



# TEMPUS MEDICORUM

ČASOPIS ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY

6/2009

ROČNÍK 18

## V TOMTO ČÍSLE:

**Neschopenky  
zadarmo vystavovat  
nebudeme**

**Manifest stále  
nespokojenějšího  
mladého lékaře**

**Linka rychlé právní  
pomoci ČLK  
721 455 456**

Další důležité kontakty  
najdete na str. 39–40  
**www.lkcr.cz**



**Komora chce zkoušet  
atestace sama**

**Rozhovor s ministryní  
Danou Juráskovou**

## PLUS



**EDUKAFARM**  
*medinews*  
Edukační a inzertní příloha časopisu Tempus medicorum



**Farmakoterapeutické  
informace SÚKL**

Venofarmaka

Hodnocení možného  
vztahu abakaviru  
k riziku infarktu

## Dana Jurásková: Lékaři, za atestace budete platit!



**Kontaktujte nás: [mladi.lekari@seznam.cz](mailto:mladi.lekari@seznam.cz)**

inzerce

**PRESTANCE**<sup>®</sup>  
perindopril arginin / amlodipin



Zkrácenou informaci  
o přípravku naleznete  
na straně 17.



## Ministerstvo sice jedná, ale stejně si nakonec dělá, co chce

Stát zůstává stále největším dlužníkem českého zdravotnictví, když jeho příspěvek za 58 % obyvatel bez vlastních příjmů (důchodci, děti, nezaměstnaní...), čerpajících 80 % zdravotní péče, nedosahuje ani 23 % příjmů veřejného zdravotního pojištění. ČLK bude i nadále bojovat proti plánům na zmrazení těchto plateb pro rok 2010. **Pokud se myšlenkami, jak znovu stabilizovat státní rozpočet na úkor zdravotnictví, zabývá ministr financí, můžeme to považovat za legitimní úvahy, pokud však podobnou nehoráznost navrhuje ministerstvo zdravotnictví, pak nejde o nic jiného než o zradu svěřeného rezortu a podraz vůči zdravotníkům.** Návrhy na předvolební zvýšení platby státu o 1,8 mld. Kč za cenu jejího snížení pro rok 2010, kdy bude ekonomická krize vrcholit, o 4,9 mld. Kč jsou nehorázná a ČLK i nadále bude všemi prostředky proti tomu bojovat.

O takzvaném protikrizovém balíčku jsme vyjednávali řadu týdnů a dokonce se zdálo, že ministerstvo řadu našich připomínek, zejména v lékové oblasti, akceptuje. O to nepřijemnějším překvapením pro nás bylo, když poté, co ministryně nedokázala pro zákony vyjednat politickou podporu, podala prostřednictvím senátorů ODS za našimi zády pozměňovací návrhy k zákonu upravujícímu tzv. regulační poplatky, které jsou úplně jiné než to, co jsme připomínkovali. Zdá se, že Julínkův duch na ministerstvu stále žije.

Senátní návrh představuje zachování tzv. regulačních poplatků ve stávající podobě, kterou ČLK již v lednu označila za akceptovatelný kompromis a která poté, co ministerstvo nespĺnilo slib a nezajistilo lékařům prostřednictvím pojišťoven kompenzaci za nevybírané poplatky, je pro většinu z nás výhodná. Skutečnost, že k návrhu je přilepeno hrazení očkování proti pneumokokům, je naopak pouhou politickou vějíčkou, očkování lze totiž v případě skutečného zájmu o věc řešit vyhláškou. No a navrhované změny stanovování maximálních cen a úhrad léků jsou nesystémové, chaotické a nereálné. **Plošné snížení úhrad v referenčních skupinách a maximálních cen léků o 5 % vypadá lákavě, ale v důsledku změny zákona prosazené senátorem Julínkem není proveditelné jinak než cestou cca 8000 správních rozhodnutí.** Pro porovnání, od ledna 2008 jich SÚKL zvládl cca 650. Mnohem větší ekonomický efekt by mělo dodržování stávajícího zákona, ale to by se muselo chtít.

Slučování zdravotních pojišťoven „českou cestou“, kdy drobná, stomilionovým dluhem zatížená rybička piraňá poze šestkrát většího kapříka s bezmála miliardou na účtech a již si brousí zoubky na 300 000 klientů ČNZP, která na rozdíl od Hutnické pojišťovny disponuje celostátní sítí poboček, jen stěží přinese lékařům něco dobrého. Na severní a střední Moravě vzniká silný monopol napojený na prostředky veřejného zdravotního pojištění, do kterého všichni povinně přispíváme svojí zdravotní daní, konvenčně nazývanou pojistným. Výsledkem kaskády fúzí bude třetí nejsilnější pojišťovna v zemi, která na rozdíl od všech ostatních má své vlastní nemocnice, polikliniky, lékárny, dodavatelské firmy... Skutečně férové tržní prostředí pro soukromé lékaře. **ČLK preferuje model několika navzájem si konkurujících zdravotních pojišťoven. ČLK bude podporovat přijetí legislativy, která by zajistila důsledné ekonomické oddělení zdravotních pojišťoven od zdravotnických zařízení.**

Součástí tohoto časopisu je mimo jiné také leták, kterým se snažíme informovat pacienty o rizicích, spojených s neuváženou změnou registrujícího lékaře. Kolegové, kteří čelí hrozbě vykrádání svých kartoték, si mohou letáky rozmnožit, a edukovat tak své pacienty. **ČLK podporuje právo pacientů svobodně si zvolit svého ošetřujícího lékaře, avšak musíme své členy bránit proti nekalým praktikám, k nimž se při získávání pacientů uchylují některé agresivně expandující zdravotnické řetězce.** Nikoho nejmenujeme, ale všichni víme, s jakými „hajzlíky“ máme co do činění.

Za obrovskou administrativu spojenou s dočasnými pracovními neschopnostmi nám nikdo neplatí. Pokud nejsme již úplně padlí na hlavu, pak zadarmo tuto práci dělat nebudeme. Jednání s ministerstvem práce jsou sice po odchodu ministra Nečase konstruktivní, ale pokud se jasně a nahlas o peníze nepřihlásíme, nedostaneme nic. Stát nám žádné peníze vnucovat nebude. **ČLK preferuje, aby za neschopenky platily orgány nemocenského pojištění. Pokud se tak nestane, budeme muset začít vybírat peníze za administrativní úkony spojené s DPN přímo od pacientů,** kteří si budou následně moci žádat o proplacení těchto nákladů orgány nemocenského pojištění. To bude mela.

**Nehoráznost, hloupost a arogance moci – rozhodnutí ministryně Juráskové zpoplatnit atestační zkoušky nelze při nejlepší vůli hodnotit jinak.** České zdravotnictví je personálně zdevastované, postgraduální vzdělávání lékařů rozvrácené a exodus mladých lékařů sílí. ČLK poplatky za atestace zásadně odmítá. Žádáme odvolání náměstkyně Hellerové, která za tento marasmus již tři roky zodpovídá. Stát se již třese na to, jak na zkouškách vydělá 4,5 milionu korun za rok. Proboha, kam jsme to klesli? Snad nikde jinde se neschopnost ministerstva a důsledky politiky ignorování profesní lékařské samosprávy neprojevují tak markantně jako právě v oblasti vzdělávání. Osudy tisíců mladých lékařů, které se vláda snaží vyhnat do emigrace, nám nemohou být lhostejné. **Lékařská komora chce začít zkoušet atestace sama.** Ostatně v řadě států EU to právě takto funguje.

Mladí lékaři představují budoucnost české medicíny. Jsem rád, že konečně se mezi nimi našli kolegové a kolegové, kteří jsou ochotní vzít svůj osud do vlastních rukou. Vždyť právě oni nejlépe vědí, co čerstvé absolventy lékařských fakult a dosud neatestované lékaře trápí. A kdo jiný by jim měl pomoci než lékařská komora? Představenstvo ČLK aktivitu „MLADÍ LÉKAŘI“ podpořilo jednomyslně. Doufám, že se kolegové na adresu mladi.lekari@seznam.cz přihlásí.

Vážené kolegyně a kolegové, jménem všech funkcionářů a zaměstnanců ČLK vám přeji krásnou dovolenou a léto takové, jak má být.

S pozdravem Milan Kubek

**TÉMA MĚSÍCE** 2–7  
Poplatky za atestace  
Komora chce zkoušet atestace sama  
Nespokojení mladí lékaři

**NEMOCENSKÉ POJIŠTĚNÍ** 8–9  
Neschopenky zadarmo vystavovat nebudeme

**ROZHOVOR** 10–11  
ČLK považují za důležitou součást zdravotnictví, říká ministryně Dana Jurásková

**NEMOCNICE 21. STOLETÍ** 11  
Jak se zúčastnit projektu ČLK

**ŘÍZENÁ PÉČE** 12–14  
Účast v projektu AKORD  
komora nedoporučuje  
Profesní nezávislost lékařů

**INZERTNÍ PŘÍLOHA** 15–30  
Nová fixní kombinace perindopril/amlodipin v terapii hypertenze a ischemické choroby srdeční  
Fixní kombinace sitagliptin/metformin v léčbě diabetu 2.typu  
Soudobý pohled na léčbu jaterních metastáz kolorektálního karcinomu  
Křečové žíly v praxi  
Hypertenze po menopauze: etiologie a terapie  
Mohou statiny ovlivňovat závažnost astmatu?

**PŘÍLOHA FI**  
Venofarmaka  
Hodnocení možného vztahu abakaviru k riziku infarktu.

**PRÁVNÍ PORADNA** 32–34  
Poskytování informací o zdravotním stavu pacienta  
Rozdíl mezi atestací a specializovanou způsobilostí

**LÉKOVÁ POLITIKA** 35  
SÚKL šikanuje lékaře, ale své vlastní povinnosti si neplní

**ZE ZAHRANIČÍ** 36–37  
Ani v Německu není dostatek prostředků na péči o pacienty

**NÁZORY** 38  
Okresní komora je především nezáživná úředničkina

**KONTAKTY ČLK** 39–40  
Jsme tu pro vás. Kde nás najdete?

**SERVIS** 41–44  
Vzdělávací kurzy ČLK  
Inzerce  
Křížovka

**Měsíčník TEMPUS MEDICORUM**  
Vydává: Česká lékařská komora, Dolní nám. 38, 771 00 Olomouc  
Registr. číslo MK ČR 6582 • ISSN 1214-7524 • IČO 43965024  
Adresa redakce: Časopis ČLK, Lékařská 2, 150 00 Praha 5  
Tel.: +420 257 217 226 • Fax: +420 257 220 618 • recepce@clkcr.cz • www.clkcr.cz  
Šéfredaktor: MUDr. Milan Kubek  
Redakční zpravodáři: EV public relations, s. r. o., Praha  
Odpovědná redaktorka: PhDr. Blanka Rokosová  
Příjem příspěvků: blanka.rokosova@ev-pr.cz  
Příjem řádkové inzerce: recepce@clkcr.cz (viz adresa redakce)  
Grafická úprava, sazba, inzerce: Edukafarm, spol. s r. o.  
Design: Ing. Jindřich Hurt  
Marketing a inzerce: Ing. Renáta Podracká, mobil: 724 261 177, tel.: 224 252 435, e-mail: renata.podracka@edukafarm.cz  
Tisk: EUROPRINT Modřany, a. s.  
Uzávěrka čísla 6: 23. 6. 2009 • Vyšlo: 29. 6. 2009  
Podávání novinových zásilek povoleno: Česká pošta, s. p., odštěpný závod Praha, čj. nov. 6139/96 ze dne 22. 11. 1996  
Distribuce: Česká pošta, s. p., Postservis OZ Příprava  
Předplatné pro nečleny ČLK 300 Kč/rok (přijímá redakce)  
Příspěvky se nemusejí shodovat se stanoviskem redakce. Ta si současně vyhrazuje právo na redakční úpravu textů. Řádková inzerce je pro lékaře do pěti řádků (včetně) zdarma. Větší rozsah a inzerát nelékaře je zpoplatněn. Při zadávání inzerátů je proto potřeba zadat fakturační kontaktní adresu, IČO, DIČ, telefon, e-mail. Bez těchto informací nebude inzerát zveřejněn.

# Vláda nařizuje, že lékaři musí za zkoušky platit



Vláda nařizuje podle § 37 odst. 2 zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta:

## Ceny za atestační zkoušku nebo za závěrečnou zkoušku certifikovaného kurzu

	Praktická část (Kč)	Teoretická část (Kč)	Celkem (Kč)
1. pokus	1 500	2 000	3 500
2. pokus	2 000	3 000	5 000
3. pokus	3 000	4 000	7 000

Nařízení vlády schválené 8. 6. 2009 zdůvodnila náměstkyně ministryně zdravotnictví MUDr. Markéta Hellerová Hospodářským novinám takto: „Poplatky mají výchovný efekt. Velmi často se stávalo, že se lékař ke zkoušce přihlásil, ale nakonec nepřišel. Konání atestačních zkoušek je přitom velmi nákladné. Poplatky by měly vést k tomu, aby si zdravotníci svou účast u zkoušek lépe rozmysleli.“

## Poplatky za atestace – nehoráznost, hloupost a arogance moci

Česká lékařská komora zásadně nesouhlasí s nařízením vlády, podle něhož musí lékaři platit za atestační zkoušky.

### Nehoráznost:

S ohledem na nízké platy a špatné pracovní podmínky mladých lékařů jde o nehoráznost.

### Hloupost:

Vzhledem k prohlubujícímu se nedostatku lékařů, který již ohrožuje kvalitu, dostupnost a bezpečnost zdravotní péče, nelze postup vlády označit jinak než jako hloupost.

### Arogance moci:

Skutečnost, že vláda své nařízení přijala za zády profesní lékařské samosprávy, a Ministerstvo zdravotnictví ČR tak porušilo zákon, považujeme za bezprecedentní projev arogance moci.

## Poplatky za atestace odmítla komora již loni v listopadu

ČLK nesouhlasila s poplatky za atestace a další obdobné zkoušky. Za akceptovatelné označila pouze platby za opakované termíny zkoušek, avšak za předpokladu jejich výrazného snížení. Ministerstvo zdravotnictví však připomínky ČLK ignorovalo. Nepomohly ani opakované stížnosti na porušování zákona, který ukládá ministerstvu s komorami spolupracovat.

### Julínkovo ministerstvo připomínky komory ignorovalo

MZ ČR návrhu ČLK na snížení cen za zkoušky nevyhovuje. Zpoplatněn bude i první termín zkoušky. Opakování

zkoušek bude zatíženo vyšším poplatkem z toho důvodu, že náklady na opakovanou zkoušku zůstávají stejné, zatímco adeptů bude výrazně méně. (27. 11. 2008)

## Jak stát „podporuje“ vzdělávání lékařů

### Ministerstvo přestává přispívat na činnost IPVZ

Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ) je příspěvkovou organizací financovanou ze státního rozpočtu prostřednictvím Ministerstva zdravotnictví ČR.

## Příspěvek ministerstva na činnost IPVZ v jednotlivých letech

2006	137 mil. Kč
2007	136 mil. Kč
2008	147 mil. Kč
2009 do června na celý rok MZ navrhuje	0 24,3 mil. Kč

Stát neplatí a nutí IPVZ, aby se peníze, které mu nedává ministerstvo, snažil získat přímo od lékařů. To je v přímém rozporu s proklamacemi o podpoře vzdělávání lékařů, kterými se vládní politici ohánějí.

## Kurzy pořádané IPVZ zdražily

Ceny z roku 2006, tedy při nástupem ministra Julínka:

- běžný kurz: 400 Kč/den,
- povinný předatestační kurz: 250 Kč/den.

Ceny roku 2009:

- všechny kurzy: 900–1200 Kč/den.

Za krátký specializační kurz před atestací trvající pouhých pět dnů zaplatí lékař 5000 Kč.

Specializační stáž v délce 2–3 týdny stojí 10 000–15 000 Kč!

Kvalita vzdělávacích akcí se přitom v žádném případě nezvyšovala. Spíše naopak. Podle neoficiálních informací totiž rozpadající se IPVZ již opustilo cca 60 % zaměstnanců.

## Rezidenční místa – holub na střeše

Na jaře loňského roku schválili poslanci novelu zákona o vzdělávání lékařů pouze díky tomu, že ministr Julínek a jeho náměstkyně Hellerová veřejně slíbili roční příspěvek půl miliardy korun na postgraduální vzdělávání lékařů. Sliby – chyby. Ve skutečnost má jít pro lékaře o pouhé 324 miliony, a nikoliv na rok, ale rozpočítáno na celou dobu rezidentury, tedy na 3 až 5 let. Skutečný roční příspěvek státu na vzdělávání lékařů tedy bude nižší než v předchozích letech.

Výši dotací na jednotlivá rezidenční místa v jednotlivých odbornostech pro rok 2009 stanovilo koncem minulého roku ministerstvo pochybným způsobem tak, že finanční prostředky mají být rozděleny mezi jednotlivé lékařské obory velmi nerovnoměrně. ČLK takový postup odmítla. Není vůbec jasné, proč se příspěvek na mzdu rezidenta má mezi jednotlivými obory tak výrazně lišit (např. PL 28 666 Kč/měsíc versus psychiatrie 13 200 Kč/měsíc).

Ministerstvo zdravotnictví ČR do poloviny června letošního roku nedokázalo ani vydat vyhlášku, která by upravovala postup při vyhlášení výběrového řízení na rezidenční místo, průběh výběrového řízení na rezidenční místo a základní kritéria výběru rezidenta, přičemž je k tomu vázáno § 37, odst. 1, písm. i) zákona č. 95/2004 Sb.

## Ministerstvo navrhuje nesmysly a říká nepravdy

- 1) Návrh minimální délky specializačního vzdělávání nebyl konzultován na půdě Vědecké rady ČLK ani na půdě odborných společností.
- 2) Dosud platné vzdělávací programy, které vznikly po dlouhé a široké diskusi v odborných společnostech a v akreditačních komisích, nejsou v souladu s návrhem minimální délky vzdělávání v odbornostech vyjmenovaných v návrhu vyhlášky.
- 3) Stanovení minimální délky vzdělávání (stanovené vyhláškou MZ) je v rozporu se vzdělávacími programy (platnými dle věstníku MZ), zakládá možnosti nejasného právního výkladu a může být příčinou právních sporů.
- 4) Zabezpečení financování specializačního vzdělávání bylo při vzniku zákona deklarováno MZ ve výši 500 milionů Kč. Současný návrh předpokládá financování tohoto procesu pouze v délce minimální délky vzdělávání, tímto dochází k redukci objemu financí na 324 miliony Kč.

*Usnesení Vědecké rady ČLK a představenstva ČLK z ledna 2009*

## Stále zůstává v rámci Evropy raritní množství 82 specializačních oborů

Novela zákona č. 95/2004 Sb. používá termíny mj. „základní kmen“ a „certifikovaný kurz“. Ministerstvo zdravotnictví ČR k tomu však dosud rovněž nevydalo prováděcí vyhlášku, ke které je vázáno § 37, odst. 1 písm. a) zákona č. 95/2004 Sb. Vyhláška č. 233/2008 Sb. vydaná 23. 6. 2008 totiž pouze otrocky přebírá tento výčet specializačních oborů z původního znění zákona.

Žádná změna k lepšímu se nekonala.

**ČLK naproti tomu již před dvěma lety dala ministerstvu k dispozici v rámci odborné obce vydiskutovaný návrh rozdělení oborů do tří stupňů:**

- základní kmene,
- specializační obory,
- nastavbové obory (respektive certifikované kurzy).

## Místo lékařů chce ministerstvo podporovat jejich zaměstnavatele

Komora navrhovala, aby mladí lékaři měli možnost žádat o státní stipendia, přičemž prostřednictvím jejich počtu a výše by stát mohl usměrňovat zájem absolventů k oborům, které se potýkají s největším nedostatkem lékařů. Mladí lékaři by si pak sami vybírali z nabídky akreditovaných pracovišť, a měli by tak možnost se rozhodovat, kde odpracují svůj vzdělávací program či jeho část. Ministerstvo s podporou děkanů a ředitelů fakulturních nemocnic vytvořilo systém finanční podpory pro akreditovaná zdravotnická zařízení, která budou chtít zaměstnat absolventa lékařské fakulty, a získat tak sice zatím nepříliš kvalifikovanou, ale velmi lacinou pracovní sílu.

## Vyhánění mladých lékařů z ČR

Ministerstvo hovoří o podpoře 750 mladých lékařů. Zamlčuje však skutečnost, že zaměstnavatelé 450 z těchto rezidentů v 18 oborech by měli mít nárok pouze na paušální příspěvek 30 000 Kč na celou dobu rezidentury. Na jednoho budoucího chirurga či internistu tedy připadá příspěvek 600 Kč za měsíc. To je bomba! A příjemce by se měl zavázat, že nejméně 5 let po složení atestace bude pracovat v daném oboru v ČR. Něco takového by mohl podepsat jen hlupák, a těmi mladí lékaři nejsou. Proto desítky z nich poslechnou doporučení vlády, která je vyhání, a odcházejí se školit do ciziny.

Reálné podpory se dostane pouze zaměstnavatelům 300 rezidentů. Týká se to 149 praktických lékařů, 35 praktických lékařů pro děti a dorost, 22 anesteziologů, 10 patologů, 8 radiodiagnostiků a 8 infekcionista. Dalších patnáct odborností by mohlo získat alespoň něco, ale 43 oborů zůstane bez jakékoliv podpory. Postihne to třeba specializaci urgentní medicína, která je požadována po lékařích záchranných služeb?!

