



# TEMPUS MEDICORUM

ČASOPIS ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY

7-8/2008

ROČNÍK 17

## V TOMTO ČÍSLE:

**Připomínky ČLK  
ke třem novým  
zdravotnickým  
zákonům**

**Ministr Julínek se  
lékařům neomluvil**

**Ostrá diskuse  
s Julínkem a  
Hroboněm na  
semináři v Praze**

**Dva návrhy  
postgraduálního  
vzdělávání**



**Prezident ČLK jednal  
s britským ministrem  
zdravotnictví**

## PLUS



**EDUKAFARM**

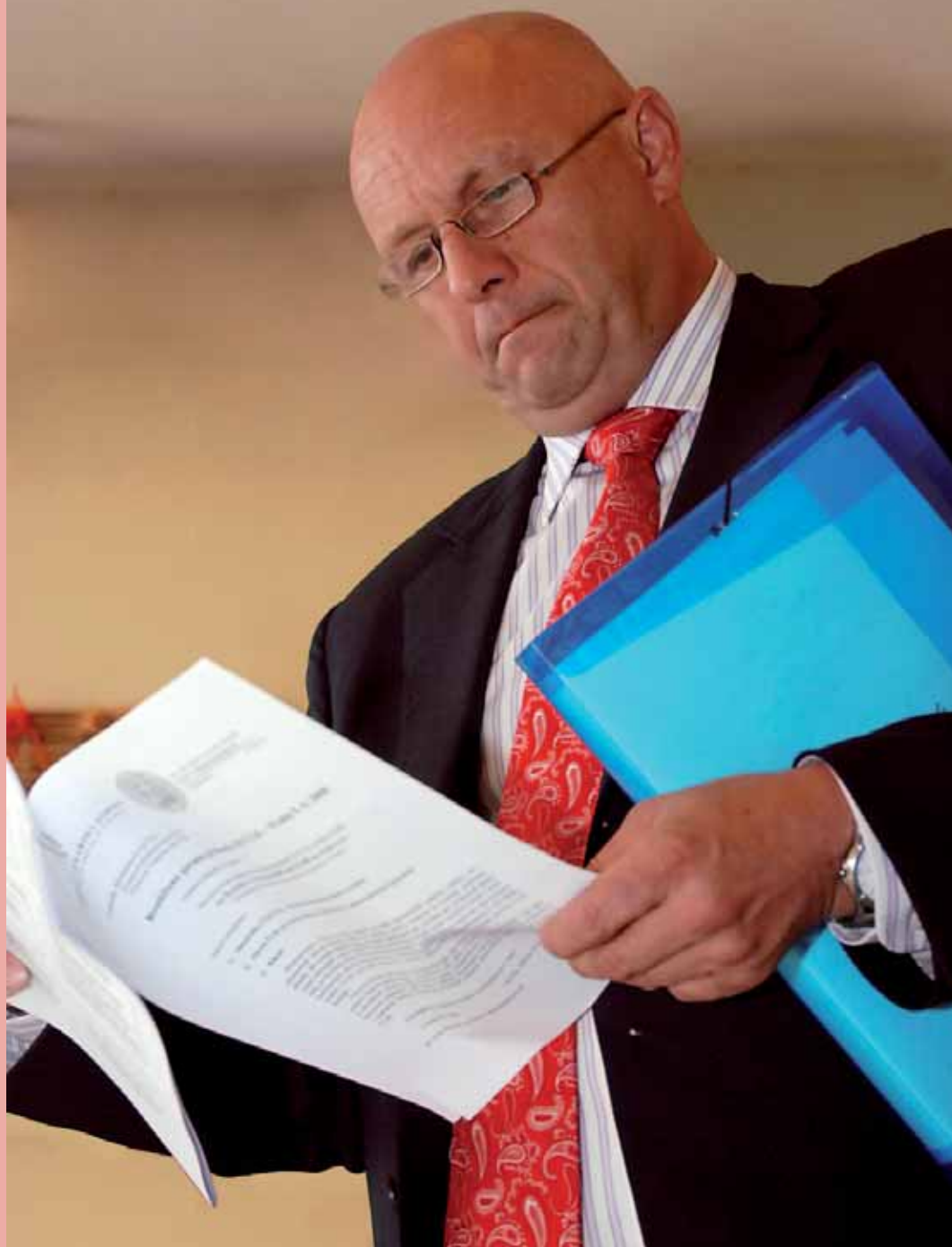
**medineews**

Edukační a inzertní příloha časopisu Tempus medicorum

## FI SÚKL

Protidestičková léčba  
v kardiologii

## Riskantní experiment pokračuje



inzerce



Váš partner pro klinickou praxi

Široké portfolio léčiv

**ZENTIVA**



## Nepodkročitelná cena práce lékaře

**Zásadní význam pro celý lékařský stav má stanovení a hlavně prosazení nepodkročitelných cen lékařské práce. Nikdo jiný než Česká lékařská komora toto neudělá a bez**

spolupráce a pomoci ostatních lékařských organizací ani komora nemá šanci uspět proti politikům, kteří budou křičet, že se chováme jako odbory, že jsme středověký cech a že bráníme svobodě podnikání.

Komora přitom nedělá nic jiného než to, co jí ukládá zákon č. 220/1991 Sb. v platném znění:

**Komory posuzují a hájí práva a profesní zájmy svých členů (§ 2 c).** Jedním z práv lékaře je pochopitelně i právo na slušné pracovní podmínky a důstojnou odměnu za práci. Ano, toto právo hájí v případě zaměstnanců také odbory.

**Komory zaručují odbornost svých členů a potvrzují splnění podmínek k výkonu povolání (§ 2 b).** Jistě, i středověké cechy dbaly na to, aby třeba boty šil skutečně vyučený švec, a bránily tak čest svého řemesla. Obdobně na komoru coby veřejnoprávní korporaci stát delegoval pravomoc posuzovat, zda jednotlivý lékař splňuje kvalifikační předpoklady k tomu, aby v daném oboru mohl léčit pacienty.

Při prosazování nepodkročitelné ceny práce lékaře čelíme výtkám, že omezujeme svobodu podnikání. Ideologové liberalismu tvrdí, že nikdo nesmí být omezen ve své svobodě rozhodnout se prodávat svoji práci za jakoukoli cenu, odpracovat jakékoli množství přesčasových hodin ...

**Komory dbají, aby jejich členové vykonávali své povolání odborně, v souladu s jeho etikou a způsobem stanoveným zákony a řády komor (§ 2 a).** Pokud se pod pojem svoboda podnikání snaží schovávat podvod, zlodějina a šarlatánství, pak skutečně takové „svobodě“ komora musí bránit. A je dobře, že na to nejsme sami. Vždyť i ministerstvo zdravotnictví omezuje „svobodu podnikání“ tím, že požaduje po lékařích, aby skutečně vystudovali lékařskou fakultu, i hygienická služba omezuje „svobodu podnikání“ tím, že vyžaduje po zdravotnických zařízeních splnění hygienických norem...

Svobody podnikání si vážíme, a právě proto komora nesouhlasí s ministerskými zákony na podporu monopolů provázaných se zdravotními pojišťovnami, které v neférových podmínkách zlikvidují velkou část soukromých lékařů. Vedle svobody podnikání ve zdravotnictví však existuje neméně důležité právo občanů na kvalitní a bezpečnou zdravotní péči. Komora podle zákona dbá na to, aby se lékaři vzdělávali, aby léčili „lege artis“ a aby dodržovali etické normy našeho povolání. To však samo o sobě k zajištění kvality a bezpečnosti ve zdravotnictví nestačí. **Kvalita nemůže být zadarmo. Pokud má komora garantovat kvalitu lékařské péče, pak musí trvat na dodržování nepodkročitelné minimální ceny lékařské práce.** Příliš laciné zboží je podezřelé a chytrý zákazník se mu vyhne. V případě zdravotní péče to má pacient složitější. Výše úhrady, kterou nám za jeho léčení pojišťovna zaplatí, mu totiž zůstává utajena.

Ministerstvo má v úmyslu zrušit Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a hodlá jej nahradit prostým soupisem zdravotnických výkonů nazvaným Katalog služeb, který by se již neopíral o kalkulační listy a neobsahoval by žádné ceny ani relace mezi jednotlivými výkony. To by i bez přijetí odloženého zákona o zdravotním pojištění umožnilo pojišťovnám platit jednotlivým zdravotnickým zařízením za stejnou práci různé částky a zdravotnická zařízení by se mohla pojišťovnám podbízet nízkými cenami. Výsledkem by byl nepochybně pokles kvality zdravotní péče.

Proti dumpingovým cenám by podle představy ministerstva měl zasáhnout Úřad na ochranu hospodářské soutěže. To však není dostatečná záruka. Za dumpingovou je totiž považována pouze taková cena, která je nižší než náklady. V situaci, kdy neexistují minimální personální standardy, kdy zdravotní pojišťovny upřednostňují láci a pacient nemá šanci svůj zájem o kvalitní zdravotní péči prosadit, nic nebrání velkým zdravotnickým zařízením své náklady snižovat tím, že budou zaměstnávat jen nedostatečný počet zdravotníků, pokud možno ještě bez kvalifikace. Po zrušení Seznamu výkonů ÚOHS bez referenčních cen nic nevyzkoumá. Při respektování obchodního tajemství, kdy jedno zdravotnické zařízení nebude znát úhrady, které pojišťovna platí jeho konkurenci, a nebudou existovat ani žádné rámcové smlouvy, ostatně asi ani nebude mít důvod cokoli posuzovat.

Pokud má ČLK splnit výše zmiňované úkoly uložené zákonem, potřebujeme ubránit **Seznam zdravotních výkonů** tak, abychom mohli spolupracovat na jeho vylepšování (v ideálním případě zaměnit body za ceny v korunách), prosadit pravidelnou valorizaci cen a **především zakotvit do zákona, že zdravotnická zařízení se s pojišťovnami nemohou dohodnout na cenách nižších.** Obdobně musí komora ve spolupráci s odbory prosazovat **přijetí speciálního zákona o odměňování lékařů**, který by byl jistou analogií zákonného stanovení platů například soudců.

Při prosazování nepodkročitelné ceny práce lékaře nemůžeme ze strany stávajícího vedení ministerstva očekávat podporu. Smutná realita, že ministerstvo hájí zcela jiné zájmy než zájmy pacientů a lékařů, však nezbavuje ČLK její odpovědnosti, jen nás to nutí hledat pomoc jinde.

Milan Kubek

### TÉMA MĚSÍCE

2-10

Připomínky ČLK k návrhům tří nových zdravotnických zákonů:  
Zákon o zdravotních službách  
Zákon o specifických zdravotních službách  
Zákon o zdravotnické záchranné službě

### OHLASY NA SEMINÁŘ

9-14

Kterak pan ministr komunikovati v pravý čas nezačal a co z toho pošle  
Připomínky ano, ale nebouřit celou koncepcí!  
Vybírat lékaře by si měl pacient  
ČLK chce se státem spolupracovat

### DISKUSE NA SEMINÁŘI 15-16, 29-30

Ministr se lékařům neomluvil  
Julínek a Hroboň diskutovali s lékaři

### INZERTNÍ PŘÍLOHA

17-28

Chcete studovat farmaceutickou medicínu?  
Klodronát v terapii kostních komplikací karcinomu prsu  
Základy kombinované léčby astmatu  
Právní odpovědnost v případě záměny léčivého přípravku  
Fixní kombinace sitagliptin/metformin povolena v Evropě pro léčbu diabetu 2. typu  
Imunologie pro praxi – význam imunomodulační terapie

### PŘÍLOHA FI

Protidestičková léčba v kardiologii

### VZDĚLÁVÁNÍ LÉKAŘŮ

32-33

Dva návrhy postgraduálního vzdělávání

### PŘÁVNÍ PORADNA

34-35

Neodkladná péče

### STALO SE

36-37

Prezident ČLK jednal s britským ministrem  
Výběrové řízení při převodu praxe na s. r. o. - ano, či ne?

### NAPSALI JSTE

38-39

Stávka. Neměli bychom se ptát proč?  
Mystifikace ze strany VZP  
Prohlášení Agelu  
Kolegialita jako řemen  
Zdravotní, nebo zdravotnický?

### SERVIS

40-44

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 • recepcie@clkr.cz  
www.clkr.cz

Šéfredaktor: MUDr. Milan Kubek  
Redakční zpracování: EV public relations, s. r. o., Praha  
Odpovědná redaktorka: PhDr. Blanka Rokosová  
Přijem příspěvků: blanka.roksova@ev-pr.cz  
Přijem řádkové inzerce: recepcie@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 7-8: 11. 8. 2008 • Výchlo: 20. 8. 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.



Víte, že ve zdravotnických zařízeních je pacientům věnována menší pozornost než zákazníkům v kadeřnictví nebo v autoservisu? – Souhlasíte s panem ministrem?

Po Brně koluje několik hrůzostrašných historek o anesteziologovi Julínkovi. Chtěl snad pan ministr svojí větou potvrdit jejich pravdivost? Pak si ale dovoluji upozornit, že podle jednoho lékaře nelze soudit všechny ostatní. Asi mám mimořádné štěstí, ale znám zástupy lékařů a sester, kteří se přes velmi špatné pracovní podmínky snaží udělat pro své pacienty maximum.

Bídny plat, nejistá budoucnost, výhrůžky nadřízených, permanentní hrozba soudního stíhání díky velmi nejasným zákonům, nezaplacené přesčasy, neomezené množství služeb – a přesto neutěchou a dál se snaží. Chtěla bych vidět kadeřníka nebo automechanika, který by si to nechal líbit!

*Lenka Doležalová, anesteziolog,  
Úrazová nemocnice Brno*

Bohužel jsem nenalezl autoservis, ve kterém se věnují zákazníkům stejně vlídně jako naši lékaři v ceně jejich práce (cena za hodinu práce v autoservisu = 1200 Kč). V případě kadeřnictví pan ministr patrně nehovoří z vlastní zkušenosti, ale jen ze zprostředkovaných informací.

*Aleš Herman, Ph.D.,*

Nesouhlasím, pan ministr je zcela mimo realitu.

*Vladan Dominec, gynekolog, Uherské Hradiště*

Bylo by dobré, aby se pan ministr občas podíval i do některého zdravotnického zařízení. Možná by pak alespoň věděl, co řídí.

*Vladimír Kolařík, chirurg, Rumburk*

Zjistíte, v některých zdravotnických zařízeních je pacient personálu zjevně na obtíž. Nelze ovšem paušalizovat.

*Vladimír Dvořák, gynekolog*

Myslím, že opakovaná snaha pana ministra očernit rezort, který sám řídí, je poněkud zarážející a zavání účelovostí. Pokud jsou výsledky pod jeho vedením tak špatné, asi by bylo vhodné předat řízení někomu schopnějšímu.

*Josef Suk, ARO Pelhřimov*

Samotný výrok pana ministra jsem neslyšel, ale vím o něm. Smyslu bych rozuměl

# Zásadní chyby a h

## Připomínky České lékařské komory k návr

*ČLK uspořádala 30. června 2008 v pražském hotelu Pyramida seminář, na kterém se ministr zdravotnictví Tomáš Julínek s podporou svých náměstků snažil získat lékaře pro svoji vizi reformy českého zdravotnictví*

*Ministr zdravotnictví předal ČLK k připomíncekám paragrafově znění tří nově navrhovaných zdravotnických zákonů. Jde o zákon o zdravotních službách, zákon o specifických zdravotních službách a zákon o zdravotnické záchranné službě.*

ČLK uplatnila k těmto návrhům celkem 117 připomínek. Nejvíce připomínek – celkem 95 – bylo vzneseno k zákonu o zdravotních službách, 13 k návrhu zákona o specifických

zdravotních službách a devět k návrhu zákona o zdravotnické záchranné službě. Ze 117 vznesených připomínek se pouze sedm týká postavení ČLK.

Ministr sice slíbil, že se již nebude opakovat situace, kdy připomínky ČLK byly opakovaně ignorovány. Na druhou stranu však nevyhověl žádosti ČLK, aby vzal zpět věcné záměry zákonů o zdravotních pojišťovnách, o veřejném zdravotním pojištění a o univerzitních nemocnicích, které 9. dubna 2008 schválila vláda. Tyto záměry považuje ČLK za riskantní experiment nemající v Evropě obdobu, který ohrožuje zájmy pacientů i lékařů. Vzhle-

# Zákon o zdravotních

**Návrh zákona se důsledně vyhýbá pojmu lékař, lékařská komora, odborná lékařská společnost, lékařská péče. Místo toho zavádí pojem poskytovatel, zdravotnický pracovník a pojem zdravotní péče je nahrazen pojmem zdravotní služby. To samo o sobě naznačuje technokratický přístup zpracovatelů návrhu, kteří při zpracování vůbec nespolečovali s ČLK. Pokud ministr spravedlnosti navrhoval jakýkoli zákon nebo novelu zákona o advokacii, byla například jeho spolupráce s Českou advokátní komorou velmi úzká a oboustranně prospěšná. Je jen škoda, že v případě Ministerstva zdravotnictví ČR toto neplatí. Návrh zákona tak trochu odlidštuje vztah lékaře a pacienta. Místo o péči jde o služby, místo o lékaře jde o „poskytovatele“ a ve svých důsledcích znamená návrh zákona zhoršení právního postavení jak lékařů, tak pacientů.**

## Katalog zdravotních služeb

**Paragrafované znění zákona jde nad rámec vládou schváleného věcného záměru.**

Katalog zdravotních služeb by měl nahradit seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Prováděcí právní předpis má tedy stanovit popis a obsah všech zdravotních výkonů, personální, věcné a technické požadavky k tomu, aby zdravotnické zařízení mohlo příslušný výkon provádět. To představuje obrov-

skou kompetenci, která se svěřuje podzákonně normě. Evropský právní trend je opačný – co nejméně kompetenci svěřovat úřadům a podzákonným normám.

Katalog bude zásadním dokumentem pro poskytovatele a pacienty. Na jeho vydání by se tedy měly podílet profesní zdravotnické komory zřízené zákonem, občanská sdružení poskytovatelů zdravotní péče, odborné vědecké společnosti a zdravotní pojišťovny, a způsob jejich participace na tvorbě i na případných změnách tohoto dokumentu by měl být zakotven přímo v zákoně. Mělo by jít o proces obdobný dohodovacímu řízení o seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, který byl chybně zrušen zákonem č. 261/2007 Sb.

**Hodnota jednotlivých zdravotních výkonů již stanovena být nemá – bude určena „tržně“ jednotlivými smlouvami zdravotních pojišťoven se zdravotnickými zařízeními** (což bude řešit zákon o veřejném zdravotním pojištění). **Zde spatřujeme riziko poklesu kvality zdravotní péče. Tento zákon (nikoli zákon o veřejném zdravotním pojištění) by však měl jednoznačně zakotvit způsob stanovení nepodkročitelných cen jednotlivých zdravotních výkonů uvedených v katalogu. Ten by měl probíhat opět v procesu obdobném dohodovacímu řízení a výsledkem by měl být obecně závazný právní předpis, který stanoví „tarifní ceny“ zdravotních výkonů uvedených v katalogu. Smluvně by pak**

# rubé nedostatky hům tří nových zdravotnických zákonů

dem k neústupnosti ministra zdravotnictví tedy stále trvají důvody, kvůli kterým občané protestovali 24. června 2008. Tyto protestní akce podpořila i ČLK. Pokud jde o návrh zákona o zdravotnické záchranné službě, mohl by být podle názoru ČLK přijat po některých zásadních změnách, které by v jeho textu byly provedeny. ČLK tedy doporučuje odmítnout návrh zákona o zdravotnických službách, odmítnout návrh o specifických zdravotních službách a se zpracováním zásadních připomínek přijmout návrh zákona o zdravotnické záchranné službě.

Není samozřejmě možné, aby zde bylo uvedeno všech 117 připomínek, z nichž ně-

kteří jsou zcela věcné a legislativně technické, jiné naprosto zásadní. Prezentace Ministerstva zdravotnictví ČR týkající se nejenom aktuálně předkládaných zákonů, ale i reformy zdravotnictví jako celku, stejně jako prezentace s připomínkami a výhradami ČLK naleznete na [www.lker.cz](http://www.lker.cz). Na stejné adrese naleznete též paragrafovaná znění navrhovaných zákonů spolu s připomínkami, které uplatnila Česká lékařská komora:

- O zdravotnických službách,
- O specifických zdravotnických službách,
- O zdravotnické záchranné službě.

A to včetně tzv. zrušovacích zákonů.

(red)

asi tak, že dokud pacient v ordinaci lékaře nezaplatí, nemá šanci být tak kvalitně ošetřen jako jeho pes, za jehož vyšetření platí. Jinak obecně výrok pana ministra není pravdivý. S lékaři je to obdobně jako s jinými občany této země. Řemeslníci v této zemi také spíše pracují nekvalitně, pokud na ně nedohlžíte, i když vědí, že dostanou zaplacenou za svoji práci. Vždyť ani politici nepracují vždy kvalitně. S lékaři je to komplikovanější v tom, že nedostanou za práci zaplacenou v odpovídající výši, že jsou občas donuceni pojišťovny připlácet na ošetření svých pacientů ze svého a že jsou pod neustálým byrokratickým tlakem hlavně v oblasti vztahu k pojišťovnám a výkaznictví práce, nebo jde o soustavnou buzeraci zaměstnavatelů. Takže selhání lékařů je vcelku přirozené a omluvitelné. I lékaři jsou jen lidé!

Bohumír Šimek, praktický lékař, Křemže

Pokud tím pan ministr myslí mytí a strhávání vlasů nebo kontrolu podvozku, tak s ním plně souhlasím. Pokud to myslí (a to asi ano) jinak, tak určitě obecně nesouhlasím, i když bohužel i já můžu potvrdit leckdy velmi neprofesionální chování zdravotnického personálu, a to nezávisle na velikosti pracoviště. Ale obecně to takto tvrdit je poněkud, i na pana ministra, který rád vidí věci černobíle, hloupé.

Zbyněk Černý, Damník, praktický lékař

Podle přísloví: Jak se do lesa volá... V servisu nezkusí žádný zákazník diskutovat o tom, zda si připlatí 30 nebo 90 korun – když má havarijní pojištění.

Andrea Vocilková, ambulantní specialista, kožní, Praha 6

Máloco se dá generalizovat a chci věřit, že má pravdu jen v menší míře, tj. tak ve 30 procentech!

Jaromír Canibal, PL, Karviná-Ráj

Ve státních zařízeních, čím větší, tím výrazněji, určitě ano.

Vlastimil Pustina, ORL privátní ambulance, Uherský Brod

Pacient si volí svého praktického lékaře, může si vybrat nemocnici. Zákazník si vybírá kadeřnictví i autoservis. Není-li spokojen, jde jinam. Za služby se platí, čím příměji, tím lépe.

Jan Kaufman, interna, OS ČLK Praha 9, 14

Asi jak kde.

Tomáš Milič, PL pro dospělé, Děčín

## službách

bylo možno dohodnout cenu vyšší, nikoli však cenu nižší, což bude zabraňovat nekalé konkurenci nabídkou nepřiměřeně nízkých cen (dumpingu). To by bránilo tomu, aby poskytovatelské řetězce nekale konkurovaly soukromým lékařům tím, že nabídnou zdravotním pojišťovnám nepřiměřeně nízké ceny zdravotních výkonů, byť to pro ně bude dočasně nevýhodné, a až je tímto způsobem vytlačí z trhu poskytovatelů, ceny opět „narovnaj“ a zbaví se tak konkurence.

Navíc v současnosti existují kalkulační listy jednotlivých zdravotních výkonů, které jsou výsledkem práce odborných společností a komisí za řadu let, a je nesmyslné výsledky této práce zavrhnout a nevyužít. (§ 2)

### Standardy

Standardy poskytování odborné zdravotní péče jsou zcela zásadním dokumentem, jehož tvorba má být svěřena České lékařské komoře a její vědecké radě, České stomatologické komoře, odborným vědeckým společenstvem a lékařským fakultám, nikoli úřadu či jím pověřené organizaci, jak navrhuje ministerstvo. Ministerstvo by mělo výsledek práce odborníků „zúřadovat“, pověřená organizace (patrně IPVZ) je pozůstatkem socialismu a měla by být ze zákona vypuštěna.

Je správné, že tyto doporučené postupy nemají závaznou povahu a že budou zveřejněny ve Věstníku MZ, a nikoli právním před-

pisem – lékař k nim přihlíží, bere je v úvahu, ale nemůže jimi být za všech situací bezpodmínečně vázán. (§ 3)

### Léčebný plán

Ministerský návrh požaduje léčebný plán u každého pacienta. Nerozlišuje, zda pacienta v ústavní či ambulantní péči. Povinnost je stanovena kogentně pro všechny, není uvedeno, zda musí mít písemnou formu, za nesplnění stihá poskytovatele sankce. Léčebný plán může mít snad smysl v některých případech náročnější lůžkové péče. Pokud oční lékař vyjme z oka cizí tělísko a pacient odchází, má lékař sepisovat léčebný plán? Pokud zubní lékař vytrhne bez komplikací zub a pacient odchází, má sepsat léčebný plán? Doporučujeme buď zcela vyjmout, nebo stanovit zcela konkrétně, kdy a kdo musí mít léčebný plán a zda musí či nemusí mít písemnou formu.

V celém zákoně je třeba aspoň v zásadních věcech diferencovat poskytovatele, kterým je nemocnice, od poskytovatele, jímž je jeden soukromý ambulantní lékař. (§ 3 a 42)

### Péče „lege artis“

Pacient by měl mít „právo na poskytování zdravotních služeb odpovídajících jeho zdravotnímu stavu, s přihlédnutím ke standardům poskytování odborné zdravotní péče“.

Tato definice péče „lege artis“ je velmi vágní, zjednodušená a nedostatečná. Doporučujeme využít judikátu Nejvyššího soudu k pojmu lege artis sp. zn. 7 Tdo 219/2005.



**Víte, že ve zdravotnických zařízeních je pacientům věnována menší pozornost než zákazníkům v kadeřnictví nebo v autoservisu? – Souhlasíte s panem ministrem?**

V kadeřnictví a autoservisech jde o čistý byznys a zejména v těch autoopravných jsou jejich služby mnohokrát přeplacené (v době, kdy měli v autoservisech vyvěšeny cedule: „Účtujeme za 1 hodinu práce 600 Kč.“, my jsme jako primáři pracovali za 57 Kč /hod.). Rozhodně péče o naše auta a porosty našich hlav je mnohem lukrativnější než zdravotnictví. Pokud chce pan ministr z medicíny učinit byznys, ať tedy do zdravotnictví „naleje“ tolik peněz jako teče do tamtoho byznysu. A pak možná uvidí... Zatím je úroveň našeho zdravotnictví velmi štědrě „sponzorována“ v podobě nedobrovolných statisícových až milionových „regulací“ (pokut) nás, zdravotníků. Viděli jste někdy v nějaké prodejně aut, že by z ceny auta, např. z půl milionu, třeba sto tisíc zaplatil prodejce? Já takto pracuji už řadu let! Pacient obdrží péči a léky např. za 5000 Kč a já od ZP dostanu pak pokutu asi 1500 Kč. To je přibližný odhad mých „regulací“! Přestože si nemyslím, že ve zdravotnictví jde či mělo by jít o byznys, ty peníze, které se „protáčí“ v auto-byznysu a jemu podobných, bych mu přál. A nakonec: pokud jde o mne samotného, jistě svým pacientům věnuji minimálně tak dobrou péči a pozornost jako ti nejlepší holiči či auto-mechanici (s tím rozdílem, že na jejich péči přispívám ze svých prostředků...).

*Stanislav Severa, neurolog a dětský neurolog, Nové Město na Moravě*

Na základě vlastní zkušenosti nesouhlasím. V globálním měřítku to jistě vyloučit nelze, v každé profesi jsou a budou pracovníci vlídní i nevlídní, komunikativní a nekomunikativní. Klient se tak může setkat se vstřícností i neochotou.

