekonomických podmínek se ztrácí mnohem důležitější zájem o zkvalitnění služeb pro nemocné.

Mnoho špatně honorovaných lékařů se obrací na ČLK jako na organizaci vzniklou ze zákona, a vědomi si toho, že ji svými nemalými příspěvky plně financují, čekají od ní a od jejích reprezentantů pomoc a podporu pro své zájmy. Mnozí si totiž za uplynulá léty zvykli na to, že za ně musí rozhodovat nebo bojovat organizace. Boj za práva lékařů není ale jen výhradní náplní práce ČLK a může být úspěšný pouze tehdy, budou-li postupovat jednotně. Tam, kde se rozdělí, nemohou zvítězit! [5)]

● Došlo ke zvláštnímu názorovému sjednocení při odmítání existence komory. Na jedné straně názor oficiální, státní, který hovoří o tom, že je nutno komoře odejmout institut povinného členství a delegované pravomoci, protože je zneužívá při prosazování stavovských zájmů. Na druhé straně hlasy lékařů, členů ČLK, jež volají po jejím zrušení proto, že pro ně a obhajobu jejich zájmů ČLK nic nedělá.

Prvá skupina vidí smysl zrušení komory v tom, že veškerou rozhodovací pravomoc nad výkonem lékařského povolání převezme stát, druhá skupina vidí smysl zrušení komory v tom, že nebude existovat jiný než kontrolní mechanismus nad výkonem lékařského povolání než snad zákony tržní ekonomiky. Je s podivem, že tato principiálnost názorů na existující situaci a principiální rozdílnost cíle, kterého chtějí obě skupiny dosáhnout, nikoho nezarážejí. Jedním z možných výkladů je možnost, že komora jí svěřenou činnost dělá dobře, a proto nemůže získat přízeň u všech a na „obou březích“. [6)]

● Diskuse o ČLK by se měla přesunout na stránky časopisu ČLK, protože jde o ryze stavovskou problematiku, se kterou by všichni její členové měli být seznamováni. Teprve závěry z této naší „vnitrokomorové“ diskuse by měly být publikovány v ostatních sdělovacích prostředcích. [7)]

● Věříme, že v budoucnu komory nebudeme muset bojovat jako stav sami se sebou a proti sobě, že pochopíme, co pro nás všechny komora znamená a jakou sílu představuje spojené úsilí nás všech. Věříme, že budoucnost ukáže oprávněnost našich názorů a funkce komory a její existence bude ku prospěchu nás všech, našich pacientů a v důsledku toho i ku prospěchu našeho státu. [8)]

Autoři:
1) Jiří Pekárek, prezident České stomatologické komory, 24. 11. 1992
2) Tisková komise ČLK, setkání předsedů OS ČLK, 25. 9. 1993
3) Bohuslav Svoboda, předseda pracovního představenstva permanentního sjezdu ČLK, 24. 11. 1992
4) MUDr. Pavel Macháček, předseda tiskové komise ČLK, říjen 1993
5) MUDr. Miloš Hájek, člen představenstva ČLK, září 1993
6) Za představenstvo ČLK Doc. MUDr. Bohuslav Svoboda, CSc., MUDr. Pavel Macháček, MUDr. Jiří Jedlička, MUDr. Petr Dominik, leden 1994
7) Doc. MUDr. Bohuslav Svoboda, CSc., prezident ČLK, leden 1993
8) Za představenstvo ČLK doc. MUDr. Bohuslav Svoboda, CSc., MUDr. Pavel Macháček, MUDr. Jiří Jedlička, MUDr. Petr Dominik, leden 1994

Poznámka:

V té době byl předsedou vlády Ing. Václav Klaus, ministry zdravotnictví MUDr. Petr Lom a MUDr. Luděk Rubáš a členem představenstva ČLK byl MUDr. Tomáš Julínek

Ze starších čísel časopisu ČLK vybral a sestavil

Jiří Wicherek, 1. 9. 2007

Kniha Rytíři lékařského stavu byla slavnostně pokřtěna

14 portrétů významných českých lékařů

Profesorka Königová, profesoři Fingerland, Gregor, John, Karel, Marek, Mařatka, Niederle, Syllaba, Štejfa, Tošovský, primář Hercz, praktický lékař Macháček, docent Ježek – ti všichni získali prestižní titul „Rytíř lékařského stavu“ nejen za špičkovou práci v oboru a výchovu několika generací studentů, ale i za své občanské postoje v civilním životě.

Knihu autorů Martiny Riebauerové a Karla Pacnera, kterou vydalo Nakladatelství Brána (doporučená cena 269 Kč), pokřtili v pondělí 8. října 2007 ve Faustově domě na Karlově náměstí v Praze poslanec David Rath a prezident České lékařské komory Milan Kubek. Mnozí z rytířů byli slavnostnímu okamžiku přítomni.

www.brana-knihy.cz

Regulace úhrad zdravotní péče a povinnost poskytovat péči lege artis

Soukromý lékař v České republice je ve zcela zvláštním postavení oproti kterémukoliv jinému podnikateli. Poskytnout příslušnou „službu“ (zdravotní péči) je povinen, nárok na plnou úhradu práce, kterou odvedl, nemá. Snaží-li se poskytovat kvalitní zdravotní péči a být prozřetelný v diagnostice, má někdy vyšší objem vyžádané péče (laboratoře, zobrazovací metody, apod.), jindy má vyšší preskribci. Za tuto snahu o kvalitu je „zcela legálně“ poškozován tím, že za překročené limity je mu snižována úhrada zdravotní péče. Velmi často jsou v této souvislosti kladeny otázky: Je toto legální? Je to v souladu s ústavním pořádkem České republiky a s právy občanů? Nenastal čas, aby se lékaři začali proti této praxi bránit právní cestou?

Jisté regulace jsou obvyklé i jinde, je otázkou, jak je uplatňovat

Častým argumentem je, že neregulovat objem poskytnuté zdravotní péče by znamenalo obrovský nesoulad mezi prostředky veřejného zdravotního pojištění na straně jedné a „bezednými potřebami“ čerpání těchto prostředků na straně druhé, proto jisté limity a regulace v objemu poskytování zdravotní péče být musí a jsou obvyklé i v jiných evropských státech. Konečně i zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění předpokládá, že hodnoty bodu, výši úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění, ***regulační omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění*** se vždy na následující kalendářní rok dohodnou v dohodovacím řízení… Výsledek dohodovacího řízení zveřejněný ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR nebo vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR, která jej v případě nedohody nahrazuje, jsou pak závazné pro zdravotní pojišťovny a zdravotnická zařízení. Regulační omezení objemu poskytované zdravotní péče má tedy svůj právní podklad.

Tato skutečnost však sama o sobě neznamená, že lze citované ustanovení zákona a vyhlášku, nebo výsledek dohodovacího řízení obsahující regulační omezení, vykládat izolovaně, odděleně od jiných právních předpisů.

Listina základních práv a svobod, která je součástí ústavního pořádku České republiky, každému garantuje právo na ochranu zdraví a bezplatnou zdravotní péči na základě veřejného zdravotního pojištění. Zákon o péči o zdraví lidu v § 11 stanoví, že občané mají právo na zdravotní péči na úrovni současných dostupných poznatků lékařské vědy. Podle rámcové smlouvy vydané vyhláškou č. 618/2006 Sb., ze které pak vyplývají ujednání v individuálních smlouvách mezi zdravotnickým zařízením a zdravotní pojišťovnou, zdravotnické zařízení poskytuje hrazenou zdravotní péči lege artis, bez nadbytečných nákladů, vždy však se zřetelem k tomu, aby potřebného diagnostického nebo léčebného efektu bylo dosaženo s ohledem na individuální zdravotní stav pojištěnce. V tomto ustanovení rámcové i individuální smlouvy mezi zdravotnickým zařízením a zdravotní pojišťovnou se odráží jak právo pojištěnců vyplývající z Listiny základních práv a svobod, tak ze zákona o péči o zdraví lidu. Pokud tedy lékař překročí smluvně sjednanou maximální úhradu tím, že poskytne více zdravotní péče pojištěncům, než tato maximální úhrada umožňuje, musela by nepochybně být tato péče stejně uhrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění jinému zdravotnickému zařízení, které by tuto péči poskytlo. Pojištěnec má na poskytnutí této péče prostě právo. Výjimkou, kdy by bylo nutno uznat, že neuhrazení této péče je zcela na místě, by byl případ, kdy bude prokázáno, že se jednalo o péči nadbytečnou, zcela zbytečnou, nebo takovou, kterou bylo možno na potřebné úrovni provést s nižšími náklady. Zdravotní pojišťovny se však zpravidla chovají tak, že netvrdí, že zdravotnické zařízení poskytlo péči nadbytečnou, zbytečnou, nebo s vyššími náklady než bylo nezbytné, ale mechanicky uplatní regulace úhrad s odůvodněním, že to vyplývá z cenového dodatku smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče. Tento cenový dodatek však rozhodně nemá vyšší váhu než smluvní závazek zdravotnického zařízení poskytovat péči lege artis. Zdravotní pojišťovny se přitom chovají tak, jako by závazek k poskytování péče lege artis ve smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče vůbec nebyl. Přitom je třeba přihlédnout k tomu, že právě tento závazek vyplývá z ústavní Listiny základních práv a svobod a z dalších zákonů, zatímco ustanovení o regulaci úhrad vyplývá pouze z výsledků dohodovacího řízení nebo z podzákonného právního předpisu.

Z ryze právního pohledu, oproštěného od ekonomických a dalších aspektů, lze tedy dojít k následujícímu závěru: ***Není-li prokázáno, že zdravotnické zařízení poskytlo péči zbytečně, nebo se zbytečně vyššími náklady, než bylo nezbytné, neměla by zdravotní pojišťovna jen na základě překročení limitu maximální úhrady požadovat vrácení úhrady řádně poskytnuté a uhrazené zdravotní péče, nebo tuto péči neuhradit, protože by jí tím vzniklo bezdůvodné obohacení. Její pojištěnec měl totiž v každém případě právo na poskytnutí náležité zdravotní péče hrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění, které zdravotní pojišťovna je vždy povinna zaplatit. Došlo-li k překročení dohodnuté maximální úhrady, má jistě revizní lékař zdravotní pojišťovny právo zkoumat, zda poskytnutá péče byla provedena skutečně bez nadbytečných nákladů a zda i vyžádaná péče byla účelná, popřípadě zda předepsané léčivé přípravky odpovídaly potřebám zdravotního stavu pojištěnce. Nezkoumat tyto otázky a provést prostě srážku na základě regulačních mechanismů, je postup zatím bohužel obvyklý, ale podle mého názoru z právního hlediska nesprávný.***

Regulace předepisování léčivých přípravků a vyžádané péče

Pokud jde o předepisování léčivých přípravků, měl by lékař být vždy schopen zdůvodnit, proč bylo, s ohledem na zdravotní stav pacienta, potřebné předepsat mu léčivé přípravky, které lékař stanovil. Není-li prokázána neúčelnost nebo nadbytečnost, zdravotnické zařízení by rozhodně nemělo být jakkoli finančně postiženo za předepisování léčivých přípravků, které lékař pacientovi vlastně byl povinen, v souladu se svými profesními povinnostmi, předepsat.

Ještě závažnější je otázka regulace vyžádané zdravotní péče a neproplacení či jiné

sankce za vyžádání této specializované péče, ať jde o laboratorní metody, zobrazovací metody, apod. Pokud například dětský lékař pomýšlí na různé možné diagnózy a příčiny zdravotních potíží svého malého pacienta a z toho důvodu zcela lege artis rozhodne o vyžádání komplementární péče, aby bylo možno vyloučit některé nepříznivé diagnózy nebo stanovit diagnózu správnou, nemůže být za tento odpovědný přístup sankcionován srážkami z úhrady poskytnuté zdravotní péče. Jen tehdy, pokud by z odborného medicínského hlediska bylo možno konstatovat, že vyžádal některá komplementární vyšetření zbytečně, by bylo možno přistoupit k regulaci úhrady. Pokud tomu tak nebylo, je regulace úhrady právně nesprávná, protože lékař naopak svědomitě plnil svou profesní povinnost. Lze si dobře představit a na řadě případů to lze dokumentovat, že pokud by v některém případě lékař příslušné komplementární vyšetření nevyžádal a došlo by k poškození zdraví nebo úmrtí, byl by trestně stíhán. Dojde-li někdy k takovému případu, je zcela kontraproduktivní hájit se tím, že by zdravotnické zařízení bylo finančně znevýhodněno, pokud by vyžádalo vyšší objem komplementární péče o pacienta, než stanovil nějaký limit. Znalce ani soudce by tento argument nesměl vůbec zajímat a zajímalo by je pouze to, zda lékař postupoval s náležitou odborností a v souladu se svými profesními povinnostmi (tedy lege artis) či nikoli.

