



TEMPUS MEDICORUM

ČASOPIS ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY

2/2009

ROČNÍK 18

V TOMTO ČÍSLE:

Jaká budoucnost čeká české zdravotnictví?



Jaroslav Žák dalším držitelem Ceny LOK-SČL za statečnost

Prezident ČLK vyzval hejtmany, ať neplatí poplatky za pacienty

Jak léčit výkonné sportovce

PLUS



EDUKAFARM

medinews

Edukační a inzertní příloha časopisu Tempus medicorum

FI SÚKL

Glaukom

– včasná diagnostika a léčba

inzerce



doplňek stravy



Ministryně Daniela Filipiová slibuje dialog s ČLK

inzerce

ENTERINA

FLORADAY

OBNOVUJE ZDRAVOU STŘEVNÍ MIKROFLÓRU
PŮSOBÍ PŘÍZNIVĚ NA TRÁVENÍ A METABOLISMUS
POSILUJE PŘÍROZENOU OBRANYSCHOPNOST ORGANISMU

Obsahuje živé probiotické bakterie, vitamíny skupiny B, vitamín K a suchý extrakt z plodů borůvek.



doplňek stravy



Útok Lidových novin na prezidenta ČLK

Dne 9. února 2009 zveřejnily Lidové noviny článek „Rathova podivná atestace“, v němž se uvádí, že „**David Rath vydal sám sobě a svému dlouholetému příteli prezidentovi České lékařské komory Milanu Kubkovi lékařskou atestaci. To jim otevřelo cestu, aby si v daném oboru mohli otevřít soukromou ordinaci**“.

Uvedené údaje jsou prokazatelně zcela nepravdivé. Lékařské atestace neuděluje ministr zdravotnictví, ale skládají se před odbornou komisí Institutu pro postgraduální vzdělávání ve zdravotnictví. Ministr zdravotnictví není oprávněn žádnou atestaci žádnému lékaři „udělit“.

Atestaci prvního stupně z interního lékařství jsem složil dne 26. 4. 1995 pod č. j. 83776-P. **Atestaci druhého stupně z interního lékařství, která mě opravňuje k výkonu soukromé lékařské praxe i k výkonu funkce primáře, jsem složil dne 9. 11. 1999 pod č. j. 91938-P.** Nedílnou součástí atestační zkoušky 2. stupně z interního lékařství byly otázky z **angiologie, která v té době nebyla samostatným atestačním oborem a žádný angiológ tedy nemohl mít z ní atestaci.**

Soukromou lékařskou praxi v oboru interní lékařství – angiologie jsem oprávněn vykonávat na základě rozhodnutí o registraci nestátního zdravotnického zařízení vydaného Magistrátem hlavního města Prahy dne 19. 3. 2004 pod č. j. SOC/ZD/39671/04/REG253, které nabylo právní moci dnem 22. 3. 2004. Registrační orgán měl při posuzování mé žádosti k dispozici mimo jiné i vyjádření výboru Angiologické společnosti ČLS JEP, který 11. 3. 2004 potvrdil, že mě považuje za způsobilého k výkonu samostatné lékařské praxe v angiologii a k provádění veškerých výkonů odpovídajících této odbornosti. K výkonu soukromé lékařské praxe jsem byl tedy oprávněn dávno před jmenováním Davida Ratha ministrem zdravotnictví a také jsem již dávno před jeho jmenováním soukromou praxi provozoval.

Zákon č. 95/2004 Sb., který v příloze č. 1 zakotvil angiologii jako samostatný lékařský obor, nabyt účinností dnem 2. 4. 2004. Před tímto datem tedy nemohl mít žádný lékař v České republice atestaci v oboru angiologie. **Registrace nestátních zdravotnických zařízení zůstala novou právní úpravou samozřejmě nedotčena** (jde o ústavní ochranu nabytých práv – kolegové, kteří kdysi absolvovali pětileté studium medicíny také zůstávají samozřejmě lékaři i poté, kdy je studium medicíny již šestileté). Také mé oprávnění vykonávat soukromou lékařskou praxi v angiologii vzniklo ještě před vznikem samostatného lékařského oboru angiologie. **K tomu, abych mohl tuto soukromou praxi vykonávat, jsem tedy nepotřeboval ani licenci ČLK, ani osvědčení o specializované způsobilosti vydané ministerstvem zdravotnictví.**

Přesto jsem v roce 2006 požádal představenstvo ČLK o vydání licence pro tento obor. O udělení licence ČLK pro výkon soukromé lékařské praxe v oboru **angiologie** mé osobě bylo rozhodnuto představenstvem ČLK **18. 2. 2006** (č. evid.: 57028/84) jednomyslně na základě zhodnocení mé celkové dosavadní odborné praxe a dosažené kvalifikace: atestace 2. stupně v oboru interní lékařství (1999), praxe v oboru angiologie od roku 1995, licence ČLK k výkonu funkce vedoucí lékař-primář pro obor interní lékařství (udělena 27. 11. 2002 pod č. evid.: 47815/84). **Výjimka z licenčního řádu byla v daném případě představenstvem ČLK udělena z toho důvodu, že specializační obor angiologie před účinností zákona č. 95/2004 Sb. neexistoval, nebylo tedy možné atestační zkoušku v oboru angiologie složit.** Tímto způsobem je postupováno i při udělování licencí ČLK v celkem **15 specializačních oborech**, které před účinností zákona č. 95/2004 Sb. jako samostatné neexistovaly, nicméně lékaři, kteří o vydání licence žádají, se danému oboru věnují řadu let. Od roku 2005 do konce ledna 2009 udělila ČLK v obdobných případech **553 licencí** k výkonu soukromé lékařské praxe. Představenstvo ČLK posuzuje žádosti o výjimku anonymně, přičemž hodnotí odbornou praxi žadatele i jeho kvalifikační předpoklady a má při rozhodování k dispozici také vyjádření OS ČLK, jehož je daný lékař členem. Mimořádně z **18 199** licencí, které ČLK udělila od září 2000 do konce ledna 2009, bylo **2384** výjimek z licenčního řádu.

Přestože jsem k výkonu soukromé lékařské praxe v oboru angiologie nepotřeboval **osvědčení MZ o specializované způsobilosti**, s ohledem na druh poskytované zdravotní péče uvedený v rozhodnutí o registraci mého nestátního ZZ, požádal jsem na základě licence ČLK o jeho vydání. **Ministerstvo zdravotnictví ČR mi toto osvědčení vydalo dne 16. 3. 2006** pod č. j. 6785-L, obdobně jako je v té době vydalo všem lékařům, kteří měli licenci ČLK.

V roce 2006 rozhodlo MZ, že náplň vzdělávacího programu atestace 2. stupně v interním lékařství zahrnuje náplň vzdělávacího programu oboru praktického lékařství pro dospělé. Všem lékařům, kteří měli atestaci 2. stupně z interního lékařství, udělilo na požádání osvědčení o specializované způsobilosti též v oboru praktického lékařství pro dospělé. Mezi stovkami lékařů, kteří obdrželi od MZ v roce 2006 osvědčení o specializované způsobilosti v oboru praktického lékařství pro dospělé (dne 26. 1. 2006 pod č. j. 5262-L) na základě atestace 2. stupně z interního lékařství, jsem i já.

Nedopustil jsem se tedy nejen ničeho protiprávního, ale ani neobvyklého. Vzhledem k neustále se měnícím pravidlům jsou v podobné situaci jako já tisíce lékařů. Naštěstí nemusí čelit podobné dehonestaci. Jsem přesvědčen, že pokud bych nezastával funkci prezidenta ČLK, nestal bych se terčem takového sprostého útoku ani já. Bránit se musím nejenom kvůli pověsti své jako člověka, lékaře, soukromého podnikatele a prezidenta všech lékařů, ale i kvůli kolegům, kteří pracují ku prospěchu svých pacientů za stejných podmínek jako já. Proto jsem vydavatele a šéfredaktora Lidových novin vyzval ke zveřejnění omluvy. Nebude-li omluva zveřejněna, podám na vydavatele Lidových novin žalobu na ochranu osobnosti. Současně podávám trestní oznámení na redaktorku Hanu Čáповou pro podezření z trestného činu poškození cizích práv a trestného činu pomluvy.

Komu tyto lži měly prospět, komu ublížit a proč? Kdo a proč se k nim v médiích dále vyjadřoval? To by bylo téma na jiný článek.

Milan Kubek

TÉMA MĚSÍCE 2–9
Budoucnost českého zdravotnictví

ROZHOVOR 10–11
Nová ministryně zdravotnictví Daniela Filipiová: Očekávám konstruktivní jednání

PLES ČESKÝCH LÉKAŘŮ 12
Na Žofíně se opět plesalo

CENA ČLK ZA STATEČNOST 13
MUDr. Jaroslav Žák: Konal jsem jen tak, jak jsem musel

INZERTNÍ PŘÍLOHA 15–30
Poruchy tvorby růstového hormonu – I. část
Proč Crestor 40 mg?

Fentanyl v ambulantní léčbě bolesti
Dietní léčba hypercholesterolemie nově a účinněji
Cíl: první volba
Racionální užití probiotik v pediatrii
Enterina Floraday® – profil přípravku
České zdravotnictví z evropského pohledu

PŘÍLOHA FI
Glaukom – věcná diagnostika a léčba

ELEKTRONICKÁ ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE 31
Závazné stanovisko ČLK

JEDNÁNÍ ČLK S ASOCIACÍ HEJTMANŮ 32–33
Možnosti spolupráce lékařské komory a krajů

REGULAČNÍ POPLATKY 34–35
ÚOHS: Nejde o nedovolenou podporu, ale...

Prezident ČLK vyzval hejtmany, ať přestanou platit poplatky za pacienty
Změny v tzv. regulačních poplatcích plánované od 1. dubna 2009

PRÁVNÍ PORADNA 36–38
Specializovaná způsobilost – blíží se konec možnosti doplnění chybějící části odborné praxe
Kdy nebrat ohled na vůli pacienta

ŘÍZENÁ PÉČE 39
ČLK odmítá projekty tzv. řízené péče

DOPING VE SPORTU 40
I sportovec se musí léčit, ale...

SERVIS 41–44
Vzdělávací kurzy ČLK
Inzerce
Křížovka

Měsíčník TEMPUS MEDICORUM
Vydává: Česká lékařská komora, Dolní nám. 38, 771 00 Olomouc
Registr. číslo MK ČR 6582 • ISSN 1214-7524 • IČO 43965024
Adresa redakce: Časopis ČLK, Lékařská 2, 150 00 Praha 5
Tel.: +420 257 217 226 • Fax: +420 257 220 618 • recepcie@clkr.cz
www.clkr.cz
Šéfredaktor: MUDr. Milan Kubek
Redakční zpracování: EV public relations, s. r. o., Praha
Odpovědná redaktorka: PhDr. Blanka Rokosová
Příjem příspěvků: blanka.rokosova@ev-pr.cz
Příjem 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 2: 18. 2. 2009 • Východ: 24. 2. 2009
Podávání novinových zásilek povoleno: Česká pošta, s. p., odštěpný závod Praha, čj. nov. 6139/96 ze dne 22. 11. 1996
Distribuce: Česká pošta, s. p., Postservis OZ Přeprava
Předplatné pro nečleny ČLK 300 Kč/rok (přijímá redakce)
Příspěvky se nemusejí shodovat se stanoviskem redakce.
Ta si současně vyhrazuje právo na redakční úpravu textů.
Řádková inzerce je pro lékaře do pěti řádků (včetně) zdarma. Větší rozsah a inzerát nelékaře je zpoplatněn. Při zadávání inzerátu je proto potřeba zadat fakturační kontaktní adresu, IČO, DIČ, telefon, e-mail. Bez těchto informací nebude inzerát zveřejněn

Budoucnost českého zdravotnictví

Pojem „reforma“ zdiskreditovali ministr Julínek a jeho lidé obdobně jako komunisté slovo „soudruh“

Naše zdravotnictví funguje, jistě ne bez nedostatků, a bohužel na úkor zdravotníků, kteří zůstávají nedobrovolnými sponzory svých pacientů, ale přesto spíše než riskantní revoluci potřebuje trpělivou kultivaci.

1. Úvod

Jsme a zůstaneme v Evropě. To je třeba respektovat.

Evropské právní normy jsou závazné i pro Českou republiku a naše členství v EU tedy vylučuje některé druhy experimentů.

V Evropě dominuje solidární způsob financování zdravotní péče s povinnou účastí všech obyvatel. Jinak tomu nemůže být ani u nás.

Chceme-li vytvořit stabilní prostředí pro výkon povolání a provozování lékařských praxí, musí být změny ve zdravotnictví politicky a sociálně přijatelné a musí respektovat sociální a ekonomický status většiny obyvatel.

Bez podpory lékařů a bez širšího společenského konsenzu je každá reforma odsouzena k nezdaru.

2. Zdravotní pojištění

Zdravotní pojišťovny, nebo národní zdravotní služba?

Není pravda, že by v rozvinutých státech musela být kvalitní zdravotní péče financována pouze prostřednictvím navzájem si konkurujících zdravotních pojišťoven (ZP). Přibližně v polovině vyspělých států Evropy hraje dominantní úlohu státní zdravotnictví financované prostřednictvím daní tzv. národní zdravotní službou (NZS), ekonomicky přímo navázanou na státní rozpočet. V řadě těchto zemí ambulantní lékaři nejsou soukromými podnikateli, ale pracují jako státní zaměstnanci. Navzdory odměňování podle tarifních tabulek není jejich ekonomické postavení špatné, a to nejméně do té míry, že nemají žádný důvod prchat do kapitalističtějšího českého zdravotnictví. Přesto statut soukromého podnikatele s sebou nese větší míru svobody a my bychom se měli snažit o to, aby co největší počet kvalifikovaných lékařů mohl své povolání vykonávat svobodně.

I když je spokojenost pacientů kategorií značně subjektivní a jen obtížně měřitelnou, říká se, že systém vzájemně si konkurujících pojišťoven s sebou nese větší komfort pro pacienty, o jejichž přízeň se pojišťovny musí ucházet. Pluralita pojišťoven může přinášet větší manévrovací prostor i pro zdravotnická zařízení včetně soukromých lékařů při jednání o smlouvách, o cenách a o způsobu úhrady zdravotní péče. Konkurence v systému veřejného zdravotního pojištění však s sebou zároveň nese vyšší náklady, a to včetně těch režijních. Čím je systém komerčnější a prostor pro konkurenci

pojištěn volnější, tím jsou režijní náklady vyšší. Nikoli náhodou je velmi tržní americké zdravotnictví, spotřebovávající 15,5 % HDP Spojených států, nejdražším na světě. Tamním lékařům to však nevádí, protože vydělávají více než jejich kolegové v Evropě.

		Výdaje na zdravotnictví
Zdravotní pojišťovny	Švýcarsko	11,3 % HDP
	Francie	11,1 % HDP
	Německo	10,6 % HDP
	Rakousko	10,1 % HDP
Národní zdravotní služba	Švédsko	9,2 % HDP
	Norsko	8,7 % HDP
	Španělsko	8,4 % HDP
	Velká Británie	8,4 % HDP

Zdravotní pojišťovny v ČR již existují a v současnosti nejsou dostatečné důvody pro jejich komplikované rušení.

Kolik zdravotních pojišťoven?

V ČR v současnosti funguje 10 pojišťoven nabízejících identické veřejné zdravotní pojištění, přičemž dominantní VZP, navzdory svému trvalému pozvolnému oslabování, stále ovládá 63 % trhu. Náš pojišťovací systém tedy trpí jak nešvary monopolu, tak ho prodražuje pluralita pojišťoven s vyššími režijními náklady. Při odstátňování financování zdravotní péče měl stát na základě soustěže přidělit několik licencí k provozování zdravotní pojišťovny, přičemž občané, kteří by si pojišťovnu sami nevybrali, měli být k jedné z nich přilosováni. Tak mohlo vzniknout několik srovnatelně silných a skutečně si konkurujících pojišťoven. Přiřazením všech nerozhodnutých k VZP naopak stát vytvořil kvazi monopol. Následky této systémové chyby s sebou zdravotnictví vleče dosud. Navzdory stoprocentnímu přerozdělování pojistného však stále tzv. zaměstnanecké pojišťovny platí za zdravotní péči méně než VZP (v roce 2007 výdaje na jednoho pojištěnce u VZP 18 337 Kč, zatímco u ZZP 14 905 Kč).

Jednou z možností, jak ušetřit veřejné peníze, by byl vznik jediné národní pojišťovny (platební), která by financovala standardní zdravotní péči. Pro zdravotnická zařízení by však úplná závislost na takové monopolní kvazi národní zdravotní službě byla riskantní.

Druhým možným extrémem je vznik dalších zdravotních pojišťoven. V první polovině 90. let vznikly bezmála tři desítky pojišťoven, z nichž některé dokázaly na svoji vlastní režii spotřebovat i více než 10 % vybraného pojistného a nebyly často schopny platit za péči o své klienty.

S výjimkou několika kriminálních případů tunelování byla hlavní příčinou krachu či fúzí pojišťoven snaha státu omezovat jejich režijní náklady a bránit tzv. slízávání smetany prostřednictvím přerozdělování vybraného pojistného na základě rizikovitosti portfolia pojištěnců. Pojišťovny parazitující na systému tím, že si vybíraly pouze mladé a bohaté klienty, měly problém.

Až do příchodu ministra Julínka a jeho reformního týmu tedy nikdo neměl zájem investovat do veřejného zdravotního pojištění, byť zákony vznik dalších pojišťoven nevyklučovaly. Julínek však slíbil prosadit takové změny, které by z veřejného pojištění udělaly zlatý důl. Pokud by pojišťovny mohly s každým zdravotnickým zařízením uzavírat smlouvy jakéhokoliv obsahu a mohly tak různým zdravotnickým zařízením za stejnou péči platit odlišně, otevřela by se při možnosti ekonomického propojení pojišťoven a zdravotnických zařízení cesta k přesunu desítek miliard veřejných korun do kapes privátních investorů. Občané by nadále povinně platili zdravotní daň, kterou konvence nazývá pojistným, avšak výdaje by si do značné míry určovaly samotné pojišťovny a jejich vlastníci. Vše by jim usnadnilo rozvolnění fondového hospodaření. Pokud ale Julínkův tým naděje vkládané do něho finančními skupinami nesplní, další pojišťovny asi vznikat nebudou.

Jako nejracionalnější se jeví varianta dalších fúzí existujících pojišťoven tak, aby si v optimálním případě na regulovaném trhu konkurovaly **tři nebo čtyři srovnatelně silné veřejnoprávní pojišťovny**. Politici by mohli modifikovat stávající právní normy tak, aby tomuto přirozenému procesu napomohli.

Komerční připojištění

Zásadní otázka při obhajobě pro soukromé lékaře – podle mého názoru – výhodnější plurality pojišťoven je to, zda tyto ústavy budou moci vedle základního pojištění na standardní zdravotní péči, kde nikdy nemůže být příliš prostoru pro konkurenci, nabízet komerční připojištění na péči nadstandardní, či nikoli. Pravděpodobně ano, ovšem za podmínky zachování fondového způsobu hospodaření a striktního **oddělení prostředků veřejného zdravotního pojištění a tohoto komerčního připojištění**, jehož správa s sebou ponese vyšší režijní

náklady. Je pravděpodobné, že komerční připojištění budou nabízet i jiné finanční instituce, jako banky a klasické pojišťovny. V rámci sjednocující se Evropy nebude ani zahraniční kapitál na škodu.

Základní podmínkou pro zachování sice regulovaného, ale na druhou stranu rovného tržního prostředí, je striktní ekonomické oddělení vlastníků pojišťoven poskytujících povinné veřejné zdravotní pojištění a zdravotnických zařízení. V opačném případě hrozí většině soukromých lékařů ekonomická likvidace.

Privatizace zdravotních pojišťoven: ano či ne?

Veřejné zdravotní pojištění není vhodné privatizovat. Pokud má stát plnit své základní funkce, kvůli kterým si ho my všichni svými daněmi platíme, musí k tomu mít odpovídající nástroje. Zdravotnictví patří mezi společensky a politicky nejcitlivější oblasti veřejného sektoru. Současná tzv. hypoteční krize v USA, ale i naše vlastní zkušenosti s bankovním socialismem v polovině 90. let, jsou varující. Pokud pohádkově placení manažerů dovedou systém ke krachu, státu nezbyvá totiž nic jiného, než z daní občanů dluhy zaplatit. Tak jako si vláda nemohla dovolit nechat statisíce drobných střadatelů připravit o úspory, tak si ani žádní politici nebudou moci dovolit nechat v případě krachu privatizovaných pojišťoven umírat nemocné bez zdravotní péče. Nakonec bychom vše znovu zaplatili z našich daní. Proto je levnější si podobné experimenty odpustit.

Všechny zdravotní pojišťovny, zajišťující standardní veřejné zdravotní pojištění, by měly být zřizovány podle jednoho speciálního zákona jako právnické osoby „sui generis“ tak, aby nad jejich hospodařením existovala veřejná kontrola. Jinak tomu v civilizované zemi při nakládání s veřejnými penězi, kterými výnos povinného solidárního pojištění je, ani nemůže být.