*Prim. Daniel Driák, Ph.D., Gyn.-por. kliniky FNB, Praha 8*

Pan ministr by už měl jednou provždy přestat přednášet soudy a vize ohledně našeho zdravotnictví. Nemyslím si, že by se pacientům věnovala menší pozornost v nemocnici ve srovnání s kadeřnictvím. Chápu, kam pan ministr svými narážkami míří: že zdravotnické služby jsou stejné služby jako např. služby u kadeřníka, kosmetičky atd. Přesto pokud chce tyto služby srovnávat, protože na nic jiného z jeho výroku usu-

Tento judikát velmi dobře vystihuje uvedený pojem a je využíván při obhajobě lékařů. Při zachování vágní definice, která je navržena, by šlo o zásadní změnu k horšímu pro lékaře i pacienty. (§ 27)

## Neodkladné služby – neodkladná péče

**Definice neodkladných zdravotních služeb je nedostatečná.** Zdravotnický pracovník musí v praxi nejprve diagnostickými postupy zjistit, zda jde o zdravotní stav, kdy je třeba zdravotní služby poskytnout bezprostředně, či zda o takový zdravotní stav nejde. Samotný postup tohoto zjišťování je nutno rovněž považovat za neodkladnou zdravotní službu. Doporučujeme definovat neodkladné zdravotní služby tak, jak jsou definovány obecně respektovanou dohodou mezi ČLK a VZP z roku 1996.

Je nepochopitelné, proč návrh vyžaduje „nesnesitelné utrpení“, přičemž tento nestandardní pojem není nijak blíže definován. (§ 4)

## Registrace zdravotnického zařízení – oprávnění poskytovatele zdravotních služeb

**Platnost současných registrací nestátních zdravotnických zařízení by měla být omezena na dobu 24 měsíců ode dne účinnosti nového zákona.** Po uplynutí této doby by mohl soukromý lékař nadále provozovat svou ordinaci pouze tehdy, získá-li nové oprávnění, podle nových podmínek, stanovených novým zákonem. **Toto ustanovení je nepřipustným a neústavním retroaktivním zásahem do dříve nabytých práv** a mělo by být bez dalšího vypuštěno. Naopak je třeba výslovně stanovit, že držitel registrace nestátního zdravotnického zařízení se automaticky stává držitelem oprávnění k poskytování zdravotní péče podle nového zákona. (§ 122)

**Podle návrhu ministerstva by odborným zástupcem zdravotnického zařízení poskytujícího i lékařskou péči mohl být nelékař** (např. sanitář), což je nesmyslné. (§ 12)

Návrh vyžaduje, aby na jednoho poskytovatele zdravotních služeb (např. celý řetězec) připadal jeden odborný zástupce, přičemž zároveň limituje možnost působit ve vedoucích organizačních funkcích u jiných poskytovatelů.

V praxi tak může u velkého poskytovatele jeden odborný zástupce zajistit činnost mnoha zdravotnických zařízení po celé republice a jediný soukromý lékař by měl velmi limitované možnosti. Je třeba odlišit odborného zástup-

ce od plně specializovaně způsobilého lékaře v každém oboru, v němž jsou zdravotní služby poskytovány. Bylo by rovněž vhodné stanovit zákonem, že s výjimkou školících pracovišť musí být na jednoho lékaře bez specializované způsobilosti jeden lékař se specializovanou způsobilostí, aby byla zajištěna dostatečně erudovaná a kvalitní péče o pacienty. (§ 12)

**Požadavek uvádět v oprávnění k poskytování zdravotní péče všechny výkony dle katalogu i všechny zdravotníky spolu s povinnostmi hlásit všechny změny je nesplnitelný a představoval by obrovskou administrativní zátěž.** U nemocnic by šlo o obrovský seznam zdravotních služeb. Měl by stačit v rozhodnutí výčet odborností, nikoli jednotlivé výkony dle katalogu.

**Stejně nereálné je uvádět jmenovitý seznam personálu, který bude zdravotní služby poskytovat,** neboť jeho složení se bude například v případě větší nemocnice neustále měnit. Měl by stačit počet lékařů se specializovanou způsobilostí, s odbornou způsobilostí, počet zdravotních sester a dalších zdravotnických pracovníků s odbornou způsobilostí a výčet jednotlivých odborností podle vyhlášky k zákonu č. 95/2004 Sb. (§ 18, § 19, § 21)

**Z procesu posuzování personálního vybavení zdravotnických zařízení jsou ministerstvem důsledně vylučovány profesní komory.**

Požadujeme doplnit povinnost předložit souhlasné závazné stanovisko profesní komory zřízené zákonem s personálním vybavením zdravotnického zařízení, bude-li zdravotnické zařízení poskytovat lékařské, stomatologické nebo lékárnické služby. (§ 16)

Je třeba stanovit lhůtu, dokdy musí správní orgán rozhodnutí vydat, nikoli pouze lhůtu dokdy jej musí zaslat dalším dotčeným orgánům. (§ 19)

## Bezúhonnost lékaře

**Lékař, který by byl odsouzen za jakýkoliv úmyslný trestný čin,** a to i bez souvislosti s výkonem povolání (např. krácení daně, porušení autorských práv, pomluva...) k trestu odnětí svobody alespoň na jeden rok (i podmíněně), **by** podle návrhu ministerstva **nemohl být poskytovatelem zdravotních služeb – soukromým lékařem.** Naprosto nesmyslné ustanovení, které je zcela nepřijatelné. (§ 14)

## Odebrání registrace

Registrující orgán má podle ministerstva být povinen odebrat oprávnění k poskytování



zdravotní péče zdravotnickému zařízení v případě, kdy některý lékař opakovaně léčí pod vlivem návykové látky. Tato povinnost je v případě nemocnice nesmyslná. Pokud by např. ve velké nemocnici podruhé ordinoval některý lékař pod vlivem návykové látky, nemocnici by muselo být povinné odejmuto oprávnění, a tím by byla zrušena.

Doplněna by měla být povinnost odebrat oprávnění, pokud poskytovatel, který poskytuje zdravotní služby sám svým jménem, pozbyl členství v profesní komoře zřízené zákonem, ač povinné členství je podmínkou pro výkon příslušné profese. (§ 22)

**Pouhé nedostatky ve vedení zdravotnické dokumentace by neměly být důvodem k možnosti odebrání oprávnění k poskytování zdravotní péče.** V praxi neexistuje snad případ, kdy by znalci neupozorovali, že v posuzovaném případě nebyla zdravotnická dokumentace vedena „řádně“, jak měla být. (§ 22)

Zdravotní pojišťovna je smluvním obchodním partnerem zdravotnického zařízení. Může s ním vést a občas vede i soudní spory. Není proto vhodné, aby měla právo dávat podnět k odnětí oprávnění k poskytování zdravotní péče. Sankce za neplacení pojistného na zdravotní pojištění pro podnikatele stanoví jiný právní předpis, není důvod stanovit zde případnou sankci novou, která na jiné podnikatele nedopadá. (§ 22)

### **Pokračování v poskytování zdravotních služeb**

Návrh se snaží řešit situaci, kdy zemře poskytovatel zdravotních služeb a jeho dědic by chtěl na základě jeho oprávnění pokračovat v poskytování zdravotních služeb (dědění praxí). Lhůta 90 dnů, dokdy by měla být povinnost pokračovat v poskytování služeb, je však nepřiměřeně a nereálně krátká. Je třeba stanovit lhůtu podstatně delší. (§ 25)

### **Řešení stížností**

**Je důsledně ignorována role profesních komor zřízených zákonem právě za účelem profesního dohledu nad lékaři, zubními lékaři a farmaceuty.** Stížnosti na ně mají řešit profesní komory, jak je tomu v naprosté většině zemí EU. Návrh ministerstva, že poskytovatel zdravotní péče objektivně prošetří stížnost sám na sebe, je tragikomickým výústěním snahy ministerstva zdravotnictví likvidovat profesní samosprávy zdravotníků.

Podle ministerstva by například soukromý lékař měl řešit stížnost pacienta na své nevhodné chování. Pacient by měl právo žádat, aby lékař jeho stížnost přijal ústně a pořídil o ní písemný protokol. Poté musí stížnost písemně vyhodnotit a o jejím vyřízení stěžovatele písemně vyrozumět. Ustanovení, které je proti pacientům – proč si na chování svého lékaře mohou stěžovat nejprve jen jemu, až když mi vyřízení nebude vyhovovat, musím si stěžovat

zovat nelze, je s prominutím „mimo mísu“. Copak můžete srovnat péči o vás v nemocnici a na palubě letadla? Naše zdravotnictví není a výhledově nebude „službou“ v pravém slova smyslu, jakou dělají kadeřníci, pekaři. Tím pádem nesnese žádné podobné plytké srovnávání!

*Michal Nesvadba, sekundární lékař ARO, nemocnice Jablonec nad Nisou*

S tímto výrokiem rozhodně nemohu souhlasit. V naší ordinaci tomu tak rozhodně není.

*Peter Ritter, Ordinance prakt. lékaře pro dospělé, Praha 6*

Bohužel, v některých případech ano.

*Marie Hampalová, KHS ZK, hygiena práce a nemoci z povolání*

Bohužel je tomu tak, myslím, že pan ministr Julínek má v tomto ohledu asi pravdu. Nelze to paušalizovat, ale ve své praxi se velmi často setkávám s pacienty, kteří byli ošetřeni například na úrazové ambulanci nemocnice, nebo ambulanci privátní. Pacient neví, co má dělat, jak se má chovat ke svému poranění, často nemá asi žádnou zprávu o ošetření, natož např. RTG snímky tak, abych já mohl v léčbě pokračovat. Pacienti mi často sdělí, že se s nimi nikdo nebavil a že jim nic nikdo nevyšvětlil. V autoservisu by se vám to asi nestalo, už jen proto, že v servisu necháváte mnohonásobně vyšší částky za ošetření vašeho plechového miláčka. Doufám, že toto v mé praxi neplatí, protože jsem se za 15 let provozování soukromé praxe naučil, že spokojený pacient se vrací a navíc doporučí další své známé a přátele. Jsem proto smutný z výroků pana ministra, ale bohužel mu dávám za pravdu.

*Pavel Machotka, ortopedie a sport. medicína, Praha 6*

Jde o jeden z mnoha nehorázných výroků páně ministra, snad nemá cenu ani reagovat. Pokud ano, tak s určitou nadsázkou. Zajímalo by mě, jak by to vypadalo, kdybych v kadeřnictví či autoservisu zaplatila jen část vyúčtované ceny a s vlahýma očima čekala, že v rámci jakéhosi poslání zbytek kadeřnice či automechanik doplatí ze svého. Pokud by tak učinili, obětavě a usilovně bych je navštěvovala i nadále. A teď závažná otázka pro pana ministra: Myslíte, že by se na mě stále usmívali, byla bych milovaný, vítaný „klient“?

*Marcela Sojáková, rdg klinika, VFN, Praha*



## Víte, že ve zdravotnických zařízeních je pacientům věnována menší pozornost než zákazníkům v kadeřnictví nebo v autoservisu? – Souhlasíte s panem ministrem?

S výrokem souhlasím, s pacientem strávím maximálně 15–20 minut při příjmu, dále maximálně 5 minut ráno a 5 minut odpoledne na vizitě. Vždy se dotazuji na náladu, stav, pocity, dotazy. Zbytek dne jsem tak vytížen, že není moc technicky možné, ale na druhou stranu ani potřebné, abych s pacientem trávil času více. Zakládám si na tom, že můj svěřenec je vždy plně poučen a všemu rozumí. Oproti autoservisu či kadeřnictví však moje práce pokračuje i v mé nepřítomnosti, díky sestřám, které dávají léky, infuze atd.

*Alexandr Škaryd, chirurgie, Krajská nemocnice Liberec*

Na otázku není jednoduchá odpověď. Zdá se mi trapné, jestliže se takovýchto srovnání dopouští ministr, je trapné, že takové otázky řešíme my, lékaři, ve stavovském časopise. Nedovolila bych si srovnávat práci kadeřníků a automechaniků, kterých si vážím. Ale kam jsme to došli, když budeme srovnávat zdravotnická zařízení s kadeřnictvím. Ministerstvo i profesní organizace by se měly snažit, aby zdravotníci přijímali pacienty vřídlně a aby jim věnovali pozornost a odpovídající péči. A nebudu zastírat, že to není jenom otázka peněz, které za to dostáváme, ale zejména osobního přesvědčení každého z nás. Ale na to jsou jiné nástroje, rozhodně ne „tržní“ principy, které mají přinést zdravotnické reformy. Co se týká etiky a profesního přístupu, v tom případě může pan ministr tímto srovnáním působit, bohužel, spíše jako odstrašující příklad.

*Jitka Čulíková, JIP chirurgie, Jablonec nad Nisou*

S tímto tvrzením souhlasím, ne však paušálně. Existuje řada ambulantních, ale i nemocničních zařízení, kde tato pozornost je opravdu minimální. Víím to, protože jsem jak lékař, tak tu a tam i pacient. Důvod? Kadeřnictví i autoservis je jen za peníze, jinými slovy pokladenský systém. Až tento (pokladenský) systém bude i u lékaře, tak pozornost a komunikace bude neskutečně lepší. Viz oněch 30 Kč. Sám provozuji nesmluvní zařízení a naše pozornost, vnímavost vůči pacientovi je enormní.

*Leo Černý, Medical centrum Špindlerův Mlýn, Harrachov, Rokytnice n. Jiz., Lipno n. Vlt.*

znovu krajskému úřadu. Ustanovení, které je ovšem i proti lékařům a dalším zdravotníkům a zakládá jim povinnost vést agendu stížností na sebe, pořizovat o nich protokoly, sepisovat záznam o vyřízení stížnosti, podávat o nich hlášení krajskému úřadu a pak očekávat, že ji stejně bude řešit krajský úřad. Zcela nesmyslné ustanovení. (§ 42 a § 91)

**Pověření zástupci komor by podle ministerstva neměli ve všech případech přístup do zdravotnické dokumentace, což by znemožnilo komorám posuzovat odborná nebo etická provinění svých členů.** Úvaha, že k přístupu do dokumentace může komory zmocnit pacient, je zcela zavádějící; pacient může být po smrti, šetření může probíhat na základě odevzdání věci orgánem činným v trestním řízení (zcela běžné!!!), stížnost na odborně chybný postup lékaře může podat i jiná osoba než pacient nebo osoby jemu blízké, například nadřízený příslušného lékaře, jeho primář... (§ 63)

### Hodnocení kvality a kontrola

V deseti paragrafech popisuje ministerstvo dobrovolné hodnocení kvality a bezpečnosti zdravotnických zařízení prováděné za jejich peníze soukromými firmami. Jde o jistě lukrativní obchod, který však jako nepovinná činnost nepatří do zákona. Za splnění zákonných podmínek ručí registrující orgán a za kvalitu lékařské péče lékařská komora, která k plnění této povinnosti potřebuje patřičné kompetence. (§ 101 až 110)

**Z možností kontrolovat zdravotnická zařízení jsou naopak důsledně vyřazovány profesní komory.** Je třeba upozornit, že krajské úřady se při kontrole zdravotnických zařízení naopak dostávají do střetu zájmů, neboť některá zdravotnická zařízení zřizují kraje, popřípadě jsou stoprocentními vlastníky akciových společností–nemocnic a nemohou tedy být objektivním kontrolorem. (§ 111 a § 115)

### Informování pacientů

**V návrhu formulovaný informovaný souhlas není v souladu s článkem 5 Úmluvy o ochraně lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny.** Je třeba rozlišovat „důsledky“ (nikoli „možné následky“) a rizika. Dále je třeba jasně zakotvit, kdo informaci podává (poskytovatel může být právnická osoba) – tedy u lékařských zákroků a výkonů zásadně příslušný lékař se specializovanou způsobilostí, v případě jiných než lékařských výkonů příslušný zdravotnický pracovník s odbornou způsobilostí.

bilostí. Stejně tak je málo srozumitelně a nepřehledně řešena (či spíše neřešena) otázka, jak má lékař nebo jiný zdravotník postupovat, pokud pacient nebo jeho zákonný zástupce potřebnou péči odmítá. Dosavadní právní úprava je přítom v tomto směru naprosto srozumitelná a lze konstatovat, že i řešení této problematiky ve vyhlášce o zdravotnické dokumentaci je přehledné a srozumitelné. Je otázkou, proč přehlednou a srozumitelnou úpravu nahrazovat úpravou nepřehlednou a málo srozumitelnou. (§ 30)

**Navrhovaná právní úprava souhlasu či nesouhlasu pacienta s lékařským zákrokem je naprosto nesrozumitelná,** některá ustanovení návrhu si protirečí, návrh neodpovídá v současnosti platné právní úpravě, tedy vyhlášce o zdravotnické dokumentaci. Na rozdíl od této vyhlášky návrh zákona neřeší poměrně běžnou situaci, kdy pacient odmítá potřebný výkon, ale odmítá i podepsat o tom písemně prohlášení. Současná vyhláška o zdravotnické dokumentaci přitom toto řeší správně tak, že odmítnutí podepíše zdravotník a jeden svědek. (§ 33)

Zcela nevhodně ministerstvo používá pojem „osoba blízká“. Podle § 116 občanského zákoníku je osobou blízkou „příbuzný v řadě přímé, sourozenec a manžel; jiné osoby v poměru rodinném a obdobném se pokládají za osoby navzájem blízké, pokud by újmu, kterou utrpěla jedna z nich, druhá důvodně považovala za újmu vlastní“. Informaci s odvoláním na větu za středníkem se tak může domáhat prakticky každý; podá-li ji lékař neoprávněně, jde o závažný trestný čin. Zákonodárce se zbavuje problému na úkor toho, kdo má zákon aplikovat. Jak má lékař či jiný zdravotník zjišťovat, zda někdo je či není osobou pacientovi blízkou?

Doporučujeme uvést příbuzné v pokolení přímém, sourozence, manžela, registrovaného partnera a osobu, která prokáže, že žila s pacientem ve společné domácnosti (§ 115 občanského zákoníku) déle než rok. Ale důkaz o tom musí podat ten, kdo se informace domáhá, není v možnostech lékaře či jiného zdravotníka toto zjišťovat. (§ 32)

Tato připomínka však platí všude tam, kde návrh zákona pojednává o osobách „blízkých pacientovi“.

### Nerespektování lékařského tajemství

Poskytovatel zdravotních služeb by měl být podle návrhu ministerstva povinen oznámit orgánům činným v trestním řízení okolnosti zjištěné v souvislosti s poskytováním zdravotních

služeb, které nasvědčují tomu, že byl spáchán trestný čin,

**Tato všeobecná udavačská povinnost by znamenala neskutečný průlom do lékařského tajemství,** jaký má obdobu snad za fašistické okupace a v padesátých létech minulého století. Vztah lékaře a pacienta vyžaduje důvěrnost. Dosavadní právní úprava, oznamovací povinnost u stanovených závažných trestných činů a povinnost překazit trestný čin (§ 167 a 168 trestního zákona) jsou zcela dostačující. Někteří psychiatři a psychologové naopak požadují zbavit i oznamovací povinnosti, tak jak jí byli zbaveni duchovní novelou trestního zákona. Nonsense. Rozhodně vypustit, zcela postačí příslušná ustanovení trestního zákona. (§ 42)

Povinnost zachovávat mlčenlivost je v návrhu upravena zcela zmatečně. Přitom dosavadní právní úprava této problematiky je již celkem přehledná a srozumitelná. Lékař nebo jiný zdravotník musí mít v tak závažné otázce, jako je povinná mlčenlivost, zcela jasno, proto její právní úprava musí být jasná, srozumitelná a přehledná. Návrh ji činí naopak nepřehlednou, málo srozumitelnou a nejasnou. (§ 48)

### Péče bez souhlasu

**Ministerstvo navrhuje velmi nepřehlednou a zmatečnou právní úpravu.** Jde přitom o stěžejní ustanovení určené lékařům a dalším zdravotníkům. Bylo by velmi vhodné celé přepracovat a předložit přehlednou a jasnou verzi. (§ 37 a § 39)

Není řešena situace, kdy jde o neodkladnou péči nutnou k záchraně života a zdraví nezletilého a s potřebnými výkony nesouhlasí zákonní zástupci, nezletilý, nebo oba. Podle předložené verze by tak lékař měl vlastně respektovat negativní stanovisko zákonných zástupců, neposkytnout neodkladnou péči a nechat ohrožené dítě zemřít. Je zřejmé, že toto snad zpracovatelé zákona neměli v úmyslu, ale bohužel na situaci, která je dobře a jednoduše řešena současným zákonem, vůbec nepamatovali. Jde přitom o problematiku, ke které se opakovaně vyjádřil Evropský soud pro lidská práva i Ústavní soud ČR s jasným závěrem, že zákonní zástupci nejsou oprávněni zakázat provedení nutné a neodkladné péče u dítěte a rozhodnout tak vlastně proti zájmu na ochraně jeho života a zdraví. Navrhovaná úprava je tak zjevně v rozporu s Úmluvou o právech dítěte, kterou je ČR vázána.

Není řešena situace, kdy se zákonní zástupci nemohou dohodnout (rozvedení rodiče) a nesouhlasí jen jeden z nich. (§ 34)

### Registry

Vedení registrů bude velmi náročné, patrně finančně i organizačně, a je otázkou, čemu mají tyto registry sloužit.

**Zákon ukládá poskytovatelům zdravotních služeb povinnost poskytovat řadu údajů do registrů a to bez nároku na úhradu nákladů s tímto spojených.** Stát ukládá soukromým subjektům povinnost spojenou s finančními náklady bez jakékoli kompenzace. (§ 68)

Národní registr zdravotnických pracovníků navrhovaný ministerstvem v případě lékařů (obdobně stomatologů a lékárníků) by dubloval seznamy členů vedené příslušnými komorami. Nebo hodlá ministerstvo seznamy vedené profesními komorami zrušit? (§ 74)

### Prohlídky zemřelých, pitvy

**Od registrujícího všeobecného praktického lékaře lze těžko požadovat, aby zajišťoval prohlídku těl i mimo své řádné ordinární hodiny.** (§ 82)

Z návrhu zákona není jasné, zda lze či nelze rozhodnout o provedení zdravotní pitvy bez souhlasu, tedy zejména za situace, kdy si pitvu nepřejí pozůstalí, nebo si ji za svého života nepřál pacient a učinil o tom záznam. Není-li příčina úmrtí zřejmá, měl by mít poskytovatel vždy právo rozhodnout o tom, že zdravotní pitva provedena bude. To je třeba do zákona výslovně uvést. V těchto případech může mít totiž zdravotní pitva zásadní důkazní hodnotu a může chránit lékaře před neoprávněnými nařčeními i žalobami.

### Další práva pacientů

Požadavek ministerstva, aby pacient byl zdravotnickým zařízením informován o ceně každého výkonu a každé hospitalizace hrazené z veřejného zdravotního pojištění, není reálný. Zpracovatelé návrhu zákona mírně patrně zdravotní služby nehrazené z veřejného zdravotního pojištění, není-li to však explicitně v návrhu zákona uvedeno, jde o nonsense. (§ 27)

### Další povinnosti poskytovatele zdravotních služeb

**Povinnost v době nepřítomnosti nebo dočasného přerušování poskytování zdravotních služeb zajistit za sebe zástup je opodstatněná pouze v případech registrujících praktických lékařů** pro dospělé a pro děti a dorost, eventuálně by se mohlo týkat i registrujících gynekologů a zubních lékařů, nikoli však všech ambulantních specialistů. Za nezajištění zástupu přitom hrozí citelná pokuta. (§ 42)

Ano, souhlasím.

*Jiří Holečko, chirurg, HOL Luže-Košumberk*

Porovnávat tři naprosto odlišná zařízení (kadeřnictví, autoservis a zdravotnické zařízení) je opravdu nesmysl. Je pravda, že ve zdravotnickém zařízení nejsme uzpůsobeni k tomu, abychom s pacientem proklábosili hodinu až dvě. Ale to neznamená, že bychom se pacientovi i přes hromadu papírování, které mimochodem s probíhajícími akreditacemi neustále nabývá, nesažili věnovat a pomoci mu. Ale pokud se to panu ministrovi nepozdává, tak ať nám ubere papírů nebo přidá sekretářky a bude času dostatek.

*Eva Šlesingerová, oční odd.  
nem. Nové Město na Moravě*

Z vlastní zkušenosti a z práce kolegů z 1. a 3. interny mohu říci, že je pacientům věnována taková péče, jakou si jejich choroba skutečně zaslouží. A rozhodně nikdo není odeslán domů bez jasné diagnózy a doporučení terapie. Může se stát, že některý případ zůstává dlouho diagnosticky nejasný, ale takový pacient je opakovaně zván na kontroly do té doby, dokud diagnóza není jistá a terapie určená. Srovnání lékařské péče s autoservisem a kadeřnictvím je tedy jen velmi vzdáleně možné. Kde si myslím, že jsou rezervy, je kontakt s pacientem a personálem, kde by neškodilo více profesionality, týkající se choroby pacienta a jeho skutečných potřeb. Nejde tedy pouze o nějaké zdvořilostní formality, ale o efektivní práci pro jednotlivé pacienty.

*Doc. Radana Neuwirtová, onkohematolog,  
1. interní klinika VFN*

Dle názoru pana ministra Julínka je vidět, že již dlouho v nemocnici nepracoval jako lékař ani nepobyl jako pacient. Pracovala jsem v nemocnici na lůžkovém oddělení 11 let a nikdy jsem se nesetkala s tím, co tvrdí pan ministr. Ovšem i když jsem byla opakovaně objednaná v kadeřnictví na určitou dobu a na určitý účes, málokdy se stalo, že se kadeřnice „trefila“. O autoservisu nemluvě. Již to, že jsem lékařkou, je pro spoustu prodejců synonymem kategorie „druhořadý zákazník“. Bohužel, tyto zkušenosti mám od různých prodejců různých značek. Vše, jako ve všem, vždy záleží od jednotlivce. Je mi líto, že právě s těmi horšími měl asi pan ministr zkušenost.

*Jarmila Pavlovičová, praktická lékařka, Jilové u Děčína*



**Víte, že ve zdravotnických zařízeních je pacientům věnována menší pozornost než zákazníkům v kadeřnictví nebo v autoservisu? – Souhlasíte s panem ministrem?**

S tímto výrokem rozhodně nemohu souhlasit. V naší ordinaci tomu tak rozhodně není.

*Peter Ritter, Ordinace prakt. lékařů pro dospělé, Praha 6*

Tento ubohý výrok si snad ani nezaslouží komentář, ale budíž: „Pane ministře, z vašeho objektivního sdělení lze vydedukovat, že jste jistě již dlouho nebyl ani u holiče (pravda, toho nepotřebujete) ani na garancce (na to máte garážmistra) a mezi doktory a pacienty nechodíte (jak známo, jedněmi pohrdáte a druhých se bojíte).“

*Filip Berger, gynekolog, Karlovy Vary*

Za předpokladu, že by pan ministr Julínek takové zdravotnické zařízení vedl osobně podle všech svých propagovaných a prosazovaných zásad, podle kterých chce reorganizovat zdravotnický systém v naší zemi, byl bych nakloněn tomu uvěřit.

*Vratislav Škoda, rentgenolog, Česká Lípa*

Je to jen fakty nepodložený blábol.

