



# TEMPUS MEDICORUM

ČASOPIS ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY

3/2009

ROČNÍK 18

## V TOMTO ČÍSLE:

**Prezident ČLK Kubek  
lékařky nekritizoval,  
jejich práce si váží**



**Začala jednání  
ČLK s ministryní  
Filipiovou**

**Nedostatek lékařů  
už ohrožuje kvalitu  
zdravotní péče**

**Výdaje za léky opět  
nekontrolovatelně  
rostou**

**SÚKL již smí jednat  
s ČLK**

## PLUS



**FI SÚKL**  
Perorální antidiabetika v léčbě  
diabetes mellitus 2. typu

## Prezidenti lékařských komor a asociací jednali 13.–14. března 2009 v Praze



# SAFRAMYL

KLINICKY TESTOVANÝ EFEKT EXTRAKTU  
ZE ŠAFRÁNU ODSTRAŇUJE PŘÍZNAKY  
SKLÍČENÉ – DEPRESIVNÍ NÁLADY JIŽ  
PO 14 DNECH UŽÍVÁNÍ



doplánek stravy

inzerce





Účastníkům zasedání Stálého výboru evropských lékařů (CPME) v Praze jsme položili anketní otázku: **Co považujete za současný největší problém lékařů v Evropě a konkrétně ve vaší zemi?**

V Evropské unii jsou problémem výrazné rozdíly v administrativních pravidlech mezi jednotlivými zeměmi, problémy harmonizace. V Bulharsku je nedostatečné financování v oblasti zdravotní péče.

*Stefan Konstantinov, místopředseda Bulharské lékařské komory*

Rychle rostoucí poptávka po zdravotnickém personálu a nedostatečný počet nových studentů na lékařských fakultách. Dále jsou to nerovné pracovní podmínky v různých evropských zemích, což vede k odlivu kvalifikovaných pracovníků z nových členských států EU.

*Oro Indrek, člen správní rady Estonské lékařské komory, primář oddělení nemocnice*

Dnešní vážná hospodářská krize, udržitelnost služeb veřejného zdravotnictví, demografické trendy a rostoucí poptávka po zdravotnických službách. To platí pro EU i pro Finsko. V naší zemi jsou navíc příliš malé a nestabilní organizace zodpovědné za financování samosprávné obce (průměrně cca 5300 obyvatel).

*Fisto Ihalainen, náměstek výkonného předsedy Finské lékařské komory*

Vidíme riziko, že ekonomická hlediska převáží nad péčí o pacienty. Problémem je i nárůst míry zasahování vlády/státu do systémů zdravotní péče, přistěhovalectví do Evropy, hospodářská krize, stárnutí populace.

*Prof. Kuno Winn, prezident Německé lékařské komory, Michael Vogt, generální ředitel Německé lékařské komory*

Problém vidím v nízké míře akceptace a respektu ze strany zaměstnavatelů, ve špatných pracovních podmínkách (např. počet pracovních hodin týdně), a také v hierarchii lékařů v rámci nemocnice.

*Armin Ehl, generální tajemník Asociace nemocničních lékařů v Německu*

Problémem je přetěžování lékařů a nedostatečný zácvik specialistů.

*Christos A. Pissiotis, Řecká lékařská komora, řádný profesor chirurgie*

# Neformální zpráva

## aneb Postřehy ze zasedání Stálého výboru evropských lékařů v Praze

**Motto: „Zdraví mého pacienta budiž mou prvotní snahou.“**

*Ženevská deklarace Světové zdravotnické organizace*

*Bylo mi velkým potěšením skoro na den přesně po 70 letech od vstupu hitlerovských vojsk do Prahy se spokojeně šinout ranní pražskou zácpou k hotelu Mövenpick na zasedání Stálého výboru evropských lékařů (CPME). Fronta aut se vlekla po nábřeží, přede mnou Tančíci dům (moji milí Ginger a Fred, co asi tančí dnes?). A pak se stočila jako šnek na most a vpravo se otevřel pohled na Hrad, ten vypadal jako vždycky moc hezky. Doprava plyne kupodivu slušně, tak si přemítám a vzpomínám na svoje rodiče, oba lékaře, těm se tehdy před 70 lety zavřel svět, pak se trochu otevřel, aby vzápětí znovu zacvakla opona, नेता Hynaisova, ale ta železná, která když padá v divadle, tak víte, že je opravdu konec a hrát a zpívat se už nebude. Myslím, že kdyby tu mohli být se mnou, měli by radost. V Praze zasedá apolitická svobodná organizace sdružující dva miliony evropských lékařů, která hájí jejich profesní zájmy vůči orgánům Evropské unie, které svobodná Česká republika právě předsedá. Nechci, aby to znělo nabubřele, ale je to úžasná věc, kterou jsme si při poslechu Svobodné Evropy neuměli představit, a není to zas až tak dávno.*

Jak takové zasedání vypadá a co dělá? To se nejprve sejdou zástupci všech největších národních nevládních lékařských organizací z celé Evropské unie a přidružených států, jako jsou v tomto případě Chorvatsko a Izrael, a pozvou také zástupce jednotlivých evropských lékařských společností, jako jsou Evropská unie lékařů specialistů, Evropská unie praktických lékařů, Evropská unie lékařů pracujících v nemocnicích, Evropská federace lékařů zaměstnanců, Stálá pracovní skupina mladých evropských lékařů a Evropská asociace studentů medicíny. Působí to trochu jako chaos, ale není. Oni všichni tihle lidé totiž vědí, co mají dělat, a snaží se to dělat co nejlépe, takže jsou většinou přesní a věcní, a i když mají občas velmi rozdílné názory a obhajují je dosti tvrdě, nikdy nekloužou k vulgaritě, lžím či dojmologii a parafrenii, protože dobře vědí, že tak se nikam nedojde. Oni jsou to totiž lidé chytří a dobře rozumí tomu, o čem mluví, a diskusi chápou jako cestu k lepšímu výsledku. Je radost vidět, že názor je možné obhajovat věcnými argumenty s cílem dojít ke konsenzu, a ne si stoupnout k pultíku, mávat složkou spisů nad hlavou a volat: tady to je, to je to nejlepší, bavit se s vámi nemusím, a kdo se mnou nesouhlasí, je proti pokroku, potažmo reformám.

Možná proto nikdo z pozvaných zástupců našeho ministerstva zdravotnictví či vlády na jednání nepřišel, ačkoli v ostatních předsedajících zemích se alespoň ministr zdravotnictví představí se svou koncepcí, kterou jako aktuální evropský lídr rezortu má. Že by se ti naši politici těch dotazů a věcné diskuse báli? A není to také trochu tím, že si to přezíravě chování jako lékařský stav necháme líbit, ba co víc, někteří lékaři se svým rádobyvůdcům snaží i podlézat? Nevím, nejspíš v nás něco z té schizofrenie doby za oponou stále je, ale můžeme se na to po dvaceti letech ještě vymlouvat? Nevím, ale když vidím přirozeně sebevědomé kolegy z původní evropské patnáctky, myslím, že bychom neměli. Jinak je totiž nikdy nedoženeme.

První den ráno se všichni rozdělili na jednání podvýboru pro organizaci zdravotnictví, sociální péče a zdravotnické ekonomiky a podvýboru pro veřejné zdraví, prevenci a životní prostředí. Odpoledne jednají podvýbor pro etiku a profesní předpisy a podvýbor pro výuku medicíny, postgraduální vzdělávání a profesní rozvoj. Tam se prodiskutují zadaná témata a připraví dokumenty pro druhý den jednání, kdy zasedá vlastní Výbor CPME neboli Board. Tam mají všichni možnost se ke všem tématům vyjádřit, vznést dotazy a připomínky. Na základě rozhodnutí výboru pak sekretariát předkládá orgánům Evropské unie schválené dokumenty, které vyjadřují stanovisko evropských lékařů.

## O čem se jednalo

Základním tématem byl pro všechna jednání tzv. zelený papír, Green Paper, což je terminus technicus používaný pro některé typy dokumentů EU, který je do češtiny překládán jako „Zelená kniha“. Tentokrát to byla Zelená kniha o pracovní síle ve zdravotnictví v Evropě, která konstatuje úbytek pracovníků ve zdravotnictví, jejich stárnutí, feminizaci a ekonomicky motivovanou migraci. Současně popisuje zvyšující se nároky na zdravotníky vzhledem k nutnosti zdravotní péče o stárnoucí populaci a zvýšeným nárokům na vzdělání díky novým technologiím. Hovoří o nutnosti vzdělání více pracovníků, aby bylo možné udržet úroveň zdravotní péče, a nesměle zmiňuje, že je třeba zvýšit i výdaje na jejich vzdělání. CPME jednotlivé body okomentoval a v závěru konstatuje, že zachování a zvyšování kvality zdravotní péče není možné na úkor samotných lékařů.

Dalším významným bodem byla tzv. telemedicína využívající moderní informační technologie ke komunikaci lékař – pacient. CPME upozorňuje, že pokud bude takový systém aplikován, musí být široce dostupný všem pacientům, nejen některým. Současně upozorňuje na to, že ačkoli tyto technologie mohou být výhodné, zatím je prosazují především firmy, které je produkují, nikoli lékaři. Zdůrazňuje, že lékaři musí hrát klíčovou roli při rozvoji telemedicíny, protože ta by měla být zaváděna nikoli pro profit IT firem, ale především ku prospěchu pacientů a jejich lékařů. To vše platí i pro tzv. e-health, tedy vedení elektronické dokumentace, u nás IZIP, kde jsou však problémy ještě větší, protože jde o uchovávání citlivých osobních údajů. Zdaleka ne vše je tak jednoduché, jak se nám propagátoři projektu snaží namluvit, a veřejnost v ostatních zemích zdaleka není tolik ochotná se do projektu zapojovat. Navíc zatím nikdo skutečný efekt na zlepšení zdravotní péče neprokázal. Ale to by bylo na celý samostatný článek.

CPME také přijal prohlášení o nebezpečí tabákových výrobků. Bylo konstatováno, že kouření cigaret a tabákových výrobků zcela prokazatelně způsobuje nezměrně více úmrtí než užívání jakékoli jiné drogy označené za nebezpečnou. CPME doporučuje, aby tabákové výrobky byly označeny jako nebezpečná droga a tak s nimi bylo i nakládáno. Současně by ale kuřáci ani uživatelé tabákových výrobků neměli být kriminalizováni.

Současně byla vyhlášena akce Dosažení zdravotní informovanosti pro všechny do roku 2015. Tedy osvětová akce, která má umožnit přístup ke zdravotnickým informacím široké veřejnosti, protože tak lze významně snížit výskyt některých chorob a snížit nemocnost i úmrtnost. Nejde jen o nemoci přenosné a základní hygienické informace a informace o očkování, ale i o osvětě ve výživě a životních návycích, která může snížit výskyt tzv. civilizačních chorob.

Další program, který bude dále rozvíjen, se týká kampaně „Konec nedostatku vody“. CPME žádá vlády, aby se připojily k projektu, aby nedošlo k hroící katastrofě z nedostatku vody.

## Vzdělávání v centru pozornosti

CPME trvale monitoruje prostřednictvím výboru pro vzdělávání úroveň lékařského vzdělání a trvá na zajištění stejných vzdělávacích podmínek ve všech členských státech, tak jak jsou deklarovány ve stanovisku, které přijal CPME spolu s ostatními lékařskými evropskými organizacemi. Je konstatováno, že vzdělávání lékařů je nejen jejich celoživotní morální povinností, ale i jejich právem. Proto mohou lékaři vyžadovat odpovídající podmínky pro vzdělání jak časové, tak finanční. Podvýbor pro vzdělávání provádí trvalý monitoring a srovnávání těchto podmínek mezi jednotlivými státy ve snaze pomoci ke zlepšení tam, kde lékaři nemají na vzdělávání čas nebo peníze nebo obojí.

Další snahou „mého“ podvýboru je vytvoření sítě pracovišť, která budou celoevropsky uznávána jako školicí a budou otevřena kolegům ze všech členských zemí. Práce a studium v těchto střediscích budou automaticky uznávány všemi členskými státy a budou započítávány do profesní přípravy či postgraduálního studia a systému celoživotního vzdělávání lékařů.

Společnou aktivitou podvýboru pro vzdělávání a etiku je příprava osnov výuky lékařské etiky, která by mohla sloužit jako jednotné doporučení všem studentům medicíny i lékařům v postgraduálním vzdělávání. Práce je skoro hotova a bude předložena k projednání výborem letos v červnu.

## Zdravý vztah mezi pacienty a lékaři

CPME je jedním ze zakladatelů hnutí EUNetPaS – European Network of Patients Safety, které usiluje (a tady si to neodpus-

Příliš nízký počet lékařů v Evropě představuje vážný problém, což platí i pro Maďarsko. Řada kolegů hledá pracovní příležitosti v zahraničí, finanční situace doma je neuspokojivá.

*István Éger, prezident Maďarské lékařské komory*

V některých zemích Evropy je nedostatek lidských zdrojů, probíhá únik mozků v souvislosti s migrací, v ohrožení je nezávislost lékařů. Na Islandu nám stárne zdravotnický personál. Obtížná hospodářská situace vede k odchodu mladých lékařů do zahraničí.

*Katrin Fjeldstedt, viceprezidentka CPME, Islandská lékařská komora*

Problém vidím v zachování priority, kterou je individuální vztah mezi lékařem a pacientem v kontextu politicko-pojišťovací obchodní mašinerie. Dále rozštěpování péče v důsledku superspecializace. Pacienti jsou důležitější než jejich choroby.

*Lein Brennan, vedoucí delegace do EP, Irská lékařská asociace, primář v nemocnici*

V Evropě považují za problém liberalizaci trhu práce, což má vliv na práci lékařů i na samotný vztah mezi lékaři a jejich pacienty. V Litvě je největším problémem špatná organizace práce, společně s dlouhou pracovní dobou a velmi nízkými mzdami. Litva musí co nejdříve srovnat mzdy s evropskou úrovní. V opačném případě v zemi nastane akutní nedostatek lékařů.

*Loreta Lascinskiene, členka správní rady CPME, viceprezidentka Litevské lékařské komory*

V Evropě je problémem pracovní síla včetně zdravotnického personálu, v Nizozemsku mzdy a opět pracovní síla včetně personálu.

*Swanehilde Kooij, poradce v oblasti koncepcí, Královská lékařská komora Nizozemska*

Jako doktor působící v oboru pracovního lékařství bych uvítal vyšší pozornost prevenci ve všech medicínsky důležitých oblastech namísto následného úsilí při samotné léčbě.

*Jacques Van Der Vliet, předseda podvýboru CPME pro prevenci, Nizozemsko*

Problémem je ztráta profesní samoregulace.

*Sir Alexander Macara, člen delegace BMA, Velká Británie*



**Účastníkům zasedání Stálého výboru evropských lékařů (CPME) v Praze jsme položili anketní otázku: Co považujete za současný největší problém lékařů v Evropě a konkrétně ve vaší zemi?**

Hlavním problémem pacientů i lékařů je vytěsňování lékařské kultury založené na etice kulturou gesce založené na financích a vlastním prospěchu.

*Pedro Nunes, prezident Portugalské lékařské komory*

Největším problémem lékařů v Evropě je organizace a harmonizace, v Portugalsku systém zdravotnictví a nastavení pracovních podmínek.

*Sancho Pavlo, právní poradce Portugalské lékařské komory*

V Evropě ani v Rumunsku se nebere v potaz vysoká zodpovědnost této profese, která se neodráží ve společenském postavení ani v odměňování. V Rumunsku jsou velkým problémem mzdy lékařů.

*Mircea Cinteza, někdejší děkan Rumunské lékařské fakulty, člen parlamentu Rumunska (senát), Rumunská lékařská komora*

V Srbsku máme finanční potíže v lékařské péči a sociálním zabezpečení. Soukromá lékařská praxe není pokryta sociálním zabezpečením.

*Nada Radan-Milovančev, prezident podvýboru Srbské lékařské komory*

Těžko se zvládají rozdíly mezi očekávanou úrovní zdravotní péče a vlastní poskytovanou zdravotní péčí. Způsobují to nedostatečné zdroje, stárnoucí populace se stále složitějšími nároky na zdravotní péči, vyšší povědomí/požadavky na nové (dražší) léčebné metody.

*Edwin Borman, ředitel kliniky, člen zastupitelstva, Britská lékařská komora*

Za největší problém v mé zemi jednoznačně považuji stárnutí naší populace provázené nárůstem celé řady nemocí a úmrtností.

*Arie C. Nieuwenhuijzen Kruseman, prezident Royal Dutch Medical Association, Nizozemsko*

tím a musím říct: na rozdíl od našich politiků) o zlepšení komunikace mezi lékaři a pacienty. Vztah lékař – pacient je jedinečný, založený na důvěře obou stran. Medicína, ať mne třeba někdo kamenuje, totiž není ani služba ani byznys, a nikdy nebude. Je to umění a věda. A lékař není poskytovatel a pacient není klient. To jen u nás někomu trochu haraší a my si to necháváme jako ovce líbit. V žádném evropském dokumentu není pochyb o tom, kdo je kdo, a Evropská komise již připravuje oddělení zdravotnictví od direktivy o službách.

Pacient právem očekává naši vysokou profesionální schopnost a má právo i na naši komunikační dovednost v různých situacích. Stejně pacient by se měl k lékaři chovat s důvěrou a otevřeně. Právo na další názor musí být vždy respektováno. Ovšem poštvávání pacientů na doktory ze strany politiků nebo společností tolerované anonymní ataky hodné bulváru na webech typu Známy lékař a podobně, kterému důvěrně přezdívám „*plivni si na doktora, za těch 30 korun se dost nesnažil*“, tak takové věci by se rozhodně dít neměly. Nejen proto, že jsou opravdu pod úroveň, ale hlavně proto, že ničemu nepomohou. Bez otevřené komunikace a dialogu, ochoty poučit se z chyb na obou stranách to kupředu nepůjde.

A ačkoli projednávaných témat bylo mnohem víc a mohla bych o nich psát tolik, až by byl plný Tempus medicorum, nechala jsem si na závěr již jen dokument, který považuji z hlediska postavení a úlohy Čes-

ké lékařské komory v naší zemi za zásadní a který přijala Světová zdravotnická organizace na zasedání v Soulu v říjnu 2008. Jedná se o *Deklaraci profesní autonomie a klinické nezávislosti* a na svém pražském zasedání ji přijal i CPME, tedy všechny evropské lékařské organizace. Dokument jasně deklaruje, že profesní samospráva a klinická nezávislost je jediná možná cesta, jak zajistit vysokou kvalitu lékařské péče a co nejvyšší bezpečnost pacienta.

Prvotní snahou lékaře je zdraví pacienta, a tady se vracím k mottu svého článku, vždyť proto jsme také všichni medicínu studovali a neměli bychom na to zapomínat. A ačkoli se můžeme různit ve svých životních postojích, názorech i zvyklostech, toto je atribut, který nás spojuje, a nejen nás zde, ale všechny lékaře všude na světě. A to je také důvodem, proč – když chceme dělat svou profesi dobře – musíme hájit svou profesní samosprávu a nezávislost. Pro nás to znamená hájit svou lékařskou komoru a nenechat ji spadnout do spárů politiků. Nenechat úředníky převzít moc nad námi i našimi pacienty. Prostě neztratit svobodu, aby pak třeba zase nepadla nějaká ta opona.

A tak jsem byla ráda, když jsem se vracela po posledním jednání domů, že tu tam na nějaké budově byla vidět modrozlutá a taky na Stalinovi, jak tomu říkám. I když skoro symbolicky kyvadlo zase nekývalo. No, něco tu u nás občas drhne, ale teď už to můžeme svést jen sami na sebe...

*Helena Stehlíková, předsedkyně podvýboru CPME pro vzdělávání*

## Závěry zasedání CPME 13.–14. března 2009 v Praze

Schváleny byly následující dokumenty:

### Reakce CPME na Zelenou knihu o pracovních ve zdravotnictví v Evropě

Zelená kniha popisuje zásadní problémy spojené se zajištěním kvalifikované pracovní síly ve zdravotnictví, kterými jsou:

- nejasná definice pojmu *pracovníci ve zdravotnictví* a obsahu jejich činnosti,
- stárnutí populace,
- stabilita a udržitelnost zdravotních systémů,
- demografické změny a zajišťování dostatečného počtu pracovníků ve zdravotnictví,
- kapacita veřejného zdravotnictví,
- vzdělávání a usměrňování mobility pracovních sil ve zdravotnictví,

- globální migrace zdravotnických pracovníků,
- vliv nových technologií,
- role zaměstnavatelů ve zdravotnictví.

Většinou těchto problémů se zabývá i CPME, a proto zdůrazňuje jejich důležitost a jednotlivé body ve své zprávě komentuje.

CPME se striktně straní hodnocení výhod a nevýhod jednotlivých zdravotních systémů, avšak zdůrazňuje, že při podpoře zaměstnavatelů ve zdravotnictví musí být vždy zachovány rovné podmínky pro privátní i veřejný sektor.

Ve svém dokumentu, týkajícím se zmíněných problémů, vyjadřuje CPME několik jasných postojů, které předloží Evropské komisi ke zvážení.

# Kontroverzní témata očima prezidenta CPME

*Během pražského zasedání Stálého výboru evropských lékařů (13.–14. března 2009 v hotelu Mövenpick) poskytl prezident CPME Michael Wilks rozhovor časopisu Tempus medicorum. Mimo jiné v něm ocenil aktivitu ČLK při řešení aktuálních problémů lékařů v Evropě.*

**Stálý výbor evropských lékařů (CPME), kterému předsedáte, zastupuje přibližně dva miliony lékařů v Evropské unii. Co je hlavním cílem vaší organizace?**

CPME reprezentuje evropské zájmy lékařů v Evropské unii. Řešíme otázky, které přesahují rámec členských států. Věnujeme se tématům harmonizace vzdělávání, bezpečnosti pacientů, mobility pacientů, problematice regulace pracovní doby, otázkám dopadu stárnutí na pracovní síly ve zdravotnictví, možnostem podpory vztahu mezi lékaři a pacienty prostřednictvím technologií, vzdělávání pacientů, ale také zdravotním dopadům klimatických změn.

**V Praze se právě schází výkonný výbor a jednotlivé odborné komise CPME. Jednu z nich, komisi pro lékařské vzdělávání, další profesní rozvoj a zlepšování kvality, řídí doktorka Helena Stehlíková zastupující Českou lékařskou komoru. Jak hodnotíte aktivitu ČLK v Evropě?**

České republice a jejím lékařům je jasné, že s narůstající mobilitou pacientů a lékařů je třeba více myslet na bezpečí

pacientů, kvalitu péče, kvalifikaci zdravotnických profesionálů a veřejné zdraví také na evropské úrovni. Česká lékařská komora, prezident Kubek a jeho kolegové si správně uvědomují, že členské státy jsou příliš malé na to, aby mohly zvládnout veškeré problémy a vést odborné diskuse o všech tématech. Česká lékařská komora je proto velmi aktivní v naší organizaci, za což jsme velmi vděční.