3. Financování

6,7 % HDP nemůže stačit

Za stávající peníze (v roce 2007 celkem 22 920 Kč na obyvatele za rok) jsou současná slušná kvalita a dobrá dostupnost zdravotní péče pro občany nadále neudržitelné. Je alarmující, že ze všech 30 států OECD investují do zdravotnictví menší podíl svého hrubého domácího produktu pouze Jižní

K 23. lednu 2009 byl odvolán ministr zdravotnictví Tomáš Julínek. Co očekáváte od nového ministra? (pokračování z TM 01/2009)

Neočekávám nic, bude-li jmenována senátorka Filipiová, pak už vůbec nic. Architekti nám již modernizovali Poldi Kladrno, výsledek je znám. Je-li dalším doporučením na post ministra zdravotnictví to, že pořádká lékařské přednášky v Senátu, je členkou zdravotního výboru a zcela jistě jiné její „předpoklady“ pro tuto funkci, nám vládní lišáci utajili. Nu což, máme se na co těšit. Už toho moc nezbyvá!

Václav Pavlíček, pediatr v důchodu, Táborsko

Od nového ministra zdravotnictví očekávám, že rozhodně bude pokračovat v započatých reformách, ale na rozdíl od MUDr. Julínka lépe komunikovat s odbornou i laickou veřejností, že bude umět lépe vysvětlit reformní principy a cíle.

František Plhoň, ORL amb. lékař, Děčín

„Podle skutků poznáte je,“ řekl jeden tesař před dvěma tisíci lety, a platí to dodnes. Není až tak úplně podstatné, kdo je ministrem, podstatné je, jakou politiku pod jeho vedením ministerstvo vykonává. Obávám se, že tato změna na ministerstvu znamená pouze změnu balení, nikoliv obsahu. A byl bych příjemně překvapen, kdybych se mýlil.

Miloš Voleman, chirurg, Praha

Očekávám profesionální přístup a větší úctu ke všem zdravotníkům pracujícím v České republice.

Peter Gindl, gynekolog, Nemocnice Děčín

Rád bych se dočkal reformy připravené ve spolupráci s odbornou veřejností širší, než je úzký tým ministerstva, a ne navzdor mnohým a s urážkami mnohých. Sestavenou ne-li ve spolupráci, pak po konzultacích s opozicí (příklad by si mohl vzít z ministra Pospíšila), aby měla šanci na dlouhodobé přežití a nehrozilo nám, že budeme s každou vládou reformovat. Netoužím po trvalé revoluci v oboru, ve kterém pracuji. Vzhledem k personálnímu obsazení politických stran naší scény a vzhledem k politické kultuře tohoto státu neočekávám příchod někoho takového. Bohužel.

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

Korea a Polsko. **Výdaje na zdravotnictví navíc stále více zaoštvávají za možnosti české ekonomiky.** Zatímco se například v roce 2006 zvýšil HDP ČR o 7,6 %, výdaje na zdravotnictví vzrostly pouze o 4,2 %.

Klesající podíl výdajů na zdravotnictví v ČR na HDP

Rok	2003	2004	2005	2006	2007
Výdaje v mil. Kč	195 155	206 752	215 584	220 878	236 601
Podíl na HDP	7,57 %	7,34 %	7,22 %	6,86 %	6,70 %

Ekonomové zdůrazňují, že čím je stát bohatší, tím větší procento svého HDP směřuje do zdravotnictví. Tato premisa však platí i naopak. Tedy čím vyšší výdaje na zdravotnictví, tím je stát bohatší. Existuje přímá úměra mezi výší výdajů na zdravotnictví a očekávanou délkou života i zdravotním stavem populace. Nikdo nemůže zpochybňovat ani to, že pouze zdraví lidé mohou pracovat, vytvářet hodnoty a tedy i platit daně. Zdravotnictví tedy není žádnou černou dírou na peníze, ale naopak důležitým tvůrcem hodnot, jehož význam poroste ruku v ruce s pokračujícím stárnutím populace. Investice do zdravotnictví patří spolu s těmi směřujícími do vědy a do školství z dlouhodobého hlediska mezi ty nejefektivnější. V porovnání s většinou ostatních oblastí našeho hospodářství patří zdravotnictví mezi ty nejefektivnější, a aniž bychom zpochybňovali informace o různých případech rozkrádání či nevhodného nakládání s veřejnými prostředky, je jasné, že ani teoretická úplná eliminace těchto negativních jevů nás nespasí.

Nepoměr mezi nedostatečnými výdaji na zdravotnictví a očekáváním společnosti by jistě šlo řešit poklesem úrovně české medicíny. Česká lékařská komora však něco takového pochopitelně obhajovat nemůže. **Jediným pro nás přijatelným řešením je tedy zvýšení výdajů na zdravotnictví.**

Kde vzít peníze?

Financování zdravotnictví v ČR je koncipováno jako vícezdrojové.

Veřejné zdravotní pojištění

	2003	2004	2005	2006	2007
Výdaje pojištěn v mil. Kč	151 701	163 330	170 093	171 516	185 610
Podíl pojištěn na financování zdravotnictví	77,7 %	79,0 %	78,9 %	77,7 %	78,4 %

Pokud budou v ČR zachovány zdravotní pojišťovny, což je velmi pravděpodobné, zůstane právě veřejné zdravotní pojištění hlavním zdrojem pro financování zdravotní péče.

Státní a regionální rozpočty

	2003	2004	2005	2006	2007
Výdaje v mil. Kč	23 891	21 495	21 263	22 828	17 510
Podíl rozpočtů na financování zdravotnictví	12,3 %	10,4 %	9,9 %	10,3 %	7,4 %

Rozpočtové výdaje se navzdory inflaci za uplynulých pět let snížily o více než 6 miliard korun, tedy o celou jednu čtvrtinu.

Jejich podíl na financování zdravotnictví prudce klesá. Problém začal v roce 2003, kdy bývalé okresní nemocnice přešly pod pravomoc krajů, které nebyly schopny nebo ani nechtěly plnit své povinnosti při zajišťování lůžkové zdravotní péče. Zatímco příspěvkové organizaci musí zřizovatel přispívat na zajištění vyrovnaného rozpočtu, tak po převodu na akciové společnosti již nemocnice nejenom nemusí respektovat tarifní platové tabulky a mohou snižovat mzdy, ale především kraje je již nemusí finančně podporovat.

Přísun peněz ze státního a regionálních rozpočtů do zdravotnictví pochopitelně omezuje i pokračující privatizace nemocnic. Soukromá zdravotnická zařízení nemají na dotace nárok a výrazně ztížený mají i přístup k penězům z rozvojových fondů EU.

ČLK se bude snažit přesvědčit nové krajské reprezentace o tom, že musí regionální zdravotnictví podporovat.

Přímé platby pacientů

	2003	2004	2005	2006	2007
Výdaje v mil. Kč	19 563	21 927	24 228	26 534	33 481
Podíl přímých plateb na financování zdravotnictví	10,0 %	10,6 %	11,2 %	12,0 %	14,2 %

Spoluúčast pacientů je nejrychleji rostoucí položkou výdajů na zdravotnictví. Za rok 2007 se zvýšila o téměř sedm miliard korun, tedy meziročně o více než jednu čtvrtinu. Již před zavedením Julínkových poplatků patřily tak výdaje na zdravotnictví k nejrychleji rostoucím položkám ve výdajích domácností. Taková dynamika růstu je na hranici sociální únosnosti a jen stěží je možno prosazovat její další zrychlování. Tradovaná spoluúčast ve výši 8 %, která opravdu patřila k nejnižším v Evropě, je již řadu let minulostí. Po zavedení tzv. regulačních poplatků se v roce 2008 podíl přímých plateb obyvatel zvýšil na cca 16–17 %, což je více než ve většině vyspělých evropských států. Tudy tedy cesta asi nepovede.

Připojištění

Neexistence připojištění je hlavní příčinou ekonomických problémů českého zdravotnictví. Právě komerční připojištění je ve vyspělých státech započítáváno mezi neveřejné zdroje financování zdravotnictví, které pak mohou spolu s přímou spoluúčastí tvořit obvyklých 20–25 % výdajů.

Nespravedlnost v platbách pojistného

Zástupná platba státu za ekonomicky neaktivní obyvatele snad zůstane zachována, protože jde o velmi jednoduchý systém, který na rozdíl od vybírání pojistného od občanů zajišťuje stoprocentní platební morálku bez dalších zbytečných režijních nákladů, spojených s upomínáním a penalizacemi neplatičů, z nichž část (bezdomovci...) by stejně nikdy nic nezaplátila. Pokud by měli rodiče platit za děti, museli by získat daňové úlevy. Pokud by si pojistné měli platit i důchodci, bylo by nezbytné podstatně valorizovat peníze atd. Takové změny by zkrátka neměly smysl a přinést by mohly jenom problémy.

Problém současných zástupných plateb je v tom, že stát platí za osoby bez vlastních příjmů (dětí, důchodci, nezaměstnaní), tedy dohromady 57 % všech pojištěných obyvatel, jen velmi málo. Tito lidé přitom nikoli vlastní vinou (senioři...) spotřebovávají ve finančním vyjádření cca 80 % zdravotní péče, zatímco příspěvek



státu (47 mld. Kč za rok) za ně tvoří pouhých 23 % příjmů veřejného zdravotního pojištění. Stát takto vlastně na zdravotnictví v jistém slova smyslu parazituje. Situace se ještě zhoršila poté, co se souhlasem ministra Julínka vláda zmrazila výši plateb za tyto tzv. státní pojištěnce pro roky 2008 a 2009 na částku 680 Kč měsíčně (8160 Kč za rok).

Příjmy zdravotních pojišťoven v roce 2007

	mld. Kč	%
Od ekonomicky aktivních obyvatel	152,00	75,0 %
Za tzv. státní pojištěnce	47,459	23,4 %
Celkem (spolu s méně podstatnými příjmy)	202,81	100,0 %

Zvýšení plateb pojistného za tzv. státní pojištěnce je přitom čistě politickým rozhodnutím. Jde o to, co bude považovat politická reprezentace za svoji prioritu. Pokud nebudeme například platit nejdražší dálnice v Evropě či nakupovat nefunkční a zbytečnou vojenskou techniku (každý z nás si jistě vzpomene na další příklady kocourkovského hospodaření), pak je zásadní zvýšení plateb státu možné. Chce to jen chtít.

Platbu za státní pojištěnce je vhodné navázat na takový parametr vývoje ekonomiky, který není ovlivnitelný politickými rozhodnutími. Ne současné fixní částky, ale ani dřívější vazba na fiktivní minimální mzdu. Nejspravedlivější je spojení s průměrnou mzdou. Právě výše mezd má totiž zásadní vliv na daňové výnosy a tedy i na schopnost státu pojistné platit. Pokud by například stát platil za tzv. státní pojištěnce 13,5 % z pouhé poloviny průměrné mzdy, pak by se jeho platba ze současných 680 Kč zvýšila na cca 1550 Kč za měsíc. Tento přesun asi 50 miliard korun ze státního rozpočtu by umožnil snížit povinné pojistné pro ekonomicky aktivní obyvatele (pokud bychom uvažovali již

se sníženým pojistným ve výši 11 %, šlo by o transfer cca 40 miliard korun).

Pojistné jako dnes 13,5 %, nebo více či méně?

Vzhledem k tomu, že zdravotní pojištění placené ze 2/3 zaměstnavatelem a z 1/3 samotným zaměstnancem výrazně prodražuje cenu práce, nelze počítat se zvyšováním jeho základní saz-

by. Vyšší pojistné a tím i vyšší cena práce by mohly ohrožovat naši konkurenceschopnost (alespoň to tak tvrdí někteří ekonomové).

Valorizace plateb za tzv. státní pojištěnce by umožnila naopak snížit sazby povinného veřejného pojištění ze současných 13,5 % například na 11 %. **Ekonomicky aktivním občanům by se tak uvolnily finanční prostředky na zaplacení komerčního připojištění na nadstandardní péči.** A právě stanovení standardů péče hrazené z veřejného pojištění a vytvoření prostoru pro komerční připojištění, to jsou změny, které můžeme označit za opravdovou reformu českého zdravotnictví.

4. Standardy

Standardy zdravotní péče

Tvorba standardů péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění je základem jakékoli smysluplné reformy zdravotnictví. Aby bylo možno připojišťovat se na nadstandard, musí být nejprve definována standardní péče hrazená z veřejného zdravotního pojištění. Při zvažování způsobu tvorby standardů nesmíme zapomínat na rozdílné motivace jednotlivých subjektů.

K 23. lednu 2009 byl odvolán ministr zdravotnictví Tomáš Julínek. Co očekáváte od nového ministra?

Revizi protinávrhů parlamentní opozice, ale i ČLK, připravit oponenturu nepřijatelných návrhů. Ty, které nedestruují základ reformy, zapracovat.

1. Prosadit reformu tak, aby systém financování nebyl závislý přímo na politické reprezentaci, aby byl finančně stabilní a byl schopen nabídnout zdravotnickým zařízením alespoň střednědobou perspektivu.
2. Po skoro dvaceti letech čekání na reformu je potřeba ji dokončit co nejdříve.
3. Neměla by zapomenout na oblast privátních specialistů. Za „super mzdu“, tedy mzdové náklady starosty okresního města, řadového poslance či senátora, ti bohatší doktoři hejtmana, provozují svoje ordinace, které by měli po všech stránkách rozvíjet, aby mohli část drahé hospitalizační péče převzít do terénu a de facto ušetřit. Ale zatím to je z říše divů a snů.

Karel Tejnora, Česká Lípa

Neočekávám vcelku nic – alespoň ne dobrého. Tak aspoň mohu být mile překvapen (po dosavadních zkušenostech).

Stanislav Severa, neurolog, Nové Město na Moravě

Očekávám, že:

- bude hájit zájmy pacientů nejen deklarativně,
 - bude hájit zájmy lékařů a sester – a ne je ostouzet,
 - nebude je zatěžovat přebujelou administrativou, což je odtahuje od vlastní péče o pacienta,
 - upřednostní obecné zájmy výše uvedené před svými vlastními ekonomickými zájmy,
 - bude jasně komunikovat změny s odbornými společnostmi, včetně ČLK,
- Výše uvedené je v obecné rovině, konkrétně to znamená:
- dokončení legislativního procesu včetně vytvoření léčebných standardů,
 - spoluúčast pacienta bude provedena citlivě,
 - lepší se nedůstojná ekonomická situace lékařů – zaměstnanců,
 - vnese jistoty do zdravotnictví, zamezí rozkrádání, tunelování majetku zdravotnických zařízení pod „pláštíkem“ privatizace.

Pavel Smilek, Ph.D., ORL Brno

Je však třeba počítat s tím, že v případě zdravotnictví se obsah těchto smluv nikdy nebude moci plně řídit pojistnou matematikou, kdy výše pojistného, míra spoluúčasti i výše pojistného krytí reflektují rizikovost daného klienta. Pokud by tomu tak bylo, byli by totiž například všichni senioři nepojistitelní. Toto selhávání trhu je ve zdravotnictví kompenzováno právě principem solidarity, který musí být pochopitelně za všech okolností zachován.

6. Síť zdravotnických zařízení

Smluvní vztahy – síť zdravotnických zařízení

Registrace zdravotnických zařízení by měly i nadále zůstat v kompetenci státu a regionálních samospráv. Jednou z podmínek by mělo být patřičné personální vybavení zdravotnického zařízení, přičemž na stanovování podmínek a kontrole jejich dodržování by se měla podílet lékařská profesní samospráva. **ČLK by rovněž měla udělovat licence potvrzující dostatečnou odbornost** pro výkon soukromé praxe nebo vedoucích lékařských funkcí.

Pokud bude zachován smluvní systém, pak uzavření smlouvy mezi zdravotnickým zařízením a pojišťovny by i nadále mělo předcházet výběrové řízení za účasti ČLK, jehož výsledek by však oproti současnosti měl být pro zdravotní pojišťovny závazný.

Veřejnoprávní nemocnice

Páteří soustavy zdravotnických zařízení jsou vždy a všude nemocnice. Právě do nich se soustřeďuje nejmodernější a nejdražší medicína, právě tam hledáme pomoc, když je nám nejhůř.

Jednou z výhod našeho zdravotnictví byl **stupňovitý systém nemocnic usnadňující jejich spolupráci.** Obdobně výhodné nejenom pro pacienty, ale i pro lékaře, je soustředění ambulantní péče pod jednou střechou do poliklinik, v jejichž rámci mohou soukromí lékaři navzájem snáze spolupracovat a společně poskytovat komplexní péči. V systémech pracujících s omezeným množstvím veřejných prostředků je spolupráce mnohem efektivnější než vzájemná konkurence. O jejím medicínsko-odborném významu ani nemluvě.

Vznik krajů a převod většiny lůžkových zdravotnických zařízení do jejich kompetence je realitou, proti které nic nezmůže-

me. Dnes již nikdo nepochybuje, že tomuto kroku měla předcházet racionalizace sítě nemocnic. Zatímco máme v ČR větší počet lůžek akutní péče, lůžek pro péči následnou se nám nedostává. **Zdravotnictví rovněž stále supluje insuficientní sociální služby,** na což z finančního hlediska těžce doplácí. Rovněž změny v této oblasti jsou pro budoucnost nezbytné.

Nemocnice zůstávající příspěvkovými organizacemi mají nárok na příspěvek svého zřizovatele, který jim zajišťuje vyrovnaný rozpočet. Tato právní forma však není ani ideální, ani v Evropě standardní.

Není pravda, že by jedinou moderní alternativou musely být akciové společnosti. V případě nemocnic může jít o formu doplňkovou. **Privátní lůžková zdravotnická zařízení nikde v Evropě netvoří páteř zdravotnické soustavy.** Bývají pouhým doplňkem, alternativou zaměřující se většinou na specifické zdravotní služby, na nadstandardní péči hrazenou v hotovosti či z přípojištění. Pokud tato lůžková zařízení mají mít možnost čerpat prostředky veřejného zdravotního pojištění, musí respektovat stejná pravidla jako nemocnice veřejnoprávní. Takzvané neziskové akciové společnosti existují pouze ve fantazii sociálních inženýrů z ministerstva zdravotnictví.

Standardní formou ve vyspělých evropských zemích jsou naopak **veřejnoprávní neziskové nemocnice.** Není žádný důvod, aby to co funguje například v Německu, nemohlo existovat v Česku.

Univerzitní nemocnice by pak měly být speciálním druhem neziskových organizací, kde vyrovnaný vliv státu a univerzity zajistí nejenom špičkovou medicínu, ale též rozvoj vědy a výuku. Prostředky zdravotního pojištění pochopitelně nemohou sloužit k financování výuky, tu musí, jako v případě jiných vysokoškoláků, platit rezort školství.

Ambulantní služby soukromých lékařů

Co největší množství kvalifikovaných lékařů by mělo mít možnost pracovat samostatně jako soukromí podnikatelé. Naším cílem budiž obhajoba svobody lékařského povolání. Není žádný odborný důvod, aby všichni kvalifikovaní sekundáři v nemocnicích museli být jejich zaměstnanci. Mnohem výhodnější pro ně bude souběh soukromé praxe a konzultantské činnosti pro nemocnici. Naším cílem není rušit ambulance v areálech nemocnic. Zde pracující lékaři by však měli mít možnost privatizace.

K 23. lednu 2009 byl odvolán ministr zdravotnictví Tomáš Julínka. Co očekáváte od nového ministra?

Očekávám, že bude zastupovat zájmy pacientů a zdravotnických pracovníků, namísto zájmů ekonomických subjektů. Očekávám omezení přesčasové práce nemocničního lékaře na zákonem stanovenou mez a současně takové navýšení jeho základního platu, aby i bez přesčasů odpovídal jeho kvalifikaci, odpovědnosti a postavení. Očekávám férové jednání s oficiálními organizacemi, zastupujícími pracovníky ve zdravotnictví a pacienty. České zdravotnictví potřebuje ministra, který jej bude spravovat, a ne tunelovat a devastovat.

Jan Pavelka,
Klinika dětských infekčních nemocí, FN Brno

1. Upustí od všech snah ministra Julínka privatizovat, tj. jak já to chápu vytunelovat a rozkrást české nemocnice, místo toho zajistí lepší hospodaření ve státním zdravotnictví.
2. Ponechá zavedené poplatky ve zdravotnictví, event. je upraví tak, aby měly skutečně regulační funkci (tj. nemají platit novorozenci, lidé s vrozenou vadou, dárce orgánů apod.), vysvětlí a přesvědčí veřejnost, proč je to potřeba, a zajistí, aby takto vybrané peníze skutečně zůstaly ve zdravotnictví, tj. aby se z nich platila zdravotní péče, zdravotnický personál a náklady na stravování a nedostaly se ke stavebním apod. firmám prostřednictvím zadávání stavebních zakázek.
3. Zvýší platy lékařů i sester, aby tolik neodcházeli do zahraničí a mimo zdravotnictví, a aby se tak nesnižovala kvalita péče o pacienty – např. plošným zvýšením osobních příplateků apod.
4. Jasně stanoví pravidla, resp. požadavky na počet a kvalifikovanost zdr. personálu, aby se nemohlo opakovat to, co v nemocnici Havířov v minulém roce – že na celém int. oddělení nezůstane ani jeden atestovaný lékař!
5. Zlepší hospodaření v oblasti farmakologické terapie, upraví pravidla, které léky mají být hrazeny plně a na které se bude doplácet.
6. Zajistí zvýšení platby zdravotních pojišťoven zdravotním zařízením a soukromým lékařům.