*Karel Beneš, cévní chirurg, Příbram*

Na tuto otázku se mi odpovídá po službě na našem lůžkovém oddělení resuscitační péče dobře. Během dne jsem řešil mnoho telefonů ohledně umístění pacientů vyžadujících intenzivní péči v situaci, kdy nedostatek kvalifikovaného personálu nutí některá okolní oddělení ARO zavřít (zatím) na dobu třech týdnů a v naší nemocnici je aktuálně prakticky zaplněna kapacita lůžek intenzivní péče. Do toho jsem poskytoval informace rodinným příslušníkům osobně či telefonicky (jsem z forenzního hlediska sám proti sobě, ale manželka jednoho pacienta je nechodící a odmítnout informace dceři, která se před chvílí dozvěděla, že její matka byla odvezena k nám, se mi nechce). Světe div se, našel jsem dost času i na pacienty. No a před chvílí jsem volal do servisu kvůli autu – mohu si pro něj přijet. Cena mne poněkud zaskočila, ale musím to chápat, ty díly jsou tak drahé. Zeptal jsem se, kolik bylo za díly a kolik za práci. Cena hodinové práce mne uspokojila, byla již jen o cca 150 Kč vyšší než moje během právě minulé odpolední a noční směny. Od minule jsem si polepšil. Jen jedno mne mrzí. Proč náš ministr

Bezvýjimečné podávání zpráv praktickým lékařům je nevhodné. V některých případech sám pacient žádá například psychiatra, sexologa nebo klinického psychologa, aby informace zachoval v důvěrnosti i vůči registrujícímu praktickému lékaři. Navíc ve většině případů lékař-specialista předá zprávu pro praktického lékaře pacientovi k předání praktickému lékaři a je na pacientovi, zda mu ji skutečně předá. Kdyby měly být tyto zprávy zaslány poštou, šlo by o administrativní zátěž i finanční náklady, které by byly nereálné. (§ 42)

Povinnost zpracovat traumatologický plán je jistě potřebná v případě nemocnice, nikoli v případě jednoho soukromého lékaře. Zákon se vyhýbá diferenciaci poskytovatelů na nemocnice různých typů, ostatní lůžková zařízení a ambulantní zařízení a klade všem poskytovatelům stejné povinnosti, které jsou pak pro některé ambulantní soukromé lékaře nevhodné až nesmyslné. Doporučujeme rozlišovat jednotlivé poskytovatele, byť je to pro zpracovatele návrhu zákona pochopitelně složitější a méně pohodlné – nicméně je to nezbytné. (§ 42)

Návrh ukládá všem poskytovatelům zdravotních služeb povinnost sledovat spokojenost pacientů s úrovní poskytovaných zdravotních služeb a zprávu o zjištěných závěrech uveřejnit jedenkrát ročně způsobem umožňujícím dálkový přístup. Jde o administrativní zatěžování, které v jiných oborech lidské činnosti nemá obdobu. Možná by mohlo zůstat pro nemocnice, ale aby tuto zprávu činil jeden soukromý lékař-poskytovatel se nejeví smysluplným. (§ 42)

### **Práva poskytovatelů zdravotních služeb**

**Návrh nepamatuje na možnost ukončení péče o pacienta v případě, že je zásadním způsobem narušen vztah důvěry mezi pacientem a poskytovatelem,** která je k poskytování zdravotních služeb nezbytná. Pak by měl mít poskytovatel možnost ukončit péči o pacienta, s výjimkou péče neodkladné, eventuálně akutní. Jiného poskytovatele by zajišťovat neměl, to je a patrně zůstane povinností zdravotní pojišťovny pacienta (§ 46 odstavec 1 zákona č. 48/1997 Sb.). (§ 44)

### **Sankce vůči poskytovatelům zdravotních služeb**

Sankce chybně poukazují na porušení povinností, které v mnoha případech pod příslušnými ustanoveními, na které sankce poukazují, ve skutečnosti uvedeny nejsou! Návrh zákona je zmatečný. (§ 117)

Vnitřní řád má smysl v lůžkovém zařízení, nemá patrně smysl, aby jeden soukromý lékař vypracovával pro svou ordinaci vnitřní řád a pokud jej nevyvěsí, byl za to pokutován.

Jiného poskytovatele by měla mít povinnost zajistit pacientovi i podle věcného záměru zákona o veřejném zdravotním pojištění příslušná zdravotní pojišťovna, nikoli poskytovatel – doporučujeme vypustit povinnost i sankci za nesplnění. (§ 117)

Není bez zajímavosti, že není stanovena žádná sankce za neslušné, neetické nebo nevhodné chování k pacientovi, ani za nedůstojné zacházení s pacientem.

Celkově lze konstatovat, že **některé sankce jsou nepřiměřeně vysoké a celé ustanovení je nepřehledné,** nejasné a umožňující různé interpretace. Lze doporučit, aby tato část zákona byla zcela přepracována. (§ 117)

### **Celkově na adresu tohoto návrhu zákona platí:**

**Proč navrhovat zákon jednoduše a přehledně, když lze navrhnout zákon složitý, nepřehledný, málo srozumitelný pro lékaře i pacienty, o kterém se budou právníci přít ještě dlouhá léta po jeho přijetí? Navíc zákon, který by byl v několika případech v rozporu s právními předpisy vyšší právní síly, zejména s mezinárodními úmluvami, kterými je Česká republika vázána. Jde o zcela zásadní právní předpis, který má určovat právní vztahy, tedy určitá pravidla hry mezi zdravotníky (budeme-li se jako navrhovatelé zákona úzkostlivě vyhýbat slovu „lékař“) a pacienty. Stálo by tedy za to uspořádat k němu podstatně širší odbornou diskusi, rozebrat si všechny problémy (zdaleka ne všechny jsme mohli zmínit v tomto článku) a pokusit se přijmout opravdu dobrý zákon.**



# Zákon o specifických zdravotních službách

## Umělé ukončení těhotenství

**Umělé ukončení těhotenství po 12. týdnu je možné ze zdravotních důvodů, které návrh definuje pouze velmi vágním způsobem jako ohrožující „zdravý vývoj plodu, zdraví nebo život budoucího dítěte“.** Dosud tuto problematiku detailně upravuje vyhláška č. 75/1986 Sb., což je ovšem předmětem kritiky, protože tak závažné otázky nemá upravovat podzákonný předpis. Takto vágní formulace je pro lékaře velmi nebezpečná, protože posoudit, zda v konkrétním případě je či není tato díkce naplněna, je velmi složité a názory odborníků i soudců na tento problém mohou být velmi rozdílné. Lékař se tak může velmi snadno dostat do situace, kdy bude nařčen, že provedl interrupční výkon, aniž k tomu byly splněny zákonné podmínky. Naprosto přesná právní úprava zákonem je zde zcela nezbytná. (§ 11)

Návrh umožňuje u nezletilých pacientek ukončit ze zdravotních důvodů těhotenství i pouze na základě písemného souhlasu zákonného zástupce. **Ani nezletilé pacientce přece nelze uměle ukončit těhotenství proti její vůli.** S tímto návrhem, který odpovídá Úmluvě o lidských právech a biomedicíně, nelze souhlasit. (§ 12)

**Návrh zákona neřeší otázku provádění umělého ukončení těhotenství u cizinek,** zvláště v případech, kdy podle právní úpravy v daném státě je umělé ukončení těhotenství nepřipustné (např. Polsko). **Návrh podporuje tzv. interrupční turistiku.** Je zde nebezpečí, že se ČR stane výjezdovou zemí, kam budou cizinky z těchto států jezdit pouze za účelem umělého ukončení těhotenství.

## Definice „osoby blízké“

Pojem osoby blízké tak, jak je definován v § 116 občanského zákoníku, je ve zdravotnictví těžko použitelný. Soud jistě může zkoumat, zda poměr osob byl takový, že by újmu, kterou utrpěla jedna z nich, druhá důvodně pocítovala jako újmu vlastní, lékař toto těžko zjistí a ocitá se v zásadních otázkách v právní nejistotě. **Zákon musí stanovit tyto osoby výčtovou metodou.**

(Tato připomínka platí všude tam, kde se pojem „osoba blízká“ vyskytuje).

## Nové léčebné metody

Zákon upravuje podmínky, za kterých lze

používat nové léčebné a diagnostické metody, avšak nedefinuje, co jsou tyto metody „dosud nezavedené v klinické praxi“. Mínil se v České republice, v Evropské unii, nebo ve světě?

(§ 27)

Před zahájením ověřování nezavedené metody je třeba ustavit etickou komisi. **Etickou komisi by však neměl ustavovat poskytovatel, který má patrně zájem na výsledku jejího jednání a podle toho může volit její složení, ale měla by jejím ustavením být pověřena příslušná profesní komora.**

(§ 31)

## Lékařské posudky

**Ministerstvo navrhuje, aby doklad o pracovní neschopnosti měl právo vystavit pouze registrující praktický lékař.** To je v praxi velmi nevhodné, nedůvodné a někdy i nemožné. Bude-li pacient hospitalizován například na ARO, budou volat jeho praktického lékaře, aby mu vystavil neschopenku. Právo vystavit neschopenku by měl mít kterýkoli ošetřující lékař.

(§ 34 a 35)

Požadavek, aby každý lékař, který získá podezření, že změnou zdravotního stavu pacienta došlo ke změně jeho způsobilosti k výkonu činnosti, měl povinnost informovat zaměstnavatele pacienta, je nevhodný. Každý lékař by měl informovat registrujícího praktického lékaře nebo lékaře provádějícího pracovně lékařské služby a ti by měli informovat zaměstnavatele.

(§ 38)

## Ochranné léčení

Návrh ukládá všem poskytovatelům ambulantních zdravotních služeb, pokud jsou oprávněni poskytovat zdravotní služby v oboru, do jehož náplně patří i činnosti ochranného léčení, povinnost ochranné léčení zajistit vždy. To by znamenalo, že například **psychiatr, který je oprávněn poskytovat zdravotní služby v tomto oboru, by se specializuje například na psychoterapii, psychoanalýzu...** a pro naplněnou kapacitu třeba ani nepřijímá nové pacienty do péče, **by byl bez dalšího povinen převzít do péče osobu s ambulantním ochranným psychiatrickým léčením, která vyžaduje péči daným lékařem neposkytovanou.** To je nesmyslný požadavek, jehož nesplnění by mělo být trestáno jako správní delikt (§ 79 odst. 9).

(§ 73)

urází ty, o které by se měl starat? Proč ne Liška, Říman a ti další? Odpovídám si sám. Protože urážet a kálet na doktory a sestry je v tomhle státě v módě. Když to spojíte s nízkou politickou kulturou naší vlády a parlamentu a ubohým vychováním jednotlivých politiků, tak se divím, že na tom plakátu není text: Víte, že ty svině doktoři vraždí pacienty častěji než čečenská mafie?

David Doležal, *Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, FN Hradec Králové*

S panem ministrem nesouhlasím, pacientů je čím dál více a pracujících lékařů (nejenom přihlízejících) je čím dál méně, jenom pojišťovny se tváří, že je všechno v pořádku, narůstá nervozita pacientů, vyvíjí se stres na lékaře a sestry, ošetřovací čas se zkracuje, ale pořád je zajištěna péče o akutní stavy. Je pravda, že se prodlužuje čekací lhůta na odborné a laboratorní vyšetření, ale vzhledem k ohodnocení lékařů a sester zaměstnanců je péče o pacienty nadále nadstandartní, pokud není pacient spokojen, může změnit lékaře stejně jako autoservis nebo kadeřníka, ale určitě ho to bude stát více jak 30 Kč.

Dalibor Berka, *neurologie, nemocnice Kroměříž*

S názorem nesouhlasím a vůbec panu ministrovi nerozumím. Proč si vybral resort, když má tak záporný vztah k jeho zaměstnancům? Často přemýšlím o tom, kde se v lidech bere myšlenka po zdravotních požadovat 200% služeb, když většina z nich má přístup k práci méně perfekcionista (stačí si všimnout, když jdeme na úřady, do opravny aut, objednáme něco v obchodě, reklamujeme). Dám běžný příklad z našich nemocnic: Ve dvě v noci je přivezen RZP zdravý dvacetiletý muž s teplotou trvajícím 2 hodiny, aniž by si vzal paralen. O půl sedmé již volá maminka, co je se synem? A v osm hodin chce pacient rychle jít domů. A to všechno asertivně zvládneme. Ke kadeřnici jsem přestala z časových důvodů chodit před několika lety, seděla jsem tam hodiny, účes nebyl vždy takový, jaký jsem chtěla, a nechala jsem tam i dost peněz. Myslím, že by se měl spíše ministr zaměřit na edukaci našeho obyvatelstva, jak postupovat u běžných nemocí, jako je teplota, kašel, nachlazení, klíště, modřina atd.

Šárka Drinková, *interní oddělení nemocnice Havlíčkův Brod*

Víte, že ve zdravotnických zařízeních je pacientům věnována menší pozornost než zákazníkům v kadeřnictví nebo v autoservisu? – Souhlasíte s panem ministrem?

Používání nadsázky je v diskusi běžné. Souhlasím s tím, že mnohde paternalistický přístup zdravotníků přetrvává, někdy až s vojenskými rysy (ranní buzení v nemocnicích, výrazné časové omezení návštěv, nemožnost konzultovat nález a výsledky s lékařem – je nedosažitelný, a především dlouhé čekání v ordinacích s nemožností se objednat). Stran objednání a dlouhého čekání zkuste posoudit kadeřníka, automechanika a mnohé lékařské ordinace. Problém je ve srovnání – člověk je něco jiného než auto, ale úcta ke klientovi by měla být všude samozřejmostí. Nemám v úmyslu kritizovat všechny lékaře, ale pan ministr fal do žívého, a ČLK nemá možnost nešvar v podobě neúcty k pacientovi napravovat.

*Doc. Zdeňka Límanová, CSc., internista a endokrinolog, III. int. klinika VFN a I. LF UK, Praha*

Já si myslím, že už nemá smysl se výroky pana ministra zabývat. Co se říká U vystřeleného voka, když v sobě všichni mají deset piv a šest rumů, je mi taky jedno.

*Miloš Voleman, chirurg, FNKV Praha*

Je-li předpoklad tvrzení pana ministra pravdivý, je nutné si položit otázku, proč tomu tak je. Ve výroku je srovnáván vztah lékař – pacient se vztahem méně komplikovaným, zákazník – živnostník. Pro oba uvedené vztahy je pravdivé, že jsou utvářeny oboustranně, jak pacientem či lékařem, nebo zákazníkem a živnostníkem. Navíc vztah je utvářen ještě dalšími vlivy, kam zcela jistě patří média. Medializace vztahu lékař – pacient je několikanásobně větší než medializace vztahů podobných. Navíc je z velké většiny medializovaná v negativním pohledu na zdravotnický personál. Nepamatuji si, že bych v některém z médií slyšel cokoli negativního na autorizované autoservisy či na kadeřníky. Z pohledu autoservisů si média nedovolí kritizovat možného sponzora, pošlapala by jméno nadnárodního koncernu, a to si ze zřejmých důvodů nedovolí. Kadeřníci nejsou pro tisk či tv atraktivní. Tak zbývají zdravotničtí pracovníci, na které se neustále valí negativní kritika ze všech stran. Nemocní přicházejí do ordinací či nemocnic předem psychicky připraveni. Přejmenovali jsme je na klienty.

## Zákon o zdravotnické záchranné službě

**Zákon neřeší postavení současných soukromých poskytovatelů provozujících ZZS. Je skutečně úmyslem ministerstva těmto poskytovatelům další výkon činnosti znemožnit?**

Je-li tomu tak, zákon by asi nebyl ústavně konformní, protože by šlo o retroaktivní zásah do nabytých práv.

Z nejasných důvodů návrh **neřeší přeshraniční spolupráci**, která se jistě po zahrnutí ČR do tzv. Schengenského prostoru bude nadále rozšiřovat, a měla by tedy být zákonem upravena.

**Zákon ukládá zcela nesmyslně všem poskytovatelům lůžkových zdravotních služeb povinnost zřídit urgentní příjem nebo kontaktní místo pro spolupráci se ZZS.** Tato povinnost je u některých poskytovatelů lůžkových zdravotních služeb nesmyslná (LDN, specializovaná sanatoria, soukromé lékařské společnosti poskytující jen vysoce specializovanou několikadenní lůžkovou péči, apod.). (§ 17)

**Zákon stanoví povinnost zajistit dojezdový čas výjezdové skupiny do 20 minut, což je v porovnání se stávající vyhláškou č. 434/1992 Sb. (§ 3 odst. 2), která požaduje dojezd do 15 minut, krokem zpět. Jde o neodůvodněné snížení dostupnosti ZZS pro občany.**

(§ 15 odst. 3)

**Za sporné považujeme to, aby v rámci tzv. vedlejších služeb zajišťovala ZZS lékařské pohotovostní ambulance (tedy LSPP),** protože provoz takových ambulancí při výjezdových základnách není personálně zajištěn patřičně kvalifikovanými praktickými lékaři a praktickými lékaři pro děti a dorost.

(§ 5)

Je nepochopitelné, že **zákon neřeší nároky na kvalifikaci lékařů ZZS ani záchranářů,** tedy na personální, ale i věcné a technické vybavení výjezdových skupin. Jde o velmi specifickou problematiku, která by neměla zůstat pouze v rovině obecných zákonů o vzdělávání zdravotnických pracovníků.

**Personální složení posádek výjezdových skupin by mělo stanovit prováděcím právním předpisem Ministerstvo zdravotnictví ČR ve spolupráci s Českou lékařskou komorou.**

**ZZS je součástí integrovaného záchranného systému. Na rozdíl od pracovníků jeho dalších složek (policie, hasiči) nemají být lékaři nijak zvýhodněni.** S tím ČLK nemůže souhlasit. Česká lékařská komora navrhuje, aby postavení pracovníků zdravotnické záchranné služby z hlediska veškerých výhod bylo stejné, jako je postavení policistů a hasičů, včetně práva na dodatkové dovolené, rehabilitace, rizikové příplatky apod.

Sankce nepamatují na zneužití zdravotnické záchranné služby. ČLK navrhuje stanovit vysoké pokuty za zneužití zdravotnické záchranné služby i zneužití tísňové linky 155 a 112.

### Souhrnné stanovisko k navrhovaným zákonům:

**Považovali bychom za vhodné, aby návrh zákona o zdravotních službách a návrh zákona o specifických zdravotních službách, které obsahují řadu zásadních věcných i legislativních chyb a v některých případech jsou v rozporu s mezinárodními úmluvami, kterými je Česká republika vázána a s právními předpisy vyšší právní síly, byly staženy zpět a podrobeny široké odborné diskusi.**

Teprve po opravě všech věcných i legislativních chyb by bylo vhodné tyto zákony v optimálním znění, které bude naprosto srozumitelné pro zdravotníky i pacienty, předložit vládě a Parlamentu ČR ke schválení.

Schválení zákonů tak, jak jsou v současné době navrhovány, by třeba i s drobnými změnami, by patrně nepřineslo očekávaný pozitivní přínos a právní postavení zdravotníků a pacientů by spíše zhoršilo.

Pokud jde o zákon o zdravotnické záchranné službě, po vyřešení některých připomínek tak, jak jsou shora uvedeny, by bylo patrně žádoucí tento zákon přijmout.

*Jan Mach, ředitel právní kanceláře ČLK*

*Milan Kubek, prezident ČLK*



# Kterak pan ministr komunikovati v pravý čas nezačal a co z toho pošlo

**Již na lékařské fakultě nás učili, že lékař si musí osvojit správnou komunikaci s pacientem. Tato schopnost spolu s nabytými vědomostmi je předpokladem nejen pro určení správné diagnózy, ale zejména pro úspěšnou terapii samotnou. Jinými slovy – špatný lékař je ten, který nedbaje na stesky nemocného je zatvrzele přesvědčen o své pravdě, svá rozhodnutí nekoriguje či nekonzultuje.**

Velmi těžce lze s takovým přístupem uspět i při terapii nemocného českého zdravotnictví. Ministři zdravotnictví se střídají jako na orloji a osud naprosté většiny z nich má společného jmenovatele – zdravotnictví vnímají jako výsostné politikum. Ve snaze přesvědčit své vlády, stranické kabinety a vyhovět silným zájmovým skupinám většinou přestanou slyšet na výtky ze zdola či od opozice a později ztratí kontakt s realitou zcela. Zpočátku povýšeně ironizují své kritiky a snaží se vyvolat dojem, že jsou nad věcí, působí jistě a odhodlaně. Později zahrnutí do kouta a se slábnoucí politickou podporou se nakonec stávají snadnou kořistí a v zájmu „vyššího principu“ jsou obětováni, tj. hozeni přes palubu. Je s podivem, že až na malé výjimky se nepoučili.

Podivná politika současného vedení ministerstva zdravotnictví v čele s Tomášem Julínkem se v tomto ohledu od svých předchůdců moc neliší. Tak na mne, alespoň, zapůsobil seminář pořádaný ČLK dne 30. 6. 2008. Dovolil jsem si v posledním školní den vystavit rezortu známku nedostatečnou. To proto, že ani pan ministr ani jeho náměstci nebyli schopni vyvrátit konkrétní obavy lékařů tlumočené prezidentem ČLK. Na poslední chvíli předstíraná komunikace s lékařskou veřejností a s Českou lékařskou komorou působí značně nedůvěryhodně. Nečekaná „přepadovka“ na poradě předsedů na Homolce, teatrálně zinscenovaná návštěva na sjezdu mimo program ani narychlo svolané semináře nemohou přispět k posunu správným směrem. Spíše nutí k zamyšlení – proč najednou takto?

Cítí najednou ministerstvo špatné svědomí a chce komunikovat doopravdy? Nebo jde o výsledek vnitřního pnutí v nejsilnější koaliční straně a v koalici samotné před krajskými volbami? Tyto a další otázky nás musí zákonitě napadnout. Posuňme se raději od spekulací a vyhodnoťme fakta.



Nic podstatného se nezměnilo. Dialog nadále neprobíhá, jak by se slušelo. Pan ministr sice přislíbil, že se bude skutečně zabývat i námitkami svých oponentů včetně ČLK, ale asi to moc vážně nemyslel. Odmítl totiž jako předkladatel vzít své návrhy zákonů zpět a připomínky zapracovat.

V debatě s lékaři sice prohlásil, že většinu námitek, resp. obav ze zdravotnické reformy přednesených prezidentem komory Milanem Kubkem může hravě vyvrátit, avšak ani po vysloveném naléhání prezidenta či auditoria, aby tak učinil, nebyl schopen konkrétně reagovat a získat si tak publikum na svou stranu. V této souvislosti si nešlo nevšimnout, jak někteří kolegové, jinak hlasití zastánci Julínkovy reformy a mnozí v roli jeho poradců, v sále mlčeli a své ho chleboďárce se ani nezastali.

Nadále tedy trvá nebezpečí nezdravého posílení kompetencí zdravotních pojišťoven, konkurence ZZ převážně cenou a zejména privatizace zdravotní daně. Nadále se dravě rozepínají zdravotnické supermarketky a řetězce, které představují pro většinu podnikajících kolegů nekalou soutěž a nelze je vnímat jinak než jako přímé existenční ohrožení malých lékařských praxí.

Nadále se pracuje s pojmem řízené péče, i když zkušenosti a fakta zejména z USA spíše vyvolávají vážné obavy. Zde zdůrazňuji, že nejen pro lékaře, ale především pro pacienty.

Citlivě vnímám, že se lékařská komora nemůže omezit pouze na kritiku, a proto velice vítám snahu krajské rady ČLK Zlínského kraje rozprout napříč lékařskou obcí (tedy nejen v ČLK) konstruktivní debatu o podobě skutečné reformy českého zdravotnictví, jež by nevymýš-

Právnem. Nejsou již z valné většiny trpěliví. Na rozdíl od motorového vozidla jsme tvorem moudré přírody, kterou nelze obelstít! Má své zákony, které jsou nepodplatitelné, ale pro řadu našich klientů neznámé a nepochopitelné. V autoservisech neplatí jiné zákony než zákon ekonomický a pár fyzikálních pouček, nic víc. V nemocnicích neplatí ekonomika na prvním místě, je dál, než si řada politiků přeje, na prvním místě je příroda a řada z nás ji nechápe. Výsledek autoservisu či kadeřnictví je okamžitý a nevyžaduje žádnou spoluúčast klienta, vyjma platby. Ve zdravotnictví velkou roli na úspěchu hraje účast nemocného, je nucen změnit svoji životosprávu, a bohužel se někdy smířit i s úzdravou s defektem či přicházející a neodvratitelnou smrtí. Tato spoluúčast může být také důvodem k uvedenému výroku. Úvodem jsem předpokládal pravdivost výroku, závěrem předpokládám jeho nepravdivost, ale musím podtrhnout, že tento výrok z výše uvedeného opět přispěl k tomu, aby pravdivý byl.

*Jan Rokyta, klinický biochemik, Nemocnice Most*

Řekl bych, že nás pan ministr zařadil – při vši účtce ke kadeřníkům a automechanikům – do zajímavého spolku. Jistěže se někteří kolegové z nejrůznějších důvodů nechovají k pacientům tak, jak by si sami přáli, kdyby pacienti byli. Mají k tomu zřejmě pádné důvody, například vyhoření, neustálý tlak pojišťoven a hrozba regulacemi, smluvní nejistota, nedostatečné nadání k empatickému naslouchání a reflektování. Ale ty rozhodně ministerskou reformou nezmizí, spíše bych řekl, že neustálé změny a zneklidňování a nejistoty míru obecného znechucení lékařů zvyšují, podobně působí i povýšený tón a způsob rozhodování o zdravotnictví.

Ještě malé postscriptum: včera jsem dával svoje auto do servisu a koukal se na sazebníky za práci: hodinová cena automechanika je 600 Kč, nikdo se s ním o ni nepře a nikdo nepřemýšlí, jak by ho o ni pod záminkou regulačních opatření připravil. Tam se to řídí docela rozumnou zásadou: vezmi si, co potřebuješ a zaplať za to, co to stojí. Až se tento princip reality prosadí i v našich ordinacích, můžeme debatovat o vstřícnosti a míře pozornosti věnované pacientovi. Ostatně pak si budou pacienti vybírat sami, kam své peníze ponесou.

*Vladislav Borovanský, Psychiatrická ambulance, Roudnice nad Labem*



**Víte, že ve zdravotnických zařízeních je pacientům věnována menší pozornost než zákazníkům v kadeřnictví nebo v autoservisu? – Souhlasíte s panem ministrem?**

Jestli pan ministr hovoří o své vlastní zkušenosti jako lékaře, a tímto výrokem se přiznává, je to politovánímhodné.

*Jan Ryšánek, interna, Karviná*

Moje odpověď na anketní otázku je jednoduchá: pan ministr žvaní jako obvykle, ale zapomenul čtenářům říci to nejdůležitější – bude hůř!

*Václav Pavlíček, pediatr, Tábor*

S tímto publikovaným názorem nesouhlasím. Sám pan ministr dobře ví, kolik péče a práce je kolem nemocného člověka.

*Václav Čuba, Gastro ambulance, Masarykova nem., chirurg, Ústí n. L.*

V servisu zaplatím za hodinu práce mechanika také kolem 600 Kč. Dá pojišťovna lékaři 600 za hodinu?

*Jiří Velebil, psychiatr, Psychiatrická léčebna Horní Bečkovice*

Nechci polemizovat s panem ministrem ohledně jeho názoru na zdravotní péči v České republice, za kterou je jako bývalý výkonný lékař a nyní ministr zdravotnictví také spoluzodpovědný. Nicméně k jeho výroku ohledně přístupu k pacientům, ale především přístupu některých pacientů ke zdravotnictví: V mé praxi se mi opakovaně stalo, že pacient se nedostavil na objednanou kontrolu nebo dokonce nepřišel k plánovanému výkonu, a to bez jakékoli omluvy, čímž v podstatě znemožnil jinému pacientovi zákrok, který by chtěl třeba podstoupit. Myslím, že ke kadeřníkovi nebo do autoservisu si nikdo nedovolí nepřijít, natož nepřijít bez omluvy.

*Ivo Trešl, chirurg, Rakovník*



lela vymyšlené, ale brala si za vzor spíše tradiční země EU, resp. naše nejbližší sousedy. Necitlivá násilná aplikace amerického modelu bez dalších kontextů běžných v USA situaci spíše zhorší.

Jako malé pozitivum vnímám i jisté názorové sbližování dříve nesmiřitelných frakcí v ČLK. I ti, kdož v době ministrování Davida Ratha tak hlasitě a nekompromisně volali po zásadní změně osoby i stylu práce ministra, po zkušenostech s vládnutím jeho nástupce Julínka trochu vystřízlivěli a uvědomují si, že jde i o jejich praxe

## Připomínky ano, ale nebourat celou koncepci!

*Patřím k té neodborářské části členů ČLK, kteří reformu českého zdravotnictví předložnou ministrem Julínkem a jeho týmem podporují. Tím neříkám, že nemám žádné připomínky. Ty však nebourají celkovou koncepci.*

Jde asi o tři základní okruhy problémů. Zprv: jak při zachování liberálního pohledu zabránit tomu, aby se v tomto regulovaném tržním prostředí, které ve zdravotnictví musí být, neobjevil subjekt ochotný poskytovat zdravotní péči za cenu nedosahující nákladů. Tedy cenu dotovanou z jiných zdrojů, čili dumpingovou.

Aby mohl ÚOHS konat, je třeba, aby měl potřebnou kompetenci – tu má a komparaci nemá. Tou může být např. taxativní sazebník-ceník (málo pravděpodobné, skoro bych řekl vyloučené), nebo porovnání s ostatními zeměmi EU (příliš složité – málo pravděpodobné) a nebo cosi jako cenový výměr – tj. podzákonná norma vydávaná např. ministerstvem financí. To však zase má jiné riziko – jde vlastně o definici minimální ceny a je nasnadě, že plátce se při jednáních bude držet této dolní hranice. Takže hledáme řešení obsahující tzv. antidumpingovou formulku.

