



TEMPUS MEDICORUM

ČASOPIS ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY

7-8/2009

ROČNÍK 18

V TOMTO ČÍSLE:

Právní kongres:

Co je lege artis
a kdo to posoudí?



Zmatky v postgraduálním vzdělávání lékařů

Nebezpečné ministerské vyhlášky

Pozor na rozhodčí řízení!

Fotografická soutěž ČLK a firmy Olympus: Lékař a jeho pacient

Sváže krize ruce českým lékařům?



Kontaktujte nás: mladi.lekari@seznam.cz

PLUS



EDUKAFARM

medineews

Edukační a inzertní příloha časopisu Tempus medicorum



Farmakoterapeutické
informace SÚKL

Hodnocení vývoje spotřeby
antibiotik

Orlistat – poloviční dávka bez
lékařského předpisu

inzerce



LESCOL^{XL}
80 mg
FLUVASTATINUM

Trojí účinek

Snižuje LDL-c o **38 %**¹

Zvyšuje HDL-c o **21 %**¹

Snižuje TG o **31 %**¹



Zkrácenou informaci o přípravku naleznete na zadní straně obálky

1. Ballantyne CM et al. Efficacy and tolerability of fluvastatin extended-release delivery system: a pooled analysis. Clin Ther. 2001; 23(2).



Na politickou objednávku komora lékaře trestat nebude

Firma snažící se prodat své léky za každou cenu na straně jedné a lékařka bezostyšně se dožadující provize za jejich předepisování na straně druhé. To jsou kulisy reality show natočené skrytou kamerou reportéry České televize, kteří se vydávali za reprezentanty farmaceutické firmy. **Jako prezident lékařské komory jsem se za nedůstojně hokynářské manýry doktorky, která své povolání degradovala na pouhý obchod, musel stydět.** Osobně jsem tedy podal stížnost revizní komisi komory, aby byl případ prošetřen a lékařka, jejíž profesní selhání poškozují prestiž celého lékařského stavu, mohla být potrestána.

Trapný případ je sice na první pohled jednoznačný, avšak přesto je třeba uvést několik poznámek, kterým novináři nevěnovali pozornost.

Nemohu pochopitelně předjímat rozhodnutí nezávislých disciplinárních orgánů, ale předpokládám, že ona kolegyně jim svoje jednání asi vysvětlit nedokáže, a bude tedy potrestána. Je třeba si však uvědomit, že **pokud se neprokáže poškození některého z pacientů tím, že by v ekonomickém zájmu paní doktorky musel užívat lék, který jeho zdravotní stav nevyžadoval, pak nepřipadá v úvahu vyloučení z komory, které by znamenalo zákaz výkonu povolání. Lékařská komora nikdy netrestala a věřím, že ani v budoucnu nikdy nebude trestat své členy na politickou nebo novinářskou objednávku.** Ostatně všechna rozhodnutí ČLK zcela správně v duchu právního státu podléhají přezkoumání nezávislým soudem. A u soudu, na který by se vyloučená lékařka jistě obrátila, by taktó neprofesionální rozhodnutí profesní samosprávy neobstálo. Novináři, ale i politici, kteří před volbami populisticky volají „po krvi“ přistižené lékařky, by si měli uvědomit, že trest musí odpovídat míře jejího pochybení.

Lékařská komora také nemůže udělit žádný trest v rozporu s překonaným, leč stále platným zákonem z roku 1991, který vedle vyloučení připouští pouze důtku nebo pokutu do maximální výše 30 000 Kč. Nový zákon o komoře, který jsme připravili, sice nabízí mnohem pestřejší paletu kárných opatření, avšak zbývá „maličkost“. Politici by museli přestat válčit s lékařskou samosprávou a v zájmu občanů by jí zákonem měli přiznat kompetence, které ve vyspělých demokraciích komory mají. **Snažit se profesní samosprávu na jedné straně likvidovat a zároveň ji obviňovat z impotentnosti, to je faleš, pro řadu českých politiků typická.**

Drtivá většina lékařů se jistě řídí etickými principy a dodržuje pravidla, která pro spolupráci s farmaceutickými firmami komora stanovila. Ostatně nejde o nic jiného než o normy respektované ve většině vyspělých států. Nejsm ale tak naivní, abych si myslel, že natočená reportáž dokumentovala jediný případ, kdy zástupci farmaceutického průmyslu finančními dary úspěšně motivovali nějakého lékaře k předepisování právě jejich léků. Paní doktorka měla prostě smůlu. Takové jednání komora tolerovat nemůže. **Hokynaření poškozující pověst celého lékařského stavu nelze ani lacině omlouvat žalostnými příjmy lékařů, ani zlehčovat poukazováním na stamilionové škody způsobené neschopností Státního ústavu pro kontrolu léčiv regulovat ceny léků a jejich úhrady z pojištění nebo na špatné zákony z dílny Ministerstva zdravotnictví ČR.**

Přiměřené tresty pro všechny zúčastněné jsou jistě na místě, a to nejenom ze strany komory, ale též ze strany státní moci i samotných farmaceutických firem, které by se měly bránit podobně nekalým soutěžním praktikám. **Prevence je však mnohem efektivnější než samotná represe, a lékařská komora by ráda ke kultivaci spolupráce lékařů s farmaceutickým průmyslem přispěla zřízením nadačního fondu, do kterého by firmy finančně přispívaly. Pokud by se totiž přerušila vazba mezi konkrétním lékařem a jednotlivou firmou, odpadla by zároveň i jakákoliv podezření z korupčního jednání.** Průmysl by mohl transparentním způsobem podporovat vzdělávání lékařů a prokázat, že mu jde i o něco jiného než jen o maximální zisky.

Úvodem jsem napsal, že jsem se za jednání kolegyně, která se pronevěřila etice našeho povolání, velmi styděl. Přiznám se však, že jsem se musel stydět i za neprofesionální a tendenční reportáž v České televizi, jejíž tvůrci dokázali zamlčet vše podstatné a z hodinového rozhovoru se mnou vybrat pouhých pár vět vytržených z kontextu, a ještě je použit tak, aby Česká lékařská komora vypadala jako advokát korupčníků. Mistrovská mystifikace. Ostatně skutečnost, že navzdory mému naléhání mi reportéři odmítli sdělit jméno či pracoviště zachycené lékařky, a tím lékařské komoře několik týdnů bránili případ řešit, svědčí o tom, že jim nejde o řešení problému, ale jen o hledání senzace. **Nerespektování presumpce nevinny a zveřejnění jména přistižené lékařky naopak trochu připomíná lynčování.** Vrcholem novinářské hlouposti byl pak titul: „Největší korupční aféra v českém zdravotnictví“. Svátá prostoto.

Milan Kubek, prezident ČLK

(Další články na toto téma čtěte na straně 14)

| | |
|--|-------|
| TÉMA MĚSÍCE | 2-7 |
| Ekonická krize a zdravotnictví | |
| VZDĚLÁVÁNÍ | 8-11 |
| Nekončící zmatky v postgraduálním vzdělávání lékařů | |
| Nové rozdělení oborů specializačního vzdělávání lékařů | |
| Zaměstnanec nemá právo na studijní volno před atestační zkouškou | |
| AKTUÁLNĚ | 12-13 |
| Nebezpečné ministerské vyhlášky | |
| Pozor na rozhodčí řízení! | |
| Nespokojenost se soudními znalci | |
| Mladí lékaři spojují síly | |
| LÉKOVÁ POLITIKA | 14 |
| Léková aféra – dojde i na velké kauzy? | |
| INZERTNÍ PŘÍLOHA | 15-30 |
| Základy antibiotické terapie akutních respiračních infekcí | |
| Metformin – lék první volby v terapii diabetiků 2. typu | |
| Venofarmaka v léčbě chronické žilní insuficience | |
| Farmakoterapie v sekundární prevenci cévních mozkových příhod | |
| Současná úloha bakteriálních imunomodulátorů v klinické praxi | |
| Luivac – profil přípravku | |
| Výsledky projektu GOLD | |
| Lescol XL® – profil přípravku | |
| PŘÍLOHA FI | |
| Hodnocení vývoje spotřeby antibiotik | |
| Orlistat – poloviční dávka bez lékařského předpisu | |
| PRÁVNÍ KONGRES | 31-33 |
| Co je lege artis a kdo to posoudí? | |
| ZÁSADY KOMUNIKACE | 34-35 |
| Důvěra mezi lékařem a pacientem se musí trpělivě budovat | |
| KAZUISTIKA | 36-37 |
| Případ perakutní sepse u novorozence | |
| HOSPODAŘENÍ ČLK | 38 |
| Zpráva o hospodaření a majetku centra České lékařské komory k 31. 12. 2008 | |
| FOTOSOUTĚŽ | 39-41 |
| Cyklus života – Lékař a jeho pacient | |
| SERVIS | 41-44 |
| Vzdělávací kurzy ČLK | |
| Inzerce | |
| Křížovka | |

Měsíčník TEMPUS MEDICORUM

Vydává: Česká lékařská komora, Dolní nám. 38, 771 00 Olomouc
 Registr. číslo MK ČR 6582 • ISSN 1214-7524 • IČO 43965024
 Adresa redakce: Časopis ČLK, Lékařská 2, 150 00 Praha 5
 Tel.: +420 257 217 226 • Fax: +420 257 220 618 •
 recepc@clkcr.cz • www.clkcr.cz
 Šéfredaktor: MUDr. Milan Kubek
 Redakční zpracování: EV public relations, s. r. o., Praha
 Odpovědná redaktorka: PhDr. Blanka Rokosová
 Příjem příspěvků: blanka.rokosova@ev-pr.cz
 Příjem řádkové inzerce: recepc@clkcr.cz (viz adresa redakce)
 Grafická úprava, sazba, inzerce: Edukafarm, spol. s r. o.
 Design: Ing. Jindřich Hurt
 Marketing a inzerce: Ing. Renata Podracká, mobil: 724 261 177, tel.: 224 252 435, e-mail: renata.podracka@edukafarm.cz
 Tisk: EUROPRINT Modřany, a. s.
 Uzávěrka čísla 7-8: 21. 8. 2009 • Vyšlo: 24. 8. 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 (příjímá 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.



České zdravotnictví pocítí dopady globální krize v příštím roce. Je podle vás důležitější, aby v této době stát platil více za „své“ pojištěnce, tedy za děti, důchodce a nezaměstnané, a zároveň limitoval výdaje za léky, nebo je důležitější podpořit farmaceutický průmysl, snížit výdaje na zdravotnictví, a bránit tak zadlužování s ohledem na „lepší budoucnost“?

Je třeba zavést pokladenský systém. Péče státu o občany je záležitostí státu, nikoli lékařů. Jinak je pro lékaře samozřejmě výhodnější, pokud stát bude platit více za ošetřování, tedy za své občany. V opačném případě dopad krize ve zdravotnictví zaplatí zdravotníci, tedy lékaři a sestry.

Karel Beneš, cévní chirurg, Příbram

Je třeba, aby stát platil více za svoje pojištěnce.

Primář Richard Bokr, urologické odd., Oblastní nemocnice Příbram

Na vaši otázku odpovídám jednoznačně: Jakékoliv krácení financí ve zdravotnictví pokládám za nepřijatelné. Domnívám se, že stát má povinnost najít zdroje v jiných oblastech, zamezit plýtvání penězi v jiných výdajích – např. neplatit mrtvé duše, revidovat náklady ve státních zakázkách, revidovat výdaje na menšiny, ekologický program, snížit výdaje v jednotlivých ministerských rezortech, upravit daně provozovatelům hazardních her atd.

Milan Forejtář, Gerontologické centrum KNTB, Zlín

Otázka není vůbec v pořádku, je zavádějící. Bylo by vhodné zavést spoluúčast klientů, a to takovou, aby postihla více oblastí, ve kterých odchází nejvíce peněz – tedy lůžkovou péči a léky. Myslíte, že když bude stát platit víc za své pojištěnce, tak nebudeme našim dětem vytvářet dluh?

Alexander Štorek, psychiatrická ordinace, Choceň

Nemyslím si, že tento názor bude publikovat či používat, zvláště ne v Tempus medicorum – hlásné to troubě dr. Kubka a jeho přátel z ČSSD v čele s vrcholným manipulátorem a bezpáteříkem dr. Rathem. Nicméně dovoluji si svůj názor na částečné řešení situace vyslovit a tuším, že to nebude názor ojedi-

Jak se ekonomická krize

„Když dostane frankfurtská burza rájmu, je z toho v Praze zápal plíc,“ říká jeden bonmot. Před rokem nás sice tehdejší premiér a jeho ministr financí ujišťovali, že naše země je „ostrovem stability“ a probíhající světová krize se nás nijak nedotkne, ale za pár měsíců bylo všechno jinak. Krize se nás dotkla a všichni to kolem sebe dobře vidíme.

Tolik peněz naše zdravotnictví ještě nikdy nemělo

Jak to ale přijde, že naše zdravotnictví zůstává zatím jakoby stranou toho všeho? Jeho příjmy a výdaje se nezmenšují, platby pojištěnec probíhají plynule. Není paradoxně právě zdravotnictví oním „ostrůvkem stability uprostřed rozbouraného oceánu“ našeho hospodářství? Svědčily by pro to mj. i neustále se zvyšující přírůstky zůstatků na běžných účtech zdravotních pojištěnec, jak nám ukazuje tab. č. 1. Po pravdě řečeno, tolik peněz naše zdravotnictví ještě nikdy v historii k dispozici nemělo:

Tab. č. 1 Vývoj zůstatků na účtech zdravotních pojištěnec mezi r. 2007–2009 (v mld. Kč)

| Období | Celkový zůstatek | Z toho na základních fondech |
|---------------------|------------------|------------------------------|
| 31. 12. 2007 | 26,8 | 17,8 |
| 31. 3. 2008 | 35,5 | 26,0 |
| 30. 6. 2008 | 37,9 | 27,8 |
| 30. 9. 2008 | 38,8 | 28,5 |
| 31. 12. 2008 | 37,6 | 27,0 |
| 31. 3. 2009 | 41,3 | není k dispozici |

(Zdroj: MF)

Abychom tento paradox objasnili, musíme se nejprve podívat na dva ukazatele. Tím prvním a nejdůležitějším je tempo růstu mezd. Možná to leckteré překvapí, neboť na svých výplatních páskách nic takového nepozorovali, ale **mzdy v 1. kvartále 2009 rostly tempem 3,2%. Pokryly tak prakticky celý výpadek způsobený přírůstkem nezaměstnaných.** O zbytek se postaraly platby za státní pojištěnce – ukazatel druhý. To dokumentují následující údaje:

Tab. č. 2 Porovnání kumulativních součtů výběru pojistného v 1. pololetí 2008 a 2009

| Měsíc | 2009/2008 v % |
|--------|---------------|
| Leden | 88,97 |
| Únor | 98,77 |
| Březen | 98,76 |
| Duben | 99,77 |
| Květen | 99,19 |
| Červen | 99,97 |

(Zdroj: MF)

Uvedená čísla dále ukazují, že výběr pojistného byl po celé 1. pololetí 2008 velmi stabilní. Pokud bychom jej porovnali s minulými lety, viděli bychom dokonce, že byl nejvyšší v historii. Další zajímavostí je prakticky neměnná platba za státní pojištěnce kolem 3,95 mld. Kč měsíčně. To potvrzuje, že nezaměstnanost zůstávala po celé období prakticky stejná a na velmi nízké úrovni. Mírně zvýšená porodnost zůstala pod mírou statistické chyby. Jistou změnu zaznamenáváme až v 1. pololetí 2009:

Tab. č. 3 Výběr pojistného v 1. pololetí r. 2008 (v mld. Kč)

| Měsíc | Výběr | Stát | Součet | Kumulativně |
|---------------|--------------|--------------|---------------|---------------|
| Leden | 14,98 | 3,94 | 18,92 | 18,92 |
| Únor | 12,04 | 3,95 | 15,99 | 34,91 |
| Březen | 13,17 | 3,95 | 17,12 | 52,03 |
| Duben | 14,55 | 3,96 | 18,51 | 70,54 |
| Květen | 12,22 | 3,93 | 16,15 | 86,69 |
| Červen | 13,80 | 3,93 | 17,73 | 104,42 |
| Celkem | 80,70 | 23,66 | 104,42 | --- |

(Zdroj: MF)

Tab. č. 4: Výběr pojistného v 1. pololetí 2009 (v mld. Kč)

| Měsíc | Výběr | Stát | Součet | Kumulativně |
|---------------|--------------|--------------|---------------|---------------|
| Leden | 12,87 | 3,97 | 16,84 | 16,84 |
| Únor | 13,63 | 4,01 | 17,64 | 34,48 |
| Březen | 12,88 | 4,04 | 16,91 | 51,39 |
| Duben | 14,91 | 4,07 | 18,98 | 70,37 |
| Květen | 11,54 | 4,07 | 15,62 | 85,99 |
| Červen | 14,32 | 4,08 | 18,40 | 104,39 |
| Celkem | 80,15 | 24,24 | 104,39 | --- |

(Zdroj: MF)

Ze srovnání prvních pololetí let 2008 a 2009 je evidentní, že výběr pojistného se liší jen minimálně: 80,7 ku 80,15 mld. Kč. Tento rozdíl je prakticky celý pokryt přírůstkem výběru za státní pojištěnce, který lehce stoupl z 23,66 mld. na 24,24 mld. Kč. Kromě přírůstku nezaměstnaných se zde po řadě let stagnace projevil přirozený přírůstek obyvatel v řádu několika tisíc způsobený nečekanou natalitou převyšující mortalitu. Počet státních pojištěnec tak vzrostl z prosincových 5,88 mil. na červnových 6,02 mil. Některé prognózy

odráží ve zdravotnictví

předpokládají ke konci roku 2009 cca 6,1 mil. státních pojištěnců. **Současnou situaci lze proto považovat za přijatelnou.**

Tolik suchá čísla, která všechny překvapila, neboť tak příznivý vývoj se neočekával. Co se týče příjmové stránky, do konce roku se velké změny neočekávají.

Příjmy zdravotnictví jsou navázány hlavně na růst mezd

Pokud vláda ani parlament nezmění pravidla hry, pak by od 1. 1. 2010 měly být příjmy systému posíleny o další zdroje z titulu „odmrazení“ plateb za státní pojištěnce (současné „zmrazení“ plateb na 677 Kč měsíčně za jednoho státního pojištěnce platí pro léta 2008–2009).

Méně jasná je prognóza výdajů pojišťoven. Ty byly v posledních letech nastaveny na přebytkové hospodaření. Můžeme jen spekulovat, jaký byl pravý důvod tohoto jevu, neboť vedle premiéra ani pojišťovny ve svých pojistných plánech žádnou krizi neprognozovaly a protikrizový polštář neplánovaly. Návrh úhradové vyhlášky na rok 2008 předpokládal např. v následné péči nárůst příjmů jen 1 % (nakonec z toho byla 2 %), ačkoliv inflace už tehdy překročila 4 % a v 1. pol. 2008 se pohybovala nad 7 % (průměr za r. 2008 nakonec činil 6,3 %).

Přírůstky HDP se přitom v posledních letech šplhaly nad 5 % a odhady jeho růstu na r. 2009 se ještě před rokem pohybovaly kolem 4,5 %. Tempa růstu příjmů systému v posledních letech atakovala 10 %, a to i díky razantnímu zvýšení „spoluúčasti“ pacientů (léky, poplatky). Ta se dnes pohybuje podle odhadů už kolem 16 %.

Tato příznivá situace na straně příjmů se však v nejbližších letech patrně opakovat nebude. Odhady vývoje HDP na letošní rok se z Kalouskovy „záporné nuly“ posunuly ke 2–4,5 % poklesu. Spoluúčast pacientů se také kvůli krizi ocitla na samé hranici únosnosti (zejména senioři, děti). **Příjmy zdravotnictví však nejsou navázány ani tak na HDP jako spíše na růst mezd**, jak nám dobře osvětlily letošní neočekávaně dobré výsledky příjmů systému v tab. č. 4. Dosud však chybí vyúčtování za r. 2008, nevíme, jak dopadne rok 2009 a dohodovací řízení na r. 2010 je teprve na začátku.

Zatímco peníze na útech pojišťoven v minulém období utěšeně přibývaly, nemocnice krvácely. Důsledkem toho byl odchod 20 tisíc zaměstnanců ze zdravotnictví a nedostatek sester v řádu několika tisíc. Pokud byla pravou příčinou přírůstků předpokládaná privatizace pojišťoven, zdá se, že tento důvod již pominul. **Rezervy, které vznikly, budou moci být využity na platby ve zdravotnictví.**

Jakým směrem se bude ubírat budoucí daňová politika?

Kromě makroekonomické situace hraje důležitou roli i **česká daňová soustava**. Je známo, že tzv. *reformní balík* (zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, schválený Topolánkovou vládou v létě 2007) znamenal kvůli zmrazení plateb za státní pojištěnce, zvýšení DPH na léky a osvobození příjmů nad čtyřnásobek průměrné mzdy od placení pojistného pro zdravotnictví asi osmimiliardový výpadek zdrojů, který měl být částečně kompenzován regulačními poplatky.

Teprve výsledky říjnových voleb nám prozradí, jakým směrem se bude ubírat budoucí daňová politika a jak spolu s makroekonomickým vývojem ovlivní finanční toky ve zdravotnictví.

Další neznámou je délka a hloubka krize. Mezinárodní instituce vesměs předpokládají, že světová ekonomická recese v tomto roce, nejdéle v příštím, dosáhne svého dna. Po kulminaci krize obvykle nastává fáze zotavení, které přináší zvýšenou poptávku po pracovních silách, růst mezd, postupné přírůstky HDP a více zdrojů do zdravotnictví. **Tato vzestupná vlna by měla opět vynést nahoru i naše hospodářství** stejně tak, jako jej v této chvíli táhne dolů.

Ze všech těchto předpokladů můžeme vycházet i při odhadu vývoje finanční situace našeho zdravotnictví pro nejbližší léta.

Zatím vše svědčí pro to, že dosavadní příznivý vývoj příjmů ve zdravotnictví výrazně nesníží jeho disponibilní zdroje. Vyšší propad lze očekávat v případě pokračující recese až v roce příštím. I ten by měly stávající rezervy dobře pokrýt. Pokud se světová ekonomika v příštích dvou letech zotaví, nemělo by to naše zdravotnictví nijak zvlášť pocítit. **Existující finanční polštář může dobře tlumit výpadky způsobené ekonomickou krizí v roce 2010, snad až do roku 2011. Pak by také měla do hry vstoupit skutečná reforma našeho zdravotnictví**, která přinese strukturální změny, zprůhlední finanční toky a sníží všeobecné plýtvání.

Pacienti i zdravotníci v ČR tedy mohou být zatím relativně klidní a jen se tiše modlit, aby „frankfurtskou burzu“ její „rýma“ přešla co nejdřív.

Petr Fiala

něly: Zachovat poplatky (a ne je populisticky rušit pro osobní a politickou slávu některých čelných představitelů) tak, jak byly stanoveny, a naopak je pomalu rozšiřovat např. o spoluúčast za jízdu sanitou, omezovat úhradu za komplexní LL, zavést spoluúčast na některých laboratorních a drahých vyšetřeních, spoluúčast na duplicitních vyšetřeních u různých specialistů, které si mnozí pacienti spíše vydupávají, než že by je potřebovali. (To ovšem předpokládá informační systém, kde by byli všichni lékaři informačně propojeni – např. systém IZIP – téměř potopen, opět hlavně přičiněním dr. Ratha.) Třeba tak, jak to mají se spoluúčastí pacienti třeba ve Francii či Německu, i když bez onoho informačního systému, pokud vím. Případný negativní dopad na sociální situaci řešit adresnými sociálními dávkami z rezortu sociálních věcí ad hoc. Výhledově bude samozřejmě nutná vyšší platba státu na zdravotní pojištění za pacienty, které ze zákona má hradit, ale nynější krizové období to nejspíše v dohledné době nedovolí. Cílit se za efektivním způsobem vyšetřování a léčení se silnou motivací (= spoluúčastí) pacienta. Jinak než právě zmiňovanou zvýšenou spoluúčastí to nikdy nebude možné – jedině snad formou komerčního připojištění. Jistěže nejsou všichni pacienti stejně „nároční“, ale tzv. náročnost pacientů stoupá. Samozřejmě při plné indikaci jsem i pro ty nejdražší a nejefektivnější postupy, ale chtěl bych se dožít doby, kdy to budu zejména já, eventuálně ve spolupráci s mnou kontaktovanými specialisty, kdo bude plně indikovat vyšetřovací metody a léčení, a ne odrážet laické požadavky na vyšetření pro vyšetření, protože ho to nic nestojí a protože si něco přečetl někde na internetu, nebo to indikují někteří lékaři různých odborností bez znalosti detailní osobní a dg. anamnézy pacienta, či protože to chtějí posudkáři či z dalších důvodů a náklady jsou hrazeny ze zdravotního pojištění. Rozumná kategorizace léků a stanovení adekvátních úhrad za léky a dle vás podporování farmaceutických výrobců pak bude už jen třeshinkou na dortu. Nápadů, postřehů a návrhů by bylo jistě více, ale to už není meritem vaší otázky.