**Jedním z diskutovaných témat v Evropě i v České republice je rovnost pohlaví v souvislosti s trhem práce. V prosinci loňského roku Evropská komise zveřejnila Zelenou knihu o pracovních ve zdravotnictví v Evropě. Zde se uvádí, že ženy tvoří až tři čtvrtiny pracovních sil v evropském zdravotnictví a jejich podíl stále roste. Proto je podle Evropské komise obzvláště důležité podporovat opatření pro rovnost žen a mužů v rámci strategií pro lidské zdroje. Jak tomuto prohlášení rozumíte?**

V Evropě čelíme problému nedostatku lékařů, musíme proto maximalizovat potenciál stávajících pracovníků a zvýšit jejich efektivitu. Jednou z cest může být přesunutí části úkolů a kompetencí na kvalifikované zdravotní sestry. To je však pouze malou částí řešení. Významné však je, že ztrácíme kapacitu žen lékařek, které mají obtíže se sladěním práce, dalším vzděláváním a péčí o rodinu. Některé

z mých kolegů mají dokonce pocit, že Zelená kniha dělá z tohoto tématu problém. Ve skutečnosti nejde o to, že bychom měli řešit problém žen lékařek, ale o to, že je třeba nabízet více flexibilní podmínky, umožňovat částečné úvazky a podporovat všechny pracovníky.

**Dalším velmi kontroverzním politickým nástrojem, o kterém se diskutuje v Bruselu, je evropská směrnice o pracovní době. Považujete projednávaný návrh spíše za příležitost, nebo za hrozbu pro lékaře v Evropě?**

Ve věci uplatňování evropské směrnice o pracovní době ve vztahu k lékařům panují v současnosti významné rozdíly mezi Evropským parlamentem a Radou ministrů. Jedná se o střet dvou hlavních přístupů – možnosti vyvážit zdravotnické profese z platnosti směrnice a způsobu definice pohotovostní služby. Diskuse jsou stále komplikovanější, jsou předkládány nové a nové pozměňovací návrhy a je tak nemožné si představit, co by uplatnění pozměněného nástroje v praxi znamenalo. Popravdě řečeno, pokud bych pracoval jako personální ředitel v nemocnici a přečetl si, co je dnes na papíře, asi bych se nervově zhroutil. Považujeme za důležité, že by pro lékaře neměly platit výjimky a že je zapotřebí správné množství placené aktivní i neaktivní pracovní pohotovosti. V žádném případě však nové návrhy nesmí ohrozit bezpečnost zdravotní péče pro lékaře i pacienty.

## Reakce CPME na zprávu Evropské komise o telemedicině

Telemedicina zmenšuje význam fyzické vzdálenosti mezi lékařem a pacientem, tím může zlepšit dostupnost zdravotní péče o pacienty v odlehlých místech, zlepšovat kvalitu života chronicky nemocných a omezovat nutnost hospitalizace. To vše představuje výhody nejenom pro pacienty, ale i pro jejich příbuzné a pro zdravotnictví jako celek.

Telemedicina by ale také na druhou stranu mohla vystupňovat nerovnost v přístupu ke zdravotní péči. Proto CPME apeluje na vlády a řídicí orgány, aby zajistily přístupnost nových technologií všem, bez ohledu na jejich sociální a ekonomický status. Je povinností vlád najít způsob, jak omezit růst výdajů na zdravotnictví a přitom zachovat dostupnost a dostatečnou kvalitu zdravotní péče za rozumnou cenu.

Vývoj v telemedicině je nyní dán rozvojem počítačových technologií a je poháněn tržními mechanismy. Poskytování zdravotní péče pro stárnoucí populaci a léčba chronických onemocnění se v blízké budoucnosti stanou obrovským trhem pro poskytování zdravotní péče. Proto CPME zdůrazňuje, že klíčovou roli ve vývoji telemedicíny musí hrát lékaři, aby se vyvíjela ku prospěchu pacientů a jejich lékařů, nikoli ve prospěch producentů počítačových technologií.

## Zákonná kontrola tabákových výrobků

Počet onemocnění a úmrtí způsobených legálním užíváním tabákových výrobků je nesrovnatelně vyšší, než jaký je připisován užívání kterýchkoliv jiných drog, které jsou přitom klasifikovány jako nebezpečné a nelegální.

Z tohoto důvodu vyžaduje CPME, aby tabákovému průmyslu byla dána desetiletá lhůta, po jejímž uplynutí by tabákové výrobky byly klasifikovány jako nebezpečné drogy a byly adekvátně k tomu kontrolovány.

CPME je však zároveň přesvědčen, že kuřáci a uživatelé jiných tabákových výrobků by neměli být kriminalizováni.

## Dostupnost zdravotnických informací pro všechny do roku 2015

CPME zdůrazňuje, že dostupnost důležitých a spolehlivých zdravotnických informací přispívá k předcházení utrpení a úmrtí a že zvyšuje efektivitu zdravotních systémů.

## CPME podporuje úsilí o zlepšení dostupnosti zdravotních informací pro profesně izolované



## Evropské unii v současnosti předsedá Česká republika. Na jaké téma by se podle vašeho názoru měla soustředit?

Je zapotřebí se více věnovat možnostem léčby pacientů s chronickými onemocněními. Je potřeba se ještě více koncentrovat na technologie. Zde může velmi napomoci rozvoj e-health. Nejde jenom o sdílení informací, ale zejména o jejich správné využívání. V Evropské unii vynakládáme na tuto oblast přibližně 50 miliard eur, většina však dnes teče zejména do průmyslu informačních technologií, který vyvíjí řešení pro zdravotnické profesionály. To je špatně. Důležité totiž je, aby tyto investice nebyly řízeny průmyslem, ale tím, co potřebují a žádají kliničtí lékaři. Tyto obavy mimochodem sdílí i administrativní prezident Spojených států Obama, která se rozhodla podpořit zdravotnické technologie v rámci nových protikrizových opatření ve zdravotnictví.

**Pane Wilksi, dovolte mi i trochu osobnější otázku. Ve Velké Británii jste pracoval jako rodinný lékař. Proč jste se rozhodl pro tuto specializaci?**

Vždycky mě zajímal komplexní přístup ke zdravotním problémům pacientů. V tomto ohledu je role rodinných lékařů nezastupitelná. Dlouhodobě se věnuji také oblasti soudního lékařství, rovněž oboru, který je velmi důležitý.

**Jste také členem správní rady Nadace pro nemocné lékaře (Sick Doctors Trust), která nabízí podporu a pomoc lékařům a studentům medicíny, kteří jsou závislí na drogách či alkoholu.**

Doktor Wilks je členem správní rady Nadace pro nemocné lékaře (Sick Doctors Trust), která nabízí podporu lékařům trpícím závislostmi, a předsedá Nadaci pro rehabilitaci závislých vězňů (Rehabilitation of Addicted Prisoners Trust), která je předním poskytovatelem substituční léčby drogově závislým osobám v britských věznicích.

Od roku 2002 je členem britské delegace do Stálého výboru evropských lékařů (CPME). Do roku 2007 řídil podvýbor CPME pro etiku. Od ledna 2008 je Michael Wilks prezidentem CPME.

## U nás uplatňujeme spíše represivní přístup k těmto lidem. Jakým způsobem řešíte tento problém ve Velké Británii?

Doktoři stejně jako ostatní lidé mohou být závislí na alkoholu či jiných návykových látkách. V případě zdravotnických pracovníků se však jedná o velmi citlivý problém, neboť mohou představovat hrozbu pro svoje pacienty. Naše nadace se snaží těmto lidem anonymním způsobem pomoci zejména tím, že je povzbuzuje v léčbě. Pomáháme jim také, pokud přijdou o práci, podporujeme je při jednání s regulačními orgány a nabízíme jim dlouhodobou podporu. Současně se snažíme vysvětlovat veřejnosti, že doktoři jsou jen lidé a že se to může stát každému. Je to velmi hodnotná práce.

Ondřej Mál



## Michael Wilks

Od roku 1977 pracoval 15 let jako rodinný lékař v Londýně ve Velké Británii. Poté se specializoval na oblast soudního lékařství, spolupracoval s Londýnskou metropolitní policií.

Od roku 1994 do září 2006 řídil Komisi pro lékařskou etiku Britské lékařské komory (British Medical Chamber). Jeho další práce pro Britskou lékařskou komoru zahrnovala tříleté předsednictví v Rozhodovacím orgánu a založení nové služby Britské lékařské komory podporující lékaře se zdravotními problémy.

## poskytovatele zdravotní péče v Evropě.

Proto CPME podporuje mezinárodní kampaň HIFA2015 (Health Information For All to 2015 – zdravotnické informace pro všechny do roku 2015) a vyzývá ostatní evropské lékařské a zdravotnické organizace i odborné společnosti, aby se připojily a aktivně přispívaly k mezinárodnímu dialogu.

## Vyřešení nedostatku vody

Z důvodu hledání řešení globální krize nedostatku vody a hygienických zařízení se CPME účastní mezinárodní kampaně za vyřešení nedostatku vody (End Water Poverty campaign – <http://www.endwaterpoverty.org/>).

CPME žádá vlády, aby vytvořily komplexní rámec, jak zajistit hygienická zařízení a vodu pro všechny tak, aby mohl být splněn závazek z agendy EU (Agenda for Action on the Millennium Development Goals).

## Duševní zdraví na pracovištích

CPME si uvědomuje význam kvality duševního zdraví na pracovištích a upřímně věří, že zdravé pracovní prostředí s řádně nastavenými parametry prevence přispěje ke snížení výskytu duševních onemocnění, snížení pracovní absence z důvodu duševních poruch, snížení počtu pracovních úrazů a zároveň přispěje ke zvýšení sebevědomí a pracovní morálky u zaměstnanců, kteří jsou zdraví.

## CPME přijal helsinskou deklaraci WMA (World Medical Association)

CPME přijal helsinskou deklaraci WMA, která upravuje etické principy lékařského výzkumu týkajícího se lidských bytostí tak, jak byla schválena valným shromážděním WMA v Soulu v Koreji v říjnu 2008.

## Valné shromáždění CPME na svém jednání v Praze dne 14. března 2009 zvolilo prezidenta a výkonný výbor pro období 1. 1. 2010 až 31. 12. 2011:

### Prezident:

**Konstanty Radziwill** (Polsko)

### Viceprezidenti:

**Frank Ulrich Montgomery** (Německo)

**Milan Kubek** (Česká republika)

**Roland Lemye** (Belgie)

**Jörg Pruckner** (Rakousko)

### Hospodář:

**Katrin Fjeldstedt** (Island)

Všechny projednávané dokumenty jsou k dispozici na

<http://www.cpme.eu/policy.php>

# Evropská směrnice o pracovní době je vítězství

*Novým prezidentem CPME na dvouleté funkční období počínaje rokem 2010 byl zvolen prezident Polské lékařské a stomatologické komory Konstanty Radziwill. Poté poskytl časopisu Tempus medicorum krátký rozhovor:*

**Co je největším problémem lékařů v Polsku?**

I přes velké zvýšení platů během posledních dvou let jsou stále nízké. Někteří lékaři berou celkem dost, ale pouze pokud pracují více než 48 hodin týdně.

**Odcházejí polští lékaři do zahraničí? Vidíte to jako problém?**

Ano. Během posledních pěti let se téměř 7000 polských lékařů (okolo 7% aktiv-

ních lékařů) rozhodlo odejít do jiného státu EU. Současně odešel neznámý počet lékařů do USA, arabských zemí, Jižní Afriky a dalších. Odhadujeme, že v zahraničí pracuje více než 20 000 polských lékařů.

**Co bude vaším hlavním cílem v roli prezidenta CPME?**

V nejbližších měsících je nejdůležitější udržet naše vítězství ve věci evropské směrnice o pracovní době. Další důležitou otázkou je směrnice o přeshraniční zdravotní péči, mající velký vliv na naši praxi. Musíme pokračovat ve vnitřní debatě o tom, jak velký vliv administrativy a plátců je přípustný v lékařské praxi a co se musí udělat, aby byla zachována nezávislost lékařské odpovědnosti.

**V čem podle vašeho názoru spočívá důležitost jednoty lékařů vůči orgánům EU?**

Musíme být jednotní, abychom měli vliv. Nedostatek jednoty znamená slabší pozici vůči evropským institucím.

**Jakou máte představu o spolupráci mezi ČLK a Polskou komorou lékařů a stomatologů?**

Myslím, že by bylo dobré sdílet informace o důležitějších aktivitách a stanoviscích. Mohlo by být rovněž užitečné čas od času se navštěvovat, abychom se podívali, jak partnerská organizace řeší každodenní problémy.

(red)



## Konstanty Radziwill

Narodil se v roce 1958. Absolvent Lékařské univerzity ve Varšavě se prakticky od začátku své profesní kariéry specializoval jako rodinný lékař. Pracoval rovněž na pohotovosti, zabýval se nemocemi z povolání a přednášel na Lékařské univerzitě ve Varšavě. V postgraduálním studiu se věnoval zdravotní ekonomice a lékařské etice. Ve vedení Polské lékařské komory (PLK), která sdružuje 128 000 lékařů včetně stomatologů, pracuje již od roku 1993, přičemž od roku 2001 je jejím prezidentem.

V uplynulých deseti letech byl dr. Radziwill velice aktivní i na mezinárodním poli:

- člen EFMA (Evropské fórum lékařských asociací),
- předseda podvýboru CPME pro etiku a v letech 2008–2009 viceprezident CPME,
- předseda pracovní skupiny pro strategii fungování CPME.

Dr. Radziwill z titulu své funkce viceprezidenta CPME pomáhal České lékařské komoře v jejím zápase o udržení autonomie profesní lékařské samosprávy a v čase jejího největšího ohrožení v listopadu 2007 se aktivně účastnil sjezdu ČLK.

Na nedávném zasedání Stálého výboru evropských lékařů byl zvolen prezidentem CPME na funkční období 2010–2011.







## Prezident ČLK lékařky nekritizoval, jejich práce si naopak velmi váží!

*Mladá fronta Dnes uveřejnila 2. března 2009 na titulní stránce článek s titulkem „Šéf lékařů kritizuje lékařky“. Stejný článek vyšel na internetovém portálu iDNES s titulkem „Šéf lékařů: Doktorky jsou problém. Věnují se rodině a pracují hůř než muži“. Článek „popisuje“ vystoupení prezidenta České lékařské komory na zasedání zdravotního výboru Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR 25. 2. 2009, které se týkalo „nedostatku lékařů v České republice“.*

Součástí vystoupení prezidenta ČLK byla prezentace sociologických a demografických dat, jejichž zdrojem byla statistická data ÚZIS, MPSV, OECD a z registru ČLK. Vedle zvyšování věkového průměru aktivních lékařů, klesajícího počtu absolventů lékařských fakult, odchodů lékařů do ciziny

a dalších dat byla prezentována informace o změně poměru mezi lékaři a lékařkami v aktivní práci.

Česká lékařská komora má k dispozici originální audiozáznam vystoupení prezidenta Kubka ve zdravotním výboru PSP. Slova „doktorky jsou problém, pracují hůř než muži, neboť se musí věnovat rodině“ ani nic obdobného prezident Kubek neřekl. Označit jeho vystoupení jako „kritiku lékařek“ je neskutečná nehoráznost. V případě prezidenta Kubka navíc zcela absurdní – byl to on, kdo několik let bojoval proti diskriminaci lékařek na mateřské dovolené při přiznávání specializované způsobilosti a kdo prosadil nakonec změnu příslušného zákona, kterým byla tato diskriminace odstraněna.

Prezident ČLK si váží práce všech lékařů pracujících v českém zdravotnictví a rozhodně je nerozděluje podle pohlaví, jak je de facto uvedeno v článku. Jeden z hlavních důvodů, proč Milan Kubek coby prezident ČLK před zdravotním výborem Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR vystoupil, byla snaha upozornit na nepoměr mezi kvalitou práce lékařů a stavem celého zdravotnictví včetně nevyhovujících a nestabilních podmínek v něm.

Uvedené články považujeme za nepravdivou a zlomyslnou manipulaci s fakty ze strany redakce MF Dnes, která je v hrubém rozporu s novinářskou etikou.

*Zdeněk Mrozek, viceprezident ČLK  
Jana Vedralová, předsedkyně Revizní komise ČLK (přímý účastník zmíněného zasedání zdravotního výboru PSP)*

## Hloupé a šovinistické výroky

Pane prezidente, z prezentace Vámi přednesené na půdě Parlamentu ČR (a Vaším sekretariátem rozeslané členům představenstva) jsme se dozvěděly, že jednou z největších hrozeb pro budoucnost českého zdravotnictví jsou ženy lékařky. Musely jsme si příslušné pasáže přečíst několikrát, abychom uvěřily, že skutečně tvrdíte, že výkonnost lékařek je nižší než výkonnost lékařů. Dovoláváte se pravidel Evropské unie. Domníváte se, že v civilizované Evropě by mohl představitel jakékoliv organizace beztretně

prohlásit, že ženy jsou určeny pro práci v domácnosti a profesní kariéra je určena mužům?

Problémy v pracovním uplatnění žen existují u nás ve všech oblastech, medicína nepochybně není výjimkou. Deklaroval jste několikrát, že jste prezidentem všech lékařů, předpokládáme, že toto tvrzení platí i ve vztahu k ženám, členkám ČLK. Pokud jste tedy již zastoupení žen mezi lékaři zmínil, pak bychom za korektní řešení problémů s jejich uplatněním považovaly návrhy na častější zaměstnávání

na menší úvazky, na větší zapojení otců v péči o děti a zejména prosazování takových pravidel postgraduálního vzdělávání, která by i těm rodičům, kteří pečují o děti, umožnila získat v rozumné době plnou kvalifikaci. Nic takového ale neoznalo, zaznělo jen varování před feminizací oboru.

Jako členky představenstva se musíme od Vašich výroků na adresu žen distancovat, protože jsou hloupé a šovinistické. Doufáme, že nebudeme samy.

*Věra Rybová, Eva Hledíková*

## Nehorázná kampaň proti prezidentovi ČLK

Vážené kolegyně, pana doktora Milana Kubka, prezidenta ČLK, znám osobně několik let jako mimořádně slušného člověka. Člověka, který se ke svým kolegyním a k ženám vůbec choval vždy velmi uctivě a galantně a práce lékařek si vážil.

Bulvární článek v MF Dnes a následná reportáž TV Nova mne zarazily. Zkrátka nemohla jsem uvěřit, že by se pan prezident vyjádřil jakkoli nelichotivě o ženách lékařkách.

Záznam z jednání, kterým nás měl pan prezident urazit, jsem si poslechla – je dostupný i na www stránkách MFD. Důvod k tomu, abych se urazila, jsem nenašla. Pří-

lišná feminizace je problém v jakémkoli odvětví, my ženy to v medicíně rozhodně nemáme lehké a lékařů mužů ubývá, protože z platu lékaře neužívá rodinu. To jsou fakta.

Naše zdravotnictví má celou řadu opravdu vážných problémů, ty ale nejsou pro novináře dostatečně atraktivní, a tak si z celé prezentace vyberou malou část, zasadí ji do úplné jinych souvislostí a aféra je na světě!

Proč? Výroba senzací? Snaha odvrátit pozornost od skutečných problémů zdravotnictví? Další útok na Českou lékařskou komoru a snaha zdiskreditovat jejího prezidenta? Ať se lékaři perou mezi sebou, aspoň dají pokoj.

A ještě jedna poznámka. Proč článek vyšel až několik dnů potom, co jednání proběhlo?

Naše noviny nám přinášejí staré informace? Nebo snad novináři čekali, až pan Kubek odjede do zahraničí, aby se nemohl bránit?

Prosím, přemýšlejte a ověřte si fakta, než řeknete do TV kamery, jak moc vás pan prezident urazil.

Mne osobně urazili novináři, kteří celou kampaň rozpoutali.

*Lenka Doležalová, Brno 2. 3. 2009*

## Takový výrok jsem nikde nenašla

Vážené kolegyně a kolegové! Nedalo mi to, když jsem si přečetla otevřený dopis dr. Hledíkové a dr. Rybové. Byla to poslední kapka (po všech reakcích), zvláště když obě kolegyně pracují v představenstvu ČLK a pana prezidenta znají stejně dobře jako já, která mě vedla k tomu, abych zareagovala.

Kolegyně píše, že několikrát musely přečíst příslušné pasáže, aby uvěřily, že pan prezident Kubek tvrdí, že výkonnost lékařek je nižší než výkonnost lékařů. Také jsem četla „příslušné pasáže“ několikrát (po vzoru kolegyně). Ale tento výrok jsem nikde nenašla! Pan prezident v prezentaci říká: „...s ohledem na rodinné povinnosti

je možné pracovní zatížení žen pochopitelně nižší než u mužů.“ A s tímto tvrzením jako matka dvou synů a soukromá oční lékařka se dvěma atestacemi musím jen souhlasit.

Nikdy jsem nebrala jako hendikep to, že mám dvě děti a náročnou práci. Naopak. Mám tu výhodu, že s panem prezidentem Kubkem pracuji v představenstvu ČLK už 2,5 roku a mohu jako kolegyně hodnotit naši spolupráci. Nikdy jsem nevnímala, že „doktorky jsou problém“, jak bylo prezentováno v MF Dnes. Tak mě napadá: komu tyto uměle vytvořené kauzy prospívají?

Ludmila Říhová



## Otevřený dopis lékařkám: Vaši profesi jsem nezlehčoval

Vážené kolegyně, obracím se na Vás formou otevřeného dopisu. V této chvíli jsem s rodinou na dovolené mimo republiku a s úžasem a rozhořčením sleduji mediální výstupy ze svého vystoupení před zdravotním výborem PSP, zejména pak články v Mladé frontě Dnes.

Nejprve mi dovoluji konstatovat, že jsem v žádném případě nekritizoval a nezlehčoval Vaši práci, které si nesmírně vážím, stejně jako práce kolegů lékařů. Při svém povolání a činnosti ve funkcích nerozlišuji mezi lékaři a lékařkami. Za dobu své práce v nemocnici, ve své praxi ambulantního internisty, při práci v LOK-SČL a v České lékařské komoře jsem poznal mnoho vynikajících lékařů a lékařek, z nichž mnozí byli a jsou mými učiteli, spolupracovníky a přáteli. Navíc moje maminka je praktická lékařka a moje žena zdravotní sestra, takže mám zkušenost se zdravotnicemi i z rodiny. Proto mne nepravdivé a manipulativní vyznění článků v Mladé frontě Dnes tolik rozhořčilo.

Na semináři před zdravotním výborem jsem přednesl přednášku „Nedostatek lékařů v ČR již ohrožuje kvalitu zdravotní péče“. Vycházel jsem v ní z ověřitelných

statistických dat. Klesá počet absolventů lékařských fakult a mnozí z nich hned po ukončení medicíny opouštějí republiku. Zároveň Česká lékařská komora registruje každoročně stovky žádostí o vystavení potvrzení o profesní bezúhonnosti, které je podmínkou pro možnost práce v zahraničí.

Odhadem až tři čtvrtiny žadatelů skutečně mimo republiku odejdou. Zároveň lékařská obec stárne a zvyšuje se podíl lékařek oproti počtu lékařů. Jak vyplývá z registru ČLK, lékařky pracují a nastupují více do oborů, v nichž se tolik neslouží. A přitom do ciziny odcházejí právě lékaři a lékařky z oborů, které jsou zatíženy větším počtem služeb a o které mezi lékařkami není takový zájem. V loňském roce požádalo o vystavení potvrzení o profesní bezúhonnosti 323 žadatelů, z nichž byly dvě třetiny muži. Protože o tyto obory není mezi lékařkami takový zájem, hrozí, že odcházející kolegy a kolegyně nebude mít kdo nahradit. Mým cílem bylo v této části vystoupení poukázat na fakt, že některé obory nejsou pro lékařky atraktivní, a to souvisí mimo jiné s profesními podmínkami.