## Zkušební řád pro atestační a obdobné zkoušky ministerstvo stále nevydalo

K vydání nového zkušebního řádu pro atestační zkoušky, aprobační zkoušky a závěrečné zkoušky certifikovaného kurzu zavazuje ministerstvo § 37, odst. 1, písm. f) rok platné novely zákona č. 95/2004 Sb. Stále tedy platí starý zkušební řád vydaný vyhláškou č. 395/2004 Sb.

## Ministerstvo zdravotnictví je neschopné, ale s komorou spolupracovat odmítá

Ministerstvo ignoruje § 21a, odst. 1 zákona č. 95/2004 Sb. a s profesní lékařskou samosprávou nespolečně spolupracuje.

Představenstvo ČLK upozorňuje, že od nabytí účinnosti novely zákona č. 95/2004 Sb., o vzdělávání lékařů, dne 1. 7. 2008 nejsou dosud stanoveny výčty jednotlivých oborů systému vzdělávání, tedy základní kmene, obory specializované způsobilosti a certifikované kurzy.

ČLK upozorňuje na rozpad systému vzdělávání lékařů a důrazně doporučuje urychlit práce vedoucí k rychlému řešení tohoto problému. Zhroucení systému vzdělávání lékařů totiž může mít dalekosáhlé důsledky pro celou generaci.

ČLK vypracovala ucelený návrh celého systému vzdělávání. S konečnou podobou tohoto návrhu vyslovila souhlas většina odborných společností, tento návrh je opakovaně předkládán kompetentnímu orgánu státní správy – Ministerstvu zdravotnictví ČR již déle než patnáct měsíců.

*Jednomyslně schválené usnesení představenstva ČLK ze dne 22. 5. 2009*

## Budete platit víc a nedostanete nic!

A perlička na dně ministerských návrhů. Čtyři tisíce mladých kolegů, kteří se již na své atestace připravují, nedostanou podporu žádnou. Pro ty náměstkyně Hellerová se svými děvčaty přichystala pouze povinnost nakupovat si vzdělávací akce za tržní ceny. Pokud taková pravidla podepíše nová ministryně Jurásková, pak se stane spolupachatelkou personální devastace českého zdravotnictví.

## „Vychovat“ potřebuje ministerstvo a jeho přídrzli a neschopní úředníci

Nečinnost ministerstva je více než alarmující a nařízení vlády s nehorázným požadavkem finančního zatížení mladých lékařů lze považovat za pouhou pověstnou poslední kapku, po které již pohár trpělivosti lékařů přeteče.

Jak je vidno, „vychovat“ nepotřebují lékaři, jak se chybně domnívá náměstkyně Hellerová, ale spíše neschopní úředníci ministerstva.


**ČLK požaduje odvolání náměstkyně ministryně zdravotnictví MUDr. Markéty Hellerové, která nese za rozvrat systému postgraduálního vzdělávání odpovědnost již tři roky.**

*(red)*



# Ministryně poplatky za atestace nezruší

ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA  
Kancelář v Olomouci, Dobří nám. 38, 772 00 Olomouc



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR  
PODATELNA  
DOŠLO 10-06-2009 Přílohy:  
tel. 257 220 617, fax 257 220 618  
E-mail: sekretariat@clkr.cz  
Kanc. prezidenta Lékařské komory 2  
150 00 Praha 5, www.lkr.cz

MZDRP013GOEW

**OSOBNĚ**

V Praze dne 10. 6. 2009  
Č. j.: 520 / 2009

Vážená paní  
Mgr. Dana Jurásková, Ph.D., MBA  
ministřyně zdravotnictví  
Ministerstvo zdravotnictví ČR  
Palackého nám. 4  
128 01 Praha 2

Vážená paní ministřyně,  
obracím se na Vás ve věci, kterou lékařská veřejnost považuje za velmi závažnou.

Jak jistě víte, zdravotnická zařízení v České republice, zejména nemocnice, se potýkají s nedostatkem kvalifikovaných zdravotníků, včetně lékařů. Vzhledem k tomu, že pracující lékaři stárnou a stále větší množství i mladých kolegů odchází za prací do zahraničí, bude se tento problém bez razantního zásahu státu dále prohlubovat.

V této situaci považuji nařízení vlády schválené v pondělí 8. 6. 2009, které zpoplatňuje konání atestačních i obdobných zkoušek za závažnou chybu, ba přímo za arogantní políček vmetený do tváře zdravotníkům.

Česká lékařská komora návrhy na zpoplatnění atestačních a obdobných zkoušek odmítla již v listopadu loňského roku. Od počátku roku 2009 jsme rovněž ministřiny zdravotnictví MUDr. Tomáše Julínka a Ing. arch. Danielu Filipiovou marně upozorňovali na skutečnost, že ministerstvo zdravotnictví svým postupem při tvorbě právních norem, které by měly provádět novelu zákona č. 95/2004 Sb., porušuje


zákon. Ostatně i já sám jsem Vás osobně na problematiku rozpadajícího se systému postgraduálního vzdělávání lékařů upozorňoval.

Vážená paní ministřyně,

žádám Vás tímto jménem České lékařské komory, abyste se vědoma si své odpovědnosti za budoucnost svěřeného rezortu **zasadila o zrušení předmětného nařízení vlády**, které může být pro stovky mladých kolegů touto pověstnou kapkou, po které pohár jejich trpělivosti přeteče a oni odejdou do zahraničí.

Problematika postgraduálního vzdělávání lékařů je velmi složitá a nelze ji redukovat pouze na neschopnost Ministerstva zdravotnictví ČR vydat patřičné vyhlášky. Je totiž rovněž třeba zmínit problém neuspokojivého finančního zajištění IPVZ nebo nesplněný slib Vašeho předchůdce MUDr. Julínka, že stát bude na postgraduální vzdělávání lékařů přispívat částkou půl miliardy korun ročně. Vzhledem k tomu, že Ministerstvo zdravotnictví ČR již dostatečně prokázalo svoji neschopnost problémy spojené se vzděláváním lékařů řešit, **žádám Vás tímto nejenom o jednání o této problematice v nejbližším možném termínu, ale zároveň vyzývám Ministerstvo zdravotnictví ČR, aby se vyvarovalo provádění dalších obdobných nezodpovědných rozhodnutí za zády profesní lékařské samosprávy.**

S pozdravem



MUDr. Milan Kubek  
prezident České lékařské komory

2

Ministryně zdravotnictví Mgr. Jurásková nevyhoví výzvě prezidenta České lékařské komory, aby vláda zrušila poplatky za atestační zkoušky lékařů. Vláda tímto opatřením hodlá získat 4,5 miliónu Kč za rok. Ministryně Jurásková o svém rozhodnutí informovala 18. 6. 2009 poradu předsedů okresních sdružení ČLK, které se účastnila jako host.

## Komora chce zkoušet atestace sama

- ČLK nesouhlasí s nařízením vlády o zpoplatnění atestačních a dalších zkoušek mladým lékařům, které je v rozporu s programovým prohlášením vlády premiéra Fischera o podpoře vědy a vzdělávání i v době hospodářské krize.
- ČLK upozorňuje na prohlubující se nedostatek lékařů, který toto nařízení vlády může pouze zhoršit.
- ČLK nabízí státu, že převezme organizaci a provádění těchto zkoušek, k čemuž je ČLK po odborné stránce připravena.
- ČLK nabízí mladým lékařům, že v případech hodných zřetele jim prostřednictvím jejich OS ČLK na vzdělávání poskytne finanční příspěvek.

Usnesení porady předsedů OS ČLK 18. 6. 2009, schválené představenstvem ČLK 19. 6. 2009

# Nechci, aby v nových členských státech EU vznikla zdravotní poušť

Mým cílem je přispět ke zmenšování propastných rozdílů mezi pracovními podmínkami lékařů a ostatních zdravotníků ve starých a v nových členských státech EU. Má-li se Evropa sjednocovat, musí se i tyto rozdíly zmenšovat. Jsem zastávce volného pohybu pracovní síly i pacientů, ale podmínky musí být nastaveny férově. Zkrátka není možné, aby bohaté státy řešily svůj problém s nedostatkem zdravotníků na úkor chudších států.

Musíme tedy zlepšovat podmínky pro lékaře a sestry v takových zemích, jako je Rumunsko, Bulharsko, Polsko i Česko, aby

personálně tolik nekrvácely. Nemůžeme zavírat oči před tím, že v posledních letech z ČR odešlo 1500 kvalifikovaných lékařů. Znepokojuje mne to, že začínají odcházet již i čerství absolventi fakult, kteří kvůli rozvratu postgraduálního vzdělávání v ČR vůbec nezačnou pracovat. Kolegové odcházejí, ale ne na zkušenou, drtivá většina z nich jde pryč natrvalo. Důvodem jsou špatné ekonomické podmínky u nás, obrovské množství přesčasové práce i nedodržování evropských směrnic omezujících její množství. Lékaři jsou také často nuceni dělat práci, kterou by mohli zastat

středoškoláci, administrativní pracovníci či písařky. V tomto ohledu jsme strašlivě zaostali a je třeba začít tuto organizaci práce zlepšovat.

Nepoměr mezi náročností lékařského povolání a odměnou za práci je u nás obrovský. Jistě, nemůžeme vše redukovat pouze na peníze. Společenské uznání lékařského povolání je v ČR tradičně vysoké, to jediné nás může těšit. Společenským uznáním se však rodina uživit nedá.

*Milan Kubek – po zvolení viceprezidentem CPME (Stálý výbor evropských lékařů) na pražském zasedání v březnu 2009*

## Dvě třetiny polských mediků touží po práci v zahraničí

Dvě třetiny polských studentů lékařských fakult by chtěly odjet za prací do ciziny. Medici jsou přesvědčeni, že v zahraničí si vydělají více a budou pracovat v lepších podmínkách. Vyplyvá to ze zveřejněného průzkumu ministerstva zdravotnictví. Odhaduje se, že v zemi v současnosti chybí přes 15 000 lékařů. Ředitelé nemocnic si stěžují, že marně shánějí například anesteziology. Podle předsedy lékařské komory Konstautyho Radziwilla emigrovalo od roku 2004 zhruba 20 procent anesteziologů, jinak ale prý situace není tak vážná. Od rozšíření Evropské unie opustilo Polsko podle odhadů asi sedm až deset procent všech lékařů. Průzkum byl proveden na šesti lékařských fakultách. „Výsledky jsou znepokojující, ačkoliv určitě neodjedou všichni, kteří to nyní prohlašují,“ řekl novinářům autor průzkumu Krzysztof

Krajewski-Siuda z lékařské univerzity v Katovicích. „Když jsme zjišťovali, nakolik vážné jsou plány studentů, ukázalo se, že někteří se už připravují k odjezdu. Začali se intenzivně učit cizí jazyk, jezdí na letní praxe do zahraničních nemocnic, porovnávají nabídky práce v Polsku a cizině,“ popsal Krajewski-Siuda. Z průzkumu vyplývá, že v Polsku mladým lékařům vadí omezená dostupnost některých specializací, neuspokojující mzdy a také příliš dlouhá cesta ke kariéře. Důležité je pro ně také prostředí, v jakém se pracuje, vybavení nemocnic a kontakt s pacientem. V Polsku lékař po ukončení studia vydělává zhruba 1500 zlotých (8800 Kč) a například ve Španělsku 4000 eur (106 000 Kč). Ministryně zdravotnictví Ewa Kopaczová nevidí žádný problém. Podle ní je zkrátka průzkum nevěrohodný. „Často se setkávám se studenty a lékaři a mám úplně jiný pocit. Tvrdí, že jsou spokojeni se způsobem vzdělávání i výdělkem. A pokud přemýšlejí o odjezdu, tak jen krátkodobě,“

řekla novinářům Kopaczová. Ředitelé nemocnic ale varují, že volných míst ve zdravotnických zařízeních přibývá a navíc do Polska se žádní lékaři za prací nehrnou.

*Radka Fialová (ČTK, Varšava)*

## Anketa

**Souhlasíte s nařízením vlády, které zpoplatňuje atestační zkoušky? Jak vidíte perspektivu nastupujících kolegů a kolegů v souvislosti se současným systémem vzdělávání?**

Ne, nesouhlasím. Perspektiva nastupujících kolegů a kolegů je bledá, zkoušející mohou zneužívat atestační zkoušky ke svému obohacování (zvýší se počet opakovaných zkoušek!).

*Bohdan Babinec, CSc., soukr. chirurg, Praha*

Rozhodně nesouhlasím s výší poplatku. Perspektiva nastupujících kolegů není veselá – stoupla cena povinných kurzů v IPVZ, náhrada za tyto kurzy cenově dostupnější neexistuje. Počet rezidenčních míst dotovaných MZ nepokrývá potřebný počet školenců, takže zhoršující se trend personálního zabezpečení ve zdravotnictví bude pokračovat.

*Hana Pácaltová, praktický lékař, Teplíce*

V žádném případě. Slovy prezidenta ČLK Kubka je to symbolická herda do zad (nakopnutí), aby mladí lékaři odešli z České republiky. Atestační zkouška je povinnost, stejně jako je uzákoněno celoživotní vzdělávání (což jiné obory nemají).

*Jana Vedralová, patologie, FTN Praha 4*

Nesouhlasím. Perspektivu vidím špatně, hlavně mimo FN a krajské nemocnice.

*Pavel Konopásek, dialýza, Jičín*





## Souhlasíte s nařízením vlády, které zpoplatňuje atestační zkoušky? Jak vidíte perspektivu nastupujících kolegyn a kolegů v souvislosti se současným systémem vzdělávání?

Souhlasím za podmínky, že bude provedeno srovnání návratnosti investice do vzdělávání v různých oborech, např. u zedníka, elektrikáře, instalatéra, stavaře, ekonomy, právníka apod., podle toho pak bude odvozeno odměňování lékaře tak, aby se mu částka za atestaci vrátila dříve, než mu bude 50 let.

*Eva Hledíková, radiodiagnostika, Praha 8*

Jsem proti zpoplatnění atestačních zkoušek.

*Miroslav Smažík, PL pro dospělé, Tábor*

Nesouhlasím. Systém vzdělávání se organizačně komplikuje a nepřináší lepší kvalitu vzdělávání. Jistě to způsobí nižší zájem absolventů o práci v malých nemocnicích, které však tvoří páteř celého systému.

*Aleš Toman, nemocnice Nymburk*

Nesouhlasím. Zhoršení dalších podmínek v přípravě a odrazení dalších kolegů od snahy o odborný růst.

*Richard Lenert, SN Opava, ORL odd.*

Nesouhlas! Atestace je v zájmu občanů státu. Stát musí zajistit nástupní plat cca 40 000 Kč. Po atestaci 80 000 Kč!

*Bohuslav Machaň, Prostějov, ORL spec.*

V některých nemocnicích, zejména v těch dříve okresních, začíná být nedostatek lékařů již zoufalý. Jsme rádi za každého nastupujícího kolegu absolventa. Za této situace bych čekal od státu podporu těch lékařů, kteří se rozhodli pracovat v Čechách, což už dávno není samozřejmostí. Další zhoršování podmínek výkonu lékařského povolání v naší republice považuji za nezodpovědný hazard. Psychická i finanční zátěž plynoucí ze špatného systému vzdělávání je už i tak neúnosná. Přimlouvám se za podporu ČLK těmto kolegům.

*Prim. Luboš Vaněk, dětské odd. Nemocnice Sokolov*

Nesouhlasím. Ani s placením atestací ani se současným systémem vzdělávání.

*Prim. Jan Machaň, Nemocnice Boskovice*

Se zpoplatněním atestací nesouhlasím. Současný systém vzdělávání mění pravidla

v krátkých časových úsecích. Z toho vyplývá nejistota školenců z náplně oborů, délky a způsobu přípravy. Celkově se proto příprava prodlužuje. Dále je zdoluhavé smluvní jednání s akreditovanými pracovišti. Závěr: směrná perspektiva je nejistá a špatná.

*Jaroslav Malý, Svitavy*

Zpoplatnění atestačních zkoušek považuji za velmi demotivující pro absolventy LF, kteří už nyní často odcházejí rovnou z fakult do zahraničí. Souvisí to i s chaosem v postgraduálním vzdělávání lékařů. Vysvětlení náměstkyně Hellerové je zavádějící. Stačila by symbolická částka v řádech stovek korun. Bez rodinného zázemí je pro mladé lékaře velmi obtížné v současné situaci získat atestaci. Ve svém věku by měli zároveň zakládat rodinu! Jsou to odvážlivci až hazardéři.

*Jan Valenta, Klinické laboratoře, Chomutov*

Nesouhlasím, předatestační příprava již stojí 200 až 250 tisíc. Lékařů je málo, tak jim to ztrpčí!

*Josef Fiala, praktický lékař, Brno-venkov*

Nesouhlasím. Zpoplatnění atestačních zkoušek je v době nejasností v procesu postgraduálního vzdělávání mírně řečeno nešťastné. Nemyslím si, že by tyto poplatky byly pro lékaře zničující, ale zcela jistě nemohou atestující lékaře motivovat k absolvování atestace. Domnívám se ale, že platba za atestace neovlivní event. odchod lékařů do ciziny.

*Jindřich Šebor, chirurgická klinika FN Plzeň*

Jednoznačně nesouhlasím. Chybí logické odůvodnění. Na druhou otázku odpovím protidotazem: lze při úvahách o budoucnosti nastupujících kolegyn a kolegů v kontextu současnosti použít slovo „perspektivní“? Rozhodně ne. Požadavky některých odborných společností hraničí až s represemi místo podpory...

*Jakub Fejfar, urologické odd., Nový Jičín NsP*

Naprosto nesouhlasím. Je to kontraproduktivní a nesmyslné opatření. Systém vzdělávání je katastrofální, je prakticky neproveditelný – finančně nezabezpečený. Navrhují, aby ČLK problém medializovala kampaní o vzdělávání lékařů ve sdělovacích prostředcích. Dále by bylo vhodné stanovit pracovní skupinu, která by pro-

šetřila možnosti doplňkového financování, např. z fondů EU apod.

*Prim. Rudolf Černý, neurolog, Praha 5*

Nesouhlasím. Perspektiva je špatná, protože je v nedohlednu. Jednání se táhne, stále změny, výhrady odborností. Kdo absolventa vezme, kdo to zaplatí? Je málo akreditovaných pracovišť.

*Ladislav Knajfl, chirurgie, Praha 3*

Rozhodně nikoliv. Naopak je to arogantní rozhodnutí, které poškozuje potřebné. Lékaři před atestací si všechno draze platí a sami jsou směšně placeni. Ad absurdum si myslím, že jsou tak poškozeni a že je jim svým způsobem bráněno v přístupu ke vzdělání. Pokud takto rozhodli i zdravotníci, tak sami atestovali pravděpodobně zdarma.

*Radovan Volejníček, chirurg, nemocnice Valtice*

### Poznámka:

Vzhledem k aktuální situaci nařízení vlády o zpoplatnění atestačních zkoušek jsme již připravené téma měsíce o ekonomické krizi odsunuli do dalšího čísla, a to i včetně odpovědí na anketní otázku, která byla rozeslána mailem. Kvůli tomu, že do termínu odeslání časopisu do tisku nezbývalo již mnoho času, anketní otázky jsme tentokrát položili předsedům OS ČLK na poradě v Praze 18. 6. 2009.

*(red)*

### Prohlášení OS ČLK Plzeň-jih

OS ČLK Plzeň-jih zásadně nesouhlasí s poplatky za atestační zkoušky pro lékaře a zdravotní sestry, jak je schválila vláda premiéra Fischera v pondělí 8. 6. 2009. Považujeme za hrubě nemravné, že za zkoušku, kterou je podmiňován další profesní postup lékaře, je požadován poplatek, přičemž náklady na přípravu k této zkoušce jsou ponechány plně na bedrech lékařů. Obáváme se, že takovéto kroky povedou k dalšímu prohlubování nedostatku lékařů v České republice, což zákonitě může vést k ohrožení dostatečně kvalitní péče o pacienty.

*Jakub Tocháček, předseda OS ČLK Plzeň-jih*

# MANIFEST STÁLE VÍCE NESPOKOJENÉHO MLADÉHO LÉKAŘE PRACUJÍCÍHO V ČESKÉM ZDRAVOTNICTVÍ

## ŽÁDÁM...

- systém atestačního vzdělávání lékařů kompatibilní se zeměmi EU;
- přesně definovaný a reálně uskutečnitelný rozsah výuky na specializovaném pracovišti v rámci předatestační stáže;
- dlouhodobou koncepci rezidenčních míst vázaných na lékaře, nikoliv na zdravotnické zařízení;
- hrazené studijní volno na předatestační přípravu pro všechny lékaře;
- podporu pro vědecký růst a vzdělávání mladých lékařů-vědců;
- průhlednou podporu lékařského vzdělávání ze strany soukromého sektoru.

## ODMÍTÁM...

- pracovat bez přestávky 32 hodin, ohrožovat tak bezpečnost pacientů a soustavně porušovat zákoník práce;
- vynucenou loajalitu praktikovanou formou kvalifikačních dohod;
- v rámci postgraduálního studia za 10 % pracovního úvazku odvádět 100 % pracovního výkonu.

## VÍTE, ŽE...

- nezanedbatelná část letošních absolventů kvůli podmínkám v ČR raději začne svoji profesní kariéru v zahraničí?
- v ČR je přibližně 5000 neatestovaných lékařů, jejichž profesní zájmy nikdo nehájí?
- svoji pracovněprávní pozici můžete upevnit členstvím v lékařských odborech?
- máme svoji profesní organizaci – Českou lékařskou komoru, která je připravena podpořit naše požadavky?