Pavel Audy, PL, Tábor



České zdravotnictví pocítí dopady globální krize v příštím roce. Je podle vás důležitější, aby v této době stát platil více za „své“ pojištěnce, tedy za děti, důchodce a nezaměstnané, a zároveň limitoval výdaje za léky, nebo je důležitější podpořit farmaceutický průmysl, snížit výdaje na zdravotnictví, a bránit tak zadlužování s ohledem na „lepší budoucnost“?

Jsem pro zvýšení plateb státu za jeho pojištěnce.

Marie Rašková, PLDD, Louny

Mám za to, že za současné ekonomické situace a s rostoucím státním dluhem je další zvyšování mandatorních výdajů, a tedy i plateb za „státní“ pojištěnce ne-reálné a kontraproduktivní. Tento postoj nemá co dělat s podporou či „nepodporou“ farmaceutického průmyslu (postará se o sebe sám). Je také třeba nadále regulovat spotřebu a sklon k nadužívání zdravotní péče hrazené z veřejných peněz.

Jaromír Vašát, privátní internista a nefrolog, Zlín

Vzhledem k tomu, že zdravotnictví je dlouhodobě zanedbávaný sektor, a peníze se stejně utratí jinde, myslím, že je nyní důležitější, aby stát více platil za své pojištěnce, a zároveň limitoval výdaje za léky – čili první možnost.

Martin Jaša, odd. int. péče oper. oborů KNTB Zlín

Problém českého zdravotnictví aktuálně i v budoucnosti je komplexní, jak všichni víme. Jednoznačná odpověď na oba přístupy není možná. Rozhodně si myslím, že by se zatím nemuselo platit více za děti, důchodce a nezaměstnané, to znamená, že by měla zůstat současná úroveň platby za tyto skupiny obyvatel i přesto, že bude stoupat počet nezaměstnaných. Limitovat výdaje na léky je možné jedině za předpokladu namátkové kontroly léčby, vyžadovat léčbu racionální, pro kterou by měly být vyvinuty ve všech oborech a u všech skupin nemocných tzv. guidelines. Provádění kontrol je v kompetenci pojišťoven.

Existují dvě možnosti, kde by se dalo ušetřit:

1) Vybavování pracovišť velmi drahými diagnostickými přístroji, které by měly být využity 24 hodin denně, to znamená, že by

Lekce z finanční krize pro zdravotnictví

Ve zdravotnictví stejně tak jako ve finančním sektoru může mít volný či nevhodně regulovaný trh katastrofální globální dopad. Že kapitalismus selhal ve finančním sektoru, připouští teď také vlivný intelektuál amerického konzervativního proudu Richard Posner. Ve zdravotnictví může selhat také.

Ve své nové knize *Selhání kapitalismu* Posner ze svých konzervativních intelektuálních výšin vysvětluje, že podobně jako Alan Greenspan a jiní titáni současného konzervativního myšlení dospěl k převratné změně názoru: Ve finančním sektoru se nelze spoléhat na tržní síly. Důkladná regulace a neúplatný dohled jsou prý nutné.

Posnerovu argumentaci lze shrnout do dvou hlavních bodů:

1. Lidská hamižnost nemá hranic a na finančním trhu může najít mnoho způsobů, jak dosáhnout neúměrných zisků prostřednictvím zamlžování rizik a vytváření iluzí.

2. Hromadění rizik ve finančním sektoru může mít katastrofický dopad pro celý hospodářský systém. Zmírnění případného katastrofického dopadu vyžaduje finanční injekce státu. Tyto injekce však také hradí ztráty finančních institucí. Protože to finanční instituce vědí předem, má v jejich rozhodování možný zisk mnohem větší váhu než související rizika. Odměňování manažerů prostřednictvím prémie za krátkodobé zisky a skutečnost, že prémie zůstávají, i když rizika v budoucnosti způsobí velké ztráty, dále přiosťruje naplňování bodu 1.

Na rozdíl od výroby a prodeje strojů, zboží či běžných služeb, jejichž kvalitu jsou odběratelé či spotřebitelé schopni posoudit, finanční služby a finanční instrumenty jsou příliš komplexní. Posouzení rizik či úměrnosti odměn na finančním trhu je tedy bez spolehlivého regulatorního rámce nemožné. Tím je znemožněno normální fungování tržních mechanismů.

Ve zdravotnictví ovšem platí totéž. **Podobně jako na finančním trhu i ve zdravotnictví lze mlžít rizika a tvořit iluze.**

Mezinárodní zkušenosti potvrzují, že systém odměňování zdravotního personálu a zdravotních zařízení (nehledě na to,

jestli jsou v soukromém nebo veřejném sektoru) ovlivňuje jejich rozhodování o diagnóze a léčbě. Kdo jiný než lékař ví, jestli pacient opravdu potřebuje další testy, levné či drahé léky a ošetření nebo hospitalizaci? Jsou lékaři finančně zainteresováni na tom, aby zvýšili obsazenost nemocničních lůžek, nebo na tom, aby třeba radou pomohli k prevenci, včasné léčbě a odvrácení nebezpečí hospitalizace? Nové studie v USA objasňují, že nemocnice nemají zájem na poskytování poradenství a péče, které snižují riziko budoucí hospitalizace. Naopak. Nemocnice, které jsou v oblasti prevence a včasné léčby méně iniciativní, mají vyšší obsazenost lůžek, a tím také vyšší zisk. Zdravotní systémy, které jsou nasměrovány více tržně – včetně odměňování podle náročnosti péče – vykazují vyšší spotřebu nákladných léků, celkově vyšší náklady na léčbu a často nižší podíl preventivních programů a programů veřejného zdraví (včetně podceňování chronických onemocnění).

Podobně jako praxe na finančním trhu také zdravotní praxe může vést k hromadění rizik. A tato rizika mohou mít katastrofální dopad.

Ke katastrofálnímu dopadu může dojít například v podobě epidemie smrtelných chorob. Nadměrné předepisování a často nesprávné užívání antibiotik či nejnovějších silných léků v posledních letech přispívá k výskytu rezistentních kmenů virů a bakterií. Některé extrémně rezistentní kmeny smrtelných chorob, jako jsou třeba tuberkulóza a malárie, se stávají globálním nebezpečím pro veřejné zdraví (rizikem, které nutí vlády přispívat na farmaceutický výzkum a které přispívá k rostoucím ziskům farmaceutických firem).

Katastrofální může být také dopad na veřejné finance. Rychlý růst a podceňování chronických onemocnění si vyžadují rostoucí objemy nákladné léčby a rostoucí výdaje na zdravotnictví. A ve zdravotnictví mají tržní i státní systémy společné to, že spoléhají na státní garance. I v americkém a švýcarském systému, který je založen na soukromých pojišťovnách, platí stát až 60 % celkových zdravotních výdajů. Celkové zdravotní výdaje tam jsou však mnohem



vyšší (i jako podíl na HDP) ve srovnání s ostatními zeměmi OECD. Trend rostoucích nákladů je navíc zjevně neudržitelný.

Podobně jako na finančním trhu je třeba uvažovat o tržních silách a úloze státu ve zdravotnictví odpovědně, tedy ne černobíle. Tržní mechanismy samozřejmě mají své důležité místo ve finančním i zdravotním sektoru. Tyto sektory jsou však mnohem komplexnější a informačně náročnější než běžné hospodářské sektory. Vytvoření vhodného regulatorního rámce je technicky náročné. Náročné je také vytvoření systému odměňování, který by zohlednil rizika a zajistil soulad mezi ziskem a zájmem klienta a společnosti. Zkušenosti ukazují, že obtížné je také zajištění nezávislosti dohledu, což někdy souvisí s politickou praxí.

V oblasti finanční se v těchto směrech začalo teď díky krizi více dělat. Tak jako ve finančním sektoru, bude úspěch i ve zdravotnictví vyžadovat překonání mocných lobby. Na rozdíl od finančního sektoru ale ve zdravotnictví zatím nedochází k odideologizování.

Je to snad tak, že titáni ideologických světů uznají, že se pletli, až když dojde ke krizi?

(Odkaz: Richard Posner (2009) *A Failure of Capitalism: The Crisis of '08 and the Descent into Depression*)

Poznámky:

1. Tento článek rozhodně není voláním po zestátnění či byrokratickém ochromení zdravotnictví a finančního sektoru. Tržní mechanismy stejně tak jako stát mají svou důležitou úlohu. Jak přesně tuto úlohu vymezit a naplnit, by mělo být náplní práce expertů mnoha oborů a předmětem věcné veřejné diskuse. Těším se, že naše diskuse zde nebude černobílá...

2. Ty, kteří projevíli zájem dovědět se více o mém pohledu na reformy zdravotnictví, mohu odkázat na článek *Zdravotnictví je v krizi. Cíle reforem jsou neslučitelné. Řešení mimo dosah ideologů* na mém blogu Aktuálně.cz. Příklad nevhodného způsobu zavedení tržních sil (zejména bez odpovídajícího regulatorního a finančního rámce) do socialistického zdravotnictví můžete najít v článku *Návrh zdravotních reforem k veřejné diskusi* (také v blogu na Aktuálně.cz). Těm, kteří stále cítí neodolatelnou vášeň každého nálepkovat, snad radou pomůže spíše kolega bloger dr. Nešpor.

Hana Brix

Autorka pracuje ve Světové bance a jako poradkyně pro Světovou zdravotnickou organizaci a Dětský fond OSN. Posledních 15 let studuje a pomáhá reformovat veřejné finance, sociální politiku a státní správu v zemích Evropy, Asie a Jižní Ameriky.

Článek i s poznámkami, kterými autorka reagovala na diskusní příspěvky čtenářů, vyšel v blogu autorky na serveru Aktuálně.cz. Publikováno se svolením autorky.



měly být jen na určitých pracovištích, která by poskytovala své služby širšímu okruhu klinických zařízení.

2) Je stále nevyřešena otázka rušení malých nemocnic. Podle velmi podrobného průzkumu by, přes odpor lokálních obyvatel, měly být rušeny nemocnice v oblastech, kde je možno pacienta snadno a rychle (do 15 až 20 minut) dopravit na kompletně vybavené velké pracoviště.

Doc. Radana Neuwirtová, klinický hematolog,
1. interní klinika VFN, Praha 2

Zbytečná otázka, neumím si představit lékaře, který by řekl, že je nutno podpořit farmaceutický průmysl. Zároveň však ti samí lékaři předepisují spoustu málo účinných nebo zcela neúčinných léků, a tím tento průmysl podporují nejvíce sami. No řekněte, páni praktici, komu například venofarmaka vyléčila varixy?! Přesto je píšete skoro každému. A přitom za to přece od firem nemáte vůbec, ale vůbec nic, že? Takže limity na léky stokrát ano. A kdopak nám je proti lobbingu firem prosadí? ... Ach jo.

Jiří Bartoš, Ambulance cévní chirurgie, Nový Bor

Ekonomické záležitosti farmaceutického průmyslu jsou jejich firemními záležitostmi, ne státu, ne zdravotnictví. Snížení státních výdajů na zdravotnictví se projeví na kvalitě péče, což nelze! Na financování zdravotnictví se podílíme všichni našimi daněmi a zdravotním pojištěním. Víc by měl platit ten, kdo lékaře navštěvuje a obecně péči zdravotnictví využívá, včetně důchodců a malých dětí (vyjma zákonem nařízených výkonů, jako je povinné očkování apod.). Mnoho platby-schopných podniků v době krize zkrachuje a příjmy pojišťoven klesnou. Na druhé straně hospodaření zdravotních pojišťoven by nemělo mít charakter tvorby zisku (20 miliard v roce 2008 – připadalo mi to jako příprava na privatizaci), ale peníze by měly jít všechny do výkonů. Každý by si měl uvědomit nutnost se uskrovnit a nepřehánět to s požadavky na zdravotnictví – doprava, lázeň, volání záchranky...

Štefan Horák, praktický lékař, Nemocnice Atlas, a. s., Zlín

Stát by měl platit více za kvalitní zdravotní péči a limitovat výdaje za léky. Podpořit je potřeba domácí zdravotníky a ne nadnárodní farmaceutické firmy.

Prim. Pavel Stodůlka, Ph.D., oční chirurg, Zlín

České zdravotnictví pocítí dopady globální krize v příštím roce. Je podle vás důležitější, aby v této době stát platil více za „své“ pojištěnce, tedy za děti, důchodce a nezaměstnané, a zároveň limitoval výdaje za léky, nebo je důležitější podpořit farmaceutický průmysl, snížit výdaje na zdravotnictví, a bránit tak zadlužování s ohledem na „lepší budoucnost“?

Domnívám se, že stát dlouhodobě neplatí za „své“ pojištěnce tolik, kolik by měl, proto se kloním spíše k první odpovědi, i když pravda bude asi někde uprostřed.

Edita Bosáková, praktická lékařka, Zlín

Výdaje na zdravotnictví se těžko mohou snižovat, když celosvětově rostou a u nás jsou relativně nízké v rámci vyspělých ekonomik. Podporovat farmaceutický průmysl – co to znamená? Vždyť farmaceutický průmysl je jedno z nejbohatších odvětví, snad kromě zbrojního! Otázka je velmi neprofesionálně a nesystematicky položena – nelze na ni jednoznačně odpovědět. Samozřejmě je nutná adresná sociální podpora cílových skupin, ne celoplošně. Je ovšem třeba zainteresovat pacienty finančně na jejich léčbě. Kliše – co je zadarmo, tím se plýtvá – je alfou a omegou problémů s financováním zdravotní sféry. Dalším velkým problémem jsou toky peněz ve zdravotnictví, plýtvání na úrovni velkých odborných klinických center – zbytečně opakovaná drahá vyšetření, dle mého i často zbytečné výkony, duplicitu vyšetření, s minimálním kontaktem a klinickým vyšetřením samotného pacienta. Malá finanční podpora běžné ambulantní sféry se zbytečnými restrikcemi, regulacemi, takže to, co by se mohlo vyšetřit za málo peněz ambulantně, je zbytečně řešeno v institucích za mnohem větší peníze.

Zuzana Urbánková

Je důležitější, aby stát platil více za své pojištěnce a zároveň limitoval výdaje za léky, které jsou v porovnání s evropskými zeměmi neúnosně vysoké – t. č. kolem 25 % z vybraného pojištění.

Vladimír Čuba, ORL, předseda OS ČLK Kladno

Otázka je položena špatně. Stát by měl zvýšit příspěvky, ale zároveň se snažit snížit výdaje u všech, léky počínaje a betonem konče.

Karel Dvorník, interna, Jihlava

58 versus 80 versus 23

Platba za tzv. státní pojištěnce je zásadním faktorem ovlivňujícím ekonomickou stabilitu zdravotnictví

Základní sazba zdravotního pojištění je v ČR 13,5% z vyměřovacího základu, který u ekonomicky aktivních osob odpovídá jejich zdanitelným příjmům. Výjimkou z tohoto pravidla jsou osoby s nejvyššími příjmy, které díky zákonu č. 261/2007 Sb. o stabilizaci veřejných rozpočtů, nemusí platit pojistné z příjmů nad úroveň čtyřnásobku průměrné mzdy. Na rozdíl od daně z příjmů tedy pojistné na zdravotní pojištění není progresivní, ale naopak regresivní, a solidární systém tak přichází každoročně o několik miliard korun.

Stát platí pojistné za osoby bez vlastních příjmů, tedy zejména za důchodce, děti a nezaměstnané. Těchto 58% obyvatel sice čerpá nikoli vlastní vinou cca 80% zdravotní péče ve finančním vyjádření, avšak příspěvek státu za ně tvoří necelých 23% příjmů veřejného zdravotního pojištění. Měsíční platba přitom rovněž odpovídá 13,5% z vyměřovacího základu, který se však různě mění.

Princip tzv. zástupné platby, kdy za osoby bez vlastních příjmů platí pojistné stát, je pro zdravotnictví a systém veřejného zdravotního pojištění sám o sobě velmi výhodný, zajišťuje totiž při minimálních administrativních nákladech stoprocentní výběr pojistného. Kdyby plateb státu nebylo, těžko si představit, jak by pojišťovny „páčily“ peníze například z bezdomovců.

Vývoj platby za tzv. státní pojištěnce

| Období | Vyměřovací základ | Měsíční platba za jednoho pojištěnce |
|-------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| 1. 1. 1993–31. 12. 1993 | 77 % minimální mzdy (2 200 Kč) | 229 Kč |
| 1. 1. 1994–31. 12. 1995 | 65 % minimální mzdy (2 200 Kč) | 194 Kč |
| 1. 1. 1996–30. 6. 1996 | 65 % minimální mzdy (2 500 Kč) | 220 Kč |
| 1. 7. 1996–31. 12. 1997 | 80 % minimální mzdy (2 500 Kč) | 270 Kč |
| 1. 1. 1998–30. 6. 1998 | 80 % minimální mzdy (2 650 Kč) | 287 Kč |
| 1. 7. 1998–30. 6. 2001 | 2 900 Kč | 392 Kč |
| 1. 7. 2001–31. 12. 2002 | 3 250 Kč | 439 Kč |
| 1. 1. 2003–31. 12. 2003 | 3 458 Kč | 467 Kč |
| 1. 1. 2004–31. 12. 2004 | 3 520 Kč | 476 Kč |
| 1. 1. 2005–31. 12. 2005 | 3 556 Kč | 481 Kč |
| 1. 1. 2006–31. 1. 2006 | 3 798 Kč | 513 Kč |
| 1. 2. 2006–31. 3. 2006 | 4 144 Kč | 560 Kč |
| 1. 4. 2006–31. 12. 2006 | 4 709 Kč | 636 Kč |
| 1. 1. 2007–31. 12. 2007 | 25 % ze základu (20 139 Kč) | 680 Kč |
| 1. 1. 2008–31. 12. 2009 | 25 % ze základu (20 050 Kč) | 677 Kč |

Platby ze státního rozpočtu jsou rovněž významným nástrojem, kterým stát může ovlivňovat ekonomickou bilanci zdravotního pojištění, a to v pozitivním i negativním slova smyslu.

V únoru 2006 jsem jako prezident ČLK pomáhal tehdejšímu ministru Rathovi přesvědčit premiéra Paroubka, že výrazné zvýšení plateb za státní pojištěnce je podmínkou ekonomické stabilizace zdravotních pojišťoven a zklidnění situace v rezortu. Podařilo se nám vyjednat navýšení měsíční platby o 76 Kč, a jen díky tomu do konce roku 2006 získalo zdravotnictví více než 4 mld. Kč. Tandem ministr Rath a senátor Julínek pak prosadil změnu zákona zajišťující další pravidelnou valorizaci těchto plateb. Od počátku roku 2007 by měl stát platit v souladu s § 3c zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění v platném znění, měsíčně částku odpovídající 13,5% z vyměřovacího základu, kterým je 25% všeobecného vyměřovacího základu (25% průměrné mzdy) stanoveného nařízením vlády pro účely důchodového pojištění za kalendářní rok, který o 2 roky předchází kalendářnímu roku, pro který se vyměřovací základ zjišťuje.

Naopak jednoznačně negativním příkladem je zákon č. 261/2007 Sb. o stabilizaci veřejných rozpočtů, který v létě 2007 prosadila Topolánková vláda a dle něhož se „Vyměřovací základ pro rok 2008 podle § 3c věty druhé zákona č. 592/1992 Sb., ve znění účinném ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona, se použije i pro rok 2009“. Díky této novele, které ministr Julínek nechtěl nebo nedokázal zabránit, se platba státu bez ohledu na růst průměrné mzdy v roce 2009 nevalorizovala. Následující tabulka

dokládá, že pokud by nebyl schválen tzv. Topolánkův stabilizační batoh, platil by v roce 2009 stát měsíčně za každého ze svých pojištěnců nikoliv 677 Kč, ale 727 Kč, tedy o 50 Kč více.

Stát zdravotnictví v podstatě okradl o 3,5 mld. Kč.

| Rok | Průměrná mzda | Vyměřovací základ (25 % průměrné mzdy) | Platba státu | Rok |
|------|---------------|--|--------------|------|
| 2006 | 20 050 Kč | 5 012,50 | 677 Kč | 2008 |
| 2007 | 21 527 Kč | 5 381,75 | 727 Kč | 2009 |
| 2008 | 23 542 Kč | 5 885,50 | 795 Kč | 2010 |

(Zdroj: ČSÚ)

Vývoj počtu tzv. státních pojištěnců

(vždy průměrná hodnota v daném kalendářním roce)

| Rok | VZP | ZZP | Celkem |
|------|-----------|-----------|-----------|
| 2000 | 4 338 478 | 1 499 893 | 5 838 371 |
| 2001 | 4 207 866 | 1 615 203 | 5 823 069 |
| 2002 | 4 068 618 | 1 732 691 | 5 801 309 |
| 2003 | 3 958 882 | 1 839 334 | 5 798 216 |
| 2004 | 3 918 964 | 1 924 431 | 5 843 395 |
| 2005 | 3 870 061 | 1 974 068 | 5 844 129 |
| 2006 | 3 813 448 | 2 031 112 | 5 844 560 |
| 2007 | 3 753 846 | 2 062 152 | 5 815 998 |
| 2008 | 3 703 399 | 2 113 027 | 5 816 426 |

hat k hranici 6,1 milionu. Případné zmrazení plateb za tyto pojištěnce by mělo na bilanci veřejného zdravotního pojištění fatální dopad.

Pokusení stabilizovat státní rozpočet za cenu destabilizace systému veřejného zdravotního pojištění mají čas od času ministři financí tendenci podléhat. Tak například v únoru 2007 tehdejší ministr financí Kalousek sondoval politickou podporu pro svůj plán snížit platby za státní pojištěnce o 12 mld. Kč za rok, tedy o cca 28 %. Něco takového byla silná káva i pro premiéra Topolánka, a možná i díky razantnímu mediálnímu vystoupení České lékařské komory musel Kalousek hledat peníze jinde.

Ale nemusíme se vracet takto daleko do historie. **Návrh na zmrazení plateb za státní pojištěnce v roce 2010 byl součástí tzv. protikrizových opatření, která schválila vláda 16. 3. 2009 na návrh ministryně Filipiové či spíše jejího náměstka Šnajdra. Zachránil nás asi pouze pád vlády.** Úřednická vláda podobné novely zákonů, které několik měsíců před volbami nemají šanci na schválení, navzdory počátečnímu „natřásání perliček“ zastavila.