Václav Kališ, anesteziolog, Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny
FN Brno-Bohumice

ČLK bude i nadále hájit soukromé lékaře proti nekalé konkurenci zdravotnických řetězců. Úspěšnost tohoto snažení pochopitelně do značné míry závisí nejenom na vzájemné solidaritě lékařů, ale zejména na vůli politiků, držící v rukou moc, nám pomoci.

Je třeba zrušit bariéru mezi nemocnicemi a soukromými ambulantními lékaři. Nemůžeme dopustit, aby byl nucen sloužit v nemocnici někdo, kdo nechce. Na druhé straně je však třeba nastavit takové podmínky, aby účast na zajišťování ústavních pohotovostních služeb byla pro soukromé lékaře atraktivní nejenom z odborného, ale také z finančního hlediska.

7. Cena zdravotní péče

Volný trh, nebo regulované ceny?

Ceny zdravotní péče se nikdy nebudou moci řídit pouze tržními principy. Hodnota zdraví a života je totiž pro každého daného člověka a jeho příbuzné nevyčíslitelná.

Ve zdravotnictví bude vždy existovat systém regulovaných cen, a je naším prvořadým zájmem, aby tyto ceny umožňovaly zdravotnickým zařízením vytvářet přiměřený zisk i v rámci standardního povinného veřejného pojištění. Zdravotnická zařízení by bez ohledu na právní formu měla mít také rovný přístup k prostředkům z připojištění, pokud budou poskytovat nadstandardní služby.

Zdravotnická zařízení nejsou schopna s pojišťovnami individuálně vyjednávat o cenách, výši úhrad ani o obsahu smluv. Vyplývá to ze zcela rozdílné ekonomické síly obou smluvních partnerů.

Seznam zdravotních výkonů vznikající na základě dohodovacího řízení za účasti ČLK by měl obsahovat reálné ceny, které budou pravidelně valorizovány. Tyto katalogové ceny by měly představovat **nepodkročitelné minimum**, závazné pro všechny pojišťovny poskytující standardní veřejné pojištění. Jen to může zabránit dumpingovým cenám a ochránit ekonomickou svobodu soukromých lékařů vůči zdravotnickým řetězcům.

Spotřebu zdravotní péče nechť pojišťovny regulují na straně svých klientů. My, lékaři, přece nemáme žádný zájem na tom, abychom vyháněli pacienty ze svých ordinací. Nemůžeme být ekonomicky závislí na výnosu z nějakých regulačních poplatků. Za práci nám musí platit pojišťovny a rozdíl mezi standardem a nadstandardní péčí ať platí pacient v hotovosti nebo prostřednictvím svého připojištění.

8. Kvalifikovaná pracovní síla

Zadarmo ani kuře nehrabe

Bez dostatečného množství kvalifikovaných zdravotníků nelze poskytovat kvalitní zdravotní péči. ČLK je schopna vydávat odborná doporučení, kolik a jak kvalifikovaných lékařů by měla mít jednotlivá zdravotnická zařízení, aby mohla poskytovat péči „lege artis“.

Špatné ohodnocení práce zdravotníků je příčinou současné personální krize rezortu. V otevřené tržní ekonomice se politici nemohou divit, že i lékaři a zdravotní sestry se chovají tržně a odcházejí za lépe placenou prací do zahraničí. Personální devastace řady zdravotnických zařízení již přímo ohrožuje bezpečnost pacientů. Politici mají tendenci problémy bagatelizovat. Bez dostatečného množství kvalifikovaného personálu však

nelze kvalitní zdravotní péči poskytovat. Minimální personální standardy by měl stanovit zákon a pojišťovny by z veřejných peněz neměly nekvalitní péči platit. Komora může doporučovat počet a kvalifikaci lékařů pro jednotlivé typy zdravotnických zařízení.

Osobní náklady stále tvoří pouhých 44 % nákladů českých nemocnic, přičemž ve vyspělých zemích se tento ukazatel pohybuje mezi 65 až 70 %. Pochopitelně platí, že čím je nemocnice větší a provádí dražší medicínu, tím je v ní podíl osobních nákladů nižší.

Porovnání platů a mezd v roce 2007

	Lékaři	SZP
Plat (tarifní tabulky)	43 353 Kč	22 290 Kč
Mzda (smluvní mzdy v a. s.)	40 549 Kč	19 621 Kč
	- 2 804 Kč (- 6,5 %)	- 2 669 Kč (- 12,0 %)

Příjmy včetně pohotovostních služeb a přesčasové práce, tedy nikoliv za úvazek 1,0

Zrušení tarifních tabulek nepřineslo proklamované zlepšení finančního ohodnocení kvalifikovaných a kvalitně pracujících zaměstnanců. Často je tomu právě naopak. Mzdová diferenciace se v akciových společnostech řídí spíše mírou loajality k vedení nemocnice. Za stejnou práci pobírají zaměstnanci v akciových společnostech v průměru nižší mzdu, než jaké jsou platy ve státních nemocnicích nebo v příspěvkových organizacích, které musí respektovat státní tarifní tabulky. Z těchto důvodů je personální devastace transformovaných nemocnic v průměru ještě větší než u nemocnic státních.

Státní tarifní tabulky umožňují pro lékaře až sto procentní osobní hodnocení, čehož nemocnice využívají pouze raritně. Nejsou tedy překážkou pro větší diferenciaci platů tak, aby byli lépe honorováni třeba mladší, ale výkonnější a kvalifikovanější lékaři. Přestože na rozdíl od smluvních mezd zajišťují zaměstnancům alespoň nějakou jistotu, nejsou vzhledem k specifickému charakteru práce ve zdravotnictví pro lékaře nejvýhodnější. Lékařské odbory se proto snaží prosadit **vznik samostatné právní normy pro odměňování lékařů** (event. zdravotníků). Neexistuje žádný racionální důvod, proč mají být za stejnou práci lékaři placeni rozdílně v závislosti na právní formě svého zaměstnavatele.

Bez podstatného zvýšení příjmů lékařů, ale i zdravotních sester, se zkrátka personální situace zdravotnických zařízení nezlepší.

Vzdělávání lékařů musí finančně podporovat stát

ČR je možná jedinou evropskou zemí, kde stát přestal financovat postgraduální vzdělávání lékařů. Jednou z podmínek personální stabilizace je náprava škod, které způsobil na vzdělávání lékařů zákon č. 95/2004 Sb. (u ostatních zdravotníků zákon č. 96/2004 Sb.). Nechali jsme si rozvrátit léty prověřený a funkční systém stupňovitého vzdělávání. Do jisté míry by situaci mohla zlepšit novela zákona, která zavádí vzdělávací kmeny, specializační a nástavbové obory, přičemž jejich počet snad bude redukován na únosnou míru.

Proti odporu ministra Julínka se komoře podařilo do zákona prosadit povinnost státu na vzdělávání mladých lékařů finančně přispívat. Lobbistické zájmy některých společností spolu s neschopností úředníků ministerstva však mohou veškerou naši sna-

hu nakonec ještě zvrátit vniveč. Zákon totiž komoře nedává dostatečné kompetence, aby mohla systém vzdělávání ovlivňovat natolik, že mladým lékařům zajistí férový přístup ke vzdělání i k penězům na ně.

9. ČLK

Má-li Česká lékařská komora plnit standardní úkoly, kvůli kterým jsou v demokratických zemích zřizovány profesní samosprávy, musí disponovat patřičnými standardními kompetencemi.

Úkoly profesní lékařské samosprávy:

- vedení registru lékařů
- vydávání licencí osvědčují patřičnou odbornou kvalifikaci pro výkon povolání lékaře
- organizace a garance kvality celoživotního vzdělávání lékařů
- profesní dozor a disciplinární pravomoc vůči všem lékařům vykonávajícím své povolání
- obhajoba profesních zájmů lékařů, aby chom měli co nejlepší podmínky pro výkon svého povolání

Nezávislá profesní lékařská samospráva, která bezplatně posuzuje stížnosti občanů, je nejlepší ochranou pacientů před profesními i etickými pochybeními lékařů i před projevy politické zvlů. Při plnění svých povinností se komora zákonitě čas od času dostává do sporu s politiky a představiteli státu. Profesní samospráva je výsadou tzv. svobodných povolání, važme si toho, neboť nikdo nemůže hájit zájmy společně celému lékařskému stavu lépe než právě naše komora.

10. Závěr

Poučení z krizového vývoje pro lékaře

- Pozor, ne každá změna musí být k lepšímu!
- Zdravotnictví v ČR funguje, sice bohužel na náš úkor, ale přesto nepotřebuje riskantní revoluci, spíše rozváznou kultivaci.
- Reforma je trvalý proces.
- Žádná zázračná řešení problémů neexistují.
- Nehledejme „českou cestu“, ale poučme se raději u sousedů. Jen hlupák je přesvědčen o tom, že je nejchytřejší na světě.
- Diskutujme s každým, ale pozor na „dobré rady“. Nechceme se přece stát pokusnými králíky.

Nestydme se hájit své zájmy. Nikdo jiný to za nás nedělá!

Milan Kubek, prezident ČLK



Cílem mého článku nebylo představení definitivní verze skutečné reformy zdravotnictví. Proto si mohu dovolit ponechat řadu naléhavých otázek zatím bez odpovědi. Snažil jsem se však upozornit na některá z rizik ohrožujících dostupnost kvalitní zdravotnické péče a zároveň i zdůraznit ekonomické, politické a sociální souvislosti, bez jejichž respektování nemá žádná reforma šanci na úspěch. A v neposlední řadě by text měl posloužit jako inspirace a podnět k zamýšlení pro kolegy, kterým nejsou budoucnost českého zdravotnictví a svoboda lékařského stavu lhostejné. A především takové kolegy bych chtěl pozvat na dubnovou konferenci České lékařské komory, jejímž tématem bude budoucnost českého zdravotnictví. Svůj text jsem se snažil psát jako expertní a věřím, že představy parlamentních politických stran zazní právě na naší konferenci. A nezastírám ani skutečnost, že jako prezident České lékařské komory i v tomto textu hájím profesní zájmy nás, lékařů.

Bez ohledu na to, že slovo „reforma“ se stalo symbolem, pod kterým si každý představuje něco jiného, zdravotnictví změny potřebuje. Česká lékařská komora se chce pokusit vytvořit prostor pro diskusi o těchto změnách a sestavit i svůj vlastní expertní tým.

K 23. lednu 2009 byl odvolán ministr zdravotnictví Tomáš Julínek. Co očekáváte od nového ministra?

1. Naváže racionální diskusi o problémech zdravotnictví s odbornými společnostmi, ČLK i odborovou organizací LOK-SČL.
2. Podnikne účinné kroky vedoucí ke stabilizaci vzdělávacího (atestačního) systému.
3. Projeví aktivitu směřující ke konsenzuálnímu stanovení personálních standardů zdravotnických zařízení.

Doc. Václav Dostál, obor infekčních nemocí, LDN Nový Bydžov

Pokračování v započatých reformách. Unáhleně nerušit regulační poplatky, splňují svůj záměr a nepochybně přinesly obrovské úspory do státní kasy.

Dagmar Paverová, PLDD, Žacléř

Očekávám slušnost, kolegiální vztah k lékařům, výrazné zvýšení tarifních mezd pro lékaře – zaměstnance.

Karel Starý, FN Brno, endokrinologie

Bohužel (jako jak tuším většina zdravotníků) po 20 letech od „sametovky“ již od žádného ministra zdravotnictví neočekávám vůbec nic. Přeji mu alespoň větší štěstí při výběru tiskového mluvčího.

Richard Rýžnar, Dětské centrum Pavučinka, Šumperk

Bohužel nelze očekávat nic. Vláda je slabá a NEBUDE JIŽ DO KONCE VOLEBNÍHO OBDOBÍ DĚLAT NIC, NEŽ SI HLÍDAT SVÁ KŘESLA. Ministr zdravotnictví byl ve všech vládách ten černý vžadu, služebníček premiéra, nikoli lidí této země a zdravotního personálu. Situace ve zdravotnictví bude stejná, chaotická, zákony nepromyšlené, platy a platby mizerné. Silní přežijí vše. Moudří odejdou. Slabí budou ještě slabší, mnozí zemřou nebo odejdou do důchodu. Časem bude velký nedostatek kvalitních zdravotních služeb, zejména pro nemajetné. Rád bych se mýlil, ale zatím bohužel všechny mé prognózy vycházejí do puntíku. Ekonomická recese dopadne tvrdě na Česko a zdravotnictví.

Jan Pokorný, ORL specialista, Ostrava

Očekávám konstruktivní jednání

V rámci rekonstrukce vlády ČR se stala novým ministrem zdravotnictví senátorka za ODS Ing. arch. Daniela Filipiová. Do funkce byla jmenována prezidentem republiky 23. ledna 2009. V polovině února poskytla rozhovor časopisu Tempus medicorum.

Jak dlouho jste se rozhodovala přijmout nabídku od premiéra Topolánka na post ministryně zdravotnictví? Bylo to těžké rozhodování? Je potřeba velké odvahy přijmout funkci, která se často popisuje jako likvidační?

Moc času na rozhodování jsem neměla. Pouhé dva dny. Rozhodování to opravdu nebylo lehké. Ale pana premiéra znám již více než osm let a velmi si ho vážím. Nabídku jsem proto brala jako poctu. O tom, že je to likvidační funkce, jsem nepřemýšlela. Nikdy jsem o žádný post neusilovala, a tak jestli o něj přijdu „dnes“ nebo „zítra“, pro mě není důležité.

Říká se o vás, že jste z lékařské rodiny. Je to pravda?

Ano. Můj otec byl posledním žákem profesora Niederleho. Pan profesor si ho nesmírně jako lékaře vážil. Táta byl znám jako vynikající chirurg, a tak ho často vyhledávali i „papaláši“, kteří by měli nárok na to, být ošetřeni v SANOPZu.

Pracovala jste ve zdravotním výboru senátu, ale profesně jste před tím nebyla se zdravotnictvím spojena. To znamená, že jste od roku 1989 po Janu Stráském teprve druhý nelékař ve funkci. Myslíte si, že je to vaše výhoda, nebo nevýhoda?

Já to beru spíše jako výhodu. Nejsm tolik vtažena do čistě odborné problematiky a dokážu si tedy udržet nadhled.

S jakými očekáváními a obavami na ministerstvo přicházíte?

Očekávání jsou taková, že se mi podaří najít kompromis nad reformními zákony bývalého ministra Julínka. Doufám, že mi s tím ČLK pomůže. Vždyť zastupuje profesní část poskytovatelů zdravotních služeb! Obavy nemám. Měla bych snad mít?

Váš předchůdce Tomáš Julínek byl kritizován za nešťastný způsob komunikace jak s laickou, tak odbornou veřejností, což mnohdy umocňovalo ještě vystupování jeho tiskového mluvčí-

ho Tomáše Cirkta. Předpokládám, že komunikace je jednou z věcí, které „chcete dělat jinak“...

Těžko se definuje, „jak to chci dělat jinak“. Chci prostě se všemi mluvit, naslouchat a domluvit se na výsledku.

Co byste ještě vedle komunikace chtěla změnit?

Změna v komunikaci a tedy změna v přístupu k otázkám, které nás trápí, je podle mě už tak velký cíl, že klást si další by bylo velkášské.

Jste příznivcem prosazování svých kroků „za každou cenu“, nebo jste spíše příznivcem dohody?

Jednoznačně preferuji dohodu. Myslím, že to vyplývá už z mých předchozích odpovědí.

V parlamentu jsou nyní před jednáním tři nové zdravotnické zákony a novela zákona o pojištění. Kromě zákona o zdravotnické záchranné službě ostatní vyvolávají kontroverze a bylo k nim podáno mnoho připomínek (komory, koaličních partnerů). Komora dokonce na sjezdu přijala usnesení, že by bylo vhodné zákony stáhnout a připravit je znovu a lépe. Jaký je váš názor na tyto zákony?

Myslím, že tyto zákony dobré jsou. Neustále ale slyším, že se mnohým nelíbí. Ovšem zatím se mi až na jedinou výjimku (odpor KDU-ČSL k zákonu o specifických službách ohledně potratů) nepodařilo zjistit, co komu konkrétně vadí. Proto jsem na všech prvních seznávacích jednáních požádala, aby na dalším jednání byly předloženy konkrétní připomínky, které se ministerstvo pokusí zapracovat do návrhu. Myslím, že se zákony nemusí celé připravit znovu, ale že je možné úpravami dospět k takové verzi, která bude přijatelná pro všechny. Vždy ale upozorňuji, že všichni musíme počítat s tím, že kompromis neznamená, že budu stoprocentně spokojen. Kompromis chápou asi takto: je jedna cesta a proti sobě z opačných míst vycházejí dva různí lidé. Někde cestou se potkají.

Ministr Julínek měl v plánu převést fakultní nemocnice a zdravotní pojišťovny na akciové společnosti. Tento návrh vyvolal obavy z následné privatizace a dokonce protesty. Zákony dosud nebyly zveřejněny v paragrafovaném znění. Budete tedy pokračovat v jejich přípravě, a pokud ano, tak jakým směrem?

O těchto zákonech budeme diskutovat později. Teď jsou mojí prioritou ty výše zmíněné.

Kolegy, kteří pracují v nemocnicích, bude jistě zajímat otázka platů a personální situace, která je v mnohých nemocnicích tristní. Jaký je váš názor na tuto problematiku?

Situace platů těchto lékařů opravdu není dobrá. Bohužel to mnohdy vede k tomu, že zkušení profesionálové odcházejí do zahraničí, kde je jejich práce ohodnocena dobře. Je v zájmu nás všech a i pacientů, aby se našlo řešení, jak situaci lékařů v nemocnicích zlepšit.

Poplatky byly zrušeny pro děti do osmnácti let. Budete se snažit lékařům kompenzovat výpadek příjmů, který je s tím spojen?



foto ČTK



Již jsem měla jednání se zástupci pojišťoven, se kterými jsem se dohodla, že budou tento výpadek nahrazovat formou určitých bonusů. Konkrétnější zatím být nemohu. Je to o jednání pojišťoven s pediatry a ambulancními specialisty pro děti a dorost.

Nacházíme se v celosvětové finanční a ekonomické krizi. Dokonce ani nevíme, jak se bude situace dále vyvíjet. Ekonomové mnohdy vidí zdravotnictví jako černou díru a někdy mají pocit, že by mohlo pomoci podnikání snížení zdravotního pojištění. Přitom jde o „prorůstový“ rezort, který zachraňuje zdraví a život lidí, a tím je vrací do práce. Nemocnice jsou také často největšími zaměstnavateli v okresech. Snížení financí, které do zdravotnictví plynou, by mohlo mít velmi negativní důsledky. Jaká je vaše představa o přípravě zdravotnictví na krizi, o které mluvil předseda vlády?

Představu mám. Ale protože se s ní teprve chystám na vládu, tak vám ji bohužel nemohu říci. Řeknu vám jen toto – propad příjmů, který je odhadován na osm miliard korun, by měl být tímto plánem kompenzován.

Poslední otázka, která se týká zdravotnictví. Přijala jste pozvání na ples lékařů na Žofíně. Probíhají jednání s prezidentem ČLK. Co očekáváte od ČLK a co může očekávat komora od vás?

Od ČLK očekávám konstruktivní jednání. Totéž může komora očekávat ode mne.

Zřejmě již nebudete mít tolik času na svoje koníčky. Přesto: jaké jsou vaše koníčky? Co ráda čtete za knížky? Jakou máte ráda hudbu a jaké filmy ráda sledujete?

Mými koníčky jsou knihy, vážná hudba a dobré filmy (jako byste to tušili, když jste kladli tuto otázku!). Mám ráda historické romány. Mým oblíbeným autorem je Leon Uris. Jeho kniha Exodus je něco mimořádného. Z českých autorů je nádherný Karel Čapek. Je lidský a hlavně mistr slova a češtiny. Ráda se vracím k Agathě Christie. Na úplnou relaxaci tu je Terry Pratchett a jeho Zeměplocha a nesmím zapomenout na P. G. Wodehouse!

Z vážné hudby preferuji operu. Když zpívá Maria Callas nebo José Carreras... Není co dodat. Z filmů patří k mým oblíbeným Pulp Fiction, Tenkrát na západě, Někdo to rád horké, Zvětšenina... Byla by to dlouhá řada, kdybych je měla vyjmenovat všechny.