Mám na mysli například výši mezd, která neumožňuje některým kolegyním za-

jistit si bezproblémové hlídání dětí, pokud jim v tomto nepomohou partneři či rodiče (o neexistenci takových mzdových příplatků nemluvě). To je aspekt, který s nedostatkem lékařů v ČR souvisí. V žádném případě nešlo o kritiku kvality a výkonnosti lékařek, které své povolání vykonávají, ať již slouží či nikoliv. Nikterak jsem také nekritizoval (a ani bych si to nedovolil) rodinnou situaci lékařek a způsob, jakým se lékařka v rámci rodiny dohodne o péči o dítě.

Ve své funkci jsem se vždy snažil a budu se snažit i nadále o zlepšení profesních a pracovních podmínek lékařek a lékařů bez rozdílu. Nerozlišuji a nikdy jsem nerozlišoval, zda jde o lékaře zaměstnance, či lékaře privátní, ať jde o lékařky, či lékaře. Snažil jsem se také o odstranění některých nespravedlností – například diskriminaci lékařek na mateřské dovolené při přiznávání specializované způsobilosti. Podařilo se dokonce prosadit změnu příslušného zákona, kterým byla tato diskriminace odstraněna.

Vážené kolegyně, musím znovu opakovat, že jsem v žádném případě Vaši práci, kvalifikaci a schopnosti nechtěl nijak zlehčovat nebo dokonce kritizovat. Celé to považuji za propagandistickou snahu některých novinářů odvést pozornost od skutečných problémů českého zdravotnictví, tedy i od problémů lékařek a lékařů.

S kolegiálním pozdravem a s úctou

Milan Kubek, 4. 3. 2009

### NEVÁHEJTE!

Uzávěrka fotografické soutěže Lékař a jeho pacient, kterou vyhlásují ČLK a Olympus, se blíží! Už jen

do 29. května 2009 můžete bojovat o fotoaparát Olympus E-520 Kit a další hodnotné ceny. Podrobnosti naleznete na [www.lkcr.cz](http://www.lkcr.cz)

**OLYMPUS**

Vaše Představy, Naše Budoucnost



## Pane prezidente, odstupte a omluvte se!

Vážený pane prezidente, jsme šokováni Vaším vyjádřením na adresu žen-lékařek, které jste uvedl na zasedání zdravotního výboru Parlamentu ČR během jednání v týdnu od 23. 2. 2009. Označil jste totiž ženy v medicíně za druhou nejdůležitější příčinu personální krize českého zdravotnictví.

Hovoříte-li o horší výkonnosti žen v medicíně, ptáme se: Jaké máte pro toto tvrzení důkazy? Jak můžete něco takového vůbec pustit z úst? Kde by byla dnešní česká medicína bez žen?

Zapomněl jste na doložitelná fakta:

1. nižší platy žen ve srovnání se stejně odborně a funkčně postavenými muži v medicíně,
2. nižší procento žen ve vedoucích funkcích i ve zdravotnictví ve vztahu k jejich procentuálnímu zastoupení.

Existují přesná čísla dokládající nerovnoprávné postavení žen v české lékařské komunitě. Toto nelze popřít. Jak chcete tvrdit, že ženy mají méně schopností a jsou méně výkonné? Jaké srovnávací parametry jste použil? Na jak velkém souboru jste tyto parametry testoval?

Máme za to, že v civilizovaném světě by byl vedoucí představitel jakékoli podobné instituce – a zvláště jde-li o prezidenta organizace, která má za úkol hlídat etiku a morálku – ihned donucen veřejným tlakem abdikovat na všechny své funkce.

Proto Vás vyzýváme:

**Pane prezidente, odstupte z funkce prezidenta ČLK.**

Pane prezidente, urazil jste bez jakéhokoli objektivního důvodu a bez jakéhokoli důkazu ženy-lékařky, jež tvoří nadpoloviční většinu instituce, které předsedáte.

**Pane prezidente, před svým odstoupením se ženám-lékařkám omluvte.**

Věříme, že Vaše vyjádření otevře oči i těm lhostejným, ze zákona povinným členkám ČLK. Vy věřte, že to nejsou feministky. Jen každý den chodí do práce a mimo práci mají jen starost o svou rodinu. Mnohé z nich by jistě významně lépe zvládly i Vaši funkci nejen proto, aby Vám dokázaly, že jsou schopné pracovat stejně intenzivně jako Vy.

*Zorjan Jojko a Rada SAS, 4. 3. 2009*



## Odvolat? Ano, ale pokud by na problém nepoukázal!

Mí učitelé mne naučili, že především lékař si má zachovat kritické myšlení. Podlehne-li emocím, přáním a lenosti myslet, stane se nebezpečný pacientům.

Proto si dovolím uvést fakta a nikoli dojmy:

Dne 10. 12. 2008 přijala Evropská komise dokument A Green Paper on the European Workforce for Healthcare. Tento dokument byl přijat, neboť dochází k úbytku pracovníků ve zdravotnictví v celé Evropě a situace je označena za kritickou a nebezpečnou pro pacienty. Mezi hlavními důvody tohoto stavu se uvádí:

- a) stárnutí populace a stárnutí lékařů,
- b) feminizace ve zdravotnictví, resp. úbytek lékařů mužů,
- c) odchody lékařů do ciziny za lepším – tzv. brain drain.

Tedy přesně to, o čem mluvil i MUDr. Kubek. Navíc svá tvrzení doložil přesnými statistickými údaji, které jsou dostupné v tiskovém prohlášení ČLK. Ty však nikdo v novinách nezveřejnil. Je-li posláním ČLK dbát na kvalitu medicíny a je-li situace kritická, kde jinde měl prezident ČLK tato fakta prezentovat než před zdravotním výborem Parlamentu? Kdyby to neudělal, zasloužil by odvolat, nikoli obráceně!

Všichni z vás, milí kolegové, kteří tato fakta popíráte a odvádíte od nich pozornost, ŠKODÍTE lékařskému stavu a současně i sobě jako budoucím pacientům!

*Helena Stehlíková, 5. 3. 2009*

# Nedostatek lékařů v ČR již ohrožuje kvalitu zdravotní péče

## Pracující lékaři stárnou

Zatímco v roce 2000 bylo 67% pracujících lékařů mladších 50 let, pak se jejich podíl v roce 2007 snížil již na pouhých 56%. Podíl pracujících lékařů starších 60 let se naopak v uvedeném období zvýšil z 11,5% na 16%. Oproti roku 2000 ubylo 2565 lékařů mladších 50 let, zatímco mezi pracujícími lékaři přibýlo 1898 kolegů a kolegyní starších 60 let. Průměrný věk praktického lékaře tak již v roce 2006 překročil hranici 52 let.

	pod 49 let	50–59 let	nad 60 let
2000	23 202	7 446	3 956
	67,1%	21,5%	11,5%
2007	20 637	10 345	5 854
	56,0%	28,1%	16,0%

## Pokračuje feminizace české medicíny

Zatímco v roce 2002 tvořily lékařky 51,8%, pak v roce 2007 se podíl žen mezi lékaři zvýšil již na 52,7%. S ohledem na rodinné povinnosti je možné pracovní zatížení žen v průměru pochopitelně nižší než u mužů. Zároveň roste počet lékařek na mateřské a rodičovské dovolené (v roce 2007 o 132 matek více oproti roku 2006). Nejvyšší procento žen (86,6%) nalezneme mezi praktickými lékaři pro děti a dorost, nejméně mezi chirurgy (13,9%), avšak podíl žen vzrůstá ve všech oborech medicíny.

## Klesá počet soukromých lékařů

Zatímco počet důchodců se mezi členy ČLK zvyšuje (meziročně +195), počet soukromých lékařů klesá (meziročně -61).

## Klesá počet absolventů lékařských fakult

Zatímco v roce 2003 promovalo v oboru všeobecné lékařství 874 lékařů, pak v roce 2007 podle údajů ÚZIS již jen 795 lékařů.

## Pokračuje exodus českých lékařů

Přibližně 200 lékařů, což odpovídá čtvrtině běžného promočního ročníku, odchází každý rok za prací do zahraničí. Nejoblíbenějšími cílovými zeměmi jsou Velká Británie (cca 800 lékařů z ČR) a Německo (cca 300 lékařů z ČR).

## České zdravotnictví

### je stále více závislé na práci cizinců

Z celkového počtu 1132 lékařů přijatých za členy ČLK v roce 2008 bylo 229 Slováků a 41 cizinců z ostatních zemí, převážně za států bývalého Sovětského svazu. Zatímco v roce 2003 pracovalo v ČR 829 lékařů cizinců, pak do roku 2008 se jejich počet zvýšil na 2015.

## Nemocnice nejsou schopny sehnat dostatečný počet kvalifikovaných lékařů

Zatímco k 30. 6. 2006 sháněly naše nemocnice prostřednictvím úřadů práce 368 lékařů, pak k 30. 6. 2008 se touto cestou snažily získat již 628 lékařů.

## Personální devastace nemocnic v ČR

Nejhorší personální situace je v bývalých okresních nemocnicích, které po přeměně na akciové společnosti již nemusí respektovat tzv. státní tarifní tabulky, a tak jsou mzdy zdravotních sester v těchto nemocnicích za stejnou práci v průměru o 12% nižší a u lékařů o 6,5% nižší než v nemocnicích státních (v roce 2007: 40 549 Kč oproti 43 353 Kč, přičemž oba údaje jsou pochopitelně včetně přesčasové práce a služeb).

## Příčiny personální devastace českého zdravotnictví

Základní příčinou personální devastace českého zdravotnictví jsou nedostatečné výdaje na zdravotnictví, které stále více zaostávají za možnostmi naší ekonomiky.

Podíl výdajů na zdravotnictví na HDP České republiky stále klesá.

Rok	2003	2004	2005	2006	2007
Podíl na HDP	7,6%	7,3%	7,2%	6,9%	6,7%

## Hlavní příčiny nedostatku lékařů v ČR:

- finanční odměna neodpovídá náročnosti práce;
- nadměrná pracovní zátěž při nedodržování pravidel evropské směrnice o pracovní době, která je primárně normou na ochranu pacientů;
- existenční nejistota v procesu privatizace zdravotnických zařízení;
- rozpad systému postgraduálního vzdělávání, kdy stát vzdělávací lékařů přestal financovat;
- usnadnění migrace po vstupu ČR do EU.

Nedostatek lékařů potencuje špatná organizace práce, kdy nemocniční lékaři na jedné straně zůstávají ekonomicky závislí na příjmech za přesčasovou práci a na straně druhé kvůli bariéře mezi nemocnicemi a soukromými lékaři se na zajišťování nepřetržité zdravotní péče podílí pouze asi třetina lékařů.

Bez dostatečného počtu kvalifikovaných zdravotníků není možno poskytovat kvalitní lékařskou péči *lege artis*.

ČLK připravuje vlastní personální doporučení pro zdravotnická zařízení. V současnosti totiž nemůžeme občanům garantovat, že se jim ve všech zdravotnických zařízeních dostane kvalitní zdravotní péče.

Milan Kubek





### Jak se dívá na feminizaci vyspělý svět

**Brian McKinstry a spolupracovníci ve studii pro Národní zdravotní službu (NHS) publikovanou v lednu 2006 prokázali, že praktičtí lékaři muži odpracují v průměru více hodin než jejich kolegyně.**

Množství praktických lékařek stále roste, a to i ve Skotsku. Cílem studie bylo zjistit, zda jsou oprávněné obavy, že pokračující feminizace může vést k nárůstu počtu lékařů pracujících pouze na částečný úvazek, což by zase vedlo ke snižování dostupnosti služeb praktických lékařů, a to navzdory nárůstu jejich počtu.

**Studie prokázala, že praktičtí lékaři muži odpracují v průměru o 18% ordinálních hodin více než jejich kolegyně.** Při porovnávání ostatních aktivit, jako jsou výuka, odborné schůze, výzkum nebo administrativa, dosahoval rozdíl mezi muži a ženami 50 procent. Rozdíly mezi oběma pohlavími byly přítomny signifikantně ve všech věkových skupinách.

**Závěr:** Ženy lékařky zajišťující ve Skotsku primární péči odpracují bez ohledu na věk méně hodin než muži lékaři. **Rychlý nárůst podílu žen mezi praktickými lékaři může zhoršovat dostupnost lékařské péče, pokud nedojde ke změnám v organizaci práce.** Ještě větší obavy způsobuje skutečnost, že ženy lékařky se méně věnují tzv. mimoordinárním aktivitám, což by mohlo mít závažné důsledky pro rozvoj této profese ve Skotsku.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16686957>

**Susan P. Phillips a Emily B. Austin v únoru 2009 publikovaly svůj výzkum vlivu feminizace medicíny na zdravotní**

**stav populace. Zkoumaly dopad rostoucího podílu žen mezi lékaři v Kanadě, Velké Británii i ve Spojených státech.**

V některých oborech sice lékařky stále zůstávají v menšině, avšak v jiných již dominují. Obecně platí, že ženy si častěji než muži volí odbornost rodinného lékaře nebo pediatra. Například v Kanadě si v roce 2007 zvolilo specializaci rodinný lékař 33% čerstvě promováných lékařek a pouze 22% lékařů. Zatímco mezi všemi pracujícími lékaři v Kanadě tvoří ženy 38%, mezi rodinnými lékaři 59%. Také v USA, kde sice zatím ženy představují pouhých 44 procent absolventů lékařských fakult, nalezneme mezi rezidenty pro primární péči již více lékařek než lékařů.

Zprávy z poslední doby, které prokázaly nižší produktivitu žen lékařek, vyvolaly diskusi, zda větší množství žen v medicíně bude zhoršovat nedostatek lékařů a omezovat dostupnost lékařské péče. Rozdíl mezi tím, jak lékařskou praxi vykonávají ženy a jak muži, jsou prokazatelné. **Ženy lékařky odpracují menší množství přesčasových hodin a oproti mužům také méně často pracují ještě v důchodovém věku. Lékařky v průměru vyšetří za hodinu menší množství pacientů, avšak vykazují lepší schopnost komunikace s pacienty a na rozdíl od mužů kladou větší důraz na preventivní opatření. Neexistují žádné studie, které by prokázaly negativní vliv feminizace medicíny na výsledky léčení a na zdravotní stav populace.**

<http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/301/8/863>

### Realita českého zdravotnictví

	2002	2007
PL (všeobecný lékař)	59,0%	61,1%
Interna	49,2%	50,4%
Chirurgie	13,2%	13,9%
Gynekologie – porodnictví	39,6%	42,0%
ARO	46,5%	47,7%
PLDD (pediatrie)	79,8%	86,6%
Celkem	51,8%	52,7%

*Podíl žen lékařek v jednotlivých odbornostech*

V roce 2001 promovalo v oboru všeobecné lékařství na 7 lékařských fakultách v ČR 845 lékařů, z nichž bylo 439 žen, což činí 52%. Ze 795 absolventů oboru všeobecné lékařství v roce 2007 bylo podle údajů ÚZIS (Zdravotnická ročenka) 518 žen, tedy již více než 65%.

**Jistě můžeme před problémem zavírat oči, tvářit se, že neexistuje, a doufat, že se ještě několik let naše zdravotnictví nezhroutí. Rozumnější je však snažit se zlepšovat pracovní podmínky tak, aby ženy lékařky mohly lépe skloubit profesní kariéru s péčí o rodinu a abychom nebyli existenčně závislí na přesčasové práci.** A pokud chceme problém řešit, nesmíme se ho pochopitelně bát nejprve pojmenovat. Ruku na srdce, kolik nemocnic má vlastní školku nebo jesle? V kolika nemocnicích mohou zdravotníci využívat výhody klouzavé pracovní doby? Koho z nás by užívala práce na částečný úvazek? Ano, toto vše je ve vyspělých zemích něco zcela samozřejmého.

*Milan Kubek*

### Zelená kniha o pracovnících ve zdravotnictví v Evropě

*V souladu s článkem 152 smlouvy o Evropském společenství nesou odpovědnost za organizaci a financování zdravotní péče vlády členských států Evropské unie. Úkolem orgánů EU je podporovat spolupráci mezi státy a koordinovat jejich zdravotní politiku, tak aby všichni občané EU měli rovný přístup ke stejné kvalitní a bezpečné zdravotní péči.*

Všechny vyspělé státy se snaží řešit rozpor mezi omezenými finančními zdroji na straně jedné a téměř neomezenými možnostmi medicíny, která je však zároveň stále dražší. **Zdravotnictví je již v současnosti jedním z nejdůležitějších sektorů evropského hospodářství, který zaměstnává celou jednu desetinu všech pracovních sil, přičemž přibližně 70 procent výdajů na zdravotnictví tvoří v rámci EU osobní náklady.** Stárnutí populace a stále intenzivnější medicína zvyšují

potřebu většího počtu kvalifikovaných lékařů i ostatních zdravotníků. Investice do zdravotnictví přitom patří mezi neefektivnější. Střední očekávaná délka života se v zemích, které dnes tvoří EU, prodlužuje trvale již od konce druhé světové války, a to v průměru o 2,5 roku za desetiletí, přičemž tento trend potrvá i nadále. Vzhledem k tomu, že většinu zdravotní péče každý pacient čerpá v posledních letech svého života, je velmi důležité, aby se co nejvyššího věku lidé dožívali v dobrém zdravotním stavu.

### Tři trendy ohrožující dostupnost zdravotní péče

#### Stárnutí zdravotníků

Mezi lety 1995 až 2000 se počet lékařů mladších 45 let v rámci Evropy snížil o 20 procent, zatímco počet pracujících lékařů v důchodovém věku se zvyšuje.

#### Feminizace

Podíl žen na zajišťování zdravotní péče se významně zvyšuje. Všeobecně tvoří ženy okolo třetí čtvrtin veškerých pracovníků ve zdravotnictví. V některých členských státech tvoří ženy více než polovinu studentů lékařských fakult. Nemá-li pokračující feminizace snižovat dostupnost zdravotní péče, je třeba zlepšit ženám podmínky pro sladění rodinného a pracovního života.

#### Emigrace

Velké rozdíly ve finančním ohodnocení za práci jsou hlavním příčinou odchodu kvalifikovaných zdravotníků z tzv. nových členských států EU. Jakkoliv patří volný pohyb osob mezi základem práva občanů EU, nemohou bohaté státy řešit své problémy s nedostatkem pracovní síly ve zdravotnictví na úkor zemí chudších.

*(z dokumentu schváleného Evropskou komisí v prosinci 2008)*

# Julínkovy zákony byly staženy z Poslanecké sněmovny Jednání s ministryní zdravotnictví ing. arch. Filipiovou

*Při prvním jednání dne 29. 1. 2009, kterého se účastnil rovněž první náměstek MZ pan Bc. Šnajdr, prezident ČLK seznámil paní ministryni o usnesení sjezdu ČLK, který odmítl tzv. reformní zákony ve znění předloženém bývalým ministrem dr. Julínkem.*

Dr. Kubek upozornil, že o tomto usnesení bude informovat všechny poslance a vyzve je k tomu, aby vrátili návrhy k přepracování (dopis prezidenta ČLK poslancům z 2. 2. 2009). Dr. Kubek požádal ministryni zdravotnictví, aby návrhy zákonů ministra Julínka stáhla z projednávání v PS, a vytvořila tak čas na jejich přepracování. V této souvislosti nabídl odbornou pomoc ČLK. **Dne 3. 2. 2009 stáhla ministryně zdravotnictví všechny zákony z programu únorové schůze PS.** Prezident ČLK byl jmenován členem poradního orgánu ministryně zdravotnictví.

## Rada poskytovatelů – poradní sbor ministryně zdravotnictví

### Jednání 5. 2. 2009

#### Návrhy zákonů

Dr. Kubek ocenil vsřícný krok paní ministryně, že stáhla zákony z programu schůze PS, a vytvořila tak prostor pro zásadní úpravy zákonů, které jsou v dané podobě nepřijatelné. Navrhl rozdělit návrhy s tím, že zákon o zdravotnické záchranné službě je nejsnáze přijatelný. Zákony o zdravotních službách a specifických zdravotních službách vyžadují přepracování a novelu zákona o veřejném zdravotním pojištění je vhodné změnit v legislativně technickou novelu, která byla původně avizována. Zásadním problémem je tvorba standardů, kdy ČLK navrhuje vytvořit dohodovací řízení za účasti ČLK. ČLK je připravena spolupracovat na potřebných změnách navrhovaných zákonů.

Jsa vyzván, aby deklaroval, zda ČLK podporuje reformu zdravotnictví, dr. Kubek upozornil, že je třeba definovat, co je slovem reforma myšleno. Pokud jde o věcné záměry zákonů, které v dubnu 2008 bez jednání s ČLK schválila vláda, tak ty odmítlo představenstvo ČLK i sjezd delegátů. Kvalitní legislativní návrhy, které budou ku prospěchu zdravotnictví a lékařů, ČLK pochopitelně podpoří.

#### Návrhy vyhlášek

V otázce tvorby vyhlášky o personálních standardech dr. Kubek upozornil, že není vhodné tuto vázat na dosud neexistující zákon o zdravotních službách, ale je třeba ji připravovat bez ohledu na osud tohoto zákona, neboť povinnost vydat tuto vyhlášku ukládá ministerstvu § 12a zákona č. 20/1966 Sb., v platném znění. ČLK se bude přípravy vyhlášky účastnit.

Dr. Kubek dále upozornil na skutečnost, že ministerstvo při tvorbě vyhlášek k novele zákona č. 95/2004 Sb., o vzdělávání lékařů postupuje v rozporu s tímto zákonem, který mu ukládá povinnost spolupracovat s ČLK. Vysvětlil, že komoře dosud známé texty vyhlášek jdou proti smyslu schválené novely zákona, proto s nimi ČLK nemůže souhlasit.

#### Regulační poplatky

Dr. Kubek informoval, že ČLK se obrátila na ÚOHS s podnětem, aby prozkoumal, zda se kraje nedopouští nedovolené podpory nebo nedochází k porušování pravidel hospodářské soutěže. Podezření, že jde o nedovolenou podporu, ÚOHS nepotvrdil, na druhou otázku zatím neodpověděl. ČLK vyčká na stanovisko úřadu. Ocenil slib paní ministryně, že výpadek příjmů bude kompenzován praktickým lékařům pro děti a dorost, ale upozornil, že je nutné tento výpadek příjmů kompenzovat též ostatním soukromým lékařům i nemocnicím. Jako nejspravedlivější metoda se jeví, aby pojišťovny proplácely tzv. signální kód o nevyběru poplatku ze zákonných důvodů.

Dr. Kubek upozornil, že šanci na přijetí zákonů by zvýšilo zmírnění napětí v rezortu, a proto varoval před jednoznačnými veřejnými vyjádřeními, zda kraje „porušují či neporušují zákon“. Právo v této věci rozhodovat mají pouze nezávislé soudy.

#### Financování zdravotnictví

Dr. Kubek upozornil na nebezpečí možného návrhu ministerstva financí zmírňovat dopady krize na státní rozpočet dalším zmrazením plateb státu za tzv. státní pojištění. Slíbil v této věci plnou podporu ministerstvu zdravotnictví a vyzval paní ministryni, aby tomuto nebezpečí čelila.