Stát zůstává největším dlužníkem veřejného zdravotního pojištění. Nepoměr mezi

Přehled vybraného pojistného

| Rok | Platba pojištěnců (mil. Kč) | Platba státu (mil. Kč) | Celkový výběr pojistného (mil. Kč) | Podíl plateb státu |
|------|-----------------------------|------------------------|------------------------------------|--------------------|
| 2000 | 87 728,7 | 27 463,7 | 115 192,4 | 23,84 % |
| 2001 | 99 189,6 | 29 026,3 | 128 215,9 | 22,63 % |
| 2002 | 104 217,5 | 30 561,3 | 134 778,8 | 22,67 % |
| 2003 | 111 248,8 | 32 493,2 | 143 742,0 | 22,60 % |
| 2004 | 121 483,8 | 33 377,5 | 154 861,3 | 21,55 % |
| 2005 | 129 830,2 | 33 732,3 | 163 562,5 | 20,62 % |
| 2006 | 137 341,1 | 42 998,4 | 180 339,5 | 23,84 % |
| 2007 | 151 720,2 | 47 458,5 | 199 178,7 | 23,83 % |
| 2008 | 161 643,9 | 47 252,6 | 208 896,5 | 22,62 % |

opět osvědčeným způsobem, tedy na úkor zdravotnictví, bude jistě obrovské. O to důležitější bude, zda budoucí ministr či ministryně zdravotnictví dokáže svůj rezort ubránit. Pokud nedojde ke změně současné legislativy, zvýší se měsíční platba státu od ledna bezmála o 120 Kč a zdravotnictví získá v roce 2010 navíc 8,5 miliardy korun, které pomohou zdravotním pojišťovnám nejenom překlenout krizi, ale zároveň i zvýšit úhrady za zdravotní péči. **Pokusům o změnu zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, které by zdravotnictví finančně poškodily, se bude ČLK snažit bránit všemi prostředky. Doufám jen, že v tom nezůstaneme sami.**

Milan Kubek

Další tabulka pak názorně ukazuje, že v průběhu let se díky stále sofistikovanějším metodám přerozdělování výnosů z pojistného nelukrativní státní pojištěnci přesouvají od VZP k ostatním pojišťovnám, takže v současnosti VZP registruje nejenom cca 64 % všech pojištěnců, ale i obdobné procento státních pojištěnců. Zároveň z ní vyplývá, že počet osob, za které platí pojistné stát, se v posledních letech prakticky neměnil. **Zásadní změnu přinese růst nezaměstnanosti, který je průvodním jevem současné ekonomické krize.** Pokud by se splnily pesimistické odhady některých ekonomů o 10procentní nezaměstnanosti koncem letošního roku (t. č. 8,2%), mohl by se počet státních pojištěnců vyšpl-

hat k hranici 6,1 milionu. Případné zmrazení plateb za tyto pojištěnce by mělo na bilanci veřejného zdravotního pojištění fatální dopad. **Pokusení stabilizovat státní rozpočet za cenu destabilizace systému veřejného zdravotního pojištění mají čas od času ministři financí tendenci podléhat. Tak například v únoru 2007 tehdejší ministr financí Kalousek sondoval politickou podporu pro svůj plán snížit platby za státní pojištěnce o 12 mld. Kč za rok, tedy o cca 28 %.** Něco takového byla silná káva i pro premiéra Topolánka, a možná i díky razantnímu mediálnímu vystoupení České lékařské komory musel Kalousek hledat peníze jinde. Ale nemusíme se vracet takto daleko do historie. **Návrh na zmrazení plateb za státní pojištěnce v roce 2010 byl součástí tzv. protikrizových opatření, která schválila vláda 16. 3. 2009 na návrh ministryně Filipiové či spíše jejího náměstka Šnajdra. Zachránil nás asi pouze pád vlády.** Úřednická vláda podobné novely zákonů, které několik měsíců před volbami nemají šanci na schválení, navzdory počátečnímu „natřásání perliček“ zastavila. **Stát zůstává největším dlužníkem veřejného zdravotního pojištění.** Nepoměr mezi 58 % obyvatel, kteří spotřebovávají cca 80 % zdravotní péče ve finančním vyžděření, a platbou státu, která nedosahuje ani 23 % příjmů pojišťoven, je do očí bijící základní příčinou opakujících se ekonomických problémů českého zdravotnictví.

O ekonomické budoucnosti zdravotnictví, stejně tak jako o řadě dalších oblastí veřejného života, **rozhodnou říjnové volby. Pokusení politiků řešit ekonomickou recesi prohlubované problémy státního rozpočtu**

Stát by měl platit za své pojištěnce přibližně tolik, kolik spotřebují. To znamená mnohem více než nyní. Farmaceutické firmy nejsou chudé, většinou jsou zahraniční. A stát podporuje své řádné občany, zvláště ty, kteří mají zájem pracovat.

Jan Kaufman, interna, Praha 9, 14

Toto je úplně pitomá (slušnější slovo mne nenapadá) otázka! Je ČLK už jen soc. dem.-odborářská nebo ještě i stavovská organizace? Mně osobně je naprosto jedno, kolik bude stát platit za svoje pojištěnce a jak řeší svoje problémy se zdravotními pojišťovnami. Mně, jako členovi ČLK a delegátovi sjezdu, je naprosto lhostejné, kolik se komu platí za léky. Já jako lékař chci, aby mi komora zajišťovala, abych mohl dobře, klidně a bez překážek pracovat ve svém oboru. Abych mohl bez byrokratických omezení ze strany zdravotních pojišťoven rozvíjet svou odbornost. Samozřejmě chci být za to řádně a spravedlivě placen, ale ani to není náplň práce komory. To řeším přes svou profesní organizaci. A jestliže byly politickým rozhodnutím zrušeny i tak malé přímé platby, jakými byly poplatky v ordinacích, je to pro mne důkazem, že systém našeho veřejného zdravotního pojištění je zcela zdravý, silný a nepotřebuje žádnou reformu ani dotaci a české zdravotnictví se může nadále neomezeně a plnohodnotně rozvíjet. Požadavek zvýšení plateb za státní pojištěnce je tedy z tohoto pohledu zcela irelevantní. Položená otázka má být zřejmě jen průzkumem politického zaměření lékařů. Jiný význam mít nemůže. Přesto žádám o zveřejnění svého příspěvku v TM.

Milan Rytíř, praktický dětský lékař, Tábor

1. Vašemu dotazu nerozumím obsahově.
2. Formulace je manipulativní.

Josef Gut, dětské odd. NsP, Česká Lípa

Platit více za pojištěnce, limitovat farmaceutické výroby.

Svatoslav Jančík, chirurgie, Otrokovice

Důležité je zvýšit platbu za pojištěnce placené státem a limitovat výdaje na léky. Farmaceutický průmysl je natolik zdatný, že se může omezit jeho podpora.

Květa Andryšová, interna, Praha 2



Nekončící zmatky v postgraduálním vzdělávání lékařů

S poplatky za atestace komora nesouhlasí, zatímco ČLS JEP je podporuje

ČLK nesouhlasí s tím, aby lékaři platili za atestační zkoušky a závěrečné zkoušky certifikovaných kurzů. Ministryně Jurásková však nevyhověla výzvě prezidenta komory dr. Kubka, aby revokovala nařízení vlády, které tyto zkoušky zpoplatňuje. Lékaři ve specializační přípravě jsou přitom finančně zatíženi také platbami za vzdělávací kurzy, které se výrazně zdražily bez ohledu na to, že část z nich je povinná.

Prezident ČLK rovněž požádal vedení ČLS JEP o podporu pro mladé lékaře, kteří musí při získávání specializačního vzdělávání překonávat stále vyšší ekonomické překážky. Předsednictvo ČLS JEP však na svém zasedání 24. 6. 2009 podpořilo platby za atestační a obdobné zkoušky s tím, že lékař by měl sám platit za opakování atestačních zkoušek a pouze za první termín atestační zkoušky by měla platit organizace, u níž je mladý lékař zaměstnán. Taková změna by však mladým lékařům asi příliš nepomohla. V konečném důsledku by totiž úhradu těchto poplatků mohl po nich zaměstnavatel požadovat na základě tzv. stabilizační smlouvy.

Atestace chce komora zkoušet sama

V souladu s doporučením porady předsedů OS ČLK a usnesením představenstva z 19. 6. 2009 nabídl prezident ČLK ministryni zdravotnictví, že komora převezme organizaci a provádění atestačních zkoušek a závěrečných zkoušek certifikovaných kurzů, a vyzval ministerstvo k jednání o potřebných legislativních změnách. Do dnešního dne ČLK neobdržela z ministerstva žádnou odpověď.

Představenstvo ČLK pověřilo předsedu Vědecké rady komory dr. Hermana přípravou projektu a vytvořením příslušné pracovní skupiny. Prezident ČLK bude zároveň jednat s děkany lékařských fakult a vedením ČLS JEP o postavení a úloze jednotlivých subjektů v novém systému postgraduálního vzdělávání a provádění atestačních zkoušek v režii ČLK.

Vyhlášku o oborech specializačního vzdělávání lékařů prosadila ministryně Jurásková silou, navzdory nesouhlasu komory

Vyhlášku č. 185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, stejně

jako další vyhlášky a nařízení vlády provádějící novelu zákona č. 95/2004 Sb., prosadila ministryně zdravotnictví Jurásková s účinností od 1. 7. 2009 navzdory nesouhlasnému postoji ČLK. A například na jednání předsedů akreditačních komisí dle zákona č. 95/2004 Sb. pro společný chirurgický a interní kmen, které se konalo za účasti některých děkanů a zástupců dotčených odborných společností ČLS JEP dne 16. 6. 2009 na ministerstvu zdravotnictví, neměla lékařská komora vůbec žádné zastoupení.

Česká lékařská komora připravila ucelený systém třístupňového vzdělávání lékařů, který ministerstvo nerespektovalo a přiklonilo se k modelu předloženému děkany lékařských fakult. Komora tedy nenese žádnou spoluodpovědnost za případný krach systému postgraduálního vzdělávání, na jehož chyby opakovaně upozorňovala.

Michal Sojka

Nové rozdělení oborů specializačního vzdělávání lékařů

Dne 1. 7. 2009 vstoupila v účinnost nová vyhláška č. 185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů (dále jen „vyhláška“). Tímto se zároveň ruší vyhláška č. 233/2008 Sb., která dosud toto rozdělení oborů upravovala. Text naleznete na www.lkcr.cz.

Vyhláška nově zavádí **deset základních kmenů**, které jsou součástí základních oborů (o těchto oborech níže). Jedná se o kmeny anesteziologický, gynekologicko-porodnický, hygienický, chirurgický, interní, patologický, pediatrický, psychiatrický, radiologický a kmen všeobecné praktické lékařství. Po absolvování vzdělávání v základním kmeni, které trvá 24 měsíců, obdrží lékař certifikát o absolvování

základního kmene. **Po tomto absolvování předpokládá § 4 odst. 2 zákona č. 95/2004 Sb. oprávnění lékaře vykonávat povolání bez odborného dohledu v rozsahu stanoveném prováděcím právním předpisem.**

POZOR! Tento právní předpis dosud nebyl vydán a ČLK ani nebyla k žádnému jednání v této věci ministerstvem vyzvána. Obdobné nejasnosti panují o způsobu, jakým bude zakončeno absolvování základního kmene.

Lékař se přihlašuje do základního oboru

Jednotlivé kmeny jsou součástí **základních oborů**, ve kterých lze uskutečnit specializační vzdělávání lékařů a lékař v nich

může získat specializovanou způsobilost. Těchto základních oborů je **40** a jsou vyjmenovány v příloze č. 1 vyhlášky. **Lékař se po nástupu do praxe přihlašuje do specializačního vzdělávání v základním oboru, nikoliv tedy v základním kmeni.** Kmen figuruje toliko jako součást základního oboru, nikoliv jako samostatný a autonomní stupeň vzdělávání lékařů.

U každého oboru je uveden výčet základních kmenů, který může být součástí příslušného oboru. V případě, že se lékař v průběhu specializačního vzdělávání rozhodne změnit obor specializačního vzdělávání, příp. po složení atestace v oboru absolvovat specializační vzdělávání ještě v některém z dalších oborů, není nutné znovu absolvovat základní kmen, jestliže lékař vlastní certifikát o absolvování zá-

kladního kmene potřebného pro nově zvolený anebo další zvolený obor.

Příklad: Lékař se přihlásí do specializačního vzdělávání v základním oboru chirurgie a absolvuje předepsaný chirurgický základní kmen. V dalším průběhu specializačního vzdělávání v tomto oboru se rozhodne, že by mu byl bližší základní obor gastroenterologie, pro který vyhláška stanoví absolvování interního nebo chirurgického kmene. Vzhledem k tomu, že v rámci vzdělávání v oboru chirurgie již chirurgický kmen absolvoval, není nutné, aby tak učinil v rámci specializačního vzdělávání v oboru gastroenterologie znovu či si snad ještě doplnil interní kmen. Absolvování chirurgického kmene je lékaři započteno do specializačního vzdělávání v oboru gastroenterologie a lékař dokončí pouze zbytek předepsaného vzdělávacího programu. Věříme, že tento princip zůstane zachován a nebude dodatečně svévolně měněn.

Financování pokrývá pouze minimální délku

U každého základního oboru je dále uvedeno označení odborností a minimální délka specializačního vzdělávání v letech, do této doby je již započteno také absolvování základního kmene. Uvedená délka v letech je skutečně délkou minimální, kterou předpokládá evropská směrnice č. 2005/36/ES. Konkrétní délku vzdělávání pro jednotlivé specializační obory, která ve většině případů přesahuje minimální délku, stanoví vzdělávací programy vydané ministerstvem zdravotnictví. **Financování specializačního vzdělávání státem je však za splnění podmínek pokryto pouze po dobu minimální délky, nikoliv délky skutečné** (o svérázném přístupu ministerstva zdravotnictví k financování specializačního vzdělávání již bylo pojednáno v předchozích číslech časopisu Tempus medicorum, naposledy v č. 6/2009) a **finanční příspěvek nesměruje na vzdělávajícího lékaře-rezidenta, ale za jeho zaměstnavatelem.**

Příloha č. 2 vyhlášky obsahuje výčet **nástavbových oborů**, ve kterých může lékař získat zvláštní odbornou způsobilost. Těchto oborů je celkem 44. Zákon č. 95/2004 Sb. a vyhláška č. 185/2009 Sb. tyto obory označuje jako „**obory certifikovaných kurzů**“ nebo „nástavbové

obory“. Nyní nástavbové obory **navazují až na absolvování základního oboru a získání specializované způsobilosti v něm**. Jde tedy o spíše užší obory, ve kterých se lékaři mohou dále specializovat, aniž by byla dotčena jejich specializovaná způsobilost v základním oboru.

U každého oboru je uveden výčet základních oborů, na které mohou nástavbové obory navázat, a dále označení odbornosti a minimální délka specializačního vzdělávání v těchto oborech. Ohledně minimální délky vzdělávání platí totéž co u základních oborů.

Příklad: Pro vzdělávání v nástavbovém oboru angiologie je předepsáno absolvování základního oboru vnitřní lékařství nebo kardiologie nebo diabetologie a endokrinologie. Pokud by tedy lékař chtěl získat po získání specializované způsobilosti v některém z těchto tří oborů ještě nástavbovou specializaci v oboru angiologie, může na tomto základě vstoupit do nástavbového vzdělávání v tomto oboru. Nelze získat zvláštní odbornou způsobilost v tomto oboru po získání specializace např. v oboru psychiatrie či dětské lékařství, neboť toto vyhláška neumožňuje.

Výše uvedené se týká lékařů, kteří vstoupí do specializačního vzdělávání po nabytí účinnosti vyhlášky, čili po 1. 7. 2009.

Dosud získané způsobilosti nedotčeny

Pro lékaře, kteří získali specializovanou způsobilost, složili I. atestaci nebo zahájili specializační vzdělávání v určitém oboru před 1. 7. 2009, platí následující zásady:

– Dosud získané specializované způsobilosti zůstávají nedotčeny. Změna názvu oboru či označení odbornosti nemá na tuto skutečnost vliv.

– Převedením specializované způsobilosti na zvláštní odbornou způsobilost (neboli přeřazením dosavadního základního oboru mezi obory nástavbové) není dotčena získaná specializovaná způsobilost.

Příklad: Lékař získal specializovanou způsobilost v oboru angiologie, který byl dosud podle vyhlášky č. 233/2008 Sb. oborem základním. Nyní podle nové vyhlášky je angiologie nástavbovým oborem, způsobilost samostatně vykonávat lékařské povolání v tomto oboru

však není zmíněným přeřazením dotčena. Lékaři toto nezakládá povinnost nově absolvovat nástavbové vzdělávání v oboru angiologie.

– Lékaři, kteří podle dřívějších právních předpisů získali specializaci I. stupně a nezískali specializovanou způsobilost podle § 44 zákona č. 95/2004 Sb., splňují podmínky pro získání certifikátu o absolvování základního kmene v příslušném základním oboru. Možnost přiznání specializované způsobilosti podle § 44 zákona č. 95/2004 Sb. však stále trvá, rozhodně toto neznamená, že lékař, který dosud specializovanou způsobilost nezískal, i přesto, že splňuje podmínky pro její přiznání, by snad měl od 1. 7. 2009 nárok pouze na certifikát o absolvování základního kmene. Toto ustanovení se týká pouze těch lékařů, kteří složili I. atestaci v oboru, nebyla jim přiznána specializovaná způsobilost v tomto oboru a ani by jim nebyla přiznána v případě, že by si o ni požádali.

– Lékaři zařazení do specializačního vzdělávání před 1. 7. 2009 dokončí toto specializační vzdělávání v nezměněné podobě bez ohledu na nabytí účinnosti nové vyhlášky.

Zvláštním případem je nově vzniklý obor diabetologie a endokrinologie, který byl vytvořen spojením dvou dosud samostatných oborů. Lékařů, kteří dosud získali specializovanou způsobilost v obou těchto oborech, je minimum. I zde platí princip nabytých práv; pokud tedy lékař získal specializovanou způsobilost např. v oboru diabetologie, zůstává nedotčena, a má nadále právo vykonávat samostatně lékařské povolání v tomto oboru, provozovat či nově registrovat soukromou praxi pro tento obor, vykazovat zdravotním pojišťovnám výkony náležející pod tuto odbornost atd. i přesto, že samostatně již obor diabetologie formálně neexistuje. Stejně tak lékaři, kteří byli před 1. 7. 2009 zařazení do specializačního vzdělávání v oboru diabetologie, dokončí toto vzdělávání v nezměněné podobě a získají specializovanou způsobilost v tomto oboru. Totéž platí i pro endokrinologii jakožto dosud samostatný obor.

Nedotknutelnost nabytých práv pro soukromé praxe

S novým rozdělením oborů specializačního vzdělávání souvisí i **problematika vydávání osvědčení pro výkon soukromé lékařské praxe** (dále jen „licence“)



Českou lékařskou komorou. Zde rovněž platí princip nedotknutelnosti nabytých práv. **Platnosti dosud vydaných licencí ČLK se nikterak nedotýká změna zařazení příslušného specializačního oboru v rámci nové vyhlášky č. 185/2009 Sb.**, vliv na platnost licence rovněž nemá změna názvu oboru či označení odbornosti.

Jestliže lékař o vydání licence pro příslušný obor požádá až po 1. 7. 2009, je nutné v tomto případě posuzovat splnění podmínek dle současné právní úpravy, zejména pokud jde o požadovanou délku praxe v oboru. Ta se tedy bude posuzovat podle vyhlášky č. 185/2009 Sb.

V případě již zmíněné specifické situace u nově vzniklého specializačního oboru diabetologie a endokrinologie bude moci být tento typ licence vydán až na základě dokladu o absolvování specializačního vzdělávání v tomto oboru, ukončeného atestační zkouškou, za současného splnění dalších podmínek dle Licenčního řádu ČLK. Lékařům, kteří dosud již získali licenci v jednom z těchto oborů, např. diabetologii, zůstává tato licence bez dalšího zachována. Pro lékaře, kteří si o licenci v oboru diabetologie teprve požádají, jak již bylo uvedeno, sice již od 1. 7. 2009 samostatný specializační obor diabetologie formálně neexistuje, tj. není možné v něm zahájit specializační vzdělávání, nicméně obor

diabetologie s účinností vyhlášky fakticky nezánikl a není jí ani nijak dotčena specializovaná způsobilost lékařů v oboru diabetologie, kterou dosud získali nebo ji získají na základě již zahájeného specializačního vzdělávání.

Pokud lékař požádá po 1. 7. 2009 o vydání licence v oboru diabetologie a doloží splnění podmínek stanovených Licenčním řádem ČLK, lze licenci pro výkon soukromé lékařské praxe pro obor diabetologie vydat, bez ohledu na skutečnost, že takový specializační obor dle platné právní úpravy již formálně neexistuje. Totéž platí i pro obor endokrinologie.

Mgr. Bc. Miloš Máca, právní oddělení ČLK

Zaměstnanec nemá právo na studijní volno před atestační zkouškou

Problematika studijního volna v rámci přípravy na atestační zkoušky v současné době nemá vhodnou právní úpravu, neboť zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, v platném znění, nestanoví zaměstnanci právo na studijní volno za účelem přípravy na atestační zkoušku. Důvodem tohoto právního stavu je přijetí zákona č. 189/2008 Sb., který novelizoval zákon č. 95/2004 Sb.

Zákon č. 189/2008 Sb., účinný od 1. 7. 2008, stanoví, že příprava na atestační zkoušku již není zvyšováním kvalifikace (jak tomu bylo do té doby), v jejímž rámci zákoník práce přiznává zaměstnanci v ustanovení § 232 nárok na studijní volno, nýbrž že je tato příprava nově prohlubováním kvalifikace. V souvislosti s prohlubováním kvalifikace zákoník práce sice umožňuje uzavření kvalifikační dohody, bez ní však při prohlubování kvalifikace nárok na studijní volno ze zákona nevzniká.

Zaměstnavatel vyžaduje návratnost nákladů

Zákoník práce v § 230 a následujících ustanoveních obsahuje právní úpravu kvalifikační dohody. Kvalifikační dohoda je institutem umožňujícím zaměstnanci prohloubit si kvalifikaci na náklady zaměstnavatele a zaměstnavateli z kvalifikační dohody plyne jistota, že náklady, které vynaložil v souvislosti s prohlubováním kvalifikace zaměstnance, budou zhodnoceny v podobě závazku zaměst-

nance setrvat v pracovním poměru u tohoto zaměstnavatele po stanovenou dobu. Právě tento institut umožňuje zaměstnanci v rámci prohlubování kvalifikace čerpat studijní volno a jiné výhody, a to v rozsahu stanoveném zákoníkem práce nebo samotnou kvalifikační dohodou. Kvalifikační dohodu lze uzavřít na základě smluvního konsenzu mezi zaměstnavatelem a zaměstnancem, není možné se jejího uzavření jednostranně domáhat.

Lékaři nemají jinou možnost získat příspěvek

Ze zkušenosti právního oddělení ČLK víme, že řada lékařů kvalifikační dohody uzavírá, neboť v současné době se jedná o jedinou možnost, jak si kvalifikaci prohloubit za finančního příspěvní zaměstnavatele, za předpokladu, že lékař v dohledné době neplánuje změnu zaměstnavatele. Na druhou stranu je potřeba uvést, že vždy záleží na lékaři, zda bude postupovat cestou vzájemného závazku – kvalifikační dohody, nebo zůstane zcela nezávislým a studuje a připravuje se v rámci své dovolené. I tyto případy jsme zaznamenali.

Současný právní stav není zdaleka vyhovující, neboť lékař má jen dvě možnosti, jak tuto situaci s přípravou na atestační zkoušku řešit. Buď přistoupí na uzavření kvalifikační dohody za cenu budoucího závazku, nebo se snaží na atestační zkoušku připravovat v rámci svého osobního volna a dovolené. Oba postupy přinášejí lékařům řadu komplikací v nejrůznějších oblastech života, ať už v osobní či profesní ro-

vině, a lze jednoznačně konstatovat, že lékař je nedobrovolně postaven do situace, kdy musí volit řešení, které je pro něj zpravidla „menším zlem“, a to jen z toho důvodu, že má zájem se dále vzdělávat.

ČLK ani s jedním z uvedených způsobů nesouhlasí, v prvním případě proto, že se jedná o nedobrovolnou a uměle vytvořenou loajalitu zaměstnance ke svému zaměstnavateli, v druhém případě z toho důvodu, že je velmi nežádoucí, aby lékař využíval ke studiu (ke kterému je navíc ze zákona povinen) své dovolené, neboť je tímto absolutně popírán její smysl.

Možnost obrátit se o radu na právní oddělení ČLK

Pokud je lékaři nabídnuto kvalifikační dohodu se zaměstnavatelem uzavřít, může se tento lékař s jejím návrhem obrátit na právní oddělení ČLK, které tento návrh z právního hlediska posoudí a doporučí případné změny.

Právo zaměstnance na studijní volno a jeho rozsah může obsahovat také kolektivní smlouva jako závazek vyplývající z dohody mezi zaměstnavatelem a odbory. Tento postup bude v současné době žádoucí právě z výše uvedeného důvodu, kterým je absence právní úpravy studijního volna.