**Jste lékařka nebo lékař bez atestace, který/á souhlasí s předchozími řádky?**

**Chcete se zapojit do společné práce, která povede ke změně?**

**Ozvěte se nám!**

**Čím více nás bude, tím větší máme šanci na úspěch!**

*Za přípravnou skupinu Mladí lékaři*

*MUDr. Tomáš Kocourek*

## NESOUHLASÍM...

- s krátkozrakostí politických rozhodnutí týkajících se rezortu zdravotnictví měnících se s výsledky každých nových voleb;
- s personální devastací českého zdravotnictví;
- s finančním ohodnocením nezohledňujícím náročnost lékařské profese;
- s vyšší úhrady za přesčasovou práci.

**Kontaktujte nás na: [mladi.lekari@seznam.cz](mailto:mladi.lekari@seznam.cz)**



# Neschopenky zadarmo vystavovat nebudeme

Dne 1. ledna 2009 vstoupil v účinnost nový zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění. Informaci o nejdůležitějších novinkách naleznete v časopise *Tempus medicorum* č. 12/2008. Snad jediným pozitivem nového zákona je snaha sjednotit právní úpravu dosud roztržštěnou v několika zákonech do jedné právní normy.

Jinak nám **lékařům nový zákon přinesl:**

- **zvýšení administrativy** – větší počet tiskopisů, které se hůře vyplňují;
- **zhoršení vztahů mezi jednotlivými skupinami lékařů** – tahanice o to; kdo bude neschopenky vystavovat,
- **práci zadarmo** – nejsou hrazeny ani administrativní náklady.

**Součástí péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění jsou vyšetření pacienta včetně posouzení jeho schopnosti či neschopnosti pracovat.**

Ustanovení § 21, odst. 1 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění, uvádí, že nedílnou součástí léčebně preventivní péče je lékařská posudková činnost, jejímž předním úkolem je posuzování způsobilosti k práci. Tuto činnost vykonávají zpravidla ošetřující lékaři podle zvláštních předpisů vydaných ministerstvem zdravotnictví v dohodě s ministerstvem práce a sociálních věcí České republiky.

Jedním z těchto zvláštních právních předpisů je zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění. V § 38 tohoto zákona je zakotveno, že hrazená péče zahrnuje posuzování dočasné pracovní neschopnosti a dočasné neschopnosti ke studiu ošetřujícím lékařem a posuzování skutečností, které jsou podle § 191 zákoníku práce důležitými osobními překážkami v práci, a obdobné výkony u žáků a studentů.

Žádný ošetřující lékař se jistě nebrání tomu, aby v rámci své specializace posuzoval, zda pacient s danou chorobou může či nemůže pracovat. O administrativě spojené s vystavováním, vedením a ukončováním dočasné pracovní neschopnosti (DPN) však není v zákoně ani slovo.

### Administrativu spojenou s neschopenkami děláme dnes zadarmo.

Ze seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami byly s účinností od 1. 1. 2009 vyřazeny administrativní činnosti spojené s vystavováním, průběhem a ukončováním dočasné pracovní neschopnosti (DPN). Ošetřující lékař má tedy v rámci hrazené péče nárok na úhradu klinických vyšetření, která jsou východiskem pro vznik DPN, její průběh a ukončení (praktický lékař

v rámci kapitační platby, další ošetřující lékaři na základě pojišťovně vykázaných výkonů), administrativní práci zdravotní pojištění nehradí. Kdo nevěří, nechť si překontroluje kalkulační listy k jednotlivým výkonům klinických vyšetření.

### Za neschopenky neplatí ani zdravotní pojišťovny.

Seznam zdravotních výkonů sice nově obsahuje dva signální kódy:

- 09550 vystavení DPN nebo žádosti o ošetřování člena rodiny,
- 09551 ukončení DPN nebo žádosti o ošetřování člena rodiny, avšak tyto výkony ohodnocené 5 body (v přepočtu tedy 5 Kč) slouží pouze k úhradě nákladu na vykázaní tohoto signálního kódu pro statistickou potřebu zdravotních pojišťoven.

Podobně např. VZP hradí 5 bodů za signální kód 01200 – návštěva pacienta u registrujícího lékaře. V žádném případě nejde o úhradu administrativních nákladů, které jsou mnohonásobně vyšší než 10 Kč. Ostatně proč by měly zdravotní pojišťovny platit administrativu, kterou požaduje systém nemocenského pojištění?

### Platit musí ten, kdo po nás administrativu vyžaduje.

Obrovskou administrativu spojenou s neschopenkami musí platit ten, kdo si ji vymyslel a kdo ji vyžaduje, tedy Česká správa sociálního zabezpečení. Tak jako zdravotnictví nemůže do nekonečna suplovat insuficientní sociální služby, tak ani po zdravotním pojištění nelze požadovat, aby hradilo administrativu, která není součástí zdravotní péče. Nejde přece o nic nového, vždyť za potvrzení k přiznání invalidních důchodů zdravotnickým zařízením platí ČSSZ již dávno.

### Práce lékaře má svoji cenu.

Cena lékařské práce je definována v Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami takto:

#### 01030 Administrativní úkony praktického lékaře

čas výkonu 10 minut x 2,59 Kč (minutová režie)	25,90 Kč
body: 40 x 1,05 Kč	42,00 Kč

Deset minut práce praktického lékaře tedy stojí 68 Kč. Cena práce lékařů specialistů jistě nemůže být nižší. Počítejme tedy nadále s cenou 6,80 Kč za minutu práce a režie ordinace.

**Zadarmo už pro ČSSZ pracovat nebudeme.**

**Seznam úkonů spojených s agendou DPN, které nám musí ČSSZ zaplatit:**

Úkon	Potřebný čas v minutách	Cena v Kč
Vystavení DPN	5	34
Ukončení DPN	5	34
Vystavení potřeby ošetřování	5	34
Potvrzení o trvání DPN	3	20
Potvrzení o trvání potřeby ošetřování	3	20
Lístek na peníze (hlášení dle § 61 zákona č. 187/2006 Sb.)	3	20

*Výpočet: ČLK*

Rok	Počet nově hlášených případů PN
2004	2 705 862
2005	3 029 448
2006	2 706 725
2007	2 726 634
2008	2 221 739

*Zdroj: ČSSZ*

Nový zákon o nemocenském pojištění snížil počet DPN, avšak údaje z letošního roku nemáme k dispozici:

- první 3 pracovní dny neplatí nemocnému nikdo;
- následujících 14 kalendářních dnů platí zaměstnavatel.

**Na neschopenky lékaři doplácí ještě více.**

Vedle ztráty času přináší zdravotnickým zařízením agenda spojená s DPN mimo jiné také nemalé náklady na poštovné. Pokud nebudeme požadovat zaplacení také těchto nákladů, pak se ze strany nás lékařů jedná o velmi vstřícný krok vůči rezortu, který připravil lékaře poškozující zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, za zády naší profesní samosprávy.

**Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění je špatný.**

ČLK k tomuto zákonu předložila celkem 18 pozměňovacích návrhů, o kterých s námi teprve po odchodu bývalého ministra Nečase začalo vedení ministerstva práce a sociálních věcí seriózně jednat. Zájemci naleznou naše kompletní návrhy na [www.lkr.cz](http://www.lkr.cz).

**Kosmetická novela Nečas–Škromach problémy neřeší.**

Současný zákon o nemocenském pojištění je paskvil, který zcela nesmyslně zvýšil administrativní zátěž lékařů. Vědomi si toho jsou též tvůrci zákona, kteří společně připravili návrh novely, která však má odstranit pouze některé nesmysly:

- nové tiskopisy DPN – snížení počtu ze 6 na 5, nový bude i tiskopis „náhradní“;
- prodloužení lhůty pro zasílání tiskopisů – původně bylo následující pracovní den, návrh je na 3 pracovní dny;
- nové tiskopisy „potřeba ošetřování“ – snížení z 5 dílů na 2, bude se předávat pouze zaměstnavateli, ukončení potřeby ošetřování může být nově 3 dny předem.

**Nový zákon sice přinesl potřebu dalších 450 úředníků, avšak na zaplacení práce lékařů peníze údajně nejsou.**

**Jak dlouho ještě ze sebe necháme dělat hlupáky, kteří pracují zadarmo?**

**Zdravotnická zařízení nárokují vůči správci nemocenského pojištění částku cca 200 až 250 milionů Kč za rok.** Pro systém operující s více než 30 miliardami korun by to neměl být problém.

Otázka nezní, zda jsou, či nejsou peníze na zaplacení naší práce. Otázkou je, zda ze sebe nadále necháme dělat hlupáky, kteří pracují zadarmo. Pokud se začneme chovat racionálně, přestane dělat úkony, za které nám nikdo neplatí, a nebudeme tedy neschopenky vystavovat, pak se systém zhroutí. To není náš cíl, ale zadarmo pracovat nebudeme.

*Milan Kubek, Lubomír Nečas, Petr Němeček, Ladislav Knajfl a doufáme, že taky tisíce našich kolegů*

**Pokud nezaplatí stát, budeme za neschopenky vybírat od pacientů**

**Administrativa spojená s vedením DPN není v současnosti hrazena nikým, ani z prostředků z veřejného zdravotního pojištění. ČLK požaduje její úhradu zdravotnickým zařízením, přičemž preferuje, aby to bylo z prostředků nemocenského pojištění. Pokud se tak nestane, začnou lékaři vybírat peníze za administrativní úkony spojené s DPN přímo od pacientů, kteří si budou následně moci žádat o proplacení těchto nákladů orgány nemocenského pojištění.**

*Jednomyslně schválené usnesení představenstva ČLK 19. 6. 2009*



## ČLK považují za důležitou součást zdravotnictví, říká ministryně Dana Jurásková



*Mgr. Dana Jurásková, Ph.D., MBA, poskytl rozhovor časopisu Tempus medicorum. Hovoří v něm o svém poslání v přelomení Fischerově vládě a říká, že by ráda diskutovala také s představiteli ČLK o aktuálních problémech i o budoucnosti českého zdravotnictví.*

**Byla jste jmenována ministryní zdravotnictví v tzv. úřednické vládě, jejíž mandát je omezený jak časem, tak možnostmi. S jakými cíli jste tuto funkci přijala?**

Cíle, které jsou splnitelné v rámci mého omezeného mandátu, se váží k aktuálním problémům. Mezi nejdůležitější patří řešení ekonomické krize, resp. minimalizace jejích dopadů na české zdravotnictví. Zdravotnictví je jedním z rezortů, kterému se daří významně čerpat finanční prostředky z fondů EU; hodlám v tomto úsilí pokračovat, a získat tak finanční prostředky např. pro kardiocentra.

Dalším tématem, které lze i v časově omezeném mandátu realizovat, jsou změny v oblasti ochrany veřejného zdraví včetně očkování populace. Jednou ze zásadních priorit je soubor aktivit vedoucích ke stabilizaci zdravotnických pracovníků – dokončení tzv. rezidenčních míst, změny ve vzdělávání, finanční ohodnocení, změny kompetencí, vazba na zdroje ze zdravotního pojištění. Za samozřejmé považuji pokračování v projektech sledování kvality a bezpečí zdravotní péče.

Jednou z mých priorit je zahájení projektu péče o seniory. V této oblasti chci spolupracovat s odbornými společnostmi v oblasti zdravotnictví i sociálních služeb. V rámci expertního panelu ve spolupráci s ministerstvem práce a sociálních věcí, poskytovateli, ale také patientskými organizacemi.

České předsednictví v EU v červnu již končí a patří mezi mé nejdůležitější priority při nástupu do funkce. Minulý týden (9. 6. 2009) se konalo zásadní zasedání Rady EPSCO, kde jsme předkládali několik důležitých dokumentů. Radou byl přijat návrh směrnice o bezpečnosti pacientů a návrh směrnice o vzácných onemocněních. Zásadního pokroku bylo dosaženo v projednávání dalšího návrhu směrnice o přeshraniční péči. Mezi podstatná témata, která byla uzavřena, patří také nařízení o kosmetických přípravcích. České předsednictví zahájilo projednávání návrhu směrnice o kvalitě a bezpečnosti orgánů určených k dárcovství a transplantaci. Českému předsednictví se podařilo projednat všechny návrhy legislativních předpisů předložené v rámci farmaceutického balíčku Evropskou komisí. Od návrhu k posílení a racionalizaci systému farmakovigilance, přes návrh na posílení legálního distribučního řetězce léčiv před pronikáním falešných léčivých přípravků až po návrh o poskytování informací široké veřejnosti o léčivých přípravcích. Velmi kladně byly oceněny všechny konference a doprovodné akce, kterých se konalo více než třicet. Dokončení českého předsednictví EU v oblasti zdravotnictví považuji za úspěšné i díky výbornému týmu na MZ.

**Vláda schválila mírné navýšení tarifních platů zdravotních sester, porodních asistentek a ještě menší navýšení tarifů lékařů v přímo řízených nemocnicích. V této souvislosti se nabízí několik otázek: Co nemocnice jiných zřizovatelů (kraje, soukromníci atd.)? Budou nějak navýšeny úhrady od pojišťoven na pokrytí tohoto navýšení?**

Ve spolupráci s ministrem práce a sociálních věcí bylo zvýšení platů zdravotnických pracovníků nakonec připraveno k realizaci tak, aby toto zvýšení pocítili všichni, kteří poskytují zdravotní péči. Toto řešení je v tuto chvíli v podobě návrhu k projednávání

ve vládě. Souhlasím s vámi, že se jedná o zvýšení platů, které není dostatečné, nicméně v kontextu možností ČR je to maximum. Pro sestry považuji zvýšení platů za významné, rozhodně nejvyšší za posledních 20 let. Sešla jsem se se zástupci krajů a na tomto jednání jsme se dohodli, že finanční prostředky od zdravotních pojišťoven navýšené účelově na platy budou i v krajských zařízeních využity výhradně pro tento účel. Zdravotní pojišťovny již předchozí ministryni zdravotnictví deklarovaly, že mají k dispozici pro krytí navýšení platů celkem 1 mld. korun pro letošní rok, která bude rozdělena mezi poskytovatele zdravotní péče. Pro všechny poskytovatele by navýšení plateb mělo pokrýt většinu platového nárůstu.

**Ekonomická krize se zatím zdravotnictví příliš nedotkla. Očekává se, že první dopady pocítíme v roce 2010, hlavně výpadkem příjmu zdravotního pojištění. Ministerstvem zdravotnictví dosud navrhovaná protikrizová opatření však ekonomické stabilitě rezortu nepomohou. Právě naopak. Změny úhrad léků zvýší výdaje zdravotních pojišťoven a zmrazení plateb za tzv. státní pojištěnce připraví rezort v příštím roce o několik miliard. Jak vy budete postupovat dál?**

Příprava protikrizových opatření pro rezort zdravotnictví je souhrn změn promítnutých do zákona č. 48/1997 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění, jehož prostřednictvím chceme tato opatření realizovat. Tento nový návrh jsem začala projednávat s parlamentními stranami tak, abychom došli ke vzájemné shodě a zákon tím pádem mohl projít Poslaneckou sněmovnou Parlamentu ČR. Opakovaně jsem řekla, že jsem připravena o jednotlivých bodech návrhu jednat a přijmout kompromis v případě, že bude mít skutečně protikrizový efekt.

**Ministr financí Eduard Janota nedávno řekl, že si musíme vybrat: buď dálnice, nebo zdravotnictví. Co vy na to? Budete svůj rezort bránit?**

Předpokládám, že moji odpověď znáte. Udělám vše pro to, aby zdravotnictví o peníze ze státního rozpočtu za státní pojištěnce nepřišlo. Tato výměna je nesmyslná a předpokládám, že bylo zdravotnictví použito jako

jeden ze silných argumentů, ale že samotný záměr nebyl myšlen vážně.

**Postgraduální vzdělávání lékařů se rozpadá. Ministerstvo zdravotnictví dosud ani nevydalo vyhlášky, které by měly aplikovat novelu zákona o vzdělávání lékařů, která je přitom účinná již téměř rok. ČLK vypracovala vlastní návrh tříступňového vzdělávání, který získal většinovou podporu odborné lékařské obce. Jak budete postupovat v této problematice?**

Vyhláška o specializačním vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů je po ukončeném mezirezortním připomínkovém řízením ve vládě k vydání. Nedokážu si představit, že bych vyhlášku stáhla a zahájila jednání o její podobě úplně od začátku. Výhrady ČLK i jednotlivých oborů znám a budu o nich dál jednat. Podle mého názoru je možné, pokud se ukáže, že jsou některé obory skutečně poškozeny, vyhlášku novelizovat. Je nutné začít zpracovávat vzdělávací programy a realizovat další přípravné kroky.

**Lékaři odmítají nadále zadarmo vystavovat potvrzení o dočasné pracovní neschopnosti. Tuto administrativu by neměly hradit zdravotní pojišťovny, ale systém nemocenského pojištění, tedy rezort sociální. Pomůžete nám v jednáních se svým kolegou z vlády ministrem Šimerkou?**

Nový systém vydávání potvrzení o dočasné pracovní neschopnosti považuji za nešťastný. S návrhem řešení ČLK k tomuto tématu jsem byla panem prezidentem ČLK seznámena a je to skutečně jedno z témat, o kterém budeme s panem ministrem práce a sociálních věcí jednat.

Závěrem bych ráda řekla, že Českou lékařskou komoru považuji za důležitou součást zdravotnictví a ráda bych s jejími představiteli o aktuálních problémech i o budoucnosti českého zdravotnictví komunikovala.

**A nakonec pár osobních otázek: Jaké máte koníčky? Jakou ráda posloucháte hudbu? Jaké máte oblíbené knížky? Jakou módu preferujete?**

Mám ráda sport, cyklistiku, in-line bruslení, tenis, sjezd i běh na lyžích. Hudba k mému životu také patří, je to hudba mého mládí: Kiss, Led Zeppelin, Queen, Pink Floyd. Miluji literaturu faktu. Módní trendy sleduje moje dcera a ta mě občas upozorní, co už opravdu nemám nosit.

Michal Sojka



## NEMOCNICE 21. STOLETÍ

### Jak se zúčastnit projektu ČLK

*ČLK není dle současné právní úpravy tím orgánem, který by posuzoval personální vybavení zdravotnických zařízení pro účely jejich registrace. V souladu se zákonem č. 220/1991 Sb; o zdravotnických komorách, však může vydávat odborná doporučení.*

Personální doporučení k zajištění lůžkové zdravotní péče lékaři bylo rozesláno ředitelům a zřizovatelům nemocnic. Nejde o minimální personální požadavky, ale o odborné doporučení ČLK. Účast nemocnic, ale i jejich jednotlivých oddělení v projektu je zcela dobrovolná a bezplatná.

**ČLK nabízí provedení personálních auditů nemocnic a prostřednictvím certifikátů kvality by chtěla ocenit a propagovat ta zdravotnická zařízení, která splňují požadavky na poskytování zdravotní péče „lege artis“, tedy na úrovni medicíny 21. století.**

Do projektu se zatím oficiálně přihlásily tři nemocnice a další nemocnice projeví zájem se o udělení certifikátu ucházejí.

#### Metodika certifikace lůžkových zdravotnických zařízení:

- Žádost nemocnice nebo jejího zřizovatele zaeviduje centrum ČLK.
- Statutární zástupce ČLK podepíše smlouvu se zdravotnickým zařízením.
- Kontrolu personálního vybavení lékařů provede OS ČLK, přičemž výsledek kontroly musí být písemně zaprotokolován. V případě nečinnosti, případně podjatosti OS ČLK, zajistí kontrolu centrální ČLK.
- Složení centrální posuzovací komise: dr. Mrozek, dr. Vraná, dr. Sedláček, dr. Kubíček. Tato komise bude k dispozici OS ČLK i při metodických nejasnostech.
- Na základě výsledků kontroly centrální ČLK přidělí nemocnici, případně jejímu

oddělení, certifikát kvality „Nemocnice 21. století“.

- Certifikované nemocnice nebo jednotlivá oddělení bude ČLK propagovat.
- Platnost certifikátu bude 24 měsíců s možností recertifikace.
- Možnost namátkové kontroly ze strany ČLK, zda certifikovaná nemocnice (oddělení) podmínky stále splňuje.

V návrhu smlouvy s nemocnicemi bude obsažen souhlas nemocnice s poskytováním dokumentů potřebných k posouzení a souhlas s prováděním namátkových kontrol po dobu platnosti certifikátu.

#### Od zdravotnických zařízení bude ČLK požadovat tyto dokumenty:

- Seznam lůžkových oddělení, počet lůžkových částí a jakým počtem lůžek disponují.
- Seznam ambulancí u jednotlivých oddělení a jejich provozní doba.
- Počet operačních, případně zákrokových sálů, kterými disponují jednotlivá oddělení, a údaj, v jakém časovém režimu týdně jsou tyto sály v provozu.
- Jmenovitý seznam lékařů na jednotlivých odděleních, jejich erudice, u neatestovaných lékařů délka praxe a údaj, v jakém úvazku jsou lékaři zaměstnáni.
- Údaj, v jakém režimu jsou zajištěny pohotovostní služby, počet sloužících lékařů, jejich erudice, kopie rozpisu služeb v měsíci předcházejícím podání žádosti.
- Všechny doklady přiložené k žádosti musí být podepsány a schváleny vedením nemocnice.
- Originály všech dokladů budou po vyhodnocení archivovány v centru ČLK, aby byla možná zpětná kontrola.

Zdeněk Mrozek, viceprezident ČLK

## Účast v projektu AKORD komora lékařům nedoporučuje

„Představenstvo ČLK vyzývá vedení VZP k jednání o projektu řízené péče AKORD. Pokud tento projekt nebude zásadním způsobem upraven, nedoporučuje představenstvo ČLK lékařům, aby se do něho zapojovali. (Usnesení představenstva ČLK – leden 2009.)