Dalším okruhem je přílišná byrokraticko-administrativní zátěž, ležící na poskytovateli. Co všechno chce úředník zaslat, ověřit a okopírovat, přičemž mnohdy to již má, někdy dokonce na stejném úřadu, jen o pár dveří dále! Toto je však boj s právním pozitivismem tak hluboce zakořeněným v hlavách našich úředníků a v poslední době, zdá se, ještě podporovaným siluetou euroúředníka z Bruselu.

Posledním okruhem jsou, řekněme, nedotaženosti v definici bezúhonnosti či tzv. „bonzovací“ paragraf, ale i tam se rýsuje náprava. Jiným problémem je zcela nevhodné řešení ohledání zemřelého tzv. registrujícím poskytovatelem. Předkladatel jako by rezignoval na již předjed-

a o jejich živobytí. Jak příznačné pro národ Josefa Švejka! Společný nepřítel nás vždy semknul.

Kolegové, jsem si dobře vědom toho, že v tento prázdninový čas máte příjemnější zážitky a opravdu vám je přeji. Svou úvahu jsem záměrně věnoval událostem, které mají nějakou historii a někam směřují. Chci vás jen trochu podnítit k zamýšlení, neboť se jasně ukázalo, že bez komunikace napříč i vertikálně, bez informací a zcela pasivní jsme snadno ovládnutelní.

*Tomáš Šindler*



nané řešení pomocí nasmlouvávaných ZZ krajským úřadem (tzv. „koronerem“) a zákonem ukládá tuto povinnost, v rozsahu překračující jak časový, tak i geografický rámec vyplývající z dosavadních smluvních vztahů, části lékařů. Je třeba určit, kdo a z jakých peněz tuto službu bude hradit, a tomu přizpůsobit nové smlouvy. Domnívám se, že logičtější je uložit povinnost instituci s možností nasmlouvat si plnění u různých poskytovatelů.

V zákoně o specifik. zdrav. službách vidím jistě potíže v oblasti tzv. pracovních lékařských služeb. Tato problematika, dosud řešena vyhláškou z dob reálsocialismu, má i své evropské právní konotace v deklaraci (úmluvě) ochrany zdraví při práci. Je třeba najít kompromis mezi oprávněnou snahou zabránit poškozování zdraví nevhodnými pracovními podmínkami a na druhé straně vytváření zbytečné a mnohdy jen administrativní zátěže lékařů.

Co je však rozhodně nutné přehodnotit, to jsou kategorizace profesí, které provedly ÚOVZ a které mnohdy nemají logiku (noční vrátný v nemocnici – kategorie II – psychický stres, kdežto např. lékař v těžce nemocnici při noční službě – kategorie I – žádný stres?!).

Závěrem chci říci, že návrhy zákonů konečně umožňují lékařům svobodnější výkon profese a snad již definitivně skončují se zákonem o zdraví lidu č. 20/66 Sb. Zdraví se tak více stává individuální kategorií, o níž se spolu občanem starají profesionálové.

*Lubor Kinš*

# Vybírat lékaře by si měl pacient

*Čtyřhodinové jednání představitelů Ministerstva zdravotnictví ČR, včetně ministra Julínka a zástupců zdravotních komor, zcela určitě nepřineslo uklidnění přítomné lékařské veřejnosti. Obavy, které lékaři mají z eventuální realizace zmíněné reformy zdravotnictví, přetrvávají.*

Problém začíná již u toho, že pan ministr během diskuse řekl, že to, co bylo uvedeno ve věcných záměrech, které byly schváleny v dubnu t. r., je v navrhovaných zákonech v mnoha směrech již překonáno. To samo o sobě nevzbuzuje pocit důvěry, že se chystá něco promyšleného.

Z toho, co je zatím známo, se mají hybatelům zdravotnictví stát soukromé pojišťovny, které mají tvořit zisk z prostředků veřejného zdravotního pojištění a mají za své klienty rozhodovat, kdo bude pro ně tím nejhodnějším lékařem či nejhodnějším zdravotnickým zařízením. Systém má fungovat tak, že zdravotní pojišťovny budou vypisovat tendry na zdravotní péči a budou ji nakupovat údajně u toho, kdo bude splňovat nejlepší podmínky tendru. V této souvislosti byly v diskusi vyslovovány obavy z hlediska objektivnosti výběru poskytovatelů zdravotní péče.

Ministr Julínek tvrdil, že toto uhlídá Úřad pro hospodářskou soutěž a Úřad pro dohled nad zdravotními pojišťovnami. Tato odpověď ovšem málokoho uspokojila, zejména při znalosti českých poměrů. Kromě toho ministr Julínek nevyvrátil informace o tom, že soukromé pojišťovny budou moci samy vlastnit zdravotnická zařízení. Je přeci dopředu jasné, že žádný úřad neuhlídá, aby pojišťovny při zadávání zakázek neupřednostňovaly svoje zařízení.

Zůstalo nevysvětleno, jak lze uvést do souladu chystanou úpravu veřejného zdravotního pojištění s ústavně garantovaným právem na poskytování péče z veřejného zdravotního pojištění. Pokud bude možné, aby prostředky vybrané z tohoto pojištění šly na konta soukromých pojišťoven, přestanou být veřejnými a stanou se majetkem soukromých společností. Tvorba zisku z takového typu pojištění je stejně absurdní, jako kdyby stát převedl výběr daní na soukromé subjekty a pověřil je, aby ve formě zakázek zadávaných na základě tendrů financovaly veřejné projekty a tvořily zisk z údajných úspor na jejich financování. Kdo bude objektivně určovat rozsah těchto úspor, ze kterých má být tvořen zisk, není jasné.

Ministrem Julínkem bylo řečeno, že reforma má zavést kapitalismus do zdravotnictví. Pro kapitalistické podnikání je typický konkurenční boj, který je produktem svobodného trhu. Za situace, kdy pojišťovny budou současně i provozovateli zdravotnických zařízení, o žádnou konkurenci nepůjde, ale půjde o vytváření monopolů. Námitkám, že zdravotnictví nemůže být předmětem obchodu, a pokud se jím stane, je ohroženo lidské zdraví, protože kritériem pro činnost poskytovatelů bude jediné zisk a nikoliv zdraví pacienta, čelil ministr tvrzením, že jde o katastrofické scénáře, které nejsou ničím doloženy, aniž však takto vyslovené obavy vyvrátil argumentací, v níž by byly vyloženy účinné mechanismy, jež hodlá v rámci reformy zavést a které by těmto důsledkům mohly zabránit.

Každý si tak nutně musel odnést poznatek, že s nějakými opatřeními proti takovým dopadům se v reformě nepočítá. Hrozí, že zvolené lékařské postupy, včetně operativních zákroků, nebudou v takovém systému voleny podle skutečné potřeby pacienta, ale podle kritéria zisku. Zůstává proto otázkou, zda navrhovaná reforma směřuje k nastolení funkčního systému, který bude přínosem jak pro pacienty, tak pro zdravotníky. Reformní návrh je výhodný pro pojišťovny, které budou tvořit zisk z výběru povinného zdravotního pojištění, ale nezdá se, že by byl výhodný pro pacienty a pro zdravotnická zařízení.

V navrhovaném systému se samostatný lékař dostane zcela do moci jednotlivých pojišťoven, co se týče uzavření smlouvy, hodnoty své práce, a nebude se moci nijak bránit, neboť se nebude mít ve své argumentaci o co opřít. Nebudou standardy léčebné péče, nebudou dohodovací jednání o cenách a výkonech. Má zaniknout činnost komory jako garanta kvality poskytované péče a jako za socialismu se má této role ujmout stát. Odpovědnost za výsledek léčby však v plném rozsahu zůstane na konkrétním lékaři.

Rukojmím pojišťoven se však stanou především pacienti, kteří namísto aby měli právním řádem garantovanou volbu lékaře, budou mít pouze volbu pojišťovny. Ta za ně bude vybírat lékaře, u něhož se budou léčit, a při potřebě hospitalizace zvolí i nemocnici na základě kritérií, kde ve skutečnosti hlavní dominancí bude zisk pojišťoven, a nikoli zdraví pacienta.

V rámci diskuse nebyly ze strany představitelů ministerstva uspokojivě zodpovězeny otázky týkající se stávajících smluv, které mají zdravotnická zařízení uzavřeny na osm let. Ministerstvo se zřejmě tento problém chystá vyřešit tak, že do již nyní předloženého zákona o zdravotních službách vložilo přechodné ustanovení, podle kterého se musí všechna zdravotnická zařízení přeregistrovat u státních do jednoho roku a u nestátních do dvou let. Tím si zřejmě chce otevřít cestu k tomu, aby se zbavilo těch zdravotnických zařízení, se kterými nebude vůle pojišťoven ve smluvních vztazích pokračovat. Že se zde do právního řádu zavádí nepřipustná retroaktivita, to předkladatelům zákona evidentně nevádí.

Že je reforma zdravotnictví potřebná, víme všichni. Avšak aby byla účinná a prospěšná, musí vytvořit takové podmínky, aby to byl pacient, který na základě své účasti na povinném veřejném pojištění a případně na dalším smluvním připojištění, rozhodne o výběru zdravotnického zařízení.

*Pavla Nykodýmová*

## ČLK chce se státem spolupracovat

Jsem rád, že pan ministr začal komunikovat s ČLK, ať už to má jakékoli důvody. Je to snad známka nastolení přinejmenším určité kultury vztahů MZ s ČLK, je to výchozí bod, jiskřička určité naděje, že státní orgány (myslím tím zejména MZ) pochopí, že ČLK není žádný obludný zkostnatělý netvor, ale svébytná organizace lékařů, která chce se státem spolupracovat, a ne se sním neustále o něco přít a dohadovat.

V minulé době stát a mnozí politici dohnali svými kroky ČLK do určité defenzivy, a to jejím zbytečným vytěsňením z činnosti, na kterých ČLK se státem dříve spolupracovala. Tím ji pochopitelně donutili bránit své dosavadní pozice, pozice, které mají v kulturních zemích lékařské komory zcela samozřejmě. Obrana těchto pozic byla a stále je často prezentována jako útok na tzv. reformu zdravotnictví.

*Petr Němeček*



# Ministr se lékařům neomluvil

„Víte, že ve zdravotnických zařízeních je pacientům věnována menší pozornost než zákazníkům v kadeřnictví nebo v autoservisu? Víte, že lékaři nejsou motivováni k úspěšné léčbě pacientů?“

MUDr. Tomáš Julínek – ministr zdravotnictví

Ministerstvo zdravotnictví vydalo leták, na němž Tomáš Julínek oslovuje pacienty způsobem, který nemůže být lékařům lhostejný, neboť je vůči nim urážlivý. Proto vznikla na semináři 30. 6. 2008 v Praze následující polemika mezi prezidentem ČLK a ministrem:

**Milan Kubek:** Stejně jako na řadu občanů i na mne vypadl z novin takový zvláštní leták. Vypadá trochu jako reklama na práci prášek, který vypere dočista dočista, ale to by mi nevadilo. Nevadily by mi ani různé polopravdy, které v něm jsou, jako že poskytovatelé získají výhodnější smlouvy se zdravotními pojišťovnami, že bude rovnocenné postavení jednotlivých lékařských praxí, že se vytvoří ochrana proti monopolům. Jedna věc mi ale přeci jen vadí. Vím, je to reklama, je to prostě marketing – hloupý uvěří, ostatní prostě zahodí –, ale vadí mi dva výroky, které jsou v tomhle letáku a které jsou i na vašich webových stránkách. Chtěl jsem se na úvod zeptat, aby atmosféra zde byla co nejklidnější a co nejkonstruktivnější: Nechcete se nám omluvit za tyto výroky? Víte, pokud ministr zdravotnictví, nebo jakýkoli jiný ministr, kálí do vlastního hnízda, tak je to špatné. Pokud budete kritizovat práci úředníků vašeho ministerstva, je to vaše svaté právo, ale neměl byste takto hanět ty tisíce lékařů a ostatních zdravotníků, kteří se o pacienty starají. Skutečně tvrdit, že se pacientům nevěnujeme, resp. že pacientům věnujeme menší pozornost, než která je věnována zákazníkům v kadeřnictví nebo v autoservisu, nebo tvrdit, že nejsme motivováni k úspěšné léčbě pacientů, jsou věci, které mohou u pacientů vzbudit obavy. Jsou to nařčení nepravdivá. Myslím si, že z úst pana ministra zdravotnictví by vůbec zaznívat neměla, a proto se ptám, jestli se nám nechcete tady na úvod za tyto výroky omluvit?

**Tomáš Julínek:** Nečekal jsem, že pan prezident začne konfrontačně a nepřiliš seriózně, ale víme, o co jde. Mám tady před sebou materiál komory, který jste dostali a podle kterého návrhy posuzujete. Jsou zde spíše lži a polopravdy. My jsme tady proto, abychom se vám v naprostě klidné a věcné atmosféře snažili vysvětlit, co je obsa-

hem zákonů, které se vlastně minulý týden v úterý dostaly do připomínkového řízení. Všechny komentáře, interpretace, nebo spíš dezinterpretace předcházely před tím, než jste znali tyto zákony v paragrafovaném znění. Myslím si, že to tak není správné. Pokud sedí proti sobě lékaři a ministerstvo, tak si myslím, že je potřeba komunikovat opravdu velmi věcně o těchto návrzích, bez politického podtextu atd. Snažil jsem se proto komunikovat napřímo, jak s představenstvem, tak nyní s vámi. Pojdme toho času využít a neberme si čas nějakými konfrontacemi.

K těm výroky: Když se podívám na ten první, tak jsem přesvědčen o tom, že lékař v sociálním žebříčku stoupá právě tím, jaký je profík, a jestliže se pacient cítí zákazníkem, tak je to jeho opravdová vizitka. Pokud vím, tak komora pořádá nějaké komunikační kurzy, je to tak? Takže i vy cítíte, že vše není úplně v pořádku. Mám dokonce za víkend několik příběhů, které bychom si jako lékaři do svého štítu nedali. A jsou většinou z nedostatečné komunikace a neinformovanosti. A především, to, co vystihuje ta druhá věta, a divím se, že ji zde máte jakoby něco negativního, je zásadní. Říká, že se vám má vyplatit chovat se jako profici, abyste považovali pacienty za zákazníky. Říká, že musíte být motivováni, aby vás to bavilo. To znamená, že za to musíte mít samozřejmě nějakou satisfakci a odměnu. Takže teďka bych se vám určitě neomluval, protože si myslím, že byste to ani nechtěli. Myslím si, že chcete být motivováni k úspěchu při léčbě pacientů, protože potřebujete ten motiv a protože chcete vědět, že pokud se o něco snažíte a pokud děláte kvalitně a profesionálně svou práci, budete za ni taky odměněni, a že budete cítit, že ta odměna je vázána na ten výkon v té práci. To má říct ta věta. Takže pozor zase na další dezinterpretaci!

**Milan Kubek:** Omluvy se zřejmě nedočkáme...

**Tomáš Julínek:** A za co? Za to, že chci, aby lékaři byli odměněni za kvalitní práci?

**Milan Kubek:** Ne ne, za to, že šíříte poplašné zprávy mezi občany jako ministr zdravotnictví, za to, že nepravdivě očerňujete zdravotníky. Za to bychom si omluvu zasloužili.

(red)

## ZDRAVOTNICTVÍ! MUSÍ BÝT PRO NEMOCNÉ, JEN TAK BUDE PRO VŠECHNY

- Vadí vám složité hledání lékaře?
- Vadí vám dlouhé čekací doby?
- Vadí vám přístup zdravotnického personálu?
- Vadí vám vysoké doplatky na léky?
- Vadí vám nutnost uplatňovat kvalitu péči?

JÁ VÁM LHÁT NEBUDU REFORMA JE NUTNÁ



### VÍTE, ŽE .....?

- Ve zdravotnických zařízeních je pacientům věnována menší pozornost než zákazníkům v kadeřnictví nebo v autoservisu.
- Místy vašeho bydliště rozhoduje často o tom, jak dlouho čekáte na operaci.
- Dostupnost a kvalita zdravotní péče se v jednotlivých regionech České republiky výrazně liší.
- Dnešní systém nemocniční péče na zvýšení potřeby zdravotní péče a znevýhodňuje je.
- Lékaři ani pojišťovny nejsou motivováni k úspěšné léčbě pacientů.
- Pojišťovny nemají povinnost zaplatit pro občany zdravotní péči. Stačí když vyrazíte na hospic.
- Zákony neumožňují pacientovi získat zastání, když je nespokojen s poskytnutou péčí.
- Není možnost připlácet si za nadstandardní péči.
- Až 20 % pracovišť určených pro zaplacení zdravotní péče máti díky nekomunikativnímu způsobu.
- Náš národ nemá a dneska podstatně méně než kdo zaplatit zdravotní péči.
- V celé Evropě se chystají reformy zdravotnictví založené na dohodových principech jako u nás.

### BEZ NOVÝCH ZÁKONŮ TO NEJDE

- | DNES   | Kvalita a bezpečí pro pacienta   |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacienti musí být včas informováni o svých právech a povinnostech.</li> <li>• Pacienti musí být včas informováni o svých právech a povinnostech.</li> <li>• Pacienti musí být včas informováni o svých právech a povinnostech.</li> <li>• Pacienti musí být včas informováni o svých právech a povinnostech.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacienti musí být včas informováni o svých právech a povinnostech.</li> <li>• Pacienti musí být včas informováni o svých právech a povinnostech.</li> <li>• Pacienti musí být včas informováni o svých právech a povinnostech.</li> <li>• Pacienti musí být včas informováni o svých právech a povinnostech.</li> </ul>   |
| DNES   | Věda, výkon a vzdělání   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lékařské výzkumné ústavy musí být včas informovány o svých právech a povinnostech.</li> <li>• Lékařské výzkumné ústavy musí být včas informovány o svých právech a povinnostech.</li> <li>• Lékařské výzkumné ústavy musí být včas informovány o svých právech a povinnostech.</li> <li>• Lékařské výzkumné ústavy musí být včas informovány o svých právech a povinnostech.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lékařské výzkumné ústavy musí být včas informovány o svých právech a povinnostech.</li> <li>• Lékařské výzkumné ústavy musí být včas informovány o svých právech a povinnostech.</li> <li>• Lékařské výzkumné ústavy musí být včas informovány o svých právech a povinnostech.</li> <li>• Lékařské výzkumné ústavy musí být včas informovány o svých právech a povinnostech.</li> </ul> |
| DNES   | Pojištění a zdravotní pojišťovny   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacienti musí být včas informováni o svých právech a povinnostech.</li> <li>• Pacienti musí být včas informováni o svých právech a povinnostech.</li> <li>• Pacienti musí být včas informováni o svých právech a povinnostech.</li> <li>• Pacienti musí být včas informováni o svých právech a povinnostech.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacienti musí být včas informováni o svých právech a povinnostech.</li> <li>• Pacienti musí být včas informováni o svých právech a povinnostech.</li> <li>• Pacienti musí být včas informováni o svých právech a povinnostech.</li> <li>• Pacienti musí být včas informováni o svých právech a povinnostech.</li> </ul>   |

### MÝTY A POVĚRY

- | Co se říká mezi lidmi  | Jak je to doopravdy  |
|--|--|
| <p>to zdravotnictví se nemůže změnit</p>                                 | <p>Když lékařská škola, zdravotní škola, nemocnice mají kvalitní práci, lze je změnit. Změnit lze i zdravotní péči, kterou pacient dostane. Změnit lze i zdravotní péči, kterou pacient dostane. Změnit lze i zdravotní péči, kterou pacient dostane.</p>              |
| <p>zdravotníci vyžadují větší částku než v jiných profesích</p>          | <p>Zdravotníci vyžadují větší částku než v jiných profesích, protože jejich práce je velmi náročná a vyžaduje vysokou kvalifikaci. Zdravotníci vyžadují větší částku než v jiných profesích, protože jejich práce je velmi náročná a vyžaduje vysokou kvalifikaci.</p> |
| <p>pacienti musí platit za zdravotní péči</p>                            | <p>Pacienti nemusí platit za zdravotní péči, pokud jsou zdravotně nezávadní. Pacienti nemusí platit za zdravotní péči, pokud jsou zdravotně nezávadní. Pacienti nemusí platit za zdravotní péči, pokud jsou zdravotně nezávadní.</p>                                   |
| <p>pacienti musí být včas informováni o svých právech a povinnostech</p> | <p>Pacienti musí být včas informováni o svých právech a povinnostech. Pacienti musí být včas informováni o svých právech a povinnostech. Pacienti musí být včas informováni o svých právech a povinnostech.</p>  |
| <p>pacienti musí být včas informováni o svých právech a povinnostech</p> | <p>Pacienti musí být včas informováni o svých právech a povinnostech. Pacienti musí být včas informováni o svých právech a povinnostech. Pacienti musí být včas informováni o svých právech a povinnostech.</p>  |
| <p>pacienti musí být včas informováni o svých právech a povinnostech</p> | <p>Pacienti musí být včas informováni o svých právech a povinnostech. Pacienti musí být včas informováni o svých právech a povinnostech. Pacienti musí být včas informováni o svých právech a povinnostech.</p>  |
| <p>pacienti musí být včas informováni o svých právech a povinnostech</p> | <p>Pacienti musí být včas informováni o svých právech a povinnostech. Pacienti musí být včas informováni o svých právech a povinnostech. Pacienti musí být včas informováni o svých právech a povinnostech.</p>  |
| <p>pacienti musí být včas informováni o svých právech a povinnostech</p> | <p>Pacienti musí být včas informováni o svých právech a povinnostech. Pacienti musí být včas informováni o svých právech a povinnostech. Pacienti musí být včas informováni o svých právech a povinnostech.</p>  |
| <p>pacienti musí být včas informováni o svých právech a povinnostech</p> | <p>Pacienti musí být včas informováni o svých právech a povinnostech. Pacienti musí být včas informováni o svých právech a povinnostech. Pacienti musí být včas informováni o svých právech a povinnostech.</p>  |

# ZA TÍMTO SI STOJÍM

# Julínek a Hroboň diskutovali s lékaři

*Diskuse na semináři lékařů s vedením ministerstva zdravotnictví přinesla mnoho zajímavých názorů, proto jsme se rozhodli její podstatnou část zveřejnit zejména pro ty, kteří se pražské akce 30. 6. 2008 nezúčastnili.*

## Jak se bránit dumpingovým cenám?

**Petr Němeček (představenstvo ČLK):**

Dobrý den, pane ministře, ve Valticích jsem se vás ptal, jak se budeme bránit dumpingovým cenám. Vy jste mě tenkrát nedokázal odpovědět a odkázal jste mě na dnešní seminář, že tady budete mít své kolegy odborníky. Opravdu bych rád věděl, jak se my, dalo by se říct malí zdravotníci, budeme bránit proti tomu, když ta štika, jak vy jste je nazval, nabídne dumpingovou cenu. To znamená, když nějaké zdravotnické zařízení nebo řetězec si klidně rok ustojí své finance z nějakých jiných zdrojů a nabídne nižší cenu, než jsme schopni nabídnout my.

**Tomáš Julínek (ministr):** Tenkrát jsem vám odpověděl v obecných principech, protože zde se vždycky předpokládá nějaký jev, který má údajně nastat podle paragrafu, a je nepředpokladatelné, že se takhle stane. Samozřejmě tady fungují obecné principy, já to klidně zopakuju: Jestliže se objevují na trhu produkty a pojištěnec si vybírá produkty u zdravotní pojišťovny, která mu něco nabídne, to znamená standard podle zákona plus něco v rámci konkurenčního boje mezi zdravotními pojišťovnami. Pak si totéž u vás musí v kontraktu objednat a kontroluje to stát. To je něco, co dneska vůbec neznáte. A to, co si u vás objedná, vy v nějaké kvalitě pro tuto pojišťovnu provedete. Tu kvalitu vyžadovat musí, protože obecné paragrafy jak zákona o zdravotních službách, tak zákona o zdravotním pojištění definují, co se za to má poskytnout. A vy to poskytnete na rozdíl ode dneška bez významného ekonomického stresu, že na vás někdo přenesl riziko poskytování zdravotní péče, protože vám řekl, že tady máte paušál a teď poskytnete zdravotní péči podle nejlepšího vědomí a svědomí a podle úmluvy o biomedicíně co nejkvalitnější. Zároveň vám ale zákon neříká, na co má pacient nárok, ale vyplývá z něj, že na všechno – a vy to dilema nesete přímo v ordinaci. My se snažíme aspoň velké části toho dilematu vás zbavit zákonem: aby to byla jasná objednávka toho, co máte provést pro zdravotní pojišťovnu, lépe řeče-

no pro jejího pojištěnce. To znamená, že se daleko více naplňuje role pojišťovny, která zastupuje pacienta více než dneska. Chápu, že pan prezident to vnímá prizmatem dneška a většina té diskuse spočívá v tom, že vaše zkušenosti jsou z dneška a že si nedovedete představit nějaký funkční model konkurujících si zdravotních pojišťoven, kde jedna nehraje dominantní roli. Doufám totiž, že by se ten trh časem ustálil, kdyby tam ta konkurence byla, a VZP by těžko v tomto konkurenčním boji zas tak úplně jednoduše vítězila. Myslím si, že je to něco, co chcete nebo máte v některých regionech – abyste měli možnost nasmlouvat péči s více pojišťovnami. Když se to vytrhává z kontextu bez ostatních paragrafů a bez ostatních pozic, tak to vyvolává takové otázky, které vy tady pokládáte a které jsou vám vsugerovávány třeba panem prezidentem: že komerční subjekt chce nekvalitu a že chce koupit za co nejnižší cenu, což je i vzhledem k tomu zákonnému rámci nesmysl. A také z principu je to nesmysl, protože když jsou pojišťovny v konkurenčním boji, na rozdíl od dneška, tak to vypadá úplně jinak. Víím, že je to obtížné si to představit.

**Petr Němeček:** Nikdy jsem si ve svém životě nenechal nic vsugerovat, tak ani teď ne. Přesto, když tedy budou dvě nabídky identické, to znamená pro mě i pro nějaké to zařízení, které má peníze na to, svůj provoz nějaký čas dotovat, jaké kontrolní mechanismy nastavíte, nebo jak to bude vyřešeno?

**Pavel Hroboň (náměstek ministra):** Pokud pod dumpingovými cenami budeme rozumět ceny, které jsou pod jejich náklady, aspoň takhle jsou tedy definovány, tak to je samozřejmě další věc, která je zakázána zákonem o ochraně hospodářské soutěže. A mimo to bych chtěl upozornit na to, co komora často říká, v některých případech velmi oprávněně, v některých případech ta situace ještě není tak špatná – a to je nedostatek lékařů. Ve spojení s tím, co říkáme, to znamená pružným způsobem určení povinné smluvní sítě zdravotní pojišťovny, což povede k určité místní a časové dostupnosti jednotlivých druhů zdravotních služeb. Opravdu nevím, kdy by nějaké jiné subjekty braly lékaře, kteří by mohli nahradit nějakou významnou část lékařů v ČR. Ale co je tady hlavní – dumpingové ceny samy o sobě jsou nelegální. Budou k dispozici referenční ceny, o kterých už jsem mluvil.



**Milan Kubek:** Referenční ceny? A na základě čeho budou stanoveny, když nebudou žádné kalkulační listy výkonů, nebude žádné dohodovací řízení? Jaké referenční ceny?

**Pavel Hroboň:** Pane prezidente, na to je jednoduchá odpověď. Když nebudete lobbovat pro to, aby zákon o ochraně hospodářské soutěže byl z tohoto zákona vyřazen, tak Úřad pro hospodářskou soutěž má poměrně silné investigativní kompetence. Jde do účetnictví, jde do korespondence a je schopen velmi standardně a jednoduše prokázat, že je cena pod úrovní nákladů – a v tu chvíli to zakáže. Myslím si, že to dělá velmi dobře, je k tomu kompetentní, má to nastudováno a není potřeba o Úřadu pro hospodářskou soutěž pochybovat. Ve chvíli, kdy prokáže takového chování, tak je nezákonné a neplatné. Na druhou stranu k těm demonizovaným řetězcům: Mě trochu mrzí, že se přistupuje ze strany vedení ČLK separovaně – skupina od skupiny. Tomu moc nerozumím. Ten demonizovaný řetězec vzniká teď. Vaše aktivita a lobování, aby se zastavily zákony, se nedá interpretovat jinak, než zachovejte to neregulované prostředí a ring volný pro ty řetězce co nejdéle. To, pane prezidente, vy říkáte, protože ten Agel vzniká nyní, ten nevznikne za rok...