Regulace objemu zdravotní péče a povinné preventivní prohlídky

Ze zákona o veřejném zdravotním pojištění č. 48/1997 Sb., § 29 vyplývá povinnost, v rámci hrazené péče provádět u pojištěnců preventivní prohlídky. Tyto preventivní prohlídky je zdravotnické zařízení povinno vykonávat u pojištěnců v prvém roce života devětkrát do roka, z toho minimálně šestkrát v prvém půlroce života a z toho minimálně třikrát v prvních třech měsících života, dále v 18 měsících věku, dále ve třech letech a dále vždy jedenkrát za dva roky. V oboru gynekologie se provádí preventivní prohlídka při ukončení povinné školní docházky a dále pak počínaje 15. rokem věku jedenkrát ročně. Lékař je tedy povinen preventivní péči poskytnout v souladu se zákonem a vedle toho ošetřit lege artis všechny nemocné pacienty. Pokud splní tuto svou zákonnou povinnost a tím překročí regulačními opatřeními stanovený objem zdravotní péče, je snížení úhrady a neuhrazení části jeho práce podle mého názoru protiprávní, protože lékař jinak postupovat nemohl – leda by porušil zákon.

Co dělat?

Především by bylo třeba legislativně a smluvně zakotvit, že regulace zdravotní péče se neuplatní tam, kde zdravotnické zařízení prokáže, že bylo nutno potřebnou péči poskytnout a že byla poskytnuta bez zbytečných nákladů a naopak zdravotní pojišťovna neprokáže, že byla poskytnutá péče zbytečná, nebo s nadbytečnými náklady. Tuto „vyviňovací klauzuli“ se díky úsilí prezidenta České lékařské komory podařilo legislativně zakotvit pouze jedenkrát, a to do vyhlášky č. 101/2006 Sb., avšak ani zde nebyla legislativně vyjádřena dostatečně. V dalších vyhláškách o výši úhrad zdravotní péče, včetně regulačních omezení, se již tato „vyviňovací klauzule“ neobjevuje. Ve smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením se objevuje požadavek na péči lege artis bez nadbytečných nákladů, vždy však s přihlédnutím k individuálnímu zdravotnímu stavu pojištěnce na straně jedné, ale v cenových dodatcích k této smlouvě se objevuje regulace úhrad na straně druhé. Jinde pak legislativně ani smluvně tento rozpor řešen není. Zbývají tedy dvě možná řešení. Jedním řešením je dosáhnout toho, aby bylo doplněno do zákona a do příslušných vyhlášek o výši úhrad zdravotní péče, že úhrada péče nebude omezována, pokud bylo nutno potřebnou péči poskytnout s ohledem na zdravotní stav pacienta a nešlo o péči zbytečnou nebo nadbytečnou, popřípadě péči s nadbytečnými náklady.

Druhou cestou je žaloba u soudu, která by mohla skončit až u Ústavního soudu. Výsledek soudního řízení lze těžko předjímat, lze však předpokládat, že soud by neměl opomenout shora uvedenou argumentaci. Za nadějný bych považoval soudní spor, týkající se omezení úhrady vyžádané zdravotní péče tam, kde vyžádání této péče bylo skutečně nezbytné, popřípadě za překročení limitů pro předepisování léčivých přípravků. Za nadějnou bych považoval též žalobu o úhradu péče, kterou bylo nutno poskytnout v souvislosti se zákonnou povinností provádět preventivní prohlídky.

S ohledem na počet soukromých lékařů v České republice není sice v silách právního oddělení České lékařské komory poskytnout bezplatné právní zastoupení každému lékaři, který by se rozhodl vést soudní spor. Na druhé straně právní oddělení ČLK poskytne každému lékaři v takovém sporu potřebnou právní podporu, včetně vzoru případné žaloby. Některé soudní spory o vydání bezdůvodného obohacení, kdy žalobcem je zdravotnické zařízení a žalovanou stranou zdravotní pojišťovna již probíhají, vzor žaloby máme k dispozici. Zdravotnické zařízení musí samozřejmě naprosto přesně, doslova „do haléře“ vyčíslit, jaká částka mu byla neoprávněně sražena, resp. neuhrazena, a tuto skutečnost doložit. Další postup by měl být následující:

1. Uplatnit u zdravotní pojišťovny námitku proti neuhrazení části poskytnuté zdravotní péče s argumenty, které jsou uvedeny v tomto článku.
2. Nebude-li námitce vyhověno, lze vyvolat smírčí jednání; jeho svolání, které v těchto případech může být i nadbytečné a představovat zbytečnou ztrátu času, však není k dalšímu kroku zcela nezbytné. Je třeba pamatovat na dvouletou promlčecí lhůtu v případě, že chceme podat žalobu o vydání bezdůvodného obohacení.
3. Ve lhůtě nejpozději dvou let ode dne, kdy srážka z úhrady zdravotní péče byla uplatněna, podat žalobu u soudu v místě sídla zdravotní pojišťovny (např. v případě Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR u Obvodního soudu pro Prahu 3).

Vzor žaloby tak, jak byla v několika případech podána, má právní oddělení České lékařské komory k dispozici. Její text je samozřejmě třeba upravit podle toho, z jakých důvodů došlo ke srážkám úhrady zdravotní péče, přičemž za nadějné bych považoval zejména žaloby v případech, kdy důvodem neuhrazení zdravotní péče bylo překročení limitů vyžádané péče, překročení limitů předepisování léčivých přípravků, nebo neuhrazení celého objemu poskytnuté zdravotní péče z důvodu provedení zákonných preventivních prohlídek. Avšak ani v ostatních případech nelze eventuální úspěch žaloby nikdy předem vyloučit. Přesto, že nenabízíme přímé právní zastoupení, právní podporu v probíhajícím sporu bychom samozřejmě každému členovi České lékařské komory vždy poskytli. V precedentních případech, které mohou mít vliv na rozhodování soudů v dalších obdobných kauzách, může prezident České lékařské komory rozhodnout, že bude poskytnuto i bezplatné právní zastoupení.

JUDr. Jan Mach, ředitel právního oddělení ČLK

Případ zahraniční pacientky a šesti posudků

Stížnost

ČLK obdržela přes český konzulát ve Velké Británii stížnost britské občanky na pochybení v lékařské diagnóze, resp. nerozpoznání příznaků karcinomu endometria, na kterou se nyní léčí ve Velké Británii. Revizní komise OS ČLK provedla šetření stížnosti, stěžovatelce odeslala zprávu, že se nemůže zabývat úředně neověřeným překladem její stížnosti, a odložila případ do doby obdržení oficiálního překladu. Po obdržení stížnosti v českém jazyce vydala RK OS ČLK následující závěr: „Z předběžného šetření stížnosti vyplývá, že z osobních důvodů nechtěla podstoupit chirurgický zákrok v České republice. Z tohoto důvodu nebyla realizována probatorní kyretáž nabídnutá při návštěvě v ordinaci MUDr. XY (doloženo zápisem ve zdravotní dokumentaci). Proto byla pacientka dále léčena symptomaticky. V případě, že pacientka bude dále trvat na posouzení odborného postupu v léčbě MUDr. XY, může si požádat o vypracování znaleckého posudku v oboru gynekologie a porodnictví. Vzhledem k výše uvedeným skutečnostem doporučuje RK OS ČLK čestné radě stížnost k odložení." Čestná rada OS ČLK rozhodla takto: „Protože stížnost se týká odborného postupu lékaře, navrhujeme revizní komisi, aby si vyžádala odborný lékařský posudek od Vědecké rady ČLK. Domníváme se, že v těchto případech orgány okresního sdružení nejsou zcela kompetentní bez odborného lékařského posudku rozhodovat."

Znalecké posudky

Znalec v oboru gynekologie vypracoval znalecký posudek (dále Posudek I), z něhož cituji:

„1. Krátká rekapitulace průběhu vyšetřování a léčení pacientky v ČR v roce 1999 a posléze v Anglii v roce 2000 (na základě zaslané dokumentace):

Pacientka se dostavila na gynekologické vyšetření do ordinace 10. 9. 1999, poněvadž začala v postmenopauze, trvající 12 let (od r. 1987), 25. 8. 1999 krvácet. Gynekolog MUDr. XY při palpačním vyšetření nenalezl patologické změny na rodidlech, zjistil normální kolposkopický nález na endocervixu a odebral stěry na mikrobiální obraz poševní z pochvy a cytologické vyšetření z endocervixu. Ve zdravotnické dokumentaci gynekolog uvádí, že doporučil pacientce pro stanovení příčiny krvácení probatorní kyretáž děložní dutiny, což pacientka údajně odmítla. Ta však opakovaně tvrdí, že jí uvedený zákrok nabídnut nebyl, pouze prý před zahájením vyšetřování sdělila lékaři, že by chirurgický zákrok, pokud by byl nutný, nepodstoupila v ČR, ale v Anglii.

Při další návštěvě 1. 10. 1999 gynekolog sdělil pacientce, že výsledky odběru z 10. 9. 1999 (MOP a cytologie, která ovšem nemá diagnostickou jistotu pro stanovení možné malignity endometria) jsou negativní, a rozhodl se podávat pacientce hormonální terapii, ve které pokračoval i po její další návštěvě 12. 11. 1999 (celkem pacientka obdržela 2x Folivirin inj. i. m., Kliogest tbl. a lokálně Ovestin supp. vag.). Je diskrepance mezi tvrzením gynekologa, že pacientka již znovu po 25. 8. 1999 nikdy nekrvácela, a tvrzením pacientky, že s výjimkou tří týdnů krvácela celou dobu vyšetřování a léčení v ordinaci. Pacientka navštívila gynekologa ještě jednou před odjezdem do Anglie v prosinci 1999. O této návštěvě však chybí záznam v dodané dokumentaci. Bylo jí prý doporučeno pokračovat v hormonální terapii a současně jí byla prodána jedna ampulka Folivirinu pro aplikaci v Anglii. Pacientka uvádí, že prosincový rozhovor s gynekologem u ní vyvolal obavy o správném postupu léčení. Proto navštívila v ČR ještě jiného gynekologa v jeho soukromé ordinaci pro zjištění jeho názoru na způsob dosavadní terapie. Ten jí sdělil, aby promptně vysadila hormonální terapii, a doporučil vyšetření ultrazvukem a hysteroskopii. Na toto vyšetření se však pacientka před odjezdem z ČR nedostavila. Z různých důvodů, které uvádí ve své stížnosti, absolvovala další gynekologické vyšetření až v březnu 2000 v Anglii. Při tomto vyšetření byl zjištěn karcinom endometria a v dubnu 2000 jí byla provedena rozšířená hysterektomie s následnou aktinoterapií.

2. Z písemné dokumentace, která mi byla zaslána, vyplynulo:

Důvodem gynekologického vyšetření pacientky dne 10. 9. 1999 bylo krvácení v období postmenopauzy, trvající 12 let od roku 1987. Podávat hormonální terapii, aniž byla zjištěna příčina tohoto krvácení, **nepovažuji proto za postup lege artis**. Tuto příčinu mohlo stanovit pouze histologické vyšetření materiálu z dutiny děložní, získaného biopsií. Ultrazvuk a hysteroskopické vyšetření může sice podpořit podezření na případnou malignitu (hysteroskopie může navíc pomoci cílit místo biopsie), ale nemohou stanovit konečnou diagnózu.

Ex post nelze rovněž tvrdit, že uvedená hormonální terapie zhoršila stav onemocnění, jak uvádí ve své stížnosti pacientka, nebo že sama byla příčinou malignizace endometria, ale jednoznačně prodloužila dobu, než byla stanovena konečná diagnóza a zahájena adekvátní terapie (asi o 1/2 roku). Již při první návštěvě 10. 9. 1999 se mělo pacientce sdělit, že biopsie endometria je naprosto nutná před zahájením jakékoliv terapie, a pokud by tento zákrok pacientka přesto odmítla (uvádí však ve své stížnosti, že by po zdůraznění jeho nutnosti jej podstoupila), měla podepsat negativní revers. Pak by odpadly kontroverzní výpovědi obou stran, zda biopsie endometria byla či nebyla pacientce navržena.

Nemohu posoudit, zda důvody uváděné pacientkou byly natolik závažné, že se dostavila na další vyšetření v Anglii až za více než tři měsíce, ale nesetkal jsem se ve své praxi s pacientkou, která by po upozornění na možný maligní charakter onemocnění odmítla okamžité provedení adekvátního vyšetření pro stanovení konečné diagnózy."