Na pozvání prezidenta ČLK se květnového zasedání představenstva účastnil MUDr. Vepřek, ředitel oddělení strategie a rozvoje na VZP, který představil projekt kvality zdravotní péče AKORD, který od ledna 2009 spustila VZP pilotně zatím ve čtyřech krajích (Ústeckém, Plzeňském, Jihočeském a Moravskoslezském). Projekt, který se neustále vyvíjí, údajně není projektem tzv. řízené péče a v současnosti je do něho zapojeno cca 350 praktických lékařů (PL) a cca 60 praktických lékařů pro děti (PLDD). Tito lékaři mají navýšenu kapitační platbu o cca 5 Kč. Další bonifikace mohou lékaři dostat za splnění dopředu známých limitů nákladů za léky a vyžádanou léčbu, které se budou odvíjet od průměrných nákladů obdobných zdravotnických zařízení v rámci kraje. Od 1. 7. 2009 předpokládá VZP rozšíření projektu pro PLDD v celé ČR, a to v souvislosti s kompenzací příjmů ušlých z důvodu zrušení tzv. regulačních poplatků.

### Dodatek ke smlouvě s VZP o zařazení PL a PLDD do projektu AKORD ukládá lékařům následující povinnosti:

- Označit zdravotnické zařízení logem AKORD.
- Informace poskytnuté pojišťovnou využívat výhradně pro potřeby poskytování zdravotní péče klientům VZP.
- Vést zdravotnickou dokumentaci elektronickým způsobem se zaručeným elektronic-

kým podpisem nebo bez něho s povinností tvorby podepsaných papírových kopií.

- Komunikovat s VZP, s dalšími zdravotnickými zařízeními a pojištěnci přednostně elektronickým způsobem.
- Vést objednávkový systém a objednávat



- v případě zájmu pacienty na čas s čekací dobou nepřesahující obvykle 15 minut.
- Přizpůsobit po projednání s VZP dohodnutý počet a rozložení ordinčních hodin potřebám pojištěnců.
- Zajišťovat objednání pacientů k indikované ambulantní či lůžkové péči.
- Respektovat organizační pokyny útvaru krajského koordinátora (tím však nemusí být a také v některých případech není lé-

kař?) programu kvality péče a konzultovat s ním řešení složitých a neobvyklých léčebných postupů.

### Dodatek ke smlouvě o zařazení PL a PLDD do projektu AKORD ukládá VZP následující povinnosti:

- Zajišťovat a spravovat přístupová práva zdravotnického zařízení pro elektronickou komunikaci – Portál VZP.
- Elektronicky prostřednictvím Portálu VZP předávat zdravotnickému zařízení informace o péči, která byla u něho registrovaným pojištěncům poskytnuta jinými zdravotnickými zařízeními, a to včetně předepsaných léků zdravotnických prostředků.
- Zajišťuje informační podporu o kvalitě a efektivitě služeb, která vychází ze srovnání chování zdravotnických zařízení poskytujících obdobné služby s analýzou odchylek, expertním hodnocením a poměrem mezi náklady a přínosem.
- Podporuje zdravotnické zařízení v přístupu jeho pacientů ke specializované péči.
- Doporučuje dané zdravotnické zařízení svým pojištěncům.

**Podle názoru většiny členů představenstva projekt AKORD vykazuje znaky tzv. řízené péče omezující svobodnou volbu lékaře na straně pacienta a nezávislost v rozhodování o terapii na straně lékaře.**

Také s ohledem na nejasnosti a rozpory mezi mediální prezentací projektu, obsahem smluvních dodatků a prezentací ředitele Vepřeka nenašlo představenstvo ČLK dostatek důvodů k přehodnocení svého negativního stanoviska k projektu z ledna 2009, a i nadále tedy platí, že **představenstvo ČLK nedoporučuje lékařům, aby se do projektu AKORD zapojovali.**

Milan Kubek

# Jakou cenu má jeden AKORD?

*V posledních týdnech jsou zástupci praktických dětských lékařů v jednotlivých krajích či okresech celé ČR oslovováni zástupci VZP a je jim nabízen program AKORD. Jedná se o stejný program AKORD, který byl odstartován v pilotních čtyřech krajích pro praktické lékaře pro dospělé i pro praktické lékaře pro děti a dorost již v prvním pololetí tohoto roku a ke kterému bylo opakovaně vysloveno negativní stanovisko naším profesním sdružením. I přes deklarovaný názor VZP, že nejde o řízenou péči, zde vidíme její konkrétní nástroje. O AKORDU jsme se zástupci VZP jednali několikrát a i po opakovaných diskusích zůstávají některé otázky nezodpovězeny, nepřijatelné prvky projektu nezohledněny.*

## Co požaduje AKORD po praktickém lékaři?

- 1. Elektronickou komunikaci s pojišťovnou, elektronicky vedenou dokumentaci či její adekvátní podobu tištěnou** (pokud lékař nemá elektronický podpis). Nabízí se otázka, jak bude tato komunikace zajištěna, kdo může do ní vstupovat, v jaké šíři a jaká data (informace medicínské, nebo ekonomické?) si bude lékař sdělovat s VZP? Jak s nimi bude naloženo, zejména pokud pacient odejde z VZP? To vše bez souhlasu pacienta, neboť o něm se v tomto projektu v souvislosti s vedením a nakládáním s dokumentací nemluví. Často je srovnávána elektronická komunikace lékaře se ZP (v projektech řízené péče) s internetovým bankovníctvím. Domnívám se, že to nelze srovnat. V internetovém bankovníctví komunikuje klient se svou bankou, v pilotech řízené péče komunikuje lékař se zdravotní pojišťovnou (ZP) klienta, který o tom nemusí ani vědět. Je to obdobné, jako kdyby lékařův účet v bance ovládal např. jeho účetní. Bez jeho souhlasu nebo v lepším případě s jeho univerzálním souhlasem předem a na vše.

- 2. Objednávkový systém s garancí maximální 15minutové čekací doby.** Je to úsměvné z pohledu praktika, který ZP vždy musel ve smlouvě garantovat, že nebude zvyhodňovat pojištěnce jiných ZP na úkor dané zdravotní pojiš-

tovny. Jak tedy zorganizovat objednání pacientů od VZP s dodržáním časového limitu a přitom neznevýhodnit pacienty jiných ZP? Odpoví si jistě každý sám. Osobně můžu k tomuto požadavku říci, že při sebelepší vůli takto pracovat se občas lékař dostává do situace, kdy nemůže čas dodržet. Především z důvodů akutních případů či složitějších případů, na které potřebuje ke své práci odpovídající čas. Víím, o čem mluvím, protože objednávkový systém provozuji ve své praxi více než 5 let, pro všechny pacienty bez ohledu na jejich ZP a bez příslušného finančního zohlednění ZP.

- 3. Povinnost zdravotnického zařízení objednávat k další indukované ambulantní či lůžkové péči své pacienty, směřovat pacienty do zdravotnických zařízení v Programu kvality péče AKORD.** Nabízí se otázka, která to budou zařízení? Zda nedojde k diskriminaci zařízení, která nebudou zapojena do AKORDU. A co svobodná volba lékaře pacientem? Každý, kdo má nějaké zkušenosti s pacienty, kteří se objednávají a nedostaví se v daném termínu, může přemýšlet, jak pacienta motivovat či sankcionovat za ušlý čas, který mohl lékař věnovat někomu jinému. Neboť ve většině ordinací je lékař v časovém stresu. Diskutabilní je také to, že VZP má v projektu povinnost doporučovat svým pojištěncům zdravotnická zařízení projektu AKORD. Diskutabilní je také povinnost ZP podporovat zdravotnická zařízení (zapojená v projektu AKORD) v přístupu jejich pacientů ke specializované péči. Nabízí se otázka, jaká bude podpora či „nepodpora“ ZP k zajištění specializované péče u registrovaných pacientů zdravotnických zařízení, která nejsou zapojena v projektu AKORD?

- 4. Lékař má respektovat organizační pokyny útvaru krajského koordinátora projektu AKORD a konzultovat s ním řešení složitých diagnostických či léčebných postupů, nebo postupů mimořádně finančně náročných.** Tento požadavek je zvláště diskutabilní, neboť krajskými koordinátory jsou převážně nelékaři. I přes opakované jednání se zástupci VZP nad projektem



AKORD nebyl nám tento požadavek vysvětlen. Je otázkou, co by měl vlastně lékař konzultovat, v jaké míře léčebné postupy? Jaký bude postup, pokud se lékař s koordinátorem neshodnou? Co víme jistě, je to, že za poskytnutou péči nese plnou odpovědnost příslušný lékař. Otázkou je také, kdy budeme konzultovat? Před a nebo po poskytnutí péče?

Našli bychom i další body, které v nás vyvolávají otázky. VZP údajně slaví se svým projektem úspěch. Není mi jasné, u koho. Jásající lékaře jsem nepotkala a pacientům je v projektu slibováno něco, co reálně praktický lékař v takto daném projektu nemůže splnit. Dříve či později musí narazit na problém právní, etický či odborný. Jakou cenu má AKORD pro VZP, si můžeme představit. V něčem připomíná dobu, kdy se pracovalo na střediscích OÚNZ a pacient měl vše domluveno, naplánováno, jen ty „časovky“ nějak nefungovaly. Možná nám může být líto, že nás VZP nebude doporučovat svým klientům, pokud nevstoupíme do projektu AKORD, ale jen v případě, kdy přistoupíme na to, že ZP bude rozhodovat o poskytnuté zdravotní péči a její kvalitě. Domnívám se, že ZP má především efektivně vynakládat prostředky z veřejného zdravotního pojištění na léčbu svých klientů. A tak si opět položíme otázku, jakou cenu má jeden AKORD?

*Iлона Hülleová, PLDD*

# Zachování profesní nezávislosti lékařů je v zájmu pacientů



## Deklarace Světové lékařské asociace – World Medical Association o profesní autonomii a nezávislosti lékařů při rozhodování o léčbě:

Světová lékařská asociace, vědoma si důležitosti profesní autonomie a nezávislosti lékařů při rozhodování o léčbě, přijímá tímto následující základní pravidla:

1. Profesní autonomie a respektování nezávislosti lékařů při odborném rozhodování jsou základními předpoklady pro to, aby se jednotliví lékaři mohli svobodně rozhodovat o způsobu léčby svých pacientů, a to bez nežádoucího vlivu dalších stran či jednotlivců.
2. Medicína je složitým komplexem vědy i umění a lékaři se stávají odborníky kompetentními k úspěšnému léčení pacientů pouze díky dlouhému procesu vzdělávání a sbírání zkušeností. Pacienti, kteří mají právo do značné míry sami rozhodovat o tom, jaké lékařské zákroky podstoupí, oprávněně očekávají, že jejich lékařům nebude nic bránit v tom,

aby jim nabízeli a doporučovali ty pro ně nejvhodnější způsoby léčby.

3. Lékaři sice uznávají, že musí respektovat strukturu zdravotního systému dané země i dostupné zdroje, avšak vládami a úředníky vytvářené neodůvodněné překážky omezující jejich svobodu při rozhodování nebývají často v zájmu pacientů, a to zejména proto, že mohou zničit vztah důvěry mezi pacientem a lékařem, který je podmínkou úspěšné léčby.
4. Manažeři zdravotnických zařízení a úředníci institucí financujících zdravotní péči sice mohou někdy považovat profesní nezávislost lékařů za neslučitelnou s šetrným nakládáním s finančními zdroji, avšak nikdy nesmí navrhovat taková opatření, která by byla proti zájmům pacientů. Lékaři musí mít

rovněž možnost odmítnout žádost pacienta nebo jeho rodiny o provedení nevhodných lékařských služeb a zákroků, které by nebyly v nejlepším zájmu ani pacienta ani společnosti.

5. Světová lékařská asociace tímto znovu zdůrazňuje význam nezávislé profesní samosprávy a nezávislosti lékařů při rozhodování o způsobu léčby, a to nejenom jako nezbytných podmínek k poskytování vysoce kvalitní zdravotní péče ve prospěch pacienta, který musí být chráněn, ale rovněž jako základního principu lékařské profesionality. Světová lékařská asociace se znovu zavazuje podporovat zachování a udržení profesní autonomie a nezávislosti lékařů při péči o pacienty.

Soul, říjen 2008  
(neoficiální překlad)

## Řízená péče

*Pacient si přeje co nejkvalitnější zdravotní péči. Zdravotní pojišťovna preferuje péči co možná nejlacinější. Lékaři chtějí být za práci dobře zaplacení.*

### Posílení pozice zdravotních pojišťoven na úkor pacientů i lékařů

Řízená péče je systém regulačních nástrojů, které zdravotní pojišťovna používá za účelem snížení svých nákladů spojených s úhradou zdravotní péče. Pojišťovny regulují jak pacienty, tak lékaře a zdravotnická zařízení, a společným znakem všech systémů tzv. řízené péče je právě posílení role zdravotních pojišťoven na úkor pacientů i zdravotníků.

Poskytování zdravotní péče v ČR není neregulované a další posilování převahy pojišťoven nad lékaři a pacienty není žádoucí.

### Omezení práv pacientů

Pacient ztrácí právo zvolit si svobodně lékaře a zdravotnické zařízení. Pojišťovna se snaží monitorovat a usměrňovat pohyb pacienta v síti zdravotnických zařízení.

Pacient ztrácí kontrolu nad nakládáním se svojí zdravotní dokumentací. Přenos údajů o zdravotním stavu pacienta na dálku s sebou přináší riziko úniku citlivých informací.

### Ztráta autonomie lékařů

Lékař ztrácí svobodu léčit podle svých znalostí v souladu se svým svědomím a spolupracovat s kolegy a zdravotnickými zařízeními, která by si sám zvolil. Řízená péče bere lékařům autonomii v rozhodování, přičemž na jejich bedrech ponechává odpovědnost za případné poškození pacienta. Pozitivní motivace, kdy jsou lékaři ekonomicky závislí na dosahování finančních úspor pro pojišťovny na úkor pacientů,

s sebou nesou rizika zpronevřování se impe-

rativům lékařské etiky, kdy lékaři „dobrovolně“ omezují oprávněné nároky svých pacientů. Vztah důvěry mezi lékaři a jejich pacienty je tímto narušován. Sdílení zdravotnické dokumentace přináší riziko jejího „vykrádání“ a umožňuje zdravotním pojišťovnám snáze nahradit lékaře, kteří nejsou ochotni respektovat pravidla stanovená pojišťovnou.

**Pokud je řízená péče výhodná pouze pro zdravotní pojišťovny a pokud nepřináší prospěch lékařům ani pacientům, nemůže Česká lékařská komora zavádění podobných projektů v ČR podporovat.**

Milan Kubek



## SÚKL šikanuje lékaře



*Medical Tribune, odborný časopis pro lékaře a zdravotníky, požádal o rozhovor prezidenta ČLK Milana Kubka k problematice množících se kontrol soukromých lékařů ze strany SÚKL, které se nápadně podobají šikaně. Rozhovor otiskujeme.*

### Na co si lékaři v této souvislosti nejčastěji stěžují?

Někteří pracovníci SÚKL při svých kontrolách tragikomicky bazírují na takových maličernostech, jako zda například na propisovací tužce, kterou lékař používá, je logo nějaké farmaceutické firmy nebo zda v čekárně ordinace neleží informační leták uvádějící název některého z léků, jejichž výdej je omezen pouze na lékařský předpis. Setkali jsme se i s tím, že lékaři bylo vytýkáno, že když skladuje léky v chladicím boxu, tak do provozního deníku zapisuje vnitřní teplotu pouze v dny, kdy má ordinaci, a nikoliv také o sobotách a o nedělích...

### Jsou tyto stížnosti opodstatněné? Do jaké míry?

Jednání SÚKL vůči soukromým lékařům v některých případech opravdu připomíná šikanu. Nevím, zda SÚKL, který neplní řádně své povinnosti při registraci léků a určování jejich maximálních cen a úhrad z veřejného zdravotního pojištění, dostal nějaké politické zadání, nebo zda se pouze snaží nahnat strach lékařům odmítajícím tzv. centrální úložiště dat a zda jen neodvádí pozornost od své vlastní neschopnosti.

S ohledem na množství se problémy ČLK nejenom informovala prostřednictvím svých webových stránek a časopisu Tempus lékaře o právech a povinnostech zdravotnických zařízení a kontrolorů SÚKL, ale zároveň jsme si vedení SÚKL pozvali i na únorové zasedání představenstva ČLK. Jak ředitel dr. Beneš, tak Dr. Hanzlíčková zde uznali, že stížnosti lékařů jsou do jisté míry opodstatněné, a přislíbili, že dají svým podřízeným pracovníkům jasné pokyny, aby se při kontrolách zaměřovali na věci podstatné a nikoliv na maličernosti. Zdá se, že tento slib zůstal nesplněn.

### Můžete uvést příklady, kdy pracovníci SÚKL překročili své pravomoci?

Uvedl bych například kontroly nabývacích dokladů k používaným přístrojům včetně snahy kontrolovat jejich evidenci v účetnictví soukromého lékaře...

### Týkají se sporné případy také oblasti zákona o regulaci reklamy?

Ano, týkají se i této oblasti. Již jsem zmiňoval trapné kontroly nástěnek, letáků v čekárnách či dokonce loga farmaceutické firmy na propisovačce. Zatímco závažná porušení zákona zůstávají často bez povšimnutí, tak na těchto neškodných maličkostech se někteří kontroloři vyžívají.

### Předali jste tyto stížnosti SÚKL? Odpověděli vám?

Vzhledem k tomu, že jednání s ředitelem SÚKL nevedlo ke zjednání nápravy, budeme nejspíše muset hledat pomoc u jeho nadřízených. Česká lékařská komora pochopitelně také poskytne právní pomoc a podporu všem svým členům, kteří by se stali obětí šikany ze strany kontrolorů. Přehlednou informaci o svých právech a povinnostech naleznou lékaři na našich stránkách [www.lkcr.cz](http://www.lkcr.cz).

*(Medical Tribune)*

## Není důvod něco měnit (Stanovisko SÚKL)

Dosavadní spolupráce s provozovateli zdravotnických zařízení je velmi dobrá a bezproblémová. Velmi častá je ale neznalost základních právních předpisů a povinností provozovatelů v oblasti zacházení s léčivými přípravky, dodržování povinností stanovených pro používání zdravotnických prostředků při poskytování zdravotní péče a zákona o regulaci reklamy. Ani v jednom případě z více než 735 dosud provedených kontrol od roku 2004 však nebyly námitky proti protokolu nebo průběhu kontroly z důvodu stížnosti na neoprávněný vstup do osobních věcí lékaře podány. Pracovníci SÚKL při kontrolách nepřekračují pravomoci kontrolního orgánu. Dle našeho názoru není žádný důvod měnit charakter kontrol. V rámci pravidelně prováděného monitoringu práce všech inspektorů nebyla žádná pochybení, která uvádí dr. Kubek, zaznamenána.

*Veronika Petráková, mluvčí SÚKL*

## Své vlastní povinnosti si SÚKL neplní

*Na úvod je třeba si uvědomit, že Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) je organizací přímo řízenou Ministerstvem zdravotnictví ČR, které jako ústřední orgán státní správy tedy za jeho chyby a selhání nese plnou odpovědnost.*

Novelou zákona č. 48/1997 Sb. byl s účinností od 1. ledna 2008 SÚKL pověřen, aby formou správního řízení stanovil maximální ceny léků a výši jejich úhrady z veřejného zdravotního pojištění. Ve svém § 39, konkrétně v odstavci 1) tento zákon SÚKL ukládá nejméně jedenkrát ročně provést revizi systému úhrad. Podle našeho odhadu by provedení této revize v roce 2008 ušetřilo našemu zdravotnictví minimálně dvě miliardy korun, které zdravotní pojišťovny utratily za předražené léky zbytečně. Možnost snížení těchto úhrad přitom vyplývá nejenom ze současné úrovně cen léků v jiných zemích Evropské unie, ale také z příchodu nových generických léků.

SÚKL tento úkol v roce 2008 nesplnil. Na tuto skutečnost, včetně finančního dopadu, Česká lékařská komora veřejně upozornila koncem března na odborném semináři, jehož se zúčastnil ředitel odboru farmacie ministerstva dr. Šroub. Dne 6. dubna tuto skutečnost zveřejnil rovněž server Aktuálně.cz.

Na článek reagovaly SÚKL a MZ ČR společnou tiskovou konferencí dne 8. dubna. V tiskové zprávě z téhož dne sám SÚKL přiznává, že v průběhu roku 2008 provedl revizi u 343 položek z celkového počtu více než 8000. Ačkoliv zákonem uloženou povinnost tak SÚKL splnil pouze z cca 4%, sám vyčíslil dosaženou úsporu na půl miliardy korun. Nezbyvá nám nic jiného, než si povzdechnout, že kdyby státní úředníci splnili své povinnosti alespoň ze čtvrtiny, mohlo být pololetní zvýšení platů lékařů a zdravotních sester mnohem výraznější.

Skutečnost, že vedení ministerstva podobně lajdáctví nejenom toleruje, ale dokonce i veřejně omlouvá, nelze hodnotit jinak než slovy, která by papír seriózní tiskoviny, jakou je časopis lékařské komory Tempus, neunesl.

*Ing. Jindřich Gráf, farmakoekonom*

**Jaké jsou vaše zkušenosti?** Kolegyně a kolegové, podělte se s námi o zkušenosti s kontrolami SÚKL. Vaše podněty využijeme v anonymizované podobě, abychom vás nevystavili riziku nějakých „odvetných opatření“.