### Jednání 11. 3. 2009

#### Zřízení poradní skupiny pro farmakoeconomiku

Dr. Kubek upozornil na nebezpečí nekontrolovaného růstu výdajů za léky a odmítl

jako ekonomicky nesmyslný a z medicínského hlediska pro pacienty nebezpečný návrh na předepisování léků podle účinné látky. Návrhy ministerstva zdravotnictví v oblasti lékové politiky označil za chaotické a navrhl ministryni zdravotnictví zřízení poradní skupiny pro farmakoeconomiku za účasti odborníků ČLK.

#### Protikrizová opatření

Dr. Kubek jménem ČLK podpořil plán na zvýšení plateb pojistného za tzv. státní pojištění, zrušení stropu pro výpočet výše zdravotního pojištění i snížení maximálních režijních nákladů zdravotních pojišťoven.

#### Kompenzace zdravotnickým zařízením za zrušené regulační poplatky

Dr. Kubek zopakoval, že ČLK požaduje kompenzace ušlých příjmů nejenom pro praktické lékaře pro děti a dorost, ale i pro ostatní soukromé lékaře a lůžková zdravotnická zařízení. Ministryně zdravotnictví slíbila využít vlivu ministerstva ve správních radách pojišťoven k prosazení těchto kompenzací, přičemž tento slib není dosud plněn.

#### Návrhy zákonů

Vypořádávání připomínek k zákonům o zdravotních službách a k návrhu novely zákona o veřejném zdravotním pojištění byla věnována největší část jednání.

**Ministerstvo zdravotnictví slibuje posílení kompetencí ČLK a zohlednění některých našich připomínek.** Jednání jsou však velmi komplikovaná a probíhají především na odborné úrovni mezi právníky ČLK a právníky ministerstva.

Pro ČLK je obtížně přijatelná představa ministerstva, že by zákony po projednání v tzv. prvním čtení v Poslanecké sněmovně byly změněny komplexním pozměňovacím návrhem některého z poslanců, který by byl textem, na němž by se ministerstvo shodlo s komorou a ostatními relevantními organizacemi. Takový postup je totiž velmi nejistý. ČLK upřednostňuje stažení zákonů, případně s výjimkou zákona o zdravotnické záchranné službě, ze sněmovny tak, aby byl dostatek času na jednání o změnách zákonů a případný kompromis mohl mít po projednání ve vládě podporu minimálně vládních poslanců a především aby bylo jasné, jak vlastně konečné verze návrhů nových zákonů vypadají a co obsahují.



**ČLK trvá na nedotknutelnosti stávajících registrací zdravotnických zařízení.** Nabytá práva soukromých lékařů poskytovat zdravotní péči v určitém oboru nemohou být v žádném případě omezována budoucím katalogem služeb, který by mohl stanovovat dodatečné podmínky, jejichž splnění by bylo pro řadu praktikujících lékařů nespílitelné. Katalog služeb by se mohl stát nástrojem sloužícím k redukci stávající sítě soukromých zdravotnických zařízení.

ČLK chce mít právo posuzovat personální vybavení zdravotnických zařízení a chce mít i nadále možnost řešit stížnosti na kvalitu lékařské péče. V souladu s usnesením sjezdů ČLK požadujeme závaznost výsledků výběrových řízení probíhajících před uzavřením smlouvy mezi pojišťovny a zdravotnickým zařízením. Navrhujeme vytvoření dohodovacího řízení o standardech zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, a to za účasti ČLK. Chceme, aby se

ČLK mohla účastnit tvorby Seznamu zdravotních výkonů i jednání o rámcové smlouvě a o výši úhrad i hodnotě bodu.

**Dne 17. března 2009 byly Julinkovy zákony, které v listopadu 2008 odmítlo 80 % přítomných delegátů sjezdu ČLK, staženy z projednávání v Poslanecké sněmovně, čímž se vytvořil prostor pro seriózní jednání o reformě zdravotnictví.**

*Michal Sojka*

## Jednání ředitele právní kanceláře ČLK s ministerstvem zdravotnictví o nově navrhovaných zákonech

Na pozvání vedoucích pracovníků ministerstva zdravotnictví jsem se v posledních dvou týdnech zúčastnil jednání s jeho pracovníky, kteří připravovali nově navrhované zákony o zdravotních službách, specifických zdravotních službách, zdravotnické záchranné službě a novelu zákona o veřejném zdravotním pojištění. Prezentoval jsem zde podrobně důvody kritických připomínek právní kanceláře ČLK k těmto zákonům a nastínil jsem současně řadu dalších praktických problémů, které by nová legislativa měla řešit a neřeší.

Jednání byla velmi korektní, fundovaná a věcná, byl jsem požádán, abych některá ustanovení navrhovaných zákonů sám upravil do znění,

které eliminuje naše kritické připomínky (například definice pojmu „legis artus“, způsob tvorby standardů a seznamu výkonů apod.). Bylo velmi užitečné mít možnost vysvětlit důvody naší kritiky na příkladech z praxe, v tomto směru přijímali pracovníci MZ naše připomínky s pochopením.

Naším cílem není pochopitelně pouze kritika, ale současně i spolupráce při tvorbě nové zdravotnické legislativy. Za optimální řešení bych považoval vzetí zpět návrhu nových zákonů, jejich přepracování a předložení Poslanecké sněmovně ve formě nového vládního návrhu. Tento názor jsem vedoucím pracovníkům ministerstva zdravotnictví prezentoval.

*JUDr. Jan Mach*

## Protikrizový plán ministryně Filipiové

Česká lékařská komora veřejně podpořila tu část Protikrizového plánu ministryně Filipiové, která chce napravit škody napáchané jejím předchůdcem. Zmrazení plateb za tzv. státní pojištěnce, tedy za děti, důchodce a nezaměstnané, které v létě 2007 prosadila vláda, ochudilo rezort zdravotnictví téměř o 10 miliard korun. Je třeba si uvědomit, že těchto 58 % obyvatel čerpá cca 80 % zdravotní péče ve finančním vyjádření, přičemž příspěvek státu za ně netvoří ani 23 % příjmů veřejného zdravotního pojištění. **Snahu stabilizovat státní rozpočet na úkor zdravotnictví v situaci, kdy podíl výdajů na zdravotnictví na hrubém domácím produktu ČR několik let klesá, považovala ČLK za naprostou hloupost, které bývalý ministr Julínek nechtěl nebo nedokázal čelit.**

O nutnosti zvýšit platby za státní pojištěnce přesvědčoval novou ministryni zdravotnictví prezident ČLK již během prvního vzájemného jednání koncem ledna. Bez valorizace těchto plateb by se totiž zdravotnictví zákonitě dostalo do problémů. Je dobře, že paní ministryně Filipiová na rozdíl od svého předchůdce hájí zájmy svěřeného rezortu.

Zatímco zvýšení plateb za státní pojištěnce ze současných 677 Kč na 727 Kč

s účinností od 1. 7. 2009 se ministryni zdravotnictví prosadit podařilo, tak návrh zrušit strop pro maximální vyměřovací základ pro výpočet pojistného vládou neprošel díky odporu ministra práce Nečase a ministra financí Kalouska. Osvobozením příjmů nad čtyřnásobek průměrné mzdy od placení pojistného vláda jednak zdravotnictví připravila o několik miliard a za druhé tato úleva pro nejbohatší občany oslabil princip solidarity, na kterém je veřejné zdravotní pojištění založeno.

Návrh snížit maximální výši režijních nákladů pojišťoven o několik desetin procentního bodu sice nemá žádný ekonomický význam, ale má hodnotu symbolickou. Znamená, že ani pojišťovny by neměly být ušetřeny důsledků ekonomického zpomalení. Snaha zavést pořádek ve výdajích z fondu prevence, které dosud často sloužily spíše jako reklama a prostředek konkurenčního boje pojišťoven, je jistě také chválná a nic na tom nemění skutečnost, že takto utrácené peníze nepocházejí z pojistného, ale z pokut a penále.

Ve své snaze zajistit pro zdravotnictví dostatek peněz se paní ministryně může spoléhat na podporu ČLK. Naproti tomu se stále většími rozpaky sledujeme chao-



tické návrhy ministerstva v oblasti lékové politiky. Výdaje za léky přitom znovu rostou neudržitelným tempem a to nás znepokojuje. Rádi bychom pomohli, a proto jsem paní ministryni navrhl zřízení poradní skupiny pro farmakoekonomiku, a to i za účasti odborníků z ČLK.

*Milan Kubek, prezident ČLK*

# Výdaje za léky opět nekontrolovaně rostou

Výdaje za léky představují po osobních nákladech druhou nejvýznamnější položku nákladů na zdravotnictví. Při limitovaném množství finančních zdrojů platí drsná pravda, že čím více utratíme za léky, tím méně zbude peněz na zaplacení práce zdravotníků. Minimálně z tohoto důvodu nás tedy rostoucí výdaje za léky nemohou nechat klidnými.

Zatímco Rathovy drastické regulační limity spotřebu léků snížily, Julínkovy regulační poplatky růst výdajů za léky nedokázaly ani přibrzdit.

## Celkový objem distribuovaných léků

Období	Objem distribuovaných léků ve výrobní ceně (mld. Kč)	Teoretická obchodní přírůžka v úrovni C max (mld. Kč)	Maximální možné výdaje za léky (mld. Kč)	Meziroční vývoj	
				mld. Kč	v %
1/2004	9,296	3,588	12,884		
2/2004	9,864	3,807	13,671		
3/2004	10,237	3,951	14,188		
4/2004	11,725	4,525	16,250		
1/2005	12,281	4,823	17,104	+4,220	<b>+32,8</b>
2/2005	11,784	4,620	16,404	+2,733	<b>+20,0</b>
3/2005	10,918	4,313	15,231	+1,043	<b>+7,4</b>
4/2005	11,604	4,547	16,151	-0,990	<b>-0,6</b>
1/2006	10,182	3,610	13,792	-3,312	<b>-19,4</b>
2/2006	11,678	4,140	15,818	-0,589	<b>-3,6</b>
3/2006	10,579	3,750	14,329	-0,902	<b>-5,9</b>
4/2006	11,182	3,850	15,032	-1,119	<b>-6,9</b>
1/2007	11,941	4,122	16,063	+2,271	<b>+16,5</b>
2/2007	12,500	4,246	16,746	+0,931	<b>+5,9</b>
3/2007	11,610	3,911	15,521	+1,192	<b>+8,3</b>
4/2007	14,060	4,764	18,824	+3,792	<b>+25,2</b>
1/2008	12,989	4,914	17,903	+1,840	<b>+11,5</b>
2/2008	13,151	4,999	18,150	+1,404	<b>+8,4</b>
3/2008	12,962	4,863	17,825	+2,304	<b>+14,8</b>

Zdroj: SÚKL

## Kategorizační komise – první pokus zavést pořádek

V letech 2004 až 2005, kdy se v křesle ministra zdravotnictví postupně vystřídali dr. Součková (ČSSD), dr. Kubinyi (ČSSD) a dr. Emmerová (ČSSD), se distributoři léků a lékární dělili o plošnou marži 32%. Maximální marže stejně jako maximální ceny léků přitom neurčovalo ministerstvo zdravotnictví (MZ), ale ministerstvo financí (MF). Skutečné prodejní ceny však výrobci zpravidla přizpůsobovali výši úhrad z veřejného zdravotního pojištění s vědomím, že vysoké doplatky pacientů by negativně ovlivnily prodejnost daného léku. Výši těchto maximálních úhrad stanovovalo dvakrát ročně MZ vyhláškou na základě doporučení tzv. kategorizační komise zřízené ministrem zdravotnictví.

Kategorizační komise však neměla stanovená pro své rozhodování žádná písemná pravidla. Zasedali v ní vedle zástupců MZ lékaři (odborné společnosti a ČLK), pojišťovny, organizace pacientů a asociace výrobců léčiv. Složení komise předurčovalo, že výsledné doporučení bylo vždy kompromisem různých přístupů a představ. Komise při stanovení výše

úhrady mimo jiné vycházela z informací VZP o cenách těchto léků v jiných zemích. A právě díky komisi se s výjimkou roku 2001 dařilo, na rozdíl od až 50% meziročních nárůstů výdajů za léky v polovině 90. let, růst nákladů na léky udržovat v rozumných mezích. Podíl nákladů za léky na celkových výdajích českého zdravotnictví se udržoval v rozmezí 26–28%.

Způsob stanovování úhrad léků vyhláškou na základě doporučení komise byl kritizován farmaceutickými firmami, které poukazyvaly na rozpor se směrnicí EHS 89/105, hovorově nazývanou „transparentní směrnice EU“. Tato dvacet let stará norma je v současnosti terčem obrovské kritiky, neboť více než zájem institucí odpovědných za finanční stabilitu zdravotnictví hájí zájmy farmaceutického průmyslu. Právě na podnět farmaceutických firem, které léta sponzorovaly Julínkovo občanské sdružení Reforma zdravotnictví, zorganizoval senátor Julínek úspěšně podání k Ústavnímu soudu, který vyhláškou o úhradách léčiv označil za odporující směrnici.

## Celkový objem distribuovaných léků se započítáním maximální možné obchodní přírůžky

Rok	Výdaje za léky (mld. Kč)	Meziroční nárůst v %	Inflace v %
1993	13,96		
1994	21,19	51,8	10,0
1995	25,64	21,0	9,1
1996	28,18	9,9	8,8
1997	30,06	6,7	8,5
1998	33,32	10,8	10,7
1999	36,44	9,4	2,1
2000	38,39	5,4	3,9
2001	44,24	15,2	4,7
2002	48,03	8,6	1,8
2003	52,22	8,7	0,1
2004	57,00	9,2	2,8
2005	64,89	13,8	1,9
2006	58,97	-9,1	2,5
2007	67,15	12,2	2,8
2008	72,75	8,4	6,3

Zdroj: SÚKL, ČSÚ

## Výdaje za léky ruínují zdravotní pojištění, něco se musí stát

Zlom ve výdajích za léky přišel až v roce 2005, kdy jejich podíl na celkových výdajích na zdravotnictví přeskočil hranici 30% a bylo jasné, že se něco musí stát. Koncem roku 2005 ve funkci ministra zdravotnictví dr. Rath (ČSSD) vystřídal dr. Emmerová a na základě jeho iniciativy k 1. únoru 2006 MF snížilo dosavadní plošnou marži 32% na 29%, což vyvolalo značný nesouhlas u lékárníků. K 1. dubnu 2006 pak byl zaveden spravedlivější systém diferencované výše marže, a to v rozmezí od 32% u nejlevnějších léků do 10% u nejdražších léků. V téže době vydal dr. Rath příkaz ministra, který poprvé stanovil určitá pravidla pro jednání tzv. kategorizační komise. Dle tohoto příkazu úhrada z veřejného pojištění mohla být přidělena jen léku, který již byl hrazen pojištěním alespoň ve třech zemích, a výše úhrady nemohla být vyšší, než byla nejnižší cena zjištěná mezi osmi sledovanými zeměmi EU. Vyhláška účinná od 1. srpna 2006 tedy výrazně snížila výši úhrady u řady léků.



### Rathovy drastické regulační limity

Zcela zásadní význam na snížení spotřeby léků však měla vyhláška č. 550/2005 Sb., kterou ministr Rath stanovil velmi přísné limity pro preskripci všem skupinám poskytovatelů zdravotní péče. Výsledkem byl v Evropě nevídaný meziroční pokles výdajů za léky, a to jak ve smyslu poklesu výdajů zdravotních pojišťoven, tak i pokles celkové spotřeby léků v ČR. Kontroverzní vyhláška byla sice zmírněna od 1. 4. 2006 novelou č. 101/2006 Sb., ale strach z regulací přinutil lékaře omezovat preskripci i nadále. Pokles výdajů za léky a snížení jejich spotřeby v roce 2006 vyvolaly obrovskou nenávisť vůči ministru Rathovi v řadách lékárníků, distributorů léků i farmaceutických firem. Tyto subjekty organizovaly a finančně podporovaly protivládání protesty před parlamentními volbami v roce 2006.

### Podíl maximálně možných výdajů za léky na celkových výdajích na zdravotnictví

Rok	Celkové výdaje na zdravotnictví (mld. Kč)	Maximální možné výdaje za léky (mld. Kč)	Podíl léků na celkových výdajích v %
2000	146,835	38,39	<b>26,15 %</b>
2001	162,658	44,24	<b>27,20 %</b>
2002	178,923	48,03	<b>26,85 %</b>
2003	195,155	52,22	<b>26,80 %</b>
2004	206,752	57,00	<b>27,60 %</b>
2005	215,584	64,89	<b>30,10 %</b>
2006	220,878	58,97	<b>26,70 %</b>
2007	236,601	67,15	<b>28,40 %</b>

*Pozor: Procenta uvedená v posledním sloupci vycházejí z maximálních možných cen. Skutečný podíl výdajů za léky na výdajích na zdravotnictví je o cca 2 % nižší.*

### Julínek lékárníkům a farmaceutickým firmám ztráty vynahradil

V září 2006 nastoupil do funkce ministra dr. Julínek (ODS). Kategorizační komise pracovala dle nového příkazu ministra, který poněkud „zmírnil“ Rathova pravidla. Číselník VZP dle nové vyhlášky MZ vychází s nepochopitelným zpožděním až k 1. květnu 2007. Šlo o poslední vyhlášku určující maximální úhrady z veřejného pojištění. Ústavní soud totiž vyhověl podání skupiny senátorů vedených dr. Julínkem a odmítl dosavadní způsob stanovení cen a úhrad léků formou vyhlášky. S účinností k 1. lednu 2008 byla tedy zrušena příslušná část zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

Velký nárůst výdajů za léky, k němuž došlo za ministra Julínka v roce 2007, byl zdůvodňován mimo jiné tím, že jde o kompenzaci propadu jejich spotřeby v roce 2006, k němuž došlo díky Rathovým vyhláškám. Z pohledu medicínského je přitom zajímavé, že neexistují žádná data, která by prokazovala negativní vliv poklesu spotřeby léčiv, k níž došlo v roce 2006, na zdravotní stav populace.

### Všemocný SÚKL selhává

S účinností od 1. ledna 2008 zvýšil zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů dolní sazby DPH z 5 % na 9 %, což zdražilo mimo jiné také léky. Ke stejnému datu začala platit také novela zákona č. 48/1997 Sb., která stanovení cen i úhrad léků převádí do režimu správního řízení. Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL), přímo podřízený ministru zdravotnictví, získává

obrovskou moc. Tento úřad rozhoduje nejenom o registraci léků, ale také o výši jejich maximální ceny i o výši úhrady z veřejného zdravotního pojištění.

Zásadní vinu na nekontrolovaném nárůstu výdajů za léky v roce 2008 má tedy právě všemocný SÚKL, který s vědomím MZ nesplnil povinnost uloženou mu dle § 39 odstavce 1) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, když neprovedl v roce 2008 pravidelnou revizi úhrad léků. V důsledku toho české zdravotnictví zcela zbytečně vydalo navíc částku v řádu miliard korun. I když se po většinu roku kurz koruny vůči euru pohyboval kolem 25 korun, za léky jsme platili v kurzu 28,30 koruny za euro, jak stanovila vyhláška z roku 2007. Rovněž nebyl zohledněn příchod levnějších generických léků a za původní léky téhož složení se platily a dosud platí podstatně vyšší ceny. Na nečinnost SÚKLU upozorňovala komora marně řadu měsíců.

K 1. březnu 2008 vydává MZ cenový předpis měnící dosavadní strukturu diferencované marže. Zatímco u nejlevnějších léků se maximální složená marže zvyšuje na 36 %, tak u léků nejdražších dochází k jejímu snížení na 5 %. Současně v souvislosti s třicetikorunovým, tzv. regulačním poplatkem za položku na receptu se marže přepočítávají složitým koeficientem. Způsobu stanovení konečné ceny pro spotřebitele tak již nikdo nerozumí.

### Regulační poplatky výdaje za léky zbrzdit nedokázaly

Regulační poplatky se staly hitem roku 2008 ve zdravotnictví a pozornost k nim je upírána stále. Je přitom zajímavé, že tyto tzv. regulační poplatky vůbec nesnížily celkové výdaje za léky. Pokles počtu prodaných balení léků z 343 milionů v roce 2007 o 7,6 % na 317 milionů kusů, tedy na úroveň roku 2006, kdy platily Rathovy vyhlášky (320 milionů balení), byl totiž naprosto eliminován raketovým nárůstem průměrné ceny jednoho balení léku meziročně o 17 %. Toto nevídané zdražení léků je přitom pouze částečně vysvětlitelné zvýšením používáním velmi nákladných léků a příklonem lékařů i pacientů k větším balením léků, aby se minimalizovala nutnost platby tzv. regulačních poplatků. Celkový počet denních definovaných dávek (DDD), který nejlépe zobrazuje množství užívaných léků, klesl z 5,53 mld. na 5,21 mld. a představuje pokles o 5,5 %. Na zdražení léků má totiž větší vliv již výše zmiňovaná neschopnost SÚKLU ve správním řízení regulovat ceny a úhrady léčiv. Zdá se, že farmaceutické firmy dobře věděly, proč tento systém prosazovat.

Ještě zajímavější je ale fakt, že regulační poplatky nedokázaly snížit ani výdaje za léky na předpis, které se naopak po jejich zavedení zvýšily z 58,56 mld. Kč na 63,52 mld. Kč, tedy meziročně o 8,5 %. Nejrychleji rostoucí položkou byla cytostatika, jejichž spotřeba se za jediný rok zvýšila z 9,1 mld. Kč na 11,04 mld. Kč, tedy o neuvěřitelných 21 %. Pesimisté tvrdí, že právě zde můžeme hledat kořeny nebyvalé vstřícnosti některých špičkových onkologů k plánům MZ. My optimisté budeme doufat, že z nárůstu výdajů budou mít prospěch také pacienti a že se prokáže prodloužení délky jejich života a zvýšení jeho kvality.

Politici přicházejí a odcházejí, mění se zákony, vyhlášky a nejrozličnější nařízení, avšak výdaje za léky s krátkodobými výjimkami rostou neustále. V uplynulém roce bohužel opět nekontrolovaným tempem.

Jindřich Graf, Milan Kubek

# Po odvolání ministra Julínka již smí SÚKL jednat s komorou

Únorového zasedání představenstva se na pozvání prezidenta ČLK účastnil ředitel SÚKLu dr. Beneš, který společně se svými spolupracovnicemi prezentoval projekty, na kterých Státní ústav pro kontrolu léčiv pracuje. Zástupci SÚKLu přednesli tři prezentace:

## Centrální úložiště dat a možnosti elektronické preskripce

**PharmDr. Martin Beneš**

- Možnost elektronické preskripce a vznik centrálního úložiště dat ukládá zákon, jde o prioritu vlády ČR a elektronizace zdravotnictví je prioritou Evropské komise.
- Systém by měl usnadnit hodnocení účinků léčiv včetně sledování, spotřebitelé i lékaři by měli získat přehled o konečných cenách léků, systém by umožnil přesně sledovat spotřebu léčiv a usnadňovat racionalizaci preskripce.
- Zapojení lékáren do systému je povinné, pro lékaře dobrovolné.
- Podle názoru SÚKLu systém zajišťuje ochranu dat.
- Návrh je podobný systému Ordiprax, který funguje v Dánsku od roku 1999.