Není vyloučena dohoda se zaměstnavatelem, nicméně tato možnost zůstává spíše v teoretické rovině a to z mnoha důvodů, vyplývajících zejména z potřeb zaměstnavatele, nedostatku personálu, ekonomických tlaků atd.

Mgr. Daniel Valášek, právní oddělení ČLK

Komora požaduje přísnější kritéria pro výběr soudních znalců

Znalecké posudky předkládané soudům v oblasti lékařství jsou často velmi nekvalitní, přestože na nich závisí osud lékařů i pacientů. Shodli se na tom špičkoví lékaři i právníci, kteří se účastnili právního kongresu pořádaného ČLK.

Česká lékařská komora požaduje změnu zákona č. 36/1967 Sb., o znalcích a tlumočnících, a je připravena převzít odpovědnost za odbornou úroveň znalců-lékařů.

K výkonu znalecké činnosti nemůže být dostačující pouhá specializovaná způsobilost lékaře, lékaři znalci by měli být doporučení profesní komorou garantující jejich erudici. Nejlépe ve spolupráci s ministerstvem zdravotnictví ČLK připraví nová,

přísnější kritéria pro jmenování znalců. Je třeba zdůraznit, že stanoviska odborných společností jsou z právního hlediska pouhými doporučeními občanských sdružení. Závazná stanoviska k odborným problémům poskytování zdravotní péče mohou pro své členy vydávat ze zákona pouze profesní komory. Úzká spolupráce ČLK prostřednictvím její vědecké rady a oborových komisí s ČLS JEP je přitom nutná.

Posuzovat správnost či nesprávnost postupu lékaře může pouze znalec stejné odbornosti, což nevylučuje, aby se ve složitějších případech na posuzování podíleli též lékaři jiných oborů. Součástí podkladů pro znalecké posuzování rovněž musí být vyjádření všech lékařů a dalších zdravot-

níků, jejichž činnost je hodnocena. Ústavní znalecké posudky i posudky soudních znalců jednotlivců jsou z odborného hlediska rovnocenné, rozhoduje pouze erudice posuzujících odborníků. V případě rozporu mezi znaleckými posudky by revizní posudky měla vydávat příslušná oborová komise vědecké rady komory.

V souladu s novým trestním zákoníkem by orgány činné v trestním řízení měly co nejvíce případů postupovat k disciplinárnímu řízení lékařské komoře. Trestní stíhání lékaře by mělo být až „poslední možností“. ČLK již připravila novelu zákona o lékařské komoře, která zásadním způsobem zrychluje a zefektivňuje kárné řízení s lékaři.

(red)

Mladí lékaři spojují síly

Zejména zkušenost řady mladých lékařů, že jejich problémy související s atestační přípravou jsou na pokraji zájmu ministerstva zdravotnictví a v podstatě celé odborné lékařské veřejnosti, neboť drtivá většina zainteresovaných již atestaci má a aktuální problematika je jim cizí, vedla ke vzniku organizace Mladí lékaři. V časopisu Tempus medicorum vyšel jejich manifest. O aktuální situaci jsme hovořili s hlavním iniciátorem aktivity Mladí lékaři Tomášem Kocourkem.

Jaká byla odezva na manifest a jaký je v současnosti zájem o členství?

Odezva byla větší, než jsme předpokládali. Určitě tomu napomohla i tisková konference, která se uskutečnila na začátku července v prostorách ČLK, která nám nabídla pomoc a podporu při našem konání. Další reakce následovaly po zveřejnění Manifestu mladých lékařů v časopise Tempus medicorum a denním tisku. Zájem o členství byl značný, což nás příjemně překvapilo a utvrdilo v tom, že náš pohled na situaci mladých lékařů, potažmo celého českého zdravotnictví není ojedinelý.

Je situace mladých lékařů skutečně tak špatná?

Kdyby nebyla, asi bychom s kolegy našli zajímavější způsob trávení volného

času. Je smutným faktem, že v důsledku dlouhodobého nezájmu všech zúčastněných se situace stává kritickou. Podle množství ohlasů se nejedná jen o náš názor.

Jaká byla reakce ministerstva zdravotnictví?

První reakcí ministerstva zdravotnictví bylo odmítnutí informací vzešlých od nás, posléze jsem byl jako zástupce Mladých lékařů pozván náměstkyní ministryně MUDr. Hellerovou na informační schůzku, která se uskutečnila 17. července.

Předpokládám, že nyní se zabýváte organizačními otázkami, jako jsou stanovy, vytvoření řídicí struktury organizace apod. V jaké jste fázi?

Ano, momentálně vytváříme podklady a shromažďujeme materiály pro naše webové stránky, které budou zprovozněny do konce září.

Co plánujete dál? Co chcete dělat, abyste změnili postavení mladých lékařů a abyste nemuseli, jak říkáte, odejít pracovat do ciziny?

V první fázi jsme se věnovali informovanosti kolegů o naší činnosti. Odhadem je v ČR 5000 neatestovaných lékařů, z nich se na náš e-mail přihlásilo již téměř tisíc, což považuji za úspěch. Dále bychom se rádi účastnili jednání o dalším směřování atestační přípravy v ČR, což nám bylo při



jednání s náměstkyní Hellerovou přislíběno. Po podzimních volbách do Poslanecké sněmovny bychom se rádi účastnili jednání s novým ministrem zdravotnictví.

Jaký je váš vztah k lékařské komoře?

Rozhodně kladnější než před rokem, kdy jsem o činnosti komory neměl podrobné informace, byť určité povědomí ano. Velice mě překvapila ochota pomoci ze strany prezidenta Kubka, který má velkou zásluhu na tom, že jsme se odhodlali naši iniciativu uvést v život.

Michal Sojka

mladi.lekari@seznam.cz

Nebezpečné ministerské vyhlášky

Špatně připravená vyhláška o minimálním věcném a technickém vybavení zdravotnických zařízení obsahující ne-realistické požadavky by mohla poškodit tisíce soukromých lékařů.

Česká lékařská komora oceňuje změnu postoje Ministerstva zdravotnictví ČR, které pod vedením ministryně Juráskové začalo profesní lékařskou samosprávu respektovat jako partnera a hodlá dodržovat platné zákony.

Vyhlášky o minimálním požadovaném personálním vybavení i o věcném a technickém vybavení zdravotnických zařízení budou mít zásadní vliv na profesní, ekonomickou i existenční budoucnost soukromých lékařů, ale i ostatních zdravotnických zařízení a jejich zaměstnanců. Proto je tyto normy potřeba připravit kvalitně. **S ohledem na to, že Julínkovo ministerstvo tři roky ignorovalo platný zákon, není v současnosti spěch na místě.**

Vyhláška, kterou se stanoví požadavky na personální vybavení zdravotnických zařízení

Česká lékařská komora se marně snažila přimět ministra zdravotnictví Julínka k tomu, aby splnil povinnost uloženou Ministerstvu zdravotnictví ČR zákonem, tedy po dohodě s ČLK stanovit vyhlášku požadavky na minimální personální vybavení zdravotnických zařízení. Po odvolání ministra Julínka ministerstvo sice zahájilo přípravu dané vyhlášky, ovšem zcela chybně jako prováděcího předpisu k zákonu o zdravotních službách, který neexistoval a neexistuje.

Situace se změnila s příchodem ministryně Juráskové, která rozhodla o přípravě této vyhlášky v souladu s § 12a platného zákona č. 20/1966 Sb., podle kterého ministerstvo zdravotnictví vydává vyhlášku o personálních standardech po dohodě s příslušnou profesní komorou.

ČLK, konfrontována s nečinností ministerstva a vědoma si prohlubující se personální devastace řady zdravotnických zařízení, mezitím vytvořila pravidla pro své vlastní personální audity lůžkových zdravotnických zařízení, které by měly probíhat na principu dobrovolnosti.

Zatímco vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR stanoví minimál-

ní požadavky, podmínky pro udělení certifikátu Nemocnice 21. století jsou doporučením. Jsou představou ČLK, jak by měla být péče personálně zajištěna, aby odpovídala členskému státu EU v novém tisíciletí.

Personální doporučení ČLK

(viz www.lkcr.cz):

- logicky vychází z reálného provozu ve zdravotnických zařízeních;
- požadavky nejsou nereálně vysoké s ohledem na to, že minimální požadavky pojišťoven zahrnuté v Seznamu zdravotních výkonů je třeba sčítat (lůžka + operační sály + ambulance...);
- klade stejné nároky na odbornost lékařů v nemocnicích i v soukromých praxích;
- zajišťuje práci též lékařům s pouhou odbornou způsobilostí (absolventi-lékaři Lo),
- obsahuje personální rezervu pro případy dovolené, nemoci, školení...;
- respektuje bezpečnostní pravidla daná EWTD (Evropská směrnice o pracovní době).

S návrhy personálních požadavků zpracovanými ministerstvem, které jsou dostupné rovněž na www.lkcr.cz, nemůže ČLK souhlasit. Budeme tedy o této velmi důležité problematice dále jednat s Ministerstvem zdravotnictví ČR, které bez souhlasu komory naštěstí nemůže příslušnou vyhlášku vydat.

Vyhláška, kterou se stanoví požadavky na věcné a technické vybavení zdravotnických zařízení

V dubnu letošního roku (20. 4.) přijala vláda usnesení, že nebude Poslanecké sněmovně předkládat tzv. Julínkovy reformní zákony, včetně zákona o zdravotních službách, k němuž ministerstvo původně připravovalo společnou vyhlášku o minimálních personálních i technických a věcných požadavcích, která by musela splňovat zdravotnická zařízení. Po nástupu ministryně Juráskové se ministerstvo rozhodlo původní návrh vyhlášky rozdělit na dvě části – jednu věnovanou personálnímu a druhou věcnému a technickému vybavení zdravotnických zařízení.

O necelé dva měsíce později (12. 6. 2009) byl návrh vyhlášky, kterou

se stanoví požadavky na věcné a technické vybavení zdravotnických zařízení, zaslán komoře. Návrh projednali účastníci porady předsedů OS ČLK 18. 6. 2009 a následující den představenstvo přijalo usnesení:

„Návrhy zasláné MZ jsou tak nekonzistentní, že je v podstatě není možno připomínkovat. V žádném případě tak nelze učinit do 26. 6. 2009, tedy ve lhůtě 14 kalendářních dní, jak požaduje ministerstvo. ČLK žádá Ministerstvo zdravotnictví ČR jednak o prodloužení lhůty a požaduje nejprve jednat o obecné struktuře vyhlášky tak, aby požadavky budoucí vyhlášky byly srovnatelné napříč odbornostmi, přičemž je třeba vyřešit vztah této vyhlášky k Seznamu výkonů a umožnit lékařům vykonávat třeba jen určité výkony v rámci své odbornosti. Zpracování připomínek proběhne na půdě Vědecké rady ČLK, přičemž za splnění úkolu odpovídají předseda VR ČLK dr. Herman a viceprezident ČLK dr. Mrozek.“

Návrhy jsou dostupné na www.lkcr.cz a k připomínkování je dostali všichni funkcionáři komory.

Dne 15. 7. 2009 jsme s viceprezidentem Zdeňkem Mrozkem prezentovali na Ministerstvu zdravotnictví ČR tyto **zásadní připomínky komory**:

- Je zřejmé, že odborné společnosti, které se na přípravě návrhu podílely, neobdržely jednotné zadání, do jakých „podrobností v požadavcích zacházet“. Každá odbornost tedy zákonitě přistoupila k návrhu po svém. Výsledkem je nekonzistentní návrh, jehož připomínkování je tedy prakticky nemožné. ČLK požaduje zásadní přepracování.
- ČLK zveřejnila návrh na svých webových stránkách, a dala ho tak na vědomí široké lékařské veřejnosti, sbírá připomínky, ze kterých vyplývá většinový názor, a to že u některých oborů jsou zvláštní požadavky minimalistické, u jiných extenzivní.
- Není vůbec řešena návaznost této vyhlášky na vyhlášku, kterou se vydává Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a na kalkulační listy těchto výkonů.
- Neexistuje srovnání se stávající vyhláškou č. 49/1993 Sb., o technických a věc-

ných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení.

e) Je obtížné až nemožné vytvořit vyhlášku s konkrétními požadavky pro jednotlivá zdravotnická zařízení. Jejich vybavení by mělo odpovídat pouze spektru výkonů, které jsou v zařízení poskytovány, a tomu, co hradí na základě smlouvy zdravotní pojišťovny.

f) Některé návrhy jsou zbytečné, např. požadavek, aby všechna zdravotnická zařízení disponovala vybavením k poskytování první pomoci a kardiopulmonální resuscitace, a to včetně příslušných farmak.

Zástupce ministerstva jsme zároveň upozornili, že při nejlepší vůli ČLK nestihne zaslat v rámci vnitřního připomínkového řízení své připomínky, a to ani ve lhůtě, kterou na žádost prezidenta ČLK ministryně

zdravotnictví prodloužila do 22. 7. 2009. Nejbližší zasedání Vědecké rady ČLK se totiž koná až 10. září, přičemž shromáždění a seriózní zpracování připomínek od lékařů si vyžádá několik měsíců.

„Představenstvo ČLK navrhuje stanovit vyhláškou pouze minimální obecné podmínky pro všechna zdravotnická zařízení a zvláštní požadavky pro jednotlivé obory vyhláškou konkrétně nestanovovat, neboť technické a věcné vybavení jednotlivých zdravotnických zařízení musí odpovídat spektru poskytované zdravotní péče v daném zdravotnickém zařízení. Požadavky na provádění výkonů zdravotní péče jsou popsány ve vyhlášce, kterou se vydává Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.“

(Usnesení přijaté 31. 7. 2009)

Je třeba si však uvědomit, že stran vyhlášky o minimálních požadavcích na technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení je situace pro lékaře v porovnání s vyhláškou o personálních standardech mnohem méně příznivá, neboť **Ministerstvo zdravotnictví ČR má zákonné zmocnění vydat tuto vyhlášku samo.** Ministryně Jurásková by tak mohla podlehnout pokušení vydat ji z pozice síly, bez ohledu na naše protesty a připomínky, obdobně jak to učinila s vyhláškami k zákonu č. 95/2004 Sb., které dolikvidovaly postgraduální vzdělávání lékařů. Své rozhodnutí ministerstvo ospravedlnilo údajným souhlasem odborných společností a lékařských fakult a protesty vedení ČLK nebyly nic platné. Doufejme, že takto arogantní postup již náměstkyně Helerová a ministryně Jurásková nezopakují.

Milan Kubek

Pozor na rozhodčí řízení!

Ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s Hospodářskou komorou ČR a Českým zdravotnickým fórem představilo projekt na zřízení rozhodčího soudu pro spory týkající se zdravotního pojištění a poskytování zdravotní péče, který byl připraven bez účasti ČLK.

Rozhodčí řízení má oproti klasickému soudnímu projednávání sporů jistě své výhody. Za zmínku stojí zejména rychlost, která v případě, že obě strany sporu mají jakous takovou vůli se nějak dohodnout, může být rozhodující výhodou oproti pomalu pracující justici. Nic však není zadarmo. Rozhodčí řízení má také své zásadní nevýhody, kterých si musí být vědom každý, kdo by o sobě chtěl nechat rozhodovat právě tímto způsobem. Tou hlavní je skutečnost, že účastníci sporu se vzdávají práva na odvolání i na proces před nezávislým soudem. S ohledem na skutečnost, že právě s rozhodčími soudy při Hospodářské komoře nejsou v ČR dobré zkušenosti, je třeba takové rozhodnutí pečlivě zvažovat.

Spory ve zdravotnictví, které by teoreticky mohly být řešeny rozhodčím řízením, lze rozdělit do tří skupin:

a) Spory pojištěnec versus jeho zdravotní pojišťovna

Pro spory, zda určitý druh péče klientovi pojišťovna zaplatí či nikoliv, není v ČR velký prostor.

Nárok pojištěnce na zdravotní péči definuje zákon. Nejde o problém, který by bylo nutno řešit nestandardní cestou. Tím se situace u nás zásadně liší od USA, kde individuální komerční pojistky přinášejí riziko, že klient poté, co onemocní, zjistí, že například na desáté straně smlouvy je petitem psaná poznámka, podle níž se právě na jeho případ pojištění nevztahuje. Julínkova reforma umožňující podobné pojistné plány schválena nebyla, a tak se i v blízké budoucnosti budou spory mezi zdravotními pojišťovnami a jejich klienty týkat většinou plateb pojistného a případných penalizací. Tato problematika se ČLK bezprostředně netýká.

b) Spory zdravotní pojišťovna versus zdravotnické zařízení

Mohlo by se jednat o jakousi variantu stávajících smírčích řízení. Takové řešení sporů je představitelné, avšak pochopitelně pouze za podmínky naprosté dobrovolnosti pro zdravotnická zařízení. Jedním z rozhodců by mohl být zástupce profesní samosprávy, druhým zástupce zdravotních pojišťoven a třetím pak odborník, na kterém by se oba titi rozhodci shodli.

c) Spory pacient versus zdravotnické zařízení

Tato extrémně citlivá a potenciálně nebezpečná problematika, kde řešení sporů

vyžaduje často velké množství znaleckých posudků, je zcela nevhodná pro rozhodčí řízení. **Z rozhodnutí rozhodčího soudu, proti kterému není odvolání, by totiž mohly vyplývat další nároky pacienta. Pojišťovny zajišťující odpovědnostní pojištění pro zdravotnická zařízení by nemusely rozhodnutí rozhodčích soudů akceptovat a případně odškodnění by tak muselo hradit přímo zdravotnické zařízení.** Pro tyto spory nelze rozhodčí řízení zdravotnickým zařízením doporučovat.

Na tiskové konferenci 28. 7. 2009 ministryně Jurásková prezentovala projekt jako v první fázi dobrovolný, avšak výhledově povinný pro zdravotní pojišťovny i pro zdravotnická zařízení v případě, pokud si rozhodčí řízení bude pacient přát. Podle právníků ČLK by zákon, příkazující takovou povinnost zdravotnickým zařízením byl v rozporu s Ústavou ČR, která zajišťuje každému právo domáhat se svých práv před nezávislým soudem.

Představenstvo ČLK nedoporučuje soukromým lékařům ani ostatním zdravotnickým zařízením, aby přistupovali na řešení sporů s pacienty prostřednictvím rozhodčího řízení.

JUDr. Jan Mach

(Usnesení z 31. 7. 2009)



Léková aféra – dojde i na velké kauzy?

Pořad Reportéři v ČT 1 dne 3. srpna skrytou kamerou zachytil lékařku, která v rozhovoru s fiktivním reprezentantem farmaceutické firmy podmiňuje předepisování konkrétního léku této firmy pokračováním dosavadní praxe, tj. „odměnou“ 250 korun za jednoho léčeného pacienta.

V pořadu mimo jiné vystoupil ředitel SÚKL, který tyto praktiky tvrdě odsoudil. Ještě daleko razantnější bylo vystoupení zástupce ministerstva zdravotnictví, požadujícího „exemplární potrestání“ lékařky. Televizní pořad vyvolal značnou odezvu. Podle zpráv z médií byla již lékařka propuštěna ze zaměstnání a hrozí jí další stíhání.

Počínání lékařky zachycené v televizním pořadu sice pravděpodobně nepoškodilo ani pacienty ani finanční zdroje zdravotnictví, přesto do civilizované společnosti nepochybně nepatří. Stejně tak do zdravotnictví nepatří snaha výrobců zvyšovat prodej svých léků ekonomickými výhodami pro předepisující lékaře. Prodej léků je však tak výnosný byznys, že **výrobci mají nejenom zájem maximálně zvyšovat svůj obrat, ale díky obrovským ziskům mají i dostatek finančních prostředků, aby se lékaře pokusili korumpovat. Čím vyšší je cena léku, tím**

je zájem výrobců o zvyšování prodejů větší a současně jim vyšší cena vytváří větší finanční rezervy pro hmotné zainteresování dalších lékařů. Vyšší cen přitom určují a ovlivňují právě ty instituce, jejichž zástupci v televizním pořadu zachycené praktiky tvrdě odsoudili, tj. Státní ústav pro kontrolu léčiv a jemu nadřazené ministerstvo zdravotnictví.

Ale co čert nechtěl. Shodou okolností preparát, o který v reportáži šlo, patří do velmi početné skupiny léků, u nichž státní orgán porušuje platný zákon požadující každoroční revizi všech úhrad. SÚKL revizi úhrad těchto skupin léků neprovedl, takže naše zdravotnictví prostřednictvím zdravotních pojišťoven platí nadále za tyto léky částky stanovené v roce 2007 za zcela jiných podmínek. I u těch několika málo skupin léků, u nichž již zákonem stanovená revize proběhla, se přitom reálné náklady zdravotnictví snížily i o mnoho desítek procent. Lze proto s pravděpodobností blížící se jistotě předpokládat, že z důvodu nesplnění zákona platí naše zdravotnictví za řadu léků vyšší ceny, než stanoví zákon. Dle mého odhadu kvůli neschopnosti či „všehoschopnosti“ státních úředníků a politiků vyhadzují každým rokem takto zdra-

votní pojišťovny oknem několik miliard korun. Výrobci tuto částku „navíc“ dostávají, a mají tudíž jak dostatek prostředků, tak i motivaci k případnému dalšímu uplácení. **Obrátí se někdy pozornost médií a příslušných orgánů i na nedodržení zákona o revizi úhrad? Co učinilo samotné Ministerstvo zdravotnictví ČR, jehož představitelé volají po exemplárním potrestání pro lékařku?**

Shodou okolností ve stejnou dobu jsem se dozvěděl o jiné lékařce, o revmatoložce, která vůči VZP překročila finanční limit na preskripci léků v 1. čtvrtletí roku 2009 o 55 059 Kč, za což jí hrozí od pojišťovny finanční sankce. Nepřísluší mi polemizovat o oprávněnosti či neoprávněnosti podobných pokut, ale zajímalo by mne, jakým způsobem bude VZP, v čele jejíž správní rady sedí první náměstek ministryně zdravotnictví Bc. Šnajdr, postupovat vůči SÚKL, který nesplněním své zákonné povinnosti této pojišťovně způsobil škodu možná v řádu miliard korun. Navíc je velmi pravděpodobné, že po snížení úhrad těchto léků v souladu se zákonem by ani ona penalizovaná revmatoložka svůj finanční limit nepřekročila! Dočkáme se zkrátka někdy i „výlovu velkých ryb“?

Ing. Jindřich Graf, farmakoekonom

Ministerstvo chce zákaz pro lékařku

Do kauzy brněnské lékařky Elišky Jugové, která se v televizní reportáži přiznala k braní úplatků od výrobců léků, se ostře vložilo ministerstvo zdravotnictví. Včera zkritizovalo přístup České lékařské komory, která odmítá Jugovou vyloučit, a znemožnit jí tak léčení pacientů v Česku. „**Lékařka závažně porušila etický kodex. Zaslouhuje tvrdé potrestání,**“ prohlásil náměstek pro legislativu Martin Plíšek z ministerstva zdravotnictví.

Lékařská komora tvrdí, že provinění Jugové nebylo tak závažné, protože neohrozila pacienty.

Prezident ČLK Milan Kubek podal předevčírem na Jugovou, která pracovala v brněnské Fakultní nemocnici u svaté Anny, disciplinární žalobu. Případ prozkoumá komise, která rozhoduje nezávisle na vedení lékařské komory.

Chování lékařky odhalil reportér České televize, který se vydával za dealera výrobců léků a Jugovou natáčel skrytou kamerou. Žena se mu svěřila, že brala dvě stě padesát korun od společnosti Novartis za každé předepsání léku Lamisil. Podle lékařské komory tak ale nepoškozovala pacienty. „**Nechceme ženu bránit, ale problém nemůžeme vidět černobíle. Měli bychom se také zabývat tím, jak opravit systém, ve kterém je takové braní úplatků možné,**“ tvrdí mluvčí České lékařské komory Michal Sojka.

Nepřijatelný přístup

Podle ministerstva zdravotnictví je takový přístup k případu nepřijatelný. „**Lékařská komora tak dává ostatním lékařům najevo, že takové jednání**

vlastně schvaluje,“ zlobí se náměstek Plíšek.

S vyjádřením lékařské komory naopak souhlasí někteří brněnští zdravotníci. „**Jugová nejednala správně. Komora se ale určitě radila s právníky a dělá vše, co může,**“ věří brněnská praktická lékařka Alena Gruberová.

