



TEMPUS MEDICORUM

ČASOPIS ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY

5/2008

ROČNÍK 17

V TOMTO ČÍSLE:

**Usnesení
představenstva ČLK
k tzv. reformním
zákonům**

**Zlepší Julínkova
reforma postavení
lékařů? Jak? V čem?**

**Reforma ku
prospěchu
zdravotních
pojišťoven na úkor
lékařů i pacientů.**



**Dr. Claude Wetzel:
Riskantní experiment
nemající v Evropě
obdobu.**

PLUS



EDUKAFARM
medinews
Edukační a inzertní příloha časopisu Tempus medicorum

FI SÚKL

Terapie zmíjního uštknutí:
sérum – ano či ne?

Doplňek stravy,
nebo léčivý přípravek?

Protesty proti Julínkově „reformě“ sílí



inzerce

Novalac



Komplexní řada inovativní mléčné kojenecké výživy vysoké kvality

(více info uvnitř)

Novinka



Julínkova reforma lékařům nic dobrého nenabízí

České zdravotnictví je podle objektivních údajů v mezinárodním srovnání chronicky podfinancované. Slušná kvalita a široká dostupnost zdravotní péče jsou dosahovány na úkor zdravotníků, kteří zůstávají v pozici nedobrovolných sponzorů špatného systému financování. Stagnace mezd a existenční nejistota zaměstnanců, špatné pracovní podmínky a nízká odměna za práci jsou příčinou, proč odchází lékaři z nemocnic. Soukromí lékaři zůstávají v nerovnoprávném postavení vůči pojišťovně, na jejichž účtech se kumulují miliardy, které nám nezaplátily za naši práci. Příjmy většiny soukromých lékařů nerostou ani o míru inflace. Pojišťovny svévolně mění přílohy našich smluv a k podpisu nám nenabízejí nic než většině lékařů nesrozumitelné úhradové dodatky. Roste administrativa a pacienti nám ještě nadávají za poplatky, za které nemůžeme. V médiích probíhá nekončící diskreditační kampaň vůči zdravotníkům. A jako novinka začínají svobodu výkonu lékařského povolání ohrožovat řetězce zdravotnických supermarketů.

Důvodů k nespokojenosti máme pořád dost. Stále je proč volat po reformě. Otázkou zůstává, po jaké? Ne každá změna musí být totiž nutně k lepšímu.

To, že Julínkova „reforma“ je riskantní experiment, který nikde v Evropě nefunguje, to je již stokrát opakovaná pravda, stejně jako skutečnost, že podobné plány zkrachovaly na Slovensku a byly odmítnuty občany Maďarska v referendu. Oprostěme se od toho. Snažme se zapomenout i na zkušenosti první poloviny devadesátých let, kdy podobnými hesly probíhalo tunelování bank a investičních fondů. Posuzujme reformní záměry bez emocí, sobecky z pozice lékařů dbajících o vlastní prospěch. Jsme přece lékaři a komora je ze zákona povinna hájit naše profesní zájmy.

Tvůrci „reformy“ hovoří o efektivitě, o úsporách i o ziscích, na kterých slibují podíl i pacientům. Po vzoru Viktora Koženého se nerozpakují ani lákat občany na vidinu „desetinásobku“. Je příznačné, že o prospěchu chystaných změn pro nás, pro lékaře, příliš nehovoří. Proč, když by chtěli naši podporu? Jak Julínkova reforma prospěje nám, lékařům? Co z toho všeho budeme mít?

Základem reformy má být privatizace zdravotních pojišťoven, jejichž majitelé by mohli současně vlastnit a provozovat zdravotnická zařízení, ale i firmy dodávající léky a materiál. Pojišťovny mají získat naprostou volnost v tom, jakému zdravotnickému zařízení, kolik a za jakých podmínek budou za zdravotní služby platit. Síť smluvních partnerů si budou určovat samy v souladu s blíže nedefinovanými požadavky ministerstva na minimální dostupnost péče. Individuální jednání umožní pojišťovně každému platit za stejnou práci jinak, tedy i zvýhodňovat „svá“ zdravotnická zařízení na úkor ostatních. Nebudou existovat rámcové smlouvy, ani seznam zdravotních výkonů, ale ani žádné závazné ceníky. Stát bude i nadále nutit platit občany povinné pojištění, ale o výdajích budou s velkou mírou volnosti rozhodovat majitelé pojišťoven. Aby maximalizovali zisk, stačí jim zdravotní péče co nejlevnější. Potřebují ušetřit na pacientech i na úhradách zdravotnickým zařízením včetně soukromých lékařů. Díky možnosti majetkového propojení pojišťoven se zdravotnickými zařízeními a absencí pravidel zajišťujících férovost hospodářské soutěže se tak kruh uzavírá. Nic jiného než hra Monopoly o 200 miliard, ve které pro většinu lékařů nemá zbýt nic jiného než osud levné námezdní pracovní síly.

Zdá se vám to drsné? Mně taky, a proto jako soukromý podnikatel nemohu s experimentem ministra Julínka, který je z neví jakého důvodu nazýván reformou, souhlasit. Avšak netleskal bych ani jako zaměstnanec. Většinu z nich, pokud rovnou nepřijdou o práci, totiž klesnou příjmy, protože není žádný důvod, proč by se univerzitní nemocnice a. s. měly chovat jinak než ty krajské, a nesnažily se tedy snižovat především osobní náklady.

Kolegové, nestydím se přiznat, že mám z chystaných nevratných změn ohrožujících naši existenci strach. Vy se nebojíte? Pokud ano, pak apeluji na váš pud sebezáchovy: hrozící nebezpečí můžeme odvrátit pouze společnými silami. Nejde o ideologii, nejde o politiku. Jde o nás! Na hašteření a žabomyší spory bude dost času, až nebezpečí pomine. Tedy pokud jako lékaři přežijeme.

Milan Kubek

ČINNOST ČLK

2-3

Usnesení představenstva ČLK k tzv. reformním zákonům ministra zdravotnictví, k zákonům na likvidaci soukromých lékařů

TÉMA MĚSÍCE

4-11

Julínkova „reforma“ ohrožuje lékaře i pacienty
Hledání reformy zdravotnictví pro ČR
Ekonomické souvislosti a mezinárodní srovnání
Naše miliardy na účtech zdravotní pojišťovny

OECD varuje před riziky reformy

NÁZORY

12-13

Jak ovládnout 220 miliard Kč v českém zdravotnictví

STALO SE

14, 35-37

Nejvyšší soud: ČLK může stanovit podmínky pro primáře
Studenti požadují dialog
LOK-SČL je připraven jít do stávky
Manifestace odmítla nebezpečný experiment

INZERTNÍ PŘÍLOHA

15-34

Zajímavá molekula Meloxikam
Nové možnosti dálkového monitorování pacientů
Sluneční záření a ochrana proti němu
Progress and Promise
Inhibitory protonové pumpy
Rozhovor Prof. MUDr. Jiří Dimský jr., CSc.
Význam nenasycených mastných kyselin v dětském věku
Profil přípravku Marin-Q mámi, Marin-Q děti
Účinné ovlivnění ischemie pomocí metabolického přístupu – I. část
Reportáž z lékárny 2010 (léto 2008) na téma mléčné výživy pro novorozence, kojení a děti
Interview s doc. MUDr. Vítém Petřem, CSc.

PŘÍLOHA FI

Terapie zmíjho uštknutí: sérum – ano či ne?
Doplňek stravy, nebo léčivý přípravek?

ZASEDÁNÍ FEMS

38

FEMS varuje českou vládu před riskantními pokusy

ROZHOVOR

39

Dr. Claudie Wetzel, prezident FEMS

LISTINA ZÁKLADNÍCH

PRÁV A SVOBOD

40-41

Dilema českého lékaře: povinnost léčit lege artis versus ekonomické limity a regulace

PRÁVNÍ PORADNA

42-43

Co by znamenalo zrušení dohodovacích řízení?
Je výhodné prodat soukromou ordinaci a stát se v ní zaměstnancem?

LÉKOVÁ POLITIKA

44-45

Otázky pro mluvčího ministerstva
Výdaje za léky stále rostou

SERVIS

46-48

Vzdělávací kurzy ČLK
Inzerce
Křížovka

Měsíčník TEMPUS MEDICORUM

Vydává: Česká lékařská komora, Dolní nám. 38, 771 00 Olomouc
Registr. číslo MK ČR 6582 • ISSN 1214-7524 • IČO 43965024
Adresa redakce: Časopis ČLK, Lékařská 2, 150 00 Praha 5
Tel.: +420 257 217 226 • Fax: +420 257 220 618 • recepc@clkr.cz
www.clkr.cz

Šéfredaktor: MUDr. Milan Kubek

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

Odpovědná redaktorka: PhDr. Blanka Rokosová

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

Příjem řádkové inzerce: recepc@clkr.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 5: 22. 5. 2008 • Vyšlo: 29. 5. 2008

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

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

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

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.



Usnesení představenstva ČLK k tzv. reformním zákonům ministra zdravotnictví, k zákonům na likvidaci soukromých lékařů

Ministerstvo s lékařskou reprezentací nejedná. Kdo má jiný názor, ten je ministrem označován za nepřítele

Ministerstvo zdravotnictví nezohlednilo připomínky ČLK k věcným záměrům tzv. reformních zákonů. Ministr zdravotnictví Julínek v rozporu se svými sliby i nadále ignoruje lékařskou samosprávu, která ze zákona hájí profesní zájmy lékařů v ČR, a navzdory opakovaným žádostem představenstva ČLK s komorou nejedná.

Nevyzkoušený experiment je nebezpečný hazard

Situace českého zdravotnictví není tak špatná, že by vyžadovala okamžité revoluční změny prosazované silou bez diskuse s představiteli zdravotníků a pacientů. Návrhy ministra Julínka představují reformu ku prospěchu zdravotních pojišťoven na úkor pacientů i lékařů. Jde o riskantní experiment, který nemá obdobu v Evropě, jejíž zdravotnictví je tradičně založeno na solidárním principu.

Pozitivní změny ČLK podporuje

Z navržených zákonů však ČLK doporučuje ke schválení pouze zákon o Zdravotnické záchranné službě a zákon o Speciálních zdravotních službách. Ostatní návrhy navzdory dílčím pozitivům (např. zrušení tzv. § poslankyně Fišerové) představují nejenom zhoršení postavení lékařů, ale přímo jejich existenční ohrožení.

Proč jsou návrhy ministra Julínka tak nebezpečné:

Nekalá konkurence zdravotnických supermarketů

Zrušení výběrových řízení před uzavíráním smluv mezi pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními bude živnou půdou pro korupci. ČLK varuje před nekalou konkurencí tzv. zdravotnických

supermarketů. V soutěži za nerovných podmínek nebude mít drobný podnikatel (soukromý lékař) šanci obstát proti tlaku nesrovnatelně silnějších finančních skupin.

Diktatura pojišťoven

Zrušením dohodovacích řízení nejenom o seznamu zdravotních výkonů, ale i o rámcové smlouvě a o úhradách, hodnotě bodu a regulacích mají být zlikvidována jakákoliv transparentní pravidla nakládání s prostředky veřejného zdravotního pojištění. Individuální jednání pojišťoven se zdravotnickými zařízeními a soukromými lékaři, kteří by se nesměli domlouvat na společném postupu, nebude ničím jiným než diktátem silnějšího. Jde-li o život nebo o zdraví, je kvalita důležitější než cena. Vzájemná konkurence zdravotnických zařízení cenou svých služeb povede ke snižování kvality lékařské péče a zároveň k likvidaci velké části soukromých lékařů.

Monopoly nerespektující pravidla volné hospodářské soutěže

Vzhledem k tomu, že navrhované zákony umožňují vlastnit současně zdravotní pojišťovnu i zdravotnická zařízení a zároveň umožňují pojišťovnám platit jednotlivým poskytovatelům za stejné služby různé částky, budou moci pojišťovny zvýhodňovat „svá“ zdravotnická zařízení. To odporuje pravidlům rovné hospodářské soutěže.

Nerespektování právní kontinuity platných smluv

Zákony nezaručují zdravotnickým zařízením a soukromým lékařům kontinuitu platných smluv s pojišťovnami. Pojišťovny by mohly libovolně smlouvy vypovídat a v případě nedohody o ceně by proplácely pouze akutní péči.

Řízená péče = ztráta svobody pro pacienty i pro lékaře

Pojišťovnamí řízená zdravotní péče omezí právo pacienta zvolit si svobodně svého lékaře a zároveň právo lékaře léčit podle svých znalostí lege artis v souladu se svým svědomím. Výsledkem bude snížení kvality zdravotní péče, ztráta autonomie lékařů ve svém rozhodování a existenční likvidace těch soukromých lékařů, kteří odmítnou přistoupit na pravidla monopolů.

Ohrožení vědy a výuky v univerzitních nemocnicích a. s.

Zákon o Univerzitních nemocnicích neobsahuje dostatečné pojistky proti rozprodeji akcií, který by mohl ohrozit jak akademické svobody, tak kvalitu výuky, léčby i úroveň lékařské vědy. Pokud by byly univerzitní nemocnice akciovými společnostmi, došlo by k poklesu příjmů lékařů a ostatních zdravotníků zde pracujících.

Komora nebude moci garantovat kvalitu lékařské péče

Ministerstvo ve svých návrzích ignoruje ČLK, která je ze zákona garantem kvality lékařské péče. Představa, že stížnosti na kvalitu péče poskytované ve zdravotnickém zařízení dokáže řešit jeho zřizovatel nebo zdravotní pojišťovna, je nesmyslná a nebezpečná. Na státní moci nezávislá profesní samospráva je pro občany a pacienty nenahraditelným garantem odborné úrovně a etiky ve zdravotnictví.

Skutečné problémy Julínkova „reforma“ neřeší

Návrhy ministerstva neřeší hlavní problémy českého zdravotnictví, kterými jsou chronický nedostatek finančních prostředků a kvalifikovaných zdravotníků. Základem reformy musí být stanovení standardů zdravotní péče hrazené z veřejného pojištění.



Komora vyzývá k jednání o opravdové reformě

ČLK je i nadále připravena spolupracovat s představiteli státu na reformách českého zdravotnictví.

Vyzýváme ministra Julínka, aby své dosavadní návrhy stáhl zpět a umožnil tak jednání o skutečné reformě, která bude ku prospěchu pacientů i lékařů, a nikoliv pouze pro profit zdravotních pojišťoven a jejich vlastníků.

Ministr zdravotnictví Julínek nesplnil slib, že ČLK se bude moci účastnit při přípravě tzv. reformních zákonů a již půl roku s představiteli ČLK odmítá jednat. ČLK tedy zve k jednání o reformě zdravotnictví odborné týmy koaličních stran.

ČLK vyzývá předsedu vlády Ing. Topolánka a představitele koaličních stran – členy K9 – k jednání o situaci ve zdravotnictví.

Představenstvo ČLK svolává na 5. 6. 2008 mimořádnou poradou předsedů OS ČLK a představenstva ČLK, na kterou budou pozváni hosté z řad akademické obce a lékařské veřejnosti.

Schváleno jednomyslně v Praze dne 22. 5. 2008



Ministr Julínek vystoupil z ČLK a požádal o prominutí neuhrazených členských příspěvků. Má mu komora vyhovět?

Ministr jasně ukazuje, že již nechce vykonávat lékařskou praxi – pravděpodobně počítá již „jen“ s kariérou politika nebo rentiéra ze zisku z prodeje nemocnic. Neuhrazené příspěvky rozhodně musí uhradit, finanční zdroje na to jistě někde nalezne. Nevidím důvod, proč by mu měla komora v tomto nějak vyhovět – on komoře také nijak nevyhovuje...

Tomáš Vařeka, interna, Praha

Členské příspěvky je možné prominout nebo snížit, pokud lékař požádá do doby splatnosti tohoto poplatku. Požádá-li později, doporučuji nevyhovět. – Tím, že ministr Julínek vystoupil z komory, přestává být lékařem a stává se pouze doktorem. Jsem tomu rád.

Jan Kaufman, internista, předseda OS ČLK Praha 9, 14

Neuhrazené členské příspěvky neprominout.

Antonín Koukal, t. č. nepracující důchodce, radiodiagnostik

Nevyhovět. Ať není členem, ale ať doplatí dluhy.

Luboš Gebauer, OPL Neplachovice

Myslím, že kolega Julínek má právo vystoupit z ČLK, ale za dobu svého členství je povinen zaplatit členské příspěvky. Myslím, že vás jenom zkouší.

Pavel Machotka, odb. lékař ortopedie a TVL, Praha 6

Nesouhlasím s žádnými výjimkami, platit všichni, nebo nikdo.

Věra Sládková, privátní lékař-gynekolog, Velká Bíteš

Nesouhlasím, neboť každý člen, pokud je členem, má povinnost platit příspěvky.

Liana Louková, ortopedie, Děčín

To je zábavná otázka. Nevím, co má komora udělat, ale jsem zvědavý na to, co udělá a jak to zdůvodní. Ano i ne lze totiž odvodit s maximální možnou logikou a já jsem moc zvědav na to, jak se v ČLK řeší podobná dilemata.

Tomáš Lajkeš, psychiatr – důchodce

Ne.

Aleš Bílek, radiolog, Nové Město na Moravě

Julínkova reforma ohr

Pro riskantní revoluci řešící pseudoprobblémy a nerespektující ekonomickou realitu není důvod. Nebudme pokusnými králiky ministra Julínka a jeho sociálních inženýrů

Reforma neřeší současné problémy českého zdravotnictví, kterými jsou nedostatek finančních prostředků, nespravedlnost v platbách zdravotního pojištění a nedostatek kvalifikovaného personálu. Reformátoři místo toho deklarují snahu řešit problémy, které možná nastanou v budoucnosti – neufinancovatelnost zdravotní péče, přičemž ignorují růst výkonnosti ekonomiky ČR. Skutečným cílem této „reformy“ jsou pouze převody majetku a privatizace pojištění, které si všichni povinně platíme.

Reforma prosazovaná silou, bez diskuse a bez podpory lékařů sice nemá šanci přežít déle jednoho volebního období, přesto mohou být některé napáchané škody nevratné.

Česká medicína má dobrou úroveň a systém veřejného zdravotního pojištění je t. č. stabilizovaný. Neexistují tedy žádné objektivní důvody k prosazování revolučních změn, které jsou riskantním experimentem nemajícím v Evropě obdoby. Je třeba připomenout, že podobná reforma zkrachovala na Slovensku a obdobné návrhy byly občany Maďarska odmítnuty v referendu. Proč a v čím zájmu se tedy čeští lékaři a pacienti mají stát pokusnými králiky?

Otázka zní: Zlepší Julínkova reforma postavení lékařů? Odpověď: Posílení postavení pojištěnec na úkor lékařů i pacientů.

Po zrušení dohodovacího řízení o zrušení dohodovacího řízení o rámcové smlouvě i dohodovací řízení o úhradách, regulacích a hodnotě bodu. Pojišťovny budou jednat s každým zdravotnickým zařízením individuálně. Bude opuštěn princip stejné úhrady za stejnou zdravotní péči. Zdravotnická zařízení se nebudou smět sdružovat pro vyjednávání s pojišťovnami, aby neporušovala pravidla hospodářské soutěže.

Pokud zdravotnické zařízení nepřistou-

pí na diktát pojišťovny, mají nárok na úhradu pouze akutní péče. Tak budou fakticky anulovány současné platné smlouvy o úhradách zdravotní péče. Tisíce soukromých lékařů mohou být takto zlikvidovány.

V neférové soutěži monopoly zlikvidují soukromé lékaře

Ministerstvo navrhuje v Evropě raritní možnost společného vlastnictví zdravotnických zařízení a pojišťoven provozujících veřejné zdravotní pojištění. Pojišťovny budou moci zvýhodňovat vyššími úhradami svá zdravotnická zařízení na úkor ostatních. Vzájemná konkurence zdravotnických zařízení cenou služeb vytvoří tlak na snižování kvality lékařské péče. Soukromé lékařské praxe budou v neférovém systému, kdy o prosperitě zdravotnického zařízení nerozhoduje ani kvalita poskytované péče, ani zájem pacientů, ale pouze blahovůle úředníků pojišťovny, touto nekalou konkurencí zlikvidovány.

Vznikající zdravotnické řetězce se promění v lokální monopoly, které budou snižovat kvalitu lékařské péče. Vznik těchto monopolů bude podpořen systémem tzv. řízené péče.

Řízená péče – pacienti ztrácejí právo svobodně si zvolit svého lékaře, lékaři ztrácejí autonomii v rozhodování jak léčit.

Zdravotní péče, jejíž poskytování budou řídit zdravotní pojišťovny, bude nekvalitní, ale laciná tak, aby zisky privátních vlastníků pojišťoven byly co největší. Příjmy zdravotním pojišťovnám zajistí zákon ukládající občanům i nadále povinnost být pojištěni. Výdaje, a tedy i výši zisku, si naopak budou pojišťovny určovat samy, když budou rozhodovat o tom, s kterým zdravotnickým zařízením uzavřou smlouvu a kolik mu za jakých podmínek budou platit za péči. Pojišťovny budou určovat i to, jakou péči v rámci plánů tzv. řízené péče svým klientům uhradí i kolik budou platit třeba za léky.

Lékaři účastníci se tzv. řízené péče budou muset léčit podle pravidel určených pojišťovnou, jinak nedostanou za práci zaplacené, avšak za případná odborná pochybení ponosou plnou odpovědnost.

ožuje lékaře i pacienty

Univerzitní nemocnice nikde v Evropě nefungují jako akciové společnosti

Univerzita by měla propůjčit své dobré jméno podniku, jehož řízení nebude jako minoritní akcionář moci ovlivňovat. Stát může svůj majoritní balík akcií prodat soukromému investorovi.

Akciové společnosti nemusí respektovat státní tarifní tabulky, což povede k poklesu mezd zaměstnanců dnešních fakultních nemocnic. Jsou ohroženy akademické svobody. Soukromý investor nebude mít žádný důvod podporovat výuku mediků a rozvoj lékařské vědy. Jaký bude osud finančně nejnáročnějších těžce nemocných „nelukrativních“ paci-

entů, kteří jsou dnes z privátních nemocnic odesláni právě do fakultních nemocnic?

Opět snaha o likvidaci profesní lékařské samosprávy

Řešit a trestat odborná pochybení nebo etická provinění lékařů by již nadále neměla lékařská komora, ale stát, který by patrně zřídil nějaký úřad pro dohled nad lékaři.

Julínkova „reforma“ nejenomže nezlepšuje postavení lékařů, ale naopak představuje od Února '48 zatím nejzávažnější ohrožení svobody lékařské profese.



Ministr s lékařskou komorou nejedná

- 24. 11. 2007: V rámci jednání sjezdu předal ministr Julínek ČLK návrhy věcných záměrů 7 reformních zákonů a slíbil, že se ČLK bude moci spolupodílet na přípravě reformy zdravotnictví.
- 27. 11. 2007: O návrzích zahájena diskuse v rámci ČLK.
- 11. 12. 2007: ČLK zaslala své připomínky na ministerstvo spolu s žádostí o jednání.
- 13. 12. 2007: Na jednání tzv. rady poskytovatelů nebyl prostor pro projednání připomínek ČLK.
- 14. 12. 2007: Představenstvo ČLK vyzvalo ministra k jednání.
- 8. 1. 2008: Rada poskytovatelů hodnotila zavedení regulačních poplatků, o připomínkách ČLK se nejednalo.
- 9. 1. 2008: Na ministerstvu proběhlo vypořádávání připomínek, na které nebyla ČLK

pozvána.

- 10. 1. 2008: Opakovaná žádost prezidenta ČLK o jednání s ministrem.
- 25. 1. 2008: Dopis ministra: „Ministerstvo se bude připomínkami ČLK zabývat a v nejbližší době bude ČLK informovat.“
- 4. 2. 2008: Na pozvání předsedy vlády se prezident ČLK účastnil jako host mimořádného zasedání tripartity.
- 9. 4. 2008: Věcné záměry zákonů schválila vláda, aniž ministerstvo s ČLK jednalo.
- 26. 4. 2008: Ministr Julínek se bez omluvy nezúčastnil konference ČLK, i když přislíbil účast se zásadním referátem o reformě.

Není apríla, tak nevím, zda si někdo dělá šprtouchlata, či je to skutečnost...

Božena Slámová, pediatr, Žďár nad Sázavou

Rozhodně poplatky nepromíjet, stejně jako se obvykle nepromíjí nezaplacení řadovým lékařům. To, že vystoupil Julínek z ČLK, pouze ukazuje jeho vztah k Lékařské komoře a lékařům vůbec.

Zdeněk Bergl, ARO Žatec

Pokud promine komora neuhrazené poplatky i jiným lékařům, budiž mu to přáno. Pokud po ostatních bude vymáhat, necht' vymáhá i po Julínkovi. Jde o princip.

Prim. Daniel Driák, Ph.D., Gyn.-por. klinika FN

Na Bulovce, Praha 8

Na MUDr. Tomáše Julínka, t. č. ministra zdravotnictví, je třeba nahlížet jako na každého jiného lékaře. V tomto případě jako na každého jiného neplatiče příspěvků ČLK. Pokud pan doktor včas nepožádal o prominutí placení příspěvků ČLK, které v té době byl členem, a pokud příslušné okresní představenstvo neuznalo jeho důvod prominutí za dostatečně pádný, nemůže být o prominutí příspěvků zpětně uvažováno.

Helena Nová, praktická lékařka, Kralupy nad Vltavou

Ano.

Jiří Holečko, chirurgie II. stupeň

Nesouhlasím s tím, aby panu ministru Julínkovi byly prominuty neuhrazené příspěvky. Po dobu členství v ČLK platí DŘ pro všechny stejně. Pokud ČLK ustoupí od vymáhání příspěvků od pana ministra, tak ani my v základnách nemusíme řešit neplatiče.

Jaroslava Drechslerová, CSc., Praha 8

Zásadně ne!!!

Jana Zerzaňová, PLDD, Neratovice

Pokud Dr. Julínek vystoupí z ČLK, je to jeho problém, pokud neprovádí léčebnou a preventivní činnost (a nechce ji provádět ani v budoucnu). Pokud se jedná o příspěvky, nemůže mu být odpuštěno, protože jejich splatnost je do konce února příslušného roku. Dr. Julínek to dobře ví a jako současný (a ne poslední) ministr zdravotnictví by měl ctít zákony této země.

Josef Jílek, chirurg, Měst. nemocnice Litoměřice



Ministr Julínek vystoupil z ČLK a požádal o prominutí neuhrazených členských příspěvků. Má mu komora vyhovět?

S prominutím uhrazení příspěvků neoushlasím, nejedná se o hmotnou nouzi a postup by byl shodný a bez diskuse u každého jiného člena komory, který by členství ukončil a příspěvky neuhradil. – Stran ukončení členství: ministr má stejná práva a povinnosti jako každý občan, tedy i právo ukončit členství. Tedy nevím, proč se to drammatizuje. Nevykonává lékařskou praxi, jeho názor na povinné členství je všeobecně znám, byl by pokrytec, kdyby jednal jinak.