Pojďme číst návrhy zákonů, jak jsou. Co dneska nutí zdravotní pojišťovnu, aby neuzavřela smlouvu s praktickým lékařem v Ostravě, kde to je atraktivní, ale uzavřela ji třeba v Horní Bečvě? Co jí k tomu nutí? Nic. Ona uzavře nějaký parametr, počet praktických lékařů, a samozřejmě každý chápe, že ta Ostrava je desetkrát atraktivnější. Myslíte, že Agel si to postaví v Horní Bečvě? Nepostaví. A co nutí dneska zdravotní pojišťovnu mít praktického





lékaře v Horní Bečvě? Vůbec nic. Přečtete-li si legislativu, ta jasně říká, že zdravotní pojišťovna bude mít povinnost, a když jí nesplní, bude sankcionována. A je logické a evidentní, že aby praktického lékaře přesvědčila, aby si praxi neotevřel v Ostravě, ale v Horní Bečvě, tak mu bude muset dát něco víc než tomu v Ostravě. To je přece logické. Je to špatné, nebo není? Myslím si, že podíváme-li se na to očima pacienta, tak je to jednoznačně správné. A já se vás ptám, chceme tyto aktivity regulovat, nebo jim nechat ring volný?

### Soukromý lékař proti obrovské pojišťovně

**Milan Kubek:** Pane náměstkou, přečtěte si paragraf 46 zákona 48 o veřejném zdravotním pojištění, který chcete rušit. Zdravotní pojišťovna je povinna zajistit poskytování zdravotní péče svým pojištěncům. Ta povinnost tady přece je. Takže vy nezavádíte nic nového, vy jednu věc rušíte a jinou popisujete. A popisujete věc, která je pro nás nevýhodná. A slíbil jsem, že budu ošklivý. Pane náměstkou, všichni si vzpomínáme na to, jak vypadalo výběrové řízení na ředitele fakultní nemocnice Olomouc. Vzpomínáme si na to, co prosazovali zástupci ministerstva zdravotnictví a čí zájmy ti lidé hájili. To nebyly zájmy státu, to byly zájmy právě řetězce Agel, který tímto získal, abych tak řekl, drenáž nelukrativních pacientů do fakultní nemocnice Olomouc. A, pane náměstkou, to výběrové řízení bylo pod vaší režii. Tak tady nekritizujte stávající stav, když na něm nesete aktivní spoluvinu. A ještě, co se týká těch cen, ani ten úřad na ochranu nebude vševědoucí, když nebude vědět, podle čeho má stanovovat nějakou referenční cenu. Nebo jak to reálně bude fungovat? My se budeme obracet na úřad jako jednotlivci? Nám se nelíbí, že nám pojišťovna nabízí tu a tu cenu. Prověřte, jestli někomu jinému nenabízí cenu jinou! Myslíte si, že takovýto systém může reálně fungovat? Nebo jak to ten úřad bude posuzovat? Nebudeme mít přece v ruce žádnou smlouvu Agelu, že pojišťovna Agel platí zdravotnickému zařízení Agel víc než platí nám. Ta smlouva bude podle obchodního zákona neveřejná a nemusí se řídit ničím, protože nebudou žádná pravidla, nebudou žádné rámcové smlouvy, nebude žádná úhradová vyhláška. Smlouva přitom nebude odporovat obchodnímu zákoníku, prostě bude zcela tržní. Ale do tržního prostředí stavíte malého soukromého lékaře proti obrovské zdravotní pojišťovně, která má úplně jiné motivace. To je ten problém.

**Tomáš Julínek:** Nezlobte se, pane prezidente, ale malý smluvní lékař stojí proti jedné platebně, jak je napsáno v návrhu ČSSD...

**Milan Kubek:** Pane ministře, to diskutujte s panem Rathem, tady nediskutujeme vize ČSSD, tady ČSSD není...

**Tomáš Julínek:** Já jenom říkám, že jste si asi spletl návrh. Opravdu nevím, co vás k tomu může vést... Opravdu vás poprosím, abyste zde neřikal žádné nekorektní informace. Považuji za nekorektní šíření fám po internetu, a to je to, o čem jsem mluvil na začátku a nechci se k tomu vracet. Prosím vás, nechte tady probíhat v klidu diskusi a nebuďte neférový, opravdu.

**Pavel Hroboň:** Ano, vybrali jsme pana ředitele Maráčka do fakultní nemocnice Olomouc jako zkušeného úspěšného manažera, státního manažera. Ta nemocnice měla za bývalého ředitele ztrátu 330 milionů. Existuje výsledek auditu finančního úřadu, porušování rozpočtové kázně atd. Chcete-li to přeložit na to, co pacientům činí blaho a co jim škodí, tak 330 milionů při paušálním systému se dá interpretovat velmi jednoduše. Buď byl poškozen rozsah této péče, tedy pacient, nebo byli poškozeni zaměstnanci. V každém případě proto byl odvolán pan ředitel, možná vy byste ho tam nechal, já nevím, a byl tam zvolen ředitel nový. Nemocnice má vyrovnané hospodaření, rozvíjí se a bude se tam investovat. Nechceme, aby se naše nemocnice zadlužovaly, protože když se zadluží, je to na úkor pacienta. To se nám může líbit nebo nemusí, ale prostě to tak musí být. A jednu jedinou poznámku. Já se přece jenom vyjádřím k tomu pamfletu, protože mě strašně baví těch 220 miliard a ten „důkaz“ o úhradovém zvýhodňování skupiny Agel. Ten důkaz toho spříznění je nákladová cena na lůžko v těchto zařízeních, Třinec-Podlesí a podobně, a to udáváme jako důkaz. A já se vás ptám: kolik si myslíte, že ty poměry úhrad na lůžko byly v roce 2006 za Ratha? Platí: je-li to jako důkaz, tak vám garantuji, že největší lobbyista Chrenka je pan exministr Rath.

**Tomáš Julínek:** Myslím, že jste to nepostřehli, a znovu tedy zopakuji tu základní logiku. To, co vy říkáte, že se stane po přijetí zákona, se děje dnes při dnešních zákonech. A zároveň jsme kritizováni, že se nějaké údajně ruší a že jsou nahrazeny zákonem novým. Prostě ten zákon o zdravotním pojištění z roku 1997 byl přijat velmi horkou jehlou, a platí až dodnes. A my chceme velmi systémový zákon, který říká, co je hrazeno z povinného zdravotního pojištění a co je nad to. Tady se

konečně blíží možnost nadstandardu, placení nad tento rámec. Otvírá se cesta pro zdroje, o kterých jsme všichni přesvědčení, že jsou potřeba, aby do zdravotnictví přišly – a pan prezident si myslí, že ze státního rozpočtu. Já říkám, že tam už peníze nejsou a těžko budou, a že mají přijít ze soukromých zdrojů. Jsme tady před poměrně jasnou vizí, po které jsme strašně dlouho volali: ať je možné připlatit, ať je možné se připojistit. To všechno přináší tyhle zákony a my se bavíme o stávající situaci, která je údajně nějak vytvářena námi, nebo podporovaná námi. A to, co my chystáme, znamená regulaci takového chování. Takže já opravdu nerozumím tady tomu fóru. Opakovaně říkám: tento jev je za těchto zákonů. Ze zákonů, které připravujeme, bude tento jev kontrolován a regulován. My nepodporujeme monopoly. Právě proto, že vytváříme konkurenční prostředí, nemůžeme podporovat monopoly. Vytváříme regulaci státu, která je jasně definovaná, myslím teď deregulaci zdravotních pojišťoven. Tak je úplně zřejmé, že je možné odkontrolovat veškeré toky peněz mezi takovými eventuálními uskupeními. Dnes to prostě možné není. A vzniká to spontánně v tomto prostředí. Vznikalo to už předtím. Teď si stěžujete na tenhle problém, tak si to, proboga, přečtěte a zjistíte, že ho řešíme.

### Ceny nebude nikdo určovat

**Tomáš Šindler (představenstvo ČLK):** Promiňte mi, z toho zákona pro mě čouhají jako sláma z bot, když to tak řeknu, dvě základní věci. Jako soukromý lékař cítím jasné oslabení své vyjednávací pozice vůči takovému molochu, jakým je pojišťovna, ať už co se týče nejistoty mého smluvního vztahu, ať už co se týče zákazu spolčování s jinými kolegy a podobně. A druhá věc: vy jste to teď před chvílí dementoval, ale já to tak prostě vnímám, tam je naprosté pohrdání ČLK. Sám jistě víte, že v zemích tradiční EU, kam bychom se asi měli hlásit, tam mají naopak právě tyhle profesní samosprávy velkou vážnost, mají ji historicky. Byl bych velice nerad, kdyby jenom proto, že mám k tomu negativní stanovisko, jste mě nálepkoval, že jsem nějaká prodloužená ruka Ratha nebo ČSSD. Nejsem, jmenuji se Šindler a jsem člen představenstva ČLK.

**Tomáš Julínek:** Chci jenom připomenout, že zákon o zdravotních službách nehovoří o vašem postavení vůči plátcům nebo pojišťovnám, je to jiný zákon. To jenom pro pořádek, aby bylo jasno. Možná by Pavel Hroboň mohl říct pár poznámek k tomu začátku,

protože ten taky trochu jde mimo rámec zákona o zdravotních službách. Katalog zdravotních služeb nahrazující seznam výkonů vydává ministerstvo zdravotnictví vyhláškou v rámci tohoto zákona, protože je to seznam produkce medicínské, tak, jak je to obvyklé ve všech státech. A teprve k tomuto seznamu produkce se přiděluje nějaký koeficient, který vyjadřuje nákladovost zmíněných služeb. Proto je v tomto zákoně vydání jenom katalogu těchto služeb. Nikoliv, jak jste byli zvyklí, sazebníku s deformujícími kalkulacemi, které v téhle zemi způsobují to, co všichni víme, atraktivnost nebo neatraktivnost některých výkonů. Vidíte, že je to slepá ulička. A body konečkonců jsou druhá slepá ulička.

**Hlas z pléna:** Můžu ještě přidat připomínku: pak by pan doktor Hroboň mohl dohromady odpovědět. Chtěla jsem se zeptat taky na ten katalog. Podle čeho se budou tvořit ty ceny?

**Pavel Hroboň:** Nebudou...

**Hlas z pléna:** Aha, nebudou se tvořit, ale někdo je vytvořit musí. Já si určím cenu? To asi těžko. To je jedna věc...

**Pavel Hroboň:** To je tržní cena mezi vámi a pojišťovnou.

**Hlas z pléna:** A já budu pojišťovně říkat, kolik mi má platit.

**Pavel Hroboň:** Ano.

### Proč jen dvouletá registrace?

**Hlas z pléna:** No, tak to je dobrý, to jsme úplně v nějakém jiném světě, nevím... To je jedna věc a druhá věc, která mě zarazila, je, že moje registrace bude platit pouze dva roky. Proč? A z jakých důvodů mám pak žádat o novou registraci? A ještě další věc. Mluvilo se o tom na začátku. O těch slovech pana ministra, jak se nestaráme o pacienty, jak nejsme motivováni, že v servisu při opravě auta se klientům věnují víc než lékaři pacientům. Jestli si pamatujete výrok profesora Pafka po operaci nádoru plic exprezidenta Havla. Tehdy on řekl, že výměna pneumatiky na mercedesu je daleko víc hodnocena než jeho náročná práce, operace plic. Od začátku s námi jde ta příčina a je už skoro 20 let po revoluci. Jsme, skoro bych řekla, na začátku, stojím tady a říkám tytéž věci co před x lety. Proč lékaři – a zkušení lékaři – odjíždějí za prací? Protože se jim to stále vyplatí. Prý na útech zdravotních pojišťoven leží zbytečně – nebo z jakých důvodů nevím – 30 miliard korun, a my jsme neustále regulováni a regulováni. Proti referenčnímu období, na rodné číslo. Kolik už je to let, pět let, de-

set let, co trvají referenční období, ze kterých se nám neustále vypočítává cena naší práce pojišťovny?

**Tomáš Julínek:** Teď jste mi opravdu nahrála, protože jste v jedné větě řekla, že si nedovedete představit, že budete schopna určit svoji cenu na regulovaném trhu, a hned druhou větou jste řekla, že závidíte autoservisům, které si ji mohou volně stanovovat ve vysoce konkurenčním prostředí, v němž se lékaři nenacházejí a nikdy nacházet nebudou, protože vždycky budou mít poptávku. Jestli chcete trochu moderněji uvažovat, musíte uznat, že jste se sama popřela v tom svém výroku. Ale radši předám slovo Pavlovi Hroboňovi a on vám řekne něco k těm cenovým relacím, včetně toho posledního, co jste řekla.

**Milan Kubek:** Přece jenom bych to, pane ministře, okomentoval. Víte, problém je, že my budeme tržně vyjednávat nikoli s pacientem, který má zájem na kvalitě zdravotní péče, ale s pojišťovnou, která má zájem na tom, aby péče byla co nejlacinější, a které je kvalita zdravotní péče, celkem vzato, ukradená. Tady je rozpojení logického řetězce, tady chybí pacient. Rozumíte? Vztah zdravotní pojišťovny a zdravotnického zařízení je nerovnoprávný. Proto existovala ona dohodovací řízení, ve kterých jsme se sdružovali a vyjednávali. Jistě ne příliš dokonalým způsobem, ale vyjednávali jsme o nějakých minimálních cenách. Vyjednávali jsme prostě o tom, že nás pojišťovny nemohou každého zvlášť tlačit pod nějaký úhradový standard. Vyjednávali jsme si, jak mají vypadat naše smlouvy, a podobně. Všechno toto vyrušíte a necháváte každého jednotlivého lékaře na pospas tržnímu jednání se zdravotní pojišťovnou, úplně s vyloučením pacienta. A ta pojišťovna není přece motivovaná ke kvalitě, ale je motivovaná k tomu, aby platila za zdravotní péči co nejméně.

**Pavel Hroboň:** Dovolím si zareagovat na proklamaci pana prezidenta Kubka. Ta má jednu zásadní logickou chybu, a to, že v žádném z těch nových zákonů není nikde zrušena možnost kolektivního jednání mezi poskytovateli zdravotní péče a mezi zdravotními pojišťovny. Takže to, z čeho jsme obviňováni, tam nikde není. Pokud mi to ukážete, já se na to velice rád podívám, probereme to. Kdyby to někdy někdo viděl, můžeme o tom diskutovat a opravit znění, ale prostě a jednoduše to tam není. Nejednává se o žádné zhoršení oproti dnešní situaci. Tady byly významné odvolávky na to, jak

dneska máte jistotu pomocí kalkulačních listů. Chci se zeptat, kdo z vás někdy viděl kalkulační list? Od té doby, co se tvořily, tak byly schované na ministerstvu zdravotnictví a nikdo je nikdy pořádně nezveřejnil. Takže my se chystáme je zveřejnit. Chtěl bych se zeptat... (*Šum v sále.*) Dobře, ale potom nemáte kopii získanou legitimním způsobem, protože široké veřejnosti ještě nebyly k dispozici. (*Šum v sále.*) Nevím, odkud ji má váš náměstek nemocnice, ale oficiálně uvolněny nebyly. Ty, které jste dělali, samozřejmě máte. Ale někdo, kdo je nedělal, nepodílel se na nich před 20 lety, lékař, který dneska získá smlouvu s pojišťovnou, se těchto kalkulačních listů legálním způsobem nedomůže. Domůže se jich během několika měsíců, protože budou zveřejněny. Samozřejmě všichni víte, že kalkulační listy nakonec nevedou k cenám, ale vedou k bodům. A že jednání o ceně bodu, to znamená skutečné jednání o cenách, se neodehrávalo na dohodovacím řízení seznamu výkonů, o kterém mluvil prezident Kubek. Čili, zase, žádná zásadní změna oproti dnešku. Ty body jsou jenom relativní poměry mezi cenami jednotlivých výkonů. A já bych se chtěl zeptat třeba zástupců chirurgických oborů, zástupců ORL, možná mikrobiologických laboratoří, jestli máte pocit, že díky seznamům výkonů a díky existenci kalkulačních listů jsou poměry mezi jednotlivými obory a jednotlivými výkony spočítány správně, a jestli máte pocit, že se dostáváte k nějaké rozumné ceně svojí práce. Pokud ano, potom bych bral to, že chcete zachovat seznam výkonů tak, jak dneska existuje. Pokud ne, tak bych zase spíš rozuměl tomu, že budete chtít nějakou jinou metodu, která bude transparentní a která povede spíš k lepším výsledkům. Abych to uzavřel, referenční ceny systému budou... (*Technický problém se zvukem.*)... Katalog zdravotních služeb znamená seznam zdravotních výkonů uspořádaných do nějakých rozumných celků, pokud se potom mají používat i pro úhradu, ale zároveň umožňovat i rozlišení detailu. Takže první krok je udělat seznam a říct, co jednotlivé výkony nebo služby znamenají. Teprve krok číslo dva může být, že se k tomu budou počítat referenční ceny. V polovině září bude dán k veřejné diskusi návrh tohoto seznamu služeb a také bude dán k veřejné diskusi návrh metodologie, jakým způsobem se budou počítat referenční ceny. S platností se samozřejmě nepočítá od začátku roku 2009, ale od začátku roku 2010. Takže toho prostoru a času pro diskusi bude dost.

### Ministerstvo ignorovalo připomínky ČLK

**Milan Kubek:** Důležité je podívat se na věcný záměr zákona o veřejném zdravotním pojištění, který byl schválen vládou 9. dubna bez vypořádání našich připomínek a na jehož platnosti ministerstvo zdravotnictví stále trvá. Ten jasně říká, že zákon umožní poskytovatelům se sdružovat za účelem společného vyjednávání s pojišťovnami o rámcové smlouvě. Jejich jednání však nesmí být v rozporu se zákonem 143/2001 o ochraně hospodářské soutěže. Stejný režim platí i pro jednání o cenovém dodatku. To znamená, že my se můžeme sdružovat, akorát se nesmíme domlouvat na své minimální ceně. Stávající dohodovací řízení měla totiž výjimku ze zákona o ochraně hospodářské soutěže. Vy ta dohodovací řízení likvidujete a vystavujete každého z nás zvlášť jednání se zdravotní pojišťovnou. A další věc, aby toho nebylo málo: ve stejném věcném záměru, který vláda schválila a který odmítáte stáhnout zpět, je napsáno, že pokud se půl roku nedohodneme s pojišťovnou o úhradách za svoji péči, pak se stáváme zařízením nesmluvním, tudíž máme nárok pouze na úhradu akutní neodkladné péče. A už jsme zase u té špatné definice neodkladné péče v zákoně o zdravotních službách. Skutečně tyto špatné zákony tvoří dohromady jeden konglomerát. Vím, že byste rádi, aby se teď diskutovalo jenom ty zdravotní služby, ale vnímám férově, že odpovídáte i na otázky na ostatní zákony. Ale ten věcný záměr, který vláda schválila, je pro nás likvidační. My máme strach z individuálních jednání bez pravidel s pojišťovnami, které mají úplně jinou motivaci než pacienti a které jsou nesrovnatelně silnější než my. A ten váš zákon nám explicitně zakazuje domlouvat se na nějakých minimálních cenách, na nějakých podlahách, pod které se nemůžeme nechat natlačit. Takže to, co říkáte, pane náměstku, prostě není pravda nebo to je pravda, ale potom jste již stáhli ten věcný záměr zákona o veřejném zdravotním pojištění. Pokud je to skutečně tak, já vám za to tímto děkuji.

**Pavel Hroboň:** Ten zákon zakazuje jinou věc. Ten zákon zakazuje zneužívání dominantního postavení na trhu. A tohle samozřejmě platí pro zdravotnická zařízení jako pro kohokoliv jiného. Vy sám jste řekl, že se nemůžete sdružovat, že vás nutíme, abyste vyjednávali soukromě, a v té samé větě jste řekl, že je povoleno kolektivní jednání.

**Milan Kubek:** Ano, můžeme se sdružovat, ale nesmíme se navzájem domlouvat o minimálních cenách. A nezlobte se, ale to je pro nás to nejdůležitější. To je hezký, že se můžeme sdružovat a budeme jednat o nějakých nesmyslech, ale nemůžeme jednat o tom základním. Prostě tak to v tom věcném záměru máte, tak to vraťte zpátky.

**Pavel Hroboň:** Můžete jednat o cenách. Slovo minimální ceny samozřejmě není ani v zákoně číslo 48.

**Milan Kubek:** Zákon umožní poskytovatelům sdružovat se za účelem společného vyjednávání se zdravotními pojišťovnami o rámcové smlouvě. Tato sdružení však, cituji: „... nesmí být v rozporu se zákonem 148 o ochraně hospodářské soutěže.“ To znamená, my se nesmíme domlouvat na tom, jak má vypadat naše smlouva. Můžeme společně vyjednávat, ale nesmíme se navzájem domlouvat, protože bychom měli kartelovou dohodu. Zároveň stejný režim platí i o cenovém dodatku. Takže zase můžeme jednat, ale nemůžeme se navzájem domlouvat. V momentě, kdy na-



příklad 100 soukromých lékařů si řekne „my neprodáme svoji práci pod tuto cenu“, jsou v rozporu se zákonem 143. Stávající dohodovací řízení měla výjimku a vy ta dohodovací řízení rušíte a tady ještě explicitně nám to zakazujete. A k tomu to ještě „osladíte“ tím, že pokud nepřistoupíme na nabídku pojišťovny do šesti měsíců, stáváme se zařízením nesmluvním. Tedy pojišťovna nám může nabídnout nějakou nehoráznou cenu, počká si půl roku a pak se nás prostě zbaví, protože my v tom případě budeme nesmluvní a nemusí nám už uhradit nic než tu akutní neodkladnou péči. Není žádný tlak na pojišťovnu, reálný tlak, na to, aby nám nabízela nějakou důstojnou cenu.

**Pavel Hroboň:** Pojišťovna vám nemůže nabídnout jakoukoli cenu, protože je samozřejmě subjektem stejného zákona na ochranu hospodářské soutěže, jako jsou poskytovatelé. A ještě jednou opakuji, ten zákon nebude znemožňovat kolektivní vyjednávání

a kolektivní domluvu, ale bude znemožňovat zneužívání situace na trhu. Jinými slovy, když se domluví 95 procent lékařů jedné odbornosti v republice a řeknou, že neuzavřou smlouvu se žádnou pojišťovnou, pokud jim nedá příštího roku trojnásobně vyšší ceny. Tak tohle je samozřejmě důvod pro podnět pro Úřad na ochranu hospodářské soutěže. Ale jinak nebude kolektivní vyjednávání žádným způsobem znevýhodňovat.

### S úřadem se nedá diskutovat

**Milan Kubek:** Pane náměstku, vy jste teoretik, ale my, jako komora, jsme dostali 450 tisíc korun pokuty jenom za to, že jsme uvažovali o vydání nějakého společného ceníku. Ten běžel právě mimo režim dohodovacího řízení, neměl tedy výjimku. S tím úřadem se nedá takhle diskutovat, jako diskutujeme teď tady.

**Pavel Hroboň:** A tu pokutu jste dostali na základě budoucího zákona, nebo stávajícího, pane prezidente? Ale dovolte mi, na to musím reagovat, protože to byla přesně ukáзка toho, jak se účelově vytrhávají věci z kontextu a jak se straší fikcí. Vy jste, pane prezidente, řekl, že zdravotní pojišťovna nebude mít žádnou povinnost, žádný tlak na sebe kontrahovat. Jestli jste chtěl popsat dnešní stav, tak se vám to povedlo. Řekněte mi, co dneska zdravotní pojišťovnu tlačí, co ji nutí a co ji sankcionuje, aby udržovala smluvní síť, aby kontrahovala? Nic. Kdybyste byl férový a přečetl byste těch paragrafů více, tak byste přečetl o povinnosti garantovat, to znamená smluvní dostupnost po celém plošném pokrytí ČR, tzn. pokud ta zdravotní pojišťovna by realizovala váš krizový scénář, to jest, kdyby nenasmlouvala, tak by zanikla, protože úřad pro dohled by ji zrušil.

**Milan Kubek:** Pane náměstku, ale vy neznáte zákony. Právě zákon o veřejném zdravotním pojištění v platném znění dnes pojišťovnam tuto povinnost ukládá. A vy ten zákon rušíte. Takže vy nezavádíte nic nového oproti stávajícímu stavu. Co zavádíte? Zavádíte možnost zdravotních pojišťoven zatlačovat každého jednotlivého z nás do nevýhodných cen. Protože se nesmíme o těch cenách efektivně sdružovat a nemůžeme o nich společně jednat. Podle toho – a to není fikce – to je prostě vládou schválený věcný záměr zákona a my vás opakovaně žádáme o to, abyste ten věcný záměr zákona stáhli a uvolnili tím prostor pro nějakou seriózní diskusi. Vy to odmítáte.

(red)

# Hlídejte zdraví pacientů. My budeme hlídat Vaši ordinaci.

Hořící lékařská zpráva

Horká voda vytékající z prasklé trubky

Vy po telefonátu se svým účetním

Kroupy dopadající na okno Vaší ordinace

Sníh prolamující střechu

Nepřemýšlejte nad riziky ohrožujícími Vaši ordinaci a raději se soustřeďte na své pacienty. Právě pro Vás Kooperativa připravila unikátní a finančně výhodné pojištění Ordinance. Je zaměřené na rizika spojená s provozem soukromé lékařské praxe – od živelních pohrom až po odpovědnost za škodu.

Zjistit potřebné detaily nebo uzavřít smlouvu můžete okamžitě na telefonním čísle 800 107 107.

[www.koop.cz](http://www.koop.cz)  
volejte zdarma  
800 107 107

**Pojištění  
Ordinance**

  
**Kooperativa**  
VIENNA INSURANCE GROUP

PRO ŽIVOT JAKÝ JE.



# Dva návrhy postgraduálního vzdělávání Od letošního léta platí novela zákona č. 18/2004 Sb., která obsahuje celistvou úpravu systému vzdělávání lékařů

**H**istorie nešťastného zákona číslo 95/2004 Sb., který byl kritizován ČLK již od samého počátku, je příběhem jednoho omylu. V současné době je jisté, že mnohé existující odbornosti nemají školence ve výchově. Počet oborů spec. vzdělávání je vysoký a není kompatibilní s obory v zemích EU, tedy pro mnohé lékaře se vzděláváním v neexistujícím oboru (v EU) nepotřebný.

Česká lékařská komora byla neúspěšná při revizi návrhů MZ při vzniku zákona, a proto si dala za úkol vytvořit novelu zákona revidující nedostatky a zavádějící chybné kapitoly (financování).

Stávající novela obsahuje základní schéma 3stupňového vzdělávání včetně části společného kmene, jak jsme si přáli. Obsahuje část financování procesu vzdělávání. Bohužel v dílčích odstavcích je odrazem názoru ministra zdravotnictví, prezentovaného na společném zasedání. V otázkách procesu vzdělávání lékařů musí mít rozhodující pravomocí pouze státní orgán a nehodlá dělit pravomoc mezi profesní komoru a odbornou společnost. Míra podřízení si části rozhodovacího procesu je maximální.

ČLK vytvářela návrh zákona dva roky. Diskusemi na půdě Vědecké rady ČLK a s odbornými společnostmi vytvořila základní kostru zákona a pokročila nejdále v tvorbě naplnění zákona. Je-li vytvořena kostra a obklopena svalovinou zákona, je nutno normě vdechnout duši. Teprve duch počtu oborů a provázanosti jednotlivých stupňů procesu vzdělávání je úhelným kamenem rozporů a kořením diskuse. Většina oborů je nespokojena se zařazením a neví, jak pokračovat v návaznosti na 3. stupeň.

V daném okamžiku jsou známy dva návrhy postgraduálního vzdělávání:

- návrh České lékařské komory,
- návrh kolegia děkanů lékařských fakult ČR.

Dovolíme si troudale komentovat oba návrhy.