Ještě radikálnější názor má další brněnská praktická lékařka Renata Novotná. „**Zaráží mě, jaké diskuse případ doktorky Jugové vyvolal. Když lékař bere peníze od nějaké firmy, je to jeho věc. Nesmí tím samozřejmě poškodit pacienta,**“ myslí si Novotná.

Nemocnice u svaté Anny se k případu postavila rázně. Jugovou hned po zveřejnění nahrávky propustila.

Regionální deník, 6. 8. 2009

Co je lege artis a kdo to posoudí?

Kongres ČLK na téma „Činnost soudních znalců v oboru zdravotnictví aneb Co je lege artis a kdo to posoudí“ se uskutečnil 18. června 2009 v Kongresovém sále Nemocnice Na Homolce. Jeho zorganizování ani jeho téma nebyly náhodné. Přibývá případů kriminalizace lékařů, kdy základem pro vznik celé „kauzy“ je chybný znalecký posudek z oboru zdravotnictví, který vede k trestnímu stíhání lékaře. To ve většině případů končí posléze buď zastavením trestního stíhání, nebo zproštěním obžaloby, zpravidla až po několika letech. Mezitím si lékař „prožije své peklo“, je dehonestován, často je jeho plné jméno uváděno v médiích s tvrzením, že zavinil smrt pacienta, a samotný zprošťující rozsudek nebo rozhodnutí o zastavení trestního stíhání rozhodně nepřináší dostatečnou satisfakci. Přitom na začátku všeho byl neúplný, chybný nebo zavádějící znalecký posudek jeho kolegy.

Právní kancelář České lékařské komory se rozhodla tyto případy pranýřovat a poukazovat na pochybení soudních znalců z oboru zdravotnictví nebo i znaleckých ústavů, která vedla k bezdůvodné kriminalizaci lékařů, snížení jejich profesní cti a vážnosti. Kongresu ČLK na toto téma se zúčastnili především lékaři včetně soudních znalců a předsedů odborných společností a právníci včetně soudců Nejvyššího soudu ČR.

Z kongresu bude vydán sborník obsahující vystoupení jednotlivých odborníků a doporučené závěry. Celá úvodní vystoupení jsou k dispozici na www.lkcr.cz.

Znalecký posudek by neměl být nadřazeným důkazem nad ostatními důkazy

Prezident České lékařské komory MUDr. Milan Kubek v úvodu kongresu zdůraznil, že podle zákona je mimo jiné posláním ČLK chránit profesní čest a profesní zájmy svých členů. Je nepochybně hrubým zásahem do profesní cti, dochází-li k bezdůvodnému trestnímu stíhání lékaře. K tomu však většinou nedochází pouze na základě rozhodnutí policejního orgánu nebo státního zástupce, ale skoro vždy na základě znaleckého posudku z oboru zdravotnictví. Proto se ČLK touto problematikou zabývá.

Ředitel právní kanceláře České lékařské komory JUDr. Jan Mach uvedl, že základem mnoha zahájených trestních stíhání,

kteřá končí posléze zastavením či zproštěním, je chybný, neúplný nebo nesprávný znalecký posudek. Mnohonásobné znalecké posouzení jediné kauzy často přináší naprosto protichůdné závěry, což se promítá především do trestního stíhání lékařů, ale i do občanskoprávních sporů. Je nepochybné, že nepodaří-li se v trestním řízení odstranit rozpory mezi různými znaleckými posudky, pak má být postupováno dle zásady „v pochybnosti pro obviněného“. O tom svědčí nálezy Ústavního soudu I. ÚS 429/03 a III. ÚS 299/06. Není však jasné, jak by v těchto případech mělo být postupováno v řízení o náhradu škody nebo o ochranu osobnosti, kde presumpce nevinoty neplatí. Podle nálezu Ústavního soudu III. ÚS 299/06 by znalecký posudek neměl být žádným nadřazeným důkazem nad ostatními důkazy, justiční praxe je však spíše opačná. Ke zlepšení současného stavu ve znalecké činnosti v oboru zdravotnictví je třeba přijmout nový zákon o znalcích a v něm samostatnou kapitolu o znalecké činnosti v oboru zdravotnictví, výběru soudních znalců garantovaných profesní komorou pro tento obor znalecké činnosti a zásadách jejich práce tak, aby znalecké posudky v oboru zdravotnictví, posuzující správnost či nesprávnost v postupu lékaře, byly podstatně objektivnější, než je tomu dosud.

Předseda České chirurgické společnosti prof. MUDr. Miroslav Ryska, CSc., zdůraznil, že od znalce je požadován jasný závěr, zda lékař jednal lege artis či nikoli, a to mnohdy v situaci, která je velmi vzdálená od takto chápaného černobílého obrazu. Situace je o to závažnější, že soudce nemá medicínské vzdělání a na závěru znaleckého posudku opírá své finální rozhodnutí. Současný stav je důsledkem dlouhodobé absence řešení postavení znalců-lékařů, podmínek jejich jmenování v průběhu posledních desetiletí. Před jmenováním znalce pro obor chirurgie nemusí lékař prokazovat ani své teoretické znalosti, ani své praktické zkušenosti. Nepotřebuje doporučení od výboru České chirurgické společnosti jakožto odborné organizace, která by garantovala nejen odbornou znalost, ale i potřebnou úroveň stávající chirurgické praxe. Může se tak paradoxně stát, že léčebný postup zkušeného chirurga bude posuzovat chirurg, který zdaleka nemá nejen potřebnou praxi, ale ani znalosti. Je nutné urychleně stanovit nové podmínky jmenování znalců pro obor chirurgie, nejlépe s garancí České chirurgické společnosti. Je

rovněž nutno přehodnotit současnou neodpovídající výši odměny za práci znalce z oboru chirurgie.

Přednosta 3. chirurgické kliniky 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice v Motole prof. MUDr. Pavel Pafko, DrSc., poukázal na skutečnost, že i současný zákon o znalcích a tlumočnících č. 36/1967 Sb. obsahuje požadavek, aby znalec měl potřebné odborné znalosti a předpoklady k podání znaleckého posudku. Je otázkou, kdo a podle jakých kritérií v současné době posuzuje splnění tohoto zákonného požadavku. Pokud ustanovování znalců je ve výlučné kompetenci ministra spravedlnosti a předsedů krajských soudů, tedy právníků bez medicínského vzdělání, těžko lze očekávat, že budou moci dostatečně posoudit, zda příslušný lékař má či nemá potřebné odborné předpoklady k výkonu znalecké činnosti. Z tohoto pohledu je tedy chybné, že jmenování znalců provádí nikoli lékaři, ale právníci, aniž k tomu potřebují garanci příslušné profesní organizace či odborné společnosti.

Postup lékaře je vždy nutno hodnotit tzv. ex ante

Předseda České společnosti soudního lékařství a soudní toxikologie České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně doc. MUDr. Přemysl Klír, CSc., poukázal na skutečnost, že soudní lékařství jako převážně morfologický obor má vzhledem k provádění pitev do určité míry výjimečné postavení, neboť poskytuje důležité objektivní odborné informace týkající se zejména rozsahu, lokalizace a závažnosti patologických úrazových změn, provedených chirurgických a jiných výkonů, příčiny smrti, toxikologického a dalších laboratorních nálezů. Interpretace pitevních nálezů patří bezesporu soudnímu lékaři, a to bez ohledu na to, zda se jedná o poranění nebo lékařský zákrok. Soudní lékař se zpravidla v základních otázkách vyjadřuje i k tomu, zda jednání ošetřujícího lékaře probíhalo lege artis, to znamená, zda se uskutečnilo podle dostupných poznatků lékařské vědy (např. při zajištění základních životních funkcí, tj. zda bylo účinné stavění krvácení, prováděna umělá plicní ventilace, zajištěn převoz apod.). Soudní lékaři by však neměli posuzovat správnost či nesprávnost postupu při specializovaných výkonech lékařů jiných odborností v otázkách, které náplň specializačního vzdělávání v soud-



ním lékařství neobsahuje, např. volbu diagnostického nebo konkrétního léčebného postupu, indikace k některým výkonům apod.

Předseda trestního senátu Nejvyššího soudu ČR JUDr. František Púry poukázal na usnesení Nejvyššího soudu ze dne 22. 3. 2005 sp. zn. 7 Tdo 219/2005 v souvislosti s charakteristikou pojmu lege artis. Stanovili lékař při výkonu svého povolání chybnou diagnózu, pak to samo o sobě ještě nemusí opodstatňovat závěr, že již tímto porušil svou povinnost poskytovat zdravotní péči v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, tedy vykonávat své povolání lege artis. Závěr o porušení takové povinnosti však může být na místě v případě, kdy nesprávná diagnóza je důsledkem závažného porušení postupu pro její určení, které lékař zavinil alespoň ve formě nedbalosti a které spočívá například v bezdůvodném nevyužití dostupných diagnostických metod. Postup lékaře je ovšem vždy nutno hodnotit tzv. ex ante, tj. na základě poznatků, které měl k dispozici v době svého rozhodování.

Složitost znaleckého posuzování otázky, zda lékař postupoval lege artis, lze demonstrovat i na dalším případě z praxe, který řešil Nejvyšší soud ČR v usnesení ze dne 10. 12. 2008 sp. zn. 8 Tdo 1421/2008. Nejvyšší soud v tomto případě shledal pochybení soudů nižších stupňů mimo jiné také v tom, že zde dovodily postup obviněného jako non lege artis pouze s poukazem na údajné závazné standardy obsažené v metodických pokynech „České lékařské komory J. E. Purkyně“, přičemž šlo o zřejmou záměnu České lékařské komory a České lékařské společnosti J. E. Purkyně, na které odkazoval i přibráný znalec. Nejvyšší soud v tomto případě konstatoval, že Česká lékařská společnost J. E. Purkyně jako občanské sdružení není oprávněna vydávat jakékoli závazné standardy pro lékaře a že vydávat závazná stanoviska k odborným problémům poskytování zdravotní péče je oprávněna pro své členy Česká lékařská komora. Je třeba souhlasit s názorem na potřebu legislativní změny, která by posílila možnosti ČLK, aby lépe a účinněji reagovala příslušnými opatřeními na pochybení svých členů při poskytování lékařské péče.

Předseda občanskoprávního senátu Nejvyššího soudu ČR JUDr. Petr Vojtek poukázal na skutečnost, že soudy musí při ustanovení znalce vzít v úvahu i stupeň odbornosti, jehož je třeba k podání posudku. Soudy musí dbát i o to, aby znalcem byl ustanoven odborník z toho oboru, popřípadě z jeho odvětví, do něhož spadá odborné posouzení kon-

krétní skutečnosti. Účastníci by se měli ještě předtím, než soud vydá usnesení o ustanovení znalce, vyjádřit, zda má být tento důkaz prováděn, jakož i k osobě znalce, zejména z hlediska jeho odbornosti. Soud má ustanovit znalce až po slyšení účastníků, aby znal jejich stanovisko před jeho ustanovením. Soudem ustanovený znalec, který vypracoval chybný znalecký posudek, odpovídá za škodu, která tím vznikla účastníkovi řízení. K tomu je třeba poukázat na rozsudek Nejvyššího soudu ČR ze dne 30. 7. 2008 sp. zn. 25 Cdo 883/2006.

Někdy lze trestní stíhání nahradit disciplinárním řízením

Ředitel analytického a legislativního odboru Nejvyššího státního zastupitelství JUDr. Miroslav Růžička, Ph.D., hovořil o právní odpovědnosti lékaře z hlediska zavinění v případě postupu non lege artis. Nový trestní zákoník představuje princip subsidiarity trestní represe. Je zde tedy prostor, aby v některých případech trestní stíhání lékaře bylo nahrazeno disciplinárním řízením před orgány České lékařské komory. Pokud jde o znalecké posudky posuzující správnost či nesprávnost postupu lékaře, posudek ústavu by měl být podle zákona vyžadován jen ve výjimečných, zvláště obtížných případech a není vhodné ustanovovat ústav k provedení znaleckého posudku, jde-li o pořízení znaleckého posudku před zahájením trestního stíhání. Nejvyšší státní zastupitelství obdrželo podnět prezidenta ČLK týkající se odbornosti znalce, zejména skutečnosti, že v některých případech jsou vyžadovány znalecké posudky hodnotící správnost či nesprávnost odborného postupu lékařů specializovaných odborností od znalců z oboru zdravotnictví, odvětví soudního lékařství, kterým toto nepřísluší. Nejvyšší státní zastupitelství na základě této skutečnosti upozornilo podřízená státní zastupitelství na nesprávnost předmětného postupu, byť nelze okamžitě očekávat, že bude všude zjednána v tomto směru náprava. Je-li však ustanoven znalec nepatřičné odbornosti, je jeho znalecký posudek procesně nepoužitelný.

Předseda Městského soudu v Praze JUDr. Jan Sváček poukázal na skutečnost, že seznamy znalců z oboru zdravotnictví jsou co do počtu těchto znalců limitovány a např. v současné době v Praze je seznam přeplněn a není místo pro zapsání nových. Rovněž nejsou stanovena žádná kritéria pro rozhodnutí, kdo má a kdo nemá být ustanoven znalcem z oboru zdravotnictví v příslušné odbornosti – odvětví. Zatím tedy soudy vycházejí především

z posudků a doporučení nadřízených pracovníků nebo zaměstnavatelů.

Jaké závěry a doporučení vplynuly z jednání kongresu?

Z kongresu vplynuly následující závěry a doporučení:

Zákon č. 36/1967 Sb. ve znění pozdějších předpisů je v současné době nevyhovující a lze doporučit jeho redefinici. V rámci nového zákona by bylo třeba věnovat jeho samostatnou část znalecké činnosti v oboru zdravotnictví, zejména posuzování správnosti odborného postupu při léčbě pacientů.

1. K výkonu znalecké činnosti v oboru zdravotnictví nemůže být dostačující specializovaná způsobilost lékaře podle zákona č. 95/2004 Sb. ve znění pozdějších předpisů, která pouze zakládá způsobilost k samostatnému výkonu lékařské profese. Znalec posuzující činnost jiných lékařů by měl být doporučen profesní komorou na základě stanoviska její vědecké rady nebo příslušné odborné vědecké společnosti, které by garantovaly jeho odbornou erudici i dostatečnou praxi.
2. Posuzovat správnost či nesprávnost postupu lékaře či jiného zdravotníka by měl vždy znalec stejné odbornosti, který zná rozsah jeho profesních povinností a dokáže posoudit, zda byly dodrženy či porušeny. To nevyklučuje, aby se ve složitějších případech na posuzování podíleli i znalci z dalších oborů, zejména z oboru soudního lékařství při interpretaci pitevních nálezů, stanovení příčiny smrti, patologických úrazových změn, toxikologických a dalších laboratorních nálezů a dalších skutečností, které přísluší posuzovat soudnímu lékaři.
3. Znalec či znalecká komise by měli mít vždy od počátku kompletní podklady, bez nichž by neměl být znalecký posudek vypracován. Mezi ně, kromě kompletní zdravotnické dokumentace, patří i vyjádření všech lékařů a dalších zdravotníků, jejichž činnost je hodnocena, k posuzovanému případu, informace o konkrétních podmínkách příslušného pracoviště, popřípadě též vyjádření příslušného primáře oddělení, přednosta kliniky či jiného odpovědného vedoucího pracovníka k posuzovanému případu.
4. Není důvod k favorizaci ústavních znaleckých posudků před znaleckými

- posudky soudních znalců jednotlivců. Soud by měl brát především v úvahu odbornou erudici posuzujících odborníků.
5. Znalecké posudky z oboru zdravotnictví mají zásadní význam, a zejména pokud hodnotí správnost postupu lékařů, musí je zpracovávat vysoce renomovaní odborníci, jejichž erudice musí být zaručena příslušnou profesní organizací. Ohodnocení práce těchto soudních znalců v současné době je naprosto neadekvátní, což může být jedním z důvodů, proč mnozí vysoce renomovaní odborníci odmítají za takto nedůstojných podmínek znaleckou činnost vykonávat. Ohodnocení soudních znalců z oboru zdravotnictví by mělo být podstatně zvýšeno oproti současnému nevyhovujícímu stavu.
 6. Znalec by měl být odpovědný jak za škodu způsobenou nesprávným znaleckým posudkem (viz R 31/2009 – rozsudek Nejvyššího soudu ČR ze dne 30. 7. 2008, sp. zn. 25 Cdo 883/2006), tak také snadno odvolatelný z funkce znalce, předkládá-li opakovaně znalecké posudky, které jsou posléze hodnoceny jako nesprávné, nepřesné, neúplné či obsahující závažné chyby. Současný stav, kdy znalec je z těchto důvodů ze své funkce prakticky neodvolatelný, je zcela nevyhovující.
 7. Bylo by žádoucí ve spolupráci s Českou lékařskou komorou, její vědeckou radou a za účasti odborných vědeckých společností stanovit nové podmínky pro jmenování znalců z oboru zdravotnictví, jejich eventuální nové rozdělení do odvětví a skupin, odpovídající současné vyšší specializaci lékařských odborností, a podle nových podmínek a kritérií zhodnotit, zda znalci z oboru zdravotnictví dosud zapsaní v seznamech Ministerstva spravedlnosti ČR a krajských soudů jsou nadále způsobilí k výkonu znalecké činnosti.
 8. Při rozporech ve znaleckých posudcích v trestním řízení je třeba vycházet z principu presumpce neviny, který se projevuje v principu „v pochybnosti pro obviněného“. Nepodaří-li se v trestním řízení odstranit rozpory mezi znaleckými posudky, pak je třeba postupovat podle této ústavní zásady – k tomu viz nálezy Ústavního soudu I. ÚS 429/03 a III. ÚS 299/06.
 9. V občanském soudním řízení by bylo žádoucí umožnit předkládání znaleckých posudků stranou řízení a umožnit, aby strany mohly vznášet námitky proti odbornému zaměření znalce a proti zadaným otázkám stejně jako v trestním řízení.
 10. I podle dosavadní právní úpravy by měl soud v občanském soudním řízení vždy dříve, než zadá znalecký posudek, zjistit stanovisko stran k otázce odbornosti znalce a otázkám zadávaným znalci. Pokud takto soud nepostupuje, lze to považovat za vadu řízení, která může být důvodem ke zrušení rozhodnutí.
 11. Za velmi seriózní základ pro posuzování správnosti odborného postupu lékařů lze považovat usnesení Nejvyššího soudu ČR ze dne 22. 3. 2005 sp. zn. 7 Tdo 219/2005. Bylo by vhodné, aby z něho vycházelo i budoucí legislativní vyjádření povinnosti lékaře postupovat *lege artis*.
 12. Je nutno zásadně odlišit situaci, kdy lékař postupoval odborně správným způsobem (*lege artis*) a na základě získaných poznatků udělal mylné rozhodnutí, od situace, kdy k mylnému rozhodnutí lékaře došlo na základě hrubé nedbalosti, nevyužití dostupných diagnostických metod, které mohly a měly být využity apod.
 13. Stanovisko odborné společnosti České lékařské společnosti J. E. Purkyně k určitému odbornému postupu je z právního hlediska doporučením občanského sdružení a nelze jej považovat za závazné pro lékaře. Závazné stanovisko k odborným problémům poskytování zdravotní péče a ve zdravotnickém výzkumu mohou pro své členy vydávat pouze Česká lékařská komora, Česká stomatologická komora a Česká lékárnická komora. K tomu viz Usnesení Nejvyššího soudu ČR ze dne 10. 12. 2008 sp. zn. 8 Tdo 1421/2008.
 14. V rámci zásady *ultima ratio*, tedy krajní úlohy trestní represe vyjádřené i v novém trestním zákoníku, by mělo být více využíváno postupu, kdy orgán činný v trestním řízení místo zahájení trestního stíhání proti lékaři věc odezdá České lékařské komoře k disciplinárnímu řízení, popřípadě je-li již trestní stíhání zahájeno, věc postoupí ČLK k disciplinárnímu řízení. K tomu, aby toto disciplinární řízení mohlo být efektivní a splnit svůj účel, je potřebné rozšířit škálu disciplinárních opatření, která může lékařská komora uložit tak, aby disciplinární opatření mohlo plnit spíše úlohu nápravnou a do budoucna preventivní než pouze úlohu represivní. To předpokládá, aby vedle možnosti ukládat pokuty a vyloučit z komory byla v rámci disciplinárních opatření dána komoře kompetence stanovit lékaři v potřebném rozsahu doškolení, případně přezkoušení před odbornou komisí jako podmínku k dalšímu samostatnému výkonu lékařského povolání.
 15. V nové zdravotnické legislativě, která v budoucnu nahradí současný zákon o péči o zdraví lidu, doporučujeme zachovat možnost příspěvku státu pacientovi nebo pozůstalým v případě, kdy došlo k odbornému pochybení při léčbě, avšak nejsou splněny podmínky pro poskytnutí náhrady škody. Tuto možnost dává současně ustanovení § 78 odst. 2 zákona o péči o zdraví lidu č. 20/1966 Sb. ve znění pozdějších předpisů. V nově navrhovaných zdravotnických zákonech, ať již těch, které byly předloženy v poslední době (navrhovaný zákon o zdravotnických službách), nebo těch, které byly předloženy v dřívějším období (dříve navrhovaný zákon o zdravotní péči), se možnost poskytnutí příspěvku poškozenému pacientovi, kterému nevznikl nárok na náhradu škody, popřípadě pozůstalým po tomto pacientovi, již nepředpokládala. Nepřiznání náhrady škody v případě nesplnění podmínky příčinné souvislosti mezi pochybením a následkem nebo v případě, kdy sice došlo k pochybení, které však nelze označit za porušení právní povinnosti zdravotnického zařízení, může být pro pacienta či pozůstalé v některých případech nepřiměřeně tvrdé, a tudíž nesprávné. Stejně tak jako byl přijat zákon o odškodňování obětí násilné trestné činnosti státem, je třeba zachovat a rozšířit možnost odškodnění pacienta či pozůstalých státem a podrobněji propracovat způsob rozhodování o příspěvku státu poškozeným, než tuto možnost zcela opustit.

Se závěry kongresu se představenstvo ČLK ztotožňuje.

(red)



Důvěra mezi lékařem a pacientem se musí trpělivě budovat

V současnosti je veřejně hojně diskutována oblast komunikace, a to zejména o povinnostech ze strany lékaře vůči pacientovi. Domníváme se, že je tato diskuse dosti jednostranná a ne zcela objektivní, protože se v ní výrazně zdůrazňují negativní zkušenosti, a tím se zkresluje celkový pohled na realitu. Potvrzuje také platnost tendence jednotlivce v chování: když jsem nespokojen, říkám to nahlas a eventuálně si stěžuji, když jsem spokojen, beru to jako samozřejmost a nemluví o tom. Taktéž se zapomíná hovořit o povinnostech, a to i komunikačních, ze strany pacienta vůči lékaři. Na kvalitě výsledné komunikace se totiž podílejí obě strany.

Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci ve školním roce 2008/2009 zavedla pro první ročník všeobecného lékařství předmět etické základy komunikace pro odbornou praxi, který je realizován Ústavem sociálního lékařství a zdravotní politiky. V rámci tohoto předmětu byl studentům (215) zadán úkol zpracovat také téma komunikace. Studenti pracovali v malých týmech a polovina týmů zpracovávala zásady komunikace pro pacienta a polovina pro lékaře. Studenti projevili značnou míru kreativity. Téma zpracovali různě, např. symbolicky, komiksově, slovně... Každý tým svůj výstup před ostatními prezentoval a k jednotlivým výstupům byla společná diskuse.

Představy o tom, jaká by měla být komunikace, a zkušenost

Každý má své představy o tom, jaká by měla být komunikace mezi ním a lékařem, a každý má v tomto směru také osobní zkušenost. Studenti prvního ročníku také mají své zkušenosti a představy, jak by se měly obě strany chovat. Klíčovou kategorií pro ně byla důvěra ze strany pacienta k lékaři. V diskusích zaznělo, že důvěra se nedá zajistit žádnou právní normou, že se musí postupně a trpělivě budovat, a to oběma stranami. Pacient může ztratit důvěru v lékaře a také lékař může ztratit důvěru v pacienta.

