



TEMPUS MEDICORUM

ČASOPIS ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY

6/2008

ROČNÍK 17

V TOMTO ČÍSLE:

Řízená péče = ztráta svobody, pokles kvality

Je reforma zdravotnictví skutečnou reformou?

Pojišťovny mají platit, ne hromadit peníze



Mítink mladých evropských lékařů v norském Bergenu

PLUS



EDUKAFARM
medineews
Edukační a inzertní příloha časopisu Tempus medicorum

FI SÚKL

Nimesulid – čekání na Godota
Sitagliptin

Dnes hraje: Řízená péče

Autor: ministr Julínek



KOTYZA

inzerce



Váš partner pro klinickou praxi

Široké portfolio léčiv

ZENTIVA



Ministr Julínek si stále trvá na svém

Před devíti měsíci podala skupina poslanců ODS na ministerstvu zdravotnictví připravený návrh zákona, který měl fakticky zlikvidovat nezávislou profesní lékařskou samosprávu. Účelový, demokratické principy pošlapávající útok vzbudil odpor mezi lékařskými organizacemi v celé Evropě. I u nás drtivá většina lékařů pochopila, že v případě likvidace profesní samosprávy nezůstane nikdo, kdo by dokázal jejich oprávněné zájmy hájit. V čase existenčního ohrožení se lékařské komoře podařilo získat podporu nejenom opozice, ale také poslanců menších koaličních stran. Aby se vyhnuli ostudné porážce, likvidátoři komory svůj návrh nakonec raději stáhli. Dokonce i ministr Julínek, kterému spolustraníci vysvětlili, že je netaktické ostentativně ignorovat legitimní lékařskou reprezentaci, přijel na náš sjezd a slíbil, že bude s komorou při přípravě reformy spolupracovat.

Sliby – chyby. Podzimní návrhy sedmi reformních zákonů vyvolaly zděšení v řadách odborné i laické veřejnosti. Místo skutečné reformy a řešení zásadních problémů zdravotnictví se ministerský tým zaměřil na přípravu majetkových převodů – privatizace zdravotních pojišťoven a transformace současných fakultních nemocnic v akciové společnosti s možností tyto privatizovat v budoucnu. Ministerské návrhy rovněž neodůvodněně posilují pozici pojišťoven, které mají bez jakéhokoli omezení rozhodovat o tom, se kterým zdravotnickým zařízením a za jakých podmínek uzavřou smlouvu i kolik budou danému zařízení za zdravotní služby platit. To vše na úkor zdravotnických zařízení, zejména soukromých lékařů, ale i na úkor občanů, jejichž právo na svobodnou volbu lékaře má být v plánech řízené péče omežováno ještě více než dnes. Soukromí lékaři se tváří v tvář vnikajícím monopolům začínají oprávněně strachovat o svoji existenci.

Lékařská komora, která je ze zákona garantem kvality lékařské péče, pochopitelně k takto nebezpečným návrhům vnesla řadu připomínek. Ministr Julínek na ně navzdory svým veřejně daným slibům nereagoval a půl roku odmítal veškeré žádosti komory o jednání.

Několik měsíců také ministr tvrdil, že jeho reforma tvoří sofistikovanou konstrukci, nedělitelný celek, a proto je třeba celý balík zákonů projednávat současně. Slíci odpor veřejnosti a propad preferencí vládních stran, na kterém má Julínkovo počínání lví podíl, způsobily v řadách mocných mužů této země takovou paniku, že předseda vlády ministroví zdravotnictví nekontroverznější zákony v této rozjitřené době předložit zakázal. A ministr Julínek byl již podruhé přinucen k tomu, aby začal s Českou lékařskou komorou komunikovat. Rádi bychom věřili, že to tentokrát již myslí upřímně.

Diskuse pana ministra s členy představenstva ČLK, která se uskutečnila 19. června, byla velmi užitečná. Ukázala, že naše výhrady pan ministr považuje za neopodstatněné a žádostem komory, aby alespoň ty nekontroverznější návrhy, které v dubnu schválila vláda, stáhl zpět, tedy nevyhoví. Ministr Julínek naopak potvrdil, že si za svými záměry stojí i nadále. A spíše než diskusi slibuje nám masivní přesvědčovací kampaň. Během ní hodlá vyčkávat, až se politická situace v poslanecké sněmovně stane pro schvalování jeho zákonů příznivější. Jde zkrátka o to, zda se občanským demokratům podaří přesvědčit lidovce a zelené nebo zda dostatečný počet opozičních poslanců „dostane nabídku, kterou nebudou moci odmítnout“.

To, že po mnoha měsících ministr Julínek slevuje ze své arogance a jeho ochoten s ČLK komunikovat, je sice dobrá zpráva, ale samo o sobě to ještě vůbec nic neznamená. Jde o pouhý návrat k normálnímu poměří. A zatím se zdá, že k požadavkům lékařů chce rezortní ministr zůstat hluchý.

Vyhlášku o minimálních personálních standardech, jejichž absence nahrává rodícím se monopolům, ministr vydat odmítá.

Lékařská komora má být vyřazována z řešení stížností pacientů na lékařskou péči i z dohledu nad její kvalitou a etikou, neboť ministr v souladu s politikou ODS není zastáncem toho, aby stát delegoval své kompetence na místní nebo profesní samosprávu.

Převod fakultních nemocnic na akciové společnosti byl pouze takticky pozastaven, přičemž audity v ministerstvu přímo řízených organizacích pokračují, aby se bez ztráty tempa celý proces privatizace mohl znovu rozjet po krajských volbách.

Platy v nemocnicích stagnují a ministrem prosazovaná novela zákoníku práce má legalizovat nátlak na „dobrovolný“ souhlas lékařů s větším množstvím přesčasové práce, na které zůstávají zaměstnanci nemocnic existenčně závislí.

A desítky miliard korun se mají na účtech pojišťoven hromadit i nadále, neboť ministr nechce ani slyšet o tom, že by tyto peníze měly být vyplaceny za práci soukromým lékařům.

Kromě o trochu vídnější tváře, o jejíž upřímnosti může leckdo s úspěchem pochybovat, zkrátka ministr Julínek zatím nenabízí vůbec nic. „Důvěřuj, ale prověřuj,“ praví lidová moudrost. Na mysl se dere i podobenství o olivách, které vydávají olej také pouze pod tlakem, ale i arabské přísloví: „Podvede-li tě někdo, hanba mu. Podvede-li tě však podruhé, pak hanba tobě.“

Milan Kubek

ČINNOST ČLK

2–3 Představenstvo ČLK jednalo s ministrem Julínkem

TÉMA MĚSÍCE

4–8 Řízená péče = ztráta svobody, pokles kvality
Kam dojdeme ve zdravotnictví po modré...

NÁZORY NA REFORMU

9–14 Je reforma zdravotnictví skutečnou reformou?
Proč odmítáme Julínkův nebezpečný experiment
Proč tolik lidí nechce reformu zdravotnictví
Vydržte v neústupnosti!
Politici selhali, reformu by měla připravit komora
Otevřený dopis LOK-SČL
Všechno, co nevíte o reformě zdravotnictví

INZERTNÍ PŘÍLOHA

15-30

Inzulinové pumpy – na cestě k umělému pankreatu
Účinné ovlivnění ischemie pomocí metabolického přístupu – II. část: Metabolismus srdce
Umělá kojenecká strava zahuštěná kukuřičným škrobem snižuje expozici jícnu žaludeční kyselíně u dětí
Profil – Novalac AR
Chondroitinsulfát... ale jak a kde?
Přehled doporučení pro farmakologickou léčbu diabetu
Ceny a úhrady léčivých přípravků v ČR
– pohled na minulost a budoucnost

PŘÍLOHA FI

Nimesulid – čekání na Godota
Sitagliptin

STALO SE

31–32

Je nutná širší shoda názorů
Stop reformám ministra Julínka

POPLATKY U LÉKAŘE

33

Julínek: Zrušte smlouvy lékařům, kteří neoprávněně vybírají poplatky
Pojišťovny mají platit, ne hromadit peníze

ZAHRANIČÍ A MY

34

Komora otevírá dveře mladým lékařům

PLATY LÉKAŘŮ

35

Reálné platy v nemocnicích se snížily již loni

NAPSALI JSTE

36–37

Deset výhrad k reformě zdravotnictví
Celoplošné výběrové řízení pro Agel

PŘÁVNÍ PORADNA

38–39

Dříve vyslovená přání pacienta
Změna zákona č. 95/2004 Sb.

STALO SE

40

Mládež bez tabáku

SERVIS

41–44

Vzdělávací kurzy ČLK
Inzerce
Křížovka

Měsíčník TEMPUS MEDICORUM

Vydává: Česká lékařská komora, Dolní nám. 38, 771 00 Olomouc
Registr. číslo MK ČR 6582 • ISSN 1214-7524 • IČO 43965024
Adresa redakce: Časopis ČLK, Lékařská 2, 150 00 Praha 5
Tel.: +420 257 217 226 • Fax: +420 257 220 618 • 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 6: 20. 6. 2008 • Východ: 27. 6. 2008

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

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

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

Předplatné pro nečleny ČLK 300 Kč/rok (přijímá redakce)

Příspěvky se nemusejí shodovat se stanoviskem redakce.

Ta si současně vyhrazuje právo na redakční úpravu textů.

Představenstvo ČLK jednalo s Tématem odborné diskuse byly návrhy reformních zákonů

Ministr zdravotnictví Tomáš Julínek se 19. 6. 2008 připojil jako host k jednání představenstva ČLK v 16 hod. Reagoval tak na výzvu při poradě předsedů OS ČLK, která se konala 5. 6. 2008 v Praze, a na navazující písemné pozvání prezidenta ČLK.

Prezident ČLK Milan Kubek přivítal ministra Julínka a na úvod konstatoval, že ministerstvo zdravotnictví nevypořádalo připomínky ČLK k věcným záměrům reformních zákonů. Tyto věcné záměry byly 9. 4. 2008 schváleny vládou.

ČLK předala ministrovi Julínkovi vlastní návrh novely zákona č. 220/1991 Sb. o České lékařské komoře a požádala o jednání o tomto návrhu.

Pan ministr vysvětlil, že paragrafovaná znění tří zákonů budou k dispozici až 23. 6. 2008, kdy bude zahájeno připomínkové řízení, jehož součástí bude i ČLK. Jde o zákony: O zdravotnické záchrané službě, O zdravotnických službách a o Speciálních zdravotnických službách. Ministr Julínek předpokládá, že tyto tři zákony by předložil k projednání vládě během měsíce srpna.

Ostatní návrhy zákonů půjdou do připomínkového řízení později, až po diskusi. Možná i odděleně, přičemž jako první by byl nejspíše projednáván Zákon o Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami a Zákon o transformaci zdravotních pojišťoven.

Ministr Julínek se dohodl s představenstvem ČLK, že komora uspořádá 30. 6. 2008 od 16 hodin v hotelu Pyramida v Praze 6 seminář o všech připravovaných zákonech za účasti pana ministra, jeho poradců a náměstků.

DISKUSE:

Kubek: Proč je ČLK vyřazována z profesního dohledu?

Ministr: Fungování komory dle zákona o komorách není dotčeno. Komora může nadále posuzovat stejnou problematiku. Spolupráce komory se zdravotnickým zařízením, které bude řešit stížnost, může bez problémů fungovat. Nejsem zastáncem přenášení kompetencí státu na samosprávné celky a jakékoliv samosprávné organizace.

Rybová: Komora podle návrhu nemá zmocnění nahlížet do zdravotnické dokumentace. Proč?

Ministr: Otázkou je míra zodpovědnosti státní správy versus samosprávná organizace.

Je to dobrá připomínka. Pokud se stížnost týká pacienta, ten dává souhlas k nahlédnutí do zdravotnické dokumentace. Profesionální dohled ČLK na odbornost a etiku nemá ministr v úmyslu v tomto zákoně rušit.

Herman: Co vede pana ministra k tomu, aby stížnosti pacientů šly přes úřad, a ne přímo přes komoru?

Ministr: Státní správu vykonává státní orgán. ČLK může stížnost také přijmout, to znamená, že klidně může existovat dvojitá cesta k podání stížností. Tímto bude projednání stížností přehledné.

Stehlíková: Jako předsedkyně podvýboru CPME pro vzdělávání lékařů a kvalitu lékařské péče podotýkám, že podle stanoviska CMPE je bezpečnost pacientů nejlépe zajištěna samosprávnými lékařskými organizacemi, které vykonávají odborný dohled, disciplinární činnost a dbají nad etikou lékařství.

Kubek: Vydá ministerstvo ve spolupráci s ČLK vyhlášku o PVT podle § 12a) zákona č. 20/1996 Sb. v platném znění?

Ministr: Ne, tento zákon bude nahrazen zákonem o zdravotnických službách.

Kubek: Proč ČLK v návrhu zákona o zdravotnických službách není vzata do procesu schvalování a kontroly PTV?

Ministr: Nedělitelnou odpovědnost za PTV nese registrující orgán. Ministr však deklaruje, že při tvorbě normativů PTV bude MZ spolupracovat s ČLK.

Kubek: Co bude se zákony, které 23. 6. nerozešle MZ do připomínkového řízení? Vyhoví ministr výzvě ČLK, aby tyto návrhy, které rovněž nebyly s ČLK diskutovány, stáhl zpět a vytvořil prostor pro diskusi o reformě?

Ministr: U zákonů O zdravotních pojišťovnách a dohledu nad nimi, O veřejném zdravotním pojištění i O univerzitních nemocnicích si stojím za věcnými záměry schválenými vládou. Tyto návrhy zpět nestáhnou, jde o výsledek pěti let naší práce.

Kubek: Plánuje ministerstvo i nadále přeměnu FN na akciové společnosti a vznik univerzitních nemocnic jako akciových společností?

Ministr: Ano, plánujeme vznik UN jako akciových společností v neziskovém režimu. Vláda připravuje novelu obchodního zákoníku, ve které bude zapracována forma neziskové akciové společnosti.

Kubek: Nařídí ministr zdravotnictví ředitelům přímo řízených nemocnic, aby zastavili probíhající přípravy na převod těchto nemocnic na akciové společnosti?

Ministr: Práce byly pozastaveny s výjimkou majetkových auditů.

Kubek: Zruší ministerstvo zákonem výběrová řízení, která musí předcházet před uzavřením smlouvy mezi pojišťovnou a zdravotnickým zařízením?



ministrem Julínkem

Ministr: Stávající výběrová řízení budou zrušena, protože jsou nefunkční. Zdravotní pojišťovny budou rozhodovat o uzavírání smluv podle transparentních pravidel. Pojišťovna vyhlásí tendr na smlouvu na určitý druh a rozsah péče za určitou cenu.

Spousta: Ve které evropské zemi takový systém funguje?

Ministr: V Nizozemsku, ve Švýcarsku a možná i v jiných zemích.

Spousta: Pojišťovna by podle vládou schválených věcných záměrů měla individuálně jednat s jednotlivými zdravotnickými zařízeními. V návrzích je napsáno, že pokud nedojde k dohodě o ceně do šesti měsíců, zdravotnické zařízení se stane nesmluvním a pojišťovna mu bude proplácet pouze akutní péči. Existuje reálné nebezpečí, že nabídka pojišťovny v tendru bude nevhodná, uplyne šest měsíců a stávající smlouva bude pak neplatná.

Ministr: To jsou vaše katastrofické scénáře. Zdravotní pojišťovna si toto nemůže dovolit, protože bude povinna zajistit péči pro své klienty.

Hledíková: Na dohodovacím řízení představy pojišťovny vizi, že by si služby komplementu nakupovala přímo vyšetření indikující zdravotnická zařízení. Bude to možné?

Ministr: Ano, je to dobrá zpráva pro kvalitní zdravotnická zařízení, o jejichž služby bude větší zájem.

Kubek: Budou pojišťovny moci tento systém, tzv. found holding, využívat k hrazení péče služeb komplementu?

Ministr: Osobně preferuji i v oblasti ambulantní péče „DRG“, tedy platbu za případ. V jednání o těchto úhradách vidím velký prostor pro ČLK.

Kubek: Bude platit zákaz kartelových dohod poskytovatelů o cenách zdravotní péče, tedy to, že se lékaři nebudou moci domlouvat na minimální ceně své práce?

Ministr: Ano, tento princip v zákoně musí být. MZ spolupracuje v této oblasti s Úřadem na ochranu hospodářské soutěže (ÚHOS).

Kubek: Bude zrušeno DŘ o Rámcové smlouvě a DŘ o cenách zdravotní péče, hodnotě bodu a regulacích?

Ministr: Ano. Poptávku po službách sou-

kromých lékařů za adekvátní cenu zajistí povinnost zdravotních pojišťoven zajistit pro své klienty dostupnou zdravotní péči.

Kubek: Jak budou lékaři chráněni před dumpingovými cenami?

Ministr: Bude to posuzovat ÚOHS a Úřad pro dohled nad zdravotními pojišťovnami.

Němeček: Proč nemůže MZ stanovit nepodkročitelnou cenu lékařské práce stejně jako může ministerstvo spravedlnosti stanovit advokátním tarifem nepodkročitelnou cenu práce advokáta?

Ministr: Prostě nemůže.

Knajfl: Cena zdravotních výkonů je vyjádřena přesně v jejich kalkulačních listech.

Ministr: Tyto kalkulační listy zrušíme.

Kubek: Aby bylo jasno, bude tedy platit, že pokud nedojde k dohodě o výši úhrady za zdravotní služby mezi pojišťovnou a zdravotnickým zařízením do šesti měsíců, stává se toto zdravotnické zařízení nesmluvním?

Ministr: Nechme to na seminář.

Hledíková: Budou-li ambulantní zdravotnická zařízení placena systémem DRG, může být proplácena péče i nesmluvnímu zdravotnickému zařízení komplementu?

Ministr: Pokud výkon provedete pro zdravotnické zařízení, pak ano. Pokud pro pacienta, pak ne.

Spousta: Když mi pojišťovna navrhne neúměrně nízkou cenu za péči, jak rychle Úřad pro dohled nad ZP zasáhne?

Ministr: Nedělejme katastrofické scénáře, nemohu tomu zabránit, brání tomu však Evropské právo. Konkurenci nelze omezovat, ale lze zabránit monopolnímu sdružování.

Němeček: AGEL a podobné štiky se nažerou námi, soukromými lékaři.

Ministr: Dnes ano, teď na to nemám žádný nástroj. Nově navržené zákony to řeší.

Herman: My soukromí lékaři máme obavy, že jako Baťa pohltí drobné ševce, řetězce pohltí nás.

Ministr: Nechtějte stálé státní regulace, naopak je pro vás lépe, pokud tyto neexistují.

Prezident ČLK Milan Kubek poděkoval panu ministrovi za velmi otevřenou diskusi, která byla užitečná pro všechny aktéry. (red)

Nečekaný host utekl před diskusí

Překvapivý úvod měla porada předsedů OS ČLK, která se uskutečnila 5. června 2008 v kongresovém sále Nemocnice Na Homolce: dostavil se na ni ministr zdravotnictví Tomáš Julínek. Aniž by byl informován prezident komory Milan Kubek, pozval ho člen představenstva ČLK Lubor Kinšt.

Ministr přítomné lékaře svým vystoupením nepřesvědčil. Pokusil se obhajovat reformní záměry, které chce jeho ministerstvo prosadit, ale vyhnul se diskusi tím, že po necelé hodině odešel s odůvodněním, že musí být v Poslanecké sněmovně přítomen interpelacím poslanců. Nevyslyšel ani výzvu prezidenta ČLK Milana Kubka: „Pane ministře, zdravotnictví je váš resort. Vaše místo je tady.“

Před odchodem ministr Julínek prohlásil, že připravované reformní zákony jsou ve stadiu, kdy je lze připomínkovat, a slíbil setkání jak s představenstvem ČLK, tak s předsedy OS ČLK formou semináře.

Z diskuse mezi účastníky porady vyplynuly velké obavy z privatizace nemocnic. Její zastánci, kteří byli v menšině, nedokázali své kolegy přesvědčit o přednostech soukromých nemocnic.

Usnesení z porady předsedů OS ČLK 5. 6. 2008

Porada předsedů OS ČLK vyzývá ministerstvo zdravotnictví a zdravotní pojišťovny, aby zohlednily fakt, že na účtech zdravotních pojišťoven je v současnosti několik desítek miliard korun, a aby tyto finance byly přesunuty do úhrad zdravotnickým zařízením za zdravotní péči. Česká lékařská komora je připravena na způsobu provedení spolupracovat.

Porada předsedů OS ČLK se připojuje k usnesení představenstva ČLK ze dne 22. května 2008.

Porada předsedů OS ČLK vyzývá ministra zdravotnictví, aby dodržel svůj slib a jednal s představenstvem ČLK nejpozději do 14 dnů, a aby do konce června ve spolupráci s ČLK uspořádal seminář o svých návrzích zákonů.

Pokud ministr nesplní svůj slib a nebude reflektovat na připomínky ČLK k připravovaným zákonům, porada předsedů doporučuje ministrotvi, aby odstoupil z funkce.

Pokud ministr nesplní svůj slib a nebude reflektovat na připomínky ČLK k připravovaným zákonům, porada předsedů doporučuje představenstvu ČLK svolat mimořádný sjezd ČLK.

(red)



Řízená péče: naděje, nebo hazard? Jaký je váš názor?

Můj názor? Jako pamětník dob ne tak moc minulých mám odpor k čemukoliv tzv. řízenému.

Hana Melšová, neurolog, Děčín

Nevím, jestli naděje, nebo hazard, v každém případě zásadní omezení svobody volby pacienta. Co se týče lékařů, ti si možnost svobody volby omezují sami.

Prim. Jan Rejcholec, Chirurgické odd., Krajská zdravotní a. s. – Nemocnice Děčín o. z.

Po prostudování mnoha materiálů, včetně autentických rozhovorů s lékaři ze Slovenska, považuji řízenou péči za Biohazard.

Jana Smetanová, PLD, ZZS Mělník

Řízení a regulování jsme si v minulosti užili dost. K ničemu dobrému nás to nepřivedlo. Řízená péče patří k socialismu a bylo by mé přání, aby ten již konečně patřil minulosti.

Karel Beneš, Příbram

Přestože se snažím sledovat informace o tématu řízená péče ve zdravotnictví, musím se přiznat, že ačkoliv pokládám tento problém za velmi aktuální, není do detailů jasné, o co jde. Myslím, že záleží na tom, kdo má být tím, kdo sleduje a řídí, a vše záleží na tom, jací lidé budou u rozhodovacích a řídicích procesů, jak moc zneužijí či pozitivně využijí tento systém. Proto by to podle mne měl být systém propojených a na sobě nezávislých subjektů, řízený potřebami a spoluúčastí pacienta, s definovanými pravidly odvíjejícími se od dobré zdravotní nenadužívané péče, jak diagnóza potřebuje, a ne jak kdo chce vydělat či ušetřit. Spokojenost pacienta, který si nese svoji spoluúčast a je stimulován preventivními a kontrolními mechanismy ze strany pojišťovny a lékaře, je toho nejlepším kormidlem.

Radka Jančová, PLDD, Jiříkov

Řízená péče je něco, co nelze využít pro naši republiku. Důvodů je několik:

1. Nejsme USA.
2. Český pacient si vždy najde cestu, kam chce, nikdo ho není schopn „určit“.
3. V zemi, kde je vždy tendence i dobrý úmysl zneužít, nelze provést propojení ZP se ZZ; pokud by měli společného majitele, bude vždy trpět pacient, na kterém budou šetřit.

Řízená péče = ztráta svobody Pacient si přeje péči co nejkvalitnější

Řízená péče, tedy přesněji řečeno zdravotními pojišťovnami řízené poskytování zdravotní péče, je souborem opatření, jejichž prostřednictvím se pojišťovny snaží minimalizovat své náklady. Je třeba si uvědomit rozpor mezi cíli pojišťoven a zájmy jejich klientů, našich pacientů. Zatímco cílem pojišťovny je minimalizovat své výdaje, tedy maximalizovat zisky svých vlastníků, pacienti by si přáli dostávat zdravotní péči co možná nejkvalitnější. Pojišťovny naopak kvalita zdravotní péče zajímat nemusí, rozhodující je pro ně cena. Eufemisticky přitom pochopitelně hovoří o efektivitě.

Zdravotní systém v USA je nejméně efektivní na světě

Projekt tzv. řízené péče vznikl v USA v 70. letech minulého století (1973 – zákon o řízené péči). Americké zdravotnictví je plně tržní, nejdražší na světě a extrémně neefektivní. Navzdory tomu, že spotřebovává 15,5% obrovského hrubého domácího produktu, nemůže si 48 milionů Američanů ani dnes dovolit žádné zdravotní pojištění. V přibližně polovině zemí Evropy zajišťují dostupnost zdravotní péče pro všechny občany tzv. národní zdravotní služby financované z výnosu daní a v druhé polovině pak existuje systém povinného zdravotního pojištění, které zprostředkovává větší či menší počet více či méně si konkurujících pojišťoven. Na rozdíl od Evropy v USA dodnes neexistuje komplexní systém zdravotního pojištění. Zdravotní péče v USA je drahá a miliony obyvatel si ji nemohou dovolit. Cílem projektu tzv. řízené péče nebylo nic jiného než zlevnění zdravotní péče tak, aby si větší počet zaměstnanců (impulsem byla situace u zaměstnanců strategického leteckého průmyslu) mohl dovolit zdravotní pojištění. Takzvaná řízená péče je totiž levnější! A bohužel i méně kvalitní.

V Evropě funguje tzv. řízená péče okrajově ve Švýcarsku

Je nutno zdůraznit, že v Evropě tzv. řízená péče existuje pouze okrajově ve Švýcarsku, které má zároveň nejvyšší výdaje

na zdravotnictví v celé Evropě (11,6% HDP). Ve Švýcarsku působí asi desítky organizací – pojišťoven (HMO – Health Maintenance Organization), které zároveň vlastní nemocnice, polikliniky i lékárny, a zajišťují tak svým klientům zdravotní péči přímo prostřednictvím svých zaměstnanců. Podíl těchto organizací na zdravotním trhu je však menšinový. V Evropě raritní experiment ministra Julínka naopak počítá s tím, že obdobné vertikální monopoly mohou hrát v zajišťování zdravotní péče v ČR dominantní roli.

Na rozdíl od USA nejsou problémem českého zdravotnictví vysoké, ale příliš nízké výdaje

Situace v České republice je v porovnání s USA naprosto odlišná. Výdaje na zdravotnictví zaostávají za možnostmi ekonomiky a jejich podíl na HDP několik let klesá (2003 – 7,57%, 2004 – 7,34%, 2005 – 7,20%, 2006 – 6,98%). Zdravotní péče je přesto dostupná každému. Za pouhých 850 eur na obyvatele za rok získávají občané ČR zdravotní péči ve slušné evropské kvalitě. Tato kvalita a široká dostupnost zdravotní péče jsou však vykoupeny špatným finančním oceněním kvalifikované práce zdravotníků. Na rozdíl od USA s výdaji na úrovni 15,5% HDP však ČR nepotřebuje jejich snižování, ale právě naopak jejich nárůst. Investice do zdravotnictví patří spolu s investicemi do vědy a školství totiž k těm nejefektivnějším. Vzhledem k tomu, že podle údajů OECD je ČR při porovnání výdajů na zdravotnictví paritou kupní síly až na 26. místě v Evropě, není představitelné, že bychom mohli bez závažných následků na kvalitě zdravotní péče tyto výdaje ještě snižovat. Česká republika tedy projekt řízené péče nepotřebuje!

Více regulací již není v ČR potřeba

Zdravotnictví v ČR je na rozdíl od USA již v současnosti regulované. Pojišťovny nejsou povinny uzavřít smlouvu s každým zdravotnickým zařízením. Uzavření smlouvy musí předcházet výběrové řízení. Výkonový způsob úhrady zdravotní péče byl prakticky opuštěn. Nemocnice jsou financovány pau-

svobody, pokles kvality nejšší, pojišťovna co nejlevnější

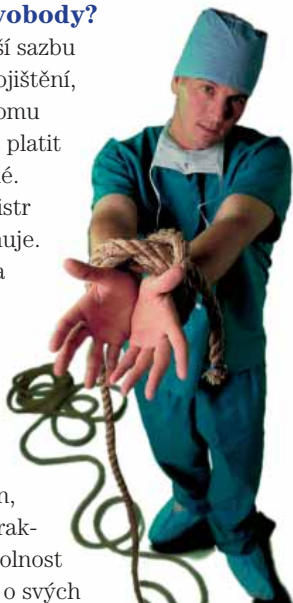
šály, soukromí lékaři-ambulantní specialisté jsou regulováni limity na předepsané léky a indikovaná vyšetření, omezen je i jejich výdělek na jednoho pacienta. Praktičtí lékaři jsou honorováni tzv. kapitační platbou, tedy nejsou nijak motivováni zvát si pacienty na zbytečná vyšetření. Úhrady léků z pojištění určovaly (do ledna 2008) vyhlášky ministerstva vydávané na doporučení tzv. kategorizační komise. Díky všem těmto regulacím zůstávají výdaje na zdravotnictví velmi nízké.