**Pokud budeme mlčet, nic se nezmění a úředníci si vůči nám budou dovolovat stále více.**

**Každý lékař se pochopitelně může individuálně obrátit na právní oddělení ČLK s žádostí o pomoc.**

*Redakce*



# Poskytování informací o zdravotním stavu pacienta Policii ČR a soudům

*Na nedávném školení administrativních pracovníků okresních sdružení i centra České lékařské komory v Poděbradech (25.–26. 5. 2009) byla opakovaně probírána problematika povinnosti lékaře sdělovat informace o zdravotním stavu pacienta Policii České republiky a soudům. I přesto, že byl článek věnovaný této právní úpravě již v časopisu Tempus medicorum před časem publikován, jedná se o stále aktuální problém, a proto považujeme za vhodné základní zásady stručně připomenout.*

Jestliže lékař obdrží písemnost zaslou Policií ČR nebo soudem s žádostí o poskytnutí informací o zdravotním stavu určitého pacienta, v prvé řadě platí obecná zásada, že **se souhlasem pacienta lze poskytovat údaje o zdravotním stavu bez problémů v takovém rozsahu, v jakém pacient dovolí**. Prvním krokem by tedy měl být lékařův dotaz směřovaný k pacientovi, samozřejmě za předpokladu, že takový souhlas lze získat (např. pacient není v bezvědomí). Pro lepší důkazní pozici je vhodné souhlas zaznamenat písemně, není to však zákonnou podmínkou. Souhlas se musí vztahovat konkrétně k informování policie či soudu, souhlas nelze dovozovat např. z toho, že pacient dříve udělil souhlas komerční pojišťovně, byť by případ, který zajímá jmenované orgány, s tímto souvisel.

Pokud souhlas pacienta není dán nebo není možné ho získat, povinnost lékaře poskytnout informace o zdravotním stavu pacienta se odvíjí od orgánu, který informace žádá.

**1. Informace žádá soud.** Zde je potřeba rozlišovat, zda se jedná o občanskoprávní či trestní řízení. V drtivé většině případů soud v žádosti přímo uvede, o který druh řízení se jedná. Pokud by se tak nestalo, pomůckou bývá spisová značka, kterou soud každou písemnost opatřuje. Klíčové je písmeno uprostřed spisové značky, občanskoprávní řízení bývají označena písmenem „C“ (např. tedy 3 C 255/2008), trestní řízení písmenem „T“ (např. tedy 3 T 255/2008). Tyto zkratky však lékař není povinen ovládat, proto v případě pochybností lze na soud v této věci učinit krátký

dotaz, na který je soud lékaři povinen odpovědět. Jakmile je zřejmé, o který druh soudního řízení se jedná, platí, že v občanskoprávním řízení soud **nemá bez souhlasu pacienta na informace nárok**. Pokud však v občanskoprávním řízení soud ujistí písemně lékaře o tom, že pacient s poskytnutím informace souhlasí, není lékař povinen to ověřovat a informace na základě tohoto ujištění poskytnout může (presumpce pravdivosti tvrzení státního orgánu). V trestním řízení soud má na poskytnutí informací i bez souhlasu pacienta právo, rozhodl-li o tom soudce (nikoli například soudní úředník). Toto jeho právo vychází z § 8, odst. 5, věty první trestního řádu.

**2. Informace žádá Policie ČR.** V tomto případě je jasné, že jde o trestní řízení, neboť v občanskoprávním řízení policie nefiguruje. **Policie ČR jako taková nemá na informace nárok**. Policista ve svém přípisu často mylně odkazuje na § 8, odst. 1 trestního řádu, což je obecná povinnost fyzických a právnických osob vyhovovat dožadáním orgánů činných v trestním řízení. Správný postup je však opět podle § 8, odst. 5, věty první trestního řádu, který uvádí, že *nestanoví-li zvláštní zákon podmínky, za nichž lze pro účely trestního řízení sdělovat informace, které jsou podle takového zákona utajovány, nebo na něž se vztahuje povinnost mlčenlivosti, lze tyto informace pro trestní řízení vyžadovat po předchozím souhlasu soudce*. Policie ČR se tedy musí prokázat **předchozím písemným souhlasem soudce**, neboť informace o zdravotním stavu pacienta jsou chráněny povinnou mlčenlivostí. Bez tohoto souhlasu soudce lékař nesmí informace sdělovat, a to ani ve smyslu, např. zda je pacient schopen se zúčastnit výslechu – pouhá odpověď ANO či NE zakládá porušení povinné mlčenlivosti.

**Jedinou výjimkou, kdy lékař naopak musí** i bez souhlasu soudce sdělit Policii ČR informace, a to nejen na výzvu, ale sám, jakmile se tyto skutečnosti dozví, je postup podle § 167 trestního zákona (po-

vinnost překazit trestný čin) a § 168 trestního zákona (povinnost oznámit trestný čin). V prvním případě jde o to, že jestliže se lékař hodnověrným způsobem doví, že jiný připravuje nebo páchá trestný čin vyjmenovaný v § 167 trestního zákona, je povinen takový trestný čin překazit, zejména včasným oznámením policejnímu orgánu. Pod pojmem „připravuje nebo páchá“ je nutné rozumět stav, kdy se ke spáchání trestného činu teprve schyluje anebo páchání trvá, většinou se tedy děje opakovaně. Např. jedním z vyjmenovaných trestných činů je pohlavní zneužívání – jestliže se lékař dozví, že s jeho pacientkou mladší patnácti let někdo opakovaně vykonává soulož, má tento lékař povinnost toto oznámit Policii ČR.

Pokud jde o druhý jmenovaný případ, má lékař oznamovací povinnost, jestliže se hodnověrným způsobem dozví, že jiný spáchal trestný čin vyjmenovaný v § 168 trestního zákona. Zde je tedy rozhodující stav, že trestný čin již byl spáchán (není zde tedy zahrnuto stadium přípravy), a postačí, aby byl spáchán pouze jednou a nikoliv opakovaně. Např. výše zmíněný trestný čin pohlavního zneužívání není v § 168 vyjmenován – jestliže se tedy lékař dozví, že s jeho pacientkou mladší patnácti let někdo vykonal soulož pouze jednou, oznamovací povinnost tento lékař nemá, naopak ji však bude mít, pokud se dozví, že jeho pacient někoho zavraždil, protože trestný čin vraždy v tomto paragrafu vyjmenován je. Konkrétní trestné činy vyjmenované v § 167 a 168 trestního zákona nebudeme uvádět, doporučujeme lékařům, aby v těchto situacích vždy kontaktovali právní oddělení ČLK.

## Stejný princip platí i pro případy, kdy o informace žádá státní zastupitelství.

V praxi se lékař může setkat také s případy, kdy od něho informace o zdravotním stavu pacienta žádá soudní znalec v oboru zdravotnictví. **Tento soudní znalec má nárok na informace** bez ohledu na to, zda se jedná o občanskoprávní či trestní řízení, a to v podobě nahlížení do zdravotnické dokumentace pacienta či žádostí o pořízení výpisů, opisů a kopií dokumen-

tace. Toto jeho právo je zakotveno v § 67b, odst. 10, písm. d) zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění. Je nutné, aby se znalec prokázal *písemným pověřením* orgánu, který ho ustanovil. Informace lze žádat toliko v rozsahu nezbytně nutném pro splnění konkrétního úkolu v rozsahu své kompetence, tedy pouze v konkrétním projednávaném případě, neznamená to, že znalec může vědět o všech pacientech cokoliv. Rovněž je potřeba zdůraznit, že toto právo má pouze soudní znalec v oboru zdravotnictví, nikoliv tedy v jakémkoliv jiném oboru.

Na rozdíl od soudu či policie tedy *může* soudní znalec v oboru zdravotnictví žádat o *nahlížení do zdravotnické dokumentace*. **Je tedy nutné odlišovat institut podávání informací o zdravotním stavu a institut nahlížení do zdravotnické dokumentace.** Často o toto právo žádají v rozporu se zákonem právě soudy či Policie ČR. Zatím jsme se po odmítnutí lékaře těmto orgánům dokumentaci po-

skytnout nesetkali s tak specifickou reakcí, jako by bylo třeba usnesení o odnětí věci podle § 79 trestního řádu. Pokud by se lékař s tímto postupem setkal, doporučuji bezodkladně kontaktovat právní oddělení ČLK, které poskytne lékaři potřebnou právní podporu.

Z výše uvedené právní úpravy vycházejí principy, kterými by se měl lékař po obdržení žádosti Policie ČR či soudu o poskytnutí informací o zdravotním stavu pacienta řídit. Kromě na začátku zdůrazněné prvotní cesty získání souhlasu pacienta je třeba, aby si lékař vždy uvědomil následující zásady:

1. Nezpánikařit a nesdělit státním orgánům vše hned poté, kdy je o to lékař požádán policistou, nebo kdy je mu doručen přípis od Policie ČR či soudu.
2. Nebát se vznést na orgán doplňující dotaz – o jaké řízení jde, požádat o zaslání dotazu písemně, požádat o doložení potřebných dokumentů (souhlas soudce, pověření znalce atd.). Posléze se nebát

poskytnutí informací odmítnout s odkazem na zákonem stanovenou povinnou mlčenlivost a nesplnění zákonných podmínek pro její průlom.

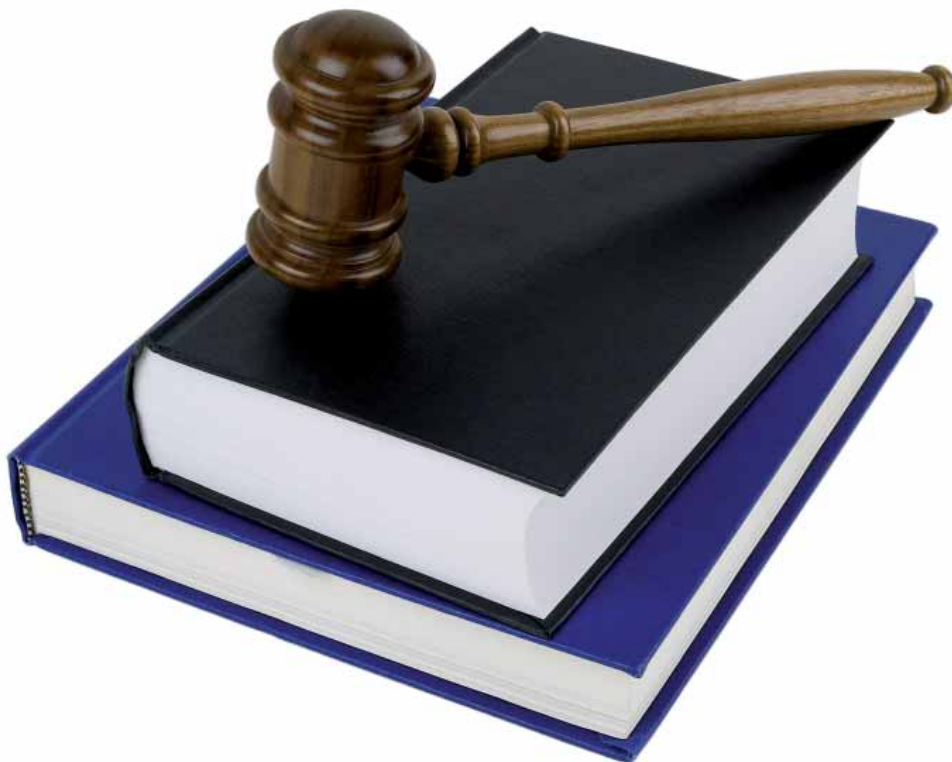
3. Nesdělovat informace telefonem – jako soudce či znalec se může představit každý.
4. Každé sdělení informací nad rámec toho, co umožňuje zákon, může v případě podnětu pacienta zakládat v lepším případě disciplinární řízení před orgány ČLK, v horším případě trestní řízení pro podezření ze spáchání trestného činu neoprávněné nakládání s osobními údaji podle § 178 odst. 2 trestního zákona. Tento trestný čin lze spáchat i z nedbalosti.
5. V pochybnostech kontaktovat právní oddělení ČLK. Jeden telefonát či krátký e-mailový dotaz je jednodušší cestou, než se poté obhajovat v disciplinárním či trestním řízení pro porušení povinné mlčenlivosti.

Miloš Máca, právní oddělení ČLK

## Rozdíl mezi atestací a specializovanou způsobilostí

*Odborné medicínsko-právní pojmy „atestace“ a „specializovaná způsobilost“ bývají odbornou veřejností často zaměňovány anebo považovány za synonyma. I přesto, že oba pojmy spolu blíže souvisejí, nejedná se o jedno a totéž. Na základě častých dotazů směřovaných jednotlivým kancelářím ČLK přinášíme vysvětlení rozdílů mezi oběma instituty, které je doplněním několikerych informací o této problematice v rámci minulých vydání právní poradny časopisu Tempus medicorum.*

**Atestace** je pojem, který je spojen toliko s vykonáním atestační zkoušky po splnění všech podmínek k přístupu k této zkoušce, zejména tedy vykonání povinné praxe v časovém a věcném rozsahu, který stanoví ministerstvo zdravotnictví vzdělávacím programem pro jednotlivé obory. Podle dřívějšího dvoustupňového systému, který stanovila dnes již neplatná vyhláška č. 77/1981 Sb., bylo možné, aby lékař složil atestaci I. stupně, II. stupně či nástavbovou atestaci. Příloha k této vyhlášce stanovila základní obory, ve kterých bylo možné složit atestaci I. i II. stupně (např. ARO, chirurgie, interní lékařství, neurologie, psychiatrie, všeobecné lékařství ad.), a obory, které byly tzv. nástavbovými, což znamena-



lo, že po složení atestace I. stupně v některém z výše příkladem uvedených základních oborů mohl lékař po splnění vzdělávacích požadavků vykonat tuto nástavbovou atestaci

v některém z oborů, které na základě citované vyhlášky na základní obor navazovaly. Např. tedy po složení atestace I. stupně v oboru interní lékařství mohl lékař vykonat atestaci

v nástavbových oborech diabetologie, kardiologie, gastroenterologie, tělovýchovné lékařství ad., po složení atestace I. stupně v oboru chirurgie mohl lékař vykonat nástavbovou atestaci v oboru dětská chirurgie, klinická onkologie, traumatologie atd. Současný atestační systém zavedený zákonem č. 95/2004 Sb. je jednostupňový a lékař může vykonat atestaci v jednom z oborů, které stanoví prováděcí vyhláška č. 233/2008 Sb. Ve všech případech bylo a je vykonání atestační zkoušky dokladováno **atestačním diplomem**, v případě atestace dle nového systému může být diplom označen též jako **specializační diplom**.

Zákon č. 95/2004 Sb., účinný od 2. dubna 2004, již nepoužívá termíny „atestovaný a neatestovaný lékař“, ale zavádí pojmy **lékař s odbornou způsobilostí** a **lékař se specializovanou způsobilostí**. Odbornou způsobilost lékař nabývá absolvováním lékařské fakulty v oboru „všeobecné lékařství“. Podle současné platné a účinné právní úpravy tento lékař nemůže vykonávat své povolání samostatně a na vlastní odpovědnost, nýbrž musí pracovat pod odborným dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí.

**Specializovaná způsobilost** je vyšším stupněm odborné způsobilosti a opravňuje lékaře k samostatnému výkonu jeho povolání. Předpokladem pro přiznání specializované způsobilosti je vykonání atestační zkoušky a eventuálně splnění dalších podmínek, které stanoví § 44 zákona č. 95/2004 Sb. Získání specializované způsobilosti v určitém oboru může být dokladováno **osvědčením ministerstva zdravotnictví**, které je vydáno na základě

podané žádosti lékaře a posouzení, zda splnil podmínky stanovené § 44 zákona č. 95/2004 Sb., jsou-li pochybnosti o jejím získání, jinak ji lze dokladovat diplomem o specializaci podle § 5 odstavec 1 zákona č. 95/2004 Sb., nebo atestačním diplomem o složení bývalé atestace II. stupně, nebo bývalé nástavbové atestace.

Zákon stanoví tři způsoby, na základě kterých lékař specializovanou způsobilost získá:

1. Na základě vykonané atestace dle současného jednostupňového systému zavedeného zákonem č. 95/2004 Sb. – prokazuje se uvedeným diplomem o specializaci.
2. Na základě vykonané atestace II. stupně nebo nástavbové atestace dle dřívějšího dvoustupňového systému stanoveného vyhláškou č. 77/1981 Sb. – prokazuje se příslušným atestačním diplomem.
3. Na základě atestace I. stupně dle dřívějšího dvoustupňového systému stanoveného vyhláškou č. 77/1981 Sb. a osvědčení pro výkon soukromé lékařské praxe (licence) vydaného ČLK nejpozději do data 17. 4. 2004 v témže oboru za současného splnění podmínek výkonu lékařského povolání alespoň v pěti z předcházejících šesti let od podání žádosti (tento výkon lékařského povolání není vázán na obor). Pouze tento způsob získání specializované způsobilosti je zpravidla třeba prokazovat osvědčením ministerstva zdravotnictví o specializované způsobilosti. U předchozích dvou způsobů není osvědčení ministerstva zdravotnictví potřebné, a pokud jej někde úřady vyžadují, jde o zbytečné administrativní zatěžování lékařů.

Zákon ještě pamatuje na čtvrtý způsob, a sice na základě atestace I. stupně dle dřívějšího dvoustupňového systému stanoveného vyhláškou č. 77/1981 Sb. a doplnění praxe v souladu se současným vzdělávacím programem MZ ČR pro předmětný obor; tuto praxi však bylo možné podle zákona doplnit nejpozději ke dni 2. 4. 2009. Od té doby tudíž může MZ ČR sice specializovanou způsobilost přiznat, avšak zkoumat bude pouze doplnění praxe do 2. 4. 2009.

Jak je tedy patrné, oba odborné termíny spolu nerozlučně souvisejí, neznamenají však totéž. Základní podmínkou pro přiznání specializované způsobilosti je vykonání atestace. Ne každá atestace však sama o sobě lékaři zaručí přiznání specializované způsobilosti (pokud jde o bývalou atestaci I. stupně, ta je vázána na splnění dalších podmínek). Pokud právní předpis stanoví, že má lékař dokladovat dosaženou specializovanou způsobilost, prokazuje toto lékař buď diplomem o specializaci dokladujícím, že složil „novou“ atestaci podle zákona č. 95/2004 Sb., nebo atestačním diplomem o tom, že složil bývalou atestaci II. stupně, nebo bývalou nástavbovou atestaci, nebo osvědčením. Jestliže je lékař na základě právního předpisu povinen prokázat, že v minulosti složil atestaci II. stupně nebo nástavbovou atestaci, potřebným dokladem je atestační diplom, který nelze nahradit osvědčením MZ ČR o specializované způsobilosti (neboť ta mohla být přiznána i na základě bývalé atestace I. stupně). Pojmy „atestace“ a „specializovaná způsobilost“ tedy není možné i přes svou vzájemnou souvislost zaměňovat.

Miloš Máca, právní oddělení ČLK

## Povinnost nabídnout tělo zemřelého anatomickému ústavu

### Dotaz na právní oddělení ČLK:

V jakých případech má zdravotnické zařízení nebo pohřební služba povinnost nabídnout tělo zemřelého pacienta anatomickému ústavu lékařské fakulty pro vědecké a výukové účely?

Zdeněk Mrozek, viceprezident ČLK

### Odpověď právního oddělení ČLK:

Problematiku postupu zdravotnických zařízení po úmrtí pacienta, co se týče nakládání s tělem zemřelého, upravuje vyhláška č. 19/1988 Sb., o postupu při úmrtí a pohřebnictví, v platném znění. V § 11 a 12 vyhlášky je obsažena i odpověď na výše uvedený dotaz.

Zmíněná ustanovení uvádějí, že těla mrtvého lze trvale použít k vědeckým nebo výukovým účelům v případě zemřelých osob, které buď s tímto projevily před úmrtím *písemný souhlas* nebo jejichž totožnost *nelze zjistit* anebo o které se *do 96 hodin* od zjištění úmrtí prohlížejícím lékařem *nikdo nepřihlásil*, přestože osoby jim blízké byly včas prokazatelně vyrozuměny, pokud mrtvý před úmrtím neučinil opatření o pohřbu. Zdravotnická zařízení, ústavy sociální péče nebo jiná zařízení poskytující občanům ošetřování, zaopatření nebo obdobnou péči, v nichž takové osoby zemřely, jsou povinna spolupracovat s anatomickými ústavu lékař-

ských fakult při zajišťování těl mrtvých pro výukové a vědecké účely. Před určením těla mrtvého k vědeckým nebo výukovým účelům musí být prokázáno, že byla provedena prohlídka, popřípadě též pitva mrtvého (nařizuje-li pitvu vyhláška).

Jestliže se tedy jedná o zemřelou osobu patřící do jedné ze tří výše uvedených kategorií, poté co je splněna podmínka provedení prohlídky, příp. pitvy mrtvého, vyplývá z vyhlášky povinnost zmíněných zdravotnických zařízení nebo pohřebních služeb kontaktovat anatomický ústav lékařské fakulty a tělo mrtvého pro vědecké a výukové účely nabídnout.

Miloš Máca, právní oddělení ČLK



# Informace České lékařské komory pro pacienty

**Od roku 1990 platí právo na svobodnou volbu lékaře a zdravotnického zařízení, což Česká lékařská komora plně podporuje, ale:**

V poslední době jsme však bohužel svědky „náborových kampaní“, kdy najatí lidé, zpravidla nikoli lékaři či zdravotníci, přesvědčují občany, aby změnili svého registrujícího všeobecného praktického lékaře nebo praktického lékaře pro děti a dorost a zvolili si obchodní společnost poskytující zdravotní péči. Argumentem pro tuto změnu jsou někdy delší ordinační hodiny, jindy různé slibované výhody, například vstupní prohlídky bez regulačních poplatků.