Vaříte ráda? Pokud ano, co je vaše oblíbené jídlo? Jaké pití máte ráda?

Vařím velmi ráda (i když teď mi na to mnoho času nezbyvá a zastupuje mě manžel). Mám ráda lehce propečený steak s rukolou. Vzhledem k tomu, že jsem téměř abstinent, tak se nabízí odpověď, že mým oblíbeným drinkem je Coca-Cola. Ale občas si na radu mého lékaře dám trochu dobrého, červeného vína. Chutnají mi těžká vína. Jihoafrická jsou vynikající.

Jaký styl oblečení ráda nosíte a jaký je váš oblíbený parfém?

Mám ráda takzvanou sportovní eleganci. Již dlouhé roky šiji u paní Heleny Fejkové. Dovede přesně vystihnout, co se mi líbí a v čem se budu cítit dobře. Nikdy před odchodem z domu nezapomenu použít parfém Angel od Thierry Muglera.

Jak vaši blízcí přijali vaše jmenování do funkce?

Manžel pronesl s ledovým klidem větu, že ho u mě už nic nepřekvapí. Dcery byly trochu v šoku. Maminka se dojetím rozplakala a vzpomněla na mého tátu, který je bohužel již dvacet let po smrti.

Michal Sojka

Ing. arch. Daniela Filipiová

Narozena 9. srpna 1957 v Praze, vdaná, matka dvou dcer.

V roce 1982 získala absolutorium na Fakultě architektury při ČVUT. V letech 1982–1990 byla zaměstnána jako projektant v Krajském projektovém ústavu Praha, v ateliéru C-12 u Ing. arch. Vladimíra Fencla, v letech 1992–1996 v ateliéru Genesis. V roce 1991 začala podnikat v oboru konzultace a projektování staveb se zaměřením na bezbariérové stavby a jejich úpravy. Je autorizovaným architektem, členkou České komory architektů.

V roce 1986 prodělala neúspěšnou neurochirurgickou operaci míchy. Od té doby je trvale odkázána na ortopedický vozík, a proto se věnuje zejména projektům, které řeší problematiku bezbariérovosti. Poznatky architekta-vozičkáře sepsala v knize „Život bez bariér“ vydané v roce 1998. Tato kniha řeší problematiku bezbariérovosti i z hlediska psychologického a je určena široké veřejnosti. V roce 2002 jí vyšla odborná publikace „Projektujeme bez bariér“. Od roku 1998 působí jako předsedkyně skupiny za odstraňování bariér při České komoře architektů.

Od roku 1997 je členkou Občanské demokratické strany, v roce 2000 byla zvolena senátorkou Parlamentu ČR, členkou výboru pro zdravotnictví a sociální politiku. Od 23. ledna 2009 je ministryní zdravotnictví.

Na Žofíně se opět plesalo



Všechny prostory pražského Paláce Žofín zaplnili poslední lednový večer čeští lékaři a jejich drahé „poloviny“. Reprezentační ples, který uspořádala Česká lékařská komora už potřinácté, navštívila také nová ministryně zdravotnictví Ing. arch. Daniela Filipiová. Jeho značnou část strávila v neformálním rozhovoru s prezidentem ČLK MUDr. Milanem Kubkem.

V rámci plesu proběhlo i slavnostní předání Ceny LOK-SČL za statečnost. Z rukou předsedy lékařského klubu MUDr. Martina Engela a Milana Kubka ji převzal karlovarský primář MUDr. Jaroslav Žák.

O úvod plesu se postaralo předtančení členů TK Astra Praha. Tančící lékaře doprovázel orchestr Josefa Hlavsy se sólisty. Zájem vzbudilo vystoupení Michala Davida s diskotékovými šlágry, stejně jako dvojice Těžkej Pokondr. K dobré náladě přispěla i diskotéka Miloše Skalky. Celým večerem provázela Marie Retková.

(red)



Konal jsem jen tak, jak jsem musel

Ve slavnostní atmosféře 13. reprezentačního plesu lékařů českých na pražském Žofíně byl vyhlášen další držitel Ceny LOK-SČL za statečnost. Za svůj postoj a činnost během protestů lékařů proti způsobu řízení nemocnice v Karlových Varech převzal cenu primář MUDr. Jaroslav Žák.

Pane primáři, s jakými pocity jste 31. ledna cenu přebíral?

Převládajícím pocitem byly rozpaky. Sám bych své jednání neoznačil za statečné, nýbrž prostě za slušné. Konal jsem jen tak, jak jsem musel, byv k tomu vychován, nic víc. Proto se též necítím být oprávněným nositelem ceny, ale pouhým jejím nosičem k těm, jimž patří po zásluze: všem kolegům a sestřičkám z karlovarské nemocnice, kteří prohlédli, že císař je nahatý, a nebáli se to vyslovit tváří v tvář jeho biřicům.

Tempus medicorum o situaci v Karlových Varech opakovaně psal. Je znám audit, který prokázal velmi podivné praktiky tehdejšího vedení. Jak vypadá situace v nemocnici nyní?

Nemocnice se v současné době vzpamatovává z útoku tunelářů. Jako galejnicovou kouli za sebou vleče ohromný vnitřní dluh. Doopravdy zhoubný je však nedostatek především kvalifikovaného personálu, který vede k postupujícímu rozpadání týmů. Od Nového roku ji vedou lidé poctiví a schopní, minulé rány se však budou

hojit jen neochotně. Již dnes se nicméně v nemocnici alespoň lépe dýchá: stává se opět místem, jež slouží léčení nemocných, a nikoli jako zástěrka nečistých handlů, potěmkinovské kulisy či pásové tovární výroby.

Měl jste v době protestů a následujících jednání pocit strachu?

Nikoli strachu, ale hluboké beznaděje. Ač jsem nepochyboval, že zlu se ustupovat nesmí, v možnost vnějšího vítězství jsem nevěřil. Jak navíc víme (od Arendtové), v *pozdní* době se zlo maskuje účinněji a hůře proto rozeznává. Arendtová tuto jeho dějinnou proměnu nazvala *banalizací*. Že zlo změnilo podobu, jakmile je jako zlo rozpoznáno, vědí moudří od počátku dějin. Nebývalá jednota karlovarských zdravotníků a vzájemná solidarita – lékařů s primáři, sestřiček s lékaři – mne překvapila. Potvrdila, že i v naší *postethické* době lidé ještě věří, že „existují věci, pro které stojí za to také trpět, a že věci, pro něž se eventuálně trpí, jsou (jako v době Patočkově) ty, pro které stojí za to žít“. Neboť i v konzumní společnosti stále platí, co napsal Patočka v době Charty: „*Bez mravního základu, bez přesvědčení, které není věcí opportunity, okolností a očekávaných výhod, žádná sebelépe technicky vybavená společnost nemůže fungovat. Morálka však zde není, aby společnost fungovala, ale prostě proto, aby člověk byl člově-*

kem. Nedefinuje ji člověk podle libovůle svých potřeb, přání, tendencí a tužeb, nýbrž ona to je, která vymezuje člověka.“ Jakkoli anachronicky to zní, chceli-li dostát nároku duchovní urozenosti, na naše povolání kladeného, musíme tuto zapomenutost svým zásadovým jednáním připomínat. Jinak se proměníme v pouhé plebejské údržbáře zdraví v entropizované společnosti a vlastní karikatury.

Jak jste vnímali podporu lékařské komory a LOK-SČL během vašich protestů?

I díky dějům v karlovarské nemocnici dnes víme, že žijeme v postdemocii, jak Crouch nazval neprůhlednou slitinu ekonomické, politické, mediální a soudní moci, do níž demokracie zdegenerovala. Její podstatou je postupné nahrazování právního státu a parlamentní demokracie sítí účinně lobbujících hospodářských uskupení, prosazujících pravidla hry pro ně výhodná. Je spojena s vyprázdněním veřejného prostoru, „strategickou kontrolou“ sdělovacích prostředků a nástupem neonormalizace. Právě proto je dnes tolik důležité, že se můžeme spolehnout na své stavovské instituce. V době, kdy nám všichni upírali nos mezi očima, byly jediné, jež se nás (a pravdy) zastaly. Jsem rád, že jsme své věci svěřili do dobrých rukou, a hrdý na ty, kdo nás zastupují.

Michal Sojka



Primář MUDr. Jaroslav Žák

Narodil se 1. 6. 1963 v Plzni v rodině lékařů (matka infektoložka, otec radiolog). Studoval LF UK v Plzni v letech 1981 až 1987. V roce 1990 složil atestaci z interního lékařství I. stupně a v roce 1997 II. stupně. Pracuje na interním oddělení nemocnice v Karlových Varech, nejprve jako sekundární lékař, od roku 1999 toto oddělení vede jako primář. Je ženatý (manželka lékařka ORL), má dva syny (16 a 19 let).



Vzdělávací konference České lékařské komory ve dnech 24. a 25. dubna 2009 v Hotelu Skalský Dvůr

Budoucnost českého zdravotnictví

(Zatím bez časového upřesnění, změna programu vyhrazena)

Pozvání hosté:

Ing. arch. Daniela Filipiová (ODS), ministryně zdravotnictví Vlády ČR
MUDr. David Rath (ČSSD), předseda zdravotního výboru Parlamentu PS ČR
Ing. Jiří Carbol (KDU-ČSL), místopředseda zdravotního výboru Parlamentu PS ČR
MUDr. Jaroslav Krákora (ČSSD), místopředseda zdravotního výboru Parlamentu PS ČR
MUDr. Boris Štastný (ODS), místopředseda zdravotního výboru Parlamentu PS ČR
Mgr. Soňa Marková (KSČM), členka zdravotního výboru Parlamentu PS ČR
Ing. Ludvík Hovorka (KDU-ČSL) člen zdravotního výboru Parlamentu PS ČR
Ing. Ladislav Friedrich, předseda Svazu zdravotních pojišťoven
MUDr. Pavel Horák, CSc., MBA, ředitel Všeobecné zdravotní pojišťovny
Prof. MUDr. Ing. Petr Fiala
MUDr. Antonín Nechvátal (SZ)

Registrace:

Doba trvání přednášek: v pátek od 13:30 do 19:00 hodin (5 hodin)

v sobotu od 9:30 do 13:00 hodin (3 hodiny)

Účast na konferenci bude hodnocena 8 kredity

Odborná vzdělávací akce je pořádána v rámci celoživotního vzdělávání lékařů dle SP č. 16 a je v Centrálním registru akcí ČLK zařazena pod číslem 18021.

účastnický poplatek vč. stravování (dva obědy + večere rautovým způsobem) a ubytování:

- | | |
|----------------------|----------------|
| • člen ČLK | 1000 Kč |
| • doprovod člena ČLK | 1200 Kč |
| • ostatní | 5000 Kč |

Uvedené ceny jsou vč. DPH. Potvrzení o platbě je nutné předložit při registraci účastníků v místě konání akce.

Platbu proveďte na číslo účtu 19-1083620217/0100 k. s.0379, v. s. 2209

Představenstvo ČLK doporučuje, aby každé OS ČLK bylo zastoupeno alespoň jednou pověřenou osobou.

Přípravný výbor: Dr. Kubek, Dr. Mrozek, Dr. Herman, Dr. Sojka, Dr. Ptáček

Hotel (<http://www.skalskydvur.cz>) nabízí účastníkům možnost pobytu do konce víkendu na vlastní náklady.

Potvrzení o účasti je možné zaslat na adresu České lékařské komory, Lékařská 2, 150 30 Praha 5, e-mailem: vzdelavani@clkcr.cz, seminar@clkcr.cz nebo faxem na číslo 257 220 618.

Přihláška k účasti na konferenci ČLK SKALSKÝ DVŮR 2009

Fax: +420 257 220 618, e-mail: vzdelavani@clkcr.cz, seminar@clkcr.cz

Příslušnou částku uhradím na číslo účtu 19-1083620217/0100 k. s. 0379, v. s. 2209, do data....., potvrzení o platbě přinesu s sebou k registraci účastníků.

Titul, jméno, příjmení

Korespondenční adresa:.....

Telefon e-mail:specializace.....

Člen ČLK: ano výše úhrady 1000 Kč / člen OS ČLK.....

Žádám o rezervaci místa pro doprovod za výši úhrady 1200 Kč ano ne

Člen ČLK: ne výše úhrady 5000 Kč / zástupce firmy.....

Dne

Podpis

Elektronický způsob vedení zdravotnické dokumentace

Závazné stanovisko České lékařské komory 1/2009

ČLÁNEK 1

Preambule

- Ochrana osobních údajů a zachování důvěrnosti informací o zdravotním stavu jsou jedním ze základních práv pacientů. Všichni pacienti, bez ohledu na okolnosti a původ jejich problémů, musí mít jistotu, že informace o jejich zdravotním stavu budou chráněny lékařským tajemstvím tak, aby k nim mohl mít přístup pouze zdravotnický personál přímo zapojený do vyšetřování a léčení daného pacienta, pokud tento přístup ve výjimečných případech v jasně stanoveném rozsahu zákon neumožní i jiným subjektům.
- Pokud by pacienti neměli tuto jistotu, mohli by ze strachu účelově pozměňovat nebo i zapírat některé důležité informace a jejich zdravotnická dokumentace by byla neúplná.
- Shromažďování, zpracovávání a ukládání osobních údajů v elektronické podobě může usnadnit sdílení těchto informací i přístup k nim, což může zlepšit účinnost a efektivitu diagnostických procesů i kvalitu léčby. Nicméně, elektronické vedení zdravotnické dokumentace s sebou přináší zvýšené riziko jejich zneužití neoprávněnými osobami, pokud zabezpečovací systém není dostatečně spolehlivý. Největší nebezpečí úniku a zneužití informací s sebou nese vedení zdravotnické dokumentace v podobě dostupné na dálku.
- Pacient by měl mít právo zakázat vedení své zdravotnické dokumentace v elektronické formě, zejména pokud by se jednalo o vedení této dokumentace ve formě dostupné na dálku. Pacient musí mít kontrolu nad tím, jaký druh informací je vkládán do jeho zdravotnické dokumentace. Toto právo může být omezeno pouze z medicínských důvodů. V tomto případě je odpovědnost za rozsah a kvalitu údajů plně na ošetřujících zdravotnických pracovnících.
- Vedení zdravotnické dokumentace v elektronické podobě musí být motivováno prospěchem pacienta, nikoliv ziskem komerčních subjektů a nesmí představovat pro zdravotnická zařízení dodatečnou časovou nebo finanční zátěž. Zavádění elektronického způsobu vedení zdravotnické dokumentace ve formě dostupné na dálku by mělo předcházet vytvoření systému ochrany sdílených dat, včetně fáze jejich sběru, zpracování, uchovávání a využívání. Nezbytné je

přesné stanovení odpovědnosti za ochranu sdílených dat.

- Základním předpokladem ochrany sdílených dat je vytvoření přesných, správných a úplných registrů subjektů, které budou jakýmkoli způsobem k datům přistupovat. Bez úplného registru lékařů, zdravotnických zařízení, lékárníků, lékáren a dalších subjektů jakkoli manipulujících s daty není přijatelné spouštění modulů eHealth.

ČLÁNEK 2

Úplnost zdravotnické dokumentace

- Elektronické vedení zdravotnické dokumentace je možné pouze za předpokladu, že je zajištěna úplnost a korektnost informací o zdravotním stavu pacienta. Neúplná zdravotnická dokumentace může působit zavádějícím způsobem v diagnostickém a léčebném procesu a tím ohrožovat bezpečnost pacientů.
- U každého záznamu a změny ve zdravotnické dokumentaci musí být průkazné, kdo a kdy je provedl a kdo je tedy za informace zodpovědný.

ČLÁNEK 3

Přístup k informacím ze zdravotnické dokumentace

- Přístup k informacím ze zdravotnické dokumentace je možný pouze na základě autorizace a jen pro okruh uživatelů přesně definovaný zákonem, nejlépe jen pro zdravotnický personál, který informace potřebuje k péči o pacienta.
- O každém úspěšném i neúspěšném pokusu o přístup do zdravotnické dokumentace musí existovat přesná a úplná evidence.

ČLÁNEK 4

Důvěrnost informací o zdravotním stavu

- Zachovávání lékařského tajemství a důvěrnost informací o zdravotním stavu pacienta musí být v případě elektronicky vedené dokumentace zajištěna obdobně jako u zdravotnické dokumentace vedené v listinné podobě.
- Informace pro účely statistické, vědecké a vzdělávací by měly být zpřístupňovány pouze v anonymní podobě s výjimkou případů, kdy by tento postup mohl ohrozit bezpečnost pacienta.

- Informace ze zdravotnické dokumentace pacienta mohou být přístupné pro fyzické nebo právnické osoby nezajišťující léčbu pacienta (např. zdravotní pojišťovny, správu sociálního zabezpečení...) pouze na základě zákona.

ČLÁNEK 5

Vlastnictví zdravotnické dokumentace

- Osobní údaje i informace o zdravotním stavu jsou vlastnictvím pacienta, avšak zdravotnická dokumentace je ve vlastnictví zdravotnického zařízení, které ji archivuje a skartuje podle pravidel platných pro zdravotnickou dokumentaci vedenou v listinné podobě.
- Systém ochrany musí být vytvořen tak, aby chránil nejen osobní a citlivá data nemocných a vyšetřovaných, ale také aby chránil duševní vlastnictví tvůrců zdravotnické dokumentace a chránil zdravotnická zařízení před důsledky modifikace anebo případné ztráty sdílených dat.
- Souhrnné statistické vyhodnocení údajů poskytovaných v definovaném rozsahu zdravotnickými zařízeními k centrálnímu zpracování by mělo být pro tato zdravotnická zařízení bezplatně dostupné.

ČLÁNEK 6

Práva pacienta

- V případě elektronického způsobu vedení zdravotnické dokumentace musí mít pacienti stejná práva jako při vedení zdravotnické dokumentace v listinné podobě.
- Pacient musí mít právo na kopii své zdravotnické dokumentace a na výpis z ní.
- Převod informací nebo rozšíření přístupu do zdravotnické dokumentace musí podléhat souhlasu pacienta, nestanoví-li obecně závazné právní předpisy jinak.
- Pacient by měl mít možnost omezit přístup k části své zdravotnické dokumentace pouze pro určité zdravotnické pracovníky (např. v případě psychiatrické dokumentace).

ČLÁNEK 7

Závěrečná ustanovení

- Tímto závazným stanoviskem nejsou dotčeny další povinnosti při vedení elektronické zdravotnické dokumentace, které stanoví obecně závazné právní předpisy.
- Toto závazné stanovisko bylo projednáno a schváleno představenstvem ČLK dne 17. 1. 2009 a nabývá účinnosti dne 30. 1. 2009.

Možnosti spolupráce lékařské komory a krajů



Dne 16. ledna 2009 vystoupil prezident ČLK Dr. Kubek jako host na zasedání Rady Asociace krajů v Brně, kde přítomným hejtmanům prezentoval možnosti spolupráce s ČLK v oblasti zdravotnictví.

Spolupráci krajů a lékařské komory upravují zákony v následujících oblastech:

- účast ČLK při výběrových řízeních před uzavřením smlouvy mezi zdravotnickým zařízením (dále ZZ) a zdravotními pojišťovnami (§49 zákona č. 48/1997 Sb.)

Zde obě strany spatřují problém v tom, že výsledek výběrového řízení není pro zdravotní pojišťovny závazný.

- účast ČLK v územních znaleckých komisích (§77 zákona č. 20/1966 Sb.)

Další možnosti spolupráce se otevírají v následujících oblastech:

- odborná spolupráce při registraci nestátních ZZ
- spolupráce při řízení krajem zřizovaných ZZ

ČLK připravuje doporučení, jak by mělo být personálně zajištěno poskytování zdravotní péče lege artis. Tato doporučení by měla především chránit lékaře v případě odborného pochybení. Zdravotnickým zařízením splňujícím personální doporučení ČLK by komora mohla udělovat certifikáty kvality.

- vzájemná podpora při jednání se zdravotními pojišťovnami a se státem
 - spolupráce při vytváření regionálních koncepcí zdravotnictví
- Odborná pomoc komory i možná účast zástupců ČLK ve výběrech pro regionální rozvoj kraje.

- vzájemná podpora při prosazování legislativních změn
- Na rozdíl od ČLK mají kraje možnost předkládat návrhy zákonů.

- spolupráce při ovlivňování zdravotní politiky státu

Kraje mají v oblasti zdravotnictví obrovské kompetence a ve spolupráci s nimi může ČLK efektivně hájit profesní práva svých členů.

Přítomní hejtmani nabídku ČLK přivítali a spolupráci přislíbili. Koordinátorem pro věci zdravotnictví byl zvolen MUDr. Jiří Běhounek, hejtman kraje Vysočina. Realizace spolupráce v jednotlivých regionech je pochopitelně věcí krajských a místních funkcionářů komory. Záleží pouze na nás, zda a jak dokážeme možnosti posílit autoritu ČLK využít.