V některých státech existuje ještě tzv. gatekeeping, což znamená, že bez doporučení praktického lékaře se pacient nesmí nechat vyšetřit či ošetřit lékařem specialistou, respektive mu takové vyšetření či zákrok nejsou z pojištění uhrazeny. Takový systém pochopitelně snižuje komfort pacientů, kteří musí většinou zbytečně čekat postupně před ordinacemi několika lékařů. Rozdíl mezi zdravotnictvím v USA a v ČR je ale i v tom, že v ČR přetrvává (částečně z dob reálného socialismu) síť vzájemně spolupracujících zdravotnických zařízení.

Řízená péče = ztráta svobody pacienta volit si svého ošetřujícího lékaře a zároveň ztráta svobody lékaře léčit podle svých znalostí, lege artis a v souladu se svým svědomím.

Co získá pacient výměnou za ztrátu svobody?

V USA nižší sazbu zdravotního pojištění, které si díky tomu mohou dovolit platit i chudší občané. Toto však ministr Julínek neplánuje. V ČR má sazba zůstat obligatorně 13,5% a tím má být garantován zisk vlastníkům zdravotních pojišťoven, které získají prakticky úplnou volnost v rozhodování o svých



nákladech (budou řídit zdravotní péči tak, aby byla co nejlevnější). Ministr Julínek chce klientům pojištěn místo nižšího pojistného nabízet různé slevy a bonusy. Pacientům se na jejich individuálních účtech má hromadit část uspořené peněz za předpokladu, že zdravotně pojistný plán pojišťovny, k němuž budou přihlášení, bude ziskový (další část úspor bude ziskem vlastníků pojišťoven, které budou akciovými společnostmi).

Jako bonus mají klienti dostávat též příspěvek na „služby podporující zdraví“, což může být ledacos (plavanky, poukázky na vitaminy...). Občané tak „dostanou“ to, co vlastně ani nepotřebují. Tím se zajistí kšefty pro nejrůznější spřátelené dodavatele takového zboží a služeb. O takto zbytečně utracené peníze bude zároveň ochuzen systém solidárního zdravotního pojištění. Budou chybět na péči o pacienty skutečně nemocné. Systém individuálních účtů nabourává princip solidarity. A to již nemluvíme o jeho administrativní náročnosti. Vyplácení bonusů za nečerpání zdravotní péče bylo jednou z částí reformy zdravotnictví v Nizozemsku od ledna 2006. Tento systém se však neosvědčil a již po roce byl zrušen!

Co získá lékař výměnou za ztrátu své autonomie?

V porovnání se současným stavem nic, avšak pokud opravdu vzniknou Julínkem připravované vertikální monopoly (společné vlastnictví pojišťoven a zdravotnických zařízení), pak většina soukromých lékařů jako podnikatelů zkrachuje a nebudou mít jinou možnost, než se stát zaměstnanci monopolů nebo přistoupit na to, že budou pracovat na smlouvu v rámci této pojišťovny řízené péče.

Co ztratí pacienti?

Možnost vybrat si lékaře, ke kterému mají důvěru. Možnost vybrat si nemocnici... Pozor: Lékaři jim budou smět předepsat pouze laciné léky, které budou na tzv. pozitivním listu pojišťovny. **Pojišťovna bude rozhodovat o tom, na jaký lék, na jaké vyšetření, na jakou operaci má ten který pacient** s přihlédnutím ke své-

4. Všichni současní soukromí lékaři by mohli opět skončit jako zaměstnanci a myslím si, že tato nová „pravicová“ kolektivizace ve prospěch zdravotnických monopolů způsobí útek většiny erudovaných lékařů do země, kde politici myslí trochu více na jiné než na sebe a své kamarády. Kdo potom ve zdravotnických monopolech bude pracovat? Chudák český pacient.

P. S.: Jsem pravicově zaměřený člověk, ale toto je příliš, zdravotnictví budou řídit lidé, kteří o tom, co nemocný potřebuje, nemají ani to minimální povědomí.

*Libor Macek, rehabilitace a neurologie,
Žďár nad Sázavou*

Jednoznačně hazard, protože o léčbě nerozhoduje lékař, ale pojišťovna – další místo ke korupci tak oblíbené za vlád ČR.

Prim. Pavel Vágner, urologie, Opava

Velmi riskantní počínání.

Zdeněk Komínek, RDG, Třebíč

Pokud systém řízené péče domyslíme do praxe, je zřejmé, že úspora, kterou takový systém může generovat, není v tom, že ovlivňuje diagnostický proces k větší efektivitě, ale v tom, že se pacient části péče, výměnou za jakési „bonusy“, vzdá. Což v praxi znamená, že se jí prostě zřekne a hrají ji přímo. Solventní pacient o plavanky nestojí, má doma bazén. Chudého pacienta může banální choroba přivést do vězení pro dlužníky. Pokud se budou moci pacienti rozhodnout skutečně svobodně, zvolí si řízenou péči zanedbatelná minorita, a to nejspíše mladších a zdravých pacientů, kteří k lékaři stejně nechodí.

Ivo Vermousek, Urologická ambulance, Třebíč

Řízená péče je výrazný krok zpět a ztráta identity soukromé praxe.

Hana Šárová, praktický lékař, Neratovice

Z mého pohledu řízená péče ve zdravotnictví tak, jak je navrhována, je spíše hazard. Péče musí být regulována, ale odborně a lidsky. Dnes se mnohé řídí ekonomicky (mám na mysli dialýzy, stenty, stimulatory, revaskularizace, CT, MR a další ekonomicky „výhodné“ výkony prováděné z jiných než medicínských potřeb). Platí: bližší košile než kabát. Regulace péče je nutná, ale jen přes stratifikované standardy dle výše pojištění a připojištění.

Jan Kaufman, interna, OS ČLK Praha 9, 14

mu věku a dalším přidruženým chorobám **nárok**. Něco podobného si ostatně řada z nás pamatuje z doby reálného socialismu, kdy poskytování zdravotní péče řídila strana, která rozhodovala o tom, kdo dostane drahý lék z dovozu, kdo má nárok třeba na dialýzu a kdo naopak umře. Na rozdíl od komunistického Československa, kde „nepotřebného“ pacienta mohla spasit jen emigrace, má mít pacient právo ze systému řízené péče vystoupit, avšak ministr Julínek mu to chce umožnit teprve po dvou letech. A to již může být pozdě. A právě toto omezení bylo terčem kritiky OECD, jejíž zpráva před riziky Julínkova experimentu varuje.

Pacienty neochrání ani Julínkem zdůrazňovaný tzv. druhý názor (second opinion). Nemají mít totiž ve skutečnosti nárok na nic jiného, než na zcela nezávaznou „dobrou radu“, kterou pojišťovna nebude muset respektovat. K čemu jim bude tato rada dobrá, když nebudou smět změnit pojistný plán a nebudou mít dostatek peněz na to, aby si mohli potřebnou léčbu zaplatit ze svého?

Co ztratí lékař?

Lékaři ztratí právo léčit v souladu s poznatky vědy „lege artis“ v souladu se svými znalostmi a svědomím. Ten, kdo nebude respektovat „doporučení“ pojišťovny, ten na to buď ekonomicky doplatí, nebo přijde o smlouvu. Lékaři budou pod obrovským tlakem. Pokud si budou chtít vydělat, budou muset omezovat své pacienty v nárocích na zdravotní péči. Ostatně v současnosti probíhá v Kalifornii řada soudních sporů, kdy pacienti požadují na společnosti Kaiser Permanente odškodné za poškození zdraví v důsledku neposkytnutí potřebné léčby. Lékař, který na takové praktiky nebude mít žaludek a nepřistoupí na pravidla monopolu, zkrachuje nebo přijde o práci. Nesmíme zapomínat na to, že cílem vlastníků pojišťoven a. s. bude pochopitelně zisk a tedy budou chtít péči co nejlacinější. Pozor: **Za poškození zdraví pacientů v důsledku špatné léčby bude i nadále odpovědný lékař!**

Jednou z podmínek zapojení se do systému tzv. řízené péče má být i vedení zdra-

votnické dokumentace v elektronické formě a sdílení zdravotnické dokumentace s ostatními lékaři prostřednictvím elektronických zdravotních karet pacientů (např. projekt IZIP). Ale lékař, který na toto přistoupí, velmi riskuje, neboť dává k dispozici kartotéku svých pacientů, svoje know-how. V momentě, kdy se stane pro monopol nepohodlným či přebytečným, bude muset odejít, přičemž veškeré jeho duševní vlastnictví (informace o pacientech) zůstane přístupné pro další lékaře, kteří budou mít „větší pochopení pro cíle vlastníků pojišťoven“ a budou ochotni léčit levněji...

Kdo na zavedení řízené péče v ČR vydělá?

Na řízené péči vydělají investoři, kteří si koupí zdravotní pojišťovnu a zároveň budou vlastnit síť svých zdravotnických zařízení, která budou v úhradách za zdravotní péči zvýhodňovat na úkor konkurenčních zdravotnických zařízení a ještě jim budou dodávat léky a zdravotnický materiál prostřednictvím svých firem. Vzniknou **vertikální monopoly,** které **zlikvidují většinu soukromých lékařů,** vinou čehož pacienti nespokojení se zhoršující se kvalitou zdravotní péče nenaleznou žádnou alternativu.

Proč tento „geniální“ systém řízené péče nevyužívají vyspělé evropské země jako např. Německo, Francie, Rakousko?

To je otázka. Patrně proto, že jim záleží na kvalitě a dostupnosti zdravotní péče, na sociální soudržnosti společnosti a nechtějí si své fungující zdravotnictví nechat rozvrátit. Heslo, které jsem zahlédl na nedávné demonstraci v Praze „**Řízená péče = řízená cesta do hrobu**“, je totiž sice drsné a expresivní, ale ve své podstatě velmi výstižné. Bez zajímavosti není ani skutečnost, že patrně nejznámější firma nabízející tzv. řízenou péči v USA, kalifornská Kaiser Permanente, na kterou jsou navázáni experti obklopující ministra Julínka, má obrovské problémy. Počet jejích klientů se za několik let snížil z 8,5 na 6,9 milionů a množící se žaloby pacientů na zanedbání zdravotní péče jí hrozí milionovými ztrátami. Je tedy logické, že se tito obchodníci snaží hledat nové trhy. A právě ČR s úplatnými politiky, kteří jsou navíc servilní vůči všemu, co přichází z USA, a s mizernou vymahatelností práva se jim nutně musí zdát ideální kořistí.

Milan Kubek



Kam dojdeme ve zdravotnictví po modré...

Jedním ze standardních zaklínadel předáků ODS je tvrzení, že soukromník je mnohem lepší hospodář než stát. O tom, jak silná je to pravda, se můžeme přesvědčit z probíhající hypoteční krize v USA, kde manažeři soukromých finančních institucí destabilizovali svoji nenapapanost světové finanční trhy a došlo k nalomení několika bank, které musel sanovat právě stát, proti němuž jsou neoliberálové tak zaměřeni.

Poté, co nám vláda snížila životní úroveň zavedením vyšší DPH na potraviny, regulačními poplatky odregulovala především ty, kteří lékařskou péči potřebují nejvíc, daňovou „reformou“ ochudila příjmově slabé a střední vrstvy a přilepšila majetným, hodlá jako svůj nejnovější hit privatizovat zdravotní pojišťovny. Ve hře je pouhých 200 miliard. To, že **system mnoha soukromých pojišťoven není pro občana dobrý, a dokonce nesplňuje ani proklamovaný úsporný účel**, je na Západě známo a lze se domnívat, že tyto informace má i vláda. Pokud chce vědomě realizovat neúspěšný projekt, zbývá už pouze spekulovat o tom, na základě jakých motivů tak hodlá činit...

(Zdroj zde: <http://blog.aktualne.centrum.cz/blogy/hana-brixl.php?itemid=3407>)

Obecně lze říci, že **zavádět neregulovaný tržní mechanismus do životně důležitých oblastí, jako je bydlení, zdravotnictví, školství, kultura, ale také doprava, je nesmyslné a asociální. Bydlení nebo zdraví není zboží jako pračka nebo televizor.** Stát byl přece založen právě proto, aby občanům, kteří ho „zřizují“, zajistil mimo jiné i to, co by sami nebyli schopni provozovat a ani financovat. Původní idea byla ta, že **životně důležité oblasti musí být dostupné pokud možno pro všechny občany.** Regulace státem nebo dotace z veřejného sektoru se provádějí proto, aby se zmírnila tvrdost cen, které už z povahy věci stanovuje soukromník, který je orientován na maximalizaci zisku. Pokud se přenechají životně důležité oblasti diktátu cen soukromému sektoru, nastane situace, kdy si tyto služby mohou dopřát jen někteří, ale mnozí ne. A to jistě není cílem kultivovaného státu. Představa demontáže státu pouze na jádro

(policie, armáda, úřednictvo) podle amerického vzoru je velmi nesmyslná idea, která nás vrací někam do 19. století. Je směšné, jak my, Češi, se vždy nějaké importované myšlenky zhostíme až na doraz a praktikujeme ji na 180%. V minulém režimu tomu nebylo jinak. Jako by nám scházela schopnost vybrat si z každého učení pro sebe to vhodné a balast odvrhnout.

Zatímco na Západě je neoliberální myšlení již výběhovým modelem, zuří v Čechách tržní radikalismus na plné obrátky. Profesor Kohák nazval neoliberální procesy „spiknutím bohatých proti střední třídě“. Lester Thurow, bývalý poradce prezidenta Clintona, prohlásil v knize „Obavy a naděje“, že „někdo musí mít dostatek odvahy, aby se ve jménu společného prospěchu postavil proti těm, jejichž egoismus systém ničí“.

Zdravotní systém v USA

Pro demonstraci toho, jak může vypadat zdravotní pojištění a lékařská péče, necháme-li **volně působit tržní mechanismus mezi soukromými subjekty, máme příklad z USA:** V Americe neexistuje povinné státní zdravotní pojištění. Zaměstnavatelé, zvláště ve velkých firmách, nabízejí zaměstnancům částečné pojištění, ovšem jedná se čistě o dobrovolnou činnost se snižující se tendencí (takto je kryto necelých 60% zaměstnanců). **Státní pojištění kryje pouze staré lidi od 65 let**, veterány, tělesně postižené apod. (asi 27%). **Pro nepojištěné je zdarma pouze akutní lékařská péče.** Všechny ostatní lékařské zákroky se hradí zásadně ze soukromého pojištění. Přímou na trhu si zdravotní pojištění kupuje pouze 9% obyvatelstva.

Ze studie nadace Commonwealth Fund z roku 2007 (Toward Higher-Performance Health Systems: Adults' Health Care Experiences in Seven Countries) vyplývá, že **37% dospělé populace se vyhýbá lékařskému ošetření, neopatrí si léky nebo zanedbá doporučenou léčbu z finančních důvodů. U chronicky nemocných je toto množství ještě vyšší – 42%.** V mezinárodním srovnání tyto hodnoty **vysoce překračují čísla zjištěná v Austrálii, Kanadě, Německu, Nizozemsku na Novém Zélandu a ve Velké Británii.** (Zdroj zde: http://www.commonwealthfund.org/publications/publications_show.htm?doc_id=568237)

Soukromé zdravotní pojišťovny žádají od zájemců o pojištění informace o zdravotním stavu, případně i prohlídku u smluvního lékaře pojišťovny, aby mohly odhadnout rizika, stanovit pojistné a pojistnou smlouvu zájemci buď nabídnout, nebo jej odmítnout. V rozsáhlé studii z roku 2004 (Teresa Chovan, Hannah Yoo and Tom Wildsmith: Individual Health Insurance: A Comprehensive Survey of Affordability, Access, and Benefits) se praví, že po vyplnění zdravotního dotazníku pojišťovny **bylo odmítnuto 13% žadatelů. Počet odmítnutých se zvyšoval v závislosti na věku od 5% u osmnáctiletých žadatelů až po jednu třetinu u zájemců ve věku 60 až 65 let.** Ze žadatelů získalo 76% standardní pojistnou smlouvu a 22% pojištění sice získalo, ale za zvýšené pojistné. **V závislosti na tom, jak je zdraví pojištěnce stabilní, anebo se zhoršuje, dochází ke zvyšování pojistného.** Často se stává, že jakmile se začne zvyšovat pojistné, opouštějí zdravější pojištěnci pojišťovnu a přecházejí k jiné, přičemž v původní pojišťovně zůstanou pouze méně zdraví.

Podle studie, provedené nadací Commonwealth Fund v roce 2001 (Experiences of Working-Age Adults in the Individual Insurance Market) **považovala většina zájemců o pojištění ve věku mezi 19 a 64 lety pojistné za nedosažitelné. Jedna třetina se dala pojistit.**

(Zdroj zde: http://www.commonwealthfund.org/publications/publications_show.htm?doc_id=221522)

V roce 2002 odhadoval americký Institute of Medicine (IOM) množství lidí, **kteří v roce 2000 zemřeli v důsledku toho, že neměli zdravotní pojištění, na 18 000.** V roce 2006 to bylo již 22 000 lidí. Podle početního vzorce IOM **zemřelo z tohoto důvodu v letech 2000 až 2006 celkem 137 000 osob.**

(Zdroj zde: http://www.urban.org/UploadedPDF/411588_uninsured_dying.pdf)

Podle údajů Amerického statistického úřadu bylo v roce 2006 bez zdravotního pojištění 47 milionů obyvatel. Z toho asi 36 milionů amerických občanů. **Téměř 38 milionů nepojištěných se nachází v produktivním věku (16 až 64 let).** Většinu z nich tvoří



lidé, kterým zaměstnavatel neposkytuje žádné pojištění, ovšem na to, aby mohli dostat státní pojištění, vydělávají příliš mnoho, a na soukromé pojištění příliš málo. Některé státy (Kalifornie) poskytují omezené pojistné krytí, avšak pouze pro děti, některé státy neposkytují nic. **Děti pod 18 let bez zdravotního pojištění je celkem 11,7% neboli 8,7 milionů** (rok 2006).

Pojišťovny mají zavedené limity, které musí pojištěnec v případě pojistného plnění uhradit z vlastní kapsy, než začne plnit pojišťovna. Teprve částku překračující tento limit uhradí pojišťovna. V USA se pohybuje tento hotovostní limit od 1000 do 5500 dolarů u jednotlivce, u rodin je vyšší. Platby pojistného jsou odstupňovány podle výše limitu. Čím nižší limit, tím vyšší pojistné.

Podle výsledků průzkumu provedeného nadací Commonwealth Fund v roce 2005 (Karen Davis, Ph.D., Michelle M. Doty, Ph.D: How High Is Too High? Implications of High-Deductible Health Plans) odpovědělo **38% dospělých pojištěnců, že při hotovostním limitu 1000 dolarů a víc mají jeden z následujících problémů: nevyzvednou si léky, nejdou ke specialistovi, vynechají doporučenou prohlídku nebo nevyhledají při zdravotních potížích lékaře.** U pojištěnců, kteří nemuseli platit žádnou hotovost, uvádělo jeden z těchto problémů 21%.

Amerika – pojištění pro všechny

Podle nejnovějšího průzkumu New York Times si **většina Američanů přeje, aby vláda garantovala zdravotní pojištění pro každého**, zvláště pak pro děti, a Američané jsou ochotni si kvůli tomu připlatit na daních.

(Zdroj zde: <http://query.nytimes.com/gst/fullpage.html?res=9E06E7D71631F931A35750C0A9619C8B63&sec=health&spn=&pagewanted=1>)

Řízená lékařská péče

USA

Podle průzkumů americké nadace Kaiser Family Foundation ze srpna 2004 vyjadřují občané obecně spíše negativní názory na dopady řízené péče. Zatímco asi třetina (32%) prohlásila, že řízená péče usnadňuje přístup k preventivní péči, většina občanů tvrdí, že v systému řízené péče **se lékař věnuje pacientovi kratší dobu (60%) a přístup ke specialistům se zhoršil (56%)**. Téměř

polovina (49%) vypověděla, že **kvalita lékařské péče se zhoršila**. Dále šest pacientů z deseti (63%) si myslí, že **řízenou péčí se nedosahují významné finanční úspory**.

(Zdroj zde: <http://www.kff.org/spotlight/managedcare/2.cfm>)

Přibližně třetina (30%) dospělých pacientů vypověděla podle téhož zdroje, že má obavy z toho, že **zdravotní plán se zaměřuje spíše na finanční úspory** než na poskytnutí co nejlepší péče. Další asi třetina (31%) dotázaných tvrdí, že se této věci též mírně obávají.

Procento populace, které sdílí negativní názor na dopady řízené péče, se od roku 1997 zhruba nezměnilo, zatímco podíl těch, kteří tvrdí, že řízenou péčí získávají pacienti lepší přístup k preventivní péči, se snížilo ze 46% v roce 1997 na 32% v roce 2004.

(Zdroj zde: <http://www.kff.org/spotlight/managedcare/3.cfm>)

Švýcarsko

Ve Švýcarsku je od 1. ledna 2004 přibližně 500 000 pojištěnců (z celkového počtu 7 milionů) v systému řízené péče. Podle výsledků interního průzkumu Švýcarské společnosti všeobecného lékařství (SGAM) z roku 2006, na němž se podílelo asi 1200 lékařů, uvedlo 55 procent, že podporuje myšlenku zavedení jedné zdravotní pojišťovny.

(Zdroj zde: <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/dossier/index303.htm>)

V roce 2007 proběhlo ve Švýcarsku referendum o zavedení jediné zdravotní pojišťovny, které bylo většinou odmítnuto. Hlavní teze lidové iniciativy, z jejíhož popudu (po 110 000 podpisech) bylo zorganizováno referendum byly tyto:

- sjednocení administrativy a **snížení administrativních nákladů, úspora 300 milionů franků**, které se ročně vydávají za četné přestupy pojištěnců
- **ukončení nákladného systému kompenzací mezi pojišťovnami, „honby za dobrým rizikem“** a pseudokonkurence mezi pojišťovnami
- ukončení reklamních nákladů pojišťoven
- zavedení pojištění v závislosti na příjmu
- větší solidarita mezi pojištěnci
- následkem toho snížení pojistného
- zamezení zdravotnictví pro dva druhy občanů à la USA

(Zdroj zde: http://www.vermunft-schweiz.ch/docs/Einheitskrankenkasse_abstimmung.pdf)

Komuniké Švýcarské společnosti všeobecných lékařů (SGAM) ze 17. 5. 2008

Zde je výtazek z komuniké:

„Z hlediska SGAM není volná soutěž v medicíně možná, protože lékařská péče má centrální, integrační funkci ve smyslu veřejné služby a je založena na myšlence solidarity podle preambule švýcarské ústavy, v níž se praví: Síla národa se měří blahobytem slabých.“

Jelikož zákon o zdravotních pojišťovnách je vytvořen ve smyslu této myšlenky, není možné obětovat na oltář tržního principu tuto smysluplnou vymoženost, přestože tímto směrem působí mohutné síly. Síli koncentrace moci pojišťoven, jejichž honba za dobrým rizikem ve spojení s bezskrupulózní maximalizací zisku ohrožuje nejen tuto základní myšlenku zákona o pojišťovnách, ale i princip dostupnosti péče. Podle názoru Švýcarské společnosti všeobecného lékařství je nutno tento vývoj všemi prostředky zastavit, neboť kvalitativně vysoká nabídka lékařské péče spočívá na výkonech všeobecných lékařů. Toto však neznamená, že SGAM volá po zavedení státní lékařské péče nebo že se za ni dokonce přimlouvá. Pro SGAM je představitelná regulovaná soutěž, která přispívá ke zvýšení kvality péče a jež bude založena na solidárním základě.“

(Celý text zde: <http://www.sgam.ch/fileadmin/Admin/SGAMComm170508.pdf>)

Podle sdělení Švýcarského statistického úřadu (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium) z 30. ledna 2006 lze pomocí HMO docílit úspor 20 až 40%. I přes tyto výsledky se zavádění řízené péče ve Švýcarsku zaseklo. Celá řada lékařů se obává, že ztratí svoji autonomii a že jejich příjmy budou okleštěny. Většina pojištěnců se nechce vzdát svobodné volby lékaře a má strach ze snížení kvality lékařské péče. Zpráva dále uvádí, že tato zdrženlivost je pochopitelná, protože dosud nebyl proveden žádný vědecký důkaz účinnosti systému. Toto sdělení vychází ze studie, jejíž autoři zpracovali přes 1500 publikací z Evropy a Švýcarska a z nich 45 nejdůležitějších podrobili detailnímu vyhodnocení.

(Zdroj zde: <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/05/01.Document.105367.pdf>)

Robert Bartoš

Článek vyšel v internetovém deníku *Britské listy*, kde jsou přímo hypertextové odkazy na zdroje (<http://www.blisty.cz/art/40877.html>).

Publikováno se svolením autora a vydavatele *Britských listů*.

Je reforma zdravotnictví skutečnou reformou?

Už asi rok se mluví o reformě zdravotnictví, která vyřeší všechny neduhy zdravotnictví a zejména přinese do zdravotnictví více peněz. Při hlubším pohledu však zjistíme, že se v podstatě o žádnou reformu nejedná, a zejména pokud svůj pohled soustředíme na zákony o veřejném zdravotním pojištění, o zdravotních pojišťovnách, o univerzitních nemocnicích, pak zjišťujeme, že skutečnou podstatou těchto zákonů je transformace zdravotních pojišťoven a fakultních nemocnic na akciové společnosti se záměrem na jejich následnou privatizaci. V zákoně o veřejném zdravotním pojištění jde především o to, jak nově vzniklým a transformovaným pojišťovnám usnadnit podnikání a umožnit jim volné nakládání s povinnými odvody na zdravotní pojištění.

Pojištěncům pak reforma nepřináší nic pozitivního, žádné zlepšení zdraví, pouze jakousi jistotu místní a časové dostupnosti. Nově se mají zavést tzv. plány řízené péče, které znamenají konec svobodné volby lékaře a nemocnice. Samy privátní pojišťovny budou v zájmu úspor diktovat pojištěncům, ke kterému lékaři a do které nemocnice budou chodit, jaké léky se jim budou předepisovat a předem budou rozhodovat, zda příslušná péče bude uhrazena, či nikoliv.



A JÁ, NAIVA, SI MYSLELA, ŽE DNESKA V KOSTELE JE TO POSLEDNÍ PŘÍSPĚVEK...

Ministerstvo se brání vymezení standardního rozsahu péče, na kterou by měl nárok každý pojištěnec. Je zřejmá neochota pro přesnější vymezení rozsahu standardní péče a tím i následně pro vymezení prostoru pro péči nadstandardní, která by se musela doplácet, resp. pojištěnec by se na ni mohl připojistit. Je zřejmé, že rozsah nadstandardní péče by byl omezený a málo zajímavý pro investory ve zdravotnictví. Pravděpodobně z těchto důvodů mají být standardní nároky formulovány nejasnými a neměřitelnými formulacemi a důkazní břemeno, že se jedná o péči, na kterou má nárok, ponese sám pojištěnec, který se přece může „efektivně“ domoci svého práva u soudu.

Reforma v současné podobě do zdravotnictví žádné peníze nepřinese, právě naopak peníze ze systému odčerpá – na dividendy pro akcionáře, na odměny managementu a dozorčích orgánů, na složitý administrativní systém, na tvrdý marketingový boj o pojištěnce a navrhované bonusy pro pojištěnce. Další peníze budou ze systému odčerpávány umožněním vzniku zdravotnických koncernů, řetězců stejných vlastníků pojišťoven, nemocnic, ambulančí, lékáren a distribučních firem. Tyto peníze pak logicky budou scházet na poskytování péče o pojištěnce a bude neustálý tlak na jejich doplnění zvyšováním finanční spoluúčasti pacientů.

O podobě reformy se nikdy nevedla žádná otevřená a demokratická diskuse, protože představa o reformě byla bez diskuse s poslanci vtělena do koaliční smlouvy a do vládního prohlášení, které dostali poslanci jeden den před hlasováním o důvěře vládě vytištěné do rukou.

Vláda sice v tomto prohlášení uvedla, že bude iniciovat vznik komise pro reformu zdravotnictví, která by byla obdobou tzv. Bezděkovy komise pro reformu penzijního systému.

Sama však jedním dechem dodala, že do té doby učiní nezbytné institucionální změny, které jsou nutné pro fungování zdravotnického systému.

Ve skutečnosti byla vytvořena komise tzv. Kulatý stůl, která se měla zabývat otázkou financování zdravotnictví po roce 2010, nikoliv však reformy, která byla položena na stůl v listopadu 2007. Paradoxně se tedy komise

Kulatý stůl nikdy nezabývala reformními záměry ministerstva, které mají zcela zásadně předurčit další vývoj ve zdravotnictví, protože obsahují nevratné kroky – transformace zdravotních pojišťoven na akciové společnosti a transformace fakultních nemocnic na akciové společnosti, vytváření nekonečného množství zdravotních plánů apod.