ČR OS ČLK na základě závěru posudku shledala návrh RK na odložení nedůvodným a vrátila proto stížnost k novému projednání.

Obviněný lékař si vyžádal posouzení svého postupu u dalších dvou renomovaných odborníků v oboru.

V závěru prvního posudku (Posudek II) se píše: „Ze svrchu uvedeného vyplývá, že pacientka se dostavila v září 1999 do ordinace dr. XY s klimakterickými potížemi a že dr. XY léčil klimakterický syndrom, jehož příznaky po léčbě ustoupily. V té době nekrvácela a palpačně byla zjištěna malá děloha. Pacientka odmítla podstoupit další zákroky, které by určily stav endometria, protože nechtěla platit za zákroky, které pokládala za nadbytečné, v zemi, kde nebyla pojištěna. V prosinci 1999 se dostavila do ordinace jiného gynekologa s krvácením z dělohy. Ten vysadil hormonální léčbu klimakterických potíží a nasadil Norethisteron, aby zastavil krvácení. Doporučil sonografické vyšetření dělohy a hysteroskopii. Tyto zákroky opět pacientka nepodstoupila (protože v ČR nebyla pojištěna). Kdy odjela do Anglie, jsem nezjistil. V Anglii, kde byla pojištěna, diagnostikoval lékař karcinom endometria v březnu 2000 (3 až 4 měsíce od návštěvy druhého gynekologa). Pacientka byla

v dubnu 2000 radikálně operována a ozářena. **Považuji za svobodné rozhodnutí pacientky, že odložila zákroky vedoucí k etiologické diagnóze jejího krvácení a k odpovídající terapii karcinomu endometria**. Klimakterický syndrom zůstává problémem pacientky i po event. vyléčení endometriálního karcinomu."

Z druhého posudku (Posudek III) cituji:

„l. Již při první návštěvě stěžovatelky dne 10. 9. 1999 pro anamnestické slabé zakrvácení, trvající jen několik hodin před 16 dny po 12leté pauze, byla jmenované dle záznamu v ambulantní kartě doporučena probatorní kyretáž, a to lege artis po gynekologickém palpačním a kolposkopickém vyšetření, která byla v normě. Cytologie nabraná týž den a odečtená laboratoří byla také normální a MOP ukazoval atrofie.

2. Navrženou kyretáž pacientka o své vůli odmítá. Bylo to její svobodné rozhodnutí a jak z rozhovoru s dr. XY a se sestrou, přítomnou v té době v ordinaci, vyplynulo, důvod k odmítnutí kyretáže byl finanční. Jmenovaná je pojištěna ve Velké Británii, kam údajně chce odjet v polovině prosince 1999, a v ČR pojištěna není.

V této souvislosti chci zdůraznit diskrepanci v tvrzení stěžovatelky, totiž, že jí dr. XY žádnou operaci nedoporučil. Jednak je tato skutečnost dokumentována v ambulantní kartě, jednak sama sebe popírá v dopise dne 9. 9. 2000, což cituji: „Hned při první návštěvě jsem dr. XY řekla, že nechci podstoupit chirurgický zákrok zde, ale v případě nutnosti ve své vlasti."

Tato věta a záznam v dokumentaci dr. XY z 10. 9. 1999 jasně dokumentují, že se o operaci hovořilo.

3. Další nepravda je následující. V téže stížnosti píše o stále trvajících potížích. Cituji: „Vlastně jsem nekrvácela jen asi tři týdny během celého období od zahájení léčby." Podle dokumentace dr. XY byla léčba zahájena l. 10. 1999, a to pro postklimakterické potíže, pacientka nekrvácela. Třetí a poslední návštěva byla 12. 11. 1999, a znovu je dokumentováno, že nekrvácí a cítí se „báječně". V důvěře, že se pacientka podrobí prob. kyretáži, nasadil dr. XY ke zmírnění vegetativních obtíží minimální hormonální léčbu. Dr. XY dobře ví, že v případě krvácení v postmenopause je kyretáž s histologií nezbytná. Pacient musí spolupracovat a splnit, že absolvuje kyretáž v Anglii.

4. Nerozumím, proč začátkem prosince 1999 pacientka změnila lékaře. Není jasné, zda pro recidivující krvácení, nebo přetrvávající vegetativní obtíže. Nicméně je zřetelné, že ani vyšetření doporučené druhým gynekologem neabsolvovala – šlo o sonografii, která sama nic neřeší, a o hysteroskopii. V případě patologie na endometriu je vždy kyretáž nutná.

Změna lékaře asi souvisí s urážlivým tvrzením pacientky, že z rozhovoru s dr. XY nabyla dojem, že tento lékař ani neví, co je hysterektomie!

5. Pacientka byla ve své vlasti od poloviny prosince 1999 do konce ledna 2000. Gynekologa nenavštívila. To uskutečnila až v dubnu 2000. Kdyby stěžovatelka už v Praze nezměnila gynekologa, byl by se dr. XY dozvěděl o recidivě krvácení a hormony by sám vysadil. Tvrdím to na základě dokumentace v ambulantní kartě, kde je poznámka: „hormony zkouška". Jak by pacientka dále jednala, můžeme jen hádat.

Závěrem se domnívám, že **chybu udělala pacientka, která neuposlechla doporučení dvou lékařů, pracujících nezávisle na sobě**. Ani se mně nechce věřit, že během šesti týdnů strávených v Anglii nemohla lékaře kontaktovat. Sama pro sebe nachází vždy objektivní důvody, pro které to či ono nemohla udělat. Od 12. 11. 1999, kdy byla naposledy u dr. XY, do dubna 2000 uplynulo čtyři a půl měsíce, to je doba, kterou nemůže dávat za vinu lékařům.

Rozhodnutí

Revizní komise OSL ČLK na svém pravidelném zasedání znovu prostudovala veškerou dokumentaci týkající se stížnosti. Zároveň pozvala na zasedání MUDr. XY, který své vyjádření ke stížnosti doložil posudky II a III (viz výše). Ze závěru cituji: „Na základě opětovného šetření stížnosti zůstává stanovisko RK OS ČLK neměnné a doporučuje ČR OS ČLK stížnost k odložení."

Na základě závěru předběžného šetření RK OS ČLK čestná rada rozhodla o odložení věci.

Přezkoumání

Revizní komise ČLK požádala na podkladě námitky stěžovatelky Čestnou radu ČLK o přezkoumání případu. Ta se rozhodla zahájit disciplinární řízení přímo před Čestnou radou ČLK. Byly vypracovány ještě další tři posudky – dalším odborníkem v oboru (Posudek IV), který si nechal vypracovat obviněný lékař („neusuzuji, že by postup ošetřujícího lékaře měl být označen jako postup non lege artis") a oborovou komisí Vědecké rady ČLK pro gynekologii (Posudek V) a onkologii (Posudek VI), o které požádala Čestná rada ČLK. O složitosti jednání pléna Čestné rady svědčí dosti rozsáhlé odůvodnění, v němž zdůvodňuje své rozhodnutí:

„Podle ustanovení § 13 odst. 3 písm. c) Disciplinárního řádu České lékařské komory se MUDr. XY **dopustil disciplinárního provinění tím, že neprovedl správné diagnostické vyšetření** a tím porušil § 2 odst. 1 písm. a) Zákona č. 220/1991 Sb. (členové komor vykonávají své povolání odborně, v souladu s jeho etikou a způsobem stanoveným zákony a řády komor), ale **samotné disciplinární řízení splnilo svůj účel i bez uložení disciplinárního opatření, proto se od uložení disciplinárního opatření upouští**.

Odůvodnění:

V první části se rekapituluje předchozí postup řešení stížnosti, který je popsán výše.

Senát Čestné rady ČLK dne 8. 6. 2002 odročil jednání do doby, než obdrží posudek Vědecké rady ČLK od příslušných komisí gynekologie a onkologie, o které požádala Čestná rada ČLK. Dr. XY a jeho právní zástupkyně se z jednání senátu Čestné rady omluvili. Odborný znalecký posudek (Posudek V) v oboru gynekologie a porodnictví byl vypracován příslušnou komisí. V závěru je uvedeno, že „s Posudkem I souhlasím v celém rozsahu s výjimkou formulace hodnocení postupu dr. XY jako porušení postupu lege artis. Postup dr. XY hodnotím jako **postup nestandardní, který by neměl být doporučován ostatním lékařům k následování.** Nedokonalá forma negativního reversu je nedostatkem, který by měl uvedený lékař ve své praxi odstranit." Tento posudek projednalo plénum Čestné rady na svém jednání a odmítlo, protože nesplňoval náležitosti odborného posudku Vědecké rady ČLK tím, že v závěrečném hodnocení poskytnuté lékařské a zdravotní péče u výše popsaného případu není závěr, zda byl dodržen postup lege artis. 11. 10. 2004 byl předán přepracovaný posudek. Změna v doplnění jedné věty: „postup dr. XY hodnotím jako **postup lege artis**. Ale pokračuje stejně jako v prvním posudku – **vzhledem k nestandardnosti** ..." 12. 7. 2004 byl vypracován odborný posudek oborové komise Vědecké rady ČLK pro klinickou onkologii se závěrem: „s Posudkem I s výjimkou skutečnosti, že postup, tak, jak je zaznamenán v dokumentaci, s ohledem k doporučené kyretáži **nebyl standardní, ale nelze jej považovat za postup non lege artis.**"

Michal Sojka

Výrobci léků dali Julínkovi přes milion

Julínka dál sponzorují farmaceutické firmy

Občanské sdružení Reforma zdravotnictví, ve kterém figuruje ministr Tomáš Julínek, sponzorují farmaceutické firmy. V roce 2006 od nich dostal ministrův spolek jeden a půl milionu korun. Julínek trvá na tom, že o střet zájmů nejde.

Občanské sdružení Tomáše Julínka dál sponzorují farmaceutické firmy. Podle čerstvě zveřejněné výroční zprávy občanského sdružení Reforma zdravotnictví, jehož je Julínek členem, dostal v roce 2006 ministrův spolek od výrobců léků zhruba 1,5 mil. korun.

Ministru Julínkovi a dalším členům sdružení, mezi nimiž je i náměstek pro lékovou politiku Pavel Hroboň, přispělo na prezentaci reformy zdravotnictví devět velkých farmaceutických firem, jako je Pfizer, Roche, Novartis nebo Eli Lilly.

Julínek a jeho komise měla přitom letos na jaře poslední slovo v tom, jaké léky a v jaké výši se budou od dubna hradit ze zdravotního pojištění. Jinými slovy: ministerská komise rozhodovala, jaké zisky budou mít firmy, které daly v roce 2006 Julínkovu sdružení peníze. Komise rozděluje obrovské částky. Podle údajů Státního ústavu pro kontrolu léčiv jen v roce 2006 pojišťovny za léky utratily přes 40 miliard korun.

Zentiva už neplatí

Jednou z mála velkých firem, které loni ministrovi nedaly ani korunu, je česká Zentiva. Ještě v roce 2005 přitom darovala Julínkovu sdružení několik desítek tisíc korun. „Vzhledem k tomu, že reforma byla představena na konci roku 2005, nebyl v roce 2006 ke sponzoringu žádný důvod," vysvětluje mluvčí Zentivy Věra Kudynová.

Zajímavé je, že právě Zentiva byla letos v dubnu (tedy pár měsíců po ukončení sponzoringu) nejvíc ze všech firem nespokojená s tím, že ministerská léková komise snížila úhrady u jejích klíčových léků.

Julínek na svém členství ve sdružení, které bere peníze od výrobců léků, vůbec nic divného nevidí. „Ministr sice podepisuje lékovou vyhlášku, ale rozhodující slovo má v určování úhrad léků léková komise. A ministr do jejího chodu nezasahoval," říká Julínkův mluvčí Tomáš Cikrt.

I kdyby Julínek do komise nezasahoval, pravdou je, že jeho komise přesunula v úhradách pojišťoven od levných ke drahým a účinným lékům přes 1,5 miliardy korun. Tím pomohla zvýšit zisky hlavně velkým zahraničním výrobcům léků, kteří se na dražší a účinnější léky specializují. A právě velké zahraniční firmy tvoří většinu sponzorů Julínkova sdružení.

Lidovci: Měl by toho nechat

Zatímco zelení na Julínkově členství v Reformě zdravotnictví nevidí nic zvláštního, lidovci a opozice ho tvrdě kritizují. „Jestliže se firmy, které mají ekonomické zájmy ve zdravotnictví, podílejí na sponzorování spolku, ve kterém je ministr, je to jasný střet zájmů. Vůbec to nepřispívá k věrohodnosti koalice, která chce bojovat s klientelismem a korupcí," říká zdravotnický expert lidovců Josef Janeček.