## **Pamatujte:**

Některé nabízené výhody jsou pouze zdánlivé. Stejnou „výhodu“ Vám totiž může poskytovat Váš dosavadní lékař. Podepsat se je Vaše právo, ale přečíst si, co podepisujete, by měla být Vaše povinnost. Vaším podpisem končí poskytování zdravotní péče u Vašeho dosavadního lékaře. Svého registrujícího praktického lékaře můžete změnit pouze jedenkrát za 3 měsíce.

**Pokud se budete chtít vrátit ke svému původnímu lékaři, ten Vás není povinen vzít zpět do své evidence, pokud bude mezitím kapacita jeho zdravotnického zařízení naplněna. Originál Vaší zdravotnické dokumentace Vám při změně registrujícího lékaře dosavadní registrující lékař vydat nemůže.**

Pro potřebu nového registrujícího zdravotnického lékaře vydá na jeho žádost dosavadní registrující lékař výpis potřebný pro návaznost zdravotní péče. Na Vaši žádost a na Vaše náklady Vám dosavadní registrující lékař může vydat ve lhůtě do 30 dnů od obdržení žádosti kopii Vaší zdravotnické dokumentace.

## **Dvakrát měř, jednou řež!**

Proto Vám doporučujeme, abyste dobře zvažovali případnou změnu svého registrujícího praktického lékaře a všechny důsledky s tím spojené.

S přáním pevného zdraví  
**Česká lékařská komora**

# Jörg-Dietrich Hoppe: Pravda někdy bolí

*Na pozvání prof. dr. Hoppa, prezidenta Německé lékařské komory (Bundesärztekammer = BAEK) jsem se 21. května zúčastnil jejího jednání. Na rozdíl od českých poměrů bylo čtyřdenní (19.–22. května 2009), probíhalo v kongresovém centru Rheingoldhalle v Mohuči, hlavním městě Porýní-Falcka. Je pěknou tradicí, že každé zasedání se koná v hlavním městě jiné spolkové země na rotačním principu. Německá strana se vzorně postarala o organizaci mítinku, byl jsem vybaven tiskovými zprávami i abstrakty, ze kterých bylo možno zjistit klíčová témata jednání.*

Dne 19. 5. pronesl prezident prof. dr. Hoppe zahajovací řeč, která byla na německé konzervativní poměry zcela zásadní, a to až tak, že pronikla ještě týž den do médií. Posudte sami obsah a některé souvislosti. Nezní vám ta slova až příliš povědomě?

## Jörg-Dietrich Hoppe:

„**Někdy pravda zabolí**, ale je nutné přesto najít odvahu ji veřejně vyslovit. Víím, že svou řečí prolomuji tabu – a sice tabu, že nebudu hovořit o slibech politiků a o politice vůbec. Dámy a pánové, ale pokud bych nepojmenoval skutečnost, že není dostatek prostředků na péči o pacienty, pokud takovou skutečnost zbagatelizují, tak se nepohneme z místa. Naším úkolem je o takových věcech vážně jednat a dojít k rozumným přerozdělovacím mechanismům. **My, německé lékařky a lékaři, a to chci podtrhnout, nechceme provádět žádnou optimalizaci, žádné omezování medicínských výkonů v denní praxi a v žádném případě nechceme být spoluzodpovědní za toto rozhodování.** Utáhli nám kohoutek a činí nás zodpovědnými za to, že je sucho. Proto jsem toto téma nyní vědomě otevřel. Chci vyprovokovat diskusi, ve které politik musí přiznat barvu, a chci také nastolit diskusi ve společnosti, jak dalece a hlavně kolik je připravená vydávat na zdraví. Nemohu nezpomenout dr. Norbeta Bluma, bývalého ministra sociálních věcí z dob kancléře Helmuta Kohla, který se nechal na billboardech před 20 lety vytapetovat se sloganem: Důchod je jistý. Již tehdy experti říkali, že je to nedodržitelný slib. Veřejnost je však ráda klamána. A kdo dnes, stejně jako tehdy Norbert Blum, říká, že všeobecné

*J.-D. Hoppe, Tomáš Šimlér a viceprezident německé komory Frank Ulrich Montgomery (zleva)*



né zdravotní pojištění má být dostačující, ten vědomě a jednoduše klame. S prostředky, které dnes máme k dispozici, je do budoucna neudržitelné přenášet pokrok v medicíně do praxí a klinik, a už vůbec nestačí „Společnosti dlouhého života“. Tuto diskusi musíme vést již nyní, nikoliv za dalších 20 let. To považuji za prioritu. Mít odvahu říkat otevřeně nepřijemnou pravdu, a to je to, co očekávám také od politiků. Řekněte lidem pravdu, převezměte konečně zodpovědnost a nenechávejte v tom lékaře! Jak vyjít se současnými prostředky, to bude jistě jedna z nejdůležitějších výzev našeho zdravotnictví v příštích letech. Tento proces přehodnocení priorit je běh na dlouhou trať. Proto požadujeme vytvoření komise (rady), ve které budou mít své místo lékaři, odborníci na etiku, právníci, ekonomové, teologové, lidé ze sociální sféry a samozřejmě i zástupci pacientů. Můžeme pomoci radou, doporučením, ale konečné rozhodování leží na politikách. My lékaři jsme odpovědní za konkrétní případy, nikoliv za obecný generel. A tak by to mělo zůstat. Záleží na konkrétním lékaři, jak bude postupovat, ale důvěrný vztah mezi pacientem a lékařem je to nejcennější, co nás řadí mezi svobodná povolání. Důvěra, se kterou pacient k lékaři přistupuje, nesmí být zklamána. Pojem svobodné povolání lékaře nemůže být vázáno na žádnou formu jeho pracovněprávně

ního vztahu (soukromý, zaměstnanec). Je to zásadní podmínka. Široce rozevřená síť péče blízko nemocným se redukuje. Počet nemocnic se má zmenšit asi o 20 %, a to vše ve společnosti s rostoucí imobilitou. V nemocnicích, které z mapy ještě nezmizely, slábne lůžkový fond akutních lůžek. Pomalu ale jistě zmizelo asi 50 000 pracovních míst v pečovatelské sféře. Podle ankety Německého nemocničního institutu (asociace nemocnic) mají asi dvě třetiny klinik velké problémy obsadit lékařská místa. Ve spolkových zemích chybí celkem asi 4000 lékařů v nemocnicích. To jsou jen některé příklady „racionalizace německého zdravotnictví“.

**Dámy a pánové, každý člověk, jedno, jestli s postižením nebo bez něj, má nárok na péči lege artis. V našem zorném úhlu jako lékaře nás musí vždy v první řadě zajímat medicínská problematika pacienta. Nemůžeme dávat primárně důraz na ekonomickou stránku věci. To ať leží na bedrech zvolených politiků.“**

## Péče o handicapované pacienty

Péče lege artis o pacienty s handicapem či více handicapy je zvláště pro Němce historicky citlivé téma, což se odrazilo i v jednání o této problematice. Ve svých vystoupeních se mnozí řečníci vyrovnávali s nacistickou minulostí své země a zmínili

otřesné případy řízené likvidace nevléčitelně nemocných Hitlerovým režimem. Srovnávali to s moderními klinikami, které se orientují na euthanasii. Zajímavou diskusi rozpoutalo vystoupení dvou erudovaných lékařů, kteří se danou problematikou zabývají, specialistů v oborech pediatrie a neurologie, popř. psychiatrie. Polemika se točila kolem kompetencí Hausarztz (rodinný lékař) a specializovaných center SPZ (Social-Paediatisches Zentrum). Bylo konstatováno, že základním pilířem v péči o postižené jedince (tělesně i duševně) je Hausarztz. Debata měla i svůj ekonomický podtext. Bylo zdůrazněno, že takových postižených lidí je v Německu cca 1,3 mil. Jistě ne všichni jsou odkázáni na 24hodinovou pomoc. A právě o těch, kteří takto postižení jsou, byla aktuální debata. Přítomní delegáti kritizovali zejména dlouholetou fixní limitaci finančních prostředků na jednoho těžce postiženého, která činí cca 80 eur/hlavu/měsíc. To je naprosto

nedostačující k zajištění, resp. ke zlepšení podmínek samotného postiženého i jeho rodiny.

### Vzdělávání lékařů

Vzdělávání lékařů dnes hýbe německou lékařskou veřejností. Podobně jako u nás, i němečtí kolegové hledají instrument, jak co neúčinněji zajistit a hlavně kontrolovat kontinuitu celoživotního lékařského vzdělávání v nových podmínkách. Zajímavý je postřeh, že systém následného i celoživotního vzdělávání lékařů si tvoří komora sama a stát jej pozhěňuje. Dosud bylo ve spolkové republice samozřejmé, že se do těchto komorových kompetencí stát nemíchal.

### „Nákaza“ z východu

V neformální debatě s německými kolegy bylo znát, že situaci kolem avizované reformy českého zdravotnictví alespoň marginálně znají a vědí i o našich tahanicích s minulým vedením ministerstva. Byli

sami překvapeni tím, že podobné úvahy o direktivním způsobu řízení rezortu bez komunikace s lékařskou veřejností začínají být podnětné i pro jejich politiky, což dosud bylo nepředstavitelné. Považují to za nebezpečné a vidí v tom negativní přínos ze strany nových zemí EU.

Pochopitelně jsem nemohl nevyužít možnosti neformálně podebatovat s prezidentem prof. dr. Hoppem a viceprezidentem dr. Montgomerym. Oba kromě zdvořilostních pozdravů českým kolegům vyjádřili uznání našemu prezidentovi Milanu Kubkovi za to, co dělá, a zejména jak to dělá. Jeho zkušenosti a taktika, s jakou ČLK pod jeho vedením čelila aroganci předchozího vedení ministerstva, jsou inspirací pro Bundesartztkammer, jak reagovat na změnu politických priorit v nových postkohlovských časech. To je i důkazem toho, že si stále máme co sdělovat a navzájem se od sebe učit.

*Tomáš Šindler, člen představenstva ČLK*



## Okresní komora je především nezáživná úředničina

*Činnost okresního sdružení Vsetín i jeho představenstva se stále více omezuje na běžné administrativní úkony. Jedny z mála, a sice ty formální, které nám státní moc ještě přenechala: vedení registru členů, vybírání členských příspěvků a s ním spojené částečné nebo úplné promíjení členských příspěvků lékařkám na mateřské dovolené, lékařům důchodcům nebo obecně kolegům, kteří se ocitli v těžké životní situaci. Dále je to povolení preskripce pro vlastní potřebu lékařům, kteří neposkytují přímou léčebně preventivní péči, a konečně schvalování diplomů celoživotního vzdělávání a lékařských licencí.*

Nutno dodat, že komorové licence nejsou v současnosti de iure pro provozování samostatné lékařské praxe nutné, stačí souhlas krajského úřadu na základě dosažené atestace. Podobně je tomu s výběrovými řízeními na vstup do sítě smluvních ambulantních zařízení zdravotních pojišťoven, která organizuje Krajský úřad Zlínského kraje. Komora se jich sice pravidelně účastní, ale celá tato agenda má víceméně formální charakter, protože výsledky nejsou pro zdravotní pojišťovny závazné. Příslušnou změnu zákona o veřejném zdravotním pojištění ČLK zatím prosadit nedokázala.

### Komoru lékaři přesto potřebují

Za této situace se logicky nabízí otázka, k čemu je nám lékařům a obecně občanům tohoto státu vlastně komora potřebná? Ústavní soud na podzim zamítl stížnost skupiny senátorů z ODS na povinné členství v ČLK. Ústavní soud jako nejvyšší strážce ústavnosti potvrdil, že úloha profesních komor je v demokratickém státě nezastupitelná. Komory nejsou občanská sdružení. Nevznikají podobně jako svaz rybářů nebo i různé lékařské organizace typu SPL či SAS z vůle jejich členů. Komora vzniká ze zákona poté, co stát deleguje část své moci na samosprávu příslušníků tzv. svobodného povolání. Je historicky prokázáno, že právě stavovská samospráva, opět ze zákona strukturovaná, je nejlepším garantem tvorby zdravotnických standardů a že může být především ku prospěchu všech občanů nejlepším strážcem odborně poskytovaných zdravotnických služeb.

Proto stát logicky požaduje po poskytovatelích těchto služeb povinné členství v lékařské komoře. Protože Ústavní soud ani v budoucnosti nemůže rozhodnout ve věci členství v ČLK jinak, jedinou cestou odpůrců ČLK by mohlo být její úplné zrušení. To by však bylo již i pro širší veřejnost jasným signálem návratu

totalitních praktik. Právě tak totiž postupoval v roce 1950 ministr Plojhar, který svým výnosem lékařskou komoru zlikvidoval.

Proč tolik úsilí vynaloženého proti ČLK? Odpověď je jednoduchá. Pro politiky na všech úrovních je ČLK jenom nepřijemný společník vládnutí, který oponuje jejich nekvalifikovanému rozhodnutí a komplikuje jim jejich často účelové kroky podložené klientelismem tak, jak se to v tomto státě i po 20 letech úředně registrovaného pádu totality obecně praktikuje.

Uvnitř komory existují sice menšinové, ale silné skupiny, které pokud nejsou schopné demokratickými mechanismy prosadit svůj názor, snaží se uspět oklikou prostřednictvím servility a konexí s politiky. Totalita ještě přežívá a dlouho bude přežívat v každém z nás.

### Demokracie, či totalita

Politická situace v našem státě je ale nestabilní, komplikovaná navíc počínající hospodářskou recesí. Je otázka, kam ještě mohou naši politici po manipulacích s justicí a hrozcí izolaci v Evropské unii klesnout. Osobně jsem stále optimistou. Věřím, že v blízké době nespádneme do režimu fašistoidního či komunistického střihu, ale že opět přijde očistná katarze, při které si budeme znovu připomínat, co ta demokracie vlastně znamená. Doufám, že již nedopustíme, aby ČLK zůstala otloukánkem, který nemůže bez potřebných kompetencí plnit úkoly, které jsou od něho očekávány. Má-li ČLK plnit svoji funkci, pak prostě potřebuje mít příslušné kompetence.

Co tento fakt pro členy, ale především pro funkcionáře ČLK znamená? Jednoduše řečeno, musíme být připraveni. Politická reprezentace státu se v posledních dvaceti letech projevila v otázce zdravotnictví naprosto nekompetentně a výsledkem je více škod než užitku. Důkazem budiž například personální krize po stránce kvantitativní, ale především kvalitativní, rozbitý a nefunkční systém postgraduálního vzdělávání lékařů, neexistující personální standardy a především klesající podíl výdajů na zdravotnictví z hrubého domácího produktu. Je pravda, že ve shodě s konstatováním Světové banky jsou výsledky českého zdravotnictví srovnatelné s vyspělými zeměmi a ve srovnání s vynaloženými prostředky neobyčejně efektivní. Je to však jen díky stárnoucí a pomalu dosluhující generaci lékařů, která je zvyklá věnovat se svému poslání i za podprůměrné mzdy. Ale na tyto nedůstojné podmínky není již mladá genera-

ce v podmínkách otevřeného pracovního trhu Evropské unie zvědavá.

### Nesmíme pouze čekat na to, co na nás politici vymyslí

Je chvályhodné, že vedení ČLK připravilo paragrafované znění nového zákona o lékařské komoře, zákona o vzdělávání lékařů, že vypracovalo doporučené personální standardy pro jednotlivé druhy zdravotnických zařízení a nyní probíhají přípravné kroky pro vypracování tezí o fungování českého zdravotnictví obecně. Tudy vede cesta.

### Revoluci zdravotnictví nepotřebuje

Ve shodě s mnohými dalšími funkcionáři se domníváme, že české zdravotnictví nepotřebuje revoluční změny ne nepodobné sociálnímu inženýrství. Je nutné navázat na zavedenou tradici solidárního zdravotnictví a již zavedený systém privátní ambulantní péče.

Je nezbytné posílit financování zdravotnictví. Necelých 7% HDP nemůže již zdaleka stačit, průměr OECD je asi 9%, Německo a Francie vydávají asi 12%, USA 15%. Ve shodě se střeoevropským modelem je nezbytná kulturnější podoba spoluúčasti pacienta, ale je také nezbytné zabránit plýtvání prostředky i ze strany správců zdravotní daně, tj. zdravotních pojišťoven. A učinit přítrž nesmyslným výběrovým řízením, která jsou pro zdravotní pojišťovny nezávazná a jsou vlastně pouze jakousi kourou clonou kryjící různá zákulisní ujednání.

### Jsmo připraveni? Bojím se, že ne

Nezávazná výběrová řízení nemají smysl. Avšak pokud budou jejich výsledky závazné, zástupci komory musí přicházet na taková jednání s jasně vymezeným mandátem, který právě vyplyne z logiky připravované všeobecné koncepce. Musíme učinit naše rozhodovací mechanismy maximálně transparentní a vyhnout se tak nařčením z klientelismu uvnitř komory.

Komora se musí právě nyní, kdy pozbyla téměř všech kompetencí, připravit erudovaným způsobem na předpokládané znovuoobnovení její nezastupitelné úlohy při správě veřejných záležitostí. A to je příležitost pro všechny její členy, aby se v demokratické diskusi na tomto procesu spolupodíleli.

Stanislav Stupavský, předseda OS ČLK Vsetín

# Jsme tu pro vás. Kde nás najdete?

Úřední hodiny kanceláří ČLK pro styk s lékaři a veřejností:  
**Všechny kanceláře OS ČLK** středa 14–17 hod.

**Centrální kanceláře ČLK Praha, Olomouc**

pondělí 9–17 hod.  
 středa 9–17 hod.

**Kanceláře OS ČLK s více než 700 členy**

pondělí 13–17 hod.  
 středa 13–17 hod.

*(představenstvo OS ČLK může rozhodnout o přesunu úředních hodin z pondělí na jiný pracovní den)*

**Tento minimální rozsah úředních hodin je závazný podle stavovských předpisů ČLK.**

**Informace o širším rozsahu úředních hodin získáte přímo v kanceláři svého OS ČLK.**

OS ČLK	předseda OS	kontaktní osoba	ulice	PSČ	telefon	mobil	e-mail
Benešov	MUDr. Roman Mrva	Eva Šimáková	Máchova 400	256 30	317 728 929, 317 756 365	604 640 615	benesov@clkcr.cz
Beroun	MUDr. Toman Horáček	Jana Hubená	Česká 49	266 01	311 611 320		beroun@clkcr.cz
Blansko	MUDr. Jan Machač	Alena Ertlová	Otakara Kubína 179, Bloskovice	680 01	516 491 741	777 800 358	blansko@clkcr.cz
Brno-město	MUDr. Jiří Mach	Lenka Pivoňková, Martina Hansová	Příkop 4	602 00	545 176 177-8	Pivoňková 606 842 830	brnomesto@clkcr.cz
Brno-venkov	MUDr. Josef Fiala	Lenka Pivoňková, Martina Hansová	Příkop 4	602 00	545 176 177-8	Hansová 721 824 135	brnovenkov@clkcr.cz
Bruntál	MUDr. Ladislav Václavec	Anna Niesserová	I. P. Pavlova 9, Krnov 1	794 01	554 690 111	602 250 900	bruntal@clkcr.cz
Břeclav	MUDr. Radovan Volejnůček	Petra Jandová	U Nemocnice 1	690 02	519 315 428, 518 340 597		breclav@clkcr.cz
Česká Lípa	MUDr. Jiří Klement	Eva Svobodová	Purkyňova 1849	470 77	487 825 168	724 752 486, 605 705 258	ceskalipa@clkcr.cz
České Budějovice	MUDr. Ota Mach	Eva Bícová	Senovážné nám. 2	370 21	387 313 189	774 441 199	ceskebudejovice@clkcr.cz
Český Krumlov	MUDr. Jiří Kuchař	Miroslava Babidoričová	Nad Nemocnicí 424	381 27	380 761 390	607 220 565	ceskykrumlov@clkcr.cz
Děčín	MUDr. Alena Sellnerová	Zuzana Hamerníková	Teplická 371/72, Děčín IV.	405 02	412 531 297	607 246 323	decin@clkcr.cz
Domažlice	MUDr. Jan Pilmann	Jitka Kurcová	Školní 111	344 01	379 726 421-2	723 827 942	domazlice@clkcr.cz
Frýdek-Místek	MUDr. Vladimír Hořava	Marie Ledvoňová	El. Krásnohorské 321	738 01	558 624 827	608 155 997	frydek-mstek@clkcr.cz
Havlíčkův Brod	MUDr. Josef Bureš	Ing. Richard Tesař	Husova 2624	580 01	569 472 485	604 296 565	havlickubrod@clkcr.cz
Hodonín	MUDr. Jan Smetka	Petra Jandová	Masarykovo nám. 13	695 01	518 340 597		hodonin@clkcr.cz
Hradec Králové	Doc. MUDr. Václav Dostál	Jaroslava Široká	Hradecká 1172	500 05	495 833 924	602 952 352	hradeckralove@clkcr.cz
Cheb	MUDr. Pavel Štál	Hana Kulová	Mánesova 11	350 02	354 430 413	777 175 248	cheb@clkcr.cz
Chomutov	MUDr. Jan Valenta	Milena Havránková	Kochova 1185	430 12	474 688 285	604 313 225	chomutov@clkcr.cz
Chrudim	MUDr. Milan Ševčík	Věra Zaňková	Palackého 191	537 01		731 105 427	chrudim@clkcr.cz
Jablonec nad Nisou	MUDr. Ivana Vraná	Ing. Tatiana Kleknerová	Liberecká 15	466 01	483 711 816	775 573 757	jablonec@clkcr.cz
Jeseník	MUDr. Jaroslav Novotný	Zdeňka Pretschová	Lipovská 95/23	790 01	584 413 860	737 728 081	jesenik@clkcr.cz
Jičín	MUDr. Petr Kašpar	Jiřina Jarešová	Bolzánova 512	506 01	493 534 684	604 761 655	jicin@clkcr.cz
Jihlava	MUDr. Miroslav Pětivlas	Helena Pěšková	Seifertova 43	586 01	567 300 310	604 608 389	jihlava@clkcr.cz
Jindřichův Hradec	MUDr. Lubor Kinšt	Jaroslava Havlíčková	U Nemocnice 380/III.	377 38	384 376 271		jindrichuvhradec@clkcr.cz
Karlovy Vary	MUDr. Karel Moravec	Klára Mrázová	nám. Dr. Horákové 8	360 01	353 233 811	777 251 414	karlovyvary@clkcr.cz
Karviná	MUDr. Ivo Němeček	Věra Březová	Poštovní 4	733 01	596 311 671	602 727 329	karvina@clkcr.cz
Kladno	MUDr. Vladimír Čuba	Jitka Štiková	Vančurova 1548	272 59	312 606 355		kladno@clkcr.cz
Klatovy	MUDr. Miloš Chroust	Jana Podhůrská	Pod Vrškem 500, Klatovy 2	339 01	376 335 355	720 366 756	klatovy@clkcr.cz
Kolín	MUDr. Petr Chudomel	Věra Chejnová	Žižkova 146, Kolín 3	280 02	321 756 509		kolin@clkcr.cz
Kroměříž	MUDr. Jaroslav Novák	Marie Vondrušková	Havlíčková 660	767 01	573 322 334		kromeriz@clkcr.cz
Kutná Hora	MUDr. Jiří Balý	Ing. Hana Volencová	Vojtěšská 237	284 01	327 503 475	723 400 636	kutnahora@clkcr.cz
Liberec	MUDr. Hana Vejvarová	Petra Alaxová	Rumjancevova 8/335	460 01	485 113 164		liberec@clkcr.cz
Litoměřice	MUDr. Vladislav Procházka	Barbora Lukšíková	U Trati 3	412 01	416 735 623 i fax		litomerice@clkcr.cz
Louny	MUDr. Milan Králíček	Anna Kodlová	P. O. BOX 16	438 01	414 110 689		louny@clkcr.cz
Mělník	MUDr. Ladislav Peychl	Kateřina Burdová	Pražská 528	276 01	315 623 140	775 122 133	melnik@clkcr.cz
Mladá Boleslav	MUDr. Lenka Kadlecová	Jana Ponocná	Václava Klementa 1229	293 01	326 721 422	737 252 619	mladaboleslav@clkcr.cz
Most	MUDr. Zdeněk Bergl	Lenka Konečná	J. E. Purkyně 270	434 64	476 172 016	736 111 466	most@clkcr.cz
Náchod	MUDr. Jan Vodochodský	Anna Bortová	Purkyňova 446	547 01	491 424 955	606 943 778	nachod@clkcr.cz