Regulační poplatky

Prezident ČLK informoval hejtmany o usnesení XXII. sjezdu ČLK a o skutečnosti, že se jménem ČLK v prosinci 2008 obrátil

na Úřad na ochranu hospodářské soutěže (ÚHOS) s podnětem, aby úřad prošetřil, zda při proplácení tzv. regulačních poplatků občanům z prostředků krajů nedochází k nedovolené podpoře některých zdravotnických zařízení a zda nejsou porušována pravidla hospodářské soutěže. Pojištěnci, kteří si mohou vybrat mezi čerpáním ambulantní péče v nemocnici, již vlastní příslušný kraj, nebo u soukromého lékaře, by totiž mohli být motivováni k tomu, zvolit si raději nemocnici, která je ve vlastnictví kraje než soukromého lékaře, protože v nemocnici nebudou muset platit regulační poplatky, které za ně z veřejných finančních prostředků uhradí příslušný kraj. Jako nejproblématictější se jeví záměr Olomouckého kraje, hradit poplatky v nemocnicích, které má dlouhodobě pronajaty společnost Agel a nejedná se tedy v pravém slova smyslu o krajská zdravotnická zařízení.

- Hejtmani trvají na tom, že splní slib, který dala ČSSD občanům před krajskými volbami.
- ČLK upřednostňuje systémové řešení problému cestou změny zákona. Prezident ČLK varoval před chaosem, který vznikne zejména tehdy, pokud jednotlivé kraje budou postupovat různě.

I když je regulační efekt poplatků většinou sporný, upřednostňuje ČLK před jejich úplným zrušením změny, které systém učiní společensky a sociálně přijatelnějším. Dr. Kubek připomenul, že ČLK měla od počátku výhrady ke způsobu výběru poplatků i k jejich vzájemným proporcím.

Prezident ČLK dále informoval, že se ČLK snaží přispět k politické dohodě o změně poplatků přibližně v těchto intencích:

- osvobození dětí do 18 let
- osvobození seniorů od 70 (65) let
- snížení tzv. ochranného limitu ze současných 5000 na 3000 Kč, přičemž by se do tohoto limitu nově započítávaly i platby za hospitalizaci a pohotovostní služby
- způsob započítávání doplateků na léky doporučuje ČLK zachovat, aby neohrozila destabilizace zdravotního pojištění
- Platba při hospitalizaci by se neměla nazývat regulačním poplatkem, ale příspěvkem na hotelové služby, který by bylo možné zvýšit např. na 100 až 150 Kč s tím, že v případě nesnížení ochranného limitu by se příspěvek platil po omezenou délku hospitalizace, např. maximálně 20 dnů v roce.
- zrušení regulačních poplatků za položku na receptu a jejich nahrazení manipulačním poplatkem za zpracování receptu cca 20 Kč

Vedle snahy omezovat spotřebu zdravotní péče byla cílem zavedení poplatků také alespoň částečná kompenzace nedostatečných plateb zdravotních pojišťoven za péči. **ČLK trvá na tom, aby zdravotní pojišťovny kompenzovaly soukromým lékařům a nemocnicím propad příjmů způsobený změnou nebo zrušením těchto poplatků.**

Žádosti prezidenta ČLK o zohlednění možného zrušení regulačních poplatků v textu úhradové vyhlášky ministr Julínek nevyhověl.

Ve věci hrazení tzv. regulačních poplatků občanům z prostředků krajů nedošlo mezi hejtmany a prezidentem ČLK k žádné dohodě.

Zdravotnictví potřebuje více peněz

Prezident ČLK dále upozornil na závažný problém nedosta-
tečného financování zdravotnictví.

Výdaje na zdravotnictví v ČR

	2003	2004	2005	2006	2007
Zdravotní pojišťovny	151 701	163 330	170 093	171 516	185 610
	77,7 %	79,0 %	78,9 %	77,7 %	78,4 %
Rozpočty	23 891	21 495	21 263	22 828	17 510
	12,3 %	10,4 %	9,9 %	10,3 %	7,4 %
Celkem veřejné výdaje	175 592	184 825	191 356	194 344	203 120
	90,0 %	89,4 %	88,8 %	88,0 %	85,4 %
Soukromé výdaje	19 563	21 927	24 228	26 534	33 481
	10,0 %	10,6 %	11,2 %	12,0 %	14,2 %
Celkové výdaje	195 155	206 752	215 584	220 878	230 980
Podíl na HDP	7,6 %	7,3 %	7,2 %	6,9 %	6,7 %

Zdroj: ÚZIS – Zdravotnická ročenka ČR 2007

- Výdaje na zdravotnictví zaostávají za možnostmi ekonomiky ČR a jejich podíl na HDP již pět let soustavně klesá, přičemž 6,7 % je kritickou hodnotou (průměr EU-15 je 8,9 %).
- Nejrychleji rostoucí položkou výdajů na zdravotnictví je spoluúčast pacientů, která se v roce 2007 i bez Julínkových poplatků meziročně zvýšila o 6,9 mld. Kč, tedy o 26,2 %.
- Od roku 2003, kdy došlo k převodu bývalých okresních nemocnic pod kraje, klesá podíl rozpočtových výdajů na financování zdravotnictví. V roce 2007 byly rozpočtové výdaje dokonce o 6,4 mld. Kč nižší než v roce 2003.
- navzdory inflaci byly výdaje z územních rozpočtů na zdravotnictví v roce 2007 v nominální částce nižší než v roce 2000. Financování zdravotnictví tak přestává být vícezdrojové

Rozpočtové výdaje na zdravotnictví

	2000	2004	2005	2006	2007
Státní rozpočet	8 319	10 485	12 334	14 421	9 164
Územní rozpočty	8 851	11 010	8 930	8 407	8 346
Rozpočtové výdaje celkem	17 170	21 495	21 263	22 828	17 510

Zdroj: ÚZIS – Zdravotnická ročenka ČR 2007

Příjmy včetně pohotovostních služeb a přesčasové práce, tedy nikoliv za úvazek 1,0.

- V nemocnicích, které jsou akciovými společnostmi, jsou mzdy zdravotníků nižší než platy v nemocnicích, které se při odměňování řídí státními platovými tabulkami.

Porovnání platů a mezd v roce 2007

	Lékaři	SZP
Plat (státní tarifní tabulky)	43 353 Kč	22 290 Kč
Mzda (smluvní mzdy v a. s.)	40 549 Kč	19 621 Kč
Rozdíl	-2 804 Kč	-2 669 Kč
	-6,5 %	-12,0 %

Zdroj: ÚZIS – Zdravotnická ročenka ČR 2007

Prezident ČLK vyzval hejtmany, aby se více než jejich předchůdci přihlásili k zodpovědnosti za zajišťování zdravotní péče v regionech. Je třeba navyšovat finanční pomoc zdravotnickým zařízením a zajistit zvýšení příjmů zdravotníků v nemocnicích, které trpí nedostatkem kvalifikovaného personálu.

Příspěvky krajů občanům na úhradu tzv. regulačních poplatků v žádném případě nemohou nahradit finanční podporu zdravotnictví z krajských rozpočtů a nesmí být poskytovány na její úkor.

Michal Sojka



Prezident republiky Václav Klaus přijal 27. ledna v Praze nově zvolené hejtmany a spolu s nimi pražského primátora. Zleva hejtmani krajů Pardubického Radko Martínek, Zlínského Stanislav Mišák, Jihočeského Jiří Zimola, Plzeňského Milada Emmerová, Královhradeckého Lubomír Franc, Libereckého Stanislav Eichler, Moravskoslezského Jaroslav Palas, prezident Václav Klaus, kraje Vysočina Jiří Běhounek, Jihomoravského Michal Hašek, Ústeckého Jana Vaňhová, Olomouckého Martin Tesařík, Karlovarského Josef Novotný, Středočeského David Rath a primátor hlavního města Prahy Pavel Bém.



ÚOHS: Nejde o nedovolenou podporu, ale.. Dopis Ing. Martina Peciny, předsedy ÚOHS, prezidentovi ČLK

Vážený pane prezidente,
dne 23. prosince 2008 Úřad pro ochranu hospodářské soutěže (dále jen „Úřad“) obdržel Váš podnět k prošetření sponzorování regulačních poplatků ve zdravotnictví v kraji.

V tomto podnětu žádáte Úřad o prošetření, zda záměr krajů hradit za občany regulační poplatky v krajských zdravotnických zařízeních od 1. ledna 2009 nebude v rozporu se zákonem o ochraně hospodářské soutěže, případně jiným právním předpisem.

Tuto problematiku Úřad prozatím posuzoval z pohledu veřejné podpory. V současné době rovněž provádíme právní analýzu souladu postupu krajů se zákonem č. 143/2001 Sb., o ochraně hospodářské soutěže, v platném znění. O závěrech této právní analýzy Vás budeme informovat. Považuji za vhodné zdůraznit, že od vstupu ČR do EU je Úřad podle zákona č. 215/2004 Sb., o úpravě některých vztahů v oblasti veřejné podpory a o změně zákona o podpoře výzkumu a vývoje v oblasti veřejné podpory centrální koordinační, poradenský, konzultační a monitorovací orgán. Jako takový vydává svá nezávazná stanoviska, která mají sloužit jako doporučení, jak postupovat v souladu s pravidly veřejné podpory. Rozhodovací pravomoc v oblasti veřejné podpory převzala Evropská komise.

Při posuzování vašeho podnětu bylo zkoumáno, zda nedojde k naplnění všech čtyř znaků veřejné podpory, jak vyplývají z článku 87 smlouvy ES. Závěry odboru veřejné podpory jsou následující:

Aby se jednalo o veřejnou podporu definovanou v čl. 87 odst. 1 Smlouvy ES, je třeba zjistit, zda jsou naplněny následující znaky:

- 1) podpora je poskytnuta z veřejných prostředků,
- 2) zvýhodňuje určité podniky nebo odvětví
- 3) narušuje soutěž nebo hrozí jejím narušením
- 4) ovlivňuje nebo může ovlivnit obchod mezi členskými státy.

V případě proplácení regulačních poplatků krajským zdravotnickým zařízením je první znak naplněn, jelikož úhrada půjde z prostředků krajů, které jsou pro účely posuzování veřejné podpory považovány za veřejné prostředky. Z pohledu naplnění druhého znaku je vhodné zdůraznit, že pojem podnik pro účely zjišťování existence veřejné podpory neodpovídá jeho vymezení v zákoně č. 513/1991 Sb., obchodní zákoník. Rozhodující je, zda subjekt vykonává ekonomickou činnost v soutěžním prostředí, přičemž nezáleží na jeho právní formě, způsobu financování ani sledování dle ziskovosti. V oblasti veřejné podpory se za výkon ekonomické činnosti považuje nabízení zboží nebo služeb na trhu, za které je nebo může být požadována úhrada. Poskytování zdravotnických služeb je tedy považováno za ekonomickou činnost v soutěžním prostředí, které je způsobilé ovlivňovat trh. Vzhledem k uvedenému tedy nelze vyloučit rovněž naplnění druhého znaku. Zbývající dva znaky se presumují a s určitostí je může vyloučit jen Evropská komise.

Z výše uvedeného je zřejmé, že hrazení regulačních poplatků jen v krajských nemocnicích nelze vyjmout z režimu pravidel veřejné podpory. Z důvodu nutnosti hledání možných řešení, jak postupovat v souladu s pravidly veřejné podpory, Úřad kontaktoval jednotlivé kraje a uspořádal dne 4. prosince 2008 v Brně mítink zástupců krajů s cílem upozornit je

na možná rizika plynoucí z proplácení regulačních poplatků jen v krajských nemocnicích. Rovněž na tomto mítinku navrhl možné varianty postupu, při kterých by nebyla porušena pravidla veřejné podpory.

Podle názoru Úřadu první možností, jak postupovat v souladu s pravidly veřejné podpory, je hradit regulační poplatky všem zdravotnickým zařízením ve všech krajích České republiky. Tento postup není diskriminační a odpadá tak riziko narušení soutěže a případných stížností u Evropské komise.

Druhou možností je hradit regulační poplatky v krajských zdravotnických zařízeních v režimu podpory de minimis. V tomto případě je nutné postupovat v souladu s Nařízením Komise č. 1998/2006 o použití článků 87 a 88 Smlouvy na podporu de minimis (dále jen „Nařízení“). Při zvolení této možnosti je povinností příslušného kraje upozornit krajská zdravotnická zařízení na charakter podpory de minimis s vyloučením odvoláním na Nařízení. Dále si kraj vyžádá prohlášení o jakýchkoli dalších podporách de minimis, které krajská zdravotnická zařízení čerpaly v předchozích dvou rozpočtových letech a v současném roce. Souhrn proplacených poplatků nesmí v jednotlivém krajském zdravotnickém zařízení překročit během tří let strop de minimis, který je v současné době 200 000 eur. Povinností kraje je rovněž zajistit kontrolu nepřekročení stropu podpory de minimis.

Třetí možností je, že regulační poplatky budou občanům hrazeny ze strany krajských zdravotnických zařízení, a ne ze strany krajů. Poplatky tak nebudou hrazeny z krajských, tedy veřejných prostředků, a nebude naplněn jeden ze čtyř znaků veřejné podpory. Považuji však za vhodné zdůraznit skutečnost, že Úřad u této varianty neposuzoval její soulad zejména se zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, případně s dalšími právními předpisy, jelikož k tomu není příslušný.

V současné době Úřad vyzval jednotlivé kraje k zaslání informací o tom, jakým způsobem se rozhodly ve věci proplácení regulačních poplatků postupovat a jakou variantu zvolily, případně zamýšlejí zvolit.

Vážený pane prezidente, v případě Vašich dalších dotazů se na mě neváhejte obrátit.

S pozdravem

Ing. Martin Pecina, MBA

Předseda Úřadu pro ochranu hospodářské soutěže

V Brně dne 19. ledna 2009



Prezident ČLK vyzval hejtmany, ať přestanou platit poplatky za pacienty

Tiskové prohlášení prezidenta ČLK

Změnu pravidel placení tzv. regulačních poplatků, kterou přijal Senát ČR a kterou dne 11. 2. 2009 schválila Poslanecká sněmovna, lze považovat za přijatelný kompromis, který výrazně zmírňuje asociální a nesmyslný systém zavedený bývalým ministrem zdravotnictví Dr. Julínkem. Nová pravidla osvobozující od placení poplatků děti již neodporují evropské tradici financování zdravotní péče na solidárním principu.

Změna pravidel pro placení tzv. regulačních poplatků jistě není ideální, ale jde o krok správným směrem. Životaschopnost tohoto kompromisu pochopitelně prověří čas. Jedním z nedostatků, který by měl být odstraněn, je např. placení tzv. regulačních poplatků u levných léků, zatímco léky dražší, s doplatkem pacienta, by měly být vydávány bez regulačního poplatku. Tato změna prosazená ministerstvem výrazně zvýší náklady zdravotním pojišťovně. Farmaceutické firmy, distributoři léků i lékární totiž motivuje ke zdražování léků, a to v některých případech až do limity maximální cenou. Výdaje za léky tedy porostou ještě rychleji než v roce 2008.

Česká lékařská komora trvá na tom, že propad příjmů způsobený změnou pravidel pro placení tzv. regulačních poplatků musí být zdravotnickým zařízením kompenzován. V této souvislosti oceňuji slib ministryně zdravotnictví Ing. Filipiové, že využije vliv ministerstva na vedení zdravotních pojišťoven a splnění tohoto požadavku lékařské komory zajistí. V této souvislosti je třeba upozornit, že výpadek příjmů se netýká pouze praktických lékařů pro děti. Požadujeme kompenzaci pro všechny soukromé lékaře i pro nemocnice. Jako nejspravedlivější se jeví cesta proplácení tzv. signálního kódu o nevybrání tzv. regulačního poplatku. Dokud nebude splněn tento oprávněný požadavek ČLK, doporučuji soukromým lékařům a ředitelům nemocnic, aby nepodepisovali dodatky ke smlouvám se zdravotními pojišťovnami.

Vzhledem k tomu, že změny pravidel placení tzv. regulačních poplatků výrazně zmírňují asociálnost a tvrdost systému prosazeného bývalým ministrem zdravotnictví Dr. Julínkem, vyzývám tímto hejtmany a krajské zastupitele, aby schválenou změnu zákona respektovali a ukončili dotování těchto poplatků pro některé pacienty. Úřad na ochranu hospodářské soutěže, na který se s podnětem v této

věci ČLK obrátila, sice nekonstatoval, že by šlo o nedovolenou veřejnou podporu některých zdravotnických zařízení, avšak zároveň upozornil, že rozhodovací pravomoc v této věci má od vstupu ČR do EU Evropská komise. ÚOHS se zároveň dosud nevyjádřil k našemu dotazu, zda nedochází k porušování pravidel hospodářské soutěže. V každém případě, a to bez ohledu na protichůdné názory právníků, dochází ke zvyšování chaosu ve zdravotnictví a někteří občané, kteří navštěvují zdravotnické zařízení, v němž kraje poplatky nedotují, se mohou cítit znevýhodněni, obdobně jako zdravotnická zařízení, která nejsou zřizována kraji.

Česká lékařská komora není aktivně legitimována k podávání žaloby v této věci, protože není podnikatelským subjektem a nemůže tedy být případnou nekalou soutěží poškozena. Bez ohledu na nejistý výsledek případného sporu, poskytne však právní oddělení ČLK na požádání soukromým lékařům vzor možné žaloby pro podezření z porušování pravidel hospodářské soutěže, k němuž by mohlo docházet při darování regulačních poplatků pacientům, kteří využívají služeb některých zdravotnických zařízení. Právní oddělení ČLK připraví pro soukromé lékaře rovněž text možného podnětu k Evropské komisi.

MUDr. Milan Kubek, prezident ČLK, 11. 2. 2009

Změny v tzv. regulačních poplatcích plánované od 1. dubna 2009

- Děti do 18 let nebudou platit poplatky při ambulantním vyšetření. Poplatek za pohotovostní službu a za hospitalizaci budou naopak platit i nadále.
- Takzvaný ochranný limit, tedy maximální výše poplatků a některých doplatků za rok, se u dětí do 18 let a u seniorů nad 65 let snižuje z 5000 Kč na 2500 Kč.
- Zvláštním způsobem jsou zvýhodněni pacienti, kterým je předepsán lék dražší oproti těm s lékem bez doplatku. Novela zákona totiž obsahuje také tuto formulaci: „Pokud pojištěnec za vydání léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely předepsaného

na receptu platí doplatek, je součet doplatků za všechna balení léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely jednoho druhu snížen o zaplacený regulační poplatek, nebo jeho příslušnou část, a to tak, aby částka zaplacená pojištěncem za doplatek a regulační poplatek činila nejméně 30 Kč.“

- Do ochranného limitu se nově započítávají i doplatky za léky, jejichž úhrada z pojištění je nižší než 30 % jejich maximální ceny. U seniorů starších 65 let se do limitu počítají též doplatky za částečně hrazené léčivé přípravky nebo potra-

viny pro zvláštní lékařské účely, obsahující léčivé látky určené k podpůrné nebo doplňkové léčbě.

- Regulační poplatky neplatí děti v ústavech a osoby v sociálních zařízeních, kterým zbývá na měsíc pro osobní potřebu méně než 800 Kč.
- Opakované udělení pokuty ze strany pojišťovny za neoprávněné vybírání poplatků nebo naopak jejich opakované nevybírání bude důvodem pro ukončení smlouvy mezi pojišťovnou a zdravotnickým zařízením.

(red)

Specializovaná způsobilost

Blíží se konec možnosti doplnění chybějící části odborné praxe

S pojmem specializovaná způsobilost lékaře se v České republice setkáváme od roku 2004, přesněji řečeno od 2. 4. 2004, kdy nabyl účinnosti zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta.

Cílem přijetí tohoto zákona bylo sjednocení české právní úpravy podmínek výkonu povolání lékaře (zubního lékaře a farmaceuta) s evropskou legislativou. Vzhledem k tomu, že náš tehdejší dvoustupňový vzdělávací systém (speciálizace I. a II. stupně) byl v Evropě ojedinělý, bylo třeba vyřešit aplikaci evropských podmínek zejména na ty české lékaře, kteří svoji specializační přípravu ukončili podle pravidel platných před přijetím nového zákona a na základě takto ukončené speciálizace vykonávají lékařské povolání zcela samostatně, často formou soukromé lékařské praxe. Nutno konstatovat, že v tomto ohledu je zákon č. 95/2004 Sb. promarněnou příležitostí k přijetí transparentní a spravedlivé právní úpravy, která by ve všech případech respektovala již dříve přiznaná práva.

U uplynulých téměř pěti letech způsobilá aplikace přechodných ustanovení zákona č. 95/2004 Sb., která tuto problematiku upravují, stovkám lékařů v České republice závažné, často až existenční problémy. Přestože se přes opakovanou snahu České lékařské komory nepodařilo dosáhnout potřebné legislativní změny, ČLK i nadále prosazuje svůj právní výklad přechodných ustanovení, který reflektuje spravedlivý přístup k jednotlivým skupinám lékařů s ohledem na jejich práva nabytá před přijetím zákona č. 95/2004 Sb. V této souvislosti již bylo za podpory právního oddělení ČLK podáno několik soudních žalob, o jejichž výsledku budeme lékařskou veřejnost informovat.