Petr Niesner, zást. prim. chir. odd., SZZ Krnov

Co je to za otázku? Neexistuje snad PRÁVO vystoupit z člka a požádat o prominutí nedoplatku a nenásleduje poté snad STANDARDNÍ ŘEŠENÍ dle pravidla KAŽDÉMU STEJNÝM METREM? Vaše otázka a tedy i celá anketa je zcela nepatřičná, a jakékoli návrhy kolegů lékařů jsou zcela irelevantní, chcete-li, je to všechno zcela mimo mísu a hodné 5. cenové skupiny po 5 pivech? Nechci k vám patřit a zvažuji vystoupení z člka (malá písmena záměrně – pasují k vašim malým myšlenkám)

Radomil Šulc, Rumburk/Ebersbach

Komora by neměla vyhovět! Vymáháme-li příspěvky na všech lékařích (i na důchodcích či kolegyních na MD, byť ve snížené sazbě) registrovaných v OS, tak se to týká ze zákona i ministra! Samozřejmě jako nepraktikující lékař má právo vystoupit z komory, ale své závazky vůči ní by měl vyrovnat.

Hana Bradáčová, oční lékařka, a Bohumil Bradáč, gynekolog, OS Louny

Přestože ministr nevykonává lékařskou praxi, asi ani neléčí a také nevypisuje recepty – podle toho by nemusel členské poplatky platit, ale vzhledem k tomu, že ovlivňuje svými nařízeními a rozhodnutími chod komory a zdravotnictví, pak by neměl mít právo vystoupit z ČLK.

František Hegar, všeobecný praktický lékař, Lomnice n. Pop.

Členství v komoře je povinné. Kupodivu jako by to ale neplatilo pro ministra, anebo to není lékař?

Jiří Velebil, psychiatr, Psychiatrická léčebna Horní Beřkovice

Hledání reformy zd

Úsilí středověkých reformátorů volajících slovy „ecclesia semper reformanda“ po permanentních změnách v církvi je překvapivě aktuální i pro naše současné zdravotnictví. Reforma totiž nemůže být v žádném případě jednorázovým aktem, kdy je přijato několik zákonů, ale vždy jen trvalým procesem hledání optimálního modelu v měnící se realitě. Proto ji dnes neprovede ani ministr Julínek ani zítra jeho nástupce. Budou na ní muset tvrdě pracovat všichni další, aby postavili dům, odolávající jakžtakž neúprosnému zubu času v podobě stárnoucí populace. Každý krok přitom musí být s minimálními náklady „vratný“, tj. s možností nápravy, podobně jako např. v Nizozemsku. Z tohoto pohledu jsou některé postupy současného ministerstva jen těžko obhajitelné.

Zdravotnictví jako systém

Zdravotnictví je otevřeným systémem. Vstupuje navenek do interakcí se všemi hospodářskými odvětvími, ale také uvnitř sebe sama. Tím se podobá lidskému organismu s jeho vnějšími i vnitřními vazbami, které jej udržují v rovnováze a při životě. Živé organismy mají tendenci chovat se z hlediska vynakládaných zdrojů co nejušporněji, tj. šetřit energii nutnou k obnově buněk a ke svému růstu (řečeno národohospodářsky: k prosté i k rozšířené reprodukci). Jinak by nepřežily. Chovají se ekonomicky i ekologicky, šetříce maximálně všechny disponibilní zdroje (recyklace stavebních látek pro buňky, minerálů atd.).

To je pro zdravotnictví dobrý příklad. Pochopily jej všechny evropské zdravotnické systémy a tuto biokybernetickou zákonitost uvedly do praxe. Proto je prakticky ve všech zemích EU zdravotnictví založeno na neziskovém principu, ať už formou národní zdravotní služby anebo solidárního pojištění, zcela odlišného třeba od pojištění automobilů.

I tak se mají co ohánět. Postarat se o zdraví svých občanů stojí ve stárnoucích zemích EU už kolem 10 % jejich relativně bohatého HDP. V absolutních částkách je to 2 až 3krát víc než u nás, i když použijeme k přepočtu parity kupní síly. Zdroje plynoucí do zdravotnictví proto musíme i my v ČR rychle navyšovat.

ČR balancuje se svými 7 % HDP na samé hranici udržitelnosti, a je tedy přes všechno plýtvání relativně efektivní. Protože však jsou vstupy i u nás na světové úrovni, lze příčinu této efektivnosti najít poměrně snadno – systém je sponzorován. Za platy sester či ošetřovatelek, ale i mladých lékařů, by dodavatelé léků, energií či přístrojů ani nezvedli oči od stolu.

Pod touto pomyslnou hranicí 7 až 8 % HDP evropské systémy kolabují. Jako příklad mohou sloužit naši sousedé – Slováci, Poláci nebo Maďaři. Ukázalo se, že 5,8 až 6,8 % z HDP nestačí ani na prostou údržbu. Jejich zdravotnictví se ocitlo v hluboké „hypoxii“ se všemi důsledky. Nepomohla ani tzv. „reforma“, která v jejich případě neznamenala nic jiného než ohlodávání stále stejné kosti, jen trochu jinak. Dokonce ještě hůř – pro některé se i na zdánlivě holé kosti našlo ještě dost, na zbytek pak už logicky nezbylo téměř nic. Jak se praví v dětské říkance: „Tomu dala, tomu víc, tomu málo, tomu nic...“. Není od věci připomenout, že bratislavští reformátoři nyní napřeli své úsilí na Prahu.

Pro úplnost je dobré dodat, že ve světě lze najít i prosperující systémy s 5 až 7 % HDP. Patří mezi ně např. země „asijských tygrů“. Příznačné je, že tyto země volí pro organizaci zdravotnictví evropské systémy, třebaže své ekonomiky orientují spíše na USA, proslulé svou zdravotnickou marnotratností (16 % z HDP). Najdeme u nich nejen moderní budovy napěchované vyspělou technikou, o jaké se nám často ani nesní, ale i šetrné a laciné způsoby TCM, jako akupunkturu apod. Peníze jim však bohatě stačí hlavně z jiného důvodu, a tím je mladá populace. Mladí, ekonomicky aktivní lidé do systému mnohem víc přispívají, než z něho čerpají a tento trend jim ještě nějakou dobu vydrží.

Akciové společnosti

Co pro křehce vybalancovaný zdravotnický systém znamená použití akciového kapitálu? Předně je dobré si uvědomit, k čemu vlastně akciový kapitál slouží. Představme si situaci, kdy podnikatel potřebuje k postavení továrny např. 100 milionů, které sám nemá. Přemluví proto 100 dalších osob, z nichž každá dá jeden milion a za ten dostane své akcie. Aby své partnery k in-

zdravotnictví pro ČR

vestici přesvědčil, slíbí jim z každé akcie výnos, který je větší než běžné bankovní úroky. Jinak by totiž svůj milion uložili bez rizika do banky.

Z této prosté úvahy se odvíjejí i nutné náklady na zdravotnické výkony v akciových společnostech: cena = mzdové + režijní náklady + zisk, který musí být vyšší než běžné úroky. V ekonomických termínech to znamená náklady na reprodukci zvýšené o zisk (čím vyšší, tím lepší).

Již ze samotné definice musí být ziskový sektor dražší minimálně o zisk, a tudíž energeticky méně výhodný než sektor neziskový. Podle tohoto modelu se chovají akcionáři

všude, i v pojišťovnictví. Z hlediska pacientů a zdravotníků je pak zcela lhostejné, tahají-li za nitky akcionáři čeští nebo američtí.

O stanovení ceny pojišťovny raději pomlčme! I takovou myšlenku však najdeme mezi „reformními“ návrhy: Cenu zdravotních služeb si mají napříště určovat „smluvním způsobem“ samy akciové pojišťovny. Člověk nemusí mít ani ekonomické vzdělání, aby pochopil, co by to znamenalo v praxi.

Neziskové organizace

Aby se náklady na zdravotnictví snížily na co nejnižší míru (optimalizace), využijí v EU neziskového sektoru všude, kde to jde. Ten má náklady nižší už z definice přinejmenším o zisk: cena = mzdové + režijní náklady. To ekonomicky dovoluje prostou i rozšířenou reprodukci (obnovu, modernizaci atp.), neboť případný zisk se reinvestuje do systému ve prospěch pacientů.

Zbývá vypořádat se s tzv. „neziskovou akciovou společností“. Je evidentní, že taková konstrukce je umělá a bez jiných záměrů není k ničemu. Proto je v evropském kontextu naprosto okrajovou záležitostí. Není divu.



Je stejně tak zřejmé, že rozdělovat dodatečně na akcie už jednou vynaložené prostředky v podobě nemocničních budov, pojišťoven atd. opět nemá žádný ekonomický smysl. Proto také tento způsob v EU nevidíme. I zde je tedy na místě otázka po pravé příčině.

Česká cesta

Co nefunguje v EU, může však dobře fungovat v Čechách. Po zkušenostech z 90. let, kdy jsme obohatili světový slovník o výraz „tunelování“, není těžké pochopit, jak snadno lze „neziskovou“ akciovku převést na „ziskovou“, jak přimět soud k rozhodnutí o volném nakládání s akciemi („nezadatelné právo nakládat s majetkem...“), jak změnit podíl akcionářů např. navýšením kapitálu po vstupu „strategického partnera“ atd. Česká vynalézavost v tomto směru nezná mezí. Pokud jsou tedy u nás zaváděny tzv. *neziskové a. s.*, je nutno ptát se nejen proč, ale také co má následovat. Samy o sobě smysl nemají.

Jen tak mimochodem, podobně postrádá smyslu i samotný prodej nemocnic soukromým a. s. či s. r. o., mj. proto, že se v podstatě nejedná o nic jiného než o opakované vynaložení prostředků na stejný

účel: poprvé jsme je vydali, když se nemocnice stavěla, a podruhé je vydáváme nyní, když nemocnici necháváme znovu koupit. Soukromá a. s. ji může splácet opět jen z tržeb oné nemocnice, tj. z veřejných prostředků, které si občané povinně ukládají na své léčení. O to méně pak logicky zbude na ně i na zdravotníky, kteří se o ně mají starat. K nutným nákladům musíme připočítat ještě zisk, bez něhož akciový kapitál nefunguje.

Kudy dál v reformě

Co z toho všeho vyplývá pro reformu našeho zdravotnictví? Předně to, že máme na co navázat – první kroky správným směrem byly podniknuty hned po revoluci v letech 1990 až 1992, kdy se peníze na zdravotnictví oddělily od státního rozpočtu. Tehdy jsme poprvé viděli, že zdravotnictví není zadarmo a kolik co stojí.

Ale i dnes se máme odkud učit. Pokud bychom např. opět zavedli třístupňový systém nemocnic, který efektivně funguje v Rakousku, mohli bychom ročně ušetřit kolem 20 až 30 mld. Kč. Alespoň to naznačují nákladové analýzy provedené v minulých letech. Takto provázaný systém se pochopitelně jen velmi těžko tuneluje.

V Nizozemsku zase mají nejméně akutních lůžek z celé EU – 3,1/1000 obyvatel. To je možné jen proto, že zde dobře funguje úsporná síť „následných lůžek“ – nejhustší z celé EU. Není třeba dodávat, že jsou na rozdíl od nás spravedlivě zaplacená. I v tom je vidět kontrast s postupem současného ministerstva, které krátí úhrady pacientům po úrazech a mrtvicích až pod reálné náklady.

Neméně důležitá je ovšem i seriózní diskuse a hledání obecně přijatelného konsensu. To kvůli postojům ministerstva postrádají prakticky všichni. Pokud se totiž proti „reformě“ staví zdravotnická veřejnost, univerzity, pacienti, odbory, zaměstnavatelé, komory, zkrátka přes 80% populace (12,7% je dle průzkumů pro), a ministerstvo se přesto tváří, že nic neslyší, je tu cosi strašlivě v nepořádku.

A když se poté na místo věcné diskuse začíná lidem slibovat cosi jako „jistota desetinásobku“, pochopí už i teta z Orlických hor, oč tu běží.

God save our healthcare!

Petr Fiala, konference ČLK Milovy, 26. 4. 2008

(autor přednáší ekonomiku zdravotnictví na 1. LF UK)

Ministr Julínek vystoupil z ČLK a požádal o prominutí neuhrazených členských příspěvků. Má mu komora vyhovět?

Myslím si, že by mu komora prominout neměla, byl tehdy řádným členem, platí pro něj stavovské předpisy jako pro ostatní lékaře. Jen mě mrzí, že pan ministr zapomíná na to, že je lékař, a demonstrativně ignoruje lékařskou komoru. To neprospívá celkovému klimatu mezi lékaři ani ve společnosti.

Václav Stehlík, PLD, Liběšice, člen představenstva OS ČLK Litoměřice

Řekl bych, že ne. Jednak se má taková věc řešit dopředu a ne zpětně, a jednak má zcela jistě větší plat než většina z nás. Navíc – zákon je zákon. Nepracovali však v inkriminovaném období jako lékař a nechce-li už nadále nikdy vykonávat práci lékaře, ať si ty peníze ušetří třeba na dovolenou.

Jiří Zillich, neurolog, Česká Lípa a Litoměřice

Myslím, že je to především nevědomé vyjádření ministra postoje ke komoře, které dovoluje hypotetizovat o pohrdání, o narcistické představě, že se vymyká pravidlům a řádu, navíc o sdělení kolegům, že se nedomnívá, že by se ještě pošpinil lékařskou praxí spojenou s poukazem na naši ubohost – my pro ministra směšný poplatek zaplatit musíme. Když k tomu přičtete dojem grandiozity a omnipotence z vystupování ministra, nelze se určitým diagnostickým závěrům jen tak snadno ubránit. Pokud by byly správné, je to jen hypotéza, pak trpí nejen on, ale celé široké okolí.

Vladislav Borovanský, psychiatr, Roudnice nad Labem

Myslím si, že by členství v lékařské komoře nemělo být povinné. Spíše by se měla lékařská komora prezentovat tak, aby pro každého lékaře bylo prestižní a samozřejmé, že je členem této organizace. Bylo by zajímavé sledovat, co by se s komorou stalo, kdyby se změnila na organizaci dobrovolnou. Problémy, se kterými se potýkají lékaři v naší zemi, ukazují, že lékařská komora v Čechách je velmi slabý, až bezvýznamný spolek, čas od času hloupě rozhádaný, neschopný pomoci lékařskému stavu dosáhnout společenského a ekonomického ocenění, neschopný řešit problémy, vytvářet vize,

České zdravotnictví: ekonomické souvislosti a mezinárodní srovnání

Základním problémem českého zdravotnictví jsou nedostatečné výdaje, které zaostávají za možnostmi naší ekonomiky.

Zatímco HDP se v roce 2006 zvýšil o 7,6%, tak výdaje na zdravotnictví stouply o pouhých 4,2% a jejich podíl na HDP se propadl pod kritickou hranici 7%.

Podíl celkových i veřejných výdajů na zdravotnictví v ČR na HDP několik let klesá

	veřejné výdaje	celkové výdaje
2003	6,81 %	7,57 %
2004	6,56 %	7,34 %
2005	6,39 %	7,20 %
2006	6,16 %	6,98 %

Problémem zůstává nespravedlnost v platbách zdravotního pojištění. Stát platí za děti, důchodce, nezaměstnané, tedy za 57% obyvatel, kteří nikoliv vlastní vinou čerpají 80% zdravotní péče, příspěvek ve výši pouhých 24% příjmů zdravotních pojištěných. V současnosti jde o částku 677 Kč/měsíc. Vláda rozhodla o tom, že tato platba nebude po dobu 2 let valorizována.

Z vyspělých států Evropy vydává v porovnání s ČR na zdravotnictví nižší podíl svého HDP pouze Lucembursko. Průměr bývalých států EU – 15 je 9,3% HDP, průměr současných 27 členských států EU je 8,7% HDP.

Není pravda, že by chudší státy automaticky vydávaly na zdravotnictví nižší podíl svého HDP. Rozdíly jsou způsobeny různou organizací zdravotnických služeb a různým způsobem jejich financování.

Výdaje na zdravotnictví v některých státech tzv. východní Evropy (2004)

Bosna a Hercegovina	9,3 %
Slovinsko	8,7 %
Maďarsko	8,4 %
Chorvatsko	7,9 %
Bulharsko	7,7 %
Moldávie	7,5 %
ČR	7,2 %
Albánie	6,6 %
Polsko	6,4 %
Slovensko	5,8 %
Ukrajina	5,8 %
Rumunsko	5,7 %

Výdaje na zdravotnictví v ČR zaostávají rovněž při použití indexu parity kupní síly (USD, 2004)

pořadí v Evropě	stát	USP v PPP
1.	Monako	4797
2.	Lucembursko	3992
3.	Švýcarsko	3954
4.	Norsko	3862
7.	Nizozemsko	3056
8.	Německo	3052
9.	Francie	3016
23.	Slovinsko	1760
26.	ČR	1333
29.	Slovensko	829

Ze všech států OECD jsou nižší než v ČR výdaje na zdravotnictví vyjádřené jako podíl na HDP dané země pouze na Slovensku, v Polsku, v Mexiku a v Koreji.

Trendem posledních let je nárůst přímých plateb obyvatel za úhradu zdravotní péče a naopak pokles plateb ze státního rozpočtu a ostatních veřejných rozpočtů. Kraje, které od roku 2003 převzaly správu bývalých okresních nemocnic, neplní své povinnosti zřizovatele. Zatímco u příspěvkové organizace musí zřizovatel svým příspěvkem zajišťovat její vyrovnaný rozpočet, tak na provoz akciové společnosti nemusí akcionář přispívat vůbec. Spolu s možností snížit zaměstnancům mzdy (opuštění státních tarifních tabulek) je právě snaha „vyvléknout se“ z povinnosti zřizovatele hlavní příčinou, proč kraje transformují nemocnice v akciové společnosti.

Výdaje na zdravotnictví podle zdrojů

	rozpočty	veřejné pojištění	přímé platby
2003	12,3 %	77,7 %	10,0 %
2004	10,4 %	79,0 %	10,6 %
2005	9,9 %	78,9 %	11,2 %
2006	8,5 %	79,3 %	12,2 %

Extrémně neefektivní americké zdravotnictví, které spolýká 15,5% obrovského hrubého domácího produktu Spojených států a přesto 48 milionů lidí v USA není kryto žádným zdravotním pojištěním, se zcela vymyká srovnání. Ve vyspělých evropských státech existují v zásadě dva modely financování zdravotní péče:

Národní zdravotní služba (NZS) – např. Skandinávie, Británie, Španělsko nebo Itálie.

Zdravotní pojišťovny (ZP) – např. Německo, Francie, Rakousko, Belgie.

Národní zdravotní služba nebo několik zdravotních pojišťoven

NZS	ZP
Norsko 9,7%	Švýcarsko 11,5%
Dánsko 9,2%	Francie 11,0%
Švédsko 9,1%	Německo 10,6%
Itálie 8,7%	Rakousko 10,3%
Španělsko 8,1%	Belgie 10,2%
Velká Británie 8,1%	ČR 7,0%

Národní zdravotní služba je větší-nou levnější než zdravotní pojišťovny.

Daní za nižší výdaje na zdravotnictví v systémech s NZS bývají většinou delší čekací doby na plánované zákroky.

Systém povinného pojištění u některé z několika zdravotních pojišťoven zvolila po listopadu 1989 i naše politická reprezentace. Tento systém funguje, i když nikoliv bez chyb, a neexistují tedy dostatečně závažné důvody pro jeho zásadní změnu.

Milan Kubek

Naše miliardy na účtech zdravotních pojišťoven

V roce 2007 dosáhly celkové příjmy zdravotních pojišťoven částky 202,805 mld. Kč. **Platby pojistného od ekonomicky aktivních osob se meziročně zvýšily o 13,939 mld. Kč, tedy o 10,1 % na částku 152 miliard korun.** Stát zaplatil za děti, důchodce a nezaměstnané (celkem více než 57% pojištěnců, kteří čerpají 80% zdravotní péče) celkem 47,459 mld. Kč, což bylo sice o 10,4% více než před rokem, avšak tento příspěvek státu přesto stagnoval na úrovni pouhých 23,4% celkových příjmů pojišťoven. Tvrdění ministerstva zdravotnictví, že finanční stabilizace pojišťoven byla dosažena pouze díky zvyšování plateb za tzv. státní pojištěnce, tedy není pravdivé.

Příjmy zdravotních pojišťoven v roce 2007

	mld. Kč	+ mld. Kč	+ %	váha
Plátcí	152,000	13,939	10,1	75,0%
Stát	47,459		10,4	23,4%
Celkem	202,805	19,972	10,9	100,0%

Skutečnou příčinou přebytků na účtech pojišťoven je fakt, že pojišťovny platí za péči mnohem méně, než by mohly a měly. Zatímco příjmy pojišťoven se v loňském roce zvýšily o 10,9%, jejich výdaje na úhradu zdravotní péče meziročně stouply pouze o 5,022 mld. Kč, tedy o pouhých 2,9 procenta! Zatímco pojišťovny vybraly 202,805 mld. Kč, za zdravotní péči v loňském roce utratily pouhých 179,507 mld. Kč. **Výsledkem je saldo +17,214 mld. Kč, což je šestnásobek kladného hospodářského výsledku z roku 2006 (+2,822 mld. Kč).** V této souvislosti asi každému vytane na mysli otázka, zda je základním úkolem pojišťoven platit za zdravotní péči poskytnutou jejich klientům, nebo zda pojišťovny mají syslit na úkor zdravotnických zařízení peníze na svých účtech.

Pojišťovny nám zdravotníkům naordinovaly v roce 2007 redukční dietu. Šly nám alešpoň příkladem? V žádném případě. **Zatímco za zdravotní péči utratily pojišťovny v roce 2007 o pouhých zmiňovaná 2,9% více než v roce 2006, tak své vlastní provozní náklady si meziročně navýšily o 11,0%.** Na svůj vlastní provoz devítka pojišťoven spotřebovala 6,959 mld. Kč. Jen pro porovnání: za péči u praktických lékařů pro dospělé i pro děti dohromady utratily v roce 2006 pojišťovny 8,153 mld. Kč.

Zásadní rozdíly přetrvávají v příjmech a zejména ve výdajích pojišťoven za péči mezi VZP, která má 6 546 000 pojištěnců, a ostatními tzv. zaměstnaneckými pojišťovnami (ZZP), které mají dohromady 3 780 000 klientů.

Příjmy a výdaje na jednoho pojištěnce v roce 2007

	příjmy (Kč)	výdaje (Kč)	výdaje/příjmy
VZP	20 663 + 11,0%	18 707 + 7,8%	91,55%
ZZP	17 073 + 9,7%	14 905 + 2,7%	87,30%
Celkem	19 349 + 10,5%	17 316 + 2,5%	89,50%

Příjmy VZP zvyšovalo v loňském roce dokončené stoprocentní přerozdělování pojistného. Její výdaje o 370 korun na hlavu narostly díky prohraným soudním sporům, kvůli

zlepšovat vztahy obecně navenek a dovnitř. Ministr Julínek provedl něco, co dále prohlubuje známky bezvýznamnosti lékařské komory. Na druhé straně jeho krok vyvolal diskusi, a to je dobře. I když diskusí, planých řečí, prázdných slibů a gest už bylo dost a dost.

Jiří Kucharský, chirurgie-traumatologie, Třebíč – nemocnice

Příspěvky doplatit k datu vystoupení. Jinak s vystoupením souhlasím, jsem proti povinnému členství.

Václav Čuba, chirurgie, Masarykova nemocnice, Ústí nad Labem

Pokud MUDr. Julínek nehodlá vykonávat povolání lékaře, má právo z ČLK vystoupit. Předtím ale musí splnit povinnosti vyplývající z jeho dosavadního řádného členství.

Karel Beneš, cévní chirurg, Příbram, Praha

Pokud je toto hlavní problém, kterým se vedení zabývá (což je pravděpodobné, když se na to ptá), pak by mělo příspěvky odpustit nám všem.

Alexander Štorek, psychiatr, Choceň

Nepromíjet, peněz má jistě dost. Je to povinnost daná zákonem, tak ji má dodržovat zvláště ministr vlády.

Zdislava Vávrová, prakt. lékařka, Ždár n.Sáz.

Odpustit? Leda kdyby vystoupil i z ministerstva. To bych mu odpustil – nebo za něj rád zaplatil – i členské příspěvky ODS.

Jiří Bartoš, Ambulance cévní chirurgie, Nový Bor

Pokud pan MUDr. Julínek – nyní ve funkci ministra zdravotnictví ČR – skutečně nevykonává klinickou praxi, nepracuje s pacienty, nevyšetřuje, prostě „neléčí“, nechtě tedy z komory vystoupí a nechtě je mu ukončení členství bez okolností umožněno. Pokud však má z dřívější doby nedoplatky za členství, určitě nesouhlasím s jejich prominutím. Nedoplatky bude nutné za dobu členství účinně vymáhat. Každopádně celý problém s nedoplatky a vystoupením z komory nespovídá o vyšším morálním kreditu tohoto čelného představitele našeho zdravotnictví a člena vlády. Vystoupení ministra zdravotnictví ze stavovské organizace a licitace o nedoplatkách za členství určitě není eticky vhodné.

Jiří Filip, PL, předseda revizní komise OS ČLK Třebíč

Ministr Julínek vystoupil z ČLK a požádal o prominutí neuhrazených členských příspěvků. Má mu komora vyhovět?

Ministr Julínek nevykonává praxi lékaře mnoho let, je tedy jistě nutné, aby zvažil, jestli jeho členství v komoře je nezbytné. § 3 (1): „Každý lékař, který vykonává na území České republiky lékařské povolání v léčebné a preventivní péči, musí být členem České lékařské komory.“ Tolik zákon o komorách. Domnívám se také ale, že jeho politická kariéra vlastně časově překročila limit, potřebný k provozování specializované činnosti lékaře. § 6: „Přerušeni výkonu povolání lékaře. (1) Získaná odborná a specializovaná způsobilost k výkonu zdravotnického povolání, které lékař dosáhl, zůstává přerušeni výkonu povolání lékaře nedotčena. (2) Pokud lékař přerušil výkon povolání lékaře na dobu delší než 5 let v průběhu předcházejících 6 let, je povinen se bezodkladně po skončení přerušeni výkonu povolání lékaře doškolit v rozsahu nejméně 60 pracovních dní na pracovišti pod vedením lékaře s příslušnou specializovanou způsobilostí, který vyhotoví o průběhu a ukončení doškolení záznam do průkazu odbornosti (§ 23), a pokud lékař nemá tento průkaz, vydá o průběhu a ukončení doškolení potvrzení.“ Tolik zákon o získávání odborné a specializované způsobilosti. Tedy pan ministr by asi po skončení mandátu senátora musel projít doškolením.

Je to jednoduché, a spíše tím, že se jedná o ministra, je to mediálně zajímavé. Myslím si, že je jen postupováno v souladu se zákonem a týká se to jistě řady kolegů, kteří končí s praxí, ať již z jakýchkoliv důvodů. Pan ministr asi nepředpokládá návrat do lékařské praxe, a pokud by nebyl v dalším volebním období zvolen nebo nebyl již ministrem ani senátorem, poslancem, krajským radním, jistě by se raději než lékařem v praxi (ať již jako zaměstnanec nebo jako soukromá osoba) stal lobbistou nebo mu bude, jak je zvykem, přidělena nějaká výhodná funkce – říkáme tomu trafika. Jestli dluží komoře příspěvky, nepochopil jsem dotaz, jaké chce prominout. Tedy jestli dluží příspěvky, mělo okresní sdružení již dávno postupovat podle zákona a stanovských předpisů. Neplacení příspěvků je

nimž musela pojišťovna doplácet některým typům zdravotnických zařízení (ZZS...). Přesto je jasné patrné, že tzv. zaměstnanecké zdravotní pojišťovny platí za zdravotní péči v průměru méně než VZP.