Stínový ministr zdravotnictví David Rath je ještě kritičtější. „Ministr zdravotnictví je v lékové politice absolutním monarchou. Tím, že Julínek ve sdružení zůstal i poté, co se stal loni ministrem, se vystavuje obrovskému podezření, že bere úplatky," tvrdí Rath.

Jenže: on sám před třemi lety jako šéf lékařské komory pro svůj Da Vinci klub také přijal peníze od výrobců léků. „V té době jsem ale nebyl politik, který rozhoduje o miliardách pro farmaceutické firmy. Od vstupu do politiky jsem si od výrobců léků i přes několik nabídek nic nevzal. Právě proto, že by to zavánělo korupcí," říká Rath.

Hospodářské noviny, 2. 10. 2007

Rozpusťte „Reformu"

Ministr zdravotnictví má zvláštní dar zamotávat se do potíží, které si sám vytvořil. Rozruch kolem sponzorů jeho sdružení „Reforma zdravotnictví" by totiž šel ukončit snadno: proč už ministr spolek prostě nerozpustí?

Členy „Reformy zdravotnictví" jsou kromě ministra jeho reformní mozky, zejména náměstek Pavel Hroboň (spadají pod něj léky). Výdaje spolku hradí především velké farmaceutické firmy. Sdružení uspořádalo sérii konferencí, z příjmů 2,7 milionu spotřebovalo milion na režii. Ano, směšná suma; zvlášť ve srovnání s 42 miliardami za léky, o nichž ministr rozhoduje.

Po pravdě řečeno je obtížně představitelné, že by si firmy Pfizer, Merck nebo Sanofi za mizerný milion koupily někoho tak inteligentního a dobře vydělávajícího jako pan Hroboň (a že by Julínka dostaly navrch zdarma). „Reforma zdravotnictví" se navíc se sponzory netají, její výroční zprávu si lze přečíst na webu. (O „Da Vinci klubu" stínového ministra Davida Ratha totéž říci nelze; tady nutno jen věřit Rathovu slovu, že mezi jeho sponzory byla jediná farmaceutická firma.)

Jenže: tak jako lékové vyhlášky ministrů za ČSSD byly výhodnější pro Zentivu, kde pracoval syn Milady Emmerové i Rathova družka, dnešní ministerská podpora dražších, účinnějších léků je výhodnější pro zahraniční konkurenty. A ti jako z udělání sponzorují Hroboňovo a Julínkovo sdružení.

K reformě zdravotnictví dnes existuje expertní „Kulatý stůl". Existuje důvod, proč ministr dál udržuje své vlastní sdružení? Tedy – krom toho milionu na režii?

Tomáš Němeček

Hospodářské noviny, 2. 10. 2007

Rakouští lékaři chtějí stávkovat

Rakouská lékařská komora ve Vídni překvapivě rozhodla přece jen uskutečnit stávku, která byla vyhlášena na 8. listopad, ale která se po úterním jednání s ministryní zdravotnictví Andreou Kdolskyovou zdála být zažehnána.

Prezident komory Walter Dorner po jednání s ministryní oznámil, že doporučí odložení stávky, protože dosažené dohody ho uspokojily. Podle tisku Kdolskyová ve většině bodů požadavkům lékařů ustoupila a navíc bylo dohodnuto, že obě strany budou dále o sporných bodech jednat ve společné pracovní skupině.

Vedení komory však po dlouhém jednání nakonec nečekaně dospělo k závěru, že zatím dosažené závěry jsou nedostatečné a že stávka se uskuteční v původně zamýšlené formě, tedy že zůstanou uzavřeny ordinace samostatných lékařů a v nemocnicích se budou konat protestní shromáždění. Zajištěna bude pouze pohotovostní služba.

Nespokojenost lékařů vyvolal zejména projekt ministerstva, na jehož základě by měla být v Rakousku vytvářena ambulantní zdravotní střediska. Ta by měla umožnit pacientům získávat ošetření různých specialistů v jednom místě, lékařům se však představa omezení samostatných praxí na úkor středisek nelíbí, přestože jim teoreticky nabízí lepší organizování služeb. I dnešní usnesení konstatuje, že záměr je nadále poznamenán „duchem zestátnění zdravotnictví a nebyl dostatečně vyjasněn".

Předmětem sporů však jsou i navrhované změny ve způsobu financování, v systému udělování licencí pro soukromé praxe a jejich řízení a ve vztazích mezi komorou a pojišťovnami.

Odměňování lékařů, jejich pracovní podmínky a vztahy s pojišťovnami byly v posledních letech důvodem několika stávek lékařů také v České republice nebo Německu.

František Václavík, ČTK, 11. 10. 2007

Julínek bilancoval,
pacientům dá příručku o poplatcích

Na přelomu října a listopadu dostanou občané příručku s podrobnými radami, v jakých případech mají od ledna platit v ordinaci lékaře, za pobyt v nemocnici či pohotovost. Ještě do Vánoc vyjde ***Kniha bezpečí,*** v níž si přečtou, co si mají hlídat v nemocnici, aby nebyli péčí poškozeni. Tímto výčtem shrnul ministr zdravotnictví Tomáš Julínek (ODS), co čeká pacienty v nejbližší době. Spolu se svým týmem dnes bilancoval rok na ministerstvu; do úřadu nastoupil loni 5. září. **Popis úspěchů zabral bez deseti minut dvě hodiny. Neúspěch našel ministr jediný – neprosadil novelu zákoníku práce, která by řešila problémy s přesčasy lékařů.** Nejvíce si ministr cení toho, že prosadil zákon, který umožnil pacientům nahlížet do dokumentace a pořizovat výpisy.

„První rok byl nad očekávání úspěšný," přečetl Julínek titul tiskových podkladů, které se rozdávaly na tiskové konferenci. Vyzdvihl v nich například to, že mu vláda schválila reformní plán s devíti zákony, které mají změnit české zdravotnictví. Za úspěch považuje i to, že odvrátil žaloby na Českou republiku kvůli nesouladu stanovení cen léků s normami EU. Přínos pro občany vidí ministr i v tom, že se změnil očkovací kalendář a děti jsou nově očkovány moderní a bezpečnější hexavakcínou. Zatímco příznivci chválí Julínkovu odvahu prosadit nepopulární poplatky pacientů, jeho kritici mu právě poplatky vyčítají. Pacienty prý jen postrašil a zlepšení péče stejně nedosáhne. Od ledna by lidé měli platit 30 korun za návštěvu lékaře, 60 korun za den v nemocnici a položku na receptu a 90 korun za pohotovost. Julínek poznamenal, že on jako ministr sám je největším kritikem zdravotnictví. *„Netvrdím, že všechno je v pořádku a je potřeba jen více peněz. Je nutno změnit motivaci všech tak, aby se jim kvalitní péče vyplatila,"* shrnul. Ministr zatím nastartoval změnu motivace u pacientů, poplatky prý zavedl ne kvůli dalším penězům pro systém, ale aby lidi odvrátil od zbytečných návštěv ordinací. Zásadní změny chystá také v takzvaném dohodovacím řízení – dosud vyhlašovalo ministerstvo ceny zdravotní péče, pokud se na nich nedohodli lékaři a nemocnice s pojišťovnami. Ceny byly závazné, Julínek to chce změnit tak, aby byly jen doporučené. Pojišťovny by lépe platily kvalitním zařízením a dobrý lékař by si více vydělal. Julínek se zmínil i o změnách ve svém úřadu. Řekl, že když nastoupil, byl stav úřadu tristní a lidé byli demotivovaní. Od jeho nástupu do konce srpna nastoupilo do úřadu 102 nových zaměstnanců a pracovní poměr skončilo 98. *„Naším cílem je otevřený, přátelský a výkonný úřad,"* shrnul ministr.

Naďa Myslivcová, ČTK, 26. září 2007

Jak mě vyhodili ze SAS

Jsem ambulantní ORL lékař v Prostějově. Před rokem schválili představitelé SAS pro VZP něco srovnatelného pouze s Mnichovskou dohodou. 103 % loňské úhrady od VZP a regulace natvrdo – tedy pokuty za práci, vyšetření a preskribci – by nemohl schválit žádný skutečný vůdce zastupující své ovečky.

Otázka zní: co je to SAS? Na čí popud bylo ustanoveno? Qui bono? Koho ti lidé zastupují? Jak mohou rozhodovat o úhradě pro někoho, kdo je nepověřil, kdo není členem?

Vyvolal jsem smírčí řízení ohledně úhrad za polovinu roku 2006 s VZP. Ředitelka trvala na tom, aby byl přítomen zástupce SAS, což jsem radikálně odmítl. Samozřejmě jsme se nedohodli.

Podal jsem si tedy přihlášku a zaplatil členský příspěvek do SAS. Už na první schůzi jsem byl zděšen. Vystoupení zástupce VZP a ZP MV mi připomnělo někdejší odborářské konference, ještě že nepadlo, jaké socialistické závazky si dáme. Ozval jsem se proti tomu a napsal, že pověřuji vedení, aby mě zastupovalo pouze v rámci vyhlášky 493/2005, novele úhradové 138/1997 Sb., tedy 460 Kč za hodinu, platné pro všechny lékaře v republice. A že pokud se tak nestane, budu se s tímto programem ucházet ve volbách do orgánů SAS. – A vyrazili mě! Předseda SAS Dr. Tautermann mi poslal dopis s vrácenou přihláškou a s tím, že můj členský příspěvek zašle na můj účet, a zdůvodnil to tím, že jsem nedostatečně vysvětlil svůj názor na další směřování SAS.

Vážení členové SAS, kdo z vás musel po podání přihlášky posílat SAS svou vizi programu? Můj právní zástupce mi radí zažalovat SAS, jelikož představenstvo postupovalo v rozporu se stanovami. Já vám doporučuji, nedůvěřujte SAS, vystupte a zastupujte se individuálně, ještě lépe jako občanská regionální sdružení. Nový návrh VZP pro AS, tedy za rok 2007 nebo 2008 vykázané body násobeny poměrem pacientů 2008/2007 násobeno 0,95 Kč, je vypracovaný matematiky VZP a jeho podepsání bude znamenat likvidaci ambulancí, kde se nedá vydělat na specializovaných vyšetřeních, kde kupodivu VZP stanovila úhrady v průměru 120 % oproti roku 2005.

Vezměme si, vážení ambulantní specialisté, příklad z praktiků: třetí stávka vyděsila VZP a tak částečně ustoupila, ale praktici jdou dál a mají pravdu. Svrhněme diktaturu VZP a takzvaných ***zástupců*** – máme poslední možnost. Pokud podepíšeme dojednané dohody, tak zanikneme. Spojme se s praktiky a zástupci LOK – máme stejná práva a požadavky a máme je zakotveny v zákoně. Takové podmínky neměli stávkující lékaři v zemích EU nikde, a vždy dosáhli svých požadavků.

Bohuslav Machaň, ORL ambulance Prostějov

Začíná destrukce zdravotnictví

Stávky nám nepomohou. Nejen prázdná dohadování o cenách, ale činy chceme! Většina z nás ví, že teprve kapitace 55 Kč zastavuje ekonomický propad našeho podniku, za jehož chod jsme odpovědni svým pacientům, své sestře i sami sobě. Většina z nás ví, že pojišťovny na toto navýšení mají, ale odmítají dát. Většina z nás ví, že začíná destrukce primární péče a tím i destrukce celého našeho zdravotnictví.

Co z toho pro nás vyplývá? Nepodepisovat smlouvy a dodatky, dokud na nich nebude kapitace 55 Kč a zrušeny regulace, které jsou přímým poškozováním klientů pojišťoven.

Poslední dobou je běžnou nemravností pojišťoven uzavírat smlouvy po začátku období. Nebude-li podepsána smlouva před započetím nového období, tedy do konce roku, stáváme se z donucení pojišťoven nesmluvními lékaři. Co to znamená? Že naši pacienti nesmí čerpat peníze na svou zdravotní péči ze zaplaceného zdravotního pojištění. Proto všechny recepty a žádanky na rtg a další odborná vyšetření musíme označit slovy „hradí pacient“. Bez toho se vystavujeme riziku, že předepsané léky a uskutečněná vyšetření zdravotní pojišťovně zaplatíme my, protože nemáme právo je psát na účet pojišťovny.

A kdo se z nás bojí, nemusí zpočátku vybírat za svou práci nic, ale pouze žádat o dobrovolné sponzorské dary nebo naturálie. To není trestné. Máme precedens.

A pak budeme mít na vybranou: buď přijmout kapitaci 55 Kč a smlouvu podepsat, nebo zůstat v režimu pokladenského financování primární péče s vkládáním vratných garančních peněz proplácením zdravotní péče pacientem. A nechat na politicích, aby ty peníze byly skutečně vratné.