Zcela pikantním způsobem se ministerstvo vypořádalo s usnesením vlády o povinném hodnocení dopadů závažných legislativních změn, s tzv. hodnocením dopadu regulace, RIA (regulatory impact assesment). Ministerstvo totiž nechalo v srpnu 2007 odsouhlasit ve vládě tzv. plán legislativních opatření v resortu ministerstva zdravotnictví a tím, podle jeho názoru, zahájilo vlastní legislativní proces, a proto se na reformní záměry nevztahuje hodnocení RIA, neboť toto usnesení o hodnocení dopadu regulace přijala vláda později.

Ministerstvo nikdy nemělo zájem na otevřené diskusi s odbornou veřejností a silově vnucuje svoji představu o podobě univerzitních nemocnic a zdravotních pojišťoven akademické obci a lékařům. Kvůli problémům u menších koaličních partnerů byla vytvořena tzv. odborná expertní komise, která měla hledat východisko pro sporné body reformy. Komise však měla pouze vyvolat dojem demokratické diskuse, která se však nikdy nevedla, protože o sporných bodech se kolegové z ODS odmítli bavit s poukazem, že komise nemůže měnit obsah vládního prohlášení. S tím byly věcné záměry protlačeny jednáním koaliční devítky a vládou.

Doposud známé verze paragrafových znění klíčových zákonů reformy však dávají tušit, že tzv. reforma je předkládána v podobě, která je pro systém zdravotnictví zhoubná a pro naše občany nebezpečná, a rozumně uvažující poslanci nemohou tak špatné zákony z dalekosáhlými dopady na zdraví lidí podpořit.

Poslední informace o tom, že ministerstvo zdravotnictví chce bez ohledu na stanovisko univerzit svým vlastním rozhodnutím transformovat fakultní nemocnice na akciové společnosti podle zákona 219/2001 Sb. a tímto způsobem obejít parlament, je naprosto šokující a svědčí o tom, že se nacházíme v novém totalitním období. Tento krok je naprosto nepřipustným porušením parlamentní demokracie, a pokud vláda připustí tento postup, pak si zahrává se svým osudem.

Ludvík Hovorka, poslanec PS PČR za KDU-ČSL



Proč odmítáme Julínkův nebezpečný experiment

Základem Julínkovy reformy má být privatizace zdravotních pojišťoven, jejichž majitelé by současně mohli vlastnit a provozovat zdravotnická zařízení, ale třeba i firmy dodávající jim léky nebo zdravotnický materiál. Takové ekonomické propojení však může být extrémně nebezpečné pro soukromé lékaře i pro pacienty.

Tak jako v polovině devadesátých let byly základní podmínkou úspěšného tunelování bank, kampeliček a státních podniků špatné zákony, potřebuje i dnes ministr Julínek zlikvidovat pravidla upravující nakládání s těmi 200 miliardami korun výnosu zdravotní daně, kterou eufemisticky nazýváme pojištěním. **Dohodovací řízení o seznamu zdravotních výkonů již ministr zrušit dokázal. Přestat existovat však mají také obdobná jednání mezi pojišťovnami a zástupci zdravotnických zařízení o rámcových smlouvách, o úhradách za zdravotní péči, o hodnotě bodu i o regulačních omezeních. Zrušena mají být rovněž výběrová řízení, která dosud musí předcházet před uzavřením smlouvy s pojišťovnou. Pojišťovny tak mají získat naprostou volnost v rozhodování o tom, jakému zdravotnickému zařízení, kolik a za jakých podmínek budou za zdravotní služby platit. Sít smluvních partnerů si tedy budou určovat samy v souladu s blíže nedefinovanými požadavky ministerstva na minimální dostupnost péče.**

Diktatury pojišťoven se obáváme oprávněně. Individuální jednání pojišťoven, disponujících miliardovým kapitálem, s drobnými podnikateli, jimž Julínkův zákon dokonce zakáže domlouvat se na minimálních cenách, umožní pojišťovnám platit každému lékaři za stejnou práci různě. Budou tedy moci zvyšovat „svá“ zdravotnická zařízení na úkor ostatních. Julínkovy zákony nám, soukromým lékařům, ale nezaručí ani kontinuitu platných smluv. Pojišťovny by je totiž mohly libovolně vypovídat, a pokud nepřistoupíme na jejich cenový diktát, nemusely by nám proplácet nic než pouze akutní péči. Vzhledem k tomu, že

pojišťovnám na rozdíl od pacientů, kteří však nebudou mít možnost nic ovlivnit, na kvalitě zdravotní péče záležet nemusí, pak pokud si zdravotnická zařízení budou navzájem konkurovat cenou svých služeb, povede to zákonitě ke snižování kvality lékařské péče a zároveň k likvidaci velké části soukromých lékařů.

Ministr Julínek připravil zkrátka reformu na úkor lékařů i pacientů, ku prospěchu pojišťoven a jejich budoucích vlastníků. Těm bude příjmy zajišťovat stát, který bude i nadále nutit občany platit povinné zdravotní pojištění. O výdajích si však vlastníci pojišťoven budou do značné míry rozhodovat sami. A aby pojišťovny maximalizovaly svůj zisk, bude jim stačit zdravotní péče co nejlacinější. Kvalita může jít stranou. Proto ministr odmítá spolupracovat s lékařskou komorou na vytvoření vyhlášky, která by určila, jaký nejmenší počet a jak kvalifikovaného zdravotnického personálu musí mít jednotlivé druhy zdravotnických zařízení. Proto ministerská novela zákona o vzdělávání lékařů počítá s primárii bez potřebné praxe a umožňuje bez odborného dohledu pracovat i lékařům bez kvalifikace. Proto chce ministr zrušit dohled nezávislé profesní komory nad lékaři.

Cílem pojišťovnami řízené zdravotní péče nebude opět nic jiného než minimalizace nákladů. Pacient ztratí právo zvolit si svobodně svého lékaře. Pojišťovna vám přidělí praktického lékaře, určí vám, k jakému můžete jít specialistovi i ve které nemocnici se smíte nechat operovat. Pokud nebudete spokojeni, jistě můžete změnit pojišťovnu, ale pokud jste se vidinou úspor na pojistném a bonusů nechal lapit do této pasti, umožní vám to ministr Julínek až po dvou letech. A to už může být pozdě.

Nám, lékařům, řízená péče zneemožní léčit podle svého svědomí, protože se budeme muset řídit nařízením pojišťoven, které budou určovat na jaké léky, jaká vyšetření či jaký typ operace má ten který pacient nárok. Výsledkem bude snížení kvality zdravotní péče, ztráta autonomie lékařů

ve svém rozhodování a existenční likvidace těch soukromých lékařů, kteří odmítanou přistoupit na pravidla monopolů.

Občané již začínají tušit, že se chystá něco podezřelého, proto se je ministr Julínek snaží uchlácholit slibem, že zisky zdravotních pojišťoven budou limitovány a že jejich majitelé budou mít povinnost se o ně dělit s pojištěnci. Sliby – chyby. Skutečné kouzlo, jak díky Julínkově experimentu, který nemá nikde v Evropě obdoby, zbohatnout, spočívá totiž právě v oné možnosti vlastnit současně pojišťovnu i zdravotnická zařízení. Pojišťovny pak ani vydělávat nemusí. Milionové zisky na úkor pacientů i lékařů budou vytvářet zdravotnická zařízení s nimi ekonomicky provázaná. A právě díky tomuto majetkovému propojení a absenci pravidel zajišťujících férovost hospodářské soutěže promění tato Julínkova hra Monopoly o 200 miliard většinu podnikatelů, soukromých lékařů, v levnou námezdní pracovní sílu.

Česká lékařská komora je ze zákona garantem kvality lékařské péče, který rovněž hájí profesní zájmy lékařů. Proto nemůžeme s likvidační „reformou“, jakou připravuje ministr Julínek, souhlasit. Proto představenstvo na svém zasedání 22. 5. 2008 Julínkův experiment jednomyslně odmítlo. To není politika, to je pud sebezáchovy.

Milan Kubek, prezident ČLK

Nesouhlas s usnesením ČLK

Jako člen OS ČLK Semily vyjadřuji svůj nesouhlas s „Usnesením představenstva ČLK k tzv. reformním zákonům Ministerstva zdravotnictví...“, současně vyjadřuji svoji nespokojenost s levicovou a odborářskou rétorikou předsedy ČLK v poslední době. Osobně cítím zodpovědnost za udržení reformního tempa v našem zdravotnictví a veškeré zdržovací kroky považuji za populistické, účelové a škodlivé. Žádám vás, abyste při nejbližším jednání předsednictva v Praze, které je plánováno na 5.–6. června, vyjádřili za členstvo OS ČLK Semily podporu reformním snahám ministra Julínka a současně vyjádřili nesouhlas s demagogickým a populistickým vystupováním předsedy ČLK Kubka.

Vít Šlechta, Libštát, v.slechta@tiscali.cz

Proč tolik lidí nechce reformu zdravotnictví

Uplynulý týden byl ve znamení protestů proti reformě zdravotnictví. Nebyly příliš radikální, ani nebyla velká účast a dost možná se jim věnovala taková pozornost jen z toho důvodu, že se jinak vůbec nic významného neděje.

Na druhé straně to byl teprve rozjezd ke skutečně vážným protestům, které přijdou později. Některé ještě do prázdnin, další až po nich. Protestujících bylo rovněž široké spektrum: odbory, studenti, akademici, lékařská komora.

V každém případě platí, že reforma je velmi efektivní, pokud jde o výrobu svých vlastních odpůrců. To není v žádném případě velké překvapení: široké řady kritiků se obvykle staví proti každé reformě zdravotnictví. Stav zdravotní péče se dotýká každého, jde tedy o emotivní záležitost. Navíc jde o státní peníze a o ty usiluje celá řada zájmových skupin.

Každý ministr zdravotnictví tedy potřebuje mít dost odvahy, aby se proti očekávané přesile postavil. Český reformátor Tomáš Julínek má zatím zřejmě odvahy dost. Teď už se rozhodne v přímém souboji kdo s koho. Přesto se příprava reformy zdravotnictví a postupný růst protestů v České republice zahraničním vzorům vymyká.

Nejde přímo říci, že by ministerští a vládní politici nechtěli o své reformě mluvit. Ovšem říci se dá jednoznačně, že jejich komunikace je taková, že si své odpůrce vyrábějí.

Ministr Julínek i jeho lidé jsou jednoznačně přesvědčeni o tom, že mají pravdu a že jejich reforma je za daných podmínek zdaleka nejlepším řešením současného stavu zdravotnictví. Kdo s nimi nesouhlasí, je levičák placený sociální demokracií.

Už tady je problém: nepochybně si lze představit jinou reformu a předem není vůbec jasné, jestli by byla horší.

Reforma je v každém případě odvázná, o to víc by se měla vysvětlovat, o to víc by se měly vyvracet všechny pochybnosti, že ohrozí zdravotní péči, zvláště pro ty chudé a nejvíc nemocné. Pokud ministr a jeho lidé odsoudí každou pochybnost a kritiku jako neznalost, levicovou úchytku či přímo spiknutí, skutečná diskuse neproběhne.

Zdá se, že reformátoři propadli i takovému pocitu. Proto ani nepovažují za nutné, aby všechno říkali na rovinu. **Každá reforma má nějaký hlubší smysl, nějaký silný prvek, který z ní dělá reformu. V případě Julínkova převratu jde nepochybně o privatizaci zdravotních pojišťoven. Přesto o ní ministr informoval až v dubnu pod tlakem**

médií. To bylo ve chvíli, kdy proběhl nejméně rok vážné reformní přípravy.

Kdo chtěl mít o reformě a budoucím stavu zdravotnictví jasnou představu, ten si musel uvědomit, že informace musí získat jinak. Důsledkem se stalo, že z ministerstva unikají různé verze navrhovaných zákonů. Důležité kroky reformy jsou pak publikovány novináři nebo politiky, kteří je popisují občanům spíše jako riziko než jako dobrou vyhlídku.

Ještě horší je skutečnost, že ministerstvo aktivně utajuje informace o tom, jak budou fakultní nemocnice a zdravotní pojišťovny transformovány, nebo přímo privatizovány. Tím vznikají ještě horší podezření, které s chutí ventiluje právě opozice. Slovo privatizace se stalo počátkem devadesátých let u mnoha lidí synonymem loupeže. Co když nám někdo chce ukrást zdravotnictví? Kdo jen položí takovou otázku, vzbudí logicky vážný zájem.

Na straně odpůrců jsou proto stále populárnější paranoické vize o tom, jak bude zdravotnictví vykradeno, kdo ho vykrade a jak budou trpět pacienti.

Naopak na ministerstvu propadají utajovací mánie. Nedostupnými se staly například údaje o hospodaření nemocnic, které za minulých ministrů vždy dostupnými byly. Skutečně nejde o převratná data, sektor nemocnic je tam hodnocen jako celek – přesto se tají. Takové prostředí nepřeje seriózní diskusi. Ministrovi pak nezbyvá nic jiného, než prosazovat reformu silou.

Seriózní debata, jestli je reforma dobrá nebo špatná, jak má pomoci pacientům a stavu veřejných financí, jde v každém případě stra-

nou. Přesto je šance, že ještě může, a právě v této chvíli, začít. Konečně je totiž známo, jak bude reforma navržena. Je možné tedy hodnotit a činit závěry.

V této chvíli se dá říci poměrně jistě, že by bylo dobré počkat s reformou univerzitních nemocnic. Jde o složité instituce, a jak by měly vypadat a kolik by jich mělo být, aby zajistily dobrou výchovu mediků, případně klinický výzkum, to není jasné reformátorům ani kritikům. **Představa ODS, že více trhu nemůže nikdy škodit, je v případě univerzitních nemocnic scestná. Například klinický výzkum je všude na světě čistě státní záležitost.**

Lepší hodnocení může dostat reforma pojišťovacího systému. Je možné vést rozumnou debatu o tom, jak nový model využije peníze a jak pomůže pacientům. Achillovou patou je očividně stanovení minima zdravotní péče, na kterou má každý nárok. **V Evropě bývá zvykem, že existují směrnice, jak se má léčit, a zároveň se stanoví minimum, co musí dostat úplně každý. Přitom existuje instituce, zpravidla lékařská komora, která plnění směrnic kontroluje. Úloha lékařské samosprávy je tím, co reforma přehlíží.**

Může to být správně, třeba na české doktory nelze spoléhat. Ale pak je třeba najít jinou instituci, která stanovuje a kontroluje směrnice kvality péče. To je tedy vážná otázka, a je třeba využít veškerý prostor k diskusi, aby se vyřešila.

Petr Holub, Vysíláno na rozhlasové stanici ČRo6, zveřejněno na www.rozhlas.cz/cro6.



Vydržte v neústupnosti!

Pro stabilitu společnosti je nezbytné, aby mezi bohatstvím a vlivem jedněch proti druhým panovala rozumná proporce. Náš národ je dostatečně dospělý, aby se nenechal zatahovat zpět do středověku; i kdyby byl načas přehlušen stálými fanfárami o čerstvě vydobyté demokracii. Aby se masivní odpor proti nesmyslné reformě českého zdravotnictví dostatečně manifestoval, je pouze otázkou času a publicity. Svědomí národa je v tomto ohledu již vyjasněné.

Opozitivní výsměch lékařům, kterým se vyznačuje česká vládní politika posledních patnácti let, přinesl rozsáhlé škody již dosud. Lživý bod místo české koruny, vždy použitelný k překrucování odměny za práci, ukradená kolej IPVZ, rozvrácený systém postgraduálního vzdělávání, který u nás patřil k nejlepším na světě, šikanování lékařů komandováním od pojišťoven, ponižující vybírání regulačních poplatků místo vážné medicínské práce, předělávání lékařů na byrokraty a administrativní poskoky – to jsou jen příklady z moře hořkosti, jímž nás znetvořený systém častuje. Neústupná obrana byla namísto dávno. Škoda, že pro některé kolegy to stále nestačí, aby se odhodlali útlak pochopit. Poslední tzv. reforma při-

naší jen ještě horší prohloubení krize, která decimuje nezávislé národní uvažování.

Máme se prý nechat poučit, že privatizace nemocnic přinese efektivnější nakládání s prostředky zdravotního pojištění. Jde o drzý výsměch logice. V argumentaci privatizačních manévřů např. figuruje postulát, že jedině ředitel motivovaný platem, obvyklým v soukromé podnikatelské sféře, resp. majitel (tedy člověk vyššího formátu), je dostatečně stimulován k nejučinnějším způsobům řízení nemocnice. Není snad dostatečným podnětem k optimální práci již samo svěření náročné funkce? Pracují snad masy zdravotníků neúčinně? V důsledku toho, že nic nevládní? Že jsou „jen zaměstnanci“, kteří neodvedou pacientům péči kvůli nedostatečné vazbě na zisk? Je zdravotník nešikou, dokud se nezmocní majetku? Takovéto doktríny jsou urážkou všech obětavých lékařů a sester, pracujících ve vysokém výkonu z čiré lidské účasti na osudech trpících nemocných. Každý průměrně angažovaný zdravotník automaticky pracuje na prospěchu nemocného, dokud není demoralizován frustrací z nespravedlivé společnosti. Řádně oceněný zaměstnanec je pro něj zcela srozumitelný.

Pokusy zmocnit se majetku a kořistit ze



sražených platů zaměstnanců i z ošizených léčebných postupů je pouze návratem do středověkých poměrů. Návratem ke společenským formacím, které vyvolaly vzdor mas, klestících si cestu ke spravedlivému řádu často neúnosně krutými metodami. Chceme to vyvolat znovu? Kdo nezná míru vhodných inovací (kterou jsme již před několika lety přehnali na nežádoucí stranu), koleduje si o reparace, které nepůjde provádět po dobrém. Věčná škoda nových konfliktů v sociálních sporech!

Lékaři mají všechny mentální i organizační předpoklady, aby účinně korigovali národní ovzduší. Úlety do sféry ziskuchtivé bezohlednosti zvyšují sociální napětí všeobecně. Dávají signál všem dalším samozvancům, že pro tolerantní ohleduplnost není v tomto státě místa.

Politici selhali, reformu by měla připravit komora Zápis z jednání krajské rady ČLK Zlín ze dne 21. 5. 2008 ve Vsetíně

1) Krajská rada hodnotí změny ve zdravotnictví připravované Ministerstvem zdravotnictví ČR jako nikde nevyzkoušený neodpovědný experiment, kde převodem veřejných prostředků reálně hrozí vytunelování mnohamiliardového majetku. Připravované změny neodpovídají naší ani evropské tradici, nebyly řádně celospolečensky diskutovány, a proto ani zřejmě nebudou mít delšího trvání.

2) V návaznosti na tento fakt a také proto, že politická reprezentace našeho státu prokázala v tomto směru v posledních dvou desetiletích naprostou neschopnost, vyzývá Krajská rada ústředí ČLK k zahájení diskuse o příští podobě českého zdravotnictví. ČLK by se z podstaty věci mohla stát přirozeným koordinátorem této zřejmě několikaleté rozpravy.

Domníváme se, že je nutné využít našich kapacit lidských, prostorových i finančních k důkladné analýze základních zdravotnických systémů ve světě, ale především v Evropě, porovnat se stavem v ČR a postupně se dopracovávat k ideovému konceptu. Tento by ale musel vycházet z historicko sociologické zku-

šenosti našeho státu, jedině tak by mohl mít trvalejší charakter. Byl by průběžně diskutován na stránkách Tempus medicorum, na představenstvu i na sjezdu a v budoucnu by mohl dostat podobu sjezdového dokumentu. Tento by se posléze stal nástrojem ČLK a jejich funkcionářů při diskusích s politickou reprezentací, aby bylo zřejmé, že nekritizujeme jenom nahodile, ale že vycházíme z promyšlené koncepce.

Domníváme se, že při analýze by bylo nutné zodpovědět kromě jiného následující okruh otázek:

Finanční zdroje, spoluúčast pacientů, správa finančních prostředků, tvorba cen, dohodovací řízení (plátcí – poskytovatelé), léková politika, trh pracovních sil v Evropské unii a mzdové relace, udržení kvalitních kádrů v českém zdravotnictví. Dále tvorba sítě smluvních zařízení (lůžková zařízení, ambulance) a jejich četnost na 100 tisíc obyvatel, tvorba a garance standardů – nezastupitelná úloha ČLK, definice péče hrazené ze solidárního povinného pojištění a nadstandardní péče, problematika stárnutí populace.

3) Jsme přesvědčeni, že úloha samosprávných lékařských organizací (veřejnoprávních korporací – JUDr. Jiří Nykodým, ústavní soudce, TM 4/2008) jako garantů odbornosti a standardů je v demokratické evropské společnosti nezastupitelná. Je tedy zřejmé, že také u nás bude i přes nepříznivý současný stav, význam ČLK v delším časovém horizontu posilovat.

Proto souhlasíme s komorovým návrhem novely Zákona č.220/1991 Sb, která kompetence ČLK posiluje a lékařský stav legislativně cestou sjednocuje. Viz § 2, odstavec 2, písmeno b) o společném zastupování lékařů při různých vyjednáváních a dohodovacích řízeních.

Ale již dnes je nutno diskutovat, jakými mechanismy se budou uvnitř komory řešit rozjitřené intersegmentární vztahy, aby nikdo neměl obavu, že bude trvale přehlasován a bude trvale v nevýhodné pozici. Zmíněné ustanovení zákona je potřeba rozvinout. Buď přímo v zákoně, nebo alespoň podzákonou normou v podobě stavovského předpisu.

V souvislosti s tou samou částí zákona cítíme do budoucna jako velmi naléhavé, abychom



Následky v kriminalitě, vulgaritě a vzájemné nenávisti jsou pak neblahé pro celou společnost. Kopírování asociálního systému zdravotnictví USA je jen cestou do hrobu, jak též svorně potvrzují všichni kolegové z USA, kteří se zúčastňují našich kongresů.

Za dosavadní střízlivou obranu lékařů a zdravotníků vám ve vedení České lékařské komory vyslovuji vděčné uznání a zdůrazňuji, jak intenzivně potřebujeme v tomto trendu pokračovat. Degradace profesionálního i kolegiálního života v prostředí našich fakulturních nemocnic volá po stabilizaci a navození nové důvěry. V takovém prostředí, kde nebude hrozit vykořisťování zdravotníků privilegovanými povýšenci.

*Prof. MUDr. Pavel Kalvach, CSc.
neurolog, 3. Lékařská fakulta Praha*

si opět po diskusi stanovili obecná pravidla pro postup zástupce ČLK při výběrových řízeních konaných před uzavřením smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče mezi zdravotními pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními. A to jak na úrovni krajské pro ambulantní složku, tak i na úrovni centrální týkající se lůžkového fondu.

Tato pravidla by měla logicky vyplynout z komorové koncepce zdravotnictví, jak o něm mluvíme v bodě č. 2. Při výběrovém řízení první otázka tedy zní, zda je daná kapacita v systému solidárního pojištění vůbec účelná. Pokud odpovíme pozitivně, potom v případě více uchazečů musíme určit obecná a předem daná pravidla, který z nich by měl mít přednost.

Jedině takto můžeme předcházet nařčení z klientelismu. Na základě dosavadních funkcionářských zkušeností jsme přesvědčeni, že striktní zprůhlednění všech našich rozhodovacích mechanismů je jedním ze základních kamenů při získávání narušené důvěry našich kolegů v jejich lékařskou komoru.

Vypracoval Stanislav Štupavský

Otevřený dopis LOK-SČL vedoucím pracovníkům zdravotnických zařízení a akademickým hodnostářům

Vážení kolegové,
obracíme se na vás, přednosty, přednostky, primáře a primářky, jako na ty ze zdravotnických pracovníků, kteří mají bohaté lidské a profesní zkušenosti a jsou pro ostatní přirozenou autoritou.

Nacházíme se v době, kdy se pro české zdravotnictví chystá pravděpodobně největší změna od roku 1990.

Na připravované změny může mít každý z nás jiný názor, ale shodneme se jistě na tom, že jsou velmi kontroverzní, důležité a ve svém důsledku nevratné. Většinový názor mezi veřejností – a to nejen odbornou – je nesouhlasný. Že je podložený reálnými obavami, dokazuje třeba to, že se na něm shodly organizace i jednotlivci, dosud zastávající velmi odlišná stanoviska. Před plánovanými změnami varují i tak ekonomicky, tržně a konzervativně orientované instituce, jako jsou OECD a Světová banka. Jistě víte, že svůj odmítavý postoj vyslovil i rektor univerzity.

Lékařský odborový klub – Svaz českých lékařů se od svého vzniku zasazuje za zájmy lékařů a pacientů. Zastáváme stanovisko, že bez spokojeného lékaře nemůže být spokojeného pacienta a obráceně. Současná situace jistě není v tomto ohledu ideální. Máme ale velké obavy, že realizace připravované reformy tento stav nejen nezlepší, ale naopak výrazně zhorší. Naše zkušenosti z již transformovaných a privatizovaných nemocnic jsou v tomto ohledu velkým varováním.

Lékařský odborový klub – Svaz českých lékařů patří ke kritikům připravované reformy zdravotnictví. Zásadní nesouhlas vyvolává zejména záměr privatizovat zdravotní pojišťovny a zbylé státní nemocnice. Znepokojuje nás zejména představa, že by v budoucnu měly soukromé zdravotní pojišťovny být klíčovým subjektem, který bude rozhodovat o rozsahu a úrovni poskytované zdravotní péče. Přitom myšlenky, které považujeme za skutečně reformní, např. stanovení ekonomických a léčebných standardů, vytvoření jasné definice komerčního připojištění a zprůhlednění a stabilizování finančních toků, návrhy reformy neobsahují.

Je v naší zemi historickou tradicí, že přednosta kliniky či primář oddělení je osobou, která činí definitivní rozhodnutí a nese

za ně také konečnou odpovědnost. Je to tradice dobrá a neměla by se měnit. Bylo by smutné, ba přímo tragické, kdyby se z lékařů, a potažmo pak přednostů a primářů, stali pouze zprostředkovatelé rozhodnutí někoho jiného. Obzvláště pak v případech, že taková rozhodnutí vůbec nemusejí sledovat náš primární zájem – totiž léčit pacienta tak, jak nejlépe umíme a dokážeme.

Řada z vás může chápat současné spory o reformu jako politickou záležitost, od které byste se měli jako odborníci držet stranou. Je to přístup pochopitelný. Všem z nás by se líbilo, kdybychom nemuseli tyto „politické“ problémy řešit. Je ale skutečností, že jsme se součástí problému stali nezávisle na naší vůli a budeme se muset podílet na jeho řešení. A je pouze na nás, aby bylo řešení ve prospěch nás zdravotníků a našich pacientů. I když je Lékařskému odborovému klubu – Svazu českých lékařů opakovaně podsouhlasováno, že je řízen jednou politickou stranou, není tomu tak. Pokud se v minulosti dostaly zájmy politiků a zdravotníků a jejich pacientů do konfliktu, LOK-SČL vždy pevně hájil zájmy lékařů a jejich pacientů bez ohledu na to, z jaké politické strany opačný zájem vzešel. A bude tak činit i nadále. Nechápejte tedy tuto výzvu jako politickou proklamaci. Obracíme se na vás jako na kolegy lékaře v principu hesla, na které jsme kdysi přísahali: „Salus aegroti suprema lex.“

LOK-SČL není proti změnám, ale odmítáme silové prosazování „reformních zákonů“ bez celospolečenské a odborné diskuse a konsenzu s odbornou veřejností, zejména v tak důležité a specifické lidské činnosti, jakou je medicína a zdravotnictví.

Velmi bychom si cenili vaší spolupráce a aktivního přístupu. Pokud však s našimi názory a připravovanými protestními akcemi nesouhlasíte, apelujeme na váš kolegiální přístup k zdravotníkům, kteří se protestní akce zúčastní.

*Martin Engel, Lukáš Velev, Martin Sedláček,
Lenka Doležalová, Michal Sojka, Miloš Voleman,
Marcela Henčlová, Doc. Václav Dostál,
Martin Opočenský, Michal Lišaník, Ivana Horková
V Kroměříži dne 31. 5. 2008*



Všechno, co nevíte o reformě zdravotnictví

Během dubna a května se po internetu rozšířilo několik anonymních materiálů o nebezpečích reformy zdravotnictví – Jak ovládnout 220 mld., Americké zdravotnictví v Česku, Řízená péče a další. Začátkem června na ně oficiálně reagoval náměstek ministerstva zdravotnictví MUDr. Hroboň. O co jde?