Zůstatky na účtech zdravotních pojišťoven (stav k 31. 12. 2007)

	počet pojištěnců	mld. Kč
VZP	6,546 mil.	10,725
ZZP	3,780 mil.	16,120
Celkem		26,845

Pozor: Jde o reálné peníze. Účetní zůstatky, ty dosahovaly částky +40 miliard.

Příčinou tohoto „ekonomického zázraku“ dosaženého na úkor našich příjmů je pro zdravotnická zařízení katastrofálně nevýhodná úhradová vyhláška č. 619/2006

Sb., kterou vydal v prosinci 2006 ministr Julínek. Vzpomeňme třeba jen na tzv. Jojkovu dohodu rezignující na zvýšení ceny lékařské práce v seznamu zdravotních výkonů, kvůli které (podle vzorce: MÚ = RČ x PÚ x INU) dostávali ambulantní specialisté zaplacen za jedno unicitní rodné číslo o pouhých 3% více než v roce 2005.

Z pohledu nás, lékařů, však příliš optimisticky nevypadá ani rok letošní. **Úhrady od pojišťoven se řídí ministerskou vyhláškou č. 383/2007 Sb. a pojišťovny díky tomu, jak její parametry lidé ministra Julínka nastavili, očekávají do konce roku přírůstek na svých kontech o dalších 8,9 mld. korun!**

Tzv. první fáze reformy (zákon č. 261/2007 Sb. o stabilizaci veřejných rozpočtů) ochudila pojišťovny o cca. 10 mld. korun (zmrazení plateb za tzv. státní pojištěnce ve výši 677 Kč/měsíc, osvobození příjmů nad čtyřnásobek průměrné mzdy od placení pojistného a zvýšení DPH na léky z 5% na 9%). **Zdravotní pojišťovny přesto budou mít na konci roku 2008 na svých účtech úctyhodnou sumu 35,7 mld. Kč!** Tyto peníze budou připraveny jako bonus pro investory, kteří si pojišťovny koupí. Plán ministerstva zdravotnictví prodat zaměstnanecké pojišťovny, které již na přelomu roku měly na svých účtech přes 16 miliard, za celkem cca 25 miliard korun nevypadá tedy ve světle jejich ekonomických výsledků jako pro stát příliš výhodný.

Zdravotní pojišťovny platí díky úhradovým vyhláškám ministra Julínka za péči méně, než by mohly. Na jejich účtech leží naše peníze, tedy přesněji řečeno peníze, které nám pojišťovny za naši práci nezaplatily.

Základním požadavkem ČLK–o.s. v dohodovacím řízení o úhradách zdravotní péče pro rok 2009 je plná realizace seznamu zdravotních výkonů s takovou hodnotou bodu, která umožní slušně zaplatit práci zdravotníků a pokrýt skutečné režijní náklady zdravotnických zařízení. Peníze na to pojišťovny mají. Základním předpokladem úspěchu této naší snahy je pochopitelně odvrácení nebezpečí, které se nazývá „Julínkova reforma“. Pokud se nám toto nepodaří, pak „naše“ peníze získají investoři, kteří si nádevkem změní soukromé lékaře v námezdní pracující síly.

Milan Kubek (Zdroj údajů: Státní závěrečný účet ČR)



OECD varuje před riziky

Tak jako všechny vyspělé státy, i ČR musí řešit prohlubující se nepoměr mezi „neomezenými“ možnostmi lékařské vědy a omezenými ekonomickými zdroji.

OECD kladně hodnotí regulační poplatky, jejichž smyslem je omezování spotřeby zdravotní péče, aniž by se zpráva blíže zabývala způsobem výběru poplatků, jejich výší, účinností, spravedlností či sociální únosností.

Zpráva OECD konstatuje, že systém několika zdravotních pojišťoven, který v ČR existuje od počátku 90. let, zajišťuje efektivní poskytování kvalitních zdravotních služeb.

Za klíčovou součást chystaných reforem zpráva OECD označuje: „Návrh motivovat zdravotní pojišťovny ziskem jejich převedením na akciové společnosti, čímž bude posílena jejich motivace snažit se poskytovat služby nákladově efektivním způsobem.“ Vedle motivování klientů pojišťoven, kteří by v případě nečerpání zdravotních služeb měli získat zpět podíl na zisku pojišťovny (*Tato součást reformy v Nizozemsku se neosvědčila a byla zrušena hned po jediném roce.*), **zpráva zdůrazňuje nutnost dohledu nad zdravotními pojišťovnami a zejména nutnost definovat rozsah standardní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění.**

OECD upozorňuje, že s podobným typem reformy zdravotnictví, jaký připravuje vláda v ČR, má pouze „velmi omezené zkušenosti“. Generální tajemník OECD Ángel Gurría po jednání s premiérem Topolánkem označil Julínkovu reformu za „odvážný a inovativní krok“ a zároveň v souladu s hodnotící zprávou upozornil na následující hrozící rizika:

Na tvorbu zisku orientované pojišťovny-akciové společnosti mohou mít snahu „sbírat smetanu“, tedy vybírat si pouze nejméně rizikové pojištěnce. Je tedy třeba maximálně usnadnit občanům možnost měnit pojišťovnu v případě nespokojenosti (pozor: *Julínek navrhuje, že klient může měnit standardní zdravotní plán nejdříve po 12 měsících a v případě plánu se spoluvčastí je možná jeho změna dokonce teprve po 2 letech!*). **Dále je podle OECD nutno předejít střetu zájmů při současném vlastnictví zdravotnického zařízení i zdravotní pojišťovny** (*tento problém ministerstvo neřeší nijak*). **OECD také varuje před vznikem lokálních monopolů při poskytování zdravotní péče a zdůrazňuje povinnost státu či jiného regulátora zajistit, že vzájemná konkurence zdravotnických zařízení** (cenou služeb) **nepovede ke snižování kvality zdravotní péče.** Proto je nutné zavést lepší informační systém o výkonnosti poskytovatelů zdravotních služeb.

„Je to přesný pohled na českou realitu, správná doporučení, která ale nechtějí slyšet v opozici, odborech a někdy ani v řadách vládní koalice,“ pochvaloval si zprávu premiér Topolánek.

Vzhledem k zásadním výhradám a varováním ze strany OECD vůči záměrům českého ministra zdravotnictví zůstává otázkou, zda pan premiér hodnotící zprávu vlastně vůbec četl.

Milan Kubek, Ekonomický přehled České republiky, 2008
(celý text na www.clkr.cz)

SZ a KDU-ČSL proti transformaci nemocnic

Republiková rada Strany zelených přijala 17. 5. 2008 v Pardubicích usnesení, v němž nesouhlasí s transformací a privatizací nemocnic a ústavů řízených nebo zřizovaných ministerstvem zdravotnictví podle zákona č. 219/2001 Sb., o majetku státu.

Vedení Strany zelených má prosazovat přednostní projednání tří méně konfliktních zákonů (o zdravotnické záchranné službě, o specifických zdravotních službách a o zdravotních službách) a poskytnutí podstatně většího časového prostoru pro přepracování zákonů o univerzitních nemocnicích, o veřejném zdravotním pojištění a o zdravotních pojišťovnách.

RR SZ doporučuje vedení strany, aby před

projednáváním paragrafovaných znění zákonů o univerzitních nemocnicích, o zdravotním pojištění a o zdravotních pojišťovnách byly tyto přepracovány a pak byl dán dostatečný prostor pro odbornou a veřejnou diskusi.

Odborná komise KDU-ČSL pro zdravotnictví se 13. 5. 2008 usnesla, že doporučuje, aby od regulačních poplatků ve zdravotnictví byly osvobozeny děti do 15 let a aby takto způsobený výpadek příjmů byl současně zdravotnickým zařízením kompenzován. Nesouhlasí s připravovanou změnou fakultních nemocnic na akciové společnosti, kterou chystá ministerstvo zdravotnictví bez koaliční dohody.

(red)

u člena komory hodnoceno jako závažný přestupek a takový člen může být až vyloučen z řad ČLK. Prominutí placení je možné ve zvlášť vyjmenovaných případech, kdy jedním z kritérií je i sociální hledisko. Pokud pan ministr má za to, že je sociální případ, a pokud zaplacením dlužné částky (nebude-li mu prominuta, což nedoporučuji, výjimka z placení je cestou do pekel – viz jeho vlastní citace o platbách a výjimkách z plateb poplatků) je stoprocentní jistota, že se do praxe již nevrátí a bude se žít byt s tituly, ale mimo lékařskou praxi..., pak prosím o zaslání konkrétních údajů a panu ministru přispějí na uhrazení, neboť jistota, že po skončení jeho politické kariéry se nevrátí do praxe, je pro mne velmi lákavá a stojí mi za neplánované výdaje. Věřím, že se s touto myšlenkou setkám s pochopením i u dalších kolegů a pan ministr nezatíží svůj rozpočet eventuálně dlužnou částkou a jeho odchod z řad aktivních lékařů bude důstojný.

Bohumil Skála, Ph.D., praktický lékař pro dospělé, Lanškroun

Nevidím sebemenší důvod, proč nezaplacené členské poplatky ministru Julínkovi odpouštět. Jak si to asi pan ministr představuje? A zanedlouho přijde s tím, aby mu byly odpuštěny nezaplacené regulační poplatky za návštěvu u lékaře? A kam to povede dál? Odpustíme mu i poplatky za neuhrazené zdravotní pojištění? Jinými slovy, jednat stejným způsobem, jakým komora jedná s každým „dlužníkem“. Tedy výstražný dopis, eventuálně se obrátit na soud. Myslím, že plat pana ministra není zas tak malý. A v dnešní době platebních příkazů a bezhotovostního finančního styku mi přijde „zapomenout převést peníze“ jako odpověď dinosaura z třetihor. Nehledě na to, že má pan ministr celý „ansámbl“ podřízených, kteří to mohou vyřídit. A dalším řešením je, ať odevzdá diplom a bude mít od poplatků nadobro pokoj. Jako nečlen ČLK stejně lékařské povolání vykonávat nemůže. Ke změně, že členství v ČLK je dobrovolné, ještě zatím nedošlo.

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



Jak ovládnout 220 miliard Kč v českém zdravotnictví

Následující text nejprve několik týdnů koloval po internetu prostřednictvím mailové pošty, pak byl zveřejněn na různých serverech (např. www.julinkovareforma.cz, kde jsou další zajímavé informace), nakonec byl „zveřejněn“ na serveru Aktuálně.cz v blogu prof. Václava Hořejšího. Autor materiálu se k němu dosud veřejně nepřiznal.

Vzhledem k tomu, jak je článek napsán, lze předpokládat, že jde o člověka, který má se zdravotními pojišťovnami určité zkušenosti a který se může bát ztráty zaměstnání na některém ze státních úřadů, popřípadě v nějaké zdravotní pojišťovně. Přestože jde o materiál anonymní, rozhodli jsme se jej zveřejnit na stránkách Tempusu. Možná, že to je i dobře, protože není možné autora jako obvykle onálepkovat a lze se zabývat pouze obsahem.

V současné době je leckdy důležitější, kdo co říká a píše, než to, co říká a píše. Takže: pokud si vezmete Tempus medicorum č. 6/2007, kde jsem v článku Hra monopolu aneb konec soukromých lékařů psal o Agelu a vznikajícím řetězci na severní Moravě, můžete následující text brát jako pokračování. Mimochodem mnohé z toho, co jsem před několika měsíci napsal, se již stalo skutečností.

Tento nový text jde ještě mnohem dál a je kombinací faktů a určité hypotézy. Základní otázkou tedy je, zda tato „spiklenecká“ teorie je možná. Údaje o osobách a soukromých subjektech lze ověřit z výpisů z obchodního rejstříku či z veřejných zdrojů. Chování „kapitálu“ či pojišťoven, které mají být zprivatizovány, je pravděpodobné a logické. Nelze totiž očekávat nic jiného, než se že soukromý investor či vlastník bude snažit maximalizovat zisk. Opak by byl přeci divný a těžko uvěřitelný.

Jedinou neznámou v této teorii je chování státu a jeho nynějších představitelů. Jejich kroky její pravdivosti nahrávají, protože tomu, aby se zmíněná hypotéza stala skutečností, nebrání nebo dokonce nahrávají. Je tedy jen otázkou, zda jde o ideologickou zanedbanost, nebo o úmysl. Rád bych se mýlil a v tom případě bych očekával ze strany ministerstva zdravotnictví mnohem větší míru komunikace a diskuse s těmi, jichž se dopady navrho-

vaných změn týkají. Doposud praktikovaná arogance a přehlížení takovým teoriím jenom nahrávají.

Michal Sojka

Princip je velmi jednoduchý. Chce to založit akciovou zdravotní pojišťovnu, kam bez práce každý měsíc natečou milióny Kč ze zdravotní daně. Potom stačí udržet tyto peníze ve zdravotní pojišťovně.

Jak na to? Prostě neproplácet zdravotní péči pacientům a zdravotnickým zařízením. Říkáte, že to není možné? Ale je, díky reformním zákonům ministra Julínka. Vytvoří se monopol, kde skupina lidí bude vlastnit zdravotní pojišťovnu, nemocnice, ambulantní lékaře, lékárny, laboratoře atd. Monopol si bude určovat ceny zdravotní péče ve svých zařízeních, pro konkurenční pojišťovny vysoké ceny, a tím je finančně zlikviduje. Tak získá další pojištěnce a tím další peníze. Pacient tak ztratí možnost svobodné volby zdravotní pojišťovny. A co bude následovat? To, co bylo napsáno na začátku – zdravotní pojišťovna si bude chtít peníze udržet pro sebe. Jak to udělá? Zavede model „řízené péče“ známý pod názvem Managed health care, který byl zaveden v USA. Principem řízené péče je to, že zdravotní pojišťovna „řídí“ pacienta a své lékaře-zaměstnance tak, aby zdravotní péče byla poskytnuta co nejlevněji nebo vůbec.

Říkáte, že pacient má nárok na zdravotní péči, přece jsou standardy zdravotní péče (péče hrazená ze zdravotního pojištění)? To není tak úplně pravda. Standardy zdravotní péče záměrně nejsou a ani nebudou, a už vůbec nebudou zakotveny v zákoně. A co není v zákoně, to se nemusí dodržovat. Takže to bude zdravotní pojišťovna, která bude rozhodovat, co pacientovi uhradí a co nikoliv. Budete potřebovat nákladnou péči jako např. transplantaci srdce, chemoterapii při leukémii... Existuje taková obligátní formulace: „Tuto péči vaše pojistka nekryje, je mi líto.“ A co budete dělat? Kde se domůžete svých práv? Na ministerstvu zdravotnictví, na soudu, na chystaném Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami? Nikde. Protože zdravotní pojišťovna bude akciová společnost, soukromá, a zákonem nebude dáno, kterou péči vám musí uhradit.

Namítnete – a co lékaři, ti přece musí poskytnout potřebnou zdravotní péči! Nemusí,

protože budou zaměstnanci zdravotní pojišťovny a podmínkou pracovní smlouvy bude, že budou léčit tak, jak jim zdravotní pojišťovna nařídí. To ti lékaři přece nedopustí a odejdou do jiné nemocnice! Ale kam? Bavíme se tady o monopolu a tomu nebude vadit, že mu odejdou lékaři. Proč? Protože tím méně péče budou poskytovat a tím zase ušetří peníze. No a když už hovoříme o lékařích, tak je tu přece chystaný zákon o univerzitních nemocnicích, které také ovládne monopol a vychová si nové „bílé otroky“ (výměnou za to, že jim např. zaplatí školné, které se také chystá). Včera ministr Julínek ustoupil v privatizaci univerzitních nemocnic, mohou z nich být neziskové, avšak do zákona to nechce dát (proč asi?).

A co regulační poplatky? Jakou v tom hrají roli? Jsou velmi důležitým krokem k prolomení ústavního zákona o bezplatné zdravotní péči. Jakmile bude zákon prolomen, zavedou se další poplatky, (které jsou běžné v řízení péči např. v USA) jako jednorázový roční poplatek (deductible), povinná 10–20% spoluúčast na každém výkonu apod. Bude to další zdroj financí pro zdravotní pojišťovnu a zároveň limitací pro pacienta, aby zdravotní péči vyhledal.

A teď jak to uvést do praxe?

1. krok – založit si akciovou zdravotní pojišťovnu. To není problém. Od 1. 4. 08 vstoupila na trh Agel Insurance a.s. (vlastněná Tomášem Chrenkem) povolená ministerstvem zdravotnictví.

2. krok – zaregistrovat nejméně 50 000 pojištěnců. Žádný problém. Zaměstnanci oceláren, nemocnic a ostatních firem pana Chrenka mají příkaz se u této pojišťovny zaregistrovat. A to stále není vše. Mají najatou agenturu, která na Ostravsku obchází sídliště a přemlouvá lidi na ulici, aby se zaregistrovali u Agel Insurance a.s., že nebudou muset platit regulační poplatky. Také v supermarketech nabízí lidem 100 Kč na jejich nákup, pokud se na místě zaregistrují.

3. krok – zprivatizovat si nemocnice a ostatní komplement (laboratoře, lékárny, rentgen apod.). Také žádný problém. Agel (vlastněný Tomášem Chrenkem) spravuje 12 nemocnic, 6 poliklinik, síť lékáren, firmu dodávající léčiva a zdravot. materiál (Repharm a.s.), rentgen (Radioterapie a.s.), Transfúzní služba a.s. atd.

4. krok – zprivatizovat primární péči a ambulantní specialisty. To je problém, protože ti už privátní jsou. Tak jak tyto privátní lékaře donutit dobrovolně odevzdat svoji klientelu? Je třeba je nejdříve vystrašit, že je pohltí řetězce, a tak si kovaný Agelovec MUDr. Marek

Potysz založí v dubnu 07 Moje ambulance a.s. Odkoupí několik praxí soukromých praktických lékařů, veřejně prohlašuje, že se jeho byznysu daří a že rozhodně nemá s Agelem nic společného (do ledna 08 byl předsedou představenstva Agel Insurance a.s.). Podaří se mu vytvořit mezi praktickými lékaři a ambulancemi specialisty atmosféru strachu z řetězců. A v ten moment nastupují na scénu dva lidé – Ing. Miroslav Zámečník a MUDr. Tomáš Macháček. Oba nabízejí soukromým lékařům „ochranu proti řetězcům“. Pokud lékaři dobrovolně vstoupí do jejich akciových společností s řízenou péčí, zachrání si tím svoji privátní praxi. Ing. Miroslav Zámečník, MUDr. Jiří Bek a MUDr. Pavel Neugebauer (předseda Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost) se zaměřují na dětské praktické lékaře. Druhá skupina MUDr. Tomáše Macháčka se orientuje více na praktické lékaře pro dospělé. Na tom není ještě nic podivného, že ano? Ovšem pokud se podíváte na obchodní rejstřík online na firmu Ing. Miroslava Zámečníka PLANTA MEDICA a.s., v dozorčí radě se objeví jména Mgr. Luboš Godina (figuruje ve firmách Agel a.s., Repharm a.s.), Ing. Iveta Ostruzzková (Agel Insurance a.s., Repharm a.s.) a MUDr. David Šperling (Repharm a.s.).

Skupina kolem MUDr. Tomáše Macháčka, který je zároveň poradcem ministra Julínka, je ještě zajímavější. Od roku 2003 je založena Společnost pro řízenou péči v ČR o.p.s., kde je MUDr. Tomáš Macháček předsedou představenstva, členem představenstva je Mgr. Rostislav Hampel (Agel Insurance a.s.), v dozorčí radě sedí nám známá Ing. Iveta Ostruzzková a MUDr. Pavel Hroboň – náměstek ministra Julínka. Zakladatelem této společnosti byla firma KLIENT PRO s.r.o. (patřící MUDr. T. Macháčkoví) a dále Nemocnice Podlesí a.s. (vlastněná Agelem). Tady se kruh uzavírá včetně propojení s ministerstvem zdravotnictví, které chystá reformní zákony na objednávku. Macháček s Hroboňem to vymysleli a Chrenek finančně podporuje a všichni nakonec usednou ve správní a dozorčí radě zdravotní pojišťovny, protože tam se budou peníze shromažďovat.

Stále je tu otázka, jak vyvlastní soukromou lékařskou praxi? Jednoduše, díky IZIPu. V materiálech obou skupin pro řízenou péči je podmínka vedení elektronické dokumentace. Lékaři budou odesílat veškeré informace o svých pacientech přes IZIP (IZIP byl také zřízen na objednávku těchto lidí přes MUDr. Milana Cabrnocha – ten ho prosadil ve VZP), který společně sedí MUDr. Jiřím Bekem ve správní radě společnosti MEDTEL o.p.s. Podstatou lékařské praxe jsou informa-

ce o pacientovi, to je lékařovo „know how“, pokud tyto informace odešle pryč, sám se připravuje o svoji klientelu. Druhý den mu zdravotní pojišťovna vypoví smlouvu, jeho pacienty bezplatně převezme jiný lékař (všechny informace o pacientech budou shromážděny v IZIPu) a lékař ze dne na den skončí bez práce, bez pacientů, bez peněz.

Tak je to jednoduché.

Tento projekt byl připravován několik posledních let. Čekalo se na to, až se ODS dostane do vlády a prosadí se zákony k dokončení celého projektu mocenského a hlavně finančního ovládnutí českého zdravotnictví.

Další skutečnosti v bodech:

1. Bc. Marek Šnajdr (další klíčový člověk tohoto komplotu – náměstek ministra Julínka): jako předseda správní rady ovládá VZP a zajišťuje, aby všechna zdravotní zařízení vlastněná Agelem měla exkluzivní smlouvy s touto pojišťovnou a tím nadstandardní přísun peněz za péči. Viz žebříček nejdražších nemocnic v ČR. Zatímco v IKEMu (super-specializované pracoviště, kde se provádí transplantace) stojí lůžko za rok 3,96 mil. Kč, tak v Nemocnici Třinec Podlesí a.s. (Agel) stojí lůžko 5,15 mil. Kč. Navíc 5 nejdražších nemocnic z 15 soukromých patří právě Agelu.
2. Náměstek Šnajdr nařídil ředitelům fakultních nemocnic a státních ústavů, aby připravili převod ústavů na akciové společnosti. Pokud by totiž ODS s jejich privatizací (jeden z reformních zákonů) neuspěla u koalických partnerů, jsou nachystáni provést privatizaci podle zákona o velké privatizaci z roku 1991, a tím by obešli parlament. Viz článek v Tempus Medicorum 2/2008.
3. Do 2 fakultních nemocnic byli Julínkem dosazeni ředitelé, kteří předtím pracovali pro Agel. Konkrétně MUDr. Vladimíra Danihelková, nynější ředitelka FN U svaté Anny v Brně, v letech 96–04 byla členkou dozorčí rady firmy Repharm a.s. Tato stejná firma je nyní hlavním dodavatelem léků do nemocnice. Lékaři smějí předepisovat jen léky, které jsou na seznamu. Tento seznam je vypracován ředitelstvem nemocnice a to také kasíruje veškeré provize od farmaceutických firem, které chtějí své léky mít na seznamu. Tím druhým ředitelem je MUDr. Radomír Maráček, nynější ředitel FN Olomouc. Od 12/02 do 8/03 byl členem představenstva Karvinské hornické nemocnice a.s. (Agel) a od 6/05 do 7/07 byl předsedou představenstva Vítkovické nemocnice a.s. (Agel). I do FN Olomouc distribuuje léky Repharm a.s.

4. Některá fakta o systému řízení péče: ty pravdivé informace o řízení péči se lze dočíst pouze na zahraničních webových stránkách. Českým lékařům se podávají zkreslené až nepravdivé informace a spoléhá se na neznalost cizích jazyků a tím nedostupnost k informacím. Informace lze získat z amerických webových stránek o tom, proč byla řízená péče v USA zavedena a jak tento systém zdravotní péče nefunguje. Svou výpověď podala před Americkým kongresem Dr. Linda Peeno, která pracovala jako revizní lékařka u několika organizací řízené péče a byla bohatě odměňována za to, že pacientům zamítala zdravotní péči. Její výpověď je dostupná na internetových stránkách <http://www.thenationalcoalition.org/DrPeenotestimony.html> pod názvem Managed care Ethics: The close view. Na těchto faktech vznikl film Sicko, který doporučuji shlédnout.

5. Co je nepodstatnější, že o řízení péči vůbec nic nevědí občané ČR, kterých se to bezprostředně týká. Pokud reforma projde, začnou zákony platit již od příštího roku a radikálně to změní životy lidí v ČR.

K čemu zdravotní plán „řízené péče“? Aby zdravotní pojišťovna pacienta řídila, šetřila na jeho zdravotní péči a sama vydělávala. Jak pacienta „vmanipulovat“, aby se k tomuto plánu ČR dobrovolně přihlásil? Slibíme mu, že nebude muset platit regulační poplatky (a ještě něco vydělá na ušetřené péči – možná). Těm, co náměstek Hroboň slibuje stejné podmínky jako nyní, pokud se k žádnému speciálnímu plánu nepřihlásí, se bude postupně zvyšovat spoluúčast a paušální platby – viz USA „deductables“.

Občané ČR, prosím, ptejte se ministerstva zdravotnictví, co je řízená péče, kterou tady hodlají zavést. A mimoto si sami zjišťujte na cizojazyčných webových stránkách veškeré informace o řízení péči. Tam totiž zjistíte, že ministerstvo chce zavést něco, co ke spokojenosti občanů nefunguje nikde na světě – ani v USA, jak se u nás mylně uvádí. V současných prezidentských volbách v USA je reforma zdravotnictví jedním z hlavních témat.

Nyní ministr Julínek vytasil trumf z rukávu – průměrná rodina (nemyslím si, že průměrná rodina v ČR má 4 členy) vydělá 10 000 Kč na privatizaci pojišťoven. Tedy 2500 na osobu – je nás 10 milionů, bude cca 20–25 miliard. Je to lákavé, ale lidé nevědí, že hospodaření pojišťoven v roce 2007 skončilo přebytkem cca 20 miliard. Takže rozdělí peníze, které tam už dneska jsou. A de facto zadarmo převedou pojišťovny na soukromé vlastníky.

Rozsudek Nejvyššího správního soudu ČLK má právo stanovit pro primáře jiná kritéria než pouhou specializovanou způsobilost

Krajský soud v Ostravě vyhověl žalobě lékaře, který neměl složenou atestaci 2. stupně podle vyhlášky č. 77/1981 Sb., ani „novou evropskou atestaci“ podle § 21 zákona č. 95/2004 Sb. a nebyla mu udělena licence k výkonu funkce vedoucího lékaře a primáře v nestátním zdravotnickém zařízení. Krajský soud dospěl k závěru, že specializovaná způsobilost lékaře sama o sobě je dostačující pro výkon funkce primáře a lékaři, kteří ji získali náhradním způsobem, by byli diskriminováni, pokud by bylo postupováno podle § 7 odstavec 2 Licenčního řádu ČLK.

Proti tomuto rozsudku podala Česká lékařská komora kasační stížnost. Nejvyšší správní soud rozsudkem ze dne 16. 4. 2008 čj. 3 Ads 8/2008-54 zrušil rozsudek Krajského soudu v Ostravě a zaujal právní stanovisko shodné s právním stanoviskem České lékařské komory. V odůvodnění rozsudku Nejvyšší správní soud uvádí:

„V projednávaném případě lze přisvědčit argumentaci žalované (poznámka: žalovanou byla ČLK), že na kvalifikaci primáře je třeba klást vyšší nároky, neboť vede příslušné oddělení a odpovídá za všechny podřízené zdravotnické pracovníky. Požadavek, aby primář absolvoval nejen specializační vzdělávání v určité délce, ale i atestační zkoušku na stanovené úrovni (§ 21 zákona č. 95/2004 Sb.), proto nelze považovat za nerozumný či nepřiměřený. Ustanovení § 7 odstavec 2 licenčního řádu tak není nedůvodným znevýhodněním lé-

kařů, kteří dosáhli specializované způsobilosti.