## Návrh děkanů LF

### 1. stupeň – kmenové obory:

- vnitřní lékařství
- chirurgie
- gynekologie a porodnictví
- dětské lékařství

- patologie
- radiologie a zobrazovací metody
- hygiena a epidemiologie

**K diskusi ponecháno zřízení dalšího kmenového oboru – psychiatrie.**

### 2. stupeň – specializační obory:

- alergologie a klinická imunologie
- kardiologie
- anesteziologie a resuscitace
- klinická biochemie
- dermatovenerologie
- lékařská genetika
- dětské a dorostové lékařství
- lékařská mikrobiologie
- endokrinologie a diabetologie
- maxilofaciální chirurgie
- gastroenterologie
- nefrologie
- gynekologie a porodnictví
- neurochirurgie
- hematologie a transfúzní lékařství
- neurologie
- hygiena a epidemiologie
- nukleární medicína
- chirurgie
- oftalmologie
- infekční lékařství
- onkologie
- kardiochirurgie
- ORL
- ortopedie
- patologie
- plastická chirurgie
- všeobecné lékařství pro dospělé
- psychiatrie
- radiologie a zobrazovací metody
- rehabilitační a fyzikální medicína
- revmatologie
- soudní lékařství
- tuberkulóza a respirační nemoci
- urologie
- vnitřní lékařství

**Vedení LF nenašlo jednoznačnou shodu k eventuálnímu zařazení oborů:**

- geriatric
- klinická farmakologie
- pracovní lékařství
- radiační onkologie

**Děkan LF tedy doporučují 36 oborů, k diskusi ponechávají 4 obory.**

## Náš komentář k návrhu LF:

1. Radikálně malý počet základních kmenů
  - a. Počet sedmi kmenů dává řadě oborů na srozuměnou, že budou navazovat na obecný kmen (vývojem medicíny již poněkud vzdálený, např. oční lékařství, neurologie, dermatovenerologie atd.). U některých oborů specializačního vzdělávání bude kmen tvořit 50% procesu výchovy. Není obsažen obor všeobecné lékařství pro dospělé, který je v zákoně vyjmut jako samostatně vyjmenovaný.
  - b. Jak budou upraveny služby v oborech, které navazují na kmen a školencem je po dvou letech jen obecně interně vzdělaným neurologem, dermatovenerologem?
2. Počet oborů specializačního vzdělávání („atestační obory“) je poměrně nízký a lze očekávat značný tlak na zařazení většího počtu oborů do tohoto stupně.
3. V návrhu je opominut 3. stupeň vzdělávání (certifikované kurzy), nejsou definovány ani vyjmenovány certif. kurzy (roční a 2leté).

## Návrh ČLK

### 1. stupeň - základní oborové kmeny:

- anesteziologie a resuscitace
- dermatovenerologie
- dětské lékařství
- gynekologie a porodnictví
- hygiena a epidemiologie
- chirurgie
- lékařská mikrobiologie
- neurochirurgie
- neurologie
- oftalmologie
- otorinolaryngologie
- ortopedie
- patologická anatomie a soudní lékařství
- všeobecné lékařství
- psychiatrie
- radiologie a zobrazovací metody
- urologie
- vnitřní lékařství

### Návrh oborů, ve kterých lékař získá specializovanou způsobilost:

- 1) alergologie a klinická imunologie
- 2) angiologie

- 3) anesteziologie a resuscitace
- 4) dermatovenerologie
- 5) dětská a dorostová psychiatrie
- 6) dětská chirurgie
- 7) dětská neurologie
- 8) dětské lékařství
- 9) diabetologie
- 10) endokrinologie
- 11) gastroenterologie
- 12) gynekologie a porodnictví
- 13) hematologie a transfúzní lékařství
- 14) hrudní chirurgie
- 15) hygiena a epidemiologie
- 16) chirurgie
- 17) infekční lékařství
- 18) kardiochirurgie
- 19) kardiologie
- 20) klinická biochemie
- 21) klinická onkologie
- 22) lékařská genetika
- 23) lékařská mikrobiologie
- 24) maxilofaciální chirurgie
- 25) nefrologie
- 26) neurochirurgie
- 27) neurologie
- 28) nukleární medicína
- 29) oftalmologie
- 30) otorinolaryngologie
- 31) ortopedie
- 32) patologická anatomie
- 33) všeobecné lékařství pro děti a dorost
- 34) všeobecné lékařství pro dospělé
- 35) psychiatrie
- 36) radiační onkologie
- 37) radiologie a zobrazovací metody
- 38) rehabilitační a fyzikální medicína
- 39) revmatologie
- 40) soudní lékařství
- 41) tuberkulóza a respirační nemoci
- 42) úrazová chirurgie (traumatologie)
- 43) urologie
- 44) vnitřní lékařství
- 45) cévní chirurgie
- 46) plastická chirurgie
- 47) geriatricie

#### Návrh certifikovaných kurzů (2letých):

- 1) audiologie a foniatrie
- 2) dětská dermatovenerologie
- 3) dětská gastroenterologie a hematologie
- 4) dětská gynekologie
- 5) dětská kardiologie
- 6) dětská nefrologie
- 7) dětská otorinolaryngologie
- 8) dětská pneumologie
- 9) dětská radiologie
- 10) dětská revmatologie

- 11) dětská urologie
- 12) dorostové lékařství
- 13) gerontopsychiatrie
- 14) hygiena dětí a dorostu
- 15) hygiena obecná a komunální
- 16) hygiena výživy
- 17) hyperbarická medicína a oxygenoterapie
- 18) intervenční radiologie
- 19) intenzivní medicína
- 20) klinická farmakologie
- 21) korektivní dermatologie
- 22) onkourologie
- 23) onkogynekologie
- 24) osteologie
- 25) paliativní medicína a léčba bolestí
- 26) perinatologie
- 27) popáleninová medicína
- 28) posudkové lékařství
- 29) pracovní lékařství
- 30) reprodukční medicína
- 31) sexuologie
- 32) spánková medicína
- 33) tělovýchovné lékařství
- 34) urgentní medicína
- 35) urogynekologie
- 36) veřejné zdravotnictví
- 37) dětská onkologie
- 38) neonatologie

#### Náš komentář k návrhu ČLK:

1. Počet základních kmenů je oproti návrhu děkanů výrazně vyšší. Po dlouhé diskusi jsou v návrhu obsaženy obory, které jsou předmětem cílených argumentů ostatních odborností pro nevyváženost. Např. jsou zastoupeny interní obory jedním společným kmenem oproti samostatně stojícím oborům – neurochirurgie, urologie, ortopedie. Logické kritérium sledované v procesu vzniku bylo: Lze opravdu navázat veškeré obory na společný kmen vývojem již vzdálený (např. neurologie, oční lékařství psychiatrie)?
2. Mezi základními kmeny je všeobecné lékařství pro dospělé, přesto je ČLK a její zástupce ostrakizován a napadán pro pouhou polemiku s uvedením racionálních důvodů pro i proti tomuto zařazení.
3. Počet oborů specializační způsobilosti je vyšší a po dlouhém procesu diskusí a jednání se velmi blíže většinovému stanovisku.
4. Návrh obsahuje definice certifikovaných kurzů i s návrhem jednotlivých odborností.



#### Definice 2letého kurzu:

Certifikovaný kurz je navazující stupeň vzdělávání na získání specializační způsobilosti. Vědecká rada souhlasí s formulací, že délku a náplň kurzu stanoví odborné společnosti na půdě Vědecké rady.

#### Definice ročního kurzu:

Vědecká rada doporučuje do tohoto stupně vzdělávání zařadit specializované vyšší diagnostické metody a postupy, jejichž rutinní ovládnutí není součástí specializovaného vzdělávání. Analogií jsou funkční licence udělované ČLK.

Vědecká rada rozhodně nesouhlasí s ustanovením těchto kurzů pro modifikaci způsobu léčení jednotlivých orgánů a jednotlivých diagnóz.

#### Závěr:

- I. Je nutno sjednotit kompromisní počet základních kmenů ze stávajících dvou návrhů, které chápeme jako dolní a horní limit počtu. Zásadní potíž bude ve stanovení objektivního kritéria k posouzení.
  - II. Počet oborů specializované způsobilosti je třeba udržet na rozumné „evropské“ míře (83 atestačních oborů je komická světová rarita).
  - III. Počet certifikovaných kurzů ponechat pod kuratelou ČLK a odborných společností, zabránit atomizaci medicíny prosazením nadměrných ambicí některých oborů.
- Dovolíme si vyzvat k toleranci a zamýšlení s větším nadhledem a s úmyslem kodifikovat tento systém vzdělávání na dlouhá léta (desetiletí?) se zárukou výchovy vynikajících lékařů. Konečně předat mladým kolegům pevný model s jistotou pokračování kariérního růstu bez zbytečných zákoutí a zdobnělní.

„Myslet cíle ze smyslů, a ne smysl z cílů.“

Jan Patočka

Aleš Herman, předseda Vědecké rady ČLK

Milan Kubek, prezident ČLK

# Neodkladná péče

Pojem neodkladná péče patří ve zdravotnickém právu k pojmům stěžejním. Jde o péči, která musí být poskytnuta okamžitě a nesmí být odmítnuta. Jde však rovněž o péči, kterou jsou povinny zdravotní pojišťovny uhradit i nesmluvnímu zdravotnickému zařízení. Pojem neodkladné péče není zatím nikde přesně právně kodifikován. Návrh nového zákona o zdravotních službách přináší návrh definice pojmu „neodkladné zdravotní služby“, tato definice je však navrhována velmi nedostatečně a zjednodušeně.

Pokud dosud výslovná zákonná definice neodkladné péče chybí, je možno použít jiných ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění nebo zákona o péči o zdraví lidu, abychom dovodili, jak tento pojem vykládat.

Podle § 24 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění v platném znění pojištěnec musí být přijat do ústavny péče mimo jiné i tehdy, **jestliže by nepřijetím nebo odložením přijetí do ústavny péče byl ohrožen jeho život, nebo vážně ohroženo jeho zdraví a jestliže jde o porod. Přijetí nesmí být odepřeno též v případě povinného léčení.**

Podle § 23 odst. 3 zákona o péči o zdraví lidu č. 20/1966 Sb. v platném znění **je-li neodkladné provedení vyšetřovacího nebo léčebného výkonu nezbytné k zachráně životy nebo zdraví dítěte, anebo osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům a odpírají-li rodiče nebo opatrovníci 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.

Přednemocniční neodkladná péče je poměrně zdařile definována vyhláškou č. 434/1992 Sb. o zdravotnické záchranné službě v platném znění, která neodkladnou péči definuje jako **péči o postižené na místě vzniku jejich úrazu nebo náhlého onemocnění a dopravy k dalšímu odbornému ošetření a při jejich předání do zdravotnického zařízení poskytovaná při stavech, které:**

- bezprostředně ohrožují život postiženého,
- mohou vést prohlubováním chorobných změn k náhlé smrti,

- způsobí bez rychlé odborné pomoci trvalé chorobné změny,
- působí náhlé utrpení a náhlou bolest,
- působí změny chování a jednání postiženého a ohrožují jeho samotného nebo jeho okolí.

V ustanovení §17 odst. 1 věta poslední zákona o veřejném zákonném pojištění č. 48/1997 Sb. v platném znění se uvádí, že smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče se nevyžadují při poskytování nutné a neodkladné péče pojištěnci. Nesmluvní zdravotnické zařízení může tedy žádat uhrazení veškeré zdravotní péče, která byla poskytnuta jako nutná a neodkladná, včetně léčivých přípravků a včetně případné vyžádané péče.

Na druhé straně ustanovení § 11 odst. 1 písm. b) téhož zákona dává sice zvolenému lékaři nebo zdravotnickému zařízení právo odmítnout přijetí pojištěnce do své péče, pokud by jeho přijetím bylo překročeno únosné pracovní zatížení lékaře, nebo z důvodu přílišné vzdálenosti místa trvalého bydliště pro výkon návštěvní služby, přičemž však lékař nemůže odmítnout pojištěnce v případě, že se jedná o neodkladnou péči. Neodkladnou péči tedy musí vždy poskytnout každé k tomu způsobilé zdravotnické zařízení a musí být uhrazena i nesmluvnímu zdravotnímu zařízení.

## Dohoda VZP ČR s ČLK o definici nutné a neodkladné péče

V roce 1996 došlo k uzavření písemné dohody mezi VZP ČR a ČLK o definici nutné a neodkladné péče. Tuto dohodu lze považovat dle mého názoru za poměrně zdařilou a měla by se stát základem nové právní úpravy, ve které by měla být nutná a neodkladná péče o pacienta výslovně zákonem definována. VZP ČR ani ČLK tuto dohodu nevyověděla a při posuzování případů, zda jde či nejde o případ nutné a neodkladné péče, z ní obě strany v zásadě vycházely. Pokud v poslední době došlo k náznakům, že by se vedení VZP ČR nemělo touto dohodou řídit, bylo by to nepřijemným signálem pro českou právní kulturu, neboť základem evropské právní kultury je princip „smlouva platí“.

Dohoda mezi VZP ČR a ČLK o definici nutné a neodkladné péče mimo jiné stanoví i velmi důležitou zásadu, ze které se odvíjí veškeré další posuzování tohoto pojmu.

Neodkladná péče je veškerá péče, kterou ošetřující lékař za takovou označí, začíná podezřením, že jde o případ neodkladné péče, a končí vyloučením tohoto podezření ošetřujícím lékařem. Dohoda dále stanoví, že v případě sporu, zda šlo či nešlo o nutnou a neodkladnou péči, rozhodne spor mezi zdravotnickým zařízením a VZP ČR Česká lékařská komora a obě strany budou stanovisko komory respektovat.

Z této dohody v podstatně vyplývá, že za nutnou a neodkladnou péči lze považovat jakoukoli péči o pacienta, u kterého je podezření, že by mohl být ohrožen na zdraví nebo na životě, a to od okamžiku, kdy vznikne podezření, že může jít o takový stav, do okamžiku, kdy je toto podezření vyloučeno, nebo do okamžiku, než jsou veškeré neodkladné zdravotní výkony provedeny. Přichází-li pacient k lékaři s určitými potížemi, lékař zpravidla nemůže hned na místě rozhodnout, zda jde o nutnou a neodkladnou péči. Kdyby rozhodl, že nejde o nutnou a neodkladnou péči, a pacienta odmítl, mohlo by to pro něho mít vážné právní důsledky. Musí se tedy vždy, byť někdy velmi rychle a snadno, jindy velmi těžko a dlouze, přesvědčit o tom, zda skutečně v daném případě je poskytnutí potřebné zdravotní péče neodkladné, nebo zda tomu tak není. Diagnostické výkony, které v této souvislosti provede, je vždy nutno považovat za nutné a neodkladné.

## Neodkladné zdravotní služby podle návrhu zákona o zdravotních službách

Návrh nového zákona o zdravotních službách definuje tzv. neodkladné zdravotní služby takto:

**„Neodkladné zdravotní služby, které je nutno poskytnout bezprostředně, neboť v případě jejich neposkytnutí lze důvodně předpokládat smrt, popřípadě vážné zhoršení zdravotního stavu pacienta, popřípadě vážné poškození zdraví, nebo protože se pacient nachází ve stavu nesnesitelného utrpení nebo ve stavu, v kterém bezprostředně ohrožuje sebe nebo své okolí.“**

ČLK ve svých připomínkách k návrhu zákona o zdravotních službách označila tuto definici jako nedostatečnou a zjednodušenou. Poukázala na skutečnost, že zdravotnický pracovník musí nejdříve diagnostickými postupy zjistit, zda jde o zdravotní stav, kdy je třeba zdravotnické služby poskytnout

bezprostředně, či zda o takový zdravotní stav nejde. Samotný postup takového zjišťování je nutno rovněž považovat za neodkladnou zdravotní službu. O tom, zda jde o podezření na takový zdravotní stav, či nejde o takové podezření, musí rozhodnout ve většině případů lékař, nebo v některých specifických případech jiný zdravotnický pracovník, např. zdravotnický záchranář. ČLK doporučila definovat neodkladné zdravotnické služby tak, jak je definována nutná a neodkladná péče v dohodě mezi ČLK a VZP ČR z roku 1996.

**ČLK se rovněž pozastavuje nad tím, proč neodkladné zdravotní služby, které je nutno poskytnout bezprostředně, vyžadují doslova „nesnesitelné utrpení“ a čím je nesnesitelné utrpení definováno. Pojem „nesnesitelné“ považujeme za nepřipadný. Za mnohem zdařilejší považujeme definici v platné vyhlášce o zdravotnické záchranné službě č. 434/1992 Sb. (která má být ovšem novým zákonem o zdravotnické záchranné službě, který pojem neodkladné péče nedefinuje, zrušena), kdy jde o zdravotní stav, který mimo jiné působí náhlé utrpení a náhlou bolest, aniž by se vyžadovalo, aby tato bolest a utrpení byly nesnesitelnými.**

Navrhovaná definice nepamatuje na skutečnost, že k tomu, aby bylo možno rozhodnout, že v případě neposkytnutí zdravotních služeb lze důvodně předpokládat smrt nebo vážné zhoršení zdravotního stavu, nebo vážné poškození zdraví, musí být provedeny určité diagnostické úkony, které povedou k rozhodnutí, zda lze nebo nelze důvodně předpokládat, že jde o takový případ. I tyto nutné a neodkladné diagnostické úkony, které mohou nakonec vyloučit, že jde o tento stav, je nutno až do okamžiku, než je podezření vyloučeno, považovat za nutnou a neodkladnou péči, resp. neodkladné zdravotní služby. V tom spatřujeme zásadní nedostatek předmětné navrhované definice neodkladných zdravotních služeb. Takto restriktivní definice by mohla v případě jejího striktního dodržování vést k poškození pacientů (vaše utrpení je sice velké, ale není nesnesitelné, vaše bolest je sice trýznivá, ale není ještě nesnesitelná...), ale mohou samozřejmě poškodit i zdravotnické zařízení, protože např. nesmluvní zdravotnické zařízení při náhlé bolesti pacienta vlevo pod hrudní kostí učiní náročné diagnostické výkony k vyloučení infarktu myokardu, aby posléze zjistilo, že jde o vertebrogenní potíže. Protože se ukáže, že

nešlo o stav, kdy lze důvodně předpokládat smrt nebo vážné zhoršení zdravotního stavu pacienta, nešlo by podle navrhované definice o neodkladné zdravotní služby a nesmluvnímu zdravotnickému zařízení by provedené diagnostické úkony neměly být uhrazeny. To by pochopitelně bylo zcela nespravedlivé, protože vyloučení infarktu myokardu by v daném případě bylo nezbytné, leč nevešlo by se již patrně do definice neodkladných zdravotních služeb, jak jej navrhuje v současné době v novém zákoně o zdravotních službách Ministerstvo zdravotnictví ČR.

Ač se to na první pohled nezdá, přesná definice má i svůj ústavní právní rozměr, protože článek 31 Listiny základních práv a svobod ve větě první stanoví, že každý občan má právo na ochranu zdraví. Do této ochrany nepochybně patří i okamžitá pomoc v případě náhlé bolesti a náhlého utrpení, byť by nešlo o bolest nesnesitelnou nebo utrpení nesnesitelné. Do této ochrany nepochybně patří i okamžitý zásah v případě podezření, že by mohlo jít o chorobu ohrožující život nebo zdraví, a to až do okamžiku, kdy bude takováto choroba vyloučena.

Odborníci v medicínském právu, kteří na toto téma opakovaně jednali, se shodují v tom, že pokud jsou určité pojmy definovány zákonem naprosto detailně a taxativně, může to být velmi kontraproduktivní, protože detailní a taxativní velmi podrobný výčet určitých skutečností v zákoně může opomenout některé důležité situace, ke kterým v praxi může dojít a které by rovněž bylo správné za neodkladné zdravotní služby považovat. Proto by bylo lépe v některých případech se přidržit obecnější definice tak, jak ji obsahuje dohoda mezi VZP ČR a ČLK z roku 1996.

Podle platné právní úpravy by tedy bylo za nutnou a neodkladnou péči třeba považovat především veškeré zdravotní výkony, které vedou ke zjištění, zda zdravotní stav pacienta představuje ohrožení jeho života, vážné ohrožení jeho zdraví, bolest nebo utrpení, změny chování ohrožující jeho samého nebo jeho okolí a dále výkony vedoucí k léčbě, pokud se podezření potvrdí. Ani takováto definice není zcela konečná a vyčerpávající a je nutno připustit, že praxe může přinést řadu situací, které mohou nespadat do této definice a ve smyslu článku 31 odst. 1 věta první Listiny základních práv a svobod mohou přesto představovat nutnost poskytnutí neodkladné zdravotní péče, resp. neodkladných zdravotních služeb.

## Rozhodování o tom, zda šlo o neodkladnou péči

Pokud půjde o spor mezi VZP ČR a zdravotnickým zařízením, zda byla či nebyla poskytnuta nutná či neodkladná zdravotní péče a zda tedy nesmluvnímu zdravotnickému zařízení má být taková péče uhrazena, lze předpokládat, že by soud, který by o takové věci rozhodoval, kladl vážný zřetel na dohodu mezi VZP ČR a ČLK, ve které byla tato péče definována.

Rozhodně lze předpokládat, že by k obsahu této dohody soudy přihlížely i v případě, pokud by šlo o spor mezi zdravotnickým zařízením a jinou zdravotní pojišťovnou, než je VZP ČR. Pokud tak v některých případech postupováno ze strany soudu nebylo, nelze z toho činit obecné závěry, neboť jde zpravidla o dosud nepravomocná rozhodnutí, která neprošla například odvolacím řízením, dovolacím řízením u Nejvyššího soudu ČR, nebo ústavní stížností. Právě Ústavní soud a Nejvyšší soud opakovaně zdůrazňují zásadu „smlouva platí“.

V případě stížnosti na lékaře nebo jiného zdravotníka, který neposkytl první pomoc nebo neodkladnou péči, by orgán, který by o stížnosti rozhodoval, musel sám okolnosti případu posoudit a z dosavadních právních předpisů si pojem nutné a neodkladné péče definovat.

Při řešení případů nutné a neodkladné péče by se patrně soud ani jiný orgán neměl obejít bez expertního znaleckého posouzení, které by dalo odpověď nikoli na právní otázku, co je nutná a neodkladná péče, ale na medicínskou otázku, zda byl důvod k diagnostickým postupům, které měly ověřit, zda jde nebo nejde o stav vyžadující nutnou a neodkladnou péči, popř. zda byl důvod považovat zdravotní stav pacienta za takový, že může být ohrožen jeho život, vážně ohroženo jeho zdraví, zda jde o utrpení a bolest, nebo zda jde o změny chování ohrožující samotného pacienta nebo jeho okolí. I při tomto posuzování by však bylo nutno dodržet zásadu, která platí obecně při jakémkoli posuzování jakýchkoli lékařských a zdravotních výkonů, totiž, že posuzující znalec by musel brát v úvahu zdravotní stav pacienta tak, jak se ošetřujícímu lékaři jevil ex ante, tedy v okamžiku, kdy situaci řešil, nikoli jak se ukázal ex post za situace, kdy již příčiny zdravotních potíží a výsledek celého případu byl znám.

JUDr. Jan Mach, ředitel právní kanceláře ČLK



# Prezident ČLK jednal s britským ministrem

*Ministr zdravotnictví Velké Británie pan Alan Johnson navštívil 28. července 2008 Českou republiku. Během jednodenní návštěvy se setkal s ministrem zdravotnictví Tomášem Julínkem, předsedou zdravotního výboru Davidem Rathem a prezidentem České lékařské komory Milanem Kubkem. Jednání britského ministra s prezidentem ČLK se týkalo několika důležitých otázek.*

## Směrnice o zdravotnických službách

Zdravotnické služby byly s ohledem na svá specifika vyčleněny z tzv. Bolkensteinovy směrnice o volném pohybu zboží a služeb. Po téměř dva roky trvajících konzultacích s představiteli lékařů i zástupci provozovatelů zdravotnických zařízení schválila Evropská komise 2. 7. 2008 návrh Směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči. Prosazování této směrnice, která zajistí pacientům v souladu s precedentními rozhodnutími Evropského soudního dvora právo volně čerpat zdravotní péči v rámci všech států EU, má být jedním z úkolů pro období českého předsednictví v Unii.

**Prezident ČLK Kubek upozornil britského ministra na diskriminaci občanů chudších států EU, kterou přináší nepřilíš šťastné řešení problému financování této péče.**

Lze jistě souhlasit s principy, že pacient má v zahraničí nárok na úhradu takové péče z veřejných prostředků, kterou by měl hrazenu i doma, a že s výjimkou plánované hospitalizační péče nepodléhá čerpání ostatní zdravotní péče v zahraničí předchozímu souhlasu domácí pacientovy pojišťovny.

**ČLK však nemůže souhlasit s tím, že pacient má mít nárok na úhradu zdravotní péče v zahraničí do výše její ceny v zemi jeho bydliště, přičemž tato úhrada naopak nemůže být vyšší než běžná cena v zahraniční zemi, kde péči čerpá.** Díky této konstrukci by například německá pojišťovna výrazně ušetřila, pokud by se její klienti nechali ošetřovat v České republice, neboť by českým zdravotnickým zařízením platila za péči o německé občany pouze tolik, kolik platí naše pojišťovny za naše pacienty, tedy několikanásobně méně, než kolik stojí péče v Německu. Na druhé straně by chudší občané ČR nemohli čerpat zdravotní péči v Německu, neboť by za ně české pojišťovny platili jen cenu u nás obvyklou a zbytek by musel český občan zaplatit ze svého. Toto se pochopitelně netýká akutní a neodkladné péče.

## Návrh novely Směrnice o pracovní době

Druhým tématem jednání byl návrh novely Směrnice o pracovní době (EWTD)

schválený 14. 6. 2008 Radou ministrů práce členských států EU. **Milan Kubek vyjádřil ostrý nesouhlas nejenom ČLK, ale všech evropských lékařských organizací s návrhem, který poškozuje lékaře a ohrožuje bezpečnost pacientů.** „Dobrovolné“ souhlasy lékařů s větším množstvím přesčasové práce nemohou být dobrovolné v situaci, kdy jsou lékaři v nemocnicích existenčně závislí na příjmech za služby a kdy zaměstnavatelé mohou mladým lékařům bránit v přístupu ke vzdělávání a získání potřebné kvalifikace.

Omezování množství přesčasové práce lékařů je primárně normou na ochranu bezpečnosti pacientů. Každá přítomnost lékaře na pracovišti musí být považována za výkon práce, neboť lékař nemůže odpočívat.

Zatímco vlády EU budou tláčit na poslance Evropského parlamentu, aby směrnici schválili, lékařské organizace budou u europoslanců lobbovat za to, aby byl tento návrh, který lékaře vůči ostatním profesím diskriminuje, odmítnut.

## Stanoviska ČLK k aktuálním problémům českého zdravotnictví a připravovaným reformám

Největší část jednání byla věnována aktuální problematice reformy zdravotnictví v ČR. Ministr Johnson se zajímal o zkušenosti s tzv. regulačními poplatky, o problematiku financování zdravotní péče v ČR a o stanoviska ČLK k reformním zákonům připravovaným ministrem Julínkem. Zatímco problémům, které způsobuje nedostatek finančních prostředků, britský ministr dobře rozuměl, tak postoj ministra Julínka, který se dva roky snažil ignorovat profesní lékařskou samosprávu, pro něho zůstal něčím nepochopitelným. Všichni britští ministři zdravotnictví bez ohledu na svoji stranickou příslušnost se totiž vždy snažili a snaží pro své návrhy získávat podporu ze strany British Medical Association. Stanoviska lékařské reprezentace by si totiž netroufli ignorovat.

Závěrem se ministr zdravotnictví Velké Británie a prezident ČLK předběžně domluvili na další schůzce, která by mohla proběhnout během návštěvy prezidenta ČLK Kubka v Londýně v rámci říjnového zasedání CPME.

Michal Sojka



# Je novela zákona nonsens?

**Ministerstvo uklidňuje pojišťovny: soukromý lékař, který svoji praxi převede na s. r. o., musí i nadále absolvovat výběrové řízení.**



Zákonem č. 261/2008 Sb., který mimo jiné zavedl registrační poplatky ve zdravotnictví a nabyl účinnosti dnem 1. 1. 2008, došlo k novelizaci § 46 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb. uvedeném v zdravotním pojištění. Nové ustanovení zní takto:

**„V případě změny právní formy zdravotnického zařízení se výběrové řízení koná pouze tehdy, dochází-li k rozšíření rozsahu poskytované zdravotní péče.“**

Všeobecným výkladem tohoto ustanovení tak, jak jej původně podávalo i Ministerstvo zdravotnictví ČR, bylo, že se soukromým lékařům přináší výhoda spočívající v tom, že v případě, že chtějí svou soukromou praxi, kterou dosud provozovali jako fyzická osoba, změnit na právnickou osobu, např. s. r. o., nemusí se konat výběrové řízení, pokud se rozsah poskytované zdravotní péče nezmění. Bylo tedy proklamováno, že tímto zákonem dochází k možnosti „bezproblémového překlopení soukromé praxe fyzické osobou na esrůčko bez výběrového řízení“.