A pokud někdo z nás podepíše smlouvu s kapitací na 42 Kč či méně, bude toho litovat, až my ji podepíšeme na 55 Kč, nebo až bude našimi politiky nastolen pokladenský systém, jediný spravedlivý pro pacienty a jejich ošetřující lékaře. Při tomto postupu neporušujeme žádný zákon. Vinu má pojišťovna, která odmítá nabídnout smlouvu na úrovni kapitace 55 Kč, jež teprve umožňuje, abychom nadále nesetrvávali v pozici sociálně-ekonomického polštáře našich obyvatel, který je již dnes zcela zbytečný.

Vážení kolegové, nejednáte za sebe, ale za všechny praktické lékaře. Ve vašich rukou je budoucnost našeho oboru. Hlavu vzhůru! Chceme být také svobodní lidé!

Bohumír Šimek, praktický lékař, Křemže

Eutanázie, nebo zabíjení?

Zabití z milosti (zanechme eufemizmu) je záměrný, cílený akt, není to vedlejší produkt jiného snažení nebo konání, jako například náhodná smrt v rámci nevyhnutelného rizika léčby nebo smrt způsobená nedbalostí pacienta nebo ošetřující osoby.

1. I minimální účast zdravotníků, „pouhé“ vystavení potvrzení o beznadějné prognóze a o nemožnosti dále zmírnit utrpení, bude fakticky znamenat významný podíl na samotném aktu zabití. Trest smrti byl v ČR zrušen, mj. z obavy z nevratnosti justičních omylů. A kdo z nás zcela vyloučí záměnu histologických vzorků nebo jejich chybné odečtení? Nebo výjimečné uzdravení zcela proti očekávání odborníků?
2. Po smrti volají lidé trpící, jedná se o utrpení tělesné, duševní nebo společenské anebo jejich různé kombinace. Žádný odborník nerozhodne s jistotou, který díl utrpení má největší podíl na touze trpícího zemřít (touha po smrti u těžkého pacienta dovede náhle přestat, když laskavá návštěva příbuzných projeví nečekaně zájem. A sdělení špatných vyhlídek samo o sobě dovede pacienta zcela zlomit i pohnout k sebevraždě). Hranice mezi situační rozladou, která může mít různou hloubku a trvání a je kulturálně závislá, a depresí jako duševní nemocí indikovanou k farmakoterapii je neostrá a stále v pohybu.

Myslíme si, že po smrti volají lidé, kteří jsou tak vyřazeni těžkou nemocí nebo vadou z běžného života a jsou tak extrémně závislí, že my sami bychom tak nechtěli nikdy existovat. (To si o nich ale myslíme my, takže by to bylo zabití z vůle okolí.)

3. Pro osoby fyzicky schopné sebevraždy by neměla být možnost zabití z milosti otvírána.

Pacienti sebevraždy neschopni jsou závislí na okolí, a časem okolí poslouchají ve všem. O svobodném rozhodnutí lze v takovém případě mluvit jen formálně.

4. Na vysoce rizikovou nezbytnou léčbu má pacient v současnosti právo, event. s pozitivním reversem. Případné úmrtí pak není záměrem, ale je událostí v rámci nezbytného rizika léčby.

Riziko, že se legální zabití z milosti stane alternativou pro zdravé mezilidské vztahy, že nahradí selhávající zdravotnickou nebo sociální péči, poslouží na odstranění nepohodlných lidí zahnaných společností do kouta, je nepřiměřeně vysoké.

I „pouhá“ posudková činnost lékaře v souvislosti se zabitím z milosti by narušila důvěru veřejnosti ke zdravotníkům jako zastáncům zdraví a života.

Nevidím důvod, proč rozšiřovat současné zákonné možnosti o záměrné zabíjení trpících z tzv. milosti.

Karel Bareš, CSc., člen ČLK v Praze 2

K diskusi o eutanázii

Zabývám se medicínou „teprve“ 55 roků. Léčil jsem nevyléčitelně nemocné i zdravé hypochondry s aversio ad laborem. Přitom jsem si povšiml, že smrt není zlá, ošklivá, nechutná, naopak zlé je umírání bez možnosti pomoci. Rozumní lidé, kteří již naplnili smysl svého života, se na smrt těší.

Proto mě překvapuje, kolik lékařů proti eutanázii protestuje a domnívá se, že nemocní nesmějí rozhodnout o svém životě! Přitom většina dospělých spoluobčanů není zbavena svéprávnosti. Pokud má někdo pochybnosti, nechť rozhodnutí nemocného o eutanázii zdokumentují notáři nebo advokáti. Pozor! EUTANÁZII neztotožňuji se SUICIDIEM. To pášou neodborně jinak tělesně zdraví lidé.

KDE eutanázii realizovat? Kdekoliv ve zdravotnickém zařízení (vždy s protokolem!). Nejlépe v institucích typu Hospic, ONP, DD, penzionech, ev. v bytě nemocného. Vždy způsobem dopředu uváženým a nemocným či příbuznými odsouhlaseným (nevyjadřuji se k eutanázii dětí a dorostu – nejsem pediatr).

Eutanázie nikdy nebude „masovým“ jevem. Tomu se říká genocida, likvidace rasy, války atd. Všichni šarlatáni zabíjející podle Zelenky z H. Brodu heparinem apod. patří bez velkého klábosení na šibenici!

Zdeněk Štěpánek, CSc., České Budějovice

Proti legalizaci eutanázie

Pan poslanec Šťastný říká v Tempus medicorum: ***„V každém případě by muselo jít o žádost samého pacienta, žádost opakovanou, vždy s určitým časovým odstupem, projevenou svobodně... ve stavu příčetnosti... současně by mu musely projevy jeho nemoci přinášet utrpení.“***

Pacient, který má chorobu spojenou se značnými bolestmi, dostává zpravidla silné léky pro tlumení bolesti. Je v takovém utlumeném stavu příčetný? A byl by snad příčetný, kdyby se léky na chvíli vysadily, takže by pak bolesti působily v plné síle? Těžkou chorobu spojenou se silnými bolestmi může mít i dítě. Dítě není v žádném případě svéprávné.

Ono „svobodné rozhodnutí“ může být de facto nesvobodné, učiněno pod tlakem okolí, příbuzných či ošetřujícího personálu. Takový tlak může být i jen jemně naznačen, může zůstat nevysloven.

Mimoděk se vtírá paralela s legalizací umělých potratů. Původně měl být umělý potrat povolován po přezkoumání komisí jen v závažných, individuálních, zvláštního zřetele hodných případech. Postupně se hlediska „liberalizovala“ a již před dlouhou řadou let se vyskytovala i taková praxe, že přišla-li žena do gynekologické ordinace a řekla, že je asi těhotná, dal jí gynekolog automaticky k vyplnění předtisk žádosti o umělý potrat. A vše šlo „jako po másle“ až k tomu hroznému výkonu, to dítě totiž nemá advokáta. Mladistvá žadatelka ani nemusí mít revers podepsaný rodiči, ačkoliv se takový revers vyžaduje i před chirurgickými zákroky mnohem menšími a bezpečnějšími. Takové postoje k umělým potratům podporuje ostatně i „veřejnoprávní“ televize. Výsledkem je populační IMPLOZE. Bude-li se obyvatelstvo skládat stále víc ze starých lidí, bude masová eutanázie nezbytností, protože nebude možno o staré lidi pečovat, ba ani je uživit. Bude se jevit jako nezbytná tím více, čím více budou devalvovány rodinné hodnoty (např. zákon o registrovaném partnerství – opět za přispění veřejnoprávní televize). A kritéria pro legální eutanázii se budou změkčovat, podobně jako se postupně změkčovala v případě umělých potratů.

Nemůžeme však s jistotou vyloučit, že nebudeme jednou sami žádat o eutanázii. Dosud jsme tak kruté a nevyléčitelné bolesti nezažili. Je však otázkou, zda budeme příčetní.

Věra a Ratmír Zoubkovi, Ústí nad Labem

Ad Boris Šťastný

Po přečtení rozhovoru v minulém čísle časopisu Tempus medicorum si dovoluji znovu poslat svou reakci na jiný rozhovor s Borisem Šťastným, který vyšel v Lidových novinách:

Děkuji paní redaktorce Kalenské z Lidových novin za perfektní rozhovor s Borisem Šťastným ***Láska je mnohdy všemocná čarodějka.*** Dokonale mne seznámila s osobností pana poslance, s jeho intelektuální úrovní, vzděláním, filozofií. Považuje-li osm let (z toho šest let studoval) za dlouhotrvající pobyt v lékařském prostředí a na základě tohoto dlouhodobého působení chce navrhovat společnosti zákony, které jsou důležité pro životní styl, tak mne jímá hrůza. Myslím, že by bylo dobré ještě si doplnit odborné vzdělání i profesionální zkušenosti. A také se seznámit s pracemi jiných, světových i našich autorů. Snad pak bude ještě čas napravit své chyby.

Jiří Pospíšil, CSc.

Vzdělávací kurzy

České lékařské komory

Přehled 2007/2008

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

Podrobné informace, týkající se organizace a průběhu kurzu, obdrží přihlášení účastníci 10 dnů před zahájením kurzu. Věnujte prosím pozornost zasílaným informacím, neboť místo konání kurzu může být změněno.

Poplatky za účast na doškolovacích kurzech České lékařské komory

Cena doškolovacích kurzů ČLK, pokud není uvedeno jinak:
- pro lékaře příslušných specializací při přihlášení a platbě předem 650 Kč
- pro lékaře příslušných specializací při přihlášení a platbě na místě 720 Kč
- pro nečleny České lékařské komory 1190 Kč

Součástí poplatku za kurz je studené občerstvení, káva a minerální voda. Začátek víkendových kurzů je v 8,30 hodin.

Každý doškolovací kurz České lékařské komory je ohodnocen certifikátem v souladu se systémem kontinuálního vzdělávání lékařů.

V případě jakýchkoli dotazů nás kontaktujte na telefonních číslech **257 217 226** (linka 22, 24) nebo **603 252 483**

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

28/07 Kurz – Chirurgie
Datum konání: 27. 10. 2007
Místo konání: Praha, Klub ČLK,
Lékařská 2, Praha 5
Koordinátor kurzu: MUDr. Vít Jakoubek, ÚPMD, Praha 4-Podolí

As. MUDr. Svatopluk Smutný
- Některé aspekty soudobé tyreoideální chirurgie

As. MUDr. Ronald Pospíšil
- Aktuality v hrudní chirurgii

Prim. MUDr. Karel Harvánek, MUDr. Dušek
- Chirurgie třísel a chlapeckého genitálu

MUDr. Kletenský
- Plastická chirurgie

40/07 Seminář – Komunikačně náročné situace mezi lékařem a pacientem a jejich zvládání
Datum konání: 27. 10. 2007
Místo konání: Olomouc
Neurologická klinika LF UP, I. P. Pavlova 6
Účastnický poplatek 500 Kč.
Hodnocení: 6 kreditů.
Koordinátor kurzu: PhDr. Erika Gerlová

PhDr. Erika Gerlová, Mgr. Tatiana Krulová
- příčiny poruch v komunikaci mezi lékařem a pacientem
- principy efektivní komunikace
- komunikace pod vlivem emocí
- jednání s agresivním jedincem
- sdělování nepříjemných zpráv v lékařské praxi
- nároky na komunikaci pramenící ze současných změn v pojetí lékařské role

29/07 Kurz – Novinky v moderní psychiatrické péči
Datum konání: úterý 30. 10. 2007 od 9 hodin
Místo konání: Psychiatrická klinika 1. LF UK,
Ke Karlovu 11, Praha 2, velká posluchárna
Koordinátor kurzu: MUDr. Ladislav Procházka, předseda oborové komise pro psychiatrii VR ČLK

Prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc.
- Afektivní poruchy (novinky v léčbě)

As. MUDr. Pavel Doubek, Ph.D.
- Schizofrenní poruchy (novinky v léčbě)

Doc. MUDr. Roman Jirák, CSc.
- Demence (možnosti biopsychosociální péče)

Doc. MUDr. Hana Papežová, CSc.
- Somatoformní poruchy (diagnostika a léčba)

Doc. MUDr. Ivo Paclt, CSc.
- Hyperkinetická porucha od dětství do dospělosti (novinky v diagnostice a léčbě hyperkinetické poruchy dětí a dospělých)

Prim. MUDr. Petr Popov
- Substituční léčba u duševních poruch vyvolaných účinkem psychoaktivních látek (indikace a úskalí substituční léčby)

MUDr. Zdeněk Bašný
- Vývojové trendy moderní psychiatrie v České republice (iluse, vise, realita)

MUDr. Ladislav Procházka
- Přínos soudní psychiatrie pro klinickou praxi (konfrontace psychiatrie s právními normami)

Po ukončení vzdělávacího semináře event. neformální diskusní posezení k aktuálním otázkám psychiatrické péče.