Nejvyšší správní soud zde poznamenává, že licenční řád ve znění účinném od 5. 12. 2007 upřesnil podmínky k získání licence pro výkon funkce vedoucího lékaře a primáře tak, že v případech, kdy byla specializovaná způsobilost dosažena podle § 44 odstavec 1 a 2 zákona č. 95/2004 Sb., musí lékař dále vykonat zkoušku před oborovou komisí Vědecké rady komory. Ani tato pozdější úprava se tedy nespokojuje pouze se složením I. atestační zkoušky podle dříve platných právních předpisů.

Argumentace krajského soudu, že adresátovi právních norem nelze odejmout určité právo garantované zákonem jen s odkazem na podzákonný předpis, je nepřijatelná. Zákon 95/2004 Sb. pouze stanoví, že lékaři, kteří podle dosavadních právních předpisů získali atestaci I. stupně v základních oborech, získávají za určitých podmínek specializovanou způsobilost. Ze zákona však nevyplývá, že je lékař oprávněn vykonávat i funkci vedoucího lékaře či primáře, neboť jak již bylo výše uvedeno, podmínky těchto funkcí zákon vůbec neupravuje.“

Právní názor Nejvyššího správního soudu je pro krajský soud závazný. Vyplyvá z něho právo ČLK stanovit v rámci licence pro výkon funkce vedoucího lékaře a primáře přísnější kritéria, než která stanoví zákon pro specializovanou způsobilost lékaře.

JUDr. Jan Mach

Z nároků na kvalifikaci lékařů nelze slevovat

Vědecká rada České lékařské komory zásadně nesouhlasí:

- aby lékař mohl po pouhém absolvování základního vzdělávacího kmene vykonávat samostatně činnosti, které novela zákona č. 95/2004 nijak blíže nespecifikuje s tím, že mají být vymezeny jinou právní normou ministerstva zdravotnictví (vyhláška?),
- aby lékař po pouhém absolvování pětiletého vzdělávacího programu a po složení atestace mohl bez další nezbytné praxe vykonávat funkci vedoucího lékaře-primáře zdravotnického zařízení.



ad Opakovací recept

Autor článku *Opakovací recept. Co si s ním prakticky počít?* (TM 4/2008, s. 37) blíže popsal ustanovení vyhlášky č. 54/2008 o tzv. opakovacím receptu.

I nadále s ním však budou mít problém všichni, kteří umějí česky a vědí co znamená v hovorové řeči repete. Ustanovení paragrafu 6, odst.(7) vyhlášky obsahuje totiž logickou kontradikci.

Latinské repetatur znamená česky opakovat resp. budiž opakováno. Každý slovník spisovné češtiny vysvětluje slovo opakovat jako znovu dělat, znovu konat, znovu říkat atd. Je-li tedy na receptu uvedeno Repetatur 2x (bis), mělo by jít celkově o tři výdeje, nikoli o dva. Bude-li uvedeno 1x (semel), mělo by jít celkově o dva výdeje, nikoli jeden. Je úsměvné, vysvětluje-li lékárník pacientovi při výdeji LP na opakovací recept, že opakovat je totéž co násobit. Lékař může mít dobrý důvod napsat na recept pokyn Ne repetatur – bude to snad mít za následek, že pacient LP na recept nedostane vůbec?

Vyhlášku respektujeme, chyby napravujeme!

MUDr. Josef Žán, CSc.

V příspěvku jsem se snažil o vysvětlení (možných) sporných momentů u opakovacích receptů. Jednalo se mi o to, aby zbytečně nedocházelo k nedorozuměním mezi lékaři a lékárníky – a samozřejmě pacienty. Přiznám, že jsem dokonce byl rád, když jsme se společně s MZ a VZP shodli na výkladu, který jsem popsal – nebývá to zvykem. Nic více, nic méně. A také přiznám, že (alespoň od určité doby) nehledám v právních předpisech příliš logiky či snad jazykové čistoty. Na to mi asi chybí právnické vzdělání.

Mgr. Jiří Kotlář

P.S. Bude-li u dalších změn vyhlášky, pokusím se přispět k nápravě.

Poděkování lékaři

Rád bych předal poděkování i ocenění panu MUDr. Vítovi Kratochvílovi, vedoucímu lékaři ortopedie a traumatologie na poliklinice Plaňanská 1, Praha 10-Malešice, za to, co pro mne dlouhodobě v léčebném ozdravování koná a jak mi pomáhá. Diagnostická i léčebná péče přinesla mi zbavení úporných vjemů bolesti při provázejícím syndromu parkinsonismu s porážovou encefalopatií a indispozicí pohybovou. Za jeho ambulantní úkony vpravdě příkladné, erudici i humánní přístup s pozitivními výsledky práce, jsem velmi vděčný.

Vladimír Snášel, Praha 10

Studenti požadují dialog

S ministrem zdravotnictví Tomášem Julínkem se 21. května sešli zástupci akademické obce. Studenti a pedagogové se obávají, že s navrhovanou přeměnou univerzitních nemocnic na akciové společnosti přijdou školy o vliv na výuku a zhorší se kvalita zdravotní péče.

Petici proti návrhu zákona o univerzitních nemocnicích podepsalo 4500 lidí. 20. května protestovalo proti ministrovu záměru na Albertově 300 studentů. Ministrovi poslali džbán živé vody jako symbol očekávaného dialogu. Ministra Julínka, který se zdržel na zasedání vlády v Teplicích, na začátku shromáždění zastoupil jeho první náměstek Marek Šnajdr.

V zaplněné posluchárně bylo natěsnáno asi tři sta lidí včetně ředitelů fakulturních nemocnic, poslanců a zástupců pražského magistrátu, další sledovali debatu na plazmových obrazovkách na chodbách. Přítomní dostali písemné vyjádření k návrhu zákona o univerzitních nemocnicích. Uvádí se v něm mimo jiné, že změny spojené s transformací na univerzitní nemocnici nesmějí ohrozit současné fungování fakulturní nemocnice a musejí být uvážlivé. „První lékařská fakulta pocituje snahu o rychlou transformaci jako potenciálně rizikovou,“ uvádí se v prohlášení.

Děkan Tomáš Zima postrádá v návrhu zákona deklaraci neziskovosti a nepřivatizace. Podle textu, který dostaly školy k připomínkám, by univerzity mohly rozhodovat jen o změně akcí, ale ne o organizaci výuky a vědeckém zaměření instituce. Za rizikový považují i způsob převodu. Podle ministrových plánů by se nynější fakulturní nemocnice měly na podzim stát akciovými společnostmi se stoprocentním podílem státu. Teprve po jednání s univerzitami by měla být uzavřena smlouva a vznikly by univerzitní nemocnice s 34procentním podílem vysokých škol. Nebude-li smlouva uzavřena, zůstane sto procent akcí státu. Kritici se ptají, kde jsou záruky, že akcie pak nebudou rozprodány.

Ministr obavy kritiků vyvracel argumentem, že ke všem důležitým rozhodnutím bude nutná dvoutřetinová většina, takže stát nemůže univerzity přehlasovat. Ve věcech výuky a výzkumu budou mít podle ministra školy hlavní slovo. „Zodpovědnost za dostupnost vysoce specializované péče ve fakulturních, budoucích univerzitních nemocnicích si ale musí držet stát,“ řekl.

V prohlášení studentů z 1. 5. 2008 se mj. říká:

Považujeme jakožto budoucí zdravotničtí pracovníci za svou povinnost varovat občany ČR před kroky ministerstva směřujícími k transformaci fakulturních nemocnic v akciové společnosti. Příprava zákona má rysy nestandardního postupu a zákon sám hrozí rozvratem dosavadního (nikoli bezchybného) systému, a to bez možnosti návratu k fungujícím strukturám a mechanismu. Varujeme před ohrožením vzdělávání lékařů, farmaceutů, zdravotnických pracovníků, lékařské vědy a odborné kvality péče o pacienty.

Současný vládní záměr transformace fakulturních nemocnic má oporu v zahraniční zkušenosti, a také proto jej považujeme za neopodstatněný experiment s možnými dalekosáhlými důsledky pro úroveň lékařského vzdělání, lékařské vědy, a českého zdravotnictví vůbec. Varujeme před arogancí moci a absencí demokratického dialogu při přípravě transformace nemocnic.

S ohledem na uvedené okolnosti požadujeme,

- aby vláda České republiky okamžitě zastavila legislativní kroky vedoucí k transformaci fakulturních nemocnic na akciové společnosti s minoritním podílem univerzit,
- aby byl zahájen řádný a věcný demokratický dialog s představiteli univerzit,
- aby vláda v úzké spolupráci s univerzitami připravila nový návrh transformace fakulturních nemocnic, který by odpovídal evropským modelům a normám a nepředstavoval vážná rizika pro české zdravotnictví a veřejnost.

Autoři prohlášení – Koordinační výbor Studentské iniciativy.

Prohlášení podpořily studentské komory akademických senátů 1. LF UK v Praze, 2. LF UK v Praze, 3. LF UK v Praze, LF UK v Hradci Králové, LF UK v Plzni, LF UP v Olomouci, FarnF UK v Hradci Králové

(red)

Předvídatý premiér

Ministr zdravotnictví se bojí diskutovat a každého, kdo si dovolí mít na cokoli odlišný názor, považuje za nepřítele. Jeho mluvčí Cikrt uráží kdekoho a protesty lékařů, zdravotníků, odborářů, vysokoškolských pedagogů i studentů označuje za zpolitizované. Podle těchto spikleneckých teorií nejde o nic jiného než o předvolební kampaň opozice odstartovanou dva roky před parlamentními volbami.

V této souvislosti je dobře vzpomenout na dopis dnešního předsedy vlády Ing. Topolánka, který adresoval 18. 5. 2006, tedy dva týdny před parlamentními volbami „zcela nepoliticky“ protestujícímu Krizovému štábu lékařů, lékárníků a ředitelů nemocnic.

Schopnost předsedy ODS Ing. Topolánka předvídat současnou situaci ve zdravotnictví byla skutečně obdivuhodná a dopis je pozoruhodně aktuální i v těchto dnech:

„...Současná pokračující destabilizace systému, existenční ohrožení nemocnic, ambulantních lékařů, zdravotníků a nepřijatelné dopady na občany jsou plnou zodpovědností konfrontační, arogantní a demokratické zásady porušující politiky předsedy vlády a ministra zdravotnictví.

Naše strana velmi dobře rozumí vašim argumentům a důvodům, které vás vehnaly do protestních akcí. Jsme rovněž přesvědčeni, že nedodržování zákonů, porušování zásad odborné diskuse, zastrašování, nabourávání důvěry lékaře a pacienta a centralizace moci a peněz do jedné ruky jsou typické pro totalitní režimy a nesmí patřit do zdravotnictví demokratické země.

S pozdravem a úctou

Ing. Mirek Topolánek, předseda ODS, celostátní lídr“

(red)



foto ČTK



LOK-SČL je připraven jít do stávk

Patnáctý sněm LOK-SČL, který se konal 22. 4. 2008 v kongresovém centru nemocnice Na Homolce, se vyjádřil k současné situaci v českém zdravotnictví. Schválenému usnesení předcházela dlouhá diskuse. LOK-SČL chce zabránit tzv. reformě i za cenu stávk lékařů.

Po procedurální části (schválení programu, volba komisí atd.) byly prvním důležitým bodem volby vedení LOK-SČL. Sněm zvolil za předsedu LOK-SČL **Martina Engela** a místopředsedy **Lukáše Veleva** a **Janu Vedralovou**. Členy předsednictva byli zvoleni Lenka Doležalová, Marcela Henčlová, Milan Kubek, Petr Polák, Martin Sedláček, Marcela Sojková, Michal Sojka a Miloš Voleman. Náhradníky předsednictva se stali Michal Lišaník a Josef Trnka. Za členy revizní komise LOK-SČL byli zvoleni doc. Petr Bartůněk, CSc., doc. Václav Dostál a Vratislav Škoda.

Po dlouhé diskusi přijal sněm následující usnesení:

- LOK-SČL zásadně nesouhlasí s připravovanou reformou zdravotnictví, která více než reformou je transferem státního majetku do soukromých rukou. Jde o účelový a nebezpečný experiment, který neexistuje v žádné evropské zemi. Podobné pokusy zkrachovaly na Slovensku a v Maďarsku byly odmítnuty referendem. K zabránění realizace těchto „reformních záměrů“ jsme připraveni použít všech nátlakových prostředků včetně omezení práce ve zdravotnických zařízeních (včetně stávk).**
- Na základě shora uvedených důvodů a na základě zjevné skutečnosti, že s navrhovanou reformou nebo její částí nejsou ztotožnění zdravotníci, zástupci pacientů, představitelé akademické obce, parlamentní opozice, ale ani část koaličních stran, **vyzýváme vládu ČR a ministra zdravotnictví, aby přípravu reformy s okamžitou platností po-**

stavil. Zdravotnictví potřebuje promyšlené změny přijaté konsensuálně napříč politickým spektrem a přijatelné pro všechny zúčastněné subjekty. Vyzýváme předsedu vlády ČR a ministra zdravotnictví, aby se místo plané diskuse u tzv. „kulatého stolu“ pokusili sestavit mezistranickou mezirezortní komisi odborníků, která připraví životaschopné a celospolečensky přijatelné změny v rezortu tak, aby zajistila jeho dlouhodobou stabilitu a ne jen reformu na jedno či dvě volební období.

- LOK-SČL varuje** odpovědné politiky na všech úrovních státní správy a samospráv **před pokračováním v dalším převodu nemocnic jak fakulních, tak nefakulních na obchodní subjekty.** Tím, že zhorší přístup těchto nemocnic k penězům z evropských strukturálních fondů, respektive je zatíží vysokou spoluúčastí, ohrožují vědomě a záměrně stabilitu a hospodárnost veřejných rozpočtů.
- LOK-SČL nadále trvá na tom, že **vedle nedostatku finančních prostředků je dalším závažným problémem našeho zdravotnictví neúnosné množství přesčasové práce konané zdravotnickými pracovníky** a za trestuhodnou považujeme skutečnost, že lékaři po službách jsou nuceni setrvávat nadále v pracovním procesu. LOK-SČL akceptuje dohodu „o dočasném řešení přesčasové práce“, byť je dle našeho názoru v rozporu s evropskou směrnicí. Velký problém spatřujeme v délce výjimky (do roku 2013), což povede k zakonzervování stávajících poměrů a řešení se bude hledat až před rokem 2013 (veškerá přechodná období v minulosti totiž nesplnila účel a řešení bylo vždy hledáno až na poslední chvíli, viz léta 2001–2006).
- LOK-SČL nadále považuje za naprosto nepřijatelný stav, kdy lékař musí setrvat v práci nepřetržitě déle než 24 hodin, aniž má garan-

továnu řádnou dobu odpočinku. Tento fakt považujeme za základní bezpečnostní riziko jak pro lékaře, tak pro pacienta. Považujeme to za amatérismus a spíše arogantní postoj všech odborníků na „bezpečnost a akreditace“, kteří tuto skutečnost záměrně opomíjejí. Veřejné peníze vynaložené na tyto „pseudokreditační“ považujeme za jasný příklad plýtvání prostředky daňových poplatníků.

- LOK-SČL podporuje snahy FEMS (mezinárodní organizace lékařů–zaměstnanců) o zabránění znovuzavedení institutu pohotovosti na pracovišti (tzv. čekání na práci), který byl doporučen Radou ministrů a má být projednán Evropským parlamentem.
- LOK-SČL požaduje vytvoření obecně právně závazné jednotné mzdové normy pro odměňování zdravotníků (bez ohledu na právní formu ZZ), ve které budou zakotveny minimální tarify odvozené od průměrné mzdy v ČR předchozího roku s následujícími koeficienty (bez přesčasové práce):**

Lékař absolvent	1,5 násobek průměrné mzdy v ČR předchozího roku
Lékař po absolvování „kmene“	2,0 násobek průměrné mzdy v ČR předchozího roku
Lékař se special. způsobilostí	3,0 násobek průměrné mzdy v ČR předchozího roku
SZP	1,3 násobek průměrné mzdy v ČR předchozího roku

Sněm dále přijal následující usnesení ve věci Lékařského klubu (speciální místní organizace pro soukromé lékaře):

Martin Opočenský je pověřen předsednictvem zastupováním naší organizace na jednání dohodovacího řízení o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění. M. Opočenský se bude zúčastňovat jednání předsednictva. (red)





Manifestace odmítla nebezpečný experiment

Před Úřadem vlády ČR v Praze se 21. 5. 2008 konala první manifestace proti zdravotnické reformě současné vlády. Tato manifestace byla pořádána „Koalicí pro kvalitní a dostupné zdravotnictví“, která sdružuje všechny tři hlavní odborové svazy ve zdravotnictví (OSZZSP ČR, LOK-SČL a POUZPČMS), dále Svaz pacientů ČR a Národní radu zdravotně postižených ČR. Záštitu nad akcí převzaly obě dvě hlavní odborové centrály ČMKOS a ASO. Přesto či právě proto, že termín akce byl dlouhodobě ohlášen, přesunula vláda ČR svoje jednání neočekávaně mimo Prahu do Teplíc.

Atmosféra setkání byla od začátku akce velmi dynamická, řečnické projevy střídala tématicky dobře vybraná hudba. V projevech vystoupili předseda ČMKOS Milan Štěch, dále předseda OSZZSP ČR Jiří Schlanger, prezident Svazu pacientů Luboš Olejář, prezident ČLK Milan Kubek a předseda LOK-SČL Martin Engel. Byly citovány pozdravy a vzkazy předsedy LOZ Mariána Kolára a prezidenta FEMS Clauda Wetzela.

Všechny projevy se nesly v duchu jednoznačného odmítnutí plánovaných experimentů, které dle názoru zástupců všech zúčastněných organizací nepřinesou nic pacientům ani zdravotníkům a jsou cíleny jen pro nabyvatele zdravotnických zařízení a pojišťoven. Prezident ČLK M. Kubek také zdůraznil obrovské riziko, které reforma přináší pro soukromé lékaře, ať již praktiky či ambulantní specialisty. Předseda LOK-SČL M. Engel shrnul celou situaci kolem navrhovaných experimentů do jednoduchého schématu. Proti reformě je většina politiků, zdravotníci, pacienti, studenti lékařských fakult i akademická obec. Před reformou varují nejen zahraniční

odborníci, ale i tak ekonomicky orientované instituce, jako je OECD a Světová banka.

„Kdo tedy vlastně chce Julínkovu reformu?“ položil Engel řečnickou otázku. A hned přidal odpověď: „Jsou to budoucí vlastníci pojišťoven a nemocnic, protože jen ti budou z uskutečnění daného experimentu profitovat.“ M. Engel také zdůraznil nutnost občanské angažovanosti a jako příklad uvedl nemocnici Karlovy Vary a ÚN Brno, kde právě statečnost a osobní angažovanost lékařů pomohly alespoň prozatím odvrátit nejhorší důsledky transformačních omylů.

Závěrem manifestace byly ohlášeny další protestní akce, jednak pravidelné brífinky před Úřadem vlády ČR a také stávka zdravotnických zařízení ČR podpořená výstražnou stávkou dalších odborových organizací sdružených v ČMKOS, která se bude konat 24. 6. 2008.

Je s podivem, že Julínkem navrhovaná reforma nerespektuje a ignoruje celosvětové zkušenosti z oblasti organizace zdravotnictví. Ačkoliv se ministr a jeho propaganda neustále zaklíná harvardským vzděláním náměstka Hroboně, zdá se, jako by University of Harvard vyučovala něco, co nikdo v celém světě nezná a naopak spíše nedoporučuje. Světové zkušenosti, reprezentované například i tak konzervativní organizací, jako je Světová banka, totiž ústy svých odborníků jednoznačně konstatuje, že faktory, které mají **negativní vliv na fungování zdravotního systému** jsou:

- Konkurence mezi lékaři, ordinacemi a nemocnicemi v boji o pacienta.
- Konkurence mezi pojišťovnami.
- Druh vlastnictví.
- Způsob celkového financování zdravotnictví.

Je známo, že na výše uvedených principech funguje například americké zdravotnictví, které je jedno z nejdražších a nejméně efektivních ve světě. Naproti tomu netržně orientované zdravotnické systémy EU jsou považovány za jedny z nejeftivnějších na světě. Ani český zdravotní systém nesklízí ve světě tolik kritiky, jak jeho odpůrci uvádějí. Při procentu vydaných prostředků HDP a velmi dobrých výsledcích zdravotní péče jde možná o jeden z nejeftivnějších systémů vůbec. Dlužno však říci, že této nákladové efektivity dosahuje na úkor nízkých příjmů zdravotníků.

Uvedené body a skutečnosti jednoznačně vyjmenovávají jako negativní jevy právě ta fakta, která ministr považuje za fundamentální základ svojí reformy. Nelze se domnívat, že by Julínek a jeho „harvardský“ tým nebyli s těmito fakty obeznámeni. O to více se vtírá myšlenka, že reforma je napsána na objednávku těch finančních skupin, které mají zájem o privatizaci českého zdravotního systému. Nakonec některé texty na internetu o úzkých vazbách představitelů MZ a těchto skupin otevřeně hovoří...

Dalším a velmi pádným argumentem proti reformě je skutečnost, že identická reforma ztroskotala na Slovensku, kde vedla k pádu Dzurindovy vlády a byla spolu s kabinetem Felixe Gyurcsányiho smetena referendem v Maďarsku. Je nyní věcí občanů ČR, zda tento nezodpovědný experiment připustí ve své zemi.

Protože nechceme dopustit, abychom byli pokusnou laboratoří v rukou finančních skupin, pro které jsou výše zmíněné experimenty připravovány, musíme udělat vše pro zachování zdravotnictví jako služby, nikoli byznysu pro hrstku vyvolených.

Za LOK-SČL, Lukáš Velev, místopředseda



FEMS varuje českou vládu před riskantními pokusy

Evropská federace lékařů zaměstnanců (FEMS) hájí zájmy 1,2 milionu lékařů–zaměstnanců pracujících v nemocnicích států Evropské unie. Jedná s politiky na celoevropské úrovni, spolupracuje s ostatními evropskými lékařskými organizacemi a v jednotlivých členských státech podporuje snážení lékařů dosáhnout co nejlepších pracovních podmínek. V současnosti je hlavním cílem federace zlepšování postavení lékařů v tzv. nových členských státech EU, aby tito nemuseli odcházet za lépe placenou prací do zahraničí. Ve dnech 15.–17. 5. 2008 hostila Praha plenární zasedání FEMS, které pod záštitou našeho kolegy primátora MUDr. Pavla Béma uspořádal LOK-SČL, jenž je členskou organizací této evropské federace. Vzhledem k tomu, že evropské lékařské organizace sledují se zájmem a s jistým znepokojením změny připravované v českém zdravotnictví, byla reforma ministra Julínka jedním z hlavních témat této konference. FEMS kladně hodnotí dobrou úroveň zdravotní péče, vysoké odborné kvality českých lékařů i slušnou efektivitu systému financování zdravotní péče v České republice. Rizika pro fungování zdravotnictví v ČR spatřuje FEMS zejména v nedostatečných výdajích na zdravotnictví (7% HDP v ČR oproti 8,7% HDP v EU, ČR zaujímá ve výdajích na zdravotnictví přepočtených paritou kupní síly až 26. místo v Evropě). Dostupnost

a kvalitu zdravotní péče dále ohrožuje nedostatek kvalifikovaných zdravotníků, kteří odcházejí do zahraničí. Příčinou jejich exodu jsou především nízké mzdy a nedodržování evropských norem omezujících množství přesčasové práce. Navzdory existujícím problémům není však stav českého zdravotnictví tak závažný, aby vyžadoval riskantní revoluční změny.

V rámci konference FEMS přijal následující usnesení:

FEMS se seznámil s reformními plány české vlády, které považuje za riskantní nevyzkoušený experiment, který odporuje evropským tradicím zajišťování zdravotní péče na solidárním principu.

FEMS upozorňuje, že v žádné evropské zemi nebylo dosud zdravotnictví privatizováno v takové míře, jak navrhuje česká vláda. Zdravotní péče je v Evropě považována za službu ve veřejném zájmu, jejíž poskytování nelze ponechat pouze tržním mechanismům.

FEMS varuje před nebezpečím vzniku monopolů, které zlikvidují soukromé lékaře a budou snižovat kvalitu lékařské péče. Možnost, aby stejní vlastníci vlastnili zdravotní pojišťovnu i zdravotnická zařízení, právě privátní monopoly vytváří.

Na základě zkušeností z vyspělých ev-



ropských zemí FEMS konstatuje, že nejefektivnějším způsobem, jak dohlížet nad kvalitou zdravotní péče a dostatečnou erudicí lékařů, je nezávislý dozor profesní lékařské samosprávy.

FEMS upozorňuje, že univerzitní nemocnice zajišťující výuku mediků, rozvoj lékařské vědy a poskytování té nejnáročnější zdravotní péče, nikde v Evropě nejsou akciovými společnostmi, zřizovanými za účelem tvorby zisku.

FEMS varuje před rizikem tzv. řízení péče. Tento experiment vylučující část populace z přístupu ke zdravotní péči se neosvědčil v USA a nefunguje nikde v Evropě. Tzv. řízená péče znamená pro pacienty ztrátu možnosti svobodně si volit svého lékaře a zdravotnické zařízení a lékařům přináší ztrátu autonomie v rozhodování, jakým způsobem léčit své pacienty. Zdravotní péče řízená zdravotními pojišťovnami přinese jejich vlastníkům maximální zisky a to, bohužel, na úkor lékařů a zejména pacientů, kterým je upíráno právo na kvalitní zdravotní péči.

FEMS nedoporučuje přijetí navrhovaných zákonů a doporučuje naopak zahájení diskuse o budoucnosti českého zdravotnictví s využitím zkušeností z vyspělých států EU.

FEMS plně podporuje protesty lékařů a ostatních zdravotníků, jejichž cílem je znemožnit schválení reformy připravované českou vládou, a zabránit tak rozkladu zdravotnictví v České republice.

Přijato jednomyslně účastníky plenárního zasedání v Praze 16. 5. 2008.

Milan Kubek, viceprezident FEMS



Experiment může rozvrátit fungující zdravotnictví

Dr. Claude Wetzel, prezident Evropské federace lékařů zaměstnanců (FEMS), hájící práva 1,2 milionů lékařů–zaměstnanců pracujících v EU, poskytl časopisu *Tempus medicorum* rozhovor u příležitosti kongresu, který se konal v Praze. Otázky se točily kolem rizik, které přináší připravovaná reforma českého zdravotnictví.

České zdravotnictví je v krizi, podle odborníků z ministerstva zdravotnictví je nezbytná jeho zásadní reforma. Co vy na to?