Myslíme, že je dobré naslouchat jak věkem starším, tak i věkem mladším. Je to poučné a inspirující.

Zásady komunikace mezi lékařem a pacientem dle studentů 1. ročníku všeobecného lékařství, LF UP v Olomouci, předmět etické základy komunikace pro odbornou praxi, školní rok 2008/09:

| LÉKAŘ-PACIENT | | PACIENT-LÉKAŘ | |
|--------------------------|--------|---------------------------|--------|
| Kategorie chování | Frekv. | Kategorie chování | Frekv. |
| Profesionální přístup | 63 | Důvěra | 56 |
| Profesionální komunikace | 58 | Slušné chování | 52 |
| Slušné chování | 51 | Upřímnost | 37 |
| Empatie | 28 | Respekt k soukromí lékaře | 25 |
| Odbornost | 21 | Partnerství | 20 |
| Osobnost lékaře | 16 | Sebekontrola | 15 |
| Atmosféra | 6 | Zodpovědnost | 4 |
| | | Osobní hygiena | 4 |

Obsahy kategorií chování: lékař-pacient

Profesionální přístup (zachovávat své i pacientovo soukromí – profesionální odstup, zachovávat lékařské tajemství, diskrétnost, nediskriminovat, informovat pacienta o jeho zdravotním stavu, objektivita, spolehlivost, věnovat pacientovi dostatek času a zároveň být stručný a jít k jádru věci, pečlivost, nepřenášet na pacienta své problémy, pro pacienta udělat maximum v rámci možností, nebrat úplatky, osobní hygiena lékaře, být čistě oblečený, čistota na pracovišti, dodržovat pracovní dobu, být dochvilný).

Profesionální komunikace (udržovat oční kontakt, aktivní naslouchání, neskákat do řeči, ptát se, neverbální komunikace, dodržovat osobní prostor, soulad verbální a neverbální komunikace, poskytnout pacientovi prostor k otázkám, aby se mohl vyjádřit, být klidný a trpělivý, nebýt náladový, poskytnout pravdivé odpovědi, být upřímný, nelhat, nezkreslovat, respektovat názory pacienta, neoznamovat, ale bavit se s ním).

Slušné chování (zdvořilost, taktnost, být příjemný, ohleduplný, usmívat se, dodržovat zásady slušného chování – oslovení, pozdravení, představit se, uvítání, výzva k sednutí, vhodně se rozloučit, dodržovat etiku, pokud má pacient titul, oslovovat ho titulem)

Empatie (lidský přístup, vstřícnost, ohleduplnost ke stavu pacienta, úcta, zájem, pozornost).

Odbornost (správně pochopit problém, hovořit srozumitelně, jasně a citlivě, umět vysvětlit problém).

Osobnost lékaře (nepovyšovat se nad pacienta, neshazovat a neponižovat pacienta, nestydět se přiznat vlastní chybu, sebeovládání, neřvat na pacienta, nechodit do práce pod vlivem alkoholu).

Atmosféra (zajistit bezpečí, soukromí, příjemnou atmosféru).

Obsahy kategorií chování: pacient-lékař

Důvěra (důvěřovat lékaři, nechat na lékaři, aby udělal diagnózu, nedělat si diagnózu sám, nevnucovat lékaři svou diagnózu a své přesvědčení, dodržovat rady lékaře, respektovat a dbát pokynů lékaře, spolupracovat, být trpělivý).

Slušné chování (pozdravit, představit se, rozloučit se, poděkovat, úsměv, oslovovat lékaře titulem, být zdvořilý, naslouchat a neskákat lékaři do řeči, netelefonovat při návštěvě mobilem, neuplácet).

Upřímnost (pravdomluvnost, nic nezamlčovat).

Respekt k soukromí lékaře (respektovat u lékaře jeho osobní zónu, osobní čas, netelefonovat mu domů, neptat se na jeho osobní věci, nezamílovat se do svého lékaře/ky, nevolat ho zbytečně a nezneužívat).

Partnerství (ptát se zdravě a asertivně, akceptovat existenci smrti, pokusit se racionálně přijmout zprávu, že lékař není všemocný, a uvědomit si to, zachovat chladnou hlavu, pochopení pro organizační chod, např. když se vyskytne akutnější případ, dodržovat ordinační hodiny).

Sebekontrola (nebýt agresivní slovně ani fyzicky, nenadávat, nebýt a neubližovat, nebýt vulgární, nekrást vybavení čekárny, nebýt pod vlivem návykové látky).

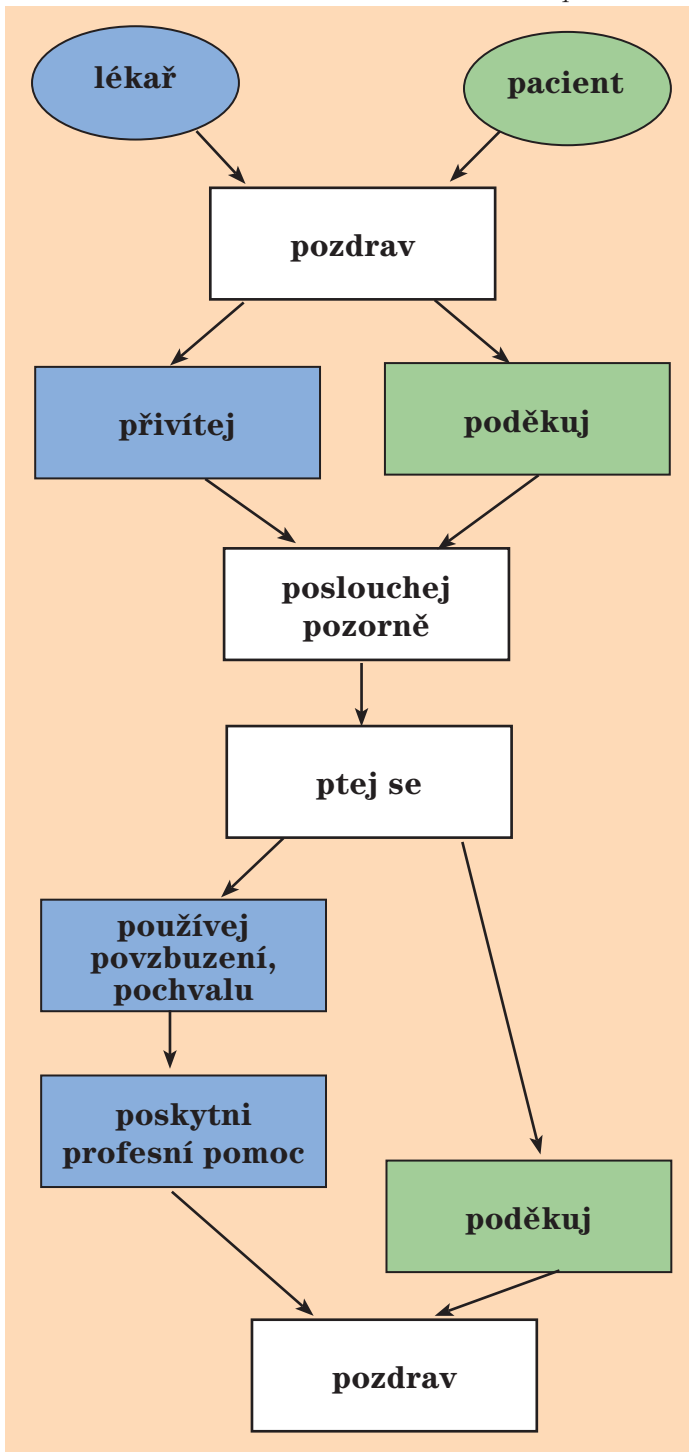
Zodpovědnost (hlásit změnu pojišťovny, mít připravenou dokumentaci, nestěžovat si kvůli poplatkům).

Osobní hygiena (dodržovat osobní čistotu).

Společným jmenovatelem je obyčejná slušnost

Můžeme říci, že základní zásady komunikace, které by měli lékaři i pacienti dodržovat, jsou shodné a jejich společným jmenovatelem je obyčejná slušnost, kterou můžeme popsat jako dodržování několika komunikačních P – viz schéma.

Schéma: Základní komunikační P mezi lékařem a pacientem



Základním zdrojem nedorozumění v komunikaci je vnímání pojmu různými osobami různě. Proto jsme vyzvali studenty, aby prezentovali, jak vnímají význam klíčových pojmů, se kterými jsme ve výuce pracovali. Jedním z takových pojmů je komunikace. Studenti tento pojem zpracovávali pomocí techniky pětilístku (J. L. Steelová, K. S. Meredith).

Zadání: Řekni, co to je KOMUNIKACE, pomocí schématu:

- Název.
- Popis (2 přídavná jména).
- Co dělá (3 slovesa).
- Pocit, výraz, představa (4 slova).
- Opětná formulace podstaty (1 slovo).

Studenti se úkolu zhostili pozoruhodně. Potvrdilo se, že vnímání obsahu pojmu má dvě základní složky – všeobecné informace převážně získané školou a individuální vnímání. Právě druhá složka bývá zdrojem nedorozumění.

Jako ukázkou uvádíme některé z 37 zpracování pojmu komunikace.

*Jaroslava Králová, Ústav sociálního lékařství, LF UP v Olomouci
Lenka Hansmanová, Porodnicko-gynekologická klinika, FN Olomouc*

- komunikace
verbální, neverbální
spojuje, informuje, pomáhá
nevyhnutelný prostředek lidského soužití
most
- komunikace
verbální, neverbální
informuje, spojuje, ovlivňuje
základní podstata lidské společnosti
lidé
- komunikace
důležitá, hlasitá
informuje, baví, poučuje
rozděluje a spojuje lidi
dorozumívání
- komunikace
těžká, nezbytná
spojuje, pomáhá, informuje
informační tok mezi lidmi
život
- komunikace
verbální, neverbální
baví, informuje, ovlivňuje
spleť názorů mezi lidmi
bludiště
- komunikace
verbální, neverbální
potěší, pobaví, zklame
neomezená možnost způsobu vyjádření
možnost

Případ perakutní sepse u novorozence

Stížnost

Stížnost na ČLK podala matka zemřelého novorozence. Píše: „Obracím se na Vás jako na odbornou instituci, mezi jejíž úkoly náleží zejména dbát o to, aby Vaši členové vykonávali své povolání odborně, v souladu s jeho etikou a zákonným způsobem.“

Dne 9. 11. 2002 jsem porodila v okresní nemocnici (ON) ve 32. týdnu těhotenství dvojčata – chlapce (2400 g a 2000 g). Přestože těhotenství probíhalo naprosto bez problémů, bylo dle názoru lékařů lépe převést kluky do dětské nemocnice (DN) na odd. JIP. Podle slov lékařky XY sloužící převoz nebylo prvorozeného syna potřeba do DN vozit. Druhý syn po porodu nedýchal, musel být zaintubovaný. Nicméně aby kluky netrhali od sebe, vzali je tam oba dva. Jak jsem se dozvěděla při vizitě na porodním odd. ON od dětského lékaře, péči, kterou potřebovali, by jim poskytli na odborné úrovni i na novorozeneckém odd. ON.

Během pobytu v DN, kdy jsme kluky navštěvovali a telefonicky se informovali na jejich stav, bylo dle lékařů všechno v pořádku a kluci se drželi bezvadně. Přes to všechno starší syn po 14 dnech v podvečer zemřel. Museli ho do hodiny třikrát oživovat a při posledním pokusu o oživení přímou srdeční masáží se to bohužel nezdařilo. Měl také rozsáhlé vnitřní krvácení. Řekli nám, že zemřel na sepsi. Když jsem se lékařky XY ptala, jak se k němu mohla vůbec nějaká infekce dostat, odpověď zněla, že buď z jídla, nebo z hadiček, které má zavedené.

Už tohle mi naznačilo, že něco není v pořádku. Podle toho, co jsem měla možnost zjistit, byly tohle příznaky onemocnění meningokokem. Na tom samém odd. a bohužel i na tom samém pokoji, a to v těsném sousedství, byl totiž umístěn (lépe řečeno byl tam už před našimi kluky) chlapec, který měl amputovanou nohu po koleno a prsty na horních končetinách – následky onemocnění meningokokem. To jsme ovšem do smrti syna nevěděli.

O vysvětlení smrti syna jsem žádala ošetřující personál jedné i druhé nemocnice, ale dostalo se mi pouze obecných informací o křehkosti lidského žití. Dne 24. 11. 2002 mi dokonce lékař mající službu řekl (cituji): „Na meningokoka umírají zdraví 18letí kluci na vojně, natož taková mimina.“ Tím mi moje podezření potvrdil.

Po provedené pitvě mi bylo řečeno, že syn zemřel na infekci v plicích, neboť se nachlazení plodové vody. Po 14 dnech intenzivní péče a bezproblémového pobytu v DN je tohle pro mě absurdní lež!!! A podle mého soudu se můj syn v důsledku nedostatečné bedlivosti či zachování náležitých hygienických postupů nakazil od spolupacienta.

Věřte mi, že jako matce se mi těžko žije s představou, že teď jsem se mohla dívat a těšit se ze dvou krásných, veselých a zdravých dětí a že jsem mohla, ať už já nebo kdokoli jiný, zabránit zbytečné smrti mého syna.“

Pověřený člen revizní komise stížnost přijal jako oprávněnou a předal ji místně příslušným disciplinárním orgánům ČLK.

Vyjádření ke stížnosti

Přednosta dětské kliniky píše:

„Dítě se narodilo předčasně ve 32. týdnu těhotenství jako první dvojče dne 9. 11. 2002 v ON, jeho stav ihned po porodu byl uspokojivý, což dokládá skórování podle Apgarové (9, 10, 10 bodů). Novorozenec sám výkonně dýchal a byl uložen do kyslíkové atmosféry v inkubátoru. Vzhledem k nízké porodní hmotnosti (2400 g) a také k možným očekávaným komplikacím (tato formulace je uvedena v překladové zprávě z ON) byl novorozenec ještě v den narození převezen novorozeneckou transportní službou na NJIP dětské kliniky. Lékařka transportní služby před vlastním transportem u pacienta zavedla do periferní žíly kapaci infuze.“

Na oddělení byl od přijetí dne 9. 11. 2002 uložen do inkubátoru a celkem 5 dnů mu byl podáván kyslík (formou přímé aplikace kyslíku do inkubátoru). Umělá plicní ventilace u novorozence nebyla nutná. V rámci komplexní léčby dostával vedle kyslíku také parenterální (nitrožilní) dodávku živin a tekutin. Průběžně byly u dítěte hodnoceny parametry hematologické (např. počet červených a bílých krvinek a počet krevních destiček) a parametry biochemické (hodnoty iontů, bilirubinu apod.). Pro zvýšenou hodnotu bilirubinu byla u dítěte přechodně nutná léčba modrým světlem (tzv. fototerapie). K analýze výše uvedených parametrů se získávala krev, která byla převážně odebrána z některé periferní žíly. Stav dítěte byl v průběhu hospitalizace stabilizovaný a také příslušné hodnoty sledovaných parametrů

nevyžadovaly žádnou zásadní změnu v léčbě dítěte.

K prvním abnormálním klinickým projevům došlo dne 23. 11. 2002, kdy začal poněkud hůře tolerovat podávanou stravu a občasně ji také ublinkával (nejednalo se v žádném případě o typické zvracení). V tento den při ranní vizitě byly u novorozence zjištěny tyto abnormální klinické nálezy: mírný pokles svalového napětí, doznívající novorozenecká žloutenka a líné pití podávané stravy (vše je ve zdravotnické dokumentaci písemně zaznamenáno jak službu majícím lékařem, tak i v dokumentaci sesterské). Novorozenec v té době neměl zvýšenou tělesnou teplotu, průjem nebo jiné zřetelné příznaky výrazné změny svého zdravotního stavu. Po provedení aktuálních laboratorních vyšetření bylo zjištěno snížení počtu krevních destiček a zvýšení hodnoty C-reaktivního proteinu, všechny další provedené laboratorní analýzy byly v rozmezí normálních hodnot laboratoře. Zvýšení C-reaktivního proteinu však nedosahovalo výrazně vysokých hodnot, které obvykle doprovázejí celkovou infekci organismu (u dítěte byla hodnota 18 mg/l, normální hodnota je do 10 mg/l).

S přihlédnutím ke klinickému stavu dítěte a na základě výsledků laboratorních vyšetření vyslovili ošetřující lékaři podezření na probíhající celkovou infekci/sepsi a dne 23. 11. 2002 zásadně změnili léčbu – novorozenci byla nitrožilně podávána 2 antibiotika, byla mu vyřazena strava a dodávka živin se realizovala pouze nitrožilně cestou. I přes tato opatření se zdravotní stav novorozence prudce zhoršoval, na jeho kůži se začalo objevovat krvácení, dostavily se poruchy dýchání a srdeční činnosti a byla nutná intubace a umělá plicní ventilace.

I přes takto intenzivní léčbu se však zdravotní stav nadále zhoršoval, dítě bylo nutno opakovaně resuscitovat a stav vyvrcholil úmrtím dne 23. 11. 2002 ve 20.10 hod. (celkem tak podle zdravotnické dokumentace za cca 3 hod. a 45 min. od zahájení intenzivních léčebných opatření). Všechny změny léčby, včetně časových údajů a záznamu o resuscitaci dítěte, jsou zaznamenány ve zdravotnické dokumentaci.

Po úmrtí byl novorozenec transportován do patologicko-anatomického ústavu k provedení zdravotní pitvy. V příslušné dokumentaci (zpráva o prohlídce mrtvého) byla službu majícím lékařem jako vlastní příčina úmrtí u dítěte uvedena sepsi. Toto klinické podezření bylo v korelaci s pozdějším nálezem, který na zá-

kladě zdravotní pitvy vypracoval patologicko-anatomický ústav (pítevní zpráva je součástí zdravotnické dokumentace).

Podle písemných záznamů ve zdravotnické dokumentaci byli rodiče dítěte o průběhu hospitalizace informováni (10. 11. a 14. 11. – telefonicky, 17. 11. – osobně).

V době hospitalizace tohoto pacienta nebyl na oddělení hospitalizován žádný novorozenec s infekcí způsobenou meningokokem. Tento údaj lze doložit analýzou zdravotnické dokumentace příslušných novorozenců. Verbální vyjádření lékaře, které uvádí ve svém dopise stěžovatelka, bylo asi vnímáno jako méně přílehavé. Snažil se uvedenou formulací vyjádřit rychlost/akutnost, s jakou u novorozence došlo k prudkému zhoršení zdravotního stavu a jeho úmrtí. Podle vyjádření lékaře však při rozhovoru s matkou nepoužíval termínu „meningokok“, neboť v té době nebyl znám žádný mikrob, který by se na prudkém zhoršení zdravotního stavu novorozence podílel.

Průběh porodu, klinický průběh hospitalizace na odd. i sledované laboratorní parametry však vůbec nenasvědčovaly, že by došlo ke vdechnutí plodové vody, a prudké zhoršení zdravotního stavu dítěte bylo lékaři jednoznačně dáváno do souvislosti s rychlým rozvojem celkové infekce/sepsy.

Celkově se domnívám, že u novorozence v průběhu jeho hospitalizace na odd. nedošlo k žádnému odbornému pochybení, dítě bylo odpovídajícím, standardním způsobem ošetřováno, monitorováno a laboratorně sledováno.

Úmrtí tohoto novorozence odpovídá kategorii neočekávané smrti, které předchází časově velmi krátký (v řádu hodin) úsek prudkého zhoršení zdravotního stavu a kdy i po realizaci řady intenzivních léčebných opatření se nemusí podařit dosáhnout zásadní úpravy tohoto stavu a může docházet ke smrti. U novorozenců, zejména pak s nižší porodní hmotností, probíhají tyto situace ještě rychleji a pravděpodobnost jejich úmrtí je vždy daleko vyšší než u dětí starších. Tato skutečnost je v novorozeneckém období o to závažnější, že není neobvyklé, aby závažné zhoršení zdravotního stavu novorozence bylo zřetelné při jeho klinickém vyšetření, ale přitom ještě nebyly vyjádřeny příslušné laboratorní doklady tak těžce probíhající infekce. Bylo tomu tak i zde, kdy 23. 11. 2002 bylo při klinickém vyšetření vysloveno podezření na možnou sepsi, ale jednoznačné laboratorní doklady tohoto stavu přítomny nebyly.

Tato neočekávaná úmrtí jsou vždy velkým negativním emočním zážitkem především pro rodinu zemřelého, jsou však neméně negativně citově vnímána i zdravotnickými pracovníky, pro které bývá velmi nesnadné vysvětlit pozůstalým vlastní mechanismus tak rychlého úmrtí.

Vedoucí lékařka NJIP (ve stížnosti označena jako XY) píše:

„V úvodu svého vyjádření bych chtěla ještě jednou vyjádřit svou hlubokou účast s rodinou zemřelého novorozence, jehož úmrtí se mě velmi silně dotklo. Z dopisu je patrné, že i po 14 měsících od úmrtí hledá matka odpověď, proč k úmrtí došlo. Po přečtení materiálu musím konstatovat, že většina obsahu dopisu se neztakládá na pravdě. Tím nechci říci, že si její matka vymyslela, ale bohužel se k ní dostaly informace, které nejsou pravdivé anebo které nedokázala jako laik správně interpretovat. Nyní bych se vyjádřila k jednotlivým odstavcům dopisu.

Převoz novorozenců dne 9. 11. 2002:

1. dvojče, p. h. 2400 g, 32t. g. AS 9, 10, 10. Kardiopulmonálně kompenzovaný, zavedena infuze a uložený do kyslíkové atmosféry. (5l O₂).

2. dvojče p. h. 2000 g, 32t. g. AS 4, 6. Intubace, zavedená infuze, UPV.

Dvojčata nachystána k převozu na NJIP. V této fázi jsme se dostali do sporu s primářem, který dvojčata rodil a nechtěl novorozence, který měl hmotnost 2400 g, transportovat. Rozhodla jsem, že vzhledem k týdnu gestace (32t. g.) a na základě koncepce péče o novorozence budou obě děti transportovány na NJIP, což jsem učinila.

Na našem oddělení nebyl hospitalizovaný žádný pacient s onemocněním vyvolaným meningokokem, to znamená, že ani u novorozence nebyl meningokok vykultivovaný. Novorozenec byl po celou dobu hospitalizace ošetřovaný v inkubátoru v termoneutrálním prostředí, 5 dnů byl aplikován kyslík. Výživa byla částečně sondou a částečně parenterálně a byl trvale na monitoru. V laboratorních odběrech nebyl nalezen odpovídající infekci. Ošetřování i monitoring odpovídal standardům péče o tyto novorozence.

Zmiňovaný chlapec po amputaci obou dolních končetin a některých článků prstů na rukách byl po těžké klebsiellové sepsi, která proběhla v jiné nemocnici. Na naší NJIP již probíhala léčba komplikací sepse, všechny amputace a následná pooperační léčba.

Co se týká přenosu infekce, je bohužel pravda, že ve většině případů nejsme schopni (v oboru pracuji 25 let) jednoznačně odpo-

vědět na otázku rodičů, jak je možné, že dítě dostalo sepsi.

K citaci lékaře, že »na meningokoka umírají zdraví 18letí kluci na vojně, natož taková mimina«. Tento výrok mohl být použit jako srovnání s perakutně probíhající sepsi, kdy infekce vypukne bez očekávání a zabíjí do několika hodin. Novorozenec byl 23. 11. 2002 v odpoledních hodinách opakovaně resuscitován, byl napojený na umělou plicní ventilaci, byla aplikována kompletní léčba sepse, a přesto se nepodařilo dítě zachránit (umírá za 4 hod.). Meningokok nicméně – dle tvrzení lékaře – nemohl být při rozhovoru s matkou použit, protože bakteriální původce v té době nebyl znám. Myslím, že srovnání jinak plně odpovídá průběhu onemocnění.

Jak laboratorní nálezy, tak klinický průběh nenasvědčoval aspiraci plodové vody. Jako příčinu úmrtí jsme uváděli perakutně probíhající sepsi.