Internetové materiály

Nejobsáhlejší materiál se snaží upozornit na to, jak ročních 220 mld. Kč z veřejného zdravotního pojištění může zmizet v soukromých rukou. Ilustruje to na případu Agelu, který už ovládl nejlukrativnější části moravského zdravotnictví s miliardovými zisky a expanduje do Čech. Upozorňuje na možnost vzniku monopolů (oligopolů) a na možné nekalé praktiky řízené péče, od níž se v Evropě i v USA po nedobrych zkušenostech ustupuje. Aby celý obchod mohl dobře fungovat, je třeba vše propojit soustavou nových zákonů. Právě takové má ministerstvo připravovat v rámci „reformy“.

Podezření ze zvýhodňování vybraných firm dokládá materiál fakty, z nichž plyne, že právě zařízení Agelu získávají od pojišťoven za srovnatelnou péči nejvíc peněz – dokonce ještě více než špičková pracoviště jako IKEM apod. Kromě toho je na výpisech z obchodního rejstříku dokumentováno, jak jsou personálně propojeny osoby z ministerstva pracující na reformě a firmy, které z nových poměrů včetně řízené péče budou napříště nejvíc profitovat.

Zajímavou roli mají podle materiálů sehrát i regulační poplatky. V první fázi si na ně máme zvyknout, pak se mohou krok za krokem zvyšovat, aby se poté staly běžnou součástí našeho zdravotnictví, navzdory Ústavě a Listině práv a svobod. Patrně i proto vzbudily tolik pochybností u ÚS a veřejnosti, neboť právě důvody a podstatu „regulace“ kojenčů v inkubátorech apod. nedokázal vysvětlit ani ministr.

Článek „Americké zdravotnictví v Česku“ pak uvádí další informace o řízené péči a americké firmě Kaiser Permanente. Ta je největším hráčem na trhu řízené péče v USA, a protože tam přišla už o 20% svých zákazníků, hodlá se orientovat na jiné trhy, mj. i na ČR. Podle internetových materiálů je tato firma propojena s tvůrci naší „reformy“ Hroboněm, Macháčkem a spol., kteří jako by jí šli na míru právě pro Američany a pro sebe.

Hlavním mementem materiálů je, že řada provedených kroků může být prakticky nevratná, neboť s eventuálním pozdějším „vyvlastňováním“ akcionářů bychom nepochybně narazili

tak, jako dnes narážejí na Slovensku. Autoři soudí, že právě o to může reformátorům jít a vše jim připomíná kolosální tunel. Proto ta rychlost s minimem času na důkladnou diskusi.

Oficiální reakce

Na články reaguje náměstek ministra MUDr. Hroboň. Svou reakci nechal počátkem června elektronicky rozeslat zaměstnancům přímo řízených organizací MZD ČR.

Hlavním problémem jeho materiálu je, že ne reaguje přímo na kolující články a na řadu otázek, které nutně vyvolají zájem i u nezaujatých čtenářů. Ti by jistě uvítali, kdyby ministerstvo jednoznačně rozptýlilo obavy například z personálního propletence tvůrců zákonů a představitelů zdravotnického byznysu. O tom se však náměstek nezmiňuje ani slovem.

Místo jednoznačného vyvrácení znepokojivých informací zde najdeme jen to, co už známe z mítinků ministra Julínka a jeho lidí: Současné zdravotnictví má problémy, které se budou stupňovat, a proto je třeba reformy. Ta se provede zákony, které ministerstvo právě připravuje. Jiné cesty prý není.

Proč je ke zlepšení poměrů v našem zdravotnictví třeba použít právě a jen akciových společností (z podstaty dražších než neziskové), a nikoliv například klasických nonprofitních institucí, tvořících v EU pilíř jejich systémů? Prý „kopírováním jejich dnešních systémů bychom ze sebe dělali jenom hlupáky“. Proč? Řadí snad mezi ty „přihlouplé“ i Švýcary, Francouze, Rakušany či Němce, kteří dosud nepochopili výhody „česko-americké cesty“?

Mnoho lidí nemá nic proti rychlému a efektivnímu řešení problémů. Chtěli by však porozumět tomu, proč nevolíme osvědčené evropské modely, ale právě a jen nevyzkoušený experiment, na jehož nebezpečí nás upozorňují i OECD ve své dubnové zprávě.

Proto je zřejmě neuklidní ani poslední stránka ministerského materiálu pojednávající o údajných „lžích a polopravdách kolujících na internetu“. Zdá se totiž, že i ta hovoří o něčem jiném než web. Obavy ze zavedení řízené péče těžko rozptýlí věta, že „dostupnost bude poprvé v historii zakotvena v zákoně ve formě maximální vzdálenosti poskytovatele od místa bydliště...“ atd.

Co bude dál?

Nezasvěcený člověk jen těžko posoudí reálnost nebezpečí, na která materiály upozorňují. Podle dubnových internetových průzkumů

však pro tuto reformu bylo jen 12,7% našich občanů a přes 80% proti. Po akcích studentů, odporu univerzit a dalších tato chabá podpora patrně ještě víc poklesla.

Také věcné záměry zákonů, protlačené s vypětím všech sil vládou, dokládají, že stále přetrvává víc otázek než odpovědí. Expertní týmy K-9 si už v březnu vyžádaly SWOT analýzu, variantní řešení aj. Do počátku června nedostaly nic (viz usn. KDU-ČSL z 4. 6. 2008).

Poslanec Hovorka za KDU-ČSL připomíná v HN 2. 6. 2008, že „o podobě reformy se nikdy nevedla otevřená a demokratická diskuse, protože představa o reformě byla bez diskuse s poslanci vtělena do koaliční smlouvy a vládního prohlášení jeden den před hlasováním o důvěře vládě“. Poslanec Tlustý z ODS uvádí v Právu 6. 6. 2008, že reforma nebyla řádně projednána ani na půdě ODS. V kuloárech sněmovny koluje parafrázovaný výrok premiéra k převodu fakultních nemocnic na akciové společnosti: „Musíme to udělat rychle, aby nám to profesori nezkažili.“ Ať už je pravdivý, nebo ne, nevyprovádá o dlouhodobé a seriózní diskusi.

Reformátoři žádají, aby partneři uvěřili ryzosti jejich záměrů. To už však ODS učinila několikrát. Naposledy slíbila na jaře 2006 ve své „Smlouvě s voliči“, že „finanční spoluúčast ve zdravotnictví se nebude povinně zvyšovat“. Jak uvedl 5. 6. 2008 ČSÚ, vynaložili Češi v I. čtvrtletí 2008 na své zdraví o 30% více než za stejné loňské období. O 24% se zasloužily „regulační“ poplatky a o 6% ostatní výdaje... Na účtech pojišťoven ve stejné době přebývalo 35,4 mld., z toho 25,6 mld. na základních fondech. Podobné nesrovnalosti najdeme i ve vládním prohlášení. Proč by jim měli občané uvěřit právě tentokrát? Většina pamětníků Singhů, Báčků či Pepů z Hongkongu ještě žije. Místo nich mohou za tučným soustem přijít jiní.

V rozdílných pohledech na reformu zdravotnictví se koncentrují dva různé pohledy na svět.

Jeden z nich považuje zdravotnictví především za veřejnou službu, druhý spíš za dobrý byznys. Poslední týdny ukázaly, že něco podobného se odehrává i v kultuře, školství a v sociální sféře. Patrně jen nové volby mohou rozsoudit, který pohled v naší společnosti převažuje. Je však jen obtížně představitelné, že by tak závažné změny mohly být přijaty pouze hlasy několika „přeběhlíků“. Jinak napřesrok začne vše nanovo.

Hroboňův článek pochybnosti nerozptýlí.

Petr Fiala, 1. lékařská fakulta UK

Citované články najdete na www.lkcr.cz

Je nutná širší shoda názorů

Jednání České lékařské komory s experty koaličních stran pro oblast zdravotnictví

Zástupci expertních týmů koaličních stran pro oblast zdravotnictví se sešli 3. června 2008 s prezidentem ČLK Kubkem a členy představenstva ČLK.

Účastníci jednání si vyměnili názory na připravované reformní zákony ministra Julínka. Česká lékařská komora přítomné experty koaličních stran seznámila se svými zásadními výhradami vůči tzv. reformním zákonům Ministerstva zdravotnictví ČR. Experti informovali ČLK o průběhu dosavadních jednáních expertní komise K-9 a o řadě svých výhrad k návrhům, jejichž finální podobu do té doby ministerstvo nezveřejnilo. Některé výhrady a obavy vyjadřují shodně jak ČLK, tak experti koaličních stran.

Přítomní zástupci expertních týmů koaličních stran pro oblast zdravotnictví považují komunikaci s ČLK za nezbytnou součást přípravy reformy zdravotnictví.

Česká lékařská komora i přítomní experti

koaličních stran považují za základ reformy zdravotnictví vytvoření standardů zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění. ČLK je připravena se na vytváření těchto standardů spolupodílet.

Přítomní zástupci expertních týmů koaličních stran se dohodli s Českou lékařskou komorou na dalších průběžných vzájemných odborných konzultacích. Účastníci považují za nutné nalezení širší shody pro reformní kroky s cílem zabezpečení dlouhodobé stability systému daleko nad rámec jednoho volebního období.

Česká lékařská komora dále předložila zástupcům expertních týmů koaličních stran k připomínce neoficiální verzi návrhu zásadní novely zákona o České lékařské komoře, kterou by stát delegoval na ČLK řadu kompetencí, jež vykonává většina obdobných veřejnoprávních korporací lékařů ve státech EU.

Česká lékařská komora požádala přítomné zástupce expertních týmů koaličních stran

o pomoc při prosazování zvýšení úhrad za zdravotní péči, které jsou chybně nastaveny vyhláškou č. 383/2007 Sb. Obě strany hodnotí jako neudržitelnou situaci, kdy se na straně jedné hromadí miliardy korun na účtech zdravotních pojišťoven a na straně druhé se prohlubují ekonomické problémy zdravotnických zařízení a stagnují nebo klesají reálné příjmy zdravotníků. Tento stav značnou měrou přispívá k personální destabilizaci zdravotnických zařízení a zhoršování kvality zdravotní péče.

Česká lékařská komora rovněž upozornila přítomné zástupce expertních týmů koaličních stran na skutečnost, že Ministerstvo zdravotnictví ČR nadále porušuje § 12a zákona č. 20/1966 Sb. v platném znění, který ukládá ministerstvu ve spolupráci s ČLK připravit vyhlášku o minimálních personálních standardech závazných pro všechny typy zdravotnických zařízení a znovu ve spolupráci s ČLK její dodržování kontrolovat.

Jednání se zúčastnili za KDU-ČSL Jiří Carbol, Josef Drbal, Petr Fiala a Ludvík Hovorka, za Stranu zelených Antonín Nechvátal a Václav Trojan, z ODS se omluvil Boris Šťastný, ostatní se nedostavili bez omluvy. (red)

Usnesení zdravotnické komise KDU-ČSL

Odborná zdravotnická komise KDU-ČSL 1. doporučuje CV KDU-ČSL schválit jako výchozí stanovisko k jednání o reformních zdravotnických zákonech v Parlamentu ČR následující požadavky :

- Zákonem jasně definovanou a státem garantovanou úroveň rozsahu a kvality zdravotní péče hrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění.
- Jasně a zákonně definování standardu poskytované zdravotní péče hrazené z veřejného pojištění, které vytvoří prostor pro komerční připojištění a pro konkurenci pojišťoven i zdravotnických zařízení v poskytování nadstandardní péče.
- Zachování systému veřejného zdravotního pojištění, který zůstane i nadále plně solidární, se svobodnou volbou lékaře a zdravotnického zařízení, a proto nepodpoříme zavádění řízené péče a pojistných plánů se spoluúčastí pojištěnců v rámci veřejného zdravotního pojištění.
- Zachování veřejnoprávního charakteru zdravotních pojišťoven a zvýšení kontroly státu nad jejich činností.
- Nepřipustíme vyvádění financí z veřejného zdravotního pojištění. Celý objem vybrané zdravotní daně musí být použit na úhradu péče pro pojištěnce.

- Zachování veřejnoprávního statutu fakultních nemocnic a ministerstvem zdravotnictví přímo řízených organizací, s důrazem na jejich neziskový charakter.
- Nepřipustíme vytváření koncernů zdravotních pojišťoven, zdravotnických zařízení a distribučních firem.
- Předložení návrhu nového zákona o nestátních neziskových organizacích (viz Programové prohlášení Vlády ČR), a to nejpozději do konce roku 2008.
- Zachování systému výběrových řízení na poskytovatele zdravotní péče, včetně nezbytných úprav k jeho lepšímu fungování.
- Zachování dohodovacích řízení o výši úhrad zdravotnickým zařízením za poskytovanou zdravotní péči.
- Sjednocení ceny léků a stejné výše doplateků ve všech lékárnách.
- Odmítnutí liberalizace specifických zdravotních služeb.
- Zachování fondového oddělení finančních prostředků z příjmů ze zdravotní daně a z jiných příjmů od pojištěnců.

2. navrhuje CV KDU-ČSL přijmout k situaci v organizacích přímo řízených Ministerstvem zdravotnictví ČR následující prohlášení:

KDU-ČSL je velmi znepokojena informacemi o situaci v organizacích přímo řízených ministerstvem zdravotnictví – např. Nemocnice Na Homolce, Ústav hematologie a krevní transfuze, Endokrinologický ústav, Ústav pro péči o matku a dítě, Masarykův onkologický ústav, IKEM, Úrazová nemocnice Brno, zdravotní ústavy. Jedná se o informace o přípravách transformace těchto organizací na akciové společnosti, které vyvolávají nejistotu a napětí mezi zaměstnanci.

KDU-ČSL je přesvědčena, že vhodnou formou pro tyto organizace je forma veřejné neziskové organizace. Proto požadujeme popis dosud provedených kroků a přípravných úkonů směřujících k uskutečnění těchto záměrů ministerstva v oblasti přímo řízených organizací. Příslušné materiály musí být dány k dispozici koaličním partnerům bezodkladně.

3. bere na vědomí

koaliční dohodu ve věci úpravy regulačních poplatků ze dne 2. 6. 2008

4. pověřuje předsedu komise

jednáním s vedením strany ve věci navýšení úhrad lůžkovým zařízením, s ohledem na vysokou inflaci.

Jiří Carbol., předseda komise

V Praze dne 12. 6. 2008



Stop reformám ministra Julínka

Odborové organizace LOK-SČL a OSZSP z Fakultní nemocnice Brno a Úrazové nemocnice uspořádaly 17. 6. 2008 v Brně protestní manifestaci proti reformě ministra Julínka.

Povolení, podium, hudba, rozšíření pozvánek – zvládli jsme to sami bez PR agentury. A přišli zaměstnanci i pacienti. Kolik? ČTK uvedla, že 2000.

Na manifestaci vystoupili zástupci odborových organizací obou nemocnic, za LOK-SČL místopředseda Lukáš Velev, za OSZSP místopředsedkyně paní Žitníková a za ČMKOS Jihomoravského kraje Marie Hrdínková. Dopis poslal i děkan lékařské fakulty Masarykovy univerzity prof. Žaloudík.

Podpořit nás přijely i kolegyně z Prahy z Ústavu hematologie a krevní transfuze, pozdrav poslali také kolegové z karlovarské nemocnice. Akci podpořili svou účastí zaměstnanci ostatních brněnských nemocnic a přijeli např. i kolegové z Vyškova. Všem moc děkuji.

Politiky jsme pozvali, ale pouze jako posluchače, a někteří skutečně přišli. Vyslechli, co nám vadí na reformě, co nás trápí v Brně a proč budeme stávkovat.

A co vyšlo nejlépe? Skutečnost, že manifestaci uspořádali společně odbory ze dvou nemocnic, které se už rok snaží ministr a ředitel postavit proti sobě.

Aby náš protest krajští politici nepřehlédli, napsali jsme otevřený dopis hejtmanovi a krajským zastupitelům. Žádáme je, aby respektovali názor občanů a prostřednictvím svých stranických kolegů v parlamentu a vládě zabránili přijetí reformy. Hned na místě se svým podpisem připojilo 800 nespokojených občanů. Podpisy sbíráme dál a o jejich počtu budeme informovat.

Díky patří všem, kteří nám s organizací pomohli, a všem, kteří nás podpořili.

Bylo to moc fajn, i sluníčko na nás kouklo. Zkuste to také!

Lenka Doležalová a Petr Neugebauer

Otevřený dopis panu hejtmanovi Juránkovi a zastupitelům Jihomoravského kraje

Vážený pane hejtmane, vážení zastupitelé, my, obyvatelé Jihomoravského kraje, se na Vás obracíme, abychom Vás upozornili, že nesouhlasíme s reformou zdravotnictví, kterou prosazuje pan ministr Julínek. Už skutečnost, že celá reforma se zabývá pouze převodem majetku, je zarážející. Postrádáme v ní řešení nejdůležitějších problémů našeho zdravotnictví – není definována péče hrazená z povinného zdravotního pojištění, není řešen nedostatek lékařů, sester a dalšího zdravotnického personálu, není řešen problém chronického podfinancování našeho zdravotnictví. Ano, pan ministr hovoří o nutnosti šetření, ale nepřiznává, že zatímco české zdravotnictví dostává méně než 7 % HDP, v EU je to průměrně 8,9%.

Tato reforma je nebezpečným experimentem především proto, že vede k nevratným změnám, které mohou celé naše zdravotnictví poškodit na dlouhá léta. Převodem zdravotních pojišťoven a všech zdravotnických zařízení ze státu do rukou soukromých podnikatelů a akciových společností se stát zbaví možnosti jakkoli zasahovat do oblasti zdravotnictví. Jak potom chce zajistit svým občanům Ústavou dané právo na dostupnou zdravotní péči? Zdravotní péči pro všechny obyvatele nezajistí trh. Zdraví není zboží, opravdu si ho nekoupíte v žádném zdravotnickém supermarketu. Převést celé zdravotnictví do rukou soukromého monopolu je velký hazard. Nebo snad věříte, že cílem bohatého podnikatele bude starat se o blaho a zdraví občanů?

Stačí se podívat na naše sousedy, na Slovensku stejnou reformu provedli. Výsledek byl tragický, vedl k pádu vlády a ještě dlouho budou napravovat následky. Proč opakovat stejnou

chybu? Proč dělat z nás občanů laboratorní myšky pro nezodpovědné experimentátory?

Zásadní změny, které zasahují tak citlivou oblast, jakou zdravotnictví bezesporu je, by se měly provádět po důkladné diskusi mezi odbornou i laickou veřejností, a ne násilím přes odpor zdravotníků i pacientů.

Obracíme se na Vás, zastupitele občanů Jihomoravského kraje, abyste prostřednictvím svých stranických kolegů v Parlamentu České republiky případně ve vládě zabránili :

- převodu zdravotních pojišťoven na akciové společnosti,
- převodu fakultních nemocnic na akciové společnosti,
- zrušení Úrazové nemocnice v Brně.

Dále Vás žádáme, abyste neopakovali chyby jiných krajů a neprodávali nemocnice v majetku kraje (viz Středočeský kraj a prodej jeho nemocnic pod cenou) nebo je nesvěřovali do správy pochybných společností (viz například Karlovarský kraj a Česká zdravotní a. s., která karlovarskou nemocnici vytunelovala, kraj Vysočina a PP Hospitals, která nemocnici v Dačicích zrušila, a mnohé jiné).

Pod tento dopis se dne 17. 6. 2008 v Brně na Moravském náměstí podepsalo 800 účastníků protestního shromáždění proti zdravotnické reformě pana ministra Julínka. Podpisová akce nadále pokračuje, o průběžných počtech podpisů Vás budeme dále informovat.

*Lenka Doležalová za MO LOK SČL
Valerie Skřejpková za VZO OSZSP
Úrazová nemocnice v Brně
Petr Neugebauer za MO LOK SČL
Marie Hrdínková za VZO OSZSP
Fakultní nemocnice Brno*



Julínek: Zrušte smlouvy lékařům, kteří neoprávněně vybírají poplatky

Vážený pane řediteli, ministerstvo zdravotnictví registruje množství se stížnosti na neoprávněně vybírání regulačních poplatků některými lékaři. **Nejčastější praktikou je snaha vybrat regulační poplatek při minimálním kontaktu pacienta s lékařem** (vypsání nebo jen vyzvednutí receptu, dokonce i třetí osobou, sdělení rozhodnutí o odeslání ke specialistovi, předání dokumentace atd.). **Je zřejmé, že někteří lékaři kryjí tyto praktiky podvodným vykazováním kontrolního vyšetření.** Registrujeme i jiné nekalé postupy, ať už jsou úmyslné či neúmyslné, např. v nemocnicích. Na základě těchto informací od pacientů **je zjevné, že dochází k nezákonnému jednání, či dokonce k zpronevěřování peněz z veřejného zdravotního pojištění.** Obsahem stížností je často i nespokojenost s prací zdravotní pojišťovny, kde se občané nemohou dovolat zastání. Zjistili jsme dokonce, že u některých ZP neexistuje jasně definované a snadno dostupné stížnostní místo!

Pane řediteli, důrazně Vás žádám, abyste okamžitě zavedl stížnostní agendu, zejména pro oblast regulačních poplatků, a abyste o možnosti si stěžovat informoval dostatečně své pojištěnce.

Dále Vás žádám o odpovědný přístup ke kontrole především vykazování neprovedených výkonů nebo signálních

kódů. **Z mého pohledu lze považovat vykazování regulačních poplatků v případech, které zákon neuvádí, za porušení smlouvy uzavřené mezi zdravotní pojišťovnou a příslušným zdravotnickým zařízením. Doporučuji Vám v těchto případech zvážit sankční ustanovení §11 zákona č. 48/1997 Sb., který zakazuje neoprávněně vybírání přímých plateb u výkonů hrazených z veřejného zdravotního pojištění.** Členové správních rad jmenovaných vládou tento problém přednesou i na jednání správní rady Vaší zdravotní pojišťovny.

Věřím, že i Vám záleží na správném a účelném nakládání s finančními prostředky, které mají sloužit na léčbu pacientů, a že nebudete tolerovat podvádění, defraudaci a obcházení zákona.

Jedním ze zásadních prvků připravované komplexní reformy zdravotnictví je posílení role zdravotních pojišťoven jako „agentů“ či „ochránců“ pojištěnce. Je v zájmu nejen pojištěnců, ale i Vaší zdravotní pojišťovny, aby byla připravena na chystané změny již dnes a dobře plnila svou úlohu.

S pozdravem

MUDr. Tomáš Julínek, ministr zdravotnictví

V Praze dne 28. května 2008

Tento dopis byl rozeslán ředitelům zdravotnických zařízení.

Nespokojená SZ

Republiková rada Strany zelených trvá na požadavku převedení plateb regulačních poplatků do příjmů zdravotních pojišťoven, a to v rámci koaliční novely. Konstatuje, že závěry K9 v oblasti regulačních poplatků ve zdravotnictví nejsou v souladu s jejími usneseními v dané věci. Kromě nedostatečného okruhu těch, kteří mají být od poplatků osvobozeni i rozsahu tohoto osvobození, shledává jako zásadní problém nepřevedení plateb regulačních poplatků do příjmů zdravotních pojišťoven. Navržený postup, kdy má být tato věc řešena v rámci připomínkového řízení k návrhu Zákona o zdravotním pojištění a zdravotních pojišťovnách, považuje RR za nepřijatelný, a to vzhledem k tomu, že již dříve odmítla věcný záměr tohoto zákona jako takový, a trvá na samostatném projednání tohoto požadavku.

Republiková rada SZ vyjadřuje obavu, zda se příslib premiéra Topolánka o nepřivatizaci zdravotnických zařízení týká všech, která jsou přímo řízena Ministerstvem zdravotnictví ČR, a žádá zástupce SZ ve vládě a parlamentu, aby vyvinuli veškeré úsilí, aby tomu tak skutečně bylo. V opačném případě by nesplnění premiérova slibu považovala RR za možný důvod k vystoupení SZ z vládní koalice.

Republiková rada SZ vyjadřuje znepokojení nad probíhajícími personálními změnami ve vedení některých ministerstvem zdravotnictví přímo řízených zdravotnických zařízení, a to zejména v souvislosti s neúplně jasnou situací při jejich případné privatizaci.

14. 6. 2008

Pojišťovny mají platit, ne hromadit peníze

Schválení zdravotně pojistných plánů pojišťoven, které nedoporučil zdravotní výbor Poslanecké sněmovny, je špatnou zprávou pro zdravotnická zařízení i pro pacienty.

Na účtech zdravotních pojišťoven se hromadí desítky miliard korun
k 31. 12. 2007 26,845 mld. Kč
 v současnosti cca 30,000 mld. Kč
k 31. 12. 2008 (kvalifikovaný odhad)
 35,700 mld. Kč

Tyto peníze si zaplatili občané na zdravotní péči, která jim v současnosti buď není poskytována vůbec, nebo ji zdravotnická zařízení včetně soukromých lékařů

poskytují na svůj vlastní úkor. Zdravotní pojišťovny platí za zdravotní péči méně, než kolik by mohly. Například čtyři z takzvaných zaměstnaneckých pojišťoven již mají finanční rezervu na účtech na déle než tři měsíce provozu.

Na účtech zdravotních pojišťoven leží miliardy korun, které ministerstvo zdravotnictví pravděpodobně chystá jako bonus pro finanční skupiny, jež pojišťovny zprivatizují. Příčinou jsou dvě tzv. úhradové vyhlášky (619/2006 Sb. pro rok 2007 a 383/2007 Sb. pro rok 2008), kterými ministr Julínek poškodil zdravotnická zařízení a soukromé lékaře. Důsledkem jsou ekonomické problémy nemocnic, léčeb-

ných ústavů i soukromých lékařů, stagnace mezd zaměstnanců a pokračující odchody kvalifikovaných zdravotníků. Personální devastace zejména nemocnic pak snižuje kvalitu lékařské péče.

Zatímco se v roce 2007 zvýšily příjmy zdravotních pojišťoven meziročně o 10,9% a jejich vlastní režijní náklady stouply o 11,0%, tak výdaje na zdravotní péči se meziročně zvýšily o pouhých 2,9%! Základním úkolem zdravotních pojišťoven není hromadit peníze na účtech a vytvářet zisk, ale platit jménem občanů za zdravotní péči.

Milan Kubek, prezident ČLK

Komora otevírá dveře mladým

Koncem května proběhl mítink PWG v norském Bergenu



Existuje velmi moudré rčení „doma nikdo není prorokem“, jehož smysl není třeba vysvětlovat. Často mě napadá, když vidím poloprázdné místnosti na okresních shromážděních České lékařské komory, kde chybí zejména mladí nemocniční lékaři v přípravě, tedy ti, o něž se především právě teď hraje. Ti, kteří mají celou profesní budoucnost před sebou a kterým by nemělo být lhostejné, v jakém vzdělávacím či zdravotnickém systému a za jakých podmínek budou jednou pracovat a „prodávat“ své těžce nabyté vědomosti. Dnes se nově říká know-how.

Bylo by jistě potěšující, kdyby si vytvářeli vlastní sekci, nazvěme ji pracovně např. Mladí lékaři, a kdyby se snažili v tomto smyslu ovlivňovat práci lékařské komory. Tato praxe, obvyklá v zemích tradiční EU, generuje nejen celou názorovou platformu, ale především osobnosti, jejichž hlas je slyšet a které se podílejí na praktickém formování něčeho, co by se dalo nazvat oficiální politikou komory. Nemám tím pochopitelně na mysli úzce sobecké a partikulární zájmy jedinců, kteří komoru spíše tříští. Naopak spoléhám na mladé lidi, studující v nepokřiveném systému

bez stigmatu strachu z vlastního názoru, nepoklonkující jediné a správné straně i za cenu podrazu celé lékařské obce. Spoléhám na mladé kolegy bez jazykové bariéry, kteří se ve světě neztratí.

S lehkou obavou o sled věcí příštích pozoruji narůstající počet mladých lékařů, kteří hodlají vycestovat a pracovat v bohatším zahraničí. Jsem smířen s tím, že je to pochopitelný trend, kterému není možno bránit nijak jinak než cílevědomou snahou přizpůsobit pracovní a zejména ekonomické podmínky mladých lékařů v České republice podmínkám v zemích, do kterých odcházejí. Nebo se o to alespoň cílevědomě snažit. Proto je smutné, když speciálně tito kolegové ani netuší, že není třeba vymýšlet vymyšlené. Stačí si jen uvědomit, že nemám-li zájem o věci veřejné, nemohu počítat s tím, že někdo bude řešit mé problémy za mne. Chtělo by se říct – dobře vám tak!

A přece i na tomto poli se ČLK cílevědomě snaží. Není nic osvědčenějšího než dobré osobní vztahy. Právě na nich budujeme partnerství ČLK v prestižních evropských lékařských organizacích. Vždy platí, že nejlepší informace získáte kuloárně, tedy neformálně. Potvrzuji to zcela. Jen je

mi trochu smutno, že zatímco Portugalci, Chorvaté, Skandinávci, Francouzi, Němci a jiní jeví o problematiku skutečný zájem a vysílají na jednání mladé informované lékaře, naši mladší kolegové asi spí. Proto chybí u debat, kde se ladí vyjednávací taktika ohledně evropské směrnice o pracovní době (EWTD), kde se diskutují a domlouvají podmínky tzv. euromobility lékařů v přípravě. Tedy za jakých podmínek bude možno absolvovat část své přípravy v jiné zemi, aniž by byla narušena kontinuita vzdělávání.