To je nesmysl. Česká medicína má díky vašim kvalifikovaným lékařům velmi slušnou úroveň. Vzhledem k tomu, že pracují ve Francii, tedy v zemi, jejíž zdravotnictví je všeobecně považováno za nejlepší na světě, dovoluji si vašim lékařům a politikům radit, jak zdravotní péči v ČR ještě zlepšit. Kvalita pochopitelně není zadarmo. Francie investuje do zdravotnictví 11 % svého HDP, ale tato investice se vyplácí. Česká republika je zemí s fantasticky rostoucí ekonomikou, o meziročním růstu 6 % si my ve Francii můžeme nechat pouze zdát. Proto je pro mne zcela nepochopitelné, proč podíl výdajů na zdravotnictví na HDP v ČR několik let klesá. Již jste se propadli pod kritickou hranici 7 % HDP. Proč, když peníze máte? Proč si politici v ČR neváží zdraví vašich občanů? Kritický nedostatek peněz v českém zdravotnictví je čistě a pouze důsledkem špatných politických rozhodnutí. Kvůli nízkým mzdám a špatným pracovním podmínkám pak odchází z vašich nemocnic lékaři i zdravotní sestry. Evropská unie je znepokojena tím, že v jejích nových zemích vzniká zdravotní poušť. Kdo bude ošetřovat vaše nemocné, když vaši lékaři odejdou do Německa nebo do Velké Británie? Mám pocit, že tyto zásadní problémy vaše politiky vůbec nezajímají.

Ministr Julínek chce cestou privatizace zdravotnických zařízení a pojišťoven zlepšit kvalitu a dostupnost zdravotní péče a zároveň ušetřit peníze. Jaký je váš názor na připravované zákony?

Jak jsem již řekl, problémem vašeho zdravotnictví nejsou nadměrné výdaje, ale naopak velmi nízké výdaje. Snažíte se šetřit tam, kde nemáte, tedy na mzdách zdravotníků.

Ale zpět k meritu otázky. Při studiu reformních plánů ministra Julínka jsem nevěřil svým očím. V žádné evropské zemi nebylo dosud zdravotnictví privatizováno v takové míře, jak váš ministr navrhuje. Například univerzitní nemocnice jako akciové společnosti – něco takového je ve vyspělých státech jevem zcela okrajovým. Klíčová zdravotnická zařízení kontroluje stát. Naprostou samozřejmostí je existence sítě veřejných neziskových nemocnic. Osobně pracuji jako anesteziolog v univerzitní nemocnici ve Štrasburku, a tedy dobře vím, o čem mluvím. Zdravotní péče je v Evropě považována za službu ve veřejném zájmu, jejíž poskytování nelze ponechat pouze tržním mechanismům. To, co navrhuje váš ministr zdravotnictví, je riskantní nevyzkoušený experiment, který odporuje evropské tradici poskytování zdravotní péče na solidárním principu. Něco podobného neexistuje ani v Nizozemsku ani ve Švýcarsku, tedy v zemích, které se poněkud vymykají evropským zvyklostem.

Pane prezidente, vy svými levicovými názory popíráte tezi, že soukromý vlastník dokáže hospodařit lépe než stát?

Nezlobte se, to není o pravici či levici, to je věc zdravého rozumu. Zachování dostupné zdravotní péče pro každého, kdo ji potřebuje, bez ohledu na jeho finanční situaci, to je jeden ze základních úkolů civilizovaného státu, je to otázka sociální soudržnosti vaší společnosti. Nechte si zničit to, co slušně funguje. A ptáte-li se na to hospodaření, pak soukromý vlastník jistě dokáže dobře hospodařit, ale především ke svému vlastnímu prospěchu. Pokud vím, tak žádný stát na světě si zatím netroufl ponechat zdravotnictví zcela napospas tržním zákonům.

Jaké jsou vaše zkušenosti s takzvanou řízenou péčí?

Tento experiment se neosvědčil v USA. Mám známé mezi lékaři v Kalifornii, tamní zdravotnictví je v naprostém rozkladu. Miliony občanů v USA nemají přístup ke zdravotní péči, a to navzdory tomu, že Spojené státy utrácí za zdravotnictví 15 % svého



obrovského HDP. Méně efektivní systém financování, než je ten americký, zkrátka neexistuje. Reforma amerického zdravotnictví a implementace principů, které jsou běžné ve vyspělých státech Evropy, to je obrovská výzva pro tamní politiky.

Zdravotní péče řízená pojišťovnami, cílem jejichž vlastníků je maximální zisk, snižuje kvalitu zdravotní péče a bere pacientům právo svobodně si volit svého lékaře. Lékaři zapojení do tohoto systému ztrácejí právo léčit pacienty podle svých znalostí, jsou omezováni nařízeními pojišťoven, a přesto nesou plnou odpovědnost za zdravotní stav pacienta i případné komplikace. To je velmi nebezpečné.

Česká republika je součástí Evropské unie a nám není osud vašich zdravotníků a občanů lhostejný. Proto FEMS na svém plenárním zasedání v Praze jednomyslně přijal usnesení podporující protestní akce, jejichž cílem je zabránit schválení nebezpečného experimentu ministra Julínka, který by mohl rozvrátit slušně fungující české zdravotnictví.

Co byste na závěr vzkázal českým politikům?

Hleďte své vzory ve vyspělých státech Evropy, s nimiž vás pojí společná kulturní a historická tradice. Važte si svých lékařů, jsou tím největším bohatstvím, které vaše zdravotnictví má.

(red)



Dilema českého lékaře: povinnost léčit lege artis versus ekonomické limity a regulace

Podle čl. 31 Listiny základních práv a svobod má každý právo na ochranu zdraví a občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.

Uvedené ustanovení je v Listině systematicky zařazeno do hlavy čtvrté jako „Hospodářská, sociální a kulturní práva“ (sémanticky již bez přívlastku „základní“), která vyžadují ke své realizaci součinnosti dalších faktorů; nepůsobí bezprostředně jako práva, která vyvěrají přímo z lidského bytí, u nichž pouze tato skutečnost je základem vymezení jejich ústavního obsahu a rozsahu. Jedná se o hodnoty, které obsahují základní práva pro uchování integrity člověka a zajištění jeho důstojnosti, jako jsou např. právo na život, nedotknutelnost osoby a osobní svoboda. Taková práva jsou nezadatelná, nezcižitelná, nepromlčitelná a nezrušitelná (čl. 1 Listiny). Jejich meze mohou být upraveny za podmínek stanovených Listinou a pouze zákonem (čl. 4 odst. 2 Listiny) a jen taková lze označit za práva základní. Mezi tato esenciální práva však, jak bylo řečeno výše, právo na ochranu zdraví zakotvené v čl. 31 Listiny nepatří.

Celá hlava čtvrtá Listiny, do které je právo na bezplatnou zdravotní péči na základě veřejného zdravotního pojištění zahrnuto, je ve svém souhrnu závislá na dosažené hospodářské a sociální úrovni státu a s tím spojené výši životní úrovně. Tato práva spadají pod režim čl. 4 odst. 1 Listiny, kdy povinnosti mohou být ukládány toliko na základě zákona a v jeho mezích, a jen při zachování základních lidských práv.

Normativní obsah ústavní normy čl. 31 Listiny je dále omezen čl. 41 odst. 1 Listiny, protože se ho jako práva lze dovolat pouze v mezích zákonů, které tato ustanovení provádějí. Těmito zákony jsou zákon č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidí v platném znění a zákon č. 47/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění. Zákon o péči o zdraví lidí v ustanovení § 11 odst. 2 a 3 pozitivně i negativně rámcově vymezuje rozsah bezplatné péče tak, že se poskytuje bez přímé úhrady na základě všeobecného zdravotního pojištění v rozsahu stanoveném zvláštními předpisy nebo na základě smluvního zdravotního pojištění. Za plnou nebo částečnou finanční úhradu je poskytována zdravotní péče pře-

sahující rámcem stanovený zvláštními předpisy, přičemž se uvádí jejich demonstrativní výčet. Podle ustanovení § 11 odst. 1 písm. d) zákona o veřejném zdravotním pojištění má pojištěnec právo na zdravotní péči bez přímé úhrady, pokud mu byla poskytnuta v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem. Zákon přitom stanoví, že ani lékař či jiný odborný pracovník ve zdravotnictví ani zdravotnické zařízení nesmí za tuto zdravotní péči přijmout od pojištěnce žádnou úhradu. S tímto se spojují v zákoně uvedené sankce. Podle ustanovení § 11 odst. 1 písm. e) zákona o veřejném zdravotním pojištění má pak občan dále právo na léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely bez přímé úhrady, jde-li o léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely hrazené ze zdravotního pojištění a předepsané v souladu s tímto zákonem.

Definovat zákonné vymezení obsahu a rozsahu podmínek a způsob poskytování práva občana na bezplatnou zdravotní péči je tedy možné zákonem. Přitom Listina každému občanovi zaručuje právo na bezplatnou péči hrazenou z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Jde o ústavním pořádkem zaručené právo, aby v rozsahu zdrojů, kterými disponuje veřejné zdravotní pojištění, byla zdravotní péče poskytována za úhradu plně hrazenou z těchto prostředků. V tomto smyslu se k výkladu ustanovení čl. 31 Listiny Ústavní soud již vyslovil ve svém nálezu Pl. ÚS 35/95: „Právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky je tu zúženo na rozsah veřejného pojištění, a je tedy odkázáno na retribuci pojistných částek.“

Otázkou ovšem je, zda tento systém je schopen zabezpečit léčbu lege artis. Zde stojí za připomenutí, co vlastně tento pojem znamená. V doslovném překladu znamená „podle zákona“, v lékařské terminologii se jím rozumí postup „podle pravidel lékařské vědy“. Jenomže vývoj lékařské vědy svým tempem zrazuje systém veřejného pojištění v tom smyslu, že prodražuje lékařskou péči. Proti tomu se systém brání různě pojatými regulačními opatřeními, která ovšem zcela jednostranně dopadají na lékaře. Jenom malý příklad za všechny: Podle úhradových dodatků ke smlouvám o poskytování a úhradě zdravotní péče pro letošní rok se do průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce,

kteří je limitem pro stanovení smluvních sankcí pro lékaře, započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost jeho nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Současně ale táž smlouva ve svém základním textu obsahuje v čl. III. odst. 2 písm. e) ujednání, kterým pojišťovna zavazuje lékaře, aby poskytoval zdravotní péči „lege artis“, tedy podle pravidel lékařské vědy, tedy podle nejnovějších poznatků obecně lékařskou vědou uznaných. Lékaři se tedy jako výdaj z veřejného zdravotního pojištění na takto předepsaný lék započítá i to, co si zaplatí pacient sám ze svého, samozřejmě z výjimkou případů, kdy už překročí limit 5000 Kč. Lékař je tak, ať chce nebo nechce, pod tlakem ekonomických stimulů, aby předepisoval léky co nejlevnější, případně nevyžadoval další vyšetření, a to nejen s ohledem na právě uvedený příklad, protože základ je především ve stanovení limitu, který, pokud je překročen, musí ze svého do systému veřejného pojištění platit 40% vynaložených nákladů za plnění, ze kterého on sám nemá žádný prospěch. V oblasti preskripce léků je navíc v situaci, že ani nemá možnost kontrolovat, zda již limit překročil, protože ceny léků jsou u různých lékáren rozdílné. Vytvářejí se tak ekonomické podmínky, které jsou v přímém protikladu k zásadě lege artis.

Lékař je limitován třemi regulačními opatřeními, za vlastní lékařskou péči, za léky a za vyžádanou péči. Z toho jen limit za vlastní lékařskou péči se týká jeho příjmu, ostatní dva jsou příjmem buď lékáren anebo laboratoří či specializovaných zdravotnických zařízení. Tato věc zůstává veřejnosti utajena, protože absurdita tohoto systému je do té míry v rozporu s logikou lidského uvažování, že to jaksí nikdo není schopen z všeobecných informací na toto téma pochopit. Na okraj protiústavnosti takové právní úpravy konstatoval Ústavní soud v nálezu Pl. ÚS 3/2000 k regulaci nájemného bytů toto: „V důsledku dosavadní právní úpravy existují dnes v naší společnosti sociální skupiny či subjekty, které hradí ze svého to, co v zájmu naplnění již konstatovaného čl. 11 Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech má zajišťovat stát.“

Tento systém je třeba změnit. Lékař může být činěn odpovědným za výši svého příjmu a v tomto směru ho lze jistě i limitovat, ale je v rozporu s principem rovnosti a proporcionality, aby byl sankcionován za příjmy někoho jiného. Zde je prostor pro to, aby do hry byl vtažen také pacient, který musí převzít odpovědnost za výdaje na svoji léčbu.

Jak vytvořit podmínky pro změnu a zda této změně nebrání stávající právní úprava? Bylo již řečeno, že definovat zákonné vymezení obsahu a rozsahu podmínek a způsob poskytování práva občana na bezplatnou zdravotní péči je možné zákonem. Zákonem tuto změnu provést lze a ústavní pořádek této změně nebrání. **Prvním krokem musí být jednak správné rozlišení, co to je zdravotní péče a co již zdravotní péčí není** (např. pobyt v nemocnici může být vnímán za určitých okolností jako zdravotní péče, např. pobyt na akutním lůžku ale také jako ubytovací služba v případě pobytu v nemocnici za účelem doléčení) a správné nastavení seznamu zdravotních výkonů plně hrazených a částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění. **Seznam zdravotních výkonů hrazených z veřejného zdravotního pojištění musí být nastaven tak, aby na jejich úhradu prostředky veřejného zdravotního pojištění postačovaly. Systém veřejného zdravotního pojištění musí být doplněn komerčním pojištěním, ze kterého bude možné hradit doplatky na částečně hrazené úkony a úkony vůbec nehrazené. Toto pojištění bude dobrovolné a každý se pro něj může rozhodnout zcela dobrovolně, ovšem s rizikem, že nebude-li komerčně pojištěn, bude si muset hradit léčbu sám.**

Do seznamu lékařských úkonů plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění budou moci být zařazeny jen takové úkony, o nichž bude rozhodnuto v řízení, proti kterému bude procesní obrana, aby se snížilo riziko korupce, které při vytváření takových seznamů je vysoké. Současný systém veřejného zdravotního pojištění by měl být upraven tak, aby na úhradě zdravotní péče měl pacient přímou účast. Jinými slovy řečeno: **je třeba, aby ve stávajícím systému veřejného zdravotního pojištění byly posíleny prvky pojistného vztahu, jehož podstatou je vztah pojistitele, který se zavazuje poskytnout pojištěnci plnění, nastane-li nahodilá (pojistná) událost, ve kterém musí být pojištěnec aktivním účastníkem.**

JUDr. Jiří Nykodým, ústavní soudce

Výzva signatářů Charty 77 k zastavení reformy zdravotnictví

Skupina 23 z více než 50 bývalých mluvčích někdejší Charty 77 vyzvala vládu a poslance, aby pozastavili prosazování reformy ve zdravotnictví do doby, než se o ní uskuteční důkladná rozprava a v zákonech budou definovány mechanismy, jež jsou pro ni nezbytné. Otevřený dopis adresovali premiéru Mirku Topolánkovi a šéfům obou komor parlamentu:

S obavami sledujeme snahu vlády prosadit reformu zdravotnictví, jejímž cílem je mimo jiné převést současné zdravotní pojišťovny a velké veřejné nemocnice do formy akciových společností. Takové kroky by znamenaly nevratné změny a ovlivnily by fungování dosavadního systému na mnoho desetiletí. Zdravotnictví je systém, který vyžaduje soulad ekonomických, sociálních i etických aspektů. Domníváme se, že reforma takového rozsahu nebyla dostatečně připravena a nepředcházela jí odborná a veřejná debata. Tak zásadní změna nutně vyžaduje celospolečenský konsensus. Navíc jde o zákony, které jsou pro své problematické pasáže kritizovány odborníky i pacienty (lékařskou komorou, lékařskými fakultami, rektoráty univerzit, odbornou lékařskou veřejností aj.), podle nichž hrozí při jejich přijetí zhoršení kvality lékařské péče. Nepřiměřený tlak na urychlení legislativního procesu znemožňuje posoudit možné nedostatky. Přestože reformní zákony nebyly dosud schváleny parlamentem, probíhá již příprava na převod nemocnic na akciové společnosti, často netransparentně a na základě příkazů úředníků. Někteří manažeři, kteří se postavili k reformě kriticky, byli odvoláváni z funkce. Chybí analýza rizik vyplývajících z připravovaných strukturálních změn,

např. nebezpečí vzniku místních monopolů a střetu zájmů, o kterém se zmiňuje i dubnová ekonomická zpráva OECD. Není vyřešen převod zdravotní dokumentace ze státní organizace na nestátní subjekt bez souhlasu pacienta, převod akreditací atd. Neexistuje zákon o neziskových organizacích včetně zdravotnických, ač je zmíněn v programovém prohlášení vlády ČR. Ne tvrdíme, že současný stav zdravotnictví je ideální. Přesto naše zdravotnictví poskytuje rozsah péče srovnatelný s nejvyspělejšími státy. Navíc na kontech zdravotních pojišťoven byl k 31. 12. 2007 přebytek téměř 27 miliard korun a na konci roku 2008 se dokonce očekává další navýšení. Ke spěchu, s nímž je reforma přiváděna na svět tedy není žádný akutní důvod. Naopak, tato kladná čísla nám poskytují časový prostor k přípravě takové reformy, která bude garantovat zlepšení dosavadního stavu a nebude nepřipraveným experimentem, jenž nemá ve státech EU a jiných státech s veřejným zdravotním pojištěním obdoby. Uvedené skutečnosti odporují principům demokratického státu a dobré veřejné správy. Žádáme proto vládu a naše poslance, aby pozastavili současné prosazování reformy ve zdravotnictví do té doby, dokud neproběhne důkladná rozprava a dokud nebudou v zákonné podobě definovány mechanismy, jež jsou pro reformu podobného rozsahu nezbytné.

Podpísání: Rudolf Battěk, John Bok, Jiří Dienstbier, Jirí Gruntorád, Jiří Hanák, Ivan M. Jirous, Svatopluk Karásek, Helena Klímová, Alexander Kramer, Václav Malý, Dana Němcová, Jan Payne, Miloš Rejchrt, Věra Roubalová, Vojtěch Sedláček, Karol Sidon, Jan Sokol, Anna Šabatová, Jiřina Šiklová, Václav Trojan, Petr Uhl, Jan Urban, Rudolf Zeman

Informace ČSSZ pro ošetřující lékaře

Odbor nemocenského pojištění připravil informaci pro ošetřující lékaře o postupu při potvrzování pracovní neschopnosti pojištěncům jiných států EU (zejména tzv. přeshraničních pracovníků, tj. občanů bydlících v ČR, kteří pracují v sousedních státech EU). V zájmu zabránění nepříjemným situacím se uvádí nejen postup ošetřujícího lékaře při potvrzování pracovní neschopnosti (mateřství), ale také postup pojištěnce a OSSZ při uplatnění nároku na dávku. Celou informaci najdete na internetové adrese www.lkcr.cz.

(red)

Co by znamenalo zrušení dohodovacích řízení?

Na stránkách právní rubriky časopisu České lékařské komory nebývá obvyklé vyjadřovat se k věcným záměrům nebo i paragrafovaným zněním návrhů zákonů, které jsou dosud v jednání, jsou připomínkovány a nejsou přijaty. V tomto případě děláme výjimku, protože případně přijetí zcela nového zákona o veřejném zdravotním pojištění by mohlo pro soukromé lékaře mít alarmující důsledky.

Nezabýváme se celým návrhem, jehož paragrafované znění máme k dispozici zatím pouze v neoficiální verzi, ale věnujeme se pouze případným právním důsledkům zrušení dohodovacích řízení o rámcové smlouvě a o výši úhrady zdravotní péče, včetně regulačních omezení. Dojde-li v tomto směru ke změně a dohodovací řízení zůstanou v některé nové verzi návrhu zachována, bude tato změna jistě pozitivní.

Mají skončit výběrová řízení?

Před uzavřením smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče bylo povinností konat mezi novými uchazeči o smluvní vztah výběrová řízení. V minulosti bylo několikrát navrhováno a dokonce Parlamentem schváleno, ale posléze prezidentem republiky vetováno, aby výsledky výběrových řízení byly pro zdravotní pojišťovny závazné. Na druhé straně by se výběrové řízení nekonalo, pokud by šlo o prodej nestátního zdravotnického zařízení, ať již provozovaného fyzickou nebo právnickou osobou, jinému provozovateli. Pokud by tedy zdravotní pojišťovna uzavírala smlouvy s novými subjekty, mělo by se konat výběrové řízení, které by bylo pro zdravotní pojišťovnu závazné. Dosud výsledky výběrových řízení, konaných před vstupem do sítě smluvních zdravotnických zařízení zdravotních pojišťoven, byly sice pro zdravotní pojišťovny nezávazné, ale zdravotní pojišťovny byly povinny k výsledkům těchto výběrových řízení „přihlížet“.

Pokud by byl přijat nový návrh zákona o veřejném zdravotním pojištění, bylo by jen věcí zdravotní pojišťovny, koho si vybere a koho nikoli. **Základní princip by spočíval v tom, že by nezáleželo na svobodné volbě pojištěnce a na jeho vůli, jakého lékaře si přeje mít, ale záleželo by na rozhodnutí úředníka zdravotní pojišťovny, koho vybere a koho**

nevybere jako smluvního partnera. To představuje obrovskou moc úředníků zdravotních pojišťoven a vysoce prokorupční prostředí.

Současně to může znamenat, že rozhodující může být cena – vyhraje ten, kdo bude ochoten přistoupit na co nejlépejší poskytování zdravotní péče.

Konec dohodovacích řízení?

Bude-li zrušeno dohodovací řízení o rámcové smlouvě, do budoucna se smlouva o poskytování a úhradě zdravotní péče mezi zdravotnickým zařízením a zdravotní pojišťovnou nebude řídit rámcovou smlouvou. Nastane naprostá „smluvní volnost“. To se může jevit jako velmi demokratické, ale tento pohled je zavádějící. Bude snad velká zdravotní pojišťovna „vyjednávat“ s každým jednotlivým soukromým lékařem o obsahu smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče? Nebo prostě obsah smlouvy určí a předloží k podepsání soukromému lékaři a „buď ber, nebo neber“.

Jako advokát poskytuji právní služby také obchodním společnostem, zpravidla menším, které někdy mají uzavřeny obchodní smlouvy s velkými obchodními řetězci. Obchodní řetězec předloží menší obchodní společnosti, která chce být jeho dodavatelem, smlouvu o obchodní spolupráci. Jakékoli připomínky nepřipadají v úvahu. Smlouva je naprosto jednostranně výhodná pro obchodní řetězec a dodavatel, který by k ní měl jakékoliv připomínky, prostě nebude dodavatelem tohoto obchodního řetězce, což pro něho bude jistě ekonomicky nevýhodné. Proto raději přijme velmi nevýhodnou smlouvu. Ve stejné situaci by se patrně ocitli soukromí lékaři ve vztahu ke zdravotním pojišťovnám. Zatím ochranou proti tomu byla právě existence rámcové smlouvy, jejíž obsah byl dohodován v dohodovacím řízení mezi poskytovateli zdravotní péče a zdravotními pojišťovnami.

Návrh nového zákona o veřejném zdravotním pojištění rovněž předpokládá konec dohodovacích řízení o hodnotě bodu a výši úhrad zdravotní péče, včetně regulačních omezení. V praxi by to tedy znamenalo konec někdy proklínaných „úhradových vyhlášek“. Úhrady si přece svobodně dohodne každá zdravotní pojišťovna s každým zdravotnickým zařízením, včetně případných limitů a regulací.

Je však opět otázkou, jak svobodná bude dohoda mezi jedním soukromým lékařem a velkou zdravotní pojišťovnou o výši úhrad zdravotní péče a regulačních omezeních. Asi i zde se nabízí analogie nerovnoprávného právního vztahu mezi obchodními řetězci na straně jedné a jejich „malými dodavateli“ na straně druhé. Tedy je zcela odůvodněná obava, že zdravotní pojišťovna předloží svou, pro ni výhodnou a optimální představu úhrad zdravotní péče a zdravotnické zařízení bude mít jedinou volbu „ber, nebo neber“. Nedojde-li k dohodě, protože zdravotnické zařízení „nevezme“, pak do 6 měsíců smlouva o poskytování a úhradě zdravotní péče mezi zdravotnickým zařízením a příslušnou zdravotní pojišťovnou z důvodu nedohody o výši úhrady na další období „ze zákona“ končí. Není zřejmé, proč by v takovém případě neměla platit cena péče dohodnutá v minulém období, případně navýšená o míru inflace nebo jiným obdobným způsobem. Není rovněž zřejmé, proč by v takovém případě nemohlo o ceně být rozhodnuto v rozhodčím či obdobném řízení, jak je tomu v celé řadě jiných obdobných případů. Také dohodovací řízení o hodnotě bodu, výši úhrad zdravotní péče a regulačních omezeních dosud představovalo ochranu slabšího, tedy zdravotnického zařízení, proti diktátu cen a regulací ze strany zdravotních pojišťoven. Tato ochrana by přijetím předmětného zákona nyní skončila.

Podle mého názoru navrhovaný nový zákon o veřejném zdravotním pojištění připravuje výborné podmínky pro diktát zdravotních pojišťoven a preferování řetězců velkých obchodních společností na trhu zdravotnických služeb na úkor menších obchodních společností – zdravotnických zařízení, nebo soukromých lékařů jednotlivců.

JUDr. Jan Mach, ředitel právní kanceláře ČLK



Je výhodné prodat soukromou ordinaci a stát se v ní zaměstnancem?

V posledním období se na právní kancelář České lékařské komory obrátilo s dotazem, který je nadpisem tohoto článku, celá řada soukromých lékařů – provozovatelů nestátních zdravotnických zařízení. Obdrželi nabídku od velkých obchodních společností – „řetězců“ – asi tohoto znění:

„Pane doktore, prodejte nám svou soukromou ordinaci, své nestátní zdravotnické zařízení a staňte se v něm naším zaměstnancem. Budete se moci věnovat pouze odborné medicínské činnosti, budete tedy léčit a nemusíte se starat o provoz ordinace, nájem, účetnictví, vybavení, apod. To vše zařídíme my. Vám zaručíme plat ve výši odpovídajícímu Vašemu zisku z provozu soukromé ordinace a přidáme služební vůz, pěkný mobil...“

Lékaři se dotazují na možnost úskali této nabídky

Lze pochopit, že zejména pro některé starší soukromé lékaře může tato nabídka na první pohled vypadat lákavě. Na druhé straně je třeba zvážit, že lékař akceptací této nabídky přestává být samostatným soukromým lékařem, tedy osobou samostatně výdělečně činnou, vykonávající svobodné povolání, jenž není nikomu podřízen a musí pouze dodržovat své profesní povinnosti a smlouvy se zdravotními pojišťovnami. Naopak tímto aktem se z něho stává podřízený zaměstnanec, který je povinen plnit pokyny a příkazy svého zaměstnavatele. Jakkoli výhodná pracovní smlouva se zaručením určitých výhod i určitého příjmu do budoucna takovému lékaři, který přestal být soukromým lékařem a stal se podřízeným zaměstnancem, zaručuje ve skutečnosti jen velmi málo.

Zbavení se starostí se zajišťováním administrativy a zázemí k provozu soukromé lékařské praxe, jako je nájem, obstarávání potřebných pomůcek pro výkon povolání, vytápění, hygienické podmínky, pracovní smlouva se zdravotní sestrou, placení odvodů za zaměstnance i za sebe na sociální a zdravotní pojištění, daňové přiznání, apod., to vše by patrně soukromému lékaři, ze kterého se stal zaměstnanec, odpadlo a mohl by se více věnovat samotné medicíně.