Závěrem bych chtěla říci, že po přečtení stížnosti si znovu uvědomuji, jak složitá je komunikace mezi lékařem a rodiči nemocného dítěte. Opakovaně jsem s matkou mluvila a v průběhu informací mě vůbec nenapadlo, kolika věcem nerozumí nebo kolik různých útržků rozhovorů si nesprávně vyložila. Smrt tohoto novorozence patří do kategorie neočekávaných úmrtí, přesto si však stojím za profesním postupem svým i mých kolegů. V průběhu hospitalizace bylo postupováno lege artis.“

Rozhodnutí disciplinárních orgánů

Revizní komise OSL po prošetření stížnosti (vyjádření lékařů a dokumentace) rozhodla, že se stavovské disciplinární řízení v daném případě nezahajuje, což odůvodnila takto: „Tato neočekávaná úmrtí jsou vždy velkým traumatem především pro rodinu zemřelého, jsou však neméně negativně citově vnímána zdravotnickými pracovníky, pro které bývá velmi obtížné a nesnadné vysvětlit pozůstalým na jejich otázku, jak je možné, že dítě dostalo sepsi a vlastní mechanismus tak rychlého úmrtí. Podle revizní komise OS ČLK nedošlo u pacienta ze strany ošetřujících na odd. dětské kliniky k žádnému odbornému medicínskému pochybení, bylo postupováno podle současných poznatků lékařské vědy a praxe, nebylo zjištěno ani porušení lékařské etiky.“

Stěžovatelka nepodala proti rozhodnutí námitku, takže rozhodnutí nabylo právní moci.

Michal Sojka



Zpráva o hospodaření a majetku centra České lékařské komory k 31. 12. 2008

Finanční majetek je používán pro běžný chod komory na hrazení průběžných nákladů komory.

Dlouhodobý nehmotný majetek představuje zejména program pro evidenci lékařů a webové stránky ČLK. Dlouhodobý hmotný majetek je používán pro běžnou činnost komory. Rozhodující položkou pohledávek jsou nepřevedené členské příspěvky od okresních sdružení, zaplacené zálohy na daň z příjmu za rok 2008 a vytvořená opravná položka k nedobytné pohledávce na panu Vítu Hrachovském z roku 2006 za tisk a distribuci časopisu ČLK, která je vymáhána soudní cestou.

Přehled majetku centra České lékařské komory k 31. 12. 2008

I. Finanční majetek

Na účtech finančního majetku jsou vedeny zůstatky peněz v pokladnách, zůstatky cenin a zejména zůstatky vkladových bankovních účtů. Část finančních prostředků je uložena na termínovaných vkladech.

II. Dlouhodobý hmotný a nehmotný majetek

Rozhodující položkou dlouhodobého majetku jsou stavby. Jedná se o kancelářské prostory v Praze, Brně a Olomouci. Dále je v majetku vedena kancelářská technika a zařizovací předměty.

III. Pohledávky

Zůstatek byl ovlivněn zejména nepřevedenými členskými příspěvky od OS ČLK, zaplacenou zálohou na daň z příjmu za rok 2008 a vytvořenou opravnou položkou k nedobytné pohledávce za tisk a distribuci časopisu ČLK.

| | Název | Stav k 31. 12. 2008 |
|------|-----------------------------|---------------------|
| I. | Finanční majetek | 21 028 276,83 |
| II. | Dlouhodobý nehmotný majetek | 2 348 157,17 |
| | Dlouhodobý hmotný majetek | 26 322 217,54 |
| III. | Pohledávky | 3 502 647,90 |

Porovnání hospodaření centra ČLK za období 1997–2008

| Název | rok | | | | | |
|------------------------------------|----------------------|---------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
| Výnosy | 15 866 684,23 | 16 580 054,39 | 20 364 619,30 | 22 728 792,79 | 24 583 282,63 | 23 866 929,00 |
| z položky výnosů čl. příspěvky | 15 053 810,00 | 13 395 083,00 | 17 802 605,00 | 19 461 530,00 | 22 398 538,00 | 22 338 936,00 |
| Náklady | 16 180 730,63 | 17 863 390,84 | 17 957 129,81 | 17 414 247,26 | 19 892 664,63 | 21 470 280,45 |
| Hospodářský výsledek před zdaněním | -314 046,40 | -1 283 336,45 | 2 407 489,49 | 5 314 545,53 | 4 690 618,00 | 2 396 648,55 |
| Daň z příjmu | 146 253,00 (39 %) | 0,00 | 1 391 948,00 (35 %) | 2 011 551,00 (31 %) | 1 939 419,00 (31 %) | 1 367 307,00 (31 %) |
| Hospodářský výsledek po zdanění | -460 299,40 | -1 283 336,45 | 1 015 541,49 | 3 302 994,53 | 2 751 199,00 | 1 029 341,55 |

| Název | rok | | | | | |
|------------------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
| Výnosy | 43 086 880,64 | 41 022 491,52 | 47 895 336,24 | 34 516 394,11 | 41 565 454,23 | 43 949 988,21 |
| z položky výnosů čl. příspěvky | 24 786 579,00 | 25 412 073,00 | 30 609 988,00 | 28 517 847,00 | 31 669 723,00 | 31 997 069,00 |
| Náklady | 40 296 152,11 | 39 214 199,79 | 42 178 702,03 | 29 778 477,83 | 35 749 866,76 | 38 500 208,38 |
| Hospodářský výsledek před zdaněním | 2 790 728,53 | 1 808 291,73 | 5 716 634,21 | 4 737 916,28 | 5 815 587,47 | 5 449 779,83 |
| Daň z příjmu | 2 588 733,00 (31 %) | 1 504 320,00 (28 %) | 2 610 109,00 (26 %) | 1 760 449,00 (24 %) | 2 108 462,00 (24 %) | 2 016 209,00 (21 %) |
| Hospodářský výsledek po zdanění | 201 995,53 | 303 971,73 | 3 106 525,21 | 2 977 467,28 | 3 707 125,47 | 3 433 570,83 |



společnost s ručením omezeným

Kotlářská 53
602 00 Brno
Obch. rejstřík Kraj, soudu v Brně C 4855
IČ: 454 77 639

tel. +420 541 211 237, tel. +420 541 240 807
tel. +420 544 526 119, fax +420 544 526 118
www.topauditing.cz
e-mail: audit@topauditing.cz

Zpráva auditora o ověření účetní závěrky za rok 2008

Česká lékařská komora se sídlem v Olomouci
IČO: 43965024

Provedli jsme ověření přiložené účetní závěrky podle zákona o auditorech a v souladu s mezinárodními auditorskými standardy. Zpráva je určena pro členy a statutární a kontrolní orgán České lékařské komory. Údaje o účetní jednotce jsou uvedeny v příloze účetní závěrky. Ověření jménem auditorské společnosti provedl JUDr. Antonín Husák (oprávnění KAČR č. 98, licence SKAU č. 236).

Za vedení účetnictví, jeho úplnost, průkaznost a správnost odpovídá statutární orgán účetní jednotky. Naším úkolem bylo provést ověření tak, abychom získali přiměřené ujištění, že účetní závěrka neobsahuje významné nesprávnosti. Ověřování bylo provedeno výběrovým způsobem při respektování významnosti jednotlivých položek účetnictví a zahrnovalo ověření úplnosti a průkaznosti částek a informací uvedených v účetní závěrce, posouzení použitých účetních metod a významných odhadů a zhodnocení vypovídací schopnosti účetní závěrky. Jsme přesvědčeni o tom, že jsme získali objektivní základ pro vyslovení našeho názoru.

Účetní závěrka byla podle našeho názoru sestavena v souladu s platnými právními předpisy a zobrazuje věrně ve všech významných souvislostech stav aktiv, závazků, jmění a finanční situaci účetní jednotky k rozvahovému dni a náklady, výnosy a výsledek hospodaření za účetní období.

V Brně dne 15. června 2009



Kotlářská 53/63, 602 00 BRNO

TOP AUDITING, s.r.o., Brno

Osvědčení Komory auditorů České republiky č. 47
Licence Slovenské komory auditorů č. 7
Znalecký ústav (MSP ČR 63/97-00D)

Cyklus života – Lékař a jeho pacient

Fotografická soutěž České lékařské komory a firmy Olympus



1. cena fotoaparát Olympus E-520 Kit



2. cena fotoaparát Olympus mju Tough-6000



3. cena digitální záznamník VN-5500 PC

Česká lékařská komora ve spolupráci s firmou Olympus organizuje první ročník fotografické soutěže pro členy ČLK pod zastřešujícím názvem **Cyklus života**. Pro každý ročník bude vyhlášeno konkrétní zadání – pro ten úvodní jsme vybrali téma lékařům nejbližší: **Lékař a e-jeho pacient**.

Do soutěže bylo přihlášeno **38 fotografií** (někteří autoři přihlásili více snímků). Porota hodnotila všechna díla včetně těch, která neodpovídala zadání (foto z dovolené, krajiny atd.). Bylo na každém členovi poroty, aby to správně posoudil. Nutno totiž podotknout, že některé fotografie neodpovídající tématu jsou velmi krásné. Buď je tedy zařadíme do dalších ročníků, nebo zveřejníme v některém dalším čísle Tempus medicorum. Mnohé snímky zachycují podobná témata (porod, vyšetření dítěte, záběry z operačního sálu), přesto se podařilo vytvořit „semifinálový“ výběr, který je mixem různých „pohledů“ na

vztah lékaře a pacienta. Někdy rozhodoval zachycený okamžik, někdy kompozice, někdy vtip. Každý z porotců určil pořadí deseti fotografií, které podle jeho názoru jsou nejlepší, a prostým součtem nám vznikla desítka finalistů. Uveřejňujeme je v abecedním pořadí podle jmen autorů, ovšem označené pouze čísly, abychom čtenáře nijak neovlivňovali.

Nyní se stáváte porotci vy, čtenáři časopisu Tempus medicorum. Je na vás rozhodnout o vítězích!

Pravidla

Vyberte 5 fotografií a určete jejich pořadí. Svůj výběr odešlete buď poštou (Česká lékařská komora, Lékařská 2, Praha 5, 150 30) nebo e-mailem (recepce@clkr.cz). Na obálku nebo do předmětu e-mailu uveďte **Fotosoutěž**. Vzhledem k tomu, že z hlasujících čtenářů bude vylosován také výherce, uveďte plné kontaktní údaje. **Hlasování končí 30. 9. 2009.**

Výsledky budou vyhlášeny na sjezdu ČLK a v prosincovém čísle Tempus medicorum.

Ceny

- 1. cena **fotoaparát Olympus E-520 Kit** (14 490 Kč)
 - 2. cena **fotoaparát Olympus mju Tough-6000** (7490 Kč)
 - 3. cena **digitální záznamník VN-5500 PC** (1690 Kč)
 - 4.–10. cena **služby v centru Foto Škoda**
- Cena pro vylosovaného hlasujícího čtenáře **Digitální záznamník VN-5500 PC** (1690 Kč)

Bližší popis cen na internetových stránkách ČLK a v Tempus medicorum 4/2009.

Michal Sojka



1



2



Cyklus života – Lékař a jeho pacient

Fotografická soutěž České lékařské komory a firmy Olympus



OLYMPUS

Vaše Představy, Naše Budoucnost

Cyklus života – Lékař a jeho pacient

Fotografická soutěž České lékařské komory a firmy Olympus



9



10

Vyberte 5 fotografií a určete jejich pořadí. Svůj výběr odešlete buď poštou (Česká lékařská komora, Lékařská 2, Praha 5, 150 30) nebo e-mailem (recepcie@clkr.cz). Na obálku nebo do předmětu e-mailu uveďte **Fotosoutěž**. Vzhledem k tomu, že z hlasujících čtenářů bude vylosován také výherce, uveďte plné kontaktní údaje. **Hlasování končí 30. 9. 2009.**

Vzdělávací kurzy České lékařské komory

Přehled podzim 2009

Příhlášky zasílejte na adresu:

Oddělení vzdělávání ČLK

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

Podrobné informace t kající se organizace a pr b hu kurzu obdr í p ihlá ení ú astníci 10 dn p ed zahájením kurzu.

Věnujte, prosím, pozornost zasilaným informacím, neboť místo konání kurzu může být změněno.

Poplatky za účast na doškolovacích kurzech České lékařské komory

Cena doškolovacích kurzů ČLK, pokud není uvedeno jinak:

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

Pro účastníky je zajištěno občerstvení.

Začátek víkendových kurzů je v 8.30, pokud není uvedeno jinak.

Každá vzdělávací akce ČLK je pořádána v souladu se SP č. 16.

V případě dotazů nás kontaktujte na telefonních číslech **257 217 226** (linka 22, 24).

Ve keré informace o do kolovacích akcích LK naleznete na internetov ch stránkách www.clkr.cz.

36/09 Kurz – Léčba závislosti na tabáku

Datum konání: 12. 9. 2009

Místo konání: Klub ČLK,

Lékařská 2, Praha 5

Koordinátor: MUDr. Eva Králíková, CSc.,
1. LF UK a VFN, Praha

MUDr. Eva Králíková, CSc.

- Epidemiologie užívání tabáku, související mortalita a morbidita.
- Účinná prevence kouření, složení tabákového kouře, pasivní kouření.

Prof. MUDr. František Perlík, DrSc. (1. LF UK a VFN)

• Lékové interakce kouření.

MUDr. Lenka Štěpánková (1. LF UK a VFN, Praha)

• Kouření a psychiatrická komorbidita.

MUDr. Eva Králíková, CSc.

- Princip závislosti na tabáku, diagnostika, historie léčby, různé metody.

MUDr. Lenka Štěpánková

• Psychoterapie závislosti na tabáku, příklady.

MUDr. Eva Králíková, CSc.

- Farmakoterapie závislosti na tabáku.
- Současné možnosti léčby závislosti na tabáku v ČR, specializovaná centra.

• Situace ve světě, mezinárodní a naše doporučení léčby.

MUDr. Alexandra Kmeťová (1. LF UK a VFN, Praha)

• Léčba závislosti na tabáku s podporou zaměstnavatele, příklady z ČR, ekonomika této léčby.

• Nácvik skupinové terapie, nejčastější dotazy pacientů, panelová diskuse.

37/09 Kurz – Metody vyšetřování úrovně zrakové ostrosti a indikační pravidla při korekci refrakčních vad u malých nespoupracujících dětí a u dětí s vícečetným, nejen zrakovým postižením

Datum konání: 19. 9. 2009

Místo konání: Praha 5, Lékařská 2, Oválná pracovna

Cena kurzu: 2500 Kč

Koordinátor: MUDr. Anna Zobanová

Teoretická část (5 hodin)

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

Praktická část (6 hodin)

individuální stáž – termín si domluví každý posluchač dle svých časových možností.

Místo konání: Dětská oční ambulance, Zdravotnické zařízení Barrandov, Krškova 807, 152 00 Praha 5-Barrandov

38/09 Kurz – Urgentní medicína aneb Diagnostika a terapie prvního kontaktu

Datum konání: 3. 10. 2009

Místo konání: Praha 5, Lékařská 2, Klub ČLK

Koordinátor: Prim. MUDr. Jana Šeblová, Ph.D.

Prim. MUDr. Jana Šeblová

- Urgentní medicína – obor pro třetí tisíciletí (úvod ke kurzu).

MUDr. Roman Škulec

- KPCR dle současných doporučení a výsledků studie Terapeutická hypotermie po zástavě oběhu.

Prim. MUDr. Jiří Knor

- Šokové stavy.
- Zásady ošetření závažného traumatu a šokové stavy.

Prim. MUDr. Pavol Kačenga

- Zásady třídění a terapie při hromadném výskytu postižených.

Prim. MUDr. Jana Šeblová, Ph.D.

- Diferenciální diagnostika bezvědomí a křečových stavů a jejich terapie a CMP jako emergentní stav, rozvoj cerebrovaskulárních programů.

Prim. MUDr. Jiří Zíka

- Urgentní příjem a jeho role v moderním systému neodkladné péče.

54/09 Kurz – Asertivita pro lékaře

Datum konání: 3. 10. 2009

Místo konání: Brno, NCO NZO

Lektoři: JUDr. Mgr. Joža Spurný, Ph.D., Mgr. Ing. Irid Matoušková, Ph.D.

Vzdělávací akce je zaměřena na praktické využití základních technik asertivity při výkonu lékařského povolání. Praktickou a nácvikovou formou se lékaři seznámí se základy asertivity využitelné v komunikaci s pacienty, ale také v pracovním kolektivu, případně i v jednání s různými institucemi.

39/09 Kurz – Novinky ve vnitřním lékařství

Datum konání: 10. 10. 2009

Místo konání: Praha, Lékařská 2, Klub ČLK

Koordinátor: MUDr. Jan Bruthans, CSc., FESC, Pracoviště preventivní kardiologie IKEM, Praha

(přesný program bude doplněn v následujícím čísle)

52/09 Kurz – Efektivní vedení lékařské praxe

Datum konání: 10. 10. 2009

Místo konání: Praha (bude upřesněno)

Koordinátor: Ing. Michal Pravda, MBA, SC&C Partner; s. r. o.



Hledám neurologa na pravidelný zástup v privátní praxi v Řevnicích (cca 3x týdně). Atestace a licence nutná. Možnost převzetí praxe, tel. 603 233 873.

Hledám zástup do soukromé gynekologické ordinace na Praze 10, s možností pozdějšího převzetí, tel. 721 703 242.

Prodej a koupě

Prodám UZV přístroj BTL-8640 zakoupený v 12/2003 s abdominální (3,5 MHz) a vaginální (5 MHz) sondou. Přístroj je pravidelně 1x ročně servisován autorizovanou firmou, ve výborném stavu. Cena 160.000 korun. Při rychlém jednání možná sleva. Kontakt mobil: 774 090 897.

Odkoupím/převzmu (i částečné převzetí) alergol.-imunol. praxi v Praze nebo okolí. Mobil: 724 249 822, e-mail: alergosalve@seznam.cz

Prodám oční přístroje (štěrbinovou lampu Carl Zeiss, kinetický perimetr Carl Zeiss, vše s posuvným stolkem). Tel. do recepce: 608 800 886.

Prodám rehabilitační vanu (podvodní masáž, vířivka, perlička). Užitený objem vody 220l, maximální objem 320l. Rok výroby 2003. Výrobe provede garanč. prohlídku a dá záruku 2 roky! Cena 70.000,- (původní cena 185.000,-). Tel. 604 204 964. E-mail: pauch@volny.cz

Z důvodu ukončení lékařské praxe prodám léčebný přístroj Zep-ter-BIOPTRON PRO 1, zcela nový, nepoužívaný. Původní cena 35.999 korun nyní 29.000 korun, eventuálně dohodou. Tel.: 603 255 216.

Pronájem

Pronajmu zařízení ordinaci na Praze 1 na 1-2 dny v týdnu dle dohody, tel. 608 886 941.

Různé

Absolventi FDL UK Praha, promoční ročník 1969, se sejdou dne 17. 10. 09 v 17 hodin v Pub Cats, Praha 7, Letohradská 50. Vladimir.divecky2@cssz.cz

Přenechám levně zařízení do ordinace. Volné od října 2009. Tel. 603 788 417.

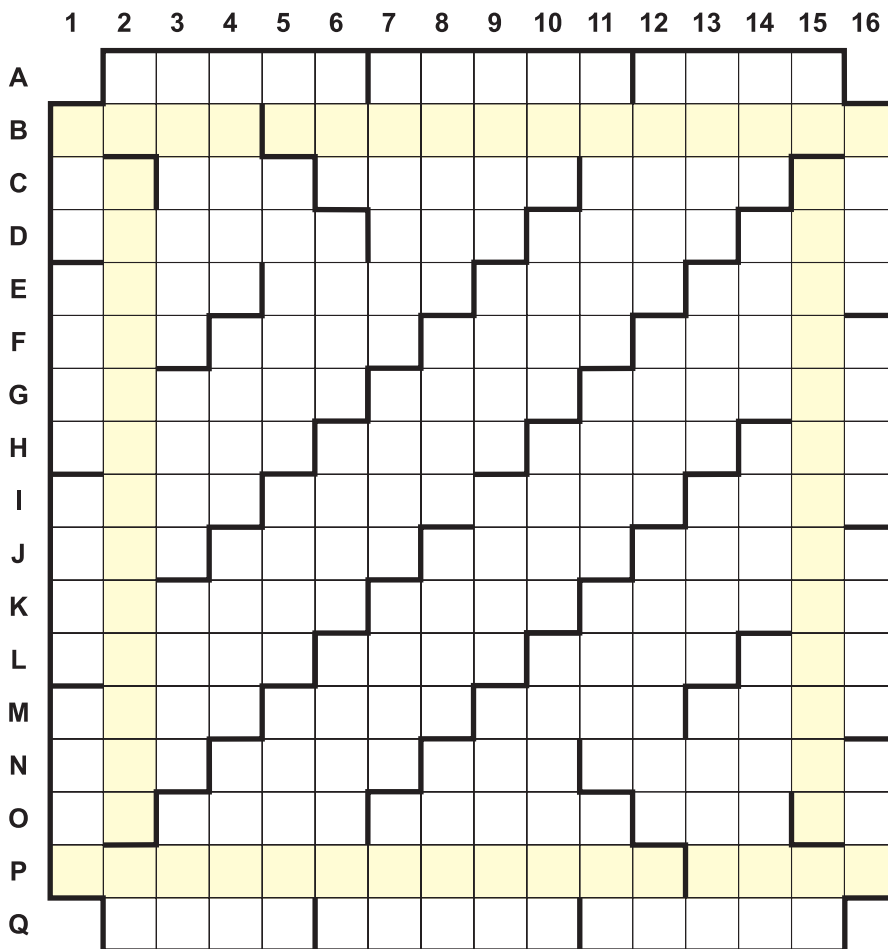
UPOZORNĚNÍ PRO INZERENTY

Česká lékařská komora upozorňuje inzerenty, že s platností od 1. srpna 2009, resp. od čísla 9/2009 časopisu Tempus medicorum, bude možné zadat inzeráty ke zveřejnění pomocí elektronického formuláře na webu www.lkcr.cz – sekce Zajímavé odkazy – Tempus medicorum – Zadání inzerce. Zároveň tam naleznete bližší informace, jak postupovat. Nadále platí, že pro člena ČLK je zadání inzerátu zvýhodněno (250 znaků a dvě opakování zdarma). Větší rozsah inzerátů stejně jako inzerce jiných subjektů jsou zpoplatněny. Členové ČLK mohou své inzeráty zadávat rovněž písemně na adresu redakce či osobně v kanceláři ČLK. Uzávěrka aktuálního čísla je vždy k 1. daného měsíce.

(red)



Křížovka o ceny



Kdyby se veškerá materia medica...

(dokončení citátu Olivera Wendella Holmese se skrývá v tajejce).

VODOROVNĚ: **A.** Být zamilovaný; drahý kov; součást obleku. - **B. 6. díl tajenky; 1. díl tajenky.** - **C.** Iničiály zpěvačky Pilarové; cizí zkratka pro totéž; český spisovatel; nepatrná částka; chemická značka thallia. - **D.** Pohon; nám patřící; uskupení; severský paroháč. - **E.** Setnina; mravouk; euroasijské pohoří; senoseč. - **F.** Zrakové orgány; plápolat; špička; grimasa. - **G.** Ťukání; skládací cylindr; vysokoškolské ubytovny. - **H.** Chytat; druh javoru; aromatická bylina; anglicky „ona“. - **I.** Vzruch; místa; asijský stát. - **J.** Pobřežní písčina; dozrávat; část paže; počáteční úkon při vrtání. - **K.** Národohospodář; krátkonožý kůň; moštit živočichové. - **L.** Tažné motorové vozidlo; pokladna; borka; český tenista. - **M.** Neodborník; Evropanka; dračka; francovka. - **N.** Hajdy; slovensky „jíl“. - **O.** Iničiály spisovatele Eca; situace; plemeno psů; tětí; osobní zájmeno. - **P. 3. díl tajenky; 2. díl tajenky.** - **Q.** Sifon; červencový; ženské jméno.