## Stanovisko ČLK:

Přetrvávají obavy ze zneužívání systému k „šikanování“ zdravotnických zařízení a z úniku citlivých informací, jde o nevyzkoušený experiment.

## Kontroly zdravotnických zařízení

**RNDr. Olga Hanzlíčková**

- Dle zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech,
- dle zákona č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích,
- dle zákona č. 40/1995 o regulaci reklamy.

## Stanovisko ČLK:

Kompetence SÚKLu a pravidla kontrol byly zveřejněny v časopise Tempus medicorum 1/2009 a na [www.lkcr.cz](http://www.lkcr.cz).

## Nová kategorie léčiv „bez lékařského předpisu s omezením“

**MUDr. Ivana Koblihová**

- SÚKL nadále předpokládá zařazení do této skupiny léčiv definované § 39 odst. 3) zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech i jiných léků než léků s pseudoefedrinem a tzv. postkoitální antikoncepcí.
- Návrh SÚKLu předpokládá následující:
  - a) Farmaceut bude moci lék vydat pouze dospělé osobě, které je určen, a to na základě kontroly dokladů.
  - b) Informace o vydaných léčivech se budou shromažďovat v centrálním úložišti dat, do kterého budou mít všechny lékární on-line přístup.
  - c) Takto zakoupená léčiva nebude hradit pojišťovna, ale pacient v plné výši.
  - d) Na tyto léky bude možná reklama v obecných sdělovacích prostředcích.
  - e) Lékárník bude kontrolovat zdravotní stav pacientů.

## Stanovisko ČLK:

- Trvá zásadní nesouhlas s tím, aby se do této skupiny zařazovala jiná léčiva než léky s pseudoefedrinem a tzv. postkoitální antikoncepcí.
- Vznik této skupiny nemá žádné medicínské opodstatnění a ČLK trvá na stanovisku přijatém Vědeckou radou ČLK a schváleném představenstvem ČLK, o kterém byl SÚKL informován již 12. 9. 2008, přičemž je politováníhodné, že na výhrady ČLK dosud SÚKL nereagoval.
- Závažný problém zneužívání léků s pseudoefedrinem řeší jednodušším způsobem Poslaneckou sněmovnou schválená novela zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách, která léky s pseudoefedrinem zařazuje do skupiny léčiv na lékařský předpis. Vzhledem k tomu, že jde o pouhé léky tlumící příznaky, které i nadále budou mít volně prodejné alternativy, může být jejich vázání na lékařský předpis nepřijemné pouze pro narkomany, event. pro jejich výrobce, kterým v souvislosti s omezením reklamy klesnou tržby.

Ředitel SÚKLu na výtku prezidenta ČLK, že SÚKL řadu měsíců s ČLK nejednal a na připomínky ČLK neodpovídal, reagoval omluvou a vysvětlením, že SÚKL takto postupoval na příkaz bývalého ministra dr. Julínka. V současnosti již SÚKL s ČLK komunikovat může. Prvním projevem snahy o spolupráci je právě vystoupení představitelů SÚKLu na jednání představenstva ČLK.

(red)



# Generická preskripce

## Nepřipravený experiment ohrožující naše pacienty

*Výbor společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP se na své výborové schůzi dne 10. 3. 2009 mj. zabýval návrhem na tzv. generickou preskripci, o které dne 6. 3. 2009 informovala média jako o záměru MZ. Dle dostupných zpráv by tento systém měl uspořít až 3 miliardy Kč a mohl by být spuštěn již od července 2009.*

**Podle tohoto principu by tedy lékař ani jeho pacient neměl právo mluvit do toho, který konkrétní lék bude pacient užívat. O tom by měl rozhodnout lékárník.**

Za SVL ČLS JEP s uvedeným návrhem některých představitelů MZ zásadně nesouhlasíme a domníváme se, že jeho realizace by vedla k ohrožení našich pacientů. Také udávané ekonomické důvody jsou neprůkazné, ne-li přímo chybné. K tomuto tvrzení nás vedou následující skutečnosti:

### I. Ekonomická oblast

Uvedená praxe (generická záměna) je již v ČR možná. Od 1. 1. 2008 platí nový zákon o léčivech (378/2007 Sb.), který umožňuje provádět v lékárnách tzv. generickou substituci, tedy možnost zaměnit předepsaný léčivý přípravek za jiný léčivý přípravek, který je shodný z hlediska jeho účinnosti a bezpečnosti, obsahuje stejnou léčivou látku se stejnou cestou podání a stejnou lékovou formou. Jedním ze zdůvodnění generické záměny bylo, že lékárníci budou nabízet levnější léky (pro ZP i pro pacienty, kteří nebudou platit doplatky). Uvedený předpoklad se nenaplnil a lékárny jen dále sledovaly svůj zisk. V současné době je také u nás cena většiny generických léků prakticky stejná, takže uvažovaným mechanismem se automaticky neuspokojí. Náklady za možné poškození pacientů jistě daleko převáží zvažované 3 miliardy korun „úspor“, protože je obecně známo, že již v současnosti více než 30% hospitalizací seniorů je způsobeno chybným užíváním léčiv (viz níže).

### II. Bezpečnost pacientů

Uvedený návrh ohrožuje pacienty v následujících oblastech:

1. Náročné a nákladné předklinické a klinické hodnocení v případě generických léků nahrazují tzv. *bioekvivalenční*

*studie*, na jejichž základě se pak usuzuje, že všechny přípravky na farmaceutickém trhu se stejnou účinnou látkou, ve stejné síle a stejné lékové formě jsou terapeuticky zaměnitelné. Tyto studie z 90% zaručují, že celkové vstřebané množství léčiva z generického přípravku, jeho maximální koncentrace a další sledované parametry dosahují hodnot 80–125% hodnot referenčního přípravku. *Teoreticky je tedy např. možné, že jeden generický přípravek může dosahovat hodnot 80% a druhý 125%. Potom při generické substituci by pacient mohl být léčen přípravkem o více než polovinu silnějším nebo o více než třetinu slabším. (1)*

2. V případě pacientů s nově předepsaným lékem se odborníci shodují na tom, že *nezáleží, který konkrétní lék s danou léčivou látkou je pro medikaci vybrán, ale v případě účinnosti by neměl být zaměňován* (což podle návrhu může být v každé lékárně každý den jinak). Zde mohou nastat pro pacienta různé komplikace, které uvádíme na následujících příkladech.

a. Z hlediska *typu léčivé látky* je generická substituce doporučována jen s velkou opatrností nebo není doporučována vůbec v následujících případech:

- léčivé látky s úzkým terapeutickým rozpětím, nízkou rozpustností nebo s nelineární kinetikou,
- kontraceptiva s nízkou dávkou estrogenů složky,
- psychofarmaka,
- antiarytmika,
- jiné omezující požadavky, např. v oblasti farmakokinetiky.

b. Z hlediska *typu lékové formy* není generická substituce doporučována nebo je doporučována jen s velkou opatrností v následujících případech:

- roztoky nebo prášky pro dávkovací inhalátory – kvůli rozdílným typům inhalátorů a možné následné neoptimální aplikaci léčiva jiným typem inhalátoru, než na který je pacient zvyklý a které by vedlo k rozdílu v biodostupnosti a účinku léku;

- topické formy s vysoce účinnými léčivy pro možnou variabilitu mezi pacienty v biodostupnosti;
  - přípravky s řízeným uvolňováním včetně transdermálních systémů.
- c. Z hlediska *zdravotního stavu pacienta*. *Generická substituce je doporučována jen s velkou opatrností nebo není doporučována vůbec u pacientů se zvýšeným rizikem při změně léku. Mezi takového pacienty se řadí:*
- epileptici,
  - pacienti se sepsí,
  - pacienti po transplantaci a pacienti v jiných kritických stavech (průkaz bioekvivalence zkoušen na zdravých dobrovolnících a ne na pacientech v kritických stavech,
  - staré osoby a polymorbidní pacienti (odlišný metabolismus od zdravých dobrovolníků, možné interakce se současně podávanými léky – tj. většina pacientů v ČR),
  - diabetici (nutnost optimální kompenzace pacienta vzhledem k možným vážným následkům),
  - astmatici (nevhodné zaměňovat roztoky nebo prášky pro dávkovací inhalátory, deriváty theofylinu mají úzký terapeutický index),
  - alergici (možná alergie na rozdílné pomocné látky).
3. Farmakoterapie z hlediska *spolupráce (compliance) pacientů* a jejich bezpečí není jen o farmakokinetice a dynamice či interakci léčiv. Zásadní roli zde má:
- a. zdravotní stav pacienta (včetně RA, OA, NO, Dg atd.), o kterém lékárník není informován (pacient např. některá léčiva nesnáší kvůli adjuvantním látkám, rozdílné vstřebávání u chronické choroby GIT atd.);
- b. důvěra pacienta k lékaři a tím ke všem doporučením, která on vydá, a tedy i k jím předepsanému léku, s tím souvisí i větší záruka správného užívání (compliance);
- c. placebo efekt a důvěra pacienta k dané značce či léčivu – psychické problémy s jinou barvou, velikostí, frekvencí užívání a z toho rezultující odmítnutí či prodloužení léčby nebo i výskytu komplikací;

d. průměrný český senior užívá více než 5 léků, ale již zapamatování si co na co je často nad jejich síly a možnost nekonečných záměn znamená, že například každý měsíc dostane pro něj naprosto různé léky a pak mohou nastat situace:

- Tzv. double dosing – pacienti užívají jak lék „starý“ (ze zásob), tak i „nový“, který dostali v lékárně s jiným názvem.
- Záměna léků. Problémy se záměnou mají např. staré osoby (problémy s pamětí, více užívaných léků) a osoby s nižším IQ – dohoda o užívané léčbě a udržování compliance je obvykle těžká a časově náročná, u generických záměn provedených lékárníkem je udržení compliance a správného dávkování téměř nemožné. Špatně vidící osoby si drobně napsaný generický název léku pod velkým firemním ani nepřetčtou apod.

4. Důležitou se také jeví otázka **právní odpovědnosti lékárníka** za důsledky provedené záměny léků – např. za alergickou reakci, nesprávné užívání léku, nedostatečný účinek léku. Půjde pacient např. s alergií vzniklou v souvislosti se změnou léku konzultovat zpět lékárníka, nebo bude konzultovat lékaře? Jak se lékař dozví, který lék pacient užíval?

### Závěrem

**Na základě uvedeného prohlášení v médiích, potvrzeného některými pracovníky MZ, chápeme tento počín jako nepřipravený experiment ohrožující naše pacienty a nesouhlasíme s jeho realizací.** O generické preskripci je možné jednat pouze jako o eventuálně dalším možném druhu preskripce pro lékaře se souhlasem pacienta ve zvláště případech, kde poslední slovo musí vždy mít lékař a pacient, nikoli prodejce, který nemůže znát pacienta v potřebném rozsahu pro kvalitní a bezpečnou LPP.

*Za výbor SVL ČLS JEP, doc. Svatopluk Býma, CSc.*

(1) *Literatura: Vetchý, D.: Klinické a ekonomické dopady generické substituce. Practicus 10/2008.*

## Generická preskripce léků z pohledu ekonomického



V rozhovoru pro Právo dne 4. března první náměstek ministryně zdravotnictví Bc. Šnajdr v souvislosti s protikrizovými opatřeními říká: „*Dále uvažujeme o tom, zavést u léků takzvanou generickou preskripci, tedy předepisování. To by výrazným způsobem snížilo korupci v českém zdravotnictví.*“ V televizním šotu ve večerních zprávách TV Nova dne 6. března pan náměstek tvrdí, že generickou preskripci lze zavést již ve druhém pololetí roku, a zmiňuje se o úspoře 3–5 miliard korun ročně, přičemž má z kontextu na mysli úsporu prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Jsem ekonom, a tudíž nejsem kompetentní vyjadřovat se k tomuto návrhu z hlediska lékařského, avšak z lékařské obce jsem nezaznamenal jediný příznivý ohlas na tento návrh. Stojí za zmínku, že zdrženlivě až odmítavě se k tomuto ministerskému návrhu vyjádřil i viceprezident lékárnické komory dr. Hojný. Jediný potlesk si tento návrh vysloužil u Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL), který je však organizací podřízenou ministerstvu zdravotnictví.

Z ekonomického hlediska, z hlediska hledání úspor ve sféře zdravotnictví by tento návrh zasloužil pozornosti, pokud by byl předložen před 15 lety. Do poloviny 90. let v České republice byl v platnosti systém, dle něhož veřejné pojištění platilo například za jedno balení Paralenu 7 Kč a za stejné balení dováženého léku obsahující rovněž paracetamol 40 Kč. Avšak již před zmíněnými 15 lety jiný náměstek ministra zdravotnictví, PharmDr. Suchopár, prosadil, aby se úhrada zdravotní pojišťovny nevztahovala na konkrétní značku léku,

ale na stanovené množství účinné látky (množství odpovídající denní definované dávce dle WHO). A tudíž již od poloviny 90. let platí, že ať lékař vystaví recept na Paralen či Panadol, platba zdravotní pojišťovny za 3 gramy paracetamolu je totožná. A podobně je to u všech dalších účinných látek, jež jsou v léčích obsaženy.

Tento systém tzv. referenční úhrady zůstal zachován i v novele zákona o zdravotním pojištění, která vstoupila v platnost k 1. lednu 2008. Na druhé straně je pravdou, že v současnosti lze nalézt případy, kdy tato zásada je narušena a za totéž balení téže účinné látky hradí pojišťovna odlišné částky. Je to však situace pouze přechodná, a pokud by SÚKL postupoval v souladu se zákonem, bylo by období rozdílné úhrady velmi, velmi krátké.

Pro úplnost je vhodné uvést, že systém generické preskripce v některých zemích EU existuje a má i ekonomický význam. Jde však o země, které nemají systém stanovení úhrady dle účinné látky jako my, ale mají úhrady stanoveny procentem z ceny léku. Odvolávání se na úspěšnost tohoto systému v jiných zemích svědčí tedy jen o neznalosti důležitých podrobností.

Návrh vedení ministerstva na generickou preskripci jako cestu ke snížení nákladů zdravotnictví postrádá jakoukoli logiku, což již zřejmě ministerstvo zjistilo, tento návrh v tichosti stáhlo a nezařadilo do balíčku úsporných opatření schválených vládou dne 16. března. Zmínka pana náměstka Šnajdra o „odstranění korupce lékařů“ cestou generické preskripce si nezaslouží seriózní komentář.

*Ing. J. Graf, ekonomický poradce ČLK*

## MediClinic, Moje ambulance a další... Rozhovor s prezidentem ČLK Milanem Kubkem o řetězcích, které vykupují praxe soukromých lékařů

### MediClinic nebo Moje ambulance, kterému z těchto projektů více fandíte?

Česká lékařská komora hájí právo lékařů vykonávat svobodně své povolání. Naším cílem je, aby většina kvalifikovaných lékařů mohla pracovat jako nezávislí soukromí podnikatelé. A právě z pohledu soukromých lékařů představují oba zmiňované řetězce stejné nebezpečí pro další svobodný výkon lékařské profese.

### Přesto, jaké vidíte nejmarkantnější rozdíly mezi oběma řetězci?

Zatímco v řetězci MediClinic mají majoritní podíl investoři z Penty, tak doktor Potysz z Moji ambulance je zase dlouholetým spolupracovníkem oceláře Chrenka, jehož impérium Agel hraje na Moravě ve zdravotnictví dominantní roli. Pěšky jako za vozem. I když Agel, který má i svoji vlastní zdravotní pojišťovnu, přičemž se šušká o jeho snaze pozřít pojišťovny další, je přece jen o něco nebezpečnější. Pokud by se ministerstvu podařilo prosadit zákon o zdravotních službách v nezměněné podobě, a nahradit tak Seznam zdravotních výkonů, který je jakýmsi ceníkem, pouhým bezcenným Katalogem služeb, a pojišťovny by pak mohly platit každému zdravotnickému zařízení za identickou péči různě, mohly by nakonec takového monopolu zlikvidovat soukromé lékaře úplně.

### Jaké jsou výhody a nevýhody pro pacienty a pro lékaře?

Vznikající zdravotnické supermarkety mohou zaměstnávat i nekvalifikované lékaře. Umožňuje jim to ministerstvo, které nerespektuje § 12a zákona o péči o zdraví lidí, když odmítá vydat vyhlášku o minimálním personálním vybavení zdravotnických zařízení, jejíž dodržování má podle zákona Česká lékařská komora společně s MZ kontrolovat. Tak jako klasické hypermarkety, tak i tyto řetězce lákají pacienty dlouhou otevírací dobou a snadnou dopravní dostupností. Obdobně jako v hypermarketu, tak i zde se však setkáte s neosobním přístupem pokaždé jiného lékaře, který vás na rozdíl od klasických praktických lékařů vůbec nebude znát. Výhody a zisk mohou tyto monopoly přinášet pouze svým majitelům. Soukromí lékaři, kteří by se nechali zlákat pro práci v takovém řetězci, by se museli smířit s tím, že ztratí veškerou svoji profesní svobodu. Jedna členka představenstva ČLK se například zajímala o to, jak by měla právně zajištěno, že bude i nadále

pracovat ve své soukromé ordinaci, pokud by ji prodala řetězci. Odkázali ji na jejich advokáta. Ten na dotaz právníka komory odpověděl, že právní záruky nejsou samozřejmě žádné, ale záruky jsou morální, protože oni jsou přece seriózní společnost...

### Co podle vás vede některé lékaře k tomu, aby vstoupili do takového řetězce?

Někteří kolegové jsou již znechuceni z léta trvajících handrkování se zdravotními pojišťovnami. Nestabilní právní prostředí a ekonomická nejistota nám ztrpčují život. Ve zdravotnictví totiž stále neplatí ani tak prosté ekonomické zákonitosti jako ta, že kdo hodně a poctivě pracuje, ten si více vydělá. Avšak nabídky na odkup praxe mohou oslovit zejména starší kolegy, kteří se již chystají na zasloužený odpočinek. ČLK léta prosazuje ve světě standardní možnost prodeje a dědění lékařských praxí včetně smluv se zdravotními pojišťovnami. Čáru přes rozpočet nám lékařům učinil prezident Klaus, když potřebný zákon vetoval po parlamentních volbách v červnu 2006. Skutečnost, že lékaři důchodového věku nemohou své praxe spolu se smlouvami s pojišťovnami prodat mladším kolegům, a zhodnotit tak léta své práce, nahrává dnes dravým kapitalistům, kteří se snaží praxe skupovat pod cenou s tím, že jim jejich konexe do nejvyšších pater politiky a zdravotních pojišťoven smlouvy potřebné k provozování zdravotnického zařízení zajistí. Bohužel, pochopení jsme my, soukromí lékaři, nenašli ani u bývalého ministra Julínka, jehož zákon o zdravotních službách by nás naopak vystavil povinnosti opět absolvovat martyrium registračního řízení s nejistým výsledkem.

Svoji roli jistě sehrává strach z neférové konkurence řetězců propojených se zdravotními pojišťovnami. Některé kolegové zkrátka uvažují tak, že raději svoji praxi prodají nyní, kdy má ještě nějakou cenu, než aby čekali na to, až je převálcuje velkopodnikatel, který by si nedaleko od jejich ordinace z rozhodnutí pojišťovny bez výběrového řízení otevřel zdravotnický supermarket.

### Někteří lékaři si stěžují na to, že řetězce používají při získávání pacientů neetické metody.

Ano, „nábor pacientů“ pomocí agentur nebo najatých osob nelze považovat za etické jednání. Není však protiprávní. Na druhé

straně pokud je slibována například vstupní prohlídka bez regulačního poplatku nebo jiné obdobné „bonusy“ za přeregistraci, může již jít o porušení zákona. Bylo by to možno žalovat u soudu pro nekalou soutěž, žalobu by musel podat dotčený lékař sám za sebe, nemůže ji podávat například ČLK. Problematické by možná bylo vyčíslení škody, která nekalou soutěží řetězce soukromému lékaři vznikla a kterou chce uhradit. Na slib nevybrat za vstupní prohlídku regulační poplatek lze upozornit VZP ČR i jiné zdravotní pojišťovny, které však mohou uložit pokutu až poté, kdy regulační poplatek za vstupní prohlídku skutečně nebude vybírán, nikoli za pouhý příslib.

### Co s tím bude ČLK dělat?

Možnosti ČLK jsou v tomto směru velmi omezené. Například stavovské předpisy advokátní komory zakazují advokátům nábor klientů, a to i prostřednictvím třetích osob. Je zde však zásadní rozdíl. Advokátní kancelář může totiž provozovat pouze advokát, který musí dodržovat stavovské předpisy své komory. Zdravotnické zařízení však může provozovat i nelékař a ten se stavovskými předpisy ČLK bohužel řídit nemusí. Snad bychom mohli uvažovat o zakotvení „zákazu nábora pacientů“ do Etického kodexu ČLK. Tím bychom zabránili alespoň tomu, aby tyto neetické praktiky používali členové ČLK provozující zdravotnická zařízení. Expanzi řetězců však ani tímto nemůžeme zabránit.

Alespoň zatím se nám podařilo zabránit přijetí tzv. Julínkovy reformy, tedy zákona o zdravotních pojišťovnách, který by umožnil vznik nových zdravotnických zařízení bez výběrových řízení a privatizaci pojišťoven, jež by mohly platit jednotlivým zdravotnickým zařízením za stejné výkony různě. Komora se naopak snaží



obnovit dohodovací řízení o seznamu zdravotních výkonů, prosadit závaznost výběrových řízení pro pojišťovny a možnost prodeje i dědění praxí včetně smluv se zdravotními pojišťovnami. To považují za klíčové. Pokud by se nám to podařilo, získali by starší kolegové možnost prodat své praxe mladším kolegům a nabídky zdravotnických velkopodnikatelů by je nemusely zajímat.

#### Jaké jsou zkušenosti s podobnými řetězci v zahraničí?

Na rozdíl od USA představují v rámci Evropské unie podobné řetězce raritní způsob

poskytování lékařské péče. Pokud se soukromí lékaři v Evropě sdružují, činí tak vždy dobrovolně, aby zlepšili komfort pro své pacienty a snižovali své režijní náklady. Podobné dobrovolné spolupráci pochopitelně nebrání ani Česká lékařská komora. Soustředování praxí soukromých lékařů pod jednou střechou v rámci poliklinik je výhodné pro lékaře i pro pacienty.

#### Existuje v ČR ještě něco podobného jako Moje ambulance a MediClinic?

Některé privátní polikliniky se snaží expandovat na úkor soukromých lékařů a šušká se o vzniku dalších privátních zdra-

votních pojišťoven. Veřejné zdravotní pojištění, do kterého každý rok zaplatíme povinně více než 200 miliard Kč, představuje zkrátka velmi lákavou kořist. Pokud by se ministerstvu skutečně podařilo prosadit systém, že všichni budeme povinně platit zdravotní pojištění a privátní vlastníci pojišťoven si přitom budou určovat, jaká zdravotní péče je pro nás „přiměřeně bezpečná a přiměřeně účinná“ a přitom současně „nejlevnější“, pak by to bylo podnikání úplně bez rizika, tedy bez rizika pro investory.