30/07 Právní seminář
Tento termín je již zcela obsazen. Pokud bude dostatečný počet zájemců o zopakování semináře, uskutečnil by se na jaře 2008. Informace budou s předstihem zveřejněny.
Datum konání: čtvrtek 1. 11. 2007
Místo konání: Děkanát 1. LF UK,
Kateřinská 32, Praha 2
Účastnický poplatek pro členy ČLK 300 Kč
Pro nečleny ČLK 3000 Kč
Účastnický poplatek je nezbytné uhradit předem formou poštovní poukázky nebo bezhotovostně. Pozvánka spolu se složenkou bude rozesílána 10 dnů předem. Doklad o úhradě je nezbytné předložit u registrace.
Koordinátor: JUDr. Jan Mach, ředitel právního odboru ČLK

- Aktuální právní problémy při výkonu lékařského povolání
- Novinky ve zdravotnické legislativě
- Zákon č. 111/2007 Sb. – nová právní úprava nahlížení do zdravotnické dokumentace a její aplikace v praxi
- Vyhláška č. 385/2006 Sb. ve znění vyhlášky č. 64/2007 Sb. o vedení zdravotnické dokumentace a její aplikace v praxi
- Informovaný souhlas a nesouhlas pacienta se zdravotním výkonem
- Právní odpovědnost při výkonu lékařského povolání, kazuistiky
- Právní sebeobrana lékaře – jak reagovat na trestní oznámení, žaloby, vyhrožování, útoky na profesní čest v médiích
- Dohodnuté a nadstandardní služby poskytované na žádost pacienta
- Právní problematika smluvních vztahů zdravotnických zařízení a zdravotních pojišťoven, nové rámcové smlouvy dle vyhlášky č. 618/2006
- Odpovědi na dotazy a diskuse k dalším aktuálním problémům medicínského práva

31/07 Kurz intenzivní medicíny – 1. blok: respirační a renální selhání
Datum konání: 3. 11. 2007
Místo konání: Praha, Klub ČLK,
Lékařská 2, Praha 5
Koordinátor kurzu: MUDr. Jiří Valenta, KARIM VFN 1. LF UK Praha 2

MUDr. Josef Závada, CSc.
- Respirační selhání

MUDr. Pavel Herda
- Zajištění dýchacích cest

MUDr. Jiří Valenta
- Umělá plicní ventilace

MUDr. Marek Svítek
- COPD a astma bronchiale

MUDr. Zdeněk Stach
- Monitorace respiračního systému

MUDr. Tomáš Kotulák
- Oligurie a renální selhání

MUDr. František Novák
- Prevence a léčba akutního renálního selhání

MUDr. Martin Balík, Ph.D.
- Antikoagulace CRRT s rizikem krvácení

32/07 Kurz – Závislost na tabáku
Datum konání: 3. 11. 2007
Místo konání: Praha, Oválná pracovna ČLK, Lékařská 2, Praha 5
Koordinátor kurzu:
MUDr. Eva Králíková, CSc.
1. LF UK a VFN Praha

MUDr. Eva Králíková, CSc.
- Epidemiologie a prevence, složení tabákového kouře

Prof. MUDr. František Perlík, DrSc.
- Lékové interakce kouření

Prof. MUDr. Luboslav Stárka, DrSc.
- Kouření a endokrinní systém

MUDr. Aleš Herman, Ph.D.
- Kouření a KVO

MUDr. Eva Králíková, CSc.
- Princip závislosti na tabáku
- Léčba závislosti na tabáku: psychobehaviorální intervence a farmakoterapie, současné možnosti v ČR

MUDr. Lenka Štěpánková
- Psychoterapie závislosti na tabáku, psychiatrická komorbidita kuřáků

MUDr. Eva Králíková, CSc.,
MUDr. Lenka Štěpánková
- Nácvik skupinové terapie – nejčastější dotazy pacientů

33/07 Infekční kurz
Datum konání: 10. 11. 2007
Místo konání: Praha 1, Senovážné nám. 23, SMOSK K-centrum, posluchárna č. 201
Koordinátor kurzu: MUDr. Jana Bíbová, Ph.D.,
MUDr. Zuzana Blechová
- Proč se mění očkovací kalendář?
- Aktuální změny v očkovacím kalendáři
- Nové očkovací látky (RSV, papilomaviry, pneumokokové infekce, rotavirové infekce, varicella + herpes zooster)

MUDr. Dita Smíšková,
doc. MUDr. Zuzana Manďáková
- Horečky po návratu z tropů – cestovatelská medicína

Prim. MUDr. Hana Roháčová,
MUDr. Ladislav Machala, Ph.D.
- Vysoce nebezpečné nákazy

MUDr. Dušan Pícha, CSc.
- Vektorem přenášené nákazy (bakteriální i virové)

Doc. MUDr. Vilma Marešová, CSc.
- Pneumonie v dospělém a dětském věku

MUDr. Ladislav Machala, Ph.D.
- HIV pacienti v ambulantní péči

41/07 Seminář – Komunikačně náročné situace mezi lékařem a pacientem a jejich zvládání
Datum konání: 10. 11. 2007
Místo konání: Brno, Brněnské kulturní centrum, sál Břetislava Bakaly, Žerotínovo nám. 6
Účastnický poplatek 500 Kč.
Hodnocení: 6 kreditů.
Koordinátor kurzu: PhDr. Erika Gerlová

Podrobné informace jsou uvedeny u semináře 40/07.

34/07 Seminář – Jak legálně používat neregistrované přípravky
Datum konání:
středa 14. 11. 2007 od 17 hodin (90 minut)
Místo konání: Praha, Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5
Účastnický poplatek 250 Kč
Hodnocení 2 kredity
Koordinátor kurzu: MUDr. Ivana Koblihová, SÚKL, vedoucí Sekce klinického hodnocení a farmakovigilance
- Obecná pravidla pro používání léků
- Použití neregistrovaného léku pro jednotlivého pacienta a co s tím souvisí
- Specifické léčebné programy – praktické rady pro realizaci

35/07 Kurz – Odborný seminář o PNP
Datum konání: 24. 11. 2007
Místo konání: Praha, Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5
Koordinátor kurzu: MUDr. Zdeněk Schwarz, ředitel Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy

MUDr. Ondřej Franěk
- Aplikace nových doporučených postupů v KPR (ERC 2005´). Nové přístupy ke KPR – TANR, směřování pacienta po úspěšné KPR

MUDr. Tomáš Garnol
- Defibrilace, parametry výboje, správní postupy v terénu, AED – praktické ukázky v součinnosti s firmou ZOLL

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

MUDr. Milana Pokorná, MUDr. Jan Bělohlávek
- Použití autopulsu, seznámení s přístrojem (firma ZOLL), praktická ukázka, vyjádření klinického pracoviště, různé techniky KPR

MUDr. Josef Vosátka, p. Ryba DiS.
- Praktická ukázka a nácvik KPR u dospělých, dětí atd.

MUDr. Josef Vosátka
- Alternativní zajištění dýchacích cest (krom OTI, kombitubus, laryngeální maska, minitrach, tracheokvick, indikace použití rizika atd.) – praktická ukázka

MUDr. Milana Pokorná
- Alternativní zajištění vstupu do žilního řečiště (intraoseální jehla a další postupy – praktická ukázka)

MUDr. Jaroslav Valášek
- Úmrtí pacienta v PNP, postupy při ohledání, chyby, omyly, metodika

36/07 Kurz – Pediatrie
Datum konání: 1. 12. 2007
Místo konání: Praha 1, Senovážné nám. 23, SMOSK K-centrum, posluchárna č. 201
Koordinátor kurzu: MUDr. Marcela Černá,

Doc. MUDr. Ivo Paclt, CSc.
- Hyperkinetický syndrom u dětí

As. MUDr. Helena Ambrožová, CSc.
- Hepatopatie u infekčních onemocnění u dětí

As. MUDr. Helena Ambrožová, CSc.
- Extraintestinální projevy salmonelových infekcí u dětí

MUDr. Ivana Koblihová
- Vzájemná spolupráce Státního ústavu pro kontrolu léčiv a pediatra v primární péči

MUDr. Štěpánka Čapková
- Parazitární onemocnění kůže a vlasů u dětí

MUDr. Petr Kouřil
- Vzájemná interakce mezi lékařem a náročným pacientem
- Chování k pacientům mimoevropských kultur a náboženství

37/07 Kurz – Novinky ve vnitřním lékařství
Datum konání: 1. 12. 2007
Místo konání: Praha, Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5
Koordinátor kurzu: MUDr. Jan Bruthans, CSc., FESC, Pracoviště preventivní kardiologie IKEM, Praha

MUDr. Petr Janský
- Akutní koronární syndrom

Prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.
- Nádorová onemocnění zažívacího traktu

MUDr. Robert Čihák, CSc.
- Arytmologie

MUDr. Jan Bruthans, CSc.
- Arteriální hypertenze

Prof. MUDr. Miloslav Marel, CSc.
- Pneumologie

Prof. MUDr. Michal Anděl, CSc.,
MUDr. Jan Brož
- Diabetes mellitus

As. MUDr. Martin Havrda, CSc.
- Nefrologie

As. MUDr. Zdeněk Kalvach, CSc.
- Geriatrie

38/07 Kurz – Novinky v neodkladné péči 2007 – OPAKOVÁNÍ
Datum konání: 8. 12. 2007
Místo konání: Praha, Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5
Koordinátor kurzu: Doc. MUDr. Jarmila Drábková, OCHRIP, FN Praha Motol

Předběžný program kurzu je uveden na internetových stránkách ČLK – odd. vzdělávání, akreditované akce – číslo 12811.

39/07 Kurz – Komunikačně náročné situace mezi lékařem a pacientem a jejich zvládání – OPAKOVÁNÍ
Datum konání: 8. 12. 2007
Místo konání: Praha 1, Senovážné nám. 23, SMOSK K-centrum, posluchárna č. 201
Koordinátor kurzu: PhDr. Erika Gerlová

Podrobné informace jsou uvedeny u kurzu č. 40/07

1/08 Kurz – Diabetologie
Datum konání: 5. 1. 2008
Místo konání: Praha 5, Česká lékařská komora, Lékařská 2
Koordinátor kurzu: MUDr. Kateřina Andělová
Prof. MUDr. Michal Anděl, CSc.
- Novinky v léčbě diabetu II. typu

MUDr. Stanislava Koloušková, CSc.
- Novinky v dětské diabetologii

MUDr. František Duška
- Perorální antidiabetika

MUDr. Marcela Černá
- Dítě diabetické matky

MUDr. Kateřina Andělová
- Diabetes v těhotenství

MUDr. Ludmila Trešlová, CSc.
- Novinky v léčbě diabetu I. typu.

2/08 Kurz – Pediatrie
Datum konání: 12. 1. 2008
Místo konání: Praha 4-Podolí, ÚPMD, Podolské nábř. 157
Koordinátor kurzu: MUDr. Marcela Černá, Ústav pro péči o matku a dítě, Praha 4-Podolí

Doc. MUDr. Ivo Paclt, CSc.
- Deprese u dětí

MUDr. Jaroslava Turzíková
- Astma a virové infekce u dětí
- Zajímavé kazuistiky z pneumologické praxe

Doc. MUDr. Jiří Chomiak, CSc.
- Zánět v dětské ortopedii

Doc. MUDr. Vilma Marešová, CSc.,
MUDr. Dita Smíšková
- Infekce plodu a novorozence v ordinaci PDDL

3/08 Kurz intenzivní medicíny II. blok: infekce a sepse, kardiologie v intenzivní medicíně
Datum konání: 19. 1. 2008
Místo konání: Praha 5, Klub ČLK, Lékařská 2
Koordinátor kurzu: MUDr. Jiří Valenta, KARIM VFN 1. LF UK Praha 2

MUDr. Josef Závada, CSc.
- Sepse a MODS

MUDr. Michal Lipš
- Závažné infekce v intenzivní medicíně
- Strategie léčby infekcí na JIP

MUDr. Michal Kolář
- Imunokompromitovaný pacient
- Hygienická rizika v intenzivní péči

MUDr. Martin Balík, Ph.D.
- Neinvazivní vyšetření hemodynamiky

MUDr. Severin Romaniv
- Kardiální selhání a kardiogenní šok

MUDr. Miloš Tobiáš
- Arytmie a hypertenze

4/08 Imunologický kurz
Datum konání: 26. 1. 2008
Místo konání: Praha 1, Senovážné nám. 23, SMOSK K-centrum, posluchárna č. 201
Koordinátor kurzu: MUDr. Jana Bíbová, Ph.D.