OS ČLK	předseda OS	kontaktní osoba	ulice	PSČ	telefon	mobil	e-mail
Nový Jičín	MUDr. Jakub Fejfar	Irena Jašíková	K Nemocnici 76-78	741 11	556 773 264	604 310 473	novyjiicin@clkcr.cz
Nymburk	MUDr. Aleš Toman	Marie Podoláková	Boleslavská 425	288 02	325 505 209	721 311 365	nymburk@clkcr.cz
Olomouc	MUDr. Jaroslav Imrych	Božena Chlubnová	Wellnerova 3a	779 00	585 225 813	604 209 551	olomouc@clkcr.cz
Opava	MUDr. Richard Lenert	Světlana Pastorová	Olomoucká 88	746 01	553 718 526	604 525 470	opava@clkcr.cz
Ostrava	MUDr. Dalibor Svrčina	Hana Cinerová	Sokolská 81	702 00	596 139 057	606 726 273	ostrava@clkcr.cz
Pardubice	MUDr. Karel Štastný	Danuše Mejzlíková	Kyjevská 44	532 03	466 011 125	602 185 595	pardubice@clkcr.cz
Pelhřimov	MUDr. Hynek Poula	Jana Horáková	Slovanského bratrství 710	393 01	565 355 104	731 619 104	pelhrimov@clkcr.cz
Písek	MUDr. Jiří Holan	Eva Horváthová	Karla Čapka 589	397 23	382 213 184	723 542 649	pisek@clkcr.cz
Plzeň-jih	MUDr. Jakub Tocháček	Věnceslava Bradová	Hradecká 600	333 01	377 193 647	603 957 235	plzenjih@clkcr.cz
Plzeň-město	MUDr. Jindřich Šebor	Dana Vavračová	Denisovo nábřeží 4	301 00	377 237 724	606 576 398	plzenmesto@clkcr.cz
Plzeň-sever	MUDr. Michael Dimitrov	Jana Procházková	Dlouhá 30	312 00	377 451 569	777 266 117	plzensever@clkcr.cz
Praha 1	MUDr. Jan Švejda	Lea Bodišová	Palackého 5	110 00	224 948 789	723 907 997	praha1@clkcr.cz
Praha 2	MUDr. Eduard Cmunt, CSc.	Markéta Tesařová	Karlovo nám. 40	128 00	224 963 427	605 835 163	praha2@clkcr.cz
Praha 3	MUDr. Ladislav Knajfl	Božena Petráčková	Cimburkova 31	130 00		721 727 732	praha3@clkcr.cz
Praha 4	MUDr. Pavel Bočan, CSc.	Jana Paulíčková	Antala Staška 80	140 46	261 261 709	605 253 947	praha4@clkcr.cz
Praha 5	MUDr. Rudolf Černý, CSc.	Milena Šmilauerová, Pavčina Staňková	Tůmova 10	150 00	257 215 951	603 826 757	praha5@clkcr.cz
Praha 6	MUDr. Ivan Jeřábek	Zdena Fiamová	U Vojenské nemocnice 1200	160 00	233 330 735		praha6@clkcr.cz
Praha 7	MUDr. Iva Švorčíková	Ivana Jandová	Dělnická 54	170 00	283 870 632		praha7@clkcr.cz
Praha 8	MUDr. Eva Hledíková	Jana Slezáková	Budínova 2	180 00	266 083 015, 283 840 047		praha8@clkcr.cz
Praha 9	MUDr. Jan Kaufman	Iva Nováková	Drahobejlova 52	190 00	266 317 359	606 945 701	praha9@clkcr.cz
Praha 10	MUDr. Zdeňka Poláková	Dagmar Machová Theodora Čáslavská	Ruská 87	100 00	267 163 153	725 543 662	praha10@clkcr.cz
Praha-východ	MUDr. Alexandr Kučera	Yveta Červená	Smičických 315, Nemocnice Říčany	251 01	323 632 521	606 572 519	prahavychod@clkcr.cz
Praha-západ	MUDr. Oto Markovič	Mgr. Michal Říha	Hlavní 190, Třebotov	252 26	257 930 012	777 137 620	prahazapad@clkcr.cz
Prachatice	MUDr. Helena Sternová	Eva Bícová	Senovážné nám. 2, České Budějovice	370 21	387 313 189	774 441 199	prachatice@clkcr.cz
Prostějov	MUDr. Bohuslav Machaň	Hana Jugasová	Mathonova 1	797 04	582 315 902	737 543 935	prostejov@clkcr.cz
Přerov	MUDr. Marie Skopalová	Eva Čecháková	Dvořákova 75	750 02	581 204 431	737 303 300	prerov@clkcr.cz
Příbram	MUDr. Jan Bürger	Marie Houdková	Podbrdská 269, P. O.Box 16	261 95	318 654 122	607 579 678	pribram@clkcr.cz
Rakovník	MUDr. Jana Berková		Dukelských hrdinů 200	269 29	313 525 415		rakovnik@clkcr.cz
Rokycany	MUDr. Pavel Novák	Milena Beranová	Voldušská 750	337 01	371 762 487		rokycany@clkcr.cz
Rychnov nad Kněžnou	MUDr. Miroslav Végso	Miroslava Bečíčková	Jiráskova 506	516 01	494 323 166	739 659 066	rychnovnadkneznou@clkcr.cz
Semily	MUDr. Uršula Severová	Iva Flanderková	28. října 1000	511 16	481 446 691		semily@clkcr.cz
Sokolov	MUDr. Luboš Vaněk	Jaroslava Štěpánková	Slovenská 35/545	356 01	359 883 399		sokolov@clkcr.cz
Strakonice	MUDr. Jaroslav Mareš	Renata Kovářová	Radomyšlská 336	386 01	383 324 541, 383 314 441		strakonice@clkcr.cz
Svitavy	MUDr. Jaroslav Malý	Jaroslava Veselá	U Nemocnice 4	568 02	461 532 587	732 943 447	svitavy@clkcr.cz
Šumperk	MUDr. Antonín Kutálek	Ing. Dana Mečiaková	M. R. Štefánika 20	787 01	583 214 817	733 175 403	sumperk@clkcr.cz
Tábor	MUDr. Miroslav Smažík	Irena Cílková	Kpt. Jaroše 2000	390 03	381 231 067	606 458 720	tabor@clkcr.cz
Tachov	MUDr. Ondřej Klicman	Jindra Cholenská	Přimdská 501, Bor	348 02	374 789 111	736 180 730	tachov@clkcr.cz
Teplice	MUDr. Hana Pácaltová	Alice Pechová	Školní 349/2	415 01	417 539 942	602 235 420	teplice@clkcr.cz
Trutnov	MUDr. Richard Ferkl	Vladimíra Kotasová	M. Gorkého 77	541 21	499 866 239	605 012 768	trutnov@clkcr.cz
Třebíč	MUDr. Ivo Vermousek	Bc. Simona Kafoňková	Vltavínská 1289	674 01	568 808 316		trebic@clkcr.cz
Uherské Hradiště	MUDr. Jan Pištěk	Karla Marková	J. E. Purkyně 365	686 01	572 529 350	773 450 430	uherskehradiste@clkcr.cz
Ústí nad Labem	MUDr. Josef Liehne	Pavla Bártová	Sociální péče 12A	401 13	472 777 899	602 573 020	ustinadlabem@clkcr.cz
Ústí nad Orlicí	MUDr. Josef Hájek	Zdena Moravcová	Čs. armády 1076	562 18	465 524 264	777 555 814	ustinadorlici@clkcr.cz
Vsetín	MUDr. Stanislav Stupavský	Ivana Salitřníková	Dolní náměstí 1356	755 01	571 416 185		vsetin@clkcr.cz
Vyškov	MUDr. Stanislav Boček	Radmila Konopková	Purkyňova 36	682 01	517 315 677	777 805 279	vyskov@clkcr.cz
Zlín	MUDr. Lubomír Nečas	Anna Rašková	Antonínova 4464	760 01	577 522 886	737 367 909	zlin@clkcr.cz
Znojmo	MUDr. Zdeněk Monhart	Hana Kašparová	Dr. Janského 11, Nemocnice Znojmo	669 02	515 215 569		znojmo@clkcr.cz
Žďár nad Sázavou	MUDr. Jaroslav Lukášek	Jitka Šaclová	Žďárská 610, Nové Město na Moravě	592 31	566 801 601	724 970 508	zdarnadsazavou@clkcr.cz







## Vzpomínka na pana doktora Dočekala

Zpráva o úmrtí pana doktora Dočekala mne zarmoutila. MUDr. Jaroslav Dočekal (12. 4. 1929 až 26. 3. 2009) se narodil v Praze, kde vystudoval fakultu dětského lékařství. Od roku 1957 pracoval v dětské ordinaci v Kaplici, která se po dalších třicet let stala jeho domovem. Působil zde spolu se svou manželkou, také dětskou lékařkou. Zasloužil se o přestěhování dětské ordinace do nových prostor. Pro svou práci žil, byla pro něj posláním. Děťští pacienti ho milovali, byl k nim vždy laskavý. Vzpomínám na něj i jako na výborného kolegu, byl velmi oblíbený též sestrami v ordinaci. V letech 1962–1972 působil jako dětský lékař v Tunisu a posléze byl jeden rok v Kambodži. O svých pracovních zkušenostech a zážitcích z exotických zemí dovedl velmi poutavě vyprávět. Jeho učitelem, životním vzorem a později přítelem byl profesor Josef Švejcar. S panem doktorem Dočekalem jsem pracovala více než deset let, na ta léta vzpomínám velmi ráda. Byl pečlivý, důsledný a obdivovala jsem, jak lehce si dovedl poradit s horami tiskopisů pro pojišťovny, lázně a dalšími. V tom se pro mne stal vzorem.

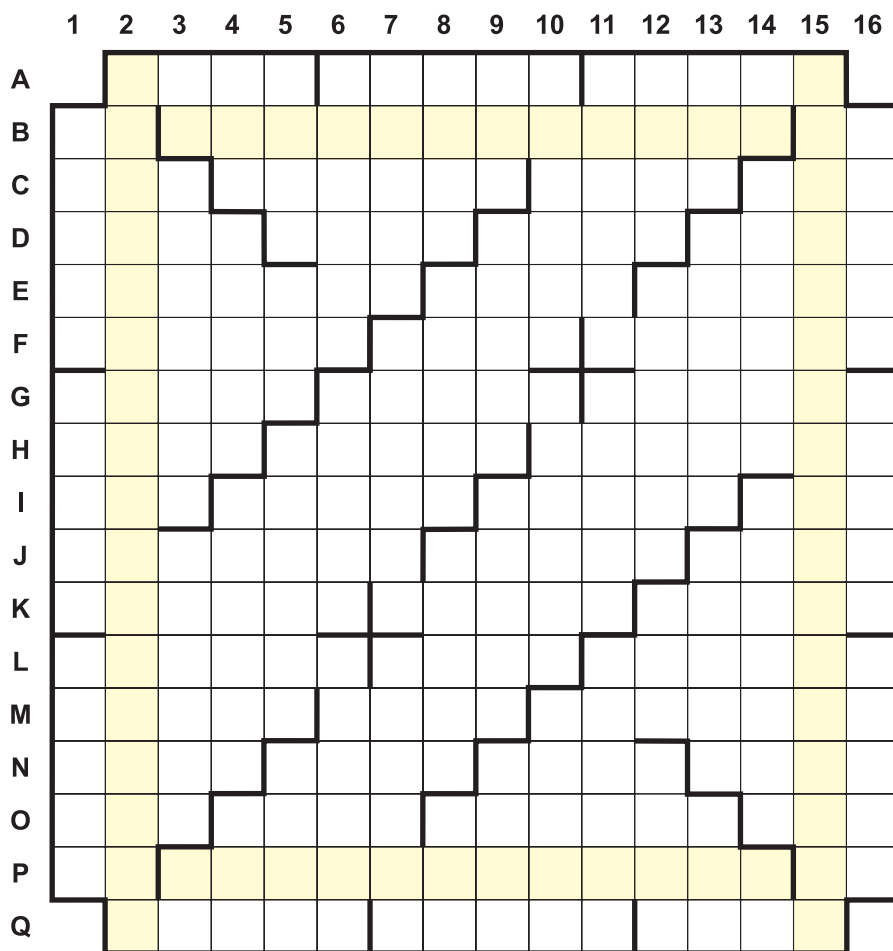
Pan doktor Dočekal skončil v Kaplici v prosinci 1987, občas zavolal a ptal se na své bývalé pacienty. Také při setkáních na seminářích ho vždy zajímalo, co nového se děje. Kapličtí na pana doktora i po letech ještě vzpomínají. V našich myslích bude stále. Čest jeho památce.

Jménem dětských lékařů okresu Český Krumlov

Stanislava Holubová



## Křížovka o ceny



*Na patologii...* (dokončení citátu Arthura Haileého se skrývá v tajence).

**VODOROVNĚ:** **A.** Jméno šachisty Flohra; svah (nářečně); město na Mělnicku. - **B.** Tihle; **3. díl tajenky**; iniciály malíře Picassa. - **C.** Ozvěna; ženské jméno; mohutný asijský strom; čajová růže. - **D.** Slovenský džezový zpěvák; řeka tekoucí Jabloncem; borovice; sídlo v Mauritánii. - **E.** Usnění (řídce); služební pořadí; oškubat. - **F.** Řemeslná dovednost; tečky; ctižádost. - **G.** Základní směr vývoje; nešika; zkrátka. - **H.** Ruský „hra“; ochucovat solí; slovensky „béloba“. - **I.** Představy ve spánku; zpráchnivět; pracovní skupiny; nejlepší přítel člověka. - **J.** Malý karabáč (nářečně); mohutné; domácí zvíře. - **K.** Organické rozpouštědlo; britské délkové míry; zimní sport. - **L.** Světadíl; velké pytle; šikmost. - **M.** Kočky; ruská řeka; hudební těleso. - **N.** Rybí pochoutka; drobné; západočeské město; poledníková značka. - **O.** Španělská řeka; holenku; vlnout deštěm; na to místo. - **P.** Citoslovce radosti; **4. díl tajenky**; iniciály bývalé manželky Bolka Polívky. - **Q.** Jméno zpěváka Presleyho; kontura; druh jelena.

**SVISLE:** **1.** Chemický prvek; fena (zastarale); city. - **2. 1. díl tajenky.** - **3.** Jakmile; péče (slovensky); určité seskupení tří karet (slangově); SPZ vozidel Zlína. - **4.** Obruba látky; jméno herečky Mandlové; záliv; okrasný pták. - **5.** Hájová bylina; Asiat; horní části místností; poloopice. - **6.** Vyznavač islámu; kaprovitá ryba; jižní ovoce. - **7.** Někdo; pakety; ocel. - **8.** Klíny; dělat (oblastně); obyvatel jihovýchodní Číny; iniciály amerického generála Bradleyho. - **9.** SPZ Ostravy; rozdrčené částičky (zastarale); pružinky; příměří. - **10.** Zlomky; hlavní sklady tabákových výrobků; edémy. - **11.** Sladkovodní rybka; zápalky; šafrán. - **12.** Semknuté řady vojáků; obroušené; chlapec; český tenista. - **13.** Pramátí lidstva; výčnělky; šikmo (řídce); čtvrt tuctu. - **14.** Řecké písmeno; přísada při tavení; posekat; název značky litru. - **15. 2. díl tajenky.** - **16.** Smuteční oznámení; obyvatel Keni; tulák.

**Pomůcka:** abaldy, Cua, Harr, milu, ONB, tista, Vaové.

V Tempus medicorum 5/2009 jsme hledali výrok z díla G. B. Shawa *Živnost paní Warrenové*: **Většina myslitelů se shoduje v tom, že polovina nemocí naší moderní civilizace pochází z nedostatku lásky v dětství.** Knihu *Kateřina Neumannová: Moje tři zlata* autorské dvojice Václav Cibula, Michaela Drobná získává deset úspěšných luštitelů, které jsme vylosovali: **Jaromír Hampl**, Praha 10; **Kateřina Hrbková**, Šternberk; **Bernard Chrudimský**, Karlovy Vary-Doubí; **Vladimír Jouda**, Rokycany; **Lenka Kroupová**, Hroznová Lhota; **Jitka Michalíková**, Tanvald; **Vlastimil Šmíd**, Havlíčkův Brod; **Zdeněk Taufman**, Brno; **Jaroslava Urbanová**, Praha 6; **Marie Zemanová**, Plzeň.

Na správné řešení tajenky z čísla 6/2009 čekáme na adrese [recepce@clkcr.cz](mailto:recepce@clkcr.cz) do **1. srpna 2009**.  
Hodně štěstí!

### Obsah

Venofarmaka.....	1	Hodnocení možného vztahu abakaviru k riziku infarktu myokardu – aktualizace .....	4
------------------	---	---	---

### VENOFARMAKA

Název venofarmaka je jedním z celé řady označení používaných pro skupinu preparátů určených k léčbě projevů chronických žilních onemocnění. Vedle toho se můžeme setkat s názvy jako venotonika, flebotropní látky, venoaktivní substance, protiedémové léky aj. Do klinické praxe byly zavedeny v 60. a 70. letech minulého století a velmi rychle se rozšířily. Jejich spotřeba rostla takovým tempem, že zdravotní pojišťovny začaly usilovat o jejich převedení do nehrazené péče. Ze socioekonomických studií ve Francii<sup>1/</sup> je např. známo, že úhrada venofarmak si vyžádala přibližně 4 % celkových nákladů a situace v ostatních evropských zemích je podobná. Část diskusí a otázek týkajících se léčebného významu venofarmak je jistě těmito skutečnostmi podložena.

Je třeba si uvědomit, že pro uplatnění farmakoterapie chronických žilních onemocnění byly a stále jsou velmi příznivé podmínky. Především je to vysoký počet pacientů v populaci – přibližně 20-30 % dospělých osob má větší či menší potíže způsobené chronickým žilním onemocněním dolních končetin. Dále je to zřetelný sklon k progresi postižení v závislosti na věku a délce trvání onemocnění, stejně tak jako významná tendence k jejich rekurenci. Možnosti chirurgické léčby nejsou u řady situací vypracovány a pokud ano, nejsou kapacitně pokryté. Kompresní léčba pomocí zdravotních punčoch je v jižních oblastech špatně tolerována a podobně je tomu v letním období i v severněji umístěných zemích. Rozdíly mezi některými státy v oblíbenosti a preskripci venofarmak jsou jejich geografickou polohou a klimatickými podmínkami zřetelně ovlivněny.