Právě o takových tématech se debatovalo koncem května na posledním jarním meetingu PWG (Permanent Working Group of Junior European Doctors) v norském Bergenu. Zúčastnil jsem se ho spolu s prezidentem Milanem Kubkem za českou stranu. Poměrně detailně se analyzoval dotazník, na který odpovídaly všechny delegace. Díky němu vznikl jakýsi přehled o odpracovaných hodinách základní pracovní doby, přesčasových hodinách a o mzdě vyplácené v jednotlivých státech EU. Diskutovalo se mimo jiné o reálném riziku novelizace EWDT, které bude nejspíše znamenat opět jiné odměňování za poho-



Tomáš Šindler a Milan Kubek
na zasedání v Bergenu

lékařům



toovost na pracovišti a za práci. Tedy jasný krok zpět. Avšak zatímco v Německu, Británii a snad i ve Francii panují gentleman-ské dohody mezi odbory a vládou o tom, že úpravu nepocítí lékaři snížením svých mezd, existují naopak tlaky zejména vlád postkomunistických zemí, které v tom vidí jedinou možnost jak ušetřit. Na čem jiném než na mzdách? Jak prosté. Stejně tak bude složité provázat systém medicínské- ho vzdělávání napříč Evropou.

Nemohu se ubránit dojmu, že odpovědi na tyto otázky by měly zajímat především mladé české lékaře. ČLK vám otevírá dveře. Přibouchnout si je můžete sami svou ne-činností, hraničící až s nezájmem. Rčením jsem začal, rčením také skončím. Inu „kdo chce kam, pomozme mu tam“, milí mladí čeští lékaři... Pokud vás zajímají podmínky vzdělávání a práce v zemích EU, přečtěte si informace na: www.juniordoctors.eu.

Pokud vám není lhostejné, za jakých podmínek se budete vzdělávat a za jaký plat budete pracovat. Pokud chcete pomoci sami sobě a také trochu svým kolegům, kontaktujte mne: tomas.sindler@volny.cz nebo sekretariat@clkcr.cz.

Tomáš Šindler, člen představenstva ČLK

Reálné platy v nemocnicích se snížily již loni

Letos očekáváme pokles ještě mnohem větší

Průměrný tarifní plat lékaře došplhal v loňském roce na 22 379 Kč a zůstává tak přibližně na úrovni průměrné mzdy v ČR (21 694 Kč). Průměrný příjem lékaře v nemocnici se meziročně zvýšil o 1052 Kč a dosáhl tedy částky 43 442 Kč. Je třeba neustále zdůrazňovat, že pro tento příjem dosahující pouhého dvojnásobku průměrné mzdy musí lékař odpracovat cca 250 hodin práce za měsíc. Nejde tedy v žádném případě o příjem za pracovní úvazek 1,0.

Vývoj platů lékařů ve státních nemocnicích

	2004	2005	2006	2007
Průměrný plat	37 093 Kč	38 634 Kč	42 390 Kč	43 442 Kč
Meziroční nárůst platu	+ 3,5 %	+ 4,2 %	+ 9,7 %	+ 2,5 %
Meziroční míra inflace	2,8 %	1,9 %	2,5 %	2,8 %
Vývoj reálného příjmu	+ 0,7 %	+ 2,3 %	+ 7,2 %	- 0,3 %

V roce 2007 pokračovala privatizace respektive transformace bývalých okresních nemocnic v akciové společnosti. Počet lékařů odměňovaných podle státních tarifních tabulek se tedy dále snížil o více než jeden tisíc osob. Z celkového počtu 12 767 lékařů pobírajících za práci plat pracovalo v nemocnicích zřizovaných ministerstvem zdravotnictví 6660 lékařů s průměrným příjmem 46 768 Kč, zatímco 3738 jejich kolegů v krajských nemocnicích se muselo spokojit s příjmem 39 209 Kč, tedy o 7559 Kč nižším.

Příjmy lékařů dle tarifních tříd

	Platová třída				
	11.	12.	13.	14.	15.
Počet lékařů	345	2 090	2 348	6 340	363
Tarifní plat	15 771 Kč	17 022 Kč	20 696 Kč	24 895 Kč	29 216 Kč
Průměrný příjem	21 945 Kč	28 264 Kč	36 437 Kč	51 362 Kč	75 059 Kč

Lékaři absolventi jsou zařazeni v 11. nebo 12. třídě. Atestovaní lékaři ve 13. třídě a lékaři s druhou atestací ve 14. nebo výjimečně v 15. tarifní třídě.

V roce 2008 nedošlo k žádné valorizaci tabulkových platů v nemocnicích, které odměňují zaměstnance podle pravidel o platu. Díky stárnutí lékařů je očekáván přirozený nárůst průměrného příjmu o cca 1,0–1,5 %, což při míře inflace cca 7 % bude znamenat pokles reálných příjmů lékařů v tzv. státních nemocnicích o cca 6%! Přitom stále platí, že za obdobnou práci vydělávají v nemocnicích, které jsou akciovými společnostmi a nemusí respektovat tzv. státní tarifní tabulky, lékaři o 6 % a zdravotní sestry dokonce o 20 % méně než v nemocnicích, které zůstaly příspěvkovými organizacemi. **Lékaři pracující v nemocnicích tedy v žádném případě nemají důvod ke spokojenosti.**

Milan Kubek



Deset výhrad k reformě zdravotnictví

1) Vytvořit **novou lobby** privatizovaných zdravotních pojišťoven je krajně nerozumné. Nenese *tretně právní odpovědnost* za kvalitu zdravotní péče a není korigována lékařskou etikou, což ji činí velmi silnou. Korekce jejího chování jakýmkoli úřadem je iluzorní. Reálně se vytváří prostor pro *korupci*. Zisk pojišťovna získává ze zdravotní daně, snáže to ani nejde. Neexistuje racionální profit, který by rizika a finanční ztráty s takovou lobby spojené, ospravedlnil.

2) Reforma **ignoruje přirozenou racionality** lidského chování, ač právě s ní je spojen úspěch trhu. Legitimním smyslem existence akciové společnosti je *tvorba zisku*. Pro zdravotní pojišťovnu bude *tím větší, čím méně péče* se nakoupí a čím více se sníží její cena, resp. cena medicínského know-how. S tím spojený pokles kvality není pro pojišťovnu podstatný. Racionální je předcházet si zdravé a slušně vydělávající klienty, kteří čerpají minimum péče. Lidé s nižšími příjmy a nemocní, čerpající více péče, znamenají pro pojišťovnu snížení zisku. Pojistné jim zvýšit nelze, a tak není racionálního důvodu o takové klienty usilovat. Nižší kvalita péče paradoxně působí ku prospěchu pojišťovny, neboť nespokojenost klienta přináší naději, že přejde ke konkurenci.

3) Reforma opomíjí, že **reálným nositelem medicínského know-how resp. jeho kvality je lékař**, nikoli úředník. Lékařova reálná motivace je zásadního významu, neboť *kvalita nevzniká z ničeho*, ale je naopak výslednicí mnoha faktorů. Prioritní jsou *investice do kultivace know-how*, tj. do jeho nositelů. Nedostatek kvalifikovaných lékařů je varující. Nestačí-li prostředky zdravotního pojištění na zajištění odpovídajícího ekonomického zázemí lékařů, je vyčlenění miliardových zisků pojišťoven z hlediska kvality péče kontraproduktivní.

4) Reforma **preferuje negativní motivaci** poskytovatelů. U lidí pracovitých, zodpovědných a kreativních je mnohem *účinnější motivace pozitivní*. Proti svévoli pojišťovny jsou poskytovatelé péče zcela bezmocní. Autoři reformy věří, že pojišťovny poskytovatele k úsporám donutí. Ovlivní to ale jen jejich výdaje. Při čerpání prostředků ze zdravotního pojištění jejich negativní motivace nepřinese nic. Efektivní úspory může vytvořit jedině *vhodná pozitivní motivace* poskytovatele a pacienta. S tou ale reforma nepočítá.

5) Reforma pomíjí **Hayekovy poznatky o informační a motivační funkci ceny zboží**. Cena medicínského know-how jako zboží je v ČR tak *nízká*, že reálně přenáší informaci, že

jde o know-how jednoduché, nenáročné, snadno a v nadbytku dostupné, nevyžadující zvláštní schopnosti jeho nositelů ani nadprůměrnou odpovědnost, neboť nepracuje s materiálem vyšší hodnoty. Tak jako za reálného socialismu *přenáší nesmyslná cena nesmyslnou informaci* a způsobuje chaos. Vytváří zavádějící, ač racionální motivaci všech zúčastněných a způsobuje nežádoucí vzorce jejich chování. Zde je reálná příčina takových jevů, jako jsou plýtvání, úpadek kvality, alibismus a další.

6) Reforma nemotivuje poskytovatele ani pojišťovny ke **kvalitě poskytované péče**. Ta je podmíněna kvalitou odborného know-how a jeho nositelé musejí být pozitivně motivováni. Kvalitní péče rovněž znamená nezatažovat pacienta neindikovanými vyšetřeními či polypragmasií v léčbě. Zdrojem plýtvání kromě snahy o maximalizaci příjmů je také *alibismus lékařů*. Obojí je za reálných podmínek bohužel racionální. Vysoká kvalita je žádoucí primární atribut zdravotní péče, a teprve z něj se druhotně rezultuje úsporné a efektivní nakládání s prostředky zdravotního pojištění. Logicky tomu nemůže být naopak.

7) Reforma ignoruje význam **lékařské etiky** jako *podmínky kvality* péče. Lékařská etika je *závisle proměnnou* veličinou. Reforma zmenšuje prostor pro etické preferování zájmů pacienta. Informační bariéra dává lékařovi velkou moc. Účelová manipulace s odbornými informacemi může pacienta vážně poškodit. Preferování pacientova zájmu přináší pro lékaře znaky nežádoucí *iracionální motivace*. Proto je nezbytný vysoký životní i pracovní standard nositele odborného know-how. Ten převládá výslednou motivaci do racionální roviny. Bez toho jsou slova o etice a poslání lékaře jen iluzí. Reálně jde především o účinnou právní ochranu lékařů a jejich kvalitní ekonomické zázemí. Ani jedno v ČR na potřebné úrovni zajištěno není. Lékařskou etiku *nelze vynutit*. Je možné ji pouze *kultivovat*.

8) Pojišťovny **nejsou reálně schopny posoudit kvalitu** zdravotní péče. Trh práce pro to ani nenabízí dostatek kvalifikovaných odborníků. Zkontrolovat je možné jen malou část vyúčtované péče. Jinak by pojišťovny musely na každého lékaře zaměstnávat jednoho revizora. I proto je tak důležitá pozitivní motivace poskytovatelů na atributu kvality.

9) Princip **„váženého klienta“** s reformou ztrácí smysl. Tím může být pouze solventní klient, který znamená pro pojišťovnu zisk. Znamená-li klient ztrátu, ať je dána nízkým

příspěvkem do systému či vyšší mírou čerpání zdravotní péče, jaký racionální ekonomický důvod je k tomu o takového klienta usilovat? U *pacienta jako člověka v nouzi* je tomu díky lékařské etice jinak. Z nastavení systému by měla vycházet alespoň parciální pozitivní motivace o takového člověka pečovat. Tu bude ekonom za podmínek reformy hledat těžko.

10) K pochopení shora uvedeného stačí středoškolské vzdělání a tým ministra jistě ví, co dělá. Proč tedy tak zásadní systémové nedostatky? Jediné vysvětlení je, že motivací autorů není reforma, která zkvalitní péči a povede k úspornému nakládání s prostředky zdravotního pojištění. Co je pak ale skutečnou motivací? Odpověď se nabízí, když si u každého z bodů položíme otázku „qui bono?“.

Poznámky:

Představy vlády a opozice o potřebné reformě zdravotnictví se zásadně různí. Nic neobvyklého do okamžiku, kdy zjistíme, že s celou řadou zdánlivě jasných pojmů, jako je konkurence, efektivita, motivace aj. je nakládáno, jako by měly pro oba tábory zcela odlišný význam. Dokonce i v rámci každé z obou stran je možné pozorovat jejich různé chápání u názorově si blízkých lidí a pozoruhodný je velmi pružný přístup některých „odborníků“, diktovaný jen aktuální potřebou. Veřejnost ztrácí přehled, partikulární zájmy jsou zamlžovány a manipulace s veřejnými prostředky zdařile maskovány. Média jsou ještě nezkušená a pohříchu i nedostatečně erudovaná, a tak se stává, že spustí povyk kolem problému III. řádu, např. u poplatků u lékaře, ale prioritní otázku reálného účelu transformace nemocnic a zdravotních pojišťoven na akciové společnosti prakticky pomíjí.

Veřejným zájmem a prioritou I. řádu je zdravotnictví poskytující kvalitní služby potřebného rozsahu, dále pak etické a medicínsky racionální, ale zároveň hospodárné nakládání s veřejnými prostředky. Alfou a omegou je požadavek na současné zapojení etických, racionálních a hospodárných atributů, které reforma musí akcentovat. Kvalitativně se jedná o něco zcela jiného, než je pouhá simplexní ekonomická efektivita, kterou požaduje Julínkův přístup. Je zřejmé, že žádat, aby úhradový mechanismus zásadně zohlednil výkonnost a efektivitu, je stejně nelogické jako požadovat efektivnější využívání defibrilátorů. Myšlenka možná kacířská, ale jen na první pohled, při hlubší zamyšlení nanejděš racionální a logická.

Zatímco postoj opozice opomíná význam racionality a hospodárnosti, Julínkův dogmatický přístup k efektivitě je pro řadu ekonomů lákadlem tak neodolatelným, že ztrácejí smysl pro realitu. Právě proto nechápou, jaký kvalitativní rozdíl je v přístupu lékaře k pacientovi na straně jedné a k váženému klientovi na straně druhé.

Ministr Julínek tedy zdůrazňuje efektivitu a konkurenci. Dobře se to poslouchá. Jenže... V Julínkově pojetí reformy znamená efektivní přístup eliminovat vše, co zhoršuje ekonomické výsledky. Nejdražší je ale těžce nemocný pacient. Vyžaduje velké schopnosti a náročné dovednosti a jako na jednotlivci se na něm v systému vydělat nedá. Je pravděpodobným zdrojem medicínských komplikací, a tím i dalších finančních nákladů, a v neposlední řadě také možnou příčinou forenzních problémů a tím opět dalších nákladů. Chtít pečovat o takového pacienta je pro poskytovatele zdravotní péče iracionální, ale Julínek nikde neuvádí, jakými opatřeními chce takovou motivaci poskytovatele ovlivnit či dokonce změnit.

Stejně jako efektivita, při racionální úvaze berou za své i další atraktivní hesla Julínkovy reformy.

Stále není stanovena standardní péče, na kterou má pacient ze zdravotního pojištění nárok. Protože standard musí být pro všech-

ny pojištěnce stejný, je zde reálná konkurence nemožná a její pozitivní vliv se tedy nemůže uplatnit. S konkurencí je možno počítat až v nadstandardním režimu..

České zdravotnictví je dlouhodobě podfinancované. Požadavky na kvalitu a objem zdravotních služeb na straně jedné, složitost know-how a ceny nákladů na straně druhé, to vše spolu s absolutní vyšší částky věnované ve zdravotní péči na hlavu nepřipouští pochybnost. Je tedy veřejným zájmem, aby prostředky určené pro zdravotnictví neodcházely pryč a nesloužily k jiným účelům. Zásadním smyslem existence akciové společnosti obecně je vydělávání peněz, tj. tvorba zisku. Jde o racionální a legitimní motivaci vlastníka. Zisk ale nelze ztotožňovat s pozitivním hospodářským výsledkem, kterého může dosáhnout i nezisková společnost. Ta jej však musí celý vrátit do podniku. U akciové společnosti hovoříme po zdanění o čistém zisku, s nímž může vlastník nakládat dle libosti. Julínek uvádí, že zisk akciové se bude muset řídit přísnými pravidly, a dokonce se o něj bude muset vlastník pojišťoven dělit s pojištěncem. Jenže, čím větší část zisku si vlastník ponechá, tím více peněz unikne mimo zdravotnictví. Čím více bude omezen, tím větší bude ztráta jeho racionální motivace a tím ztrácí smysl existence akciové společnosti, ať již jde o pojišťovnu či nemocnici. Proto

se odborně zdatné a velmi dobře zaplacené, tj. pozitivně motivované vedení neziskové společnosti jeví jako lepší řešení.

Ekonomové hájící Julínkovu reformu si často protirečí. Prý je třeba obětovat jistou, dostatečně zajímavou míru zisku pro vlastníky, což nastolí motivaci k hospodárnému využití veřejných finančních prostředků. Na druhou stranu je ale nereálné očekávat ve zdravotnictví vytěžování zisku ze systému, který se v krátké době bude potýkat s nedostatkem příjmů v důsledku stárnutí populace a růstu výdajů na nové způsoby léčby, energie atd. K čemu je ale pak ten úporný boj za transformaci nemocnic a zdravotních pojišťoven na akciové společnosti?

Co je skutečnou příčinou zájmu velkopodnikatelů o vlastnictví nemocnic a pojišťoven, když to není, resp. nemůže být racionální očekávání přiměřené míry zisku, získané zákonitým způsobem? Altruismus těžko. Jedno je jisté, důvod to bude neméně racionální. Myslím ale, že není třeba příliš velké představivosti, aby člověk pochopil, o co jde. Protože stát je garantem zajištění zdravotní péče ze zákona, nemá potřebná zdravotnická zařízení k dispozici v potřebném množství, mohlo by případné zadlužení a úpadek vlastníka nemocnice či zdravotní pojišťovny přijít občany dost drah.

Helena Krejčová

Celoplošné výběrové řízení pro Agel

V první polovině června 2008 vyhlásila Zdravotní pojišťovna Agel celoplošné výběrové řízení (týkající se všech odborností) pro Olomoucký, Zlínský a Moravskoslezský kraj. Stalo se tak na základě žádosti Sdružení praktických lékařů, které na výběrovém řízení trvá kvůli ochraně zájmů svých členů vzhledem k nejednoznačnosti výkladu zákona č.48/1997 Sb. ZP Agel podle sdělení svého vedení garantuje všem lékařům, kteří mají již nyní uzavřenou smlouvu, že i po výběrovém řízení bude zachován stávající rozsah i podmínky smlouvy, včetně příloh a dodatků. Lékaři, kteří cítí právní nejistotu ze smluvního vztahu bez výběrového řízení, se do něj mohou přihlásit, nicméně ZP Agel garantuje, že smlouvu uzavře se všemi lékaři, kteří tvoří současnou síť zdravotnických zařízení.

V Olomouckém kraji se písemné přihlášky do výběrového řízení zaslají na odbor zdravotnictví KÚ do 16. července 2008. Vzor přihlášky je na www.kr-olomoucky.cz, složka „zdravotnictví“. S krajským zdra-

votním radou bylo dohodnuto, že výběrové řízení proběhne v jednom dni, a to bez účasti zástupce zdravotního zařízení, protože výběrové řízení je vnímáno jak KÚ, tak ZP Agel jako formální akt. Pokud lékaři mají již podepsanou smlouvu se ZP Agel, je dobré přiložit fotokopii smlouvy k přihlášce.

Jaroslav Imrych, předseda OS ČLK v Olomouci,
předsedající KR ČLK



Úmrtí kolegy a přítele

MUDr. Jiří Hacker odešel náhle 23. 5. 2008 z plného pracovního nasazení, aniž by někdo tušil jeho zdravotní problémy. Narodil se 23. 9. 1953. Lékařskou fakultu na Univerzitě Karlově v Plzni ukončil v roce 1978. Ihned po promoci nastoupil na interní oddělení nemocnice v Českém Krumlově, které věnoval krom své rodiny celý život. V roce 1982 složil atestaci z vnitřního lékařství, aby se pak věnoval převážně problematice diabetu mellitu. Specializační atestaci z diabetologie absolvoval v roce 1988. Od roku 2002 současně vykonával funkci zástupce primáře interního oddělení.

Při hluboké znalosti odborné problematiky se nesmazatelně zapsal do myslí svých pacientů jako nesmírně laskavý lékař schopný pochopit jejich problémy a vcítit se do jejich starostí.

Kolegové na něj budou vzpomínat jako na inteligentního, vždy usměvavého a přátelského společníka, který byl kdykoli ochotný poradit či pomoci, nikdy nezkažil žádnou legraci a nepříjemné situace dokázal rozptýlit svým humorem.

Prim. Jindřich Florián

Dříve vyslovená přání pacienta

V některých případech jsme zejména na seminářích o medicínském právu dotazováni, zda v současných právních podmínkách je lékař povinen respektovat dříve vyslovené přání pacienta, aby neprováděl některý výkon, se kterým pacient nesouhlasí, např. podání krevní transfuze. Za situace, kdy pacient již není z důvodu svého zdravotního stavu schopen dát právně relevantní stanovisko a není způsobilý podepsat negativní revers, může být jeho dříve vyslovené přání aktuální.

Článek 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicině

V roce 2001 ratifikovala Česká republika Úmluvu na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (Úmluvu o lidských právech a biomedicině). Tato úmluva je přímo aplikovatelná a je nadřazena zákonům a dalším právním předpisům.

Podle článku 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicině „**bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyslovit svá přání**“. Účelem tohoto ustanovení Úmluvy o lidských právech a biomedicině je, aby osoby, které nejsou schopny dát právně relevantní stanovisko s ohledem na aktuální zdravotní stav, ale které již dříve vyslovily své platné stanovisko se zřetelem k předvídatelným situacím, mohly vyjádřit svůj názor na zdravotní výkon – ať již na jeho provedení, či naopak jeho neprovedení. Toto ustanovení se tedy zabývá situacemi, kdy člověk předvídá, že by se v budoucnu mohl dostat do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen dát svůj platný souhlas či nesouhlas s určitým zdravotním výkonem.

Lékaři se s dříve vyslovenými přáními pacientů občas setkávají zejména v souvislosti s vyslovením přání, podle kterého si pacient nepřeje, ani za cenu ztráty života, podání krevní transfuze, zpravidla z důvodu svého náboženského přesvědčení.

Ve Spojených státech amerických, ale i v některých státech západní Evropy, je známé dříve vyslovené přání pacienta označované jako **DNR – Do not resuscitate**. Pro případ, že by se pacient ocitl v bezvědomí, vyslovuje přání, aby nebyl resuscitován, zpravidla z obavy, aby potom v nedůstojném

stavu nepřežíval na přístrojích apod. V USA a ve státech západní Evropy, je-li tento pokyn pacienta z hlediska jeho průkaznosti dostatečně ověřen, je zásadně respektován. Podle některých poznatků lékařů působících v USA je dosti často autorem pokynu „DNR“ (neresuscitovat) pacient, který je povoláním lékař.

Lékař musí mít jistotu, že jde o projev vůle pacienta

Nastane-li taková situace, lékař musí mít především naprostou jistotu, že jde skutečně o dříve vyslovené přání pacienta, týkající se lékařského zákroku. Nemá-li to naprosto spolehlivě prokázáno, postupuje lege artis a nemůže takové „dříve vyslovené přání“ respektovat jen proto, že například někdo tvrdí, že přání pacienta bylo nepodat krevní transfuzi, neresuscitovat, neprovádět určité zákroky apod. Za dostatečně ověřený projev vůle lze považovat písemný projev pacienta s jeho vlastnoručním podpisem, který je úředně ověřen notářem nebo matrikářem. Je-li takový doklad lékaři předložen dříve, než započne zákrok, kterého se takový projev týká, měl by jej v zásadě respektovat. Druhou možností je záznam ve zdravotnické dokumentaci podepsaný pacientem a svědkem. Pokud takový doklad doložen není, pak na základě pouhého tvrzení jiných osob, byť třeba osob pacientovi blízkých, nelze údajné dříve vyslovené přání respektovat. Písemný doklad o dříve vysloveném přání je třeba v originálu založit do zdravotnické dokumentace.

Lze dříve vyslovené přání pacienta nerespektovat?

Dříve vyslovené přání pacienta je třeba v zásadě respektovat. Skutečnost, že podle článku 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicině se mají předem vyslovená přání pacienta zohlednit, však neznamená, že musí být tato přání za všech okolností doslova splněna. Vysvětlující zpráva k článku 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicině předpokládá, že pokud by například přání bylo vyjádřeno dlouho před zákrokem a medicínská věda mezitím pokročila, mohou existovat důvody, aby přání pacienta nebylo splněno, protože nemohl předvídat pokrok lékařské vědy. Lékař by si tedy měl být pokud možno jist, zda se přání pacienta týká současné situace, která právě vznikla, a zda jsou platná i s ohledem na současný stav vědy a pokrok v medicíně.

Děti a osoby nezpůsobilé k právním úkonům

Právo vyslovit předem určité přání týkájí se lékařského zákroku, které by mělo být v zásadě respektováno, nelze použít v případě nezletilých osob, které s ohledem na svůj věk a stupeň rozumové vyspělosti nemohou posoudit potřebu příslušného lékařského zákroku. Stejně tak nelze právo na dříve vyslovené přání použít v případě osoby nezpůsobilé k právním úkonům. Zástupný souhlas s odmítnutím potřebného lékařského zákroku nemůže dát ani zákonný zástupce dítěte nebo opatrovník osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům. Přání zákonných zástupců, aby například dítěti nebyla podána krevní transfuze, která je životně důležitá, nebo aby nebylo resuscitováno, ač z hlediska postupu lege artis je resuscitace indikována, nemůže lékař respektovat. Podle § 23 odstavec 3 zákona č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu v platném znění, je-li neodkladné provedení vyšetřovacího nebo léčebného výkonu nezbytné k záchraně života nebo zdraví dítěte, nebo osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům a odmítají-li rodiče nebo opatrovník souhlas, je ošetřující lékař oprávněn rozhodnout o provedení výkonu. Toto ustanovení se týká dětí, které nemohou vzhledem ke své rozumové vyspělosti posoudit nezbytnost takového výkonu.

K této otázce zaujal stanovisko i Ústavní soud v nálezu ze dne 20. 8. 2004 sp. zn. III. ÚS 459/03, když zdůraznil, že ochrana zdraví a života dítěte je zcela relevantním a více než dostatečným důvodem pro zásah do rodičovských práv, kdy jde o hodnotu, která je v systému základních práv a svobod jednoznačně prioritní. Nelze připustit, aby rodiče přijímali opatření škodlivá pro zdraví nebo rozvoj dítěte. Tento názor Ústavního soudu ČR má oporu v rozhodnutích Evropského soudu pro lidská práva.

Lékař tedy nemůže respektovat dříve vyslovené přání týkající se dítěte nebo osoby zbavené způsobilosti právním úkonům, aby neprovedl určitý zákrok, který by dle pravidel lékařské vědy měl být proveden a který je indikován.

Resumé:

Dříve vyslovená přání pacienta je třeba v zásadě respektovat. Výjimkou může být především situace, kdy přání bylo vyjádřeno dlouho před zákrokem a medicínská věda mezitím pokročila natolik, že mohou existovat důvody, aby přání pacienta nebylo splněno, protože takový pokrok lékařské vědy nemohl předvídat.

Lékař by si měl být jist, že jde skutečně o dříve vyslovené přání pacienta, které je stále platné i s ohledem na současný stav ve vědě a pokrok v medicíně. Doklad o tom, že jde o dříve vyslovené přání pacienta, musí být zcela nepochybný. Za takový doklad lze považovat písemné

prohlášení pacienta s úředně ověřeným podpisem, případně prohlášení, které je součástí zdravotnické dokumentace a v němž je podpis pacienta ověřen podpisem alespoň jednoho svědka. Nemá-li lékař jistotu, že jde skutečně o dříve vyslovené přání pacienta, musí postupovat

lege artis. Nelze respektovat dříve vyslovená přání zákonných zástupců nezletilých pacientů ani opatrovníků pacientů zbavených způsobilosti k právním úkonům, stejně jako nelze respektovat dříve vyslovená přání těchto osob.

JUDr. Jan Mach, ředitel právní kanceláře ČLK

Změna zákona č. 95/2004 Sb. o podmínkách uznávání a získávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta

Zákonem č. 189/2008 Sb., který nabude účinnosti dne 1. července 2008, byla provedena poměrně rozsáhlá novela zákona č. 95/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta. Současně byl novelizován zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních. Zde se omezíme na podstatné změny, které jsou důležité pro lékaře.