Na druhé straně by tím patrně ztratil výhodu svobodného postavení soukromého lékaře. Především by se stal podřízeným zaměstnancem svého zaměstnavatele a podle zákoníku práce by byl povinen plnit všechny pracovní úkoly a pokyny, které mu zaměstnavatel dá a které nejsou v rozporu se zákonem. Rozložení pracovní doby je například zcela v kompetenci zaměstnavatele. Byl by to zaměstnavatel, který by určoval ordinační hodiny a pracovní dobu dříve soukromého lékaře, nyní zaměstnance. Pokud by přijal do pracovního poměru více lékařů a zajišťoval například směnný provoz nebo provoz na dvě směny, bylo by zcela legitimní, pokud by dříve soukromému lékaři, nyní zaměstnanci, stanovil pracovní dobu například každý lichý týden od 14.00 do 22.00 hod. O tom, kdy udělí lékaři-zaměstnanci dovolenou, náhradní volno, zda umožní účast na celoživotním vzdělávání či nikoli, by rozhodoval výlučně zaměstnavatel podle svých zájmů a potřeb. Pokud by přijal do pracovního poměru více lékařů a posléze by se jeden z nich stal nadbytečným, mohl by vždy původnímu vlastníkovi nestátního zdravotnického zařízení, nyní zaměstnanci, dát zcela legitimně a v souladu se zákoníkem práce výpověď, pokud by na základě organizačního opatření omezil počet zaměstnanců a dříve soukromý lékař, nyní zaměstnanec, by se stal nadbytečným. Podle zákona se nikdo nemůže předem vzdát svých práv, která mohou teprve v budoucnu nastat. Ani zaměstnavatel by se tedy platně nemohl vzdát práva dát zaměstnanci, který mu prodal nestátní zdravotnické zařízení, výpověď z pracovního poměru.



Je také třeba mít na paměti, že jednou z možných koncepcí další novely či rekodifikace zákoníku práce je možnost zaměstnavatele ukončit pracovní poměr se zaměstnancem bez uvádění jakýchkoliv důvodů a bez možnosti soudního přezkoumání, pouze na základě zvýšeného odstupného, které by zaměstnavatel musel zaměstnanci vyplatit. Obdobná právní úprava není nijak nedemokratická, protože existuje v řadě demokratických právních států západní Evropy.

Lékař, který dosud svobodně provozoval soukromou praxi a přistoupil by na prodej své ordinace a změnu svého postavení na zaměstnance, by tedy mohl ztratit nejen soukromou praxi, ale i lékařské povolání jako takové. Žádná záruka, že bez jeho souhlasu nebude nikdy pracovní poměr ukončen, by pro zaměstnavatele nebyla do budoucna závazná.

JUDr. Jan Mach



Otázky pro mluvčího min

Tomáš Cíkr: „Někteří lékaři mají poměrně plytké vědomosti o lécích a žijí v bludu, že záměna za jiný lék není možná.“

„Když lékař plošně nabádá pacienty, aby lékárníkovi nevěřili, tak chci věřit tomu, že žije v bludu a myslí si, že stejný lék pod jinou značkou působí jinak,“ uvedl mluvčí ministerstva zdravotnictví Tomáš Cíkr. „Anebo jsou opravdu nějak zavázáni určitým výrobcem léku. Ani to nemohu vyloučit,“ dodal.

(Lidové noviny, 5. 5. 2008)

Tiskový mluvčí ministerstva zdravotnictví Mgr. Tomáš Cíkr se ve svých vyjádřeních často uchyluje k urážkám a k nálepkování. Je asi jednodušší dehonestovat kritiky, než vyvracet jejich odborné argumenty.

Nevím, zda někteří lékaři mají plytké vědomosti o lécích. Nevím, zda jsou ně-

kteří lékaři zavázáni výrobcem léků. Možná někteří skutečně ano. Ale jenom proto, že jim to systém umožňuje. Jisté je, že drtivá většina lékařů chce své pacienty léčit co nejlépe, tak, jak se učila na lékařských fakultách a od svých předchůdců. Očekával bych tedy ze strany tiskového mluvčího větší pokoru. Pravidla lékové politiky totiž neurčují lékaři, ale ministerstvo zdravotnictví. A lidé, kteří ho vedou. A některé kroky ministerstva zdravotnictví ve mně vyvolávají pochybnosti.

Takže se mluvčího ministerstva Tomáše Cíkrta ptám?

Kde bere drzost urážet lékaře z napojení na farmaceutické firmy, když Koalice pro zdraví, kterou vedl, dostávala od farmaceutických firem statisícové sponzorské dary? Že by zde platilo – podle sebe soudím tebe? Koalice pro zdraví se účast-

nila protestů proti ministru Rathovi před volbami v roce 2006. Je pravda, že tehdejší mediální kampaň lékárníků, stomatologů a některých lékařských organizací sponzorovali distributoři léků?

Jak se vyvíjejí prodeje farmaceutickým firmám, které sponzorovaly občanské sdružení Reforma zdravotnictví. Toto sdružení založili panové Julínek, Hroboň a Macháček a jeho členy jsou další lidé, kteří jako poradci nyní působí na ministerstvu zdravotnictví či v jednom případě zasedají v legislativní radě vlády. Náměstek Hroboň má lékovou politiku dokonce v gesci.

Kolik zdravotní pojištění stála technická novela tzv. lékové vyhlášky z ledna loňského roku? Tato vyhláška rozšířila u jednoho onkologického léku indikaci k léčbě a umožnila její hrazení ze zdravotního pojištění. Už jsou k dispozici studie, které

Výdaje za léky stále rostou Nepravdivá propaganda ministerstva zdravotnictví

Podle údajů ministerstva zdravotnictví (tisková konference 22. 4. 2008) zaplatili pacienti za první čtvrtletí letošního roku na takzvaných regulačních poplatcích cca miliardu korun. Pravděpodobně se tedy splní odhad ministra Julínka, že jeho poplatky vynesou čtyři až pět miliard korun, tedy přibližně polovinu částky, o kterou připravila v létě loňského roku zdravotnictví vláda svým rozhodnutím zvýšit DPH na léky z 5 % na 9 %, osvobodit příjmy nad čtyřnásobek průměrné mzdy od placení pojištění, zmrázit platby za takzvané státní pojištěnce, to znamená důchodce, děti a nezaměstnané, tedy za 57 % obyvatel, kteří spotřebovávají 80 % zdravotní péče, přičemž platba státu za ně nedosahuje ani 24 % příjmů pojišťoven.

Vláda se zkrátka v létě loňského rozhodla stabilizovat státní rozpočet na úkor zdravotnictví a výnos z poplatků nás nezachrání.

Ale což, hlavním smyslem poplatků by měly být úspory, zejména ve výdajích za léky, které u nás dosahují horentních 28 % výdajů na zdravotnictví. Jen pro porovnání – v Německu tvoří léky pouhých 16 %. Bez zajímavosti přitom není ani fakt, že při použití koe-

ficientů parity kupní síly utrácí chudý Čech za léky ročně 449 USD, zatímco jeho bohatý německý soused jen 324 USD, tedy pouhých 72 % našich výdajů!

Fungují tedy poplatky? Daří se snižovat výdaje za léky tak, aby v letošním roce nepřekročily hranici šedesáti miliard? **Ministerská propaganda hlásá do světa obrovský úspěch:** „Počet receptů se snížil o 40 %.“ To je bomba. **Zbývá jen dodat, že díky poplatkům nejsou již na velké části receptů předepsána jedno nebo dvě balení léků, ale hned tři co možná největší balení, aby pacienti nemuseli za nesmyslně nastavené poplatky utrácet tolik.** Těch 40 % tedy musíme brát s velkou rezervou.

Jako přesvědčivější se jeví další část ministerské sebechvaly: „Celkové náklady na léky z veřejného zdravotního pojištění poklesly o 20 %, což představuje úsporu 1,75 mld. Kč.“ Ani tento údaj nezní špatně, avšak jen do chvíle, než zjistíte, že **bohužel nejde o seriózní informaci. Ministerstvo totiž porovnává čtvrté čtvrtletí loňského roku, kdy se pacienti snažili předzásobovat léky, s prvním čtvrtletím roku letošního, kdy naopak zákonitě nastal**

tzv. fenomén odložené spotřeby, kdy lidé nakupují léky méně z prostého důvodu, že se jimi předzásobili před Vánoci.

Pokud neseříózní ministerskou propagandu konfrontujeme s objektivními daty z nezávislých zdrojů a porovnáme počátek letošního roku s prvním čtvrtletím roku předcházejícího, pak zjistíme, že množství prodaných léků se sice opravdu snížilo, ale jen o 8 %. A navíc: **díky zdražování léků se celkové výdaje za ně naopak zvýšily o 2,3 %.** Kde tedy zůstala ministerská úspora?

Největší důvod ke spokojenosti mají výrobci drahých zahraničních léků. Co se počtu balení týče, také jich se sice prodalo o 8 % méně, ale nárůst cen zvýšil tržby o 6,5 %. Kde skončily sliby, že stát bude úhradovou politikou podporovat používání levnějších generik?

Ministr rozvrátil fungující kategorizační komisi, kde odborníci navrhovali maximální úhrady léků z pojištění. Nevím, jestli toto selhání souvisí s tím, že farmaceutické firmy údajně podporovaly občanské sdružení pana ministra, ale i ty nejstřízlivější odhady uvádějí, že kvůli tomu, že nikdo dnes nezohledňuje posilování kurzu koruny, vyhodily pojišťovny

isterstva

Hlavní dopady reformních návrhů zákonů na postavení nemocnic

by prokazovaly signifikantní prodloužení života u nemocných léčených na tuto diagnózu tímto lékem? V době vydání vyhlášky nebyly výsledky jednoznačné (viz materiál, který připravil SÚKL pod mým vedením). Mimochodem jde o lék farmaceutické firmy, která sponzorovala aktivitu o. s. Reforma zdravotnictví ještě letos v dubnu.

Proč ministerstvo zdravotnictví nereaguje na zvýšení kurzu koruny vůči euru a dolaru? Zdravotní pojištění tato nečinnost, která je mimochodem v rozporu se zákonem, stojí stovky milionů až několik miliard.

To je jen pár otázek z mnoha, které mě napadají. Jsem zvědav, jaká bude odpověď pana Mgr. Cikrta a čím mě onálepkuje.

Michal Sojka

za jen první kvartál dvě stě milionů – tedy téměř polovinu částky, kterou jsme na regulačních poplatcích zaplatili v lékárnách. Má takové hospodaření smysl? Z pohledu zahraničních farmaceutických firem jistě ano. Z pohledu pacientů asi sotva.

Abychom však byli objektivní, je třeba dodat, že velké množství levných léků nebo třeba i drahých léků, u kterých je úhrada od pojišťovny nízká, si v lékárnách kupujeme za hotové z prostého důvodu, že se nám kvůli poplatkům recept nevyplatí. Díky rostoucím cenám tedy výdaje za léky stoupají i nadále, ale pojišťovny ušetří. V této souvislosti je dobře připomenout, že zatímco v roce 1999 celkem 69% výdajů za léky platily zdravotní pojišťovny, tak do roku 2006 se tento podíl snížil na 57%. Patrně díky dnes již zrušené kategorizaci léků a i bez regulačních poplatků. Ostatně volně prodejné léky by v žádném případě neměly být z veřejného pojištění hrazeny již kvůli reklamě, kterou jejich prodejci obyvatelstvo bombardují.

Propagandu ministerstva zdravotnictví je zkrátka třeba brát s rezervou.

Milan Kubek

Oslabení pozice nemocnic a zrušení LDN

- Zcela chybí právní úprava nemocnic kromě univerzitních. Nemocnice se tak právně dostávají na roveň poskytovatele, který je jednou fyzickou osobou.
- Absence pojmu „nemocniční“ (ústavní) péče. Nahrazeno pouze péčí lůžkovou, bez komplexního vymezení návaznosti lůžkové péče na péči ambulantní, diagnostickou, lékárenskou a další.
- Uvedené umožní ZP uzavírat smlouvy pouze na vybrané druhy péče, nikoli na celý komplex nemocniční péče.
- Dlouhodobá péče je nově definována jako léčebně rehabilitační nebo ošetrovatelská. Vypuštěna je péče dnes poskytovaná v LDN.
- U péče na ošetrovatelských lůžkách se navrhuje hradit jen zdravotnické služby, na nákladech na ubytování a stravu by se podílel pacient. Celá následná péče kromě léčebně rehabilitační by měla být převedena do stejného režimu, jaký je dnes pro pobytovou sociální péči.
- Pro léčebnou rehabilitační péči budou prováděcím předpisem stanoveny podstatně vyšší standardy personálního (až o 50%) a technického vybavení (vyhláška v přípravě).
- Omezení sdružování nemocnic jen pro účel společného vyjednávání o vzorové smlouvě. Návrh zákona nepřímě zakazuje asociacím nemocnic sdružování k vyjednávání o cenách a podmínkách úhrady.

Posílení postavení zdravotních pojišťoven

- Zrušení dohodovacích řízení o výši úhrad a o seznamu výkonů. Ceny zdravotní péče již nebudou stanoveny právním předpisem, ale budou výsledkem pouze individuálního jednání ZZ a ZP.
- Bude zcela opuštěn princip stejné úhrady za stejnou zdravotní péči jak u jednotlivých zdravotnických zařízení, tak jednotlivými zdravotními pojišťovnami. Cena tak bude výsledkem porovnání ekonomické síly zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny.
- Předpokládá se majetkové propojení ZP a ZZ. Nic nebude bránit zdravotním pojišťovnám ve zvýhodňování svých zařízení.
- Zdravotnické řetězce povedou k monopolizaci při poskytování zdravotní péče a tím k diskriminaci zařízení stojících mimo řetězce, kterým se zabraňuje se sdružovat.
- Monopolizace a vytváření řetězců bude podporována systémem tzv. řízené péče, jejíž podmínky nejsou v návrzích zákonů definovány a budou tak vytvářeny zdravotními pojišťovnami.
- Zdravotní péči budou ZZ povinná poskytovat podle zařazení pojištěnce ve zdravotním plánu a podle smlouvy – nikoli podle zdravotního stavu. Riziko nedostatečné nebo neúplné péče zůstane na ZZ.
- ZZ zůstane povinnost poskytnout péči k zachování a zlepšení zdravotního stavu, ZP však skončí povinnost takovou péči uhradit.
- Čl. 31 Listiny základních práv a svobod o právu na bezplatnou péči zůstane v platnosti a pokud pojištěncům nebude ZZ poskytnuta potřebná bezplatná péče, za případnou škodu na zdraví bude odpovídat ZZ.
- Je předpokládán souhlas ZP i u poskytnutí neodkladné péče u nesmluvního zařízení, odmítne-li ZP souhlas, péče bude uhrazena ZZ nebo toto ponese odpovědnost za neposkytnutí péče.
- U pojištění s tzv. spoluúčastí předpokládán omezený rozsah úhrady, tzv. základní rozsah úhrady (např. 50% ceny smluvně sjednané za péči, 70% za léky), zbytek doplatek pacienta. Riziko zaplacení přeneseno na ZZ, pojišťovnou bude na osobní účet bonifikován i pojištěnec, který ZZ nezaplatil.
- Budou anulovány současné platné smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče uzavřené na 5 let.
- Podmínky nových smluv jsou v návrhu zákona velmi stručně vymezeny. Vzorové smlouvy, které mají nahradit dnešní rámcové smlouvy, nejsou stanoveny jako závazné a ZP se jimi nemusí řídit.
- Počítá se s tzv. rizikovými smlouvami, které rizika úhrady zdravotní péče přenášá na ZZ.
- Výši úhrady za zdravotnické prostředky a potraviny pro zvláštní lékařské účely má jednostranně stanovit ZP. Tj. nemusí je hradit v plné výši.
- Objednací (čekací) seznamy povedou poskytovatelé, o poskytnutí příslušné péče a tím i o čekací době však budou rozhodovat ZP.
- Zdravotní pojišťovna bude moci provádět posuzování nároku pojištěnce na úhradu péče prostřednictvím vlastního ZZ. Toto ZZ ani pojišťovna však neponesou odpovědnost za zdravotní stav pacienta.



Vzdělávací kurzy České lékařské komory

Přehled jaro/podzim 2008

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

Podrobné informace, týkající se organizace
a průběhu kurzu, obdrží přihlášení účastníci
10 dnů před zahájením kurzu. Věnujte, prosím
pozornost zasláným informacím, neboť mnoho
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 příslušným počtem
kreditů v souladu se SP č. 16 ČLK.

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.clkr.cz

24/08 Seminář – Syndrom vyhoření, příčiny a východiska

Datum konání: 31. 5. 2008
Místo konání: Praha 5, Klub ČLK, Lékařská 2
Účastnický poplatek: 500 Kč
Hodnocení: 6 kreditů
Koordínátor kurzu: PhDr. Erika Gerlová

PhDr. Erika Gerlová

- Vymezení pojmu
- Příčiny syndromu vyhoření a jeho příznaky
- Fáze syndromu vyhoření
- Vztah pracovního stresu a burnout
syndromu
- Předcházení a zvládání psychického vyhoření

25/08 Kurz – Neurologie

Datum konání: 7. 6. 2008
Místo konání: Praha 5, Klub ČLK, Lékařská 2
Koordínátor kurzu: MUDr. Bořivoj Petrák, CSc.

Doc. MUDr. Pavel Kršek, Ph.D.

- Epileptické záchvaty (video EEG)
- Doc. MUDr. Vladimír Komárek, CSc.
- Diagnostika a léčba věkových vázaných
epileptických syndromů
- MUDr. Katalin Štěrbová
- Neepileptické záchvaty (video EEG)
- Prim. MUDr. Věra Sebroňová
- Akutní stavy v dětské neurologii
- MUDr. Marek Makara
- Periferní paresa lícního nervu z pohledu
dětského neurologa
- Prim. MUDr. Sylvie Štátná, CSc.
- Dědičné metabolické poruchy a neurologické
symptomy
- MUDr. Tomáš Honzík, Ph.D.
- Poruchy mitochondriálního energetického
metabolismu v dětském věku: klinické
příznaky a současné možnosti diagnostiky
- MUDr. Bořivoj Petrák, CSc.
- Neurokutánní syndromy

26/08 Kurz asistované reprodukce

Datum konání: 20. 6. 2008, Začátek: 14.00 hod.
Místo konání: Praha,
Ústav pro péči o matku a dítě
Koordínátor: MUDr. Jitka Rezáčová

Doc. MUDr. Jaroslav Feyereisl, CSc.

- Úvod
- MUDr. Jitka Rezáčová
- Asistovaná reprodukce v léčbě neplodnosti
v ÚPMD
- Kontrolovaná ovariální hyperstimulace před
asistovanou reprodukcí
- RNDr. Jana Rutarová, Ph.D.
- Preimplantační genetická diagnostika
– indikace, přínosy, rizika
- MUDr. Markéta Bahniková
- Komplikace po asistované reprodukci
- MUDr. Pavel Darebný
- Těhotenství po asistované reprodukci
- RNDr. Tomáš Mařík, zástupce firmy Organon
- www.neplodnost.cz – zdroj informací
o reprodukčním zdraví

17/08 Kurz – Chirurgie

Datum konání: 14. 6. 2008
Místo konání: Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5
Koordínátor: MUDr. Vít Jakoubek

As. MUDr. R. Pospíšil

- Hrudní trauma – aktuální pohled
- Prim. MUDr. Z. Jech
- Zajímavé případy v břišní chirurgii
- Prim. MUDr. Karel Harvánek
- Zajímavé kauzistiky v dětské traumatologii

26/08 Kurz asistované reprodukce

Datum konání: 20. 6. 2008
Místo konání: Praha, Ústav pro péči o matku
a dítě
Koordínátor: MUDr. Jitka Rezáčová

42/08 Kurz – Léčba závislosti na tabáku

Datum konání: 6. 9. 2008
Místo konání: Praha 5, Klub ČLK, Lékařská 2
Koordínátor: MUDr. Eva Králíková, CSc.

- MUDr. Eva Králíková, CSc., MUDr. Lenka
Štěpánková (1. LF UK a VFN, Praha)
- Epidemiologie užívání tabáku, související
mortalita a morbidita
- Účinná prevence kouření, složení tabákového
kouře, pasivní kouření
- Prof. MUDr. František Perlík, DrSc.
(1. LF UK a VFN, Praha)
- Lékové interakce kouření
- MUDr. Eva Králíková, CSc.
(1. LF UK a VFN, Praha)
- Princip závislosti na tabáku, diagnostika,
léčba
- Farmakoterapie závislosti na tabáku

- MUDr. Lenka Štěpánková
(1. LF UK a VFN, Praha)
- Psychoterapie závislosti na tabáku
- Praktické příklady rad
- MUDr. Eva Králíková, CSc.
(1. LF UK a VFN, Praha)
- Současné možnosti léčby závislosti na tabáku
v ČR, specializovaná centra
- Situace ve světě, mezinárodní a naše
guidelines
- MUDr. Lenka Štěpánková
(1. LF UK a VFN, Praha)
- Psychiatrická komorbidita kuřáků
- MUDr. Eva Králíková, CSc., MUDr. Lenka
Štěpánková (1. LF UK a VFN, Praha)
- Návlek skupinové terapie – nejčastější dotazy
pacientů

Kurz č. 41/08 – Péče o sebe jako prevence syndromu vyhoření

Datum konání: 12.–13. 9. 2008
Místo konání: Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5
Délka akce: 15 hod.
Účastnický poplatek 1750 Kč
Koordínátor: PhDr. Blanka Čepická

Forma: workshop – teorie k tématu, pak aktivní
účast formou nácviků, sebezkušenost a rozbor
získaných poznatků.

Velký důraz se klade na diskuzi a výměnu
zkušeností všech účastníků na každém
workshopu. Není to tedy klasický typ výuky
za katedrou přednášející hovořící k publiku.
Často se cvičí v trojicích systémem sdělující

– přijímající – pozorovatel, aby každý dostal
dostatek zpětných vazeb. Cílem je sebereflexe
a možnost pracovat na určité specifické
dovednosti, která účastníkům může pomoci
řešit určitý typ náročných situací.
Struktura obsahu je dána požadavky účastníků,
které se formulují na začátku setkání. Na konci
je zhodnocení, zdali došlo k naplnění očekávání
a získání toho, pro co si účastníci přišli.
Počet účastníků: 15–18

- Proč péče o sebe – je na ni nárok?
 - Pozorování změn psychiky u sebe a u kolegů.
 - Syndrom vyhoření – týká se také mě?
 - Prevence syndromu vyhoření – smlouvy,
jasnost role, vliv očekávání, syndrom
pomáhajících profesí.
 - Zisky a ztráty spojené s profesí – čím
vládneme.
 - Co formuje vlastní pojetí role lékaře? Má lékař
nárok na pomoc?
 - Etika a její vliv na možné profesionální
vyhoření.
 - Vliv role na zacházení se sebou.
 - Vliv psychologických her na psychiku
zdravotníků
 - Jak zvyšovat energetické zisky – pozitivní
ocenění, vliv vážnosti role, vliv zpětné vazby,
vliv spolupráce. (Co mohu přijmout, jaká
ocenění „mají hodnotu“.)
 - Jak zmenšovat energetické ztráty.
 - Život osobní a život profesní.
 - Vliv vztahů v pracovním kolektivu, vliv
systému, ve kterém se pohybujeme.
 - Vztahy nadřízení – podřízení.
 - Vzdělávání ve specifických oblastech – proč,
nač, jak?
 - Vliv sebereflexe – umím měnit zvyky
a zvyklosti?
 - Psychologické potřeby, specifické
a nespecifické druhy péče o potřeby.
- Součástí modulu jsou ukázky z některých
profesionálních způsobů péče o sebe
(balitovská skupina, autogenní trénink,
supervize, CISM).

43/08 Kurz – Kardiologie

Datum konání: 20. 9. 2008
Místo konání: Praha 5, Klub ČLK, Lékařská 2
Koordínátor: Prof. MUDr. Roman Čerbák, CSc.

Prof. MUDr. Jaromír Hradec, CSc.

- Chronické formy ICHS, zejména stabilní
angina pectoris
- Doc. MUDr. Vladimír Soška, CSc.
- Dyslipidémie
- MUDr. Petr Fírdl, CSc.
- Novinky v echokardiografii
- Prof. MUDr. Roman Čerbák, CSc.
- Aortální stenóza
- Doc. MUDr. Josef Veselka, CSc.
- Kardiomyopatie
- As. MUDr. Petr Janský
- Akutní srdeční selhání
- Prof. MUDr. Jan Vojáček, DrSc.
- Novinky v intervenční kardiologii
- MUDr. Pavel Jansa
- Arteriální plicní hypertenze

44/08 Kurz – Gynekologie

Datum konání: 4. 10. 2008
Místo konání: Praha 5, Klub ČLK, Lékařská 2
Koordínátor: Doc. MUDr. Alena Měchurová, CSc.

- Doc. MUDr. Alena Měchurová, CSc.
- Septická pánevní tromboflebitis tromboza
venae ovaricae
- Porody mimo zdravotnická zařízení
- MUDr. Zuzana Urbánková
- Komplikace po císařských řezech
- Doc. MUDr. Alena Měchurová, CSc.
- Perinatální infekce a podávání ATB dle
nových poznatků
- MUDr. Ladislav Krofta, CSc.
- Správná technika dopplerovského vyšetření,
praktické ukázky
- Doc. MUDr. Jarmila Drábková, CSc.
- Novinky v urgentní medicíně
- MUDr. Ivana Kobilhová

- Používání neregistrovaných léků
v gynekologii a porodnictví v ČR
- Doc. MUDr. Alena Měchurová, CSc.
- Doporučené postupy v perinatologii

46/08 Kurz – Genetika

Datum konání: 4. 10. 2008
Místo konání: Praha 5, ČLK, Oválná pracovna,
Lékařská 2
Koordínátor: Prof. MUDr. Petr Goetz, DrSc.,
Ústav biologie a lékařské genetiky 2. LF UK

- Molekulární genetiky v medicíně
- Chromosomy v medicíně
- Prenatální diagnostika
- Hereditární malignity
- Etika lékařské genetiky

45/08 Kurz intenzivní medicíny – I. blok: Respirační a renální selhání

Datum konání: 11. 10. 2008
Místo konání: Praha 5, Klub ČLK, Lékařská 2
Koordínátor 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
- Úmělá 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.
- Antikoagulační CRRT s rizikem krvácení

Přehled odpoledních seminářů:

Místo konání: ČLK – Klub,
Lékařská 2, Praha 5

Spojení:

Metro trasa B, stanice Anděl – výstup Na Knížecí,
autobusem č. 167 do stanice Weberova

Předpokládaný začátek: 16.30

Délka semináře: 90 min

Účastnický poplatek: 200 Kč

Hodnocení: 2 kredity

Na semináře je nutné se vždy přihlásit předem.

102/08

Úterý 3. 6. 2008

Mgr. Jana Woleská

Komunikace s obtížným pacientem

103/08

Úterý 10. 6. 2008

MUDr. Jana Šeblová, Ph.D.

náměstkyně LPP Územního střediska

záchranné služby Středočeského kraje

Intoxikace návykovými látkami: současná

drogová scéna a nové trendy – příznaky

předávkování jednotlivými typy drog,

diferenciální diagnostika – zdravotní rizika

abúzu drog a první neodkladná opatření

v terénu.