Odbornou praxi dokončit do 2. 4. 2009

Právní oddělení ČLK je na podmínky získání specializované způsobilosti po celou dobu účinnosti zákona č. 95/2004 Sb. (dál jen „zákon“) často dotazováno, přičemž v poslední době se množí otázky, zda existuje nějaký termín, do kterého je třeba žádost o potvrzení spe-

cializované způsobilosti na ministerstvo zdravotnictví podat. Jaká je tedy aktuální situace v procesu získávání specializované způsobilosti u lékařů, kteří ukončili specializační přípravu podle dřívější právní úpravy, tj. u lékařů s tzv. první, druhou nebo nástavbovou atestací?

Je zřejmě všeobecně známo, že v případě lékařů, kteří podle dřívější právní úpravy získali speciálizaci I. stupně (tzv. první atestaci), existují dva způsoby získání specializované způsobilosti:

1. lékař s první atestací si doplní chybějící část odborné praxe stanovené novým vzdělávacím programem příslušného specializačního oboru, ve kterém získal atestaci, a to **nejpozději do 2. 4. 2009**,

2. lékař s první atestací předloží osvědčení České lékařské komory k výkonu soukromé lékařské praxe a doloží, že **nejméně 5 z posledních 6 let nepřetržitě vykonává zdravotnické povolání lékaře.**

Možnost získání specializované způsobilosti prvním způsobem (na základě doplnění chybějící odborné praxe) obsahuje časové omezení, avšak pouze termínem, **dokdy lze chybějící část odborné praxe doplnit tak, aby byla pro tento účel uznatelná. Zákonem byla lhůta k doplnění chybějící odborné praxe stanovena na pět let od jeho účinnosti, tj. odbornou praxi lze doplnit nejpozději do 2. 4. 2009.** Tento termín se nyní významně přiblížil a právní oddělení ČLK je lékaři dotazováno, zda po tomto termínu již nebude možné o potvrzení specializované způsobilosti ministerstvo žádat.

Není tomu tak. Jak již bylo uvedeno, **termín 2. 4. 2009 není datem, do kterého lze podat žádost o potvrzení specializované způsobilosti, nýbrž je to datum posledního dne, ke kterému je třeba odbornou praxi dokončit, aby byla uznatelná pro přiznání specializované způsobilosti dle § 44 odst. 1 věta první až pátá zákona.** Ale pokud tedy lékař s první atestací ministerstvu doloží, že absolvoval chybějící odbornou praxi, jejíž ukončení bude datováno po 2. 4. 2009, nebude mu tato praxe uznána a lékař o možnost získání specializované způsobilosti tímto způsobem definitivně přijde. **Z tohoto důvodu je datování absolvované odborné praxe opravdu důležité. Podat následně po ukončení odborné praxe na ministerstvo žádost o uznání specializované způsobilosti lze kdykoli před i po 2. 4. 2009.**

Výrazný zásah ministerstva

V případě získání specializované způsobilosti bez doplnění chybějící odborné praxe na základě osvědčení ČLK k výkonu soukromé lékařské praxe, tj. druhým výše uvedeným způsobem, **se v minulém roce podařilo ministerstvu zdravotnictví prosadit legislativní změnu, která do možnosti získat specializovanou způsobilost tímto způsobem významně zasáhla. Od 1. 7. 2008 bylo totiž přes dlouhodobý a trvalý nesouhlas ČLK uzákoněno, že pro účel získání specializované způsobilosti jsou použitelná pouze osvědčení ČLK vydaná do 17. 4. 2004.** V praxi to znamená, že i v případě tohoto způsobu získání specializované způsobilosti je od 1. 7. 2008 nově dáno časové omezení, v tomto případě termínem vydání licence ČLK. ČLK s takto definovanou podmínkou i přes její uzákonění nesouhlasí právě z toho důvodu, že její bezmyšlenkovitou aplikací dochází k poškození práv zejména té části lékařů, kteří do uvedeného data o licenci ČLK nepožádali, nicméně podmínky pro její udělení již mnohdy řadu let splňovali. Dlužno dodat, že i před 1. 7. 2008 ministerstvo v čele s ministrem Tomášem Julínkem licence ČLK vydané po 17. 4. 2004 neuznávalo.

ČLK považuje tento postup za právně sporný a prostřednictvím právního oddělení poskytla právní podporu těm lékařům, kteří se rozhodli proti zamítavému rozhodnutí ministerstva brojit formou soudní žaloby. Žádná pravomocná rozhodnutí v této věci dosud nepadla. Pro úplnost je třeba doplnit, že výše uvedená legislativní změna (konkrétně ustanovení čl. V. odst. 2 zákona č. 189/2008 Sb.) má nicméně jeden pozitivní přínos. **Samotná dikce předmětného ustanovení zákona č. 189/2008 Sb. totiž přináší jednoduché vyřešení problému se získáním specializované způsobilosti u těch lékařů, kteří před přijetím zákona č. 95/2004 Sb. získali osvědčení ČLK k výkonu soukromé lékařské praxe v některém z dříve nástavbových oborů (kardiologie, diabetologie atd.), a to na základě dlouhodobé odborné praxe v tomto oboru.** Nutno však dodat, že i přes poměrně jednoznačné znění předmětného ustanovení zákona

č. 189/2008 Sb. se i nadále setkáváme se zamítavým přístupem ministerstva zdravotnictví, které i po 1. 7. 2008 trvá na svém názoru, že tito lékaři musí pro získání specializované způsobilosti doložit získání tzv. **nástavbové atestace**. K tomu lze dodat, že jediným orgánem, který je oprávněn závazně rozhodnout o nároku na přiznání specializované způsobilosti v konkrétním případě, je soud.

Správní žalobu lze podat v případě, kdy jsou vyčerpány všechny řádné opravné prostředky proti rozhodnutí ministerstva zdravotnictví. V každém konkrétním případě je tedy třeba podat žádost o potvrzení specializované způsobilosti, poté podat opravný prostředek (rozklad) a v případě zamítavého rozhodnutí ministerstva o rozkladu podat ve lhůtě dvou měsíců od doručení rozhodnutí správní žalobu. Lékařům, kteří by měli zájem spor o získání specializované způsobilosti uvedenou cestou řešit, poskytne právní oddělení ČLK bezplatnou právní podporu.

Pro koho platí výjimka

Výjimka ze dvou výše uvedených způsobů získání specializované způsobilosti v případě lékařů s první atestací platí u **lékařů, kteří podle dřívějších právních předpisů získali specializaci I. stupně v základním oboru všeobecné lékařství**. U nich je situace poměrně přehledná: podle zákona získávají bez dalšího specializovanou způsobilost v oboru **všeobecné praktické lékařství** (od 1. 7. 2008 byl takto přejmenován obor praktické lékařství pro dospělé). Výjimkou jsou také **lékaři, kteří podle dřívějších právních předpisů získali specializaci I. stupně v základním oboru pediatrie a chtějí získat specializovanou způsobilost v oboru praktické lékařství pro děti a dorost**. V takovém případě zákon stanoví jedinou podmínku – pracovat v oboru pediatrie déle než 3 roky, z toho alespoň 1 rok v primární péči. **Možnost podání žádosti o přiznání specializované způsobilosti není ani v těchto případech nijak časově omezena.**

Poměrně jednoduchá a přehledná situace je také u **lékařů, kteří podle dřívějších právních úprav získali specializaci II. stupně v základním oboru (tzv. druhou atestaci) nebo specializaci v nástavbovém oboru (tzv. nástavbovou atestaci)**. Tito lékaři získávají bez dalšího specializovanou způsobilost v oboru, ve kterém byla specializace získána,

popř. v obdobném oboru, pokud byl dřívější obor přejmenován nebo nahrazen jiným specializačním oborem.

Výjimkou je specializace **v nástavbovém oboru audiologie nebo foniatrie**. Tyto specializační obory již samostatně neexistují a lékaři, kteří získali specializaci v jednom z těchto oborů, získají **specializovanou způsobilost v oboru audiologie a foniatrie za předpokladu, že si doplní chybějící část odborné praxe stanovené vzdělávacím programem tohoto specializačního oboru do 2. 4. 2009**. I v tomto případě se tedy uplatní časové omezení a i zde platí, že se tento termín týká pouze povinnosti doplnit si chybějící odbornou praxi. **Podání žádosti o přiznání specializované způsobilosti v oboru audiologie a foniatrie, ale i v ostatních dříve základních nebo nástavbových oborech, je možné kdykoli, tj. i po 2. 4. 2009.**

Specializovaná způsobilost přímo ze zákona

Závěrem pár slov k otázce, zda lékař získává specializovanou způsobilost přímo ze zákona, nebo až potvrzením této skutečnosti ministerstvem zdravotnictví. Jinými slovy, **jsou lékaři ve všech případech povinni žádat ministerstvo zdravotnictví o posouzení podmínek k získání specializované způsobilosti?** Taková povinnost zákonem stanovena není. **Lékaři získávají specializovanou způsobilost přímo ze zákona na základě splnění zákonem stanovených podmínek.** Nejsou tedy povinni opatřovat si potvrzení ministerstva zdravotnictví. **Ministerstvo je navíc oprávněno pouze posoudit, zda byly splněny zákonné podmínky pro získání specializované způsobilosti, a to také ve svém rozhodnutí potvrzuje.** O posouzení splnění zákonem daných podmínek, resp. „o přiznání specializované způsobilosti“, jak je často nepřesně používáno, tak běžně žádají lékaři s první atestací. Už méně často o potvrzení specializované způsobilosti žádají lékaři s druhou nebo nástavbovou atestací. Je to dáno tím, že posouzení skutečnosti, zda tito lékaři mají nebo nemají specializovanou způsobilost, je pro zaměstnavatele, zdravotní pojišťovny či krajský úřad poměrně jednoduché.

V praxi se nicméně čím dál častěji setkáváme zejména ze strany zdra-

votních pojišťoven s požadavkem, aby lékař doložil potvrzení ministerstva zdravotnictví, že má v daném oboru specializovanou způsobilost. Je nepochybné, že není povinností lékaře si toto potvrzení opatřit, když specializovanou způsobilost získává přímo ze zákona a zmíněným institucím by tedy měl stačit doklad o dosaženém vzdělání. Stejně tak je zřejmé, že v mnohých případech, kdy je na základě dosaženého vzdělání (druhá nebo nástavbová atestace) zřejmé, že dotyčný lékař má specializovanou způsobilost v daném oboru, si zmíněné instituce tímto způsobem zjednodušují práci. **Na druhou stranu se v mnohých případech ukázalo, že trvat při jednání s úředníky na tom, že informaci o specializované způsobilosti lze vyvodit z dokladů o vzdělání, bylo v mnohých případech kontraproduktivní. Z praktických důvodů lze proto doporučit všem lékařům, kteří nezískali specializovanou způsobilost na základě složení tzv. nové atestace, aby si žádost o potvrzení specializované způsobilosti na ministerstvo zdravotnictví podali.** Usnadní si tím budoucí komunikaci nejen s výše uvedenými institucemi, ale například i se zaměstnavatelem při vyjednávání pracovního a platového zařazení. Opatřit si potvrzení specializované způsobilosti lze doporučit nejen těm lékařům, kteří si plánují založit nové nestátní zdravotnické zařízení, ale i těm, kteří již soukromou lékařskou praxi provozují.

Jednou ze změn, kterou navrhuje ministerstvo zdravotnictví v návrhu zákona o zdravotních službách, je totiž požadavek, aby všechna stávající zdravotnická zařízení znovu prošla registračním řízením u krajských úřadů. Přestože se ČLK všemi dostupnými prostředky snaží tomu bezprecedentnímu zásahu do nabytých práv zabránit, může se stát, že právní úprava bude v této podobě přijata. V takovém případě bude nepochybně přínosné mít již potvrzení o specializované způsobilosti k dispozici.

Opakuji, že žádost o potvrzení specializované způsobilosti lze na ministerstvo zdravotnictví podat kdykoli s tím, že určité podmínky musí být splněny nejpozději k zákonem stanovenému datu, jak je rozvedeno výše. Vzory žádostí, kontakty a další informace lze nalézt na webových stránkách ministerstva zdravotnictví www.mzcr.cz.

Dagmar Záleská, právní oddělení ČLK

Kdy nebrat ohled na vůli pacienta

Na právní oddělení České lékařské komory se obrátili o radu dva lékaři

Dotaz:

Do ordinace přichází paní, jejíž 72 let stará matka je podle ní poslední dobou zmatená a potřebovala by vyšetření. Během další návštěvy pacientky provádíme test mentálních funkcí, který je na hranici normy a lehké demence. Vystavuji žádanku na psychiatrické vyšetření. Toto vyšetření rodina během cca 4 až 6 měsíců nebyla schopna zajistit, stejně jako přijet na domluvené odběry kvůli nově zjištěné cukrovce. Při poslední návštěvě v rámci celkového vyšetření pacientky bylo provedeno i EKG, kde byly určité změny. Pacientce i jejímu manželovi je vysvětlena vhodnost vyšetření internistou, resp. kardiologem, pacientka však toto odmítá a podepisuje negativní revers. Nemá žádné subjektivní obtíže, i rodinou pozorované zhoršení paměti popírá. Je zcela jistě orientována osobou a místem, jen časově není zcela přesně orientována. Pacientka neohrožuje sebe ani své okolí, tudíž násilné řešení případu nám připadá jako omezování osobní svobody.

Rodina by ono vyšetření pro svou manželku, resp. matku chtěla, nicméně místo aby jela na vyšetření, vrací se domů. Pacientka dostává do ruky doporučení k vyšetření, pokud by si ona či její rodina celou věc rozmyslela. Posléze přichází do ordinace ještě dcera pacientky, které je celá situace vysvětlena, stejně jako manželovi. Máme za to, že není-li pacientka nesvéprávná a neohrožuje své okolí, nemůže jí (možná bohužel) nikdo k vyšetření nutit.

Vyslechli jsme však přednášku jistého právníka a ten tvrdil, že lékař má právo a povinnost takového člověka i navzdory jeho vůli např. nechat převést RZP či podobně. Tato interpretace nás velmi znepokojila.

MUDr. Jan Pajerek, pediatr, člen Vědecké rady ČLK

MUDr. Hana Pajerková, praktický lékař, Ústí nad Labem

Odpověď právního oddělení ČLK:

Takto podaná právní interpretace je velmi vágní a je třeba ji bezpodmínečně vázat na splnění úzce vymezených zákonných podmínek. Pomineme-li specifické okolnosti, jako jsou např. psychiatrická vyšetření pro potřeby orgánů činných v trestním řízení, kterým je osoba na základě zvláštních právních předpisů povinna se podrobit

i bez svého souhlasu (k těmto okolnostem ve vámi popisovaném případě zcela určitě nedošlo), a budeme-li vycházet z přirozeného předpokladu, že pacientka nebyla soudem zbavena způsobilosti k právním úkonům, případně tato způsobilost nebyla omezena, řeší tuto situaci ustanovení § 23, odst. 4 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění. To uvádí, že bez souhlasu nemocného je možné provádět vyšetřovací a léčebné výkony, a je-li to podle povahy onemocnění třeba, převzít nemocného i do ústavní péče

- a) jde-li o nemoci stanovené zvláštním předpisem, u nichž lze uložit povinné léčení,*
- b) jestliže osoba jeví známky duševní choroby nebo intoxikace ohrožuje sebe nebo své okolí, anebo*
- c) není-li možné vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného vyžádat si jeho souhlas a jde o neodkladné výkony nutné k záchraně života či zdraví,*
- d) jde-li o nosiče.*

Vámi nastíněné situace by mohlo být nejbližší písmeno b) nebo c) citovaného ustanovení. V obou těchto případech musí být do posledního bodu splněny všechny podmínky, které se příslušného písmene týkají. Sám však uvádíte, že pacientka vůbec neohrožuje sebe nebo své okolí, tudíž není možné provádět vyšetřovací a léčebné výkony bez jejího souhlasu podle § 23, odst. 4, písm. b) zákona č. 20/1966 Sb., v platném znění.

Co se týče možnosti pod písmenem c), formulací *není-li možné vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného vyžádat si jeho souhlas* není myšlena subjektivní, nýbrž objektivní nemožnost a odpovídá situacím, kdy je např. pacientka v bezvědomí anebo absolutně není orientována osobou, časem i místem. Pod *neodkladnými výkony nutnými k záchraně života či zdraví* jsou myšleny takové výkony, které zabrání bezprostřednímu ohrožení života či zdraví, nikoliv však ohrožení, které může hypoteticky nastat do budoucna. Jestliže je tedy u pacientky, jak sám popisujete, podezření na částečnou poruchu paměti a EKG vykazuje „určité změny“, objektivně (bez bližších medicínských znalostí) se o bezprostřední ohrožení života či zdraví nejedná,

ledaže by ošetřující lékař sám situaci takto vyhodnotil a velmi zodpovědně by dokázal provedení výkonů bez souhlasu pacientky v případě sporu po odborné stránce obhájit. Pokud by toto ošetřující lékař nezládl, skutečně by mohl čelit podezření ze spáchání trestného činu omezování osobní svobody podle § 231, odst. 1 zákona č. 140/1961 Sb., trestní zákon, v platném znění.

Jestliže k výše uvedenému nedojde, je plně na místě, aby lékař nechal pacientku podepsat negativní revers, tak, jak mu tuto podmínku a písemnou formu stanoví § 23, odst. 2 zákona č. 20/1966 Sb., v platném znění. Stejně tak poučení rodinných příslušníků o potřebě dalších vyšetření u ambulantních specialistů je správným krokem a naplňuje ustanovení § 23, odst. 1 citovaného zákona. Pokud se však pacientka dobrovolně nerozhodne podstoupit doporučená vyšetření, není splněna jedna z výše popsaných podmínek a pacientka je plně způsobilá k právním úkonům, nemůže být k tomuto kroku nucena, a to ani ošetřujícím praktickým lékařem, ani svými rodinnými příslušníky. Jestliže navíc pacientka svému praktickému lékaři, který vyšetření indikuje, rozhodně prohlásí, že tato vyšetření odmítá, doporučujeme tento projev vůle také písemně zaznamenat, nechat pacientku podepsat a vše založit do zdravotní dokumentace. Žádanku na psychiatrické či kardiologické vyšetření poté mohou rodinní příslušníci pacientky uschovat, neboť odmítnutí vyšetření, jakožto jednostranný právní úkon, může pacientka bez problémů kdykoli vzít zpět, jestliže by si situaci rozmyslela.

Je pochopitelné, že zodpovědný lékař se s podobným stavem po medicínské stránce obtížně vyrovnává, nicméně v poskytování a indikování lékařské péče je limitován citovanou právní úpravou, kterou je potřeba mj. i pro vlastní právní ochranu respektovat, a to i s vědomím, že pro zdravotní stav pacientky by byla další vyšetření potřebná. Tento závěr je navíc podpořen ustanovením § 3, odst. 3 Etického kodexu ČLK, který uvádí, že *lékař se má vzdát paternalitních pozic v postojích vůči nemocnému a respektovat ho jako rovnocenného partnera se všemi občanskými právy i povinnostmi, včetně zodpovědnosti za své zdraví.*

Mgr. Bc. Miloš Máca, právní oddělení ČLK

ČLK odmítá projekty tzv. řízené péče

Dopis prezidenta ČLK řediteli VZP MUDr. Pavlu Horákovi, CSc., MBA

Vážený pane řediteli, představenstvo České lékařské komory se na svém lednovém zasedání zabývalo projektem „Akord“, který Všeobecná zdravotní pojišťovna rozjíždí v Plzeňském, Ústeckém, Jihočeském a Moravskoslezském kraji.

Považují za politováníhodné a obtížné pochopitelné, že VZP svůj záměr neprojednala dopředu s Českou lékařskou komorou, která je tedy v této věci odkázána na pouhé informace z veřejných zdrojů.

Jak jistě víte, Česká lékařská komora se obecně k zavádění tzv. řízené péče v ČR staví velmi rezervovaně a pro všechny její orgány je závazné usnesení sjezdu ČLK z listopadu 2008:

„ČLK odmítá projekty tzv. řízené péče, které omezují právo pacienta na svobodnou volbu lékaře a omezují svobodu lékařů léčit lege artis, v souladu se svým svědomím a znalostmi. ČLK varuje lékaře, kteří by se zapojili do podobných projektů, že jsou to oni, kteří by nesli odpovědnost za případná poškození pacientů non lege artis postupem.“

Podle našich informací nabízí VZP praktickým lékařům, kteří by se do projektu zapojili, zvýšení základní kapitační platby o 5 Kč/měsíc s tím, že od nich vyžaduje vedení zdravotnické dokumentace v elektronické formě, elektronický způsob komunikace s VZP, objednávání pacientů na čas spolu se zajišťováním objednání na čas na vyšetření i v ostatních zdravotnických zařízeních, přičemž tito lékaři budou respektovat doporučení pojišťovny, s jakými zdravotnickými zařízeními mají v první řadě spolupracovat. Projekt Akord tedy splňuje kritéria pojišťovnami řízeného poskytování zdravotní péče, které ČLK považuje za nebezpečné pro pacienty i pro lékaře.