Prof. MUDr. Ivan Šterzl, CSc.
- Novinky v autoimunitě

Prof. MUDr. Terezie Fučíková, DrSc.
- Klinický význam vyšetřování autoprotilátek

As. MUDr. Helena Marečková, CSc.
- Význam vyšetřování parametrů buněčné imunity

RNDr. J. Holada, Ph.D.
- Priony – aktuální poznatky

Doc. MUDr. J. Holub, CSc.
- Recidivující herpetické infekce

As. MUDr. P. Hrdá
- Klinické a imunologické znaky nejčastějších endokrinopatií

As. MUDr. J. Svoboda
- Konzilia klinické imunologie I. – hospitalizovaní nemocní

As. MUDr. J. Svoboda
- Konzilia klinické imunologie II. – ambulantní nemocní

5/08 Seminář – Komunikačně náročné situace mezi lékařem a pacientem a jejich zvládání
Datum konání: 26. 1. 2008
Místo konání: Praha 5, Klub ČLK, Lékařská 2
Účastnický poplatek: 500 Kč
Koordinátor kurzu: PhDr. Erika Gerlová

Podrobné informace jsou uvedeny u semináře č. 40/07
Tento seminář se uskuteční ještě v termínech:
16. 2. 2008, 29. 3. 2008, 19. 4. 2008
Kapacita je max. 20 osob.

PŘIPRAVUJEME
Syndrom vyhoření u lékaře
koordinátor PhDr. Erika Gerlová

Inzerce
Příjem řádkové inzerce:
recepce@clkcr.cz Časopis ČLK
Lékařská 2, 150 00 Praha5
tel.: +420 257 217 226
fax: +420 257 220 618

Volná místa – poptávka

Hledám místo asistentky PL pro dospělé od 9/2008 na půl úvazku v Praze 5, do této doby lze 4 dny v měsíci. Možnost převzetí praxe.
Tel.: 736 155 808

Volná místa – nabídka

Přijmu lékaře do ambulance v Praze – dialysa a nefrologická ambulance. Nutná atestace interna I. st., nefrolog. praxe výhodou, kratší úvazek možný. Tel.: 602 812 388

Přijmeme lékaře endokrinologa na celý i na částečný úvazek. Výhodné platové podmínky. Praha 4. Mob.: 602 318 025, tel.: 261 006 427, 443

Přijmeme lékaře s odborností vnitřní lékařství. Nástup dle dohody. Výhodné platové podmínky, Praha 4. Mob.: 602 318 025, tel.: 261 006 427, 443

Ředitel nemocnice s poliklinikou v Novém Jičíně, p. o., přijme do pracovního poměru lékaře na oddělení neurologie s I. atestací nebo absolventa. Nástup možný ihned, ubytování zajištěno. V případě zájmu se ihned obraťte telefonicky na primáře oddělení neurologie tel.: 556 773 221 nebo e-mailem na odd. PAM: alena.matulova@nspnj.cz

Přijmeme lékaře/ku pro závodní preventivní péči. Pracovní doba dle dohody, max. 25 hod./týdně. Tel.: 737 282 734. Možno i důchodce.

Nemocnice Břeclav, příspěvková organizace, přijme do pracovního poměru: lékaře pro gyn. por. oddělení se specializovanou způsobilostí, lékaře pro radiologické oddělení se specializovanou způsobilostí, popř. bez atestace, lékaře pro urologické oddělení se specializovanou způsobilostí, popř. bez atestace. Nabízíme zajištění ubytování, možnost získání služebního bytu. Nástup možný ihned. Písemné nabídky s přehledem praxe a stručným životopisem zašlete na adresu: Nemocnice Břeclav, příspěvková organizace, zaměstnanecký útvar, U Nemocnice 1, 690 74, Břeclav. E-mail: personální@nembv.cz

Vsetínská nemocnice, a.s., přijme do pracovního poměru: lékaře na oddělení dětské, oční, UNK, mikrobiologie – specializace v oboru není podmínkou, lékaře na oční oddělení se specializací v oboru. Kontakt: Vsetínská nemocnice, a.s., OŘLZ, Nemocniční 955, 755 32, Vsetín, e-mail: konarikova@nemocnice-vs.cz

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

Ústřední vojenská nemocnice Praha – oddělení klinické onkologie přijme do pracovního poměru lékaře s praxí. Požadavky: vysokoškolské vzdělání lékařského směru, atestace z klinické onkologie I. stupně dle dřívější legislativy nebo specializovaná způsobilost dle zákona č. 95/2004 Sb., zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb., schopnost týmové práce, uživatelská znalost PC. Jedná se o ambulantní provoz, po-pá, bez radioterapie. Předpokládaný nástup: leden 2008. Nabízíme: práci v akreditovaném zdravotnickém zařízení, dobré pracovní podmínky, možnost ubytování pro mimopražské, jiné zaměstnanecké výhody. Bližší informace: primář oddělení MUDr. Petr Cinek, tel.: 973 203 510, e-mail: Petr.Cinek@uvn.cz nebo personální asistentka Blanka Fialová, tel.: 973 202 728, e-mail: blanka.fialova@uvn.cz

Ústřední vojenská nemocnice Praha – dermatovenerologické oddělení přijme do pracovního poměru lékaře. Požadavky: vysokoškolské vzdělání lékařského směru, odborná popř. specializovaná způsobilost dle zákona č. 95/2004 Sb., zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb., schopnost týmové práce, uživatelská znalost PC. Jedná se o zástup za zaměstnankyni na MD. Nástup dle dohody. Nabízíme práci v akreditovaném zdravotnickém zařízení, dobré pracovní podmínky, možnost ubytování pro mimopražské, jiné zaměstnanecké výhody. Informace podá primář oddělení MUDr. Jaroslav Hoffmann, tel.: 973 203 310, e-mail: Jaroslav.Hoffmann@uvn.cz nebo personální asistentka Blanka Fialová, tel.: 973 202 728, e-mail: blanka.fialova@uvn.cz

Hledám praktického lékaře/ku a všeobecnou zdravotní sestru do soukromé ordinace v Praze 10. Perspektivní předání praxe. Informace na tel.: 728 935 166

Městská nemocnice Ostrava, příspěvková organizace, přijme lékaře/ku pro oddělení klinické onkologie se specializovanou způsobilostí klinické onkologie, event. radiační onkologie s onkologickou praxí, nebo lékaře/lékařku se specializací vnitřní lékařství se zájmem o onkologický obor. Nástup ihned. Žádosti o zaměstnání s profesním životopisem zasílejte na adresu: Městská nemocnice Ostrava, p.o., Ing. Jana Ašerová, personální náměstek, Nemocniční 20, 728 80 Ostrava, nebo e-mail: jana.aserova@mnof.cz

Městská nemocnice Ostrava, příspěvková organizace, přijme lékaře/ku pro oddělení klinické hematologie se specializovanou způsobilostí hematologie a transfúzní lékařství, event. vnitřní lékařství, případně absolv. LF se zájmem o obor. Nástup dle dohody. Žádosti o zaměstnání s profesním životopisem zasílejte na adresu: Městská nemocnice Ostrava, p.o., Ing. Jana Ašerová, personální náměstek, Nemocniční 20, 728 80 Ostrava, nebo e-mail: jana.aserova@mnof.cz.

Městská nemocnice, a.s., Dvůr Králové nad Labem přijme do pracovního poměru: 2 lékaře na interní oddělení upřednostňujeme zájemce s praxí, případně s atestací v oboru, požadujeme trestní a morální bezúhonnost. Nabízíme perspektivu dalšího růstu v oboru a možnost zajištění ubytování. Kontaktní adresa: Městská nemocnice, a.s., ředitel nemocnice nebo personální oddělení, Vrchlického l504, 544 01 Dvůr Králové nad Labem, e-mail: subrtova@mndk.cz, tel.: 499 300 611

Francouzská společnost v Paříži Riviére Consult Associes nabízí práci specializovaným lékařům ve Francii. Aktuálně pro: anesteziology, radiology, oftalmology, kardiology, pracovní lékaře, dermatology a onkology. Požadavky: osvědčení o specializované způsobilosti pro EU, francouzština. Kontakt na tel.: 0033 153 059 365, e-mail: santeconsult@seznam.cz, www.riviereconsult.com

Kardia, s.r.o., zdrav. společnost hledá lékaře/ky do ordinací po celé ČR (Most, Kolín, Frenštát pod. Radh. a jiné). Požadujeme: obornost a praxi v oboru praktického či interního lékařství, profesionalitu a klientský přístup. Nabízíme: práci na plný i částečný úvazek, pouze denní směny, odborné zaškolení, další vzdělávání, dobré finanční ohodnocení, služební automobil. Profesní životopisy zasílejte na: Kardia,s.r.o., Kamila Vlčková, Kodaňská 46, Praha 10 nebo na e-mail: jobs@kardia.cz, tel.: 272 084 463

Soukromá společnost hledá magistry farmacie s certifikátem odborné způsobilosti i bez, v Severočeském i Pražském kraji. Nadstandardní platové podmínky i sociální zabezpečení. I za zprostředkování finanční odměna. Bližší info na tel.:776 600 055, 608 956 360

MEDITERRA – Sedlčany, s.r.o., nestátní zdravotnické zařízení nemocnice Sedlčany přijme na interní oddělení lékaře s atestací I. nebo II. stupně z vnitřního lékařství na místo zástupce primáře. Nabízíme nadstandardní platové a pracovní podmínky, sociální program, ubytování. Kontakt: MUDr. Michal Palivoda– náměstek ředitele pro LPP, tel.: 724 176 147, e-mail: nr-lpp@mediterra-sedlcany.cz; asistentka@mediterra-sedlcany.cz

ALBERTINUM, odborný léčebný ústav, Za Kopečkem 353, 564 01 Žamberk, vypisuje výběrové řízení na funkci primář/ka psychiatrického oddělení akutní i následné péče. Požadavky: LF, spec. způsobilost z psychiatrie, praxe v oboru min. 8 let, předpoklady dle z.č.451/91 Sb., proškolení ve skup. psychoter., příp. další, výhodou. Nabízíme: byt 3+1 ihned za levné nájemné, levné závodní stravování, kvalitní kolektiv, výhodné plat. podmínky (osobní 50 %-100 % dle praxe). Máme akreditaci MZd pro vzdělávání. Písemné přihlášky se struktur. životopisem, ověřené doklady o dosaženém vzdělání, čerstvý výpis z rejstříku trestů, doklad o zdrav. způsobilosti, čestné prohlášení o osvědčení podle z.č.451/91 Sb., přijímá do jednoho týdne po zveřejnění, Dr. Jireš, tel.: 465 612 111, 465 677 815, příp. na email: albertinum@albertinum-olu.cz

Odborný léčebný ústav Jevíčko přijme lékaře/ku na oddělení léčebné rehabilitace. Atestace v základním oboru výhodou. Byt 2+1 nebo 1+1 k dispozici, velmi dobré platové podmínky. Nástup dle dohody. V případě zájmu nás kontaktujte na e-mailové adrese: olujevicko@olujevicko.cz

Nemocnice Šternberk, odštěpný závod, přijme do pracovního poměru lékaře pro protialkoholní záchytnou stanici na úvazek 0,2-0,4. Nejlépe obor interní, neurologický, praktické lékařství. Nástup možný ihned. Vhodné i pro důchodce. Informace u náměstkyně pro LPP prim. MUDr. Kropáčové na tel.: 603 349 843

Nemocnice Šternberk, odštěpný závod, přijme do pracovního poměru lékaře pro LDN na úvazek 1,0. Uvítáme specializovanou způsobilost v oboru interna nebo geriatrie, ale není to podmínkou. Popřípadě přijmeme i lékaře absolventa nebo lékaře s jinou odborností. Informace u náměstkyně pro LPP prim. MUDr. Kropáčové na tel.: 603 349 843

Vsetínská nemocnice, a.s., přijme do pracovního poměru lékaře na oční oddělení bez i se specializační způsobilostí. Podmínky budou dohodnuty při osobním jednání. Kontakt: Vsetínská nemocnice, a.s., OŘLZ, Nemocniční 955, 755 32 Vsetín, e-mail: konarikova@nemocnice-vs.cz, tel.: 571 490 131

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

Lékař přijme otorhinolaryngologa na částečný úvazek do ambulantní praxe v Řevnicích u Prahy. Tel.: 602 275 113