104/08

Pondělí 2. 6. 2008

MUDr. Dita Smíšková, MUDr. Zuzana Blechová

Infekční onemocnění CNS

Inzerce

Příjem řádkové inzerce:
recepc@clker.cz
Časopis ČLK, Jiřina Kinčlová
Lékařská 2, 150 00 Praha 5
tel.: +420 257 217 226
fax: +420 257 220 618

Volná místa – nabídka

Ústav imunologie a alergologie LF UK Plzeň přijme odb. asistenta. Požadavky: VŠ vzdělání lékařského nebo přírodověd. směru, znalost světového jazyka, předpoklady pro vědeckou práci. Kontakt: Doc. MUDr. Panzner, CSc., tel. 377 104 343, panzner@fplzen.cz

Příjmu očního lékaře s atestací do oční ordinace na Praze 4. Zahájení provozu od září 2008. Tel. 281 019 264

Hledám dermatologa do privátní kožní ordinace v Hodoníně k zaměstnání nebo dlouhodobému zástupu. Tel. 603 758 026

Oblastní nemocnice v Rychnově nad Kněžnou a.s. přijme lékaře pro pediatrické a novorozenecké oddělení. Informace prim. MUDr. Jan Ondruš, tel. 494 502 340, jondrus@centrum.cz

Poliklinika v Praze 4 přijme lékaře internistu. Nástup dle dohody, možný ihned. Výhodné platové podmínky. Tel. 261 006 427, 602 318 025

Hledám lékaře s interní atestací a licencií do interní ambulance na Praze 4. Tel. 244 472 563 po 20. hod.

Dejvická psychoterapeutická centrum Praha 6, hledá do svého týmu psychiatrii a psychoterapeutickou specializaci. Možný částečný či plný úvazek, nástup dle dohody. Kontaktní osoba MUDr. I. Pánková, tel. 603 155 410

Poliklinika Prosek, Praha 9, přijme do pracovního poměru lékaře revmatologa a lékaře do odd. rehabilitace. Atestace v oboru, praxe vítána, lze kratší úvazek. Možnost ubytování, pomoc při řešení bytové situace. V případě zájmu zašlete profesní životopis. Kontakt: fax 286 589 362, p. Prchalová, tel. 266 010 106, e-mail: prchalova.o@poliklinikaprosek.cz

Soukromá ortopedická ambulance v Praze přijme ortopeda s atestací na zkrácený úvazek. Tel. 602 254 964

Železniční poliklinika Olomouc (pro pracoviště Přerov) přijme do pracovního poměru na úv. 1,0 lékaře s atestací a licencí oprávněným v oboru neurologie. Písemné nabídky přijímáme na personální odd. ŽP, Jeremenkova 40, 772 52 Olomouc. Tel. 972 748 509, 972 748 596, www.dopravnizdravotnictvi.cz, e-mail: bohumiila.vodrazkova@dopravnizdravotnictvi.cz

Gynekoložku/gynekologa (i důch. nebo VPP) pro amb. v Praze 6 (M Hradčanská) a v Praze 4 (M Chodov) přijmeme na 0,6-1,0 úv. Zkušenosti s 3D UZ vítány. Tel. 606 393 938

Dopravní zdravotnictví a.s., provozovna Železniční poliklinika Nymburk, přijme na úvazek 0,5 specialistu v oboru interní lékařství. Nástup: 1. 7. 2008. Nabízíme dobré platové a pracovní podmínky. Blížší informace: Ing. Jelínková, tel. 325 514 318, mobil: 602 310 953. Písemné nabídky s profesním životopisem zasílejte na adresu: Železniční poliklinika Nymburk, Boleslavská 1854, 288 02 Nymburk, e-mail: Irena.Jenikova@dopravnizdravotnictvi.cz

Soukromé kožní zařízení v Praze přijme od 09-10/2008 dermatologa s atestací na zkrácený pracovní úvazek, informace na tel. 603 222 123

Přijmeme lékaře do ambulance lékařské genetiky v Pardubicích, vítána odbornost genetiky, gynekologie, pediatrie či interna. Výhodné platové podmínky. E-mail: xbaum01@post.cz, tel. 603 532 481

Nestátní poliklinika v Berouně přijme lékaře-chirurga i na částečný pracovní úvazek. Nabízíme práci v příjemném kolektivu, výhodné platové podmínky a možnost dalšího vzdělávání. Dobré spojení do Prahy. Atestace podmínkou. Informace na tel. 311 746 424 nebo 311 746 155

Nestátní zdravotnické zařízení OKD, HBZS, a.s. (Hlavní báňská záchraná stanice v Ostravě Radvancích) nabízí uplatnění lékaři pro zajišťování lékařské služby první pomoci v podzemí. Požadujeme atestaci (výhodou atestace z urgentní medicíny nebo všeobecného lékařství), dobrou fyzickou kondici a psychickou odolnost. Nabízíme výhodnou smlouvu o dílo (poskytování lékařské služby) i možnost pronájem vybavené lékařské ordinace pro výkon činnosti praktického lékaře. Kontakt: 596 258 230, fax 596 232 719, e-mail: sekretar@hbzs-ov.cz

Poliklinika v Praze 4 přijme očního lékaře. Výhodné platové podmínky. Nástup dle dohody. M: 602 318 025, T: 261 006 427, 443

Městská nemocnice Plzeň PRIVAMED a.s., Plzeň, Kotkovská 17,19 přijme: lékaře pro LDN, nástup možný ihned. Atestace z geriatrické nebo vnitřního lékařství výhodou. Nabízíme dobré platové podmínky, možnost dalšího vzdělávání, byt. Písemné nabídky zasílejte na personální odd. nebo telefonicky na primářku LDN, 377 182 376

Sanatoria Klímkovice hledají samostatně pracujícího lékaře gynekologa s atestací. Možnosti ubytování ve služebních bytech. Nástup dle dohody. Zájemci volejte na tel. 556 422 122, 129, 603 299 124

Sanatoria Klímkovice hledají rehabilitační pracovníky-fyzioterapeuty na dospělého léčebnu. Možnost ubytování ve služebních bytech. Nástup dle dohody. Zájemci volejte na 556 422 128, 603 446 907, nebo pište na e-mail: bpruskova@sanklim.cz

Do soukromé interní a revmatologické ordinace v P-4 přijmu lékaře na částečný úvazek. Požadavky: atestace I. st. z interny (reumatologie) výhodou, ale není podmínkou, zájem o pacienta a obor. Spěchá. Tel. 261 222 077, 737 181 494

Oční lékař – hledá se pro oční ordinaci s optikou v centru Kladna. Tel.: 602 357 210

Panochova nemocnice Trutnov s. r.o. přijme sekundárního lékaře/ku na interní oddělení, atestace není podmínkou. Nástup možný ihned. Kontaktní osoba: Prim. MUDr. Jiří Tomásek, tel. 481 446 200, e-mail: jiri.tomasek@nemtur.cz

Praktické lékařky z Prahy 13 (Luka, Nové Butovice) hledají do svých nadstandardních ordinací kolegu ke dlouhodobé spolupráci. Nabízíme každá polovinu úvazku při celkové mzdě 2x 16 000 Kč. Nástup co nejdříve. Jen seriózní zájemci. Tel. 777 717 765, ksraj@centrum.cz

Nemocnice Jindřichův Hradec a.s. přijme: 2 lékaře na chirurgické oddělení. Požadavky – atestace z chirurgie I. stupně, popř. brzký předpoklad složení atestace. Nástup co nejdříve, ubytování zajištěno, možnost získání bytu. V případě zájmu kontaktujte primáře chirurgického oddělení MUDr. Jana Kelbu na tel.: 384 376 188, e-mail: kelb@hospitaljh.cz nebo písemné nabídky zasílejte na adresu: Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s., U Nemocnice 380/III, 377 38 Jindřichův Hradec

Poliklinika v Praze 4 přijme lékaře kardiologa i v přípravě k atestaci, možný i krátkodobý zástup (nejlépe s praxí echokardiografie) a lékaře v odbornosti chirurgie. Nástup dle dohody. T: 261 006 427, M: 602 318 025

Dobře zavedená privátní praxe s bohatou klientelou v Šumperku hledá oftalmologa na celý úvazek. Jsme akreditované pracoviště, nabízíme možnost dalšího vzdělávání v předatestační přípravě, možnost ubytování a výhodné platové podmínky. Výchledově možnost převzetí praxe. Nástup dle dohody. Tel. 774 959 534, 608 840 531

Obec Čebín (okres Brno-venkov) hledá praktického lékaře i důchodce k řízení ordinace PL v obci s 1660 obyvatel. Možný plný i zkrácený úvazek, předběžný souhlas VZP vydán. Prostory ordinace a vybavení bude poskytnuto za nájem 1 Kč/rok. Blížší informace na tel. 549 424 185 nebo e-mail: starosta@obec-cebin.cz

Městská nemocnice Městec Králové a.s. přijme lékaře na oddělení následné péče, možné i kombinování s prací na interním oddělení, VŠ vzdělání, možno i absolvent, event. atestace v interním oboru vítána, práce na plný úvazek, pracovní poměr na dobu neurčitou, pracovní doba jednosměnná, výhodné platové podmínky. Ubytování zajištěno. Blížší informace u prim. MUDr. Renáty Petrové, tel. 325 633 161, e-mail: petrova@nemunk.cz

Nemocnice Nové Město na Moravě, příspěvková organizace, přijme do pracovního poměru lékaře (absolventa) na neurologické a chirurgické oddělení. Zájemci se mohou hlásit u prim. MUDr. Čechovského na neurologii tel. 566 801 414 a u prim. MUDr. Malečka na chirurgii tel. 566 801 211, 216. Nabízíme možnost dalšího odborného růstu a vzdělávání, přidělení bytu nebo ubytování v blízkosti nemocnice, zaměstnanecké bonusy. Žádosti se stručným životopisem zasílejte na adresu: Nemocnice Nové Město na Moravě, personální oddělení, Žďárská 610, 592 31 Nové Město na Moravě

Zaměstnám jednu všeobecnou sestru s maturitou a osvědčením, úvazek 1,0 Broumov – Teplice nad Metují, nástup možný od 1. 7. 2008, cizí národnost nevádí, znalost češtiny nebo slovenštiny nutná. Medica-Langer s.r.o., Protifašistických bojovníků 182, 550 01 Broumov. Tel. 491 581 190, e-mail: langer.medica@seznam.cz

NZZ Centrum naděje a pomoci Brno přijme do pracovního poměru lékaře dermatovenerologie. Nástup dle dohody. Možný ihned, i na zkrácený úvazek či formou DPP. Strukturovaný životopis posílejte na cenap@cenap.cz. Blížší informace MUDr. Lázníčková 731 428 333

Fakultní nemocnice v Motole přijme na jednotku intenzivní metabolické péče Interní kliniky UK 2. LF sekundárního lékaře na úvazek 1 (perspektiva místa zástupce vedoucího lékaře). Nástup dle dohody. Písemné nabídky s CV zasílejte na sekretariát Interní kliniky UK 2. LF, FN Motol, v Úvalu 84, 150 06 Praha 5 nebo na e-mail: alena.studecka@fnmotol.cz

Vysokomýtská nemocnice, Hradecká 167, Vysoké Mýto přijme ihned lékaře pro oddělení LDN, nejlépe s interní nebo geriatrickou odborností, není však podmínkou. Požadavky v souladu se zákonem č. 95/2004 Sb. Další informace na tel. 465 467 250/235, 465 569 591, e-mail: info@nemocnice.myto.cz

Odborný léčebný ústav Jevíčko přijme lékaře/ku na oddělení léčebné rehabilitace. Atestace v základním oboru výhodou, ne podmínkou. Byt nebo garsonka k dispozici, velmi dobré

platové podmínky (cca 50 tis. Kč/měs.) Nástup dle dohody, možno ihned. V případě zájmu nás kontaktujte na mailové adrese: olujevicko@olujevicko.cz, tel. 777 142 209

Úrazová nemocnice v Brně přijme lékaře radiologa, specializace v radiodiagnostice vítána. Inf. na tel. 545 538 628, prim. Chasáková Centrum reprodukční medicíny Gest v Praze přijme UZ specialistu pro vyš. těhotných na 0,3-0,5 úvazku, možno i 1,0 úvazku jako ambulantní gynekolog. Velmi zajímavé platové podmínky. Nabídky zasílejte na info@gest.cz

Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s., přijme do gastroenterologického ambulantního oddělení lékaře s gastroenterologickou atestací nebo předpokladem jejího brzkého složení. Možnost práce i na zkrácený úvazek. Ubytování interní formou dostupné. Kontakt prim. MUDr. Michal Vašíček, tel. 731 542 805, e-mail: michal.vasicek@onmb.cz. Dále přijme 2 atestované lékaře v oboru gynekologie a porodnictví. Mohou být i v případě k atestaci. Kontakt: prim. MUDr. Martin Pán, tel. 326 742 602, e-mail: martin.pan@onmb.cz

Zástup

Hledám urgentně zástup do ortopedické ordinace v Praze 6, možnost dlouhodobé spolupráce. Jedná se o zavedenou a dobře vybavenou praxi, kterou hodlám v krátkém horizontu přenechat. E-mail: jiridracek@seznam.cz, tel. 603 466 728

Hledám lékaře (nejraději důchodce, MD) k navázání trvalého zástupu – dovolená, nemoc, lžné do dobře zavedené oční ordinace v pohraničí. Ubytování a cestovné hradím. Tel. 737 991 444

Nemocnice s poliklinikou v Havířově, p.o., přijme do pracovního poměru lékaře s odbornou způsobilostí v oboru urologie nebo lékaře – absolventa se zájmem o obor urologie. Nabízíme perspektivní práci s možností osobního růstu a dalšího vzdělávání. Dále nabízíme dobré platové podmínky, ubytování v ubytovně v blízkosti nemocnice, výhledově získání bytu. Při nástupu do 1. 9. i poměrnou část příspěvku z FKSP na rekreaci, kulturu, tělovýchovu, penzijní a životní přípojištění. Požadujeme spolehlivost, pracovitost, samostatnost a vlastní iniciativu. Znalost cizího jazyka vítána, není však podmínkou. Přihlášky s profesním životopisem a výpisem z rejstříku trestů zasílejte na adresu: Nemocnice s poliklinikou, odd. personální práce a mezd, Dělnická 24, 736 01 Havířov Město. E-mail: marie.bystronova@nshav.cz, mobil 724 973 389

Nemocnice Český Krumlov, a. s., přijme následující pracovníky: ONP – lékaře na oddělení následné péče nemocnice (se specializovanou způsobilostí nebo i bez specializace). DĚTSKÉ oddělení – na pozici zástupce primáře – lékaře s atestací II. stupně nebo se specializovanou způsobilostí (případně v přípravě na atestaci). Dále lékaře s atestací I. stupně, případně s předpokladem složení at. nového typu do 1. roku.



PRACUJTE JAKO LÉKAŘ V NĚMECKU

Wir suchen Ärzte (m/w) aller Fachrichtungen mit guten Deutschkenntnissen für die Arbeit in Kliniken oder Arztpraxen in Deutschland. Wir unterstützen Sie bei allen Formalitäten und der Wohnungssuche. Bitte senden Sie uns Ihren Lebenslauf in deutscher Sprache per E-Mail oder Fax.

PERMEDEX Consulting GmbH
 Clara-Zetkin-Str. 14, 07545 Gera
www.permedex.com/cz/ E-Mail personal@permmedex.com
 Fon +49 365 773 008-0, Fax +49 365 773 008-29



ARO – lékaře s perspektivou funkčního místa s atestací I. nebo II. stupně nebo se specializovanou způsobilostí do 1 roku, dále lékaře absolventa a všeobecné sestry nebo sestry s kvalifikací pro intenzivní péči a ARO. NEUROLOGIE – ústavního neurologa s převahou práce v neurologické ambulanci, součástí práce je konziliární činnost pro lůžková oddělení nemocnice (úzká vazba na interní oddělení nemocnice – cerebrovaskulární program). Požadavky – specializovaná způsobilost (atestace II. stupně nebo atestace nového typu) v oboru neurologie, kvalifikace pro vyhodnocení EEG záznamů. OSTATNÍ oddělení – všeobecné sestry – úplné střední vzdělání, vyšší odborné vzdělání, BC – zdravotní asistenty – úplné střední vzdělání. RTG – kvalifikované RTG laboranta do směnného provozu. Nástup je možný ihned nebo dle dohody, dobré platové podmínky, možnost ubytování, bližší informace při osobním jednání. V případě zájmu kontaktujte MUDr. V. Čecha, místopředsedu představenstva, tel. 602 109 647 nebo personální oddělení Nemocnice Český Krumlov, a.s., Pod Nemocnicí 153, 381 27 C. Krumlov, tel. 380 761 361, e-mail: marie.markova@nemckr.cz

Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s., přijme lékaře (i absolventy) na tato oddělení: gynekologicko-porodnické oddělení (info prim. MUDr. Jaroslav Doucek, tel. 384 376 305, e-mail: doucek@hospitaljh.cz); interní oddělení (info prim. MUDr. Jiří Plocek, tel. 384 376 389, e-mail: plocek@hospitaljh.cz); urologické oddělení (info prim. MUDr. Jan Rybka, tel. 384 376 307, e-mail: rybka@hospitaljh.cz); dětské oddělení (info prim. MUDr. Rudolf Skřítecký, tel. 384 376 126, e-mail: rstriteru@fm.vse.cz), požadavek: atestace z pediatrie I. stupně. Nástup možný ihned, ubytování zajištěno, možnost získání bytu. V případě zájmu kontaktujte primáře jednotlivých oddělení nebo písemně nabídky zasílejte na adresu: Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s., U nemocnice 380/III, 377 38 Jindřichův Hradec

NZZ v Praze přijme lékaře RDG a chirurga i na částečný úvazek. Kontakt: chiro@seznam.cz, tel. 296 113 242, www.chiro.cz

Lázně Kundratice, a.s. (Liberecký kraj), přijmou do pracovního poměru lázeňského lékaře s atestací v základním oboru, nástavbová atestace v oboru FBLR vítána. Nejlépe v úvazku 1,0 – plný úvazek. Vhodné i pro pracující důchodce. Nástup dle dohody. Bližší informace na tel. 485 344 201, e-mail: info@laznekundratice.cz

Prodej a koupě

Prodám UZ přístroj Medison SA 8000 (M a 2D mod, PW a CW doppler, barevný doppler, tkáňový doppler), se sektorovou sondou 2-5 MHz. Tel. 724 345 445

Prodám plně funkční EKG přístroj Schiller – Cardiovit AT 2, tel. 724 345 445

Prodám funkční UZ přístroj KRETZ Combison 310A, abd. a vag. sonda, levně, vhodné i pro veterinární účely. Tel. 608 828 582

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

Prodám kolposkop KSK-121 Zeiss (SRN, r.v. 1994) a 30 nových gynekologických zrcadel – Cusco. Tel. 736 461 151

Pronájem

Pronajmou nově rekonstruovanou, zařízenou a kolaudovanou lékařskou ordinaci v blízkosti Vinohradského divadla na určité dny v týdnu dle domluvy. Jedná se o 2 místnosti – 22 a 15m² a společná hala 15m² a soc. zař. se sousedící gynekologickou ordinací. Ordinance je vhodně zařízena pro konzultační činnost nadstandardního charakteru. Foto na www.vinohrady.wz.cz, MUDr. Němec 603 319 309, drnemec@volny.cz

Trvale a velice výhodně pronajmu jednu až tři plně vybavené ordinace se zázemím na Smíchově. Dobrá lokalita, cena dohodou. Při rychlém jednání sleva. Tel. 774 553 819

Pronajmu zákrový sál vhodný pro tzv. jednodenní chirurgii. Registrace, vybavení vč. instrumentaria, anesteziolog, instrumentářka, dospávací pokoj – zajištěno. V Boskovické, 35 km od Brna. Tel. 606 457 121

Pronájem zařízení ordinace na Vítězném náměstí v Praze 6. Možno i jednotlivé dny. Cena pronájmu 1 dne je 2 800 Kč. Kontakt tel. 603 106 564, 602 859 031

Různé

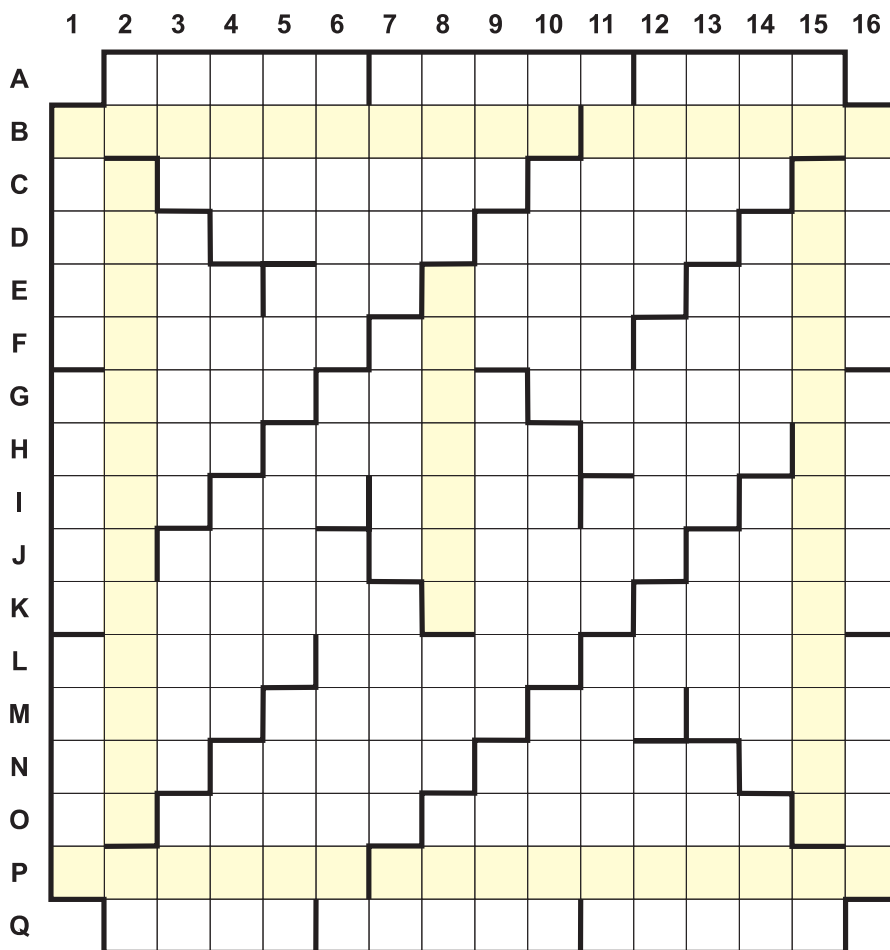
Přenechám dobře zavedenou revmatologickou ambulanci v Příbrami, dobré spojení s Prahou. Kontakt: e-mail dr.stork@volny.cz

Přenechám provozování soukromé ordinace PL v Praze 4-Libuši na 10 let i s vybavením. Možné realizovat prakticky ihned. V případě zájmu prosím SMS na číslo 739 330 455

Přenechám zavedenou oční ambulanci ve Středočeském kraji s možností následného odkoupení. Tel. 720 112 078

Přenechám praxi praktického lékaře pro děti a dorost v Praze 9. Tel. 732 673 852

Křížovka o ceny



Obvodní lékař je člověk, který v podstatě pouze přerozděluje pacienty pro lékaře-specialisty. (dokončení citátu Karla Wagnera z knihy *Murphyho zákony se skrývá v tajence*)

VODOROVNĚ: A. Hořce nakysle (řídce); v esperantu „vodka“; dílenský stůl. – **B. 2. díl tajenky;** 4. díl tajenky. – C. Iniciály autora novely Stařec a moře; fecký hrdina lliady; zařízení k práci pod vodou; SPZ Jihlavy. – D. Chumáč rostlin; velké moře (řídce); podzemní část rostliny; rusky „svět“. – E. Uhelný prach; divadelní jednání; rozsudek; sídlo v Německu. – F. Vývěsky (zastarale); květný stvol cibule; odvetný set v boxu. – G. Vpády; lavice (nářečně); různým způsobem. – H. Roční období; ketonický cukr; mít ve vážnosti; zkratka uhlovodanů. – I. Španělská chůva; nářadí k zavěšování; označení letadel Laosy; lotyšské platidlo; kód Saúdské Arábie. – J. Zvratné zájmeno; rudná žíla; základní surovina pro výrobu barviv; setrvávat. – K. Věčná loterie; asijský stát; popěvek. – L. Vchod; indické platidlo; oddělení mladších třetihor. – M. Sluchový; americký hlodavec; tím způsobem; zeleninové pokrmy. – N. Droga (slangově); nárok; český politik; značka kancelářských sponek. – O. Název značky metru; vlastní salamandrům; vyhrabat motykou; zkratka tunelové diody. – P. 6. díl tajenky; 3. díl tajenky. – Q. Zhotovit pomocí jehly a nitě; české město; záducha.

SVISLE: 1. Rychle; domov; dřívější člen skupiny Plavci. – 2. Odvar z bylin; 5. díl tajenky; německy „ty“. – 3. SPZ Rychnova nad Kněžnou; vyznačev ortodoxního islámu; jemné lněné plátno; příslušenství počítače. – 4. Španělsky „malinký“; značka dlaždic; habrový porost; vlastní měkkýšům. – 5. Hlahol; japonské lovkyně perlorodek; indiánský žlut; francouzský pilot F1. – 6. Šaty; uleknutí; koníček. – 7. Vynadat; zaklení; mající plochu jednoho aru; slovensky „ve“. – 8. Osudové znamení; 1. díl tajenky; umělecká dvojice; násep. – 9. Hrůza; kód letiště Kurgan; lék snižující teplotu; vlastní hlodavcům. – 10. SPZ Kladna; malá jihoamerická opice; islámský bůh; vzácný sudokopytník. – 11. Pták; kaprovitá ryba; moravská propast. – 12. Kurýr; acetať; nervózní zaskrby v obličej; rozsáhlá báseň. – 13. Trikyslík; odkráčev (zastarale); drť (řídce); tužší lístek papíru (zastarale). – 14. Citoslovce podivu; jíst pamlsky; hulvát; jméno herce Hankse. – 15. Model fordu; 7. díl tajenky; ano. – 16. Spojovník; domácky Svatoslava; jihoamerický pštrosovitý pták.

Pomůcka: KRO, KSA, Olpe, pacho, RDPL, urdih, zboun.

V Tempus medicorum 04/2008 jsme hledali výrok Alexise Carrela: **Pokud jsou lékaři neúspěšní, pak je to proto, že žijí ve vymyšleném světě. Místo pacientů vidí nemoci popsané v učebnicích.**

Detektivku *Přicházím tě zabít* od P. D. Jamesové získává deset úspěšných luštitelů, které jsme vylosovali: **Viktor Branecský**, Opava; **Jaromír Burnog**, Brno; **Alena Cabalová**, Praha 1; **Miroslav Edl**, Olomouc; **Dagmar Krejcarová**, Kroměříž; **Zdeněk Kubíček**, Staré Město; **Petr Michera**, Kolín; **Zuzana Peterová**, Praha 7; **Jaroslava Provazníková**, Golčův Jeníkov; **Milan Skopal**, Krnov.

Na správné řešení tajenky z čísla 05/2008 čekáme na adrese recepce@clker.cz do 10. června 2008! Hodně štěstí!