Venofarmaka představují různorodou skupinu přípravků, obsahující jednak rostlinné extrakty nebo jejich semisyntetické deriváty, jednak čistě syntetické látky. Obsahují buď substanci jedné třídy nebo více složek z různých skupin, a podle toho jsou rozlišována na jednosložková nebo vícesložková léčiva.

**Tabulka 1. Klasifikace venofarmak (upraveno podle<sup>2/</sup>)**

1. alfa-benzopyrony	kumarin
2. flavonoidy (gama-benzopyrony)	diosmin mikronizovaná flavonoidní frakce rutin rutosidy
3. saponiny	escin Ruscus extr.
4. rostlinné extrakty	antocyany proantocyanidiny Ginkgo biloba Quercetin glukuronid
5. syntetické látky	kalcium-dobesylát benzaron naftazon tribenosid

#### Mechanismus účinku

I když jde o přípravky různého složení, jejich deklarovaný efekt i mechanismus působení je podobný a zasahuje na různé úrovni do pochodů patogeneze chronické žilní insuficience. V oblasti žil se uvádí obvykle zvýšení žilního tonu, které se projeví poklesem distensibility cévní stěny. Množství efektů je uváděno na úrovni mikrocirkulace – ovlivnění aktivace a adhesivity leukocytů, snížení produkce mediátorů zánětu, snížení zvýšené kapilární permeability, snížení kapilární fragility, viskozity krve a ovlivnění deformability erytrocytů, zvýšení parciálního tlaku kyslíku v kůži dolních končetin, ochrana endotelu před stázou, prevence zánětlivých změn<sup>3/</sup>. Hlavním klinickým účinkem je antiedematózní působení. U části preparátů lze počítat i s ovlivněním lymfatické drenáže.

#### Složení preparátů

Jak je uvedeno v tab. 1, preparáty jsou podle své struktury obvykle tříděny do pěti skupin, tvořených: 1) alfa-benzopyrony, 2) flavonoidy, 3) saponiny, 4) rostlinnými extrakty a 5) syntetickými látkami. Přípravky zastoupené na našem trhu jsou uvedeny v tab. 2.

#### Ad 1) Alfa-benzopyrony

Do této skupiny patří *kumarin*, který je používán samotný nebo v kombinacích s jinými venoaktivními látkami. U nás není zastoupen žádným preparátem a také v jiných zemích je omezeně používán pro potenciální závažné nežádoucí účinky (jaterní léze).

#### Ad 2) Flavonoidy

Chemickým označením gama-benzopyrony, jsou zastoupeny několika látkami – diosminem, rutinem, rutosidy, hesperidinem, flavany, pycnogenolem a dalšími.

*Diosmin*. Diosmin je chemickým názvem 3',5,7-trihydroxy-4'-methoxyflavon-7-mannoglukosid a je jednou z často používaných látek.

*Mikronizovaná purifikovaná flavonoidní frakce*. Jde o kombinovaný přípravek obsahující 90 % diosminu a 10 % jiných flavonoidů, převážně hesperidinu. Jeho efekt se odehrává zvýšením žilního tonu<sup>4/</sup>, snížením zvýšené kapilární permeability<sup>5/</sup>, zvýšením snížené kapilární resistance<sup>6/</sup> a zvýšením lymfatického toku<sup>7/</sup>. Účinek diosminu je významně zesílen procesem mikronizace jeho částic, která vede k lepší absorpci substance v gastrointestinálním traktu<sup>8/</sup>. Experimentálně bylo prokázáno, že mikronizovaný diosmin má protizánětlivé účinky, které mohou být využitelné k prevenci poškození žilních chlopní u chronické žilní insuficience.

Účinek přípravku na projevy chronické žilní insuficience je doložen v celé řadě klinických studií. Nejzajímavější jsou však nálezy ukazující jeho efektivitu i u pacientů v nejpokročilejších stádiích chronické žilní insuficience, s bércovými

Tabulka 2. Venofarmaka na trhu v ČR

Název	Složení	Obvyklé denní dávkování
AESCIN-TEVA, por.tbl.flm.	escin 20 mg	3 x 1 tbl.
ANAVENOL, por.tbl.obd.	rutosid 30 mg + DH-ergokristin 0,5 mg + eskulin 1,5 mg	3 x 1 drg.
ANTISTAX, por.cps.dur.	extr. folii Vitis viniferae 180 mg	1 x 2 cps.
ASCORUTIN, por.tbl.flm.	rutosid 20 mg + kys. askorbová 100 mg	3 x 1 tbl.
CILKANOL, por.cps.dur.	troxerutin 300 mg	3 x 1 cps.
CYCLO 3 FORT, por.cps.dur.	ruscus extr. 150 mg + hesperidin 150 mg + kys. askorbová 100 mg	2 x 1 cps.
DANIUM, tbl.	kalcium-dobesylát 250 mg	1-2 x 1 tbl.
DETRALEX, por.tbl.flm.	diosmin 450 mg + hesperidin 50 mg	1 x 2 tbl.
DOBICA, por.cps.dur.	kalcium-dobesylát 250 mg	2-3 x 1 cps
DOXIUM 500, por.cps.dur.	kalcium-dobesylát 500 mg	1-2 x 1 cps.
GINKOR FORT, por.cps.dur.	ginkgo extr. 14 mg + heptaminol 300 mg + troxerutin 300 mg	2 x 1 cps.
GLYVENOL 400, cps.	tribenosid 400 mg	2 x 1 cps.
REPARIL–DRAGÉES, por.tbl.obd.	escin 20 mg	3 x 1 drg.
VENORUTON 300, por.cps.dur.	oxerutin 300 mg	3 x 1 cps.
VENORUTON FORTE, por.tbl.nob.	oxerutin 500 mg	2 x 1 tbl.
YELLON, cps.	escin 20 mg	3 x 1 drg.

vředy. Meta-analýza pěti prospektivních randomizovaných kontrolovaných klinických studií, zahrnujících více než 700 pacientů s ulcusy, ukázala rychlejší průběh hojení, pokud kromě obvyklé lokální léčby užívali pacienti perorálně toto venofarmakum. Jde zatím o jedinou látku s prokázanou účinností v této indikaci<sup>9</sup>.

*Hydroxyetylrutosidy.* Další, více než 30 let používané substance jsou odvozené od přírodního rutinu, z něhož vznikají hydroxyetylaci, při níž dojde k navázání různého počtu (1-4) hydroxyetylových skupin. V přípravcích se vyskytují většinou jako směs rutosidů, často jsou obsaženy i v kombinaci s jinými vazodilatorními látkami. Mechanismus účinku spočívá v ovlivnění zvýšené kapilární permeability, antiagregačním, antiedematózním a antioxidantním působením, dokumentovaným ve značném počtu klinických studií. Antiedematózní efekt přípravků obsahujících rutosidy ve srovnání s placebem bylo možné prokázat jednak pomocí pletysmografie, jednak měřením elektrické vodivosti v podkoží<sup>10</sup>.

### Ad 3) Saponiny

Zařazeny jsou dvě hlavní látky – escin a extrakt z *Ruscus aculeatus*. *Escin.* Jde o směs saponinů získaných extrakcí z koňských kaštanů, které patří k nejstarším prostředkům farmakoterapie žilních onemocnění. Výsledky klinických studií účinku escinu nejsou jednotné a jeho klinický význam není jasný.

*Ruscus aculeatus.* Extrakt z rostliny tvoří směs, která není přesně definovaná a obsahuje ruskogenin, saponiny a flavonoidy. Zjištěné efekty těchto složek opět spočívají v ovlivnění žilního tonu a v antiedematózním působení.

### Ad 4) Jiné rostlinné extrakty

*Proantocyanidiny.* Jde o substance získávané ze zrnek hroznů, listů červeného vína, kůry pinie, z borůvek. Mechanismus účinku je spojován s jejich vazbou na mukopolysacharidy žil-

ní stěny, se snížením kapilární propustnosti a zvýšením odolnosti žilní stěny.

*Ginkgo biloba.* Výtažky z ginkgo biloba (jinan dvoulaločný), obsahující terpeny a flavonoidy, představují hlavní substanci řazenou do této skupiny. Farmakologické vlastnosti jsou oproti flavonoidům obohaceny o antiagregační působení a ovlivnění viskozity krve. Na našem trhu je extrakt z ginkgo obsažen v přípravku v kombinaci s heptaminolem a troxerutinem.

### Ad 5) Syntetické látky

Do této skupiny jsou řazeny přípravky obsahující kalcium-dobesylát, tribenosid, které jsou u nás na trhu, a dále benzaron a naftazon, které nejsou u nás zastoupeny.

*Kalcium-dobesylát.* Chemickým názvem jde o kalcium-2,5-dihydroxybenzen-sulfonát. Po perorálním podání se látka dobře vstřebává ze zažívacího traktu a maximální koncentrace je dosahováno cca za 6 hodin po aplikaci. Hlavní farmakologické vlastnosti spočívají ve snížení kapilární permeability, snížení krevní viskozity, zlepšení lymfatické drenáže. K dispozici jsou kontrolované klinické studie prokazující antiedematózní působení této látky<sup>11</sup>.

*Tribenosid.* Tribenosid je derivát glukosy v podobě etyl-3, 5, 6-tri-O-benzyl-D-glukofuranosidu. Podobně jako u ostatních venoaktivních látek po něm dochází k ovlivnění zvýšené kapilární propustnosti, kromě toho látka má i určité protizánětlivé vlastnosti.

### Lokálně aplikovatelné přípravky

Některé z výše uvedených látek existují i ve formě určené pro lokální aplikaci. Týká se to např. escinu, rutosidů, kalcium-dobesylátu. Klinický význam lokální aplikace venofarmak není jasný a spíše se pohybuje v rovině subjektivních pocitů. Deklarované antiedematózní působení na dolních končetinách je u lokálních přípravků ještě obtížněji prokazatelné, než při perorální aplikaci.

### Evidence léčebného účinku venofarmak

Řada přípravků ze skupiny venofarmak byla uvedena do praxe před 30-40 lety a tehdy používané klinické hodnocení léčivých přípravků již neodpovídá současným požadavkům. Většina klinických studií, a to i současných, byla zaměřena především na hodnocení subjektivních příznaků žilních onemocnění. I když nejzávažnějším projevem chronické žilní insuficience je bérkový vřed, kritéria průběhu hojení ulcusů nebyla většinou do klinického testování zahrnována. Výjimku představuje přípravek obsahující mikronizovanou purifikovanou flavonoidní frakci, v jehož případě je na základě meta-analýzy několika kontrolovaných klinických studií evidence o rychlejším průběhu hojení bérkových vředů.

Otázka současné úrovně důkazů o účinnosti jednotlivých přípravků byla posuzována v několika nedávno publikovaných přehledech a konsensech zpracovaných mezinárodními skupinami odborníků<sup>12,13,14,15/</sup>. V analýze 83 klinických studií hodnotících efekt venofarmak byly jednotlivé práce zařazeny do tří úrovněvých kategorií<sup>15/</sup>. Za nejvyšší úroveň evidence (A) byly považovány výsledky randomizovaných kontrolovaných studií velkého rozsahu. Jako úroveň B byly řazeny randomizované kontrolované studie malého rozsahu nebo ojedinelé klinické studie, a jako stupeň C byly hodnoceny nerandomizované nebo nedostatečné studie. Jak vyplývá z tab. 3, nejlepší postavení v tomto hodnocení zaujímají kalcium-dobesylát, mikronizovaná flavonoidní frakce a hydroxyetylrutosidy. Z odborného hlediska by při preskripci měla být těmto látkám dáována přednost. Vzhledem k chybějícím studiím se řada přípravků, které jsou u nás v distribuci, nachází mimo uvedenou klasifikaci.

**Tabulka 3. Klasifikace venofarmak podle stupně důkazu účinku (15)**

Stupeň A –	kalcium-dobesylát, mikronizovaná purifikovaná flavonoidní frakce, hydroxyetylrutosidy
Stupeň B –	escin, Ruscus extr.
Stupeň C –	troxerutin, Ginkgo biloba

Analýza preskripcí u nás ukázala<sup>16/</sup>, že přípravky z kategorie A byly předepsány v množství představujícím přibližně jen 10 %, v protikladu k tomu více než 50 % předepsaných preparátů obsahovalo látky bez jasné evidence účinku.

### Indikace venofarmak

Hlavní skupiny pacientů, kteří mohou profitovat z podávání venofarmak, jsou uvedeny v tab. 4. Především jde o symptomatické pacienty s chronickou žilní insuficiencí na podkladě primárních varixů nebo posttrombotického syndromu. Ze subjektivních potíží se jedná o ovlivnění pocitů tíhy, bolestí, svědění, nočních křečí, pocitu neklidných nohou, otoků aj.

Pozitivně mohou venofarmaka ovlivnit průběh pooperačního období u pacientů s varixy včetně zkrácení doby rekonvalescence. K redukci premenstruálních potíží, které bývají často spojeny s předepsáním hormonální antikoncepce, může být použito intermitentního podávání venofarmaka souběžně s hormonálním přípravkem od 10. do 28. dne cyklu.

U asymptomatických pacientů není důvod k předepisování venofarmak a také u symptomatických osob není indikováno jejich trvalé podávání. Délka podávání by neměla být fixní. Pokud se při předepisování vychází pouze ze subjektivních potíží, které nejsou specifické, může docházet k záměně jejich etiologie a neúspěšnosti léčby v důsledku chybné preskripcí,

v níž nemá smysl pokračovat. Protože dosud nebylo prokázáno, že by podávání venofarmak mělo preventivní efekt na vývoj chronických žilních onemocnění, doporučuje se jejich symptomatické užívání s přerušením aplikace, jakmile dojde k ústupu příznaků. Dlouhodobější podávání (delší než 3 měsíce) může připadat v úvahu u pokročilých případů chronické žilní insuficience. Kombinace několika současně podávaných venofarmak nejsou opodstatněné. Současné použití s kompresní léčbou však může mít potencující efekt. Venofarmaka také mohou představovat alternativu ke kompresní léčbě v případě její špatné tolerance a v letním období ji mohou nahrazovat.

**Tabulka 4. Indikace pro venofarmaka**

Primární varixy se subj.a obj. příznaky žilní insuficience
Pooperační období po operaci varixů
Residua a rekurence varixů po operaci s příznaky žilní insuficience
Stav po trombóze žil se známkami žilní insuficience
Prevence premenstruálních edémů
Prevence otoků končetin při cestování
Hemoroidy
Poruchy funkce mikrocirkulace – mikroangiopatie

### Nežádoucí účinky

Přípravky ze skupiny venofarmak, které jsou u nás na trhu, mají nízkou toxicitu a jsou obecně dobře snášeny i ve vysokých dávkách. Případné nežádoucí účinky nejsou časté a vyskytují se přibližně u 5 % pacientů. Ve většině případů se jedná o mírné zažívací potíže – pocit tíhy žaludku, meteorismus, nauzeu, průjem nebo zácpu, občas jsou udávány závratě, bolesti hlavy a alergické kožní reakce (svědění, vyrážka). Pokud se týče podávání venofarmak v průběhu gravidity, byla jejich vhodnost ověřována pouze u několika přípravků. Na základě provedených studií lze ve 2. a 3. trimestru počítat s možností podávání pokud jde o mikronizovanou purifikovanou flavonoidní frakci a hydroxyetylrutosidy, u ostatních přípravků chybí údaje. Pro podávání venofarmak v období laktace není zatím podklad z žádných klinických studií.

### Závěr

Venofarmaka představují součást léčebných postupů u pacientů s chronickými žilními onemocněními. Jejich podávání má své vlastní indikace, nenahrazují chirurgickou, endovenózní ani sklerotizační léčbu varixů. Mohou zvyšovat efekt kompresní terapie nebo být alternativou při její intoleranci. Efekt jednotlivých přípravků je doložen klinickými studiemi na různé úrovni, účinnost u pacientů s bérkovými vředy je potvrzena pouze u mikronizované flavonoidní frakce. Preventivní účinek na vývoj varixů není u venofarmak prokázán.

### Literatura

1. Van den Oever R, Hepp B, Debbaut B, Simon I. Socio-economic impact of chronic venous insufficiency. An underestimated public health problem. *Int Angiol* 1998, 17: 161-167.
2. Ramelet A-A, Perrin M, Kern P, Bounameaux H. Drug treatment of CVD. In: *Phlebology* 5th ed., 2008, pp. 309-333, Elsevier Masson, Paris.
3. Eberhardt RT, Raffetto JD. Chronic venous insufficiency. *Circulation* 2005, 111: 2398-2409.
4. Ibegbuna V, Nicolaidis AN, Sowade O et al. Venous elasticity after treatment with Daflon 500 mg. *Angiology* 1997, 48: 45-49.



- Behar A, Lagrue G, Cohen.Boulakia F, Baillet J. Study of capillary filtration by double labelling I-131 albumin and Tc99m red cells. Application to the pharmacodynamic activity of Daflon 500 mg. Int Angiol 1988, 7(2 Suppl.): 35-38.
- Galley P, Thiollet M. A double blind, placebo controlled trial of a new venoactive flavonoid fraction (S5682) in the treatment of symptomatic capillary fragility. Int Angiol 1993, 12: 69-72.
- McHale NG, Hollywood MA. Control of lymphatic pumping: interest of Daflon 500 mg. Phlebology 1994, 9 (Suppl. 1):23-25.
- Lyseng-Wilamson KA, Perry CM. Micronised purified flavonoid fraction. Drugs 2003, 63(1): 71-100.
- Coleridge-Smith P, Lok C, Ramelet AA. Venous leg ulcer: a meta-analysis of adjunctive therapy with micronized purified flavonoid fraction. Eur J Vasc Endovasc Surg 2005, 30: 198-208.
- Přerovský I, Roztočil K, Hlavová A et al.: The effect of hydroxyethylrutinosides after acute and chronic oral administration in patients with venous diseases. A double-blind study. Angiologica 1972, 9: 408-414.
- Ciapponi A, Laffaire E, Roque M. Calcium dobesilate for chronic venous insufficiency: a systemic review. Angiology 2004, 55: 147-154.
- Nicolaides AN, Allegra C, Bergan J et al. Management of chronic venous disorders of the lower limbs. Guidelines according to scientific evidence. Int Angiol 2008, 27: 1-59.
- Karetová D, Bultas J. Postavení venotonik v léčbě chronické žilní insuficience. Remedia 2007, 17: 263-269.
- The Task Force on Chronic Venous Disorders of the Leg. The management of chronic venous disorders of the leg and evidence-based report of an international task force. Phlebology 1999, (Suppl.1): 1-126.
- Ramelet AA, Boisseau MR, Allegra C et al. Veno-active drugs in the management of chronic venous disease. An international consensus statement:current medical position, prospective views and final resolution. Clin Hemorheol Microcirc 2005, 33: 309-319.
- Zemková M, Roztočil K, Vlček J. Venofarmaka v léčbě posttrombotického syndromu. Lék Listy 2004, 27: 21-27.

## HODNOCENÍ MOŽNÉHO VZTAHU ABAKAVIRU K RIZIKU INFARKTU MYOKARDU – AKTUALIZACE

Nová data ze studií podporují možný vztah mezi abakavirem a infarktem myokardu.

Abakavir je nukleosidový inhibitor reverzní transkriptázy indikovaný k antiretrovirální kombinované léčbě infekce HIV. V České republice je abakavir dostupný jako léčivý přípravek Ziagen a v kombinovaných přípravcích Kivexa (abakavir + lamivudin) a Trizivir (abakavir + lamivudin + zidovudin). V dubnu roku 2008 informovala Evropská léková agentura (EMA), že výsledky studie D:A:D (Data collection of Adverse effects of anti-HIV Drugs) poukazují na to, že léčba přípravky obsahujícími abakavir je spojena se zvýšeným rizikem infarktu myokardu. Výbor pro humánní léčivé přípravky EMA (CHMP) se však usnesl, že dostupné údaje neumožňují definitivní závěr o vztahu mezi léčbou abakavirem a zvýšeným rizikem infarktů myokardu a nejsou nutné žádné změny v informacích o používání přípravků s obsahem abakaviru. Nyní jsou k dispozici data z několika dalších studií, z nichž některá podporují možný vztah mezi abakavirem a infarktem myokardu. Výbor CHMP přehodnotil nově dostupná data

a došel k závěru, že výsledky těchto studií jsou rozporuplné a **kauzální vztah mezi léčbou abakavirem a infarktem myokardu nelze ani na základě těchto nových informací potvrdit ani vyvrátit.** Navíc stále chybí vysvětlení, jaký biologický mechanismus by mohl toto potenciální riziko objasnit. CHMP je tedy toho názoru, že ani v této chvíli není opodstatněné doporučení měnící terapeutický přístup k pacientům léčeným abakavirem. Jediným doporučením, pro lékaře předepisující přípravky obsahující abakavir, tak zůstává **snaha minimalizovat rizika u pacientů léčených přípravky obsahujícími abakavir**, jako např. kouření, vysoký krevní tlak či zvýšená hladina lipidů v krvi. Tato informace bude nově přidána do souhrnů údajů o přípravku přípravků obsahujících abakavir.

Další informace:

<http://www.emea.europa.eu/pdfs/human/press/pr/24966009en.pdf>

<http://www.sukl.cz/hodnoceni-mozneho-vztahu-abakaviru-k-riziku-infarktu-myokardu>

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. Lyrer, Sante; MUDr. B. Seifert, praktický lékař; MUDr. H. Skalická, CSc., soukromý kardiolog; Prof. MUDr. T. Vaněk, CSc., FNKV; Prof. MUDr. J. Živný, DrSc., VFN.

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

Náklad 52.000 výtisků

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

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



ISSN 1211 – 0647  
MK ČR E 7101