Zákon především ruší přílohu č. 1 obsahující 83 lékařských oborů s tím, že výčet jednotlivých lékařských oborů, patrně v menším rozsahu, než bylo dosud kodifikovaných 83 odborností, vydá Ministerstvo zdravotnictví ČR vyhláškou. Vyhláška má být vydána po projednání s Českou lékařskou komorou, univerzitami a odbornými společnostmi. Má stanovit nově obory specializačního vzdělávání, minimální délku vzdělávání v daném oboru a převedení specializačních oborů podle dřívějších právních předpisů na nově stanovené obory.

Zákon dále stanoví, že i lékař bez specializované způsobilosti může bez odborného dohledu provádět určité činnosti, které budou stanoveny prováděcím právním předpisem, pokud získal certifikát o absolvování základního kmene příslušného specializačního oboru. Výkon této činnosti však není považován za samostatný výkon povolání lékaře. Samostatně, v plném rozsahu, může vykonávat povolání lékaře nadále pouze lékař, který získá specializovanou způsobilost v příslušném oboru.

Pokud zákon stanovil požadavek na délku výkonu zdravotnického povolání, rozumí se tím výkon v rozsahu aspoň poloviny stanovené týdenní pracovní doby. Pokud zdravotnický pracovník vykonává povolání v nižším rozsahu než v rozsahu stanovené týdenní pracovní doby, potřebná délka vy-

konané praxe se úměrně prodlužuje. Do výkonu povolání se však započítává doba pracovní neschopnosti, doba mateřské dovolené, popř. rodičovské dovolené otce, nejvýše však v rozsahu délky mateřské dovolené.

Zákon nově stanoví, že účast na specializačním vzdělávání podle tohoto zákona se považuje za prohlubování kvalifikace podle § 230 zákoníku práce.

Teprve na základě zákroku prezidenta České lékařské komory se do zákona nově dostává i otázka způsobu financování specializačního vzdělávání, která dosavadním zákonem ani původně navrhovanou novelou vůbec řešena nebyla. Ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s univerzitami, odbornými společnostmi, Českou lékařskou komorou, Českou stomatologickou komorou a Českou lékárnickou komorou každoročně nejpozději do 31. prosince kalendářního roku stanoví a zveřejní způsobem umožňujícím dálkový přístup maximální počet rezidenčních míst v jednotlivých oborech specializačního vzdělávání, ve kterých bude zahájeno specializační vzdělávání v následujícím roce, a výši dotace na rezidenční místo. Celkový počet rezidenčních míst pro všechny obory specializačního vzdělávání vyhlášený pro daný rok musí odpovídat počtu absolventů akreditovaného zdravotnického magisterského studijního programu všeobecné lékařství v českém jazyce v předchozím roce. Dotace ze státního rozpočtu se bude poskytovat na úhradu nákladů spojených se specializačním vzděláváním rezidenta, včetně mzdových nákladů, a to na celou dobu příslušného specializačního vzdělávání.

Zákon dále výslovně stanoví, že pro absolvování odborné praxe v akreditovaném zařízení v České republice lze dočasně přidělit zaměstnance k výkonu práce k jiné právnické nebo fyzické osobě, na základě písemné smlouvy mezi zaměstnancem a zaměstnavatelem, za podmínek stanovených

v této písemné smlouvě. Tím se umožňuje v rámci pracovního poměru lékaře například v okresní nemocnici jeho přidělení k výkonu zaměstnání po dobu nezbytného školení například do fakultní nemocnice, aniž by musel měnit zaměstnavatele.

Zákon stanoví v přechodných ustanoveních, že specializovanou způsobilost mají osoby, kterým ČLK vydala do 17. dubna 2004 osvědčení k výkonu soukromé lékařské praxe. Na tyto osoby se nevztahuje povinnost doplnění odborné praxe. Z toho vyplývají dva podstatné praktické důsledky: Pokud ČLK udělila například lékaři s II. atestací z interního lékařství do 17. 4. 2004 osvědčení k výkonu soukromé lékařské praxe v oboru kardiologie, byť lékař neměl atestaci z kardiologie, získal tím tento lékař specializovanou způsobilost v oboru kardiologie. Na druhé straně po nabytí účinnosti tohoto zákona nebude možno na základě licence ČLK vydané po 17. 4. 2004 uznat specializovanou způsobilost lékaře. Zákon však nemá retroaktivní účinnost, proto otázka, zda do doby jeho účinnosti měla či neměla být uznána specializovaná způsobilost lékařům na základě licence ČLK vydané i po 17. 4. 2004, zůstává nadále sporná a jsou na ni dva rozdílné právní názory. Po nabytí účinnosti tohoto zákona však již na základě osvědčení ČLK k výkonu soukromé lékařské praxe vydaném po 17. 4. 2004 specializovanou způsobilost nebude možno získat.

Lékařům, kteří podle dřívějších právních předpisů získali specializaci II. stupně, nástavbovou atestaci nebo specializovanou způsobilost v oborech, které nově nejsou uvedeny mezi lékařskými obory, Ministerstvo zdravotnictví ČR rozhodnutím přízná specializovanou způsobilost v odpovídajícím oboru, stanoveném prováděcím právním předpisem.

JUDr. Jan Mach, ředitel právní kanceláře ČLK



Mládež bez tabáku

Světová zdravotnická organizace (WHO) vyhláší každoročně 31. květen Světovým dnem bez tabáku. Letos je tématem Mládež bez tabáku (www.who.int/tobacco/wntd/2008). U příležitosti 60. výročí WHO se 28. května v Ledeburských zahradách v Praze konal seminář, jehož spoluorganizátorem byla Společnost pro léčbu závislosti na tabáku.

Podle literatury založené na důkazech i podle WHO jsou nejúčinnější prevencí kouření následující opatření:

Vysoké daně z tabákových výrobků

– růst daní a tím i cen je nejúčinnější způsob, jak snížit užívání tabáku, a především jak zabránit mladým, aby začali kouřit. Desetiprocentní nárůst může způsobit 4% pokles užívání tabáku v zemích s vysokými příjmy a 8% pokles v zemích se středními nebo nízkými příjmy. S nárůstem daní roste příjem státu a zároveň se snižuje konzumace. Vyšší daně mohou pomoci financovat kontrolu tabáku i jiné oblasti veřejného zdraví či sociální programy.

Nekuřácké veřejné prostory

– IARC (Mezinárodní agentura pro výzkum rakoviny WHO) zařadila tabákový kouř v roce 2004 mezi kancerogeny třídy A, tedy kategorie „lidský kancerogen“. Dále je prokazatelný okamžitý pokles infarktů myokardu ve všech zemích, kde začal platit naprostý zákaz kouření ve veřejných prostorech, a to cca o 10 až 20% (v ČR by 15% pokles infarktů myokardu znamenal měsíčně cca o 450 a ročně o cca 5400 infarktů méně). Takový zákon je zdarma, nedoplatí na něj ani pohostinský průmysl (jasné ekonomické analýzy ze všech zemí, kde platí) – jeho služeb využívá více lidí. Poklesne ovšem prodej cigaret: někteří kuřáci kouření omezí, jiní přestanou a především mladí nezačnou – odpadla snadná příležitost k první cigaretě.

Jasná grafická zdravotní varování

– na 50% velkých ploch krabiček, jak navrhuje EU a jak již v několika evropských zemích existují (Belgie, UK, Rumunsko a další). Uživatelé tabáku rozumí poměrně málo rozsahu

zdravotních rizik navzdory jasným důkazům – především dospívající a mladí.

Pomoc s odvykáním kouření

Na světě je více než miliarda kuřáků (okolo čtvrtiny dospělé populace). Většina z nich si přeje přestat kouřit, ale jen málo z nich dostane pomoc, kterou potřebuje. Léčba závislosti na tabáku pro ty, kdo se chtějí své závislosti zbavit, je vysoce efektivní vzhledem k vynaloženým nákladům a musí být součástí zdravotních systémů.

Monitorování užívání tabáku

Dobrý monitoring užívání tabáku a jeho dopadů poskytuje informace o rozšíření epidemie v zemi a také umožňuje vytvářet preventivní opatření šitá na míru té konkrétní země. Monitoring je nutný k pochopení tabákové epidemie a odpovědi na ni jak celosvětově, tak v jednotlivých zemích.

Stanovisko ČLK

Při příležitosti Světového dne bez tabáku se připojujeme k výše uvedeným požadavkům, které také zahrnuje Rámcová úmluva o kontrole tabáku (www.fctc.org). Tento první právně závazný dokument v historii WHO podepsalo dosud 168 zemí včetně ČR a ratifikovalo 154 zemí – ČR však dosud ne, jako nyní jediná země z EU.

Žádáme naše zákonodárce, aby ratifikovali Rámcovou úmluvu o kontrole tabáku a přijali zákon, zakazující kouření ve všech uzavřených veřejných prostorech jako základní podmínku ochrany zdraví obyvatel.

Více informací k jednotlivým bodům „MPOWER“:
Monitor tobacco use and prevention policies
Protect people from tobacco smoke
Offer help to quit tobacco use
Warn about the dangers of tobacco
Enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship
Raise taxes on tobacco

<http://www.who.int/tobacco/mpower/en/index.html>

Očari podporují vedení komory

Usnesení výboru regionálních zástupců Sdružení privátních ambulantních oftalmologů ze 6. až 7. 6. 2008:

1) Výbor regionálních zástupců Sdružení privátních očních lékařů podporuje stanoviska ČLK k reformě českého zdravotnictví a vyslovuje znepokojení nad tím, že převážná většina navrhovaných změn nebyla konzultována s poskytovateli zdravotní péče.

2) Plně se staví za prohlášení představenstva ČLK ze dne 22. 5. 2008 a vyjadřuje svou plnou podporu panu prezidentovi Mudr. Kubkovi (jehož vystoupení považují za apolitickou obhajobu českého lékařského stavu na všech úrovních) a zásadně nesouhlasí s účelovým šířením nepravdy o rozštěpení ČLK, které má naší profesní organizaci zdiskreditovat.

3) Vyzýváme všechny lékaře k etickému postupu a dodržování demokratických zásad a apolitického postoje v diskusi o reformě našeho zdravotnictví.

4) Výbor regionálních zástupců bude i nadále hájit zájmy ambulantních očních lékařů při jednáních s pojišťovnami o úhradách zdravotní péče a dále bude pokračovat v úzké spolupráci s výborem ČOS JEP.

5) Výbor SPOL zahájí jednání s představenstvem ČLK o možnosti přijetí zákona, který by stanovil nepodročitelné ceny práce lékaře (analogie např. s advokátními komorami).

inzerce



www.imsrecruitment.com

DOCTORS FOR GREAT BRITAIN

GENERAL PRACTITIONERS / MEDICAL ADVISERS

ORTHOPAEDIC SURGEONS (Full / part-time)

RMO DOCTORS (Anaesthetists Surgeons A+E Psychiatry)

DERMATOLOGISTS / CARDIOLOGISTS (Part-time work at home for a UK company)

DEUTSCHLAND WIR SUCHEN VIELEN ÄRZTE

Contact us:
 Czech Rep.- Tel: 00420 737 589 382, 00420 224815047
 Slovak Rep.- Tel: 00421 911 268 080, 00421 252450158
 email: info@imsrecruitment.com, zuzana@imsrecruitment.com
www.imsrecruitment.com



Vzdělávací kurzy České lékařské komory

Přehled podzim 2008

Příhlásky zasílejte na adresu:

Oddělení vzdělávání ČLK

Lékařská 2, 150 30 Praha 5, fax: 257 220 618, e-mail: vzdělavani@clker.cz, seminar@clker.cz (uveďte celé jméno, odbornost, adresu, telefonní číslo a číslo kurzu)

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

Poplatky za účast na doškolovacích kurzech České lékařské komory

Cena doškolovacích kurzů ČLK, pokud není uvedeno jinak:

- pro lékaře příslušných specializací při přihlášení a platbě předem 650 Kč
- pro lékaře příslušných specializací při přihlášení a platbě na místě 720 Kč
- pro nečleny České lékařské komory 1190 Kč

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

Každý doškolovací kurz České lékařské komory je ohodnocen **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.clker.cz

42/08 Kurz – Léčba závislosti na tabáku

Datum konání: 6. 9. 2008

Místo konání: Praha 5, Klub ČLK, Lékařská 2

Koordinátor: 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)
- Nácvik 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

Koordinátor: PhDr. Blanka Čepická

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

Velký důraz se klade na diskusi a výměnu

zkušeností všech účastníků na každém workshopu. Nemí to tedy klasický typ výuky za katedrou přednášejícího hovořícího 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 určité typy 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 psychodynamických her na psychiku zdravotníků.
- Jak zvyšovat energetické zisky – pozitivní ocenění, vliv významnosti 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 (bairntovská skupina, autogenní trénink, supervize, ČISM).

43/08 Kurz – Kardiologie

Datum konání: 20. 9. 2008

Místo konání: Praha 5, Klub ČLK, Lékařská 2

Koordinátor: 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 Fridl, 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

50/08 Kurz – Data, klinické momenty i novinky v neodkladné péči: zkušenosti z atestací a k atestacím z urgentní a intenzivní medicíny

Datum konání: 27. 9. 2008

Místo konání: Praha 5, Klub ČLK, Lékařská 2

Koordinátor: Doc. MUDr. Jarmila Drábková, CSc., OCHRIP, FN Praha Motol

Program kurzů v termínech 27. 9. 2008, 15. 11. 2008 a 24. 1. 2009 bude vytvořen podle aktuálních časových možností uvedených přednášejících

MUDr. Jan Bělohávek

- Dnešní pohled na dysrytmie a jejich akutní

- léčbu; varovné dysrytmie; EKG klidové a zátěžové – hodnocení v předoperační přípravě a v pooperačním období; které léky ponechat a které připojit – betablokátor + statiny?
 - Warfarinizace a akutní operační výkony. Jsou u seniorů některé chlopenní vady typické a nutno na ně brát zřetel při jakémkoli akutním stavu?
 - Systolické a diastolické dysfunkce levo- a pravostranné; liší se symptomatologie a akutní léčba?
- MUDr. Vladimír Bicek
- Jak dnes řadíme KPR v různých situacích?
 - Co změnilo AED?
 - Znamená využití laryngeální masky změnu v poměru kompresí a vdechů?
 - Jaké jsou názory na léčebnou hypotermii a odloženo resuscitaci – u polytraumat, netraumatických příhod s dlouhým časovým faktorem?
 - Které léky nelze kombinovat a které naopak mají vhodné interakce ve vlivu na myokard a vazomotoriku? Vazopresin a terlipresin – adrenalin, noradrenalin, dopamin, dobutamin, dopexamin – jak je zhodnotit, popř. kdy a jak kombinovat?
- Doc. MUDr. Jarmila Drábková, CSc.

- Jak se díváme dnes na profylaxi SIRS, MODS, ARDS – patří již do první linie?
 - Rizika, která narůstají a kdy na ně myslet, které diagnózy jsou nejčastěji opomíjeny?
 - TEN, únávoový syndrom, překrývající se autoimunitní syndromy, myopatie a další závažné momenty.
 - Které hlavní bioindikátory vyžadujeme?
 - Co bylo nového na posledních velkých kongresech o akutních stavech?
 - Analgesedace, restrikce – jejich medicínská stránka.
 - Nové pojmy v medicíně akutních stavů, často nepřeložitelné a nepřekládané, jako rave, out-of-body experience; near-death experience, POCT, sarkopenie, difúzní axonální trauma atd.
 - Nové guidelines zahraniční i domácí pro různé akutní stavy a neodkladné situace.
 - Prim. MUDr. Jiřina Hobstová CSc.
 - Nová závažná foudroyantní infekční rizika pro pacienty i pro zdravotníky.
 - Jaké minimum máme vědět o biologických zbraních všedního dne a o nezvyklých infekcích, s nimiž se lze setkat?
 - Rizika podezřelých chorob, před nimiž máme varovat i akutní pacienty – CMV, MRSA, hepatitidy a další.
- Doc. MUDr. Přemysl Klíř
- Smrt z dnešního pohledu soudního lékaře. Agrese. Domácí násilí; týrání a zneužívání.
 - Podezření a oznamovací povinnost atd.
 - Překvapivé momenty. Výpovědi, dokumentace.
- MUDr. Jana Šeblová
- Nové drogy, nové profily otrav a nové postupy.
 - Která rizika drog jsou nejzávažnější a v které fázi?
 - Profesionální náročnost, zátěž a profylaxe nežádoucího dopadu profese na osobnost lékaře při trvalém řešení akutních závažných stavů za nejistoty a rizika.

- MUDr. Aleš Tomek
- Novinky v akutní neurologii – nové guidelines při akutních cévních mozkových příhodách.
 - Které léky dnes uznáváme jako účinné, a které se vyřazují v akutních stavech?
 - Opakované křečové stavy – nejčastější příčiny, dif., dg. a postup.
- MUDr. JUDr. Lubomír Vondráček, JUDr. Jan Vondráček jun., Mgr. Jana Wolesská
- Spoluzodpovědnost členů rodiny – domácí intenzivní péče a odpovědnost laiků.
 - Poučení z nedávných případů vniknutí reportérů do ZZ; etika masmédií a zdravotníků.
 - Srovnatelná práva a povinnosti.
 - Principy MIMS, snížená přičetnost, organický psychosyndrom, farmako-ovlivnění, vliv strachu a nejistoty v akutních stavech. Ovlivnění pacientů i lékařů.

51/08 Seminář – Komunikačně náročné situace mezi lékařem a pacientem a jejich zvládnání

Datum konání: 27. 9. 2008

Místo konání: Praha 4, ÚPMD, Podolské nábř. 157

Účastnický poplatek: 500 Kč

Hodnocení: 6 kreditů

Koordinátor: PhDr. Erika Gerlová

PhDr. Erika Gerlová, Mgr. Tatiana Krulová

- příčiny poruch v komunikaci mezi lékařem a pacientem
- principy efektivní komunikace
- komunikace pod vlivem emocí
- jednání s agresivním jedincem
- sdělování nepřijemných zpráv v lékařské praxi
- nároky na komunikaci pramenící ze současných změn v pojetí lékařské role

44/08 Kurz – Gynekologie

Datum konání: 4. 10. 2008

Místo konání: Praha 5, Klub ČLK, Lékařská 2

Koordinátor: 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 Koblihová
- Použití 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

Koordinátor: Prof. MUDr. Petr Goetz, DrSc., Ústav biologie a lékařské genetiky 2. LF UK

- Prof. Ing. Zdeněk Sedláček, DrSc.
- Molekulární genetika v medicíně
- RNDr. Eduard Kočárek, Ph.D.
- Chromosomy v medicíně
- Prof. MUDr. Milan Macek, DrSc.
- Prenatální diagnostika
- Prof. MUDr. Petr Goetz, CSc.
- Hereditární malignity
- MUDr. Vladimír Gregor
- 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

Koordinátor: 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
- Úměřá plicní ventilace
- MUDr. Marek Svitek
- COPD a astma bronchiale
- MUDr. Zdeněk Stach
- Monitorace respiračního systému
- MUDr. Tomáš Kotulák
- Oligurie a renální selhání
- MUDr. František Novák
- Prevence a léčba akutního renálního selhání
- MUDr. Martin Balík, Ph.D.
- Antikoagulace CRRT s rizikem krvácení

47/08 Kurz – Dorostové lékařství

Datum konání: 18. 10. 2008

Místo konání: Praha 5, ČLK, Oválná pracovna,



Lékařská 2

Koordinátor: MUDr. Pavel Kabiček, CSc.

MUDr. Pavel Kabiček, CSc.

- Poruchy příjmu potravy v dospívání
- Doc. MUDr. Zuzana Urbanová, CSc.
- Vztah výživy k rizikovým faktorům v dospívání

MUDr. Alexandra Moravcová

- Dospívání a obezita
- Prim. MUDr. Pavel Frühauf, CSc.
- Speciální diety a compliance v adolescenci
- MUDr. Lenka Vepřeková
- Anémie a výživa v dospívání
- Jitka Tomešová
- Zdravá výživa dospívajících
- Marieta Baliková
- Alternativní výživa v dospívání
- Mgr. Pavel Suchánek
- Výživa sportujících adolescentů

52/08 Kurz – Neonatologie

Datum konání: 1. 11. 2008

Místo konání: Praha 5, Oválná pracovna, Lékařská 2

Koordinátor: MUDr. Marcela Černá

Doc. MUDr. Zbyněk Straňák, CSc.

- Sekundární prevence závažných vrozených vývojových vad
- MUDr. Miloš Černý
- Co je nového v přístupu k rozštěpovým vadám rtu a patra?
- Doc. MUDr. Petr Zohan, CSc.
- Dlouhodobé sledování rizikových nedonošenců
- MUDr. Helena Slavíková
- Screening sluchu u novorozenců
- MUDr. Jan Radina
- Dítě diabetické matky
- Osteopenie nedonošených dětí
- MUDr. Marcela Černá
- Mateřské mléko – pokrm, nebo tkáň?
- Systém kritických bodů při používání mateřského mléka

53/08 Seminář – Komunikačně náročné situace mezi lékařem a pacientem a jejich zvládní

Datum konání: 1. 11. 2008

Místo konání: Praha 5, ČLK, Lékařská 2

Účastnický poplatek: 500 Kč

Hodnocení: 6 kreditů

Koordinátor: PhDr. Erika Gerlová

Podrobnosti u semináře 51/08

48/08 Kurz – Tak léčím já Rozšířené kazistiky s dif. dg. rozvahou, algoritmy vyšetřování a možnostmi léčby

Datum konání: 15. 11. 2008

Místo konání: Praha (bližší informace budou uvedeny na pozvánce)

Koordinátor: MUDr. Marcela Černá

MUDr. Štěpánka Čapková

- Atopický ekzém
- MUDr. Anna Zabanová
- Konjunktivitida
- Doc. MUDr. Jiří Nevald, CSc.
- Kazistiky z gastroenterologie
- MUDr. Petr Smlíček
- Anémie

54/08 Kurz – Data, klinické momenty i novinky v neodkladné péči: zkušenosti z atestací a k atestacím z urgentní a intenzivní medicíny

Datum konání: 15. 11. 2008

Místo konání: Praha 5, Klub ČLK, Lékařská 2

Koordinátor: Doc. MUDr. Jarmila Drábková, CSc., OCHRIP, FN Praha Motol

Podrobnosti u kurzu č. 50/08

49/08 Kurz – Novinky ve vnitřním lékařství

Datum konání: 22. 11. 2008

Místo konání: Praha 5, Klub ČLK, Lékařská 2
Koordinátor: MUDr. Jan Bruthans, CSc., FEESC, Pracoviště preventivní kardiologie IKEM, Praha

MUDr. Jan Bruthans, CSc.

- Terapie v kardiologii
- MUDr. Robert Čihák, CSc.

- Arytmologie
- MUDr. Eva Kotrlíková
- Intenzivní metabolická péče
- Prof. MUDr. Karel Pavelka, DrSc.
- Autoimunní onemocnění – diagnostika a léčba
- Prof. MUDr. Václav Zamrazil, DrSc.
- Endokrinologie
- MUDr. Radkin Honzák, CSc.
- Komunikace s pacientem

55/08 Kurz – Metody vyšetřování úrovně zrakové ostrosti a indikační pravidla při korekci refrakčních vad u malých nespolepracujících dětí a u dětí s vícečetným, nejen zrakovým postižením

Teoretická část

Datum konání: 22. 11. 2008

Místo konání: Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5

Praktická část

Datum konání: individuální stáž (6 hodin).

- Termín si domluví každý posluchač dle svých časových možností.
- Místo konání: Dětská oční ambulance, Zdravotnické zařízení Barrandov, Krškova 807, 152 00 Praha 5–Barrandov
- Cena kurzu: 2500 Kč
- **Koordinátor: MUDr. Anna Zabanová**

Program teoretické části (5 hodin):

- Vývoj vidění
- Vývoj refrakce
- Metody vyšetřování úrovně zrakové ostrosti u nonverbálních pacientů
- Zásady práce s dětmi s vícečetným, nejen zrakovým postižením (MDVI)
- Kritéria pro korekci refrakčních vad brýlemi či kontaktními čočkami u dětí

56/08 Kurz – Odborný seminář o NPN

Datum konání: 29. 11. 2008

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

Koordinátor: MUDr. Zdeněk Schwarz, ředitel Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy

MUDr. Jiří Danda, MUDr. Milana Pokorná

- Kardiopulmonální resuscitace, včetně praktického nácviku na modelu + praktická ukáзка monitorace vitálních funkcí na běžně užívaných pomůckách ZZS HMP-ÚSZS
- MUDr. Ondřej Franěk
- Stratifikace volání na tísňovou linku a telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace
- MUDr. Karel Kučera
- Resuscitační systém Auto-Pulse
- MUDr. Jiří Danda
- Alternativní zajištění dýchacích cest, včetně nácviku na modelu
- MUDr. Milana Pokorná
- Alternativní vstup do cévního řečiště, včetně nácviku na modelu
- Alan Ryba, Dis.
- Použití imobilizačních prostředků běžně užívaných v přednemocniční neodkladné péči
- MUDr. Jaroslav Valášek, Bc. Tajčman, Dis.
- Třídění raněných a postižených při mimořádných událostech při hromadném postižení zdraví, včetně vysvětlení systému START

57/08 Seminář – Komunikačně náročné situace mezi lékařem a pacientem a jejich zvládní

Datum konání: 29. 11. 2008

Místo konání: Praha 4, ÚPMD, Podolské nábř. 157

Účastnický poplatek: 500 Kč

Hodnocení: 6 kreditů

Koordinátor: PhDr. Erika Gerlová

58/07 Kurz – Dětská psychiatrie

Datum konání: 6. 12. 2008

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

Koordinátor: Doc. MUDr. Ivo Paclt

- Doc. MUDr. Ivo Paclt
- Úvod, dětská psychiatrie a pediatrie
- Co lze očekávat od dětské psychiatrie
- Spolupráce s dalšími pedagogickými institucemi
- Základní diagnostické kategorie v pedopsychiatrii

- Hyperkinetický syndrom, poruchy učení, poruchy chování, tikový syndrom
- Schizofrenie, depresivní poruchy, uzostné poruchy
- Psychosomatické poruchy v pedopsychiatrii
- Možnosti spolupráce

59/08 Kurz intenzivní medicíny – II. blok: Infekce a seps, kardiologie v intenzivní medicíně

Datum konání: 13. 12. 2008

Místo konání: Praha 5, Klub ČLK, Lékařská 2
Koordinátor: MUDr. Jiří Valenta, KARIM VFN 1, LF UK Praha 2

MUDr. Josef Závada, CSc.

- Seps a MODS
- MUDr. Jan Rulíšek
- Závažné infekce v intenzivní medicíně
- Strategie léčby infekcí na JIP
- MUDr. Michal Kolář
- Imunokompromitovaný pacient
- Hygienická rizika v intenzivní péči
- MUDr. Martin Balík, Ph.D.
- Neinvasivní vyšetření hemodynamiky
- MUDr. Severin Romaniv
- Kardiální selhání a kardiogenní šok
- MUDr. Miloš Dobiaš
- Arytmie a hypertenze

1/09 Kurz – Metody vyšetřování úrovně zrakové ostrosti a indikační pravidla při korekci refrakčních vad u malých nespolepracujících dětí a u dětí s vícečetným, nejen zrakovým postižením

Teoretická část

Datum konání: 10. 1. 2009

Místo konání: Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5

Praktická část

Datum konání: individuální stáž (6 hodin).

- Termín si domluví každý posluchač dle svých časových možností.
- Místo konání: Dětská oční ambulance, Zdravotnické zařízení Barrandov, Krškova 807, 152 00 Praha 5–Barrandov
- Cena kurzu: 2500 Kč
- **Koordinátor: MUDr. Anna Zabanová**

Program teoretické části (5 hodin):

- Vývoj vidění
- Vývoj refrakce
- Metody vyšetřování úrovně zrakové ostrosti u nonverbálních pacientů
- Zásady práce s dětmi s vícečetným, nejen zrakovým postižením (MDVI)
- Kritéria pro korekci refrakčních vad brýlemi či kontaktními čočkami u dětí

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.

1105/08 – středa 8. 10.

MUDr. Jan Melichar

Resuscitace novorozence. Praktický nácvik

106/08 – úterý 14. 10.

Prof. MUDr. Jan Lebl, DrSc.

Tak léčím já: Dítě s poruchou růstu

107/08 – úterý 4. 11.

MUDr. Petr Vělebil

Kazistiky: Mateřská úmrť

108/08 – úterý 11. 11.

MUDr. Anna Zabanová

Tak léčím já: Konjunktivitida u dětí. Neprůchodnost slzných cest.

109/08 – středa 19. 11.

MUDr. Jan Melichar

Resuscitace novorozence. Praktický nácvik

110/08 – středa 3. 12.

MUDr. Štěpánka Čapková

Tak léčím já: Dítě s atopickým ekzémem

113/08 – úterý 25. 11.

MUDr. Jana Šeblová, Ph.D.

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.