SVISLE: **1.** Část úst; český klavírista; stařec; český aforista. - **2.** Tyhle; **4. díl tajenky;** iničiály peruánské zpěvačky Sumac. - **3.** Obestřítí; směnečný ručitel; stát USA; počet procent celku. - **4.** Květina; vepsaná poznámka; erb; české město. - **5.** Značka ampérhodiny; kočkovitá šelma; z jakého důvodu; jméno herečky Chýlkové. - **6.** Vrcholný (z angličtiny); rozpočet; obchod; nerost hematit. - **7.** Srazit daň; bavlněná tkanina; úmluva; iničiály autora Kytice. - **8.** Ferina; ceknutí; ranní vlaha; zkratka. - **9.** Český malř; radioaktivní chemický prvek; 1000 kilogramů; list. - **10.** Tím způsobem; drobný náboj; chutné nápoje; textilní surovina. - **11.** Nepodlehout; vozík; korejské město; cizopasný hmyz. - **12.** Si-biřská šelma; krátké filmové záběry; bublat; slovensky „jíl“. - **13.** Zuřivost; brýle; buddhistický mnich; čí. - **14.** Okolo; podsvinče; pijavý; darebák. - **15.** Komoň; **5. díl tajenky;** popěvek. - **16.** Italský ostrov; anglicky „včely“; královédvorský textilní podnik; ba.

Pomůcka: bees, Laub, měl, Žib.

V Tempus medicorum 6/2009 jsme hledali výrok z románu Arthura Haileya *Poslední diagnóza: Na patologii si chirurg nacvičuje operace beze strachu, že mu důvěřivý zákazník umře.*

Knihu *Údolí zkázy* autorky Sarah Hallové získává 10 úspěšných luštitelů, které jsme vylosovali: **Jan Drgáč**, Uherské Hradiště; **Eva Kořatová**, Benešov; **Dagmar Krajcarová**, Kroměříž; **Jana Linhartová**, Praha 9; **Petr Martinek**, Hradec Králové; **Pavel Navrátil**, Prostějov; **Bohumil Reml**, Olomouc; **Jarmila Slaninová**, Kardašova Řečice; **Marcela Wasiková**, Brno; **Josef Žán**, Rokycany. Na správné řešení tajenky z letního dvojčísla 07-08/2009 čekáme na adrese recepc@clkr.cz do **9. září 2009.** Hodně štěstí!

Obsah

Hodnocení vývoje spotřeby antibiotik..... 1 Orlistat – poloviční dávka bez lékařského předpisu..... 4

HODNOCENÍ VÝVOJE SPOTŘEBY ANTIBIOTIK

Pro sledování trendů v dodávkách léčivých přípravků jsou používána porovnání distribuovaných objemů v počtech balení, finančních ukazatelích a definovaných denních dávkách (dále jen „DDD“). Pro přepočty DDD na 1000 obyvatel/den se využívá počet obyvatel ČR pro daný kalendářní rok získaný z údajů Státního statistického úřadu.

Údaje o objemech léčivých přípravků procházejících distribučním řetězcem byly získány integrací čtvrtletních hlášení subjektů oprávněných v České republice distribuovat léčivé přípravky (distributoři, výrobci). Předmětem hlášení jsou dodávky léčivých přípravků do lékáren, dalších zdravotnických zařízení a pokud jde o vyhrazená léčiva, i prodejcem vyhrazených léčiv, dále dodávky humánních léčiv veterinárním lékařům oprávněným vykonávat odbornou činnost. Do hlášení se nezahrnuje vzájemné obchodování mezi distributory ani dodávky léčiv mimo ČR.

Počátkem 90. let 20. století v České republice dosti prudce stoupla celková spotřeba antibiotik, jak ukazuje příložená tabulka 1. Ve vyjádření DDD/1000 obyvatel/den se zvýšila během dvou let z hodnoty 14,15 v r. 1992 na 21,66 v r. 1994,

od té doby se s menšími výkyvy udržuje v rozmezí 19 – 21 DDD/1000 obyvatel/den.

Počátkem 90. let zároveň došlo ke strmému nárůstu spotřeby makrolidových antibiotik (J01FA), následovaných na konci 90. let antibakteriálními přípravky ze skupiny fluorochinolonů (J01MA). Tato změna v preskripci, která v případě makrolidů časově odpovídá privatizaci primární lékařské péče, nemá přitom žádný objektivní důvod, u obou těchto skupin se podle Konsensu používání antibiotik, vypracovaného Subkomisí pro antibiotickou politiku ČLS JEP a publikovaného i v FI^{1,2/} má jednat o antibiotika rezervní. Z dnes široce používaných makrolidových antibiotik nemají být lékem volby téměř žádná, s výjimkou indikace pro specifická onemocnění (klarithromycin pro infekce způsobené *Helicobacter pylori* v trojkombinaci s inhibátorem protonové pumpy a dalším antibiotikem, spiramycin pro léčbu primární toxoplasmózy v těhotenství). Azithromycin, jehož spotřeba neustále stoupá (z 5 693 balení, resp. 0,004 DDD/obyvatel/den v r. 1993 na 620 663 balení, resp. 0,80 DDD/1000 obyvatel/den v r. 2008), nemá být podle citovaného antibiotického konsensu lékem volby vůbec. Tato antibiotika by měla být pouze alternativou pro některá

Tabulka 1. Antibakteriální léčiva pro systémové použití – vývoj spotřeby v letech 1990 – 2008

| rok | počet balení | finanční objem v Kč | DDD/1000 oby./den |
|------|--------------|---------------------|-------------------|
| 1990 | 13 886 950 | 521 201 156 | 16,96664 |
| 1991 | 10 623 881 | 769 953 480 | 14,46538 |
| 1992 | 10 386 179 | 1 114 360 116 | 14,14533 |
| 1993 | 13 585 905 | 1 477 988 793 | 17,63640 |
| 1994 | 17 173 869 | 2 338 113 745 | 21,65579 |
| 1995 | 16 826 778 | 2 606 283 719 | 21,35294 |
| 1996 | 15 120 231 | 2 502 243 317 | 19,94620 |
| 1997 | 14 364 170 | 2 526 603 599 | 19,48681 |
| 1998 | 13 659 981 | 2 428 886 006 | 19,19408 |
| 1999 | 14 173 509 | 2 531 129 776 | 21,20647 |
| 2000 | 13 199 819 | 2 273 285 441 | 19,47805 |
| 2001 | 13 679 318 | 2 433 158 782 | 20,57060 |
| 2002 | 12 862 063 | 2 441 748 533 | 19,51543 |
| 2003 | 12 817 174 | 2 549 528 304 | 20,08015 |
| 2004 | 10 909 247 | 2 377 383 362 | 16,58702 |
| 2005 | 12 244 127 | 2 742 720 526 | 19,76880 |
| 2006 | 11 319 372 | 2 401 955 017 | 17,98486 |
| 2007 | 12 021 610 | 2 547 724 141 | 19,16085 |
| 2008 | 12 050 226 | 2 749 755 966 | 19,53706 |

Pozn.: V roce 2008 dosáhla hodnota všech distribuovaných léčivých přípravků 72,75 miliardy Kč.

onemocnění při alergii na penicilinová antibiotika. Nadměrné používání makrolidů, zejména pak azithromycinu, jehož velmi dlouhý biologický poločas způsobující přetrvávání subinhibičních koncentrací antibiotika ve tkáních po dobu několika týdnů s sebou nese, u nás stejně jako v dalších zemích, prudký vzestup rezistence běžných patogenních bakterií.

V grafu č. 1 je znázorněn vývoj spotřeb jednotlivých makrolidových antibiotik v DDD/1000 obyvatel/den, který ukazuje vysoký nárůst používání klarithromycinu a azithromycinu. Nápadný je rychlý vzestup preskripce roxithromycinu v první polovině 90. let 20. století a její stejně strmý pokles v letech následujících. Spotřeba erythromycinu, do r. 1990 jediného u nás dostupného antibiotika z této skupiny, klesala s nástupem novějších makrolidů, které mají menší výskyt nežádoucích účinků, a v r. 2008 již jeho používání nebylo zaznamenáno vůbec. Josamycin, používaný v letech 1990–1998, se příliš neujal a v současné době není žádný léčivý přípravek obsahující josamycin v ČR registrován.

Podobná situace je u fluorochinolonů, které mají být podle antibiotického konsensu^{2/} rovněž používány jen v případě, kdy jsou jiná antibiotika neúčinná nebo nevhodná. Ciprofloxacin by měl být lékem volby jen v některých přesně definovaných případech (např. u infekcí způsobených *Pseudomonas aeruginosa*) a stejně jako ofloxacin nebo pefloxacin pro léčbu takových onemocnění jako je břišní tyfus nebo cholera. Norfloxacin, jehož strmý nárůst ve vyjádření spotřeby v DDD/1000 obyvatel /den je vidět z grafu č. 2, nemá být lékem volby u celkových infekcí vůbec, jeho používání v léčbě infekcí močových cest s sebou přináší značný tlak na rozvoj rezistence. Období největšího nárůstu spotřeb norfloxacinu se shoduje s obdobím, kdy nebyl na trhu dostupný nitrofurantoin, používaný pro léčbu akutních i chronických nekomplikovaných infekcí močových cest včetně profylaxe recidiv u citlivých mikroorganismů. Graf č. 2 ukazuje i neustálé zvyšování spotřeby ciprofloxacinu, zatímco u ofloxacinu je v posledních letech zaznamenáván pokles.

Výrazný nárůst spotřeb byl rovněž zaznamenán u dalších antibiotik, která by neměla být určena k léčbě běžných onemocnění – jedná se především o cefuroxim a dále o kombinaci amoxicilinu s kyselinou klavulanovou, předepisovanou často zřejmě zbytečně v případech, kdy by byl dostatečný samotný amoxicilin bez toxické kyseliny klavulanové.

Grafy č. 3 a 4 ukazují podíl jednotlivých skupin antibiotik na jejich celkové spotřebě v DDD/1000 obyvatel/den. Zatímco v r. 1988 byly jedinými výrazněji zastoupenými skupinami

Tabulka 2. Rozložení finančních výdajů na antibakteriální léčiva v r. 2008

| | | |
|-------|-----------------------------------|--------|
| J01C | peniciliny | 35,0 % |
| J01D | cefalosporiny a další betalaktamy | 25,1 % |
| J01FA | makrolidy | 17,4 % |
| J01MA | fluorochinolony | 6,3 % |
| J01FF | linkosamidy | 3,5 % |
| J01XA | glykopeptidy | 3,4 % |
| J01G | aminoglykosidy | 2,9 % |
| J01A | tetracykliny | 1,7 % |
| J01E | sulfonamidy | 1,6 % |
| J01XB | polymyxiny | 0,4 % |
| J01B | amfenikoly | 0,1 % |
| | ostatní | 2,6 % |

kromě penicilinových antibiotik tetracykliny a amfenikoly, v r. 1998 se na druhé místo již dostaly makrolidy a začal vzestup používání fluorochinolonů a cefalosporinů, s ještě markantnějším podílem makrolidů a fluorochinolonů v léčbě v r. 2008. Zároveň s tím klesá spotřeba penicilinových antibiotik, aniž by pro to byly důvody klinické nebo epidemiologické.

Racionální přístup k předepisování antibiotik by se nepochybně projevil i v celkovém snížení vynaložených finančních prostředků a prodloužení „životnosti“ jednotlivých přípravků. Nárůst výdajů od začátku 90. let je patrný z tabulky 1. Nadměrně užívané makrolidy a fluorochinolony se na celkových výdajích za antibiotika podílejí značnou měrou, jak je vidět z tabulky 2.

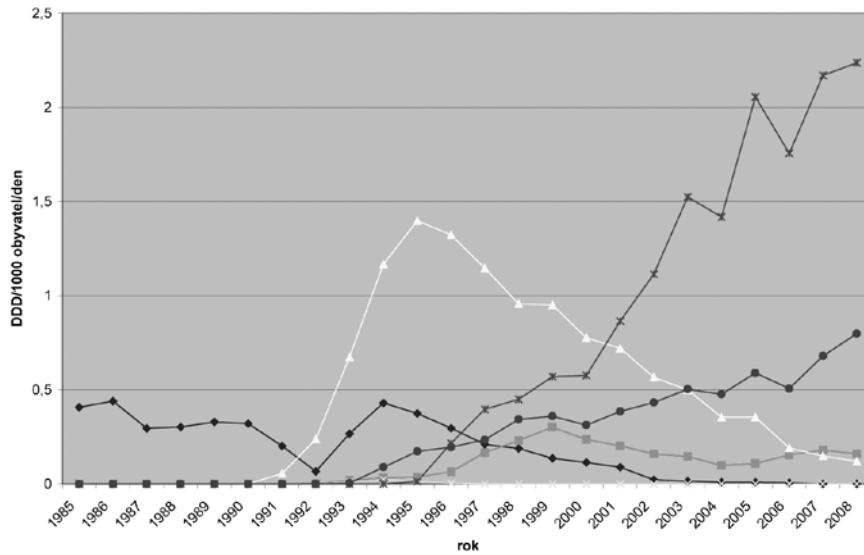
I při podrobnější analýze roku 2008 bylo zjištěno, že nejvyšší výdaje byly kromě nákladných přípravků, používaných k léčbě závažných infekcí (meropenem, tazobaktam/piperacilin, imipenem/cilastatin, tobramycin k inhalačnímu podání, vankomycin, teikoplanin, ceftazidim a některé další cefalosporiny pro parenterální podání) vynaloženy právě na přípravky, předepisované v mnoha případech neuváženě: perorální lékové formy azithromycinu (146,8 mil. Kč), klarithromycinu (268,7 mil. Kč.), cefuroximu (170,4 mil. Kč) a kombinace amoxicilinu s kyselinou klavulanovou (338,5 mil. Kč).

Dostupnost antibiotik je v České republice omezena způsobem výdeje pouze na lékařský předpis, ani to však dostatečně nezajišťuje účelné používání, jak je zřejmé z jejich nesprávného a nadbytečného předepisování, dokonce i v případech, kdy se jedná o virovou infekci, pro jejíž léčbu nemá použití antibakteriální látky smysl. Je třeba zdůraznit, že v textech SPC jsou pro antibiotika velmi často uváděny všechny indikace, v nichž by přípravek bylo možno použít. Tedy i v situacích, kdy antibiotický konsenzus doporučuje předepisovat dané antibiotikum pouze jako alternativu, např. při alergii na penicilinová antibiotika. Zejména v současné době, kdy je většina léčivých přípravků registrována postupem vzájemného uznávání, při kterém se na procesu schvalování podílí více států Evropské unie současně a schválený text SPC i příbalové informace je pak ve všech zúčastněných státech identický, je zapotřebí brát v úvahu antibiotickou politiku a přihlížet k doporučením, týkajícím se bakteriální rezistence a správného předepisování antibiotik v konkrétním státě. Stupeň rezistence bakterií je v různých státech odlišný, v textech SPC proto bývá uváděno upozornění v tom smyslu, že je třeba dbát oficiálních doporučení pro správné používání antibakteriálních léčivých látek. V České republice je navíc zaveden v EU zcela ojedinělý systém sítě antibiotických středisek, kladně hodnocený Světovou zdravotnickou organizací. Mezi úkoly těchto středisek patří i vzdělávací činnost pro zdravotnickou veřejnost s cílem dosáhnout správného používání antibiotik na všech úrovních zdravotní péče a omezit tak riziko nárůstu rezistence. Antibiotická střediska jsou základními jednotkami pro Národní antibiotický program, tvořící v posledních letech páteř české antibiotické politiky. Vzhledem k dlouholeté tradici a významným dílčím úspěchům v oblasti prevence a kontroly antibiotické rezistence (zejména u tzv. komunitních patogenů), rozhodla se Česká republika připojit ke společné prioritě Slovinska, Francie a Švédska v této oblasti v rámci předsednictví v Radě EU se specifickým zaměřením na kontrolu používání antibiotik v léčbě nozokomiálních infekcí.

Literatura:

1. Konsensus používání antibiotik II. Makrolidová antibiotika. Farmakoterapeutické informace 9, 10, 2003.
2. Konsensus používání antibiotik III. Chinolony. Farmakoterapeutické informace 12, 2006; 1, 2007

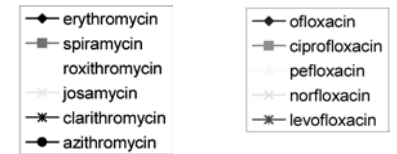
Graf č. 1 Vývoj spotřeb makrolidů v DDD/1000 obyvatel/den



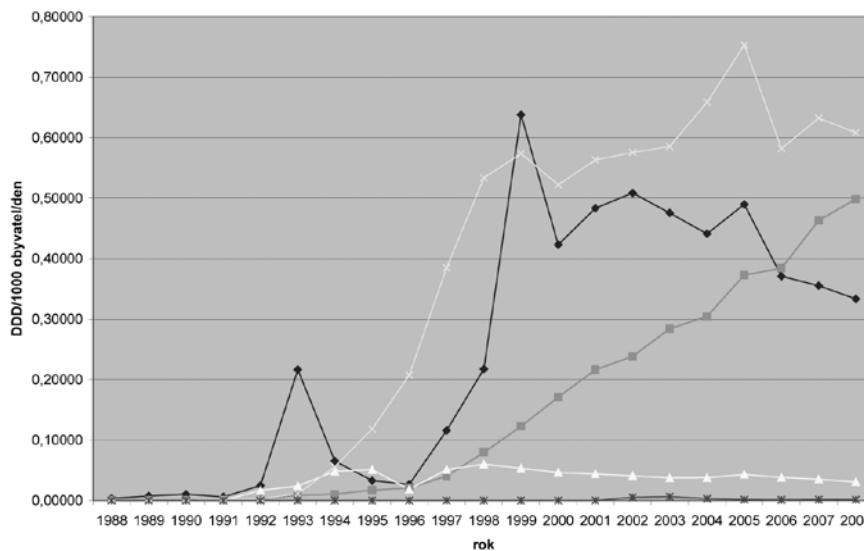
Legenda ke grafům:

Graf č. 1

Graf č. 2



Graf č. 2 Vývoj spotřeb fluorochinolonů v DDD/1000 obyvatel/den

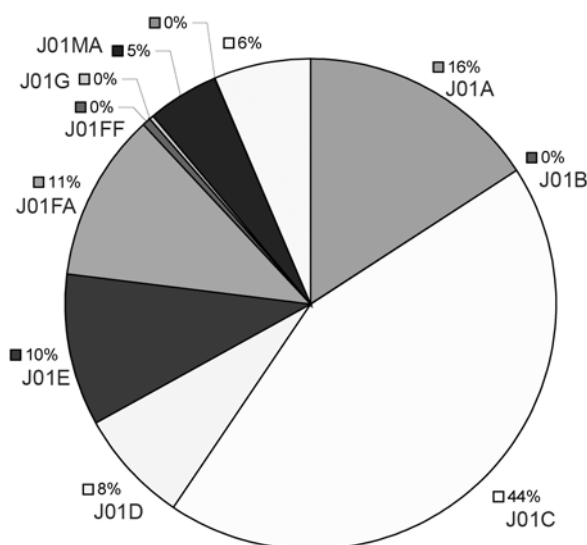


Graf č. 3

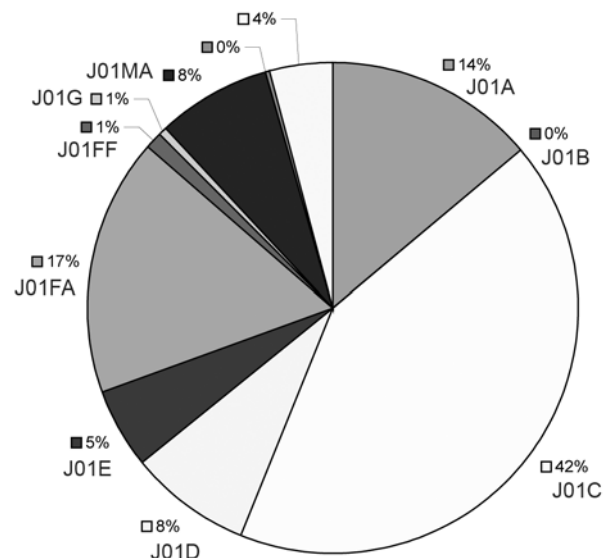
Graf č. 4



Graf č. 3 Rozdělení antibiotik v r. 1998 (DDD/1000 obyvatel/den)



Graf č. 4. Rozdělení antibiotik v r. 2008 (DDD/1000 obyvatel/den)



ORLISTAT – POLOVIČNÍ DÁVKA BEZ LÉKAŘSKÉHO PŘEDPISU

Přeloženo z *Prescrire International* June 2009, Vol 18 (101): 101**Při nadváze: často nepřijemný, neočekávejte zázraky****Časté gastrointestinální poruchy pro úbytek váhy o několik kilogramů. Je lepší povzbudit dietní opatření, cvičení a individuální podporu.**

Obezita je v bohatých zemích stále častější (1). Existuje vzájemný vztah mezi body mass indexem (BMI) vyšším než 25 kg/m² a morbiditou a mortalitou spojenou s nadváhou. U dospělých se za nadváhu považuje BMI mezi 25 kg/m² a 30 kg/m² a za obezitu BMI vyšší než 30 kg/m².

Při péči o pacienty s nadváhou je třeba zaměřit se na vyváženou umírněnou nízkokalorickou dietu, pravidelné mírné cvičení a individuální podporu (2,3). Nejlepší je vyhnout se užívání amfetaminů (jako je sibutramin) kvůli jejich neuspokojivému účinku a kardiovaskulárním nežádoucím účinkům. Rimona-bant byl stažen z trhu pro potenciální riziko rozvoje neuropsychiatrických nežádoucích účinků (5).

Orlistat snižuje gastrointestinální vstřebávání tuku. Ve Francii byl od roku 1999 dostupný na lékařský předpis k léčbě obezity ve formě 120 mg kapslí jako XENICAL (Roche). (Pozn.: V ČR byl zaregistrován stejný léčivý přípravek od roku 1998.) Přípravek může mírně napomáhat k úbytku váhy, pokud jsou souběžně využívány i nefarmakologické metody (4,6). Nyní byl v Evropské Unii schválen orlistat v dávce 60 mg bez lékařského předpisu jako léčivý přípravek ALLI (GSK Santé Grand Public). Přinese snadší dostupnost orlistatu skutečně výhody obézním pacientům?

V nejlepším případě úbytek pár kilogramů po dobu trvání léčby. Do roku 2009 klinické hodnocení orlistatu stále neukázalo jeho účinek na klinické komplikace obezity. V klinických hodnoceních bylo prokázáno, že užívání orlistatu v dávce od 60 do 120 mg 2 až 3krát denně po dobu 6 až 12 měsíců vede

k průměrnému váhovému úbytku 3 kg (4,6,7,8). U mnoha pacientů zůstává nadváha. Jeden rok po ukončení terapie mají pacienti často svou původní váhu.

Gastrointestinální poruchy a malabsorpce. Gastrointestinální nežádoucí účinky orlistatu se objevují u více než poloviny pacientů - nejčastěji olejovitý výtok z konečníku, průjem (někdy krvavý), inkontinence stolice, bolest břicha (4, 6-9). Orlistatem vyvolaný průjem snižuje biologickou dostupnost léků jako jsou perorální kontraceptiva a pro ženy tak představuje možné riziko nechtěného těhotenství (7,10).

V jednom klinickém hodnocení u dospívajících byl orlistat spojen s vyšší frekvencí kostních zlomenin. Pravděpodobné vysvětlení je snížená absorpce vitaminů rozpustných v tucích včetně vitaminu D (4). Byly hlášeny i řídké případy pankreatitidy a hepatitidy; v podávání orlistatu by se tedy nemělo pokračovat, pokud se objeví silná abdominální bolest (7).

V praxi: ved'te pacienty k nefarmakologickým opatřením a neočekávejte zázraky. Orlistat při nejlepším poskytuje obézním pacientům nebo pacientům s nadváhou dočasnou pomoc při snižování váhy, pokud je používán společně s nefarmakologickými opatřeními. Neočekávejte, že způsobí zázraky.

Zajištění volné dostupnosti orlistatu bez lékařského předpisu vystaví více pacientů častým nežádoucím účinkům přípravku kvůli mírnému a přechodnému přínosu. Je v zájmu pacientů si tuto skutečnost uvědomovat. Zdravotníci pracovníci by měli vést pacienty k tomu, aby se zaměřili na dobře promyšlený plán zahrnující umírněnou nízkokalorickou dietu, odpovídající fyzickou aktivitu a individuální podporu.

Citovaná literatura je dostupná na vyžádání na adrese: infos@sukl.cz

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

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

Náklad 52.000 výtisků

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

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



ISSN 1211 – 0647
MK ČR E 7101