Michal Sojka

## MZ porušuje zákon a vzdělávání se i nadále hroutí

**V rozporu s § 21a odst. 1 novely zákona č. 95/2004 Sb. ministerstvo zdravotnictví bez spolupráce s ČLK rozdělilo vzdělávací obory lékařů tak, že rezidenti v 18 z nich by měli mít nárok pouze na příspěvek na kurzovné ve výši 30 000 Kč na celou dobu specializačního vzdělávání.** V dalších 63 oborech by rezidenti měli mít nárok na příspěvek na mzdu, který by byl vyplácen jejich školicím pracovištěm, přičemž ve 42 z těchto oborů by však v roce 2009 nemělo být vypsáno žádné rezidenční místo.

Způsob rozdělení oborů i jeho kritéria nejsou ČLK známa. Jasný není ani klíč, na jehož základě byl přidělen příslušný počet rezidenčních míst jednotlivým oborům. Příspěvek na mzdu rezidenta se také mezi jednotlivými obory výrazně liší (např. PL 28 666 Kč/měsíc versus psychiatrie 13 200 Kč/měsíc). Příspěvek státu cca 324 mil. Kč neodpovídá při projednávání zákona ministerstvem slibované částce 500 mil. Kč. **Poskytování finanční podpory hodlá MZ omezit na minimální délku vzdělávání v daném oboru, která existuje v některé zemi EU dle směrnice, a to bez ohledu na skutečnost, že toto neodpovídá současným vzdělávacím programům v ČR. Společnost praktického lékařství v této souvislosti již například navrhuje navrhování zkrácení specializačního vzdělávání v oboru praktického lékařství na pouhé 3 roky.**

Vzhledem k tomu, že na dopis z 12. 1. 2009, kterým ČLK vyjádřila zásadní nesouhlas s postupem ministerstva a požádala o vysvětlení a o zjednáání nápravy v této věci, z ministerstva nikdo neodpovídal, podal prezident ČLK dr. Kubek 19. 2. 2009 ministryni zdravotnictví oficiální stížnost na nezákonný postup odboru vedeného náměstkyní dr. Hellerovou.

*Vážená paní ministryně,  
obracím se na Vás se stížností na nezákonné postupy úseku vedeného Vaší náměstkyní MUDr. Markétou Hellerovou a odboru VZV vedeného Mgr. Lenkou Bohuslavovou. V příloze zasílám kopii svého dopisu ze dne 12. 1. 2009, na který jsme dosud (po více než měsíci) neobdrželi žádnou odpověď. V ustanovení § 21a, odstavec 1 zákona č. 95/2004 Sb., v platném znění se uvádí:*

*„Ministerstvo ve spolupráci s univerzitami, odbornými společnostmi a Českou lékařskou komorou, Českou stomatologickou komorou a Českou lékárnickou komorou každoročně nejpozději do 31. 12. příslušného kalendářního roku stanoví a zveřejní způsobem umožňujícím dálkový přístup maximální počet rezidenčních míst v jednotlivých oborech specializačního vzdělávání, ve kterých bude zahájeno specializační vzdělávání v následujícím roce, a výši dotace na rezidenční místo. Celkový počet rezidenčních míst pro všechny obory specializačního vzdělávání lékařů, vyhlášených pro daný rok, odpovídá počtu absolventů akreditovaného zdravotnického magisterského studijního programu všeobecné lékařství v českém jazyce v předchozím roce.“*

*Dovoluji si poukázat na skutečnost, že ministerstvo zdravotnictví dosud zcela ignoruje zákonnou povinnost spolupracovat s Českou lékařskou komorou a postupuje tak, jako by zde tato povinnost ze zákona neexistovala. Zcela chápu, že se tak neděje z důvodu na Vaší straně, ale z důvodu na straně Vaší náměstkyně a příslušné ředitelky odboru.*

*Prosím proto, abyste se touto záležitostí zabývala, a očekávám Vaši odpověď.*

*Předem děkuji, s uctivým pozdravem  
MUDr. Milan Kubek, prezident ČLK*

Z dopisu, v němž se nová ředitelka odboru vzdělávání a vědy ministerstva Mgr. Pírková (shodou náhod bývalá náměstkyně ředitele benešovské nemocnice Miroslava Petříka, která jako „odměnu za odchod“ obdržela od zadlužené nemocnice částku 1 204 573 Kč, když představenstvo – ředitel Petřík a jeho dva náměstkové – udělilo sobě a dalším dvěma náměstkům, tedy čtyřem členům vedení „odměny za odchod“ v celkové výši 6 190 205 Kč) snaží záležitost vysvětlit, stojí za uveřejnění následující část, která **ukazuje nebetýchnou drzost státního úředníka:**

*„Ve svém dopise ostrým způsobem napadáte Ministerstvo zdravotnictví ČR z porušování zákona č. 95/2004 Sb... Co se týče Vámi uvedeného ustanovení § 21a odst. 1) zákona, je v něm také uvedeno, že počet rezidenčních míst ministerstvo uveřejní nejpozději do 31. prosince příslušného roku. Návrh počtu rezidenčních míst byl ČLK ministerstvem odeslán 23. 12. 2008 a ministerstvo neobdrželo ze strany ČLK žádné připomínky do zákonem uvedené lhůty...“*

**Na materiál zaslaný 23. prosince, tedy poslední den před vánočními svátky, opravdu ČLK reagovat do konce roku nestihla. Státní úředníci placení z našich daní mají podivnou představu o „spolupráci ministerstva s ČLK“, kterou v dané věci vyžaduje zákon.**

Prezident ČLK sice znovu informoval ministryni zdravotnictví o porušení zákona ze strany odboru vzdělávání a vědy MZ, avšak rozjetý vlak již není možno zastavit. Postgraduální vzdělávání lékařů se hroutí a zákon bohužel nedává komoře dostatečné kompetence k tomu, abychom tomu mohli zabránit.

Milan Kubek

# Útěk pacienta ze zdravotnického zařízení a lékařské tajemství

*Typickým dotazem lékařů na všech právních seminářích je, jak se má lékař konající zpravidla službu v nemocnici zachovat, pokud pacient z nemocnice uteče. Zda v takovém případě je, či není povinností lékaře informovat o útěku pacienta policii a zda se uplatní nějaká ohlašovací povinnost, nebo naopak lékařské tajemství.*

## Kde začíná problém, končí zákon, nebo „kde je problém, tam zákon mlčí“

Skutečnost, že naše zákony mnohdy neřeší nebo řeší jen velmi nedostatečně skutečné problémy, ke kterým v životě dochází a které vyžadují právní regulaci, se netýká zdaleka jen oblasti zdravotnictví a medicínského práva. Zarážející je, že ani v připravovaných nových zákonech o zdravotních službách, specifických zdravotních službách a v dalších návrzích není pravidlo chování pro takový případ stanoveno. Není řešeno ani to, zda je, či není povinností zdravotnického zařízení hlásit „hospitalizaci bez souhlasu“ v případě, že pacient je hospitalizován v bezvědomí, a nemohl tedy dát souhlas s hospitalizací, protože je např. zaintubovaný na anesteziologicko-resuscitačním oddělení nemocnice.

Názory právníků se v těchto případech značně liší. Největší chybou zákonodárce, či spíše toho, kdo zákony připravuje, je vytvořit nové zákony znovu natolik nedůsledně, že tyto základní otázky, které lékaře skutečně zajímají a které se v praxi často vyskytují, nijak neřeší. Tuto skutečnost jsem nastínil při nedávném jednání se zpracovateli návrhu nového zákona o zdravotních službách na ministerstvu zdravotnictví (MZ). Jednání bylo velmi korektní a zástupci MZ s pochopením a zcela věcně projednávali připomínky České lékařské komory k jednotlivým ustanovením navrhovaných zákonů. Požádal jsem, aby řešení těchto základních otázek bylo do nových zákonů zahrnuto a nikoli opomíjeno jako dosud. Zda se tak stane, či nikoli, to bude otázkou dalšího legislativního vývoje.

Jako právník ČLK musím upřímně říci, že je mi celkem jedno, zda zákon přikáže lékaři hlásit útěk pacienta z nemocni-

ce, či naopak dodržet lékařské tajemství. Mnohem důležitější je, aby zákon nemlčel a tento problém tak či onak řešil, aby lékař vždy přesně věděl, jak jednat, a byl chráněn před žalobami a stížnostmi. Jak se však zachovat v současné době, kdy výslovné řešení tohoto problému neexistuje?

## Jak zní povinná mlčenlivost

Platný zákon o péči o zdraví lidu stanoví, že povinností zdravotnických pracovníků je zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o kterých se dozvěděli při výkonu svého povolání. Tato dikce povinné mlčenlivosti je tedy poměrně široká a přísná a nově navrhovaný zákon počítá s obdobnou dikcí. Lze tedy očekávat, že přísný zákaz hovořit o jakýchkoli skutečnostech, o kterých se zdravotník dozvěděl při výkonu povolání, zůstane zachován. Je jen otázkou, jaké budou tzv. průlomové povinné mlčenlivosti zákon připustí, respektive stanoví. Ani v tomto směru nový zákon o zdravotních službách, jak je navrhován, nepředpokládá příliš velké změny. Diskuse se vede pouze o tom, zda má být lékař povinen sdělit policii veškeré informace o pacientovi, jde-li o trestní řízení, nebo zda tato povinnost má být stanovena pouze u trestných činů, u kterých je stanovena oznamovací povinnost, a v ostatních případech by věc měl posoudit soudce.

ČLK se přiklání ke druhé možnosti, tedy k tomu, aby nebylo povinností lékaře kdykoliv bez dalšího vyhovět dožádání policie a sdělit v trestním řízení veškeré údaje, které si policie přeje, byť jsou to údaje týkající se pacienta a jeho zdravotního stavu a například v případě psychiatrického či sexuologického pacienta se mohou týkat i mnohých intimních otázek.

Výjimky z povinné mlčenlivosti jsou zatím stanoveny takto:

1. situace, kdy zdravotník příslušnou skutečnost sděluje se souhlasem pacienta (je správné si nechat takový souhlas raději podepsat);
2. v případě, kdy je stanovena zvláštním právním předpisem povinnost oznamovat určité skutečnosti určitým orgánům – tedy tam, kde je právním předpisem stanovena oznamovací povinnost, není dána povinná mlčenlivost;

3. v případě trestního řízení podle trestního řádu je zdravotnický pracovník povinen sdělit i bez souhlasu pacienta skutečnosti nezbytné k trestnímu řízení policii či jinému orgánu se souhlasem soudce (dosavadní právní úprava, kterou ČLK doporučuje zachovat);
4. povinností mlčenlivosti není zdravotnický pracovník vázán v rozsahu nezbytném pro obhajobu v trestním řízení a pro řízení před soudem nebo jiným orgánem, je-li předmětem řízení spor mezi ním, popřípadě jeho zaměstnavatelem a pacientem, nebo jinou osobou uplatňující práva na náhradu škody, nebo na ochranu osobnosti v souvislosti s poskytováním zdravotní péče. Tuto dikci prosadil cestou novely zákona o péči o zdraví lidu, která byla provedena zákonem č. 111/2007 Sb. k 15. 5. 2007 současný prezident ČLK Milan Kubek.

## Obecná povinnost hlásit útěk pacienta dána není

**Podíváme-li se tedy na případy oznamovací povinnosti a na další případy průlomu do povinné mlčenlivosti, zjistíme, že obecná povinnost hlásit někomu útěk pacienta ze zdravotnického zařízení dána není.** Je-li k tomu pacient způsobilý, měl by být poučen o tom, jaké následky může opuštění nemocnice mít pro jeho zdraví, a měl by podepsat negativní revers. Pokud ovšem z nemocnice utekl, je tento postup samozřejmě nemožný.

Jde-li o pacienta, který není hospitalizován proti své vůli při splnění zákonem stanovených podmínek, pak není jistě povinností lékaře ani nikoho jiného oznamovat, že takový pacient z nemocnice utekl. Stejně kdyby nám oznámil, že prostě odchází, nemohli bychom ho nijak zadržet, a kdyby odmítl podepsat negativní revers, sepsali bychom ho i bez jeho podpisu, pouze by jej místo pacienta podepsal svědek.

**Podle současné právní úpravy jsme povinni hlásit útěk v případě, že pacient uprchl z ochranného léčení nařízeného soudem, a dále hlásit příslušnému orgánu ochrany veřejného zdraví (tedy nikoliv policii) případ, kdy ze zdravotnického zařízení utekl**

**pacient s povinným léčením přenosné choroby. V ostatních případech žádnou oznamovací povinnost o útěku pacienta z nemocnice nemáme.**

Typická situace, na kterou se však lékaři ptají, je, že pacient je intoxikován, zmaten, neorientován, odpovídá nepřilehavě na otázky a lékař dospěje k závěru, že v tomto stavu není způsobilý k podepsání negativního reverzu, a ať již z diagnostických nebo jiných důvodů (např. k vyloučení nálezu na mozkou v případě úrazu hlavy a mozkové komoče) pacienta preventivně hospitalizuje, byť s tím pacient nesouhlasí. Tento postup má oporu v zákoně, protože jde o neodkladnou péči a pacient v daném stavu není způsobilý k platnému projevu vůle. Typickou otázkou lékařů je, co dělat, když takový pacient z nemocnice prostě uteče a lékař má obavu o jeho život či zdraví, zvláště utekl-li například v zimě v pantoflích a pyžamu nebo utekl-li v noci a jde-li o člověka, který s ohledem na svůj stav patrně nenajde své bydliště, může být přejet vozidlem apod.

### **Budoucí právní úprava by k problému neměla mlčet**

**Znovu je třeba zopakovat, že podle platné právní úpravy ani v takovém případě zdravotnické zařízení oznamovací povinnost vůči policii ani vůči jinému orgánu nemá.**

**S odborníky, kteří připravují nové zákony na MZ, jsme se shodli, že do budoucna by bylo vhodné stanovit oznamovací povinnost pro případy, kdy pacient je hospitalizován bez svého souhlasu při splnění zákonných podmínek, a tedy shora uvedený případ zařadit mezi případy, které se policii hlásí. Naopak v případě, že jde o pacienta, který nesplňuje podmínky pro povinnou hospitalizaci, by hlášení útěku z nemocnice policii bylo nesmyslné. To je však jen úvaha o budoucí právní úpravě, která by k tomuto problému měla přestat mlčet.**

Lékař tedy útěk pacienta, který netrpí přenosnou chorobou a není v povinném léčení ani v ochranném léčení, policii ani nikomu jinému hlásit nemusí. Pochopitelně ráno učiní hlášení svému nadřízenému a skutečnost, že pacient utekl z nemocnice, popřípadě kdy se tak stalo, vyznačí do jeho zdravotnické dokumentace, jakmile útěk zjistí.

### **A co když lékaři svědomí nedá?**

Co když se však lékař se sociálním cítěním nesmíří s tím, že pacient prostě utekl ve stavu, kdy není příliš způsobilý se samostatně pohybovat mimo nemocnici a je ohrožen jeho život? Je si sice vědom, že nemá povinnost hlásit věc policii, ale na druhé straně mu připadá nesprávné a nehumánní více se o osud tohoto ohroženého člověka nezajímat a nezkusit mu pomoci, například právě tím, že jeho útěk policii oznámí.

Probírali jsme tuto situaci několikrát v kolektivu právníků zabývajících se medicínským právem a dospěli jsme k závěru, že v daném případě by bylo možno patrně bez větších problémů uplatnit ustanovení o tzv. krajní nouzi. Tedy v případě důvodné obavy o život a zdraví toho, kdo z nemocnice utekl, v tzv. krajní nouzi hlášení policii učinit. **Rozhodně by nešlo o povinnost lékaře, ale o možnost, pokud lékař uváží, že takový postup je v souladu s jeho svědomím.**

Shodli jsme se na tom, že si neumíme představit, že pouhá skutečnost, že lékař oznámil policii útěk pacienta, který je ve stavu opilosti a zmatenosti ohrožen na životě nebo zdraví, a z obavy o jeho život či zdraví činí toto hlášení, by mohla vést k trestnímu stíhání pro neoprávněné nakládání s osobními údaji. Naopak jsme přesvědčeni, že takové trestní stíhání by v daném případě v úvahu nepřipadalo právě proto, že by se uplatnilo ustanovení trestního zákona o krajní nouzi. Podle tohoto ustanovení čin jinak trestný, kterým někdo odvrací nebezpečí hrozící zájmu chráněnému trestním zákonem, není trestným činem. V daném případě by jistě převýšil zájem na ochraně života nad zájmem na ochraně osobních údajů, zvláště když bylo oznámeno pouze to, že pacient, který je ve stavu, kdy se lze obávat o jeho život, utekl z nemocnice.

**Lze tedy uzavřít, že v daném případě lékař oznamovací povinnost nemá, ale pokud mu svědomí nedá a útěk pacienta ohroženého na životě nebo zdraví s ohledem na opilost, zmatenost apod. přece jen policii oznámí, půjde o jednání, které nebude považováno za neoprávněné nakládání s osobními údaji.**

**Výslovná a jasná právní úprava tohoto častého problému by však rozhodně byla žádoucí.**

*JUDr. Jan Mach, ředitel právní kanceláře ČLK*

## Licence pro výkon vedoucího lékaře a primáře

**Dne 10. 4. 2010 končí platnost všech licencí pro výkon funkce vedoucího lékaře a primáře udělených do 9. 4. 2000.**

Na těchto licencích není doba platnosti vyznačena. Přijetím novelizace Stavovského předpisu ČLK č. 11 – Licenční řád, která nabyla účinnosti dne 10. 4. 2000, se začala platnost na tento typ licencí uvádět a z § 7 odst. 3 tohoto předpisu vyplývá, že všechny dříve udělené primářské licence mají platnost 10 let od data nabytí účinnosti tohoto předpisu, tj. do 10. 4. 2010.

**Žádosti o nové vydání těchto licencí, jejichž platnost vyprší ke dni 10. 4. 2010, budou centrem ČLK přijímány od 1. 6. 2009, žádosti o nové vydání primářských licencí, jejichž platnost vyprší po 10. 4. 2010, bude ČLK přijímat 6 měsíců před vypršením platnosti původní licence.**

Vzhledem k tomu, že se bude při projednávání žádostí ověřovat splnění podmínek k udělení požadovaných licencí, bude třeba vyplnit formulář žádosti o udělení licence a přiložit všechny náležitosti předepsané v současnosti platným licenčním řádem – fotokopie dokladů o dosaženém odborném vzdělání, potvrzení o délce praxe, platný diplom celoživotního vzdělávání, případně úspěšné vykonání zkoušky před oborovou komisí Vědecké rady ČLK v případech, kdy byla specializovaná způsobilost získána dle ustanovení § 44 odst. 1 a 2 zákona č. 95/2004 Sb., atd.). Pro urychlení vyřízení žádostí doporučujeme přiložit fotokopii stále ještě platné primářské licence v oboru, o který budete nově žádat, a vaše kontaktní údaje (telefon, e-mail).

Platnost licencí ČLK pro výkon funkce vedoucího lékaře a primáře ve zdravotnickém zařízení pro obor udělených po 10. 4. 2000 je 10 let a je již na licencích uvedena.

Na základě podané žádosti budou udělovány licence s aktuálním datem udělení a novým evidenčním číslem, na kterých bude vyznačena platnost 10 let. V případě, že vám bude udělena licence v době, kdy budete držitelem stále ještě platné licence, datum udělení se nebude shodovat se začátkem platnosti licence. Datum platnosti bude navazovat na konec platnosti původní primářské licence.

*Zdeněk Mrozek, Ph.D., viceprezident ČLK  
a člen licenční komise ČLK*



## Existence domény

# nemůže být předmětem trestního řízení

## Informace o rozhodnutí státního zástupce o trestním oznámení na provozovatele internetové domény [www.znamylekar.cz](http://www.znamylekar.cz)

Dne 10. 2. 2009 obdržela Česká lékařská komora vyznění o vyřízení trestního oznámení na provozovatele internetové domény [www.znamylekar.cz](http://www.znamylekar.cz). Uvádí se v něm:

„Státní zástupce pečlivě přezkoumal obsah celého podání a namítané skutečnosti, jakož i obecně signalizované poznatky ve vztahu k provozu příslušné internetové domény. Současně se detailně seznámil i s jejím provozem a způsobem organizace a systémem vkládání příspěvků. Na základě tohoto primárního šetření a priori konstatoval, že samotná existence předmětného portálu, respektive jeho založení, nemůže zákládat podezření ze spáchání některého z trestných činů zvláštní části zákona č. 140/1961 Sb. Zřizovatel

této domény nevybízí k žádnému trestněprávně sankcionovanému jednání ani k jiné aktivitě, která by odůvodňovala ingerenci orgánu trestního řízení. Současně je nutné upozornit, že orgány činné v trestním řízení působí a rozhodují v konkrétních trestních věcech a nemohou řešit obecně formulované problémy, které spadají do jiných oblastí práva. Existence domény, na níž je umožněno anonymně vyjádřit názor na chování a činnost konkrétního lékaře, nemůže být předmětem trestního řízení. Při současném technickém rozvoji je obecně možné se k určitým skutečnostem vyjadřovat pomocí sítě internet, která současně poskytuje anonymitu. V daném případě je možno uvádět

jak kladné poznatky a pochvaly (které doména rovněž obsahuje), tak i záporné poznatky, mající charakter osobního laického hodnocení činnosti lékaře, tak je i na ně nahlíženo, či připomínky k jejich chování.“

Rovněž Úřad pro ochranu osobních údajů se vyjádřil tak, že provozováním předmětné internetové domény nedochází k porušování zákona o ochraně osobních údajů.

Z praxe však víme, že pokud některý lékař požádal, aby jeho jméno bylo odstraněno z internetové domény [www.znamylekar.cz](http://www.znamylekar.cz), bylo provozovatelem této domény vždy vyhověno a jméno příslušného lékaře bylo z této internetové domény vypuštěno.

JUDr. Jan Mach, ředitel právní kanceláře ČLK

## Nový zákon o Policii ČR – průlom do povinné mlčenlivosti

Ke dni 1. 1. 2009 nabyl účinnosti nový zákon č. 273/2008 Sb., o Policii České republiky, v němž se v § 68 odst. 3 uvádí:

„(3) Policie může pro účely zahájeného pátrání po konkrétní hledané nebo pohřešované osobě žádat od ...

**b) zdravotní pojišťovny nebo zdravotnického zařízení poskytnutí informací o době a místě poskytnutí zdravotní péče této osobě.**

(4) Informace podle odstavců 2 a 3 lze použít pouze pro účely zjištění doby a místa pobytu osoby.

(5) Policie může za účelem zjištění totožnosti neznámé mrtvolky žádat poskytnutí údajů ze zdravotnické dokumentace.“

Legislativní vyjádření tohoto průlomu do povinné mlčenlivosti je tradičně velmi nezdařilé. Není stanovena povinnost zdravotnického zařízení informace poskytnout, ale právo policie je žádat. Není rovněž zcela zřejmé, zda se toto právo týká času minulého (tedy skutečnosti, že pacientovi

byla ve zdravotnickém zařízení poskytnuta zdravotní péče), nebo i času budoucího (tedy skutečnosti, že pacient je objednan k poskytnutí zdravotní péče). Přesto z logického výkladu, vycházejícího zejména z účelu uvedeného ustanovení, vyplývá, že Policie ČR je nově oprávněna požadovat informace o tom, zda pacientovi byla poskytnuta zdravotní péče ve zdravotnickém zařízení, a zdravotnické zařízení je povinno tyto informace Policii ČR poskytnout. Sporné zůstává, zda je zdravotnické zařízení povinno informovat Policii ČR i o tom, že bude hledané osobě poskytnuta zdravotní péče a konkrétně kdy. Je nepochybné, že zdravotnické zařízení je povinno policii poskytnout údaje ze zdravotnické dokumentace za účelem zjištění totožnosti neznámé mrtvolky.