116/08 – čtvrtek 23. 10

Doc. MUDr. Hana Krasnicánová, CSc.
Kraniosynostózy a deformity neurokrania – stálá pediatrická diagnostická výzva

Připravujeme: 11/08

Prím. MUDr. Jiřina Hobstová

Infekce: Které nové infekce hrozí a proč? Hrozí přenos i zdravotníkům?

Čím jsou důležité současné komunitní pneumonie? Jak se zachová k pacientovi s MRSA pozitivitou v akutních případech? Jak zformulovat systém dotazů na anamnézu u akutních pacientů, vracejících se z různých kontinentů?

Kde lze najít optimální databáze s informacemi?

112/08

Mgr. Jana Wolesská

Komunikace s obtížným pacientem

114/08

Doc. MUDr. Jiří Nevald, CSc.

Zajímavé kazistiky z gastroenterologie

115/08

MUDr. Petr Smlíček

Tak léčím já: Anémie

DERMATOVENEROLOGIE AKTUÁLNĚ

(celodenní sobotní kurzy)

Brno (25. 10. 2008), Praha (8. 11. 2008), Olomouc (29. 11. 2008), České Budějovice (10. 1. 2009), Hradec Králové (7. 2. 2009), Píseň (21. 2. 2009)

Kurz je určen pro praktické lékaře, pediatry, dermatovenerology a jiné specialisty

Odborný garant: Prof. MUDr. Jana Hercogová, CSc.

Pořadatel: Česká lékařská komora a Česká akademie dermatovenerologie o. p. s. (CZADV)

Program:

Atopická dermatitida

Psoriáza

Maligní melanom

Kožní karcinomy

Vitiligo

Herpes zoster

Kožní projevy HIV infekce

Novinky v dermatovenerologické terapii

Inzerce

Příjem řádkové inzerce:

recepc@clkr.cz

Časopis ČLK, Jiřina Kinčlová

Lékařská 2, 150 00 Praha 5

tel.: +420 257 217 226

fax: +420 257 220 618

Volná místa – poptávka

Anesteziolog, II. atestace v oboru, přijme adekvátní zaměstnání mimo obor. OSSZ, rev. lékař, preferuji soukr. ZP, Ostrava. Tel. 722 623 986

Převezmu ordinaci praktického lékaře v centru nebo širším centru Prahy. Licenci mám.

Kontakt: ordinaec-praha@volny.cz

Jsem praktický lékař pro dospělé s atestací a licenci ČLK, praxe 10 let. Hledám místo v oboru, nástup možný ihned. Tel. 773 082 064, 774 958 828

Lékař, 2 atestace v oboru ARO, přijme zaměstnaní mimo obor. Transf. služba, revizní lékař, PL, OSSZ – Ostrava. Tel. 722 623 986

Volná místa – nabídka

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

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

Zaměstnám jednu všeobecnou sestru s maturitou a osvědčením, úvazek 1.0. Broumov – Teplice nad Metují, nástup možný od 1. 7. 2008, cizí národnost nevydává, znalost češtiny nebo slovenštiny nutná. Medica-Langer s.r.o., Profitaštických bojovníků 182, 550 01 Broumov. Tel. 491 581 190, e-mail: langer.medica@seznam.cz

Zaměstnám lékaře v ordinaci PL pro dospělé a přenechám mu dobře zavedenou praxi. Tel. 731 426 065

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

Zaměstnám pediatra v soukromé ordinaci na Praze 4. Převzetí praxe možné. Tel. 731 407 577

Přijmu od září 2008 do soukromé ordinace praktického lékaře pro dospělé blízko centra Prahy zdravotní sestru i na zkrácený úvazek. Písemné nabídky zašlete na adr. Ing. Karel Hekš, V Předpoldí 17, 100 00 Praha 1

Hledám asistenta do ordinace PLDD v Ostravě s následným převodem praxe. Tel. 775 223 531

Hledám gynekologa/gynekoložku na 1–2 dny v týdnu, ambulance v Praze 10. MD, důch. atd. Tel. 724 787 102

Litomyšlská nemocnice, a.s., přijme lékaře se specializovanou způsobilostí na funkci zástupce primáře Interního oddělení, spojenou s prací v ambulanci interního oddělení, spojenou s prací v ambulanci interního oddělení. Nástup možný ihned nebo dle dohody. Blížejší informace podá primář: milan.dunaj@litnem.cz, tel. 607 487 609. Písemné nabídky zašlete na adresu: Litomyšlská nemocnice, a.s., J. E. Purkyně 652, 570 14 Litomyšl

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

Polická nemocnice, s.r.o., přijme lékaře pro léčebnou dlouhodobě nemocných. Pro lékaře s atestací možnost práce v interní ambulanci na část úvazku odměňovanému v podmínkách přímé závislosti na ekonomických výsledcích ambulance s adekvátní autonomní rozhodování. Polická nemocnice, s.r.o., Eimova 294, 572 01 Polička. Tel. 461 722 700, 732 567 007. E-mail: ldn.nempol@tiscali.cz

Oční ordinace v Olomouci přijme do pracovního poměru lékaře. Tel. 602 755 954

Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s., přijme lékaře (i absolventy) na tato oddělení: interní oddělení (inf. primář Jiří Plocek, tel. 384 376 389, e-mail: plocek@hospitaljh.cz), dětské oddělení (inf. primář Miroslav Toms, tel. 384 376 126, e-mail: toms@hospitaljh.cz) Nástup možný ihned nebo dle dohody. Možnost odborného růstu, pracoviště jsou akreditována pro další vzdělávání, ubytování a stravování zajištěno. V případě zájmu kontaktujte primáře jednotlivých oddělení nebo písemné nabídky zašlete na adresu: Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s., U Nemocnice 380/III, 377 38 Jindřichův Hradec.

Nemocnice Jihlava, příspěvková organizace, přijme na interní oddělení: 2 lékaře se specializovanou způsobilostí pro vnitřní lékařství, 2 lékaře absolventy pro přípravu vnitřního lékařství, 1 lékaře – vedoucího lůžkové stanice. V případě zájmu kontaktuje primáře interního oddělení MUDr. Jaroslava Točíka, tel. 567 157 231, 603 835 504, e-mail: tocik@nemj.cz Písemné žádosti včetně profesního životopisu

zaslejte na adresu: Nemocnice Jihlava, příspěvková organizace, oddělení personální a mzdové, Vrchlického 59, 586 33 Jihlava

Přijmeme lékaře (lékařku) s at. I. st. (PL pro dospělé nebo interna nebo s výhledem na atestaci v blízké době) na místo praktického lékaře pro zavedený obvod v Třebíči. Pozdější převzetí po dohodě možné (osamostatnění). Byt k pronajmutí rezervován. Obvyklý plat + zaměstnanecké výhody vč. auta. Nástup po vzájemné dohodě. Podrobnosti: MUDr. V. Lhotský, 568 822 444, 608 317 011, e-mail: avimed@iol.cz

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

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 adresě: olujevicko@olujevicko.cz, tel. 777 142 209

Nemocnice s poliklinikou v Havířově, p.o., přijme do pracovního poměru lékaře absolventa se zájmem o obor infekčního lékařství. Nabízíme perspektivní práci s možností osobního růstu a dalšího vzdělávání. Dále nabízíme dobré platové podmínky, ubytování v ubytovně v blízkosti nemocnice, výhledové získání bytu. Při nástupu do 1. 9. 1 poměrnou část příspěvků z FKSP na rekreaci, kulturu, tělovýchovu, penzijní a životní připojištění. Požadujeme spolehlivost, pracovitost, samostatnost a vlastní iniciativu. Znalost cizího jazyka vítána, není však podmínkou. Přihlášky s profesním životopisem a výpisem z rejstříku trestů zaslejte na adresu: Marie Bystronová@nsphav.cz, osobní práce a mezd, Dělnická 24, 736 01 Havířov-Město. E-mail: marie.bystronova@nsphav.cz, mobil 724 973 389

V roce 2001 kompletně zrekonstruovaná a nadstandardně vybavená Nemocnice Sušice o.p.s. přijme: 1/ sekundárního lékaře na interní oddělení s výhledem funkčního místa (atestace v oboru inter. lékařství, kardiologie apod.); 2/ absolventa na chirurgické oddělení (případně lékaře ve specializaci přípravy); 3/ fyzioterapeuta. Požadujeme: vzdělání odpovídající danému zařízení, morální a občanskou bezúhonnost, ochotu k intenzivnímu pracovnímu vytížení. Nabízíme: zájem nemocnice se 160 lůžky akutní i následné péče v základních oborech včetně multidisciplinární JIP a RLP, kolegiální atmosféru s nadstandardními pracovními podmínkami, zajímavé ohodnocení odpovídající zastávané pozici, profesní růst s intenzivním dalším vzděláváním, ubytování v areálu nemocnice s možností služebního bytu, atraktivní prostředí centrální Šumavy s nabídkou plného sportovního i kulturního využití. Nástup dle dohody. Informace na tel. 376 530 216, MUDr. Jiří Šedivý, ředitel nebo 376 530 220, 777 113 976 MUDr. Choc, nám. pro LP, e-mail: sekretariat@nemocnice-susice.cz nebo choc@nemocnice-susice.cz

Nemocnice Tábor, a. s., přijme do pracovního poměru lékaře pro oddělení nadstandardní péče. Specializovaná způsobilost, popřípadě zařazení do některého ze základních oborů vítáno, akceptujeme i absolventy VŠ, plný pracovní úvazek, v případě potřeby možnost ubytování na ubytovně nemocnice. Nástup ihned, popřípadě dle dohody. Blížeší informace podá: MUDr. Dana Růžickova, primářka oddělení, tel. 381 608 611. Písemné nabídky zaslejte elektronicky na dana.ruzickova@nemta.cz nebo poštou na adresu: Nemocnice Tábor, a. s., personální oddělení, Kpt. Jaroše 2000, 390 03 Tábor

Nemocnice s poliklinikou v Havířově, p. o., přijme do pracovního poměru lékaře na neurologické oddělení. Nabízíme perspektivní práci s možností osobního růstu a dalšího vzdělávání. Dále nabízíme dobré platové podmínky, ubytování v ubytovně v blízkosti nemocnice, výhledové získání bytu. Jsme odborné pracoviště s plnou akreditací zajišťující kompletní neurologickou diagnostiku, práci na standardním oddělení, práci v rámci intenzivní medicíny na ER a multioborových JIP. Přihlášky zaslejte na adresu: Nemocnice s poliklinikou, odd. personální práce a mezd, Dělnická 24, 736 01 Havířov-Město. E-mail: marie.bystronova@nsphav.cz, mobil 724 973 389

Primář interního oddělení Nemocnice s poliklinikou Havířov MUDr. Vlastimil Kozel nabízí pracovní příležitost lékaři s atestací v oborech vnitřní lékařství, diabetologie, gastroenterologie, kardiologie, a to na celý i částečný úvazek. Požadujeme: pečlivost, odpovědný přístup k práci, bezúhonnost, zdravotní způsobilost. Nabízíme možnost plně se realizovat v oboru, pracovat na odborné ambulanci nebo na lůžkovém oddělení, podporu osobního rozvoje a dobré mezilidské vztahy, dobré platové podmínky, zaměstnanecké výhody, výhledové možnosti získat byt. Vyberete-li si právě naši nemocnici, získáte práci, prostor pro další odborný růst na standardních interních stanicích i v multioborových JIP. Pokud Vás naše nabídka oslovila, kontaktujte vedoucí personálního odd. Marii Bystronovou (marie.bystronova@nsphav.cz) nebo přímo MUDr. Vlastimila Kozela (vlastimil.kozel@nsphav.cz), případně volejte na 596 491 111

NZZ v Praze 4 přijme praktického lékaře/ku na plný úvazek. Výhodné pracovní a platové podmínky. Nástup ihned dle dohody. Informace na tel. 841 765 162 nebo 241 770 620

Sdružené zdravotnické zařízení Krnov, p.o., přijme do pracovního poměru lékaře s atestací, příp. absolventa v oboru vnitřního lékařství pro práci na lůžkové části, JIP i specializovaných ambulancích; lékaře s atestací v oboru pediatrie pro práci na všech jednotkách lůžkového oddělení včetně novorozence a JIP, výhledově získání funkčního místa vedoucího oddělení, zástupce primáře; lékaře s atestací, popř. absolventa v oboru radiodiagnostika pro práci na nově zrekonstruovaném oddělení s moderním vybavením (CT přístroj, AG komplet, mammografie + steroaxe, 3 sonografy, PACS), výhledově magnetická rezonance, provádíme vaskulární a nevasculární intervence, služby na telefonu; lékařku do ústavní lékárny pro práci na úseku výdaje léků pro veřejnost a na odborných pracovištích. Nabízíme moderně vybavená pracoviště, perspektivu dalšího odborného růstu, nadstandardní platové podmínky, ubytování, případně přidělení bytu dle dohody, možný okamžitý nástup. Kontakt: MUDr. Ivan Pavlák, náměstek LPP, tel. 554 690 144, pavlak.ivan@szzkrnov.cz Sdružené zdravotnické zařízení Krnov, p.o., I. P. Pavlova 9, Krnov

Soukromá oční klinika Gemini přijme lékaře – oftalmologu pro pracoviště v Průhonicích u Prahy a Českých Budějovic. Atestace v oboru není podmínkou. Garantujeme odborný růst a atraktivní práci na moderně vybaveném pracovišti. Nabídky doplněné o profesní životopis zaslejte na e-mail: prace@goc.cz

Železniční poliklinika Olomouc přijme na úvazek 1,00 a za výhodných platových podmínek do pracovního poměru lékaře s licenčním oprávněním a spec. způsobilostí v oboru praktického lékařství pro dospělé (pro pracoviště Přerov a Olomouc). Písemné nabídky přijímáme na personální odd. ŽP, Jeremenkova 40, 772 52 Olomouc. Info na tel. 972 748 509, 972 748 596. www.dopravnizdravotnictvi.cz, e-mail: bohumila.vodrazkova@dopravnizdravotnictvi.cz

Rehabilitační klinika Malvazinky přijme lékaře RTG na úvazek 0,5–1,0. Znalost monografie výhodou. Dobré platové podmínky, zaměstnanecké výhody, pěkné prac. prostředí. Nástup možný ihned. Životopis zaslejte na asistentkarm@malvazinky.cz, tel. 251 116 604

Občanské sdružení NADĚJE přijme do své ordinace PL pro dospělé na Praze 2. Požadujeme atestaci I. st. ze všeobecného lékařství a platnou licenci ČLK, event. možnost jejího vyřízení, sociální citění. Možnost zkr. úvazku, vhodné pro seniory i cizince. CV a motivační dopisy zaslejte na adr. K Brance 11/19e, 155 00 Praha 5, tel. 222 521 110 e-mail: personalista.praha@nadeje.cz

Nemocnice Ledeč-Háj, s.r.o., vypisuje výběrové řízení na místo primáře oddělení LDN ambulancí pracoviště a odborného zástupce – lékařského ředitele. Požadujeme: specializovanou způsobilost v oboru vnitřní lékařství (II. atest.) nebo geriatry, licenci ČLK na vedoucího lékaře v oboru vnitřní lékařství nebo geriatry, organizační schopnosti. Nabízíme: nadstandardní byt v areálu nemocnice, velmi dobré finanční ohodnocení, osobní automobil i k soukromému použití, notebook a mobilní telefon, možnost práce na ambulanci. Nabídky zaslejte na

e-mail: kaniok@nemledec.cz, filipova@nemledec.cz, volejte na tel. 569 726 000 – po telefonické domluvě možnost prohlídky zařízení. Nástup dle dohody.

Chrudimská nemocnice, a.s., přijme lékaře i před atestací pro anesteziologicko-resuscitační odd., kontakt: prim.MUDr. Zemánek, tel. 469 653 370 e-mail: zelinka@hospital.chrudim.cz., Nástup možný ihned. Možnost ubytování.

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

Hledám praktického lékaře do ordinace případně i před atestací, pracoviště ČM Praha 9, nástup možný ihned nebo dle dohody. Tel. 731 503 803, medicur@seznam.cz

Nemocnice Sv. Alžběty, Na Slupi 6, Praha 2, hledá lékaře do pneumologické ordinace až na plný úvazek. Všechny podmínky dohodou. MUDr. Trnka 604 951 250, trnka@nemalzbeta.cz

Poliklinika v Praze 4 přijme lékaře internistu, i v přípravě k atestaci. Nástup dle dohody, možný ihned. Tel. 261 006 427, 602 318 025

Absolventa lékařské fakulty na oddělení fyziologicko-patologických novorozenců a do programu Ph.D. studia Gynekologicko-porodnické kliniky přijme Všeobecná fakulturní nemocnice v Praze. Nástup možný od 1. 9. 2008. Zájemci s profesním životopisem se mohou hlásit na sekretariátu Neonatologického oddělení, Apolinářská 18, 128 00 Praha 2 u paní Štajrtové, tel. 224 967 146, e-mail: olga.stajrtova@vfn.cz

Poliklinika v Praze 4 přijme lékaře ortopeda, i v přípravě k atestaci. Nástup dle dohody. Tel. 261 006 427, 602 318 025

Lékaře na plný úvazek pro ambulanci činnosti Ústavu imunologie a mikrobiologie přijme Všeobecná fakulturní nemocnice v Praze. Požadavky: specializace v oboru nebo specializace ve vnitřním lékařství. Informace na tel. 224 966 208/264

Poliklinika na Praze 4 přijme očního lékaře, i v přípravě k atestaci. Výhodné platové podmínky. Nástup dle dohody. Tel. 602 318 025, 261 006 427, 443

Secundárního lékaře na oddělení novorozenecké JIP Neonatologického oddělení Gynekologicko-porodnické kliniky přijme Všeobecná fakulturní nemocnice v Praze. Podmínky příjete: atestace z dětského lékařství I. st. nebo zkouška z pediatrického kmene. Nástup možný ihned. Zájemci s profesním životopisem se mohou přihlásit na sekretariátu Neonatologického oddělení, Apolinářská 18, 128 00 Praha 2 u paní Štajrtové, tel. 224 967 146, e-mail: olga.stajrtova@vfn.cz

Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o., přijme lékaře na interní oddělení. Požadujeme: atestace z vnitřního lékařství I. st. + příprava, event. atestace z kardiologie nebo vnitřního lékařství II. st. Absolvovali nebo v přípravě kurzů v echokardiografii a práce v echokardiografické laboratoři. Zkušební práce na JIP. Platové ohodnocení dle individuálního jednání. Blížeší informace podá primář MUDr. Ivo Jörg, tel. 483 345 200, e-mail: jorg@nembc.cz

Nemocnice s poliklinikou Karviná-Ráj přijme do pracovního poměru lékaře s atestací v oboru ortopedie, možno absolventa. Možnost uplatnění v operařství. Nástup možný ihned. Žádosti přijímá odd. personalistika a mezd NsP Karviná-Ráj, Vydmuchovo 399/5, 734 12 Karviná-Ráj. Blížeší informace na tel. 596 383 205, Ing.Letochová, email: letochova@nspka.cz

Nemocnice s poliklinikou v Semích přijme na vedoucí pozici lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru dermatovenerologie a dále v oboru rehabilitační fyzikální medicína. Nabízíme příjemné pracovní prostředí. Nástup možný ihned nebo dle dohody. Možnost ubytování v místě pracoviště. Blížeší informace na tel. 481 661 402 nebo e-mail: info@nemsem.cz

Gynekologa s osvědčením ČLK na 0,5–1 úvazku pro běžnou gyn. praxi nebo pro asistovanou reprodukci přijme Centrum reprodukční medicíny Gest v Praze. CV na: info@gest.cz



Nemocnice s poliklinikou v Jičíně, p.o., přijme do pracovního poměru lékaře na oddělení TRN s atestací v oboru nebo absolventa. Nástup možný ihned, ubytování zajištěno. V případě zájmu nás kontaktujte na tel. 556 773 557 nebo e-mailem: alena.matulova@nspnj.cz

Erfahrener und motivierter Allgemeinmediziner bzw. hausärztlicher Internist zum Einstieg in Allgemeinärztliche Praxis im Raum Augsburg gesucht! Erwünscht: US-Zulassung, diabetologisch qualifiziert. Jahresumsatz: ca. 200 000 TSD €. Autobahnanschluss: München-Stuttgart 4 km, München: 45 km, h.ringel@drs-ringel.de

Rentgenologa na celý nebo částečný úvazek přijme nestátní poliklinika v Berouně. Nabízíme práci v příjemném kolektivu, výhodné platové podmínky a možnost dalšího vzdělávání. Dobré spojení do Prahy. Informace na tel. 311 746 424 nebo 311 746 155

Úrazová nemocnice v Brně přijme lékaře na odd. AR s 2-3letou praxí v oboru. Nástup ihned. Inf. na tel. 545 538 785 prim. Sas

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 plat. podmínky. Nabídky zaslejte na info@gest.cz

Hledám očního lékaře na část, i celý úvazek do soukr. oční amb. v Praze. Zajímavé platové ohodnocení. Tel. 774 994 673

Zástup

Hledám občasný zástup do zavedené privátní ortopedické ordinace v Brně. Tel. 602 849 209

Hledám monografistu do privátu v Praze 5, zástup 1 den týdně. Výhodné podmínky. Tel.: 731 409 789

Přijmu na zástup urologa do ambulantní složky na Praze 10. STATIM. Tel. 608 512 454

Místo asistentky v ordinaci PL pro dospělé s výhledem převzetí praxe na Kladensku - Praha 20 min. Možno i na zkrácený úvazek. Tel. 602 970 280 odp.

Prodej a koupě

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

Prodám UZ přístroj MyLab 50/mod B+M+CFM+kompas-M, PW, CW, PowerDoppl., TVM/TDI/, ADM, TEI, CD-RW, USB, arch. syst., Monitor 17, kard.+abd. licence, sonda lineární 5-10 MHz+sekt. 2,5-3,5 MHz, tichý chod. R. V. 2006, v amb. 1 rok. Cena 520 000 Kč. Tel. 777 691 791

Prodám 2 kolonoskopy Weiss starší typ. Cena 5000 Kč/ks. info@gest.cz

Pronájem

Pronajmu nově rekonstruovanou, zařízenou a kolaudovanou lékařskou ordinaci v blízkosti Vinohradského divadla na určité dny v týdnu dle domluvy. Jedná se o 2 místnosti - 22,15 m a společná hala 15 m 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, dmnec@volny.cz

Pronajmu ordinaci ve zdravotnickém zařízení LPC Eden, Vršovická 75a, Praha 10. Další informace a domluva prohlídek p. Žáková 736 603 557

Pronajmu 1-2 místnosti vhodné na ordinace v poliklinice Hviezdoslavova 519, Praha 4 (2 min. M Háje), velmi příznivá cena. Kontakt: 603 586 464, 777 144 732

Nemocnice Na Františku s poliklinikou vyhláše záměr pronajmout moderně zařízenou stomatologickou ordinaci v poliklinice na Praze 1, Palackého 5. Bližší podmínky jsou uveřejněny na úřední desce MČ Praha 1, www.praha1.cz

Různé

Postupně přenechám zavedenou soukromou praxi praktického lékaře pro dospělé blízko centra Prahy. Zástup prozatím na 1-2 dny v týdnu a po dobu dovolené. Písemné nabídky zašlete na adr. Ing. Karel Hekš, V Předpolí 17, 100 00 Praha 1

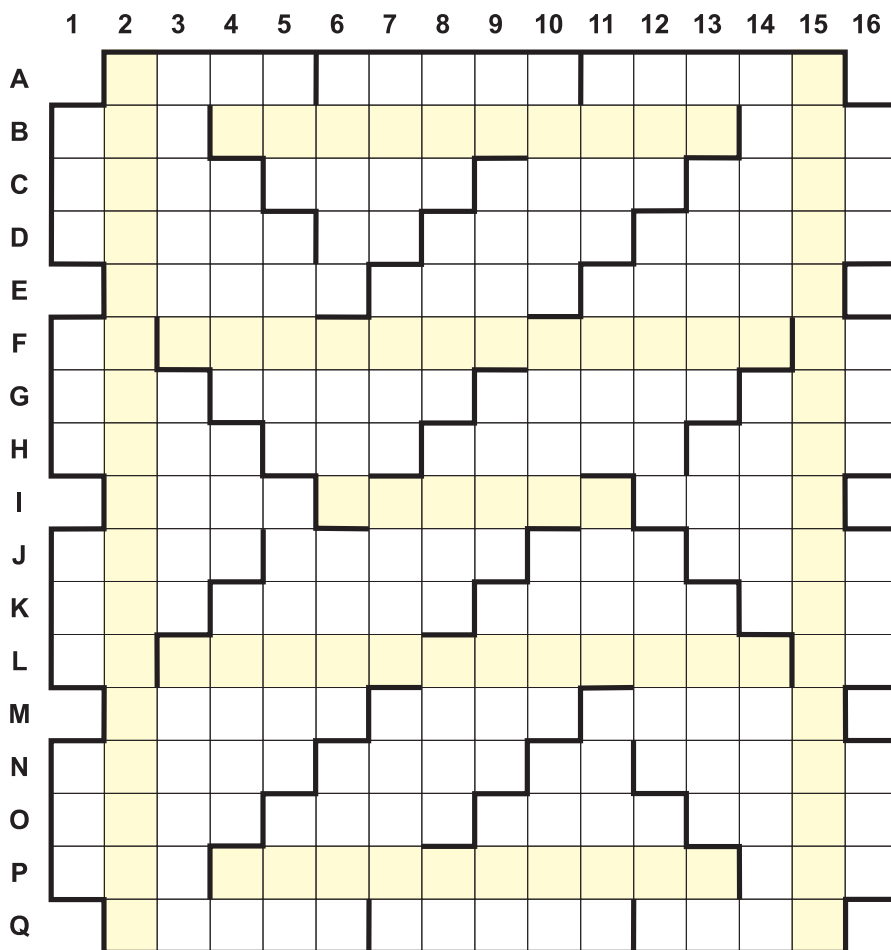
Přenechám za odstupné zavedenou kožní ambulanci v centru Pardubic. Tel. 728 545 016

Přenechám zavedenou dermatovenerologickou praxi v úvazku 1,0 na poliklinice Praha 6. Tel. 608 886 941

Přenechám zavedenou ordinaci PL pro dospělé s pěknou kapítací a cestovním cenou. Lékaře s dětmi pomůžu se zástupem. Kladensko - Praha 20 min. Tel. 602 970 280 odp.

Prodám zavedenou interní a diabetologickou ordinaci v Královéhradeckém kraji. Dle potřeby odborná garance. Tel. 773 597 070
DĚTSKÁ OBEZITA V TEORII A PRAXI: 14.-15.11.2008 PODĚBRADY. Hodnocení: 12 kreditů, kontakt: 267 311 280, e-mail: vyziva.spv@volny.cz

Křížovka o ceny



VODOROVNĚ: **A.** Hodně; tlumok; místnost. - **B.** Spor; **3. díl tajenky;** SPZ Pelhřimova. - **C.** Horské kolo (z angličtiny); žák; sváteční oblečení; malajský člun. - **D.** Slezské město; polní míra (slovensky); americké keře; potíž. - **E.** Stopa; krátkonohý kůň; zkratka Českého svazu tělesné výchovy. - **F.** Ukvapený; **2. díl tajenky;** iniciály zpěvačky Přenosilové. - **G.** Společenství hmyzu; mužské jméno; vlastní škorpiónům; lyže. - **H.** Evin druh v ráji; zvýšený tón; německy „pestré“; starší český fotbalista. - **I.** Jiráskův román; **6. díl tajenky;** struma. - **J.** České město; jméno zpěvačky Machálkové; bývalá zkratka naší měny; list v atlasu. - **K.** Starší český herec; anglicky „hodnota“; jedna z komor parlamentu; chumáč rostlin. - **L.** Značka astatu; **4. díl tajenky;** římská šestka. - **M.** Ovládací stanoviště; špička; hudební nástroj z beraního rohu. - **N.** Jméno herce Vašuta; hlodavec; zkratka Závodu míru; český prozaik. - **O.** Ostří; český básník; útek; starší italský fotbalista. - **P.** Značka vysavačů; **7. díl tajenky;** skrobení. - **Q.** Slavný muzikál; nápor; jméno kytaristy Claptona.

SVISLE: **1.** Vzorec oxidu olovnatého; zábava; jeden i druhý; SPZ Mladé Boleslavi. - **2. 1. díl tajenky.** - **3.** Strašiti; jméno zpěváka Ledeckého; slovensky „jeřáb“. - **4.** Nuže; patříci pramáti lidstva; olejina; poroučet; římskými číslicemi 501. - **5.** SPZ Ostravy; květina; zpěvný pták; osévat. - **6.** Tělocvik (slangově); mravouk; nadšení; stěvíc. - **7.** Aroma; přednost; hokejový puk; být po vůli. - **8.** Hrob; kokosová vláknina; dobře (z latiny); polní práce; iniciály komika Laurela. - **9.** Značka nanometru; hudební nástroj; ruské ženské jméno; pěvecké těleso; přítok Labe. - **10.** Napadání; v esperantu „rod“; Gal; erb. - **11.** Nádechy; strmět; studenti učiliště; mihání. - **12.** Středová čára; kurovitý lesní pták; pytlík; dřeviny bez kmenů (básnický). - **13.** SPZ Karviné; hrudní; trhlina; hrůzovláda; Evropan (slovensky). - **14.** Řemeny na řízení spřežení; žhnout; vztyčovat jako bodliny. - **15. 5. díl tajenky.** - **16.** Strana účtu; latinsky „svatá“; přibližně; pohřební hostina.