Zdravotnická záchranná služba kraje Vysočina, příspěvková organizace, přijme do pracovního poměru nebo na dohodu o pracovní činnosti lékaře pro výjezdová stanoviště v kraji Vysočina. Podmínkou je atestace v základním oboru (ARO, chirurgie, interna, pediatrie nebo všeobecné lékařství). Vítána je atestace z urgentní medicíny a medicíny katastrof nebo příprava na ni. Nabízíme vynikající platové podmínky. Písemné žádosti s profesním životopisem zasílejte poštou na adresu: ZZS KV, Vrchlického 61, 586 01 Jihlava nebo e-mailem na adresu: kettner@zzsvysocina.cz. Podrobné informace: MUDr. Lukáš Kettner, ředitel ZZS KV, p.o., tel.: 602 224 603

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

KARLOVARSKÁ KRAJSKÁ NEMOCNICE a.s., NEMOCNICE V SOKOLOVĚ přijme lékaře na int. oddělení s atestací, možno i absolvent. NABÍZÍME: zajímavé mzdové podmínky, zajištění ubytování, možnost získání služebního bytu. NÁSTUP IHNED. Kontaktní osoba: Dana Chlupová, personálně mzdový referent. Tel.: 352 520 276. E-mail: dana.chlupova@kkn.cz. Primář MUDr. Mustafa Assad, interní oddělení. Tel.: 352 520 113

Hledáme neurologa se specializací v EMG, k provádění EMG vyšetření v neurologické ambulanci v Praze, eventuálně i jen v odpoledních hodinách (MD, VPČ). Bližší informace na tel.: 724 787 102

Fakultní nemocnice v Motole přijme pro 3. chirurgickou kliniku UK 1. LF interního konziliáře. Požadavek: specializovaná způsobilost v oboru interní lékařství (atestace 2. st.), případně at. 1. st. a delší praxe v lůžkovém zařízení, úvazek možno zkrátit do 0,5. Písemné nabídky s CV zasílejte na sekretariát přednosty 3. chir. kliniky 1. LF, FN Motol, V Úvalu 84, 150 06 Praha 5 nebo na e-mail: pavel.pafko@lfmotol.cuni.cz. Info: 224 438 001

Zástup

Hledám práci na dlouhodobý zástup s výhledem na ev. převzetí ordinace PL pro dosp. nebo interny nebo diabetologie v kraji Zpč., Jihoč. nebo Středoč. Tel.: 607 741 508

Praktická lékařka pro dospělé v Praze 10 hledá lékaře na zástup v době pracovní neschopnosti, cca na měsíc a po té event. na výpomoc 1-2 dny v týdnu. Tel.: 603 848 352

Praktická lékařka hledá dlouhodobý částečný zástup 1-3x týdně s výhledem na převzetí praxe. Praha 10. Tel.: 604 217 387. E-mail: praxe10@seznam.cz. Výhodné i pro kolegyni s malými dětmi.

Hledám lékaře na zástup, časem na převzetí lékařské praxe PL pro dospělé v blízkosti HK. Tel.: 604 571 702

Prodej a koupě

Prodám objekt na Šumavě u přechodu Strážný. 7 místností, zahrada. Možno využít jako ordinaci, lékárnu i k bydlení. Tel.: 383 335 970, večer.

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

Prodám nadstandardní výbavu v diagnostice v celostní medicíně – virtuální tester, software SW3. Nepoužívaný, zánovní. Rozsah: skupina anatomie více než 4200 preparátů, mikrobiologie více než 1100 preparátu, atd. Tel.: 596 112 075, 731 109 490

Prodám ultrazvuk BTL 4180, v provozu od r. 2003, abdom. i vaginální sonda, koupený nový, bezvadný stav, prohlášení o shodě, protokol o servis. prohlídce z 4/2007, cena dohodou. Tel.: 777 631 243

Hledám praktického lékaře/ku a všeobecnou zdravotní sestru do soukromé ordinace v Praze 10. Perspektivní předání praxe. Informace na tel.: 728 935 166

Prodám levně ther. laser zn. ERBOLASER, výkon, TIMER, 9,9min., frekvence: 5,5 KHz, intenzita 30mW/cm². Funkční. Tel.: 603 981 821

Prodám kovové 4-zásuvkové kartotéky rozměru A4 v dobrém stavu, á 500 Kč. Praha 5. Tel.: 257 921 551, 776 048 486

Prodám oční přístroje (štěrbinové lampy, kinetické perimetry, nástěnné optotypy, fokometry atd.).Tel: 608 800 886

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

Pronájem

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

Různé

Převezmu – odkoupím praxi PL pro dospělé v Praze, nejlépe Praha 6, ev. Praha 1, 2, 5, 7, 10. Tel.: 724 265 536

Odkoupím ordinace rehabilitační a fyzikální medicíny v Praze, i výhledově. Spolupráce s prodávajícím lékařem možná. E-mail: myorehab@seznam.cz

Prodám, přenechám dobře zavedenou praxi praktického lékaře pro dospělé v Praze 2. Tel.: 604 929 263

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

Vyměním dlouhá léta zavedenou ortopedickou ambulanci v Brně za ortopedickou ambulanci na Vysočině nebo v okolí. Tel.: 604 558 322

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

Prodám velmi dobře zavedenou gynekologickou ordinaci v Uh. Brodě. Tel.: 572 635 139

Odkoupím – převezmu (i částečné převzetí) alergol.-imunol. praxi v Praze nebo v okolí Prahy. Tel.: 775 239 707, e-mail: alergosalve@seznam.cz

Služby

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

Alergologická internetová poradna, www.alergobox.cz, informace pro Vaše alergické pacienty, e-mail: info@alergobox.cz

Hledám zájemce o přenechání ordinace PL pro dospělé s možným nástupem k 1. 1. 2009. Informace na tel.: 724 061 889. e-mail: viktor.leukanic@seznam.cz

Inzerce

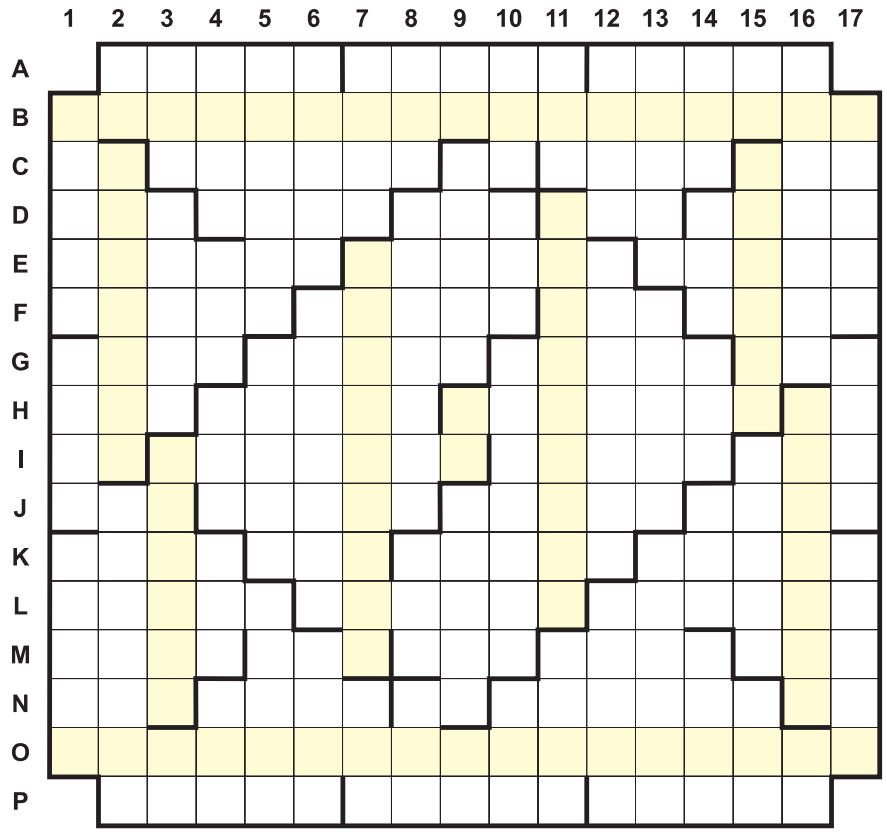
Předám dobře zavedenou praxi praktického lékaře v centru Písku. E-mail: anna.smidova@email.cz; tel.: 607 879 061

Přenechám za odstupné zavedenou oční ordinaci v Příšovicích u Turnova v blízkosti dálnice Praha – Liberec.
Kontakt: 774 000 104

Odkoupím interní nebo diabetologickou praxi na Plzeňsku. Dlouhodobá spolupráce se stávajícím lékařem výhodou.
Tel.: 606 461 810

Příjem řádkové inzerce:
recepce@clkcr.cz Časopis ČLK
Lékařská 2, 150 00 Praha5
tel.: + 420 257 217 226
fax: + 420 257 220 618

Křížovka o ceny



VODOROVNĚ: A. Část obličeje; obilnina; skupina počítačových instrukcí spouštěná jediným příkazem. – **B. 3. díl tajenky**. – **C.** Iniciály běžce Jungwirtha; směs z několika druhů surovin; zkratka kulturního domu; Jihoevropan; nádech. – **D.** Puls; rozlehlá; předložka; druh gibona; francouzský prozaik. – **E.** Selanka (zdrobněle); pozice; revize účetních knih. – **F.** Pípat; mužské jméno; německy „místo“; jméno zpěvačky Hegerové. – **G.** Erb; český hudební skladatel; postavit se; nástupový tvar. – **H.** Úpět; přenášet; hepatický; římská šestka. – **I.** Dovednost; míry na chmel; stupeň ve svahu (řidčeji); sklenářský tmel. – **J.** Na jakém místě; výhra na tři čísla; léčit; zvolání. – **K.** Lán; biblická osoba; bouda u šachet rudných dolů (zastarale); část muslimského domu vyhrazená ženám. – **L.** Obestřít; laminovaná textilie; hrnky na kávu. – **M.** Halit; matka Romula a Rema; značka elektrických spotřebičů; stahovací záclona; jednotka informace. – **N.** Jednotka elektrického odporu; trup (slovensky); značka křemíku; brojler; SPZ Třebíče. – **O. 8. díl tajenky**. – **P.** Rychlosti; sokolské slavnosti; zaklení.

SVISLE: 1. Vlévat se; vjem vnímaný sluchem; obytná místnost. – **2.** SPZ Blanska; **1. díl tajenky**; úplně rozedrat. – **3.** Cikán; nést trest za vinu; **2. díl tajenky**; předložka s 3. pádem. – **4.** Český malíř; nátěrová hmota; rusky „ne“; anglicky „jíst“; družstvo. – **5.** Trestný čin; postava z Nerudovy povídky; tulák. – **6.** Hořké žaludeční léky; nádoba na vaření; ženské jméno. – **7.** Naplněná; **5. díl tajenky**; starořímská bohyně úrody. – **8.** Žito (nářečně); koště; SPZ Kroměříže; halit. – **9.** Označení našich letadel; jak mnoho; **6. díl tajenky**; karibský ostrov; zvratné zájmeno. – **10.** Ovocná zahrada; údolí (básnicky); výrobna vaty; tekutina vylučovaná kůží. – **11.** Koně; **7. díl tajenky**; spodní strany látek. – **12.** Odveta; tepna; cenina. – **13.** Akvarijní ryba; žvanit (nářečně); neotesanec. – **14.** Část lodi; vlhký les; kód letiště Tungsten; citoslovce štěknutí; ruské město. – **15.** Iniciály herečky Merunkové; **9. díl tajenky**; velká námořní loď; německý určitý člen. – **16.** Opotřebovaný vůz; **4. díl tajenky**; tahle. – **17.** Výkvět společnosti; ženské jméno; podzemní dráha.

Pomůcka: kavna, Loti, Ops, réž, TNS.

V časopisu Tempus medicorum 9/2007 se v tajence skrýval citát z knihy Mary Bardové ***Slasti a strasti života s doktorem:*** **Nemysli na starost, nemysli na spánek, osud ti přisoudil lékařský verpánek**. Desítka úspěšných luštitelů, které jsme vylosovali, získává knihu ***Okrasné dřeviny*** autora Roberta Markleye: **Věra Břízová,** Havlíčkův Brod; **Miroslav Edl**, Olomouc; **Viliam Janáč**, Domažlice; **Miroslav Korta**, Ostrava-Poruba; **Věra Kremlíková**, Hradec nad Moravicí; **Helena Pardová**, Opava; **Jiří Plaček**, Kutná Hora; **Milan Skopal**, Krnov; **Vlasta Štorková**, Praha 9; **Marie Zemanová**, Plzeň.

Správné řešení tajenky z čísla 10/2007 tentokrát posílejte velice rychle, čekáme na ně na adrese **recepce@clkcr.cz** pouze do **1. listopadu 2007!** Hodně štěstí!