Právní kancelář České lékařské komory doporučuje provozovatelům nestátních zdravotnických zařízení vždy požadovat v těchto případech od Policie ČR písemnou žádost, ve které bude odkaz na uve-



dené ustanovení zákona s tím, že jde o zahájené pátrání po konkrétní hledané nebo pohřešované osobě nebo o údaje pro zjištění totožnosti neznámé mrtvolky. Tato písemná žádost by měla být opatřena čitelným podpisem, s uvedením funkce dožadujícího se policisty, úředním kulatým razítkem a datem.

V případech problémů či nejasností je možno kontaktovat právní kancelář ČLK.

JUDr. Jan Mach

# Upřesňující informace k novele zákona č. 95/2004 Sb., která mj. pomáhá odstranit diskriminaci lékařek na mateřské dovolené

*V souvislosti s nepravdivou a manipulativní mediální informací, na základě které měl prezident České lékařské komory MUDr. Milan Kubek prohlásit, že „ženy jsou méně kvalitními lékaři než muži“ a že jsou kvůli svým mateřským povinnostem „méně výkonné“, zaslal MUDr. Kubek dne 3. 3. 2009 otevřený dopis lékařkám, ve kterém mj. uvádí, že prosadil legislativní změnu, která pomáhá odstranit diskriminaci lékařek na mateřské dovolené. Lékařky od té doby směřují na sekretariát prezidenta ČLK i právní oddělení ČLK dotazy s žádostí o upřesnění, o jakou legislativní změnu se konkrétně jedná.*

Úvodem je nutno uvést, že do 1. 7. 2008, tj. data účinnosti zákona č. 189/2008 Sb., kterým se novelizoval zákon č. 95/2004 Sb., tento právní předpis nijak nerozlišoval možné důvody přerušení výkonu lékařského povolání ani nespécifikoval výjimky, které by za přerušení lékařského povolání nebyly považovány. Jestliže tedy zákon v určitých ustanoveních podmiňoval určitou povinnost (např. povinnost absolvovat doškolení) či právo (např. právo na přiznání specializované způsobilosti) přerušením či kontinuitou výkonu lékařského povolání, nebylo rozhodné, zda k přerušení došlo z důvodu mateřské dovolené, pracovní neschopnosti či jakéhokoliv jiného důvodu znemožňujícího jeho kontinuální výkon. Stejná byla i rozhodovací praxe Ministerstva zdravotnictví ČR, která v těchto případech vždy konstatovala přerušení praxe, aniž by byla dána zákonná povinnost jeho příčinu zkoumat a zohledňovat. Ode dne 1. 7. 2008 je situace v tomto ohledu příznivější.

Předmětné ustanovení, které pomáhá odstranit diskriminaci lékařek na mateřské dovolené, je nový § 2a, odst. 1 zákona č. 95/2004 Sb., v platném znění. To uvádí, že *pokud tento zákon stanoví požadavky na délku výkonu zdravotnického povolání, rozumí se tím výkon povolání v rozsahu alespoň poloviny stanovené týdenní pracovní doby. Pokud zdra-*



*voznický pracovník vykonává zdravotnické povolání v nižším rozsahu než v rozsahu stanovené týdenní pracovní doby, potřebná délka výkonu povolání se úměrně prodlužuje. Do doby výkonu zdravotnického povolání se započítává doba pracovní neschopnosti a doba mateřské dovolené, popřípadě doba rodičovské dovolené otce, nejvíce však v rozsahu délky mateřské dovolené. Vojenská činná služba se započítává, byla-li vykonávána v příslušném povolání podle tohoto zákona.*

Zmíněné ustanovení bylo do zákona č. 95/2004 Sb. zakotveno právě novelou pod číslem 189/2008 Sb., účinnou od 1. 7. 2008.

Pro lékařky na mateřské dovolené citované ustanovení například ulehčuje situaci tím způsobem, že jestliže je v § 44, odst. 1, větě šesté téhož zákona uvedeno, že *bez doplnění odborné praxe podle věty*

*prvé až páté získávají specializovanou způsobilost ti, kteří získali osvědčení České lékařské komory k výkonu soukromé lékařské praxe a nejméně 5 z posledních 6 let nepřetržitě vykonávali zdravotnické povolání lékaře, považuje se za tento výkon povolání také doba, kterou lékařka strávila na mateřské dovolené (nikoliv však už rodičovské dovolené, tuto legislativní změnu se zatím prosadit nepodařilo). Ulehčením pro lékařky na rodičovské dovolené je však v předchozím odstavci citovaná věta první § 2a, odst. 1 zákona č. 95/2004 Sb., v platném znění. Pro nepřetržitý výkon lékařského povolání nově od 1. 7. 2008 postačuje rozsah poloviny stanovené týdenní pracovní doby. Do té doby se bez výjimky jednalo o celý rozsah stanovené týdenní pracovní doby.*

Stejný princip platí také pro znění ustanovení § 6, odst. 2 citovaného zákona, které uvádí, že *pokud lékař přerušil výkon povolání lékaře na dobu delší než 5 let v průběhu předcházejících 6 let, je povinen se bezodkladně po skončení přerušení výkonu povolání lékaře doškolit v rozsahu nejméně 60 pracovních dnů na pracovišti pod vedením lékaře s příslušnou specializovanou způsobilostí, který vyhotoví o průběhu a ukončení doškolení záznam do průkazu odbornosti, a pokud lékař nemá tento průkaz, vydá o průběhu a ukončení doškolení potvrzení.*

V praxi to znamená, že doba strávená na mateřské dovolené se nezapočítává do maximální možné pětileté doby přerušení výkonu povolání lékaře v průběhu předcházejících 6 let. V souladu s informacemi uvedenými na začátku tohoto textu nezbyvá než znovu konstatovat, že jakákoliv tato úleva před novelou zákona č. 95/2004 Sb. neexistovala a důvod přerušení výkonu povolání lékaře zákon nijak nezkoval.

*Mgr. Bc. Miloš Máca, právní oddělení ČLK*







na zdravotního ředitele MUDr. Filipa Bergera: [filip.berger@kkn.cz](mailto:filip.berger@kkn.cz) nebo na osobní oddělení, p. Kastnerová: [eva.kastnerova@kkn.cz](mailto:eva.kastnerova@kkn.cz)

Centrum pro léčbu neplodnosti v Olomouci přijme lékaře/ku s I. nebo II. atestací. Kontakt: [sobek@fertimed.cz](mailto:sobek@fertimed.cz)

LDN Vršovice, Praha 10, přijme lékaře internisty s I. atestací, i absolventy. Možnost přidělení bytu. Kontakt: 774 455 649, [www.ldnvrsovice.cz](http://www.ldnvrsovice.cz), e-mail: [lecebna@ldnvrsovice.cz](mailto:lecebna@ldnvrsovice.cz)

Hledáme lékaře hovořící alespoň částečně anglicky a německy nebo italsky či španělsky, pro práci s informačními materiály o léčivech ve výše uvedených jazycích. Jedná se o zpracování informačních brožur (po přečtení materiálu v němčině nebo španělštině nebo italštině je třeba zanést stručné údaje o brožurě v angličtině do naší internetové databáze a zapsat krátký souhrn o materiálu v několika větách). Je možné pracovat doma, práce v rozsahu cca 10–20 hodin týdně, odměna 150 korun za hodinu. E-mail: [pharmavox@seznam.cz](mailto:pharmavox@seznam.cz)

NZZ hledá do provozu na poliklinice v Olomouci internistu nebo kardiologa na plný prac. úvazek. Informace na telefonu 585 506 329, 585 051 467

Přijmu praktického lékaře do ordinace PL v Praze 6-Řepích. Do září 2009 na 1–2 dny v týdnu, od září 2009 na plný pracovní úvazek. V horizontu 2–3 let možné převzetí praxe. Tel.: 602 572 779

Zdravotnické zařízení na Jižní Moravě přijme do pracovního poměru obvodního lékaře. Zn.: Dohoda jistá. Odpovědi zašlete na adresu: Dům zdraví, spol. s r.o., MUDr. Jindřich Zeman, Poříčí 11, 594 01 Velké Meziříčí. E-mail: [zemanjindrich@seznam.cz](mailto:zemanjindrich@seznam.cz)

Hledám neurologa s licencií na částečný úvazek (eventuálně zástupy) do ambulance v Hradci Králové. Tel.: 774 115 191

Diagnostické a léčebné centrum Top Moravia Health přijme lékaře s atestací PL nebo těsně před jejím složením pro samostatné vedení ambulance PL s kurativní i ZPP náplní v Brně. Hledáme lékaře se zájmem o kvalitní vedení své ambulance, pro které chceme vytvořit optimální ekonomické podmínky i vybavení (infúzní stacionář, EKG, CRP, základní RHB vybavení atd.). Bližší informace Top Moravia Health, Viniční 235, 615 00 Brno, [www.tmhklmka.cz](http://www.tmhklmka.cz), e-mail [info@tmhklmka.cz](mailto:info@tmhklmka.cz)

Přijmu očního lékaře do nové moderně vybavené soukromé ordinace v Praze 4. Nastup možný ihned. Tel.: 281 01 92 64.

## Zástup

Hledám na pravidelný zástup lékaře FBLR s atestací, případně neurologa s atestací FBLR: Praha-západ, Kladno a okolí. Tel.: 235 515 515 – záznamník

Přijmu PLD zástup na 2–3 měsíce, eventuálně prodloužení, do zavedené ordinace v Praze 1. Mobil: 603 979 511. Nastup 1. 4. 2009

## Prodej a koupě

Koupím dobře zavedenou praxi praktického lékaře v Praze a okolí (J, JZ, JV, Z), případně přijmu místo asistenta s výhledem převzetí praxe. Tel.: 603 727 823

Koupím oční ordinaci v Praze, přímý zájemce, licenci a atestace mám. Tel.: 731 016 661. Další spolupráce dle dohody možná.

## Pronájem

Pronájem zařízení ordinace na poliklinice Praha 10. Jeden až tři dny v týdnu. Možno i jednotlivé dny. Cena pronájmu jednoho dne v týdnu 1500 Kč, dohoda s kolegou možná. 604 734 517

Koupím oční ordinaci v Praze, přímý zájemce, licenci a atestace mám. Tel.: 602 289 299. Další spolupráce dle dohody možná.

Pronájem zařízení ordinace na Vítězném náměstí v Praze 6. Možno i jednotlivé dny či hodiny. Cena pronájmu 1 dne v týdnu 2800 Kč/měsíc. Kontakt: 603 106 564 nebo 602 859 031

V nově vybudovaném soukr. zdravotním centru v Praze 9-Klánovicích pronajmeme ordinaci lékařům. Bližší info 602 616 312, [www.pateo.cz](http://www.pateo.cz)

## Různé

Převzemu ordinaci FBLR nebo FBLR a neurologie v Praze. I v delším časovém horizontu. Tel.: 603 551 415

Převzemu ordinaci PL pro dospělé, kraj Olomoucký, Moravskoslezský, Zlínský, Jihomoravský. Tel.: 737 327 006, e-mail: [sa.ve@post.cz](mailto:sa.ve@post.cz)

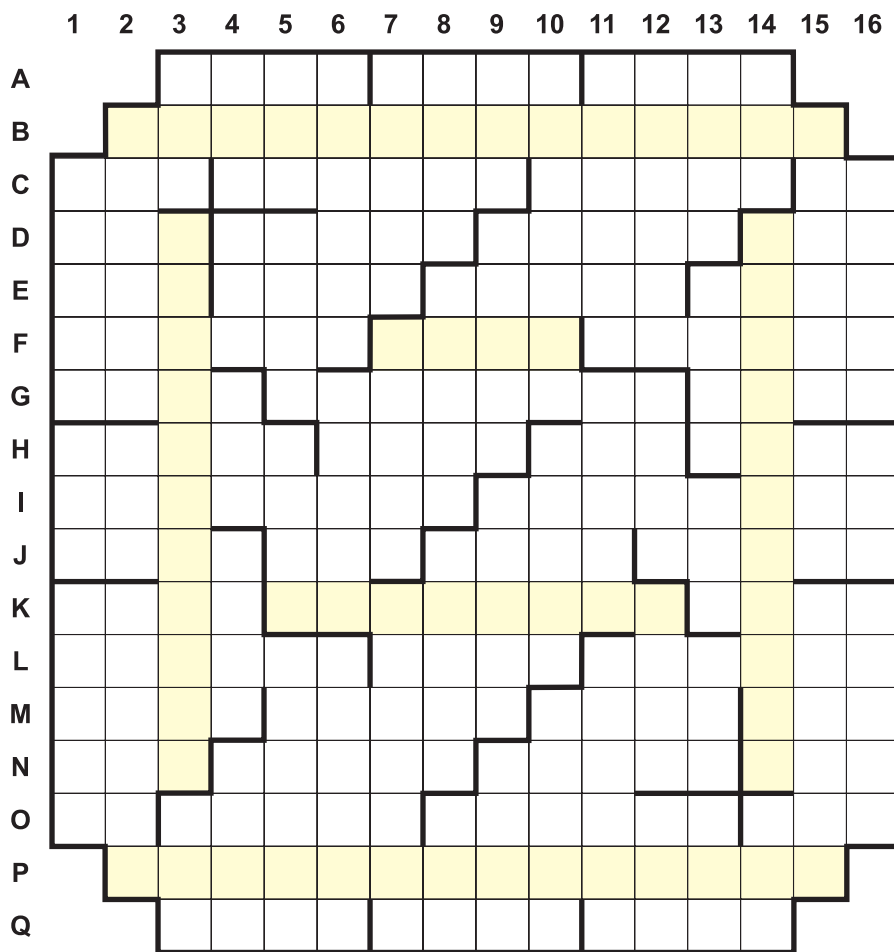
Přenechám zavedenou ordinaci, možno použít pro prakt. lékaře pro dospělé, interní ambulance – privátní, nebo plicní. Zlín a okolí. Tel.: 775 856 009

Koupím v Praze zavedenou praxi praktického lékaře pro dospělé. Možnost ordinování stávajícího lékaře na 1–2 dny vítám. e-mail: [tesmal@seznam.cz](mailto:tesmal@seznam.cz)

## Služby

Kvalifik. výuka němčiny (všechny úrovně pokročilosti; individ. i skupinová výuka). Člená jazyk. příprava lékařů a zdr. pracovníků pro prac. pobyty v zahraničí. Překlady z/do NJ – všeobecné i odborné texty. Kontakt: MUDr. Sedláčková, tel.: 606 326 535, e-mail: [Sedlackova.Zuzana@seznam.cz](mailto:Sedlackova.Zuzana@seznam.cz)

## Křížovka o ceny



**VODOROVNĚ:** **A.** Svazek vláken vedoucích vzruchy; výměra pozemku; sídlo v Indii. – **B. 1. díl tajenky.** – **C.** SPZ Pelhřimova; ovinovač (řídce); obhrobovat; iniciály písničkáře Kryla. – **D.** Zlý skřítek; chomáče nakadeřených vlasů (zastarale); bolet (nářečně); značka čistícího prostředku. – **E.** Druh dubu; značka čaje; indický jelen; domácky Oldřich. – **F.** Potřebovat oděv; **2. díl tajenky;** odrůda jabloní. – **G.** Hle; destilát z ropy; napadení. – **H.** Obecná řečtina; vojenská úmluva; francouzsky „přítel“; vynášet. – **I.** Množství; proklad. – **J.** Anglicky „psi“; SPZ Olomouce; místo; trýznit. – **K.** Ruský „jedna“; **5. díl tajenky;** otvor. – **L.** Profesorka (slangově); plemeno; mluvit s nosovým pažukem. – **M.** Výchozí myšlenka; jevištní závěsy; tahouni; spojka. – **N.** No; hlemýžďi; mořská vydra; knedlíček. – **O.** Název značky draslíku; skateboard; řecké město; středové čáry. – **P. 4. díl tajenky.** – **Q.** Značka kilobytu; značka lyží; sopka na Sicílii.

**SVISLE:** **1.** Jihočeské město; kód letiště Kokoda; prodavač brýlí. – **2.** Paroháči; značka barviva na vajíčka; zavedení rourky do rány. – **3.** Či; **3. díl tajenky;** zkratka Světového literárního klubu. – **4.** Starší název Tokia; núbijská planá bavlna; anglické ženské jméno (Anna); trezor (starším pravopisem); cuknutí. – **5.** Starší jednotka pro biologickou jednotku záření; domácké ruské mužské jméno (Josef); mravní základ; činiti. – **6.** Postupně přinést dovnitř; epičtí básníci; chuť. – **7.** Onemocnění průdušek; citoslovce rytmu hudby; kroky. – **8.** Křiky; znaménko označující dlouhou samohlásku; žebřání (nářečně); sloní zub. – **9.** Jméno pěvkyně Destinnové; letec; bály; pět tučtů. – **10.** Šířitel křesťanství; druh papouška; velký ještěr. – **11.** Jméno básníka Březiny; city; východočeské město. – **12.** Ozdoba na krk; listnatý strom; kříženec kobyly a osla; tenké vlákno. – **13.** Jeden ze smyslů; biblická osoba; úd (zastarale); pryč (obecně); tenhle. – **14.** Iniciály nizozemského mořeplavce Tasmana; **6. díl tajenky;** tamta. – **15.** Spravedlnost; lyže; časnost. – **16.** Havajec; německy „čin“; nadezdívky nad římsami.

**Pomůcka:** AJT, Edo, kas, KKD, koiné, Okha, pškát, ptaní.

V Tempus medicorum 2/2009 jsme hledali výrok z díla Miloslava Urbana **Breviř úspěšného lékaře: Vzbudit staršího kolegu při službě kvůli maličkosti je bezmála stejný přečin jako nevbudit ho, když jde o něco závažného.**

Knihu **Kronika polistopadového vývoje** autora Slavomira Ravika získává deset výherců, které jsme vylosovali: **Jan Betlach**, Havlíčkův Brod; **Věra Břízová**, Havlíčkův Brod; **Antonín Drgáč**, Štěpničice; **Irena Hajduchová**, Hodonín; **Miroslav Korta**, Orlová-Poruba; **Eva Košatová**, Benešov; **Milan Koudela**, Zlín; **Kamila Kraftová**, Petřvald; **Pavel Páral**, Ústí nad Labem; **Miroslava Vařeková**, Loštice. Na správné řešení tajenky z čísla 03/2009 čekáme na adresu recepce@clker.cz do 9. dubna 2009. Hodně štěstí!

### Obsah

Perorální antidiabetika v léčbě diabetes mellitus 2. typu ..... 1

## PERORÁLNÍ ANTIDIABETIKA V LÉČBĚ DIABETES MELLITUS 2. TYPU

### 1. Obecná východiska pro léčbu perorálními antidiabetiky

Účinek perorálních antidiabetik (PAD) je vázán na přítomnost sekrece endogenního inzulínu. Správná indikace těchto léků musí vycházet na jedné straně z mechanismu účinku dané látky, na druhé straně z vyhodnocení profilu nemoci u každého nemocného individuálně. Vše vždy individuálně u daného nemocného, neboť diabetes mellitus 2. typu (DM2T) je onemocněním heterogenním. Různá intenzita vyjádření základních odchylek u jednotlivých pacientů a postupné zpřísnění cílových hodnot kompenzace je důvodem pro používání kombinace PAD. Pro správný výběr perorální antidiabetika je třeba znát nejen glykémii nalačno, ale také postprandiální glykémii, dále je třeba zohlednit přítomné kontraindikace.

Při hledání neúčinnější kombinace perorálních antidiabetik je vhodné také zohlednit dobu trvání diabetu 2. typu (popřípadě dobu od stanovení diagnózy). Progrese diabetu 2. typu (ve smyslu zhoršování jeho kompenzace) v souvislosti s délkou jeho trvání je obvykle způsobována prohlubující se deteriorací inzulínové sekrece, přičemž úroveň porušení inzulínové senzitivity se obvykle (bez terapeutických zásahů) mnoho nemění. V průběhu času dochází nejprve ke zvyšování postprandiální glykémie, které je způsobeno sníženou (či ztracenou) schopností B buněk reagovat sekrecí inzulínu na prandiální podnět (po jídle i při dodržování základních principů diety se glykémie významně zvyšuje). U řady nemocných je po delší době trvání nemoci nutně lékem volby exogenní inzulín, zprvu nejlépe v kombinaci s vybranými perorálními antidiabetiky.

Smyslem léčby DM2T je zabránění rozvoje chronických komplikací, popřípadě zpomalení jejich progrese. Racionálním cílem terapie je udržení glykohemoglobinu pod 5,3 % a ideálním stavem dosažení glykohemoglobinu pod 4,5 %. Celosvětový konsenzus přijatý v posledních letech definuje povinnost revidovat a zintenzivnit terapii vždy, jestliže hodnota glykohemoglobinu překročí právě hranici 5,3 %. Protože DM2T je progresivně se horšící nemoc (progrese je způsobena postupným úbytkem sekrece inzulínu), je nutně v průběhu času odpovídajícím způsobem upravovat (zintenzivňovat) terapii.

Farmakologická léčba je jednou ze součástí komplexní intervence hyperglykémie (vždy nutná edukace, režimová opatření, redukce či stabilizace tělesné hmotnosti), hypertenze a dyslipidémie (hypercholesterolémie). Pouze takto komplexně vedená léčba může zabránit vzniku komplikací, případně jejich vývoj zpomalit. Podrobné rozvedení strategie léčby DM2T, prevence komplikací, principů nefarmakologické léčby, edukace a cílové hodnoty pro terapii DM2T jsou shrnuty ve standardech léčby diabetes mellitus (aktuální verze: www.diab.cz).

Při zintenzivnění farmakologické léčby diabetu se snižuje glykémie, následně se snižují i ztráty glukózy močí. Běžným

důsledkem je pak přírůstek hmotnosti jako důsledek zadržování glukózy v organismu. Proto jsou nyní ceněna ta farmaka, po nichž je vzestup hmotnosti minimální (metformin, gliptiny). Velmi podceňovaným rizikem u pacientů s DM2T byla hypoglykémie. Analýza nejnovějších, co do počtu zahrnutých pacientů největších klinických studií (ACCORD, ADVANCE, VADT), jejichž výsledky byly uveřejněny v r. 2008, jednoznačně ukazuje na možnost zvýšení kardiovaskulární mortality u pacientů s DM2T a vysokým rizikem kardiovaskulárních příhod v důsledku hypoglykémie. Toto zjištění nevede v žádném případě k ústupu od požadavku dosažení těsné kompenzace (při zohlednění životní prognózy pacienta), ale vede k požadavku preference terapie, která minimalizuje riziko hypoglykémie (metformin, glitazony, gliptiny).