Na dotaz prezidenta Svažu zdravotních pojišťoven Bc. Vladimíra Kothery, MBA odpověděla však náměstkyně ministra zdravotnictví pro zdravotní péči MUDr. Markéta Hellerová dne 2. 7. 2008 dopisem č. j. 11071/2008 bohužel zcela opačně. Z jejího dopisu vyjímáme:

**„Vycházíme-li z použití jazykového výkladu daného ustanovení, je třeba dospět k závěru, že v případě, kdy se provozovatelem určitého zdravotnického zařízení stane právnická osoba (společnost s ručením omezeným) založená jeho původním provozovatelem, fyzickou osobou, která již měla uzavřený smluvní vztah se zdravotními pojišťovnami, bude nutné výběrové řízení konat.“**

Tomuto závěru nasvědčuje skutečnost, kdy „změna právní formy zdravotnického zařízení“ ve své podstatě nemůže nastat, neboť zdravotnické zařízení je věc hromadná, a nikoliv subjekt práva. Tím skutečným subjektem práva je provozovatel zdravotnického zařízení, fyzická či právnická osoba, jakožto držitel oprávnění k provozování zdravotnického zařízení. Tudiž budeme-li hovořit v této souvislosti o změně právní formy, tak nutně musíme dospět k tomu, že to bude změna právní formy dotčeného provozovatele.

Změna právní formy, resp. její legální definice je v našem právním řádu upravena pouze v Obchodním zákoníku, v ustanoveních týkajících se přeměn společností. To však dle našeho názoru neznamená, že je nutno změnu právní formy chápat pouze v tomto smyslu. Změna právní formy představuje přeměnu obchodní společnosti jako právnické osoby, pro kterou je typické, že daná právnická osoba nezaniká, ale mění se jen její vnitřní poměry. Jde tedy o stále stejnou osobu.

Pokud bychom měli uvažovat o změně právní formy jako o změně způsobilosti k provozování zdravotnického zařízení z fyzické osoby na osobu právnickou, je třeba vzít v potaz, že se již jedná o jiné rozdílné subjekty. Jako problematická se v daném případě jeví ta skutečnost, že pokud dojde k výše popsanému případu, tedy pokud se provozovatelem určitého zdravotnického zařízení stane právnická osoba založená původním provozovatelem, fyzickou osobou, nastává zde významná změna v subjektech. Fyzická osoba je z hlediska jejího právního vymezení odlišným subjektem od osoby právnické, což je mimo jiné zřejmé i ze zcela odlišné identifikace těchto subjektů (zejména obchodní firma, IČ atd.)

Dle našeho názoru právě tato skutečnost svědčí ve prospěch konání nového výběrového řízení, neboť v daném případě je nutné uzavřít zcela novou smlouvu se zdravotní pojišťovnou, kde na jedné straně bude stát zcela nový subjekt (ač založený původním provozovatelem). Dle našeho názoru v takovém případě nedochází jen ke změně právní formy provozovatele zdravotnického zařízení, ale i k významné změně v subjektech, kdy na místo zanikající fyzické osoby – podnikatele vzniká osoba právnická.

Je nepochybné, že ministerstvem zdravotnictví napsané ustanovení § 46, odst. 3 tak, jak jej přinesla novela přijatá zákonem č. 261/2008 Sb., je legislativně formulováno chybně. Pokud mělo za cíl umožnit, aby fyzická osoba, která je provozovatelem nestátního zdravotnického zařízení, mohla bez výběrového řízení provozovat nadále toto zdravotnické zařízení i prostřednictvím právnické osoby, kterou za tím účelem založí a stane se jejím jediným společníkem (tedy vlastníkem), mělo to být v zákoně uvedeno výslovně, aby neumožňoval několik různých výkladů.

Pokud to bylo vyjádřeno právě tímto způsobem, budeme-li vycházet z přísného gramatického (jazykového) výkladu tohoto právního předpisu a nebudeme-li uvažovat, proč bylo toto ustanovení novelizováno a formulováno právě takto, co sledoval zákonodárce touto novelou, co bylo účelem změny právního předpisu, pak při tomto striktním gramatickém výkladu právní normy musíme souhlasit se stanoviskem náměstkyně ministra zdravotnictví.

Přísný doslovný gramatický výklad právního předpisu je však považován za výklad, který mnohdy může být velmi chybný, jak vyplývá z celé řady nálezů Ústavního soudu i rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva. Za mnohem



významnější považuje Ústavní soud výklad logický, který vychází zejména z toho, co měla nová právní úprava sledovat, jaký byl účel této úpravy a co bylo zamýšleno zákonodárcem, než to, jak je přesně doslova jazykově vyjádřena norma chování v právním předpisu. Z tohoto pohledu je zřejmé, že změnou ustanovení § 46, odstavce 3 shora uvedeným textem nebylo sledováno nic jiného, než umožnit soukromému lékaři podnikajícímu jako fyzická osoba změnit své nestátní zdravotnické zařízení na s. r. o. nebo jinou právnickou osobu, aniž by, v případě, že se nezmění rozsah nasmlouvané zdravotní péče, bylo nutné konat výběrové řízení.

Takto byla tato změna obecně proklamována samotným předkladatelem novely zákona č. 48/1997 Sb., kterou přinesl zákon č. 261/2007 Sb. Kdyby totiž měl být výklad tohoto ustanovení takový, jak uvádí náměstkyně ministra zdravotnictví v dopisu ze dne 2. 7. 2008, pak by celé přijetí nového ustanovení § 46, odstavce 3 zákona č. 48/1997 tak, jak bylo přijato s účinností k 1. 1. 2008, byl nonsens. Pokud totiž obchodní společnost změní svou právní normu, (např. s. r. o. by se změnilo na akciovou společnost) právní vztahy tohoto subjektu zůstávají nedotčeny a nová obchodní společnost se stává právním nástupcem původní obchodní společnosti. Jestliže tedy zákonodárce nezamýšlel přijmout nonsens, nemohl zamýšlet nic jiného, než umožnit soukromému lékaři provozujícímu ordinaci jako fyzická osoba pokračovat v tomto provozování i formou právnické osoby, např. s. r. o., aniž by musel při nezměněném rozsahu poskytované zdravotní péče absolvovat výběrové řízení.

Z hlediska doslovného jazykového výkladu právního předpisu lze souhlasit s náměstkyní ministra zdravotnictví. V tom případě právě toto ministerstvo v loňském roce navrhlo novelu, která v tomto ustanovení obsahuje nonsens. V případě logického výkladu tohoto ustanovení to v praxi znamená možnost přeměny soukromé praxe fyzické osoby na právnickou osobu při nezměněném rozsahu poskytované zdravotní péče, bez výběrového řízení.

**K výkladu zákona jsou v České republice povolány soudy, nikoli Ministerstvo zdravotnictví ČR** (ovšem ani Česká lékařská komora). **Je však nepochybné, že stanoviskem náměstkyně ministra ze dne 2. 7. 2008 č. j. 11071/2008 prezidentovi Svazu zdravotních pojišťoven je situace pro soukromé lékaře, kteří chtějí svou praxi provozovat ve stejném rozsahu jako dosud ve formě s. r. o., opět významně zkomplikována.**

*JUDr. Jan Mach, ředitel právní kanceláře ČLK*

## Stávka. Ptejme se proč?

Zažili jsme něco, co u nás není zrovna obvyklé. Stávka, dokonce stávka ve zdravotnictví. Celkem se do protestů zapojil téměř milion lidí – je to málo, nebo hodně?

Představitelé naší vlády to označili za nevýznamnou hrstku, navíc opakovaně spekulovali o nepřesných číslech. Neměli by se ale spíš ptát – proč? Lékaři a sestry stávkovali, ale aby neohrozili zdraví žádného pacienta, stálo je to spoustu práce před a po stávce. Pacienta jen tak nezrušíte a stávka neznámá, že si odpočinete. Většinou to znamenalo mnohem víc práce v pondělí a ve středu, slušně se každému omluvit a vysvětlit mu, proč stávkujeme, dohodnout nový termín. A samozřejmě jsme riskovali i negativní reakci ze strany pacientů. Takže den v práci bez nároku na mzdu a ještě pečlivě hlídat, aby nedošlo k žádné mimořádné situaci. Věřte, že kdybychom v klidu dělali svou práci, stálo by nás to asi desetinu sil.

Nemyslíte, že v takovou chvíli je třeba se ptát – proč? Proč jsme to všechno podstoupili? A ptát by se měla vláda, proti které byl protest namířen. Místo toho jsme se dověděli, že reforma jde správným směrem a je třeba ji ještě přitvrdit. V tuto chvíli se ptám já: Proč demokratická vláda jedná jako tvrdá vláda totalitní? Proč se nezajímá o to, co si myslí řadový občan?

Pro vážené čtenáře si dovoluji krátce shrnout důvody našeho protestu. Zdravotnictví je v každé zemi velmi citlivou otázkou a nikde neexistuje zdravotní systém, se kterým by byla plná spokojenost. Reformy probíhají v řadě zemí, postupně a po diskusi se všemi, kterých se dotýkají, aby nedošlo ke zhroutilí zdravotnictví. Jen u nás se našel tým, který jednou razantní ranou změní vše od základů. To považujeme za hazard.

Reforma vůbec neřeší základní problémy našeho zdravotnictví – nedostatek financí a nedostatek kvalifikovaných lékařů a sester. Zákony nám prikazují platit zdravotní pojištění, ale neurčují, co za tyto peníze občan dostane. Podstatou reformy jsou převody majetku. Volná ruka trhu není podle nás lék na naše problémy. Zkušenosti už řada z nás má, je nepřijemné léčit podle diktátu ekonomů. V medicíně neplatí, že jedna a jedna jsou dvě. Můžete pacienta léčit levně, ale léčba bude trvat dlouho a nakonec třeba zůstanou trvalé následky nebo invalidita, nebo použijete dražší léčbu, která bude kratší, pacient se dříve vrátí do pracovního procesu. A to nemluví o takové hod-

notě, jako je pocit pohody a štěstí zdravého člověka. To jsou hodnoty, které žádný ekonom nikdy nesečte. Experiment navlas podobný reformě pana Julínka skončil u našich sousedů na Slovensku fiaskem. Zdá se nám nesmyslné opakovat chyby druhých. Tváří v tvář pohromě, která nám všem hrozí, nemůžeme mlčet, proto jsme stávkovali.

*Lenka Doležalová*

## Mystifikace ze strany VZP

Dne 17. 7. 2008 jsem obdržel sdělení od VZP, že od 1. 7. 2008 navyšuje úhradu na chirurgické výkony. Směšně a provokativně nám sdělují, že jsou s naší prací spokojeni, a tímto nám navyšují příjmy, aby tímto finančním opatřením podpořili náš další rozvoj.

„Díky“ dohodě SAS s VZP nám od 1. 1. 2007 nehradí VZP nic víc než 103 % PURO podle PURA 2005 – tedy nereaguje na navýšení hodnoty naší práce ministrem Rathem, který v novele úhradové vyhlášky č. 493/2005 Sb. navýšil hodnotu naší práce o třetinu – dosud jsme neviděli ani korunu. Naopak VZP nás pokutuje za odvedenou práci, v mém případě 35 000 korun za roky 2006/2007, ale neuhradila téměř 200 000 Kč, na které máme nárok podle č. 493/2005 nebo 331/2007. Dámy a pánové ambulantní specialisté, povstaňme a nebude-li jiná cesta, zažalujme VZP!

Toto sdělení VZP je sprostá provokace, a pokud nebudeme reagovat, hospodářsky zahyneme, jestli nás dřív nezničí řetězce typu Agel a další. Ministr Julínek nám nepomůže.

*Bohuslav Machaň, ORL specialista Prostějov*

## Prohlášení Agelu

V periodiku TEMPUS MEDICORUM č. 5/2008 na str. 12–13 byl zveřejněn článek „Jak ovládnout 220 miliard Kč v českém zdravotnictví“, v němž je spekulováno o možnosti monopolního ovládnutí českého zdravotnictví. Do této souvislosti byla zasazena obchodní společnost AGEL a. s., o které je tvrzeno:

- 1) Že učinila nebo činí čtyři kroky, jimiž by tento záměr měl být realizován.
- 2) Že náměstek ministra zdravotnictví Bc. Marek Šnajdr z titulu předsedy správní rady ovládá VZP a zajišťuje, aby všechna zdravotnická zařízení vlastněná AGELEM měla exkluzivní smlouvy s touto pojišťovnou a tím nadstandardní přísun peněz za péči.
- 3) Že do dvou fakultních nemocnic byli minist-

rem zdravotnictví dr. Julínkem dosazení ředitel, kteří předtím pracovali pro AGEL a. s.

AGEL a. s. a AGEL Insurance a. s., především prohlašují, že jednají za všech okolností v souladu se zákony tohoto státu a rozhodně nemají v úmyslu dosáhnout monopolu v jakékoliv oblasti českého zdravotnictví a ani v tomto směru nečiní žádné kroky. Uvedení společností AGEL a. s. a AGEL Insurance a. s. do kontextu s úvahou o možném vývoji českého zdravotnictví směřujícího k monopolům je zcela bezdůvodné a nepodložené. Všechny smlouvy, které společnost AGEL a. s. a AGEL Insurance a. s. uzavírají, jsou uzavírány zcela korektně a rozhodně žádná z nich v důsledku jakékoliv aktivity kteréhokoliv z pracovníků ministerstva zdravotnictví včetně náměstku ministra.

Pokud snad byli někteří bývalí pracovníci společnost AGEL a. s. jmenováni do vedoucích funkcí v nemocnicích, děje se tak bez jakéhokoliv vlivu a příspěví společnosti AGEL a. s. a také bez jakékoliv výhody pro tuto společnost.

*Společnost AGEL a. s., a AGEL Insurance a. s.*

## Kolegialita jako řemen

Vážené kolegyně a kolegové, podělím se s vámi se svými zážitky z návštěvy jako pacient jedné z pražských klinik.

Onemocněl jsem těžkou angínou a bylo mi doporučeno lékařkou polikliniky Zahradního města navštívit jednu z pražských klinik ORL, kde by mě převzali do péče, neboť jsem potřeboval aplikaci PNC ve velkých denních dávkách. Skvělá lékařka ambulance ORL kliniky mě převzala a naordinovala léčbu, kterou jsem v průběhu týdne absolvoval ambulantně. Poslední dávky aplikace připadly na sobotu a neděli. Proto mi sestřička ambulance v pátek sdělila, že v tyto dny se mám hlásit ve druhém patře budovy, kde bude mít službu konající sestřička vzkaz od lékařky z ambulance a aplikuje mi antibiotikum.

Když jsem příští den dorazil do druhého patra, zjistil jsem, že tam je pohotovostní služba. Zeptal jsem se sestřičky, má-li vzkaz z ambulance o mé aplikaci antibiotika. Potvrdila, že ano, proto jsem si sedl a čekal dle pořadí. Asi po hodině na mě přišla řada. Když jsem vešel do ordinace, lékařka konající službu mi řekla, že mě vyšetří. Poděkoval jsem jí s tím, že nepotřebuji žádné pohotovostní vyšetření, aby se zbytečně mnou nezdržovala, ať mi sestra aplikuje injekci dle doporučení lékařky z am-

bulance. To paní doktorku asi rozčillo, řekla mi že musím zaplatit 90 Kč pohotovostní poplatek. Tento jsem odmítl zaplatit s tím, že žádné klinické cílené nebo kontrolní pohotovostní vyšetření nepotřebuji. (Můj případ by správně měla vykázat kódy 09511- minimální kontakt s lékařem a 09215 - aplikace inj.i.m., což odpovídá znění Zákona o regulačních poplatcích.) Upozornil jsem paní doktorku, že by se měla chovat trochu kolegiálněji a nestrašit mě postihy ředitele nemocnice pro porušování jeho nařízení o poplatcích.

V neděli, když jsem se stavil pro poslední aplikaci injekce, již na mě čekaly jak službu konající lékařka, tak vedoucí lékařka služby (obě s lékařskou praxí asi tak 6 až 8 let) a začaly mě (64letého pána se 40letou praxí) poučovat, jak se mám správně chovat a dodržovat nařízení pana ředitele nemocnice. Přitom jsem stál celou dobu se spuštěnými kalhotami, protože sestra nevěděla, může-li mi aplikovat injekci nebo ne, sledujíc reakci lékařek. Pak vedoucí lékařka otevřela dokořán dveře ordinace a začala se demonstrativně ptát pacientů sedících na chodbě, není-li náhodou někdo z nich také kolega, aby je pro „zachování“ kolegiality ošetřily přednostně.

Cítil jsem se jako poltý horkou vodou a vzpomínal na časy, kdy jsem jako 17letý budoucí lapiduch navštěvoval jako pacient lékaře, a oni mě zvali přednostně do ordinace a zdůvodňovali to tím, že jsem jejich kolega. Vidím, že asi patřím do generace, která ctila Hippokratův slib o kolegialitě, kterou nám po dobu studia vždy vštěpovali naši učitelé. Nyní se ale na lékařských fakultách učí spíše to, jak vytloukat peníze i z kolegů. Peníze! To je náš Bůh a vodítko k mezilidským a profesním vztahům! Quo vadis, profesní kolegialito?

*Bohdan Babinec, CSc., člen představenstva OS ČLK*

*Praha 1*

## Zdravotní, nebo zdravotnický?

Zdravotní nebo zdravotnické služby? Že adjektiva „zdravotní“ a „zdravotnický“ nejsou totožná, a proto ani jednoduše zaměnitelná, je zřejmé z mnoha českých termínů. Hovoříme o zdravotní situaci, zdravotních důvodech, zdravotní pojišťovně, zdravotní politice, zdravotním čaji atp. Termíny zdravotnické prostředky, zdravotnický výzkum, zdravotnické technologie, zdravotnická organizace atp. se od předešlých liší i použitým přídavným jménem. Služby poskytované zdravotníky jsou činnostmi odbor-

nými, profesionálními. Ke zdravotnictví a zdravotníkovi se váže adjektivum „zdravotnický“. Adjektivum „zdravotní“ se týká zdraví, znamená také pomáhající zdraví, sloužící péči o zdraví. Předkladatele „zákona o zdravotních službách“ a „zákona o specifických zdravotních službách“ možná zmýlilo anglické slovo „health“, které se objevuje v celé řadě termínů SZO. Do českého jazyka ho někdy překládáme jako „zdravotní“ (health status) a jindy jako „zdravotnický“ (health team). Zaplatpánbůh, že autoři návrhu třetího zákona považují záchrannou službu za „zdravotnickou“. Název každého zákona by měl vypovídat o podstatném v jeho obsahu a ctít jazykovou kulturu. Správný termín je „zdravotnické služby“. Ani cíl zákonů deklarovaný představiteli ministerstva, totiž posílení postavení (sic!) a odpovědnosti pacienta, na tom nemůže nic změnit.

*Josef Žán, CSc., důchodce*

## Omluva

Časopis ČLK Tempus medicorum je součástí mého profesního života, který jsem věnoval medicíně a činností se zdravotnictvím úzce souvisejícím.

V čísle 5 TM jsem se v článku na straně 12 a 13 „Jak ovládnout 220 miliard Kč v českém zdravotnictví“ dozvěděl i o mé osobě. Bohužel spolu s mým jménem byla otištěna i informace, že „sedím ve Správní radě společnosti Medtel, o. p. s.“

Toto není pravda, neboť jsem své členství ve Správní radě společnosti Medtel, o. p. s. ukončil ke dni 31. 12. 2006. Jako doplňující informaci uvádím, že funkce člena Správní rady společnosti Medtel, o. p. s., nebyla finančně honorována.

Vzhledem k tomu, že v současné době nejsem členem Správní rady společnosti Medtel, o. p. s., prosím o zveřejnění omluvy za uvedení informace v časopise ČLK Tempus medicorum. Děkuji za porozumění.

*Jiří Bek, ředitel ČNZP*

**Časopis Tempus medicorum materiál Jak ovládnout 220 miliard v českém zdravotnictví převzal z internetových serverů (Aktuálně, stránky Svazu pacientů atd.), kde byl původně zveřejněn. Ani autor, ani doba napsání materiálů nejsou doposud známy. Přesto se za uveřejnění informace v Tempus medicorum, že dosud sedí ve správní radě Medtel, o. p. s., panu MUDr. Jiřímu Bekovi omlouváme.**

*Michal Sojka*











## Odešel příliš mladý

MUDr. Radim Kříbek nás opustil náhle a nečekaně ve věku 41 let. Narodil se 10. listopadu 1966 v Ostravě, v lékařské rodině. Po maturitě na ostravském gymnáziu vystudoval lékařskou fakultu University Palackého v Olomouci. Studia ukončil v roce 1990 a začal pracovat v Městské nemocnici v Ostravě, kde se věnoval neurologii. Po atestaci z neurologie pracoval v lázeňství, v Sanatoriích Klimkovice, kde prožil prakticky celý svůj profesní život. Kromě práce se věnoval své rodině a velké životní zálibě – cestování. To se mu stalo osudným, když z cesty po Řecku se již mezi nás nevrátil a svůj život tam 26. 6. 2008 tragicky ukončil.

Pro svou laskavou a milou povahu byl velmi oblíben mezi svými pacienty, stejně tak jako mezi námi kolegy. Kdo jste ho znali, vzpomeňte.

*Kolektiv Sanatorií Klimkovice*

## Zemřel primář Kolín

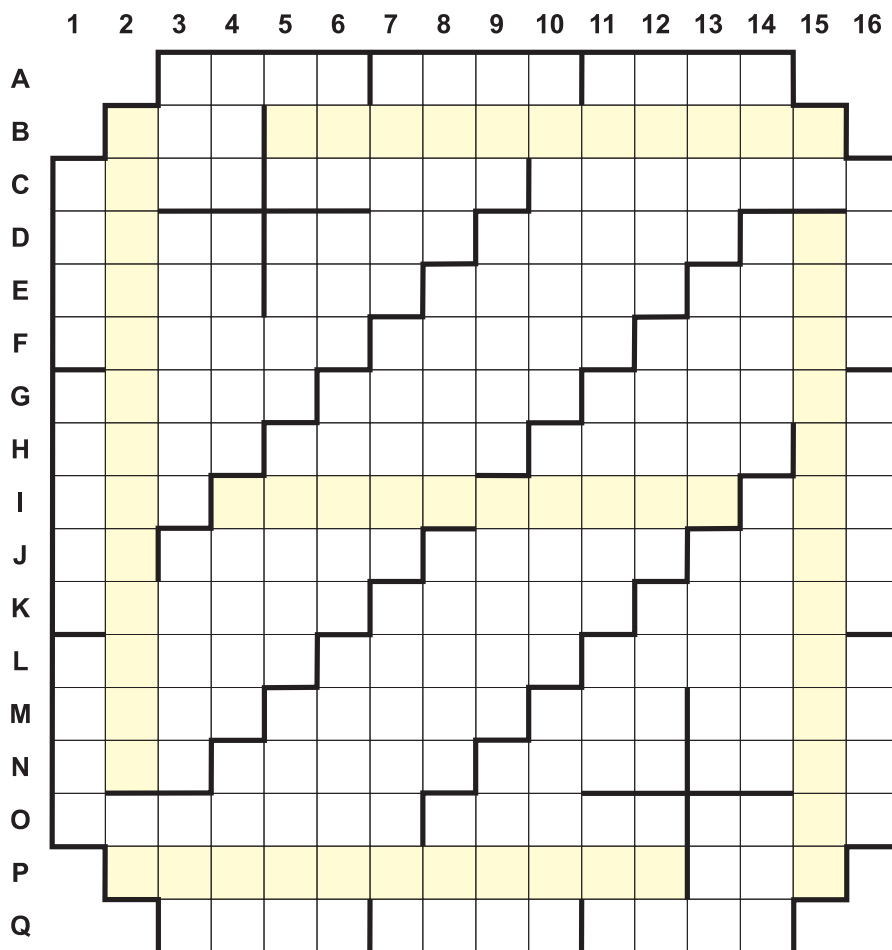
Dne 24. 5. 2008 zemřel MUDr. Vojtěch Kolín, bývalý primář patologického oddělení nemocnice v Mladé Boleslavi. Narodil se 17. 9. 1922 v rodině lékaře MUDr. Jana Kolína v Brně. V roce 1949 promoval na LF Univerzity Karlovy v Praze a ihned po promoci nastoupil jako patolog na LF UK v Hradci Králové. Od roku 1953 do roku 1997 vedl oddělení patologie nemocnice v Mladé Boleslavi, po skončení primariátu zůstal nadále zaměstnancem, a to prakticky do doby onemocnění v lednu tohoto roku. Medicíně věnoval veškerý svůj čas a byl jí zcela oddán, jistě jej naplňovalo radostí, že v lékařské tradici rodu Kolínů pokračují dva z jeho tří synů, Jan a Vojtěch, a dva vnuci, Tomáš a Vojtěch.

Pan doktor Vojtěch Kolín vykonával do roku 2007 funkci předsedy etické komise Okresního sdružení ČLK v Mladé Boleslavi, všem nám byl příkladem svou kolegialitou, zodpovědností a lidskostí.

S úctou a vděčností

*Lenka Kadlecová, OS ČLK Mladá Boleslav*

## Křížovka o ceny



*Je s podivem, že medicína dvacátého století se nedovedla dosud ...*

(dokončení citátu Jiřího Nohy se skrývá v tajence).

**VDOROVNĚ:** **A.** Vyhynulý pták dronte; drb; krátký reklamní snímek. – **B.** Vinařský stroj; **3. díl tajenky.** – **C.** Popínavá dřevina rodící hrozny; smyčcový hudební nástroj; trh s mezinárodní účastí. – **D.** Otázka 6. pádu; opuštěná; ryba s chutným masem; španělská chuva. – **E.** Švýcarská metropole; ta i ona; kout; staroegyptský bůh. – **F.** Okruhy; téct po krupějích; Slovanka. – **G.** Literární dílo; řeč; staroegyptský vládce. – **H.** Manství; obhrokovat; vodní květina; osobní zájmeno. – **I.** Německy „babička“; **1. díl tajenky;** puls. – **J.** SPZ vozidel Pelhřimova; nástroj k vytváření kruhových otvorů; několik osob určených k úřednímu jednání (zastarale); Evropanka. – **K.** Odborník v části mechaniky; sídlo v Indonésii; skandinávský lidový pěvec. – **L.** Bolkův kamarád; vypouštět po kapkách; radikál odvozený od propanu. – **M.** Starořímský úředník; člověk používající více levou ruku; cenná poukázka; jméno básníka Ovidia. – **N.** Potomek; jméno zpěváka Habery; řecké písmeno; italské vinařské město. – **O.** Pálený cukr; trýznitel; zařízení k mletí. – **P. 2. díl tajenky.** – **Q.** Květenství trav; alkaloid v čaji; tamten. **SVISLE:** **1.** Domácky Robert (slovensky); pokrm z mletého masa; třpyt. – **2. 4. díl tajenky;** značka astatu. – **3.** Zázrak; maďarsky „Ervína“; aminokyselina vyskytující se v bílkovinách; koryš. – **4.** Středová čára; hodně; rozsudek; balík (obecně). – **5.** Zástup lidí; sifon; prodavač brýlí; svítidlo. – **6.** Primáti; spojka; obyvatel kopcovité krajiny; závazné písemné prohlášení. – **7.** Mimo; slavný dostihový kůň; obeslat. – **8.** Šeříkově fialový; turecký četník; stoka; citoslovce opovržení. – **9.** Jméno pěvkyně Destinnové; dřina (zastarale); tak mnoho; existovati. – **10.** Výrobce pěnívého moku; mez; samec ovce. – **11.** Upravit sekerou; fotografovat; tekutina vylučovaná kůží; zkratka nemocničního oddělení. – **12.** Letec; vzletný způsob mluveného projevu; samice paroháče; hrdina díla Čapka-Choda. – **13.** Obilnina; příchod člověka na svět; pravoslavný obraz svatých; česká řeka. – **14.** Zkratka trinitrotoluenu; soubor map; nepřijemná situace; velké pole. – **15.** Evropan (slovensky); **5. díl tajenky.** – **16.** Citoslovce smíchu; náhlá myšlenka; francouzsky „daleko“.