ČLK považuje projekt za utopii připravenou zřejmě teoretiky, kteří patrně nemají představu o reálném provozu zdravotnických zařízení. Většina ambulantních specialistů totiž nabízí pacientům možnost objednání na plánovaná vyšetření na čas již nyní. Pořadí pacientů se však vždy musí řídit naléhavostí jejich zdravotního stavu. Obzvláště komplikovaná situace je u praktických lékařů, k nimž přichází většina pa-

cientů s akutními obtížemi bez ohlášení. Řada pacientů přitom ani nedodrží čas, na který jsou objednáni. Pokud by pacienti do projektu zapojení měli právo předbíhat ostatní pacienty, vznikaly by konflikty poškozující dobré jméno daného zdravotnického zařízení. Vedení zdravotnické dokumentace v elektronické formě přístupné zdravotní pojišťovně není bezpečné z hlediska ochrany citlivých údajů o zdravotním stavu pacienta, ani z hlediska ochrany duševního vlastnictví lékaře.

Na základě nám dostupných informací přijalo představenstvo ČLK usnesení, že pokud projekt „Akord“ nebude zásadním způsobem upraven, Česká lékařská komora bude lékařům nedoporučovat, aby se do něho zapojovali.

Vážený pane řediteli, dovoluji si Vás tímto požádat o jednání ve věci projektu „Akord“, a to s ohledem na postup poboček VZP pokud možno v nejbližším možném termínu.

S pozdravem

MUDr. Milan Kubek, prezident České lékařské komory

V Praze dne 3. 2. 2009

Zlínská ČLK varuje

Česká lékařská komora ve Zlíně upozorňuje občany na nekalé praktiky zdravotnického zařízení s názvem „Moje ambulance“. Zástupci tohoto zařízení oslovují občany na ulici, nebo je dokonce navštěvují v bytech s cílem získat jejich podpis či podpis jejich příbuzných k registraci do tohoto zdravotnického zařízení v centru Zlína s nabídkou zisku 200 Kč. Česká lékařská komora důrazně upozorňuje občany, že toto zdravotnické zařízení praktických lékařů nebylo doporučeno při výběrovém řízení na Krajském úřadu ve Zlíně k uzavření smluv se zdravotními pojišťovnami. Proto toto zařízení nemá smlouvy se všemi zdravotními pojišťovnami. Při podpisu registrace občanů do tohoto zařízení se může stát, že pacienti nebudou ošetřováni na náklady zdravotních pojišťoven. Také nebudou moci být nadále ošetřováni u svých dosavadních praktických lékařů.

Lubomír Nečas, předseda OS ČLK ve Zlíně

Quo vadis societas medicorum?

Po více než 40 letech jsem rezignoval na další provozování lékařské praxe. Odcházím s pocitem křivdy a roztrpčení. Po jistých nadějích po listopadu 1989 se po 20 letech svobody dostavilo velké zklamání. Lékařský stav se stal vhodným cílem útoků médií a části kverulantské veřejnosti. Společenská úroveň a ekonomická situace lékařů se zhoršuje úměrně se zvyšováním požadavků veřejnosti.

Je obtížné udržovat partnerské a vstřícné vztahy k lidem neurvalým, ničícím čekárny, toalety, výtahy a další zařízení ordinací a nemocnic, k lidem, kteří postrádají být i jen základy slušného chování. Je téměř nemožné vysvětlit povahu onemocnění či léčebný plán těm, kteří mají jen mlhavé představy o stavbě a funkci lidského těla, neřku-li o jeho poruchách a nemocech.

Je smutné, že v této době morálního, kulturního a ekonomického úpadku společnosti je lékařský stav rozhádán, zájmy

úzké profesní skupiny jsou mnohdy nadřazovány zájmům celku. Proto, vážení kolegové, věnujte laskavě i nadále svou energii vzájemným sporům, osočování kolegů čestných a obětavě pro vás pracujících. A podaří-li se vám ČLK oslabit nebo zlikvidovat, sami pak nad sebou zapláčete. Nebude nikoho, kdo by hájil čest a zájmy stavu lékařského, a stanete se nevolníky ministerstev, pojišťoven a veřejnosti.

Sbohem buď svobodné lékařské povolání.

Zdeněk Přichystal, Praha 5



I sportovec se musí léčit, ale...

Používání podpůrných látek pro zlepšení tělesné nebo duševní kondice se stává stále častěji součástí běžného života značné části lidské populace. V tomto kontextu je třeba chápat i fenomén dopingu jakožto specifické podpory sportovní výkonnosti a podávání sportovního výkonu.

Užívání dopingových látek je především spojeno s vrcholovým sportem, jehož účastníci jsou motivováni snahou pro dosažení maximální sportovní výkonnosti. Sport na této úrovni je řízen pravidly včetně zákazu užívání dopingových látek. Má svůj systém kontroly a represe zakotvený v přijatých legislativních opatřeních. Sport ve volném čase, uskutečňovaný jedinci nebo kolektivy bez výraznějších ambicí vítězit, nemá stanovená pravidla zákazu dopingů.

Dopingové látky a metody

Výčet podpůrných prostředků považovaných za doping představuje celou škálu různých látek, jejichž účinek z hlediska podpory sportovního výkonu se liší v zásadě podle toho, na kterou složku výkonu ta která látka působí. Některé látky mají větší význam pro rozvoj síly a rychlosti, jiné pro vytrvalost, některé působí spíše na projevy chování, zvyšují sebevědomí, agresivitu nebo naopak zase zklidňují, tlumí bolest apod. O tom, zda určitá látka nebo metoda bude posouzena jako dopingová a zařazena na seznam zakázaných látek a metod dopingů, rozhoduje Světová antidopingová agentura (WADA) na základě posouzení její lékařské komise. Rozhodnutí WADA o zařazení látky nebo metody na Seznam je konečné a nelze jej zpochybňovat s odůvodněním, že látka nebo metoda nemohla zvýšit výkon v daném sportu, nepředstavovala riziko pro zdraví nebo nebyla porušením ducha sportu.

Zásadní členění seznamu je na látky a metody, které jsou jako doping zakázány vždy, tj. při soutěži i mimo soutěž, a na látky a metody zakázané pouze při soutěži. Je tomu tak proto, že některé látky nebo metody mohou zvýšit výkon při vlastní soutěži, jiné mají potenciál zvýšit výkonnost pro další soutěže nebo mohou maskovat použití takovéto látky nebo metody. Zaká-

zané látky a zakázané metody mohou být zařazeny na seznam jako obecná skupina (např. anabolické látky), nebo jako jednotlivé látky či metody. Uvedené farmakologické skupiny jsou ilustrovány příklady obvykle nejčastěji objevených látek při analýzách v laboratořích a opatřeny dovětkem „a další látky“ s podobnou chemickou strukturou nebo podobnými biologickými účinky. Poznatky z dopování sportovců svědčí o tom, že dávky léků za účelem dopingů bývají mnohonásobně vyšší než terapeutické, proto se riziko poškození organismu sportovců zvyšuje. Významnou roli v možných zdravotních obtížích hraje i variabilita užívaných látek a experimentování s množstvím a dávkováním.

Zatímco pro léčebné účely je druh léku a způsob jeho užívání stanoven podle diagnózy lékařem, je užívání léků za účelem dopingů stále velkým experimentem. Některé látky mohou mít přechodný vliv

na zhoršený zdravotní stav člověka nebo na omezení některých funkcí jeho organismu. Jiné látky nebo způsob jejich užití mohou mít naopak trvalé následky na zdraví člověka, které se mohou projevit v některých případech až po určité době.

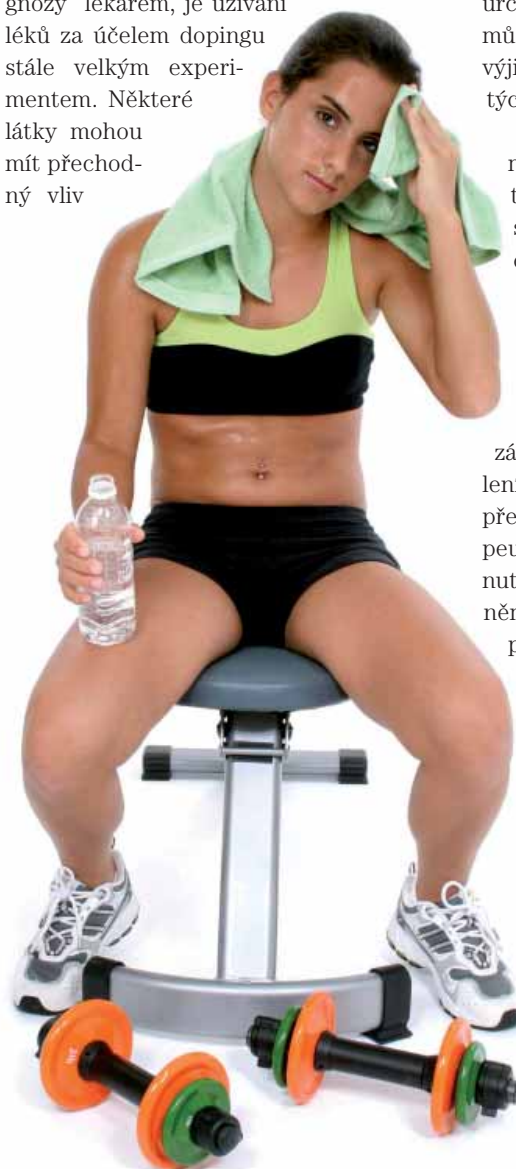
Možnosti léčení sportovců

Přes všechna varování před užíváním zakázaných látek a metod ve sportu je nutné umožnit sportovci, aby se léčil, bude-li to jeho zdravotní stav vyžadovat, avšak pouze za určitých podmínek. Omezení výběru léků na ty, jejichž účinná látka není na seznamu zakázaných, obvykle nevyvolává vážný problém v možnostech sportovce léčit. Navíc pro řadu léků s obsahem zakázaných látek platí zákaz podávání pouze při soutěžích. Je-li však přesto nutná léčba určitým lékem s obsahem zakázané látky, může být sportovci udělena terapeutická výjimka, tj. možnost použití léku za určitých podmínek.

Výjimka je udělována odbornou komisí na základě žádosti podané sportovcem a musí odpovídat podmínkám stanoveným v Mezinárodním standardu pro terapeutické výjimky. Komise udělující výjimku má oprávnění vyžádat si jakoukoliv odbornou expertizu k přezkoumání okolností vyžadujících použití léku se zakázanou látkou. Pro sportovce je rozhodnutí této komise závazné. Každé rozhodnutí komise o udělení nebo neudělení výjimky má možnost přezkoumat komise pro posuzování terapeutických výjimek při WADA. Rozhodnutí této komise je definitivní, lze se proti němu odvolat pouze k Rozhodčímu soudu pro sport se sídlem ve Švýcarsku. Pokud pro udělení výjimky nejsou splněna stanovená kritéria a léčení sportovce by bylo ohroženo, potom se sportovec po dobu léčení musí vzdát závodní činnosti.

*PhDr. Jaroslav Nekola,
ředitel Antidopingového výboru ČR*

Úplný a aktuální seznam zakázaných látek naleznete na internetové stránce ČLK (www.lkcr.cz) v příslušných sekcích (Soukromí lékaři, Lékaři zaměstnanci) v rubrice Odborné informace.



Proč je pokladenský systém zatím neprůchodný

Pokladenský systém financování zdravotnictví je postaven na přirozených vztazích, které jsou vždy mnohem efektivnější než vztahy sebelépe vymyšlené. Podstatou je, že nemocného pacienta ošetří lékař a pacient mu za to zaplatí. Protože tento postup je únosný pro málo bohatých jedinců, je nutné mít povinně zdravotní pojištění, které umožňuje solidaritu mezi bohatými a chudými, mezi zdravými a nemocnými. K tomu slouží skutečné zdravotní pojišťovny (které u nás neexistují), se kterými občané povinně uzavírají pojištění na zdraví a nemoc, ježž výše není dána genetickým handicapem, ale pouze luxusem pojištění pro občana. Předpokládá to individuální smlouvu občana se zdravotní pojišťovnou podle pojišťovacího produktu, který si sám zvolí. Systém umožňuje skutečnou solidaritu mezi občany, dostupnost lékařského ošetření a navíc skutečnou kvalitu. Tento systém je pravicový, transparentní, využívá přirozených, svobodných vztahů, je optimální pro pacienty i pro lékaře.

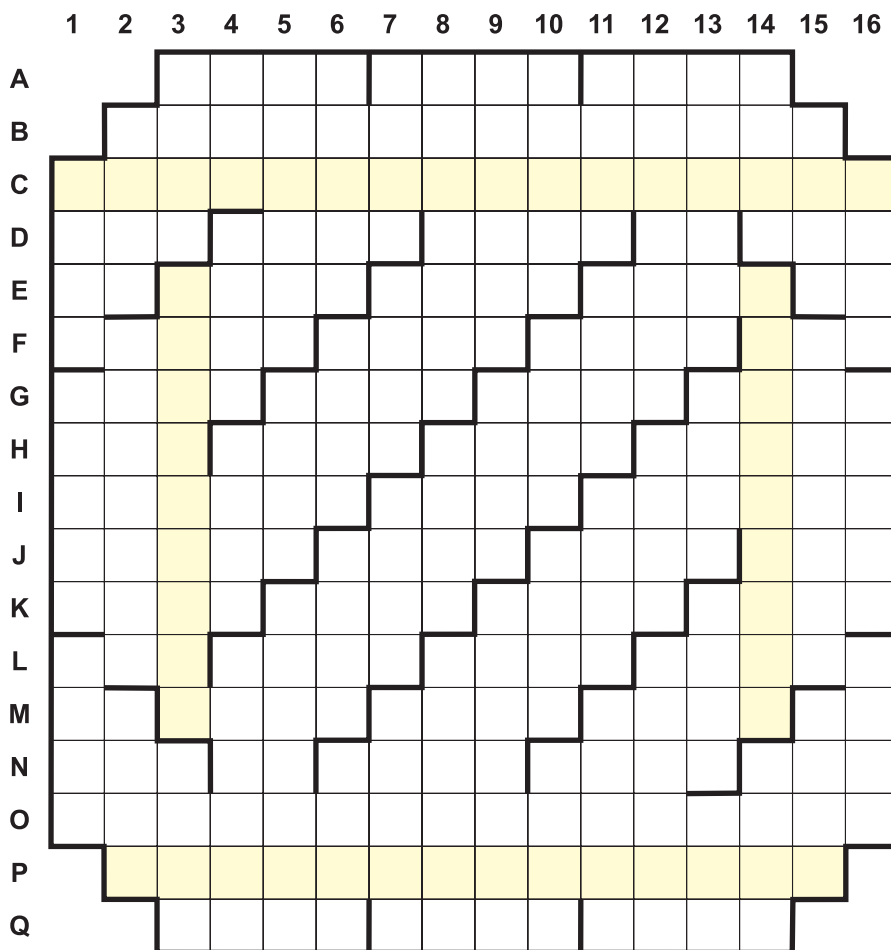
Náš systém financování nerespektuje přirozené vztahy a je postaven na vztazích vymyšlených politiky a ekonomy. Občan povinně odevzdá státu svou zdravotní daň, která se pak distribuuje podle politického zadání a podle úředníků ministerstev. Náš systém je klasicky levicový, konstruktivistický, centralistický a netransparentní. Tím způsobuje veliké ztráty na všech úrovních.

V Česku totiž neexistuje skutečně pravicová politická strana. Všechny naše strany mají své kořeny v Prognostickém ústavu založeném pod ochranou Lubomíra Štrougala ku konci komunistické éry. Ani ODS si neváží svobodných, přirozených vztahů a je také naplněna nedůvěrou k občanům, potažmo i k lékařům, a proto není schopna provést skutečnou reformu zdravotnictví v zájmu pacientů a lékařů. Všechny strany se starají jen o distribuci vybraných peněz a zájmy pacientů a lékařů jsou pro ně sekundární.

Je proto pochopitelné, že nejsme schopni v zájmu dobrého fungování zdravotnictví udělat skutečnou reformu zdravotnictví. Prý to naši politici musí nějak uplácat, aby zdravotnictví přežilo, prý naši lékaři jeví příliš malý zájem na zvýšení svých příjmů, prý občané nemají důvod požadovat změny ve zdravotnictví, prý jsem příliš velký pesimista... Přesto mám strach, co bude.

Bohumír Šimek, Křemže
(redakčně kráceno, celý text vyšel ve Zdravotnických novinách)

Křížovka o ceny



Vzbudit staršího kolegu při službě kvůli maličkosti je bezmála...
(dokončení citátu Miloslava Urbana se skrývá v tajence).

VODOROVNĚ: **A.** Zničený; potřeba k štěpování stromů; slavný italský fotbalista (Luigi). - **B.** Kulatost. - **C. 1. díl tajenky.** - **D.** Nádech; střevíc; starořecký bůh války; chemická značka astatu; velká místnost. - **E.** Dotaz při sázce; vzplanuvší hvězdy; provdat; egyptské město při významném průplavu; zkratka Tylova divadla. - **F.** Úsloví; pozice na kolenou; pláč; slovenský souhlas. - **G.** Zástupy lidí; souhrn vkladů do hry; plemeno psů; krátkodobé volno k opuštění posádky (zkratka). - **H.** Německy „ruda“; peněžní soustava státu; prudké poklesy; anglicky „perla“. - **I.** Vandrák; zázraky; mořská ryba s chutným masem. - **J.** Rostlinné vajíčko; noční pták; druh mezonu; nám patří. - **K.** Zde; či; koupací nádoba; po větší dobu. - **L.** Pocty; pokrývka; sklenářské tmely; hornická svítilna. - **M.** Značka elektronvoltage; zkouška; chatrč; ptačí pero; slovensky „ve“. - **N.** Mžik; iniciály zpěvačky Hermanové; feka ve Francii; dravý pták (slovensky); tišit žízeň. - **O.** Detekce ionizujícím zářením. - **P. 3. díl tajenky.** - **Q.** Turistické přístřeší; druhý nejjednodušší alkan; značka kožichů.

SVISLE: **1.** Pře; skladiště; hřbet. - **2.** Útok; kouzlit; zabiják. - **3.** Čínské platidlo; **2. díl tajenky;** někdo. - **4.** Společenství hmyzu; cenné poukázky; gázy; provinění. - **5.** Okenní (zastarale); zle; rozpor. - **6.** Mladé výhonky dřeviny; rostlina dosna; šumivé víno; domácí Eduard. - **7.** Zemní olej; textilní surovina; čas; sídlo ve Slovinsku. - **8.** Úřad (expresivně); pěnový nápoj; arabský emirát. - **9.** Maďarský salám; hořký nápoj; přítok Severní Dviny. - **10.** Hořet (nářečně); tečky; část nohy; tamten. - **11.** Německy „rýže“; hlučné doušky; borovice; anglická herečka (hlavní role v thrilleru Tři). - **12.** Rakouský skokan na lyžích (vítěz prvního ročníku Světového poháru v roce 1980); malajský člun; batoh s konstrukcí. - **13.** Český zpěvák; slavný britská herec 19. století (Edmund); jezevčík; škrobení. - **14.** Dvakrát snížený tón; **4. díl tajenky;** označení běžné velikosti písma psacích strojů. - **15.** Vyrábět na stavu; přímka procházející daným bodem křivky a kolmá k tečně v tomto bodě; poklop. - **16.** Jméno slovenského herce Hlaváčka; ustrašeně; značka pro tón.

Pomůcka: blčet, Erve, Erz, Křiže, pearl, tael.

V Tempus medicorum 01/2009 jsme hledali výrok z knihy Arthura Blocha **Murphyho zákony: Dermatologie je jediný medicínský obor, ve kterém se vyskytuje kolem dvou set různých chorob a jen asi tři různé částečně účinné mastičky.** Kalendář na rok 2009 **Zahrada** získává deset úspěšných luštitelů, které jsme vylosovali: **Vladimír Jouda**, Rokycany; **Karel Kosař**, Hradec Králové; **Lenka Kroupová**, Hroznová Lhota; **Barbora Matonohová**, Bruntál; **Martina Ottová**, Hořice; **Ladislav Piňos**, Ostrava 8; **Jiří Pospíšil**, Ostrov; **Marie Šmídová**, Příbryslav; **Eva Tomanová**, Vlašim; **Jiří Valeš jun.**, Rokycany. Na správné řešení tajenky z čísla 02/2009 čekáme na adrese recepc@clkcr.cz do 9. března 2009. Hodně štěstí!