Obsah

Terapie zmijího uštknutí: sérum ano či ne	1	Doplňek stravy nebo léčivý přípravek?	3
---	---	---	---

TERAPIE ZMIJÍHO UŠTKNUTÍ: SÉRUM ANO ČI NE

Zmije obecná *Vipera berus* je v České republice jediným volně žijícím jedovatým hadem. Obývá většinou světlejší partie lesů, kamenité, skalnaté, porostlé i vyprahlé terény, ale také louky v okolí vodních ploch, okraje bažin a slatin. Hojnější je v podhorských a horských oblastech do výše 1500 m n.m.

Incidence uštknutí

Registrované incidence kousnutí člověka zmijí obecnou v jednotlivých evropských státech včetně naší republiky se pohybují v řádu desítek až stovek ročně. Ve Švédsku bylo za rok 1975 hospitalizováno 136 uštknutých zmijí obecnou; 27 % pouze s lokální reakcí, 73 % s intoxikací systémovou. Mortalita souboru byla nulová. Nicméně v letech 1911-1977 byla tamtéž zaznamenána 44 úmrtí v souvislosti se zmijím kousnutím^{1,2}. Ve švýcarském souboru 113 uštknutých za šestnáctiletou periodu bylo 13 osob bez známek intoxikace, u ostatních se vyskytla v 62 % případů lokální a lehká reakce, ve 24 % reakce střední se zvracením, průjmami a hypotenzí a ve 14 % těžká reakce se šokem nebo angioneurotickým edémem. Mortalita byla nulová³. V ČR bylo za roky 1999-2005 konzultováno v Toxinologickém centru Všeobecné fakultní nemocnice v Praze 2 zhruba 90 případů. Ve více než polovině z nich nedošlo k intoxikaci, nebyla zaznamenána ani lokální reakce nebo byla pouze nepatrná. V rámci těchto hlášených uštknutí bylo zjištěno 14 případů systémové intoxikace a 17 případů izolované lokální reakce⁴. V souboru 11 uštknutých hospitalizovaných dětí na Slovensku u třech nedošlo k intoxikaci vůbec, lokální reakce byly zaznamenány u 8 pacientů a celkové příznaky pouze u jednoho dítěte⁵.

Jedový aparát zmije obecné je solenoglyfního typu s erektilními zuby a schopností regulovat výstřik jedu. To je jedním z důvodů proč ne všechna kousnutí znamenají intoxikaci. Platí to i v případě viditelného vkusu jednoho či obou jedových zubů⁴.

Jed zmije obecné obsahuje složky převážně enzymatické povahy s převahou cirkulačních toxinů s vasodilatačním účinkem a hemoraginů zvyšujících permeabilitu kapilár. Složky ovlivňující hemokoagulaci a látky cytotoxické obsahují v minimálním množství, takže se uplatní většinou pouze lokálně. Z široké palety hadích toxinů nejsou v jedu zmije obecné obsaženy paralyzující postsynaptické neurotoxiny, kardiotoxiny, myotoxiny a látky nekrotizující. Neurotoxické látky, například presynapticky účinkující PLA₂, se však v jedu některých poddruhů a jedinců zmije obecné mohou v klinicky zanedbatelné míře vyskytovat^{4,6,7}.

Celkově je složení jedu zmije obecné z toxinologického a klinického pohledu poměrně nepříznivé. Množství sušiny jedu dospělé zmije obecné však většinou nepřesahuje 15 mg, což je asi 60 % odhadované letální dávky pro člověka^{4,6}. Nicméně při pokusném odběru jedu 20 dospělým zmijím bylo zjištěno, že u třech z nich množství sušiny odebraného jedu tuto tradiovanou hranici překročilo⁸.

Lokální příznaky intoxikace

Kousnutí zmijí obecnou je charakterizováno dvěma drobnými, většinou bolestivými rankami, někdy se zarudlým nebo lividním lemem. Nedokonalý zákus může mít pouze jednu ranku nebo škrábnutí. Není-li vkus nalezen, což je vzhledem k velikosti zubů, případně minimální lokální reakci výjimečně možné, není tím vyloučena celková intoxikace.

Známkou intoxikace bývá lokální otok někdy s centrálním vyblednutím, později progredující a doprovázený zduřením regionálních lymfatických uzlin. Bolestivý edém provázený změnami barvy kůže dosahuje maxima obvykle do 48 hodin po uštknutí, v těžších případech se rozšiřuje z postižené končetiny i na trup. Ve výjimečných případech, spíše u dětí, může být velikost otoku extrémní a přestoupit z končetiny přes lymfatické uzliny na trup, vzácně i na protilehlou polovinu těla. Ústup nekomplikovaných změn lze očekávat nejdříve za 3-4 dny po uštknutí, v těžších případech za týden i déle^{3,4,6,9,10,11}.

Celkové příznaky intoxikace

Prvními příznaky celkové intoxikace jsou nevolnost, zvracení, zvýšená teplota a žízeň. Stav bývá provázen abdominálními bolestmi charakteru koliky, průjmami, výjimečně s krvácením, někdy inkontinencí. Tyto příznaky ukazují na střední až závažnější míru intoxikace a mohou přetrvávat až 48 hodin po uštknutí^{3,4,6,9,10,11}.

Anafylaktická nebo anafylaktoidní reakce se projevuje angioneurotickým edémem s maximem v oblasti obličeje, případně dechovými obtížemi s bronchospastickou složkou¹². Nebezpečným projevem těžké intoxikace je pokles systémového tlaku, cirkulační kolaps až šok doprovázený tachykardií, pocením, bledostí a alterací vědomí. Incidence oběhových změn je uváděna v rozmezí 20-40 % celkově intoxikovaných, jiné soubory však této frekvence postižení nedosahují^{1,3,10}.

Vasoparalytické působení toxinů je potencionálně extravazací tekutin zasaženým endotelem. S endotelovým resp. kapilárním poškozením souvisí i případný vznik rozsáhlejších edémů a exantémů^{1,4,6}. Zaznamenané klinické projevy neurotoxicity v oblasti hlavových nervů jsou raritní⁷. Renální selhávání s přechodnou oligurií, proteinurií a hemoglobinurií může vzniknout až v 6 % intoxikací; hypotenze, extravazace a hemolýza vznik ledvinného postižení potencují^{1,4,13}.

Při běžných intoxikacích s celkovými projevy je možno očekávat plnou normalizaci systémových změn do 1-3 týdnů; až řadu měsíců však přetrvávají intermitentní zduření a bolestivost v místě postižení. Zotavení u dětí bývá rychlejší než u dospělých¹⁰.

K zobecnění tíže celkové intoxikace jedem zmije obecně bývá používáno klasifikační Reidovo schéma^{10/}:

- A) Minimální nebo žádná reakce: Lokálně otok, celkově bez reakce nebo pouze z leknutí.
- B) Lehká reakce: Větší otok s nebo bez gastrointestinálních obtíží, ale bez dalších systémových postižení.
- C) Střední reakce: Rozsáhlý otok. Šok trvající méně než 2 hodiny. Další známky mírného systémového postižení.
- D) Těžká reakce: Šok trvající déle než 2 hodiny nebo opakující se šokové stavy. Další známky těžkého systémového postižení.
- E) Fatální reakce.

Terapie

Uštknutí zmijí obecnou neznamená, po vyloučení těžké anafylaxe, většinou pro dospělého člověka závažné ohrožení, nicméně je žádoucí přistupovat k postižení s plnou vážností. U dítěte je tento postup naprostou samozřejmostí. První pomoc sestává z imobilizace pacienta včetně postižené končetiny a povolání zdravotnické pomoci s transportem do zdravotnického zařízení. Manipulace v místě vksu jako rozřezávání, vysávání apod., stejně jako zaškrcování končetiny zamezující volný průtok krve, jsou škodlivé a nedoporučují se^{4,5,6,9/}.

V časně fázi terapie je vhodné podání kortikosteroidů k oslabení případné anafylaktické komplikace. Rozvoj těžké alergické reakce nebo anafylaktického šoku se řeší podle obecných zásad^{4,6,12/}. Terapie vlastní intoxikace zmijí jedem je v zásadě dvojího typu: symptomatická, léčí vzniklé komplikace klasickými postupy, a specifická imunoterapie, snaží se odstranit příčinu intoxikace – neutralizovat složky jedu.

Symptomatická terapie při intoxikaci znamená zmírnění nebo odstranění vegetativní dysregulace, extravazačního postižení s prosáknutím a vazodilatace s projevy kongesce, hypotenze až šoku, případně hrozícího renálního selhání z prerenálních příčin. Terapeutický přístup se zde neodchyluje od léčby podobné symptomatologie z jiných příčin: stabilizace systémového tlaku a perfuze objemovou nábidkou, případně vazopresorickou léčbou a oxygenoterapií^{4,5,9/}.

Specifická imunoterapie znamená podání antiséra proti jedu hada, v tomto případě zmije obecné. Všechna dosud v České republice běžně dostupná antiséra proti jedu zmije obecné jsou vyráběna na bázi alergizujícího koňského séra. Incidence alergických komplikací po jeho podání se pohybuje kolem 10 %, vyšší a opakované dávky vyvolávají sérovou nemoc, a to u některých typů antisér až u 26 % pacientů^{6,14/}. Navíc je antigenita některých složek jedu sporná nebo nízká, aplikace antiséra nezajistí spolehlivě jejich inhibici^{4/}. Z těchto důvodů musí být léčba antisérem pečlivě indikována na základě klinických a laboratorních projevů intoxikace. Jeho podání při lehkých, středních, ale i těžších projevech intoxikace v rámci první lékařské pomoci je značně kontraproduktivní. Výjimkou mohou být situace, kdy dojde k velmi prudkým a život ohrožujícím projevům intoxikace s šokem, ne však alergického původu. Taková situace není však charakteristická pro intoxikaci jedem zmije obecné, je výjimečná a týkala by se převážně těžké intoxikace u malých dětí^{15,16/}. Omezení v imunoterapii daná senzibilizací na koňské sérum mizí při použití již produkovaného antiséra ovčívho VIPERATAB[®], to však není v ČR zatím běžně dostupné^{17/}.

Indikací k užití specifické imunoterapie, podání antiséra během léčby, je při intoxikaci jedem zmije obecné *Vipera berus*, ale i ostatních evropských zmijí, stejně jako u většiny ostatních otrav hadími toxiny obecně, přítomnost známek systémové reakce. I když na tuto stále diskutovanou problematiku existuje historicky řada pohledů, od časného preventivního podání

antiséra až k řešení intoxikace pouze symptomatickou léčbou, řada autorů se přiklání na základě zkušeností a zpracovaných souborů k podávání antiséra při výskytu těžších příznaků celkové intoxikace^{3,6,10,12,16,18,19/}.

Reidovým kritériem^{10/} pro podání antiséra je nález jednoho ze symptomů:

- přetrvávající nebo opakovaná hypotenze
- leukocytóza vyšší než $20 \times 10^9/l$
- acidóza
- EKG změny
- zvýšená hodnota sérové CK
- extenzivní otok.

Přísnější kritéria soudí, že indikací jsou známky těžké intoxikace s výskytem závažné hypotenze a šokem^{11/}. U dětí je doporučováno časně podání při symptomech těžké expozice: cirkulační reakci, CNS symptomatologii, acidóze a leukocytóze^{19/}.

Dalším schématem jsou tzv. Stockholmská kritéria^{1,6/}:

- hypotenze a oběhový šok
- protrahovaná těžká gastrointestinální symptomatologie
- otoky sliznic s nebezpečím bronchiální obstrukce
- rychlé rozšíření otoku na celé končetiny a trup
- neurologická symptomatologie s depresí CNS, periferními a centrálními parézami
- v hraničních případech při nedostatku klinických známek: leukocytóza více než $15-20 \times 10^9/l$, metabolická acidóza, hemolýza, EKG změny, poruchy hemokoagulace.

Stahl et al.^{3/} zjistili na souboru 100 intoxikovaných pacientů jednoznačný prospěch z podání antiséra pouze u těžkých intoxikací, kdy doba hospitalizace byla redukována z 10 na 5 dnů, zatím co u středních a mírných reakcí zůstala doba neovlivněna. Ovšem, při podání antiséra u případů bez projevů intoxikace byla doba hospitalizace prodloužena z jednoho na dva dny. Někteří autoři se domnívají, že léčba antisérem má kromě pozitivního efektu na průběh celkové intoxikace i vliv na velikost a tíži edému^{12/}.

Vzhledem k výše uvedeným vlastnostem v současnosti dostupných koňských antisér lze shrnout indikace k zavedení specifické imunoterapie, tedy podání příslušného antiséra takto:

- přítomnost hypotenze špatně reagující nebo nereagující na volumoterapii, nutnost užití katecholaminů, rekurence hypotenze, vznik cirkulačního kolapsu nebo šok,
- klinická přítomnost a rekurence závažnějších celkových příznaků intoxikace, zvláště z GIT nebo CNS,
- přítomnost vysoké leukocytózy (vyšší než $20 \times 10^9/l$), acidózy, EKG změn, zvýšená hodnota sérové CK nebo jiná závažnější laboratorní patologie, hemokoagulační dysregulace, hematurie, proteinurie apod.,
- výskyt extenzivního otoku, zvláště pak hemoragického,
- u dětí bez alergické anamnézy výskyt jakýchkoliv závažnějších nebo přetrvávajících příznaků celkové intoxikace^{4/}.

V Evropě dostupná antiséra:

- ANTITOXINUM VIPERICUM[®], Biomed, Polsko. Koňské antisérum proti jedu zmije obecné *Vipera berus*. Dovoz do ČR.
- EUROPEAN VIPER VENOM ANTISERUM[®], Inst. of Immunology, Chorvatsko. Koňské antisérum proti jedům evropských zmijí *Vipera*: růžkaté *V. ammodytes*, skvrnitě *V. aspis*, obecné *V. berus*, stepní *V. ursini*, turecké *V. xanthina*. Dostupné ve většině evropských toxikologických center.
- VIPERFAV[®], Aventis Pasteur, Francie. Koňské antisérum proti jedům evropských zmijí *Vipera*: růžkaté *V. ammodytes*, skvrnitě *V. aspis*, obecné *V. berus*. Výroba omezena nebo zastavena, dostupné v několika evropských toxikologických centrech.

- IPSEUR EUROPE[®], Pasteur Merieux, Francie. Koňské antisérum proti jedům evropských zmijí *Vipera*: rúžkaté *V. ammodytes*, skvrnitě *V. aspis*, obecně *V. berus*. Výroba zastavena, zbylá antiséra dostupná v několika evropských toxikologických centrech.
- VIPERATAB[®], Protherics, USA. Ovčí antisérum na bázi Fab proti jedům evropských zmijí *Vipera*: rúžkaté *V. ammodytes*, skvrnitě *V. aspis*, obecně *V. berus*. Dostupné v některých evropských toxikologických centrech, vhodné zvážit možnost dovozu do ČR.

Antiséra deponovaná v evropských toxikologických centrech jsou po dohodě s jejich pracovníky dostupná, transport do ČR je však velmi drahý. Seznam pracovišť a dostupných antisér v Evropě: www.toxinfo.org.

Antisérum se podává přednostně naředěné v intravenózní infuzi po dobu 30-45 minut^{4,18,20}. Aplikace do svalů a okolní tkáně je považována za méně účinnou nebo neúčinnou^{15,16,18,20}. Při přetrvávání nebo návratu symptomatologie je možno podání antiséra opakovat, nicméně se vzhledem k možné alergizaci nedoporučuje; je třeba zvážit přínos další aplikace. Test na alergii intradermálním podáním zředěného antiséra nebývá doporučován^{16,21}. U dětí se dávka neredukuje. U postižených s alergickou anamnézou nebo opakovaným podáním koňského séra je třeba zvážit nebezpečí rozvoje alergické reakce v kontextu s poškozením intoxikací. V každém případě před podáním antiséra je nutné pacienta premedikovat kortikosteroidy a antihistaminikem, při výskytu alergické reakce terapii přerušit a zahájit antihistaminovou terapii podle závažnosti postižení¹⁹.

Odlíšná situace je při podávání antiséra vyrobeného na bázi čištěného Fab fragmentu protilátka z ovčího séra, které vykazuje při srovnatelném klinickém inhibičním účinku prakticky nulový výskyt alergických reakcí včetně vzniku sérové nemoci^{14,17}. Při jeho podání odpadá řada důvodů proti užití antiséra, nicméně zůstává otázka prospěšnosti imunoterapie při středních nebo dokonce mírných projevech intoxikace. Stejně nebo ještě pregnanterněji zde platí známé heslo: „není-li podání léku indikováno, je kontraindikováno“.

Ošetření a terapie lokálního postižení není zásadní, i když v některých případech může být nález rozsáhlý. Vzhledem k tomu, že poškození tkáně nebývá nikterak významné a toxiny *V. berus* nemají nekrotizující účinky, postačí šetrnost k postižené tkáni, elevace končetiny a mírné chlazení. Podávání kortikosteroidů pravděpodobně neovlivní průběh lokálních změn. Není však vyloučeno, že včasné podání některých typů antisér může zmírnit tvorbu otoků, což však nerozšiřuje kritéria pro jeho podání.

Závěr

Otázka, zda podat či nepodat antisérum v případě uštknutí zmijí obecnou, je závislá na závažnosti intoxikace a alergické anamnéze pacienta. Jsou-li splněna indikační kritéria pro specifickou imunoterapii a nejsou-li přítomny kontraindikace této léčby, je antisérum indikováno a jeho nepodání lze klasifikovat jako chybu v léčbě.

Je-li u pacienta zvýšená pravděpodobnost alergické reakce anamnesticky, nebo jde o opakované podání koňského antiséra, je třeba zvážit nutnost jeho podání ve vztahu k závažnosti projevů intoxikace; lehká a středně těžká intoxikace může být úspěšně léčena symptomaticky, při těžkých a život ohrožujících projevech intoxikace, které se nedaří zvládnout symptomatickou terapií, lze podat antisérum při plném antihistaminickém zajištění pacienta.

Při dostupnosti ovčího antiséra VIPERATAB[®], Protherics,

USA, odpadá relativní kontraindikace u alergiků a při opakovaném podání. Preventivní podání antiséra není indikováno.

Literatura

1. Persson H, Irestedt B: A Study of 136 Cases of Adder Bite Treated in Swedish Hospital during One Year. *Acta Med Scand* 1981, 210: 433-139.
2. Grönlund J, Vuori A, Nieminen S. Adder bites. A report of 68 cases. *Scand J of Surg*. 2003, 92: 171-4.
3. Stahel E, Wellauer R, Freyvogel TA: Poisoning by domestic vipers (*Vipera berus* and *Vipera aspis*). A retrospective study of 113 patients. *Schweiz Med Wochenschr*. 1985, 115(26): 890-6.
4. Valenta J. Jedovatí hadi, intoxikace, terapie. Galén, Praha 2008.
5. Dluhořucký S, Králinský K, Raffaj D, Laho L. Uhryznutie zmijou u dětí – niektoré kontroverzné otázky a vlastné skúsenosti. *Čes.-Slov. Pediat*. 2000, 56 (8): 438-442.
6. Persson H. Clinical Toxicology of Snakebite in Europe. In: Meier J., White J. (Eds). *Handbook of Clinical Toxicology of Animal Venoms and Poisons*. New York, London, Tokyo: CRC Press, Boca Raton, 1995.
7. De Haro L, Robbe-Vincent A, Saliou B. et al. Unusual neurotoxic envenomations by *Vipera aspis aspis* snakes in France. *Human and Experimental Toxicology*. 2002, 21: 137-145.
8. Voženílek P. Ty zmije. Ministerstvo životního prostředí ČR, Praha 2000.
9. Valenta J, Kornalík F. Uštknutí zmijí obecnou (*Vipera berus*). *Čas Lék Čes*. 2000, 139(14): 419-421.
10. Reid HA. Adder bites in Britain. *Br Med J*. 1976, 2(6028): 153-6.
11. Efrati P. Symptomatology, pathology and treatment of the bites of viper snakes. In: G.V.R. Born et al. (Eds). *Handbook of experimental pharmacology*, vol. 52, C.Y.Lee (ed.) *Snake venoms: 956-977*. Berlin and Heidelberg: Springer-Verlag 1979.
12. Kleber JJ, Zilker T. Adder bites in humans. *Tierarztl Prax Ausg K Kleintiere Heimtiere*. 1998, 26(2): 95-100.
13. Karlson-Stiber C, Persson H. Antivenom treatment in *Vipera berus* envenoming – report of 30 cases. *Journal of Internal Medicine* 1994, 235: 57-61.
14. Karlson-Stiber C, Persson H, Heath A et al: First clinical experience with specific sheep Fab fragments in snake bite. Report of a multicentre study of *Vipera berus* envenoming. *Journal of Internal Medicine* 1997, 241: 53-58.
15. Theakston RD. An objective approach to antivenom therapy and assessment of first-aid measures in snake bite. *Ann Trop Med Parasitol* 1997, 91(7): 857-865.
16. Chippaux J, Goyffon M. Venoms, Antivenoms and immunotherapy. *Toxicon* 1998, 36(6): 823-846.
17. Karlson-Stiber C and Persson H. Further Experience of Ovine Fab in the Treatment of *Vipera berus* bites. Report of 79 Cases. *Toxicon* 1999, 37: 293.
18. Reid HA. Antivenom reactions and efficacy. *Lancet* 1980, 1(8176): 1024-1025.
19. Cederholm I, Lennmarken C. *Vipera berus* Bites in Children – Experience of Early Antivenom Treatment. *Acta Paediatr Scand*. 1987, 76(4): 682-4.
20. Laloo DG, Theakston RDG. Snake antivenoms. *Journal of Toxicology, Clinical toxicology* 2003, 41(3): 227-290.
21. Malasit P, Warrell DA et al. Prediction, prevention and mechanism of early (anaphylactic) antivenom reactions in victims of snake bites. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1986, 292(6512): 17-20.

DOPLNĚK STRAVY NEBO LÉČIVÝ PŘÍPRAVEK?

Na českém trhu se v současné době vyskytuje stále rostoucí množství doplňků stravy deklarujících přímo či nepřímo zlepšení zdravotního stavu, popř. předcházení různým onemocněním. Cílem tohoto článku je upozornit lékaře na rozdíly mezi doplňky stravy a volně prodejnými léčivými přípravky (vydávány bez lékařského předpisu), neboť lékaři jsou v praxi ze strany pacientů na tuto problematiku často dotazováni nebo svým pacientům sami doporučují užívání různých doplňků stravy, a ne vždy se v této oblasti správně orientují.

Doplňky stravy jsou potraviny, které se od potravin pro běžnou spotřebu odlišují vysokým obsahem vitamínů, minerálních látek nebo jiných látek s nutričním nebo fyziologickým účinkem, a které byly vyrobeny za účelem **doplnění běžné stravy** spotřebitelem **na úroveň příznivě ovlivňující jeho zdravotní stav**. Nejsou tedy určeny k léčbě či prevenci onemocnění.

Regulace doplňků stravy je v kompetenci Ministerstva zdravotnictví ČR. Před uvedením doplňků stravy na trh Ministerstvo zdravotnictví posuzuje pouze jejich zdravotní nezávadnost, což znamená, že jejich dlouhodobé užívání by nemělo vést k poškození zdraví. U doplňků stravy není hodnocena jejich účinnost ani biologická dostupnost účinných látek přítomných v daném doplňku stravy, i když s ohledem na skutečnost, že řada účinných látek je používána často i v léčivých přípravcích, nelze u některých doplňků stravy jejich účinek zcela vyloučit. Účinky doplňků stravy deklarované výrobcem však nejsou nikým ověřovány a pokud nejsou v rozporu s legislativou regulující označování potravin a doplňků stravy, je umožněno jejich uvádění na obalech a dalších materiálech doprovázejících výrobek.

Doplňky stravy nemohou dle platné legislativy deklarovat vlastnosti prevence nebo léčby onemocnění nebo na tyto vlastnosti odkazovat. Přesto se lze u řady z nich často setkat s tvrzeními, jež jsou přinejmenším zavádějící, neboť se jejich výrobci snaží navodit dojem, že výrobek má vlastnosti prevence nebo léčby, i když to výslovně neuvádí. Nejčastěji jsou to tvrzení o léčivých vlastnostech jednotlivých složek výrobku, o prokázání jeho účinků v klinických studiích, popř. o jeho schválení Ministerstvem zdravotnictví. K tvrzení, že u výrobku byly deklarované účinky prokázány v klinických studiích, je nutno přistupovat s opatrností. Výrobce se často odkazuje na studie prováděné s danou účinnou látkou in vitro

nebo na studie prováděné sice na pacientech, avšak tyto studie jsou obtížně objektivně vyhodnotitelné, protože na ně nejsou aplikována kritéria pro klinická hodnocení léčivých přípravků. Tam, kde doplněk stravy obsahuje stejné účinné látky jako registrovaný léčivý přípravek, se výrobce bohužel mnohdy odkazuje na klinické studie provedené s daným léčivým přípravkem, čímž nekalým způsobem „podporuje“ užívání doplňku stravy při deklarovaném účelu použití. Informace, že výrobek byl schválen Ministerstvem zdravotnictví, znamená, že u výrobku byla posouzena zdravotní nezávadnost, nikoli že Ministerstvo zdravotnictví posuzovalo nebo schválilo jeho účinnost či výrobek dokonce doporučuje užívat.

Co se týká **léčivých přípravků**, jejich regulace je v kompetenci Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL). Na rozdíl od doplňků stravy procházejí léčivé přípravky před svým uvedením na trh registračním řízením, v jehož rámci je hodnocena jakost, bezpečnost a účinnost přípravku ve vymezených léčebných či preventivních indikacích a biologická dostupnost léčivé látky. Na obalu každého léčivého přípravku, kterému byla v rámci registračního řízení udělena registrace, je uvedeno registrační číslo, což umožňuje pacientovi odlišit léčivý přípravek od doplňku stravy, na jehož obalu naopak musí být uvedeno „Doplněk stravy“.

K hodnocení účinnosti léčivého přípravku znovu zdůrazňujeme, že účinnost je nutno doložit příslušnými klinickými studiemi, jejichž provádění musí splňovat podmínky Správné klinické praxe. Bezpečnost léčivých přípravků je pravidelně sledována a vyhodnocována po celou dobu, kdy je léčivý přípravek uváděn na trh, a to jak ze strany držitele rozhodnutí o registraci, tak ze strany SÚKL. V případě nepříznivé změny bezpečnostního profilu léčivého přípravku (riziko převažuje nad prospěchem) se provedou příslušná regulační opatření tak, aby nebylo ohroženo zdraví pacientů.

Pokud se tedy na trhu vyskytují doplňky stravy a léčivé přípravky s podobným složením (multivitaminy, glukosamin, bylinné čaje aj.) a lékař má v úmyslu léčit pacienta nebo mu v případě výskytu rizikových faktorů doporučuje preventivní užívání takové účinné látky, měl by pacientovi vždy doporučit užívat registrovaný léčivý přípravek s prověřenou účinností a bezpečností, nikoli doplňky stravy, tedy potraviny primárně určené pouze k doplnění běžné stravy.

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. Skarmitzla a distribuovány jako příloha Věstníku SÚKL a časopisu ČLK zdarma nebo na objednávku za uhrazení poštovního (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.

Oborní redaktori: MUDr. Jana Mladá, MUDr. Martina Kotulková

Výkonný redaktor: RNDr. Blanka Pospíšilová, CSc.

Redakční rada: Doc. MUDr. Š. Alušík, CSc., IPVZ; PharmDr. M. Beneš, SÚKL; Doc. MUDr. J. Fanta, DrSc., FNKV; Prof. MUDr. Z. Fendrich, CSc., FaFUK; MUDr. J. Haber, CSc., VFN; RNDr. J. Kramlová, lékárná 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