**Pomůcka:** edil, kavas, loin, Palit, Ptaħ.

V Tempus medicorum 06/2008 jsme hledali výrok z populárního díla Ladislava Pecháčka *Jak básníkům chutná život: Při porodu se tvařte inteligentně. Uvědomte si, že váš obličej je obvykle první věc, kterou dítě spatří.*

Publikaci *Nejlepší americké detektivní povídky* od Eda McBaina získává deset úspěšných luštitelů, které jsme vylosovali: **Radim Čejka**, Golčův Jenkov; **P. Dočkal**, Olomouc; **Josef Chovančík**, Hradec Králové; **Eva Kimmerová**, Pelhřimov; **Otakar Kraft**, Petřvald; **Dagmar Krejcarová**, Kroměříž; **Zdeněk Provaník**, Praha 10; **Petra Vázanová**, Vřesina u Bílovc; **Věra Vlková**, Horky u Čáslavi; **Josef Žán**, Rokycany. Na správné řešení tajenky z čísla 07–08/2008 čekáme na adrese [recepce@clker.cz](mailto:recepce@clker.cz) do **10. září 2008!** Hodně štěstí!

### Obsah

Protidestičková léčba v kardiologii ..... 1

## PROTIDESTIČKOVÁ LÉČBA V KARDIOLOGII

Mezi protidestičkové léky s ověřenou účinností v léčbě kardiiovaskulárních nemocí patří: inhibitory prostaglandiny-zprostředkované aktivity trombocytů (kyselina acetylsalicylová), inhibitory receptoru pro adenosin difosfát (ADP) – thienopyridiny a inhibitory receptoru pro fibrinogen (inhibitory GP IIb/IIIa).

### Inhibitory prostaglandiny-zprostředkované aktivity destiček

#### Kyselina acetylsalicylová

Antitrombotický účinek kyseliny acetylsalicylové je zprostředkován ireverzibilní inhibicí cyklooxygenázy, acetylaci serinu-530 na aktivním místě enzymu<sup>1/</sup>. Snížená produkce prostaglandinů a tromboxanu A<sub>2</sub> je odpovědná za terapeutické účinky, ale i toxicitu kyseliny acetylsalicylové. Nežádoucí účinky kyseliny acetylsalicylové, gastrointestinální iritace a krvácení, jsou vázány na dávku, zatímco antitrombotický účinek léku ne. Kyselina acetylsalicylová je rychle absorbována z gastrointestinálního traktu. Při dávce 160 mg a více perorálně dochází k maximální inhibici agregace destiček za 30-40 minut po užití. Nízké dávky (30-80 mg) mají kumulativní efekt, produkce tromboxanu A<sub>2</sub> je maximálně snížena 4.-5. den<sup>1/</sup>. Destičky nedokáží syntetizovat nový protein a proto účinek léku přetrvává po celý život trombocytu; aktivita enzymu se regeneruje s produkcí nových destiček.

**Akutní koronární syndrom (AKS).** Efektivita kyseliny acetylsalicylové v léčbě nestabilní anginy pectoris byla ověřována ve čtyřech dvojitě zaslepených placebem kontrovaných studiích<sup>2-5/</sup>. Ve studii Veterans Administration Cooperative Study bylo 1 266 mužů s nestabilní anginou pectoris randomizováno léčbě 325 mg kyseliny acetylsalicylové denně nebo placebo a sledováno v průběhu 12 týdnů<sup>2/</sup>. Kyselina acetylsalicylová snížila kardiiovaskulární mortalitu a kombinovaný cílový ukazatel smrt a nefatální infarkt myokardu o 51 %. Studie expertů Research Group on Instability in Coronary Artery Disease in Southeast Sweden (RISC) ukázala, že kyselina acetylsalicylová u pacientů s nestabilní anginou pectoris významně snižuje riziko smrti a infarktu myokardu již v dávce 75 mg/den<sup>5/</sup>.

Vzestup hladiny tromboxanu A<sub>2</sub> po podání streptokinázy upozornil, že trombolýza vede k aktivaci destiček. Řešení tohoto problému bylo předmětem studie ISIS-2<sup>6/</sup>. Soubor studie tvořilo 17 187 pacientů s akutním infarktem myokardu do 24 hodin od jeho vzniku, kteří byli randomizováni do čtyř ramen: kyselina acetylsalicylová (160 mg/den), streptokináza, kombinace obou nebo placebo. V 5-ti týdenním follow up kyselina acetylsalicylová snížila mortalitu z 13,2 % ve skupině léčené placebem na 10,7 % (23% redukce rizika, p<0.00001). Kombinace kyseliny acetylsalicylové a streptokinázy byla ve snížení mortality nejúčinnější a vedla k jejímu poklesu na 8 %.

Léčba kyselinou acetylsalicylovou je základní léčbou akutních koronárních syndromů (STE - infarkt myokardu s elevací segmentů ST, NSTEMI - infarkt myokardu bez elevací segmentů ST)<sup>7,8/</sup>.

**Sekundární prevence.** Efekt kyseliny acetylsalicylové v sekundární prevenci cévních příhod byl ověřován řadou randomizovaných multicentrických studií. Metaanalýza odborníků z Antithrombotic Trialist's Collaboration<sup>9/</sup> analyzovala data od více než 200 000 pacientů randomizovaných do studií do roku 1997. Antitrombotická léčba (převážně kyselina acetylsalicylová) vedla k 25% redukci incidence významné vaskulární příhody u širokého spektra pacientů s předchozím akutním koronárním syndromem, mozkovou příhodou, ale i u pacientů se stabilní anginou pectoris, ischemickou chorobou dolních končetin, s diabetes mellitus, fibrilací síní. Data metaanalýzy rovněž upozornila na srovnatelnou efektivitu nízkých a vysokých dávek kyseliny acetylsalicylové v dlouhodobé léčbě.

V souladu s robustností přínosu léčby kyselinou acetylsalicylovou je tato v dávce 80-160 mg doporučovaná v sekundární prevenci pacientů po infarktu myokardu, s anamnézou stabilní či nestabilní anginy pectoris, po koronární revaskularizaci, cévní mozkové příhodě a u těch s ischemickou chorobou dolních končetin.

**Primární prevence.** Účinnost kyseliny acetylsalicylové v primární prevenci koronárních příhod testovalo 5 velkých randomizovaných studií<sup>10-14/</sup>. V žádné ze studií nedošlo vlivem kyseliny acetylsalicylové k poklesu mortality nebo rizika cévní mozkové příhody. Na druhé straně nutno uvést, že žádná z těchto studií neměla statistickou sílu pro tento druh analýzy. Podle současné metaanalýzy uvedených studií<sup>15/</sup> léčba kyselinou acetylsalicylovou snižuje riziko kardiiovaskulární příhody (odds ratio 0,85) ale je spojena se zvýšením rizika velkého necerebrálního krvácení (odds ratio 1,69). Četná doporučení skupin expertů pro léčbu kyselinou acetylsalicylovou v primární prevenci se shodují, že kyselina acetylsalicylová v primární prevenci patří pacientovi s minimálně středním rizikem kardiiovaskulární příhody.

### Inhibitory receptoru pro ADP

**Thienopyridiny. Tiklopidin** – thienopyridin 1. generace vedl k dramatickému snížení trombózy intrakoronárního stentu. Jeho limitací jsou životohrožující hematologické nežádoucí účinky (trombotická trombocytopenická purpura, neutropenie, aplastická anémie) a rovněž špatná tolerabilita (intolerance až u 20 % léčených). Klopidoogrel – thienopyridin 2. generace (do praxe zaveden v roce 1995) je dobře tolerován a má málo vedlejších nežádoucích účinků. Paletu nové generace thienopyridinů doplňuje prasugrel (3. generace), který se testuje v III. fázi klinického zkoušení.

*Klopidogrel* je „prodrug“. V játrech je cytochromem P450 transformován na aktivní metabolit. Účinnost a bezpečnost klopidogrelu byla ověřována četnými klinickými studii s celým spektrem aterotrombotických nemocí: od sekundární prevence aterotrombotických příhod (studie CAPRIE), přes akutní koronární syndromy (CURE, CLARITY, COMMIT), recentní ischemickou cévní mozkovou příhodu (MATCH), k primární prevenci pacientů s vysokým rizikem aterotrombotických příhod (CHARISMA). Na velkých souborech pacientů byla ověřena účinnost a bezpečnost klopidogrelu u nemocných podstupujících perkutánní koronární intervenci (CLAS-SICS, CREDO, PCI-CURE, PCI-CLARITY).

*Sekundární prevence.* Studie CAPRIE<sup>16/</sup> srovnávala účinnost a bezpečnost klopidogrelu s kyselinou acetylsalicylovou u pacientů po aterotrombotické příhodě ve 3letém sledování. Léčba klopidogrelem vedla ve srovnání s léčbou kyselinou acetylsalicylovou k 8,7% (p=0.043) snížení relativního rizika kombinovaného klinického ukazatele – ischemické cévní mozkové příhody, infarktu myokardu, vaskulární smrti. U nejrizikovějších pacientů byl přínos z léčby klopidogrelem největší. Monoterapie klopidogrelem je účinnější v sekundární prevenci aterotrombotických příhod ve srovnání s monoterapií kyselinou acetylsalicylovou. Navíc je klopidogrel lépe tolerován a má méně vedlejších účinků. Limitací, která brání širšímu využití v této indikaci, je vyšší cena klopidogrelu. V praxi jsou v rámci sekundární prevence klopidogrelem léčeni pacienti, kteří kyselinu acetylsalicylovou netolerují, nebo je u nich kontraindikována.

*Perkutánní koronární intervence (PCI).* Příznivé výsledky studie CAPRIE byly stimulem pro srovnávání klopidogrelu s tiklopidinem v prevenci subakutní trombózy stentu. Poprvé byla bezpečnost a účinnost kombinované léčby klopidogrelem (s nebo bez nasyčovací dávky 300 mg) s kyselinou acetylsalicylovou srovnávána s kombinací tiklopidin a kyselina acetylsalicylová randomizovanou studií CLASSICS<sup>17/</sup>. Studie prokázala bezpečnost duální antitrombotické léčby klopidogrelem a kyselinou acetylsalicylovou. Výskyt nežádoucích účinků byl u této kombinace významně nižší, než-li ve skupině léčené tiklopidinem. Efektivita obou kombinací ve snižování výskytu kardiovaskulární smrti, infarktu myokardu a revascularizace intervenované tepny byla srovnatelná. Nasyčovací dávka 300 mg klopidogrelu byla pacienty dobře tolerována. Klopidogrel nahradil tiklopidin v léčbě pacientů po implantaci intrakoronárního stentu.

Cílem studie CREDO<sup>18/</sup> bylo zjistit přínos dlouhodobé (12 měsíců) léčby klopidogrelem po PCI a přínos předlčení klopidogrelem nasyčovací dávkou (300 mg) u pacientů s plánovanou koronární intervencí. Všichni nemocní byli léčeni kyselinou acetylsalicylovou. Soubor tvořili pacienti s nestabilní (akutní koronární syndrom) i se stabilní koronární nemocí. Dlouhodobá léčba klopidogrelem v kombinaci s kyselinou acetylsalicylovou vedla k významnému snížení úmrtí a vaskulárních příhod (snížení relativního rizika o 27 %). Snížení výskytu kombinovaného klinického ukazatele (smrt, infarkt myokardu, cévní mozková příhoda) u pacientů předlčených nasyčovací dávkou klopidogrelu nejméně 3 hodiny před intervencí bylo statisticky nesignifikantní. V post hoc analýze studie se ukázalo, že významné snížení ischemických komplikací PCI bylo u pacientů předlčených 300 mg léku více než 15 hod. Duální antitrombotická léčba klopidogrelem a kyselinou acetylsalicylovou zvýšila efektivitu PCI.

*Akutní koronární syndrom (AKS).* V patofyziologii AKS sehrává aktivace a agregace krevních destiček podstatnou roli.

Ve studii CURE u pacientů s akutním koronárním syndromem bez elevací segmentů ST snižovala kombinace protidestičkových léků výskyt nežádoucích koronárních příhod ve srovnání s monoterapií kyselinou acetylsalicylovou o 20 %<sup>19/</sup>. Příznivý vliv klopidogrelu (v úvodu léčby 300 mg loading dose) byl patrný už v prvních hodinách léčby. Divergentní charakter křivky výskytu koronárních příhod (ve prospěch duální léčby) přetrvával po celou dobu sledování (12 měsíců). Část (2 658) pacientů studie CURE podstoupila PCI. Intervenční podstudie sledovala rozdíl v prognóze pacientů, kteří byli klopidogrelem předlčeni a pokračovali v léčbě po dobu 12 měsíců a těmi, u kterých se léčba začala až po PCI a trvala 4 týdny (studie PCI-CURE). Předlčení klopidogrelem před PCI a následná dlouhodobá léčba snížila výskyt ischemických příhod o 1/3. Studie CLARITY-TIMI-28<sup>20/</sup> a studie COMMIT/CCS-2<sup>21/</sup> testovaly hypotézu přínosu klopidogrelu v léčbě pacientů s akutním infarktem myokardu s elevacemi segmentů ST (STEMI). Ve studii CLARITY-TIMI-28 byli pacienti se STEMI léčeni farmakologickou reperfuční léčbou (kyselina acetylsalicylová, fibrinolýza, heparin) randomizováni k podání klopidogrelu (75 mg/d) s úvodní nasyčovací dávkou (300 mg) nebo k placebo. Klopidogrel ve srovnání s placebem významně snížil výskyt sledovaného kombinovaného ukazatele (smrt, rekurentní infarkt myokardu, nebo rekurentní ischemie s potřebou urgentní revascularizace) o 20 %. Léčba klopidogrelem zvyšovala efekt fibrinolýzy a kyseliny acetylsalicylové v obnovení průtoku infarktovou tepnou<sup>20/</sup>. Významná data přinesla studie COMMIT/CCS-2, ve které bylo sledováno téměř 46 000 pacientů. Přidání klopidogrelu (75 mg/d, bez loading dose) k standardní medikaci kyselinou acetylsalicylovou vedlo k 9% snížení relativního rizika smrti, infarktu myokardu nebo cévní mozkové příhody. Relativní riziko smrti se snížilo o 7 %<sup>21/</sup>.

Duální antitrombotická léčba je na základě výsledků klinických studií doporučenou kombinací u pacientů s akutním koronárním syndromem bez elevací segmentů ST<sup>7/</sup> a u těch podstupujících z indikace akutního koronárního syndromu PCI<sup>22/</sup>. Výsledky studií budou jistě důvodem akceptace této léčby pro standardní doporučení u všech nemocných s akutním koronárním syndromem s elevacemi ST nebo novou raménkovou blokádou.

*Primární a sekundární prevence.* Studie CHARISMA<sup>23/</sup> testovala hypotézu účinnosti duální antitrombotické léčby - klopidogrel a kyselina acetylsalicylová - u nemocných s vysokým rizikem aterotrombotické příhody. Sledováno bylo 15 603 pacientů s manifestní cerebrovaskulární koronární nemocí nebo symptomatickou chorobou periferních tepen a pacienti s vysoce rizikovým profilem pro vznik aterotrombotické příhody. Primárním cílovým ukazatelem byl výskyt infarktu myokardu, cévní mozkové příhody a kardiovaskulární úmrtí včetně hemoragické smrti. Výskyt tohoto endpointu byl 7,3 % ve skupině léčené kyselinou acetylsalicylovou a 6,8 % ve skupině léčené kyselinou acetylsalicylovou a klopidogrelem (p=0.22). Léčba klopidogrelem s kyselinou acetylsalicylovou ve srovnání s léčbou pouze kyselinou acetylsalicylovou nesnižovala ani samostatné riziko uvedeného příhod. Duální antitrombotická léčba byla příčinou zvýšeného výskytu středně významného krvácení. Analýzou separátně souboru pacientů s primární a sekundární prevencí se zjistilo, že kombinovaná antitrombotická léčba nepřinesla benefit pacientům s primární prevencí kardiovaskulárních příhod. Optimální nasyčovací dávkou klopidogrelu je u nemocných s akutním infarktem myokardu s elevacemi ST, kteří

podstupují primární PCI, dávka 600 mg ihned po stanovení diagnózy. Optimální délkou léčby klopidogrelem u pacientů s akutním koronárním syndromem (s i bez PCI) je 12 měsíců. U pacientů po elektivní implantaci (bare metal) stentu musí být klopidogrel podáván nejméně 1 měsíc. Optimální délkou léčby je i po elektivní implantaci intrakoronárního stentu 1 rok<sup>22/</sup>.

*Klopidogrel po implantaci lékových stentů.* Doporučení Evropské kardiologické společnosti pro provádění PCI<sup>22/</sup> uvádějí doslova: „Po implantaci lékového stentu by měl být klopidogrel podáván po dobu nejméně 6-12 měsíců, aby se předešlo pozdní trombóze stentu.“ Nedávno zveřejněné výsledky studie „LATE-BASKET“ (ACC 2006) ukázaly varující téměř 5% riziko velmi pozdní trombózy lékového stentu (mezi 7.-18. měsícem po jeho implantaci). Jsou popsány kasuistiky, kdy nemocný s lékovým stentem dostal rozsáhlý infarkt myokardu několik dní poté, co přestal užívat klopidogrel a to i pokud jej předtím užíval nepřetržitě rok od implantace. Ve světle nových faktů zorganizovala v listopadu 2006 instituce pro kontrolu léků v USA – Food and Drug Administration panel expertů (Circulatory System Devices Advisory Panel), zabývající se problematikou lékových stentů<sup>24/</sup>. S ohledem na data o výskytu pozdní trombózy lékových stentů doporučila léčbu klopidogrelem nejméně 12 měsíců u pacientů s nízkým rizikem krvácení. I když přímý důkaz pro nutnost podávání klopidogrelu déle než 6-12 měsíců u implantaci lékového stentu podán zatím nebyl, řada předních kardiologů považuje v této indikaci (lékové stenty) za vhodné podávat klopidogrel až po dobu 2 let nebo dokonce doživotně.

### Inhibitory glykoproteinu IIb/IIIa

V léčbě kardiovaskulárních nemocí jsou zavedeny 3 typy antagonistů GP IIb/IIIa: monoklonální protilátka (*abciximab*), cyklický heptapeptid (*eptifibatid*) a malé molekuly peptidomimetika (*tirofiban* – nonpeptidický derivát tyrozinu). *Abciximab* je Fab fragment monoklonální protilátky proti receptoru, genovým inženýrstvím byl humanizován s cílem snížit imunogenost. Jeho vazba na receptor je permanentní, ireverzibilní. *Eptifibatid* a *tirofiban* jsou inhibitory kompetitivní, což pro praxi znamená, že po přerušení aplikace léků se obnoví normální schopnost agregace trombocytů přibližně po 4 hodinách. Dávku *eptifibatidu* a *tirofibanu* je nutno redukovat při renálním selhání.

*Perkutánní koronární intervence.* Inhibitory GP IIb/IIIa byly v souvislosti s PCI testovány řadou klinických studií a u širokého spektra pacientů – se stabilní koronární nemocí i s akutními koronárními syndromy. Inhibitory GP IIb/IIIa snižují výskyt ischemických komplikací v průběhu a po PCI. Kromě periprocedurálního infarktu myokardu snižují i mortalitu. Z léčby GP IIb/IIIa při PCI významně profitují pacienti s diabetes mellitus.

Přínos inhibitorů GPIIb/IIIa u pacientů s *NSTE akutním koronárním syndromem* a invazivním léčebným postupem byl dokumentován mnoha klinickými studiemi. Experti Evropské kardiologické společnosti doporučují léčbu kterýmkoliv ze tří inhibitorů GP IIb/IIIa u pacientů s *NSTE akutním koronárním syndromem* a vysokým rizikem trombotických komplikací, kteří podstupují časnou PCI<sup>22/</sup>.

*Perkutánní koronární intervence pro stabilní koronární nemoc.* V indikaci elektivní PCI u pacientů se stabilní koronární nemocí nepřinesly inhibitory GP IIb/IIIa pro pacienty žádný profit ve snížení ischemického rizika, a to ani u populace paci-

entů s diabetes mellitus<sup>25,26/</sup>. Aplikují se v případě komplikací jako tzv. bailout terapie, kdykoliv to periprocedurální riziko vyžaduje (nestabilní léze), při proceduře komplikující uzavěření tepny, přítomnosti trombu, fenomen no-resp. slow-reflow.

### Závěr

Lidský i ekonomický dopad kardiovaskulárních ischemických příhod vede k extenzivnímu výzkumu léčby aterosklerotickými podmíněných nemocí. Protidestičková léčba je úspěšnou léčebnou strategií těchto nemocí.

### Literatura

1. Awtry EH, Loscalzo J. Aspirin. *Circulation* 2000; 101: 1206 – 1218.
2. Lewis HD, Davis JW, Archibald DG, et al. Protective effects of aspirin against acute myocardial infarction and death in men with unstable angina: results of a Veterans Administration Cooperative Society. *N Engl J Med* 1983; 309: 396–403.
3. Cairns JA, Gent M, Singer J, et al. Aspirin, sulphinpyrazone, or both in unstable angina. Results of a Canadian multicenter trial. *N Engl J Med* 1985; 313: 1369–75.
4. Theroux P, Ouimet H, McCans J, et al. Aspirin, heparin, or both to treat acute unstable angina. *N Engl J Med* 1988; 319: 1105–11.
5. Research Group on Instability in Coronary Artery Disease in Southeast Sweden (RISC). Aspirin (75 mg/day) after an episode of unstable coronary artery disease: long-term effects on the risk of myocardial infarction, occurrence of severe angina and the need for revascularisation. *J Am Coll Cardiol* 1991; 18: 1587–93.
6. ISIS-2 (Second International Study of Infarct Survival) Collaborative Group. Randomised trial of intravenous streptokinase, oral aspirin, both, or neither among 17,187 cases of suspected acute myocardial infarction: ISIS-2. *Lancet* 1988; ii: 349-360.
7. Bertrand ME, Simoons ML, Fox KA, Wallentin LC, Hamm CW, McFadden E, De Feyter PJ, Specchia G, Ruzyllo W. Management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *Eur Heart J* 2002; 23: 1809–1840.
8. Van de Werf F, Ardissino D, Betriu A, et al. Task Force on the Management of Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. The Task Force on the Management of Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2003; 24(1): 28 - 66.
9. Antithrombotic Trialists Collaboration. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high-risk patients. *BMJ* 2002; 324: 71–86.
10. Peto R, Gray R, Collins R, et al. Randomised trial of prophylactic daily aspirin in British male doctors. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1988; 296: 313-6.
11. Steering Committee of the Physicians' Health Study Research Group. Final report on the aspirin component of the ongoing Physicians' Health Study. *N Engl J Med* 1989; 321: 129-35.
12. The Medical Research Council's General Practice Research Framework Thrombosis Prevention Trial: randomised trial of low-intensity oral anticoagulation with warfarin and low-dose aspirin in the primary prevention

- of ischaemic heart disease in men at increased risk. *Lancet* 1998; 351: 233-41.
13. Hansson L, Zanchetti A, Carruthers SG, et al. Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial. *Lancet* 1998; 351: 1755-62.
  14. Collaborative Group of the Primary Prevention Project. Low-dose aspirin and vitamin E in people at cardiovascular risk: a randomised trial in general practice. *Lancet* 2001; 357: 89-95.
  15. Sanmuganathan PS, Ghahramani P, Jackson PR, Wallis EJ, Ramsay LE. Aspirin for primary prevention of coronary heart disease: safety and absolute benefit related to coronary risk derived from meta-analysis of randomised trials. *Heart* 2001; 85: 265-71.
  16. CAPRIE steering committee. A randomised, blinded, trial of clopidogrel versus aspirin in patients at risk of ischaemic events (CAPRIE). *The Lancet* 1996; 348: 1329-1339.
  17. Bertrand ME, Rupprecht HJ, Urban P, Gershlick AH, Investigators FT. Double-blind study of the safety of clopidogrel with and without a loading dose in combination with aspirin compared with ticlopidine in combination with aspirin after coronary stenting: the clopidogrel aspirin stent international cooperative study (CLASSICS). *Circulation*. 2000 Aug 8; 102(6): 624-9.
  18. Steinhubl SR, Berger PB, Mann JT 3rd, Fry ET, DeLago A, Wilmer C, Topol EJ; CREDO Investigators. Clopidogrel for the Reduction of Events During Observation. Early and sustained dual oral antiplatelet therapy following percutaneous coronary intervention: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2002 Nov 20; 288(19): 2411-20.
  19. Clopidogrel in Unstable angina to prevent Recurrent Events (CURE) Trial Investigators. Effects of clopidogrel in addition to aspirin in patients with acute coronary syndromes without ST-segment elevation. *N Engl J Med* 2001; 345: 494-502.
  20. Sabatine MS, Cannon CP, Gibson CM, Lopez-Sendon JL, Montalescot G, Theroux P, Claeys MJ, Cools F, Hill KA, Skene AM, McCabe CH, Braunwald E; CLARITY-TIMI 28 Investigators. Addition of clopidogrel to aspirin and fibrinolytic therapy for myocardial infarction with ST-segment elevation. *N Engl J Med*. 2005 Mar 24; 352(12): 1179-89.
  21. COMMIT (Clopidogrel and Metoprolol in Myocardial Infarction Trial) collaborative group. Early intravenous then oral metoprolol in 45 852 patients with acute myocardial infarction: randomised placebo-controlled trial. *The Lancet* 2005; 366: 1622-1632.
  22. Silber S, Albertsson P, Fernandez-Aviles F, Camici PG, Colombo A, Hamm C, Jorgensen E, Marco J, Nordrehaug JE, Ruzylo W, Urban P, Stone GW, Wijns W. (2005) Guidelines for percutaneous coronary interventions: the task force for percutaneous coronary interventions of the European society of cardiology. *Eur Heart J* 2005; 26: 804-847.
  23. Bhatt DL, Fox KA, Hacke W, Berger PB, Black HR, Boden WE, Cacoub P, Cohen EA, Creager MA, Easton JD, Flather MD, Haffner SM, Hamm CW, Hankey GJ, Johnston SC, Mak KH, Mas JL, Montalescot G, Pearson TA, Steg PG, Steinhubl SR, Weber MA, Brennan DM, Fabry-Ribaudo L, Booth J, Topol EJ. Clopidogrel and Aspirin versus Aspirin Alone for the Prevention of Atherothrombotic Events. *N Engl J Med* 2006; 354(16): 1706-17.
  24. Food and Drug Administration. Circulatory System Devices Advisory Panel transcript for December 8, 2006, meeting. (Accessed February 15, 2007, at <http://www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/06/transcripts/2006-4253t2.rtf>).
  25. Kastrati A, Mehilli J, Schühlen H, Dirschinger J, Dotzer F, ten Berg JM, Neumann FJ, Bollwein H, Volmer C, Gawaz M, Berger PB, Schömig A; Intracoronary Stenting and Antithrombotic Regimen-Rapid Early Action for Coronary Treatment Study Investigators. A clinical trial of abciximab in elective percutaneous coronary intervention after pretreatment with clopidogrel. *N Engl J Med*. 2004 Jan 15; 350(3): 232-8.
  26. Mehilli J, Kastrati A, Schühlen H, Dibra A, Dotzer F, von Beckerath N, Bollwein H, Pache J, Dirschinger J, Berger PP, Schömig A; the Intracoronary Stenting and Antithrombotic Regimen: Is Abciximab a Superior Way to Eliminate Elevated Thrombotic Risk in Diabetics (ISAR-SWEET) Study Investigators. Randomized clinical trial of abciximab in diabetic patients undergoing elective percutaneous coronary interventions after treatment with a high loading dose of clopidogrel. *Circulation*. 2004; 110: 3627-3635.

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.

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

Výkonný redaktor: RNDr. Blanka Pospišilová, 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; RNDr. J. Kramlová, lékárna FN Motol; MUDr. J. Lyrer, Sante; MUDr. B. Seifert, praktický lékař; MUDr. H. Skalická, CSc., soukromý kardiolog; Prof. MUDr. T. Vaněk, CSc., FNKV; Prof. MUDr. J. Živný, DrSc., VFN.

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

Náklad 52.000 výtisků

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

Na internetu naleznete FI na domovské stránce SÚKL ([www.sukl.cz](http://www.sukl.cz)).



ISSN 1211 - 0647  
MK ČR E 7101