Obsah

Glaukom – včasná diagnostika a léčba 1

GLAUKOM – VČASNÁ DIAGNOSTIKA A LÉČBA

Glaukomy – jeden z nejzávažnějších problémů oftalmologie – patří na čelné místo mezi příčinami slepoty, na které se podílí v celosvětovém měřítku 13 %. Přibližně 1,5-2 % populace nad 40 let věku má glaukomové poškození zrakového nervu spojené se ztrátou vidění a zorného pole. Výskyt stoupá s přibývajícím věkem až na 3,5 % u osob ve věku 70-75 let.

Epidemiologie

V současné době na světě trpí glaukomem 66,8 milionů lidí. Častěji postihuje ženy (66 %), zpravidla po 40. roce života. Vzácně vzniká u myopů, častěji u emetropů a nejčastěji u hypermetropů.

Glaukom s normální tenzí – NTG (jeden z druhů glaukomu) je příčinou 1/3-1/2 případů glaukomu s otevřeným úhlem. Glaukom je celosvětově druhou nejčastější příčinou ztráty zraku. V rozvinutých zemích si je své choroby vědomo méně než 50 % postižených lidí.

Primární glaukom s otevřeným úhlem se vyskytuje častěji u africké rasy, zatímco primární glaukom s uzavřeným úhlem u asijské rasy. Kongenitální glaukom se vyskytuje častěji u romského etnika.

Glaukom není jedno onemocnění, ale řada různých stavů, které mají některé společné znaky, ale také řadu odlišností, které je nutno diferencovat i vzhledem k terapii. Společným znakem je u většiny glaukomů vyšší nitrooční tlak (NOT), přičemž není možné určit všeobecně platnou hranici normálního a abnormálního tlaku. Tlak, který je pro dané oko příliš vysoký, může působit typickou neuropatií zrakového nervu, která opět může vyvolat typické změny zorného pole. Nitrooční tlak však není jediný faktor, který působí typickou glaukomovou atrofií papily.

Zcela typickým způsobem na sebe upozorní akutní glaukomový záchvat – glaucoma angulare acutum, který, pokud je rozpoznán, správně diagnostikován a okamžitě řešen laserovou iridotomií, může být pouze jediným v projevu takového typu glaukomu. Akutní glaukomový záchvat patří ke stavům vyžadujícím neodkladnou lékařskou pomoc, proto musí být pacient při podezření na záchvat akutního glaukomu okamžitě odeslán k oftalmologovi.

Nejobtížnějším typem glaukomu pro stanovení diagnózy je primární glaukom s otevřeným komorovým úhlem. Tento typ glaukomu představuje 2/3 z celkového výskytu glaukomů. Čím dříve je tento typ glaukomu – glaucoma chronicum simplex - diagnostikován a čím menší či žádné funkční změny jsou přítomny, tím větší je pravděpodobnost kompenzace nitroočního tlaku monoterapií.

Etiopatogeneze glaukomu

Glaukom je chronická progresivní optická neuropatie, charakterizovaná exkavací papily zrakového nervu a defekty retinální citlivosti s postižením zrakového pole a dalších funkcí. I když je klinický obraz dobře znám, není znám přesný mechanismus vyvolávající specifický typ postižení.

Uváděny jsou: 1. Mechanická teorie, 2. Vaskulární teorie, 3. Axoplazmatický tok, 4. Neuroprotektivní teorie.

Patofyziologické mechanismy glaukomu jsou spojeny s poruchami hydrodynamiky a hydrostatiky oka. Nitrooční tekutina se tvoří ve výběžcích řasnatého tělíska, vyplňuje přední a zadní komoru oka a je odváděna zvláštním drenážním systémem do episklerálních a intrasklerálních vén. Nitrooční tekutina cirkuluje v předním segmentu oka a účastní se metabolismu sklivce, rohovky a trabekula. Udržuje optimální nitrooční tlak, jehož zvýšení je jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů glaukomu. Normální hodnoty nitroočního tlaku se pohybují v rozmezí 10 – 21 torrů.

Rizikové faktory

Nitrooční tlak je všeobecně považován za nejvýznamnější rizikový faktor. Čím vyšší jsou hodnoty NOT, tím vyšší je riziko vzniku a rozvoje glaukomového poškození. U zhruba 80 % jedinců se zvýšeným NOT se však nikdy zrakový nerv nepoškodí (tzv. oční hypertenze). Na druhé straně skoro čtvrtina glaukomatiků trpí normotenzním glaukomem – formou glaukomu s normálními hodnotami NOT. Neexistuje tedy definice specifického NOT, který by bylo možné označit jako „glaukomový tlak“. Za dolní hranici se většinou považuje NOT 21 mm Hg. Náhlé zvýšení NOT (tato situace nastává např. u akutního glaukomu s uzavřeným úhlem) je lépe snášeno než chronicky zvýšené hodnoty NOT. Důležité jsou také velikosti výchylek (tedy vzestupy a poklesy) NOT během dne. Opět zde platí pravidlo, že čím větší cirkadiální výchylky, tím je riziko vzniku poškození pravděpodobnější. Tlakové špičky se pravděpodobně nevyskytují pouze ráno, ale i jindy během dne a jsou závislé mezi jiným na spánku. NOT kolísá během dne a dle období roku. K určení nejvyšší špičky NOT je třeba nejméně 6 měření formou denní křivky (nedává informace o nočních křivkách). Vysoký NOT poškozuje terč zrakového nervu, snižuje oční perfuzi a blokuje axoplazmatický tok.

Věk

Přestože glaukomové poškození může postihnout i novorozence, se zvyšujícím se věkem je riziko glaukomových změn vyšší. Věk tedy hraje jednu z velmi důležitých rolí. Za pomy-

slnou hranici rizika vzniku optické neuropatie se uvádí věk 40-45 let. V průběhu života dochází k degenerativním změnám trávčiny, jedné z důležitých odtokových cest. Na druhou stranu se ale fyziologicky snižuje tvorba NT, takže výsledný nárůst NOT není tak výrazný.

Dědičnost

Rasa

Obecně lze říci, že africká rasa má vyšší NOT a zvýšený NOT se u nich objevuje v mladším věku. Prevalence glaukomu je u nich 4,3krát vyšší než u bělochů. U bělochů se více vyskytuje glaukom pseudoexfoliativní. Asijské obyvatelstvo je postiženo převážně angulárním glaukomem.

Pohlaví

Přestože je NOT stejný u obou pohlaví, jednotlivé formy glaukomu se vyskytují v odlišném zastoupení. Navíc ženy mají citlivější terč zrakového nervu na působení NOT, proto se u nich glaukomové poškození projeví dříve než u mužů se stejnými hodnotami NOT. Z výzkumů rovněž vyplývá, že významnou úlohu při regulaci NOT hrají pohlavní hormony – v těhotenství NOT v průměru klesá, naopak v menopauze dochází k mírnému vzestupu.

Refrakční vady

Krátkozraké oči bývají jednak méně odolné vůči působení vyššího NOT, jednak mohou mít i zhoršenou perfuzi. U dalekozrakých jedinců je zvýšené riziko vzniku angulárního glaukomu. Měření tloušťky rohovky je důležité pro adekvátní posouzení naměřených hodnot NOT.

Celkové rizikové faktory

Za hlavní příčinu porušené oční perfuze se považuje vaskulární dysregulace, nebo-li neschopnost přizpůsobit prokrvení tkáně momentálním potřebám. Vaskulární dysregulace navíc zvyšuje citlivost oka vůči kolísání NOT. K poruchám perfuze vede také značně snížený krevní tlak.

Zjistilo se, že pacienti s vazospazmy mají častěji glaukom, ale také to, že pacienti s glaukomem, zejména s glaukomem normotenzním, mají vyšší výskyt vazospasmů. Rovněž je znám vztah mezi bolestmi hlavy a normotenzním glaukomem. Pacienti s migrénami mají vyšší výskyt vazospasmů.

Vysoký TK nemá v patogenezi glaukomu příliš velký význam. Pokud však pacient trpí chronicky zvýšeným TK, postupně dochází k arterioskleróze cév, včetně očních, což má negativní dopad na rozvoj glaukomu.

Daleko závažnější je ale snížený TK, resp. jeho cirkadiální poklesy. K nim dochází především v nočních hodinách (zhruba mezi 1. a 3. hodinou ranní). U pacientů s glaukomem jsou tyto poklesy daleko větší než u zdravých jedinců, proto je nutná opatrnost v navození noční hypotenze u pacientů léčených celkově podávanými antihypertenzivy.

Další rizikové faktory

K rizikovým faktorům, které mohou vést ke glaukomovému poškození patří i onemocnění štítné žlázy, DM, nemoci karotidy, abnormality krevní srážlivosti a viskozity, lipoproteinemie, systémové cévní choroby.

Oční rizikové faktory

- Předchozí trauma (důležité pro vznik sekundárního glaukomu)

Lokální diskové rizikové faktory

- Krvácení při okrajích disku
- Peripapilární atrofie
- Chorioideální skleróza
- Úzké retinální arterioly

Na základě kterých vyšetření stanovíme diagnózu prostého glaukomu?

1. anamnéza
2. tonometrie, event. denní křivka NOT
3. vyšetření vízu a podrobné biomikroskopické vyšetření oka
4. gonioskopie – vyšetření komorového úhlu
5. vyšetření optického nervu – disku zrakového nervu a vrstvy nervových vláken; k dispozici je řada nových zobrazovacích metod
6. vyšetření zorného pole statickou automatickou perimetrií
7. pachymetrie – měření centrální tloušťky rohovky
8. vyšetření psychofyziologických funkcí – vyšetření barevného vidění a kontrastní citlivosti, PERG

Anamnéza

Obecně platí, že primární glaukom je geneticky podmíněn, neznáme přesné dědičné faktory, ale je znám rodinný charakter onemocnění.

Přestože primární glaukom s otevřeným úhlem nemá žádné klinické projevy ve svých počátcích, měli bychom věnovat pozornost i nespecifickým vizuálním symptomům vyšetřovaného – pocit diskomfortu, horší vidění při slabším osvětlení, potíže při čtení. Na základě anamnézy se soustředíme na možné rizikové faktory:

- vysoká myopie
- diabetes mellitus
- systémová hypertenze či hypotenze
- rodinný výskyt
- předchozí trauma (důležité pro vznik sekundárního glaukomu).

Zvýšený nitrooční tlak není konstantním nálezem u všech typů glaukomů, jak se dříve uvádělo, ale je pouze jedním z rizikových faktorů. Nitrooční tlak je tedy jasnou příčinou poškození u glaukomu kongenitálního, chronického glaukomu s uzavřeným komorovým úhlem a dalších glaukomů sekundárních.

Jestliže naměříme vyšší hodnotu nitroočního tlaku, pozveme si pacienta k opakovanému měření tlaku v různých denních dobách a na základě výsledku stanovíme průměrnou výši a kolísání nitroočního tlaku. Diagnostikujeme-li na základě předchozích vyšetření u nemocného glaukom, zahajujeme léčbu.

Léčba glaukomu

1. medikamentózní
2. laserová
3. chirurgická

V léčbě glaukomu sledujeme tři cíle

1. Zabránit progresi poškození zrakového nervu
2. Snížit nitrooční tlak na hodnotu „cílového tlaku“
3. Minimalizovat vedlejší účinky a komplikace léčby

Cíl terapie glaukomu

- **Neohrozit** kvalitu vidění (zachovat zrakové funkce, které jsou adekvátní individuálním potřebám jedince)
- **Neomezit** kvalitu vidění (terapie s minimálními nebo žádnými vedlejšími účinky s ohledem na délku životní prognózy a finanční zátěž)

1. Medikamentózní léčba

V léčbě glaukomu jsou vhodné přípravky, které účinně snižují nitrooční tlak a současně zlepšují pulsní a retinální průtok krve a mají neuroprotektivní charakter. Ideální by měl být přípravek, který je pro nemocného bezpečný, má minimální nežádoucí účinky, snižuje nitrooční tlak na hodnoty dostatečně bezpečné pro oko, zlepšuje průtok krve terčem zrakového nervu, zlepšuje hemodynamické parametry a zabraňuje glutamát-indukovanému poškození buněk – apoptóze např. blokádu kalciových kanálů, tzn. majících dostatečné neuroprotektivní vlastnosti.

Z farmakologického hlediska lze preparáty dostupné v léčbě glaukomu rozdělit na několik skupin:

- A. Látky snižující tvorbu nitrooční tekutiny
- betablokátory
 - inhibitory karboanhydrázy
 - neselektivní a selektivní sympatomimetika
- B. Látky ovlivňující odtok nitrooční tekutiny
- prostaglandiny a prostamidy
 - selektivní sympatomimetika
 - parasympatomimetika
- C. Látky osmoticky působící – hyperosmotika

Hlavní aspekty medikamentózní terapie glaukomu

1. Individuální koncepce a strategie dle rizikových faktorů
2. Zhodnocení stupně postižení
 - stupeň postižení zrakového nervu
 - funkční stav oka
 - věk pacienta (předpokládaná délka života, ekonomické možnosti)
 - nitrooční tlak před léčbou
3. Předpoklad dodržování léčby
4. Výběr preparátu
5. Zhodnocení účinnosti

Strategie konzervativní léčby

Glaucoma angulare acutum – glaukomový záchvat – probíhá pod obrazem náhlé příhody. Zaslouhuje si pozornost nejen oftalmologů, ale i široké lékařské veřejnosti, protože správnou včasnou diagnózou a léčbou lze předejít nenapravitelným škodám.

Terapeutický postup se skládá z pěti důležitých kroků:

1. Intenzivní medikamentózní pokles NOT
2. Zúžení zornice a rozšíření komorového úhlu
3. Laserová iridotomie (LI) provedená do 2 hodin od zahájení léčby. Pokud se nedaří LI, doporučuje se laserová iridoplastika před event. extrakcí čočky.
4. Léčba druhého oka s následnou profylaktickou LI.
5. Polaserová léčba pro možnost tranzitorní polaserové hypertenze a event. následný rozvoj chronické formy angulárního glaukomu.

Pro zvládnutí glaukomového záchvatu se používají miotika, betablokátory, celkově podaný acetazolamid, osmoticky působící látky, lytické směsi, analgetika.

Primární glaukom s otevřeným úhlem

Hlavní aspekty terapie glaukomu:

1. Individuální koncepce a strategie dle rizikových faktorů
2. Zhodnocení stupně postižení
 - Stupeň postižení zrakového nervu
 - Funkční stav druhého oka
 - Věk pacienta (předpokládaná délka života, ekonomické možnosti)
 - Nitrooční tlak před léčbou
3. Předpoklad dodržování léčby
4. Výběr preparátu (v případě konzervativní terapie)
5. Zhodnocení účinnosti

V konzervativní léčbě glaukomu volíme léčbu primární či adjuvantní.

Maximálně tolerovatelná medikamentózní léčba (MTML)

- poslední krok před chirurgickou intervencí
- nutné přísné sledování stability zrakových funkcí
- zhodnocení kvality života pacienta s MTML

Kombinace jsou individuální, přesto ale existují určité limitující faktory v počtu předepisovaných přípravků.

- a) Faktor farmakologický
 - vzhledem k farmakologickým vlastnostem nelze některé přípravky kombinovat ani přidávat k dalším
- b) Cena
 - mnohonásobné kombinace nejdražších přípravků jsou pro pacienta neúnosné, chirurgický výkon by byl podstatně levnější
- c) Spokojenost pacienta
 - nežádoucí účinky přípravků
 - četnost aplikace
 - životní styl (možnost zapomenutí či nemožnost přípravku aplikovat)
- d) Kombinace a sumace nežádoucích účinků v dlouhodobé léčbě
- e) Pokles účinnosti
 - jednotlivé přípravky mohou být účinnější v monoterapii než v MTML, mnohdy nastane i paradoxně horší účinnost v další adici
- f) Pacientovo přání
 - obava z operace
 - únava z mnohonásobných pokusů o úspěšnou léčbu udržující dostatečně nízký NT

2. Laserová léčba

Zavedení světelné koagulace do oftalmologie přineslo nové možnosti v léčbě glaukomů. S objevem laserových paprsků a jejich zavedením do oftalmologické praxe vznikl a dále se rozvíjí nový směr v léčbě glaukomů – „nekrvavá chirurgie“ či „chirurgie bez nože“.

V oftalmologii se aplikace laserových paprsků spojila s již použitými postupy léčení, které využívají zářivou energii polychromního světla.

Výhod laserové léčby glaukomů je oproti standardním chirurgickým výkonům několik:

- jsou minimálně traumatizující

- lze je provádět v ambulantních podmínkách
- postačuje pouze instilační anestézie oka
- pacienti zůstávají v období léčení práce schopni

Laserové výkony jsou nemocnými velmi dobře snášeny, pro své minimální komplikace jsou pro oko bezpečnými metodami, které lze dle potřeby opakovat. Neefektivní laserové výkony nevyklučují ani nekomplikují případné následné chirurgické výkony. Výhody laserové léčby glaukomů jsou nesporné při různých alergiích na léčiva, při těžkém somatickém stavu pacienta, je-li operace z různých důvodů kontraindikovaná.

3. Chirurgická léčba glaukomu

Běžný je takový přístup k léčbě glaukomu, kdy z počátku použijeme lokální antiglaukomatika či laserovou léčbu a filtrující operaci provedeme až tehdy, kdy se nám konzervativně nedaří dosáhnout cílového tlaku. Odvážné pokusy nalézt tu správnou mnohonásobnou kombinaci léků vedou k režimu, který je pro pacienta neuspokojivý.

Důležitou otázkou je, zda je farmakologické snížení NOT ochranné. Redukce tlaku nemusí zabránit dalšímu poklesu zrakových funkcí. U některých skupin konzervativně léčených glaukomatiků se asi 50 % v průběhu několika let podrobí operaci.

Krátký pokus s medikamentózní terapií je jasně vhodnou linií léčby u méně pokročilých případů, trabekulektomie by měla být provedena bez pokusu o medikamentózní léčbu u očí s tlakem vyšším než 30 torrů a s absolutními výpadky v zorném poli. Cílem mikrochirurgického výkonu je dosažení dostatečně nízkého cílového tlaku, nutného ke stabilizaci zrakových funkcí. Indikací k chirurgické léčbě jsou nemocní, u kterých monoterapie či maximálně dvouterapie a jedenkrát provedená laserová selektivní trabekuloplastika nekompensuje glaukomové onemocnění – znamená to, že dochází k progresi změn zrakových funkcí i při normálních hodnotách NOT. Dále jsou k operaci indikováni nemocní, kteří nedodrží léčebný režim, nebo nemohou užívat příslušnou lokální terapii.

Stále více se upřednostňuje časná trabekulektomie, převážně

u mladých myopů, pacientů s pigmentovým glaukomem, pseudoexfoliativním glaukomem, normotenzním glaukomem. Techniky v chirurgii glaukomu: penetrující, nepenetrující, chirurgie s antimetabolity.

Indikace chirurgické intervence:

- při selhání ostatních terapeutických možností
- při nevhodnosti ostatních terapeutických možností
- pokud požadovaný cílový tlak nelze dosáhnout jiným způsobem
- pokud nitrooční tlak dosahuje tak vysokých hodnot, že by ostatní terapeutické postupy velmi pravděpodobně selhaly

Cílem chirurgického výkonu by mělo být zastavení progresse glaukomového poškození zrakového nervu.

Závěr

Dosavadní výsledky naznačují, že glaukomová optická neuropatie je multifaktoriální choroba s mnoha systémovými a okulárními faktory, které působí v různých kombinacích s cílem porušit krevní oběh v optickém nervu.

V současné době klademe důraz na co nejčasnější diagnostiku glaukomového postižení s následným optimálním terapeutickým postupem – jedině tak lze předejít postupnému poklesu zrakových funkcí.

Použitá literatura

- Kraus H, Karel I, Růžičková E. Oční zákaly. Grada Publishing, Praha, 2000, s. 95 – 142.
- Růžičková E, Cihlářová J, Šíp L. Současná problematika glaukomu. Supplementum, Čs Oftal, 50, 1994, duben, s. 8 – 11.
- Růžičková E, Boguszaková J, Cihlářová J. Vaskulární faktor v etiopatogenezi glaukomu. Čs Oftal, 51, 2, 1995, s. 115 – 118.
- Růžičková E. Glaukom, Praha: Jessenius, Maxdorf, Edice Farmakoterapie pro praxi, svazek 12, 2006, 95 s.
- Růžičková E. Glaukom – minimum pro praxi. 2. vydání, Praha: Triton 2006.

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

Farmakoterapeutické informace jsou vydávány Státním ústavem pro kontrolu léčiv a distribuovány jako příloha časopisu Tempus Medicorum a Časopisu českých lékárníků. 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 Pospíšilová, CSc.

Redakční rada: Doc. MUDr. Š. Alušík, CSc., IPVZ; PharmDr. M. Beneš, SÚKL; Doc. MUDr. J. Fanta, DrSc., FNKV; Prof. MUDr. Z. Fendrich, CSc., FaFUK; RNDr. J. Kramlová, lékárník FN Motol; MUDr. J. Lye, 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).



ISSN 1211 – 0647
MK ČR E 7101