Terapeutický potenciál všech perorálních antidiabetik je prakticky shodný, pokud jej posuzujeme podle metaanalýz. Je však velmi důležité zdůraznit, že vlastní efekt u jednotlivých pacientů je různý. Obecně je možné dosáhnout vyššího absolutního poklesu glykohemoglobinu u nemocných s vyšší vstupní hodnotou, u obézních nemocných jsou účinnější léky ovlivňující inzulínovou rezistenci. Kritériem správnosti volby určité léčby individuálně navržené pro jednotlivého pacienta však zůstává výsledný účinek z hlediska kompenzace při zatížení minimálním rizikem nežádoucích účinků, samozřejmě se zohledněním farmakoekonomických hledisek. Naopak, při neprokázaném dostatečném efektu je třeba volit jinou léčbu či jinou kombinaci.

### 2. Biguanidy (metformin)

Nejlepší poměr účinek/bezpečnost má z celé skupiny biguanidů metformin. Proto je v poslední době z této skupiny jedinou doporučenou a užívanou látkou.

*Mechanismus účinku:* Zvýšení senzitivity zejména jaterních buněk k inzulínu, zlepšená utilizace glukózy a snížení produkce glukózy v játrech. Efekt metforminu se zvyšuje s podanou dávkou (jistě do 2 g, patrně do maxima 3 g denně), při respektování kontraindikací se nezvyšuje riziko závažných komplikací, což umožňuje dobrou titraci dávky podle účinku. Při léčbě metforminem tělesná hmotnost klesá nebo se zvyšuje méně (anorektický efekt).

*Místo v léčbě DM2T:* Pokud není kontraindikace, pak je lékem první volby u **všech** pacientů s DM2T, a to jako základ léčby. Měl by tedy za respektování kontraindikací být podán všem pacientům s DM 2. typu již při průkazu onemocnění. S výhodou v kombinaci se sulfonylureou, glitazony, glinidy, gliptiny (potencuje jejich efekt) a také s inzulínem.

*Kontraindikace:* Renální insuficience (při hladinách sérového kreatininu > 135 μmol/l u mužů a > 110 μmol/l u žen a/nebo při clearance kreatininu < 70 ml/min), závažná kardiální insuficience (NYHA III a IV), chronická respirační insuficience,

závažná porucha jaterní funkce (prostá steatóza není kontraindikací), nekontrolovaný abusus alkoholu, stavy s rizikem akutní poruchy renálních funkcí (dehydratace, těžké infekce, šok, i.v. podání jodovaných kontrastních látek). Absolutní věk není jasnou kontraindikací podání metforminu, se zvyšujícím se věkem však roste počet nemocných, kteří mají onemocnění kontraindikující podání tohoto léku (ve vyšších věkových skupinách je to až 30 % osob).

*Nežádoucí účinky:* Dyspepsie postihuje až 5 – 10 % pacientů, snížit incidenci lze postupným zvyšováním dávky. Velmi závažná komplikace - laktátová acidóza, většinou jako důsledek nerespektování kontraindikací. Velmi vzácně anémie (pro sníženou absorpci vitamínu B 12).

*Limity klinického využití:* Přítomnost kontraindikací, malá část nemocných metformin netoleruje pro nežádoucí účinky.

*Zástupci skupiny:* S ohledem na nejlepší poměr efektu a bezpečnosti při prokázané schopnosti snížit kardiovaskulární riziko je nyní jediným zástupcem, který by měl být využíván, **metformin**.

*Klinické poznámky:* Metformin podaný jako lék první volby po selhání nefarmakologických opatření u obézních diabetiků 2. typu prokazatelně snižuje mortalitu, a to v souvislosti s makrovaskulárními komplikacemi (za účinnou dávku v tomto smyslu je považováno 2,5 mg). Je prvním PAD, u něhož byl tento účinek prokázán. Metformin je ideálním lékem do kombinace s inzulínem pro léčbu diabetu 2. typu, prokazatelně snižuje jeho spotřebu o průměrných 30 %. Po metforminu hrozí poměrně malé riziko hypoglykémie. Prokazatelně příznivé je ovlivnění rizika vzniku diabetu 2. typu u mladších a obézních jedinců. Snížení rizika nežádoucích gastrointestinálních účinků je možné postupným zvyšováním dávky (začíná se 500 mg pro die), nebo využitím nové retardované formy a užíváním pouze při/po jídle.

### 3. Deriváty sulfonylurey

*Mechanismus účinku:* Sulfonylurea zvyšuje sekreci inzulínu. Vedle toho jsou u různých přípravků vyznačeny další účinky - potlačení produkce glukózy v hepatocytech, obnovení první fáze inzulínové sekrece, ochranný vliv na mikrocirkulaci, zlepšení účinku inzulínu na periférii.

*Místo v léčbě DM2T:* Standardní základ kombinované léčby, v ČR zvykem velmi preferovaná skupina s výhodným poměrem cena/účinek. Výjimečně by se podle současných názorů měly podávat jako iniciální monoterapie, s výhodou jako druhý lék k metforminu.

*Kontraindikace:* Těžká jaterní insuficience. Významná renální nedostatečnost pro možnost kumulace a následně protrahované hypoglykémie (mimo glichidonu, který se metabolizuje). Nejnebezpečnější je v tomto smyslu glibenklamid.

*Nežádoucí účinky:* Hypoglykémie, hematologické poruchy, zvýšení hodnot jaterních enzymů, alergické reakce, možné klinicky významné lékové interakce.

*Limity klinického využití:* Po delším průběhu DM2T jsou neúčinné s ohledem na malou reziduální sekreční kapacitu B buněk

*Zástupci:* V současné době jsou užívány prakticky výhradně přípravky 2. generace - **glibenklamid, glipizid, gliklazid** (ten také v podobě tablet s řízeným uvolňováním, které je možno podávat jednou denně), **glichidon, glimepirid**.

*Klinické poznámky:* Osvědčené léky s dlouholetou klinickou praxí. Z hlediska kardiovaskulárního rizika jsou bezpečnější gliklazid a glimepirid proti ostatním derivátům. Glibenklamid je považován za neúčinnější z celé skupiny, nicméně je také nejnebezpečnější z hlediska hypoglykémie (snadná kumulace pro dlouhý poločas metabolizmu), je proto nejméně vhodný.

### 4. Inhibitory alfa-glukosidázy

*Mechanismus účinku:* Blokují alfa-glukosidázy ve střevě, zpomalují tak štěpení polysacharidů a oligosacharidů. Důsledkem je zejména snížení postprandiálního vzestupu glykémie.

*Místo v léčbě DM2T:* Zejména u obézních diabetiků 2. typu, s relativně uspokojivou glykemií nalačno a postprandiální hyperglykemií, dodržujících dietní režim. Kombinace hlavně se sulfonylureou i s metforminem. Vhodné u pacientů dodržujících dietní doporučení.

*Kontraindikace:* Chronická onemocnění zažívacího traktu, diabetická autonomní neuropatie – gastroparéza, poruchy střevní motility.

*Nežádoucí účinky:* Dyspepsie, zejména při dietě s vysokým obsahem sacharidů. Pokud je akarbóza podávána v přiměřené dávce (nejčastěji 50 mg k jídlu) u osob, které striktně dodržují diabetickou přísnou dietu s omezením sacharidů, pak jsou potíže minimální. Intenzivní nežádoucí účinky mohou demaskovat non-complianci pacienta k dietním doporučením.

*Limity klinického využití:* Spolupráce nemocného, neboť v případě vyššího příjmu polysacharidů má pacient významné dyspeptické potíže.

*Nežádoucí účinky:* Při dodržování diabetické diety minimální, jinak velmi častá dyspepsie (flatulence, průjem).

*Zástupci skupiny:* V ČR registrována **akarbóza a miglitol**.

*Klinické poznámky:* Studie STOP NIDDM prokázala snížení rizika vzniku DM2T u pacientů s porušenou glukózovou tolerancí, a také snížení kardiovaskulárního rizika po podání akarbózy, což patrně souvisí s vlivem na postprandiální hyperglykémii.

### 5. Prandiální regulátory (meglitinidy, glinidy)

*Mechanismus účinku:* Ihned po požití významně zvyšují sekreci inzulínu, čímž zlepšují zejména postprandiální glykémii. Účinek přetrvává krátce – do tří hodin (důsledkem je snížení incidence hypoglykemií).

*Místo v léčbě DM2T:* V začátku průběhu nemoci, kdy se může plně projevit jejich schopnost snížit postprandiální glykémii.

*Kontraindikace:* závažné jaterní poškození.

*Nežádoucí účinky:* Minimální, hypoglykémie s nižší incidencí proti derivátům sulfonylurey.

*Limity klinického využití:* Glinidy přestávají účinkovat v okamžiku, kdy pacient není schopen nativně zvýšit sekreci inzulínu po jídle – můžeme ověřit C peptidem po definované snídani.

*Zástupci:* V ČR na trhu pouze **repaglinid**, dávkování podle účinku (tablety po 0,5, 1 a 2 mg).

*Klinické poznámky:* Výhodou glinidů je dávkování společně s hlavními jídly, s možností vynechat tento lék při vynechání hlavního jídla (užití léku nenutí nemocné jíst i v okamžiku, kdy nechtějí, či nemají hlad). Neúčelná je kombinace se sulfonylureou (nezvyšuje se účinek), výhodná je kombinace s metforminem a glitazony. Vhodná je kombinace s depotním inzulínem (nebo dlouhodobě účinnými analogy inzulínu) podávaným na noc.

### 6. Glitazony, thiazolidindiony

*Mechanismus účinku:* Zprostředkovan ovlivněním exprese některých jaderných genů (po navázání na speciální receptory tzv. PPAR $\gamma$ ). Výsledkem je komplexní ovlivnění metabolizmu, snížení inzulínové rezistence včetně snížení glukoneogeneze v játrech a jejich dalších projevů.

*Místo v léčbě DM2T:* Jednou z možností do kombinované léčby s metforminem při jeho nedostatečném účinku, dále jako jeden z léků první volby při kontraindikaci metforminu. Možnost kombinace s derivátem sulfonylurey pouze tehdy, když

nelze použít metformin. Trojitá kombinace s metforminem i derivátem sulfonylurey pouze při zvýšené monitoraci (zvýšené riziko edémů a srdečního selhání).

**Kontraindikace:** U osob se srdečním selháním nebo se srdečním selháním v anamnéze (NYHA stadium I až IV), závažná jaterní léze, akutní koronární syndrom. U rosiglitazonu je doporučeno opatrnosti u pacientů s ischemickou chorobou srdeční,

**Nežádoucí účinky:** Zejména retence tekutin, otoky, kardiální selhávání, dále pak nárůst tělesné hmotnosti, proto je nutná pečlivá rozvaha pro kombinovanou léčbu s inzulínem (doporučeno podávat pouze ve výjimečných případech). Další nežádoucí účinky jsou anémie, srdeční ischemie, zácpa, hypercholesterolemie, fraktury kostí u žen, makulární edém. Možnost celé řady významných lékových interakcí.

**Limity klinického využití:** Riziko kardiálního selhání.

**Zástupci:** **Pioglitazon** (15 mg, 30 mg, 45 mg) a **rosiglitazon** (4 mg a 8 mg). V současnosti jsou v ČR uvolněny pouze pro předpis v kombinaci se sulfonylureou, metforminem (zdá se, že kombinace s rosiglitazonem je mírně účinnější než součet efektu obou látek), prakticky bez omezení věku, nově možno předepsat fixní kombinace s metforminem. Účinek obou glitazonů je srovnatelný, pioglitazon má průkaznější vliv na lipidy.

**Klinické poznámky:** Glitazony se staly zavedenými léky pro léčbu hyperglykémie zejména u osob s vyznačenou inzulínovou rezistencí. Mají i potenciál snížit riziko přechodu z porušené glukózové tolerance do diabetu (studie DREAM, rosiglitazon 8 mg), zpomalit progresi diabetu (studie ADOPT, rosiglitazon 8 mg) a ovlivnit významně kardiovaskulární riziko u pacientů s diabetem v sekundární prevenci (studie PROACTIVE, pioglitazon 45 mg). Předmětem diskuse vyvolané výsledky několika metaanalýz (Nissen, Singh, Diamond, FDA, GSK 2006, 2007) se stal vliv rosiglitazonu na incidenci kardiovaskulárních příhod. Výsledky některých klinických studií (DREAM, ADOPT, RECORD) toto riziko naznačují, jiné klinické studie uveřejněné v r. 2008 (ACCORD, VADT, ADVANCE) však toto riziko neprokazují. (Vesměř však jde o studie, které nebyly primárně na hodnocení tohoto rizika zaměřeny.) V současné době nemůže být riziko srdeční ischemie ani potvrzeno, ani vyvráceno, proto je třeba thiazolidindiny používat se zvýšenou opatrností.

Klinicky je velmi významné, že plný účinek glitazonů vyjádřený glykovaným hemoglobinem, se rozvíjí až po půl roce léčby, proto nemá smysl dříve soudit na efekt u jednotlivého pacienta.

## 7. Gliptiny (inhibitory dipeptidyl-peptidázy 4)

**Mechanismus účinku:** GLP 1 (glukagon-like peptid 1), který je secernován buňkami střevní sliznice, zpomaluje vyprazdňování žaludku, zvyšuje citlivost B buněk k sekrečním podnětům, upravuje kvalitu sekrece inzulínu (obnovuje první fázi inzulínové sekrece), snižuje sekreci glukagonu a proto snižuje výdej glukózy hepatocyty, snižuje chuť k jídlu. Má poločas účinku 2 – 7 minut, je odbouráván dipeptidyl-peptidázou 4 (DPP 4). Zablokováním aktivity tohoto enzymu lze zpomalit odbourávání endogenního GLP 1 a zvýšit tak jeho koncentraci. Látky s tímto účinkem se nazývají inhibitory DPP 4, zkráceně gliptiny. Po podání inhibitorů DPP 4 dochází nejen k ovlivnění sekrece inzulínu, ale také se snižuje hladina glukagonu, což se podílí významně na snížení postprandiální exkurze glykémie. Účinek mizí po normalizaci glykémie, což výrazně snižuje riziko hypoglykémie.

**Místo v léčbě DM2T:** Efektivní obnovení fyziologických regulací glykémie. Vliv na tělesnou hmotnost je neutrální,

není vliv na lipidové spektrum. Speciální indikací je snížení rizika hypoglykémie.

**Sitagliptin:** nejčastěji v kombinaci u pacientů nedostatečně kompenzovaných režimovými opatřeními a metforminem. Lék druhé volby k sulfonylureovým přípravkům nebo glitazonům při nesnášenlivosti metforminu. Jako třetí lék do kombinace s metforminem a sulfonylureou při nedostatečném efektu režimových opatření a dvojkombinace.

**Vildagliptin:** dvojkombinace s metforminem nebo s sulfonylureou, anebo s glitazonem.

**Kontraindikace:** Precitlivělost na účinnou látku.

**Nežádoucí účinky:** V klinických studiích byla zjištěna nauzea, zácpa, zvýšená incidence nasopharyngitidy a infekcí horních cest dýchacích, infekcí urologických. Dosud není dostatek údajů pro ověření nebo vyvrácení možných dalších rizik (deprese, rakovina).

**Limity klinického využití:** Intervence bude mít omezený účinek v pokročilejším stádiu DM2T.

**Zástupci:** **Sitagliptin** (100 mg jednou denně), **vildagliptin** (50 mg dvakrát denně, v případě dvojkombinace se sulfonylureou pouze 50 mg jednou denně).

**Klinické poznámky:** Vlastní účinek inhibitorů DPP 4 spočívá v prodloužení biologického poločasu organismu vlastních aktivních substancí cestou inhibice jejich degradace. Zvyšuje se tím hladina endogenního GLP 1. Proto je velmi výhodná kombinace s metforminem.

U gliptinů je velmi malé riziko hypoglykémie, ve všech studiích je incidence hypoglykémie stejná, jako po placebo. To vyplývá z tzv. glukózo-dependentního účinku GLP 1. Plný efekt se ukazuje v době hyperglykémie, po normalizaci glykémie prakticky vymizí, léky obnovují citlivost a funkci A buněk. V kombinaci se sulfonylureou se zvyšuje riziko hypoglykémie účinkem sulfonylurey.

Gliptiny nemá smysl podávat jako náhradu jiného perorálního antidiabetika, ale naopak jako další zintenzivnění stávající léčby. V České republice je v současnosti na trhu pouze sitagliptin, který je registrován pro léčbu v dvojkombinaci s metforminem či sulfonylureou či glitazonem a pro léčbu v trojkombinaci společně s metforminem a sulfonylureou v případě, že nebylo dosaženo cílových výsledků léčby.

## 8. Orlistat

**Mechanismus účinku:** Inhibice pankreatické lipázy, snížení vstřebávání tuků o průměrných 30 %.

**Místo v léčbě DM2T:** Pacienti s DM2T a s nadváhou nebo obezitou, s vyznačenými příznaky metabolického syndromu. Kombinovat v léčbě diabetu lze s jakýmkoliv režimem.

**Kontraindikace:** Chronická onemocnění zažívacího traktu, pankreatická insuficience, cholestáza.

**Nežádoucí účinky:** Dyspeptické potíže, průjem, steatorea. Není třeba se obávat deficitu vitaminů.

**Limity klinického využití:** Nemůže účinkovat u osob na sacharidové dietě (ty jej ale dobře snášejí). Průjem u osob s vysokým příjmem tuků vede obvykle k noncomplianci. Léčba má být přerušena, pokud pacient po 12 měsících nesníží hmotnost alespoň o 5 %.

**Klinické poznámky:** Orlistat inhibuje lipázu, tím se sníží vstřebávání tuků přijatých potravou o průměrných 30 %. Výsledkem je nejen významná redukce hmotnosti, ale u obézních pacientů s DM2T i významné zlepšení kompenzace, snížení dávek perorálních antidiabetik i antihypertenziv, snížení koncentrace volných mastných kyselin, zlepšení inzulínové rezistence (prokazatelné u i osob bez redukce hmotnosti).

Orlistat ve studii XENDOS prokázal významný účinek v prevenci vzniku DM2T.



## 9. Sibutramin

**Mechanismus účinku:** Zejména centrální anorektický účinek, vliv na kompenzaci zprostředkovan snížením hmotnosti.

**Místo v léčbě DM2T:** Pacienti s nadváhou a obezitou. Výsledky většiny studií podporují pozici sibutraminu jako účinného antiobezitika vhodného pro intervenci u obézních diabetiků. Při indikaci sibutraminu s cílem nejen snížit hmotnost ale i zlepšit kompenzaci diabetu je nutno mít na zřeteli níže uvedené klinické poznámky. Kombinovat v léčbě diabetu lze s jakýmkoliv režimem.

**Kontraindikace:** Nedostatečně léčená hypertenze, zatím ICHS (nyní řešeno studií SCOUT), psychiatrická onemocnění, hypotyreóza, konkomitantní podávání některých léků.

**Nežádoucí účinky:** často až velmi často se vyskytují tachykardie, palpitace, zácpa, neause, insomnie, závratě, parestezie, úzkost, pocení, sucho v ústech.

**Limity klinického využití:** Vysokou mírou predikce úspěšné léčby je dosažení poklesu hmotnosti nejméně o 4 kg v prvních třech měsících léčby. Bez snížení hmotnosti nelze očekávat žádné zlepšení kompenzace u pacientů s diabetem 2. typu.

**Klinické poznámky:** U responderů (osob, které redukuje hmotnost o více než 5 %) je zlepšení HbA<sub>1c</sub> významné z hlediska absolutní hodnoty (pokles obvykle o více než 1 %, což je významné z hlediska prevence kardiovaskulárních i mikrovaskulárních komplikací, a odpovídá průměrnému potenciálu perorálních antiobezitiků). Část pacientů s DM2T netoleruje základní perorální antiobezitika, nebo jsou u nich kontraindikována, sibutramin může být vhodnou alternativou.

Zlepšení kompenzace diabetu koreluje se snížením hmotnosti. V praxi to znamená, že pokud pacient nereaguje poklesem hmotnosti není možno očekávat vliv na kompenzaci. Sibutramin pomůže dodržovat přísný režim životosprávy, je proto vždy pouze součástí komplexního přístupu, který je založen na důsledné edukaci. Nemocní občas očekávají redukcii hmotnosti a zlepšení kompenzace DM2T beze změny životosprávy, takto sibutramin nefunguje.

## Použitá literatura

- Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34). *Lancet* 1998 Sep 12; 352 (9131): 854-65.
- Johansen K. Efficacy of metformin in the treatment of NIDDM. Metaanalysis. *Diabetes Care*, 1999 Jan; 22 (1): 33-37.
- Wellington K. Rosiglitazone/Metformin. *Drugs* 2005; 65(11):1581-1592.

Carlsson SM et al. Metformin improves blood lipid pattern in nondiabetic patients with coronary heart disease. *J Int Med*, 1996, 240, s. 46 – 47.

Charbonnel B et al. Efficacy and safety of the dipeptidyl peptidase-4 inhibitor sitagliptin added to ongoing metformin therapy in patients with Type 2 diabetes inadequately controlled with metformin alone. *Diabetes care*, 2006; 29: 2638 -43.

DeFronzo RA et al. *International Textbook of Diabetes mellitus*. Wiley, 2004, Chichester.

Kahn CR et al. *Joslin's Diabetes Mellitus*. Fourteenth edition. Lippincott Williams and Wilkins, 2005, Philadelphia.

Nathan DM et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: A consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy: A consensus statement from American Diabetes Association and European Association for the Study of Diabetes. *Diabetologia* 2006; 49: 1711 – 1721.

Standardy péče o nemocné s diabetes mellitus České diabetologické společnosti ČLS JEP. *DMEV* 2004, vol 7, s. 6 – 53.

Monnier L, Lapinski H, Colette C. Contributions of Fasting and Postprandial Plasma Glucose Increments to the Overall Diurnal Hyperglycemia of Type 2 Diabetic Patients. *Diabetes Care* 2003; 26(3): 881-885.

UK Prospective diabetes study (UKPDS) Group: UK diabetes prospective study 16. Overview of 6 years therapy of type II diabetes: a progressive disease. *Diabetes* 1995, 44: 1246 – 1258.

Bonora E, Muggeo M: Postprandial blood glucose as a risk factor for cardiovascular disease in type II diabetes: the epidemiological evidence. *Diabetologia* 44: 2107-2114, 2001.

The DECODE Study group on behalf of the European Diabetes Epidemiology Group: Glucose tolerance and mortality: comparison of WHO and American Diabetes Association diagnostic criteria. *Lancet* 1999; 354: 617-621.

Levy J et al. Beta-cell deterioration determines the onset and the rate of progression of secondary dietary failure in type 2 diabetes mellitus: the 10 year follow up of the Belfast Diet Study. *Diabet Med* 1998, 15: 290 – 296.

UK Prospective diabetes study (UKPDS) Group: Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet* 1998, 352: 837 – 853.

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., ONP Příbram; Prof. MUDr. Z. Fendrich, CSc., FaFUK; RNDr. J. Kramlová, lékárna FN Motol; MUDr. J. Leyer, Sante; MUDr. B. Seifert, praktický lékař; MUDr. H. Skalická, CSc., soukromý kardiolog; Prof. MUDr. T. Vaněk, CSc., FNKV; Prof. MUDr. J. Živný, DrSc., VFN.

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

Náklad 52.000 výtisků

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

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



ISSN 1211 – 0647  
MK ČR E 7101