Pomůcka: etno, keren, koir, proa, těr.

V Tempus medicorum 05/2008 jsme hledali další z *Murphyho zákonů*, tentokrát o lékařích a pacientech autora Karla Wagnera: **Obvodní lékař je člověk, který v podstatě pouze přeroděluje pacienty pro lékaře-specialisty. Obvodní lékař by měl vaši chorobu poznat. Hrozné je ovšem, když se jí pokusí léčit.**

Publikaci *Svět, v němž žijeme: Národy světa* získává deset úspěšných luštitelů, které jsme vylosovali: **Jaroslav Bruna**, Havlíčkův Brod; **Roman Čejka**, Potěhy; **Otakar Graft**, Petřvald; **Jaroslav Janák**, Praha 6; **Daniel Janiček**, Havřířov-Podlesí; **Petr Machart**, Karlovy Vary; **Zuzana Provozničková**, Praha 10; **Eva Šajnarová**, Ostrava; **Marie Šmídová**, Příbyslav; **Petra Vážanová**, Vřesina u Bílovce. Na správné řešení tajenky z čísla 06/2008 čekáme na adrese recepce@clkr.cz do **10. července 2008!** Hodně štěstí!

Obsah

Nimesulid – čekání na Godota	1	Sitagliptin.....	2
------------------------------------	---	------------------	---

NIMESULID – ČEKÁNÍ NA GODOTA

Překlad článku z italského lékového bulletinu *Informazioni sui Farmaci* 2007, č. 4, který byl publikován v angličtině v časopisu *ISDB Newsletter*, March 2008.

Nimesulid je stále používaný v některých evropských zemích zejména v Itálii a Francii (i v České republice, viz pozn. na konci textu), přes odůvodněná podezření na jeho hepatotoxicitu. Nedávno byla pozastavena registrace v Belgii a Evropská komise má za úkol rozhodnout o budoucnosti nimesulidu. Následující text se vrací k celému příběhu nimesulidu.

Nimesulid je v Itálii nejpoužívanějším nestroidním antirevmatikem. Na italském trhu je již od roku 1985 a nyní je dostupný ve 48 přípravcích. Minulý rok byl na recept hrazený SSN (Národní sociální zdravotní organizace - national social health organization) vydán více než 3,5 miliónům pacientů, celkový počet uživatelů je však ještě vyšší^{1/}.

Nimesulid se nedávno vrátil do zorného úhlu médií kvůli relapsu předpokládaného „hřichu“ – hepatotoxicitě. Příběh začal 8. března 2002, kdy finská zdravotní autorita pozastavila obchodování nimesulidu z důvodu zvýšeného počtu hlášení hepatotoxických reakcí spojených s jeho používáním – 66 případů jaterního poškození se dvěma transplantacemi a jedním úmrtím.

V květnu téhož roku byl nimesulid stažen z trhu i ve Španělsku. Pokud jeden z členských států EU zruší, pozastaví nebo změní registraci z bezpečnostních důvodů, je zahájen proces přehodnocení, při kterém je vyžádán názor Výboru pro humánní léčivé přípravky (CHMP) Evropské lékové agentury (EMA) na nezbytnost provést regulační akci v celé Evropě. Itálii jako největšímu spotřebiteli byl společně s Finskem přidělen úkol připravit úplné přehodnocení bezpečnostního profilu přípravku^{2/}. Závěrem přehodnocení v prosinci 2003 bylo, že poměr přínosů a rizik nimesulidu je příznivý, jestliže je použití omezeno na krátkodobou léčbu akutní bolesti osteoartrózy a dysmenorrhei a na podání maximální denní dávky 200 mg. Dále byla přidána kontraindikace pro použití u pacientů s hepatálními problémy.

V květnu roku 2007 byla kauza znovu otevřena. Irské ministerstvo zdravotnictví po nahlášení 6 případů závažné hepatální insuficience vyžadujících jaterní transplantaci a po vyčerpávajícím přehodnocení 53 národních hlášení hepatálních nežádoucích účinků rozhodlo o pozastavení obchodování^{3/}. Podruhé v období o něco kratším než tři roky byla EMA požádána o přehodnocení hepatální bezpečnosti nimesulidu a vyjádření názoru na rozhodnutí, zda ponechat lék na trhu nebo ne. V tiskovém prohlášení z 21. září 2007 EMA oznamuje závěr: „*přínosy stále převažují nad riziky, ale je nezbytné zkrátit délku trvání léčby a omezit používání tak, aby bylo zajištěno snížení rizika rozvoje hepatálních komplikací na minimum*“^{4/}. Maximální délka použití byla stanovena na 15 dní, farmaceutické společnosti byly vyzvány ke stažení bale-

ní s obsahem více než 30 tablet z trhu a lékaři k pečlivému zvážení celkového rizika pro jednotlivého pacienta. Takže vyšší hepatotoxicita nimesulidu v porovnání s ostatními nestroidními antirevmatiky (NSA) byla potvrzena, ale věří se, že s dalšími omezeními může být lék bez obav používán pokud se uvede, že „*lékaři a pacienti mají být obezřetní k možnosti výskytu hepatálních problémů*“^{5/}.

Data v tiskovém prohlášení jsou použita diskutabilním způsobem tak, aby ospravedlňovala rozhodnutí. Tvrdošíjně jsou prosazována regulační řešení (úprava textů doprovázejících přípravek, omezení použití, přidání kontraindikací), přestože v obdobné situaci v minulosti nebyla takováto opatření schopna zvrátit rizika špatné preskripční praxe.

I když může být považováno za samozřejmé, že přínosy léku musí převažovat nad jeho riziky, termín „*stále*“ pouze naznačuje, že rozdíl mezi přínosy a riziky se rozšířil a nepřispívá k plnému porozumění bezpečnostního profilu nimesulidu. Poměr mezi přínosy a riziky musí být tím více převážen ve prospěch přínosů, čím menší je terapeutický význam léčiva. Jistě jsme připraveni akceptovat nižší bezpečnostní profil u přípravku používaného u závažného život ohrožujícího onemocnění, podobnou shovívavost však nemůžeme připustit u léku určeného k léčbě méně závažných onemocnění, navíc s mnoha dostupnými alternativními léky, jak je tomu u nimesulidu.

V dokumentu doprovázejícím tiskové prohlášení EMA je uvedeno následující: „*omezení použití na maximálně 15 dní je dáno skutečností, že většina hepatálních reakcí se objevila po dvou týdnech léčby*“ a „*bylo potvrzeno, že mechanismus určující hepatální reakce nimesulidu je neznámý, což ztěžuje možnost odhadu, zda jednotlivý pacient užívající lék může mít riziko rozvoje hepatální reakce*“^{5/}. Pokud se týká patofyziologického mechanismu, hepatotoxicita nimesulidu je považována za neurčenou, což je zavádějící.

Italská léková autorita v tiskovém prohlášení z konce srpna k hepatotoxicitě jiného NSA lumirakoxibu, který ještě není v Itálii obchodován, uvedla: „*hepatotoxicita je skupinovým účinkem NSA a koxibů, i když jsou důkazy o možných rozdílech v riziku mezi jednotlivými účinnými látkami (jak již bylo uvedeno při nedávném zájmu o nimesulid)*“^{6/}.

Tento případ ale nemůže být označen jako „*skupinový účinek*“, protože tento termín se vztahuje k nežádoucím účinkům jako jsou žaludeční vřed, renální insuficience, bronchokonstrikce, vázaným na mechanismus účinku (v tomto případě inhibici cyklooxygenázy), charakteristický ve větší či menší míře pro všechna NSA. „*Skupinové účinky*“ NSA jsou nejčastější a jejich základní rizikové faktory jsou známy (vysoká dávka, délka léčby, pokročilý věk) a je jim možné částečně (žaludeč-

ni vřed, krvácení, perforace) nebo úplně (ledvinové selhání) předcházet. Jiné nežádoucí účinky NSA (krevní dyskrázie, závažné kožní reakce, jaterní poškození) jsou naproti tomu idiosynkratické reakce a jako takové jsou nepředvídatelné a nepreventabilní.

V minulosti bylo pět NSA staženo z trhu kvůli problémům týkajícím se hepatotoxicity. Při známé nepředvídatelnosti ovlivnění jaterních funkcí u jednotlivého pacienta je možné připustit idiosynkratickou povahu a z toho plynoucí nepoužitelnost časového omezení používání léku. Jaká data EMEA použila k vyloučení možného idiosynkratického účinku? Určitě ne ta italská, která ukazovala, že u většiny případů hepatotoxicity bylo užívání nimesulidu krátkodobé (od 1 do 8 dnů)^{1/}, a tak „naznačovala hypotézu o možné idiosynkratické reakci“^{1/}. Mezi lednem 2001 a 17. květnem 2007 bylo do národního systému dohledu nad léky hlášeno 738 podezření na nežádoucí účinky nimesulidu. Většina hlášení byla u mladých lidí (mezi 19 a 60 lety) a většinou u žen. Z těchto hlášení bylo 360 závažných reakcí (48,8 %) a 19 (2,6 %) bylo smrtelných. Ze 102 hlášení týkajících se hepatobiliárních reakcí (akutní hepatitida, hepatitida, cholestatická hepatitida, fulminantní hepatitida) bylo 9 smrtelných a 70 závažných^{1/}.

Místo zohlednění posloužily italské údaje EMEA k simulaci dopadu stažení nimesulidu z trhu pro množství vedlejších účinků se závěrem, že „stažení nimesulidu z trhu by mohlo vést ke snížení počtu hospitalizací souvisejících s hepatálními komplikacemi, ale mohlo by také zvýšit počet hospitalizací pro gastrointestinální nežádoucí účinky způsobených užíváním jiných NSA.“ Nezdá se však, že by dostupné údaje ospravedlňovaly takovéto předpoklady. I pro nimesulid byl v roce 2007 hlášen nezanedbatelný počet gastrointestinálních nežádoucích účinků: 20,1 % v porovnání s 28,2 % pro diklofenak, 17,9 % pro ketoprofen a 17,1 % pro ibuprofen^{1/}. Jelikož výskyt závažných nežádoucích účinků na milion definovaných denních dávek byl 0,16 pro nimesulid, 0,30 pro diklofenak, 0,23 pro ketoprofen a 0,16 pro ibuprofen (tři po nimesulidu nejčastěji předepisovaná NSA), měli bychom si proto myslet, že gastrointestinální nežádoucí účinky ostatních NSA byly méně závažné? Nebo EMEA vzala v úvahu pouze údaje týkající se ketorolaku (čistě italský případ), pro který je počet hlášení závažných nežádoucích účinků na milion definovaných den-

ních dávek 7krát vyšší než je průměr u ostatních NSA (1,02), a z nich více než jedna třetina odpovídá gastrointestinálním nežádoucím účinkům. Ketorolak však nepatří mezi 10 nejčastěji předepisovaných NSA^{1/} a nahradil by jen minimum z předepisovaného nimesulidu.

Konečně otázkou zůstává i postavení gastrointestinálních nežádoucích účinků na stejnou úroveň s hepatotoxicitou; i když by závažnost byla srovnatelná, je nutné vzít v úvahu odlišný klinický dopad.

Souhrnem: stále zůstává na trhu lék, o jehož rizicích a omezené délce používání byl sice pacient informován, ale o kterém víme, že je nebezpečný, a který může být nahrazen srovnatelně účinnou avšak bezpečnější alternativou. Je jasné, že v tomto případě při tvorbě rozhodnutí převážily jiné důvody, než je ochrana a péče o pacienta.

*Čekání na Godota je hra od Samuela Becketta; čekání na Godota znamená čekání na někoho, kdo nikdy nepřijde.

Pozn.: V České republice bylo v roce 2007 na trhu 5 různých přípravků s obsahem nimesulidu. Objem přípravků obsahujících nimesulid, které prošly v roce 2007 obchodním řetězcem a byly hlášeny do SUKL: 2 279 683 balení, odpovídajících 30 724 467 DDD, v ceně 290 911 533 Kč.

Literatura

1. Nimesulide ed epatotossicità. AIFA. BIF 2007; XIV:112-6.
2. Traversa G et al. Cohort study of hepatotoxicity associated with nimesulide and other non-steroidal anti-inflammatory drugs. *BMJ* 2003; 327:18-22.
3. Press Release from the Irish Medicines Board, 15 May 2007. www.imb.ie
4. EMEA. Press Release. Doc. Ref. EMEA/432604/2007. London, 21 September 2007.
5. EMEA. Questions and answers on the CHMP recommendation on nimesulide-containing medicines. Doc. Ref. EMEA/430988/2007. London, 21 September 2007.
6. Lumiracoxub: informazioni relative alla sicurezza d'uso. Comunicato AIFA del 23/08/2007.

SITAGLIPTIN

Zkrácený překlad článku z lékového bulletinu *Prescrire International*, February 2008, No. 93, Vol. 17, p.12-15.

Sitagliptin v léčbě diabetes mellitus 2. typu má omezenou účinnost a příliš mnoho neznámých rizik

Souhrn

K léčbě diabetes mellitus 2. typu je dostupno více léčivých přípravků, ale pouze metformin a glibenklamid mají prokázaný vliv na morbiditu a mortalitu pacientů (v případě glibenklamidu je prokázán pouze vliv na morbiditu). Pokud není monoterapie jednou z těchto látek dostatečně účinná, je další možností v léčbě snížení nároků na přísnot kontrolu diabetu, kombinace výše uvedených 2 látek nebo přidání insulínu. Sitagliptin snižuje glykémie inhibicí enzymu DPP-4 (dipeptidyl dipeptidázy 4), který je zodpovědný za rozklad inkretinů. Je to nejnovější látka na seznamu perorálních antidiabetik. Vliv sitagliptinu na morbiditu a mortalitu nebyl zatím zjištěn. Sitagliptin byl dosud testován v pěti placebem kontrolovaných

studii trvajících 18-24 týdnů. Ve třech z těchto studií byl sitagliptin použit v monoterapii, v jedné studii v kombinaci s metforminem a v jedné v kombinaci s pioglitazonem. Tyto studie prokázaly, že sitagliptin působí mírné snížení hodnot glykovaného hemoglobinu, které zpravidla nepoklesly pod hranici 7 %, považovanou za dobrou kontrolu diabetu.

Ve studii srovnávající sitagliptin + metformin versus glipizid + metformin a v přímém srovnání sitagliptinu s glipizidem nebyla non-inferiorita sitagliptinu přesvědčivě prokázána.

V jedné studii měla kombinace sitagliptinu s metforminem signifikantně větší účinek na snížení hladiny glykovaného hemoglobinu než monoterapie jednou či druhou látkou.

Při krátkodobém používání jsou hlavními nežádoucími účinky sitagliptinu nevolnost a zácpa. Při dlouhodobé léčbě je zvýšené riziko infekcí, především horních cest dýchacích. Byly zjištěny i deprese a zvýšení hladiny kreatininu. Z farmakologických

údajů vyplývá i možnost zvýšení rizika rakoviny, svalových a neurologických poruch.

Souhrnem lze říci, že antidiabetické účinky sitagliptinu v monoterapii i v kombinované léčbě jsou podle dosud zjištěných výsledků jen mírné a proto vzhledem k nejasným nežádoucím účinkům nelze sitagliptin doporučit k léčbě pacientů s diabetem 2. typu.

U pacientů s diabetes mellitus 2. typu má sitagliptin pouze omezený vliv na redukcí hladin glykovaného hemoglobinu. Klinický prospěch ani potenciální rizika nebyla dosud dostatečně prokázána při dlouhodobém používání. K léčbě je vhodnější nadále používat látky jako metformin nebo glibenklamid, které mají prokázanou klinickou účinnost.

K léčbě diabetes mellitus 2. typu je dostupno mnoho látek, které patří do různých skupin^{1/}. Avšak pouze metformin ze skupiny biguanidů má prokázáný vliv na morbiditu a mortalitu a glibenklamid z derivátů sulfonylurey má prokázáný vliv na morbiditu.

Sitagliptin (JANUVIA) je první perorálně podávaný představitel skupiny látek, které inhibují dipeptidyl dipeptidázu 4 (DPP-4). To je enzym, který katabolizuje inkretiny, intestinální hormony, stimulující postprandiální sekreci insulinu.

Podle doporučení schválených k registraci v EU je třeba kombinovat sitagliptin s metforminem nebo glitazonem, v USA je schválená i monoterapie^{2,3/}.

Není známo, zda poměr přínosu a rizik léčby sitagliptinem, ať už podávaného v monoterapii nebo v kombinaci s jinými látkami, je lepší než u léčby metforminem nebo deriváty sulfonylurey. Nevíme, zda lze sitagliptin považovat za následnou terapeutickou volbu u pacientů, u nichž není léčba metforminem nebo glibenklamidem dostačující, a zda by volba léčby sitagliptinem byla výhodnější než opuštění přísné kontroly diabetu, kombinace metforminu s glibenklamidem nebo kombinace s insulinem^{4/}.

Prescrire hodnotí glitazony (pioglitazon i rosiglitazon) jako látky nevhodné pro první volbu léčby vzhledem k negativnímu poměru přínosu a rizik^{3,17/}.

Omezený účinek na snížení hladiny glykovaného hemoglobinu

Klinické hodnocení sitagliptinu u pacientů s diabetes mellitus 2. typu nepřineslo uspokojivou odpověď na otázky o účinnosti^{5-13/}. Dvě studie s titrací dávky ukázaly, že sitagliptin měl nejlepší účinek na hladinu glykovaného hemoglobinu v dávce 100 mg/den^{6/}. Denní dávky 100 a 200 mg byly zkoušeny v několika dvojité zaslepených randomizovaných studiích, avšak účinnost byla měřena hladinami glykovaného hemoglobinu a ne klinickými výsledky.

Sitagliptin nebyl zkoušen u pacientů léčených deriváty sulfonylurey ani nebyl porovnáván s kombinovanou léčbou metforminem a derivátem sulfonylurey nebo s kombinací s insulinem.

Mírně vyšší účinnost na hladiny glykovaného hemoglobinu než placebo

Sitagliptin byl signifikantně účinnější na snížení hladiny glykovaného hemoglobinu než placebo, avšak účinek byl pouze mírný. Sitagliptin v monoterapii nebo v kombinaci v průměru snižoval glykovaný hemoglobin přibližně o 0,7 %. 36-47 % pacientů dosáhlo cílové hodnoty glykovaného hemoglobinu 7 % nebo méně oproti 16-23 % pacientů, kteří dostávali placebo^{5,6/}. Nebylo zjištěno, že by sitagliptin ovlivňoval metabolismus lipidů^{5/}. Tabulka z originálního článku zahrnující výsled-

ky placebem kontrolovaných studií je dostupná na vyžádání na adrese: info@sukl.cz.

Studie u 91 pacientů s renálním selháním prokázala, že sitagliptin měl signifikantně lepší účinek na hladiny glykovaného hemoglobinu než placebo v dávkách 25 mg/den u dialyzovaných pacientů a 50 mg/den u ostatních pacientů^{6/}.

Níže účinnost na snížení hladin glukózy než u glipizidu

Studie srovnávající kombinaci sitagliptin + metformin versus glipizid + metformin zahrnovala 1172 pacientů s průměrnou hladinou glykovaného hemoglobinu 7,5 % při monoterapii metforminem^{7,8,11/}. Kolem 60 % pacientů v obou skupinách končilo studii s glykovaným hemoglobinem nižším než 7 %. Ve skupině s přidaným glipizidem ho pouze 22 % pacientů užívalo v maximální dávce 20 mg/den, 42 % pacientů užívalo méně než 10 mg/den. Předčasné ukončení studie pro neúčinnost bylo vyšší ve skupině se sitagliptinem + metforminem (15 % versus 10 %).

Po 24 týdnech léčby se kombinace sitagliptin + metformin jevila účinnější, avšak v 52. týdnu léčby bylo snížení hladin glykovaného hemoglobinu v obou skupinách stejné (0,67 %). Ve studii s titrací dávek (zhruba 125 pacientů v každé skupině) byl glipizid signifikantně účinnější na snížení hladiny glykovaného hemoglobinu než sitagliptin.

Evropská léková agentura rozhodla, že non-inferiorita sitagliptinu oproti glipizidu musí být ještě prokázána^{7/}.

Přídavný účinek v kombinaci s metforminem

Dvojité slepá randomizovaná placebem kontrolovaná studie u 1091 pacientů s diabetes mellitus 2. typu porovnávala sitagliptin s metforminem a s kombinací obou^{14/}. Hodnota glykovaného hemoglobinu pod 7 % byla dosažena u 9 % pacientů, kteří dostávali placebo, u 20 % léčených sitagliptinem, u 23 % léčených 1000 mg metforminu, 38 % léčených 2000 mg metforminu a 43 % a 66 % léčených kombinacemi metforminu a sitagliptinu.

Příliš mnoho neznámého u dlouhodobé léčby

Hlavní nežádoucí účinek exanetidu, inkretinového analoga, o kterém se diskutovalo v roce 2007, je *nausea*^{15/}. Sitagliptin inhibuje katabolismus inkretinu a tudíž může také vyvolávat stejný nežádoucí účinek.

DPP-4 je navíc podobný proteinu CD26, který je přítomný na povrchu lymfocytů a ovlivňuje jejich funkci^{7/}. Nespecifiční inhibitoři DPP-4 mají in vitro imunopresivní vlastnosti^{5/}. Sitagliptin je spojován se zvýšením výskytu adenomu a karcinomu jater u potkanů^{16/}. Sitagliptin se váže na serotoninergní receptory. U psů, kteří dostávali vysoké dávky sitagliptinu, byly pozorovány neurologické a svalové poruchy^{5/}.

Bezpečnost sitagliptinu byla hodnocena u 1538 léčených pacientů versus 778 pacientů, kteří dostávali placebo, ve srovnávacích studiích trvajících maximálně 6 měsíců. Také bylo porovnáváno 1116 pacientů léčených sitagliptinem s 355 pacienty, kteří dostávali placebo, po dobu nejméně 1 rok (studie s titrací dávek, nekomparativní studie, další follow-up komparativních studií)^{7/}. Takto získané údaje nejsou farmakovigilanční, ale daly podklad pro plán na řízení rizik^{9/}.

Nežádoucí účinky

Nausea a zácpa

V krátkodobých studiích se *nausea* vyskytovala častěji u léčených sitagliptinem 100 mg/den (3,3 % pacientů) a 200 mg/den (7,5 %; $p < 0,05$) než u pacientů, kteří dostávali placebo (1,6 %)^{5/}. Výskyt zácpy byl také vyšší ve skupině léčených sitagliptinem 100 mg/den (1,8 %) a 200 mg/den (2,4 %) oproti

1 % ve skupině pacientů, kteří dostávali placebo. Sitagliptin neovlivňoval chuť k jídlu ani tělesnou hmotnost^{5/}.

Infekce

Dlouhodobé studie na rozdíl od krátkodobých ukázaly zvýšený výskyt infekcí u léčených sitagliptinem. Nejčastěji se jednalo o infekce horních dýchacích cest (11,4 % při dávce 100 mg, 14,8 % při dávce 200 mg a 7,1 % u pacientů bez léčby sitagliptinem)^{5/}.

Rakovina

Výskyt rakoviny byl v krátkodobých studiích 0,7 % ve skupině se 100 mg sitagliptinu, 0,9 % ve skupině s 200 mg sitagliptinu a 0,5 % ve skupině s placebem^{6/}. Krátké trvání těchto studií a malý počet případů znemožňuje hodnocení tohoto rizika. V dlouhodobých studiích se vyskytlo 5 případů rakoviny u pacientů léčených 100 mg sitagliptinu (1,2 %) a žádný případ ve skupině léčených 200 mg sitagliptinu nebo ve skupině bez této léčby^{5,15/}.

Deprese

V dlouhodobých studiích bylo hlášeno 13 případů výskytu depresí u pacientů léčených sitagliptinem a žádný případ mezi pacienty, kteří dostávali placebo^{5/}. Pouze 5 z pacientů s hlášenými depresemi měli v anamnéze předchozí výskyt depresí, úzkosti nebo nespavosti.

Ve skupině léčených sitagliptinem bylo 4x zvýšeno riziko suicidů nebo suicidálních myšlenek^{9/}.

Myalgie

V dlouhodobých studiích byl zjištěn vyšší výskyt myalgií u léčených sitagliptinem (4 % versus 2 %)^{5/}. V krátkodobých studiích nebyl u léčených sitagliptinem zjištěn vyšší výskyt neurologických reakcí (třes, závratě) ani svalových obtíží^{5/}.

Zvýšení hladiny sérového kreatininu

Krátce po zahájení léčby sitagliptinem bylo pozorováno zvýšení hladiny kreatininu závislé na dávce^{5/}. Zvýšení hladiny kreatininu o nejméně 3 mg/l (27 μmol/l) oproti hodnotě při zahájení léčby bylo pozorováno u 3,6 % pacientů léčených sitagliptinem a u 2,5 % pacientů bez této léčby během dlouhodobých studií^{5/}.

Hypoglykémie

Podle výsledků srovnávacích studií se hypoglykémie v průměru vyskytly u 6,4 % pacientů léčených 100 mg sitagliptinu, u 3,4 % léčených 200 mg sitagliptinu a u 2,6 % pacientů, kteří dostávali placebo. Rozdíly nejsou signifikantní, ale vyžadují další pečlivé sledování^{5/}.

Vliv na těhotenství

Sitagliptin nebyl teratogenní u potkanů a králíků, avšak údaje u lidí chybí^{12/}.

Lékové interakce

Asi 20 % dávky sitagliptinu je metabolizováno především cytochromem P450 isoenzymu CYP 3A4^{8/}. Závažné interakce nebyly v klinických studiích pozorovány^{10/}, je však nutné další sledování.

Význam pro praxi nebyl prokázán

Klinické zhodnocení sitagliptinu pro léčbu pacientů s diabetes mellitus 2. typu je zklamáním. Sitagliptin podávaný v monoterapii nebo v kombinaci s metforminem či pioglitazonem měl jen omezený účinek na hladiny glykovaného hemoglobinu a uspokojivé kontroly diabetu bylo dosaženo jen u malého množství pacientů. Především nebyl prokázán vliv léčby na morbiditu/mortalitu a je třeba ještě zjistit, zda je sitagliptin alespoň tak účinný, jako kombinace metforminu s deriváty sulfonylurey.

Údaje o nežádoucích účincích jsou jen omezené, avšak poukazují na možnost zvýšeného rizika infekcí, rakoviny a depresí. K tomu, aby bylo možno doporučit sitagliptin k léčbě pacientů s diabetes mellitus 2. typu, zbývá ještě příliš mnoho nejasností. Proto je lépe pokračovat v dosud zavedené léčbě.

Citovaná literatura je dostupná na vyžádání na adrese:

info@sukl.cz

Poznámka SÚKL:

Sitagliptin je obsažen v léčivém přípravku Januvia v dávkách 25, 50 a 100 mg v tabletě. Januvia byla registrována centralizovanou procedurou společně pro všechny členské státy EU v březnu 2007. V České republice přípravek Januvia tbl. nebyl dosud uveden na trh, na SÚKL je podána žádost o stanovení maximální ceny výrobce a výši a podmínky úhrady ze zdravotního pojištění.

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, lékárna FN Motol; MUDr. J. Lyer, Sante; MUDr. B. Seifert, praktický lékař; MUDr. H. Skalická, CSc., soukromý kardiolog; Doc. MUDr. T. Vaněk, CSc., FNKV; MUDr. J. Zicha, DTC, Praha 4; Prof. MUDr. J. Živný, DrSc., VFN.

Poradní sbor: Doc. MUDr. A. Hahn, CSc., FNKV; Doc. MUDr. K. Hynek, CSc., VFN; MUDr. M. Jirásková, CSc., VFN; Doc. MUDr. F. Perlík, CSc., VFN; Doc. MUDr. E. Růžičková, CSc., VFN; Prof. MUDr. J. Švihovec, DrSc., 2. LF UK; Doc. MUDr. P. Vavřík, CSc., VFN; MUDr. V. Vomáčka, FTN.

Náklad 52.000 výtisků

Korespondenci zasílejte na adresu: Redakce FI, Státní ústav pro kontrolu léčiv, Šrobárova 48, 100 41 Praha 10

Na internetu naleznete FI na domovské stránce SÚKL (www.sukl.cz).



ISSN 1211 - 0647
MK ČR E 7101